



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD  
Y SERVICIOS SANITARIOS

**ENCUESTA DE SALUD PARA  
ASTURIAS**  
**Análisis global**  
**AÑO 2002**

---



**Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública**  
**Dirección General de Salud Pública**

**Promueve:** Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

**Edita:** Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

**Distribuye:** Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública

**Catalogación y archivo editorial:** Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia

**Coordinación general:** Mario Margolles

**Diseño de la Encuesta:**

**Grupo de trabajo de diseño de la Encuesta:** Alvaro Cañada, Mario Margolles, Aurora Mesa y Marian Uría.

**Grupos de trabajo monográficos:** Alvaro Aller, Julio Alonso, Blanca Alvarez, Alvaro Cañada, Ignacio Donate, Federico Fernández, Carmen García, Vicente García, Yolanda García, José R. Hevia, Mario Margolles, Dolores Martín, Aurora Mesa, Patrocinio Morote, Elvira Muslera, Carmen Natal, Ana Otero, Carlos Pinto, Laura Rodríguez-Vigil, Valentín Rodríguez, Juan J. Salvadores, Marifé Vázquez, Marian Uría

**Trabajo de campo:**

**Grupo de Consejería de Salud y Servicios Sanitarios:** Mario Margolles, José R. Hevia

**Grupo de empresa Pragma Social Aplicada:**

**Directores del trabajo de campo:** Arsenio Valbuena, Jacobo Blanco

**Supervisión de campo:** Tamara Reza.

**Encuestadores/as:** Yolanda Alvarez, Montserrat Baragaño, Cristóbal Blanco, Verónica Carreño, Alicia Fernández, Inmaculada Fernández, Marta García, Ramón García, Susana García, Yolanda González, Laura López, Rosa Moro, Beatriz Pérez, Belén Rodríguez, Noelia de la Torre

**Grabación de datos:** Isabel Alonso, Rocío Alvarez, Ana Donaire

**Análisis y realización del informe:** Mario Margolles

**Noviembre-2003**

## **INDICE:**

### **CRONOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE TRABAJO:**

1. Fases teóricas
2. Desarrollo práctico de elaboración de la encuesta
  - Objetivos y propósitos
  - Población y unidad de análisis
  - Elementos organizativos
  - Diseño de recogida de información
  - Diseño del muestreo
  - Proceso de codificación y tabulación
  - Definición de procedimientos de análisis e interpretación de resultados
  - Difusión
3. Modelo de trabajo desarrollado
4. Fases del trabajo
5. Definición del campo de estudio y delimitación de contenidos
  - Contenidos
  - Objetivos por grandes campos de información
  - Organización del trabajo
  - Participantes en los grupos de trabajo
6. Formación en diseño de encuestas de salud
  - Módulo de experiencias y diseño de cuestionarios
  - Módulo de muestreo
7. Diseño muestral
8. Trabajo de campo
9. Ficha técnica de la encuesta y del trabajo de campo
10. Características sociodemográficas de la población muestral
11. Notas metodológicas
12. Cuadro de equivalencias en el análisis

### **RESULTADOS:**

#### **0.- Resumen**

#### **1.- Morbilidad declarada**

- 1.1.- Morbilidad crónica
- 1.2.- Reducción, limitación de actividades o quedarse en cama en las últimas dos semanas
- 1.3.- Discapacidades
- 1.4.- Accidentabilidad
  - 1.4.1.- Frecuencia de accidentes
  - 1.4.2.- Tipo de accidente (el último)
  - 1.4.3.- Lugar donde se produjo el accidente (el último)
  - 1.4.4.- Consecuencias inmediatas del accidente (el último)
  - 1.4.5.- Efectos o daños causados por el accidente (el último)

## **2.- Salud percibida y Calidad de vida**

- 2.1.- Autovaloración de la percepción del estado de salud
- 2.2.- Autovaloración de la percepción del estado de felicidad
- 2.3.- Autovaloración del estado emocional o psíquico
  - 2.3.1.- Tener mucha energía
  - 2.3.2.- Sentirse calmado/a y tranquilo/a
  - 2.3.3.- Sentirse desanimado/a y triste
- 2.4.- Limitación de actividades por la salud
  - 2.4.1.- Limitaciones para realizar actividades en el hogar
  - 2.4.2.- Limitaciones para realizar actividades en el trabajo
  - 2.4.3.- Limitaciones para realizar actividades de tiempo libre
  - 2.4.4.- Limitaciones para realizar el cuidado y aseo personal
  - 2.4.5.- Limitaciones para efectuar desplazamientos
- 2.4.- Hacer menos cosas de las queridas a causa de la salud física o mental
- 2.6.- Calidad de vida relacionada con la salud

## **3.- Redes sociales y ayuda social**

- 3.1.- Auto percepción de la vida social
- 3.2.- Auto percepción y satisfacción en el uso del tiempo de ocio
- 3.3.- Dificultades para la vida social debidas a problemas de salud
- 3.4.- Personas con las que pueda hablar (persona confidente)

## **4.- Estilos de Vida**

- 4.1.- Ejercicio físico
  - 4.1.1.- Esfuerzo en la actividad principal
  - 4.1.2.- Práctica de ejercicio físico o actividad deportiva
- 4.2.- Medidas antropométricas
  - 4.2.1.- Peso y talla
  - 4.2.2.- Opinión sobre el peso y talla
  - 4.2.3.- Índice de masa corporal
- 4.3.- Horas de sueño
- 4.4.- Comidas
  - 4.4.1.- Comidas realizadas
  - 4.4.2.- Comidas realizadas fuera de casa
- 4.5.- Consumo de tabaco
  - 4.5.1 Consumo habitual de tabaco
  - 4.5.2.- Tiempo de consumo
  - 4.5.3.- Cantidad de tabaco consumido
  - 4.5.4.- Motivación para haber dejado de fumar
- 4.6.- Consumo de alcohol
  - 4.6.1.- Consumo habitual de alcohol
  - 4.6.2.- Pautas del consumo de alcohol
  - 4.6.3.- Motivación para haber dejado de tomar bebidas alcohólicas

## **5.- Prácticas preventivas**

- 5.1.- Toma de tensión arterial
- 5.2.- Análisis de glucemia y colesterol
- 5.3.- Limpieza dental
- 5.4.- Vacunación antigripal
- 5.5.- Vacunación antitetánica
- 5.6.- Seguridad vial
  - 5.6.1.- Uso de cinturón de seguridad cuando viaja en coche
  - 5.6.2.- Uso de casco en viajes en motocicleta o bicicleta
  - 5.6.3.- Uso de seguridad adecuada en el transporte de niños/as
- 5.7.- Salud laboral
- 5.8.- Vigilancia del peso
  - 5.8.1.- Frecuencia de vigilancia del peso
  - 5.8.2.- Someterse a dietas de reducción de peso

- 5.9.- Uso de sal yodada
- 5.10.- Uso de medidas de protección solar
- 5.11.- Actividades preventivas específicas en mujeres
  - 5.11.1.- Realización de mamografías
  - 5.11.2.- Realización de citologías vaginales

## **6.- Situación sociodemográfica y económica**

- 6.1.- Situación personal y convivencia
  - 6.1.1.- Estado civil
  - 6.1.2.- Personas con las que habitualmente convive en su hogar
  - 6.1.3.- Personas con las que habitualmente convive en su hogar con limitaciones
    - 6.1.3.1.- Cuidado de menores de 15 años de edad
    - 6.1.3.2.- Cuidado de personas mayores de 64 años de edad
    - 6.1.3.3.- Cuidado de personas con discapacidad
  - 6.1.4.- Personas en las que recae principalmente el trabajo de la casa
  - 6.1.5.- Horas diarias dedicadas a los trabajos de la casa
    - 6.1.5.1.- Horas de trabajo en el hogar en día laborables
    - 6.1.5.2.- Horas de trabajo en el hogar en días festivos
- 6.2.- Características de la vivienda
  - 6.2.1.- Superficie de la vivienda
  - 6.2.2.- Telefonía
  - 6.2.3.- Calefacción de la vivienda
- 6.3.- Nivel socioeconómico y laboral
  - 6.3.1.- Nivel de estudios completados
  - 6.3.2.- Trabajo y empleo
    - 6.3.2.1.- Situación laboral actual
    - 6.3.2.2.- Situación del empleo en la ocupación
    - 6.3.2.3.- Satisfacción con el trabajo actual
    - 6.3.2.4.- Exposiciones en el trabajo actual o en el último
  - 6.3.3.- Ingresos económicos de la familia
  - 6.3.4.- Ocupación
  - 6.3.5.- Clase social

## **7.- Opinión y uso de servicios sanitarios**

- 7.1.- Opinión sobre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
  - 7.1.1.- Satisfacción de la población con los servicios sanitarios
  - 7.1.2.- Accesibilidad al sistema sanitario
  - 7.1.3.- Opinión sobre los servicios de Atención Primaria
  - 7.1.4.- Conocimiento de servicios en Atención Primaria
  - 7.1.5.- Opinión sobre los servicios de Atención Especializada (especialistas)
  - 7.1.6.- Opinión sobre los servicios de Atención Especializada (Hospitalización)
  - 7.1.7.- Opinión sobre los derechos de los/las ciudadanos/as en Asturias
- 7.2.- Utilización de servicios sanitarios
  - 7.2.1.- Utilización de servicios considerados como "cuidados primarios"
    - 7.2.1.1.- Frecuentación de servicios
    - 7.2.1.2.- Lugar de prestación de los servicios
  - 7.2.2.- Utilización de servicios dentales en los últimos tres meses
    - 7.2.2.1.- Frecuentación de servicios
    - 7.2.2.2.- Tipo de servicio dental recibido
  - 7.2.3.- Utilización de ingresos hospitalarios en el último año
    - 7.2.3.1.- Frecuentación de servicios
    - 7.2.3.2.- Motivo del ingreso hospitalario
  - 7.2.4.- Utilización de atención urgente en el último año
    - 7.2.4.1.- Frecuentación de servicios

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Índice

- 7.2.4.2.- Motivo de la atención sanitaria urgente
- 7.2.4.3.- Lugar donde se realizó la atención sanitaria urgente
- 7.2.4.4.- Remisión para atención sanitaria urgente
- 7.3.- Aseguramiento sanitario
  - 7.3.1.- Aseguramiento que posee
  - 7.3.2.- Tipo de financiación de los servicios consumidos
- 7.4.- Consumo de fármacos
  - 7.4.1.- Consumo global de fármacos
  - 7.4.2.- Consumo de fármacos autoprescritos

**8.- Cuestionario de la encuesta**

# **CRONOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE TRABAJO**

## **CRONOLOGIA Y METODOLOGÍA DE TRABAJO:**

### **1.- FASES TEÓRICAS:**

1. **Delimitación del campo de estudio:** Información a recoger, redacción de preguntas, búsqueda de validez y fiabilidad
2. **Diseño:** Diseño del cuestionario, realizar diseño muestral y cálculo de errores muestrales
3. **Trabajo de campo:** Recogida de datos y preparar explotación de esos datos
4. **Introducción y primer análisis:** Informatización y control de calidad de datos, explotación preliminar, codificación
5. **Publicación de tablas de resultados**
6. **Presentación y difusión de las publicaciones**

### **2.- DESARROLLO PRACTICO DE LA ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA:**

#### **Premisas desde las que se realizó la Encuesta de Salud para Asturias (ESA-2002):**

- Definición clara y precisa de los objetivos y propósitos de la Encuesta.
- Definir claramente la población que queremos estudiar así como la unidad de análisis.
- Definir los recursos materiales, humanos y organizativos que podíamos utilizar

#### ***1.- Objetivos y propósitos de la ESA-2002:***

- Conocer y monitorizar en un futuro la salud percibida por la población, los hábitos o estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.
- Identificar los principales grupos a riesgo en la salud, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios.

#### ***2.- Población y unidad de análisis de la ESA-2002:***

- La población universo a la que nos referiremos y para la que realizamos las estimaciones obtenidas del análisis de la muestra es la población asturiana no institucionalizada mayor de 15 años de edad.
- El ámbito territorial, es la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.
- El ámbito temporal es la del año de su ejecución (2002). En una estación intermedia (otoño) y en una única oleada.

#### ***3.- Elementos organizativos:***

##### ***3.a.- Diseño de recogida de la información:***

**Tipo de encuesta:** Se ha elegido la realización de una encuesta basada en entrevista estructurada, dado que se estaba intentando sondear el comportamiento, las intenciones, las actitudes, etc.

Para ello con el trabajo de unos/as encuestadores/as se cumplimentaron unos cuestionarios de los que se definió: La información de la que se quería disponer, el número de preguntas a realizar, el tipo de preguntas más adecuado (cerradas/abiertas), la redacción de las preguntas, el orden y disposición de las preguntas, los aspectos formales del cuestionario, la redacción de la información que acompañaba a la entrevista y la cita con el/la entrevistado/a.

***Entrevista:*** Para la realización de las entrevistas se seleccionó y formó a los/las entrevistadores/as, así como se definió el dónde, cuándo y de qué forma se iba a realizar la encuesta. Para ello, el/la entrevistador/a debía conocer los objetivos de la entrevista, y dar la justificación necesaria de ella al/la entrevistado/a, recalando la confidencialidad de los datos aportados. Se formaron, asimismo, evitando que el/la entrevistador/a diese su opinión o llegase a discutir o discrepar con el/la entrevistado/a. Cada entrevista estaba adecuadamente controlada en su calidad, cantidad y discrepancias. Para ello se definió protocolo de la entrevista, que debía ser seguido obligatoriamente por el/la entrevistador/a.

***3.b.- Diseño del muestreo:*** se determinó el grado de error asumido, intervalo de confianza deseado, estimación del número de la muestra, la búsqueda de representatividad por espacio geográfico, edad, sexo, etc., se decidió si el muestreo se realizaba con reemplazo o no, el tipo de muestreo, el tipo de encuesta, las distintas fases del muestreo, y si el muestreo se debía hacer en período único o mediante oleadas

***3.c.- Proceso de codificación y tabulación:*** es necesaria una absoluta confidencialidad de la información y de las entrevistadas. Se debía, asimismo, determinar la exactitud de la entrada de datos con doble entrada de una muestra de entrevistas, con control de calidad de cada persona codificadora. Se concretó la base de datos o programas de encuesta a utilizar para la introducción de datos y formar al personal en la introducción de datos y en el manejo de ese programa. Se realizó una ficha de recogida de datos que incluía todas las variables y se designaron todos sus valores. Se determinó el tipo de tabulación a realizar: frecuencias de variables, tabulaciones cruzadas descriptivas, analíticas (determinación de diferencias, búsqueda de relación entre variables, etc.)

***3.d.- Definición de procedimientos de análisis e interpretación de resultados:*** Tipo de análisis estadístico a realizar, así como el programa a usar. El análisis de este estudio identificó elementos como la media, la distribución, la variación, ausencias de respuestas y ayudó a determinar cuanto había sido de útil cada elemento.

***3.e.- Difusión:*** proceso de difusión de los resultados de la Encuesta.

### **3.- MODELO DE TRABAJO DE DESARROLLO DE LA ENCUESTA:**

En la fase inicial (diseño, elección de variables, elección de indicadores y diseño muestral. Se optó por el trabajo en forma de trabajo en equipo en grupos: uno coordinador y varios monográficos. Los grupos de trabajo estaban compuestos por:

- ***Grupo de Trabajo de Diseño*** formado por cuatro personas, todas ellas pertenecientes a la Dirección General de Salud Pública, entidad promotora del proyecto. Este grupo estaba compuesto por Mario Margolles (coordinador de la Encuesta), Alvaro Cañada, Aurora Mesa y Marian Uría.
- ***Grupos de trabajo monográficos:*** que se encargaron de diseñar apartados específicos del diseño de la Encuesta. La composición de estos grupos fue decidida por el Grupo de Trabajo Coordinador. Cada grupo de trabajo tuvo diferentes tiempos para desarrollar su misión, en función de las distintas fases de diseño de la Encuesta. Al ser su composición

multidisciplinar se tuvo que contar con las distintas tareas, objetivos y cargas de trabajo que cada uno tenía para asignar fechas concretas de fin de resultados.

#### **4.- FASES DE TRABAJO:**

**Fase I:** correspondiente al año 2001 : Delimitación del campo de estudio, diseño del cuestionario y formación en metodología de encuestas

**Fase II:** correspondiente al año 2002: Diseño muestral de la encuesta, trabajo de campo, Introducción de datos y primer análisis.

**Fase III:** correspondiente al año 2003: Publicación tablas resultados y presentación y difusión de las publicaciones

#### **5.- DEFINICION DE CAMPO DE ESTUDIO Y DELIMITACIÓN DE CONTENIDOS:**

**CONTENIDOS:** Por parte del Grupo Coordinador se estudió y valoró la información disponible y se consideró que la Encuesta debería abordar los siguientes grandes ámbitos de información:

- 1.- **Morbilidad declarada:** Aguda, crónica y discapacidades, accidentes
- 2.- **Salud percibida y Calidad Vida:** Grado de salud, felicidad, autonomía, limitaciones
- 3.- **Estilos de Vida:** Actividad física, tabaco, alcohol, peso y talla, sueño, ocio
- 4.- **Prácticas preventivas:** Actividades de despistaje (screening), actividades de vacunación y seguridad vial
- 5.- **Situación sociodemográfica y económica:** Información personal, estudios realizados, actividad laboral, autopercepción laboral, nivel de empleo, nivel económico
- 6.- **Redes sociales y ayuda social:** Autoayuda, confianza, dependencia, convivencia, asociacionismo
- 7.- **Uso de servicios sanitarios:** Aseguramiento, prestaciones solicitadas, utilización en Atención Primaria, utilización en Atención Especializada, utilización en Salud Pública, hospitalización, opinión sobre el sistema sanitario, conocimiento de los servicios ofertados

Estos contenidos debían ser abordados de manera que tras revisión de la experiencia de realización de otras encuestas (nacionales, autonómicas, etc.) incluyesen los habituales campos de información de valoración de estado de salud, morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, hábitos de vida, características personales y demográficas. A ello, se debería intentar añadir información sobre medida del ejercicio físico, del sueño o de la discapacidad. Además deberíamos intentar alcanzar la medición de otros fenómenos muy importantes con la medición del nivel social (al menos a partir de la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología), intentar medir la calidad de vida, las medidas de apoyo social, ampliar información sobre accesibilidad al sistema sanitario y garantizar que se pueda realizar un análisis de género incluyendo información sobre el trabajo doméstico, ayudas en el hogar, estructura familiar de convivencia, horas trabajadas y las actividades de apoyo social, y por último, determinantes específicos de conductas de riesgo como el uso de casco en moto y bicicleta, el uso de cinturón en coche y otras medidas de prevención de accidentes de tráfico, además de medidas de prevención de otras enfermedades. (MSC, 1995), (MSC, 1997), (MSC, 2001) , (Regidor, E., 1998) , (Regidor, E., 2002)

**OBJETIVOS POR GRANDES CAMPOS DE LA INFORMACION:**

**1.- Morbilidad declarada**

- Conocer la morbilidad aguda autodeclarada
- Conocer la morbilidad y la prevalencia de procesos y discapacidades crónicas
- Estimar la reducción de autonomía y de las actividades de la vida diaria
- Conocer la cantidad y el tipo de accidentes sufridos (domésticos, laborales, de tránsito, etc.) y su repercusión

**2.- Salud percibida y Calidad Vida**

- Conocer la percepción de los/las ciudadanos/as sobre su propia salud
- Conocer la evolución de la percepción de la propia salud
- Estimar la reducción de autonomía y de las actividades de la vida diaria
- Conocer la existencia de problemas en la actividad diaria por problemas emocionales
- Conocer la existencia de dolor y sus repercusiones
- Conocer como se ha sentido la población en un período determinado
- Conocer la existencia de actitudes suicidas

**3.- Estilos de Vida**

- Conocer el grado de actividad física y sus características (Rohifs, I., 2001)
- Conocer la cantidad y la actividad en las horas de descanso y de ocio
- Conocer la prevalencia de consumo de tabaco y las características de su consumo
- Conocer el consumo de alcohol y las características de su consumo (Banegas, JRB., 2001)
- Conocer el consumo de otras drogas y su patrón de consumo
- Conocer el peso y la talla de los/as ciudadanos/as

**4.- Prácticas preventivas**

- Conocer la realización de prácticas preventivas en relación al cáncer de mama y genital
- Conocer la realización de controles de tensión arterial y colesterol sérico
- Conocer la realización de controles periódicos de los dientes
- Estudiar el grado de coberturas vacunales
- Conocer el uso de medidas de seguridad en los vehículos a motor y bicicletas

**5.- Situación sociodemográfica y económica**

- Conocer la composición de los hogares
- Conocer el nivel de estudios de los/las entrevistados/as y de los/las cabezas de familia
- Conocer los datos laborales y la actividad laboral de los/las entrevistados/as y del/de la cabeza de familia
- Conocer el grado de autovaloración personal de su actividad personal
- Conocer el nivel de ingresos económicos familiares
- Conocer las condiciones de trabajo que pueden influir en su salud

**6.- Redes sociales y ayuda social**

- Conocer el grado de ayuda social (familiar, vecinal, institucional)
- Conocer el grado de ayuda emocional
- Conocer el tipo de ayuda en la atención de los problemas de salud
- Conocer el grado de participación en actividades de ayuda social y asociacionismo altruista
- Conocer el tipo de actividad social y su autopercepción
- Conocer la existencia de personas de apoyo (confidentes) ante problemas

**7.- Uso de servicios sanitarios**

- Conocer el número y tipo de visitas médicas realizadas

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Cronología y metodología de trabajo

- Conocer el número, causa y duración de las hospitalizaciones
- Conocer el tipo de aseguramiento y demanda de servicios en nuestra Comunidad Autónoma
- Conocer la opinión de los/las ciudadanos/as sobre su sistema sanitario
- Conocer el grado de autoprescripción de la población

### **ORGANIZACIÓN de TRABAJO:**

- Constitución de Grupos de Trabajo Monográficos para cada bloque de Contenidos definidos en la fase anterior.
- El Grupo de Trabajo constaba de 4-7 personas, y en cada uno de ellos había una persona del Grupo de Trabajo Coordinador de la Encuesta.
- Una persona podía formar parte, si así lo deseaba, de más de un Grupo de Trabajo.
- Cada Grupo de Trabajo, dentro del campo de información y los objetivos asignados, debía definir las variables a integrar en la encuesta, así como las categorías a establecer para medir dichas variables.
- El Grupo no estaba limitado en el número de variables que debía proponer, si bien debía considerar que atendiendo a que el criterio mayoritario de diseño una Encuesta debería tener alrededor de 60 preguntas y hay 7 grandes campos de la información.
- El Grupo de Trabajo debía definir correctamente los contenidos del manual de la encuesta y del/la entrevistador/a en cuanto a las variables que hubiera elegido.
- El Grupo de Trabajo Coordinador de la Encuesta decidía, posteriormente, las variables que iban a integrar el cuestionario de la Encuesta así como la redacción de las preguntas, de manera que quedase una Encuesta ponderada y equilibrada en cuanto al número, características y enunciados concretos de las preguntas.

### **PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO MONOGRAFICOS:**

- 1. Morbilidad:** Aurora Mesa, Alvaro Cañada, Ignacio Donate, Blanca Alvarez, Jose R. Hevia
- 2. Salud percibida:** Aurora Mesa, Federico Fernández, Elvira Muslera, Vicente García, Laura Rodríguez-Vigil
- 3. Estilos de vida:** Mario Margolles, Ignacio Donate, Carmen García, Vicente García, Dolores Martín, Carlos Pinto
- 4. Practicas preventivas:** Alvaro Cañada, Federico Fernández, Juan Jesús Salvadores, Dolores Martín, Alvaro Aller
- 5. Situación sociodemográfica y socioeconómica:** Marian Uría, Patrocinio Morote, Juan Jesús Salvadores, Valentín Rodríguez, Jose R. Hevia, Julio Alonso
- 6. Redes sociales:** Marian Uría, Ana Otero
- 7. Uso servicios sanitarios:** Mario Margolles, Carmen Natal, Julio Alonso, Marifé Vázquez, Yolanda García

## **6.- FASE DE FORMACIÓN EN DISEÑO DE ENCUESTAS DE SALUD**

Se realizó una propuesta al Instituto de Administración Pública Adolfo Posada dentro del Plan de formación específica del año 2001, lográndose la aceptación del curso:

**RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE BASES DE DATOS** compuesto por dos módulos:

- **Módulo de EXPERIENCIAS Y DISEÑO DE CUESTIONARIOS para Diseño de Encuestas de Salud:**

- 1.- Metodología de encuesta
- 2.- Las encuestas de salud en España. Experiencias prácticas
- 3.- Objetivos de la encuesta
- 4.- Recogida de datos: selección de variables, escalas de medida, calidad de los datos
- 5.- Cuestionarios: Tipos y formas, Etapas en la elaboración. Tipos de preguntas. Códigos, puntuaciones, escalas. Redacción y orden de las preguntas. Formato.
- 6.- Formación de los/las encuestadores/as
- 7.- Pruebas piloto. Validación de cuestionarios

- **Módulo de MUESTREO para Diseño de Encuestas de Salud:**

- 1.- Tamaño de las muestras: variabilidad, precisión, nivel de confianza
- 2.- Ventajas del muestreo
- 3.- Muestreo probabilístico: aleatorio simple, estratificado, de etapas múltiples, sistemático
- 4.- Muestreo no probabilístico: consecutivo, por voluntarios/as, mediante cuotas.
- 5.- Medición de variables: fiabilidad de la medida: fuentes de error, evaluación y análisis de la fiabilidad.

## **7.- DISEÑO MUESTRAL:**

Previamente a la realización de todo el diseño muestral y cara a la contratación de una empresa para la realización del trabajo de campo se procedió a condicionar el mismo en cuanto a las siguientes características:

- La probabilidad de manifestación de un suceso (una respuesta u otra): para ello, partiendo de lo más básico: variables dicotómicas, estimamos en cuando al conjunto de las variables a estudio que reúnen estas características, niveles de probabilidad entre el 25% y el 50% (máxima indeterminación), si bien parece estar centrado alrededor de un 30% (p de 0,3). Evidentemente a mayor probabilidad (hasta el 50%) necesitaríamos una mayor muestra para valorar este hecho.
- El nivel de precisión que se desea: así como para determinadas variables pueden necesitarse niveles de precisión relativamente altos ( $\pm 2,5\%$ ), se considera que puede situarse, para esta fase, sin riesgos de grandes errores en un  $\pm 5\%$ .
- El nivel de confianza con la que se deseaba realizar la estimación, o sea, la probabilidad de que el verdadero valor de la variable en la población esté situada en el intervalo. Se podían elegir entre valores del 90 al 99%, si bien hemos optado por un nivel relativamente estandarizado, como es el del 95%, para todas las variables.

A su vez, debemos tener en consideración los niveles de representatividad que podíamos querer obtener para nuestras estimaciones, entre ellas siempre se sitúan estas tres: Ámbito geográfico, Ámbito de género y Ámbito etario

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

Con todo ello, y teniendo en cuenta los anteriores condicionantes, se hizo una estimación del tamaño muestral que se concluyó en una muestra alrededor de dos mil personas a entrevistar, para tener niveles de precisión adecuados, así como definir que el nivel de representatividad serán la población total (mayor de 15 años, no institucionalizada) de la Comunidad Autónoma, ambos sexos y los grupos etarios siguientes: de 16 a 29 años de edad, de 30 a 44 años, de 45 a 64 años y más de 64 años de edad.

Se procedió a seleccionar la muestra mediante una estratificación de la misma en cuanto a las variables lugar de residencia (por Área Sanitaria), género (sexo) y edad (los cuatro grupos citados) proporcional a la población real asturiana en cada estrato.

Distribución final de la muestra por estratos:

Sexo Edad	Mujeres				Total	Hombres				Total	Total
	15-29	30-44	45-64	>64		15-29	30-44	45-64	>64		
<b>Asturias</b>	240	269	287	283	1.079	241	249	265	197	952	<b>2.031</b>
<b>Area I</b>	12	12	14	17	55	11	11	15	15	49	<b>104</b>
<b>Area II</b>	7	7	7	10	31	8	8	10	10	35	<b>66</b>
<b>Area III</b>	33	39	40	37	149	37	42	35	35	133	<b>282</b>
<b>Area IV</b>	73	88	88	80	329	64	78	80	80	277	<b>606</b>
<b>Area V</b>	68	73	87	70	298	71	59	71	71	260	<b>558</b>
<b>Area VI</b>	10	12	11	21	54	11	12	14	14	49	<b>103</b>
<b>Area VII</b>	20	21	22	25	88	20	19	18	18	74	<b>162</b>
<b>Area VIII</b>	17	17	18	23	75	19	20	22	22	75	<b>150</b>

## **8.- TRABAJO DE CAMPO:**

Al objeto de realizar el trabajo de campo (entrevistas e informatización) se procedió a la contratación mediante concurso de la ejecución del mismo.

Las tareas a realizar por la empresa adjudicataria eran las siguientes:

- **Fase 1 del trabajo de campo:** Diseño de la muestra (atendiendo a los criterios prefijados), edición e impresión del material a utilizar en la encuesta y formación y entrenamiento de los entrevistadores (Elaboración del protocolo de recogida de información con normas e instrucciones específicas para la adecuada aplicación de los cuestionarios).
- **Fase 2 del trabajo de campo:** Trabajo de campo propiamente dicho, supervisión (al menos del 15% de las entrevistas realizadas), codificación, elaboración del protocolo de explotación y análisis de datos en colaboración con la dirección del estudio.
- **Fase 3 del trabajo de campo:** Validación, grabación y verificación de datos; reservándose la Consejería la creación de un número de variables finales a partir de las variables originales del estudio que debían incluirse en la tabulación de los datos del estudio; tratamiento y análisis de datos, tabulación de resultados finales y elaboración de informe

A la finalización de las fases 1 y 2, se debía presentar un informe del trabajo de campo (metodología utilizada, cuestionarios, diseño muestral, incidencias del trabajo de campo, plan de códigos, etc.) junto con el protocolo de explotación de datos. A la finalización del trabajo se debía presentar un Informe de resultados que deberá ajustarse a la propuesta técnica. El informe final debía ir acompañado de: Metodología utilizada, anexo estadístico

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Cronología y metodología de trabajo

con las tablas de resultados obtenidos, ficheros de datos de la encuesta en soporte informático compatible con Microsoft Acces y paquetes estadísticos SAS y SPSS, el correspondiente libro de códigos y la estructura del fichero.

La dirección técnica del trabajo corría a cargo de la Dirección General de Salud Pública (Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública).

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal la entidad adjudicataria y el personal encargado de la realización de las tareas debían guardar secreto profesional sobre todas las informaciones, documentos y asuntos a los que tuviera acceso o conocimiento durante la vigencia del contrato, estando obligados a no hacer públicos o enajenar cuantos datos conozcan como consecuencia o con ocasión de su ejecución, incluso después de finalizar el plazo contractual.

El resultado de las tareas realizadas, así como el soporte utilizado (papel, fichas, disquettes, etc.) fueron definidas como propiedad de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

El plazo total para la ejecución del proyecto de trabajo de campo iba desde el 1 de Septiembre del 2002 al 31 de Diciembre del 2002. Las fases 1 y 2 debían estar concluidas antes de 30 de Noviembre del 2002, y la tercera fase antes de la finalización del contrato.

El presupuesto total de la investigación no podía exceder de los 53.491.-€ (8.900.000.- Pts.), IVA incluido como presupuesto de salida en la de licitación, siendo adjudicado a la empresa **Pragma Social Aplicada** en 52.107.-€ (8.669.719.- Pts.), IVA incluido.

## **9.- FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA Y TRABAJO DE CAMPO:**

**Universo:** residentes en Asturias no institucionalizados/as de 16 o más años cumplidos.

**Muestra:** se han realizado un total de 2.031 entrevistas válidas.

**Criterio de selección muestral:**

1. Estratificado por Area Sanitaria, edad y sexo.
2. Proporcional a la población mayor de 15 años cumplidos.

**Selección de la muestra:** Polietápica, mediante selección en gabinete de concejos y hábitats de Area Sanitaria y selección posterior de los/las entrevistados/as por el sistema de rutas aleatorias según criterios de selección por cuotas.

**Entrevista:** domiciliaria y personal, con reemplazo.

**Cuestionario:** estructurado, cerrado y codificado.

**Fecha del trabajo de campo:** entre el 12 de noviembre al 19 de diciembre del año 2002.

**Error:** Para  $p=q=50\%$  (0,50) y un nivel de confianza del 95,5% ( $2\sigma$ ) el error estimado para el conjunto de la muestra es del  $\pm 2,21\%$ .

Por Area Sanitaria, el error muestral es: Area I ( $\pm 9,81\%$ ), Area II ( $\pm 12,31\%$ ), Area III ( $\pm 5,95\%$ ), Area IV ( $\pm 4,06\%$ ), Area V ( $\pm 4,23\%$ ), Area VI ( $\pm 9,92\%$ ), Area VII ( $\pm 7,56\%$ ), Area VIII ( $\pm 8,16\%$ ).

**Supervisión:** se supervisaron aproximadamente el 25% de los cuestionarios entregados, siendo rechazados unos cien.

**Realización del trabajo de campo, codificación e informatización de los datos:** empresa Pragma Social Aplicada. Directores del trabajo de campo: Arsenio Valbuena y Jacobo Blanco. Supervisión de campo: Tamara Reza.

**Encuestadores/as:** 15 personas: Yolanda Alvarez, Montserrat Baragaño, Cristóbal Blanco, Verónica Carreño, Alicia Fernández, Inmaculada Fernández, Marta García, Ramón García, Susana García, Yolanda González, Laura López, Rosa Moro, Beatriz Pérez, Belén Rodríguez, Noelia de la Torre.

**Grabación de datos:** tres personas en formato Excel convertible a SPSS: Isabel Alonso, Rocío Alvarez, Ana Donaire.

**Incidencias de campo:**

1. La accesibilidad es mucho mejor en zonas rurales que en urbanas (están en el domicilio y acceden de buen grado a la entrevista). En zonas urbanas el sistema de rutas resulta de mala aplicabilidad.
2. La accesibilidad es directamente proporcional a la edad. Es muy difícil encontrar en su domicilio a personas de 30 a 44 años, y, un poco menos, a las de 16-29 años.
3. La accesibilidad es mejor en mujeres que en hombres.
4. La mención de la Consejería facilitó el acceso a los hogares. Es negativa la reacción a la palabra *encuesta*. Al final se optó por indicar que se iban a realizar *unas preguntas*.
5. Hay gran disposición a *hablar de sus cosas* de los/las encuestados/as. Este hecho es directamente proporcional a la edad.
6. No se requirió identificación ni acreditación de los/as encuestadores/as, salvo algún caso aislado.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

7. No se detectó sesgo o tendenciosidad a la hora de contestar algunas preguntas.
8. No se detectaron incidentes. La hija de una persona encuestada planteó la posibilidad de denunciar la forma en que se realizó la entrevista.
9. El cuestionario resultó largo para la mayoría de los/las entrevistados/as y *farragoso* en el apartado que analiza el uso y satisfacción de los servicios sanitarios.
10. Hubo problemas en el concepto jubilado/a o retirado/a. Afectaba a pocos casos.
11. La pregunta 33 (*indique el trabajo actual (o el último) y aquel otros en el que haya trabajado anteriormente, persona principal del hogar: ocupación, categoría profesional, actividad de la empresa, etc.*) fue de difícil contestación para mucha gente (se ignora la categoría profesional exacta o la actividad concreta de la empresa para la que se trabajó).
12. La tasa de respuestas obtenida para la pregunta 37 (*total de ingresos brutos para el conjunto del hogar por todos los conceptos, rentas, dividendos, etc.*) fue de más del 60% (buena proporción). Fue mayor en zonas rurales que en urbanas y mínima en Oviedo. Muchas personas, por su parte, desconocen la totalidad de los ingresos familiares, más si estos se miden en bruto. Puede existir, además, una cierta infravaloración de las cantidades declaradas.
13. En la pregunta 54 (*si toma alcohol o lo tomaba habitualmente, ¿cuanta cantidad consume o consumía...?*) hay cierto desconcierto entre los/las bebedores/as habituales sobre la cuantificación de su ingesta (poco acostumbrados a hacerlo) y entre los/las bebedores/as irregulares o no habituales (dificultad de obtener medias de consumo diarias representativas).
14. Hubo gran disposición de los/las entrevistados/as para facilitar su teléfono y dirección para el control de supervisión, cuyas llamadas fueron atendidas sin ningún problema.
15. El muestreo se planteó con la posibilidad de reemplazamiento: la tasa de sustitución es más elevada en jóvenes y en hombres. La tasa media para Asturias de sustitución fue del 15%. Mayor en Area IV (especialmente, en Oviedo (25-30%)), menor en Area II (5%).
16. Las sustituciones o reemplazos se hicieron según las normas siguientes: búsqueda inicial, reintento en el mismo piso, y, en caso de no ser posible concertar entrevista, continuar ruta. No se eliminaron los pisos vacíos (muchos pisos vacíos, segundas residencias y gente viviendo en más de una vivienda), por lo que la tasa de reemplazo es, probablemente, menor a la indicada.

## **10.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN:**

Algunas de las variables sociodemográficas han sido controladas mediante una estratificación proporcional en el muestreo de la población a encuestar, representando la población con esas mismas características existente en Asturias en el año de 1996. Esas variables son el grupo etario, el género y la residencia en el Área Sanitaria. No obstante, a efectos de iluminar la totalidad de características sociodemográficas las vamos a exponer junto al resto de variables que no han sido controladas en el muestreo.

### **Porcentajes sobre la totalidad de la población muestral:**

*(\*) variable controlada*

#### **Género: (\*)**

Hombres: 46,9%

Mujeres: 53,1%

#### **Edad: (\*)**

16-29 años: 23,7%

30-44 años: 25,5%

45-64 años: 27,2%

>64 años: 23,6%

#### **Area Sanitaria de residencia: (\*)**

Area I: 5,1%

Area II: 3,2%

Area III: 13,9%

Area IV: 29,8%

Area V: 27,5%

Area VI: 5,1%

Area VII: 8,0%

Area VIII: 7,4%

Asturias: 100%

#### **Hábitat de residencia: (tamaño del municipio)**

0-2.999 habitantes: 1,8%

3.000-24.999 habitantes: 22,5%

25.000-79.999 habitantes: 14,0%

80.000 y más habitantes: 61,7%

#### **Nivel de estudios completados:**

Sin estudios: 8,7%

Primarios incompletos: 13,0%

Bachiller elemental, EGB o equiv.: 36,2%

Bachiller superior, BUP o equiv.: 14,2%

FP1, Oficialía industrial o equiv.: 7,0%

FP2, Maestría industrial o equiv.: 8,5%

Diplomatura Universitaria o equiv.: 8,5%

Licenciatura Universitaria o equiv.: 7,5%

Doctorado o Postgrado(<200 h. lectivas): 0,7%

#### **Nivel de ingresos económicos anuales brutos de la unidad familiar (hogar):**

No sabe, no contesta: 38,6%

<3.000 €: 0,5%

3.000-5.999 €: 4,2%

6.000-11.999 €: 19,6%

12.000-17.999 €: 18,6%

18.000-23.999 €: 9,4%

24.000-29.999 €: 4,4%

30.000-35.999 €: 2,6%

36.000-47.999 €: 1,4%

≥ 48.000 €: 0,6%

#### **Ocupación: (no excluyentes)**

Ocupado/a: 49,5%

Ocupado/a con contrato: 48,2%

Ocupado/a sin contrato: 1,3%

Parado/a: 7,3%

Parado/a tras >6 meses de trabajo en el año ult.: 1,9%

Parado/a tras <6 meses de trabajo en el año ult.: 1,6%

Parado/a más de 12 meses tras haber trabajado: 2,6%

Buscando primer empleo: 1,2%

Jubilado/a, pensionista o rentista: 22,9%

Incapacidad permanente: 1,6%

Estudiante (incluye opositor/a): 7,9%

Labores del hogar: 17,6%

Otros: 1,7%

#### **Situación de empleo (en los que trabajan):**

Trabajador/a por cuenta propia: 20,4%

Gerente de empresa: 1,3%

Capataz, supervisor/a, encargado/a: 3%

Otro tipo de asalariado/a: 73,1%

#### **Estado civil actual:**

Soltero/a: 30,5%

Casado/a o en convivencia: 53,9%

En trámites de separación o divorcio: 0,4%

Separado/a, divorciado/a: 3,7%

Viudo/a: 11,3%

Otros: 0,1%

#### **Personas con las que convive:**

Una persona: 23,2%

De 2-4 personas: 62,9%

Más de 4 personas: 4,4%

No contesta/no sabe: 9,5%

#### **Tamaño de la vivienda:**

<40 m<sup>2</sup>: 0,6%

41-60 m<sup>2</sup>: 12,4%

61-90 m<sup>2</sup>: 52,6%

91-120 m<sup>2</sup>: 23,6%

>120 m<sup>2</sup>: 7,6%

No sabe/no contesta: 3,1%

## **11.- NOTAS METODOLÓGICAS:**

Toda encuesta estudia poblaciones mediante la selección y análisis de muestras representativas. A partir de estas muestras se hacen inferencias sobre la población completa a estudio. Los contenidos básicos de una encuesta de salud se basan en recoger hechos vitales, creencias, opiniones, actitudes, motivaciones, conducta, etc. que pueda afectar sobre la calidad de vida, sobre la salud, sobre la interacción con el medio (entre él el sector sanitario), etc.

El tipo de encuesta elegido para la Encuesta de Salud para Asturias en el año 2002 es el de entrevista estructurada con preguntas cerradas como método de recogida de información, lo que genera una difícil elaboración, exige mucho tiempo y es bastante costosa, pero la calidad de la información suministrada es mucho más elevada que en otras alternativas de encuesta. Se ha elegido, además, que aquellas preguntas que tuvieran una naturaleza más personal se hicieran al final de la entrevista para evitar interferencias en la contestación del resto del cuestionario.

La mayor ventaja de estas encuestas es que nos facilita mucha información de una población numerosa. Por el contrario, los datos suministrados por este tipo de encuesta son exactos, pero dentro de su propio error de muestreo.

En relación a este último apartado, se ha intentado, dentro del diseño muestral, el conseguir una población muestral lo suficientemente amplia que nos permitiese alcanzar una buena precisión en las estimaciones, con un total de 2.031 entrevistas válidas, a lo que añadimos el control de la selección de la muestra mediante estratificación previa de la población por las variables de género, Área Sanitaria de residencia, y grupo etario (en cuatro grupos), de manera que la población muestral dentro de cada estrato fuera fiel reflejo de su proporción dentro de la población total asturiana.

A pesar de ello, las distintas prevalencias detectadas en las preguntas de la Encuesta hacen que los intervalos de confianza para las inferencias realizadas sean variables. Dado lo farragoso que es la indicación en un documento de estas características el ir explicitando el intervalo de confianza para cada estimación, se ha optado por la inclusión de la tabla de la página siguiente la amplitud del intervalo de confianza a añadir por arriba y por debajo de la estimación puntual en función de la prevalencia detectada para por género y grupo etario (en función del número muestral de cada grupo), asumiendo la participación en dicha contestación de la totalidad de componentes del grupo.

En el análisis realizado en esta aproximación básica, se han elegido todas las preguntas realizadas en la Encuesta con información relevante y se ha analizado la prevalencia para la población total, por cada sexo, por cada grupo etario (recordemos: cuatro grupos etarios), el tipo de hábitat, la clase social y el nivel máximo de estudios alcanzado. Se expone la información en distintas tablas de frecuencia, eligiéndose la representación de frecuencias relativas en forma de porcentajes. Cuando la tasa de no respuesta es muy baja no se han incluido los mismos en las tablas al objeto de facilitar su lectura, cuando sucede lo contrario, se exponen dentro de la tabla. Para algún tipo de variable se han hecho algoritmos de cálculo de manera que expresasen mejor los contenidos de la misma.

A su vez, las distintas prevalencias expuestas en forma de frecuencia relativa son analizadas en forma de estimación puntual, y cuando se realizan comparaciones (de género, por edad), se indican las diferencias detectadas, y, si estas son estadísticamente significativas, se hace mención expresa de las mismas.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS, Año 2002**

Intervalo de confianza para un 95%, según prevalencia y número de muestra

Prevalencia/N	Mujeres					Hombres				
	15-29	30-44	45-64	>65	Total	15-29	30-44	45-64	>65	Total
1	1,26	1,19	1,15	1,16	0,59	1,26	1,24	1,20	1,39	0,63
2	1,77	1,67	1,62	1,63	0,84	1,77	1,74	1,69	1,96	0,89
3	2,16	2,04	1,97	1,99	1,02	2,15	2,12	2,05	2,38	1,08
4	2,48	2,34	2,27	2,28	1,17	2,47	2,43	2,36	2,74	1,24
5	<b>2,76</b>	<b>2,60</b>	<b>2,52</b>	<b>2,54</b>	<b>1,30</b>	<b>2,75</b>	<b>2,71</b>	<b>2,62</b>	<b>3,04</b>	<b>1,38</b>
6	3,00	2,84	2,75	2,77	1,42	3,00	2,95	2,86	3,32	1,51
7	3,23	3,05	2,95	2,97	1,52	3,22	3,17	3,07	3,56	1,62
8	3,43	3,24	3,14	3,16	1,62	3,43	3,37	3,27	3,79	1,72
9	3,62	3,42	3,31	3,33	1,71	3,61	3,55	3,45	4,00	1,82
10	<b>3,80</b>	<b>3,59</b>	<b>3,47</b>	<b>3,50</b>	<b>1,79</b>	<b>3,79</b>	<b>3,73</b>	<b>3,61</b>	<b>4,19</b>	<b>1,91</b>
11	3,96	3,74	3,62	3,65	1,87	3,95	3,89	3,77	4,37	1,99
12	4,11	3,88	3,76	3,79	1,94	4,10	4,04	3,91	4,54	2,06
13	4,25	4,02	3,89	3,92	2,01	4,25	4,18	4,05	4,70	2,14
14	4,39	4,15	4,01	4,04	2,07	4,38	4,31	4,18	4,85	2,20
15	<b>4,52</b>	<b>4,27</b>	<b>4,13</b>	<b>4,16</b>	<b>2,13</b>	<b>4,51</b>	<b>4,44</b>	<b>4,30</b>	<b>4,99</b>	<b>2,27</b>
16	4,64	4,38	4,24	4,27	2,19	4,63	4,55	4,41	5,12	2,33
17	4,75	4,49	4,35	4,38	2,24	4,74	4,67	4,52	5,25	2,39
18	4,86	4,59	4,44	4,48	2,29	4,85	4,77	4,63	5,36	2,44
19	4,96	4,69	4,54	4,57	2,34	4,95	4,87	4,72	5,48	2,49
20	<b>5,06</b>	<b>4,78</b>	<b>4,63</b>	<b>4,66</b>	<b>2,39</b>	<b>5,05</b>	<b>4,97</b>	<b>4,82</b>	<b>5,59</b>	<b>2,54</b>
21	5,15	4,87	4,71	4,75	2,43	5,14	5,06	4,90	5,69	2,59
22	5,24	4,95	4,79	4,83	2,47	5,23	5,15	4,99	5,78	2,63
23	5,32	5,03	4,87	4,90	2,51	5,31	5,23	5,07	5,88	2,67
24	5,40	5,10	4,94	4,98	2,55	5,39	5,30	5,14	5,96	2,71
25	<b>5,48</b>	<b>5,17</b>	<b>5,01</b>	<b>5,05</b>	<b>2,58</b>	<b>5,47</b>	<b>5,38</b>	<b>5,21</b>	<b>6,05</b>	<b>2,75</b>
26	5,55	5,24	5,07	5,11	2,62	5,54	5,45	5,28	6,13	2,79
27	5,62	5,31	5,14	5,17	2,65	5,61	5,51	5,35	6,20	2,82
28	5,68	5,37	5,19	5,23	2,68	5,67	5,58	5,41	6,27	2,85
29	5,74	5,42	5,25	5,29	2,71	5,73	5,64	5,46	6,34	2,88
30	<b>5,80</b>	<b>5,48</b>	<b>5,30</b>	<b>5,34</b>	<b>2,73</b>	<b>5,79</b>	<b>5,69</b>	<b>5,52</b>	<b>6,40</b>	<b>2,91</b>
31	5,85	5,53	5,35	5,39	2,76	5,84	5,74	5,57	6,46	2,94
32	5,90	5,57	5,40	5,43	2,78	5,89	5,79	5,62	6,51	2,96
33	5,95	5,62	5,44	5,48	2,81	5,94	5,84	5,66	6,57	2,99
34	5,99	5,66	5,48	5,52	2,83	5,98	5,88	5,70	6,62	3,01
35	<b>6,03</b>	<b>5,70</b>	<b>5,52</b>	<b>5,56</b>	<b>2,85</b>	<b>6,02</b>	<b>5,92</b>	<b>5,74</b>	<b>6,66</b>	<b>3,03</b>
36	6,07	5,74	5,55	5,59	2,86	6,06	5,96	5,78	6,70	3,05
37	6,11	5,77	5,59	5,63	2,88	6,10	6,00	5,81	6,74	3,07
38	6,14	5,80	5,62	5,66	2,90	6,13	6,03	5,84	6,78	3,08
39	6,17	5,83	5,64	5,68	2,91	6,16	6,06	5,87	6,81	3,10
40	<b>6,20</b>	<b>5,85</b>	<b>5,67</b>	<b>5,71</b>	<b>2,92</b>	<b>6,19</b>	<b>6,09</b>	<b>5,90</b>	<b>6,84</b>	<b>3,11</b>
41	6,22	5,88	5,69	5,73	2,93	6,21	6,11	5,92	6,87	3,12
42	6,24	5,90	5,71	5,75	2,94	6,23	6,13	5,94	6,89	3,14
43	6,26	5,92	5,73	5,77	2,95	6,25	6,15	5,96	6,91	3,14
44	6,28	5,93	5,74	5,78	2,96	6,27	6,17	5,98	6,93	3,15
45	<b>6,29</b>	<b>5,95</b>	<b>5,76</b>	<b>5,80</b>	<b>2,97</b>	<b>6,28</b>	<b>6,18</b>	<b>5,99</b>	<b>6,95</b>	<b>3,16</b>
46	6,31	5,96	5,77	5,81	2,97	6,29	6,19	6,00	6,96	3,17
47	6,31	5,96	5,77	5,81	2,98	6,30	6,20	6,01	6,97	3,17
48	6,32	5,97	5,78	5,82	2,98	6,31	6,21	6,02	6,98	3,17
49	6,32	5,97	5,78	5,82	2,98	6,31	6,21	6,02	6,98	3,18
50	<b>6,33</b>	<b>5,98</b>	<b>5,78</b>	<b>5,83</b>	<b>2,98</b>	<b>6,31</b>	<b>6,21</b>	<b>6,02</b>	<b>6,98</b>	<b>3,18</b>

(Ejemplo: detectado un sobrepeso en el 26% de las mujeres de 30-44 años de edad entrevistadas, para inferir el sobrepeso en las mujeres de la población asturiana de esa edad con un intervalo de confianza del 95% en esta Encuesta el valor estaría en  $\pm 5,24\%$  alrededor de la prevalencia detectada, es decir la prevalencia estaría entre el 20,8% y 31,2%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS, Año 2002. TIPO DE HABITA'

Intervalo de confianza para un 95%, según prevalencia y número de mues

Prevalencia/n	Mujeres				Hombres			
	Rural	Centro	Cuenca	Total	Rural	Centro	Cuenca	Total
1	1,65	0,70	1,54	0,59	1,69	0,75	1,61	0,63
2	2,32	0,98	2,16	0,84	2,38	1,06	2,26	0,89
3	2,83	1,20	2,64	1,02	2,90	1,29	2,76	1,08
4	3,25	1,38	3,03	1,17	3,33	1,48	3,17	1,24
5	3,61	1,53	3,37	1,30	3,70	1,65	3,52	1,38
6	3,93	1,67	3,67	1,42	4,04	1,80	3,84	1,51
7	4,23	1,79	3,94	1,52	4,34	1,93	4,12	1,62
8	4,49	1,91	4,19	1,62	4,61	2,05	4,39	1,72
9	4,74	2,01	4,42	1,71	4,86	2,17	4,63	1,82
10	4,97	2,11	4,63	1,79	5,10	2,27	4,85	1,91
11	5,18	2,20	4,83	1,87	5,32	2,37	5,06	1,99
12	5,38	2,28	5,02	1,94	5,52	2,46	5,25	2,06
13	5,57	2,36	5,19	2,01	5,72	2,54	5,44	2,14
14	5,75	2,44	5,36	2,07	5,90	2,63	5,61	2,20
15	5,91	2,51	5,52	2,13	6,07	2,70	5,77	2,27
16	6,07	2,58	5,66	2,19	6,23	2,77	5,93	2,33
17	6,22	2,64	5,80	2,24	6,38	2,84	6,07	2,39
18	6,36	2,70	5,93	2,29	6,53	2,91	6,21	2,44
19	6,50	2,76	6,06	2,34	6,67	2,97	6,34	2,49
20	6,63	2,81	6,18	2,39	6,80	3,03	6,47	2,54
21	6,75	2,86	6,29	2,43	6,92	3,08	6,58	2,59
22	6,86	2,91	6,40	2,47	7,04	3,13	6,70	2,63
23	6,97	2,96	6,50	2,51	7,15	3,18	6,80	2,67
24	7,07	3,00	6,60	2,55	7,26	3,23	6,90	2,71
25	7,17	3,04	6,69	2,58	7,36	3,28	7,00	2,75
26	7,27	3,08	6,78	2,62	7,45	3,32	7,09	2,79
27	7,35	3,12	6,86	2,65	7,55	3,36	7,18	2,82
28	7,44	3,16	6,94	2,68	7,63	3,40	7,26	2,85
29	7,52	3,19	7,01	2,71	7,71	3,43	7,34	2,88
30	7,59	3,22	7,08	2,73	7,79	3,47	7,41	2,91
31	7,66	3,25	7,14	2,76	7,86	3,50	7,48	2,94
32	7,73	3,28	7,21	2,78	7,93	3,53	7,54	2,96
33	7,79	3,30	7,26	2,81	7,99	3,56	7,60	2,99
34	7,85	3,33	7,32	2,83	8,05	3,58	7,66	3,01
35	7,90	3,35	7,37	2,85	8,11	3,61	7,71	3,03
36	7,95	3,37	7,41	2,86	8,16	3,63	7,76	3,05
37	8,00	3,39	7,46	2,88	8,21	3,65	7,80	3,07
38	8,04	3,41	7,50	2,90	8,25	3,67	7,85	3,08
39	8,08	3,43	7,53	2,91	8,29	3,69	7,88	3,10
40	8,12	3,44	7,57	2,92	8,33	3,71	7,92	3,11
41	8,15	3,46	7,60	2,93	8,36	3,72	7,95	3,12
42	8,18	3,47	7,62	2,94	8,39	3,73	7,98	3,14
43	8,20	3,48	7,65	2,95	8,41	3,75	8,00	3,14
44	8,22	3,49	7,67	2,96	8,44	3,76	8,02	3,15
45	8,24	3,50	7,68	2,97	8,46	3,76	8,04	3,16
46	8,26	3,50	7,70	2,97	8,47	3,77	8,06	3,17
47	8,27	3,51	7,71	2,98	8,48	3,78	8,07	3,17
48	8,28	3,51	7,72	2,98	8,49	3,78	8,08	3,17
49	8,28	3,51	7,72	2,98	8,50	3,78	8,08	3,18
50	8,28	3,51	7,72	2,98	8,50	3,78	8,08	3,18

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS, Año 2002. NIVEL DE ESTUDIOS

Intervalo de confianza para un 95%, según prevalencia y número de muestra

Prevalencia/	Mujeres				Hombres			
	Básic	Medio	Univ	Total	Básic	Medio	Univ	Total
1	1,34	0,74	1,47	0,60	1,68	0,77	1,53	0,63
2	1,88	1,05	2,07	0,84	2,36	1,08	2,16	0,89
3	2,30	1,28	2,53	1,02	2,88	1,31	2,63	1,09
4	2,64	1,47	2,90	1,17	3,31	1,51	3,02	1,25
5	<b>2,93</b>	<b>1,63</b>	<b>3,23</b>	<b>1,30</b>	<b>3,68</b>	<b>1,68</b>	<b>3,36</b>	<b>1,39</b>
6	3,20	1,78	3,52	1,42	4,01	1,83	3,66	1,51
7	3,43	1,91	3,78	1,53	4,30	1,97	3,93	1,63
8	3,65	2,03	4,02	1,62	4,58	2,09	4,18	1,73
9	3,85	2,14	4,24	1,71	4,83	2,21	4,41	1,83
10	<b>4,04</b>	<b>2,24</b>	<b>4,44</b>	<b>1,79</b>	<b>5,06</b>	<b>2,31</b>	<b>4,62</b>	<b>1,91</b>
11	4,21	2,34	4,64	1,87	5,28	2,41	4,82	2,00
12	4,37	2,43	4,81	1,94	5,48	2,50	5,00	2,07
13	4,53	2,51	4,98	2,01	5,67	2,59	5,18	2,15
14	4,67	2,59	5,14	2,08	5,85	2,67	5,34	2,21
15	<b>4,81</b>	<b>2,67</b>	<b>5,29</b>	<b>2,14</b>	<b>6,02</b>	<b>2,75</b>	<b>5,50</b>	<b>2,28</b>
16	4,94	2,74	5,43	2,19	6,18	2,82	5,65	2,34
17	5,06	2,81	5,57	2,25	6,34	2,89	5,78	2,40
18	5,17	2,87	5,69	2,30	6,48	2,96	5,92	2,45
19	5,28	2,93	5,81	2,35	6,62	3,02	6,04	2,50
20	<b>5,38</b>	<b>2,99</b>	<b>5,93</b>	<b>2,39</b>	<b>6,75</b>	<b>3,08</b>	<b>6,16</b>	<b>2,55</b>
21	5,48	3,05	6,03	2,44	6,87	3,14	6,27	2,60
22	5,58	3,10	6,14	2,48	6,99	3,19	6,38	2,64
23	5,66	3,15	6,24	2,52	7,10	3,24	6,48	2,68
24	5,75	3,19	6,33	2,55	7,20	3,29	6,58	2,72
25	<b>5,83</b>	<b>3,24</b>	<b>6,42</b>	<b>2,59</b>	<b>7,30</b>	<b>3,34</b>	<b>6,67</b>	<b>2,76</b>
26	5,90	3,28	6,50	2,62	7,40	3,38	6,75	2,80
27	5,98	3,32	6,58	2,66	7,49	3,42	6,84	2,83
28	6,04	3,36	6,65	2,69	7,57	3,46	6,91	2,86
29	6,11	3,39	6,72	2,71	7,65	3,50	6,99	2,89
30	<b>6,17</b>	<b>3,43</b>	<b>6,79</b>	<b>2,74</b>	<b>7,73</b>	<b>3,53</b>	<b>7,06</b>	<b>2,92</b>
31	6,23	3,46	6,85	2,77	7,80	3,56	7,12	2,95
32	6,28	3,49	6,91	2,79	7,87	3,59	7,18	2,98
33	6,33	3,52	6,97	2,81	7,93	3,62	7,24	3,00
34	6,38	3,54	7,02	2,83	7,99	3,65	7,29	3,02
35	<b>6,42</b>	<b>3,57</b>	<b>7,07</b>	<b>2,85</b>	<b>8,05</b>	<b>3,68</b>	<b>7,34</b>	<b>3,04</b>
36	6,46	3,59	7,11	2,87	8,10	3,70	7,39	3,06
37	6,50	3,61	7,15	2,89	8,14	3,72	7,43	3,08
38	6,53	3,63	7,19	2,90	8,19	3,74	7,47	3,10
39	6,57	3,65	7,23	2,92	8,23	3,76	7,51	3,11
40	<b>6,59</b>	<b>3,66</b>	<b>7,26</b>	<b>2,93</b>	<b>8,26</b>	<b>3,77</b>	<b>7,54</b>	<b>3,13</b>
41	6,62	3,68	7,29	2,94	8,30	3,79	7,57	3,14
42	6,64	3,69	7,31	2,95	8,33	3,80	7,60	3,15
43	6,66	3,70	7,34	2,96	8,35	3,81	7,62	3,16
44	6,68	3,71	7,35	2,97	8,37	3,82	7,64	3,17
45	<b>6,70</b>	<b>3,72</b>	<b>7,37</b>	<b>2,98</b>	<b>8,39</b>	<b>3,83</b>	<b>7,66</b>	<b>3,17</b>
46	6,71	3,73	7,38	2,98	8,41	3,84	7,67	3,18
47	6,72	3,73	7,39	2,98	8,42	3,85	7,69	3,18
48	6,73	3,74	7,40	2,99	8,43	3,85	7,69	3,19
49	6,73	3,74	7,41	2,99	8,43	3,85	7,70	3,19
50	<b>6,73</b>	<b>3,74</b>	<b>7,41</b>	<b>2,99</b>	<b>8,43</b>	<b>3,85</b>	<b>7,70</b>	<b>3,19</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS, Año 2002. CLASE SOCIAL**

Intervalo de confianza para un 95%, según prevalencia y número de muestra

Prevalencia/I	Mujeres						Hombres					
	I	II	III	IV	V	Total	I	II	III	IV	V	Total
1	2,81	2,35	1,03	1,12	2,06	0,66	2,84	1,83	1,85	1,52	2,52	0,67
2	3,96	3,30	1,45	1,57	2,89	0,93	4,00	2,57	2,19	1,79	3,54	0,94
3	4,83	4,03	1,77	1,92	3,52	1,14	4,88	3,13	2,41	1,97	4,32	1,14
4	5,54	4,62	2,04	2,20	4,05	1,30	5,60	3,60	2,57	2,11	4,96	1,31
5	6,17	5,14	2,26	2,45	4,50	1,45	6,23	4,00	2,71	2,22	5,51	1,46
6	6,72	5,60	2,47	2,67	4,91	1,58	6,79	4,36	2,82	2,31	6,01	1,59
7	7,22	6,02	2,65	2,87	5,27	1,70	7,29	4,68	2,91	2,39	6,46	1,71
8	7,67	6,40	2,82	3,05	5,60	1,81	7,76	4,98	3,00	2,46	6,86	1,82
9	8,10	6,75	2,97	3,22	5,91	1,90	8,18	5,25	3,07	2,52	7,24	1,91
10	8,49	7,08	3,12	3,37	6,20	2,00	8,58	5,51	3,14	2,58	7,59	2,01
11	8,85	7,38	3,25	3,52	6,46	2,08	8,95	5,74	3,20	2,63	7,92	2,09
12	9,19	7,67	3,38	3,65	6,71	2,16	9,29	5,97	3,26	2,67	8,22	2,17
13	9,51	7,94	3,49	3,78	6,95	2,24	9,61	6,17	3,31	2,71	8,51	2,25
14	9,82	8,19	3,60	3,90	7,17	2,31	9,92	6,37	3,36	2,75	8,78	2,32
15	10,10	8,43	3,71	4,01	7,38	2,38	10,21	6,55	3,40	2,79	9,04	2,39
16	10,37	8,65	3,81	4,12	7,57	2,44	10,48	6,73	3,44	2,82	9,28	2,45
17	10,63	8,86	3,90	4,22	7,76	2,50	10,74	6,90	3,48	2,85	9,50	2,51
18	10,87	9,07	3,99	4,32	7,94	2,56	10,98	7,05	3,52	2,88	9,72	2,57
19	11,10	9,26	4,08	4,41	8,11	2,61	11,22	7,20	3,55	2,91	9,93	2,63
20	11,32	9,44	4,16	4,50	8,26	2,66	11,44	7,34	3,58	2,94	10,12	2,68
21	11,52	9,61	4,23	4,58	8,42	2,71	11,64	7,48	3,61	2,96	10,31	2,73
22	11,72	9,77	4,30	4,66	8,56	2,76	11,84	7,60	3,64	2,98	10,48	2,77
23	11,91	9,93	4,37	4,73	8,69	2,80	12,03	7,73	3,66	3,00	10,65	2,82
24	12,08	10,08	4,44	4,80	8,82	2,84	12,21	7,84	3,69	3,02	10,81	2,86
25	12,25	10,22	4,50	4,87	8,95	2,88	12,38	7,95	3,71	3,04	10,96	2,90
26	12,41	10,35	4,56	4,93	9,06	2,92	12,54	8,05	3,73	3,06	11,10	2,94
27	12,56	10,48	4,61	4,99	9,17	2,96	12,69	8,15	3,75	3,08	11,23	2,97
28	12,70	10,59	4,66	5,05	9,28	2,99	12,84	8,24	3,77	3,09	11,36	3,00
29	12,84	10,71	4,71	5,10	9,37	3,02	12,97	8,33	3,79	3,10	11,48	3,04
30	12,96	10,81	4,76	5,15	9,47	3,05	13,10	8,41	3,80	3,12	11,60	3,07
31	13,08	10,91	4,80	5,20	9,56	3,08	13,22	8,49	3,82	3,13	11,70	3,09
32	13,20	11,01	4,85	5,24	9,64	3,11	13,34	8,56	3,83	3,14	11,80	3,12
33	13,30	11,09	4,88	5,29	9,71	3,13	13,44	8,63	3,85	3,15	11,90	3,15
34	13,40	11,18	4,92	5,33	9,79	3,15	13,54	8,70	3,86	3,16	11,99	3,17
35	13,49	11,25	4,95	5,36	9,85	3,17	13,64	8,76	3,87	3,17	12,07	3,19
36	13,58	11,33	4,99	5,40	9,92	3,20	13,72	8,81	3,88	3,18	12,15	3,21
37	13,66	11,39	5,02	5,43	9,97	3,21	13,80	8,86	3,89	3,19	12,22	3,23
38	13,73	11,45	5,04	5,46	10,03	3,23	13,88	8,91	3,90	3,20	12,28	3,25
39	13,80	11,51	5,07	5,48	10,08	3,25	13,94	8,95	3,91	3,20	12,34	3,26
40	13,86	11,56	5,09	5,51	10,12	3,26	14,01	8,99	3,92	3,21	12,40	3,28
41	13,91	11,61	5,11	5,53	10,16	3,27	14,06	9,03	3,92	3,22	12,45	3,29
42	13,96	11,65	5,13	5,55	10,20	3,29	14,11	9,06	3,93	3,22	12,49	3,30
43	14,01	11,68	5,14	5,57	10,23	3,30	14,15	9,09	3,93	3,23	12,53	3,31
44	14,04	11,71	5,16	5,58	10,26	3,30	14,19	9,11	3,94	3,23	12,56	3,32
45	14,07	11,74	5,17	5,59	10,28	3,31	14,22	9,13	3,94	3,23	12,59	3,33
46	14,10	11,76	5,18	5,60	10,30	3,32	14,25	9,15	3,95	3,23	12,61	3,33
47	14,12	11,78	5,18	5,61	10,31	3,32	14,27	9,16	3,95	3,24	12,63	3,34
48	14,13	11,79	5,19	5,62	10,32	3,33	14,28	9,17	3,95	3,24	12,64	3,34
49	14,14	11,80	5,19	5,62	10,33	3,33	14,29	9,18	3,95	3,24	12,65	3,34
50	14,15	11,80	5,19	5,62	10,33	3,33	14,29	9,18	3,95	3,24	12,65	3,35

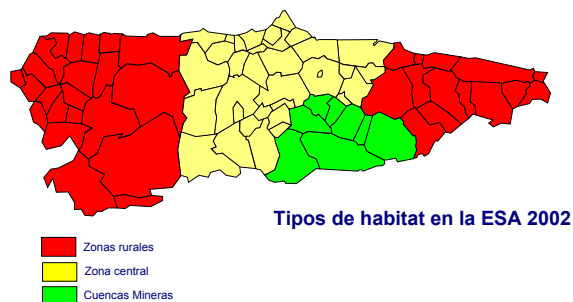
## **12.- CUADRO DE EQUIVALENCIAS EN EL ANÁLISIS:**

Debido a la necesidad de reducir las distintas opciones de determinadas preguntas o de poder ajustar adecuadamente determinadas variables en algunas se hace una recodificación de las mismas de distinta importancia.

Los ajustes se han hecho para las siguientes variables:

### **HABITAT:**

Se ha elegido la localidad de residencia y, como paso intermedio, se le asigna el Área Sanitaria que según el actual mapa sanitario tiene asignado el concejo al que pertenece, (independientemente del tamaño que tiene el núcleo de población en el que reside la persona entrevistada) y se le asignan las siguientes opciones:



Tipo de hábitat	Personas residentes en las Areas Sanitaria (con su localidad de cabecera):
<b>Zona rural</b>	I (Jarrio), II (Cangas del Narcea, y VI (Arriondas)
<b>Zona centro</b>	III (Avelés), IV (Oviedo) y V (Gijón)
<b>Cuencas Mineras</b>	VII (Mieres) y VIII (Langreo)

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

Tipo de hábitat	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Zona rural</b>	133	14,0	140	13,0	<b>273</b>	13,4
<b>Zona centro</b>	671	70,6	778	72,1	<b>1.449</b>	71,4
<b>Cuencas Mineras</b>	147	15,4	161	14,9	<b>308</b>	15,2
<b>Total</b>	<b>951</b>	100	<b>1.079</b>	100	<b>2.030</b>	100

### **GRUPOS ETARIOS:**

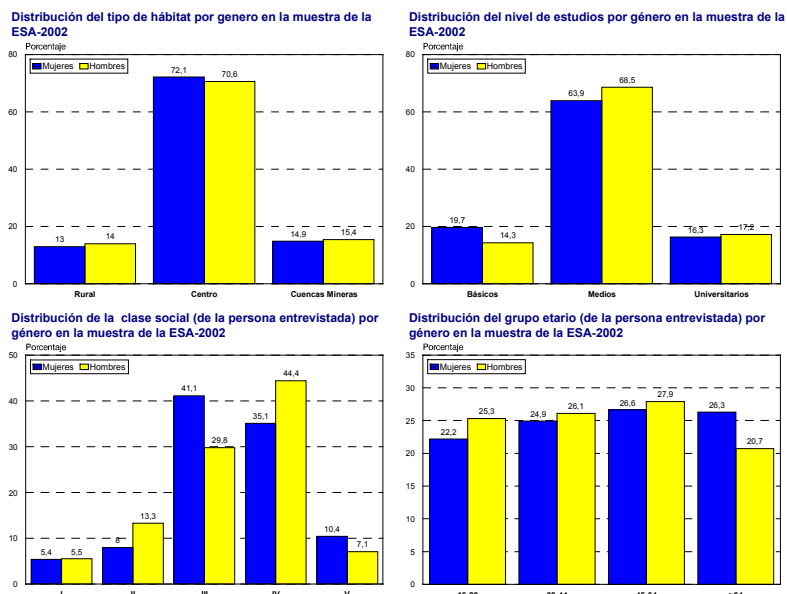
Grupo etario	
<b>(16-29 años) Personas jóvenes</b>	16-29 años
<b>(30-44 años) Edades medias</b>	30-44 años
<b>(45-64 años) Edades medias</b>	45-64 años
<b>(Más de 64 años) Personas mayores</b>	Más de 64 años

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

Grupo etario	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>16-29</b>	241	25,3	240	22,2	<b>481</b>	23,7
<b>30-44</b>	248	26,1	269	24,9	<b>517</b>	24,5
<b>45-64</b>	265	27,9	287	26,6	<b>552</b>	27,2
<b>&gt;64</b>	197	20,7	283	26,3	<b>480</b>	23,6
<b>Total</b>	<b>951</b>	100	<b>1.079</b>	100	<b>2.030</b>	100

# ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

## Cronología y metodología de trabajo



### CLASES SOCIALES:

Clase social	Contenidos	Códigos CON (1)
<b>I</b>	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con 10 o más asalariados/as Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario	1011-1139 2011-2434
<b>II</b>	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con menos de asalariados/as (2) Profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario Técnicos/as Artistas y deportistas	1210-1409 2611-2950 3010-3319 3541-3546
<b>III</b>	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa  Trabajadores/as de servicios personales y seguridad  Trabajadores/as por cuenta propia Supervisores/as de trabajadores/as manuales	3411-3519 4011-4605 3521-3539 5010-5330 1510-1709
<b>IV</b>	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as	6011-8640
<b>V</b>	Trabajadores/as no cualificados/as	9001-9800

(1) CON: Clasificación Nacional de Ocupaciones (INE). (2) Excluye a trabajadores/as autónomos/as)

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>I</b>	47	5,5	48	5,4	<b>95</b>	5,5
<b>II</b>	114	13,3	69	8,0	<b>183</b>	10,6
<b>III</b>	256	29,8	356	41,1	<b>612</b>	35,5
<b>IV</b>	381	44,4	304	35,1	<b>685</b>	39,7
<b>V</b>	60	7,1	90	10,4	<b>150</b>	8,7
<b>Total</b>	<b>858</b>	100	<b>867</b>	100	<b>1.725</b>	100

### NIVEL DE ESTUDIOS:

Nivel de estudios	
<b>Básicos o primarios</b>	No sabe leer ni escribir, Sin estudios, Primarios incompletos
<b>Medios</b>	Bachiller Elemental, EGB o ESO, Bachiller Superior, BUP, PREU, COU, Formación Profesional I, Oficialía, Formación Profesional II, Maestría
<b>Universitarios</b>	Diplomatura Universitaria, Licenciatura Universitaria, Estudios de postgrado

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Cronología y metodología de trabajo

Número y porcentaje de cada grupo en la muestra:

Nivel de estudios	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Básicos o primarios</b>	135	14,3	212	19,7	<b>347</b>	17,2
<b>Medios</b>	647	68,5	687	63,9	<b>1.334</b>	66,1
<b>Universitarios</b>	162	17,2	175	16,3	<b>337</b>	16,7
<b>Total</b>	<b>944</b>	100	<b>1.074</b>	100	<b>2.018</b>	100

# **RESULTADOS**

## **0.-Resumen**

## **RESUMEN:**

### **1.- Morbilidad declarada:**

**Morbilidad:** Un 34,3% de la población asturiana adulta manifiesta que tiene o ha tenido conocimiento (autopercepción o diagnóstico médico) de padecer artritis, artrosis o problemas reumáticos (de cervicales, de espalda, lumbago, etc.), un 17% de padecer hipertensión arterial, el mismo porcentaje de padecer alergias (de piel, respiratorias, etc.), al igual que el de padecer de ansiedad o nervios. Un 13% de la población manifiesta padecer o haber padecido de depresión y un 14% de padecer de exceso de colesterol. Un 7,5% declaran padecer enfermedades del corazón y un 7% de diabetes (azúcar). Un 10% dicen padecer de asma o bronquitis crónica y un 6% de úlcera de estómago o duodeno. Hay diferencias marcadas de género en muchas patologías, en perjuicio, en todas las existentes, de las mujeres. Así, un 41,5% de las mujeres manifiestan padecer problemas reumáticos frente a solo un 26% de los hombres. Un 19% de las mujeres dicen tener hipertensión arterial frente a un 14% de los hombres. Además, se observan grandes diferencias en el apartado de problemas psicológicos o psiquiátricos: un 23% de las mujeres declaran padecer o haber padecido ansiedad (nervios) frente a solo un 10% de los hombres, y un 18% de las mujeres indican padecer o haber padecido depresión frente a solo un 7% de los hombres. En todos los casos citados, existe una diferencia de género estadísticamente significativa.

**Reducción y limitación de actividades o quedarse en cama:** Un 18,5% de los/las asturianos/as ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar, etc.) debido a la presencia de algún dolor, molestia o tipo de síntoma. Esta circunstancia es más frecuente en mujeres (20%) que en hombres (16%). A su vez, ha existido una mayor reducción en las edades más altas de la vida, llegando a duplicar la proporción de personas mayores con reducción de actividades en este ámbito frente a la de las personas jóvenes (14%), habiendo un incremento gradual a medida que aumenta la edad del grupo a estudio, lo que es claramente compatibles con la mayor presencia de patología de la salud en esas edades. De la misma manera, un 17% de la población asturiana adulta ha tenido reducción o limitación de actividades en su tiempo libre (aquel en que no se ejecuta la actividad principal, según cada persona), circunstancia parecida a la del tiempo de actividad principal, dado que la mayor parte de los problemas de salud que pueden reducir o limitar las actividades tienen efectos sobre ambos períodos a estudio (en actividad principal o tiempo de ocio o libre). En este caso también se observan diferencias de género, donde las mujeres tiene una mayor proporción de limitaciones a causa de problemas de salud (19%) frente a 15% de los hombres. Circunstancia similar que para la actividad principal es la que sucede cuando analizamos la proporción de limitaciones por grupo etario: aumenta con la edad.

**Discapacidades:** Un 57% de la población adulta asturiana indica que necesita **algún tipo de ayuda** para poder ver. Con cifras mucho más pequeñas están aquellas personas que necesitan ayuda para desplazarse (3,8%), para desplazarse fuera del hogar (3,7%), para oír (3,4%), para realizar las tareas del hogar (3,1%). Tienen problemas de comunicación y de relación con otras personas menos del 1% de la población adulta asturiana. En todas estas discapacidades existe una mayor proporción de mujeres afectadas que de hombres. Como ejemplo tenemos el de dificultades para ver: solo la mitad de los hombres necesitan al menos ayuda técnica para ver mientras que lo necesitan un 64% de las mujeres. Como discapacidad absoluta, en el sentido de personas que no pueden ejecutar determinada actividad o ejercer sus sentidos **ni con ayuda técnica**, un 1,5% de la población no puede realizar las labores del hogar ni con ayuda técnica, así como el mismo porcentaje no puede mover brazos y manos. Un 2 por cada mil asturianos/as no puede ver ni con ayuda técnica, al igual que un 0,1% no puede oír, un 0,2% no puede aprender o aplicar conocimientos, el

mismo porcentaje no puede cuidar por sí mismo/a. Un tres por mil de la población no puede desplazarse ni con ayuda técnica. Así como la presencia de necesidad de ayuda, suele ser más frecuente en mujeres, la discapacidad absoluta (no poder hacerlo ni con ayuda técnica) suele ser más frecuente en hombres, especialmente en no poder desplazarse ni con ayuda técnica.

**Accidentabilidad:** Los resultados obtenidos de la Encuesta, nos indican que un 11% de la población asturiana ha sufrido al menos un **incidente** de este tipo en el último año. No existen diferencias de género en cuanto a la prevalencia de haber padecido estos incidentes. Para intentar aproximarnos a la tipología de estos incidentes se ha preguntado a las personas entrevistadas el tipo de incidente padecido en el último que haya padecido. De ellos, el más frecuente es el referente a los accidentes de tráfico (27%) seguido de caídas de dos niveles distintos (22%), y de quemaduras y golpes (ambos con un 13%). Por género, el incidente accidentable más frecuente en mujeres es el referente a las caídas de dos niveles distintos (29%), y en los hombres el accidente de tráfico (29%). Las diferencias entre géneros son marcadas en la frecuencia de caídas (mujeres, 29%, hombres, 16%), golpes (hombres, 17%, mujeres, 9%), accidentes de tráfico (hombres, 29%, mujeres 24%). Es de reseñar, que sin ser estadísticamente significativas las diferencias, las mujeres tienen más de tres veces intoxicaciones no alimentarias que los hombres, y que los hombres tienen más frecuencias de agresión o contusión que las mujeres. Respecto **al lugar** donde se produjeron estos incidentes, un 26% se produjeron en el mismo domicilio o en el edificio en el que está situado el mismo, un 24% se produjeron en vía pública por accidente de tráfico, un 17% en el lugar de trabajo y un 15% en la calle pero no por accidente de tráfico. Las diferencias de lugar por género estadísticamente significativas existen en cuanto a la localización en el domicilio o edificio de su casa, donde las mujeres tienen proporciones del 36% frente a solo un 16% de los hombres, y la inversa en cuanto a la localización en el trabajo donde un 23% de los incidentes en los hombres tienen lugar respecto a 9% de las mujeres. Existen otras diferencias, en este caso no significativas, de una mayor accidentabilidad en mujeres en la calle (excepto accidente de tráfico) (21% respecto a un 10% de los hombres), y mayor en hombres en el caso de accidentes en lugar de ocio o recreo, en centros deportivos y los propios accidentes de tráfico. La **acción inmediata tras el último accidente sufrido** (si había sufrido alguno) fue con mayor frecuencia el acudir a un centro de urgencias (45%), seguido de acudir a una consulta de medicina o enfermería (27%). Ingresó tras el accidente un 6% de los/las afectados/as en un hospital. Un 18% de los incidentes no requirieron asistencia sanitaria (o no se demandó). Las mujeres acudieron más a urgencias (51%) que los hombres (40%), no requiriendo asistencia sanitaria un 13% de los incidentes en mujeres frente a un 23% de los hombres. Al contrario, hubo un 8% de incidentes en hombres que requirieron ingreso en hospital frente a solo un 5% de los incidentes en mujeres. El análisis de los efectos o daños causados por el último accidente nos muestra que en un 44% de las ocasiones producen contusiones, hematomas, esguinces o luxaciones, en un 17,5% fracturas de huesos y en un 19% de las ocasiones heridas leves o superficiales. Por género, la mitad de los incidentes en mujeres **ocasionaron** contusiones, hematomas, etc., siendo esa cifra del 39% en hombres. El resto de consecuencias es similar entre hombres y mujeres, excepto para las heridas profundas donde los hombres presentan cifras cinco veces superiores a las mujeres si bien las diferencias no son estadísticamente significativas.

## **2.- Salud percibida y calidad de vida:**

**Autovaloración de la salud:** Un 24,4% de la población adulta asturiana opina y valora su estado de salud como excelente o muy buena. Si se añade aquellos que la consideran buena, se alcanzan cifras del 70,7% de personas que consideran su salud, al menos, como buena. Esta circunstancia varía con el género. Así, las mujeres tienen una tendencia a valorar su salud en peor estado que los hombres, si bien esas diferencias no son significativas excepto en la consideración de salud muy buena, circunstancia declarada por un 20,5% de los hombres frente a un 14,8% de las mujeres.

**Autovaloración de la felicidad:** Los resultados globales obtenidos nos expresan que una gran proporción de asturianos/as (89%) se consideran muy o bastante felices, frente a solo un 10% que se considera poco feliz. Por géneros, existe una mayor proporción de mujeres poco felices (12%) comparado con la proporción de hombres (8%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Limitación de actividades debido a la salud:** Un 84% de la población adulta asturiana opina que no tiene limitaciones para **realizar actividades en el hogar** a causa de su salud. No obstante esta apreciación difiere entre hombres y mujeres tanto en alguna limitación como en ninguna limitación donde las diferencias encontradas son significativas estadísticamente. Las mujeres en estos casos manifiestan una mayor proporción de limitaciones para realizar este tipo de actividades (alguna o mucha limitación, un 20,7% de ellas frente a un 10,5% de los hombres). Un 90% la población adulta asturiana opina que no tiene limitaciones para **realizar actividades en el trabajo** a causa de su salud. En este caso, no existen diferencias significativas entre géneros aunque las mujeres de esta muestra suelen manifestar una mayor proporción de mucha limitación para realizar este tipo de actividades (4,8% frente a un 2,7%). Cerca de un 4% de la población manifiesta tener mucha limitación para las tareas del trabajo habitual a causa de su salud. Las **actividades propias de tiempo libre**, se ven limitadas de alguna forma en un 15% de la población adulta asturiana a causa de su salud, llegando a niveles de mucha limitación en el 3% de la población. Las mujeres tienen un mayor nivel de limitación que, en este caso, es estadísticamente significativa, con unos porcentajes de cerca del 18% de ellas frente a un 12% de los hombres. Las limitaciones manifestadas por las personas encuestadas **para el cuidado y aseo personal** alcanzan cifras de más del 4% de la población adulta asturiana, con grado de mucha limitación en un 1,4% de la población. Por género, aunque las mujeres mencionan un mayor porcentaje de limitación (7,6%), que, como veremos está, asimismo, asociado a la edad, que los hombres (5%), las diferencias no son estadísticamente significativas. La limitación de la movilidad, en este caso expresada en forma de impedir desplazamientos, está presente, según la Encuesta, en un 11% de los asturianos y asturianas. El grado de mucha **limitación para los desplazamientos** sucede en el 2,7% de la población adulta. Por género, existe, también, un mayor porcentaje de mujeres con algún tipo de limitación (12,8% frente a un 8,8% de los hombres) con diferencias estadísticamente significativas.

**Hacer menos cosas de las queridas:** A causa de problemas emocionales (estar triste, deprimido/a, nervioso/a (sin relación a una enfermedad mental)) un 10% de la población asturiana declara haber hecho menos cosas de las queridas, y un 12% que las realizó no tan cuidadosamente como lo hacía habitualmente. Por género, se observan diferencias estadísticamente significativas de género en todas las categorías. En las causadas por la salud física, las mujeres tienen una mayor proporción de hacer menos cosas (21% frente al 16%) y de cuando se hacen no tan cuidadosamente (22% frente a un 15% en los hombres). En las causadas por problemas emocionales, la diferencia es mayor aún siendo superior al doble la proporción de mujeres que debido a este tipo de problemas les genera alteraciones en su actividad respecto a la de los hombres.

### **3.- Redes sociales y ayuda social:**

**Autopercepción de la vida social:** Los resultados que nos da la Encuesta, expresan que un 86% de los asturianos/as indican que su vida social es muy buena o buena. Al contrario un 2,2% de la misma población piensa que su vida social es mala o muy mala. Por género, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con su vida social entre hombres y mujeres. Los hombres consideran como muy buena su vida social en un 27% de ellos frente a solo un 20% de las mujeres. En el grado bajo de satisfacción, aún habiendo una mayor proporción de mujeres (2,5% frente a un 1,8% de los hombres) que piensan que su vida social es mala o muy mala esas diferencias no son significativas.

**Autopercepción del uso del tiempo de ocio:** Un 59% de los/las asturianos/as se consideran al menos bastante satisfechos/as con el uso que hacen de su tiempo libre. En el lado opuesto, cerca de un 9% está al menos poco satisfecho/a con su tiempo de ocio. Los asturianos, en general, manifiestan estar más satisfechos (62%) que las asturianas (56%), que por lo general relativizan más su satisfacción centrándose, sobre todo, en la respuesta más neutra ("lo normal...").

**Dificultades de la vida social a causa de la salud:** En este caso, más de un 7% de los/as asturianos/as manifiestan que les ha afectado al menos algo su salud física o los problemas emocionales cara a la realización de vida social (fuera del lugar de trabajo o actividad principal). No existen, en este caso, diferencias estadísticamente significativas entre sexos, aún, a pesar de que la mujeres manifiestan una proporción ligeramente superior (8,2%) que los hombres (6,1%) en cuanto a haber padecido, al menos, algún tipo de dificultad.

**Personas con las que poder hablar:** Cerca de un 97% de las personas entrevistadas cuentan con al menos una persona a la que pueden acudir para compartir su necesidad de hablar, intercambiar opiniones, etc. Un 2,8% de la población manifiesta no tener a ninguna persona de suficiente confianza para hablar de problemas muy personales. Una mayor proporción de mujeres manifiestan tener varias personas a las que poder acudir (84%) que en el caso de hombres (80%). No obstante, en el grado más bajo de apoyo social, las proporciones son similares entre ambos sexos.

#### **4.-Estilos de vida:**

**Esfuerzo o ejercicio:** la mitad de la población considera que **el tiempo de su actividad principal** está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que un más de un tercio (37%) está la mayor parte del tiempo sentada. Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 1% de la población y caminan, llevan algún peso o con desplazamientos frecuentes un 8% de la población adulta asturiana. Existen disparidades de tipo de tareas realizadas en la actividad principal entre géneros: mientras que en un 3% de los hombres realizan trabajo pesado con gran esfuerzo solo lo hace una de cada quinientas mujeres. Por otra parte mientras un 55% de las mujeres están de pie sin mayores esfuerzos en la actividad principal solo hacen esta tarea un 45% de los hombres. No obstante, cerca de un 40% de los hombres están la mayor parte del tiempo sentados en la actividad principal mientras solo lo hacen un 35% de las mujeres. Un 45% de la población adulta asturiana declara **hacer ejercicio físico** ocasionalmente mientras un 34% no hacen ejercicio habitualmente. Solo hacen ejercicio en forma de entrenamiento un 8% de la población adulta. Un 13% de la población menciona hacer alguna actividad física regular (varias veces al mes). Por género, las personas que hacen más ejercicio físico son los hombres situándose las mujeres, generalmente, en los grupos de actividad con menor ejercicio físico. Uno de cada diez hombres dice hacer entrenamiento físico (ejercicio varias veces a la semana) mientras solo lo dice una de cada 16 mujeres. Uno de cada seis hombres declara hacer ejercicio regularmente mientras que solo lo declara una de cada diez mujeres. Un 37% de las mujeres dicen no hacen ejercicio mientras que indica lo mismo un 31% de los hombres.

**Peso y talla:** La altura media declarada de la población adulta asturiana de cualquier edad realizada en el año 2002 (recuérdese que en determinadas estadísticas realizan el cálculo de la altura media mediante la medición de la población a una edad concreta, generalmente a los veinte años) en Asturias es de 166 cm con una desviación típica relativamente muy baja. El peso medio declarado de la población asturiana de cualquier edad en el año 2002 es de 71,1 Kg. Por géneros, los hombres son más altos que las mujeres para el conjunto de edades: la altura media declarada en hombres es de 172 cm frente a solo 160 cm de las mujeres. También, los hombres pesan más que las mujeres: el peso medio de los hombres se sitúa en 78 Kg. frente a los 65 Kg. de media en mujeres. Analizando la altura atendiendo

a criterios de cohortes como anteriormente se realizaba en España a partir de los tallajes realizados en los Centros de Reclutamiento a los hombres que iban a prestar el Servicio Militar para el cálculo de la talla media en hombres a esas edades, y para el cálculo de la talla media en mujeres a esas edades restándole 10 cm a la talla media de los hombres se alcanzaba una talla media por sexo muy estimativa y con grandes errores. Para intentar compararnos con esos criterios y eligiendo a las personas entre los 19-21 años de edad, ambos inclusive, con el objeto de tener un número suficiente de sujetos que garantice una adecuada precisión, la talla media en hombres de 19-21 años de edad en la muestra de la Encuesta (n=34) es de 175,7 cm (DE: 5,9) y en mujeres de la misma edad (calculada directamente a partir de nuestra muestra, n=38) es de 163,7 cm (DE: 5,5) y una talla media para ambos sexos (n=72) de 169,4 cm (DE: 8,3). **En la opinión** un 58% de las personas consideran que la relación entre su peso y su talla es normal, mientras que una de cada tres personas considera que su peso es alto (en relación a su talla). Solo un 4% de la población cree que su peso es muy alto, y un 5% en que su peso es bajo. Las mujeres consideran que tienen un mayor peso que los hombres: un 61,5% de los hombres cree tener un peso normal mientras que solo lo hace un 55% de las mujeres. Un 6% de las mujeres cree tener un peso muy alto frente a solo un 2% de los hombres. En relación a los **índices de masa corporal** los resultados que nos da la Encuesta son que la mitad de nuestra población adulta tiene cifras de normopeso, un 29% tiene problema de sobrepeso, un 13,1% tiene problemas de obesidad y un 0,4% de obesidad mórbida. Un 8% de la población tiene criterios de bajo peso. Por género, las mujeres tienen una mayor proporción de sobrepeso y obesidad que los hombres, así como los de bajo peso. Por ello, hay una mayor proporción de hombres con normopeso (58%) frente a solo un 45,5% de mujeres. Un 44% de las mujeres plantean problemas de, al menos, sobrepeso mientras que solo tienen ese problema un 39% de los hombres. En el caso del bajo peso la proporción de mujeres en estas circunstancias es cuatro veces superior a la de los hombres.

**Horas de sueño:** La media de horas dedicadas diariamente al sueño en una persona adulta asturiana es de 7,3. No existen diferencias entre géneros, si bien por la desviación estándar más elevada detectada en las mujeres, dentro del grupo de ellas parece que existen diferencias más grandes en el número de horas de sueño que dentro del grupo de hombres.

**Comidas realizadas:** Las respuestas ofrecidas por las personas entrevistadas indican que aquella comida que más se realiza es el almuerzo (99,6%) y la cena (99%), las comidas principales del día las cuales prácticamente la totalidad de la población adulta realiza. Toman algo a media mañana menos de la mitad de la población. Una de cada cinco personas picotean algo de comida a lo largo del día. Es anecdótico el consumo de alimentos de madrugada (una de cada veinte personas). En el análisis de género se observa que las mujeres realizan más la comida del desayuno que los hombres, con diferencias estadísticamente significativas. También existen estas diferencias en el caso de la merienda (49% vs. 31%) y en el llamado picoteo a lo largo de todo el día (27% vs. 15% en los hombres). En el resto de comidas pueden existir diferencias de género pero estas no son estadísticamente significativas. A la contestación de qué realizan más frecuentemente **fuera de mi casa**, las proporciones detectadas para el conjunto de la población adulta son del 19% de las personas realizan el pincho/café de media mañana más frecuentemente fuera de su casa, el 10,5% de la población el almuerzo. A gran distancia están el desayuno (5,5%), la merienda (4,5%), etc. Evidentemente, el picoteo a lo largo del día es menos frecuente fuera de casa (2,1%). Por género, es más frecuente en todos los tipos de comida que más frecuentemente se consuma fuera de casa en los hombres: hay diferencias estadísticamente significativas en el caso de desayuno (8% vs 3% de las mujeres), pincho/café a media mañana (23% vs. 14%), almuerzo (15,5% vs 6%), y cena (5% de los hombres respecto al 2% de las mujeres). En estas cifras destaca, sobre todo, la comida principal: uno de cada siete hombres los más frecuentemente almuerza fuera de su casa, mientras solo una de cada dieciséis mujeres lo hace con la misma frecuencia. Uno de cada veinte hombres cena lo más frecuentemente fuera de casa mientras que solo lo hace una de cada sesenta mujeres.

**Consumo de tabaco:** Un tercio de la población asturiana entrevistada **menciona el fumar** habitualmente, de ella un 85% diariamente y el resto de vez en cuando. Una de cada seis personas entrevistadas era exfumadora y la mitad de la población no ha fumado nunca de forma habitual. Por género, en el conjunto de la muestra fuman más los hombres (37%) que las mujeres (28%). Paralelamente casi dos tercios de las mujeres nunca han fumado frente a un poco más de un tercio de los hombres. A su vez, las proporción de hombres exfumadores es más de dos veces la de las mujeres. De las personas entrevistadas que fumaban o habían fumado, el **consumo medio en años** de tabaco había sido de 18 años (DE: 12,4). El tiempo de consumo en los hombres había sido mayor (21 años (DE:14)) que en las mujeres (14 años (DE:9)). La **media de consumo de tabaco diaria** en las personas fumadoras o exfumadoras (cuando fumaban) es de cerca de una cajetilla de cigarrillos (18 cigarrillos), si bien se observa gran variabilidad en el consumo expresado por la desviación Standard (DE: 14). Los hombres consumen más tabaco diariamente que las mujeres (una cajetilla al día frente a quince cigarrillos en las mujeres). Entre los hombres hay una mayor variabilidad de consumos medida en número de cigarrillos que las mujeres. Si categorizamos el consumo de tabaco medido anteriormente en variable cuantitativa continua y los clasificamos en una variable ordinal con respecto al consumo de tabaco con cuatro categorías ampliamente aceptadas de consumo moderado (de 1-10 cigarrillos/día), habitual (de 11-20 cigarrillos/día), alto (de 21-40 cigarrillos/día) y excesivo (más de 40 cigarrillos/día) un 41% de la población fumadora se situaría en el consumo habitual y otro 39% en el consumo moderado. El consumo excesivo afectaría a una de cada treinta personas fumadoras y el consumo alto a una de cada seis personas fumadoras. Por género, es más frecuente el consumo moderado en mujeres (48% frente a un 33% de los hombres), afectando más los grandes consumos a los hombres: consumo alto, 20% frente a 11% y consumo excesivo cuatro por ciento frente a solo un medio por ciento. Las **motivaciones para haber dejado de fumar** referidas por las personas entrevistadas hacen especial hincapié en la presencia de molestias personales (27%), preocupación por los efectos nocivos del tabaco (26%) y consejo de su médico/a para dejar de fumar (24%). La presión social o familiar solo ocupa un escaso 4% de las motivaciones. Por género, las mujeres suelen referir una mayor frecuencia de otros motivos (28% frente a un 14% de los hombres), y más preocupación sobre efectos nocivos (29% sobre 24% en hombres). La presión social o familiar solo motivó a un uno por ciento de las mujeres exfumadoras (frente a un 5% de los hombres exfumadores).

**Consumo de alcohol:** El consumo habitual de bebidas alcohólicas afecta al 36,5% de la población que responde a esta pregunta. Un 23% de la población dice que consume ocasionalmente, un 6% es una persona exbebedora y una de cada tres personas indica que nunca ha tomado bebidas alcohólicas. Un 10% de la población consume bebidas alcohólicas de forma habitual más de cuatro días a la semana. Los hombres consumen muchas más bebidas alcohólicas que las mujeres: un 46% de las mujeres nunca ha bebido frente a solo un 18% de los hombres, hay el doble de exbebedores que de exbebedoras (8% frente a un 4%, respectivamente), y en lo que es el consumo habitual un 51% de los hombres lo practica frente a solo un 24% de las mujeres. Además en lo que es el consumo más alto por frecuente (más de 2 días a la semana) hay un 22% con este patrón de consumo frente a solo un 6% de las mujeres. El análisis de la **proporción de personas que consumen** bebidas alcohólicas en días laborables por edad y género en las dos diferentes tipologías de consumo nos indica que en aquellas personas de 15-24 años de edad mientras solo un 13% y 10% de hombres y mujeres, respectivamente, consumen alcohol en días laborables, estas cifras se multiplican por seis y por siete, respectivamente, cuando analizamos los consumos en fin de semana. A medida, que se aumenta la edad, la disparidad de consumo entre días laborables y fines de semana se va haciendo más pequeña tanto en hombres como en mujeres llegando a ser casi estable la proporción en hombres mayores de 64 años de edad en ambos períodos (aunque en mujeres se incrementa un poco en fines de semana). Por género, las mujeres, como se indicó consumen en frecuencia menos que los hombres tanto durante los días laborables como en fines de semana independientemente del grupo erario en el que se sitúen, si bien existe una mayor diferencia de consumos entre género en días laborables y en edades medias de la vida. Si tipificamos el consumo en relación a la

cantidad de alcohol ingerida en ambos períodos de tiempo y asumiendo las recomendaciones de clasificación más habituales, durante los días laborables tres cuartas partes de la población es abstemia (no bebe), mientras que, en fines de semana, esa proporción baja a una de cada dos personas. **La tipología** que marcadamente cambia entre ambos períodos son los consumos moderados (se cuadruplica la proporción del 5% al 22%) y los consumos abusivos que engloban el consumo alto, excesivo y de gran riesgo, que se triplica (del 3% al 10% de la población mayor de 15 años de edad). Recordemos que, fundamentalmente, este grupo es el que va a presentar problemas en mayor intensidad relacionados con el consumo de alcohol. Por género, seis de cada diez hombres y nueve de cada diez mujeres son abstemios en días laborables. Esas cifras bajan a uno de cada tres hombres y dos de cada tres mujeres en los fines de semana. Se incrementa en ambos sexos, durante los fines de semana la proporción de bebedores moderados (tres veces los hombres, dieciséis veces las mujeres) y también, en menor intensidad, el consumo abusivo (del 6% al 16% en hombres y del 1% al 4% en mujeres). Un 2% de los hombres en días de semana es bebedor de gran riesgo frente a solo una de cada quinientas mujeres. En fines de semana esa proporción se eleva a uno de cada veinte hombres y a una de cada cien mujeres. **Las bebidas que mencionan las personas** entrevistadas como consumidas en ambos períodos son: la bebida más consumida durante la semana es el vino (una de cada cinco personas la consume), seguida de la cerveza (un 6% de la población la consume). En fines de semana, la bebida que más dice consumir la población es también el vino (una de cada cuatro personas), seguida de la sidra (17% de ellas) y la cerveza (15%). El incremento de proporción de personas consumidoras más elevado entre ambos períodos es el correspondiente al consumo de combinados (diez veces), de las copas (de 2 a 11%) y de la sidra (del 4% al 17%). En días laborables, la bebida de la que más consumiciones se realizan es el vino, seguido de la sidra y de la cerveza. En esos días, más de la mitad del alcohol puro ingerido por la población asturiana se debe al vino (57%), frente a un 14,5% debido a cerveza y un 12% a las copas. En días festivos, la bebida que más consumiciones se generan en Asturias es la sidra, seguida del vino y cerveza, pero con gran incremento de copas y combinados respecto a los días laborables. En proporción de alcohol puro consumido, la bebida que más pesa son los combinados (26%), seguido de las copas (23,5%) y vino (22%), quedando relegada la bebida más consumida (la sidra) a un 16% del total de alcohol puro ingerido por su menor concentración de alcohol por unidad de volumen. **Para haber dejado de beber bebidas alcohólicas** un 40% de las personas exbebedoras se motivó por consejo médico, un 17% por su preocupación por los efectos nocivos y solo un 3% por la presión social o familiar. Por género, han dejado de beber más hombres por consejo médico que mujeres (44% frente a 33%), un 5% de las mujeres lo ha hecho por presión familiar o social y solo un 2,5% de los hombres. Las mujeres refieren con mayor frecuencia la existencia de otros motivos que los hombres.

## 5.- Prácticas preventivas:

**Toma de tensión arterial:** Un 73% de la población adulta asturiana declara haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año. Solo un 2,5% dice no haberse tomado la tensión nunca y otro 3,5% hace más de cinco años. Por edades, las mujeres indican una mayor proporción de toma de tensión arterial (75% en el último año frente a un 71% de los hombres), sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas.

**Análisis de glucemia y colesterol:** A un 83% de la población adulta asturiana le han analizado en los últimos cinco años tanto el colesterol como la glucemia. Un 13% de la población refiere no haberse analizado en ese período ninguna de ambas sustancias. Las mujeres tienen unas proporciones mayores que los hombres de haberse analizado alguna o ambas sustancias, sin embargo no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

**Limpieza dental:** Un 57% de las personas adultas asturianas declara cepillarse habitualmente los dientes más de dos veces al día después de cada comida. Un 4,5% lo

realiza no habitualmente sino ocasionalmente y es un uno por ciento de la población la que indica que no se cepilla los dientes nunca. Por género, las mujeres se cepillan con mayor frecuencia los dientes cada día, si bien las proporciones de cepillado al menos una vez al día es relativamente similar entre ambos sexos aunque hay una mayor proporción de cepillado ocasional o nunca en hombres (8% frente a 3% en mujeres).

**Vacunación antigripal:** Se ha vacunado en la última campaña de vacunación antigripal el 25% de la población asturiana adulta. Debemos recordar que dicha vacunación no es de recomendación universal. Solo determinadas personas deben vacunarse sistemáticamente, entre ellas las mayores de 64 años de edad, además de algunas personas con determinadas enfermedades. No hay diferencias de tasas de vacunación entre ambos sexos. Según los datos de esta Encuesta un 70% de la población de personas mayores (recordemos que a ellas sí se les aconseja la vacunación sistemática anual) ha sido vacunada en esta última campaña. Los niveles en otros estratos etarios es enormemente más bajas, llegando al 7% de las personas jóvenes. De aquellas personas que no se han vacunado, los motivos alegados para ello, son fundamentalmente porque tiene buena salud y otros motivos (recomendación negativa de su personal médico, dado que igual no cumplían la recomendación sistemática): 79%. Sin embargo, hay un 16% de personas que responden de una manera que debería hacer reflexionar sobre cual es la capacidad del sistema para estimular la vacunación. Así, un 8% de las personas entrevistadas dicen no creer en la eficacia de la vacuna, un 4% tienen miedo a una reacción vacunal, y un 3% dice haberse vacunado otros años y haber pasado la gripe como motivo para no vacunarse en esta campaña. Por género, no hay diferencias de proporciones de personas vacunadas en la última campaña entre hombres y mujeres. No obstante, un 17% de las mujeres no se han vacunado por no creer en la vacuna, haber pasado la gripe tras vacunarse o por miedo a la reacción vacunal frente a un 14% de los hombres. No obstante, estas diferencias no son significativas estadísticamente.

**Vacunación antitetánica:** Más de la mitad (51%) de la población adulta asturiana manifiesta no conocer o conocer incorrectamente la periodicidad de aplicación de dosis de recuerdo de vacunación antitetánica. No hay diferencias sustanciales entre ambos sexos en cuanto al conocimiento citado.

**Uso de cinturón de seguridad:** Cuando las personas entrevistadas van en los asientos delanteros utilizan el cinturón de seguridad **siempre** un 89,5% de ellas en carretera y un 81% en ciudad. Cuando van en los asientos traseros un 43,5 y un 42%, respectivamente para carretera y ciudad. No utilizan **nunca** el cinturón un 2% en carretera y un 5% en ciudad cuando viajan en los asientos delanteros. La cifra sube a la preocupante proporción de un 27,5% y 29%, respectivamente en carretera y ciudad, cuando viajan en los asientos traseros. Por género, no existen diferencias sustanciales entre hombres y mujeres en el hábito de ponerse el cinturón cuando se viaja en asientos delanteros, en cambio si los hay en los viajes en asientos traseros. No obstante, las mujeres, en este caso, en un análisis rápido tienen un comportamiento paradójico: son las que más se ponen el cinturón siempre en carretera (48% frente a 38% en hombres) y ciudad (46% y 37% en hombres), pero también son las que más no se lo ponen nunca (30% y 31%, respectivamente). Esta situación que puede parecer preocupante, puede ser explicada porque existe una gran proporción de hombres que no viajan nunca en esas posiciones dentro del vehículo (27% de los hombres frente a solo un 11% de las mujeres) tanto en carretera como en ciudad.

**Uso de casco cuando se viaja en motocicletas y bicicletas:** Un 83% de la población no viaja habitualmente en esos medios de transporte. De las personas que lo utilizan, solo un 45% de ellas usa el casco de seguridad en sus viajes en moto o bicicleta. Una preocupante proporción del 42% dice no utilizarlos nunca cuando viaja de esa manera. Por género de la persona entrevistada, un 25% de los hombres dicen viajar habitualmente en esos medios de transporte frente a solo un 10,5% de las mujeres. De aquellas personas que dicen viajar habitualmente, el uso permanente de casco es más frecuente en los hombres (48%) frente al uso en el 43% de las mujeres. Son las mujeres, por el contrario, las que refieren con

mayor frecuencia la no utilización en ningún momento del casco (49% de ellas frente al 38% de los hombres), si bien las cifras en ambos sexos tienen el carácter de preocupantes.

**Uso de asiento de seguridad para menores:** Un 15% de la población entrevistada ha llevado niños/as menores de cinco años bajo su responsabilidad en los últimos tres meses con los condicionantes citados en el enunciado de las preguntas. No hay diferencias sustanciales de género en la proporción de transporte de población infantil. La proporción de uso siempre de medios adecuados de seguridad si se han llevado niños/as de esas edades, se cifra según las respuestas a la Encuesta, en el 80% de las personas. Hay, además, un 8% de ellas que dicen que nunca utilizan medios de seguridad adecuados en el transporte de niños/as pequeños/as. Por género de la persona entrevistada, no hay diferencias sustanciales en la aplicación de estas medidas en función del sexo de la persona que lleva a los menores bajo su responsabilidad.

**Salud laboral:** Un 38% de la población indica que en la empresa en que trabaja o trabajaba no se hacen este tipo de reconocimientos. De las personas a las que se les ofrecía un 82% dice acudir siempre, un 6% no quiere contestar y un 4% dice que no acude (o acudía nunca). Por sexos, las empresas en las que trabajaban las mujeres entrevistadas tenían menor oferta de exámenes de salud (47% frente a solo un 32% de los hombres). De las personas que tenían acceso a estos exámenes, acudían siempre o nunca una proporción similar de hombres y de mujeres.

**Vigilancia del peso: Frecuencia de toma del peso,** más del 95% de las personas encuestadas. Un 16% de la población vigila su peso cada semana, un 35% cada mes, un 13% de ella menos de una vez al año. Declaran no pesarse nunca un 8% de la población adulta. Por lo general, las mujeres tienen una menor periodicidad de controlar su peso, vigilándose, al menos cada mes un 56% de ellas mientras que lo hacen solo un 36% de los hombres. Un 11,4% de las personas adultas declaran **haberse sometido a una dieta para adelgazar en el inmediato mes** anterior a la entrevista. De ellas, en un 38% de las personas se hizo por iniciativa propia para reducir peso sin especificar motivo, un 30% lo realizó prescripción médica para adelgazar, un 19% lo hizo por presentar una enfermedad, y un 10% dice que por motivos estéticos. Por género, las mujeres se sometieron a dieta para adelgazar más frecuentemente que los hombres, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa. El motivo más frecuente para someterse a dieta de reducción de peso en las mujeres fue el reducir peso por iniciativa propia (41% frente a un 34% de los hombres), en cambio en los hombres predomina el reducir peso por prescripción médica (38% frente a un 23% de las mujeres). Un 12% de las mujeres lo hace por motivos estéticos frente a un 7% de los hombres.

**Toma de sal iodada:** Un 38% de la población manifiesta consumir siempre como sal la sal iodada, siendo inferior esta proporción al de aquella población que manifiesta no consumir nunca este tipo de sal (41%). No hay diferencias de consumo sustanciales entre género. Si acaso, la mayor proporción de hombres que no saben o no contestan a esta pregunta (10% frente a un 8% de las mujeres).

**Medios de protección solar:** La mitad de la población adulta asturiana menciona protegerse siempre con medios de protección solar cuando la situación lo requiere. Una cuarta parte de la misma población dice no protegerse nunca específicamente contra la radiación solar. En un 7% de la población se menciona que no realizan ninguna actividad de trabajo u ocio al aire libre. Por género, las distintas proporciones analizadas en la pregunta son similares entre ambos sexos.

**Actividades específicas de las mujeres:** Casi la mitad de las mujeres entrevistadas de más de 15 años de edad se han hecho alguna vez en su vida y por cualquier motivo una mamografía. De las que se la hicieron, la última se hizo hace menos de dos años antes de la entrevista en más de dos tercios de ellas (68%). Un 16% se la hicieron hace de 2-4 años y un 14% hace más de cuatro años. Dos tercios de las mujeres entrevistadas de cualquier

edad (mayores de 15 años) se habían hecho al menos una prueba de citología vaginal. De las mujeres que se hicieron esta prueba tres cuartas partes la habían hecho hace menos de tres años antes de la entrevista, un 12% lo había hecho hacía más de cinco años.

### **6.- Situación sociodemográfica y económica:**

**Estado civil:** En relación a esta variable, un 54% de las personas adultas dicen que están casadas o conviviendo maritalmente con otra persona. Están todavía solteras un 30,5% de las personas adultas asturianas. Un 11% manifiesta estar en situación de viudedad, estando efectivamente en situación de divorcio un 4% de la población. Por géneros, los hombres manifiestan estar solteros en mayor proporción que las mujeres (35% frente a un 26% de las mujeres), mientras que estas están en una mayor proporción de situación de viudedad que los hombres (18% frente a un 4%). En el resto de situaciones las diferencias o no existen o no son sustanciales.

**Convivientes:** Han sido mayores las proporciones de personas que han contestado que viven solas en el caso de las mujeres (11% frente a un 8% de hombres) y en personas mayores (24% frente a un 3% en el caso de las personas jóvenes). Del total de personas entrevistadas manifiestan convivir en el hogar con 2-4 personas un 63%, siendo los hogares grandes (más de cuatro personas) solo un 4%. Manifiestan vivir convivir solo una persona un 23% de la población adulta asturiana. No hay diferencias de género sustanciales en el número de personas con las que se convive, excepto para la ausencia de respuesta. Si analizamos cuantitativamente el número de personas con las que conviven las personas entrevistadas en el mismo hogar, la media es 2,6 personas por hogar, no existiendo diferencias sustanciales entre género ni en cantidad (media aritmética) ni en variabilidad (desviación estándar) de la convivencia.

**Convivencia con personas con limitaciones:** Un 14,5% de las personas entrevistadas adultas asturianas, refieren convivir en su hogar con algunas personas que padece minusvalía o limitación. Recordemos, que la Encuesta de Salud se realizó a personas no institucionalizadas por motivo de salud, discapacidad, etc. Conviven en su hogar con personas con discapacidad, minusvalía o limitación más las mujeres que los hombres (16% frente a un 13%) si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas. Del total de población que ha contestado a esta pregunta, un 7% menciona convivir en su hogar con menores de 15 años de edad, un 5% con mayores de 64 años de edad y un 3% con personas con discapacidad. Por género, las mujeres como se indicó más arriba tienen una mayor proporción de ellas que conviven con personas que necesitan cuidados: un 8% de ellas convive con menores de 15 años (un 7% de los hombres), siendo más grandes las diferencias cuando nos referimos a personas mayores de 64 años (6% frente a 4%) y personas con discapacidad (4% frente a 2%). En un 33% de las personas que conviven con menores de 15 años, su cuidado se comparte entre la persona entrevistada y su pareja. En un 46% de las personas se menciona que el cuidado solo lo realiza una persona (respuesta más frecuente en este caso, la de la propia persona entrevistada). Un 10% de las personas dice que otra persona distinta del hogar. Menos del 1% de las personas dicen que el cuidado de los **menores de 15 años de edad** que conviven en el hogar lo hace una persona contratada. Es de resaltar, que un 2% de personas que dicen tener menores de esta edad en sus hogares manifiestan que los/las menores se cuidan ellos/as mismos/as. Por género de la persona entrevistada, las mujeres mencionan más frecuentemente que recae sobre ellas el cuidado de las personas menores de 15 años que conviven con ellas, manifestando una clara diferencia de género. Así, más de la mitad de las mujeres entrevistadas que tienen menores de estas edades indican que los/las cuidan solo ellas mismas, mientras que la respuesta de los hombres es que solo un 2% de ellos cuidan a los/as niños/as solo ellos. Un 34% de los hombres dicen que el cuidado lo realiza su pareja, mientras que solo contestan de esta manera un 4% de las mujeres. Un 47% de los hombres dice que el cuidado de los menores los realizan compartiendo tareas con su pareja, pero cuando contestan las mujeres solo un 23% de ellas dicen que el trabajo es compartido con

la pareja. Como ya se había indicado más arriba, un 4,7% de las personas entrevistadas convivía en su domicilio **con personas mayores de 64 años de edad** (distintas de ellas mismas, no se refiere, por tanto, a las personas entrevistadas). El cuidado de estas personas recae mayoritariamente sobre la persona entrevistada (41%), estando a gran distancia las respuestas de que las propias personas mayores convivientes se cuidan por sí mismas (12%). En un 11% se comparte el cuidado entre la persona entrevistada y su pareja. En un 3,3% de los hogares con personas mayores convivientes se encarga de su cuidado una persona contratada a tal efecto. Cuando analizamos las respuestas por el género de la persona entrevistada, existe como para el cuidado de los/las convivientes menores de 15 años, una gran disparidad de género. Así, las mujeres responden en un 54% que cuidan ellas solas a la persona mayor conviviente, mientras que cuando responde el hombre entrevistado solo un 18% de ellos responde que solo la cuida él. Por el contrario, los hombres indican en un 24% que a la persona mayor la cuida solo su pareja, mientras que la respuesta en mujeres es que su pareja solo cuida a la persona mayor un 3%. Cuando se le pregunta a los hombres, un 16% de ellos contestan que la cuida una persona distinta del hogar (no remunerada), y esa misma respuesta sucede en un 7% de las mujeres. Sin embargo, presentan el mismo porcentaje de respuesta tanto los hombres como las mujeres cuando responden que las cuidan una persona contratada o cuando se cuidan las personas mayores del hogar por sí mismas. En este caso, las personas de la muestra de la Encuesta que conviven en su hogar **con personas con discapacidad** es un 2,7%. De ellas, se realiza el cuidado únicamente por una única persona en un 41% de las personas entrevistadas. En un 26% se comparte con la pareja de la persona entrevistada. Participa una persona contratada en un 5% de las ocasiones. El mismo porcentaje de personas discapacitadas que se cuidan por sí mismas. Por género, existen al igual que para otro tipo de dependencias, grandes diferencias de género, si bien no tan marcadas como en los otros casos. Así, cuando se les pregunta a las mujeres entrevistadas, un 45% de ellas dicen que cuidan de la persona con discapacidad ellas solas, mientras que lo hacen un 23% de los hombres entrevistados con personas con discapacidad en su hogar. Refieren compartir la tarea con su pareja un 41% de los hombres pero solo un 14% de las mujeres entrevistadas.

**Tareas domésticas:** Ante esta pregunta las tareas del hogar las realiza principalmente una únicamente una persona un 54% de los hogares. Solo se comparten con la pareja los trabajos de la casa en un 10% de los hogares entrevistados. En un 14% lo realiza otra persona distinta de la casa (no remunerada), contratándose una persona para realizarlos en un 5% de los hogares. Por género, los trabajos de la casa recaen principalmente sobre la mujer. Así, cuando se les pregunta a las mujeres un 56% de ellas indica que los trabajos los realizan únicamente ellas, cuando se les pregunta a los hombres solo un 9% de ellos dicen que los realizan ellos solos. Cuando se les pregunta a los hombres un 40% dicen que las tareas las realizan su pareja mientras que cuando se les pregunta a las mujeres solo un 2% de ellas dice que las realiza solo su pareja. Únicamente comparten las tareas del hogar un 10% de las personas entrevistadas, sobre todo lo dicen los hombres (13%) y solo un 8% de las mujeres. Es de resaltar que un 13% de las mujeres comparten las tareas con una tercer persona que no es su pareja mientras que solo lo hace el 4% de los hombres entrevistadas. Situación contraria sucede cuando un 18% de los hombres dicen que las realizan otra persona distinta del hogar (la mitad de esa proporción cuando contestan las mujeres entrevistadas). Se contrata una persona para realizarla en una misma proporción tanto si la persona entrevistada es hombre o mujer. Las personas entrevistadas en la Encuesta manifiestan que dedican en días laborables una media de 3,3 horas a los trabajos de la casa. Por género, dedican mucho más tiempo (el doble) las mujeres que los hombres en días laborables. Las mujeres mencionan dedicar cuatro horas al día de media y los hombres solo dos horas al día. En días festivos, se dedican a tareas del hogar un total de 3,3 horas de media, siendo mayor, también en este caso, las horas dedicadas por las mujeres (cuatro horas al día) que por los hombres (2,3 horas al día).

**Vivienda:** Un 53% de las personas entrevistadas en la Encuesta menciona vivir en una vivienda con **una superficie** entre 61-90 m<sup>2</sup>, un 24% de ellas en una vivienda entre 91-120 m<sup>2</sup>. Solo un 8% de las personas viven en una vivienda de más de 120 m<sup>2</sup> mientras

que únicamente un 0,6% de las personas viven en viviendas menores de 40 m<sup>2</sup>. Por género, no existen diferencias entre el tamaño en superficie de las vivienda en que viven hombres y mujeres. Si acaso, si se observa una ligera mayor proporción de hombres que viven en viviendas realmente muy pequeñas. En relación a la presencia en las viviendas de **teléfono**, en un 48% de las viviendas existen ambos tipos de teléfono fijo y móvil. En un 36,5% de las viviendas tiene solo teléfono fijo y en un 12,5% solo teléfono móvil. Es de reseñar que, de las personas entrevistadas, solo un 2,5% de ellas viven en viviendas sin ningún tipo de telefonía. En las viviendas de las mujeres entrevistadas existe una menor proporción de ellas sin telefonía (1,7%) mientras que en las viviendas de los hombres entrevistados ese porcentaje llega al 3,5%. Dichas diferencias, no obstante, no son significativas. El análisis de la dotación de las viviendas en **materia de calefacción**, nos muestra que un 77% de ellas tiene algún tipo de calefacción que abarca a toda la vivienda, no teniendo ningún tipo de calefacción un 4% de las viviendas donde se entrevistaron personas. En el resto (19%) existe calefacción pero esta es de tipo focal no abarcando a los distintos espacios de la vivienda. En relación a este tipo de dotación no existen diferencias en cuanto a género en su distribución.

**Nivel de estudios:** Un 0,4% de la población entrevistada ha manifestado que no sale leer o escribir y un 4% de ella no tiene estudios. Tiene estudios máximos de Bachiller Elemental, EGB o ESO un 36% de las personas, de Bachiller Superior, BUP, Preu o COU del 14%. Tiene estudios universitarios un 17% de la población asturiana adulta. Por género, un 0,7% de las mujeres entrevistadas no saben leer o escribir no habiendo en la muestra ningún hombre en esas circunstancias. No tienen estudios un 4% de las mujeres por un 3% de los hombres. El Bachiller Elemental, EGB o ESO lo tienen, en cambio, más mujeres que hombres. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a titulaciones universitarias (17,1% de hombres frente a 16,3% de las mujeres).

**Situación laboral:** La población analizada en la muestra de la Encuesta, manifiesta que en un 39% de ella está ocupada en el momento de la entrevista, en un 23% de ella la persona entrevistada está en situación de jubilación, pensión o recibiendo rentas. En un 17,5% las personas entrevistadas se dedicaban a labores del hogar. Manifiestan estar en situación de desempleo el 8,7% de la población total, y en situación de estudios un 7% de la población. Por género, hay una mayor proporción de personas ocupadas en hombres (48% frente al 30% de las mujeres), existiendo también una mayor proporción de jubilaciones, pensionistas o rentistas en hombres (32% frente a 16% de las mujeres). Al contrario, en esta muestra un 33% de las mujeres manifiestan estar en situación de labores del hogar mientras que lo realiza solo el 0,2% de los hombres. Están en situación de desempleo un 5,9% de los hombres y un 8,7% de las mujeres. La proporción de paro de larga duración es el doble en las mujeres que en los hombres. Estudian un 9% de los hombres y un 7% de las mujeres. Es de resaltar que mencionan estar ocupados/as sin contrato laboral un 1,3% de los hombres pero un 3,3% de las mujeres.

**Situación de empleo:** El tipo de empleo que tienen las personas con él más frecuente es el de trabajador/a por cuenta ajena (asalariado/a) que no ocupa cargos de gerencia ni de supervisión en la empresa (73%), seguido a gran distancia por el de trabajador/a por cuenta propia sin personas asalariadas (15%). Solo un 1,3% de las personas entrevistadas ocupa puestos de gerencia en las empresas por cuenta ajena. Por género, existe una mayor proporción de personas con trabajo por cuenta propia sin asalariados que hombres en esas circunstancias (18% frente a 13,3%). En cambio, cuando el trabajo es por cuenta propia pero se tienen asalariados en él existe una mayor proporción de hombres (7,7% frente a un 3,3% de las mujeres). Ocupan u ocupaban puestos de responsabilidad en las empresas más los hombres que las mujeres (en el caso de las gerencias, un 1,8% de los hombres frente a un 0,7% de las mujeres; en el caso de la supervisión, un 3,5% de los hombres frente a un 2,3% de las mujeres).

**Satisfacción con el trabajo:** De las personas que trabajan o han trabajado anteriormente pero en el momento actual un 67% (dos de cada tres) se consideran al menos satisfechas o muy satisfechas con su situación de trabajo actual (o el último). Un 3,5% de las personas refiere no estar nada satisfecha y un 6,6% estar poco satisfecha. Por género, existe al menos satisfacción en relación al hecho citado en una proporción similar (sin diferencias significativas estadísticamente) entre ambos géneros: un 68% de los hombres y un 66% de las mujeres. No obstante, cuando la respuesta es poco o nada satisfecho/a son las mujeres las que contestan más a esta opción (12% frente a un 8,5% de los hombres).

**Riesgos en el trabajo:** El nivel de exposición o de estar sometidos a diversas situaciones durante el período de trabajo en el empleo actual o en el último o en aquel que fuera la ocupación principal en caso de pluriempleo, nos indica cuando la exposición es estar **siempre o casi siempre** sometido a la misma que un 65% de las personas debían permanecer mucho de tiempo de pie (siempre o casi siempre), un 60% manifiestan estar sometidos a gran responsabilidad, un 55% a repetir los mismos movimientos una y otra vez, al igual que prestar concentración o atención continuamente, un 33% adoptaba siempre o casi siempre posturas molestas o esfuerzos musculares sucesivos, un 25% realizaba horas extraordinarias con gran frecuencia, al igual la misma proporción estaba sentado/a la mayor parte de la jornada. Por género, de las exposiciones más frecuentes, existen diferencias en cuanto a puestos de gran responsabilidad (67% de hombres, 49% de mujeres). En otras de menor prevalencia existen manifiestas diferencias de exposiciones (siempre o casi siempre) entre hombres y mujeres, siempre con mayor proporción de exposición en los hombres: Ruido, teniendo que levantar la voz para hablar, Respirar humos, polvo o productos tóxicos, Sufrir vibraciones o sacudidas, Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos, Sufrir riesgo de caída de altura, Riesgo de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas, Riesgo de ser alcanzado/a por lanzamiento o caída de objetos, Riesgo de sufrir accidentes de circulación, llevar o desplazar cargas pesadas, horario a turnos y realizar horas extraordinarias con frecuencia. Solo presenta una ligera mayor proporción de exposición el género femenino frente a los hombres en el caso de trabajar mirando la pantalla de un ordenador.

**Ingresos económicos familiares:** Esta pregunta ha sido respondida por un 61% de la población muestreada, cifra que nos parece adecuada para un tipo de pregunta que suele generar grandes reticencias en las personas entrevistadas. Por otra parte, la respuesta es compleja, aún queriendo contestarla, debido a que se solicitaba los ingresos brutos (la mayoría de la población suele conocer mejor lo que gana líquido), y que se preguntan los ingresos de la unidad familiar. Cuando solo hay un ingreso puede ser más fácil la respuesta, pero cuando hay varias fuentes de ingreso o cuando la persona entrevistada no es la que genera el ingreso (por ejemplo: hijos/as que no trabajan y no saben en concreto lo que gana sus padres o madres), el llegar a conocer la cantidad bruta total de la unidad familiar o del hogar es harto difícil. La cantidad manifestada por las personas entrevistadas analizada como variable cuantitativa continua es de una media de ingresos brutos 15.656 € por familia en el año 2001. Esta cifra es ligeramente más baja que la disponible en las estadísticas económicas, lo que puede estar manifestando una ligera infraestimación, en nuestra Encuesta, de la cantidad de dinero ingresada por familia. Es posible, que esta infraestimación esté relacionada, también, con el nivel de ausencia de respuesta o negativas a declarar detectado. Por género, cuando la pregunta sobre los ingresos de la unidad familiar se realizan a hombres estos declaran que su unidad familiar ingresa más que cuando la pregunta se les realiza a las mujeres (17.094 € frente a 14.451 €, un 18% más). En el **análisis categórico** de los ingresos hemos incluido en el mismo el porcentaje de personas que no han querido declarar o desconocen sus ingresos para una mejor valoración de su análisis. De ello se deduce, que un 39% de la población entrevistada desconocemos el nivel de ingresos de su hogar, y que un 38% de la población (62% de las personas que declararon los ingresos) ingresa en bruto en la totalidad de su hogar entre 6.000-18.000 € (uno a tres millones de Pts.). Un 4,6% de la población (7,5% de las personas que contestaron la pregunta) gana menos de 6.000 € al año (un millón de Pts.). Un 18,2% de las personas (30% de las entrevistadas) declaran ingresar en su hogar más de 18.000 € (tres

millones de Pts). Un 2% (3,2% de la población total) de la población dice ingresar más de 36.000 € (seis millones de Pts). Por género, la respuesta a la declaración de ingresos ha sido similar en hombres que en mujeres. Sin embargo, el nivel de ingresos de la unidad familiar es más bajo cuando contestan las mujeres que cuando responden los hombres: la moda como medida de tendencia central en el caso de las mujeres se sitúa en ingresos entre 6.000-11.999 € (23%, 38% si descontamos a los no declarantes), mientras que en el caso de los hombres está en el siguiente grupo (12.000-17.999 €, 21%, 34% excluyendo a los no respondedores). Hay también más mujeres que responden situándose en el grupo de ingresos inferiores a 6.000 € (6,4% (10,5% de las respondedoras), frente a 2,6% de los hombres (3,9% de los respondedores)). Por el contrario, son más los hombres que declaran tener más ingresos en su unidad familiar en el grupo de más de 18.000 € : un 22% de los hombres se sitúa en ese estrato mientras que solo lo hace un 16% de las mujeres (un 36% y un 26%, respectivamente, del total de personas que respondieron a la pregunta).

**Ocupación:** De las contestaciones realizadas con respecto a ellos/as mismos/as (o la persona principal del hogar si las personas entrevistadas eran estudiantes o buscaban primer empleo), se deduce que en un 21% de las ocasiones las personas trabajan como artesanos/as o trabajos en industrias manufactureras, construcción y minería, en un 18% son trabajadores/as de restauración, personales, protección y vendedores/as de comercio, en un 15% trabajan en dirección de empresas (incluye a trabajadores/as autónomos/as que son el 9%), un 12,5% como Operadores/as de instalaciones y maquinaria, montadores/as, un 8% como Trabajadores/as no cualificados/as, un 7% como Técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales. Dentro del total destacan como entidades específicas el trabajo de un 9% de la población entrevistada como trabajadores/as en industrias extractivas, así como de autónomos/as. El mismo 9% lo ocupan las personas que trabajan como industriales, un 7% como dependientes/as, un 5% en la restauración y un 4% en trabajos de servicios personales, un 4% como servicio doméstico, un 3% como empleados/as sin cualificar en el comercio, así como conductores/as de transporte. Un 2% se dedica a la enseñanza con titulación de 2º y 3º ciclo. Por género, dentro de los distintos apartados, existe una mayor proporción de hombres en la dirección de empresas (sobre todo en la de gerencia con muchos asalariados/as), siendo similar entre sexos la proporción de trabajadores/as autónomos/as, en técnicos/as y profesionales de apoyo, la de trabajos en industrias manufactureras, construcción y minería, y la de operadores/as de instalaciones, maquinarias, etc. Por el contrario, hay más proporción de mujeres en el caso de los trabajos de técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales, empleados/as de tipo administrativo, trabajadores/as de la restauración, de servicios personales, de la protección y vendedores/as, trabajadores cualificados/as de agricultura y pesca y en los trabajos no cualificados.

**Clase social:** Una vez analizada dicha variable, de aquellas personas que conocemos su ocupación, un 40% de la población se situaría en la clase social IV, seguida de un 35,5% de personas en clase social III. Un 5,5% correspondería a la clase social I, un 11% a la clase social II y un 9% a la clase social V. Por género de la persona entrevistada (o en excepciones), los hombres se sitúan en clase sociales ligeramente más elevadas que las mujeres (clases sociales I y II, 19% en hombres y 13,5% en mujeres), clase social V (7% en hombres y 10% en mujeres).

### **7.- Opinión y uso de servicios sanitarios:**

**Satisfacción con los servicios sanitarios:** Más de tres de cada cuatro personas entrevistadas está muy o algo satisfecha con los servicios sanitarios que más usó en el último año. Por el contrario una de cada diez personas está poco o nada satisfecha de los mismos cuando los utilizó. Cuando se analiza la opinión general sobre el sistema sanitario, se hayan usado o no sus servicios, la satisfacción (algo o muy satisfecho/a) cae al 67% y aumenta la proporción de personas poco o nada satisfechas hasta el 13%. Por género, la disparidad de opinión entre personas usuarias y opinión en general sobre el sistema se

mantiene en ambos sexos, expresando las mujeres que han utilizado los servicios que oferta el sistema, por una parte, una mayor proporción de personas muy o algo satisfechas que los hombres (79% frente a 74%) pero también una mayor proporción de personas poco o nada satisfechas (10% frente a un 9%, si bien, en este último caso, las diferencias no son estadísticamente significativas).

**Accesibilidad:** Más de la mitad de la población entrevistada indica que el horario de consulta de su médico/a de familia o de cabecera tiene un horario de consulta bastante o muy adecuado para su persona. Un 12% de las personas opina lo contrario (el horario de consulta es poco o nada adecuado). Por género, no existen diferencias sustanciales entre ambos sexos en cuanto a la opinión de la distancia del lugar de consulta. Si la hay, sin embargo, en cuanto a la opinión sobre el horario de la consulta. Mientras un 60% de las mujeres opina que este es bastante o muy adecuado solo opina lo mismo la mitad de los hombres. A su vez, mientras un 15% de los hombres opinan que el horario de consulta es poco o nada adecuado solo expresa la misma opinión un 9% de las mujeres entrevistadas.

**Opinión sobre servicios de atención primaria del SESPA:** Un 84% de la población está de acuerdo en que la atención solicitada es atendida en el mismo día o al día siguiente (un 8% está en desacuerdo), tres de cada cuatro personas dice que los horarios son cómodos (un 13% dice que no está de acuerdo), ocho de cada diez que los centros de atención está suficientemente cerca del domicilio (un 7% están en desacuerdo); tres de cada cuatro que los/las profesionales transmiten confianza y seguridad (un 8% en desacuerdo con esta asunción), la misma proporción de los que opinan que suministran información adecuada, menos de la mitad de las personas entrevistadas está de acuerdo en que tras tener cita no hay que esperar mucho para ser atendido/a (un 30% está en desacuerdo con esta asunción); un 80% opina que los/as profesionales son amables (un 4% no está de acuerdo), nueve de cada diez cree que se respeta la intimidad de los/as pacientes y ocho de cada diez que las instalaciones son cómodas y adecuadas (un 8% está en desacuerdo). No existen diferencias sustanciales entre géneros en relación a la opinión sobre los servicios de Atención Primaria, no obstante, por lo general, y con diferencias no estadísticamente significativas, las mujeres tienden a estar más de acuerdo con los distintos asertos que se mencionan en las preguntas. La mayor disparidad de género se centra en la comodidad el horario de consulta, al que los hombres indican no estar de acuerdo en su comodidad en un 17% frente a un 10% de las mujeres. Las tasas de no respuesta a estas preguntas se situaron en una proporción razonable entre el 2-5% en cada pregunta.

**Conocimiento de servicios de atención primaria del SESPA:** Más de la mitad de la población asturiana entrevistada dice saber que en Atención Primaria del SESPA se prestan servicios de planificación familiar, la misma proporción de los que dicen saber que se prestan educación maternal. Tres de cada cuatro personas dice conocer que se realiza atención domiciliaria, vacunaciones infantiles, y atención a personas con diabetes y tensión arterial alta. Dos de cada tres personas dicen saber que se presta atención a embrazadas durante la gestación. Por género, las mujeres manifiestan conocer más los servicios que presta la Atención Primaria en todos los epígrafes. Las diferencias son estadísticamente significativas en todos los asertos

**Opinión sobre los servicios de especialistas del SESPA:** Alrededor de dos tercios de las personas encuestadas están de acuerdo con que los/las especialistas del SESPA transmiten la información adecuada, que el horario de consulta de estas es cómodo, que son amables y que transmiten confianza y seguridad. Un 80% están de acuerdo en que se respeta la intimidad de los/las pacientes en sus consultas. No obstante, el grado de acuerdo con los asertos baja a una de cada dos personas en la consideración de que los/las distintos/as especialistas intercambian información respecto de sus pacientes; y, baja más aún la proporción de personas que están de acuerdo en que es fácil conseguir consulta de especialistas (44%), una vez conseguida cita no hay que esperar mucho para ser atendidos/as (38%), que las consultas de estos/as profesionales están cerca del domicilio de las personas entrevistadas. Evidentemente, a menor proporción de personas que están

de acuerdo mayor es la proporción de personas que están en desacuerdo. La proporción de personas que no saben o no contestan en estas preguntas es relativamente alta (superior al 9%) llegando en el caso del aserto de que los/las profesionales intercambian información sobre sus pacientes al 27,5%. Por género, las mujeres suelen manifestar, por una parte, estar de acuerdo en mayor proporción que los hombres y, por otra, en estar, también, en mayor proporción de desacuerdo que los hombres. Solo se salen de estas afirmaciones, que los hombres están más en desacuerdo en que el horario de estos/as especialistas es cómodo y en que la información facilitada por los/las mismos/as es la adecuada. No obstante, ninguna diferencia observada es estadísticamente significativa.

**Opinión sobre los servicios de hospitalización del SESPA:** Entre el 60-75% de la población encuestada está de acuerdo en que en los hospitales del SESPA se suministra la información adecuada, el horario de atención es cómodo, se resuelven las intervenciones con eficacia, se informa sobre el problema y el proceso de la intervención, se informa sobre los beneficios y riesgos para la salud de los/las pacientes, y que los/las profesionales son amables. Un 80% de la población opina que se respeta la intimidad de los/las pacientes. No obstante, solo un 43% está de acuerdo en que la intervención puede ser realizada en cualquier hospital del SESPA siempre que tenga la especialidad adecuada, un 40% está de acuerdo en que es posible pedir cita con otro/a médico/a especialista para tener una segunda opinión y solo una de cada tres personas está de acuerdo en que no hay que esperar mucho tiempo para que realicen la intervención. Por género, las mujeres manifiestan más proporción de estar de acuerdo en todos los enunciados, si bien, en ningún caso, la diferencia es estadísticamente significativa.

**Opinión sobre los derechos con respecto al sistema sanitario público del SESPA:** Un 89% de las personas entrevistadas está de acuerdo en que tiene derecho a recibir un informe médico tras ser atendidas en urgencia, siendo un 3% inferior la proporción de aquellas que lo creen tras haber sido consultadas por un/a especialista (entre el 1-2% respectivamente, de la población está en desacuerdo con estos enunciados). Similar proporción nos encontramos en el conocimiento del derecho de conocer información sobre su historia clínica. Lo mismo sucede con el derecho a recibir un informe de alta tras ser hospitalizado/a y el derecho a elegir al/a la médico/a de cabecera o de familia y/o pediatra. La proporción de ausencia de respuestas en estas preguntas oscila entre el 7-9% de las personas entrevistadas. En relación a la posibilidad de recabar una segunda opinión de un/una especialista tanto para diagnóstico como tratamiento, un 22% de la población declara no saber o no contesta a la misma, un 62% cree tener derecho a ello y un 12,5% está en desacuerdo con el enunciado. Solo dos tercios (hay un 16% de ausencia de respuestas) de las personas entrevistadas está de acuerdo con el enunciado de que se tiene derecho a elegir a/a la especialista médico. Un 57% está de acuerdo con la posibilidad de elegir hospital y un 15% está en desacuerdo (en este caso, está pregunta no es contestada por una cuarta parte de las personas entrevistadas). Por género, las mujeres suelen contestar con mayor frecuencia estar de acuerdo con estos enunciados que los hombres, si bien las diferencias detectadas no son estadísticamente significativas.

**Uso de cuidados primarios:** Más de un tercio de la población encuestada menciona haber acudido a su médico/a de cabecera en las últimas dos semanas (incluye la realización de trámites administrativos: recetas, bajas laborales, etc.). Una de cada diez haber acudido a un especialista médico (excepto pediatra, dentista, o ginecólogos/a). Un 9% dice haber acudido a una oficina de farmacia en ese período. Un 4% al dentista u ortodoncista al igual que al personal de enfermería y comadrona. Dentro de los ámbitos alternativos, una de cada trescientas personas dice haber consultado con el homeópata o acupuntor/a, y una de cada quinientas personas a un/a curandero/a o brujo/a. Por género, las mujeres manifiestan con más frecuencia acudir a este tipo de servicios sanitarios que los hombres siendo estadísticamente significativa la diferencia en el caso de acudir al/a la médico/a de cabecera, al dentista y/u ortodoncista, al/a la pediatra, al /a la ginecólogo/a, y a la oficina de farmacia. Los servicios utilizados, cuando lo hicieron, lo fueron con mayor frecuencia (72%) en el ámbito de un Centro de Salud o ambulatorio. Un 10% de ellas se realizaron en

consultas externas de un hospital y otro 10% en una consulta particular. En un 2,5% en una mutua de una empresa. Por género, no existen diferencias sustanciales (estadísticamente significativas) en la utilización de un lugar o centro sanitario, excepto para las consultas en un centro de trabajo donde los hombres han sido atendidos en un 3% frente a solo un 0,4% de las mujeres. Sin embargo, a pesar de no haber diferencias significativas, un 11% de las mujeres frente a un 8% de los hombres refieren haber sido atendidas en consultas externas de un hospital y más de un 3% de los hombres y un 1,8% de las mujeres en una mutua de empresa.

**Uso de servicios dentales:** Un 22% de la población entrevistada menciona el haber acudido a un/una dentista en ese período de tiempo, siendo mayor la proporción de mujeres que han acudido que la de hombres (24% frente a un 20%). Una de cada tres personas que ha acudido a recibir cuidados dentales lo ha hecho para revisión o chequeo dental, una de cada cuatro a realizar empastes u obturaciones dentales, una de cada cinco para limpieza de boca, al igual que para poner fundas, puentes, prótesis, etc. Una de cada seis personas acudió a extraer alguna pieza dental. No existen diferencias sustanciales en el tipo de servicio dental solicitado por hombres y mujeres, si bien, los hombres tienen una mayor proporción de extracción de alguna pieza dental (19% frente a un 14,5% de las mujeres), y las mujeres de poner fundas, puentes, prótesis, etc. (22% frente a un 17% de los hombres).

**Uso de la hospitalización:** Un 12% de las personas entrevistadas han indicado que en el transcurso del último año habían sido ingresadas en un hospital o clínica. De las que habían ingresado, un 80% lo habían hecho únicamente una vez, en un 12% dos veces y en un 8% tres o más veces (un uno por ciento del total de la población de más de 15 años de edad). Por género no existen diferencias estadísticamente significativas, si bien un 11% de los hombres que han ingresado lo han hecho tres o más veces en el último año (un 1,4% de la población total masculina de estas edades). El motivo más frecuentemente alegado para el ingreso en un hospital o clínica en este período fue, en la mitad de las ocasiones, para una operación quirúrgica, en un 17% realizarse pruebas diagnósticas y en un 13% realizar un tratamiento médico. Una de cada cinco personas lo hizo por otros motivos. Por género, no hay diferencias entre ambos sexos en cuanto al motivo de ingreso.

**Uso de atención urgente:** Un 23% de la población dice haber recibido en el último año asistencia sanitaria de carácter urgente. De las que la recibieron, tres de cada cuatro lo hicieron solo un vez, y un 10% tres o más veces (más de 2% del total de la población). Por género no hay diferencias en la proporción de personas que han recibido este tipo de atención, así como en el número de veces que la han recibido. La motivación más frecuente para recibir atención urgente fue la existencia de un accidente (33%), la presencia de una enfermedad repentina (29%) seguida de agravamiento de enfermedad preexistente (23,5%). Por género, no hay diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto al motivo de asistencia. La prestación de estos servicios se realizó con mayor frecuencia en un hospital (77%), seguido a gran distancia de en un centro de salud o ambulatorio (19%). Un 0,2% la recibió en la calle y en un 0,7 a través de una UVI móvil. Por género no hay diferencias entre sexos. La mitad de las personas dicen que acudieron por sí mismas al lugar de atención urgente. Un 22% fue remitida por un médico/a y otros 18% por la persona que socorrió al/a futuro/a atendido/a. Por género no hay diferencias en este caso. Por grupo erario, solo la tercera parte de las personas mayores acudieron por sí mismas frente a un 60% de las personas entre 30-44 años de edad. En un 30% de las personas mayores fueron remitidas por las personas que las socorrieron.

**Aseguramiento sanitario:** Un 97% de la población asturiana entrevistada dice tener aseguramiento con la Seguridad Social española. Un 5% dice tener aseguramiento de Mutualidad con la opción de Seguridad Social, cerca de un 4% tiene seguro médico privado concertado individualmente. No tiene seguro médico y paga siempre sus gastos un 0,3% de la población. Por género de la persona entrevistada, existen diferencias significativas en las proporciones manifestadas por ambos sexos en relación al aseguramiento con una

Mutualidad con opción Seguridad Social donde cerca de un 7% de los hombres la tiene y solo un 3% de las mujeres. Los hombres poseen, también, mayor proporción de seguros médicos privados, sean colectivos o individuales, que las mujeres (8% frente a un 5% de las mujeres).

**Financiación de servicios sanitarios consumidos:** El porcentaje de financiación por parte de la Seguridad Social, en la totalidad o en la mayor parte de la factura de los distintos servicios sanitarios recibidos en la población muestreada es muy elevada excepto para los servicios dentales. Un 94% de las personas financiaron a cargo de la Seguridad Social los últimos servicios de Atención Primaria, al igual que los de atención urgente. Un 93% los servicios de hospitalización. En el lado opuesto, solo un 6% de la población de los que utilizaron los servicios dentales lo hizo con financiación de la Seguridad Social, siendo el porcentaje de autofinanciación (excluyendo aseguramientos públicos y/o privados) en las personas que recurrieron a servicios dentales del 89%. Por género, las mujeres utilizaron la financiación de la Seguridad Social para las hospitalizaciones en mayor frecuencia que los hombres (95% frente a un 91% de los hombres), siendo dichas diferencias estadísticamente significativas. Para el resto de servicios no hay diferencias de género significativas.

**Consumo de fármacos:** De las personas encuestadas, un 16% dice haber tomados en las últimas dos semanas medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquios, un 14% para combatir el dolor y/o bajar la fiebre (no por reuma o artrosis), el mismo porcentaje para los nervios y para la tensión arterial. Un 4% ha tomado antibióticos, el mismo porcentaje que para combatir la alergia y la diabetes. Un 3% de las personas dice tomar medicación para no quedar embarazada, un 1% para adelgazar y un 3% toma productos alternativos (homeopáticos, hierbas, etc.). Por género, las mujeres suelen manifestar consumir más medicamentos de los citados que los hombres para todos los tipos de fármacos (excepto en medicación para el corazón y para alteraciones digestivas), si bien las diferencias no son estadísticamente significativas por lo general. Estas solo se encuentran en el consumo de fármacos para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.) donde el 19,5% de las mujeres las consume frente a solo un 8% de los hombres, y en el caso de los productos alternativos (homeopatía, hierbas medicinales, preparados dietéticos) donde el 4% de las mujeres manifiestan haberlas tomado en las últimas dos semanas frente a solo un 1% de los hombres. Un 2,2% de las mujeres dice tomar medicación para no quedar embarazada. De la medicación que dice haber tomado la población muestral, el porcentaje de **autoprescripción** es más elevada en el caso de la medicación para el catarro, gripe... (8%) seguida de la de para el dolor y/ o bajar la fiebre (6%), y, ya a gran distancia, los productos alternativos (2%), las vitaminas, minerales... (2%) y pastillas para los nervios (1,3%). Por género, existen diferencias significativas únicamente en el caso del consumo de pastillas para los nervios (2,1% de las mujeres consumidoras frente a solo un 0,1% de los hombres) y los productos alternativos (3% frente a un 1% de los hombres).

## **1.- Morbilidad declarada**

**OBJETIVOS:**

- Conocer la morbilidad aguda autodeclarada
- Conocer la morbilidad y la prevalencia de procesos y discapacidades crónicas
- Estimar la reducción de autonomía y de las actividades de la vida diaria
- Conocer la cantidad y el tipo de accidentes sufridos (domésticos, laborales, de tránsito, etc.) y su repercusión

## **1.1.- Morbilidad crónica:**

Contestación a la pregunta: **Actualmente, ¿padece Ud. o el personal médico le ha dicho que ha padecido alguna de las enfermedades o trastornos que a continuación le voy a mencionar?:**

El tipo de morbilidad recogida en la encuesta es fundamentalmente de carácter crónico mucho más fácil de recoger y con mayor impacto para el análisis que el de las enfermedades de carácter y resolución agudas, sobre todo, en estudios de prevalencia como el que nos ocupa.

Un 34,3% de la población asturiana adulta manifiesta que tiene o ha tenido conocimiento (autopercepción o diagnóstico médico) de padecer artritis, artrosis o problemas reumáticos (de cervicales, de espalda, lumbago, etc.), un 17% de padecer hipertensión arterial, el mismo porcentaje de padecer alergias (de piel, respiratorias, etc.), al igual que el de padecer de ansiedad o nervios. Un 13% de la población manifiesta padecer o haber padecido de depresión y un 14% de padecer de exceso de colesterol. Un 7,5% declaran padecer enfermedades del corazón y un 7% de diabetes (azúcar). Un 10% dicen padecer de asma o bronquitis crónica y un 6% de úlcera de estómago o duodeno.

Hay diferencias marcadas de género en muchas patologías, en perjuicio, en todas las existentes, de las mujeres. Así, un 41,5% de las mujeres manifiestan padecer problemas reumáticos frente a solo un 26% de los hombres. Un 19% de las mujeres dicen tener hipertensión arterial frente a un 14% de los hombres. Además, se observan grandes diferencias en el apartado de problemas psicológicos o psiquiátricos: un 23% de las mujeres declaran padecer o haber padecido ansiedad (nervios) frente a solo un 10% de los hombres, y un 18% de las mujeres indican padecer o haber padecido depresión frente a solo un 7% de los hombres. En todos los casos citados, existe una diferencia de género estadísticamente significativa.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Hipertensión arterial</b>	13,9	<b>19,4</b>	<b>16,8</b>
<b>Artritis, artrosis, reumatismo</b>	26,0	<b>41,5</b>	<b>34,3</b>
<b>Exceso de colesterol</b>	12,5	<b>14,6</b>	<b>13,7</b>
<b>Diabetes mellitus</b>	6,6	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>
<b>Enfermedades del corazón</b>	7,9	<b>7,1</b>	<b>7,5</b>
<b>Trombosis, embolias, hemorragias cerebrales</b>	2,2	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>
<b>Asma o bronquitis crónica</b>	9,9	<b>9,8</b>	<b>9,9</b>
<b>Úlcera de estómago o duodeno</b>	6,4	<b>5,0</b>	<b>5,7</b>
<b>Alergias (piel, respiratorias...)</b>	14,9	<b>18,9</b>	<b>17,1</b>
<b>Depresión</b>	6,6	<b>17,8</b>	<b>12,6</b>
<b>Ansiedad (nervios)</b>	10,2	<b>22,7</b>	<b>16,9</b>

Por otra parte, es de reseñar, la escasa prevalencia de patologías crónicas en jóvenes, como el 0,6% de diabetes en estas edades, el 2% de hipertensión arterial, mientras que en otras patologías la prevalencia es relativamente alta propia de la idiosincrasia de estas patologías como las alergias (piel, respiratorias, etc.) donde las personas jóvenes tienen prevalencias del 23% disminuyendo después gradualmente a lo largo de los siguientes tramos etarios. Otra patología con relativa frecuencia en estas edades es la referente al asma o bronquitis crónica cuya prevalencia en la misma es del

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

11% cayendo en el grupo etario siguiente y posteriormente incrementándose la misma hasta alcanzar una proporción del 15% de la población de personas mayores.

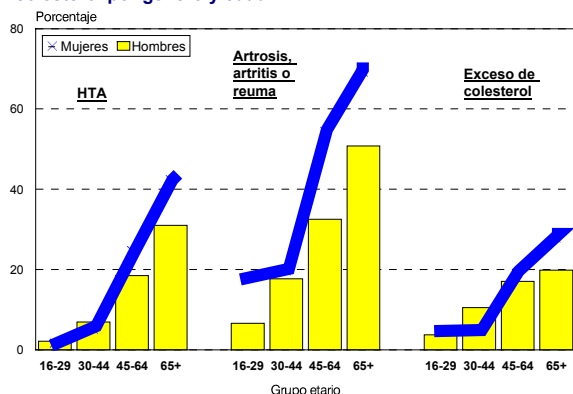
En relación a la edad, existe una mayor prevalencia de declaración de morbilidad a medida que aumenta la edad del grupo, como ya era previsible dado el conocimiento científico: las personas mayores, en particularmente afectadas en mayor proporción de todas las patologías excepto para alergias y, con menor diferencia, el asma y bronquitis crónica. Las cifras detectadas en las edades más altas son de un 62% de prevalencia en artritis, artrosis y problemas reumáticos, un 40% de personas mayores con hipertensión arterial, un 25% con hipercolesterolemia, un 24% con ansiedad (nervios), un 22% con depresión, un 21% con enfermedades del corazón y un 18% con diabetes (azúcar). En el caso de la diferencia de género hay que resaltar que, en las mujeres, hay un incremento de la prevalencia de las distintas patologías con el aumento de la edad, al igual que para el conjunto de ambos sexos, sin embargo existe una mayor y más elevada prevalencia en el caso de determinadas patologías en relación a los resultados de salud que alcanzan los hombres mayores de 64 años: hipertensión arterial (mujeres mayores 42% frente a un 14% de los hombres), artritis, artrosis y reumatismos (69% en mujeres mayores frente a un 26% en hombres mayores), y las patologías de las emociones: depresión (28% vs. 12%) y ansiedad (nervios (30% vs 14%). En algunas patologías, incluso, los hombres mayores tienen una mayor prevalencia: enfermedades del corazón (23% vs 20%), asma o bronquitis crónica (19% vs 12%), úlcera de estómago o duodeno (11% vs. 7%).

También, en relación con la edad hay que resaltar que, al contrario, que la práctica totalidad de las patologías, en el caso de las alergias su prevalencia se disminuye con la edad en ambos sexos, estando los niveles de los hombres por debajo de las cifras presentadas por las mujeres.

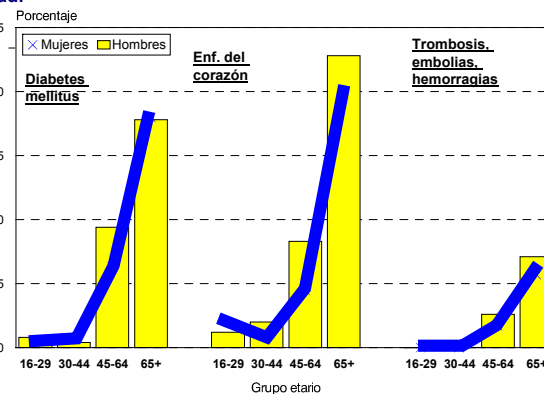
	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Hipertensión arterial</b>	2,1	6,9	18,5	31,0	<b>13,9</b>	1,7	5,2	24,7	42,4	<b>19,4</b>
<b>Artritis, artrosis, reumatismo</b>	6,6	17,7	32,5	50,8	<b>26,0</b>	17,9	19,7	54,4	69,3	<b>41,5</b>
<b>Exceso de colesterol</b>	3,7	10,5	17,0	19,8	<b>12,5</b>	4,6	4,8	19,2	27,9	<b>14,6</b>
<b>Diabetes mellitus</b>	0,8	0,4	9,4	17,8	<b>6,6</b>	0,4	0,7	6,3	18,0	<b>6,7</b>
<b>Enfermedades del corazón</b>	1,2	2,0	8,3	22,8	<b>7,9</b>	2,1	1,1	4,5	19,8	<b>7,1</b>
<b>Trombosis, embolias, hemorragias cerebrales</b>	0	0	2,6	7,1	<b>2,2</b>	0	0	1,7	5,7	<b>2,0</b>
<b>Asma o bronquitis crónica</b>	11,6	5,6	5,3	19,3	<b>9,9</b>	10,8	5,6	10,5	12,4	<b>9,8</b>
<b>Úlcera de estómago o duodeno</b>	1,2	8,5	5,7	11,2	<b>6,4</b>	2,5	3,7	5,9	7,4	<b>5,0</b>
<b>Alergias (piel, respiratorias..)</b>	19,5	15,3	12,1	12,7	<b>14,9</b>	25,8	18,2	16,0	16,6	<b>18,9</b>
<b>Depresión</b>	2,5	3,2	9,4	12,2	<b>6,6</b>	4,6	11,5	24,7	27,9	<b>17,8</b>
<b>Ansiedad (nervios)</b>	6,2	8,9	12,5	13,7	<b>10,2</b>	13,8	19,3	25,8	30,4	<b>22,7</b>

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Morbilidad declarada

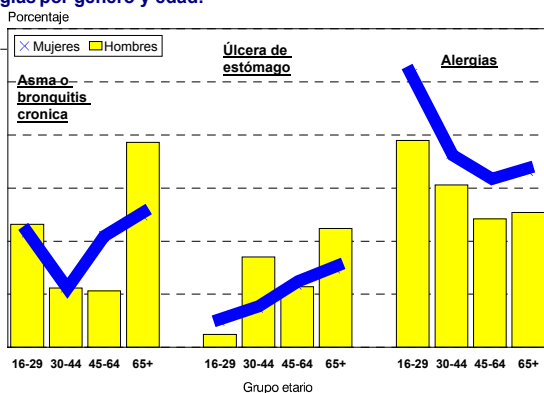
**Morbilidad declarada: Hipertensión, artritis, artrosis, exceso de colesterol por género y edad:**



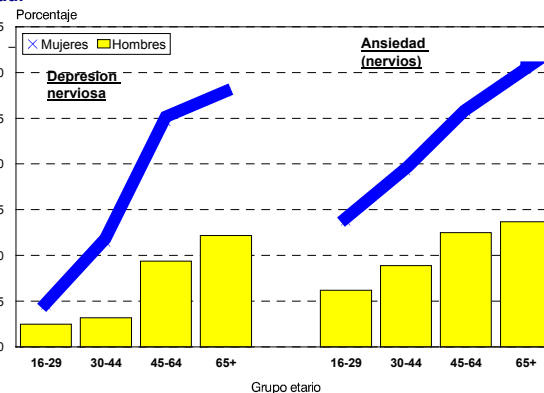
**Morbilidad declarada: diabetes, enf. corazón, ACV por género y edad:**



**Morbilidad declarada: asma o bronquitis crónica, úlcera estómago, alergias por género y edad:**



**Morbilidad declarada: depresión nerviosa o ansiedad por género y edad:**



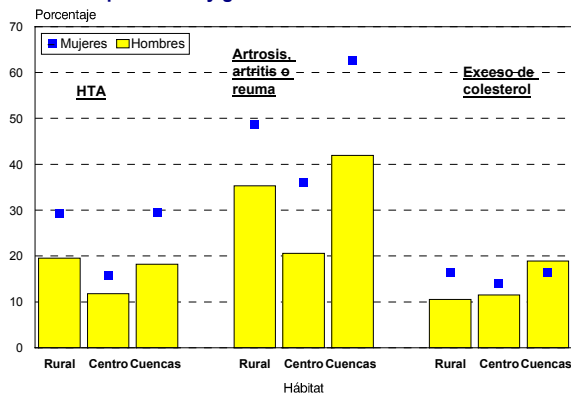
En el análisis de residencia (hábitat), para la mayoría de las patologías, las personas residentes en la zona centro tienen un menor porcentaje de prevalencia, excepto para la diabetes mellitus, las trombosis, embolias y accidentes cerebrovasculares, el asma o bronquitis crónica y los procesos emocionales. Existe una mayor prevalencia de artrosis, artritis o reuma en las cuencas mineras, así como diabetes mellitus, asma o bronquitis crónica, y de manera muy marcada con respecto a otros hábitats de alergias y procesos depresivos y ansiedad.

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Hipertensión arterial</b>	29,3	15,6	29,4	<b>19,4</b>
<b>Artritis, artrosis, reumatismo</b>	48,6	35,9	62,5	<b>41,5</b>
<b>Exceso de colesterol</b>	16,4	14,0	16,3	<b>14,6</b>
<b>Diabetes mellitus</b>	5,0	6,7	8,1	<b>6,7</b>
<b>Enfermedades del corazón</b>	7,9	6,6	9,4	<b>7,1</b>
<b>Trombosis, embolias, hemorragias cerebrales</b>	1,4	2,3	0,6	<b>2,0</b>
<b>Asma o bronquitis crónica</b>	6,4	9,5	14,4	<b>9,8</b>
<b>Úlcera de estómago o duodeno</b>	5,7	4,5	6,9	<b>5,0</b>
<b>Alergias (piel, respiratorias...)</b>	13,6	17,0	32,5	<b>18,9</b>
<b>Depresión</b>	13,6	15,4	32,5	<b>17,8</b>
<b>Ansiedad (nervios)</b>	13,6	20,4	41,3	<b>22,7</b>

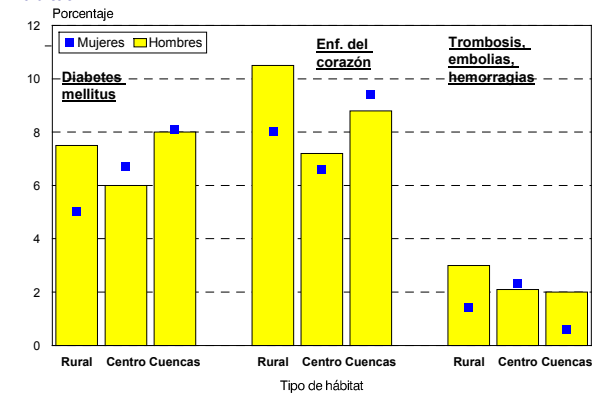
**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Morbilidad declarada

Estas mismas diferencias se pueden observar en el análisis por sexo. Además, en casi todas las patologías las cifras de las mujeres superan las prevalencias de los hombres excepto para la úlcera de estómago o duodeno, y enfermedades del corazón y trombosis, embolias y accidentes cerebrovasculares. Existe disparidad de presentación entre género en el mismo hábitat en el caso de exceso de colesterol (mucho mayor en hombres de las cuencas), diabetes mellitus (cifras muy elevadas en hombres pero no en mujeres de las zonas rurales), enfermedades del corazón (escasa en mujeres de zonas rurales), trombosis, embolias, accidentes cerebrovasculares (altas en hombres de zonas rurales), y niveles muy por encima de los normales para los procesos depresivos o ansiosos en cualquier zona (y, más aún, en las zonas de las cuencas).

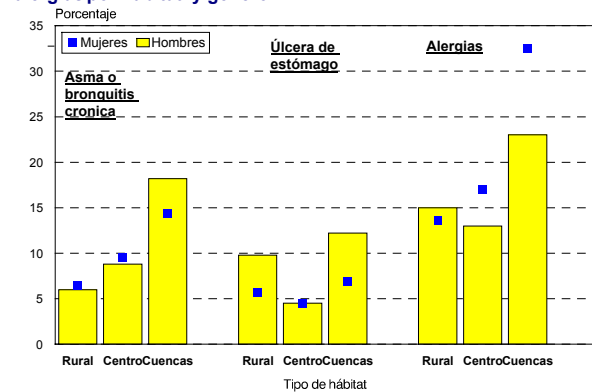
**Morbilidad declarada: Hipertensión, artritis, artrosis, exceso de colesterol por hábitat y género:**



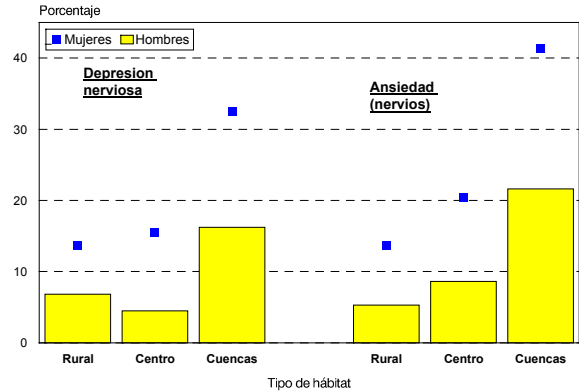
**Morbilidad declarada: diabetes, enf. corazón, ACV por género y hábitat:**



**Morbilidad declarada: asma o bronquitis crónica, úlcera estómago, alergias por hábitat y género:**



**Morbilidad declarada: depresión nerviosa o ansiedad por género y hábitat:**

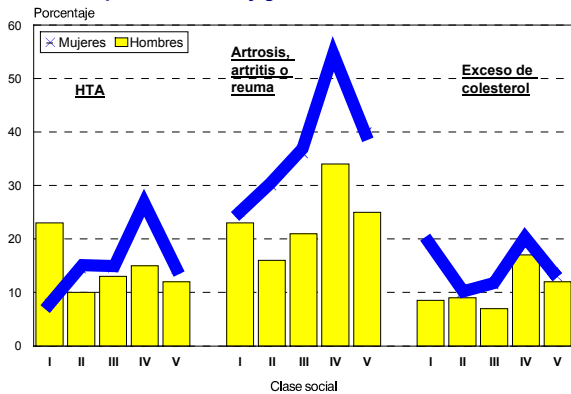


En el análisis por clase social, se observa una menor frecuencia de los procesos en las clases más privilegiadas y si bien, por lo general, su frecuencia se incrementa a medida que descendemos de clase social, no es la más baja la que presenta los peores índices (suele ser la clase social IV). En el caso de la hipertensión el modelo se ajusta al general, si bien existe una elevada prevalencia de hipertensión en hombres de la clase social más alta (clase social I), siendo la prevalencia de las mujeres más elevada, excepto en la mencionada clase social. En la artrosis, artritis o reuma el patrón es similar al comentado si bien las cifras en los hombres de la clase social I no son tan diferentes a las del resto de clases. Para el exceso de colesterol resalta la elevada prevalencia en las mujeres de clase social I similares a las de la clase IV. La diabetes mellitus alcanza proporciones elevadas en las personas de clase social IV (superiores al 50%) para ambos sexos, si bien es particularmente alta en las mujeres de la clase social V y muy bajas en los hombres de la misma clase. Las enfermedades del corazón son relativamente escasa en mujeres de la clase social I y en los hombres de las clases II y V. Las trombosis y accidentes

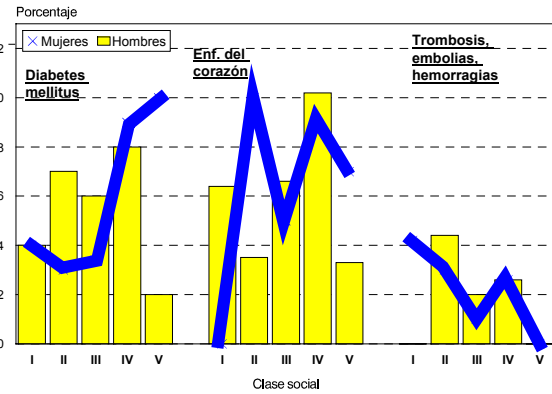
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

cerebrovasculares en general desciende su proporción a medida que bajamos de clase social particularmente en mujeres. El asma y la bronquitis crónica aumentan a medida que se desciende en clase social en ambos sexos, al igual que para las alergias (en este caso la proporción de hombres y mujeres de la clase social V son muy elevada). Las úlceras de estómagos son muy elevadas en hombres de la clase y (nulas en las mujeres de la misma clase y más elevadas en mujeres de las clases sociales más bajas). La depresión y la ansiedad son más frecuentes a medida que bajamos de clase social y particularmente altas en las clases IV. En el caso de las mujeres son mucho más elevadas que en los hombres independientemente de la clase social.

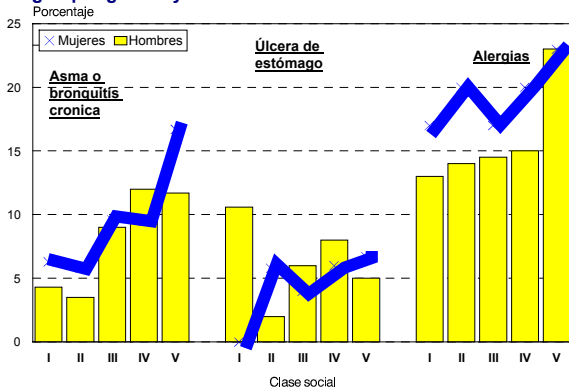
Morbilidad declarada: Hipertensión, artritis, artrosis, exceso de colesterol por clase social y género:



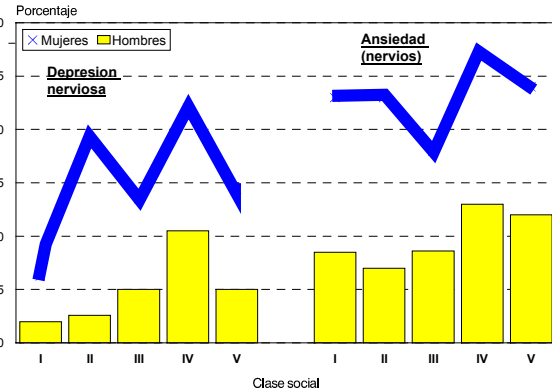
Morbilidad declarada: diabetes, enf. corazón, ACV por género y clase social:



Morbilidad declarada: asma o bronquitis crónica, úlcera estómago, alergias por género y clase social:



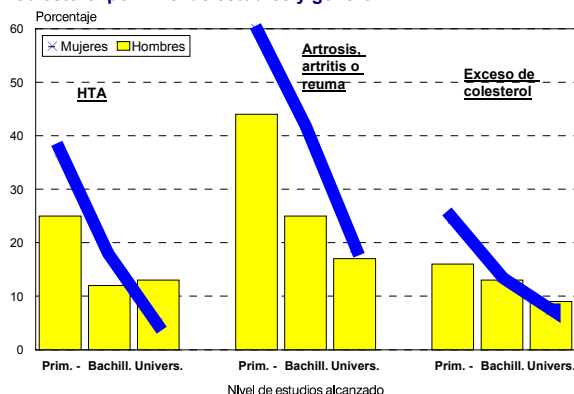
Morbilidad declarada: depresión nerviosa o ansiedad por género y clase social:



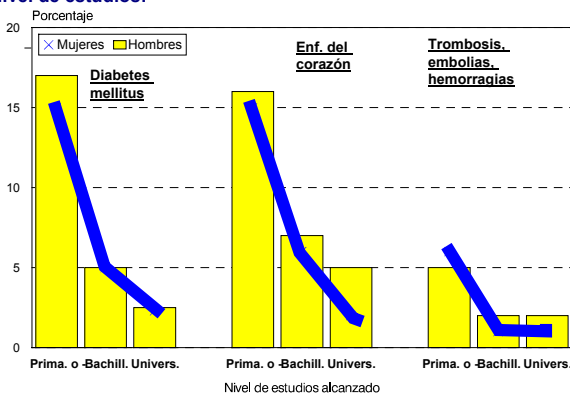
Si realizamos el análisis por nivel máximo de estudios alcanzado, en todas las patologías excepto en alergias la prevalencia disminuye brutalmente a medida que ascendemos en nivel de estudios, sobre todo en el caso de las mujeres, que no obstante presentan peores indicadores globales que los hombres del mismo nivel de estudio excepto en hipertensión (en universitarias), en enfermedades del corazón (en todos los niveles), en trombosis y accidentes cerebrovasculares (excepto niveles primarios educativos), y en úlcera de estómago (en todos los niveles). Es de resaltar que las diferencias dentro de los hombres por niveles educativos en cuanto a la ansiedad no son muy pronunciadas pero si en cuanto a la elevadísima proporción e mujeres con estas patologías particularmente en niveles primarios de educación (cerca del 30% de prevalencia en ambas patologías: depresión y ansiedad).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

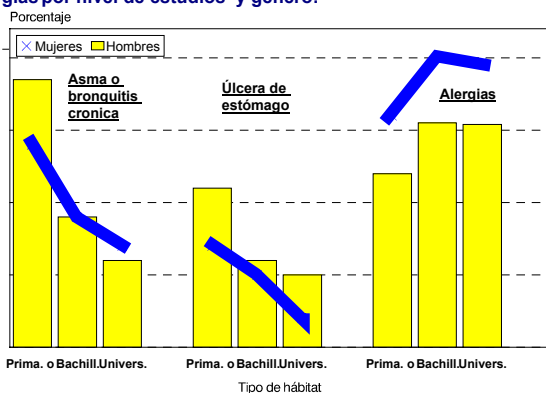
Morbilidad declarada: Hipertensión, artritis, artrosis, exceso de colesterol por nivel de estudios y género:



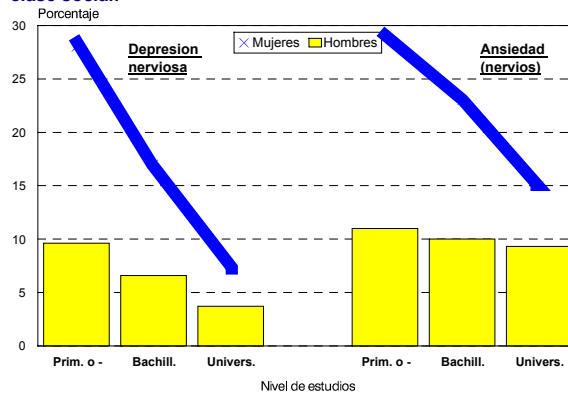
Morbilidad declarada: diabetes, enf. corazón, ACV por género y nivel de estudios:



Morbilidad declarada: asma o bronquitis crónica, úlcera estómago, alergias por nivel de estudios y género:



Morbilidad declarada: depresión nerviosa o ansiedad por género y clase social:



## 1.2.- Reducción, limitación de actividades o quedarse en cama en las últimas dos semanas:

Contestación a las preguntas: ***Durante las últimas dos semanas ... ¿Ha tenido que reducir o limitar las actividades que Ud. normalmente realiza en su actividad o en su tiempo libre o verse obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivo de salud (dolor, molestia o síntoma).***

La limitación de actividades en las últimas dos semanas nos intenta aproximar a la incapacidad o discapacidad de carácter crónico, pero también agudo.

Un 18,5% de los/las asturianos/as ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar, etc.) debido a la presencia de algún dolor, molestia o tipo de síntoma. Esta circunstancia es más frecuente en mujeres (20%) que en hombres (16%). A su vez, ha existido una mayor reducción en las edades más altas de la vida, llegando a duplicar la proporción de personas mayores con reducción de actividades en este ámbito frente a la de las personas jóvenes (14%), habiendo un incremento gradual a medida que aumenta la edad del grupo a estudio, lo que es claramente compatibles con la mayor presencia de patología de la salud en esas edades.

De la misma manera, un 17% de la población asturiana adulta ha tenido reducción o limitación de actividades en su tiempo libre (aquel en que no se ejecuta la actividad principal, según cada persona), circunstancia parecida a la del tiempo de actividad principal,

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

dado que la mayor parte de los problemas de salud que pueden reducir o limitar las actividades tienen efectos sobre ambos períodos a estudio (en actividad principal o tiempo de ocio o libre). En este caso también se observan diferencias de género, donde las mujeres tiene una mayor proporción de limitaciones a causa de problemas de salud (19%) frente a 15% de los hombres. Circunstancia similar que para la actividad principal es la que sucede cuando analizamos la proporción de limitaciones por grupo etario: aumenta con la edad.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Reducción en actividad principal</b>	16,4	<b>20,3</b>	<b>18,5</b>
<b>Reducción en tiempo libre</b>	15,3	<b>18,8</b>	<b>17,1</b>
<b>Quedarse en cama por motivo de salud</b>	9,9	<b>11,0</b>	<b>10,5</b>

Si, ahora, analizamos, el grado de limitación o reducción de actividades, que hace que una persona haya tenido que quedarse más de la mitad de un día en cama a causa de su salud (se incluían también los días ingresado/a en un hospital, en su caso), un 10,5% de la población, al menos en las últimas dos semanas previas a la entrevista, se habían tenido que quedar en la cama. Esta circunstancia era más frecuente en las mujeres (11%) pero las diferencias de género, en este caso, nos son estadísticamente significativas. Por edades, es más frecuente el haber tenido que guardar cama en las personas mayores, si bien el grupo de personas de 16-29 años (la juventud) tiene una mayor proporción que el grupo inmediatamente siguiente.

Por género y edad es relevante la magnitud del incremento con la edad que hay en las mujeres en relación a la reducción de actividades por motivo de salud en la actividad principal, llegando a niveles del 31% en mujeres mayores de 64 años de edad. Igual circunstancia sucede en las limitaciones para actividades del tiempo libre. Los hombres incrementan las limitaciones con la edad pero no llegan a los niveles de frecuencia que las mujeres. Por otra parte, en relación a verse obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud los niveles globales son similares entre ambos géneros si bien se diferencian en los hombres jóvenes (12% frente a un 8% en mujeres jóvenes) y en mujeres de 45-64 años (13% frente a un 7,5% en hombres de la misma edad).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Reducción en actividad principal:</b>	15,4	12,5	16,6	22,3	<b>16,4</b>	13,3	14,5	20,9	30,7	<b>20,3</b>
<b>Reducción en tiempo libre:</b>	13,7	11,3	15,5	21,8	<b>15,3</b>	14,2	12,3	19,5	27,9	<b>18,8</b>
<b>Quedarse en cama por motivo de salud:</b>	12,0	6,5	7,5	14,7	<b>9,9</b>	7,9	8,2	12,9	14,1	<b>11,0</b>

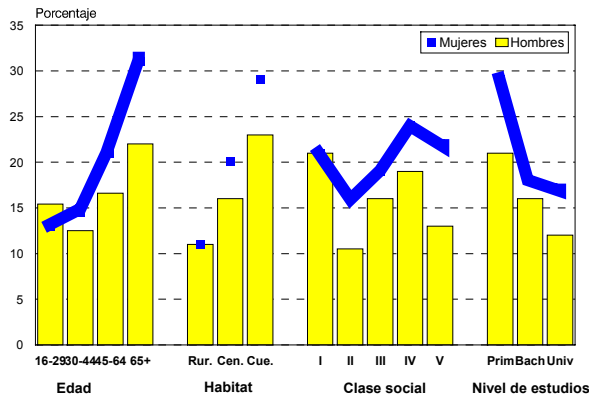
Por tipo de hábitat, existe una proporción exageradamente alta de limitaciones y de necesidad de quedarse en cama en las cuencas mineras con respecto a las zonas rurales. Así, en el caso de limitación de actividades en actividad principal y tiempo libre la proporción en las cuencas se sitúa unas 2,5-3 veces por encima de las reflejadas en las zonas rurales, situándose las personas en zonas centrales en un nivel intermedio. En ambos casos, la situación es paralela a la citada en el análisis diferenciado en hombres y mujeres. En el caso de necesidad de quedarse en cama la situación es parecida si bien en los

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

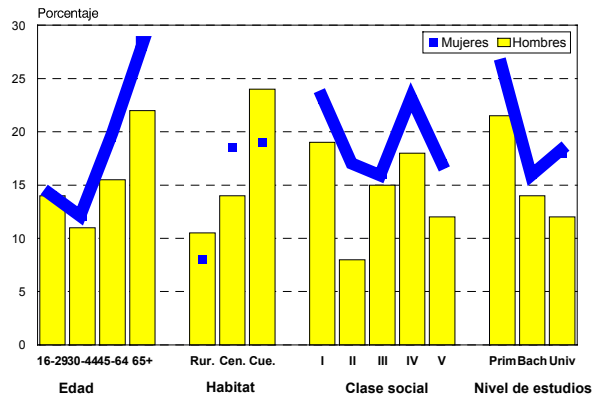
hombres de la zona centro y de las cuencas la proporción de personas en esa situación es similar (no es así en el caso de las mujeres de esas zonas).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Reducción en actividad principal:</b>	10,7	20,1	28,8	<b>20,3</b>
<b>Reducción en tiempo libre:</b>	7,9	18,5	28,8	<b>18,8</b>
<b>Quedarse en cama por motivo de salud:</b>	5,7	11,2	14,4	<b>11,0</b>

Reducción o limitación de actividades en actividad principal por dolor, molestia o síntoma por edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



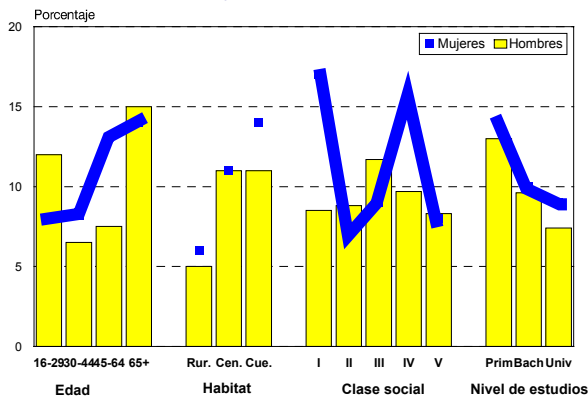
Reducción o limitación de actividades en tiempo libre por dolor, molestia o síntoma por edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



En el análisis de clase social, se observa una mayor proporción de reducción o limitación de actividades en las clases sociales I y IV fundamentalmente en mujeres. En la necesidad de verse obligados a quedar en cama la situación es parecida, las personas en las clases sociales I y III han tenido más frecuencia de quedarse en cama, particularmente las mujeres de dichas clases.

Con respecto al análisis de nivel educativo, existe una mayor proporción de limitaciones o reducción de actividad en las personas con estudios primarios o menores disminuyendo la proporción a medida que aumentamos de nivel educativo. Esta circunstancia sucede para todo tipo de actividades (incluso para la necesidad de quedarse en cama) y para ambos género, siendo particularmente altas las proporciones en mujeres con estudios primarios.

Quedarse más de un día en la cama por motivos de salud en los últimos 15 días por edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### **1.3.- Discapacidades:**

Contestación a la pregunta: **¿Qué tipo de ayuda requiere para...?**

En este apartado se valoraba la presencia de necesidad de ayuda como variable ordinal con las opciones siguientes: no necesito ayuda, puedo hacerlo solo/a con un medio técnico y no puedo hacerlo ni con ayuda técnica. Se consideraba medio técnico a los aparatos correctores como gafas, audífonos, andadores, muletas, bastones, etc.

Un 57% de la población adulta asturiana indica que necesita **algún tipo de ayuda** para poder ver. Con cifras mucho más pequeñas están aquellas personas que necesitan ayuda para desplazarse (3,8%), para desplazarse fuera del hogar (3,7%), para oír (3,4%), para realizar las tareas del hogar (3,1%). Tienen problemas de comunicación y de relación con otras personas menos del 1% de la población adulta asturiana.

**¿Necesita al menos ayuda técnica o personal para...?:**

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Para ver	49,0	<b>64,1</b>	<b>57,1</b>
Para oír	3,2	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>
Para comunicarse	0,7	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>
Para desplazarse	3,5	<b>4,0</b>	<b>3,8</b>
Para mover brazos y manos	2,8	<b>3,8</b>	<b>3,3</b>
Para desplazarse fuera del hogar	3,5	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>
Para cuidarse por sí mismo/a	1,2	<b>2,1</b>	<b>1,6</b>
Para realizar tareas del hogar	2,6	<b>3,6</b>	<b>3,1</b>
Para relacionarse con otras personas	0,5	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>
Para aprender, aplicar conocimientos	1,3	<b>1,7</b>	<b>1,5</b>

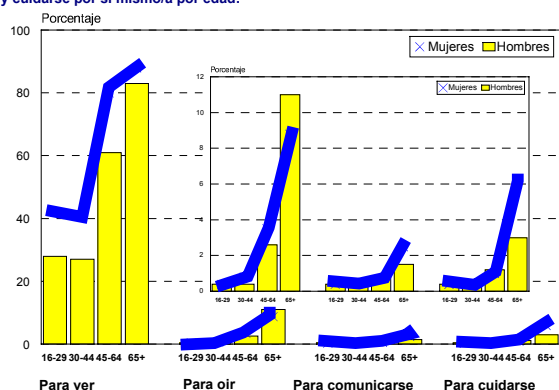
En todas estas discapacidades existe una mayor proporción de mujeres afectadas que de hombres. Como ejemplo tenemos el de dificultades para ver: solo la mitad de los hombres necesitan al menos ayuda técnica para ver mientras que lo necesitan un 64% de las mujeres.

	TOTAL					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Para ver	35,1	34,6	71,7	86,2	<b>57,1</b>	41,7	10,5	19,7	88,0	<b>64,1</b>
Para oír	0,4	0,6	3,1	9,9	<b>3,4</b>	0,4	0,8	3,5	9,2	<b>3,7</b>
Para comunicarse	0,4	0,4	0,7	2,1	<b>0,9</b>	0,4	0,4	0,7	2,5	<b>1,0</b>
Para desplazarse	0,6	0,8	2,6	11,6	<b>3,8</b>	0,8	0,7	1,7	11,3	<b>4,0</b>
Para mover brazos y manos	0,6	2,2	3,9	6,9	<b>3,3</b>	0,8	3,3	3,8	6,7	<b>3,8</b>
Para desplazarse fuera del hogar	0,6	1,2	2,4	11,0	<b>3,7</b>	0,8	1,1	1,4	11,0	<b>3,8</b>
Para cuidarse por sí mismo/a	0,4	0,4	1,1	1,8	<b>1,6</b>	0,4	0,4	1,0	6,0	<b>2,1</b>
Para realizar tareas del hogar	0,6	1,6	2,4	8,0	<b>3,1</b>	0,8	1,8	1,7	9,2	<b>3,6</b>
Para relacionarse con otras personas	0,4	0,2	0,7	1,5	<b>0,7</b>	0,4	0,4	0,7	1,8	<b>0,8</b>
Para aprender, aplicar conocimientos	0,2	0,2	1,7	4,0	<b>1,5</b>	0	0,4	1,0	4,3	<b>1,7</b>

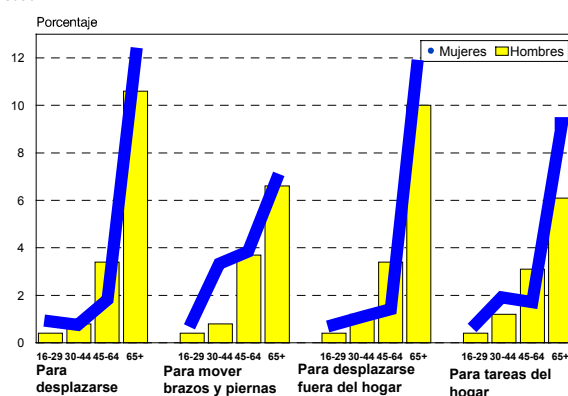
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

Por edades, existe una mayor proporción de discapacidades a medida que aumenta la edad. Así, un 86% de las personas mayores necesitan ayuda para ver, contra solo un 35% de las personas jóvenes. Un 19% de las personas mayores lo necesitan para oír, un 12% para desplazarse y un 8% para realizar las tareas del hogar. La evolución por edad para las ayudas para ver es similar en ambos géneros si bien ligeramente por encima en todas las edades en mujeres (llega al 88% de las mujeres de más de 64 años). En el caso de ayudas para oír las proporciones son muy similares entre ambos géneros incrementándose a lo largo de la vida. Lo mismo sucede en la necesidad de ayudas para cuidarse por sí mismos/as. En el análisis de ayudas para comunicarse la evolución es similar a las citadas si bien no se incrementa tanto la proporción entre edades jóvenes a edades mayores. En las dificultades para desplazarse sea en general o fuera del hogar la evolución es dramática en relación a la edad, llegando a niveles de 12% en mujeres mayores y 10% en hombres mayores en ambos casos, Similar circunstancia con proporciones menores sucede en las ayudas para las tareas del hogar. En estos últimos ejemplos las proporciones de las mujeres mayores de 64 años es muy superior a las de los hombres de las mismas edades. También se incrementan con la edad si bien tienen una evolución en paralelo entre géneros, la necesidad de ayuda para relacionarse con otras personas, y, en particular, las personas con necesidad de ayudas para aprender o aplicar conocimientos.

Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para ver, oír, comunicarse y cuidarse por sí mismo/a por edad:



Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para desplazarse, para mover brazos y manos, desplazarse fuera del hogar y realizar tareas del hogar por edad:

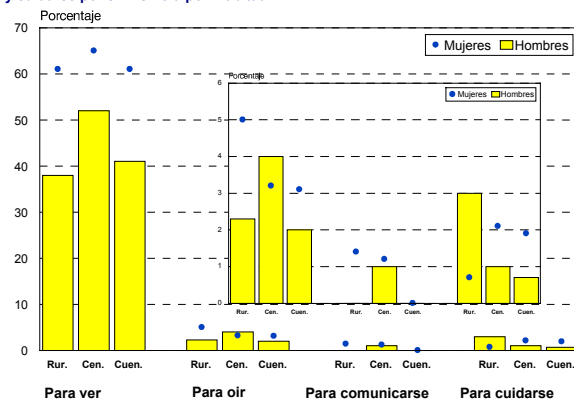


	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Para ver</b>	60,7	64,7	60,6	<b>64,1</b>
<b>Para oír</b>	5,7	3,3	3,1	<b>3,7</b>
<b>Para comunicarse</b>	1,4	1,2	0	<b>1,0</b>
<b>Para desplazarse</b>	0,7	4,8	3,1	<b>4,0</b>
<b>Para mover brazos y manos</b>	0,7	5,1	0	<b>3,8</b>
<b>Para desplazarse fuera del hogar</b>	2,8	4,0	1,9	<b>3,8</b>
<b>Para cuidarse por sí mismo/a</b>	0,7	2,4	1,9	<b>2,1</b>
<b>Para realizar tareas del hogar</b>	2,9	4,3	1,9	<b>3,6</b>
<b>Para relacionarse con otras personas</b>	0,7	1,0	0	<b>0,8</b>
<b>Para aprender, aplicar conocimientos</b>	2,1	2,0	0	<b>1,7</b>

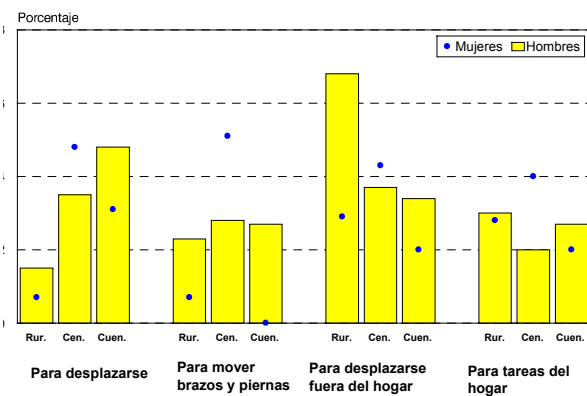
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

El análisis de hábitat y necesidad de ayuda para realizar actividades nos muestra que en cuanto a la necesidad de ayuda para ver y oír es más frecuente en las personas de las zonas centrales. No obstante es relativamente alta la proporción de mujeres con necesidad de ayuda para oír en zonas rurales y de hombres en zonas centrales. De hombres con necesidad de ayuda para cuidarse por sí mismos en zonas rurales, y de mujeres con las mismas necesidades en las cuencas mineras y en las zonas centrales. En cuanto a la ayuda locomotora son más frecuentes las necesidades de ayudas para desplazarse en general, fuera de casa, para mover piernas y brazos y para realizar tareas del hogar en las mujeres de la zona central, y, por el contrario, para desplazarse en general en hombres de las cuencas mineras, para desplazarse fuera de casa en hombres de zonas rurales.

Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para ver, oír, comunicarse y cuidarse por sí mismo/a por hábitat:

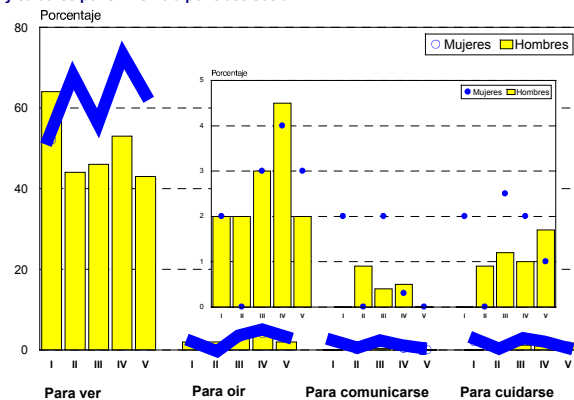


Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para desplazarse, para mover brazos y manos, desplazarse fuera del hogar y realizar tareas del hogar por hábitat:

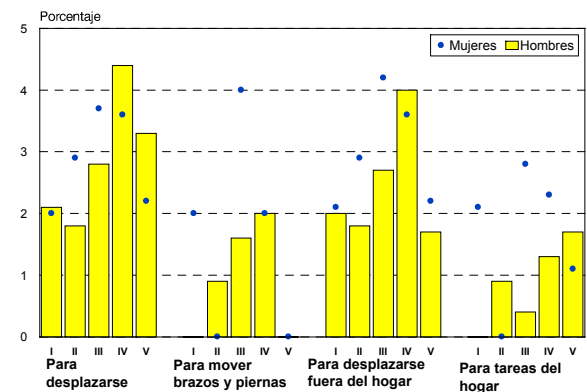


En el análisis de clase social, se observa una mayor proporción de necesidad de ayuda en hombres de clase social I (superior al 60%) disminuyendo con la clase social. En cambio, en mujeres, la proporción va aumentando según se baja la clase llegando a ser cercana al 80% en mujeres de clase IV. En la necesidad de ayudas para oír es más frecuente en las personas de la clase social IV (en hombres y en mujeres). Similar situación sucede en la necesidad de ayudas para desplazarse en general y fuera del hogar así como en las mujeres de la clase social III para mover brazos y piernas y para realizar las tareas del hogar. En general, necesitan ayudas para realizar actividades de los sentidos o locomotoras más las mujeres (a veces, con una gran diferencia) que los hombres de la misma clase social.

Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para ver, oír, comunicarse y cuidarse por sí mismo/a por clase social:



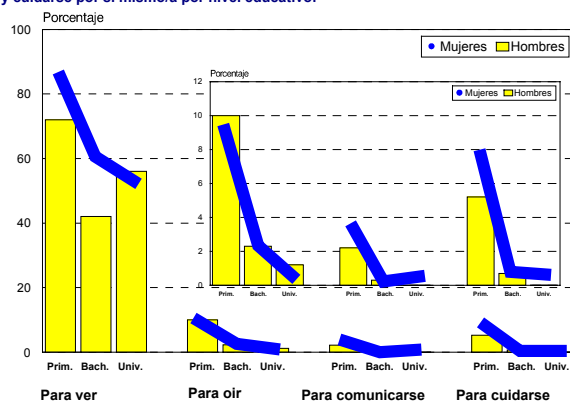
Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para desplazarse, para mover brazos y manos, desplazarse fuera del hogar y realizar tareas del hogar por clase social:



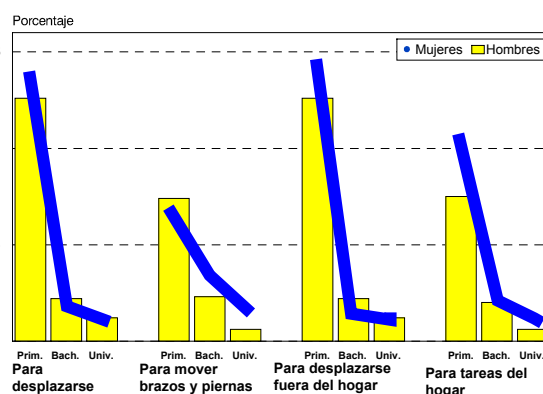
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Morbilidad declarada

En el análisis de nivel de estudios, en todo tipo de situaciones planteadas en este estudio las proporciones de personas con estas necesidades descienden (por lo general, muy bruscamente) a medida que se aumenta de nivel educativo, Las proporciones globales de las mujeres en estos casos es similar y su evolución a través del nivel de estudio muy similar al de los hombres. No obstante, es bien visible, que las mujeres de los niveles educativos más bajos (primarios o más bajos) tienen niveles de necesidad de ayudas para casi todos los apartados mucho más elevadas que los hombres de su mismo nivel educativo.

Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para ver, oír, comunicarse y cuidarse por sí mismo/a por nivel educativo:



Discapacidades: necesidad de al menos ayuda técnica para desplazarse, para mover brazos y manos, desplazarse fuera del hogar y realizar tareas del hogar por nivel educativo:



En el análisis de la discapacidad absoluta, en el sentido de personas que no pueden ejecutar determinada actividad o ejercer sus sentidos **ni con ayuda técnica**, un 1,5% de la población no puede realizar las labores del hogar ni con ayuda técnica, así como el mismo porcentaje no puede mover brazos y manos. Un 2 por cada mil asturianos/as no puede ver ni con ayuda técnica, al igual que un 0,1% no puede oír, un 0,2% no puede aprender o aplicar conocimientos, el mismo porcentaje no puede cuidarse por sí mismo/a. Un tres por mil de la población no puede desplazarse ni con ayuda técnica.

Así como la presencia de necesidad de ayuda, suele ser más frecuente en mujeres, la discapacidad absoluta (no poder hacerlo ni con ayuda técnica) suele ser más frecuente en hombres, especialmente en no poder desplazarse ni con ayuda técnica.

Por edades, es más frecuente cualquier tipo de discapacidad a medida que aumenta la edad. No obstante, para las discapacidades absolutas, existe, en alguna de ellas, una mayor prevalencia en edades medias de la vida, quizá recogido por la escasa proporción de alguna prevalencia (ejemplo, discapacidad severa para ver, un 0,4% en las edades de 30-64 años).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Para ver:</b>	49,0	<b>64,1</b>	<b>57,1</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	48,8	<b>63,9</b>	<b>56,9</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,2	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>Para oír:</b>	3,2	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	3,2	<b>3,5</b>	<b>3,3</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>
<b>Para comunicarse:</b>	0,7	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,7	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Para desplazarse:</b>	3,5	<b>4,0</b>	<b>3,8</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	3,1	<b>3,9</b>	<b>3,5</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,4	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>
<b>Para mover brazos y manos:</b>	2,8	<b>3,8</b>	<b>3,3</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	1,4	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>
No puedo ni con ayuda técnica	1,4	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>
<b>Para desplazarse fuera del hogar:</b>	3,5	<b>3,9</b>	<b>3,7</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	3,1	<b>3,8</b>	<b>3,4</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,4	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>
<b>Para cuidarse por sí mismo/a:</b>	1,2	<b>2,1</b>	<b>1,6</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	1,0	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,2	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>Para realizar tareas del hogar:</b>	2,6	<b>3,6</b>	<b>3,1</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,9	<b>2,3</b>	<b>1,7</b>
No puedo ni con ayuda técnica	1,7	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>
<b>Para relacionarse con otras personas:</b>	0,5	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,4	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,1	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>
<b>Para aprender, aplicar conocimientos:</b>	1,3	<b>1,7</b>	<b>1,5</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	1,0	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,3	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Para ver:</b>	35,1	34,6	71,7	86,2	<b>57,1</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	35,1	34,2	71,3	86,2	<b>56,9</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,4	0,4	0,0	<b>0,2</b>
<b>Para oír:</b>	0,4	0,6	3,1	9,9	<b>3,4</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,4	0,4	3,1	9,7	<b>3,3</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,2	0,0	0,2	<b>0,1</b>
<b>Para comunicarse:</b>	0,4	0,4	0,7	2,1	<b>0,9</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,4	0,4	0,7	2,1	<b>0,9</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>Para desplazarse:</b>	0,6	0,8	2,6	11,6	<b>3,8</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,6	0,8	2,2	10,8	<b>3,5</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,0	0,4	0,8	<b>0,3</b>
<b>Para mover brazos y manos:</b>	0,6	2,2	3,9	6,8	<b>3,3</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,6	0,8	1,5	4,4	<b>1,8</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	1,4	2,4	2,3	<b>1,5</b>
<b>Para desplazarse fuera del hogar:</b>	0,6	1,2	2,4	11,0	<b>3,7</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,6	1,2	2,0	10,4	<b>3,4</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,0	0,4	0,6	<b>0,3</b>
<b>Para cuidarse por sí mismo/a:</b>	0,4	0,4	1,1	4,8	<b>1,6</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,4	0,4	0,9	4,2	<b>1,4</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,0	0,2	0,6	<b>0,2</b>
<b>Para realizar tareas del hogar:</b>	0,6	1,6	2,4	8,0	<b>3,1</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,6	0,8	0,9	4,4	<b>1,7</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,8	1,5	3,6	<b>1,5</b>
<b>Para relacionarse con otras personas:</b>	0,4	0,2	0,7	1,5	<b>0,7</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,4	0,2	0,7	1,3	<b>0,6</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,0	0,0	0,2	<b>0,1</b>
<b>Para aprender, aplicar conocimientos:</b>	0,2	0,2	1,7	4,0	<b>1,5</b>
Solo puedo hacerlo con ayuda de medio técnico	0,2	0,2	1,3	3,4	<b>1,3</b>
No puedo ni con ayuda técnica	0,0	0,0	0,4	0,6	<b>0,2</b>

## **1.4.- Accidentabilidad:**

Contestación a la pregunta: ***¿Nos podría decir si durante el último año ha tenido algún accidente, agresión, quemadura, intoxicación...?***

Se ha considerado a estos efectos y asimilado a accidente la existencia el haber sufrido alguna agresión, quemadura, intoxicación, etc.

### **1.4.1.- Frecuencia de accidentes:**

Los resultados obtenidos de la Encuesta, nos indican que un 11% de la población asturiana ha sufrido al menos un incidente de este tipo en el último año.

No existen diferencias sustanciales de género en cuanto a la prevalencia de haber padecido estos incidentes, si bien en las mujeres han declarado que un 10% de ellas han tenido un accidente, agresión, quemadura o intoxicación no alimentaria en el curso del último año frente a un 12% de los hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Sí, Sufrió un accidente, agresión, quemadura, intoxicación...</b>	12,2	<b>10,1</b>	<b>11,1</b>

Si los hay, en cambio, en relación a la edad, las personas jóvenes tienen una mayor frecuencia relativa (19%) de haber padecido estos incidentes en el último año que el resto de grupos (alrededor del 8-9% en el resto de ellos). Esta circunstancia se debe, principalmente, al comportamiento en los hombres cuyo patrón en relación a la edad está muy marcado (incidencia cuatro veces superior en hombres jóvenes frente a hombres mayores), situación que no se ve correspondida en las mujeres cuyos niveles en esos extremos son similares.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Sí, Sufrió un accidente, agresión, quemadura, intoxicación</b>	24,5	10,5	6,8	6,6	<b>12,2</b>	13,8	7,8	8,7	10,2	<b>10,1</b>

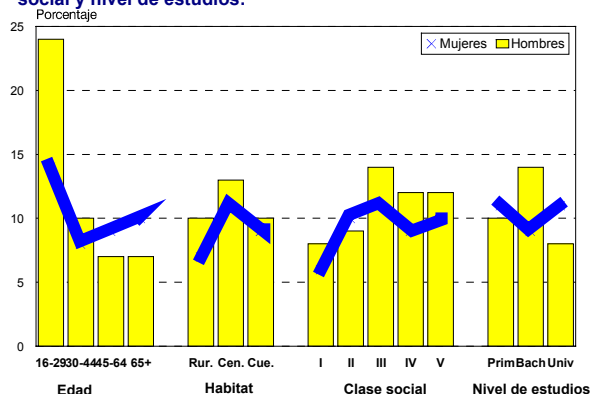
En relación al hábitat de residencia, las personas residentes en las zonas centrales son las que presentan una mayor frecuencia de este tipo de incidentes, tanto en hombres como en mujeres. El resto de zonas tiene una frecuencia muy similar.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Sí, Sufrió un accidente, agresión, quemadura, intoxicación</b>	7,1	10,7	9,4	<b>10,1</b>

Por tipo de clase social existe una mayor frecuencia de este tipo de incidente a medida que bajamos de clase social (son menos frecuentes en la clase I y más en la clase social V), tanto en hombres como en mujeres.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

Accidentes, agresión, caídas, etc por género, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Por nivel de estudios, los accidentes, a nivel de ambos sexos, son menos frecuentes en los niveles de estudios superiores, fundamentalmente debido al comportamiento de estos incidentes en los hombres.

#### 1.4.2.- Tipo de accidente (el último):

Para intentar aproximarnos a la tipología de estos incidentes se ha preguntado a las personas entrevistadas el tipo de incidente padecido en el último que haya padecido. De ellos, el más frecuente es el referente a los accidentes de tráfico (27%) seguido de caídas de dos niveles distintos (22%), y de quemaduras y golpes (ambos con un 13%).

Por género, el incidente accidentable más frecuente en mujeres es el referente a las caídas de dos niveles distintos (29%), y en los hombres el accidente de tráfico (29%). Las diferencias entre géneros son marcadas en la frecuencia de caídas (mujeres, 29%, hombres, 16%), golpes (hombres, 17%, mujeres, 9%), accidentes de tráfico (hombres, 29%, mujeres 24%). Es de reseñar, que sin ser estadísticamente significativas las diferencias, las mujeres tienen más de tres veces intoxicaciones no alimentarias que los hombres, y que los hombres tienen más frecuencias de agresión o contusión que las mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Caídas (de dos niveles distintos)</b>	16,4	<b>28,7</b>	<b>22,3</b>
<b>Quemaduras</b>	12,1	<b>14,8</b>	<b>13,4</b>
<b>Golpe</b>	17,2	<b>9,3</b>	<b>13,4</b>
<b>Intoxicación no alimentaria</b>	1,7	<b>5,6</b>	<b>3,6</b>
<b>Agresión o contusión</b>	6,9	<b>5,6</b>	<b>6,3</b>
<b>Accidente de tráfico</b>	29,3	<b>24,1</b>	<b>26,8</b>
<b>Otros</b>	16,4	<b>12,0</b>	<b>14,3</b>

Por edades, sucede que a medida que aumenta la edad existe una mayor prevalencia de caídas de dos niveles distintos llegando a cifras en las personas mayores de cinco veces la registrada para personas jóvenes. Al contrario, las personas jóvenes tienen una mayor frecuencia de accidentes de tráfico (34%) que va disminuyendo con la edad si bien de una manera menos marcada que para la relación inversa de las caídas. Las caídas presentan en las mujeres una proporción casi el doble que en los hombres, si bien la proporción a partir de la edad de jubilación es muy similar en ambos sexos. Los golpes o contusiones no intencionados son mucho más frecuentes en los hombres, si bien esta situación es muy superior en las edades jóvenes y cambia en las personas mayores donde es casi el doble

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

más frecuente en mujeres mayores de 64 años que en hombres de las mismas edades. Las agresiones o contusiones intencionadas son muy frecuentes (20%) en hombres de 30-44 años de edad. A nivel global el incidente más frecuente en ambos sexos son los accidentes de tráfico (fundamentalmente en hombres (en mujeres son las caídas de dos niveles distintos)), todos ellos son mucho más frecuentes en las personas jóvenes (16-44 años de edad). No obstante, la proporción de hombres mayores de 64 años es mucho más elevada que la de las mujeres de esas edades.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Caídas (de dos niveles distintos)</b>	8,5	7,7	27,8	53,8	<b>16,4</b>	14,7	23,8	26,9	50,0	<b>28,7</b>
<b>Quemaduras</b>	11,9	15,4	16,7	0	<b>12,1</b>	26,5	9,5	19,2	0	<b>14,8</b>
<b>Golpe</b>	20,3	15,4	16,7	7,7	<b>17,2</b>	5,9	9,5	3,8	17,9	<b>9,3</b>
<b>Intoxicación no alimentaria</b>	1,7	0	5,6	0	<b>1,7</b>	0	9,5	11,5	3,6	<b>5,6</b>
<b>Agresión o contusión</b>	5,1	19,2	0	0	<b>6,9</b>	5,9	9,5	3,8	3,6	<b>5,6</b>
<b>Accidente de tráfico</b>	37,3	19,2	16,7	30,8	<b>29,3</b>	29,4	33,3	19,2	14,3	<b>24,1</b>
<b>Otros</b>	15,3	23,1	16,7	7,7	<b>16,4</b>	17,6	4,8	11,5	10,7	<b>12,0</b>

Por residencia, en mujeres, al igual que en hombres, las caídas son más frecuentes en los ámbitos rurales, las quemaduras en las mujeres residentes en las zonas centrales (y muy poco frecuentes en las mujeres de las cuencas, pero muy frecuentes en los hombres de esta zona), las intoxicaciones no alimentarias son más frecuentes en mujeres de las cuencas mineras, las agresiones o contusiones intencionadas lo son en las zonas centrales, y los accidentes de tráfico en las mujeres de las cuencas mineras (en los hombres, los de las zonas centrales).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Caídas (de dos niveles distintos)</b>	33,3	28,2	26,7	<b>28,7</b>
<b>Quemaduras</b>	11,1	16,5	6,7	<b>14,8</b>
<b>Golpe</b>	11,1	10,6	0	<b>9,3</b>
<b>Intoxicación no alimentaria</b>	0	4,7	13,3	<b>5,6</b>
<b>Agresión o contusión</b>	0	7,1	0	<b>5,5</b>
<b>Accidente de tráfico</b>	22,2	22,4	33,3	<b>23,9</b>
<b>Otros</b>	22,2	9,4	20,0	<b>12,0</b>

Hay otros tipos de incidentes cuya mayor frecuencia se sitúa en las edades medias de la vida como son las quemaduras (con ausencia de casos en personas mayores), las intoxicaciones no alimentarias (en personas de 45-64 años de edad) y las agresiones o contusión que en el grupo de 30-44 años de edad llega a ser tres veces superior que en las edades de 16-29 años y cinco veces superior al resto de grupos.

Por clase social, las caídas aumentan marcadamente a medida que se desciende en la clase social tanto en hombres como en mujeres (llega a un 20% en hombres de clase III y IV y un 33% en mujeres de clase V), al contrario que las quemaduras (33% en mujeres de clase I y 20% en hombres de clase II). Los golpes se asocian más a clases sociales bajas

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

en hombres (29% en clase social ), circunstancia que no se da en mujeres. Las agresiones o contusiones intencionadas son más frecuentes en personas de clase social más alta (50% en hombres y 33% de las mujeres en la clase social I). Los accidentes de tráfico han sido más frecuentes en las clase medias (33% en hombres de la clase III y 71% en mujeres de la clase II).

Por nivel de estudios, las caídas a nivel de ambos sexos son más frecuentes en los estudios primarios tanto en hombres como en mujeres. Las quemaduras afectan más a los niveles medios de estudio en ambos sexos. Por el contrario, los golpes han sido más frecuentes en los niveles primarios de estudios en ambos géneros. Las agresiones o contusiones han sido más frecuentes en las personas de niveles de estudios superiores (hasta tres veces más frecuentes). Los accidentes de tráfico en hombres han tenido muy parecida frecuencia en los distintos niveles de estudio, sin embargo, en mujeres han sido mucho más frecuentes en mujeres con niveles de estudio superiores.

#### **1.4.3.- Lugar donde se produjo el accidente (el último):**

Respecto al lugar donde se produjeron estos incidentes, un 26% se produjeron en el mismo domicilio o en el edificio en el que está situado el mismo, un 24% se produjeron en vía pública por accidente de tráfico, un 17% en el lugar de trabajo y un 15% en la calle pero no por accidente de tráfico.

Las diferencias de lugar por género estadísticamente significativas existen en cuanto a la localización en el domicilio o edificio de su casa, donde las mujeres tienen proporciones del 36% frente a solo un 16% de los hombres, y la inversa en cuanto a la localización en el trabajo donde un 23% de los incidentes en los hombres tienen lugar respecto a 9% de las mujeres. Existen otras diferencias, en este caso no significativas, de una mayor accidentabilidad en mujeres en la calle (excepto accidente de tráfico) (21% respecto a un 10% de los hombres), y mayor en hombres en el caso de accidentes en lugar de ocio o recreo, en centros deportivos y los propios accidentes de tráfico.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Domicilio o edificio de su casa</b>	16,4	<b>36,4</b>	<b>26,0</b>
<b>En el Trabajo</b>	23,3	<b>9,3</b>	<b>16,6</b>
<b>En la calle (excepto accidente de tráfico)</b>	10,3	<b>20,6</b>	<b>15,2</b>
<b>En lugar de ocio o recreo</b>	11,2	<b>6,5</b>	<b>9,0</b>
<b>En un centro deportivo</b>	7,8	<b>0,0</b>	<b>4,0</b>
<b>En el centro de estudios</b>	0,9	<b>1,9</b>	<b>1,3</b>
<b>Accidente de tráfico</b>	26,7	<b>20,6</b>	<b>23,8</b>
<b>Otros</b>	3,4	<b>4,7</b>	<b>4,0</b>

Por edades, la mayor accidentabilidad sucede en las personas mayores en los accidentes en domicilio o edificio de su casa (46%) , en la calle (27%) y en un 17% en accidentes de tráfico. Por el contrario, en las personas jóvenes el más frecuente es el accidente de tráfico (33%), seguido del accidente en el trabajo (22%). En edades medias, la tipología del lugar es un modelo mixto de los dos anteriores: domicilio o edificio de su casa y en el trabajo. Tanto en mujeres como en hombres las personas jóvenes son las que presentan más frecuencias de accidentes de tráfico. En las personas de 30-44 años son muy frecuentes los incidentes en el centro de trabajo (en hombres, en mujeres se reparte entre varios lugares). En mujeres de 45-64 años son más frecuentes los incidentes en el domicilio al igual que en los hombres (en estos además son frecuentes los accidentes de tráfico). En

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

las personas mayores son frecuentes los incidentes en la calle (en los hombres) y en el domicilio (en las mujeres).

	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Domicilio o edificio de su casa</b>	13,0	21,3	39,5	46,3	26,0	15,2	28,6	48,0	57,1	<b>36,4</b>
<b>En el Trabajo</b>	21,7	21,3	16,3	0,0	16,6	21,2	0	12,0	0	<b>9,3</b>
<b>En la calle (excepto accidente de tráfico)</b>	10,9	14,9	14,0	26,8	15,2	15,2	28,6	16,0	25,0	<b>20,6</b>
<b>En lugar de ocio o recreo</b>	8,7	12,8	9,3	4,9	9,0	9,1	4,8	4,0	7,1	<b>6,5</b>
<b>En un centro deportivo</b>	6,5	4,3	2,3	0,0	4,0	0	0	0	0	<b>0,0</b>
<b>En el centro de estudios</b>	3,3	0,0	0,0	0,0	1,3	6,1	0	0	0	<b>1,9</b>
<b>Accidente de tráfico</b>	32,6	21,3	14,0	17,1	23,8	27,3	28,6	16,0	10,7	<b>20,6</b>

Por tipo de hábitat las mujeres han tenido mayor cantidad de incidentes en el domicilio y en la calle, como casi todas las mujeres de cualquier ámbito de residencia (las de las cuencas han tenido, asimismo, alta frecuencia de accidentes de tráfico). Los hombres de zonas rurales y cuencas mineras han tenido con más frecuencia los incidentes en el trabajo y los de zonas centrales en accidentes de tráfico.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Domicilio o edificio de su casa</b>	44,4	34,9	40,0	<b>36,4</b>
<b>En el Trabajo</b>	0	12,0	0	<b>9,3</b>
<b>En la calle (excepto accidente de tráfico)</b>	44,4	18,1	20,0	<b>20,6</b>
<b>En lugar de ocio o recreo</b>	0	6,0	13,3	<b>6,5</b>
<b>En un centro deportivo</b>	0	0	0	<b>0,0</b>
<b>En el centro de estudios</b>	0	2,4	0	<b>1,9</b>
<b>Accidente de tráfico</b>	11,1	20,5	26,7	<b>20,6</b>

Por clase social, los hombres de la clase social I han tenido sus incidentes en centros deportivos y las mujeres en el domicilio. En las clase II los hombres y mujeres han tenido predominantemente sus incidentes en accidentes de tráfico. En la clase III predominan los accidentes en hombres y en el domicilio en mujeres. En las clases IV y V los son los accidentes en el trabajo y los accidentes de tráfico en hombres y en el domicilio y en la calle en mujeres.

Por niveles educativos, el lugar donde han tenido lugar estos incidentes ha sido: las mujeres con niveles educativos bajos los han tenido fundamentalmente en el domicilio o edificio (56%) y han presentado muy pocos accidentes de tráfico, al contrario que las mujeres de niveles educativos superiores que han tenido estos incidentes en la vía pública o en accidente de tráfico o en lugares de ocio. Los hombres de niveles de estudio primarios han tenido más frecuencia de incidentes en el ámbito laboral (muy escasos en hombres de niveles universitarios) y en accidentes de tráfico, y los de los niveles universitarios en accidentes de tráfico.

#### **1.4.4.- Consecuencias inmediatas del accidente (el último):**

La acción inmediata tras el último accidente sufrido (si había sufrido alguno) fue con mayor frecuencia el acudir a un centro de urgencias (45%), seguido de acudir a una consulta de medicina o enfermería (27%). Ingresó tras el accidente un 6% de los/las afectados/as en un hospital. Un 18% de los incidentes no requirieron asistencia sanitaria (o no se demandó).

Las mujeres acudieron más a urgencias (51%) que los hombres (40%), no requiriendo asistencia sanitaria un 13% de los incidentes en mujeres frente a un 23% de los hombres. Al contrario, hubo un 8% de incidentes en hombres que requirieron ingreso en hospital frente a solo un 5% de los incidentes en mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Consulta medicina o enfermería</b>	26,3	<b>28,0</b>	<b>27,1</b>
<b>Acudir a un centro de urgencias</b>	39,5	<b>51,4</b>	<b>45,2</b>
<b>Ingresar en hospital</b>	7,9	<b>4,7</b>	<b>6,3</b>
<b>Ir a otro sitio</b>	3,5	<b>1,9</b>	<b>2,7</b>
<b>No fue necesaria asistencia sanitaria</b>	22,8	<b>13,1</b>	<b>18,1</b>

Similar situación a la general sucede cuando analizamos la información por grupo etario. No obstante, es de reseñar que más de un cuarto de los incidentes en personas jóvenes se resuelven sin ser necesaria asistencia sanitaria mientras que eso sucede únicamente en el 5% de las personas mayores. Por otra parte, un 10% de los incidentes accidentables en las personas mayores requirieron hospitalización mientras que la cifra de ese mismo hecho en personas jóvenes es del 2%. El comportamiento por edades es muy similar entre ambos géneros, el único dato que puede manifestar diferencias es el hecho del ingreso en hospital a causa de estos incidentes que a nivel global es inferior en mujeres que en hombres pero que es muy bajo en mujeres de 16-44 años no siendo, tampoco, muy alto en hombres.

	TOTAL					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Consulta medicina o enfermería</b>	25,3	21,3	28,6	36,6	<b>27,1</b>	24,2	28,6	20,0	39,3	<b>28,0</b>
<b>Acudir a un centro de urgencias</b>	44,0	46,8	45,2	46,3	<b>45,2</b>	51,5	57,1	56,0	42,9	<b>51,4</b>
<b>Ingresar en hospital</b>	2,2	8,5	9,5	9,8	<b>6,3</b>	0	0	8,0	10,7	<b>4,7</b>
<b>Ir a otro sitio</b>	2,2	4,3	4,8	0,0	<b>2,7</b>	3,0	0	4,0	0	<b>1,9</b>
<b>No fue necesaria asistencia sanitaria</b>	26,4	19,1	11,9	4,9	<b>18,1</b>	21,2	14,3	12,0	3,6	<b>13,1</b>

En el análisis de residencia, las mujeres que acuden a una consulta de medicina o enfermería con menor frecuencia son las de la zona centro que, por el contrario, son las que acuden con mayor frecuencia a un centro de urgencias. Es de reseñar, no obstante, el elevado porcentaje de mujeres con incidente que necesitan ingresar en centro hospitalario en las mujeres de las cuencas mineras (13%) circunstancia que no sucede en los hombres de la misma zona.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Consulta medicina o enfermería</b>	33,3	26,5	33,3	<b>28,0</b>
<b>Acudir a un centro de urgencias</b>	44,4	53,0	46,7	<b>51,4</b>
<b>Ingresar en hospital</b>	0	3,6	13,3	<b>4,7</b>
<b>Ir a otro sitio</b>	0	2,4	0	<b>1,9</b>
<b>No fue necesaria asistencia sanitaria</b>	11,1	14,5	6,7	<b>13,1</b>

Por clase social, las mujeres pertenecientes a la clase I en un 33% no han requerido asistencia sanitaria. Los ingresos hospitalarios se encuentran, sobre todo, en los incidentes sucedidos en personas de las clases II a la IV.

Por nivel de estudios, han ingresado en hospital, sobre todo, personas con incidentes pertenecientes a niveles de estudios medios.

#### **1.4.5.- Efectos o daños causados por el accidente (el último):**

El análisis de los efectos o daños causados por el último accidente nos muestra que en un 44% de las ocasiones producen contusiones, hematomas, esguinces o luxaciones, en un 17,5% fracturas de huesos y en un 19% de las ocasiones heridas leves o superficiales.

Por género, la mitad de los incidentes en mujeres ocasionaron contusiones, hematomas, etc., siendo esa cifra del 39% en hombres. El resto de consecuencias es similar entre hombres y mujeres, excepto para las heridas profundas donde los hombres presentan cifras cinco veces superiores a las mujeres si bien las diferencias no son estadísticamente significativas.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	%	%	%
<b>Contusiones, hematomas, esguince, luxaciones, etc.</b>	39,1	<b>49,5</b>	<b>44,2</b>
<b>Fracturas</b>	20,0	<b>15,0</b>	<b>17,5</b>
<b>Heridas leves o superficiales</b>	19,1	<b>18,7</b>	<b>18,9</b>
<b>Heridas profundas</b>	5,5	<b>0,9</b>	<b>3,2</b>
<b>Otras</b>	13,6	<b>14,0</b>	<b>13,8</b>

El análisis de las consecuencias por edad, nos muestra la frecuencia de consecuencia de contusión, hematoma, etc. es relativamente estable en todos los grupos (un poco más bajo en las personas de 45-64 años de edad) y que, en las personas mayores, en uno de cada tres casos sucede una fractura mientras que las cifras en jóvenes es solo del 11% de las ocasiones. Las personas jóvenes tiene una relativa mayor frecuencia de heridas leves o superficiales, aún a pesar de que un gran porcentaje de sus accidentes se deben a accidentes de tráfico rodado. Las mujeres de 30-44 años tienen una mayor frecuencia que los hombres de la misma edad en presentar contusiones, hematomas, etc. Las fracturas son más frecuentes en los hombres jóvenes y mayores que en las mujeres de las mismas edades, no obstante en las edades medias la frecuencia de fracturas en mujeres llega a ser el doble que en hombres de las mismas edades. En hombres de 30-44 años los incidentes se salvan con heridas leves o superficiales (22% respecto a un 9,5% de las mujeres de esa edad). Las heridas profundas son mucho más frecuentes en los hombres que en las mujeres a lo largo de todos los tramos etarios.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Morbilidad declarada

	TOTAL				Total	MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%		%	%	%	%	%
<b>Contusiones, hematomas, esguince, luxaciones, etc.</b>	44,3	50,0	34,9	47,5	<b>44,2</b>	48,5	61,9	36,0	53,6	<b>49,5</b>
<b>Fracturas</b>	11,4	10,9	25,6	30,0	<b>17,5</b>	6,1	19,0	12,0	25,0	<b>15,0</b>
<b>Heridas leves o superficiales</b>	22,7	21,7	14,0	12,5	<b>18,9</b>	27,3	9,5	20,0	14,3	<b>18,7</b>
<b>Heridas profundas</b>	3,4	4,3	2,3	2,5	<b>3,2</b>	3,0	0	0	0	<b>0,9</b>

Por lugar de residencia, las mujeres de las zonas rurales presentan una alta proporción de incidentes que acaban en contusión, hematomas, etc (al contrario que los hombres de estas zonas). Las mujeres de las cuencas mineras presentan una elevada frecuencia de incidentes que acaban en fracturas (estos incidentes en hombres son más frecuentes en las zonas rurales) y las de las zonas centrales en incidentes que acaban en heridas leves o superficiales. Las heridas profundas son más frecuentes en la zona centro, fundamentalmente en hombres (7%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Contusiones, hematomas, esguince, luxaciones, etc.</b>	77,8	48,2	40,0	<b>49,5</b>
<b>Fracturas</b>	0	14,5	26,7	<b>15,0</b>
<b>Heridas leves o superficiales</b>	0	21,7	13,3	<b>18,7</b>
<b>Heridas profundas</b>	0	1,2	0	<b>0,9</b>
<b>Otras</b>	22,2	12,0	20,0	<b>14,0</b>

Por clase social, los daños en forma de contusiones, hematomas son más frecuentes en las clases sociales altas tanto en hombres (75% en clase I) como en mujeres (71% en clase II). Las heridas profundas son más frecuentes en ambos sexos en las clases sociales más bajas (clase social V).

Por nivel de estudios, las contusiones, esguinces, etc son más frecuentes en hombres de niveles primarios de estudio y en mujeres de niveles universitarios. Las fracturas en hombres y mujeres de niveles primarios de estudios (36% y 26% respectivamente). Por su parte, las heridas profundas en hombres de niveles bajos y medios de estudios.

## **2.- Salud percibida y Calidad de Vida:**

### **OBJETIVOS:**

- Conocer la percepción de los/as ciudadanos/as sobre su propia salud
- Conocer la evolución de la percepción de la propia salud
- Estimar la reducción de autonomía y de las actividades de la vida diaria
- Conocer la existencia de problemas en la actividad diaria por problemas emocionales
- Conocer la existencia de dolor y sus repercusiones
- Conocer como se ha sentido la población en un período determinado
- Conocer y estimar la calidad de vida relacionada con la salud
- Conocer la existencia de actitudes suicidas

## 2.1.- Autovaloración de la percepción del estado de salud:

Contestación a la pregunta: **¿En general Ud. diría que su salud es?:**

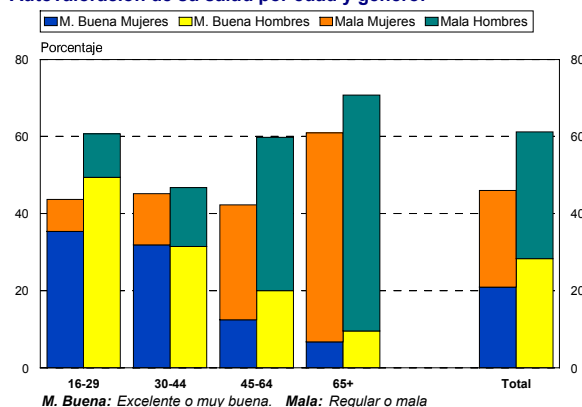
Un 24,4% de la población adulta asturiana opina y valora su estado de salud como excelente o muy buena. Si se añade aquellos que la consideran buena, se alcanzan cifras del 70,7% de personas que consideran su salud, al menos, como buena.

Esta circunstancia varía con el género. Así, las mujeres tienen una tendencia a valorar su salud en peor estado que los hombres, si bien esas diferencias no son significativas excepto en la consideración de salud muy buena, circunstancia declarada por un 20,5% de los hombres frente a un 14,8% de las mujeres. No obstante, sí es de considerar que un 32,9% de las mujeres indican que su salud es regular o mala frente a solo un 25,1% de los hombres.

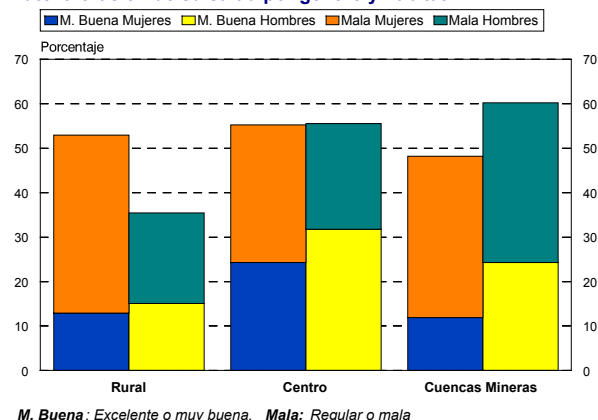
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Excelente</b>	7,8	<b>6,1</b>	<b>6,9</b>
<b>Muy buena</b>	20,5	<b>14,8</b>	<b>17,5</b>
<b>Buena</b>	46,6	<b>46,1</b>	<b>46,3</b>
<b>Regular</b>	20,3	<b>25,4</b>	<b>23,0</b>
<b>Mala</b>	4,8	<b>7,5</b>	<b>6,3</b>

También la autovaloración de la salud tiene una distribución diferente en función de la edad, como ya era de esperar: las poblaciones jóvenes tienden a considerar el estado de salud mucho mejor que las cohortes mayores. Las diferencias son claramente significativas en los grupos etarios extremos. De esta manera, un 88,7% de las mujeres entre 15-29 años de edad consideran su salud al menos buena, frente a solo un 38,5 de las mujeres mayores. Esa tendencia etaria (en algunos casos inversa y en otros directa) existe para todos los estados de salud valorados y también para la totalidad de la población.

**Autovaloración de su salud por edad y género:**



**Autovaloración de su salud por género y hábitat:**



ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

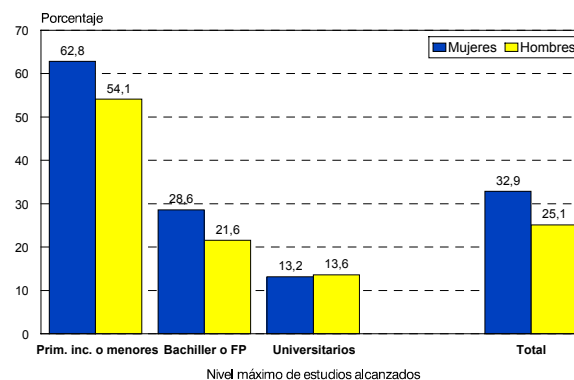
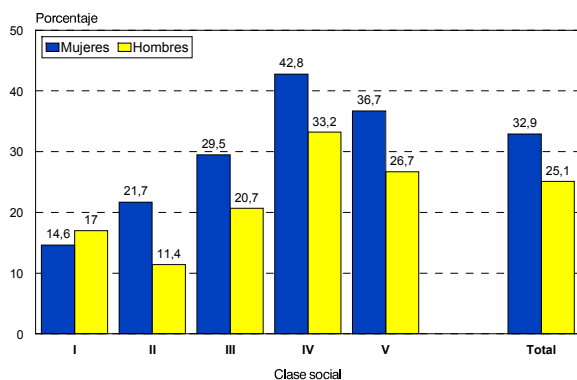
	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Excelente</b>	10,8	9,3	5,8	1,7	<b>6,9</b>	7,5	10,0	5,9	1,4	<b>6,1</b>
<b>Muy buena</b>	31,6	22,4	10,3	6,3	<b>17,5</b>	27,9	21,9	6,6	5,3	<b>14,8</b>
<b>Buena</b>	47,8	54,0	48,9	33,5	<b>46,3</b>	53,3	52,8	47,7	31,8	<b>46,1</b>
<b>Regular</b>	9,1	11,8	28,4	42,7	<b>23,0</b>	10,0	12,3	32,8	43,5	<b>25,4</b>
<b>Mala</b>	0,6	2,5	6,5	15,6	<b>6,3</b>	1,3	3,0	7,0	17,7	<b>7,5</b>

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Excelente</b>	5,0	6,6	5,0	<b>6,1</b>
<b>Muy buena</b>	7,9	17,7	6,9	<b>14,8</b>
<b>Buena</b>	47,1	44,7	51,9	<b>46,1</b>
<b>Regular</b>	34,3	23,4	27,5	<b>25,4</b>
<b>Mala</b>	5,7	7,5	8,8	<b>7,5</b>

Analizando los datos de las mujeres por tipo de hábitat (rural: Áreas I, II y VI; zona centro: Áreas III, IV y V; y Cuencas: Áreas VII y VIII), se observa que son las mujeres residentes en la zona centro las que manifiestan con mayor frecuencia que su estado de salud es mejor: un 24% indica que su salud es muy buena o excelente frente a solo un 12 ó 13% del resto de hábitats. Los hombres valoran su salud mucho mejor que las mujeres independientemente del hábitat: un 30% indica que su salud es muy buena o excelente en la zona central y un 24% en las cuencas mineras.

Por el contrario son las mujeres de hábitat rural las que manifiestan con más frecuencia poseer una peor salud: un 40% indica que su salud es regular o mala, frente a un 31% de las mujeres de la zona central de Asturias y un 36% de las mujeres de las cuencas. La pobre valoración de la salud es mucho más baja en los hombres respecto a las mujeres: 20% en las zonas rurales (la mitad de proporción que las mujeres), 24% en la zona central, pero, en cambio en las cuencas mineras la valoración de la salud mala o regular alcanza las cifras de las mujeres de esas zonas (36%).

Autovaloración de la salud por género y clase social: regular o mala Autovaloración de la salud por género y nivel de estudios: regular o mala



En el análisis por determinantes de equidad como la clase social, se observa un marcado incremento en las respuestas de regular o mala salud a medida que la clase social es más baja, llegando a niveles de discrepancia de un 28% entre las clases con mayor prevalencia de estas respuestas de las de menor prevalencia. En todas las clases sociales

excepto la I existe una mayor proporción de respuestas de autovaloración regular o mala en mujeres que en hombres, como ya se ha comentado más arriba.

A su vez, en el análisis por nivel máximo de estudios alcanzado, la relación entre nivel de estudios y mejor valoración de la salud es, incluso, más marcada: solo un 13% de las personas con estudios universitarios consideran que su salud es mala o regular mientras que expresan ese hecho un 57% de las personas con estudios primarios incompletos o menores. En casi todos los niveles de estudios completados la proporción de las mujeres con mala apreciación de su salud es mayor que la de los hombres, si bien las diferencias entre género no son tan llamativas como para la clase social.

## 2.2.- Autovaloración de la percepción del estado de felicidad:

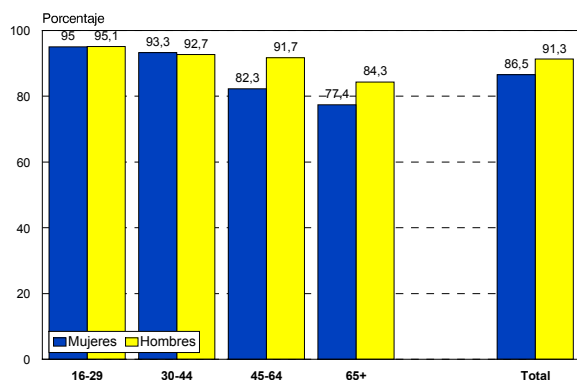
Contestación a la pregunta: **En general, ¿Diría que Ud. se siente feliz?**

Esta cuestión indica el grado de aceptación y adaptación de la situación tanto interna como externa que soporta cada individuo y el medio en que le toca vivir, y, evidentemente, es una visión que puede ser fugaz, y cambiar según el momento, día, situación, antecedentes, etc.. Se ha incluido en el cuestionario como complemento al resto de indicadores que nos puede desvelar cual es la situación concreta de cada individuo dentro del medio. Con objeto de aumentar la reproductibilidad y evitar la circunstancia concreta de cada momento, en la pregunta se realizaba la aclaración de que deberían referirse a la autopercepción de la situación global de la felicidad, independientemente de que en el día de la entrevista se sintiese mejor o peor.

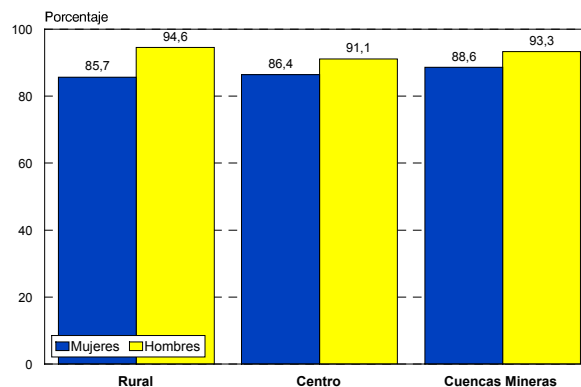
Los resultados globales obtenidos nos expresan que una gran proporción de asturianos/as (89%) se consideran muy o bastante felices, frente a solo un 10% que se considera poco feliz. Por géneros, existe una mayor proporción de mujeres poco felices (12%) comparado con la proporción de hombres (8%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Mucho</b>	24,9	22,4	23,6
<b>Bastante</b>	66,5	64,3	65,3
<b>Poco</b>	7,9	12,1	10,1

Autovaloración de la felicidad por edad y género: bastante o muy feliz



Autovaloración de la felicidad por género y hábitat: bastante o muy feliz



ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

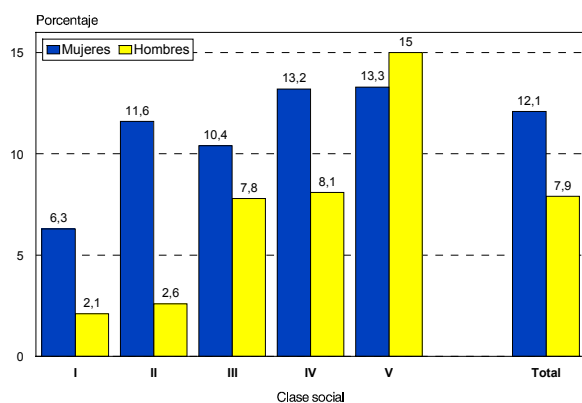
Por edades, como también era de esperar, las personas jóvenes se sienten más felices (mucho o bastante: 95%) que las personas más mayores (80%), siendo inversa la proporción de personas poco felices: personas mayores (19%) y personas jóvenes (3%). Las personas mayores de 44 años de edad relativizan más su estado de felicidad y se sitúan, sobre todo, en el apartado de bastante felices. Este fenómeno es muy relevante entre las mujeres, en ellas a partir de los 44 años de edad se observa una disminución muy marcada de su apreciación sobre la felicidad (solo un 82% con respuesta de bastante o muy feliz, frente a más de un 90% en los hombres de la misma edad. Esa tendencia se manifiesta, asimismo, en las mujeres mayores de 64 años.

	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Mucho</b>	38,6	27,7	15,9	12,9	<b>23,6</b>	37,2	27,9	15,0	12,0	<b>22,4</b>
<b>Bastante</b>	56,6	65,5	70,8	67,4	<b>65,3</b>	57,7	65,4	67,2	65,4	<b>64,3</b>
<b>Poco</b>	3,1	5,8	12,5	19,0	<b>10,1</b>	2,1	5,2	17,1	21,9	<b>12,1</b>

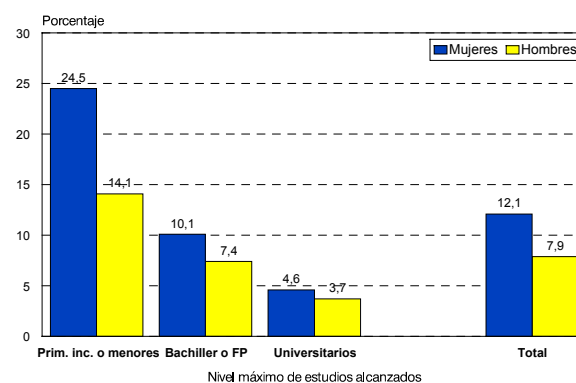
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	12,1	25,1	18,2	<b>22,4</b>
<b>Bastante</b>	73,6	61,3	70,4	<b>64,3</b>
<b>Poco</b>	12,9	12,0	11,3	<b>12,1</b>

Analizando los datos de las mujeres por tipo de hábitat (recordemos: rural: Áreas I, II y VI; zona centro: Áreas III, IV y V; y Cuencas: Áreas VII y VIII), se observa que los niveles de autovaloración de la felicidad en mujeres es similar en los tres ámbitos de residencia (entre un 86% y un 89%), siendo en todos los ámbitos una proporción inferior a la manifestada por los hombres de las mismas zonas.

**Autovaloración de la felicidad por género y clase social: poco feliz**



**Autovaloración de la felicidad por género y nivel de estudios: poco feliz**



Por clase social, la autovaloración de la felicidad en la categoría de persona poco feliz que alcanza al 9% de la población total, es mucho más marcada en las clase sociales bajas (IV y V, con un 13%) que en la clase social I (4%). Sin embargo, las diferencias de género son muy marcadas si bien no constantes, En las clases sociales altas (I) a pesar de esa escasa proporción de personas poco felices, la misma alcanza a un 6% de las mujeres y solo a un 2% de los hombres.

## **2.3.- Autovaloración del estado emocional o psíquico:**

### **2.3.1: Tener mucha energía:**

Contestación a la pregunta: ***Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia tuvo mucha energía?***

La valoración del estado emocional más reciente (en el último mes) es un factor que nos permite ahondar en la variable felicidad y, a su vez, ser predictor de posible problemas en el estado anímico de la persona. Una variable de estudio es el haberse sentido con mucha energía durante el último mes y la frecuencia de este estado.

Los hombres, en este caso, como para casi todos los procesos relacionados con el estado anímico y emocional, tienen una mayor proporción de contestaciones relacionadas con un mejor estado emocional (en este caso la respuesta de casi siempre), con un 65% frente a solo la mitad de las mujeres (52%). Por el contrario, las peores respuestas (solo alguna vez tuvo mucha energía), son manifestadas en mayor proporción por las mujeres (casi el doble que los hombres, 14% frente a un 8%).

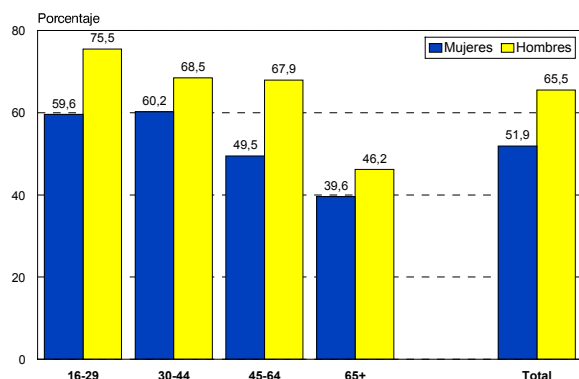
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	65,5	<b>51,9</b>	<b>58,2</b>
<b>Algunas veces</b>	25,8	<b>32,9</b>	<b>29,6</b>
<b>Solo alguna vez</b>	7,6	<b>14,4</b>	<b>11,2</b>

La situación global también se observa en el análisis por edad. En todos los grupos etarios la proporción de hombres que han tendido en el último mes mucha energía es superior a la de las mujeres. En todos ellos, a la contestación de *casi siempre* la proporción va descendiendo con la edad llegando en el grupo de personas mayores de 45 años a haber una diferencia escasa entre ambos géneros (46% en hombres y 40% en mujeres). En las mujeres la proporción de personas que han tenido mucha energía solo alguna vez se duplica entre el grupo de mujeres jóvenes y el de mujeres mayores (del 10% al 23%), mientras que en el caso de los hombres esa proporción se cuadriplica (del 5% al 19%)

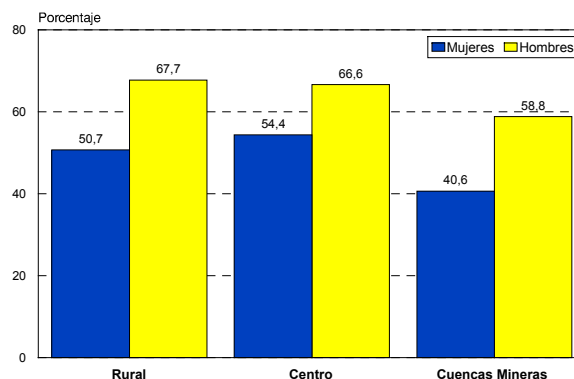
	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	75,5	68,5	67,9	46,2	<b>65,5</b>	59,6	60,2	49,5	39,6	<b>51,9</b>
<b>Algunas veces</b>	18,7	27,8	25,3	33,0	<b>25,9</b>	29,2	28,3	36,2	37,1	<b>32,9</b>
<b>Solo alguna vez</b>	4,6	2,8	6,4	18,8	<b>7,6</b>	10,4	11,2	12,9	22,6	<b>14,4</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Estado anímico: frecuencia de tener mucha energía (en el último mes) por edad y género: casi siempre



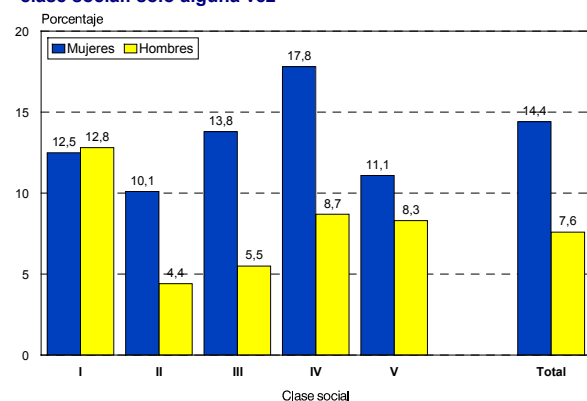
Estado anímico: frecuencia de tener mucha energía (en el último mes) por hábitat y género: casi siempre



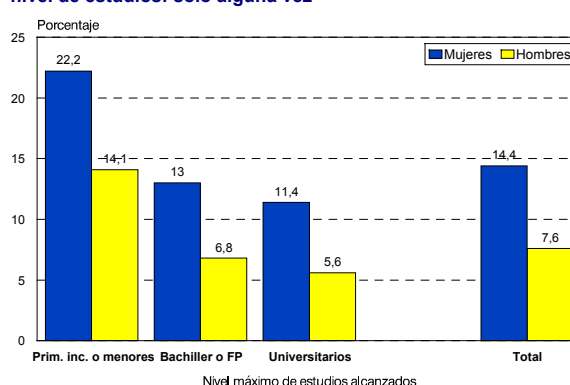
La situación en cuanto al tipo de hábitat, son las mujeres del las cuencas mineras las que mantienen niveles de contestación *casi siempre* muy bajo (41%) respecto a una media del 52% en el total de mujeres y a mucha distancia del 54% de las mujeres de la zona central. También los hombres de las mismas zonas tienen unas proporciones menores que las del resto de hábitats.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	50,7	54,4	40,6	<b>51,9</b>
<b>Algunas veces</b>	35,7	29,9	45,0	<b>32,9</b>
<b>Solo alguna vez</b>	10,7	15,0	14,4	<b>14,4</b>

Estado anímico: Tener mucha energía en el último mes por género y clase social: solo alguna vez



Estado anímico: Tener mucha energía en el último mes por género y nivel de estudios: solo alguna vez



Por su parte, en el análisis por clase social, se observa que los hombres suelen tener en todas las clase (excepto la I) una proporción menor de sentirse solo alguna vez con mucha energía, sien embargo es en la clase social IV donde existe una mayor proporción de mujeres que solo alguna vez se han sentido con mucha energía en el último mes.

En el análisis por nivel de estudios alcanzados, la proporción de solo alguna vez tener mucha energía es indirectamente proporcional al nivel de estudios. Así. mientras que un solo lo manifiestan un 8% de las personas con estudios universitarios, es un 18% el que indica dicha circunstancia en personas con los estudios más bajos. Al igual que para todo este tipo de variables las mujeres suelen indicar en mayor proporción que los hombres la presencia de esta categoría (solo alguna vez sentirse con mucha energía en el último mes).

### 2.3.1: Sentirse calmado/a y tranquilo/a:

Contestación a la pregunta: ***Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia se sintió tranquilo/a y calmado/a?***

Otra variable de situación y valoración del estado emocional es el haberse sentido tranquilo/a y calmado/a en el último mes.

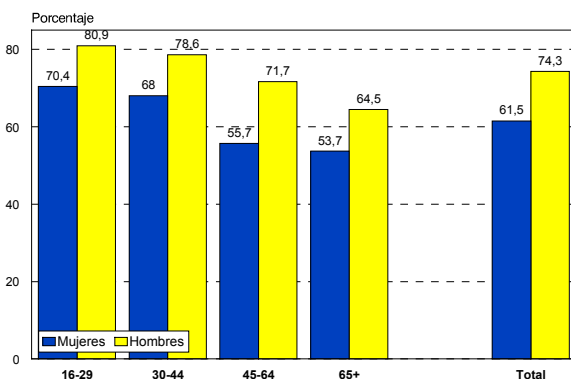
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	74,3	<b>61,5</b>	<b>67,5</b>
<b>Algunas veces</b>	18,9	<b>26,3</b>	<b>22,9</b>
<b>Solo alguna vez</b>	6,2	<b>11,3</b>	<b>8,9</b>

Un 9% de la población solo se ha sentido tranquila y calmada alguna vez en el último mes, por otra parte se ha sentido en esa circunstancia casi siempre dos tercios de la población. Los hombres se sienten, con más frecuencia que las mujeres, calmados y tranquilos (tres cuartos de ellos casi siempre), mientras que más de una de cada diez mujeres solo se ha sentido tranquila y calmada en el último mes previo a la entrevista.

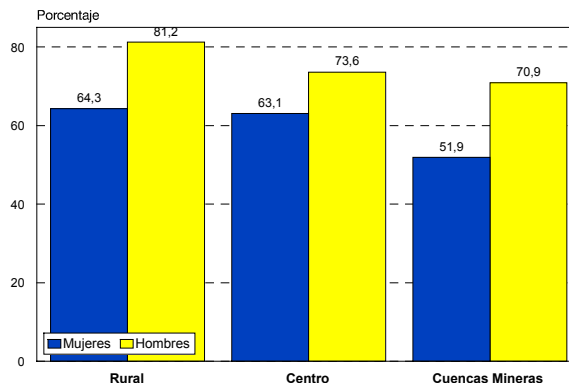
Por edades, con la edad aumenta la proporción de personas que manifiestan sentirse tranquilas y calmadas solo alguna vez, particularmente en las mujeres (5% en mujeres jóvenes y 16% en mujeres mayores de 64 años de edad), siendo inversamente proporcional la proporción de las personas que se sienten casi siempre tranquilas y calmadas.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	80,9	78,6	71,7	64,5	74,3	70,4	68,0	55,7	53,7	<b>61,5</b>
<b>Algunas veces</b>	13,7	17,3	19,6	26,4	18,9	23,8	21,9	29,6	29,3	<b>26,3</b>
<b>Solo alguna vez</b>	5,0	4,0	8,3	7,6	6,2	5,0	9,3	13,6	16,3	<b>11,3</b>

Estado anímico: frecuencia de tener sentirse calmado/a y tranquilo/a (en el último mes) por edad y género: casi siempre



Estado anímico: frecuencia de tener sentirse calmado/a y tranquilo/a (en el último mes) por hábitat y género: casi siempre



ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

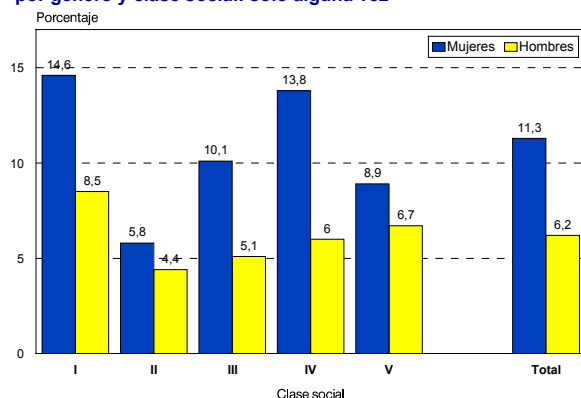
	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	64,3	63,1	51,9	<b>61,5</b>
<b>Algunas veces</b>	24,3	24,9	35,0	<b>26,3</b>
<b>Solo alguna vez</b>	8,6	11,3	13,1	<b>11,3</b>

Por tipo de hábitat, en todos ellos los hombres manifiestan con menor frecuencia el sentirse tranquilos y calmados solo alguna vez. Las personas que mayor frecuencia de tranquilidad y calma manifiestan tener en el mes anterior a la entrevista son aquellas que habitan en el medio rural (81% en los hombres y 64% en las mujeres para la respuesta de casi siempre sentirse tranquilos/as y calmados/as). Como suele ser una constante para las variables de relación y estado emocional y afectivo las personas de las cuencas mineras manifiestan tener unos peores indicadores, particularmente la mujeres, que las de las personas residentes en otros ámbitos.

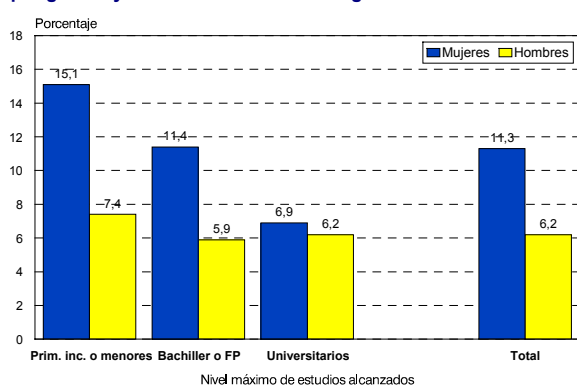
Por tipo de clase social, existe en este caso una relación inversa de la tranquilidad y calma con la clase social: son las personas de la clase más alta (la clase I) con un 11% las que indican que tienen tranquilidad y calma solo alguna vez en el mes anterior a la entrevista, mientras que, por ejemplo, la clase social V manifiesta ese hecho en un 7,5% de las ocasiones. Esta misma circunstancia, se observa en ambos sexos, siendo paralela la evolución de esta variables a lo largo de las clases sociales, si bien, como para el resto de este grupo de variables, la proporción en mujeres es mucho más alta (solo estar tranquilas y calmadas alguna vez) que en hombres llegando a veces a se más del doble la proporción entre mujeres y hombres.

Por nivel educativo alcanzado, se observa un peor indicador (solo alguna vez) en los niveles educativos más bajos (11%) frente a solo un 6,5% en los universitarios. En todos los niveles educativos la proporción de esta categoría es superior en mujeres que en hombres, si bien existe una marcada diferencia de género en los niveles más bajos de estudio (razón de feminidad de más de 2) mientras que la diferencia en los niveles universitarios es muy escasa.

**Estado anímico: sentirse tranquilo/a o calmado/a en el último mes por género y clase social: solo alguna vez**



**Estado anímico: sentirse tranquilo/a o calmado/a en el último mes por género y nivel de estudios: solo alguna vez**



### 2.3.1: Sentirse desanimado/a y triste:

Contestación a la pregunta: ***Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado/a y triste?***

La tercera variable de autovaloración del estado emocional y psíquico es la de haberse sentido desanimado/a y triste. En este caso (indicador negativo) un 8,5% de la población adulta asturiana manifiesta sentirse en esta situación casi siempre. La contestación a solo alguna vez ha hecho el 62% de la población.

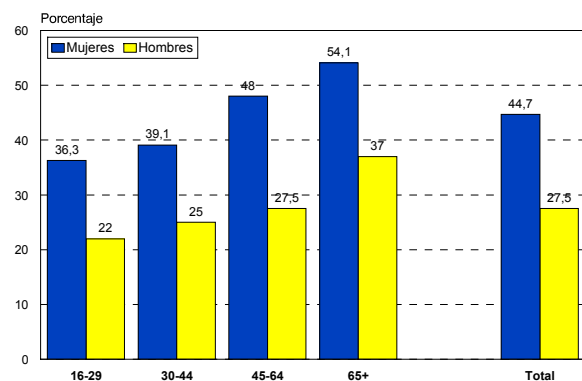
Por género, al igual que casi todas las variables de estado emocional o psíquico, las mujeres presentan peores cifras que los hombres. Un 11,5% de las mujeres indican estar casi siempre desanimadas y tristes frente a solo un 5% de los hombres. Si agrupamos las categorías, un 45% de las mujeres indican que se han sentido en el último mes algunas veces y casi siempre desanimadas y tristes, frente a solo un 27,5% de los hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	5,0	<b>11,5</b>	<b>8,5</b>
<b>Algunas veces</b>	22,5	<b>33,2</b>	<b>28,2</b>
<b>Solo alguna vez</b>	70,9	<b>53,9</b>	<b>61,8</b>

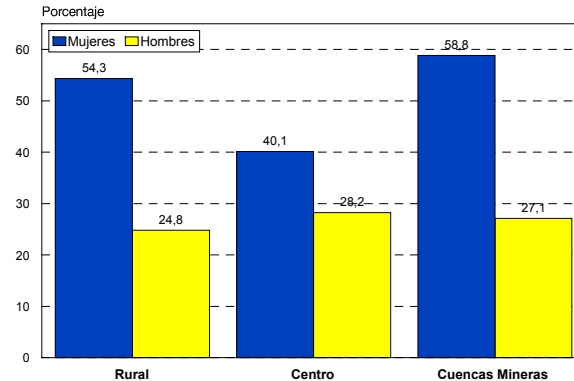
Por edades, la presencia frecuente de desánimo y tristeza es más frecuente según aumentamos la edad en ambos géneros y en evolución similar. Por géneros la evolución de la presencia de desánimo y tristeza (algunas veces y casi siempre) llega a niveles del 54% en las mujeres mayores de 64 años, siendo, incluso en mujeres jóvenes bastante elevada (36%). Los hombres mantienen en toda su estructura etaria niveles un 30% inferiores de desánimo y tristeza que las mujeres.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	2,5	2,8	6,4	9,1	5,0	5,0	8,6	11,8	19,8	<b>11,5</b>
<b>Algunas veces</b>	19,5	22,2	21,1	27,9	22,5	31,3	30,5	36,2	34,3	<b>33,2</b>
<b>Solo alguna vez</b>	76,8	73,8	70,2	61,4	70,9	62,5	58,4	50,9	45,2	<b>53,9</b>

Estado anímico: frecuencia de tener sentirse desanimado/a o triste (en el último mes) por edad y género: algunas veces y casi siempre



Estado anímico: frecuencia de tener sentirse desanimado/a o triste (en el último mes) por hábitat y género: algunas veces y casi siempre



Por tipo de hábitat de residencia, los hombres no presentan diferencias significativas entre los distintos ambientes fluctuando entre un 25-27%. Sin embargo, son las mujeres de

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

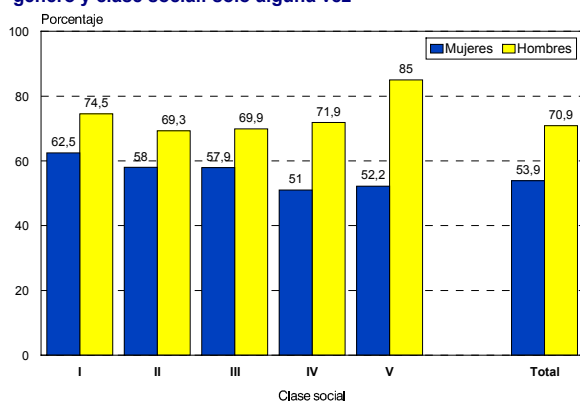
las zonas rurales y de las cuencas mineras, en especial estas últimas, las que presentan cifras más altas de haberse sentido en el último mes algunas veces o casi siempre desanimadas y tristes (54-59%) frente a solo un 40% de aquellas que residen en zonas centrales.

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Casi siempre</b>	8,6	11,8	12,5	<b>11,5</b>
<b>Algunas veces</b>	45,7	28,3	46,3	<b>33,2</b>
<b>Solo alguna vez</b>	42,1	58,6	41,3	<b>53,9</b>

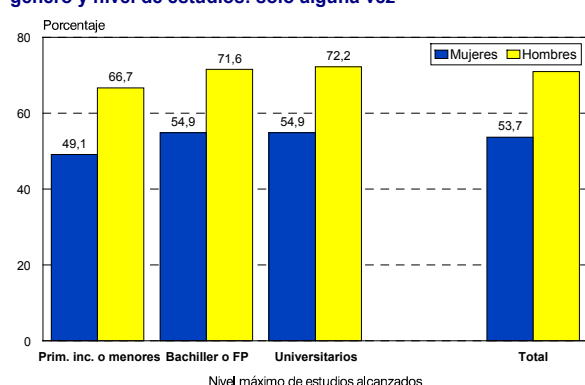
Por tipo de clase social, en esta variable no existen las diferencias tan acusadas como para otros tipos de variables de estado emocional. No obstante, son las personas en las clase más bajas (clases IV y V) aquellas que presentan peores indicadores en las mujeres (51-52% de personas que están desanimadas y tristes solo alguna vez) frente a la clase más alta (clase I) con un 62,5%. En el caso de los hombres, la situación es paradójica, los hombres de las clase social V son los que mejores indicadores presentan (un 85% indica haber estado desanimado y triste solo alguna vez en el último mes) siendo en resto de clases la proporción de hombres en esta categoría muy similares. Es decir, que donde se observa una mayor diferencia de género en relación a esta variables es en la clase V que mantiene diferencias de más de un 30% en la presentación de esta categoría.

Por su parte, en el análisis por nivel educativo, al igual que para la clase social las diferencias globales entre niveles no es muy elevada, si bien los indicadores son mejores en los niveles educativos más elevados (65% han estado desanimados/as y tristes en el último mes en las personas con estudios universitarios frente a un 58% en los niveles más bajos de estudios). La diferencia de género, también, existe en esta variable con unos peores indicadores en las mujeres sobre todo las de estudios más bajos. Sin embargo, las diferencias de género dentro de cada nivel educativo son prácticamente similares en todos los niveles,

**Estado anímico: sentirse desanimado y triste en el último mes por género y clase social: solo alguna vez**



**Estado anímico: sentirse desanimado y triste en el último mes por género y nivel de estudios: solo alguna vez**



## 2.4.- Limitación de actividades por la salud:

Contestación a la pregunta: **¿Está limitado/a por su salud para hacer las siguientes actividades?**

### 2.4.1.- Limitaciones para realizar actividades en el hogar:

Dentro de este apartado se consideraron actividades, que incluidas en una ficha que la persona encuestada consultaba, y que incluía el prepararse su propia comida, fregar platos, limpiar la casa, hacer la cama, etc.

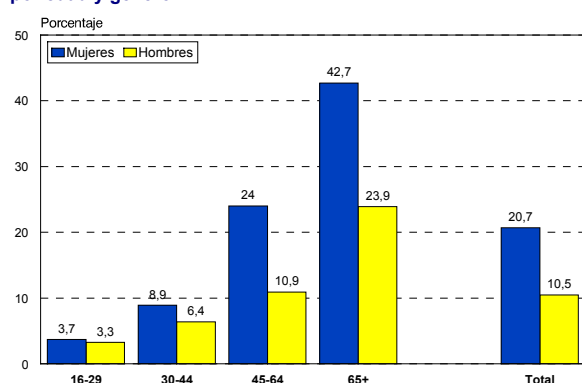
Un 84% de la población adulta asturiana opina que no tiene limitaciones para realizar actividades en el hogar a causa de su salud.

No obstante esta apreciación difiere entre hombres y mujeres tanto en alguna limitación como en ninguna limitación donde las diferencias encontradas son significativas estadísticamente. Las mujeres en estos casos manifiestan una mayor proporción de limitaciones para realizar este tipo de actividades (alguna o mucha limitación, un 20,7% de ellas frente a un 10,5% de los hombres).

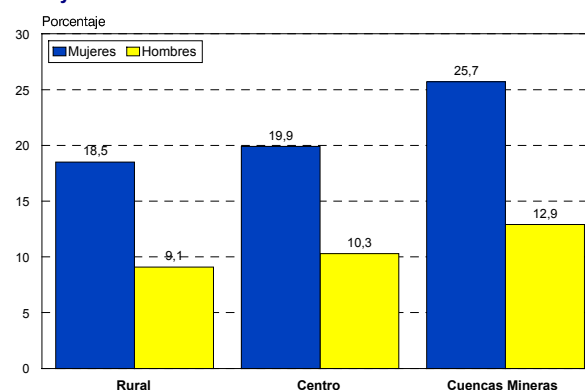
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Mucho</b>	4,1	<b>4,8</b>	<b>4,5</b>
<b>Algo</b>	6,4	<b>15,9</b>	<b>11,5</b>
<b>Nada</b>	89,4	<b>79,3</b>	<b>84,0</b>

La distribución por grupos etarios es parecida a la esperada: los grupos etarios superiores tienen mayores limitaciones que los grupos de jóvenes. La proporción de mujeres mayores de 64 años con al menos alguna limitación es del 43% (frente a un 35% del conjunto de la población de esa edad) y de solo el 4% de las mujeres entre 16-29 años de edad. La proporción de mujeres con limitaciones en el hogar es siempre superior a la de los hombres en todos los tramos etarios.

**Mucha o alguna limitación para efectuar actividades en su hogar por edad y género:**



**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en su hogar por edad y hábitat:**



	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	0,6	1,6	4,0	12,2	<b>4,5</b>	0,4	1,5	3,1	13,4	<b>4,8</b>
<b>Algo</b>	2,9	6,2	13,8	23,1	<b>11,5</b>	3,3	7,4	20,9	29,3	<b>15,9</b>
<b>Nada</b>	96,5	92,2	82,2	64,8	<b>84,0</b>	95,4	91,1	76,0	56,9	<b>79,3</b>

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

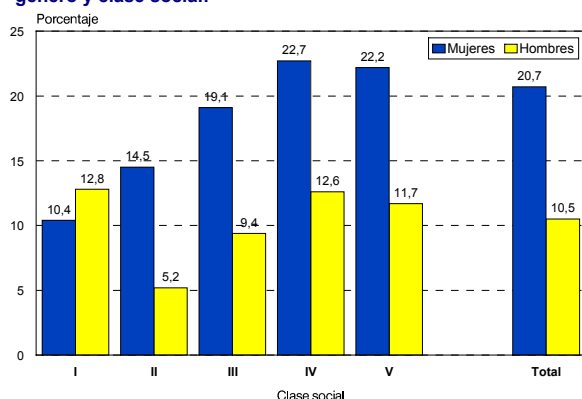
Por hábitat de residencia, son las mujeres de las Cuencas mineras las que manifiestan tener mayores limitaciones para las actividades en su hogar (26%) frente al resto de mujeres de otros hábitats (alrededor del 18-20%). Al igual que para la edad las mujeres manifiestan mayor proporción de limitaciones que los hombres independientemente del hábitat en que vivan. Los hombres de las cuencas mineras tienen una mayor proporción de limitaciones (13% frente a un 9% de los hábitats rurales) si bien representa únicamente la mitad de limitaciones para actividades del hogar que la que tienen las mujeres de ese mismo hábitat.

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	2,1	4,9	6,9	<b>4,8</b>
<b>Algo</b>	16,4	15,0	18,8	<b>15,9</b>
<b>Nada</b>	81,4	79,7	74,3	<b>79,3</b>

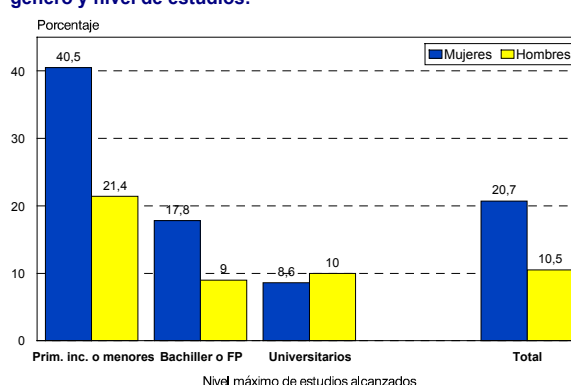
Por clase social, a medida que se baja de escala social existe un mayor porcentaje de limitaciones en la escala de mucha o alguna limitación. No obstante, las clase social indica niveles relativamente similares con los de la clase social II y es debido sobre todo a su manifestación de la limitación para realizar actividades en el hogar en los hombres. Es la única clase social donde los hombres manifiestan una mayor proporción para esta categoría de limitaciones en el hogar (13% en hombres y 10% en mujeres) mientras en el resto de clases sociales las mujeres presentan niveles superiores a los de los hombres. Esta situación, incluso, es inversa a la clase social inmediatamente adyacente (clase social II) que indica niveles muy bajo de limitación en hombres (5% frente a cerca del 15% en mujeres).

Por nivel educativo, la situación es marcadamente acusada en relación a un mayor nivel de limitaciones para actividades en el hogar en la población con menores niveles educativos (30%) frente a solo un 9% en las población con estudios universitarios. la circunstancia indicada para la clase social vuelve a suceder en este análisis, dado que los hombres con mayores niveles educativos tienen mayores proporciones de limitación para estas actividades que las mujeres, al contrario que en el resto de niveles educativos (en el más bajo, la diferencia de género es casi del 100%).

**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en el hogar por género y clase social:**



**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en el hogar por género y nivel de estudios:**



## 2.4.2.- Limitaciones para realizar actividades en el trabajo:

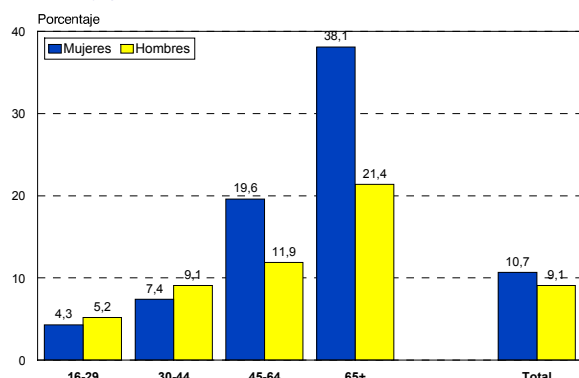
Se consideraban actividades en este apartado a tareas propias del trabajo remunerado que posea la persona entrevistada. En el caso de amas/os de casa (profesión: sus labores) las citadas para las actividades del hogar, etc.

Un 90% la población adulta asturiana opina que no tiene limitaciones para realizar actividades en el trabajo a causa de su salud.

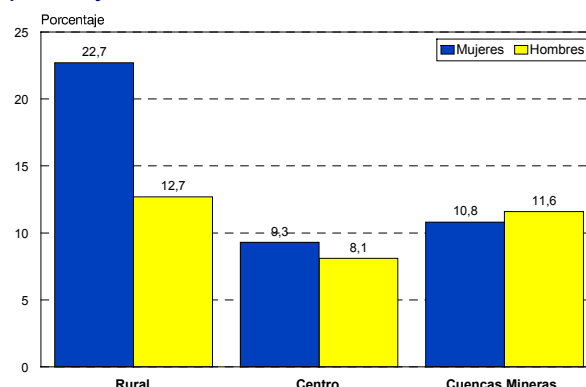
En este caso, no existen diferencias significativas entre géneros aunque las mujeres de esta muestra suelen manifestar una mayor proporción de mucha limitación para realizar este tipo de actividades (4,8% frente a un 2,7%). Cerca de un 4% de la población general manifiesta tener mucha limitación para las tareas del trabajo habitual a causa de su salud.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Mucho</b>	2,7	<b>4,8</b>	<b>3,7</b>
<b>Algo</b>	6,4	<b>5,9</b>	<b>6,2</b>
<b>Nada</b>	90,8	<b>89,2</b>	<b>90,1</b>

Mucha o alguna limitación para realizar actividades en su trabajo por edad y género:



Mucha o alguna limitación para realizar actividades en su trabajo por edad y hábitat:



La distribución por grupos etarios es parecida, al igual que en el caso anterior, a la esperada: los grupos etarios superiores tienen mayores limitaciones que los grupos de jóvenes. Un 4% de las mujeres entre 16-29 años de edad tienen al menos alguna limitación para actividades en el trabajo o en su actividad principal, incrementándose paulatinamente esa proporción hasta llegar al 38% en las mujeres mayores de 64 años de edad. La proporción, en este caso, de limitaciones es similar entre hombres y mujeres a lo largo de las edades excepto para las mujeres mayores que presentan una evidente mayor proporción de limitaciones que los hombres de la misma edad.

	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	1,0	2,5	6,4	20,6	<b>3,7</b>	0,7	3,2	8,4	28,6	<b>4,8</b>
<b>Algo</b>	3,8	5,9	8,6	11,8	<b>6,2</b>	3,6	4,2	11,2	9,5	<b>5,9</b>
<b>Nada</b>	95,2	91,6	85,0	67,6	<b>90,1</b>	95,7	92,1	80,4	61,9	<b>89,2</b>

Por hábitat de residencia, son las mujeres de las zonas rurales las que manifiestan tener una mayor proporción de limitaciones para actividades principales (23%) que el

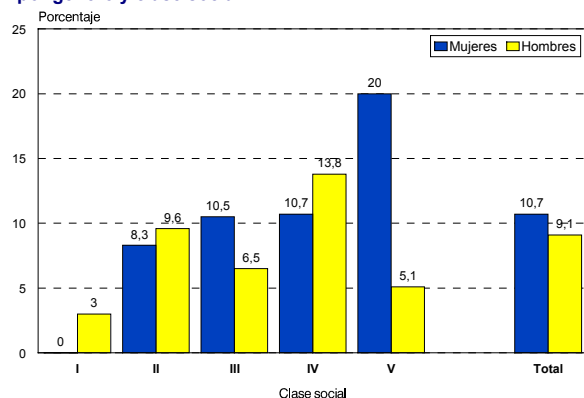
**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

mujeres (entre el 9-11%). Los hombres de las zonas rurales, por el contrario, presentan el mismo patrón de limitaciones para el trabajo que el resto de hombres especialmente con los de las cuencas mineras (13% y 12% respectivamente).

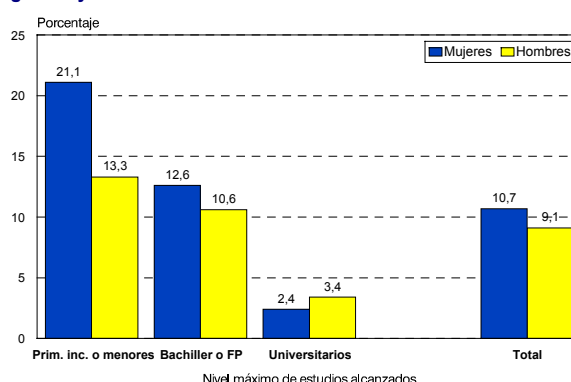
	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	13,6	3,7	5,4	<b>4,8</b>
<b>Algo</b>	9,1	5,6	5,4	<b>5,9</b>
<b>Nada</b>	77,3	90,4	89,3	<b>89,2</b>

Por clase social las limitaciones aumentan en frecuencia a medida que descendemos de clase social pero el conjunto de la limitación para ambos géneros está condicionada por la representación de la limitación que indican las mujeres. Así, la limitación en estas pasas de ser casi nula para estas actividades en la clase social más alta a ser del 20% en la clase social V. Esa circunstancia no existe en los hombres donde los niveles fluctúan entre el 3% de limitaciones de la clase I al 14% de la clase social IV. La mayor diferencia de género se observa en la clase social V (400% más de limitaciones en mujeres que en hombres). En otras clase hay incluso más limitación en hombres que en mujeres.

**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en el trabajo por género y clase social:**



**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en el trabajo por género y nivel de estudios:**



Por nivel educativo, existen unas mayores proporciones de limitación para actividades del trabajo en los niveles educativos más bajos (16% frente a un 3% en los universitarios). La proporción de limitaciones es mayor en mujeres que en hombres (un 60% superior en niveles educativos bajos) excepto para las personas con estudios universitarios, en cuyo ámbito los hombres refieren mayor proporción de limitaciones que las mujeres del mismo ámbito.

### 2.4.3.- Limitaciones para realizar actividades de tiempo libre:

En este apartado estaban incluidas las siguientes actividades: ir al cine o teatro, salir a casa de amigos/as, vecinos/as, salir a tomarse algo, etc.

En este caso, las actividades propias de tiempo libre, se ven limitadas de alguna forma en un 15% de la población adulta asturiana a causa de su salud, llegando a niveles de mucha limitación en el 3% de la población.

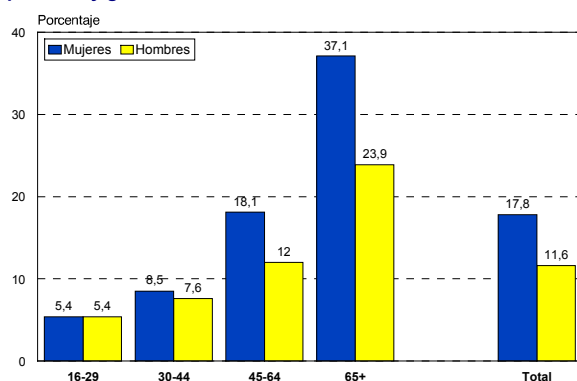
Las mujeres tienen un mayor nivel de limitación que, en este caso, es estadísticamente significativa, con unos porcentajes de cerca del 18% de ellas frente a un 12% de los hombres.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

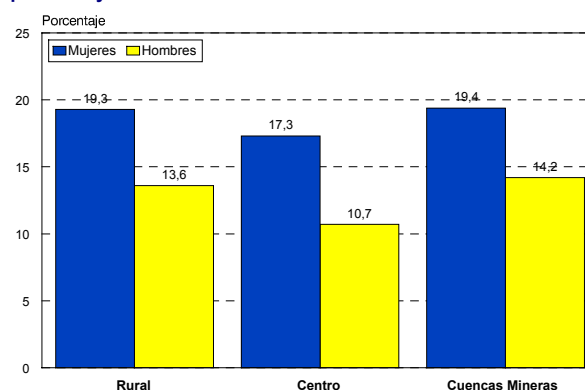
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Mucho</b>	2,7	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>
<b>Algo</b>	9,0	<b>14,7</b>	<b>12,0</b>
<b>Nada</b>	88,3	<b>82,1</b>	<b>85,0</b>

Por edades, como para todo este capítulo de limitaciones, las personas mayores tienen una mayor proporción de limitaciones en el uso del tiempo libre (cerca del 32%) que las personas jóvenes (5,4%), independientemente del nivel de limitación de cada grupo. Las mujeres presentan niveles de limitación en el uso del tiempo libre parecidas a las del conjunto de la población y en cada estrato etario. Así, un 5% de las mujeres entre 16-29 años manifiestan tener al menos alguna limitación para el uso del tiempo libre, mientras que las mujeres de más de 64 años lo manifiestan en un 37% de ellas.

Mucha o alguna limitación para realizar actividades de tiempo libre por edad y género:



Mucha o alguna limitación para realizar actividades de tiempo libre por edad y hábitat:



	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Mucho</b>	0,6	1,4	2,0	8,4	<b>3,0</b>	0,4	1,1	1,4	9,5	<b>3,2</b>
<b>Algo</b>	4,8	6,8	13,2	23,5	<b>12,0</b>	5,0	7,4	16,7	27,6	<b>14,7</b>
<b>Nada</b>	94,6	91,9	84,8	68,1	<b>85,0</b>	94,6	91,4	81,9	62,5	<b>82,1</b>

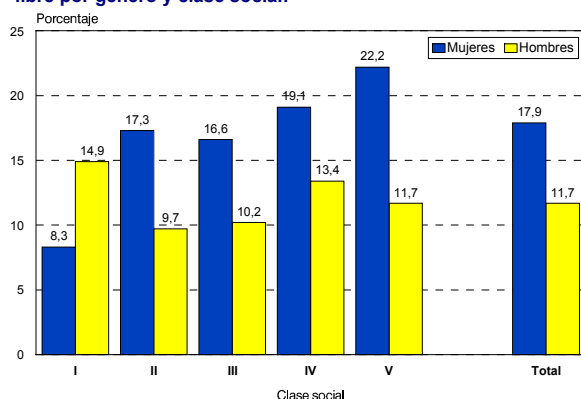
Por tipo de hábitat, en todos los ámbitos las mujeres manifiestan unos niveles similares de al menos alguna limitación (alrededor del 19% en cada tipo), si bien cuando observamos la declaración de *tener mucha limitación* son las mujeres residentes en la zona de cuencas mineras y zona centro las que indican mayor proporción de limitaciones (3,8 y 3,5% respectivamente) frente a solo un 1,4% de las mujeres residentes en zona rural. En todos los ámbitos de residencia las mujeres tienen una mayor proporción de limitaciones para el uso del tiempo libre que los hombres, si bien, la diferencia entre géneros no es tan acusada en las cuencas mineras (14% en hombres y 19% en mujeres) como en otras zonas de residencia.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	1,4	3,5	3,8	<b>3,2</b>
<b>Algo</b>	17,9	13,8	15,6	<b>14,7</b>
<b>Nada</b>	80,0	82,8	80,6	<b>82,1</b>

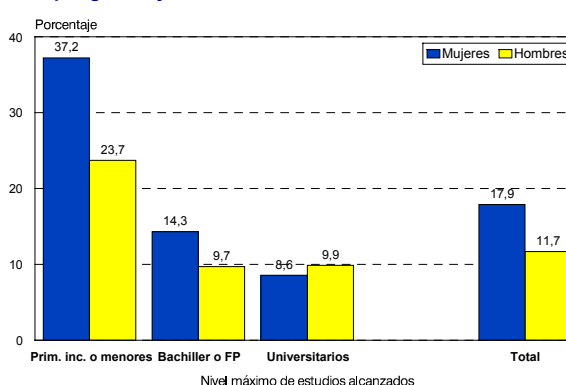
**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Por clase social, al igual que para la variable de limitación en actividades del trabajo, aumenta la magnitud de la limitación a medida que descendemos de clase social, particularmente debido al efecto que tiene la limitación en la mujer. Así, mientras solo un 8% de las mujeres de clase social I manifiestan estar limitadas para actividades para el tiempo libre es un 22% de las mujeres que lo indican en la clase social V. En cambio, en los hombres el porcentaje de limitaciones es un poco más heterogéneo: la mayor proporción de limitaciones en hombres es mayor en los hombres de la clase social I (15%) siendo en los hombres de las clases sociales restante similar.

**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en el tiempo libre por género y clase social:**



**Mucha o alguna limitación para realizar actividades en el tiempo libre por género y nivel de estudios:**



Por nivel de estudios, la circunstancia es similar a la anterior variable, los niveles educativos más bajo tienen proporciones mucho más elevadas (30%) que en los más altas (9%). En todos ellos excepto en nivel de estudios universitarios donde es más grande la proporción de hombres que de mujeres, existe una mayor proporción de limitaciones en mujeres.

#### **2.4.4.- Limitaciones para realizar el cuidado y aseo personal:**

Un fenómeno importante de las limitaciones, son aquellas que alcanzan a los niveles básicos de actividad, como son aquellas referentes al cuidado y aseo personal, como actividades básicas de la vida diaria. Estaban incluidas en este apartado el bañarse, ducharse, vestirse, calzarse, afeitarse, etc..

En este caso, las limitaciones manifestadas por las personas encuestadas alcanzan cifras de más del 4% de la población adulta asturiana, con grado de mucha limitación en un 1,4% de la población. Por género, aunque las mujeres mencionan un mayor porcentaje de limitación (7,6%), que, como veremos está, asimismo, asociado a la edad, que los hombres (5%), las diferencias no son estadísticamente significativas.

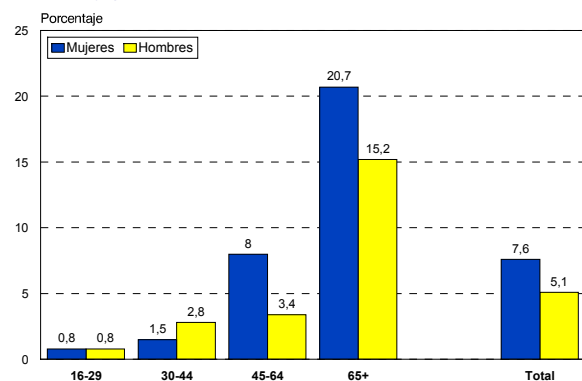
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Mucho</b>	1,2	1,7	1,4
<b>Algo</b>	3,9	5,9	5,0
<b>Nada</b>	95,0	92,4	93,6

Por grupo etario, las mayores limitaciones corresponden a las edades más altas: más de un 17% de las personas mayores presentan limitaciones para estas actividades básicas, frente a solo un 0,8% de las personas jóvenes. Es a partir de los cuarenta años, cuando hay un salto brusco de la proporción de limitaciones para estas actividades. Este incremento a

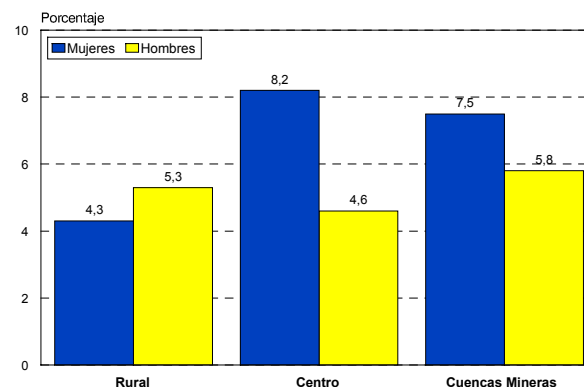
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

partir de esas edades es mucho más acusado en el caso de las mujeres: 8% en mujeres entre 45-64 años y 19% en mujeres de más de 64 años de edad.

**Mucha o alguna limitación para realizar su cuidado y aseo personal por edad y género:**



**Mucha o alguna limitación para realizar su cuidado y aseo personal por edad y hábitat:**



	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	0,0	0,6	1,3	4,0	<b>1,4</b>	0	0,4	1,4	4,6	<b>1,7</b>
<b>Algo</b>	0,8	1,6	4,5	13,4	<b>5,0</b>	0,8	1,1	6,6	14,1	<b>5,9</b>
<b>Nada</b>	99,2	97,9	94,2	82,7	<b>93,6</b>	99,2	98,5	92,0	80,9	<b>92,4</b>

Por ámbito de residencia, las mujeres que residen en zonas rurales tienen una menor proporción de limitaciones para el cuidado y aseo personal (4% frente a un 7-8% del resto de zonas de residencia). La proporción de mujeres con este tipo de limitaciones es superior a la de los hombres, no obstante al igual que para el uso del tiempo libre la diferencia no es tan acusada en las cuencas mineras (6,8% en hombres y 7,5% en mujeres) y en las zonas rurales se invierte la proporción (5,3% en hombres y 4,3% en mujeres).

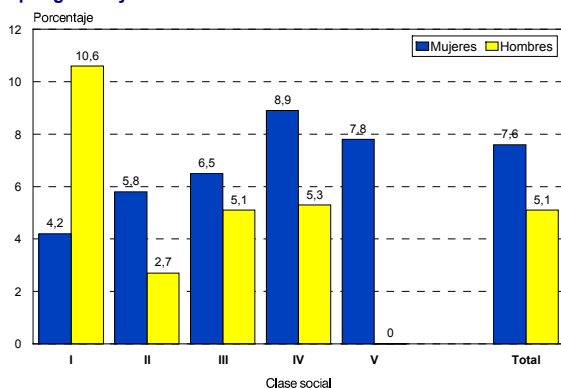
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	0	1,9	1,9	<b>1,7</b>
<b>Algo</b>	4,3	6,3	5,6	<b>5,9</b>
<b>Nada</b>	95,0	91,8	92,5	<b>92,4</b>

El análisis de clase social da una perspectiva similar a las anteriores variables de limitaciones. Las clases sociales más altas tienen niveles inferiores de limitaciones para el cuidado y aseo personal. No obstante en la diferencia de género es muy significativo el hecho de la gran proporción de hombres en la clase social I (11%) frente a solo un 3% de la clase social II. En el resto de clases sociales la proporción de limitaciones para el cuidado y aseo personal es más alto que en las mujeres dentro de la misma clase social.

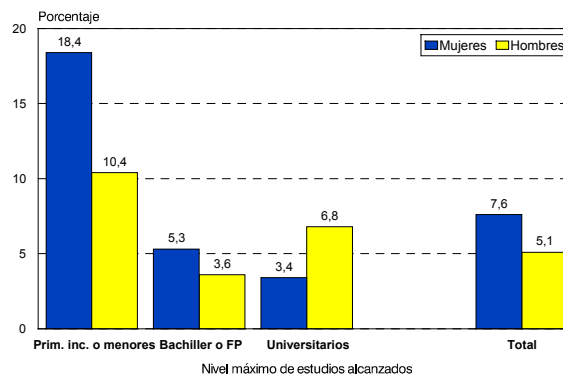
El análisis del nivel educativo, indica que los niveles educativos más bajos presentan niveles de limitaciones para la cuidado y aseo personal que el resto de niveles (15% en el nivel educativo más bajo). En todos ello la proporción de limitaciones en las mujeres es más lata que la de los hombres excepto para las personas con estudios universitarios donde la proporción de hombres con limitaciones para el cuidado y aseo personal duplica a la de las mujeres.

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

**Mucha o alguna limitación para realizar el cuidado y aseo personal por género y clase social:**



**Mucha o alguna limitación para realizar el cuidado y aseo personal por género y nivel de estudios:**



### 2.4.5.- Limitaciones para efectuar desplazamientos:

Se consideró limitación para efectuar desplazamientos al subir pisos, caminar varias manzanas, pasear, acudir al comercio, banco, realizar la compra, etc.

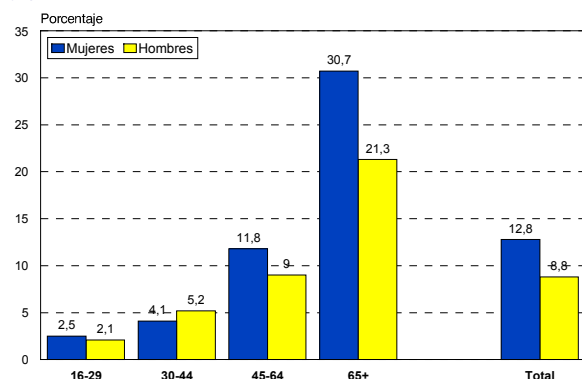
La limitación de la movilidad, en este caso expresada en forma de impedir desplazamientos, está presente, según la Encuesta, en un 11% de los asturianos y asturianas. El grado de mucha limitación para los desplazamientos sucede en el 2,7% de la población adulta. Por género, existe, también, un mayor porcentaje de mujeres con algún tipo de limitación (12,8% frente a un 8,8% de los hombres) con diferencias estadísticamente significativas.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Mucho</b>	1,8	3,4	2,7
<b>Algo</b>	7,1	9,4	8,3
<b>Nada</b>	91,2	87,2	89,0

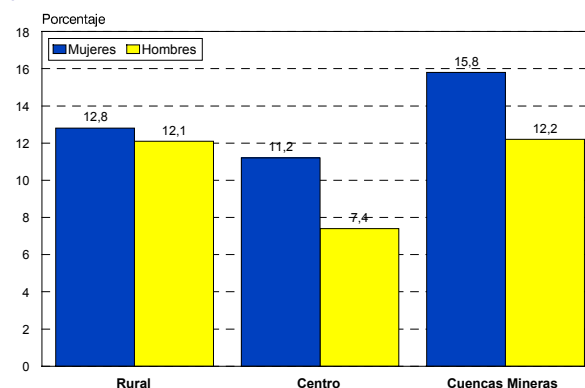
Por edades, la menor frecuencia de limitaciones de movilidad corresponde a las personas jóvenes (2,3%) frente a un cerca de un 27% en las personas mayores. Con cifras intermedias se sitúan el resto de grupos etarios de asturianos/as. En el caso de las mujeres la distribución es similar, si bien existe una mayor proporción de mujeres mayores de 64 años con estas limitaciones que para el conjunto de población para estas edades (31% frente a 27%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Mucha o alguna limitación para efectuar desplazamientos por edad y género:



Mucha o alguna limitación para efectuar desplazamientos por edad y hábitat:



	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	0,0	1,4	1,8	7,7	<b>2,7</b>	0	1,9	2,4	8,8	<b>3,4</b>
<b>Algo</b>	2,3	3,3	8,7	19,2	<b>8,3</b>	2,5	2,2	9,4	21,9	<b>9,4</b>
<b>Nada</b>	97,7	95,3	89,5	73,1	<b>89,0</b>	97,5	95,9	87,8	68,9	<b>87,2</b>

Por ámbito de residencia manifiestan una mayor proporción las mujeres de las cuencas mineras que el resto de mujeres que residen en otras zonas. Además, las mujeres residentes en zonas rurales indican una gravedad de la limitación menor que las mujeres en el resto de zonas (solo un 1% con mucha limitación frente, por ejemplo, a un 4% de las mujeres de las cuencas mineras). Los hombres de las zonas rurales manifiestan niveles de limitación para efectuar desplazamientos similares a los de las mujeres que residen en el mismo ámbito, sin embargo, los hombres de otras zonas tienen niveles muy inferiores a los de las mujeres del mismo ámbito.

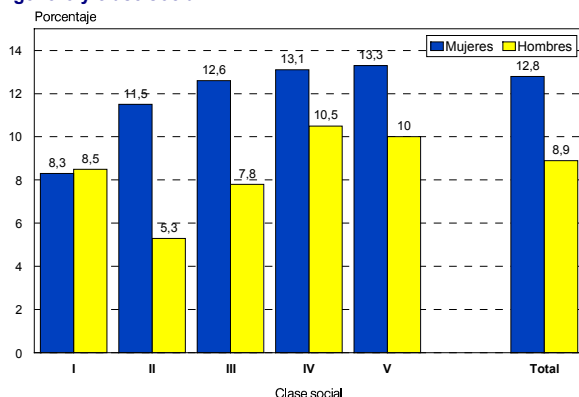
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Mucho</b>	0,7	3,7	4,4	<b>3,4</b>
<b>Algo</b>	12,1	8,5	11,3	<b>9,4</b>
<b>Nada</b>	87,1	87,5	84,4	<b>87,2</b>

Por clase social, hay una mayor proporción de limitaciones para efectuar desplazamientos a medida que descendemos de clase social. Fundamentalmente esta evolución sucede por las altas tasas de limitación de las mujeres (8% en la clase social I y 13% en las clase IV y V). La situación en los hombres es tan clara, la menor proporción en ellos corresponde a la clase social II (5%) y las más alta a la clase social IV (10,5%).

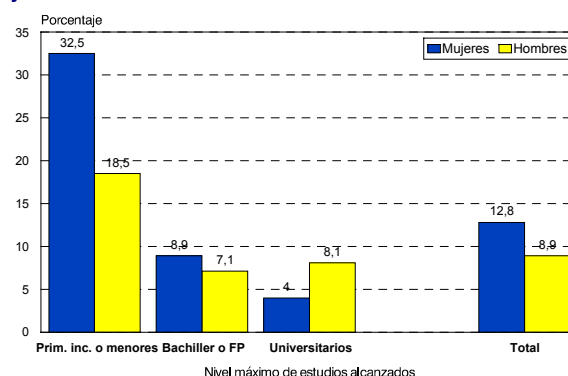
Por nivel educativo, la situación es similar a las variables de limitaciones: más limitaciones (en este caso para desplazamientos) en los niveles educativos más bajos, más proporción de limitaciones en las mujeres que en los hombres en todos los niveles educativos excepto para los estudios universitarios (donde hay el doble de proporción de hombres con limitaciones que mujeres).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

**Mucha o alguna limitación para realizar desplazamientos por género y clase social:**



**Mucha o alguna limitación para realizar desplazamientos por género y nivel de estudios:**



## 2.5.- Hacer menos cosas de las queridas a causa de la salud física o mental:

Contestación a la pregunta: ***Durante el último mes ... ¿Hizo menos cosas de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?, ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de su salud física?. Idem para problemas emocionales.***

En el último mes un 19% de los asturianos y asturianas menciona que a causa de su salud física hizo menos cosas en su actividad (en el hogar, laboral, en tiempo de ocio, etc.) de las que hubiese deseado realizar. Además, un 18% indica que realizó esas tareas pero no hizo las mismas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de problemas somáticos.

A causa de problemas emocionales (estar triste, deprimido/a, nervioso/a (sin relación a una enfermedad mental)) un 10% de la población asturiana declara haber hecho menos cosas de las queridas, y un 12% que las realizó no tan cuidadosamente como lo hacía habitualmente.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Por la salud física:</b>			
Menos cosas de las queridas	16,4	<b>21,3</b>	<b>19,0</b>
Cosas no tan cuidadosamente	14,7	<b>21,6</b>	<b>18,4</b>
<b>Por un problema emocional:</b>			
Menos cosas de las queridas	5,9	<b>13,9</b>	<b>10,1</b>
Cosas no tan cuidadosamente	6,8	<b>16,0</b>	<b>11,7</b>

Por género, se observan diferencias estadísticamente significativas de género en todas las categorías. En las causadas por la salud física, las mujeres tienen una mayor proporción de hacer menos cosas (21% frente al 16%) y de cuando se hacen no tan cuidadosamente (22% frente a un 15% en los hombres). En las causadas por problemas emocionales, la diferencia es aún mayor siendo superior al doble la proporción de mujeres que debido a este tipo de problemas les genera alteraciones en su actividad respecto a la de los hombres.

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

En cuanto a las distintas proporciones por grupo etario, existe una mayor proporción de personas que tienen alteradas sus actividades a causa de ambos problemas, somáticos o emocionales, en las personas mayores que en las personas jóvenes, llegando a niveles de casi un 62% de las personas mayores que tienen algún tipo de problema para realizar tareas debido a un problema de salud física y un 22% debido a problemas emocionales. Por otra parte, en los jóvenes dichas proporciones son del 21% y 11% respectivamente. En todos los casos, existe una tendencia de incremento de la problemática a medida que aumenta la edad. Esta tendencia se mantiene en todos los tramos etarios en las mujeres y siempre a niveles muy superiores a los de los hombres, especialmente debidos a problemas de salud emocional. Sin embargo es de reseñar, el gran salto en la proporción que se observa en los hombres que hacen menos cosas de las queridas o también el hacerlos con no tanto cuidado debido a causas emocionales entre hombres entre los 45-64 años de edad y el de mayores de 64 años cuya proporción se triplica en esas edades. En las mujeres, no obstante el incremento entre edades es paulatino.

	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Por la salud física:</b>										
Menos cosas de las queridas	10,0	13,4	20,8	31,9	<b>19,0</b>	10,9	13,8	22,6	35,7	<b>21,3</b>
Cosas no tan cuidadosamente	10,8	13,0	19,7	30,2	<b>18,4</b>	11,3	16,0	24,0	32,5	<b>21,6</b>
<b>Por un problema emocional:</b>										
Menos cosas de las queridas	5,4	7,6	10,4	17,4	<b>10,1</b>	7,1	10,8	15,3	20,8	<b>13,9</b>
Cosas no tan cuidadosamente	5,8	9,5	11,7	19,7	<b>11,7</b>	7,1	15,2	17,4	22,3	<b>16,0</b>

Por tipo de hábitat, en todos los tipos hay una mayor proporción de mujeres que tienen problemas para realizar cosas tanto en caso de problemas de salud física como de la emocional (esta con menor frecuencia). La afectación en mujeres es especialmente relevante en la Cuencas Mineras y en particular para los problemas emocionales, con proporciones que se incrementan hasta cuatro veces la proporción respecto a las mujeres de ámbito rural. En los hombres, que tienen niveles de afectación por ambos tipos de problema inferiores a los de las mujeres, sin embargo en el caso de los problemas emocionales los hombres de las cuencas mineras tienen proporciones de hacer menos cosas o no hacerlas tan cuidadosamente debido a causas emocionales superiores entre un 400 y un 600% respecto a las mujeres de las zonas rurales. Son las mujeres y los hombres que viven en zona rural los que tienen menor proporción de hacer menos cosas o no tan cuidadosamente, especialmente para los problemas de origen emocional, y en las cuencas mineras es donde mayor proporción existe.

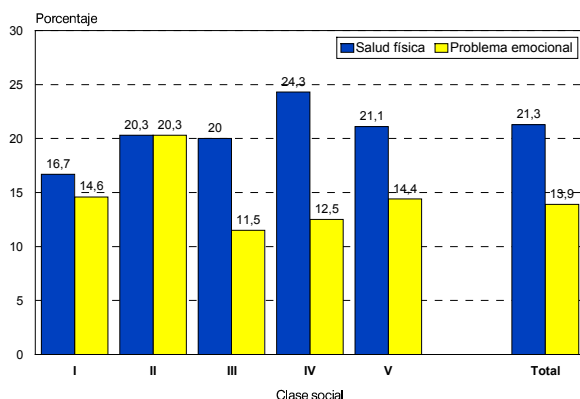
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Por la salud física:</b>				
Menos cosas de las queridas	20,7	19,7	29,4	<b>21,3</b>
Cosas no tan cuidadosamente	15,7	21,1	28,1	<b>21,6</b>
<b>Por un problema emocional:</b>				
Menos cosas de las queridas	7,1	13,2	22,5	<b>13,9</b>
Cosas no tan cuidadosamente	5,7	16,5	21,9	<b>16,0</b>

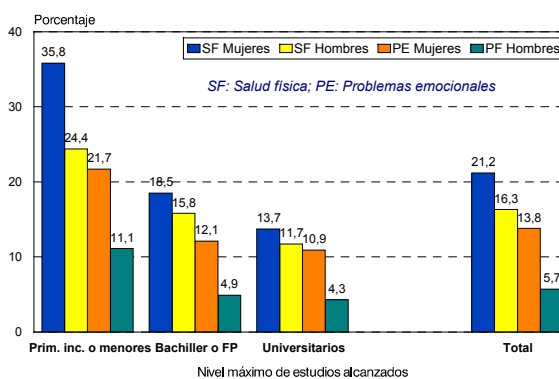
En el análisis de clase social, para haber hecho menos cosas de las queridas a causa de salud física o emocional en mujeres, se observa que hay una cierta tendencia, no muy elevada, a que las clases sociales más altas tengan menos proporción de respuestas a hacer menos cosas de las queridas debido a un problema de salud física. La circunstancia no es similar en el caso de problemas emocionales: las mujeres con menor proporción son las de las clases intermedias (clases III y IV).

Por nivel educativos, la presencia de respuesta de hacer menos cosas de las queridas esta asociada al nivel educativo para cualquier tipo de causa y género de una manera directa. Así, en el caso de mujeres, más de un tercio de ellas con nivel educativo más bajo, han hecho menos cosas de las queridas por un problema físico frente a solo un 14% en las universitarias. Los hombres manifiestan para ambas causas, físicas y emocionales, una menor proporción de respuestas de hacer menos cosas que las mujeres independientemente de la causa y nivel educativo.

**Hacer menos cosas de las queridas a causa de salud física o emocional en mujeres por clase social:**



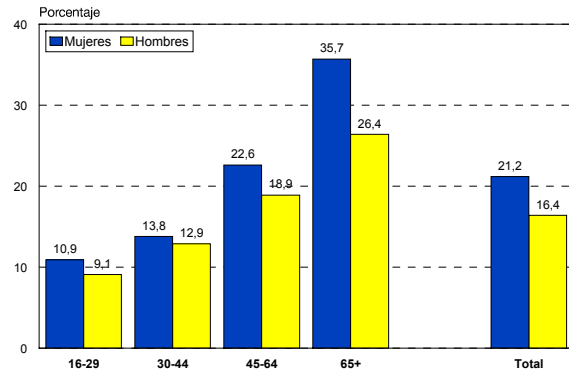
**Hacer menos cosas de las queridas a causa de salud física o emocional por género y nivel de estudios:**



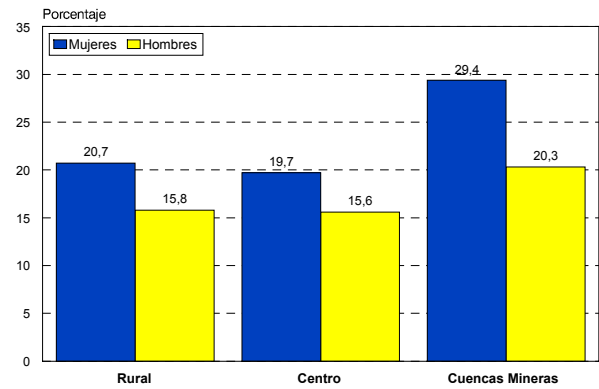
# ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

## Resultados: Salud percibida y calidad de vida

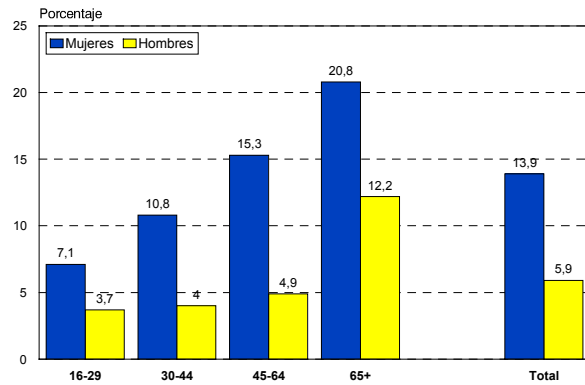
**Hacer menos cosas de las queridas (en el último mes) a causa de problema de salud física por edad y género:**



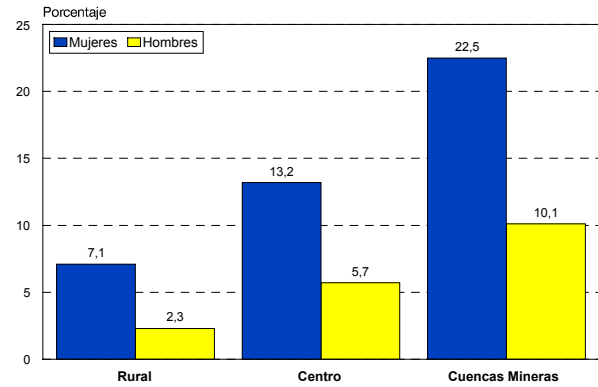
**Hacer menos cosas de las queridas (en el último mes) a causa de problema de salud física por hábitat y género:**



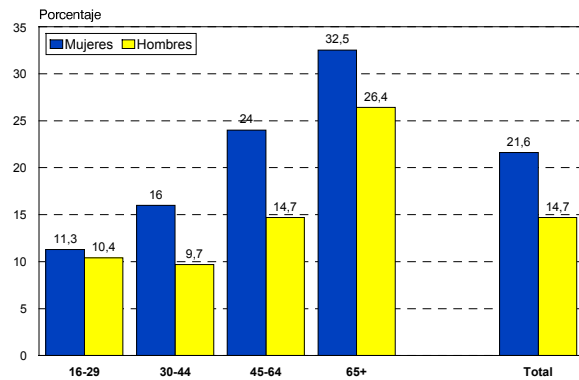
**Hacer menos cosas de las queridas (en el último mes) a causa de un problema emocional por edad y género:**



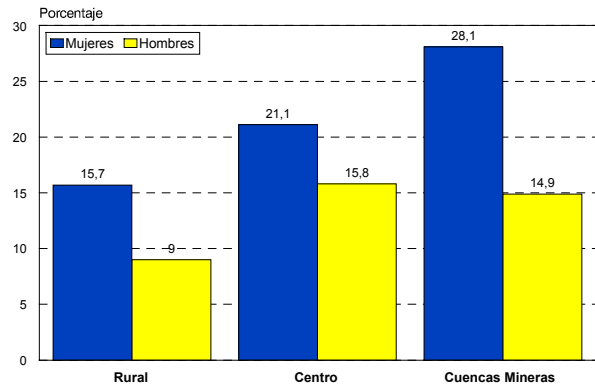
**Hacer menos cosas de las queridas (en el último mes) a causa de problema de salud emocional por hábitat y género:**



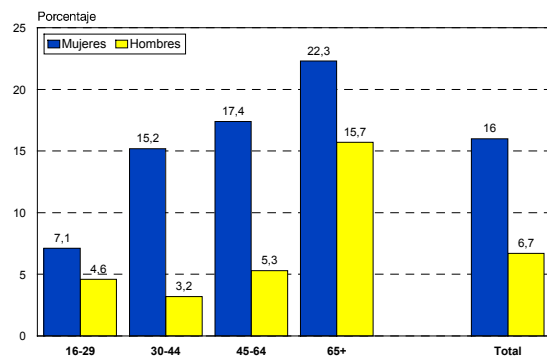
**Hacer cosas no tan cuidadosamente (en el último mes) debido a un problema de salud física por edad y género:**



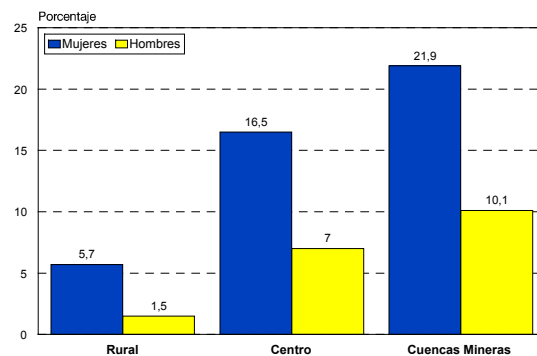
**Hacer cosas no tan cuidadosamente (en el último mes) debido a un problema de salud física por hábitat y género:**



**Hacer cosas no tan cuidadosamente (en el último mes) debido a un problema de salud emocional por edad y género:**



**Hacer cosas no tan cuidadosamente (en el último mes) debido a un problema de salud emocional por hábitat y género:**



## **2.6.- Valoración global de la calidad de vida relacionada con la salud:**

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido una preocupación frecuente entre el personal sanitario, además de otros sectores más directamente relacionados con la misma. En las distintas encuestas de salud realizadas cada vez más se incluyen determinadas variables que permiten intentar monitorizar los niveles de salud de la población como complemento a los indicadores, ya clásicos, de morbilidad y mortalidad además de los de uso de servicios sanitarios, para determinar el estado de salud de una población. La calidad de vida relacionada con la salud es capaz de asociarse claramente con la mortalidad, la hospitalización y el consumo de recursos sanitarios (hospitalización, recursos de atención primaria, etc) además de constituir un objetivo terapéutico en sí mismo.

Existen muchos tipos de medición de la calidad de vida percibida por la población. Cada instrumento de medición abarca determinados ámbitos de los sectores asociados a la calidad de vida relacionadas con la salud que en general se pueden resumir en: situación física (movilidad, deambulación y autocuidados), situación mental (síntomas emocionales, autoestima y cognición), actividades sociales y de apoyo, estado de salud general, cambio de salud, discapacidad y alteración del rol, dolor, etc. Cada instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud tiene su propio campo de información. Por ello, en esta encuesta se han incluido preguntas que borden de una manera más amplia la medición de esta calidad de vida, abordándose cuestiones muy directamente relacionadas con los cuestionarios de medición SF-36 y Euroqol, aunque no se siguen literalmente, como se pueden observar en los cuestionarios de esta Encuesta.

En cuanto al análisis, para efectos de comparación relativa (que no estrictamente real, dado que los cuestionarios no son los mismos) no hemos basado en el análisis y la puntuación de los cuestionarios SF-36 para los ítems de rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se han seguido los ítems de función física según escala Euroqol. La puntuación y transformación de escalas a partir de las puntuaciones crudas se ha hecho según las escalas de valoración del cuestionarios SF-36 y se ha hecho una aproximación según dicha metodología para la variable función física de la escala Euroqol.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

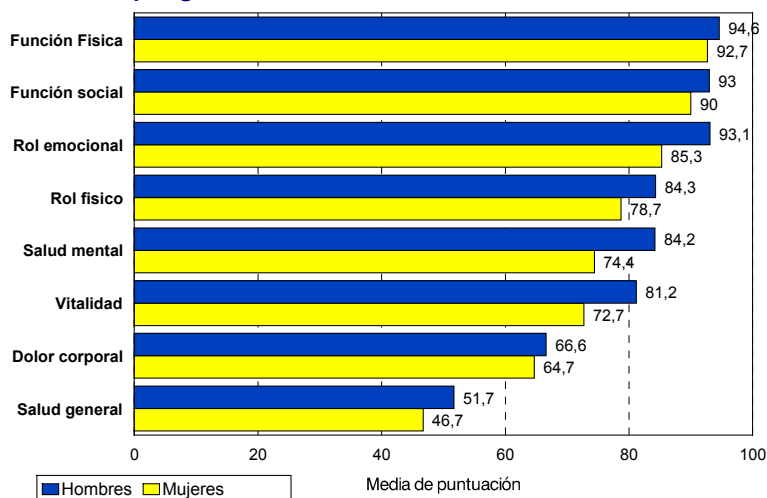
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	
ROL	Concepto
<b>Función Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado en que la salud está limitando las actividades físicas como el cuidado y aseo personal (autocuidados) y los desplazamientos, así como necesidad de estar en cama por motivos de salud.</li> </ul>
<b>Rol Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado en que la salud física está interfiriendo en el trabajo y en otras actividades diarias: menor rendimiento de lo deseado, realización de actividades con menor precisión, y limitación en el tipo de actividades realizadas.</li> </ul>
<b>Dolor Corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El efecto del dolor sobre la actividad principal de la persona entrevistada, tanto en su hogar como fuera de su casa.</li> </ul>
<b>Salud General</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración personal y general sobre su propia salud.</li> </ul>
<b>Vitalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de estar cansado/a y agotado/a.</li> </ul>
<b>Función Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren sobre la habitual vida social.</li> </ul>
<b>Rol Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado en que los problemas emocionales son capaces de interferir sobre el trabajo y otras actividades: menor rendimiento de lo deseado, realización de actividades con menor precisión, y limitación en el tipo de actividades realizadas.</li> </ul>
<b>Salud Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud mental en general, incluyendo el control emocional, control de la conducta, etc.</li> </ul>

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	
ROL	Preguntas realizadas
<b>Función Física (Euroqol)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Está limitado/a por su salud para hacer las siguientes actividades?: Desplazamientos y cuidado y aseo personal.</li> <li>¿Durante los últimos 15 días se ha visto obligado/a a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud?</li> </ul>
<b>Rol Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el último mes, ¿Hizo menos cosas de las que hubiera querido hacer a causa de su salud física?</li> <li>En el último mes. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas no tan cuidadosamente como de costumbre a causa de su salud física?</li> </ul>
<b>Dolor Corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante los últimos 15 días. ¿Ha tenido que reducir o limitar las actividades que Ud. normalmente realiza en su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar) por algún dolor, molestia o síntoma?</li> </ul>
<b>Salud General</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En general, ¿Ud. diría que su salud es?</li> </ul>
<b>Vitalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia tuvo mucha energía?</li> </ul>
<b>Función Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el último mes, ¿Hasta qué punto su salud física han dificultado sus actividades habituales con la familia, los/las amigos/as u otras personas?</li> </ul>
<b>Rol Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el último mes, ¿Hizo menos cosas de las que hubiera querido hacer a causa por algún problema emocional?</li> <li>En el último mes. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas no tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?</li> </ul>
<b>Salud Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia se sintió tranquilo/a y calmado/a?</li> <li>Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado/a y triste?</li> </ul>

El resultado del análisis epidemiológico de los datos de calidad de vida relacionada con la salud, nos muestra que los mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud entre la totalidad de las personas encuestadas se sitúan en los roles de Función Física (mediana 100, media 93,6 en la escala de puntuación (máximo posible de 100)), de Función Social (mediana de 100 y media de 91,4), y Rol Emocional (mediana de 100, media de 89,2). Por el contrario, aquellos roles que tenían las puntuaciones más bajas fueron la valoración de la Salud en general (mediana de 50 y media de 49,1), el Dolor Corporal (mediana de 75 y media de 65,6). En situación intermedia se situaban los roles de Salud Mental (mediana de 100 y media de 79), Rol Físico (mediana de 100 y media de 81,3) y el rol de Vitalidad (mediana de 100 y media de 76,7).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por genero**



Por género, se observan diferencias marcadas en perjuicio de las mujeres. Efectivamente, en todos los roles las puntuaciones medias de calidad de vida relacionada con la salud los resultados de las mujeres son inferiores a las obtenidas por los hombres. Estas diferencias son estadísticamente significativas para un intervalo de confianza del 95% y una p de 0,05 en todos los roles excepto el de Función Física. Las mayores diferencias de género por rol se encuentran en relación al rol de Salud General (puntuaciones de 46,7 (45,2-48,1) en mujeres frente a 51,7 (50,0-53,0) en hombres), en Salud Mental (puntuaciones de 74,4 (72,1-75,8) en mujeres frente a 84,3 (82,1-86,5) en hombres), en Rol Emocional (puntuaciones de 93,1 en hombres y de 85,3 en mujeres), en Rol Físico (84,3 en hombres y 78,7 en mujeres) y en Vitalidad (81,2 en hombres y 72,7 en mujeres).

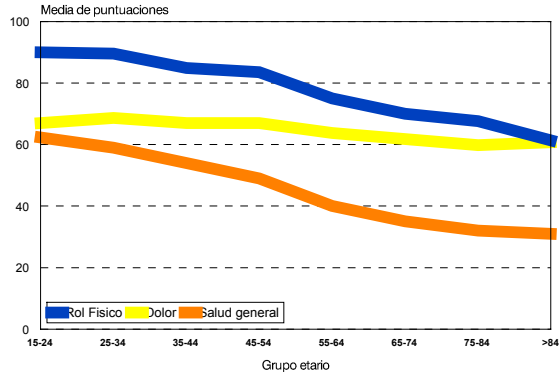
	Hombres	Mujeres	Total
	Mediana	Mediana	Mediana
	Media	Media	Media
<b>Función Física</b>	100	<b>100</b>	<b>100</b>
	94,6	<b>92,7</b>	<b>93,6</b>
<b>Rol Físico</b>	100	<b>100</b>	<b>100</b>
	84,3	<b>78,7</b>	<b>81,3</b>
<b>Dolor Corporal</b>	75	<b>75</b>	<b>75</b>
	66,6	<b>64,7</b>	<b>65,6</b>
<b>Salud General</b>	50	<b>50</b>	<b>50</b>
	51,7	<b>46,7</b>	<b>49,1</b>
<b>Vitalidad</b>	100	<b>100</b>	<b>100</b>
	81,2	<b>72,7</b>	<b>76,7</b>
<b>Función Social</b>	100	<b>100</b>	<b>100</b>
	93,0	<b>90,0</b>	<b>91,4</b>
<b>Rol Emocional</b>	100	<b>100</b>	<b>100</b>
	93,7	<b>85,3</b>	<b>89,2</b>
<b>Salud Mental</b>	100	<b>83,3</b>	<b>100</b>
	84,2	<b>74,4</b>	<b>79,0</b>

Por edad, se observa un marcado descenso de las puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud en todos los roles de calidad de vida a medida que aumentamos en edad siendo las diferencias en todos los casos significativas tanto en el análisis en cuatro grupos etarios como el de ocho grupos. No obstante si se observa en este último análisis, un incremento más marcado en el caso de los Roles Físico, y el Rol de Salud General cuyo descenso es progresivo y marcado desde los primeros grupos etarios. El descenso sucede a partir de los 45-54 años en el rol de Vitalidad y, partir de los 55-64 años en la Función Física. Un hecho relevante es lo que sucede en el campo de los Roles Emocionales y de

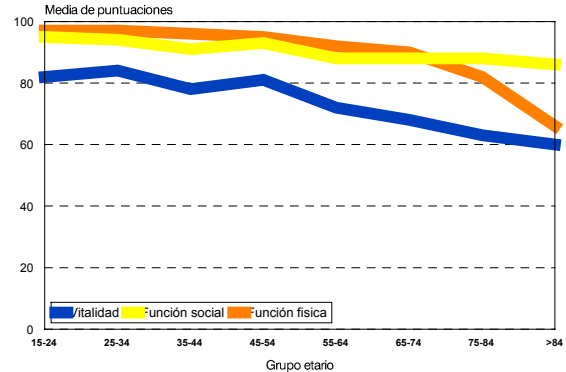
**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Salud Mental, cuyas puntuaciones desciende con la edad, si bien paulatinamente, pero se incrementan sus valoraciones entre las personas muy mayores (más de 84 años de edad).

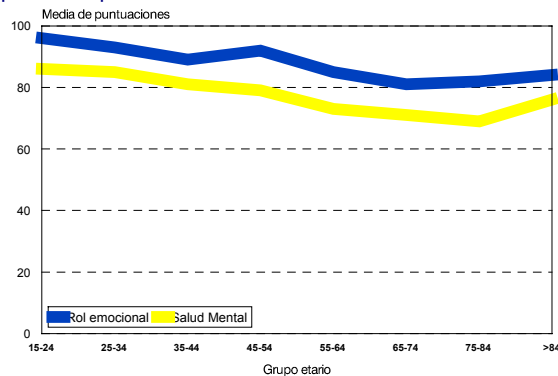
**Calidad de vida relacionada con la salud: Rol físico, dolor y salud general, media de puntuaciones por edad:**



**Calidad de vida relacionada con la salud: Vitalidad, funciones social y física por edad:**



**Calidad de vida relacionada con la salud: Rol emocional y salud mental, media de puntuaciones por edad:**

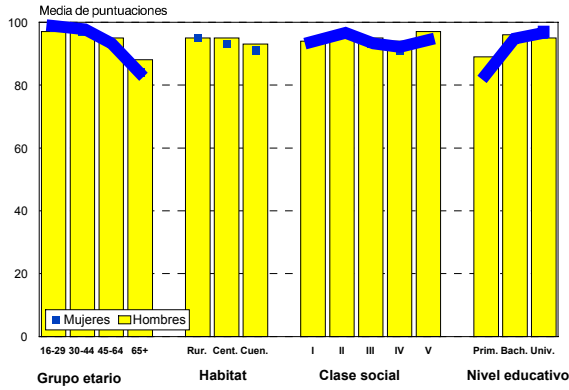


Por edad y género, en el **rol de Función Física** las diferencias de género son marcadas si bien la evolución es paralela pero siempre con similares entre hombres y mujeres siendo ligeramente diferentes en las personas mayores llegando a tener puntuaciones de 88 en hombres y de 85 en mujeres. El **Rol Físico** presenta una evolución entre géneros paralela si bien se observa un gran descenso de las puntuaciones con la edad (pasa de una media de 89,5 en jóvenes a una de 68,8 en mayores). Por su parte., la evolución es similar también en cuanto a género para el **rol de Dolor Corporal**, si bien la disminución de las puntuaciones es relativamente escasa comenzando además a niveles bastante bajos (puntuaciones de 67 y 68 en hombres y mujeres jóvenes, respectivamente). En el **Rol de Salud General** también hay un descenso marcado con la edad, siendo los niveles de las mujeres inferiores a los de los hombres (36,1 en hombres y 32,3 en mujeres mayores) pero evolucionan paralelamente. Por su parte, el **rol de Vitalidad** presenta una mayor diferencia de género estando las puntuaciones de las mujeres bastante por debajo de las de los hombres particularmente en las edades entre 45-64 años (82,5 en hombres y 71,8 en mujeres). El **rol de Función Social** no se ve muy alterado a medida que aumentamos de grupo etario siendo la evolución entre género similar (pasa de puntuaciones de 93-94 en jóvenes a 89 en hombres y 87 en mujeres mayores). Por su parte los **roles Emocional y de Salud Mental** presentan mayores variaciones con la edad y también se observa que las puntuaciones para mujeres son considerablemente mayores que las de los hombres en algunos tramos etarios. En el primer caso, existen diferencias marcadas en el grupo de 30-44 y de 45-64 años (niveles de 96,3 y 94,8 en hombres y de 86,8 y 83,4 en mujeres, respectivamente). En el segundo caso, Salud Mental, las mayores diferencias están a partir de los 44 años (cifras de 82,3 en hombres de 45-64 años y de 77,7 en hombres mayores frente a cifras de 71,2 y de 66,2 en mujeres de las respectivas edades).

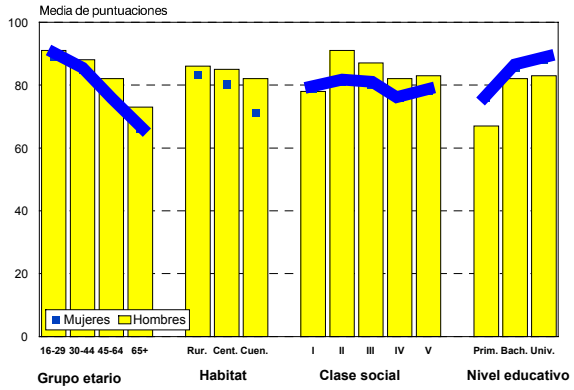
# ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

## Resultados: Salud percibida y calidad de vida

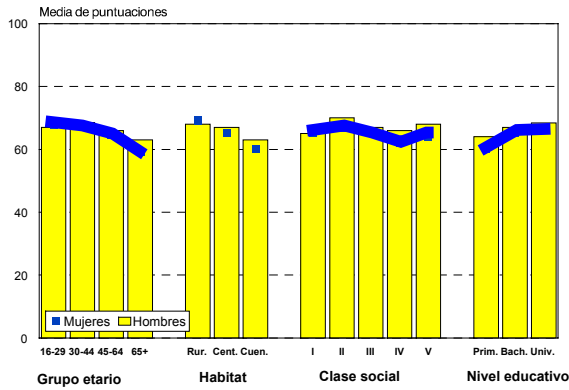
**Calidad de vida relacionada con la salud: FUNCION FISICA, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



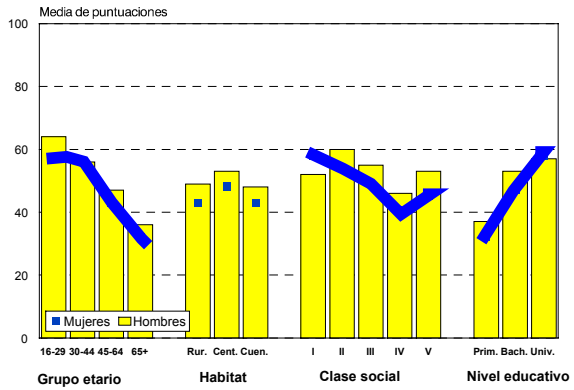
**Calidad de vida relacionada con la salud: ROL FISICO, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



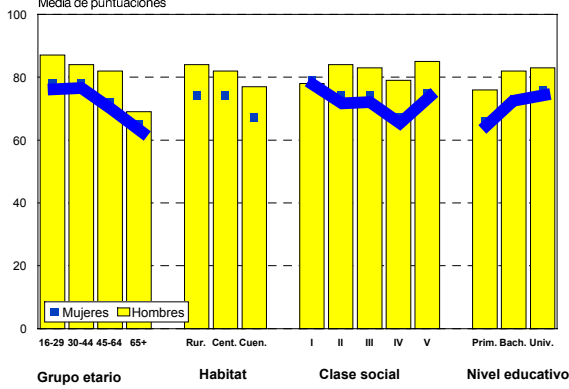
**Calidad de vida relacionada con la salud: DOLOR CORPORAL, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



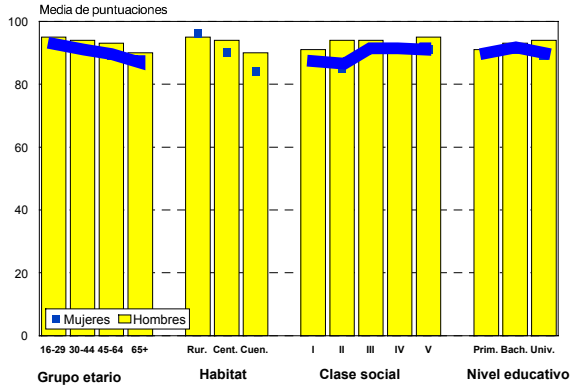
**Calidad de vida relacionada con la salud: SALUD GENERAL, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



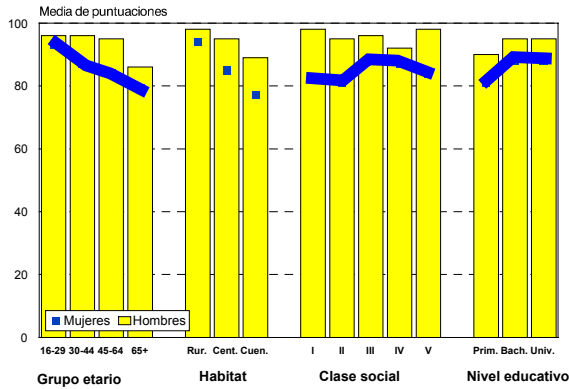
**Calidad de vida relacionada con la salud: VITALIDAD, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



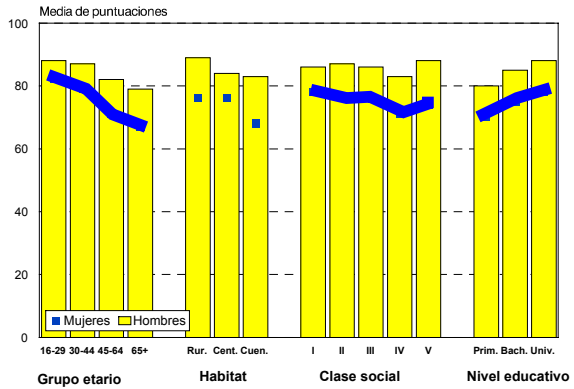
**Calidad de vida relacionada con la salud: FUNCION SOCIAL, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



**Calidad de vida relacionada con la salud: ROL EMOCIONAL, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



**Calidad de vida relacionada con la salud: SALUD MENTAL, media de puntuaciones por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:**



ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media
<b>Función Física</b>	100	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	100	<b>100</b>
	97,0	96,7	95,5	87,9	<b>94,6</b>	97,7	96,8	92,7	84,5	<b>92,7</b>
<b>Rol Físico</b>	100	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	100	<b>100</b>
	90,8	88,3	82,4	73,4	<b>84,3</b>	88,6	85,3	76,2	66,5	<b>78,7</b>
<b>Dolor Corporal</b>	75	75	75	75	<b>75</b>	75	75	75	75	<b>75</b>
	67,5	68,5	66,5	63,3	<b>66,6</b>	68,3	67,5	64,5	58,9	<b>64,7</b>
<b>Salud General</b>	75	50	50	25	<b>50</b>	50	50	50	25	<b>50</b>
	64,0	56,1	47,5	36,3	<b>51,7</b>	57,8	56,1	42,9	32,2	<b>46,7</b>
<b>Vitalidad</b>	100	100	100	50	<b>100</b>	100	100	75	50	<b>100</b>
	87,1	84,3	81,7	69,0	<b>81,2</b>	77,8	77,7	71,6	64,6	<b>72,7</b>
<b>Función Social</b>	100	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	100	<b>100</b>
	94,9	94,1	92,7	89,6	<b>93,0</b>	93,2	91,3	88,8	87,4	<b>90,0</b>
<b>Rol Emocional</b>	100	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	100	<b>100</b>
	95,7	96,2	94,7	86,4	<b>93,7</b>	92,7	87,1	83,7	78,8	<b>85,3</b>
<b>Salud Mental</b>	100	100	100	100	<b>100</b>	100	100	83,3	83,3	<b>83,3</b>
	88,4	87,4	81,9	79,4	<b>84,2</b>	82,0	78,6	71,2	67,2	<b>74,4</b>

Por tipo de hábitat, el **rol de Función Física** no presenta grandes variaciones en su distribución tanto en hombres como en mujeres, siendo no obstante mayor la puntuación en personas residentes en las zonas rurales en ambos sexos como es, por lo general, para casi todos los roles de calidad de vida relacionada con la salud. En el caso del **Rol Físico**, las diferencias son mayores entre las zonas rurales que presentan una mejor puntuación (87,5 en hombres y 81,4 en mujeres frente a 82,3 en hombres y 71,1 en mujeres de las cuencas mineras, que son las personas que, generalmente, presentan peores puntuaciones en casi todos los roles de calidad de vida). Igual situación ocurre con el rol de **Dolor Corporal** (69 en personas de zonas rurales frente a 63 y 60 en hombres y mujeres de las cuencas mineras), el de **Función Social** (puntuaciones de 95-96 en personas de zonas rurales y de 89 y 84 en hombres y mujeres, respectivamente, de cuencas mineras), el de **Vitalidad** (82 y 73 en hombres y mujeres de zonas rurales frente a puntuaciones de 77 y 66 en hombres y mujeres de cuencas mineras) y los **roles emocionales** (puntuaciones de 98 y 93 en zonas rurales, y de solo 89 y 77 en hombres y mujeres de las cuencas mineras) y de **Salud Mental** (que son, aún, peores para las personas de las cuencas mineras: 83 y 67 en hombres y mujeres, respectivamente, frente a puntuaciones de 88 y 75 en personas de los respectivos géneros en las zonas rurales). Solo se aleja de este esquema reiterativo en relación a las puntuaciones de las personas encuestadas el rol de **Salud General**, que tiene una mayor puntuación en personas residentes en la zona central (53 y 48, en hombres y mujeres, respectivamente) siendo similar en los dos tipos de hábitats.

	HOMBRES				MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total	Rural	Centro	Cuencas	Total
	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media
<b>Función Física</b>	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	<b>100</b>
	94,8	95,1	92,8	<b>94,6</b>	95,0	92,6	91,1	<b>92,7</b>
<b>Rol Físico</b>	100	100	100	<b>100</b>	75	75	75	<b>100</b>
	85,7	84,8	81,6	<b>84,3</b>	83,1	79,6	70,9	<b>78,7</b>
<b>Dolor Corporal</b>	75	75	75	<b>75</b>	50	50	50	<b>75</b>
	68,5	67,3	62,6	<b>66,6</b>	69,2	64,8	60,4	<b>64,7</b>
<b>Salud General</b>	50	20	50	<b>50</b>	100	100	50	<b>50</b>
	48,7	52,8	47,9	<b>51,7</b>	43,4	48,2	42,8	<b>46,7</b>
<b>Vitalidad</b>	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	<b>100</b>
	83,6	81,7	76,9	<b>81,2</b>	73,6	73,9	66,6	<b>72,7</b>
<b>Función Social</b>	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	<b>100</b>
	95,0	93,6	89,7	<b>93,0</b>	96,3	90,1	84,1	<b>90,0</b>
<b>Rol Emocional</b>	100	100	100	<b>100</b>	78,8	100	83,3	<b>100</b>
	97,8	94,8	89,5	<b>93,7</b>	93,8	85,4	77,5	<b>85,3</b>
<b>Salud Mental</b>	100	100	100	<b>100</b>	100	100	100	<b>83,3</b>
	89,1	84,5	82,9	<b>84,2</b>	75,8	75,7	67,7	<b>74,4</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Por tipo de clase social al que se le asigna a la personas entrevistada, en el rol de **Función Física** no existen diferencias aparentes entre las distintas clases sociales ni entre géneros. El **rol Físico**, por su parte, presenta una mejor puntuación en la clase social II mucho más aparente en hombres (puntuaciones de 91,7 en hombres y de 80,6 en mujeres) estando las peores puntuaciones en los hombres de clase social I (76,1) y en mujeres de clase social IV (76,9). En el concepto **Dolor Corporal** obtienen mayor puntuación de calidad de vida las personas en clase social II si bien no hay grandes diferencias por clase social. Es lo contrario del rol **Salud General**, en el que obtienen las mayores puntuaciones las mujeres en clase social I (57,9) y los hombres en clase social II (59,9) mientras que las peores están en las personas en clase IV (46,1 en hombres y 40,4 en mujeres). En el concepto **Vitalidad** obtiene más puntuación los hombres en clase social II (84,1) y las mujeres en clase social I (79,5) y como niveles más bajos los de personas en clase social IV (78,8 en hombres y 67,4 en mujeres). La **Función Social** obtiene mejores resultados entre personas en clase social V (94,9 en hombres y 91,5 en mujeres) siendo los niveles más bajos los de los hombres en clase social I (91,5) y mujeres en clase social II (84,7). En los aspectos emocionales los niveles de puntuación de las mujeres son inferiores a los de los hombres en todas las clases sociales. En el **Rol Emocional** los niveles más altos de puntuación se dan en los hombres en clase social V (98,3) y en las mujeres en clase social III (87,3) y los más bajos entre hombres en clase social IV (91,9) y mujeres en clase social II (80,6). En **Salud Mental** se alcanzan los niveles más altos en hombres en clase social V (88,1) y los más bajos entre los de clase social IV (83,2). Entre mujeres son más altas las puntuaciones entre las de clase social y (78,0) y las más bajas entre las de clase social IV (70,9).

	HOMBRES					MUJERES				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media
<b>Función Física</b>	100 94,0	100 96,3	100 94,6	100 93,9	100 96,6	100 94,2	100 94,7	100 93,4	100 91,3	100 93,6
<b>Rol Físico</b>	100 76,1	100 91,7	100 87,1	100 81,7	100 83,0	100 78,4	100 80,6	100 81,2	100 76,9	100 78,9
<b>Dolor Corporal</b>	75 64,8	75 69,9	75 66,8	75 65,6	75 68,2	75 64,8	75 66,8	75 65,4	75 62,4	75 63,6
<b>Salud General</b>	50 51,7	50 59,9	50 55,1	50 46,1	50 53,4	50 57,9	50 53,7	50 48,8	50 40,4	50 45,5
<b>Vitalidad</b>	100 78,9	100 84,3	100 83,2	100 78,8	100 84,7	100 80,7	100 74,2	100 73,8	50 67,4	100 75,0
<b>Función Social</b>	100 91,5	100 94,2	100 94,4	100 92,0	100 94,9	100 86,9	100 84,7	100 90,6	100 91,5	100 90,6
<b>Rol Emocional</b>	100 97,7	100 94,9	100 96,3	100 91,9	100 98,3	100 81,8	100 80,6	100 88,4	100 87,3	100 84,1
<b>Salud Mental</b>	100 85,9	100 86,7	100 85,6	100 83,2	100 88,1	100 78,0	83,3 76,1	83,3 76,4	83,3 70,9	83,3 74,0

Por tipo de estudios realizados por la persona entrevistada, en todos los roles existe un incremento en las puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud a medida que se aumenta el nivel de estudios alcanzado tanto en un género como en otro. La única diferencia es el grado de incremento de las puntuaciones. Así, el mayor incremento en calidad de vida según el nivel educativo se obtiene en el concepto de Salud General, que aparece en ambos sexos y está en unos niveles de 37,4 en hombres y 32,2 en mujeres con estudios primarios o básicos y pasa a ser de 57,1 en hombres y 57,9 en mujeres con estudios universitarios. Por el contrario donde menor incremento hay, casi diríamos situación estables a lo largo de los niveles de estudios es en el rol Función Social, donde los niveles son muy estables (también para la edad y la clase social, no así para el tipo de hábitat) en hombres y mujeres (en estas descienden ligeramente las puntuaciones entre mujeres con estudios universitarios).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

	HOMBRES				MUJERES			
	Primar	Medios	Univers	Total	Primar	Medios	Univers	Total
	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media	Mediana Media
<b>Función Física</b>	100 89,4	100 95,7	100 94,9	<b>100</b> <b>94,6</b>	100 82,8	100 94,9	100 96,3	<b>100</b> <b>92,7</b>
<b>Rol Físico</b>	100 75,6	100 85,5	100 88,0	<b>100</b> <b>84,3</b>	100 67,2	100 81,9	100 82,6	<b>100</b> <b>78,7</b>
<b>Dolor Corporal</b>	75 64,0	75 66,8	75 68,4	<b>75</b> <b>66,6</b>	75 60,0	75 65,0	75 66,1	<b>75</b> <b>64,7</b>
<b>Salud General</b>	25 37,4	50 53,2	50 57,1	<b>50</b> <b>51,7</b>	25 32,3	50 47,5	50 57,9	<b>50</b> <b>46,7</b>
<b>Vitalidad</b>	100 76,2	100 81,8	100 83,3	<b>100</b> <b>81,2</b>	50 66,2	100 72,9	100 75,8	<b>100</b> <b>72,7</b>
<b>Función Social</b>	100 90,8	100 93,5	100 93,8	<b>100</b> <b>93,0</b>	100 90,4	100 90,6	100 88,8	<b>100</b> <b>90,0</b>
<b>Rol Emocional</b>	100 89,8	100 95,2	100 94,9	<b>100</b> <b>93,7</b>	100 81,2	100 87,9	100 87,2	<b>100</b> <b>85,3</b>
<b>Salud Mental</b>	100 79,8	100 85,4	100 87,6	<b>100</b> <b>84,2</b>	83,3 70,2	83,3 74,6	83,3 77,8	<b>83,3</b> <b>74,4</b>

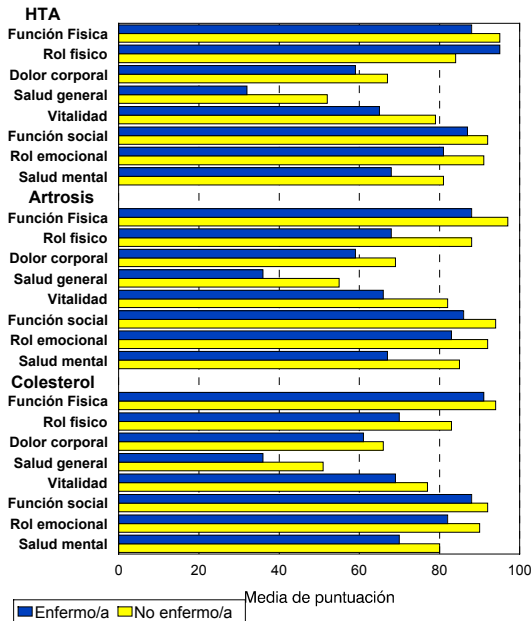
La morbilidad de tipo crónico como un factor que afecta de manera importante a la calidad de vida relacionada con la salud está bien documentada en la abundante bibliografía sobre el tema. En relación al tipo de morbilidad manifestada por la persona entrevistada en nuestra Encuesta de Salud, se observa que en todos los tipos de roles de calidad de vida relacionada con la salud las puntuaciones de los diferentes parámetros son mucho más bajas entre las personas que presentan una enfermedad crónica (véase morbilidad percibida, en el capítulo uno) que entre las personas que manifiestan no estar afectadas por la misma. Evidentemente las mayores alteraciones de calidad de vida entre enfermos/as o no enfermos/as depende de la propia enfermedad crónica y del rol que elijamos para evaluar la calidad de vida. No obstante, las patologías crónicas que más afectadas están en su calidad de vida relacionada con la salud entre enfermos/as y sano/as son la depresión y los procesos de ansiedad, situándose el exceso de colesterol como el proceso crónico de los que se ha estudiado que menos afecta a las puntuaciones de calidad de vida en esta Encuesta.

En el caso de la **Hipertensión arterial** la mayor diferencia de calidad de vida entre enfermos/as o no se encuentra en los roles Salud General (descenso del 39% de las puntuaciones) y Vitalidad (descenso del 17% de las puntuaciones) así como los de Salud Mental y Rol emocional. Es curioso pero entre estos enfermos/as la puntuación para el Rol Físico es mejor entre enfermos/as que entre sanos/as. En cuanto a los **procesos de artrosis, artritis, o problemas reumáticos** las mayores variaciones están en los roles Salud General (descenso del 35%), Salud Mental (descenso del 22%) y Rol Físico (descenso del 24% de las puntuaciones). En el caso de **exceso de colesterol** los/las afectados/as manifiestan mayores diferencias de niveles de calidad de vida en los parámetros de Salud General (un 28% menos) y Rol Físico (descenso del 15%), si bien las diferencias en la totalidad de los roles no son muy marcadas. Las personas afectadas por **diabetes mellitus** manifiestan una pérdida de las puntuaciones de calidad de vida más marcada en el caso del Rol físico (27% de descenso) y Salud General (40% de descenso). Las personas que manifiestan tener **enfermedades del corazón** pierden sobre todo calidad de vida relacionada con el Rol Físico (35%) y Salud General (50%) además de Salud Mental (19%). por su parte aquellas que han padecido **trombosis, embolias o hemorragias cerebrales** lo hacen en Salud General (descenso del 51% de las puntuaciones), Rol Físico (42%) y Salud Mental (25%). Las que manifestaron padecer **asma o bronquitis crónica** lo hacen también en Rol Físico (24% de descenso) y Salud General (30% de descenso). Aquellas que manifestaron padecer o haber padecido **depresión** lo hacen también en Salud general (43% de descenso), y también en Salud Mental (descenso del 48% de las puntuaciones),

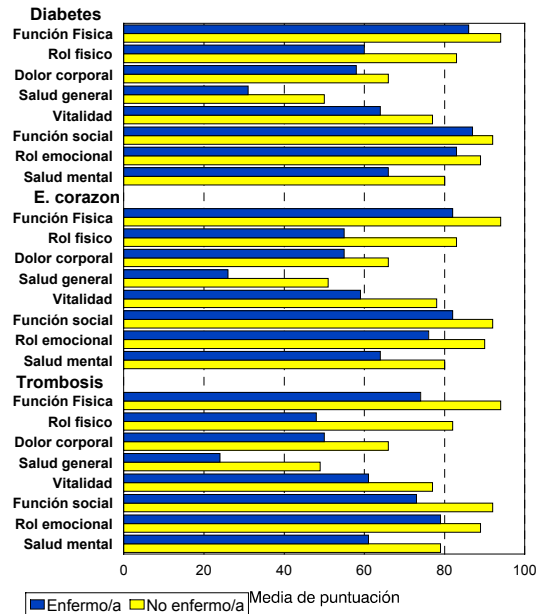
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Rol Físico (33%), Vitalidad (32%) y Rol Emocional (30%). Las que padecen o padecieron **ansiedad**, hacen lo mismo que la anterior enfermedad pero en menor cuantía: Salud Mental (40% de menor puntuación), Salud General (32%), Vitalidad (29%) y Rol Físico (27%).

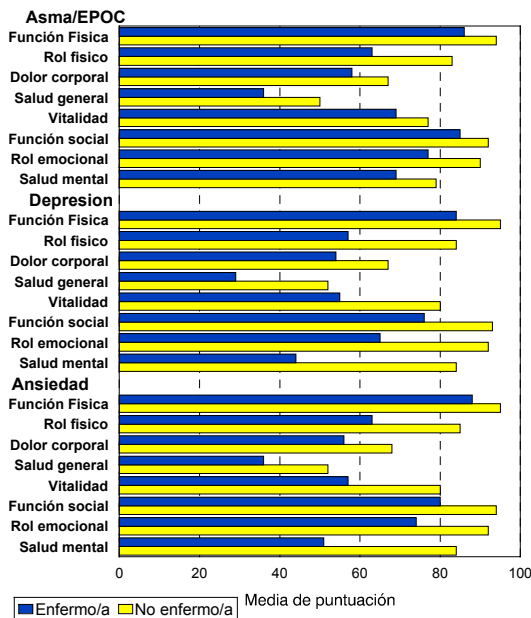
**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por PATOLOGIA CRONICA**



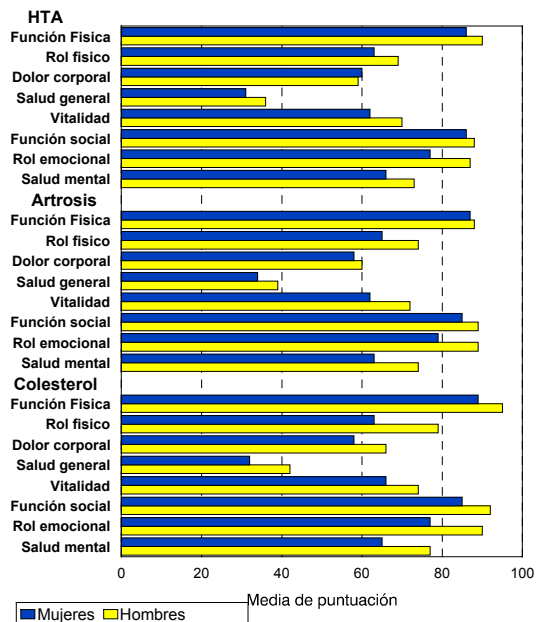
**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por PATOLOGIA CRONICA**



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por PATOLOGIA CRONICA**

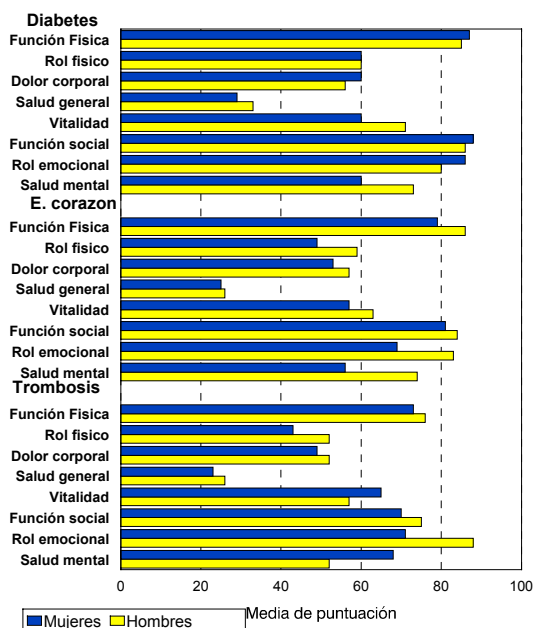


**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por PATOLOGIA CRONICA segun genero:**

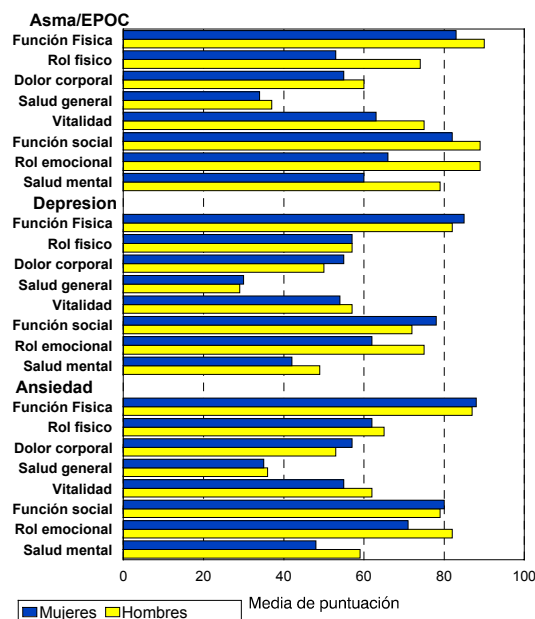


ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por PATOLOGIA CRONICA por genero:**



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Media de resultados por PATOLOGIA CRONICA por genero:**



En el análisis de género para la asociación y pérdida de calidad de vida relacionada con la salud, se observa que para las mismas patologías los niveles de calidad de vida en las mujeres son muy inferiores a las obtenidas por los hombres que padecen los mismos procesos.

Así, en el caso de la **Hipertensión arterial** la mayor diferencia de calidad de vida entre enfermos y enfermas se encuentra en los roles de Vitalidad (un 15% mayor las puntuaciones en hombres), Rol Emocional (un 13%) y en Salud Mental (12%). Las diferencias en función social en este caso son inexistentes. En cuanto a los **procesos de artrosis, artritis, o problemas reumáticos** las mayores variaciones están en los roles Salud Mental (16% mayor puntuación en hombres), Vitalidad (15%), y Salud General (15%). En el caso de **exceso de colesterol** las mayores diferencias de niveles de calidad de vida están en los parámetros de Salud General (un 28% menos en mujeres y Rol Físico (23%). Las personas afectadas por **diabetes mellitus** tienen diferencias de las puntuaciones de calidad de vida más marcada en el caso del Salud Mental (las mujeres tienen un 24% menor puntuación), Vitalidad (deme un 18%) y Salud General (idem un 14%), sin embargo las mujeres tienen mejores puntuaciones que los hombres en Dolor corporal (un 9% mejores) y en Rol Emocional (un 7%). Los hombres que manifiestan tener **enfermedades del corazón** tienen más calidad de vida relacionada con la salud en el Rol Físico (20%) y Rol emocional (22%) además de Salud Mental (30%). Por su parte aquellos hombres que han padecido **trombosis, embolias o hemorragias cerebrales** tienen mejores resultados que las mujeres en Rol emocional y Rol Físico (un 24% de mayor puntuación en ambos roles)mientras que las mujeres presentan mejores puntuaciones en Salud Mental (24%) y Vitalidad (14% mejor puntuación). Las mujeres que manifestaron padecer **asma o bronquitis crónica** tienen muchas peores puntuaciones que los hombres en Salud Mental (23% inferiores), Rol emocional (26%) y Rol Físico (28%). En aquellas personas que manifestaron padecer o haber padecido **depresión** los hombres presentan mejores puntuaciones en los roles de Rol Emocional (21% superiores) y de Salud Mental (17%) mientras que las mujeres las presentan en Función Social (10% superiores) y en Dolor Corporal (8%). Las que padecen o padecieron **ansiedad**, hacen lo mismo que la anterior enfermedad pero en menor cuantía: mejores puntuaciones para hombres en Salud

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Salud percibida y calidad de vida

Mental (23% de mejor puntuación), Rol emocional (17%), mientras que las mujeres las tienen en Dolor corporal (7% mejor puntuación) y en Función social no hay diferencias entre géneros.

### **3.- Redes sociales y ayuda social:**

**OBJETIVOS:**

- Conocer el grado de ayuda social (familiar, vecinal, institucional)
- Conocer el grado de ayuda emocional
- Conocer el tipo de ayuda en la atención de los problemas de salud
- Conocer el grado de participación en actividades de ayuda social y asociacionismo altruista
- Conocer el tipo de actividad social y su auto percepción
- Conocer la existencia de personas de apoyo (confidentes) ante problemas

### **3.1.- Autopercepción de la vida social:**

Contestación a la pregunta: ***En general, Ud. diría que su vida social es:***

Este indicador, elegido como complemento al anteriormente citado como de auto percepción de la felicidad, la existencia de redes sociales y de personas de confianza, intenta integrar al sujeto dentro de su medio, y valorar el grado de interconexión con él, así como de estimar la capacidad que podría tener el medio para dar apoyo al sujeto.

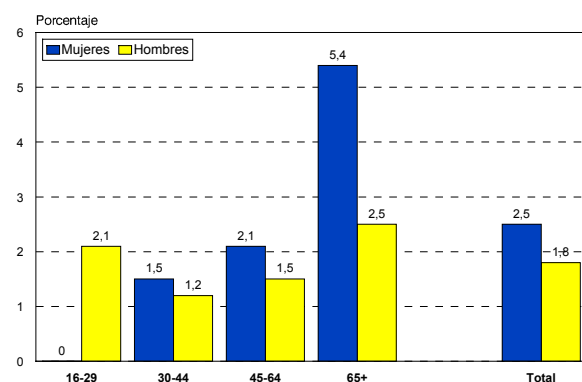
Los resultados que nos da la Encuesta, expresan que un 86% de los asturianos/as indican que su vida social es muy buena o buena. Al contrario un 2,2% de la misma población piensa que su vida social es mala o muy mala.

Por género, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con su vida social entre hombres y mujeres. Los hombres consideran como muy buena su vida social en un 27% de ellos frente a solo un 20% de las mujeres. En el grado bajo de satisfacción, aún habiendo una mayor proporción de mujeres (2,5% frente a un 1,8% de los hombres) que piensan que su vida social es mala o muy mala esas diferencias no son significativas.

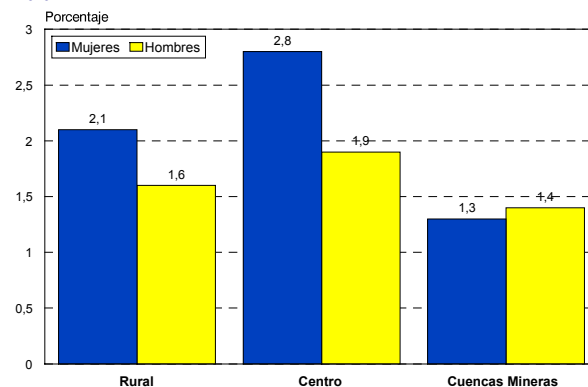
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Muy buena</b>	26,6	<b>19,8</b>	<b>23,0</b>
<b>Buena</b>	60,6	<b>65,4</b>	<b>63,1</b>
<b>Regular</b>	10,6	<b>11,8</b>	<b>11,3</b>
<b>Mala</b>	1,5	<b>2,2</b>	<b>1,9</b>
<b>Muy mala</b>	0,3	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

Por grupo etario, las personas jóvenes están más satisfechas con su vida social (muy buena o buena: 94%), que en las personas mayores (77%), habiendo una clara tendencia descendente en este aspecto en función de la edad. Donde no existen diferencias significativas con respecto a la media global asturiana (sí si comparamos grupos etarios entre ellos) es en la escasa apreciación de la vida social (mala o muy mala). Sin embargo, en el análisis de género, las mujeres tienen una tendencia muy acusada de incremento de una mala apreciación de su vida social (mala o muy mala) pasando de ser casi nula en las mujeres jóvenes a ser de un 5% de las mujeres mayores de 64 años. En los hombres la variación es muy escasa en las distintas edades de la vida (alrededor del 2%).

**Autovaloración de la vida social por edad y género: mala y muy mala**



**Autovaloración de la vida social por habitad y género: mala y muy mala**



ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Redes sociales y ayuda social

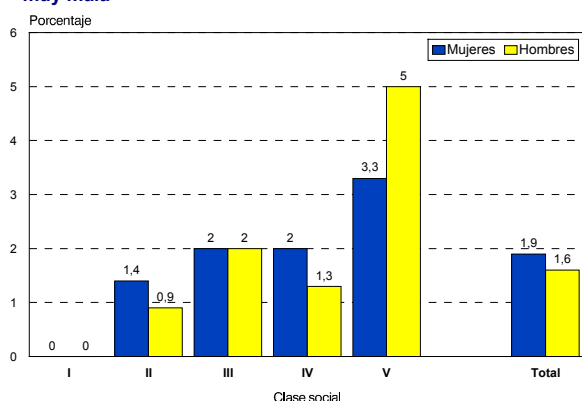
	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Muy buena</b>	37,9	25,8	14,3	15,1	<b>23,0</b>	31,7	23,8	11,5	14,2	<b>19,8</b>
<b>Buena</b>	56,5	64,5	68,7	61,9	<b>63,1</b>	65,0	65,8	70,4	59,9	<b>65,4</b>
<b>Regular</b>	4,2	7,8	15,0	17,8	<b>11,3</b>	2,5	8,2	15,7	19,1	<b>11,8</b>
<b>Mala</b>	0,8	1,2	1,8	3,8	<b>1,9</b>	0	1,5	2,1	5,0	<b>2,2</b>
<b>Muy mala</b>	0,2	0,2	0,0	0,8	<b>0,3</b>	0,4	0,4	0	0,5	<b>0,3</b>

Por tipo de hábitat de residencia, al contrario que para las variables emocionales o afectivas, son las personas de las cuencas mineras aquellas que indican en menor cuantía que su vida social la valoran como mala o muy mala. Por lo general, son las mujeres las que valoran peor su vida social, habiendo diferencias grandes en las mujeres de las zonas centrales y rurales con respecto a los hombres de sus mismas zonas. No obstante, es en las cuencas mineras donde hay una menor proporción de este tipo de respuestas tanto en hombres como mujeres.

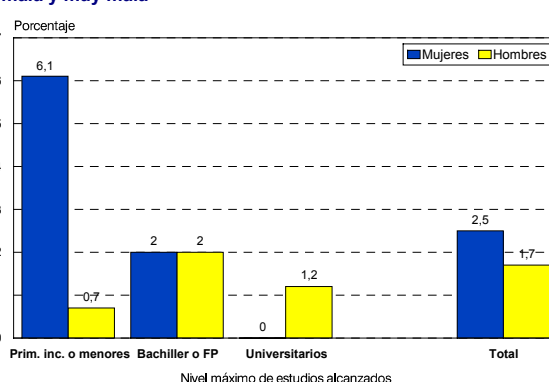
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Muy buena</b>	17,9	21,1	15,0	<b>19,8</b>
<b>Buena</b>	73,6	63,4	66,9	<b>65,4</b>
<b>Regular</b>	5,7	12,0	16,3	<b>11,8</b>
<b>Mala</b>	2,1	2,4	1,3	<b>2,2</b>
<b>Muy mala</b>	0	0,4	0	<b>0,3</b>

Por clase social, la autovaloración de la vida social va empeorando a medida que bajamos de clase social (prácticamente nula en la clase social I, sube al 4% en la clase social V). Los niveles son muy similares entre sexos, si bien parece haber una peor valoración en los hombres de la clase social V.

Autovaloración de la vida social por género y clase social: mala y muy mala



Autovaloración de la vida social por género y nivel de estudios: mala y muy mala



Por nivel educativo, la autovaloración de la vida social va empeorando a medida que bajamos de nivel educativo, particularmente en mujeres: un 6% de las mujeres de niveles más bajos educativos presenta una mala o muy mala apreciación de su vida social frente a la práctica ausencia de esta respuesta en mujeres y hombres de niveles educativos universitarios.

### 3.2.- Dificultades para la vida social debidas a problemas de salud:

Contestación a la pregunta: ***Durante el último mes, ¿Hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades habituales con la familia, los amigos/as u otras personas?***

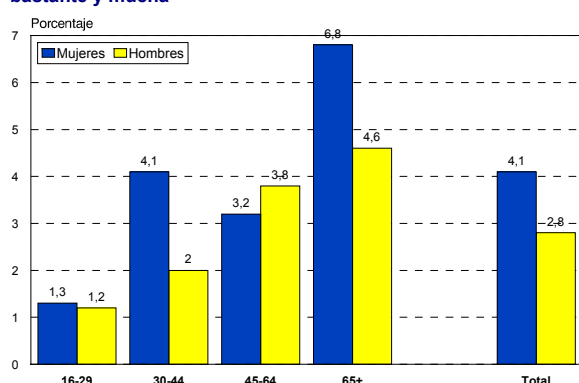
En este caso, más de un 7% de los/as asturianos/as manifiestan que les ha afectado al menos algo su salud física o los problemas emocionales cara a la realización de vida social (fuera del lugar de trabajo o actividad principal).

No existen, en este caso, diferencias estadísticamente significativas entre sexos, aún, a pesar de que la mujeres manifiestan una proporción ligeramente superior (8,2%) que los hombres (6,1%) en cuanto a haber padecido, al menos, algún tipo de dificultad.

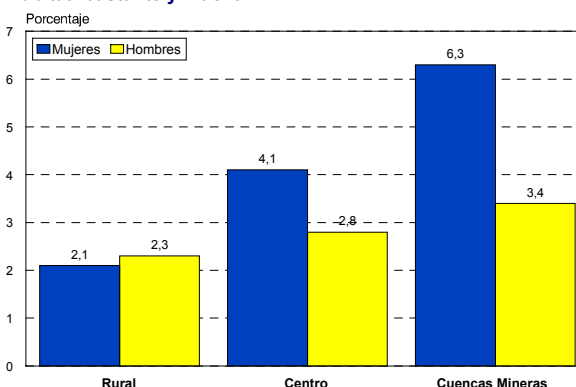
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Nada</b>	81,2	<b>73,2</b>	77,0
<b>Poco</b>	12,6	<b>18,0</b>	15,5
<b>Algo</b>	3,3	<b>4,0</b>	3,7
<b>Bastante</b>	2,5	<b>3,5</b>	3,1
<b>Mucho</b>	0,3	<b>0,7</b>	0,5

Por edades, como es evidente en la mayoría de los indicadores analizados hasta este punto, las personas que mayores dificultades han tenido a causa de problemas de salud física o emocional son las personas mayores (al menos alguna dificultad: 11%). En el otro extremo se sitúan las personas jóvenes con solo un 3,8% de ellas con ese tipo de problemas. La tendencia por grupo etarios es manifiesta en todas las opciones (en unos casos ascendente y en otros descendente, pero en todos los grupos progresiva). No obstante, la distribución por género y edad no es similar. Así mientras solo un 1,3% de las mujeres de 16-29 años indican dificultad (Bastante y mucha) para la vida social a causa de la salud hay un 7% de las mujeres mayores de 64 años en esa circunstancia. A la par los hombres también incrementan la proporción de dificultad a medida que aumenta el grupo etario (del 1,2% al 5% en hombres mayores de 64 años de edad).

**Dificultad para la vida social a causa de la salud por género y edad bastante y mucha**



**Dificultad para la vida social a causa de la salud por género y hábitat: bastante y mucha**



ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Redes sociales y ayuda social

	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Nada</b>	81,6	80,6	75,4	70,2	<b>77,0</b>	78,8	76,2	69,7	68,6	<b>73,2</b>
<b>Poco</b>	14,6	12,6	17,0	17,8	<b>15,5</b>	16,7	15,6	21,6	17,7	<b>18,0</b>
<b>Algo</b>	2,5	3,5	3,4	5,2	<b>3,7</b>	2,9	3,3	4,2	5,3	<b>4,0</b>
<b>Bastante</b>	1,3	2,9	3,1	5,0	<b>3,1</b>	1,3	3,7	3,1	5,7	<b>3,5</b>
<b>Mucho</b>	0,0	0,2	0,9	0,8	<b>0,5</b>	0	0,4	1,0	1,1	<b>0,7</b>

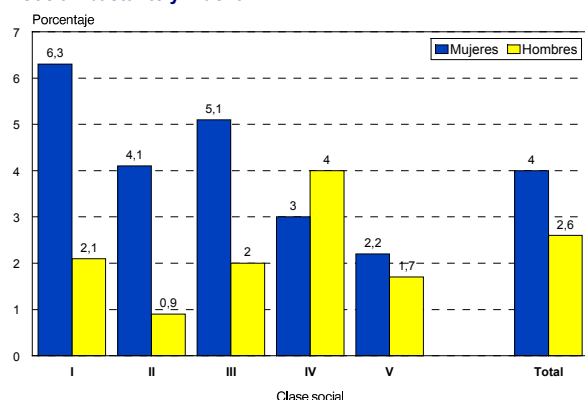
Por hábitat, son las personas de las cuencas mineras las que indican que han tenido mayor dificultad para desarrollar su vida social a causa de su salud, a pesar, de cómo han mencionado en la variable anterior, son los que aprecian más la vida social que realizaban. Esa diferencia entre zonas de residencias se debe, sobre todo, a las respuestas realizadas por las mujeres. Las mujeres de las cuencas mineras tienen una proporción de respuestas de dificultad (bastante y mucha) hasta tres veces superior a las de las residentes en zonas rurales (2%, que son las que tienen una menor dificultad para la vida social a causa de problemas de salud). Las diferencias en los hombres entre distintos hábitats son menos acusadas.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Nada</b>	88,6	73,4	58,1	<b>73,2</b>
<b>Poco</b>	6,4	18,0	27,5	<b>18,0</b>
<b>Algo</b>	0,7	3,7	8,1	<b>4,0</b>
<b>Bastante</b>	2,1	3,2	6,3	<b>3,5</b>
<b>Mucho</b>	0	0,9	0	<b>0,7</b>

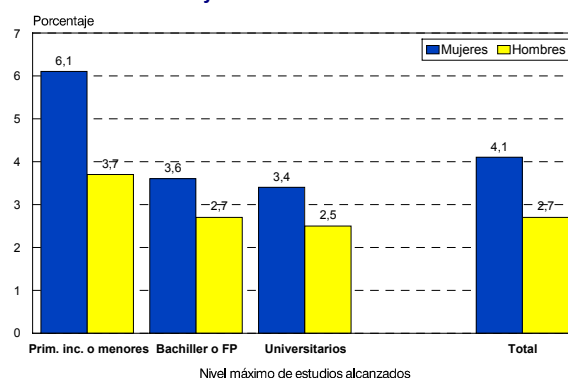
Por clase social, al contrario que en otros indicadores los peores resultados globales corresponden a la clase social más alta (Clase I), en la que un 4% de sus componentes han tenido dificultad para su vida social a causa de la salud. Esta circunstancia se debe, fundamentalmente, a la situación de las mujeres de su grupo. Así, mientras un 6% de las mujeres de esta clase social han tenido bastante o mucha dificultad para la vida social solo lo presenta el 2% de los hombres de la misma clase. Circunstancia parecida, pero con menor proporción se observa en la clase social II.

Por nivel educativo, son las personas con nivel educativo más bajo las que han presentado mayor proporción de bastante o mucha dificultad para la vida social a causa de problemas de salud, fundamentalmente a causa de las altas proporciones manifestadas por las mujeres de ese nivel (6% frente a un 3% de las mujeres de nivel universitario).

Dificultad para la vida social a causa de la salud por género y clase social: bastante y mucha



Dificultad para la vida social a causa de la salud por género y nivel de estudios: bastante y mucha



### **3.3.- Personas con las que pueda hablar (persona confidente):**

Contestación a la pregunta: ***Entre las personas cercanas a Ud. ¿Hay algunas con las que pueda hablar en cualquier momento sobre problemas muy personales?***

Este indicador, complementario a los anteriores, intenta valorar el abordaje de la resolución de problemas o conflictos que viene marcado, entre otros, por la fase de comentar, intercambiar opiniones, consultar, etc. que acompaña a la existencia de problemas, y que, en otros tiempos y en los actuales, era suplido por profesionales de distintos ámbitos. Por ese motivo, en la encuesta se ha aclarado a las personas entrevistadas que hace referencia a la relación no profesional excluyéndose de las respuestas las relaciones con asesores/as, médicos/as, psicólogos/as, curas, etc.), centrándonos en la relación informal más ligada al concepto de persona confidente.

En este caso, cerca de un 97% de las personas entrevistadas cuentan con al menos una persona a la que pueden acudir para compartir su necesidad de hablar, intercambiar opiniones, etc. Un 2,8% de la población manifiesta no tener a ninguna persona de suficiente confianza para hablar de problemas muy personales. Una mayor proporción de mujeres manifiestan tener varias personas a las que poder acudir (84%) que en el caso de hombres (80%). No obstante, en el grado más bajo de apoyo social, las proporciones son similares entre ambos sexos.

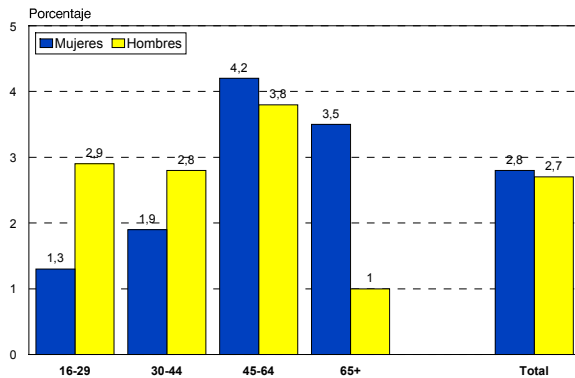
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Sí, varias personas</b>	79,6	<b>84,1</b>	<b>82,0</b>
<b>Sí, una persona</b>	17,0	<b>12,6</b>	<b>14,7</b>
<b>Nadie</b>	2,7	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>

Por grupos etarios, los jóvenes tienen una mayor proporción de varias personas a las que poder acudir (88%) que las personas mayores (78%). No obstante, en cuanto a la ausencia de personas con las que compartir problemas muy personales, la situación es similar en todos los grupos etarios, excepto en las personas de 45-64 años de edad que tienen proporciones relativamente altas (4%) si bien esas diferencias no son estadísticamente significativas. En la cuantificación de la parte más negativa de esta variable (ausencia de alguna persona en esta circunstancia), va aumentando la proporción hasta el grupo etario de 45-64 años de edad en ambos sexos. Por lo general, existe una mayor proporción de mujeres que no tienen a ninguna persona a la que hablar de problemas muy personales particularmente a partir de los 44 años de edad, siendo mayor la proporción de hombres en las edades más jóvenes de la vida.

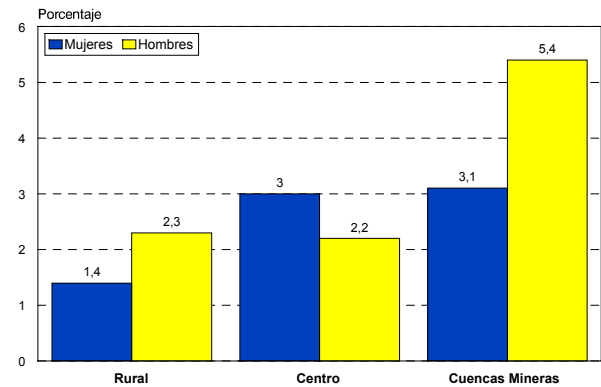
	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Sí, varias personas</b>	87,9	82,0	80,4	78,0	<b>82,0</b>	92,1	87,0	80,8	77,7	<b>84,1</b>
<b>Sí, una persona</b>	9,4	15,1	15,3	18,8	<b>14,7</b>	6,7	10,4	14,6	17,7	<b>12,6</b>
<b>Nadie</b>	2,1	2,3	4,0	2,5	<b>2,8</b>	1,3	1,9	4,2	3,5	<b>2,8</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Redes sociales y ayuda social

Existencia de alguna persona con la que pueda hablar de problemas muy personales por género y edad: ninguna persona



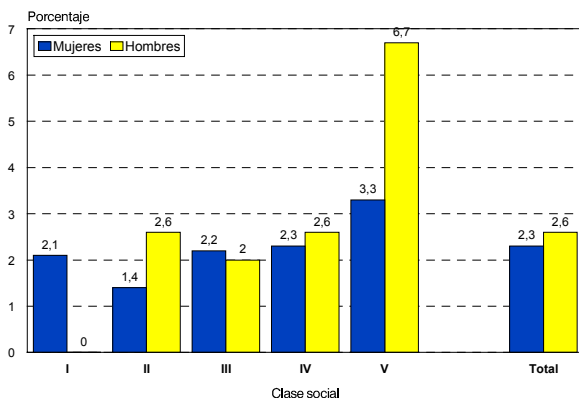
Existencia de alguna persona con la que pueda hablar de problemas muy personales por género y hábitat: ninguna persona



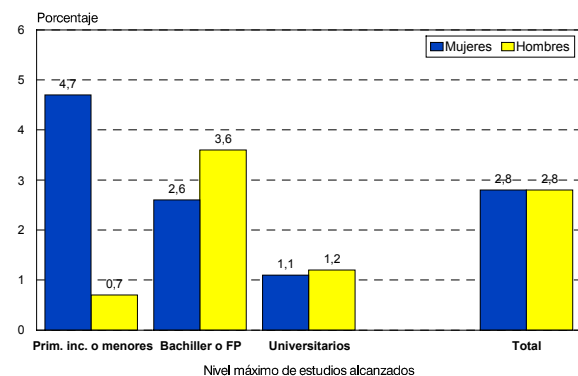
Por tipo de hábitat, las personas que más carencia tienen de alguna persona para hablar de problemas muy personales (confidente) son las residentes en las cuencas mineras (17,5%, ninguna o solo una persona), y aquellas que parece que tiene un mayor soporte de personas son las de ámbito rural. Es muy evidente la situación expresada por las personas residentes en las cuencas mineras, donde existe un 5% de hombres que no tiene a ningún confidente frente a solo un 3% de las mujeres, y en relación a solo un 2% de los hombres de la zona centro.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Sí, varias personas</b>	89,3	83,4	82,5	<b>84,1</b>
<b>Sí, una persona</b>	7,9	13,1	14,4	<b>12,6</b>
<b>Nadie</b>	1,4	3,0	3,1	<b>2,8</b>

Existencia de alguna persona con la que pueda hablar de problemas muy personales por género y clase social: ninguna persona



Existencia de alguna persona con la que pueda hablar de problemas muy personales por género y nivel de estudios: ninguna persona



Por clase social, son las personas de la clase social V (la más baja) las que más problemas tienen de encontrar a una persona confidente (5%) comparado con el 1% de la clase social I. Por género, existe en las clases sociales más bajas una menor proporción de confidente (una mayor proporción de soledad) entre los hombres, mientras que en las clases sociales altas los problemas se centra relativamente más en mujeres si bien a unos niveles mucho más bajos.

Por nivel educativo, la proporción de mujeres con problemas de soledad va descendiendo a medida que aumenta el nivel educativo (del 5% en niveles educativos bajos al 1% en mujeres universitarias). Esa circunstancia no se observa en hombres, dado que aquellos que presentan más proporción de soledad son las personas con niveles educativos intermedios.

## **4.- Estilos de Vida:**

**OBJETIVOS:**

- Conocer el grado de actividad física y sus características
- Conocer la cantidad y la actividad en las horas de descanso y de ocio
- Conocer la prevalencia de consumo de tabaco y las características de su consumo
- Conocer el consumo de alcohol y las características de su consumo
- Conocer el consumo de otras drogas y su patrón
- Conocer el peso y la talla de los/as ciudadanos/as

## **4.1.- Ejercicio físico:**

Para valorar el ejercicio practicado por la población asturiana se han recogido las respuestas de dos preguntas, una referida al ejercicio físico realizado y otra relativa a las tareas realizadas en el tiempo de la actividad principal (considerando como tal, entre otras, a las personas que realicen labores domésticas).

### **4.1.1.- Esfuerzo en la actividad principal:**

Contestación a la pregunta: ***¿En general, en el tiempo de su actividad principal, considera que Ud. está...?:***

En relación a esta pregunta la mitad de la población considera que el tiempo de su actividad principal está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que un más de un tercio (37%) está la mayor parte del tiempo sentada. Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 1% de la población y caminan, llevan algún peso o con desplazamientos frecuentes un 8% de la población adulta asturiana.

Existen disparidades de tipo de tareas realizadas en la actividad principal entre géneros: mientras que en un 3% de los hombres realizan trabajo pesado con gran esfuerzo solo lo hace una de cada quinientas mujeres. Por otra parte mientras un 55% de las mujeres están de pie sin mayores esfuerzos en la actividad principal solo hacen esta tarea un 45% de los hombres. No obstante, cerca de un 40% de los hombres están la mayor parte del tiempo sentados en la actividad principal mientras solo lo hacen un 35% de las mujeres.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>La mayor parte, sentado/a</b>	39,2	<b>34,6</b>	36,7
<b>De pie sin mayores esfuerzos</b>	44,6	<b>55,3</b>	50,3
<b>Caminando, algún peso o desplazamiento</b>	10,0	<b>5,9</b>	7,8
<b>Trabajo pesado, gran esfuerzo físico</b>	2,7	<b>0,2</b>	1,4

Por edades, las personas que tienen una mayor proporción de estar la mayor parte del tiempo sentadas son las personas jóvenes (cerca de la mitad de ellas) mientras que solo un 24,5% de las personas entre 45-64 años hacen esta tarea. Están de pie sin mayores esfuerzos en su actividad principal tres de cada cinco personas de 45-64 años, mientras solo dos de cada cinco personas jóvenes. Realizan gran esfuerzo físico y trabajo pesado proporciones similares de personas de los grupos entre los 16 y 64 años de edad. Evidentemente, en las personas mayores desciende bruscamente este porcentaje. Por género, es de resaltar la gran proporción de hombres jóvenes que están la mayor parte del tiempo de pie sin mayores esfuerzos (38% vs, 10% en mujeres de la misma edad) y, por le contrario, la alta proporción de mujeres de 45-64 años que manifiestan estar de pie sin mayores esfuerzos la mayor parte de la actividad principal (71% vs. un 62% de los hombres de la misma edad). También son evidentes las diferencias en el hábito de esfuerzos físicos pesados prácticamente en todos los tramos etarios los hombres presentan proporciones mucho más elevadas que las mujeres.

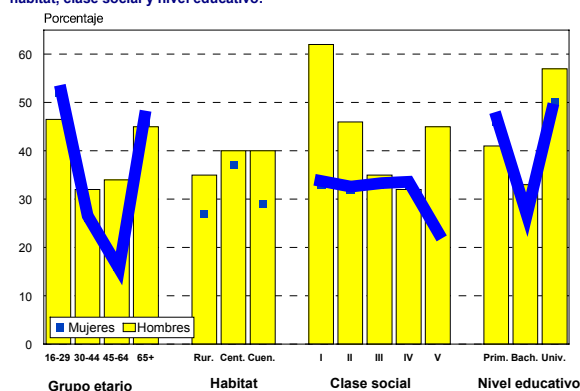
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>La mayor parte, sentado/a</b>	49,6	29,1	24,5	46,0	<b>36,7</b>	52,5	25,7	16,4	45,9	<b>34,6</b>
<b>De pie sin mayores esfuerzos</b>	37,7	55,0	61,6	44,7	<b>50,3</b>	10,0	62,8	71,1	44,5	<b>55,3</b>
<b>Caminando, algún peso o desplazamiento</b>	7,5	10,7	7,6	5,3	<b>7,8</b>	4,2	7,8	6,6	4,6	<b>5,9</b>
<b>Trabajo pesado, gran esfuerzo físico</b>	1,5	1,7	1,8	0,4	<b>1,4</b>	0	0	0,7	0,2	<b>0,2</b>

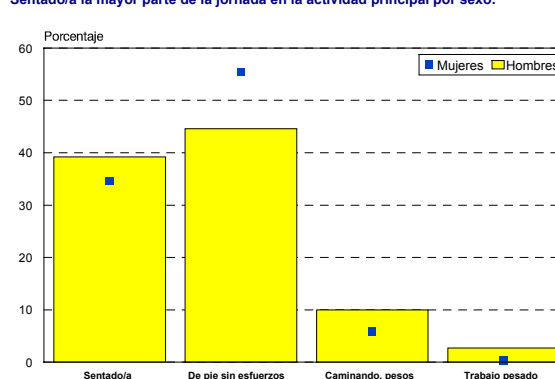
Por tipo de hábitat, también en el apartado de estar de pie sin mayores esfuerzos, se observa una mayor proporción de mujeres independientemente de la edad, pero sí se observa que las mujeres de la zona centro tienen una menor proporción de este tipo de actividad (51% frente a un 70% de las rurales), y, por el contrario, tiene una mayor actividad estando la mayor parte del tiempo sentadas (37% frente a un 27% en mujeres rurales) y en estar caminando con algún desplazamiento (7%). En el caso de los hombres no existe una diferencia marcada entre la actividad de unos y otros según el hábitat que les toca vivir.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>La mayor parte, sentado/a</b>	27,1	36,9	28,8	<b>34,6</b>
<b>De pie sin mayores esfuerzos</b>	70,0	50,9	63,1	<b>55,3</b>
<b>Caminando, algún peso o desplazamiento</b>	0,7	6,7	6,3	<b>5,9</b>
<b>Trabajo pesado, gran esfuerzo físico</b>	0,7	0,1	0	<b>0,2</b>

Sentado/a la mayor parte de la jornada en la actividad principal por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel educativo:



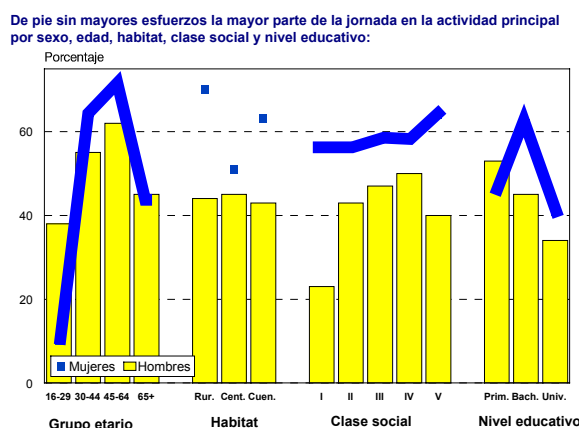
Sentado/a la mayor parte de la jornada en la actividad principal por sexo:



Según la clase social existe una mayor proporción, sobre todo en hombres, de personas de las clases sociales más altas (I y II) que están la mayor parte de su actividad principal sentadas, descendiendo dicha proporción a medida que bajamos de clase social. Al contrario sucede, en la opción de estar la mayor parte del tiempo de pie sin mayores

esfuerzos que aumenta la proporción en ambos sexos a medida que descendemos de clase social.

Por nivel de estudios, existe una desproporción en el comportamiento de hombres y mujeres: están de pie más los hombres de nivel educativo universitario, mientras que los hombres de nivel de estudios primarios tienen proporciones más elevadas para la respuesta de estar de pie sin mayores esfuerzos.



#### 4.1.2.- Práctica de ejercicio físico o actividad deportiva:

Contestación a la pregunta: **¿Practica Ud. ejercicio físico?:**

Opciones: *No hago ejercicio, Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear, jardinería, gimnasia suave, etc.), Realizo alguna actividad física regular (varias veces al mes: tenis, gimnasia, correr, natación, etc.), Hago entrenamiento físico varias veces a la semana.*

Un 45% de la población adulta asturiana declara hacer ejercicio físico ocasionalmente mientras un 34% no hacen ejercicio habitualmente. Solo hacen ejercicio en forma de entrenamiento un 8% de la población adulta. Un 13% de la población menciona hacer alguna actividad física regular (varias veces al mes).

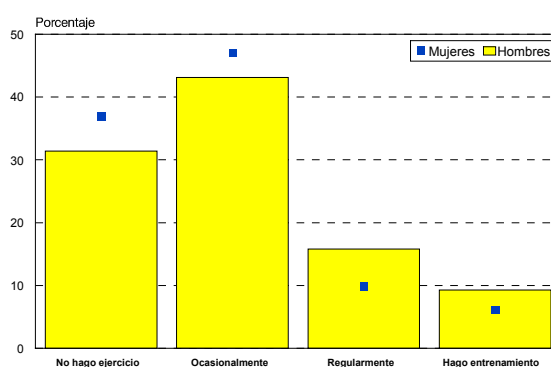
Por género, las personas que hacen más ejercicio físico son los hombres situándose las mujeres, generalmente, en los grupos de actividad con menor ejercicio físico. Uno de cada diez hombres dice hacer entrenamiento físico (ejercicio varias veces a la semana) mientras solo lo dice una de cada 16 mujeres. Uno de cada seis hombres declara hacer ejercicio regularmente mientras que solo lo declara una de cada diez mujeres. Un 37% de las mujeres dicen no hacen ejercicio mientras que indica lo mismo un 31% de los hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>No hago ejercicio</b>	31,4	<b>36,9</b>	<b>34,3</b>
<b>Ocasionalmente</b>	43,1	<b>46,9</b>	<b>45,1</b>
<b>Regularmente</b>	15,8	<b>9,9</b>	<b>12,7</b>
<b>Hago entrenamiento (varias veces/semana)</b>	9,3	<b>6,1</b>	<b>7,6</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Por edades, hacen ejercicio más intenso las personas jóvenes: uno de cada seis personas jóvenes hacen entrenamiento físico, mientras que lo hace solo una de cada sesenta personas mayores. El ejercicio realizado de forma regular (varias veces al mes) lo practica una de cada cinco personas jóvenes mientras solo lo hace una de cada doce personas mayores. No obstante, paradójicamente, también existe una alta proporción de personas jóvenes que no realizan ejercicio físico (más que en el caso de las personas mayores), manifestando un doble comportamiento característico de las personas jóvenes: o no se realiza ejercicio o, cuando se realiza, se hace más intensamente. La proporción de mujeres jóvenes que no hace ejercicio físico se eleva al 40% (36% en hombres jóvenes), siendo, en el caso de las mujeres, incluso, superior a las cifras manifestadas por las mujeres de mayor edad (35%). En hombres la proporción de personas que no hacen ejercicio va disminuyendo con la edad. Si parece haber en los hombres jóvenes una buena proporción de personas que hacen ejercicio regularmente, aunque también cae su proporción con la edad.

Realización de ejercicio físico por sexo:



	TOTAL				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>No hago ejercicio</b>	36,1	40,0	32,7	28,1	<b>34,3</b>	39,6	40,9	33,1	34,6	<b>36,9</b>
<b>Ocasionalmente</b>	27,6	38,9	51,5	62,1	<b>45,1</b>	35,4	42,0	51,6	56,5	<b>46,9</b>
<b>Regularmente</b>	19,6	13,0	10,3	8,1	<b>12,7</b>	12,5	10,8	9,4	7,4	<b>9,9</b>
<b>Hago entrenamiento (varias/semana)</b>	15,9	7,9	5,3	1,7	<b>7,6</b>	12,1	6,3	5,6	1,4	<b>6,1</b>

Por hábitat, los hombres de la zona rural son los que manifiestan con más frecuencia el no hacer ejercicio en relación a otros hábitats, circunstancia que es la opuesta de las mujeres rurales que son las que menor proporción tienen de esta respuesta. En mujeres son las de las cuencas mineras las que manifiestan en más de un 40% el no realizar nada de ejercicio físico. Al contrario son las mujeres de la zona centro las que indican con mayor proporción el realizar ejercicio ocasionalmente. Y, es de destacar, la altísima proporción de mujeres rurales que manifiestan realizar ejercicio regularmente (varias veces al mes): un 28% frente a solo un 6% de las mujeres de las zonas centrales. Un 8% de las mujeres de las cuencas mineras dicen realizar actividades consideradas de entrenamiento.

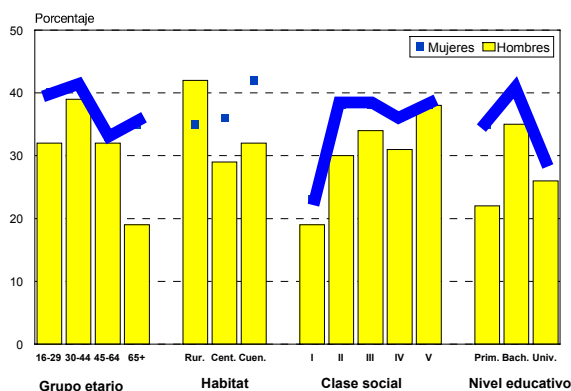
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>No hago ejercicio</b>	35,0	36,0	42,5	<b>36,9</b>
<b>Ocasionalmente</b>	35,0	51,7	34,4	<b>46,9</b>
<b>Regularmente</b>	27,9	5,7	15,0	<b>9,9</b>
<b>Hago entrenamiento (varias/semana)</b>	2,1	6,4	8,1	<b>6,1</b>

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Estilos de vida

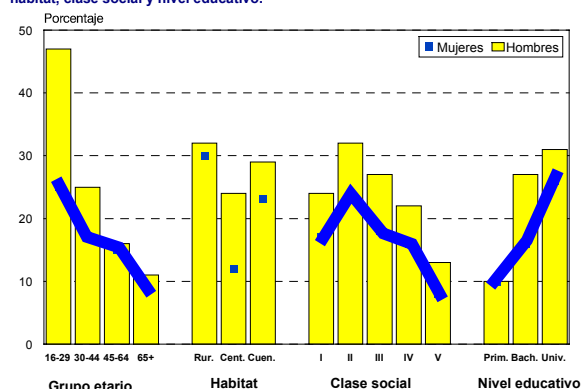
Por clase social, existe una mayor proporción de no realizar ningún ejercicio físico en las clases sociales más bajas tanto en hombres (más marcadamente) como en las mujeres. En cuanto a la realización de al menos alguna actividad física regular la evolución es inversa, hay una mayor proporción de personal en clases sociales I y II que manifiestan realizar este tipo de ejercicio.

Por nivel educativo, la ausencia de ejercicio es más frecuentes, en hombres y mujeres, en las personas con niveles de estudio medios. En cambio, la realización de al menos actividad física de carácter regular es mucho más frecuente en personas con estudios superiores tanto en hombres como en mujeres.

No hago ejercicio por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



Hacer al menos alguna actividad física regular o entrenamiento por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



## 4.2.- Medidas antropométricas:

### 4.2.1.- Peso y talla:

Contestación a las preguntas: **¿Podría indicarnos cual es su peso actual en Kg. Sin zapatos ni ropa?. ¿Podría indicarnos cuánto mide Ud. sin tacones en cm?**

Las variables son numéricas:

**Peso:** en Kg. Sin zapatos ni ropa. En caso de que no se supiera se debía descontar medio Kg. por ropa (sin abrigo) y/o medio Kg. por ambos zapatos.

**Altura:** medida en cm, sin zapatos (si se midió sin zapatos, descontar la parte proporcional de la altura del tacón de dichos zapatos).

La altura media declarada de la población adulta asturiana de cualquier edad realizada en el año 2002 (recuérdese que en determinadas estadísticas realizan el cálculo de la altura media mediante la medición de la población a una edad concreta, generalmente a los veinte años) en Asturias es de 166 cm con una desviación típica relativamente muy baja.

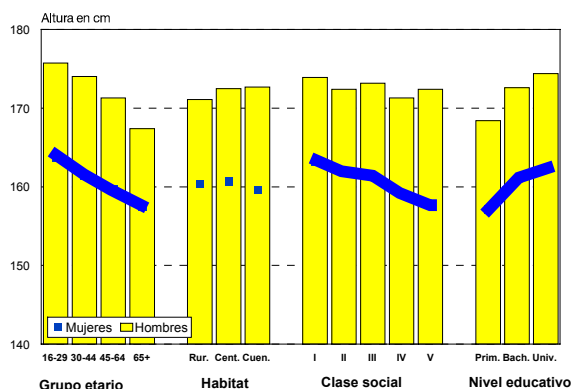
El peso medio declarado de la población asturiana de cualquier edad en el año 2002 es de 71,1 Kg.

Por géneros, los hombres son más altos que las mujeres para el conjunto de edades: la altura media declarada en hombres es de 172 cm frente a solo 160 cm de las mujeres. También, los hombres pesan más que las mujeres: el peso medio de los hombres se sitúa en 78 Kg. frente a los 65 Kg. de media en mujeres.

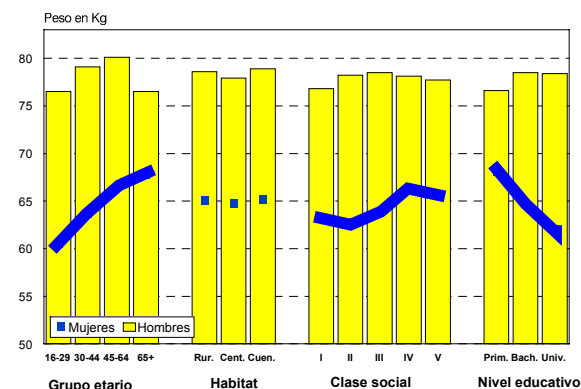
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	Hombres	Mujeres	Total
	Media	Media	Media
<b>Peso sin ropa ni zapatos (Kg.)</b>	78,2	64,8	71,1
<b>DE</b>	11,1	11,4	13,1
<b>Altura sin tacones (cm.)</b>	172,3	160,4	166,0
<b>DE</b>	7,4	9,5	10,5

Altura media (en cm) por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



Peso medio (en Kg) por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



Analizando la altura atendiendo a criterios de cohortes como anteriormente se realizaba en España a partir de los tallajes realizados en los Centros de Reclutamiento a los hombres que iban a prestar el Servicio Militar para el cálculo de la talla media en hombres a esas edades, y para el cálculo de la talla media en mujeres a esas edades restándole 10 cm a la talla media de los hombres se alcanzaba una talla media por sexo muy estimativa y con grandes errores. Para intentar compararnos con esos criterios y eligiendo a las personas entre los 19-21 años de edad, ambos inclusive, con el objeto de tener un número suficiente de sujetos que garantice una adecuada precisión, la talla media en hombres de 19-21 años de edad en la muestra de la Encuesta (n=34) es de 175,7 cm (DE: 5,9) y en mujeres de la misma edad (calculada directamente a partir de nuestra muestra, n=38) es de 163,7 cm (DE: 5,5) y una talla media para ambos sexos (n=72) de 169,4 cm (DE: 8,3).

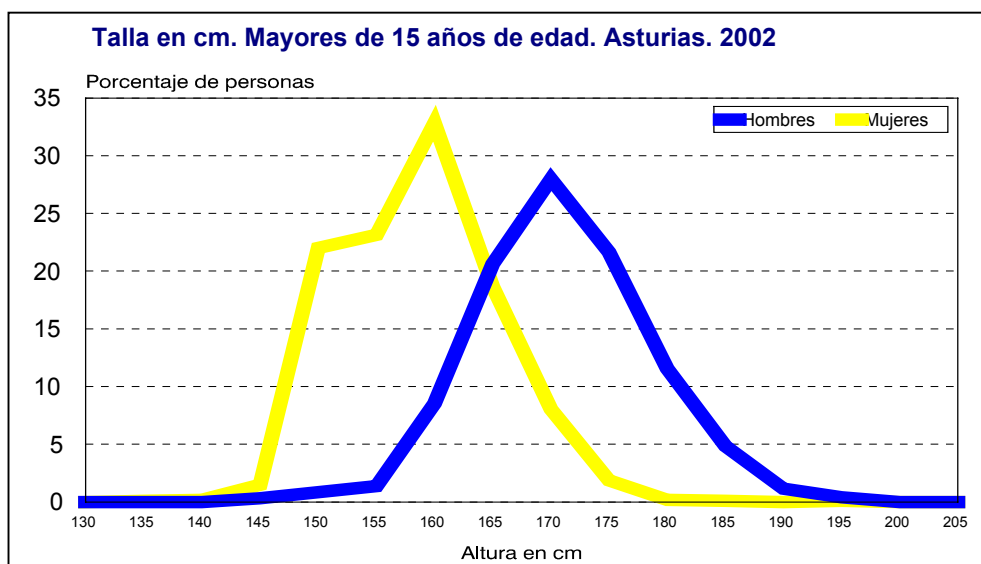
Por edades también existen diferencias: son más altas las personas más jóvenes: media de las personas jóvenes de 170 cm frente a 162 cm en las personas mayores detectándose un incremento de dos cm cada diez años de generación en la altura media. Por género, la talla en hombres es más elevada que en mujeres a lo largo de todos los grupos etarios. No obstante se observa distinta representación etaria en ambos géneros: incremento de 1-2 cm por cada grupo etario en hombres, siendo en el caso de las mujeres de unos 3 cm entre cada grupo etario. Por otra parte, y debido, a lo anterior la diferencia de altura media dentro de los distintos grupos ha ido aumentando desde 10 cm en personas de más de 64 años a 12 cm en el resto de grupos.

El peso medio más elevado corresponde a las personas de 45-64 años de edad (73 kg.) siendo las personas con menos peso las personas jóvenes (69 Kg.). El peso medio por género nos desvela que aumenta con la edad, particularmente en mujeres, no obstante en hombres mayores baja un poco. El peso medio en hombres se incrementa en unos 2 Kg por grupo hasta la edad de 64 años, siendo el incremento en mujeres de 3 Kg por grupo etario.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
<b>Peso sin ropa ni zapatos (Kg.)</b>	76,5	79,1	80,1	76,5	<b>78,2</b>	60,5	63,6	66,5	67,8	<b>64,8</b>
<b>DE</b>	11,8	10,6	10,2	11,5	<b>11,1</b>	11,6	11,2	11,2	10,5	<b>11,4</b>
<b>Altura sin tacones (cm.)</b>	175,8	174,0	171,3	167,4	<b>172,3</b>	163,7	161,4	159,7	157,5	<b>160,4</b>
<b>DE</b>	6,7	7,5	6,3	6,7	<b>7,4</b>	8,9	10,7	6,6	10,3	<b>9,5</b>

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	Media	Media	Media	Media	Media
<b>Peso sin ropa ni zapatos (Kg.)</b>	68,6	71,1	73,1	71,3	<b>71,1</b>
<b>DE</b>	14,2	13,3	12,7	11,7	<b>13,1</b>
<b>Altura sin tacones (cm.)</b>	169,7	167,4	165,3	161,6	<b>166,0</b>
<b>DE</b>	9,9	11,2	8,7	10,2	<b>10,5</b>



Por hábitat, las personas que residen en zonas rurales tienen una altura un poco inferior a las del resto de zonas, en especial los hombres. Si acaso, las mujeres de las cuencas mineras son ligeramente más bajas (159,6 cm) que el resto de mujeres (160,4 cm). En relación al peso, no hay diferencias muy marcada entre hábitats.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	Media	Media	Media	Media
<b>Peso sin ropa ni zapatos (Kg.)</b>	65,0	64,7	65,1	<b>64,8</b>
<b>DE</b>	10,6	11,7	11,1	<b>11,4</b>
<b>Altura sin tacones (cm.)</b>	160,3	160,6	159,6	<b>160,4</b>
<b>DE</b>	5,0	10,6	6,4	<b>9,5</b>

Por clase social, tanto en hombres como, particularmente, en mujeres hay una menor altura a medida que bajamos de clase social. En relación al peso, no hay grandes

diferencias globales, si bien tienen un peso medio menor las personas de clases altas y bajas.

Por nivel de estudios, que recordemos también está directamente ligado a la edad, existe un marcado incremento en la altura media a medida que se asciende de nivel educativo, especialmente en hombres (incremento medio de unos 2-3 cm de altura por cada nivel).

#### **4.2.2.- Opinión sobre el peso y talla:**

La opinión de cual es su peso y su talla es fundamental para la propia percepción de su esquema corporal, y más aún para la instauración de políticas encaminadas a modificar el comportamiento de consumo de nutrientes o de la intervención en relación a la obesidad. Para conocer como se siente la población en relación a su peso y talla se realizó la siguiente pregunta:

Contestación a la pregunta: ***¿Según su opinión, Ud. considera que su peso en relación a su talla es...?***

Un 58% de las personas consideran que la relación entre su peso y su talla es normal, mientras que una de cada tres personas considera que su peso es alto (en relación a su talla). Solo un 4% de la población cree que su peso es muy alto, y un 5% en que su peso es bajo.

Las mujeres consideran que tienen un mayor peso que los hombres: un 61,5% de los hombres cree tener un peso normal mientras que solo lo hace un 55% de las mujeres. Un 6% de las mujeres cree tener un peso muy alto frente a solo un 2% de los hombres.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Muy alto</b>	2,3	<b>5,9</b>	<b>4,2</b>
<b>Alto</b>	30,4	<b>33,3</b>	<b>32,0</b>
<b>Normal</b>	61,5	<b>55,0</b>	<b>58,1</b>
<b>Bajo</b>	4,8	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>
<b>Muy bajo</b>	0,4	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>

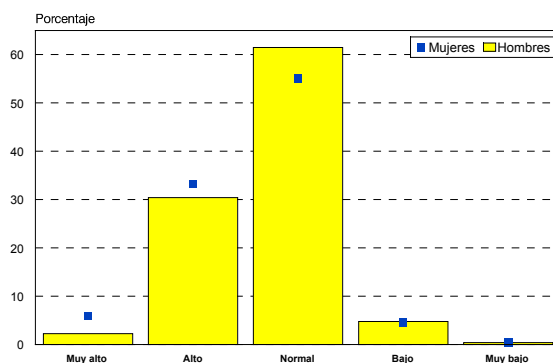
Por edades, las personas de 45-64 años de edad consideran que tienen un peso superior al normal, mientras que son las personas jóvenes las que opinan en mayor proporción que su peso es normal o bajo. Así, dos de cada tres personas jóvenes piensan que su peso es normal y solo un 2% que su peso es muy alto. Por el contrario, un 45% de las personas de 45-64 años cree que su peso es alto o muy alto (26% en personas jóvenes). Por género, es de reseñar la elevada proporción de mujeres que consideran que están en niveles peso-talla muy elevados (6%, 7% y 7% en mujeres de 30-44, 45-64 y más de 64 años respectivamente) sobre todo respecto a la opinión de los hombres (1%, 4% y 3%, respectivamente). Esa valoración de las mujeres va en perjuicio de la valoración que ellas mismas tienen de la consideración peso normal.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Muy alto</b>	1,2	1,2	3,8	3,0	<b>2,3</b>	2,1	6,3	7,3	7,1	<b>5,9</b>
<b>Alto</b>	22,8	30,6	37,4	27,9	<b>30,4</b>	25,0	33,8	40,4	32,2	<b>33,3</b>
<b>Normal</b>	64,7	62,5	55,5	59,9	<b>61,5</b>	65,8	56,1	46,7	52,3	<b>55,0</b>
<b>Bajo</b>	8,3	4,4	1,9	4,6	<b>4,8</b>	6,7	3,3	3,1	5,3	<b>4,6</b>
<b>Muy bajo</b>	0,4	0	0,8	0,5	<b>0,4</b>	0	0,4	1,4	0	<b>0,5</b>

Por hábitats, las mujeres residentes en la zona centro son las que con menor frecuencia creen que su peso es muy alto y las que más proporción dicen tener de peso bajo. Por el contrario, las mujeres de las zonas rurales indican con más frecuencia tener un peso normal (59%). En el caso de autoconsideración de peso alto, las mujeres de cualquier hábitat presentan niveles superiores a los hombres.

Autoconsideración de peso en relación a talla por sexo:



	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Muy alto</b>	8,6	4,8	8,8	<b>5,9</b>
<b>Alto</b>	27,9	33,4	36,9	<b>33,3</b>
<b>Normal</b>	59,3	55,0	49,4	<b>55,0</b>
<b>Bajo</b>	2,9	5,0	3,8	<b>4,6</b>
<b>Muy bajo</b>	0	0,4	0,7	<b>0,5</b>

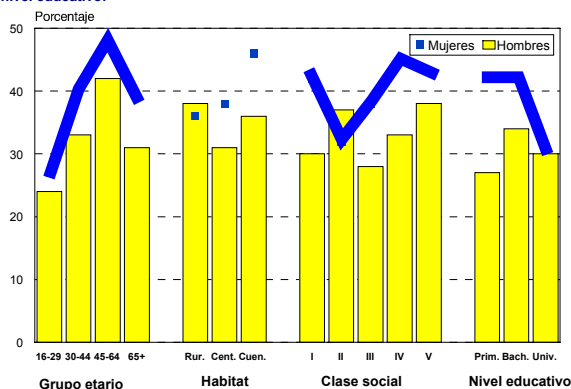
Por clase social, tanto la autoconsideración de tener un peso muy alto o muy bajo aumenta a medida que descendemos de clase social en hombres. En el caso de las mujeres, la situación cambia mucho. Así, las mujeres de la clase social I tienen una elevada proporción de componentes que consideran que su peso es muy bajo, descendiendo la proporción a medida que bajamos de clase social.

Por nivel educativo, aumenta la proporción de hombres que consideran que su peso es muy alto o muy bajo a medida que subimos de nivel educativo. En cambio en las mujeres a medida que aumentamos en nivel educativo baja la proporción de ellas que consideran que su peso es muy alto y hay una representación gráfica en forma de v para la autoconsideración de bajo o muy bajo peso.

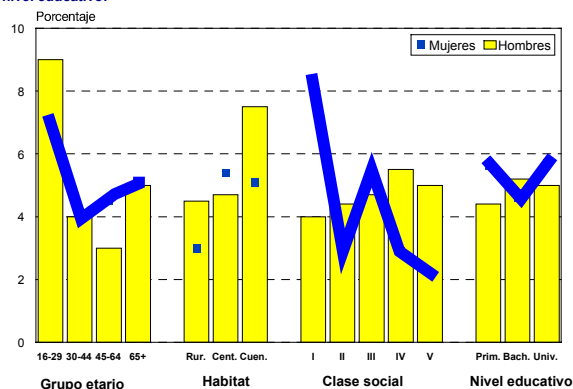
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Estilos de vida

Autoconsideración de peso alto o muy alto por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



Autoconsideración de peso bajo o muy bajo por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



### 4.2.3.- Índice de masa corporal:

Si valoramos la relación peso-talla con un criterio cuantitativo, para el que pueden existir varias aproximaciones, de las cuales hemos elegido el criterio de Martín Zurro (Atención primaria) mediante el cálculo del **índice de masa corporal** (Kg/m<sup>2</sup>), mediante la siguiente clasificación:

	Hombres	Mujeres
Concepto	<b>IMC</b>	<b>IMC</b>
<b>Bajo peso</b>	<20	<20
<b>Normopeso</b>	20-26,9	20-24,9
<b>Sobrepeso</b>	27-29,9	25-29,9
<b>Obesidad</b>	30-39,9	30-39,9
<b>Obesidad mórbida</b>	>40	>40

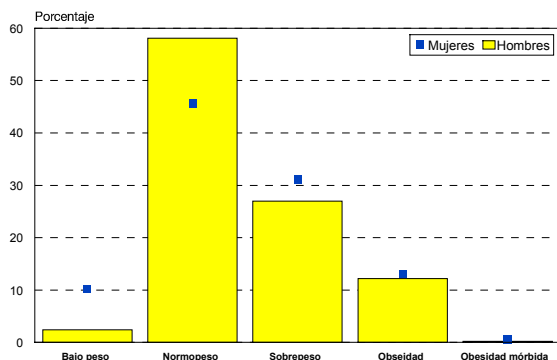
Los resultados que nos da la Encuesta son que la mitad de nuestra población adulta tiene cifras de normopeso, un 29% tiene problema de sobrepeso, un 13,1% tiene problemas de obesidad y un 0,4% de obesidad mórbida. Un 8% de la población tiene criterios de bajo peso.

Por género, las mujeres tienen una mayor proporción de sobrepeso y obesidad que los hombres, así como los de bajo peso. Por ello, hay una mayor proporción de hombres con normopeso (58%) frente a solo un 45,5% de mujeres. Un 44% de las mujeres plantean problemas de, al menos, sobrepeso mientras que solo tienen ese problema un 39% de los hombres. En el caso del bajo peso la proporción de mujeres en estas circunstancias es cuatro veces superior a la de los hombres.

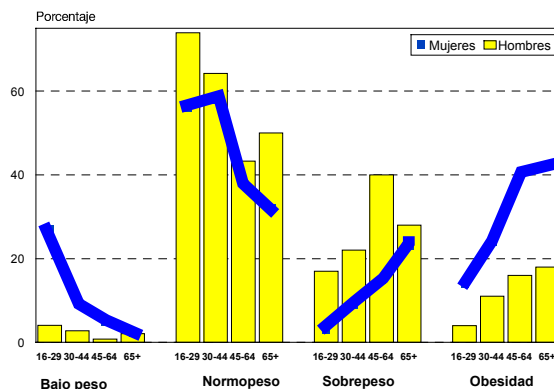
	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Bajo peso</b>	2,4	<b>10,2</b>	<b>7,6</b>
<b>Normopeso</b>	58,1	<b>45,5</b>	<b>50,4</b>
<b>Sobrepeso</b>	27,0	<b>30,8</b>	<b>29,1</b>
<b>Obesidad</b>	12,2	<b>13,0</b>	<b>12,7</b>
<b>Obesidad mórbida</b>	0,2	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Estilos de vida

Índice de masa corporal por sexo:



Índices de masa corporal por sexo y edad:



Por edades, la mayor proporción de personas en normopeso corresponde a las personas jóvenes (65%) siendo la más inferior la de las personas mayores (40%). En el caso de la presencia de algunos Kg de más, un 57% de las personas mayores tiene al menos, sobrepeso. Mientras, en las personas jóvenes esa circunstancia ocurre en el 19,5% de la población. Además, existen niveles altos de al menos sobrepeso en las personas de 45-64 años. La obesidad se va incrementando con la edad quizá manifestando que los Kg que se adquieren posteriormente no se eliminan pasando del 9% en jóvenes al 32% en las personas mayores. La obesidad mórbida no supera en ningún grupo etario el 0,7% de la población. Por otra parte, un 15% de la población joven tiene bajo peso, mientras que esa circunstancia solo sucede en el 2% de las personas mayores.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Bajo peso</b>	15,5	6,1	2,9	2,1	<b>6,5</b>
<b>Normopeso</b>	65,0	60,8	40,8	39,7	<b>51,4</b>
<b>Sobrepeso</b>	10,5	15,3	26,7	25,2	<b>19,6</b>
<b>Obesidad</b>	8,8	17,8	28,8	32,5	<b>22,1</b>
<b>Obesidad mórbida</b>	0,2	0,0	0,7	0,4	<b>0,3</b>

En el análisis del índice de masa corporal por edad y género, se puede determinar con mayor detalle dicha circunstancia. Así, en el caso de los hombres jóvenes un 22% tienen al menos sobrepeso mientras que en las mujeres jóvenes esa circunstancia sucede en un 18% de ellas. En los hombres mayores de 64 años de edad existe al menos sobrepeso en un 47% de ellos ocurriendo dicha circunstancia en un 65% de ellas. No obstante, en hombre la mayor proporción de al menos sobrepeso sucede en las edades de 45-64 años (56%) mientras que en las mujeres en esa edad esa circunstancia sucede en el 52% de ellas.

Mientras que en los hombres en ningún grupo etario la obesidad mórbida supera el 0,5% de la población, en el caso de las mujeres en el grupo de 45-64 años alcanza ese estado el 1,4% de la población femenina.

Por otra parte, el estado de obesidad aumenta en ambos sexos con la edad llegando en el caso de las mujeres mayores a ser del 42% de la población femenina mientras que en el caso de hombres en esa misma edad llega solo al 18% de ellos.

Paradójicamente, es en las mujeres donde también se encuentran las proporciones mayores de bajo peso, un 10% frente a solo un 2,4% en los hombres. Sin embargo, por edades, existen diferencias considerables, fundamentalmente en las personas jóvenes: un 27% de las mujeres de 16-29 años tienen bajo peso frente a solo un 4% de los hombres de esas edades. Esa circunstancia desciende al 9% de las mujeres de 30-44 años y al 3% en

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

los hombres de esa edad. A partir de esas edades los niveles son más comparables entre ambos géneros.

**Hombres:**

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Bajo peso</b>	4,1	2,8	0,8	2,1	<b>2,4</b>
<b>Normopeso</b>	73,9	64,2	43,3	50,5	<b>58,1</b>
<b>Sobrepeso</b>	17,4	22,0	39,5	28,4	<b>27,0</b>
<b>Obesidad</b>	4,1	11,0	16,3	18,4	<b>12,2</b>
<b>Obesidad mórbida</b>	0,4	0,0	0,0	0,5	<b>0,2</b>

**Mujeres:**

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Bajo peso</b>	27,1	9,1	4,9	2,2	<b>10,2</b>
<b>Normopeso</b>	55,9	57,6	38,5	32,4	<b>45,5</b>
<b>Sobrepeso</b>	3,4	9,1	14,8	23,0	<b>13,0</b>
<b>Obesidad</b>	13,6	24,2	40,3	42,1	<b>30,8</b>
<b>Obesidad mórbida</b>	0,0	0,0	1,4	0,4	<b>0,5</b>

Por hábitat de residencia, son las mujeres las que tienen una mayor proporción de al menos sobrepeso y menor de normo peso y bajo peso. las mujeres con menor al menos sobrepeso son las de las zonas centrales y las que mayores proporciones tiene de obesidad son las mujeres de las cuencas mineras.

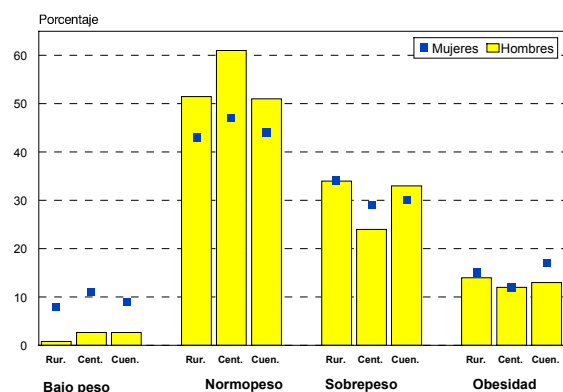
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Muy alto</b>	8,6	4,8	8,8	<b>5,9</b>
<b>Alto</b>	27,9	33,4	36,9	<b>33,3</b>
<b>Normal</b>	59,3	55,0	49,4	<b>55,0</b>
<b>Bajo</b>	2,9	5,0	3,8	<b>4,6</b>
<b>Muy bajo</b>	0	0,4	0,7	<b>0,5</b>

Por clase social, las personas que tienen una mayor proporción de al menos sobrepeso son las de las clases sociales más bajas, particularmente en mujeres de las clases sociales IV y V, en cuyos estratos hay una gran disparidad de género. En los hombres de la clase social I existe una escasa proporción de personas con obesidad.

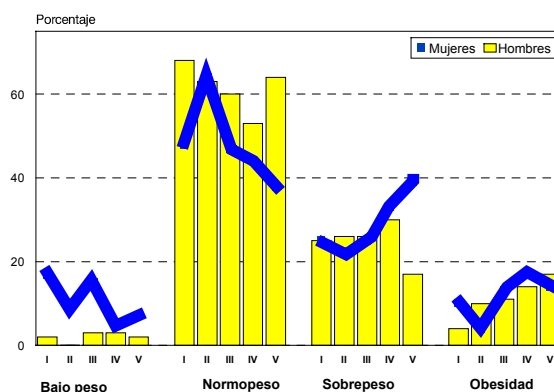
Por nivel de estudios existe un enorme incremento de la proporción de mujeres con bajo peso a medida que aumentamos en nivel de estudios. parecida circunstancia sucede en las frecuencia de normopeso en ambos sexos y por separado. Al contrario, las proporciones de, al menos, sobrepeso descienden marcadamente a medida que aumentamos en nivel académico de estudios.

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Estilos de vida

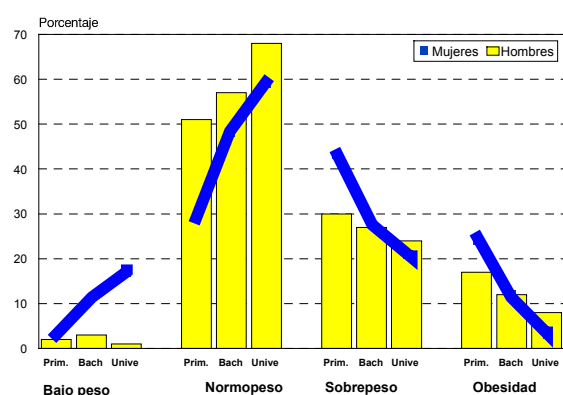
Indices de masa corporal por sexo y Habitat:



Indices de masa corporal por sexo y clase social:



Indices de masa corporal por sexo y nivel de estudios:



### 4.3.- Horas de sueño:

Contestación a la pregunta: **¿Cuántas horas de sueño realiza Ud. a lo largo de un día normal y habitual, incluyendo el tiempo de la siesta?** La contestación debía hacer referencia a un día habitual y no extraordinario.

La media de horas dedicadas diariamente al sueño en una persona adulta asturiana es de 7,3.

No existen diferencias entre géneros, si bien por la desviación estándar más elevada detectada en las mujeres, dentro del grupo de ellas parece que existen diferencias más grandes en el número de horas de sueño que dentro del grupo de hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>
<b>Media</b>	7,4	<b>7,3</b>	<b>7,3</b>
<b>D.E.</b>	1,4	<b>2,4</b>	<b>2,0</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Por grupos etarios, son las personas jóvenes las que manifiestan dormir más horas (cerca de 8 horas), reduciéndose el número de horas a medida que aumentan los años y llegando en el grupo de personas mayores a dormir una hora menos al día que en las personas jóvenes. En el grupo de personas entre 45-64 años, a pesar, de situarse su media dentro de la propia tendencia de disminución del número de horas con la edad, se observa una gran dispersión de los resultados característica de que dentro de su propio grupo hay personas que duermen muchos más de esa media y otras mucho menos, siendo la dispersión claramente menor en otros grupos etarios. Por género y edad, se observa un marcado descenso en el número de horas de sueño en mujeres a medida que se aumenta la edad (6,4 horas en mujeres mayores de 64 años).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	7,7	7,2	7,2	7,2	<b>7,4</b>	7,9	7,3	7,1	6,6	<b>7,3</b>
<b>D.E.</b>	1,2	1,2	1,5	1,8	<b>1,4</b>	1,3	1,3	4,1	1,9	<b>2,4</b>

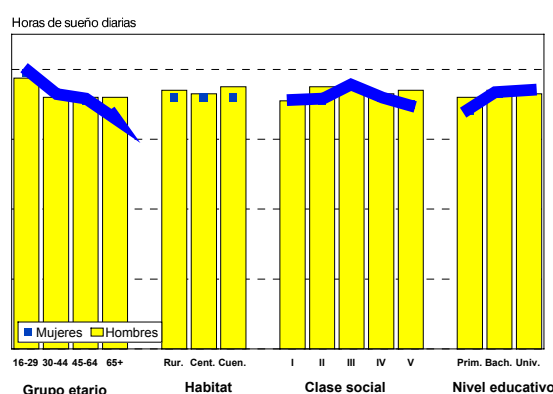
Por hábitat, no se observan diferencias ni entre género ni entre zonas de residencia.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
<b>Media</b>	7,2	7,2	7,2	<b>7,3</b>
<b>D.E.</b>	1,7	2,8	1,6	<b>2,4</b>

Por clase social, la duración media del sueño de los y las asturianos/as es estable a lo largo de todas las clases sociales en ambos sexos.

Por nivel educativo, se observa un ligero incremento en la duración del sueño en mujeres con niveles educativos superiores, Con respecto a los hombres no hay diferencias sustanciales, si bien las mujeres de los niveles educativos primarios suelen tener un menor número de horas de sueño que los hombres de su mismo nivel educativo.

Horas de sueño (en horas) por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel educativo:



## **4.4.- Comidas:**

### **4.4.1.- Comidas realizadas:**

Contestación a la pregunta: ***¿Indíquenos cuál/les de esta comidas realiza?***

Esta pregunta hacía referencia al tipo de comida realizada en un día habitual y no extraordinario.

Las respuestas ofrecidas por las personas entrevistadas indican que aquella comida que más se realiza es el almuerzo (99,6%) y la cena (99%), las comidas principales del día las cuales prácticamente la totalidad de la población adulta realiza. Toman algo a media mañana menos de la mitad de la población. Una de cada cinco personas picotean algo de comida a lo largo del día. Es anecdótico el consumo de alimentos de madrugada (una de cada veinte personas).

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Desayuno</b>	94,0	<b>96,7</b>	<b>95,4</b>
<b>Pincho/café media mañana</b>	44,2	<b>47,1</b>	<b>45,7</b>
<b>Almuerzo</b>	99,5	<b>99,7</b>	<b>99,6</b>
<b>Merienda</b>	31,5	<b>49,4</b>	<b>41,1</b>
<b>Cena</b>	98,2	<b>99,2</b>	<b>99,0</b>
<b>Tomar algo de madrugada</b>	6,1	<b>4,1</b>	<b>5,1</b>
<b>Picoteo a lo largo del día</b>	14,7	<b>27,3</b>	<b>21,4</b>

En el análisis de género se observa que las mujeres realizan más la comida del desayuno que los hombres, con diferencias estadísticamente significativas. También existen estas diferencias en el caso de la merienda (49% vs. 31%) y en el llamado picoteo a lo largo de todo el día (27% vs. 15% en los hombres). En el resto de comidas pueden existir diferencias de género pero estas no son estadísticamente significativas.

	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Desayuno</b>	92,7	94,6	96,2	98,1	<b>95,4</b>
<b>Pincho/café media mañana</b>	50,1	48,6	45,1	39,0	<b>45,7</b>
<b>Almuerzo</b>	99,8	99,4	99,5	99,8	<b>99,6</b>
<b>Merienda</b>	42,9	36,4	38,2	47,4	<b>41,1</b>
<b>Cena</b>	99,0	99,0	98,9	99,2	<b>99,0</b>
<b>Tomar algo de madrugada</b>	9,3	5,3	3,7	2,1	<b>5,1</b>
<b>Picoteo a lo largo del día</b>	29,4	28,0	16,2	17,6	<b>21,4</b>

En el análisis por edades, se observa que el desayuno es realizado por una alta proporción de personas mayores de 65 años de edad (98%) mientras que en las personas jóvenes solo un 93% de ellas realizan esta comida. Por el contrario, son estas personas jóvenes las que tienen una mayor proporción de tomar algo de madrugada (9%) frente a solo un 2% en las personas mayores. Igual circunstancia sucede en el picoteo a lo largo del día: un 29% de las personas jóvenes lo realizan mientras que lo hace solo un 16% de las personas de 45-64 años y un 18% de las personas mayores. En el resto de edades las diferencias de proporciones de comidas realizadas no son estadísticamente significativas.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Los hombres tienen a lo largo de todas las edades una proporción menor de consumo de desayuno que las mujeres, fundamentalmente en las edades de 16-29 años de edad (93% vs. 82% en hombres). Similar circunstancia sucede con el consumo de la merienda, que es mayoritariamente consumida por casi la mitad de las mujeres de todas las edades y por solo menos de un tercio de los hombres (un cuarto en los hombres de 45-64 años). También existe disparidad de género en el tomar algo de madrugada: un 12% de los hombres jóvenes tiene este tipo de consumo mientras solo un 7% de las mujeres de la misma edad. Hay que resaltar que menos de uno por ciento de los hombres mayores toma algo de madrugada frente a un 3% de las mujeres de las mismas edades.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Desayuno</b>	81,7	92,7	94,3	97,5	<b>94,0</b>	93,3	96,3	97,6	98,6	<b>96,7</b>
<b>Pincho/café media mañana</b>	51,4	43,6	41,5	34,5	<b>44,2</b>	46,3	50,6	46,7	41,3	<b>47,1</b>
<b>Almuerzo</b>	100	98,4	99,4	100	<b>99,5</b>	98,8	99,6	99,7	99,6	<b>99,7</b>
<b>Merienda</b>	38,9	35,8	24,1	35,5	<b>31,5</b>	46,2	44,5	48,5	53,2	<b>49,4</b>
<b>Cena</b>	98,0	98,0	97,7	99,0	<b>98,2</b>	98,3	98,9	99,3	98,9	<b>99,2</b>
<b>Tomar algo de madrugada</b>	11,8	7,8	4,2	0,5	<b>6,1</b>	7,1	3,3	3,4	3,2	<b>4,1</b>

Por hábitat, tienen mayor frecuencia de desayuno las mujeres de las zonas rurales y menos las de las cuencas mineras. La misma circunstancia sucede en los hombres de las mismas zonas. La mayor diferencia de género sucede en las cuencas mineras (hombres 86% frente a un 94% de las mujeres). En la toma de pincho o café a media mañana, también son las mujeres de las cuencas mineras las que menos realizan esta comida, si bien en hombres son los de las zonas rurales los que menos la realizan (31%). Dentro de las grandes comidas no hay diferencia entre los distintos hábitats y géneros siendo cercana la proporción de personas que la realizan al 100%. En la realización de la merienda en hombres no hay mucha diferencia entre hábitats pero si en mujeres (más de la mitad de ellas de zonas rurales la realizan, por solo un 45% en mujeres de las cuencas mineras). En la segunda gran comida del día no hay grandes diferencias de frecuencia según hábitat en mujeres si bien si las hay en hombres (un 3% de los hombres de las zonas rurales no realizan esta comida frente a solo un 0,7% de los hombres de las cuencas mineras). En relación a tomar algo de madrugada, son las personas residentes en las cuencas mineras (hombres y mujeres) las que tienen una menor frecuencia de este tipo de patrón de consumo de comidas.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Desayuno</b>	98,6	96,8	93,7	<b>96,7</b>
<b>Pincho/café media mañana</b>	45,0	49,7	37,5	<b>47,1</b>
<b>Almuerzo</b>	100	99,3	99,4	<b>99,7</b>
<b>Merienda</b>	52,1	48,1	45,0	<b>49,4</b>
<b>Cena</b>	99,3	98,9	98,7	<b>99,2</b>
<b>Tomar algo de madrugada</b>	5,7	4,1	2,4	<b>4,1</b>

Por clase social, las personas que menos realizan la toma de pincho o café a media mañana son los hombres y mujeres de clase social IV siendo las que más lo hacen los hombres de clase social I y mujeres de clase social II. En relación al almuerzo, cuando en casi todas las clases sociales se realiza esta comida casi en un 100% son las personas de la

clase social V las que se diferencian del resto (un 3,3% de los hombres y la misma cifra de las mujeres no lo realizan). La merienda es consumida con mayor frecuencia por los hombres de la clase social V (37%) y por las mujeres de la clase social IV (55%), siendo escaso su consumo por personas de clase social I (31% en hombres y 37% en mujeres). La cena es consumida en proporciones similares en todas las clases sociales y géneros. El hecho de picar algo de madrugada es más frecuente en hombres de clase social II y menos en los de clase social I. En mujeres, por el contrario, es similar en todas las clases sociales.

Por nivel de estudios, las personas que menos consumen el desayuno son las de estudios de nivel universitarios (6% en hombres y 5% en mujeres) y las que más lo realizan son las personas con nivel de estudios primarios (99% en mujeres). Las personas que menos realizan el pincho o café a media mañana son las personas con estudios de bachiller o equivalente (43%) y las que más lo realizan son las mujeres con estudios universitarios (53% vs un 43% de hombres de mismo nivel). La gran comida del día en nuestro entorno, es consumida similarmente por las personas independientemente de su nivel de estudios y género. La merienda, por su parte, es realizada muy frecuentemente en personas con nivel de estudios primarios (47% en hombres y 65% en mujeres) y muy escasamente en personas con estudios universitarios (30% en hombres y 33% en mujeres). La cena, segunda gran comida del día, es consumida de manera similar en todos los niveles de estudio y género. En la toma de algún alimento de madrugada, en el caso de los hombres los consumen más los de niveles de estudio intermedios (8%) y las mujeres de niveles de estudio universitarios (92%).

#### **4.4.2.- Comidas realizadas fuera de casa:**

Contestación a la pregunta: ***¿Indíquenos en qué lugar realiza estas comidas más frecuentemente?***

A la contestación de qué realizan más frecuentemente ***fuera de mi casa***, las proporciones detectadas para el conjunto de la población adulta son del 19% de las personas realizan el pincho/café de media mañana más frecuentemente fuera de su casa, el 10,5% de la población el almuerzo. A gran distancia están el desayuno (5,5%), la merienda (4,5%), etc. Evidentemente, el picoteo a lo largo del día es menos frecuente fuera de casa (2,1%).

Por género, es más frecuente en todos los tipos de comida que más frecuentemente se consuma fuera de casa en los hombres: hay diferencias estadísticamente significativas en el caso de desayuno (8% vs 3% de las mujeres), pincho/café a media mañana (23% vs. 14%), almuerzo (15,5% vs 6%), y cena (5% de los hombres respecto al 2% de las mujeres). En estas cifras destaca, sobre todo, la comida principal: uno de cada siete hombres los más frecuentemente almuerza fuera de su casa, mientras solo una de cada dieciséis mujeres lo hace con la misma frecuencia. Uno de cada veinte hombres cena lo más frecuentemente fuera de casa mientras que solo lo hace una de cada sesenta mujeres.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Desayuno:</b>			
En casa	83,0	91,8	87,7
Fuera de casa	8,1	3,2	5,5
Unas veces en casa y otras fuera	2,9	1,7	2,3
No realizo esta comida	6,0	3,3	4,6
<b>Pincho/café media mañana:</b>			
En casa	16,8	28,1	22,9
Fuera de casa	23,5	14,4	18,7
Unas veces en casa y otras fuera	3,9	4,5	4,2
No realizo esta comida	55,8	52,9	54,3
<b>Almuerzo:</b>			
En casa	73,5	85,1	79,7
Fuera de casa	15,5	6,1	10,5
Unas veces en casa y otras fuera	10,4	8,5	9,4
No realizo esta comida	0,5	0,3	0,4
<b>Merienda:</b>			
En casa	23,8	40,8	32,9
Fuera de casa	4,4	4,7	4,5
Unas veces en casa y otras fuera	3,3	3,9	3,6
No realizo esta comida	68,5	50,6	58,9
<b>Cena:</b>			
En casa	85,9	90,2	88,2
Fuera de casa	5,0	1,6	3,2
Unas veces en casa y otras fuera	7,9	7,4	7,7
No realizo esta comida	1,2	0,8	1,0
<b>Tomar algo de madrugada:</b>			
En casa	3,7	3,3	3,5
Fuera de casa	1,5	0,4	0,9
Unas veces en casa y otras fuera	1,0	0,5	0,7
No realizo esta comida	93,9	95,9	94,9
<b>Picoteo a lo largo del día:</b>			
En casa	8,1	20,5	14,7
Fuera de casa	2,8	1,6	2,1
Unas veces en casa y otras fuera	3,9	5,2	4,6
No realizo esta comida	85,3	72,7	78,6

Por edades, el consumo más frecuentemente fuera de su casa corresponde fundamentalmente a personas más jóvenes (entre los 16 y 44 años de edad), fruto de su mayor socialización y actividad (trabajo, estudios, etc.). Una de cada tres personas jóvenes toma el pincho/café de media mañana fuera de su casa (más frecuentemente), mientras que solo lo hace uno de cada cincuenta personas mayores. Una de cada seis personas entre 16-44 años de edad almuerza más frecuentemente fuera de su casa frente a solo un 2% de las personas mayores. Un 25% de las personas entre 30-44 años merienda fuera de casa quedando el resto de los grupos etarios a gran distancia (entre el 1-6%). Una de cada diez personas entre 30-44 años desayuna fuera de casa frente a solo un 1% en personas mayores. Por edad y género, es evidente la disparidad de género mencionada, además un 16% de los hombres de 30-44 años de edad desayunan fuera de casa frecuentemente, frente a solo un 5% en mujeres, siendo en estas el grupo etario con más frecuencia de desayuna fuera de casa el de las mujeres jóvenes (7,5%). Un 36% de los hombres jóvenes y un 26% de las mujeres de las mismas edades toma el pincho o café fuera de su casa habitualmente. Al contrario, en personas mayores esas cifras son de solo un 3% en hombres y un 2% en mujeres. Un 24% de los hombres de 30-44 años toma el almuerzo lo más frecuentemente fuera de casa siendo esa cifra de un 9% en mujeres de la misma edad (un 11% de las mujeres jóvenes tiene este hábito, y solo un 0,7% de las mujeres mayores de 64 años). La merienda la realizan fuera de casa con más frecuencia un 5% de los hombres jóvenes y un 7% de las mujeres de 30-44 años, siendo más frecuente el consumo de esta comida fuera de casa en mujeres de todas las edades con respecto a lo hombres. La cena es realizada fuera de casa más frecuentemente por los hombres, particularmente, los de 30-44 años de edad (9%) y en mujeres las jóvenes (3%). Solo un 1,5% de los hombres

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

mayores tiene esta costumbre y casi ninguna mujeres de dichas edades. Muy poca gente toma algo de madrugada con frecuencia fuera de casa, si bien, son casi todos de edades jóvenes.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Desayuno:</b>					
En casa	82,3	81,6	90,4	96,5	<b>87,7</b>
Fuera de casa	7,7	10,1	2,9	1,3	<b>5,5</b>
Unas veces en casa y otras fuera	2,7	2,9	2,9	0,4	<b>2,3</b>
No realizo esta comida	7,3	5,4	3,8	1,9	<b>4,6</b>
<b>Pincho/café media mañana:</b>					
En casa	13,0	16,8	26,8	34,8	<b>22,9</b>
Fuera de casa	31,8	26,4	14,2	2,3	<b>18,7</b>
Unas veces en casa y otras fuera	5,3	5,5	4,1	1,9	<b>4,2</b>
No realizo esta comida	49,9	51,4	54,9	61,0	<b>54,3</b>
<b>Almuerzo:</b>					
En casa	69,2	71,7	83,6	94,4	<b>79,7</b>
Fuera de casa	15,3	16,1	8,7	1,9	<b>10,5</b>
Unas veces en casa y otras fuera	15,3	11,7	7,1	3,5	<b>9,4</b>
No realizo esta comida	0,2	0,6	0,5	0,2	<b>0,4</b>
<b>Merienda:</b>					
En casa	30,4	25,2	32,4	44,4	<b>32,9</b>
Fuera de casa	6,3	6,8	3,6	1,3	<b>4,5</b>
Unas veces en casa y otras fuera	6,1	4,4	2,3	1,7	<b>3,6</b>
No realizo esta comida	57,1	63,6	61,8	52,6	<b>58,9</b>
<b>Cena:</b>					
En casa	78,2	85,8	91,1	97,5	<b>88,2</b>
Fuera de casa	4,4	5,4	2,2	0,6	<b>3,2</b>
Unas veces en casa y otras fuera	16,3	7,8	5,6	1,0	<b>7,7</b>
No realizo esta comida	1,0	1,0	1,1	0,8	<b>1,0</b>
<b>Tomar algo de madrugada:</b>					
En casa	6,6	3,2	2,4	1,9	<b>3,5</b>
Fuera de casa	1,5	1,2	0,7	0,2	<b>0,9</b>
Unas veces en casa y otras fuera	1,3	1,0	0,6	0	<b>0,7</b>
No realizo esta comida	90,7	94,7	96,3	97,9	<b>94,9</b>
<b>Picoteo a lo largo del día:</b>					
En casa	16,7	12,4	13,2	16,7	<b>14,7</b>
Fuera de casa	4,2	2,2	1,8	0,4	<b>2,1</b>
Unas veces en casa y otras fuera	8,6	7,5	2,2	0,4	<b>4,6</b>
No realizo esta comida	70,6	78,0	82,8	82,4	<b>78,6</b>

Por hábitat desayuna más fuera de casa las personas residentes en la zona centro (9% en hombres y 3,5% en mujeres) y los que menos son las de las cuencas mineras (5% en hombres y 2% en mujeres). La toma de café o pincho a media mañana se hace, asimismo, más frecuentemente en la zona centro (25% en hombres y 16% de las mujeres) pero las que menos son las de zonas rurales (13% en hombres y 9% en mujeres). Similar circunstancia al desayuno se hace a la hora de la comida: un 16% de los hombres y un 8% de las mujeres de la zona centro almuerzan con más frecuencia fuera de su casa, siendo los menos habituales las personas de las cuencas mineras (11% en hombres y 2% en mujeres). En el caso de la merienda, vuelven a ser las personas residentes en zona centro las que la hacen más frecuentemente fuera de su casa (5% en hombres y mujeres), y solo un 1,5% de los hombres y un 3% de las mujeres de las zonas rurales. La cena es realizada más frecuentemente fuera de casa en los hombres de las cuencas mineras (5,4%) y en las mujeres de la zona centro (1,8%). La toma de alimentos de madrugada es más frecuente fuera de casa en los hombres y mujeres de las cuencas mineras (2% en hombres y 0,6% en mujeres) y prácticamente nula en personas residentes en zona rural.

Por clase social, toman el pincho o café a media mañana con más frecuencia fuera de casa los hombres de la clase social V (32% vs un 16% de las personas de clase social IV), siendo en las mujeres más frecuente en las de clase social más alta (clase I) con un 27% y menos frecuente en las de clase social IV (8%). Los hombres de la clase social II (20%) son

los que realizan más frecuentemente el almuerzo fuera de su casa y en mujeres es la clase social I (17%). Es escasa la frecuencia de personas de la clase social IV (12% en hombres y 2% en mujeres) que realizan esta comida fuera de casa. Un 6% de los hombres de la clase social II (frente a un 2% de los hombres de clase social I) toma la merienda más frecuentemente fuera de su casa, y en mujeres son las de la clase social V las que más frecuentemente consumen esta comida (8% vs un 2% de las de clase social IV). Un 11% de los hombres de clase social III cena lo más frecuentemente fuera de su casa (frente a un 2% en las clases sociales y IV) y un 3% de las mujeres de clase social II y III. La toma de alguna comida de madrugada lo hacen más frecuentemente las personas de la clase social II (3% en hombres y 1,4% en mujeres).

Por nivel de estudios, un 9% de los hombres con estudios medios toma el desayuno más frecuentemente fuera de su casa (4% en hombres de estudios primarios) y un 5% de las mujeres de estudios universitarios (un 0,5% en mujeres de estudios primarios). El pincho o café a media mañana lo toman más frecuentemente fuera de su casa las personas con estudios universitarios (30% en hombres y 28% en mujeres) y menos las de estudios primarios (9% en hombres y 2% en mujeres). En el caso del almuerzo sucede lo mismo, un 16% de los hombres y un 11% de las mujeres con estudios universitarios almuerzan lo más frecuentemente fuera de su casa frente a solo un 6% de hombres y un 1% de mujeres con estudios primarios. La merienda fuera de casa es más frecuente en personas con estudios medios (6% en mujeres y 5% en hombres) y menos en personas con estudios primarios (2% en hombres y 1% en mujeres). Lo mismo sucede con la cena fuera de casa, un 6% de los hombres y un 2% de las mujeres con el nivel de estudios medio realiza con más frecuencia su cena fuera de casa, frente a un 3% en hombres y un 0,5% en mujeres del resto de niveles de estudios. El tomar algo de madrugada fuera de casa es más frecuente en hombres de niveles de estudios medios (2%) y en mujeres de estudios universitarios (0,6%), si bien, por lo general, es muy poco frecuente.

## **4.5.- Consumo de tabaco:**

### **4.5.1 Consumo habitual de tabaco:**

Contestación a la pregunta: ***¿Fuma Ud. O ha fumado anteriormente de forma habitual?. Referida al momento de la entrevista.***

Un tercio de la población asturiana entrevistada menciona el fumar habitualmente, de ella un 85% diariamente y el resto de vez en cuando. Una de cada seis personas entrevistadas era exfumadora y la mitad de la población no ha fumado nunca de forma habitual.

Por género, en el conjunto de la muestra fuman más los hombres (37%) que las mujeres (28%). Paralelamente casi dos tercios de las mujeres nunca han fumado frente a un poco más de un tercio de los hombres. A su vez, las proporción de hombres exfumadores es más de dos veces la de las mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>No, nunca he fumado</b>	38,8	<b>62,1</b>	<b>51,2</b>
<b>No fumo pero lo he hecho</b>	23,8	<b>9,6</b>	<b>16,3</b>
<b>Fumo de vez en cuando</b>	4,4	<b>3,6</b>	<b>4,0</b>
<b>Fumo diariamente</b>	33,0	<b>24,6</b>	<b>28,5</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Por edades, la mayor proporción de personas fumadoras sucede en los grupos de menos edad: personas jóvenes (45,5%) y personas entre 30-44 años (46%). La más baja corresponde a las personas mayores (7%). Inversamente proporcional es la proporción de personas que han dejado de fumar (23% en personas mayores y solo del 6% en personas jóvenes). Es de resaltar que, independientemente del hábito de tabaco en el momento de la entrevista, más del 70% de las personas mayores nunca han fumado, siendo esta proporción de solo la mitad de las personas jóvenes. Esa proporción se debe a las mujeres, así un 94% de las mujeres mayores mencionan no haber fumado nunca. Esa proporción va bajando a medida que bajamos de grupo etario hasta un 47% de las mujeres de 16-29 años. En cuanto a las fumadoras es evidente el cambio de comportamiento de las mujeres con respecto a este hábito que se puede dividir en personas hasta los 44 años y de más. Hasta ese límite la diferencia de consumo de tabaco entre hombres y mujeres no es muy acusada (48% en hombres, 43% en mujeres en el grupo de 30-44 años), pero partir de ahí las diferencias se van acusando habiendo una mayor proporción de fumadores que de fumadoras (38% vs 24% en personas de 45-64 años y de 13% vs 2% en personas mayores).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>No, nunca he fumado</b>	48,2	36,8	50,5	70,5	<b>51,2</b>
<b>No fumo pero lo he hecho</b>	6,1	17,4	18,4	22,8	<b>16,3</b>
<b>Fumo de vez en cuando</b>	5,6	3,3	5,3	1,5	<b>4,0</b>
<b>Fumo diariamente</b>	39,9	42,4	25,8	5,2	<b>28,5</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>No, nunca he fumado</b>	48,5	35,1	35,1	36,0	<b>38,8</b>	47,5	37,9	64,8	94,0	<b>62,1</b>
<b>No fumo pero lo he hecho</b>	6,2	16,1	27,2	50,3	<b>23,8</b>	5,8	18,6	10,1	3,5	<b>9,6</b>
<b>Fumo de vez en cuando</b>	3,3	4,0	6,4	3,0	<b>4,4</b>	7,9	2,6	4,2	0,4	<b>3,6</b>
<b>Fumo diariamente</b>	41,5	44,4	31,3	10,2	<b>33,0</b>	37,9	40,9	20,2	1,8	<b>24,6</b>

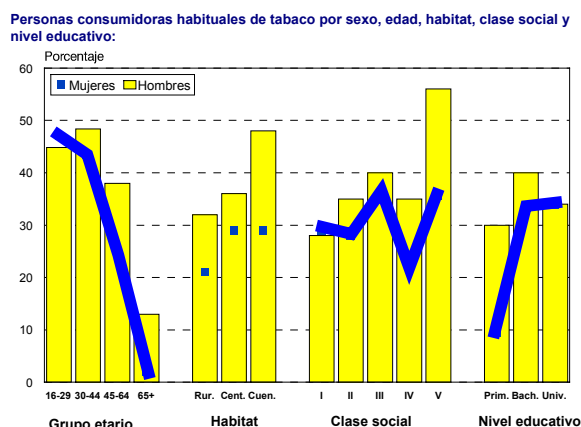
Por hábitat de residencia las mayores proporciones de personas fumadoras corresponden a las cuencas mineras fundamentalmente debido a la proporción de hombres consumidores en ellas que es mucho más elevada que en otras zonas, particularmente en zonas rurales. A su vez, las mujeres de las zonas rurales manifiestan significativamente menor prevalencia de consumo de tabaco (28%) frente a un 49% de las mujeres de las cuencas mineras.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>No, nunca he fumado</b>	73,6	59,4	63,8	<b>62,1</b>
<b>No fumo pero lo he hecho</b>	4,3	11,1	6,9	<b>9,6</b>
<b>Fumo de vez en cuando</b>	0	3,3	8,1	<b>3,6</b>
<b>Fumo diariamente</b>	21,4	25,7	21,3	<b>24,6</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Por clase social, aumenta la prevalencia de fumadores/as en las clases sociales más bajas, siendo particularmente alta la detectada en hombres de la clase social V (55% de consumidores). La clase con menor prevalencia de consumo es la más alta (la I con un 28%). En mujeres la evolución es un poco heterogénea, si bien la mayor disparidad de género existe en personas incluidas en la clase social V (diferencia de un 20% entre hombres y mujeres).

Por nivel de estudios, la mayor proporción global corresponde a las personas con estudios medios tanto en hombres como en mujeres. Las personas con menor nivel de estudios tienen una menor proporción de personas consumidoras de tabaco.



#### **4.5.2.- Tiempo de consumo:**

Contestación a la pregunta: ***Si Ud. fuma o ha fumado anteriormente, ¿Cuánto tiempo en años estuvo consumiendo habitualmente tabaco?***. Referida al momento de la entrevista. En años cumplidos, si esa cantidad era de menos de un año se contabilizó un año.

De las personas entrevistadas que fumaban o habían fumado, el consumo medio en años de tabaco había sido de 18 años (DE: 12,4). El tiempo de consumo en los hombres había sido mayor (21 años (DE:14)) que en las mujeres (14 años (DE:9)).

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Media (años)</b>	20,7	14,1	17,9
<b>D.E.</b>	13,8	8,9	12,4

Por edades, como es evidente por la existencia de una mayor trayectoria vital, el tiempo medio de consumo habitual había sido más grande en las personas mayores (32 años), frente a solo siete años en las personas de 16-29 que consumen tabaco. No obstante, existe disparidad de comportamiento entre hombres y mujeres. Así, la media de años consumiendo tabaco es muy similar en ambos géneros hasta los 44 años de edad. A partir de esas edades, la media de años consumiendo es mucho más elevada en hombres que en mujeres.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

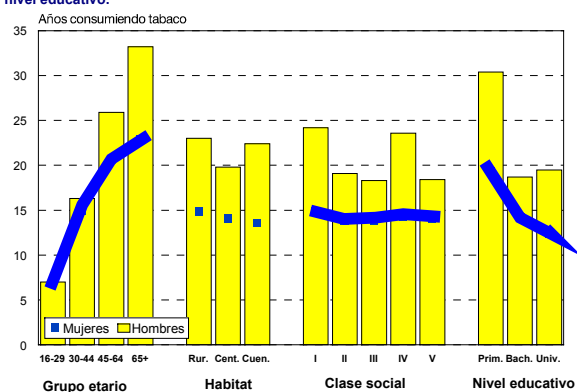
	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Media</b>	7,0	16,3	25,9	33,2	<b>20,7</b>	6,9	14,9	20,6	22,9	<b>14,1</b>
<b>D.E.</b>	4,7	6,6	11,5	14,9	<b>13,8</b>	4,3	5,5	9,9	15,8	<b>8,9</b>

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media (años)</b>	6,9	15,5	24,1	32,1	<b>17,9</b>
<b>D.E.</b>	4,5	6,0	11,2	15,3	<b>12,4</b>

Por hábitat de residencia han consumido menos tiempo los hombres de las zonas centrales que el resto de hombres. En el caso de mujeres, la media de años de consumo es más baja en las mujeres de las cuencas mineras.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Media</b>	14,8	14,1	13,5	<b>14,1</b>
<b>D.E.</b>	7,6	9,1	8,2	<b>8,9</b>

Tiempo de consumo de tabaco (en años) por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel educativo:



Por clase social, no existen diferencias de años consumiendo tabaco entre clases sociales en mujeres. Si las hay en hombres: los hombres de las clases sociales I y IV tienen una media de años consumiendo bastante superior a la del resto de hombres de otras clases sociales.

Por nivel de estudios, hay una marcada menor cantidad de años consumiendo en las personas con nivel de estudios más elevados en ambos sexos. En el caso de las mujeres, las de nivel de estudios universitarios tienen casi la mitad de años consumiendo tabaco que los hombres del mismo nivel de estudios y que las mujeres con nivel de estudios primarios.

### **4.5.3.-Cantidad de tabaco consumido:**

Contestación a la pregunta: ***Si Ud. fuma o ha fumado anteriormente con carácter habitual, ¿Cuánta cantidad de tabaco (en número de cigarrillos al día) consume Ud. Actualmente o consumía cuando fumaba?. Referida a las personas fumadoras***

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

(consumo del días inmediatamente anterior) o exfumadoras (cuando fumaban). En número de cigarrillos (las pipas y/o cigarros contabilizan como cigarrillos, en idéntica proporción).

**Consumo como variable numérica:**

La media de consumo de tabaco diaria en las personas fumadoras o exfumadoras (cuando fumaban) es de cerca de una cajetilla de cigarrillos (18 cigarrillos), si bien se observa gran variabilidad en el consumo expresado por la desviación standard (DE: 14).

Los hombres consumen más tabaco diariamente que las mujeres (una cajetilla al día frente a quince cigarrillos en las mujeres). Entre los hombres hay una mayor variabilidad de consumos medida en número de cigarrillos que las mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Media (cigarrillos/día)</b>	19,7	14,5	17,6
<b>D.E.</b>	15,8	10,0	13,9

Por edades consumen más cigarrillos las personas mayores que fuman (21 cigarrillos día) frente a solo 13,5 cigarrillos día de las personas jóvenes. En hombres la dinámica de cigarrillos consumidos es parecida: los hombres con mayor consumo diario son los mayores de 64 años (21,4 cigarrillos/día) frente a 15,2 de los hombres jóvenes. Por otra parte, en las mujeres se consumen menos cigarrillos y consumen más las de 30-44 años de edad (16 cigarrillos/día) frente a las de 16-29 años que son las que menos consumen (12 cigarrillos).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media (años)</b>	13,5	18,4	18,8	20,7	17,6
<b>D.E.</b>	8,3	15,5	14,5	15,8	13,9

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	15,2	20,8	20,9	21,4	19,7	11,9	16,1	15,1	15,4	14,5
<b>D.E.</b>	9,3	19,4	15,4	15,9	15,8	6,9	10,0	11,9	14,6	10,0

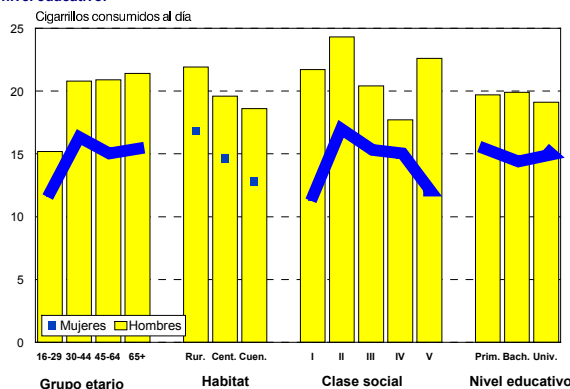
Por hábitat de residencia consumen más cantidad de cigarrillos al día las personas residentes en zonas rurales tanto en hombres como en mujeres (22 y 17 cigarrillos respectivamente) siendo los hombres y mujeres de las cuencas mineras los que menor cantidad de cigarrillos consumen al día (18,6 y 12,8 cigarrillos respectivamente).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
<b>Media</b>	16,8	14,6	12,8	14,5
<b>D.E.</b>	9,9	9,8	10,9	10,0

Por clase social fuman más los hombres de las clases sociales II y V (24,3 y 22,6 cigarrillos) y mucho menor los de clase social IV (17,7 cigarrillos al día). En cambio, en las mujeres siendo las de clase social II las que más cigarrillos consumen (16,8) son las de clase social I y V las que menos consumen (11,6 y 12,1 cigarrillos respectivamente).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Consumo de tabaco (en cigarrillos diarios) por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



Por nivel de estudios, existe tanto en hombres como en mujeres un nivel similar a lo largo de los niveles de estudio de número de cigarrillos consumidos al día.

**Consumo como variable ordinal:**

Si clasificamos el consumo de tabaco medido anteriormente en variable cuantitativa continua y los clasificamos en una variable ordinal con respecto al consumo de tabaco con cuatro categorías ampliamente aceptadas de **consumo moderado** (de 1-10 cigarrillos/día), **habitual** (de 11-20 cigarrillos/día), **alto** (de 21-40 cigarrillos/día) y **excesivo** (más de 40 cigarrillos/día) un 41% de la población fumadora se situaría en el consumo habitual y otro 39% en el consumo moderado. El consumo excesivo afectaría a una de cada treinta personas fumadoras y el consumo alto a una de cada seis personas fumadoras.

Por género, es más frecuente el consumo moderado en mujeres (48% frente a un 33% de los hombres), afectando más los grandes consumos a los hombres: consumo alto, 20% frente a 11% y consumo excesivo cuatro por ciento frente a solo un medio por ciento.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Consumo moderado</b>	33,2	<b>47,9</b>	<b>39,3</b>
<b>Consumo habitual</b>	41,9	<b>40,6</b>	<b>41,4</b>
<b>Consumo alto</b>	20,2	<b>11,1</b>	<b>16,5</b>
<b>Consumo excesivo</b>	4,4	<b>0,5</b>	<b>2,8</b>

Por edades, son las personas jóvenes las que más prevalencia de consumo habitual tienen pero la cantidad que consumen es relativamente más baja (como ya se habían indicado más arriba en la medición continua del consumo) con un total de consumidores moderados o habituales del 93% cuando en el caso del grupo entre 45-64 años es de solo el 73%. La mayor proporción de consumidores excesivos se sitúa en las personas mayores (7%). En los hombres se incrementa considerablemente la proporción de fumadores altos o excesivos con la edad excepto en el último grupo en el que existe un descenso en el patrón de consumo. En mujeres es similar si bien en el grupo de mayores de 64 años la prevalencia de grandes consumos es muy escasa (13% frente a un 28% de hombres).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Consumo moderado</b>	50,0	34,5	37,1	34,8	<b>39,3</b>
<b>Consumo habitual</b>	43,0	46,2	35,6	38,5	<b>41,4</b>
<b>Consumo alto</b>	7,0	17,4	22,7	19,3	<b>16,5</b>
<b>Consumo excesivo</b>	0,0	1,9	4,2	7,4	<b>2,8</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Consumo moderado</b>	41,3	28,8	31,7	32,5	<b>33,2</b>	58,5	39,9	46,9	53,3	<b>47,9</b>
<b>Consumo habitual</b>	47,1	47,7	35,3	39,2	<b>42,1</b>	39,0	44,8	36,5	33,3	<b>40,6</b>
<b>Consumo alto</b>	11,6	19,6	26,9	20,8	<b>20,3</b>	2,4	15,3	15,6	6,7	<b>11,1</b>
<b>Consumo excesivo</b>	0	3,9	6,0	7,5	<b>4,5</b>	0	0	1,0	6,7	<b>0,5</b>

En cuanto al patrón de hábitat las personas residentes en la zona rural que fuman tienen unos niveles elevados de consumo alto o excesivo tanto en hombres como en mujeres. Las personas que menos consumen alta o excesivamente, también en ambos sexos, son las residentes en las cuencas mineras.

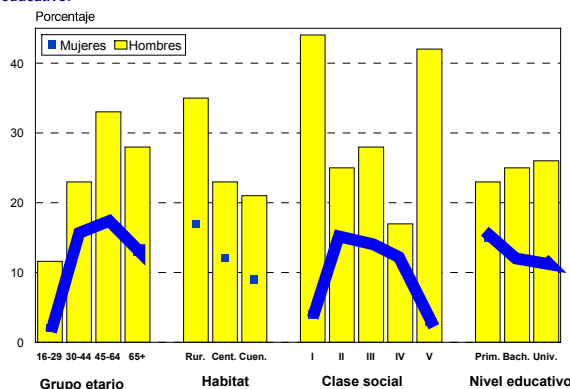
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Consumo moderado</b>	36,1	47,5	56,9	<b>47,9</b>
<b>Consumo habitual</b>	47,2	40,9	34,5	<b>40,6</b>
<b>Consumo alto</b>	16,7	11,2	6,9	<b>11,1</b>
<b>Consumo excesivo</b>	0	0,3	1,7	<b>0,5</b>

Por clase social el patrón de consumo es claramente diferente por género. Así, como en los hombres las clases sociales más dispares (I y V) son las que presentan una mayor prevalencia de fumadores con patrón de consumo altos o excesivos, en las mujeres la situación es la inversa, las mujeres de esas clases sociales son las que menor frecuencia de consumo alto o excesivo tienen.

Por nivel educativo, sucede algo similar a lo acontecido para la clase social. Los hombres de mayor nivel educativo son los que presentan mayor frecuencia de consumo alto o excesivo y las mujeres del mismo nivel son las que menos frecuentemente tienen este tipo de patrón en el hábito tabáquico.

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Estilos de vida

Consumo de tabaco alto y excesivo por sexo, edad, habitat, clase social y nivel educativo:



### **4.5.4.- Motivación para haber dejado de fumar:**

Contestación a la pregunta: ***Si Ud. Fumaba y no lo hace desde más de seis meses seguidos, indíquenos, por favor, los dos motivos fundamentales por los que dejó de fumar.*** Referida a las personas exfumadoras. Si hacía menos de seis meses seguidos que habían dejado de fumar no se consideraban a estos efectos. En aquellas personas que dejaron de fumar más de una vez durante más de seis meses seguidos, la pregunta hace referencia a la última vez que lo dejó.

Las motivaciones referidas por las personas entrevistadas hacen especial hincapié en la presencia de molestias personales (27%), preocupación por los efectos nocivos del tabaco (26%) y consejo de su médico/a para dejar de fumar (24%). La presión social o familiar solo ocupa un escaso 4% de las motivaciones.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Consejo médico</b>	26,0	<b>20,4</b>	<b>24,2</b>
<b>Molestias personales</b>	30,1	<b>20,4</b>	<b>27,0</b>
<b>Preocupación sobre efectos nocivos</b>	24,0	<b>29,2</b>	<b>25,6</b>
<b>Presión social o familiar</b>	5,3	<b>0,9</b>	<b>3,9</b>
<b>Otros</b>	13,8	<b>28,3</b>	<b>18,4</b>

Por género, las mujeres suelen referir una mayor frecuencia de otros motivos (28% frente a un 14% de los hombres), y más preocupación sobre efectos nocivos (29% sobre 24% en hombres). La presión social o familiar solo motivó a un uno por ciento de las mujeres exfumadoras (frente a un 5% de los hombres exfumadores).

Por edades, las personas mayores exfumadoras se motivaron más gracias a un consejo médico (solo un 7% de las exfumadoras en personas jóvenes), además de por presentar molestias personales (33%). La presión social o familiar motivó más a las personas jóvenes sobre todo hombres y otras motivaciones afectaron más a las personas entre 16-29 años y en el grupo de 30-44 años probablemente derivados de la presencia de embarazos y cuidados de niños/as dado que esta proporción es también más elevada en mujeres.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Consejo médico	7,7	10,4	27,3	37,9	26,0	6,3	18,5	15,6	63,6	20,4
Molestias personales	19,2	25,0	29,9	35,8	30,1	18,8	16,7	31,6	9,1	20,4
Preocupación sobre efectos nocivos	23,1	31,3	23,4	21,1	24,0	37,5	35,2	25,0	0	29,2
Presión social o familiar	11,5	10,4	3,9	2,1	5,3	0	1,9	0	0	0,9
Otros	34,6	22,9	15,6	2,1	13,8	37,5	25,9	28,1	27,3	28,3

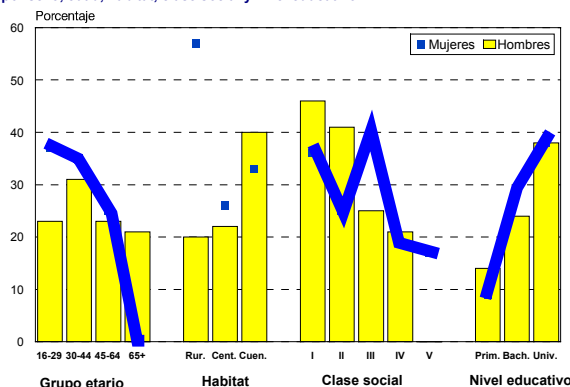
Por tipo de hábitat, las mujeres de zonas rurales que han dejado de fumar lo han hecho fundamentalmente por la preocupación sobre los efectos nocivos del tabaquismo, mientras que los hombres de las mismas zonas lo hicieron fundamentalmente por molestias personales. Por su parte, los hombres de las cuencas mineras lo hacen sobre todo por preocupación de los efectos nocivos al igual que las mujeres de las mismas cuencas. Las personas de las zonas rurales hacen relativamente poco caso de los consejos médicos al menos en esta variable sobre todo las mujeres.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
Consejo médico	0	21,2	23,8	20,4
Molestias personales	14,3	21,2	19,0	20,4
Preocupación sobre efectos nocivos	57,1	25,9	33,3	29,2
Presión social o familiar	0	1,2	0	0,9
Otros	28,6	29,4	23,8	28,3

Por clase social, tanto en hombres como en mujeres el dejar el tabaquismo debido a la preocupación sobre los efectos nocivos del hábito es mucho más alta en las clase social altas (I y II) y muy baja en las clase IV y V.

Por nivel educativo sucede lo mismo, los niveles educativos más bajos refieren como motivo para dejar el tabaquismo las preocupaciones sobre los efectos nocivos es escasa frecuencia en comparación con las personas con estudios universitarios.

Consumo de tabaco: motivación de preocupación de efectos nocivos para dejarlo por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel educativo:



## **4.6.- Consumo de alcohol:**

### **4.6.1.- Consumo habitual de alcohol:**

Contestación a la pregunta: **¿Bebe o ha bebido Ud. Bebidas alcohólicas de forma habitual?. Referida al momento de la entrevista.**

El consumo habitual de bebidas alcohólicas afecta al 36,5% de la población que responde a esta pregunta. Un 23% de la población dice que consume ocasionalmente, un 6% es una persona exbebedora y una de cada tres personas indica que nunca ha tomado bebidas alcohólicas. Un 10% de la población consume bebidas alcohólicas de forma habitual más de cuatro días a la semana.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>No he tomado nunca bebidas alcohólicas</b>	17,6	<b>46,1</b>	<b>32,8</b>
<b>Antes tomaba, ahora ya no tomo nada</b>	8,3	<b>4,1</b>	<b>6,1</b>
<b>No tomo habitualmente, aunque puedo beber ocasionalmente (&lt;1 vez/mes)</b>	20,3	<b>25,2</b>	<b>22,9</b>
<b>Tomo 2-3 días/mes</b>	8,1	<b>5,9</b>	<b>6,9</b>
<b>Tomo 1-2 días/semana</b>	21,1	<b>12,1</b>	<b>16,3</b>
<b>Tomo 3-4 días/semana</b>	5,2	<b>2,2</b>	<b>3,6</b>
<b>Tomo &gt;4 días/semana</b>	16,9	<b>3,4</b>	<b>9,7</b>

Los hombres consumen muchas más bebidas alcohólicas que las mujeres: un 46% de las mujeres nunca ha bebido frente a solo un 18% de los hombres, hay el doble de exbebedores que de exbebedoras (8% frente a un 4%, respectivamente), y en lo que es el consumo habitual un 51% de los hombres lo practica frente a solo un 24% de las mujeres. Además en lo que es el consumo más alto por frecuente (más de 2 días a la semana) hay un 22% con este patrón de consumo frente a solo un 6% de las mujeres.

Por edades, la mitad de la población mayor no ha tomado nunca bebidas alcohólicas frente a solo un 18% de las personas jóvenes. Un 14% de las personas mayores ya no bebe frente a solo un uno por ciento de los/las jóvenes. El consumo ocasional dentro de la semana (menos de 3 días/semana) es más frecuente en personas jóvenes (47%) frente a solo un 7,5% de las personas mayores que tienen otra conducta en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas (un 13% de ellas bebe más de dos días por semana frente a solo un 6% de las personas jóvenes, cuyo consumo se circunscribe más a los fines de semana). Por género y edad, es muy escasa la proporción de hombres que no ha consumido alcohol (un 23% en personas mayores, el grupo con mayor proporción) al contrario que las mujeres en las que aumenta considerablemente la proporción de personas que no han tomado previamente bebidas alcohólicas (un 50% en personas de 45-64 años y un 67% en mujeres mayores de 64 años). Los consumos excesivos en hombres aparecen en mayor frecuencia en hombres de más de 44 años de edad, mientras que en el caso de las mujeres se sitúan en edades inferiores debido al escaso porcentaje de mujeres bebedoras en edades superiores a las citadas.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
No he tomado nunca bebidas alcohólicas	18,2	28,7	34,7	49,5	32,8
Antes tomaba, ahora ya no tomo nada	0,8	2,8	6,9	13,9	6,1
No tomo habitualmente, aunque puedo beber ocasionalmente (<1 vez/mes)	24,9	29,7	21,7	15,2	22,9
Tomo 2-3 días/mes	12,2	7,3	5,7	2,7	6,9
Tomo 1-2 días/semana	35,0	15,1	10,9	4,8	16,3
Tomo 3-4 días/semana	3,1	4,5	3,6	3,2	3,6
Tomo >4 días/semana	2,5	10,4	15,3	9,7	9,7

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No he tomado nunca bebidas alcohólicas	13,3	16,9	17,4	22,8	17,6	22,9	38,7	50,2	67,1	46,1
Antes tomaba, ahora ya no tomo nada	0	4,8	9,1	21,3	8,3	1,7	0,7	4,9	8,5	4,1
No tomo habitualmente, aunque puedo beber ocasionalmente (<1 vez/mes)	20,3	26,6	17,0	15,7	20,3	29,2	31,6	25,8	14,5	25,2
Tomo 2-3 días/mes	12,0	8,1	6,4	5,1	8,1	12,1	6,3	4,9	1,1	5,9
Tomo 1-2 días/semana	40,2	17,7	15,5	7,6	21,1	29,2	12,3	6,6	2,8	12,1
Tomo 3-4 días/semana	3,3	6,0	6,0	5,1	5,2	2,9	3,0	1,4	1,8	2,2
Tomo >4 días/semana	5,0	15,7	26,4	19,3	16,9	0	5,2	4,9	2,8	3,4

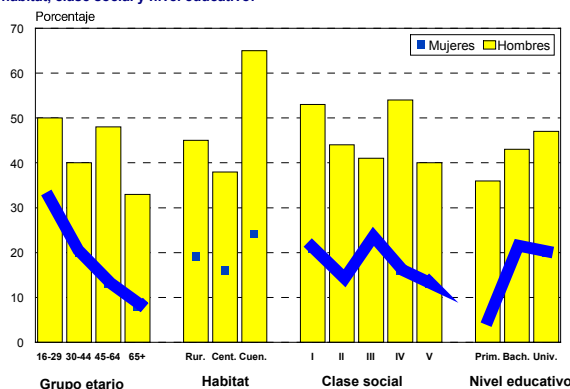
Por hábitat, los patrones de mayores consumos se sitúan en las cuencas mineras sobre todo en hombres. Los hombres de estas zonas tienen patrones de consumos de más de una vez por semana considerablemente más altos que los de otras zonas. Por su parte las mujeres de las mismas zonas también tienen la mayor frecuencia entre las mujeres. Sin embargo, son las mujeres de las zonas rurales las que tienen unos patrones de consumo más llevados si tenemos en cuenta solo los consumos de tomar bebidas alcohólicas más de cuatro días por semana (8% frente a solo un 2,5% de las mujeres de las cuencas mineras). Circunstancia parecida sucede con los hombres de las zonas rurales: un 23% de ellos consume bebidas alcohólicas más de cuatro veces por semana, si bien en los hombres de las cuencas mineras la proporción es similar (24%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
No he tomado nunca bebidas alcohólicas	52,1	44,7	44,4	46,1
Antes tomaba, ahora ya no tomo nada	10,0	2,8	5,0	4,1
No tomo habitualmente, aunque puedo beber ocasionalmente (<1 vez/mes)	17,1	27,8	18,8	25,2
Tomo 2-3 días/mes	0	6,8	6,3	5,9
Tomo 1-2 días/semana	9,3	11,1	19,4	12,1
Tomo 3-4 días/semana	2,1	2,3	1,9	2,2
Tomo >4 días/semana	7,9	2,7	2,5	3,4

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Estilos de vida

Consumo de bebidas alcohólicas: más de una vez por semana por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel educativo:



Por clase social, para los patrones de consumo de más de una vez por semana, a medida que la clase social es más baja descende la proporción de personas que consumen bebidas alcohólicas más de una vez por semana, en ambos sexos. Por tanto, las que consumen más frecuentemente con este patrón son las clases sociales más altas.

Por nivel educativo, a medida que aumentamos de nivel aumenta la proporción de personas que consumen bebidas alcohólicas con una frecuencia superior a un día a la semana, circunstancia más evidente si tuviéramos en cuenta el consumo más frecuente (tomar bebidas alcohólicas más de 4 veces a la semana), donde la proporción de personas universitarias que tienen este patrón es de tres (en hombres) a cuatro (mujeres) veces superior a la de las personas con nivel de estudios primarios.

Ahondando en la tipología de consumo es muy importante diferenciarlas por que, generalmente en aquellos consumos de hábito diario se consumen menos cantidad de bebidas alcohólicas al día, y en aquellos hábitos fundamentalmente con periodicidad semanal (fin de semana) el consumo de bebidas alcohólicas durante estos días es, generalmente, mucho más elevado.

#### **4.6.2.- Pautas del consumo de alcohol:**

Contestación a la pregunta: ***Si Ud. Toma alcohol actualmente o lo tomaba de forma habitual: ¿Cuánta cantidad de las siguientes bebidas consume o consumía diariamente en estos períodos?***. Referida al momento de la entrevista para las personas que beben actualmente y para las exbebedoras cuando bebían. En número de consumiciones (sidra: culinos; vino: vasos o copas; cerveza: cañas o botellines; copas: consumición; combinados: vaso largo). La sidra acampanada se considera, a estos efectos, como la sidra (una copa equivale a un culín). En fines de semana el viernes se considera el día completo.

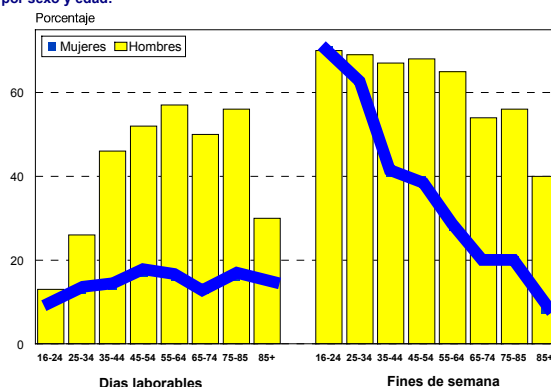
El análisis de la proporción de personas que consumen bebidas alcohólicas en días laborables por edad y género en las dos diferentes tipologías de consumo nos indica que en aquellas personas de 15-24 años de edad mientras solo un 13% y 10% de hombres y mujeres, respectivamente, consumen alcohol en días laborables, estas cifras se multiplican por seis y por siete, respectivamente, cuando analizamos los consumos en fin de semana. A medida, que se aumenta la edad, la disparidad de consumo entre días laborables y fines de semana se va haciendo más pequeña tanto en hombres como en mujeres llegando a ser casi estable la proporción en hombres mayores de 64 años de edad en ambos períodos (aunque en mujeres se incrementa un poco en fines de semana).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Por género, las mujeres, como se indicó consumen en frecuencia menos que los hombres tanto durante los días laborables como en fines de semana independientemente del grupo erario en el que se sitúen, si bien existe una mayor diferencia de consumos entre género en días laborables y en edades medias de la vida.

Edades	DIAS LABORABLES		DIAS DE FIN DE SEMANA	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>15-24</b>	12,9	<b>9,8</b>	70,2	<b>69,7</b>
<b>25-34</b>	25,9	<b>13,3</b>	69,3	<b>61,7</b>
<b>35-44</b>	45,8	<b>14,1</b>	67,3	<b>41,4</b>
<b>45-54</b>	52,3	<b>16,8</b>	68,5	<b>39,2</b>
<b>55-64</b>	56,9	<b>16,0</b>	64,7	<b>28,5</b>
<b>65-74</b>	49,6	<b>13,3</b>	53,9	<b>19,6</b>
<b>75-85</b>	55,6	<b>16,1</b>	55,6	<b>19,6</b>
<b>+ de 85</b>	30,0	<b>15,4</b>	40,0	<b>7,7</b>

Consumo de bebidas alcohólicas: consumo en días laborables y fines de semana por sexo y edad:



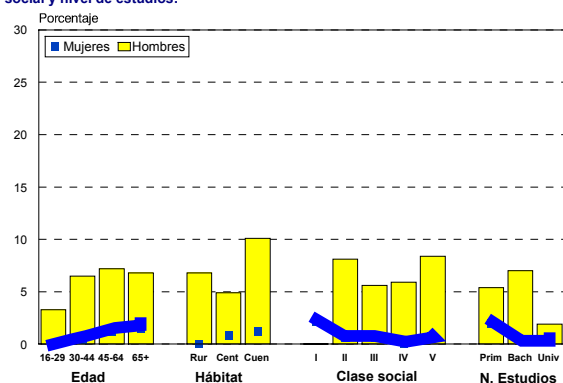
Si tipificamos el consumo en relación a la cantidad de alcohol ingerida en ambos períodos de tiempo y asumiendo las recomendaciones de clasificación más habituales, durante los días laborables tres cuartas partes de la población es abstemia (no bebe), mientras que, en fines de semana, esa proporción baja a una de cada dos personas. La tipología que marcadamente cambia entre ambos períodos son los consumos moderados (se cuadruplica la proporción del 5% al 22%) y los consumos abusivos que engloban el consumo alto, excesivo y de gran riesgo, que se triplica (del 3% al 10% de la población mayor de 15 años de edad). Recordemos que, fundamentalmente, este grupo es el que va a presentar problemas en mayor intensidad relacionados con el consumo de alcohol.

Por género, seis de cada diez hombres y nueve de cada diez mujeres son abstemios en días laborables. Esas cifras bajan a uno de cada tres hombres y dos de cada tres mujeres en los fines de semana. Se incrementa en ambos sexos, durante los fines de semana la proporción de bebedores moderados (tres veces los hombres, dieciséis veces las mujeres) y también, en menor intensidad, el consumo abusivo (del 6% al 16% en hombres y del 1% al 4% en mujeres). Un 2% de los hombres en días de semana es bebedor de gran riesgo frente a solo una de cada quinientas mujeres. En fines de semana esa proporción se eleva a uno de cada veinte hombres y a una de cada cien mujeres.

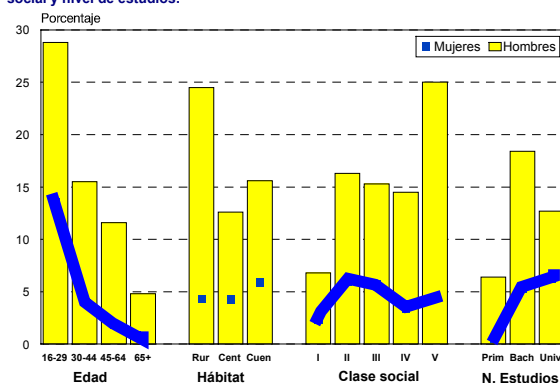
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Tipología de la persona	Total		Hombres		Mujeres	
	Labor.	Fin de sem.	Labor.	Fin de sem.	Labor.	Fin de sem.
<b>Abstemia</b>	74,9	50,1	60,4	36,1	<b>87,9</b>	<b>62,5</b>
<b>Bebedora ligera</b>	16,8	18,1	23,8	19,1	<b>10,5</b>	<b>17,2</b>
<b>Bebedora moderada</b>	5,1	22,1	9,8	29,1	<b>0,9</b>	<b>15,9</b>
<b>Bebedora alta (A)</b>	1,3	3,2	2,5	4,8	<b>0,2</b>	<b>1,7</b>
<b>Bebedora excesiva (E)</b>	1,1	3,3	1,9	5,2	<b>0,4</b>	<b>1,6</b>
<b>Bebedora gran riesgo (GR)</b>	0,9	3,2	1,6	5,6	<b>0,2</b>	<b>1,1</b>
<b>Bebedoras abusivas (A+E+GR)</b>	3,3	9,7	6	15,6	<b>0,8</b>	<b>4,4</b>

Personas bebedoras abusivas en días laborables por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Personas bebedoras abusivas en fines de semana por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Este porcentaje de personas bebedoras abusivas (altos/as bebedores/as, excesivos/as, y de gran riesgo) aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres (si bien en el grupo de hombres mayores de 64 años baja un poco) en los días laborables y es totalmente opuesta el comportamiento en fines de semana. En días laborables las cifras son muy bajas en personas jóvenes (3,3% en hombres y 0,8% en mujeres) comparadas con las de las personas mayores (7% en hombres y 1,5% en mujeres). Evidentemente, existe una gran disparidad de consumo entre hombres y mujeres en cualquier ámbito en el que estudiemos el consumo de esta sustancias. En días de fin de semana el comportamiento cambia totalmente en relación a la edad y el género: tanto hombres (28,9%) como mujeres (13,6%) jóvenes tienen patrones de consumo abusivo de alcohol muy superiores a los de las personas mayores (7,5% y 0,4% respectivamente), reduciéndose paulatinamente el porcentaje de consumo abusivo con el grupo etario. Por tanto, casi un tercio de los hombres y una de cada siete mujeres de 16-29 años de edad tiene patrones de consumo abusivo de alcohol en estos días.

Por tipo de hábitat, en todos ellos hay menor proporción de personas con consumo abusivo de alcohol en días laborables que en fines de semana. En días laborables el mayor porcentaje de consumo abusivo corresponde a las personas residiendo en las cuencas mineras (10% en hombres y 1,2% en mujeres) y en fines de semana a los hombres de las zonas rurales (24,5%) y a las mujeres de las cuencas mineras (5,9%). Es en las zonas rurales donde mayor disparidad de consumo existe entre géneros en los fines de semana y en las cuencas mineras durante los días laborables.

Por Clase social, la clase social V es la que mayor consumo abusivo presenta en fines de semana y días laborables en hombres (25% y 8,4%, respectivamente) y la que menos en ambos períodos es la clase social I. Las mujeres de la clase social I en días laborables son las que mayor proporción de consumo abusivo tienen (2%) siendo las de la clase social II las que lo tienen en fines de semana (22,7%).

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Estilos de vida

Por nivel de estudios el comportamiento es claramente ambivalente según el día. Tanto en días laborables como en fines de semana la proporción de hombres bebedores abusivos más alta corresponde a los niveles de estudio medios. Sin embargo, en los mismos hombres, se observa que los hombres con nivel de estudios universitarios beben abusivamente muy poco en días laborable y mucho en fines de semana y en los hombres con niveles de estudios primarios la situación es inversa: beben abusivamente más en días laborables y menos en fin de semana. En mujeres, son las de estudios primarios las que más beben en días laborables y las de estudios universitarios las que más beben en fin de semana.

Las bebidas que mencionan las personas entrevistadas como consumidas en ambos períodos son: la bebida más consumida durante la semana es el vino (una de cada cinco personas la consume), seguida de la cerveza (un 6% de la población la consume). En fines de semana, la bebida que más dice consumir la población es también el vino (una de cada cuatro personas), seguida de la sidra (17% de ellas) y la cerveza (15%). El incremento de proporción de personas consumidoras más elevado entre ambos períodos es el correspondiente al consumo de combinados (diez veces), de las copas (de 2 a 11%) y de la sidra (del 4% al 17%).

	<b>Vino</b>	<b>Sidra</b>	<b>Cerveza</b>	<b>Copas</b>	<b>Combinado</b>
<b>Día Laborable</b>	18,9%	4,1%	6,4%	2,4%	1,5%
<b>Fin de semana</b>	24,7%	17,2%	14,9%	10,9%	12,9%

Cuando analizamos esta variable en función de la edad, el consumo de sidra en fines de semana aumenta considerablemente, fundamentalmente a cargo de las personas jóvenes: el consumo más alto en días laborables es en el grupo de 45-64 años en hombres (6%) y en el de 30-44 años (7%) en mujeres. En fin de semana el consumo en jóvenes se dispara tanto en hombres como en mujeres, con cifras del 24,5% de hombres jóvenes y del 31% en mujeres jóvenes, reduciéndose el consumo con el grupo etario hasta el 11% de los hombres y el 2% de las mujeres mayores.

El consumo de vino tiene un patrón distinto, con un incremento en su consumo en fines de semana muy moderado y a expensas del aumento del consumo en mujeres jóvenes. Las proporciones de personas consumidoras de vino en hombres no varía entre los distintos días semanales si bien si se incrementa el consumo con el grupo etario pasando de un 5 a un 10% en hombres jóvenes a un 48-49% en hombres mayores. En mujeres jóvenes la proporción es de un 2% en días laborables y un 15% en fines de semana llegando a un 23% en fines de semana y 15% en mujeres en días laborables.

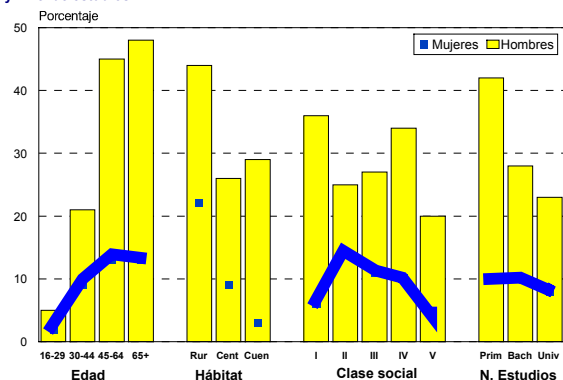
En consumo de cerveza también aumenta el fin de semana en ambos géneros. Durante los días laborables es mayor en hombres de 30-44 años (17%) y en mujeres de la misma edad (4,5%) reduciéndose la proporción con la edad. Ese consumo se incrementa de manera muy marcada el fin de semana hasta niveles del 35% en hombres de 16-29 años y del 23% en mujeres reduciéndose la prevalencia a medida que aumentamos de edad.

Los consumos de copas y combinados tienen un comportamiento similar de cambio entre días. En días laborables tienen una mayor proporción de consumo los hombres de 45-64 años de edad tanto en copas como en combinados (6,8% y 5,3% respectivamente), siendo el consumo de este tipo de bebidas prácticamente anecdótico en mujeres de cualquier edad. Por le contrario, en fines de semana, cambia el comportamiento, y los mayores consumos corresponden a las personas jóvenes siendo en estas edades muy parecido el consumo entre hombres y mujeres: Un 40% de los hombres y un 25% de las mujeres jóvenes consumen copas los fines de semana, así como un 20% de los hombres y de las mujeres de las mismas edades consumen combinados en las mismas fechas. La proporción baja de manera acusada con la edad, hasta llegar a niveles del 1-2% de

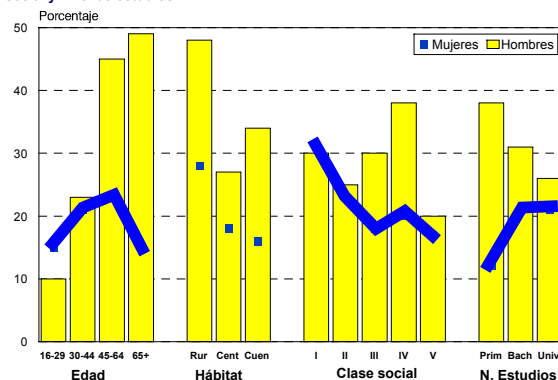
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

consumo de copas y un 1% (en mujeres) y un 5% (en hombres) en cuanto al consumo de combinados durante el fin de semana en personas mayores de 64 años de edad.

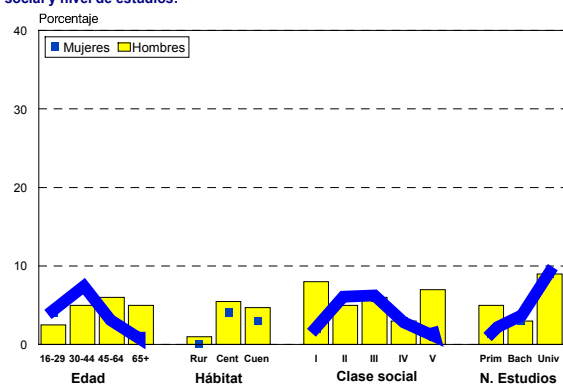
Personas bebedoras de vino en días laborables por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



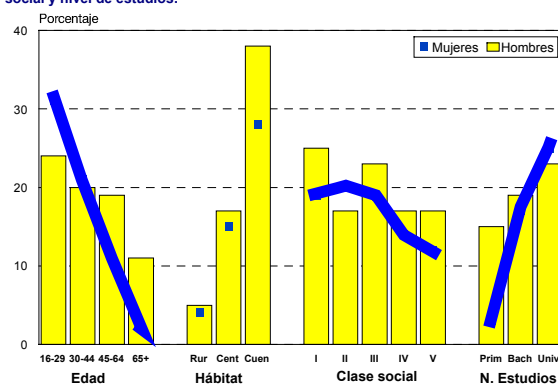
Personas bebedoras de vino en fin de semana por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



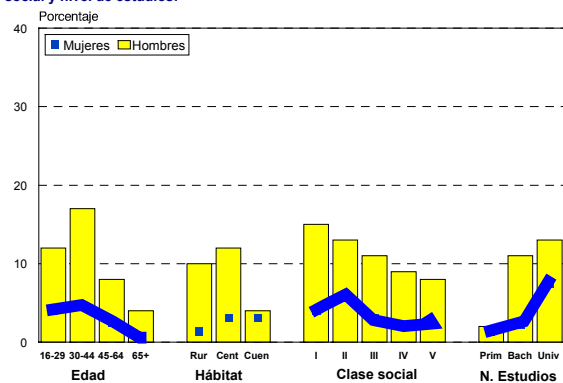
Personas bebedoras de sidra en días laborables por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



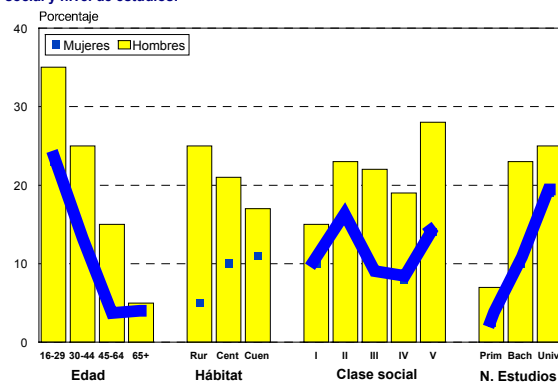
Personas bebedoras de sidra en fin de semana por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Personas bebedoras de cerveza en días laborables por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Personas bebedoras de cerveza en fin de semana por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Por tipo de hábitat, el consumo de sidra es relativamente bajo en días laborables, siendo más alto en personas (hombres y mujeres) de la zona centro (5,5% y 4,4% respectivamente) e incrementándose en fines de semana dramáticamente su consumo en todos los hábitats particularmente en las cuencas mineras (38% en hombres y 28% en mujeres) frente a cifras realmente escasas de la zona rural (5% y 4%, respectivamente).

El consumo de vino por hábitat es particularmente alto en cualquier momento en las zonas rurales tanto en hombres como en mujeres, si bien se observa que la diferencia de género en el consumo se reduce bastante en los fines de semana. Las mayores proporciones corresponden a hombres (44-48%) y mujeres (22-28%) de las zonas rurales. Los menores consumos corresponden a las mujeres de las cuencas mineras (3% en laborables y 16% en fines de semana).

El consumo de cerveza es mayor en hombres (12%) y mujeres (3%) de la zona centro durante días laborables y en hombres de zonas rurales (25%) y mujeres de cuencas mineras (11%) en fines de semana. Es en las zonas rurales donde mayor diferencia de género se observa en el consumo de esta bebida.

Los consumos de copas y combinados en días laborables son particularmente altos en los hombres de las cuencas mineras (7% en copas y 5% en combinados), siendo muy bajo en mujeres de cualquier hábitat. En fines de semana el mayor consumo de combinados sucede en personas de las cuencas mineras (24% en hombres y 9% en mujeres) y en cuanto a copas en personas de las zonas rurales (32% de hombres y 11% en mujeres).

Por clase social el consumo de sidra es más alto en días laborables en hombres de la clase social I (8,5%) y en mujeres de la clase social III (6%), siendo el consumo más bajo en hombres y mujeres de la clase social V. En fines de semana, el consumo de sidra es mucho más alto en hombres de la clase social I (25,5%) y en mujeres de la clase social II (20%) y menor en las personas de la clase social V (17% de hombres y 12% de mujeres).

El consumo de vino por clase social es mayor en hombres de la clase social en días laborables en hombres de la clase social I (36%) y en mujeres de la clase social II (14,5%), siendo más bajo su consumo en personas de la clase social V (20% en hombres y 4% en mujeres). En fines de semana la mayor proporción sucede en los hombres de la clase social IV (38%) y mujeres de la clase social I (31%) que llega a ser incluso a ser una proporción superior a la de los hombres de su misma clase. Debemos recordar que el consumo de vino entre ambos períodos no cambia sustancialmente y los ligeros cambios son a expensas de los consumos en mujeres que se acercan mucho a los de los hombres en fines de semana. Los menores consumos en fines de semana también corresponden a las personas de clase V (29% en hombres y 17% en mujeres).

El consumo de cerveza también se incrementa en los fines de semana con un gran cambio en el patrón de consumo en hombres. Durante los días laborables los mayores consumos corresponden a los hombres de la clase social I y desciende progresivamente a medida que descendemos de clase social (del 15% al 8% en clase social V). En cambio en fines de semana, los mayores consumos corresponden a hombres de la clase V (28% vs. 15% en hombres de clase I). En mujeres se incrementa el consumo y la mayor proporción de consumo corresponde a la clase social II (16%) frente a un 8% de la clase social IV.

Si analizamos el consumo de copas y combinados existe una gran disparidad de consumo entre géneros, siendo muy superior en hombres. En cuanto a las copas en días laborables un 8% de los hombres de la clase social V las consumen y solo un 2% de la clase social I. En cuanto a los combinados en estos días los consumen un 4% de los hombres de la clase social II. El consumo en estos días laborables en mujeres es prácticamente anecdótico. En fines de semana se incrementan sustancialmente los consumos de ambos tipos de bebida, en el caso de las copas, sube hasta un 27% en los hombres de la clase social V y en mujeres a un 11% de las mujeres de la clase social IV. Los consumos de copas en las clases más altas en fines de semana es relativamente moderado. El análisis del consumo de combinados nos muestra que lo hace un 18% de los hombres de la clase social III siendo parecidas las proporciones entre las distintas clases sociales. En mujeres la mayor proporción sucede en las de la misma clase social (11%) y un 5% de las de la clase social IV.

El análisis de los consumos por nivel de estudios, nos indica que consumen sidra considerablemente mucho más las personas con nivel de estudios universitarios. En días laborables consumen sidra un 9% y un 8% de los hombres y mujeres, respectivamente, con estudios universitarios frente a un 3% de los hombres con estudios medios y un 1% de las mujeres con estudios primarios. En fines de semana se incrementa el consumo llegando a un 25% en las mujeres y un 23% en los hombres con estudios universitarios. Las cifras, en

esos períodos son, sin embargo, del 15% en los hombres y del 3% en las mujeres con estudios primarios.

El comportamiento del consumo de vino es discordante entre los períodos. Así, en los días laborables es consumido sustancialmente en mayor frecuencia por personas de nivel de estudios primarios (42% de los hombres y 19% de las mujeres) frente a un 23% de los hombres y un 8% de las mujeres con estudios universitarios. Por el contrario, en fines de semana, los hombres de nivel de estudios primarios siguen teniendo una mayor frecuencia de consumo (38% frente a un 26% en hombres con estudios universitarios) pero en mujeres de nivel de estudios universitarios hay también un gran consumo (21% frente a solo un 12% de las mujeres con nivel de estudios primarios, que, prácticamente, no incrementan su consumo entre un período y otro).

El consumo de cerveza, es, por el contrario, siempre superior en personas con nivel de estudios universitarios. En días laborables un 13% de los hombres y un 7% de las mujeres con estudios universitarios consumen cerveza, por un 2% en hombres y un 1% de las mujeres de nivel de estudios primarios. En fines de semana, se incrementan el consumo hasta un 25% de los hombres y un 19% de mujeres con estudios superiores frente a un 7% de hombres y un 2% de mujeres con estudios primarios.

El consumo de copas y combinados es dispar en función de la bebida, el momento y el género. En días laborables el mayor consumo de copas corresponde a los hombres de nivel de estudios primarios (5,2%) y el de combinados al de hombres de estudios medios (3,4%). En mujeres en estos días el consumo es muy escaso. En fines de semana, el consumo de copas se eleva mucho, hasta el 21% de los hombres con estudios medios, siendo casi estable en los hombres con estudios primarios (6,7%). También se eleva en mujeres siendo las de nivel universitarios las que consumen más (15% frente a solo un 1,9% en mujeres de estudios primarios). El consumo de combinados es más frecuente en estos días en personas de nivel de estudios universitarios: 18,5% de los hombres y 14% de las mujeres, frente a un 6,7% de los hombres y un 2,8% de las mujeres de nivel de estudios primarios.

Cuando analizamos el consumo de alcohol no en proporciones de personas consumidoras, sino en cantidad de consumiciones y en cantidad de gramos de alcohol ingeridos según el momento de consumo a partir de las respuestas de las personas entrevistadas, se debe considerar que una consumición de sidra corresponde a 0,3 UBE (unidad de bebida estandarizada), un vaso o copa de vino y una cerveza a una UBE, y una copa o combinado a 2 UBE. Cada UBE equivale a 10-12 gr. de alcohol puro.

En días laborables, la bebida de la que más consumiciones se realizan es el vino, seguido de la sidra y de la cerveza. En esos días, más de la mitad del alcohol puro ingerido por la población asturiana se debe al vino (57%), frente a un 14,5% debido a cerveza y un 12% a las copas. En días festivos, la bebida que más consumiciones se generan en Asturias es la sidra, seguida del vino y cerveza, pero con gran incremento de copas y combinados respecto a los días laborables. En proporción de alcohol puro consumido, la bebida que más pesa son los combinados (26%), seguido de las copas (23,5%) y vino (22%), quedando relegada la bebida más consumida (la sidra) a un 16% del total de alcohol puro ingerido por su menor concentración de alcohol por unidad de volumen.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

Día Laborable	Cantidad de consumiciones	UBES	% UBES
Sidra	340	112	7,5
Vino	845	845	56,6
Cerveza	216	216	14,5
Copas	87	174	11,6
Combinados	73	146	9,8
<b>Fin de semana</b>			
Sidra	2.449	808	15,6
Vino	1.093	1.093	21,7
Cerveza	705	705	13,6
Copas	609	1.218	23,5
Combinados	682	1.364	26,3

### 4.6.3.- Motivación para haber dejado de tomar bebidas alcohólicas:

Contestación a la pregunta: ***Si Ud. tomaba bebidas alcohólicas y no lo hace desde más de seis meses seguidos, indíquenos, por favor, los dos motivos fundamentales por los que dejó de beber.*** Referida a las personas exbebedoras. Si hacía menos de seis meses seguidos que habían dejado de beber no se consideraban a estos efectos. En aquellas personas que dejaron de beber más de una vez durante más de seis meses seguidos, la pregunta hace referencia a la última vez que lo dejó.

Un 40% de las personas exbebedoras se motivó por consejo médico, un 17% por su preocupación por los efectos nocivos y solo un 3% por la presión social o familiar.

Por género, han dejado de beber más hombres por consejo médico que mujeres (44% frente a 33%), un 5% de las mujeres lo ha hecho por presión familiar o social y solo un 2,5% de los hombres. Las mujeres refieren con mayor frecuencia la existencia de otros motivos que los hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Consejo médico	44,3	33,3	40,5
Molestias personales	11,4	14,3	12,4
Preocupación sobre efectos nocivos	19,0	14,3	17,4
Presión social o familiar	2,5	4,8	3,3
Otros	13,9	21,4	16,5
NS/NC	8,9	11,9	9,9

Por edades, la motivación principal de las personas mayores es el consejo médico (56%) frente a solo un 9% de las jóvenes, que expresan con más frecuencia la existencia de otros motivos (27%). La presión social o familiar es importante para un 9% de las personas jóvenes y solo para un 3% de las personas mayores no considerando nada importante este hecho las personas entre 45-64 años de edad. Es de reseñar que casi la mitad de las personas jóvenes no han querido contestar a esta pregunta, siendo la proporción de una de cada diez personas para la muestra total. a su vez, hay una gran proporción de personas que manifiestan otro tipo de motivaciones, con los cual es muy difícil sacar conclusiones a esta variable.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Estilos de vida

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Consejo médico</b>	9,1	17,6	35,3	55,9	<b>40,5</b>
<b>Molestias personales</b>	0,0	23,5	14,7	10,2	<b>12,4</b>
<b>Preocupación sobre efectos nocivos</b>	9,1	35,3	20,6	11,9	<b>17,4</b>
<b>Presión social o familiar</b>	9,1	5,9	0,0	3,4	<b>3,3</b>
<b>Otros</b>	27,3	17,6	17,6	5,1	<b>16,5</b>
<b>NS/NC</b>	45,5	0,0	11,8	13,6	<b>9,9</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Consejo médico</b>	0	16,7	39,1	61,5	<b>44,3</b>	16,7	20,0	27,3	45,0	<b>33,3</b>
<b>Molestias personales</b>	0	16,7	13,0	10,3	<b>11,4</b>	0	40,0	18,2	10,0	<b>14,3</b>
<b>Preocupación sobre efectos nocivos</b>	0	41,7	17,4	15,4	<b>19,0</b>	16,7	20,0	27,3	5,0	<b>14,3</b>
<b>Presión social o familiar</b>	0	8,3	0	2,6	<b>2,5</b>	16,7	0	0	5,0	<b>4,8</b>
<b>Otros</b>	40,0	16,7	17,4	7,7	<b>13,9</b>	16,7	20,0	18,2	25,0	<b>21,4</b>
<b>NS/NC</b>	60,0	0	13,0	2,6	<b>8,9</b>	33,3	0	9,1	10,0	<b>11,9</b>

Por hábitat, atendiendo al alto porcentaje de otros y de no sabe no contesta, las mujeres de la zona rural (al contrario que pare el hábito tabáquico) son las que refieren con más frecuencia haberlo dejado por consejo médico, y las de las cuencas mineras las que menos utilizaron ese motivo para dejarlo y refieren más el fenómeno molestias personales.

Por clase social las personas en clases sociales más altas (la I, particularmente) que han dejado de beber lo han hecho por consejo del médico, mientras que en las clases sociales IV y V lo han hecho en mayor frecuencia por las molestias personales.

Por nivel educativo, las personas con nivel educativo de estudios primarios han dejado de beber en mayor frecuencia debido al consejo médico y en el caso de personas con estudios superiores debido a la preocupación sobre los efectos nocivos.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Consejo médico</b>	70,0	25,0	12,5	<b>33,3</b>
<b>Molestias personales</b>	10,0	8,3	37,5	<b>14,3</b>
<b>Preocupación sobre efectos nocivos</b>	10,0	20,8	0	<b>14,3</b>
<b>Presión social o familiar</b>	0	0	25,0	<b>4,8</b>
<b>Otros</b>	10,0	25,0	25,0	<b>21,4</b>
<b>NS/NC</b>	0	20,8	0	<b>11,9</b>

## **5.- Prácticas preventivas**

**OBJETIVOS:**

- Conocer la realización de prácticas preventivas en relación al cáncer de mama y genital
- Conocer la realización de controles de tensión arterial y colesterol sérico
- Conocer la realización de controles periódicos de los dientes
- Estudiar el grado de coberturas vacunales
- Conocer el uso de medidas de seguridad en los vehículos a motor y bicicletas

## 5.1.- Toma de tensión arterial:

Contestación a la pregunta: **¿Cuándo le han tomado la tensión arterial por última vez?**

La toma regular de la tensión arterial se considera un elemento fundamental para el diagnóstico y el adecuado control de la hipertensión arterial.

Un 73% de la población adulta asturiana declara haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año. Solo un 2,5% dice no haberse tomado la tensión nunca y otro 3,5% hace más de cinco años.

Por edades, las mujeres indican una mayor proporción de toma de tensión arterial (75% en el último año frente a un 71% de los hombres), sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>La última vez de la Toma de tensión arterial</b>			
Hace menos de un año	71,4	<b>73,8</b>	72,7
Hace de 1 a 5 años	19,8	<b>21,1</b>	20,5
Hace más de 5 años	4,3	<b>2,7</b>	3,5
Nunca	2,9	<b>2,0</b>	2,5

Por grupo etario, son, como es lógico, las personas mayores las que se toman con una mayor frecuencia la tensión arterial (89% en el último año) y las personas jóvenes las que menos sin bien en niveles considerablemente razonables para su edad (54% en el último año). Solo un 1% de las personas de más de 44 años no se ha tomado nunca la tensión arterial. Cuando analizamos la ausencia de toma de tensión arterial por edad y sexo observamos que los hombres, en todos los grupos etarios, presentan proporciones mayores que las mujeres, al igual que cuando la respuesta es que se tomó la tensión hace más de cinco años.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>La última vez de la Toma de tensión arterial</b>					
Hace menos de un año	53,8	66,2	81,3	88,7	<b>72,7</b>
Hace de 1 a 5 años	30,6	27,9	14,7	9,0	<b>20,5</b>
Hace más de 5 años	6,7	3,5	2,9	0,8	<b>3,5</b>
Nunca	6,4	1,7	0,9	1,0	<b>2,5</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hace menos de un año	48,5	67,3	83,8	87,3	<b>71,4</b>	59,2	65,1	78,7	89,0	<b>73,8</b>
Hace de 1 a 5 años	34,4	23,8	11,3	8,1	<b>19,8</b>	26,7	31,6	17,8	9,5	<b>21,1</b>
Hace más de 5 años	7,1	4,8	3,4	1,5	<b>4,3</b>	6,3	2,2	2,4	0,4	<b>2,7</b>
Nunca	6,6	2,4	1,1	1,5	<b>2,9</b>	4,3	0,7	0,7	0,7	<b>2,0</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

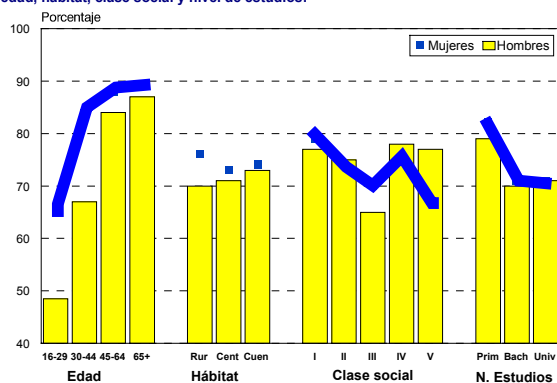
En el análisis de género en relación al tipo de hábitat de las personas entrevistadas no existen diferencias sustanciales entre hábitat dentro de cada género, y solo existe una diferencia de género en las personas residiendo en zona rural cuyas mujeres tienen niveles mayores de haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año que los hombres del mismo hábitat.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
Hace menos de un año	75,7	73,3	74,4	<b>73,8</b>
Hace de 1 a 5 años	20,0	21,2	20,6	<b>21,1</b>
Hace más de 5 años	2,1	2,7	3,1	<b>2,7</b>
Nunca	2,1	2,3	0,6	<b>2,0</b>

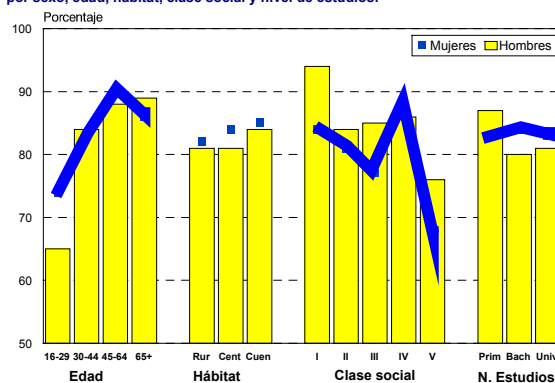
Analizando la clase social, aquella que tienen unos niveles inferiores de personas que se hayan tomado la tensión arterial en el último año son las que pertenecen a la clase social III en ambos sexos. No obstante en las mujeres se observa un descenso de dichos niveles preventivos a medida que descendemos de clase social.

En el análisis de nivel de estudios, son aquellas personas con niveles de estudios más bajos (estudios primarios) las que tienen unos mayores niveles de toma de tensión arterial en ambos sexos, probablemente influenciado porque este colectivo tiene una mayor proporción de personas mayores.

Prácticas preventivas: toma de tensión arterial hace menos de un año por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: análisis de colesterol y glucemia en los últimos 5 años por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 5.2.- Análisis de glucemia y colesterol:

Contestación a la pregunta: **¿En los últimos cinco años, le han analizado...?**

A un 83% de la población adulta asturiana le han analizado en los últimos cinco años tanto el colesterol como la glucemia. Un 13% de la población refiere no haberse analizado en ese período ninguna de ambas sustancias.

Las mujeres tienen unas proporciones mayores que los hombres de haberse analizado alguna o ambas sustancias, sin embargo no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>En los últimos 5 años le han analizado...</b>			
Colesterol y glucemia	81,4	<b>83,8</b>	82,7
Solo colesterol	1,2	<b>1,4</b>	1,3
Solo glucemia	0,1	<b>0,7</b>	0,4
Ninguna de las dos anteriores	14,5	<b>12,4</b>	13,4

Por grupos etarios, son las personas mayores junto con las de 45-64 años de edad, las que tienen una mayor proporción de control analítico de colesterol y glucosa. Un 87-89% de ellas han tenido ambas determinaciones en los últimos cinco años frente a un 70% de las personas jóvenes. Un 23% de estas últimas no ha tenido en ese período ninguna analítica de estas dos sustancias frente a la cifra, realmente alta para su edad y riesgo, de un 9% de las personas mayores de 64 años.

En el análisis de edad y sexo es evidente que la proporción de personas con dichos análisis es mayor en mujeres en todos los grupos etarios en mujeres que en hombres, excepto en las personas de más de 64 años de edad y, fundamentalmente, debido a que casi un 11% de las mujeres de más de 64 años contestan que nunca se les ha realizado una analítica de colesterol y glucemia frente a un 7% en hombres de esas edades. Esta circunstancia es particularmente problemática cuando en el análisis de morbilidad crónica observamos que las mujeres de esa edad, aun con esos porcentaje de personas a las que no se realizó analítica de glucemia, presentan prevalencia elevadas de diabetes mellitus (18% de las mujeres de ese grupo etario).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>En los últimos 5 años le han analizado...</b>					
Colesterol y glucemia	69,9	83,7	88,9	87,2	<b>82,7</b>
Solo colesterol	1,5	1,0	1,6	1,0	<b>1,3</b>
Solo glucemia	0,2	0,4	0,2	0,8	<b>0,4</b>
Ninguna de las dos anteriores	23,2	13,6	8,4	9,0	<b>13,4</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Colesterol y glucemia	65,4	84,2	87,8	88,8	<b>81,4</b>	74,4	83,3	89,8	85,9	<b>83,8</b>
Solo colesterol	0,4	1,6	1,5	1,0	<b>1,2</b>	2,5	0,4	1,8	1,0	<b>1,4</b>
Solo glucemia	0	0,4	0	0	<b>0,1</b>	0,4	0,4	0,4	1,4	<b>0,7</b>
Ninguna de las dos anteriores	27,1	13,0	10,3	6,6	<b>14,5</b>	19,3	14,1	6,7	10,6	<b>12,4</b>

En el análisis por tipo de hábitat, es en el hábitat de las cuencas mineras donde existe una mayor proporción de personas que se han analizado el colesterol y glucemia en los últimos años. Por género, las mujeres, independientemente del hábitat en que residan, tienen niveles superiores de control de colesterol y glucemia que los hombres. Sin embargo, es de reseñar que más de un 16% de las mujeres de la zona rural no se han analizado el colesterol y la glucemia en los últimos años.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
Colesterol y glucemia	82,1	83,7	85,0	<b>83,8</b>
Solo colesterol	0	1,8	0,6	<b>1,4</b>
Solo glucemia	0	0,9	0	<b>0,7</b>
Ninguna de las dos anteriores	16,4	11,4	13,8	<b>12,4</b>

En el análisis de clase social, en ambos sexos los mayores niveles de control de su colesterol y glucemia en los últimos años están en las clases sociales más privilegiadas disminuyendo claramente con la clase social. Esta situación se observa mucho más claramente en las mujeres, donde las mujeres con la clase social V tienen proporciones de control de estas variables del 68% frente al 94% de la clase social I.

Por nivel de estudios, las personas con estudios superiores tienen niveles de control de la glucemia y colesterol (87%) superiores a los de otros niveles (80%), fundamentalmente los hombres. En mujeres no existen diferencias sustanciales entre niveles educativos.

### **5.3.- Limpieza dental:**

Contestación a la pregunta: ***¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?***

Un 57% de las personas adultas asturianas declara cepillarse habitualmente los dientes más de dos veces al día después de cada comida. Un 4,5% lo realiza no habitualmente sino ocasionalmente y es un uno por ciento de la población la que indica que no se cepilla los dientes nunca.

Por género, las mujeres se cepillan con mayor frecuencia los dientes cada día, si bien las proporciones de cepillado al menos una vez al día es relativamente similar entre ambos sexos aunque hay una mayor proporción de cepillado ocasional o nunca en hombres (8% frente a 3% en mujeres).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Frecuencia de cepillado de dientes habitualmente...</b>			
Siempre, después de cada comida (>2 veces/día)	50,2	<b>63,8</b>	57,4
Una o dos veces al día	41,1	<b>32,6</b>	36,6
Ocasionalmente	6,7	<b>2,6</b>	4,5
Nunca	1,7	<b>0,5</b>	1,0

Por edades, a medida que aumenta la edad la ausencia de cepillado o el cepillado ocasional es más frecuente, pasando del 3,5% en personas jóvenes al 8% de las personas mayores. Inversamente, el cepillado de más de dos veces al día es más frecuente en jóvenes (63%) frente a la mitad de las personas mayores. Por edad y sexo los niveles de mejor limpieza dental son superiores en mujeres que en hombres a lo largo de todos los tramos etarios sobre todo en las edades medias de la vida (30-64 años de edad) destacando ese 11% de hombres mayores de 64 años que solo ocasionalmente o nunca se cepillan los dientes frente a un 6% de las mujeres de las mismas edades. Se observa, en

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

resumen, que la proporción de personas con buena higiene dental aumenta con la edad en el caso de mujeres y desciende con la edad en el caso de los hombres.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Frecuencia de cepillado de dientes habitualmente...</b>					
Siempre, después de cada comida (>2 veces/día)	62,7	58,9	58,1	49,8	<b>57,4</b>
Una o dos veces al día	33,5	36,6	35,3	41,1	<b>36,6</b>
Ocasionalmente	3,1	3,7	4,9	6,4	<b>4,5</b>
Nunca	0,4	0,8	1,3	1,7	<b>1,0</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Frecuencia de cepillado de dientes habitualmente...										
Siempre, después de cada comida (>2 veces/día)	55,6	46,8	52,1	44,2	50,2	68,8	69,9	63,1	52,3	<b>63,8</b>
Una o dos veces al día	39,0	44,4	37,7	42,6	41,1	27,5	29,4	32,8	38,9	<b>32,6</b>
Ocasionalmente	4,1	6,9	7,5	8,1	6,7	2,1	0,7	2,4	4,9	<b>2,6</b>
Nunca	0,8	1,6	1,9	2,5	1,7	0	0	0,7	1,1	<b>0,5</b>

Por tipo de hábitat, la proporción de correcta higiene dental es bastante baja en las personas residentes en el ámbito rural, estando muy por encima las de los otros hábitat, particularmente en las Cuencas mineras. En todo tipo de hábitats la proporción de mujeres con una frecuencia de cepillado de dientes regular es superior a la que manifiestan los hombres del mismo hábitat.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
Frecuencia de cepillado de dientes habitualmente...				
Siempre, después de cada comida (>2 veces/día)	47,1	68,1	53,1	<b>63,8</b>
Una o dos veces al día	44,3	27,6	45,0	<b>32,6</b>
Ocasionalmente	6,4	2,2	1,3	<b>2,6</b>
Nunca	0,7	0,5	0	<b>0,5</b>

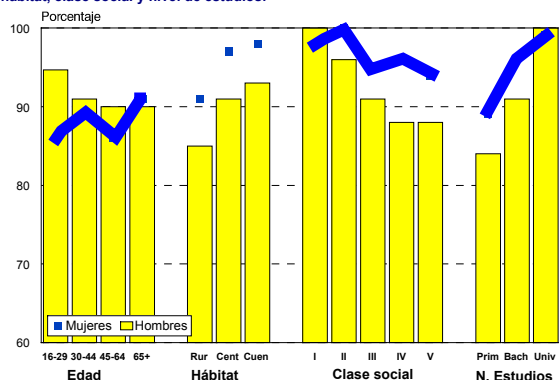
Por clase social, a medida que descendemos de clase social la proporción de personas que tienen una mayor limpieza dental baja considerablemente (100% en hombres de la clase social I frente a un 88% de los hombres de la clase V y 98% de las mujeres de la clase social I y un 88% de las mujeres de la clase social V).

Por nivel de estudios, el grado de cumplimiento de la considera adecuada limpieza dental aumenta a medida que el nivel educativo es mayor y en ambos sexos (81% en hombres y 90% en mujeres en personas con estudios primarios y en un 99% en hombres y mujeres con estudios universitarios).

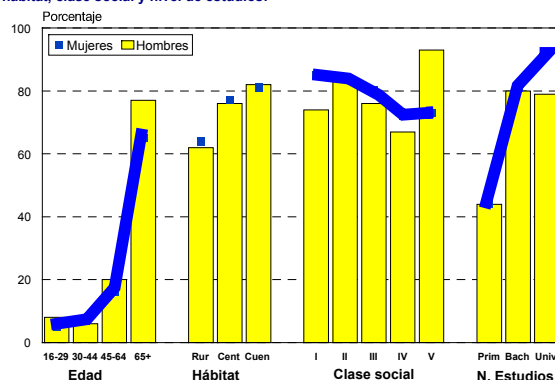
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Prácticas preventivas

Prácticas preventivas: limpieza de diente al menos una vez al día por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: vacunación antigripal en el último otoño por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 5.4.- Vacunación antigripal:

Contestación a las preguntas:

- **¿Se ha vacunado en la última campaña de la gripe este otoño...(2001)?**
- **¿Si no, ¿Porqué no?**

Se ha vacunado en la última campaña de vacunación antigripal el 25% de la población asturiana adulta. Debemos recordar que dicha vacunación no es de recomendación universal. Solo determinadas personas deben vacunarse sistemáticamente, entre ellas las mayores de 64 años de edad, además de algunas personas con determinadas enfermedades. No hay diferencias de tasas de vacunación entre ambos sexos.

Según los datos de esta Encuesta un 70% de la población de personas mayores (recordemos que a ellas sí se les aconseja la vacunación sistemática anual) ha sido vacunada en esta última campaña. Los niveles en otros estratos etarios es enormemente más bajas, llegando al 7% de las personas jóvenes.

De aquellas personas que no se han vacunado, los motivos alegados para ello, son fundamentalmente porque tiene buena salud y otros motivos (recomendación negativa de su personal médico, dado que igual no cumplían la recomendación sistemática): 79%. Sin embargo, hay un 16% de personas que responden de una manera que debería hacer reflexionar sobre cual es la capacidad del sistema para estimular la vacunación. Así, un 8% de las personas entrevistadas dicen no creer en la eficacia de la vacuna, un 4% tienen miedo a una reacción vacunal, y un 3% dice haberse vacunado otros años y haber pasado la gripe como motivo para no vacunarse en esta campaña.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Vacunación en la última campaña antigripal...</b>			
Sí	25,1	<b>24,2</b>	24,6
<b>Si no se vacunó, ¿porqué?:</b>			
Por consejo del médico	1,9	<b>3,4</b>	2,7
Porque tengo buena salud	48,5	<b>43,1</b>	45,6
No creo en la eficacia de la vacuna	8,6	<b>7,5</b>	8,0
Otros años me vacuné y pasé la gripe	2,5	<b>4,0</b>	3,3
Miedo a la reacción vacunal	2,6	<b>5,5</b>	4,2
Otros motivos	32,2	<b>34,2</b>	33,3

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

Por género, no hay diferencias de proporciones de personas vacunadas en la última campaña entre hombres y mujeres. No obstante, un 17% de las mujeres no se han vacunado por no creer en la vacuna, haber pasado la gripe tras vacunarse o por miedo a la reacción vacunal frente a un 14% de los hombres. No obstante, estas diferencias no son significativas estadísticamente.

El análisis de las causas de no vacunarse en esta última campaña por grupo etario nos muestra que, dentro del grupo de mayor riesgo (aquel para el que si está recomendada específicamente la vacunación: los mayores de 64 años) son precisamente las que mayor miedo a la reacción vacunal manifiestan (15% frente a solo el 1% de las personas jóvenes), y las que más refieren haberse vacunado otros años y haber pasado la enfermedad. El grupo de personas que menos creencia tiene en la eficacia vacunal es el de 45-64 años de edad (11%) que es el que dentro de unos años va a ser precisamente la población diana para la vacunación.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Vacunación en la última campaña antigripal...</b>					
Sí	6,7	6,4	17,8	70,3	<b>24,6</b>
<b>Si no se vacunó, ¿porqué?:</b>					
Por consejo del médico	1,4	1,3	3,9	7,9	<b>2,7</b>
Porque tengo buena salud	51,8	45,4	45,6	27,1	<b>45,6</b>
No creo en la eficacia de la vacuna	5,3	7,6	10,9	8,6	<b>8,0</b>
Otros años me vacuné y pasé la gripe	2,5	3,2	2,3	9,3	<b>3,3</b>
Miedo a la reacción vacunal	1,1	2,3	5,7	15,0	<b>4,2</b>
Otros motivos	33,3	36,9	31,1	27,9	<b>33,3</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Vacunación en la última campaña antigripal...</b>										
Sí	7,9	6,0	20,0	77,2	<b>25,1</b>	5,45	6,7	15,7	65,0	<b>24,2</b>
<b>Si no se vacunó, ¿porqué?:</b>										
Por consejo del médico	0,5	0,9	3,0	8,5	<b>1,9</b>	2,3	1,6	4,6	7,5	<b>3,4</b>
Porque tengo buena salud	54,9	42,2	52,0	36,2	<b>48,5</b>	48,9	48,2	40,7	22,6	<b>43,1</b>
No creo en la eficacia de la vacuna	5,1	8,5	10,0	19,1	<b>8,6</b>	5,4	6,9	11,6	3,2	<b>7,5</b>
Otros años me vacuné y pasé la gripe	1,4	2,7	3,0	4,3	<b>2,5</b>	3,6	3,6	1,7	11,8	<b>4,0</b>
Miedo a la reacción vacunal	0,5	2,7	4,0	6,4	<b>2,6</b>	1,8	2,0	7,1	19,4	<b>5,5</b>
Otros motivos	32,1	38,1	27,0	25,5	<b>32,2</b>	34,4	36,0	34,0	29,0	<b>34,2</b>

En el análisis por edad y género se observa que en ambos géneros se incrementa la proporción de personas que se vacunaron en la última campaña a medida que aumentamos la edad. No obstante, si es relevante que dentro de la población objeto número uno de la vacunación (la población de más de 64 años de edad) el porcentaje de vacunados sea manifiestamente mayor en hombres (77%) que en mujeres (65%). La opción de no haberse vacunado debido a su buena salud, como es lógico, es mucho mayor en las personas jóvenes o de menor edad, debido a la, por lo general, mejor salud de estos grupos etarios.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

Si es de relevancia que de los hombres mayores de 64 años que no se vacunaron un 19% no lo hicieron por no creer en la eficacia de la vacuna mientras que la proporción es de solo un 3% en las mujeres de esas edades. Al contrario, en las personas de esas edades un 12% de las mujeres no lo hicieron por creer que otros años se habían vacunado y habían padecido la gripe mientras que la proporción en hombres era del 4%. A su vez, un 19% de las mujeres de más de 64 años que no se vacunaron no lo hicieron por tener miedo a la reacción vacunal y esa proporción es de solo un 6% en hombres.

Por tipo de hábitat, se han vacunado de la gripe en el último otoño mucho más las personas residentes en las zonas rurales que en el resto de las zonas, particularmente en las cuencas mineras que tienen una proporción muy baja de personas vacunadas. esta circunstancia sucede en ambos sexos llegando, en ambos géneros, a ser el doble la proporción de personas vacunadas en la población de ámbito rural (38% de los hombres y 35% de las mujeres) con respecto a la residente en cuencas mineras. De las personas que no se vacunaron existe una manifiesta desconfianza a la vacunación en las cuencas mineras (no creer en la eficacia, 9% en mujeres y 19% en hombres; pasar la gripe tras la vacunación, 7% en mujeres y 5% en hombres; y miedo a la reacción vacunal, 8% en mujeres y 2,5% en hombres) que en el resto de ámbitos.

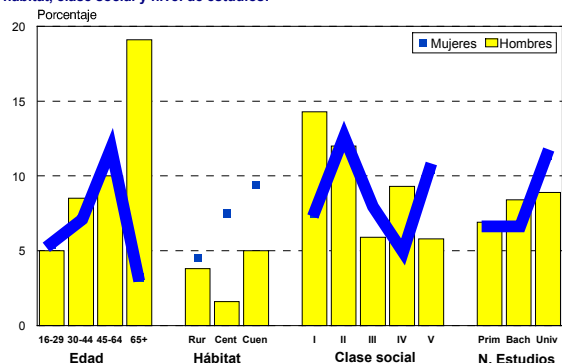
	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Vacunación en la última campaña antigripal...</b>				
Sí	35,0	23,1	18,8	<b>24,2</b>
<b>Si no se vacunó, ¿porqué?:</b>				
Por consejo del médico	0	4,1	2,4	<b>3,4</b>
Porque tengo buena salud	44,9	41,5	49,6	<b>43,1</b>
No creo en la eficacia de la vacuna	4,5	7,5	9,4	<b>7,5</b>
Otros años me vacuné y pasé la gripe	2,2	3,6	7,1	<b>4,0</b>
Miedo a la reacción vacunal	1,1	5,6	7,9	<b>5,5</b>
Otros motivos	47,2	34,6	22,8	<b>34,2</b>

Por clase social, se han vacunado más las personas de clase social más alta (I) en hombres (25,5% frente a un 7% de los hombres de la clase social V) y, en cambio, la situación es inversa en mujeres (14,6% de las mujeres de clase social I frente a un 25,6% de las de clase social V). Los motivos para no haberse vacunado (excluyendo a aquellos a los que no es necesaria por estar en buena salud) mencionados por las personas entrevistadas muestran un mayor recelo hacia la vacunación (no creer en la eficacia, pasar la gripe tras vacunarse o bien miedo a la reacción vacunal) en las personas que pertenecen a clases sociales más favorecidas. Esta situación se da por igual en ambos géneros y para aquellas características que se pueden considerar de cierto recelo a la vacuna.

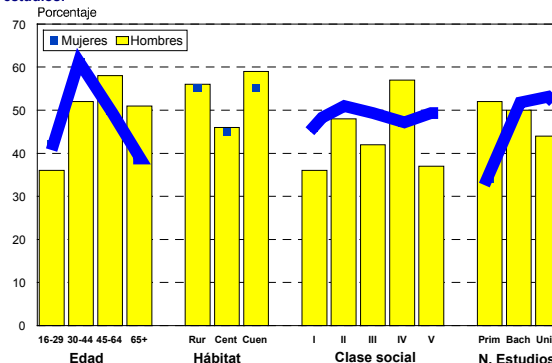
En el análisis de nivel de estudios alcanzados se observa que se han vacunado considerablemente más las personas que tienen niveles de estudios más básicos (56% en hombres y 55% en mujeres) que aquellas otras con estudios superiores (21% de los hombres y 8% de las mujeres). Los motivos para no haberse vacunado por nivel de estudios suelen ser reticencias hacia la vacuna manifestada sobre todo en mujeres de niveles educativos más bajos. En cambio, en hombres no hay diferencias en tal sentido entre niveles educativos.

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Prácticas preventivas

Prácticas preventivas: personas no vacunadas con vacunación antigripal en el último otoño a causa de NO CREER en la eficacia de la vacuna por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: grado de conocimiento de cuando ponerse una dosis de recuerdo en vacunación antitetánica por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### 5.5.- Vacunación antitetánica:

Contestación a la pregunta: **¿Cada cuántos años cree que debe ponerse una dosis de recuerdo de vacuna contra el tétanos una persona de su edad que ya esté correctamente vacunada?**: Respuestas: cada x años o solo después de tener una herida.

Más de la mitad (51%) de la población adulta asturiana manifiesta no conocer o conocer incorrectamente la periodicidad de aplicación de dosis de recuerdo de vacunación antitetánica. No hay diferencias sustanciales entre ambos sexos en cuanto al conocimiento citado.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Conocimiento de aplicación dosis de recuerdo de vacunación antitetánica...</b>			
<b>NS/NC</b>	30,8	<b>32,1</b>	31,5
<b>Contestación correcta</b>	49,4	<b>48,1</b>	48,7
<b>Contestación incorrecta</b>	19,8	<b>19,8</b>	19,8

Por edades, manifiestan un mayor conocimiento las personas entre los 30-64 años de edad (54-57%) en contraste con el 39% de las generaciones de personas jóvenes o el 44% con las de personas mayores.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Conocimiento de aplicación dosis de recuerdo de vacunación antitetánica...</b>					
<b>NS/NC</b>	39,0	23,4	26,6	38,5	<b>31,5</b>
<b>Contestación correcta</b>	38,7	56,7	54,2	43,8	<b>48,7</b>
<b>Contestación incorrecta</b>	22,3	19,9	19,2	17,7	<b>19,8</b>

En relación a la edad y sexo, en los resultados de la encuesta se observa que las proporciones de personas que no responden o no saben es mucho mayor entre los jóvenes y las personas mayores (casi cuatro de cada diez personas). Son las personas de las edades medias las que, dentro de las que contestan, lo hacen correctamente. En este último caso son las mujeres de edades hasta los 44 años las que tienen un mayor nivel de conocimiento correcto (llega hasta el 61% en mujeres de 30-44 años), mientras que el conocimiento correcto es superior en hombres que en mujeres a partir de esas edades.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

particularmente en personas mayores de 64 años de edad (51% en hombres y 39% en mujeres).

	HOMBRES				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Conocimiento de aplicación dosis de recuerdo de vacunación antitetánica...</b>										
<b>NS/NC</b>	38,2	27,4	26,0	33,0	<b>30,8</b>	40,0	19,7	27,2	42,4	<b>32,1</b>
<b>Contestación correcta</b>	35,7	51,6	58,5	50,8	<b>49,4</b>	41,7	61,3	50,2	38,9	<b>48,1</b>
<b>Contestación incorrecta</b>	26,1	21,0	15,5	16,2	<b>19,8</b>	18,3	19,0	22,6	18,7	<b>19,8</b>

Por hábitat el porcentaje de contestación es mucho más elevado en las cuencas mineras (89%) que en otras zona (por ejemplo, en la rural solo contesta un 60% de la población). Sin embargo ese mayor número de contestaciones se trasluce en contestaciones incorrectas (un 37% entre las personas que contestaron a la pregunta) frente a un nivel de conocimientos incorrecto de solo el 8% de las personas que contestaron en la zona rural (si bien hay un 40% de personas que no contestaron).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Conocimiento de aplicación dosis de recuerdo de vacunación antitetánica...</b>				
<b>NS/NC</b>	40,0	35,0	11,3	<b>32,1</b>
<b>Contestación correcta</b>	55,0	45,4	55,0	<b>48,1</b>
<b>Contestación incorrecta</b>	5,0	19,6	33,7	<b>19,8</b>

Por nivel de clase social la distribución es un poco errática existiendo una manifiesta mayor proporción de hombres de clase social I que no contestan a la pregunta mientras que en el caso de las mujeres la proporción de contestaciones es homogénea entre clases sociales. Los mayores niveles de conocimiento correcto de la vacunación, dentro de estos resultados que deben ser mesurados por la alta proporción de personas que no contestan o no saben, se sitúan en los hombres de clase social IV (57%) y en las mujeres de clase social II (51%). Siendo, por otra parte, los conocimientos incorrectos más altos en hombres de clase social V (30%) y en mujeres de clase social I (23%).

Por nivel de estudios en el caso de los hombres hay una mayor proporción de no sabe/no contesta en los que tienen estudios universitarios (33%) y en el caso de las mujeres en las que tienen estudios primarios (45%). Los hombres que tienen un mayor nivel de conocimiento correctos son los correspondientes a niveles educativos inferiores (52%) y, en el caso de las mujeres, las que tienen nivel de estudios universitarios (52%). El mayor nivel de conocimientos incorrectos los alcanzan los hombres con estudios universitarios (22%) y las mujeres con estudios primarios y universitarios (21%).

## **5.6.- Seguridad vial:**

### **5.6.1.- Uso de cinturón de seguridad cuando viaja en coche:**

Contestación a la pregunta: **¿Podría indicarnos si Ud. utiliza cinturón de seguridad cuando viaja en un coche?**. La unidad de información se refiere a la persona encuestada (no a su familia). Cuando la persona no viaja o no lo hace habitualmente en esos asientos en ese ámbito (carretera o ciudad) se expresa NO VIAJA.

Cuando las personas entrevistadas van en los asientos delanteros utilizan el cinturón de seguridad **siempre** un 89,5% de ellas en carretera y un 81% en ciudad. Cuando van en los asientos traseros un 43,5 y un 42%, respectivamente para carretera y ciudad.

No utilizan **nunca** el cinturón un 2% en carretera y un 5% en ciudad cuando viajan en los asientos delanteros. La cifra sube a la preocupante proporción de un 27,5% y 29%, respectivamente en carretera y ciudad, cuando viajan en los asientos traseros.

Por género, no existen diferencias sustanciales entre hombres y mujeres en el hábito de ponerse el cinturón cuando se viaja en asientos delanteros, en cambio si los hay en los viajes en asientos traseros. No obstante, las mujeres, en este caso, en un análisis rápido tienen un comportamiento paradójico: son las que más se ponen el cinturón siempre en carretera (48% frente a 38% en hombres) y ciudad (46% y 37% en hombres), pero también son las que más no se lo ponen nunca (30% y 31%, respectivamente). Esta situación que puede parecer preocupante, puede ser explicada porque existe una gran proporción de hombres que no viajan nunca en esas posiciones dentro del vehículo (27% de los hombres frente a solo un 11% de las mujeres) tanto en carretera como en ciudad.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Si voy delante, en carretera:</b>			
Siempre	89,4	<b>89,6</b>	<b>89,5</b>
A veces	6,5	<b>4,4</b>	<b>5,4</b>
Nunca	1,9	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>
No viaja	2,10	<b>4,3</b>	<b>3,3</b>
<b>Si voy delante, en ciudad:</b>			
Siempre	79,0	<b>82,3</b>	<b>80,7</b>
A veces	13,2	<b>8,7</b>	<b>10,8</b>
Nunca	5,5	<b>4,4</b>	<b>4,9</b>
No viaja	2,2	<b>4,4</b>	<b>3,4</b>
<b>Si voy detrás, en carretera:</b>			
Siempre	38,3	<b>48,0</b>	<b>43,5</b>
A veces	9,4	<b>11,3</b>	<b>10,4</b>
Nunca	25,5	<b>29,4</b>	<b>27,5</b>
No viaja	26,6	<b>10,8</b>	<b>18,2</b>
<b>Si voy detrás, en ciudad:</b>			
Siempre	36,8	<b>45,9</b>	<b>41,7</b>
A veces	9,4	<b>11,1</b>	<b>10,3</b>
Nunca	26,7	<b>31,2</b>	<b>29,1</b>
No viaja	26,8	<b>11,1</b>	<b>18,5</b>

Por grupo etario, las personas que más refieren ponerse siempre el cinturón son las de más de 44 años de edad. En viajes en asientos delanteros, las personas de 45-64 años de edad (94% y 83%, respectivamente en carretera y ciudad). En viajes en asientos traseros, las personas mayores (46-47% en ambos tipos de viajes). Es de reseñar que el grupo etario que menos se pone el cinturón es el de las personas jóvenes: en asientos

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Prácticas preventivas

delanteros se pone siempre el cinturón de seguridad un 89% y un 80% para viajes en carretera y ciudad, respectivamente. En viajes en asientos traseros existe la peculiaridad que una gran proporción de personas jóvenes no viaja en esas posiciones (cerca de un 40% no viajan nunca detrás, frente a una media de un 28-29% para la totalidad de la población).

Por edades las personas mayor riesgo (aquellas que NUNCA utilizan el cinturón de seguridad) son las personas mayores de 64 años (viajando delante y en carretera, 2%), las de 30-44 años de edad (viajando delante y en ciudad, 6,2%), las personas jóvenes (37,3%, viajando detrás y en carretera) y las mismas viajando detrás y en ciudad (40%). Es decir, son las personas jóvenes las que presentan unos hábitos de uso de cinturón de seguridad peores en particular cuando viajan en los asientos posteriores.

Por edades y género, las mujeres tienen unos mejores hábitos de prevención cuando viajan delante y en carretera, particularmente en las edades jóvenes (solo un 0,8% de ellas nunca usan el cinturón frente a un 2,5% de los hombres de las mismas edades) presentando las mujeres mayores peores indicadores que los hombres de las mismas edades (2,5% frente a un 1,5% que nunca usan el cinturón cuando van delante y en carretera). En el caso de los hombres el uso del cinturón se hace más frecuente a medida que aumentamos de grupo etario mientras que en mujeres es al contrario (pasa del 0,8% en mujeres jóvenes al 2,5% en mujeres mayores).

Cuando nos referimos a uso del cinturón cuando se circula delante y en ciudad, los comportamientos son similares si bien tienen unos niveles de nunca utilizar el cinturón superiores a los comentados en el punto anterior. Un 7% de los hombres jóvenes no utiliza el cinturón en estas circunstancias (frente a un 2% de las mujeres de la misma edad) siendo el porcentaje del 3% de los hombres de más de 64 años.

Cuando se viaja en asientos posteriores las cifras de no usar nunca el cinturón se disparan a casi una de cada tres personas en algún grupo etario. En ambos sexos estas cifras descienden con el grupo etario si bien aún en los grupos con mejores resultados una de cada cinco personas nunca usan el cinturón cuando viajan detrás. Cuando se circula por carretera y se viaja detrás, casi un 36% de los hombres y un 38% de las mujeres jóvenes nunca usan el cinturón de seguridad, hasta llegar al 20 y 19% respectivamente de los hombres y mujeres mayores de 64 años de edad. En el caso de circular en ciudad los resultados son aún peores: un 41% de las mujeres y un 38% de los hombres jóvenes nunca lo usan disminuyendo entre grupos etarios hasta alcanzar el 20% de personas mayores de 64 años de edad.

Por tipo de hábitat cuando se viaja delante en carretera realmente la proporción de personas que viajan sin cinturón es muy escasa (inferior al 2%). No obstante, las personas que mejores hábitos a este respecto tienen son las de las cuencas mineras tanto en hombres como en mujeres y las que peores las de la zona centro (2,5% en hombres y 1,8% en mujeres). Cuando se viaja delante y en ciudad las proporciones de personas que nunca usan el cinturón aumentan ligeramente situándose los peores indicadores, también, en la zona centro (6,4% de los hombres y 5% de las mujeres de esas zonas). En el caso de viajar detrás y en carretera la proporción ya aumenta a niveles de casi una de cada tres personas en riesgo por no usar nunca el cinturón siendo superiores las cifras en mujeres: un 48% de las mujeres de hábitat rural nunca usa el cinturón en este tipo de viajes frente a un 26% de las mujeres del resto de hábitats, siendo las cifras de los hombres del 31% en zonas rurales, también y de solo un 15% en hombres de las cuencas mineras. Proporciones similares encontramos cuando se viaja detrás y en ciudad tanto a nivel de hábitat como de género.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Si voy delante, en carretera:</b>										
Siempre	85,9	90,3	92,8	86,8	<b>89,2</b>	91,3	92,2	93,7	79,5	<b>89,1</b>
A veces	10,8	6,5	4,9	3,6	<b>6,5</b>	7,5	5,6	2,1	2,8	<b>4,4</b>
Nunca	2,5	2,8	0,8	1,5	<b>1,9</b>	0,8	1,1	1,4	2,5	<b>1,5</b>
No viaja	0,8	0,4	1,1	7,1	<b>2,1</b>	0	1,1	2,4	12,7	<b>4,3</b>
<b>Si voy delante, en ciudad:</b>										
Siempre	74,3	79,4	81,5	79,2	<b>78,7</b>	84,6	81,4	84,0	77,0	<b>81,6</b>
A veces	17,4	13,7	12,1	8,6	<b>13,1</b>	12,9	11,2	6,3	4,9	<b>8,6</b>
Nunca	7,1	6,5	4,9	3,0	<b>5,5</b>	2,1	5,9	6,6	2,5	<b>4,4</b>
No viaja	0,8	0,4	1,1	7,6	<b>2,2</b>	0	1,5	2,4	12,7	<b>4,4</b>
<b>Si voy detrás, en carretera:</b>										
Siempre	30,7	36,7	40,4	44,7	<b>37,9</b>	42,9	49,4	50,2	45,9	<b>47,3</b>
A veces	14,5	8,1	6,4	8,1	<b>9,3</b>	14,6	9,7	9,4	11,3	<b>11,1</b>
Nunca	35,7	25,0	19,2	20,3	<b>25,1</b>	38,3	30,1	29,3	19,4	<b>28,9</b>
No viaja	17,8	29,4	32,8	23,4	<b>26,2</b>	3,8	10,0	7,7	20,1	<b>10,7</b>
<b>Si voy detrás, en ciudad:</b>										
Siempre	28,2	35,9	37,7	44,7	<b>36,3</b>	40,0	46,5	47,7	45,6	<b>45,1</b>
A veces	14,5	8,1	7,2	7,1	<b>9,3</b>	14,6	10,0	8,7	11,0	<b>10,9</b>
Nunca	38,2	25,4	20,4	20,8	<b>26,3</b>	41,3	32,0	31,0	20,1	<b>30,7</b>
No viaja	17,8	29,4	32,8	23,9	<b>26,3</b>	3,8	10,8	8,0	20,1	<b>10,9</b>

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Si voy delante, en carretera:</b>					
Siempre	88,8	91,3	93,6	83,5	<b>89,5</b>
A veces	9,2	6,0	3,5	3,2	<b>5,4</b>
Nunca	1,7	1,9	1,1	2,1	<b>1,7</b>
No viaja	0,4	0,8	1,8	10,5	<b>3,3</b>
<b>Si voy delante, en ciudad:</b>					
Siempre	79,7	80,5	83,1	79,2	<b>80,7</b>
A veces	15,2	12,4	9,1	6,6	<b>10,8</b>
Nunca	4,6	6,2	5,8	2,8	<b>4,9</b>
No viaja	0,4	1,0	1,8	10,8	<b>3,4</b>
<b>Si voy detrás, en carretera:</b>					
Siempre	37,1	43,6	46,3	46,6	<b>43,5</b>
A veces	14,7	8,9	8,1	10,3	<b>10,4</b>
Nunca	37,3	27,8	24,9	20,3	<b>27,5</b>
No viaja	10,9	19,5	20,1	22,0	<b>18,2</b>
<b>Si voy detrás, en ciudad:</b>					
Siempre	34,4	41,6	44,1	46,4	<b>41,7</b>
A veces	14,7	9,1	8,2	9,6	<b>10,3</b>
Nunca	40,0	29,0	26,6	20,9	<b>29,1</b>
No viaja	10,9	19,8	20,5	22,2	<b>18,5</b>

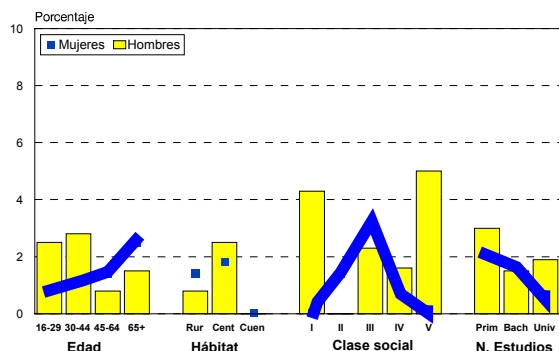
Por clase social la distribución de personas que mayor riesgo tienen por no utilizar nunca el cinturón de seguridad en sus viajes por carretera cuando están sentados delante son las personas de la clase social V en hombres (5%) y de la clase social III en mujeres (3%). En los viajes por ciudad sentados/as delante no usan nunca el cinturón más de un 8% de los hombres de las clases sociales Y y V y un 6,5% de las mujeres de la clase social III. En el caso de los viajes ocupando plazas de detrás y por carretera las mayores proporciones de nunca usar el cinturón se sitúan, en ambos sexos, en la clase social III (28,5% en hombres y 32% en mujeres) correspondiendo los mejores resultados a los hombres de clase social I (21%) y mujeres de clase social V (26%). Por último, en viajes detrás y circulando por ciudad la situación es similar a la anterior, siendo las personas de ambos sexos de la clase social III las que peores resultados tienen (30% en hombres y 35% en mujeres).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

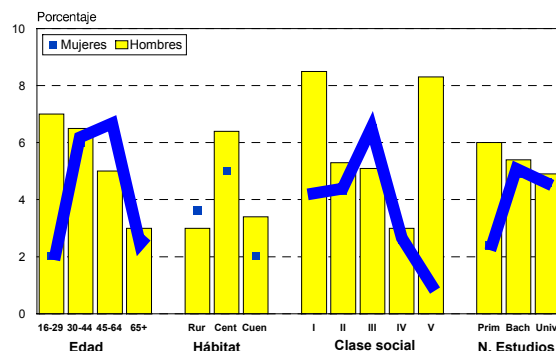
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Si voy delante, en carretera:</b>				
Siempre	91,4	89,1	86,9	<b>89,1</b>
A veces	5,0	4,5	3,1	<b>4,4</b>
Nunca	1,4	1,8	0	<b>1,5</b>
No viaja	1,4	3,9	8,8	<b>4,3</b>
<b>Si voy delante, en ciudad:</b>				
Siempre	80,7	81,4	83,8	<b>81,6</b>
A veces	13,6	8,6	4,4	<b>8,6</b>
Nunca	3,6	5,0	1,9	<b>4,4</b>
No viaja	1,4	4,0	8,8	<b>4,4</b>
<b>Si voy detrás, en carretera:</b>				
Siempre	20,0	51,5	50,6	<b>47,3</b>
A veces	12,9	11,6	6,9	<b>11,0</b>
Nunca	47,9	26,1	26,3	<b>28,9</b>
No viaja	17,9	8,7	13,8	<b>10,7</b>
<b>Si voy detrás, en ciudad:</b>				
Siempre	50,0	40,6	39,6	<b>51,0</b>
A veces	10,4	8,7	11,5	<b>10,2</b>
Nunca	31,3	34,8	34,8	<b>28,0</b>
No viaja	6,3	13,0	12,6	<b>8,2</b>

Por nivel de estudios alcanzado, cuando viajan delante y por carretera, la mayor proporción de personas que nunca usan el cinturón son las correspondientes a niveles de estudios primarios en ambos sexos (3% en hombres y 2% en mujeres, frente a un 1,5% de los hombres con estudios medios y un 0,6% en mujeres con estudios universitarios, que son los que menor proporción tiene con respecto a no usar nunca el cinturón). En el caso de viajes por ciudad y estando situados/as delante los hombres que mayor proporción tienen de no usar nunca el cinturón son los que tienen estudios primarios (6%) y las mujeres con estudios medios (5%). En viajes sentados/as detrás y circulando por carretera las proporciones entre hombres es similar en los diferentes niveles de estudios, si bien en mujeres es superior la proporción en mujeres con estudios medios (33,5%, frente a un 15% en mujeres con estudios básicos). en los viajes detrás y circulando por ciudad, por último, un 28% de los hombres con estudios universitarios nunca usa el cinturón, siendo un 35% de las mujeres con estudios medios las que no lo usan nunca.

Prácticas preventivas: Proporción de personas a riesgo (NUNCA utilizan el cinturón de seguridad) cuando viajan en vehículo automóvil en CARRETERA viajando DELANTE por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



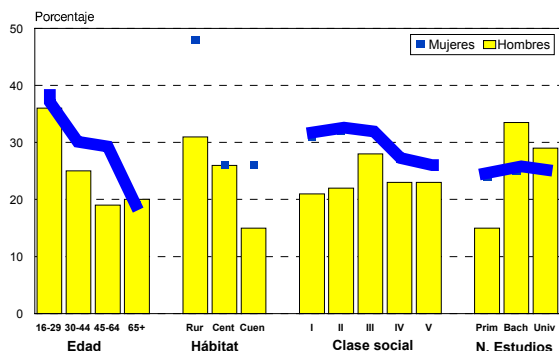
Prácticas preventivas: Proporción de personas a riesgo (NUNCA utilizan el cinturón de seguridad) cuando viajan en vehículo automóvil en CIUDAD viajando DELANTE por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



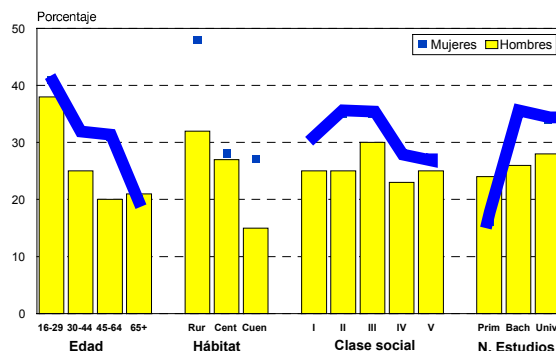
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Prácticas preventivas

Prácticas preventivas: Proporción de personas a riesgo (NUNCA utilizan el cinturón de seguridad) cuando viajan en vehículo automóvil en CARRETERA viajando DETRAS por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: Proporción de personas a riesgo (NUNCA utilizan el cinturón de seguridad) cuando viajan en vehículo automóvil en CIUDAD viajando DETRAS por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### **5.6.2.- Uso de casco en viajes en motocicleta o bicicleta:**

Contestación a la pregunta: **¿Cuándo va en motocicleta o en bicicleta, utiliza casco?**

Un 83% de la población no viaja habitualmente en esos medios de transporte. De las personas que lo utilizan, solo un 45% de ellas usa el casco de seguridad en sus viajes en moto o bicicleta. Una preocupante proporción del 42% dice no utilizarlos nunca cuando viaja de esa manera.

Por género de la persona entrevistada, un 25% de los hombres dicen viajar habitualmente en esos medios de transporte frente a solo un 10,5% de las mujeres. De aquellas personas que dicen viajar habitualmente, el uso permanente de casco es más frecuente en los hombres (48%) frente al uso en el 43% de las mujeres. Son las mujeres, por el contrario, las que refieren con mayor frecuencia la no utilización en ningún momento del casco (49% de ellas frente al 38% de los hombres), si bien las cifras en ambos sexos tiene el carácter de preocupantes.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Siempre</b>	12,0	4,1	7,8
<b>A veces</b>	3,2	1,0	2,0
<b>Nunca</b>	9,7	5,1	7,3
<b>No voy habitualmente en moto o bicicleta</b>	74,8	89,5	82,6

Por edades, las personas que menos viajan en vehículos de dos ruedas son las personas mayores (7%), y las que más las personas jóvenes (31%). De las que viajan utilizan siempre el casco en más de un 40% de las personas excepto las personas mayores que tienen un muy escaso hábito de uso del casco (13%). La no utilización en ningún momento del casco es mucho más frecuente en las personas mayores (74%), cifras que bajan al 31% en el caso de las personas jóvenes y se sitúan por encima del 40% en el resto de las edades.

Por edad y género, a medida que aumenta la edad se observa que, en ambos sexos, disminuye la proporción de personas que circula en vehículos de dos ruedas siendo esas cifras superiores en mujeres (77% de mujeres de 16-29 años y 95% de las mayores de 64 años no van habitualmente en este tipo de vehículos, frente a un 59% y un 89% respectivamente en hombres). Las proporciones de personas que nunca usan casco en desplazamientos en estos vehículos son mucho mayores en hombres y en personas más

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

jóvenes. Así, un 9% de los hombres jóvenes y un 2,5% de las mujeres de las mismas edades nunca usan casco en estos vehículos. En mujeres las mayores cifras llegan al 7,1% en mujeres entre 30-44 años de edad. Por el contrario y, paradójicamente, son las personas de las mismas edades las que presentan un mayor porcentaje de personas que usan siempre el casco (19% en hombres jóvenes y 12,5% de mujeres de las mismas edades).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Siempre</b>	15,7	9,2	5,3	1,0	<b>7,8</b>
<b>A veces</b>	5,6	1,8	0,9	0,0	<b>2,0</b>
<b>Nunca</b>	9,8	8,2	6,1	5,2	<b>7,3</b>
<b>No voy habitualmente en moto o bicicleta</b>	68,8	80,9	87,3	93,1	<b>82,6</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Siempre</b>	18,7	15,3	9,1	2,5	<b>12,0</b>	12,5	3,3	1,7	1,1	<b>4,1</b>
<b>A veces</b>	8,7	2,8	0,8	0	<b>3,2</b>	2,5	0,7	1,0	0	<b>1,0</b>
<b>Nunca</b>	12,9	9,7	8,7	7,1	<b>9,7</b>	6,7	7,1	3,1	3,9	<b>5,1</b>
<b>No voy habitualmente en moto o bicicleta</b>	59,3	72,2	78,9	88,8	<b>74,8</b>	77,5	87,0	93,0	95,1	<b>89,5</b>

Por hábitat, al igual que para la edad y género, los grupos de residencia que mayor proporción tienen de utilizar siempre el casco son los que también tienen una mayor proporción de no utilizar nunca el casco. Así, un 11% de los hombres y un 6% de las mujeres que residen en zonas centrales no usan nunca el casco y, por otra parte, un 13% de los hombres y un 5% de las mujeres de las mismas zonas usan siempre el casco.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Siempre</b>	3,6	5,0	0	<b>4,1</b>
<b>A veces</b>	1,4	1,2	0	<b>1,0</b>
<b>Nunca</b>	4,3	5,9	1,9	<b>5,1</b>
<b>No voy habitualmente en moto o bicicleta</b>	90,7	86,4	97,5	<b>88,6</b>

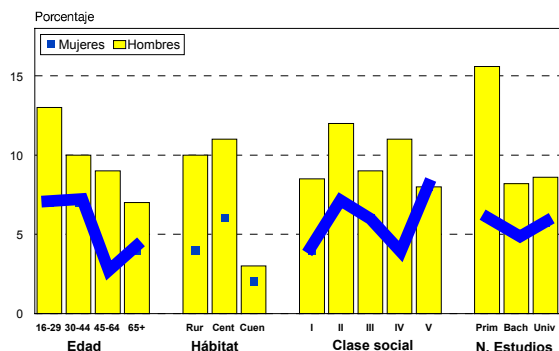
Por clase social no sucede lo mismo: un 12% de los hombres de la clase social II y un 8% de las mujeres de la clase social V nunca usan el casco mientras que este es usado siempre en un 18% de los hombres de la clase social V y un 6% de las mujeres de la clase social I.

Por nivel de estudios alcanzado, un 16% de los hombres de niveles de estudios primarios y un 6% de las mujeres del mismo nivel y de estudios universitarios nunca utilizan el casco en estos vehículos. Lo utilizan siempre con mayor frecuencia las personas con mayor nivel de estudios (14% de los hombres y 6% de las mujeres con estudios universitarios).

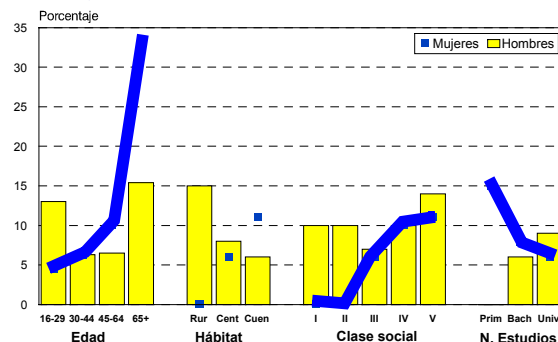
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Prácticas preventivas

Prácticas preventivas: Proporción de personas a riesgo (NUNCA utilizan el casco) en viajes en motocicleta y/o bicicleta por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: Proporción de hábitos a riesgo (NUNCA utilizan silla de seguridad y cinturón de seguridad) cuando viajan en vehículo automovil transportando bajo su responsabilidad menores de 5 años por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### 5.6.3.- Uso de seguridad adecuada en el transporte de niños/as:

Contestación a las preguntas:

- **¿En los últimos tres meses ha llevado niños/as menores de cinco años en un coche bajo su responsabilidad?**
- **Si los/las ha llevado han ido en la silla de seguridad adecuada y con el cinturón de seguridad puesto.**

Preguntas dirigidas a padres, madres, tutores legales (tanto cuando van como conductores/as como pasajeros/as) y cualquier otra persona que haya transportado niños/as bajo su responsabilidad (cuando lo haga como conductor/a).

Un 15% de la población entrevistada ha llevado niños/as menores de cinco años bajo su responsabilidad en los últimos tres meses con los condicionantes citados en el enunciado de las preguntas.

No hay diferencias sustanciales de género en la proporción de transporte de población infantil.

Por edades, son las personas entre 30-44 años de edad las que indican una mayor declaración de transporte de menores de cinco años (31%) frente a solo un 3% de las personas mayores y solo un 10% en las de 45-64 años de edad.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>¿Ha llevado en su coche, bajo su responsabilidad a menores de 5 años?:</b>			
NS/NC	0,2	0,4	0,3
SI	15,8	14,0	14,8
NO	84,0	85,6	84,8
<b>Si los ha llevado, ¿Han ido en la silla de seguridad adecuada y con el cinturón de seguridad puesto?</b>			
NS/NC	2,0	2,5	2,3
Siempre	80,3	80,3	80,3
A veces	9,9	8,9	9,4
Nunca	7,9	8,3	8,1

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Prácticas preventivas

La proporción de uso siempre de medios adecuados de seguridad si se han llevado niños/as de esas edades, se cifra según las respuestas a la Encuesta, en el 80% de las personas. Hay, además, un 8% de ellas que dicen que nunca utilizan medios de seguridad adecuados en el transporte de niños/as pequeños/as.

Por género de la persona entrevistada, no hay diferencias sustanciales en la aplicación de estas medidas en función del sexo de la persona que lleva a los menores bajo su responsabilidad.

Por edades, son las personas de 30-44 años las que utilizan estos medios siempre que viajan con menores bajo su responsabilidad (84%) frente a solo un 73-75% en las personas mayores de 44 años. Son estas mismas las que en una proporción superior al 10% nunca utilizan estos medios cuando viajan con menores.

	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>¿Ha llevado en su coche, bajo su responsabilidad a menores de 5 años?:</b>					
NS/NC	0,2	0,0	0,4	0,6	<b>0,3</b>
SI	14,3	31,4	9,6	3,4	<b>14,8</b>
NO	85,4	68,6	90,1	95,9	<b>84,8</b>
<b>Si los ha llevado, ¿Han ido en la silla de seguridad adecuada y con el cinturón de seguridad puesto?</b>					
NS/NC	1,4	0,6	6,8	6,3	<b>2,3</b>
Siempre	78,3	84,2	72,9	75,0	<b>80,3</b>
A veces	13,0	7,9	10,2	6,3	<b>9,4</b>
Nunca	7,2	7,3	10,2	12,5	<b>8,1</b>

Por edad y género, excluyendo a las personas que no contestan y atendiendo solo a aquellas que han mencionado transportar bajo su responsabilidad a menores de 5 años de edad, observamos que la proporción de llevar siempre a los/las menores en silla de seguridad adecuada y con el cinturón puesto son mucho mayores en las edades medias de la vida (personas entre 30-64 años de edad) y en ambos sexos, siendo por otra parte ligeramente superiores en mujeres (excepto en mujeres mayores de 64 años de edad). La proporción de personas que llevando a niños nunca los protegen de esta manera es inversamente proporcional a la citada en hombres pero aumenta con la edad en las mujeres. Así, en estas de solo un 4% de mujeres jóvenes que nunca utilizan estos mecanismos de seguridad cuando llevan a menores de 5 años pasa a ser una de cada tres mujeres mayores de 64 años, mientras que la proporción de hombres de la misma edad que mantienen esta costumbre es del 15%

	<b>HOMBRES</b>					<b>MUJERES</b>				
	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Si los ha llevado, ¿Han ido en la silla de seguridad adecuada y con el cinturón de seguridad puesto?</b>										
Siempre	78,3	84,8	80,6	76,9	<b>82,2</b>	79,5	86,4	85,0	66,7	<b>83,8</b>
A veces	8,7	8,9	12,9	7,7	<b>9,6</b>	15,9	7,4	5,0	0	<b>9,5</b>
Nunca	13,0	6,3	6,5	15,4	<b>8,2</b>	4,5	6,2	10,0	33,3	<b>6,8</b>

Por tipo de hábitat la mayor frecuencia de uso adecuado de estos medios de retención en menores se realiza por parte de las personas (hombres y mujeres) de las cuencas mineras y la menor frecuencia en personas de las zonas rurales. Así, un 89% de los hombres y un 85% de las mujeres de cuencas mineras siempre que llevan a un/una menor les aplican los medios de retención adecuados por solo un 77% y 61% respectivamente en personas de zonas rurales.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Si los ha llevado, ¿Han ido en la silla de seguridad adecuada y con el cinturón de seguridad puesto</b>				
Siempre	61,5	86,1	85,2	<b>83,8</b>
A veces	38,5	7,4	3,7	<b>9,5</b>
Nunca	0	6,5	11,1	<b>6,8</b>

Por clase social de las persona que lleva a menores bajo su responsabilidad, llevan más frecuentemente siempre bien sujetos a estos las personas (90% de los hombres y la totalidad de las mujeres) que pertenecen a la clase social I mientras que las menores proporciones, en ambos sexos, se sitúan en las personas de la clase social V.

Por nivel de estudios alcanzados las mayores proporciones de uso siempre de mecanismos de seguridad corresponden a los hombres de niveles de estudios universitarios (88%) y en mujeres con niveles de estudios primarios (100%).

## 5.7.- Salud laboral:

Contestación a la pregunta: **¿Cuándo le citan en el lugar donde trabaja le citan (o le citaban cuando trabajaba) para realizar exámenes de salud (chequeos o revisiones)?** La unidad de información se refiere a la persona encuestada para toda la población excepto para trabajadores/as autónomos/as.

Un 38% de la población indica que en la empresa en que trabaja o trabajaba no se hacen este tipo de reconocimientos. De las personas a los que se les ofertaba un 82% dice acudir siempre, un 6% no quiere contestar y un 4% dice que no acude (o acudía nunca).

Por sexos, las empresas en las que trabajaban las mujeres entrevistadas tenían menor oferta de exámenes de salud (47% frente a solo un 32% de los hombres). De las personas que tenían acceso a estos exámenes, acudían siempre o nunca una proporción similar de hombres y de mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>NS/NC</b>	3,0	<b>5,2</b>	<b>3,9</b>
<b>Acudo siempre</b>	57,3	<b>43,5</b>	<b>51,4</b>
<b>Acudo a veces</b>	4,5	<b>3,5</b>	<b>4,1</b>
<b>No acudo nunca</b>	2,7	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>
<b>Mi empresa no hace este tipo de exámenes</b>	32,4	<b>46,7</b>	<b>38,3</b>

Por edades, son las personas jóvenes las que menos acceso tienen a estos exámenes (48%) y las de 30-44 las que más (72%). Sin embargo, las que más acceso tienen son las que acuden menos a los reconocimientos cuando se los ofrecen (69%) y son las personas entre 45-64 años las que más acuden a los exámenes médicos (94% de ellas).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>NS/NC</b>	5,6	2,7	4,4	4,0	<b>3,9</b>
<b>Acudo siempre</b>	42,4	50,5	64,4	50,0	<b>51,4</b>
<b>Acudo a veces</b>	0,5	7,0	1,2	4,0	<b>4,1</b>
<b>No acudo nunca</b>	2,0	2,2	3,2	2,0	<b>2,4</b>
<b>Mi empresa no hace este tipo de exámenes</b>	48,0	28,2	31,6	40,0	<b>38,3</b>

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Prácticas preventivas

Entre las personas que trabajan y cuyas empresas realizan este tipo de reconocimientos o chequeos, acuden más los hombres que las mujeres a los mismos, y más las personas jóvenes que las mayores. Así, la proporción de personas que no acuden nunca en hombres jóvenes es del 2,6% mientras que la de los hombres de 45-64 años es de cerca del 10%. Por su parte, en mujeres las proporciones de personas que nunca acuden es del 71% en mujeres mayores de 64 años y del 7% en mujeres entre 30-44 años de edad. Como paradójico es el hecho de son esos mismos género y grupos etarios los que acuden con mayor frecuencia siempre ante un chequeo laboral, excepto en edades avanzadas que es donde existe una diferencia de género más acusada: un 83% de los hombre que trabajan acuden siempre frente a solo un 21% de las mujeres en las mismas circunstancias.

	<b>HOMBRES</b>					<b>MUJERES</b>				
	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>NS/NC</b>	9,0	3,4	3,0	4,2	<b>4,4</b>	12,1	5,7	9,9	8,3	<b>8,5</b>
<b>Acudo siempre</b>	83,3	79,9	85,9	83,3	<b>82,9</b>	70,7	77,4	64,8	20,8	<b>67,2</b>
<b>Acudo a veces</b>	5,1	11,4	1,5	8,3	<b>6,5</b>	3,4	10,4	1,4	0	<b>5,4</b>
<b>No acudo nunca</b>	2,6	5,4	9,6	4,2	<b>6,2</b>	13,8	6,6	23,9	70,8	<b>18,9</b>

Por tipo de hábitat, y dentro de las personas que trabajan y cuyas empresas les ofrecen este tipo de reconocimientos, las personas que más acuden siempre son las residentes en cuencas mineras y sobre todo en hombres (un 90% de los hombres y un 69% de las mujeres de las cuencas acuden siempre a estos reconocimientos) frente a la escasa participación de las personas (sobre todo en mujeres) de las zonas rurales (41% de las mujeres y 73% de los hombres acuden siempre). De las personas que no acuden nunca a estos chequeos, es más frecuente que suceda en las zonas rurales (19% de los hombres y 35% de las mujeres) siendo muy escasa la proporción en personas de las cuencas mineras.

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>NS/NC</b>	11,8	8,4	6,3	<b>8,5</b>
<b>Acudo siempre</b>	41,2	69,0	68,8	<b>67,2</b>
<b>Acudo a veces</b>	11,8	3,5	25,0	<b>5,4</b>
<b>No acudo nunca</b>	35,3	19,0	0	<b>18,9</b>

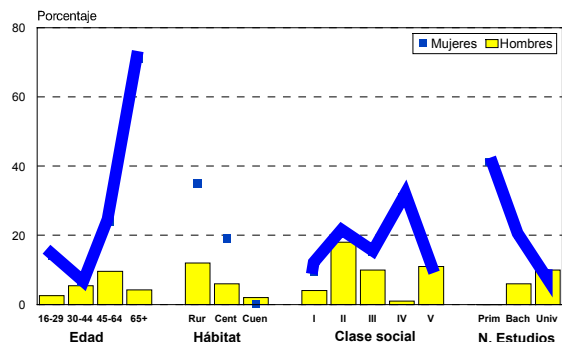
Por clase social dentro de las personas que acuden siempre el grupo con mayor proporción es el correspondiente a los hombres de clase social IV (88%) y las mujeres de clase social I (81%). De las personas que no acuden nunca destacan el 18% de los hombres de la clase social II y el 31% de las mujeres de clase social IV.

Por nivel de estudios alcanzado acuden siempre a los chequeos un 87% de los hombres que trabajan y cuya empresa se lo oferta y que tienen nivel de estudios primarios (un 74% de los hombres con estudios universitarios). Dentro de las mujeres acuden siempre un 71% de las mujeres con estudios universitarios (un 55% de aquellas con estudios primarios). Existe una mayor proporción de personas que no acuden nunca a estos estudios en aquellas personas con estudios universitarios independientemente del género.

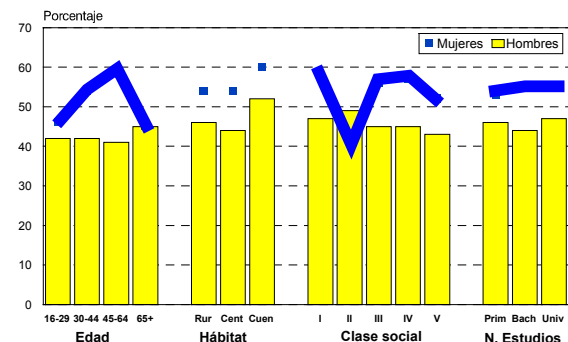
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Prácticas preventivas

Prácticas preventivas: Proporción de personas trabajadoras que NUNCA acuden a un chequeo en su lugar de trabajo cuando la empresa lo realiza por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: Frecuencia de toma de peso (al menos una vez al mes) por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 5.8.- Vigilancia del peso:

### 5.8.1.- Frecuencia de vigilancia del peso:

Contestación a la pregunta: **¿Cada cuánto se pesa habitualmente?**

Esta pregunta es contestada por más del 95% de las personas encuestadas. Un 16% de la población vigila su peso cada semana, un 35% cada mes, un 13% de ella menos de una vez al año. Declaran no pesarse nunca un 8% de la población adulta.

Por lo general, las mujeres tienen una menor periodicidad de controlar su peso, vigilándose, al menos cada mes un 56% de ellas mientras que lo hacen solo un 36% de los hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>NS/NC</b>	5,4	<b>3,6</b>	<b>4,4</b>
<b>Cada semana</b>	14,6	<b>17,2</b>	<b>16,0</b>
<b>Cada mes</b>	30,9	<b>38,4</b>	<b>34,9</b>
<b>Cada año</b>	27,4	<b>21,3</b>	<b>24,1</b>
<b>Menos de una vez al año</b>	13,7	<b>12,1</b>	<b>12,9</b>
<b>Nunca</b>	8,0	<b>7,4</b>	<b>7,7</b>

Por edades, se controlan más frecuentemente su peso las personas entre los 45-64 años tanto en periodicidad semanal como en al menos una vez al mes. El resto de grupos etarios mantiene unos niveles similares de control de peso al menos mensuales.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>NS/NC</b>	5,7	3,9	3,5	4,9	<b>4,4</b>
<b>Cada semana</b>	16,8	13,9	20,1	12,7	<b>16,0</b>
<b>Cada mes</b>	32,3	34,6	35,5	37,1	<b>34,9</b>
<b>Cada año</b>	23,3	25,2	23,1	25,0	<b>24,1</b>
<b>Menos de una vez al año</b>	14,5	13,3	11,5	12,3	<b>12,9</b>
<b>Nunca</b>	7,5	9,0	6,2	8,1	<b>7,7</b>

Por edades y género, las frecuencias de tomarse el peso al menos una vez al mes son bastante similares a lo largo de las distintas edades en los hombres (alrededor 42% de ellos). Sin embargo varía esa misma variable en mujeres existiendo una mayor frecuencia de toma de peso en mujeres en las edades medias de la vida (de 30-64 años de edad: 58%

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

en mujeres de 45-64 años frente a 46% de mujeres jóvenes). No se toman nunca el peso cerca de un 10% de los hombres entre 30-44 años de edad y un 8% de mujeres de las mismas edades.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>NS/NC</b>	8,7	5,6	2,6	4,6	<b>5,4</b>	2,5	2,2	4,2	<b>5,3</b>	<b>3,6</b>
<b>Cada semana</b>	15,8	11,7	17,0	12,7	<b>14,6</b>	17,5	16,0	22,3	<b>12,4</b>	<b>17,2</b>
<b>Cada mes</b>	25,7	30,2	34,0	32,0	<b>30,9</b>	38,3	37,9	36,2	<b>39,6</b>	<b>38,4</b>
<b>Cada año</b>	24,9	29,4	27,2	32,5	<b>27,4</b>	22,9	22,7	21,3	<b>21,6</b>	<b>21,3</b>
<b>Menos una vez año</b>	16,2	13,3	12,1	12,7	<b>13,7</b>	12,5	13,0	10,8	<b>11,7</b>	<b>12,1</b>
<b>Nunca</b>	8,7	9,7	7,2	5,6	<b>8,0</b>	6,3	8,2	5,2	<b>9,5</b>	<b>7,4</b>

Por tipo de hábitat, se toman con mayor frecuencia el peso las mujeres que los hombres en todos los hábitats. Asimismo, se toman el peso más frecuentemente las personas que residen en las cuencas mineras (al menos una vez al mes, un 60% de las mujeres y un 53% de los hombres) y las que menos proporción se lo toman en relación a la frecuencia citada son las personas residentes en la zona central (54% de las mujeres y 43% de los hombres).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>NS/NC</b>	0,7	4,8	0,6	<b>3,6</b>
<b>Cada semana</b>	14,3	17,6	16,3	<b>17,2</b>
<b>Cada mes</b>	39,3	36,6	43,8	<b>38,4</b>
<b>Cada año</b>	26,4	20,6	25,6	<b>21,3</b>
<b>Menos de una vez al año</b>	12,1	13,5	4,4	<b>12,1</b>
<b>Nunca</b>	7,1	6,9	9,4	<b>7,4</b>

Por clase social, los resultados son muy similares entre clases en los hombres si bien hay una ligera mayor frecuencia en hombres de clase social II. En mujeres varía considerablemente alcanzando las mayores proporciones de toma del peso al menos una vez al mes en mujeres de clase social I y las menores en mujeres de clase social V (al igual que en hombres).

Por nivel alcanzado de estudios, los resultados son similares entre mujeres y entre hombres (si bien muy ligeramente superior en personas que tienen niveles de estudios universitarios).

### **5.8.2.- Someterse a dietas de reducción de peso:**

Contestación a las preguntas:

- **¿En el último mes está siguiendo Ud. algún tipo de dieta de reducción de peso?.**
- **Si sí, ¿Por qué motivo la sigue?.** Por enfermedad se entiende la diabetes, el colesterol alto, etc. Por otras causas se entienden las hiperprotéicas de los/las deportistas, etc.

Un 11,4% de las personas adultas declaran haberse sometido a una dieta para adelgazar en el inmediato mes anterior a la entrevista. De ellas, en un 38% de las personas se hizo por iniciativa propia para reducir peso sin especificar motivo, un 30% lo realizó prescripción médica para adelgazar, un 19% lo hizo por presentar una enfermedad, y un 10% dice que por motivos estéticos.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

Por género, las mujeres se sometieron a dieta para adelgazar más frecuentemente que los hombres, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa. El motivo más frecuente para someterse a dieta de reducción de peso en las mujeres fue el reducir peso por iniciativa propia (41% frente a un 34% de los hombres), en cambio en los hombres predomina el reducir peso por prescripción médica (38% frente a un 23% de las mujeres). Un 12% de las mujeres lo hace por motivos estéticos frente a un 7% de los hombres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>¿En el último mes ha estado siguiendo dieta de reducción de peso? SI</b>	10,8	11,9	11,4
<b>Si la ha seguido, ¿porqué?</b>			
NS/NC	0,9	1,5	1,2
Para reducir peso, por iniciativa propia	33,9	40,6	37,6
Para reducir peso, por prescripción médica	38,5	23,3	30,2
Por enfermedad	17,4	20,3	19,0
Por estética	7,3	12,0	9,9
Por otras causas	1,8	2,3	2,1

Por edades, el grupo etario que más se sometió a dieta para reducir peso fue el de personas mayores (13%) seguido del de personas jóvenes (12%). El motivo más frecuente para realizar esa dieta de reducción de peso fue, en todos los grupos, la reducción de peso por iniciativa propia, si bien la proporción fluctúa entre el 45% de las personas jóvenes y el 32% de las personas mayores, observándose una disminución progresiva de la iniciativa propia a medida que el grupo etario tiene más años. Evidentemente, situación opuesta se observa cuando la reducción de peso se realiza por motivos de enfermedad (14% en personas de 30-44 años y del 29% en las personas mayores). Por motivos estéticos, la mayor proporción corresponde al grupo de 45-64 años y al de personas mayores (ambos con más de un 11%).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>¿En el último mes ha estado siguiendo dieta de reducción de peso? SI</b>	11,6	10,7	10,6	12,9	11,4
<b>Si la ha seguido, ¿porqué?</b>					
NS/NC	0,0	3,4	0,0	1,6	1,2
Para reducir peso, por iniciativa propia	44,8	39,0	35,5	31,7	37,6
Para reducir peso, por prescripción médica	32,8	30,5	30,6	27,0	30,2
Por enfermedad	15,5	13,6	17,7	28,6	19,0
Por estética	6,9	10,2	11,3	11,1	9,9
Por otras causas	0,0	3,4	4,8	0,0	2,1

Por edad y sexo existe una mayor proporción de personas que han seguido dieta de reducción de peso el último mes en personas de más de 64 años de edad especialmente a causa de enfermedad (tasa del doble que en grupos de edades jóvenes), si bien en el caso de las mujeres la proporción en edades jóvenes es muy similar a la de las mujeres mayores. La causa fundamental en la mayoría de las personas y edades es la reducción de peso pro iniciativa propia (alrededor del 40% excepto en personas de 45-64 años de edad). Los motivos explícitos de estética son más frecuente en los hombres de 45-64 años de edad (15%) y son altos en mujeres (más del 13% en mujeres jóvenes y mujeres mayores).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>¿En el último mes ha estado siguiendo dieta de reducción de peso?</b>										
SI	10,4	10,9	9,1	13,2	<b>10,8</b>	12,5	10,4	11,8	12,7	<b>11,9</b>
<b>Si la ha seguido, ¿porqué?</b>										
Para reducir peso, por iniciativa propia	42,9	41,4	30,8	19,2	<b>33,9</b>	46,7	35,5	38,9	40,5	<b>40,6</b>
Para reducir peso, por prescripción médica	39,3	34,5	42,3	38,5	<b>38,5</b>	26,7	25,8	22,2	18,9	<b>23,3</b>
Por enfermedad	17,9	10,3	11,5	30,8	<b>17,4</b>	13,3	16,1	22,2	27,0	<b>20,3</b>
Por estética	0	6,9	15,4	7,7	<b>7,3</b>	13,3	12,9	8,3	13,5	<b>12,0</b>
Por otras causas	0	6,9	0	0	<b>1,8</b>	0	0	8,3	0	<b>2,3</b>

Por hábitat de residencia, la mayor proporción de personas que han seguido dieta de reducción de peso son las mujeres de las cuencas mineras (13% vs. el 11% de las de zonas rurales), y la situación de los hombres es la inversa (mayor frecuencia en hombres de zonas centrales (11% vs. 8,8% de los de las cuencas mineras). Los motivos de iniciativa propia para seguir la dieta son más frecuentes en zonas rurales (38% de los hombres y 50% de mujeres) frente a solo un 28% de hombres y un 30% de mujeres en zonas de cuencas mineras. La respuesta de por enfermedad es más frecuente en hombres de zonas rurales (23%) y en mujeres de cuencas mineras (25%).

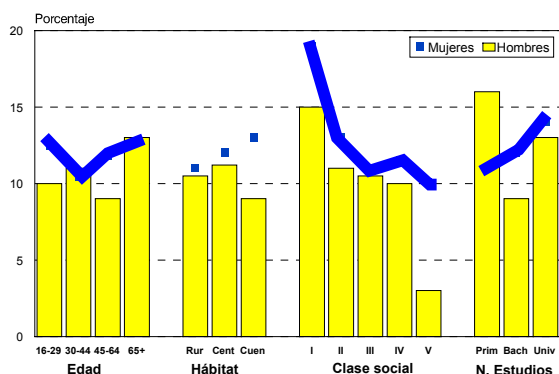
Por clase social, ha sido claramente más frecuente la prevalencia de haber seguido dieta de reducción de peso el último mes en clase sociales acomodadas en ambos sexos: un 15% de los hombres y un 19% de las mujeres de la clase social I disminuyendo la proporción hasta un 3% de los hombres y un 10% de las mujeres de clase social V. Los motivos de iniciativa propia son más frecuentes en hombres de clases sociales extremas y en mujeres de clase social II y V.

Por nivel de estudios, la proporción de haber seguido dieta ha sido más alta en mujeres de nivel de estudios universitarios y en hombres con nivel de estudios básicos. El motivo de haber seguido la dieta por iniciativa propia ha sido más alto en hombres de nivel de estudios universitarios (43% frente a un 9% en hombres con estudios básicos) y en mujeres con estudios básicos (44% frente a un 35% de mujeres con estudios universitarios).

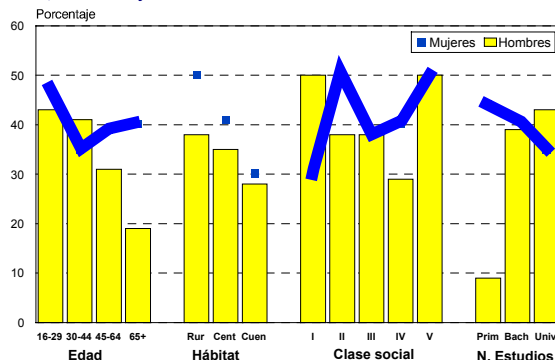
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>¿En el último mes ha estado siguiendo dieta de reducción de peso?</b>				
SI	10,7	11,8	13,1	<b>11,9</b>
<b>Si la ha seguido, ¿porqué?</b>				
Para reducir peso, por iniciativa propia	50,0	40,8	30,0	<b>40,6</b>
Para reducir peso, por prescripción médica	25,0	20,4	35,0	<b>23,3</b>
Por enfermedad	12,5	20,4	25,0	<b>20,3</b>
Por estética	6,3	14,3	5,0	<b>12,0</b>
Por otras causas	0	2,0	5,0	<b>2,3</b>

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002 Resultados: Prácticas preventivas

Prácticas preventivas: Seguimiento de dieta para reducir peso el último mes por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: Seguimiento de dieta para reducir peso el último mes por iniciativa propia (dentro de las personas que siguieron dieta) por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### 5.9.- Uso de sal iodada:

Contestación a la pregunta: **¿Se usa sal iodada en su hogar?**. Recuerdese que la sal marina no es iodada.

Un 38% de la población manifiesta consumir siempre como sal la sal iodada, siendo inferior esta proporción al de aquella población que manifiesta no consumir nunca este tipo de sal (41%).

No hay diferencias de consumo sustanciales entre género. Si acaso, la mayor proporción de hombres que no saben o no contestan a esta pregunta (10% frente a un 8% de las mujeres).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
NS/NC	9,9	8,0	8,9
<b>Siempre</b>	37,6	<b>38,8</b>	<b>38,3</b>
<b>A veces</b>	10,7	<b>12,5</b>	<b>11,6</b>
<b>Nunca</b>	41,8	<b>40,7</b>	<b>41,2</b>

Por edades, manifiestan consumir sal iodada siempre una proporción similar entre los distintos grupos etarios fluctuando entre el 37-40% de la población de cada uno de ellos. Entre las personas que dicen no consumir nunca esta sal las proporciones van del 38% de las personas mayores al 45% de las personas entre 30-44 años de edad.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
NS/NC	9,6	6,8	10,3	9,0	<b>8,9</b>
<b>Siempre</b>	37,2	39,4	36,8	39,7	<b>38,3</b>
<b>A veces</b>	11,1	8,3	13,7	13,4	<b>11,6</b>
<b>Nunca</b>	42,1	45,4	39,2	37,9	<b>41,2</b>

Por edad y género hay un mayor consumo siempre de sal iodada en hombres de edades mayores. Sin embargo son las mujeres de 30-44 años las que presentan una mayor proporción de siempre consumir este tipo de sal. Las personas que han contestado nunca usar este tipo de sal son los hombres de 30-44 años (50%) y las mujeres de 16-29 años (42% de ellas).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
NS/NC	10,8	8,5	10,6	12,7	9,9	9,6	6,3	11,5	7,1	8,0
Siempre	37,3	33,9	39,2	39,6	37,6	36,7	43,9	34,1	39,6	38,8
A veces	10,4	7,3	12,1	13,2	10,7	11,7	9,3	15,0	13,4	12,5
Nunca	41,5	50,4	38,1	34,5	41,8	42,1	40,5	39,4	39,3	40,7

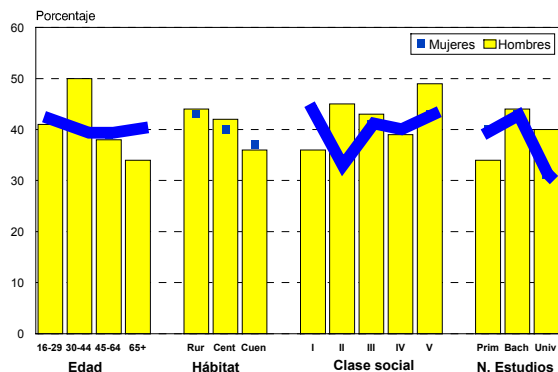
Por hábitat, las mayores frecuencias de consumo siempre corresponden a las de las cuencas mineras, siendo en el caso de las mujeres de un 41%. Inversamente la proporción de personas que nunca consumen este tipo de sal es más alta en zonas rurales (44% en hombres y 43% en mujeres).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
NS/NC	8,6	8,4	10,0	8,0
Siempre	37,9	38,3	40,6	38,8
A veces	10,7	12,9	11,9	12,5
Nunca	42,9	40,5	37,5	40,7

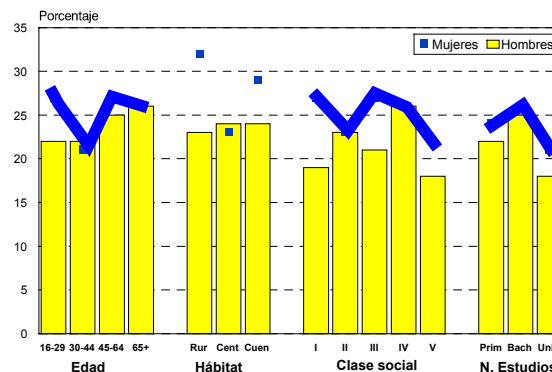
Por clase social, es más frecuente el consumo siempre de esta sal en las clases sociales más altas (I y II, con más de un 40% en hombres y mujeres de clase social I).

Por nivel de estudios alcanzado, el consumo es mayor (siempre) en hombres de niveles de estudios inferiores (40%) y en mujeres con estudios universitarios (44%).

Prácticas preventivas: NUNCA usa habitualmente sal lodada en su domicilio por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: NUNCA usa habitualmente medios de protección en sus actividades al aire libre por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 5.10.- Uso de medios de protección solar:

Contestación a la pregunta: **¿Utiliza Ud. medios de protección solar cuando realiza actividades de ocio o su trabajo al aire libre (en la playa, en la montaña, en el campo)?**. Se refiere al uso de cremas, telas, sombreros, gorras, etc.

La mitad de la población adulta asturiana menciona protegerse siempre con medios de protección solar cuando la situación lo requiere. Una cuarta parte de la misma población dice no protegerse nunca específicamente contra la radiación solar. En un 7% de la población se menciona que no realizan ninguna actividad de trabajo u ocio al aire libre.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

Por género, las distintas proporciones analizadas en la pregunta son similares entre ambos sexos.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
NS/NC	0,4	0,6	0,5
Siempre	49,4	49,4	49,6
A veces	18,1	18,0	18,0
Nunca	23,7	25,2	24,5
No realizo actividades de ocio o trabajo al aire libre	7,9	6,9	7,3

Por edades, se protegen siempre que realizan estas tareas o momentos de ocio al aire libre las personas entre 30-44 años de edad (53%) siendo lo que menos se protegen las personas entre 45-64 años.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
NS/NC	0,2	0,8	0,5	0,4	0,5
Siempre	50,4	53,5	46,4	48,3	49,6
A veces	17,7	16,3	19,7	18,3	18,0
Nunca	24,8	21,7	26,1	25,4	24,5
No realizo actividades de ocio o trabajo al aire libre	6,9	7,8	7,2	7,5	7,3

Por edad y género la protección siempre de la radiación solar es más alta en edades jóvenes (superior al 50%) en hombres de 16-44 años de edad y en mujeres de 30-44 años. Las mayores proporciones de nunca protegerse adecuadamente del sol corresponden a hombres de más de 45-64 años (25%) y a mujeres jóvenes y de 45-64 años (superior al 27%).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
NS/NC	0	1,6	0	0,5	0,4	0,8	0,4	1,0	0,4	0,6
Siempre	52,7	52,8	45,3	48,7	49,4	47,9	53,9	47,4	48,1	49,4
A veces	19,9	15,3	22,6	13,2	18,1	15,4	17,5	16,7	21,9	18,0
Nunca	22,4	21,8	24,9	25,9	23,7	27,1	21,2	27,5	25,1	25,2
No realizo actividades de ocio o trabajo al aire libre	5,0	8,5	7,2	11,7	7,9	8,8	7,1	7,3	4,6	6,9

Por hábitat, las mayores proporciones de usar siempre protección solar corresponden a hombres de zonas rurales (62%) vs el 47% de zonas centrales y a mujeres de zonas centrales (51%). En cambio, en las personas que nunca se protegen adecuadamente del sol la mayor proporción en hombres se da en los de las cuencas mineras y en mujeres en las de zonas rurales (32%)

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
NS/NC	0,7	0,5	1,3	0,6
Siempre	45,0	50,8	46,3	49,4
A veces	14,3	18,9	16,9	18,0
Nunca	32,1	23,1	28,8	25,2
No realizo actividades de ocio o trabajo al aire libre	7,9	6,7	6,9	6,9

Por clase social el uso siempre de medios de protección solar son más altos en hombres de clase social I (57%) y en mujeres de clase social V (54%). En relación a no usar nunca medios de protección, son más altos en hombres de clase social IV (26%) y en mujeres de clase social III (27,5%).

Por nivel educativo, el uso siempre de medios de protección solar corresponde a los hombres y mujeres con niveles educativos más altos (51% y 54%, respectivamente).

## **5.11.- Actividades preventivas específicas en mujeres:**

### **5.11.1.- Realización de mamografías:**

Contestación a las preguntas: ***Vamos a solicitarle cierta información sobre el uso de determinadas prácticas preventivas propias de la mujer.***

- ***¿Podría indicarnos si en algún momento de su vida se hizo alguna mamografía?.*** Dirigida únicamente a mujeres. Se refiere a algún momento de la vida en mujeres de cualquier edad, en cualquier momento e independientemente del motivo por el que se la realizó.
- ***Si se hizo alguna, ¿podría indicarnos cuánto hace que se hizo la última?.***  
Idem

Casi la mitad de las mujeres entrevistadas de más de 15 años de edad se han hecho alguna vez en su vida y por cualquier motivo una mamografía. De las que se la hicieron, la última se hizo hace menos de dos años antes de la entrevista en más de dos tercios de ellas (68%). Un 16% se la hicieron hace de 2-4 años y un 14% hace más de cuatro años.

	<b>Mujeres</b>
	<b>%</b>
<b>¿Se ha hecho alguna mamografía?</b>	
SI	<b>48,8</b>
<b>Si la ha hecho, ¿Cuándo se hizo la última?</b>	
NS/NC	<b>1,5</b>
Hace menos de dos años	<b>68,4</b>
De 2 a 4 años	<b>15,9</b>
Más de 4 años	<b>14,2</b>

Por edades, son las mujeres de 45-64 años las que más mencionan haberse hecho alguna mamografía (88%) alguna vez en su vida. Las que menos, es evidente, las mujeres jóvenes (13%). La mitad de las mujeres de más de 64 años se hicieron alguna mamografía.

De las mujeres que se hicieron alguna mamografía, un 84% de las mujeres entre 45-64 años se hicieron una mamografía hace menos de dos años, frente a solo un 42% de las mujeres de más de 64 años. Se la hicieron hace más de cuatro años solo un 7% de las mujeres de 45-64 años de edad y un 28,5% de las mujeres mayores de 64 años.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>¿Se ha hecho alguna mamografía?</b>					
SI	13,2	35,8	88,1	50,9	<b>48,8</b>
<b>Si la ha hecho, ¿Cuándo se hizo la última?</b>					
NS/NC	8,6	0,0	0,0	3,5	<b>1,5</b>
Hace menos de dos años	62,9	67,0	84,2	43,1	<b>68,4</b>
De 2 a 4 años	17,1	19,6	9,1	25,0	<b>15,9</b>
Más de 4 años	11,4	13,4	6,7	28,5	<b>14,2</b>

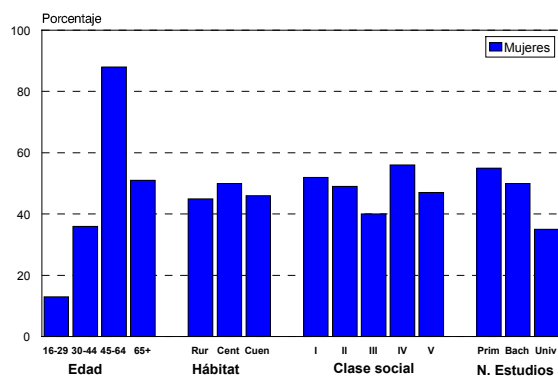
Por hábitat, un 50% de las mujeres de la zona centro se han hecho alguna mamografía mientras que lo ha hecho un 45% y un 46% de las mujeres de las zonas rurales y de las cuencas mineras respectivamente. No obstante la mayor proporción de haberse hecho una mamografía recientemente (menos de dos años) es la de mujeres de zonas rurales (73%) y la menor las de las cuencas mineras (65%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>¿Se ha hecho alguna mamografía?</b>				
SI	45,0	50,1	45,6	<b>48,8</b>
<b>Si la ha hecho, ¿Cuándo se hizo la última?</b>				
NS/NC	0	1,8	1,3	<b>1,5</b>
Hace menos de dos años	73,0	68,6	64,9	<b>68,4</b>
De 2 a 4 años	14,3	15,7	18,2	<b>15,9</b>
Más de 4 años	12,7	13,9	15,6	<b>14,2</b>

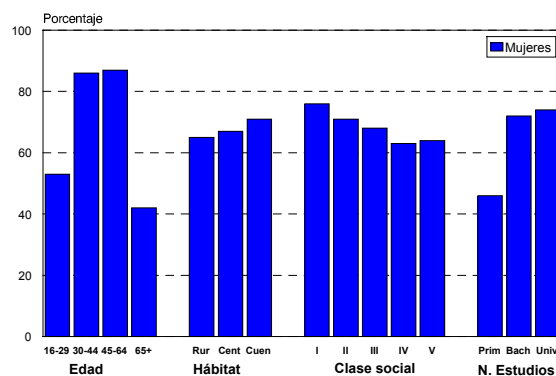
Por clase social, las mujeres que refieren una mayor proporción de haberse hecho una mamografía son las de clase social IV (56%). Sin embargo, entre aquellas mujeres que se hicieron una mamografía, son las de clase social I las que tienen una mayor proporción de habérselas hecho recientemente (menos de dos años) (80%).

Por nivel de estudios las que mayor proporción tienen de haberse hecho alguna mamografía son las que tienen estudios primarios y las que menor proporción tienen son las de estudios universitarios. Si bien este último hecho puede ser debido a que la mayor proporción de mujeres con estudios universitarios tienen edades jóvenes y viceversa. No obstante, son las mujeres con estudios universitarios las que, dentro de las que se hicieron alguna mamografía, se las hicieron más recientemente (menos de dos años) (73%) frente a un 56% de las mujeres con estudios primarios.

Prácticas preventivas: Realizo alguna mamografía alguna vez en su vida por edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Prácticas preventivas: Realizo alguna citología vaginal alguna vez en su vida por edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### **5.11.2.- Realización de citologías vaginales:**

Contestación a las preguntas:

- **¿Podría indicarnos si en algún momento de su vida se hizo alguna citología vaginal (prueba de Papanicolau)?**. Dirigida únicamente a mujeres. Se refiere a algún momento de la vida en mujeres de cualquier edad, en cualquier momento e independientemente del motivo por el que se la realizó.
- **Si se hizo alguna, ¿podría indicarnos cuánto hace que se hizo la última?**. *Idem*

Dos tercios de las mujeres entrevistadas de cualquier edad (mayores de 15 años) se habían hecho al menos una prueba de citología vaginal. De las mujeres que se hicieron esta prueba tres cuartas partes la habían hecho hace menos de tres años antes de la entrevista, un 12% lo había hecho hacía más de cinco años.

	Mujeres
	%
<b>¿Se ha hecho alguna citología vaginal (Papanicolau)?</b> SI	<b>67,5</b>
<b>Si la ha hecho, ¿Cuándo se hizo la última?</b>	
NS/NC	2,1
Hace menos de tres años	75,0
De 3 a 5 años	11,9
Más de 5 años	11,6

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>¿Se ha hecho alguna citología vaginal (Papanicolau)?</b> SI	53,4	86,3	86,7	41,9	<b>67,5</b>
<b>Si la ha hecho, ¿Cuándo se hizo la última?</b>					
NS/NC	1,9	0,8	0,8	6,9	<b>2,1</b>
Hace menos de tres años	90,1	87,9	72,7	38,3	<b>75,0</b>
De 3 a 5 años	4,6	9,1	14,5	20,0	<b>11,9</b>
Más de 5 años	3,8	2,6	12,4	35,8	<b>11,6</b>

Por edades las mujeres que más se han hecho esta prueba son las de 30-64 años de edad (más del 86% en ambos casos), siendo muy baja la proporción en mujeres mayores (solo un 42%). De las mujeres que se habían hecho la prueba, las mujeres que más mencionaban el haber hecho la prueba hace poco (menos de tres años) eran, como es lógico, las mujeres jóvenes (90%), siendo solo del 38% en mujeres mayores. Un 36% de las mujeres mayores indican que la última prueba la hicieron hacía más de cinco años.

Por tipo de hábitat son las mujeres de las cuencas mineras las que tienen mayor proporción de haberse hecho alguna citología vaginal (71%) frente a un 65% de las mujeres de zonas rurales. No obstante, un 77% de las mujeres de zonas rurales que se han hecho alguna lo han hecho en los últimos tres años frente a un 71% de las mujeres de las zonas de cuencas mineras.

Por clase social, son las de clase social I (76%) las que tienen una mayor frecuencia de haberse hecho alguna citología vaginal, mientras que la más baja corresponde a mujeres de clase social IV y V (64%). Incluso, esas mujeres de clase social I lo han hecho más recientemente (menos de tres años) (95%) frente a un 69% de las mujeres de clase social IV.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Prácticas preventivas

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>¿Se ha hecho alguna citología vaginal (Papanicolau)?</b>				
SI	65,0	67,2	70,6	<b>67,5</b>
<b>Si la ha hecho, ¿Cuándo se hizo la última?</b>				
NS/NC	0	1,9	0,9	<b>2,1</b>
Hace menos de tres años	77,4	75,3	71,1	<b>75,0</b>
De 3 a 5 años	10,8	11,1	16,7	<b>11,9</b>
Más de 5 años	11,8	11,1	11,4	<b>11,6</b>

Por nivel de estudios alcanzado, han hecho alguna citología vaginal un 74% de las mujeres de niveles educativos universitarios frente a un 46% de mujeres con estudios primarios. No obstante, de las que se han hecho alguna citología, las de estudios primarios tienen una proporción mayor de habérsela hecho recientemente (77%) frente a un 71% de las mujeres con estudios universitarios.

## **6.- Situación sociodemográfica y económica:**

### **OBJETIVOS:**

- Conocer la composición de los hogares
- Conocer el nivel de estudios de los/as entrevistados/as y de los/las cabezas de familia
- Conocer los datos laborales y la actividad laboral de los/as entrevistados/as y del/de la cabeza de familia
- Conocer el grado de autovaloración personal de su actividad personal
- Conocer el nivel de ingresos económicos familiares
- Conocer las condiciones de trabajo que pueden influir en su salud

## **6.1.- Situación personal y convivencia:**

Se solicitó a las personas entrevistadas que contestasen a una serie de preguntas que abordasen su entorno: relaciones sociales, su casa, el trabajo dentro de esta, el apoyo a las personas dependientes, etc.

### **6.1.1.- Estado civil:**

Contestación a la pregunta: **¿Su estado civil actual, es?** La contestación debía hacer referencia al momento de la entrevista. Se considera convivencia sólo si están empadronados en el mismo domicilio o la convivencia ha durado más de un año.

En relación a esta variable, un 54% de las personas adultas dicen que están casadas o conviviendo maritalmente con otra persona. Están todavía solteras un 30,5% de las personas adultas asturianas. Un 11% manifiesta estar en situación de viudedad, estando efectivamente en situación de divorcio un 4% de la población.

Por géneros, los hombres manifiestan estar solteros en mayor proporción que las mujeres (35% frente a un 26% de las mujeres), mientras que estas están en una mayor proporción de situación de viudedad que los hombres (18% frente a un 4%). En el resto de situaciones las diferencias o no existen o no son sustanciales.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Soltero/a</b>	35,3	<b>26,2</b>	<b>30,5</b>
<b>Casado/a/Convive</b>	56,4	<b>51,7</b>	<b>53,9</b>
<b>Separado/a/divorcio (En Trámites)</b>	0,6	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>
<b>Separación/Divorcio (Tras un matrimonio)</b>	3,6	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>
<b>Viudedad</b>	4,1	<b>17,7</b>	<b>11,3</b>

Por edades, son las personas jóvenes las que manifiestan mayor proporción de situación de soltería (81%, recordemos que dentro de este grupo hay personas de 16-17 años de edad), pasando esa proporción a ser del 10% en las personas mayores. La situación de viudedad es, evidentemente, la inversa, no hay personas que manifiesten en nuestra muestra la situación de viudedad en el grupo de personas jóvenes alcanzando esa situación en el grupo de personas mayores el 37%.

El grupo etario que manifiesta una mayor proporción de personas casadas o en convivencia es el de personas de 45-64 años (76%), mientras solo un 17% de las personas jóvenes está en esa situación. En el caso de personas divorciadas la mayor proporción corresponde también al grupo de personas entre 45-64 años de edad (6%) siendo solo del 2% en el grupo de persona jóvenes. Es, paradójicamente, en este grupo de personas jóvenes donde hay una mayor proporción de fracaso matrimonial o de convivencia donde la relación entre personas separadas o divorciadas en relación a las personas casadas o conviviendo es más elevada.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Soltero/a</b>	80,9	25,9	8,9	9,6	<b>30,5</b>
<b>Casado/a o Convive</b>	17,0	67,1	75,9	51,5	<b>53,9</b>
<b>Separado/a o en divorcio (En Trámites)</b>	0,2	1,2	0,4	0,0	<b>0,4</b>
<b>Separación o en Divorcio</b>	1,7	4,4	6,2	2,1	<b>3,7</b>
<b>Viudedad</b>	0,0	1,4	8,5	36,7	<b>11,3</b>

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por edad y género, en el caso de personas solteras hay una mayor proporción de hombres en esas circunstancias, manifestándose sobre todo las diferencias en las edades jóvenes (88% de los hombres jóvenes frente a un 74% de las mujeres jóvenes). Por el contrario, en esas edades, hay el doble de mujeres casadas que de hombres (23% frente a un 11% en hombres), circunstancia que se invierte en las edades de más de 64 años donde el alto peso de la viudedad en la mujer hace que la proporción de mujeres casadas o en convivencia sea casi la mitad que en hombres (40% frente a un 69% en los hombres). Como se comentaba, existe una gran proporción de mujeres viudas a partir de los 45 años de edad (15%) que ve su mayor proporción en mujeres mayores de 64 años donde la mitad de ellas están viudas. La proporción de personas separadas o en divorcio es muy superior en mujeres que en hombres a lo largo de todos los tramos etarios excepto en las mujeres de más de 64 años de edad.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Soltero/a</b>	87,6	30,2	10,6	10,7	<b>35,3</b>	74,2	21,9	7,3	8,8	<b>26,2</b>
<b>Casado/a o Convive</b>	11,2	64,9	81,1	68,0	<b>56,4</b>	22,9	69,1	71,1	39,9	<b>51,7</b>
<b>Separado/a o en divorcio (En Trámites)</b>	0,4	1,2	0,8	0	<b>0,6</b>	0	1,1	0	0	<b>0,3</b>
<b>Separación o en Divorcio</b>	0,8	3,6	5,7	4,1	<b>3,6</b>	2,5	5,2	6,6	0,7	<b>3,8</b>
<b>Viudedad</b>	0	0	1,9	17,3	<b>4,1</b>	0	2,6	14,6	50,2	<b>17,7</b>

Por hábitat, están más solteras las personas residentes en las zonas centrales de Asturias en ambos sexos (37% en hombres y 28% en mujeres) siendo en el resto de zonas similar su proporción. El mayor porcentaje de hombres casados se sitúa en las zonas rurales (63% frente a un 54% de zonas centrales) y en mujeres en las cuencas mineras (61% frente a un 49% de las zonas rurales). La mayor proporción de viudos está en la zona central (4%) y en mujeres en el ámbito rural (24%). La proporción de personas que están separadas o en divorcio es mayor en las zonas rurales (sobre todo en mujeres) y menor en las cuencas mineras (sobre todo en mujeres, en hombres es considerablemente superior, 4%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Soltero/a</b>	22,1	28,1	20,6	<b>26,2</b>
<b>Casado/a o Convive</b>	49,3	50,3	60,6	<b>51,7</b>
<b>Separado/a o en divorcio (En Trámites)</b>	0	0,4	0	<b>0,3</b>
<b>Separación o en Divorcio</b>	5,0	4,2	0,6	<b>3,8</b>
<b>Viudedad</b>	23,6	16,6	18,1	<b>7,7</b>

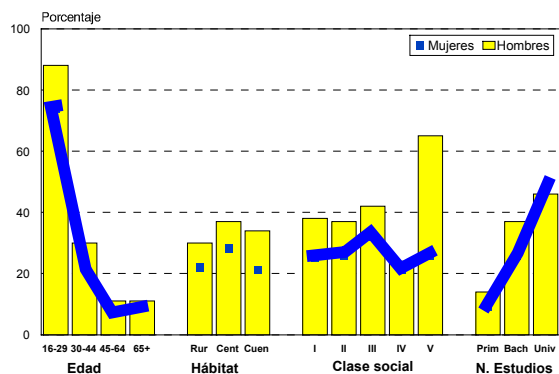
Por clase social, están más solteros los hombres de la clase social V (65%) mientras que es baja en la clase social IV (42%). En mujeres es más alta la proporción de solteros en la clase III (32%). La distribución de personas casadas o conviviendo es más alta en hombres de la clase social IV (66% frente a un 30% de la clase social V) y en mujeres de la clase social I (60%, frente a un 49% de la clase social III). Los porcentajes de personas viudas son mayores en los hombres de la clase social IV (7%) y en las mujeres de la misma clase (IV, 19%).

Por nivel de estudios, son más frecuentes las personas solteras en las personas con estudios universitarios por su mayor proporción de personas en edades jóvenes: un 46% de

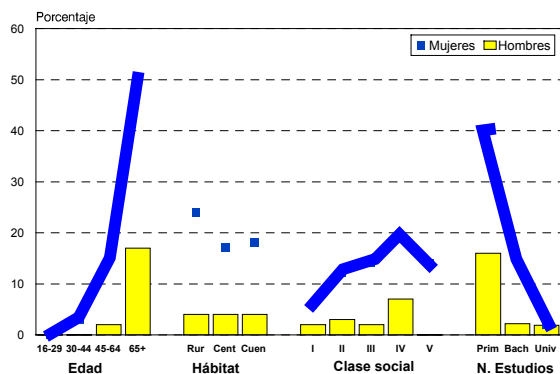
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

los hombres y un 48% de las mujeres de esas edades está soltera. La mayor proporción de casados recae en personas con nivel de estudios primarios en hombres (67%) y en mujeres de estudios medios (54%). El mayor porcentaje de personas viudas se sitúa en ambos sexos a gran distancia del resto de grupos entre las personas con estudios primarios debido, sobre todo, al efecto edad: un 16% de los hombres y un 40% de las mujeres de esos niveles de estudio está viuda frente a un 2% de las personas con estudios universitarios.

Situación socioeconómica: Personas solteras por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: Personas viudas por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### 6.1.2.- Personas con las que habitualmente convive en su hogar:

Contestación a la pregunta: **¿Indíquenos con cuantas personas convive habitualmente en su hogar?**. Se refiere a convivencia habitual

#### Análisis numérico:

Del total de personas entrevistadas manifiestan convivir en el hogar con 2-4 personas un 63%, siendo los hogares grandes (más de cuatro personas) solo un 4%. Manifiestan vivir convivir solo con una persona más un 23% de la población adulta asturiana. refieren vivir solas un 9,5% de la población.

No hay diferencias de género sustanciales en el número de personas con las que se convive, excepto para las personas que viven solas (11% en mujeres y 8% en hombres).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Ella sola</b>	7,9	<b>11,0</b>	<b>9,5</b>
<b>Una persona</b>	23,1	<b>23,2</b>	<b>23,1</b>
<b>De 2-4 personas</b>	64,3	<b>61,7</b>	<b>62,9</b>
<b>Más de 4 personas</b>	4,7	<b>4,1</b>	<b>4,4</b>

En relación a la edad, es de destacar que la convivencia con mayor número de personas tiene una relación inversa con la edad. Así, un 73% de personas jóvenes conviven en hogar con 2-4 personas y un 7% en hogares de más de cuatro personas. Por el contrario, en la personas mayores conviven en hogares de 2-4 personas un 33% de ellas, y

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

en hogares de más de cuatro personas un 2,5% de ellas. Así como que un 24% de las personas mayores de 64 años viven solas frente a solo un 3% de las personas jóvenes.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Ella sola</b>	3,3	5,2	6,4	24,2	<b>9,5</b>
<b>Una persona</b>	16,1	17,1	20,7	39,8	<b>23,1</b>
<b>De 2-4 personas</b>	73,5	74,2	68,6	33,5	<b>62,9</b>
<b>Más de 4 personas</b>	7,1	3,5	4,4	2,5	<b>4,4</b>

Por edad y género, el vivir solo/a tiene la misma representación en ambos sexos, si bien por el elevado efecto de la viudedad haya una gran proporción de mujeres mayores de 64 años de edad que viven solas (31%) frente a un 16% en los hombres de la misma edad. Si es de destacar que hasta los 44 años de edad hay una mayor proporción de hombres que viven solos que de mujeres que viven solas, siendo, a partir de ahí, la proporción inversa.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Ella sola</b>	4,6	7,7	6,4	15,7	<b>7,9</b>	2,9	3,3	6,6	31,4	<b>11,0</b>
<b>Una persona</b>	13,3	18,5	19,6	45,2	<b>23,1</b>	18,8	15,6	21,6	35,3	<b>23,2</b>
<b>De 2-4 personas</b>	74,7	71,4	68,7	36,0	<b>64,3</b>	71,7	76,6	68,3	31,1	<b>61,7</b>
<b>Más de 4 personas</b>	7,5	2,4	5,3	3,0	<b>4,7</b>	6,7	4,5	3,5	2,1	<b>4,1</b>

Por tipo de hábitat, viven más personas solas en el ámbito rural (9% de los hombres y 20% de las mujeres) cifras que se sitúan a gran distancia de las expresadas por las personas de las cuencas mineras (7% en hombres y 8% de las mujeres). Un 68% de las personas de las cuencas mineras vive en hogares de 3-5 personas frente a un 51% de las personas de zonas rurales.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Ella sola</b>	20,0	10,7	8,1	<b>11,0</b>
<b>Una persona</b>	23,6	23,5	20,6	<b>23,2</b>
<b>De 2-4 personas</b>	50,7	61,8	68,1	<b>61,7</b>
<b>Más de 4 personas</b>	5,7	4,0	3,1	<b>4,1</b>

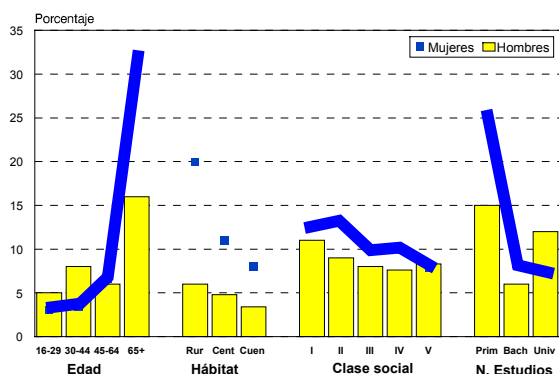
Por clase social, tienen una mayor proporción de vivir solas las personas que pertenecen a la clase social I (11% de los hombres y 12,5% de las mujeres), frente a un 8% de los hombres de clase IV y de las mujeres de clases social V.

Por tipo de estudios realizados, manifiestan vivir solas una mayor proporción de personas con niveles de estudios primarios (15% en hombres; y un 25% en mujeres, frente a un 7% de las mujeres con estudios universitarios).

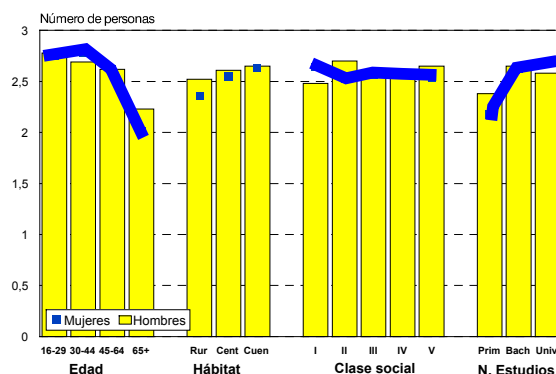
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Situación socioeconómica: Personas que VIVEN SOLAS por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: Media de personas que conviven por hogar por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Si analizamos **cuantitativamente** el número de personas con las que conviven las personas entrevistadas en el mismo hogar, la media es 2,57 personas por hogar, no existiendo diferencias sustanciales entre género ni en cantidad (media aritmética) ni en variabilidad (desviación estándar) de la convivencia,

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Media</b>	2,60	<b>2,53</b>	<b>2,57</b>
<b>D.E.</b>	0,63	<b>0,69</b>	<b>0,67</b>

En relación a la edad el análisis numérico de las personas convivientes en los hogares nos indica, al igual que en el análisis categórico ordinal, que las personas jóvenes tienen de media un hogar con 2,76 personas convivientes, mientras que las personas mayores lo tienen de 2,1 conviviendo.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	2,76	2,74	2,62	2,10	<b>2,57</b>
<b>D.E.</b>	0,50	0,55	0,61	0,78	<b>0,67</b>

Por edad y género, la mayor media de personas conviviendo corresponde en hombres entrevistados a jóvenes (16-29 años) y en mujeres entrevistadas de 30-44 años (2,78 personas).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	2,78	2,69	2,62	2,23	<b>2,60</b>	2,75	2,78	2,62	2,01	<b>2,53</b>
<b>D.E.</b>	0,51	0,60	0,60	0,70	<b>0,63</b>	0,49	0,49	0,62	0,81	<b>0,69</b>

Por hábitat, la mayor cantidad de personas conviviendo corresponde a las personas entrevistadas en las cuencas mineras (2,64 personas) siendo inferior en los ámbitos rurales (2,44 personas). Dicha circunstancia sucede tanto en hombres como en mujeres.

MUJERES				
<b>Media</b>	2,36	2,55	2,63	<b>2,53</b>
<b>D.E.</b>	0,79	0,68	0,68	<b>0,69</b>

Por clase social, la mayor media de personas conviviendo por hogar en función de la clase social atribuida a la persona entrevistada corresponde a la clase social II (2,63 personas) para el conjunto de sexos. En hombres corresponde a la clase social II (2,7 personas) y en mujeres a la clase social I (2,64).

Por nivel de estudios, el mayor número de personas por hogar corresponde a las personas entrevistadas que tenían estudios de nivel universitario (2,63 personas). En el caso de los hombres entrevistados corresponde a niveles de estudios medios (2,65 personas por hogar) y en mujeres entrevistadas a las que tienen estudios universitarios (2,68 personas por hogar).

### **6.1.3.- Personas con las que habitualmente convive en su hogar con limitaciones:**

Contestación a la pregunta: ***¿Alguna de las personas con las que convive cotidianamente necesita algún tipo de dedicación especial por el hecho de padecer alguna minusvalía o limitación para llevar a cabo con normalidad las actividades de la vida familiar, social o laboral?. Se refiere a convivencia habitual y a todo tipo de limitaciones.***

#### **Análisis numérico:**

Un 14,5% de las personas entrevistadas adultas asturianas, refieren convivir en su hogar con algunas personas que padece minusvalía o limitación. Recordemos, que la Encuesta de Salud se realizó a personas no institucionalizadas por motivo de salud, discapacidad, etc.

Conviven en su hogar con personas con discapacidad, minusvalía o limitación más las mujeres que los hombres (16% frente a un 13%) si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Sí</b>	12,9	<b>16,0</b>	<b>14,5</b>

Por edades, conviven con personas con discapacidades, minusvalías o limitaciones en su propio hogar más las personas con edades entre 30-44 años (una de cada cinco) fundamentalmente por la presencia de niños/as menores de 15 años de edad. Las cifras de convivencia con personas de estas características es similar en las personas jóvenes y en las personas mayores.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Sí</b>	10,8	21,3	14,5	10,9	<b>14,5</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Sí</b>	7,9	16,5	14,0	11,2	<b>12,9</b>	13,3	24,5	14,3	9,5	<b>16,0</b>

Por edad y género conviven más con personas que precisan de cuidados las personas de edades medias (30-64 años) sobre todo las de 30-44 años de edad (fundamentalmente debido al cuidado de menores de 15 años de edad. Es mucho más alta la frecuencia en mujeres que en varones (24,5% frente a un 16,5%, en esas edades).

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

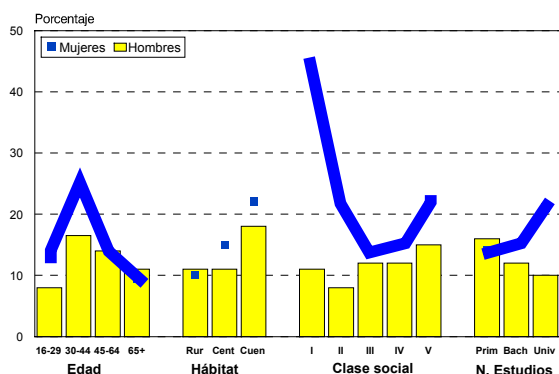
Por hábitat, es más frecuente que existan personas que necesitan cuidados en los hogares de las cuencas mineras, tanto si se les pregunta a hombre como a mujeres (18% y 22%, respectivamente). La menor frecuencia corresponde a las personas residentes en las zonas rurales.

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Sí</b>	10,0	14,9	21,9	<b>16,0</b>

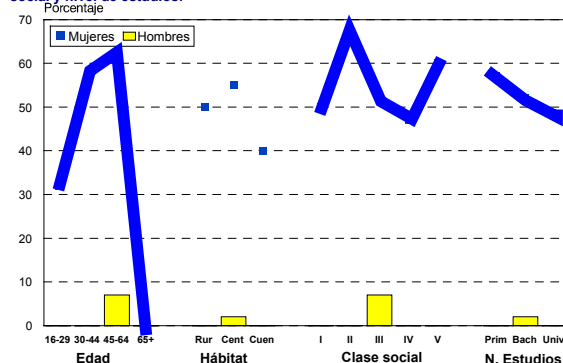
Por clase social, es más frecuente la existencia en el hogar de personas que necesitan cuidados en hombres de clase social V (15%) y en mujeres de clase social I (44%).

Por estudios realizados es más frecuente en los hombres entrevistados con niveles de estudios básicos (16%) y en mujeres entrevistadas con niveles de estudios universitarios (21%).

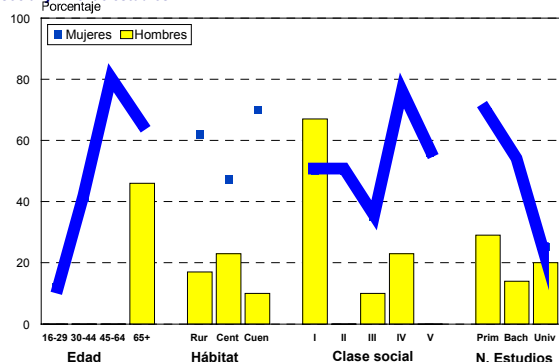
**Situación socioeconómica: Alguna de las personas con las que conviven en el hogar precisa cuidados por r sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



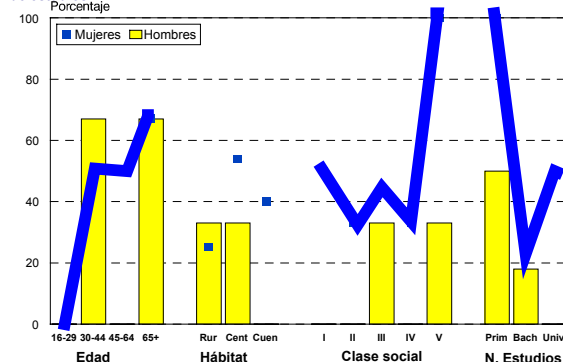
**Situación socioeconómica: Ocuparse la persona entrevistada únicamente y habitualmente de MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**Situación socioeconómica: Ocuparse la persona entrevistada únicamente y habitualmente de MAYORES DE 64 AÑOS DE EDAD por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**Situación socioeconómica: Ocuparse la persona entrevistada únicamente y habitualmente de DISCAPACITADOS/AS por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**Análisis cualitativo:**

Contestación a la pregunta: **¿Quién dentro de las personas que conviven en su hogar, se ocupa habitualmente de cuidar a los/las menores de 15 años de edad, mayores**

**de 64 años de edad o personas con discapacidad?:** Se refiere a cuidado habitual. En el caso de persona contratada, se considera tal si cobra por hacer este trabajo.

Del total de población que ha contestado a esta pregunta, un 7% menciona convivir en su hogar con menores de 15 años de edad, un 5% con mayores de 64 años de edad y un 3% con personas con discapacidad.

Por género, las mujeres como se indicó más arriba tienen una mayor proporción de ellas que conviven con personas que necesitan cuidados: un 8% de ellas convive con menores de 15 años (un 7% de los hombres), siendo más grandes las diferencias cuando nos referimos a personas mayores de 64 años (6% frente a 4%) y personas con discapacidad (4% frente a 2%).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Convivencia con menores de 15 años</b>	6,7	<b>8,1</b>	<b>7,4</b>
<b>Convivencia con mayores de 64 años</b>	3,6	<b>5,7</b>	<b>4,7</b>
<b>Convivencia con personas con discapacidad</b>	1,8	<b>3,7</b>	<b>2,8</b>

Por hábitat, conviven en su hogar con menores de 15 años más las personas (ambos géneros) que residen en las cuencas mineras (10%) frente a solo un 3% de las personas residentes en ámbitos rurales. Por el contrario, conviven con mayores de 64 años más las personas residentes en zonas rurales (5%) frente a solo un 1,5% de las personas residentes en cuencas mineras. La mayor frecuencia de convivencia con personas con discapacidad es, al contrario, es la población residente en zonas centrales (6,5%) y la menor la de las zonas rurales (3%).

	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Convivencia con menores de 15 años</b>	2,9	7,3	10,4	<b>7,4</b>
<b>Convivencia con mayores de 64 años</b>	5,1	3,9	1,5	<b>4,7</b>
<b>Convivencia con personas con discapacidad</b>	2,6	6,5	3,2	<b>2,8</b>

Por clase social, se observa que conviven con personas menores de 15 años más frecuentemente las personas que pertenecen o se sitúan en la clase social más alta (19%) mientras que en la clase social II la proporción es la más baja (6%). También la clase social más alta (I) es la que presenta unas mayores frecuencias de convivencia con personas mayores (7%) y con personas con discapacidad (4%).

	I	II	III	IV	V	Total
	%	%	%	%	%	%
<b>Convivencia con menores de 15 años</b>	18,9	6,0	6,9	6,3	10,0	<b>7,4</b>
<b>Convivencia con mayores de 64 años</b>	7,4	3,8	4,4	4,7	6,7	<b>4,7</b>
<b>Convivencia con personas con discapacidad</b>	4,2	2,2	1,6	1,9	3,3	<b>2,8</b>

### **6.1.3.1.- Cuidado de menores de 15 años de edad:**

En un 33% de las personas que conviven con menores de 15 años, su cuidado se comparte entre la persona entrevistada y su pareja. En un 46% de las personas se menciona que el cuidado solo lo realiza una persona (respuesta más frecuente en este caso, la de la propia persona entrevistada). Un 10% de las personas dice que otra persona distinta del hogar. Menos del 1% de las personas dicen que el cuidado de los menores de 15

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

años de edad que conviven en el hogar lo hace una persona contratada. Es de resaltar, que un 2% de personas que dicen tener menores de esta edad en sus hogares manifiestan que los/las menores se cuidan ellos/as mismos/as.

Por género de la persona entrevistada, las mujeres mencionan más frecuentemente que recae sobre ellas el cuidado de las personas menores de 15 años que conviven con ellas, manifestando una clara diferencia de género. Así, más de la mitad de las mujeres entrevistadas que tienen menores de estas edades indican que los/las cuidan solo ellas mismas, mientras que la respuesta de los hombres es que solo un 2% de ellos cuidan a los/as niños/as solo ellos. Un 34% de los hombres dicen que el cuidado lo realiza su pareja, mientras que solo contestan de esta manera un 4% de las mujeres. Un 47% de los hombres dice que el cuidado de los menores los realizan compartiendo tareas con su pareja, pero cuando contestan las mujeres solo un 23% de ellas dicen que el trabajo es compartido con la pareja.

A su vez, un 11% de los hombres dicen que el cuidado lo realiza otra persona distinta del hogar (no remunerada), indicando este hecho solo el 9,5% de las mujeres. Cuando contesta el hombre que tiene menores en su hogar, un 3% de ellos contesta que los/las menores se cuidan por sí mismos/as, mientras que solo un 1% de las mujeres menciona que los menores en su hogar se cuidan ellos/as solos/as.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Yo solo/a</b>	1,6	<b>51,2</b>	<b>30,1</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	33,9	<b>3,6</b>	<b>16,4</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	46,8	<b>22,6</b>	<b>32,9</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	0,0	<b>8,3</b>	<b>4,8</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	11,3	<b>9,5</b>	<b>10,3</b>
<b>Una persona contratada</b>	0,0	<b>1,2</b>	<b>0,7</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	3,2	<b>1,2</b>	<b>2,1</b>

En el análisis por grupo etario, se comparte el cuidado de los menores por la pareja con más frecuencia en las edades en que es más frecuente que haya niños/as en el hogar (personas de 30-44 años de edad, 41%), es de resaltar que en el grupo de personas de 16-29 años de edad entrevistadas cuando en su hogar hay menores de 15 años en un 32% el cuidado se realiza por otra persona distinta del hogar. En ese mismo grupo etario cuidan a los niños/as menores un 7% que viven en los hogares entrevistados.

	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Yo solo/a</b>	21,4	34,6	36,7	0,0	<b>30,1</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	3,6	15,4	23,3	40,0	<b>16,4</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	28,6	41,0	20,0	20,0	<b>32,9</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	3,6	3,8	10,0	0,0	<b>4,8</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	32,1	2,6	0,0	40,0	<b>10,3</b>
<b>Una persona contratada</b>	7,1	0,0	3,3	0,0	<b>0,7</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	3,6	0,0	3,3	0,0	<b>2,1</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	0	0	7,1	0	<b>1,6</b>	31,6	57,4	62,5	0	<b>51,2</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	0	32,3	50,0	50,0	<b>33,9</b>	5,3	4,3	0	0	<b>3,6</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	33,3	61,3	35,7	25,0	<b>46,8</b>	26,3	27,7	6,3	0	<b>22,6</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	0	0	0	0	<b>0,0</b>	5,3	6,4	18,8	0	<b>8,3</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	55,6	0	0	25,0	<b>11,3</b>	21,1	4,3	0	100	<b>9,5</b>
<b>Una persona contratada</b>	0	0	0	0	<b>0,0</b>	0	0	6,3	0	<b>1,2</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	11,1	0	7,1	0	<b>2,1</b>	5,3	0	0	0	<b>2,4</b>

Por edad y sexo, se observa un mayor porcentaje de personas en las que la pareja comparte el cuidado de los/as niños/as cuando en el hogar residen este tipo de personas. No obstante, la mayor carga recae en las mujeres: un 62% de las mujeres de 45-64 años se encargan ellas solas del cuidado de las personas menores de 15 años (en ese grupo etario solo un 6% comparte estas tareas con su pareja). Ese porcentaje se reduce con el grupo etario llegando al 32% de las mujeres de 16-19 años de edad (en este grupo un 26% de ellas comparte esta responsabilidad con su pareja). Si se observa, también, que suele existir una tercera persona de apoyo en el cuidado de menores de 15 años más frecuente en las personas entrevistadas más jóvenes (56% de los hombres de esas edades entrevistados y un 21% de las mujeres entrevistadas de esa edad).

Por tipo de hábitat, el reparto entre géneros es similar: muy poco cuidado en exclusiva por parte de los hombres y mucho por parte de las mujeres. Un 55% de las mujeres residentes en zonas centrales lo hace ella sola mientras que solo un 40% de las mujeres de las cuencas mineras lo hace de esa forma. En este último caso un 30% comparte las tareas de cuidado de menores con su pareja.

Por clase social, la distribución entre géneros no varía, si bien la clase social en que las mujeres dicen que con más frecuencia comparten esas tareas con su pareja son las de la clase I (36%) y las que menos las de clase social V (10%). Entre las mujeres las que más llevan las tareas de cuidado de menores por sí mismas (en exclusiva) son las de clase social II (67%) y las de clase social V (60%).

Por nivel de estudios, un 58% de los hombres con estudios universitarios dicen compartir las tareas con su pareja. Un 40% de las mujeres con estudios universitarios dicen compartir estas tareas con su pareja. Las mujeres que más refieren hacer el cuidado de menores únicamente ellas son las que tiene estudios primarios (57%), siendo esa proporción de un 48% en mujeres con estudios universitarios.

### **6.1.3.2.- Cuidado de personas mayores de 64 años de edad:**

Como ya se había indicado más arriba, un 4,7% de las personas entrevistadas convivía en su domicilio con personas mayores de 64 años de edad (distintas de ellas mismas, no se refiere, por tanto, a las personas entrevistadas). El cuidado de estas personas recae mayoritariamente sobre la persona entrevistada (41%), estando a gran distancia las respuestas de que las propias personas mayores convivientes se cuidan por sí mismas (12%). En un 11% se comparte el cuidado entre la persona entrevistada y su

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

pareja. En un 3,3% de los hogares con personas mayores convivientes se encarga de su cuidado una persona contratada a tal efecto.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	18,2	<b>54,2</b>	<b>41,3</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	24,2	<b>3,4</b>	<b>10,9</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	21,2	<b>5,1</b>	<b>10,9</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	6,1	<b>11,9</b>	<b>9,8</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	15,2	<b>6,8</b>	<b>9,8</b>
<b>Una persona contratada</b>	3,0	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	12,1	<b>11,9</b>	<b>12,0</b>

Cuando analizamos las respuestas por el género de la persona entrevistada, existe como para el cuidado de los/las convivientes menores de 15 años, una gran disparidad de género. Así, las mujeres responden en un 54% que cuidan ellas solas a la persona mayor conviviente, mientras que cuando responde el hombre entrevistado solo un 18% de ellos responde que solo la cuida él. Por el contrario, los hombres indican en un 24% que a la persona mayor la cuida solo su pareja, mientras que la respuesta en mujeres es que su pareja solo cuida a la persona mayor un 3%. Cuando se le pregunta a los hombres, un 16% de ellos contestan que la cuida una persona distinta del hogar (no remunerada), y esa misma respuesta sucede en un 7% de las mujeres. Sin embargo, presentan el mismo porcentaje de respuesta tanto los hombres como las mujeres cuando responden que las cuidan una persona contratada o cuando se cuidan las personas mayores del hogar por sí mismas.

En el análisis por grupo etario, el cuidado realizado por una única persona (sea la propia entrevistada o su pareja) se realiza, a nivel global, en un 52% de las ocasiones, pero en el caso de las personas jóvenes solo sucede en un 8%, encargándose de su propio cuidado las personas mayores que conviven con las personas jóvenes entrevistadas en un 31%, y en otro 31% por otra persona distinta del hogar. Por el contrario, en el extremo opuesto, en el caso de las personas mayores entrevistadas, un 70% de ellas las cuida una única persona, mientras que solo un 6% lo cuida otra persona distinta del hogar. Es de resaltar que en este grupo, en un 6% de las personas entrevistadas se menciona que los realiza una persona contratada.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	7,7	33,3	44,0	57,6	<b>41,3</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	0,0	14,3	12,0	12,1	<b>10,9</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	0,0	14,3	20,0	6,1	<b>10,9</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	23,1	9,5	12,0	3,0	<b>9,8</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	30,8	9,5	4,0	6,1	<b>9,8</b>
<b>Una persona contratada</b>	0,0	0,0	4,0	6,1	<b>3,3</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	30,8	14,3	4,0	9,1	<b>12,0</b>

Por edad y sexo, cuidan de las personas mayores con más frecuencia las mujeres. Si se observa, no obstante, que entre las personas jóvenes entrevistadas la proporción es más baja por la menor frecuencia de existencia de este tipo de personas en su hogar. Sin embargo, cuando existen la carga de su cuidado recae preferentemente sobre las mujeres que casi siempre los deben cuidar ellas solas (79% en mujeres de 45-64 años, 65% en mujeres mayores de 64 años). Según los hombres entrevistados un 75% de ellos de 30-44

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

años dicen compartir las tareas de cuidado con su pareja mientras que en las mujeres de la misma edad ninguna de ellas hacen mención a que su pareja comparte las tareas. Un 60% de los hombres jóvenes si tiene personas mayores en su casa dicen que los cuida otra persona distinta del hogar mientras que la proporción en mujeres de la misma edad es del 12,5%.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	0	0	0	46,2	<b>18,2</b>	12,5	41,2	78,6	65,0	<b>54,2</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	0	25,0	27,3	30,8	<b>24,2</b>	0	11,8	0	0	<b>3,4</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	0	75,0	36,4	0	<b>21,2</b>	0	0	7,1	10,0	<b>5,1</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	0	0	9,1	7,7	<b>6,1</b>	37,5	11,8	14,3	0	<b>11,9</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	60,0	0	9,1	7,7	<b>15,2</b>	12,5	11,8	0	5,0	<b>6,8</b>
<b>Una persona contratada</b>	0	0	9,1	0	<b>3,0</b>	0	0	0	10,0	<b>3,4</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	40,0	0	9,1	7,7	<b>12,1</b>	25,0	17,6	0	10,0	<b>11,9</b>

Por tipo de hábitat, los hombres tienen una mayor, dentro de los niveles que estamos analizando, participación en el cuidado de las personas mayores cuando habitan en la zona centro (un 23% se encarga él solo de las personas mayores y un 23% comparte tareas con su pareja). Por el contrario, más de la mitad de los hombres de las zonas rurales que tienen una persona mayor en su hogar tienen que contar con la ayuda de una tercera persona o una persona distinta del hogar. El mayor peso como para todo tipo de cuidados vuelve a recaer en las mujeres. Son las residentes en las cuencas mineras las que manifiestan dedicarse con más frecuencia en exclusiva al cuidado de mayores (70%) seguidas de las de la zona rural (62,5%). Estas últimas, son las que manifiestan recibir ayuda externa a la pareja con una mayor frecuencia (37,5%).

Por clases sociales los hombres de clase social I entrevistados que tienen a su cargo persona mayores de 64 años dicen realizar más frecuentemente esa tarea ellos sólo. Ese mismo hecho sucede en el 74% de las mujeres de la clase social IV. El mayor porcentaje de mujeres que dicen recibir ayuda de su pareja recae en las mujeres de clase social I (25%).

Por nivel de estudios alcanzado por la persona entrevistada, un 28% de los hombres entrevistados con estudios primarios dice realizar el cuidado ellos únicamente. Sin embargo un 40% de los hombres con nivel de estudios universitarios dice compartir las tareas de cuidado con su pareja. Cuando preguntamos a las mujeres la proporción de cuidado únicamente por la persona entrevistada se eleva considerablemente. Así, un 69% de las mujeres con estudios básicos dice cuidar de las personas mayores ellas únicamente, mientras que la proporción de referir compartir la tarea con ayuda de su pareja es más alta en las mujeres con estudios universitarios. Estas mismas son las que mayor proporción tienen de referir una ayuda externa a la pareja (27,5%).

### **6.1.3.3.- Cuidado de personas con discapacidad:**

En este caso, las personas de la muestra de la Encuesta que conviven en su hogar con personas con discapacidad es un 2,7%.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

De ellas, se realiza el cuidado únicamente por una única persona en un 41% de las personas entrevistadas. En un 26% se comparte con la pareja de la persona entrevistada. Participa una persona contratada en un 5% de las ocasiones. El mismo porcentaje de personas discapacitadas que se cuidan por sí mismas.

Por género, existen al igual que para otro tipo de dependencias, grandes diferencias de género, si bien no tan marcadas como en los otros casos. Así, cuando se les pregunta a las mujeres entrevistadas, un 45% de ellas dicen que cuidan de la persona con discapacidad ellas solas, mientras que lo hacen un 23% de los hombres entrevistados con personas con discapacidad en su hogar. Refieren compartir la tarea con su pareja un 41% de los hombres pero solo un 14% de las mujeres entrevistadas.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	23,5	<b>45,5</b>	<b>35,9</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	11,8	<b>0,0</b>	<b>5,1</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	41,2	<b>13,6</b>	<b>25,6</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	11,8	<b>13,6</b>	<b>12,8</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	11,8	<b>9,1</b>	<b>10,3</b>
<b>Una persona contratada</b>	0,0	<b>9,1</b>	<b>5,1</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	0,0	<b>9,1</b>	<b>5,1</b>

En el análisis por grupo etario, las personas jóvenes que conviven con una persona discapacitada participan realmente muy poco en su cuidado, solo un 20% de ellas lo realizan pero ayudados por una tercera persona, en un 60% lo hace otra persona distinta del hogar, y cuando hay un joven en un 20% de las ocasiones la persona discapacitada se cuida por sí misma al contrario que cuando la persona entrevistada tiene más de 44 años de edad. Cuando la persona entrevistada es una persona mayor y comparte hogar con una persona discapacitada dos tercios de ellas cuidan por sí mismas al/a la discapacitado/a. Es también en este grupo donde existe una mayor proporción de personas contratadas para cuidar a las personas discapacitadas (17%).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	0,0	54,5	23,5	66,7	<b>35,9</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	0,0	0,0	11,8	16,7	<b>5,1</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	0,0	9,1	47,1	0,0	<b>25,6</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	20,0	18,2	11,8	0,0	<b>12,8</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	60,0	9,1	0,0	0,0	<b>10,3</b>
<b>Una persona contratada</b>	0,0	0,0	5,9	16,7	<b>5,1</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	20,0	9,1	0,0	0,0	<b>5,1</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	0	66.7	0	66.7	<b>23,5</b>	0	50.0	50.0	50.0	<b>45,5</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	0	0	22.2	0	<b>11,8</b>	0	0	0	0	<b>0,0</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	0	33.3	55.6	33.3	<b>41,2</b>	0	0	37.5	37.5	<b>13,6</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	0	0	22.2	0	<b>11,8</b>	33.3	25.0	0	0	<b>13,6</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	100	0	0	0	<b>11,8</b>	33.3	12.5	0	0	<b>9,1</b>
<b>Una persona contratada</b>	0	0	0	0	<b>0,0</b>	00	0	12.5	0	<b>9,1</b>
<b>Ellos/as solos/as</b>	0	0	0	0	<b>0,0</b>	33.3	12.5	0	12.5	<b>9,1</b>

Por edad y sexo, en el cuidado de las personas con discapacidad las diferencias de género se reducen con respecto al cuidado de otras personas (menores y mayores) pero aún son muy elevadas. Así, cuando se entrevista a mujeres, la mitad de ellas refiere cuidar ellas únicamente de la persona con discapacidad mientras que los resultados en hombres son anecdóticos. En este caso, aumentan las frecuencias de trabajo compartido con la pareja, fundamentalmente en personas de más de 29 años de edad.

Por tipo de hábitat, cuando se pregunta a hombres sobre el cuidado de personas con discapacidad, uno de cada tres de las zonas rurales y del centro menciona cuidarlo únicamente la persona entrevistada. Un 60% de los hombres de las cuencas mineras dice compartir el cuidado con su pareja. En las encuestas realizadas a mujeres se observa que un 54% de las mujeres de la zona centro dice cuidar de la persona con discapacidad únicamente ella mientras que en las zonas rurales la frecuencia es del 25%. En estas mismas zonas rurales cuando se pregunta a mujeres un 50% de ellas dice que el cuidado a la persona discapacitada es realizado por otra persona distinta del hogar.

Por clase social, comparten más el cuidado con su pareja los hombres de clase social II (100%) y las mujeres de clase social IV (50%).

Por nivel de estudios de la persona entrevistada comparten más el cuidado los hombres con nivel de estudios universitarios (50%) y las mujeres con estudios medios (23%).

#### **6.1.4.- Personas en las que recae principalmente el trabajo de la casa:**

Contestación a la pregunta: *¿Quién, dentro de las personas que conviven en su hogar, se ocupa PRINCIPALMENTE, de los trabajos de la casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.? Se refiere únicamente a quién realiza principalmente los trabajos.*

Ante esta pregunta las tareas del hogar las realiza principalmente una únicamente una persona un 54% de los hogares. Solo se comparten con la pareja los trabajos de la casa en un 10% de los hogares entrevistados. En un 14% lo realiza otra persona distinta de la casa (no remunerada), contratándose una persona para realizarlos en un 5% de los hogares.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por género, los trabajos de la casa recaen principalmente sobre la mujer. Así, cuando se les pregunta a las mujeres un 56% de ellas indica que los trabajos los realizan únicamente ellas, cuando se les pregunta a los hombres solo un 9% de ellos dicen que los realizan ellos solos. Cuando se les pregunta a los hombres un 40% dicen que las tareas las realizan su pareja mientras que cuando se les pregunta a las mujeres solo un 2% de ellas dice que las realiza solo su pareja. Únicamente comparten las tareas del hogar un 10% de las personas entrevistadas, sobre todo lo dicen los hombres (13%) y solo un 8% de las mujeres. Es de resaltar que un 13% de las mujeres comparten las tareas con una tercer persona que no es su pareja mientras que solo lo hace el 4% de los hombres entrevistadas. Situación contraria sucede cuando un 18% de los hombres dicen que las realizan otra persona distinta del hogar (la mitad de esa proporción cuando contestan las mujeres entrevistadas). Se contrata una persona para realizarla en una misma proporción tanto si la persona entrevistada es hombre o mujer.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	9,1	<b>56,2</b>	<b>34,2</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	40,0	<b>1,7</b>	<b>19,6</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	12,9	<b>7,6</b>	<b>10,1</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	3,6	<b>13,2</b>	<b>8,7</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	18,5	<b>9,9</b>	<b>13,9</b>
<b>Una persona contratada</b>	5,7	<b>5,1</b>	<b>5,4</b>
<b>Otra situación</b>	9,7	<b>6,2</b>	<b>7,8</b>

Por edades, las personas que contestan que se realiza únicamente por una sola persona de la pareja (si la hay) en mayor frecuencia son las de 45-64 años de edad (76%), sucediendo el mismo hecho en un 17% de las personas de jóvenes. Estos, por el contrario, manifiestan con una alta frecuencia que las tareas las realizan principalmente otra persona distinta del hogar (37%), mientras que solo lo menciona un 6% de las personas mayores. Las personas que en mayor proporción tienen contratada una persona para realizar estas tareas son las personas mayores (10%). Las personas que viviendo en pareja más comparten las tareas del hogar son las de 30-44 años de edad (18%) mientras que tanto en las personas jóvenes como en las mayores esa proporción es inferior al 7%.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	13,2	35,6	42,8	44,0	<b>34,2</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	3,6	20,8	30,5	21,8	<b>19,6</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	6,5	18,1	9,7	5,7	<b>10,1</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	14,9	5,6	7,3	7,5	<b>8,7</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	37,4	10,7	2,7	6,3	<b>13,9</b>
<b>Una persona contratada</b>	4,2	4,3	3,7	9,9	<b>5,4</b>
<b>Otra situación</b>	19,4	3,6	3,3	4,7	<b>7,8</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Yo solo/a</b>	4,1	8,9	6,8	18,3	<b>9,1</b>	22,1	59,9	75,3	61,5	<b>56,2</b>
<b>Mi pareja y/o esposo/a</b>	5,8	41,9	60,8	49,7	<b>40,0</b>	1,3	1,5	1,7	2,1	<b>1,7</b>
<b>Yo, con mi pareja y/o esposo/a</b>	6,2	21,4	14,0	8,6	<b>12,9</b>	6,7	14,5	5,9	3,5	<b>7,6</b>
<b>Yo, con una tercera persona</b>	8,3	2,0	3,0	0,5	<b>3,6</b>	21,3	8,9	11,1	12,4	<b>13,2</b>
<b>Otra persona distinta del hogar</b>	46,5	14,1	4,5	7,1	<b>18,5</b>	27,9	7,4	1,0	5,7	<b>9,9</b>
<b>Una persona contratada</b>	5,0	3,2	5,7	9,6	<b>5,7</b>	3,3	5,2	1,7	9,9	<b>5,1</b>
<b>Otra situación</b>	22,0	6,8	4,2	5,0	<b>9,7</b>	16,7	2,6	2,4	4,2	<b>6,2</b>

Por edad y sexo, realizan más por sí mismas las tareas del hogar en hombres a medida que aumenta la edad (4% en jóvenes y 18% en mayores), así como en hombres aumenta también con la edad la participación de las personas contratadas (3% en hombres de 30-44 años y 10% en hombres mayores). Al contrario, es en la edades jóvenes donde la participación de otra persona distinta del hogar es más frecuente (46% frente a solo un 7% en hombres mayores). El caso de las mujeres también es muy paralelo al de los hombres con niveles de frecuencia de realización de las tareas cotidianas mucho más elevados. Así, un 75% de las mujeres entre 45-64 años realizan únicamente ellas las tareas del hogar. Un 28% de las mujeres jóvenes entrevistadas dicen que las tareas recaen en una personas distinta del hogar (6% en mujeres mayores). Por su parte, aumenta con la edad la participación de una persona contratada (10% en hombres y mujeres mayores).

Por tipo de hábitat, es más frecuente la realización de los trabajos de la casa por parte de las mujeres independientemente del hábitat en que residen siendo más frecuente el trabajo exclusivo de la mujer en las zonas rurales (64%) frente a solo un 8% de los hombres del mismo hábitat. La participación de una persona contratada en la realización de estas tareas es más frecuente en la zona central (un 17% de los hombres y un 11% de las mujeres de esta zona dicen contar con una persona contratada para estas tareas). La mayor disparidad sucede en las cuencas mineras (un 1,4% de los hombres y un 4,4% de las mujeres de estas cuencas dicen tener una persona contratada para estos menesteres).

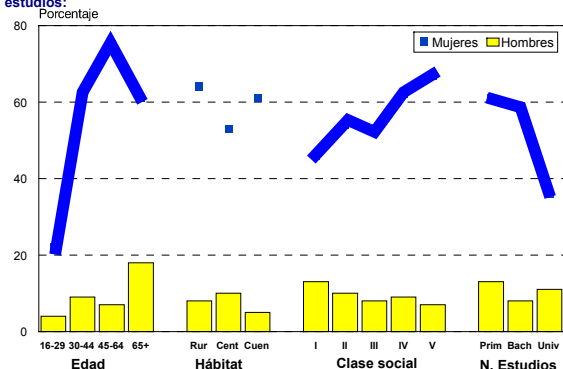
Por clase social, realizan con más frecuencia las tareas del hogar únicamente la persona entrevistada los hombres de la clase social I (13% frente a un 7% de los de clase social V) y las mujeres de clase social V (67% frente a un 46% de las mujeres de clase social I). Es decir, existe un mayor diferencial de trabajo, según el género, en tareas del hogar a medida que descendemos de escala social.

Por nivel educativo de la persona entrevistada, la mayor diferencia de género en relación a las realización de tareas del hogar en exclusiva por la persona entrevistada sucede en las personas con nivel de estudios primarios (13% en hombres y 61% en mujeres) reduciéndose significativamente con el nivel de estudios más elevado (11% en hombres y 36% en mujeres). La frecuencia de tener una persona contratada para la realización de estas tareas es más elevada en hombres, particularmente en aquellos entrevistados que tienen niveles de estudios universitarios (12%).

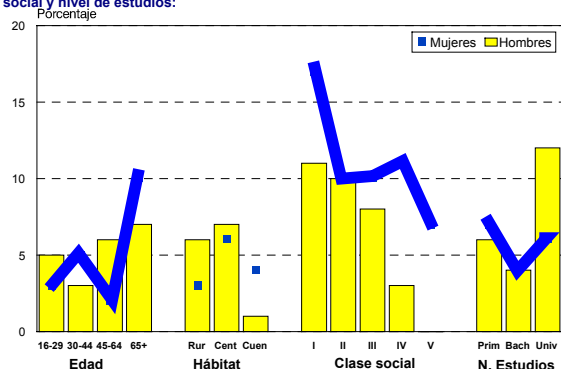
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Situación socioeconómica: Ocuparse PRINCIPALMENTE la persona entrevistada (ella sola) de los trabajos de la casa por sexo, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: Ocuparse PRINCIPALMENTE una persona contratada de los trabajos de la casa por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### **6.1.5.- Horas diarias dedicadas a los trabajos de la casa:**

Contestación a la pregunta: **Habitualmente, ¿cuántas horas diarias dedica Ud. a los trabajos de la casa como limpiar, planchar, cocinar, etc.?** Se refiere únicamente al tiempo que dedica la persona entrevistada no al tiempo que dura la realización de la tarea en concreto. El tiempo dedicado en fin de semana es que considera que dedica diariamente (no el acumulado de todo el fin de semana).

#### **6.1.5.1.- Horas de trabajo en el hogar en día laborables:**

Las personas entrevistadas en la Encuesta manifiestan que dedican en días laborables una media de 3,3 horas a los trabajos de la casa.

Por género, dedican mucho más tiempo (el doble) las mujeres que los hombres en días laborables. Las mujeres mencionan dedicar cuatro horas al día de media y los hombres solo dos horas al día.

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Media</b>	2,01	<b>4,04</b>	<b>3,31</b>
<b>D.E.</b>	1,75	<b>2,41</b>	<b>2,40</b>

Por edades, en esos mismos días laborables, las personas que más horas trabajan son las de 45-64 años (cuatro horas al día) y las que menos horas trabajan son las personas jóvenes (dos horas al día).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	2,10	3,34	4,00	3,51	<b>3,31</b>
<b>D.E.</b>	1,75	2,40	2,63	2,20	<b>2,40</b>

Por edad y género, existe un incremento en el número de horas dedicadas a las tareas del hogar en los hombres a medida que aumentamos el grupo etario (pasa de 1,6 a 2,4 horas al día en días laborables), sucediendo lo mismo en mujeres hasta los 45-64 años (5 horas/día) reduciéndose en mujeres mayores hasta las 4 horas/día. La mayor diferencia de género en relación a las horas dedicadas diariamente a las tareas del hogar sucede en la edades de 45-64 años /2,2 horas en hombre y 5,0 horas en mujeres).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	1,64	1,83	2,22	2,44	<b>2,01</b>	2,41	4,29	5,01	3,97	<b>4,04</b>
<b>D.E.</b>	1,53	1,42	1,93	2,02	<b>1,75</b>	1,83	2,40	2,44	2,12	<b>2,41</b>

Por hábitat, en días laborables dedican más horas a las tareas domésticas los hombres de la zona centro (2,4 horas frente a 1,1 horas en hombres de zonas rurales). Al contrario sucede en mujeres, que a su vez tienen una cantidad de horas dedicadas muy superior a la de los hombres, con 5,4 horas de media en mujeres de cuencas mineras y 3,7 horas en mujeres de zona central.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
<b>Media</b>	4,14	3,70	5,44	<b>4,03</b>
<b>D.E.</b>	2,04	2,24	2,88	<b>2,41</b>

Por clase social, dedican más horas a las tareas domésticas los hombres de clase social IV (2,3 horas) y menos los de clase II (1,7 horas). En mujeres, son más las horas dedicadas por las mujeres de clase social IV (4,9 horas) y menos las dedicadas por mujeres clase social I (3,4 horas). El mayor diferencial de género sucede en la clase social IV.

Por nivel de estudios, dedican más horas los hombres de estudios inferiores o básicos (3,1 horas) que los de estudios universitarios (1,7 horas). En mujeres dedican más tiempo las mujeres de estudios medios (4,3 horas) que las de estudios universitarios (2,9 horas). El mayor diferencial de género sucede en personas con estudios medios.

#### **6.1.5.2.- Horas de trabajo en el hogar en días festivos:**

En días festivos, se dedican a tareas del hogar un total de 3,3 horas de media, siendo mayor, también en este caso, las horas dedicadas por las mujeres (cuatro horas al día) que por los hombres (2,3 horas al día).

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Media</b>	2,30	<b>3,94</b>	<b>3,35</b>
<b>D.E.</b>	1,92	<b>2,35</b>	<b>2,34</b>

Por grupos etarios, en fines de semana también las personas de 45-64 años de edad son las que dedican más horas al día (3,9 horas) siendo las que menos tiempo dedican las personas jóvenes (2,6 horas).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Media</b>	2,59	3,46	3,86	3,27	<b>3,35</b>
<b>D.E.</b>	2,03	2,36	2,52	2,15	<b>2,34</b>

Por edad y género, tanto en hombres como en mujeres aumenta el tiempo medio dedicado a las tareas del hogar, al igual que con las horas dedicadas en días laborables, con el grupo etario de la persona entrevistada. En el caso de las mujeres el tiempo baja un poco en las mujeres mayores. Sin embargo, sigue siendo muy superior el tiempo dedicado por las mujeres que por los hombres independientemente del día en que se trabaje.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
<b>Media</b>	2,09	2,17	2,47	2,52	<b>2,30</b>	2,95	4,24	4,66	3,57	<b>3,94</b>
<b>D.E.</b>	1,90	1,71	2,08	1,97	<b>1,92</b>	2,06	2,36	2,42	2,14	<b>2,35</b>

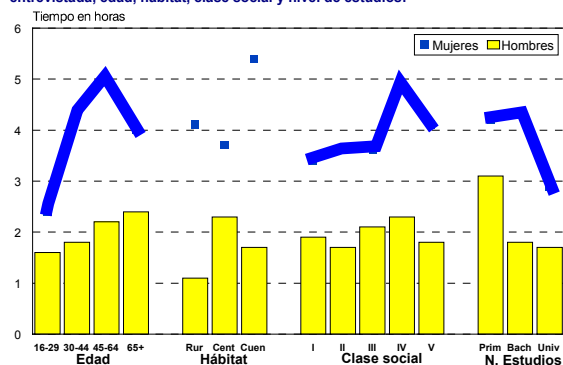
Por tipo de hábitat, realizan muchas más horas de trabajo en tareas domésticas en días festivos las mujeres que los hombres en todo tipo de residencia. El mayor diferencial por género sucede en el ámbito rural (1 hora/día en hombres frente a 3,9 horas/día en mujeres). Los hombres que más tiempo dedican a estas tareas son los residentes en zona central (2,7 horas/día) y los que menos los de la zona rural. En el caso de las mujeres, son las residentes en las cuencas mineras las que refieren una mayor dedicación a estas tareas en días festivos (4,8 horas/día) siendo las mujeres de la zona centro las que menos tiempo dedican (3,7 horas/día).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
<b>Media</b>	3,93	3,73	4,84	<b>3,94</b>
<b>D.E.</b>	2,21	2,23	2,74	<b>2,35</b>

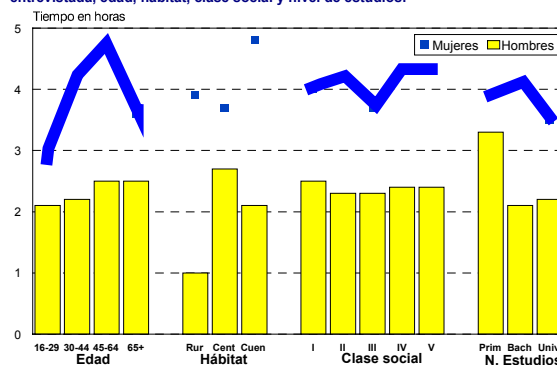
Por clase social, los hombres de clase social I son los que dedican más horas en estos días a las tareas del hogar (2,5 horas/día) mientras que los de clase social III son los que menos (2,3 horas/día). Por su parte, las mujeres de clase social V (4,3 horas/día) son las que más tiempo trabajan en estas tareas estos días, siendo las mujeres de clases social III las que menos (3,7 horas/día).

Por nivel de estudios, dedican más tiempo a estas tareas en festivos los hombres con estudios primarios (3,3 horas/día) y las mujeres con estudios medios (4,1 horas/día).

Situación socioeconómica: Tiempo medio (horas) dedicado por la persona entrevistada a las TAREAS DEL HOGAR en días laborables por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: Tiempo medio (horas) dedicado por la persona entrevistada a las TAREAS DEL HOGAR en días festivos por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 6.2.- Características de la vivienda:

Contestación a las preguntas: **Ahora, le haré una pregunta a propósito de su vivienda:**

- **¿Me podría decir la superficie útil (en metros cuadrados) que tiene su vivienda?**  
En caso de duda referirse solo a los metros cuadrados útiles.
- **¿Tiene Ud. teléfono en su domicilio?**
- **¿Tiene Ud. algún sistema de calefacción que abarque a toda la vivienda?**

### **6.2.1.- Superficie de la vivienda:**

Un 53% de las personas entrevistadas en la Encuesta menciona vivir en una vivienda con una superficie entre 61-90 m<sup>2</sup>, un 24% de ellas en una vivienda entre 91-120 m<sup>2</sup>. Solo un 8% de las personas viven en una vivienda de más de 120 m<sup>2</sup> mientras que únicamente un 0,6% de las personas viven en viviendas menores de 40 m<sup>2</sup>.

Por género, no existen diferencias entre el tamaño en superficie de las vivienda en que viven hombres y mujeres. Si acaso, si se observa una ligera mayor proporción de hombres que viven en viviendas realmente muy pequeñas.

Por edades, las personas jóvenes suelen vivir en viviendas más grandes que las personas mayores, estas, a su vez, son las que en mayor proporción manifiestan vivir en viviendas muy pequeñas (menores de 40 m<sup>2</sup>).

Por tipo de hábitat, las viviendas de más de 90 m<sup>2</sup> suelen ser más habituales en las zonas rurales (42% de los hombres y 51% de las mujeres de esas zonas viven en este tipo de viviendas) al contrario que las viviendas pequeñas (menores de 60 m<sup>2</sup>) que realmente son muy escasas en zonas rural (9% de los hombres y 4% de las mujeres de zonas rurales viven en estos hogares). No obstante, la vivienda más típica en ambos sexos y en todo tipo de hábitats es la vivienda de 61-90 m<sup>2</sup>.

Por clase social, las viviendas más grandes corresponden a las personas clasificadas como clase social I (43% de los hombres y 44% de las mujeres de esa clase residen en estas viviendas). El mayor porcentaje de viviendas pequeñas (menos de 60 m<sup>2</sup>) corresponde en ambos sexos a los pertenecientes a la clase social más baja (Ia V) (un 17% de los hombres y un 19% de las mujeres de esta clase viven en esas viviendas).

Por nivel de estudios, viven en viviendas más grandes las personas entrevistadas que tienen nivel de estudios universitarios (36% de los hombres y 42% de las mujeres con estos estudios residen en viviendas de más de 90 m<sup>2</sup>). A su vez, la proporción de personas con estudios primarios que residen en estas viviendas es muy bajo (17% de los hombres y 20% de las mujeres). Por el contrario, la residencia en viviendas pequeñas (menos de 60 m<sup>2</sup>) es más frecuente en personas con estudios primarios (25% de hombres y 17% de las mujeres con estos estudios) mientras que es muy baja en personas con estudios universitarios (10% en hombres y 9% en mujeres universitarios/as).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>SUPERFICIE UTIL</b>			
>40 m <sup>2</sup>	0,8	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>
41-60 m <sup>2</sup>	12,7	<b>12,2</b>	<b>12,4</b>
61-90 m <sup>2</sup>	51,3	<b>53,8</b>	<b>52,6</b>
91-120 m <sup>2</sup>	23,5	<b>23,7</b>	<b>23,6</b>
>120 m <sup>2</sup>	8,8	<b>6,6</b>	<b>7,6</b>
<b>TELEFONO</b>			
Sí, solo fijo (incluidos inalámbricos)	33,8	<b>38,8</b>	<b>36,5</b>
Sí, solo móvil	13,1	<b>12,0</b>	<b>12,5</b>
Ambos tipos	49,1	<b>46,9</b>	<b>48,0</b>
No tengo ningún tipo de teléfono	3,5	<b>1,7</b>	<b>2,5</b>
<b>SISTEMA DE CALEFACCION</b>			
Sí, (central del edificio, gas ciudad, electricidad, gasoil u otros combustibles)	77,6	<b>76,1</b>	<b>76,8</b>
No, sólo estufas, calentadores, cocina de carbón (en uso) o algún otro medio	18,4	<b>19,8</b>	<b>19,2</b>
No, ningún tipo de calefacción	3,8	<b>4,1</b>	<b>3,9</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>SUPERFICIE UTIL</b>					
>40 m <sup>2</sup>	0,0	0,6	0,7	1,3	<b>0,6</b>
41-60 m <sup>2</sup>	12,3	10,6	11,1	16,1	<b>12,4</b>
61-90 m <sup>2</sup>	45,3	52,5	55,8	56,3	<b>52,6</b>
91-120 m <sup>2</sup>	27,9	28,0	21,4	17,2	<b>23,6</b>
>120 m <sup>2</sup>	8,9	6,6	8,3	6,7	<b>7,6</b>
<b>TELEFONO</b>					
Sí, solo fijo (incluidos inalámbricos)	10,0	22,3	41,8	72,0	<b>36,5</b>
Sí, solo móvil	24,6	18,2	5,8	2,1	<b>12,5</b>
Ambos tipos	64,4	57,8	49,1	19,6	<b>48,0</b>
No tengo ningún tipo de teléfono	1,0	1,4	2,7	5,0	<b>2,5</b>
<b>SISTEMA DE CALEFACCION</b>					
Sí, (central del edificio, gas ciudad, electricidad, gasoil u otros combustibles)	78,7	81,3	78,4	68,1	<b>76,8</b>
No, solo estufas, calentadores, cocina de carbón (en uso) o algún otro medio	16,9	14,9	18,7	26,7	<b>19,2</b>
No, ningún tipo de calefacción	4,4	3,7	2,9	5,0	<b>3,9</b>

### **6.2.2.- Telefonía:**

En relación a la presencia en las viviendas de **teléfono**, en un 48% de las viviendas existen ambos tipos de teléfono fijo y móvil. En un 36,5% de las viviendas tiene solo teléfono fijo y en un 12,5% solo teléfono móvil. Es de reseñar que, de las personas entrevistadas, solo un 2,5% de ellas viven en viviendas sin ningún tipo de telefonía.

En las viviendas de las mujeres entrevistadas existe una menor proporción de ellas sin telefonía (1,7%) mientras que en las viviendas de los hombres entrevistados ese porcentaje llega al 3,5%. Dichas diferencias, no obstante, no son significativas.

Por otra parte, analizando por edades, son las personas mayores las que tienen una mayor proporción de viviendas sin telefonía (5%), mientras que en las personas jóvenes solo tiene esa situación un 1% de las personas entrevistadas. A la inversa, son estas personas jóvenes las que tiene una mayor impregnación de la telefonía: dos de cada tres tiene ambos tipos de teléfono (solo una de cada cinco personas mayores), una de cada cuatro tiene teléfono móvil mientras que solo lo tiene una de cada cincuenta persona mayores.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>SUPERFICIE UTIL</b>										
>40 m2	0	0,8	1,1	1,5	<b>0,8</b>	0	0,4	0,3	1,1	<b>0,5</b>
41-60 m2	11,6	12,1	10,2	18,3	<b>12,7</b>	12,9	9,3	11,8	14,5	<b>12,2</b>
61-90 m2	44,4	49,6	55,5	56,3	<b>51,3</b>	46,3	55,0	56,4	55,8	<b>53,8</b>
91-120 m2	27,8	26,6	20,8	18,3	<b>23,5</b>	27,9	29,7	21,6	16,3	<b>23,7</b>
>120 m2	10,0	8,9	10,2	5,1	<b>8,8</b>	7,9	4,1	6,6	7,8	<b>6,6</b>
<b>TELEFONO</b>										
Sí, solo fijo (incluidos inalámbricos)	12,9	21,8	39,2	67,0	<b>33,8</b>	7,1	22,7	44,3	75,3	<b>38,8</b>
Sí, solo móvil	21,2	21,4	6,0	2,5	<b>13,1</b>	27,9	15,2	5,6	1,8	<b>12,0</b>
Ambos tipos	64,3	53,6	49,8	23,4	<b>49,1</b>	64,2	61,0	48,4	17,0	<b>46,9</b>
No tengo ningún tipo de teléfono	1,7	2,8	3,8	6,1	<b>3,5</b>	0,4	0	1,7	4,2	<b>1,7</b>
<b>SISTEMA DE CALEFACCION</b>										
Sí, (central del edificio, gas ciudad, electricidad, gasoil u otros combustibles)	79,7	79,8	78,9	69,0	<b>77,6</b>	77,1	82,2	78,4	67,1	<b>76,1</b>
No, solo estufas, calentadores, cocina de carbón (en uso) o algún otro medio	15,8	14,9	18,1	26,4	<b>18,4</b>	17,9	15,2	18,8	26,9	<b>19,8</b>
No, ningún tipo de calefacción	3,7	4,8	3,0	3,6	<b>3,8</b>	5,0	2,6	2,8	6,0	<b>4,1</b>

Por tipo de hábitat, son las personas residentes en zonas rurales las que mencionan en mayor proporción tener solo teléfono fijo (48% en hombres y 53% en mujeres) siendo, estas mismas personas las que mencionan en menor proporción tener ambos tipos (fijo y móvil). En este último caso, son las personas residentes en las cuencas mineras las que dicen con mayor frecuencia poseer ambos tipos de teléfono (61% en hombres y 51% en mujeres con respecto a un 33% y 31% respectivamente en personas de zonas rurales). Las personas residentes en zonas rurales son las que mayor proporción declaran el no tener teléfono (7% en hombres y 1,4% en mujeres) ante la práctica ausencia de este tipo de respuesta en personas residentes en las cuencas mineras.

Por clase social, los hombres en clase social II son los que manifiestan con mayor frecuencia el tener ambos tipos de teléfono (63% frente a un 45% de los hombres de clase social V), mientras que son las mujeres de clase social I las que tienen más frecuencia de ambos tipos de teléfono (77% frente a un 39% de las mujeres de clase social IV). La ausencia de teléfono es más frecuente en personas de clase social V (7% en los hombres y 2% en mujeres de esa clase) estando ausente esta respuesta en personas, en ambos sexos, clasificadas como situadas en clase social I.

Por nivel de estudios, hay mayor proporción de tener ambos tipos de teléfono en las personas con estudios universitarios (62% en hombres respecto a un 16% de hombres con estudios primarios; y en un 73% las mujeres frente a un 14% de las mujeres con estudios primarios). Al contrario, la proporción de personas que refiere no tener ningún tipo de teléfono es más alta en personas con estudios primarios (8% en hombres y 4% en mujeres, frente a la ausencia de estas respuestas en personas con estudios universitarios).

### **6.2.3.- Calefacción de la vivienda:**

El análisis de la dotación de las viviendas en materia de calefacción, nos muestra que un 77% de ellas tiene algún tipo de calefacción que abarca a toda la vivienda, no teniendo ningún tipo de calefacción un 4% de las viviendas donde se entrevistaron personas. En el resto (19%) existe calefacción pero esta es de tipo focal no abarcando a los distintos espacios de la vivienda.

En relación a este tipo de dotación no existen diferencias en cuanto a género en su distribución.

Por edades, las viviendas en las que viven las personas mayores entrevistadas tienen una menor proporción (con diferencias estadísticamente significativas) de otro tipo de calefacción de carácter no central (27%) que el resto de grupos etarios. En el resto de grupos y posibilidades de calefacción no existen diferencias en las viviendas de las personas entrevistadas según la edad de la misma.

Por tipo de hábitat, es más frecuente la presencia de calefacción que abarque a toda la vivienda en las personas residentes en las cuencas mineras (82% de los hombres y 78% de las mujeres entrevistadas) frente al escaso porcentaje detectado en personas de la zona rural (65% de los hombres y 64% de las mujeres). En estas últimas zonas es más frecuente la presencia de calefacción localizada (no para toda la vivienda) con un 34% en hombres y 35% en mujeres (frente a un 16% y 17%, respectivamente, en personas residentes en la zona centro). Por su parte, es más frecuente la declaración de no poseer ningún tipo de calefacción en las personas de la zona centro (5% de los hombres y de las mujeres mencionan carecer absolutamente de calefacción en su vivienda).

Por clase social, más de un 88% de los hombres y mujeres de las clases sociales I y II tiene calefacción central en su domicilio frente a solo un 70-71% de las personas clasificadas como de clase social V (ambos sexos). La ausencia de cualquier tipo de calefacción es más frecuente en las personas de la clase social más baja (la V) (5% de los hombres y 4% de las mujeres de esta clase carecen de cualquier tipo de calefacción) frente a la escasa presentación de este tipo de respuesta en personas pertenecientes a la clase social I (2% en ambos sexos).

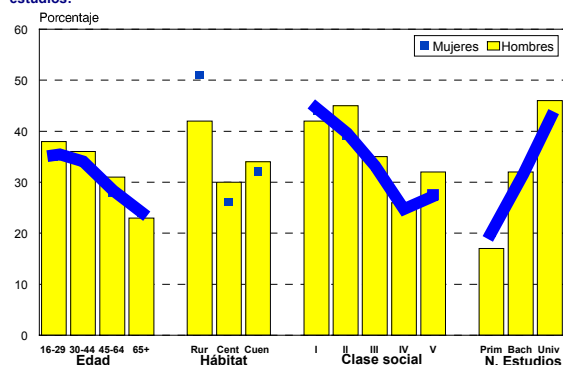
	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>SUPERFICIE UTIL</b>				
>40 m2	0	0,4	1,3	<b>0,5</b>
41-60 m2	3,6	13,4	13,8	<b>12,2</b>
61-90 m2	40,7	56,9	48,8	<b>53,8</b>
91-120 m2	35,0	21,5	24,4	<b>23,7</b>
>120 m2	16,4	4,8	6,9	<b>6,6</b>
<b>TELEFONO</b>				
Sí, solo fijo (incluidos inalámbricos)	52,9	36,1	39,4	<b>38,8</b>
Sí, solo móvil	14,3	12,1	9,4	<b>12,0</b>
Ambos tipos	30,7	48,8	50,6	<b>46,9</b>
No tengo ningún tipo de teléfono	1,4	2,1	0	<b>1,7</b>
<b>SISTEMA DE CALEFACCION</b>				
Sí, (central del edificio, gas ciudad, electricidad, gasoil u otros combustibles)	63,6	77,9	78,1	<b>76,1</b>
No, solo estufas, calentadores, cocina de carbón (en uso) o algún otro medio	35,0	16,7	21,9	<b>19,8</b>
No, ningún tipo de calefacción	1,4	5,4	0	<b>4,1</b>

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

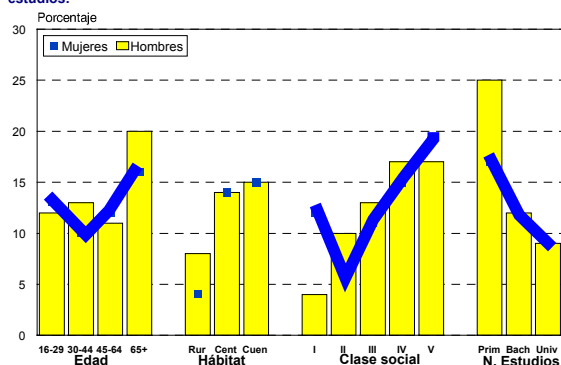
### Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por nivel de estudios alcanzados, un 90% de los hombres y mujeres con estudios universitarios dicen residir en viviendas con calefacción central (esa proporción es del 67% en hombres y 64% en mujeres con estudios primarios). Por el contrario, estas últimas personas con estudios primarios son las que más mencionan no tener calefacción de ningún tipo en su vivienda (7,5% de los hombres y mujeres), frente a un 1% en ambos sexos de las personas con estudios universitarios.

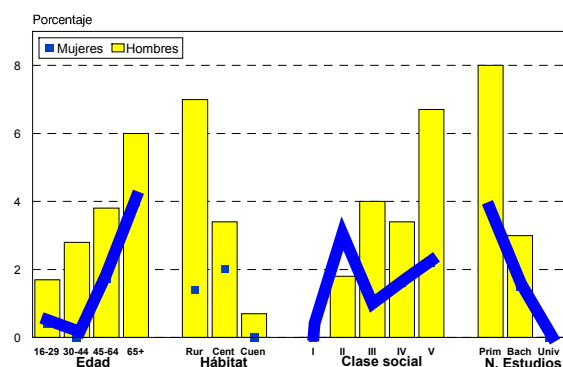
Situación socioeconómica: TAMAÑO DE LA VIVIENDA (viviendas grandes: mas de 120 m2) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



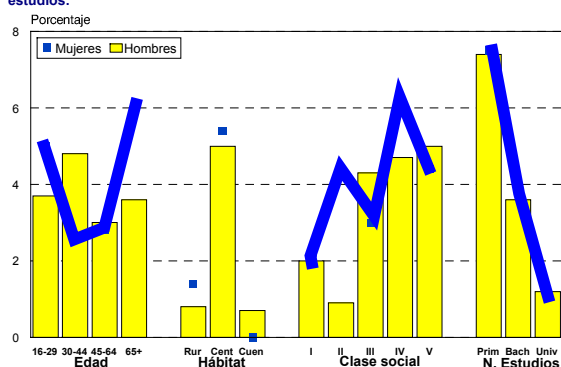
Situación socioeconómica: TAMAÑO DE LA VIVIENDA (viviendas pequeñas: menos de 60 m2) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: AUSENCIA DE TELEFONO (ambos tipos) en la vivienda por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: AUSENCIA DE CALEFACCION (cualquier tipo) en la vivienda por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### **6.3.- Nivel socioeconómico y laboral:**

#### **6.3.1.- Nivel de estudios completados:**

Contestación a las preguntas: **¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado?** Hace referencia a los estudios más altos realizados y finalizados en el momento actual. Como cursos de postgrado se entienden la suficiencia investigadora o aquellos masters de de un año lectivo o más duración.

Un 0,4% de la población entrevistada ha manifestado que no sale leer o escribir y un 4% de ella no tiene estudios. Tiene estudios máximos de Bachiller Elemental, EGB o ESO un

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

36% de las personas, de Bachiller Superior, BUP, Preu o COU del 14%. Tiene estudios universitarios un 17% de la población asturiana adulta.

Por género, un 0,7% de las mujeres entrevistadas no saben leer o escribir no habiendo en la muestra ningún hombre en esas circunstancias. No tienen estudios un 4% de las mujeres por un 3% de los hombres. El Bachiller Elemental, EGB o ESO lo tienen, en cambio, más mujeres que hombres. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a titulaciones universitarias (17,1% de hombres frente a 16,3% de las mujeres).

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>No sabe leer ni escribir</b>	0,0	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>
<b>Sin estudios</b>	3,3	<b>4,2</b>	<b>3,8</b>
<b>Primarios incompletos</b>	11,0	<b>14,8</b>	<b>13,0</b>
<b>Bachiller Elemental, EGB o ESO</b>	34,7	<b>37,5</b>	<b>36,2</b>
<b>Bachiller Superior, BUP, PREU, COU</b>	16,0	<b>12,7</b>	<b>14,3</b>
<b>Formación Profesional I, Oficialía</b>	7,2	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>
<b>Formación Profesional II, Maestría</b>	10,6	<b>6,7</b>	<b>8,5</b>
<b>Diplomatura Universitaria</b>	8,5	<b>8,6</b>	<b>8,5</b>
<b>Licenciatura Universitaria</b>	8,1	<b>6,9</b>	<b>7,5</b>
<b>Doctorado o curso postgrado</b>	0,5	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>

Por edades, el mayor porcentaje de personas que no saben leer ni escribir en esta muestra está en el grupo de personas mayores (1,3%), al igual que aquella de sin estudios (13,5%). En las personas mayores los niveles educativos se sitúan principalmente en niveles más bajos, situándose el nivel de Bachiller elemental, EGB o ESO o menor en un 89% de su población, teniendo titulaciones universitarias solo un 5,6% de ellas. Los niveles educativos más altos, por el contrario, corresponden a las personas jóvenes, así son estas aquellas que tienen una mayor proporción de titulaciones universitarias (a pesar de que muchas personas de ellas no tienen todavía edad ni siquiera para haber ingresado en alguna universidad) (23,1%) y los que menos proporción tienen de personas con niveles iguales o inferiores a Bachiller Elemental, EGB o ESO (28,1%). Pero donde se observa una marcada diferencia en cuanto a los niveles educativos es entre los grupos de 30-44 años y el de 45-64 años (titulaciones universitarias del 25,3% y 11,6% respectivamente, y estudios primarios incompletos o inferiores del 31,8% y 61,5% respectivamente).

	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>No sabe leer ni escribir</b>	0,0	0,4	0,0	1,3	<b>0,4</b>
<b>Sin estudios</b>	0,2	0,6	1,5	13,5	<b>3,8</b>
<b>Primarios incompletos</b>	2,7	2,3	14,0	34,0	<b>13,0</b>
<b>Bachiller Elemental, EGB o ESO</b>	25,2	28,5	49,6	40,1	<b>36,2</b>
<b>Bachiller Superior, BUP, PREU, COU</b>	25,6	17,7	10,9	2,7	<b>14,3</b>
<b>Formación Profesional I, Oficialía</b>	9,0	10,5	6,9	1,7	<b>7,1</b>
<b>Formación Profesional II, Maestría</b>	12,7	14,8	5,5	1,1	<b>8,5</b>
<b>Diplomatura Universitaria</b>	12,9	12,8	5,6	2,7	<b>8,5</b>
<b>Licenciatura Universitaria</b>	10,8	11,7	5,1	2,3	<b>7,5</b>
<b>Doctorado o curso postgrado</b>	0,4	0,8	0,9	0,6	<b>0,7</b>

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por edades, es de destacar los altos niveles de personas sin estudios o con estudios básicos en las edades más altas, sobre todo en hombres cuyas proporciones llegan al 43% de los hombres de esas edades, en cambio las cifras de las mujeres en esas circunstancias disminuyen un poco respecto a las mujeres de 45-64 años de edad (19%). En todos los tramos etarios la proporción de mujeres con este tipo de estudios o sin ellos es más baja que la de los hombres de las mismas edades. A su vez, se observa el alto nivel de educación universitaria alcanzado en las mujeres en las últimas décadas, particularmente en mujeres hasta los 44 años de edad (30% de las mujeres jóvenes frente a un 18% de los hombres de la misma edad). Sin embargo, a partir de esas edades la proporción de hombres universitarios es mucho más alta que la de las mujeres (16% de los hombres de 45-64 años frente a un 7% de las mujeres de esa edad).

Por hábitat, niveles educativos más bajos se encuentran preferentemente en las cuencas mineras y la zona centro (20% en mujeres de ambas zonas y 14-16% en hombres de las mismas zonas) siendo más baja la frecuencia en zonas rurales (11% en hombres y 14% en mujeres). Por el contrario, cuando de hablamos de niveles educativos universitarios, estos son más frecuentes en la zona centro (en hombres y mujeres, un 20%) siendo estos niveles muy bajos en las zonas rurales (en ambos sexos, 9% y 6%, respectivamente). Es decir, en las zonas rurales es donde hay una mayor proporción de niveles educativos de carácter medio, siendo, por el contrario, en las zonas centrales y cuencas mineras donde hay las mayores desigualdades educativas.

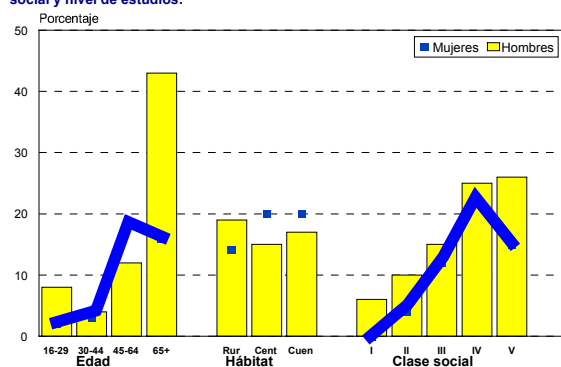
	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>No sabe leer ni escribir</b>	0	0	0	0	<b>0,0</b>	0	0,7	0	2,1	<b>0,7</b>
<b>Sin estudios</b>	0,4	1,2	0,8	12,7	<b>3,3</b>	0	0	2,1	13,8	<b>4,2</b>
<b>Primarios incompletos</b>	3,7	2,8	10,6	30,5	<b>11,0</b>	1,7	2,2	16,7	35,7	<b>14,8</b>
<b>Bachiller Elemental, EGB o ESO</b>	28,6	27,4	43,4	38,6	<b>34,7</b>	21,7	29,4	55,1	40,3	<b>37,5</b>
<b>Bachiller Superior, BUP, PREU, COU</b>	27,4	17,7	13,6	2,0	<b>16,0</b>	23,8	17,1	8,7	3,2	<b>12,7</b>
<b>Formación Profesional I, Oficialía</b>	9,1	10,1	5,7	3,0	<b>7,2</b>	8,8	10,8	8,0	0,7	<b>7,0</b>
<b>Formación Profesional II, Maestría</b>	12,0	17,7	9,1	1,5	<b>10,6</b>	13,3	11,9	2,1	0,7	<b>6,7</b>
<b>Diplomatura Universitaria</b>	10,4	10,9	7,5	4,1	<b>8,5</b>	15,4	14,5	3,8	1,8	<b>8,6</b>
<b>Licenciatura Universitaria</b>	7,5	11,7	7,9	4,6	<b>8,1</b>	14,2	11,5	2,4	0,7	<b>6,9</b>
<b>Doctorado o curso postgrado</b>	0	0	1,1	1,0	<b>0,5</b>	0,8	1,5	0,7	0,4	<b>0,8</b>

Por clase social, y dado que un determinante de la clase social es el nivel educativo, además del empleo, nos encontramos que hay muy escasa proporción de personas en clase social I con estudios primarios, aumentando dicha proporción hasta la clase social V (la IV en mujeres). Por el contrario, en estudios universitarios la proporción de personas en clase social I es del 80%, mientras que va descendiendo por clase social hasta la V. No obstante, aun hay un 18% de hombres que estando en clase social V tienen estudios universitarios.

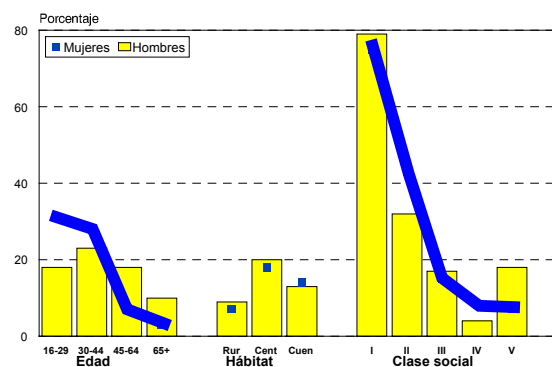
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>NO sabe leer ni escribir</b>	0	0,6	1,9	<b>0,7</b>
<b>Sin estudios</b>	0	3,6	10,6	<b>4,2</b>
<b>Primarios incompletos</b>	14,3	16,2	8,1	<b>14,8</b>
<b>Bachiller Elemental, EGB o ESO</b>	55,0	32,6	44,4	<b>37,5</b>
<b>Bachiller Superior, BUP, PREU, COU</b>	7,9	14,4	8,8	<b>12,7</b>
<b>Formación Profesional I, Oficialía</b>	7,1	7,2	5,6	<b>7,0</b>
<b>Formación Profesional II, Maestría</b>	8,6	6,4	6,3	<b>6,7</b>
<b>Diplomatura Universitaria</b>	3,6	9,3	9,4	<b>8,6</b>
<b>Licenciatura Universitaria</b>	3,6	8,0	4,4	<b>6,9</b>
<b>Doctorado o curso postgrado</b>	0	1,0	0,6	<b>0,8</b>

Situación socioeconómica: NIVEL EDUCATIVO (Estudios básicos: sin estudios, primarios incompletos) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: NIVEL EDUCATIVO (Estudios universitarios) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 6.3.2.- Trabajo y empleo:

### 6.3.2.1.- Situación laboral actual:

Contestación a la pregunta: **¿Cuál es su situación laboral actual?**. Hace referencia únicamente a la situación concreta preguntada en el momento actual.

La población analizada en la muestra de la Encuesta, manifiesta que en un 39% de ella está ocupada en el momento de la entrevista, en un 23% de ella la persona entrevistada está en situación de jubilación, pensión o recibiendo rentas. En un 17,5% las personas entrevistadas se dedicaban a labores del hogar. Manifiestan estar en situación de desempleo el 8,7% de la población total, y en situación de estudios un 7% de la población.

Por género, hay una mayor proporción de personas ocupadas en hombres (48% frente al 30% de las mujeres), existiendo también una mayor proporción de jubilaciones, pensionistas o rentistas en hombres (32% frente a 16% de las mujeres). Al contrario, en esta muestra un 33% de las mujeres manifiestan estar en situación de labores del hogar mientras que lo realiza solo el 0,2% de los hombres. Están en situación de desempleo un

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

5,9% de los hombres y un 8,7% de las mujeres. La proporción de paro de larga duración es el doble en las mujeres que en los hombres. Estudian un 9% de los hombres y un 7% de las mujeres. Es de resaltar que mencionan estar ocupados/as sin contrato laboral un 1,3% de los hombres pero un 3,3% de las mujeres.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Ocupado/a</b>	48,2	<b>30,0</b>	<b>38,6</b>
<b>Ocupado/a sin contrato</b>	1,3	<b>3,3</b>	<b>2,3</b>
<b>Parado/a, tras &gt;6 meses trabajo</b>	2,1	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>
<b>Parado/a, tras &lt;6 meses trabajo</b>	1,4	<b>1,9</b>	<b>1,6</b>
<b>Parado/a hace &gt;12 meses</b>	1,6	<b>3,4</b>	<b>2,6</b>
<b>Jubilado/a, pensionista, rentista</b>	31,6	<b>15,6</b>	<b>23,1</b>
<b>Incapacitado/a permanente</b>	2,4	<b>0,8</b>	<b>1,6</b>
<b>Buscando primer empleo</b>	0,8	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>
<b>Estudiante</b>	9,0	<b>6,9</b>	<b>7,9</b>
<b>Labores del hogar</b>	0,2	<b>32,8</b>	<b>17,5</b>
<b>Otros</b>	1,4	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>

Por grupo etario, la mayor proporción de ocupado laborales se sitúa en el grupo de 30-44 años (69%). La situación de personas jubiladas, pensionistas es más frecuente en el grupo de mayores de 64 años de edad. Están en desempleo un 13,7% de las personas jóvenes, un 10,6% del grupo siguiente, un 4,3% de las personas entre 45-64 años de edad. Un 32% de las personas jóvenes es estudiante. Está en situación, con mayor frecuencia, de Labores del hogar el grupo de personas entre 45-64 años (28%) mientras solo un 3% de las personas jóvenes tiene esta actividad.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Ocupado/a</b>	44,7	68,9	37,7	38,5	<b>38,6</b>
<b>Ocupado/a sin contrato</b>	3,4	2,9	2,7	2,3	<b>2,3</b>
<b>Parado/a, tras &gt;6 meses trabajo</b>	3,8	2,9	1,1	1,9	<b>1,9</b>
<b>Parado/a, tras &lt;6 meses trabajo</b>	3,8	2,3	0,4	1,6	<b>1,6</b>
<b>Parado/a hace &gt;12 meses</b>	2,7	4,8	2,6	2,6	<b>2,6</b>
<b>Jubilado/a, pensionista, rentista</b>	0,2	2,9	22,0	23,7	<b>23,1</b>
<b>Incapacitado/a permanente</b>	0,4	1,7	2,9	1,6	<b>1,6</b>
<b>Buscando primer empleo</b>	4,4	0,6	0,2	1,2	<b>1,2</b>
<b>Estudiante</b>	32,1	0,8	0,2	7,9	<b>7,9</b>
<b>Labores del hogar</b>	2,7	11,6	27,9	17,6	<b>17,5</b>
<b>Otros</b>	1,7	0,6	2,0	1,5	<b>1,5</b>

Por edad y género, las mayores **tasas de ocupación** en las personas entrevistadas suceden en las edades laborales más activas, 30-44 años, en ambos sexos, siendo superior al 80% en hombres y del 65% en mujeres. Es de destacar la escasa ocupación existente en personas de 45-64 años de edad (52% en hombres y 29% en mujeres). En todos los ámbitos etarios la proporción de personas ocupadas es mayor en hombres que en mujeres. Las **tasas de desempleo** son mayores en las mujeres de 30-44 años de edad entrevistadas (13%) y en hombres jóvenes (9,5%) reduciéndose la proporción en edades posteriores.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Ocupado/a</b>	49,4	81,0	51,3	0	<b>48,2</b>	39,2	57,6	24,7	1,1	<b>30,0</b>
<b>Ocupado/a sin contrato</b>	2,1	1,6	1,1	0	<b>1,3</b>	4,6	4,1	4,2	0,4	<b>3,3</b>
<b>Parado/a, tras &gt;6 meses trabajo</b>	3,7	2,8	1,5	0	<b>2,1</b>	3,8	3,0	0,7	0	<b>1,8</b>
<b>Parado/a, tras &lt;6 meses trabajo</b>	3,3	1,6	0	0,5	<b>1,4</b>	4,2	3,0	0,7	0	<b>1,9</b>
<b>Parado/a hace &gt;12 meses</b>	2,5	2,8	0,8	0	<b>1,6</b>	2,9	6,7	4,2	0	<b>3,4</b>
<b>Jubilado/a, pensionista, rentista</b>	0	4,4	37,0	97,0	<b>31,6</b>	0,4	1,5	8,0	47,7	<b>15,6</b>
<b>Incapacitado/a permanente</b>	0,4	2,8	4,2	2,0	<b>2,4</b>	0,4	0,7	1,7	0,4	<b>0,8</b>
<b>Buscando primer empleo</b>	2,5	0,4	0,4	0	<b>0,8</b>	6,3	0,7	0	0	<b>1,6</b>
<b>Estudiante</b>	34,0	0,8	0	0,5	<b>9,0</b>	29,6	0,7	0,3	0	<b>6,9</b>
<b>Labores del hogar</b>	0	0,4	0,4	0	<b>0,2</b>	5,4	21,9	53,0	45,6	<b>32,8</b>
<b>Otros</b>	0,8	1,2	3,0	0	<b>1,4</b>	2,5	0	1,0	2,8	<b>1,6</b>

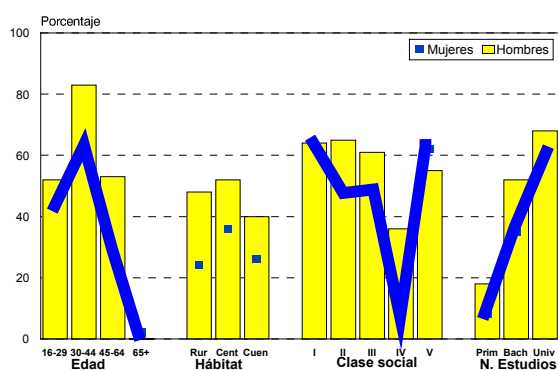
Por hábitat de residencia, las mayores **proporciones de ocupación** corresponden a los hombres independientemente del hábitat, estando las mayores diferencias de género en las zonas rurales. Sin embargo, presentan mayor tasas de ocupación los hombres y mujeres de las zonas centrales (51,5% en hombres y 36% en mujeres) siendo las más bajas las correspondientes a las mujeres de zonas rurales (24%) y los hombres de las cuencas mineras (42%). Las proporciones **de desempleo**, en mujeres de zonas rurales son enormemente altas en comparación con hombres del mismo ámbito y con las de mujeres de otros ámbitos: un 12% de ellas entrevistadas está en desempleo tras haber trabajado, mientras dicha circunstancia solo sucede a un 4,5% de las mujeres de las cuencas mineras (que, por el contrario, tienen una elevada proporción de mujeres en busca de su primer empleo). Además el desempleo de las mujeres de zonas rurales es el que mayor proporción tiene de larga duración (5%, frente a un 0,6% de las mujeres de cuencas mineras). Las proporciones de desempleo de los hombres son mucho más bajas (a la altura de las mujeres de las cuencas mineras).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Ocupado/a</b>	21,4	33,5	20,0	<b>30,0</b>
<b>Ocupado/a sin contrato</b>	2,9	2,7	6,3	<b>3,3</b>
<b>Parado/a, tras &gt;6 meses trabajo</b>	3,6	1,5	1,3	<b>1,8</b>
<b>Parado/a, tras &lt;6 meses trabajo</b>	3,6	1,4	2,5	<b>1,9</b>
<b>Parado/a hace &gt;12 meses</b>	5,0	3,7	0,6	<b>3,4</b>
<b>Jubilado/a, pensionista, rentista</b>	32,1	14,8	1,9	<b>15,6</b>
<b>Incapacitado/a permanente</b>	2,1	0,8	0	<b>0,8</b>
<b>Buscando primer empleo</b>	1,4	1,4	2,5	<b>1,6</b>
<b>Estudiante</b>	5,0	7,7	4,4	<b>6,9</b>
<b>Labores del hogar</b>	22,1	29,8	55,6	<b>32,8</b>
<b>Otros</b>	0	1,4	3,8	<b>1,6</b>

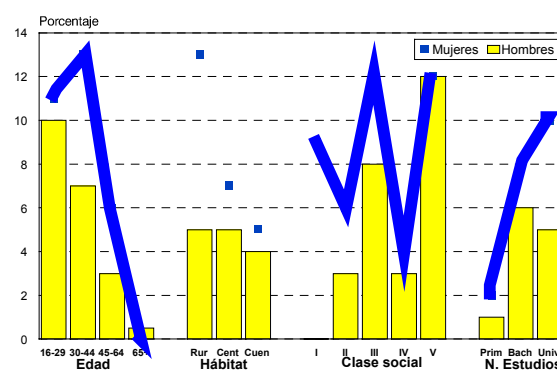
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por clase social, se observa una alta **tasa de ocupación** en hombres y mujeres de las clases sociales más dispares (la I y la V) siendo relevante la escasa tasas de ocupación (particularmente en mujeres) de la clase social IV. La **proporción de personas entrevistadas** desempleadas por clase social nos indica la gran variabilidad existente en este campo. Así como es muy escasa la proporción de hombres en clase social I que manifiestan estar en desempleo (y muy alta en hombres de clase social V), es alta la proporción de mujeres de clase social I que están en desempleo (es aún mayor en mujeres de clase social III (12%).

Situación socioeconómica: OCUPACION (ocupado/a con o sin contrato) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: DESEMPLEO (parado/a) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### 6.3.2.2.- Situación del empleo en la ocupación:

Contestación a las preguntas: **¿Cuál es (era) su situación de empleo en la ocupación actual (o la última)?**. Hace referencia únicamente a la situación concreta preguntada en el momento actual o en la última trabajada. Si hubiera varios trabajos, el que se considera ocupación principal o el de mayor duración.

El tipo de empleo que tienen las personas con él más frecuente es el de trabajador/a por cuenta ajena (asalariado/a) que no ocupa cargos de gerencia ni de supervisión en la empresa (73%), seguido a gran distancia por el de trabajador/a por cuenta propia sin personas asalariadas (15%). Solo un 1,3% de las personas entrevistadas ocupa puestos de gerencia en las empresas por cuenta ajena.

Por género, existe una mayor proporción de personas con trabajo por cuenta propia sin asalariados que hombres en esas circunstancias (18% frente a 13,3%). En cambio, cuando el trabajo es por cuenta propia pero se tienen asalariados en él existe una mayor proporción de hombres (7,7% frente a un 3,3% de las mujeres). Ocupan u ocupaban puestos de responsabilidad en las empresas más los hombres que las mujeres (en el caso de las gerencias, un 1,8% de los hombres frente a un 0,7% de las mujeres; en el caso de la supervisión, un 3,5% de los hombres frente a un 2,3% de las mujeres).

Por edades, es más frecuente la actividad, en aquellas personas que tienen actividad, de trabajo por cuenta propia sin asalariados en personas mayores (24%) siendo solo del 9,5% en el caso de las personas jóvenes. Son precisamente estas las que tienen unas mayores proporciones de trabajo por cuenta ajena sin ocupar puestos de responsabilidad (79%). Las proporciones según el grupo etario de ocupar puestos de gerencia cuando trabajan por cuenta ajena recaen, sobre todo, en el grupo de 16-29 años de edad (1,8%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>T. cuenta propia sin asalariados/as</b>	13,3	<b>18,0</b>	<b>15,2</b>
<b>Idem con &lt;10 asalariados/as</b>	5,6	<b>3,0</b>	<b>4,5</b>
<b>Idem con &gt;9 asalariados/as</b>	1,1	<b>0,2</b>	<b>0,7</b>
<b>Gerente con &gt;9 asalariados/as</b>	1,1	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>
<b>Gerente con &lt;10 asalariados/as</b>	0,7	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>
<b>Capataz/a, supervisor/a, encargado/a</b>	3,5	<b>2,3</b>	<b>3,0</b>
<b>Otro tipo de asalariado/a</b>	73,1	<b>73,2</b>	<b>73,1</b>

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>T. cuenta propia sin asalariados/as</b>	9,5	13,3	14,1	24,4	<b>15,2</b>
<b>Idem con &lt;10 asalariados/as</b>	2,9	5,0	5,6	3,5	<b>4,5</b>
<b>Idem con &gt;9 asalariados/as</b>	0,7	0,2	1,3	0,6	<b>0,7</b>
<b>Gerente con &gt;9 asalariados/as</b>	1,1	0,7	1,0	0,6	<b>0,8</b>
<b>Gerente con &lt;10 asalariados/as</b>	0,7	0,7	0,5	0,0	<b>0,5</b>
<b>Capataz/a, supervisor/a, encargado/a</b>	3,3	2,3	3,8	2,8	<b>3,0</b>
<b>Otro tipo de asalariado/a</b>	78,9	76,6	71,8	65,2	<b>73,1</b>

Por edad y sexo, la situación en el trabajo actual o en el último que tuvo es muy similar la proporción de **Otro tipo de asalariado/a** en los hombres a lo largo de la edad (71-75% de ellos). Esa circunstancia no se observa en las mujeres, donde la proporción de mujeres con esta situación desciende a medida que avanzamos de grupo etario (del 84% en mujeres jóvenes al 51% en mujeres mayores). Esta circunstancia se da debido al alto nivel de **trabajo autónomo** que alcanzan las mujeres de mayor edad (superior al 40%) siendo relativamente muy bajas las proporciones en edades jóvenes (9%). Por el contrario, los hombres mantienen relativamente su proporción de trabajo autónomo a lo largo de la edad (un 17%, excepto en hombres de 30-44 años de edad que alcanza el 23%).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>T. cuenta propia sin asalariados/as</b>	11,0	15,0	10,9	16,1	<b>13,3</b>	7,8	11,4	20,0	36,2	<b>18,0</b>
<b>Idem con &lt;10 asalariados/as</b>	4,8	7,3	6,3	2,7	<b>5,6</b>	0,8	2,5	4,4	4,6	<b>3,0</b>
<b>Idem con &gt;9 asalariados/as</b>	1,4	0,4	1,6	1,1	<b>1,1</b>	0	0	0,7	0	<b>0,2</b>
<b>Gerente con &gt;9 asalariados/as</b>	1,4	0,4	1,6	1,1	<b>1,1</b>	0,8	1,0	0	0	<b>0,5</b>
<b>Gerente con &lt;10 asalariados/as</b>	1,4	0,9	0,8	0	<b>0,7</b>	0	0,5	0	0	<b>0,2</b>
<b>Capataz/a, supervisor/a, encargado/a</b>	2,1	3,4	5,1	2,7	<b>3,5</b>	4,7	1,0	1,5	3,1	<b>2,3</b>
<b>Otro tipo de asalariado/a</b>	74,7	71,2	73,0	74,7	73,1	83,7	82,7	69,6	51,5	<b>73,2</b>

Por tipo de hábitat, es más frecuente la presentación de situaciones de **Otro tipo de asalariado/a** en las cuencas mineras (en ambos sexos, llega a cerca del 80%) y muy baja en la zonas rurales (55%). En todos los ámbitos la proporción de trabajo en esta situación es similar en ambos sexos. En cuanto a la situación de **trabajo autónomo**, las

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

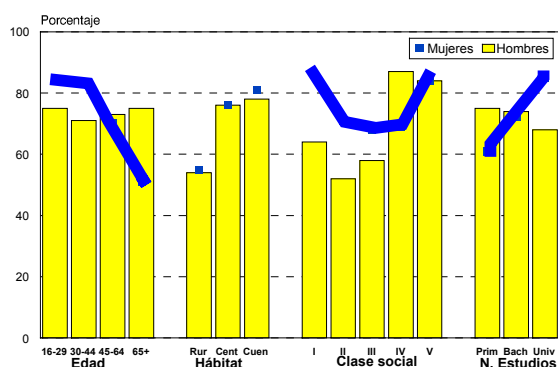
proporciones son, también, similares en ambos géneros, pero cambian considerablemente en función del hábitat las presentaciones de situación: más del 40% de los hombres y mujeres de las zonas rurales trabaja de forma autónoma mientras que esa proporción llega solo al 10% de las personas (en ambos sexos) de las cuencas mineras.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>T. cuenta propia sin asalariados/as</b>	41,5	13,8	11,9	<b>18,0</b>
<b>Idem con &lt;10 asalariados/as</b>	2,1	3,6	0	<b>3,0</b>
<b>Idem con &gt;9 asalariados/as</b>	0	0,2	0	<b>0,2</b>
<b>Gerente con &gt;9 asalariados/as</b>	0	0,7	0	<b>0,5</b>
<b>Gerente con &lt;10 asalariados/as</b>	0	0,2	0	<b>0,2</b>
<b>Capataz/a, supervisor/a, encargado/a</b>	1,1	2,0	6,8	<b>2,3</b>
<b>Otro tipo de asalariado/a</b>	55,3	75,8	81,4	<b>73,2</b>

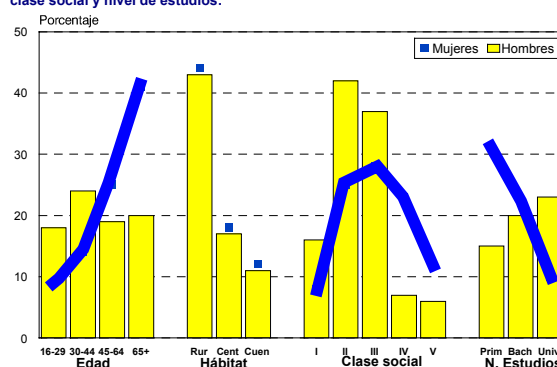
Por clase social de la persona entrevistada, existe una mayor proporción de personas en situación de **Otro tipo de asalariado/a** en los hombres de las clase sociales más bajas (superan el 80% de los hombres de clases social IV y V) y no llega al 60% en los hombres de clases sociales II y III). Por el contrario en mujeres esta situación se da más en mujeres de clase social I y de clase social V (las más extremas, con más del 80% en cada una de ellas). La situación relativa al **trabajo autónomo** es la forma de presentación gráfica de una campana en ambos sexos: la mayor proporción de trabajo autónomo corresponde a las clases sociales II y III en ambos sexos (cerca al 40% en hombres y no llega al 30% en mujeres), a su vez, en clases sociales bajas (la IV y V) la proporción de mujeres en trabajo autónomo es mucho más alta que en hombres de la misma clase (por ejemplo, en clase social IV un 23% de las mujeres trabaja como autónoma mientras que lo hace solo un 7% de los hombres).

Por nivel educativo, las mujeres tienen una mayor proporción de situación de Otro tipo de asalariado/a a medida que el nivel educativo es mayor (pasa del 61% al 85% en mujeres con estudios universitarios) mientras que los hombres van descendiendo su proporción a través de esta escala de medida (del 75% al 68% en hombres con estudios universitarios). Inversa circunstancia, además, con mayores cambios, sucede con la proporción de trabajo autónomo, donde en mujeres pasa del 31% de las mujeres con estudios básicos al 10% de las mujeres con estudios universitarios. Mientras que el 15% de los hombres con estudios básicos ejerce tareas como trabajador autónomo, lo hace un 24% de los hombres con estudios universitarios.

Situación socioeconómica: SITUACION DE EMPLEO (otro tipo de asalariado/a) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Situación socioeconómica: SITUACION DE EMPLEO (TRABAJADOR/A POR CUENTA PROPIA con o sin asalariados/as) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



### **6.3.2.3.- Satisfacción con el trabajo actual:**

Contestación a la pregunta: ***¿En conjunto, podría decirme, si está satisfecho/a con respecto a su situación de trabajo actual o el último que ha tenido?. Hace referencia únicamente a la situación concreta preguntada.***

De las personas que trabajan o han trabajado anteriormente pero en el momento actual un 67% (dos de cada tres) se consideran al menos satisfechas o muy satisfechas con su situación de trabajo actual (o el último). Un 3,5% de las personas refiere no estar nada satisfecha y un 6,6% estar poco satisfecha.

Por género, existe al menos satisfacción en relación al hecho citado en una proporción similar (sin diferencias significativas estadísticamente) entre ambos géneros: un 68% de los hombres y un 66% de las mujeres. No obstante, cuando la respuesta es poco o nada satisfecho/a son las mujeres las que contestan más a esta opción (12% frente a un 8,5% de los hombres).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Muy satisfecho/a</b>	22,5	<b>29,9</b>	<b>25,8</b>
<b>Satisfecho/a</b>	45,8	<b>35,6</b>	<b>41,3</b>
<b>Relativamente satisfecho/a</b>	21,8	<b>19,5</b>	<b>20,7</b>
<b>Poco satisfecho/a</b>	5,8	<b>7,5</b>	<b>6,6</b>
<b>Nada satisfecho/a</b>	2,7	<b>4,6</b>	<b>3,5</b>

Por grupo etario, son las personas entre 45-64 años de edad las que presentan una mayor proporción de respuestas de satisfacción o mucha satisfacción (70%) y el resto de grupos se sitúa alrededor del 66%. El grupo etario menos satisfecho con su trabajo es el de 30-44 años de edad (poco o nada satisfecho/a el 12%).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Muy satisfecho/a</b>	25,9	24,1	26,8	29,8	<b>25,8</b>
<b>Satisfecho/a</b>	40,2	41,9	43,4	35,1	<b>41,3</b>
<b>Relativamente satisfecho/a</b>	23,9	21,3	19,5	13,8	<b>20,7</b>
<b>Poco satisfecho/a</b>	6,4	7,8	5,5	5,3	<b>6,6</b>
<b>Nada satisfecho/a</b>	2,8	4,0	4,0	2,1	<b>3,5</b>

Por edad y género, se observa una mayor proporción de insatisfacción (poco o nada satisfechas) con el trabajo actual o el último que ha tenido en las personas de 30-44 años de edad (10% en hombres y 14% en mujeres). La proporción de mujeres insatisfechas con su trabajo actual o el último es superior a la de los hombres en todas las edades de las personas entrevistadas si bien la mayor diferencia de género sucede en personas de más de 64 años de edad. El porcentaje de insatisfacción va descendiendo con la edad a partir del tramo etario indicado en ambos sexos.

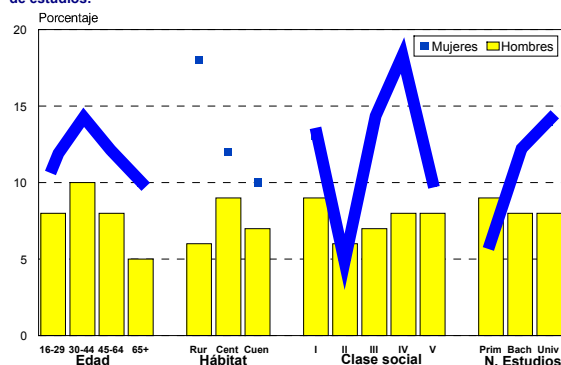
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Muy satisfecho/a</b>	25,4	18,2	24,7	26,2	<b>22,5</b>	26,5	30,3	31,4	32,7	<b>29,9</b>
<b>Satisfecho/a</b>	42,0	48,6	45,9	42,9	<b>45,8</b>	38,1	34,6	38,2	28,8	<b>35,6</b>
<b>Relativamente satisfecho/a</b>	23,9	22,0	20,6	19,0	<b>21,8</b>	23,9	20,5	17,6	9,6	<b>19,5</b>
<b>Poco satisfecho/a</b>	5,8	6,5	5,3	4,8	<b>5,8</b>	7,1	9,2	5,9	5,8	<b>7,5</b>
<b>Nada satisfecho/a</b>	2,2	3,3	2,9	0	<b>2,7</b>	3,5	4,9	5,9	3,8	<b>4,6</b>

Por tipo de hábitat, se sienten más insatisfechos con su trabajo actual o el último y, de una manera muy considerable, las mujeres de las zonas rurales (20% frente a un 10% de las mujeres de las cuencas mineras). Por el contrario, son los hombres de las zonas rurales las que manifiestan en menor proporción estar insatisfechos con el trabajo (6%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Muy satisfecho/a</b>	20,5	33,4	15,5	<b>29,9</b>
<b>Satisfecho/a</b>	40,9	34,6	37,9	<b>35,6</b>
<b>Relativamente satisfecho/a</b>	20,5	16,6	36,2	<b>19,5</b>
<b>Poco satisfecho/a</b>	15,9	6,6	6,9	<b>7,5</b>
<b>Nada satisfecho/a</b>	2,3	5,1	3,4	<b>4,6</b>

Situación socioeconómica: SATISFACCION EN EL EMPLEO (personas poco o nada satisfechas) por sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



Por tipo de clase social, existe disparidad de presentación por sexos, así como la proporción de hombres insatisfechos con su trabajo actual es similar en todas las clases sociales (un 7-8%, excepto en los de clase social I suelen tener una mayor proporción, 13%), las mujeres presentan mayor variación en la insatisfacción: las que mayor frecuencia de insatisfacción tienen en su trabajo son las de clase social IV (19%) y las de menor frecuencia las de clase social IV (al igual que los hombres de dicha clase social).

Por nivel de estudios, las mujeres con estudios superiores son las que menos satisfechas están en su trabajo circunstancia que se observa en las mujeres a medida que aumentamos de nivel educativo (6% en tramos educativos bajos hasta el 15% en mujeres universitarias). Por el contrario, en hombres el porcentaje de insatisfacción es relativamente

similar según el nivel educativo ( 8%) con unos niveles un poco más altos en hombres con estudios primarios (9%).

### **6.3.2.4.- Exposiciones en el trabajo actual o en el último:**

Contestación a la pregunta: ***¿Con qué frecuencia se dan (o daban en su último empleo) las siguientes situaciones en los trabajos citados?. Hace referencia únicamente a la situación concreta preguntada en el momento actual o en la última trabajada. Si hubiera varios trabajos, el que se considera ocupación principal o el de mayor duración.***

El nivel de exposición o de estar sometidos a diversas situaciones durante el período de trabajo en el empleo actual o en el último o en aquel que fuera la ocupación principal en caso de pluriempleo, nos indica cuando la exposición es estar **siempre o casi siempre** sometido a la misma que un 65% de las personas debían permanecer mucho de tiempo de pie (siempre o casi siempre), un 60% manifiestan estar sometidos a gran responsabilidad, un 55% a repetir los mismos movimientos una y otra vez, al igual que prestar concentración o atención continuadamente, un 33% adoptaba siempre o casi siempre posturas molestas o esfuerzos musculares sucesivos, un 25% realizaba horas extraordinarias con gran frecuencia, al igual la misma proporción estaba sentado/a la mayor parte de la jornada.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Sentado/a la mayor parte de la jornada	24,4	26,4	25,3
Permanecer mucho tiempo de pie	65,0	64,8	64,9
Posturas molestas o esfuerzos musculares excesivos	34,6	30,4	33,4
Llevar o desplazar cargas pesadas	26,8	17,4	22,9
Repetir los movimientos una y otra vez	56,9	52,4	54,7
Trabajar mirando la pantalla de un ordenador	16,2	17,3	16,7
Prestar concentración o atención continuada	51,4	46,7	55,2
Ruido, teniendo que levantar la voz para hablar	38,7	14,8	24,1
Respirar humos, polvo o productos tóxicos	28,0	11,7	21,2
Sufrir vibraciones o sacudidas	14,1	0,5	8,5
Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos	12,1	5,4	9,3
Sufrir riesgo de caída de altura	14,8	1,6	9,3
Riesgo de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas	14,5	3,0	9,7
Riesgo de ser alcanzado/a por lanzamiento o caída de objetos	16,2	0,9	9,8
Riesgo de sufrir accidentes de circulación	28,1	9,8	20,5
Riesgo de infecciones debidas al trabajo	7,7	5,2	6,6
Estar expuesto/a a radiaciones (Rx, gamma, etc.)	2,4	1,7	2,6
Horario a turnos	32,2	19,0	9,9
Horas extraordinarias con frecuencia	28,8	19,6	25,0
Gran responsabilidad	66,8	49,2	59,5

Por género, de las exposiciones más frecuentes, existen diferencias en cuanto a puestos de gran responsabilidad (67% de hombres, 49% de mujeres). En otras de menor prevalencia existen manifiestas diferencias de exposiciones (siempre o casi siempre) entre hombres y mujeres, siempre con mayor proporción de exposición en los hombres: Ruido, teniendo que levantar la voz para hablar, Respirar humos, polvo o productos tóxicos, Sufrir

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

vibraciones o sacudidas, Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos, Sufrir riesgo de caída de altura, Riesgo de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas, Riesgo de ser alcanzado/a por lanzamiento o caída de objetos, Riesgo de sufrir accidentes de circulación, llevar o desplazar cargas pesadas, horario a turnos y realizar horas extraordinarias con frecuencia. Solo presenta una ligera mayor proporción de exposición el género femenino frente a los hombres en el caso de Trabajar mirando la pantalla de un ordenador.

	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Sentado/a la mayor parte de la jornada</b>	22,2	30,3	23,0	23,3	<b>25,3</b>
<b>Permanecer mucho tiempo de pie</b>	70,2	57,9	55,1	69,6	<b>64,9</b>
<b>Posturas molestas o esfuerzos musculares excesivos</b>	28,3	28,0	33,4	45,7	<b>33,4</b>
<b>Llevar o desplazar cargas pesadas</b>	23,0	18,8	26,6	29,0	<b>22,9</b>
<b>Repetir los movimientos una y otra vez</b>	55,7	51,1	57,4	55,9	<b>54,7</b>
<b>Trabajar mirando la pantalla de un ordenador</b>	21,0	25,7	15,0	2,6	<b>16,7</b>
<b>Prestar concentración o atención continuada</b>	55,1	55,6	60,5	45,3	<b>55,2</b>
<b>Ruido, teniendo que levantar la voz para hablar</b>	25,4	22,2	28,4	19,7	<b>24,1</b>
<b>Respirar humos, polvo o productos tóxicos</b>	23,3	17,8	25,2	19,2	<b>21,2</b>
<b>Sufrir vibraciones o sacudidas</b>	2,3	7,9	12,0	10,4	<b>8,5</b>
<b>Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos</b>	7,4	7,0	13,1	9,4	<b>9,3</b>
<b>Sufrir riesgo de caída de altura</b>	7,1	9,3	12,0	7,8	<b>9,3</b>
<b>Riesgo de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas</b>	6,7	10,0	11,8	9,1	<b>9,7</b>
<b>Riesgo de ser alcanzado/a por lanzamiento o caída de objetos</b>	5,6	8,7	13,6	10,4	<b>9,8</b>
<b>Riesgo de sufrir accidentes de circulación</b>	16,1	23,2	23,6	16,5	<b>20,5</b>
<b>Riesgo de infecciones debidas al trabajo</b>	8,2	7,5	6,6	4,3	<b>6,6</b>
<b>Estar expuesto/a a radiaciones (Rx, gamma, etc.)</b>	2,6	2,1	2,7	1,0	<b>2,6</b>
<b>Horario a turnos</b>	25,3	22,9	32,0	26,7	<b>9,9</b>
<b>Horas extraordinarias con frecuencia</b>	29,3	22,5	21,4	29,1	<b>25,0</b>
<b>Gran responsabilidad</b>	54,7	61,5	60,8	59,5	<b>59,5</b>

Por grupos etarios, es el de las personas de 45-64 años de edad son las que mencionan, por lo general, estar más expuestas a las situaciones citadas. Únicamente existe más proporción de exposición en algunos otros grupos etarios: permanecer de pie la mayor parte del tiempo (70%, en personas mayores y jóvenes), sentadas la mayor parte de la jornada (personas de 30-44 años), llevar o desplazar cargas pesadas (personas mayores), trabajar mirando la pantalla de un ordenador (personas de 30-44 años, 26%, en contraste con las personas mayores, 3%); riesgo de infecciones debidas al trabajo (personas jóvenes); horas extraordinarias con frecuencia (personas mayores y personas jóvenes).

Por edad y género, dicen que están sentados/as la mayor parte del tiempo en su trabajo las mujeres, fundamentalmente las de 30-44 años (34%) y las jóvenes (27%) seguido de los hombres de 30-44 años (27%), siendo escasa la proporción dentro de los hombres jóvenes (17%). Por el contrario, es en hombres jóvenes donde se indica una mayor proporción de permanecer mucho tiempo de pie en el trabajo (74%) al igual que en mujeres de más de 64 años de edad. El realizar posturas molestas o esfuerzos musculares excesivos es más frecuente entre hombres que en mujeres, pero existe una gran proporción de mujeres mayores que están sometidas a estos riesgos (45% de ellas frente a un 36% en hombres de la misma edad) y muy superiores a las proporciones de mujeres entre 16-44 años (23-26%) y de los hombres jóvenes (30%). En relación a llevar o desplazar cargas

pesadas, los refieren en todas las edades una mayor proporción de hombres y es más frecuente entre personas mayores (33% en hombres y 23% en mujeres mayores). A su vez la presencia en el trabajo de repetición de movimientos una y otra vez en el conjunto de ambos sexos es similar si bien hay una mayor proporción entre hombres jóvenes y mujeres de 45-64 años (62%). Por el contrario, el trabajar mirando la pantalla de un ordenador es más frecuente entre mujeres y, sobre todo, en las menores de 45 años de edad (alcanzando cifras del 28% en las de 30-44 años, mientras que son del 23% en hombres), si bien a partir de esas edades las proporción en hombres es más alta que en mujeres. En relación a la necesidad de prestar atención o concentración continuada son los hombres los que están más sometidos a estos riesgo (61% frente a un 47% en mujeres) sobre todo entre 30-64 años (64-66%) estando situado en casi todas las cohortes femeninas en el 50% (excepto en mujeres mayores). El estar sometido/a a ruido teniendo que levantar la voz para hablar es, también, más frecuente entre hombres sobre todo los edades medias (de 45-64 años un 35,5% frente a una cifra máxima entre mujeres del 15% en las de las mismas edades) y siendo muy baja la proporción entre mujeres mayores (9%, frente a un 27% de los hombres mayores). El hecho de respirar en el trabajo humos, polvo o productos tóxicos es también más frecuente en hombres (28% frente a un 11% en mujeres) y es muy similar en todas las edades masculinas (excepto entre 30-44 años, 23%) al contrario que en mujeres donde la mayor frecuencia está entre las jóvenes (18%) y siendo muy baja entre las mayores. Por su parte, el estar expuestos/as a sufrir vibraciones o sacudidas es prácticamente un riesgo masculino (14% frente a un 0,3% en mujeres) y siendo muy frecuente entre edades medias de hombres (de 30-64 años de un 15-18%) y muy bajo, también, en hombres jóvenes (3,5%) siendo la presencia del riesgo en mujeres casi anecdótico. Parecido le sucede al riesgo de manipular o estar en contacto con productos nocivos o tóxicos (12% en hombres frente a un 5% en mujeres) siendo alta la proporción en hombres de 45-64 años (16%) y entre mujeres, las de la misma edad (8%). También son riesgos con mayor riesgo entre hombres los de sufrir riesgo de caída de altura (15%, frente a un 2% en mujeres) y es más frecuente entre hombres de edades medias (16-17%) en contraste con las mujeres con mayor frecuencia (las de 45-64 años, un 4%). Similar circunstancia tenemos en los riesgos de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas (14% en hombres y 3% en mujeres) siendo mayor entre hombres de 30-44 años (17,5%) y entre mujeres las de 45-64 años (5%). Los riesgos para mujeres de ser alcanzadas por lanzamiento o caída de objetos son casi nulos (1%) mientras que en hombres se sitúan en un 16%, sobre todo en los hombres a partir de los 45 años (del 17-19%) siendo en mujeres la mayor proporción la de las mujeres entre 45-64 años (2%). El riesgo de sufrir accidentes también es mayor entre hombres (28% ante un 19% en mujeres) y es mayor en los hombres de 30-64 años (30-32%) manteniéndose entre los hombres en cifras de más del 23% en otras edades mientras que la mayor proporción en mujeres es del 13% en mujeres de 30-44 años y de solo un 5% en las mayores. El riesgo de sufrir infecciones debidas al trabajo se iguala entre géneros (8% en hombres y 5% en mujeres) siendo mayor entre los hombres jóvenes (10,5%) y entre mujeres las de 30-44 años (7%) y la proporción es muy escasa entre mujeres mayores (2%). La exposición profesional a radiaciones es un poco más alta entre hombres (2,4% vs 1,7%) situándose, sin embargo, con mayor frecuencia entre mujeres de 45-64 años (3%) y entre hombres menores de 45 años (2,7-2,8%). En cambio, las proporciones para la exposición laboral en horario a turnos asciende a un 32% en hombres (por un 19% en mujeres). siendo superior al 30% en hombres mayores de 45 años (39% en los de 45-64 años y del 36% en aquellos hombres mayores antes de jubilarse). en las mujeres las mayores proporciones corresponden a las jóvenes (27%) siendo escasa la proporción en mujeres mayores (13%). No cambia mucho la proporción de personas con realización de horas extraordinarias con frecuencia (29% en hombres y 20% en mujeres) siendo mayor entre personas jóvenes sobre todo hombres (38% de ellos y 26% de ellas). La gran responsabilidad en el trabajo alcanza niveles del 67% de los hombres y de la mitad de las mujeres siendo mayor entre los hombres y mujeres de 30-44 años (71% y 51%, respectivamente). Además, se observan niveles elevados entre las personas mayores (65% de los hombres y 51% de las mujeres de estas edades).

Por tipo de hábitat, están en su tiempo de trabajo siempre o casi siempre sentados/as las personas residentes en zonas centrales (29,5% en hombres y 27% en mujeres) situándose el resto de personas en niveles similares (17-18% en hombres y 16-17% en mujeres). Están de pie siempre o casi siempre en su centro de trabajo más las personas residentes en las cuencas mineras (72% en hombres y 79% en mujeres) siendo las personas de la zona central las que menos lo están (63% en hombres y 61% en mujeres). Por su parte, son también las residentes en cuencas mineras las que refieren estar en el trabajo en posturas molestas o sometidos/as a esfuerzos musculares (48% de los hombres y 44% de las mujeres) y son, también, las personas de las zonas centrales las que menor frecuencia tiene de estos riesgos profesionales (31% en hombres y 29% en mujeres). En relación a llevar cargas pesadas la proporción, en ambos sexos, es muy similar entre las personas residentes en zonas rurales y las de las cuencas mineras (35-36% en hombres y 27-28% en mujeres) estando a gran distancia de lo manifestado por las personas residentes en zonas centrales: 23% en hombres y 14% en mujeres). La realización en el trabajo actual (o en su último empleo) de movimientos repetitivos es más frecuente entre personas, de nuevo, de las cuencas mineras (79% en hombres y 76% de las mujeres) y muy bajo entre las de las zonas centrales (51% en hombres y 48% en mujeres). Al contrario, trabajando mirando ordenador lo hacen más frecuentemente las personas en zona central (19% en hombres y 20% en mujeres) siendo muy baja la proporción en hombres de la zona rural (4,5%) y en mujeres de zonas rurales y de cuencas mineras (7-8%). El hecho de estar siempre o casi siempre prestando atención continuada es mucho más frecuente entre personas de las cuencas mineras (80% en hombres y 68% en mujeres) cifras muy dispares de las detectadas en zonas rurales (39% en hombres y 30% en mujeres). Lo mismo sucede en relación a soportar ruido donde un 42% de los hombres de las cuencas mineras lo hace (por solo un 26% de los hombres de zonas rurales) y entre las mujeres de zonas centrales y cuencas mineras (15-16%, frente a un escaso 3,5% de las mujeres). Similar situación hay en relación a respirar humos, polvos o productos tóxicos, con respecto a ello las personas en cuencas mientras tienen más exposición (46% de los hombres, frente a un escaso 16% en hombres de zonas rurales; y en un 12-14% de las mujeres de cuencas y de zona central frente a la mínima frecuencia en mujeres de zonas rurales). Lo mismo sucede para estar expuesto a vibraciones o sacudidas: 26% de hombres de cuencas mineras y 2% de mujeres de cuencas mineras (por solo un 16% en hombres de zonas rurales y un 1% de las mujeres de esta zona). Y entre la exposición de manipular o estar en contacto con productos tóxicos (20% de los hombres y 17% en mujeres de cuencas mineras frente a un 10% de hombres de zonas centrales y una mínima presencia en mujeres de zonas rurales). El riesgo de caída de altura es fundamentalmente un riesgo de hombres estando más localizado entre hombres de cuencas mientras (23%) y en los de zonas rurales (22%) siendo más escaso entre hombres de zonas centrales (12%) siendo más alto, en mujeres, entre las de la zona central (2%). Igual sucede ante el riesgo de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas: 20% de hombres de cuencas mineras (por un 13% en hombres de zonas centrales) y, entre mujeres, un 4% en las de zonas centrales. A su vez, el riesgo de ser alcanzado/a por materiales o caída de objetos es más frecuente entre personas de cuencas mineras (28% en hombres, frente a un 13% en hombres de zona central) y escaso entre las mujeres (un 2% de las de las cuencas mineras por la inexistencia de casos en las zonas rurales). También, el riesgo de accidente de circulación en el trabajo es más alto entre personas de cuencas mineras: un 35% de ellos (frente a un 14% en hombres de zonas rurales) y también entre las mujeres de estas cuencas (15%) por la casi ausencia entre mujeres de zonas rurales. Lo mismo ocurre para los riesgos de infecciones por trabajo (un 9% en hombres y un 7% de las mujeres de cuencas mineras, frente a un 6% en hombres y la ausencia de frecuencia de mujeres de zonas rurales). La exposición laboral a radiaciones es muy escasa, si bien dentro de esa baja frecuencia es más alta entre hombres de zonas centrales (6%) y entre mujeres de cuencas mineras (3,4%). Los horarios a turnos, de nuevo, son más frecuentes entre residentes en cuencas mineras (54% de los hombres y 32% en mujeres) frente a un escaso 21% de los hombres y un 17% de las mujeres de zonas rurales (y de la zona central). Esa escasa frecuencia de turnicidad en zonas rurales se compensa por una mayor frecuencia en la realización de horas extras (un 58,5% de los hombres y un 48,5% de las mujeres de

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

zonas rurales realiza horas extraordinaria con frecuencia) siendo la frecuencia más baja en zonas centrales (23% en hombres y 14% en mujeres). La gran responsabilidad en el trabajo, por su parte, según declaran las personas entrevistadas es más frecuente entre hombres de cuencas mineras y de zonas rurales (81-83%, por solo un 61% en los de las zonas centrales) y a un 78% de las mujeres de las cuencas mineras por solo un 44% de las mujeres de zonas centrales.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Sentado/a la mayor parte de la jornada	17,8	26,7	25,0	25,6	<b>24,3</b>	27,0	34,0	19,8	20,0	<b>26,4</b>
Permanecer mucho tiempo de pie	74,4	61,2	52,4	64,5	<b>65,1</b>	64,2	54,7	69,7	74,2	<b>64,8</b>
Posturas molestas o esfuerzos musculares excesivos	30,3	32,5	34,1	35,9	<b>35,6</b>	26,0	23,4	31,3	45,2	<b>30,4</b>
Llevar o desplazar cargas pesadas	29,8	23,8	23,2	33,3	<b>26,8</b>	15,0	13,5	20,8	22,6	<b>17,4</b>
Repetir los movimientos una y otra vez	61,6	53,2	54,6	60,0	<b>52,7</b>	49,2	49,0	61,9	50,0	<b>52,1</b>
Trabajar mirando la pantalla de un ordenador	18,5	23,4	17,3	4,3	<b>16,2</b>	23,8	27,9	11,4	0	<b>17,2</b>
Prestar concentración o atención continuada	58,8	64,4	65,9	53,5	<b>61,4</b>	50,8	50,0	50,4	33,0	<b>46,7</b>
Ruido, teniendo que levantar la voz para hablar	31,7	26,3	35,5	26,9	<b>30,6</b>	18,2	16,5	14,4	9,0	<b>14,8</b>
Respirar humos, polvo o productos tóxicos	31,0	23,3	30,4	28,1	<b>28,0</b>	14,4	11,5	15,3	5,7	<b>11,1</b>
Sufrir vibraciones o sacudidas	3,5	14,7	17,9	16,4	<b>14,2</b>	0,8	0	0,8	0	<b>0,3</b>
Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos	9,8	9,6	15,7	11,9	<b>12,1</b>	4,8	4,0	7,7	5,6	<b>5,4</b>
Sufrir riesgo de caída de altura	11,9	16,9	15,8	13,1	<b>14,8</b>	1,6	1,0	3,9	0	<b>1,6</b>
Riesgo de descarga eléctrica fuerte, quemaduras o heridas	9,8	17,5	15,1	13,5	<b>14,5</b>	3,2	1,5	5,4	2,4	<b>3,0</b>
Riesgo de ser alcanzado/a por lanzamiento o caída de objetos	9,8	15,8	19,5	17,4	<b>16,2</b>	0,8	0,5	2,3	0	<b>0,9</b>
Riesgo de sufrir accidentes de circulación	23,2	32,0	29,9	24,2	<b>28,0</b>	8,0	13,1	11,5	4,9	<b>9,8</b>
Riesgo de infecciones debidas al trabajo	10,5	7,8	7,2	6,0	<b>7,8</b>	5,6	7,0	5,4	1,6	<b>5,2</b>
Estar expuesto/a a radiaciones (Rx, gamma, etc.)	2,8	2,7	2,4	1,6	<b>2,4</b>	2,4	1,5	3,1	0	<b>1,7</b>
Horario a turnos	23,8	26,6	39,2	35,7	<b>32,2</b>	27,0	18,6	17,7	13,1	<b>18,8</b>
Horas extraordinarias con frecuencia	37,7	29,1	24,9	31,2	<b>28,8</b>	26,3	15,0	14,6	26,0	<b>19,6</b>
Gran responsabilidad	58,6	70,6	69,1	65,0	<b>66,8</b>	50,0	51,0	44,3	50,8	<b>49,2</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por clase social, en relación a la exposición a estar siempre o casi siempre sentado/a en el trabajo es más frecuente entre personas con clase social I (43% en hombres y 39% en mujeres de esta clase), siendo mucho más bajo entre hombres de clase social IV (14%) y mujeres de clase social V (5,5%). A la inversa, si la exposición es estar de pie, es más frecuente entre hombres en clase social IV (67,5%) y entre mujeres en clase social V (88% de ellas) mientras que las menores proporciones están entre hombres de clase social I (29% de los hombres y 38% de las mujeres en esta clase). En relación a la realización de posturas molestas o sometido/a a esfuerzos musculares es más frecuente entre personas en clase social IV (54% de hombres y 51% de mujeres) y más escaso entre hombres de clase social I y mujeres en clase social II (23%). El llevar en el trabajo cargas pesadas es más frecuente entre hombres de clase social V (39%) y mujeres de clase social IV (27%) mientras que es muy bajo entre personas en clase social I (5% en hombres y 8% en mujeres). Parecida situación ocurre con la realización en el trabajo de movimientos repetitivos donde es más frecuente entre personas en clase social IV (67% de los hombres y 66% en mujeres) frente a un 37,5% de los hombres en clase social I y un 42% en mujeres de clase social II. Trabajar frente a un ordenador es más frecuente entre hombres de clase social II (37%) y en mujeres de clase social I (32%) y muy bajo entre hombres de clase social IV (9%) y mujeres en clase social V (1%). El hecho de tener que prestar atención continuada es más frecuente entre hombres en clase social II (72%) y mujeres en clase social I (78%) y más bajo entre hombres en clase social III (52%) y mujeres en clase social V (24%). El hecho de tener que soportar ruido en el centro de trabajo es más frecuente entre hombres (50%) y mujeres (23%) de clase social IV mientras que es mucho más bajo entre hombres en clase social II (13%) y mujeres en clase social V (12%). Asimismo, la exposición a soportar humos, polvo o productos tóxicos es más frecuente entre personas en clase social IV (44% en hombres y 16% en mujeres) y mucho más escasa entre las de clase social I (5% en hombres y mujeres). La exposición a vibraciones y sacudidas es casi exclusiva de hombres siendo más frecuente entre los de clase social IV (27% de ellos) y muy baja entre hombres en clases II y I (1-2%), solo en las mujeres en clase social IV hay algo de frecuencia (3%). La manipulación o estar en contacto con productos tóxicos es más frecuente entre hombres en clase social IV (22%) y en mujeres en clase social V (12%) y es escasa entre hombres de clase social I y II. El riesgo de caída de alturas es, de nuevo, más frecuente entre hombres de clase social IV (27% de ellos, frente a un escaso 2% en hombres de clase social I) y, entre mujeres, es muy escaso destacando solo un 3% en mujeres de clase sociales IV y V. El riesgo de exposición a descargas eléctricas fuertes, quemaduras o heridas es más frecuente entre personas en clase social IV (26% en hombres y 7% en mujeres) siendo muy bajo entre mujeres en clase social V (1%) y hombres de clase social I. El riesgo de ser alcanzado por lanzamiento de materiales o caída de objetos es más alto entre hombres (30%) y mujeres (3%) de clase social IV mientras es mucho más bajo entre hombres de clase social II (3%) y mujeres de clase social I y II. El riesgo de sufrir un accidente de circulación durante el trabajo es mayor entre los hombres en clase social V (45%) y mujeres de clase social I (22%) y mucho más bajo entre hombres en clase social II (16%) y mujeres en clase social III (7%). Por su parte, el riesgo de contraer infecciones debido a su trabajo es mayor entre hombres en clase social IV y V (10%) y entre mujeres en clase social II (13%) y es muy bajo entre hombres en clase social I (2%) y mujeres en clase social V (3%). La exposición a radiaciones en el trabajo es poco frecuente apareciendo más en hombres de clase social IV (4%) y en mujeres de clase social II (4,4%). El horario a turnos ya es bastante más frecuente estando más afectados los hombres en clase social IV (51% de ellos) y las mujeres en clase social II (30%) siendo más baja la frecuencia entre hombres y mujeres en clase social I (7% y 11%, respectivamente). Por el contrario, el horario con horas extraordinarias frecuentes se observa más entre los hombres de clase social III y de la clase social V (35%) y entre mujeres de clase social III (25%) mientras que es mucho más bajo entre personas en clase social I (23% en hombres y 8% en mujeres). El trabajo con gran responsabilidad afecta con mayor frecuencia a hombres en clase social V (74% de ellos) y mujeres en clase social I (71%) siendo mucho más bajo entre hombres en clase social III (62%) y mujeres en clase social V (37%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Por nivel de estudios, en relación a la exposición a estar siempre o casi siempre sentado/a en el trabajo es más frecuente entre personas con nivel de estudios universitarios (46% en hombres y 44% en mujeres de este nivel de estudios), siendo mucho más bajo entre las personas con nivel de estudios básicos (17% en hombres y 11% en mujeres). A la inversa, si la exposición es estar de pie en el trabajo, es más frecuente entre personas con nivel básico de estudios (76% en hombres y 81% en mujeres) al contrario de la escasa frecuencia entre personas con estudios universitarios (37% en hombres y 40% en mujeres). En relación a la realización de posturas molestas o sometido/a a esfuerzos musculares es más frecuente entre personas con nivel básico de estudios (52% en hombres y 47% en mujeres) frente a un escaso 8% en hombres y 18% en mujeres con estudios universitarios. El llevar en el trabajo cargas pesadas es más frecuente entre personas con nivel básico de estudios (39,5% en hombres y 43% en mujeres) mientras que es poco frecuente entre personas con estudios universitarios (7% en hombres y 6% en mujeres). Parecida situación ocurre con la realización en el trabajo de movimientos repetitivos donde es más frecuente entre personas con niveles básicos o medios (63-64% en hombres y 57-59% en mujeres) y escaso entre nivel de estudios universitarios (38% en hombres y 34% en mujeres). Trabajar frente a un ordenador es mayoritariamente más frecuente entre hombres (44%) y mujeres (37%) con nivel de estudios universitarios mientras es muy bajo entre hombres (4%) y mujeres (2%) con estudios básicos. El hecho de tener que prestar atención continuada es más frecuente entre personas con estudios universitarios (61% en hombres y 64% en mujeres) y más bajo entre personas con estudios básicos (49% en hombres y 28% en mujeres). El hecho de tener que soportar ruido en el centro de trabajo es más frecuente entre hombres (35%) y mujeres (17%) con nivel medio de estudios siendo más bajo entre hombres con estudios universitarios (13,5%) y mujeres con estudios básicos (5%). Asimismo, la exposición a soportar humos, polvo o productos tóxicos es más frecuente entre personas con nivel medio de estudios (32% en hombres (al igual que los de estudios básicos) y 15% en mujeres) siendo mucho más escasas en hombres con estudios universitarios (9%) y mujeres con estudios básicos (4%). La exposición a vibraciones y sacudidas es casi exclusiva de hombres siendo más frecuente entre los de niveles de estudios básicos y medios (16-17%) y casi nulo en mujeres y en hombres con estudios universitarios. La manipulación o estar en contacto con productos tóxicos es más frecuente entre hombres (15%) y mujeres (8%) con nivel básico de estudios siendo muy baja entre personas con estudios universitarios (5% en hombres y 3% en mujeres). El riesgo de caída de alturas es, de nuevo, más frecuente entre hombres (17%) de niveles de estudios medios y bajos siendo, entre las mujeres, más frecuente en los mismos niveles de estudios (2%). La frecuencia de estos riesgos entre personas con estudios universitarios es muy baja (2% en hombres y nula entre mujeres). El riesgo de exposición a descargas eléctricas fuertes, quemaduras o heridas es más frecuente entre personas con nivel de estudios medios (19% en hombres y 4% en mujeres). El riesgo de ser alcanzado por lanzamiento de materiales o caída de objetos es más alto entre hombres de nivel básico de estudios (20%) y mujeres con nivel medio de estudios (1,4%) y es más bajo entre hombres con estudios universitarios así como entre mujeres con los mismo estudios y las que tienen estudios básicos. El riesgo de sufrir un accidente de circulación durante el trabajo es mayor entre los hombres (31%) y mujeres (14%) con estudios básicos no habiendo diferencias muy grandes entre niveles de estudios. Por su parte, el riesgo de contraer infecciones debido a su trabajo es mayor entre hombres con niveles medio y universitario de estudios (7-8%) y entre mujeres con estudios universitarios (10%) siendo más bajo entre hombres (5%) y mujeres (2%) con estudios básicos. La exposición a radiaciones en el trabajo es poco frecuente apareciendo más en hombres con estudios medios (3%) y en mujeres con estudios universitarios (4%) siendo escaso entre personas con estudios básicos (1-2%). El horario a turnos ya es bastante más frecuente estando más afectados los hombres y mujeres con estudios medios (35% y 21%, respectivamente) siendo baja la frecuencia entre hombres con estudios superiores (13%) y mujeres con estudios básicos (11%). Por el contrario, el horario con horas extraordinarias frecuentes se observa más entre los hombres de nivel medio de estudios (31%) y entre mujeres de estudios medios y básicos (22%) siendo bajo entre hombres (23%) y mujeres (10%) con estudios superiores. El trabajo con

gran responsabilidad afecta con mayor frecuencia a hombres con estudios universitarios (71% de los hombres y 68% de las mujeres) siendo más bajo entre las mujeres con estudios medios (48%).

### **6.3.2.5.- Ingresos económicos de la familia:**

Contestación a la pregunta: **¿Podría decirme, aproximadamente, cuáles fueron los ingresos anuales brutos de su hogar durante 2001, por todos los conceptos (rentas, dividendos, ...) y considerando las aportaciones de todos los miembros del mismo?.** Hace referencia a la totalidad de los ingresos (todos los ingresos) brutos de la unidad familiar (todos los miembros de la unidad).

Esta pregunta ha sido respondida por un 61% de la población muestreada, cifra que nos parece adecuada para un tipo de pregunta que suele generar grandes reticencias en las personas entrevistadas. Por otra parte, la respuesta es compleja, aún queriendo contestarla, debido a que se solicitaba los ingresos brutos (la mayoría de la población suele conocer mejor lo que gana líquido), y que se preguntan los ingresos de la unidad familiar. Cuando solo hay un ingreso puede ser más fácil la respuesta, pero cuando hay varias fuentes de ingreso o cuando la persona entrevistada no es la que genera el ingreso (por ejemplo: hijos/as que no trabajan y no saben en concreto lo que gana sus padres o madres), el llegar a conocer la cantidad bruta total de la unidad familiar o del hogar es harto difícil.

La cantidad manifestada por las personas entrevistadas analizada como variable cuantitativa continua es de una media de ingresos brutos 15.656 € por familia en el año 2001. Esta cifra es ligeramente más baja que la disponible en las estadísticas económicas, lo que puede estar manifestando una ligera infraestimación, en nuestra Encuesta, de la cantidad de dinero ingresada por familia. Es posible, que esta infraestimación esté relacionada, también, con el nivel de ausencia de respuesta o negativas a declarar detectado.

Por género, cuando la pregunta sobre los ingresos de la unidad familiar se realizan a hombres estos declaran que su unidad familiar ingresa más que cuando la pregunta se les realiza a las mujeres (17.094 € frente a 14.451 €, un 18% más).

	Hombres	Mujeres	Total
<b>Ingresos brutos medios anuales del hogar (€)</b>	17.094	<b>14.451</b>	<b>15.656</b>

Por grupo etario de la persona entrevistada, los mayores niveles de ingresos brutos de la unidad familiar a la que pertenece en el año 2001, corresponde a las personas entre 30-44 años de edad (17.690 €) y los más bajos al grupo de personas mayores (11.540 €, un 35% menos que el grupo de mayores ingresos).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
<b>Ingresos brutos medios anuales del hogar (€)</b>	15.618	17.690	17.415	11.540	<b>15.656</b>

Por edad y sexo de la persona entrevistada los mayores ingresos corresponden a los hogares en los que se entrevistó a hombres de 45-64 años (20.000 €) y los más bajos a las mujeres de más de 64 años (solo 9.879 €). En las personas jóvenes en nivel medio de ingresos del hogar es similar entre ambos sexos de personas entrevistadas. Las mayores diferencias se empiezan a observar en el grupo de 45-64 años (un 27% más de ingresos si se le pregunta a hombres) y llega al máximo en el grupo de personas mayores (los hogares

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

en que se pregunta a hombres los ingresos son un 42% superior a los manifestados cuando se pregunta a mujeres). Las diferencias medias son de un 17% superiores en hombres para el conjunto de edades.

	HOMBRES				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
<b>Media</b>	15.624	18.759	20.014	13.957	<b>17.094</b>	15.585	16.997	15.711	9.879	<b>14.451</b>

Por tipo de hábitat, son los hombres y mujeres entrevistados/as los/las que mencionan que en su hogar los ingresos son más altos (18.800 € en hombres y 15.800 € en mujeres), siendo los más bajos los de las zonas rurales (un 25% inferiores en hombres y un 42% inferiores en mujeres a los ingresos de personas residentes en el centro). A su vez, la mayor diferencia de ingresos del hogar entre género por tipo de hábitat sucede en las zonas rurales (los hombres entrevistados mencionan un 36% más de ingresos por hogar que las mujeres de la misma zona,) mientras que las menores diferencias suceden en la zona centro (un 19% de ingresos mayor en hombres que en mujeres).

	HABITAT			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
<b>Hombres</b>	15.089	18.836	15.693	<b>17.094</b>
<b>Mujeres</b>	11.087	15.810	12.635	<b>14.451</b>

Por clase social, los mayores ingresos corresponden , como es natural, a personas de clase social alta (la I, cuyos ingresos son superiores en más de 8.000€/año en hombres y de cerca de 11.000€ en mujeres a la clase social con menores ingresos, la V). En términos porcentuales, los hombres de la clase social I dicen que los ingresos de su hogar son un 51% superiores a los de la clase social IV, mientras que en mujeres las de la clase social I refieren unos niveles de ingresos en el hogar superiores en un 90% a los manifestados por mujeres de clase social V. A su vez, las mayores diferencias de género entre géneros dentro de la misma clase social, corresponden a la clase social IV (los hombres de esta clase indican ingresos superiores en un 39% a los indicados por las mujeres de esta clase social.

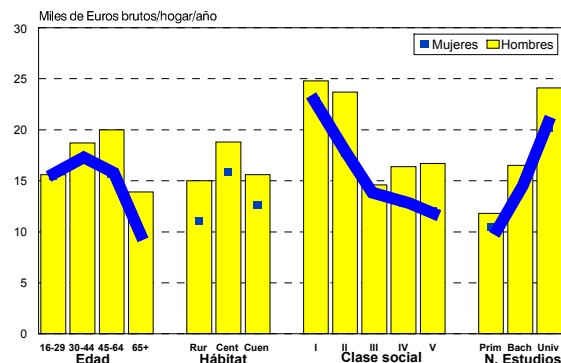
	CLASE SOCIAL					Total
	I	II	III	IV	V	
<b>Hombres</b>	24.843	23.736	14.609	16.463	16.687	<b>17.094</b>
<b>Mujeres</b>	22.818	17.817	13.793	12.810	12.000	<b>14.451</b>

Por nivel educativo, los mayores ingresos en ambos sexos corresponden a las personas con estudios universitarios. En hombres llegan a más de 24.000 €/año por hogar y en mujeres con estos estudios son superiores a los 20.000€/año por hogar. Los ingresos más bajos corresponden a los niveles de estudios más bajos (11.800€/año en hombres y 10.400€/año en mujeres). Las diferencias dentro de cada género según nivel educativo son de más del 104% en hombres y del 94% en mujeres (ganan más las personas con estudios universitarios que las que tienen estudios básicos). Por otra parte, las diferencias según género dentro de cada nivel educativo son superiores en las personas con estudios universitarios (los hombres ganan un 19% más que las mujeres)

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	<b>NIVEL EDUCATIVO</b>			
	<b>Básico</b>	<b>Medio</b>	<b>Univers.</b>	<b>Total</b>
<b>Hombres</b>	11.868	16.562	24.101	<b>17.094</b>
<b>Mujeres</b>	10.415	14.120	20.228	<b>14.451</b>

Situación socioeconómica: INGRESOS MEDIOS BRUTOS POR HOGAR según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



En el análisis categórico de los ingresos hemos incluido en el mismo el porcentaje de personas que no han querido declarar o desconocen sus ingresos para una mejor valoración de su análisis. De ello se deduce, que un 39% de la población entrevistada desconocemos el nivel de ingresos de su hogar, y que un 38% de la población (62% de las personas que declararon los ingresos) ingresa en bruto en la totalidad de su hogar entre 6.000-18.000 € (uno a tres millones de Pts.). Un 4,6% de la población (7,5% de las personas que contestaron la pregunta) gana menos de 6.000 € al año (un millón de Pts). Un 18,2% de las personas (30% de las entrevistadas) declaran ingresar en su hogar más de 18.000 € (tres millones de Pts). Un 2% (3,2% de la población total) de la población dice ingresar más de 36.000 € (seis millones de Pts).

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>NS/NC</b>	39,0	<b>38,4</b>	<b>38,6</b>
<b>&lt;3.000 €</b>	0,3	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>
<b>3.000-5999 €</b>	2,3	<b>5,7</b>	<b>4,1</b>
<b>6.000-11.999€</b>	15,5	<b>23,4</b>	<b>19,7</b>
<b>12.000-17.999€</b>	21,2	<b>16,2</b>	<b>18,6</b>
<b>18.000-23.999€</b>	11,2	<b>7,9</b>	<b>9,4</b>
<b>24.000-29.999€</b>	4,6	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>
<b>30.000-35.999€</b>	3,2	<b>2,0</b>	<b>2,5</b>
<b>&gt;35.999€</b>	2,7	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>

Por género, la respuesta a la declaración de ingresos ha sido similar en hombres que en mujeres. Sin embargo, el nivel de ingresos de la unidad familiar es más bajo cuando contestan las mujeres que cuando responden los hombres: la moda como medida de tendencia central en el caso de las mujeres se sitúa en ingresos entre 6.000-11.999 € (23%, 38% si descontamos a los no declarantes), mientras que en el caso de los hombres está en el siguiente grupo (12.000-17.999 €, 21%, 34% excluyendo a los no respondedores). Hay también más mujeres que responden situándose en el grupo de ingresos inferiores a 6.000 € (6,4% (10,5% de las respondedoras), frente a 2,6% de los hombres (3,9% de los respondedores)). Por el contrario, son más los hombres que declaran tener más ingresos en su unidad familiar en el grupo de más de 18.000 € : un 22% de los

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

hombres se sitúa en ese estrato mientras que solo lo hace un 16% de las mujeres (un 36% y un 26%, respectivamente, del total de personas que respondieron a la pregunta).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>NS/NC</b>	49,8	33,5	37,1	34,8	<b>38,6</b>
<b>&lt;3.000 €</b>	0,4	0,6	0,4	0,6	<b>0,5</b>
<b>3.000-5999 €</b>	2,3	1,6	2,9	10,2	<b>4,1</b>
<b>6.000-11.999€</b>	14,7	16,4	17,1	31,2	<b>19,7</b>
<b>12.000-17.999€</b>	18,7	22,9	18,2	14,2	<b>18,6</b>
<b>18.000-23.999€</b>	7,7	11,9	11,8	5,7	<b>9,4</b>
<b>24.000-29.999€</b>	3,4	5,7	6,2	2,1	<b>4,4</b>
<b>30.000-35.999€</b>	1,9	4,1	2,9	1,1	<b>2,5</b>
<b>&gt;35.999€</b>	1,1	3,4	3,5	0,0	<b>1,9</b>

Por grupo etario de la persona entrevistada, ha existido una mayor tasa de no respuestas en el grupo de personas jóvenes (50%), mientras que en el grupo de personas entre 30-44 años la tasa de no respuestas fue del 33,5%. En todos los grupos, la mayor frecuencia de respuestas se sitúan entre ingresos de la unidad familiar entre 6.000-18.000 € (32,4% de las personas jóvenes de la muestra y 47% de las personas entre 30-44 años, como extremos de la distribución en este grupo; no obstante, en cifras sobre las personas que han contestado a la pregunta, las proporciones entre estos dos grupos son idénticas, con lo que la variación, en el primer caso está explicada por la ausencia de un nivel adecuado de respuesta en el grupo de personas jóvenes). Si se observan como característica muy marcada el alto nivel de personas mayores con niveles de ingreso familiares bajos (menores de 6.000 €), un 11% de ellas (un 17% de las personas de este grupo que respondieron), mientras que solo un 9% de ellas tenían ingresos superiores a 18.000 € (un 14% de las respondedoras), mientras que esos ingresos alcanzan cifras cercanas al 25% en los grupos entre 30-64 años de edad (un 38% de las personas que contestaron los ingresos). En la muestra de nuestra Encuesta no hay ninguna persona mayor que indique que los ingresos de su hogar son mayores a 36.000 €, mientras que lo declaran un 3,5% de las personas (5,4% de las personas declarantes) entre 30-64 años de edad.

### **6.3.2.6.- Ocupación:**

Contestación a la pregunta: ***A continuación queremos que nos diga su trabajo actual (o el último que tuvo) y aquel otro en el que haya trabajado anteriormente: Ocupación, categoría profesional, actividad de la empresa, años trabajados. Ocupación de mayor duración. En caso de que la persona entrevistada fuera estudiante o estar buscando primer empleo, se debía preguntar por las circunstancias de la persona principal del hogar.***

De las contestaciones realizadas con respecto a ellos/as mismos/as (o la persona principal del hogar si las personas entrevistadas eran estudiantes o buscaban primer empleo), se deduce que en un 21% de las ocasiones las personas trabajan como artesanos/as o trabajos en industrias manufactureras, construcción y minería, en un 18% son trabajadores/as de restauración, personales, protección y vendedores/as de comercio, en un 15% trabajan en dirección de empresas (incluye a trabajadores/as autónomos/as que son el 9%), un 12,5% como Operadores/as de instalaciones y maquinaria,

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

montadores/as, un 8% como Trabajadores/as no cualificados/as, un 7% como Técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales.

Dentro del total destacan como entidades específicas el trabajo de un 9% de la población entrevistada como trabajadores/as en industrias extractivas, así como de autónomos/as. El mismo 9% lo ocupan las personas que trabajan como industriales, un 7% como dependientes/as, un 5% en la restauración y un 4% en trabajos de servicios personales, un 4% como servicio doméstico, un 3% como empleados/as sin cualificar en el comercio, así como conductores/as de transporte. Un 2% se dedica a la enseñanza con titulación de 2º y 3º ciclo.

Por género, dentro de los distintos apartados, existe una mayor proporción de hombres en la dirección de empresas (sobre todo en la de gerencia con muchos asalariados/as), siendo similar entre sexos la proporción de trabajadores/as autónomos/as, en técnicos/as y profesionales de apoyo, la de trabajos en industrias manufactureras, construcción y minería, y la de operadores/as de instalaciones, maquinarias, etc. Por el contrario, hay más proporción de mujeres en el caso de los trabajos de técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales, empleados/as de tipo administrativo, trabajadores/as de la restauración, de servicios personales, de la protección y vendedores/as, trabajadores cualificados/as de agricultura y pesca y en los trabajos no cualificados.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Dirección de empresas</b>	17,0	13,2	15,4
Gerentes con <10 asalariados/as	2,7	1,2	1,9
Gerentes sin asalariados/as	9,2	9,3	9,2
<b>Técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales</b>	6,5	7,8	7,1
Enseñanza con titulación 2º y 3º ciclo	2,0	2,5	2,2
<b>Técnicos/as y profesionales de apoyo</b>	6,3	2,6	4,5
Agentes Financieros/as y comerciales	3,7	0,9	2,2
<b>Empleados/as de tipo administrativo</b>	2,8	4,1	3,5
<b>Trabajadores/as de restauración, personales, protección y vendedores/as de comercio</b>	13,4	23,1	18,4
Restauración	4,4	6,5	5,4
Servicios personales	1,8	6,4	4,1
Protección y seguridad	3,0	1,2	2,1
Dependientes/as	4,2	8,8	6,6
<b>Trabajadores/as cualificados en agricultura y en pesca</b>	1,7	2,9	2,7
<b>Artesanos/as y t. En industrias manufactureras, construcción y minería</b>	26,1	18,8	21,4
Construcción	5,3	2,5	3,8
Industrias extractivas	10,3	7,4	8,8
Mecánicos/as y ajustadores/as	2,8	1,1	1,9
<b>Operadores/as de instalaciones y maquinaria, montadores/as</b>	14,8	10,3	12,5
Industriales	11,6	6,4	8,9
Conductores/as, transporte	2,5	2,8	2,6
<b>Trabajadores/as no cualificados/as</b>	6,7	9,6	8,3
Comercio	3,7	1,6	2,6
Empleo doméstico	0,9	7,5	4,3
<b>Otros/as</b>	3,9	6,4	5,2

Por edades no hay muchas diferencias en el caso de los trabajos de dirección de empresas, si bien las personas mayores mencionan con más frecuencia este tipo de trabajos, 17% frente a un 12% de las personas jóvenes). Es de reseñar que un 12% de las personas mayores mencionó haber trabajado en empresas sin asalariados (por cuenta propia) frente a un 8% de las personas jóvenes. Los trabajos técnicos de profesiones

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

científicas e intelectuales tienen una mayor proporción en las personas de 30-44 años de edad (9%) siendo de solo el 5% en personas mayores (estas diferencias aumentan en los trabajos de enseñanza con titulación universitaria de 2º y 3º grado, 4% en personas de 30-44 años y del 1,5% en personas mayores). Como profesionales y técnicos/as de apoyo la mayor proporción se sitúa en las personas jóvenes (6% frente a un 3% de las personas mayores). El trabajo de restauración, de servicios personales etc. tiene una mayor proporción en las personas jóvenes (27%) frente a un 12% de las personas de 45-64 años. El trabajo cualificado en agricultura y pesca, por el contrario, tiene una mayor proporción en las personas mayores (7%) frente a solo un 1% en las personas jóvenes, representativo del papel que jugaba ese sector en épocas anteriores, al igual que el aspecto industrial de las ocupaciones en el que un 29% de las personas mayores manifestaban haber trabajado frente a 17% de las personas entre 30-44 años de edad (en industrias extractivas, un 16% del total de población mayor trabajó en las mismas frente a un 4% de las personas jóvenes), situación similar se observa en los trabajos de operación de carácter industrial, maquinaria, etc.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Dirección de empresas</b>	12,1	16,6	14,8	17,0	<b>15,4</b>
Gerentes con <10 asalariados/as	1,1	1,7	3,8	0,7	<b>1,9</b>
Gerentes sin asalariados/as	7,6	9,6	7,8	12,2	<b>9,2</b>
<b>Técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales</b>	7,2	9,0	7,0	5,1	<b>7,1</b>
Enseñanza con titulación 2º y 3º ciclo	1,6	4,2	1,6	1,5	<b>2,2</b>
<b>Técnicos/as y profesionales de apoyo</b>	5,7	4,9	4,2	2,8	<b>4,5</b>
Financieros/as y comerciales	2,5	2,1	3,0	1,2	<b>2,2</b>
<b>Empleados/as de tipo administrativo</b>	3,3	6,2	1,2	3,3	<b>3,5</b>
<b>Trabajadores/as de restauración, personales, protección y vendedores/as de comercio</b>	26,6	24,4	12,4	17,7	<b>18,4</b>
Restauración	11,0	6,2	2,2	2,4	<b>5,4</b>
Servicios personales	4,1	5,2	5,2	1,5	<b>4,1</b>
Protección y seguridad	1,4	2,1	1,8	3,2	<b>2,1</b>
Dependientes/as	10,1	8,9	2,8	4,6	<b>6,6</b>
<b>Trabajadores/as cualificados en agricultura y en pesca</b>	0,9	0,8	2,8	6,6	<b>2,7</b>
<b>Artesanos/as y t. En industrias manufactureras, construcción y minería</b>	18,1	16,7	26,1	28,8	<b>21,4</b>
Construcción	5,5	4,0	3,4	2,4	<b>3,8</b>
Industrias extractivas	3,9	6,0	10,1	15,9	<b>8,8</b>
Mecánicos/as y ajustadores/as	1,8	2,1	2,4	1,2	<b>1,9</b>
<b>Operadores/as de instalaciones y maquinaria, montadores/as</b>	10,4	6,5	17,1	16,4	<b>12,5</b>
Industriales	7,6	4,2	11,7	12,7	<b>8,9</b>
Conductores/as, transporte	2,1	1,7	4,2	2,2	<b>2,6</b>
<b>Trabajadores/as no cualificados/as</b>	11,8	10,1	8,0	4,4	<b>8,3</b>
Comercio	4,1	2,9	2,6	0,7	<b>2,6</b>
Empleo doméstico	2,8	6,4	4,4	3,2	<b>4,3</b>
<b>Otros/as</b>	5,5	6,2	5,2	3,4	<b>5,2</b>

### **6.3.2.7.- Clase social:**

Existen múltiples aproximaciones hacia el cálculo de la clase social en un medio determinado dependiendo, entre otras, de la formación recibida, de los ingresos económicos, de la actividad realizada, de la ocupación actual, etc.

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

Una de ellas, es la propuesta por la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) que propone la clasificación a partir de las ocupaciones de las personas, dividiéndola en cinco clases con dos subclases en la clase IV.

Siguiendo dicha recomendación, a partir de la clasificación nacional de ocupaciones (INE, 1994) en este estudio se propone la utilización de determinados códigos en asimilación a los contenidos propuestos por la SEE que se muestran en la tabla siguiente:

A partir de las ocupaciones declaradas por las personas entrevistadas en la pregunta indicada en el apartado de ocupación, se ha calculado la asignación de clase social para la persona entrevistada (en ningún momento de la unidad familiar) excepto para las personas entrevistadas que estén en situación de estudiante o buscando primer empleo (para ellos/as, se refiere a la clase social de la persona principal del hogar, (ver la pregunta).

Una vez analizada dicha variable, de aquellas personas que conocemos su ocupación, un 40% de la población se situaría en la clase social IV, seguida de un 35,5% de personas en clase social III. Un 5,5% correspondería a la clase social I, un 11% a la clase social II y un 9% a la clase social V.

<b>Clase social</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Códigos CON (1)</b>
<b>I</b>	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con 10 o más asalariados/as Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario	1011-1139 2011-2434
<b>II</b>	Directivos/as de la Administración Pública y empresas con menos de asalariados/as (2) Profesiones asociadas a titulaciones de 1º ciclo universitario Técnicos/as Artistas y deportistas	1210-1409 2611-2950 3010-3319 3541-3546
<b>III</b>	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa  Trabajadores/as de servicios personales y seguridad  Trabajadores/as por cuenta propia Supervisores/as de trabajadores/as manuales	3411-3519 4011-4605 3521-3539 5010-5330 1510-1709
<b>IV</b>	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as	6011-8640
<b>V</b>	Trabajadores/as no cualificados/as	9001-9800

(1) CON: Clasificación Nacional de Ocupaciones (INE). (2) Excluye a trabajadores/as autónomos/as)

Por género de la persona entrevistada (o en excepciones), los hombres se sitúan en clase sociales ligeramente más elevadas que las mujeres (clases sociales I y II, 19% en hombres y 13,5% en mujeres), clase social V (7% en hombres y 10% en mujeres).

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Aproximación a la Clase Social</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>I</b>	5,5	<b>5,5</b>	5,5
<b>II</b>	13,3	<b>8,0</b>	10,6
<b>III</b>	29,8	<b>41,1</b>	35,5
<b>IV</b>	44,4	<b>35,1</b>	39,7
<b>V</b>	7,0	<b>10,4</b>	8,7

Por grupo etario de la persona entrevistada (o excepciones), existe una tendencia en el grupo de personas jóvenes hacia una gran heterogeneidad en su clase social ( 16% de clases sociales I y II y 10% de clase social V), estando el grupo de personas mayores en los estratos más bajos de clases sociales (58% en clases sociales IV y V). El grupo etario mejor situado es el de personas entre 30-44 años de edad, con un 19% de su población en clases sociales I y II y un 44% en clase social III.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
Aproximación a la Clase Social	%	%	%	%	%
<b>I</b>	4,1	8,2	5,3	4,1	5,5
<b>II</b>	11,5	10,7	13,4	6,3	10,6
<b>III</b>	42,7	44,4	24,1	31,4	35,5
<b>IV</b>	31,2	25,8	48,6	53,7	39,7
<b>V</b>	10,5	10,9	8,5	4,6	8,7

Por grupo etario y edad, se observa que la mayor proporción de hombres en clase social I corresponde a las edades entre 45-64 años de edad (6,5% de ellos) mientras que en mujeres corresponde a las de 30-44 años (10,5% de ellas). Solo un 2,8% de las mujeres mayores se puede situar en esa clase social mientras que lo hace un 5,6% de los hombres de la misma edad. En el extremo opuesto, en clase social V, es más frecuente en hombres jóvenes (10,5% de ellos) y en mujeres entre 30-44 años (13% de ellas). La proporción de hombres mayores en esta última clase es muy baja (1%) mientras que más del 7% de las mujeres está en ella.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>I</b>	3,8	5,9	6,5	5,6	<b>5,5</b>	4,5	10,5	4,1	2,8	<b>5,5</b>
<b>II</b>	15,8	13,1	15,4	7,8	<b>13,3</b>	7,0	8,3	11,3	5,1	<b>8,0</b>
<b>III</b>	35,9	39,8	17,8	27,2	<b>29,8</b>	49,8	48,9	31,1	34,9	<b>41,1</b>
<b>IV</b>	34,0	32,6	53,4	58,3	<b>44,4</b>	28,4	19,2	43,2	49,8	<b>35,1</b>
<b>V</b>	10,5	8,6	6,9	1,1	<b>7,0</b>	10,4	13,1	10,4	7,4	<b>10,4</b>

Por tipo de hábitat, las mayores proporciones de personas en clase social I corresponden a la zona centro de Asturias (7% de los hombres y mujeres), mientras que las más bajas están en las zonas rurales (un 1,6% de los hombres y mujeres de estas zonas está en clases social I). A su vez, la frecuencia de personas en clase social V es más alta, también, en la zona centro (un 8% de los hombres y un 12% de las mujeres de esta zona están en esa clase social). Por el contrario, las más bajas están en zona rural (un 4% de los hombres y un 7% de las mujeres están en clase social V) además de las mujeres de las cuencas (7%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>I</b>	1,6	6,9	3,5	<b>5,5</b>
<b>II</b>	7,1	9,1	4,2	<b>8,0</b>
<b>III</b>	57,5	41,0	27,1	<b>41,1</b>
<b>IV</b>	26,8	31,1	58,3	<b>35,1</b>
<b>V</b>	7,1	11,9	6,9	<b>10,4</b>

Por nivel educativo, los mayores niveles de clase social I corresponden a las personas con estudios universitarios (un 25 y un 26% de las mujeres y de los hombres, respectivamente con estudios universitarios se sitúan en esa clase social). Ningún hombre y

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Situación sociodemográfica y económica

solo un 2% de las mujeres con estudios primarios pueden ser clasificados como de clase social I. Por el contrario, la mayor concentración de mujeres de clase social V se sitúan entre las mujeres con estudios primarios (14% frente a un 4% de las mujeres con estudios universitarios). En hombres, la mayor proporción de personas en esta clase está, paradójicamente, entre las personas con estudios universitarios (8%, frente a un 7% de las personas con estudios medios).

## **7.- Opinión y uso de servicios sanitarios**

**OBJETIVOS:**

- Conocer el número y tipo de visitas médicas realizadas
- Conocer el número, causa y duración de las hospitalizaciones
- Conocer el tipo de aseguramiento y demanda de servicios en nuestra CA
- Conocer la opinión de los/las ciudadanos/as sobre su sistema sanitario
- Conocer el grado de autoprescripción de la población

## **7.1.- Opinión sobre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA):**

### **7.1.1.- Satisfacción de la población con los servicios sanitarios:**

Contestación a las preguntas:

- **¿Podría indicarnos, cual es su grado de satisfacción sobre los servicios sanitarios que más frecuentemente usó el último año (inmediatamente anterior a la realización de la entrevista).** Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).
- **¿Podría indicarnos, cual es su grado de satisfacción sobre el sistema sanitario y, en particular, sobre la asistencia sanitaria que se presta en Asturias, no exclusivamente sobre como le/la atendieron a Ud.? ).** Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).

De los resultados facilitados por esta encuesta las personas que han utilizado el sistema sanitario durante el último año expresan en mayor cuantía su satisfacción sobre los servicios utilizados que aquella opinión que tienen esas mismas personas sobre el sistema sanitario en general, tanto hayan sido o no usuarios/as.

Más de tres de cada cuatro personas entrevistadas está muy o algo satisfecha con los servicios sanitarios que más usó en el último año. Por el contrario una de cada diez personas está poco o nada satisfecha de los mismos cuando los utilizó.

Cuando se analiza la opinión general sobre el sistema sanitario, se hayan usado o no sus servicios, la satisfacción (algo o muy satisfecho/a) cae al 67% y aumenta la proporción de personas poco o nada satisfechas hasta el 13%.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Servicios que usó más frecuentemente:</b>			
Muy o algo satisfecho/a	73,6	<b>79,1</b>	<b>76,5</b>
Poco o nada satisfecho/a	8,8	<b>9,7</b>	<b>9,3</b>
<b>En general, con el sistema y la asistencia sanitaria:</b>			
Muy o algo satisfecho/a	63,7	<b>68,6</b>	<b>67,2</b>
Poco o nada satisfecho/a	13,1	<b>12,9</b>	<b>13,0</b>

Por género, la disparidad de opinión entre personas usuarias y opinión en general sobre el sistema se mantiene en ambos sexos, expresando las mujeres que han utilizado los servicios que oferta el sistema, por una parte, una mayor proporción de personas muy o algo satisfechas que los hombres (79% frente a 74%) pero también una mayor proporción de personas poco o nada satisfechas (10% frente a un 9%, si bien, en este último caso, las diferencias no son estadísticamente significativas).

Cuando el análisis se realiza por grupo etario, las personas más satisfechas con los servicios sanitarios utilizados son las personas mayores (nueve de cada diez dicen estar muy o algo satisfechas), frente a solo dos tercios de las personas jóvenes. En paralelo, las personas jóvenes presentan una mayor proporción (junto con las de 30-44 años de edad)

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

de personas poco o nada satisfechas (más del 10%), frente a solo un 6% de las personas mayores.

Cuando el análisis se centra en la opinión general **sobre el sistema**, la proporción de personas muy o algo satisfechas baja en todos los grupos etarios y sube la de personas poco o nada satisfechas. Las personas más satisfechas, en este caso, son las personas mayores (79%) y las menos las personas jóvenes (58,5%).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Servicios que usó más frecuentemente:</b>					
Muy o algo satisfecho/a	68,2	72,7	77,9	87,6	<b>76,5</b>
Poco o nada satisfecho/a	10,5	10,7	9,5	6,3	<b>9,3</b>
<b>En general, con el sistema y la asistencia sanitaria:</b>					
Muy o algo satisfecho/a	58,5	63,4	68,6	78,6	<b>67,2</b>
Poco o nada satisfecho/a	14,0	15,6	13,9	8,2	<b>13,0</b>

Por edad y género, se observa una mayor frecuencia de personas satisfechas **con los servicios sanitarios usados** más frecuentemente, a medida que aumentamos la edad media de cada grupo etario, tanto en hombres como en mujeres, aunque las proporciones de personas satisfechas es superior en mujeres que en hombres llegando en personas mayores a cifras del 85% en hombres y 85,5% en mujeres. La mayor parte de personas insatisfechas se sitúa en edades jóvenes, particularmente en mujeres jóvenes (13%) y hombres y mujeres de 30-44 años (11%). En relación a la **opinión general sobre el sistema**, la distribución por tramos etarios es similar a la anterior variable llegando en personas mayores a cifras que son superiores en hombres mayores (81%) pero bastante inferiores en mujeres mayores (76%). La insatisfacción sobre el sistema en general es también elevada en personas jóvenes, sobre todo mujeres (15%) y hombres de 30-44 años de edad (17%).

	HOMBRES					Total	MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total		16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>Servicios que usó más frecuentemente:</b>											
Muy o algo satisfecho/a	62,8	65,4	73,6	77,8	<b>73,6</b>	68,3	77,7	81,6	85,5	<b>79,1</b>	
Poco o nada satisfecho/a	7,5	10,9	9,5	6,6	<b>8,8</b>	13,4	10,8	9,0	6,0	<b>9,7</b>	
<b>En general, con el sistema y la asistencia sanitaria:</b>											
Muy o algo satisfecho/a	56,0	58,0	77,5	80,8	<b>63,7</b>	60,0	66,9	69,2	75,6	<b>68,6</b>	
Poco o nada satisfecho/a	12,9	16,9	12,4	8,6	<b>13,1</b>	15,0	14,5	14,6	7,5	<b>12,9</b>	

En relación al hábitat, existe un mayor porcentaje de **satisfacción sobre los servicios usados** en personas residentes en las zonas centrales (74% de los hombres y 80% de las mujeres), siendo menor en hombres de las zonas rurales (68%) y en mujeres de cuencas mineras (74%). La insatisfacción sobre estos mismos servicios, es superior en las cuencas mineras, en ambos sexos, con un 12% de los hombres y 17% de las mujeres. La opinión favorable sobre el **sistema sanitario en general** es mayor (a niveles inferiores a los manifestados para los servicios usados) en las cuencas mineras en ambos sexos (68% en hombres y mujeres), siendo bastante inferior en mujeres de zonas rurales (62%). Pero,

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

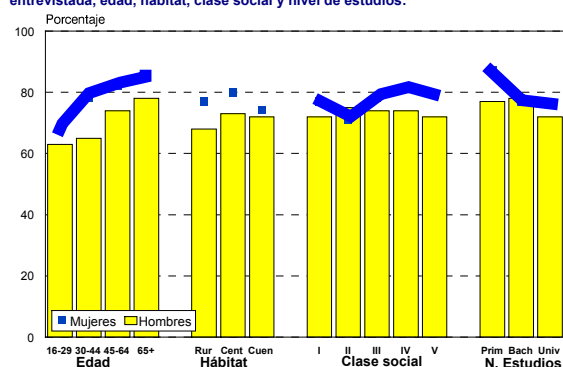
paradójicamente, la insatisfacción en esta variable es más alta en las mismas cuencas mineras (14% de los hombres y 22% de las mujeres).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Servicios que usó más frecuentemente:</b>				
Muy o algo satisfecho/a	77,1	79,8	74,4	<b>79,1</b>
Poco o nada satisfecho/a	9,9	7,9	17,6	<b>9,7</b>
<b>En general, con el sistema y la asistencia sanitaria:</b>				
Muy o algo satisfecho/a	62,2	69,2	68,8	<b>68,6</b>
Poco o nada satisfecho/a	8,5	11,8	21,9,5	<b>12,9</b>

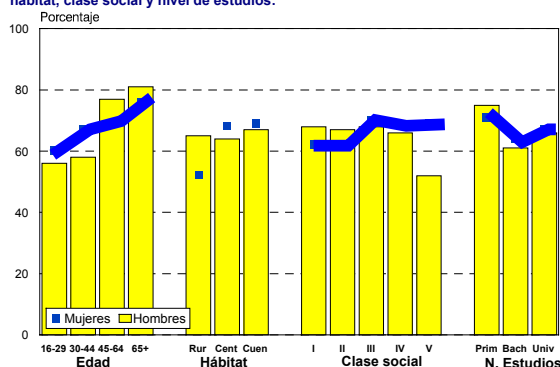
Por clase social, han manifestado, un mayor porcentaje de **satisfacción sobre los servicios sanitarios usados** las mujeres y hombres de clase social IV, siendo más bajas esas proporciones en las clases sociales extremas. La opinión por clases sociales en relación al **sistema en general**, nos muestra que la proporción de personas satisfechas es más alta en hombres de clase social I (68%) y baja con la clase considerablemente (clase social V, 52%), en cambio en mujeres aumenta en las clases sociales más bajas (69% de satisfacción). Los porcentaje de insatisfacción son más elevados en las clases sociales extremas (en clase I: 17% de hombres y 21% de mujeres; en clase social V: 17% de hombres y de mujeres).

Por nivel de estudios, la satisfacción con los **servicios usados** desciende a medida que aumenta el nivel educativo en ambos sexos, esa proporción llega a ser del 71% en hombres y 65% en mujeres con estudios universitarios. La insatisfacción varía según nivel de estudios de una manera mucho más clara en la mujer (6% en mujeres con estudios primarios llega al 10% en mujeres con estudios universitarios). La opinión satisfactoria sobre el **sistema en general** es mayor en personas con estudios básicos (73% de los hombres y 81% en mujeres) siendo inferior en personas con estudios de carácter medio.

**SATISFACCION CON EL SISTEMA SANITARIO (servicios usados mas frecuentemente):** opinion muy o algo satisfechos/as segun el sex o de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:



**SATISFACCION CON EL SISTEMA SANITARIO (sistema sanitario, en general):** opinion muy o algo satisfechos/as segun el sex o de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:



## **7.1.2.- Accesibilidad al sistema sanitario:**

Contestación a las preguntas:

- **¿Podría indicarnos, su valoración a propósito de la distancia a la que está su médico/a de cabecera en un consultorio, centro de salud, etc.?.** Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).
- **¿Podría indicarnos, su valoración a propósito del horario de consulta de su médico/a de cabecera en un consultorio, centro de salud, etc.?.** Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).

Dos tercios de las personas entrevistadas piensan que su médico/a de familia, de cabecera está geográficamente bastante o muy cerca de su residencia habitual. Solo un 9% de la población opina que dicho servicio está algo o muy lejos (en términos de distancia geográfica) de su domicilio.

Más de la mitad de la población entrevistada indica que el horario de consulta de su médico/a de familia o de cabecera tiene un horario de consulta bastante o muy adecuado para su persona. Un 12% de las personas opina lo contrario (el horario de consulta es poco o nada adecuado).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Valoración de la distancia a la que está:</b>			
Muy o bastante cerca	65,4	<b>68,8</b>	<b>67,2</b>
Algo o muy lejos	7,6	<b>9,8</b>	<b>8,8</b>
<b>Valoración del horario de consulta:</b>			
Muy o bastante adecuado	50,4	<b>59,3</b>	<b>55,1</b>
Poco o nada adecuado	14,8	<b>9,4</b>	<b>11,9</b>

Por género, no existen diferencias sustanciales entre ambos sexos en cuanto a la opinión de la distancia del lugar de consulta. Si la hay, sin embargo, en cuanto a la opinión sobre el horario de la consulta. Mientras un 60% de las mujeres opina que este es bastante o muy adecuado solo opina lo mismo la mitad de los hombres. A su vez, mientras un 15% de los hombres opinan que el horario de consulta es poco o nada adecuado solo expresa la misma opinión un 9% de las mujeres entrevistadas.

Por edades, las opiniones referentes a una opinión favorable (muy o bastante cerca) de la distancia de la consulta de medicina de familia son similares entre los distintos grupos etarios. No sucede lo mismo cuando se analiza la accesibilidad horaria, dos de cada tres personas mayores piensa que el horario es bastante o muy adecuado, mientras que solo un 46% de las personas jóvenes opina lo mismo. A la inversa, existe una mayor proporción de personas que opinan que el horario es poco o nada adecuado en las de 16-44 años de edad (una de cada cinco) mientras que solo el 2,5% de las personas mayores piensa que el horario es poco o nada adecuado.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Valoración de la distancia a la que está:</b>					
Muy o bastante cerca	66,4	67,0	68,9	66,2	<b>67,2</b>
Algo o muy lejos	9,2	9,2	6,7	10,4	<b>8,8</b>
<b>Valoración del horario de consulta:</b>					
Muy o bastante adecuado	46,1	51,0	59,7	63,6	<b>55,1</b>
Poco o nada adecuado	19,8	20,1	5,7	2,5	<b>11,9</b>

Por edad y género, la valoración de **accesibilidad geográfica** es más favorable en hombres de 30-44 años (76%) y en mujeres de 45-64 (71%). La valoración es bastante inferior en personas jóvenes (65% de hombres y 68% en mujeres) y en personas mayores (63% en hombres y 68% en mujeres). A la inversa, cuando las respuestas son algo o muy lejos, las que más contestan de esta manera son las mujeres de 30-44 años y mujeres mayores (11 y 12%, respectivamente) y un 10% de los hombres jóvenes. La valoración de **accesibilidad horaria**, es más crítica que la geográfica, siendo las respuestas positivas considerablemente inferiores a ella y las negativas bastante superiores: en este caso la mayor proporción de respuestas favorables aumenta con la edad llegando a un 61% en los hombres y un 65% en las mujeres mayores, siendo muy bajas las de las personas jóvenes (45% y 47% en hombres y mujeres, respectivamente). Las respuestas desfavorables (horario poco o nada adecuado) corresponden a tramos etarios jóvenes (20% de hombres y 19% de mujeres jóvenes y 27% y 14% de mujeres de 30-44 años de edad), siendo muy bajas en personas mayores (solo un 4% de los hombres y 2% de las mujeres de esas edades).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Valoración de la distancia a la que está:</b>										
Muy o bastante cerca	64,7	75,7	67,2	63,0	<b>65,4</b>	68,0	67,3	70,7	68,2	<b>68,8</b>
Algo o muy lejos	10,4	7,2	5,0	8,6	<b>7,6</b>	7,9	11,2	8,0	11,7	<b>9,8</b>
<b>Valoración del horario de consulta:</b>										
Muy o bastante adecuado	45,3	41,1	55,9	61,4	<b>50,4</b>	46,7	59,1	63,4	64,7	<b>59,3</b>
Poco o nada adecuado	20,3	26,7	6,8	3,6	<b>14,8</b>	19,2	13,8	4,5	1,8	<b>9,4</b>

En relación al hábitat, la proporción de personas que consideran la **accesibilidad geográfica** con menor proporción de respuestas positivas (Cerca o muy cerca) son las que habitan en zona rural (50% y 53% en hombres y mujeres, respectivamente) muy lejana del 64 y 69% de media para Asturias. No obstante esto, la mayor proporción de personas que dicen que el médico está algo o muy lejos corresponde a personas residentes en zona central (8% en hombres y 10% en mujeres). La valoración de la **accesibilidad horaria**, es como ya se indicó más pobre que la geográfica, siendo muy pobre la valoración de muy o bastante adecuado en las zonas rurales (en compensación refieren muy frecuentemente el horario adecuado) con un 19% de los hombres y un 41% en mujeres, muy lejos del 58% en hombres y 64% en mujeres residentes en zona central. Por el contrario, las mayores tasas de insatisfacción (poco o nada adecuado) se sitúan entre los hombres (22%) y mujeres (12,5%) de las cuencas mineras, lejanas al 7% en ambos sexos de las zonas rurales.

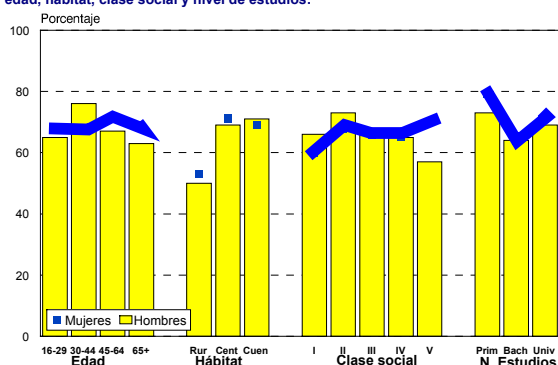
ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Valoración de la distancia a la que está:</b>				
Muy o bastante cerca	52,9	71,2	69,4	<b>68,8</b>
Algo o muy lejos	8,6	10,5	6,9	<b>9,8</b>
<b>Valoración del horario de consulta:</b>				
Muy o bastante adecuado	40,7	64,0	50,1	<b>59,3</b>
Poco o nada adecuado	7,1	9,1	12,5	<b>9,4</b>

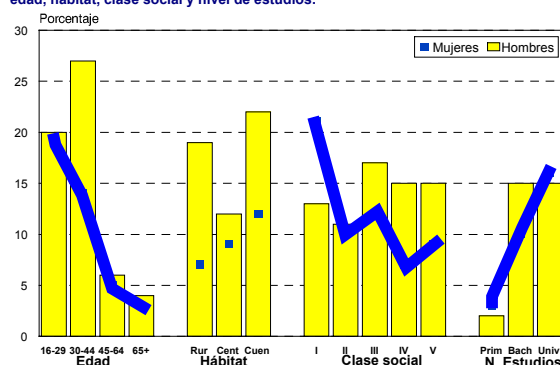
Por clase social, refieren que la **distancia** es bastante o muy cerca con menor frecuencia los hombres de clase social V ( 57%) al contrario que los de clase social II (73%), en mujeres es más estable la proporción si bien alcanza un porcentaje de satisfacción con la accesibilidad geográfica del 70% en mujeres de clase social V, que es la clase donde más diferencia de género hay en relación a este indicador (15% más satisfechas las mujeres). La valoración de algo o muy lejos es superior siempre en la clase social V ( 12% de los hombres y 17% de las mujeres situadas en esta clase). La **accesibilidad horaria** es valorada más positivamente en hombres de clase social II (62%) y en mujeres de clase social V (64%), cifras muy lejanas del 42% de los hombres y del 54% de las mujeres de clase I. En la valoración negativa (horario poco o nada adecuado) sobresale la clase social III (17% de los hombres y 12% de las mujeres), además de las mujeres de la clase social I (21%).

Por nivel de estudios alcanzados, la accesibilidad geográfica es mejor valorada por las personas con estudios más bajos (63% de los hombres y 79% de las mujeres) considerando la distancia muy o bastante cerca. La accesibilidad horaria muy o bastante adecuada, es también mejor considerada por las personas con estudios más bajos (69% en hombres y mujeres) mientras que las cifras solo llegan al 46% de los hombres y al 56% de mujeres con estudios medios. El nivel de insatisfacción con esta accesibilidad es mayor en personas con estudios universitarios (15% de los hombres y 16% de las mujeres) en contraste con las respuestas en este sentido de las personas con estudios básicos (2% y 3%, respectivamente).

**ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO (DISTANCIA al medico de cabecera)**  
opinión de muy cerca o bastante cerca segun el sex o de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:



**ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO (HORARIO del medico de cabecera)**  
opinión de horario poco o nada adecuado segun el sex o de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:



### **7.1.3.- Opinión sobre los servicios de Atención Primaria:**

Contestación a la pregunta: ***Con independencia de que Ud. Haya ido o no a su médico/a de cabecera, nos gustaría saber que valorase la Atención Primaria que presta el SESPA (medicina general y pediatría en centros de salud y consultorios). Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de las siguientes cuestiones. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).***

Un 84% de la población está de acuerdo en que la atención solicitada es atendida en el mismo día o al día siguiente (un 8% está en desacuerdo), tres de cada cuatro personas dice que los horarios son cómodos (un 13% dice que no está de acuerdo), ocho de cada diez que los centros de atención está suficientemente cerca del domicilio (un 7% están en desacuerdo); tres de cada cuatro que los/las profesionales transmiten confianza y seguridad (un 8% en desacuerdo con esta asunción), la misma proporción de los que opinan que suministran información adecuada, menos de la mitad de las personas entrevistadas está de acuerdo en que tras tener cita no hay que esperar mucho para ser atendido/a (un 30% está en desacuerdo con esta asunción); un 80% opina que los/as profesionales son amables (un 4% no está de acuerdo), nueve de cada diez cree que se respeta la intimidad de los/as pacientes y ocho de cada diez que las instalaciones son cómodas y adecuadas (un 8% está en desacuerdo).

No existen diferencias sustanciales entre géneros en relación a la opinión sobre los servicios de Atención Primaria, no obstante, por lo general, y con diferencias no estadísticamente significativas, las mujeres tienden a estar más de acuerdo con los distintos asertos que se mencionan en las preguntas. La mayor disparidad de género se centra en la comodidad el horario de consulta, al que los hombres indican no estar de acuerdo en su comodidad en un 17% frente a un 10% de las mujeres. Las tasas de no respuesta a estas preguntas se situaron en una proporción razonable entre el 2-5% en cada pregunta.

Por edades, la opinión de que la atención se realiza el mismo día o al siguiente de su petición es mayoritaria en todos los grupos (más en el de 30-44 años).

La conformidad con la comodidad de horarios es más mencionada por las personas mayores (91% frente a solo un 62% de personas jóvenes). En el caso de, cercanía geográfica no existen diferencias de conformidad sustanciales entre grupos. La conformidad y seguridad transmitida por los profesionales es mejor valorada por las personas mayores (90%, frente a un 65% de las personas jóvenes) al igual que el suministro de información adecuada por parte de los/las profesionales. Solo una de cada tres personas jóvenes opina que no hay que esperar mucho para ser atendido/a (la cifra sube a dos de cada tres personas mayores). La amabilidad de los/as profesionales y el respeto de la intimidad por parte del sistema es mejor valorado por las personas mayores (más de 9 de cada diez) y menos por las personas jóvenes al igual que a comodidad de las instalaciones.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Atienden el mismo día de la petición o al siguiente:</b>			
NS/NC	4,8	2,4	3,5
De acuerdo	83,0	84,6	83,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,0	5,1	5,0
En desacuerdo	7,2	7,9	7,6
<b>La Atención Primaria tiene horarios cómodos:</b>			
NS/NC	4,3	2,2	3,2
De acuerdo	70,0	79,1	74,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8,9	8,2	8,6
En desacuerdo	16,8	10,5	13,4
<b>Hay centros suficientemente cerca del domicilio:</b>			
NS/NC	3,4	1,7	2,5
De acuerdo	82,8	84,0	83,4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,8	6,8	6,8
En desacuerdo	7,0	7,5	7,3
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad:</b>			
NS/NC	4,8	2,3	3,4
De acuerdo	72,9	76,9	75,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14,0	13,6	13,8
En desacuerdo	8,3	7,2	7,8
<b>Proporcionan información adecuada:</b>			
NS/NC	4,5	2,8	3,6
De acuerdo	72,8	75,3	74,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14,7	13,2	13,9
En desacuerdo	8,0	8,7	8,4
<b>No hay que esperar mucho para ser atendido/a:</b>			
NS/NC	4,2	2,6	3,3
De acuerdo	45,4	45,9	45,7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20,7	21,4	21,1
En desacuerdo	29,7	30,1	29,9
<b>Los/las profesionales son amables:</b>			
NS/NC	4,1	2,0	3,0
De acuerdo	78,7	84,0	81,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13,1	9,5	11,1
En desacuerdo	4,1	4,5	4,3
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes:</b>			
NS/NC	5,8	3,9	4,8
De acuerdo	87,4	90,0	88,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,6	4,0	3,8
En desacuerdo	3,2	2,1	2,6
<b>Las instalaciones son cómodas y adecuadas:</b>			
NS/NC	4,1	2,0	3,0
De acuerdo	78,7	82,5	80,7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8,6	8,4	8,5
En desacuerdo	8,6	7,1	7,8

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Atienden el mismo día de la petición: o al siguiente:</b>					
NS/NC	3,5	5,3	3,5	1,7	<b>3,5</b>
De acuerdo	83,3	90,9	83,3	88,3	<b>83,9</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,5	5,1	4,5	4,2	<b>5,0</b>
En desacuerdo	6,7	8,8	8,7	5,9	<b>7,6</b>
<b>La Atención Primaria tiene horarios cómodos:</b>					
NS/NC	2,9	4,7	3,6	1,5	<b>3,2</b>
De acuerdo	61,9	64,6	81,5	91,2	<b>74,8</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10,6	12,3	7,3	3,8	<b>8,6</b>
En desacuerdo	24,6	18,4	7,6	3,5	<b>13,4</b>
<b>Hay centros suficientemente cerca de su domicilio:</b>					
NS/NC	2,9	2,9	2,6	1,5	<b>2,5</b>
De acuerdo	81,8	82,7	83,9	85,3	<b>83,4</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9,0	6,2	7,1	4,8	<b>6,8</b>
En desacuerdo	6,3	8,2	6,4	8,4	<b>7,3</b>
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad:</b>					
NS/NC	3,5	4,7	3,8	1,7	<b>3,4</b>
De acuerdo	64,7	68,2	77,8	89,6	<b>75,0</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20,9	16,3	12,4	5,4	<b>13,8</b>
En desacuerdo	10,9	10,9	6,0	3,3	<b>7,8</b>
<b>Proporcionan información adecuada:</b>					
NS/NC	3,8	4,7	4,0	1,7	<b>3,6</b>
De acuerdo	64,8	67,8	76,9	87,3	<b>74,1</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21,7	15,6	11,3	7,1	<b>13,9</b>
En desacuerdo	9,8	11,9	7,8	4,0	<b>8,4</b>
<b>No hay que esperar mucho para ser atendido/a:</b>					
NS/NC	2,9	4,1	4,0	2,1	<b>3,3</b>
De acuerdo	32,8	39,4	47,7	63,0	<b>45,7</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21,8	20,1	22,5	19,8	<b>21,1</b>
En desacuerdo	42,4	36,5	25,8	15,0	<b>29,9</b>
<b>Los/las profesionales son amables:</b>					
NS/NC	2,9	3,7	3,6	1,5	<b>3,0</b>
De acuerdo	74,7	75,4	83,5	92,7	<b>81,6</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16,9	14,8	9,3	3,8	<b>11,1</b>
En desacuerdo	5,4	6,0	3,6	2,1	<b>4,3</b>
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes:</b>					
NS/NC	5,6	6,0	5,5	1,9	<b>4,8</b>
De acuerdo	86,5	85,6	88,5	94,8	<b>88,8</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,2	4,9	3,6	1,5	<b>3,8</b>
En desacuerdo	2,7	3,5	2,4	1,9	<b>2,6</b>
<b>Las instalaciones son cómodas y adecuadas:</b>					
NS/NC	2,9	3,7	3,6	1,7	<b>3,0</b>
De acuerdo	79,1	73,7	80,5	90,2	<b>80,7</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10,5	12,1	7,7	3,5	<b>8,5</b>
En desacuerdo	7,5	10,5	8,2	4,6	<b>7,8</b>

Por edad y género, los porcentajes de personas que están de acuerdo *que los centros de atención primaria atienden el mismo día o al siguiente* es mayor entre personas mayores (88%) que entre jóvenes. No obstante, el mayor porcentaje de personas que no están de acuerdo con esa aseveración son los hombres de 30-44 años (11%) y las mujeres de 45-64 años (10%). En cuanto a la opinión si *la atención primaria tiene horarios cómodos*, en este caso la diferencia entre personas jóvenes (de acuerdo solo un 60% de los hombres y 63% de las mujeres jóvenes) es mucho mayor que en el caso anterior (90% o más entre personas mayores). Por el contrario, los porcentajes disconformes con dicho aserto son mucho mayores entre jóvenes (27% de los hombres y 11% de las mujeres jóvenes) siendo muy escaso entre personas mayores (6% de hombres y 2% de mujeres). En este caso en concreto la diferencia de género en cuanto a la opinión sobre la atención primaria es mucho más acusada teniendo los hombres una visión por lo general más crítica. La opinión sobre si *hay centros suficientemente cerca del domicilio* (estar de acuerdo) es más alta entre

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

hombres mayores (86%) y entre mujeres entre 45-64 años (86%) si bien no hay las diferencias acusadas en otros ámbitos entre edades y sexo. Si acaso si se observan ligeras mayores opiniones críticas de las mujeres de 30-44 años y mujeres mayores (9% en desacuerdo).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Atienden el mismo día de la petición o al siguiente:</b>										
De acuerdo	85,1	77,4	81,1	87,8	<b>82,5</b>	80,8	83,3	84,7	87,8	<b>84,2</b>
En desacuerdo	4,6	10,9	7,5	5,1	<b>7,2</b>	8,8	6,7	9,8	6,4	<b>7,9</b>
<b>La Atención Primaria tiene horarios cómodos:</b>										
De acuerdo	60,2	54,0	77,7	89,8	<b>69,6</b>	63,3	73,2	84,7	91,9	<b>79,0</b>
En desacuerdo	26,6	24,6	7,9	6,1	<b>16,6</b>	22,5	10,0	7,3	1,8	<b>10,5</b>
<b>Hay centros suficientemente cerca del domicilio:</b>										
De acuerdo	82,2	81,0	80,0	85,8	<b>82,0</b>	80,8	82,9	85,7	84,1	<b>83,5</b>
En desacuerdo	7,9	6,9	6,0	7,1	<b>6,9</b>	4,6	9,3	6,6	9,2	<b>7,5</b>
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad:</b>										
De acuerdo	65,1	65,3	73,6	89,3	<b>72,6</b>	63,8	70,6	80,8	89,4	<b>76,7</b>
En desacuerdo	10,4	12,1	5,7	4,6	<b>8,3</b>	11,3	9,7	6,3	2,5	<b>7,2</b>
<b>Proporcionan información adecuada:</b>										
De acuerdo	66,4	65,3	72,8	88,8	<b>72,6</b>	62,9	69,1	80,1	85,9	<b>75,1</b>
En desacuerdo	6,6	10,9	7,5	6,6	<b>8,0</b>	12,9	12,6	8,0	2,1	<b>8,7</b>
<b>No hay que esperar mucho para ser atendido/a:</b>										
De acuerdo	37,3	35,1	49,1	62,4	<b>45,2</b>	27,5	42,8	46,3	63,3	<b>45,7</b>
En desacuerdo	37,3	37,1	24,5	16,8	<b>29,4</b>	46,7	35,3	26,8	13,8	<b>29,9</b>
<b>Los/las profesionales son amables:</b>										
De acuerdo	75,5	69,0	78,9	91,9	<b>78,1</b>	72,9	80,3	87,1	93,3	<b>83,9</b>
En desacuerdo	5,4	6,5	2,3	2,0	<b>4,1</b>	5,4	5,6	4,9	2,1	<b>4,4</b>
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes:</b>										
De acuerdo	87,6	81,5	85,7	94,4	<b>86,9</b>	85,0	88,1	90,2	94,7	<b>89,7</b>
En desacuerdo	2,9	4,0	1,9	4,1	<b>3,2</b>	2,5	3,0	2,8	0,4	<b>2,1</b>
<b>Las instalaciones son cómodas y adecuadas:</b>										
De acuerdo	80,1	69,8	76,2	88,8	<b>78,1</b>	77,1	76,2	83,3	90,8	<b>82,1</b>
En desacuerdo	7,1	13,3	7,5	5,6	<b>8,5</b>	7,9	7,8	8,7	3,9	<b>7,0</b>

Por su parte, para un 89% de las personas mayores *los y las profesionales de la atención primaria transmiten confianza y seguridad* mientras que solo lo hace un 64%-65% de mujeres y hombres jóvenes, respectivamente. El grado de acuerdo se va incrementando

a medida que ascendemos en los grupos etarios, situación opuesta al grado de desacuerdo (11% de las mujeres y 10% de los hombres jóvenes). En cuanto a la opinión sobre si *se da una información adecuada*, más de un 85% de las personas mayores está de acuerdo, mientras que solo lo están dos tercios de las personas jóvenes, siendo el grado de desacuerdo inversamente proporcional y muy alto entre las personas entre 30-44 años (13% en mujeres y 11% en hombres de esas edades). En cuanto a la opinión de que *no hay que esperar mucho para ser atendido/a*, el grado de acuerdo baja considerablemente respecto a las aseveraciones anteriores, solo dos tercios de las personas mayores (en ambos sexos) está de acuerdo y únicamente un 27% de las mujeres y un 37% de los hombres jóvenes. En este aserto hay más mujeres jóvenes en desacuerdo (47%) que de acuerdo siendo considerable en todos los tramos etarios (excepto en personas mayores) el porcentaje de personas en desacuerdo. *La amabilidad de los/las profesionales* no es muy discutida (sobre todo entre personas mayores, 92% y 93% en hombres y mujeres mayores, respectivamente), si bien la proporción de acuerdo en hombres de 30-44 años y mujeres jóvenes es de solo el 70%. Los niveles de desacuerdo con esa aseveración son mayores entre personas de 30-44 años (6%) si bien son bajos en comparación a otras frases sobre la opinión de estos servicios. Igual sucede (incluso con menor variabilidad entre edades y sexos) con la consideración de que *se respeta la intimidad de los/las pacientes* (siempre más de un 80% de personas de acuerdo) y los niveles de desacuerdo son relativamente muy bajos (siempre menores del 4%). En cuanto a la *opinión sobre la comodidad y adecuación de las instalaciones* la parte más críticas se sitúa entre las personas de 30-44 años (70% en hombres y 76% en mujeres de acuerdo y un 13% de los hombres en desacuerdo).

Por tipo de hábitat, el mayor grado de desacuerdo (y, por tanto, el menor de acuerdo) en cuanto a que *la atención primaria del SESPA atiende el mismo día o al siguiente* corresponde a las personas residentes en zona central (9-10% de desacuerdo, y niveles entre el 78% y 81%, en hombres y mujeres, respectivamente). La *opinión de que estos servicios tienen horarios cómodos* es mayor entre personas residentes en zonas rurales (74% en hombres y 84% en mujeres) si bien el mayor grado de desacuerdo corresponde a las personas residentes en cuencas mineras (22% de los hombres y 14% de las mujeres). *Sin embargo* la opinión de que los servicios están suficientemente cerca del domicilio es mayor entre las personas residentes en cuencas mineras (88,5% en hombres y 94% en mujeres) opinando lo contrario con mayor frecuencia los hombres de las zonas centrales (8%) y las mujeres de zonas rurales (9%). El grado de acuerdo con que *los/las profesionales transmiten confianza y seguridad* es mayor entre las personas residentes en cuencas mineras (74% en hombres y 82,5% en mujeres) siendo mayor el grado de desacuerdo entre las personas residentes en zonas centrales (9% de hombres y 8% de mujeres). Con respecto al *suministro de información adecuada* están de acuerdo en mayor frecuencia las personas residentes en cuencas mineras (74% en hombres y 80% en mujeres, misma cifras que las mujeres de zonas rurales), siendo, paradójicamente, también, mayor en las mismas cuencas mineras el grado de desacuerdo con esta aseveración (12% en hombres y 11% en mujeres). Las personas de las cuencas mineras, también, tiene una mayor proporción de acuerdo en la opinión de que *no hay que esperar mucho para ser atendido/a* (49% en hombres y 54% en mujeres), siendo mayor el grado de desacuerdo entre personas residentes en zonas centrales (31-33%). Por el contrario, *la amabilidad de los/las profesionales* es mejor valorada entre las personas residentes en zonas rurales (82% en hombres y 89% en mujeres), existiendo un mayor grado de desacuerdo entre los hombres de zonas centrales (4,5%) y mujeres de cuencas mineras (6%). Idéntica situación ocurre con *el respeto a la intimidad* (está de acuerdo el 93% de los hombres y el 95% de las mujeres de zonas rurales y hay mayor grado de desacuerdo entre hombres de zonas centrales y mujeres de cuencas mineras (3-4%). La opinión sobre *la comodidad y adecuación de las instalaciones* es más favorable entre personas residentes en zonas rurales (84% en hombres y 88% en mujeres) siendo, sin embargo, mayor el grado de desacuerdo, y a considerable distancia del resto de zonas, entre personas residentes en cuencas mineras (20% de los hombres y 16% de las mujeres).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

Por clase social, tienen una opinión más favorable sobre si *se atiende el mismo día o al siguiente* los hombres situados en clase social III (87%) y las mujeres en clase social V (88%), situándose los mayores grados de desacuerdo entre las personas en clase social V (12% de los hombres y 10% de las mujeres (al igual que las mujeres en clase social I)). La opinión sobre *la comodidad del horario* es más favorable entre las personas en clase social IV (75% de los hombres y 86% de las mujeres) y mucho más crítica (en desacuerdo) entre hombres de clase social V (23%) y mujeres en clase social I (15%). *La suficiente cercanía del servicio a su domicilio* es valorada más favorablemente por las personas en clase social IV (84% de hombres y 85% de mujeres) y más desfavorablemente (en desacuerdo) por los hombres en clase social V (10%) y mujeres en clase social I (12,5%). El grado de acuerdo sobre si *se transmite confianza y seguridad* es mayor entre hombres de clase social III (77%) y mujeres de clase social IV (81%) mientras que es peor valorada entre hombres de clase social V (17%) y mujeres de clase social I (10%). La opinión sobre si *se proporciona información adecuada* es mayor entre hombres de clase social III (78,5%) y mujeres de clase social V (80%), siendo peor valorado este epígrafe entre hombres de clase social V (13%) y mujeres de clase social I (15%). En cuanto *al tiempo de espera* es mejor valorado por hombres de clase social III (49%) y mujeres de clase social V (51%), siendo muy crítico entre las personas más críticas para todos los epígrafes, los hombres de clase social V (42%) y mujeres de clase social I (37,5%). La *amabilidad de los/las profesionales* es mejor valorada por parte de las personas en clase social IV (81% en hombres y 89% en mujeres), siendo mayor el grado de desacuerdo entre personas en clase social V (10% de los hombres y 6% de las mujeres). Igual sucede con el grado de acuerdo sobre si *se respeta la intimidad de los/las pacientes* (90% en hombres y 93% en mujeres de clase social IV ) recayendo la parte crítica, sobre todo, en los hombres de clase social V. La opinión sobre si *las instalaciones son cómodas y adecuadas* es más favorable entre los hombres de clase social III (85%) y las mujeres de clase social V (87%) siendo más críticos los hombres en clase social V (13%), y mujeres de clase social I (15%).

Por nivel de estudios con respecto a si *la atención primaria del SESPA atiende el mismo día en que pide la cita o al siguiente* están más de acuerdo las personas con nivel de estudios básicos (84% en hombres y 88% en mujeres) siendo más críticas las personas con estudios universitarios (9% en hombres y mujeres). Igual sucede con la *opinión de que los horarios son cómodos* (87% de hombres y 93% de mujeres con estudios básicos están de acuerdo y un 18,5% de hombres y 18% de mujeres con estudios universitarios están en desacuerdo). No sucede así para la opinión sobre si *el centro está suficientemente cerca del domicilio*: un 90% de las personas con estudios básicos está de acuerdo, mientras que un 8% de las personas con estudios medios está en desacuerdo. La valoración de *la transmisión de confianza y seguridad* es más alta entre las personas con estudios básicos (79% en hombres y 91% en mujeres, respectivamente) y, sin embargo, es también más crítica entre hombres con estudios básicos (9%) y mujeres con estudios universitarios (12%). El cuanto a la opinión de que *se proporciona información adecuada* están más de acuerdo las personas con estudios básicos (82% en hombres y 86% en mujeres) siendo más discrepantes los hombres con estudios básicos y las mujeres con estudios universitarios (14%). Hay una mejor valoración de las personas con estudios básicos en relación a que *no hay que esperar mucho en ser atendido/a* (58% en hombres y 67,5% en mujeres) siendo más críticos los hombres con estudios medios (32%) y mujeres con estudios superiores (37%). Opinan en mayor porcentaje que *los/las profesionales son amables* las personas con estudios básicos (87% de los hombres y 92,5% de las mujeres) frente a la opinión discrepante de los hombres con estudios básicos (4%) y mujeres con estudios medios (5%). *El respeto a la intimidad* es mejor valorado, también, por las personas con estudios básicos (95% en hombres y 96% en mujeres) siendo peor valorado entre hombres con estudios universitarios (4%) y mujeres de estudios medios (3%). También en cuanto a que *las instalaciones son cómodas y adecuadas* es mayor la proporción de personas de acuerdo entre las que tienen estudios básicos (90% de hombres

y 93% en mujeres) y siendo más discrepantes las que tiene estudios universitarios (12% de las mujeres y 9% de los hombres).

### **7.1.4.- Conocimiento de servicios en Atención Primaria:**

Contestación a la pregunta: ***Por lo que Ud. Conoce, ¿Sabe si los servicios que le voy a citar son prestados por los médicos y profesionales de enfermería del SESPA?. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).***

Más de la mitad de la población asturiana entrevistada dice saber que en Atención Primaria del SESPA se prestan servicios de planificación familiar, la misma proporción de los que dicen saber que se prestan educación maternal. Tres de cada cuatro personas dice conocer que se realiza atención domiciliaria, vacunaciones infantiles, y atención a personas con diabetes y tensión arterial alta. Dos de cada tres personas dicen saber que se presta atención a embarazadas durante la gestación.

Por género, las mujeres manifiestan conocer más los servicios que presta la Atención Primaria en todos los epígrafes. Las diferencias son estadísticamente significativas en todos los asertos.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Servicios de Planificación familiar</b>	47,3	<b>61,1</b>	<b>54,6</b>
<b>Educación maternal</b>	40,4	<b>54,9</b>	<b>48,2</b>
<b>Atención domiciliaria a personas graves o que no pueden moverse</b>	70,2	<b>80,3</b>	<b>75,6</b>
<b>Atención a embarazadas</b>	57,3	<b>73,0</b>	<b>65,7</b>
<b>Seguimiento de enfermos/as de diabetes</b>	66,1	<b>75,9</b>	<b>71,3</b>
<b>Atención a enfermos/as con tensión alta</b>	66,8	<b>77,8</b>	<b>72,6</b>
<b>Vacunaciones infantiles</b>	67,0	<b>80,4</b>	<b>74,2</b>
<b>Revisión periódica a menores de 1 año</b>	57,7	<b>75,0</b>	<b>66,9</b>
<b>Revisiones de vista y oído</b>	56,5	<b>66,6</b>	<b>61,9</b>

Por edades, por lo general, manifiestan conocer más los servicios las personas de las edades medias de la vida (entre 30-64 años de edad). Los servicios de planificación familiar son mejor conocidos por las personas más usuarias de los mismos (de 30-44 años) al igual que los de atención maternal, atención a embarazadas, vacunaciones infantiles, revisiones de menores de un año de edad. Son aquellos servicios dirigidos a problemas crónicos los que son más conocidos por el grupo erario inmediatamente siguiente (personas de 45-64 años de edad): atención domiciliaria, seguimiento de diabetes, hipertensión arterial, revisiones de vista y oído.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Servicios de Planificación familiar</b>	59,4	65,6	60,6	31,2	<b>54,6</b>
<b>Educación maternal</b>	48,7	60,7	49,1	32,7	<b>48,1</b>
<b>Atención domiciliaria a personas graves</b>	71,1	79,1	80,8	70,3	<b>75,6</b>
<b>Atención a embarazadas</b>	65,3	77,8	68,5	49,7	<b>65,7</b>
<b>Seguimiento de enfermos/as de diabetes</b>	63,7	73,2	77,9	69,5	<b>71,3</b>
<b>Atención a enfermos/as con tensión alta</b>	63,2	74,9	79,2	72,1	<b>72,6</b>
<b>Vacunaciones infantiles</b>	73,6	84,0	77,7	59,9	<b>74,2</b>
<b>Revisión periódica a menores de 1 año</b>	65,0	79,0	70,8	51,1	<b>66,9</b>
<b>Revisiones de vista y oído</b>	57,6	66,1	66,3	56,4	<b>61,9</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Servicios de Planificación familiar</b>	50,2	54,4	51,7	25,9	<b>47,3</b>	67,9	75,1	66,9	34,3	<b>61,1</b>
<b>Educación maternal</b>	38,2	50,8	42,6	23,9	<b>40,4</b>	58,8	69,1	53,3	37,8	<b>54,9</b>
<b>Atención domiciliaria a personas graves</b>	62,7	73,4	74,0	64,5	<b>70,2</b>	78,3	82,9	84,3	72,4	<b>80,3</b>
<b>Atención a embarazadas</b>	54,4	68,1	59,2	40,1	<b>57,3</b>	75,4	85,5	74,6	55,1	<b>73,0</b>
<b>Seguimiento de enfermos/as de diabetes</b>	57,7	67,7	70,2	63,5	<b>66,1</b>	68,3	77,3	82,6	71,7	<b>75,9</b>
<b>Atención a enfermos/as con tensión alta</b>	58,5	66,9	71,3	66,0	<b>66,8</b>	67,1	81,4	84,0	74,6	<b>77,8</b>
<b>Vacunaciones infantiles</b>	63,1	74,6	70,9	51,8	<b>67,0</b>	82,9	91,4	81,5	63,6	<b>80,4</b>
<b>Revisión periódica a menores de 1 año</b>	51,9	68,1	62,6	40,6	<b>57,7</b>	77,1	88,1	76,0	56,9	<b>75,0</b>
<b>Revisiones de vista y oído</b>	50,6	59,7	60,8	48,2	<b>56,5</b>	62,9	71,4	68,6	60,1	<b>66,6</b>

Por edad y género, es de destacar el escaso nivel de conocimientos que manifiestan los hombres respecto a los servicios que sabe que puede prestar la atención primaria. Ese escaso conocimiento comprende también a las generaciones más jóvenes. Así, solo la mitad de los hombres jóvenes sabe que los servicios de atención primaria ofrecen servicios de planificación familiar, cifra alejada del 75% de las mujeres de 30-44 años y del 68% en las mujeres de la misma edad. Las cifras citadas bajan en cuando al servicio de educación maternal (solo un 38% de los hombres jóvenes y la mitad de los de 30-44 años frente a un 59% de las mujeres jóvenes y un 69% de las mujeres entre 30-44 años). El conocimiento de la atención domiciliaria a personas graves es mayor estando los mayores niveles de su conocimiento entre los hombres (74%) de 45-64 años y las mujeres de la misma edad (84%) y siendo del 63% de los hombres jóvenes y 72% de las mujeres mayores. Por su parte, aun a pesar del mayor conocimiento de las mujeres, aún un cuarto de ellas desconoce que se presta atención a las embarazadas en atención primaria, siendo mayor la proporción entre las mujeres de 30-44 años (85,5%) y escaso entre mujeres mayores (55%), cifras que llegan a ser más altas entre los hombres de 30-44 años (68%) y más bajas entre los hombres mayores (40%). Dos tercios de los hombres saben que se hace seguimiento de diabéticos/as por tres cuartos de las mujeres, siendo mayor el conocimiento

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

entre hombres (70%) y mujeres (83%) de 45-64 años de edad. Las proporciones de conocimiento de atención a enfermos/as hipertensas es muy similar con mayor grado de conocimiento entre mujeres y más alto entre personas de 45-64 años (71% en hombres y 84% de mujeres). El conocimiento de que se suministran vacunaciones infantiles es desconocido, aún, para un 33% de los hombres y un 20% de las mujeres, si bien es muy bajo el conocimiento de que se presta este servicio entre hombres jóvenes (63%) y es muy relativamente más alto entre mujeres hasta los 65 años (91% en mujeres de 30-44 años de edad). las cifras bajan en hombres en relación a que se dan servicios de revisión periódica a menores de una año (solo la mitad de los hombres jóvenes sabe que se dan, y solo dos tercios de los hombres de 30-44 años, frente a un 88% de las mujeres de 30-44 años y un 77% de las jóvenes). El hecho de conocer que se hacen revisiones de vista y oído es mayor entre personas de 45-64 años (61% de los hombres y 69% de las mujeres) y muy bajo entre personas mayores (48% de los hombres y 60% de las mujeres).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Servicios de Planificación familiar</b>	72.1	53.7	83.8	<b>61,1</b>
<b>Educación maternal</b>	76.4	47.8	67.5	<b>54,9</b>
<b>Atención domiciliaria a personas graves</b>	95.0	74.0	92.5	<b>80,3</b>
<b>Atención a embarazadas</b>	89.3	67.1	83.8	<b>73,0</b>
<b>Seguimiento de enfermos/as de diabetes</b>	90.0	70.4	85.6	<b>75,9</b>
<b>Atención a enfermos/as con tensión alta</b>	92.9	72.5	85.6	<b>77,8</b>
<b>Vacunaciones infantiles</b>	89.3	75.2	92.5	<b>80,4</b>
<b>Revisión periódica a menores de 1 año</b>	87.9	69.0	87.5	<b>75,0</b>
<b>Revisiones de vista y oído</b>	92.1	58.2	79.4	<b>66,6</b>

En relación al hábitat, el conocimiento de servicios de planificación familiar es más alto entre personas residentes en cuencas mineras (66% de hombres y 84% de mujeres) y muy bajo entre residentes en zonas centrales (38% de los hombres y 54% de las mujeres). La educación maternal en atención primaria es más conocida entre personas residentes en zonas rurales (69% en hombres y 76% en mujeres) y escasamente en zonas centrales (34% de hombres y 8% de mujeres). Idéntica situación ocurre en cuanto a los servicios de atención domiciliaria a personas graves (93% de los hombres y 95% de las mujeres de zonas rurales sabe que existen, por solo un 62% de los hombres y un 72% de las mujeres de zonas centrales), y en cuanto a la atención a la embarazada (74% de los hombres y 89% de las mujeres de zonas rurales por solo un 51% de los hombres y 67% de las mujeres de zonas centrales), y de los servicios de seguimientos a diabéticos /as (89-90% en zonas rurales, y solo del 60% en hombres y 70% en mujeres de zonas centrales), y de atención a enfermos/as con hipertensión arterial (90-93% de personas residentes en zonas rurales, frente a solo un 60% en hombres y un 72% en mujeres de zonas centrales). El conocimiento de servicios de vacunación infantil es mejor conocido entre hombres de zonas rurales (80%) y entre mujeres de cuencas mineras (92,5%) siendo más bajo entre personas de zonas centrales (61% en hombres y 75% en mujeres). Los servicios de revisión periódica a menores de un año es más conocida entre personas de zonas rurales (76% de los hombres y 88% de las mujeres) y muy poco entre personas de zonas centrales (51% de hombres y 69% de mujeres), al igual que los servicios de revisión de vista y oído (86% de los hombres y 92% de las mujeres de zonas rurales los conocen por solo un 49% de los hombres y un 58% de las mujeres de zonas centrales).

Por clase social, conoce la existencia de servicios de planning en atención primaria los hombres (50%) y mujeres de clase social I (75%). Los servicios de educación maternal

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

son mejor conocidos por hombres de clase social II (48%) y en mujeres de clase social I (73%). Los servicios de atención a personas graves que no pueden desplazarse son más conocidos por personas en clase social IV (72% de hombres y 84% de mujeres). Los servicios de atención a embarazadas, por su parte, lo son entre hombres de clase social II (68%) y mujeres de clase social V (80%). Las actividades de seguimiento a diabéticos/as es más conocida entre hombres de clase social V (70%) y mujeres de clase social IV (79%). Por su parte las actividades de seguimiento a personas con hipertensión arterial es más conocida entre personas de clase social III (68% en hombres y 78% en mujeres). Los hombres de clase social II (79%) y las mujeres en clase social I (90%) saben que se dan vacunaciones infantiles. Los servicios de revisión periódica a menores de un año son más conocidos entre hombres de clase social II (63%) y entre mujeres de clase social V (83%), al igual que los servicios de revisión de vista y oído (73% en mujeres de clase social V).

Por nivel educativo, presentan un mayor conocimiento de que se prestan servicios de planning en atención primaria entre las personas con estudios universitarios (56% de los hombres y 73% de las mujeres con estos estudios), siendo mucho más baja esa proporción entre personas con estudios básicos (32% en hombres y 45% en mujeres). Idéntica situación tenemos para el conocimiento de los servicios de educación maternal (saben que se prestan un 48% de los hombres y un 65% de las mujeres con estudios universitarios) siendo más bajo entre las personas con estudios básicos (28% en hombres y 45% en mujeres). Por su parte, el conocimiento de que se atiende a domicilio a personas graves que no se pueden desplazar es mayor entre hombres con estudios medios (71%) y entre mujeres con estudios superiores (82%) no existiendo tanta diferencia de conocimiento entre niveles de estudio y género. No sucede lo mismo con el conocimiento de la atención a embarazadas que es mayor entre personas con estudios universitarios (69% en hombres y 81% en mujeres, siendo más bajo entre personas con estudios básicos: 43% en hombres y 61% en mujeres). Sin embargo, el conocimiento de que se presta seguimiento a enfermos de diabetes es muy similar, siendo ligeramente más alto entre hombres con estudios universitarios (67%, y más bajo entre los que tienen estudios básicos, 63%) y entre mujeres de estudios medios (76%, frente a un 73% de las mujeres con estudios universitarios). Parecida circunstancia sucede con el conocimiento del servicio a enfermos de tensión alta (70% de conocimiento en hombres con estudios universitarios y 78% en mujeres con los mismos estudios). El conocimiento de los servicios de vacunación infantil es mayor entre personas con estudios universitarios (75% en hombres y 88% en mujeres) siendo más bajo entre personas con estudios básicos (51% en hombres y 72% en mujeres). Igual sucede con las revisiones periódicas a menores de un año (64% en hombres y 79% en mujeres universitarias) mientras que es mucho más bajo entre personas con estudios básicos (45% de hombre y 65% en mujeres). Los servicios de revisión de vista y oído son muy similares entre los distintos subgrupos, siendo ligeramente mayor el conocimiento de los servicios entre hombres con estudios superiores (59% y mujeres con estudios básicos (66%).

### **7.1.5.- Opinión sobre los servicios de Atención Especializada (especialistas):**

Contestación a la pregunta: ***Con independencia de que Ud. Haya ido o no a su médico/a especialista, nos gustaría saber que valorase la Atención especializada que presta el SESPA. Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de las siguientes cuestiones. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia). Solo asistencia sanitaria prestada por el SESPA.***

Alrededor de dos tercios de las personas encuestadas están de acuerdo con que los/las especialistas del SESPA transmiten la información adecuada, que el horario de consulta de estas es cómodo, que son amables y que transmiten confianza y seguridad. Un 80% están de acuerdo en que se respeta la intimidad de los/las pacientes en sus consultas. No obstante, el grado de acuerdo con los asertos baja a una de cada dos personas en la consideración de que los/las distintos/as especialistas intercambian información respecto de sus pacientes; y, baja más aún la proporción de personas que están de acuerdo en que es fácil conseguir consulta de especialistas (44%), una vez conseguida cita no hay que esperar mucho para ser atendidos/as (38%), que las consultas de estos/as profesionales están cerca del domicilio de las personas entrevistadas. Evidentemente, a menor proporción de personas que están de acuerdo mayor es la proporción de personas que están en desacuerdo. La proporción de personas que no saben o no contestan en estas preguntas es relativamente alta (superior al 9%) llegando en el caso del aserto de que los/las profesionales intercambian información sobre sus pacientes al 27,5%.

Por género, las mujeres suelen manifestar, por una parte, estar de acuerdo en mayor proporción que los hombres y, por otra, en estar, también, en mayor proporción de desacuerdo que los hombres. Solo se salen de estas afirmaciones, que los hombres están más en desacuerdo en que el horario de estos/as especialistas es cómodo y en que la información facilitada por los/las mismos/as es la adecuada. No obstante, ninguna diferencia observada es estadísticamente significativa.

Por grupos etarios, las personas mayores tienen unas proporciones de estar de acuerdo muy superiores en todos los enunciados. Las personas jóvenes, por el contrario, manifiestan con menor frecuencia su conformidad con los enunciados, junto con, en ocasiones, con las personas de 30-44 años de edad. Es curioso que, al contrario que para otras preguntas, las personas mayores suelen ser más reacias a contestar, en este caso la tasa de no respuesta no asciende del 10% y son las personas jóvenes y las de 30-44 años de edad aquellas que tienen a tener las tasas de no respuesta más elevadas.

Por edad y género, están más de acuerdo con *que la información que suministran los/las especialista es adecuada* las personas mayores (81% en hombres y 74% en mujeres) siendo mucho más baja en personas jóvenes (57% en hombres y 63% en mujeres jóvenes). También las personas mayores están más de acuerdo en *que el horario es cómodo* (82% en hombres y 75% en mujeres mayores) si bien el grado de desacuerdo es mucho más elevado entre personas entre 16-44 años (21% en hombres y 20% en mujeres, mientras solo alcanza un 7% en hombres y 5% en mujeres mayores). Situación similar existe para *es fácil conseguir consulta* si bien con niveles muy inferiores a los anteriormente citados (de acuerdo un 65% de los hombres y un 59% de las mujeres mayores) y aumenta el grado de desacuerdo hasta llegar a un 39% de las mujeres y un 37% de los hombres de 30-44 años de edad. *La amabilidad de los/las profesionales* también es mejor percibida por

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

las personas mayores (de acuerdo un 85% en hombres y 81% en mujeres) que en personas más jóvenes (un 8% en personas de 45-64 años de edad).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>La información es adecuada</b>			
NS/NC	12,5	8,9	10,6
De acuerdo	63,2	68,0	65,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13,5	12,9	13,2
En desacuerdo	10,8	10,3	10,5
<b>El horario es cómodo</b>			
NS/NC	12,7	8,6	10,5
De acuerdo	58,9	65,5	62,4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12,5	13,2	12,8
En desacuerdo	15,9	12,8	14,2
<b>Es fácil conseguir consulta</b>			
NS/NC	12,9	8,1	10,4
De acuerdo	43,0	45,0	44,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13,1	14,1	13,6
En desacuerdo	31,0	32,8	31,9
<b>Los/las profesionales son amables</b>			
NS/NC	12,1	7,5	9,6
De acuerdo	67,6	72,7	70,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14,0	13,4	13,6
En desacuerdo	6,4	6,4	6,4
<b>No hay que esperar mucho para ser atendido/a</b>			
NS/NC	12,7	8,1	10,2
De acuerdo	35,9	40,4	38,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20,0	18,8	19,3
En desacuerdo	31,5	32,7	32,2
<b>La consulta está cerca de mi domicilio</b>			
NS/NC	11,7	7,7	9,6
De acuerdo	46,7	45,3	45,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11,7	12,0	11,8
En desacuerdo	30,0	35,0	32,7
<b>Intercambian información sobre la salud de los/las pacientes</b>			
NS/NC	30,3	25,0	27,5
De acuerdo	47,8	50,5	49,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,9	5,9	6,4
En desacuerdo	15,0	18,6	16,9
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes</b>			
NS/NC	14,5	9,3	11,8
De acuerdo	77,5	83,8	80,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,6	3,6	4,0
En desacuerdo	3,4	3,3	3,3
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad</b>			
NS/NC	12,4	7,9	10,0
De acuerdo	67,9	72,3	70,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13,2	11,7	12,4
En desacuerdo	6,5	8,1	7,3

Cifras también de acuerdo elevado en personas mayores, si bien con niveles inferiores se encuentran en el análisis de la frase de *no hay que esperar mucho en la consulta para ser atendido/a* (50% en hombre y 51% en mujeres mayores) encontrándose los grados de desacuerdo a niveles del 36% de los hombres y 42% de las mujeres jóvenes. Situación parecida existe en relación a que *el servicio de especialistas del SESPA está cerca del domicilio de la persona entrevistada* (de acuerdo un 55% de los hombres y un 49% de las mujeres mayores; y en desacuerdo un 32% de los hombres de 45-64 años y un 37,5% de

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

las mujeres de 30-44 años de edad). Al igual que sucede con que *los especialistas intercambian información sobre la salud de los pacientes* (68% de hombres y 62% de mujeres mayores están de acuerdo, por el contrario, un 19% de los hombres y un 29% de las mujeres de 30-44 años está en desacuerdo). Y *en relación a que se respeta la intimidad de los pacientes*, si bien la diferencia no es tan grande (un 87% de los hombres y un 85% de las mujeres mayores está de acuerdo, por el contrario, lo niveles en desacuerdo no son muy elevados: un 4% en hombres de 30-44 años y un 6% en mujeres de 45-64 años de edad). Por su parte, *la confianza y seguridad* es mejor valorada, también, entre las personas mayores (de acuerdo, un 86% de los hombres y un 82% de las mujeres mayores) que entre las más jóvenes (en desacuerdo, un 7% de los hombres y un 11% de las mujeres de 45-64 años de edad).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>La información es adecuada</b>					
NS/NC	14,0	10,5	8,9	9,0	<b>10,6</b>
De acuerdo	60,2	60,2	65,8	77,5	<b>65,8</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17,3	16,6	12,2	6,3	<b>13,2</b>
En desacuerdo	8,5	12,7	13,1	7,1	<b>10,5</b>
<b>El horario es cómodo</b>					
NS/NC	13,8	12,3	8,0	8,2	<b>10,5</b>
De acuerdo	53,1	49,0	68,7	79,1	<b>62,4</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12,9	19,3	11,6	7,2	<b>12,8</b>
En desacuerdo	20,2	19,3	11,6	5,5	<b>14,2</b>
<b>Es fácil conseguir consulta</b>					
NS/NC	14,2	10,6	8,6	8,4	<b>10,4</b>
De acuerdo	38,6	34,8	41,7	62,2	<b>44,0</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15,2	16,0	14,0	9,0	<b>13,6</b>
En desacuerdo	31,9	38,6	35,7	20,4	<b>31,9</b>
<b>Los/las profesionales son amables</b>					
NS/NC	12,9	10,0	7,7	8,2	<b>9,6</b>
De acuerdo	61,6	65,2	71,4	83,6	<b>70,3</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18,6	17,8	12,6	5,3	<b>13,6</b>
En desacuerdo	6,9	7,0	8,4	2,9	<b>6,4</b>
<b>No hay que esperar mucho para ser atendido/a</b>					
NS/NC	14,0	10,8	8,0	8,3	<b>10,2</b>
De acuerdo	28,9	31,9	40,1	51,8	<b>38,3</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16,8	23,2	17,7	19,7	<b>19,3</b>
En desacuerdo	39,4	34,1	34,2	20,2	<b>32,2</b>
<b>La consulta está cerca de mi domicilio</b>					
NS/NC	13,2	9,8	7,4	8,2	<b>9,6</b>
De acuerdo	43,8	40,6	47,4	52,2	<b>45,9</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10,9	15,6	12,3	8,2	<b>11,8</b>
En desacuerdo	32,2	34,1	32,9	31,3	<b>32,7</b>
<b>Intercambian información sobre la salud de los/las pacientes</b>					
NS/NC	31,1	28,0	26,0	25,0	<b>27,5</b>
De acuerdo	39,9	39,8	52,1	65,7	<b>49,2</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9,2	7,5	5,3	3,4	<b>6,4</b>
En desacuerdo	19,8	24,8	16,6	5,9	<b>16,9</b>
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes</b>					
NS/NC	15,4	12,1	9,7	10,1	<b>11,8</b>
De acuerdo	77,3	77,1	82,3	86,9	<b>80,9</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,2	6,3	3,7	0,9	<b>4,0</b>
En desacuerdo	2,1	4,5	4,4	2,1	<b>3,3</b>
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad</b>					
NS/NC	13,5	10,4	8,0	8,2	<b>10,0</b>
De acuerdo	60,8	65,7	70,5	84,6	<b>70,3</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17,7	15,1	12,4	4,0	<b>12,4</b>
En desacuerdo	7,9	8,8	9,1	3,2	<b>7,3</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

Por tipo de hábitat, consideran estar más de acuerdo con *que la información en el servicio de especialistas del SESPA es adecuada* las personas que residen en las cuencas mineras (69% en hombres y 75% en mujeres, frente a un 61% de los hombres y un 65% de las mujeres de las zonas centrales), siendo, paradójicamente, también dichas personas las que manifiestan en mayor proporción estar en desacuerdo (13,5% de los hombres y 16% en las mujeres, frente a solo un 7,5% de los hombres y un 4% de las mujeres residentes en zonas rurales). Las personas residentes en zonas rurales consideran estar en mayor acuerdo con que *los horarios son cómodos* (72% en hombres y 76% en mujeres) en contraposición al alto nivel de desacuerdo detectado entre las personas residentes en cuencas mineras (17% de los hombres y 14% de las mujeres). Igualmente son las personas residentes en zonas rurales las que consideran estar más de acuerdo con que *es fácil conseguir consulta* (44% en hombres y 53% en mujeres) también en contraposición a las residentes en las cuencas mineras (45% en hombres y 44% en mujeres, cifras superiores a las que consideran estar de acuerdo). Al contrario, están más de acuerdo con que *los/las profesionales son amables* los hombres residentes en cuencas mineras (78%) y mujeres de zonas rurales (81%) estando los mayores niveles de desacuerdo entre los hombres de zonas centrales (8%) y mujeres de cuencas mineras (10%). Los niveles de acuerdo para *una vez en la consulta no hay que esperar mucho para ser atendido/a* son mucho más bajos siendo más altos entre las personas residentes en cuencas mineras (39% en hombres y 48% en mujeres) situándose los mayores niveles de desacuerdo entre las personas de zonas rurales (35% en hombres y 34% en mujeres). Asimismo, el grado de acuerdo con que *el servicio está cerca de mi domicilio* es más alto en las cuencas mineras (63% en hombres y 54% en mujeres) siendo el grado de desacuerdo mucho mayor entre personas residentes en zonas rurales (47% en hombres y 42% en mujeres). Las personas residentes en cuencas mineras, también, consideran estar más de acuerdo con que *se intercambia información sobre la salud de los/las pacientes* (56% en hombres y 52% en mujeres) siendo también las personas residentes en estas cuencas las que están en mayor grado de desacuerdo (16% de los hombres y 19% de las mujeres). Las personas residentes en zona rural son las que están más de acuerdo en que *se respeta la intimidad de los/las pacientes* (92% de los hombres y 93% de las mujeres) siendo mayor el grado de desacuerdo entre los residentes en las zonas centrales (4%). Son, asimismo, las personas residentes en cuencas mineras las que dicen estar más de acuerdo en que *los/las profesionales transmiten confianza y seguridad* (74% en hombres y 77% en mujeres) y son ellas, también, las que están en mayor desacuerdo (7% en hombres y 9% en mujeres).

Por clase social, están más de acuerdo en *que la información es adecuada* en los servicios de especialistas del SESPA los hombres de clase social III (67%) y las mujeres en clase social IV (69%) estando en mayor desacuerdo los hombres en clase social V (18%) y mujeres en clase social I (19%). En relación a *la comodidad de los horarios* es más alto el grado de acuerdo entre hombres en clase social III (63%) y mujeres en clase social IV (71%) y es mayor el grado de desacuerdo entre hombres (22%) y mujeres (16%) de clase social V. Los hombres (49%) y mujeres (47%) en clase social III son las que están más de acuerdo en que *es fácil conseguir consulta*, mientras que el grado de desacuerdo es mayor entre hombres en clase social IV (36%) y entre mujeres en clase social II (39%). *La amabilidad de los /las profesionales* es mejor valorada entre los hombres en clase social III (72%) y mujeres en clase social V (77%) y en mayor desacuerdo entre los hombres en clase social IV (7%) y mujeres en clase social I (8%). En relación a la opinión de *que una vez en consulta no hay que esperar mucho para ser atendido/a* el grado de acuerdo es mayor entre los hombres en clase social III (42%) y mujeres en clase social V (43%), estando en mayor desacuerdo los hombres en clase social V (38%) y mujeres en clase social I (40%). En relación a si *el servicio de especialista está cerca del domicilio de la persona entrevistada*, las personas que están más de acuerdo son los hombres (51%) y mujeres (45%) en clase social III, mientras que el grado de desacuerdo es mayor entre hombres en clase social IV (32,5%) y mujeres en clase social V (41%). La opinión de que *los/las profesionales intercambian información sobre las salud de los/las pacientes* es mejor valorada (de acuerdo) entre las personas en clase social III (52% en hombres y 49% en

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

mujeres) y peor valorada (en desacuerdo) los hombres en clase social II (18%) y mujeres en clase social I (35%). El grado de acuerdo con respecto a que *se respeta la intimidad de los/las pacientes* es mayor entre hombree en clase social IV (81%) y mujeres en clase social I (87,5%) mientras que está más gente en desacuerdo entre los hombres en clase social V (5%) y mujeres en clase social II (7%). Con respecto a que *los/las profesionales transmiten confianza y seguridad* un 71% de los hombres en clase social III y un 76% de las mujeres en clase social V están de acuerdo, mientras que están en desacuerdo un 12,5% de las mujeres en clase social I (12,5%) y un 13% en los hombres en clase social I.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>La información es adecuada</b>										
De acuerdo	56,8	54,4	62,6	81,2	<b>62,9</b>	63,3	64,3	67,9	73,9	<b>67,6</b>
En desacuerdo	8,3	13,7	12,1	8,1	<b>10,7</b>	8,8	11,5	13,9	6,4	<b>10,2</b>
<b>El horario es cómodo</b>										
De acuerdo	51,0	39,9	65,3	82,2	<b>58,6</b>	55,0	56,5	71,4	75,3	<b>65,1</b>
En desacuerdo	20,7	21,0	12,8	6,6	<b>15,7</b>	19,6	17,5	10,5	4,6	<b>12,7</b>
<b>Es fácil conseguir consulta</b>										
De acuerdo	39,4	32,3	38,5	65,5	<b>42,7</b>	37,5	36,4	44,3	59,0	<b>44,7</b>
En desacuerdo	27,0	36,7	35,1	21,8	<b>30,7</b>	36,7	39,4	35,9	19,1	<b>32,5</b>
<b>Los/las profesionales son amables</b>										
De acuerdo	59,3	60,5	66,8	85,3	<b>67,1</b>	63,3	68,0	74,9	80,9	<b>72,2</b>
En desacuerdo	6,2	6+,5	8,3	3,6	<b>6,3</b>	7,5	7,4	8,4	2,5	<b>6,4</b>
<b>No hay que esperar mucho para ser atendido/a</b>										
De acuerdo	29,0	27,0	38,1	50,3	<b>35,4</b>	30,0	35,3	41,5	51,2	<b>39,9</b>
En desacuerdo	36,5	34,3	30,9	20,3	<b>31,0</b>	41,7	32,7	36,9	19,4	<b>32,3</b>
<b>La consulta está cerca de mi domicilio</b>										
De acuerdo	46,9	39,5	45,7	54,8	<b>46,3</b>	40,4	40,1	47,9	49,1	<b>44,6</b>
En desacuerdo	27,4	29,0	32,1	29,9	<b>29,7</b>	36,7	37,5	32,9	31,4	<b>34,5</b>
<b>Intercambian información sobre la salud de los/las pacientes</b>										
De acuerdo	39,8	37,5	47,9	68,0	<b>47,3</b>	39,6	40,5	55,4	62,2	<b>50,0</b>
En desacuerdo	16,2	19,0	16,6	5,6	<b>14,8</b>	23,3	29,4	16,4	6,0	<b>18,4</b>
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes</b>										
De acuerdo	73,0	70,6	78,5	87,3	<b>76,9</b>	81,3	81,8	84,3	84,8	<b>83,1</b>
En desacuerdo	3,3	4,0	2,6	3,6	<b>3,4</b>	0,8	4,8	5,9	1,1	<b>3,2</b>
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad</b>										
De acuerdo	58,5	60,1	68,7	85,8	<b>67,4</b>	62,9	69,1	71,4	82,0	<b>71,7</b>
En desacuerdo	6,6	6,9	7,2	4,6	<b>6,4</b>	9,2	10,4	10,8	2,1	<b>8,1</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

Por nivel de estudios, consideran estar de acuerdo en mayor grado en que la *información suministrada es adecuada* entre los servicios de especialistas del SESPA las personas que tienen niveles de estudios básicos (76% de los hombres y 73% de las mujeres) estando en mayor grado de desacuerdo las personas con estudios universitarios (10,5% de los hombres y 13% de las mujeres). Igual sucede con la *opinión de que los horarios son cómodos* (71% de los hombres y 76% de las mujeres con nivel de estudios básicos están de acuerdo, mientras que están en desacuerdo un 19% de los hombres y un 18% de las mujeres con estudios universitarios) y con la *opinión sobre la facilidad de conseguir una consulta* (60% de los hombres y 61% de las mujeres con estudios básicos están de acuerdo, y están en desacuerdo un 34% de los hombres con estudios medios y un 39% de las mujeres con estudios universitarios). La amabilidad de los/las profesionales es mejor valorada entre las personas con estudios básicos (76% de los hombres y 78% de las mujeres) mientras que es peor valorada (Desacuerdo) entre los hombres con estudios medios (7%) y mujeres con estudios superiores (8%). Las diferencias entre niveles de estudio son mayores cuando se valora el que *una vez en consulta no hay que esperar mucho para ser atendido/a*: de acuerdo un 53% de los hombres y un 54% de las mujeres con estudios básicos, y en desacuerdo un 34% de los hombres con estudios medios y un 41% de las mujeres con estudios superiores. Están, también, en mayor acuerdo con respecto a la *cercanía del servicio al domicilio* las personas con estudios básicos (64% de hombres y 55% de mujeres) y son los hombres (33%) y las mujeres (39%) con estudios medios las que más en desacuerdo están. Están más de acuerdo con que *los/las profesionales intercambian información sobre la salud de los/las pacientes* entre las personas con estudios básicos (68-69%) y más en desacuerdo, de nuevo, las personas con estudios superiores (16% en hombres y 34% en mujeres). La *opinión sobre el respeto a la intimidad de los/las pacientes* es valorado de una manera mucho más uniforme entre los distintos subgrupos, siendo ligeramente superior el estar de acuerdo entre los hombres con estudios básicos (80%) y las mujeres con estudios medios (84%), y existiendo una pequeña proporción de personas en desacuerdo que son mayores entre hombres con estudios básicos (4%) y mujeres con estudios medios (3,5%). Existe, de nuevo, un mayor grado de acuerdo con que *se transmite confianza y seguridad desde los/las especialistas del SESPA* entre las personas con estudios básicos (77-78%) y un menor grado de acuerdo entre los hombres con estudios medios (7%) y mujeres con estudios superiores (11%).

### **7.1.6.- Opinión sobre los servicios de Atención Especializada (Hospitalización):**

Contestación a la pregunta: ***Con independencia de que Ud. Haya o alguno de sus familiares haya estado ingresado/a en un hospital, ahora le vamos a comentar algunas cuestiones referidas a los hospitales del SESPA. Por favor, díganos su grado de acuerdo con cada una de las siguientes cuestiones. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia). Solo asistencia sanitaria prestada por el SESPA.***

Entre el 60-75% de la población encuestada está de acuerdo en que en los hospitales del SESPA se suministra la información adecuada, el horario de atención es cómodo, se resuelven las intervenciones con eficacia, se informa sobre el problema y el proceso de la intervención, se informa sobre los beneficios y riesgos para la salud de los/las pacientes, y que los/las profesionales son amables. Un 80% de la población opina que se respeta la intimidad de los/las pacientes. No obstante, solo un 43% está de acuerdo en que la intervención puede ser realizada en cualquier hospital del SESPA siempre que tenga la especialidad adecuada, un 40% está de acuerdo en que es posible pedir cita con otro/a médico/a especialista para tener una segunda opinión y solo una de cada tres personas está de acuerdo en que no hay que esperar mucho tiempo para que realicen la intervención.

Por género, las mujeres manifiestan más proporción de estar de acuerdo en todos los enunciados, si bien, en ningún caso, la diferencia es estadísticamente significativa.

Por grupos etarios, como para la opinión sobre las consultas de especialistas del SESPA, las personas mayores tienen unas proporciones de estar de acuerdo muy superiores en todos los enunciados. Las personas jóvenes, por el contrario, manifiestan con menor frecuencia su conformidad con los enunciados, junto con, en ocasiones, con las personas de 30-44 años de edad. Es curioso que, al contrario que para otras preguntas, las personas mayores suelen ser más reacias a contestar, en este caso la tasa de no respuesta no asciende del 10% y son las personas jóvenes y las de 30-44 años de edad aquellas que tienen a tener las tasas de no respuesta más elevadas. En los enunciados de es posible tener una cita con otro/a médico/a especialista para una segunda opinión y la intervención puede ser realizada en cualquier hospital del SESPA las tasa de no respuesta son muy elevadas (31 y 35%, respectivamente).

Por edad y género, el grado de acuerdo en *la transmisión de confianza y seguridad por parte de los/las especialistas* durante la hospitalización es mayor entre las personas mayores (86% de los hombres y 83% de las mujeres mayores están de acuerdo) estando en mayor grado de desacuerdo entre las mujeres jóvenes (8%) y los hombres de 30-44 años (8,5%). Sucede lo mismo para la opinión sobre *si durante la hospitalización los/las profesionales resuelven con eficacia las operaciones quirúrgicas* (74% de los hombres y 76% de las mujeres mayores están de acuerdo mientras que el grado de desacuerdo es mucho mayor entre hombres (12,5%) y mujeres (10%) de 30-44 años de edad). La opinión sobre *que los/las profesionales informan sobre el problema y su intervención* es similar: un 81% de mayores está de acuerdo mientras que el grado de desacuerdo es mayor entre las personas de 30-44 años (9% de los hombres y 10% de las mujeres en estas edades). Las personas mayores, también, están en mayor acuerdo en que *los/las profesionales informan sobre los beneficios y riesgo para la salud del/de la paciente* (81% en hombres y 83% en mujeres), estando en mayor desacuerdo las personas de 30-64 años de edad (8-9%). El grado de acuerdo con que *no hay que esperar mucho para que realicen la intervención* baja considerablemente, y se sitúa en los niveles más altos en personas mayores (44-46%) mientras que el grado de desacuerdo es mayor entre personas menores de 45 años (50% en hombres de 30-44 años y 47% en mujeres de 16-29 años de edad). Niveles similares tiene la opinión sobre que *es posible pedir cita con otro/a especialista para una segunda*

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

*opinión* (43% de los hombres y 48% de las mujeres mayores están de acuerdo siendo la proporción de personas en desacuerdo más alta entre personas de 45-64 años de edad (29% de hombres y 26% de mujeres)) y la relativa a que *puede operarse en cualquier hospital del SESPA siempre que tenga la especialidad requerida*: un 54% de hombres y mujeres mayores está de acuerdo, mientras que los niveles de desacuerdo llegan a ser hasta del 20-21% entre personas de 45-64 años de edad. El grado de acuerdo respecto a la *amabilidad de los/las profesionales* se eleva hasta el 88% en hombres y 86% en mujeres mayores mientras que el grado de desacuerdo es del 6% en hombres de 30-44 años y del 7% en mujeres jóvenes. No hay muchas diferencias en los subgrupos en *relación al respeto a la intimidad de los/las pacientes*: un 88% de los hombres y un 87% de las mujeres está de acuerdo, mientras que está en desacuerdo un 7% de los hombres de 30-64 años y de las mujeres de 45-64 años de edad.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad</b>			
NS/NC	10,4	8,5	9,4
De acuerdo	70,0	72,1	71,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12,4	13,3	12,9
En desacuerdo	7,3	6,1	6,7
<b>Resuelven con mucha eficacia las intervenciones quirúrgicas</b>			
NS/NC	15,6	12,8	14,1
De acuerdo	59,4	61,6	60,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14,4	18,8	16,7
En desacuerdo	10,7	6,8	8,6
<b>Informan sobre el problema y proceso de la intervención</b>			
NS/NC	13,0	10,7	11,8
De acuerdo	71,8	72,7	72,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8,0	9,3	8,7
En desacuerdo	7,2	7,3	7,3
<b>Informan de beneficios y riesgos para la salud del/de la paciente</b>			
NS/NC	12,8	10,4	11,5
De acuerdo	74,1	77,3	75,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,6	6,1	5,9
En desacuerdo	7,4	6,1	6,7
<b>No hay que esperar mucho para ser intervenido/a</b>			
NS/NC	11,7	11,6	11,6
De acuerdo	32,7	33,2	33,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12,1	13,3	12,7
En desacuerdo	43,5	41,9	42,7
<b>Es posible tener cita con otro/a especialista para una segunda opinión</b>			
NS/NC	32,3	30,2	31,2
De acuerdo	39,5	39,9	39,7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,6	7,9	6,8
En desacuerdo	22,6	22,0	22,3
<b>Cree que puede operarse en cualquier hospital del SESPA (siempre que tenga la especialidad)</b>			
NS/NC	37,2	33,3	35,1
De acuerdo	42,9	43,7	43,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,0	5,1	4,6
En desacuerdo	15,9	17,9	16,9
<b>Los/las profesionales son amables</b>			
NS/NC	10,1	7,7	8,9
De acuerdo	74,2	76,5	75,4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11,0	11,5	11,2
En desacuerdo	4,6	4,3	4,5
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes</b>			
NS/NC	12,1	9,4	10,7
De acuerdo	78,4	82,5	80,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,1	4,3	4,2
En desacuerdo	5,4	3,8	4,6

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad</b>					
NS/NC	16,1	10,3	5,6	5,8	<b>9,4</b>
De acuerdo	57,9	66,6	74,9	84,8	<b>71,1</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18,4	15,1	12,6	5,2	<b>12,9</b>
En desacuerdo	7,5	8,0	6,9	4,2	<b>6,7</b>
<b>Resuelven con mucha eficacia las intervenciones quirúrgicas</b>					
NS/NC	22,3	14,8	11,0	8,6	<b>14,1</b>
De acuerdo	47,6	58,2	61,4	75,1	<b>60,6</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21,3	18,7	16,5	10,5	<b>16,7</b>
En desacuerdo	8,8	8,4	11,2	5,9	<b>8,6</b>
<b>Informan sobre el problema y proceso de la intervención</b>					
NS/NC	18,4	12,2	8,9	7,9	<b>11,8</b>
De acuerdo	65,6	67,4	74,9	81,2	<b>72,3</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10,0	11,1	8,6	5,0	<b>8,7</b>
En desacuerdo	6,1	9,3	7,7	5,9	<b>7,3</b>
<b>Informan de beneficios y riesgos para la salud del/de la paciente</b>					
NS/NC	18,2	11,9	8,2	8,4	<b>11,5</b>
De acuerdo	69,4	72,3	79,1	82,2	<b>75,8</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7,5	7,8	4,7	3,6	<b>5,9</b>
En desacuerdo	4,8	8,0	8,0	5,9	<b>6,7</b>
<b>No hay que esperar mucho para ser intervenido/a</b>					
NS/NC					
De acuerdo	18,4	12,3	8,2	8,2	<b>11,6</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24,5	27,0	35,5	45,0	<b>33,0</b>
En desacuerdo	13,8	12,5	9,8	15,3	<b>12,7</b>
	43,2	48,2	46,5	31,6	<b>42,7</b>
<b>Es posible tener cita con otro/a especialista para una segunda opinión</b>					
NS/NC	34,0	32,7	26,7	31,8	<b>31,2</b>
De acuerdo	38,9	35,6	38,9	46,0	<b>39,7</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,9	6,6	6,9	6,9	<b>6,8</b>
En desacuerdo	20,2	25,1	27,4	15,3	<b>22,3</b>
<b>Cree que puede operarse en cualquier hospital del SESPA (siempre que tenga la especialidad)</b>					
NS/NC	42,5	36,2	30,3	32,0	<b>35,1</b>
De acuerdo	36,2	37,9	45,2	54,2	<b>43,3</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,4	6,6	3,9	3,6	<b>4,6</b>
En desacuerdo	16,9	19,3	20,6	10,3	<b>16,9</b>
<b>Los/las profesionales son amables</b>					
NS/NC	15,3	9,7	5,8	5,0	<b>8,9</b>
De acuerdo	63,0	71,8	79,4	87,2	<b>75,4</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16,1	13,6	10,2	5,0	<b>11,2</b>
En desacuerdo	5,6	4,9	4,6	2,7	<b>4,5</b>
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes</b>					
NS/NC	18,0	11,3	7,3	6,5	<b>10,7</b>
De acuerdo	73,5	78,4	82,1	88,2	<b>80,6</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,1	5,2	3,5	2,1	<b>4,2</b>
En desacuerdo	2,5	5,0	7,1	3,2	<b>4,6</b>

Por tipo de hábitat, en relación a si *los/las profesionales del SESPA transmiten confianza* están de acuerdo un 71% de los hombres de las zonas centrales y un 75% de las mujeres de las cuencas mineras (frente a un 62% de los hombres y un 69% de las mujeres de zonas rurales), mientras que los mayores niveles de desacuerdo se sitúan en ambos sexos en las cuencas mineras (10% en hombres y 12,5% en mujeres). Idéntica situación se observa con la frase de *que los/las profesionales resuelven con eficacia las operaciones quirúrgicas*: un 60% de los hombres de zonas centrales y un 72,5% de las mujeres de cuencas mineras está de acuerdo (frente a un 46% de las mujeres y un 57% de los

hombres de zonas rurales) mientras que está en desacuerdo un 17% de los hombres y un 11% de las mujeres de las cuencas mineras (frente a solo un 7% de los hombres y mujeres de zonas rurales). Las personas de zonas rurales (82% en hombres y 75% en mujeres), por su parte, están más de acuerdo con que *en los hospitales se informa sobre el problema y su intervención* (frente a un 66% en hombres y un 72% en mujeres de zonas centrales) mientras que los niveles de desacuerdo con esta frase son mayores entre personas, como suele suceder, residentes en cuencas mineras (15% en hombres y mujeres, en contraposición de un 4% en personas de zonas rurales). Igual que sucede en relación a que *en los hospitales se informa de los beneficios y riesgos para la salud del/de la paciente*, donde se está en mayor acuerdo por parte de los hombres residentes en zonas rurales (82%, siendo un 68% en los hombres de cuencas mineras) y entre las mujeres de cuencas mineras (80%, frente a un 78% de mujeres de zonas centrales) y el grado de desacuerdo es mayor entre las mismas personas de las cuencas mineras (14% en hombres y 11% en mujeres, siendo muy bajo entre residentes en zonas rurales, 2-3%). El grado de acuerdo con la opinión sobre que *no es necesario esperar mucho para realizar la intervención* es mayor entre residentes en zonas centrales (35-36%, frente a un 21% en hombres y un 27% en mujeres de zonas rurales) mientras que el desacuerdo es mayor entre residentes en cuencas mineras (57% de los hombres y 62,5% de las mujeres) siendo mucho más bajo entre personas residentes en zonas centrales (38% en ambos sexos). El grado de acuerdo en que *es posible pedir cita con otro/a especialista para una segunda opinión* es mayor entre residentes en zonas centrales (44-46%, frente a un escaso 19-20% en residentes en zonas rurales) siendo mucho mayor el grado de desacuerdo entre personas que viven en zonas rurales (44% de los hombres y 34% de las mujeres, frente a un escaso 16-17% en personas de zonas centrales). Similar situación sucede con *la opinión de que puede operarse en cualquier hospital del SESPA*: está de acuerdo un 45-46% de las personas residentes en zona central (y un 51% de las mujeres de las cuencas mineras), (frente a un escaso 24-25% entre personas residentes en zonas rurales) mientras que el grado de desacuerdo alcanza cifras del 23% en hombres y 28% en mujeres de las cuencas mineras (frente a solo un 14-15% de personas residentes en zona central). *La amabilidad de los profesionales* es valorada de una manera más homogénea entre las distintas zonas: estando más de acuerdo los hombres y mujeres de zonas rurales (77-78%, y el 78% de mujeres de cuencas mineras, frente a un 74-75% entre personas de zonas centrales) y el grado de desacuerdo es mucho más bajo y está centrado, sobre todo, entre personas de cuencas mineras (7-9%, frente a una casi nula representación entre personas residentes en zona rural). El *respeto a la intimidad de los/las pacientes* es más valorado entre personas de zonas rurales (87-89%, frente a un escaso 70% entre hombres de cuencas mineras y un 80% de mujeres de zonas centrales) y el grado de desacuerdo es mayor entre personas residentes en cuencas mineras (14% en hombres y 9% en mujeres, frente a una nula presencia de desacuerdo (1%) entre personas de zonas rurales).

En relación a la clase social, en relación a si *los/las profesionales de los hospitales del SESPA transmiten confianza* están más de acuerdo los hombres en clase social I y las mujeres en clase social V I (77%, ambos) e, inversamente, están más en desacuerdo, las mujeres en clase social I (12,5%) y los hombres en clase social V (12%). Están más de acuerdo con que *en los hospitales del SESPA se resuelve con eficacia las operaciones quirúrgicas*, los hombres en clase social II (62%) y las mujeres en clase social V (64%) e, inversamente, están más en desacuerdo los hombres en clase social IV (12%) y las mujeres en clase social II (9%). *La información que se suministra en los hospitales sobre el problema de salud y su intervención* es mejor valorada por las personas en clase social III (75-76%) y está en mayor proporción en desacuerdo la gente situada en clase social I (12,5% en mujeres y 8,5% en hombres de esta clase). En relación a *si en los mismos hospitales se informa sobre los beneficios y riesgos para la salud del paciente* están más de acuerdo los hombre sen clase social III (77%) y las mujeres en clase social V (80%), mientras que la proporción de personas en desacuerdo llega al 12% en hombres en clase social V y mujeres en clase social I (10%), subgrupos que habitualmente tienen una peor valoración de cada aserto. La opinión sobre que *no hay que esperar mucho para ser*

*intervenido/a* es mucho más crítica, así están más personas en desacuerdo que de acuerdo; de estos últimos (de acuerdo) tienen una mayor proporción los hombres en clase social II (33%) y las mujeres en clase social V (33%, también). Sin embargo, la opinión crítica (en desacuerdo) llega a niveles del 50% de los hombres en clase social V y del 56,5% de las mujeres en clase social II (y un 50% en las de clase social I). La opinión sobre que *es posible pedir cita con otro especialista para tener una segunda opinión es más favorable* entre las personas en clase social III (42%) y más desfavorable (en desacuerdo) entre los hombres en clase social IV (25%) y mujeres en clase social I (29%). Por su parte, en relación al hecho de que *puede operarse en cualquier hospital del SESPA siempre que tenga la especialidad requerida* es mejor valorada entre los hombres en clase social III (51%) y las mujeres en clase social V (48%) y peor valorada entre hombres y mujeres en clase social II (29% de las mujeres y 18% de los hombres). El grado de acuerdo sobre *que los/las profesionales del sistema hospitalario son amables* se eleva considerablemente alcanzando cifras del 78% en hombres de clase social II y 79% en mujeres de clase IV, siendo más crítica (en desacuerdo, a niveles muy bajos) entre hombres en clase social V y mujeres en clase social I (8%). El grado de acuerdo en *que se respeta la intimidad de los/las pacientes* es más alto entre personas en clase social III (82% en hombres y 84% en mujeres), estando en mayor grado de desacuerdo los hombres en clase social V (13%) y las mujeres en clase social II (6%).

Analizando el nivel alcanzado de estudios por parte de las personas entrevistadas, en relación a que los/las profesionales hospitalarios del SESPA transmiten confianza están más de acuerdo las personas con estudios más básicos (84-86%, frente a un 68-72% en personas con estudios universitarios) siendo las mujeres con estudios superiores las más críticas (9%) con los hombres con estudios medios (8,5%). Asimismo, están más de acuerdo con que *los/las profesionales resuelven con eficacia las operaciones quirúrgicas* las personas con estudios básicos (67% en hombres y 76% en mujeres) siendo la opinión crítica mayor entre hombres (11%) y mujeres (7%) con estudios medios. Algo similar sucede con la opinión de que *los/las profesionales informan sobre el problema y su intervención*, donde están más de acuerdo las personas con estudios básicos (80% en hombres y 83,55 en mujeres) y hay más grado de desacuerdo entre hombres con estudios medios (8%) y mujeres con estudios universitarios (10%). *La información facilitada sobre los beneficios y riesgos para la salud de los/las pacientes* en los hospitales es valorada positivamente (de acuerdo), de nuevo, mayoritariamente entre personas con estudios básicos (81,5% en hombres y 88% en mujeres) siendo crítica en el caso de hombres con estudios medios (8%) y mujeres con estudios superiores (9%). No obstante, el grado de acuerdo con que *no hay que esperar mucho para ser intervenido/a* baja de una manera sustancial independientemente del nivel de estudios situándose en sus niveles más altos entre personas de estudios básicos (47% en hombres y 53% en mujeres) y siendo muy crítica entre hombres con estudios medios (46%) y mujeres con estudios superiores (52%). Las cifras de acuerdo sobre que *es posible pedir cita para una segunda opinión* se elevan un poco y siguen estando más altas entre personas con estudios básicos (57-58%) siendo las críticas (en desacuerdo) en el 24-25% de los hombres con estudios medios y mujeres con estudios universitarios. En relación a que *puede operarse en cualquier hospital del SESPA siempre que tenga la especialidad requerida* están de acuerdo más las personas con estudios básicos (67-71%) y, a considerable distancia las personas con estudios medios (37-38%). La opinión crítica, en este caso, corresponde a las personas con estudios medios (18% en hombres y 21% en mujeres). También *la amabilidad de los profesionales* es mejor valorada entre personas con estudios básicos (87-89%) estando en desacuerdo un 6% de los hombres con estudios medios y de las mujeres con estudios superiores. Similar situación se alcanza en relación a que *se respeta la intimidad de los pacientes*: un 89-90% de las personas con estudios básicos está de acuerdo mientras que está en desacuerdo un 5-6% de las personas con estudios superiores o universitarios.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Los/las profesionales transmiten confianza y seguridad</b>										
De acuerdo	59,3	61,7	73,6	86,3	<b>69,5</b>	55,4	71,0	74,9	83,4	<b>71,8</b>
En desacuerdo	7,1	8,5	8,3	4,6	<b>7,3</b>	7,9	7,4	5,6	3,9	<b>6,1</b>
<b>Resuelven con mucha eficacia las intervenciones quirúrgicas</b>										
De acuerdo	50,6	52,8	61,1	73,6	<b>58,9</b>	44,2	62,5	60,6	75,6	<b>61,4</b>
En desacuerdo	9,1	11,7	12,5	8,6	<b>10,6</b>	8,3	5,2	9,8	3,9	<b>6,8</b>
<b>Informan sobre el problema y proceso de la intervención</b>										
De acuerdo	65,1	63,7	77,4	80,7	<b>71,4</b>	65,4	70,3	71,8	80,9	<b>72,4</b>
En desacuerdo	5,4	8,9	7,5	6,6	<b>7,2</b>	6,7	9,7	7,7	5,3	<b>7,3</b>
<b>Informan de beneficios y riesgos para la salud del/de la paciente</b>										
De acuerdo	67,6	65,7	80,0	80,7	<b>73,3</b>	70,0	77,3	77,4	82,7	<b>77,1</b>
En desacuerdo	4,6	8,9	8,3	7,6	<b>7,4</b>	5,0	7,1	7,7	4,6	<b>6,1</b>
<b>No hay que esperar mucho para ser intervenido/a</b>										
De acuerdo	28,6	24,2	35,5	43,7	<b>32,5</b>	50,0	29,0	35,2	45,6	<b>33,0</b>
En desacuerdo	38,6	50,0	48,3	33,0	<b>43,1</b>	47,1	45,7	44,6	30,4	<b>41,7</b>
<b>Es posible tener cita con otro/a especialista para una segunda opinión</b>										
De acuerdo	41,1	32,3	41,1	42,6	<b>39,1</b>	35,8	38,3	36,2	48,1	<b>39,8</b>
En desacuerdo	18,7	24,2	28,7	15,7	<b>22,3</b>	21,3	25,7	25,8	14,8	<b>21,9</b>
<b>Cree que puede operarse en cualquier hospital del SESPA (siempre que tenga la especialidad)</b>										
De acuerdo	38,6	35,5	44,5	54,3	<b>42,7</b>	33,3	39,8	44,6	53,7	<b>43,3</b>
En desacuerdo	15,8	16,5	19,2	10,2	<b>15,8</b>	17,9	21,6	21,3	10,2	<b>17,7</b>
<b>Los/las profesionales son amables</b>										
De acuerdo	65,6	66,5	77,4	88,3	<b>73,8</b>	59,6	76,2	80,1	85,9	<b>76,1</b>
En desacuerdo	4,1	6,0	5,3	2,5	<b>4,6</b>	7,1	3,7	3,8	2,8	<b>4,3</b>
<b>Se respeta la intimidad de los/las pacientes</b>										
De acuerdo	72,2	72,6	80,4	88,3	<b>77,9</b>	74,2	83,3	82,2	86,9	<b>81,9</b>
En desacuerdo	2,5	6,9	6,8	5,1	<b>5,4</b>	2,5	3,3	7,3	1,8	<b>3,8</b>

### **7.1.7.- Opinión sobre los derechos de los/las ciudadanos/as en Asturias:**

Contestación a la pregunta: ***Por lo que Ud. Sabe, ¿En relación a la asistencia sanitaria pública, podría decirme si todos los/las ciudadanos/as tiene derecho a las siguientes cuestiones?. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).***

Un 89% de las personas entrevistadas está de acuerdo en que tiene derecho a recibir un informe médico tras ser atendidas en urgencia, siendo un 3% inferior la proporción de aquellas que lo creen tras haber sido consultadas por un/a especialista (entre el 1-2% respectivamente, de la población está en desacuerdo con estos enunciados). Similar proporción nos encontramos en el conocimiento del derecho de conocer información sobre su historia clínica. Lo mismo sucede con el derecho a recibir un informe de alta tras ser hospitalizado/a y el derecho a elegir al/a la médico/a de cabecera o de familia y/o pediatra. La proporción de ausencia de respuestas en estas preguntas oscila entre el 7-9% de las personas entrevistadas.

En relación a la posibilidad de recabar una segunda opinión de un/una especialista tanto para diagnóstico como tratamiento, un 22% de la población declara no saber o no contesta a la misma, un 62% cree tener derecho a ello y un 12,5% está en desacuerdo con el enunciado. Solo dos tercios (hay un 16% de ausencia de respuestas) de las personas entrevistadas está de acuerdo con el enunciado de que se tiene derecho a elegir a/a la especialista médico. Un 57% está de acuerdo con la posibilidad de elegir hospital y un 15% está en desacuerdo (en este caso, esta pregunta no es contestada por una cuarta parte de las personas entrevistadas).

Por género, las mujeres suelen contestar con mayor frecuencia estar de acuerdo con estos enunciados que los hombres, si bien las diferencias detectadas no son estadísticamente significativas.

Por edades, no se observan diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a estos enunciados, si bien el grupo de personas que contesta estar de acuerdo con ello con más frecuencia, en todos ellos, es el de personas entre 45-64 años de edad.

Por edad y género, el grado de acuerdo con que *creer que tenemos derecho a recibir informe tras ser atendido/a en urgencias* es mayor entre hombres mayores (88% frente a un 84% de los hombres jóvenes) si bien la situación en la mujer difiere: un 92% de las mujeres hasta los 64 años está de acuerdo bajando este nivel hasta el 86% en las mujeres mayores. Los porcentajes de desacuerdo son muy bajo no superando en ningún caso el 2%. Idéntica situación (aunque aquí aumentan relativamente los porcentaje de desacuerdo) sucede con *creer que tenemos derecho a recibir informe médico tras pasar por el especialista*: un 85% de los hombres mayores de 44 años está de acuerdo (frente a un 82% en hombres jóvenes) y un 91% de las mujeres jóvenes está de acuerdo mientras solo lo está un 83% de las mujeres mayores. Un 87% de los hombres de 45-64 años (frente a un 82% en los más jóvenes) y un 91% de las mujeres de la misma edad (frente a un 84% de las mujeres mayores) está de acuerdo en *creer que los/las asturianos/as tenemos derecho a conocer nuestra historia clínica*. Los porcentajes de acuerdo bajan considerablemente cuando consideramos la *creencia de que tenemos derecho a recibir opinión de un/a segundo/a médico/a especialista para diagnóstico y/o tratamiento*: están más de acuerdo los hombres de 45-64 años (61%, no habiendo diferencias considerables entre edades) y un 67% de las mujeres de la misma edad (situándose las cifras del resto de edades en un 61-62%). Los mayores grados de desacuerdo a esta frase proviene de las personas jóvenes

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

(15% de las mujeres y 12% de los hombres jóvenes). Las cifras de acuerdo con la *creencia de que tenemos derecho a recibir un informe de alta después de estar hospitalizado/a* llegan a superar el 90% (90% en hombres de 45-64 años y en todas las mujeres, excepto las mayores (87%). La creencia de que tenemos derecho a elegir médico/a de cabecera y/o pediatra es mayor entre personas de 45-64 años (84,5% en hombres y 89,5% en mujeres de esa edad), siendo, por su parte, los niveles de desacuerdo son mayores entre personas jóvenes. La creencia (estar de acuerdo) con que *podemos elegir libremente especialista* baja considerablemente llegando a niveles del 68% de los hombres mayores (frente a un 62% de los hombres de 30-44 años) y del 75% en mujeres de 45-64 años (frente a un 62% de mujeres jóvenes). El grado de desacuerdo es mayor entre personas jóvenes (14% de hombres y 19% de mujeres). Baja, aún más, la cifra de acuerdo sobre que *tenemos derecho a elegir libremente hospital* siendo mayor el grado de acuerdo entre personas de 45-64 años (57% en hombres y 65% en mujeres), estando el grado de desacuerdo en niveles del 15% en hombres de 30-44 años y en mujeres jóvenes (22,5%).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe médico tras atención en urgencias?:</b>			
NS/NC	9,4	6,6	7,9
De acuerdo	86,9	90,6	88,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,0	1,9	1,9
En desacuerdo	1,7	0,9	1,3
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe médico tras consulta con especialista?:</b>			
NS/NC	10,9	7,6	9,2
De acuerdo	84,6	87,6	86,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,9	2,2	2,5
En desacuerdo	1,7	2,5	2,1
<b>¿Cree que tiene derecho a conocer información sobre su historia clínica?</b>			
NS/NC	10,1	7,6	8,8
De acuerdo	84,6	88,1	86,4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,9	1,9	2,3
En desacuerdo	2,5	2,4	2,5
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir opinión de un/a segundo/a médico/a especialista para diagnóstico o tratamiento?:</b>			
NS/NC	23,6	20,4	21,9
De acuerdo	59,7	63,3	61,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,7	4,1	3,9
En desacuerdo	12,9	12,2	12,5
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe de alta tras estar ingresado/a en un hospital:</b>			
NS/NC	9,3	5,8	7,4
De acuerdo	87,4	91,5	89,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,0	1,6	1,8
En desacuerdo	1,3	1,1	1,2
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir médico/a de cabecera y pediatra?:</b>			
NS/NC	10,0	7,9	8,9
De acuerdo	83,3	86,4	85,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,5	2,1	2,3
En desacuerdo	4,1	3,5	3,8
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir especialista?:</b>			
NS/NC	18,1	15,1	16,5
De acuerdo	65,4	69,6	67,7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,8	3,9	3,9
En desacuerdo	12,7	11,4	12,0
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir Hospital?:</b>			
NS/NC	27,2	21,9	24,4
De acuerdo	55,4	58,6	57,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,3	3,7	3,5
En desacuerdo	14,1	15,8	15,0

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe médico tras atención en urgencias?:</b>					
NS/NC	8,2	8,1	6,2	9,4	<b>7,9</b>
De acuerdo	88,7	89,1	90,0	87,4	<b>88,9</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,9	1,2	2,9	1,7	<b>1,9</b>
En desacuerdo	1,3	1,6	0,9	1,5	<b>1,3</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe médico tras consulta con especialista?:</b>					
NS/NC	10,0	9,9	7,1	9,9	<b>9,2</b>
De acuerdo	86,8	85,0	88,4	84,3	<b>86,2</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,9	1,6	3,1	3,6	<b>2,5</b>
En desacuerdo	1,3	3,5	1,5	2,3	<b>2,1</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a conocer su historia clínica?</b>					
NS/NC	9,6	9,3	7,3	9,0	<b>8,8</b>
De acuerdo	85,8	85,6	89,3	84,7	<b>86,4</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,9	2,3	1,6	3,6	<b>2,3</b>
En desacuerdo	2,7	2,7	1,8	2,7	<b>2,5</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir opinión de un/a segundo/a médico/a especialista para diagnóstico o tratamiento?:</b>					
NS/NC	21,6	22,3	18,8	25,4	<b>21,9</b>
De acuerdo	60,8	59,6	64,5	61,3	<b>61,6</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,8	4,3	3,8	3,8	<b>3,9</b>
En desacuerdo	13,8	13,8	12,9	9,5	<b>12,5</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe de alta tras estar hospitalizado?:</b>					
NS/NC	7,8	8,2	5,1	9,1	<b>7,4</b>
De acuerdo	89,1	89,7	91,6	87,6	<b>89,6</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,1	1,6	1,3	2,3	<b>1,8</b>
En desacuerdo	1,0	0,6	2,0	1,1	<b>1,2</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir médico/a de cabecera y pediatra?:</b>					
NS/NC	10,5	8,9	6,7	9,6	<b>8,9</b>
De acuerdo	80,5	86,6	87,6	84,7	<b>85,0</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,5	2,5	2,2	2,1	<b>2,3</b>
En desacuerdo	6,5	1,9	3,5	3,6	<b>3,8</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir especialista?:</b>					
NS/NC	15,7	16,3	14,7	19,5	<b>16,5</b>
De acuerdo	63,3	67,2	70,9	68,7	<b>67,7</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,2	3,7	3,6	4,0	<b>3,9</b>
En desacuerdo	16,8	12,8	10,7	7,8	<b>12,0</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir Hospital?:</b>					
NS/NC	26,6	23,9	20,9	26,8	<b>24,4</b>
De acuerdo	51,5	56,3	61,6	58,4	<b>57,1</b>
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,0	2,9	2,9	4,4	<b>3,5</b>
En desacuerdo	18,0	16,9	14,5	10,3	<b>15,0</b>

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe médico tras atención en urgencias?:</b>										
De acuerdo	84,2	85,9	86,8	88,3	<b>86,2</b>	92,1	91,8	92,3	85,9	<b>90,5</b>
En desacuerdo	1,2	2,4	1,5	1,5	<b>1,7</b>	1,3	0,7	0,3	1,4	<b>0,9</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe médico tras consulta con especialista?:</b>										
De acuerdo	81,7	83,5	85,7	84,8	<b>83,9</b>	90,8	85,9	90,2	83,0	<b>87,4</b>
En desacuerdo	1,2	2,4	1,9	1,0	<b>1,7</b>	1,3	4,5	1,0	3,2	<b>2,5</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a conocer su historia clínica?</b>										
De acuerdo	82,6	82,3	86,8	83,8	<b>83,9</b>	87,9	88,1	90,6	84,5	<b>87,8</b>
En desacuerdo	2,1	3,2	1,9	3,0	<b>2,5</b>	3,3	2,2	1,7	2,5	<b>2,4</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir opinión de un/a segundo/a médico/a especialista para diagnóstico o tratamiento?:</b>										
De acuerdo	59,3	56,9	60,8	59,4	<b>59,1</b>	61,3	61,7	67,2	61,8	<b>63,1</b>
En desacuerdo	12,0	13,3	14,3	11,2	<b>12,8</b>	15,4	14,1	11,5	8,1	<b>12,1</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a recibir informe de alta tras estar hospitalizado?:</b>										
De acuerdo	83,8	85,9	90,2	85,8	<b>86,5</b>	92,9	82,6	92,3	86,9	<b>91,1</b>
En desacuerdo	1,2	0,8	1,9	1,0	<b>1,3</b>	0,8	0,4	2,1	1,1	<b>1,1</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir médico/a de cabecera y pediatra?:</b>										
De acuerdo	78,0	83,5	84,5	83,8	<b>82,4</b>	81,3	88,8	89,5	84,5	<b>86,2</b>
En desacuerdo	5,4	2,0	3,8	5,6	<b>4,1</b>	7,5	1,9	3,1	2,1	<b>3,5</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir especialista?:</b>										
De acuerdo	63,5	62,1	66,4	68,0	<b>64,9</b>	62,1	71,4	74,6	68,2	<b>69,3</b>
En desacuerdo	14,1	14,5	12,1	9,1	<b>12,6</b>	19,2	11,2	9,4	6,7	<b>11,3</b>
<b>¿Cree que tiene derecho a elegir Hospital?:</b>										
De acuerdo	52,7	54,4	57,0	55,8	<b>55,0</b>	49,6	57,6	65,5	59,0	<b>58,3</b>
En desacuerdo	13,3	14,9	14,7	12,7	<b>14,0</b>	22,5	18,6	14,3	8,5	<b>15,7</b>

Por tipo de hábitat, están más de acuerdo en la *creencia de que tenemos derecho a recibir informe médico tras ser atendido/a* en urgencias las mujeres de las cuencas mineras (97,5%) y los hombres de las zonas rurales (96%), teniendo una menor nivel de acuerdo las personas residentes en las zonas centrales (88% de las mujeres y 83% de los hombres). Igual sucede con la creencia de que *tenemos derecho a recibir informe médico tras pasar*

*por el especialista* (97% de los hombres y 94% de las mujeres de zonas rurales están de acuerdo), situándose el nivel de desacuerdo en niveles relativamente bajos y siendo mayores entre mujeres de zonas rurales (4%). También hay mayor grado de acuerdo sobre que se cree que *tenemos derecho a conocer nuestra historia clínica* entre las personas residentes en zonas rurales (93% en mujeres y 98% en hombres) siendo el porcentaje de discrepancia muy bajo (mayor entre personas residentes en zonas centrales, 3%). Esta situación cambia, además de disminuir considerablemente la proporción de personas que están de acuerdo, en relación a si cree que *los/las asturianos/as tenemos derecho a recibir opinión de un/una segundo/a especialista para diagnóstico o tratamiento* donde tienen un mayor grado de acuerdo las personas residentes en cuencas mineras (79% de las mujeres y 70% de los hombres residentes en estas zonas), situándose el grado de discrepancia (en desacuerdo) en niveles del 42% (mayores que los de acuerdo) en hombres de zonas rurales y del 32% en mujeres de las mismas zonas. Los datos cambian totalmente cuando hacemos referencia a la *creencia de que tenemos derecho a recibir informe de alta después de haber estado hospitalizado/a* donde un 98-99% de las personas residentes en zonas rurales está de acuerdo y si bien las personas residentes en zonas centrales tienen unos niveles de elegir esta respuesta inferiores esto se debe al mayor porcentaje de no sabe no contesta en estos tipos de cuestiones. También, están más de acuerdo las personas residentes en zonas rurales (95%, en hombres y mujeres) en relación a *creer que tenemos derecho a elegir médico/a de cabecera y/o pediatra*, en relación a la escasa proporción detectada entre las personas residentes en zonas centrales (78% en hombres y 83% en mujeres). La situación no es la misma en cuanto a creer que *tenemos libertad de elección de especialista*: en este caso, la mayor proporción de estar de acuerdo corresponde a las personas residentes en cuencas mineras (82% de los hombres y 86% de las mujeres), y el mayor (enorme) grado de desacuerdo corresponde a las personas de zonas rurales (38% de los hombres y 28% de las mujeres, mientras que esa proporción solo alcanza al 6% de las personas residentes en las cuencas mineras). Similar situación tenemos en relación en cuanto a *creer que tenemos libertad de elección hospital*: están más de acuerdo las personas residentes en cuencas mineras (63,5% de los hombres y 77% de las mujeres de esta zona) y siendo altamente discrepantes (en desacuerdo) las personas residentes en zonas rurales (19% en hombres y 24% en mujeres residentes en zonas rurales).

Por clase social, en la *creencia de que tenemos derecho a recibir informe médico tras ser atendido/a en urgencias* está más de acuerdo las personas clasificadas como clase V (92% de los hombres y 91% de las mujeres, al igual que las mujeres de clase IV), no siendo muy grandes las diferencias entre clases y géneros (sobre todo entre mujeres). En la misma situación está el *grado de acuerdo sobre la creencia de que tenemos derecho a recibir informe médico tras pasar por el especialista*: las personas en clase social V (88-90%) están más de acuerdo con esa frase, no habiendo diferencias sustanciales entre clases. Por su parte, en la creencia de que *tenemos derecho a conocer nuestra historia clínica* es mayor el grado de acuerdo entre hombres de clase social III (87%, frente a un 79% en los hombres de clase social I) y entre mujeres de clase social IV (90%, frente a un 80% de mujeres de clase social II). En este caso el grado de desacuerdo es superior entre hombres de clase social I (6%) y mujeres de clase social V (4%). Los niveles de acuerdo bajan de una manera marcada en relación a la frase de que *tenemos derecho a recibir opinión de un/una segundo/a especialista para diagnóstico y/o tratamiento*, siendo el grado de acuerdo mayor entre personas en clase social V (65% en hombres y 69% en mujeres, al igual que las mujeres de clase social IV) y el grado de discrepancia llega a ser del 17% en mujeres de clase social II y del 15% en hombres de clase social IV. La *creencia de que se tiene derecho a recibir informe de alta tras ser hospitalizado/a* no genera grandes discrepancias siendo más alto el grado de acuerdo entre personas de clase social V (92% de los hombres y 96% de las mujeres) frente a un 83% de los hombres en clase social I y a un 85% de las mujeres en clases sociales I y II. El estar de acuerdo en *creer que tenemos derecho a elegir médico/a de cabecera y/o pediatra* es más alto entre hombres en clase social III (86%, frente a un 70% de los hombres en clase social I) y mujeres en clase social V (90%, frente a un 81% de las mujeres en clase social II). Los niveles de discrepancia son

más altos entre hombres y mujeres en clase social I (6% y 4%, respectivamente). *La libertad de elección de especialista* genera grados de acuerdo más altos entre hombres de clase social V (70%, frente a solo un 57% entre hombres en clase social I) y entre mujeres en clase social I (77%, frente a un 59% de las de clase social II). El grado de desacuerdo es mayor entre personas de clase social III (15% en hombres y 13% en mujeres). *La libertad de elección del hospital*, por su parte, tiene niveles de acuerdo mucho más bajos, estando más de acuerdo con la misma las mujeres situadas en clase social IV (64%, frente a un 49% de hombres en clase social V) y en hombres en clase social V (63%, frente a un 50% de mujeres en clase social I). Las mayores discrepancias, en este caso, se centran en hombres de clase social II (14%) y mujeres de clase social I (23%).

Por nivel de estudios, en la *creencia de tenemos derecho a recibir informe médico tras ser atendido/a en urgencias* está más de acuerdo las mujeres de estudios medios (92%) no habiendo mayores diferencias (y, particularmente, entre hombres cuyas proporciones son todas iguales). En la misma situación está el grado de acuerdo sobre la *creencia de que tenemos derecho a recibir informe médico tras pasar por el especialista*: los hombres con estudios medios (85%) y las mujeres con estudios universitarios (90%) están más de acuerdo con esa frase, no habiendo diferencias sustanciales entre niveles de estudios. Por su parte, en la *creencia de que tenemos derecho a conocer nuestra historia clínica* es mayor el grado de acuerdo entre hombres con estudios medios (85%) y mujeres con estudios básicos (89%) siendo mayor el grado de desacuerdo entre hombres con estudios básicos (4%) y mujeres con estudios medios (3%). Los niveles de acuerdo bajan considerablemente en relación a la frase de *que tenemos derecho a recibir opinión de un/una segundo/a especialista para diagnóstico y/o tratamiento*, siendo el grado de acuerdo mayor entre personas con estudios básicos (70%, frente a un 54% de los hombres y un 59% de las mujeres con estudios universitarios) siendo mayor el grado de discrepancia entre hombres de estudios medios (13%) y mujeres de estudios superiores (14%). La *creencia de que se tiene derecho a recibir informe de alta tras ser hospitalizado/a* no genera grandes discrepancias, al igual que en el análisis de clase social, siendo mayor el grado de acuerdo en hombres con estudios básicos (89%) y mujeres con estudios medios (92%) frente a un 83% en hombres y un 89% en mujeres con estudios universitarios. El estar de acuerdo en *creer que tenemos derecho a elegir médico/a de cabecera y/o pediatra* es más alto entre personas con estudios básicos (85% en hombres y 89% en mujeres) en relación a los niveles más bajos de acuerdo detectados entre personas con estudios universitarios (76% en hombres y 85% en mujeres). *La libertad de elección de especialista* genera grados de acuerdo más altos entre hombres (69%) y mujeres (75,5%) en contraste con el 64% en hombres y 68% en mujeres con estudios universitarios. Estos/as últimos/as son los/las que tienen, también, el mayor grado de discrepancia (13% en hombre y 15% en mujeres). *La libertad de elección del hospital*, por su parte, tiene niveles de acuerdo mucho más bajos, estando más de acuerdo con la misma las personas con niveles de estudio básicos (64% en hombres y 71% en mujeres) frente a niveles del 53-55% en hombres y mujeres del resto de niveles de estudios y género. Las proporciones de estar en desacuerdo son mayores entre personas con estudios universitarios (15% en hombres y 21% en mujeres)..

## **7.2.- Utilización de servicios sanitarios:**

### **7.2.1.- Utilización de servicios considerados como "cuidados primarios":**

#### **7.2.1.1.- Frecuentación de servicios:**

Contestación a la pregunta: ***Vamos a solicitarle cierta información sobre el uso de determinados servicios sanitarios, ¿Podría indicarnos si, en las dos últimas semanas, Ud. mismo/a acudió a alguno de los/las siguientes profesionales sanitarios/as)?***. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia), debe incluir a la mayoría de los prestadores de servicio (incluso los informales) no siendo exclusivo del sistema sanitario per se.

Más de un tercio de la población encuestada menciona haber acudido a su médico/a de cabecera en las últimas dos semanas (incluye la realización de trámites administrativos: recetas, bajas laborales, etc.). Una de cada diez haber acudido a un especialista médico (excepto pediatra, dentista, o ginecólogos/a). Un 9% dice haber acudido a una oficina de farmacia en ese período. Un 4% al dentista u ortodoncista al igual que al personal de enfermería y comadrona. Dentro de los ámbitos alternativos, una de cada trescientas personas dice haber consultado con el homeópata o acupuntor/a, y una de cada quinientas personas a un/a curandero/a o brujo/a.

Por género, las mujeres manifiestan con más frecuencia acudir a este tipo de servicios sanitarios que los hombres siendo estadísticamente significativa la diferencia en el caso de acudir al/a la médico/a de cabecera, al dentista y/u ortodoncista, al/a la pediatra, al /a la ginecólogo/a, y a la oficina de farmacia.

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Médico/a (incluido petición de recetas)</b>	30,8	<b>41,1</b>	<b>36,3</b>
<b>Dentista y/u ortodoncista</b>	3,1	<b>5,6</b>	<b>4,4</b>
<b>Pediatra</b>	0,3	<b>2,2</b>	<b>1,3</b>
<b>Ginecólogo/a</b>	0,3	<b>6,2</b>	<b>3,5</b>
<b>Otro/a especialista médico</b>	9,6	<b>12,9</b>	<b>11,3</b>
<b>Homeópata/acupuntura</b>	0,2	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>
<b>Enfermero/a, matrona, fisioterapeuta</b>	3,2	<b>5,0</b>	<b>4,2</b>
<b>Curandero/a, brujo/a</b>	0,2	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>Psicólogo/a</b>	0,7	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>
<b>Farmacéutico/a</b>	5,8	<b>12,6</b>	<b>9,4</b>
<b>Otros profesionales</b>	1,2	<b>1,9</b>	<b>1,5</b>

Por grupos etarios, hay una mayor frecuentación de las personas mayores en el caso del/de la médico/a de cabecera (55% frente a un 24% de las personas jóvenes) con diferencias estadísticamente significativas. Las personas jóvenes acuden más frecuentemente al/a la dentista y/u ortodoncista (6% frente a un 3% de las personas entre 45-64 años de edad). El acudir a la oficina de farmacia se va haciendo más frecuente a

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

medida que aumenta la edad de la persona entrevistada. A las consultas ginecológicas acuden más las personas en edad de procrear (30-44 años de edad, 7% y personas jóvenes, 4%).

Las personas que acuden con más frecuencia a las actividades sanitarias alternativas son las personas entre 30-44 años de edad.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Médico/a (incluido petición de recetas)</b>	23,6	25,7	40,9	55,1	<b>36,3</b>
<b>Dentista y/u ortodoncista</b>	5,9	5,0	3,3	3,5	<b>4,4</b>
<b>Pediatra</b>	1,3	3,5	0,5	0,0	<b>1,3</b>
<b>Ginecólogo/a</b>	3,6	7,0	2,7	0,4	<b>3,5</b>
<b>Otro/a especialista médico</b>	11,2	10,3	11,7	12,3	<b>11,3</b>
<b>Homeópata/acupuntura</b>	0,2	1,0	0,2	0,0	<b>0,3</b>
<b>Enfermero/a, matrona, fisioterapeuta</b>	3,4	2,5	4,9	5,8	<b>4,2</b>
<b>Curandero/a, brujo/a</b>	0,2	0,6	0,0	0,0	<b>0,2</b>
<b>Psicólogo/a</b>	0,6	1,7	0,7	0,4	<b>0,9</b>
<b>Farmacéutico/a</b>	7,6	8,7	10,0	11,3	<b>9,4</b>
<b>Otros profesionales</b>	1,9	1,9	1,6	0,6	<b>1,5</b>

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Médico/a (incluido petición de recetas)</b>	19,5	22,6	32,5	51,8	<b>30,8</b>	27,1	28,6	48,1	57,2	<b>41,1</b>
<b>Dentista y/u ortodoncista</b>	2,5	4,8	2,3	2,5	<b>3,1</b>	9,2	5,2	4,2	4,2	<b>5,6</b>
<b>Pediatra</b>	0	1,2	0	0	<b>0,3</b>	2,5	5,6	1,0	0	<b>2,2</b>
<b>Ginecólogo/a</b>	0	0,8	0	0,3	<b>0,3</b>	7,1	12,6	5,2	0,4	<b>6,2</b>
<b>Otro/a especialista médico</b>	7,5	8,5	10,6	12,2	<b>9,6</b>	14,6	11,9	12,5	12,4	<b>12,9</b>
<b>Homeópata/acupuntura</b>	0	0,8	0	0	<b>0,2</b>	0,4	1,1	0,3	0	<b>0,5</b>
<b>Enfermero/a, matrona, fisioterapeuta</b>	1,2	1,2	4,2	6,6	<b>3,2</b>	5,4	3,7	5,6	5,3	<b>5,0</b>
<b>Curandero/a, brujo/a</b>	0	0,8	0	0	<b>0,2</b>	0,4	0,4	0	0	<b>0,2</b>
<b>Psicólogo/a</b>	0	2,0	0,8	0	<b>0,7</b>	1,3	1,5	0,7	0,7	<b>1,0</b>
<b>Farmacéutico/a</b>	3,3	4,0	8,3	7,6	<b>5,8</b>	11,7	13,0	11,5	13,8	<b>12,6</b>
<b>Otros profesionales</b>	1,2	2,0	1,1	0	<b>1,2</b>	2,5	1,9	2,1	1,1	<b>1,9</b>

Por edad y sexo, el uso de la medicina general es más alta en mujeres en todas las edades, si bien la mayor diferencia se sitúa entre los 45-64 años de edad (48% de las mujeres y 32% de los hombres). En el uso de dentista u ortodoncista en los últimos quince días, la proporción de mujeres que acuden es, también, más alta en mujeres que en hombres a lo largo de todas las edades, si bien hay una diferencia de géneros considerable en las edades jóvenes (un 9% de las mujeres entre 16-29 años acudió a estos/as profesionales frente a solo un 2,5% de los hombres de la misma edad). El uso del pediatra (evidentemente, de acompañante), es casi exclusivo de las mujeres fundamentalmente de aquellas que suelen tener hijos en edad pediátricas (16-44 años, sobre todo en mujeres de

30-44 años, 6%). El uso del ginecólogo (a pesar de la existencia de algún hombre que va de acompañante) es mucho mayor en aquellas mujeres de 30-44 años (13%) seguido de las jóvenes (7%). Es de resaltar la escasa frecuencia de uso de ginecólogo por parte de las mujeres mayores (0,4%). El uso de otro tipo de especialistas médicos aumenta con la edad en los hombres (del 7,5% en jóvenes pasa al 12% en mayores) pero no así en mujeres, donde la mayor frecuencia se sitúa en las mujeres jóvenes (15%). El uso de medicinas alternativas como la homeopatía o acupuntura es más frecuente en mujeres y en edades jóvenes medias (un 1,1% de las mujeres de 30-44 años ha acudido a un/a profesional en las dos últimas semanas). El uso de personal de enfermería o matrona es más alto en mujeres que en hombres, excepto en personas mayores (hombres, 7% frente a un 5% de las mujeres). El uso de servicios de curanderos/as y/o brujos/as es prácticamente anecdótico y se sitúa sobre todo en personas entre 16-44 años de edad. El uso de servicios de psicología afecta primordialmente a personas entre 16-44 años de edad siendo mayor en hombre que en mujeres en las edades de 30-44 años. El acudir a un/a farmacéutico/a es más frecuente en mujeres que en hombres y aumenta, en ambos sexos, a medida que se aumenta la edad (8% de los hombres y 14% de las mujeres mayores).

En relación al hábitat, han acudido a servicios de medicina general más las personas de la zona central y considerablemente menos las personas residentes en ámbito rural. El uso es mayor en mujeres de las zonas central y de cuencas mineras (41-42%) y en hombres de la zona central (32%, frente a un 21% de los hombres de zona rural). El uso de dentista en este mismo período de tiempo es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo las mujeres de las cuencas mineras las que más han acudido (6,3%) y los hombres de la zona central (3,3%). El uso de pediatría sido más alto entre las mujeres de las zonas rurales (3%, en contraste con las mujeres de cuencas mineras, 1,3% y, más aún, con la práctica inexistencia en hombres de cualquier hábitat). Han acudido más frecuentemente a servicios de ginecología las mujeres de la cuencas mineras (9%) en contraste con una frecuencia mucha más baja entre el resto de mujeres (6%). El uso de otros tipo de especialistas médicos ha sido más frecuente entre hombres de las zonas rurales (13% frente a un 7% de los hombres de cuencas mineras), al contrario que las mujeres, donde la mayor frecuencia está entre las mujeres de la cuencas mineras (15% frente al 10% de las mujeres de zonas rurales). Dentro del uso de la homeopatía/acupuntura, solo hay hombres que las usado entre los residentes de zona central, y entre mujeres es más frecuente en mujeres de zona rural. El uso de persona del enfermería (o matrona o fisioterapeuta) ha sido considerablemente más alto en personas de zonas rural, en ambos sexos (9% de las mujeres y 7% de los hombres, frente a un 1% de los hombres y un 4% de las mujeres de las cuencas mineras). El uso de curandero/a y/o brujo/a ha sido más frecuente en personas de zona rural, sobre todo en mujeres (0,7%). También, el uso de servicios de psicología ha sido más alto en personas residentes en zona rural (2% de las mujeres y 0,8% en hombres) y en hombres de las cuencas mineras (2% frente a la ausencia de mujeres en estas mismas cuencas mineras). El uso de personal de farmacia es más lato en hombres de la zona centro (7%, frente a un 1,5% de los hombres de zonas rurales) y en mujeres de las cuencas mineras (16%, frente a un 9% de las mujeres de zonas rurales).

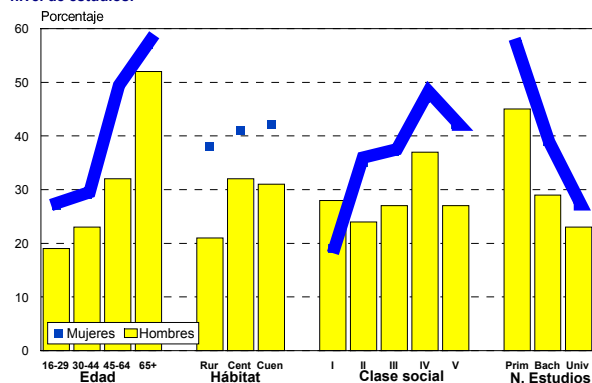
Por clase social, han acudido a consulta de medicina general más las personas en clase social IV (37% de los hombres y 47% de las mujeres) siendo muy baja la proporción de personas de clase social I que las han utilizado, sobre todo en mujeres (19%). En las dos últimas semanas han acudido más al dentista (u ortodoncista) las personas de clase social I (4,3% de los hombres y 8,3% de las mujeres) y menos los hombres de clase social III (2%) y mujeres de clase social V (3,3%). El uso de pediatra (como acompañante) ha sido más alto en personas de clase social I (2% de los hombres y 8% de las mujeres) en contraste con el 1% de la mujeres de clase social V. También han acudido al ginecólogo en mayor frecuencia las personas de clase social I (12% de las mujeres) y muy poco las mujeres de clase social V, tendiendo a disminuir la proporción a medida que descendemos de clase social. El uso de otros/as especialistas médicos es más frecuente entre los hombres de clase social I (15%) y entre mujeres de clase social III (15%). El uso de homeopatía y

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

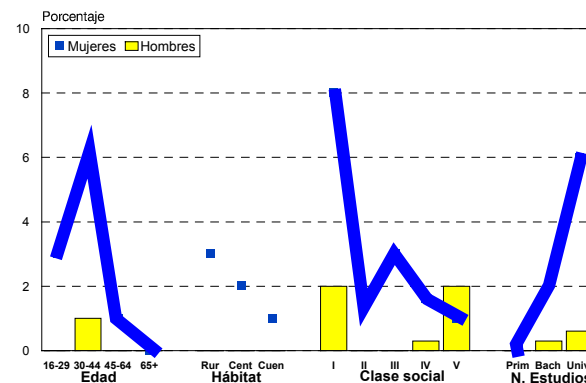
acupuntura se centra, sobre todo, en clase social IV y V al igual que el uso de servicios de curanderos/as y/o brujas/os. Asimismo, el uso de servicios de enfermería, matrona y fisioterapia es mucho más alta en clases sociales bajas, sobre todo la V (5% de los hombres y 8% de las mujeres). En cuanto al uso de servicios de psicología ha sido más frecuente entre hombre de clase social V y en mujeres de clases medias. El uso de servicios de personal de farmacia ha sido más alto en hombres de clase social V (10% frente a un 3,5% de hombres de clase social II) y en mujeres de clase social II (17%).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Médico/a (incluido petición de recetas)</b>	37,9	41,4	41,9	<b>41,1</b>
<b>Dentista y/u ortodoncista</b>	5,7	5,4	6,3	<b>5,6</b>
<b>Pediatra</b>	2,9	2,3	1,3	<b>2,2</b>
<b>Ginecólogo/a</b>	5,7	5,8	8,8	<b>6,2</b>
<b>Otro/a especialista médico</b>	10,0	12,9	15,0	<b>12,9</b>
<b>Homeópata/acupuntura</b>	0,7	0,5	0	<b>0,5</b>
<b>Enfermero/a, matrona, fisioterapeuta</b>	8,6	4,6	3,8	<b>5,0</b>
<b>Curandero/a, brujo/a</b>	0,7	0,1	0	<b>0,2</b>
<b>Psicólogo/a</b>	2,1	1,0	0	<b>1,0</b>
<b>Farmacéutico/a</b>	8,6	12,6	15,6	<b>12,6</b>
<b>Otros profesionales</b>	0,7	1,8	3,1	<b>1,9</b>

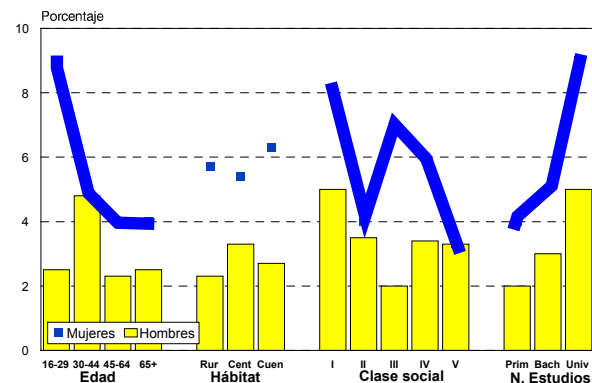
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Servicios de Atención Primaria: MEDICINA GENERAL** segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



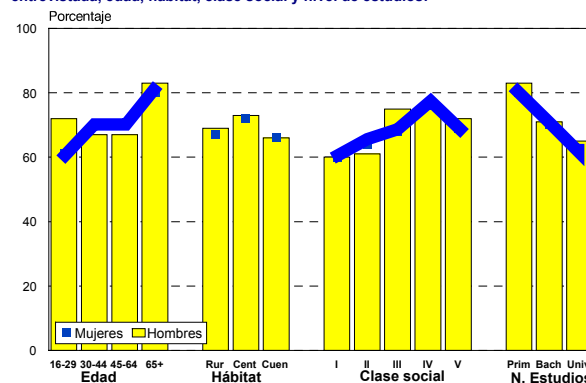
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Servicios de Atención Primaria: PEDIATRIA** segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Servicios de Atención Primaria: DENTISTA** segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



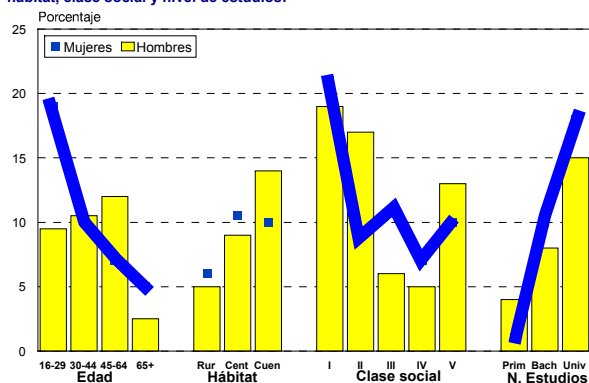
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Lugar de prestación de servicios de Atención Primaria: en centro de salud o ambulatorio** segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Lugar de prestación de servicios de Atención Primaria: en consulta privada según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



Por nivel educativo, el uso de servicios de medicina general ha sido más frecuente entre personas con nivel básico de estudios en ambos sexos (45% de los hombres y 57% de las mujeres con estos estudios ha acudido a estos servicios) disminuyendo la frecuencia a medida que aumenta el nivel de estudios (23% de los hombres y 27% de las mujeres con estudios universitarios). Inversa situación es la detectada en el uso de servicios dentales: las personas con estudios universitarios los han usado más (5% de los hombres y 9% de las mujeres) frente a un 1% de los hombres y un 4% de las mujeres con estudios básicos. Esta misma situación se repite con el uso de acompañante de servicios de pediatría (0,6% de los hombres y 6% de mujeres con estos estudios), al igual que con el uso de servicios de ginecología (11% de las mujeres con estudios universitarios y un 1,4% de las que tienen estudios básicos). Las personas que más usaron servicios de otros/as especialistas médicos fueron los hombres con estudios medios (10%) y las mujeres con estudios universitarios (15%). Al igual, sucede con el uso de servicios de acupuntura, homeopatía y medicinas alternativas (0,6% en mujeres con estudios medios y universitarios, y 0,3% de los hombres con estudios medios). El uso de personal de enfermería, matrona o fisioterapia es más alto en hombre con estudios básicos (4%) y en mujeres con estudios medios (5%). Los estudios de las personas que usaron servicios de curanderos/as y/o brujos/as son más frecuentemente de carácter universitario (0,6% de las mujeres con estos estudios). El uso de servicios de psicólogo/a es más frecuente en hombres de estudios medios (0,9%) y mujeres con estudios universitarios (1,1%). Acudieron al/a la farmacéutico/a más los hombres con estudios medios (6%) y las mujeres con estudios básicos (14%).

#### 7.2.1.2.- Lugar de prestación de los servicios:

Contestación a la pregunta: **¿Podría indicarnos el lugar dónde se realizó la consulta por última vez?**. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia), debe incluir a la mayoría de los prestadores de servicio (incluso los informales) no siendo exclusivo del sistema sanitario per se.

Los servicios utilizados, cuando lo hicieron, lo fueron con mayor frecuencia (72%) en el ámbito de un Centro de Salud o ambulatorio. Un 10% de ellas se realizaron en consultas externas de un hospital y otro 10% en una consulta particular. En un 2,5% en una mutua de una empresa.

Por género, no existen diferencias sustanciales (estadísticamente significativas) en la utilización de un lugar o centro sanitario, excepto para las consultas en un centro de trabajo donde los hombres han sido atendidos en un 3% frente a solo un 0,4% de las mujeres. Sin embargo, a pesar de no haber diferencias significativas, un 11% de las mujeres frente a un

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

8% de los hombres refieren haber sido atendidas en consultas externas de un hospital y más de un 3% de los hombres y un 1,8% de las mujeres en una mutua de empresa.

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Centro Salud o ambulatorio</b>	72,6	<b>71,4</b>	<b>71,9</b>
<b>Consultorio Local</b>	1,6	<b>2,2</b>	<b>1,9</b>
<b>Domicilio propio</b>	0,2	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>
<b>Consulta particular</b>	9,0	<b>10,0</b>	<b>9,6</b>
<b>Urgencias</b>	1,6	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>
<b>Consultas Externas de hospital</b>	8,0	<b>11,1</b>	<b>9,6</b>
<b>Centro de trabajo</b>	2,8	<b>0,4</b>	<b>1,5</b>
<b>Mutua de empresa</b>	3,4	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>
<b>Otros</b>	0,7	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>

Por grupo etario, las personas mayores son las atendidas con más frecuencia en un centro de salud o ambulatorio (82%) frente a solo dos de cada tres de las personas jóvenes. Precisamente, son estas últimas aquellas que dicen con más frecuencia haber utilizado una consulta particular (14,5% de ellas frente a solo un 4% de las persona mayores), además de una mayor proporción de haber sido atendidas en urgencias (más de un 3% frente a solo un 0,2% en personas mayores). Aquellas edades en que hay una mayor tasa de actividad laboral (personas entre 30-44 años de edad) son las que presentan una mayor proporción de utilización de centros de trabajo y mutuas de empresa como atención sanitaria.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Centro Salud o ambulatorio</b>	67,4	69,3	69,5	82,0	<b>71,9</b>
<b>Consultorio Local</b>	1,1	2,1	2,0	2,3	<b>1,9</b>
<b>Domicilio propio</b>	0,0	0,2	0,4	0,6	<b>0,3</b>
<b>Consulta particular</b>	14,5	10,4	9,6	3,8	<b>9,6</b>
<b>Urgencias</b>	3,4	1,6	1,1	0,2	<b>1,5</b>
<b>Consultas Externas de hospital</b>	9,5	7,6	11,9	9,3	<b>9,6</b>
<b>Centro de trabajo</b>	1,1	2,1	2,6	0,0	<b>1,5</b>
<b>Mutua de empresa</b>	2,3	5,7	1,7	0,4	<b>2,5</b>
<b>Otros</b>	0,6	1,0	1,1	1,3	<b>1,0</b>

Por edad y sexo, se observa que el lugar en que se realizó la consulta de servicios de "atención primaria" más frecuentemente es en el centro de salud o ambulatorio, siendo más frecuente en el caso de los hombres en las edades extremas de la vida (72% en jóvenes y 83% en mayores) al contrario que en mujeres, cuya frecuencia de asistencia a estos centros es más alta a medida que aumentamos la edad (de un 61% en mujeres jóvenes subimos a un 80% en mujeres mayores). El uso del consultorio es escaso en personas jóvenes, pero es relativamente estable en el resto de edades, siendo un poco mayor en mujeres. El uso de la asistencia en el propio domicilio se centra, en ambos sexos, en la edades más altas de la vida. Esta circunstancia, no se da entre las personas que acudieron a una consulta particular: en los hombres el uso de esta consulta es más alta en edades medias de la vida (12% en hombres de 45-64 años) y muy escasa en hombres mayores (2,5%), siendo mayor entre mujeres jóvenes (19%) y reduciéndose a medida que aumentamos de grupo etario (mujeres mayores, 4,5%). El uso del servicio en un centro de urgencias, por su parte, es mucho más frecuente en personas jóvenes (4% de los hombres y 3% de las mujeres) reduciéndose claramente con la edad y siendo irrelevante en personas mayores. El

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

cambio, el uso de las consultas en los servicios de consultas externas hospitalarias tiene un comportamiento más errático: es más alto en hombres mayores (11% de ellos) y en mujeres de 45-64 años (14% de ellas que usaron estos servicios de "atención primaria"). En el centro de trabajo, como es lógico por la mayor cantidad de población activa, han sido atendidos una mayor proporción de hombres, sobre todo en edades laboralmente activas (4,5% en hombres de 45-64 años), al igual que en las mutuas de la empresa (9% en hombres de 30-44 años y 1,5% en mujeres de la misma edad).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Centro Salud o ambulatorio</b>	72,2	66,9	67,2	82,7	<b>72,6</b>	61,3	69,9	70,0	79,5	<b>71,4</b>
<b>Consultorio Local</b>	0,8	2,0	1,5	2,0	<b>1,6</b>	1,3	2,2	2,4	2,5	<b>2,2</b>
<b>Domicilio propio</b>	0	0,4	0	0,5	<b>0,2</b>	0	0	0,7	0,7	<b>0,4</b>
<b>Consulta particular</b>	9,5	10,5	11,7	2,5	<b>9,0</b>	19,2	10,0	7,3	4,6	<b>10,0</b>
<b>Urgencias</b>	3,7	1,6	0,8	0	<b>1,6</b>	2,9	1,5	1,4	0,4	<b>1,5</b>
<b>Consultas Externas de hospital</b>	7,1	4,4	9,8	10,7	<b>8,0</b>	11,7	10,4	13,6	8,1	<b>11,1</b>
<b>Centro de trabajo</b>	2,1	3,6	4,5	0	<b>2,8</b>	0	0,7	0,7	0	<b>0,4</b>
<b>Mutua de empresa</b>	1,7	8,9	1,9	0,5	<b>3,4</b>	2,9	2,6	1,4	0,4	<b>1,8</b>
<b>Otros</b>	0,8	0,4	1,1	0,5	<b>0,7</b>	0,4	1,5	1,0	1,8	<b>1,2</b>

En relación al hábitat, el uso del centro de salud o ambulatorio ha sido más frecuente en personas residentes en zonas centrales (73% de los hombres y 72% de las mujeres) y menor en las cuencas mineras (66% en ambos sexos). El uso de consultorios locales ha sido más frecuente donde una parte considerable de la atención es prestada mediante estos dispositivos asistenciales, en las zonas rurales (5% de los hombres y 10% de las mujeres rurales que han usado servicios de "atención primaria" en estas zonas) y siendo prácticamente anecdótico en cuencas mineras (0,7% de hombres y 0,6% de mujeres). El uso de domicilio propia ha sido casi nulo en zonas rurales y un poco más alto en personas de las cuencas mineras (0,6% de las mujeres). La consulta particular como lugar de consulta ha sido más alta en las cuencas mineras, sobre todo en hombres (13,5% de las consultas en esta zona frente a un 5% de los hombres de zonas rurales) y en mujeres es similar a los niveles de la zona centro (10% frente a un 6% de las mujeres de la zona rural). La atención en centros de urgencias ha sido más alta, en las zonas centrales (2% en hombres y mujeres) y casi nula en personas de zonas rurales. Por el contrario, el uso de estos servicios en consultas externas hospitalarias ha sido más alto en personas residentes en zona rural, sobre todo en hombres (13,5% de estos ha sido atendido en estos dispositivos) y un 13% de las mujeres (si bien, en estas la mayor frecuencia recae en mujeres de las cuencas mineras, 14%). El uso de los servicios en el centro de trabajo ha sido más alto en las cuencas mientras (4% de los hombres y 1,3% de las mujeres) y más bajo en las zonas rurales. El uso de los servicios en mutuas de las empresas ha sido más alto en hombres de zonas rurales (4,5%) y en mujeres de zona centro (2%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Centro Salud o ambulatorio</b>	67,1	72,1	65,6	<b>71,4</b>
<b>Consultorio Local</b>	10,0	1,0	0,6	<b>2,2</b>
<b>Domicilio propio</b>	0	0,4	0,6	<b>0,4</b>
<b>Consulta particular</b>	6,4	10,5	10,0	<b>10,0</b>
<b>Urgencias</b>	0	1,8	1,3	<b>1,5</b>
<b>Consultas Externas de hospital</b>	12,9	9,9	14,4	<b>11,1</b>
<b>Centro de trabajo</b>	0	0,3	1,3	<b>0,4</b>
<b>Mutua de empresa</b>	0,7	2,1	1,3	<b>1,8</b>
<b>Otros</b>	2,1	0,6	3,1	<b>1,2</b>

Por clase social, las personas situadas en clases sociales altas hacen un escaso uso de la atención en centro de salud o ambulatorio (60% de hombres y mujeres en clase social I, frente a un 75 y 76%, respectivamente, en personas de clase social IV), mientras que hacen uso más frecuentemente de consultas particulares (19% en hombres y 21% en mujeres de clase social I, frente a un 5% en hombres y 7% en mujeres de clase social IV), de consultas externas hospitalarias ( 11% de hombres en clase social I y 16% en mujeres de clase social II frente a un 2% de los hombres de clase social V) y del uso de estos servicios en mutuas de empresa (8,5% de hombres y 6,3% de mujeres de clase social I frente a un 2% de hombres en clase social III y un 0,7% de mujeres de clase social IV).

Por nivel de estudios, es mucho más frecuente el uso de servicios de "atención primaria" en centros de salud o ambulatorios en personas con estudios básicos (83% de los hombres y 80% de las mujeres con estos estudios, frente aun 65% de los hombres y 62% de las mujeres con estudios universitarios). Por el contrario, la atención en consulta particular es más alta en personas con estudios universitarios (15% en hombres y 18% en mujeres, frente aun 4% en hombres y 1% en mujeres con estudios básicos), al igual que el uso de los servicios en locales de la mutua de empresa (5% de los hombres y 3% de las mujeres con estudios universitarios). El acudir a centros de urgencias es más alto en personas con estudios medios (en ambos sexos) al igual que acudir a consultas externas hospitalarias (en mujeres, 12%, no así en hombres que es más frecuente en los hombres con estudios universitarios (9%)).

## **7.2.2.- Utilización de servicios dentales en los últimos tres meses:**

### **7.2.2.1.- Frecuentación de servicios:**

Contestación a la pregunta: ***Vamos a solicitarle cierta información sobre el uso de servicios sanitarios dentales, ¿Ha acudido a un/una dentista en los últimos tres meses? Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).***

Un 22% de la población entrevistada menciona el haber acudido a un/una dentista en ese período de tiempo, siendo mayor la proporción de mujeres que han acudido que la de hombres (24% frente a un 20%).

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Sí</b>	20,4	<b>23,7</b>	<b>22,1</b>

Por edades, las personas que más acudido a recibir cuidados dentales han sido las personas jóvenes y las de 30-44 años de edad (26% en ambos grupos) reduciéndose desde ahí a medida que avanza la edad (solo una de cada seis personas mayores).

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Sí</b>	25,8	26,0	21,0	15,6	<b>22,2</b>

Por edades y género, en ambos sexos, hay un mayor uso de estos servicios en personas jóvenes (22% en hombres y 29% en mujeres) y se reduce a medida que aumentamos de grupo etario llegando a un 17% en hombres y un 14,5% en mujeres mayores.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Sí</b>	21,6	23,0	18,9	16,8	<b>20,4</b>	29,2	28,3	22,6	14,5	<b>23,7</b>

En relación al hábitat, usan más los servicios dentales las personas residentes en zona central en ambos sexos (26% de las mujeres y 22% de los hombres) y considerablemente menos las personas residentes en zona rural (13% de los hombres y 16% de las mujeres de esas zonas).

Por clase social, han acudido a la consulta dental en los tres meses previos una mayor proporción de personas de clase social I (34% de los hombres y 29% de las mujeres situados en esta clase) reduciéndose a medida que recorremos la escala social hasta unos niveles del 17% en hombres y un 19% de las mujeres en clase social IV.

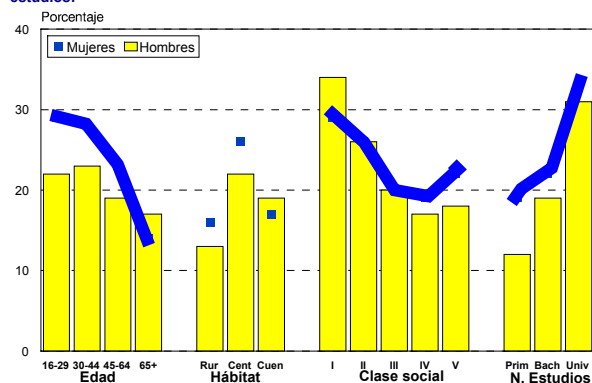
	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Sí</b>	16,4	25,8	17,5	<b>23,7</b>

Por nivel educativo, han acudido a estos/as profesionales considerablemente más la personas con estudios universitarios (31,5% en hombres y 33% de las mujeres) en relación con las personas con estudios básicos (12% de los hombres y 19% de las mujeres) existiendo en todo tipo de estudios una mayor proporción de mujeres que utilizan estos servicios.

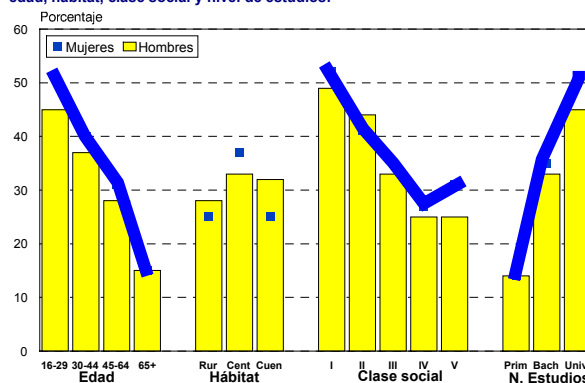
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

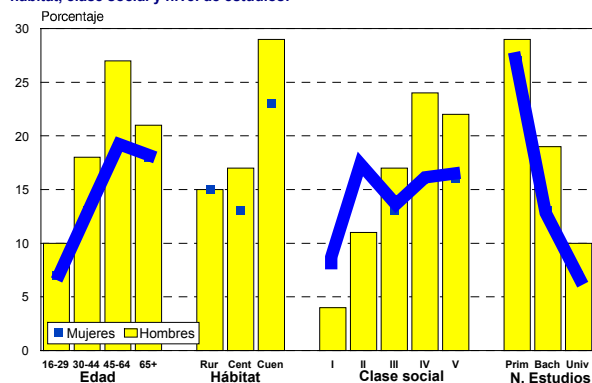
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Servicios dentales en los tres meses previos segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Servicios dentales en los tres meses previos: REALIZACION DE REVISION O CHEQUEO segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Servicios dentales en los tres meses previos: REALIZACION DE EXTRACCIONES segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



#### 7.2.2.2.- Tipo de servicio dental recibido:

Contestación a la pregunta: **¿Podría indicarnos el motivo de la última consulta odontológica realizada?**. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).

Una de cada tres personas que ha acudido a recibir cuidados dentales lo ha hecho para revisión o chequeo dental, una de cada cuatro a realizar empastes u obturaciones dentales, una de cada cinco para limpieza de boca, al igual que para poner fundas, puentes, prótesis, etc. Una de cada seis personas acudió a extraer alguna pieza dental.

No existen diferencias sustanciales en el tipo de servicio dental solicitado por hombres y mujeres, si bien, los hombres tienen una mayor proporción de extracción de alguna pieza dental (19% frente a un 14,5% de las mujeres), y las mujeres de poner fundas, puentes, prótesis, etc. (22% frente a un 17% de los hombres).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Revisión o chequeo dental</b>	32,1	<b>33,5</b>	<b>32,9</b>
<b>Limpieza de boca</b>	21,3	<b>21,4</b>	<b>21,4</b>
<b>Empastes (obturaciones)</b>	24,9	<b>24,7</b>	<b>24,8</b>
<b>Extracción de alguna pieza</b>	18,8	<b>14,5</b>	<b>16,5</b>
<b>Poner Fundas, puentes, prótesis, etc.</b>	16,6	<b>21,7</b>	<b>19,4</b>
<b>Tratamiento de enfermedades de encías</b>	1,2	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>
<b>Ortodoncias</b>	1,3	<b>2,3</b>	<b>1,8</b>
<b>Aplicación de flúor</b>	1,2	<b>1,4</b>	<b>1,3</b>
<b>Otros</b>	5,3	<b>4,7</b>	<b>5,0</b>

Por edades, las revisiones son más frecuentes cuanto menor es la edad de la persona entrevistada (48% en personas jóvenes frente a un 15% de las personas mayores), al igual que la limpieza de boca (19% en personas entre 30-44 años frente a un 9% de las personas mayores), y empastes (36% en jóvenes, 11% en mayores). Por el contrario, son más frecuentes las extracciones en persona más mayores (23% en personas de 45-64 años frente a solo un 8% de las jóvenes), y el poner fundas, puentes, etc. (53% de las personas mayores y 2% de las jóvenes). Las ortodoncias afectan, sobre todo, a población joven (4% frente a 0,4% en mayores) y la aplicación de flúor.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Revisión o chequeo dental</b>	47,9	38,7	29,7	14,8	<b>32,9</b>
<b>Limpieza de boca</b>	22,6	29,0	23,6	9,3	<b>21,4</b>
<b>Empastes (obturaciones)</b>	36,4	31,5	20,4	10,7	<b>24,8</b>
<b>Extracción de alguna pieza</b>	8,3	15,1	22,6	19,3	<b>16,5</b>
<b>Poner Fundas, puentes, prótesis, etc.</b>	1,9	5,8	18,6	53,0	<b>19,4</b>
<b>Tratamiento de enfermedades de encías</b>	0,9	1,8	1,1	1,1	<b>1,2</b>
<b>Ortodoncias</b>	4,3	1,8	0,9	0,4	<b>1,8</b>
<b>Aplicación de flúor</b>	2,3	2,2	0,7	0,0	<b>1,3</b>
<b>Otros</b>	4,0	5,4	4,5	6,1	<b>5,0</b>

Por edad y sexo, se observa una mayor proporción de acudir al dentista para revisión o chequeo dental en mujeres que en hombres, sobre todo en las edades tempranas de la vida y disminuyendo a lo largo de los grupos etarios (45% en hombres jóvenes y 51% en mujeres jóvenes y bajando sustancialmente hasta un 15% en hombres y mujeres mayores). La limpieza bucal es más frecuente en la edad de 30-44 años en ambos sexos (30,5% en hombres y 27% en mujeres) bajando sustancialmente en las edades mayores (10% en mujeres y 8% en hombres). La realización de empastes es más frecuente en personas jóvenes (38% de las mujeres y 34% de los hombres) bajando paulatinamente hasta un 15% de los hombres y un 7% de las mujeres mayores. Por el contrario, las extracciones son más frecuentes en personas de 45-64 años de edad (27% de los hombres y 19% de las mujeres) siendo más alto en hombres que en mujeres en todos los tramos etarios. Las extracciones son muy poco frecuentes en personas jóvenes (10% de los hombres y 7% de las mujeres jóvenes). A su vez, también son muy poco frecuentes los tratamientos de poner fundas, prótesis, etc en jóvenes (2%) y muy altos en personas mayores (49% de los hombres y 56% de las mujeres, siendo más frecuentes en global en ellas). Los tratamientos gingivales son más frecuentes en personas de edad media y relativamente poco prevalentes (1,2% en ambos sexos). La aplicación de tratamientos ortodóncicos es principalmente un problema de persona jóvenes (3% de los hombres y 6% de las mujeres jóvenes han

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

recibido estos tratamientos en los últimos tres meses) siendo más alto en general en mujeres. Idéntica situación sucede con los tratamientos de flúor.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Revisión o chequeo dental	45,1	37,3	28,2	14,9	<b>32,1</b>	50,6	40,3	30,7	14,8	<b>33,5</b>
Limpieza de boca	20,6	30,5	23,4	8,0	<b>21,3</b>	24,5	27,2	24,0	10,3	<b>21,4</b>
Empastes (obturaciones)	34,3	28,8	19,5	15,4	<b>24,9</b>	38,4	34,0	21,2	7,4	<b>24,7</b>
Extracción de alguna pieza	9,9	17,8	26,6	20,7	<b>18,8</b>	6,8	12,7	19,1	18,4	<b>14,5</b>
Poner Fundas, puentes, prótesis, etc.	2,1	4,7	17,2	48,9	<b>16,6</b>	1,7	6,7	19,8	55,9	<b>21,7</b>
Tratamiento de enfermedades de encías	0,4	2,5	0,8	1,1	<b>1,2</b>	1,3	1,1	1,4	1,1	<b>1,2</b>
Ortodoncias	2,6	2,5	0	0	<b>1,3</b>	5,9	1,1	1,8	0,7	<b>2,3</b>
Aplicación de flúor	2,6	1,7	0,4	0	<b>1,2</b>	2,1	2,6	1,1	0	<b>1,4</b>
Otros	4,7	5,9	4,7	5,9	<b>5,3</b>	3,4	4,9	4,2	6,3	<b>4,7</b>

En relación al hábitat, han recibido más frecuentemente revisiones o chequeos dentales en los últimos tres meses en personas residentes en la zona central (37% de mujeres y 33% de hombres) siendo dicha frecuencia más baja en el resto de zonas, sobre todo la rural. La limpieza bucal presenta el mismo patrón si bien, en hombres, no hay tanta diferencia de uso de estos servicios, al contrario que en mujeres (un 23% de las mujeres de zonas centrales los ha recibido mientras solo un 13% de las residentes en zonas rurales (en estas zonas y en las cuencas mineras la proporción de mujeres que ha realizado limpieza bucal en consulta es más baja que la de los hombres). La realización de empastes, por el contrario, ha sido mucho más alta en personas residentes (en ambos sexos) en zonas rurales (33% en hombres y 31% en mujeres frente a un 2,5 en hombres y 21% en mujeres de las cuencas mineras). Por el contrario, las extracciones han sido mucho más frecuentes en las cuencas mientras (en ambos sexos) (29% de los hombres y 23% de las mujeres) al contrario que un 15% de los hombres de zona rural y un 13% en las mujeres de la zona central. El poner fundas, puentes, prótesis, etc ha sido más frecuente en hombres de zonas rurales (24% y mujeres de cuencas mineras (28%) frente a un (15% en hombres y un 20% en mujeres de zonas centrales. Los tratamientos gingivales son escasos pero han sido más frecuentemente aplicados a hombres de zonas centrales (1,4%) y a mujeres de zonas rurales (1,5%). Las ortodoncias, por su parte, presentan una representación como los tratamientos gingivales: más frecuentes en hombres de zonas centrales (1,7%) y en mujeres de zonas rurales (5%).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
Revisión o chequeo dental	24,8	37,0	24,7	<b>33,5</b>
Limpieza de boca	13,1	23,3	19,6	<b>21,4</b>
Empastes (obturaciones)	31,4	24,1	21,5	<b>24,7</b>
Extracción de alguna pieza	15,3	12,6	23,4	<b>14,5</b>
Poner Fundas, puentes, prótesis, etc.	26,3	19,6	27,8	<b>21,7</b>
Tratamiento de enfermedades de encías	1,5	1,2	1,3	<b>1,2</b>
Ortodoncias	5,1	2,1	0,6	<b>2,3</b>
Aplicación de flúor	0	1,8	0,6	<b>1,4</b>
Otros	5,8	4,1	7,0	<b>4,7</b>

Por clase social, existen diferencias sustanciales de clase en relación a la actividad de revisión o chequeo dental, con una mayor frecuencia en las personas en clase social I (49% en hombres y 52% en mujeres) en relación a los niveles más bajos (clase social IV, 25% en hombres y 27% en mujeres). La frecuencia de limpieza de boca en consulta no presenta diferencias marcadas entre clases sociales si bien es más alta en hombres de clase social IV (25%) y en mujeres de clase social I (25%). La frecuencia de realización de empaste u obturaciones es inversamente proporcional a la clase social en hombres (16% en clase social I y 28% en clase social V), no siendo así en mujeres donde es más frecuente en clase social III (32%) y menor en clase social IV (20%). Circunstancias parecidas sucede con las extracciones (24% de los hombres de clase social IV frente a un 4% de los hombres de clase social I; y 8 % de las mujeres de clase social I frente a un 16% en clase social V). La aplicación de fundas, prótesis, etc ha sido más frecuente en ambos sexos en personas de clase social IV (21% en hombres y 30% en mujeres). Los tratamientos de encías han sido más frecuentes en hombres de clase social II (4%) y en mujeres de clase social IV (3%). Las ortodoncias, por su parte, han sido más frecuentes en hombres de clase social II y en mujeres de clase social III. En la aplicación de flúor ha sido más frecuente en hombres de clase social I (2%) y en mujeres de clase social V (2%)

Por nivel educativo, han realizado más revisiones y chequeos los hombres (45%) y mujeres (50%) con estudios universitarios mientras que las menores frecuencias recaen en personas con estudios básicos (14% en hombres y en mujeres), al igual que sucede en la realización de limpieza bucal en consulta (25% en hombres y 30% en mujeres con estudios universitarios) frente a un 11% en hombres y un 9% en mujeres con estudios básicos. Similar situación sucede con la realización de empastes: el 22% de los hombres y el 34% de las mujeres con estudios universitarios que fueron al dentista en los últimos tres meses han hecho este tratamiento frente a un 16% de los hombres y un 11% de las mujeres con estudios básicos. Por el contrario, las personas con estudios básicos han realizado más extracciones (29% de hombres y 27% en mujeres) que las que tiene estudios universitarios (10% de los hombres y 7% de las mujeres con estos estudios), al igual que sucede con el poner fundas, prótesis o puentes (37% de los hombres y 47% de las mujeres con estudios básicos frente a un 12% de los hombres y un 3% de las mujeres con estudios universitarios). Los tratamientos de encías, por su parte, han sido más frecuentes en personas con estudios universitarios (3% de los hombres y 2% de las mujeres). El poner ortodoncias ha sido más frecuente en hombres y mujeres con estudios medios (1,7% y 2,5%, respectivamente). La aplicación de flúor ha sido más frecuente en personas con estudios universitarios (3% de hombres y 2% de mujeres).

### **7.2.3.- Utilización de ingresos hospitalarios en el último año:**

#### **7.2.3.1.- Frecuentación de servicios:**

Contestación a la pregunta: ***Vayamos al ingreso de Ud. En un Hospital.***

- ***¿Ha ingresado en un hospital o clínica en el último año? Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).***
- ***Si sí, cuántas veces.***

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

Un 12% de las personas entrevistadas han indicado que en el transcurso del último año habían sido ingresadas en un hospital o clínica. De las que habían ingresado, un 80% lo habían hecho únicamente una vez, en un 12% dos veces y en un 8% tres o más veces (un uno por ciento del total de la población de más de 15 años de edad).

Por género no existen diferencias estadísticamente significativas, si bien un 11% de los hombres que han ingresado lo han hecho tres o más veces en el último año (un 1,4% de la población total masculina de estas edades).

Por grupo etario, existen diferencias marcadas de ingreso entre los grupos. Mientras un 21% de las personas mayores ha ingresado en el hospital solo un 7% de las personas jóvenes lo han hecho. Además, de las que ingresaron, un 12% de las personas mayores lo ha hecho tres o más veces (cerca de un 3% de la población total mayor de 64 años de edad).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Ingresado/a en el último año</b>	12,8	<b>11,9</b>	<b>12,3</b>
<b>Si ingresado/a, número de veces:</b>			
Una	79,2	<b>80,8</b>	<b>80,0</b>
Dos	9,9	<b>14,1</b>	<b>12,0</b>
Tres o más	10,9	<b>5,1</b>	<b>8,0</b>
<b>Si ingresado/a, motivo:</b>			
Para operación de cirugía	51,0	<b>48,1</b>	<b>49,5</b>
Para pruebas diagnósticas	17,6	<b>17,0</b>	<b>17,3</b>
Para realizar un tratamiento médico	13,7	<b>13,2</b>	<b>13,5</b>
Otros	17,6	<b>21,7</b>	<b>19,7</b>

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Ingresado/a en el último año</b>	6,9	9,1	12,9	20,7	<b>12,3</b>
<b>Si ingresado/a, número de veces:</b>					
Una	81,8	83,8	81,0	77,7	<b>80,0</b>
Dos	18,2	13,5	10,3	10,8	<b>12,0</b>
Tres o más	0,0	2,7	8,6	12,0	<b>8,0</b>
<b>Si ingresado/a, motivo:</b>					
Para operación de cirugía	44,8	38,2	57,6	50,0	<b>49,5</b>
Para pruebas diagnósticas	20,7	17,6	20,3	14,0	<b>17,3</b>
Para realizar un tratamiento médico	6,9	2,9	10,2	22,1	<b>13,5</b>
Otros	27,6	41,2	11,9	14,0	<b>19,7</b>

Por edades y género, han ingresado más en un hospital las personas mayores que las personas jóvenes siendo de hasta uno de cada cuatro hombres (una de cada seis mujeres) mayores los que han ingresado al menos una vez en un hospital en el año inmediatamente anterior. También la proporción de grandes frequentadores/as (tres o más en el último año) corresponde a los tramos etarios de personas mayores (18% de los hombres y 5% de las mujeres (siendo mayor en estas en mujeres de 45-64 años: 8%) que al menos una vez en hospital).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Ingresado/a en el último año</b>	5,0	7,7	15,5	25,4	<b>12,8</b>	8,8	10,4	10,5	17,3	<b>11,9</b>
<b>Si ingresado/a, número de veces:</b>										
Una	75,0	86,7	81,8	75,6	<b>79,2</b>	85,7	81,8	80,0	78,9	<b>80,8</b>
Dos	25,0	13,3	9,1	6,7	<b>9,9</b>	14,3	13,6	12,0	15,8	<b>14,1</b>
Tres o más	0	0	9,1	17,8	<b>10,9</b>	0	4,5	8,0	5,3	<b>5,1</b>
<b>Si ingresado/a, motivo:</b>										
Para operación de cirugía	63,6	64,3	50,0	44,2	<b>51,0</b>	33,3	20,0	68,0	55,8	<b>48,1</b>
Para pruebas diagnósticas	18,2	21,4	23,5	11,6	<b>17,6</b>	22,2	15,0	16,0	16,3	<b>17,0</b>
Para realizar un tratamiento médico	0	0	8,8	25,6	<b>13,7</b>	11,1	5,0	12,0	18,6	<b>13,2</b>
Otros	18,2	14,3	17,6	18,6	<b>17,6</b>	33,3	60,0	4,0	9,3	<b>21,7</b>

Por tipo de hábitat, han ingresado más las personas residentes en las cuencas mineras (15% de los hombres y 12,5% de las mujeres. Sin embargo, aquellas personas que han ingresado más veces en un hospital (tres o más veces) es más frecuente en las personas residentes en zonas centrales (14% de los hombres y 8% de las mujeres de estas zonas que han ingresado).

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Ingresado/a en el último año</b>	12,1	11,7	12,5	<b>11,9</b>
<b>Si ingresado/a, número de veces:</b>				
Una	73,3	80,3	88,9	<b>80,8</b>
Dos	26,7	12,1	11,1	<b>14,1</b>
Tres o más	0	7,6	0	<b>5,1</b>
<b>Si ingresado/a, motivo:</b>				
Para operación de cirugía	35,7	48,6	55,6	<b>48,1</b>
Para pruebas diagnósticas	28,6	16,2	11,1	<b>17,0</b>
Para realizar un tratamiento médico	21,4	12,2	11,1	<b>13,2</b>
Otros	14,3	23,0	22,2	<b>21,7</b>

Por clase social, la mayor frecuencia de ingreso al menos una vez es la de las personas clasificadas como de clase social IV (17% de los hombres y 14% de las mujeres de esta clase), siendo la clase social con menor frecuentación la de la clase social II, en ambos géneros (8% de los hombres y 10% de las mujeres).

Por nivel de estudios, la mayor frecuentación corresponde a las personas con niveles básicos de estudios (22% de los hombres y 18% de las mujeres), siendo más baja en hombres con estudios universitarios (un 10,5% de ellos) y mujeres de estudios medios (9,5% de ellas).

### 7.2.3.2.- Motivo del ingreso hospitalario:

Contestación a la pregunta: **¿Podría indicarnos el motivo del último ingreso hospitalario realizado?**. Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).

El motivo más frecuentemente alegado para el ingreso en un hospital o clínica en este período fue, en la mitad de las ocasiones, para una operación quirúrgica, en un 17% realizarse pruebas diagnósticas y en un 13% realizar un tratamiento médico. Una de cada cinco personas lo hizo por otros motivos.

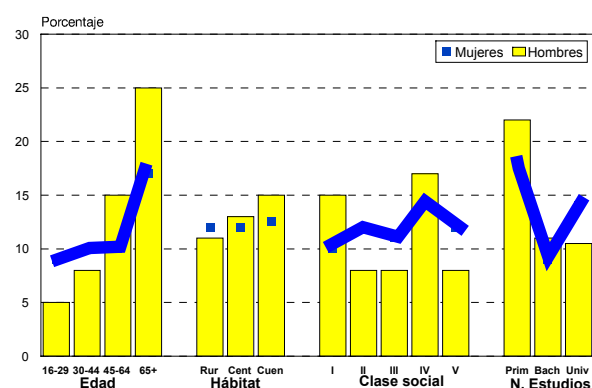
Por género, no hay diferencias entre ambos sexos en cuanto al motivo de ingreso.

Por edades, solo un 3% de la población de 30-44 años lo hizo para realizar un tratamiento médico mientras que lo hacía un 22% de las personas mayores. En las personas de 30-44 años se menciona que un 41% de los motivos de ingreso hospitalario son otras actuaciones de las especificadas frente a solo un 12% en las personas de 45-64 años de edad.

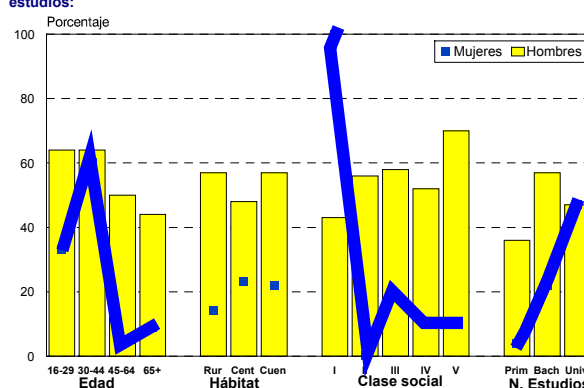
Por edades y género, el motivo del ingreso quirúrgico es mucho más lato en hombres en las edades tempranas de la vida (de 16-44 años, con un 64% de los ingresos en este sexo) reduciéndose a partir de esa edad por el aumento de la proporción de ingresos para tratamientos médicos (26% en hombres mayores). Por el contrario, la distribución de los motivos de ingresos en mujeres está claramente influenciado por los ingresos obstétricos (en mujeres de edades tempranas, que suele ser de hasta el 60% de los ingresos en mujeres de 30-44 años de edad), situación que se modifica a partir de esas edades alcanzando los procesos quirúrgicos el 68% de los ingresos en mujeres de 45-64 años de edad y los motivos de ingreso para tratamiento médico del 19% en mujeres mayores.

Por tipo de hábitat, el motivo quirúrgico fue menor en las mujeres de zonas rurales (36%) y mayor en mujeres de cuencas mineras (56%), al contrario que en los hombres donde los que residen en zona rural tienen un gran porcentaje de ingresos debidos a actos quirúrgicos (57%). El ingreso para tratamientos médicos es muy bajo en hombres y mujeres de las cuencas mineras (5% y 11%, respectivamente) frente al 17% de los hombres de zonas centrales y al 21% de las mujeres de zonas rurales. Es, asimismo, muy alta la proporción de hombres de cuencas mineras para la realización de otro tipo de procesos (24%). Por su parte, el ingresos para la realización de actos diagnósticos es más alta en hombres de zonas centrales (19% frente a un 14% de los residentes en otros ámbitos) y en mujeres de zonas rurales (29%, frente a solo un 11% de las mujeres residentes en cuencas mineras).

USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Ingresos hospitalarios en el año anterior según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Motivos de ingreso hospitalario quirúrgicos en hombres y Otros motivos en mujeres según edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 7.2.4.- Utilización de atención urgente en el último año:

### 7.2.4.1.- Frecuentación de servicios:

Contestación a la pregunta: **Vayamos a ahora al uso de servicios de urgencia...**

- **¿Ha recibido Ud. Atención sanitaria urgente en el último año?** Se refiere a la persona entrevistada (no a su familia).
- **Si sí, cuántas veces.**

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Recibida en el último año</b>	23,0	<b>22,8</b>	<b>22,9</b>
<b>Si recibida, número de veces:</b>			
Una	68,4	<b>74,7</b>	<b>74,7</b>
Dos	21,2	<b>15,6</b>	<b>15,6</b>
Tres o más	10,4	<b>10,4</b>	<b>9,8</b>
<b>Si recibida, motivo:</b>			
Accidente	35,2	<b>31,1</b>	<b>33,0</b>
Enfermedad repentina	29,0	<b>28,2</b>	<b>28,6</b>
Agravamiento de enfermedad preexistente	25,7	<b>21,6</b>	<b>23,5</b>
Otros	10,0	<b>19,1</b>	<b>14,9</b>
<b>Lugar dónde se atendió:</b>			
Domicilio	3,4	<b>2,5</b>	<b>2,9</b>
Centro de Salud o Ambulatorio	16,8	<b>20,7</b>	<b>18,9</b>
Hospital	79,3	<b>74,7</b>	<b>76,8</b>
Médico particular o de empresa	0,5	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>
En la calle	0,0	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>
UVI Móvil	0,0	<b>1,2</b>	<b>0,7</b>
<b>¿Quién le remitió a urgencias?</b>			
Médico/a	24,2	<b>20,3</b>	<b>22,1</b>
Yo mismo/a	50,2	<b>47,4</b>	<b>48,9</b>
Mis familiares y/o amigos/as	6,8	<b>8,9</b>	<b>7,9</b>
Quien me socorrió	16,9	<b>19,4</b>	<b>18,2</b>
Otros	1,9	<b>3,8</b>	<b>2,9</b>

Un 23% de la población dice haber recibido en el último año asistencia sanitaria de carácter urgente. De las que la recibieron, tres de cada cuatro lo hicieron solo un vez, y un 10% tres o más veces (más de 2% del total de la población).

Por género no hay diferencias en la proporción de personas que han recibido este tipo de atención, así como en el número de veces que la han recibido.

Por edades, han recibido menos proporción de atención las personas entre 45-64 años (19%) y las que más las personas jóvenes (27%). Un 17% de las personas han recibido esta atención tres o más veces (frente a un 7% de las personas jóvenes).

Por edad y género, han recibido en los dos sexos más atención sanitaria urgente en este período de tiempo los tramos etarios más opuestos. Así, en hombres la frecuentación fue mayor entre hombres mayores (28%) seguida de hombres jóvenes (24,5%). En cambio en mujeres la frecuentación fue mayor en mujeres jóvenes (28%) seguida de mujeres mayores (22%). En ambos sexos, el tramo etario con menor frecuentación fue el de personas entre 45-64 años de edad (19%). La alta frecuencia de atención urgente (tres o más veces en el

año) ha sido más alta, en cambio, entre las personas mayores (17% en hombres y en mujeres mayores).

Por tipo de hábitat, no hay diferencias sustanciales entre personas residentes en zonas rurales y de las cuencas mineras, habiéndolas entre estas y las residentes en zona centro que tienen una menor frecuencia de uso de servicios urgencias (21-22%) mientras que los hombres de cuencas mineras tiene la mayor frecuencia de haber usado estos servicios (28%). En cuanto al número de veces que han acudido, han sido más frecuentadores (tres o más veces) las personas residentes en zonas rurales (14% en hombre y 16% en mujeres residentes en estas zonas).

Por tipo de clase social, hay diferencias de género según clase. Así, entre los hombres han acudido más a urgencias los clasificados como clase social V (35% de ellos), seguido de los de clase social IV (28%). En cambio, en mujeres, las más frecuentadoras están en clase social II y III (23-24%). Las mayores diferencias de género se sitúan en la clase social V donde un 35% de los hombres han usado estos servicios mientras solo lo ha hecho un 21% de las mujeres. La distribución del número de veces que han acudido a urgencias nos muestra que han tenido más frecuencia de haber acudido más de una vez a urgencias en el último año las personas consideradas clase social I (tanto en hombres (50%) como en mujeres (44%)) a clara distancia de, por ejemplo, los de clase social II (solo un 6% de los hombres y un 23% de las mujeres que han acudido al menos una vez).

Por nivel de estudios, han tenido más frecuencia de uso de servicios de urgencias los hombres con estudios básicos (28%) por solo un 19% de los hombres con estudios universitarios. En cambio, las mujeres con estudios universitarios son las que han acudido con más frecuencia a urgencias (26%, frente a un 21% de las mujeres con estudios considerados básicos). En cuanto al número de veces que han acudido aquellas personas que al menos acudió alguna vez, han realizado más actos (tres o más) de urgencias las personas con estudios básicos (17% de los hombres y 13% de las mujeres con estos estudios), a distancia considerable de la frecuencia en personas con estudios universitarios (4% en hombres y 5% de las mujeres).

#### **7.2.4.2.- Motivo de la atención sanitaria urgente:**

Contestación a la pregunta: ***¿Podría indicarnos el motivo de la utilización de los servicios de urgencia?***

La motivación más frecuente para recibir atención urgente fue la existencia de un accidente (33%), la presencia de una enfermedad repentina (29%) seguida de agravamiento de enfermedad preexistente (23,5%).

Por género, no hay diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto al motivo de asistencia.

Por edades, la mitad de las personas jóvenes recibieron la atención debido a un accidente, frente a solo un 25% de las personas mayores. Otros motivos son los más frecuentes en personas entre 30-44 años.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Recibida en el último año</b>	26,8	21,0	19,3	25,2	<b>22,9</b>
<b>Si recibida, número de veces:</b>					
Una	74,0	78,1	74,4	61,5	<b>74,7</b>
Dos	18,7	14,6	17,8	21,1	<b>15,6</b>
Tres o más	7,3	7,3	7,8	17,4	<b>9,8</b>
<b>Si recibida, motivo:</b>					
Accidente	48,0	31,5	26,0	24,6	<b>33,0</b>
Enfermedad repentina	21,6	25,0	34,6	34,2	<b>28,6</b>
Agravamiento de enfermedad preexistente	13,6	16,7	30,8	34,2	<b>23,5</b>
Otros	16,8	26,9	8,7	7,0	<b>14,9</b>
<b>Lugar dónde se atendió:</b>					
Domicilio	0,0	4,7	1,9	5,3	<b>2,9</b>
Centro de Salud o Ambulatorio	30,4	22,6	12,5	8,8	<b>18,9</b>
Hospital	68,8	69,8	84,6	85,1	<b>76,8</b>
Médico particular o de empresa	0,8	0,9	0,0	0,0	<b>0,4</b>
En la calle	0,0	0,9	0,0	0,0	<b>0,2</b>
UVI Móvil	0,0	0,9	1,0	0,9	<b>0,7</b>
<b>¿Quién le remitió a urgencias?</b>					
Médico/a	17,5	17,1	32,0	22,7	<b>22,1</b>
Yo mismo/a	57,1	60,0	42,7	34,5	<b>48,9</b>
Mis familiares y/o amigos/as	8,7	5,7	6,8	10,0	<b>7,9</b>
Quien me socorrió	12,7	16,2	15,5	29,1	<b>18,2</b>
Otros	4,0	1,0	2,9	3,6	<b>2,9</b>

Por edad y género, existe una gran disparidad de motivos de la atención urgente en relación a la edad. Si bien en hombres jóvenes es muy frecuente la atención debida a accidentes (67%) y muy escasa la de enfermedad repentina (10%) y otras (12%), en cambio en mujeres jóvenes y en las 30-44 años de edad la proporción de accidentes es mucho más baja (31% y 28%, respectivamente) y, en cambio, se incrementa la debida a enfermedad repentina (31% en mujeres jóvenes) y otras motivaciones (21% en mujeres jóvenes y 38% en mujeres de 30-44 años, principalmente debido a motivos obstétricos). En cambio, el agravamiento de enfermedad preexistente y la existencia de enfermedad repentina mucho más frecuente en hombres, sobre todo en los mayores (mayores de 64 años) llegando a ser del 41% y 43% respectivamente mientras en mujeres mayores solo llega al 26-28% de los motivos en esas edades.

Por tipo de hábitat, los accidentes han sido más frecuentes en hombres de zonas rurales (44%) frente a un 29% en hombres de cuencas mineras. En mujeres, han sido más frecuentes en zonas centrales (33%) y menores también en cuencas mineras (24%). Las enfermedades repentinas han sido, por contra, más frecuentes en hombres de cuencas mineras (29% frente a un 16% de los hombres de zonas rurales), y en el caso de mujeres en mujeres de zonas rurales (33%). Los agravamientos de enfermedades preexistentes han sido más frecuentes en hombres de zonas rurales (31%, frente a un 24% en hombres de zonas centrales) y en mujeres en las de cuencas mientras (29%) con escasa representación de mujeres de zonas centrales (20%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Recibida en el último año</b>	24,5	20,2	18,9	27,9	<b>23,0</b>	28,3	21,2	18,8	22,3	<b>22,8</b>
<b>Si recibida, número de veces:</b>										
Una	69,6	77,3	70,7	57,7	<b>68,4</b>	77,6	78,8	77,6	64,9	<b>74,7</b>
Dos	23,2	13,6	22,0	25,0	<b>21,2</b>	14,9	15,4	14,3	17,5	<b>15,6</b>
Tres o más	7,1	9,1	7,3	17,3	<b>10,4</b>	7,5	5,8	8,2	17,5	<b>10,4</b>
<b>Si recibida, motivo:</b>										
Accidente	67,2	36,0	22,4	11,3	<b>35,2</b>	31,3	27,6	29,1	36,1	<b>31,1</b>
Enfermedad repentina	10,3	32,0	32,7	43,4	<b>29,0</b>	31,3	19,0	36,4	26,2	<b>28,2</b>
Agravamiento de enfermedad preexistente	10,3	18,0	34,7	41,5	<b>25,7</b>	16,4	15,5	27,3	27,9	<b>21,6</b>
Otros	12,1	14,0	10,2	3,8	<b>10,0</b>	20,9	37,9	7,3	9,8	<b>19,1</b>
<b>Lugar dónde se atendió:</b>										
Domicilio	0	6,1	2,1	5,7	<b>3,4</b>	0	3,5	1,8	4,9	<b>2,5</b>
Centro de Salud o Ambulatorio	29,3	24,5	10,4	1,9	<b>16,8</b>	31,3	21,1	14,3	14,8	<b>20,7</b>
Hospital	70,7	67,3	87,5	92,5	<b>79,3</b>	67,2	71,9	82,1	78,7	<b>74,7</b>
Médico particular o de empresa	0	2,0	0	0	<b>0,5</b>	1,5	0	0	0	<b>0,4</b>
En la calle	0	0	0	0	<b>0,0</b>	0	1,8	0	0	<b>0,4</b>
UVI Móvil	0	0	0	0	<b>0,0</b>	0	1,8	1,8	1,6	<b>1,2</b>
<b>¿Quién le remitió a urgencias?</b>										
Médico/a	15,3	17,0	38,8	26,9	<b>24,2</b>	19,4	17,2	25,9	19,0	<b>20,3</b>
Yo mismo/a	61,0	61,7	40,8	36,5	<b>50,2</b>	53,7	58,6	44,4	32,8	<b>47,4</b>
Mis familiares y/o amigos/as	3,4	4,3	6,1	13,5	<b>6,8</b>	13,4	6,9	7,4	6,9	<b>8,9</b>
Quien me socorrió	15,3	17,0	14,3	21,2	<b>16,9</b>	10,4	15,5	16,7	36,2	<b>19,4</b>
Otros	5,1	0	0	1,9	<b>1,9</b>	3,0	1,7	5,6	5,2	<b>3,8</b>

Por clase social, la atención por accidentes ha sido más frecuente en hombres consideradas de clase social II (56%) y más baja en la de clase social IV (26%). Por el contrario, en mujeres las atendidas por accidentes han sido más frecuentes en mujeres de clase social I (56%) con menor frecuencia en las de clase social IV (26%). El motivo de enfermedad repentina ha sido más frecuente en hombres de clase social I (40%) y menos en los de clase social V (19%). En cambio, en mujeres de clase social I la frecuencia ha sido mínima, mientras que en las de clase social IV ha sido muy frecuente (36%). La atención pro agravamiento de enfermedad preexistente ha sido más frecuente en hombres de clase social IV (33%) y en mujeres de clase social V (32%) y más baja en hombres de clase social III (15%) y en mujeres de clase social I (11%). Otros motivos fueron más frecuentes en mujeres de clase social (33%) y poco frecuentes en mujeres de clase social V (10%).

Por nivel de estudios, la atención urgente por accidentes han sido más frecuentes en hombres con estudios medios (41%, frente a un 19% en hombres con estudios básicos) siendo en mujeres más frecuente en las que tienen estudios básicos (42%) y menor en las que tienen estudios medios (28%). Las enfermedades repentinas como motivo han sido más frecuentes en hombres (38%) y mujeres (30%) con estudios básicos, así como el

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

agravamiento de enfermedades preexistentes (40% y 21% respectivamente). Por el contrario, otras motivaciones fueron más frecuentes en personas con estudios universitarios (13% en hombres y 33% en mujeres con estos estudios) y muy poco frecuentes en personas con estudios básicos (3% en hombres y 21% en mujeres).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Recibida en el último año</b>	24,3	21,6	25,0	<b>22,8</b>
<b>Si recibida, número de veces:</b>				
Una	71,9	77,1	67,5	<b>74,7</b>
Dos	12,5	14,4	22,5	<b>15,6</b>
Tres o más	15,6	8,5	10,0	<b>10,4</b>
<b>Si recibida, motivo:</b>				
Accidente	30,3	33,1	23,8	<b>31,1</b>
Enfermedad repentina	33,3	27,7	26,2	<b>28,2</b>
Agravamiento de enfermedad preexistente	21,2	19,9	28,6	<b>21,6</b>
Otros	15,2	19,3	21,4	<b>19,1</b>
<b>Lugar dónde se atendió:</b>				
Domicilio	0	3,6	0	<b>2,5</b>
Centro de Salud o Ambulatorio	30,3	20,5	14,3	<b>20,7</b>
Hospital	69,7	73,5	83,3	<b>74,7</b>
Médico particular o de empresa	0	0	2,4	<b>0,4</b>
En la calle	0	0,6	0	<b>0,4</b>
UVI Móvil	0	1,8	0	<b>1,2</b>
<b>¿Quién le remitió a urgencias?</b>				
Médico/a	18,2	21,5	17,1	<b>20,3</b>
Yo mismo/a	51,5	48,5	41,5	<b>47,4</b>
Mis familiares y/o amigos/as	0	9,8	12,2	<b>8,9</b>
Quien me socorrió	27,3	16,6	24,4	<b>19,4</b>
Otros	3,0	3,7	4,9	<b>3,8</b>

#### **7.2.4.3.- Lugar donde se realizó la atención sanitaria urgente:**

Contestación a la pregunta: **¿Podría indicarnos el lugar donde se utilizaron los servicios de urgencia?**

La prestación de estos servicios se realizó con mayor frecuencia en un hospital (77%), seguido a gran distancia de en un centro de salud o ambulatorio (19%). Un 0,2% la recibió en la calle y en un 0,7 a través de una UVI móvil.

Por género no hay diferencias entre sexos.

Por grupo etario, mientras el 85% de las personas mayores lo hicieron en un hospital solo lo hizo dos de cada tres personas jóvenes, siendo atendidas estas más en centros de salud o ambulatorios (30% frente a un 9% de las personas mayores).

Por edad y género, la asistencia en el centro de salud o ambulatorio ha sido muy escasa entre hombres, sobre todo aquellos hombres mayores (2%) frente a un 15% de las mujeres de la misma edad, siendo por el contrario más frecuente el ingreso hospitalario en esas edades en hombres (92,5% frente a un 79% en mujeres). La atención en UVI móvil afectó solo a mujeres encuestadas.

Por tipo de hábitat, los hombres y mujeres de las zonas rurales han acudido más (25% en hombres y 30% en mujeres) a recibir la atención urgente en el centro de salud o ambulatorio en relación a las personas residentes en otros hábitats. No obstante, en todos los hábitats el lugar de atención con mayor frecuencia es la atención hospitalaria (mayor en hombres de las zonas centro, 81%, frente a un 72% en hombres de zonas rurales; y mayor en mujeres de cuencas mineras (83%) frente a un 70% en las de zonas rurales). La atención mediante UVI móvil solo ha existido en personas encuestadas residentes en zonas centrales.

Por clase social, han recibido atención en urgencias en su domicilio más los hombres en clase social I (10%) y las mujeres en clase social IV (3%). El centro de salud o ambulatorio como lugar de atención ha sido más frecuente en hombres de clase social V (25%) y en mujeres de clase social I (56%). La atención en hospital ha sido más frecuente en hombres de clase social IV (83,5%) y en mujeres de la misma clase (83%). La UVI móvil ha atendido a personas entrevistadas situadas en clase social IV. Un 10% de los hombres atendidos de clase social I lo han sido por su médico/a particular o de empresa así como un 6% de las mujeres de clase social V.

Por nivel de estudios, han sido atendidos en su domicilio más los hombres con estudios básicos (5%, frente a un 3% en los de estudios medios) y en mujeres de estudios medios (3%). Han acudido más al centro de salud o ambulatorio las personas con estudios superiores (14% de los hombres y 33% de las mujeres). Por el contrario, han acudido a urgencias hospitalarias con mayor frecuencia las personas con estudios básicos (89% de los hombres y 82% de las mujeres). Las personas encuestadas atendidas por la UVI móvil tenían estudios de carácter medio.

#### **7.2.4.4.- Remisión para atención sanitaria urgente:**

**Contestación a la pregunta: ¿Podría indicarnos quién le/la remitió para usar servicios de urgencia?**

La mitad de las personas dicen que acudieron por sí mismas al lugar de atención urgente. Un 22% fue remitida por un médico/a y otros 18% por la persona que socorrió al/a la futuro/a atendido/a.

Por género no hay diferencias en este caso. Por grupo erario, solo la tercera parte de las personas mayores acudieron por si mismas frente a un 60% de las personas entre 30-44 años de edad. En un 30% de las personas mayores fueron remitidas por las personas que las socorrieron.

Por edad y género, han acudido a los servicios de urgencias remitidos por el médico más los hombres (39% de ellos) y mujeres (26%) entre 45-64 años de edad. Las personas entre 16-44 años de edad han acudido, más frecuentemente remitidos por sí mismas (61-62% en hombres y 54-59% en mujeres). Los familiares y/o amigos han sido los que han remitido o llevado a urgencias con más frecuencia en el caso de los hombres mayores (13,5%) mientras que en mujeres ha sido mucho más frecuente entre mujeres jóvenes (13%). La derivación por personas que socorrieron a las personas que necesitaban atención urgente ha sido más frecuente en personas mayores (21% en hombres y 36% en mujeres mayores).

Por tipo de hábitat, la remisión por el/la médico/a ha sido relativamente similar entre hábitats y sexos. En cambio, el ir por sí mismos/as ha sido más alto en hombres residentes en zona rural (66%, frente a un 43% en los de las cuencas mineras) y en mujeres de las mismas zonas (51,5%, frente a un 41% en mujeres de cuencas mineras). La remisión por familiares y amigos ha sido más alta en personas de cuencas mineras en mujeres (12%) y en hombres en los de zona central (9%) y muy escasa en personas residentes en zonas

## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

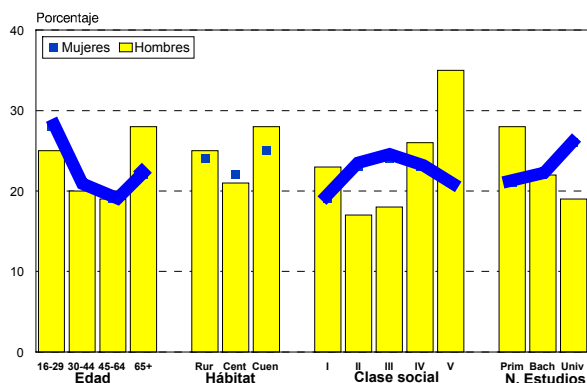
### Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

rurales. Las personas que socorrieron a la persona que necesitaba atención urgente como personas que remitieron al servicio de urgencias fue más frecuente en hombres de cuencas mineras (24%) y en mujeres de zonas rurales (27%).

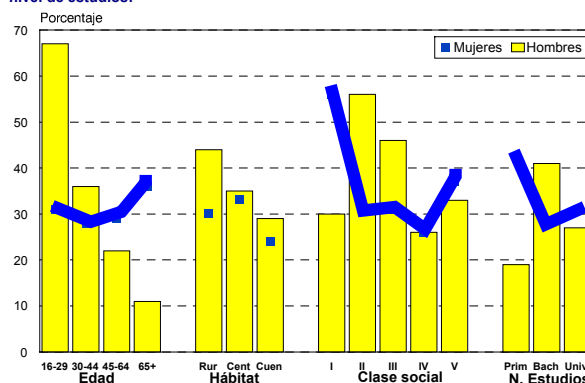
Por clase social, la remisión por el/la médico/a ha sido más frecuente en hombres de clase social IV (27%) y menor en los de clase social I (20%) al igual que en mujeres (22% y 11% respectivamente). han acudido por sí mismos/as más los hombres en clase social I (70%) y las mujeres en clase social V (63%). La remisión por familiares y/o amigos/as es más frecuente en hombres de clase social II (11%) y en mujeres de clase social I (22%). El envío por personas que socorrieron es más frecuente en hombres de clase social IV (24%) y en mujeres de clase social V (21%).

Por nivel de estudios, la remisión por un médico/a ha sido más frecuente en las que tienen estudios básicos (32% de los hombres y 23% de las mujeres, frente a un 20% y 11% respectivamente en personas con estudios universitarios). La autoderivación, por el contrario, ha sido mucho más frecuente en personas con estudios universitarios (70% de hombres y 61% en mujeres con estos estudios, frente a un 46% y 30% respectivamente en personas con estudios básicos). La remisión por personas que socorrieron ha sido más alta en hombres con estudios medios (21%) y en mujeres con estudios básicos

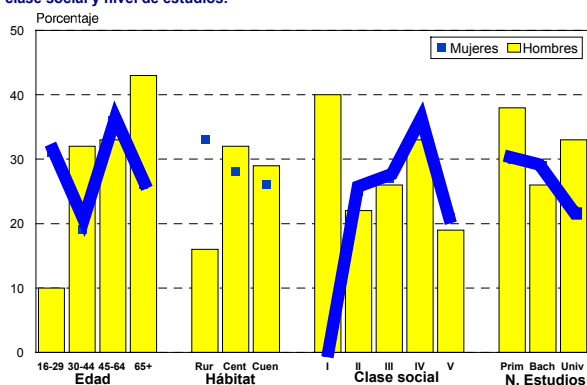
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Atención urgente en el año anterior segun el sexo de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:**



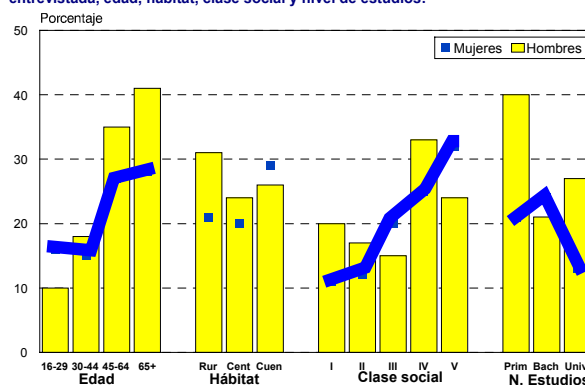
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Atención urgente en el año anterior debido a ACCIDENTE segun el sexo de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:**



**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Atención urgente en el año anterior debido a ENFERMEDAD REPENTINA segun el sexo de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:**



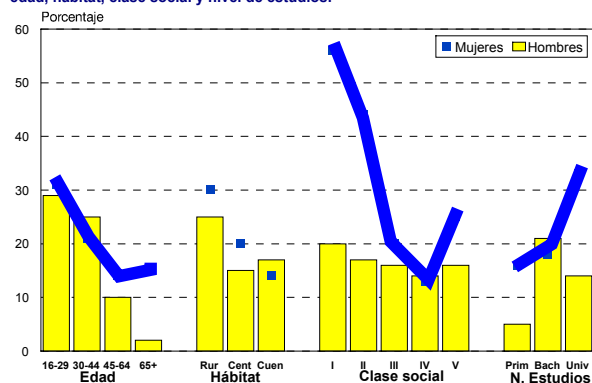
**USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Atención urgente en el año anterior debido a AGRAVAMIENTO DE ENFERMEDAD PREVIA segun el sexo de la persona entrevistada, edad, habitat, clase social y nivel de estudios:**



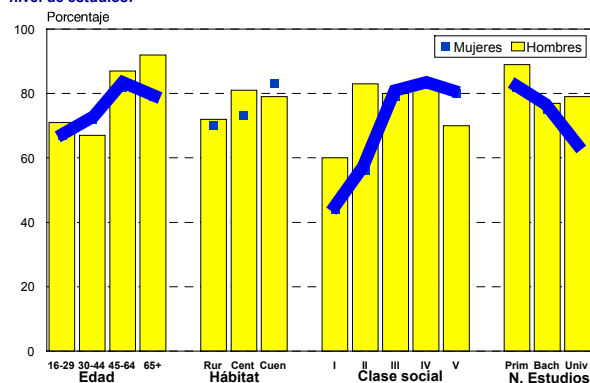
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Atención urgente en el año anterior realizada en CENTRO DE SALUD O AMBULATORIO segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



USO DE SERVICIOS SANITARIOS: Atención urgente en el año anterior realizada en HOSPITAL segun el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:



## 7.3.- Aseguramiento sanitario:

### 7.3.1.- Aseguramiento que posee:

Contestación a la pregunta: **Le vamos a hacer unas preguntas sobre el tipo de seguro sanitario que Ud. posee. ¿Podría indicarnos el tipo de seguro que Ud. posee, sea como asegurado/a o beneficiario/a de otro/a asegurado/a?. Se refiere a la persona encuestada. Variable que puede ser respondida en los distintos epígrafes, por tanto, la suma de porcentajes puede ser superior al 100%.**

Un 97% de la población asturiana entrevistada dice tener aseguramiento con la Seguridad Social española. Un 5% dice tener aseguramiento de Mutualidad con la opción de Seguridad Social, cerca de un 4% tiene seguro médico privado concertado individualmente. No tiene seguro médico y paga siempre sus gastos un 0,3% de la población.

Por género de la persona entrevistada, existen diferencias significativas en las proporciones manifestadas por ambos sexos en relación al aseguramiento con una Mutualidad con opción Seguridad Social donde cerca de un 7% de los hombres la tiene y solo un 3% de las mujeres. Los hombres poseen, también, mayor proporción de seguros médicos privados, sean colectivos o individuales, que las mujeres (8% frente a un 5% de las mujeres).

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Seguridad Social</b>	96,6	<b>96,8</b>	<b>96,7</b>
<b>Mutualidad con opción Seguridad Social</b>	6,9	<b>3,2</b>	<b>5,0</b>
<b>Mutualidad con opción seguro concertado</b>	2,1	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>
<b>Seguro médico privado individual</b>	4,4	<b>2,9</b>	<b>3,6</b>
<b>Seguro médico concertado empresa</b>	3,6	<b>2,0</b>	<b>2,8</b>
<b>No tengo seguro, uso beneficiencia</b>	0,2	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
<b>No tengo seguro, pago siempre directamente los gastos</b>	0,3	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

Por grupos etarios, se observan diferencias marcadas en el caso del aseguramiento con mutualidad con opción seguridad social, que es mucho más frecuente en personas de 30-44 años de edad (9%) que en otros tramos etarios (solo un 2% en personas mayores). Solo un 3% de la población mayor tiene un seguro médico privados (individual o colectivo) frente a un 8% de las personas entre 30-44 años de edad. Un 0,4% de las personas de 30-44 años y el mismo porcentaje de las personas mayores manifiestan no tener aseguramiento médico y pagarse siempre los gastos por sí mismos/as.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Seguridad Social</b>	96,5	96,5	96,4	97,5	96,7
<b>Mutualidad con opción Seguridad Social</b>	5,2	9,1	3,8	1,7	5,0
<b>Mutualidad con opción seguro concertado</b>	1,7	2,3	1,3	0,6	1,5
<b>Seguro médico privado individual</b>	4,0	4,7	3,6	2,1	3,6
<b>Seguro médico concertado empresa</b>	2,7	3,5	3,6	1,0	2,8
<b>No tengo seguro, uso beneficiencia</b>	0,0	0,4	0,0	0,2	0,1
<b>No tengo seguro, pago siempre directamente los gastos</b>	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3

Por edad y sexo, que en el tramo de edades jóvenes los hombres tiene una mayor tasa de afiliación a la Seguridad Social que las mujeres tanto en general como en Mutuas. A su vez, los hombres menores de 64 años tienen un porcentaje de cobertura mediante seguro médico privado individual (6,5% de los hombres de 30-44 años frente a un 3% de las mujeres de la misma edad). Debido a la mayor tasa de actividad de los hombres de 30-64 años estos presentan un mayor porcentaje de seguros médicos concertados por la empresa (5,2-5,3% en hombres y 2% en mujeres de las mismas edades) mientras que en personas jóvenes es más alta la frecuencia de este tipo de aseguramiento en mujeres (3,3% en mujeres y 2,1% en hombres).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Seguridad Social</b>	97,5	96,0	95,5	98,0	<b>96,6</b>	95,4	97,0	97,2	97,2	<b>96,8</b>
<b>Mutualidad con opción Seguridad Social</b>	6,6	12,5	5,7	2,0	<b>6,9</b>	3,8	5,9	2,1	1,4	<b>3,2</b>
<b>Mutualidad con opción seguro concertado</b>	2,1	2,8	2,3	1,0	<b>2,1</b>	1,3	1,9	0,3	0,4	<b>0,9</b>
<b>Seguro médico privado individual</b>	4,1	6,5	4,5	2,0	<b>4,4</b>	3,8	3,0	2,8	2,1	<b>2,9</b>
<b>Seguro médico concertado empresa</b>	2,1	5,2	5,3	1,0	<b>3,6</b>	3,3	1,9	2,1	1,1	<b>2,0</b>
<b>No tengo seguro, uso beneficiencia</b>	0	0,4	0	0,5	<b>0,2</b>	0	0,4	0	0	<b>0,1</b>
<b>No tengo seguro, pago siempre directamente los gastos</b>	0,4	0,4	0	0	<b>0,3</b>	0	0,4	0,3	0,4	<b>0,3</b>

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

En relación al hábitat, tienen una mayor proporción de aseguramiento mediante seguridad social en general, las personas residentes en las cuencas mineras (98% de hombres y 99,4% de mujeres) siendo más bajo en las zonas centrales (96% en ambos sexos). En el aseguramiento mediante mutualidad con opción seguridad social es más frecuente en hombres de la zona rural (10,5% frente a un 4,7% de los hombres de las cuencas mineras) y bajo en mujeres (3,6% en mujeres de las zonas centro y 1,4% en mujeres de zonas rurales). La posesión de un seguro médico individual privado es más frecuente en la zona central (4,6% de los hombres y 3,1% de las mujeres de esta zona lo tienen) y menor en las cuencas mineras (4% en hombres y 2% en mujeres). El tener un seguro médico concertado por la empresa es más frecuente en hombres de las zonas rurales (4,5%) y mujeres de las cuencas mineras (2,5%).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Seguridad Social</b>	97,9	96,0	99,4	<b>96,8</b>
<b>Mutualidad con opción Seguridad Social</b>	1,4	3,6	3,1	<b>3,2</b>
<b>Mutualidad con opción seguro concertado</b>	1,4	0,9	0,6	<b>0,9</b>
<b>Seguro médico privado individual</b>	2,9	3,1	1,9	<b>2,9</b>
<b>Seguro médico concertado empresa</b>	2,1	1,9	2,5	<b>2,0</b>
<b>No tengo seguro, uso beneficiencia</b>	0	0,1	0	<b>0,1</b>
<b>No tengo seguro, pago siempre directamente los gastos</b>	0,7	0,3	0	<b>0,3</b>

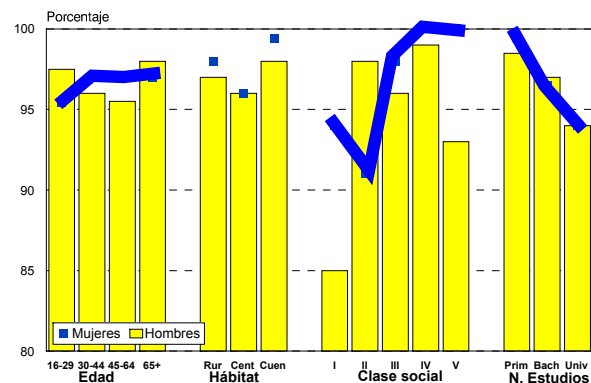
Por clase social, el aseguramiento mediante Seguridad social en general es más alto en hombres de clase social IV (99%) y mujeres de clase social V (100%) siendo relativamente bajo en hombres de clase social I (85%) y mujeres de clase social II (91%). La posesión de mutualidad con opción a seguridad social es mucho más alta en personas de clase social I (19% de los hombres y 12% de mujeres de esta clase, en contraste con el 4% de los hombres y 0,3% de las mujeres de clase social IV). La posesión de seguro médico privado individual es más frecuente en hombres de clase social II (13%) y de clase V (12%) y en mujeres de clase social V (3% de ellas) en contraste con la baja proporción de personas en clase social I que lo tienen (4% de hombres y ausencia de mujeres). Por el contrario, los seguros médicos concertados por la empresa son más frecuentes en personas de clase social I (11% de hombres y 6% de mujeres, frente a un 2% de hombres de clase social III y un 1% de mujeres de clase social IV).

Por nivel educativo, tienen una mayor proporción de aseguramiento mediante seguridad social las personas con niveles educativos básicos (98% en hombres y 99,5% en mujeres) y menores en personas con estudios universitarios (94% en hombre y mujeres). Los seguros con mutualidad y opción a seguridad social son más frecuentes en personas con estudios universitarios (13% en hombres y 7% en mujeres) siendo de solo el 1,5% y 0,5%, respectivamente, en personas con estudios básicos. Asimismo, la posesión de un seguro médico privado individual es más frecuente en personas con estudios universitarios (9% de los hombres y 4% de las mujeres con estos estudios) siendo muy bajo en personas con estudios básicos (2% de hombres y 0,5% de mujeres).

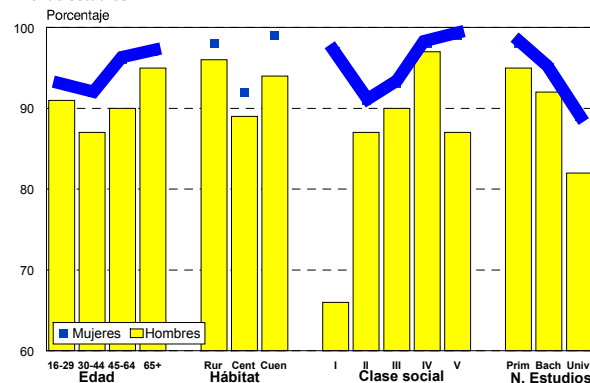
## ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002

### Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

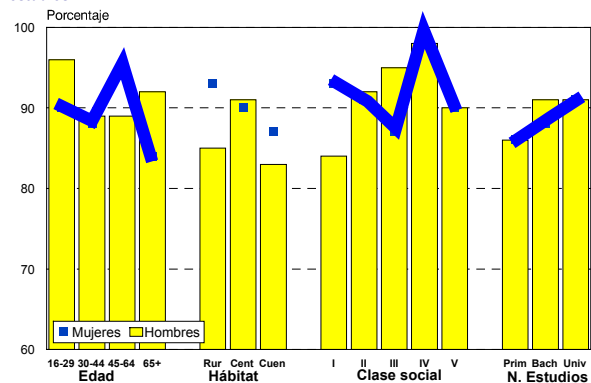
**ASEGURAMIENTO SANITARIO (en Seguridad Social) según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



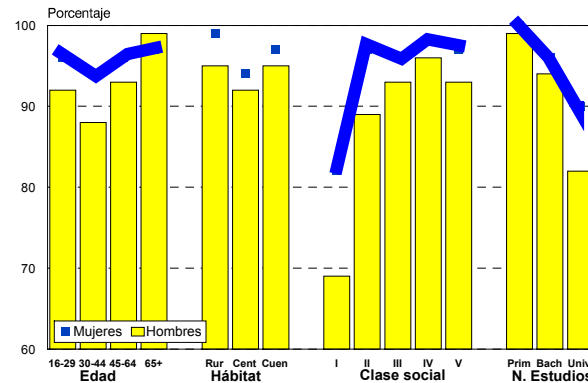
**FINANCIACION SANITARIA mediante Seguridad Social en Servicios de ATENCION PRIMARIA según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**FINANCIACION SANITARIA mediante AUTOFINANCIACION en Servicios DENTALES según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



**FINANCIACION SANITARIA mediante AUTOFINANCIACION en HOSPITALIZACION según el sexo de la persona entrevistada, edad, hábitat, clase social y nivel de estudios:**



### **7.3.2.- Tipo de financiación de los servicios consumidos:**

Contestación a la pregunta: **¿Podría indicarnos, el tipo de seguro que Ud. utilizó en la última visita de los siguientes servicios?. Si ha financiado dicho servicio por varias vías (copago, etc) indique aquellas que financió la mayor parte.** Se refiere a la persona encuestada. Variable que puede ser respondida en los distintos epígrafes, por tanto, la suma de porcentajes puede ser superior al 100%.

El porcentaje de financiación por parte de la Seguridad Social, en la totalidad o en la mayor parte de la factura de los distintos servicios sanitarios recibidos en la población muestreada es muy elevada excepto para los servicios dentales. Un 94% de las personas financiaron a cargo de la Seguridad Social los últimos servicios de Atención Primaria, al igual que los de atención urgente. Un 93% los servicios de hospitalización. En el lado opuesto, solo un 6% de la población de los que utilizaron los servicios dentales lo hizo con financiación de la Seguridad Social, siendo el porcentaje de autofinanciación (excluyendo aseguramientos públicos y/o privados) en las personas que recurrieron a servicios dentales del 89%.

Por género, las mujeres utilizaron la financiación de la Seguridad Social para las hospitalizaciones en mayor frecuencia que los hombres (95% frente a un 91% de los hombres), siendo dichas diferencias estadísticamente significativas. Para el resto de servicios no hay diferencias de género significativas.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
<b>Servicios de Atención Primaria (SS)</b>	93,3	<b>95,2</b>	<b>94,3</b>
<b>Hospitalización (SS)</b>	90,7	<b>94,9</b>	<b>92,9</b>
<b>Dentista (SS)</b>	4,5	<b>6,9</b>	<b>5,8</b>
Autofinanciación	90,0	<b>88,6</b>	<b>89,3</b>
<b>Servicios de Urgencia (SS)</b>	92,1	<b>96,9</b>	<b>94,0</b>

Por grupos etarios, las personas mayores suelen utilizar en mayor frecuencia la financiación a cargo de la Seguridad Social de todo tipo de servicios sanitarios, incluidos los dentales. Esa diferencia es más manifiesta en el caso de las hospitalizaciones (97% de ellas en personas mayores y solo el 91% en personas jóvenes). En el caso de los servicios dentales, un 9,5% de las personas mayores que los utilizaron lo financiaron por la Seguridad Social frente a un 4% de las personas jóvenes. La autofinanciación, en este último caso, es del 86% en personas mayores y del 92% en personas jóvenes.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Servicios de Atención Primaria (SS)</b>	94,3	91,3	95,0	96,8	<b>94,3</b>
<b>Hospitalización (SS)</b>	91,3	89,5	93,6	97,0	<b>92,9</b>
<b>Dentista (SS)</b>	4,3	5,1	4,4	9,5	<b>5,8</b>
Autofinanciación	91,6	87,9	91,1	86,2	<b>89,3</b>
<b>Servicios de Urgencia (SS)</b>	91,0	92,4	95,0	97,6	<b>96,9</b>

Por edad y género, han utilizado en su última visita la seguridad social como financiadora de los considerados servicios de atención primaria fundamentalmente las personas mayores (97% de hombres y 95% de mujeres) siendo más bajo en las personas de 30-44 años (87% de los hombres y 92% de las mujeres). En la hospitalización el porcentaje de personas que se financian mediante la seguridad social en relación al género y edad es similar: un 99% de los hombres y un 97% de las mujeres mayores, siendo relativamente baja la proporción de financiación mediante este sistema en personas de 30-44 años (88% de hombres y 94% de mujeres). Como ya se comentó la proporción de financiación de los servicios de dentista a través de la seguridad social son muy bajos, siendo las personas mayores las que más utilizan la seguridad social (7% de los hombres y 11% de las mujeres de estas edades), no obstante, existe una disparidad manifiesta de género en cuanto al uso de la seguridad social en personas jóvenes: un 1% de los hombres de estas edades frente a un 8% de las mujeres entrevistadas. Este hecho se ve corroborado por los porcentaje de autofinanciación en los servicios dentales y estas edades (son de los que mayor porcentaje de autofinanciación tienen: un 96% en hombre y un 90% en mujeres jóvenes). Los menores porcentajes de autofinanciación corresponden a las personas de 30-44 años (un 89% en hombres y un 88% en mujeres). Los servicios de urgencias financiados por la seguridad social son más frecuentes en personas mayores (superior al 98% en personas mayores) y menos frecuentes en hombres de 30-44 años (89%) y mujeres de 16-29 años (94%).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES				Total	MUJERES				Total
	16-29	30-44	45-64	>64		16-29	30-44	45-64	>64	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Servicios de Atención Primaria (SS)</b>	91,3	86,7	89,8	97,0	<b>93,3</b>	92,9	91,8	96,2	95,4	<b>95,2</b>
<b>Hospitalización (SS)</b>	92,3	87,7	93,2	99,4	<b>90,7</b>	96,4	94,0	95,8	96,9	<b>94,9</b>
<b>Dentista (SS)</b>	0,9	4,6	5,7	7,0	<b>4,5</b>	7,7	5,5	3,2	11,4	<b>6,9</b>
Autofinanciación	96,2	88,9	88,9	91,9	<b>90,0</b>	90,5	87,6	94,8	84,0	<b>88,6</b>
<b>Servicios de Urgencia (SS)</b>	92,2	88,9	94,8	98,6	<b>92,1</b>	94,4	97,0	96,8	98,4	<b>95,8</b>

En relación al hábitat, la financiación de los servicios de atención primaria mediante la seguridad social es más alta en hombres de la zona rural (96%) y mujeres de las cuencas mineras (99%). La hospitalización financiada por la seguridad social es más alta en hombres de las zonas rurales y de las cuencas y en las mujeres de zonas rurales (99%). El uso del dentista financiado por la seguridad social ha sido más alto en las cuencas mineras tanto en hombres como en mujeres (14% en mujeres y 7% en hombres), siendo más bajo en zonas centrales. La autofinanciación de estos servicios ha sido más alta en las zonas centrales.

La distribución de la financiación por parte de la seguridad social por clase social es más alta en servicios de atención primaria para los hombres de clase social IV (más del 97%) y en mujeres de clase social V (99%),, siendo muy baja en hombres de clase social I (66%). En servicios de hospitalización sucede algo similar: las proporciones de financiación mediante seguridad social son alta en clase sociales bajas (la IV y V, con más de 93% en ambos sexos) y siendo muy baja en clases sociales altas, particularmente la I (69% en hombres y 82% en mujeres hospitalizadas de esa clase). Los servicios dentales financiados públicamente presentan una mayor frecuencia a medida que descendemos de clase social (ninguna persona en clase social I y un 7% y 8% en hombres y mujeres de clase social V), circunstancia que no se observa, inversamente, en la proporción de autofinanciación que es más alta en hombres de clase social III (95%) y mujeres de clase social IV (99%) frente a un 84% en hombres de clase social I y un 87% de mujeres de clase social III.

	MUJERES			
	Rural	Centro	Cuencas	Total
	%	%	%	%
<b>Servicios de Atención Primaria (SS)</b>	97,9	92,5	98,8	<b>95,2</b>
<b>Hospitalización (SS)</b>	99,2	93,9	97,1	<b>94,9</b>
<b>Dentista (SS)</b>	5,9	5,8	14,1	<b>6,9</b>
Autofinanciación	84,8	91,2	82,9	<b>88,6</b>
<b>Servicios de Urgencia (SS)</b>	99,2	96,2	97,6	<b>96,9</b>

Por nivel educativo, en los servicios de atención primaria disminuye la proporción de financiación por seguridad social general a medida que aumentan los estudios de las personas entrevistadas en ambos sexos, al igual que sucede con la hospitalización (en hombres con estudios universitarios sobrepasa ligeramente el 80% de las hospitalizaciones). Los servicios dentales autofinanciados son más altos en personas con estudios universitarios bien las diferencias no son muy grandes (91% en hombres y mujeres) y más bajos en personas con estudios bajos (86% en hombres y mujeres).

## **7.4.- Consumo de fármacos:**

### **7.4.1: Consumo global de fármacos:**

Contestación a la pregunta: **Le vamos a hacer unas preguntas sobre el tipo de medicamentos que Ud. ha tomado en estas dos últimas semanas, ¿Podría indicarnos el tipo o tipos de medicamentos que Ud. ha tomado en las últimas dos semanas y si fueron recetados por el/la médico/a? Se refiere a la persona encuestada. Variable que puede ser respondida en los distintos epígrafes, por tanto, la suma de porcentajes puede ser superior al 100%. Debe responder a la pregunta de si ha sido recetado el medicamento con ocasión de un problema de salud actual (aunque sea una recidiva).**

De las personas encuestadas, un 16% dice haber tomados en las últimas dos semanas medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquios, un 14% para combatir el dolor y/o bajar la fiebre (no por reuma o artrosis), el mismo porcentaje para los nervios y para la tensión arterial. Un 4% ha tomado antibióticos, el mismo porcentaje que para combatir la alergia y la diabetes. Un 3% de las personas dice tomar medicación para no quedar embarazada, un 1% para adelgazar y un 3% toma productos alternativos (homeopáticos, hierbas, etc.).

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Para catarro, gripe, garganta, bronquios...</b>	15,2	<b>15,9</b>	<b>15,6</b>
<b>Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)</b>	12,1	<b>14,9</b>	<b>13,6</b>
<b>Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes</b>	3,7	<b>7,8</b>	<b>5,9</b>
<b>Antibióticos</b>	2,8	<b>4,4</b>	<b>3,7</b>
<b>Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)</b>	7,8	<b>19,5</b>	<b>14,1</b>
<b>Para la alergia</b>	3,8	<b>4,8</b>	<b>4,4</b>
<b>Para la diarrea</b>	0,6	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>
<b>Para el reuma</b>	4,2	<b>7,3</b>	<b>5,9</b>
<b>Para el corazón</b>	7,1	<b>6,0</b>	<b>6,5</b>
<b>Para la tensión arterial</b>	10,8	<b>15,9</b>	<b>13,6</b>
<b>Para alteraciones digestivas</b>	5,2	<b>4,6</b>	<b>4,9</b>
<b>Para no quedar embarazada</b>	0,0	<b>2,2</b>	<b>3,1</b>
<b>Pomadas, lociones para piel o cabello</b>	1,3	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>
<b>Medicamentos o productos para adelgazar</b>	0,5	<b>1,1</b>	<b>0,8</b>
<b>Para bajar el colesterol</b>	5,5	<b>5,7</b>	<b>5,6</b>
<b>Para la diabetes</b>	4,0	<b>4,1</b>	<b>4,0</b>
<b>Hierbas, prod. homeopáticos, dietéticos</b>	1,4	<b>4,0</b>	<b>2,8</b>

Por género, las mujeres suelen manifestar consumir más medicamentos de los citados que los hombres para todos los tipos de fármacos (excepto en medicación para el corazón y para alteraciones digestivas), si bien las diferencias no son estadísticamente significativas por lo general. Estas solo se encuentran en el consumo de fármacos para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.) donde el 19,5% de las mujeres las consume frente a solo un 8% de los hombres, y en el caso de los productos alternativos (homeopatía, hierbas medicinales, preparados dietéticos) donde el 4% de las mujeres manifiestan haberlas tomado en las últimas dos semanas frente a solo un 1% de los hombres. Un 2,2% de las mujeres dice tomar medicación para no quedar embarazada.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

Por grupo etario, consumen más medicación para el catarro, gripe... las personas jóvenes, así como para las alergias y para no quedar embarazada. Consumen más medicación para procesos crónicos las personas mayores (para los nervios, para reuma, para el corazón, para la tensión arterial, para alteraciones digestivas, para bajar el colesterol, para diabetes) así como para los productos alternativos.

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
<b>Para catarro, gripe, garganta, bronquios...</b>	20,4	16,1	11,1	15,8	<b>15,6</b>
<b>Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)</b>	13,1	14,0	14,4	12,7	<b>13,6</b>
<b>Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes</b>	6,4	5,1	4,7	7,7	<b>5,9</b>
<b>Antibióticos</b>	3,8	3,0	3,9	3,9	<b>3,7</b>
<b>Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)</b>	4,8	7,6	18,6	24,3	<b>14,1</b>
<b>Para la alergia</b>	8,1	3,6	3,5	2,6	<b>4,4</b>
<b>Para la diarrea</b>	0,5	0,8	0,8	1,1	<b>0,8</b>
<b>Para el reuma</b>	0,5	1,7	7,4	13,4	<b>5,9</b>
<b>Para el corazón</b>	0,7	0,9	5,9	18,4	<b>6,5</b>
<b>Para la tensión arterial</b>	0,7	3,2	16,4	33,0	<b>13,6</b>
<b>Para alteraciones digestivas</b>	1,9	3,0	6,1	8,3	<b>4,9</b>
<b>Para no quedar embarazada</b>	9,5	2,5	0,4	0,7	<b>3,1</b>
<b>Pomadas, lociones para piel o cabello</b>	2,1	2,1	1,6	1,3	<b>1,8</b>
<b>Medicamentos o productos para adelgazar</b>	1,4	0,8	0,6	0,4	<b>0,8</b>
<b>Para bajar el colesterol</b>	0,7	1,1	7,8	12,3	<b>5,6</b>
<b>Para la diabetes</b>	1,0	0,2	4,5	10,3	<b>4,0</b>
<b>Hierbas, prod. homeopáticos, dietéticos</b>	1,7	2,8	2,7	3,9	<b>2,8</b>

En relación a la edad y el género, se observa que en hombres el consumo de medicamentos para catarro, gripe, etc es mayor en las edades extremas de la vida, siendo en mujeres superior en las edades medias que se compensan en su totalidad y nos dan una prevalencia media muy parecida entre géneros. El uso de medicamentos para el dolor y/o bajar la fiebre ha sido superior en hombres de 30-44 años, pero, a partir de ahí, el consumo en mujeres es muy superior, incluso casi doblando al de los hombres en las edades medias (en 45-64 años). Asimismo, el consumo de vitaminas, minerales, tónicos, laxantes, etc es muy superior en mujeres (de media, dobla la prevalencia en mujeres) sobre todo en edades medias de la vida (ejemplo: en las de 45-64 años un 5% de las mujeres los consumen por un 2,5% de los hombres de la misma edad). Situación similar se detecta en el consumo de medicamentos para los nervios donde la prevalencia media de consumo en los últimos quince días es mucho más alta en mujeres (una de cada cinco los ha consumido), esa proporción llega a ser del 26% (una de cada cuatro mujeres) en las edades entre 45-64 años y de un 30,5% (casi una de cada tres) en las mujeres mayores. En cambio, entre hombres, su mayor prevalencia se alcanza en los mayores pero es de solo un 15%. Los medicamentos para la alergia son usados más por las mujeres, sobre todo, en las mujeres jóvenes (9,2% en mujeres y 6,9% en hombres) reduciéndose su uso con la edad. Los medicamentos para la diarrea son relativamente poco usados reduciéndose su uso en hombre a medida que aumenta la edad, situación contraria a las mujeres. La medicación para el reuma es, también, más ampliamente usada en mujeres sobre todo en edades entre 45-64 años de edad (un 9% de las mujeres de esa edad los consumen por un 3% de los hombres de la misma edad), si bien la mayor prevalencia corresponde las edades mayores donde un 13% de hombre y mujeres los consumen. La medicación para el corazón es, al contrario, más frecuente entre hombres a partir de los 45 años, llegando a las mayores diferencias a partir de los 64 años (uno de cada cinco hombres en esa edad los consume,

22%, por un 16% de las mujeres de la misma edad). La medicación para la tensión arterial, por su parte, tiene una mayor frecuencia de uso en mujeres, sobre todo a partir de los 44 años de edad, llegando, en mujeres a ser consumido por el 38% de las mujeres mayores (frente a un 26% de los hombres de la misma edad) y ser consumido, además, por un 18% de las mujeres de 45-64 años y un 14% de los hombres de la misma edad. Los fármacos para alteraciones digestivas son más usados por hombres sobre todo en mayores (10% de ellos los toman). Las pastillas para no quedar embarazada, son más frecuente, como es lógico, en las edades jóvenes: un 18% de mujeres jóvenes menciona haberlas tomado en los últimos quince días, bajando muy drásticamente hasta un 4% de las de 30-44 años de edad. El consumo de fármacos para la piel o cabello, es parecida entre ambos sexos hasta los 44 años, siendo a partir de ahí mucho mayor en mujeres, más que por el aumento del consumo en estas por no usarlas los hombres de esas edades. El consumo de fármacos para adelgazar es más frecuente entre mujeres de todas las edades, siendo muy bajo entre personas mayores. El consumo de medicación contra el colesterol es similar entre ambos sexos a partir de los 44 años (llega a ser del 12% de las personas mayores), si bien antes de esa edad es más frecuente en hombres (entre un 1,5-2% de los hombres de 16-44 años los consume). El uso de la medicación contra la diabetes aumenta en ambos sexos con la edad llegando a ser del 10-11% en esas edades mientras en edades jóvenes (16-29 años) es de alrededor de un 1%. Las medicaciones alternativas (hierbas, homeopatía, etc) son más frecuentes en mujeres y aumentando la diferencia de género en su uso con la edad llegando a utilizarlas el 5,5% de las mujeres mayores (frente a un 1,6% de los hombres mayores), siendo su uso relativamente escaso entre hombre jóvenes (1%).

Por tipo de hábitat, el consumo de medicación para el catarro, gripe... es mucho más frecuente en ambos sexos en las personas residentes en las cuencas mineras (25% en hombre y 24% en mujeres frente a un 13% de los hombres y mujeres de la zona centro). El uso de medicación para el dolor y/o fiebre es, asimismo, mucho más frecuente en personas de las cuencas mineras (28% de las mujeres y 21% de los hombres los han consumido frente a un 9% de los hombres de zonas rurales y un 11,5% de las mujeres de la zona centro). El uso de vitaminas, minerales, etc es más frecuente entre mujeres de zonas rurales (10%) y en hombres de las cuencas mineras (7,5%). El uso de antibióticos ha sido mucho más frecuente entre personas de las cuencas mineras (hasta un 8% de las mujeres de esta zona los han consumido en los últimos quince días frente a un 1% de las de zonas rurales, siendo asimismo alto en hombres en cuencas mientras, 4,5%, frente a un 1% de los residentes en zonas rurales). El consumo de pastillas para los nervios es más frecuente entre mujeres de las cuencas mineras (23%) y entre hombres de zonas rurales (11,5%) siendo más bajo en personas residentes en las zonas centrales (6,5% de los hombres y 19% de las mujeres). Los tratamientos para las alergias es, también, más frecuente entre personas que residen en las cuencas mineras (7% de los hombres y 4% de las mujeres), siendo bastante menor entre personas residentes en zonas rurales (2% en hombres y mujeres). La medicación para el reuma es considerablemente más usada en las zonas rurales (10% de las mujeres y 6% de los hombres) así como la medicación para el corazón (9% en hombres y 8% en mujeres de esas zonas) y la utilizada para la tensión arterial (24% en mujeres y 12% en hombres frente a un 13% y 9%, respectivamente, en personas residentes en zonas centrales). Por su parte, la medicación para alteraciones digestivas es más frecuente en personas residentes en cuencas mineras (8% en hombres y 9% en mujeres, frente a un 4% en hombres y mujeres residentes en zonas centrales). El uso de medicación para no quedar embarazada es más frecuente entre mujeres residentes en zonas rurales (10% de ellas) siendo más bajo en las de las zonas centrales (4%). El uso de medicación para el cabello y la piel es más frecuente en mujeres de zonas rurales (5% de ellas y en hombres de las cuencas mineras (3% de ellos). El uso de medicación contra el colesterol es más frecuente entre mujeres de zonas rurales (11%) y entre hombre de zonas centrales (6% de ellos). La medicación contra la diabetes es más usada en hombres de las cuencas mineras (un 6% de ellos la consume) y en mujeres de la zona central (4% de ellas). El uso de hierbas, homeopatía, productos dietéticos es más frecuente entre personas residentes en las cuencas mineras (6% de las mujeres y 2,3% de los hombres que en ellas residen).

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Para catarro, gripe, garganta, bronquios...	18,5	15,3	10,7	17,3	<b>15,2</b>	22,2	16,8	11,4	14,7	<b>15,9</b>
Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)	13,1	14,9	10,3	9,8	<b>12,1</b>	13,0	13,1	18,1	14,7	<b>14,9</b>
Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes	5,9	1,8	1,6	6,5	<b>3,7</b>	6,9	8,2	7,4	8,4	<b>7,8</b>
Antibióticos	2,9	2,1	2,5	3,8	<b>2,8</b>	4,6	3,7	5,2	4,0	<b>4,4</b>
Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)	2,9	3,9	9,9	15,1	<b>7,8</b>	6,5	11,0	26,3	30,5	<b>19,5</b>
Para la alergia	6,9	3,1	2,9	2,7	<b>3,8</b>	9,2	4,1	4,0	2,6	<b>4,8</b>
Para la diarrea	1,0	0,8	0	0,5	<b>0,6</b>	0	0,8	1,5	1,1	<b>0,9</b>
Para el reuma	0,5	1,3	3,3	13,0	<b>4,2</b>	0,5	2,0	9,2	13,6	<b>7,3</b>
Para el corazón	0,5	0,9	7,4	21,6	<b>7,1</b>	1,0	0,8	4,4	16,2	<b>6,0</b>
Para la tensión arterial	1,0	3,9	14,1	25,9	<b>10,8</b>	0,5	2,5	18,4	37,8	<b>15,9</b>
Para alteraciones digestivas	2,0	3,0	6,2	10,3	<b>5,2</b>	1,8	2,8	5,9	7,0	<b>4,6</b>
Para no quedar embarazada					<b>0,0</b>	18,0	4,1	0,4	0	<b>2,2</b>
Pomadas, lociones para piel o cabello	2,0	2,2	0,8	0,5	<b>1,3</b>	2,3	2,4	2,2	1,9	<b>2,2</b>
Medicamentos o productos para adelgazar	1,0	0,4	0	0,5	<b>0,5</b>	1,9	1,2	1,1	0,4	<b>1,1</b>
Para bajar el colesterol	1,5	2,2	7,0	12,0	<b>5,5</b>	0	0	8,4	12,5	<b>5,7</b>
Para la diabetes	1,0	0,4	4,5	10,8	<b>4,0</b>	0,9	0	4,4	9,9	<b>4,1</b>
Hierbas, prod. homeopáticos, dietéticos	1,0	1,8	1,2	1,6	<b>1,4</b>	2,3	3,6	4,0	5,5	<b>4,0</b>

Por clase social, ha sido más frecuente el consumo de medicación contra el catarro, gripe, etc en personas clasificadas como clase social V (18,5% de los hombres y 20% de las mujeres). Las personas en clase social I, por su parte, son las que más han consumido medicación para el dolor y/o bajar la fiebre (21% de los hombres y 17% de las mujeres) a no mucha distancia de la clase social que le sigue en frecuencia (clase social V). El consumo de vitaminas, minerales, etc ha sido más frecuente en hombres de clase social IV (4,6%) y en mujeres de clase social I (17%, en este último caso a considerable distancia del resto de clase sociales). El consumo de antibióticos ha sido más frecuente entre hombres de clase social I (5%) y entre mujeres de clase social III (5,5%) seguido de las de clase I y V (5%). La medicación para los nervios ha sido considerablemente más usada entre personas de clase social V ( 11% de los hombres y, en especial, el 23% de las mujeres situadas en esta clase social), bastante alejados de los consumos de las personas situadas en clase social I (5% de los hombres y 9,5% de las mujeres). El consumo de medicación antialérgica ha sido más frecuente entre personas situadas en clase social III (6% de los hombres y mujeres). El consumo de medicación para el reuma ha sido más frecuente entre hombres de clase

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

social IV (6% de ello, siendo en clase social V del 5%) y en mujeres de clase social V (8%), en este caso las personas en clase social I tienen un escaso uso de estos fármacos (2% en hombres y 5% en mujeres de esta clase social). El consumo de medicación para el corazón está distribuido más homogéneamente a lo largo de las clases sociales siendo ligeramente más alto en hombres de clase social IV (10%) y en mujeres de clase social II (8%). No sucede lo mismo en la medicación para la tensión arterial donde el consumo es más frecuente entre hombres en clase social I (21%, frente a un 8% de los de clase social II) y entre mujeres en clase social IV (20%, frente al 4,5% de las de clase social II). Los tratamientos para alteraciones digestivas han sido más prevalentes entre personas en clase social V (7,5% de los hombres y 7% en mujeres). El uso de píldoras anticonceptivas ha sido más frecuente entre mujeres de clase social III (8%) y menor en las de clase social II (3%). Por su parte, el uso de pomadas o lociones para cabello y/o piel lo ha sido entre personas de clase social V (4% en hombres y 7% en mujeres). El uso de medicación antiadelgazante ha sido más frecuente entre mujeres de clase social I (2,4%). El uso de medicación contra el colesterol, por su parte, lo ha sido entre personas de clase social IV (8% en hombres y mujeres). El de medicamentos contra la diabetes ha sido más prevalente entre hombres de clase social IV (5%) y entre mujeres de clase social V (10% de ellas). El consumo de hierbas, homeopatía, y productos dietéticos lo ha sido entre hombres de clase social V (2%) pero sobre todo entre mujeres de clase social I (7% de ellas ha consumido estos productos en las últimas dos semanas previas a la entrevista).

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Para catarro, gripe, garganta, bronquios...</b>	20,7	13,3	24,0	<b>15,9</b>
<b>Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)</b>	17,1	11,5	28,2	<b>14,9</b>
<b>Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes</b>	10,4	7,2	7,8	<b>7,8</b>
<b>Antibióticos</b>	0,7	4,3	7,7	<b>4,4</b>
<b>Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)</b>	19,4	18,6	22,7	<b>19,5</b>
<b>Para la alergia</b>	2,2	4,7	7,1	<b>4,8</b>
<b>Para la diarrea</b>	2,2	0,8	0	<b>0,9</b>
<b>Para el reuma</b>	10,4	6,1	9,1	<b>7,3</b>
<b>Para el corazón</b>	8,2	5,3	7,1	<b>6,0</b>
<b>Para la tensión arterial</b>	24,4	13,3	20,8	<b>15,9</b>
<b>Para alteraciones digestivas</b>	3,7	3,8	9,0	<b>4,6</b>
<b>Para no quedar embarazada</b>	9,6	3,9	7,1	<b>2,2</b>
<b>Pomadas, lociones para piel o cabello</b>	5,2	1,6	2,6	<b>2,2</b>
<b>Medicamentos o productos para adelgazar</b>	1,5	1,1	0,6	<b>1,1</b>
<b>Para bajar el colesterol</b>	11,1	4,9	4,5	<b>5,7</b>
<b>Para la diabetes</b>	3,0	4,6	2,6	<b>4,1</b>
<b>Hierbas, prod, homeopáticos, dietéticos</b>	3,7	3,5	6,3	<b>4,0</b>

Por nivel de estudios alcanzado por las personas entrevistadas, la proporción de personas que han consumido fármacos para el catarro, gripe, etc es similar entre los hombres, sin embargo, es más frecuente entre las mujeres con estudios universitarios (18%) al contrario que las mujeres con estudios básicos (13%). Situación contraria se detecta en el consumo de medicación contra el dolor y/o fiebre donde es mayor el consumo entre mujeres con estudios básicos (18% de ellas, frente a un 13% de las que tienen estudios universitarios) y dentro de los hombres los que tienen estudios universitarios (14%). Las personas con estudios básicos son las que considerablemente han consumido mucho más reconstituyentes (vitaminas, etc) (9% de las mujeres y 8% de los hombres). El consumo de antibióticos ha sido más elevado entre mujeres con estudios universitarios

(6%) y entre hombres con estudios básicos (5%). La medicación para los nervios es utilizada con muchísima frecuencia entre personas con niveles de estudios básicos (10% de los hombres y 32%, una de cada tres, de las mujeres con estudios básicos), mientras que son las personas con estudios universitarios los que menos toman estos productos (6% de los hombres y 8% de las mujeres). En la medicación para alergias, la toma es más frecuentes entre mujeres con estudios universitarios (6%) y entre hombres con estudios medios (4%). Por su parte, el uso de la medicación contra el reuma ha sido más frecuente entre personas con estudios considerados básicos (11% en hombres y 13% en mujeres frente a solo un 5% de los hombres y 2% de las mujeres con estudios universitarios) al igual que la toma de medicación para el corazón (15% en hombres y 11% en mujeres) y la medicación para la tensión arterial (33% de las mujeres con estudios básicos y 20% de los hombres con este tipo de estudios, frente a un 2% de mujeres y un 10% de los hombres con estudios universitarios). También en la medicación para alteraciones digestivas es más frecuente el consumo por personas con estudios básicos (9,5% de los hombres y 8% de las mujeres). Por su parte, el consumo de píldoras para no quedar embarazada es más frecuente entre mujeres con estudios medios (7%, seguido de un 6% de las que tienen estudios superiores y solo un 0,5% de las que tienen estudios básicos). El uso de medicación para el cabello y/o pelo es mucho más frecuente entre personas con estudios universitarios (3% de los hombres y mujeres). La medicación contra el colesterol ha sido más consumida por personas con estudios básicos (9% de los hombres y 11% de las mujeres) siendo muy escasa entre personas con estudios universitarios (debido, fundamentalmente, a la mayor juventud de las personas en este último grupo), al igual que sucede en el uso de medicación contra la diabetes (11% de hombres y 9% de mujeres con estudios básicos). Por su parte, el uso de medicación con hierbas, homeopatías, dietética, etc es muy escasa entre hombres (dentro de estos es más frecuentes entre los que tiene estudios básicos, 3%) si bien entre mujeres son las que tienen nivel de estudios opuestos las más consumidoras (5% en las mujeres que tienen estudios básicos y las que tienen estudios universitarios).

### **7,4,2: Consumo de fármacos autoprescritos:**

De la medicación que dice haber tomado la población muestral, el porcentaje de autoprescripción es más elevada en el caso de la medicación para el catarro, gripe,,, (8%) seguida de la de para el dolor y/ o bajar la fiebre (6%), y, ya a gran distancia, los productos alternativos (2%), las vitaminas, minerales,,, (2%) y pastillas para los nervios (1,3%),

Por género, existen diferencias significativas únicamente en el caso del consumo de pastillas para los nervios (2,1% de las mujeres consumidoras frente a solo un 0,1% de los hombres) y los productos alternativos (3% frente a un 1% de los hombres),

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Para catarro, gripe, garganta, bronquios,,,	8,5	7,6	8,0
Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)	6,4	5,7	6,0
Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes	1,2	2,2	1,7
Antibióticos	0,5	0,9	0,7
Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc,)	0,3	2,1	1,3
Para la alergia	0,8	0,3	0,5
Para la diarrea	0,1	0,1	0,1
Para el reuma	0,1	0,8	0,5
Para el corazón	0,1	0,7	0,4
Para la tensión arterial	1,3	1,3	1,3
Para alteraciones digestivas	0,5	0,5	0,5
Para no quedar embarazada	0,0	0,1	0,2
Pomadas, lociones para piel o cabello	0,5	0,6	0,5
Medicamentos o productos para adelgazar	0,1	0,3	0,2
Para bajar el colesterol	0,3	0,6	0,5
Para la diabetes	0,5	0,7	0,6
Hierbas, prod, homeopáticos, dietéticos	0,9	2,7	1,9

Por grupo etario, se autoprescriben más las personas jóvenes en el caso de productos para el catarro, gripe,, y para bajar el dolor y/o fiebre, y más las personas mayores en la mayoría de los procesos crónicos,

	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%
Para catarro, gripe, garganta, bronquios,,,	12,8	8,5	6,0	5,3	8,0
Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)	9,0	6,8	4,9	3,7	6,0
Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes	2,4	1,3	2,2	1,1	1,7
Antibióticos	0,5	1,1	0,8	0,4	0,7
Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc,)	0,5	0,6	1,8	2,2	1,3
Para la alergia	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5
Para la diarrea	0,5	0,6	0,6	0,9	0,1
Para el reuma	0,5	0,5	1,5	6,4	0,5
Para el corazón	0,2	0,0	0,4	1,1	0,4
Para la tensión arterial	0,0	0,2	1,9	2,8	1,3
Para alteraciones digestivas	1,7	3,0	5,3	8,1	0,5
Para no quedar embarazada	0,2	2,5	0,4	0,7	0,2
Pomadas, lociones para piel o cabello	0,5	0,4	0,0	0,2	0,5
Medicamentos o productos para adelgazar	0,7	0,2	0,0	0,0	0,2
Para bajar el colesterol	0,7	1,1	0,6	1,3	0,5
Para la diabetes	0,5	0,2	4,5	1,3	0,6
Hierbas, prod, homeopáticos, dietéticos	1,2	1,9	1,2	3,3	1,9

Por edad y género, se observa una mayor frecuencia de autoprescripción en jóvenes en aquellos tratamientos que son susceptibles de ser aplicados con frecuencia en todas las edades. Así, la autoprescripción llega a niveles del 12% del total de hombres (dos tercios de

las personas que consumen estos productos toman medicación autoprescrita) y el 13% en mujeres jóvenes (autoprescripción del 60% de las que toman estos productos) en relación al consumo de medicación para el catarro, la gripe, garganta, etc. A medida que avanzamos en los grupos etarios va disminuyendo esa proporción hasta llegar a niveles del 4% en hombres (aquí ya hay mayor proporción de prescripción facultativa que llega a ser del 76% del total de fármacos consumidos) y del 6% (64% de prescripción facultativa entre el total de consumidoras) en mujeres mayores. La proporción de automedicación con productos para el dolor y/o bajar la fiebre es ligeramente más baja, si bien presenta el mismo patrón del grupo de medicamentos citados: un 10% (78% autoprescritos entre sus consumidores) del total hombres y un 8% (69% autoprescritos entre las que usaron estos productos) de las mujeres jóvenes se automedicaron en los quince días previos a la entrevista con estos fármacos. Les sigue en proporción de automedicación el consumo hierbas, productos homeopáticos y dietéticos en los que la mayor parte de la población que los consume lo hace mediante autoprescripción (64% en hombres y 66% en mujeres que han consumidos estos productos lo han hecho mediante autoprescripción). Otros productos que tiene niveles de autoprescripción relevante a nivel comunitario (entre el total de la población) son las pastillas para los nervios, sobre todo en mujeres, (0,3% de los hombres y 2,1% de las mujeres), si bien a nivel de las personas que las consumen la proporción de autoprescripción es muy baja (4% de los hombres que las consumen y 11% de las mujeres que las usan). Por edades la proporción de autoprescripción entre las personas que tomaron estas pastillas es más elevada en mujeres mayores (un 12%) y jóvenes (14%) manteniéndose en mujeres en cifras superiores al 10% en todos los grupos etarios. La medicación para la tensión arterial también tiene niveles de autoprescripción a nivel poblacional superior al 1%, siendo mayor entre aquellos grupos etarios que tienen una mayor prevalencia de alteraciones en la misma. El consumo de antibióticos a nivel poblacional tiene niveles de autoprescripción superiores en mujeres, si bien por edades aquellas personas que manifestaron mayor prevalencia de autoprescripción dentro de los que tomaron antibióticos son los hombres entre 30-44 años (un 62% de ellos consumieron antibióticos sin receta médica), siguiéndole en frecuencia un 14% de las mujeres jóvenes y un 12% de las mujeres entre 45-64 años.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	HOMBRES					MUJERES				
	16-29	30-44	45-64	>64	Total	16-29	30-44	45-64	>64	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Para catarro, gripe, garganta, bronquios,,,	12,2	9,2	7,8	4,3	<b>8,5</b>	13,4	7,8	4,4	5,9	<b>7,6</b>
Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)	10,2	7,9	4,5	2,7	<b>6,4</b>	7,9	5,7	5,2	4,4	<b>5,7</b>
Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes	2,0	0,9	0,4	1,6	<b>1,2</b>	2,8	1,6	3,7	0,7	<b>2,2</b>
Antibióticos	0	1,3	0,4	0	<b>0,5</b>	0,9	0,8	1,1	0,7	<b>0,9</b>
Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)	0	0,4	0,8	0	<b>0,3</b>	0,9	0,8	2,6	3,7	<b>2,1</b>
Para la alergia	1,5	1,3	0,4	0	<b>0,8</b>	0	0	0,7	0,4	<b>0,3</b>
Para la diarrea	0	0,4	0	0	<b>0,1</b>	0	0	0,4	0	<b>0,1</b>
Para el reuma	0	0,4	0	0	<b>0,1</b>	0	0	1,8	1,1	<b>0,8</b>
Para el corazón	0	0	0	0,5	<b>0,1</b>	0,5	0	0,7	1,5	<b>0,7</b>
Para la tensión arterial	0	0,4	2,1	2,7	<b>1,3</b>	0	0	1,8	2,9	<b>1,3</b>
Para alteraciones digestivas	0,5	0,4	0,8	0	<b>0,5</b>	0	0,8	0,7	0,4	<b>0,5</b>
Para no quedar embarazada					<b>0,0</b>	0	0,5	0	0	<b>0,1</b>
Pomadas, lociones para piel o cabello	0	1,8	0,4	0	<b>0,5</b>	0,9	0,8	0,4	0,4	<b>0,6</b>
Medicamentos o productos para adelgazar	0	0,4	0	0	<b>0,1</b>	1,4	0	0	0	<b>0,3</b>
Para bajar el colesterol	0	0	0,4	1,1	<b>0,3</b>	0	0	0,7	1,5	<b>0,6</b>
Para la diabetes	0	0,4	0,8	0,5	<b>0,5</b>	0,9	0	0	1,8	<b>0,7</b>
Hierbas, prod, homeopáticos, dietéticos	0,5	1,8	0,4	1,1	<b>0,9</b>	1,8	2,0	1,8	4,8	<b>2,7</b>

Es de destacar, también, determinadas prevalencias o proporciones de personas que hacen autoprescripción ante determinados grupos de medicamentos, fundamentalmente, entre personas mayores: un 9% de las mujeres mayores y un 16% de las mujeres entre 45-64 años que toman medicación para el corazón lo hacen mediante autoprescripción; un 12,5% de las mujeres y un 8,5% de los hombres mayores que toman medicación para el colesterol lo hacen sin prescripción facultativa; un 18% de los hombres entre 45-64 años y el mismo porcentaje de mujeres mayores que toman medicación contra la diabetes lo hacen autoprescribiéndose la medicación. Por el contrario, en algunos medicamentos la autoprescripción es más elevada entre jóvenes: un 6% de las mujeres jóvenes que toma la píldora dice que no se la recetó el/la médico/a, un 82% de los hombres de 30-44 años que toma lociones o pomadas para el cabello o piel lo hace sin receta médica, un 74% de las mujeres jóvenes que ha tomado pastillas adelgazantes lo hizo sin prescripción facultativa.

ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

	<b>MUJERES</b>			
	<b>Rural</b>	<b>Centro</b>	<b>Cuencas</b>	<b>Total</b>
	%	%	%	%
<b>Para catarro, gripe, garganta, bronquios,,,</b>	12,6	6,7	7,1	<b>7,6</b>
<b>Para dolor y/o bajar la fiebre (no para reuma o artrosis)</b>	6,7	5,5	5,8	<b>5,7</b>
<b>Vitaminas, minerales, tónicos, laxantes</b>	0	2,4	2,6	<b>2,2</b>
<b>Antibióticos</b>	0	1,1	0,6	<b>0,9</b>
<b>Para los nervios (tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, depresión, etc.)</b>	0	2,9	0	<b>2,1</b>
<b>Para la alergia</b>	0	0,4	0	<b>0,3</b>
<b>Para la diarrea</b>	0	0,1	0	<b>0,1</b>
<b>Para el reuma</b>	0	1,1	0	<b>0,8</b>
<b>Para el corazón</b>	0,7	0,8	0	<b>0,7</b>
<b>Para la tensión arterial</b>	0,7	1,7	0	<b>1,3</b>
<b>Para alteraciones digestivas</b>	0	0,6	0,6	<b>0,5</b>
<b>Para no quedar embarazada</b>	0	0,1	0	<b>0,1</b>
<b>Pomadas, lociones para piel o cabello</b>	1,5	0,6	0	<b>0,6</b>
<b>Medicamentos o productos para adelgazar</b>	0	0,3	0,6	<b>0,3</b>
<b>Para bajar el colesterol</b>	0	0,8	0	<b>0,6</b>
<b>Para la diabetes</b>	0	1,0	0	<b>0,7</b>
<b>Hierbas, prod, homeopáticos, dietéticos</b>	2,2	2,4	4,5	<b>2,7</b>

Por tipo de hábitat, y en relación a la prevalencia comunitaria de autoprescripción, el consumo de fármacos para catarro, gripe, etc. sin receta médica ha sido más elevado entre las mujeres de zonas rurales (13%) y entre los hombres de cuencas mineras (16,5%). El consumo de medicación para el dolor y/o bajar la fiebre lo fue, al igual que el anterior, mayor entre mujeres de zonas rurales (7%) y entre hombres de cuencas mineras (10,5%). El relativo a los complementos vitamínicos, minerales, laxantes, etc lo fue entre hombres residentes en cuencas mineras (3%) y entre mujeres de zonas rurales (10%). El uso de pastillas para los nervios sin receta ha sido más elevado entre hombres y mujeres residentes en zonas centrales (0,5% en hombres y 3% en mujeres). El uso de antibióticos sin receta hay sido más elevado entre hombres de zonas rurales (1%) y entre mujeres de zonas centrales (1%). La medicación para la tensión arterial sin receta, por su parte, ha sido más frecuente entre personas residentes en zonas centrales (2% en hombres y mujeres) y la medicación con hierbas, homeopatía, etc sin prescripción facultativa ha sido más alta en hombres de zonas centrales (1,5%) y en mujeres de las cuencas mineras (6,4%).

Por clases sociales, en relación al total de población, la tasa de autoprescripción de fármacos para el catarro, gripe, etc fue más alta entre personas de clase social V (11% de los hombres y de las mujeres), al igual que para la medicación para el dolor y/o la fiebre (15% en hombres y 11% en mujeres), y la medicación contra la tensión arterial (2% entre hombres y 1% entre mujeres) y las lociones y pomadas para el cabello y piel y el uso sin receta de medicación contra la diabetes (2% de los hombres y 1% de las mujeres). Al contrario, el consumo de vitaminas, minerales, etc sin receta médica ha sido más frecuente entre personas de clase social I (2% de los hombres y 7% de las mujeres). El uso de medicina de hierbas, homeopatía, etc sin receta ha sido más alto entre hombres de clase social V (2%) y entre mujeres de clase social I (2,4%).

Por nivel de estudios, dentro de la población total, la tasa de autoprescripción para el consumo de fármacos para el catarro, la gripe, etc ha sido más alta entre personas con estudios universitarios (9% de los hombres y 10,5% de las mujeres con estos estudios) al

**ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS. 2002**  
Resultados: Opinión y uso de servicios sanitarios

igual que para los medicamentos para el dolor y/o la fiebre (9% en ambos sexos y entre personas con estudios universitarios). El uso de vitaminas, minerales, etc sin receta ha sido más alto entre hombres con estudios básicos (1,6%) y entre mujeres con estudios universitarios (4%). Al contrario, el uso de pastillas contra los nervios sin receta ha sido más alto entre mujeres con estudios básicos (4,4%) y entre hombres con estudios universitarios (0,7%). El uso de medicación para la tensión arterial sin receta ha sido más alto entre hombres (3%) y mujeres (4%) con estudios básicos.

**Palabras clave / Keywords:** Encuestas de salud, salud pública, morbilidad, calidad de vida, servicios sanitarios, medicina preventiva, estilos de vida, redes sociales / *Health Surveys, Public Health, morbidity, quality of life, health services, preventive medicine, behaviour health, social networks*

**Referencias, Bibliografía / References, Bibliography:**

1. Ministerio de Sanidad y Consumo (1995). Encuesta Nacional de Salud, 1995. Recuperado de <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta1995.htm>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo (1997). Encuesta Nacional de Salud, 1997. Recuperado de [https://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Avance97\\_REV.pdf\\_def.pdf](https://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Avance97_REV.pdf_def.pdf)
3. Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). Encuesta Nacional de Salud, 2001. Recuperado de [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/para\\_imprimir.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/para_imprimir.pdf)
4. Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., ... & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
5. Banegas, J. R. B., Gañán, L. D., Rodríguez-Artalejo, F., Pérez-Regadera, A. G., Álvarez, F. V., & Enríquez, J. G. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica*, 117(18), 692-694.
6. Regidor, E. (1998). Sistemas de Información Sanitaria de base poblacional en España: Situación actual y propuestas (de futuro). *Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías. XVIII Jornadas de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud 1998a*, 131-152.
7. Regidor, E., Borrell, C., Pasarín, M. I., Guitiérrez-Fisac, J. L., Lostao, L., & Galán, I. (2002). Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx. *Revista Española de Salud Pública*, 76(1), 65-67.