

Informe de situación de salud en Asturias 2012-2015

Resúmenes ejecutivos
Dirección General de Salud Pública



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ÍNDICE

Glosario de términos	2
Metodología	¡Error! Marcador no definido.
¿Qué estamos haciendo?	59
Políticas, programas y actuaciones que influyen en determinantes y en resultados en salud.....	59
¿Cuál es nuestro contexto?	7
Entorno y determinantes socioeconómicos.....	7
2.1. Demografía	8
2.2. Afrontamiento de la vida.....	10
2.3. Aspectos económicos	11
2.4. Educación, posición social	13
2.5. Redes, relaciones sociales	14
2.6. Exclusión social	16
2.7. Salud laboral	17
¿Cómo son nuestras conductas?.....	21
3.1. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	22
3.2. Salud oral	25
3.3. Alimentación.....	26
3.4. Actividad Física y descanso.....	29
3.5. Educación Afectivo-sexual	29
3.6. Salud Reproductiva.....	32
3.7. Lactancia	32
3.8. Seguridad Vial	33
¿Cómo es nuestro sistema sanitario?	34
4.1. Equidad	35
4.2. Seguridad	36
4.3. Disponibilidad y accesibilidad.....	37
4.4. Eficiencia.....	38
4.5. Capacidad del sistema sanitario	¡Error! Marcador no definido.
4.6. Programa de detección precoz de cáncer de mama	39
4.7. Atención maternal y neonatal	40
¿Cuáles son nuestros resultados de salud?.....	43
5.1. Mortalidad y esperanza de vida	44
5.2. Estado de salud percibido y calidad de vida.....	45
5.3. Morbilidad y necesidad de ayuda en infancia	45
5.4. Enfermedades crónicas	46
5.5. Enfermedades infecciosas	48
5.6. Enfermedades raras.....	49
5.7. Salud Mental.....	50
Anexo I. Marco teórico	51
Anexo II. Informes recopilados para ASSA 2012	59

Glosario de términos

AROE: tasa de riesgo de pobreza y exclusión social.
AT: Accidente de trabajo.
ASSA: Análisis de situación de salud en Asturias.
CCAA: Comunidades Autónomas.
CEPROSS: Observatorio de enfermedades profesionales.
ECHI: European Community Health Indicators.
EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España.
EES: Encuesta Europea de Salud
ENS: Encuesta Nacional de Salud.
EP: Enfermedad profesional.
ESA 2012: Encuesta de Salud en Asturias 2012.
ESIA 2009: Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2009.
FOESSA: Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada.
HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias.
INCLASNS: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.
LISMI: Ley 13/1982 de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
OBSA: Observatorio de Salud para Asturias.
PANOTRASS: Observatorio de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo.
PCAI: Programa Clave de Atención Interdisciplinar.
PNC: Pensiones no contributivas.
SADEI: Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales.
SEE: Sociedad Española de Epidemiología.
SERPA: Sociedad de Servicios del Principado de Asturias S.A.
SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

¿Qué es el Análisis de Situación de Salud (ASSA) 2015? Algunas preguntas frecuentes

¿De qué hablamos al hablar de Salud?

Tener una buena salud supone un equilibrio entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Hablar de salud no supone sólo hablar de los servicios sanitarios. Supone hablar del bienestar de las personas y depende de aspectos relacionados con las condiciones del lugar en el que vivimos, de nuestro trabajo, de nuestras relaciones sociales y de nuestras conductas, del medio ambiente y de la existencia y calidad de los servicios sanitarios, de aspectos sociales, educativos y económicos.

¿Qué es el Análisis de Situación de Salud Asturias 2015?

Durante el período 2012-2015 se ha ido recopilando información desde diferentes lugares para tratar de construir una “fotografía” lo más ampliada posible sobre la situación de salud en Asturias.

Dicha fotografía se presenta a través de este documento y a través de una serie de indicadores resumen de la situación de salud en nuestra comunidad Autónoma.

¿Por qué se hacen estos informes?

Este informe es una “fotografía” para conocer la situación de bienestar y salud que tiene la población en Asturias y para poder establecer actuaciones coherentes a dicha situación.

Esta “fotografía” luego se trasladará a las personas que trabajan en el sector político y a los/as profesionales que trabajan en servicios técnicos para poder ayudarles a tomar medidas para mejorar el bienestar de la población asturiana.

¿Quién ha elaborado este documento?

Este documento ha sido elaborado y coordinado desde la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Asturias.

Para construir esas “fotografías” se ha utilizado información de diferentes lugares y han participado profesionales de diferentes instituciones.

¿A quién está destinado este documento?

Está destinado a diferentes personas y grupos:

- A la población y la ciudadanía en general como una herramienta para ayudarles a conocer mejor dónde y cómo vivimos en Asturias.
- A las personas que trabajan en políticas para orientarles en sus decisiones en mejorar el bienestar de la población.
- A los y las profesionales que trabajan en la sanidad.
- A persona que trabajan en otras instituciones no sanitarias pero muy relacionadas con temas de bienestar y salud (por ejemplo los Ayuntamientos y otras Consejerías).
- A las diferentes asociaciones formales o informales de personas preocupadas por que en Asturias se pueda vivir de forma más saludable.

¿Cómo se ha elaborado este documento?

La descripción detallada de cómo se ha elaborado el documento, cómo se han ido sumando diferentes sistemas de información a lo largo del período 2012-2015 y qué diferentes personas han participado en el proceso de trabajo aparece descrita en el [Anexo I](#)

¿Qué información lleva este documento?

Este documento ofrece información sobre diferentes temas:

1. ¿Cómo son las condiciones sociales y económicas en Asturias?
2. ¿Cómo son las conductas y hábitos de salud de las personas que viven en Asturias?
3. ¿Cómo es nuestro sistema sanitario?
4. ¿Cómo está nuestra salud? ¿De qué enfermamos y morimos?

Así mismo en el Anexo III se incluye un primer estudio, elaborado en el 2014, que se realizó para describir la Políticas, programas y actuaciones que influyen en determinantes y en resultados en salud

¿Es completa toda la información que se presenta en este documento?

Aunque el documento ofrece mucha información y trata de hacerlo de la forma más esquemática y comprensible posible, existen diferentes puntos de mejora:

1. Centralizar la información. Es necesario tener centralizada toda la información que tenemos sobre salud en Asturias con el objetivo de ser más operativos a la hora de generar este tipo de informes.
2. Transparencia. Centralizar dicha información también facilitará el mayor acceso a la misma por parte de la ciudadanía y los profesionales.
3. Pedagogía. Es necesario generar informes más ágiles, visuales y comprensibles para poder mejorar la información que generamos y que esta sirva mejor para generar acciones de mejora por parte de otros organismos.
4. Sencillez. Es importante ofrecer datos de forma más simplificada tratando de no perder rigor en la información ofrecida.

¿Cómo puedo obtener más información?

Aunque no toda la información ofrecida depende de la Dirección General de Salud Pública, si deseas algo más de información puedes ponerte en contacto con el Observatorio de Salud en Asturias:

Observatorio de Salud de Asturias

Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad

C/ Ciriaco Miguel Vigil – nº 9

33006 Oviedo

Tfno: 985106385 / 985106338

Correo electrónico: obsalud@asturias.org

¿Cuál es nuestro contexto?

Entorno y determinantes socioeconómicos

El bienestar humano puede ser definido de múltiples maneras, pero las diferentes aproximaciones pueden clasificarse en una escala de una mera posesión de recursos, una con una traducción de lo que las personas esperan de esta vida atendiendo a sus experiencias previas o un procedimiento superior en el que las personas son y hacen, es decir son sujetos de su propia vida y no meros objetos de la misma. Una buena definición de bienestar sería, por tanto, el estado en el que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar. En ella se incluyen grandes dimensiones que afectan a la misma y que están íntimamente entrelazadas: la salud, el acceso a bienes y servicios, la seguridad (no solo física, sino económica, laboral, educativa) y las relaciones sociales (cohesión, capacidad de comunicar, de recibir, de dar, de compartir hechos, anhelos, etc.) todo ello dentro de un sistema de valores, creencias, comportamientos o actitudes compartidas.

El entorno social en que nos toca vivir es fundamental para esa retroalimentación entre las distintas dimensiones y máxime cuando todas ellas afectan a la salud.

Asturias es un territorio constituido como unidad política a pesar de la diversidad de su poblamiento y de su orografía en la que sus habitantes comparten una historia, una manera de vivir y se organiza en unas instituciones formales e informales que permiten abordar y articular los diferentes retos de la vida diaria. La historia, la orografía, el clima, nuestro subsuelo, nuestra salida al mar ha hecho unos modos específicos de vivir, de buscarse el sustento, de disfrutar y de padecer. Abordamos aquí aquellos más específicos del medio social con el que nos dotamos y que tienen relación con la salud fijándonos más en aquellos determinantes estructurales que son ejes de desigualdad (edad, género, clase social, territorio, etc.), así como los intermedios (recursos materiales, factores conductuales, relacionales, etc.) y menos en el socioeconómico o político (políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, políticas del estado de bienestar o cultura y valores).

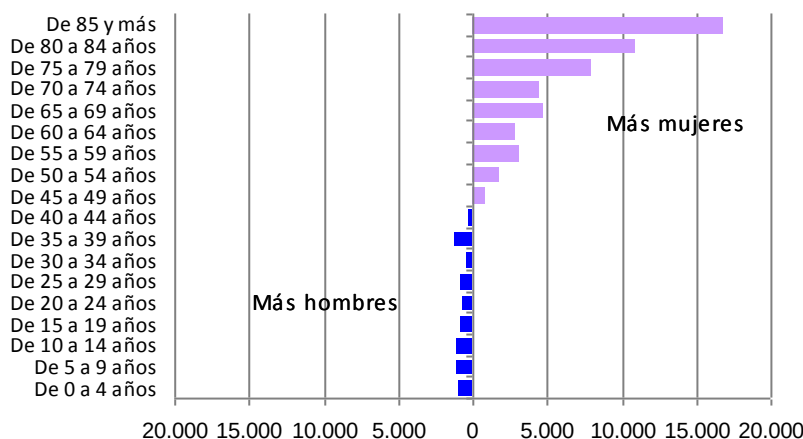
2.1. Demografía

Asturias es una comunidad autónoma con una población pequeña aunque nuestra densidad demográfica sea alta para los promedios españoles. En el año 2013 apenas contábamos con 1.068.165 habitantes, lo que supone un 2,3% de la población española.

A pesar de tener una población altamente dispersa en términos geográficos, la mayoría de la población reside en concentraciones urbanas y periurbanas en la zona centro de Asturias. Tras haber pasado la transición demográfica hace varias décadas, los índices de envejecimiento (212,22) y de dependencia (52,95%) de Asturias son superiores a los nacionales y con tendencia a un aumento progresivo en los próximos años. La edad media es de 46,62 años (la mayor del estado). La esperanza de vida al nacer está en el promedio español para ambos sexos (82,83 años, en 2013), si bien es muy inferior en hombres (78,93 años) y en mujeres es superior a la media española

(85,40 años). Esta mayor esperanza de vida en mujeres hace que , a partir de los 75 años, haya en Asturias 35.612 mujeres más que hombres (86.168 frente a 50.556) Esta cuestión es muy importante pues más adelante se aborda la esperanza de vida en buena salud y sin discapacidad que, por el contrario, son menores para mujeres, lo cual implica un importante problema de cronicidad con una gran feminización: más mujeres tienen peor salud en estas edades y hay muchas más mujeres en la población. (se puede observar claramente en la pirámide)

Diferencia de población por sexo y edad Asturias 2014



A nivel de recambio demográfico nuestros niveles son muy pobres; nuestro indicador coyuntural de fecundidad fue de solo 0,96 en 2013 no alcanzado el mínimo exigido para un adecuado recambio generacional. La tasa de natalidad por mil habitantes sigue bajando (6,8 en 2013), así como la tasa de nupcialidad, con el consiguiente descenso de los crecimientos vegetativos (-5,69 en el año 2013). Nuestra tasa migratoria ha disminuido respecto a 2010 en -3,74 puntos (-1,57 en el año 2013) y nuestra proporción de personas extranjeras disminuye por la crisis de los últimos años (4,53 en el año 2013).

Convivencia

El modelo de convivencia generalizado en Asturias es el de familia nuclear o lo que queda de ella. Esto hace que en 2013 un 68% de los hogares lo compartan de 2-4 personas.

Un 19% de las personas adultas viven solas, siendo más frecuentes esta proporción en mujeres (20% frente al 17% de los hombres). En personas mayores de 64 años, un 39% de las mujeres viven solas (por solo un 22% de los hombres de esas edades). Es más, la soledad no solo es cuantitativa sino relacional. Un 5% de ellas en 2012 no tienen a nadie con quién hablar. Esta situación es mucho más agudizada en la zona central que en las zonas rurales, donde existen redes más informales y muy ligadas al parentesco o la vecindad en poblaciones considerablemente más homogéneas que en la zona centro.

Un tipo de convivencia que está aumentando en los últimos años es el de la monoparentalidad, sea elegida o sobrevenida tras separación o divorcio, donde padres o madres (generalmente estas últimas) comparten hogar con hijos o hijas vinculados sanguíneamente o mediante adopción con el/la progenitor. En 2009 esa cifra llegaba a ser del 13,5% de los hogares con población menor de 15 años de edad.

La evolución de este indicador es hacia su incremento. Un 1,2% de los hogares con niños/as no tenía en su hogar a ningún progenitor (vivían con otros familiares o familia extensa: abuelas/os, etc). A su vez, un 8% de los niños/as menores de 2 años de edad en 2008 vivían en familias monoparentales.

Un fenómeno creciente en los últimos años, y que será preciso observar detalladamente, es el empobrecimiento de la infancia asociado al aumento de hogares monoparentales con una sola persona, generalmente una mujer, que debe hacer frente al mantenimiento de las cargas familiares.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Sadei](#)

2.2. Afrontamiento de la vida

Estado de salud percibido

Existe una buena o excelente percepción en un 69,5% de la población en 2012. Peor percepción es referida en personas mayores, mujeres y personas no residentes en zona rural.

Percepción de felicidad

En el año 2008 un 86% de la población adulta consideraba que eran felices o muy felices, según datos de la Encuesta de Salud para Asturias. Esa proporción era menor en personas residentes en la zona central, en mujeres y personas mayores.

Discapacidad

Las personas con discapacidad tienen un peor estado de salud y la propia discapacidad impide el pleno desarrollo de una vida social adecuada. A su vez, tienen más necesidades estructurales, funcionales, etc. En el año 2013 Asturias presenta una alta proporción de personas con discapacidad (7,95% vs. 5,44% de España) ligada a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (el 50% en Asturias está ligado a estas enfermedades) y al envejecimiento que tenemos, siendo superior en mujeres. Según la

Encuesta de Salud para Asturias 2012 la restricción crónica a la actividad grave es del 4,3% y la limitada del 20%.

En Asturias en 2013 había un total de 84.964 personas con reconocimiento de discapacidad igual o superior al 33% lo que supone un 7,95% de la población. De estos, 38.878 (7,60%) son hombres y 46.086 (8,28%) son mujeres. Esta proporción es elevada y supera a la media nacional (5,44%)

Para acceder a documentos con información más detallada
[Base de datos Estatal de personas con discapacidad](#)

Dependencia

Existe un desajuste entre niveles de discapacidad y de dependencia: en España cerca del 30% de las familias está afectada por la existencia de personas con dependencia y esta está muy ligada a la presencia de enfermedades crónicas.

En Asturias se solicitaron, a 31 de diciembre de 2013, 34.589 reconocimientos de dependencia (3,24% de la población), cifra ligeramente inferior al español (3,2% vs. 3,5% de la población). En Asturias, en 2011, hay reconocidas en 2011, 20.012 personas con dependencia siendo beneficiarios 14.261 personas (1,31% de la población).

Para acceder a documentos con información más detallada
[Portal de dependencia \(Imsero\)](#)
[Sadei](#)

2.3. Aspectos económicos

Empleo

El empleo, independientemente de sus consideraciones económicas, es uno de los elementos que mayor vinculación consigue de los individuos a una sociedad, consiguiendo niveles de inclusión muy considerables. Todos los niveles de empleo en Asturias son muy inferiores respecto a la situación a nivel nacional. Tenemos una de las tasas de actividad más bajas de toda España (el promedio de 2014 fue del 51,8% frente al 59 % de España). A su vez, la población ocupada en Asturias era de solo el 40,9% por un 44,5% de España. Sin embargo, solo existía en esa fecha un 21,13% de desempleo registrado (por un 24,4% de España).

Las tasas de actividad y empleo son y han sido siempre más altas en hombres. Las tasas de desempleo, tradicionalmente más altas en mujeres, se han igualado por primera vez por el temprano impacto de la crisis en la construcción e industria, aunque

en 2014 ya se ha vuelto a abrir la brecha de género, pues las tasas son: 22,21 para mujeres y 20,14 para hombres.

El alto número de personas mayores de 65 años y la elevada proporción de prejubilados hace que la tasa de población activa sea escasa. El desempleo ha aumentado considerablemente desde 2008 habiendo superado las 100.000 personas de media en 2014 y disminuyendo el número de personas afiliadas a la Seguridad social pasando de más de 400.000 personas en 2008 a 343.421 personas en diciembre de 2014.

Renta y pobreza

La pobreza es un elemento de exclusión social ligado al poder económico o más bien a su ausencia y aunque puede ser definida por la ausencia de capacidad de compra de determinados servicios, también puede ser vista como un elemento social de carácter temporal y no tan vinculado a los procesos de inclusión-exclusión sociales. Asturias, en promedio, es una de las CCAA con los ingresos netos por habitantes más altos de España (11.211€ por habitante frente a 10.531€ en España en 2012).

Estos valores proceden de un promedio por lo que es difícil calificar con ello si estamos ante una sociedad más homogénea o no. Los valores de tasa de pobreza estimados teniendo únicamente la renta como elemento de valoración hacen que la tasa de riesgo de pobreza en 2012 en Asturias se sitúe en el 14,1 % mientras que en España la media es del 20%.

Asistencia o subsidiación

La protección económica y la presencia de necesidad de asistencia o subsidiación siendo un elemento positivo en una sociedad moderna, no deja de mostrarnos el grado de necesidades de personas que están en riesgo de exclusión social, manteniéndose cierta cohesión con la presencia de medidas de soporte económicas o sociales que permiten que no se caiga en la exclusión social total. Así como las prestaciones en 2011 por desempleo (53.683 personas) y pensiones contributivas (296.091) alcanzan niveles mejorables pero que generan una contraprestación ante una contingencia (desempleo o edad), la presencia de pensiones no contributivas o pensiones LISMI alcanzan cerca de 11.000 personas y en salario social básico cerca de 9.000 personas.

Históricamente, y también en la actualidad, son las mujeres las que están en mayor riesgo de pobreza. Según la información a nivel estatal son ahora las mujeres menores de 16 años las que están a mayor riesgo (antes eran siempre las mayores de 64 años). Los datos relativos a: menores sueldos, según datos de la última Encuesta de estructura salarial del INE de 2012, las mujeres asturianas cobran un 28% menos de salario anual, siendo Asturias la 4ª CA donde la Brecha Salarial es más alta y ha subido con respecto a la encuesta de 2010 que señalaba una BS de un 25%, menos y más bajas prestaciones por desempleo, en 2014 un 27,1% de las mujeres demandantes de empleo percibían prestación, frente a un 34,1% de los hombres, la brecha de género.

Según datos de la Agencia Tributaria para 2013 la cuantía percibida por mujeres fue de 3.544 euros frente a 4.517 percibidos por hombres (brecha de 27%) menos y más bajas pensiones contributivas, brecha de género 42,13% en 2013, más PNC y más Salario Social (63% de las personas beneficiarias en 2011, 56% en 2013) en Asturias, nos indican claramente esta feminización de la pobreza. Es decir, según todos los indicadores, con anterioridad al impacto de la crisis y más ahora, son las mujeres quienes están en mayor riesgo de pobreza y exclusión social.

2.4. Educación, posición social

Educación

Las personas con niveles más elevados tienen mejor estado de salud incluso cuando se ajustan por edad. Los niveles de fracaso escolar en Asturias (22,3%) son inferiores a los nacionales (28,4%) y nuestra tasa de personas con estudios superiores está por encima de la tasa española. Marginadas a otro tipos de actividad y existiendo en el pasado pocas oportunidades de estudio en mujeres, esta tendencia se ha revertido en las últimas décadas y ahora la mayor proporción de personas que realizan estudios de nivel universitario corresponde a las mujeres. A su vez, el fracaso escolar en ellas (17,9%) es inferior al de los hombres (26,6%).

El nivel de formación de la población joven es más alto en chicas que en chicos (aunque haya habido un descenso de porcentaje de personas con secundaria finalizada): 74% en chicas, frente a 63,4% en chicos.

En todas las alternativas académicas, después de la enseñanza obligatoria, hay más mujeres que hombres (curso 2010-11 últimos datos): 53% en bachillerato, 55% en universidad y 52% en Formación Profesional de Grado Superior. Las mujeres presentan además mejores resultados académicos. Entre 25 y 34 años un 50% de mujeres asturianas frente a un 38% de hombres tienen estudios universitarios.

Sin embargo, a pesar del mayor y mejor nivel académico de las mujeres, resulta más inaccesible el acceso al mercado laboral. Por ejemplo, las universitarias necesitan un año y medio más de tiempo que los universitarios para encontrar trabajo.

Clase social

La clase social como medida de posibilidad de alcanzar recursos o servicio, así como de disponer un determinado papel en la sociedad es valorada siguiendo los criterios de la SEE (ver tabla al final del apartado). Una vez analizada dicha variable en la Encuesta de Salud de 2012, de aquellas personas que conocemos su ocupación (actual o pasada), un 23% de la población se situaría en la clase social IV, seguida de un 31% de personas en clase social III. Un 8% correspondería a la clase social I, un 13,9% a la clase social II y un 14,5% a la clase social V. Aquellas personas con niveles bajos de clase social tienen

un mayor riesgo de enfermedades o de conductas escasamente saludables. Un 10% de las personas adultas son difícilmente clasificables en la estructura social.

Criterios de la SEE para la clasificación de la clase social

Clase social	Contenidos	Códigos CON (1)
I	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
II	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
III	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
IV	Trabajadores/as cualificados/as Trabajadores/as semicualificados/as	6011-8640
V	Trabajadores/as no cualificados/as	9001-9800

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

2.5. Redes, relaciones sociales

Autopercepción de la vida social

En el año 2012 un 85% de la población asturiana adulta consideraba su vida social satisfactoria o muy satisfactoria. Las redes sociales de carácter personal que entabla cada persona hace que esa frecuencia sea muy pequeña en la zona rural (9%) respecto a las personas que viven en zonas más urbanas (18% en la zona centro y 20% en Cuencas). Existe una peor percepción en mujeres y personas mayores.

Tener alguna persona con la que hablar de temas muy personales o emocionales

En la Encuesta de salud realizada en el año 2008 un 2,4% del total de la población asturiana adulta afirmaba no tener a NADIE con quien compartir momentos decisivos de su vida, salvo con profesionales. El aislamiento es muy superior en personas residentes en la zona centro aunque el envejecimiento en esta zona no sea tan elevado como en otras. De nuevo, existe una peor proporción en mujeres y personas mayores.

Haber tenido relación o haberse comunicado en el último mes con alguien

El 3,5% de la población adulta asturiana en 2012 NO se había comunicado en ese período de tiempo con nadie. Esta ausencia de canales o destinatarios de la comunicación era más frecuente en personas residentes en la zona centro, en mujeres y en personas mayores. Un 3% de las personas mayores de 65 años están totalmente incapacitadas socialmente y un 8% gravemente limitadas.

Haber tenido ayuda cuando lo precisaba para el cuidado de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones

Un 10% de la población en 2012 no había tenido a NADIE cuando lo necesitaron al que solicitar ayuda para estos menesteres en el mes anterior. Más frecuente este hecho en mujeres y personas mayores.

Maltrato o violencia

Un 4,5% de la población adulta manifestó en 2012 que habían sufrido maltrato, violencia o abuso (físico o psicológico) en alguna ocasión. Esa proporción era mayor en mujeres (7%). Un 2% de la población manifiesta haberlo sufrido durante más de 5 años. También más en mujeres y en personas de 45-64 años de edad. Respecto al país de origen, el 12% de la población total con antecedentes de maltrato ha nacido fuera de España. El porcentaje de mujeres iberoamericanas que declaran haber padecido maltrato fue de un 20%. Un 73% de las mujeres que refieren haber sufrido violencia o maltrato, indican que han sido ejercidos por su pareja, frente a un 9% de los hombres que también los han sufrido.

Cuando al maltrato se considera violencia de género, las cifras asturianas respecto a la media española son ligeramente mejores a las españolas, con menor proporción de denuncia y menor proporción de víctimas mortales.

Maltrato en la infancia

Un 2% de la población infantil ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, clase social, religión o discapacidad (Encuesta de Salud Infantil 2009).

A pesar de que en frecuencia absoluta hay mayor porcentaje de niñas que de niños en los que se manifiesta haber sufrido discriminación, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Por edades, la mayor referencia de haber sufrido discriminación aumenta con la edad y recae en los y las adolescentes (un 3%).

Dentro del escaso nivel citado de discriminación, la mayor parte de estos actos suceden en el colegio o en la calle en la población infantil. No se menciona ninguna

manifestación de discriminación al recibir asistencia sanitaria por ninguno de los motivos presentados.

En el colegio, se mencionan más frecuentemente los actos de discriminación por la etnia o país de origen (45%) seguido de por discapacidad y por sexo, ambos con un 17,5%

En un sitio público, incluida la calle, es más frecuente que la discriminación provenga por pertenecer a una etnia o por ser extranjero/a.

No existen diferencias significativas según el sexo, debido al escaso número de sujetos que han sufrido este tipo de conductas.

2.6. Exclusión social

La exclusión social es un problema que cada día afecta a mayor proporción de población y se refiere a las personas que se encuentran fuera de las oportunidades vitales que definen las conquistas de una ciudadanía social plena.

Asturias es una de las comunidades autónomas con menor riesgo de pobreza y exclusión social en España. Aunque se percibe un aumento del riesgo de pobreza, aumento de la desigualdad, aumento de la baja intensidad laboral de los hogares, y un aumento importante de la carencia material severa.

A pesar de que el indicador AROPE de la UE se refiere a las situaciones de pobreza y/o exclusión social, las nuevas aproximaciones a ésta última manejan un concepto de exclusión mucho más amplio, que no se reduce solo al tema de de ingresos, privación o empleo.

Actualmente se manejan índices capaces de sintetizar las situaciones de exclusión de los hogares en función de tres ejes (económico, político y social-relacional), como el Índice Sintético de Exclusión Social (Informe Foessa). Estos tres ejes se subdividen a su vez en distintas dimensiones: El eje económico en empleo y consumo, el eje político en política, educación, vivienda y salud, y el eje social/relacional, en conflicto social y aislamiento social. Este indicador sintético permite identificar la existencia de cuatro zonas en relación con los procesos de exclusión/integración: Integración plena, Integración precaria, Exclusión moderada y Exclusión severa.

En Asturias en 2013 el 23,1% de la población tiene 65 y más años, frente al 18,6% que tiene menos de 25 años. Hay un aumento de la tasa de dependencia, situándose en un 53%. En 2012, el 38,2% de los hogares sólo disponían de ingresos de protección social, alcanzando el 42,1% de los hogares asturianos en exclusión social.

En el año 2013 en Asturias se presentan los siguientes niveles de integración social: el 40,5 % de los hogares presentan Integración plena (39,5 % de la población), el 42,3% presentan Integración precaria (44,5% de la población), el 9,5% tienen Exclusión

moderada (9,1% de la población) y el 7,7% de los hogares presentan Exclusión severa (6,9% de la población). Aún así en Asturias los hogares presentan una situación de relativa mayor ventaja con respecto a España.

Un 16% de la población Asturiana se encuentra en procesos de exclusión social, y dentro de esta, el 42% en exclusión severa. Si bien en términos de población Asturias representa el 2,3% del total de la población española, su población en situación de exclusión social representa solo en 1,4% del total de la población excluida de España.

Respecto a los tres ejes de desigualdad (eje económico, eje político y eje social) el porcentaje de población asturiana afectada por dichos ejes es de 39,8% por el eje económico, 56,5 % por el político y 9% por el eje social

Para acceder a documentos con información más detallada
[Informe sobre exclusión y desarrollo social en el Principado de Asturias](#)

2.7. Salud laboral

Contexto socioeconómico

El contexto social y económico no se ha modificado sustancialmente respecto del año 2013. La situación sobre la salud laboral y su análisis de Asturias esta marcado por la crisis económica, que se ha prolongado desde el año 2012 hasta el 2014 objeto de este informe. Las circunstancias negativas socioeconómicas afectan, como todo el mundo sabe, a corto y a largo plazo a la salud individual y colectiva de nuestra sociedad. La falta de estabilidad laboral puede convertirse en un problema de salud, aunque no estrictamente de salud laboral.

Daños atribuidos al trabajo. Las contingencias profesionales Accidentes del trabajo (AT)

La forma más usual de expresar la siniestralidad por accidente de trabajo es el Índice de Incidencia, este indicador muestra el número de accidentes que se producen en un periodo determinado (un año) por cada 100.000 trabajadores afiliados a la contingencia de AT y EP cubierta

Vemos que en Asturias el Índice de Incidencia por sector durante el año 2014, en comparación con el año anterior hay un aumento de siniestralidad (en nº absolutos de accidentes de trabajo; pero no en incidencia) en todos los sectores, aunque en el sector de la construcción el nº de accidentes disminuye un 2,89%. El sector que encabeza este aumento del número de accidentes es el sector de la industria extractiva con nada menos que el 12,93% más de accidentes que en el 2013, seguido

del resto industria con un 6,41% y el sector servicios ambos con un incremento. En cuanto a la siniestralidad en el sector primario, esta aumenta un 1% respecto al 2013 en el año 2014. Estos datos deberían ser analizados y tenidos en cuenta dada las cifras, especialmente en el sector de la industria extractiva.

Hay que tener en cuenta que, aunque los índices de incidencia de accidentes en jornada laboral, son mayores en hombres (dado que trabajan en sectores que generan mayor siniestralidad), el porcentaje de descenso de este índice viene siendo mayor en hombres que en mujeres (datos evolución Asturias 2009-2013 32% frente a un 21%).

También es necesario señalar que, por el contrario, el índice de incidencia de accidentes in itinere es mayor en mujeres. Los I.I. de accidentes de tráfico in itinere fueron: 290 frente a 242 en 2013, siendo también el descenso, con respecto a 2009 mayor en hombres: 29% frente a 23% en mujeres. Los I.I. fueron más altos en general y también el sector servicios y en la industria. Esta cuestión llama la atención, cuando las mujeres tienen menor accidentabilidad en tráfico.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Informe sobre salud laboral en España 2013](#)

[Accidentes de trabajo en España 2013](#)

[Siniestralidad Laboral en Asturias \(IAPRL\)](#)

Enfermedades profesionales (EP)

Asturias se encuentra en sexta posición igualada con Murcia, con un total de 8 empresas diferentes y 9 casos de declaración de Enfermedad profesional. Si hacemos una comparación del índice de la Comunidad Autónoma de Asturias (Índice de Enfermedad Profesional) con su índice normalizado (en función de la estructura productiva de la Comunidad Autónoma) obtenemos una relación del 0,89 que nos coloca en la décima posición en la relación del índice de las Comunidades Autónomas por encima de la C. Valenciana, Castilla y León, Andalucía...

En referencia a los Índices de Incidencia de enfermedad profesional por actividad económica, Asturias se sitúa en cuarto lugar de las EP cuando se trata del sector de suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación con un índice del 110,16 junto con Navarra, la Rioja y País Vasco, y ya no figura como en años anteriores en primer lugar en el sector de la industrias extractivas (minería del carbón).

Hay que señalar que las mujeres tienen mayores dificultades para poder acreditar enfermedades profesionales, por la mayor entrada y salida del mercado y menor

permanencia en el mismo puesto, empresa, etc. Los riesgos psicosociales que afectan de forma especial a las mujeres, no están reconocidos en el listado de EP. Igualmente las mujeres están afectadas por la doble tarea y el impacto que tiene en su salud.

Patología no traumática (PANOTRATSS)

El sistema PANOTRASS facilita el estudio específico y la comparación de diagnósticos que pueden ser considerados como enfermedad común pero que pueden tener un origen laboral, ayuda pues a proponer y elaborar criterios más precisos para el mejor diagnóstico y calificación de este tipo de enfermedades.

En 2013 se han detectado 6.860 patologías no traumáticas, de las cuales 5.371 son enfermedades causadas por el trabajo y 1.543 agravadas por el trabajo. Las enfermedades del aparato locomotor siguen siendo las más frecuentes, seguidas de la piel y el sistema nervioso. Y el mayor número de patologías proceden del sector manufacturero, seguida del comercio al por mayor y al por menor.

Programa de detección y comunicación de sospecha de cáncer laboral en Asturias

Desde que en el 2011 se implantara el Programa de Detección y Comunicación de Cáncer Profesional la evolución en la participación de los MAP (médicos de atención primaria) ha sido de un 79,3% (640 partes) del total en el intervalo 2011-2014. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los casos proceden de los sistema de alerta de inspección y otros unos 35 casos, de otras fuentes de información como pueden ser el registro hospitalario de tumores del HUCA en el 2011.

Durante este periodo se ha evidenciado en Asturias que las tasa de incidencia de bajas laborales por cáncer muestran una clara diferencia por sexo en el riesgo de enfermar, no tanto por la enfermedad, sino por la magnitud del riesgo de exposición. El programa ha dado como resultado una muestra de distribución clásica hombres en trabajos mayoritariamente cualificados de la industria, minería, etc... y mujeres en trabajos de restauración, personales, protección....etc.

Durante el periodo 2013-2014 se ha desarrollado y se ha implantado una aplicación en el sistema OMI-AP con dos protocolos específicos, uno Historia Laboral y otro Comunicación de Sospecha de Enfermedad Profesional, con el fin de mejorar el diagnóstico, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y una mejor gestión de los recursos que permita a los profesionales sanitarios de atención primaria derivar algunos casos a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Estos dos protocolos específicos introducidos en la aplicación de atención primaria son novedosos y empoderan a los profesionales sanitarios de atención primaria facilitando y estimulando nuevas líneas de investigación en este campo.

Incapacidad temporal (IT) por enfermedad común

Según el estudio realizado por Valentín Rodríguez Incapacidad temporal por enfermedad común en Asturias, se refleja “Las bajas de mujeres están aumentando en una proporción mayor que las de los hombres y muestran clara diferencias en el riesgo de enfermar, sobretodo en algunas como: reacciones de adaptación, stress, ansiedad y depresión, que seguro están manifestando, además de diferentes condiciones de trabajo, las diferencias en las tareas domésticas y familiares, incluyendo el cuidado de personas discapacitadas”

Para acceder a documentos con información más detallada
[Enfermedades profesionales y Patologías No traumáticas causadas por el Trabajo.](#)
[Programa de cáncer profesional en Asturias 2011-2014](#)

¿Cómo son nuestras conductas?

3.1. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Tabaco

Respecto a los datos de tabaquismo en Asturias referidos al total de la población, atendiendo a distintas fuentes de información tenemos situaciones en cierto grado diferentes, aunque con aspectos centrales en común.

Según la última Encuesta Nacional de Salud -ENS- disponible 2011-12 (*población de 15 y más años*) el porcentaje de personas que fuman a diario en Asturias es del 23,1% en Hombres y del 20,6% en las Mujeres, de donde resulta una cifra total del 21,7%. Comparando estas cifras con las nacionales, son más bajas en Asturias para los Hombres (el nacional asciende al 27,8%) y ligeramente mayores en el caso de las Mujeres (20,2% en el nacional), lo que hace que el valor del Total de Asturias se sitúe ligeramente por debajo del 23,9% nacional.

Si atendemos a los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España -EDADES- 2013, el consumo diario de tabaco en Asturias afecta al 34,3% de la población de *15 a 64 años* (superior en cerca de 4 puntos al 30,8% del Total nacional de esta misma encuesta), lo que son 13 p. p. más que los datos de la ENS, aunque hay que tener en cuenta que esta encuesta del Plan Nacional de Drogas limita la población objeto de estudio por arriba hasta los 65 años, mientras que la anterior fuente de información no, cuestión importante para explicar las diferencias entre ambos porcentajes ya que la proporción de personas exfumadoras aumenta progresivamente con la edad, con lo que es lógico que una encuesta que incluya población de grupos de más edad arroje cifras de consumo de tabaco a diario menores.

Los datos de la Encuesta de Salud en Asturias (ESA 2012) trabajando con el mismo marco demográfico que su homónima nacional, indican una prevalencia total del consumo diario de Tabaco en Asturias del 25,4%, algo por encima del 21,7% que arrojaba aquella y por debajo del 34,3% que resulta en la EDADES, lo que teniendo en cuenta lo que acabamos de señalar respecto a la prevalencia de personas exfumadoras, aproxima ambos resultados.

La característica más relevante de la tendencia en el largo plazo del consumo diario de tabaco es el mantenimiento o estabilidad con ligeros descensos. Así según la ESA el porcentaje de consumidores diarios ha pasado de un 28,5% en el 2002 a un 27,8% en el 2008 y al 25,4% en la actualidad (descenso de 5,3 p. p. en Hombres y de 1,7 en Mujeres). Por su parte la EDADES arroja unas cifras para este mismo indicador en 2001 del 36,4%, en 2007 del 33,4% y en 2013 del 34,3%.

Las encuestas nos dicen que abandonan más el hábito tabáquico los hombres que las mujeres. La ESA 2012 señala que «...*la proporción de hombres exfumadores es casi el doble de la de las mujeres (23,7% vs. 12%).*», mientras que la EDADES 2012-13 reduce esa diferencia a 7 puntos porcentuales (33% de los Hombres y 26% de las Mujeres).

La *exposición al humo de tabaco* ha bajado considerablemente desde la promulgación de la Ley 42/2010. Aún así un 37,4% de jóvenes estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años *convive o comparte su casa con alguna persona que fuma diariamente* (ESTUDES 2012). La ESA 2012 señala que *el 21,5% de las personas declaran estar expuestas al humo de tabaco en su casa*. La media española (un 18% según la ENS 2011) es ligeramente inferior al porcentaje de Asturias.

Por lo que respecta a la *exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo* la ESA 2012 señala que *«cerca del 97% de las personas no está expuesta nunca o casi nunca al humo en lugares de trabajo Por sexos, el grado de exposición al humo de tabaco en los lugares de trabajo es similar (1,8% en hombres por 1,4% en mujeres)»*. En la última ENS del año 2011 se declaran porcentajes superiores que en Asturias (un total del 2,5%, con un 3,3% de los hombres y un 1,7% de las mujeres). Por su parte el módulo laboral incluido en la última EDADES 2013 corrobora estas cifras para Asturias. Abundando un poco más, según el tipo de *actividad del centro u organización en el que trabajó en su último empleo*, esta encuesta señala que los sectores productivos en los que mayor porcentaje de personas ha respondido afirmativamente a la pregunta *«Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ha respirado usted en su trabajo el humo del tabaco fumado por otras personas, ya sean compañeros o clientes»* son por este orden *Actividades profesionales, científicas y técnicas* (16,7%), *Administración Pública y defensa* (12%), *Información y comunicaciones* (11%), *Construcción* (11%) y *Actividades administrativas y servicios auxiliares* (10,3%), situándose el resto por debajo del 10%. Significativamente en el sector de la *Hostelería*, uno de los más castigados tradicionalmente por la exposición pasiva al humo del tabaco, solo el 3% de los trabajadores han respondido «Sí» a esta pregunta.

Alcohol

Respecto a los indicadores estandarizados de consumo de drogas, a saber *Alguna vez en la vida o Experimental*, en los *Últimos 12 meses o Esporádico*, en los *Últimos 30 días o Habitual* y a *Diario en los Últimos 30 días*, tradicionalmente en Asturias alcanzamos porcentajes de consumidores de alcohol más altos que en España en todas las frecuencias de consumo excepto en el *Diario*, en el que Asturias obtiene en la encuesta EDADES 2013 un porcentaje de 9,3% frente al 9,8% nacional.

Por sexo, tradicionalmente beben más los hombres que las mujeres, aumentando las diferencias entre ambos en las tipologías de consumo de mayor riesgo; mientras que en el realizado en los *Últimos 12 meses* es de 2 puntos porcentuales, en los *Últimos 30 días* sube a 9 p. p. y a 12 en el *Diario*. Los datos extraídos de la ESA 2012 corroboran esta conclusión aunque como es natural, los porcentajes difieran de una a otra encuesta.

Analizando el consumo de alcohol en el tipo de hábito que supone un riesgo para la salud, la ESA 2012 utiliza el criterio del *umbral de riesgo* (OMS, *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. OPS, 2000) situado en 40

gramos de promedio diario para hombres y 20 para mujeres, de donde obtiene que un 4% de la población asturiana de 15 y más años es bebedor/a de riesgo crónico para la salud. Es mayor la proporción en hombres (4,2%) que en mujeres (3,7%). Para evaluar ese mismo indicador la EDADES 2013 utiliza el criterio del test AUDIT de dependencia alcohólica de la WHO (Babor, T.), criterio por el cual en Asturias estarían ingiriendo alcohol de acuerdo a una conducta de riesgo un 2,8% de la población (3,8% de Hombres y 1,8% de Mujeres), lo que en términos poblacionales se traduce en 17.474 personas de 15 a 65 años, de las cuales 12.149 serían hombres y 5.325 mujeres.

Para ambas fuentes este consumo de riesgo se detecta entre las edades más jóvenes (entre los 15 y los 30 años) y mayores (55 y más).

El consumo de alcohol entre la población más joven mantiene muchas similitudes con el observado en la población general. Como ocurre con el resto de drogas (con la única excepción de sedantes, tranquilizantes y somníferos) los porcentajes de consumidores suelen ser más altos en estas edades para ir descendiendo progresivamente con posterioridad. Un rasgo muy acusado de esta población son los altos porcentajes detectados en las conductas o tipologías de consumo peligrosas para la salud, como el referido al consumo de riesgo que acabamos de ver o en los indicadores de *Borracheras* y de *Atracones de alcohol en los últimos 30 días* (EDADES 2013) en los que se registra un 17,6% y un 25% respectivamente en el grupo de edad de 15 a 24 años, frente a los 8,2% y 13,6% del de 25 a 34 años, es decir, prácticamente la mitad, para seguir descendiendo en los grupos de edad siguientes. Según los datos de la ESTUDES 2012 el 32,3% de estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años se han emborrachado en los Últimos 30 días, y lo es más significativo respecto al comportamiento de la población general, aquí las diferencias entre Chicos (33,5%) y Chicas (31%) son prácticamente inexistentes, lo que augura un futuro en el que los problemas de salud relacionados con el consumo problemático de alcohol también acaben equiparándose, al igual que está ocurriendo en la actualidad con los relacionados con el consumo de tabaco.

Hipnosedantes

En el año 2012 se expendieron recetas de estos grupos farmacológicos (sedantes, tranquilizantes y somníferos) a 85.452 hombres (32,3%) y 179.182 mujeres (67,7%) (264.634 personas en total) en Asturias. Estas recetas supusieron la venta de 2.180.130 envases, lo que significa la salida de 181.677 envases cada mes y supone una media de 8 envases por persona y año, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. Con respecto a la población del Principado de Asturias (censo 2010) supone que el 16,45% de los hombres y el 31,7% de las mujeres (24,4% del total de la población) recogieron el año 2012 al menos 1 envase de este grupo de medicamentos. De todos ellos, el 50% puede considerarse consumidor/a habitual (6 y más envases durante el año) con poca diferencia entre sexos (48,5% en hombres, 50% en mujeres).

Los datos de consumo que obtenemos de la encuesta EDADES 2013 señalan que las Mujeres multiplican por 2 y por 3 los porcentajes de consumo de los hombres en todas

las categorías de consumo (p. ej. 10,5% frente a 3,6% en el consumo *Diario*), poniendo de relieve la importancia de la dimensión de género en el consumo de estas sustancias. Relacionado con este factor y como ya hemos apuntado, estas sustancias son las únicas en las que los porcentajes de consumidores aumentan con la edad, de tal forma que según la misma fuente, el consumo *Diario* pasa del 0% a los 15-24 años al 12,5% entre los 55 y los 64.

También según datos de farmacia del SESPA de 2012, al 53% de las mujeres de 50 y más años se le habían prescrito hipnosedantes y si se tienen en cuenta todos los medicamentos psicotrópicos, a más del 80% de mujeres mayores de 60 años se les prescribió esta medicación, ascendiendo a la práctica totalidad en las mayores de 80 años, siendo estos porcentajes sensiblemente menores en hombres

Cannabis, cocaína y resto de sustancias

Las principales drogas de comercio ilegal por orden de prevalencia de consumo son el Cannabis y la Cocaína, en las que se detectan consumos en los *Últimos 30 días* (14,8% en Cannabis y 3,5% para Cocaína según la ESTUDES 2012), mientras que para el resto de sustancias pertenecientes a esta categoría, los consumos detectables son fundamentalmente *Experimentales o Esporádicos*.

Sí podemos afirmar que para todas estas sustancias y de forma mucho más acusada que en las de comercio legal, el consumo es siempre superior en los hombres que en las mujeres. Destacar también que la evolución en el largo plazo (desde finales de los años 90) el porcentaje de consumidores de estas drogas de comercio ilegal es descendente.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Observatorio de Drogas de Asturias](#)

3.2. Salud oral

Higiene dental

El 6% de los menores de 15 años en Asturias y el 13% en los mayores de esa edad refieren *no cepillarse regularmente* los dientes. En la última encuesta epidemiológica en la población de 6 a 14 años hecha en Asturias (2008), también se investigan los hábitos de higiene oral de los escolares, resultando que más del 80% de los encuestados responden que se cepillan 2 ó más veces al día. Sin embargo, en el mismo estudio se observa un mayor porcentaje de población escolar con problemas periodontales respecto a estudios previos.

Esta situación pone de manifiesto una falta de congruencia entre el hábito de cepillado recogido a través de las respuestas emitidas en las diferentes encuestas y la exploración directa de la boca de los escolares.

De la población adulta asturiana un 49% declara cepillarse los dientes después de cada comida al menos tres veces al día. Un 5% lo realiza ocasionalmente (en 2008, un 7,8%) y un 0,7% de la población la que indica que no se cepilla los dientes nunca (en 2008, 1,5%). Por tanto un 6% de la población no se cepilla los dientes a diario y más de la mitad no lo hace con la frecuencia adecuada (después de cada comida, al menos tres veces al día) ESA 2012.

Caries infantil y juvenil

En lo que respecta a la caries en el señalado estudio de 2008, se constata una reducción de los indicadores de caries en la misma tendencia que en el resto de España. Sin embargo Asturias se sitúa en cuarto lugar entre las CCAA con peor valor del CAOD a los 12 años (1,17), ligeramente por encima de la media nacional del año 2010 (1,12)¹.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Estrategia de Salud Oral en Asturias \(OBSA\)](#)

[Encuesta de Salud Oral en Escolares](#)

3.3. Alimentación

Desayuno

En 2012, el 5% de los hombres y el 3,2% de las mujeres no desayunan. Estas cifras suben al 7% en el caso de personas solteras y divorciadas. Son más frecuentes en mujeres los alimentos recomendados (leche, yogur, tostadas, cereales, frutas en pieza o zumo). El 36,3% incluye bollería y galletas sin diferencias por sexo. Se observa que el desayuno es más sano a mayor edad, a mayor nivel de estudios y en la zona más periférica (rural). El consumo de frutas sigue una clara distribución descendente por clase social.

¹ El CAO Es el promedio por persona de dientes permanentes cariados (C), ausentes a consecuencia de caries (A) u Obturados (O). Mide la historia presente y pasada de caries en la dentición definitiva de un individuo o una población. El CAO se puede aplicar a la unidad diente (CAOD) o a la unidad superficie dentaria (CAOS).

Alimentación general

El consumo diario de fruta fresca, lácteos y pan o cereales es superior en Asturias (ESA 2012) que en España (ENSE 2011/12). Sin embargo, el consumo diario de verduras y hortalizas es netamente inferior (34,7% frente a 45,8%). El 18,1% de la población consume dulces a diario sin diferencias por edad.

En general, los hombres consumen más carne y más embutidos/fiambres en todos los tramos de edad, aunque el consumo disminuye con la edad. Las mujeres consumen más pescado y este consumo se incrementa con la edad. El resto de los alimentos no muestra diferencias significativas por sexo. En general con la edad se tiende a comer alimentos más sanos en ambos sexos.

El nivel de estudios condiciona claramente el consumo de alimentos. A mayor nivel más fruta fresca, huevos, verduras y lácteos.

La fruta fresca, las verduras y hortalizas, pero también el embutido/fiambre tienen un gradiente descendente de clase social. En cambio el consumo de legumbres es más frecuente en las clases bajas y menor en las altas.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Dieta inadecuada. Encuesta de Salud en Asturias 2012. OBSA](#)

Alimentación en la infancia

Las respuestas ofrecidas por las personas entrevistadas en la ESIA 2009 indican que aquel desayuno que es más frecuente es el que contiene café, leche, té, chocolate, cacao o yogur. Un 94% de la población infantil lo consume. Un 90% consume pan, tostadas, galletas, cereales o bollería. Solo la tercera parte de la población infantil desayuna con fruta y/o zumo. Únicamente un 1,3% de la población infantil no desayuna nada en un día habitual.

- 3% de la población infantil nunca desayuna.
- Un 70% de los niños/as consume fruta fresca todos los días.
- Un 5% nunca consume fruta fresca.
- Un 80% consume carne y un 38% pescado tres o más veces a la semana.
- Solo un 60% consume verduras y hortalizas con esa periodicidad.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Encuesta de Salud Infantil 2009](#)

Obesidad

En el año 2009 Asturias era la comunidad autónoma con más población obesa, sólo precedida por Andalucía. No existen diferencias entre los datos obtenidos en la ESA 2012 y la ENSE 2011/12. En 2012, un 16% de la población adulta es obesa y un 37% tiene sobrepeso.

En el período 1986-2006, para todo el territorio estatal, se ha doblado la prevalencia de obesidad.

Según el Observatorio de Desigualdades, aunque existen desigualdades de clase social y de género, estas son más marcadas en mujeres. Es decir: las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas presentan la mayor prevalencia de obesidad.

Bajo peso

Si bien la obesidad es un problema preocupante, hay que señalar que se observa, según datos de las tres Encuestas de Salud en Asturias, una mayor incidencia de bajo peso en mujeres y, sobretodo en jóvenes: es 4 veces superior en el conjunto de mujeres, respecto a hombres y entre 15 y 29 años un 12,8% presentan bajo peso, frente a un 1,8% de chicos (ESA 2012). Los modelos de mujer que divulgan los medios de comunicación hacen que muchas mujeres pongan a riesgo su salud para intentar adquirirlos. La anorexia y la bulimia son mucho más frecuentes en mujeres.

Obesidad infantil

En la Encuesta de Salud Infantil de Asturias hay prevalencias de obesidad de hasta un 19% (2 a 5 años) y de un 29% juntando obesidad y sobrepeso.

Los datos de la ENSE 2011/12 son parecidos ya que dan un 29,1% de obesidad más sobrepeso en chicos (2 a 17 años) y 26,5% en chicas. Hay diferencias significativas por sexo en sobrepeso: 19,5% en chicos y 16,9% en chicas; pero no en obesidad donde para ambos sexos es el 9,6%.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Encuesta de Salud Infantil 2009](#)

3.4. Actividad Física y descanso

Actividad física

Los hombres hacen más ejercicio físico y más intenso (ejercicio intenso hombres 11%, mujeres 5%). Las mujeres son más sedentarias y hacen ejercicios más ligeros. La variable edad influye lógicamente. La clase social y el nivel de estudios influyen en el ejercicio. En Asturias es más frecuente el sedentarismo en las comarcas mineras.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Sedentarismo. Encuesta de Salud en Asturias 2012. OBSA](#)

Descanso

Una persona adulta asturiana duerme de media 7,4 horas/día con diferencias pequeñas por sexo (7,4 hombres frente a 7,2 mujeres). Cuatro de cada cinco personas consideran que lo que duermen les permite descansar adecuadamente.

Respecto **al descanso inadecuado** es mucho mayor en mujeres (21%) que en hombres (14%) y en ambos casos aumenta con la edad.

Una vez más los estudios muestran gradiente social: tienen más problemas para descansar personas con estudios primarios que personas con estudios universitarios.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Actividad Física y Descanso. Encuesta Nacional de Salud en España 2012](#)

3.5. Educación Afectivo-sexual

Los programas de educación afectivo-sexual en el medio educativo llegan al 9% de los centros Públicos de Enseñanza Primaria y al 50% de la ESO.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Educación Afectivo-Sexual en el Ámbito escolar](#)
[Educación Afectivo-Sexual con familias](#)
[Educación Afectivo-Sexual con asociaciones](#)

Salud y placer

En 2008, dos tercios de la población adulta asturiana (16 años y más) declara estar bastante/muy satisfecha con su vida sexual (más los hombres: 76 vs. 59%). En 2012, en sus relaciones sexuales, casi un tercio afirma usar preservativo en relaciones de riesgo, 49% de hombres y 38% de mujeres. Entre 15 y 29 años el porcentaje sube a 66,7% en mujeres y 73,6% en hombres que tienen relaciones con distintas parejas según datos de la ESA 2012. Este dato sube hasta el 40% cuando se pregunta por el uso habitual de anticonceptivos (se mantienen las diferencias por sexo). Llama la atención que un 29,7% de mujeres entre 30 y 44 años dice no utilizar anticonceptivos.

Entre la población adolescente asturiana (15-18 años), aproximadamente el 40% afirma haber mantenido relaciones con penetración (en 2006) y de éstos, el 90% usó preservativo la última vez, con cifras similares entre chicos y chicas, y también con la media española.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Actividad Sexual. Encuesta de Salud en Asturias 2012. OBSA](#)

Autoestima

La media de autoestima en la escala Rosenberg en adolescentes asturianos (13 a 18) es de 2,5 (escala de 1 a 4). Es media-alta y está por debajo de la media española. Es algo superior en chicos. Con datos de la ESA el 90% se sienten satisfechos/as consigo mismos.

Embarazos no deseados. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

Según datos del Ministerio de Sanidad Asturias presenta en 2013 una tasa de IVE 13,62 por mil, superando a la media estatal que es 11,74 para el mismo año. El porcentaje de embarazos no deseados se sitúa en torno al 28% (2554 abortos y 6671 nacimientos, de un total 9238 embarazos)

En adolescentes la tasa de IVE para menores de 20 años para 2013 es 13,3 en Asturias frente a 12,2 la media estatal, también según datos del Ministerio de Sanidad. El porcentaje estimado, como mínimo, de embarazos no deseados para esta edad sería de un 63% (242 abortos y 139 nacimientos, de un total de 381 embarazos).

Para acceder a documentos con información más detallada
[Sadei](#)
[Ministerio de Sanidad](#)

Igualdad en hombres y mujeres

Según la ESA 2012 las mujeres sufren más maltrato, violencia y abuso, en proporción de 3 a 1. Lo mismo ocurre con la discriminación general y por razones sexistas.

Las mujeres dedican el doble de horas al cuidado de menores y tareas domésticas y en el cuidado de mayores la diferencia es menor pero se mantiene. Además entre el doble y el triple de mujeres que de hombres realizan estas tareas solas.

Las mujeres cobran salarios que son un 28% menores que los de los hombres (Encuesta Estructura salarial INE)

Los hombres sufren más discriminación por orientación sexual (13%), que las mujeres (7%) (año 2008).

Para acceder a documentos con información más detallada

[Observatorio de Igualdad de Oportunidades](#)
[Informe de situación de hombres y mujeres 2015](#)

VIH e ITS

En el periodo 2003-2013 se han notificado 1007 nuevos diagnósticos de infección por VIH. El 77 % de las nuevas infecciones corresponden a hombres y el 23% a mujeres, siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 30 y 39 años.

La principal vía de transmisión son las prácticas sexuales de riesgo (75%) siendo ligeramente mayor el número de casos por relaciones heterosexuales (incluyendo hombres y mujeres) con prácticas de riesgo (39%) que por relaciones homo/bisexuales sin protección (36%). El 19% corresponde a usuarios de drogas por vía parenteral.

Las personas originarias de otros países suponen el 19% de los nuevos diagnósticos, pero cuando se analiza según sexo, el 36% de las mujeres infectadas son de origen extranjero frente al 13,5% de los varones.

Existe un retraso diagnóstico que afecta al 51,5% de los infectados y un 32% presentan enfermedad avanzada.

Otras infecciones de transmisión sexual: En el periodo 2006-2013 el número de casos por gonococo ha sido bastante estable, con tendencia a incrementarse progresivamente. En el caso de la sífilis hay un incremento de los casos entre el 2006 y el 2009, año en el que comienzan a descender.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Situación del VIH en Asturias.](#)

3.6. Salud Reproductiva

El cuidado de las mujeres embarazadas y de los bebés recién nacidos, difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos, ya que está dirigido a población sana y se presta durante un proceso fisiológico, importante y trascendente en la vida de las mujeres y de sus bebés, parejas, y familias.

Características sociológicas de las embarazadas asturianas

Según datos demográficos del año 2012 (SADEI), las embarazadas asturianas son en su conjunto mujeres maduras (el 76 % supera los 30 años, y el 38 % los 35), incorporadas a la vida laboral (80%). Para más de la mitad (59%), se trata de su primer hijo. Además, según los datos de la *I Encuesta de opinión a embarazadas asturianas 2010*, tienen en general buen nivel cultural (93% tienen estudios de grado medio y 40% estudios universitarios), y el 91 % están casadas o viven en pareja. Estos resultados avalan la hipótesis de que las mujeres asturianas preparan su autonomía económica con antelación a la maternidad y para ello dedican un largo periodo a la formación previa y a la búsqueda de empleo, para obtener la estabilidad requerida para una crianza de calidad; en contrapartida la población de madres envejece, como ocurre en el resto de Europa.

En cuanto al impacto de la inmigración, la proporción de mujeres de origen en otro país diferente de España es del 9% (SADEI 2012); de ellas el 37% procede de países de Sudamérica, el 31% de otros países europeos y un 17% de países africanos (principalmente Marruecos).

3.7. Lactancia

Lactancia materna

El 40% de los niños y niñas recién nacidos recibe lactancia materna exclusiva durante su estancia en el hospital y el 53% continua a los tres meses con lactancia materna exclusiva, dato que resulta coherente con la práctica de aportar suplementos en las primeras horas de vida.

Se recogen resultados contradictorios sobre la promoción de la lactancia: en el embarazo se proporciona información de la matrona sobre lactancia materna y el 86% de las mujeres reciben una guía escrita; en el hospital un 72% de las madres recibieron asesoramiento en el hospital sobre lactancia materna, pero al 20% de ellas les recomendaron lactancia artificial, al 33% le regalaron un biberón y al 32% le dieron materiales sobre leche artificial.

El porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva al cuarto mes asciende al 28% para el conjunto de Asturias en el año 2014, con máximos y mínimos que irían desde el 25,4% del Área Sanitaria II, hasta el 30,74% del Área Sanitaria I.

3.8. Seguridad Vial

En la última década se ha reducido drásticamente la mortalidad por Accidente de Tráfico en España. En 2013 estamos 17 puntos por debajo de la media europea (UE27) que está situada en 60 muertos/millón de habitantes.

En Asturias también han descendido, aunque sigue siendo preocupante la evolución de la mortalidad en zona urbana (atropellos en su mayoría).

Para acceder a documentos con información más detallada
[Accidentalidad en el Principado de Asturias. DGT.](#)
[Siniestralidad Vial. España 2013. DGT](#)

¿Cómo es nuestro sistema sanitario?

4.1. Equidad

Salud percibida

Existe una buena o excelente percepción en un 69,5% de la población en 2012. Peor percepción es referida en personas mayores, mujeres y personas no residentes en zona rural.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Autopercepción de Salud. OBSA](#)

Satisfacción

El grado de satisfacción de la población con los servicios se mantiene por encima de la media de España, e incluso se ha incrementado en los últimos años.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Encuesta de Satisfacción Servicios Sanitarios. SADEI](#)

Frecuentación

La frecuentación global y por profesional en Atención Primaria ha disminuido en los últimos años y respecto a ella nos situamos en una posición intermedia dentro del panorama nacional. Por contra, se han incrementado los ingresos, las intervenciones quirúrgicas y el uso de equipos de alta tecnología. Nuestra estancia media hospitalaria supera la de nuestro entorno tanto de forma global como según casuística. La frecuentación declarada es menor que la media nacional para todos los dispositivos evaluados, aunque ha habido un importante crecimiento en la frecuentación de los diferentes dispositivos de urgencias.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Memoria del SESPA 2013](#)

Vacunación

Hay muy buenos resultados con altas tasas de cobertura en la población infantil, con no tan buenos resultados en la cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años, llegando a una cobertura superior al 55% para el conjunto de Asturias.

4.2. Calidad y Seguridad

Calidad

El grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público se mantiene por encima de 7 que es medio punto superior a la media nacional. También estamos mejor que la media en la tasa de cesáreas, tasa de histerectomías en mujeres menores de 35 años y prevalencia de fumadores. Estamos peor en cirugía conservadora de mama, cardiopatía isquémica y diabetes. Otros indicadores como mayores de 65 años con valoración positiva de su estado de estado de salud, tasa de mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular o amputaciones de miembros inferiores (MMII) en diabéticos estamos alrededor de la media nacional.

Gestión Clínica

Según la información aportada por el Servicio de Calidad del SESPA en el pasado ejercicio se han firmado un total de 34 Acuerdos de Gestión Clínica, en las ocho áreas sanitarias y en todos los ámbitos asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria y salud mental). De estos 34 acuerdos, 8 de ellos fueron evaluados de forma interna (UGC/AGC- Gerencia área sanitaria) y los 26 restantes recibieron además una evaluación externa.

El 92,3% de las áreas o unidades cumplieron con sus objetivos asistenciales y seis de ellas superaron el máximo resultado previsto a nivel asistencial (por encima de 100 puntos).

El mismo porcentaje (92,3%) cumplieron con sus objetivos de calidad. El 37,5% de las UGC/AGC cumplieron íntegramente los objetivos pactados. Existe un alto grado de cumplimiento de los criterios de delegación de funciones y autonomía de gestión para los equipos directivos de las áreas y unidades.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Resultados de la Gestión Clínica en Asturias](#)

Seguridad

Los indicadores de seguridad del paciente muestran una situación similar al resto del país, si bien la tasa de infección nosocomial y por catéter es ligeramente superior a la media y la tasa de úlceras por presión es inferior. Hay una buena tasa de notificación de reacciones adversas.

La actualización de una Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias en el año 2015 junto al desarrollo de un Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente para su aplicación favorecerá tener mejores indicadores de evaluación sobre la seguridad de los/las pacientes en Asturias.

Para acceder a documentos con información más detallada

Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020

[Sistema de Gestión de Seguridad del Paciente](#)

4.3. Disponibilidad y accesibilidad

Recursos sanitarios

La información más detallada sobre la descripción de los recursos del Servicio de Salud se puede encontrar en la Memoria del SESPA 2013.

La distribución de recursos sanitarios en el territorio, se recoge en los decretos de sexta y séptima modificaciones del Mapa Sanitario de Asturias (Decreto 80/2006 y Decreto 9/2007). En éstos, se contemplan ocho Áreas Sanitarias con cabecera en los municipios donde se ubica el Hospital de Área.

En el ámbito de la Atención Primaria, disponemos de 68 centros de salud y 150 consultorios, lo que para la población de Asturias y su dispersión, podemos considerar como adecuada. Además existen 92 dispositivos de Atención Continuada, que junto con la red del SAMU (atención médica urgente) permite una correcta atención a las urgencias sanitarias.

La atención hospitalaria se estructura en 9 hospitales de Área o Distrito (uno por cada Área, más el H. de Jove en Gijón). Además la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias cuenta con otros 4 hospitales de apoyo. Estos dispositivos, por su distribución y capacidad, son equivalentes a la del resto de España.

Se puede estimar que en torno a un 95% de la población tiene un dispositivo de Atención Primaria a menos de 15 minutos de su domicilio, y un hospital a menos de 30 minutos.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Memoria del SESPA 2013](#)

Accesibilidad legal

Por lo que se refiere a la accesibilidad legal o administrativa a los servicios sanitarios, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, limita el acceso de los extranjeros mayores de 18 años a los servicios sanitarios ordinarios.

Sin embargo, en Asturias y otras CCAA se implantó un sistema de autorización de asistencia sanitaria para las personas extranjeras en situación irregular sin recursos (BOPA 1-IX-2012) que, atendiendo a razones de Salud Pública, permite un acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad con otros colectivos.

La percepción de accesibilidad horaria y geográfica es muy buena según se refleja en los datos de la Encuesta de Salud de 2012.

4.4. Eficiencia

Gasto Sanitario

El gasto sanitario por población protegida es un 21% mayor que la media del estado español y ha aumentado un 75% en los últimos 7 años. La distribución según capítulo de gasto es similar a la del resto de España y se mantiene estable en los últimos años: 47% retribuciones y alrededor del 20% farmacia y 23% consumos intermedios.

Por otro lado, en el periodo 2008/13 el porcentaje de gasto en Salud Pública sobre el total de la Consejería de Sanidad ha caído un 40%. Este gasto representa tan sólo un 0,45% del total de gasto realizado en el año 2013.

Por lo que se refiere al volumen total de gasto en el ámbito de atención primaria, este gasto ha caído un 5% en el periodo 2008/12, mientras que la inversión en atención hospitalaria ha sufrido una disminución del 0,9%.

En relación con el gasto farmacéutico, como señala la Memoria 2013 del SESPA, se ha observado un descenso en el gasto desde el año 2010.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Memoria del SESPA 2013](#)

Hospitalizaciones evitables

Los ingresos hospitalarios por *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, indican problemas de salud que se podrían prevenir con alguna intervención del primer nivel asistencial. Según datos del 2013, en Asturias la media es unos 122 ingresos hospitalarios (por cada 10.000 habitantes) que podrían haberse evitado. Los mejores resultados son para los concejos de Piloña y Ponga y los peores para Allande y Tineo.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en Asturias. OBSA](#)

4.5. Programa de detección precoz de cáncer de mama

En los datos de evaluación del programa en el período 2005-2013, la participación en el programa supera el estándar de calidad reflejando una buena aceptación por parte de la población, así como una accesibilidad al mismo adecuada, salvo en situaciones puntuales en la Unidad de Cribado del Área Sanitaria IV.

En lo que respecta a los indicadores que miden el porcentaje de mujeres a las que se les somete tras el cribado a una recitación precoz o a pruebas invasivas, los resultados obtenidos presentan una gran estabilidad a lo largo del período de estudio, y se ajustan a los estándares de calidad exigibles.

En relación con la tasa de detección de cáncer de mama, en el cribado inicial es menor que la esperada (3,75‰ frente a 4,6‰) debido en gran medida a que no tiene el comportamiento de ronda prevalente por la existencia de cribados previos a los 50 años, mientras que se ajusta a los estándares de calidad en los cribados sucesivos (3‰).

Es importante señalar que se produce una sobreutilización de las mamografías antes de la edad recomendada por el cribado de cáncer de mama. Según datos de la ESA 2008 se había realizado esta prueba a un 57% de mujeres menores de 50 años y un 40% de ellas señaló el consejo médico como único motivo, sin existir antecedentes familiares de cáncer de mama, o detección de algún problema en la mama por parte

de las mujeres o por parte del médico/medica. Es decir, que es frecuente que se recomiende una mamografía antes de la edad establecida por los programas de cribado de mama.

Según datos de la ESA 2012 a casi un 40% de menores de 45 años (10,3% menores de 30 y 28,3% entre 30 y 45 años) también se les había realizado alguna mamografía y en un 40% de las ocasiones, solo por consejo médica, sin problemas ni antecedentes familiares.

En lo que hace referencia al momento del diagnóstico de los tumores detectados, como es de esperar éste es ligeramente más precoz en los diagnosticados tras cribado sucesivo que en los detectados en el cribado inicial; en ambos casos se cumple con los criterios de calidad respecto al tamaño y al porcentaje sin infiltración ganglionar en el momento del diagnóstico, pero se presentan en un porcentaje mayor del deseable en estadios TNM II o mayor. El porcentaje de tumores in situ que se detectan sobre el total de diagnosticados se encuentra dentro de los límites marcados por las Guías de Calidad (12,9% para un resultado adecuado que va del 10% a 20%).

La proporción de mujeres con diagnóstico de cáncer que han de esperar más de 15 días para la consulta de evaluación, así como el de mujeres que han de esperar más de 30 días para tener un diagnóstico definitivo superan lo recomendado por las guías de calidad.

En relación al uso de la mamografía, según datos de la ESA un 45% de las mujeres se realizaba mamografía por consejo médico en cita programada, aunque no tenían ningún problema de salud. Las coberturas en términos poblacionales, según la Encuesta de salud llegan a ser del 81,3% de la población diana.

4.6. Atención maternal y neonatal

En el año 2009 se inició en Asturias la implantación de la *Estrategia de atención al parto normal en el SNS*, con el objetivo de cambiar la práctica clínica para ofrecer a las gestantes y a sus bebés una atención mas humanizada, reduciendo el intervencionismo innecesario y en ocasiones contraproducente, con criterios de calidad basados en el mejor conocimiento científico disponible, y respeto a la autonomía de la mujer. Existe considerable evidencia científica sobre los cuidados prenatales y postnatales, que permiten elaborar recomendaciones e identificar aquellas cuestiones que requieren nuevas investigaciones.

Desde entonces hemos mejorado en algunas prácticas, si bien no ha habido cambios positivos en otras. Existen grandes diferencias en la práctica clínica entre los hospitales, con un grado de implantación de la *Estrategia* variable. Hasta el momento no se han recogido indicadores de los centros sanitarios privados.

En conjunto, algunos indicadores han mejorado si bien no alcanzan aún el estándar deseado, pero otros parecen estancados. Tampoco se avanza, o se hace de manera muy lenta, en la elaboración de protocolos interdisciplinarios, adaptados a las guías de práctica clínica recientes.

Es imprescindible la participación de los profesionales sanitarios en la mejora de estos procesos, así como el trabajo conjunto multidisciplinar. En el año 2012, se ha constituido el Comité de Buenas Prácticas (BBPP) para la atención al embarazo, parto y lactancia, en sustitución del antiguo Comité de Parto, con el objeto de fomentar el trabajo en equipo. Se ha instado a las Áreas Sanitarias a constituir su propio Comité de BBPP de Área; hasta el momento se han constituido cuatro Comités, de los cuales están en funcionamiento tres (Áreas Sanitarias III, VII y VIII).

Se han realizado numerosas actividades formativas, pero además de la formación es necesario cambiar actitudes y organizaciones, adaptándolas a las necesidades reales de esta población específica y de la atención a estos procesos. Garantizar la Calidad y la Seguridad de la atención sanitaria, no debe oponerse a una atención respetuosa a la autonomía de las usuarias y usuarios.

Atención al embarazo y parto

El seguimiento del embarazo es bueno con un 95% de captación antes de la 11 semana y un 99% antes de la 13. La información que reciben durante el proceso es muy satisfactoria y el 73% manifiestan seguimiento por el mismo profesional todo el proceso. Casi 3 de cada 10 mujeres (28%) realizan seguimiento público y privado.

Se realizan 5 ecografías de promedio y la amniocentesis se le realizó a un 15% de las mujeres que contestaron la Encuesta. El 65% acuden a clases de preparación al parto.

El parto ocurrió en fecha prevista en el 61% de los casos. Sólo el 17% manifiesta que no se aplicó ninguna técnica de inducción. El 80,6% fueron vaginales y el 19,4% por cesárea, con importantes diferencias según hospitales (por encima del estándar admitido del 15%).

La analgesia epidural, aunque es bastante general, es muy diferente en el centro y la periferia: en el HUCA es sistemática (90%) mientras que en Cangas es el 33% y en Jarrio el 55%.

Según datos del año 2013 en Asturias presenta un 18,5% de partos por cesárea, y de los partos vaginales el 27% son instrumentales. Se realizó episiotomía en el 38 % de los partos eutócicos. En el 42% de los casos se inicio el contacto piel con piel en el paritorio, con un inicio precoz de la lactancia materna en el paritorio en el 41% de los casos.

Por otro lado Asturias presenta un 29% de partos inducidos y hablaríamos de un 41% en el caso de los partos de inicio espontáneo en los que se aplica oxitocina artificial en fase de dilatación.

Atención puerperal

Un 63% de los partos fueron atendidos exclusivamente por matronas y un 22% de las gestantes disponía de planes de parto (SESPA, Año 2013). La estancia media en el hospital fue de 3 días (2,87) después del parto. El 21% de las mujeres manifiestan una información inadecuada y el 22% no realizó ninguna visita de control entre la 4 y la 6 semana tras el parto.

El 63% de los RN tuvo un peso normal (entre 2500 y 3500 gramos). El 20% ingresó en una unidad de neonatología. En este caso el 18% de las madres manifiestan no recibir información al respecto. El 70% de las mujeres desconocían al personal que las atendió en el parto y en general, el 92% de las madres están satisfechas con la atención recibida en todo el proceso.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Encuesta de Atención Maternal y Neonatal](#)

¿Cuáles son nuestros resultados de salud?

5.1. Mortalidad y esperanza de vida

En general la mortalidad en Asturias ha descendido en los últimos años y si bien ocupamos posiciones de cabeza (varones) o intermedias (mujeres) en el contexto español, estamos entre las más bajas de Europa. El exceso de mortalidad respecto al conjunto nacional se centra en las edades intermedias (35-65 años). La mortalidad prematura ha descendido pero sigue muy alta respecto a España, debiéndose un tercio de la misma a cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón, suicidio y accidentes de tráfico. Se estima que tabaco y alcohol intervienen en el 26% de todas las muertes.

Esperanza de vida en buena salud

A nivel nacional la esperanza de vida en buena salud al nacimiento es mayor en hombres que en mujeres (59,4 años frente a 57,1). En Asturias se mantiene esta situación 59,1 en hombres y 57,4 en mujeres.

Al observar la esperanza de vida en buena salud a los 65 años se sigue observando que la esperanza de vida en buena salud es mayor en hombres que en mujeres.

En comparación con España, en Asturias la esperanza de vida en buena salud a los 65 años es ligeramente mejor, tanto para hombres como para mujeres.

Esperanza de vida y desigualdades sociales en salud

Se sigue el patrón habitual de a mayor PIB mayor esperanza de vida, aunque se observan diferencias importantes entre CCAA con igual PIB. Ambas variables han ido aumentando y la esperanza de vida siempre es mayor en las mujeres con respecto a los hombres, siendo mayores las diferencias en Asturias y Cantabria.

Desde 1981 la esperanza de vida ha mejorado en Asturias tanto en hombres como en mujeres, siendo su valor en 2013 de 79,0 años para los hombres y de 85,8 años para las mujeres, mientras que en 1981 era de 71 y 78,6 años respectivamente, es decir que el diferencial a favor de las mujeres ha pasado de 7,6 años en 1981 a 6,8 años en 2013.

Esperanza de vida libre de discapacidad

Según los indicadores del SNS, en Asturias entre 2000 y 2007, este dato al nacer ha mejorado para los hombres pasando de 68 a 71,1 años, mientras que para las mujeres ha empeorado ligeramente, pasando de 74,1 a 73,8 años. A nivel nacional se ha registrado en dicho período mejoría para los hombres y para las mujeres, aunque en estas en menor grado. También ha mejorado el dato en Asturias para la edad de 65 años tanto para los hombres, subiendo de 11,4 a 13,6 años, como para las mujeres, aunque en estas ligeramente, pasando de 14,3 a 14,6 años. Así pues las mujeres tienen mas años de vida con mala salud.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Mortalidad en Asturias](#)

5.2. Estado de salud percibido y calidad de vida

Salud percibida

Aproximadamente, en 2012, el 8% de la población asturiana considera su salud como regular o mala. El porcentaje aumenta con la edad y es siempre mayor en las mujeres. Además Asturias es de las CCAA con peores porcentajes en este indicador.

La valoración es peor cuanto menor es el nivel de estudios alcanzado, cuanto más baja es la clase social de las personas y peor en el ámbito urbano que en el rural. Las personas solteras tienen mejor percepción que las viudas, separadas y casadas.

Calidad de vida

La autovaloración de la calidad de vida de la población asturiana en 2012 es alta (media de 77,3 puntos sobre 100), mejor en los hombres que en las mujeres (79,6 y 75,2 puntos respectivamente) y menor a mayor edad. La diferencia a favor de los hombres es mayor en las edades avanzadas. Las Áreas rurales (I, II y VI) presentan la mejor valoración y la VII la peor, ello a pesar del mayor envejecimiento de aquellas. La calidad de vida es mejor valorada cuanto más alta es la clase social y mayor el nivel de estudios. También es mejor en las personas solteras que en el resto.

Calidad de vida en la infancia

Los problemas tratados se dan con más frecuencia en niños que en niñas. Los más frecuentes son no tener tiempo suficiente y no mantener la atención.

5.3. Morbilidad y necesidad de ayuda en infancia

La patología crónica más frecuente en las edades infantiles resulta ser la caries con una prevalencia del 21,7% en dentición temporal a los 6 años y del 43,2% a los 12 años en dentición definitiva, seguida del asma (11,7%), las otitis y/o amigdalitis de repetición (10,1%), las alergias crónicas (9,7%) y el estreñimiento habitual (5,2%).

Todas las patologías crónicas relacionadas, excepto la escoliosis y el estreñimiento, se dan más en niños que en niñas.

Un 10% de la población infantil necesita al menos ayuda para ver y al menos un niños/a por cada 40 tiene problemas de comunicación.

5.4. Enfermedades crónicas

La prevalencia de enfermedades crónicas en Asturias ha aumentado significativamente en las últimas décadas y es probable que siga aumentando en las próximas debido al importante envejecimiento de la población, a la mejora de los cuidados y al incremento o mantenimiento de importantes factores de riesgo asociados como la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco y las dietas alimenticias poco equilibradas.

En Asturias (ESA 2012) más del 60% de la población adulta (≥ 15 años) manifiesta padecer algún trastorno crónico importante (69% en las mujeres y 57% en los hombres), siendo de destacar que este porcentaje alcanza el 32% en los menores de 30 años. La prevalencia aumenta con la edad y en la mayor parte de las patologías es mayor en las mujeres, predominando los trastornos musculoesqueléticos, los cardiocirculatorios, la depresión y la ansiedad.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Personas sanas , poblaciones sanas. Estrategia de Atención a la población con enfermedad crónica en Asturias](#)

Cardiopatía isquémica

De forma global, la incidencia de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en Asturias supera a la del conjunto de España . Según la ENS, las enfermedades cardiovasculares en Asturias diagnosticadas anualmente (morbilidad autodeclarada) superan a las cifras del conjunto de España, lo que puede ir asociado a la estructura de edad de nuestra población, más envejecida.

Es una de las primeras causas de muerte tanto en Asturias como en España, pero Asturias ocupa una posición de las más altas en el conjunto nacional siendo su tasa estandarizada de mortalidad (64 por 100.000) casi doble que la de comunidades vecinas. También es uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, siendo Asturias en 2007 la CCAA con mayor tasa de ingreso por esta patología (42,6 altas/100.000 hab.). Desde el año 1988 el peso relativo de las enfermedades cardiovasculares en la mortalidad general ha ido disminuyendo, sobre todo en las mujeres, y en esta misma línea las tasas estandarizadas de mortalidad por cardiopatía isquémica han ido reduciéndose, a pesar del incremento en la tasa bruta, achacable al envejecimiento de la población.

La Letalidad Hospitalaria por CI (fallecimientos por CI en personas ingresadas por esa causa, por cada cien personas ingresadas por esa causa, independientemente de los procedimientos a los hayan sido sometidas) es superior en mujeres y aumenta con la edad.

La mortalidad hospitalaria por CI también muestra diferencias en función del procedimiento terapéutico al que se han sometido las personas, y a su vez por sexo y edad.

Para acceder a documentos con información más detallada
[Análisis de la situación de salud cardiovascular en Asturias \(2014\)](#)

Diabetes

Cuarta causa de muerte prematura en mujeres y octava en hombres en España, la diabetes repercute negativamente en la calidad de vida de las personas que la padecen y representa uno de los principales factores de riesgo cardiovascular conocidos. En 2010 en Asturias se registró una tasa estandarizada de mortalidad de 13,1/100.000 habitantes, mayor que en el conjunto nacional (12,3/100.000).

Su prevalencia en España en la población mayor de 18 años fue estimada en 2010 en un 13,8% y del 6,5% en la población de 30 a 65 años de edad, prevalencias que según las encuestas de salud han aumentado en los últimos 20 años. En 2012, en Asturias según la Encuesta de Salud, la prevalencia en adultos es del 7,1% y llega a ser del 17% en mayores de 65 años. En 2002 se estimó un coste derivado de esta enfermedad equivalente a un 7% del gasto sanitario total. Además esta enfermedad se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, de reingresos y de días de estancia hospitalaria.

Ictus

Primera causa de invalidez en la edad adulta y segunda causa de demencia tras el Alzheimer. Los ingresos hospitalarios por Ictus registraron en Asturias, en 2007, 311 altas por 100.000 habitantes, muy por encima de la tasa española (211/100.000), con una estancia media de 12,2 días, también superior a la española (11 días).

Cáncer

Es la segunda causa de muerte en Asturias (primera para los hombres), responsable de unas 3.400 muertes y de casi 6.000 nuevos diagnósticos cada año. Además se estima que es el motivo principal de ingreso en el 8% de todos los ingresos hospitalarios.

Incidencia. De los más de 23.000 diagnósticos de tumor maligno (se excluyen tumores de piel no melanoma) registrados en el período 2001-04 un 61% correspondieron a hombres y un 39% a mujeres. Los más frecuentes en hombres fueron los tumores de próstata, pulmón, colon y recto, vejiga y cabeza y cuello, mientras que en las mujeres fueron los de mama, colon y recto, cuerpo de útero, estómago, pulmón, linfomas no Hodgkin y ovario.

Desde 1991 destaca en los hombres el incremento importante del cáncer de próstata, que ha pasado a ocupar el primer lugar en incidencia, y del de colon y recto. En las mujeres para el mismo período el principal aumento se registró para el cáncer de pulmón.

Nuestras tasas de incidencia estandarizadas de 2004 son más elevadas que las españolas y europeas para los hombres, mientras que para las mujeres son discretamente más elevadas que las de España pero más bajas que las europeas.

Mortalidad. Las tasas globales estandarizadas de mortalidad por cáncer en Asturias reflejan desde 1996 un lento descenso en ambos sexos, mayor en los hombres, aunque con importantes diferencias según la localización y el sexo. Así, por ejemplo, en las mujeres se ve un incremento anual de un 4,4% en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón y en los hombres un aumento de un 0,5% anual en la mortalidad por cáncer de colon y recto. Los cánceres de pulmón, colon y recto, próstata, mama y páncreas son los que mayor mortalidad provocan.

El tabaco, el alcohol, la dieta, ciertos virus y otros factores ambientales son los principales factores conocidos implicados en la aparición del cáncer.

En actividades preventivas, la participación en el programa de cribado es alta, casi un 90% en 2008, aunque con una cobertura del 75% y una tasa elevada de cánceres de intervalo en relación a los estándares.

EPOC

Enfermedad respiratoria de mayor prevalencia, se estima que afecta al 9% de la población de 40 a 69 años de edad y que existe infradiagnóstico respecto a sus episodios leves o moderados. Asturias registró en 2007 más del doble de altas hospitalarias por este motivo (49,7/10.000) que [España](#) (21,1/10.000) con tasas estandarizadas de mortalidad también superiores (alrededor de 47/100.000). Un 6,4% de la población adulta padece EPOC según la Encuesta de Salud de Asturias en 2012.

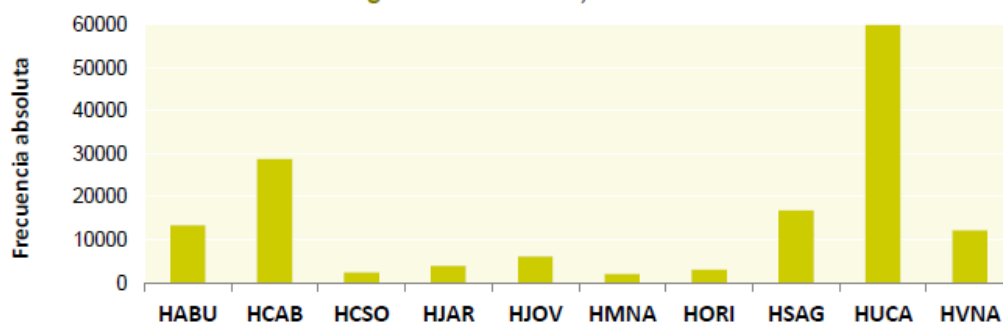
5.5. Enfermedades infecciosas

Las Enfermedades de declaración obligatoria de mayor incidencia en 2010 en Asturias fueron los procesos diarreicos, con 54.098 casos, y la gripe con 12.504 casos. Más lejos se queda en el tercer puesto la varicela, con 4.172 casos. Los procesos diarreicos registraron un aumento del 20% respecto al año anterior mientras que la actividad gripal epidémica disminuyó en un 73%. Es destacable el descenso de casos de tos ferina, enfermedad meningocócica, parotiditis y hepatitis A respecto a 2009.

5.6. Enfermedades raras

En Asturias, entre 1996 y 2012 se han diagnosticado 148397 casos de enfermedades en los hospitales del Principado de Asturias. La media de nuevos casos con diagnóstico de enfermedad fue de 8729 al año, pasando de 7696 casos en 1996 a 11121 en 2012. En general, el conjunto de todas las enfermedades raras consideradas afectó más a la población masculina, 86826 hombres frente a 61767 casos en mujeres. Por edad, el grupo con mayor frecuencia absoluta de primeros diagnósticos en el de 70-79 años. El hospital en el que se realizó el mayor número de primeros diagnósticos (43 %) fue el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que acumuló 59859 casos entre 1996 y 2012.

Casos incidentes de enfermedades raras según el hospital donde se realiza el primer diagnóstico. Asturias, 1996-2012



Las enfermedades raras con mayor número de casos fueron las anomalías congénitas (20,3 %), las enfermedades del aparato respiratorio (14,6 %), las de la sangre y órganos hematopoyéticos (12,7 %), las del aparato genitourinario (11,3 %) y las endocrinas, metabólicas y trastornos de la inmunidad (11,2 %).

[Datos extraídos de *Enfermedades Raras en Asturias, 1996-2012*. Sistema de Información en Enfermedades raras de Asturias \(SIERA\).](#)

Entre 2009-2012 se han detectado:

- 310 casos nuevos de ELA
- 48 casos nuevos de fibrosis quística
- 111 casos nuevos de esclerosis sistémicas
- 65 casos nuevos de enfermedad de Huntington

[Datos extraídos del Sistema de Información en Enfermedades Raras de Asturias \(SIERA\).](#)

Para acceder a documentos con información más detallada
[Enfermedades raras en Asturias](#)

5.7. Salud Mental

En 2011 fueron atendidas en los servicios de Salud Mental asturianos 10 personas de cada 1000 mayores de 15 años y 15 de cada 1000 menores de 15 años. Algo más del 1% de la población general asturiana presenta una discapacidad psíquica reconocida y el 2,6% una discapacidad mixta (física y psíquica). El apartado de “problemas psicológicos” supuso en 2011 en Asturias en los servicios de Atención Primaria 72.093 episodios, aproximadamente un 3% del total, de los cuales algo menos de dos tercios corresponden a mujeres. Los trastornos más frecuentes en los adultos son, con gran diferencia, los neuróticos, con claro predominio de mujeres.

En 2012 la tasa de prevalencia de personas adultas atendidas en los Centros de Salud mental fue de 52,76 por mil (45,10 varones y 59,69 mujeres). En la infancia las tasas de prevalencia fueron de 34,98 por mil (43,12 niños y 26,39 niñas).

En la infancia, según datos de la Encuesta de Salud Infantil 2009, valorando cada una de las escalas individualmente, se observa como es la hiperactividad la escala en la que un mayor porcentaje de niños muestran problemas: el 10,8% de niños de modo global. Presentan problemas en esta dimensión un 8,1% de mujeres y 13,2% hombres. Los problemas de hiperactividad son más frecuentes en niños preescolares reduciéndose con la edad.

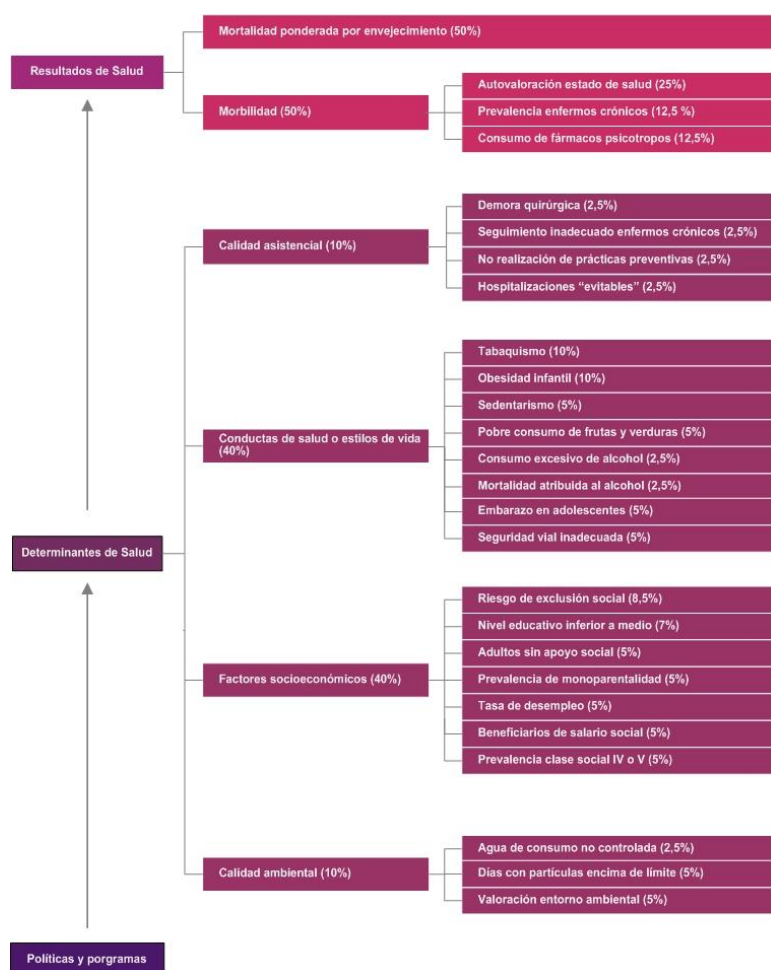
Según datos de la Encuesta de Salud en Asturias, en 2012 un 19,9% de la población adulta tiene riesgo de mala salud mental. Este riesgo es mayor en mujeres (25%) que en hombres (15%).

Para acceder a documentos con información más detallada
[Salud Mental en AsturSalud](#)

Anexo I. Metodología

La estructura de comparación y presentación de los datos está basada en el modelo de resultados y determinantes de salud recogida en el Observatorio de Salud en Asturias (OBSA) y en la [agrupación de temas e indicadores que se ha diseñado para él](#) . En el anexo sobre [Marco teórico](#) se aporta más información sobre los modelos que se utilizan en el documento.

[County Health Rankings Model adaptado por el Observatorio de Salud en Asturias](#)



PRIMERA PARTE. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO? POLÍTICAS, PROGRAMAS Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS.

En esta parte se ha realizado una revisión de las diferentes actividades comunitarias de Asturias incluidas en la base de datos Asturias Actúa y de algunos de los principales programas y políticas intersectoriales que se desarrollan.

Se ha realizado un “checklist” donde se han evaluado la existencia o no de diferentes criterios en relación con normativa vigente, respaldo político, participación comunitaria y con el impacto sobre los diferentes determinantes que puedan tener dichas actuaciones o políticas.²

La compilación de esta primera parte ha sido realizada por José F. Tato (Dirección General de Salud Pública).

El resumen ejecutivo de esta parte ha sido realizado por Rafael Cofiño.

SEGUNDA PARTE. DETERMINANTES

- Informe de Desigualdades sociales en salud.

El informe ampliado de esta parte ha sido realizado por Nerea Eguren³ (Dirección General de Innovación, Investigación y Formación). Se han realizado varias reuniones de coordinación con el Consejo Económico y Social para la elaboración del informe final.

El resumen ejecutivo final que se presenta ha sido sintetizado por Mario Margolles.

El informe ampliado se compone del análisis de dos bloques temáticos. El primer bloque es población vulnerable en material de salud: personas mayores solas, familias monoparentales, personas con discapacidad, personas dependientes y violencia de género. El segundo bloque es un análisis del contexto socioeconómico: empleo, protección económica y pobreza y nivel educativo.

² Esta metodología puede perfeccionarse y servir como una especie de *checklist* operativa para el seguimiento de actuaciones o estrategias contempladas en el plan de salud. La parrilla de evaluación podría vincularse también a las diferentes iniciativas de un plan de salud o a los diferentes indicadores de la base de datos del OBSA. Artículo de referencia: [Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático](#)

³ Para tener una descripción mas detallada de la metodología empleada en el informe de desigualdades sociales se puede acceder [al siguiente informe](#).

La estructura de análisis común a todos es la siguiente: Antecedentes, Situación en Asturias, Cuestiones a abordar (esto último no figura en el apartado contexto socioeconómico).

Los indicadores correspondientes a personas con discapacidad, dependientes, violencia de género, protección económica y pobreza se han vinculado a informes más detallados. Se recomienda su consulta ([hipervínculo](#)) para mayor información.

Se incorpora también en este bloque un apartado de salud laboral elaborado por Valentín Rodríguez.

Con el objeto de profundizar en el análisis de la situación de mujeres y hombres en Asturias, y ampliando más algunas de las visiones que ya se ofrecen a lo largo de las partes del ASSA, hemos considerado muy oportuno incluir las conclusiones que se incluyen en el documento Situación de mujeres y hombres en Asturias (2012 y 2014). Este documento ha sido elaborado por Marian Uría del Instituto Asturiano de la Mujer.

- Conductas

Los diferentes informes del apartado de conductas se presentan como un pequeño resumen ejecutivo donde se referencia además documentación de referencia. Como documentación complementaria se incluye la información extraída de la base de datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), los cuales a su vez siguen un esquema parecido a los definidos en la base de datos del *European Community Health Indicators*.

En el caso de no encontrar equivalente en los indicadores de INCLASNS se han seleccionado aquellos que pudieran tener una relación parcial con los del OBSA. Se han agrupado por áreas similares a pesar de esta diferencia y se han utilizado todos esos datos para ofrecer el análisis de situación.

La exposición de los datos en comparación con los de Asturias, se ha hecho siguiendo una estructura similar en cada indicador:

1. Descripción del indicador en INCLASNS y en OBSA.
2. Tabla de resultados con referencia nacional y desagregación por Comunidad Autónoma y sexo, cuando es posible.
3. Inclusión de mapas y gráficos, si estuvieran disponibles.
4. Incorporación de otros datos procedentes de alguna fuente de información relevante y no incluida en estas fuentes primarias.
5. Definiciones que faciliten la interpretación de los datos.
6. Resumen ejecutivo de toda la información agrupada.

Es importante considerar que muchos resúmenes ejecutivos son compilaciones de documentación previa o bien compilación de documentación *ad hoc* elaborada para este análisis.

El resumen de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ha sido realizado por Antón González, educación sexual por José Antonio García, salud oral por José María Blanco, VIH-sida por Rosario Hernández, obesidad por Rafael Cofiño, seguridad vial y accidentes laborales por José F. Tato

Los resúmenes de alimentación, actividad física, descanso han sido elaborados por Mario Margolles e Ignacio Donate como informes breves para las encuestas de salud de Asturias 2008 y 2009.

Se incorpora también un informe resumen sobre Salud Infantil elaborado por el Observatorio de la Infancia y la Adolescencia a partir de los datos de la Encuesta de Salud Infantil 2009.

El resumen de salud reproductiva ha sido extraído de los resultados de la I Encuesta de opinión maternal y neonatal coordinada por Julio Bruno.

El resumen final de la parte de conductas ha sido realizado por José Ramón Hevia.

- Sistema sanitario

La elaboración del resumen de sistema sanitario sigue un esquema similar a los realizados para el apartado de conductas de salud.

El informe y el resumen ejecutivo han sido realizados por Miguel Prieto. El resumen sobre disponibilidad y accesibilidad de recursos sanitarios ha sido realizado por Juan Jesús Salvadores. Se incorporan algunos informes (gasto sanitario, gasto farmacéutico) realizados por Martín Caicoya.

TERCERA PARTE: RESULTADOS

En esta parte se incluyen diferentes resúmenes para áreas relacionadas con resultados en salud. Hay que tener en cuenta que algunos apartados relacionados con resultados ya se habían incluido anteriormente en el bloque de conductas (por ejemplo accidentes de tráfico u obesidad). Esto se hace así manteniendo el esquema de indicadores con el que trabaja el OBSA.

El informe de mortalidad ha sido realizado por Ramón Quirós y Marisa Redondo, los de salud percibida, esperanza de vida en buena salud, enfermedades crónicas y calidad de vida por Federico Fernández, el resumen de salud mental por María Jesús González. El resumen de cardiopatía isquémica ha sido extraído del PCAI y de la evaluación de la estrategia de cardiopatía isquémica realizada por Mario Margolles.

Se ha añadido del informe de salud cardiovascular realizado por Natalia Méndez y Azucena Fariñas. El resumen de diabetes ha sido extraído del PCAI correspondiente y de la Evaluación de la estrategia de diabetes realizada por Mario Margolles.

Los resúmenes de EPOC e Ictus han sido extraídos de la información de sus PCAIs correspondientes.

Se ha utilizado también información de informes breves de las encuestas de salud realizados por Mario Margolles e Ignacio Donate e información del Observatorio de Desigualdades.

La selección y compilación de todos los indicadores del INCLASNS ha sido realizado por José María Blanco. El procesamiento administrativo de todas las hojas de cálculo ha sido realizado por Carmen Rodríguez.

El resumen ejecutivo del apartado de resultados ha sido realizado por Federico Fernández.

En el documento no se incluye la sección sobre situación de salud ambiental teniendo en cuenta que es un proyecto independiente que se está elaborando en relación con el desarrollo del Plan de Salud Ambiental en Asturias.

El grupo coordinador del trabajo de elaboración del ASSA 2012/15 ha sido:

José María Blanco, Rafael Cofiño, Nerea Eguren y José F. Tato. Los resúmenes ejecutivos han sido realizados por Mario Margolles, Federico Fernández, José Ramón Fernández, Marcial Vicente Arguelles y Oscar Suárez.

La compilación final del documento de borrador ha sido desarrollada por Rafael Cofiño.

Anexo II. Marcos teóricos

Los modelos con los que se trabaja en el análisis de situación de salud en Asturias en el año 2012 son los siguientes:

1. El modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead⁴ modificado (Figura 1)
2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010⁵. Basado en Solar e Irwin⁶ y Navarro y Benach⁷. (Figura 2)
3. El modelo utilizado en el proyecto de los County Health Rankings⁸. Este esquema será el que utilizaremos para presentar las diferentes partes del análisis. (Figura 3)
4. Para la descripción de los aspectos relacionados con sistema sanitario se ha seguido el modelo de Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

⁴ Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 1991. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/05/14/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

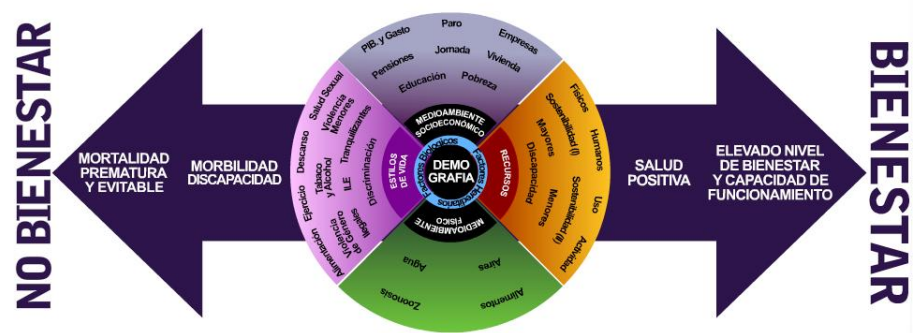
⁵ Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [Internet]. Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

⁶ Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva. Geneva; 2007.

⁷ Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 1996 [citado 9 de abril de 2013];(70):505-636. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_5_505.pdf

⁸ University of Wisconsin y Robert Wood Johnson Foundation, «Health Outcomes. County Health Rankings.», County Health Rankings, Febrero 2, 2011, <http://www.countyhealthrankings.org/health-outcomes>

Figura 1

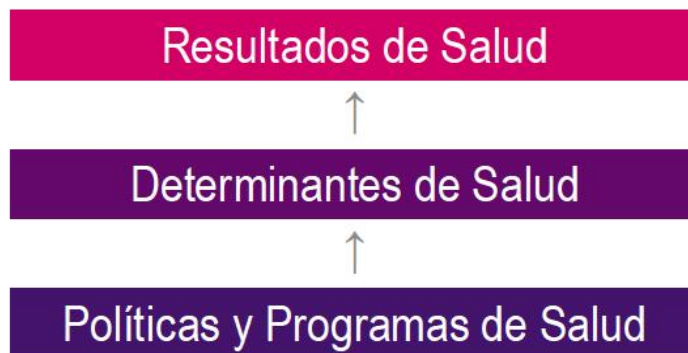


Modelo utilizado para el Análisis de Situación de Salud en Asturias 2007. Modificado de los modelos de Terris y Dahlgren y Whitehead.

Figura 2



Figura 3



Anexo III. ¿Qué estamos haciendo? Políticas, programas y actuaciones que influyen en determinantes y en resultados en salud

Desde la perspectiva del modelo de “Salud en todas las políticas” es necesario tener una visión conjunta no sólo de aquellas actuaciones desarrolladas desde el entorno sanitario sino en aquellas desarrolladas desde entornos que incidan sobre otros determinantes de la salud. Es interesante, por tanto, describir políticas, programas o proyectos desarrollados e impulsados desde otros sectores que puedan tener un efecto importante en la salud y el bienestar de la población.

[Tras una revisión no exhaustiva en el 2012 de las diferentes políticas, programas y actividades comunitarias](#) se han encontrado 173 políticas y programas desarrollados por diferentes Consejerías de Asturias (actividades distales) y 192 actividades comunitarias en salud (actividades intermedias) incluidas en la [base de datos del Observatorio de Salud](#). En la actualidad, 2015, la base de datos de actividades comunitarias en Asturias se ha actualizado y consta de 529 actividades, de las cuales 432 están activas.

Se ha realizado además una verificación sobre dicho listado para tratar de valorar la influencia de políticas/programas y actividades comunitarias sobre los diferentes determinantes de la salud. Como era esperable, las políticas y programas tratan de tener más impacto en determinantes socioeconómicos mientras que las actividades comunitarias tratan de influir más en conductas. De todas formas sólo un 55% de las primeras parecen tener influencia sobre la situación socioeconómica de la población. El impacto de actividades distales e intermedias sobre el medio físico parece pequeño (16% y 20% respectivamente).

La metodología empleada para esta primera aproximación, y otras que ya se han utilizado en nuestro entorno ([Aldasoro, 2012](#)) sobre estudios recientes de evaluación de políticas públicas sectoriales y su impacto en salud, pueden ser de utilidad para sistematizar y tener en cuenta el impacto de otras acciones intersectoriales, no sanitarias, en el análisis de situación de la salud.

Teniendo en cuenta que el trabajo intersectorial y las relaciones con otros departamentos no sanitarios “deben ir más allá del intercambio de información, cooperación y coordinación”, sería necesario plantearse la necesidad de integrar objetivos comunes para diferentes sectores, generar procesos de trabajo comunes y

presentación conjunta de resultados, con el objeto de cumplir los requisitos propuestos por la estrategia de “Salud en todas las políticas”, a través del desarrollo de *Sistemas de Gobernanza Local*. Esta aproximación ya está descrita en la Estrategia Personas Sanas, Poblaciones Sanas publicada por la Consejería de Sanidad en el 2015.

Para acceder a documentos con información más detallada

[Astursalud](#)

[Personas Sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.](#)

Anexo IV. Informes recopilados para ASSA 2012

¿Qué estamos haciendo? Políticas, programas y actuaciones que influyen en determinantes y en resultados en salud

[Descarga el documento completo ¿Qué estamos haciendo?](#)

¿Cuál es nuestro contexto? Entorno y determinantes socioeconómicos

[Determinantes sociales en salud 2012](#)

[Situación de las mujeres y los hombres en Asturias](#)

Salud laboral

[Informe sobre salud laboral \(resumen\)](#)

[Informe sobre salud laboral \(ampliado\)](#)

Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

[Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas](#)

[Informe de salud infantil](#)

Salud oral

[Salud oral](#)

Alimentación

[Alimentación](#)

[Obesidad](#)

[Informe de salud infantil](#)

Actividad Física y descanso

[Actividad física y descanso](#)

Educación Afectivo-sexual

[Educación afectivo-sexual y VIH](#)

Salud Reproductiva

[Salud reproductiva](#)

Seguridad Vial

[Seguridad vial](#)

¿Cómo es nuestro sistema sanitario?

[Informe sobre sistema sanitario](#)

[Informe anual SNS 2011](#)

Eficiencia

[Informe sobre Gasto sanitario](#)

[Informe sobre Gasto farmacéutico en Atención Primaria](#)

[Interconsultas en Atención Primaria](#)

Programa de detección precoz de cáncer de mama

[Informe de evaluación del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama](#)

Atención maternal y neonatal

[Salud reproductiva](#)

¿Cuáles son nuestros resultados de salud?

[Resultados de salud](#)

Mortalidad y esperanza de vida

[Informe sobre mortalidad](#)

[Informe sobre Esperanza de vida](#)

Estado de salud percibido y calidad de vida

[Informe sobre Estado de salud percibido y calidad de vida](#)

Morbilidad y necesidad de ayuda en infancia

[Informe de salud infantil](#)

Enfermedades crónicas

[Informe sobre Enfermedades Crónicas](#)

[Informe de salud infantil](#)

[Informe sobre Cardiopatía Isquémica](#)

[Informe sobre Diabetes](#)

[Informe sobre Ictus](#)

[Informe sobre Cáncer](#)

[Informe sobre EPOC](#)

Enfermedades infecciosas

[Informe sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria](#)

Enfermedades raras

[Informe sobre Enfermedades Raras](#)

Salud Mental

[Informe sobre Salud mental](#)

[Informe de salud infantil](#)