

# Informe de Situación de Salud en Asturias 2018

---

Documento ampliado



## Créditos

### Edita

Dirección General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

### Coordinación técnica

Marcial Vicente Argüelles Suárez, Oscar Suárez Álvarez, Rafael Cofiño Fernández.  
Observatorio de Salud en Asturias

### Autores y autoras:

Ana García Fernández, Esperanza María Alonso Jiménez, Federico Fernández Noval, Ignacio Donate Suarez, Ismael Huerta García, José Antonio García Vázquez, José Antonio González Fernández, José Feliciano Tato Boudiño, Jose María Blanco González, José Ramón Hevia Fernández, José Ramón Quirós García, Julio Bruno Bárcena, M<sup>a</sup> Carmen García González, Marcial Vicente Argüelles Suárez, Marian Uría Urraza, Mario Juan Margolles Martins, Marta Isabel Villamil Díaz, Miguel Angel Prieto García, Nerea Eguren Adrián, Oscar Suárez Álvarez, Rafael Cofiño Fernández, Rosa María Carretero del Lama, Rosario Hernández Alba, Valentín Rodríguez Suárez.

### Agradecimientos

A todas las personas que desde diferente ámbitos (sistemas de información, planificación, evaluación, formación, investigación o trabajo en servicios clínicos, instituciones, asociaciones, municipios...) han aportado su trabajo cotidiano a este documento plural.

### Acceso al documento

Se puede acceder a la versión digital de este documento y a otros documentos complementarios a través de este enlace

<https://obsaludasturias.com/obsa/analisis-de-situacion-de-salud-2018/>

Somos conscientes que este documento, dada la complejidad y extensión de temas que abarca, está en un proceso de continuo crecimiento.

Para realizar aportaciones, comentarios o sugerencias sobre la misma puede hacerse a través del siguiente contacto:

Observatorio de Salud en 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](mailto:obsalud@asturias.org)

### Diseño y maquetación

Jorge Lorenzo diseño y comunicación visual

### Depósito legal

AS-00000-2018

# Informe de Situación de Salud en Asturias 2018

---

## Documento ampliado

# Índice

Glosario de términos / 6

¿Qué es el Análisis de Situación de Salud Asturias 2018? / 8

¿A quién está destinado este documento? / 8

¿Cuál es la estructura del documento y qué datos hemos utilizado? / 9

## ¿Qué estamos haciendo? / 11

1.1 Planes, programas y estrategias a nivel autonómico / 12

1.2. Planes y estrategias de otras Consejerías del Principado de Asturias / 14

1.3. Actividades y recursos de salud comunitaria en Asturias / 16

1.4. Sistemas de Gobernanza Local en Salud / 17

## ¿Cuál es nuestro contexto? / 19

2.1. Demografía / 20

2.2. Afrontamiento de la vida / 23

2.3. Aspectos económicos / 24

2.4. Educación, posición social / 26

2.5. Redes, relaciones sociales / 28

2.6. Maltrato o violencia / 30

2.7. Exclusión social / 32

## ¿Cómo es nuestro entorno? / 33

3.1. Nuestro entorno físico / 36

3.2. Salud laboral / 38

3.3. Salud ambiental / 43

## ¿Cómo son nuestras conductas? / 47

4.1. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas / 48

4.2. Salud oral / 55

4.3. Alimentación / 56

4.4. Obesidad / 58

4.5. Actividad Física y descanso / 60

4.6. Educación Afectivo-sexual / 61

4.7. Salud Reproductiva / 64

4.8. Lactancia / 65

4.9. Seguridad Vial / 65

## ¿Cómo es nuestro sistema sanitario? / 67

5.1. Accesibilidad y población protegida / 68

5.2 Atención sanitaria / 70

5.3. Calidad y seguridad / 75

5.4. Eficiencia / 77

5.5. Programas de salud pública / 80

## ¿Cuáles son nuestros resultados de salud? / 85

6.1. Mortalidad y esperanza de vida / 86

6.2. Estado de salud percibido y calidad de vida / 88

6.3. Morbilidad y necesidad de ayuda en infancia / 90

6.4. Enfermedades crónicas / 91

6.5. Morbilidad diagnosticada en Atención Primaria / 96

6.6. Enfermedades infecciosas / 102

6.7. Enfermedades raras / 103

6.8. Salud Mental / 104

## Asturias en el contexto nacional / 109

7.1. Resultados de salud / 110

7.2 Estilos de vida / 115

7.3. Tabla resumen Asturias-España / 120

¿Qué problemas influyen en la salud y el bienestar de las personas? / 125

Anexo I. Marco teórico / 128

Anexo II. Acceso a información ampliada para la realización del ASSA 2018 / 131

## Glosario de términos

**ACV:** Accidente cerebrovascular  
**AP:** Atención primaria  
**APEAS:** Estudio sobre eventos adversos en el ámbito de atención primaria  
**AROPE:** Tasa de riesgo de pobreza y exclusión social  
**ASSA:** Análisis de situación de salud en Asturias  
**ASAC:** Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo  
**AT:** Accidente de trabajo  
**AVS:** Años de Vida Saludable  
**BDCAP:** Base de datos CLÍNICOS de Atención Primaria  
**BSG:** Brecha Salarial de Género  
**cancERT:** Sistema de registro de almacenamiento y gestión de datos de cáncer  
**CCAA:** Comunidades Autónomas  
**CEPROSS:** Observatorio de enfermedades profesionales  
**CSZ:** Consejo de Salud de Zona  
**CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud  
**EAPAS:** Estudio de los efectos adversos en la atención hospitalaria en el Principado de Asturias  
**EAPN:** Estrategia de atención al parto y al nacimiento  
**ECHI:** European Community Health Indicators  
**EDADES:** Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España  
**EDOs:** Enfermedades de declaración obligatoria  
**EES:** Encuesta Europea de Salud  
**ENEAS:** Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización  
**ENS:** Encuesta Nacional de Salud  
**EP:** Enfermedad profesional  
**EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica  
**ESA 2012:** Encuesta de Salud en Asturias 2012  
**ESA 2017:** Encuesta de Salud en Asturias 2017  
**ESIA 2009:** Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2009  
**ESIA 2017:** Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2017  
**ESTUDES:** Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España  
**EV:** Esperanza de vida  
**EVASCAP:** Equipo de valoración de cáncer profesional  
**EVBS:** Esperanza de vida en buena salud  
**FOESSA:** Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada  
**FQ:** Fibrosis quística  
**GA-I:** Acidemia glutárica tipo I  
**GALI:** Global activity limitation indicator  
**GHQ:** General Health Questionary  
**HC:** Hipotiroidismo congénito  
**HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres

**HUCA:** Hospital Universitario Central de Asturias  
**IAPRL:** Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales de Asturias  
**IMC:** Índice de Masa Corporal  
**INCLASNS:** Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud  
**INE:** Instituto Nacional de Estadística  
**INFORSAN:** Información Sanitaria  
**INSS:** Instituto Nacional de la Seguridad Social  
**IT:** Incapacidad temporal  
**IVE:** Interrupción voluntaria del embarazo  
**LISMI:** Ley 13/1982 de 7 de abril, de integración social de los minusválidos  
**MCAD:** Deficiencia acil CoA-deshidrogenasa de cadena media  
**MIS:** Mesa Intersectorial de Salud  
**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
**OBSA:** Observatorio de Salud en Asturias  
**OBSERVASS:** Observatorio Asturiano de Servicios Sociales  
**PANOTRASS:** Observatorio de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo  
**PCAI:** Programa Clave de Atención Interdisciplinar  
**PIB:** Producto interior bruto  
**PNC:** Pensiones no contributivas  
**PSBD:** Programa de salud bucodental  
**RAM:** Reacciones adversas a medicamentos  
**REDECAN:** Red española de registros de cáncer  
**REMC:** Régimen especial de la minería del carbón  
**RETEA:** Registro de trabajadores expuestos a amianto  
**RTECAM:** Registro del Principado de Asturias de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos o mutágenos  
**RN:** Recién nacido  
**SADEI:** Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales  
**SAMU:** Servicio de atención médica urgente  
**SEE:** Sociedad Española de Epidemiología  
**SERPA:** Sociedad de Servicios del Principado de Asturias S.A  
**SESPA:** Servicio de Salud del Principado de Asturias  
**SGLS:** Sistemas de Gobernanza Local en Salud  
**SIAP:** Sistema de información de Atención Primaria  
**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
**SIVE-aire;** Vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire  
**SPRL:** Servicios de Prevención de Riesgos Laborales  
**USBQ:** Unidades de salud bucodental  
**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana  
**VIOGEN:** Sistema de seguimiento integral en los casos de Violencia de Género

## ¿Qué es el Análisis de Situación de Salud Asturias 2018?

La salud y el bienestar de las personas dependen de las condiciones sociales, económicas, políticas, ambientales, culturales, educativas, geográficas y sanitarias del lugar donde se vive. El grado de cohesión social, el protagonismo de la ciudadanía, la existencia o no de determinados recursos, cómo se utilizan los mismos y cómo están conectados entre sí, también son factores que influyen en dicho bienestar. Todo ello es lo que conocemos como determinantes de la salud.

La desigual distribución de algunos de esos determinantes puede generar desigualdades de salud.

Este informe es una “fotografía” para conocer la situación de bienestar y salud que tiene la población en Asturias elaborada desde el [Observatorio de Salud en Asturias](#) de la Dirección General de Salud Pública.

Tener una buena “fotografía” nos permitirá conocer con más detalles nuestras necesidades y nuestras riquezas y saber cómo podemos actuar mejor. Por ello este documento servirá para elaborar el Plan de Salud para Asturias. Este documento tratará de ordenar diferentes actuaciones durante los próximos diez años para poder mejorar esos determinantes y que mejore el bienestar de las personas que vivimos en Asturias.

## ¿A quién está destinado este documento?

Además de ayudar para elaborar el Plan de Salud para Asturias, está destinado a diferentes personas:

- A la población y la ciudadanía en general.
- 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 personas que trabajan en otras instituciones no sanitarias pero muy relacionadas con temas de bienestar.
- A las diferentes asociaciones formales o informales de personas preocupadas porque en Asturias se pueda vivir de forma más saludable.

## ¿Cuál es la estructura del documento y qué datos hemos utilizado?

La estructura 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 I sobre [Marco teórico](#) se aporta más información sobre los modelos que se utilizan en el documento.

La estructura del documento es la siguiente:

- 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 algunos de los principales programas y políticas intersectoriales que se desarrollan.
- Segunda parte. Determinantes. Esta sección se compone de diferentes bloques temáticos en los que se presenta el contexto actual, los determinantes socioeconómicos, nuestras conductas y estilos de vida, y finalmente el funcionamiento de nuestro sistema sanitario.
- Tercera parte: Resultados de Salud. En esta sección se incluyen diferentes resúmenes para áreas relacionadas con los 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.
- Cuarta parte: Comparativa nacional: En la cuarta sección, se ha incluido un resumen comparativo de los principales indicadores relacionados con los determinantes y resultados de salud. En esta comparativa se incluye una selección de indicadores en función de las fuentes de información disponibles en la que se expone la situación en Asturias respecto a España.
- Quinta parte: Opinión de la población. En esta parte se presentan las propuestas que han realizado diferentes personas a través de la consulta abierta que se ha realizado a lo largo del primer semestre del año en la página web de Asturias Participa <http://www.asturiasparticipa.es> y a través de formato físico.

Toda la información incluida en las cuatro primeras secciones se ha actualizado utilizando los últimos datos disponibles para cada indicador. En la sección final de cada uno de los capítulos se puede consultar diferentes hipervínculos que dan acceso a información más detallada de cada uno de los indicadores.

La información para el análisis de situación se ha obtenido de diversas fuentes y sistemas de información que se pueden consultar en el [Anexo II](#).

# ¿Qué estamos haciendo?

**Políticas, programas y actuaciones que influyen en los determinantes y los resultados en salud de la población.**

Desde el modelo de determinantes de salud es fundamental entender que la salud de una población no depende solamente de aquellas actuaciones que se puedan desarrollar desde el sistema sanitario, sino de todas aquellas que se puedan desarrollar desde otras políticas, a saber: empleo, urbanismo, medio ambiente, igualdad... Esto es lo que se conoce como "Salud en todas las Políticas" y supone un enfoque intersectorial de las políticas públicas.

En este apartado se describen brevemente aquellas actuaciones desarrolladas desde el sector sanitario y también desde otros sectores de nuestra administración.

Puede consultarse con más detalle información sobre las actuaciones desarrolladas en los documentos disponibles en el siguiente enlace:

<https://obsaludasturias.com/obsa/analisis-de-situacion-de-salud-2018/>

# 1.1. Planes, programas y estrategias a nivel autonómico

En el Principado de Asturias, desde la Consejería de Sanidad, se han puesto en marcha diferentes actuaciones con el objetivo de abordar problemas de salud que por su gravedad o prevalencia pueden suponer un mayor reto asistencial, familiar, social, o económico.

Mediante el desarrollo de estas iniciativas se trata de llevar a cabo un abordaje más integral, centrado en las personas y orientado a mejorar la continuidad de la asistencia.

A continuación se presenta una lista de diferentes Planes, Estrategias y Programas liderados por la Consejería de Sanidad y que se encontraban vigentes en el momento de la realización del presente análisis. Se identificaron un total de 58 iniciativas en diferentes ámbitos entre las que destacan 11 Planes y Estrategias autonómicas, 13 Programas Clave de Atención Interdisciplinar, 12 programas de detección y prevención, 10 programas de educación o promoción de la salud, 9 planes y actuaciones en el ámbito de la calidad y seguridad y 3 iniciativas en el ámbito de la atención urgente.

## Planes y estrategias autonómicas

- [Estrategia regional de cuidados paliativos para Asturias \(2009\)](#)
- [Plan sobre Drogas del Principado de Asturias \(2010\)](#)
- [Plan Regional de Atención al niño y adolescente con Asma \(2011\)](#)
- [Estrategia de atención a la población con enfermedad crónica en Asturias \(2014\)](#)
- [Plan de Coordinación de Control de la Cadena Alimentaria del Principado de Asturias \(2014\)](#)

- [Estrategia de seguridad del paciente en Asturias \(2015\)](#)
- [Plan de Salud Mental del Principado de Asturias \(2015\)](#)
- [Estrategia de Atención al Embarazo, Parto, Etapa neonatal, y lactancia materna \(2016\)](#)
- [Estrategia para el nuevo enfoque de la Atención Primaria 2018-2021 \(2018\)](#)
- [Plan Socio Sanitario 2018-2021 \(2018\)](#)
- Plan de Salud y Medio Ambiente (en desarrollo)

## Programas Claves de Atención Interdisciplinar PCAIS (Actualización 2017)

- [PCAI Cardiopatía isquémica](#)
- [PCAI EPOC](#)
- [PCAI Diabetes](#)
- [PCAI Ictus](#)
- [PCAI Consumo de alcohol](#)
- [PCAI Cáncer colorrectal](#)
- [PCAI Cáncer de mama](#)
- [PCAI Ansiedad](#)
- [PCAI Dolor crónico](#)
- [PCAI Cáncer de próstata](#)
- [PCAI Demencia](#)
- [PCAI Hipertensión arterial](#)
- [PCAI Depresión](#)

## Programas de Detección y Prevención

- [Programa de atención a déficit auditivo infantil \(2002\)](#)
- [Programa de detección precoz cáncer de mama \(2002\)](#)
- [Programa de prevención y atención a VIH/SIDA \(2003\)](#)
- [Programa de detección precoz cáncer cérvix \(2009\)](#)

- [Programa de detección de anomalías cromosomas fetales \(2009\)](#)
- [Programa de salud oral \(2010\)](#)
- [Programa de Atención al Cáncer \(2010\)](#)
- [Programa de cribado neonatal \(2014\)](#)
- [Programa de cribado de cáncer colorrectal \(2016\)](#)
- [Programa de vacunaciones \(2017\)](#)
- [Programa de Atención a las Alergias e Intolerancias Alimentarias \(2017\)](#)
- [Programa de Cribado de enfermedades infecciosas durante el embarazo en Asturias \(2017\)](#)
- [Programa de Prevención del consumo de Alcohol en la Edad Pediátrica \(2017\)](#)

## Programas de Educación y Promoción de la Salud

- Programa de disminución del daño (1986)
- [Ni ogros ni princesas \(2008\)](#)
- [La conquista de la boca sana \(2009\)](#)
- [Alimentación saludable en comedores escolares \(2009\)](#)
- [Prevención y control del tabaquismo \(2009\)](#)
- [INDRO: información sobre drogas \(2011\)](#)
- [Yo cuento, tú pintas, ella suma \(2011\)](#)
- [ESO por la salud \(2014\)](#)
- [EPS! Toma el timón \(2014\)](#)
- [Paciente Activo Asturias \(2015\)](#)

## Calidad y seguridad

- [Plan de calidad para Asturias \(2003\)](#)
- [Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios \(2007\)](#)
- [Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo \(2010\)](#)
- [Proyecto de Gestión y Organización del Proceso asistencial en Atención Primaria GOPA \(2011\)](#)
- [Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias \(2011\)](#)
- [Metas internacionales de seguridad en Atención Primaria \(2013\)](#)
- [Atención a pacientes con multimorbilidad / enfermedades crónicas complejas \(2017\)](#)
- [Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad en Asturias SINOC/DAIME \(2017\)](#)
- [Gestión de Estándares de Calidad en Centros Asistenciales GECCAs \(2018\)](#)

## Urgencias

- [IAMASTUR. Estrategias de reperfusión precoz en el Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST \(2011\)](#)
- [Código Ictus \(2017\)](#)
- [Código Corazón \(2017\)](#)

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Estrategias de Salud. Gobierno del Principado de Asturias.](#)
- ↳ [Evaluación del Plan de Salud 2004-2007](#)

## 1.2. Planes y estrategias de otras Consejerías del Principado de Asturias

A continuación se detallan otros planes y estrategias que se desarrollan en distintas Consejerías del Principado de Asturias y que tienen relación con la salud y el bienestar.

- [Estrategia de Desarrollo Sostenible del Principado de Asturias 2008](#). Consejería de Infraestructuras, Ordenación del Territorio y Medio Ambiente.
- [Plan Autonómico de Accesibilidad 2011-2012](#) (se trabaja en un nuevo plan). Servicio de Mayores, Diversidad Funcional y Autonomía Personal. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.
- [Plan Integral de Infancia del Principado de Asturias 2013-2016](#). Consejería de Servicios y Derechos Sociales.
- [IV Plan Integral de Emigración del Principado de Asturias 2013-2016](#). Dirección General de Emigración y Cooperación al Desarrollo.
- [Programa de Espacios Industriales del Principado de Asturias 2013-2016](#). IDEPA. Agencia de Desarrollo Económico del Principado de Asturias. Consejería de Empleo, Industria y Turismo.
- [Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación de Asturias \(PCTI\) 2013-2017](#). Consejo Asturiano de Ciencia, Tecnología e Innovación. Consejería de Empleo, Industria y Turismo.
- [Plan de vivienda del Principado de Asturias 2014-2016](#). Consejería de Servicios y Derechos Sociales.
- [Agenda Social Asturiana \(2014\)](#)
- [Asturias RIS3 2014-2020. Estrategia industrial para Asturias](#). IDEPA. Agencia de Desarrollo Económico del Principado de Asturias. Consejería de Empleo, Industria y Turismo.
- [Plan Estratégico de Residuos del Principado de Asturias \(PERPA\) 2014-2024](#). Consejería de Infraestructuras, Ordenación del Territorio y Medio Ambiente.
- [Plan Autonómico de Inclusión Social 2015-2017](#). Servicio de Gestión del Salario Social y otras prestaciones económicas. Coordinador de Inclusión Social. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.
- [Estrategia de competitividad del sector primario y de desarrollo económico del medio rural 2015-2020](#). Consejería de Desarrollo Rural y Recursos Naturales.
- [Planes de mejora de calidad del aire en Asturias](#). Consejería de Fomento, Ordenación del Territorio y Medio Ambiente.
- [Plan Especial para los concejos del Suroccidente Asturiano 2015-2025](#). Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana.
- [Plan de actuación integral para personas con discapacidad de Asturias 2015-2017](#). Servicio de Mayores, Diversidad Funcional y Autonomía Personal. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.
- [Estrategia Asturiana contra la Brecha Salarial 2016-2018](#). Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana.
- [II Plan Estratégico de Igualdad del Principado de Asturias 2016-2019](#). Instituto Asturiano de la Mujer. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana.
- [Documento marco para la orientación de las políticas de juventud en Asturias 2014](#). Instituto Asturiano de la Juventud. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana.
- [Plan de Salud, Seguridad y Medio Ambiente Laboral del Principado de Asturias 2016-2020](#). Instituto Asturiano de

Prevención de Riesgos Laborales. Consejería de Empleo, Industria y Turismo.

- [Plan de protección civil de emergencia por incendios forestales del Principado de Asturias \(INFOPA\) 2017](#). Servicio de Emergencias del Principado de Asturias (SEPA). Consejería de Infraestructuras, Ordenación del Territorio y Medio Ambiente.
- [Alianza sobre infraestructuras del Estado que Asturias necesita 2017](#). Consejería de Infraestructuras.
- [Plan Estratégico IDEPA 2017-2020](#). IDEPA. Agencia de Desarrollo Económico del Principado de Asturias. Consejería de Empleo, Industria y Turismo.
- Plan Demográfico del Principado de As-

turias 2017-2027. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana.

- [Plan de Inspección de Servicios Sociales 2018](#). Servicio de Inspección y Acreditación de Centros. General de Gestión de Prestaciones y Recursos. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.
- [Estrategia de Envejecimiento Activo del Principado de Asturias.2018](#) (En elaboración primera estrategia). Servicio de Planificación e Innovación Social. Consejería de Servicios y Derechos Sociales.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ <https://www.asturias.es/>



## 1.3. Actividades y recursos de salud comunitaria en Asturias

En el año 2015, la base de datos de actividades comunitarias en Asturias contaba con 529 actuaciones registradas, de las cuales 432 se encontraban activas en el momento de la consulta.

En el periodo 2015-2017 se llevó a cabo la instalación de diferentes herramientas de consulta de la base de datos de activos de salud en 28 Zonas Básicas de Salud de 39 municipios asturianos. Dando cobertura a un total de 360 profesionales sanitarios. Actualmente la BBDD contiene 1.860 recursos y actividades comunitarias.

Los activos de salud, registrados en el OBSA, suman un total de 1.318 los que supone una tasa de activos de 1,26 ‰ habitantes para el total de Asturias. Destacan, por Áreas Sanitarias, el Área I (Jarrio) con una tasa de 4,99 ‰, el Área II (Cangas) con 4,6‰ y el Área VI (Arriondas) con 3,15‰.

Los recursos comunitarios en Asturias, suman 542 entre asociaciones (27,6%), cultura local (1,3%), estructuras y espacios físicos (33,1%), instituciones (21,6%) y personas (16,4%). Por Áreas Sanitarias destacan, en su elevado registro, Oviedo (Área IV) y Jarrio (Área I) por encima del resto.

En cuanto a las actividades comunitarias la situación actual muestra también un registro desigual. El Área sanitaria con mayor número de registros de actividades es la IV (Oviedo) con 205 pero su tasa es de 0,61‰ actividades por habitante, igual le ocurre al Área V (Gijón) con 156 y una tasa de 0,52‰. Frente a ellas el Área I (Jarrio) con 109 actividades pero una tasa de 2,37‰.

Se encuentran activas 336 actividades (42,7%) de un total de 786. Un 60% están dirigidas a ambos sexos para adultos, 9,9% a niños además de exclusivas para mujeres 21% y para hombres un 7%.

## 1.4. Sistemas de Gobernanza Local en Salud

El trabajo intersectorial y las relaciones con otros departamentos no sanitarios deben ir más allá del intercambio de información, en este marco es necesario plantearse la posibilidad 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.

A través del despliegue del proyecto de Sistemas de Gobernanza Local (SGL) en el periodo 2015-2017 se ha trabajado en

1.461 profesionales de diferentes ámbitos y se ha apoyado el desarrollo de acciones en 25 SGL integrados fundamentalmente por Mesas Intersectoriales de Salud y Consejos de Salud de Zona (figura 1).

En un trabajo realizado en el año 2017 por el OBSA para el estudio de los sistemas de gobernanza local obtuvo una tasa de respuesta del 78% de los municipios asturianos, que correspondían al 88% de la población asturiana. En el 70,2% de los municipios se identificó algún espacio de coordinación intersectorial, principalmente Consejos de Salud (45,6%). Los municipios sin espacios de coordinación, y menor renta y densidad poblacional se asociaron de manera independiente a mayores tasas de mortalidad bruta.

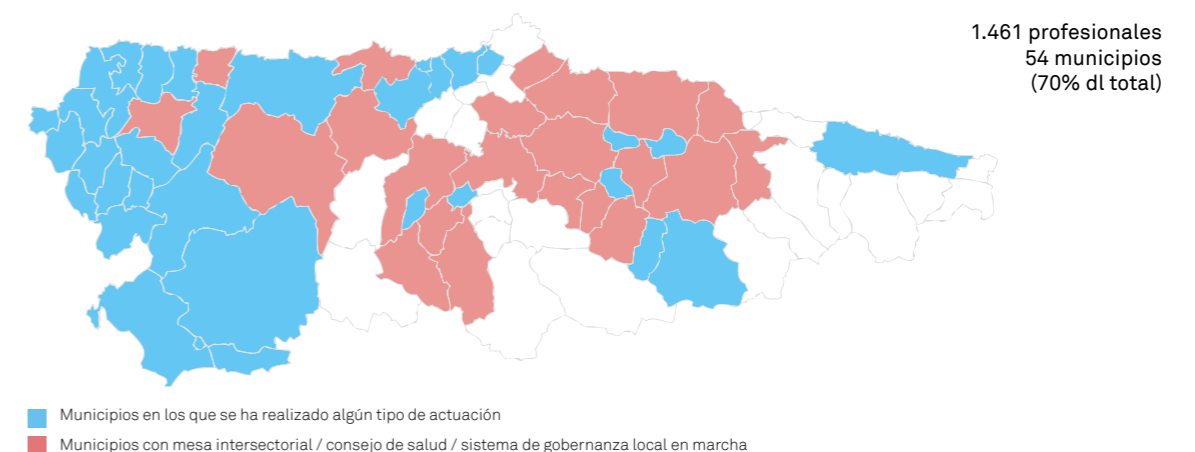
Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Personas Sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención](#)

[a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.](#)

↳ [Informe Asturias Actúa en Salud](#)  
↳ [Base de datos de actividades y recursos comunitarios](#)

Figura 1. Actuaciones realizadas y espacios de gobernanza local en marcha



Fuente : Observatorio de salud en Asturias

---

## Demografía 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 las personas 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 territorial 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

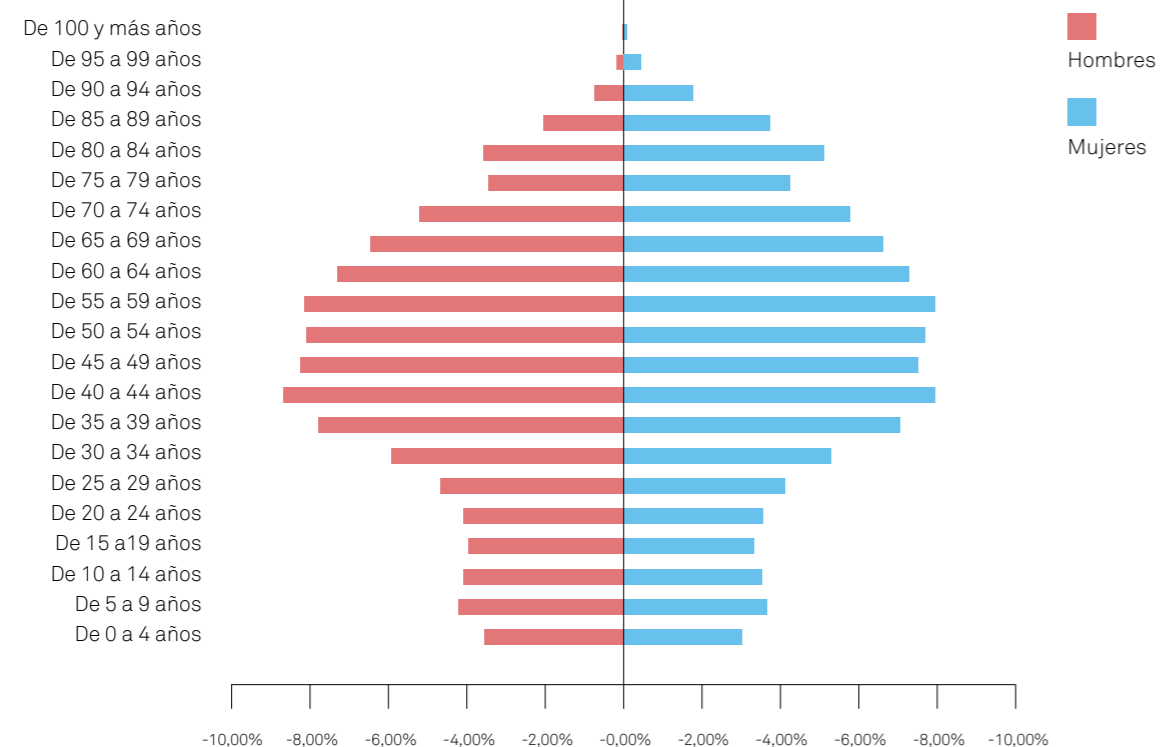
Asturias es una comunidad autónoma con una población pequeña aunque nuestra densidad demográfica sea alta para los promedios españoles. En el año 2017 contábamos con 1.034.960 habitantes, lo que supone un 2,2% de la población española. Desde el año 2010 hasta 2017 según datos de la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (Sadei) Asturias ha perdido 49.381 habitantes (figura 2).

A pesar de tener una población altamente dispersa en términos geográficos, la mayoría de la población (69%) reside en concentraciones urbanas y periurbanas en la Zona Centro de Asturias (Avilés, Corvera, Gijón, Langreo, Mieres, Oviedo y Siero).

Tras haber pasado la transición demográfica hace varias décadas, los índices de envejecimiento (222,34) y de dependencia (56,7%) 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 algo por debajo del promedio español para ambos sexos (82,37 años frente a 83,10 en 2016), es muy inferior en hombres (79,17 años frente a 80,31) y en mujeres ligeramente inferior a la media española (85,45 años frente a 85, 83). Esta mayor esperanza de vida en mujeres hace que, a partir de los 75 años, haya en Asturias, en 2017, 34.331 mujeres más que hombres

Figura 2. Pirámide poblacional Asturias 2017



Fuente : Elaboración propia a partir de datos de SADEI

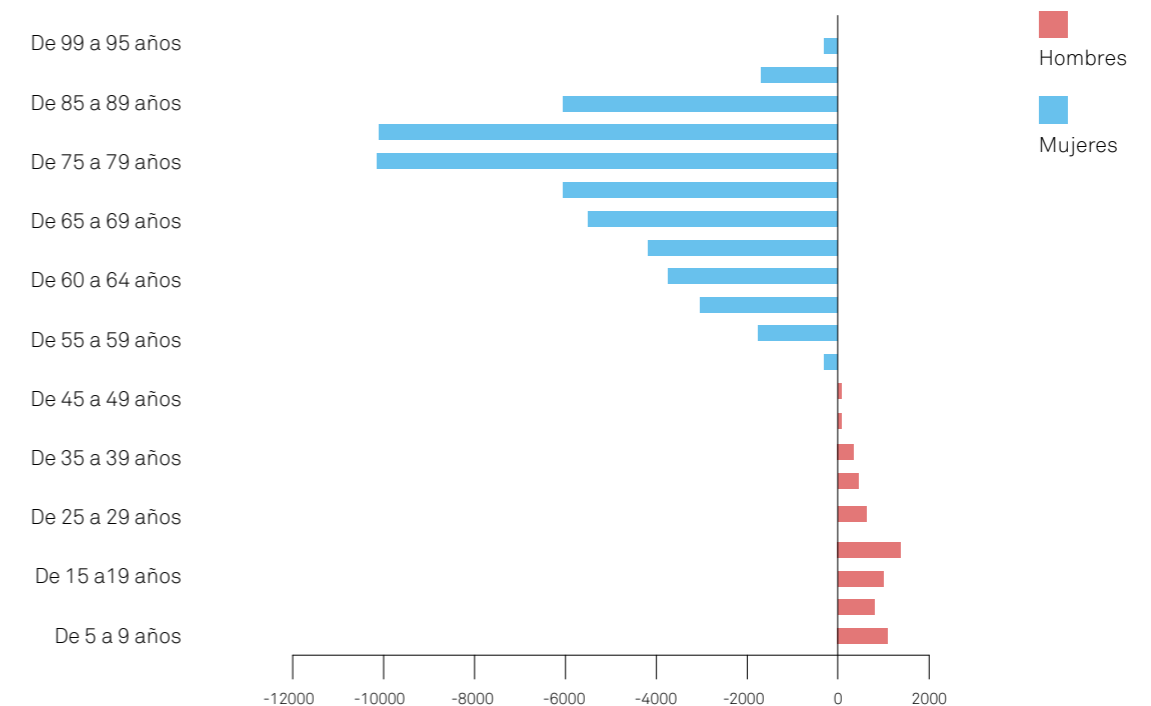
(83.134 frente a 48.803) (figura 3). Esta cuestión es muy importante pues más adelante se aborda la esperanza de vida en buena salud y sin discapacidad que, por el contrario, son menores para mujeres, lo cual implica un importante problema de cronicidad con una gran feminización: más mujeres tienen peor salud en estas edades y hay muchas más mujeres en la población. (Se puede observar claramente en el gráfico siguiente).

A nivel de recambio demográfico nuestros niveles son muy pobres; nuestro indicador coyuntural de fecundidad fue de

solo 1,03 en 2017 situado por debajo de la media del estado, no alcanzado el mínimo exigido para un adecuado recambio generacional. La tasa de natalidad por mil habitantes sigue bajando (5,83 en 2017), así como la tasa de nupcialidad (3,52 en 2017), con el consiguiente descenso del saldo vegetativo que sigue descendiendo (-0.6% en el año 2017).

Nuestra tasa migratoria ha aumentado respecto a 2013 en -3,74 puntos (0,01 en el año 2016) y nuestra proporción de personas extranjeras disminuye por la crisis de los últimos años (3,87 en el año 2016).

Figura 3. Diferencia hombres / mujeres 2017— números absolutos



Fuente : Elaboración propia a partir de datos de SADEI

## Convivencia

El modelo de convivencia generalizado en Asturias es el de familia nuclear o lo que queda de ella. Esto hace que en 2017 un 74% de los hogares lo compartan de 2-4 personas.

Un 22% de las personas adultas viven solas, con parecidas proporciones entre hombres y mujeres (22% en hombres frente al 22,1% en mujeres). En personas de 65 y más años, un 32% de las mujeres viven solas (por un 20,3% de los hombres de esas edades). Es más, la soledad no solo es cuantitativa sino relacional. Un 7,5% de ellas en 2017 no reciben prácticamente ayuda cuando están enfermas o un 8% perciben que no tienen con quien hablar de sus problemas personales o familiares. Esta situación es más agudizada en las zonas rurales que en otras zonas, debido a la dispersión geográfica de las primeras.

Un tipo de convivencia que está aumentando en los últimos años es el de la monomarentalidad/monoparentalidad sea elegida o sobrevinida 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/a. 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. En el año 2017, un 22% de los hogares con niños/as es monomarental (madre sola con uno o más hijos) y en un 3% monoparental (padre solo con uno o más hijos). Además en un 12% de los casos esta circunstancia ha sido planificada por los progenitores.

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

- ↳ [Sociedad Asturiana de Estudios económicos e Industriales](#)
- ↳ [Instituto Nacional de Estadística](#)
- ↳ [Indicador familias monoparentales del OBSA](#)

## Igualdad en hombres y mujeres

El peso del cuidado de los menores, personas mayores, dependientes y las tareas domésticas recaen especialmente en las mujeres en una proporción dos veces superior, pero la percepción del trabajo es muy distinta en función del sujeto analizado. Cuando se les pregunta a los hombres la mayoría de éstos indica que las tareas son compartidas con la pareja y cuando se lo preguntamos a las mujeres la mayoría de ellas mencionan que los realizan ellas solas

Según los datos de la Encuesta Estructura salarial INE, serie 2008-2016, en 2016 las mujeres cobraban de media 19.077.92€ y los hombres 27.010.87€. Esto supone una diferencia salarial del 29.37%.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Observatorio de Igualdad de Oportunidades](#)
- ↳ [Instituto Nacional de Estadística](#)

## 2.2. Afrontamiento de la vida

### Estado de salud percibido

Existe una buena o excelente percepción en un 67,1% de la población en 2017. Peor percepción es referida en personas mayores (50%), mujeres (61%) y personas que residen en la Zona Rural (86,3%).

### 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 2015 en Asturias se ve aumentado el número de personas reconocidas con un grado de discapacidad igual o mayor al 33% pasando de un 7,95% el año 2013 a un 11,7 % en 2015. Sigue presentando una proporción superior a la media nacional (6,4%). Por sexos hay 64.444 (12,8%) hombres y 58.934 (10,7%) mujeres. La discapacidad está ligada a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y al envejecimiento. Según la Encuesta de Salud para Asturias 2017 la restricción crónica a la actividad grave es del 4,7% y la limitada del 26,9%.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Base de datos Estatal de personas con discapacidad](#)
- ↳ [Indicadores de discapacidad Observatorio Asturiano de Servicios Sociales](#)

### 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.

A diciembre de 2017 en Asturias se habían presentado 36.927 solicitudes de dependencia. Se realizaron 32.616 resoluciones, de las cuales un 21,4% son de grado III, un 26,3% de grado II y un 27,9% de grado I. El total de personas beneficiarias con derecho a prestación fue de 24.657 lo que supone un 75,6% de las resoluciones.

Del total de personas beneficiarias, 21.242 personas reciben prestación de dependencia, pasando del 1,7% de la población en 2015 al 2,05% actual, y con un ratio de 1,28 prestaciones por persona beneficiaria.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Portal de dependencia \(Imsero\)](#)
- ↳ [Sociedad Asturiana de Estudios económicos e Industriales](#)
- ↳ [Indicadores de dependencia del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales](#)
- ↳ [Indicadores de prestaciones de dependencia del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales](#)

## 2.3. Aspectos económicos

### Trabajo productivo y trabajo de cuidados

Señalamos en este apartado elementos relacionados con el trabajo productivo y con el trabajo de cuidados. El primero es aquel desempeñado en el mercado de trabajo (empleo) y el segundo es que el se realiza en el ámbito privado y facilita todas las actividades de sostenimiento de la vida cotidiana, así como el cuidado de las personas.

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.

La población media ocupada en 2017 en Asturias era del 38,21% frente a un 40,44% en España. Las mujeres en Asturias registran una menor ocupación que los hombres 35,09% frente al 41,66%.

En diciembre de 2017 en Asturias estaba registrado un paro de 76.547 personas (34.415 hombres y 42.132 mujeres) con una media anual de 78.884 personas. La variación interanual con respecto a 2016 es de -7,8% (-10,33% hombres y -5,6% mujeres). Hay un descenso ininterrumpido desde el año 2014.

En cuanto a las afiliaciones a la seguridad social, en 2017 se ha alcanzado una media de afiliaciones de 358.490 personas, cifra que no se registraba desde el año 2012, con una variación relativa interanual con respecto a 2016 del 1,8%.

Tenemos una de las tasas de actividad más bajas de toda España (el promedio de 2017 fue del 50,9% frente al 58,8 % de España).

Según datos de IDEPA en diciembre de 2018 “en el tercer trimestre del año 2018, Asturias contaba con una población activa de 455,7 mil personas, de las cuales 394,4 mil estaban ocupadas, lo que supuso una tasa de paro del 13,45%, que se mantiene significativamente por debajo de la media de España donde la tasa de paro ascendió al 14,55%”

Los niveles de empleo en Asturias no siguen la misma evolución positiva que la media de España si bien la tasa de paro se mantiene por debajo de la media nacional.

Según datos del Observatorio de Igualdad de Oportunidades del Instituto Asturiano de la Mujer, Asturias es la comunidad autónoma española con mayor Brecha Salarial de Género en salario bruto por hora (SBH): 20,82%; y es la segunda con mayor BSG en Ganancia Media Anual (GMA): 28,62%, después de Cantabria (28,92%) y seguida por Navarra (28,42%)( Fuente: EES 2015, INE). La magnitud de la BSG en gma en Asturias significa que, en promedio, el año laboral de las mujeres asturianas debería tener algo más de 15 meses para que pudiesen ganar lo mismo que los hombres asturianos ganan en 12 meses. En 2015, el salario de los hombres en Asturias superaba la media nacional (en sbh y gma). Sin embargo, las asturianas están por debajo de la media española en ambos tipos de salario y por debajo de los salarios de los asturianos.

El peso del cuidado de los menores, personas mayores, dependientes y las tareas domésticas recaen especialmente en las mujeres en una proporción dos veces superior, pero la percepción del trabajo es

muy distinta en función del sujeto analizado. Cuando se les pregunta a los hombres la mayoría de éstos indica que las tareas son compartidas con la pareja y cuando se lo preguntamos a las mujeres la mayoría de ellas mencionan que los realizan ellas solas.

Según datos del Observatorio de Igualdad de Oportunidades del Instituto Asturiano de la Mujer, el motivo por el que una persona se mantiene al margen del mercado laboral puede ser complejo, aunque si se pregunta sobre la causa principal para la inactividad, se obtienen respuestas sesgadas por el género. En el caso de personas que han pasado a la inactividad tras terminar un empleo, entre 2007 y 2016, en Asturias 18.900 mujeres dejaron un empleo para hacerse cargo del cuidado de niñas/os o de personas adultas enfermas, incapacitadas o mayores; esta circunstancia no se dio entre varones (de manera estadísticamente significativa, al menos). En contraposición, el paso a la inactividad por acceso a una jubilación anticipada está claramente masculinizado: en el mismo periodo el número de hombres que pudieron jubilarse anticipadamente en Asturias superó en más de 3 veces al número de mujeres: (58.800 frente a 17.700).

#### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Servicio público de empleo del Principado de Asturias](#)
- ↳ [Instituto Nacional de Estadística](#)
- ↳ [Sociedad Asturiana de Estudios económicos e Industriales](#)
- ↳ [Observatorio de Igualdad de Oportunidades del Instituto Asturiano de la Mujer](#)

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 (12.060 € por habitante frente a 10.708 € en España en 2016).

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 según el INE teniendo únicamente la renta como elemento de valoración hacen que la tasa de riesgo de pobreza en 2016 en Asturias se sitúe en el 13,4 % mientras que en España la media es del 22,3%

El salario medio para todas las edades según la Encuesta anual de estructura salarial 2016 (INE) es de 23.095,83 € frente a los 23.156,34 de media en España. Pero las diferencias por sexo son mucho más significativas: las mujeres asturianas tiene una ganancia media anual de 19.077,92 € frente a la media nacional de 20.131,41 €. En cambio la ganancia media de los hombres de Asturias es mayor que la media del estado (27.010,87 € frente a 25.924,43 €)

### 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 2015 por desempleo (42.517 personas) y pensiones contributivas (300.145) alcanzan niveles mejorables pero que generan una contraprestación ante una contingencia (desempleo o edad), la presencia de pensiones no contributivas o pensiones

LISMI alcanzan 9.840 personas en 2015 y en salario social básico en 2016 a cerca de 14.000 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 2016, las mujeres asturianas cobran un 29,4% menos de salario anual, siendo Asturias la segunda comunidad autónoma donde la brecha salarial es más alta.

**Para acceder a documentos con información más detallada**

- ↳ [Indicadores del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales](#)
- ↳ [Ranking municipal para datos personas beneficiarias de salario social básico](#)
- ↳ [Ranking municipal para datos de personas adultas sin soporte 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 otros tipos de actividad y existiendo en el pasado pocas oportunidades de estudio en mujeres, esta tendencia se ha revertido en las últimas décadas y en 2015 la mayor proporción de personas que realizan estudios de nivel universitario corresponde a las mujeres, 54,13% frente a un 45,9% de hombres. A su vez, el fracaso escolar en ellas (17,9%) es inferior al de los hombres (26,6%).

En enseñanza secundaria, en el año 2015 el número de mujeres cursando estudios es ligeramente inferior al de hombres (25.526 frente a 27.345). 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.

Según el informe de diciembre de 2016 de la Consejería de Educación y Cultura, en general, Asturias presenta mejores indicadores que España, la escolarización a los 4 años es de un 98,8% (España un 97,4%), el abandono temprano de educación y formación es de un 16,8% (España 20%), los titulados superiores son un 52,9% (España 40,9%), el bajo rendimiento a los 15 años en, lectura 16,3%, ciencias 16,4% y matemáticas 20,6%

(mejor que resto de España), la participación de adultos en aprendizaje permanente es 8,9%, (España 9,9%).

En cuanto a tasas brutas de titulación Asturias es una de las regiones con mayor tasa de titulados en enseñanza obligatoria y secundaria.

#### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Ranking municipal nivel de estudios](#)
- ↳ [Seguimiento de los Objetivos y niveles de referencia de la Estrategia Educación y Formación 2020 \(ET2020\)](#)

### Clase social

La clase social como medida de posibilidad de alcanzar recursos o servicios a través de lograr una mejor accesibilidad a los mismos, así como de disponer un determinado papel en la sociedad a través de la posición que ocupa cada uno o una de nosotros y nosotras en la sociedad y el grado de poder que tienen nuestras decisiones sea con respecto a nosotros/as mismos/as o para modificar nuestro entorno más cercano, la comunidad o nuestra misma sociedad.

En Asturias lo analizamos según los criterios establecidos por la Sociedad Española de Epidemiología en 2011 que tiene en cuenta factores individuales de nivel educativo, de trabajo y relaciones laborales y la posición que ocupa cada persona en ese entorno. Una vez analizada dicha variable en la Encuesta de Salud para Asturias de 2017 de personas adultas, de aquellas personas que conocemos su ocupación (actual o pasada) así como las

dimensiones citadas, un 48,5% de la población se situaría en la clase social VI y VII (las más desfavorecidas socialmente), seguida de un 12% de personas en clase social III. Un 9% correspondería a la clase social I, un 7,5% a la clase social II las dos más favorecidas y que ocupan en la estratificación social una posición más aventajada. Un 6% de la población estaría en clase social IV la que se asigna a personas que están en autoempleo.

Aquellas personas con niveles desfavorecidos de clase social tienen, por lo general, un mayor riesgo de enfermedades o de

conductas escasamente saludables, así como unos peores resultados de salud en casi todas las dimensiones relacionadas.

Un 6,4% de las personas adultas son difícilmente clasificables en la estructura social, manifestando en algunos casos fenómenos de exclusión, al menos, en relación al capital social de una sociedad.

#### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Ranking municipal clase social](#)

## 2.5. Redes, relaciones sociales

### Autopercepción de la vida social

En el año 2017 un 83,4% de la población asturiana adulta consideraba su vida social satisfactoria o muy satisfactoria. Las redes sociales de carácter personal que entabla cada persona hacen que esa frecuencia sea más pequeña en la Zona Rural a las personas que viven en zonas más urbanas y con nivel de estudios primarios. Existe una peor percepción en personas mayores.

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

En la Encuesta de salud realizada en el año 2017 en torno a un 6% del total de la población asturiana adulta afirmaba que tiene pocas o muy pocas posibilidades de hablar con gente de sus problemas personales o familiares. El aislamiento es superior en mujeres y aumenta con la edad. Igualmente es muy superior en personas residentes en la Zona Rural y con estudios básicos.

### Haber tenido ayuda cuando lo precisaba para el cuidado

### de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones

Un 14% de la población en 2017 no había tenido a nadie cuando lo necesitaron al que solicitar ayuda para estos menesteres en el mes anterior. Más frecuente este hecho en la Zona Rural y las cuencas que en la Zona Centro.

### Encuentro con familia y amistades

Según datos del INE para el año 2015, el porcentaje de personas adultas que se reúnen con frecuencia diaria con familiares en nuestro país es de 22,1%. Asturias se encuentra por debajo de ese valor (20,1%) y la forma de encuentro es predominantemente semanal (45,5%).

### Participación en voluntariado

Según esa misma fuente del INE, la participación de personas adultas en actividades de voluntariado es baja en Asturias en comparación con la participación a nivel estatal.

En actividades de voluntariado a través de alguna organización, la participación en Asturias es de un 5% (siendo de un 10,7% para la media nacional) y para ac-

tividades al margen de organizaciones en Asturias es de un 4,6% (un 10,6% en España).

Según la Encuesta de Salud de Asturias 2017 los datos se modifican de alguna manera: Un 22% de las personas adultas entrevistadas mencionan realizar actividades solidarias. Es más frecuente la realización de actividad solidaria en mujeres que en hombres. Por edad, la mayor frecuencia de realización de actividades corresponde a personas entre 45-64 años. Solamente un 14,6% de población joven participa en estas actividades. Existe más actividad solidaria en las personas que residen en las Cuencas Mineras, en personas de clases sociales más altas y en personas con estudios universitarios.

### Participación política

De nuevo utilizando los datos del INE para el 2015, en relación con la participación en actividades de partidos políticos o en manifestaciones, la participación en Asturias es menor que a nivel nacional (6,9% frente al 7,9%).

Un 31,6% no participa porque no está interesado y un 6% por falta de tiempo. Por sexo, en los datos nacionales, se observa una mayor participación de hombres que de mujeres (8,3 % frente a un 7,3%). Existe una mayor participación en actividades políticas de las personas que viven en zonas más densamente pobladas, en aquellas con un nivel educativo superior y en aquellas que se encuentran en una posición con un nivel de renta más alto.

## Participación en redes sociales

A nivel nacional, la participación en redes sociales de una forma diaria es en un 31% con valores similares en mujeres y hombres. Se observa una mayor utilización de las mismas en grupos de edad más jóvenes y siendo mayor la utilización, para el grupo de 16-29 años, mayor en mujeres (un 73,3% frente a un 69,1%). Existe una diferencia importante en la utilización diaria entre personas con educación primaria o inferior y el resto.

Nuestra comunidad es la que tiene una mayor utilización diaria de redes sociales (39,9%).

### Apoyo social recibido

Con los datos aportados por la ESA 2017 un 93% de la población total de Asturias considera que el apoyo social recibido es "normal" y un 7% "bajo". La frecuencia de apoyo social percibido deficiente (bajo) es superior en mujeres (7,3%) que en hombres (6,3%). Con la edad aumentan las proporciones de personas que opinan que el apoyo social que reciben no es el adecuado.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Modulo de participación social de la Encuesta de condiciones de vida para España 2015](#)



## 2.6. Maltrato o violencia

En el modelo ecológico, la violencia es un determinante de salud que opera a nivel individual, familiar, convivencial y social de acuerdo a patrones culturales y de integración social. Las manifestaciones de la violencia sobre la salud son múltiples, la intervención preventiva que se realiza en Asturias, en el ámbito de los servicios sanitarios y sociales se refiere a tres áreas de detección e intervención:

- La violencia de género
- El maltrato infantil
- El maltrato a las personas mayores.

Un 7% de la población adulta manifestó en 2017 que habían sufrido maltrato, violencia o abuso (físico o psicológico) en alguna ocasión. Esa proporción era mayor en mujeres (9,9%). Un 2,6% de la población manifiesta haberlo sufrido de forma continuada. Es más frecuente en personas de 15-44 años de edad. Respecto al país de origen de la persona maltratada, el 81% de la población total con antecedentes de maltrato ha nacido en España. Un 76,3% de las mujeres que refieren haber sufrido violencia o maltrato, indican que han sido ejercidos por su pareja, frente a un 20% 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 que las españolas, con menor proporción de denuncia y menor proporción de víctimas mortales.

Según el Sistema de seguimiento integral en los casos de Violencia de Género (VIOGEN) a 31 de diciembre de 2016 se han producido en Asturias 10.945 casos de violencia de género con un total de 10.017 víctimas. De estos casos 8.438 son ya inactivos, es decir, que por determinadas circunstancias se considera que, temporalmente, no es preciso que sea objeto de

atención policial. El caso inactivo puede reactivarse en cualquier momento.

En 2016 ha habido dos víctimas mortales por violencia de género, lo que hace una tasa de 4,1 por millón de mujeres a partir de 15 años de edad. A 31 de diciembre de dicho año figuraban de alta en el servicio de atención y protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO) 442 mujeres.

Según el informe de 2017 del Observatorio contra la violencia doméstica y de género (Consejo General del Poder Judicial) en Asturias había una tasa de mujeres víctimas de violencia de Género de 46,30 por 10.000 frente al 66,65 de España.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Violencia de género. Instituto Asturiano de la Mujer](#)
- ↳ [Violencia de género Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad](#)

## Maltrato en la infancia

Un 3% de la población infantil declara haber tenido alguna una agresión en los últimos doce meses (Encuesta de Salud Infantil 2017).

El hecho de recibir algún tipo de agresión ha sido más frecuente en niños (3,2%) que en niñas (2,1%). Y por tipo de evento, los niños refieren haber recibido una agresión psicológica en mayor proporción que las niñas.

Por tramo etario, aumenta la frecuencia de agresión según ascendemos en los

diferentes grupos de edad. Así, la mayor frecuencia la encontramos en el grupo de 6-10 y 11-14 años de edad y la menor en los más pequeños. Con la edad también aumenta la frecuencia de agresión psicológica.

La mayoría de las veces que se han producido este tipo de situaciones (61%) han tenido lugar en un centro escolar (guardería, escuela e instituto) seguida muy lejos de la ubicación en una zona recreativa o de ocio (9,1%).

En los chicos las agresiones en el ámbito del centro escolar han sido bastante más frecuentes que en las chicas (63,8% vs. 58,6%). En las zonas recreativas y a través de las redes sociales ha sido más frecuentes en las niñas.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias](#)

## 2.7. 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 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 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). Aun 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.

En Asturias en 2017, según datos del INE había una tasa de dependencia del 57,6% frente al 53,8% 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

- ↳ [7º INFORME Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España](#)
- ↳ [Informe AROPE sobre el estado de la pobreza en España 2017](#)
- ↳ [Ranking municipal de personas en riesgo de exclusión social](#)
- ↳ [Informe sobre exclusión y desarrollo social en el Principado de Asturias 2014](#)
- ↳ [Indicadores del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales](#)

# ¿Cómo es nuestro entorno?

---

**Entorno físico, laboral y ambiental.**

## 3.1. Nuestro entorno físico

Asturias tiene una superficie total de 10.603 km<sup>2</sup>. De forma general puede describirse una zona norte costera con una extensión de 334 km y un sur montañoso aunque en algunas zonas, como el oriente, la zona montañosa acaricia la costa.

La variedad y riqueza del paisaje y los recursos naturales son algunos de los principales activos que tiene nuestra comunidad.

Asturias se divide en 78 municipios con una extensión variable (desde los 5,66 km<sup>2</sup> de Noreña o los 8 km<sup>2</sup> de Muros de Nalón a los 540 de Tineo y los 823 de Cangas de Narcea).

De la superficie total, en el año 2015, un 1,7% correspondía a tierras de cultivos, un 29,4% a pastos, un 57,6% a superficie forestal y un 11,1% a otras superficies.

En el 2017 SADEI señala la existencia de 205 playas en nuestra comunidad autónoma distribuidas en 20 municipios, siendo Llanes, Valdés y Cudillero los concejos con mayor número de playas (38, 32 y 27 respectivamente). La longitud total de litoral de playa es de 70,42 km (el 21% de la superficie costera).

Un 32,9% de la superficie está considerada como espacio protegido según datos del SADEI (y de la Viceconsejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio) para 2015. Esta superficie está distribuida en 66 espacios protegidos (monumentos naturales, paisajes protegidos, reservas naturales, parques naturales y un parque nacional).

Como señalamos en el apartado anterior, la mayor parte de la población asturiana vive en la zona central en lo que se denomina el área metropolitana de Asturias. Según datos del Atlas estadístico de áreas urbanas del Ministerio de Fomento, esta área correspondería a 18 municipios, una

superficie de 1.462 km<sup>2</sup> y en ella vivirían 812.084 personas. Dicho de otra forma el 78,5% de la población vive en el 13,8% de la superficie.

Esta distribución de la población en el territorio (zona central con alta densidad y despoblamiento de otras zonas) tiene implicaciones importantes en términos de vivienda, comunicación, movilidad, calidad del entorno y del ambiente, acceso a servicios y, todo ello, un impacto en términos de salud o enfermedad.

### Valoración de nuestro entorno

Realmente, la población no manifiesta valorar como "graves" los problemas en su entorno ambiental residencial. Esto incluye aspectos físicos (ruidos, olores), químicos (contaminaciones, agua), biológicos (animales) y sociales (vecindarios...) y cuando lo hace es en su versión más leve (pocos problemas).

La preocupación más expresada por la población general, es la contaminación, sobre todo la industrial (14% muy preocupado, otro 14% un poco), u otro tipo de contaminación (9% muy preocupado, otro 17% poco). El resto se centran en ruidos del exterior (7%), animales molestos (6%), agua de consumo de mala calidad (6%), poca limpieza de calles (5%), delincuencia o vandalismo (5%), y escasez de zonas verdes y presencia de malos olores (3%).

En todas las dimensiones de entorno las mujeres manifiestan mayor preocupación. Por grupo etario son más críticas las personas de edades intermedias de 30-44 años (ruidos, agua de consumo, contaminaciones, escasez de zonas verdes y de

lincuencia o vandalismos) y para otras las de 45-64 años (malos olores, poca limpieza en calles y presencia de animales molestos). Las personas jóvenes o mayores los ven de menor gravedad, se fijan sobre todo en el ruido, la escasez de zonas verdes y la delincuencia o vandalismo en su entorno más cercano.

Por tipo de hábitat están más preocupadas las personas que residen en la Zona Centro (especialmente en materia de contaminación de cualquier origen) y en las Cuencas Mineras por poca limpieza de calles y en delincuencia y vandalismos. Las personas residiendo en Zona Rural manifiestan estar poco preocupadas por estos problemas salvo en el caso del agua de consumo de mala calidad (22% vs. 19% en Zona Centro).

### Vivienda

Otro aspecto fundamental, es la vivienda, dónde pasamos un tercio de nuestra vida. En Asturias el tamaño de la casa es

mayor y unifamiliar en Zona Rural. En la urbana, central y cuencas, son bloques de pisos. Algo más de un 91% tienen calor suficiente en invierno.

Según la información obtenida por la Asociación de Ciencias Ambientales, a partir de los datos del INE para 2016, la comparación de indicadores nos mantiene en una situación mejor que los datos a nivel estatal (tabla 1).

Aquellos hogares con bajos ingresos, con miembros menores a su cargo y con inestabilidad laboral de sus sustentadores, son los más vulnerables.

Las barreras arquitectónicas, dentro y fuera de la vivienda, influyen directamente en la vida de las personas. Un 20% vive en pisos sin ascensor con una altura media de residencia de 2,6 alturas. Eso significa un 1/5 de la población con limitación de acceso si tienen problemas de movilidad. Un 34% tiene escaleras para acceder al portal, un 54% escaleras dentro del portal o desde ascensor a puerta

Tabla 1

	Porcentaje de población con gastos desproporcionados:	Pobreza energética escondida	Temperaturas inadecuadas	Retraso en pago de recibos	Falta suministro
Asturias	11%	9%	10%	5%	3%
España	17%	12%	10%	7%	2%

Porcentaje de población con gastos desproporcionados: Porcentaje de población para el que los gastos reales en energía doméstica está dos veces por encima de la mediana.

HEP: Pobreza energética escondida. Porcentaje de población para que el gasto total en energía doméstica está por debajo de la mitad de la media nacional.

Temperaturas inadecuadas: Personas que declaran que han sufrido temperaturas inadecuadas en la vivienda

Retraso en pago de recibos: Personas que declaran retrasos en el pago de los recibos.

Falta suministro: Personas que declaran haber tenido problemas de suministro (bien debido a algún tipo de corte o haber tenido problemas secundarios al retraso en el pago).

Fuente : ESA2017

## 3.2. Salud laboral

La situación de la salud laboral en Asturias puede ser analizada a partir de las estadísticas oficiales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con datos correspondientes al año 2017, así como de otras fuentes de información de la Consejería de Sanidad y el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.

### Accidentes del trabajo según Ministerio de Trabajo (2017)

Total de accidentes graves en Asturias: 98

- 8 Desplazamientos en jornada laboral, relacionados con el tráfico y la seguridad vial
- 19 Patologías no traumáticas (Infartos y similares, otros)
- 71 Patologías traumáticas

Total de accidentes mortales en Asturias: 10

- 3 Desplazamientos en jornada laboral,

relacionados con el tráfico y la seguridad vial

- 2 Patologías no traumáticas (Infartos y similares, otros)
- 5 Patologías traumáticas

### Enfermedades profesionales (2017), según CEPROSS (Comunicación de enfermedades profesionales de Seguridad Social)

En el año 2017 se comunicaron 21.049 enfermedades profesionales en España, de las que un 2,2% corresponde a Asturias (tabla 2). Fueron 4 el número de empresas asturianas que superaron los límites de siniestralidad por repeticiones de una misma enfermedad profesional en un centro de trabajo.

Tabla 2

Enfermedades profesionales declaradas en Asturias según grupo de enfermedad y sexo (2017)				
Grupo EP	Hombres	Mujeres	Total	%
1 Agentes químicos	11	6	17	3,7
2 Agentes físicos	184	162	346	74,9
3 Agentes biológicos	2	9	11	2,4
4 Inhalación de sustancias	22	4	26	5,6
5 Enfermedades de la piel	31	23	54	11,7
6 Agentes carcinógenos	8	0	8	1,7
TOTAL	258	204	462	100

Fuente : CEPROSS

### Valoración de la Incapacidad Permanente en Asturias por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

En cuanto a la valoración de la Incapacidad Permanente (IP) por el INSS en Asturias en el año 2017 se identificaron 567 expedientes pendientes del año anterior, iniciados en el año 2017, 43.685 del régimen general y 220 del régimen especial de la minería del carbón (REMC). De los anteriores se resolvieron 4622 (223 de REMC), se cancelaron 291 (23 REMC) y se concedieron 2.022 altas en pensiones (vía administrativa y judicial).

En cuanto a la incapacidad permanente derivada de Enfermedad Profesional había 7 expedientes pendientes del año anterior, en el año 2017 se iniciaron 59 expedientes del régimen general y 101 del REMC. Se resolvieron 48 y 94 del REMC. Se estimaron 20 y 23 del REMC por silicosis. Se desestimaron 20 y 60 del REMC y se cancelaron 8 y 11.

Además de estos datos hay que tener en cuenta que en el año 2017 la Dirección Provincial del INSS de Asturias reconoció 115 pensiones de muerte y supervivencia del régimen de enfermedad profesional, 109 de viudedad, 2 de orfandad y 4 a favor de familiares.

### Registro de trabajadores expuestos a amianto (RTEA)

De los 2.718 trabajadores registrados en el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales de Asturias (IAPRL), constan como expuestos 590 y posexpuestos 856. Perdidos 1.272 trabajadores. De ellos, 179 registrados en 2016 (100 expuestos y 79 post expuestos).

En cuanto a patologías relacionadas con el amianto fueron 128, todas en posexpuestos (85 placas pleurales, 35 fibrosis pleural, 17 asbestosis, 14 mesotelioma, 10 neoplasia pulmonar, 7 atelectasia, 5 derrame pleural, 18 fallecidos por patología previa).

Durante el año 2017 se valoraron por la Seguridad Social debido a esta exposición 22 trabajadores de los cuales 10 se catalogaron como enfermedad profesional.

### Registro de sospechas de cáncer profesional

En el año 2010 la Dirección General de Salud Pública inició un programa de detección y comunicación de sospechas de cáncer profesional a partir de las bajas laborales por incapacidad temporal (IT) con diagnóstico de neoplasia listado en el cuadro de enfermedades profesionales. Se constituyó un equipo de valoración de cáncer profesional (EVASCAP) y se creó un registro para almacenar y gestionar todos los datos (cancERT). Los casos clasificados por EVASCAP como probables EP son remitidos al INSS para valoración de la contingencia (común o profesional).

Entre el 1 de enero del año 2011 y el 31 de diciembre de 2017 se evaluaron las historias laborales de 1.112 personas en situación de IT con diagnóstico de cáncer, con los siguientes resultados. EVASCAP clasificó: 54 casos como probables enfermedades profesionales, 126 como probables enfermedades relacionadas con el trabajo

(cumplen todos los requisitos para considerar las exposiciones laborales como causantes de la enfermedad, pero no están contemplados en el cuadro de enfermedades profesionales), 962 como enfermedad común y 26 casos (de los 54 clasificados como probable EP por EVASCAP) en los que el INSS procedió a un cambio de contingencia y los declaró enfermedad profesional.

## Registro de sospechas de enfermedades profesionales diferentes (no cáncer)

La Dirección General de Salud Pública, además del programa de detección y comunicación de sospechas de cáncer profesional, mantiene activo un programa de detección y comunicación de sospechas de otras enfermedades profesionales que no son cáncer, a partir de las comunicaciones recibidas de los/as profesionales sanitarios/as de Atención primaria y de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Los casos clasificados por EVASCAP como probables EP son remitidos al INSS para valoración de la contingencia (común o profesional).

A fecha 31 de diciembre de 2017, 274 casos fueron evaluados como probables enfermedades profesionales, 232 casos clasificados como enfermedades comunes (sin relación laboral), 26 casos en los que el INSS procedió a un cambio de contingencia y los declaró enfermedad profesional y 8 casos en los que el INSS procedió a un cambio de contingencia y los declaró accidente de trabajo (cuando la relación laboral ha sido comprobada pero no es posible incluirlos en el cuadro de enfermedades

profesionales)

## Registro de Servicios de Prevención de Riesgos laborales

De acuerdo con la LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, la Dirección General de Salud Pública ejerce la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención.

Según el registro de SPRL de la Dirección General de Salud Pública, en 2017 había en Asturias 52 SPRL en activo, 13 SP Ajenos, 31 SP Propios, 8 SP Mancomunados.

## Registro del Principado de Asturias de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos o mutágenos (RTECAM)

La Consejería de Sanidad creó en el año 2016 el Registro del Principado de Asturias de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos o mutágenos mediante el Decreto 61/2016. Este registro es la principal herramienta de la autoridad sanitaria para impulsar la prevención primaria del cáncer laboral. Asimismo, su implantación permitirá facilitar la identificación de los traba-

adores expuestos que son diagnosticados de cáncer, ayudar al Instituto Nacional de la Seguridad Social en el procedimiento de su reconocimiento como enfermedad profesional y planificar la vigilancia postocupacional de los servicios de salud cuando corresponda. Este Decreto es de aplicación a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y están obligados a comunicar semestralmente a la Dirección General de Salud Pública el listado de los trabajadores expuestos, así como el puesto de trabajo, las sustancias o mezclas y la duración de la exposición.

Los datos correspondientes a la primera comunicación recibida (primer semestre de 2017) son: 37 SPRL comunicantes, 190 empresas en la que existe exposición, 3.744 trabajadores con exposición documentada.

## Análisis de situación de la salud laboral

La protección de la salud de los trabajadores y la prevención total de los accidentes y enfermedades en los lugares de trabajo es la meta que se persigue alcanzar: ningún accidente del trabajo grave y mortal y ninguna enfermedad relacionada con el trabajo. Si bien estos objetivos son prácticamente imposibles de conseguir, las cifras de 2017 en Asturias distan mucho de ser aceptables.

En relación con los accidentes del trabajo, se identificaron 10 muertes y 98 accidentes graves durante 2017.

Las enfermedades profesionales son la punta del iceberg de las enfermedades relacionadas con el trabajo. El número de diagnósticos y declaraciones realizadas en el CEPROSS es muy inferior a lo que cabe esperar de acuerdo con todos los estudios, pero en consonancia con lo que ocurre en el resto de España.

No obstante, es preciso observar las diferencias entre CC.AA. y según los grupos de enfermedades profesionales. Así, Asturias se encuentra en una posición intermedia en cuanto a la declaración del total de enfermedades profesionales (relación Índice de EP de la Comunidad Autónoma / índice normalizado en función de la estructura productiva = 1,03).

Sin embargo, al observar las cifras de declaración de cánceres profesionales, Asturias se sitúa en primer lugar, con una relación entre el índice bruto y el índice normalizado de 5,45, casi doblando a las CC.AA que se sitúan a continuación (8 casos de cáncer profesional declarados en Asturias en 2017, frente a 37 del resto de España). Esto no significa necesariamente que en Asturias haya más cánceres de origen laboral, sino que puede ser debido a una mayor notificación gracias al programa de detección y comunicación que la Dirección General de Salud Pública implantó en 2011.

Desde el año 2012 Asturias es la Comunidad Autónoma que más casos de cáncer profesional declara en relación con su población y estructura productiva. Los 1.112 casos evaluados en 7 años (2011-2017) han posibilitado el cambio de contingencia de enfermedad común a profesional en 26 casos, cuya importancia no hay que medirla tanto por el número de trabajadores/as a los que se facilita una mejor prestación por parte de la Seguridad Social (4 por año de promedio), como por el hecho de sacar a flote el problema de la infradeclaración, y estimular a los SPRL a realizar mejores evaluaciones de riesgo y a proteger mejor a los/as trabajadores/as de los riesgos presentes en el trabajo. Y también han permitido conocer que al menos el 4-5% de las bajas por enfermedad común con diagnóstico de cáncer tienen un origen laboral.

El Registro del Principado de Asturias de trabajadores expuestos a agentes cancerígenos o mutágenos (RTECAM) ha registrado en la primera comunicación de los SPRL

más de 3.700 trabajadores expuestos y 190 empresas con riesgo. Estos datos, que sin duda se incrementarán en sucesivas comunicaciones, dan la medida del compromiso de la Dirección General de Salud Pública con la protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras.

Es preciso recordar que el registro de trabajadores expuestos a amianto (RTEA) recoge la información de exposición y enfermedad de cientos de personas que han estado expuestas a este potente cancerígeno y posibilita la realización de la vigilancia de la salud por parte del sistema público de salud cuando ha cesado la exposición y la relación contractual con la

empresa. Y para cerrar el círculo, el Convenio de la Consejería de Sanidad con el INSS, permite la valoración de la contingencia y de la incapacidad de todas aquellas personas que han estado en contacto con el amianto (22 en 2017).

**Para acceder a documentos con información más detallada**

- ↳ [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020](#)
- ↳ [Resolución EVASCAP](#)
- ↳ [Decreto Unidades Móviles](#)
- ↳ [Decreto RTECAM](#)
- ↳ [Directiva Europea 2017](#)
- ↳ [Agentes cancerígenos](#)

## 3.3. Salud ambiental

Las amenazas para la salud humana provenientes del medio ambiente son variadas, si bien no todas ocasionan daños cuyo origen ambiental sea reconocible.

Desde un punto de vista práctico, los principales condicionantes ambientales para la salud en nuestra sociedad son: calidad del agua, calidad del aire, ruido, residuos, riesgo biológico, riesgo químico y radiaciones electromagnéticas.

Para mejorar la gestión de estos condicionantes, la Consejería de Sanidad junto con otros departamentos del Principado de Asturias, está elaborando un Plan de Salud y Medio Ambiente (PASYMA). Así mismo, la Consejería de Sanidad tiene activo un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire para monitorizar el impacto de los principales contaminantes sobre la salud de la población (SIVE-aire). Esta acción está contemplada en las líneas de los planes de mejora de calidad del aire de la zona de Avilés y de la Aglomeración de Gijón.

### Vigilancia epidemiológica de las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire (SIVE-aire)

A continuación se presenta un resumen de la asociación de los contaminantes presentes en el aire con ingresos hospitalarios urgentes por enfermedades circulatorias y respiratorias.

Respecto a las enfermedades circulatorias se observa una asociación estadísticamente significativa entre dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) con ACVs mal definidos, cardiopatía isquémica, disritmia cardíaca, e insuficiencia cardíaca. El NO<sub>2</sub> tiene su principal fuente en los procesos de combustión, en especial de los vehículos a motor. No se observa asociación ni con hemorragia ni con oclusión y estenosis cerebrales. No hay asociación significativa, ni positiva ni negativa, con el O<sub>3</sub>.

Respecto a las enfermedades respiratorias, la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como otras enfermedades asociadas son las que presentan una mayor relación con la contaminación del aire. Todas las enfermedades respiratorias se asocian con los contaminantes, sobre todo con NO<sub>2</sub> (infecciones, neumonías y bronquitis, agudas y crónicas).

A pesar de que el asma es la patología respiratoria que presenta un menor grado de asociación, se asocia con la contaminación ambiental más que cualquier enfermedad circulatoria.

También se ha identificado una asociación negativa significativa del O<sub>3</sub> con todas las enfermedades respiratorias.

### Resumen de tendencia exposición respuesta

Las enfermedades respiratorias presentan mayor tendencia, en todas ellas, pero sobre todo en EPOC con NO<sub>2</sub> y SO<sub>2</sub>. El contaminante con mayor tendencia es

NO<sub>2</sub>, fundamentalmente en hombres. En las mujeres destaca en neumonía y asma (en esta enfermedad incluso mayor tendencia que los hombres). El PM<sub>10</sub> presenta tendencia limitada en bronquitis crónica (sólo en hombres) y en neumonía (hombres y mujeres).

En las patologías circulatorias el efecto de los contaminantes se manifiesta con claridad en las patologías cardíacas, mientras que no se observa tendencia en las cerebrovasculares, excepto en los ACV mal definidos, en los que hay discreta tendencia exposición-respuesta.

Las enfermedades circulatorias que presentan mayor tendencia son cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y arritmia cardíaca, tanto para NO<sub>2</sub> como PM<sub>10</sub>, y más evidente en hombres que en mujeres. SO<sub>2</sub> presenta menos tendencia en las enfermedades circulatorias que en las respiratorias.

Respecto a las enfermedades circulatorias cerebrales, no hay tendencia en hemorragias y se ha identificado una tendencia negativa, a mayor contaminación menos ingresos hospitalarios, en oclusión/estenosis. Esta situación puede ser debida a que los accidentes cerebrovasculares mal definidos estén recogiendo el efecto de las hemorragias.

## Brotos y alertas ligadas a contaminación del agua o a otros factores ambientales

Respecto a la identificación de brotes y alertas ligadas a contaminación del agua o a otros factores ambientales, sin incluir

brotos de intoxicación alimentaria se han identificado los siguientes casos:

- 34 alertas por legionelosis (casos aislados), 3 brotes por legionelosis con 2 afectados en cada uno y 1 riesgo por agua (bebida/recreativa) con 4 afectados.

- 4 alertas de nivel 1 por previsión de altas temperaturas para Asturias, 1 alerta de nivel 1 por previsión de temperatura máxima elevada en la zona central de Asturias y 1 alerta de nivel por previsión de temperatura máxima elevada en las zonas suroccidental y suroriental de Asturias.

## Análisis de situación de la salud ambiental

La contaminación del aire es probablemente el factor de riesgo ambiental más importante. En Asturias las concentraciones de los principales contaminantes (PM<sub>10</sub>, NO<sub>x</sub>, SO<sub>2</sub> y O<sub>3</sub>) han disminuido de forma importante en los últimos años, aunque debido a la estructura productiva de Asturias (puertos graneleros, industria pesada e industria generadora de energía a partir de combustibles fósiles), en las zonas más industriales la disminución de los valores de contaminantes desciende más lentamente y si bien se suelen cumplir las directrices europeas de calidad del aire, aún queda margen de mejora para aproximarse a los valores de referencia de la Organización Mundial de la Salud.

A pesar de ello, los resultados del sistema de vigilancia epidemiológica ponen de manifiesto que los días de mayor contaminación se producen más ingresos hospitalarios por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, especialmente relacionados con las elevadas concentraciones (aunque sin sobrepasar los límites de alerta) de dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), que tiene su principal fuente en los procesos de combustión, en especial de los ve-

hículos a motor. Por esta razón, es preciso continuar haciendo esfuerzos para reducir los contaminantes de origen antropogénico presentes en la atmósfera.

Respecto a las demandas por parte de la población, tanto en lo que se refiere a la calidad del aire, como en el resto de condicionantes ambientales, la población demanda una mayor transparencia a las administraciones, más y mejor información sobre los riesgos y la manera de minimizarlos y mayor participación a la hora de tomar decisiones sobre el medio ambiente y su influencia en la salud.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Calidad de las playas asturianas](#)
- ↳ [Vigilancia de la calidad del aire en Asturias](#)
- ↳ [Calidad del aire y salud en Asturias](#)
- ↳ [Red ambiental de Asturias: ruido](#)
- ↳ [Red ambiental de Asturias: emisiones contaminantes](#)
- ↳ [Observatorio de la sostenibilidad en el Principado de Asturias](#)



# ¿Cómo son nuestras conductas?

---

**Estilos de vida de la población.**

## 4.1. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

### Tabaco

#### Población adulta

Los datos de tabaquismo en Asturias referidos al total de la población reflejan magnitudes algo diferentes según las distintas fuentes de información de las que disponemos para esta conducta, aunque como veremos, estas diferencias no ocultan ciertas regularidades.

Según la última Encuesta Nacional de Salud disponible -ENS- 2011/12 (población de 15 y más años) el porcentaje de personas que fuman a diario en Asturias es del 22%, 23% en Hombres y del 21% en las Mujeres. Comparando estos datos con los nacionales, en el conjunto de España son más altas que en Asturias en el Total de fumadores diarios, con un 24%, y en los Hombres (el nacional asciende al 28%) y prácticamente igual en el caso de las Mujeres (20% en el nacional).

Los resultados más recientes de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España -EDADES- 2015/16, arrojan un porcentaje de consumidores de tabaco a diario en Asturias del 35% de la población de 15 a 64 años (37% en hombres y 34% en mujeres) superior en 4 puntos al 31% del dato nacional de la EDADES y 13 p. p. más que el dato regional de la ENS. Esta llamativa diferencia entre el dato para Asturias de la ENS y de la EDADES se puede explicar entre otros factores (tamaño de la muestra y margen de error) por las diferencias en el rango de población que contempla cada una. La ESTUDES del Plan Nacional de Drogas limita la población objeto de estudio entre 15 y 64 años, mientras que la ENS establece el mismo límite inferior

(15 años) pero no superior, cuestión importante en este caso ya que la proporción de personas fumadoras alcanza un máximo en los grupos de edad intermedios (entre los 35 y los 54 años) disminuyendo a partir de ahí gracias al aumento progresivo del número de personas exfumadoras, mayor en los grupos de edad más altos. Esto hace que una encuesta que incluya población de más edad como la ESA, arroje cifras de consumo diario de tabaco menores que la EDADES, que establece el límite en los 65 años.

Por su parte, la Encuesta de Salud de Asturias ESA 2017 trabajando con el mismo marco demográfico que su homónima nacional, indica una prevalencia del consumo diario de tabaco en Asturias del 28% (hombres 31% y 26% mujeres), lo que supone una subida respecto al 2012 en el que se situaba en el 25,4% (hombres 27,5% y mujeres 23%), y que en todo caso se emplaza por encima del 22% de la ENS 2011/12 y por debajo del 35% de la EDADES 2015/16, lo que teniendo en cuenta lo que acabamos de señalar respecto a la distribución de personas exfumadoras según la edad, equilibra ambos resultados.

La característica más relevante de la tendencia en el largo plazo del consumo diario de tabaco en población adulta es de mantenimiento. Así según la fuente que consideremos, en la ESA 2017 el porcentaje de personas fumadoras a diario ha pasado por el 28,5% del 2002, el 28% en 2008, el 25% en 2012 y el 28% en la actualidad, mientras que la EDADES arroja unas cifras para este mismo indicador en 2001 del 36%, en 2007 del 33%, en 2013 del 34% y del 35% en 2015.

En definitiva, podemos concluir que en la actualidad la prevalencia de personas fumadoras a diario afecta en Asturias en tor-

no a un 30% de la población adulta, más en los hombres que en las mujeres, dentro de una tendencia temporal de mantenimiento.

#### Jóvenes

El consumo de tabaco a diario en la población menor de edad presenta tres diferencias muy significativas respecto al conjunto de la población adulta, relevantes desde el punto de vista de la salud pública; la primera es que la prevalencia de consumo diario es más baja, la segunda que las chicas presentan cifras de consumo más altas que los chicos y la tercera es que la evolución o dinámica temporal es de claro descenso en los últimos años.

Los últimos resultados disponibles para Asturias de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2016/17) realizada entre estudiantes de 14 a 18 años refleja un porcentaje de fumadores a diario del 8% de esa población (9% en el conjunto del estado), algo menor en los chicos (7%) que en las chicas (8%) (figura 4).

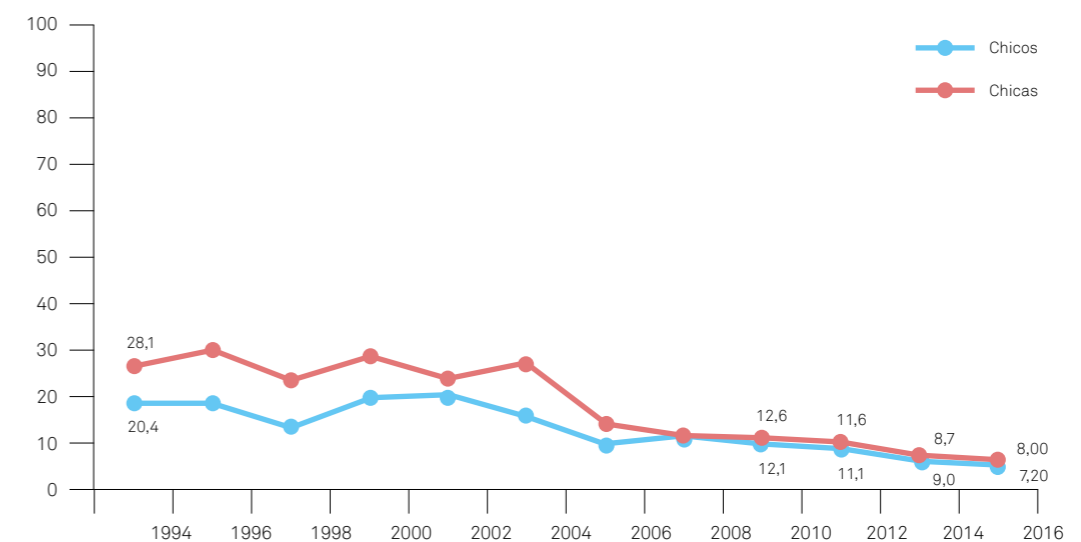
Al tratarse de un grupo de población en el que se instauran las conductas de consu-

mo (la media de edad de inicio al consumo de tabaco está en los 14 años y la del consumo diario en los 14,5) las prevalencias de consumo a diario varían mucho de una edad a otra, considerándose que a los 18 años las conductas de consumo de sustancias de comercio legal como el tabaco y el alcohol se encuentran en su punto más alto o muy próximas al mismo, no siendo esperable que a partir de esa edad las prevalencias de consumo aumenten de forma dramática o sorprendente.

De acuerdo con dicha consideración, los datos de la ESTUDES 2016/17 para Asturias señalan que la prevalencia de fumadores a diario a los 17 años es del 12% y a los 18 del 11%, porcentajes que se mueven entre 1/3 y la mitad de los de la población adulta que acabamos de ver según ESA 2017/18 (28%) y EDADES 2015/16 (35%). Estas prevalencias de consumo en la población de 14 a 18 años y concretamente a las edades de 17 y 18 años proyectan hacia la población adulta prevalencias de fumadores diarios mucho más bajas que las actuales, expectativa de futuro que sin duda es una buena noticia para la salud pública.

Desde mediados de la década de los 90 del siglo pasado la evolución del indicador

**Figura 4. Evolución de la prevalencia de fumadores «a diario» en población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias, según sexo (%).**



Fuente: ESTUDES 1995-2015/16

de fumadores diarios en población de 14 a 18 años es de claro descenso, tal y como se puede observar en el anterior gráfico, en particular a partir del año Ley 28/2005, de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco y su posterior modificación por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre. Así, a partir del año 2014 el indicador se sitúa por primera vez en la historia por debajo del 10% de la población joven de Asturias y en ambos sexos, lo que es una gran noticia no solo para este sector de la población sino para el conjunto de la población y para la salud pública y sanitaria de la administración autonómica.

### Abandono del hábito tabáquico

Las encuestas nos dicen que abandonan más el hábito tabáquico los hombres que las mujeres. La ESA 2017/18 sitúa la proporción de personas que han fumado y ya no lo hacen en el 19%, 25% en el caso de los hombres frente al 13% de las mujeres. Los resultados de la anterior ESA realizada en 2012 ya señalaba que «...la proporción de hombres exfumadores es casi el doble de la de las mujeres (24% vs. 12%)». La EDADES 2015/16 reduce esa diferencia a 4 puntos porcentuales (38,4% de los Hombres y 34,5% de las Mujeres) estableciendo el dato total en el 37% de la población que ha fumado diariamente y llevan 1 año o más sin fumar. Es significativo que estas cifras hayan mejorado respecto a la anterior EDADES 2013/14, cuando la diferencia entre sexos alcanzaba los 7 p. p. y los porcentajes eran menores tanto en los hombres (el 33%), como, y sobre todo, en las mujeres (26%), lo que implica una mejora de 5,4 y 8,5 p. p. respectivamente.

### Visibilidad y exposición de terceros al humo del tabaco

La exposición al humo de tabaco bajó drásticamente desde la promulgación de la Ley 42/2010, en particular en el sector

de la hostelería, pero en los últimos años parece que se observa cierta relajación en determinados ámbitos. Así un 48% de jóvenes estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años convive o comparte su casa con alguna persona que fuma diariamente (ESTUDES 2016/17) cantidad que supone un incremento de 11 puntos porcentuales respecto a los 37% de la anterior y que pone de manifiesto la relajación que está experimentando esta situación en el contexto familiar. Por su parte la ESA 2017/18 recoge que el 32% de la población confiesa haber estado expuesta en algún momento del último mes al humo del tabaco en lugares cerrados y de ese 32% por ejemplo, el 59% dice que esa exposición ocurrió en el domicilio. Lo llamativo del dato es que éste último porcentaje ha aumentado desde la ESA 2012, momento en que era del 21,5%. La media española (según la ENS 2011) con un 18% era inferior al porcentaje de Asturias.

Algo parecido ocurre en el ámbito escolar, donde según la ESTUDES 2016/17, el 65,5% de los estudiantes de enseñanzas secundarias declara haber visto en los últimos 30 días a otros estudiantes fumar dentro del recinto educativo (prohibido en la actual normativa) frente al 54% que lo afirmaba en 2014/15. Por contra, dicen haber visto a profesores un 43% frente al 54% de 2014/15.

Por lo que respecta a la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo la ESA 2017/18 señala que de las personas que manifiestan haber estado expuestas en el último mes al humo de tabaco ajeno, el 3% ha sido en el trabajo y el 6% en bares/cafeeterías o lugares de ocio. Por sexo, ésta misma encuesta solo refleja diferencias entre hombres y mujeres en el ámbito laboral, con un 4,6% de hombres por el 1,6% de mujeres. En la última ENS disponible del año 2011/12 se declaraban porcentajes superiores que en Asturias para ese período (un total del 2,5%, con un 3,3% de los hombres y un 1,7% de las mujeres).

Por su parte la reciente Encuesta de Sa-

lud Infantil de Asturias 2017/18 dice que el 12% de los niños han estado expuestos con alguna frecuencia diaria al humo de tabaco en lugares cerrados, más las niñas (14%) que los niños (11%).

## Alcohol

### Población adulta

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. Por ejemplo, en el tipo de consumo «a diario», Asturias obtiene en la encuesta EDADES 2015/16 un porcentaje de 12% frente al 9% nacional. Por sexo, tradicionalmente también beben más los hombres que las mujeres; 20% los hombres por 5% las mujeres en el Diario.

Los datos extraídos de la ESA 2017 corroboran esta prevalencia para la población asturiana al señalar que consume alcohol «a diario» el 11,4% lo que supone un descenso respecto al 14,8% de la anterior ESA de 2012. Por sexos esta misma fuente da un porcentaje de consumo a diario del 17% en los hombres frente al 6% en las mujeres, que se asemejan bastante a los resultados de la EDADES 2015/16.

Analizando el consumo de alcohol en el tipo de hábito que supone un riesgo para la salud, la ESA 2017 utiliza el criterio del umbral de consumo de riesgo para la salud situado en 40 gramos de promedio diario para hombres y 20 para mujeres, indicador utilizado para la comparación internacional y recomendado por diversos autores y sociedades científicas (OMS, Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias, OPS,

2000; European Core Health Indicators; Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud; Conferencia de Prevención de los Problemas Derivados del Alcohol en España) de donde resulta que un 11,6% de la población asturiana de 15 y más consume alcohol a diario en cantidades que exceden los límites de riesgo para su salud. Como resulta esperable, la proporción es mayor en hombres (12,5%) que en mujeres (10%).

Según esta misma fuente, el consumo de riesgo crónico (>40 gr. día hombres y 20 gr. día mujeres) es mayor entre los más jóvenes para descender progresivamente con la edad; así afecta al 21% de la población entre los 15 y 29 años, al 12% entre 30 y 44, al 10% de 45 a 64 y al 8% de 65 y más años.

### Jóvenes

La principal similitud del consumo de alcohol entre la población más joven y el observado en la población general es que se trata de la droga más consumida, aunque también se observan diferencias significativas en términos de impacto para la salud de la población. La comparativa entre los resultados de la encuesta ESTUDES 2016/17 y la EDADES 2015/16 arroja las siguientes cifras respecto a los diferentes tipologías de consumo de alcohol llevadas a cabo por los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años y los adultos entre 15 y 64 años (tabla 3).

Suele ocurrir en el consumo de drogas que los porcentajes de consumidores sean más altos en las edades más tempranas para ir descendiendo progresivamente con la edad, cuestión que como se observa en la tabla anterior, no se cumple en el caso del alcohol, ya que en general se observan, cifras de consumo de alcohol más bajas en la población de 14 a 18 años que en la de 15 a 64, lo que debemos de interpretar como una buena noticia para la salud futura del grupo de población más joven.

Esa pauta general no debe de hacernos obviar dos diferencias significativas res-

pecto al consumo de alcohol de la población general, monitorizado a través de las encuestas EDADES y ESA.

La primera es que en este grupo más joven las diferencias por sexo son prácticamente inexistentes, algo que no ocurre entre la población adulta, en la que la brecha entre el mayor porcentaje de hombres y el menor de mujeres consumidoras de alcohol es una pauta tradicional. Así por ejemplo en el indicador «borracheras en los últimos 30 días» la ESTUDES 2016/17 arroja unos valores del 20% para los chicos y del 21% para las chicas, y de 34,5% y 34,6% respectivamente en los atracones en el mismo periodo de tiempo.

En segundo lugar y como se puede observar en la tabla anterior, mientras que los porcentajes de hombres consumidores de alcohol son siempre mayores en la población adulta que en la de 14 a 18 años y además con diferencias porcentuales significativas, las diferencias entre las mujeres jóvenes y las adultas son mucho menores que en los hombres, cuando no, superiores en las mujeres jóvenes en tipologías de consumo «últimos 12 meses» y «últimos 30 días».

Esta equiparación progresiva en los valores de consumo de alcohol entre mujeres y hombres que se observa entre los más jóvenes, predice un futuro en el que los problemas de salud relacionados con el

consumo problemático de alcohol acaben igualándose también, de la misma forma que ocurre en la actualidad con los relacionados con el consumo de tabaco.

Otra característica de este segmento de población relacionada con el consumo de alcohol es el alto porcentaje de conductas o tipologías de consumo de mayor riesgo para la salud, como los indicadores de Borracheras y de Atracones de alcohol en los últimos 30 días que según la ESTUDES 2016/17 se sitúan en el 21% y el 35% respectivamente. Aquí es importante destacar que aunque se trata de porcentajes relevantes, ambos muestran tendencias descendentes en los últimos años; así el porcentaje de borracheras en los últimos 30 días ha pasado del 32% en 2012 al 21% actual, lo que significa una reducción de 10 puntos porcentuales. Por su parte los atracones alcanzaron en 2014/15 el 38% frente al 35% actual.

Por último, es importante señalar que la accesibilidad del alcohol sigue siendo alta entre la población menor de edad. Está acreditado que la percepción de fácil accesibilidad a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo (Álvarez et al., 2005) y que cuanto más alta es la permisividad al consumo, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Luengo et al., 1999). Según la ESTUDES 2016/17, el 74% de los estudiantes de

**Tabla 3. Comparativa de la prevalencia de consumo de alcohol entre las encuestas ESTUDES 2016/17 (14 a 18 años) y EDADES 2015/16 (población de 15 a 65 años)**

	Chicos 14-18 años ESTUDES 2016/17	Hombres 15-64 años EDADES 2015/16	Chicas 14-18 años ESTUDES 2016/17	Mujeres 15-64 años EDADES 2015/16	Total 14-18 años ESTUDES 2016/17	Total 15-64 años EDADES 2015/16
Alguna vez en la vida	75%	99%	80%	96%	77,5%	97%
Últimos 12 meses	74%	89%	79%	78%	76%	83,5%
Últimos 30 días	68%	81%	73%	61%	70%	71%
Diario	3%	20%	2%	5%	2%	12%

Fuente: ESTUDES 2016/17 (14 a 18 años) y EDADES 2015/16 (población de 15 a 65 años)

enseñanzas secundarias de 14 a 18 años de Asturias opinan que les sería Fácil o Muy fácil conseguir alcohol. La buena noticia es que ese porcentaje ha disminuido desde la anterior edición de ésta misma encuesta realizada en 2014/15, momento en que se situaba en el 82%, y por tanto, previo a la publicación y entrada en vigor de la Ley 4/2015 de Atención Integral en Materia de Drogas y Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias que estableció una serie de medidas para regular tanto la oferta como el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, entre las que se encontraba la prohibición de vender, suministrar o facilitar bebidas alcohólicas a menores de 18 años.

que los porcentajes de consumo en los «últimos 30 días» y «a diario» hayan aumentado respecto a la anterior encuesta EDADES 2013; por ejemplo 2,5 puntos porcentuales en el caso de las mujeres y 0,4 en el de los hombres en el «a diario».

Para corroborar estas diferencias por sexo en el consumo de este tipo de sustancias, la ESA 2017/18 señala que el 24% de las mujeres ha consumido en las dos últimas semanas tranquilizantes/relajantes frente al 13% de los hombres, similares proporciones que en el caso de los antidepresivos, 20% de mujeres por 11% de hombres, y en los somníferos, con un 18% de mujeres frente al 10% de los hombres.

Además, y como ya hemos apuntado, el consumo de estas sustancias no solo es mayor entre las mujeres sino que aumenta con la edad, de tal forma que según la EDADES 2015/16, el consumo Diario pasa del 1,1% a los 15-24 años, al 16,7% entre los 55 y los 64. Por su parte la ESA 2017 refleja la misma relación entre el consumo de tranquilizantes/sedantes/somníferos y la edad; así en las dos últimas semanas han consumido tranquilizantes/relajantes el 5% del grupo de edad de 15 a 29 años, porcentaje que se multiplica por 5 en el grupo de 65 y más años. Los antidepresivos pasan del 3% al 19,5% en esos mismos grupos de edad (multiplicándose por 6,5) y los somníferos del 3% al 20,5% (multiplicándose casi por 7).

La preocupación que generan las cifras de consumo de hipnosedantes, tranquilizantes y somníferos realizado por la población adulta se ha trasladado a la población menor de edad. Los resultados de la ESTUDES 2016/17 tanto a nivel nacional como autonómico, reflejan que el porcentaje de consumidores de estas sustancias es el único que ha aumentado respecto a la anterior edición de 2014/15, lo que en un contexto caracterizado por el descenso o mantenimiento del porcentaje del resto de sustancias (alcohol, tabaco y cannabis) es particularmente llamativo. En la actualidad (ESTUDES 2016/17, en los últimos 30

## 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. 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 2015/16 señalan que las mujeres multiplican por 2 y por 3 los % de consumo de los hombres en todas las categorías de consumo (p. ej. 13% 10,5% frente al 4% 3,6% en el consumo Diario), poniendo de relieve la importancia de la dimensión de género en el consumo de estas sustancias. Resulta significativo también

días han consumido sustancias de éste tipo el 6% de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años en Asturias, porcentaje que sube al 9% a los 17 años y al 8% a los 18. De hecho también en población adulta y por grupo de edad han aumentado los porcentajes de consumidores de estos fármacos entre la edición de la EDADES 2013/14 y la 2015/16.

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 le 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 (12% en Cannabis y 1,8% para Cocaína según la ESTUDES 2016/17), mientras que para el resto de sustancias pertenecientes a esta categoría, los consumos detectables son fundamentalmente Experimentales o Esporádicos. La reciente Encuesta de Salud de Asturias 2017/2018 señala que sólo un 2% de la población mayor de 15 años

dice consumir cannabis «con frecuencia» y un 5% «en ocasiones».

Señalar que en todas estas sustancias y a diferencia de las de comercio legal, el consumo es siempre superior en los Hombres que en las Mujeres. Y por último es importante 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 ha descendido. Como ejemplo destacable por ser las de mayor prevalencia de consumo dentro de esta categoría de drogas podemos citar que los porcentajes de consumidores tanto del cannabis como de la cocaína ha disminuido en los últimos años; así respecto a 2012 el indicador de consumo en los Últimos 30 días se ha reducido en tres puntos porcentuales en el caso del cannabis, de 15% al 12% actual, y ha pasado del 3,5% al 1,8% en el de la cocaína.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas de Asturias](#)
- ↳ [Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas](#)
- ↳ [Informe de salud infantil](#)
- ↳ [Encuesta de Salud en Asturias 2017](#)
- ↳ [Ranking municipal de prevalencia de personas fumadoras](#)
- ↳ [Ranking municipal de consumo excesivo de alcohol](#)

## 4.2. Salud oral

### Higiene dental

El 2,2% de los menores de 15 años en Asturias (ESIA-2017) y el 5,9% (ESA-2017) en los mayores de esa edad refieren *no cepillarse regularmente los dientes* (Menos de una vez al día).

De la población adulta asturiana un 72,9% declara cepillarse los dientes después de cada comida dos o más veces al día. Y un 20,5% lo realiza ocasionalmente y un 1,8% (0,7% en 2012) de la población la que indica que no se cepilla los dientes nunca. Por tanto un casi un 6% (igual porcentaje que en 2012) de la población no se cepilla los dientes a diario y más de un cuarto no lo hace con la frecuencia adecuada (dos o más veces al día) ESA 2017.

En el caso de los niños/as, más del 80% se cepillan los dientes con la frecuencia adecuada (dos o más veces al día) y un 18,5% lo haría con una frecuencia inadecuada (una o ninguna vez, ESIA 2017)

### 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 Espa-

ña. Sin embargo Asturias se sitúa en cuarto lugar entre las CCAA con peor valor del CAOD a los 12 años (1,17), por encima de la media nacional del año 2010 (1,12).

Respecto a la última Encuesta Nacional de Salud Oral 2015, los datos son comparativamente peores, ya que este indicador se situó en el conjunto del país en un 0,71, muy por debajo del valor de Asturias en 2008, si bien hay que esperar a la próxima encuesta en nuestra Comunidad, pendiente de realizarse en 2018, para tener una comparación fiable de estos datos.

Entre la población de 6 a 14 años incluida en el PSBD en 2017 que acude a las consultas de las USBD de AP, se ha observado que solo el 9,93% de niños-as explorados presentaban caries o necesidad de algún tipo de tratamiento. En ese año y por Áreas Sanitarias la que presentó un mayor porcentaje de población con caries fue el Área VII (Mieres) con un 17,68%, mientras que el 4,43% del Área I (Jarrio) fue el porcentaje más bajo registrado.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Estrategia de Salud Oral en Asturias \(OBSA\)](#)
- ↳ [Encuesta de Salud Oral en Escolares 2008](#)
- ↳ [Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2017](#)

## 4.3. Alimentación

### Desayuno

En el año 2017, el 5% de la población no desayuna, dando cifras del 6,4% de los hombres y el 3,7% de las mujeres que no desayunan. Ha aumentado la proporción en ambos sexos respecto a los datos del año 2012. Disminuye con la edad la proporción de personas que no desayunan. Desayunan menos las personas residentes en hábitat del centro, aquellas en clases sociales medias así como con estudios medios.

Son más frecuentes en mujeres el consumo en el desayuno de los alimentos recomendados (leche, yogur, tostadas, cereales, frutas en pieza o zumo). Parece 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 llegando a tener un consumo la mitad de las clases más desfavorecidas respecto a las más favorecidas.

### Alimentación general

El consumo en **población adulta** diario de fruta fresca, lácteos y pan o cereales es superior en Asturias (ESA 2017) que en España (ENSE 2011/12). Sin embargo, el consumo diario de verduras y hortalizas es netamente inferior (34,3% frente a 45,8%). El 31% de la población consume dulces a diario con un incremento del 50% respecto al año 2012.

Consume fruta fresca a diario solo un 62% de la población (más frecuentemente las mujeres que los hombres) y aumenta con la edad, más en ámbitos rurales y en clases sociales favorecidas.

En general, se consume mucha carne (65% al menos tres veces por semana), 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, pero en general el consumo es excesivo (37% lo hace al menos tres veces por semana).

Las legumbres son consumidas de promedio en un 47% al menos tres veces por semana.

En general con la edad se tiende a comer alimentos más sanos en ambos sexos.

Los refrescos azucarados son consumidos diariamente por un 8% y al menos 3 veces por semana en un 17%. Más frecuente en hombres y en edades jóvenes (34% al menos tres veces por semana). Se consume más en Cuencas Mineras, más en personas con estudios medios y preferentemente en personas en clase sociales más desfavorecidas.

El consumo de comida rápida o procesada afecta a un 4,6% de la población al menos 3 veces por semana y lo hace más la población joven.

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

El consumo de 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.

Según los datos de la encuesta de salud infantil realizada en el año 2017 al alta hospitalaria recibían lactancia materna exclusiva un 56% de niños y niñas. Es más frecuente esa proporción en las cohortes más pequeñas (más recientes).

Hay muy pocos niños/as que no desayunan nada. Desayunan fruta y/o zumo natural solo un 30%, un 80% consume bollería o galletas en desayuno, y huevos, queso y jamón, un 4%.

El 67% de la población de estudio afirma consumir fruta fresca diariamente. El promedio de piezas diarias consumidas, cuando se hace, es escasa: 2 al día. Pocos niños/as tienen el consumo medio recomendado. Un 3% nunca o casi nunca consume fruta fresca.

Consume carne al menos tres veces/semana un 85% de la población encuestada. Un 3% nunca consume carne. Consume huevos 3-6 veces por semana el 17% de niños/as, un 11% nunca los consume. Consume huevos 3-6 veces por semana la mitad de niños/as. Un 52% consume pasta, arroz, patatas al menos 3 veces/semana, y un 20% todos los días.

Tan solo un 30% consume verduras u hortalizas diariamente. Solo un 62% al menos tres veces por semana. En el caso de los vasos diarios de zumo natural de frutas o verduras es similar, uno al día. Lo mismo sucede con las raciones de verduras y hortalizas (1,7 al día). Pocos niños/as tienen el consumo medio recomendado.

Más de la mitad consume legumbres menos de 3 veces/semana y un 46% consume embutidos y fiambres de 3-7 veces/semana. Un 41% consume pescado más de 3 veces/semana.

El 94% consume productos lácteos diariamente. Un 78% consume dulces más de 3 veces/semana y un 57% nunca consume refrescos azucarados a estas edades. Solo un 42% no consume nunca comida rápida y precocinada.

Tan sólo un 31% no consume nunca snacks o comidas saladas y un 22% nunca consume zumo natural de frutas o verduras.

Un 1,6% afirman que no desayunan en su casa. En el caso de las comidas del mediodía, un 70% lo hacen en casa, un 2% en casa de un familiar y un 27,4% en colegio/guardería. Un 2,5% siguen una dieta o régimen especial (para perder peso o intolerancia).

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2017](#)

## 4.4. Obesidad

En el año 2009 Asturias era la comunidad autónoma con más población obesa, sólo precedida por Andalucía. En el período 1986-2006, para todo el territorio estatal, se ha doblado la prevalencia de obesidad.

La obesidad es un problema preocupante cada día más preocupante, desplazándose los grupos poblacionales hacia un mayor promedio de IMC y una mayor sobrecarga ponderal.

A partir de los datos del Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias realizado por la Dirección General de Salud Pública en el año 2015 de la totalidad de la población asturiana adulta (19 y más años) hay un 31,9% con sobrepeso y un 25,6% de obesidad, con una sobrecarga ponderal del 56,7% de dicha población. Esas cifras llegan a ser del 61,6% en hombres y del 54,3% en mujeres. En cambio, la obesidad sola es más frecuente en mujeres. A mayor edad mayor frecuencia de sobrepeso llegando al 45% en personas de 90 y más años. Lo mismo sucede con la obesidad si bien las prevalencias disminuyen a partir de los 80 años de edad. No obstante la sobrecarga ponderal (sobrepeso más obesidad) llega supera el 80% a partir de los 60 años de edad.

En 2015 en el Atlas de sobrepeso y obesidad las cifras de bajo peso en **población adulta** eran del 11,33% y el normopeso de solo el 31,2%. El bajo peso afectaría más a hombres (12,5%) que a mujeres (10,4%). En la última Encuesta de salud de adultos de 2017, la cifras son similares, un 44% de adultos (en esta caso 15 y más años) tendrían bajo o normopeso. Siendo también mayor en mujeres (50%). La frecuencia más baja correspondería a zona rural, a personas con estudios universitarios y a clases sociales favorecidas.

Según datos de las cuatro Encuestas de Salud en Asturias en personas adultas, y

especialmente de la última, sucede una mayor incidencia de bajo peso en jóvenes: es 6 veces superior en el conjunto de mujeres, respecto a hombres y entre 15 y 29 años donde más presentan bajo peso. No obstante, esa proporción ha descendido en los últimos años considerablemente. Los modelos de mujer que divulgan los medios de comunicación hacen que muchas mujeres, frecuentemente, pongan a riesgo su salud para intentar adquirirlos.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Obesidad y sobrecarga ponderal en Asturias \(OBSA, 2018\)](#)
- ↳ [Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias, 2015, DGSP](#)

## Obesidad y bajo peso en población infantil

A partir de los datos del Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias realizado por la Dirección General de Salud Pública en el año 2015 de la totalidad de la población asturiana infantil (18 o menos años) hay un 8,1% con sobrepeso y un 8% de obesidad, con una sobrecarga ponderal del 16,1% de dicha población. Estas cifras son mayores en las edades más bajas (2-9 años)- Esas cifras llegan a ser del 16,4% en niños y del 14,7% en niñas.

Los datos de la Encuesta de Salud Infantil 2017 son parecidos ya que dan un 18,3% de obesidad más sobrepeso ( 20,9% en chicos y 15,6% en chicas).

La percepción de padres/madres de que su

hijo/a tiene un peso por encima de lo normal es del 8,7% de las ocasiones. Un 8,5% piensa que su hijo/a tiene peso por debajo de lo normal. Están con un peso por encima de lo normal para su edad y talla un 9,99% para niños y 7,5% para niñas.

En **población infantil**, la Encuesta de Salud Infantil 2017 arrojan porcentajes mejores de bajo peso y normo peso con

80,1%, con prevalencias superiores en niñas (83%) que en niños (77%). Estas cifras son similares a las del Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias de 2015.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2017](#)

## 4.5. Actividad Física y descanso

### Actividad física

Según datos de la ESA 2017, en personas adultas, la actividad sedentaria en la actividad principal alcanza a un 36,5% y hacen poco ejercicio un 42% más. El sedentarismo total afecta más a hombres, pero el parcial afecta más a mujeres.

Los hombres hacen más ejercicio físico y más intenso. Las mujeres son más sedentarias y hacen ejercicios más ligeros. La variable edad influye sustancialmente. La clase social y el nivel de estudios (son más sedentarias las personas universitarias) influyen en el ejercicio. En Asturias es más frecuente el sedentarismo en zona centro.

Un 33% de la población adulta en su tiempo libre no hace ejercicio y un 43% solo en alguna ocasión. En este caso afecta más el problema a mujeres, a las cuencas mineras, a las personas con estudios primarios y las clases sociales más desfavorecidas.

En población infantil y juvenil un 9,4% no hace ejercicio físico y un 25% hacen alguna actividad física esporádica.

Practican actividad física varias veces por semana un 45% de los niños/as. Un 23% acude al colegio en coche de manera habi-

tual. Un 10% en autobús. Andando acuden al centro un 66% de los niños/as. En bici, un 0,4%.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Sedentarismo. Encuesta de Salud en Asturias 2018. OBSA](#)

### Descanso

Una persona adulta asturiana duerme de media 7,3 horas/día con diferencias mínimas por sexo. Duermen más en el hábitat rural (7,5 horas) en personas con estudios primarios,

Respecto al descanso inadecuado es de un 24%. Siendo mucho mayor en mujeres (27%) que en hombres (21%) y en ambos casos es más alto en edades medias. Hay más problemas de descanso adecuado en zona rural, y en personas con estudios medios.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Actividad Física y Descanso. Encuesta Nacional de Salud en España 2012](#)

## 4.6. Educación Afectivo-sexual

### Salud y placer

En el año 2017, un 36% (29% en 2012) de la población adulta asturiana que ha mantenido relaciones sexuales declara usar siempre preservativo. Este porcentaje se incrementa al 40% en el caso de que estas relaciones hayan sido con una pareja no estable. Las mujeres declaran tomar menos precauciones que los hombres en los dos tipos de relaciones sexuales (con pareja estable o no).

Entre los 15 y 29 años el porcentaje sube al 58% en el caso de las relaciones estables y al 60% en las relaciones con distintas parejas, según la misma encuesta de 2017. Cuando se les pregunta a las personas que han mantenido relaciones sexuales por el uso habitual de anticonceptivos llama la atención que cerca de la mitad manifiesten que no los usan (47,6%), manteniéndose las diferencias por sexo. Llama la atención que un 24,7% de los jóvenes de 15 a 29 años dice no utilizar anticonceptivos.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Actividad Sexual. Encuesta de Salud en Asturias 2012. OBSA](#)

↳ [Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\) 2014 en el Principado de Asturias](#)

### Autoestima

Más del 95% de los jóvenes (de 8 a 14 años) se han sentido satisfechos consigo mismos, con una proporción ligeramente superior en los chicos (ESIA2017).

En población adulta (mayores de 14 años), el 89% se siente feliz consigo mismo considerando todas las circunstancias, con un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (ESA2017).

### Embarazos no deseados. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

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).

Según datos del Ministerio de Sanidad Asturias presenta en 2015 una tasa de IVE 12,5 por mil, superando a la media estatal que es 10,4 para el mismo año. En el año 2013 el porcentaje de embarazos no deseados se sitúa en torno al 28% (figura 5).

En los últimos años, destaca la tasa de abortos en población adolescente inmigrante en Asturias, en relación con la tasa estatal. Un dato de necesario seguimiento, aunque no podemos establecer comparaciones rigurosas con otras comunidades y debamos invocar de nuevo la diferente accesibilidad a esta prestación en los distintos territorios. Por otra parte, algunos colectivos entre la población inmigrante recurren con frecuencia al aborto farmacológico realizado en el domicilio y resulta, presumiblemente, más frecuente esta práctica cuando el acceso a métodos quirúrgicos es menor.



En Asturias predomina el aborto quirúrgico frente al farmacológico, que solamente supone un 9% de las IVE. Este dato contrasta con el hecho de que el 74% de las IVE en 2016 eran de 8 semanas o menos, teóricamente susceptibles del método farmacológico.

En cuanto a otros colectivos hay que reseñar que más de la mitad de las IVE ocurren en mujeres con hijos a cargo, lo que revela necesidad de mejorar la atención anticonceptiva post parto. Por otra parte el 42 % de los IVE de 2016 procedían de mujeres con abortos previos.

#### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Sadei](#)
- ↳ [Ministerio de Sanidad](#)
- ↳ [Embarazo en Adolescentes. OBSA](#)
- ↳ [Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Principado de Asturias](#)

## VIH-SIDA y otras ITS en Asturias, 2016

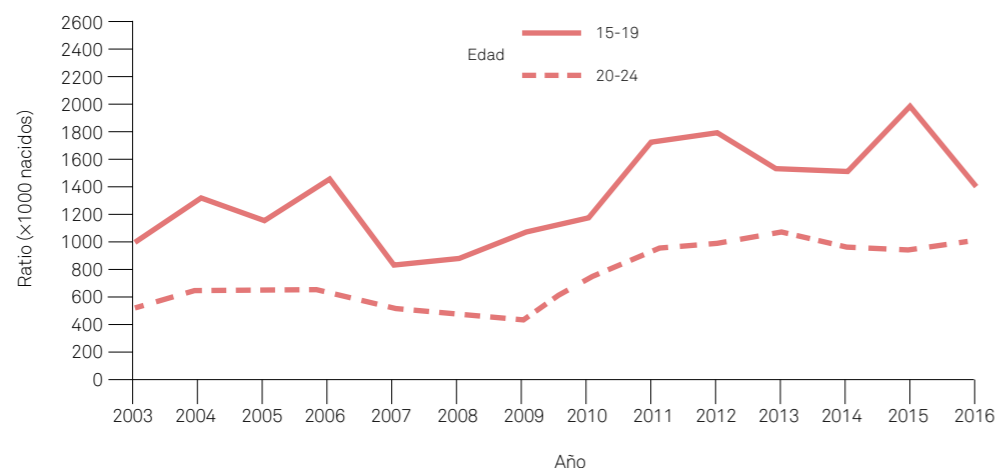
### VIH-SIDA

En el año 2016 en Asturias se notificaron 66 nuevos diagnósticos de infección por VIH, una cifra similar a la del año anterior. Llegando a una tasa de 6,3 infecciones por 100.000 habitantes.

El 80% de las nuevas infecciones corresponden a hombres (53), siendo el grupo de edad más afectado el de 25 a 34 años. En mujeres se han producido un 20% de las nuevas infecciones (13), registrándose el mayor número en el grupo de edad de 35 a 44 años con una edad media 40 años, mediana 38 años.

La principal vía de transmisión sigue siendo la vía sexual, 94% de los nuevos diagnósticos. La transmisión en hombres que tienen sexo con hombres es la categoría con mayor número de infecciones, 50% de los nuevos diagnósticos, mientras que las relaciones heterosexuales (incluyendo hombres y mujeres) representan el 44% de los mismos. El 2% de las nuevas infecciones se deben a prác-

**Figura 5. Ratio Interrupciones Voluntarias del embarazo en Asturias por cada 1000 nacidos en grupos de edad de mujeres de 15-19 y 20-24 años**



Fuente: Inforsan, INE y Registro de Interrupciones Legales del Embarazo, Asturias.

ticas de riesgo en el consumo de drogas por vía endovenosa.

Las personas originarias de otros países suponen el 21% de los nuevos diagnósticos. Si se analiza según sexo, el 31% de las mujeres infectadas son de origen extranjero frente al 19% de los varones.

Persiste un importante retraso diagnóstico: el 57% de las nuevas infecciones presentan un diagnóstico tardío (menos de 350 linfocitos CD4 en la primera determinación que se realiza después del diagnóstico de infección VIH) y un 38,5% enfermedad avanzada (cifra de linfocitos CD4 inferior a 200 células/ $\mu$ l).

Se han notificado 2 casos de SIDA, lo que significa una tasa anual de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

Respecto a los datos de mortalidad por SIDA: fallecieron en Asturias 7 personas (4 varones y 3 mujeres). Llegando a una tasa bruta de mortalidad 0,7 fallecidos por 100.000 habitantes, tasa estandarizada 0,5 fallecidos por 100.000 habitantes (Años potenciales de vida perdidos: 92,0 en hombres y 40,0 en mujeres).

El número de pacientes con infección VIH que reciben tratamiento antirretroviral llegó hasta 2.484 y el gasto en fármacos antirretrovirales ascendió a 15.408.618 euros.

En el Principado de Asturias se realizaron 35.512 pruebas de detección de infección VIH

### Otras infecciones de transmisión sexual

En Asturias en 2016 se han notificado 73 infecciones por *Neisseriae Gonorrhoeae* (Gonococo) y 112 por *Treponema Pallidum* (Sífilis).

## Evolución de situación 2003-2016

### VIH-SIDA

En el periodo 2003-2016 se han notificado 1.211 nuevos diagnósticos de infección por VIH en Asturias. Se ha producido un descenso global, menor del esperado, de las nuevas infecciones VIH en hombres y mujeres. Lo que corresponde con una tendencia descendente aunque estabilizada en los últimos años. Los varones siguen siendo los más afectados. El grupo de edad con mayor número de casos es el de 35-44 años.

Respecto a la categoría de transmisión: La infección VIH se consolida claramente como una infección de transmisión sexual. La mayoría de varones se han infectado por relaciones sexuales sin protección con otros hombres y la mayoría de las mujeres se han infectado por vía heterosexual. La transmisión en personas que se inyectan drogas continua descendiendo.

Se han producido cambios en los modos de transmisión. La única categoría de transmisión donde han aumentado las nuevas infecciones, a lo largo del periodo, es en hombres que tienen sexo con hombres sin utilizar medidas de protección, pero también decrecen en los últimos años.

Respecto al lugar de origen: Las personas originarias de otros países suponen menos de uno de cada cinco de los nuevos diagnósticos.

El diagnóstico tardío es elevado (presente en más de la mitad de los nuevos diagnósticos en los últimos años) y mantiene una tendencia estable. Aunque ralentizada en los últimos años, continúa la tendencia descendente de los nuevos casos de SIDA.

La mortalidad por SIDA continua disminuyendo de forma global y en hombres y mujeres. Ha disminuido también el número de años potenciales de vida perdidos en hombres y mujeres. El número

de pacientes con infección VIH a tratamiento antirretroviral se ha acrecentado de manera notable (cambios en las recomendaciones de inicio de tratamiento). Mientras que el gasto en fármacos antirretrovirales: se ha incrementado de forma importante (duplicado) el gasto en tratamiento antirretroviral.

El número de pruebas de detección de infección VIH realizadas ha aumentado y se ha incorporado la realización de pruebas rápidas de detección VIH en entorno sanitario y comunitario.

### **Otras infecciones de transmisión sexual**

Se ha observado, en este periodo, un incremento de las infecciones por *Gonococo* en hombres. También las infecciones por *Treponema* (Sífilis) tienen una tendencia ascendente, fundamentalmente hasta 2008 año en que empiezan a descender aunque se mantiene un importante número de declaraciones. Los casos de *Treponema* notificados superan a los de *Gonococo*.

**Para acceder a documentos con información más detallada**

↳ [Programa de Prevención y Atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias](#)

## 4.7. 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

En el año 2016 hubo 6.248 partos y 6.347 nacimientos en nuestra Comunidad. El 96,4% de los partos fueron atendidos en el sistema sanitario público, el 3,5% en centros sanitarios privados y el 0,1% se produjeron en el domicilio.

Las embarazadas asturianas son en su conjunto mujeres maduras, el 78% supera los 30 años, el 44 % los 35, y el 21% los 38. La edad media de las madres fue de 32 años, y para más de la mitad (56%), fue su primer hijo.

La natalidad en Asturias ha ido disminuyendo desde 1990 de manera discontinua, pero sostenida. En el año 2016 la tasa bruta global de natalidad es de 6,12 ‰, frente al 8,80‰ a nivel nacional, siendo la más baja de España; si consideramos solo a la población española, esta tasa en Asturias es de 5,78 ‰ frente a 7,95‰ a nivel nacional.

La tasa de fecundidad es también la más baja de España, siendo el indicador coyuntural de fecundidad (Nº de hijos por mujer) en Asturias es 1,04, frente al 1,34 del conjunto nacional.

En cuanto al impacto de la inmigración, la proporción de mujeres procedentes de otro país diferente de España que han sido madres en el año 2016, es del 9%; de ellas el 32% procede de países de Latinoamérica, el 25% de Rumanía y un 22% de países africanos (más de la mitad de Marruecos); la edad media de las madres inmigrantes fue de 30 años.

### Nivel de estudios, incorporación a la vida laboral y otros aspectos

Los últimos datos disponibles proceden de la I Encuesta de opinión a embarazadas asturianas, realizada a mujeres que han tenido un parto en los años 2009-2010.

El 80% de ellas estaban incorporadas a la vida laboral y tenían en general buen nivel cultural (93% con estudios de grado medio y 40% con estudios universitarios). El 91 % estaban casadas o vivían en pareja.

#### Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Memoria EAPN 2010-2016](#)

## 4.8. Lactancia 4.9. Seguridad Vial

En el año 2016 el 52,8% de los niños y niñas recién nacidos recibieron lactancia materna exclusiva durante su estancia en el hospital y el 33% continua a los cuatro 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 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.

En la última década se ha reducido drásticamente la mortalidad por Accidente de Tráfico en España. En el año 2015 Asturias tiene una mortalidad por accidentes de tráfico inferior a la media española (3,42 fallecidos por 100.000 habitantes frente a 3,62 en España)

En Asturias en los últimos tres años ha descendido el número de fallecidos. El mayor número de fallecidos sigue siendo en vías interurbanas.

#### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Accidentalidad en el Principado de Asturias. DGT](#)
- ↳ [Siniestralidad Vial. España 2016. DGT](#)

# ¿Cómo es nuestro sistema sanitario?

71

---

**Principales características de nuestro Sistema Sanitario.**

## 5.1. Accesibilidad y población protegida

### Población protegida

Según los datos publicados en el año 2017 correspondientes a la memoria de actividad del año 2016 del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), la red asistencial del SESPA da cobertura sanitaria a un total de 1.028.239 personas protegidas distribuidas en 8 áreas sanitarias (figura 6).

Las áreas centrales; III, IV y V abarcan un 75,4% de la población. Respecto a los grupos etarios protegidos el 24,7% corresponden a personas de 65 o más años y tan solo el 10,2 % son menores de 14 años.

El Área Sanitaria II es la que presentan un mayor porcentaje de población de 65 años y más edad respecto al total, con cerca de un 30% de su población en ese grupo etario. El Área Sanitaria IV es el que presenta un menor porcentaje en ese grupo de edad con un 22%.

Por lo que refiere a la población en edad pediátrica (menores de 14 años) (figura 7), el Área Sanitaria con un mayor porcentaje de población en este grupo de edad es el

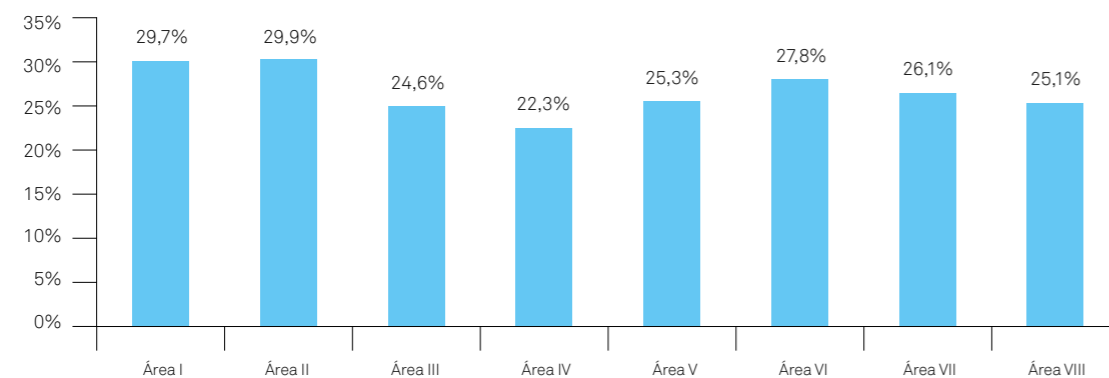
Área Sanitaria IV con el 10,9% de la población, este porcentaje disminuye hasta el 8% en el caso del Área Sanitaria VII.

### Accesibilidad

En Asturias se han implementado diferentes medidas con el objeto de garantizar un acceso universal al sistema sanitario. En el año 2012 se llevó a cabo la aprobación del 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, que limita el acceso de los extranjeros mayores de 18 años a los servicios sanitarios ordinarios

En Asturias, así como en 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, permitía el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad con otros colectivos.

Figura 6. Distribución porcentual de población >=65 años



Fuente: Memoria SESPA, 2016

Por parte de la población, la percepción de accesibilidad horaria y geográfica es muy buena, según se refleja en los datos de la Encuesta de Salud de 2017. Según la Encuesta de Salud para Asturias, 2017, un 9,2% de la población adulta considera que la distancia a su consultorio o centro de Salud está un poco o muy lejos. Esta proporción es más alta en mujeres (9,5%) que en hombres (8,8%). Este tipo de valoración es más frecuente en personas mayores (11,4%) y menor entre los 30-44 años de edad (7%). Las personas que residen en ámbito rural son las que más frecuentemente (14,8%) citan este problema. Se quejan de esta situación más las personas residiendo en el Área Sanitaria I (23,4%) y en menor medida en el Área VIII (5,4%). Se manifiestan en este sentido más frecuentemente las personas con estudios primarios (13,6%) y menos las universitarias (6,3%) y las personas en clases sociales desfavorecidas (10,6%) y menos las favorecidas (4,3%).

Tan solo un 10,3% de la población adulta considera que el horario de consulta de su consultorio o centro de Salud es poco o nada adecuado. Esta proporción es ligeramente más alta en mujeres (10,4%) que en hombres (10,2%). Este tipo de valoración es más frecuente en personas de edades medias con mayor tasa de actividad (30-44 años) (14,7%) y menor entre aquellos ya jubilados (personas mayores) con mayor oportunidad para acudir a cualquier hora (3,4%). Las personas que residen en el ámbito urbano son las que más frecuentemente (10,5%) citan este problema. Se quejan de esta situación

más las personas residiendo en el Área Sanitaria VII (12,6%) y menos en el Área Sanitaria I (3,3%). Manifiestan como poco o nada adecuado el horario de atención más frecuentemente las personas con estudios universitarios (18,3%) y menos las de estudios primarios (4,4%) y las personas en clases sociales favorecidas (16,1%) y menos las favorecidas (3,1%).

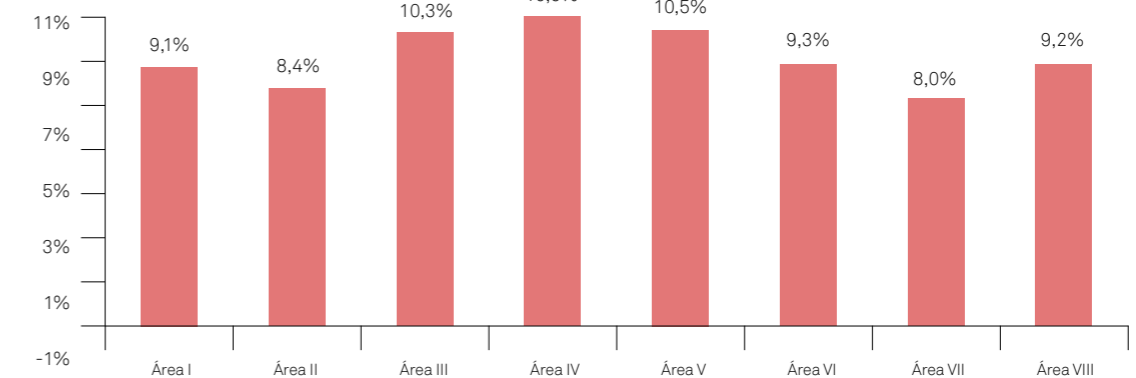
### Asistencia médica privada

Cerca de un 10% de la población asturiana recibe asistencia sanitaria a través de entidades privadas en sus diversas modalidades (mutualidades acogidas a seguro privado, seguro privado concertado individualmente y concertado por la empresa), pudiendo coexistir en algunas ocasiones con la asistencia sanitaria pública.

Durante el último año (ESA 2017) un 8,5% de la población adulta asturiana ha sido atendida en asistencia médica privada como consecuencia de la demora en las listas de espera del sistema público.

Para acceder a documentos con información más detallada  
[↪ Memoria SESPA, 2016](#)

Figura 7. Distribución porcentual de población < 14 años



Fuente: Memoria SESPA, 2016

## 5.2. Atención sanitaria

### Satisfacción con el sistema sanitario

Según los datos del barómetro sanitario publicado en la Memoria del SESPA, 2016, el grado de satisfacción de la población con los servicios se mantiene por encima de la media de España, y se ha incrementado en los últimos años.

El 35,9% de la población encuestada cree que, en general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien, frente al 19,8% a nivel nacional. El 12,1% de la población asturiana encuestada opina que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales, frente al 28% a nivel nacional.

En general, la percepción parte de los usuarios, tanto de la Atención Primaria como de la Atención Hospitalaria, ha mejorado en los últimos cinco años y se mantiene por encima de la media nacional.

- El 34,5% de la población valora como *Muy buena* la atención recibida por parte de su médico de familia, frente al 24,6% a nivel nacional.
- El 45,2% de la población valora como *Muy buena* la atención recibida en urgencias frente al 19,8% a nivel estatal
- El 42% de la población valora como *Muy buena* la atención en Consultas externas, frente al 18,3% a nivel estatal.
- En último lugar, respecto a la atención recibida durante el proceso de hospitalización, un 48,5% valora esta atención como *Muy buena*, frente al 28,2 a nivel nacional.

### Recursos sanitarios

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.

El Decreto 167/2015, de 16 de septiembre, establece la estructura orgánica actualizada de los órganos de dirección y gestión del Servicio de Salud de Principado de Asturias. En dicho Decreto se plantea la creación de las gerencias únicas o de área sanitaria, así como la creación dentro de la estructura funcional de la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública.

La Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública es el órgano responsable de la planificación, dirección y control de las actividades asistenciales y de salud pública, constituyendo su función la coordinación entre los recursos asistenciales del área sanitaria y los asignados a Salud Pública, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 23.1 de la Ley 33/2011, de 5 de octubre, General de Salud Pública.

Se adscriben a la Dirección de Atención Sanitaria y Salud Pública los siguientes servicios y unidades: a) Las áreas y unidades de gestión clínica. b) Los servicios y unidades asistenciales adscritas a los hospitales. c) Los servicios y unidades de apoyo diagnóstico. d) Los equipos de atención primaria. e) La unidad de promoción, prevención y vigilancia en salud pública, integrada por los servicios de medicina preventiva y salud pública, los servicios de prevención de riesgos laborales y los técnicos de salud adscritos al área sanitaria.

En el ámbito de la Atención Primaria, el SESPA dispone de 68 centros de salud y 150 consultorios. Además existen 92 dispositivos de Atención Continuada, que junto con la red del SAMU (atención mé-

dica urgente) permiten la 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) dotados con 2.833 camas hospitalarias. Además, la red asistencial cuenta con 3 hospitales dotados con 404 camas y un centro de convalecencia con 148 camas.

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. Así pues, la accesibilidad territorial y organizacional a los recursos sanitarios en Asturias puede considerarse adecuada.

En relación a los recursos profesionales, el SESPA cuenta con una plantilla orgánica dotada con 14.177 profesionales distribuidos en las siguientes categorías: personal directivo (56), personal facultativo (3.218),

personal sanitario no facultativo (7.267), personal no sanitario (3.636).

La dotación de recursos sanitarios ha ido en aumento en los últimos años. Respecto a los recursos humanos, tenemos más profesionales que la media nacional, a excepción del caso de los odontólogos. En relación a recursos materiales, en los últimos años han aumentado el número de quirófanos y los equipos de alta tecnología, y disminuido las camas hospitalarias, pero lo han hecho en menor medida que en nuestro entorno.

### Actividad Asistencial (2016)

En el año 2016 se atendieron un total de 4.875.036 consultas por parte de medicina familiar y comunitaria, 597.010 consultas

**Tabla 4. Distribución de personal sanitario y recursos asistenciales**

	Asturias	España
Personal médico en Atención Especializada por 1.000 hab.	2,25	1,86
Personal médico Atención Primaria por 1.000 personas asignadas	0,77	0,76
Personal de enfermería en Atención Primaria por 1.000 personas asignadas	0,67	0,64
Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 hab.	3,26	2,98
Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab.	9,57	9,52
Equipos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100.000 hab.	1,63	1,66
Equipos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100.000 hab.	1,44	1,29
Equipos de hemodiálisis en funcionamiento por 100.000 hab.	12,06	10,37
Equipos de hemodinámica en funcionamiento por 100.000 hab.	0,38	0,55

Fuente: INCLASNS (Indicadores clave del sistema nacional de salud)

en caso de pediatría, y 3.305.433 consultas de enfermería, de las cuales 209.929 corresponden a visitas domiciliarias.

En los puntos de Atención Continuada se atendieron un total de 767.378 usuarios de los cuales 65.296 fueron domicilios.

Respecto a las unidades de apoyo, las unidades de psicoprofilaxis obstétrica atendieron un total de 67.583 consultas, las unidades de fisioterapia atendieron 349.389 consultas pertenecientes a 50.390 usuarios.

En el año 2017 en el ámbito del trabajo social se atendieron un total de 46.229 usuarios (tabla 5).

Asturias cuenta con 10 Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos distribuidos por las 8 Áreas Sanitarias que atendieron un total de 22.493 consultas a lo largo del año 2017.

En último lugar, desde las unidades de salud bucodental se atendieron un total de 145.010 consultas.

Dentro de la red hospitalaria adscrita al SESPA y el Hospital de Jove en el año 2016 se llevó a cabo la siguiente **actividad quirúrgica**:

- 26.307 Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización
- 7.835 Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización
- 30.580 Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias
- 456 Intervenciones quirúrgicas urgentes Ambulatorias
- 4.822 Partos vía vaginal
- 1.197 Cesáreas
- 56 trasplantes de riñón 56, 25 de córnea, 12 de corazón, 40 de hígado, 19 de médula alogénico, y 58 de médula autólogo

A continuación se presentan algunos datos en relación a la **lista de espera quirúrgica estructural** (Pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica en situación de ser intervenidos y cuya espera es atribuible a la organización) (tabla 6).

En el ámbito de **hospitalización** se llevaron a cabo:

- 30.648 Ingresos programados
- 78.302 Ingresos urgentes
- 108.478 Altas totales
- 809.577 Estancias totales
- 239 Necropsias
- 6.212 Éxitus en hospitalización y urgencias

En **urgencias** se atendieron un total de 467.326 urgencias totales

**Tabla 5.**

Resumen de actividad trabajo social	
Total Usuarios Atendidos	46.229
Total Visitas a Domicilio	1.820
Intervenciones Comunitarias	2.161
Total Valoraciones realizadas	22.399
Valoraciones realizadas >= 75 años	16.728
Valoraciones realizadas en Pacientes Inmovilizados	5.096
Valoraciones realizadas en Pacientes Terminales	575

Fuente: SIAP, 2017, SESPA.

En el ámbito de **consultas externas** se atendieron un total de

- 33.899 Consultas de alta resolución
- 88.075 pacientes están pendientes de 1ª consultas
- 442.183 consultas solicitadas desde AP
- 332.823 Consultas 1º atendidas A.P.
- 36.699 Pacientes demora > 60 días

En el ámbito de **salud mental** se atendieron un total de 251.930 consultas de las cuales 25.571 eran primeras consultas. Dando cobertura a un total de 59.804 pacientes y con un tiempo medio de espera de 19,82 días (sin contabilizar área IV).

La red de hospitalización psiquiátrica cuenta con 101 camas que atendió en el año 2015 2.335 ingresos con una estancia media de 13,65 días. En total se atendieron 1.757 pacientes llegando a una tasa de 87,3% de ocupación.

En último lugar, en el ámbito de la **activación de los códigos Ictus y Corazón** se activaron un total de 825 actuaciones de

las cuales 423 correspondían a código ictus y 402 a código corazón. Estas actuaciones afectando en mayor medida a hombres en ambos casos. Predomina el grupo de edad de 71 a 80 años para el código ictus de y de 51 a 60 años para activación del código corazón.

## 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. La frecuentación media anual en medicina de familia es de 4,9 visitas año por persona frente a las 5,2 visitas a nivel nacional. Por otro lado, 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 estancia

**Tabla 6. Pacientes incluidos en el registro de lista de espera quirúrgica en situación de ser intervenidos y cuya espera es atribuible a la organización**

	Nº Total de pacientes	> 180 días	Demora Media
H.J. Jarrio	728	-	74,8
H. Cangas	506	-	70,4
H. San Agustín	2114	-	60,7
HUCA	6349	449	82,1
H.Cabueñes	2881	26	70,5
H.A.Buylla	1369	-	65,7
H.V.Nalón	1507	-	70,5
H.Jove	1280	-	68,3
H. del Oriente	806	-	75,4
H.M.Naranco	742	-	64,9
Asturias	18282	475	73

Fuente: Memoria SESPA, 2016.

media en Asturias expresada en días es de 7,98 frente a los 6,85 días de estancia media a nivel nacional.

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 SESPA 2016](#)
- ↳ [Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud](#)
- ↳ [Memoria de intervenciones psicológicas en atención primaria 2017](#)

## Equidad

En el marco del desarrollo de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas la Dirección General de Salud Pública de Principado de Asturias ha llevado a cabo el diseño y adaptación de la herramienta de evaluación de cribado de impacto en los determinantes sociales de la salud. Desde el año 2015 se ha llevado a cabo la implementación de la herramienta de evaluación de equidad, tanto en su versión ampliada, como en su versión online, actualmente ya disponible en abierto a través de la página Web del Observatorio de salud en Asturias (OBSA).

En este periodo de tiempo se ha realizado la evaluación de 6 de los proyectos recogidos dentro de la estrategia de atención a la cronicidad, un informe con las correspondientes acciones de mejora y 9 intervenciones comunitarias a través de la versión online de la herramienta de trabajo.

A continuación se detallan algunos de los proyectos evaluados en el marco de la Estrategia de atención a las personas con enfermedades crónicas:

- Proyecto estratégico 2. Observatorio de Salud en Asturias
- Proyecto estratégico 6. Coordinación sociosanitaria
- Proyecto estratégico 11. Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos/as
- Proyecto estratégico 12. Atención a las personas cuidadoras
- Proyecto estratégico 18. Continuidad Asistencial de las Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave/Severo
- Proyecto estratégico 20. Calidad y Seguridad en la asistencia sanitaria

#### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Autopercepción de Salud. OBSA](#)
- ↳ [Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud](#)
- ↳ [Evaluación equidad. OBSA](#)
- ↳ [Memoria SESPA 2016](#)

## 5.3. Calidad y seguridad

La calidad en la asistencia sanitaria es un concepto multidimensional que comprende la atención centrada en el paciente, la accesibilidad, la continuidad de la atención, la efectividad de la práctica clínica, la seguridad del paciente, el uso adecuado de recursos y la satisfacción del paciente, entre otras.

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 personas fumadoras. 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 salud, tasa de mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular o amputaciones de miembros inferiores (MMII) en diabéticos estamos alrededor de la media nacional.

En el ámbito de la seguridad del paciente Asturias participó en el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS y realizó el estudio EAPAS (estudio de los efectos adversos en la Atención

Hospitalaria en el Principado de Asturias) relativos a eventos adversos en hospitalización.

A continuación se resumen algunos datos del estudio EAPAS comparándolos con el estudio ENEAS (tabla 7):

Respecto a la comparativa a nivel nacional los indicadores de seguridad del paciente muestran una situación similar al resto del país, si bien la tasa de infección nosocomial es ligeramente superior a la media estatal con 1,3% y 1,2% respectivamente.

La tasa de fracturas de cadera en pacientes hospitalizados es superior en Asturias a la media nacional, con un 0,2% y 0,05% respectivamente. Mientras que la tasa de notificación de RAM es muy superior en Asturias (1447,33) respecto a la media nacional (432,14).

Respecto a la mortalidad intrahospitalaria por cada 100 altas hospitalarias el dato es ligeramente superior en Asturias (5,6%), respecto a la media nacional (4,5%).

Hay que tener en cuenta que en Asturias tenemos un gran sistema de notificación y que hay que tener esto en cuenta a la hora de comparar nuestros datos con la media nacional

**Tabla 7. Resumen ENEAS y EAPAS sobre eventos adversos (EA) en hospitalización**

Naturaleza del evento adverso	ENEAS N=5.624		EAPAS N=2074	
	% del Total	Evitables*	% del Total	Evitables*
Relacionados con un procedimiento	25	31,7	33,3	46,3
Relacionados con la infección nosocomial	25,3	56,6	22,9	56,5
Relacionados con la medicación	37,4	34,8	18,9	31,6
Relacionados con los cuidados	7,6	56	10,4	38,1
Relacionados con el diagnóstico	2,7	84,2	10	90
Otros	1,8	33,3	4,5	100

\*Accidentes, errores o complicaciones asociados a la asistencia



Respecto a la tasa de amputaciones en miembros inferiores de personas diabéticas es superior en Asturias (0,2%) respecto a la media nacional (0,1%).

En el año 2015 la Consejería de Sanidad puso en marcha la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 para el Principado de Asturias que cuenta con diferentes propuestas operativas enmarcadas en 7 grandes líneas de actuación. Se ha puesto en marcha una Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Calidad y Seguridad liderada por la Dirección General de Planificación Sanitaria y se ha elaborado un Sistema de Gestión de Segu-

ridad del Paciente e Implantación de las metas internacionales de Seguridad en toda la red de centros sanitarios.

**Para acceder a documentos con información más detallada**

- ↳ [Autopercepción de Salud. OBSA](#)
- ↳ [Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud](#)
- ↳ [Estrategia de Seguridad el Paciente en Asturias](#)
- ↳ [Estrategia de Calidad para Asturias](#)
- ↳ [Web de Seguridad le Paciente en el SESPA](#)

**Tabla 8 . Resumen estudio APEAS sobre eventos adversos en el ámbito de Atención Primaria**

Prevalencia de incidentes y eventos adversos			
Sucesos adversos	18.63 ‰	Incidentes	7.45 ‰
		Efectos adversos/consulta	11.18 ‰
		Efecto adversos/paciente	10.11 ‰
Gravedad		Leve*	57,4%
		Moderado*	38%
		Grave***	7,3%

Evento adverso grave: ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta médica o requiere una intervención quirúrgica.

Evento adverso moderado: si ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día o si precisa atención en urgencias o consulta con especialista.

Evento adverso leve: lesión o complicación que no ocasiona nada de lo anterior

Fuente: Estudio APEAS.

## 5.4. Eficiencia

### Gasto Sanitario

El gasto sanitario público territorializado por habitante protegido es superior al de la media española, y ha aumentado de forma considerable en los últimos años. En Asturias el gasto asciende a 1.547,82€, mientras que en España es de 1.360,89€

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 17% farmacia y 34% consumos intermedios.

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

En el ejercicio 2015 el Capítulo I se mantuvo igual y el Capítulo II, III, y VI se incrementan notablemente. 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%

A continuación detallamos las variaciones interanuales de algunos de los gastos por capítulos realizados en los ejercicios presupuestarios 2015 y 2016.

### Gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico ha crecido más de 3 puntos en el último año, respecto al ejercicio anterior.

El consumo farmacéutico hospitalario también ha sufrido variaciones importantes en los últimos años.

En el último periodo de estudio se ha incrementado un 6,8% el gasto en receta a nivel autonómico, incrementándose en porcentajes similares a los del resto de España.

**Tabla9. Ejecución presupuestaria por capítulos**

Capítulos	2016	2015	2016-2015	%
Capítulo I. Gastos de personal	763.339.764,08	756.237.310,80	7.102.453,28	0,94
Capítulo II. Gastos de bienes corrientes y servicios	555.650.480,61	504.519.548,62	51.130.931,99	10,13
Capítulo III. Gastos financieros	490.873,90	230.758,73	260.115,17	112,72
Capítulo IV. Transferencias corrientes	287.324.309,90	278.465.727,97	8.858.581,93	3,18
Capítulo VI. Inversiones	2.254.674,58	1.986.285,13	268.389,45	13,51
Capítulo VII. Transferencias de capital	0,00	0,00	0,00	0,00
Capítulo VIII. Activos financieros	1.800.000,00	1.800.000,00	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>1.610.860.130,07</b>	<b>1.543.239.631,25</b>	<b>67.620.471,82</b>	<b>4,38</b>

Fuente: Memoria SESPA, 2016.

Tabla 10. Presupuesto de ingresos

Presupuesto de ingresos - año 2016		Previsión definitiva	Derechos netos
Capítulo III	Tasa precios públicos y otros ingresos	1.670.000,00	2.291.160,40
Capítulo IV	Transferencias corrientes	1.606.419.463,94	1.607.188.310,68
Capítulo V	Ingresos patrimoniales	415.000,00	327.827,17
Capítulo VI	Enajenación de Inversiones Reales		8.730,00
Capítulo VII	Transferencias de capital	1.314.021,04	2.020.000,00
Capítulo VIII	Activos financieros	6.998.403,86	1.825.133,51
		<b>1.617.654.314,76</b>	<b>1.613.661.161,76</b>

Fuente: Memoria SESPA 2016

Tabla 11. Facturación a terceros

Área	2016	2015	2016-2015	%
SSCC	50.000,00	50.000,00	0,00	0,00
Área de urgencias	1.780,00	0,00	1.780,00	100%
Total I - Coaña	334.719,20	272.709,81	62.009,39	22,74
Total II - Narcea	220.814,09	207.173,61	13.640,48	6,58
Total III - Avilés	1.546.033,18	1.314.021,04	23.2012,14	17,66
Total IV - Oviedo	6.114.805,81	6.998.403,86	-883.598,05	-12,63
Total V - Gijón	2.432.677,10	1.894.552,77	538.124,33	28,40
Total VI - Arriondas	330.707,46	283.351,480	47.355,98	16,71
Total VII - Mieres	282.842,75	303.247,28	-20.404,53	-6,73
Total VIII - Langreo	582.532,85	556.191,56	26.341,29	4,74
<b>Acumulado Diciembre</b>	<b>11.896.912,44</b>	<b>11.879.651,41</b>	<b>17.261,03</b>	<b>0,15</b>

Fuente: Memoria SESPA 2016

Tabla 12. Evolución del gasto farmacéutico Capítulo IV periodo 2013-2016

<b>2013</b>	265.373,78	-
<b>2014</b>	271.916,69	2,5%
<b>2015</b>	276.203,56	1,6%
<b>2016</b>	286.289,46	3,7%

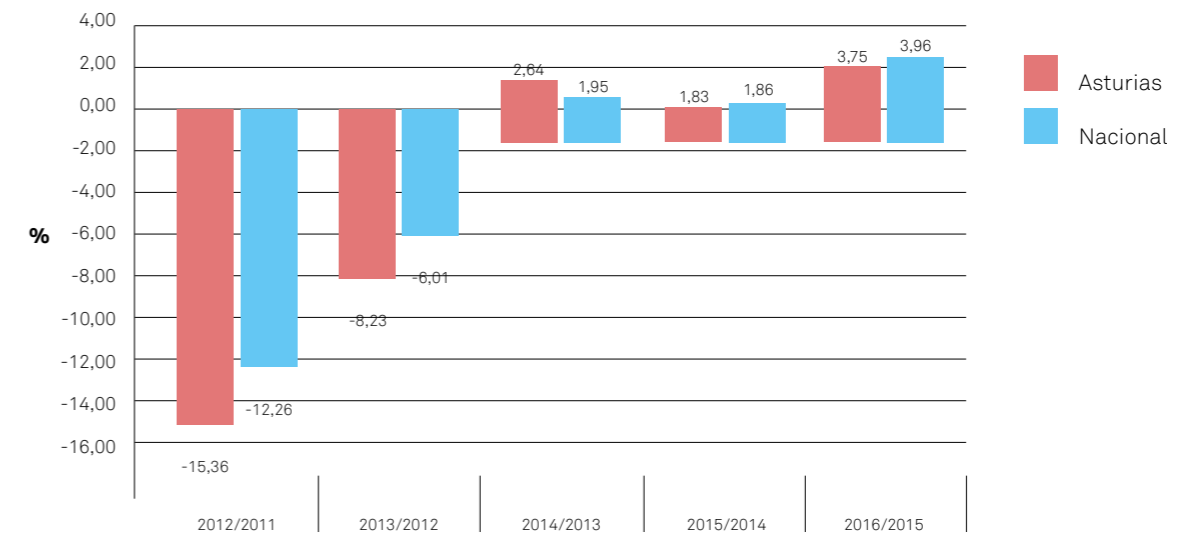
Fuente: Memoria SESPA 2016

Tabla 13. Evolución del consumo farmacéutico hospitalario periodo 2013-2016

<b>2013</b>	130.827.132,27	-
<b>2014</b>	136.672.659,82	4,5%
<b>2015</b>	176.921.652,33	29,4%
<b>2016</b>	179.161.241,94	1,3%

Fuente: Memoria SESPA 2016

Figura 8. Variación del gasto en recetas a nivel nacional y de Asturias



Fuente: Memoria SESPA 2016

## 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 periodo 2013-15, en Asturias la media es unos 21,65 ingresos hospitalarios (por

cada 1.000 habitantes) que podrían haberse evitado. Los mejores resultados son para los concejos de Peñamellera y Sobrescobio y los peores para Gozón y Taramundi.

Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Informe sobre costes hospitalarios y contabilidad analítica en el SNS](#)
- ↳ [Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en Asturias. OBSA](#)

## 5.5. Programas de salud pública

Desde el ámbito de la salud pública se coordina la implementación de más de 30 programas en diferentes ámbitos de actuación (Consultar información disponible en la sección de Planes, programas y estrategias)

A continuación detallamos la información relativa acerca de algunos de estos programas

### Atención al parto

La aplicación de las recomendaciones de la EAPN ha permitido disminuir de manera notable la proporción de partos con episiotomía, si bien estamos aún lejos del estándar deseable; también ha disminuido el número de partos de inicio espontáneo “estimulados” con oxitocina durante la dilatación, que muestra una tendencia descendente, a pesar de lo cual se mantienen cifras muy altas con relación al estándar. En menor grado se observa una disminución en la proporción de partos instrumentales, que muestra una tendencia descendente, así como en la tasa de cesáreas; esta última disminuyó significativamente en los primeros años, aunque en el último año parece repuntar.

No ha disminuido el número de partos inducidos, que continúa siendo muy alto prácticamente en todos los hospitales de nuestra Comunidad.

En cuanto a los cuidados a la criatura, en el año 2010 se implantó el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna, prestaciones de las que en el 2016 se beneficiaron aproximadamente la mitad de los bebés; la lactancia mater-

na exclusiva al alta se observa también en una proporción similar.

Respecto a la autonomía de las mujeres embarazadas, solo la cuarta parte de ellas ha manifestado sus preferencias acerca del tipo de atención al parto deseada, con la presentación de un “Plan de parto”, lo que hace pensar que su promoción no es aún una práctica habitual en todas las consultas de Atención Primaria.

Las conclusiones reflejan la atención al parto en el conjunto del SESPA, si bien existe una gran variabilidad entre hospitales en casi todos los indicadores.

En 2016 un 67% de los partos fueron atendidos exclusivamente por matronas y un 29% de las gestantes disponía de planes de parto (SESPA, Año 2016). 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 2.500 y 3.500 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

↳ [Estrategia de atención al embarazo, parto y etapa neonatal](#)

## Enfermedades congénitas

El cribado neonatal permite el diagnóstico en enfermedades que, de dejarse a su evolución natural, comprometerían la vida y/o el desarrollo intelectual de las personas afectadas, con un alto coste social y psicológico para los sujetos afectados, las familias y la sociedad, constituyendo una carga económica muy importante por la dependencia y el consumo de recursos sociales y sanitarios que conllevan.

La detección precoz se realiza a partir una muestra única de sangre de talón, recogida en papel a las 48-72 h. de vida, en las maternidades, antes del alta hospitalaria. La prueba es voluntaria, se solicita consentimiento verbal, tras proporcionar información a la madre. En caso de resultado dudoso es necesario repetir la prueba.

Entre octubre de 2014 y diciembre de 2016, la participación en el programa ha sido del 99,9 % de los recién nacidos, y se han diagnosticado 5 casos de hipotiroidismo, 2 casos de fibrosis quística y 1 caso de acidemia glutárica. En total se han diagnosticado 8 casos de enfermedad, lo que supone 1 caso por cada 1.829 nacimientos.

La muestra de sangre de talón fue recogida antes de las 72 horas de vida en el 95% de los participantes, y el porcentaje de muestras no válidas fue de 1,58% (estándar óptimo <=0,5%; aceptable <=2%).

Para efectuar estos 8 diagnósticos, ha sido necesario efectuar pruebas complementarias a 27 bebés (5 para descartar HC, 18 para FQ, 3 para GA-I, y 1 para MCAD).

Los casos de hipotiroidismo fueron diagnosticados e iniciaron tratamiento antes de las dos semanas de vida, excepto uno que fue diagnosticado en segunda muestra. El 95% de las sospechas de fibrosis quística fueron diagnosticados antes de 40 días de vida, un caso a los 45 y otro

caso a los 132 días; las sospechas de GA-I se diagnosticaron a los 14, 19 y 35 días de vida; y por último, la sospecha de MCAD se descartó a los 17 días de vida.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Programa de cribado neonatal](#)

## 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%).

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.

#### Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Programa de detección precoz de cáncer de mama del Principado de Asturias](#)

## Programa de vacunaciones

En el ámbito del principado de Asturias contamos con buenos resultados y 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 y ligeramente inferior a la media nacional que se sitúa en 55,5%.p

#### Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Programa de vacunaciones en Asturias](#)

## Programas de educación afectivo sexual

Los programas de educación afectivo-sexual en el medio educativo llegan al 13% de los centros Públicos de Enseñanza Primaria y al 53% 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](#)

## Seguridad alimentaria

En el año 2016 la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo (ASAC) realizó 7.856 visitas de control en 7.042 establecimientos relacionados con la preparación, distribución y consumo de alimentos, con el fin de proteger la salud de la población, reducir los riesgos y garantizar la seguridad en los mercados.

La agencia cuenta con 156 profesionales, de los cuales 88 trabajan en los servicios centrales y otros 68 repartidos en las ocho unidades territoriales ubicadas en las cabeceras de las áreas sanitarias. Su actividad se divide en cuatro áreas: seguridad alimentaria, sanidad ambiental, consumo y Laboratorio de Salud Pública.

En el área de seguridad alimentaria, los controles se realizan en los establecimientos inscritos en los registros que gestiona la ASAC. El primero de ellos es el de empresas alimentarias, en el que se inscriben los establecimientos minoristas, y que cuenta

con 8.774 entidades, lo que supone un incremento de casi un 13% respecto a 2015. El otro, el registro general sanitario de empresas alimentarias y alimentos de ámbito nacional, incluye 2.349 inscritos.

En este ámbito, se desarrollan los programas de control oficial de alimentos, basados en riesgos, que incluyen todos los sectores y fases de la cadena, excepto la producción primaria.

En los 14 mataderos operativos, se inspeccionaron el año pasado 23.452 toneladas de carne correspondientes a 56.802 piezas de vacuno, 13.586 pequeños rumiantes (ovejas y cabras), 79.997 cerdos, 3.968 equinos y 1.856 aves, nueve veces más que en 2015.

Además, dentro del Plan Nacional de Investigación de Residuos y de los programas de seguridad química y de seguridad microbiológica de alimentos, se recogieron y analizaron 621 muestras.

También se gestionaron 203 alertas alimentarias y 1.519 informaciones, y se retiraron del mercado 574 productos insalubres, fundamentalmente de origen animal. Asimismo, se tramitaron 166 denuncias de consumidores relacionadas con la seguridad alimentaria.

### Control de riesgos

El área de sanidad ambiental de la ASAC se encarga de controlar los riesgos para la salud. Este departamento tiene inscritos 185 establecimientos y servicios de biocidas, 523 de riesgo de legionella, 605 centros de bronceado, 283 piscinas de uso colectivo, 416 abastecimientos y 963 captaciones de agua, con 1.359 depósitos.

Para controlar estas instalaciones, se llevaron a cabo 161 inspecciones, se recogieron y analizaron 760 muestras de agua para consumo, se realizaron 169 inspecciones de piscinas y se estudiaron 520 muestras. También se efectuaron 304 inspecciones de instalaciones de riesgo de legionella y

se analizaron 291 muestras, además de 235 inspecciones de centros de bronceado y 35 campamentos de turismo.

El programa de control sanitario de aguas de baño permitió evaluar la calidad de 61 zonas y analizar 582 muestras. El 95,8% de los puntos de muestreo fue calificado como excelente (lo que supone un incremento del 15% respecto al año anterior).

En cuanto a la vigilancia del cumplimiento de la ley antitabaco, se realizaron 220 inspecciones, fundamentalmente en establecimientos hosteleros.

### Laboratorio de Salud Pública y área de consumo

El Laboratorio de Salud Pública es la unidad de referencia para los diferentes programas de control oficial de la ASAC y realiza su actividad en ámbitos relacionados con la contaminación hídrica, ambiental, de alimentos y residuos veterinarios. En 2016 se procesaron 3.629 muestras y se realizaron 26.648 análisis.

En el área específica de consumo, el ejercicio pasado se atendieron 1.918 denuncias, se llevaron a cabo 13 campañas de control de mercado y se realizaron 1.441 inspecciones. También se ejecutaron 610 arbitrajes, la mayor parte centrados en el sector de las telecomunicaciones; se atendieron 2.774 notificaciones de productos inseguros y se retiraron un total de 14.580 (5.000 más que el año anterior).

En las actividades de educación para el consumo, desarrolladas a través de la red de centros de formación, participaron en total 16.999 usuarios, lo que supone un incremento del 10% respecto a 2015.

En cuanto a los procedimientos sancionadores, se tramitaron 463 expedientes, que conllevaron multas por un valor de 816.761 euros. En concreto, 168 casos corresponden al área de consumo, 193 están relacionados con el consumo de tabaco, 101 con la seguridad alimentaria y uno con la sanidad ambiental.

# ¿Cuáles son nuestros resultados de salud?

---

Resumen de los principales indicadores del estado de salud de la población

## 6.1. Mortalidad y esperanza de vida

La mortalidad general en Asturias ha venido descendido en los últimos años, si bien en 2016, en el contexto español, ocupamos el segundo lugar en tasas estandarizadas por edad en varones y el séptimo en mujeres. Entre las euroregiones europeas los varones asturianos ocupan un lugar intermedio, mientras que las asturianas presentan tasas de mortalidad de las más bajas de Europa. El exceso de mortalidad respecto al conjunto nacional se centra en las edades intermedias (35-65 años).

Quizás lo más relevante en los últimos años es el incremento relativo de la mortalidad en mujeres respecto de los varones, lo que ha hecho que la razón de tasas de mortalidad entre varones y mujeres haya descendido ligeramente. Por esta razón y por cuestiones demográficas, a partir del año 2013 se registran anualmente más defunciones en mujeres que en varones en Asturias.

La mortalidad prematura ha descendido pero sigue muy alta respecto a España, (donde los varones tienen la tasa estandarizada más alta en 2016 y las mujeres ocupan la cuarta posición). En Asturias en 2014-2016 un tercio de la mortalidad prematura en los varones se debe a: cáncer de pulmón, infarto agudo de miocardio, suicidio y cirrosis hepática. Entre las mujeres a: cáncer de pulmón, cáncer de mama, suicidio y cáncer de colon.

En Asturias, durante el año 2016, se estima que un 27,2% de las muertes en varones y un 10,7% de las muertes en mujeres son atribuibles al tabaco y alcohol

### Esperanza de vida

En España, la esperanza de vida en buena salud subjetiva al nacimiento en 2015 es

mayor en hombres que en mujeres (62,0 años frente a 59,6).

En Asturias se mantiene esta situación 63,0 en hombres y 61,1 en mujeres al nacimiento (año 2016 basado en encuesta salud de Asturias 2012). Esta situación se sigue manteniendo a los 65 años (13,2 años en varones, 11,6 en mujeres).

Cuando se usan los datos de encuesta de salud de España para estandarizar la valoración de salud, Asturias ocupa el onceavo lugar en España (siendo el primero el que más esperanza de vida en buena salud subjetiva presenta).

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 es mayor en las mujeres que en los hombres.

La esperanza de vida ha venido mejorado en Asturias tanto en hombres como en mujeres, siendo su valor en 2016 de 79,3 años para los hombres y de 85,8 años para las mujeres, mientras que en el año 2000 era de 75,5 y 83,2 años respectivamente, es decir que el diferencial a favor de las mujeres ha pasado de 7,7 años en 2000 a 6,5 años en 2016, debido a un mayor incremento de la esperanza de vida en varones (3,8 años ganados) que en las mujeres (2,6 años) en ese período. Esta reducción se hace fundamentalmente a expensas de un estancamiento de la esperanza de vida entre las mujeres de edades medias (40-65 años).

Los varones asturianos, tras los andaluces, son los que menor esperanza de vida tienen de España en 2015. La esperanza de vida de las asturianas es ligeramente

inferior al de la media española y ocupa el lugar onceavo (de más a menos esperanza de vida) entre las comunidades autónomas.

En España la esperanza al nacer de años de vida libres de discapacidad ha mejorado entre 2007 y 2015, pasando de 63,0 a 66,7 años. De acuerdo las estimaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en 2015, Asturias presentaba el menor número de años de vida saluda-

ble (63,6 años) tras Canarias (58,2 años) y el mayor número de años con limitación de la actividad (18,7 años) tras Canarias (24,1 años).

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [Mortalidad en Asturias](#)

↳ [Informe sobre mortalidad](#)

↳ [Informe sobre Esperanza de vida](#)

## 6.2. Estado de salud percibido y calidad de vida

### Salud percibida

En el año 2017, el 7,5% de la población asturiana adulta considera su salud como regular o mala. Sin embargo, un 67,1% la considera buena o muy buena. El porcentaje de peor consideración aumenta con la edad llegando a ser del 13,8% en personas mayores. Las mujeres tienen peores niveles de salud (9,5% de mala o muy mala vs 5,3% en hombres). Esas diferencias se mantienen a lo largo de todas las edades. En comparación con otras CCAA Asturias tiene uno de los peores porcentajes en este indicador.

La valoración de mala o muy mala salud en población adulta es peor cuanto menor es el nivel de estudios alcanzado (12,8% en estudios primarios), cuanto más baja es la clase social de las personas (9,2% en clase social V) y peor en el ámbito urbano (8,2%) que en el rural. Las personas solteras tienen mejor percepción que las viudas, separadas y casadas. Por Área Sanitaria los mayores resultados de esta apreciación están en el Área VI (11,8%).

En población infantil (0-14 años de edad), un 94% de la población infantil asturiana tiene una valoración (realizada por sus padres o madres) de estado de salud bueno o muy bueno. En 2009 esa cifra era el 96,4% de la población infantil. Solo un 0,6% tendría un estado de salud malo o muy malo (en 2009 esa cifra era la mitad). En suma, ha empeorado ligeramente la valoración integral de la salud global vista por los padres/madres. Por sexos, la mayor valoración positiva (bueno o muy buena) corresponde a las niñas (95% vs 93,1% en niños). Sin embargo, son las niñas también las que tienen una mayor frecuencia de valoraciones negativas (1,1% vs 0,3%

en niños). Por grupos etarios, las mayores valoraciones positivas corresponden a las edades entre 6-10 años de edad (95,5%) por un 92,3% en 3-5 años. En las valoraciones negativas (mal o muy malo estado de salud), las mayores frecuencias corresponden a las edades de 11-14 años (0,9% vs 0,45 en 6-10 años de edad).

Por Tipo de hábitat es más frecuente valoración más positiva en Cuencas Mineras (94,7%) y menor en Zona Rural. Las valoraciones más negativas (mal o muy mal) son mayores en Zona Rural (1%) y menores en Zona Centro (0,6%). Por Área de residencia es más frecuente valoración más positiva en Área VII (97,9%) que en Área VIII (91,7%). Las valoraciones más negativas (mal o muy mal) son mayores en Área VI (2,2%) y menores en Área I. Por clase social asignada es más frecuente la valoración positiva de actividades en Clases sociales aventajadas (clase social I 98,9%) y las menos frecuentes suceden en clase social IV (92,8%). Son más frecuentes las valoraciones positivas entre niños/as procedentes de familias con estudios universitarios (96,8%) que en familias con estudios primarios (90,9%). Las valoraciones más negativas son más frecuentes entre niños/as procedentes de familias con estudios primarios (2%) que en familias con estudios universitarios (0,1%).

### Calidad de vida

La autovaloración de la calidad de vida de la población asturiana adulta en 2017 es alta (media de 77,1 puntos sobre 100) y similar a la del año 2012, mejor en los hombres que en las mujeres (79,2 y 75,3 puntos

respectivamente) y menor a mayor edad (87,9 en 15-29 años y 68,3 en 65 y más años). La diferencia a favor de los hombres es mayor en las edades avanzadas. El Área Sanitaria VII presenta la mejor valoración y la IV la peor. La calidad de vida es mejor valorada cuanto más alta es la clase social (82,2 en clase social II) y mayor el nivel de estudios (82,3 en universitarios). También es mejor en las personas solteras que en el resto. Los niveles son más altos en los hábitats de Cuencas Mineras.

Los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en la población infantil asturiana en 2017, presentan resultados mejores que los españoles en la Encuesta Nacional de Salud y éstos, y también que a los globales europeos. Nuestra diferencia global con respecto a los datos europeos es de más de ocho puntos básicos. Los valores asturianos en edades de 8-14 años es de 58,37 (Kidscreen-10 versión proxy) siendo ligeramente superior en niños (58,4) que en niñas (58,3).

Los valores asturianos han aumentado desde la anterior Encuesta de salud, casi un 5 puntos básicos (unos 10% relativos), en ambos sexos, juntos o por separado. Los chicos y chicas mayor edad (12, 13 años) son los que peor nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tienen.

Por clase social del padre, de la madre, o del hogar, con una buena recta de re-

gresión a medida que disminuye la clase social. La diferencia llega a ser de casi de 4 puntos básicos en la clase social del hogar donde vive el niño/a. A mayor nivel educativo sea del padre, madre o del hogar, se evidencia un mayor índice sintético de CVRS cuando tienen estudios primarios. Los mayores niveles de CVRS se relacionan con un mayor nivel de asociación con el nivel de estudios de las madres, mucho más que con el nivel de estudios de los padres. Por tipo de hábitat, presentan un mayor promedio los residentes en Cuencas Mineras y un menor promedio de CVRS en población rural. Si diferenciamos los ámbitos geográficos en urbano y rurales, los mayores niveles de CVRS se sitúan en población infantil en zona urbana (58,55) y menor en Zona Rural (57,14). Por Área Sanitaria, el área Sanitaria con mejores niveles de CVRS es el Área VI (60,0) y el que peores niveles presenta es el Área I (56,1).

Por tanto, la calidad de vida relacionada con la salud de los niños y niñas asturianas es buena, lo cual se interpreta como que los niños y niñas se sienten felices, capaces y satisfechas con su vida familiar y escolar.

Para acceder a documentos con información más detallada

↳ [II Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2017](#)

## 6.3. 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 niño/a por cada 40 tiene problemas de comunicación.

## 6.4. Enfermedades crónicas

La prevalencia de enfermedades crónicas ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Lo primero de todo es comprender que el aumento de enfermedad crónica es un proceso normal en una sociedad que ha mejorado su esperanza de vida y vive más años. Por ello, lo que necesitamos es caracterizar: la existencia o la aparición precoz de enfermedades crónicas que puedan ser prevenibles, las complicaciones evitables en estas enfermedades o el fracaso del sistema de cuidados para personas con enfermedades crónicas complejas (pluripatología o contextos socioeconómicos difíciles)

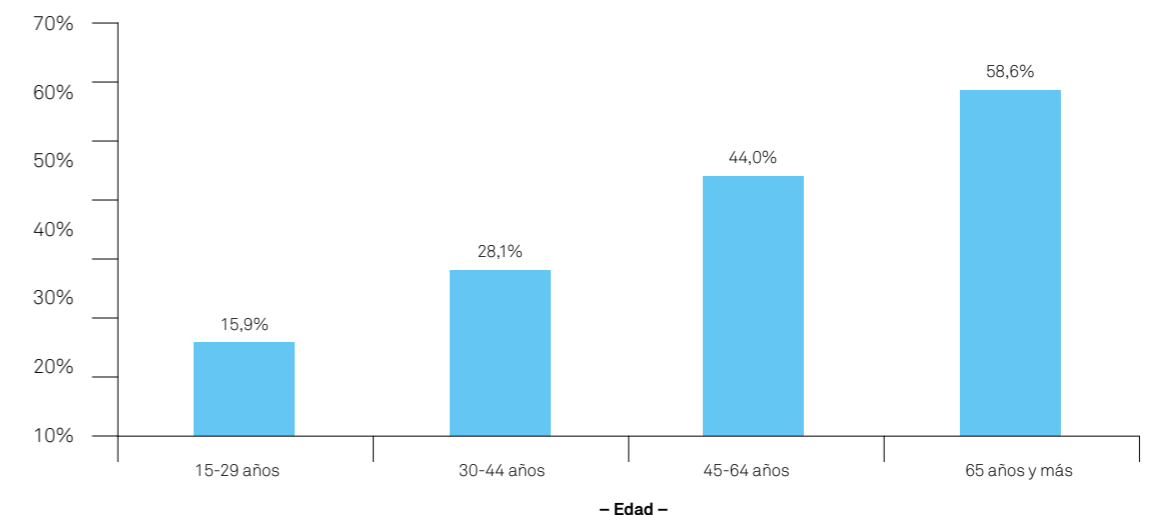
En Asturias (ESA 2012) el 32,2% de la población adulta ( $\rightarrow$ 15 años) manifiesta padecer algún trastorno crónico importante (35,1% en las mujeres y 28,9% en los hombres), siendo de destacar que este porcentaje alcanza el 17,6% en los menores de 30 años y llega hasta el 50% de la población en el caso de la población de 65 años y más edad. La prevalencia aumenta con la edad y en la mayor parte de las patologías es mayor en las mujeres, predominando los trastornos musculoesquelé-

uticos, los cardiocirculatorios, la depresión y la ansiedad.

Según datos de la ESA realizada en el año 2017 estas prevalencias se han incrementado de una manera significativa, de manera que una 40% de la población adulta ( $\rightarrow$ 15 años) afirma padecer algún tipo de problema de salud crónico o de larga duración. Esta prevalencia es superior en mujeres (44,2%), respecto a los hombres (36%) y aumenta en función de la edad. Un 15,9% de los menores de 30 años declaran padecer algún problema de salud crónico y este porcentaje aumenta hasta el 58,6% en el caso de los de 65 años y más.

En este ámbito también se observan diferencias importantes en función del nivel de estudios y la clase social. Un 52,4% de las personas con estudios primarios afirma tener al menos un problema de salud crónico, frente al 36,3% de la población con estudios medios y al 33,8% de la población con estudios universitarios. De igual forma se observa una menor prevalencia de patologías crónicas en aquellas

**Figura 9. Porcentaje de población Asturiana con algún trastorno crónico.**



Fuente: Memoria SESPA 2016



personas agrupadas en la clase social I (37,6%) frente a la clase social VI (43,6%).

Respecto a la distribución geográfica el Área sanitaria con una mayor prevalencia de patologías crónicas es el Área III (49,4%), seguida de las Áreas VI(44,5%), II (41,8%), V(40,3%), IV(39,1%), VII(36,2%), VIII(34,7%) y I(29,2%).

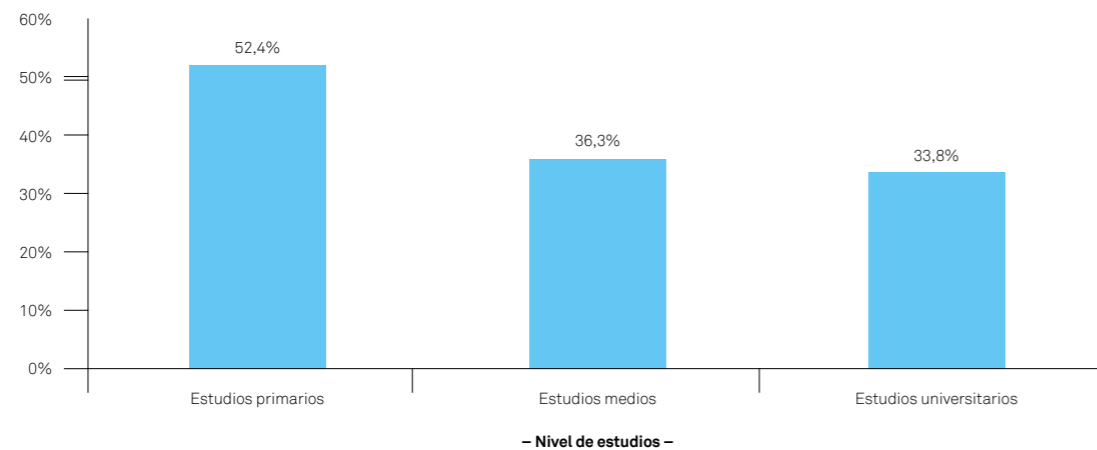
Los municipios de Cabrales(14,7%), Peñamellera Alta y Baja(14,7%) y Somiedo (18,8%) son los que presentan unas prevalecias más bajas, mientras que los municipios de Degaña(63,68%), Llaneira(59,5%), Siero(54,1%) y Lena(51,00%) se

sitúan en el otro extremo con las prevalencias de patologías crónicas más elevadas de Asturias.

## Cardiopatía isquémica

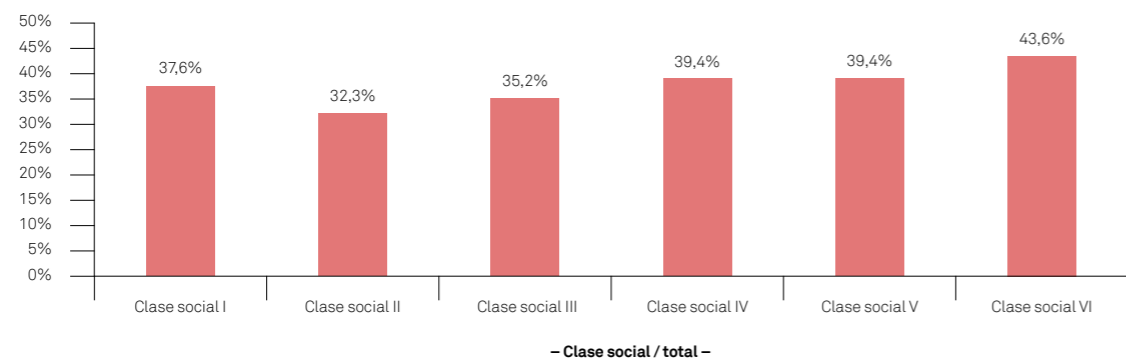
Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de muerte en Asturias, con una contribución del 32,3% a la mortalidad global en el año 2015 y 4.388 muertes atribuibles. El Infarto agudo de miocardio se encuentra dentro del listado de

**Figura 10. Prevalencia de patologías crónicas según nivel de estudios. Encuesta de Salud para Asturias 2017**



Fuente: Encuesta de Salud de Asturias, 2017

**Figura 11. Prevalencia de patologías crónicas según clase social. Encuesta de Salud para Asturias 2017**



Fuente: Encuesta de Salud de Asturias, 2017

causas de mortalidad prematura en hombres, siendo la primera causa de muerte cardiovascular en varones menores de 65 años

## Diabetes

Por patologías, la cardiopatía isquémica 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 (47 por 100.000, 2015) casi doble que la de comunidades vecinas y muy por encima de la media española (36 por 100.000, 2015).

Las enfermedades del aparato circulatorio suponen uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, Asturias, según datos del año 2015 es una de las CCAA con mayor tasa de ingresos por esta patología (1.011 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 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. Constituye la cuarta causa de muerte prematura en mujeres y octava en hombres en España. En 2016 en Asturias se registró una tasa estandarizada de mortalidad de 9,1/100.000 habitantes, menor que en el conjunto nacional (9,8/100.000). Esta tasa ajustada ha ido disminuyendo en los últimos años.

Su prevalencia en España en la población mayor de 18 años fue estimada en el año 2010 en un 13,8%, prevalencias que según las encuestas de salud han aumentado en los últimos 20 años.

En la tabla siguiente se reflejan los resultados en las dos últimas Encuestas de Salud en Asturias (años 2012 y 2017)

En la Encuesta de 2017 se observan ligeras diferencias entre hombres (8,6%) y mujeres (8,4%).

En el año 2002 se estimó un coste derivado de esta enfermedad era 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.

Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Atlas de riesgo cardiovascular en Asturias](#)
- ↳ [Estrategia nacional de cardiopatía isquémica. Evaluación en Asturias 2012](#)

**Tabla 14.**

Prevalencia de Diabetes en Asturias según Encuestas de Salud		
Año encuesta	>18 años	>65 años
2012	7,1%	17%
2017	8,5%	18,5%

Fuente: ESA 2012, EDA 2017

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Atlas de Diabetes Mellitus en Asturias 2015](#)
- ↳ [Estrategia nacional de Diabetes. Evaluación en Asturias 2012](#)

## Ictus

El Ictus supone la 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 2017, 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).

Solo en Asturias en el año 2017 el Ictus supuso más de 3.000 altas hospitalarias. Así como la activación de 423 códigos ic-tus en el año 2016.

## Cáncer

Es la segunda causa de muerte en Asturias (primera para los hombres y para las mujeres menores de 65 años), responsable anualmente de unas 3.700 muertes, de más de 7.300 nuevos diagnósticos y de cerca de 14.000 altas hospitalarias.

**Incidencia.** De los más de 47.000 diagnósticos de tumor maligno (se excluyen tumores de piel no melanoma) registrados en el período 2005-2011 un 58% correspondieron a hombres y un 42% a mujeres. Los más frecuentes en hombres fueron los tumores de pulmón, próstata, colon y recto, vejiga y tumores hematológicos, mientras que en las mujeres fueron los de mama, colon y recto, útero (cuerpo y cérvix), tumores hematológicos, pulmón y estómago. En los últimos años es importante señalar el mayor incremento relativo de casos nuevos de cáncer observado

en mujeres.

Desde el año 2000 destaca en los hombres el incremento importante del cáncer de próstata, que ha pasado a ocupar el primer lugar en incidencia, aunque en los últimos años comienza a descender, y del de colon y recto, hígado y tumores hematológicos. En las mujeres para el mismo período el principal aumento se registró para el cáncer de pulmón, colon y recto y tumores hematológicos.

De acuerdo a la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) la tasas de incidencia estandarizadas por edad del último trienio analizado (2003-2007) son de las más altas de España, tras País Vasco, Girona y Mallorca, mientras que para las mujeres son medias-bajas en el contexto español, aunque en los últimos años se han elevado.

**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.

Entre los varones menores de 65 años los tumores que ocasionan mayor número de fallecimientos son el cáncer de pulmón y ciertos tumores digestivos (páncreas, estómago, colon), mientras que en las mujeres los más frecuentes son pulmón (que ya ha sobrepasado con creces a la mama en este grupo de edad), mama, ovario y colon.

En mayores de 65 años, pulmón y colon siguen siendo frecuentes entre los varones junto con próstata, vejiga e hígado, mientras que entre las mujeres el colon sobrepasa a la mama y asciende al primer lugar, seguido por mama, páncreas, pulmón y estómago

**Supervivencia:** De los más de 36.000 tumores malignos diagnosticados en el período 2000-2005 y seguidos hasta el año 2010, un 62% de los varones y un 60% de

las mujeres fallecieron en los dos primeros años tras el diagnóstico y un 80% de los varones y un 77% de las mujeres habían fallecido al quinto año tras el diagnóstico. Estas cifras variaron ampliamente según localización y estadio.

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 programas de cribado (mama, cuello de útero y colon) 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 y otras enfermedades respiratorias

Según los datos de la última encuesta de salud realizada en población asturiana en el año 2017, un 6,3% de la población afirmaba tener algún tipo de patología respiratoria, entre las que destacan: bronquitis

crónica, enfisema, o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Este porcentaje es ligeramente superior en hombres (6,9%) frente a las mujeres (5,9%).

La enfermedad respiratoria, 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. En el año 2015 Asturias registró una tasa de hospitalizaciones por enfermedades del aparato respiratorio de 1.113 altas por cada 100.000 habitantes, un dato muy superior a la media nacional (983 altas por cada 100.000).

Respecto a los datos de mortalidad las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte en Asturias con 1.617 muertes atribuibles en el año 2015, que corresponde a un 12% de la mortalidad total.

## Polimedicación

En la tabla siguiente (tabla 15) se muestran los datos de pacientes polimedificados registrados en el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Tabla 15.

Pacientes polimedificados Asturias 2017	
Polimedificados (>=10med) revisados en el programa de atención a pacientes polimedificados	2.952
Polimedificados (>=6med) revisados en el programa de atención a pacientes polimedificados	7.463
Pacientes polimedificados (>=10med)	19.879
Pacientes polimedificados (>=6med)	98.381

Fuente: SIAP, dato acumulado diciembre 2017, SESPA

# 6.5. Morbilidad diagnosticada en Atención Primaria

A continuación se presenta un resumen de los principales problemas de salud en el ámbito de Atención Primaria. Esta información se ha obtenido de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad para el año 2015:

## Número medio de problemas de salud

Atención Primaria registró una media de 6,17 problemas de salud por cada persona atendida a lo largo del año 2015. Estos datos están por encima de la media nacional (5,41).

Por sexo esta media es de 5,85 problemas en hombres y de 6,43 en mujeres.

Durante la primera década de la vida la frecuencia global de problemas es igual en

niños y niñas. A partir de la adolescencia y hasta los 80 años la frecuencia de problemas será mayor en mujeres con se observa en el siguiente gráfico (figura 12).

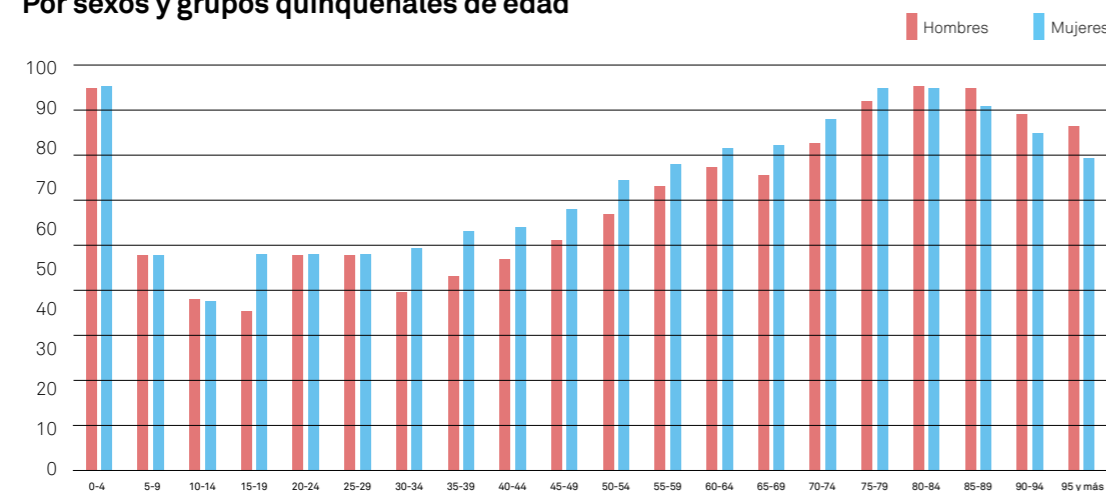
## Frecuencia de problemas por aparatos

Los problemas de salud presentan una variación según los diferentes grupos de edad y por sexo (tablas 16, 17, 18, 19). En todos ellos el problema de salud más frecuentemente registrado es el grupo de "Problemas generales e inespecíficos" que incluye síntomas generales como dolor o fiebre.

Exceptuando este grupo, la distribución de los principales problemas por aparatos registrados en Asturias en el año 2015 es la siguiente:

**Figura 12. Media de problemas de salud activos por cada persona atendida durante el año 2015 en Asturias.**

Por sexos y grupos quinquenales de edad



Fuente: BDCAP Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**Tabla 16 . En el grupo de 0-14 años**

Niñas	Niños
<b>1º Aparato Respiratorio</b> 2º Piel y faneras 3º Aparato Digestivo 4º Ojo y anejos 5º Aparato Locomotor	<b>1º: Aparato Respiratorio</b> 2º Piel y faneras 3º Aparato Digestivo 4º Ojo y anejos 5º Aparato Locomotor

Fuente: BDCAP Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**Tabla 17 . En el grupo de 15-34 años**

Mujeres	Hombres
<b>1º Piel y faneras</b> 2º Aparato Respiratorio 3º Aparato Digestivo 4º Aparato Genital 5º Aparato Locomotor	<b>1º Piel y faneras</b> 2º Aparato Respiratorio 3º Aparato Locomotor 4º Aparato Digestivo 5º Ojo y anejos

Fuente: BDCAP Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**Tabla 18 . En el grupo de 35-64 años**

Mujeres	Hombres
<b>1º Aparato Locomotor</b> 2º Piel y faneras 3º Aparato Respiratorio 4º Problemas psicológicos 5º Aparato Digestivo	<b>1º Piel y faneras</b> 2º Aparato Locomotor 3º Aparato Respiratorio 4º Aparato Digestivo 5º Aparato endocrino, metabolismo y locomoción

Fuente: BDCAP Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**Tabla 19 . En el grupo de 65 y más años**

Mujeres	Hombres
<b>1º Aparato Circulatorio</b> 2º Aparato Locomotor 3º Aparato endocrino, metabolismo y locomoción 4º Problemas psicológicos 5º Piel y faneras	<b>1º: Aparato Respiratorio</b> 2º Aparato Locomotor 3º Piel y faneras 4º Aparato respiratorio 5º Aparato endocrino, metabolismo y locomoción

Fuente: BDCAP Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Como ya habíamos señalado la frecuencia de problemas es siempre mayor en mujeres en todos los grupos de edad salvo en el grupo de 0 a 14 años.

En relación, no sólo con problemas de salud por aparatos, sino de forma más detallada, podemos observar los diez principales problemas de salud registrados y el número total de registros para cada uno de ellos en el año 2015

## Para la población total

R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	224.366
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	220.394
T93 .... Trastornos del metabolismo lipídico.....	199.413
K86.... Hipertensión no complicada.....	175.632
L99 .... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	170.831
F71 .... Conjuntivitis alérgica.....	149.698
P01 .... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	142.048
U71.... Cistitis/otras infecciones urinarias.....	116.966
L86 .... Síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor..	115.642
P76.... Depresión/trastornos depresivos.....	110.975

## En mujeres

S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	129.920
R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	128.994
T93 .... Trastornos del metabolismo lipídico.....	108.194
L99 .... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	101.499
U71.... Cistitis/otras infecciones urinarias.....	97.547
K86.... Hipertensión no complicada.....	97.433
P01 .... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	96.582
F71 .... Conjuntivitis alérgica.....	84.164
P76.... Depresión/trastornos depresivos.....	80.123
K95.... Venas varicosas en extremidades inferiores.....	79.364

## En hombres

R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	95.371
T93 .... Trastornos del metabolismo lipídico.....	91.220
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	90.474
K86.... Hipertensión no complicada.....	78.199
L99 .... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	69.332
F71 .... Conjuntivitis alérgica.....	65.533
R96.... Asma .....	50.180
L86 .... Síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor..	48.242
P01 .... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	45.465
D82.... Enfermedades de los dientes/encías .....	45.259

De la misma manera, se pueden describir los diez problemas más frecuentemente registrados por grupos de edad y por sexo. En el grupo 0-14 años existe casi concordancia total entre los diez problemas más frecuentes.

## Niñas y niños

R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	21.252....	21795
F71 .... Conjuntivitis alérgica.....	14.010....	16011
R96.... Asma .....	11.261....	14869
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	14.114....	14301
S87 .... Dermatitis/eccema atópico .....	12.011....	11862
A03.... Fiebre.....	7.696 .....	7725
H71.... Otitis media/miringitis aguda .....	6.222.....	6470
R78.... Bronquitis/bronquiolitis aguda .....	5.393.....	6027
K81 .... Soplos cardíacos/arteriales no especificados .....	4.865.....	5953
R72.... Faringitis/amigdalitis estreptocócica.....	5.284.....	5471

En el grupo 15-34 años ya se observan diferencias entre los diagnósticos en mujeres y hombres. Además de las consultas relacionadas con anticoncepción oral en mujer llama la atención un número importante de diagnósticos de problemas relacionados con sensación de ansiedad.

## Mujeres

R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	20.353
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	20.208
U71 .... Cistitis/otras infecciones urinarias.....	17.955
R97 .... Rinitis alérgica .....	13.210
W11 ... Contracepción oral, en la mujer.....	12.445
R96.... Asma .....	11.796
P01 .... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	11.493
F71 .... Conjuntivitis alérgica.....	11.353
D82.... Enfermedades de los dientes/encías .....	9.789
S96.... Acné .....	9.417

## Hombres

R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	15.350
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	14.816
R96.... Asma .....	14.537
R97 .... Rinitis alérgica .....	14.013
F71 .... Conjuntivitis alérgica.....	11.850
D82.... Enfermedades de los dientes/encías .....	9.021
S96.... Acné .....	8.953
L99 .... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	7.879
S79.... Neoplasias benignas/inespecíficas de la piel .....	7.451
R75.... Sinusitis aguda/crónica .....	6.819

En el grupo de edad entre 35 y 64 años lo más llamativo en mujeres es la patología relacionada con infección urinaria y el incremento en consultas relacionadas con malestar emocional.

Aunque los problemas de ansiedad aparecen en séptima posición en los hombres en mujeres tienen un mayor impacto (un total de 52.000 mujeres que consultan por problemas relacionados con sensación de ansiedad y 39.800 por depresión o trastornos depresivos).

## Mujeres

S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	57987
P01.... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	51990
R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	51914
U71.... Cistitis/otras infecciones urinarias.....	44700
L99.... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	43847
T93.... Trastornos del metabolismo lipídico.....	42955
P76.... Depresión/trastornos depresivos.....	39812
L86.... Síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor..	38680
K95.... Venas varicosas en extremidades inferiores.....	34081
F71.... Conjuntivitis alérgica.....	33161

## Hombres

T93.... Trastornos del metabolismo lipídico.....	51398
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	37476
R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	35073
L99.... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	33385
K86.... Hipertensión no complicada.....	32456
L86.... Síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor..	30296
P01.... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	26932
F71.... Conjuntivitis alérgica.....	23895
D82.... Enfermedades de los dientes/encías .....	22687
K96.... Hemorroides.....	17838

En el grupo de personas con 65 años o más existe concordancia entre los tres primeros problemas de salud más frecuentes en hombres y mujeres.

## Mujeres

K86.... Hipertensión no complicada.....	71583
T93.... Trastornos del metabolismo lipídico.....	62670
L99.... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	48180
K95.... Venas varicosas en extremidades inferiores.....	42545
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	37610

P76.... Depresión/trastornos depresivos.....	36721
R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	35475
L95.... Osteoporosis .....	35393
P01.... Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo.....	32835
U71.... Cistitis/otras infecciones urinarias.....	31685

## Hombres

K86.... Hipertensión no complicada.....	45025
T93.... Trastornos del metabolismo lipídico.....	36758
L99.... Otras enfermedades del aparato locomotor .....	26693
S88.... Dermatitis de contacto/alérgica.....	23881
R74.... Infección respiratoria aguda del tracto superior .....	23154
T90.... Diabetes mellitus no insulino dependiente.....	22071
Y85.... Hipertrofia prostática benigna .....	20189
F92.... Catarata.....	18837
L86.... Síndromes lumbares/torácicos con irradiación del dolor..	15345
S99.... Otras enfermedades de la piel.....	15066

## 6.6. Enfermedades infecciosas

Con respecto a otras enfermedades sometidas a vacunación, la Poliomielitis, el Sarampión, la Rubeola, la Difteria y el Tétanos han desaparecido en Asturias desde hace años, aunque aún se detecta algún caso importado esporádico de Sarampión y Rubéola Congénita. Dadas las limitaciones propias de las vacunas correspondientes, continúan detectándose casos de Tosferina, aunque a niveles bajos (9 casos en 2017) y, sobre todo, de Parotiditis (60 casos en 2017). La Hepatitis B, frente a la que se han vacunado las cohortes de hasta 36 años de edad en 2017, se mantiene también muy baja (8 casos en 2017).

La Enfermedad Meningocócica Invasiva, en la que se vacuna frente al serogrupo C desde el año 2000, ha mostrado una tendencia global descendente desde entonces, con las incidencias históricamente más bajas en 2014 (5 casos) y 2017 (6 casos). En esta enfermedad, el serogrupo C prácticamente ha desaparecido, siendo el serogrupo B el más frecuente; no obstante, en los últimos años se nota un aumento de otros serogrupos, como el W y el Y, que suponen un 10% de los aislamientos, y frente a los cuales también se dispone de vacuna.

La Legionelosis, una enfermedad de reservorio ambiental y transmisión respiratoria, mantienen un nivel estable de casos (40 en 2017), siendo la gran mayoría esporádicos, con algún caso asociado a alojamientos.

Otra enfermedad endémica, como es la Tuberculosis, continúa con su tendencia suavemente descendente, con 97 casos notificados en 2017, pero aún con un nivel apreciable de infranotificación, en torno al 30%. En 2016 se detectó uno de los mayores brotes de Tuberculosis de los últi-

mos años en Asturias, con 10 casos identificados en un colegio.

Los últimos años también se han caracterizado por un repunte de las Infecciones de Transmisión Sexual, relacionadas principalmente con el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Así, en 2017 se han notificado 110 casos de Sífilis y 58 casos de Infección Gonocócica. A su vez, desde finales de 2016 hay una onda epidémica de casos de Hepatitis A, asociados principalmente a este colectivo, pero también con ocurrencia de brotes familiares, que han pasado de 15 casos en 2016 a 148 casos en 2017. Como consecuencia, se han establecido recomendaciones específicas de vacunación en HSH, en los que se indica la vacunación frente a Hepatitis A, Hepatitis B y tipos oncogénicos de VPH.

Otras enfermedades transmisibles ocurren en Asturias con bajos niveles de endemia, con los siguientes datos para 2017: 9 casos de nuevos diagnósticos de Hepatitis C (que no necesariamente suponen infecciones recientes), 8 casos de Paludismo (todos importados), 3 casos de Hepatitis E (un caso probablemente importado, otro relacionado con viaje por España y otro probablemente autóctono de Asturias), 2 casos de Shigelosis (un caso importado y otro caso probablemente autóctono), 1 sospecha clínica de Botulismo que no pudo confirmarse por laboratorio, y 1 caso probable de Brucelosis del que no se pudo identificar ninguna fuente de infección

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Informe sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria](#)
- ↳ [Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la RENAVE](#)

## 6.7. Enfermedades raras

Entre 1996 y 2012 se han diagnosticado 148.397 casos de enfermedades raras en los hospitales del Principado de Asturias. Si el número de casos fuese equivalente al número de personas con enfermedad rara podríamos calcular el porcentaje de habitantes en Asturias con una enfermedad rara pero, puesto que una misma persona puede padecer dos o más enfermedades raras (es decir, representa dos o más casos) solo podemos afirmar que dicho porcentaje es inferior al 14%. Además, este porcentaje también está sobrestimado por el hecho de que una enfermedad no siempre se registra con el código más específico y por ello, a una misma persona se le puede asignar un código genérico en un ingreso (p. ej. corea reumática, 392) y el código específico (392.0, corea reumática sin complicación cardíaca) en otro, por lo que son identificados como dos casos cuando en realidad, son el mismo (en el apartado dedicado al análisis específico por enfermedades se eliminan también estos casos duplicados).

En general, el conjunto de todas las enfermedades raras consideradas afectó más a la población masculina, 86.626 hombres, es decir, menos del 17% de los hombres asturianos se les ha diagnosticado una enfermedad rara. Hubo 61.767 casos

en mujeres, lo que equivale como máximo al 11% de asturianas con un diagnóstico de enfermedad rara.

Por edad, el grupo con mayor frecuencia absoluta de primeros diagnósticos es el de 70-79 años (39.766 casos) mientras que el que tiene la tasa ajustada por edad más alta es el de 80 y más años (40.516 casos por 100.000 habitantes). En el grupo de menos edad (0-9 años) se diagnostica un considerable número de casos de enfermedades raras (15.477 casos acumulados entre 1996 y 2012); de hecho, después se experimenta un fuerte descenso en el número de casos incidentes que se diagnostican en el grupo posterior (3.947 casos acumulados en el periodo) que va aumentando a medida que aumenta la edad del grupo pero que no iguala la frecuencia absoluta de partida hasta que se alcanzan los 50-59 años ni la tasa específica hasta los 60-69 años (22.456 casos por 100.000 habitantes).

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud](#)
- ↳ [Enfermedades Raras en Asturias, 1996-2012](#)
- ↳ [Informe sobre Enfermedades Raras](#)

## 6.8. Salud mental

En el año 2018 se atendieron en el ámbito de la salud mental más de 250.000 consultas correspondientes a cerca de 60.000 pacientes, de los cuales más de 4.000 correspondían a menores.

En el año 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 el año 2017 esta tasa de prevalencia en adultos se incrementó hasta 30 por 1.000 y en población infantil hasta 39,24 por 1.000. Los trastornos más frecuentes en los adultos son, con gran diferencia, los neuróticos, con claro predominio de mujeres.

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.

Para evaluar la Salud Mental de la población infantil, en la Encuesta de salud infantil de 2017 se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ). Se trata de un instrumento que detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en la población de 4 a 14 años de edad y que se puede utilizar como método de screening en una población amplia o en estudios comunitarios. El cuestionario consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas. Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a aspectos diferentes del niño: síntomas emocionales, problemas de conducta,

hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala que hace referencia a los comportamientos.

En la dimensión de dificultades los valores obtenidos nos indican que un 11,8% en la población infantil tienen niveles de valores que se pueden clasificar como no normales (anormales). Son mucho más frecuentes estos problemas o dificultades en niños (14%) que en niñas (9,4%). A medida que aumentamos la edad en años se reducen ligeramente estos valores problemáticos (anormales) de la dimensión de dificultades.

Los valores anormales son del 13,3% en niños y niñas de 3-5 años y se reducen a 10,9% en el grupo etario de más edad. Es más alto el valor anormal en niños/as residentes en las Zonas Rurales (15,7%) y menor en Cuencas Mineras (8,7%). Es considerablemente más alto el valor anormal en niños/as residentes en Área I (20,7%) y el más bajo se declara en el Área VIII (6,9%).

Es más alto el valor anormal en niños/as procedentes de familias de Clases sociales desfavorecidas. Es más alto el valor no normal de Salud Mental en niños/as procedentes de familias con nivel de estudios máximos primarios (15,3%) y es más bajo en familias con estudios medios (10,5%).

En la dimensión de fortalezas o capacidades los valores obtenidos nos indican niveles de valores anormales en esta dimensión de un 6,7% en la población infantil (escasa fortaleza o capacidad). Como en el caso anterior son mucho más frecuentes estos problemas en dimensión de fortalezas en niños (8%).

Con la edad se reducen ligeramente los valores anormales de la dimensión de capacidades, a medida que aumentamos la

edad en años. Los valores anormales son del 7,5% en niños y niñas de 3-5 años y se reduce ligeramente con la edad (5,8%).

Es más alto el valor no normal en niños/as residentes en las Cuencas Mineras (9,5%) y menor en Zonas Rurales (3,3%). Es también más alto el valor anormal dimensión de capacidades en niños/as residentes en el Área VII (10,6%) y es más bajo en Área VI (1,6%).

Según la Clase Social asignada, es más alto el valor (10,3%) en la Clase Social III y el más bajo lo encontramos en la Clase Social VI (5,3%). Es mayor la frecuencia de problemas de fortalezas o capacidades en familias con estudios máximos primarios (13,9%) y es mucho más baja en familias que refieren tener estudios universitarios (5,7%).

En el ámbito de población adulta, según datos de la Encuesta de Salud en Asturias, en el año 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%).

En la Encuesta de Salud para Asturias 2017, encuesta para personas adultas de 15 y más años de edad, se ha incluido el cuestionario GHQ-12. Este es un instrumento que intenta detectar cambios en la función normal de las personas (incapacidad para funcionar psíquicamente a nivel normal y la aparición de nuevos fenómenos de malestar de origen psíquico).

El cuestionario intenta identificar problemas: Incapacidad para realizar actividades cotidianas normales o adaptativas y la Manifestación de fenómenos perturbadores y conductas desadaptativas menores tanto personales como sociales

En un análisis cuantitativo se obtiene un promedio de los resultados del GHQ para toda la población siendo de 1,44, similar a la anterior de la Encuesta de Salud en 2012-13. Los valores son superiores en mujeres (1,61) que en hombres (1,25).

Las diferencias son estadísticamente significativas.

A mayor edad hay un mayor promedio de valores de GHQ clásico llegando a 1,73 en el grupo de personas mayores. Son más altos los promedios en personas residentes en ámbito rural, si bien solo significan un 9% de la población y menores en la zona central de Asturias (1,41). Son más altos los promedios en personas residentes en el Área VII (2,11) y menores en el Área VIII (0,85).

Por clase social asignada, son más altos los promedios en personas asignadas a clases sociales más desfavorecidas, y menores en la clase social II. A su vez, son más altos los promedios en personas con nivel de estudios primarios, y menores en los estudios universitarios.

Para el análisis cualitativo, se analizan según dos tipos de niveles de corte: 2 y más o bien 3 y más. Con ello se obtienen unos niveles de riesgo de mala salud mental del 27,3% con niveles de corte de 2 (eso significa un incremento del 30% del riesgo de mala salud mental respecto a la Encuesta anterior de 2012-13).

Con niveles de corte de 3 los valores de riesgo de mala salud mental son del 20,2%. Los valores son superiores en mujeres (30,8%) que en hombres (23,5%). Las diferencias son estadísticamente significativas.

A mayor edad hay una mayor proporción de valores de GHQ clásico llegando al 31,1% en mayores de 65 años con nivel de corte de 2. Con nivel de corte de 3 las cifras alcanzan el 23,2% en ese mismo tramo.

Son más bajos los porcentajes (aunque, no los promedios) en personas residentes en ámbito rural (26,3% o 19,3% en los puntos de corte de 2 ó 3), si bien solo significan un 9% de la población y menores en Cuencas Mineras. También, son más altas las frecuencias en personas residentes en el Área II (41,5%) y menores en el Área VIII (17,7%) con los niveles de corte

de 2. Con niveles de corte de 3 el Área con mayor frecuencia es el Área VII (27,4%) y con menor en el Área VIII (12,2).

Por clase social asignada, son más altas las frecuencias de riesgo de mala salud mental en personas asignadas a clases sociales más desfavorecidas, y menores en la clase social II independientemente del nivel de corte elegido. Son más altas las frecuencias de riesgo de mala salud mental en personas con nivel de estudios primarios, y menores en los estudios universitarios independientemente del nivel de corte elegido.

## Consumo de medicación psicotrópica

Según datos de la ESA 2017, un 19,4% de la población ha tomado tranquilizantes o pastillas para dormir en los últimos quince días y un 16,4% para la depresión. Más frecuente en mujeres (24,3% y 19,9%, respectivamente) que en hombres.

A mayor edad, más frecuente su consumo (25% y 20%, respectivamente). Ligero más frecuente en ámbitos urbanos que rurales. Más frecuente en Cuencas Mineras (26% y 22%, respectivamente, en personas mayores). Mucho más frecuente en personas con estudios primarios (24% y 21%), y en personas en clases sociales desfavorecidas. Más frecuente el consumo de tranquilizantes en Área VII (26%) y de antidepresivos en Área VIII (29%).

## Morbilidad autodeclarada

Según datos de la ESA 2017, la proporción de personas que indican que han tenido ansiedad crónica es del 9,9% y de depresión el 13,5% y 2,3% otro tipo de enfermedad mental. La frecuencia es mucho mayor en mujeres que en hombres en ambos casos (13,8% y 19,2%, respectivamente), salvo en otro tipo de enfermedad mental. A mayor edad aumenta la frecuencia de ansiedad y depresión.

Las personas con nivel de estudios primarios presentan una frecuencia hasta tres veces superior a las universitarias de depresión (doble de ansiedad crónica).

Las personas residiendo en ámbito rural tienen un mayor riesgo de todas estas patologías. Existe una mayor frecuencia de depresión en Área II y de ansiedad crónica en el Área IV. Se observa, en este caso que no se correlaciona el consumo de psicofármacos con la existencia de morbilidad mental, especialmente en las Áreas VII y VIII con un consumo mucho superior que la morbilidad expresada: en depresión, prevalencia 11% y consumo de antidepresivos 22%; y en ansiedad crónica, prevalencia 9,9% y consumo de tranquilizantes e hipnóticos 26%.

La mayor frecuencia de morbilidad declarada en las tres tipologías de morbilidad mental (depresión, ansiedad y otras) corresponde a clases sociales desfavorecidas.

### Para acceder a documentos con información más detallada

- ↳ [Salud Mental en AsturSalud](#)
- ↳ [II Encuesta de Salud Infantil para Asturias](#)



# Asturias en el contexto nacional

---

## Datos comparativos de Asturias en al ámbito estatal

A continuación llevaremos a cabo una breve presentación de los datos comparativos de Asturias en función del contexto nacional. Para llevar a cabo este análisis se han utilizado diferentes fuentes de información del MSSSI.

Los datos se presentan en dos bloques de información; resultados de salud, y

estilos de vida de la población. Al final de este apartado se puede consultar una tabla resumen con información detallada de todos los indicadores que se describen a continuación con información comparativa a nivel nacional. En el caso de que la información estuviera disponible también se ha llevado a cabo una desagregación por sexos.

# 7.1. Resultados de salud

## Esperanza de vida

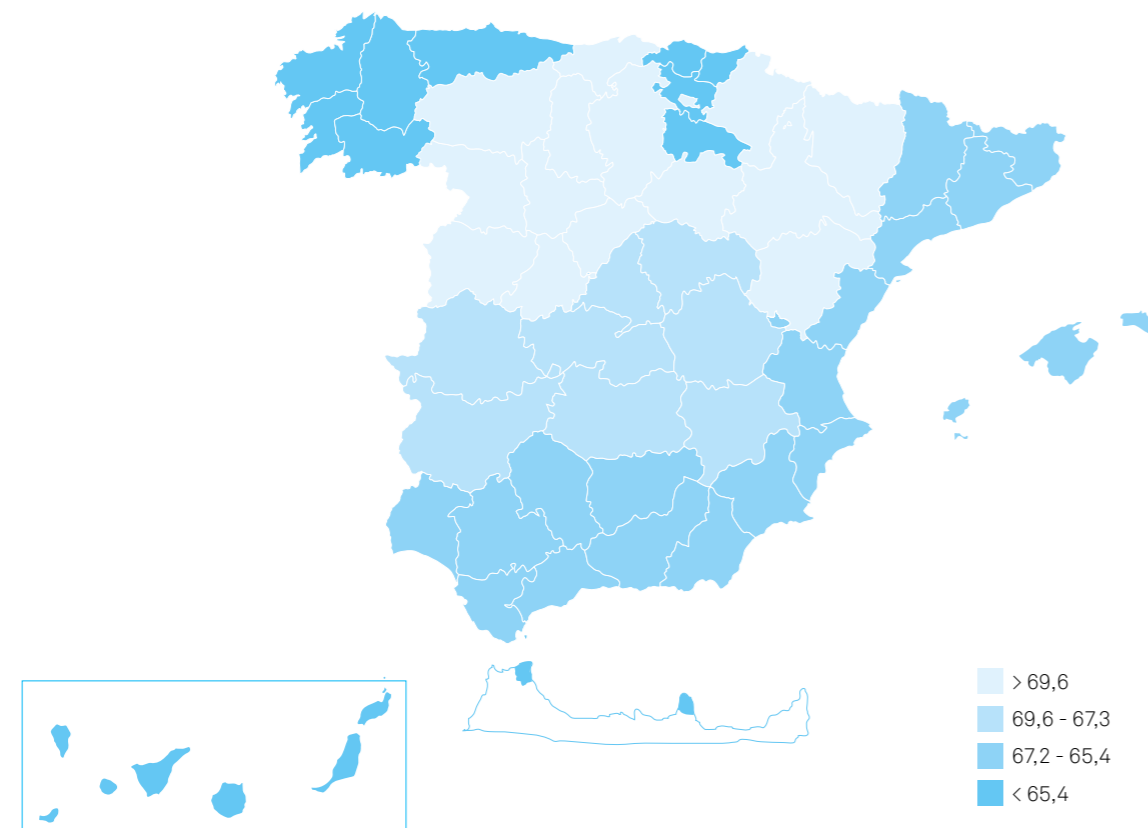
La esperanza de vida (EV) es la manera clásica de aproximarse al estado de salud de la población. Se trata de un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto.

En Asturias, en el año 2015, los hombres disponían de una esperanza de vida de 79,1 años, ligeramente inferior a la me-

dia nacional (80 años). En el caso de las mujeres la esperanza de vida es superior, llegando a los 85,5 años, equiparable a la media nacional (85,6 años).

Respecto a la esperanza de vida en buena salud basada en la mortalidad y la limitación de actividad, permite sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de la vida. La EVBS en Asturias es de 59,9 años, ligeramente inferior a la media nacional (60,8 años).

Figura 13. Años de vida saludable



Fuente: CCAA, 2015

Los años de vida saludable (AVS) en Asturias, son un 5% inferior a la media nacional. En el caso de Asturias asciende a 63,6

años, mientras que la media nacional se sitúa en 66,7 años.

## Limitación de actividad al nacer

La medida de la limitación de actividad utilizada para el cálculo de los AVS proviene del indicador global de limitación de actividad (de siglas en inglés GALI), que se ha venido incorporando a los cuestionarios de buena parte de las encuestas de salud de los países europeos. GALI es un índice simple de incapacidad subjetiva que trata de capturar, en una única pregunta, cuatro dimensiones: 1) la presencia de limitación de actividad, 2) si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza, 3) si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud y 4) si su duración es de al menos 6 meses.

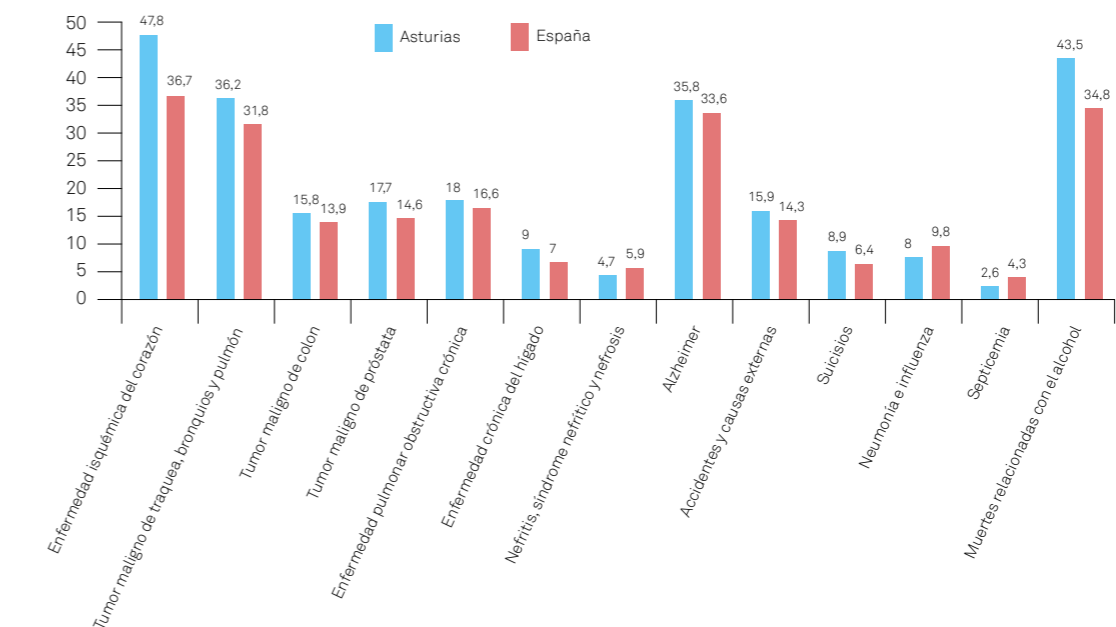
La limitación de actividad al nacer en Asturias (18,6) es un 15% superior a la media nacional (16,1). Esta, constituye una de las diferencias más marcadas en el ámbito de la esperanza de vida en buena salud.

## Mortalidad

Asturias presentan unos indicadores de mortalidad ajustados superiores a la media nacional prácticamente en todos los ámbitos de estudio (figura14). La mortalidad ajustada por 100.000 habitantes por todas las causas de muerte en Asturias asciende a 485 casos por 100.000 hab. En el caso de la media nacional se observan unas tasas inferiores, que llegan hasta los 462 casos por 100.000 hab. En todas las CCA se observa una variabilidad importante en función de la casuística de mortalidad atribuible.

Asturias presenta tasa de mortalidad ajustadas superiores a la media nacional en patologías asociadas al aparato circulatorio (+11,9%), enfermedad isquémica del corazón (+30,2%), Tumores malignos (+14,9%), tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmones(+13,8%), tumor maligno de colon (+13,7%), tumor maligno de próstata (+21,3%), Enfermedad crónica del hígado (+28,5%), accidentes y causas externas (+11,2%), suicidios (+39,5%), muertes relacionadas con el consumo de tabaco (185%) y alcohol (+25%).

Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada x 100.000 habitantes



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017.

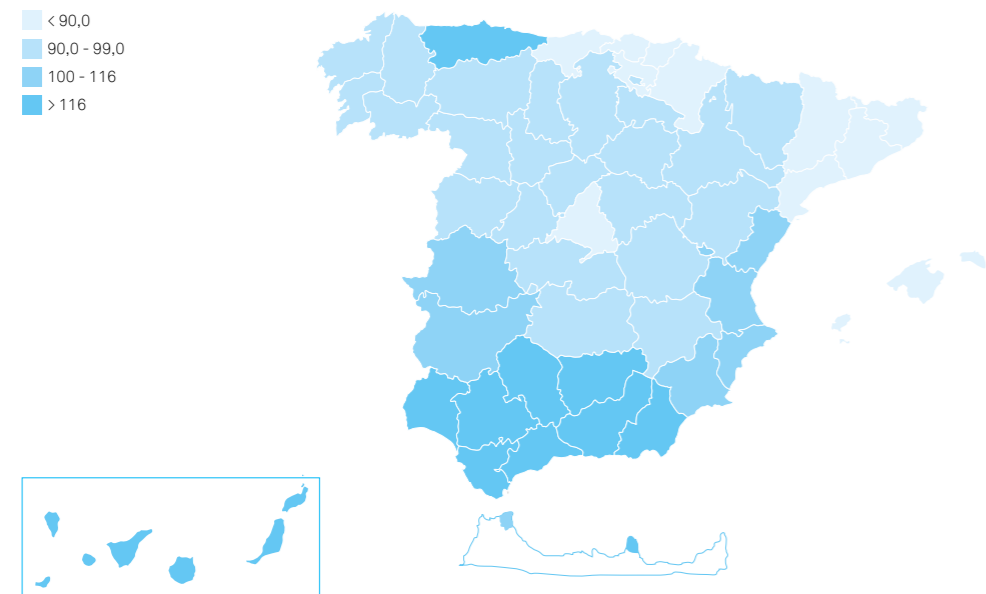
En el polo opuesto, Asturias, presenta indicadores de mortalidad inferiores a la media nacional en Diabetes Mellitus (-7,1%), Nefritis, Síndrome Nefrótico y Nefrosis (-20,3%) Neumonía e influenza (-18,3%), Septicemia (39,5%).

Asturias ocupa la primera posición en el ranking nacional de CCAA en mortalidad asociada a Enfermedad isquémica del corazón (figura 15), tumores malignos, tumor de colon, enfermedad hepática, y sui-

cidios, y la segunda posición en el ranking nacional en tumor de tráquea, bronquios y pulmón, y tumor de próstata.

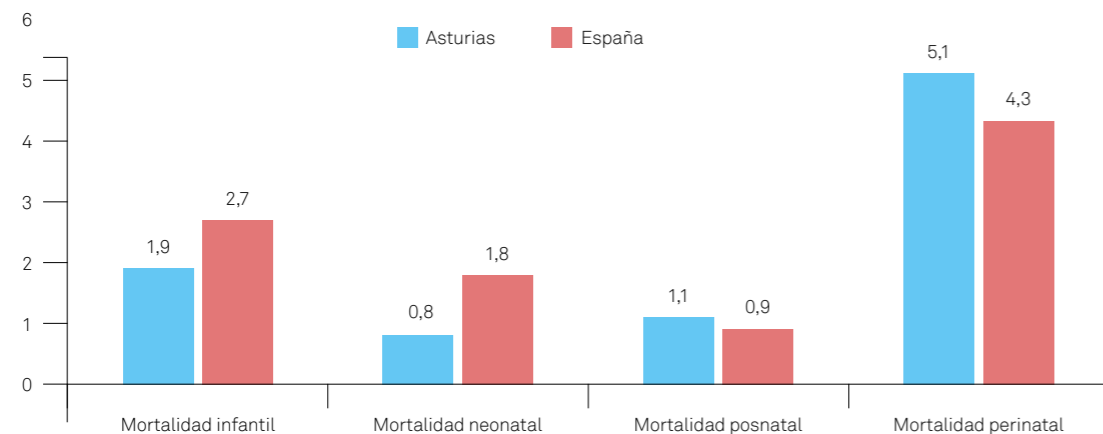
En el año 2015 Asturias presentaba tasas de mortalidad infantil y neonatal inferiores a la media nacional; un 29% y un 55% respectivamente en términos relativos. Mientras que presenta tasas de mortalidad postnatal y perinatal superiores a la media nacional: un 22% y un 18% respectivamente (figura 16).

**Figura 15. Índice de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, según comunidad autónoma, 2015. Base 100: Media de España**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

**Figura 16. Mortalidad infantil. Tasas por 1000 nacidos vivos. 2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

## Morbilidad

Existen otros indicadores que permiten aproximarse a la situación de salud en la población. Se trata de indicadores que se obtienen a partir de la información proporcionada por los servicios sanitarios —como las altas hospitalarias o las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria—, a partir de registros de base poblacional —como la incidencia de cáncer—, o partir de sistemas de notificación ajenos al sistema sanitario —como las víctimas de los accidentes de tráfico o las víctimas de los accidentes de trabajo.

Estos indicadores suponen una medida indirecta de la salud de la población, así como de la calidad de vida.

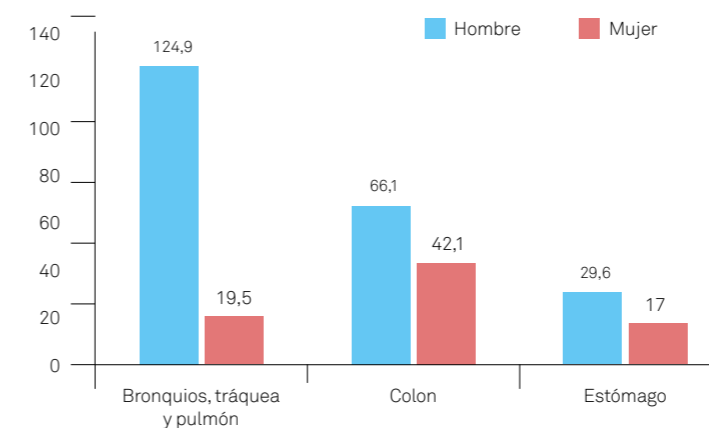
Asturias presenta indicadores de morbilidad superiores a la media nacional medidos a través de las tasas de altas hospitalarias ajustada por 100.000 hab. En términos relativos se observa diferencias importantes en función de la patología principal. Las enfermedades del aparato circulatorio son un 16,5% superiores a la media nacional, seguidas por las enfermedades del aparato

respiratorio (+13,2%). También se registran unas tasas de altas hospitalarias inferiores de tumores malignos (-6,5%), enfermedades del aparato digestivo (-6,1%), o enfermedades infecciosas (-8,8%).

Respecto a las enfermedades de declaración obligatoria (EDOs), Asturias presenta una tasa de declaración inferiores, en prácticamente en todos los ámbito de estudio: parotiditis (-17,3%), sarampión (-100%), tosferina(-84,7%), hepatitis A(-61,5%) y B(-57,4%), sífilis(-18,7%), infección gonocócica(-46%), paludismo(-15,3%) y VIH (-14,8%)

Asturias presenta una tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes por tumores malignos muy superior en hombres (721) respecto a mujeres (423), se observa un patrón similar en tumores asociados a bronquios, tráquea y pulmón con tasas de 124 casos por 100.000 en hombre frente a 19 casos por 100.000 en mujeres, tumor maligno de colon, con 66 casos por 100.000 en varones, frente a 42 casos por 100.000 en mujeres, tumor maligno de estómago con 29 casos por 100.000 habitantes frente a 17 casos por 100.000 en las mujeres (figura 17).

**Figura 17. Tasas de incidencia de tumores malignos por 100.000 habitantes. Según sexo**



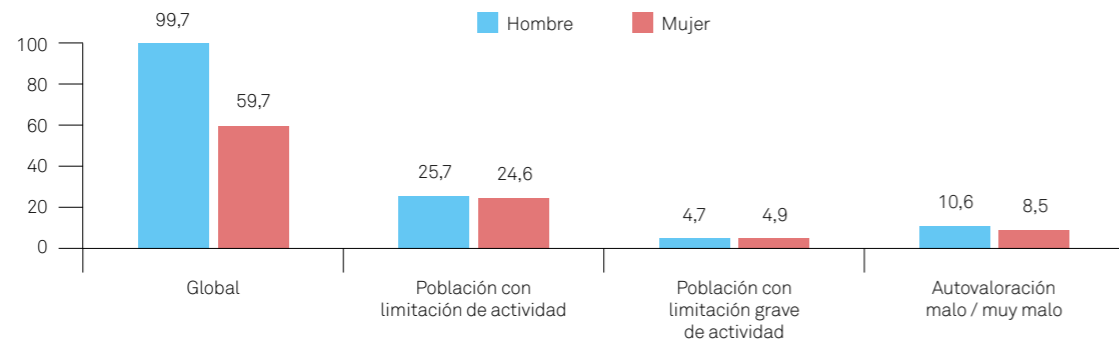
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

## Incapacitación

En el año 2015 Asturias presentaba tasa de incapacidad permanente en menores

de 65 años por cada 1.000 trabajadores superior a la media nacional con una diferencia de cerca de 40 puntos, lo que supone en términos relativos un 67% superior en Asturias frente a la media nacional.

**Figura 18. Incapacidad permanente en menores de 65 años por 1.000 trabajadores, 2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

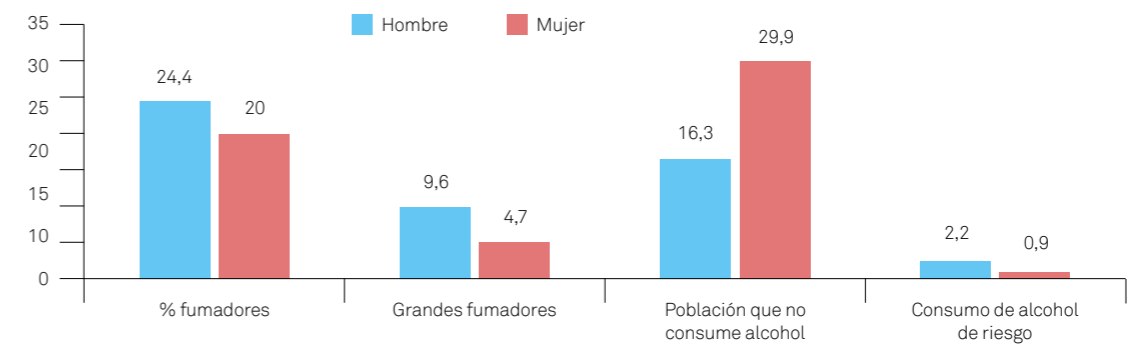
## 7.2. Estilos de vida

El tabaquismo continúa siendo, a pesar del descenso continuado desde los años 90 en el número de muertes atribuibles al tabaco, la primera causa de mortalidad evitable en España

un 22% y un 26% de fumadores respectivamente. Por otro lado, el porcentaje de grandes fumadores es superior en Asturias, frente a la media nacional con un 7,2% y un 6,9% respectivamente. Estas diferencias son más marcadas en el caso de los hombres con consumos superiores respecto a la media nacional.

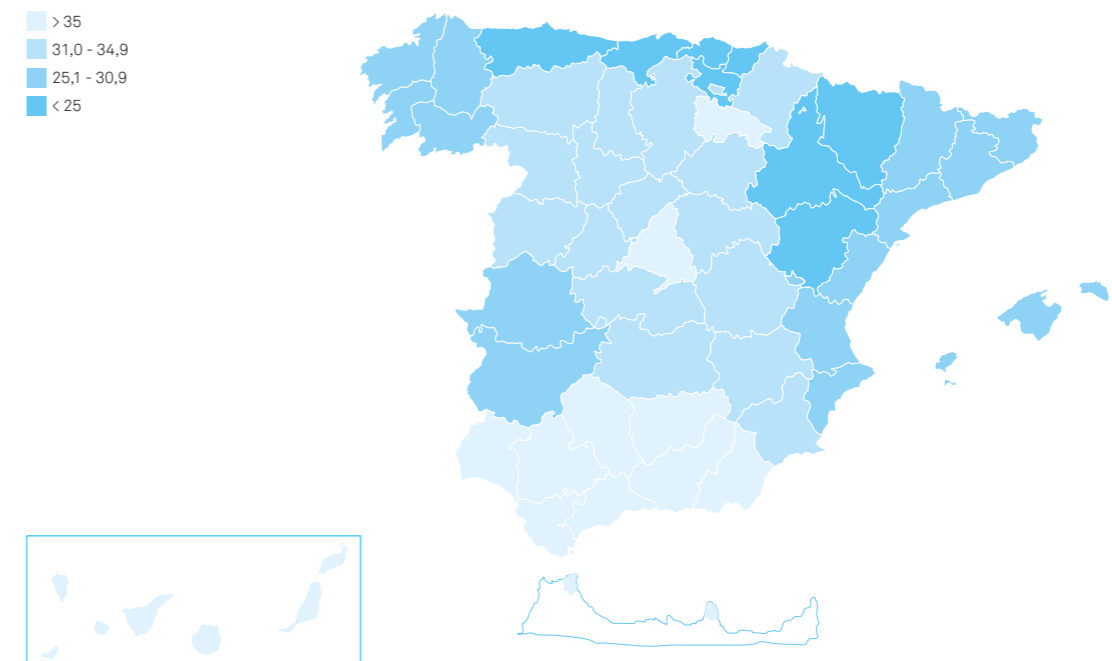
Asturias presenta una prevalencia de fumadores inferior a la media nacional, con

**Figura 19. Consumo de tabaco y alcohol en función del sexo**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

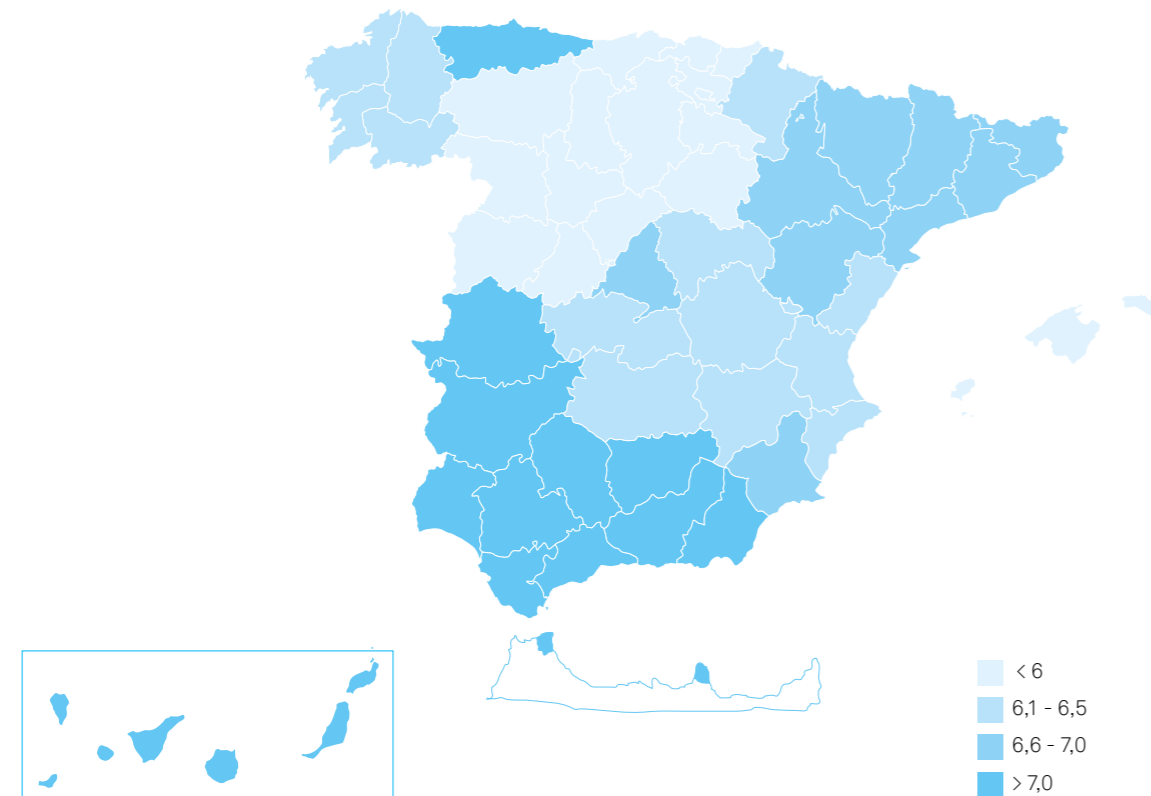
**Figura 20. Porcentaje ajustado por edad de población que no ha consumido alcohol en los últimos doce meses. Población de 16 y más años. España, 2014**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

En el ámbito del consumo de alcohol nos encontramos con una situación similar, el porcentaje de población que afirma no consumir alcohol en Asturias es del 23% y este porcentaje se incrementa hasta el 31% en el caso de España. En el caso de los hombres hay 6 puntos de diferencia respecto a la media nacional y en el caso de las mujeres también presentan un mayor patrón de consumo con 10 puntos de diferencia respecto a la media nacional, en términos absolutos.

**Figura 21. Porcentaje ajustado por edad de población gran fumadora, según comunidad autónoma. Población de 16 y más años. España, 2014**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

## Inactividad física, obesidad y alimentaciones

El sedentarismo constituye otro de los factores determinantes con una influencia importante en la salud de la población, el porcentaje de población que refiere inactividad física es su tiempo libre es un 31% en el caso de Asturias, frente al 35,2% en el ámbito nacional. Esta diferencia es más marcada en mujeres, con más de 8 puntos de diferencia respecto a la media nacional.

La población asturiana con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 es ligeramente superior en Asturias (15,8%) frente a la media nacional (15,2%). Se presentan diferencias importantes en función del sexo. En el caso de los hombres, un 13,7% presenta un IMC>30 y este porcentaje aumenta hasta el 17,7% en las mujeres.

Un 30,8% de la población Asturias tiene un consumo insuficiente de frutas y verduras, en el caso de los hombres este porcentaje supone el 33,3% de los varones y en el caso de las mujeres el 28%. Respecto a la comparativa a nivel nacional los varones presentan un consumo inadecuado

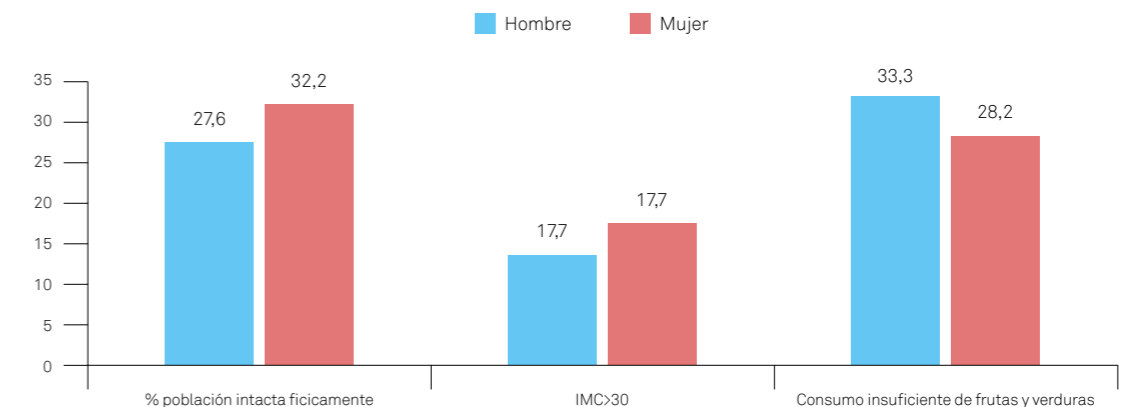
comparativamente mejor a la media nacional mientras que en el caso de las mujeres ocurre el patrón contrario (figura 22).

## Interrupciones voluntarias del Embarazo (IVES)

La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) en Asturias es superior a la media nacional. En el año 2015 la tasa de IVES por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en Asturias ascendía a 12,5 casos, mientras que la media nacional se sitúa en 10,4 casos por 1.000 mujeres (figura 23).

Los registros oficiales señalan que en Asturias el número de embarazos que no llegan a término es elevado en relación al resto de Comunidades Autónomas. Según el informe del Ministerio de 2016 la tasa de IVE (12,3‰) es superior a la media nacional, situándose en los últimos años entre las cuatro Comunidades Autónomas con mayor tasa de IVES por cada 1.000 mujeres de 15-44 años. Esta circunstancia incide de modo creciente en poblaciones jóvenes y en aquellas con prácticas de riesgo y conductas anticonceptivas inadecuadas (figura 24).

**Figura 22. Porcentaje de población que refiere inactividad física, IMC>30, consumo insuficiente de frutas y verduras**



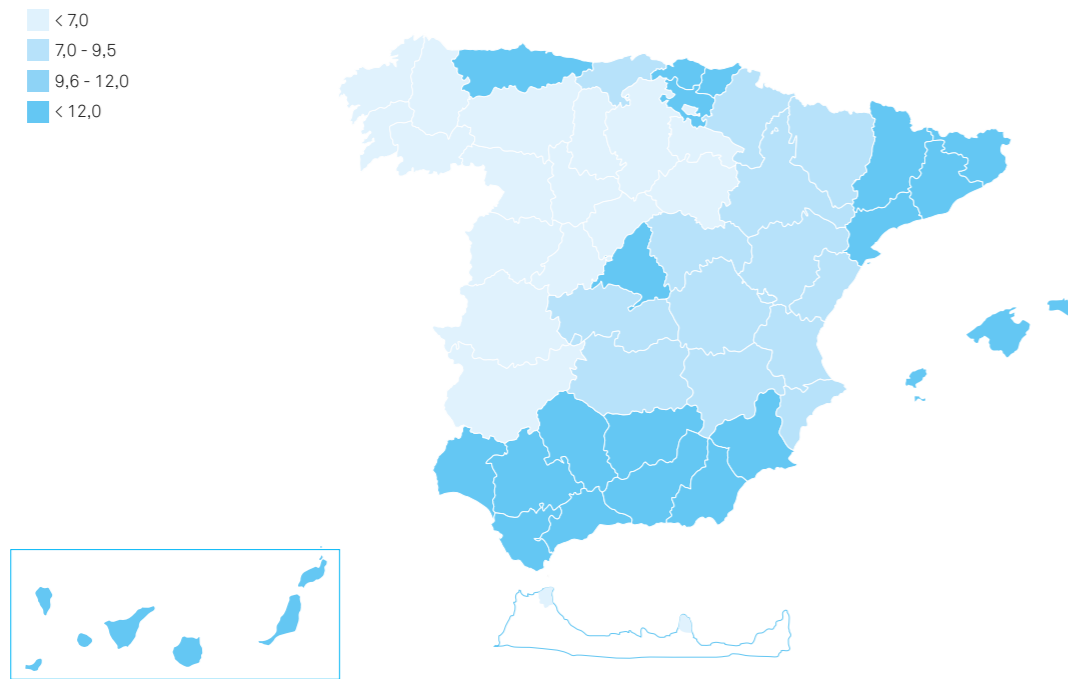
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

Aun cuando el mayor número de IVEs corresponde a mujeres mayores de 25 años, 72% en 2016, los datos epidemiológicos obtenidos en los últimos años confirman el importante peso de las IVE en menores de 24 años, señalando una tendencia negativa en el control de los embarazos no deseados en mujeres jóvenes, sobre todo

cuando se contrastan con el resto del Estado. Lo mismo podría apuntarse a la vista de la gráfica siguiente sobre IVE en el grupo de 15-19 años (figura 25).

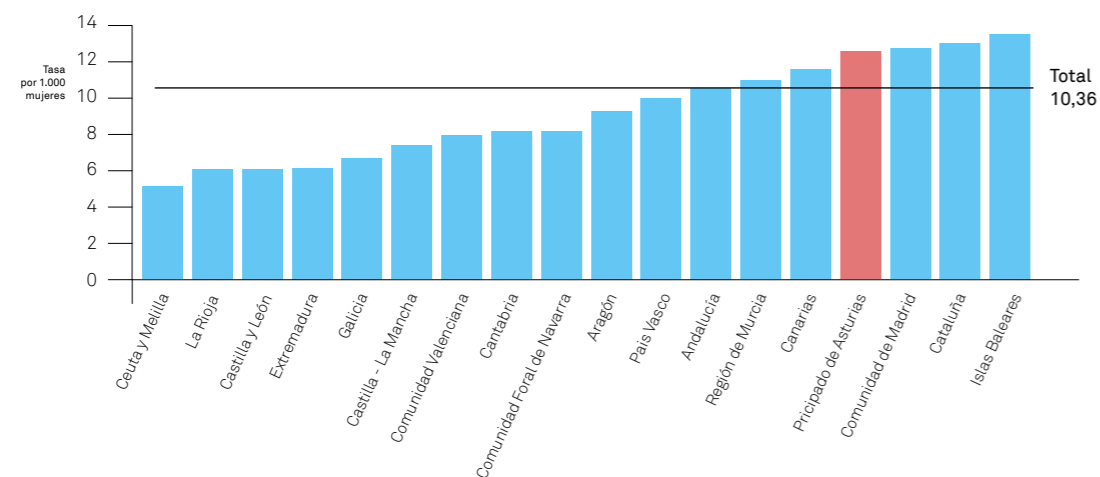
Hay que aclarar que, para los fines de este documento, las tasas comparativas por territorios no contienen ajustes por acce-

**Figura 23. Número de interrupciones voluntarias del embarazo por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años, según comunidad autónoma. España, 2015**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017

**Figura 24. Tasas de IVE por 1000 mujeres de 15-44 años por CCAA 2016**



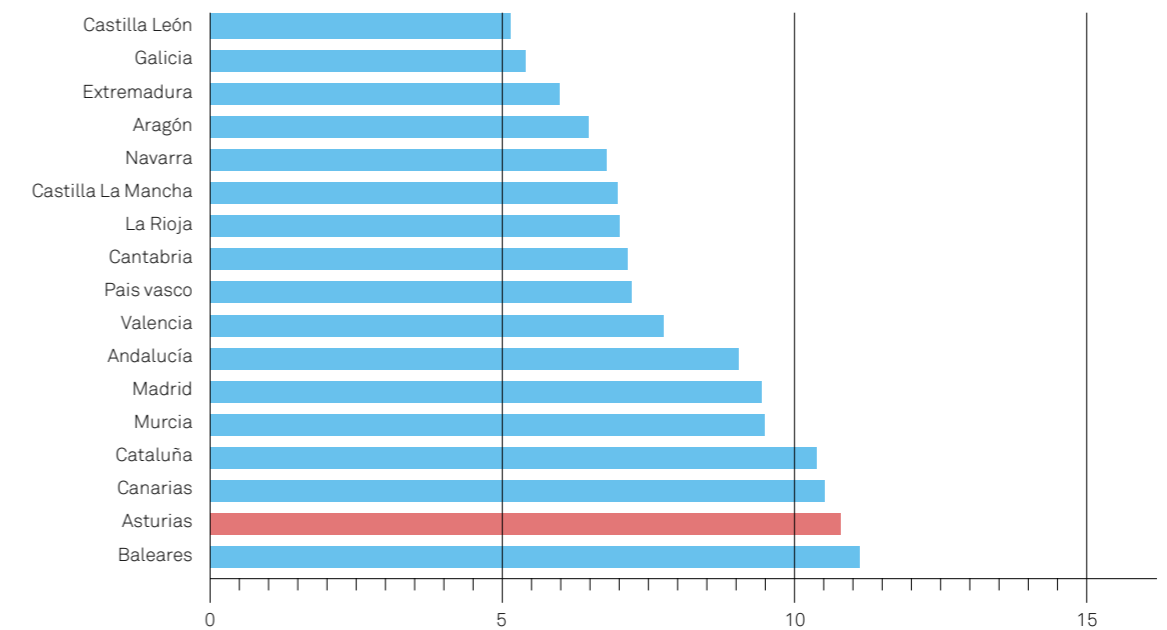
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

sibilidad y Asturias es una comunidad con una adecuada accesibilidad para IVE. Sin embargo la tendencia del IVE a estas edades, anima a adoptar medidas de mejora.

Además, sobre adolescentes e IVE conviene tener en cuenta que más de la mitad de las que abortaron en 2016, refirieron usar el

preservativo como método anticonceptivo, lo que indica uso incorrecto o inconsistente (“no todas las veces”) y un tercio afirmaron “no usar ninguno”. Estas mismas adolescentes indicaron que la información previa a la IVE la habían recibido mayoritariamente 55 % de “amigos, familiares e Internet” y solo un 24 % de “servicios públicos”.

**Figura 25. Tasas de IVE por mil mujeres de 15-19 años por CCAA 2016**



Fuente: Inforsan. Registro de IVE Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

## Accidentalidad vial **Accidentalidad laboral**

La tasa de accidentalidad con víctimas de tráfico en Asturias es superior a la media nacional con 1.458 víctimas por cada 1.000 accidentes en el caso de Asturias, frente a las 1.393 víctimas por cada 1.000 accidentes en el caso de España. La tasa de defunciones es un 12% inferior en Asturias respecto a la media nacional, con 15,2 defunciones por cada 1.000 accidentes en el caso de Asturias y 17,3 defunciones por cada 1.000 accidentes en el caso de España.

Asturias presenta tasas de accidentalidad muy superiores a la media nacional tanto en lo que se refiere a la tasa global, un 14% superior en Asturias frente a la media nacional en términos relativos y un 33% superior en Asturias, frente a la media nacional en el caso de accidentes mortales.

## 7.3 Tablas resumen Asturias-España

Tabla 20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
Indicadores de Salud 2017

Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Esperanza de vida</b>				
Esperanza de vida	2015	82,3	82,8	-0,6%
Hombre	2015	79,1	80	-1,1%
Mujer	2015	85,5	85,6	-0,1%
Años de vida saludable	2015	63,6	66,7	-4,6%
Esperanza de vida en buena salud	2015	59,9	60,8	-1,5%
Expectativa de mala salud subjetiva	2015	22,4	22	1,82%
Limitación de actividad al nacer	2015	18,6	16,1	15,5%

Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Mortalidad * 100,000 hab.(Ajustada por edad)</b>				
Todas las causas de muerte	2015	485,2	462,1	5,00%
Enfermedades del aparato circulatorio	2015	136,9	122,4	11,85%
Enfermedad isquémica del corazón	2015	47,8	36,7	30,25%
Enfermedad cerebrovascular	2015	28,7	27,4	4,74%
Tumores malignos	2015	161,3	140,4	14,89%
Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	2015	36,2	31,8	13,84%
Tumor maligno de mama	2015	15,8	15,8	0,00%
Tumor maligno de estomago	2015	7,1	7	1,43%
Tumor maligno de colon	2015	15,8	13,9	13,67%
Tumor maligno de próstata	2015	17,7	14,6	21,23%
Tumor maligno de cuello de útero	2015	2,1	2	5,00%
EPOC	2015	18	16,6	8,43%
Enfermedad Crónica del Hígado	2015	9	7	28,57%
Diabetes Mellitus	2015	9,1	9,8	-7,14%
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	2015	4,7	5,9	-20,34%
Alzheimer	2015	35,8	33,6	6,55%
Accidentes y causas externas	2015	15,9	14,3	11,19%
Accidentes de tráfico	2015	3,5	3,6	-2,78%
Suicidios	2015	8,9	6,4	39,06%
Neumonía e influenza	2015	8	9,8	-18,37%
Septicemia	2015	2,6	4,3	-39,53%
SIDA	2015	1,3	1,2	8,33%
Muertes relac. con el consumo de tabaco	2015	143,1	120,8	18,46%
Muertes relac. con el consumo de alcohol	2015	43,5	34,8	25,00%

Hernia abdominal	2015	2,6	2,6	0,00%
Apendicitis	2015	0,1	0,1	0,00%
Efectos adversos medicamentos	2015	0,1	0,1	0,00%
<b>Indicador</b>	<b>Año</b>	<b>Asturias</b>	<b>España</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Tasa de altas hospitalarias* 100,000 hab.(Ajustada por edad)</b>				
Enf. del aparato circulatorio	2015	1011	867,4	16,56%
Tumores malignos	2015	527,2	564,2	-6,56%
Enf. del aparato respiratorio	2015	1113,7	983,6	13,23%
Enf. del aparato digestivo	2015	949,3	1011	-6,10%
Sistema músculo esquelético	2015	599	617	-2,92%
Enfermedades Infecciosas	2015	196,8	215,8	-8,80%

Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Total de casos declarados* 100,000 hab.(Ajustada por edad)</b>				
Parotiditis - Casos declarados	2015	6,7	8,1	-17,28%
Rubeola - Casos declarados	2015	0	0	0,00%
Sarampión - Casos declarados	2015	0	0,1	100,00%
Tosferina - Casos declarados	2015	2,8	18,3	-84,70%
Hepatitis A - Casos declarados	2015	0,5	1,3	-61,54%
Hepatitis B - Casos declarados	2015	0,6	1,4	-57,14%
Otras hepatitis. víricas - Casos declarados	2015	1,2	1,2	0,00%
Sífilis - Casos declarados	2015	6,5	8	-18,75%
Infección. gonocócica - Casos declarados	2015	5,6	10,4	-46,15%
Paludismo - Casos declarados	2015	1,1	1,3	-15,38%
VIH - Casos declarados	2015	6,3	7,4	-14,86%

Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Morbilidad - Tasa de incidencia anual * 100,000 habitantes</b>				
Tumores malignos				
Hombre	2007	721,1	-	-
Mujer	2007	423,7	-	-
Tumores malignos bronquios, tráquea y pulmón				
Hombre	2007	124,9	-	-
Mujer	2007	19,5	-	-
Tumor maligno de colon				
Hombre	2007	66,1	-	-
Mujer	2007	42,1	-	-
Tumor maligno de estomago				
Hombre	2007	29,6	-	-
Mujer	2007	17	-	-
Tumor maligno de mama				

Mujer	2007	104,4	-	-
Tumor maligno de próstata				
Hombre	2007	141,3	-	-
<b>Indicador</b>	<b>Año</b>	<b>Asturias</b>	<b>España</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Victimas y defunciones por accidentes de tráfico</b>				
<b>Tasa * 1,000 accidentes</b>				
Victimas	2015	1458	1393	4,67%
Defunciones	2015	15,2	17,3	-12,14%
Tasa * 100,000 habitantes				
Victimas	2015	331	293	12,97%
Defunciones	2015	3,4	3,6	-5,56%
Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Índice de frecuencia de accidentes de trabajo</b>				
Global	2015	24	21	14,29%
Accidentes mortales	2015	3,14	2,36	33,05%
Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Incapacidad permanente en menores de 65 años por 1000 trabajadores</b>				
Global	2015	99,7	59,7	67,00%
Población con limitación de actividad	2014	25,7	24,6	4,47%
Población con limitación grave de actividad	2014	4,7	4,9	-4,08%
Autovaloración Malo/Muy malo	2014	10,6	8,5	24,71%
Indicador	Año	Asturias	España	Diferencia
<b>Salud materno infantil</b>				
Mortalidad infantil	2015	1,9	2,7	-29,63%
Mortalidad neonatal	2015	0,8	1,8	-55,56%
Mortalidad postnatal	2015	1,1	0,9	22,22%
Mortalidad perinatal	2015	5,1	4,3	18,60%
% Nacidos vivos de madres <20años	2015	1,8	2	-10,00%
% Nac. vivos de madres 35 años y mas	2015	42,7	37,6	13,56%
% Nac. vivos con peso de 2,5 kg o mas	2015	92,4	91,7	0,76%
% Nacidos vivos prematuros	2015	7,3	7,6	-3,95%
% Nacidos vivos peso inferior a 2,5 kg	2015	4	4	0,00%
% Niños de < 5 total o parcial con LM	2011	75,5	79,5	-5,03%
Niños	2011	72,5	79,2	-8,46%
Niñas	2011	78,2	79,7	-1,88%
Media de meses total o parc. con LM	2011	4,9	7	-30,00%
Niños	2011	5,2	7	-25,71%
Niñas	2011	4,6	6,9	-33,33%
IVEs * 1,000 mujeres de 15 a 44 años	2015	12,5	10,4	20,19%
Vacunación DTP	2015	99,2	96,6	2,69%
Vacunación antipoliomelítica	2015	99,1	96,6	2,59%
Vacunación Haemophilus Influenza B	2015	99,2	96,6	2,69%
Vacunación Meningitis C	2015	98,9	97	1,96%
Vacunación Hepatitis B	2015	98,3	96,6	1,76%

Vacunación DTP con dosis de refuerzo	2015	93,9	94,6	-0,74%
Vacunación antipoliomelítica con DR	2015	95,7	94,5	1,27%
Vac. Haemophilus Influenza Tipo B r	2015	95,6	94,5	1,16%
Vacunación triple vírica	2015	97,6	96,2	1,46%
<b>Indicador</b>	<b>Año</b>	<b>Asturias</b>	<b>España</b>	<b>Diferencia</b>
<b>Estilos de vida</b>				
% fumadores	2014	22,2	26,3	-15,59%
Hombre	2014	24,4	30,8	-20,78%
Mujer	2014	20	22	-9,09%
Grandes fumadores	2014	7,2	6,9	4,35%
Hombre	2014	9,6	9,2	4,35%
Mujer	2014	4,7	4,6	2,17%
Población que no consume alcohol	2014	23,8	31,8	-25,16%
Hombre	2014	16,3	22,9	-28,82%
Mujer	2014	29,9	40,2	-25,62%
Consumo de alcohol de riesgo	2014	1,7	1,6	6,25%
Hombre	2014	2,2	1,9	15,79%
Mujer	2014	0,9	1,3	-30,77%
% pob. inactividad física tiempo libre	2014	31	35,2	-11,93%
Hombre	2014	27,6	29,9	-7,69%
Mujer	2014	32,2	40,4	-20,30%
IMC > 30	2014	15,8	15,2	3,95%
Hombre	2014	13,7	15,7	-12,74%
Mujer	2014	17,7	14,7	20,41%
Cons. insuficiente de frutas y verduras	2014	30,8	29,9	3,01%
Hombre	2014	33,3	34,5	-3,48%
Mujer	2014	28,2	25,3	11,46%

**Para acceder a documentos con información más detallada**

- ↳ [Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud](#)
- ↳ [Informe de Indicadores de Salud 2017, MSSSI](#)



# ¿Qué problemas influyen en la salud y el bienestar de las personas?

---

Resultados de las encuestas de opinión realizadas a población general

A lo largo del primer semestre del año 2018 se abrió un proceso de consulta a la población general para recoger su opinión para la elaboración del Plan de Salud.

Uno de los procedimientos en esta consulta fue a través de un cuestionario con preguntas abiertas que estaba disponible en la página de Asturias Participa y que también se distribuyó a través de las personas responsables de promoción de salud de los ayuntamientos y en las jornadas de Paciente Activo que se desa-

rollaron en mayo. En total hubo 98 respuestas online a través de la página web y 198 en formato físico. Las principales respuestas se han categorizado en cuatro grupos: contexto y condiciones de vida; entorno y medio ambiente; estilos de vida y sistema sanitario y enfermedad.

A continuación presentamos los problemas señalados por la población y el número de veces que ha sido señalado cada tema.

Figura 26.



Figura 27.



Figura 28.

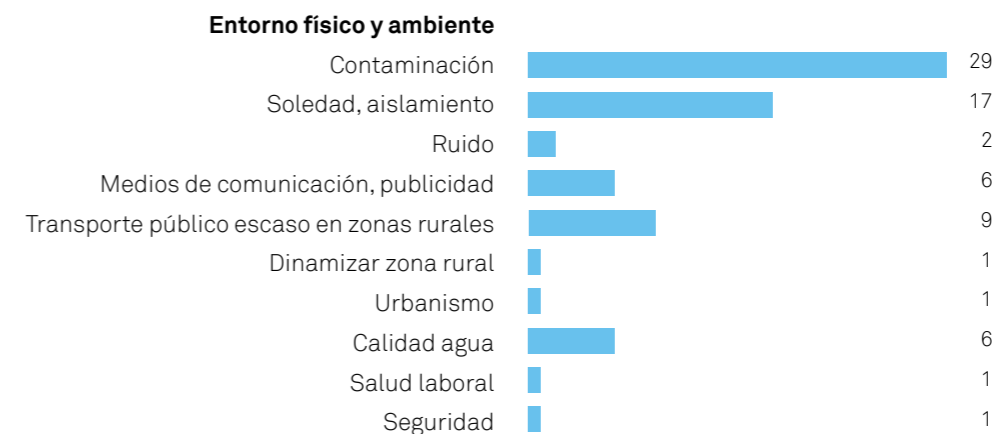
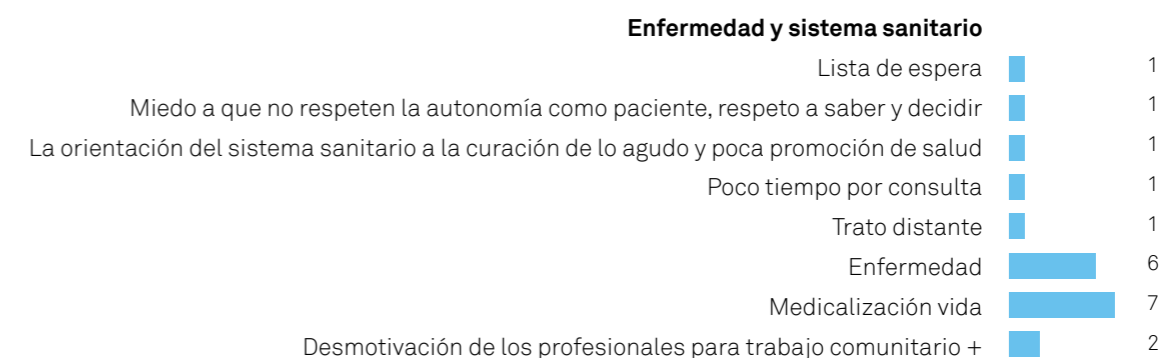


Figura 29.



# Anexo I. Marco teórico

Los modelos con los que se trabaja en el análisis de situación de salud en Asturias en el año 2018 son los siguientes:

1. El modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead<sup>1</sup> modificado con el modelo de Terris (Figura 1)
1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010<sup>2</sup>. Basado en Solar e Irwin<sup>3</sup> y Navarro y Benach<sup>4</sup>. (Figura 2)
2. El modelo utilizado en el proyecto de los County Health Rankings<sup>5</sup>. Este esquema será el que utilizaremos para presentar las diferentes partes del análisis. (Figura 3)

Puede accederse a más información detallada sobre el marco teórico con el que se trabaja desde el Observatorio de Salud y en los procesos de salud comunitaria en Asturias [en el siguiente apartado](#).

**1** 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/policias-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

**2** Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [Internet]. Disponible en: [http://www.mspci.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicar\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.mspci.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf)

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

**4** 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](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_5_505.pdf)

**5** 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 30.

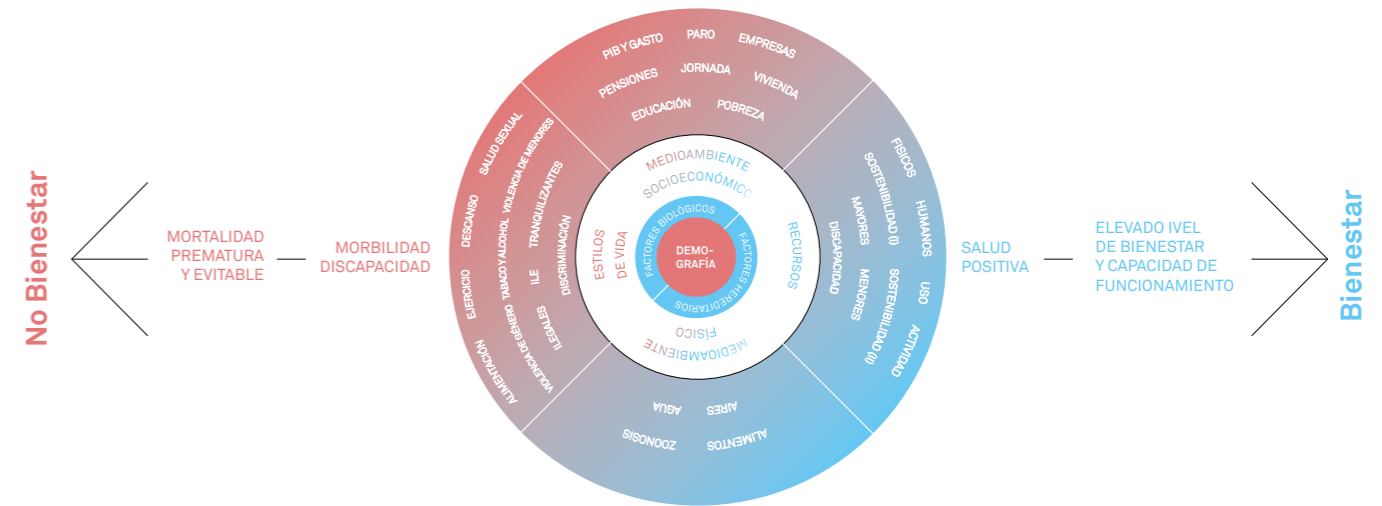
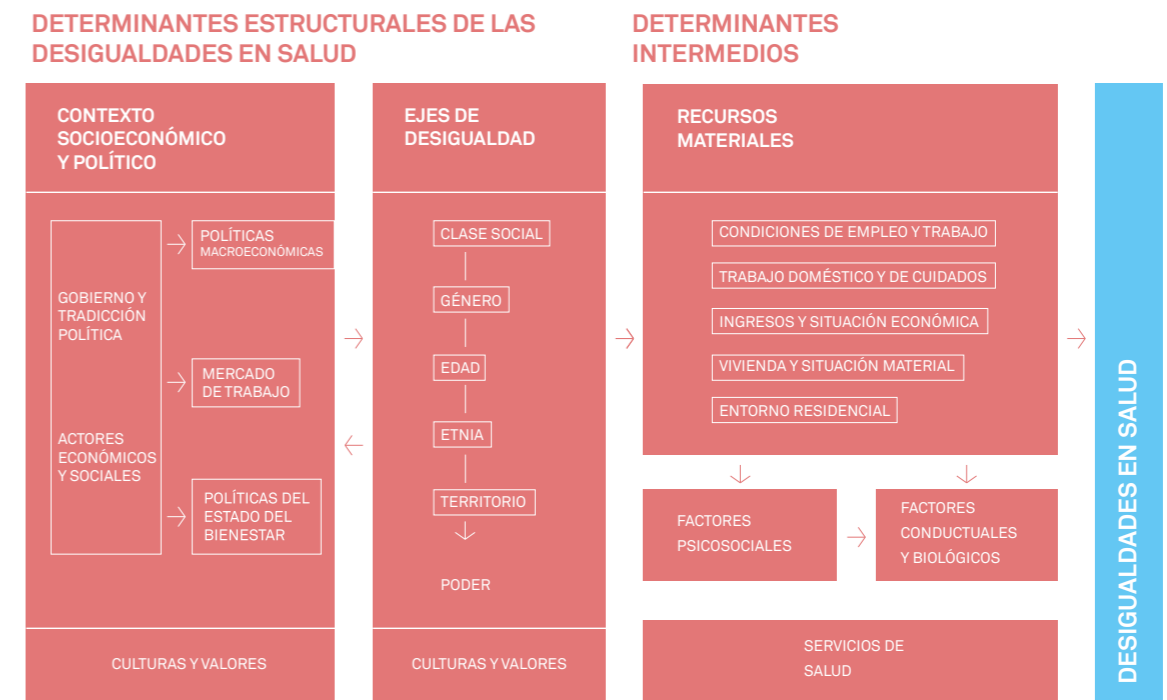
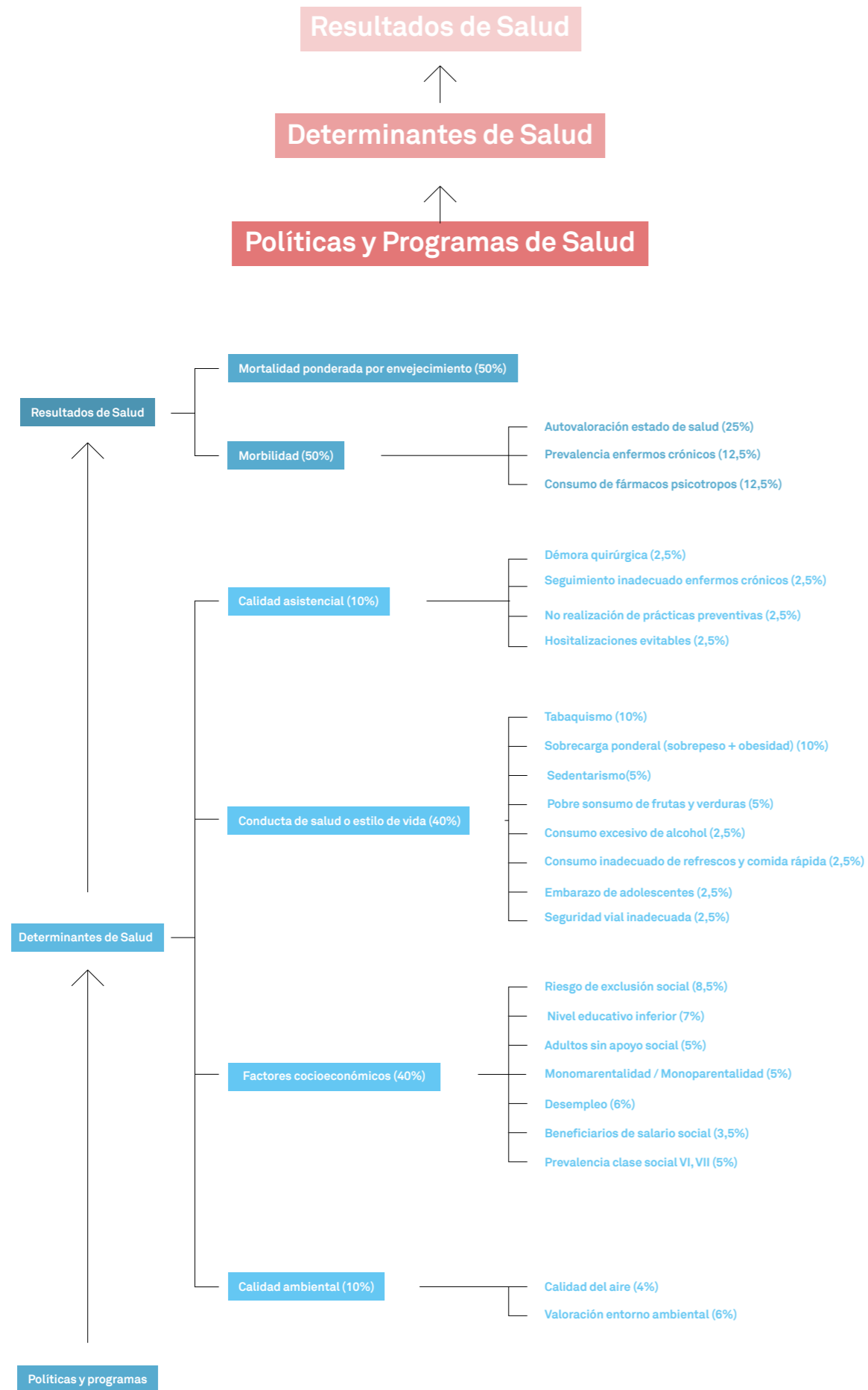


Figura 31.





# Anexo II. Acceso a información ampliada para la realización del ASSA 2018

## I. ¿Qué estamos haciendo?

### Políticas, programas y actuaciones que influyen en los determinantes y los resultados en salud de la población.

- [Astursalud](#)
- [Base de datos de actividades y recursos comunitarios](#)
- [Estrategias de Salud. Gobierno del Principado de Asturias](#)
- [Informe Asturias Actúa en Salud](#)

## II. ¿Cuál es nuestro contexto?

### Entorno y determinantes socioeconómicos

#### Demografía y población

- [Indicador familias monoparentales del OBSA](#)
- [Instituto Nacional de Estadística](#)
- [Portal de dependencia \(Imsero\)](#)
- [Ranking municipal nivel de estudios](#)

#### Dependencia y discapacidad

- [Base de datos Estatal de personas con discapacidad](#)
- Indicadores de dependencia del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales
- Indicadores de discapacidad Observatorio Asturiano de Servicios Sociales

- Indicadores de prestaciones de dependencia del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales

#### Economía

- [Servicio público de empleo del Principado de Asturias](#)
- [Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales](#)

#### Entorno social

- [7º INFORME Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España](#)
- Indicadores del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales
- [Informe AROPE sobre el estado de la pobreza en España 2017](#)
- [Informe sobre exclusión y desarrollo social en el Principado de Asturias 2014](#)
- [Modulo de participación social de la Encuesta de condiciones de vida para España 2015](#)
- [Ranking municipal para datos personas beneficiarias de salario social básico](#)
- [Ranking municipal de personas en riesgo de exclusión social](#)
- [Ranking municipal para datos de personas adultas sin soporte social](#)
- [Ranking municipal clase social](#)

#### Género

- [Observatorio de Igualdad de Oportunidades](#)
- [Violencia de género. Instituto Asturiano de la Mujer](#)
- [Violencia de género Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e](#)

- [Igualdad](#)
- [Violencia de género](#)

### Infancia y educación

- [Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias](#)
- [Seguimiento de los Objetivos y niveles de referencia de la Estrategia Educación y Formación 2020 \(ET2020\)](#)

### Salud ambiental

- [Calidad de las playas asturianas](#)
- [Calidad del aire y salud en Asturias](#)
- [Vigilancia de la calidad del aire en Asturias](#)
- [Observatorio de la sostenibilidad en el Principado de Asturias](#)
- [Red ambiental de Asturias: ruido](#)
- [Red ambiental de Asturias: emisiones contaminantes](#)

### Salud laboral

- [Agentes cancerígenos](#)
- [Decreto RTECAM](#)
- [Decreto Unidades Móviles](#)
- [Directiva Europea sobre Salud Laboral 2017](#)
- [Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020](#)
- [Resolución EVASCAP](#)

## III. ¿Cómo son nuestras conductas?

### Estilos de vida de la población

#### Actividad física

- [Actividad Física y Descanso. Encuesta Nacional de Salud en España 2012](#)
- [Sedentarismo. Encuesta de Salud en Asturias 2018. OBSA](#)

### Alimentación

- [Dieta inadecuada. Encuesta de Salud en Asturias 2018. OBSA](#)

### Drogas, tabaco y alcohol

- [Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas](#)
- [Observatorio de Drogas y Adicción a bebidas alcohólicas de Asturias](#)
- [Ranking municipal de prevalencia de personas fumadoras](#)
- [Ranking municipal de consumo excesivo de alcohol](#)

### Encuestas de salud e informes

- [Encuesta de Salud en Asturias 2012](#)
- [Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2017](#)
- [Informe de salud infantil](#)

### Obesidad y sobrepeso

- [Obesidad y sobrecarga ponderal en Asturias \(OBSA, 2018\)](#)
- [Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias, 2015, DGSP](#)

### Salud sexual y reproductiva

- [Actividad Sexual. Encuesta de Salud en Asturias 2012. OBSA](#)
- [Interrupción Voluntaria del embarazo. Ministerio de Sanidad](#)
- [Embarazo en Adolescentes. OBSA](#)
- [Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Principado de Asturias](#)
- [Programa de Prevención y Atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias](#)
- [Memoria EAPN 2010-2016](#)
- [I Encuesta de opinión a embarazadas asturianas 2010](#)
- [Actividad Sexual. Encuesta de Salud en Asturias 2012. OBSA](#)
- [Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\) 2014 en el Principado de Asturias](#)
- [Embarazo. Ministerio de Sanidad](#)

- [Programa de Prevención y Atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias](#)

### Salud oral

- [Encuesta de Salud Oral en Escolares 2008](#)
- [Estrategia de Salud Oral en Asturias \(OBSA\)](#)

### Seguridad vial

- [Accidentalidad en el Principado de Asturias. DGT](#)
- [Siniestralidad Vial. España 2016. DGT](#)

## IV. ¿Cómo es nuestro sistema sanitario?

### Principales características de nuestro Sistema Sanitario

#### Actividad asistencial

- [Memoria SESPA, 2016](#)
- [Memoria de intervenciones psicológicas en atención primaria 2017](#)

#### Calidad

- [Estrategia de Calidad para Asturias](#)
- [Autopercepción de Salud. OBSA](#)
- [Hospitalizaciones Potencialmente Evitables en Asturias. OBSA](#)

#### Memorias

- [Evaluación equidad. OBSA](#)
- [Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud](#)

#### Salud pública

- [Estrategia de atención al embarazo, parto y etapa neonatal](#)
- [Programa de cribado neonatal](#)
- [Programa de detección precoz de cáncer de mama del Principado de Asturias](#)

- [Programa de vacunaciones en Asturias](#)
- [Educación Afectivo-Sexual en el Ámbito escolar](#)
- [Educación Afectivo-Sexual con familias](#)
- [Educación Afectivo-Sexual con asociaciones](#)

### Seguridad

- [Estrategia de Seguridad el Paciente en Asturias](#)
- [Web de Seguridad le Paciente en el SES-PA](#)

### Sostenibilidad

- [Informe sobre costes hospitalarios y contabilidad analítica en el SNS](#)

## V. ¿Cuáles son nuestros resultados de salud?

### Resumen de los principales indicadores del estado de salud de la población

#### Morbilidad

- [II Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2017](#)
- [Atlas de Diabetes Mellitus en Asturias 2015](#)
- [Atlas de riesgo cardiovascular en Asturias](#)
- [Estrategia nacional de cardiopatía isquémica. Evaluación en Asturias 2012](#)
- [Estrategia nacional de Diabetes. Evaluación, Asturias 2012](#)
- [Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud](#)
- [Enfermedades Raras en Asturias, 1996-2012](#)
- [Informe sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria](#)
- [Informe sobre Enfermedades Raras](#)
- [Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la RENAVE](#)

**Mortalidad**

- [Informe sobre Esperanza de vida](#)
- [Mortalidad en Asturias](#)
- [Informe sobre mortalidad](#)

## VI. Asturias en el contexto nacional

**Datos comparativos de Asturias en el ámbito estatal**

- [Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud](#)
- [Informe de Indicadores de Salud 2017, MSSSI](#)

Informe de situación de Salud

Poblaciones sanas

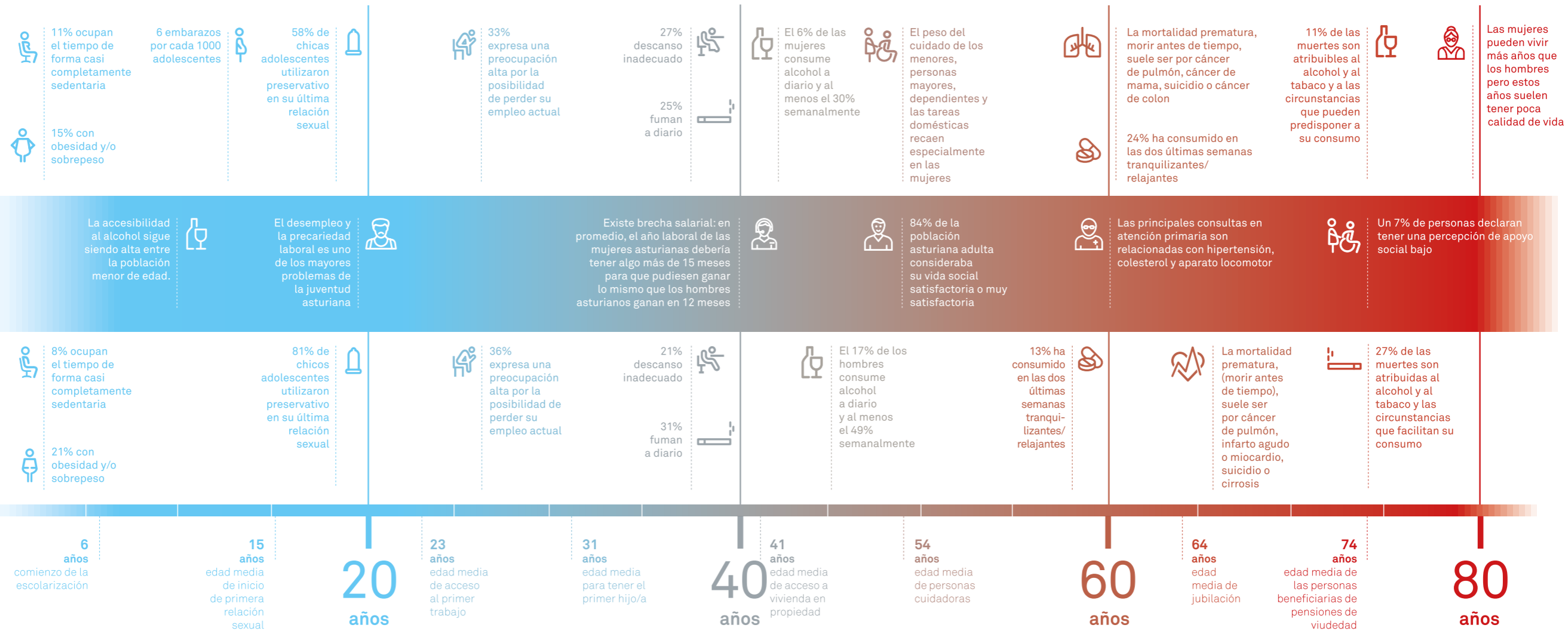


La esperanza de vida al nacer es de 85 años.



La esperanza de vida al nacer es de 79 años.

Nacimiento



Las mujeres pueden vivir más años que los hombres pero estos años suelen tener poca calidad de vida

11% de las muertes son atribuibles al alcohol y al tabaco y a las circunstancias que pueden predisponer a su consumo

La mortalidad prematura, suele ser por cáncer de pulmón, cáncer de mama, suicidio o cáncer de colon

El peso del cuidado de los menores, personas mayores, dependientes y las tareas domésticas recaen especialmente en las mujeres

El 6% de las mujeres consume alcohol a diario y al menos el 30% semanalmente

27% descanso inadecuado

33% expresa una preocupación alta por la posibilidad de perder su empleo actual

58% de chicas adolescentes utilizaron preservativo en su última relación sexual

11% ocupan el tiempo de forma casi completamente sedentaria

La accesibilidad al alcohol sigue siendo alta entre la población menor de edad.

El desempleo y la precariedad laboral es uno de los mayores problemas de la juventud asturiana

Existe brecha salarial: en promedio, el año laboral de las mujeres asturianas debería tener algo más de 15 meses para que pudiesen ganar lo mismo que los hombres asturianos ganan en 12 meses

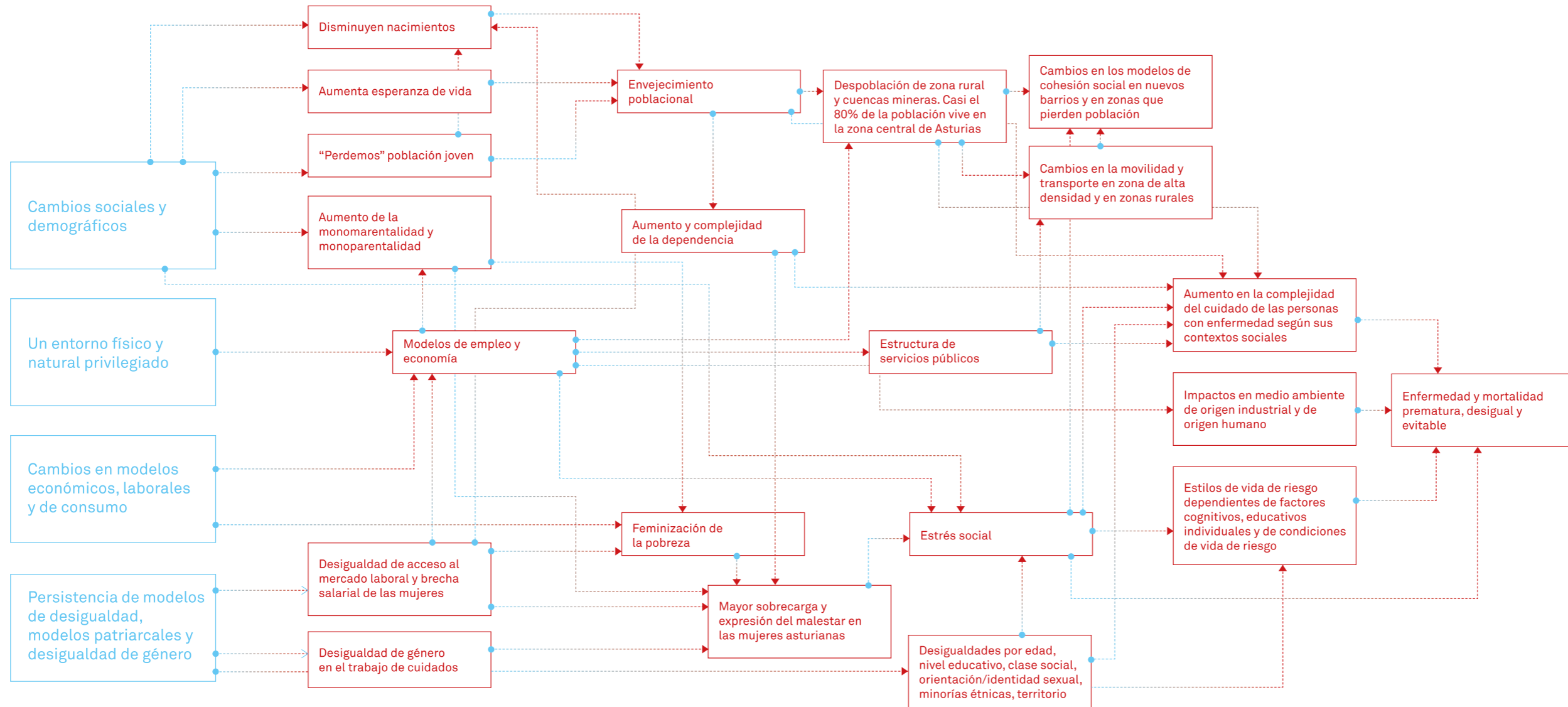
84% de la población asturiana adulta consideraba su vida social satisfactoria o muy satisfactoria

Las principales consultas en atención primaria son relacionadas con hipertensión, colesterol y aparato locomotor

Un 7% de personas declaran tener una percepción de apoyo social bajo

## Informe de situación de Salud

# Personas sanas



### Retos 2018-2028

Algunos retos para la próxima década

- 1 Reforzar participación y acción comunitaria
- 2 Ordenación del área metropolitana central de Asturias, zonas rurales y cuencas
- 3 Generación de nuevos modelos de economías sostenibles y respetuosos con el entorno y la población
- 4 Protección del entorno y el paisaje asturiano
- 5 Fortalecimiento y coordinación de los diferentes servicios públicos
- 6 Incremento de políticas de equidad
- 7 Atención sanitaria centrada en una Atención Primaria sólida y en la coordinación socio sanitaria
- 8 Refuerzo de la educación formal e informal de la población





Gobierno del  
Principado de Asturias

Consejería de Sanidad



OBSERVATORIO  
DE SALUD  
EN ASTURIAS



PLAN DE SALUD  
DE ASTURIAS  
2019 - 2030

POBLACIONES SANAS  
PERSONAS SANAS