

V ENCUESTA DE SALUD PARA ASTURIAS

Año 2023

Informe ejecutivo



Principado de
Asturias

| Consejería
de Salud

V Encuesta de Salud para Asturias (año 2023). Informe Ejecutivo

Autores:

Pilar Alonso Vigil

Eva García Fernández

José Antonio González Fernández

Elaboración:

Servicio de Vigilancia Epidemiológica,

Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Consejería de Salud. Principado de Asturias

Fecha de publicación:

Diciembre de 2025

Resumen ejecutivo

- **La V Encuesta de Salud para Asturias revela datos esenciales** para conocer los cambios que han podido producirse en el **estado de salud, estilos de vida, percepción ciudadana y utilización de los servicios sanitarios** en un momento histórico marcado por las consecuencias de la pandemia por Covid-19.
- **Buena adaptación a las medidas impuestas para el control de la pandemia de Covid-19**, pero con una parte significativa de personas encuestadas preocupada, sobre todo, por el contagio de un familiar (1 de cada 2) y, en segundo lugar, el suyo propio (1 de cada 4). Las mujeres presentaron una mayor afectación emocional, sin evidenciar diferencias relevantes en la capacidad de adaptación.
- **Persiste**, como en encuestas anteriores, una **percepción positiva de la salud**. 2 de cada 3 personas cree que es buena o muy buena. Sin embargo, se aprecian diferencias significativas por género, con una mejor percepción de los hombres. También las clases sociales más altas y un mayor nivel educativo se asocian directamente con una mejor percepción de la salud.
- Desde la encuesta de salud de 2017, se aprecia una **mejora de alguno de los estilos de vida saludables**. En lo que se refiere al sedentarismo, disminuye en 8 puntos porcentuales el porcentaje de personas sedentarias en su tiempo libre, siendo más acentuada esta reducción en los hombres que además, en general, tienen una vida más activa que las mujeres.
- **Mejora de algunos hábitos de alimentación**, con una mayor ingesta de verduras a diario (aunque ha disminuido la de fruta fresca) y una reducción del consumo de dulces y refrescos azucarados. En este caso, son las mujeres las que se alimentan más adecuadamente. Se mantienen, no obstante, diferencias estructurales por clase social y nivel educativo.
- **El tabaquismo se reduce, pero el consumo de alcohol aumenta**. El nivel educativo se asocia claramente con ambos hábitos tóxicos. El nivel universitario se correlaciona negativamente con el consumo de tabaco, sin embargo con el alcohol se observa la tendencia inversa, aumenta el consumo a medida que disminuye el nivel académico.
- **La salud mental** ha tenido un comportamiento estable durante el periodo 2012-2017, mientras que en la actualidad presenta un patrón regresivo. El **riesgo** de tener problemas psicológicos o trastornos de salud mental ha experimentado un **importante incremento** en la población asturiana. Dicho riesgo se relaciona en mayor medida con personas de 15 a 29 años, mujeres, clases sociales inferiores, las nacidas en el extranjero y las que se encuentran en desempleo.
- **El trabajo reproductivo plantea importantes desafíos**. Las mujeres siguen asumiendo una carga mayor que los hombres en el cuidado de las personas mayores y dependientes, manteniéndose un reparto inequitativo de las tareas domésticas, especialmente en hogares con menor nivel educativo.
- En consecuencia, si bien los **cambios observados permiten identificar variaciones relevantes en algunos resultados de salud y estilos de vida, será necesario observar la evolución temporal** de los mismos para determinar si se mantiene la tendencia en el tiempo o se trata de variaciones coyunturales asociadas a los condicionantes concretos del momento.

Resumen ejecutivo	1
Glosario de términos	4
Introducción	5
Ficha técnica	6
Descripción de la muestra	7
Resultados relevantes	8
1. Módulo Mínimo Europeo de la Salud.....	8
2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	9
3. Salud mental	10
3.1 Prevalencia autopercibida de ansiedad y depresión.	10
3.2 Toma de psicofármacos	11
3.3 Repercusiones del periodo de confinamiento por covid en la salud mental. 11	
3.4 Repercusiones del maltrato sobre la salud mental.....	12
4. Estilos de vida	13
4.1 Hábitos tóxicos.....	13
4.2 Alimentación	13
4.3 Sobrepeso/obesidad	13
4.4 Actividad física	14
5. Apoyo social	14
6. Trabajo reproductivo	15
7. Disruptores endocrinos	15
8. Prácticas preventivas	17
9. Utilización de servicios sanitarios.....	17
Conclusiones y Recomendaciones.	19
Anexo I: Gráficos.....	20

Glosario de términos

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): la OMS la define en 1994 como la “*percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones*”.

Disruptores endocrinos: sustancias químicas que interfieren con el funcionamiento normal del sistema endocrino. Se encuentran en plásticos, cosméticos, pesticidas y alimentos contaminados, entre otros productos.

Duke-UNC: instrumento psicológico utilizado para evaluar el apoyo social funcional percibido. Se trata de un cuestionario que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación inferior a 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Euroqol 5D (EQ-5D): medida genérica de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, simple y estandarizada, facilitando la comparación entre tiempos y espacios geográficos diferentes. El instrumento consta de dos partes: un cuestionario que permite la autovaloración del estado de salud en dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor y malestar, ansiedad y depresión) y la escala visual analógica.

Escala visual analógica (EVA): escala de puntuación del EQ-5D. Resume la percepción personal del paciente en un solo valor. Va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable)

GHQ-12: instrumento de evaluación psicológica breve para detectar malestar emocional y posibles trastornos psiquiátricos. Evalúa varias dimensiones como el malestar psicológico general, cambios recientes en el estado emocional y la percepción subjetiva de salud mental en las últimas semanas.

IMC: Índice de masa corporal = peso (kg)/[estatura (m)]², fórmula que se utiliza para evaluar la adecuación del peso corporal de una persona en relación con su altura.

Índice de alimentación saludable (IESA): se construye a partir de los datos de frecuencia de consumo de varios tipos de alimentos (desde “consumo diario” a “nunca o casi nunca” en cinco categorías), y las recomendaciones de las guías alimentarias de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. La puntuación máxima para cada variable, es de 10 puntos y la total, 100 puntos. Tres categorías: ≥80 puntos “saludable”, 79-51 “necesita cambios”, ≤50 “poco saludable”.

Módulo Mínimo Europeo de Salud (MMH): tres preguntas para categorizar tres conceptos diferentes de la salud: la salud autopercibida, la morbilidad crónica y la limitación de la actividad por problemas de salud de larga duración. Se usa en todas las encuestas. Es de fácil comparabilidad y favorece el análisis transversal entre comunidades y países.

OMS: Organización Mundial de la Salud

REACH: Siglas que corresponden al “Registro, evaluación, autorización y restricción de las sustancias y mezclas químicas”. Reglamento de la UE que entró en vigor el 1 de junio de 2007 (CE nº 1907/2006). Es aplicable a todas las sustancias químicas, no solo las industriales, sino también las utilizadas en nuestro día a día, como los productos de limpieza, las pinturas o artículos como ropa, muebles y dispositivos eléctricos.

Sobrepeso/ Obesidad: según la OMS se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Se calcula a partir del IMC. Se considera que hay sobrepeso con IMC entre 25 y 29,9 kg/m² y obesidad cuando el IMC es mayor o igual a 30 kg/m².

Trabajo reproductivo trabajo destinado a satisfacer las necesidades de la familia. Aunque se trata de una dimensión necesaria para la sociedad, su desarrollo se circunscribe principalmente a la esfera doméstica, sin recibir compensación económica ni reconocimiento institucional.

Introducción

La Encuesta de Salud para Asturias es un estudio poblacional periódico que se realiza en nuestra Comunidad Autónoma cada 4-5 años con el objetivo de proporcionar información detallada y actualizada sobre el estado de salud de la población, sus determinantes socioeconómicos, hábitos o estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.

Incorpora, además, la perspectiva de la ciudadanía en relación al proceso salud-enfermedad, recogiendo cómo las personas perciben su propio estado de salud, las causas que atribuyen a sus dolencias, y sus expectativas y valoraciones con respecto a los servicios sanitarios.

Se convierte así en un instrumento muy útil para la planificación, la toma de decisiones y la evaluación de las políticas de salud, más eficaces cuando se basan en necesidades reales y sentidas por la población.

Los resultados que aquí se ofrecen corresponden al año 2023, un año de transición entre la pandemia por Covid-19 y la estabilización social una vez restablecida la normalidad. Esta situación puede dificultar la comparación con encuestas previas dado que las condiciones excepcionales vividas han tenido repercusiones socioeconómicas, han generado un impacto emocional importante y podrían haber condicionado los estilos de vida, la percepción de las personas sobre la salud y el uso de los servicios sanitarios.

Ficha técnica

Ámbito geográfico: Principado de Asturias.

Concejos en los que se realizaron encuestas: Valdés, Vegadeo, Cangas de Narcea, Tineo, Avilés, Corvera, Grado, Oviedo, Siero, Gijón, Villaviciosa, Piloña, Llanes, Mieres, Langreo y San Martín del Rey Aurelio.

Universo: población de 15 o más años de edad

Técnica de investigación: encuesta personal, guiada por entrevistadores/as en el domicilio de la persona o telemáticamente

Diseño muestral: un muestreo aleatorio, estratificado por zona geográfica, sexo y edad.

Tamaño muestral: 2.271 encuestas realizadas, 150 a población institucionalizada, que no se incluyen en este informe. Tamaño muestral analizado es de 2.121 personas.

Distribución de la muestra de encuestas completas por Áreas Sanitarias:

Área Sanitaria	Población \geq 15 años	Muestra	Error muestral
Área I	39.817	71	11,6%
Área II	22.914	68	11,9%
Área III	129.634	421	4,8%
Área IV	292.186	584	4,1%
Área V	264.025	465	4,5%
Área VI	43.790	159	7,8%
Área VII	53.573	183	7,2%
Área VIII	63.302	320	5,5%
Total	909.241	2.271	2,1%

Fecha de realización del trabajo de campo: entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2023.

Objetivos específicos: conocimiento del estado de salud de la población asturiana desde un enfoque multifactorial, en el que las variables sociodemográficas y económicas, los estilos de vida, la existencia de redes sociales adecuadas y de servicios sanitarios accesibles y de calidad, interaccionan entre sí condicionando la morbilidad, la salud mental y la calidad de vida de las personas.

Objetivo prioritario: identificar desigualdades en salud e inequidades que generan desventajas sistemáticas en la salud de las poblaciones más vulnerables, y que deben ser abordadas desde todos los ámbitos, con el liderazgo de salud pública.

Descripción de la muestra

Número de encuestas: 2.271,

Género: 782 son hombres y 1.489 mujeres, lo que supone una sobrerrepresentación de las mujeres (2 de cada 3 encuestadas vs 1 de cada 2 en la población asturiana).

Edad: la media es de 48,5 años, rango de 14 a 101 años. Existe una infrarrepresentación de los de ≥ 65 años (casi 1 de cada 3 asturianos vs a 1 de cada 8 encuestados). Esto se ve compensado por las personas de 30 a 64 años, que suponen 3 de cada 4 personas entrevistadas

La distribución de la muestra por grupos de edad es la siguiente:

	Nº de personas encuestadas	%	Población de Asturias > 14 años
15-29 años	244	10,7%	13,1%
30-44 años	717	31,6%	20,1%
45-64 años	920	40,5%	36,5%
65 y más años	390	17,2%	30,3%

Población extranjera: en la muestra se adecúa a los valores proporcionales en la población (4,5%)

Institucionalizados: en 2023 se incluyen por primera vez a través de la entrevista a un número reducido de residentes en instituciones dedicadas al cuidado de personas mayores. Dadas las diferencias demográficas y socioeconómicas entre ambas poblaciones, se excluyen de este análisis. Serán objeto de un informe específico.

Resumen de las características demográficas de la muestra poblacional:

	Residentes en viviendas familiares
Sexo	
Hombres	34,1%
Mujeres	65,9%
Edad media	46,2 años
Grupo de edad	
15-29 años	11,5%
30-44 años	33,8%
45-64 años	42,8%
65 y más	11,9%
Nacionalidad	
Española	95,4%
Otra	4,6%
Nivel medio de estudios	
Primarios	12,2%
Secundarios	51,5%
Universitarios	36,2%
Clase social auto percibida	
Alta/media	70,7%
Baja/Obrera	29,3%
Hábitat	
Zona rural	12,5%
Zona centro	64,1%
Cuencas mineras	23,3%

Resultados relevantes

1. Módulo Mínimo Europeo de la Salud (MMH)

De las personas encuestadas, 2 de cada 3 tienen una percepción buena o muy buena de su salud en los últimos 12 meses, 6 de cada 10 no refieren problemas de salud crónicos o de larga duración (6 meses o más) y 2 de cada 3 no presentaron limitación en los últimos 6 meses para la realización de las actividades habituales de la vida. En términos cuantitativos, estos datos no presentan modificaciones con respecto a encuestas previas.

La estratificación por sexo no muestra diferencias en la percepción de una mala salud, y las diferencias observadas en morbilidad y discapacidad percibidas no son relevantes. Sí se observa un claro gradiente por la edad para las tres dimensiones.

Se identifican claras diferencias en las patologías reportadas por hombres y mujeres. Mientras que en los hombres, las dos más prevalentes son el colesterol y la tensión arterial elevadas, en las mujeres los dos primeros lugares los ocupan el dolor menstrual y las migrañas. Aunque el dolor de espalda ocupa el tercer lugar en ambos sexos, en las mujeres se presenta con mayor frecuencia (26% vs 19%)

Los problemas físicos son la causa más importante de las limitaciones en ambos sexos. Sin embargo, 1 de cada 5 personas presenta problemas mentales asociados a los físicos como causa de discapacidad, especialmente las mujeres, afectando a 1 de cada 3 personas entrevistadas del sexo femenino que refieren restricción crónica de actividades. Cabe destacar que los problemas mentales como causa de restricción de actividades se reducen con la edad.

En el análisis de otros determinantes de salud, se aprecia como el nivel educativo, la clase social y el hábitat tienen una influencia clara sobre los diferentes aspectos de la salud evaluados en el módulo mínimo europeo: a mayor nivel socioeconómico, mejor percepción de la salud, menos enfermedades crónicas y menos limitaciones para la vida diaria.

El análisis multivariante realizado identificó como factor predictor más importante de una percepción negativa de la salud, el presentar limitación para las actividades de la vida diaria, seguido a distancia de la presencia de morbilidades crónicas y de la edad. La presencia de morbilidad declarada se asoció con la edad, el nivel de estudios y el sexo, siendo las mujeres, las personas de mayor edad y las de un nivel de estudios inferior los grupos poblacionales más afectados. Finalmente, la presencia de limitaciones para las actividades de la vida diaria secundarias a problemas de salud se asoció a la edad, el nivel de estudios, la presencia de morbilidad y la clase social.

2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que surge ante la necesidad de incorporar la percepción del paciente en la evaluación de los resultados en la salud. Para su medición, la Encuesta de Salud de Asturias utiliza, al igual que la Encuesta Nacional, el instrumento del Grupo Euroqol, el cuestionario EQ-5D, y la escala visual analógica (EVA).

El 49% de las personas encuestadas (56% de hombres y 45% de mujeres) reflejan un estado de salud óptimo declarando no tener problemas en ninguna de las 5 dimensiones del EQ-5D.

La dimensión de la escala en la que un mayor porcentaje de personas refiere algún problema es en la de dolor y malestar: 2 de cada 5 personas refieren algún grado. Por el contrario, la dimensión autocuidado es en la que se obtienen los mejores resultados. Sólo 1 de cada 25 personas refiere alguna dificultad para lavarse o vestirse. No se observan variaciones significativas con respecto al año 2017.

De modo global, las mujeres declaran tener más problemas de salud en todas las dimensiones, excepto en la de autocuidados. Las personas mayores reportaron más dificultades en varias áreas del EQ-5D mostrando un peor perfil de salud.

La relación del resultado de salud con otros ejes de desigualdad muestra una menor calidad de vida autoinformada en relación con el nivel de estudios, la clase social autopercibida, y el país de nacimiento: personas con nivel de estudios más bajos, de clases sociales inferiores y nacidas en otros países refirieron más dificultades en todas las áreas del EQ-5D, con la excepción de la dimensión ansiedad/depresión.

La puntuación media de la escala visual analógica fue de 77,3, indicando una buena salud percibida. Este valor permanece estable en las encuestas realizadas en la Comunidad en los últimos 10 años, y es equiparable al que presentaba la población española en la encuesta nacional de salud 2011/2012. Al igual que sucedía con el índice EQ-5D, se observa un gradiente en los resultados de la EVA por grupo de edad, nivel educativo y clase social.

El análisis de la influencia de la morbilidad crónica sobre la calidad de vida percibida, medida a través de la Escala Visual Analógica, muestra como las enfermedades con una repercusión más negativa en la misma son los tumores malignos, seguidos de la fibromialgia y la depresión. Reseñar que el valor medio de la EVA para las personas que declararon no tener ninguna enfermedad crónica diagnosticada es de 85,2.

3. Salud mental

En Europa, la salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad. Existen dificultades en la medición y comparabilidad de la salud mental.

En Asturias, al igual que a nivel nacional, la Encuesta de Salud recoge entre sus ítems la morbilidad declarada de problemas mentales como la depresión y la ansiedad crónica, y el uso de psicofármacos. Asimismo, incluye una herramienta de cribado que intenta detectar cambios o desviaciones recientes de la normalidad en la función psíquica de las personas: el cuestionario GHQ-12.

Los datos reflejan que el mayor riesgo de presentar problemas de índole psicológica o trastornos de salud mental está relacionado con la edad, (más riesgo en personas jóvenes menores de 30 años), el sexo (mujeres), la clase social (clase baja/pobre), el lugar de nacimiento (nacidas en el extranjero) y la situación laboral (en desempleo), constatando nuevamente inequidades en los ejes de desigualdad analizados, con el consiguiente impacto en los sectores más vulnerables.

Como dato a señalar por su relevancia, 1 de cada 3 mujeres vs 1 de cada 5 hombres, están en riesgo de mala salud mental. Y este riesgo se ha incrementado desde las últimas encuestas en todos los grupos etarios con excepción del de personas de edad más avanzada, en las que se mantiene estable. El mayor incremento corresponde a las mujeres más jóvenes.

En relación a la actividad económica y el género, el 43% de mujeres en desempleo y otro tanto similar de mujeres estudiando sobrepasan el umbral crítico de problemas psicológicos/mentales, siendo las mujeres que refieren tareas del hogar no remuneradas, las que se encuentran en menor porcentaje en riesgo (28%). De las personas en situación laboral activa, son las más jóvenes, hasta los 30 años de edad, las que presentan en mayor proporción una puntuación por encima del umbral de riesgo (43% vs el 17-19% de las personas entre los 30 y los 65 años).

Con respecto al lugar de nacimiento, las personas nacidas en el extranjero tienen mayor riesgo que las personas nacidas en España (41% vs 29%). Hasta 1 de cada 2 mujeres y 1 de cada 3 hombres extranjeros sobrepasan el umbral establecido.

El análisis multivariante asocia la vulnerabilidad psicológica a la edad, el sexo, el desempleo, la clase social autopercebida y la presencia de algunas morbilidades como los tumores malignos, las migrañas y el dolor crónico de espalda.

3.1 Prevalencia autopercebida de ansiedad y depresión.

En el conjunto de la población encuestada, 1 de cada 7 personas declara tener depresión, y una proporción similar ansiedad. La ansiedad referida ha aumentado en 4 puntos porcentuales con respecto a la encuesta del año 2017.

Tanto la depresión como la ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres, y la mayor prevalencia se encuentra en las personas de 65 y más años de edad (casi 1 de cada 5 declara tener depresión y 1 de cada 7, ansiedad).

Resulta significativo que la población nacida en el extranjero manifiesta una mayor frecuencia de depresión, mientras que en las personas nacidas en España predomina la ansiedad.

La relación con el nivel educativo se evidencia de forma clara para la depresión, en que se observa un claro gradiente: el 22% de la población con estudios primarios refiere depresión vs al 11% de los que refieren estudios universitarios. Las diferencias son menos relevantes

para la ansiedad (14% de personas con estudios primarios refieren ansiedad vs al 11% de personas con nivel académico avanzado).

Es llamativa la relación existente entre la morbilidad declarada y la autopercepción de la salud con la ansiedad y la depresión: el 21% de personas con morbilidad declarada refieren ansiedad vs al 6% de las que no presentan morbilidades. De la misma manera, la prevalencia de la ansiedad en las personas con una auto percepción de la salud mala/muy mala es del 26% vs al 6% de las personas que refieren una salud buena o muy buena. Cifras similares se observan para la depresión. La limitación de actividades es otro factor relevante asociado con estas patologías mentales, observándose un claro gradiente entre las personas gravemente limitadas y las personas nada limitadas.

En relación con la actividad económica, la ansiedad es más prevalente en personas que realizan trabajo del hogar no retribuido y en desempleo (20% y 19% respectivamente), mientras que el mayor porcentaje de personas con depresión lo encontramos entre aquellas que se encuentran en desempleo (20%) y las jubiladas (19%).

Finalmente, señalar que el 32% de las personas con una puntuación de riesgo en el GHQ presentan depresión vs el 7% de las que presentan una puntuación por debajo del umbral establecido. Lo mismo sucede para la ansiedad con cifras del 28 y 6% respectivamente. Por tanto, parece existir una buena correlación entre ambas medidas.

3.2 Toma de psicofármacos

De manera prácticamente concordante con la prevalencia referida de ansiedad, 1 de cada 8 personas tomó medicamentos tranquilizantes en las dos últimas semanas. Sin embargo, sólo 1 de cada 15 tomó antidepresivos. En ambos casos, estos porcentajes se incrementan en las mujeres: el 8% tomó antidepresivos (4% de hombres) y el 15% ansiolíticos (7% de hombres). Por edad, son las personas mayores de 65 años las que realizan un mayor consumo

El análisis de los determinantes sociales muestra cómo, en el conjunto de la muestra, existe un gradiente en función del nivel educativo tanto en la ingesta de tranquilizantes como de antidepresivos. Este gradiente es claro para las mujeres, mientras que en los hombres se observa una brecha en el consumo de tranquilizantes entre los que tienen máximo nivel académico (menor consumo) y el resto. Sin embargo, por clase social autopercebida, el gradiente es llamativo en los hombres para la toma de tranquilizantes, no observándose un patrón claro en las mujeres ni para los antidepresivos.

3.3 Repercusiones del periodo de confinamiento por covid en la salud mental

La medida de confinamiento instaurada durante la crisis sanitaria generada por la pandemia por covid-19, aunque necesaria para contener la propagación del virus, generó consecuencias importantes en la esfera del bienestar psicológico de las personas. La aproximación a la magnitud de los mismos ha sido objeto de estudio por parte de la actual Encuesta de Salud.

De acuerdo con la información obtenida a partir de las personas encuestadas, 6 de cada 100 personas presentaron afectación en todos los ítems explorados; y 6 de cada 10 refirieron mucha afectación en, al menos, una de las cuestiones planteadas. A partir del análisis porcentual, se observa una distribución gradual de la carga emocional, evidenciando una escala de intensidad entre las diferentes preocupaciones.

- 1 de cada 7 personas se notó con MUCHO menos interés o placer por hacer cosas, decaída y/o deprimida
- Igualmente, 1 de cada 7 personas refiere haber tenido MUCHO problema con el sueño (dormir peor, pesadillas...) durante dicho periodo.
- 1 de cada 5 personas se notó MUY nerviosa y/o ansiosa

- 3 de cada 10 señalan MUCHA preocupación, en general, durante el periodo de confinamiento.
- 1 de cada 4 personas se sintió con MUCHO miedo a contagiarse y
- 1 de cada 2 con MUCHO miedo a que se contagiara algún familiar.

Y una vez más está presente la brecha de género siendo las mujeres las que refieren un mayor nivel de afectación en todas las dimensiones estudiadas, y las diferencias por grupos etarios: las personas más jóvenes refieren más frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad o problemas del sueño, mientras que las personas en edades medias de las vidas expresan mayor preocupación y miedo al contagio de familiares.

Por nivel educativo, apenas hay diferencias en las diferentes variables explotadas, con excepción del miedo a contagiarse que fue menor en las personas con más estudios.

Resulta relevante mencionar que 3 de cada 4 personas refieren una adaptación buena o muy buena a las medidas adoptadas como consecuencia de la pandemia y que, las diferencias por género y grupo de edad son de escasa relevancia. Sin embargo, vuelven a evidenciarse desigualdades socioeconómicas, especialmente en mujeres, siendo las personas con menor nivel de estudios adquirido y las de clases sociales inferiores las que refieren una peor adaptación.

Reseñar que el 4,4% de las personas entrevistadas precisó medicación con algún psicofármaco (2,2% hombres y 5,6% mujeres), siendo los antidepresivos el grupo farmacológico más prescrito (48%), seguido de los ansiolíticos (38%) y los reguladores del sueño (16%).

3.4 Repercusiones del maltrato sobre la salud mental

El 10% de las personas encuestadas ha sufrido maltrato de forma aislada en alguna ocasión (7% de hombres y 11% de mujeres). El 4% refiere padecerlo o haberlo padecido de forma continuada (2% de hombres y 5% de mujeres). Estas cifras se han incrementado en 3 puntos porcentuales con respecto a la última encuesta de salud. El incremento observado es de mayor magnitud para los hombres, en los que se ha duplicado, que para las mujeres.

La consecuencia referida con mayor frecuencia por las personas que han sufrido maltrato es la tristeza, presente en 2 de cada 3 (68%), seguida de la angustia (64%). La tercera manifestación más frecuente es la baja autoestima (57%). Otras manifestaciones habituales son los cambios de ánimo (48%), el miedo o temor (46%) y la irritabilidad (41%). Manifestaciones físicas como los dolores de cabeza y la fatiga permanente se presentaron con menor frecuencia.

Por sexo, se observan porcentajes superiores de tristeza, angustia y miedo/temor en mujeres con respecto a los hombres. Los hombres puntúan más que las mujeres en cambios del ánimo, baja autoestima y fatiga permanente.

Es la gente más joven (de 15 a 29 años) en la que se observan mayores consecuencias del maltrato, especialmente en lo referido a tristeza, baja autoestima, miedo, insomnio, dolores de cabeza y fatiga permanente. El porcentaje de angustia referida es similar para todos los grupos de edad.

Las personas nacidas en el extranjero refieren con mayor frecuencia que las nacidas en España tristeza, dolores de cabeza y fatiga permanente.

Aunque en algunas de las manifestaciones estudiadas se observa un gradiente por nivel de estudios, la angustia y la baja autoestima se manifiestan por igual en todos los niveles educativos.

4. Estilos de vida

Desde un enfoque integral de la salud, factores como la alimentación, la actividad física, el descanso, las relaciones interpersonales y la ausencia de hábitos tóxicos son pilares importantes para mantener un adecuado equilibrio físico y mental. La asociación entre estilos de vida y determinantes socioeconómicos ha sido ampliamente documentada en estudios de salud pública y epidemiología: factores como el nivel educativo, los ingresos, el país de nacimiento entre otros, condicionan las posibilidades de adoptar hábitos saludables, influenciados por las condiciones estructurales que limitan o favorecen ciertos comportamientos.

4.1 Hábitos tóxicos

Abordando en primer lugar los hábitos tóxicos, señalar que el consumo de tabaco se ha reducido significativamente, pasando del 31% al 20% de personas que refieren fumar. Aunque no se observan diferencias por sexo en la prevalencia de personas fumadoras, sí que se detectan más hombres exfumadores que mujeres, y más mujeres que no han fumado nunca. Las desigualdades sociales también influyen de manera evidente en este hábito nocivo, siendo mayor el porcentaje de fumadores a diario en las personas con estudios primarios y medios en relación a las que han adquirido un nivel de estudios universitarios. Asimismo, la percepción de pertenecer a una clase social alta o elevada se asoció a un mayor porcentaje de personas que nunca fumaron.

En contraste, el porcentaje de personas que refieren no haber tomado nunca alcohol se ha reducido, pasando del 27% al 18%. La fracción poblacional de mujeres sin historial de consumo de bebidas alcohólicas es muy superior al de los hombres en todos los grupos de edad, con excepción del más joven (de 15 a 29 años), en que se igualan. Es la población en edades medias de la vida (de 45 a 64 años) la que registra en mayor medida una frecuencia de consumo semanal. Aunque las clases altas consumen alcohol de forma más frecuente, suele ser en contextos más controlados, por lo que sus consecuencias negativas se ven atenuadas en estos sectores con mejores condiciones socioeconómicas.

4.2 Alimentación

El índice de alimentación saludable calculado nos indica que sólo 1 de cada 5 personas tienen una dieta saludable, más las mujeres que los hombres (23% vs 16%), y las personas del grupo etario superior, con un manifiesto gradiente por la edad (31% mayores de 65 años vs 8% entre los 15 y los 29 años). Las desigualdades sociales son claramente perceptibles en la alimentación: las personas nacidas en España, las que tienen estudios universitarios y las de clases sociales más altas representan los grupos poblacionales que realizan en mayor proporción dietas saludables. No obstante, debe reseñarse que para todos los ejes de desigualdad analizados, en la mayor parte de personas se observa la necesidad de realizar cambios en sus hábitos alimentarios. Entre los hábitos alimentarios que deben mejorarse se encuentra el consumo diario de fruta que se ha reducido en 6 puntos porcentuales (del 62% al 56%) desde las últimas encuestas de salud.

4.3 Sobrepeso/obesidad

En consonancia con lo anterior, el sobrepeso y la obesidad son problemas relevantes a nivel poblacional: 1 de cada 2 personas presenta exceso de peso, y este porcentaje se incrementa con la edad. Se observa una distribución desigual por sexo, siendo los hombres los más afectados. La diferencia es especialmente relevante para el sobrepeso, que presenta una prevalencia del 45% en hombres y del 29% en mujeres. Y como viene sucediendo para prácticamente todas las variables analizadas, el problema afecta especialmente a personas de bajo nivel educativo. La prevalencia de obesidad en personas con estudios primarios es el doble de la que presentan las personas que adquirieron estudios universitarios (22% vs 11%). Igualmente, la clase social incide de manera

equivalente en la presencia de obesidad, siendo las personas pertenecientes a las clases inferiores las que presentan mayores porcentajes de peso no saludable.

Reseñar que el 15% de las personas con exceso de peso considera que su peso es normal. La distorsión en la autopercepción corporal se asoció al sexo masculino, haber nacido en el extranjero, tener adquirido un nivel máximo de estudios primarios y percepción de pertenencia a clases inferiores de la escala social. No obstante, la única diferencia con significación estadística es la que se observa entre hombres y mujeres.

El análisis multivariante pone de manifiesto la asociación de la sobrecarga ponderal, además de con factores ampliamente reconocidos y estudiados, como son la edad, el sexo, la dieta y la actividad física, con otros hábitos menos explorados y que merecen una atención especial, dada la relación observada entre la exposición a sustancias químicas ambientales y el sobrepeso (Baillie-Hamilton, 2002). Nuestro modelo identificó una relación entre el sobrepeso/obesidad y la práctica de calentar la comida y/o bebida en recipientes de plástico en el microondas. La probabilidad de tener exceso de peso en las personas que realizan esta práctica varias veces al día duplicó a la de las personas que refirieron no realizarla nunca.

4.4 Actividad física

Finalmente, resulta relevante mencionar aspectos relativos a la realización de actividad física, bien en el lugar de trabajo o en el tiempo libre: el sedentarismo durante la jornada laboral afecta a cuatro de cada 10 personas. Este porcentaje se incrementa en las personas menores de 30 años: 1 de cada 2 está sentada la mayor parte del tiempo en su jornada laboral. A esto se suma el hecho de que 1 de cada 4 personas refiere no realizar ejercicio o actividad física en su tiempo libre (1 de cada 3 personas mayores de 65 años y 1 de cada 5 menores de 30 años). El problema del sedentarismo se agrava en las mujeres: 28% vs 22% de hombres no realizan ningún tipo de actividad física en su tiempo de ocio. También en las personas nacidas en el extranjero, que tienden a ser más sedentarias. En relación con el nivel educativo y la clase social autopercebida se observa que las personas en estratos poblacionales más favorecidos tienen trabajos más sedentarios pero realizan más deporte en su tiempo libre.

5. Apoyo social

El apoyo social percibido es un componente fundamental de la salud y bienestar de la persona, habiéndose demostrado su impacto en la salud mental. Evaluar el apoyo social percibido permite identificar personas en riesgo de aislamiento social o soledad, con efectos perjudiciales para la salud. Para valorar el apoyo social percibido se ha utilizado el cuestionario DUKE-UNC.

Señalar que el 6% de los hombres y el 9% de las mujeres obtienen una puntuación de riesgo, siendo las personas en edades medias de la vida las que tienen una percepción más baja de apoyo social. El gradiente social está presente una vez más, siendo la prevalencia de un nivel reducido de respaldo social 4 veces superior en la clase baja/pobre con respecto a la clase media.

En relación a la actividad económica, y tomando como referencia a las personas que se encuentran estudiando, la mayor razón de prevalencia para la obtención de una puntuación de riesgo en el apoyo social percibido correspondió a las personas que realizan trabajo del hogar no remunerado, seguidas de las personas en paro.

No obstante, sólo el 3,4% de la población encuestada refiere que su vida social es poco satisfactoria o insatisfactoria por completo. Este porcentaje se incrementa ligeramente en la gente joven y de menor nivel educativo, sin que las diferencias sean demasiado relevantes. Algo más preocupante es el hecho de que el 15% de personas refiere no tener nunca, o casi nunca, una hora diaria para sí mismo para la realización de actividades con las que disfrutar y/o relajarse.

Las diferencias por género son relevantes. Mientras que 1 de cada 5 mujeres carecen de un tiempo diario de relax, esta proporción se reduce a la mitad en el caso de los hombres: sólo el 7% declara no tener nunca o casi nunca una hora al día para sí mismos. De igual manera, la edad juega un papel importante, evidenciándose como las personas en edades medias de la vida son las que menos disponibilidad de tiempo tienen. Otros resultados relevantes muestran que las personas con un mayor nivel educativo y las del ámbito rural son las que refieren en menor porcentaje disponer de tiempo para el relax.

Por último, y en complemento a los datos anteriores, resulta pertinente añadir que 1 de cada 4 personas que ha necesitado ayuda para el cuidado de menores y/o personas dependientes no la ha encontrado nunca, y que 1 de cada 6 sólo la ha tenido a veces. Son las personas en edades medias de la vida las que más precisan habitualmente de esta ayuda y las que disponen de menos apoyo para realizarla. Es relevante destacar que esta necesidad de apoyo es superior en las personas nacidas en España con respecto a las nacidas en otros países.

En suma, los diferentes aspectos evaluados del bienestar subjetivo nos indican que, especialmente, las mujeres en edades medias de la vida son el grupo poblacional con menos disponibilidad de tiempo libre para el descanso y la desconexión emocional, lo cual puede tener implicaciones importantes en el bienestar subjetivo y la salud, tanto física como mental.

6. Trabajo reproductivo

Aunque las mujeres se han incorporado mayoritariamente al mercado laboral, los hombres no se han integrado igualitariamente al trabajo doméstico, lo que supone una sobrecarga para las mujeres, que presentan gran dificultad en su conciliación laboral y personal. Desarrollar tareas de cuidados puede convertirse en un estresante crónico, con el consiguiente riesgo para la salud.

En el ámbito de los hogares en los que existen personas dependientes, menores de 15 años o mayores de 75 años que precisan algún tipo de cuidados, 1 de cada dos personas entrevistadas realiza labores de asistencia cotidiana, esencialmente, mujeres. Se observa un gradiente inverso entre las tareas de cuidado en el domicilio y el nivel de estudios alcanzados, de tal modo que el porcentaje de personas que realizan cuidados en solitario en el hogar disminuye según aumenta el nivel de formación, especialmente referido al cuidado de menores.

Tres de cada cuatro personas que realizan tareas de cuidado en el hogar refieren problemas de salud secundarios a ello. Es reseñable que son las personas de mayor edad (mayores de 65 años) las que refieren en mayor medida no tener problemas de salud secundarios (1 de cada 3). Lo mismo sucede para las personas nacidas en España con respecto a las nacidas en otros países (12,5% vs 26,1%;) y para las personas con estudios primarios con respecto a las que tienen estudios medios o universitarios. No obstante, ninguna de estas diferencias alcanza la significación estadística.

El cansancio es el síntoma más frecuente, presente en 1 de cada 3 cuidadoras, seguida del estrés, en 1 de cada 4. Los dolores de espalda están presentes en 1 de cada 5, 1 de cada 7 refiere depresión, y 1 de cada 10 dificultades para dormir. Todos los problemas de salud interrogados son referidos con mayor frecuencia por mujeres que por hombres, y disminuyen con la edad, afectando la depresión más frecuentemente a la población en edades medias de la vida. Cabe reseñar que sufrir problemas de salud relacionados con las tareas de cuidado en el hogar es inversamente proporcional a la clase social.

7. Disruptores endocrinos

La Organización Mundial de la Salud los ha definido como *"la sustancia exógena o mezcla que altera la función del sistema endocrino y por tanto, causa efectos adversos sobre la salud en un organismo intacto, o en su progenie, o en la población"*.

Se han detectado más de un millar de sustancias químicas con capacidad de alterar el sistema endocrino y presentes en productos cotidianos: cosméticos, textiles, tupperes de plástico, sartenes, alimentos como frutas, peces de gran tamaño etc.

Los fetos y los bebés lactantes son una población especialmente vulnerable porque estas sustancias tienen la capacidad de atravesar la placenta y están presentes en la leche materna. Dado que estas edades son críticas para el desarrollo, el efecto en la salud podría ser a largo plazo.

En el momento actual, no existen instrumentos estandarizados que nos permitan, a través de cuestionarios de salud, medir la exposición individual a los disruptores endocrinos para estimar el impacto de los mismos en la salud humana o en la prevalencia de diversas enfermedades.

A modo de aproximación, en la actual Encuesta de Salud para Asturias se han elaborado varias preguntas dirigidas a hábitos personales/familiares que se han relacionado con una posible exposición a estas sustancias químicas en el día a día.

Los resultados muestran que la población nacida en España, especialmente mujeres, con estudios universitarios y clase social más elevada, tiende a realizar hábitos más favorables para la salud desde el punto de vista de la exposición diaria a sustancias ambientales de riesgo endocrino.

Estos hábitos incluyen una mayor frecuencia de consumo de alimentos ecológicos, de desecho de hojas externas de verduras, y de la piel y grasa de aves, carnes, pescados etc., una menor frecuencia de utilización de plásticos para el almacenaje de comidas y bebidas, y de calentamiento de plásticos en el microondas.

Como datos a reseñar, cerca de la mitad de las personas encuestadas utilizan recipientes de plástico para almacenar comida y bebida, sin diferencia por sexo, con mayor incidencia en la gente joven, clases sociales inferiores y personas nacidas en el extranjero, no existiendo diferencias por nivel educativo.

El hábito de calentar la comida y/o bebida en plásticos en el microondas está aún bastante extendido. Seis de cada 10 personas lo realizan y de ellas, 1 lo realiza varias veces al día. No obstante, una vez más se evidencia la influencia de los determinantes sociales en estos resultados. Personas nacidas en España, de clases sociales elevadas y con estudios universitarios lo realizan con menor frecuencia. Al igual que consumen más alimentos ecológicos.

Por el contrario, el peso de los condicionantes sociales es menor en otros hábitos como el desecho de las hojas de verduras y el modo de consumo de la fruta. Comer la fruta lavada y pelada es un hábito adquirido en mayor medida en la población extranjera que en la nacida en España.

Se ha realizado, por tanto, en la actual encuesta un análisis aproximativo a los disruptores endocrinos que nos ha permitido identificar oportunidades de mejora en los hábitos cotidianos de consumo, y en las prácticas de elaboración culinaria y conservación de los alimentos, con la necesidad de incidir en los sectores más vulnerables de la población en relación con los condicionantes sociales y económicos.

8. Prácticas preventivas

En relación a las prácticas preventivas en la mujer, es reseñable que 1 de cada 8 mujeres en edad de cribado de mama, o superior, no se ha realizado nunca una mamografía, y que 1 de cada 4 no ha realizado nunca una citología vaginal o determinación de virus de papiloma humano. Este porcentaje se incrementa en mujeres nacidas en el extranjero, en las clases sociales inferiores y, especialmente, en las de menor nivel educativo: 1 de cada 2 mujeres con estudios primarios no se ha realizado nunca cribado de cáncer de cérvix vs 1 de cada 6 con estudios universitarios. Merece la pena destacar que, de las mujeres que no han participado en el cribado, 1 de cada 3 refiere que nunca se lo han recomendado.

Con respecto a la prevención del cáncer de colon, dos personas de cada tres no se realizaron nunca test de sangre oculta en heces ni colonoscopia (el 56% en edad de cribado), y al igual que sucedía con el cribado del cáncer de cérvix, el país de nacimiento tiene un peso importante y las personas nacidas en el extranjero se lo realizan con menor frecuencia, sin observarse diferencias relevantes por otros determinantes socioeconómicos. Cabe reseñar que 1 de cada 3 personas de las que recibieron invitación para participar en el cribado de colon se realizó colonoscopia, y que 2 de cada 3 personas en edad de cribado que no se realizaron nunca estas pruebas refirieron que el motivo fue no haber recibido invitación para ello.

9. Utilización de servicios sanitarios

En la actualidad, en relación con la manera con que la población de nuestro entorno hace uso de los servicios sanitarios existen diversos factores unos relacionados con la demanda como el envejecimiento de la población y mayor preocupación de los ciudadanos por aspectos relativos a la calidad de vida y otros que tienen que ver con la oferta, como una mayor accesibilidad y el desarrollo tecnológico que conllevan un incremento progresivo de la utilización de servicios sanitarios. Así mismo, existe un mayor nivel de información de los ciudadanos y un mejor conocimiento de sus derechos que también condiciona la exigencia de la población.

Por otro lado la satisfacción de los servicios sanitarios, es decir, la valoración subjetiva que hacen los paciente sobre la calidad de la atención médica recibida, basada en la comparación entre las expectativas del paciente y la experiencia real vivida con los servicios y profesionales sanitarios, es también un factor que condiciona un adecuado uso de los recursos sanitarios y debe ser tenido en cuenta para la planificación y gestión de los servicios sanitarios.

Al igual que señala la Encuesta de Salud de España 2023, se ha observado una disminución en el uso de ciertos servicios sanitarios, especialmente las consultas de Atención Primaria y en menor medida, los ingresos hospitalarios. Sin embargo, y por el contrario de lo que sucede a nivel nacional, las consultas de atención especializada y las urgencias se han incrementado. La caída en consultas médicas de Atención primaria puede interpretarse como un efecto del contexto post pandémico. No obstante, la falta de profesionales y el aumento de presión asistencial pueden haber desviado la atención médica hacia otros niveles asistenciales.

La demora asistencial ha aumentado, 1 de cada 8 personas tarda más de 1 semana en obtener cita en Atención Primaria, siendo la demora media de 3,4 días. Sólo 5 de cada 10 personas son atendidas en un periodo de 2 días o menos desde la solicitud de la cita vs 7 de cada 10 en el año 2017. Acudir a un especialista conlleva una demora media de casi 5 meses.

Sin embargo, 7 de cada 10 personas valoran como buena o muy buena su experiencia en Atención Primaria, sin diferencias por sexo. Las personas nacidas fuera de España la valoran mejor, así como las personas más jóvenes y las de mayor edad. El nivel de satisfacción decrece ligeramente a medida que aumenta la clase social, y la tendencia es inversamente proporcional al nivel de estudios.

El uso de los servicios asistenciales es algo superior en mujeres, con excepción de los ingresos hospitalarios, aumenta como es lógico con la edad y se relaciona con el nivel educativo, haciendo más uso y frecuentación las personas con nivel de estudios primarios y medios.

Aunque no se ha modificado el porcentaje de personas que no han obtenido asistencia sanitaria tras solicitarla, se ha incrementado el número de usuarios con seguros privados, pasando del 6% (año 2017) al 10% en la encuesta actual.

Un aspecto que merece especial atención es la restricción en el uso de servicios sanitarios por falta de medios económicos, centrada fundamentalmente en la salud dental, en la que se observan grandes inequidades. El 26% de personas de clases sociales inferiores no pueden permitírsela vs al 12% de las clases más elevadas. Otros ejes de desigualdad incluyen el género, el país de nacimiento y el nivel de estudios: mujeres y personas nacidas fuera de España tienen más dificultades de acceso, así como las personas con menor nivel educativo.

Conclusiones y Recomendaciones.

La Encuesta de Salud para Asturias del año 2023 refleja la evolución compleja de múltiples factores relacionados con la salud en un momento crítico tras la pandemia por Covid-19, y es una herramienta de gran utilidad para determinar aspectos en que los que incidir para mejorar la calidad de vida de la población asturiana.

Coexiste una percepción positiva de la salud con un incremento en el riesgo de problemas de salud mental y un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en hombres. Aunque se observan mejoras en algunos estilos de vida, como la reducción del sedentarismo y el tabaquismo, junto a alguna mejora en la alimentación, persisten desigualdades estructurales significativas por grupos socioeconómicos, desigualdades presentes asimismo, en el acceso y utilización de servicios sanitarios no financiados.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas en la población justifica la necesidad de mantener, diseñar e implementar estrategias de prevención y control de alta efectividad y aceptabilidad social. En este marco, priorizar la promoción de estilos de vida saludable y fortalecer un modelo de atención primaria que refuerce las actividades preventivas y el seguimiento de los pacientes crónicos resulta imprescindible para obtener impactos positivos en la salud.

El incremento del riesgo de problemas de índole psicológica exige una especial atención a la salud mental, con promoción del bienestar emocional en todos los ámbitos, desde el educativo al laboral, prestando un tratamiento preferente a los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales en todas las acciones. La salud mental debe ser considerada una prioridad estratégica en el diseño e implementación de programas, dado su impacto transversal en aspectos como la calidad de vida o la percepción de la salud

Entre los retos actuales de la salud pública podemos incluir los disruptores endocrinos, miles de sustancias químicas presentes en nuestra vida cotidiana que pueden ocasionar alteraciones hormonales y afectar a la salud humana. A pesar de los avances normativos en Europa, como el programa REACH¹, persiste una brecha entre la regulación y las condiciones habituales de vida, siendo necesario aumentar la conciencia pública sobre sus riesgos, promover prácticas más seguras en el uso de productos que los contienen, y desarrollar un enfoque integral para proteger a las poblaciones más vulnerables.

Es importante incidir en la distribución desigual del trabajo reproductivo, con las mujeres asumiendo la mayor carga, dedicando más tiempo a tareas del hogar y responsabilizándose del cuidado de personas dependientes y mayores de 75 años, con las consiguientes consecuencias sobre su salud, lo que requiere un abordaje integral desde todas las políticas.

Se hace necesario subrayar, debido a su relevancia estratégica, la brecha por género y por otros determinantes sociales, presentes en prácticamente todas las dimensiones de la encuesta analizadas: monitorizar la influencia de los determinantes sociales de la salud es clave para identificar desigualdades evitables y diseñar estrategias más efectivas en el abordaje de las mismas, promoviendo una acción coordinada multisectorial.

Finalmente, reseñar las repercusiones del confinamiento sobre la esfera psíquica y mental de las personas: el miedo al contagio de un familiar y al contagio propio fueron las principales preocupaciones identificadas, aunque sólo un pequeño porcentaje de personas precisó medicación ansiolítica y/o antidepresiva.

¹ *Reglamento de la Unión Europea que tiene como finalidad mejorar la protección de la salud humana y el medio ambiente contra los riesgos que pueden presentar los productos químicos.*

Anexo I: Gráficos

Gráfico 1: Valoración de las tres dimensiones del MMH por sexo	0
Gráfico 2: Valoración de las tres dimensiones del MMH por nivel de estudios, clase social y hábitat	0
Gráfico 3: Enfermedades crónicas referidas por sexo	0
Gráfico 4: Módulo descriptivo del EQ-5D por sexo	0
Gráfico 5: Módulo descriptivo del EQ-5D por nivel educativo	1
Gráfico 6: Prevalencia autopercebida de ansiedad y depresión por actividad económica	0
Gráfico 7: Prevalencia del consumo de tranquilizantes y antidepresivos en las dos últimas semanas por grupo de edad	0
Gráfico 8: Prevalencia del consumo en las dos últimas semanas de tranquilizantes y antidepresivos por ejes de desigualdad	1
Gráfico 9: Prevalencia de alta afectación en la esfera emocional durante el periodo de confinamiento por Covid-19 por ítem explorado y sexo	1
Gráfico 10: Consecuencias del maltrato en la salud por país de nacimiento	2
Gráfico 11: Consecuencias del maltrato en la salud por nivel educativo	2
Gráfico 12: Prevalencia de consumo diario de tabaco por nivel educativo propio y de madre y padre	3
Gráfico 13: Prevalencia de consumo de alcohol al menos una vez por semana por grupo de edad y sexo	3
Gráfico 14: Clasificación del índice de alimentación saludable por ejes de desigualdad	4
Gráfico 15: Prevalencia de bajo apoyo social percibido por ejes de desigualdad	5
Gráfico 16: Tiempo diario para actividades de disfrute y relax por sexo y grupo de edad	5
Gráfico 17: Tiempo diario para actividades de disfrute y relax por otros ejes de desigualdad	6
Gráfico 18: Responsabilidad de las tareas del hogar por sexo	6
Gráfico 19: Porcentaje de personas cuidadoras que no refieren problemas de salud asociados al rol de cuidado por ejes de desigualdad	7
Gráfico 20: Porcentaje de personas que calientan plásticos en el microondas por clase social autopercebida	7
Gráfico 21: Tipos de recipiente para almacenar comida y/o bebida utilizados por clase social autopercebida	8
Gráfico 22: Motivo de realización de mamografías por grupo de edad (edad de cribado: 50-71 años)	8
Gráfico 23: Porcentaje de realización de sangre oculta en heces por ejes de desigualdad	9
Gráfico 24: Valoración de la Atención Primaria por ejes de desigualdad	9
Gráfico 25: Demora asistencial para consultas médicas de Atención Primaria por ejes de desigualdad ..	10
Gráfico 26: Porcentaje de personas que no pueden recibir asistencia dental por motivos económicos por ejes de desigualdad	10

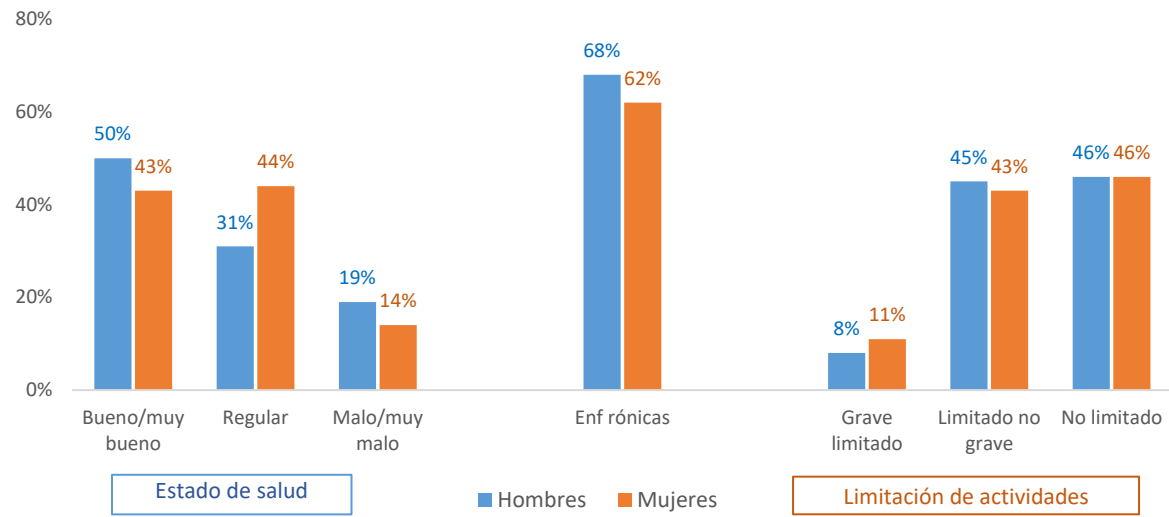


Gráfico 1: Valoración de las tres dimensiones del MMH por sexo

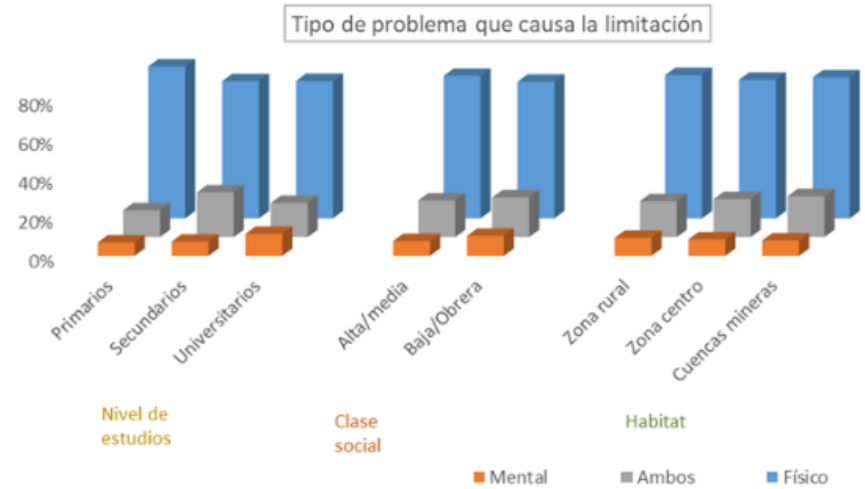
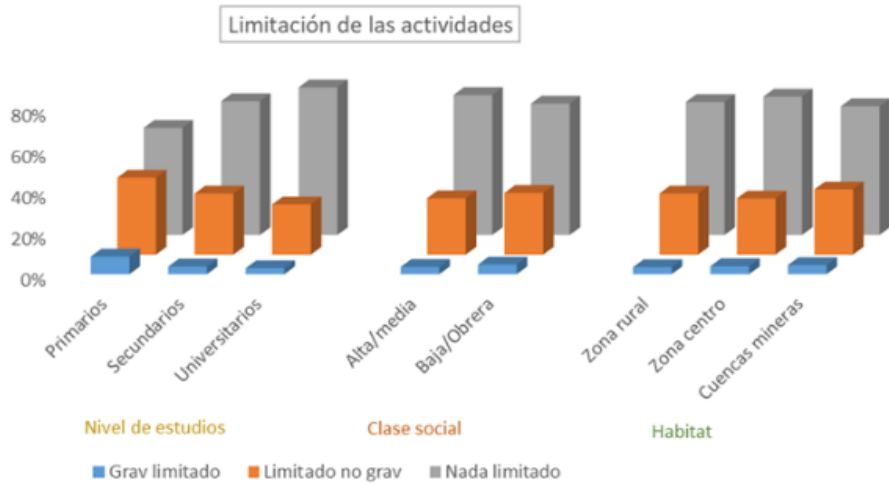
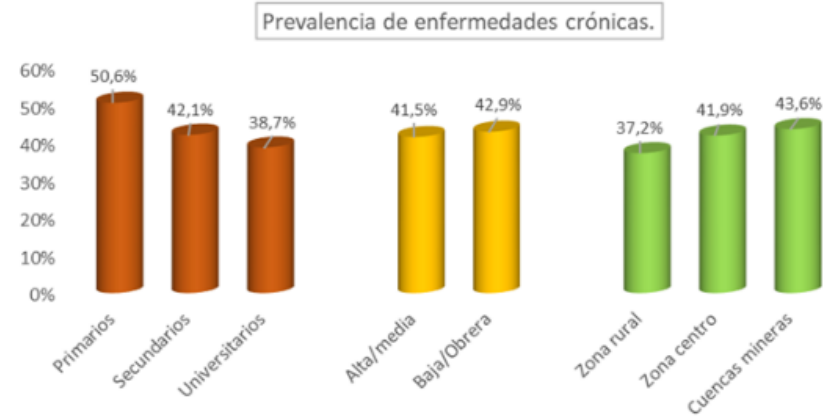
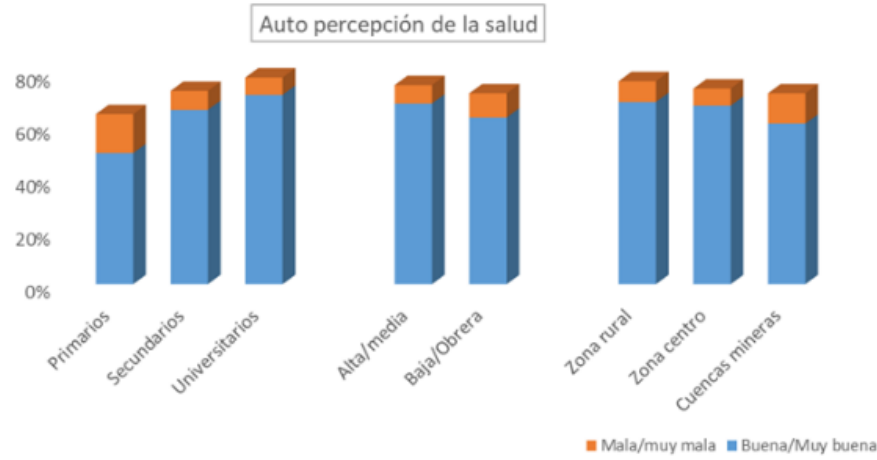


Gráfico 2: Valoración de las tres dimensiones del MMH por nivel de estudios, clase social y hábitat

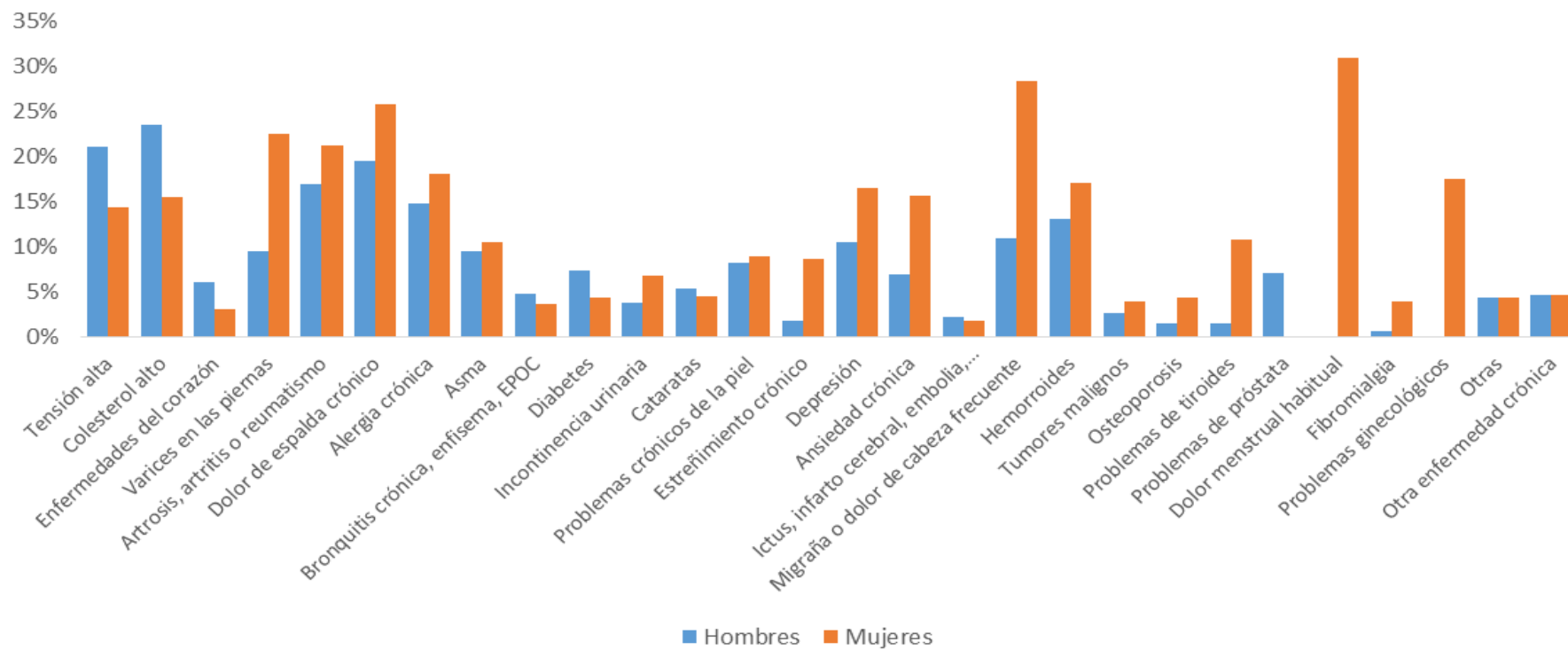


Gráfico 3: Enfermedades crónicas referidas por sexo

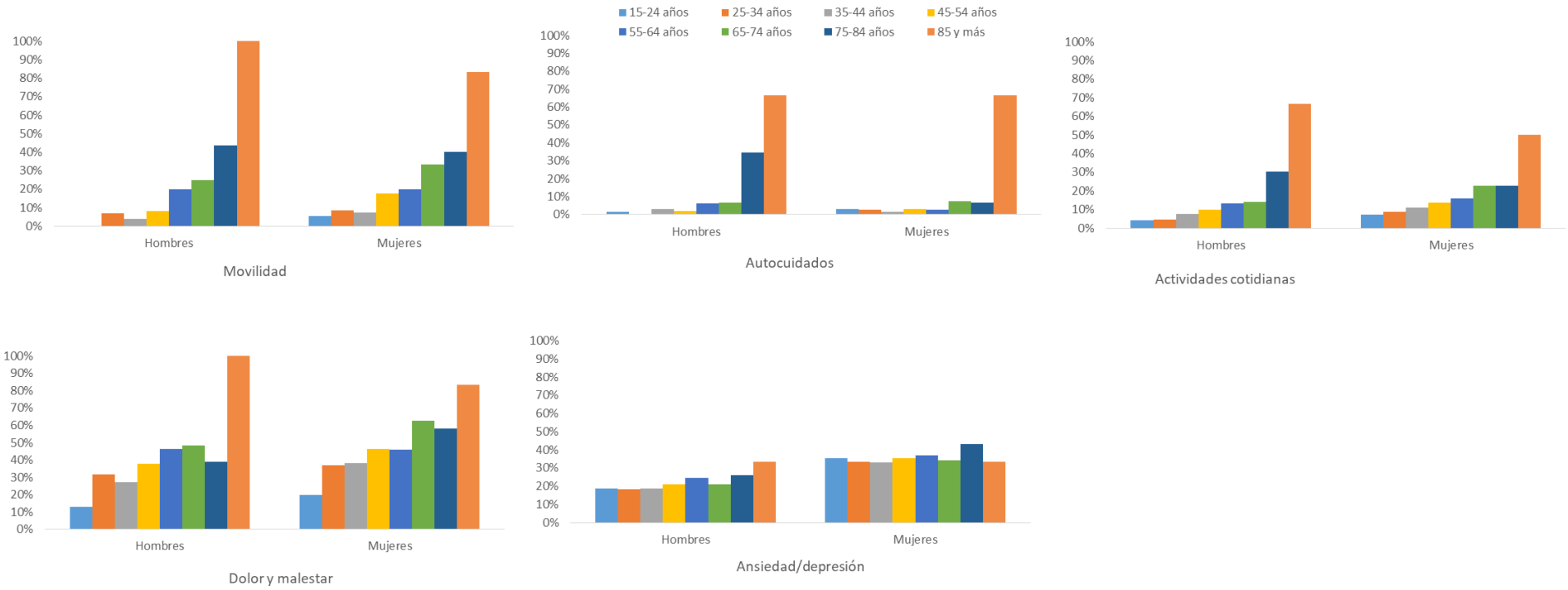


Gráfico 4: Módulo descriptivo del EQ-5D por sexo

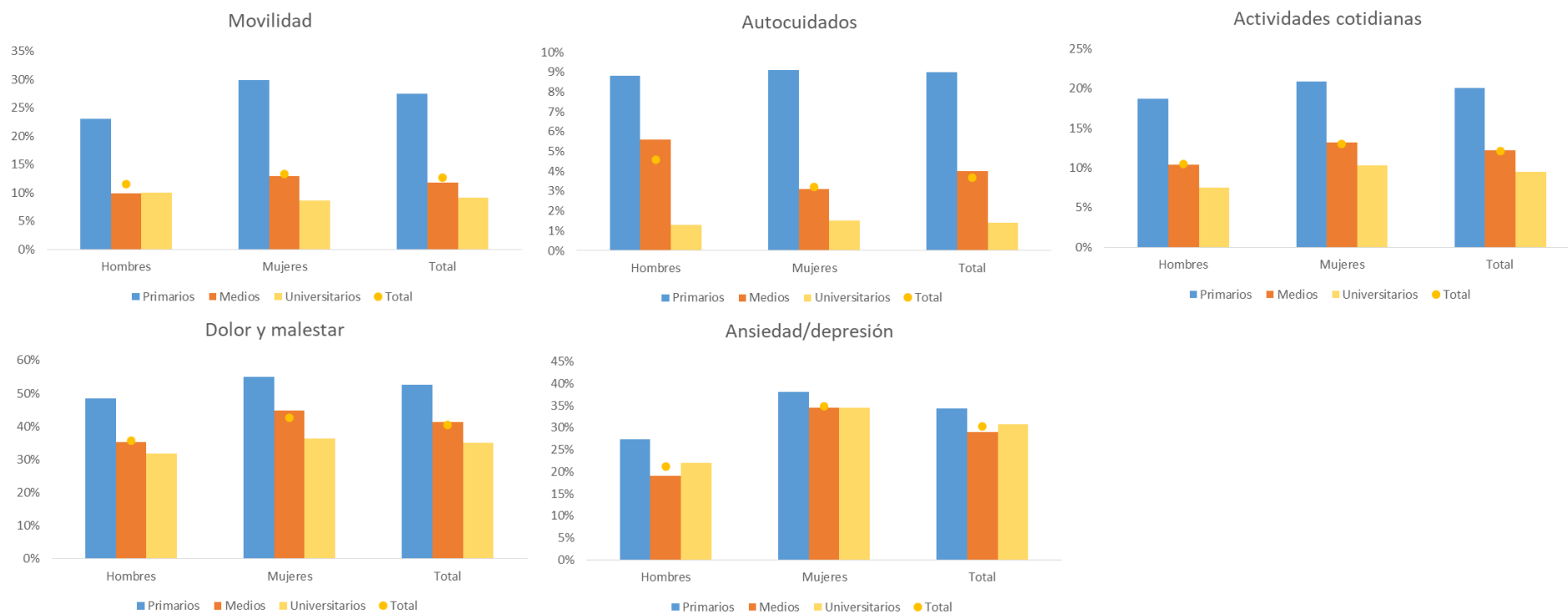


Gráfico 5: Módulo descriptivo del EQ-5D por nivel educativo

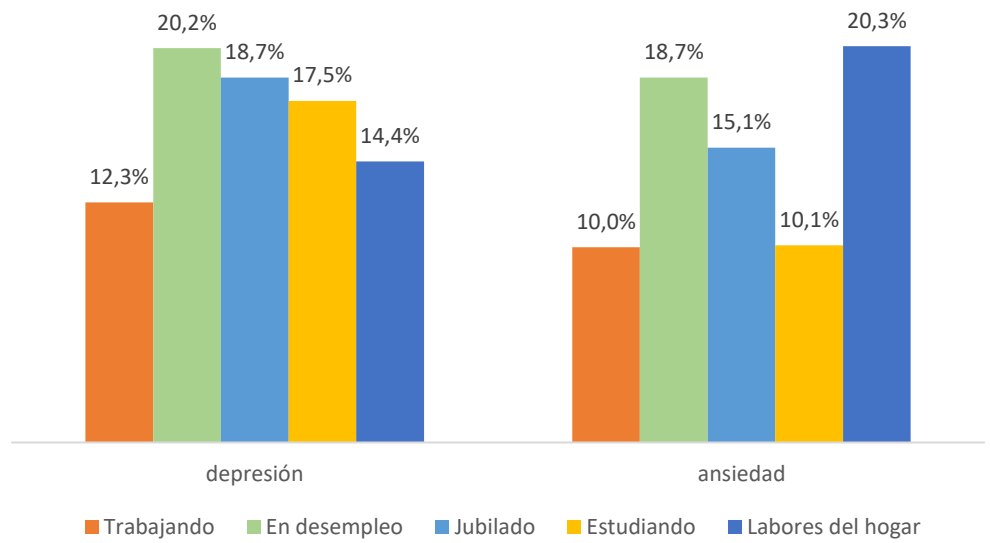


Gráfico 6: Prevalencia autopercebida de ansiedad y depresión por actividad económica

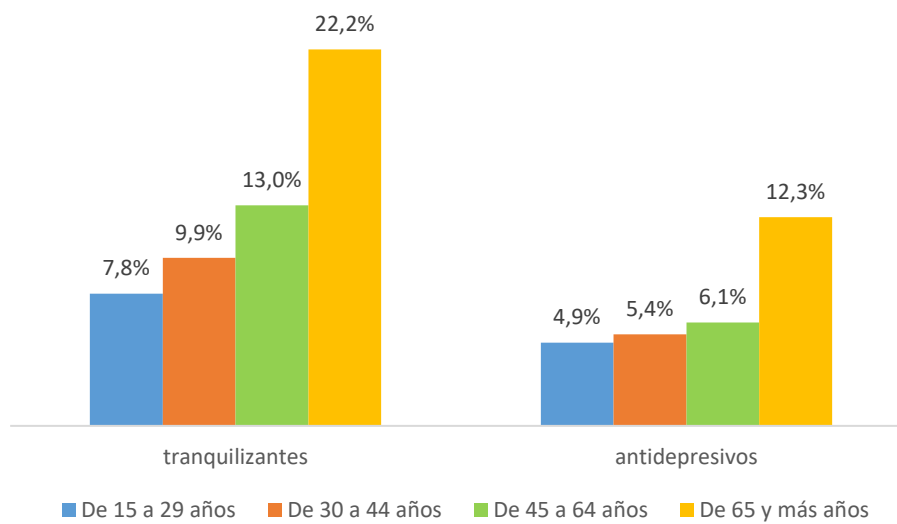


Gráfico 7: Prevalencia del consumo de tranquilizantes y antidepresivos en las dos últimas semanas por grupo de edad

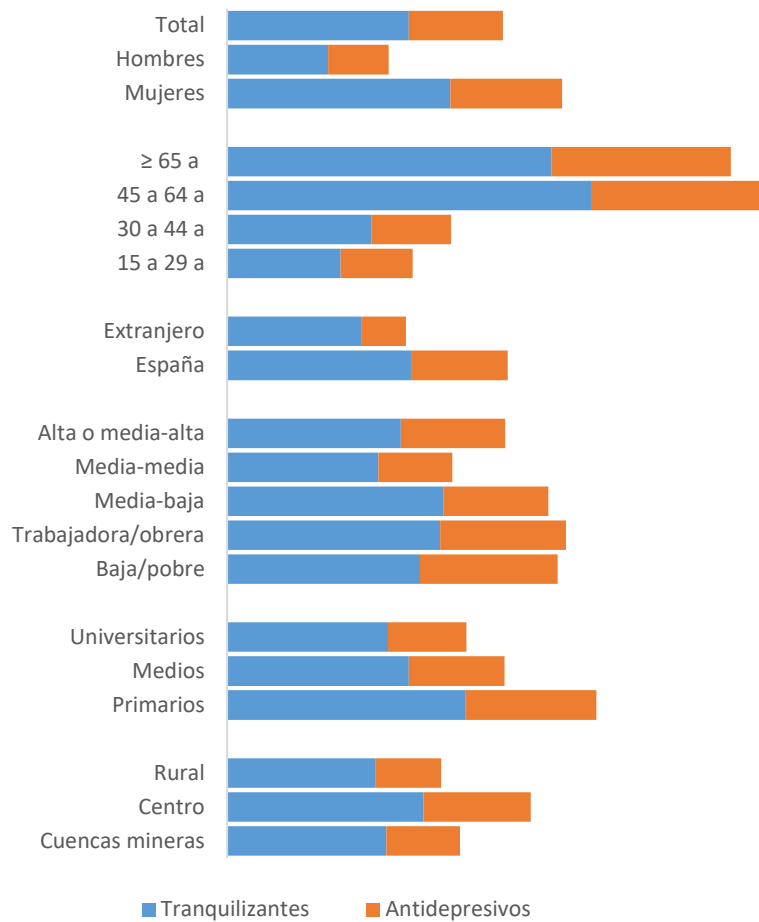


Gráfico 8: Prevalencia del consumo de tranquilizantes y antidepresivos en las dos últimas semanas por ejes de desigualdad

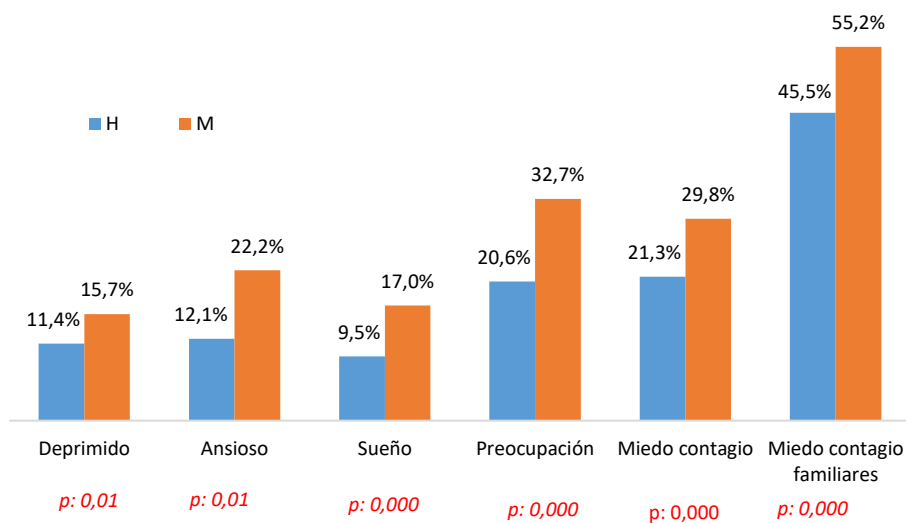


Gráfico 9: Prevalencia de alta afectación en la esfera emocional durante el periodo de confinamiento por Covid-19 por ítem explorado y sexo

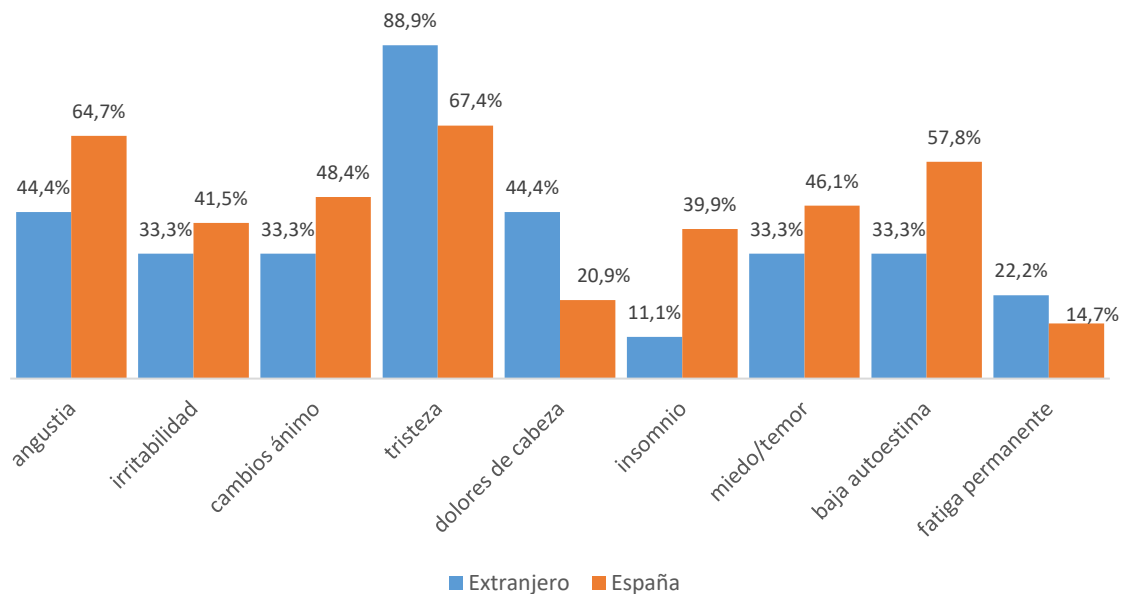


Gráfico 10: Consecuencias del maltrato en la salud por país de nacimiento

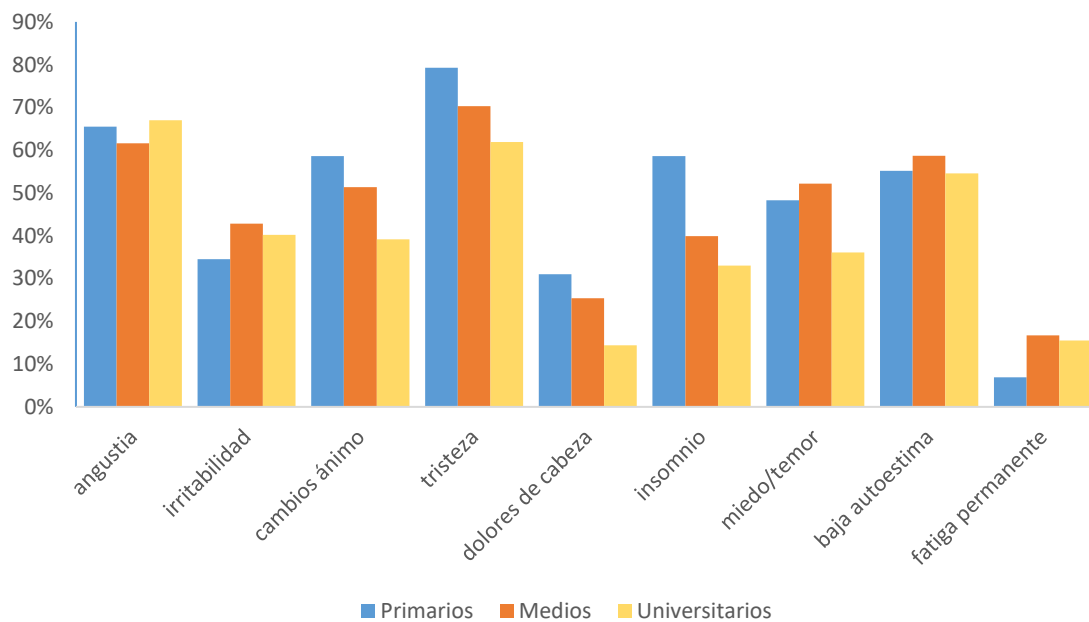


Gráfico 11: Consecuencias del maltrato en la salud por nivel educativo

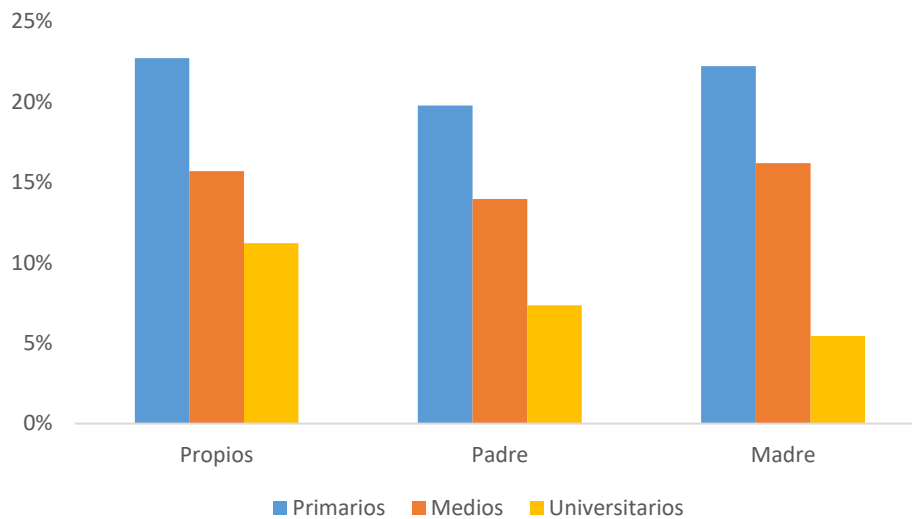


Gráfico 12: Prevalencia de consumo diario de tabaco por nivel educativo propio y de madre y padre

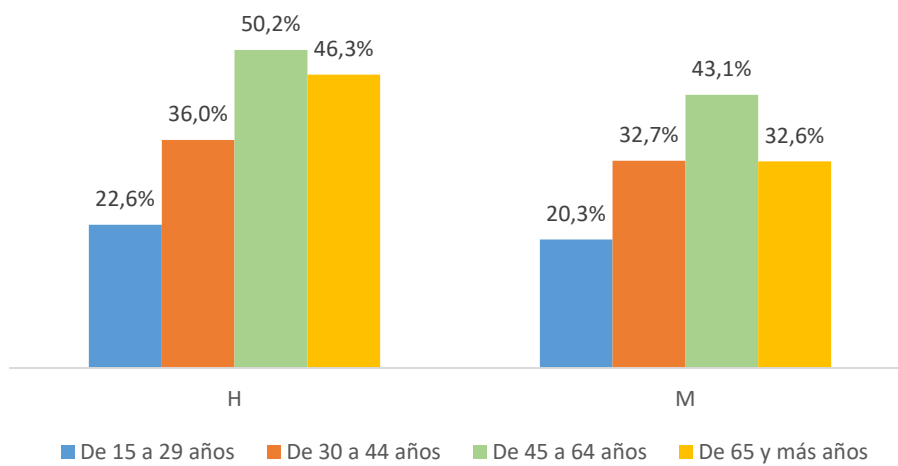


Gráfico 13: Prevalencia de consumo de alcohol al menos una vez por semana por grupo de edad y sexo

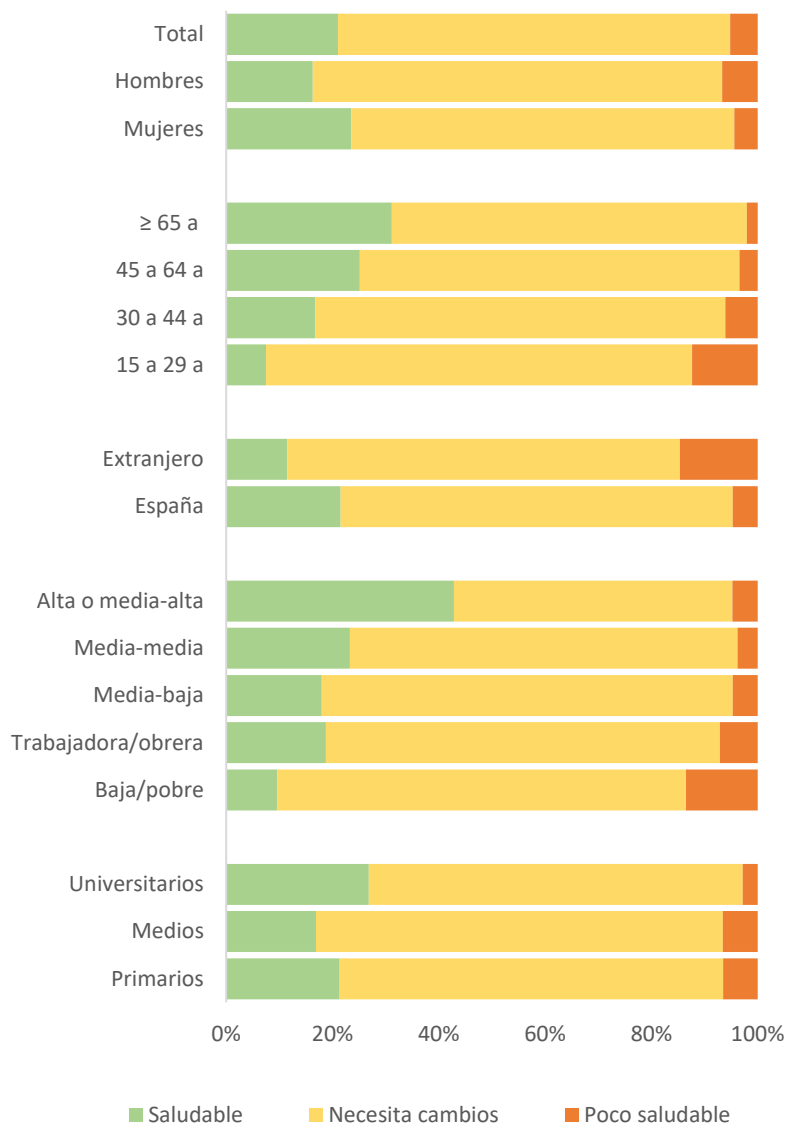


Gráfico 14: Clasificación del índice de alimentación saludable por ejes de desigualdad

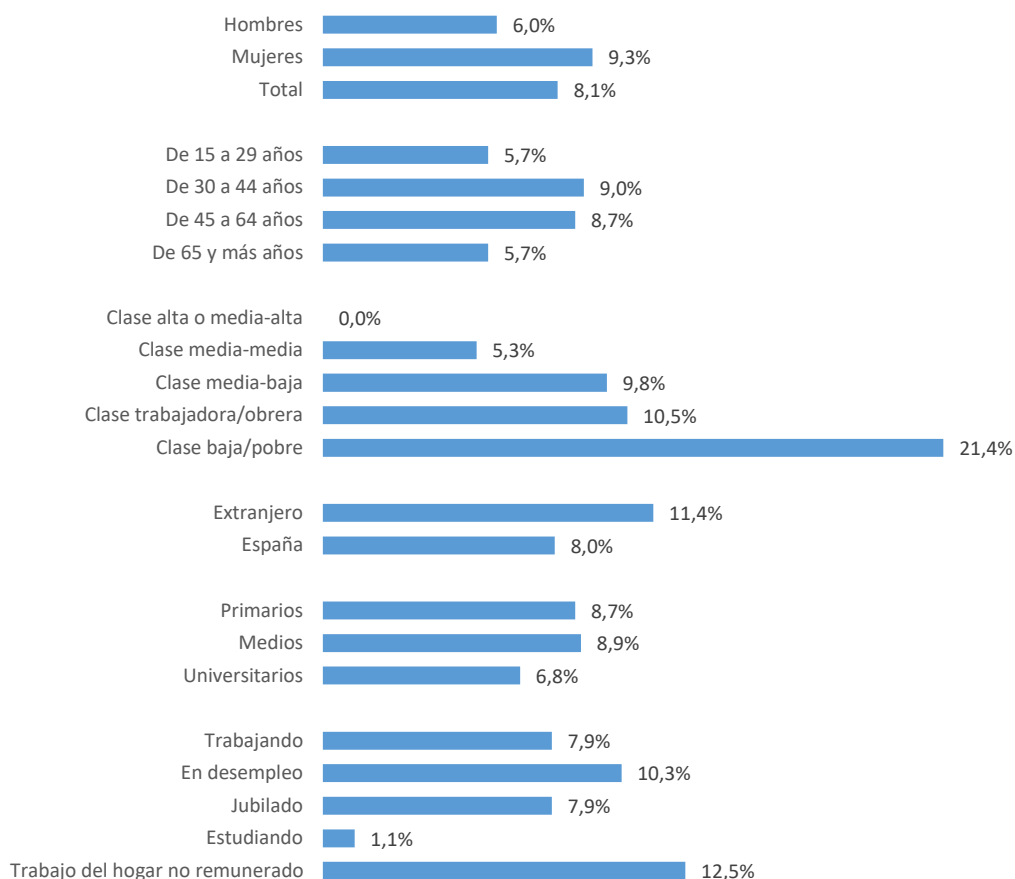


Gráfico 15: Prevalencia de bajo apoyo social percibido por ejes de desigualdad

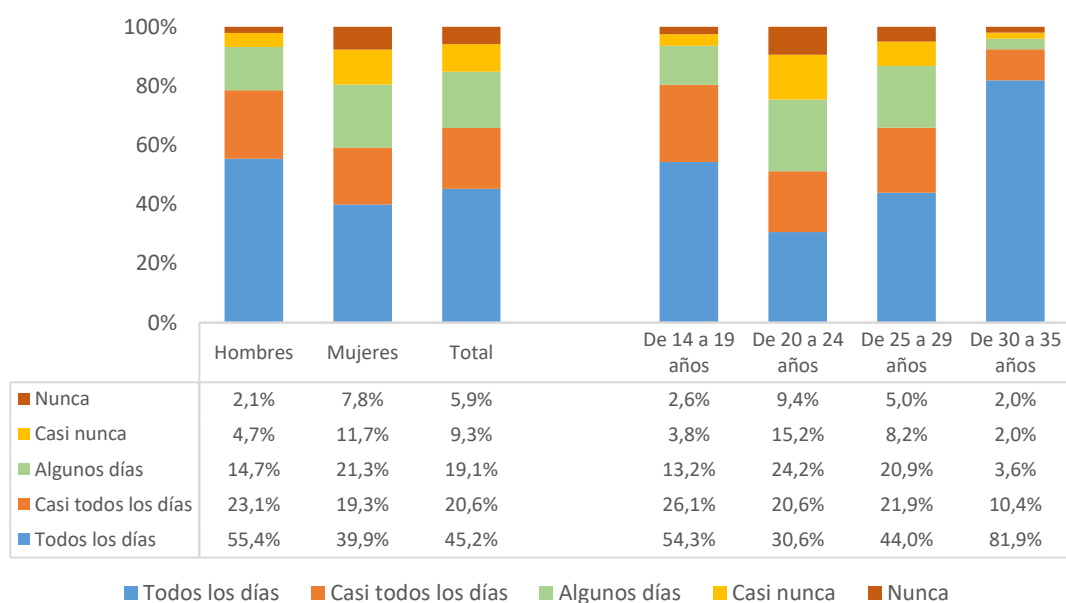


Gráfico 16: Tiempo diario para actividades de disfrute y relax por sexo y grupo de edad

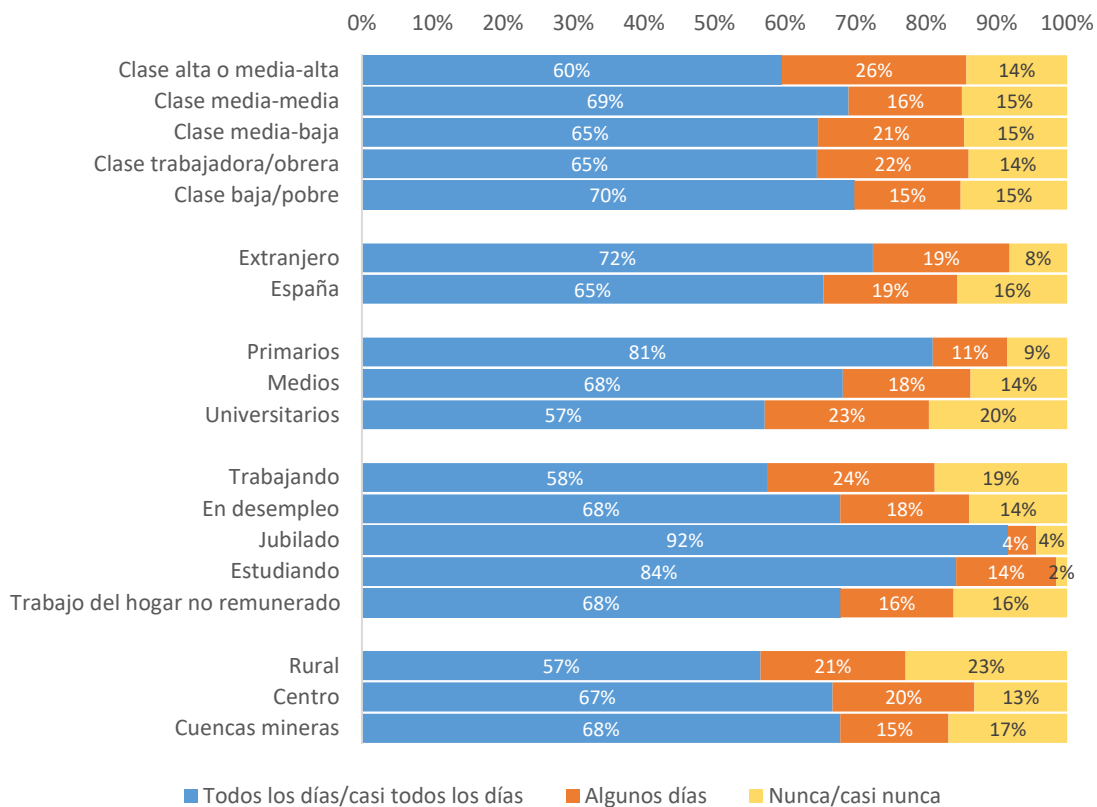


Gráfico 17: Tiempo diario para actividades de disfrute y relax por otros ejes de desigualdad

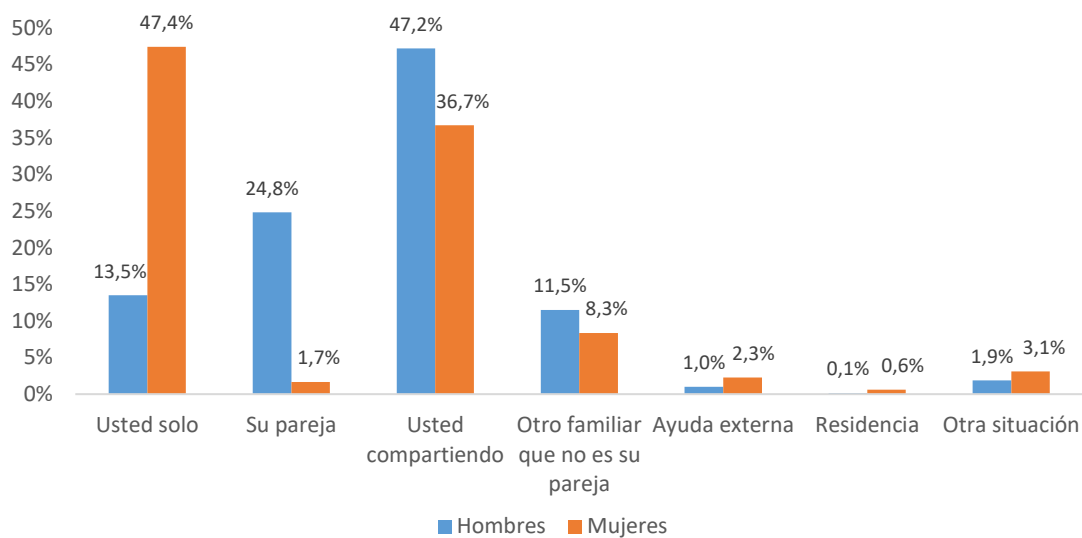


Gráfico 18: Responsabilidad de las tareas del hogar por sexo

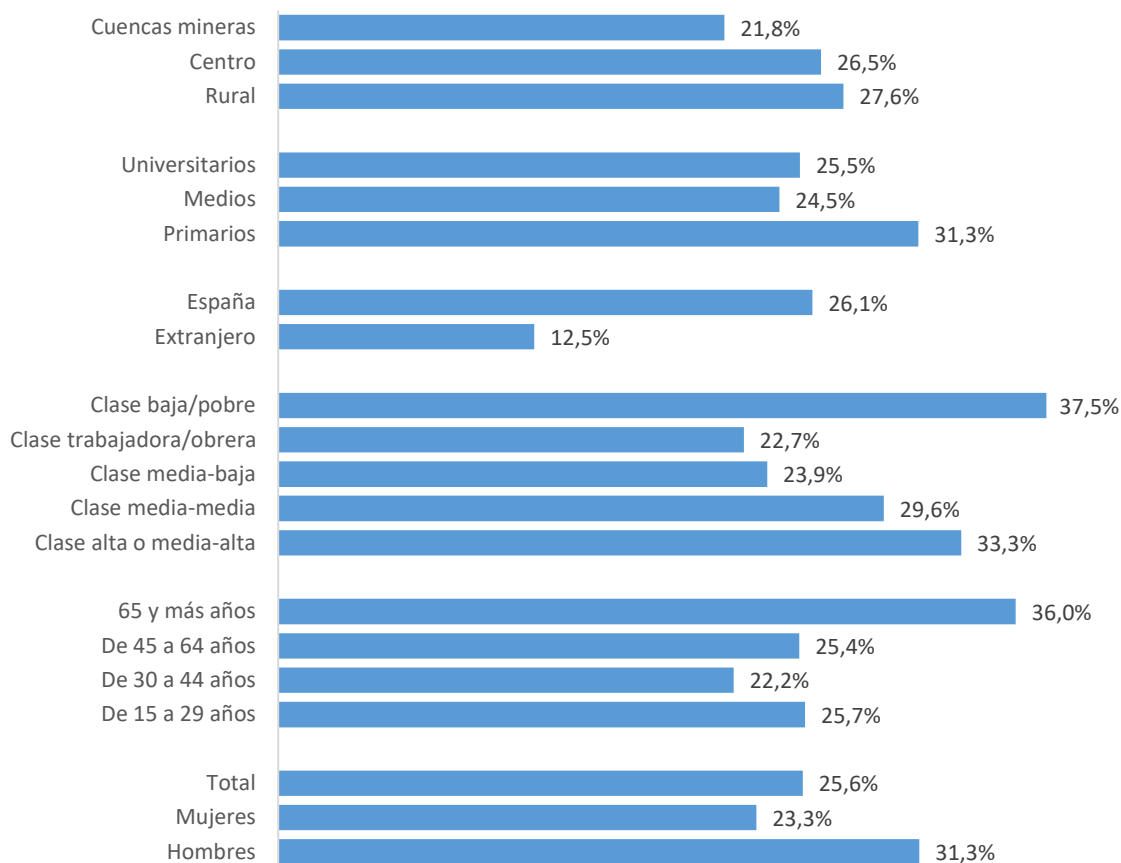


Gráfico 19: Porcentaje de personas cuidadoras que no refieren problemas de salud asociados al rol de cuidado por ejes de desigualdad

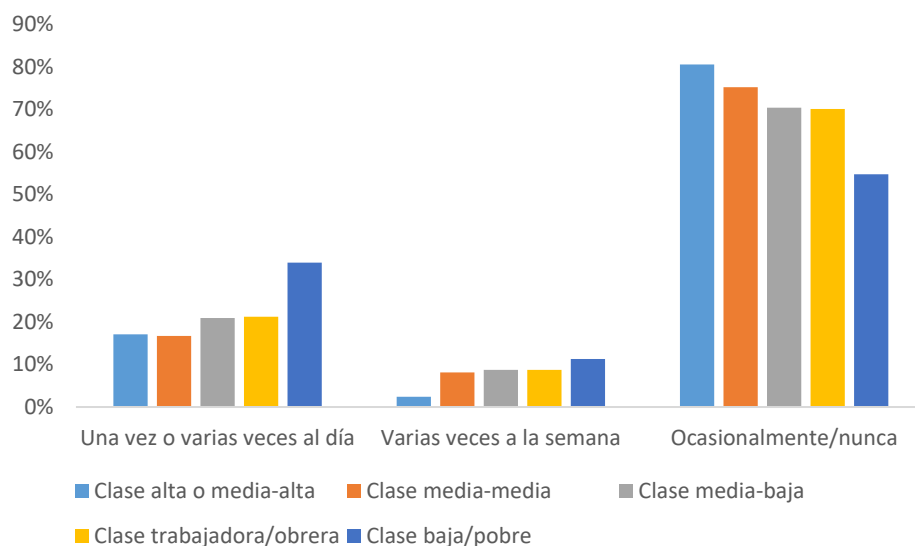


Gráfico 20: Porcentaje de personas que calientan plásticos en el microondas por clase social autopercibida

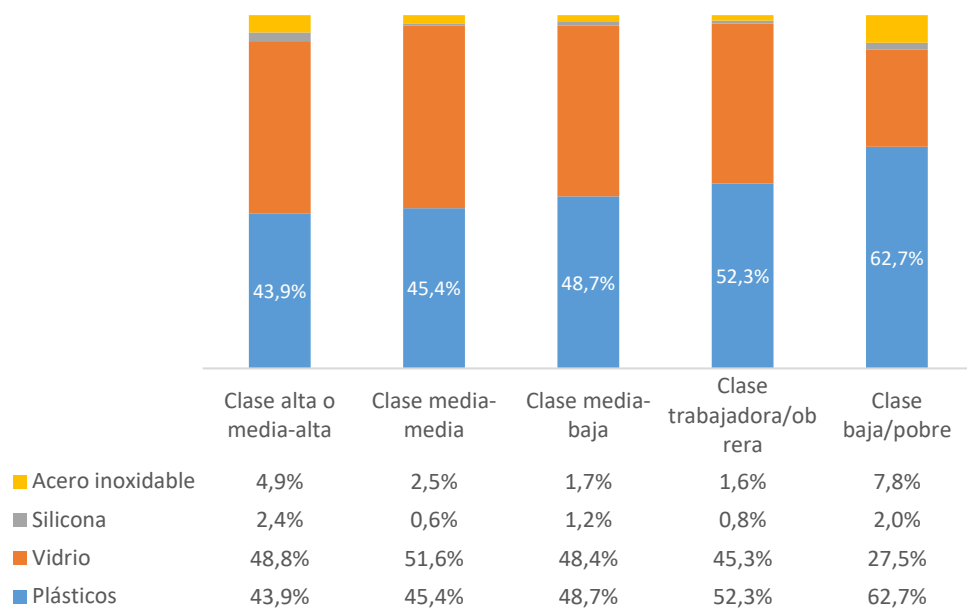


Gráfico 21: Tipos de recipiente para almacenar comida y/o bebida utilizados por clase social autopercibida

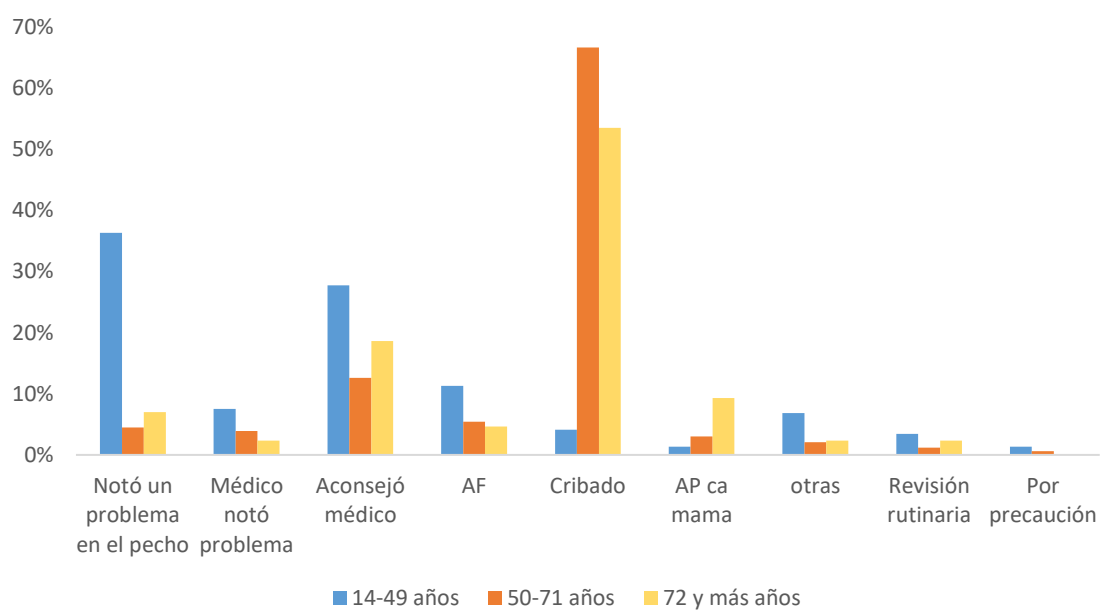


Gráfico 22: Motivo de realización de mamografías por grupo de edad (edad de cribado: 50-71 años)

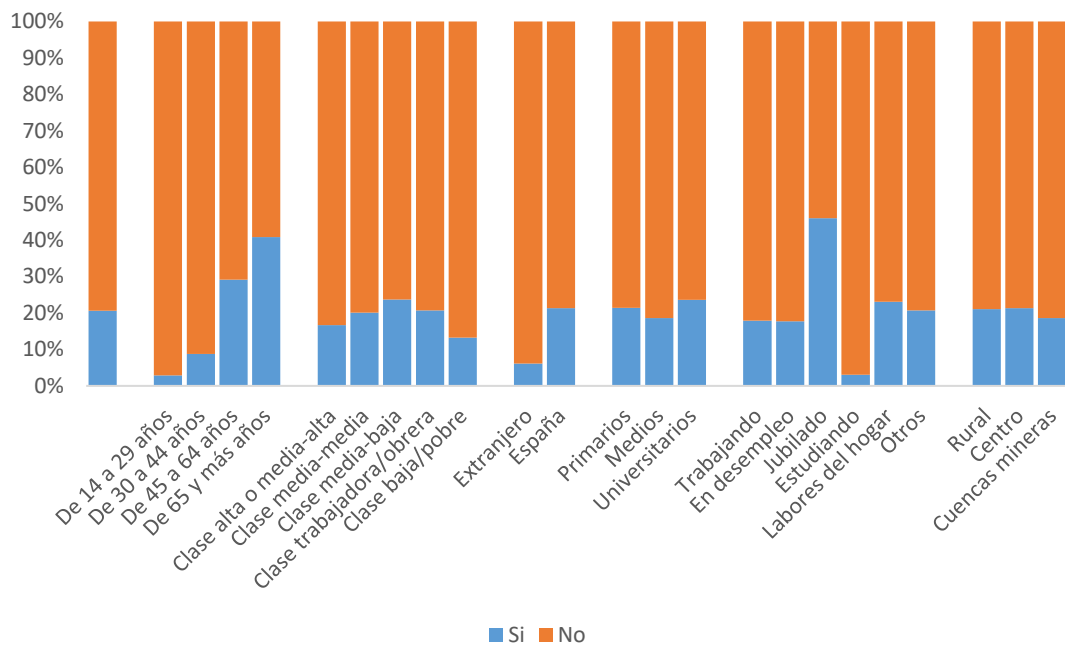


Gráfico 23: Porcentaje de realización de sangre oculta en heces por ejes de desigualdad

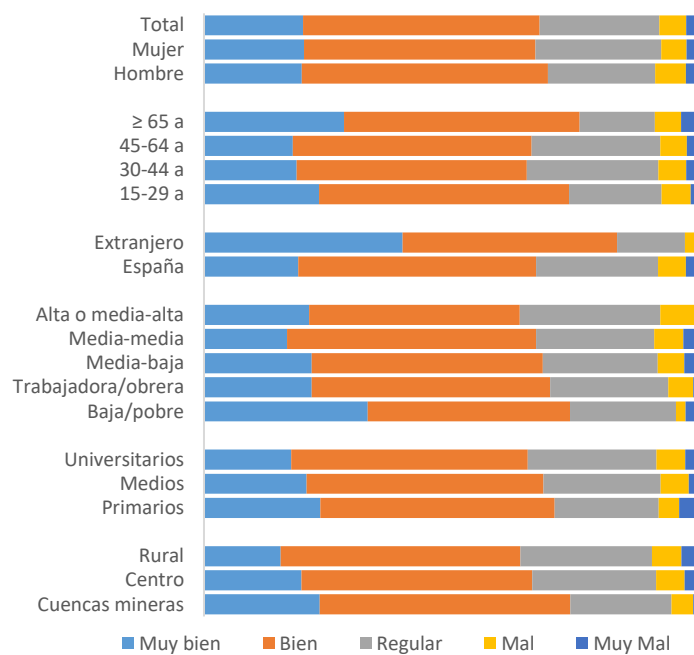


Gráfico 24: Valoración de la Atención Primaria por ejes de desigualdad

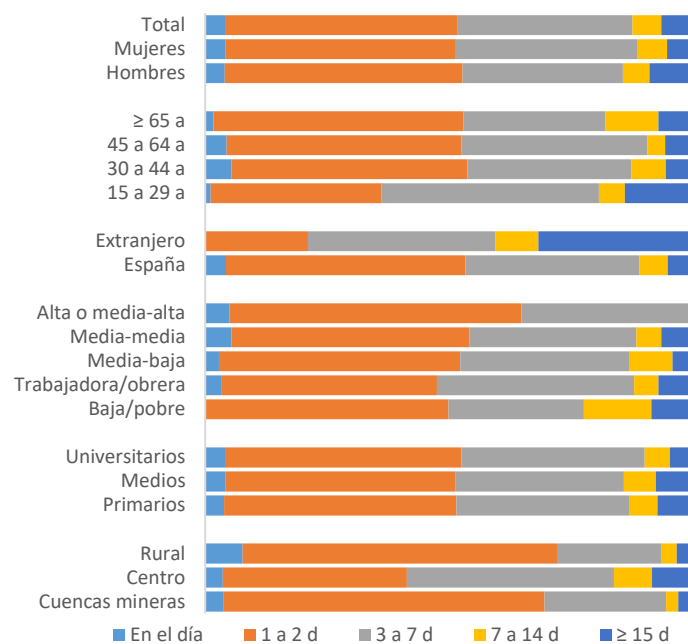


Gráfico 25: Demora asistencial para consultas médicas de Atención Primaria por ejes de desigualdad

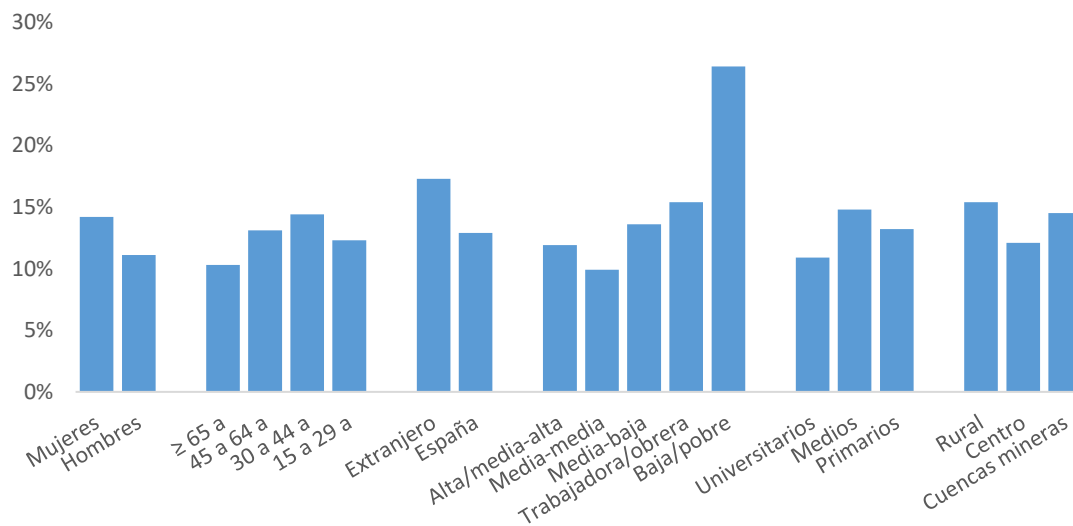


Gráfico 26: Porcentaje de personas que no pueden recibir asistencia dental por motivos económicos por ejes de desigualdad