

## Percepción del estado de salud, limitación de actividades

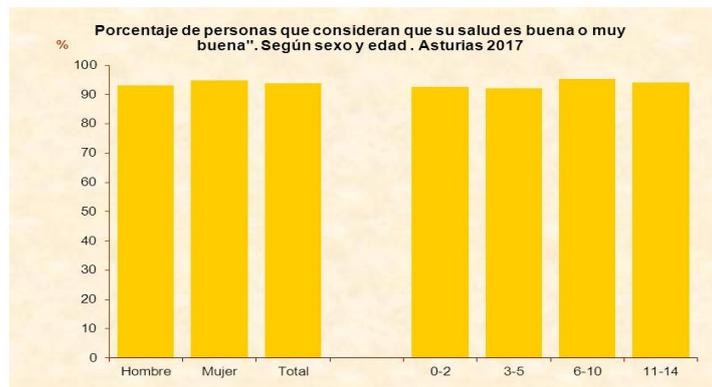
### Estado de salud:

**En los últimos 12 meses, ¿cómo diría que es el estado de salud de su niño/a?:**

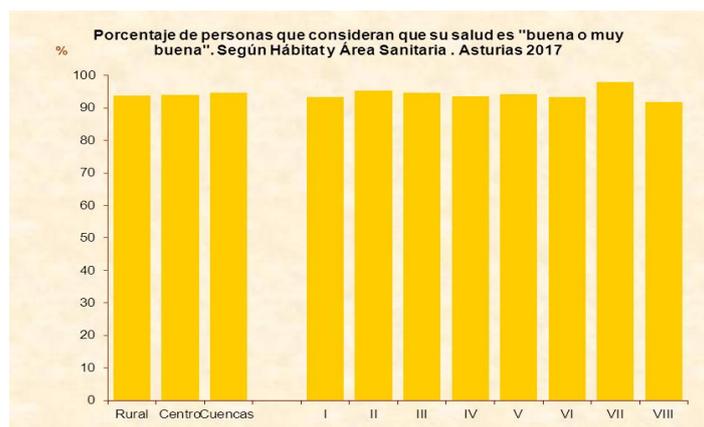
Esta es una pregunta que se refiere a cómo perciben los padres/madres de manera global la salud de sus hijos/as. Un 94% de la población infantil asturiana tiene un estado de salud bueno o muy bueno, según la persona informante. En 2009 esa cifra era el 96,4%. Solo un 0,6% declara un estado de salud malo o muy malo (en 2009 esa cifra era la mitad).

Atendiendo al sexo de los niños/as, la mayor proporción de valoraciones positivas (bueno o muy buena) corresponden a las niñas (95% vs. 93,1% en niños). Sin embargo, son también ellas las que tienen una mayor frecuencia de opiniones negativas (1,1% vs 0,3% en niños).

Según los grupos etarios, la percepción de una mejor salud la encontramos en la cohorte de 6-10 años de edad (95,5%), por un 92,3% en la de 3-5 años. En las valoraciones negativas (mal o muy malo estado de salud), las mayores frecuencias negativas corresponden a las edades de 11-14 años (0,9% vs 0,45% en 6-10 años de edad). Han descendido los porcentajes de valoraciones positivas (buena o muy buena) en todos los grupos etarios respecto a la Encuesta de 2009.

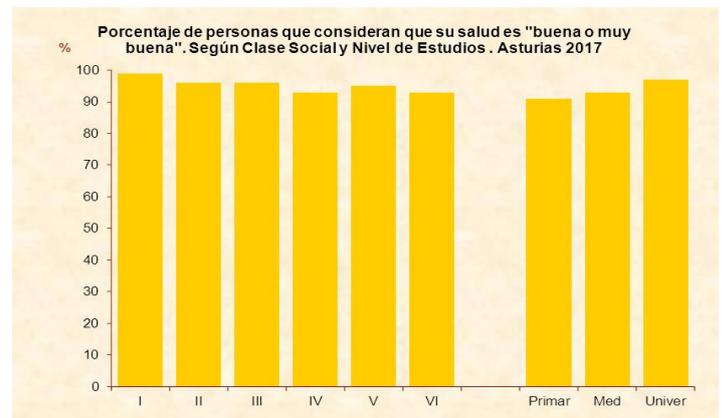


Por Tipo de hábitat de residencia, fue más frecuente haber respondido de manera muy positiva en las Cuencas Mineras (94,7%) y el porcentaje fue menor en la Zona Rural (93,7%). Las diferencias son no son estadísticamente significativas. Las referencias más negativas (mal o muy mal) se apreciaron más en la Zona Rural (1%) y menos en la Zona Centro (0,6%)



Respecto al Área sanitaria de residencia, fue más frecuente la valoración positiva en el Área VII (97,9%) y la menor en el Área VIII (Langreo, 91,7%). Las valoraciones más negativas (mal o muy mal) fueron mayores en el Área VI (2,2%) y las menores en Área I (Occidente).

En relación con la Clase Social asignada, fueron más frecuentes las valoraciones positivas de la salud en las Clases Sociales más privilegiadas (Clase Social I, 98,9%) y las menos frecuentes las encontramos es la Clase Social IV (92,8%).



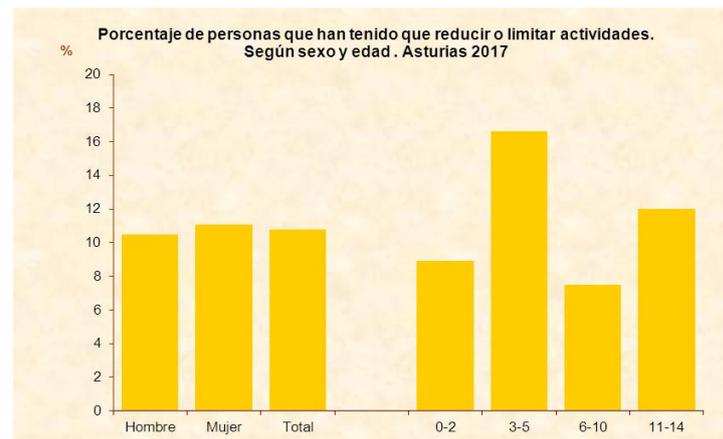
Por último, refiriéndonos al nivel de estudios más elevado alcanzado por los padres o las madres, las mejores opiniones de la salud se encontraron entre los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios (96,8%) y las menores en familias con un nivel de estudios primarios (90,9%)

### Reducción o limitación:

**Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?:**

La limitación de actividades cotidianas en las últimas dos semanas nos aproxima a la incapacidad o discapacidad tanto de carácter crónico como agudo.

En este sentido un 10,8% de la población infantil asturiana ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales debido a la presencia de algún dolor, molestia u otro tipo de síntoma.



Esta circunstancia tuvo mayor presencia en las niñas (11,1%) que en niños (10,5%), con diferencias no significativas. La prevalencia se ha reducido casi en un 45% desde la anterior Encuesta de Salud Infantil (2009).

Ha existido una mayor reducción o limitación de actividades en niños/as de edades de 3-5 años, llegando a ser su frecuencia un 50% superior a la de los grupos etarios que le están más próximos.

Se encontró una mayor frecuencia de algún tipo de limitación en la Zona Centro (11%) mientras que en las Cuencas Mineras (6,9%). Diferencias no significativas.

Según el Área Sanitaria de residencia, se declararon mayores porcentajes de personas que han padecido este problema en el Área VI (13,2%) y los menores en la Área VII (7,4%). Las diferencias son significativas estadísticamente.



Atendiendo a la Clase Social, se apreciaron mayores limitaciones de actividades en la Clase Social IV (medias) y la menos frecuente en la Clase Social más favorecida (Clase Social I).

Respecto al nivel máximo de estudios alcanzado en el hogar, fueron bastante similares las frecuencias de limitación encontradas en todos los grupos de estudios.



**El promedio de días de limitación o reducción de actividades** ha sido de 3,2 días y fue ligeramente superior en niñas que en niños, si bien las diferencias no son significativas desde un punto de vista estadístico.

El número de días aquejados por estas limitaciones fue mayor en los niños/as más pequeños, 3,7 días, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas entre los distintos grupos etarios analizados.

Atendiendo al tipo de hábitat de residencia, se declararon un número medio de días un poco mayor en las Zonas Rurales (3,3 días) que en Cuencas Mineras (3,0 días). Las diferencias tampoco son significativas estadísticamente.

Según el Área dónde residen, fue más alta la duración de la limitación en cuanto a días de promedio en el Área VII (4,2 días) y la menor en el Área II (2,1 días). Estas sí son estadísticamente significativas.

Las personas de la clase social V han tenido un mayor número de días de reducción de actividades V (5,1 días) y en las Clases Sociales más elevadas han sufrido estos problemas durante menos tiempo (Clase Social I y II, 2,5 y 2,2 días, respectivamente).

En relación con el nivel máximo de estudios alcanzado por padres o madres, fue más larga la limitación, en cuanto a días, en niños/as procedentes de familias con estudios primarios (3,9 días) y menor en los que habían cursado estudios universitarios (3,1 días).

## **Quedarse en cama por motivos de salud:**

**Durante las últimas 2 semanas ¿Se ha visto obligado/a a quedarse en cama más de la mitad de un día por motivos de salud?:**

El verse obligado/a a quedarse en la cama más de la mitad de un día por motivos de salud en las últimas dos semanas, nos aproxima, como en la variable anterior, a la incapacidad o discapacidad tanto crónica como aguda.

En este sentido casi un 5% de la población infantil asturiana ha tenido que hacerlo por motivos de salud en los 15 días anteriores a la formulación de esta pregunta en la Encuesta.

Esta circunstancia fue algo más frecuente en niñas (5,4%) que en niños (4,5%), con diferencias no significativas estadísticamente. Este indicador se ha reducido casi en un 50% desde la anterior Encuesta.

Se ha encontrado una mayor frecuencia de niños/as que se han quedado en cama por motivos de salud en las edades de 3-5 años, llegando a ser su frecuencia un 100% superior a la de los grupos etarios próximos.



Si se analiza esta variable atendiendo al tipo de hábitat de residencia, vemos que fue más frecuente quedarse en cama por motivos de salud en las Cuencas Mineras (6,6%) y menor en Zona Central (4,6%). Las diferencias no son significativas estadísticamente.

Respecto al Área Sanitaria de residencia, este hecho fue más habitual en el Área VI (Oriental, 8,9%) y VII (Mieres, 8,5%) que en otras Áreas como la II (Cangas del Narcea, 2,4%). En este caso las diferencias son significativas desde un punto de vista estadístico.

Según la Clase Social del hogar, hay una mayor prevalencia de este suceso en la Clase Social IV (medias, 7,1%) y fue menor en Clase Social más favorecida (I, 2,2%).

Si analizamos este hecho según el nivel de estudios más elevado de la familia, son más altas las frecuencias de haberse quedado en la cama por un problema de salud en los niños/as con familias con estudios primarios (6,1%) que en las que poseen estudios universitarios (4,6%).

**Informe realizado por:** Mario Margolles, Ignacio Donate, Antonio Martín.