



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de
Salud Pública



OBSERVATORIO DE SALUD
EN ASTURIAS

ESTRATEGIA NACIONAL DE DIABETES

EVALUACION, ASTURIAS, 2012

Dirección General de Salud Pública

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para la cohesión territorial 2011 del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados en el CISNS, como apoyo a la implementación a la Estrategia Nacional de Salud de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud

Autores: Eva García Fernández, Mario Margolles Martins
(en los capítulos de determinantes de salud han participado **Ignacio Donate** y **María del Pilar Alonso**)
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
Observatorio de la salud en Asturias
2012

INDICE:

- **EVALUACION DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DIABETES**
- **CONTEXTO**
- **EVALUACIÓN**

1. DETERMINANTES DE SALUD:

1.1. INDICADORES DE ENTORNO FÍSICO:

1.1.1. Contaminación del aire: (calidad ambiental del aire)

1.1.2. Calificación del entorno medioambiental

1.1.3. Equipamiento de la vivienda habitual:

1.1.3.1. Superficie útil de la vivienda

1.1.3.2. Dotación de la vivienda habitual

1.1.4. Exposición al humo de tabaco

1.2. INDICADORES DE ENTORNO SOCIOECONÓMICO:

1.2.1 Envejecimiento de la población

1.2.2. Nivel educativo

1.2.3. Situación laboral:

1.2.3.1. Situación laboral

1.2.3.2. Situación de empleo

1.2.3.3. Satisfacción con el empleo actual

1.2.3.4. Preocupación por pérdida de empleo

1.2.3.5. Ocupación

1.2.4. Clase social

1.2.5. Apoyo y cohesión social:

1.2.5.1. Autopercepción de la vida social

1.2.5.2. Personas con las que puede hablar (persona confidente)

1.2.5.3. Relaciones sociales en el último mes

1.2.5.4. Ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes

1.2.5.5. Convivencia

1.3. INDICADORES DE CONDUCTAS Y ESTILOS DE VIDA:

1.3.1. Actividad física:

1.3.1.1. Ejercicio físico

- 1.3.1.2. Práctica de ejercicio físico o actividad deportiva en el tiempo libre
- 1.3.1.3. Frecuencia con la que se ha practicado ejercicio físico en el último mes
- 1.3.1.4. Ejercicio físico en población infantil:

1.3.2. Descanso, sueño:

- 1.3.2.1. Horas de sueño
- 1.3.2.2. Descanso en el sueño
- 1.3.2.3. Dificultades para dormir

1.3.3. Alimentación:

- 1.3.3.1. Desayuno
- 1.3.3.2. Nutrición
- 1.3.3.3. Regímenes dietéticos
- 1.3.3.4 Lactancia materna

1.3.4. Consumo de tabaco:

- 1.3.4.1. Hábito y frecuencia de consumo
- 1.3.4.2. Edad a la que comenzó a fumar y tiempo de consumo
- 1.3.4.3. Cantidad de tabaco consumida

1.3.5. Medidas antropométricas:

- 1.3.5.1. Peso y talla
- 1.3.5.2. Opinión sobre peso y talla
 - 1.3.5.2.1. Autoconsideración de peso en relación a la talla
 - 1.3.5.2.2. Satisfacción con su peso

1.3.6. Realización de prácticas preventivas:

- 1.3.6.1. Toma de tensión arterial
- 1.3.6.2. Análisis de glucemia
- 1.3.6.3. Análisis de colesterol

2. INDICADORES PROPIOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL:

2.1. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA Y PREVENCIÓN PRIMARIA

- 2.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad
- 2.1.2. Porcentaje de actividad física
- 2.1.3. Porcentaje de consumo de frutas y verduras

- 2.1.3.1. Porcentaje de consumo de frutas
- 2.1.3.2. Porcentaje de consumo de verduras
- 2.1.3.3. Porcentaje de consumo conjunto de frutas y verduras

2.1.4. Realización de acciones de promoción de salud

2.1.4.1. Conductas saludables

- 2.1.4.1.1. No consumo de tabaco
- 2.1.4.1.2. Actividad física
- 2.1.4.1.3. Nutrición
- 2.1.4.1.4. No consumo de sustancias y dependencias
- 2.1.4.1.5. Prácticas sexuales seguras
- 2.1.4.1.6. Prevención de accidentes

2.1.4.2. Entorno social y económico

- 2.1.4.2.1. Educación
- 2.1.4.2.2. Redes sociales
- 2.1.4.2.3. Ingresos económicos
- 2.1.4.2.4. Vivienda

2.1.4.3. Calidad del agua, aire o entorno

2.1.4.4. Sistema sanitario:

- 2.1.4.4.1. Accesibilidad:
- 2.1.4.4.2. Calidad asistencial:
- 2.1.4.4.3. Calidad de servicios de Salud Pública

2.2. DIAGNÓSTICO PRECOZ

2.2.1 Cobertura de cribado

2.2.2. Prevalencia de diabetes mellitus

- 2.2.2.1. Prevalencia de diabetes mellitus declarada
- 2.2.2.2. Prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada

2.3. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

2.3.1. Prevalencia de otros factores de riesgos cardiovascular asociada a diabetes mellitus

2.3.2. Prevalencia de altas por complicaciones agudas de la diabetes mellitus

2.3.3. Hemoglobina glicosilada en el control de diabetes mellitus

- 2.3.3.1 Grado de buen control de hemoglobina glicosilada en diabetes mellitus

2.3.3.2 Grado de mal control de hemoglobina glicosilada en diabetes mellitus

2.4. ABORDAJE DE COMPLICACIONES Y SITUACIONES ESPECIALES

2.4.1. Incidencia de amputaciones en personas con diabetes mellitus

2.4.2. Porcentaje de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio

2.4.3. Transplante renal en personas diabéticas adultas.

2.4.3.1 Incidencia de transplante renal en personas diabéticas adultas

2.4.3.2. Evolución temporal del transplante renal en diabéticos

2.4.3.3. Transplantes renales totales versus transplantes renales en diabéticos

2.4.4. Evolución de mortalidad prematura por diabetes mellitus

2.4.4.1 Años potenciales de vida perdidos por diabetes mellitus

2.4.4.2. Mortalidad prematura por diabetes

2.5. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN. ABORDAJE DE COMPLICACIONES Y SITUACIONES ESPECIALES

2.5.1 Transplante de páncreas

ANEXO I: ACTIVIDADES COMUNITARIAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

EVALUACION DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DIABETES, ASTURIAS, 2012

La diabetes mellitus es la cuarta causa de muerte prematura en mujeres y la octava en hombres y supone un importante deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 20 muertes en el mundo es atribuible a la diabetes y esta proporción es de 1 de cada 10 en las personas entre 35 y 64 años de edad.

Además, es la primera causa de inclusión de pacientes en programas de tratamiento sustitutivo renal, así como de ceguera en adultos, en amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y multiplica por 2-4 la posibilidad de cardiopatía isquémica y trombosis cerebral.

En España, en 2004 la diabetes mellitus causó 9.966 muertes, de las que 3.924 fueron varones y 6.042 mujeres. A estos datos habría que añadir un porcentaje desconocido de muertes por enfermedades cardiovasculares que podría ser atribuible a esta enfermedad.

En Asturias, en el año 2009, la diabetes fue considerada la causa directa de 326 defunciones, de las que 105 fueron de hombres y 221 de mujeres. La tasa bruta de mortalidad fue de 350,4 en hombres y de 433,4 en mujeres. La tasa estandarizada mediante población europea de mortalidad por diabetes ha sido de 11,9 casos por cada 100.000 habitantes siendo en hombres de 10,7 y en mujeres de 12. Por edades las tasas más elevadas han sucedido en personas de 65 y más años (128,6) seguido de personas de 45-64 años de edad (6).

La prevalencia estimada de diabetes mellitus en nuestro país se sitúa en torno al 6,5% entre la población entre los 30 y 65 años. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud muestran cómo en un periodo de 10 años, entre 1993 y 2003, la prevalencia declarada por los encuestados ha aumentado del 4,1% al 5,9.

Según los datos de la Encuesta de Salud de Asturias, en esta comunidad, la prevalencia de diabetes declarada es un total de 5,4 %, siendo del 6,5% en la población entre la población de 45 - 64 años.

Además del impacto citado sobre la salud y sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los ciudadanos, se estima que el coste en 2002 por esta enfermedad ha supuesto entre el 6,3% y el 7,4% del gasto sanitario total.

Además del coste en tratamientos farmacológicos y material de autoanálisis, la diabetes se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, una mayor tasa de reingresos y un aumento de la duración de la estancia hospitalaria. Son las hospitalizaciones las que representan un mayor coste en los diabéticos, seguido de los derivados del tratamiento farmacológico, exceptuando la insulina y antidiabéticos que ocupan el tercer lugar en cuanto al gasto relacionado con esta enfermedad.

En relación con el impacto de esta enfermedad en lo que se refiere a la hospitalización en nuestra comunidad, el 14,8% de los casos ingresados en Asturias tienen diabetes mellitus diagnosticada (riesgo del doble de ingreso que el resto de población), eso significa más de 16.000 personas ingresadas cada año por este motivo en Asturias, mientras que el 11,6% tienen diabetes mellitus diagnosticada sin complicaciones directas de la misma, lo que supone alrededor de 13.000 personas.

El 3,2% de los casos ingresados en hospitales en esta comunidad tienen diabetes mellitus diagnosticada con complicaciones específicas de esta enfermedad, lo que se traduce en aproximadamente 3.500 personas frente al 78% que no tenían complicaciones específicas relacionadas con esta enfermedad.

En cuanto a algunas de las complicaciones más frecuentes en este tipo de pacientes, un 2,6% de los casos ingresados de diabetes mellitus tenían complicaciones neurológicas, eso significa cerca de 3.000 personas ingresadas cada año por este motivo y un 1,9% tenían complicaciones circulatorias periféricas, lo que supondría más de 2.000 personas.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que según la evidencia científica, el control de los factores cardiovasculares en los diabéticos tipo 2 puede disminuir en un 50% la aparición de complicaciones micro y macrovasculares, además de la mortalidad.

Es importante señalar que con la promoción de estilos y hábitos de vida saludables, la actividad física y una dieta equilibrada, entre otros, se puede evitar una proporción elevada de casos de diabetes tipo 2.

Por todo lo anterior, el Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud, propugna un enfoque integral que combine la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes. Además el control de factores de riesgo como la inactividad física, las dietas no equilibradas o el tabaquismo, son comunes para otras patologías como las cardiovasculares o el cáncer, por lo que requieren respuestas similares desde los servicios del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto el Ministerio, en colaboración con la Comunidades Autónomas establece la Estrategia en Diabetes, que constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de prevención y promoción de la salud, medios de diagnóstico apropiados para realizar una detección temprana de la enfermedad y tratamientos cada vez más eficaces frente a la diabetes.

La Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud está referida a las siguientes áreas de intervención:

- Promoción de estilos de vida saludable y prevención primaria.
- Diagnóstico precoz.
- Tratamiento y seguimiento.
- Abordaje de complicaciones y situaciones especiales.
- Formación, investigación e innovación.
- Sistemas de información y evaluación.

En cada una de estas líneas se realiza un análisis de situación, se detectan los puntos críticos y se priorizan los objetivos propuestos. Se establecen para ello unos objetivos claros y definidos que darán lugar a unas recomendaciones para todo el proceso, desde el inicio de la enfermedad hasta su rehabilitación.

Todas las Estrategias nacionales tienen como característica el establecer estándares de actuación y proponer modelos de intervención basados en las buenas prácticas disponibles en los distintos ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, y en los sistemas de información e investigación.

Además deben ser elaboradas con amplia participación de las sociedades científicas y otros agentes sociales y revisadas periódicamente.

La estrategia de Diabetes del SNS, en concreto, ha propuesto estándares científicos e indicadores que intentan ofrecer garantía de calidad, basados en la evidencia científica disponible, de manera que se puedan establecer un conjunto de objetivos a alcanzar que contribuyan a mejorar la calidad de las intervenciones y resultados en relación con la diabetes de forma realista, en función de los recursos y del ámbito de competencias de las CC.AA.

CONTEXTO:

La diabetes es la quinta causa de muerte en España detrás de las enfermedades cardiovasculares, tumores, accidentes y enfermedades respiratorias crónicas, siendo la séptima causa más frecuente en hombre y la quinta en mujeres.

Después de 10 años de evolución, se estima que más del 20% de los diabéticos habrán tenido un evento cardiovascular (infarto de miocardio o ictus), un 5% desarrollarán ceguera y menos del 2% tendrán insuficiencia renal o sufrirán alguna amputación.

El riesgo de pérdida de visión es 11 veces superior al de la población general, aumentando hasta 29 veces si se presenta también retinopatía proliferativa.

El riesgo relativo de padecer insuficiencia renal es 25 veces superior al de la población no diabética. Actualmente la diabetes es, en España, la primera causa de inclusión en programas de tratamiento sustitutivo renal que incluye: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

La prevalencia de polineuropatía diabética en nuestro país es del 22%, siendo además responsable del aumento de riesgo de aparición de úlcera de presión en los pies de 3 veces, comparado con los diabéticos sin esta complicación.

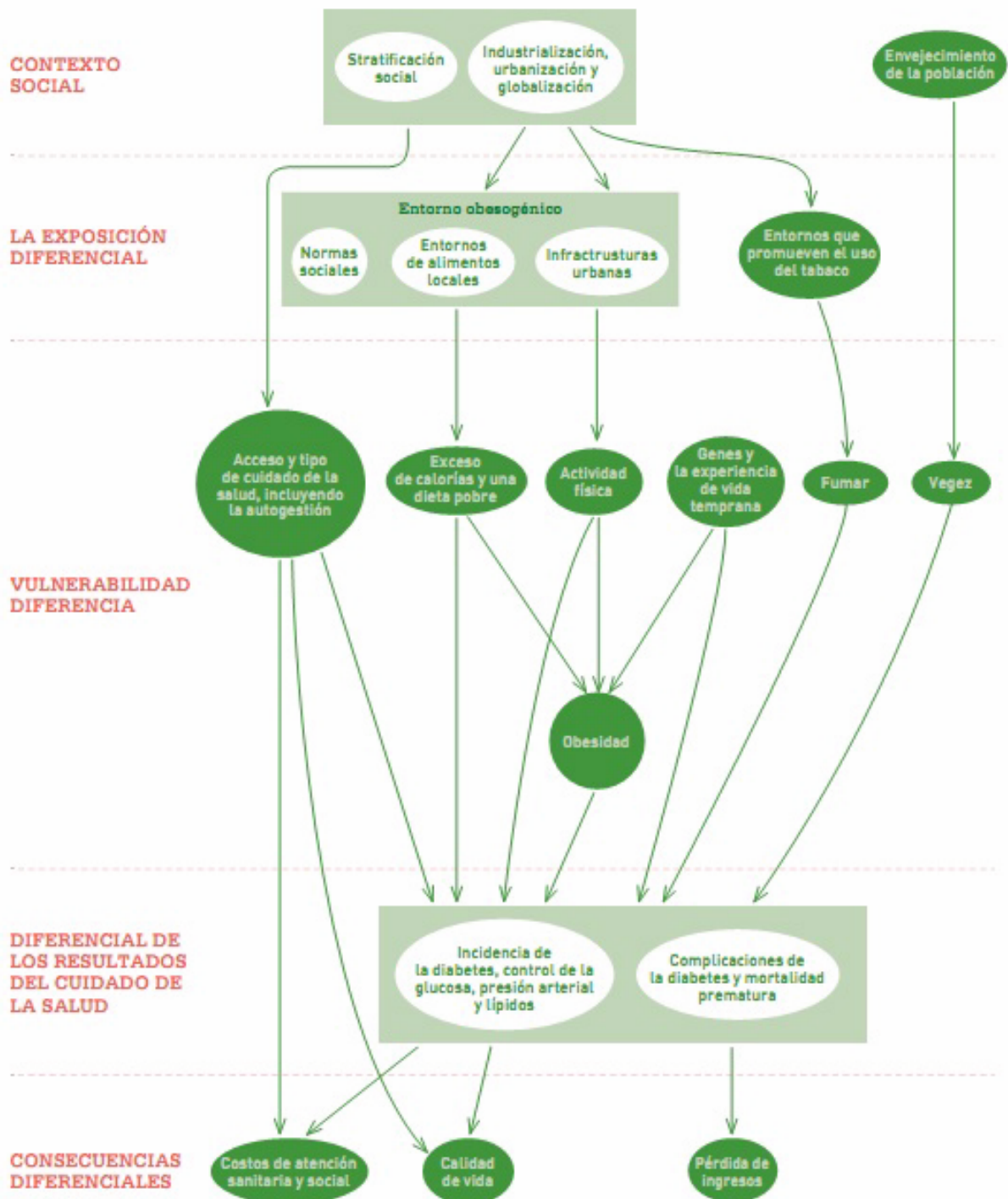
Por su parte, la diabetes es prevenible de forma integral, desde antes de su ocurrencia y son prevenibles así mismo, sus impactos negativos una vez que han ocurrido.

La prevención primaria de la diabetes es un pilar fundamental, actuando sobre los factores de riesgo modificables, como los que tienen que ver con el entorno físico, el socioeconómico, factores personales, factores de conducta, etc., lo que conlleva el control de distintos parámetros como la tensión arterial, obesidad, dislipemias, glucemia, etc. Esto trae como consecuencia la disminución de la tasa de incidencia de diabetes y sus complicaciones.

El control de los factores cardiovasculares puede reducir hasta en un 50% la aparición de complicaciones micro y macrovasculares y reducen la mortalidad por todas las causas.

Figura 1. Determinantes sociales y consecuencia de la diabetes tipo 2. Fuente: Equidad, determinantes sociales y programas de salud pública. Organización Mundial de la Salud, 2010

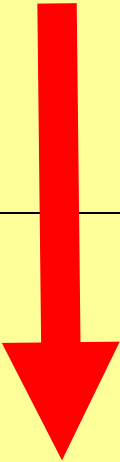
Figura 4.6. Determinantes sociales y consecuencias de la diabetes tipo 2



Fuente: Equity, social determinants and public health programmes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2010.

Tabla 1. Determinantes sociales y diabetes. Ginebra 2010. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Tabla 1. Determinantes sociales y diabetes	
Contexto social	Estratificación social Industrialización, urbanización y globalización Envejecimiento de la población
La exposición diferencial	Entorno obesinógeno: Normas sociales Entorno de alimentos locales Infraestructuras urbanas Entornos que promueven el consumo de tabaco
Vulnerabilidad diferencial	Acceso y tipo de cuidado de la salud, incluyendo la autogestión Exceso de calorías y una dieta pobre Actividad física Genes y la experiencia de vida temprana Fumar Vejez } Obesidad
Diferencial de resultados del cuidado de la salud	Incidencia de diabetes, control de la glucosa presión arterial y lípidos Complicaciones de la diabetes y mortalidad prematura
Consecuencias diferenciales	Costes de atención sanitaria y social Calidad de vida Pérdida de ingresos



EVALUACIÓN:

Con el fin de monitorizar los progresos asociados al control de la diabetes y de sus factores de riesgo, dentro de las actividades incluidas en la Estrategia Nacional de Diabetes en Asturias, así como conocer y evaluar la calidad de las actividades asistenciales preventivas o curativas, hemos intentado recoger los indicadores establecidos como tales en la Estrategia en el ámbito de Asturias. Estos están vinculados tanto a favorecer su puesta en marcha y desarrollo como a evaluar el grado de avance hacia los objetivos planteados en la Estrategia.

Así, dichos indicadores recogen información sobre varios aspectos que tienen que ver con medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad y sus complicaciones y por último la formación e investigación.

Se propone en primer lugar una línea estratégica que se refiere a la promoción de estilos de vida saludable y prevención primaria, dado que el incremento de las cifras de diabéticos y la cantidad de casos no diagnosticados hacen de las medidas preventivas una de las mejores armas para disminuir su prevalencia.

La segunda línea estratégica recoge información sobre el diagnóstico precoz, aspecto fundamental, ya que hay que tener en cuenta que la diabetes se asocia a gran número de complicaciones y aumenta la mortalidad prematura.

La tercera línea estratégica aborda el tratamiento de la diabetes que debe ir encaminado a conseguir unos niveles de glucemia próximos al valor normal, con lo que se consiguen evitar descompensaciones agudas, reducir síntomas y minimizar el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, así como reducir la mortalidad.

La cuarta línea estratégica incluye abordajes complejos, tanto por la existencia de complicaciones como por pertenecer a grupos de población con especiales características, sobre todo niños, ancianos y mujeres embarazadas, por el impacto sociosanitario que supone.

La quinta línea estratégica recoge aspectos de formación, investigación e innovación. Los grandes avances que se producen en este campo exigen una actualización constante del conocimiento, por lo que es imprescindible realizar formación continuada de todos los profesionales que intervienen sobre estos pacientes. Por otro lado, los avances alcanzados por la medicina genómica abren nuevas líneas de investigación para mejorar el diagnóstico de estos pacientes y plantean nuevas opciones terapéuticas. En el campo de la innovación, cabe destacar el desarrollo del diagnóstico molecular, el diagnóstico genómico prenatal, la investigación con células madres y células beta y el trasplante de páncreas.

Los indicadores finales propuestos se indican en la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores establecidos en la Estrategia Nacional Diabetes del SNS. Madrid 2006. Fuente: Estrategia Nacional de Diabetes, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 2. Indicadores establecidos en la Estrategia Nacional Diabetes del SNS
1ª Línea estratégica: Promoción de estilos de vida y prevención primaria: <ul style="list-style-type: none">• Prevalencia declarada de sobrepeso y obesidad.• Porcentaje de personas que realizan actividad física en tiempo libre.• Realización de acciones de promoción de salud
2ª Línea estratégica: Diagnóstico precoz: <ul style="list-style-type: none">• Cobertura de cribado.• Prevalencia de diabetes declarada.• Prevalencia de diabetes diagnosticada.
3ª Línea estratégica: Tratamiento y seguimiento: <ul style="list-style-type: none">• Prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados a la diabetes.• Porcentaje de altas por complicaciones agudas de la diabetes• Grado de buen control de hemoglobina glicosilada• Grado de mal control de hemoglobina glicosilada
4ª Línea estratégica: Abordaje de complicaciones y situaciones especiales: <ul style="list-style-type: none">• Incidencia de amputaciones en personas diabéticas• Porcentajes de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.• Transplante renal.• Mortalidad prematura por diabetes.
5ª Línea estratégica: Formación, investigación e innovación <ul style="list-style-type: none">• Transplante de páncreas.

EVALUACIÓN de la ESTRATEGIA NACIONAL DE DIABETES EN ASTURIAS

En este estudio pretendemos hacer una aproximación a la situación actual de la diabetes en nuestra Comunidad Autónoma utilizando los indicadores planteados por la Estrategia Nacional y utilizando la información más cercana posible a la elaboración del informe.

Como se observará la fuente de información es muy diferente, el grado de precisión sea en ámbitos geográficos, temporales y en contenidos de los epígrafes a analizar es muy variable. No obstante, hemos intentado proceder a la recogida de todos los indicadores establecidos en la Estrategia, añadiendo alguno más como los años potenciales de vida perdidos, tanto en frecuencia absoluta como relativa. Estamos pendientes de la recepción de datos para el cálculo de alguno de los indicadores, aquellos que han sido solicitados a Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias y cuyo motivo de retraso es la complejidad del procedimiento de extracción de los mismos.

Por otra parte la limitación de elección de indicadores a los establecidos en la Estrategia Nacional necesariamente coarta el conocimiento integral de los factores más inicialmente implicados en la aparición de esta enfermedad, dado que aunque incluye algún indicador relacionado con estilos de vida, no contempla la totalidad de los que pueden estar relacionados con su aparición, como el nivel socioeconómico y otros.

Desde el Observatorio de la Salud en Asturias propugnamos una aproximación distinta y atendemos a la totalidad del proceso de salud-enfermedad que conlleva la aparición de dichos factores de riesgo y, en su caso, de la diabetes.

Por ese motivo, hemos incluido también en este informe aquellos aspectos que condicionan inicialmente la aparición de la diabetes, presentando cifras de aquellos indicadores que se comportan como verdaderos determinantes y algunos que pueden estar relacionados más indirectamente en este proceso y no únicamente aquellos factores de riesgo ligados en su última fase a un mayor riesgo de padecer ya la alteración metabólica.

Por tanto, en este informe, presentamos, los datos para Asturias atendiendo a los indicadores de las distintas desigualdades en salud que afectan en su inicio al desarrollo de un mayor riesgo de padecer los diferentes factores que condicionan la aparición de la diabetes, según los esquemas fijados en la figura 2 y en la tabla 3.

A su vez, siempre que sea posible expresaremos en formato tabla o en mapas la distribución de estos determinantes, resultados de salud o procesos asistenciales que estén relacionados con la diabetes.

Figura 2. Determinantes de las desigualdades de salud. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. "[Propuesta de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España](http://www.ods-ciberesp.es/indicadores/marco-conceptual.html)" publicada en Mayo de 2010 por la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. EN <http://www.ods-ciberesp.es/indicadores/marco-conceptual.html>

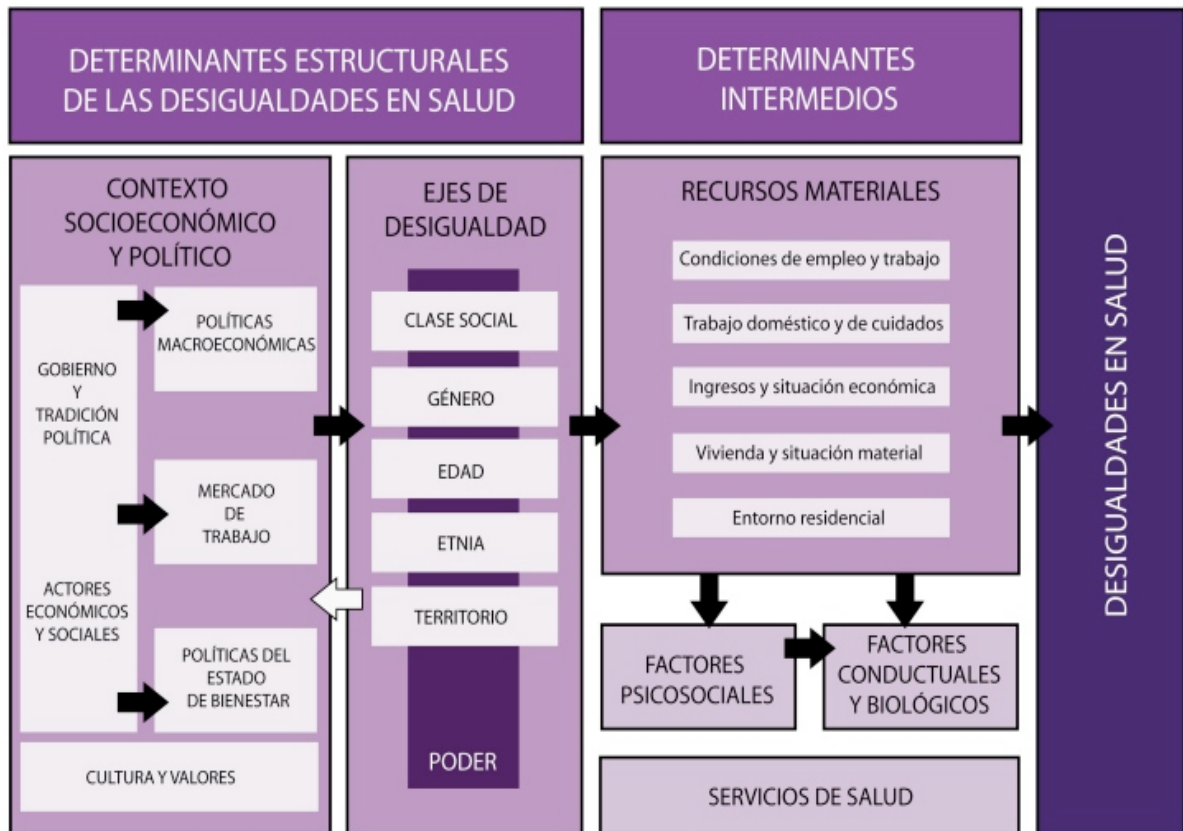


Tabla 3. Indicadores sobre Diabetes analizados en este informe. Fuentes: Encuesta de Salud para Asturias, 2008. Estrategia de diabetes del SNS

Tabla 3. Indicadores sobre Diabetes analizados en este informe, Asturias, 2012
<p>Indicadores de entorno físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contaminación del aire • Estética del entorno • Urbanismo • Ruido • Publicidad • Alimentación saludable • Entorno libre de humos • Acceso a espacios de ocio y tiempo libre
<p>Indicadores de socioeconómico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento de la población • Nivel educativo • Nivel de ingresos • Clase social • Apoyo y cohesión social • Roles • Oportunidades sociales: mercado de trabajo
<p>Conductas o comportamientos saludables (estilos de vida):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad física • Alteración del sueño • Alimentación adecuada • Tabaco • Conductas (dieta, actividad física, tabaco...)
<p>Promoción de estilos de vida y prevención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia declarada de sobrepeso y obesidad. • Porcentaje de personas que realizan actividad física en tiempo libre. • Realización de acciones de promoción de salud
<p>Diagnóstico precoz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de cribado. • Prevalencia de diabetes declarada. • Prevalencia de diabetes diagnosticada.
<p>Tratamiento y seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados a la diabetes. • Porcentaje de altas por complicaciones agudas de la diabetes • Grado de buen control de hemoglobina glicosilada • Grado de mal control de hemoglobina glicosilada • APVP.
<p>Abordaje de complicaciones y situaciones especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de amputaciones en personas diabéticas • Porcentajes de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. • Transplante renal. • Mortalidad prematura por diabetes.

1. DETERMINANTES DE SALUD

1.1. INDICADORES DE ENTORNO FÍSICO:

- Contaminación del aire
- Estética del entorno
- Urbanismo
- Ruido
- Vivienda habitual
- Alimentación saludable (véase conducta o estilos de vida)
- Entorno libre de humos
- Acceso a espacios de ocio y tiempo libre

1.1.1. Contaminación del aire: (calidad ambiental del aire):

Se ha intentado buscar un indicador que pueda medir la calidad ambiental cuando no existe la misma red de vigilancia en Asturias en todos los ámbitos.

Para ello se han elegido 2 indicadores. El nivel de PM10 (partículas sólidas o líquidas de polvo, cenizas, etc. de 0-10 microm. Se ha elegido el número de días que superan los valores máximos para estaciones urbanas de fondo (Oviedo), rural de fondo (Oviedo), industrial (Avilés, Langreo), urbana de tráfico centro (Avilés, Langreo, SMRA, Oviedo, Siero, Mieres), urbana de tráfico occidente (Cangas del Narcea y por similitud resto de concejos similares) y zonas de aglomeración urbana (Gijón).

Para zonas eminentemente rurales se ha asignado el valor de 1 a aquellas similares a las concentraciones de NOx medias anuales atendiendo a los valores valor calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación.

Tabla 4. Calidad ambiental del aire. Asturias, 2001-2009. Fuente: Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras.

Tabla 4. CALIDAD AMBIENTAL DEL AIRE. ASTURIAS, 2001-200		
Indicador	Contaminación del aire	
Definición	1. Número de días año que se supera la concentración diaria de 50 microgr./m3 de PM 10 (si hay varias zonas en el mismo concejo, su media). 2. En el medio rural, el valor calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación.	
Fuente de datos:	Perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo: 2001-09	
Resultados:		
ZONAS URBANAS	Estaciones urbanas de fondo	Ver gráficos
	Estaciones rurales de fondo	Ver gráficos
	Estaciones industriales	Ver gráficos
	Estaciones urbanas de tráfico central	Ver gráficos
	Estaciones urbanas de tráfico occidental	Ver gráficos
	Zonas de aglomeración urbanas	Ver gráficos
ZONAS RURALES	Concentración de NOx	Ver gráficos

Las partículas de diámetro inferior a 10 micras (PM10) tienen un valor límite para la protección de la salud humana establecidos por la normativa vigente de 40 microgramos/m³. Es el contaminante atmosférico más crítico en Asturias. La tendencia observada es la mejoría de la contaminación por partículas en todas las zonas analizadas en la Red de vigilancia. A partir del 2007 todos los valores medios de todas las zonas estudiadas están por debajo del valor límite anual salvo en la zona industrial de Avilés. A pesar, de esta situación sus valores han descendido a la mitad en ocho años.

Para evaluar la calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación se analizan varios contaminantes en la zona rural. Nosotros hemos elegido el NOx. Toda la calidad de aire en estas zonas depende de la acción de los medios de transporte de los gases desde los focos de emisión aunque estén alejados cientos de kilómetros de la estación medidora. Los valores detectados a lo largo del período de estudio están muy lejos de los valores límite tanto para la protección de la vegetación como para la protección de la salud humana.

Gráfico 1. Medias anuales de PM10 en distintas estaciones medidoras. Asturias, 2001-2009. Fuente: perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 2009

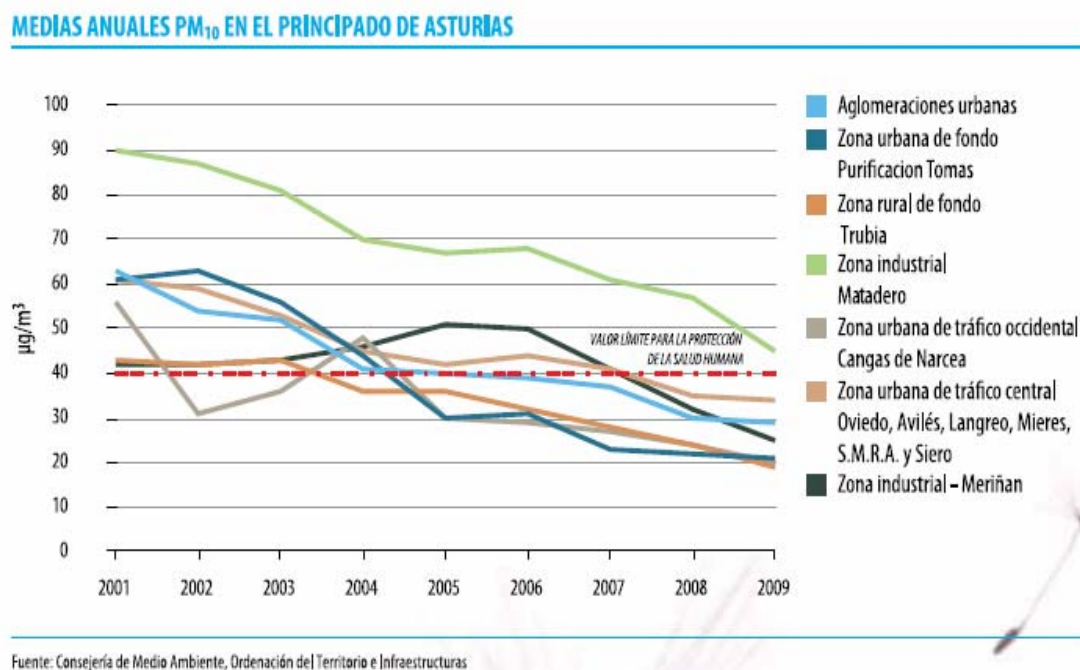
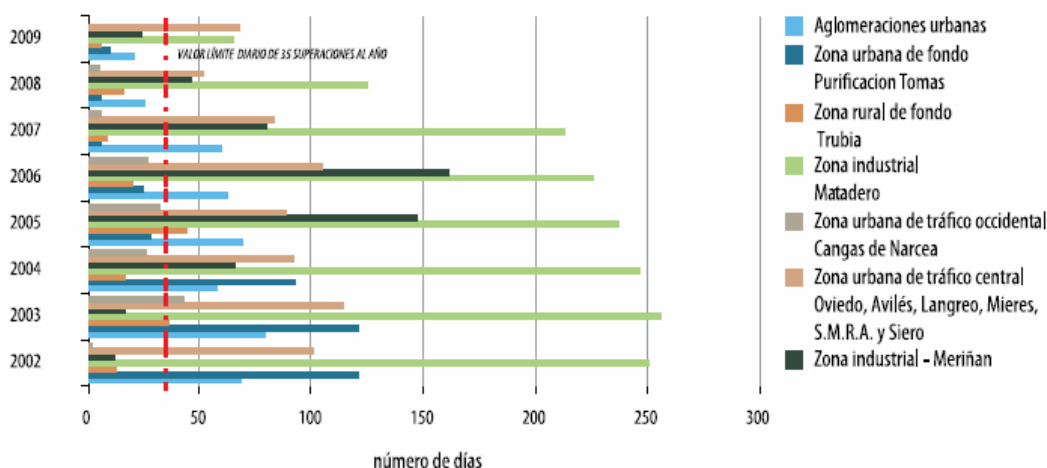


Gráfico 2. Número de días al año en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m³ de PM10 en distintas estaciones medidoras. Asturias, 2009. Fuente: Perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 2009

PARTICULAS (PM₁₀) N° DE DÍAS AÑO EN QUE SE SUPERA LA CONCENTRACIÓN DIARIA DE 50µg/m³ EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Fuente: Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras

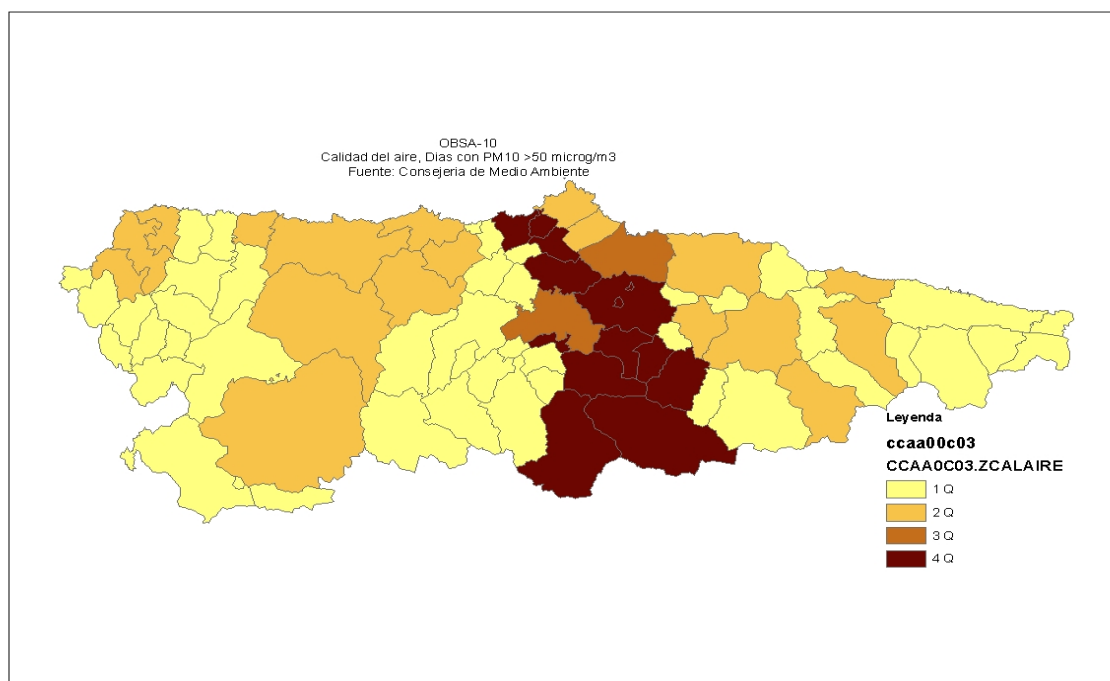
Gráfico 3. Concentraciones medias anuales de NOx en estación de miembros (zona rural) 1999-2008. Fuente: Perfil Ambiental de Asturias, 2009. Consejería de Medio Ambiente, Ordenación del Territorio e Infraestructuras. Período de tiempo utilizado, 1999-2008

NO_x: CONCENTRACIONES MEDIAS ANUALES. ES08 NIEMBRO



Fuente: MARM

Mapa 1. Número de días al año en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m³ de PM10 en distintas estaciones medidoras. Asturias, 2009. Distribución por concejos. Asignación sistemática de concejos. Fuente: Observatorio de la Salud para Asturias, 2011. Consejería de Sanidad, Período de tiempo: 2009 sobre datos de Perfil Ambiental de Asturias, 2009. NOTA: presentación por cuartiles, a mayor intensidad de color peor situación ambiental



1.1.2. Calificación del entorno medioambiental:

La Encuesta de Salud para Asturias de 2008 aborda preguntas sobre la calificación que el ciudadano da a algunas variables de su entorno medioambiental: limpieza, ruido, zonas de paseo y esparcimiento, vecindario, tráfico, contaminación atmosférica, etc.

Por lo general, existe una buena valoración del entorno en el que le toca vivir a las personas asturianas. Las valoraciones de percepción u opinión de bien y muy bien siempre son superiores al 70% de las respuestas y, en ocasiones, llegan a ser de cerca del 90% de las opiniones (opinión sobre el vecindario). La peor valoración en este sentido se hace sobre el tráfico rodado.

Más de ocho de cada diez asturianos/as tiene una valoración de bien o muy bien del **vecindario** donde reside (89%), de la limpieza del entorno (84,7%) y de las zonas de paseo o esparcimiento (84,5%) del entorno de su vivienda.

Tres de cada cuatro personas valora favorablemente la **contaminación atmosférica** (o calidad del aire), un 73,4% el **ruido** que tiene en su entorno del hogar y un 68,7% el **tráfico rodado** del entorno de la vivienda.

Las valoraciones que hacen los hombres son algo más favorables respecto al vecindario, las zonas de paseo o esparcimiento y el ruido, mientras que las mujeres valoran algo mejor aspectos como la contaminación atmosférica y el tráfico rodado.

La población de 45 a 64 años es la que realiza más críticas con la **limpieza** y el tráfico de su entorno de su hogar, así como con respecto al ruido.

Mapa 2. Opinión sobre el entorno ambiental. Asturias, 2008. Distribución por concejos. Fuente: Observatorio de la Salud para Asturias, 2011. Consejería de Sanidad, NOTA: presentación por cuartiles, a mayor intensidad de color peor situación ambiental

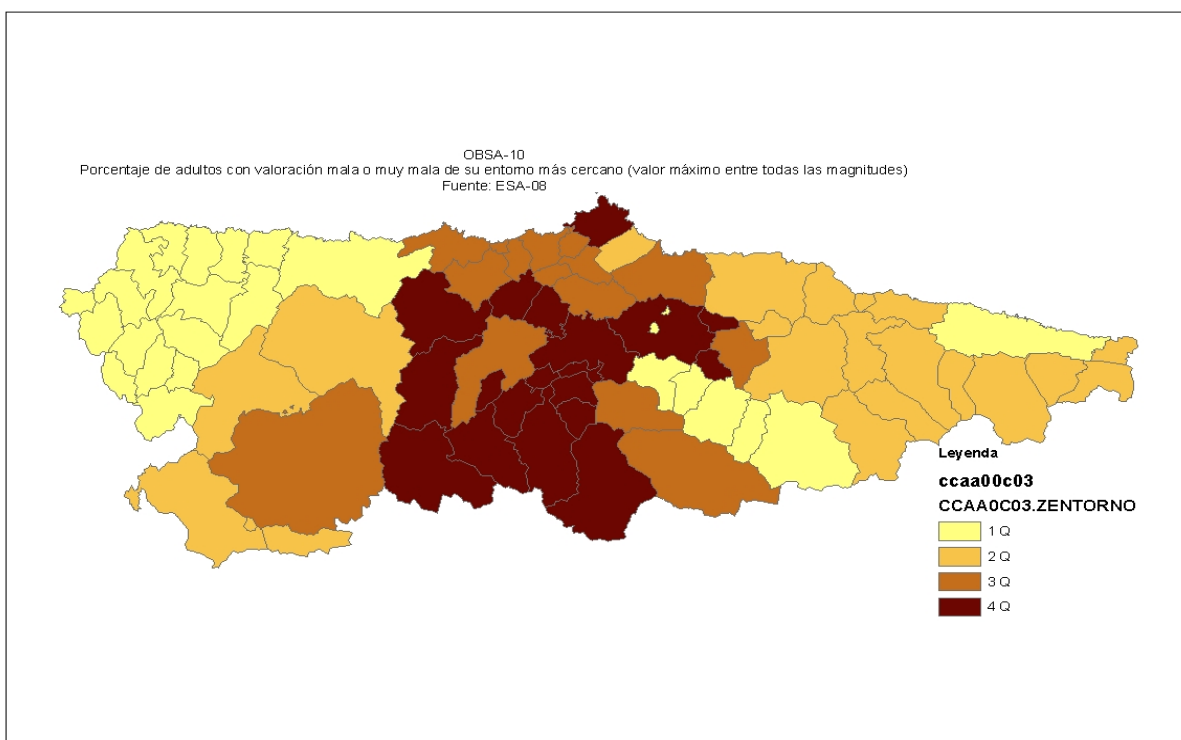


Tabla 5. Calificación del entorno medioambiental. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cómo calificaría el lugar (entorno) donde usted vive en relación a...?

		SEXO		EDAD				TOTAL
		HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Limpieza	Muy bien	14,0	14,7	15,6	12,8	13,6	16,1	14,4
	Bien	70,5	70,1	70,2	72,6	68,6	70,0	70,3
	Regular	12,0	11,9	10,5	12,3	13,5	10,7	12,0
	Mal	2,4	2,3	2,9	1,8	2,7	2,2	2,4
	Muy mal	0,4	0,3	0,0	0,0	0,7	0,5	0,4
	Ns/Nc	0,6	0,7	0,8	0,5	0,9	0,5	0,7
El ruido	Muy bien	13,3	12,4	12,7	10,7	12,9	15,3	12,9
	Bien	61,2	59,8	64,8	60,9	58,6	59,2	60,5
	Regular	19,9	20,7	18,2	22,8	21,2	18,1	20,3
	Mal	4,7	5,1	3,3	4,9	5,3	5,6	4,9
	Muy mal	0,4	0,9	0,0	0,4	1,4	0,7	0,7
	Ns/Nc	0,5	1,0	1,0	0,4	0,7	1,2	0,8
Las zonas de paseo y esparcimiento	Muy bien	16,9	17,4	15,4	15,9	17,8	19,0	17,2
	Bien	68,5	66,2	67,2	66,4	66,9	68,7	67,3
	Regular	10,5	11,6	12,3	13,7	10,4	8,3	11,1
	Mal	3,0	3,1	3,6	2,5	3,4	2,9	3,1
	Muy mal	0,5	0,3	0,3	0,6	0,5	0,2	0,4
	Ns/Nc	0,6	1,4	1,2	0,9	1,0	0,9	1,0
El vecindario	Muy bien	15,0	15,3	13,2	13,4	14,5	19,3	15,1
	Bien	75,1	73,4	75,7	76,3	73,8	71,5	74,2
	Regular	8,4	9,2	8,4	9,0	10,0	7,2	8,8
	Mal	0,7	0,7	0,8	0,5	0,7	0,8	0,7
	Muy mal	0,2	0,3	0,7	0,2	0,0	0,2	0,2
	Ns/Nc	0,7	1,2	1,2	0,6	1,0	0,9	0,9
El tráfico	Muy bien	11,5	11,2	11,6	11,1	11,3	11,7	11,4
	Bien	56,1	58,3	62,4	57,3	54,5	57,0	57,3
	Regular	25,1	21,5	19,8	24,0	24,1	23,9	23,2
	Mal	5,5	6,5	4,6	5,6	7,6	5,6	6,0
	Muy mal	0,9	1,4	0,4	1,5	1,7	0,9	1,2
	Ns/Nc	0,7	1,1	1,3	0,6	0,9	0,9	0,9
La contaminación atmosférica	Muy bien	15,1	13,5	13,6	12,8	15,0	15,3	14,2
	Bien	59,0	61,5	60,9	62,1	57,9	61,1	60,3
	Regular	20,1	18,1	17,1	19,3	20,8	18,0	19,1
	Mal	4,3	4,4	5,6	4,2	4,1	4,0	4,4
	Muy mal	0,3	1,1	0,7	0,7	1,0	0,4	0,7
	Ns/Nc	1,1	1,5	2,1	0,9	1,1	1,3	1,3
Otros	Muy bien	6,4	7,1	7,8	6,2	6,6	6,9	6,8
	Bien	37,1	35,6	38,1	36,8	34,1	37,4	36,3
	Regular	3,7	2,4	3,1	3,6	3,3	1,9	3,0
	Mal	0,6	0,5	0,8	0,2	0,1	1,3	0,5
	Muy mal	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2
	Ns/Nc	51,9	54,2	50,3	53,0	55,7	52,1	53,1

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.1.3. Equipamiento de la vivienda habitual:

Basado en información procedente de la misma Encuesta de Salud para Asturias del año 2008.

1.1.3.1. Superficie útil de la vivienda:

La mayoría de las personas entrevistadas vive en una vivienda de entre 61 y 90 metros cuadrados (63,3%), el 18,4% en una de entre 41 y 61 metros cuadrados y el 12,9% en una vivienda de entre 91 y 120 metros cuadrados, no existiendo diferencias significativas en el tamaño de la vivienda habitual por razón de sexo.

Las personas entre 30 y 64 años son las que principalmente manifiestan que su vivienda habitual tiene entre 61 y 90 metros cuadrados, mientras que el grupo más joven de 16 a 29 años es el que más frecuentemente indica que la superficie de su vivienda está entre 91 y 120 metros cuadrados.

Tabla 6. Superficie útil de la vivienda habitual. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Me podría decir la superficie útil (en metros cuadrados) que tiene su vivienda habitual?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
40 ó menos	1,3	0,7	0,7	0,9	1,0	1,4	1,0
41 - 60	18,1	18,6	19,8	17,4	17,2	20,0	18,4
61 - 90	62,7	63,9	55,3	67,1	65,5	62,3	63,3
91 - 120	13,0	12,9	16,7	10,5	12,6	13,1	12,9
Mayor de 120	2,2	1,9	2,2	2,5	1,9	1,5	2,0
Ns/Nc	2,6	2,1	5,4	1,6	1,7	1,7	2,3

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.1.3.2. Dotación de la vivienda habitual:

Casi la totalidad de las viviendas habituales asturianas dispone de los servicios básicos...

En la casi totalidad de las viviendas habituales asturianas se dispone de agua corriente, ducha o bañera, calefacción general, teléfono y cerca de la mitad de las viviendas tiene servicio de ascensores.

Un 36,6% de las mujeres y el 33,5% de los hombres indican que su vivienda dispone de rampas de acceso libre en espacios comunes del edificio.

Otros equipamientos de la vivienda menos frecuentes son el baño adaptado (11% de las mujeres y 8,4% de los hombres) y los pasamanos o asideros en paramentos en lugares clave del domicilio (9% de las mujeres y 7% de los hombres).

Teniendo en cuenta la edad de la persona entrevistada, las diferencias no resultan relevantes en los equipamientos más habituales.

Tabla 7. Dotación de la vivienda habitual. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Su vivienda dispone de...

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Ducha /bañera	98,6	98,0	97,7	98,3	98,5	98,4	98,3
Agua corriente caliente	98,7	97,6	97,3	98,4	98,5	98,0	98,1
Calefacción general de la casa (individual o central)	91,9	91,3	89,4	92,7	92,7	90,8	91,6
Rampas de acceso útiles en espacios comunes del edificio	33,5	36,3	30,8	35,6	35,7	36,6	35,0
Ascensor hasta su vivienda si el edificio tiene más de dos plantas	48,8	49,2	49,8	48,2	51,7	45,9	49,0
Teléfono	84,7	86,1	81,3	82,7	88,7	87,4	85,5
Baño adaptado	8,4	11,0	7,6	7,3	11,1	12,2	9,8
Pasamanos, asideros (cogedores) en lugares clave de su domicilio	7,0	9,0	7,2	7,2	8,1	9,5	8,1
Ns/Nc	1,0	1,3	1,5	1,1	1,1	1,1	1,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Así, en el caso del teléfono, la proporción de población que dispone de él en su vivienda es algo menor en el grupo de 16 a 29 años (81,8% de los hombres y 80,7% de las mujeres, frente al 84,7% y el 86,1%, respectivamente, de sus totales por sexo).

En relación al ascensor, los hombres que fundamentalmente disponen de él en su vivienda son los de edades entre 30 y 64 años, mientras que las mujeres que principalmente mencionan disponer de ascensor son las de 16 a 29 años y las de 45 a 64 años.

1.1.4. Exposición al humo de tabaco:

Según datos de la Encuesta de Salud para Asturias, 2008, la exposición al humo de tabaco es especialmente crucial en edades infantiles.

De los resultados de dicha Encuesta se desprende que un 14% de los niños y niñas asturianas están expuestas siempre o casi siempre que se fuma en SU DOMICILIO al humo ambiental del tabaco. NO SE FUMA en el 40% de los domicilios en el que residen niños o niñas. Además, en aquellos domicilios en los que se fuma un 27% de la población infantil no están expuestos por que no se fuma delante suyo. Si añadimos las exposiciones ocasionales, podemos concluir que casi una de cada tres personas en edad infantil está expuesta dentro de su domicilio al humo de tabaco.

No hay diferencias de exposición entre géneros.

Por edades, son los y las adolescentes, la población infantil que más expuesta está al humo de tabaco en su domicilio (un 39,5%) mientras que la de los niños y niñas pequeñas lo está menos (16%). No se fuma o nunca delante de los niños/as en el 82% de los domicilios con niños pequeños, lo que también indica que se hace delante de los niños en una elevada proporción.

Tabla 8. Frecuencia de exposición al humo de tabaco en población infantil por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

Frecuencia de exposición al humo de tabaco por sexo:

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Siempre	10,5	9,0	9,8
Casi siempre	4,4	5,1	4,7
Algunas veces	16,8	18,0	17,4
Nunca	26,7	27,6	27,1
No se fuma	40,9	39,7	40,3

Existen considerables diferencias de exposición al humo de tabaco en función de otras variables: no están expuestos al humo de tabaco en su hogar (porque nunca se fuma delante de los niños/as o porque no fuma nadie de los componentes del hogar) un 70% de los niños/as procedentes de cuencas mineras por un 62% de los procedentes de zonas rurales de Asturias.

Tabla 9. Frecuencia de exposición al humo de tabaco en población infantil por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

Frecuencia de exposición al humo de tabaco por grupo etario:

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
Siempre	4,1	7,0	9,7	14,9	9,8
Casi siempre	1,9	3,6	5,5	6,3	4,7
Algunas veces	10,3	18,9	20,5	17,6	17,4
Nunca	38,1	28,7	26,0	20,6	27,1
No se fuma	44,8	41,2	37,6	39,9	40,3

Hay diferencias ligeras en exposición al humo de tabaco en función de nivel de estudios de los padres/madres: en un 80% de los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios no se está expuesto al humo por un 57% en familias con estudios primarios.

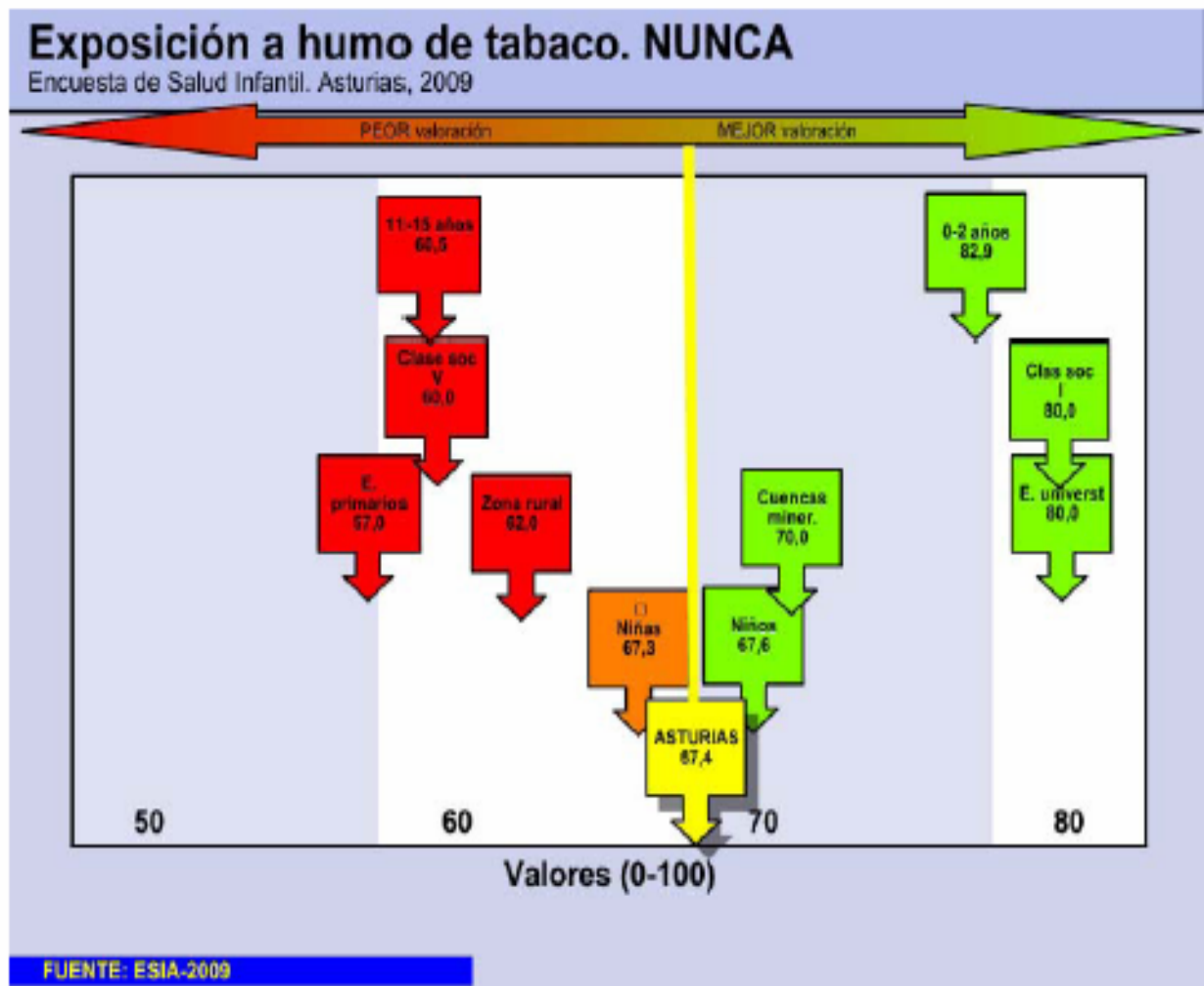
En cuanto a la clase social las diferencias son aún mayores: un 80% de los niños/as clasificados como en clase social I no se está expuesto al humo de tabaco por solo un 60% de los procedentes de clase social menos favorecida (V).

Si solo consideramos los hogares en los que no fuma ninguno de sus miembros y donde hay población infantil observamos considerables diferencias de exposición al humo de tabaco en función de otras variables: no fuma nadie de los componentes del hogar en un 44% de los niños/as objeto de encuesta procedentes de zonas centrales de Asturias por un solo un 34% de los procedentes de zonas rurales de Asturias.

Hay diferencias ligeras en no fumar nadie de los componentes del hogar en función de nivel de estudios de los padres/madres: en un 58% de los niños/as procedentes de familias con estudios universitarios que tienen niños/as objeto de este estudio no hay miembros del hogar que fumen por solo un 26% en familias con estudios primarios.

En cuanto a la clase social las diferencias son similares: un 58,2% de los niños/as clasificados como en clase social I no están expuesto al humo de tabaco porque ninguno de los miembros de su hogar fuma por solo un 30,4% de los procedentes de clase social menos favorecida (V).

Figura 3. Frecuencia de exposición al humo de tabaco en población infantil por diversos determinantes sociales que generan desigualdad para la salud. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



1.2. INDICADORES DE ENTORNO SOCIOECONÓMICO:

- Envejecimiento de la población
- Nivel educativo
- Nivel de ingresos. Situación laboral.
- Clase social
- Apoyo y cohesión social
- Roles
- Oportunidades sociales: mercado de trabajo

1.2.1. Envejecimiento de la población

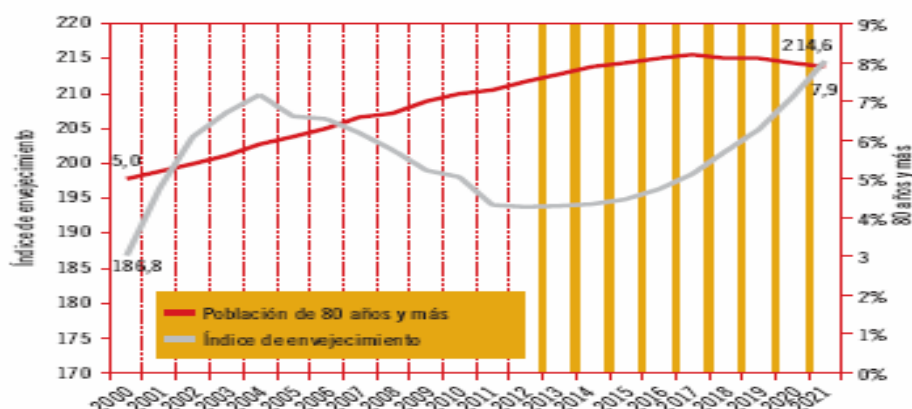
La edad de la población constituye una variable relevante en el análisis de los determinantes de la salud (en realidad es el determinante funcional clásico más importante relacionado con la salud) y con respecto a la diabetes mellitus es un elemento clave directamente relacionado con su prevalencia.

Durante el siglo XX ha sucedido en toda Europa y también en Asturias un profundo cambio demográfico: a un crecimiento marcado de la población se le asocia un brusco descenso de la mortalidad en primer lugar y posteriormente de la natalidad. Paralelamente, pasamos de ser una sociedad emigradora a una acogedora de inmigrantes.

Nuestra esperanza de vida es muy elevada aunque en el caso de los hombres (77,5 años los hombres y 84,1 años las mujeres) no es de las mejores en España. Sin embargo nuestra fecundidad es extremadamente baja (1,08 hijos por mujer), la menor de la Unión Europea.

Este hecho conlleva un proceso de envejecimiento poblacional muy marcado. Usado en términos relativos mientras que en 1900 menos del 1% de la población tenía 80 o más años y había 16 personas mayores (de 65 años o más) por cada cien personas jóvenes, ahora hay cerca de 200 personas mayores por cada cien jóvenes y las personas mayores de 80 años o más son más del 7% de la población total.

Gráfico 4. Evolución del índice de envejecimiento y de la proporción de población de 80 años y más. Asturias, 2000-2021 Fuente: ¿Quién vive aquí? Envejecimiento, territorio y salud. BOLETÍN DE INFORM_ ACCIONES, número 1, febrero 2012.



Analizando los grupos etarios por concejo en el Principado de Asturias, observamos que existen 33 concejos con más de un 30% de población de 65 y más años, hay 32 concejos con más de un 10% de población de 80 y más años, incluso hay 2 concejos (Cabranes y Yernes) con más de un 15% de su población por encima de esa edad. Por su parte, hay ocho concejos con una población menor de 5% en personas menores de 15 años.

Este proceso ha generado además la deslocalización de los jóvenes y de las mujeres hacia los polos de desarrollo de Asturias, lo que ha dejado a los municipios interiores y más alejados del centro fuertemente masculinizados, con escasa probabilidad de matrimonio y generando grandes poblaciones de solteros masculinos y envejecidos al continuar en dichos territorios la generación previa.

A su vez, los extranjeros que han llegado recientemente a Asturias, en su mayoría en edad laboral, han acentuado los desequilibrios aumentando la juventud de las poblaciones centrales y prácticamente manteniendo el envejecimiento en zonas rurales.

1.2.2. Nivel educativo

Un 11% de la población adulta asturiana no tiene estudios o tiene los primarios incompletos (en 2002, la Encuesta de Salud reflejaban cifras para esta variable del 17%). Tiene estudios máximos de Bachiller Elemental, EGB o ESO, un 53% de las personas, de Bachiller Superior, BUP, Preu o COU del 21%. Tiene estudios universitarios un 14% de la población asturiana adulta.

Por sexo, hay una mayor proporción de mujeres con estudios primarios incompletos o primarios que de hombres. Invirtiéndose dicha relación en los estudios de secundarios obligatorios o no) donde hay mayor proporción de hombres que de mujeres. Esa relación se mantiene también en estudios universitarios, donde hay una mayor proporción de hombres (14,6%) que de mujeres (13,6%), manteniendo la misma diferencia existente ya en la Encuesta de Salud de 2002.

Por edades, en las personas mayores los niveles educativos se sitúan en niveles más bajos, siendo el nivel de sin estudios o estudios primarios incompletos del 35,8%, o bien si añadimos a estos los de estudios primarios completos o secundarios de 1ª etapa se llega al 89% de su población, teniendo titulaciones universitarias solo un 5,8% de ellas.

Los niveles educativos más altos, por el contrario, corresponden a las personas jóvenes y los de edades de entre 30-44 años de edad. Éstas últimas tienen una mayor proporción de titulaciones universitarias (23,6%) y los que menos proporción tienen de personas con niveles iguales o inferiores estudios primarios completos (12,8%). Donde se observa también una marcada diferencia en cuanto a los niveles educativos es entre los grupos de 30-44 años y el de 45-64 años (titulaciones universitarias del 23,6% y 12,4% respectivamente, y estudios primarios incompletos o inferiores del 0% y 7,7% respectivamente).

Tabla 10. Frecuencia de niveles de estudios máximos alcanzados en población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sin estudios o estudios primarios incompletos	8,2	13,5	0,0	0,0	7,7	34,8	10,9
Estudios primarios completos	24,9	28,0	12,8	17,8	32,2	38,8	26,6
Estudios secundarios 1ª etapa	27,5	25,6	33,5	25,5	32,1	15,1	26,5
Estudios secundarios 2ª etapa	23,6	18,6	38,2	30,3	15,4	5,6	21,0
Estudios universitarios medios	6,6	8,2	9,0	12,8	6,0	2,5	7,4
Estudios universitarios superiores	7,9	5,5	5,6	10,8	6,4	3,3	6,6
Ns/Nc	1,3	0,7	0,9	2,9	0,2	0,0	1,0

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Tabla 11. Frecuencia de niveles de estudios máximos alcanzados en población adulta asturiana por edad y sexo. Grupos básicos. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado? (agrupados)

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Hasta primarios	33,1	41,5	12,8	17,8	39,9	73,6	37,5
Medios	51,0	44,2	71,7	55,8	47,5	20,7	47,4
Universitarios	14,6	13,6	14,6	23,6	12,4	5,7	14,1
Ns/Nc	1,3	0,7	0,9	2,9	0,2	0,0	1,0

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.3. Situación laboral

1.2.3.1. Situación laboral:

La población analizada en la muestra de la Encuesta de Salud en el año 2008 (situación ampliamente superada por la crisis económica actual), manifestaba que en un 41,7% estaba ocupada en el momento de la entrevista, en un 25,6% de ella la persona entrevistada estaba en situación de jubilación, pensión o recibiendo rentas. En un 18,5% las personas entrevistadas se dedicaban a trabajo doméstico no remunerado. Manifestaban estar en situación de desempleo el 5,3% de la población total, y en situación de estudios un 7,3% de la población.

Por sexo, hay una mayor proporción de personas ocupadas en hombres (50,1% frente al 34,2% de las mujeres), con una mayor proporción de jubilaciones, pensionistas o rentistas en hombres (34,1% frente a 17,9% de las mujeres). Al contrario, en esta muestra un 34,8% de las mujeres manifestaban tener un trabajo doméstico no remunerado mientras que lo realiza solo el 0,5% de los hombres.

Estaban entonces en situación de desempleo un 6,2% de los hombres y un 4,6% de las mujeres. La proporción de paro de larga duración era el doble en las mujeres que en los hombres. Estudiaban entonces un 8% de los hombres y un 7% de las mujeres.

Como cabía esperar, la situación laboral estaba muy vinculada a la edad. Por grupo etario, la mayor proporción de ocupados laborales se sitúa en el grupo de 30-44 años (74,4%).

La situación de personas jubiladas, pensionistas era más frecuente en el grupo de mayores de 64 años de edad (67,6%). Estaban entonces en desempleo un 9% de las personas jóvenes, un 8,8% del grupo siguiente, un 4,5% de las personas entre 45-64 años de edad. Un 39,2% de las personas jóvenes era estudiante. Estaba en situación de trabajo doméstico no remunerado en mayor frecuencia el grupo de personas más de 64 años (30,5%) y es también es alto entre 45-64 años (23,9%) mientras solo un 4% de las personas jóvenes declaran esta actividad.

El trabajo doméstico no remunerado que representaba un porcentaje minoritario entre los hombres, presentaba una tendencia creciente con la edad entre las mujeres, desde el 6,8% de aquellas entre 16 y 29 años al 50,7% entre las de 65 o más años.

Tabla 12. Situación laboral de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuál es su situación laboral actual?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
En activo (empleado/a o trabajando por cuenta propia)	50,1	34,2	46,9	74,4	43,2	1,6	41,7
En paro, ha estado trabajando 6 meses o más meses en el último año	1,7	1,3	1,8	2,8	1,4	0,0	1,5
En paro, habiendo trabajado menos de 6 meses en el último año	2,0	0,7	2,5	1,9	1,1	0,0	1,3
En paro los últimos 12 meses. Habiendo trabajado anteriormente	2,0	2,2	2,7	3,7	2,0	0,0	2,1
Jubilado/a retirado/a, pensionista o rentista	34,1	17,9	0,6	3,2	25,5	67,6	25,6
Incapacidad permanente	1,1	0,7	0,0	1,1	1,9	0,1	0,9
Buscando el primer empleo	0,5	0,4	1,9	0,4	0,0	0,0	0,4
Estudiante	7,9	6,7	39,2	0,6	0,1	0,0	7,3
Trabajo doméstico no remunerado	0,5	34,8	3,6	11,1	23,9	30,5	18,5
Otros	0,1	0,7	0,8	0,2	0,6	0,2	0,4
Ns/ Nc	0,1	0,4	0,1	0,5	0,3	0,0	0,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias", Año 2008. DGSP.

1.2.3.2. Situación de empleo

El tipo de empleo que tienen las personas más frecuente es el de trabajador/a por cuenta ajena (asalariado/a) que no ocupa cargos de gerencia ni de supervisión en la empresa (63,6%), seguido a gran distancia por el de trabajador/a por cuenta propia sin personas asalariadas (16,3%). Solo un 0,5% de las personas entrevistadas ocupa puestos de gerencia en las empresas por cuenta ajena.

Por sexo, la proporción es similar de hombres y mujeres en todas las categorías de situación de empleo EXCEPTO para los cargos de responsabilidad, sea gerencial (0,9% en hombres, ninguna mujer) o intermedios (3,8% hombres, 1,9% mujeres).

Por edades, en aquellas personas que tienen actividad, es más frecuente la opción de trabajo por cuenta propia sin asalariados en personas mayores (26,1%) siendo solo del 10,8% en las personas jóvenes. Son precisamente éstas las que tienen unas mayores proporciones de trabajo por cuenta ajena sin ocupar puestos de responsabilidad (65,1%) junto con las de 30-44 años de edad.

Las proporciones según el grupo etario de ocupar puestos de gerencia cuando trabajan por cuenta ajena recaen, sobre todo, en el grupo de 30-44 años de edad (0,6%).

Tabla 13. Situación de empleo de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuál es su situación de empleo en su actual o última ocupación?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Trabajador/a por cuenta propia sin asalariados/as	16,6	16,0	10,8	16,3	19,7	26,1	16,3
Trabajador/a por cuenta propia con menos de 10 asalariados/a	3,6	4,0	2,7	3,7	4,6	0,0	3,8
Trabajador/a por cuenta propia con más de 10 asalariados/as	0,4	0,5	1,4	0,1	0,3	0,0	0,4
Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados/as	0,4	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,2
Gerente de una empresa con más de 10 asalariados/as	0,5	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,3
Capataz, supervisor/a o encargado/a	3,8	1,9	4,3	2,4	3,0	0,0	3,0
Otro tipo de asalariado	63,9	63,4	65,1	65,6	60,6	35,9	63,6
Ns/Nc	10,9	14,3	15,2	11,3	11,4	38,0	12,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.3.3. Satisfacción con el empleo actual:

Según datos de la Encuesta de salud para personas adultas, de 2008, de las personas que trabajan o han trabajado anteriormente un 74,3% se consideran al menos satisfechas o muy satisfechas con su situación de trabajo actual (o el último). En el caso de la Encuesta del año 2002 la cifra alcanzaba también de dos tercios de la población trabajadora. Un 1,8% de las personas refiere no estar nada satisfecha (la mitad que en 2002) y un 4,4% estar poco satisfecha.

Por sexo, existe al menos satisfacción en relación al hecho citado en una proporción diferente entre ambos géneros: un 76,2% de los hombres y un 71,7% de las mujeres. No obstante, cuando la respuesta es poco o nada satisfecho/a son las mujeres las que contestan más a esta opción (7,8% frente a un 4,9% de los hombres).

Por grupo etario, en casi todos los grupos tienen niveles altos (tres de cada cuatro personas) de respuestas de satisfacción o mucha satisfacción. Sin embargo, el grupo de mayores de 64 años los niveles de satisfacción laboral son mucho más bajos (49,8). El grupo de edad menos satisfecho con su trabajo es el de personas jóvenes (poco o nada satisfecho/a el 6,7%).

Tabla 14. Satisfacción con el empleo actual de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En conjunto, ¿cómo consideraría su situación laboral actual?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Muy satisfactoria	19,9	19,4	18,4	20,2	20,0	14,3	19,7
Satisfactoria	56,3	52,3	58,3	53,6	54,1	35,5	54,6
Relativamente satisfactoria	14,4	15,2	12,0	15,8	14,9	17,7	14,7
Poco satisfactoria	3,2	5,9	4,4	4,8	3,8	0,0	4,4
Nada satisfactoria	1,7	1,9	2,3	1,7	1,7	0,0	1,8
Ns/Nc	4,5	5,4	4,5	3,9	5,6	32,6	4,8

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.3.4. Preocupación por pérdida de empleo:

Entre las personas que en 2008 se encontraban ocupadas o trabajando, un 36,1% consideraba que no le preocupa la posibilidad de perder su empleo y a un 18,3% le preocupaba poco. Por el contrario, un 7,4% indicaba que estaba muy preocupado ante esta posibilidad y un 18,5% bastante preocupado.

El grado de preocupación ante la posibilidad de perder su empleo era en 2008 bastante mayor en las mujeres (31,6%) que en los hombres (20,5%).

Por grupos etarios, las personas más preocupadas eran las de 30-44 años de edad (29,3%). Las menos preocupadas eran las de 45-64 años de edad (5,9%).

Tabla 15. Preocupación por la pérdida del empleo actual de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Le preocupa la posibilidad de perder su empleo actualmente?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Mucho	6,0	9,2	8,0	7,3	7,4	0,0	7,4
Bastante	15,5	22,4	18,6	22,0	13,6	11,2	18,5
Regular	13,3	12,6	14,9	12,9	12,3	0,0	13,0
Poco	20,5	15,3	20,3	18,0	17,8	0,0	18,3
Nada	38,8	32,5	33,4	33,5	41,1	50,4	36,1
Ns/Nc	5,9	7,9	4,8	6,3	7,9	38,4	6,8

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.3.5. Ocupación:

Según la Encuesta de Salud para Asturias de 2008, de las contestaciones realizadas con respecto a ellos/as mismos/as (o la persona principal del hogar si las personas entrevistadas eran estudiantes o buscaban primer empleo), se deduce que en un 24% de las ocasiones las personas trabajan como artesanos/as o trabajos en industrias manufactureras, construcción y minería, en un 17% son trabajadores/as de restauración, personales, protección y vendedores/as de comercio, en un 7,8% trabajan en dirección de empresas (incluye a trabajadores/as autónomos/as), un 7% como Operadores/as de instalaciones y maquinaria, montadores/as, un 14% como Trabajadores/as no cualificados/as, un 9% como Técnicos/as y profesionales científicos/as e intelectuales.

Dentro del total destacan como entidades específicas el trabajo de un 4% de la población entrevistada como trabajadores/as en industrias extractivas, así como de autónomos/as (4,6%). El mismo 4,6% lo ocupan las personas que trabajan como industriales, un 6% como dependientes/as, un 7% en la restauración y un 4% en trabajos de servicios personales, un 2,7% como servicio doméstico, un 5% como empleados/as sin cualificar en el comercio, un 2,8% como conductores/as de transporte. Un 1,6% se dedica a la enseñanza con titulación de 2º y 3º ciclo.

Tabla 16. Tipo de ocupación de la población adulta asturiana por edad y sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿A continuación queremos que nos diga los dos últimos trabajos que tuvo (el actual y el anterior)? En caso de que la persona entrevistada fuera estudiante o estuviera buscando su primer empleo, se debía preguntar, la persona principal del hogar.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Fuerzas armadas	0,5	0,1	0,3
Dirección de las empresas y de las administraciones públicas	8,2	7,3	7,8
Gerentes con menos de 10 asalariados	2,7	2,7	2,7
Gerentes sin asalariados	4,7	4,4	4,6
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	9,2	8,1	8,7
Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario en la enseñanza	1,7	1,5	1,6
Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario en la enseñanza	0,9	2,2	1,6
Técnicos y profesionales de apoyo	7,7	3,8	5,7
Técnicos de las ciencias físicas, químicas e ingenierías	4,2	1,1	2,6
Empleados de tipo administrativo	3,3	5,7	4,6
Empleados en servicios contables, financieros, y de servicios de apoyo a la producción y al transporte	1,8	2,0	1,9
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios	10,7	22,0	16,6
Trabajadores de los servicios de restauración	4,8	8,6	6,8
Trabajadores de los servicios personales	1,2	4,1	2,7
Dependientes de comercio y asimilados	3,5	8,7	6,2
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	2,6	1,8	2,1
Artisanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	33,7	14,3	23,6
Trabajadores en obras estructurales de construcción y asimilados	8,9	2,5	5,5
Trabajadores de acabado de construcciones y asimilados; pintores y otros asimilados	4,4	1,2	2,7
Trabajadores de las industrias extractivas	6,4	2,8	4,5
Soldadores, chapistas, montadores de estructuras metálicas, herreros, elaboradores de herramientas y asimilados	7,5	2,0	4,6
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	10,1	4,6	7,2
Conductores de vehículos para el transporte urbano o por carretera	4,3	1,4	2,8
Trabajadores no cualificados	11,6	16,1	14,2
Empleados domésticos y otro personal de limpieza de interior de edificios	0,6	9,4	5,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexo, dentro de los distintos apartados, existe una mayor proporción de hombres en la dirección de empresas y administraciones públicas. Por el contrario, hay más proporción de mujeres en el caso de Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario en la enseñanza, Empleados de tipo administrativo, y con una considerable diferencia de género en Empleados domésticos y otro personal de limpieza de interior de edificios.

1.2.4. Clase social:

Existen múltiples aproximaciones hacia el cálculo de la clase social en un medio determinado dependiendo, entre otras, de la formación recibida, de los ingresos económicos, de la actividad realizada, de la ocupación actual, etcétera.

Una de ellas, es la propuesta por la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) que establece la clasificación a partir de las ocupaciones de las personas, dividiéndola en cinco clases con dos subclases en la clase IV.

Siguiendo dicha recomendación, a partir de la clasificación nacional de ocupaciones (INE, 1994) en este estudio se propone la utilización de determinados códigos en asimilación a los contenidos propuestos por la SEE que se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 17. Asignación de clase social en función de tipo de ocupación. Códigos de Clasificación Nacional de Ocupaciones en la población adulta asturiana. Asturias, 2008.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

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

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

A partir de las ocupaciones declaradas por las personas entrevistadas en la pregunta indicada en el apartado de ocupación, se ha calculado la asignación de clase social para la persona entrevistada (en ningún momento de la unidad familiar) excepto para las personas entrevistadas que estén en situación de estudiante o buscando primer empleo (para ellos/as, se refiere a la clase social de la persona principal del hogar).

Una vez analizada dicha variable, de aquellas personas que conocemos su ocupación, un 36% de la población se situaría en la clase social IV, seguida de un 30% de personas en clase social III. Un 4,8% correspondería a la clase social I, un 12,8% a la clase social II y un 15,4% a la clase social V.

Por sexo de la persona entrevistada (o en excepciones), los hombres se sitúan en clase sociales ligeramente más elevadas que las mujeres (clases sociales I y II), clase social V (7% en hombres y 10% en mujeres). Hay una gran diferencia en la proporción de personas que NS/NC a la ocupación por lo que son difícilmente clasificables en cuanto a clase social.

Las mayores proporciones de población de clase I se localizan en el grupo de 30 a 44 años y las menores en el grupo de más edad. A partir de los 45 años son mayores las proporciones de población que pertenecen a las clases IV y V.

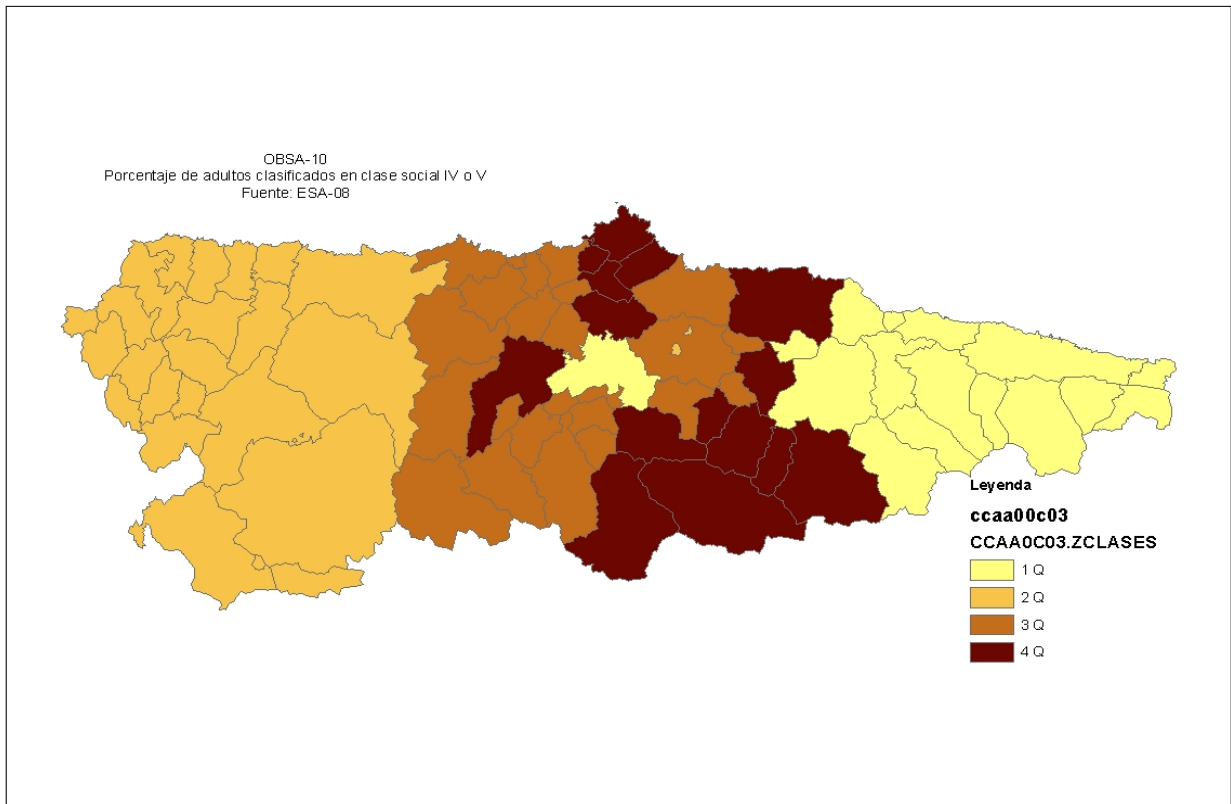
Tabla 18. Asignación de clase social en función de tipo de ocupación. Códigos de Clasificación Nacional de Ocupaciones en la población adulta asturiana. Asturias, 2008.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Aproximación a la clase social:

Clase social	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
I	5,6	3,3	4,4	6,6	4,3	2,2	4,4
II	13,2	10,4	11,9	13,5	12,3	9,0	11,7
III	20,9	33,5	36,7	35,9	25,8	14,1	27,5
IV	46,4	20,7	30,3	27,2	33,3	40,3	32,9
V	11,7	16,2	10,7	12,8	16,4	15,0	14,1
No clasificable	2,2	15,8	6,0	3,9	7,9	19,4	9,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Mapa 3. Frecuencia de personas en clase social IV o V. Asturias, 2008. Distribución por concejos. Fuente: Observatorio de la Salud para Asturias, 2011. Consejería de Sanidad, NOTA: presentación por cuartiles, a mayor intensidad de color peor situación ambiental



1.2.5. Apoyo y cohesión social:

1.2.5.1. Autopercepción de la vida social

Este indicador, intenta integrar al sujeto dentro de su medio y valorar el grado de interconexión con él, así como de estimar la capacidad que podría tener el medio para dar apoyo al sujeto.

Uno/a de cada diez asturianos/as considera insatisfactoria su vida social...

Los resultados que nos da la Encuesta de Salud en Asturias para 2008, expresan que un 87,5% de los asturianos/as indican que su vida social es satisfactoria o muy satisfactoria. Al contrario un 0,9% de la misma población piensa que su vida social es insatisfactoria por completo. En la Encuesta de Salud del año 2002 las cifras eran similares si bien en aquel momento las opciones para la satisfacción eran muy buena, buena, regular, mala o muy mala, pero se pueden hacer una correspondencia de similitud entre ellas.

Por sexo, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con su vida social entre hombres y mujeres. Los hombres consideran como muy satisfactoria su vida social en un 21,4% frente a solo un 18,6% de las mujeres. En el grado más bajo de satisfacción, hay una mayor proporción de mujeres (1,2% frente a un 0,7% de los hombres) que piensan que su vida social es insatisfactoria por completo.

Los hombres y las personas jóvenes consideran más satisfactorias su vida social que las mujeres y las personas mayores...

Por grupo etario, las personas jóvenes están más satisfechas con su vida social (muy satisfactoria o satisfactoria:97%), que en las personas mayores (78%), habiendo una clara tendencia descendente en este aspecto en función de la edad. Donde no existen diferencias significativas con respecto a la media global asturiana (sí si comparamos grupos etarios entre ellos) es en la escasa apreciación de la vida social (insatisfactoria por completo).

Tabla 19. Nivel de autopercepción de la vida social en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿En general usted diría que su vida social es?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Muy satisfactoria	21,4	18,6	36,7	25,7	14,9	8,1	20,0
Satisfactoria	68,7	66,4	59,5	66,7	71,6	68,9	67,5
Poco satisfactoria	8,1	12,8	3,3	6,0	11,0	20,2	10,6
Insatisfactoria por completo	0,7	1,2	0,0	0,5	1,5	1,3	0,9
Ns/Nc	1,1	1,0	0,5	1,1	1,0	1,4	1,1

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.5.2. Personas con las que puede hablar (persona confidente)

Este indicador, complementario a los anteriores, intenta valorar el abordaje de la resolución de problemas o conflictos que viene marcado, entre otros, por la fase de comentar, intercambiar opiniones, consultar, etcétera, que acompaña a la existencia de problemas, y que, habitualmente era suplido por profesionales de distintos ámbitos.

Por ese motivo, en la encuesta se ha aclarado a las personas entrevistadas que hace referencia a la relación no profesional excluyéndose de las respuestas las relaciones con asesores/as, médicos/as, psicólogos/as, curas, etcétera.), centrándonos en la relación informal más ligada al concepto de persona confidente o de mucha confianza.

En este caso, cerca de un 96% de las personas entrevistadas cuentan con al menos una persona a la que pueden acudir para compartir su necesidad de hablar, intercambiar opiniones, etcétera. Un 2,4% de la población manifiesta no tener a ninguna persona de suficiente confianza para hablar de problemas muy personales.

Una de cada 40 personas asturianas no tiene a nadie con el que hablar de problemas muy personales...

Las proporciones de una o múltiples personas a las que poder acudir son similares en ambos sexos.

Por grupos etarios, los jóvenes tienen una mayor proporción de varias personas a las que poder acudir (79%) que las personas mayores (58%). No obstante, en cuanto a la ausencia de personas con las que compartir problemas muy personales, la situación es similar en todos los grupos etarios, excepto en las personas de 45-64 años de edad que tienen proporciones relativamente altas (6%). Este último porcentaje ha aumentado con respecto a la Encuesta de Salud de 2002 (4% en personas mayores). Un hecho similar sucede en la frecuencia de más de una persona en población joven que disminuye considerablemente con respecto a 2002.

Tabla 20. Nivel de ausencia de personas con las que puede hablar de temas personales en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Entre las personas cercanas a usted, ¿hay algunas con las que puede hablar en cualquier momento sobre problemas muy personales?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí, diversas personas	67,6	67,9	78,7	70,6	66,6	58,1	67,8
Sí, una persona	28,5	27,4	18,7	25,3	29,1	36,1	28,0
No, nadie	2,3	2,6	1,3	2,2	2,8	3,1	2,4
Ns/Nc	1,6	2,1	1,3	1,8	1,5	2,7	1,9

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.5.3. Relaciones sociales en el último mes

Según la Encuesta de salud en Asturias en 2008, un 6% de la población no se ha relacionado con familiares o amigos en NINGUN momento del último mes...

Un 28,5% de la población asturiana manifiesta que se relaciona a diario con personas amigas o familiares para salir o divertirse, bien directamente, persona a persona o bien a través de un medio de comunicación (teléfono, internet...). El 6,1% contesta no haberse relacionado socialmente con familiares o amigos/as en ningún momento.

Están más aisladas socialmente las personas mayores...

Es mayor la proporción de mujeres que declara no establecer ninguna relación social (6,7%). Los hombres señalan con mayor frecuencia mantener estas relaciones sociales a diario (29,5% por un 27,7% de las mujeres), al mismo tiempo que entre las mujeres es más habitual indicar varios días a la semana (31,5% por un 30,6% de los hombres).

A medida que aumenta la edad, disminuye la frecuencia con la que se mantienen relaciones sociales. Las personas más jóvenes y el grupo 30 a 44 años son los que refieren mantener un alto nivel de relaciones sociales con sus amigos/as o familiares a diario y varios días a la semana.

Tabla 21. Nivel de relaciones sociales el último mes en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En el último mes, ¿se ha relacionado directamente o a través de un medio de comunicación (teléfono, Internet, etcétera) con amigos-as/familiares para salir, divertirse, sentirse acompañado/a?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	5,5	6,7	4,1	5,3	5,9	8,8	6,1
Alguna vez	32,0	31,5	20,8	27,1	34,8	40,9	31,8
Varios días a la semana	30,6	31,5	28,3	36,2	30,9	27,9	31,1
Todos los días	29,5	27,7	45,3	29,0	26,1	18,8	28,5
Ns/Nc	2,4	2,7	1,5	2,4	2,4	3,7	2,5

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.5.4. Ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes

El motivo de realizar esta pregunta en la Encuesta de salud de 2008 era el saber si entre la población asturiana que convive en su hogar con personas dependientes, como: algún menor de 15 años, alguna persona mayor de 74 años que requiera cuidados o alguna persona discapacitada, existe una red social que permita el desahogo o el soporte o ayuda en el cuidado de estas personas, para poder realizar recados o gestiones que necesitara.

Más de una de cada cuatro personas que necesitaron ayuda en el último mes NUNCA la recibieron...

Hay una elevada proporción de contestaciones NS/NC por lo que es difícil valorar estas respuestas. Si lo hacemos en relación a las preguntas respondidas observamos que un 28% de ellas que necesitaron ayuda NUNCA (en el último mes) la han tenido. Han tenido un buen soporte social en este ámbito un 16% de las personas que lo necesitaron (todos los días).

La proporción de personas que NUNCA han tenido apoyo es similar entre hombres y mujeres.

Las personas mayores han tenido una menor proporción de NUNCA haber tenido soporte social, si bien también son las que presentan una menor proporción de soporte TODOS los días.

Tabla 22. Nivel de ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En el último mes, cuando ha necesitado ayuda para el cuidado de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones, ¿ha encontrado fácilmente a alguien que le ayudara?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	14,7	13,5	14,6	16,6	15,9	8,8	14,1
A veces	17,9	19,2	16,1	17,9	17,4	22,7	18,6
Frecuentemente	10,6	14,3	9,7	13,4	13,1	13,1	12,6
Todos los días	8,9	7,8	7,7	14,5	6,1	5,2	8,3
Ns/Nc	47,8	45,1	51,9	37,7	47,5	50,2	46,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.2.5.5. Convivencia:

Más de la mitad de las personas conviven con su pareja...

La mayor parte de los asturianos/as convive con su pareja (57%). Lo hacen en mayor proporción los hombres (60,3%) que las mujeres (54%).

Según la edad, a medida que aumenta la edad de los hombres es mayor la proporción que indican estar conviviendo con su pareja, mientras que en las mujeres, esto sólo ocurre en los dos primeros estratos de edad, debido al mayor porcentaje de mujeres a partir de esas edades que están separadas o divorciadas (grupo de 45-64 años) o viudas (mayores de 64 años).

Una de cada cinco personas vive sola...

Unas tres cuartas partes de los hogares asturianos están formados por dos a cuatro personas. Hay un 19,1% de personas que viven solas. Y en un 5,4% restante residen más de cuatro personas.

Tabla 23. Tipo de convivencia en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: ¿Convive con su pareja?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí	60,3	54,0	25,0	67,3	70,4	52,6	57,0
No	39,7	46,0	75,0	32,7	29,6	47,4	43,0

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Pregunta: identificación de los miembros del hogar

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Una persona	17,5	20,5	19,1
De 2 a 4 personas	76,8	74,4	75,5
Más de 4 personas	5,7	5,1	5,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Más en mujeres...

Las proporciones son similares entre hombres y mujeres, no obstante, las mujeres son las que con mayor frecuencia viven solas (20,5% frente al 17,5% de los hombres) (mayor estado de separación, divorcio y/o viudedad).

Dos de cada cinco mujeres mayores viven solas...

El mayor porcentaje de personas que viven solas aparece en las personas de más edad, especialmente entre las mujeres: 39,2% por un al 21,6% en los hombres.

1.3. INDICADORES DE CONDUCTAS Y ESTILOS DE VIDA:

- Actividad física
- Alteración del sueño
- Alimentación adecuada
- Lactancia materna
- Tabaco

1.3.1. Actividad física:

1.3.1.1. Ejercicio físico

Para valorar el ejercicio practicado por la población asturiana se han recogido en la Encuesta de Salud de adultos en 2008 las respuestas de tres preguntas, una referida a las tareas realizadas en el tiempo de la actividad principal (considerando como tal, entre otras, a las personas que realicen labores domésticas), otra relativa al ejercicio físico realizado y, por último, la frecuencia de la realización del ejercicio físico.

Un 36% de la población pasa sentada la mayor parte de la jornada laboral...

En relación a esta pregunta más de la mitad de la población (51,8%) considera que el tiempo de su actividad principal está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que algo más de un tercio (36,1%) está la mayor parte del tiempo sentada. Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 3,1% de la población y caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes un 7% de la población adulta asturiana. Estas cifras son casi idénticas a las facilitadas por la ESA-2002, excepto para la realización de grandes esfuerzos que se ha incrementado del 1% (2002) al 3% (2008).

Tabla 24. Realización de ejercicio físico en la actividad principal en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: En general, en el tiempo de su actividad principal en el centro de trabajo, hogar, centro de enseñanza, etcétera, ¿usted está?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sentado/a la mayor parte de la jornada	39,2	33,4	40,3	25,1	31,8	50,3	36,1
De pie la mayor parte de la jornada sin mayores esfuerzos	44,2	58,6	46,4	56,6	57,5	43,2	51,8
Caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes	9,4	4,7	7,3	10,5	6,4	3,7	7,0
Realizando trabajo pesado, con tareas que requieren gran esfuerzo	4,8	1,6	4,6	4,8	2,8	0,6	3,1
Ns/Nc	2,5	1,6	1,4	3,0	1,5	2,1	2,0

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Las mujeres están más tiempo de pie en su jornada laboral...

Existen disparidades de tipo de tareas realizadas en la actividad principal entre géneros: mientras que en un 4,8% de los hombres llevan a cabo un trabajo pesado que requiere un gran esfuerzo, solo lo hace un 1,6% de las mujeres (estas son las que realmente incrementan la proporción total de personas con tareas de gran esfuerzo). Por otra parte, mientras un 58,6% de las mujeres están de pie sin mayores esfuerzos en la actividad principal solo hacen esta tarea un 44,2% de los hombres. No obstante, cerca de un 40% de los hombres están la mayor parte del tiempo sentados en la actividad principal mientras solo lo hacen un 33,4% de las mujeres.

Las personas jóvenes están más tiempo sentadas en su jornada...

Por edades, las personas jóvenes refieren una mayor proporción de estar la mayor parte del tiempo sentadas (40,3%), mientras que solo un 25,1% de las personas entre 30-44 años hacen su trabajo sentados/as. Están de pie sin mayores esfuerzos en su actividad principal tres de cada cinco asturianos/as de 45-64 años, mientras solo un 43,2% en personas mayores de 64 años. Realizan gran esfuerzo físico y trabajo pesado proporciones similares de personas de los grupos entre los 16-29 y personas mayores. Los mayores esfuerzos se realizan en personas de 30-44 años de edad.

1.3.1.2. Práctica de ejercicio físico o actividad deportiva en el tiempo libre

Más de un tercio de los/as asturianos/as no realiza ejercicio físico en el tiempo libre...

Un 47,8% de la población adulta asturiana declara hacer ejercicio físico ocasionalmente, mientras un 37% no hacen ejercicio habitualmente. Solo hacen ejercicio intenso en forma de entrenamiento un 5,1% de la población adulta. Un 8,5% de la población menciona hacer alguna actividad física moderada.

Tabla 25. Realización de ejercicio físico en el tiempo libre en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Practica usted ejercicio físico en el tiempo libre?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
No hago ejercicio físico	34,7	39,1	35,5	39,7	36,6	35,7	37,0
Realizo alguna actividad física ligera	44,0	51,3	28,3	41,4	55,8	58,8	47,8
Realizo alguna actividad moderada	10,6	6,6	17,8	12,4	4,1	3,2	8,5
Realizo actividad física intensa o de competición	9,5	1,1	15,7	5,4	2,2	0,6	5,1
Ns/Nc	1,3	1,9	2,8	1,1	1,3	1,7	1,6

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexo, las personas que hacen ejercicio físico más intenso o más moderado son los hombres, situándose las mujeres generalmente en los grupos de actividades físicas más ligeras: caminar, gimnasia suave, juegos, etcétera.

Uno de cada diez hombres dice hacer actividad física de competición o intensa mientras solo lo dice una de cada cien mujeres. Un 39% de las mujeres dicen no hacen ejercicio mientras que indica lo mismo un 35% de los hombres. Con respecto a 2002 se observa un aumento moderado de la proporción de personas que no hacen ejercicio. Sin embargo, se incrementa el grupo de personas que hacen ejercicio ocasionalmente, fundamentalmente, a expensas de aquellas personas que hacen ejercicio más intenso.

Las mujeres hacen ejercicio físico menos intenso en el tiempo libre...

Atendiendo a la variable edad, hacen ejercicio más intenso las personas jóvenes: uno de cada seis personas jóvenes hacen actividad intensa o de competición, mientras que lo hace solo una de cada doscientas mayores.

El ejercicio realizado de forma moderada lo practican una de cada seis personas jóvenes mientras solo lo hace una de cada treinta personas mayores. No obstante, paradójicamente, también existe una alta proporción de personas jóvenes que no realizan ejercicio físico (similar a la frecuencia en personas mayores), manifestando un doble comportamiento característico de las personas jóvenes: o no se realiza ejercicio o, cuando se realiza, se hace más intensamente.

1.3.1.3. Frecuencia con la que se ha practicado ejercicio físico en el último mes

En cuanto a la frecuencia con la que se ha practicado actividad física en el último mes, se aprecia una diferencia notable en función del tipo de ejercicio o deporte de qué se trate. La actividad más practicada por la población asturiana ha sido pasear y la han realizado en una frecuencia media de 10 veces en un mes.

Los/as asturianos/as salen a pasear unas diez veces (al menos treinta minutos) al mes...

Tabla 26. Frecuencia con la que se practicó ejercicio físico en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Cuántas veces ha practicado cualquiera de los siguientes ejercicios físicos durante al menos 30 minutos en los últimos días? (media de veces).

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Pasear	9,6	11	5,4	8,4	11,9	14,0	10,3
Caminar a paso ligero	2,1	1,8	2,1	2,5	2,1	1,0	1,9
Deportes (baloncesto, fútbol, tenis, ciclismo, natación...)	2,1	0,5	3,1	1,6	0,7	0,2	1,2
Gimnasia, aerobio, yoga, pilates	0,7	0,7	1,3	1,0	0,3	0,5	0,7
Montañismo, senderismo, náutica	0,1	0,02	0,04	0,1	0,03	0,0	0,04
Otros (especificar)	0,6	0,2	0,6	0,5	0,4	0,1	0,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Considerablemente menor es la frecuencia con la que se han practicado en el último mes otras actividades como: caminar a paso ligero (1,9 veces), deportes, como baloncesto, fútbol, tenis, ciclismo o natación (1,2 veces), gimnasia, aerobio, yoga, pilates (0,7 veces) y montañismo, senderismo o náutica (0,04 veces).

Los hombres practican más deportes, las mujeres pasean más...

Los hombres, por su parte, han practicado deportes una media cuatro veces más que las mujeres en el último mes. Y también presentan una media más alta en la actividad de caminar a paso ligero y el montañismo. Por el contrario, las mujeres pasean más y se iguala entre ambos sexos la actividad de gimnasia, aerobio, yoga y pilates.

Las personas mayores salen a pasear unas catorce veces (al menos treinta minutos) al mes...

Las frecuencias de práctica de deporte en relación con la edad presenta una tendencia creciente en el caso del paseo y decreciente en los otros deportes. Los niveles de práctica de paseo en población mayor son elevados (14 veces al mes) lo que revela la frecuencia de esta práctica, prescrita o no, de esta forma de actividad física. Entre las mujeres también tiene una ligera relación inversa con la edad caminar a paso ligero.

Las actividades de gimnasia, aerobio, yoga y pilates son practicadas con mayor frecuencia por la población menor de 45 años.

1.3.1.4. Ejercicio físico en población infantil:

Para valorar el ejercicio practicado por la población infantil asturiana se han recogido en la Encuesta de salud Infantil de Asturias de 2009 las respuestas de una pregunta, una referida al ejercicio físico realizado en el tiempo libre: ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que el/la niño/a realiza alguna actividad física en su tiempo libre? (fuera del horario escolar): (Niños/as mayores de tres años).

En relación a esta pregunta la mitad de la población infantil considera que el tiempo de su actividad principal hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana (48%). Un sexto no hace ejercicio y un quinto hace alguna actividad física o deportiva ocasional.

Tabla 27. Frecuencia de práctica de ejercicio físico en población infantil asturiana por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009.

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria	13,7	20,9	17,2
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional	17,4	20,7	19,0
Hace actividad física, varias veces al mes	7,8	7,9	7,9
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	54,0	42,6	48,4

Existen disparidades de tipo de tareas físicas realizadas entre géneros: los niños tienen una mayor probabilidad de que hagan entrenamiento deportivo físico varias veces a la semana que las niñas (OR: 1,6; IC95%: 1,3-1,8) mientras que tienen menor probabilidad de hacer actividades completamente sedentarias (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,7).

Por edades, las personas en edad pediátrica también tienen diferencias de actividad: así es más probable el sedentarismo en niños y niñas en edad preescolar (24%) que en adolescentes (16%). A la inversa, hacen entrenamiento deportivo habitual más frecuentemente la población infantil a partir de los 6 años de edad.

Por otras variables de interés, observamos que un 18,4% de los niños/as residentes en zona central no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 14,9% en población infantil de zonas rurales.

Figura 4. Frecuencia de realización de ejercicio en población infantil. Asturias, 2009.
Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



El 21% de los niños/as procedentes de familias con estudios primarios no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 15,5% en población infantil procedentes de familias universitarias.

Un 27,1 de los niños/as procedentes de clase social tipo V no hacen ejercicio y su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria, mientras que la frecuencia de ese tipo de actividad es de un 14,4% en población infantil más aventajada (clase social II).

Tabla 28. Frecuencia de práctica de ejercicio físico en población infantil asturiana por edad. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
No hace ejercicio. Su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria		23,7	14,0	16,3	17,2
Hace alguna actividad física o deportiva ocasional		20,6	18,9	18,2	19,0
Hace actividad física, varias veces al mes		6,4	8,6	8,1	7,9
Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana		27,8	54,9	54,8	48,4

En el caso de los adultos, en relación a esta pregunta más de la mitad de la población (51,8%) considera que el tiempo de su actividad principal está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que algo más de un tercio (36,1%) está la mayor parte del tiempo sentada.

Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 3,1% de la población y caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes un 7% de la población adulta asturiana. Estas cifras son casi idénticas a las facilitadas por la ESA-2002, excepto para la realización de grandes esfuerzos que se ha incrementado del 1% (2002) al 3% (2008).

Existen disparidades de tipo de tareas realizadas en la actividad principal entre géneros: mientras que en un 4,8% de los hombres llevan a cabo un trabajo pesado que requiere un gran esfuerzo, solo lo hace un 1,6% de las mujeres (estas son las que realmente incrementan la proporción total de personas con tareas de gran esfuerzo).

Por otra parte, mientras un 58,6% de las mujeres están de pie sin mayores esfuerzos en la actividad principal solo hacen esta tarea un 44,2% de los hombres. No obstante, cerca de un 40% de los hombres están la mayor parte del tiempo sentados en la actividad principal mientras solo lo hacen un 33,4% de las mujeres.

Por edades, las personas jóvenes refieren una mayor proporción de estar la mayor parte del tiempo sentadas (40,3%), mientras que solo un 25,1% de las personas entre 30-44 años hacen su trabajo sentados/as. Están de pie sin mayores esfuerzos en su actividad principal tres de cada cinco asturianos/as de 45-64 años, mientras solo un 43,2% en personas mayores de 64 años. Realizan gran esfuerzo físico y trabajo pesado proporciones similares de personas de los grupos entre los 16-29 y personas mayores. Los mayores esfuerzos se realizan en personas de 30-44 años de edad.

1.3.2. Descanso, sueño:

1.3.2.1. Horas de sueño

Se suele dormir unas 7,4 horas diarias...

La media de horas dedicadas diariamente al sueño en una persona adulta asturiana es de 7,4. En la Encuesta de Salud del año 2002 era de 7,3 horas.

Duermen más los hombres...

Tabla 29. Horas de sueño en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuántas horas por término medio duerme un día normal, incluyendo el tiempo de siesta?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media	7,5	7,3	7,9	7,3	7,3	7,3	7,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexos, los hombres duermen un poco más que las mujeres de media (7,5 h respecto a 7,3 h). Con respecto al año 2002 parece que ese ligero incremento de sueño se debe al aumento en hombres y no en mujeres.

Más los jóvenes...

Por grupos etarios, son las personas jóvenes las que manifiestan dormir más horas (7,9 horas de media), reduciéndose el número de horas a medida que aumentan los años y llegando en el grupo de personas mayores a dormir una media hora menos al día que en las personas jóvenes. En el grupo entre 45-64 años, a pesar de situarse su media dentro de la propia tendencia de disminución del número de horas con la edad, se observa una gran dispersión de los resultados debido a que dentro de su propio grupo hay personas que duermen muchos más de esa media y otras mucho menos, siendo la dispersión claramente menor en otros grupos etarios.

1.3.2.2. Descanso en el sueño

Esta es una nueva pregunta en la Encuesta de 2008. Tres de cada cuatro personas consideran que lo que duerme le permite descansar adecuadamente. Una de cada cuatro personas no descansa adecuadamente. Sobre todo las mujeres y las personas mayores...

Sin embargo, esa proporción es bastante menor en mujeres (70,3% respecto a un 82% en hombres), lo que significa que algo más de una de cada cuatro mujeres no descansa adecuadamente en el sueño frente a uno de cada seis hombres.

Se descansa mejor en las edades jóvenes, con la edad va aumentando la proporción de personas que manifiestan no tener un descanso adecuado.

Tabla 30. Frecuencia de descanso en el sueño en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Las horas que duerme le permiten descansar adecuadamente?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí	82,0	70,3	84,8	76,2	75,4	69,6	75,9
No	15,4	26,5	13,3	21,1	22,4	25,7	21,2
Ns/Nc	2,6	3,2	1,9	2,8	2,2	4,7	2,9

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.3.2.3. Dificultades para dormir

También esta era una nueva pregunta en la Encuesta de 2008. Casi la mitad de las personas han tenido alteraciones en la calidad del sueño como dificultades para quedarse dormidas, se despertaron varias veces o bien se despertaron muy pronto...

Algo más de la mitad de la población asturiana no ha tenido dificultades para dormir en el último mes (56%). No obstante hay grandes diferencias por sexo: el 63,8% de los hombres dice que no ha tenido dificultades para conciliar el sueño frente a las mujeres cuya proporción no alcanza a la mitad: 48,9%. Para las restantes opciones son las mujeres las que con mayor frecuencia han tenido dificultades para dormir varios días (11,2% por un 5,7% de los hombres), muchos días (7,5% por un 3%) o incluso todos los días del último mes (4,7% por un 1,7%).

Las mujeres tienen con mayor frecuencia problemas para dormirse, o se despiertan más frecuentemente durante la noche o precozmente por la mañana...

El análisis de los resultados por edad refleja una tendencia creciente en las dificultades para conciliar el sueño cuanto mayor es la edad de la población.

Respecto a la calidad del sueño, se ha analizado también la frecuencia con la que la población asturiana ha visto interrumpido su sueño, considerando los días en los que se ha despertado mientras dormía varias veces o ha estado despierto más de una hora. Los resultados en esta variable son muy similares a la anterior, aunque en este caso los porcentajes de población afectada son algo superiores, manteniendo las diferencias de género y etarias.

Tabla 31. Frecuencia de dificultades para dormir en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿ Cuántas veces en el último mes he tenido dificultades para quedarme dormido/a?.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	63,8	48,9	73,1	65,2	52,2	38,5	56,0
Algún día	22,4	23,5	16,2	18,8	26,1	28,4	23,0
Varios días	5,7	11,2	2,9	6,0	7,8	16,4	8,6
Muchos días	3,0	7,5	3,3	3,4	6,7	7,4	5,4
Todos los días	1,7	4,7	0,8	2,9	4,2	4,2	3,3
Ns/Nc	3,3	4,3	3,7	3,8	2,9	5,1	3,8

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Pregunt : ¿ Cuántas veces en el último mes me desperté varias veces mientras dormía? (estuve al menos una hora despierto/a).

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	61,1	46,6	75,2	62,1	48,9	34,4	53,5
Algún día	21,1	22,1	14,6	19,1	24,4	25,7	21,6
Varios días	8,4	14,2	2,4	8,9	11,4	20,8	11,4
Muchos días	3,8	8,8	3,1	4,1	8,1	9,2	6,4
Todos los días	1,8	3,7	0,3	1,8	4,2	3,9	2,8
Ns/Nc	3,8	4,7	4,5	3,9	3,1	6,0	4,3

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Pregunta : ¿Cuántas veces en el último me desperté muy pronto (al menos una hora antes)?.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Nunca	60,7	47,5	74,6	61,1	49,2	36,5	53,8
Algún día	21,3	21,6	13,5	17,9	24,8	27,0	21,5
Varios días	7,8	12,5	3,7	8,8	9,7	17,3	10,3
Muchos días	4,0	8,2	2,6	4,8	7,7	8,5	6,2
Todos los días	2,0	4,2	0,5	2,7	4,6	3,7	3,2
Ns/Nc	4,2	5,9	5,1	4,8	3,9	7,0	5,1

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Las personas mayores tienen con mayor frecuencia problemas para dormirse, o se despiertan más frecuentemente durante la noche o precozmente por la mañana...

La última de estas variables propuestas es el hecho de despertarse al menos una hora antes de lo previsto o deseado. Los resultados de esta variable son, de nuevo, son muy similares a las dos anteriores, apreciándose las mismas tendencias por sexo y edad. Por edades, el hecho de despertarse antes de la hora es un problema que afecta a mayor proporción de población a medida que aumenta la edad.

1.3.3. Alimentación

1.3.3.1. Desayuno:

La población asturiana tiene el hábito generalizado de desayunar, sólo un 3,8% manifiesta que no lo hace, entre los hombres la proporción sube a un 5,3%.

En el desayuno típico, lo más frecuente en Asturias en 2008, es tomar café, leche, chocolate, cacao o yogur (91,4%). El pan, tostadas o cereales están presentes en más de la mitad de los desayunos (53,5%) y la bollería o galletas en un tercio (33,4%). No suele ser frecuente tomar huevos, jamón o queso. Algo menos de un tercio toma en el desayuno fruta o zumos (27,6%).

Por sexos, se observan diferencias en la frecuencia de desayunar (desayunan más las mujeres) y en los alimentos que se toman para desayunar. Las mujeres incluyen en su desayuno habitual más veces que los hombres: café, leche, chocolate, cacao o yogur (93,2% vs 89,3%); y pan, tostadas o cereales (59,3% vs 47,1%) así como piezas de fruta o zumos (29,7% vs 25,3%).

Por edades, la tendencia a no desayunar es inversa a la edad (cerca de una de cada 11 personas jóvenes NO desayuna). A su vez, cuanto mayor es la población mayor tendencia se aprecia a tomar pan, tostadas o cereales en el desayuno y café, leche, chocolate, etcétera. Por el contrario, la bollería o galletas son alimentos más frecuentes en los desayunos de la población de 16 a 29 años (44,4% de los hombres y 36,3% de las mujeres, frente a unos totales por sexo de 33,3% y 33,5%, respectivamente). A su vez, las personas jóvenes toman más fruta o zumos que en el resto de las edades pero no hay una diferencia reseñable con estas.

En el caso de la población infantil esta pregunta hacía referencia al tipo de desayuno realizado en un día habitual y no extraordinario.

Las respuestas ofrecidas por las personas entrevistadas 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

En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto al consumo de diferentes alimentos en un el desayuno diario habitual.

Tabla 32. Frecuencia de realización de desayuno por sexo en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Niños	Niñas	Total
	%	%	%
Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, .	94,8	93,2	94,0
Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, ..	89,7	89,1	89,4
Fruta y/o zumo	33,3	32,3	32,8
Alimentos como huevos, queso, jamón, ...	2,3	2,0	2,2
Otro tipo de alimentos	0,5	0,1	0,3
Nada, no suele desayunar	0,7	1,7	1,3

En el análisis por edades, se observa que el desayuno contiene café, leche, té, chocolate, cacao o yogur más frecuentemente en niños y niñas de 3-5 años de edad. Situación similar sucede en el consumo de pan, tostadas, galletas, cereales, bollería.

Mucha menor frecuencia en este último grupo de alimentos la realizan los niños y niñas de 0-2 años (tres cuartas partes de ellos). El consumo de zumo o fruta es casi anecdótico en niños y niñas más pequeñas (17%) siendo mayor a medida que aumentamos la edad. No obstante, solo el 39% de los y las adolescentes consume fruta y/o zumo en el desayuno. A gran distancia y mucho menos frecuente se sitúa el desayuno de huevos, queso, jamón con el mismo patrón de incremento de la frecuencia con la edad.

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. Veamos varios ejemplos.

El consumo de café, leche, té, chocolate, cacao, yogur en el desayuno es más frecuente en población infantil residente en zonas centrales (94,7%, por un 91,8% en cuencas mineras). También es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (96% por un 93,4% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (96,2%, por un 89,2% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Tabla 33. Frecuencia de realización de desayuno por sexo en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Café, leche, chocolate, cacao, yogur	89,3	93,2	86,4	90,9	92,1	94,6	91,4
Pan, tostadas, cereales	47,1	59,3	46,1	48,9	52,3	65,3	53,5
Fruta, zumos	25,3	29,7	29,8	28,4	28,3	24,3	27,6
Bollería, galletas	33,3	33,5	40,4	32,7	30,1	33,2	33,4
Huevos, jamón, queso	5,8	4,3	3,8	6,6	5,4	3,7	5,0
Otros	2,2	2,2	1,0	2,1	2,3	3,2	2,2
No desayuno	5,3	2,5	8,3	4,3	3,0	1,1	3,8

Por su parte, en el consumo en el desayuno de alimentos sólidos como pan, tostadas, galletas, cereales, bollería es más frecuente en niños/as de zonas centrales (90,8%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (85,7%). Es también menor en población infantil con familias con menor educativo (88,5% por un 91,5% en familias universitarias). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (93,6%, por un 86,7% en clase social V).

El consumo de fruta y/o zumo en el desayuno es más frecuente en población infantil residente en zonas rurales (34,9%, por un 32,3% en cuencas mineras). También es más frecuente, incluso con mayor diferencia, en niños/as procedentes de familias universitarias (40,1% por un 24,6% en niveles educativos primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (44,4%, por un 22,9% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo en el desayuno de alimentos más fuertes como huevos, queso, jamón es menos frecuente en niños/as de zonas rurales (1,3%) y mayor en las cuencas mineras, de nuevo (2%). Es también menor en población infantil con familias con estudios medios (1,9% por un 2,5% en familias universitarias). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (2,3%, por un 1,7% en clase social IV).

1.3.3.2. Nutrición:

Para caracterizar la dieta habitual de la población asturiana se les ha consultado a las personas entrevistadas acerca de la frecuencia semanal con la que consumen distintos tipos de alimentos.

En personas adultas las frecuencias más habituales de consumo de cada alimento en la dieta de los asturianos/as son: diariamente: fruta fresca (68,4%), lácteos (81,4%) y pan o cereales (82,3%), tres o más veces por semana: carne (57,4%), pasta, arroz o patatas (49%), y una o dos veces por semana: huevos (50,9%), legumbres (48,2%) y pescado (43,3%).

Un tercio de la población asturiana consume dulces a diario (33,3%) y la misma proporción consume verduras u hortalizas diariamente (32,1%) mientras que el 38,0% lo hace tres o más veces a la semana.

Refiriéndonos a los refrescos con azúcar, el 13,9% los consumen a diario y en torno al 12% señala las restantes frecuencias de consumo. Solo un 46,2% de la población indica que no los consume nunca o casi nunca.

Tabla 34. Consumo de determinados productos en población adulta. Asturias, 2008.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Población general.	A diario	3 o más semana	1 ó 2 semana	< 1 semana	Nunca o casi nunca	Ns/Nc
Fruta fresca	68,4	14,8	8,5	2,8	3,8	1,6
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero)	13,9	57,3	23,5	2,6	0,8	1,9
Huevos	4,6	26,6	50,9	13,4	2,2	2,2
Verduras, hortalizas (cocidas o en ensalada)	32,1	38,0	21,6	4,2	1,8	2,2
Legumbres	3,6	33,8	48,2	10,0	1,7	2,6
Pasta, arroz, patatas	19,2	48,9	24,4	3,6	0,9	2,9
Productos lácteos (leche, queso, yogur)	81,5	9,7	4,1	0,9	1,3	2,5
Pescado	5,1	37,0	43,3	10,1	1,9	2,6
Embutidos y fiambres	11,7	27,0	24,8	19,4	14,0	3,0
Dulces (galletas, pasteles, bollería...)	33,3	18,4	16,0	15,8	13,5	3,0
Pan, cereales	82,3	9,9	2,4	1,1	2,0	2,4
Refrescos con azúcar	13,9	11,7	11,6	12,8	46,2	3,7

Por sexos, las mujeres dicen consumir con mayor frecuencia que los hombres fruta fresca, verduras y hortalizas, productos lácteos, pescado, y dulces, al tiempo que los hombres afirman consumir más a menudo carne, huevos, pasta, arroz o patatas, embutidos y también pan o cereales.

Los hombres, por su parte, consumen refrescos con azúcar a diario en mayor medida que las mujeres (16,3% frente al 11,7%).

En las frecuencias de consumo de 3 veces a la semana o superiores para cada alimento, se observan tendencias crecientes con la edad en el consumo de fruta fresca y pescado, al tiempo que disminuye con la edad el consumo frecuente de carne, pasta, arroz o patatas, embutidos y dulces.

En la población infantil el consumo de fruta fresca es más frecuente que se realice diariamente. Aún así, solo un 70% de los niños y niñas consume fruta diariamente. Uno de cada veinte niños o niñas NO consume NUNCA fruta o lo hace menos de una vez a la semana. Un 82% de la población infantil consume 3 o más veces por semana carne. Más de un 2% los hace menos de una vez por semana. Un 0,7% no come NUNCA carne. Un 21% de la población infantil consume huevos 3 ó más veces por semana. Un 3% NUNCA consume huevos. Un 41% de la población infantil consume pescado al menos tres veces por semana. Un 3% no lo consume nunca. Un 72% consume pasta, arroz o patatas al menos tres veces por semana. Un 86% de la población infantil consume pan o cereales todos los días, un 1% nunca.

Un 20% consume verduras diariamente y un 40% más lo hace 3 ó más veces semanales. Un 2,5% nunca consume verduras. Un 46% de la población infantil consume legumbres 3 ó más veces a la semana. Un 57% consume fiambres o embutidos al menos tres veces por semana, y un 7% nunca consume embutidos. Un 91% consume productos lácteos diariamente. Un 69% consume dulces tres o más veces por semana. Un 7% nunca los consume. Un 10% consume refrescos tres o más veces por semana. Un 50% nunca los consume. Un 4% consume 3 o más veces por semana comida rápida, la mitad nunca. Un 10% pica con snacks frecuentemente y un 32% nunca los consume. Un 16% consume chucherías 3 o más veces por semana, no consumiéndolas nunca un 28%.

En el análisis de género se observa que hay diferencias en cuanto a la frecuencia alimentos. Así, los niños tienen menos frecuencia de consumo diario de fruta fresca que las niñas (OR: 0,83, IC95%:0,7-0,9). No hay diferencia de género en la población infantil en cuanto al consumo de carne, ni en cuanto al consumo de huevos. Los niños tienen menos frecuencia de consumo de pescado al menos 3 veces por semana que las niñas (OR: 0,83, IC95%:0,7-0,9). No hay diferencias de género significativa en el consumo de pasta, arroz o patatas, ni de pan o cereales, ni de verduras, ni de legumbres, ni de embutidos o fiambres, tampoco de productos lácteos ni de dulces. La referencia a nunca consumir de refrescos o bebidas con gas es menos frecuente en niños que en niñas (OR: 0,69, IC95%:0,6-0,8), incluso cuando la frecuencia es la menos inferior a un día por semana (OR: 0,79, IC95%:0,7-0,9). La misma pauta observamos para el consumo de comida rápida y precocinada (OR: 0,74, IC95%:0,6-0,9) y el consumo de chucherías (OR: 0,82, IC95%:0,7-0,9): la frecuencia de nunca consumir cada uno de estos productos es menor en niños que en niñas. Para el consumo de snacks o comidas saladas la diferencia es no significativa estadísticamente.

En el análisis de edad se observa que hay diferencias también en cuanto a la frecuencia alimentos. Así, los niños y niñas de 3-10 años de edad consumen más frecuentemente fruta fresca (más del 90%). Los y las adolescentes con mayor frecuencia refieren NO consumir NUNCA fruta fresca. El consumo de carne es muy similar en todas las edades, excepto para niños y niñas muy pequeñas donde solo lo consumen un 70% tres o más veces por semana en menores de 2 años.

La frecuencia de consumo de huevos va aumentando con la edad siendo de un 21% de 3 ó más veces por semana en adolescentes. En los niños y niñas más pequeñas es de un 13%. Consumen más frecuentemente pescado los niños y niñas menores de 6 años de edad (un 50% tres o más veces a la semana). El consumo de pasta, arroz o patatas es más frecuente en adolescentes. Consumen más frecuentemente pan o cereales los y las adolescentes. El consumo diario de verduras va disminuyendo a medida que aumentamos de edad tanto en el consumo diario como en el consumo muy frecuente. Un 4% de los y las adolescentes No consume nunca verduras.

La frecuencia de consumo de legumbres es relativamente estable a partir de los 3 años de edad, situándose alrededor de la mitad de la población infantil en frecuencias de consumo de al menos tres o más veces semanales. El consumo de embutidos o fiambres no se modifica con la edad a partir de los 3 años de edad. El consumo de productos lácteos es similar en todas las edades si contamos la lactancia natural. El consumo de dulces se incrementa con la edad, lo mismo que (aunque mucho más frecuente) el consumo de refrescos o bebidas con gas. Los consumos de comida rápida y precocinada aumentan con la edad, siendo mayor en adolescentes, lo mismo que los consumos de snacks o comidas saladas, mayor a partir de los 6 años de vida, y similar presentación tiene el consumo de chucherías (en este caso a partir de los tres años de edad).

En relación a otras variables como hábitat, nivel de estudios de la familia y clase social asignada, observamos, de nuevo, claras diferencias en todas estas variables, que, por lo general, indican que la población infantil procedentes de familias con niveles de estudios mayores así como las clases sociales más aventajadas tienen un patrón de consumo más saludables y, al contrario, en niveles educativos pobres así como en clases sociales más desfavorecidas el patrón de consumo alimentario es menos saludables. Veamos varios ejemplos:

El consumo de fruta fresca con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es similar en los distintos hábitats de residencia, pero es mucho más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (89,9%) que en familias con estudios primarios (80,1%). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (90,9%, por un 86,5% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo de carne (pollo, ternera, cerdo, cordero) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas centrales (85,3%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (70,1%). Es similar en función del nivel educativo. Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clase social I los consumen con más frecuencia (87%, por un 80,7% en clase social V).

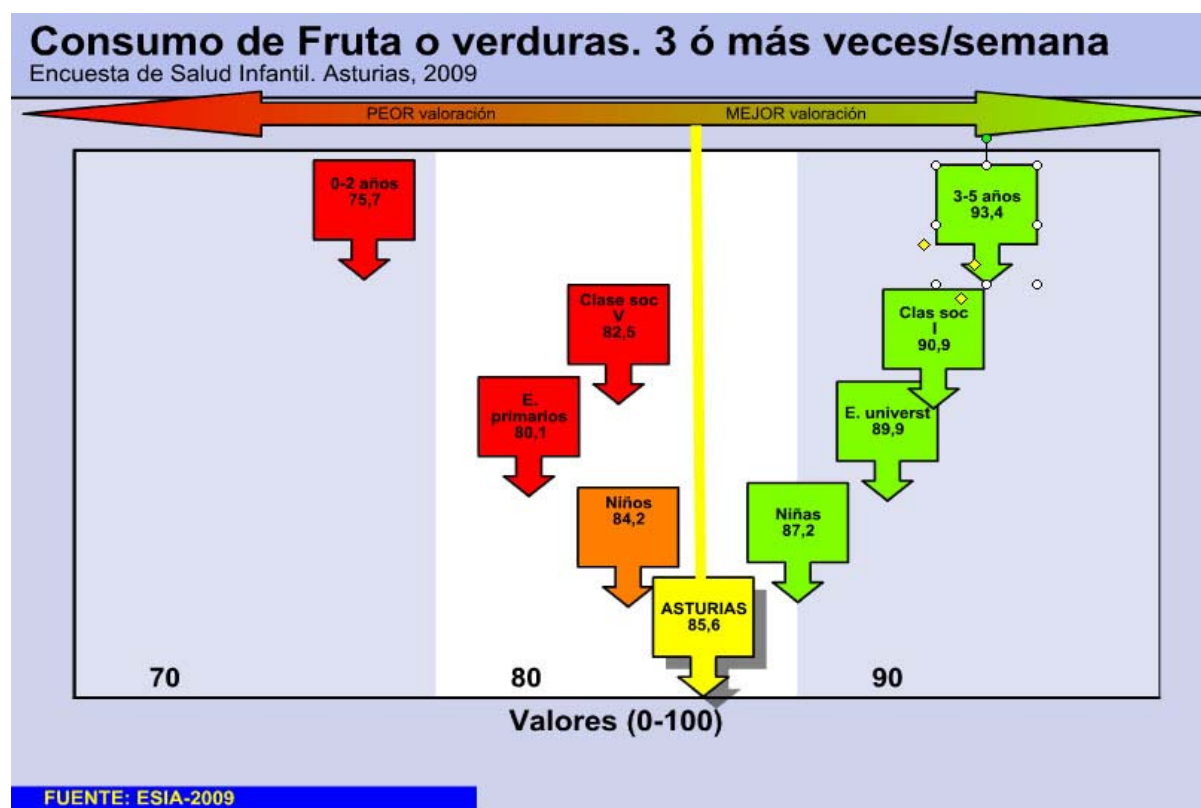
El consumo de huevos con una periodicidad de al menos 1 vez ó más a la semana es similar en los distintos hábitats de residencia, pero es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (78%) que en familias con estudios primarios (72%). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (80,5%, por un 73,1% de los niños/as en clase social más pobre, la V).

Por su parte, en el consumo de pescado con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (43,1%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (40,8%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (43,7%) que en familias con estudios primarios (35,9%). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas, en este caso la II, los consumen con más frecuencia (46,9%, por un 33% en clase social V).

El consumo de pasta, arroz, patatas con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (74%, por un 60,3% en cuencas mineras. Es similar en función del nivel educativo de las familias. A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (76,3%, por un 71,1% de los niños/as en clases sociales más pobres, la III).

Por su parte, en el consumo de pan y cereales con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (92,9%) y menor en las cuencas mineras, de nuevo (89,8%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (93,6%) que en familias con estudios primarios (96%). Por clase social, se repite la misma pauta anterior, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas, en este caso la I, los consumen con más frecuencia (93,1%, por un 89,9% en clase social V).

Figura 5. Frecuencia de consumo de frutas o verduras en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



El consumo de verduras y hortalizas con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (62%, por un 56,6% en zonas rurales. Es mayor también en familias con niveles educativos superiores (66,1% en universitarias por un 57,5% en estudios primarios). A su vez, es más frecuente en niños/as procedentes de familias asignadas en clase social I (65,6%, por un 56,9% de los niños/as en clases sociales más pobres, la V).

A su vez, en el consumo de Legumbres (garbanzos, fabes, lentejas) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es más frecuente en niños/as de zonas rurales (47,6%) y menor en las cuencas mineras (43,9%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (42,1%) que en familias con estudios primarios (59,2%). Por clase social, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (40,2%, por un 55,1% en clase social V).

El consumo de embutidos y fiambres con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas rurales (61%, por un 48,8% en zonas centrales). Es menor también en familias con niveles educativos superiores (56,3% en universitarias por un 58,8% en estudios primarios). A su vez, es similar en todas las clases sociales.

Por otra parte, en el consumo diario de productos lácteos (leche, queso, yogur) es más frecuente en niños/as de zonas centrales (92%) y menor en las cuencas mineras (89,9%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (92,8%) que en familias con estudios primarios (94,3%). Por clase social, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (95,3%, por un 87,2% en clase social V).

El consumo de dulces (galletas, bollería o mermeladas) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es menor en niños/as residentes en zonas rurales (65,5%, por un 70% en zonas centrales). Es mayor en familias con niveles educativos superiores (70,6% en estudios medios por un 55,6% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (72,2%, por un 67,5% en clase social V).

Por otra parte, en el consumo al menos 3 veces ó más a la semana de refrescos o bebidas con gas es más frecuente en niños/as de zonas cuencas mineras (12%) y menor en las zonas rurales (10%). Es menos frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (7,1%) que en familias con estudios primarios (12,6%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (7,6%, por un 15,5% en clase social IV).

El consumo de comida rápida y precocinada (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas) con una periodicidad de al menos una vez ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en cuencas mineras (18,2%, por un 15% en zonas rurales). Es menor en familias con niveles educativos superiores (14,8% en estudios medios por un 17% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (21,3% en clase social II, por un 15,1% en clase social V).

En el consumo al menos 3 veces ó más a la semana de Snacks o comidas saladas (barritas de chocolate, patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas) es más frecuente en niños/as de zonas centrales (11,4%) y menor en las zonas rurales (7,4%). Es más frecuente en niños/as procedentes de familias universitarias (11%) que en familias con estudios primarios (8%). Por clase social, los/las niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con más frecuencia (13%, por un 7,3% en clase social IV).

El consumo de chucherías (caramelos, chicles) con una periodicidad de al menos 3 veces ó más a la semana es mayor en niños/as residentes en zonas centrales (17,5%, por un 14,8% en zonas rurales). Es menor en familias con niveles educativos superiores (13,6% en estudios medios por un 18,8% en estudios primarios). A su vez, niños/as clasificadas en clases sociales aventajadas los consumen con menos frecuencia (14,1% en clase social I, por un 19,2% en clase social IV).

1.3.3.3. Regímenes dietéticos:

En adultos un 14,7% de la población manifiesta que sigue un régimen alimenticio (sea por cuestión de salud, estética, etcétera) en la actualidad, proporción que se eleva al 18,1% entre las mujeres, frente al 10,9% entre los hombres.

Con la edad la tendencia es claramente creciente y en especial para las mujeres. Si bien no se expresa en la tabla que figura a continuación, las mujeres pasan del 7,0% entre las de 16 a 29 años al 29,4% de las de 65 años en adelante, mientras que los hombres que siguen actualmente un régimen son el 5,0% en los de 16 a 29 años y el 19,9% en las personas más mayores.

La pregunta de los motivos para seguir un régimen dietético se realizó únicamente a las personas que estaban a régimen. La mayoría de la población que actualmente sigue un régimen alimenticio, declaró que lo hace por problemas de salud (61,2%), el 18,5% lo hace para perder peso, un 8,3% para mantenerse en su peso y un 6,7% para vivir saludablemente.

Son las mujeres las que principalmente indican motivos relacionados con el peso, sea perder peso o mantenerse. Los hombres indican con mayor frecuencia que siguen el régimen por problemas de salud o para vivir saludablemente.

Como es lógico, los problemas de salud son un motivo principal que se menciona a medida que aumenta la edad de las personas que siguen un régimen, mientras que en este mismo colectivo disminuyen las referencias a perder peso o mantenerlo.

*Tabla 35. Motivos de realización de dietas en población adulta. Asturias, 2008.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.*

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Perder peso	14,4	20,7	46,5	48,9	16,9	3,6	18,5
Mantenerme en mi peso	4,5	10,4	22,7	11,6	10,7	2,8	8,3
Vivir saludablemente	7,7	6,1	11,5	5,3	8,3	5,1	6,7
Por problemas de salud	66,6	58,3	10,0	28,6	59,7	83,3	61,2
Otras razones	3,7	2,5	4,6	4,0	3,0	2,1	2,9
Ns/Nc	3,2	1,9	4,8	1,5	1,4	3,1	2,4

En población infantil, muy pocos niños o niñas están en el momento de la entrevista sometidos a una dieta o régimen alimenticio especial. Un 1,4% del total de población infantil lo está. En el análisis de género se observa que no hay diferencias de ningún tipo en cuanto a la presencia de dieta o régimen.

Tabla 36. Motivos de realización de dietas en población infantil. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
	%	%	%	%	%
SI	1,7	1,3	1,1	1,5	1,4
Motivos:					
Perder peso	11,1	16,7	37,5	33,3	25,7
Mantener peso actual	33,3	16,7	25,0	33,3	28,6
Por enfermedad o problema de salud	44,4	50,0	25,0	33,3	37,1
Otros motivos	0	16,7	0	0	2,9
Vivir saludablemente	0	0	0	0	0
Ganar peso	0	0	0	0	0

Analizando por grupos de edad observamos que no hay una tendencia clara en cuanto a la presencia de dieta o régimen alimenticio especial.

La proporción de población infantil que está a dieta es mayor en zonas centrales (1,8%, por un 0,4% en cuencas mineras). Es también diferente en función del nivel educativo: los niños/as procedentes de familias universitarias están más frecuentemente a dieta (2,3%, por un 0,9% en familias con estudios medios). A su vez, es más frecuente el estar a dieta en población infantil clasificada en clase social I (2,1% por un 0,6% en clase social V).

Los motivos mencionados más frecuentemente son por una enfermedad o problema de salud (37%) seguidos de mantener peso actual (29%) y perder peso (26%).

En el análisis de género, se observa que no hay diferencias significativas estadísticamente de ningún tipo en cuanto a los motivos de dieta o régimen.

Analizando por grupo de edad, observamos que es más frecuente la dieta para perder peso a medida que aumentamos la edad siendo más frecuente en adolescentes.

1.3.3.4 Lactancia materna:

En relación con el análisis de la nutrición en los primeros años de vida de la población, es particularmente relevante el análisis situación de la alimentación en relación con la lactancia materna. En nuestra comunidad ha sido analizada en el apartado “estilos de vida” de la Encuesta de Salud Infantil de Asturias del año 2009.

En relación con la frecuencia del **tipo de lactancia**, casi el 60% de los niños y niñas estuvieron sometidos a un régimen de lactancia materna exclusiva durante un período determinado. Un 23% a un régimen de lactancia combinada y un 17% a uno de lactancia artificial exclusivamente. No se observa diferencias del tipo de lactancia en función del sexo del lactante o de la lactante.

Tabla 37. Frecuencia del tipo de lactancia por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Niños	Niñas	Total
Durante un período de tiempo...	%	%	%
Lactancia materna exclusivamente	60,0	59,6	59,8
Lactancia materna combinada	24,1	22,9	23,5
Lactancia artificial exclusivamente	15,9	17,5	16,7

Por edades en los niños y niñas en el momento actual su historial de lactancia muestra un descenso en la proporción de lactantes sometidos a régimen de lactancia exclusiva en los niños y niñas de los últimos años, si bien eso no significa que se produzca un cambio de comportamiento a regímenes de lactancia artificial exclusiva, más bien se produce a expensas de una mayor frecuencia de la lactancia materna combinada.

Tabla 38. Frecuencia del tipo de lactancia por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
Durante un período de tiempo...	%	%	%	%	%
Lactancia materna exclusivamente	57,2	59,1	60,1	61,2	59,8
Lactancia materna combinada	26,0	23,8	24,4	21,0	23,5
Lactancia artificial exclusivamente	16,8	17,1	15,5	17,8	16,7

Por otro tipo de variables, un 61,7% de los niños/as residentes en zonas de actividad laboral minera han recibido **lactancia materna exclusivamente en algún período**, frente a un 55,7% de la población infantil residente en zonas rurales.

Teniendo en cuenta el nivel educativo del ámbito familiar, un 64,2% de los niños/as cuyas familias tiene estudios universitarios han recibido este tipo de lactancia por un 54,7% en familias de estudios primarios. Un 64,7% de los niños/as clasificados como en clase social I han recibido lactancia materna exclusivamente en algún período de tiempo por un 51,5% de los niños/as clasificados en clase social V.

Un 82% de los niños/as residentes en zonas centrales, más urbanas e industrializadas, han recibido **lactancia artificial durante el primer año de vida** por un 74% de la población infantil residente en la zona de las cuencas mineras. Un 84% de los niños/as cuyas familias tiene estudios universitarios han recibido este tipo de lactancia por un 77,3% en familias de estudios primarios. Un 86% de los niños/as clasificados como en clase social I han recibido lactancia artificial en el primer año de vida por un 79,3% de los niños/as clasificados en clase social V.

Dentro del este último grupo de niños/as que recibieron lactancia artificial durante el primer año de vida, ésta comenzó antes de los 4 meses de edad en el 36% de los niños/as residentes en zonas rurales por un 43% en residentes en zonas centrales. Ese mismo hecho sucedió en el 49% de los niños/as residentes en familias de nivel de estudios primarios por un 33% en familias universitarias. Por clase social asignada comenzó la lactancia artificial antes de los 4 meses de edad en un 36% de los niños/as de clase social II por un 50% en niños/as asignados a clase social V.

En cuanto a la duración de los distintos tipos de lactancia, el promedio de días de lactancia materna de carácter exclusivo a la que estuvieron sometidos este grupo fue de cerca de 5 meses de duración (147,6 día). El promedio de los regímenes combinados fue de 134 días de duración. La media de comienzo de la lactancia artificial en aquellos niños y niñas que estuvieron con lactancia materna exclusiva en algún momento fue a los 4,5 meses de edad. Por sexo del lactante no hay diferencias significativas en cuanto a la duración de los distintos regímenes de lactancia.

Tabla 39. Duración del tipo de lactancia por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Niños	Niñas	Total
LACTANCIA MATERNA			
Días de lactancia materna exclusiva	149,8	145,3	147,6
Días de lactancia combinada materna y artificial	129,7	137,8	133,6
Mes de comienzo de lactancia artificial	4,5	4,4	4,5

Por edades en los niños y niñas en el momento actual su historial de lactancia muestra que el promedio de la duración de la lactancia en los menores de 2 años de edad es el menor de todos los niños y niñas. En cambio el comienzo más precoz de lactancia artificial fue el de los niños y niñas que hoy tienen entre 11-15 años, manifestando que son los que mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva tuvieron pero no significa que los períodos fueran los más prolongados.

Tabla 40. Duración del tipo de lactancia por grupo etario, Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
LACTANCIA MATERNA					
Días de lactancia materna exclusiva	141,3	159,1	150,5	141,5	147,6
Días de lactancia combinada materna y artificial	113,9	137,9	136,9	141,8	133,6
Mes de comienzo de lactancia artificial	4,4	4,6	4,7	4,2	4,5

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 7 días del parto se cifra en la totalidad de la muestra encuestada en el 59% reduciéndose progresivamente. Así, a los 28 días baja al 57% siendo a los tres meses del 34% y a los 120 días del 27% y a los seis meses de solo el 14%. Por sexo del lactante no hay diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de la lactancia exclusiva materna en los distintos períodos de tiempo.

Tabla 41. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en distintos periodos por sexo. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Niños	Niñas	Total
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Prevalencia a los:	%	%	%
7 días	59,2	59,0	59,1
28 días	56,8	57,6	57,0
90 días	34,4	34,0	34,3
120 días	27,8	25,8	26,8
180 días	14,3	12,7	13,6

Por edades en los niños y niñas en el momento actual su historial de lactancia muestra que la prevalencia de aquellas cohortes de lactantes más pequeñas es la más baja de todas en casi todos los períodos de análisis (7, 28, 90 y 180 días).

Tabla 42. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en distintos periodos por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	0-2	3-5	6-10	11-15	Total
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Prevalencia a los:	%	%	%	%	%
7 días	56,4	58,5	60,4	59,8	59,1
28 días	54,4	57,0	57,9	57,6	57,0
90 días	32,8	36,8	36,4	31,4	34,3
120 días	25,9	29,6	28,7	23,9	26,8
180 días	11,7	16,0	14,0	12,7	13,6

1.3.4. Consumo de tabaco:

1.3.4.1. Hábito y frecuencia de consumo

Fuma habitualmente tres de cada 10 asturianos/as...

Al menos de un tercio (30,4%) de la población asturiana entrevistada menciona el fumar habitualmente, de ella un 90% lo hace diariamente y el resto de vez en cuando. Una de cada seis personas entrevistadas es exfumadora y más de la mitad (53,3%) de la población no ha fumado nunca de manera habitual. Con respecto a los datos aportados en la Encuesta de Salud de 2002, ha disminuido la proporción total de personas fumadoras (32,5% en 2002) y ha aumentado la proporción de personas que nunca han fumado (51% en 2002).

Fuman más los hombres...

Por sexo, en el conjunto de la muestra fuman más los hombres (34,7%) que las mujeres (26,4%). Ha disminuido el hábito tabáquico en ambos sexos respecto al año 2002.

Paralelamente casi dos tercios de las mujeres nunca han fumado frente a un poco más de un tercio de los hombres. A su vez, la proporción de hombres exfumadores es más de tres veces la de las mujeres. Con respecto al año 2002 la proporción de incremento del abandono del hábito tabáquico es similar en ambos sexos.

Pero... en jóvenes fuman por igual hombres y mujeres...

En el análisis etario, solo un 5,2% de la población de personas mayores fuma habitualmente. La mayor proporción de fumadores se sitúa en las edades más jóvenes (42%, esta proporción disminuye respecto al 2002: 45,5%). Por edades, destaca el hecho de que en todos los grupos de edad, excepto en el más joven las mujeres presentan frecuencias de fumadoras diarias inferiores a las de los hombres.

Tabla 43. Frecuencia de consumo de tabaco en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: ¿Podría decirme si actualmente fuma? Y ¿Con qué frecuencia suele fumar?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Fumo diariamente	31,7	24,2	37,4	38,0	31,4	5,2	27,8
Fumo, pero no diariamente	3,1	2,2	5,0	3,9	1,4	1,2	2,6
No fumo actualmente, pero he fumado antes	25,8	7,7	5,4	11,7	22,6	21,1	16,3
No he fumado nunca	39,3	65,9	52,2	46,4	44,5	72,5	53,3

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Es de resaltar que, independientemente del hábito de tabaco en el momento de la entrevista, más del 72,5% de las personas mayores nunca han fumado, siendo esta proporción de solo la mitad de las personas jóvenes.

1.3.4.2. Edad a la que comenzó a fumar y tiempo de consumo

La edad media de comienzo del hábito es de 17 años...

De las personas entrevistadas que fumaban o habían fumado, la edad a la que comenzaron a fumar es de 17 años. Ha disminuido respecto a 2002 la edad media de comienzo del consumo (entonces era de 18 años). La edad media es un año más en mujeres que en hombres.

Tabla 44. Edad de inicio de consumo de tabaco en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿A qué edad comenzó a fumar?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media de edad (años)	16,7	17,5	15,6	16,8	17,5	18,5	17,0

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Poco a poco, el comienzo del hábito va siendo más precoz...

Analizando el comienzo del hábito en función de la edad actual, ha habido un descenso progresivo en la edad de comienzo del hábito tabáquico, siendo en la actualidad para las personas jóvenes de solo 15,6 años (tres años más tarde en las personas mayores).

1.3.4.3. Cantidad de tabaco consumida

De media, se fuma menos de una cajetilla diaria...

La media de consumo de tabaco diario en las personas fumadoras o exfumadoras (cuando fumaban) es de cerca de una cajetilla de cigarrillos (16,2 cigarrillos), si bien se observa gran variabilidad en el consumo expresado por la desviación Standard. Se ha disminuido casi un cigarrillo y medio el consumo respecto a los datos de la Encuesta de Salud 2002.

Consumen más los hombres, si bien se redujo desde 2002 más el consumo en hombres...

Tabla 45. Tipo y cantidad de tabaco consumido en población adulta. Asturias, 2008.
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media de cigarrillos/día	17,5	14,7	14,2	17,5	16,5	15,3	16,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Los hombres consumen más tabaco diariamente que las mujeres (17,5 cigarrillos al día frente a 14,7 cigarrillos en las mujeres). Entre los hombres hay una mayor variabilidad de consumos medida en número de cigarrillos que las mujeres.

Con respecto al año 2002, en ambos sexos se ha reducido el consumo medio de cigarrillos si bien en hombres el descenso ha sido superior que en las mujeres (2 cigarrillos menos al día en hombres, solo 0,2 cigarrillos menos al día en mujeres).

Por edades consumen más cigarrillos las personas de 30-44 años que fuman (17,5 cigarrillos día) frente a solo 14,2 cigarrillos día de las personas jóvenes. Con respecto a los datos del año 2002, se ha reducido el consumo diario de cigarrillos en todos los tramos etarios excepto el grupo de población de personas jóvenes.

1.3.5. Medidas antropométricas

1.3.5.1. Peso y talla

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

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

Los/as asturianos/as de media miden 166 cm y pesan 72 Kg...

La altura media declarada de la población adulta asturiana de cualquier edad realizada en la Encuesta de salud en el año 2008 es de 166,2 cm. con una desviación típica relativamente muy baja (recuérdese que en determinadas estadísticas realizan el cálculo de la altura media mediante la medición de la población a una edad concreta, generalmente a los veinte años). La altura media respecto a lo obtenido en la Encuesta de Salud de 2002 ha aumentado 0,2 cm.

El peso medio declarado de la población asturiana de cualquier edad en el año 2008 es de 71,8 Kg. La altura media respecto a lo obtenido en la Encuesta de Salud de 2002 ha aumentado 0,7 Kg.

Los hombres miden 12 cm más y pesan 13 kg más de media que las mujeres...

Tabla 46. Peso y talla medias de la población asturiana adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Preguntas: Podría indicarme, ¿Cuál es su peso en kilogramos actual sin zapatos ni ropa? Podría indicarme, ¿Cuánto mide usted en centímetros sin zapatos?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Podría indicarme, ¿cuál es su peso en kilogramos actual sin zapatos ni ropa?	78,5	65,6	67,5	72,1	73,5	72,4	71,8
Desv. típ	12.1	11.4	13.0	14.6	13.5	11.5	13.4
Podría indicarme, ¿cuánto mide usted en centímetros sin zapatos?	172,5	160,4	169,7	168,3	165,0	162,8	166,2
Desv. típ	7.5	6.3	9.2	8.9	8.4	8.8	9.2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por sexos, los hombres son más altos unos doce cm. más que las mujeres para el conjunto de edades: la altura media declarada en hombres es de 172,5 cm frente a 160,4 cm de las mujeres. Estas cifras son similares a las obtenidas en la Encuesta de Salud de 2002. También, los hombres pesan más que las mujeres, unos 13 Kg más: el peso medio de los hombres se sitúa en 78,5 Kg. frente a los 65,6 Kg. de media en mujeres. Estas cifras significan que la población asturiana ha ganado, de media, casi un Kg más de peso, tanto en hombres como en mujeres, con respecto al año 2002 sin un incremento paralelo de la altura.

Tabla 47. Peso y talla medias de la población asturiana adulta de 19-21 años. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Peso y talla jóvenes de 19 a 21 años

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Podría indicarme, ¿cuál es su peso en kilogramos actual sin zapatos ni ropa?	74,7	63,2	70.5
Desv. típ	10,4	11,7	12.1
Podría indicarme, ¿cuánto mide usted en centímetros sin zapatos?	177,3	163.1	172.2
Desv. típ	6,1	4.9	8.9

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Por edades también existen diferencias: la altura presenta en ambos casos una relación inversa con la edad y es, por tanto, la población más joven la que tiene mayor altura media: las personas más jóvenes tienen una media de 169,7 cm frente a 163 cm en las personas mayores detectándose un incremento de dos cm cada diez años de generación en la altura media.

Analizando la altura atendiendo a criterios de cohortes como anteriormente se realizaba en España a partir de los tallajes realizados en los Centros de Reclutamiento a los hombres que iban a prestar el Servicio Militar para el cálculo de la talla media en hombres a esas edades, y para el cálculo de la talla media en mujeres a esas edades restándole 10 cm a la talla media de los hombres se alcanzaba una talla media por sexo muy estimativa y con grandes errores. Para intentar compararnos con esos criterios y eligiendo a las personas entre los 19-21 años de edad, ambos inclusive, con el objeto de tener un número suficiente de sujetos que garantice una adecuada precisión, la talla media en hombres de 19-21 años de edad en la muestra de la Encuesta (n=63) es de 177,3 cm (DE: 6,1) y en mujeres de la misma edad (calculada directamente a partir de nuestra muestra, n=36) es de 163,1 cm (DE: 4,9) y una talla media para ambos sexos (n=99) de 170 cm (DE: 8,9). Es decir, que el diferencial de talla media en estas edades (14 cm) entre sexos es mayor que el diferencial medio de toda la población (12 cm). Por otra parte, se observa un crecimiento en la talla media de la población asturiana en las nuevas cohortes respecto a los resultados de la Encuesta de salud de 2002. Si bien, este diferencial positivo no es homogéneo entre sexos. Así, los hombres han incrementado en seis años 1,6 cm la media de su talla mientras que las mujeres lo han hecho solo 0,6 cm.

Se ha ganado peso medio respecto al año 2002 (0,7 Kg) sobre todo en generaciones a partir de los 45 años de edad...

El peso medio más elevado corresponde a las personas de 45-64 años de edad (73,5 kg.) siendo las personas con menos peso las personas jóvenes (67,5 Kg.). Con respecto a los resultados de la ESA-2002, han ganado peso las generaciones de edades superiores y ha perdido peso medio la población joven.

Los resultados que nos da la Encuesta de Salud en el año 2008 **para adultos** en términos de Índice de masa corporal son que casi la mitad de nuestra población adulta tiene cifras de peso normal (normopeso) (48,5), un 28% tiene problema de sobrepeso, un 14,5% tiene problemas de obesidad y un 5,1% de obesidad mórbida. Un 5% de la población tiene criterios de bajo peso. Ha habido cambios relevantes respecto al año 2002 en la muestra de la Encuesta. Se observa un descenso de la proporción de bajo peso, un aumento ligero del sobrepeso y un aumento más marcado de la obesidad mórbida (en 2002 era del 0,4% y ahora es del 5%) a expensas de una reducción de la proporción de personas catalogadas como obesas.

Tabla 48. Tablas de categorización del peso: Martín Zurro (Atención Primaria). Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
Bajo peso	<20	<20
Normopeso	20-26,9	20-24,9
Sobrepeso	27-29,9	25-29,9
Obesidad	30-39,9	30-39,9
Obesidad mórbida	>40	>40

Tabla 49. Frecuencia de obesidad en población adulta asturiana. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	
Bajo peso	2,8	7,3	5,1
Normopeso	56,6	41,2	48,5
Sobrepeso	22,6	33,0	28,0
Obesidad	15,3	13,8	14,5
Obesidad mórbida	2,8	7,3	5,1

Una de cada 20 personas tiene o bajo peso o bien obesidad mórbida...

Por sexo, las mujeres tienen una mayor proporción de sobrepeso y obesidad mórbida que los hombres, así como de bajo peso. Por ello, hay una mayor proporción de hombres con normopeso (56,6%) frente a solo un 41,2% de mujeres. Un 53% de las mujeres plantean problemas de, al menos, sobrepeso mientras que tienen ese problema un 41% de los hombres. El incremento respecto al año 2002 de la obesidad mórbida en la muestra se ha debido en concreto al paso de mujeres del apartado obesitas al concepto de obesidad mórbida.

En el caso del bajo peso la proporción de mujeres en estas circunstancias es más de dos veces superior a la de los hombres. Por edades, las mujeres tienen o bien mayor bajo peso o bien mayor obesidad mórbida...

El bajo peso presenta una tendencia decreciente con la edad para ambos sexos, con descensos más acusados entre las mujeres debido a que en los grupos más jóvenes el bajo peso es mucho más frecuente en ellas. Al aumentar la edad también disminuyen los porcentajes de normopeso y aumentan los de sobrepeso, con disminuciones e incrementos respectivos más acusados entre las mujeres a partir de los 45 años.

La proporción de personas obesitas aumenta con la edad...

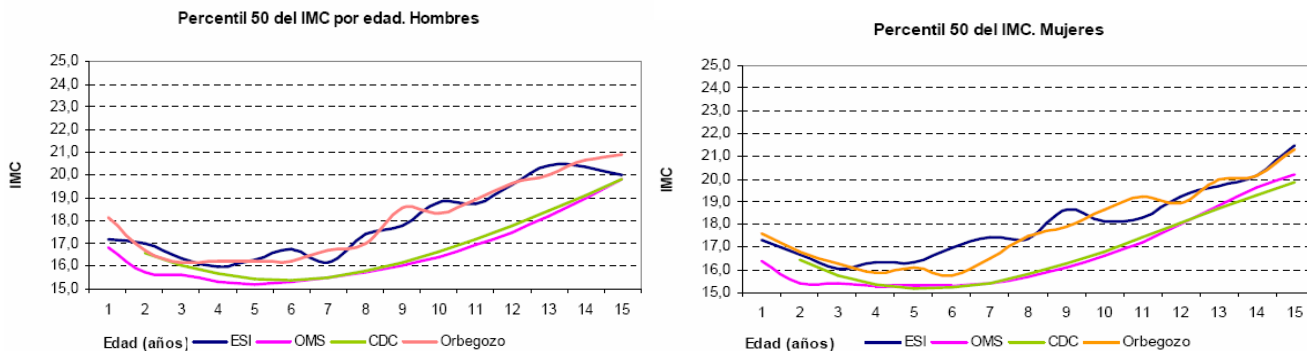
La obesidad mantiene una tendencia creciente con la edad en ambos sexos, destacando los valores correspondientes a los hombres de edades intermedias.

En la **población infantil** existen diferentes valores de referencia o curvas percentiladas que se pueden usar de referencia. Estas curvas se construyen con los datos obtenidos de las mediciones de la población. Se recomienda utilizar las que mejor se adapten a nuestra población.

A continuación, se compara gráficamente el percentil 50 (media) del IMC de la Encuesta de Salud Infantil de Asturias por edad y sexo con el percentil 50 de los valores de referencia del IMC de las tablas de Orbegozo 2004, de la OMS y del CDC.

Podemos observar como en el caso de los varones, los valores obtenidos en nuestra muestra no difieren mucho de los valores de referencia nacionales (Orbegozo 2004), siendo ambos superiores a los de la OMS y la CDC. Algo similar se observa en el caso de las mujeres.

Gráfico 5. Distribución del percentil 50 del Índice de Masa Corporal en Asturias en población infantil asturiana. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



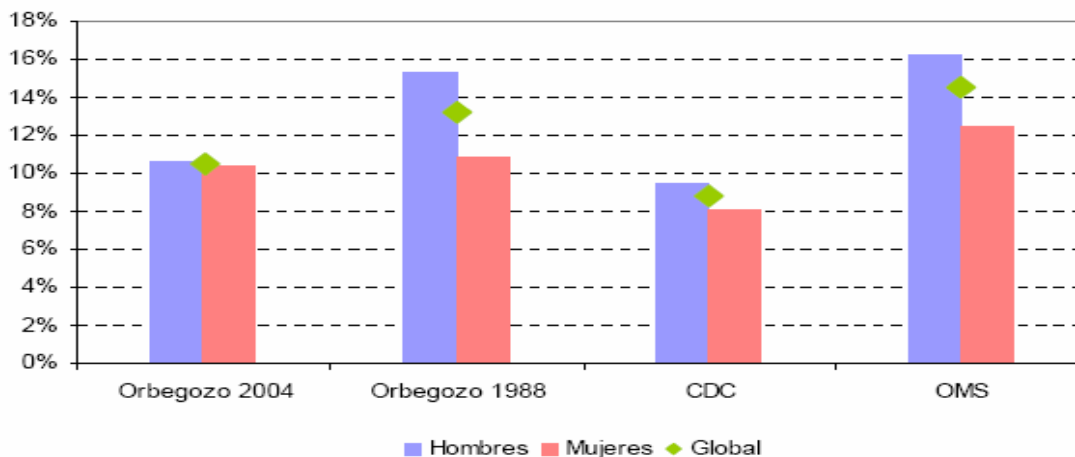
Sin embargo, cuando lo que comparamos es el percentil 95 (definitorio de obesidad), vemos como los valores de nuestra muestra son muy superiores a los valores de todas las tablas de referencia, incluidas las nacionales, tanto en hombres como en mujeres hasta los 10-11 años de edad.

Prevalencia de obesidad: Se han evaluado los niños a partir de los 2 años de edad, ya que en niños menores de esta edad el IMC presenta limitaciones para evaluar el estado nutricional. Como criterio de obesidad se ha utilizado el percentil 97 de las diversas tablas de referencia. La prevalencia global de obesidad en el conjunto de niños entrevistados oscila entre un 8,8% y un 14,5% en función de la referencia utilizada.

- Orbegozo (estudio transversal): 10,5% (9,1%-11,9%)
- Orbegozo (estudio semilongitudinal): 13,2% (11,6%-14,7%)
- CDC: 8,8% (7,5%-10,2%)
- OMS: 14,5% (12,9%-16,2%)

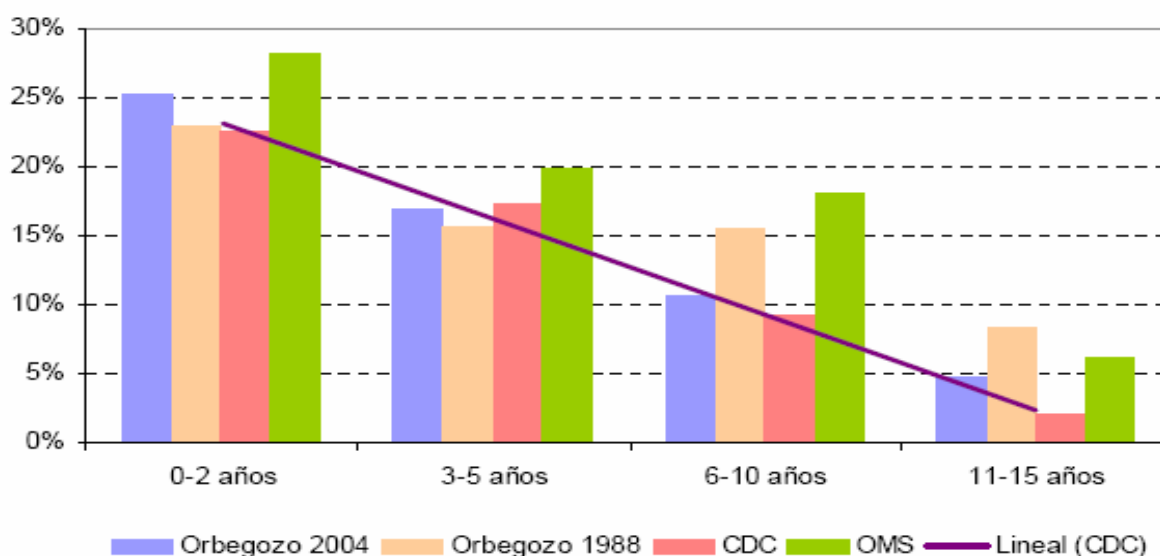
Por sexo, según las tablas de Orbegozo (transversal) y CDC, no hay diferencias significativas entre niños y niñas, mientras que utilizando los valores del estudio semilongitudinal de Orbegozo y los de la OMS, se obtienen prevalencias de obesidad superiores en los hombres, resultado concordante con el estudio EnKid.

Gráfico 6. Prevalencia de Obesidad infantil según tabla de referencia en población infantil asturiana. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



Por edad, se observa una clara tendencia descendente con la edad ($p: 0,000$). Así, mientras la obesidad afecta a 1 de cada 4 niños de 0 a 2 años, en el grupo de 11 a 15 años y en función de la referencia utilizada, oscila entre un 2 y un 8% de niños afectados. Señalar que las tablas de Orbegozo del 88 sobreestiman la obesidad en niños de 6 a 15 años de edad con respecto a las del CDC y a las del estudio transversal de Orbegozo.

Gráfico 7. Prevalencia de Obesidad infantil según tabla de referencia en población infantil asturiana por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.



Comparando las tablas de referencia, señalar que de modo global, las curvas de Orbegozo (estudio transversal) y de la CDC muestran valores muy similares, mientras que las curvas del estudio semilongitudinal de Orbegozo y, sobre todo, de la OMS dan prevalencias de obesidad más elevadas. Sin embargo, la correlación entre todas ellas es significativa ($p: 0,000$). En la siguiente tabla se muestra el coeficiente de correlación Rho de Spearman para cada una de ellas:

Tabla 50. Coeficiente de correlación entre las diferentes tablas de referencia en población infantil asturiana por grupo etario. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009.

	Orbegozo 04	Orbegozo 88	OMS
Orbegozo 88	0,62		
OMS	0,78	0,74	
CDC	0,87	0,57	0,75

En la encuesta de Salud Infantil realizada en el Principado de Asturias se han obtenido prevalencias de obesidad de hasta un 19% en niños de 2 a 5 años que se elevan hasta el 29% si consideramos sobrepeso. Estas prevalencias disminuyen con la edad de tal modo que en el grupo de 14 a 15 años sólo el 5% de los niños presentaría este problema (16% sobrepeso+obesidad).

De modo global, estos datos son similares a los obtenidos en el estudio enKid. Sin embargo, si tenemos en cuenta la edad, podemos señalar que hemos obtenido unas mayores prevalencias de obesidad en el grupo de niños de 2 a 5 años de edad (tanto niños como niñas) y menores prevalencias en los adolescentes de 14 a 15 años (especialmente varones). Es importante tener en cuenta el sesgo que supone el no realizar las medidas antropométricas y recurrir a la memoria de los padres.

Al igual que en otros estudios, se valoraron y encontraron diversos factores asociados con la obesidad, entre los cuáles destacan la edad y el sexo (mayores prevalencias de obesidad en los más pequeños y en los niños con respecto a las niñas), la vida sedentaria, tanto la ausencia de actividad física como las actividades de ocio relacionadas con pantallas (televisión, ordenadores etc), y la clase social. Sin embargo, no se encontró relación con los hábitos alimenticios excepto con el consumo de verduras a diario que se presentó como un factor protector, así como la realización de un desayuno completo (alimentos de tres o más grupos).

La comparación de diversas tablas de referencia mostró las discrepancias existentes entre las mismas. Las curvas de los CDC y las del estudio transversal de Orbegozo tienden a infraestimar la obesidad especialmente en los niños de más de 5 años de edad. Sin embargo, las curvas de la OMS tienden a sobreestimar ligeramente la obesidad en relación con las del estudio semilongitudinal de Orbegozo. Es por ello, que los expertos recomiendan utilizar las tablas de referencia nacionales. En nuestro caso, las de Orbegozo. Dadas las dos opciones existentes, estudio semilongitudinal y transversal de Orbegozo, parece lógico usar las del estudio semilongitudinal que evitan la normalización de un peso excesivo en relación a la talla, ya que son previas al aumento marcado de prevalencia de obesidad infantil en todo el mundo, incluido España y además, permiten la comparación con estudios previos y evaluar tendencias.

1.3.5.2. Opinión sobre peso y talla

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

1.3.5.2.1. Autoconsideración de peso en relación a talla:

Dos de cada cinco personas consideran que su peso no está dentro de lo normal...

Un 57% de las personas consideran que la relación entre su peso y su talla es normal, mientras que una de cada tres personas considera que su peso es alto (en relación a su talla).

Un 5,8% de la población cree que su peso es muy alto, y un 3% en que su peso es bajo. Ha aumentado respecto a 2002 la percepción de que el peso es muy alto (incremento del 50%) y descendido la proporción de personas que creen que su peso es bajo. Todo ello, sin aumentar considerablemente el peso medio en la población asturiana, lo que permite indicar que la población es más sensible en estos momentos a la percepción del peso corporal.

Más en mujeres...

Las mujeres consideran que tienen un mayor peso que los hombres: un 60,7% de los hombres cree tener un peso normal mientras que solo lo hace un 53,7% de las mujeres. Un 7% de las mujeres cree tener un peso muy alto frente a solo un 4,5% de los hombres. Ha aumentado respecto a 2002 la percepción de que el peso es muy alto sobre todo en hombres (incremento del 100%) y descendido la proporción de personas que creen que su peso es bajo en ambos sexos.

Tabla 51. Frecuencia de autoconsideración de peso respecto a la talla en población adulta por sexo. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Según su opinión, ¿usted considera que su peso en relación a su talla es?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Muy alto	4,5	7,0	3,1	6,5	7,3	5,3	5,8
Alto	30,5	34,9	20,1	31,8	39,7	34,4	32,8
Normal	60,7	53,7	70,1	57,9	48,8	56,9	57,0
Bajo	3,2	2,8	4,9	2,8	2,8	2,0	3,0
Muy bajo	0,2	0,1	0,5	0,0	0,1	0,1	0,2

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Y en personas de 45-64 años de edad...

Por edades, las personas de 45-64 años de edad consideran que tienen un peso superior al normal, mientras que son las personas jóvenes las que opinan en mayor proporción que su peso es normal o bajo. Así, tres de cada cinco personas jóvenes piensan que su peso es normal y solo un 3,1% que su peso es muy alto. Por el contrario, un 47% de las personas de 45-64 años cree que su peso es alto o muy alto (38% en personas jóvenes).

Los mayores cambios respecto a 2002 se observan en hombres jóvenes...

En relación a 2002 los mayores cambios suceden en personas jóvenes, parece que en esta población hay progresivamente una mayor preocupación por su mayor peso corporal, especialmente en hombres.

1.3.5.2.2. Satisfacción con su peso:

Dos de cada cinco personas se consideran insatisfechas de su peso...

Con resultados similares a la pregunta anterior, la mayoría de la población asturiana considera que está satisfecha con su peso actual (53,5%). No obstante a dos quintos de la población le gustaría perder peso y solo a un 3% de la población le gustaría ganarlo.

Más en mujeres...

Entre las mujeres se aprecia una menor satisfacción con respecto al peso (46,5% por un 61,3% en hombres), siendo mucho mayor la proporción en mujeres el deseo de perder peso (47,6% frente a 33,4% en hombres). Hay más hombres que quieren ganar peso que mujeres.

Tabla 52. Frecuencia de autoconsideración de peso respecto a la talla en población adulta por edad. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: Según su opinión: Está usted satisfecho con su peso o, le gustaría pesar más o menos de lo que pesa actualmente?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Estoy satisfecho/a	61,3	46,5	64,9	54,8	46,1	53,2	53,5
Me gustaría perder peso	33,4	47,6	26,9	40,9	48,2	41,7	40,9
Me gustaría ganar peso	3,3	2,6	6,0	2,5	2,9	1,2	2,9
Ns/Nc	2,0	3,3	2,1	1,8	2,8	4,0	2,7

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

Y en personas de 45-64 años de edad...

Las personas entre 45-64 años de edad son las más insatisfechas en relación a su peso, en especial consideran en mayor proporción el deseo de perder peso. Por el contrario son las personas jóvenes las más satisfechas, las que menos desean perder peso y, por el contrario, las que consideran con mayor frecuencia su deseo de ganar peso.

1.3.6. Realización de prácticas preventivas:

1.3.6.1. Toma de tensión arterial

La toma regular de la tensión arterial se considera un elemento fundamental para el diagnóstico y el adecuado control de la misma.

Según la Encuesta de salud para Asturias de 2008 un 6% de la población asturiana refiere NO haberse tomado la tensión arterial NUNCA...

Un 71,5% de la población adulta asturiana declara haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año. Solo un 5,8% dice no haberse tomado la tensión nunca y otro 4,4% hace más de cinco años. Estas cifras son menores que las manifestadas en la Encuesta de 2002, donde el porcentaje de personas que se tomó la TA hace menos de un año era superior y el porcentaje de personas que no se tomaron nunca la TA era bastante inferior (2,5%).

Las mujeres se toman más la tensión arterial que los hombres...

Por sexo, las mujeres indican una mayor proporción de toma de tensión arterial (73,3% en el último año frente a un 69,6% de los hombres), sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas. A su vez, la proporción de hombres que nunca se han tomado la tensión es mayor que la de mujeres.

Nueve de cada diez personas mayores se tomó la TA en el último año...

Por edades, se incrementa la vigilancia de la TA, lógico, dado que la prevalencia de hipertensión en esas edades es más elevada. Así, nueve de cada diez personas mayores se la ha tomado el último año.

Tabla 53. Realización de toma de tensión arterial como práctica preventiva en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual la tensión arterial?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
< un año	69,6	73,3	46,9	67,5	74,8	89,6	71,5
1 - 5 años	16,7	15,4	23,7	19,5	15,8	7,1	16,0
Más de 5 años	4,9	4,0	8,2	5,2	3,8	1,6	4,4
Nunca	6,4	5,1	18,1	5,5	3,4	0,0	5,8
Ns/Nc	2,3	2,2	3,1	2,3	2,2	1,7	2,3

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.3.6.2. Análisis de glucemia

Un 6,7% de la población asturiana NO se ha tomado la glucemia NUNCA. Un 96% de las personas mayores midió la glucemia en los últimos 5 años...

La medición de la glucosa es algo menos frecuente que la toma de la tensión arterial. Al 85,3% de la población adulta asturiana le han analizado en los últimos cinco años la glucemia frente al 6,7% que no se la ha analizado nunca. Las cifras de medición en los últimos cinco años en la Encuesta del 2002 eran del 83%.

Ambos sexos se la miran con la misma frecuencia y tienen unas proporciones similares de revisión de la glucemia en los últimos cinco años, si bien las mujeres tienen mayor proporción de manifestar habérsela mirado en el último año.

Por grupos etarios, las personas mayores tienen una mayor proporción de control analítico de glucosa. Un 96,1% de ellas han tenido ambas determinaciones en los últimos cinco años frente a un 65,7% de las personas jóvenes.

Tabla 54. Determinación de glucemia como práctica preventiva en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual la glucosa?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
< un año	66,0	69,2	42,2	64,8	70,2	86,1	67,7
1 - 5 años	18,5	16,8	23,5	20,3	18,0	10,0	17,6
Más 5 años	5,3	4,8	9,0	5,3	5,2	1,6	5,0
Nunca	7,7	5,9	21,0	6,6	3,9	0,0	6,7
Ns/Nc	2,6	3,4	4,4	3,0	2,7	2,3	3,0

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

1.3.6.3. Análisis de colesterol

Un 6,5% de la población asturiana refiere NO haberse medido el colesterol NUNCA. Ambos sexos se lo analizan con la misma frecuencia. Un 96% de las personas mayores midió el colesterol en los últimos 5 años...

Ambos sexos tienen unas proporciones similares de revisión del colesterol en los últimos cinco años, si bien las mujeres tienen mayor proporción de manifestar habérsela tomada en el último año.

La frecuencia del análisis del colesterol es medición similar al de la glucosa.

Tabla 55. Análisis del colesterol como práctica preventiva en población adulta. Asturias, 2008. Fuente: Encuesta de Salud para 2008

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual el colesterol?

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
< un año	66,3	69,1	42,4	65,2	70,2	86,1	67,8
1 - 5 años	18,5	16,5	23,3	20,3	17,9	9,6	17,5
Más 5 años	5,2	4,6	9,1	5,1	4,9	1,6	4,9
Nunca	7,4	5,7	20,6	6,0	3,7	0,2	6,5
Ns/Nc	2,6	4,0	4,5	3,5	3,3	2,5	3,4

FUENTE: "Encuesta de Salud para Asturias". Año 2008. DGSP.

2. Indicadores propios de la Estrategia Nacional.

2.1. Promoción de estilos de vida y prevención primaria

2.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad

La asociación entre la obesidad y diabetes ampliamente conocida. La obesidad es un problema de salud pública con una especial incidencia en los países desarrollados. En España la prevalencia de exceso de peso en la actualidad se acerca al 50%.

La obesidad, por sí misma, supone un incremento de morbi-mortalidad pero, además, va a ir prácticamente siempre asociada a la diabetes tipo 2. Estudios recientes han evidenciado la utilidad de modificar los hábitos de vida, con un adecuado programa nutricional y un incremento de la actividad física, en la lentificación de la patocronia de la diabetes tipo 2.

El diagnóstico del sobrepeso y obesidad se debe basar en el índice de masa corporal en personas mayores de 18 años y en ambos sexos. Así mismo, en la valoración del paciente diabético se debe determinar la circunferencia de la cintura.

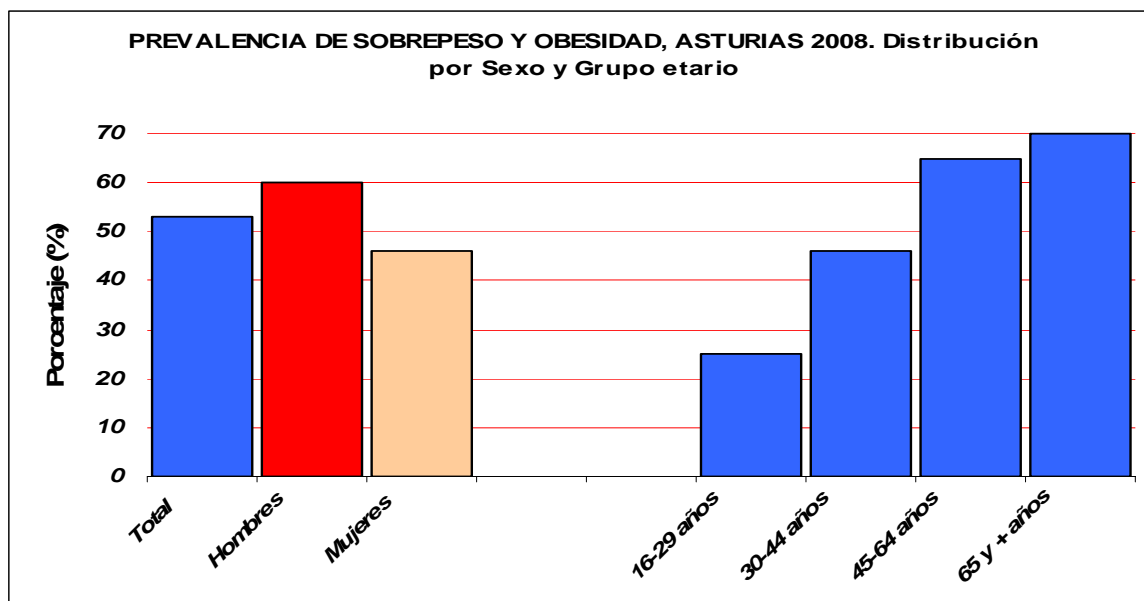
Se considera que en Asturias un 53% de la población adulta presenta parámetros de sobrepeso u obesidad. Este parámetro es superior en hombres (61%) respecto al 47% en mujeres.

A medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de sobrepeso y obesidad que llega a ser del 70% en personas mayores y también aumenta la incidencia de diabetes con la edad.

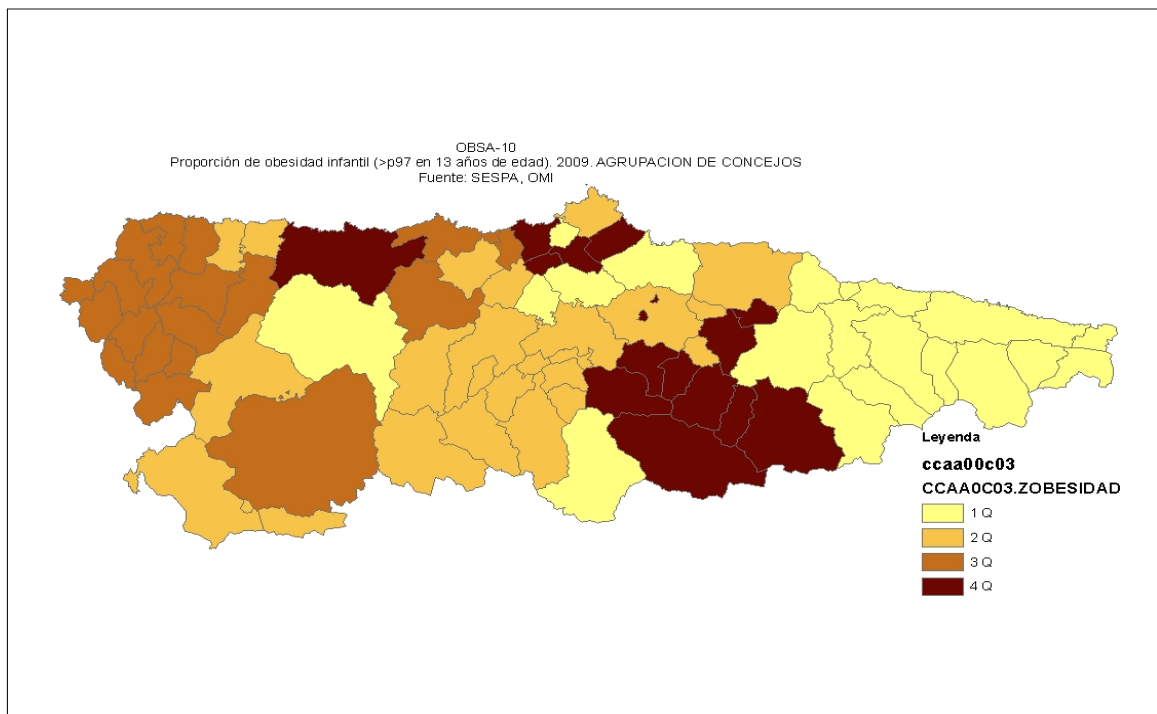
Tabla 56. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

SOBREPESO Y OBESIDAD		
Indicador	Prevalencia declarada de sobrepeso y obesidad en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que tienen un IMC mayor o igual de 25 entre el total de población adulta. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	53,2 %
	Hombres	60,7%
	Mujeres	46,6%
	16-29 años	25,1%
	30-44 años	46%
	45-64 años	65,1%
	65 y + años	70,5%

Gráfico 8. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Distribución por sexo y grupo etario. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



Mapa 4. Prevalencia de obesidad en población infantil por concejo de residencia. Asturias, 2009. Fuente: Encuesta de Salud Infantil para Asturias, 2009. Representación por cuartiles: a mayor tono peores resultados.



2.1.2. Porcentaje de actividad física

La práctica de ejercicio regular debe formar parte del plan terapéutico de los enfermos diabéticos, ya que permite reducciones adicionales de la HbA1c de hasta el 1% al cabo de un año. La mejora que proporciona sobre el metabolismo de los hidratos de carbono produce por un aumento de la sensibilidad a la insulina y una disminución de la glucemia basal y posprandial.

Los beneficios se manifiestan a los 15 días de haberlo iniciado, pero desaparecen a los 3-4 días de no realizarlo. El tipo de ejercicio que se debe realizar dependerá de la edad, preparación física y preferencias del paciente. Es conveniente que sea de tipo aeróbico y de intensidad moderada (caminar, nadar, etc.).

La Encuesta de Salud de adultos de Asturias 2008 recoge información sobre la actividad física realizada por la población de esta comunidad teniendo en cuenta tres aspectos: la realizada durante su actividad principal (ya sea laboral y/o labores domésticas), otra relativa al ejercicio físico propiamente y, por último, la frecuencia con que se lleva a cabo el mismo.

Un 36% de la población se pasa sentada la mayor parte de la jornada laboral, así más de la mitad de la población (51,8%) considera que el tiempo de su actividad principal está fundamentalmente de pie sin mayores esfuerzos, mientras que algo más de un tercio (36,1%) está la mayor parte del tiempo sentada.

Realizan trabajo pesado con gran esfuerzo físico un 3,1% de la población y caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes un 7% de la población adulta asturiana. Estas cifras son casi idénticas a las facilitadas por la ESA-2002, excepto para la realización de grandes esfuerzos que se ha incrementado del 1% (2002) al 3% (2008).

Más de un tercio de los/as asturianos/as no realiza ejercicio físico en el tiempo libre. Un 47,8% declara hacer ejercicio físico ocasionalmente, mientras un 37% no hacen ejercicio habitualmente. Solo hacen ejercicio intenso en forma de entrenamiento un 5,1% de la población adulta. Un 8,5% de la población menciona hacer alguna actividad física moderada.

Un 61% de los asturianos, realizan ejercicio físico leve, frente a un 13,6%, que realizan ejercicio moderado. Es más frecuente que lo realicen en ambos casos los hombres que las mujeres (64% y 20%, frente a 57% y 7,7%, respectivamente) y en las edades más avanzadas de la vida en el caso del ejercicio ligero y en el grupo de edad de 16 a 29 años, en el caso del ejercicio moderado.

En lo que se refiere a la frecuencia con la que se ha practicado actividad física en el último mes, se aprecia una diferencia notable en función del tipo de ejercicio o deporte de qué se trate: la actividad más practicada por la población asturiana ha sido pasear y la han realizado en una frecuencia media de 10 veces en un mes. Los/as asturianos/as salen a pasear unas diez veces (al menos treinta minutos) al mes.

Considerablemente menor es la frecuencia con la que se han practicado en el último mes otras actividades como: caminar a paso ligero (1,9 veces), deportes, como baloncesto, fútbol, tenis, ciclismo o natación (1,2 veces), gimnasia, aeróbico, yoga, pilates (0,7 veces) y montañismo, senderismo o náutica (0,04 veces).

De toda la información anterior, se puede concluir que los hombres practican más deportes, las mujeres pasean más.

Tabla 57. Porcentaje de realización de actividad física leve y moderada. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

ACTIVIDAD FISICA			
Indicador	Porcentaje de personas que realizan actividad fisica en tiempo libre en población adulta		
Definición	Personas de 16 y más años que realizan algún ejercicio físico en su tiempo libre entre el total de población adulta. Porcentaje		
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008		
Resultados:		Alguno	Moderado
	Total	61,4%	13,6%
	Hombres	64,1%	20,1%
	Mujeres	59%	7,7%
	16-29 años	61,8%	33,5%
	30-44 años	57,9%	17,8%
	45-64 años	62,1%	6,3%
	65 y + años	62,6%	3,8%

Gráfico 9. Porcentaje de realización de actividad física leve. Distribución por sexo y grupo etario. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

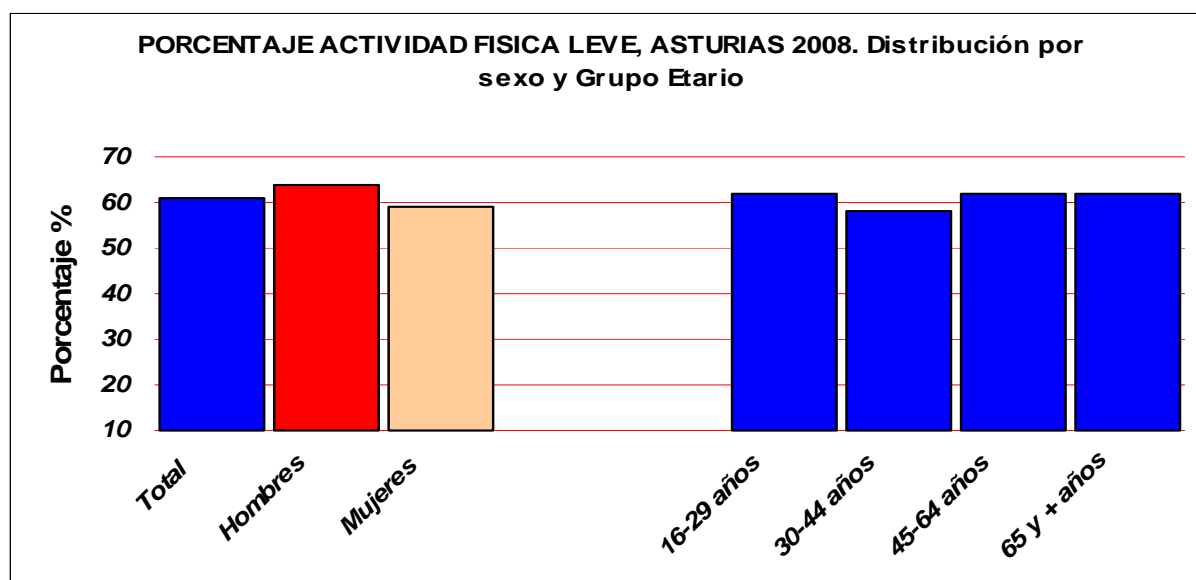
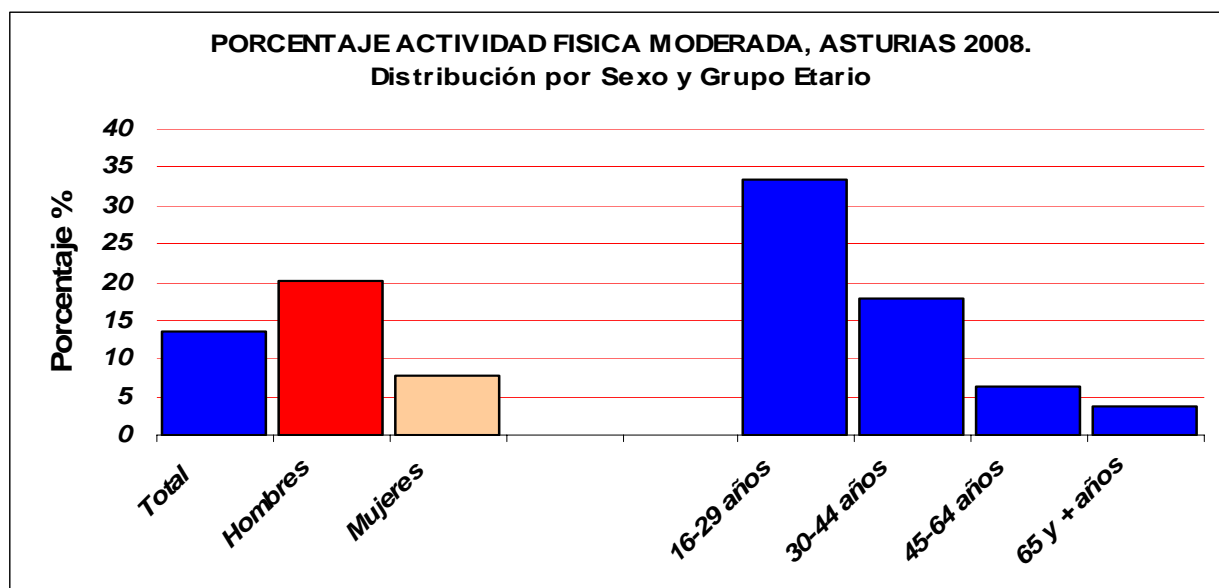


Gráfico 10. Porcentaje de realización de actividad física moderada. Distribución por sexo y grupo etario Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



2.1.3. Porcentaje de consumo de frutas y verduras

La coexistencia de sobrepeso u obesidad con la diabetes condiciona que la mayor parte de las veces la dieta de estos pacientes deba de ser hipocalórica y, por lo tanto, restrictiva. Debemos tener presente que el 80% de los pacientes diabéticos presentan sobrepeso. Su alimentación debe ser sana y equilibrada al igual que la del resto de la población.

Es fundamental la educación de la población par que adopte unos hábitos dietéticos saludables, en la que la fruta y la verdura sean componentes principales, así como es necesaria la limitación del consumo de grasas, sobre todo animales e hidratos de carbono de absorción rápida.

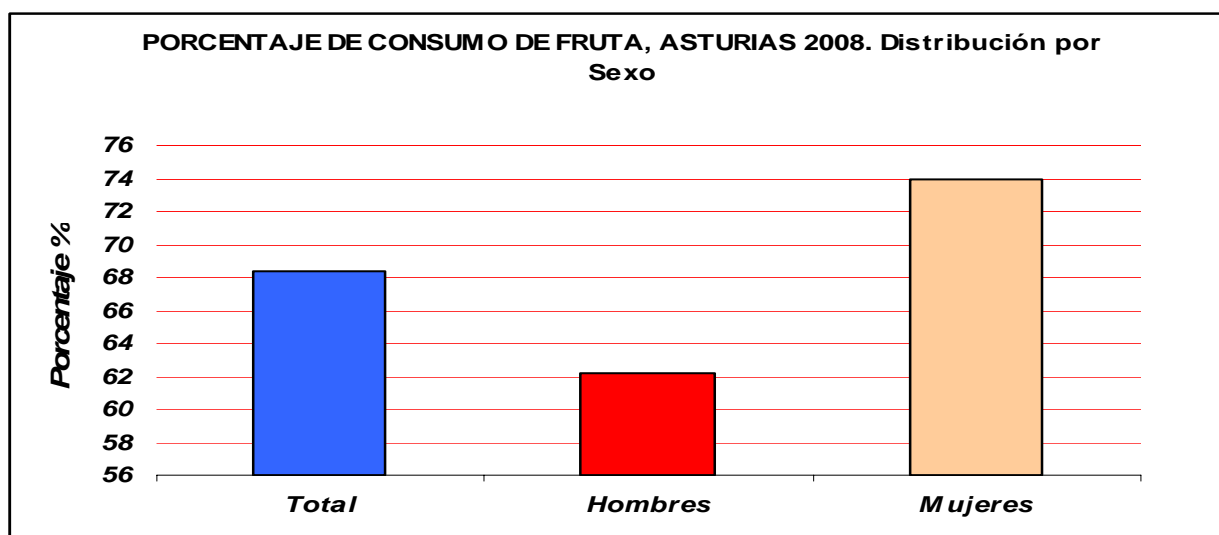
2.1.3.1. Porcentaje de consumo de frutas

Según la Encuesta de Salud para Asturias, 2008, el 68% de la población asturiana consume fruta a diario, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres: 74% frente al 62%.

Tabla 58. Porcentaje de consumo de frutas. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

CONSUMO DE FRUTA		
Indicador	Porcentaje de personas consumen fruta en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que consumen fruta a diario entre el total de población adulta. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	68,4%
	Hombres	62,2%
	Mujeres	74%

Gráfico 11. Porcentaje de consumo de frutas. Asturias 2008. Distribución por sexo. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



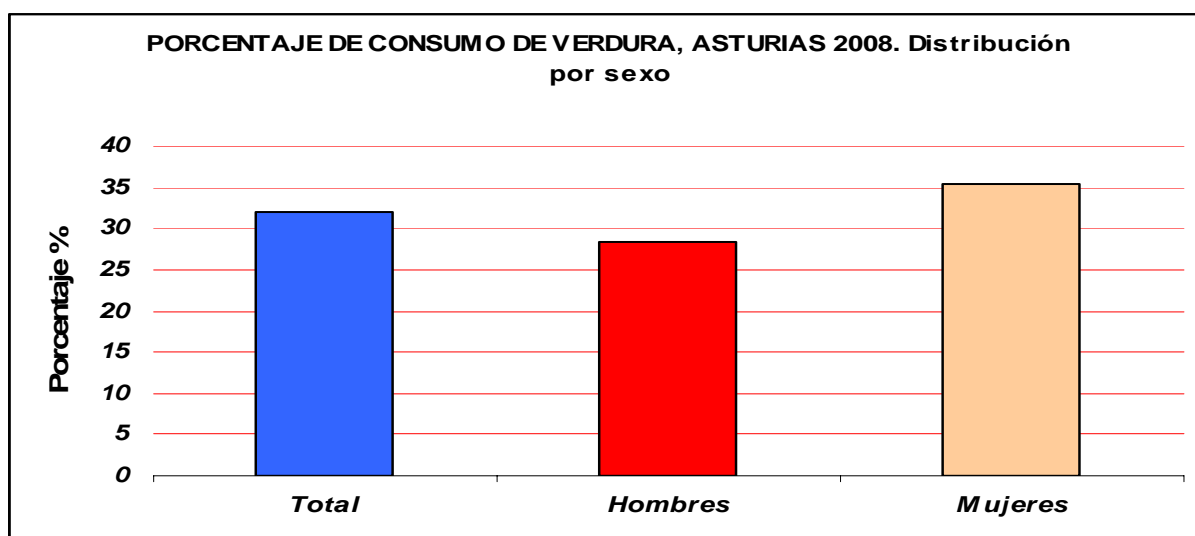
2.1.3.2. Porcentaje de consumo de verduras

En cuanto al consumo de verdura, la población asturiana refiere que la consume un 32% diariamente, con un consumo mayor por parte de las mujeres, un 35%, frente al 28% de consumo de los hombres.

Tabla 59. Porcentaje de consumo de verduras. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

CONSUMO DE VERDURA		
Indicador	Porcentaje de personas consumen verdura en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que consumen verdura a diario entre el total de población adulta. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	32,1%
	Hombres	28,4%
	Mujeres	35,4%

Gráfico 12. Porcentaje de consumo de verduras. Distribución por sexo. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



2.1.3.3. Porcentaje de consumo conjunto de frutas y verduras

En lo que se refiere al consumo conjunto de frutas y verduras diariamente, este es de un total del 28,5% de la población de Asturias y de un 65%, si hablamos de un consumo de tres días a la semana. En ambos casos es algo mayor el consumo que realizan las mujeres (31% y 68%) frente a los hombres (26% y 62%). Es igualmente mayor a medida que aumenta la edad de la población, siendo considerablemente más alto en el caso del grupo de más de 65 años (34% y 74%), frente al grupo de 16 a 29 años, que es el que las consume en menor cantidad (19% y 65%).

Tabla 60. Porcentaje de consumo conjunto de frutas y verduras. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

CONSUMO DE FRUTA Y VERDURA			
Indicador	Porcentaje de personas consumen fruta y verdura en población adulta		
Definición	Personas de 16 y más años que consumen fruta y verdura a diario entre el total de población adulta. Porcentaje de consumo diario y 3 días a la semana.		
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008		
Resultados:		Diariamente	3 días a la semana
	Total	28,5	65,1
	Hombres	25,7	61,9
	Mujeres	31,1	68,2
	16-29 años	18,9	51,2
	30-44 años	27,4	60,2
	45-64 años	31,2	71,8
	65 y + años	34,3	73,7

Gráfico 13. Porcentaje de consumo diario de frutas y verduras. Distribución por sexo y grupo etario. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

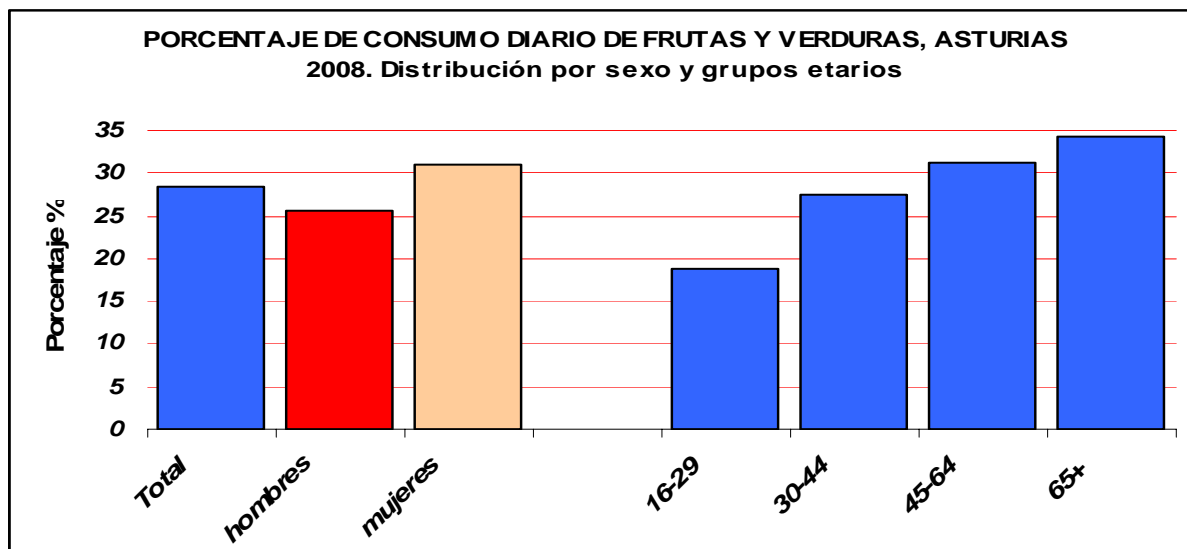
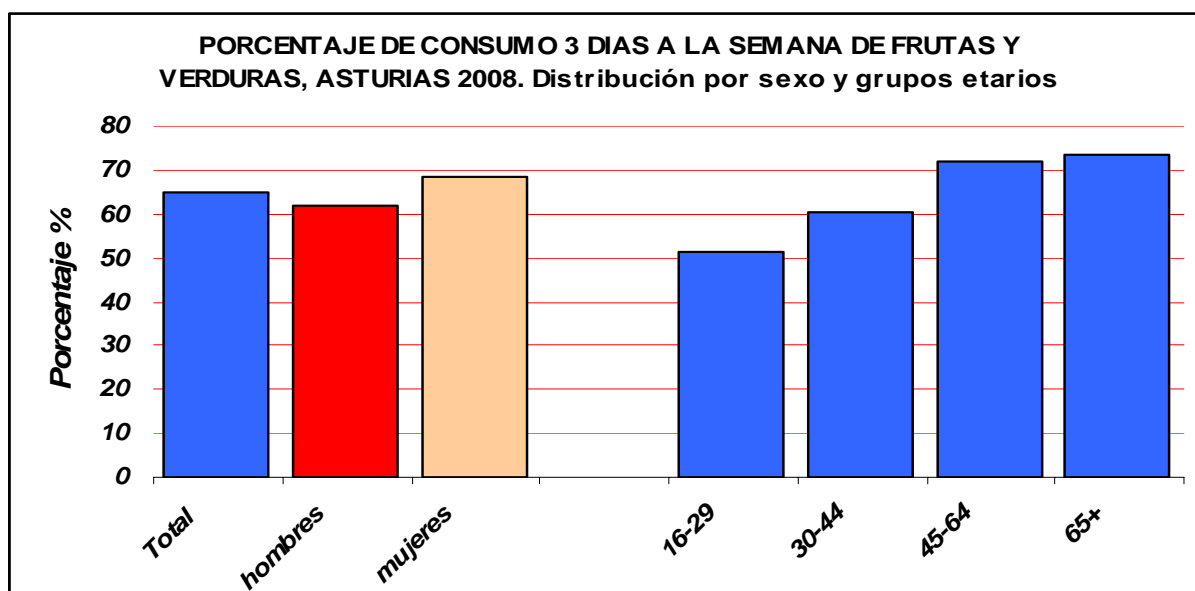


Gráfico 14. Porcentaje de consumo 3 días por semana de frutas y verduras. Distribución por sexo y grupo etario. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



2.1.4. Realización de acciones de promoción de salud

Ha quedado ampliamente demostrado la importancia de la realización de campañas de prevención de la diabetes, las cuales deben centrarse en actuaciones sobre 3 puntos primordiales: dieta adecuada, práctica de ejercicio moderado regularmente y, como consecuencia de lo anterior, estaremos también previniendo la obesidad.

Las actuaciones deben comenzar desde etapas tempranas de la vida. En esta línea, es importante garantizar un buen estado nutricional durante el embarazo. La alimentación periconcepcional se ha asociado con una mayor frecuencia de aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta, como la diabetes tipo 2 y la obesidad, especialmente en los recién nacidos de bajo peso.

Sobre los individuos considerados de alto riesgo de desarrollar diabetes, que son aquellos con glucemia basal alterada o intolerancia oral a la glucosa, síndrome metabólico (obesos, hipertensos, dislipémicos), sedentarismo, antecedentes familiares de diabetes o etnias de alto riesgo, al igual que la población general pero de una manera más intensiva, se les debe estimular para que realicen ejercicio, hagan una dieta sana y eviten el sobrepeso.

Según la evidencia científica, con una intervención intensiva en el estilo de vida (dieta y ejercicio), se puede reducir el desarrollo de diabetes en personas con glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa sobre un 50%. En dos de estos estudios también se consiguió reducir el desarrollo de diabetes mediante el uso de fármacos (metformina o acarbosa), pero en un porcentaje menor que con la dieta y el ejercicio.

2.1.4. Realización de acciones de promoción de salud

La mayoría de las actuaciones de promoción de la salud las integramos en Asturias a través de la Dirección general de Salud Pública y son visibles en el apartado Asturias Actúa del Observatorio de la salud en Asturias, <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>

El siguiente listado procede de dicho portal institucional.

Asturias Actúa es una estrategia en crecimiento con programas y actividades comunitarias que pueden mejorar la salud de nuestra población a través de la participación y la promoción de la salud.

Estas intervenciones están orientadas a influir sobre determinantes claves de salud, que acabarán influyendo en resultados de salud.

El desarrollo de la base de datos de Asturias actúa se ha realizado siguiendo el modelo lógico del Observatorio de Salud en Asturias, que parte del modelo del Take Action: Mobilizing action Towards Community Health (Actúa: Generando acción hacia la Salud Comunitaria). Concretamente esta base de datos está inspirada en la base de datos What

Works for Health in Wisconsin: Policies and Programas to Improve Wisconsin's Health , que en este estado utilizan para conocer las diferentes actuaciones en salud.

La base de datos incorpora un número inicial de actividades comunitarias donde iremos evaluando la evidencia disponible.

La evaluación de esta evidencia nos dará pistas para saber qué funciona y que no funciona en salud, para orientar el trabajo de las personas que desarrollan esa iniciativa y el de las personas a las que va dirigida la misma.

Así mismo vincularemos cada una de las actividades con diferentes actividades similares que se están desarrollando en nuestro país.

Las actividades que aparecen incluidas en la base de datos se han incluido de forma voluntaria por las personas o entidades que desarrollan dicha actividad. Es decir, seguramente hay otras actividades que se están realizando en Asturias pero no están en esta base de datos.

2.1.4.1. Conductas saludables

2.1.4.1.1. No consumo de tabaco

El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte prevenible en nuestro contexto. El humo del tabaco está relacionado con diferentes problemas de salud: cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria, así como otras enfermedades que aparecen en fumadores pasivos, expuestos al humo del tabaco.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Programa prevención y control del tabaquismo en Asturias

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Actividades del Consejo de Salud de Laviana
- Adiós a los Malos Humos!
- Cambia tu aire
- Consulta Joven Coaña
- Escuela de Salud Itinerante
- Plan Municipal de Salud de Gijón
- Por tu Salud, Camina
- Proyecto de Salud y Drogodependencias AUPRE. Asociación Gitana UNGA
- Proyecto Fresneda
- Proyecto PREVENCANADOL
- Tomando aire contra el tabaco, iniciativa del Consejo de Salud del Area VII

2.1.4.1.2. Actividad física

Junto a las alteraciones en la alimentación, la inactividad física es una causa importante de obesidad, muerte prematura, y un rango importante de enfermedades crónicas incluyendo problemas de espalda, diabetes y enfermedad coronaria. La realización periódica y equilibrada de actividad física está asociada con un alto nivel de bienestar y equilibrio psíquico, siendo un elemento importante para afrontar problemas de stress, ansiedad o ayudar a abandonar hábitos tóxicos como es el tabaquismo.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Buscador de instalaciones deportivas
- Rutas y deportes en Asturias
- Jornada de actividad física (Promoción)

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Actividades de carácter Preventivo y Rehabilitador dirigidas al Enfermo Reumático
- Aulas para Mayores
- Caminando por la Vida
- Jornadas de la Salud de Contrueces
- No me da la gana. Programa Educativo Sanitario a Escolares
- Plan Municipal de Salud de Gijón
- Por tu Salud, Camina
- Proyecto Fresneda
- Proyecto PREVENCANADOL

2.1.4.1.3. Nutrición

La buena alimentación es fundamental para una óptima salud general. Tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos pueden generar impactos en la salud.

La alimentación insuficiente puede generar daños en el crecimiento y desarrollo, mientras que el consumo excesivo o incorrecto puede producir sobrepeso, obesidad y numerosos problemas de salud incluyendo cáncer, trastornos cerebrovasculares, diabetes o problemas de corazón.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Alimentación Saludable: Estrategia Naos
- Guía de alimentación saludable destinada a la población gitana
- Cocinar saludablemente

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Actividades del Consejo de Salud de Laviana

- Consulta Joven Coaña
- Escuela Municipal de Salud de Coaña
- Fomentar la lactancia materna en las mujeres embarazadas que acuden a preparación al parto
- Fomento de Hábitos Saludables y Prevención de la Obesidad
- Jornadas de la Salud de Contrueces
- No me da la gana. Programa Educativo Sanitario a Escolares
- Plan Municipal de Salud de Gijón
- Programa de Autonomía y Vida Saludable
- Proyecto Fresneda

2.1.4.1.4. No consumo de sustancias y dependencias

Existen evidencias disponibles sobre el papel del consumo de riesgo de alcohol en el desarrollo de diferentes problemas de salud en la esfera biológica, psicológica o social. Así mismo el abuso de consumo de otras sustancias está asociado a problemas importantes de salud.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010/2016

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Cambia tu aire
- Consulta Joven Coaña
- Proyecto de Salud y Drogodependencias AUPRE. Asociación Gitana UNGA
- Taller de información de riesgos asociados a las drogas (TIRAD)

2.1.4.1.5. Prácticas sexuales seguras

La afectividad y la sexualidad son elementos claves para la salud humana. La existencia de prácticas sexuales de riesgo además está relacionada con un incremento de infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) y la existencia de embarazos no deseados.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Programa de educación afectivo-sexual de Asturias
- Programa de educación sexual con familias desde Atención Primaria
- Programa de educación sexual con asociaciones
- Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-sida en Asturias (PAVSA)
- Página del PAVSA con información y documentación de la Jornada de Formación 2009

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Consulta Joven Coaña
- Educación sexual y mediación entre iguales. Educación sexual con arte.
- Guía sobre diversidad afectivo-sexual en adolescentes
- Proyecto de Salud y Drogodependencias AUPRE. Asociación Gitana UNGA
- VIH/SIDA Y Condones (BOLA DE NIEVE)

2.1.4.1.6. Prevención de accidentes

Las prácticas peligrosas, incluyendo conducción peligrosa y caídas, pueden llevar a lesiones de diversa gravedad, incluida la muerte.

Los accidentes de tráfico de vehículos de motor son la primera causa de muerte total en personas entre los 15 y 39 años.

Además los accidentes son una causa frecuente de hospitalización. Lesiones y problemas de espalda son una fuente común de “días no saludables” y absentismo laboral.

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Campaña de prevención de Lesiones Medulares y Lesiones Cerebrales “Te Puede Pasar”

2.1.4.2. Entorno social y económico

2.1.4.2.1. Educación

Se incluye en este apartado todos aquellos programas y actividades que incorporan la formación en conocimientos, habilidades y actitudes a la población para mejorar sus competencias como ciudadanos empoderados.

La alfabetización en salud también significa una ciudadanía responsable en la utilización de los recursos sanitarios y con incorporación de habilidades de autocuidados de su propia salud. Este aprendizaje puede ser incorporado en población general para mejorar conductas o, de forma específica, en personas que ya presenten algún problema de salud

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Educastur
- Estudiar en Asturias

Actuaciones: actividades comunitarias:

- “Ayúdanos a vivir con Asma”
- A Pie de Barrio
- Actividades de carácter Preventivo y Rehabilitador dirigidas al Enfermo Reumático
- Actividades del Consejo de Salud de Laviana
- Afrontamiento de la ansiedad a través de técnicas de relajación grupal
- Aulas para Mayores
- Blog Salud Comunitaria
- Calendario “POR TU SALUD”
- Campaña de prevención de Lesiones Medulares y Lesiones Cerebrales “Te Puede Pasar”
- Consejo de Salud de Área I
- Consulta Joven Coaña
- Educación para la salud grupal a personas diabéticas
- Educación sexual y mediación entre iguales. Educación sexual con arte.
- El Cine en la Enseñanza
- Enseñanza de Cuidados del Pie en Pacientes Diabéticos
- Escuela de Salud Itinerante
- Escuela Municipal de Salud de Coaña
- Fomentar la lactancia materna en las mujeres embarazadas que acuden a preparación al parto
- Formación de Agentes de Salud Comunitaria
- Guía sobre diversidad afectivo-sexual en adolescentes
- Jornadas de la Salud de Contrueces
- Jornadas Informativas de Sensibilización y Concienciación
- Joven Escuela de Voluntariado
- Plan Municipal de Salud de Gijón
- Programa de Autonomía y Vida Saludable
- Promocionando el bienestar infantil desde la EpS
- Proyecto de Acercamiento de Sicar-Asturias
- Proyecto Fresneda
- Proyecto PREVENCANADOL
- Rotación en Salud Pública y Salud Comunitaria
- Taller de información de riesgos asociados a las drogas (TIRAD)
- Talleres para cuidadores (Aller)
- Una salud de Cine
- VIH/SIDA Y Condones (BOLA DE NIEVE)

2.1.4.2.2. Redes sociales

La investigación ha demostrado que las personas con mayor apoyo social, menos soledad y más redes de conexión viven de forma mejor y más saludable. Esto parece que tiene una conexión directa con niveles de ansiedad y stress y con las conductas de riesgo que pueden acarrear estas situaciones.

Desde una perspectiva de salud comunitaria la creación de redes ciudadanas es un elemento clave para el desarrollo de las poblaciones, la creación de entornos favorables, culturalmente formados, críticos y con capaces de actuar como ciudadanía democrática en un espacio de respeto y derechos humanos.

Algunas de las actuaciones que se incluyen en otros apartados se señalan también aquí por su valor añadido en generar fortalecimiento y crecimiento de la comunidad en la que se desarrollan.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Programa de educación afectivo-sexual de Asturias
- Programa de educación sexual con familias desde Atención Primaria
- Programa de educación sexual con asociaciones
- Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-sida en Asturias (PAVSA)
- Página del PAVSA con información y documentación de la Jornada de Formación 2009

Actuaciones: actividades comunitarias:

- A Pie de Barrio
- Acompañamiento hospitalario a pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias
- Actividades de carácter Preventivo y Rehabilitador dirigidas al Enfermo Reumático
- Actividades del Consejo de Salud de Laviana
- Aulas para Mayores
- Consejo de Salud de Área I
- Educación sexual y mediación entre iguales. Educación sexual con arte.
- Escuela Municipal de Salud de Coaña
- Formación de Agentes de Salud Comunitaria
- Guía sobre diversidad afectivo-sexual en adolescentes
- Jornadas de la Salud de Contrueces
- Joven Escuela de Voluntariado
- Plan Municipal de Salud de Gijón
- Proyecto de Salud y Drogodependencias AUPRE. Asociación Gitana UNGA
- Proyecto Fresneda
- Una salud de Cine
- VIH/SIDA Y Condones (BOLA DE NIEVE)

2.1.4.2.2. Ingresos económicos

Los ingresos y la salud tienen una relación recíproca bien establecida que opera en ambas direcciones: el aumento de los ingresos conduce a una mejor salud y una mejor salud conduce a una mayor productividad laboral.

El impacto del empleo en la salud no sólo se refleja a través de los ingresos que proporcionan sino también a través de la prestación de otras vías de seguridad financiera (derechos laborales, jubilaciones...). El tipo de empleo también puede influir en la salud. Trabajos con más seguridad, menos estrés y exposiciones laborales de riesgo están asociados con una mejor salud.

La situación económica y laboral también están relacionados con muchas otras condiciones de vida y con el desarrollo de estilos de vida saludables.

El acceso a una vivienda segura y asequible, por ejemplo, es un requisito previo para la mejora del empleo y los ingresos.

Aumentar el nivel educativo es también un factor indirecto pero relacionado a largo plazo con el acceso a un nivel adecuado de ingresos.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

Empleo

- Información general relacionada con el empleo
- Trabajastur
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
- Observatorio del Servicio Público de Empleo de Asturias

Inclusión social

- Información sobre Inclusión Social
- Guía de Inclusión Social
- European Anti Poverty Network- Asturias

2.1.4.2.3. Vivienda

Vivir en una vivienda adecuada, en un entorno adecuado contribuye mejorar la salud.

Además de los posibles efectos bien conocidos de la pintura con plomo o la calidad de la vivienda, existen otros aspectos -toxinas ambientales, ruido, alérgenos- con efectos comprobados sobre la salud y que pueden conducir a largo plazo a problemas crónicos como el asma.

El entorno del barrio: seguridad, tranquilidad, presencia de tráfico también está relacionado con la salud poblacional.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Vivierendastur
- Acogimiento familiar de personas mayores
- Recursos diurnos para mayores
- Alojamientos para mayores

2.1.4.3. Calidad del agua, aire o entorno:

La contaminación del aire y el agua son los dos factores ambientales más comunes que pueden perjudicar la salud y llevar a problemas de tipo respiratorios, gastrointestinales y otras enfermedades como el asma, cáncer, etc.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Observatorio de la Sostenibilidad en el Principado de Asturias
- Información General sobre Red Ambiental de Asturias
- Educación y Sensibilización Ambiental
- Solicitud de información en materia de medio ambiente

2.1.4.4. Sistema sanitario:

2.1.4.4.1. Accesibilidad:

La universalidad y la equidad en el acceso a la prevención y el tratamiento de la enfermedad es uno de los elementos que define a nuestro sistema sanitario.

Es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles que prestan asistencia como un elemento que disminuya barreras de acceso, tiempos de espera, mejore la gestión de procesos clínicos y la satisfacción de profesionales y ciudadanía.

La accesibilidad significa que el cuidado se ofrece cuando, donde y como se necesita.

La accesibilidad también significa una ciudadanía responsable en la utilización de los recursos sanitarios y con incorporación de habilidades de autocuidados de su propia salud, por ello se incluye un apartado de Alfabetización en Salud en el apartado de Conductas Saludables.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Acompañamiento hospitalario a pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias
- Actividades del Consejo de Salud de Laviana
- Afrontamiento de la ansiedad a través de técnicas de relajación grupal
- Consejo de Salud de Área I
- Consulta Joven
- Consulta Joven Coaña
- Desarrollo del Servicio de Podología del programa “Rompiendo Distancias”
-

- Fomentar la lactancia materna en las mujeres embarazadas que acuden a preparación al parto
- Programa de Autonomía y Vida Saludable
- Proyecto de Salud y Drogodependencias AUPRE. Asociación Gitana UNGA
- Rotación en Salud Pública y Salud Comunitaria
- Talleres para cuidadores (Aller)

2.1.4.4.2. Calidad asistencial:

El acceso al sistema sanitario solo mejorará la salud de la población si la asistencia sanitaria recibida es segura, efectiva, centrada en el paciente, con el tiempo correcto y en las mejores de calidad posibles. Los cuidados deficitarios sanitarios son costosos para la salud de la población y para el gasto sanitario.

Elevar los costes sanitarios de forma innecesaria puede afectar al gasto en otras partidas de determinantes que afectan a la salud.

Un elemento vital para reducir los costes de la asistencia sanitaria es limitar la necesidad de asistencia sanitaria orientando el sistema poblacional hacia la promoción de la salud y limitando aspectos preventivos que aunque han sido introducidos en la atención sanitaria, mantienen una dudosa relación coste-efectividad.

Actuaciones: Políticas y programas de salud:

- Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI)

Actuaciones: actividades comunitarias:

- “Ayúdanos a vivir con Asma”
- Coordinación sociosanitaria entre los Servicios Sociales y los E.A.P. de Villanueva, S.Martín y Santa Eulalia de Oscos
- Desarrollo del Servicio de Podología del programa “Rompiendo Distancias”
- Educación para la salud grupal a personas diabéticas
- Enseñanza de Cuidados del Pie en Pacientes Diabéticos
- Fomentar la lactancia materna en las mujeres embarazadas que acuden a preparación al parto
- Formación de Agentes de Salud Comunitaria
- Proyecto de Salud y Drogodependencias AUPRE. Asociación Gitana UNGA

2.1.4.4.3. Calidad de servicios de Salud Pública:

La universalidad y la equidad en el acceso a la prevención y el tratamiento de la enfermedad es uno de los elementos que define a nuestro sistema sanitario. Es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles que prestan asistencia como un elemento que disminuya barreras de acceso, tiempos de espera, mejore la gestión de procesos clínicos y la satisfacción de profesionales y ciudadanía.

La accesibilidad significa que el cuidado se ofrece cuando, donde y como se necesita.

La accesibilidad también significa una ciudadanía responsable en la utilización de los recursos sanitarios y con incorporación de habilidades de autocuidados de su propia salud, por ello se incluye un apartado de Alfabetización en Salud en el apartado de Conductas Saludables.

Actuaciones: actividades comunitarias:

- Actividades del Consejo de Salud de Laviana
- Consejo de Salud de Área I
- Plan Municipal de Salud de Gijón
- Rotación en Salud Pública y Salud Comunitaria

2.2. Diagnóstico precoz

2.2.1 Cobertura de cribado

En pacientes con riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (síndrome metabólico y otras situaciones de “prediabetes”, hipertensión arterial, familiares de primer grado de pacientes diabéticos, etc.) la formación sobre prevención de la aparición de diabetes clínica y sobre la posibilidad de riesgo de trastornos cardiovasculares es esencial y ha demostrado ser efectiva. A menudo, sin embargo, se ha venido centrando en aspectos glucémicos más que en la prevención de factores de riesgo cardiovascular, a pesar de que esta patología es la causa dominante de la morbimortalidad del diabético tipo 2.

Según la información recogida en el Documento 2005 de Consenso sobre Pautas de Manejo del Paciente Diabético, la diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva con una evolución lenta e insidiosa, por lo cual en muchas ocasiones su diagnóstico se realiza tardíamente y tras varios años de evolución. En una muestra de pacientes recién diagnosticados, se observó que, al diagnóstico, un 37% ya tenían retinopatía y un 18% nefropatía. En otros estudios realizados en España se ha objetivado que el porcentaje de diabéticos no diagnosticados estaba en torno al 40%. De todo ello se ha concluido que, mediante la detección precoz de la diabetes tipo 2, se puede prevenir el desarrollo de complicaciones.

Por otra parte, debido al aumento en la prevalencia de diabetes tipo 2 que se está produciendo en los niños, como consecuencia del aumento de obesidad y sedentarismo, la *American Diabetes Association* (ADA) también recomienda realizar despistaje en aquellos que, además de ser obesos, tengan historia familiar de diabetes y signos de insulinoresistencia como son la hipertensión arterial, dislipemia, entre otros. Se recomienda hacer cada dos años una glucemia basal.

Según los datos aportados por la Unidad de Gestión de Atención Primaria del Servicio Sanitario del Principado de Asturias, en el año 2009, al 71,6% de las personas mayores de 14 años no diabéticas en riesgo de padecer diabetes (por ser pacientes con IMC mayor o igual a 27; tener antecedentes familiares en primer grado de diabetes; hipertensión arterial; dislipemia; antecedentes de glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa o ser gestantes a las que se ha realizado el test de O’Sullivan), se les ha realizado alguna determinación de glucemia en ayunas en sangre venosa o capilar.

Tabla 61. Cobertura de cribado. Asturias. Fuente: OMI-AP, SESPA. 2009

COBERTURA DE CRIBADO	
Indicador	Cobertura de cribado en personas adultas
Definición	Personas de más de 14 años en riesgo de padecer diabetes mellitus (pacientes con IMC \geq a 27; antecedentes familiares en primer grado de diabetes; HTA; dislipemia; antecedentes de glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa; gestantes a las que se ha realizado el test de O’Sullivan) a las que se les ha realizado determinación de glucemia, del total de personas adultas. Porcentaje
Fuente de datos	OMI-AP, SESPA, 2009
Resultados:	Total 71,6%

2.2.2. Prevalencia de diabetes mellitus

La prevalencia de diabetes mellitus (DM) no es homogénea en las distintas localizaciones geográficas. En muchas zonas del mundo la diabetes mellitus tipo 2 tiene proporciones epidémicas. Entre las posibles causas que explican la variabilidad encontrada en la prevalencia de la diabetes mellitus se citan la longevidad, historia familiar, raza, urbanización, migración, obesidad, dieta, actividad física y la nutrición fetal/neonatal.

La vida en un hábitat urbano dobla el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en la mayoría de los estudios. La obesidad es, probablemente, el factor de riesgo más conocido junto al envejecimiento. En conjunto, la incidencia anual de diabetes mellitus tipo 2 en estudios europeos publicados varía entre 1,2 y 4,1 casos/1.000 personas.

La prevalencia estimada de diabetes mellitus en nuestro país se sitúa en torno al 6,5% entre la población entre los 30 y 65 años. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud muestran como en un periodo de 10 años, entre 1993 y 2003, la prevalencia declarada por los encuestados ha aumentado del 4,1% al 5,9.

Según los datos de la Encuesta de Salud de Asturias, en nuestra comunidad, la prevalencia de diabetes declarada es un total de 5,4 %, siendo del 6,5% en la población entre la población de 45 - 64 años

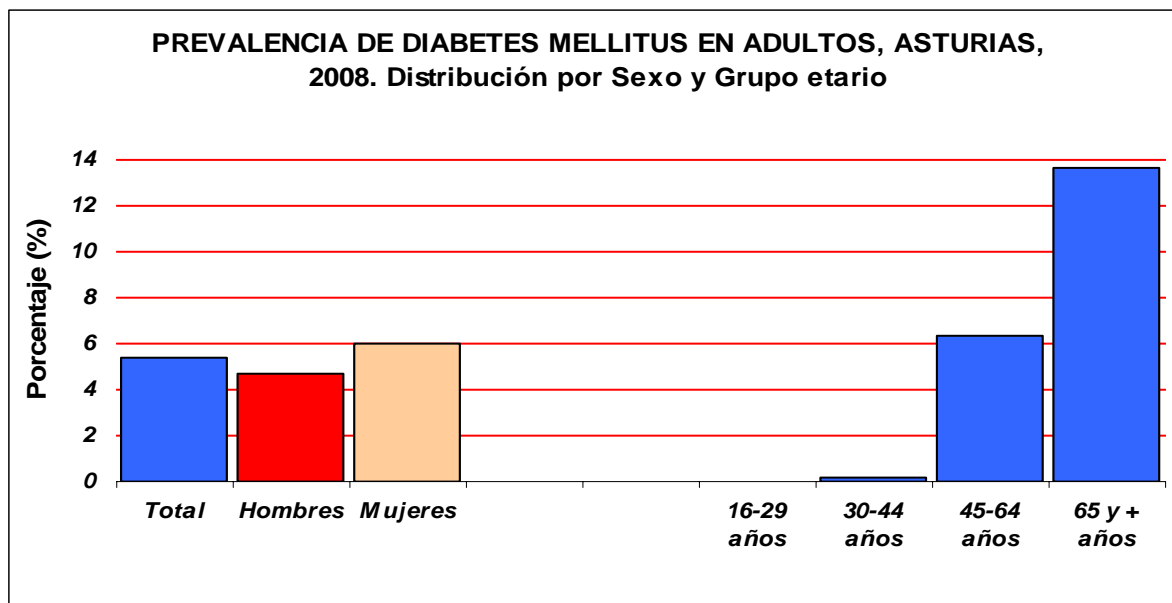
2.2.2.1. Prevalencia de diabetes mellitus declarada

Según la Encuesta de Salud de Asturias, un 5,4% de la población asturiana manifiesta que padece diabetes mellitus, siendo el 6% mujeres y el 4,7% hombres. Existe un incremento de la prevalencia a lo largo de la vida, así un 13,6% de los mayores de 65 años dicen que la sufren, mientras que no encontramos casos en el grupo de 16 a 29 años.

Tabla 62. Prevalencia de diabetes mellitus en adultos. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

DIABETES MELLITUS		
Indicador	Prevalencia de personas que manifiestan padecer diabetes mellitus en población adulta	
Definición	Personas de 16 y más años que mediante encuesta han manifestado haber sido diagnosticadas de diabetes mellitus entre total de personas adultas. Porcentaje	
Fuente de datos	Encuesta de Salud para Asturias, 2008	
Resultados:		
	Total	5,4 %
	Hombres	4,7%
	Mujeres	6,0%
	16-29 años	0%
	30-44 años	0,2%
	45-64 años	6,3%
	65 y + años	13,6%

Gráfico 15. Prevalencia de diabetes mellitus declarada en adultos. Distribución por sexo y grupo etario. Asturias 2008. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



2.2.2.2. Prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada

La prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada en Asturias en el año 2009 en pacientes mayores de 14 años, según los datos recibidos de la Unidad de Gestión de Atención Primaria de Servicio Sanitario del Principado de Asturias es del 7,3%.

Tabla 63. Prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada en adultos. Asturias 2008. Fuente: OMI-AP, SESPA, 2009

DIABETES MELLITUS	
Indicador	Prevalencia de personas diagnosticadas de diabetes mellitus en población adulta
Definición	Personas de 14 y más años que han sido diagnosticadas de diabetes mellitus entre total de personas de ese intervalo de edad. Porcentaje
Fuente de datos	OMI-AP, SESPA, 2009
Resultados:	
	Total 7,3%

2.3. Tratamiento y seguimiento

2.3.1. Prevalencia de otros factores de riesgos cardiovascular asociada a diabetes mellitus

La hipertensión arterial, es una co-morbilidad muy frecuente en los pacientes diabéticos. De hecho, la HTA está presente en la mayoría de los pacientes con diabetes, dependiendo del tipo de diabetes, edad, obesidad y raza. La hipertensión arterial es, además, un factor de riesgo mayor para la aparición de complicaciones cardiovasculares y microvasculares, como la retinopatía y la nefropatía. En la diabetes tipo 1, la hipertensión arterial es habitualmente el resultado de la nefropatía subyacente. En la diabetes tipo 2, puede estar presente como parte del síndrome metabólico que se asocia con frecuencia a complicaciones cardiovasculares.

En Asturias, se considera que un 21% de la población presenta hipertensión arterial. Esta es más frecuente en mujeres (23%) que en hombres (19%). Por edades como es lógico, aumenta la prevalencia con la edad llegando a ser del 48% en personas de 65 y más años.

Varios estudios demuestran los beneficios de disminuir los lípidos en el tratamiento de los sujetos con riesgo cardiovascular. Los diabéticos tienen un riesgo cardiovascular superior a la población general; de hecho, la ATP III (Guía para el Tratamiento del Adulto III) recomienda equipararlos a los sujetos en prevención secundaria.

El objetivo en el **manejo del perfil lipídico** del paciente diabético debe ser disminuir el colesterol LDL, aumentar el colesterol HDL y reducir los triglicéridos, dado que esto ha demostrado que reduce la enfermedad macrovascular y la mortalidad en los pacientes con diabetes tipo 2. Esto es así especialmente en aquellos que tienen antecedentes de un proceso cardiovascular.

En Asturias, un 13% refiere que se le ha diagnosticado problemas de hipercolesterolemia. Esas cifras no son muy diferentes entre sexos, pero hay un 14% de mujeres que lo refieren por un 12% de hombres. Las cifras, como es lógico, se incrementan con la edad llegando a ser de cerca del 25% en personas de 65 y más años.

En España la **prevalencia de exceso de peso** en la actualidad se acerca al 50%. La obesidad, por sí misma, supone un incremento de morbi-mortalidad pero, además, va a ir prácticamente siempre asociada a la diabetes tipo 2. Algunos estudios evidencian la utilidad de modificar los hábitos de vida, con un adecuado programa nutricional y un incremento de la actividad física, en la lentificación de la patocronía de la diabetes tipo 2.

Se considera que en Asturias un 53% de la población adulta presenta parámetros de sobrepeso u obesidad. Este parámetro es superior en hombres (61%) respecto al 47% en mujeres. A medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de sobrepeso y obesidad que llega a ser del 70% en personas mayores.

Los datos procedentes de estudios epidemiológicos, han proporcionado información suficiente para conocer la relación causal entre el **fumar cigarrillos** y los riesgos para la salud.

Algunos estudios sobre individuos con diabetes mostraron entre los fumadores un alto riesgo de morbilidad y mortalidad asociados con el desarrollo de complicaciones macrovasculares. El fumar también se relaciona con el desarrollo prematuro de complicaciones microvasculares en la diabetes y puede incluso jugar un cierto papel en el desarrollo de este trastorno. Una gran cantidad de ensayos clínicos han demostrado la eficacia y el coste-beneficio del consejo médico en relación con el abandono del hábito tabáquico.

Un 30,4% de la población asturiana fuma actualmente según datos de la Encuesta de Salud de 2008. La prevalencia es muy superior en hombres: 35%, frente al 26% de mujeres. Por edades, la prevalencia de consumo de tabaco va descendiendo con la edad, con la mayor frecuencia en personas jóvenes y la menor en personas de 65 y más años de edad.

Tabla 64. Prevalencia factores de riesgos cardiovascular asociados a diabetes mellitus en personas adultas. Asturias. Fuente: OMI-AP

Pendiente de recepción de datos de Atención Primaria de Servicio Sanitario del Principado de Asturias.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	
Indicador	Prevalencia factores de riesgos cardiovascular asociados a diabetes mellitus en personas adultas
Definición	Personas de 16 o más años que padecen diabetes mellitus asociada otros factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad y/o tabaquismo, entre el total de personas diabéticas conocidas. Porcentaje
Fuente de datos	OMI-AP
Resultados:	
	Total
	Hombres
	Mujeres
	16-29 años
	30-44 años
	45-64 años
	65 y + años

2.3.2. Prevalencia de altas por complicaciones agudas de la diabetes de diabetes mellitus

La descompensación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica es una de las complicaciones metabólicas más frecuentes en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de más de 65 años que requieren ingresos hospitalarios. El coma hiperosmolar es la manifestación más severa de la diabetes no insulín-dependiente, caracterizado por el déficit relativo y resistencia a la insulina, que origina una hiperglucemia importante, diuresis osmótica, deshidratación y una situación de hiperosmolaridad secundaria.

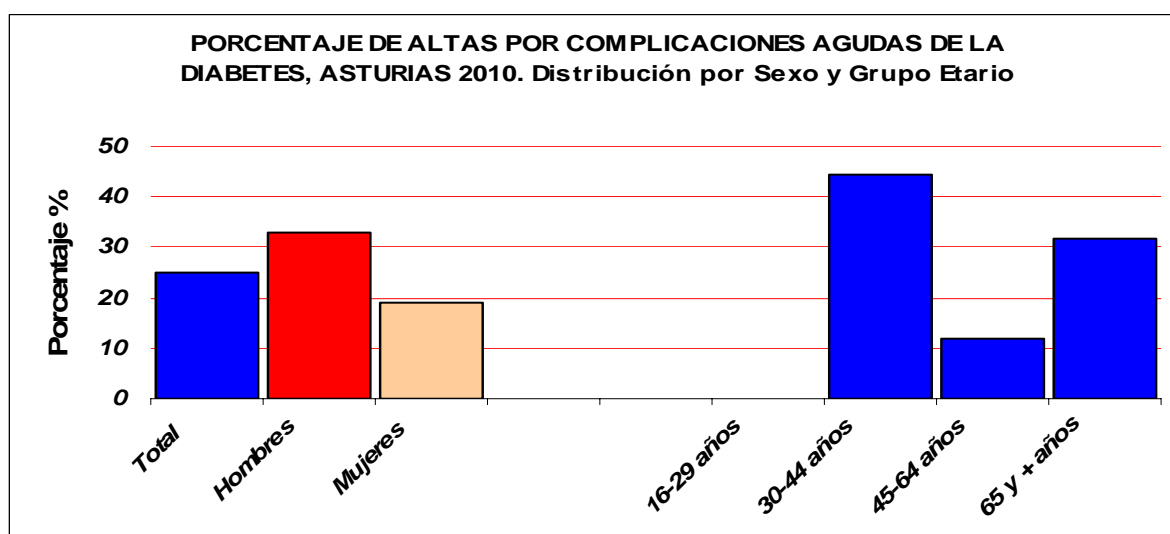
La cetoacidosis diabética es una complicación grave y todavía frecuente, típica pero no exclusiva de la diabetes mellitus tipo 1, ya que se puede encontrar en la tipo 2, sobre todo en situaciones de estrés. Supone una indicación de la calidad del tratamiento. A pesar de su frecuencia, su incidencia ha ido disminuyendo en las tres últimas décadas, posiblemente por la mejora de la calidad asistencial, el autocontrol de la diabetes y los programas de educación diabetológica.

Un 1,6% de los casos ingresados de diabetes mellitus en hospitales en Asturias tenían complicaciones por descompensación, eso significa más de 1.700 personas ingresadas cada año por este motivo. Del total de la población asturiana adulta diabética un 25% ha tenido alguna de las complicaciones agudas de la diabetes, el 33% han sido padecidas por pacientes varones, frente al 19% de mujeres diabéticas. Así mismo en relación con la edad, va aumentando el porcentaje de complicaciones, siendo de un 31% en los mayores de 65 años.

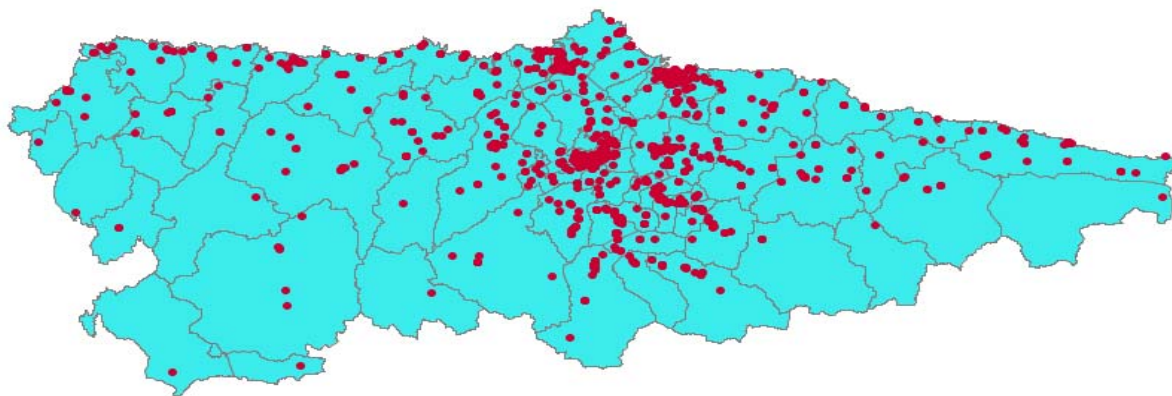
Tabla 65. Porcentaje de altas por complicaciones agudas de diabetes. Asturias 2008. Fuente: CMBD, 2010 Encuesta de Salud para Asturias, 2008

COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES	
Indicador	Altas hospitalarias por complicaciones agudas en personas adultas
Definición	Personas de 16 o más años con diabetes que han sido dadas de alta hospitalaria con: diabetes asociada a cetoacidosis, o a coma hiperosmolar u otro tipo de coma, en el año 2010, entre el total de población diabética estimada. Porcentaje. Códigos CIE 9-MC: 250.1, 250.2, 250.3
Fuente de datos	Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010 Denominador: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.
Resultados:	
	Total 25%
	Hombres 33%
	Mujeres 19%
	16-29 años 0%
	30-44 años 44,6%
	45-64 años 11,8%
	65 y + años 31,6%

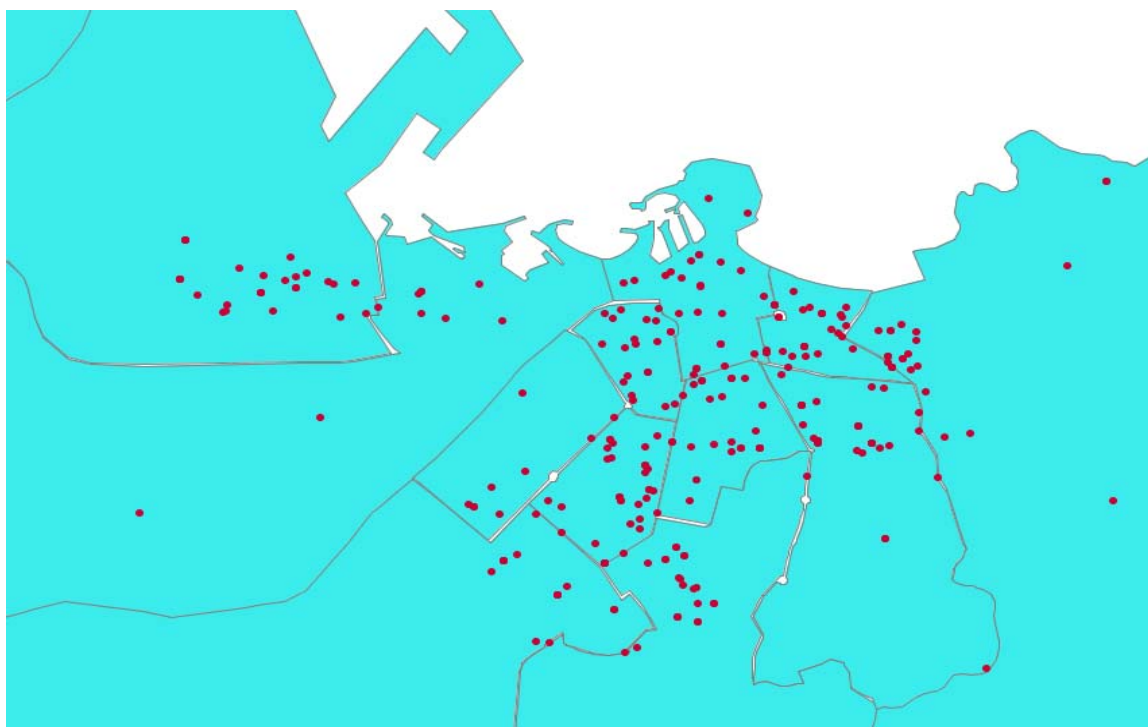
Gráfico 16. Porcentaje de altas por complicaciones agudas de diabetes. Asturias 2008. Distribución por sexo y edad. Fuente: CMBD. Encuesta de Salud para Asturias, 2008



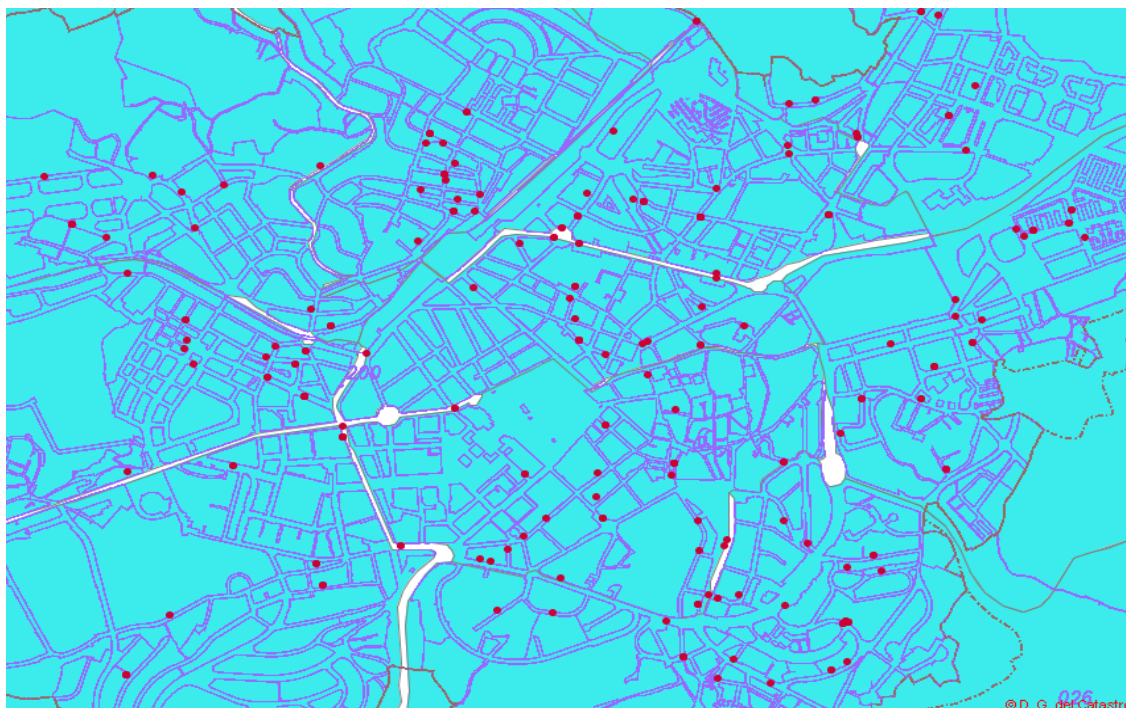
Mapa 5. Incidencia de Altas hospitalarias por complicaciones agudas de la diabetes mellitus. Asturias, 2006-2010. Distribución por Zona Básica de Salud.



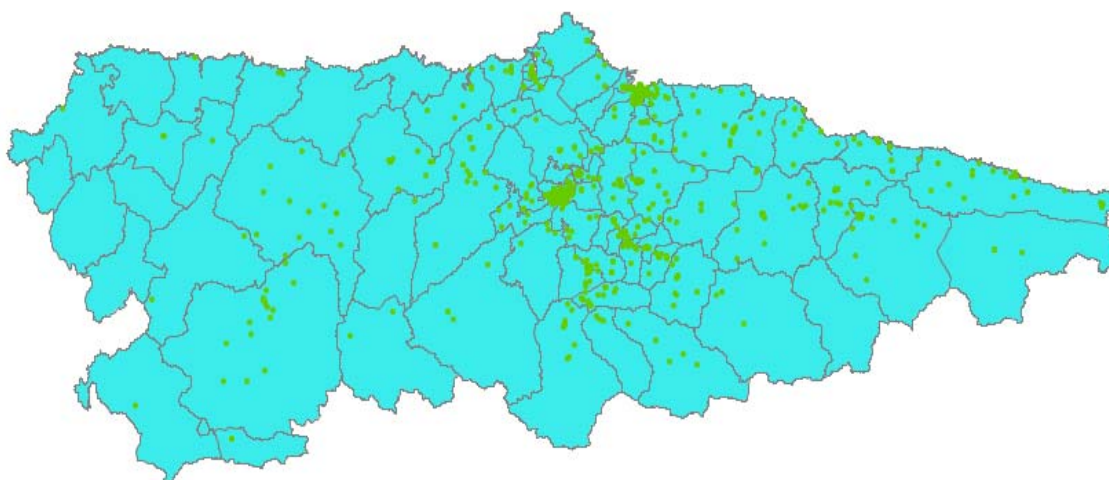
Mapa 6. Incidencia de Altas hospitalarias por complicaciones agudas de la diabetes mellitus. Asturias, 2006-2010. Distribución por Zona Básica de Salud. Area Sanitaria V.



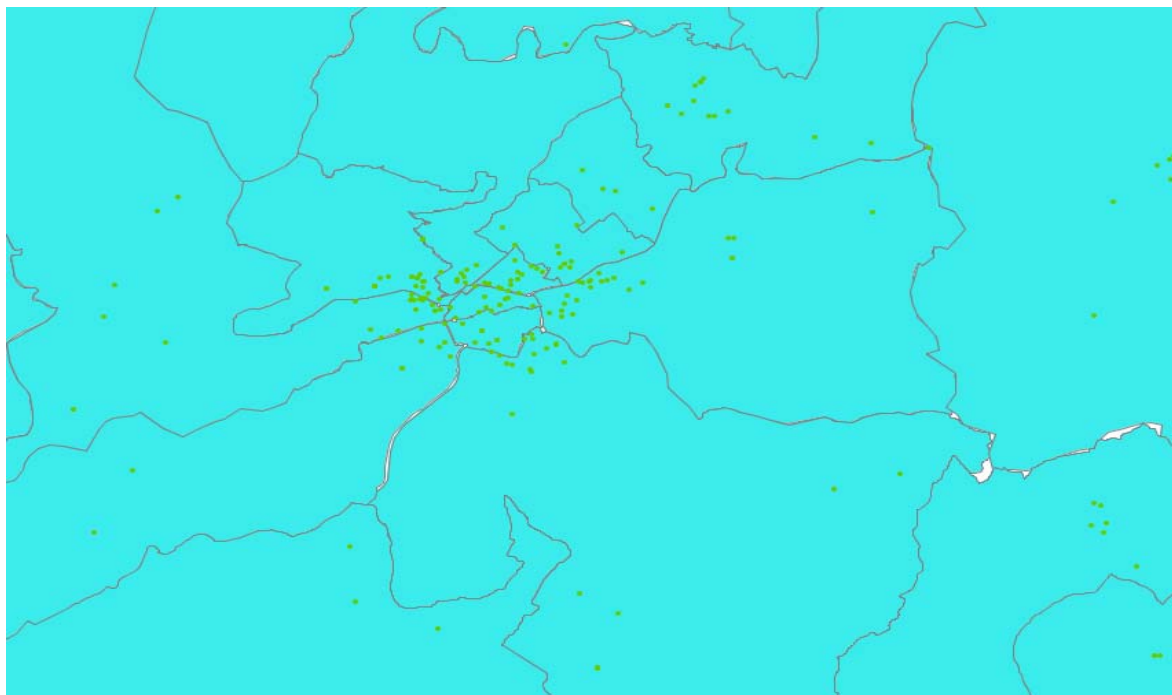
Mapa 7. Incidencia de Altas hospitalarias por complicaciones agudas de la diabetes mellitus. Asturias, 2006-2010. Distribución por Zona Básica de Salud. Concejo de Oviedo.



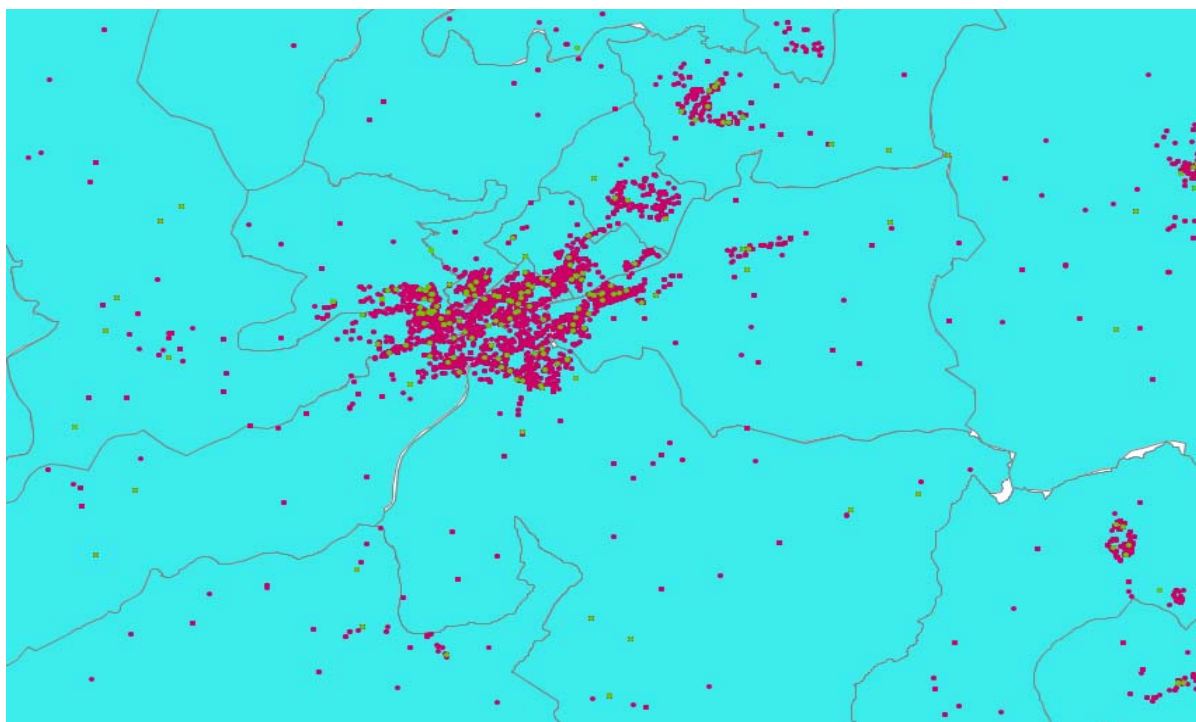
Mapa 8. Casos de Diabetes mellitus descompensada con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



Mapa 9. Casos de Diabetes mellitus descompensada con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Oviedo. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



Mapa 10. Casos de Diabetes mellitus descompensada con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Oviedo. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



2.3.3. Hemoglobina glicosilada en el control de diabetes mellitus

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es producto de una reacción lenta, no enzimática e irreversible, entre la hemoglobina y la glucosa sanguínea. Esta reacción está directamente relacionada con las concentraciones de glucosa en sangre y la vida media de los eritrocitos. Constituye el mejor parámetro de control glucémico ya que se correlaciona con la aparición de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo y porque proporciona información sobre el grado de control en los 2-3 meses previos.

En varios estudios epidemiológicos se ha observado que, a partir de valores superiores a 8%, aumentan las complicaciones micro y macrovasculares, por lo que un buen control de la glucemia, facilitado mediante el análisis de la HbA1c, es esencial en la prevención de las complicaciones diabéticas, tales como las alteraciones microvasculares y también neurológicas a largo plazo.

En los últimos tiempos, según una comisión expertos internacionales, se ha demostrado la utilidad del análisis de hemoglobina glicosilada, no sólo en el control glucémico del diabético, sino en el diagnóstico mismo de la diabetes mellitus. Esto obedece principalmente a que la hemoglobina glicosilada ofrece mayor estabilidad pre-analítica y menor variabilidad biológica, que las mediciones puntuales de glucosa en sangre.

2.3.3.1 Grado de buen control de hemoglobina glicosilada en diabetes mellitus

En el año 2009, el 25,2% de los diabéticos adultos de Asturias tienen un control adecuado de su hemoglobina glicosilada, o sea un valor en sangre menor del 7%.

Tabla 66. Grado de buen control de hemoglobina glicosilada en personas adultas con diabetes mellitus en adultos. Asturias. Fuente: OBSA, 2009.

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	
Indicador	Grado de buen control de hemoglobina glicosilada en personas diabéticas adultas
Definición	Personas de 16 o más años que padecen diabetes mellitus que, en el momento del corte transversal para la recogida de datos tienen, en su última determinación analítica de hemoglobina glicosilada un valor menor del 7%, del total de personas diagnosticadas de diabetes. Porcentaje
Fuente de datos	OBSA, 2009
Resultados:	
	Total 25,2%

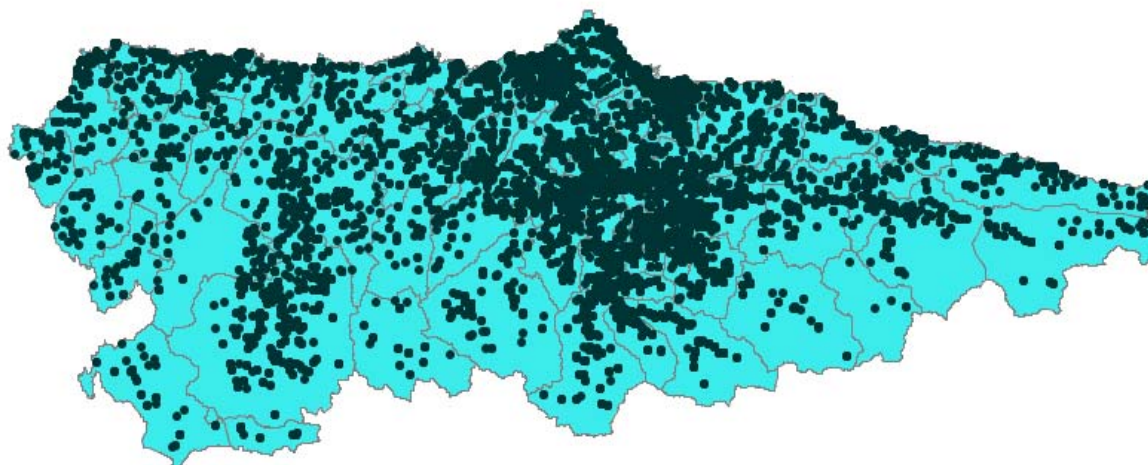
2.3.3.2 Grado de mal control de hemoglobina glicosilada en diabetes mellitus

Un número importante de pacientes diabéticos de nuestra comunidad autónoma, el 74,8%, a pesar de estar diagnosticados de la enfermedad, tiene un deficiente control de la hemoglobina glicosilada, lo que se significa que sus valores en sangre son iguales o superiores a un 7%, durante el año 2009.

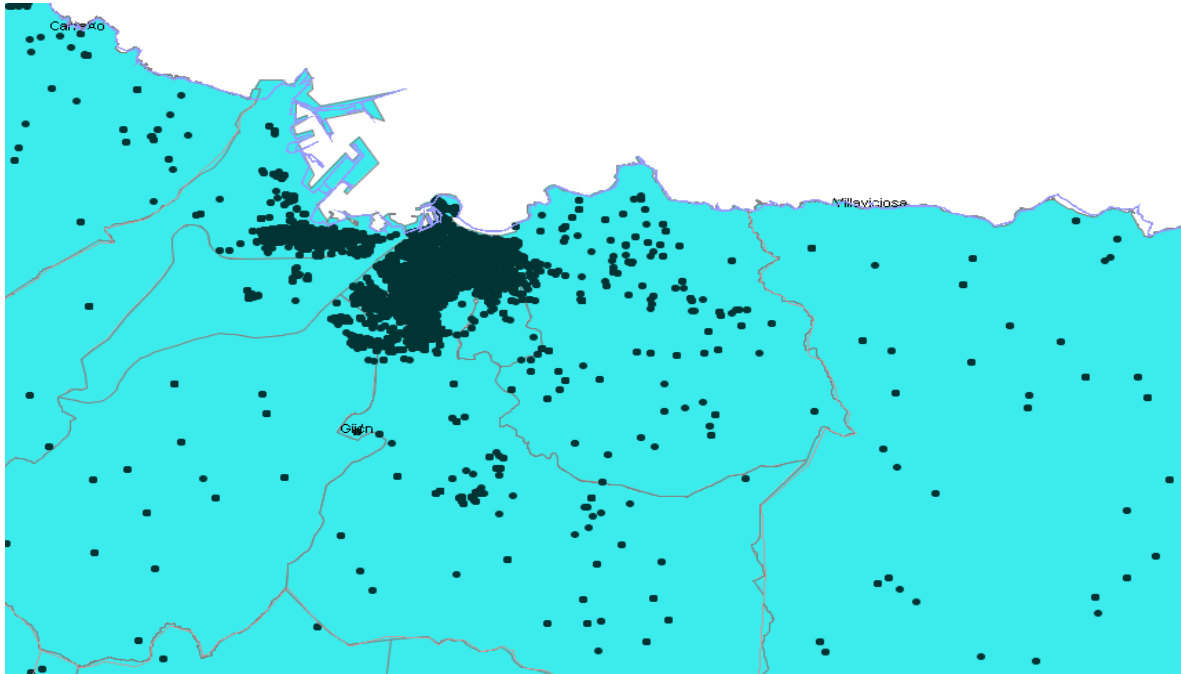
Tabla 67. Grado de mal control de hemoglobina glicosilada en personas adultas con diabetes mellitus en adultos. Asturias. Fuente: OBSA, 2009.

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	
Indicador	Grado de mal control de hemoglobina glicosilada en personas diabéticas adultas
Definición	Personas de 16 o más años que padecen diabetes mellitus que, en el momento del corte transversal para la recogida de datos tienen en su última determinación analítica de hemoglobina glicosilada un valor mayor o igual del 7%, entre el total de pacientes diagnosticados de diabetes. Porcentaje.
Fuente de datos	OBSA, 2009
Resultados:	
	Total 74,8%

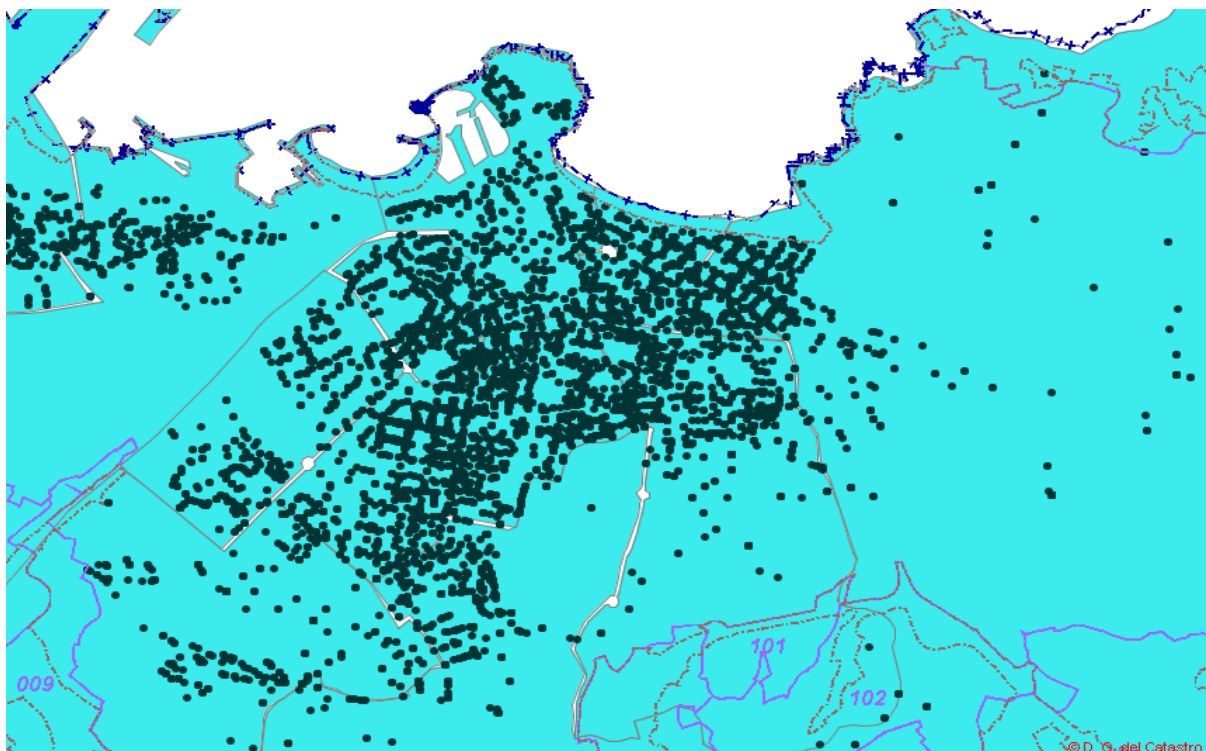
Mapa 11. Casos de Diabetes mellitus con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



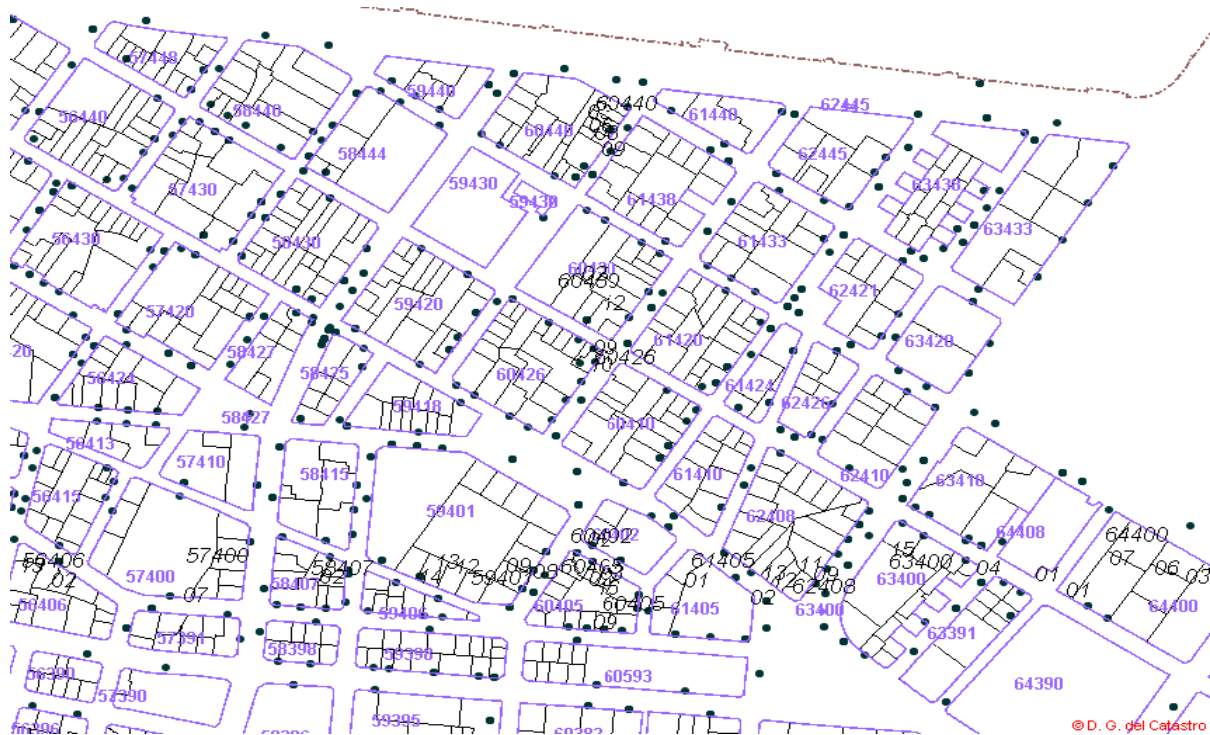
Mapa 12. Casos de Diabetes mellitus con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



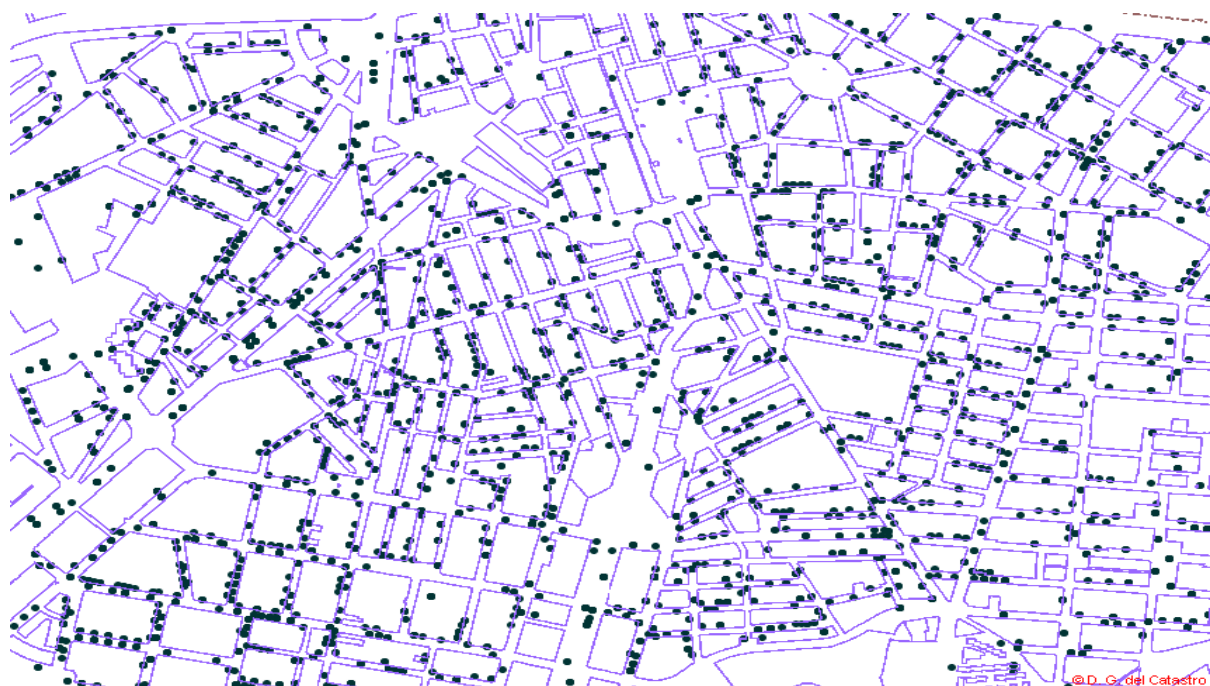
Mapa 13. Casos de Diabetes mellitus con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



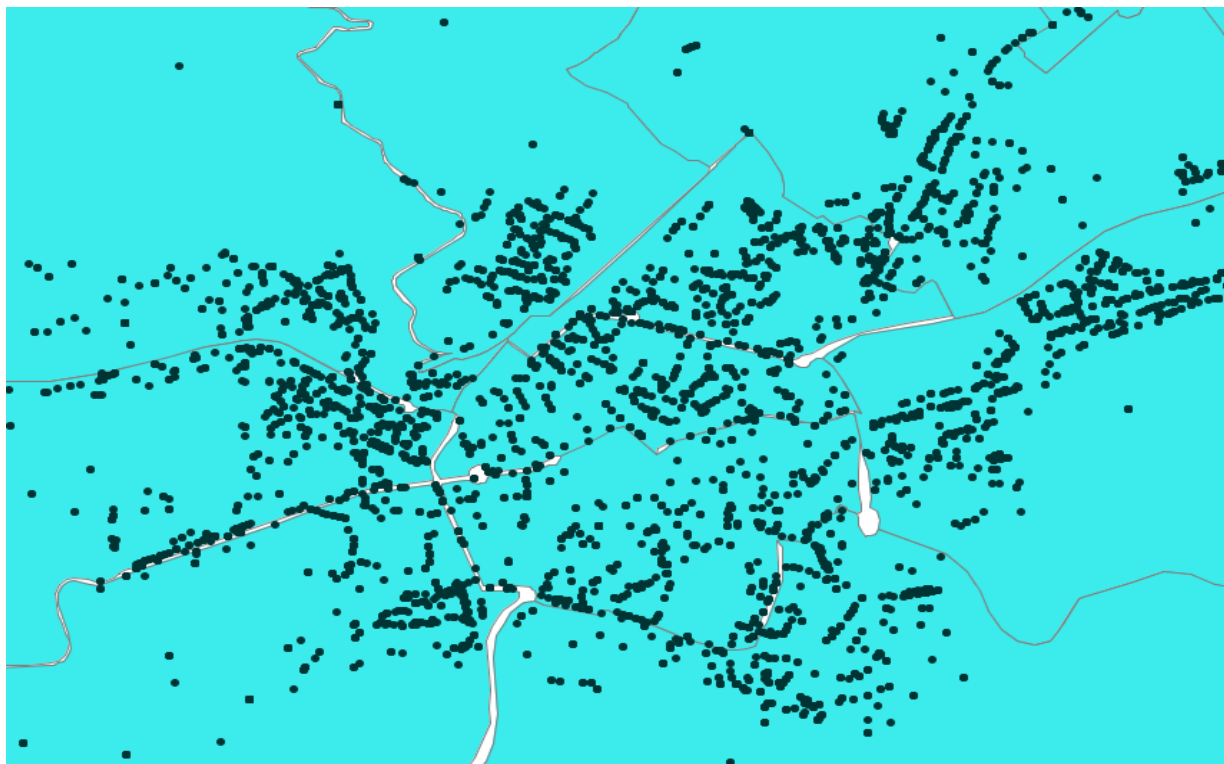
Mapa 14. Casos de Diabetes mellitus con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



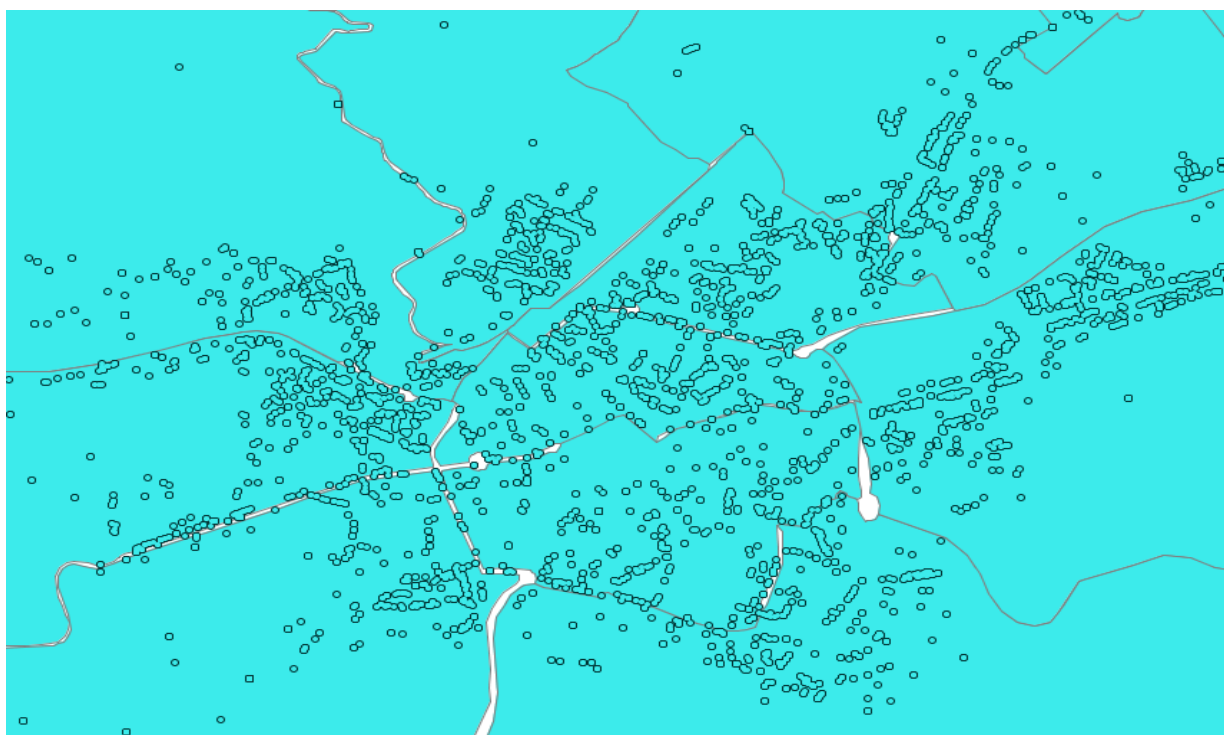
Mapa 15. Casos de Diabetes mellitus con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Gijón. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



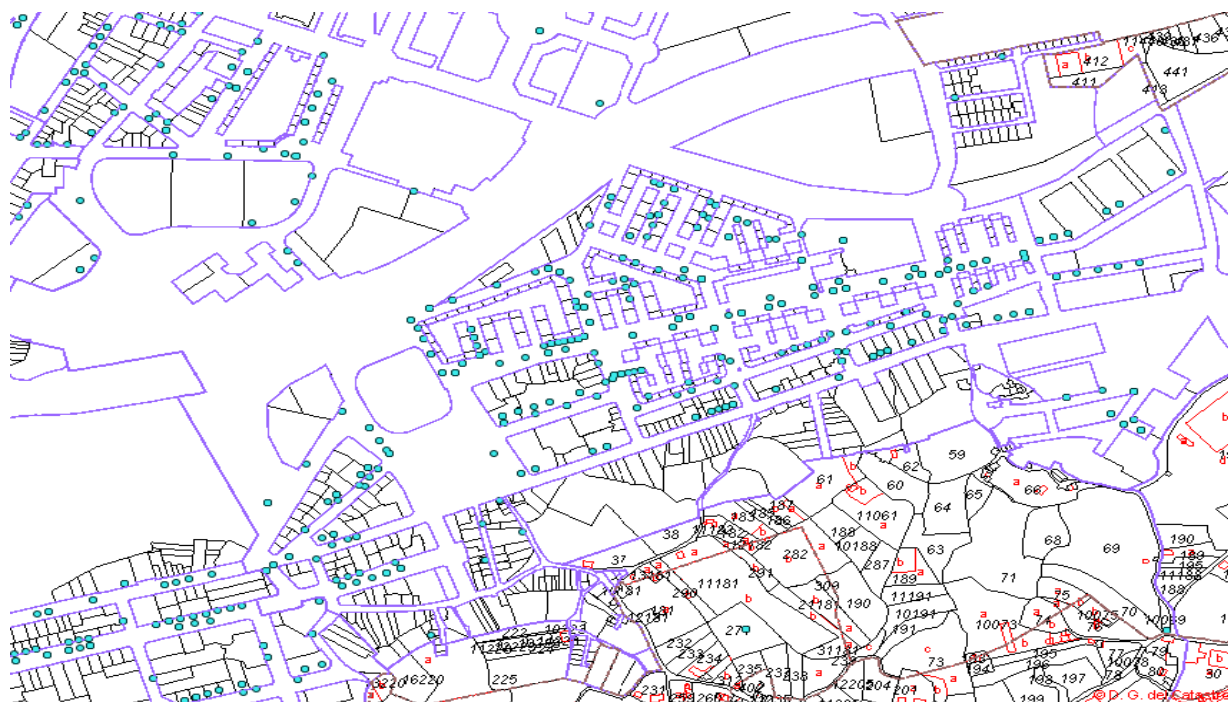
Mapa 16. Casos de Diabetes mellitus con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Oviedo. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



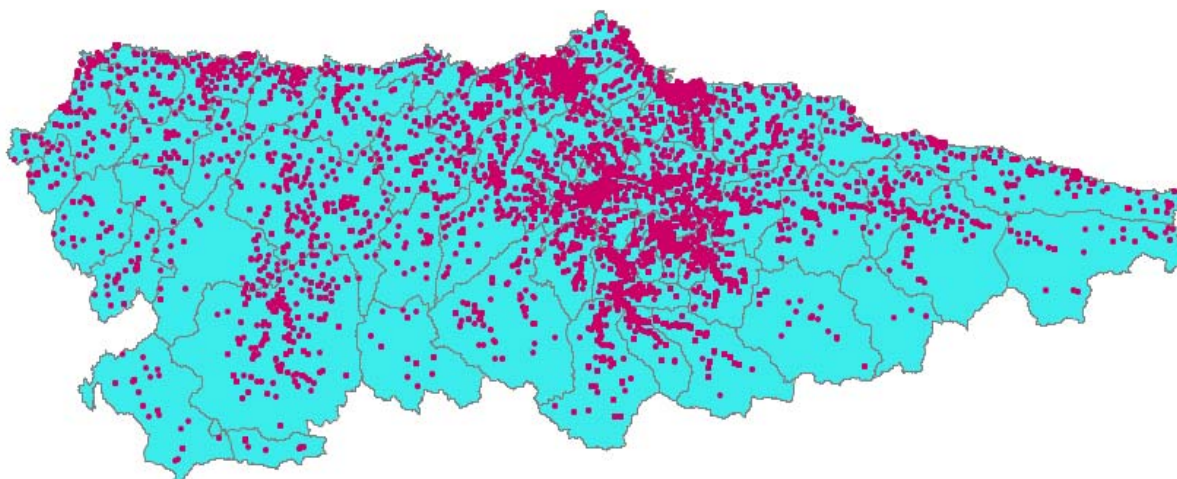
Mapa 17. Casos de Diabetes mellitus sin complicaciones con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Oviedo. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



Mapa 18. Casos de Diabetes mellitus sin complicaciones con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Oviedo. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



Mapa 19. Casos de Diabetes mellitus sin complicaciones con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



2.4. Abordaje de complicaciones y situaciones especiales

2.4.1. Incidencia de amputaciones en personas con diabetes mellitus

La diabetes constituye la principal causa de amputaciones no traumáticas en nuestro medio. Los cuidados adecuados de los factores predisponentes a la aparición de las úlceras pueden retrasar o evitar su aparición, por lo que es fundamental acordar un plan de cuidados con el paciente y cuidadores, con una adecuada formación de los mismos por parte del personal sanitario correspondiente.

Además de por el paciente, debe ser realizado un examen periódico de los pies por el personal sanitario médico y de enfermería, para la detección precoz de cualquier incidencia, como el aumento de la presión plantar (eritema, deformidades óseas, etc.) que debe ser evaluada para aconsejar, por ejemplo, un calzado adecuado.

Los factores de riesgo son la neuropatía periférica con pérdida de sensibilidad, las alteraciones biomecánicas en presencia de neuropatía y la enfermedad vascular periférica. Se debe realizar un examen visual de los pies en cada visita del paciente al médico endocrino y un examen minucioso que incluya estudio neurológico cuando se produce el diagnóstico de la enfermedad y anualmente, cuando todavía no se ha establecido todavía enfermedad vascular o neuropatía. Las revisiones deben ser más frecuentes (cada 3 a 6 meses) en función del riesgo cuando éste se haya establecido.

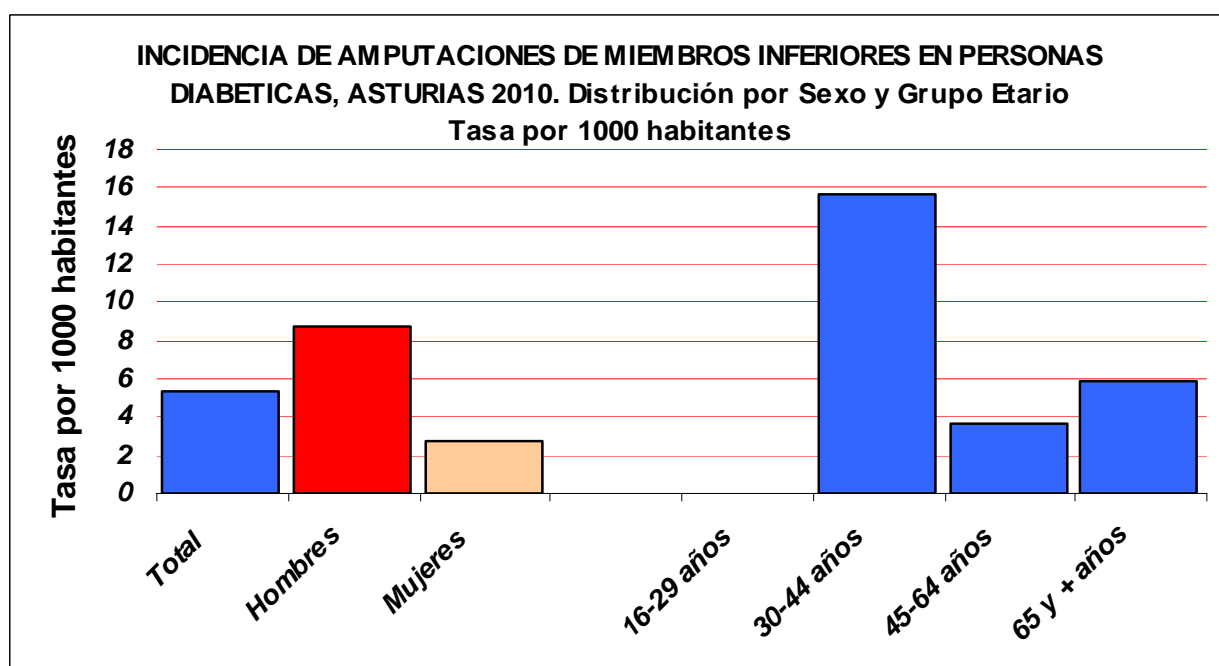
El tratamiento de las úlceras debe ser realizado en las primeras 24 horas de su detección con desbridamiento y antibioterapia sistémica si existen signos de celulitis u osteomielitis.

Del total de la población adulta diabética asturiana, el 5,3% ha sufrido una amputación de miembro en el año 2010, de los que casi el 9% con hombres y algo menos del 3% mujeres. En cuanto a la distribución por grupos de edad, el más afectado ha sido el de 30 a 44 años con un 16% de los casos, seguido del grupo de más de 65 años con un 6%.

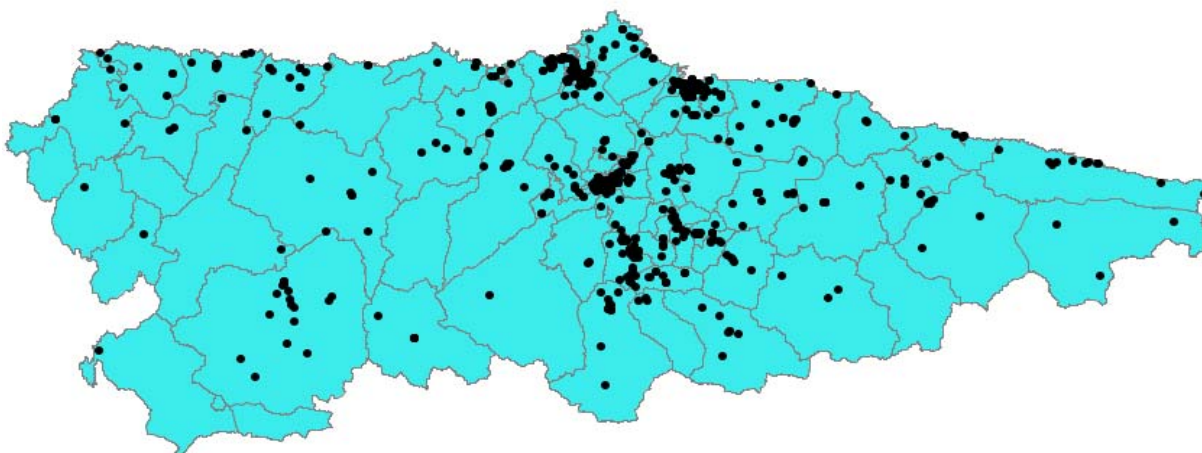
Tabla 68. Incidencia de amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas adultos. Asturias 2010. Fuente: Numerador: CMBD 2010. Denominador: Encuesta de Salud para Asturias, 2008

AMPUTACIONES EN PERSONAS DIABETICAS	
Indicador	Incidencia de amputaciones en personas diabéticas adultas
Definición	Número de altas hospitalarias de personas diabéticas mayores de 16 años con amputaciones no traumáticas de miembros inferiores durante el año 2010, entre la población diabética estimada. Tasas de incidencia específicas para sexo y grupos etarios por 1000 habitantes. CIE 9- MC: 84.10-84.17
Fuente de datos	Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010 Denominador: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.
Resultados:	
	Total 5,3‰
	Hombres 8,8‰
	Mujeres 2,7‰
	16-29 años 0‰
	30-44 años 15,7‰
	45-64 años 3,6‰
	65 y + años 5,9‰

Gráfico 17. Incidencia de amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas adultos. Asturias 2010. Distribución por sexo y grupo etario. Fuente: Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010. Denominador: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



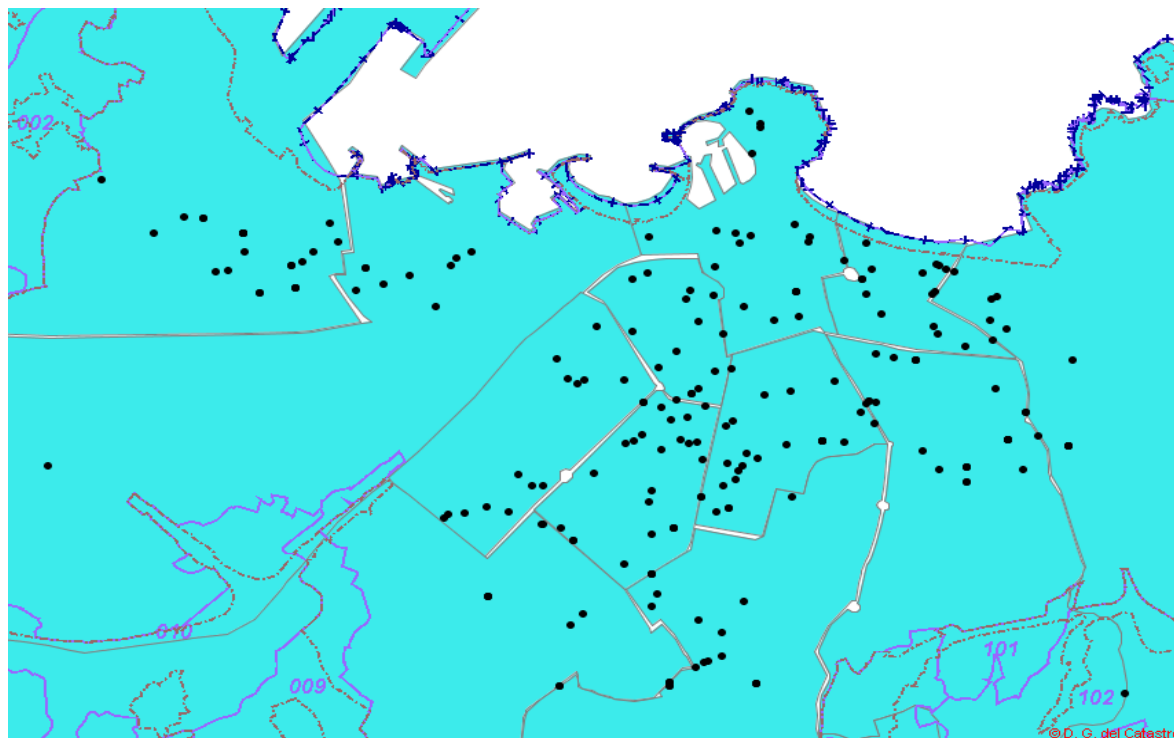
Mapa 20. Incidencia de Altas hospitalarias por amputaciones en personas diabéticas. Asturias, 2006-2010. Distribución por Zona Básica de Salud.



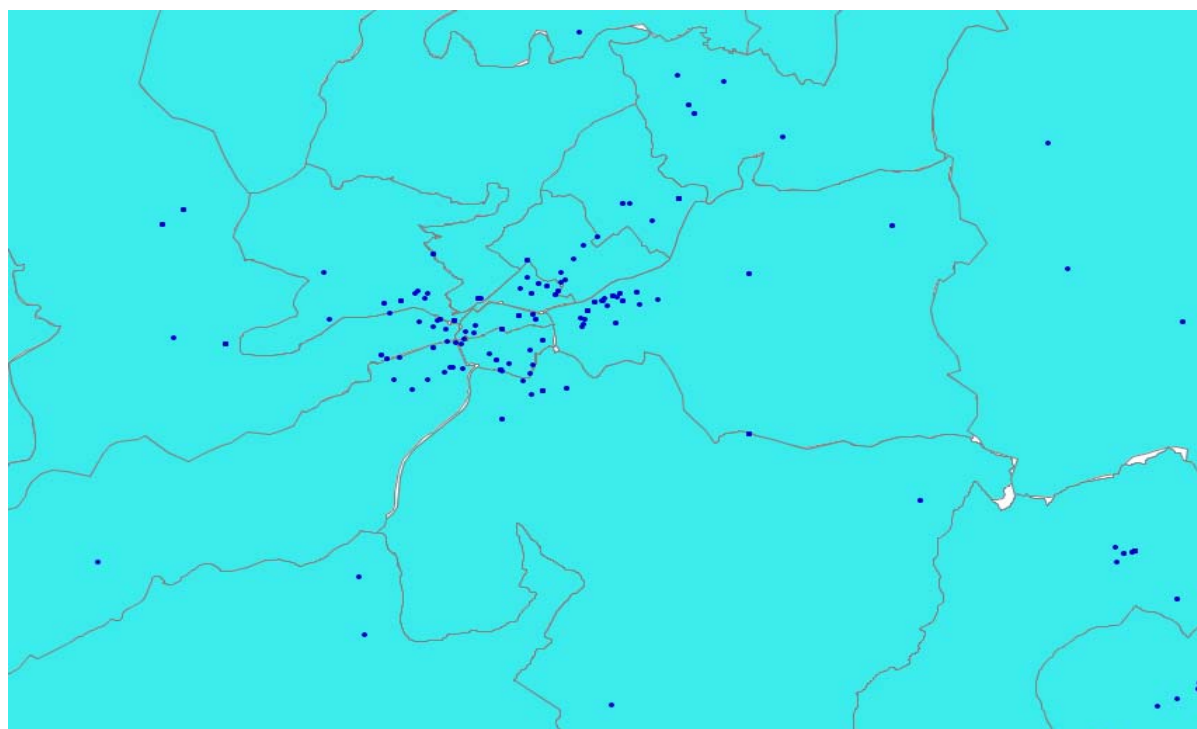
Mapa 21. Incidencia de Altas hospitalarias por amputaciones en personas diabéticas. Asturias, 2006-2010. Distribución por Zona Básica de Salud. Ciudad de Gijón.



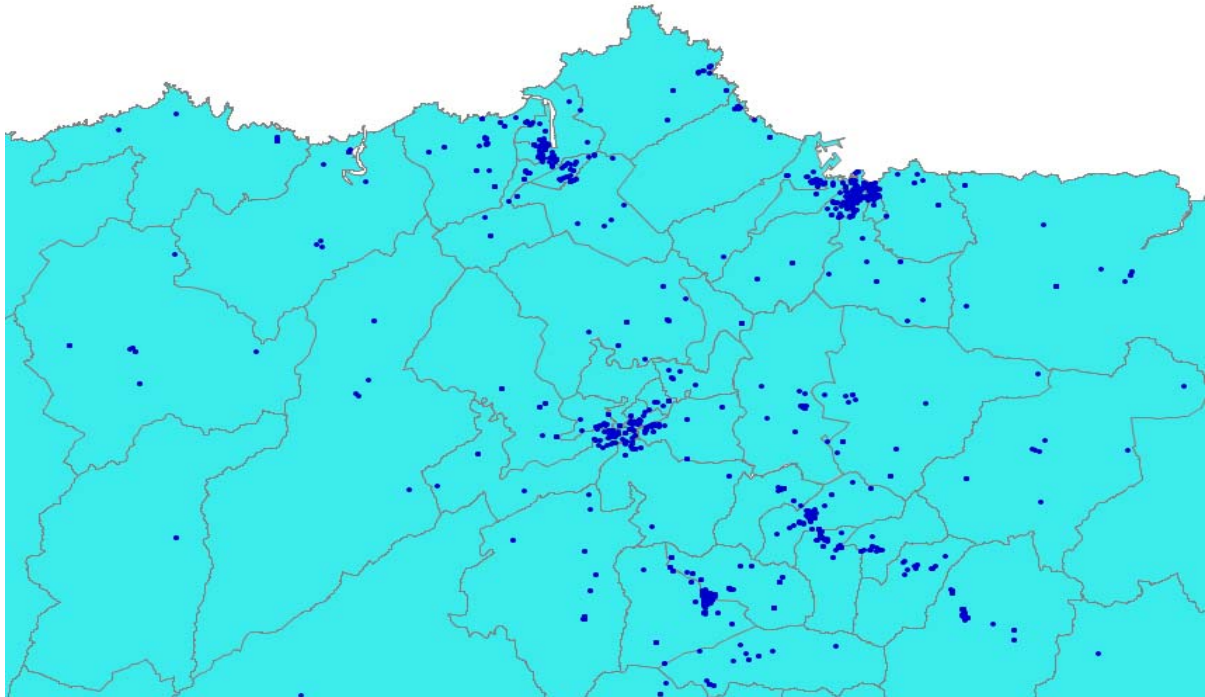
Mapa 22. Incidencia de Altas hospitalarias por amputaciones en personas diabéticas. Asturias, 2006-2010. Distribución por Zona Básica de Salud. Concejo de Gijón.



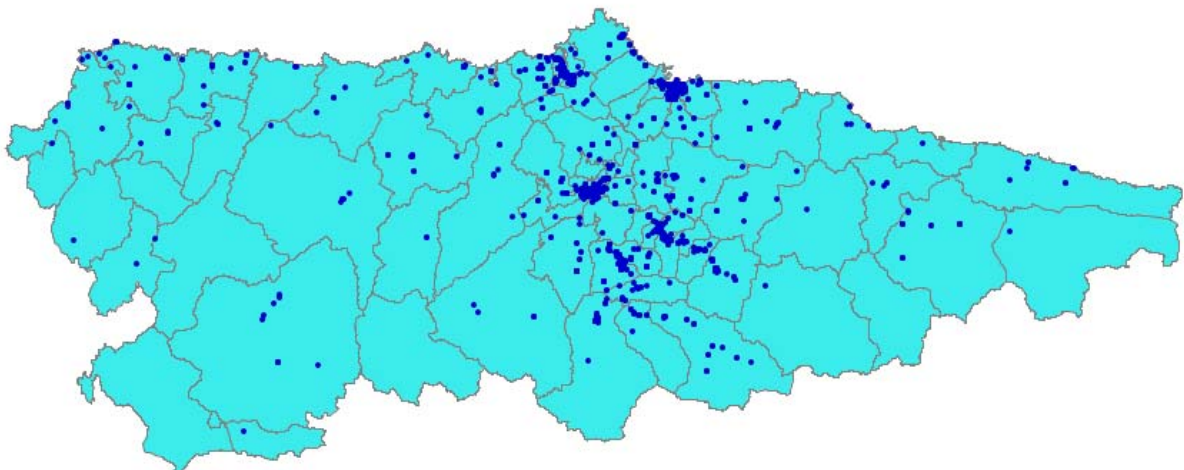
Mapa 23. Casos de Diabetes mellitus con trastornos neurológicos con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Oviedo y alrededores. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



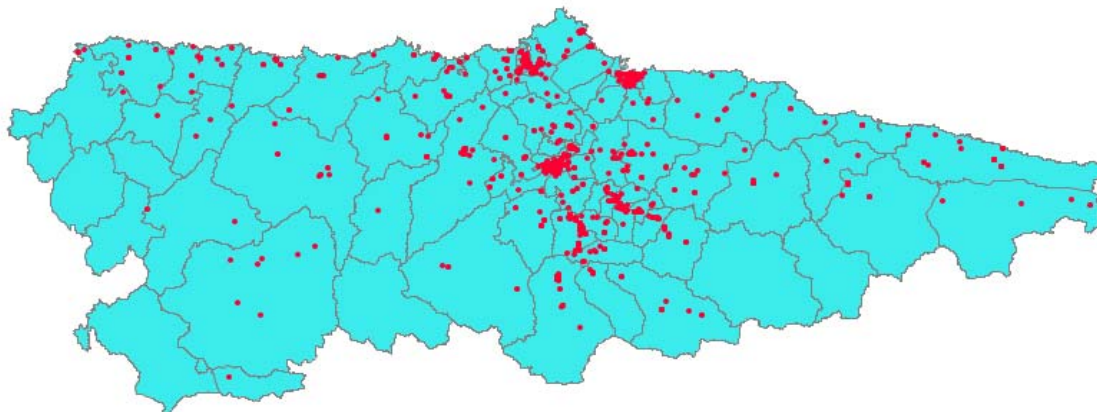
Mapa 24. Casos de Diabetes mellitus con trastornos neurológicos con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud del centro de Asturias. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



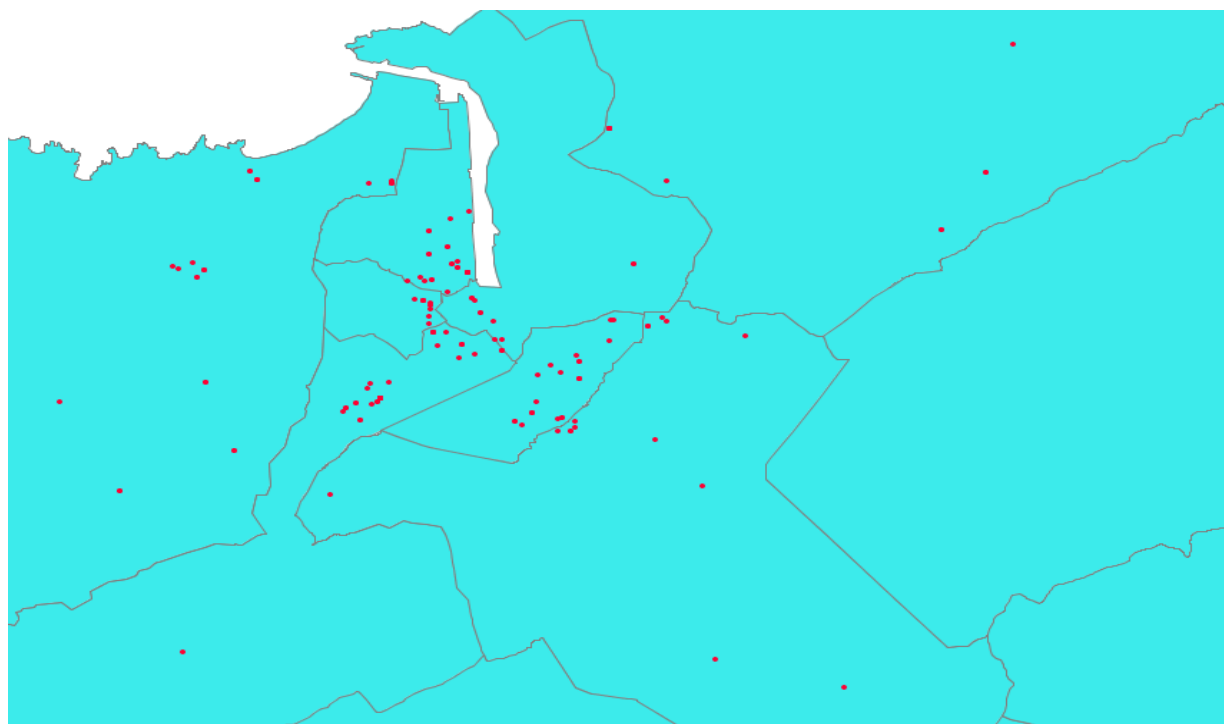
Mapa 25. Casos de Diabetes mellitus con trastornos neurológicos con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



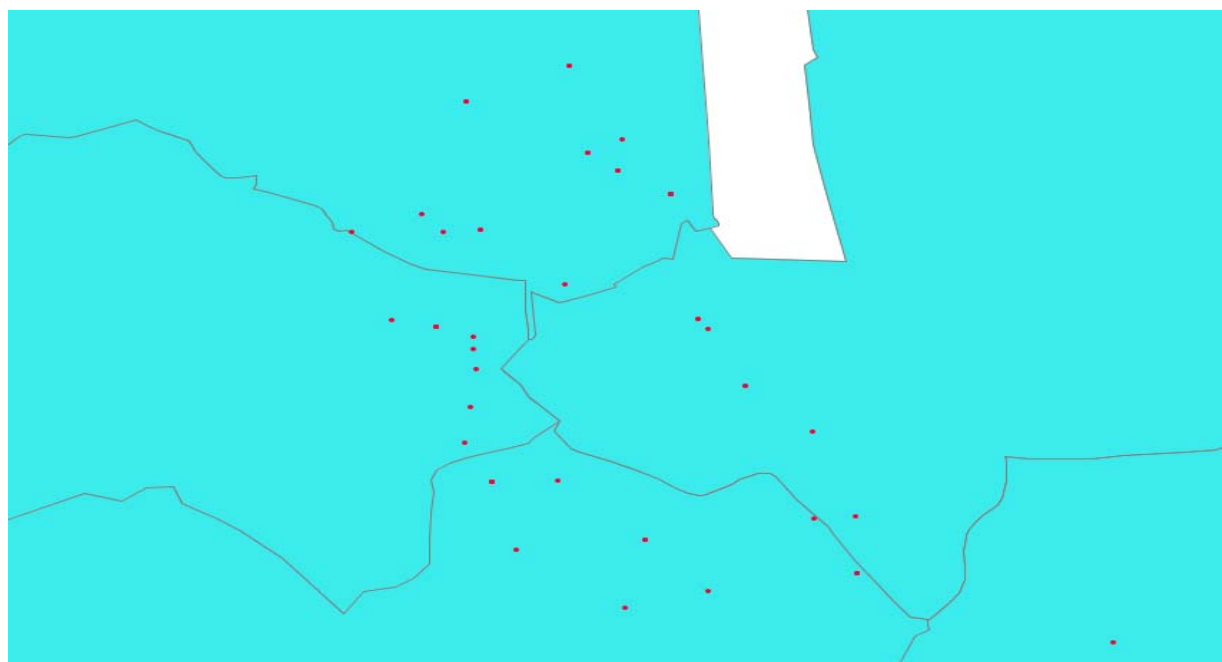
Mapa 26. Casos de Diabetes mellitus con trastornos de la circulación periférica con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



Mapa 27. Casos de Diabetes mellitus con trastornos de la circulación periférica con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Avilés y alrededores. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



Mapa 28. Casos de Diabetes mellitus con trastornos de la circulación periférica con ingreso hospitalario. Número de casos por lugar de residencia: Zonas Básicas de Salud de Avilés. Asturias, 2006-2010. Fuente: Servicio de Vigilancia Epidemiológica, 2006-2010



2.4.2. Porcentaje de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio

Precozmente durante el embarazo, el aumento de la secreción placentaria de estrógenos y progesterona induce una hiperplasia en las células beta del páncreas, que se traduce en un aumento de la secreción de insulina, aumento de la utilización periférica de glucosa y disminución de los niveles de glicemia en ayuno en un 10 a 20% con respecto a los niveles pregestacionales, mucho antes que las demandas fetales sean significativas.

En el segundo y tercer trimestre de la gestación la demanda fetal por nutrientes aumenta, produciéndose la movilización de los depósitos de glucosa materna, glicogenolisis hepática y resistencia a la insulina mediada por el aumento del lactógeno placentario, la prolactina y el cortisol. Todo esto se manifiesta como una elevación de los niveles de glicemia postprandiales.

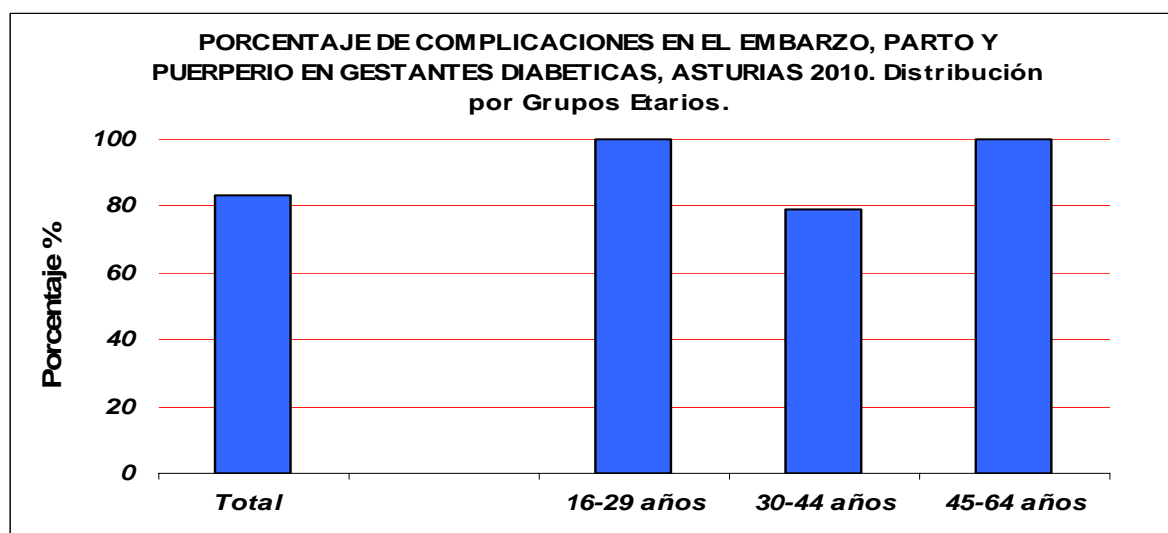
La diabetes durante el embarazo aumenta la frecuencia de abortos espontáneos, partos prematuros, infecciones vaginales o urinarias, polihidramnios, hipertensión arterial, preclampsia y eclampsia.

En cuanto a las gestantes diabéticas, un 83,3% del total de las que han sufrido alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, ésta ha tenido relación con su patología subyacente. El grupo de edad menos afectado, con el 79% fue el de 30 a 44 años. Hay que tener en cuenta que el tamaño de la muestra recogido para el análisis de este indicador es muy pequeño.

Tabla 69. Porcentaje de complicaciones debidas a la diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio en gestantes diabéticas. Asturias 2010. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZADO, PARTO Y PUERPERIO	
Indicador	Porcentaje de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio en gestantes diabéticas
Definición	Número mujeres diabéticas ingresadas en hospital, con diagnóstico al alta de “diabetes mellitus en embarazo, parto o puerperio”, del total de altas hospitalarias de mujeres diabéticas atendidas por cualquier motivo relacionado con embarazo, parto o puerperio en el año 2010. Porcentaje. Código CIE 9- MC en el numerador: 648.0 Código CIE 9- MC en el denominador: 630-677
Fuente de datos	Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010
Resultados:	
	Total
	Hombres
	Mujeres 83,3%
	16-29 años 100%
	30-44 años 79%
	45-64 años 100%
	65 y + años

Gráfico 18. Porcentaje de complicaciones debidas a la diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio en gestantes diabéticas. Asturias 2010. Distribución por grupo etario. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010



2.4.3. Trasplante renal en personas diabéticas adultas.

El trasplante renal supone para los pacientes diabéticos con insuficiencia renal avanzada por nefropatía diabética, el tratamiento de elección, ya que es el que aporta una mayor calidad de vida, a pesar de las posibles complicaciones que pueden producirse como consecuencia de su realización.

Hay que tener en cuenta que la supervivencia de los pacientes diabéticos sometidos a un trasplante renal ha mejorado de forma importante en los últimos años, hasta aproximarse (aunque sigue siendo menor) a la de los pacientes no diabéticos y que las contraindicaciones para la realización del trasplante renal son las mismas en estos pacientes que en los no diabéticos. Esta supervivencia a los 5 años en los pacientes diabéticos con trasplante de riñón (donante vivo y cadáver) es del 75,7% en los pacientes trasplantados entre 1997 y 2004.

La aparición de nefropatía diabética en el riñón injertado puede ser tan precoz como a los 6 años del trasplante, sin embargo, la incidencia de nefropatía diabética no está bien estudiada y se considera no frecuente. La recurrencia de la nefropatía debe ser prevenida con un control glucémico óptimo, así como con un estricto control de los factores de riesgo involucrados en su desarrollo.

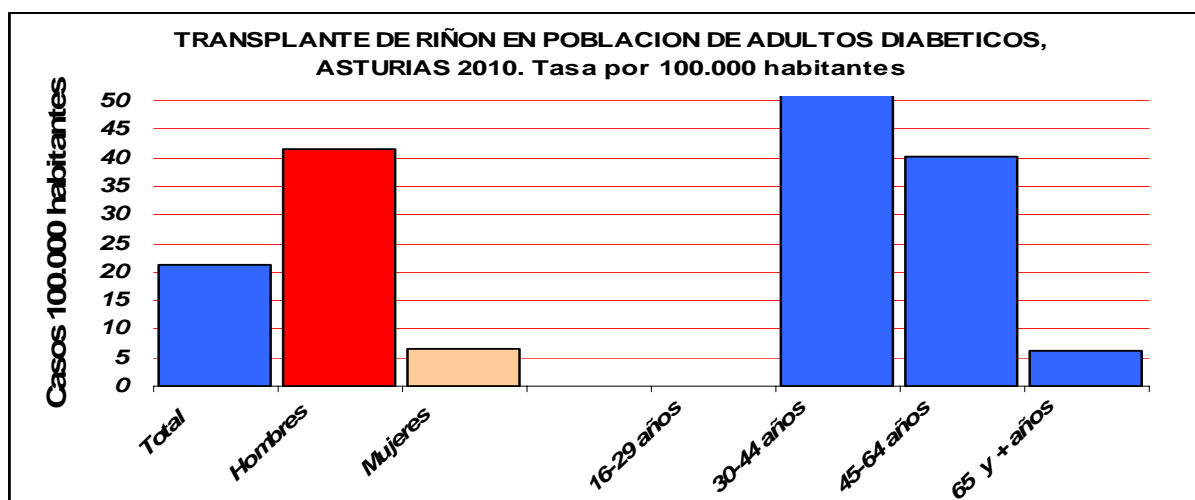
2.4.3.1 Incidencia de trasplante renal en personas diabéticas adultas.

La tasa de trasplantes renales realizados en el año 2010 a pacientes diabéticos en nuestra comunidad ha sido de 21 por 100.000 en total, siendo de 41 por 100.000 varones y de 6,6 mujeres. El grupo de edad que sufrió mayor número de trasplantes ha sido el de 30 a 44 años con una tasa de 197 por 100.000, seguido de una tasa de 40 por 100.000 en el grupo de 45 a 64 años y de una mucho menor en el grupo de más de 65 años, 6 por 100.000 habitantes.

Tabla 70. Incidencia de personas adultas diabéticas transplantadas de riñón. Asturias 2010. Fuente: CMBD, 2010. Encuesta de Salud para Asturias, 2008.

TRANSPLANTE RENAL	
Indicador	Trasplante renal en personas diabéticas adultas
Definición	Número de personas diabéticas mayores de 16 años transplantadas de riñón en el año 2010 entre la población diabética estimada de Asturias de 2008, por 100.000 habitantes
Fuente de datos	Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010 Denominador: Encuesta de Salud para Asturias, 2008.
Resultados:	
	Total 21,2
	Hombres 41,4
	Mujeres 6,6
	16-29 años 0
	30-44 años 196,9
	45-64 años 40,2
	65 y + años 6,2

Gráfico 19. Incidencia de personas adultas diabéticas transplantadas de riñón. Asturias 2010. Tasa por 100.000 habitantes. Fuente: Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2010. Denominador: Encuesta de Salud para Asturias, 2008



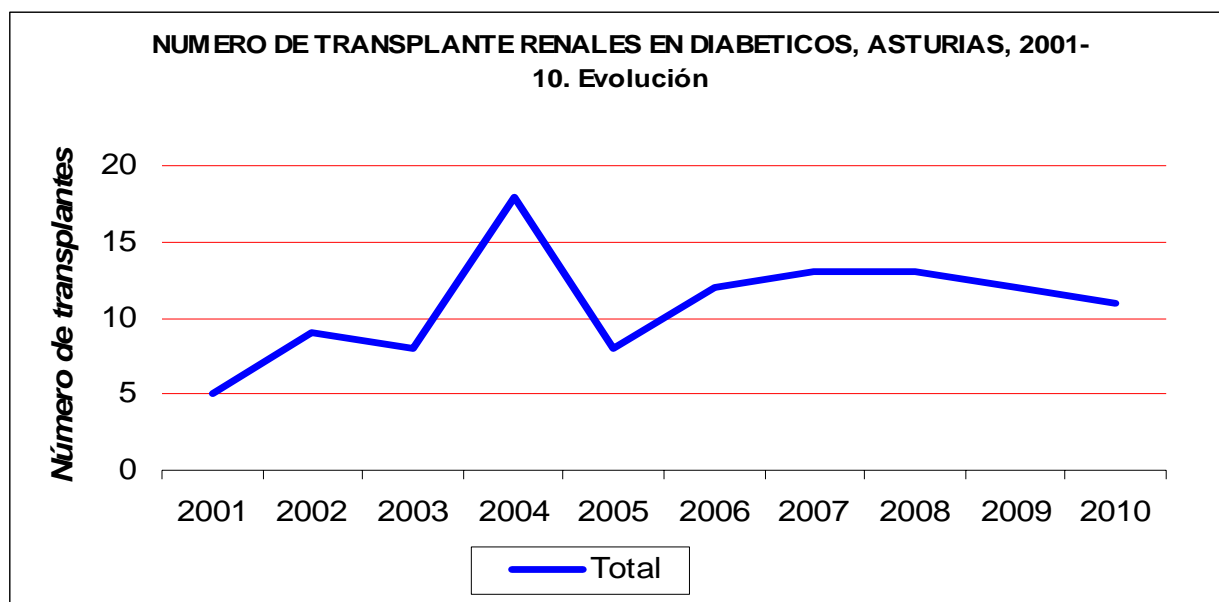
2.4.3.2. Evolución temporal del transplante renal en diabéticos.

La evolución temporal de los casos de pacientes diabéticos transplantado en la última década en Asturias ha sido ascendente en la primera mitad, siendo más constante durante la segunda mitad de la década, con la excepción del año 2008, donde el número de transplante ha sido claramente mayor que en el resto de los años, con un total de 18 casos, que supone más del triple de los realizados en el año 2001 y casi el doble de los que se han hecho en el 2010.

Tabla 71. Evolución temporal de transplante renal en personas adultas diabéticas. Asturias 2001-2010. Fuente: Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2001-2010.

TRANSPLANTE RENAL			
Indicador	Transplante renal en personas diabéticas adultas		
Definición	Número total de personas diabéticas mayores de 16 años que han sido transplantadas de riñón entre los años 2001 a 2010 y porcentaje que supone en relación con el total de transplantes renales realizados en Asturias en esos años.		
Fuente de datos	Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2001-2010		
Resultados:		Número de transplantes renales	% transplantes renales
	2001	5	4,6
	2002	9	8,3
	2003	8	7,3
	2004	18	16,5
	2005	8	7,3
	2006	12	11
	2007	13	11,9
	2008	13	11,9
	2009	12	11
	2010	11	10,1

Gráfico 20. Evolución temporal de transplante renal en personas adultas diabéticas. Asturias 2001-2010. Evolución temporal. Fuente: Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2001-2010.



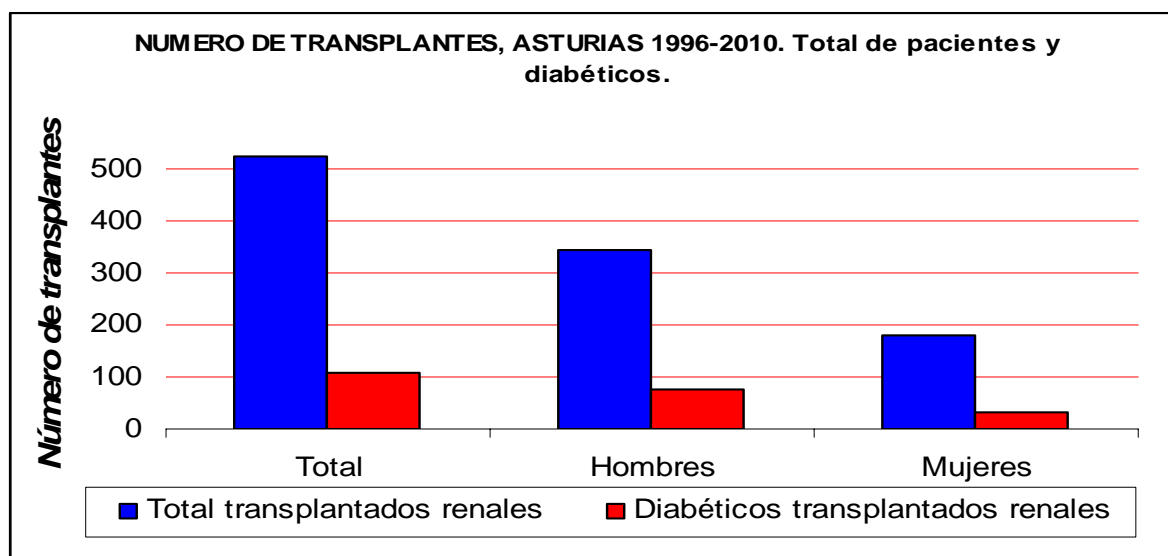
2.4.3.3. Transplantes renales totales versus transplantes renales en diabéticos.

El número total de diabéticos transplantados entre los años 1996 y 2010 es de 109, lo que supone el 21% del total de 526 de personas transplantadas en Asturias en esos años. El 22% de los transplantes renales realizados a pacientes varones fueron paciente diabéticos, un número de 77, frente a 346 en el total de hombres transplantados. Las mujeres diabéticas transplantadas de riñón fueron 32 del total de 180, lo que supone un 18%.

Tabla 72. Número de personas diabéticas transplantadas de riñón, comparadas con número de enfermos totales transplantados de riñón. Asturias 1996-2010. Fuente: Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2001-2010.

TRANSPLANTE RENAL			
Indicador	Transplante renal en personas adultas totales y en diabéticos		
Definición	Número total de personas diabéticas mayores de 16 años que han sido transplantadas de riñón en Asturias entre los años 1996 a 2010 en relación con el número de transplantados renales totales en esos años.		
Fuente de datos	Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 1996-2010		
Resultados:		Número de transplantes renales totales	Número de transplantes renales en diabéticos
	Total	526	109
	Hombres	346	77
	Mujeres	180	32

Gráfico 21. Número de personas diabéticas transplantadas de riñón, comparadas con número de enfermos totales transplantados de riñón. Asturias 1996-2010. Fuente: Numerador: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 2001-2010.



2.4.4. Evolución de la mortalidad prematura por diabetes mellitus

El indicador APVP tiene por objeto dar una visión amplia de la importancia relativa de las causas más relevantes de mortalidad prematura y se utiliza fundamentalmente en planificación, para definir prioridades de actuación e investigación. En este caso, nos orienta sobre el impacto de mortalidad prematura que produce la diabetes sobre nuestra población.

El objetivo de su uso es el de comparar la importancia relativa de las causas de defunción de una población en particular. Su cálculo es más simple que otros métodos de estudio de la mortalidad prematura, de ahí la gran popularidad y extensión que ha alcanzado su uso.

2.4.4.1 Años potenciales de vida perdidos por diabetes mellitus

Analizando los años potenciales de vida perdidos considerando mortalidad prematura aquella que sucede antes de los 70 años de edad de la persona fallecida, obtenemos que de media anual se pierden en Asturias debido a esta enfermedad cerca de 317 años. Un 73% de esos APVP corresponden a fallecimientos en hombres y un 27% a mujeres (cociente de masculinidad de 2,7).

Si expresamos este indicador en porcentaje, tenemos que un 1% del total de APVP son atribuidos en Asturias a fallecimientos por diabetes, correspondiendo en hombres a un 1,1% y en mujeres de 0,9% (cociente de masculinidad de 1,2).

En el análisis de la evolución temporal se observa que después de un incremento gradual en el total de años potenciales de vida perdidos, a expensas del aumento en hombres, ésta ha disminuido en el último año recogido. La tendencia en mujeres es más estable, con un número de años potenciales de vida perdidos claramente inferior al de los hombres, que ha ido incrementándose ligeramente. Se observa que aunque la prevalencia de la enfermedad es mayor en mujeres es, sin embargo, mayor la mortalidad prematura en hombres por esta causa

Tabla 73. Evolución de los años potenciales de vida perdidos por diabetes mellitus. Asturias 2005 al 2009. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2005-2009

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR DIABETES			
Indicador	Años potenciales de vida perdidos por diabetes mellitus		
Definición	Número de años potenciales de vida perdida por diabetes mellitus en residentes en Asturias. Fallecidos de menos de 70 años de edad. Porcentaje del total de años potenciales de vida perdidos atribuidos a diabetes mellitus en residentes en Asturias. Fallecidos de menos de 70 años de edad. CIE-10: E-10/E-14		
Fuente de datos	Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2005-09		
Resultados:		Número de APVP 2009	Porcentaje del total APVP atribuidos a diabetes 2009
	Total	317,5	1%
	Hombres	231,5	1.1%
	Mujeres	88	0,9%

Gráfico 22. Años potenciales de vida perdidos por diabetes. Evolución temporal, distribución por sexo. Asturias 2005-2009. Fuente: Registro de mortalidad del Principado de Asturias, 2005-2009

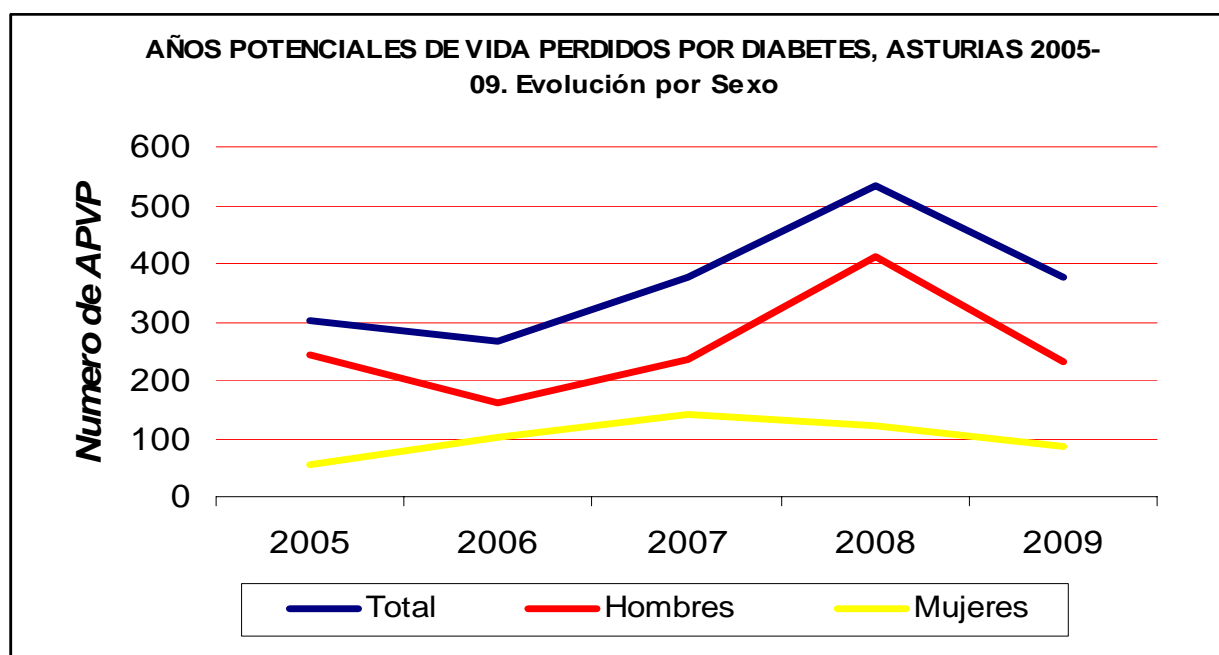
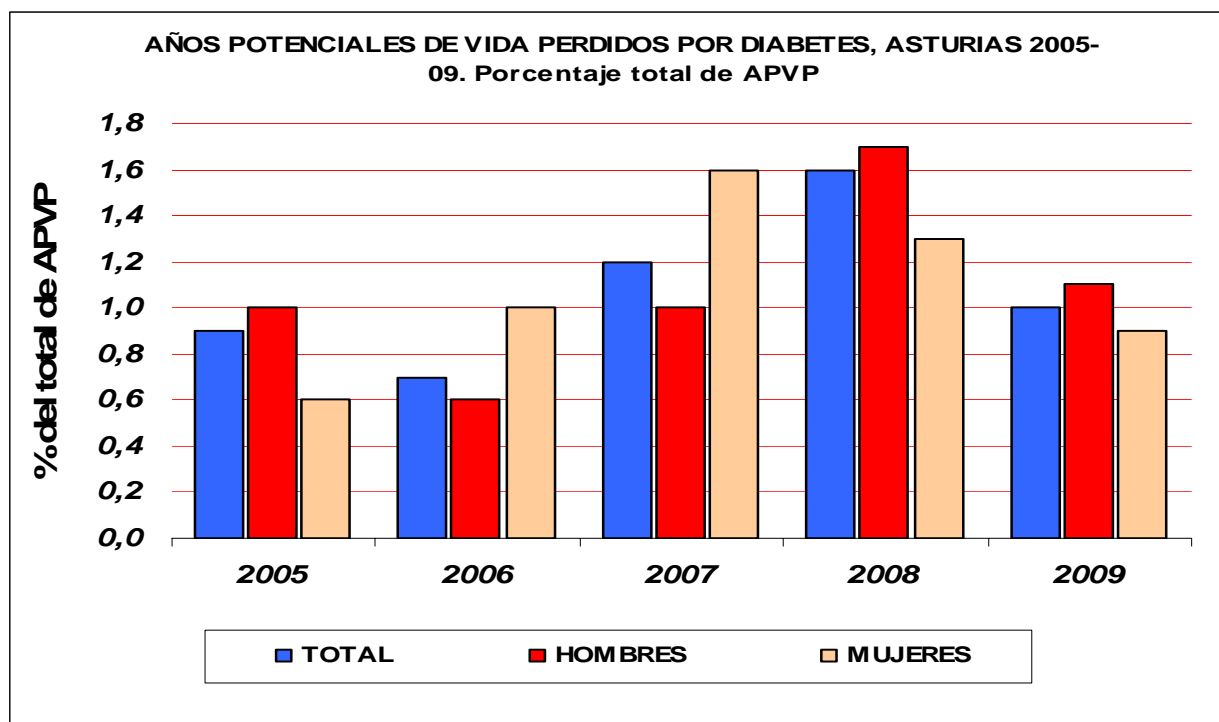


Gráfico 23. Años potenciales de vida perdidos por diabetes. Asturias 2005-2009. Porcentaje de APVP. Evolución temporal, distribución por sexo. Fuente: Registro de mortalidad del Principado de Asturias, 2005-2009



La evolución en función del porcentaje del total de APVP que son causados por la diabetes en los últimos años se observa que la tendencia ha ido en aumento hasta el año 2009 en el que se ha producido un descenso alrededor del 60%.

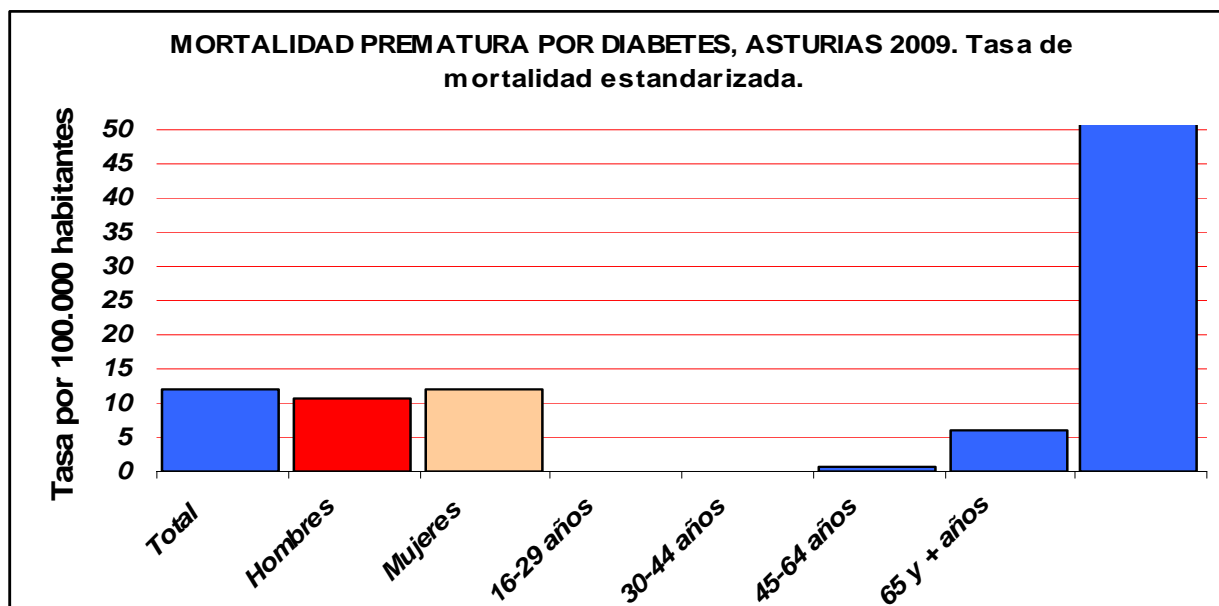
2.4.4.2. Mortalidad prematura por diabetes

En cuanto al análisis de la mortalidad prematura por diabetes de la población asturiana estandarizada por la población europea, la tasa total es de 12 por 100.000 habitantes, siendo de casi 11 en el caso de los hombres y 12 en el de las mujeres. Por grupos de edad es claramente superior en el grupo de los mayores de 65 años, un 129 por 100.000, seguido a gran distancia por el grupo de 45 a 64 años con un 6 por 100.000.

Tabla 74. Tasa estandarizada por población europea de mortalidad prematura por diabetes en población adulta. Asturias 2009. Fuente: Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, 2009.

MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES		
Indicador	Mortalidad prematura por diabetes en población adulta	
Definición	Mortalidad por diabetes mellitus antes de los 70 años, entre la población adulta, por 100.000 habitantes. Tasa estandarizada por población europea, año 2009.	
Fuente de datos	Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, 2009	
Resultados:		
	Total	11,9
	Hombres	10,7
	Mujeres	12,1
	16-29 años	0
	30-44 años	0,78
	45-64 años	6,08
	65 y + años	128,6

Gráfico 24. Tasa estandarizada por población europea de mortalidad prematura por diabetes en población adulta diabética. Asturias 2009. Distribución por sexo y grupo etario. Fuente: Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, 2010



2.5. Formación, investigación, innovación. Abordaje de complicaciones y situaciones especiales

2.5. Transplante de páncreas

El trasplante pancreático se desarrolla bajo la premisa de que constituye la curación de la diabetes, evitaría el desarrollo de las complicaciones diabéticas e incluso ayudaría a revertir las complicaciones ya presentes. Sin embargo, es necesario definir su valor contraponiendo los riesgos de la inmunosupresión y morbilidad frente a las posibles ventajas.

Así, aunque se asocia inicialmente a una mayor morbilidad que el trasplante de riñón aislado, cada vez se obtiene una mejor supervivencia del paciente y de los injertos. Esto implicaría una total normalización del control metabólico, permitiendo que el paciente desarrolle una vida normal sin necesidad de administrarse insulina, con los consiguientes beneficios que todo ello tiene para su calidad de vida y para la evolución de las complicaciones de la enfermedad.

Constituye una técnica compleja que está en la actualidad reservada en nuestro país a los centros con más experiencia; realizándose unos 25-30 trasplantes de riñón y páncreas (TRP) al año, más de la mitad de ellos en un solo centro. En ningún caso se realizan en nuestra comunidad.

El trasplante de páncreas aislado, ofrece unos resultados algo peores a los del trasplante combinado de páncreas y riñón. No obstante, son lo suficientemente satisfactorios como para que se considere como una buena opción de tratamiento en pacientes portadores de un trasplante de riñón previo. Otra cuestión, es el trasplante de páncreas aislado en pacientes diabéticos sin insuficiencia renal y no trasplantados de riñón previamente. A pesar que sería el trasplante ideal, hoy en día, quedaría restringido a pacientes con una diabetes lábil, que precisan de repetidos ingresos hospitalarios por descompensación metabólica y/o episodios hipoglucémicos severos que se acompañan de pérdida de conciencia.

Tabla 75. Número de personas transplantadas de páncreas en un año. Asturias, 2009. Fuente: Organización Nacional de Transplantes, 2009

TRANSPLANTE DE PANCREAS		
Indicador	Transplante de páncreas en personas adultas	
Definición	Número de personas transplantadas de páncreas en un año, entre la población de ese año. Tasa por 1000.000 de habitantes.	
Fuente de datos	Organización Nacional de Transplantes, 2009.	
Resultados:		
	Total	0
	Hombres	0
	Mujeres	0
	16-29 años	0
	30-44 años	0
	45-64 años	0
	65 y + años	0

ANEXO I: ACTIVIDADES COMUNITARIAS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

ACTIVIDAD PROMOCION	COORDINACION	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
Talleres para cuidadores	Se imparten en el y por el personal de enfermería del C.S. Cabañaquinta desde hace unos tres años.	El objetivo principal es CUIDAR AL CUIDADOR, consta de 7 talleres 1 por semana, en grupos de 8 a 12 personas, donde cada día del taller se trabaja en temas diferentes para cuidar de la salud del cuidador y del paciente que cuidan.
Una salud de Cine	La Unidad de Calidad, Investigación y Salud Pública desarrolla este programa en el Área Sanitaria I, sobre todo en zonas rurales.	El área sanitaria I cuenta con un fondo cinematográficos compuesto por diferentes películas que pueden servir de apoyo en el abordaje de diferentes temas relacionados con la educación y promoción de la salud. Objetivo general: Utilizar el cine como una herramienta de educación y promoción de la salud Objetivos Específicos: Desarrollar, a partir de conceptos cinematográficos, dinámicas grupales de debate, estudio y conclusión sobre temas relacionados con la salud. Posibilitar la existencia de un espacio de ocio, análisis y enriquecimiento cultural para la comunidad Ofertar a la población la exhibición de películas fuera del circuito de cine comercial. Exhibir películas en un área básica mayoritariamente rural y dispersa en cuya geografía no existe en la actualidad ninguna sala de exposición de cine.
Consulta Joven	Unidad de Calidad, Investigación y Salud Pública es responsable de este proyecto dirigido principalmente a jóvenes.	La consulta joven es un proyecto de EpS que trata de acercar el sistema sanitario al ámbito comunitario. Para ello se han dispuesto diferentes dispositivos atendidos por profesionales sanitarios en centros educativos y se ha abierto una consulta joven virtual en la que cualquier persona puede manifestar las dudas que tenga de forma anónima.
Consejo de Salud de Área	Coordinado por la Gerencia de Atención Primaria y Atención Especializada del Área I	El Consejo de Salud de área es un órgano de participación comunitaria que tiene como objetivo colaborar, conocer, orientar, proponer e informar los programas de salud y las actividades sanitarias que se realizan en la demarcación territorial de su correspondiente área de salud.
Rotación en Salud Pública y Salud Comunitaria	Organizado por el Servicio de Salud Poblacional y coordinado desde la Consejería de Salud.	Objetivos: 1. Subir a los despachos: Conocer el trabajo de planificación que se realiza desde los Servicios de Salud Pública de Asturias. 2. Bajar a la calle: conocer actividades de promoción de la salud desarrolladas por diversas organizaciones en Asturias. 3. Realizar proyectos comunitarios conjuntamente con profesionales sanitarios 4. Difundir información sobre proyectos Actividades: - Rotación de 15 días por servicios centrales de Salud Pública. - Rotación de 15 días por recursos comunitarios existentes en la comunidad autónoma. - Realización de un informe cualitativo sobre la rotación. - Realización de un informe de situación de salud con la información recogida por los diversos lugares por los que se rota. - Informes técnicos de los distintos programas de salud pública. Documentación empleada: - Memorias de las asociaciones. - Metodologías cualitativas de recogida de información con agentes clave.
Campaña de prevención de Lesiones Medulares y Lesiones Cerebrales "Te Puede Pasar"	Promovida y coordinada por la Asociación para el Estudio de la Lesión Medular Espinal-AESLEME, para todos los C.E.S. del Principado.	Objetivo: Transmitir a los jóvenes como se pueden prevenir los accidentes, cuales pueden ser las causas y que consecuencias pueden tener las actitudes imprudentes. Que ninguna persona tenga un accidente por falta de información. - Acciones: Charlas sobre: causas de accidentes; medidas preventivas (cinturón seguridad, casco, alcohol, peatones etc.); normas básicas de actuación en caso de accidente (PAS); consecuencias de los accidentes: lesiones medulares y lesiones cerebrales (TCE) y los problemas físicos, psicológicos, familiares y sociales a los que se enfrenta una persona después del accidente. - Materiales: Presentación "power point" incluyendo videos relacionados con los temas a tratar.

<p>Taller de imagen corporal y prevención de los trastornos de la alimentación (TICPTA)</p>	<p>Organizado por el Ayuntamiento de Avilés a través de la Concejalía de Consumo y Ciudad Saludable.</p>	<p>Población destinataria: Alumnado 2º ESO de centros públicos y concertados de Avilés. Descripción: 5 sesiones en aula conducidas por profesional externo con formación y experiencia previa en el trabajo con grupos de adolescentes y jóvenes. Objetivo general: Sensibilizar al grupo de adolescentes con prevención en los trastornos de imagen corporal y de alimentación. Objetivos específicos: Analizar la influencia de los medios de comunicación, la familia y amistades con relación a la satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal. Posibilitar un escenario donde el grupo pueda analizar y expresar sus emociones en relación con estos temas. Sensibilizar sobre esta problemática para que sea el mismo grupo quien difunda dicha información en su red social y familiar.</p>
<p>Taller de información de riesgos asociados a las drogas (TIRAD)</p>	<p>Organizado por el Ayuntamiento de Avilés a través de la Concejalía de Consumo y Ciudad Saludable.</p>	<p>POBLACION DESTINATARIA: Alumnado 3º y 4º E.S.O centros públicos y concertados del municipio de Avilés DESCRIPCION: 5 sesiones en aula (55 minutos) conducidas por profesional externo con formación y experiencia previa en prevención de drogas y en trabajo con grupos de adolescentes y jóvenes OBJETIVO GENERAL: Informar acerca de las drogas tomando como punto de partida las creencias, conocimientos y experiencias de las personas destinatarias del taller. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Crear un ambiente que favorezca la comunicación, en el que el grupo pueda contar sus experiencias y exponer dudas. Explorar los conocimientos y creencias del grupo acerca de las drogas. Deshacer mitos sobre las drogas. Conocer los efectos de las drogas más usadas y su implicación para la salud. Conocer las medidas de prevención y reducción del daño ante el consumo de drogas. Analizar los procesos de toma de decisiones y presión del grupo en un debate entre iguales.</p>
<p>VIH/SIDA Y Condones (BOLA DE NIEVE)</p>	<p>Programa que organiza el Ayto. de Avilés y que se desarrolla en el Barrio de Versalles (Avilés)</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: 1.- Informar a cerca de la forma de uso del preservativo. 2.- Relacionar el uso del preservativo con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, en concreto del VIH/SIDA. 3.- Iniciar el trabajo preventivo con el grupo VRS-08. OBJETIVOS ESPECIFICOS: 1.1.- Transmitir a los usuarios contactados información veraz sobre el preservativo. 1.2.- Elaborar materiales para la mediación entre iguales sobre el tema con los aspectos que los jóvenes consideren más relevantes dentro de la formación. 2.1.- Informar sobre la prevención de los riesgos asociados al mal uso del preservativo (infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados) 2.2.- Fomentar el uso del preservativo como único método anticonceptivo que previene tanto de embarazos no deseados como de ITS. 3.1- Realizar una primera intervención con el grupo de referencia. 3.2.- Probar esta herramienta de mediación entre iguales con el grupo VRS-08. OBJETIVOS OPERATIVOS: Formar a al menos 4 jóvenes como agentes de salud. Diseñar un folleto informativo con la participación de los agentes de salud. Recoger al menos 16 encuestas realizadas a jóvenes por el grupo VRS-08. Distribuir al menos 16 folletos informativos entre la población diana. MATERIALES: 20 Preservativos. 10 Carpetas. 10 Bolígrafos. Folios. Pene de madera. Tarjeta/díptico informativo. Ordenador con conexión a internet. Pegatinas de CASA. Folletos "Drogas y ley". Folletos "Día Mundial del SIDA" Folletos "Campaña para la Prevención de Embarazos No Deseados". Anticonceptivos (preservativo masculino, preservativo femenino y el pañuelo de látex).</p>

<p>POR TU SALUD, CAMINA</p>	<p>Programa organizado por el Ayto. de Avilés y realizado por monitores externos, dirigido a personas mayores de 60 años.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: - Promover el ejercicio físico y las relaciones sociales. OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Fomentar el hábito de caminar. - Facilitar contactos sociales con iguales. POBLACION DIANA: Personas mayores de 60 años a las que se ha recomendado realizar hacer ejercicio físico, que deseen mejorar su estado general de salud y, al tiempo, conocer y relacionarse con otras personas de su mismo grupo de edad. CALENDARIO: 3 ediciones: Primavera, Verano y Otoño. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diseño de rutas y adecuación a grupo destinatario. Publicidad de la actividad. Inscripciones. 3 puntos de salida distribuidos en el municipio. 3/2 días por semana; 90 minutos de actividad. Actividades alternativas bajo techo en caso de lluvia. - EVALUACION: Registro de asistencia; grado de satisfacción</p>
<p>Actividades de carácter preventivo y rehabilitador dirigidas al enfermo reumático</p>	<p>Organizadas y coordinadas por La Liga Reumatológica Asturiana.</p>	<p>Objetivo General: - Mejorar la calidad de vida del enfermo reumático a través de actividades preventivas y rehabilitadoras, inexistentes en la Sanidad Pública, dirigidas a evitar y/o paliar las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad. Objetivos Específicos: - Promover la puesta en marcha de estrategias psicológicas de carácter gratuito, proporcionando al enfermo reumático técnicas y habilidades, con el fin de que sean capaces de afrontar del mejor modo posible su enfermedad y las consecuencias que ésta conlleva. - Realizar un tratamiento fisioterapéutico personalizado en el domicilio que permita paliar y/o retrasar, en la medida de las posibilidades, el deterioro funcional y fisiológico derivado de la enfermedad reumática, con el menor coste posible para los beneficiarios. - Ofrecer un tratamiento termal cuyos beneficios revierten en una mejora de la calidad de vida del enfermo reumático. - Concienciar a la población en general de la importancia de la prevención y de realizar un correcto diagnóstico de las enfermedades reumáticas. - Promover el voluntariado como recurso clave que potencia el funcionamiento de la asociación.</p>
<p>Jornadas Informativas de Sensibilización y Concienciación</p>	<p>Organizadas y coordinadas por La Liga Reumatológica Asturiana.</p>	<p>OBJETIVOS: - Mejorar la calidad de vida del enfermo reumático a través de actos de carácter informativo. - Informar sobre las características de las enfermedades reumáticas y sus tratamientos. - Concienciar y sensibilizar acerca de la importancia de la prevención y de la realización de un correcto diagnóstico para la adecuada atención y abordaje de la enfermedad reumática.</p>
<p>Escuela Municipal de Salud de Coaña</p>	<p>Programa que organiza el Ayto. de Coaña en colaboración con el Hospital de Jarrío</p>	<p>La Escuela Municipal de Salud de Coaña nace en el año 2008 con el fin de realizar diversas actividades informativas y educativas que logren desarrollar la Educación para la Salud en el Municipio y conseguir la incorporación de actitudes y hábitos que sirvan para alcanzar un buen nivel de salud y calidad de vida. Objetivos: 1) Entender la Educación para la Salud como el instrumento más importante de prevención. 2) Potenciar y fomentar la educación para la salud con todos los colectivos. 3) Fomentar la coeducación, cooperación y comprensión. 4) Adquirir conductas sanas y estilos de vida saludables. 5) Prevenir enfermedades mediante la adquisición de hábitos de salud, modificando los comportamientos insanos y participando activamente en la prevención. 6) Proteger a los grupos sociales con riesgos específicos: infancia, mayores, discapacitados, etc.</p>
<p>Escuela Municipal de Salud Ayuntamiento de Coaña</p>	<p>Escuelas Rurales de Cartavio. Unidad de Calidad Investigación y Salud Pública en colaboración con el Ayto.de Coaña.</p>	<p>La EMS se organiza en colaboración con el ayuntamiento de Coaña. El objetivo principal del proyecto es promocionar estilos de vida saludables a través de la promoción de la Salud y estrategias de autocuidado con personas mayores. Previamente a las sesiones de trabajo se han recogido las demandas planteadas por los usuarios y en función de esa demanda se han planteado las diferentes líneas de trabajo.</p>

Promocionando el bienestar infantil desde la EpS	Desde el Hospital de Jario se desarrolla este programa dirigido a educadores.	Proyecto de formación de formadores destinado a maestros y educadores para la realización de intervenciones de EpS con familias y menores de 0 a 6 años.
Consulta Joven	a Consulta Joven es un programa del Servicio de Juventud de la Comarca de la Sidra y se gestiona desde su web: www.comarcajoven.com	La CONSULTA JOVEN es un proyecto que nace unido al portal Web del Servicio de Juventud donde se incluye el Plan de Prevención de Drogas. De momento el proyecto consiste en la puesta a disposición de todos los jóvenes de una consulta por medio de Internet en conexión personal que con garantías de privacidad e intimidad con una enfermera y sexóloga, quien dará respuesta a todo tipo de cuestiones que se puedan plantear sobre salud en general: nutrición, hábitos saludables, sexología, relaciones personales, etc. Orientaciones básicas, sin ninguna otra intención que la orientación. El servicio pone a disposición de la enfermera colaboradora de una dirección electrónica a la que se puede acceder directamente desde el portal web. En el mínimo tiempo disponible la colaboradora desde su ordenador en el centro de salud dará respuesta a esa demanda. La iniciativa se acompaña de una pequeña campaña con apoyo gráfico para divulgar el servicio de consulta joven y un servicio de mensaje a móviles para su difusión.
Joven Escuela de Voluntariado	Programa del Servicio de Juventud de la Comarca de la Sidra mediante cursos formativos en diferentes lugares de la Comarca de la Sidra (Nava y Villaviciosa).	Objetivos -Formación de los y las jóvenes de la Comarca en temas relacionados con la promoción de la salud, con la posibilidad de actuar posteriormente a la formación como mediadores juveniles en nuestras actuaciones. -Facilitar el acceso a contenidos y habilidades que fomenten la participación social de la población joven de la Comarca, como forma de intervenir con otros jóvenes. -Establecer un contacto periódico entre los Servicios de Juventud de la Comarca y los/las jóvenes
Cambia tu aire	Programa de prevención del tabaquismo del Servicio de Juventud de la Comarca de la Sidra que se desarrolla en locales de Nava y Villaviciosa.	OBJETIVOS -Disminuir el consumo de tabaco entre la población general y especialmente entre los trabajadores de la Mancomunidad.. -Disminuir los gastos económicos generados por el tabaquismo: bajas laborales, absentismo etc. -Promocionar la salud y la vida saludable alejada del consumo de tabaco y otras drogas peligrosas para la salud. DESTINATARIOS: Población general. DESARROLLO: Desde el año 2005 vienen realizándose diferentes acciones relacionadas con el tema del tabaco. Se elaboró y reeditó el tríptico "Cambia tu aire ¿Te animas a dejar de fumar?", donde se recoge información sobre los beneficios y ventajas de abandonar este hábito. Se han realizado sesiones de sensibilización e información sobre el tabaquismo impartidas, mediante convenio, por un psicólogo de la Asociación Española Contra el Cáncer en diferentes municipios a través de las Casas de Cultura y Asociaciones. Se han llevado a cabo talleres preventivos en los Centros Educativos. Y se ha elaborado un DVD con opiniones de algunos adolescentes del PCPI de Nava sobre el tabaco, posteriormente se elaboró una guía didáctica para el profesorado basada en este soporte para utilizar en el aula. Se han realizado actuaciones comunitarias para sensibilizar a toda la población sobre las ventajas de dejar de fumar. Mediante la campaña "Cambia tu perfume". Este año además se han realizado dos talleres de deshabituación para adultos. Evaluamos a través de la repercusión de nuestras actividades en los medios de comunicación locales, el número de participantes en las actividades y la valoración personal de las personas a las que va dirigida la actividad.
Tomando aire contra el tabaco, una iniciativa del Consejo de Salud del Area VII	Campaña anti-tabaco del Consejo de Salud del Área VII que se desarrolla en Mieres, Pola de Lena y Moreda.	INTRODUCCION La participación es una de las claves para que los ciudadanos tengan la posibilidad efectiva de ejercer su derecho individual y colectivo a la protección de la salud. Los Consejos de Salud son órganos de participación comunitaria, formados por representantes de las Corporaciones Locales, Asociaciones Ciudadanas, Administración Sanitaria y Profesionales del Sistema de Salud. Uno de sus objetivos es promover la participación comunitaria en la promoción de hábitos de vida saludables. La OMS creó el Día Mundial Sin Tabaco en 1987 para llamar la atención del mundo sobre la epidemia de tabaquismo y sus letales consecuencias. OBJETIVOS.- - Dar a conocer a la población la existencia del Consejo de Salud. - Captar sujetos susceptibles de integrar grupos de deshabituación tabáquica. - Conocer la motivación y dependencia de los fumadores. - Medir el nivel de CO espirado de la población.

<p>Fomento de hábitos saludables y prevención de la obesidad</p>	<p>Programa desarrollado por enfermeras del C.S. de Las Vegas (Corvera), dirigido a escolares.</p>	<p>INTRODUCCION Este proyecto surge por la detección de una necesidad en la consulta y en la población general En consulta: - Programa niño sano - Alimentación: Escasa fruta y verdura, excesivas "chuches" y picoteos, no desayuno o escaso - Actividad física: Poco ejercicio, mucho ocio pasivo En población general: - Estrategia NAOS - Estudio enKid corroboraron nuestras impresiones OBJETIVO GENERAL Mejorar los hábitos de: Alimentación, higiene, actividad física de los escolares participantes y sus familias</p>
<p>Fomentar la lactancia materna en las mujeres embarazadas que acuden a preparación al parto</p>	<p>Programa que coordina el C.S. de Las Vegas-Corvera desde hace diez años.</p>	<p>Este proyecto se ha realizado en un centro de salud, por las enfermeras de pediatría. Las enfermeras consideraban una necesidad fomentar la lactancia materna antes del parto en un espacio, horario y situación amigable, considerando que el momento adecuado es durante una de las sesiones de la preparación al parto con la matrona del centro de salud. Se diseña el proyecto, después de una búsqueda bibliográfica. Se elaboró una hoja informativa que se entrega a las mujeres y sus parejas el día de la intervención. Se visualiza un video sobre la lactancia materna titulado "El pecho no tiene horario". Se realiza una sesión con cada grupo de embarazadas que acuden a la matrona. Son talleres teórico-prácticos de hora y media de duración, donde las enfermeras fomentan la participación para que todas las mujeres tengan posibilidad de hablar y participar, también se intenta adelantarse a las dificultades que se pueden encontrar a lo largo del proceso de lactancia. Cuando es posible, una madre lactante acude a la sesión invitada para que comente su experiencia. Al final se les entrega una hoja, con las indicaciones escritas y con dibujos y los teléfonos de contacto con el personal.</p>
<p>Enseñanza de cuidados del pie en pacientes diabéticos</p>	<p>Desarrollado desde el C.S. de Sotrondio (Corvera) y dirigido a personas con diabetes.</p>	<p>Objetivos: - Enseñanza de cuidados del pie en pacientes diabéticos. Importancia de la detección precoz de lesiones. Objetivos específicos: al final del taller los pacientes han de ser capaces de: - Enumerar cuatro medidas preventivas para el cuidado de los pies - Describir cómo cortar correctamente las uñas. - Exponer como tratar cortes y golpes menores. Material : Camilla, espejo, monofilamento, lupa, cortauñas, tijeras, lima, toalla, productos para la curación de heridas y muestras de lociones Metodología: Los pacientes serán derivados a la consulta de enfermería , citados para el taller el día que corresponda, con el acto " Educacion grupal ". En la historia del paciente registramos la intervención de enfermería " Terapia Grupal " El taller tiene una orientación práctica con breves introducciones teóricas . Hacemos un registro con los pacientes que acuden, con los siguientes datos: número de historia, nombre y apellidos, fecha, enfermer@.</p>
<p>No me da la gana. Programa educativo sanitario a escolares</p>	<p>Programa desarrollado desde el C.S. de Las Vegas (Corvera) en Colegio Público Las Vegas.</p>	<p>TITULO" NO ME DA LA GANA". AUTORES: M^a José Rey Ruiz y Carmen Diez Fernández. Este proyecto surge por la detección de una necesidad en la consulta y en la población general. En consulta: -Programa niño sano. / Alimentación: Escasa fruta y verdura, excesivas "chuches" y picoteos, no desayuno o escaso. / Actividad física: Poco ejercicio, mucho ocio pasivo. En población general: - Estrategia NAOS - Estudio enKid corroboraron nuestras impresiones.</p>
<p>Blog Salud Comunitaria</p>	<p>Blog de Salud gestionado por Rafa Cofiño desde Gijón</p>	<p>-Establecer un espacio virtual donde difundir información relacionada con salud comunitaria y salud pública. - Desarrollo de un blog sobre Salud Comunitaria http://saludcomunitaria.wordpress.com/</p>

Jornadas de la salud de Contrueces	Organizadas por el Consejo de Salud de Contrueces (Gijón), y que ya van por su XVI edición. Colabora la FMSS del Ayto. de Gijón.	OBJETIVOS: - Prevenir problemas de salud derivados de la alimentación y la falta de ejercicio físico. - Promover hábitos saludables. Implementar modelos de trabajo que den el protagonismo y la responsabilidad en la salud a los usuarios.
Proyecto de Acercamiento de Sicar-Asturias	Coordinado por Sicar-Asturias y que se viene desarrollando desde el año 2003	Este proyecto de acercamiento se inscribe dentro del programa Sicar-Asturias, que articula varias iniciativas y dispositivos destinados a ofrecer una atención de carácter integral que responda a la complejidad y diversidad de situaciones y realidades personales que presentan las mujeres relacionadas con la prostitución y aquellas víctimas de la trata con fines de explotación sexual. Mediante visitas programadas se acerca el programa y los recursos de Sicar a las mujeres así como el resto de recursos sociales y sanitarios de la ciudad. Estas actuaciones tienen su complemento en otros servicios (apoyo psicológico, asesoría jurídica, orientación sociolaboral...) actividades (talleres, actividades de ocio, punto de encuentro...) y recursos ofrecidos desde otros proyectos de Sicar.
pie de Barrio	Red Social sobre Promoción de la Salud que se gestiona desde Gijón	OBJETIVOS: - Trabajo horizontal y coordinado en materia de Promoción de Salud entre los colectivos sociales y ciudadanos de la región. ACCIONES: - Fomento de la Participación Comunitaria en Salud a través del desarrollo de la red social. - Formación a la ciudadanía. Desarrollo de acciones sobre Promoción de Salud. 3.- MATERIALES: Nuevas tecnologías (Web, Mail etc.). 4.- ORGANIZACIÓN: - Promueve relaciones horizontales (ausencia de jerarquías) entre los participantes. - Se fundamenta en el compromiso voluntario de las organizaciones. - La gestión diaria del proyecto la realiza el Mediador (Convenio con la DGSP). - La Evaluación se realiza por discusión al final de cada programación anual.
Afrontamiento de la ansiedad a través de Técnicas de relajación grupal	Taller que se ha realizado en el aula de usos múltiples del CS de Natahoyo-Tremañes (Gijón) hasta el año 2008.	El taller de relajación supone una medida no farmacológica para el afrontamiento de la ansiedad y aporta a los participantes el aprendizaje de un recurso que pueden generalizarse ante diferentes situaciones estresantes y la movilización de recursos del propio paciente. Es un espacio que permite una nueva reevaluación del estresares una toma de conciencia de los mismos y una posibilidad de cambio en estilos de vida. Generalmente cuando los participantes llevaban asistiendo entre 4-8 semanas podían continuar con esta técnica en su domicilio.
Programa de Autonomía y Vida Saludable	Promovido por la Asociación de Paraplégicos y Grandes Discapacitados, ASPAYM del Principado de Asturias.	El objeto de este programa es promover hábitos sobre estilos de vida saludables favoreciendo la prevención entre el colectivo de personas con discapacidad física de Asturias, sus cuidadores y los profesionales que intervienen en su atención. Objetivos Específicos: - Reflexionar y Promover la necesidad de la prevención y sus implicaciones sociales entre las personas con discapacidad física y sus cuidadores formales e informales. - Fomentar la adquisición de conocimientos, herramientas y actitudes por parte de los cuidadores y cuidadoras con el fin de que estos incidan en una mejor atención y salud de las personas con discapacidad física. - Facilitar la accesibilidad de los usuarios y usuarias de movilidad reducida mediante transporte adaptado. Resultados Esperados - Adquirir pautas para un estilo de vida saludable atendiendo a una alimentación equilibrada, mejora de la autoestima, mejora en la atención, cuidado de la persona cuidadora y conocimiento de productos de apoyo.

Aulas para mayores	Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.	Finalidad: - Fomentar la participación social y la formación permanente de las personas mayores, a través de la realización de talleres, en el entendimiento de que esta participación es una de las claves esenciales en el proceso de envejecimiento activo y saludable y de que el aprendizaje a lo largo de toda la vida mejora la calidad de la misma, incrementando la autonomía y autoestima de cada persona. Objetivos: - Fomentar la participación social de la población mayor - Facilitar un aprendizaje continuo en esta etapa de la vida. - Desarrollar hábitos de vida saludables - Crear espacios para la ocupación mediante la realización de cursos y talleres.
Calendario “POR TU SALUD”	Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.	Desde hace ya varios años, desde la Fundación Municipal de Servicios Sociales se vienen desarrollando actuaciones destinadas a la sensibilización de temas de salud, como se contempla en el Plan Municipal de Salud de Gijón. Una de estas actividades consiste en la realización de un calendario anual que plantee temáticas de salud (tabaco, medio ambiente, actividad física, hábitos saludables, envejecimiento saludable, etc.) y que se encuentra dirigido no solamente al personal empleado municipal sino también a entidades sociales, organizaciones y otras asociaciones de carácter social que colaboran con la entidad.
CAMINANDO POR LA VIDA	Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.	Finalidad: - Promoción de la actividad física con el objeto de disminuir el sedentarismo. Objetivo principal: - Conseguir estilos de vida saludables a través de la sensibilización de la población en la promoción de la práctica del ejercicio físico, reconociendo su importancia para la salud y para la mejora de la calidad de vida. Objetivos específicos: - Iniciar en la práctica del ejercicio suave a aquellas personas que no lo realizan. - Dar a conocer distintas rutas urbanas y rurales caracterizadas por su cercanía. - Enseñar el ritmo más apropiado, la ropa y el calzado más adecuado para desarrollar una marcha; promover la autonomía de las personas para que constituyan sus propios grupos de marcha adquiriendo el hábito.
EL CINE EN LA ENSEÑANZA	Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.	El programa “El cine en la enseñanza” se enmarca dentro de las actividades preventivas de “Educación para la Salud” de la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón, en colaboración con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y el Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón. Tiene carácter gratuito y pretende implicar, no solamente a la población escolar y a su profesorado, sino también a las familias como copartícipes de la actividad, haciéndoles partícipes del proceso educativo de sus hijos e hijas. Población: - El programa se dirige al alumnado de 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) y de los cursos de Educación Secundaria Post-Obligatoria (E.S.P.O), ofertándose a los centros escolares del municipio. Finalidad: - Entrenar a los y a las jóvenes en habilidades generales para la vida a través de la utilización del cine como elemento didáctico y por su marcado carácter lúdico, facilitando la participación y reflexión del alumnado. Se constituye como una herramienta pedagógica útil para que el alumnado, con el asesoramiento del profesorado, identifique y analice las influencias, el entorno social y los estilos de vida que se promocionan desde los medios de comunicación.

<p>EN LA HUERTA CON MIS AMIG@S</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>La Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón, tiene entre sus objetivos principales la potenciación de iniciativas en educación para la salud dirigida a la población escolar del municipio, en colaboración con el ámbito educativo.</p> <p>Este programa está diseñado para apoyar contenidos de educación para la salud, llevar a cabo una prevención temprana del uso inadecuado de drogas y una educación en valores. Se encuentra dirigido a la población infantil con edades comprendidas entre los 5 a los 10 años y tiene como objetivo fundamental favorecer su desarrollo psico-afectivo y social.</p> <p>Para ello, "En la Huerta con mis amigos/as" se trabaja con el alumnado temas como los miedos, las burlas, las mentiras, las trampas, los celos, los castigos injustos, los prejuicios, la discriminación, las diferencias o la presión de grupo.</p> <p>Finalidad:</p> <p>El programa se encuadra dentro de las actividades preventivas desarrolladas por la Fundación Municipal de Servicios Sociales, en colaboración con el Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón. El programa es ofertado a los centros escolares de primaria de la localidad. Su finalidad es la de contribuir a la maduración psico-afectiva de la población escolar con edades de entre 5 a 10 años, a la adquisición de hábitos básicos de salud y al inicio de un trabajo preventivo sobre el abuso de drogas.</p>
<p>Equipamientos para mayores en espacios públicos</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>La tendencia creciente al envejecimiento de la población hace que el Ayuntamiento de Gijón tenga como prioridad la necesidad de la mejora de la atención, asistencia y prestaciones dirigidas a las personas mayores, llevando a cabo actuaciones como esta que buscan la equidad en salud.</p> <p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover hábitos saludables de actividad física en cualquier etapa de la vida, evitando las desigualdades en salud y promoviendo la integración social de la población mayor. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la integración social, las relaciones y la participación de las personas mayores. - Fomentar espacios que fomenten las relaciones sociales de la población mayor, siendo dotados para realizar una actividad física adecuada a las características de esta población. - Potenciar la solidaridad social, teniendo en cuenta la implicación de las personas mayores en la puesta en marcha de proyectos encaminados al fomento de su calidad de vida y a la mejora del bienestar social. - Promover actividades de dinamización con la población mayor.
<p>Programa Educativo FINDE</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>La Semana Europea de la Movilidad, de edición anual, pretende influir a largo plazo en cuestiones relacionadas con la movilidad y los transportes urbanos, así como mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía. La Fundación Municipal de Servicios Sociales es una de las entidades que participa activamente en el diseño y ejecución de la Semana.</p> <p>Acciones que se realizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de diversas actividades abiertas a la ciudadanía: patinaje, actividades para niños y niñas, concurso de saltos de BMX, sktae y roller. - Conferencias sobre estrategias para la seguridad vial urbana. - Certamen de fotografía. - Rutas en bicicletas eléctricas, marcha no motorizada y rutas guiadas por cuatro sendas verdes de Gijón. <p>La Fundación Municipal de Servicios Sociales ha participado de forma activa en la Semana Europea de la Movilidad, colaborando con las entidades y asociaciones que diseñan la Semana y gestionando la realización de una gymkhana de la movilidad, siendo su objetivo el concienciar a la ciudadanía de que la movilidad responsable es posible sólo a través de conductas responsables y solidarias, así como la adquisición de conceptos, actitudes y valores que posibiliten una movilidad responsable.</p> <p>Se han llevado a cabo cuatro juegos: "contaminación acústica", "barreras que se mueven", "aire limpio" y "canastas saludables". A través de esta gymkhana, se tratan aspectos relacionados con la salud, como por ejemplo, la contaminación, la eliminación de barreras arquitectónicas, la mejora del medio ambiente, el fomento del transporte público, etc., recogidos en las líneas de actuación del Plan Municipal de Salud.</p>

<p>Gymkhana por la movilidad en la Semana Europea de la Movilidad</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>Objetivos: La Semana Europea de la Movilidad, de edición anual, pretende influir a largo plazo en cuestiones relacionadas con la movilidad y los transportes urbanos, así como mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía. La Fundación Municipal de Servicios Sociales es una de las entidades que participa activamente en el diseño y ejecución de la Semana.</p> <p>Acciones que se realizan: - Desarrollo de diversas actividades abiertas a la ciudadanía: patinaje, actividades para niños y niñas, concurso de saltos de BMX, sktae y Roller. - Conferencia sobre estrategias para la seguridad vial urbana., - Certamen de fotografía.- - Rutas en bicicletas eléctricas, marcha no motorizada y rutas guiadas por cuatro sendas verdes de Gijón.</p> <p>La Fundación Municipal de Servicios Sociales ha participado de forma activa en la Semana Europea de la Movilidad, colaborando con las entidades y asociaciones que diseñan la Semana y gestionando la realización de una gymkhana de la movilidad.</p> <p>Su objetivo el concienciar a la ciudadanía de que la movilidad responsable es posible sólo a través de conductas responsables y solidarias, así como la adquisición de conceptos, actitudes y valores que posibiliten una movilidad responsable.</p> <p>Se han llevado a cabo cuatro juegos: “contaminación acústica”, “barreras que se mueven”, “aire limpio” y “canastas saludables”.</p> <p>A través de esta gymkhana, se tratan aspectos relacionados con la salud, como por ejemplo, la contaminación, la eliminación de barreras arquitectónicas, la mejora del medio ambiente, el fomento del transporte público, etc., recogidos en las líneas de actuación del Plan Municipal de Salud.</p> <p>Medios utilizados: - Medios humanos y materiales proporcionados por las entidades y asociaciones colaboradoras: Fundación Municipal de Servicios Sociales, Empresa Municipal de Transportes Urbanos de Gijón, Federación de Asociaciones de Vecinos, Agencia Local de la Energía, Patronato Deportivo Municipal y Medio Ambiente. Aspectos organizativos, de gestión, etc:</p> <p>Las entidades y asociaciones participantes se han reunido periódicamente para realizar el diseño, gestión y organización de la Semana Europea de la Movilidad, generando propuestas que se han llevado a la práctica.</p> <p>En el caso de la Fundación Municipal de Servicios Sociales, esta entidad ha participado en las reuniones y se ha encargado de llevar a cabo la gymkhana de la movilidad, dirigida a la ciudadanía en general pero atrayendo también público cautivo: población inmigrante y población mayor perteneciente a diversas asociaciones y Hogares de pensionistas de la localidad.</p>
<p>Hotel de Asociaciones Sociosanitarias</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>En Gijón hay una gran demanda de equipamientos por parte de las asociaciones de carácter sociosanitario. En el municipio hay registradas más de 100 asociaciones de este tipo. Para hacer frente a la demanda, se ha adecuado un local municipal, abriendo sus puertas el 2º Hotel de asociaciones sociosanitarias de Gijón en el mes de diciembre de 2008 (además del Hotel de Ayuda Mutua del Natahoyo).</p> <p>El centro cuenta con 18 despachos destinados a las asociaciones sociosanitarias de Gijón o de autoayuda que trabajen aspectos como la exclusión social, la participación y la integración social, con una superficie de 880 metros cuadrados.</p>
<p>Jornada Municipal sobre drogas</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>Anualmente se realiza una Jornada Municipal sobre Drogas, es un día de debate sobre algún tema elegido en relación con las drogas, su problemática y su prevención. Un comité, formado por representantes de distintas asociaciones e instituciones planifica y organiza la Jornada.</p>
<p>MAYORES CON MARCHA</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>Su finalidad es la de promover la participación activa de las personas mayores a través de un proyecto encaminado a potenciar el envejecimiento activo y saludable con la creación de un punto de encuentro deportivo de carácter anual para la población mayor de Gijón, dando a conocer a la misma los beneficios de la práctica de actividad física.</p> <p>Objetivos: - Sensibilizar a la ciudadanía sobre las potencialidades de las personas mayores en la sociedad actual. - Mejorar la calidad de vida de la población mayor mediante la práctica de actividades físicas. - Desarrollar espacios de relación lúdico-deportiva. - Promover entre la población mayor hábitos de vida saludables. - Trabajar en la línea de retrasar el proceso de envejecimiento a través del ejercicio físico e informar sobre las consecuencias del sedentarismo.</p>

<p>Plan Municipal de Salud de Gijón</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>El Plan Municipal de Salud del Ayuntamiento de Gijón, 2005-2008, ha sido ideado como una herramienta que establece las orientaciones y las estrategias de intervención a partir de la identificación de los problemas de salud y de las necesidades prioritarias de la población. En la actualidad, se está procediendo a su evaluación.</p> <p>Objetivos:</p> <p>El objetivo principal del Plan Municipal de Salud de Gijón, es el de incrementar el grado de salud y el bienestar de la población, a través de la mejora de las condiciones de vida, actuando sobre los factores determinantes para la salud, reduciendo los efectos negativos y fortaleciendo y reforzando los positivos en el marco de las políticas de prevención y protección de la salud.</p> <p>Este Plan Municipal de Salud, constituye una decidida apuesta por un modelo de salud pública, basado, por un lado, en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud como filosofía y, por otro, en la actuación intersectorial y la participación ciudadana como metodología de trabajo.</p>
<p>RUTAS PARA LA CONVIVENCIA</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>Este proyecto se impulsa desde la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón, en ejecución de las prioridades del Plan Municipal de Salud y posibilita la realización de actividades grupales de ocio y tiempo libre dirigidas a las personas mayores que se viven en los centros residenciales de la localidad y adaptadas a sus necesidades. Se interviene en varios ámbitos: en el educativo, en el comunitario y en el de la animación.</p> <p>Objetivos: Facilitar una alternativa de ocio fuera ámbito residencial; Mejorar la calidad de vida de esta población mayor; evitar su aislamiento; posibilitar el disfrute de los recursos y de actividades que se producen en la ciudad.</p>
<p>ADIÓS A LOS MALOS HUMOS</p>	<p>Programa promovido y coordinado por la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón.</p>	<p>Se trata de publicar, durante 7 semanas, en un periódico local un programa para ayudar a las personas fumadoras a dejar el tabaco.</p>
<p>Plan Municipal sobre Drogas</p>	<p>Programa sobre drogas que promueve y coordina el Ayuntamiento de Grado.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la realización de actividades preventivas del uso de drogas en la población. - Favorecer una intervención integral en el ámbito de las drogodependencias mediante la coordinación de las distintas entidades insertadas en el PLAN. - Fomentar la información y participación de cara a la adquisición de actitudes y hábitos positivos de salud y a modificar las condiciones generales de riesgo de la población.
<p>Proyecto Fresneda</p>	<p>Programa de Salud promovido y gestionado desde la UGC de la Fresneda y dirigido a la población general de La Fresneda, Pruvia y Soto de Llanera</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción a escala poblacional en la morbilidad cardiovascular , mortalidad total y por causas cardiovasculares y por cáncer, aumento de la esperanza de vida, aumento de la calidad de vida relacionada con la salud y reducción de costes sanitarios . <p>Acciones lideradas por unos 50 promotores comunitarios de salud :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gupos para adelgazar y promoción de alimentación saludable. - Grupos de apoyo interpersonal en situaciones de crisis. - Talleres de masaje intuitivo. - Taller de arte y manualidades. - Grupo movilidad (salidas a caminar, bailes ...). - Grupo de apoyo para la lactancia materna. - Grupo de medio ambiente (plantación de árboles , huertos ecológicos , protección de espacios naturales) - Consultas en el centro de masaje, reiki , shiatsu y acupuntura . <p>En proceso de formación, grupo de juventud, grupo de apoyo entre padres con niños pequeños y grupo de apoyo para la promoción del Decálogo.</p> <p>Materiales</p> <p>Los mínimos imprescindibles.</p> <p>Aspectos:</p> <p>Es un proyecto liderado por el centro de salud y la comunidad. En la actualidad cuenta con 50 promotores comunitarios, todas las actividades son gratuitas, duración 20 años, financiación ninguna adicional: el propio presupuesto del centro (Unidad de Gestión Clínica)</p> <p>Se evalúa mediante un ensayo de intervención comunitaria (otro centro de salud, como grupo de control) con cortes bianuales sobre muestra aleatoria de la población.</p>

Intervención de educación sobre alimentación saludable realizada en 1º y 2º cursos de primaria	Programa que se realiza en Colegio Público de Posada de Llanera. Coordinado conjuntamente por personal sanitario del C.S. de Llanera y algunos profesores de centro educativo.	El presente proyecto se engloba dentro de la colaboración habitual que desde el Centro de Salud se viene haciendo con los Colegios de la Zona básica de salud desde hace más de 15 años. En el curso 2008/09 en el Colegio detectan anomalías en los alimentos que los niños llevan para el recreo, muchos los traen no saludables y otros no traen nada por lo que se decide intervenir conjuntamente Objetivo General: - Que los niños mejoren los alimentos que consumen en el recreo.
Consulta Joven en un Instituto de Educación Secundaria.	Estrategia de diseño con los alumnos de la detección de necesidades y la implantación. (Oltra Rodríguez, Enrique. Sánchez Quiroga, Paz. González Aller, Cristina. Cortés Pinto, Rosa)	Introducción y justificación: A finales de los años 80 y principios de los 90 del pasado siglo, la extensión incontrolada del SIDA y otros datos aun vigentes en la actualidad relativos a la salud de los jóvenes, así como su insistente reflejo en los medios de comunicación de masas hacen reflexionar a algunos profesionales sanitarios sobre la poca accesibilidad que este grupo de población tiene a la educación para la salud (EpS) y a los propios servicios sanitarios. En este contexto surge la Consulta Joven de Llanera, la primera que surge en Asturias y la que hasta el momento más duración ha tenido. ---- Objetivos: - Facilitar el acceso de los jóvenes a los recursos del sistema sanitario. ---- - Intervenir mediante metodología de EpS en los hábitos y condicionantes de salud de los jóvenes. ---- - Colaborar con las instituciones que intervienen en dichos hábitos y condicionantes (Consejo de la Juventud, Ayuntamiento, Instituciones Educativas, Asociaciones juveniles...) en la Zona Sanitaria Básica de Llanera. - Difundir la experiencia y fomentar la formación al respecto de los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma
Educación para la salud grupal a personas diabéticas.	Programa sanitario que se desarrolló desde 1999 a 2001, coordinado por el personal sanitario del C.S. de Llanera	Introducción y justificación: La importancia de un buen control de la diabetes es de sobra conocido y argumentado desde todos los ámbitos sociosanitarios. A lo largo de nuestro trabajo diario, hemos observado que pese a la educación sanitaria individual realizada en las consultas, estos enfermos tiene un gran desconocimiento de su enfermedad, de sus complicaciones y de los cuidados que se requieren para un adecuado control y nos hemos planteado el realizar, además, una educación grupal por los consabidos beneficios que esta puede aportar: refuerzo del cambio de actitudes, intercambio de conocimientos y experiencias. Objetivos: - Conseguir mediante los conocimientos y experiencias adquiridas en el grupo, una mejor aceptación y control de la diabetes. - Fomentar el autocuidado llevando a la práctica hábitos saludables.
Educación para la salud bucodental en el Área Sanitaria I	Coordinado desde el C.S. de Luarca y dirigido principalmente a la comunidad escolar.	Objetivos: - Concienciar a la población adulta de la importancia de la prevención en la salud oral de los escolares de 0 a 14 años. - Informar de las actividades que se llevan a cabo en las Unidades de Salud Bucodental en el Área I - Importancia de la Salud Oral y su repercusión en el organismo - Normas básicas de Alimentación e Higiene oral - Conseguir una mejora en la Salud Oral de los escolares y una mayor participación en las revisiones escolares del programa de Salud bucodental en escolares
Educación para la salud en el Área Sanitaria I	Programa dirigido sobre todo a personas mayores que viven en zonas rurales, coordinado desde el C.S. de Luarca	Objetivos: - Informar de las actividades que se llevan a cabo en las Unidades de Salud Bucodental en el Área I. - Importancia de la Salud Oral y su repercusión en el organismo. - Normas básicas de Alimentación e Higiene oral. - Conseguir una mejora en la Salud Oral de los mayores. - Enfermedades y medicamentos que afectan a la Salud oral.

Escuela de Padres	Programa formativo sanitario dirigido a Padres con niños de 0 a 3 años	Durante el año 2009 se llevó a cabo el pilotaje de una escuela de padres en colaboración con la Escuela de infantil 0 a 3 años de Luarca. En un primer lugar, se identificaron las necesidades formativas que planteaban los padres a través de una encuesta y en función de los temas planteados se elaboró un programa formativo que se concretó en la realización de 6 talleres: alimentación salud bucodental, comunicación a través del tacto, enfermedades más comunes, primeros auxilios y trastornos del lenguaje. Durante el primer semestre del curso escolar en el 2009 se plantea la posibilidad e realizar un curso de formación de 15 horas a través del programa formativo del CPR con los educadores y maestros de las escuelas de 0 a 3 y de 3 a 6 en el que se realizará la formación de los profesionales que están en contacto con las familias y los niños. Esta formación de formadores permitirá desarrollar las competencias en esta materia de los profesionales y garantizar el alcance y la continuidad de la intervención en el tiempo. Objetivo: - Desarrollar las competencias de los profesionales que trabajan en escuelas de 0 a 6 años en el manejo de diferentes temas relativos a la promoción de la salud infantil.
Escuela Municipal de Salud de Navia	Programa que lleva a cabo la Unidad de Calidad, Investigación y Salud Pública en colaboración con el Ayto.de Navia.	La EMS se organiza en colaboración con el ayuntamiento de Navia. Objetivo principal: - Promocionar estilos de vida saludables a través de estrategias de autocuidado. Previamente a las sesiones de trabajo se han recogido las demandas planteadas por los usuarios y en función de esa demanda se han planteado 3 líneas de trabajo: -Fisioterapia. - Demencias, pérdida funcional y de memoria. - Alimentación saludable. Una vez llevada a cabo las sesiones de trabajo se evaluarán los resultados obtenidos de cara a la posible implantación de la EMS en el 2010.
Coordinación sociosanitaria entre los Servicios Sociales y los E.A.P. de Villanueva, S. Martín y Santa Eulalia de Oscos		El objetivo del proyecto es facilitar a los usuarios de los Oscos, la accesibilidad a ambos servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios sociales y sanitarios. Esta coordinación parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes, social y sanitaria y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación. El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales de los ámbitos social y sanitario.
REGISTRY-un estudio observacional del Grupo Europeo de Enfermedad de Huntington (EHDN)	Promovido por la Asociación Asturiana de Huntington desde el Hospital Central de Asturias.	El estudio REGISTRY también tiene como objetivo conocer si otros genes, además del gen del Huntington, influyen en la aparición y en la evolución de la enfermedad (por ejemplo, para conocer la edad a la cual desarrollará la enfermedad una persona portadora de la mutación). Finalmente el estudio REGISTRY pretende facilitar y acelerar futuros estudios sobre la enfermedad, ayudando, por ejemplo a incluir participantes de toda Europa. Esto le permitirá a usted el poder participar en estudios que valoran la progresión natural de la enfermedad y otros estudios de intervención (ensayos clínicos) que pretenden enlentecer dicha progresión o mejorar determinados síntomas (apatía, irritabilidad). Por lo tanto, es muy importante que usted sea evaluado de forma periódica por neurólogos expertos en la enfermedad que permitan determinar hasta qué punto está usted afectado por la enfermedad.

<p>Programa de atención socio sanitaria y rehabilitación psicosocial para personas con baja visión e intervención comunitaria.</p>	<p>Programa coordinado desde el Hospital Central de Asturias por la Asociación Asturiana de Retinosis Pigmentaria de Asturias.</p>	<p>Objetivo General - Mejorar la calidad de vida, autonomía y participación de las personas afectadas por enfermedades degenerativas de la retina y sus familiares. Objetivos específicos: - Contribuir a que las personas afectadas por retinosis pigmentaria u otras retinopatías cuenten con una atención integral y global desde las esferas oftalmológica, genética y social. - Mantener comunicación, colaboración y coordinación constante con investigadores y otras instancias sociales relacionadas con la enfermedad y la discapacidad visual. - Mantener de un punto de referencia, consulta, Orientación y Asesoramiento para estas familias con información actualizada en aspectos relacionados con la enfermedad, recursos sociales, sanitarios, etc... - Atender las necesidades físicas, psicológicas y sociales relacionadas con la enfermedad. - Ofrecer apoyo psicosocial y familiar para poder hacer frente a la evolución de la enfermedad. - Potenciar el desarrollo de las habilidades personales para la vida diaria en personas afectadas. - Fomentar el acceso a las Ayudas técnicas y otros apoyos en el entorno. - Fomentar en los/as familiares las habilidades personales necesarias para ejercer su rol de cuidadores informales. - Prestar respaldo y apoyo a los familiares en sus cuidados y procurar descarga en los cuidadores informales. - Ofrecer espacios de participación social tanto a las personas afectadas como a sus familias. - Limitar el aislamiento de las personas y familias afectadas. - Acercar la Retinosis Pigmentaria y la discapacidad visual a la ciudadanía asturiana. - Fomentar la concienciación social sobre la situación de las familias afectadas.</p>
<p>"Como comemos" La Educación para la Salud: Intervención educativa escolar: Colegio Santo Ángel – Centro de Salud de Otero</p>	<p>Programa que coordina el personal sanitario del C.S. Otero de Oviedo, en colaboración con el Colegio Santo Ángel.</p>	<p>Objetivo general: - Ayudar a la creación y mantenimiento de hábitos saludables relacionados con la alimentación, nutrición y la actividad física y el ejercicio físico. Objetivos específicos: - Promover la relación entre los diferentes sectores implicados en la EPS y su participación conjunta en los Proyectos de EPS en los centros escolares según el convenio de colaboración entre las Consejerías de Educación y Salud. - Coordinar y unificar los mensajes sobre EPS enviados a población escolar desde los diferentes sectores profesionales implicados. - Optimizar la utilización de los recursos existentes desde el sector educativo y sanitario. - Ofrecer al sector sanitario instrumentos que mejoren el conocimiento de su entorno y de la población sobre la que interviene. - Colaborar con la Estrategia NAOS en la prevención de la obesidad. - Detectar la población escolar de mayor riesgo desde el punto de vista nutricional y de actividad física para poder actuar de forma específica sobre ella. - Mejorar el conocimiento sobre alimentación y nutrición de la comunidad escolar: padres y alumnos.</p>
<p>AYÚDANOS A VIVIR CON ASMA Intervención Educativa del Plan Regional de Atención al niño y Adolescente con Asma (PRANA)</p>	<p>Programa que coordina el personal sanitario del C.S. Otero de Oviedo, destinado a la comunidad escolar en su conjunto</p>	<p>General: el mismo que el del PRANA: - Mejorar la calidad de vida del niño con asma y de su familia, utilizando como estrategias el desarrollo de programas de intervención en la educación sanitaria relacionada con la enfermedad. Específicos: - Aumentar los conocimientos de los profesores respecto a: qué es el asma; reconocimiento de la crisis de asma y actuación ante ella; utilización de los inhaladores utilizados para el tratamiento de la crisis; un colegio saludable; asma y ejercicio físico - Proporcionar los recursos necesarios para el centro escolar: Libro "Huy igual tienes asma como yo; decálogo de colegios saludables; actuación ante la crisis - Lograr que la comunidad escolar (profesores, padres y niños) acepten como iguales a los niños con asma.</p>

<p>Prevención del hábito tabáquico en adolescentes. Intervención educativa.</p>	<p>Programa que coordina el personal sanitario del C.S. Otero de Oviedo, en colaboración con el Colegio Santo Ángel.</p>	<p>Entre 1.994 y 2004 se han venido realizando en España por el Plan Nacional sobre Drogas encuestas bienales con el objetivo de conocer la situación y tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14 - 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.</p> <p>Los datos señalan una prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida del 60,6% en 1994 y del 60,4% en 2004 y una prevalencia de consumo en los últimos 30 días del 31,1% en 1994 y de 37,4% en 2004. La edad media de inicio fue de 13,9 años en 1994 y de 13,2 en 2004.</p> <p>Los datos elaborados a partir de la encuesta de salud Asturias 2002 concluyen que 1/3 de la población fuma habitualmente y 1 de cada 6 personas era exfumadora.</p> <p>En La Estrategia Nacional sobre drogas 2005-2008 se plantean diversos ejes y acciones, entre ellos el eje de prevención y sensibilización social con acciones dirigidas a impulsar iniciativas desarrollo de programas formativos en el ámbito escolar.</p> <p>Aunque las previsiones tras la implantación de la nueva ley acerca del consumo de tabaco eran optimistas y se preveía una disminución del hábito tabáquico, las ventas en Asturias han aumentando en el primer trimestre del 2007 respecto a las del mismo período del 2006.</p> <p>El colegio Santo Ángel (en el marco de un programa conjunto de Educación para la Salud en el ámbito escolar) solicitó la colaboración del Centro de Salud de Otero para abordar la prevención del de consumo de tabaco tras la eliminación del pasta la aparición de la nueva ley, desde la Consejería de Salud del Principado de Asturias se colaboraba con los Centros escolares con el programa "aire fresco".</p> <p>Refuerzo del trabajo llevado a cabo por el profesorado en las aulas a través del taller de prevención del hábito de fumar.</p>
<p>ducación sexual y mediación entre iguales. Educación sexual con arte.</p>	<p>Programa coordinado por el Consejo de la Juventud del Principado de Asturias en colaboración con la Consejería de Salud.</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar a las y los jóvenes en temas de sexualidad. Estos jóvenes a su vez se convierten en mediadores para su grupo de iguales. Se trata de implicar directamente a los jóvenes recogiendo sus propuestas, partiendo de sus necesidades y propiciando la reflexión para que funcionen como mediadores en asociaciones juveniles, centros educativos y centros de menores. <p>Este programa también se plantea como apoyo para los equipos educativos de la ESO que lleven a cabo programas de educación sexual.</p> <p>En concreto es el apoyo que reciben los centros que forman parte del proyecto de educación sexual de la consejería de sanidad y la consejería de educación con el material. En este caso se acude a 4º de la ESO para formar a líderes en educación sexual.</p> <p>Parte de la necesidad que las personas jóvenes sienten de reflexionar y pensar sobre la sexualidad desde una perspectiva integral, que contribuya a la prevención de ITS y embarazos no deseados, pero que vaya más allá, pues el objetivo es que chicos y chicas se acepten y aprendan a relacionarse y a establecer relaciones de respeto entre los sexos, contribuyendo también a la prevención.</p> <p>Las acciones que se realizan son formación para poder ser mediadores y mediadoras, formación para crear líderes y lideresas dentro de los colectivos de jóvenes y centros educativos y acciones concretas en las aulas y las asociaciones que lo demandan.</p> <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arte y los medios audiovisuales: cine, TV, publicidad, música, teatro, dibujo, fotografía, collage... medios que son cercanos a las personas jóvenes. - Mediación entre iguales, a través de la participación, la escucha y el diálogo. Se parte siempre de lo que las personas jóvenes ya saben sobre sexualidad y de sus necesidades en este tema. <p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios que nos dan una medida de la importancia del tema, y se evalúa el método, los contenidos y los cambios desde la situación inicial.
<p>Guía Informativa Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica</p>	<p>Editada por AENFIPA (Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica del Principado de Asturias) y de difusión por todo el territorio asturiano.</p>	<p>Guía de atención al paciente / familia: la elaboración de esta guía responde a una necesidad tanto de los afectados por estas enfermedades, como de sus familiares, de conocer más concretamente una serie de hábitos, cuidados y consejos para poder afrontar de forma más positiva su enfermedad y las relaciones con el medio.</p> <p>Por ello pretendemos elaborar una guía multidisciplinar que reúna las opiniones, ejercicios, consejos prácticos, otros, de: fisioterapeutas, enfermeras, trabajadores sociales, reumatólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y cualquier otro profesional que pueda aportar información útil y necesaria a este fin.</p> <p>Se buscará la opinión de expertos en la materia tanto de nuestra Comunidad Autónoma como de otras y aportaciones de entidades de todo el territorio.</p>

Programa de Animación Hospitalaria	Se lleva a cabo en el Hospital Materno Infantil de Oviedo por la Cruz Roja Juventud	<p>Proyecto de animación hospitalaria puesto en marcha en el año 2003, subvencionado por Cajastur y organizado por Cruz Roja Juventud, cuyo objetivo es mejorar el estado anímico de la infancia hospitalizada a través de juegos, manualidades, animaciones.</p> <p>La animación se realiza en las salas lúdico-educativas o en las habitaciones dependiendo de la situación el niño/a.</p> <p>Las actividades se dirigen a los niños/as hospitalizados de entre 3 y 14 años. El programa se desarrolla todos los lunes y miércoles del año en 5 zonas del Hospital Universitario Central de Asturias (escolares, preescolares, oncología, UCMA y UCIP) de 5 a 7 de la tarde y los sábados cada 15 días en horario de mañana (de 11 a 12 y media).</p>
Acompañamiento Hospitalario a pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias	El HUCA y COCEMFE colaboran en este proyecto.	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar en el medio hospitalario acompañamiento al paciente con E. de Alzheimer, limitado por la evolución de la enfermedad, en situación de dependencia, cuyo soporte familiar sea insuficiente y/o por descarga del cuidador principal. Mejorando la calidad de vida del enfermo y del cuidador, así como las relaciones sociofamiliares, logrando un respiro familiar efectivo. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Gerencia del Hospital traslada a la Responsable de Trabajo Social las gestiones encaminadas al desarrollo del Programa. - Reuniones internas en el propio Centro con Supervisoras de Enfermería. - Contacto y propuesta del Programa a la Entidad COCEMFE, para la prestación de los servicios de acompañamiento. - Reuniones interdisciplinarias previas. - Detección del paciente subsidiario de recibir el acompañamiento. Presentación por el Trabajador Social del Programa a la familia. Consentimiento informado. Acuerdo con la familia sobre la franja horaria conveniente para el acompañamiento. - Derivación /solicitud al Trabajador Social de COCEMFE.
Programa Ocio Juvenil de Oviedo	Promovido por la Concejalía de Juventud del Ayto.de Oviedo desde el 2008.	<p>Este Programa esta compuesto por La Noche es Tuya y el DOCE17, así como por actividades puntuales y específicas que se decida desarrollar. Continúa con la perspectiva metodológica de intervención comunitaria, por lo que se pretende que las asociaciones, clubes y federaciones del Concejo que enmarquen su ámbito de actuación en el ocio y tiempo libre, sigan desempeñando un papel clave impulsando la participación de esas entidades ovetenses en todo el proceso de desarrollo del Programa a través de la creación de una estructura de coordinación con diferentes iniciativas de formación, actuación y debate que permiten dotar al Programa de contenidos acordes a la realidad del Concejo. Ofrecen, en gran medida, respuesta a las necesidades de la población juvenil de Oviedo. Aunque se trate de una iniciativa de prevención universal dirigido al conjunto de la población juvenil ovetense, pretende potenciar la participación de los colectivos más vulnerables de jóvenes (menores en situación de riesgo y/o conflicto social y penal, menores con discapacidad, población inmigrante, etc.). Así mismo, complementa las intervenciones que desde el Plan Municipal sobre Drogas de este Ayuntamiento se desarrollan desde otros ámbitos de actuación (Servicios Sociales, Educativo, Familiar, Sanitario, Participación, etc.).</p>
Campaña MENTALÍZATE	Promovida y Coordinada por la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AFESA)	<p>La Campaña MENTALÍZATE pretende informar, sensibilizar y formar a los jóvenes y educadores sobre la realidad de la enfermedad mental, su tratamiento, las conductas que potencian la salud mental y las acciones que favorecen la correcta detección de trastornos mentales</p> <p>La enfermedad mental es una patología severa y persistente, que en parte puede prevenirse con la ayuda de la comunidad educativa, colaborando en la detección precoz de síntomas, y educando en habilidades interpersonales para prevenir las conductas de riesgo, tales como el consumo de cannabis y otras drogas, y fomentando los hábitos de vida saludables.</p> <p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar y sensibilizar a jóvenes y educadores sobre las enfermedades mentales.

<p>Plan Municipal sobre Drogas</p>	<p>Promovido por el Ayto. de Oviedo y coordinado por una Comisión de Seguimiento.</p>	<p>El Plan Municipal sobre Drogas pretende ser un recurso al servicios de la población del Concejo para informar y asesorar en materia de drogas, facilitar y dinamizar el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y la prevención de drogodependencias e implementar y potenciar el desarrollo de programas preventivos en distintos ámbitos de intervención.</p> <p>Su planteamiento metodológico ha sido desde sus inicios en 1999 la Intervención Comunitaria a través de la que se trató de sensibilizar e implicar a los distintos colectivos y agentes sociales que de manera directa o indirecta están relacionados con el fenómeno de los consumos de drogas en el análisis de la realidad del Concejo de Oviedo, así como en la articulación de propuestas para intervenir en la misma.</p> <p>A través de este análisis se trató de consensuar una visión unitaria del fenómeno y se elaboró un programa con planificación de objetivos y actividades en colaboración con las entidades implicadas.</p> <p>Paralelamente se creó la Comisión de Seguimiento del Plan Municipal sobre Drogas a la que pertenecen 37 entidades entre las que se encuentran los grupos políticos con representación municipal, concejalías y áreas municipales relacionadas con la temática (juventud, servicios sociales, educación, cultura, deportes, mujer, cooperación, seguridad ciudadana, salud, desarrollo local,...), sindicatos, asociaciones de vecinos, AMPAS, Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas, Consejería de Educación, Gerencia de Atención Primaria del Área V y entidades relacionadas con la intervención psicosocial en el concejo especialmente las relacionadas con la promoción de la salud y las drogodependencias.</p> <p>Esta Comisión se reúne con carácter ordinario anualmente para evaluar y aprobar la memoria de Actividades Anual así como las propuestas de Programación de Actividades.</p>
<p>Programa de difusión y conocimiento de la Salud Mental</p>	<p>Será promovido por la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AFESA) y tendrá lugar en 2010.</p>	<p>Iniciar un proceso de difusión y conocimiento de la Salud Mental de largo alcance en el tiempo y en el espacio dinamizado por el movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y sus familias, ampliado a todo el entorno, profesionales, Instituciones de repercusión real en la sociedad.</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar un proceso de visibilización de la enfermedad mental mediante actividades de difusión y conocimiento de la salud mental. <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalización y lucha contra el estigma: Se realizarán publicaciones gráficas y electrónicas cuyo fin es la concienciación de la salud mental y su eslogan será "Por el Bienestar Global y la Salud Mental de las personas, de las sociedad, en todos los lugares, culturas, tiempos y edades", y una edición de elementos identificativos de la Salud Mental (en materiales transparentes,...) para fomentar la visibilidad de la enfermedad mental. Después de crear la simbología identificativa de Salud Mental éstas van a ir acompañadas de actividades participativas y divulgativas para su difusión, en las que participaran los socios como promotores, mediante el reparto masivo de éstos en días señalados (fiestas, mercados...) - Charlas de información y divulgación para concienciar a la sociedad de la salud mental. -Potenciar el movimiento asociativo: incluyendo a los socios en las actividades. -Búsqueda de apoyos en el entorno: donde se contactará con empresas e instituciones del entorno públicas o privadas de la zona, a través de las cuales se fomentará la búsqueda de nuevas fórmulas de aplicación y desarrollo de la sociedad actual corporativa en las empresas.
<p>Programa de Voluntariado AFESA</p>	<p>Promovido y coordinado por la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (AFESA)</p>	<p>Este proyecto se va a realizar en dos fases diferentes, cada una de ellas con sus objetivos generales y específicos concretos.</p> <p>PRIMERA FASE: CAPTACIÓN Y DIVULGACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la divulgación y la captación de voluntarios para que lleven a cabo actividades que se realizan en los diferentes proyectos que están en marcha en las Delegaciones de AFESA y en las distintas Áreas de Salud Mental. <p>SEGUNDA FASE: FORMACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la información y el conocimiento de lo que es y conlleva tener una Enfermedad Mental Crónica, a las personas interesadas en participar en el Programa de Voluntariado organizado por AFESA. - Contribuir a una mejor calidad de vida de las personas afectadas y a sus familias.- - Facilitar el acercamiento de la comunidad a estos problemas, restableciendo lazos y una mayor sensibilidad entre la propia comunidad y el colectivo excluido.

RM en cuidadores profesionales	Unidad de Calidad, Investigación y Salud Pública en colaboración con el Ayto. de Taramundi	<p>A lo largo del 2009 el plan municipal de drogas de Taramundi se pone en contacto con la Unidad de Calidad con el objetivo de llevar a cabo una acción formativa sobre el Uso Racional del Medicamento destinada a cuidadoras profesionales de los servicios sociales municipales.</p> <p>A lo largo del 2008 ya se había llevado a cabo alguna acción similar destinada a población general en colaboración con el plan municipal de drogas de Tapia.</p> <p>Ojetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilotar una acción formativa sobre el manejo del pacientes dependientes y el uso racional del medicamento en colaboración el plan municipal de drogas de Taramundi.
Acuerdo de Colaboración entre el Ayuntamiento de Taramundi y el Área Sanitaria I para el desarrollo del servicio de podología del programa "Rompiendo Distancias"		<p>Objetivo principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creación y el acercamiento de servicios y recursos a las personas mayores de la Zona Especial de Salud de Taramundi. <p>Para ello se han puesto en marcha actividades orientadas a establecer las condiciones de colaboración entre el Ayuntamiento de Taramundi y el Area Sanitaria I en materia de ubicación física del Servicio de Podología, del Programa "Rompiendo distancias".</p>
Plan Integral de Infancia 2008-2011. Ayuntamiento de Tineo.	Promovido desde el Ayto. de Tineo desde el año 2008 y dirigido a niños y jóvenes.	<p>Este Plan tiene tres vertientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantizar la protección, la prevención y la promoción de los derechos de la infancia, ahondando en cómo detectar y tratar posibles casos de niños, niñas y adolescentes en situación sociofamiliar vulnerable, y cómo prevenirlos desde la promoción de los derechos de la infancia al considerar que son la base en la que se sustenta su protección. 2) Hacer efectiva la participación en la elaboración de este Plan y en su correspondiente desarrollo, tanto por parte de los agentes sociales que tiene relación con la infancia, como de la propia infancia y adolescencia de Tineo. 3) Hacer visible todo lo que se está haciendo en Tineo a favor de la infancia, para que sea conocido por todos y para que de este conocimiento surja un interés social por mantenerlo y conservarlo, reavivando la relación entre los distintos agentes sociales implicados.
Desayuno saludable en la edad escolar	Proyecto que se desarrolla en el Colegio Rural Agrupado de la Marina, coordinado por el claustro del Colegio y personal de enfermería del Consultorio de Venta de Las Ranas.	<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar los hábitos de nutrición, higiene y de actividad física de los escolares. - Proporcionar a los alumnos los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a la salud personal y que contribuyan a la salud del entorno. - Establecer programas, actividades conjuntas, grupos de trabajo entre el centro y los responsables sanitarios de la zona, y las demás instituciones, asociaciones u organismos que puedan colaborar en la realización de este proyecto (asociaciones de padres/madres, organismos oficiales, ayuntamiento..). - Desarrollar en las distintas áreas del currículo, la promoción de la salud con el fin de proporcionar oportunidades para aprender, comprender y adquirir competencias esenciales para un mejor desenvolvimiento en la vida.
Consejo de Salud de Zona de Villaviciosa		<p>El Consejo de Salud de Villaviciosa se constituyó en mayo de 2006.</p> <p>Se trata de un órgano de participación comunitaria que reúne a representantes del ámbito sanitario, administrativo y social de Villaviciosa.</p> <p>Su objetivo principal es la promoción de la salud desde un enfoque integral.</p> <p>El Consejo de Salud sirve de punto de encuentro de representantes de las administraciones públicas (local y autonómica), personal sanitario, técnicos de servicios sociales, deportes, juventud, asociaciones de vecinos, Consejos Escolares y centros educativos, asociaciones culturales, de personas mayores y de mujeres. Reúne y promueve la cooperación entre actores clave de la comunidad. Cada miembro del Consejo apoya la promoción de la salud en su ámbito, lo que permite una intervención de mayor impacto local.</p> <p>Los principios de la Estrategia NAOS, el enfoque biosocial y la concepción holística de la salud constituyen el marco teórico y de reflexión del Consejo.</p>

Blog: Educación para la Salud		Compartir a través de un blog información, materiales y dónde encontrarlos sobre distintos temas relacionados con la Educación para la Salud a las personas que puedan estar interesadas. Responder a los comentarios realicen las personas que consultar el blog. Este blog surge ante la necesidad de compartir conocimientos entre personas interesadas en el tema.
Blog: educaciónsaludjuven		Informar sobre distintos temas relacionados con la salud. Responder las consultas realizadas por la gente joven.
Talleres de Atención a Personas Ciudadadoras	Se imparten en los C.S. de La Felguera y de Pola de Laviana	Se trata de un proyecto cuyo objetivo sería contribuir al desarrollo personal, satisfacción y bienestar de las personas cuidadoras en la experiencia del cuidado. El proyecto consta de nueve talleres que se imparten con una periodicidad semanal y de una duración de hora y media a dos horas; en la Felguera los impartimos en la sala de reuniones que hay en la segunda planta con ayuda de material informático, audiovisual, libros y material de escritorio...etc. Como se trata de una intervención grupal, lo primero que hacemos es una captación en el centro (con ayuda de nuestros compañeros) de los cuidadores principales que podrían beneficiarse de este tipo de actividades, ponemos carteles en el centro....sin olvidar que estos talleres van dirigidos a cuidadores informales (siempre dentro del ámbito familiar); una vez que tenemos unas 8 o 10 personas (máximo 12) les hacemos una entrevista inicial para ver si cumplen los criterios y también se les pasa el cuestionario de WHOQOL-BREF (para valorar la calidad de vida) y los citamos ya para el primer taller. Nos repartimos la realización de los mismos entre mi compañera y yo, y como ya dije en la presentación en algunos contamos con la colaboración de la fisioterapeuta y la asistente social, concretamente en dos de ellos.
Formación de Agentes de Salud Comunitaria	Se desarrolla en el C.S. del Natahoyo (Gijón).	El proyecto se diseña para que mujeres, previamente seleccionadas, que han vivido o viven en situaciones de deterioro de su Salud, después de superadas éstas puedan servir de apoyo y red socio-sanitaria y para la comunidad. Los materiales fueron: - Sala de actividad en el Centro de Salud del Natahoyo. - Formación en apoyo emocional. Fue organizado y gestionado por una DUE del Centro con la colaboración necesaria de la Gerencia del área V del Sespa, El Programa fue premiado por el SESPA dentro del plan de Confortabilidad
TALLERES SALUDABLES	Organizado por el Ayuntamiento de Avilés a través de la Concejalía de Consumo y Ciudad Saludable.	OBJETIVOS GENERALES: - Mejorar de modo constante el ambiente físico y social. - Potenciar aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y auto-desarrollarse hasta su máximo potencial. OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Promoción de hábitos saludables entre la población, prestando especial atención a: . La actividad física y las prácticas de alimentación saludables como promotoras de salud y medios que favorecen la prevención de enfermedades y la calidad de vida. . El consumo de sustancias y prácticas de riesgo. . Las personas mayores, infancia y adolescencia, refuerzo del papel de la familia, individual y comunitario en el fomento del autocuidado. - Atención a la dependencia y a las personas cuidadoras de dependientes o enfermas - Cuidado del entorno y salud medioambiental - Promoción del transporte público y movilidad urbana - Mejora continua de los recursos, información y participación ciudadana.
Diagnóstico de salud en centros escolares del Noroccidente de Asturias	Este proyecto inacabado va dirigido a la comunidad escolar de los Centros educativos del Noroccidente de Asturias.	OBJETIVOS: _Analizar la realidad de salud de los centros educativos del noroccidente de Asturias desde la perspectiva del alumnado, del profesorado, de las familias y de los diversos agentes educativos y sociosanitarios externos que intervienen en la educación y promoción de la salud. - Identificar las prioridades en las que intervenir para justificar un plan de investigación y acción participativa en el marco de los proyectos de EPS. - Promover la participación comunitaria, la educación para la participación y el empoderamiento de la infancia en la asunción activa de sus procesos educativos y ciudadanos en EPS.

Proyecto de prevención-detección precoz de drogodependencias en la Adolescencia	Programa que se realiza en el Colegio La Milagrosa de Gijón, por personal sanitario del C.S. de Contrueces (Gijón)	TALLERES DE HABILIDADES EDUCATIVAS PARA FAMILIAS. PREVENCIÓN DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA. La preadolescencia y la adolescencia suponen un momento de cambio, frecuentemente acompañado de conflictos internos y con el entorno. En ocasiones esta etapa de la vida supone un momento de desconcierto en el papel y las actitudes que los padres y/o las madres deben adoptar. El/la adolescente, sus características y la situación familiar que le envuelve es un tema de gran trascendencia. En la antigüedad el/la hijo/a aprendía de las generaciones anteriores desde la más tierna infancia; en la actualidad los padres deben continuar siendo los modelos a seguir por los hijos, teniendo en cuenta que la dedicación emocional juega un papel determinante para el desarrollo del joven. En estos talleres se pretende trabajar junto con los padres en la prevención temprana de drogas de nuestros adolescentes. OBJETIVOS - Dotar a padres y madres de las herramientas y habilidades adecuadas para acompañar a hijos en su proceso de crecimiento personal, ayudándoles a enfrentarse a diferentes situaciones y apoyándoles en la prevención de consumos no deseables.
CUIDA TU ENTORNO		
Asociación Partycipa		
TALLER DE MASAJE INFANTIL		
Programa de actividad física dirigido a escolares con sobrepeso y obesidad		
Programa Prometeo - Fundación Siloé		
"Postura sana"		
La salud, de sentíu común.		
Programa de envejecimiento activo		
Caminando por la vida		
Proyecto de Salud y Drogodependencias Aupre Asociación GitanaUNGA		
Adiós a los malos humos		
La retinosis va a la Escuela		