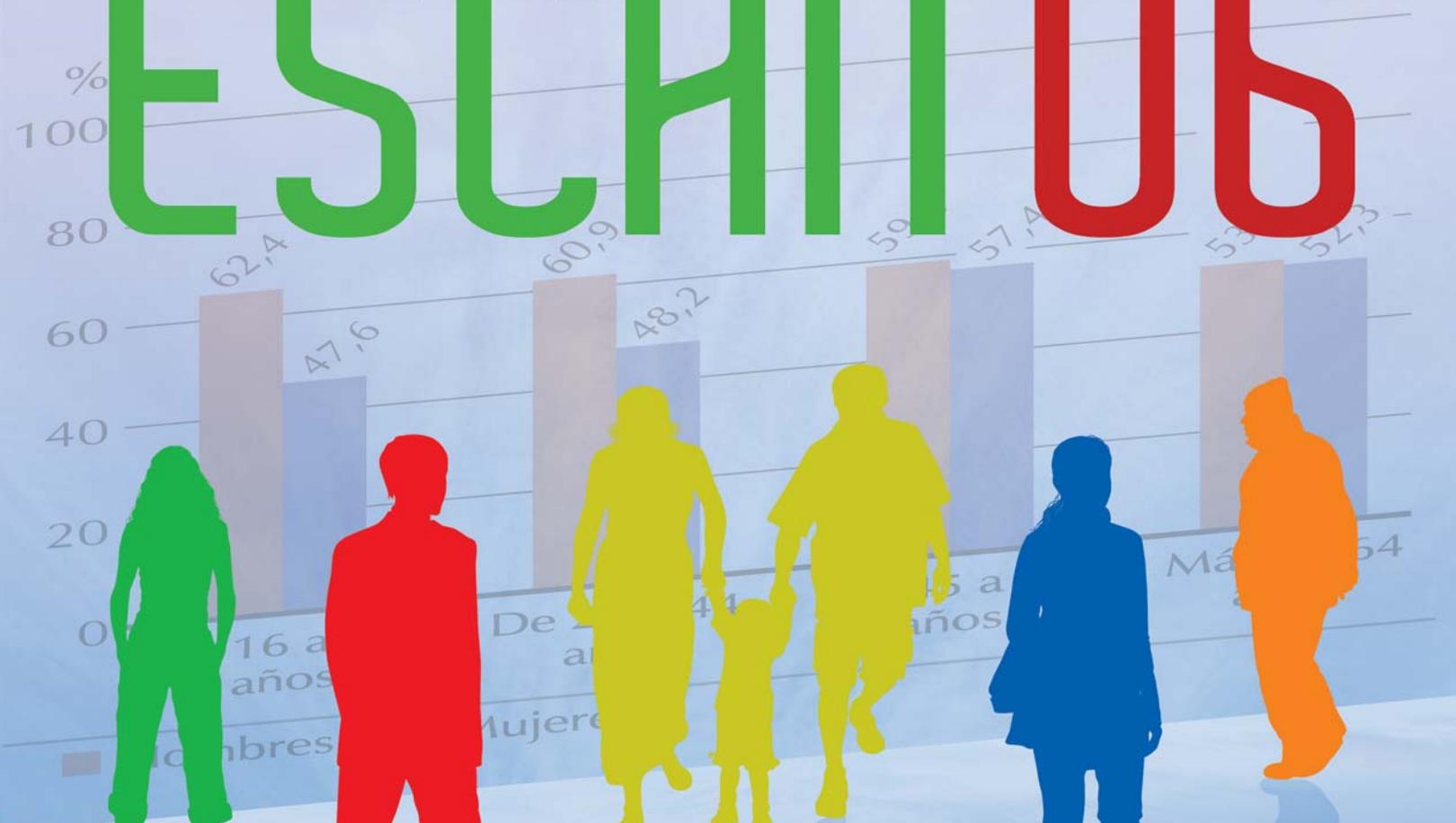


Encuesta de Salud de Cantabria

2 · 0 · 0 · 6

ESCAN 06



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Encuesta de Salud de Cantabria

2 · 0 · 0 · 6

ESCAN 06



Con esta *Encuesta de Salud de Cantabria 2006*, por primera vez analizamos separadamente los datos de nuestra Comunidad Autónoma de los de la Encuesta Nacional de Salud, lo que permite conocer aspectos importantes sobre el estado de salud percibido de la población de Cantabria, su entorno físico y social, sus estilos de vida y el uso que hacen de los servicios sanitarios.

Además nos brinda la oportunidad de investigar factores determinantes de la salud que no habían podido ser abordados hasta el momento, especialmente los relacionados con las desigualdades en salud.

Destacaría entre los resultados que Cantabria ocupa el segundo lugar entre todas las Comunidades Autónomas en las que mejor situación de salud perciben sus residentes. También que las mujeres de todas las edades consideran que su estado de salud es peor que el de los hombres, son diagnosticadas más frecuentemente que éstos de enfermedades crónicas y presentan un mayor grado de dependencia funcional para los cuidados personales, labores domésticas o movilidad.

Son también las mujeres quienes más acuden a los servicios de atención primaria y participan en programas preventivos de salud, al mismo tiempo que a quienes más medicamentos se receta.

Por último es notable que la mitad de la población adulta de Cantabria presente un peso por encima de lo normal para su talla, ocurriendo con más frecuencia en los hombres de todas las edades que en las mujeres.

La Encuesta de Salud de Cantabria es una herramienta de gran utilidad, que complementa otros sistemas de información de la Consejería de Sanidad, para llevar a cabo la planificación sanitaria en Cantabria, así como para la evaluación de estrategias en Salud Pública y la adopción de nuevas medidas que garanticen la equidad en salud de toda la población residente en nuestra Comunidad Autónoma.

Agradecer sinceramente al grupo de expertos que ha asesorado el análisis de los resultados de esta ESCAN-06, realizado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria, y a todas las personas que respondieron a la encuesta en Cantabria sin cuya aportación ciudadana hubiese sido imposible conocer, analizar y concluir con veracidad las percepciones de la población cántabra sobre su salud.

Luis María Truan Silva
Consejero de Sanidad del Gobierno de Cantabria

ÍNDICE

INDICE

INTRODUCCIÓN	10
RESUMEN DE RESULTADOS DE LA ESCAN-06	14
1 METODOLOGÍA	20
1.1. Ámbito de la Encuesta	20
Ámbito geográfico	20
Ámbito temporal	20
Ámbito poblacional	20
1.2. Diseño Muestral	20
Tipo de muestreo	20
Selección de la muestra	21
Tamaño muestral	21
1.3. Fases de recogida de datos de la Encuesta	21
1.4. Factor de elevación	21
1.5. Descripción de la muestra	22
1.6. Intervalos de Confianza	23
1.7. Descripción del proceso analítico	23
2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES DE CANTABRIA SEGÚN LA ESCAN-06	30
2.1. Población	30
2.2. Hogares	32
3 ESTADO DE SALUD	36
3.1. Salud Percibida	36
3.2. Salud mental y estrés laboral	39
3.3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y padecidos	47
Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y padecidos alguna vez en la vida en la población total	47
Problemas de salud crónicos o de larga duración padecidos en los últimos 12 meses	52
3.4. Limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses	55
3.5. Accidentes	58
3.6. Agresiones	58

4	DETERMINANTES DE LA SALUD	62
4.1.	Hábitos de salud	62
	Actividad física	62
	Hábitos alimentarios y dieta	65
	Lactancia	68
	Horas de sueño	69
	Menores de 1 a 16 años: consumo de televisión y consumo de videojuegos, ordenador o Internet	70
	Consumo de tabaco en personas adultas y exposición al humo en menores	72
	Consumo de alcohol	77
	Sobrepeso y obesidad	78
4.2.	Trabajo reproductivo	82
	Tiempo dedicado a las tareas del hogar	82
	Tiempo dedicado al cuidado de menores de 15 años	83
	Tiempo dedicado al cuidado de personas de 75 y más años	84
	Tiempo dedicado al cuidado de personas discapacitadas	85
4.3.	Prácticas preventivas	86
	Salud bucodental	86
	Tensión arterial	87
	Colesterol	88
	Vacuna antigripal	89
	Mamografías	90
	Citologías	91
	Seguridad vial	92
5	CONSUMO DE MEDICAMENTOS	96
6	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	104
6.1.	Cobertura sanitaria	104
6.2.	Consulta médica y/o enfermería	104
6.3.	Utilización de servicios de urgencias	109
6.4.	Hospitalización	110
6.5.	Hospital de día	111
	BIBLIOGRAFÍA	114
	GLOSARIO	120
	RELACIÓN DE GRÁFICOS Y MAPAS	124

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En España se realiza la Encuesta Nacional de Salud (ENS) desde el año 1987, habiéndose llevado a cabo otras ediciones en 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y la más reciente en 2006. La Encuesta de Salud de Cantabria 2006 (ESCAN-06), que se presenta en este informe, es la primera en la que se analiza la salud de la población cántabra de forma separada de la del resto del país.

Con este fin, se estableció un convenio entre la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, el Instituto Nacional de Estadística y el Instituto Cántabro de Estadística, cuyo objetivo fue incrementar el tamaño de la muestra de la ENS del año 2006 en Cantabria para poder contar con datos representativos de nuestra Comunidad en las diferentes variables estudiadas. El Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) ha sido el organismo encargado del análisis de los datos de esta Encuesta y de la elaboración del informe final, al que han contribuido diversas personas y entidades.

La encuesta de salud es una herramienta de gran utilidad para llevar a cabo la planificación sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, ya que permite conocer aspectos sobre el estado de salud percibido de la población, entorno físico y social en el que se vive, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios; así como para la evaluación de estrategias en Salud Pública y la adopción de nuevas medidas que garanticen la equidad en salud de toda la población residente en Cantabria. Esta información complementa la obtenida a través de otros sistemas de información de la Consejería de Sanidad.

Además, esta encuesta nos brinda la oportunidad de investigar aspectos relacionados con la salud de la población cántabra que no habían podido ser abordados en nuestra Comunidad Autónoma hasta el momento. Especialmente aquellos aspectos relacionados con el abordaje de las desigualdades en salud. El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportu-

nidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su género, clase social, nivel educativo, condiciones de vida y trabajo, etnia, cultura y niveles de capacidades, entre otros determinantes de la salud. Para la Organización Mundial de la Salud el término «desigualdad» se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas.

En este informe se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los aspectos más importantes que se han ido recogiendo en cada uno de los grandes apartados en los que se divide la ESCAN-06 y que quedan identificados en el índice. En la sección de metodología se detallan las cuestiones, proceso y decisiones metodológicas tomadas de acuerdo a las posibilidades que ofrece la muestra poblacional con la que se ha contado.

Los resultados que a continuación se detallan abren nuevas áreas de estudio en las que podrán profundizar en el futuro todas las entidades y personas investigadoras interesadas. Para ello se han hecho accesibles los datos de la ESCAN-06 a través de una plataforma web disponible en las páginas web de la Consejería de Sanidad¹ y del Observatorio de Salud Pública de Cantabria².

.....
1 *Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria*
<http://www.saludcantabria.org/infGeneral/pag/index.aspx>

2 *Observatorio de Salud Pública de Cantabria*
<http://www.ospc.es>

OBJETIVOS DE LA ESCAN-06

- Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud percibido por la población no institucionalizada residente en Cantabria que tiene que ver con su bienestar y su calidad de vida.
- Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud mental percibida y conocer el riesgo de mala salud mental de la población.
- Conocer los problemas crónicos o de larga evolución con mayor prevalencia entre la población y su distribución por diversas variables sociodemográficas.
- Conocer los hábitos de vida relacionados con la salud en la población infantil, adulta y mayor.
- Conocer el consumo de medicamentos de la población, ya sean recetados o no por profesionales sanitarios.
- Estimar el grado de acceso y la utilización de servicios sanitarios y sus características.
- Conocer los factores determinantes de la salud (características del medio ambiente físico y social) y analizar su influencia en las diferencias y desigualdades en salud – en función del sexo, la edad, el nivel de estudios, la clase social y el tamaño de municipio.

RESUMEN DE RESULTADOS DE LA ESCAN-06

RESUMEN DE RESULTADOS ESCAN-06

Este resumen presenta los resultados de la ESCAN-06 más relevantes en las siguientes áreas:

1. *Características socio demográficas de la población y los hogares de Cantabria;*
2. *Estado de salud de la población;*
3. *Determinantes de la salud, incluyendo prácticas preventivas;*
4. *Consumo de medicamentos;* y
5. *Utilización de los servicios sanitarios.*

Uno de los valores a destacar de esta encuesta respecto a otras ediciones anteriores es la mejora de los cuestionarios en cuanto a **determinantes de salud relacionados con el medio ambiente físico y social** de las personas. Esto convierte a la ESCAN-06 en un instrumento para la **detección y medición de desigualdades en salud en Cantabria**, principalmente en relación con el género y la clase social.

1. Distribución de la población y los hogares de Cantabria según la ESCAN-06

La distribución por sexo de la población en Cantabria, según las estimaciones de la ESCAN-06, es de un 51% de mujeres y un 49% de hombres.

La pirámide poblacional es más ancha en las edades centrales, tanto en hombres como en mujeres, con una escasa población menor de 15 años y una amplia población de más de 65 años. El tipo de población que describe la pirámide es regresiva con bajo crecimiento demográfico.

Nivel de estudios: El 42% de la población tiene estudios medios, el 33% estudios primarios y el 23% estudios superiores. Solamente un 2% no tienen estudios.

La clase social mayoritaria es la formada por personas trabajadoras manuales cualificadas o semi-cualificadas

(43%), seguida de personas dedicadas a trabajos administrativos y de servicios personales (26%). El 19% son directivos y profesiones asociadas a titulaciones universitarias, técnicos superiores, artistas o deportistas, y el 12% restante son trabajadores no cualificados.

Tamaño de municipio: El 42% de la población reside en municipios de más de 50.000 habitantes que se corresponde con las áreas urbanas de Santander y Torrelavega; mientras que el 33% de la población reside en municipios de 10.000 o menos habitantes, correspondiente a las zonas rurales; y el 25% restante reside en áreas semi-urbanas cuya población se comprende entre 10.001 y 50.000 habitantes.

La mayoría de los **hogares** en Cantabria están conformados por dos personas adultas (44,7%), en el 37,9% conviven de 3 a 6 personas adultas, y el 17,3% de los hogares de Cantabria son unipersonales. Por otro lado, es importante destacar que una gran mayoría de hogares (74,4%) no cuenta con ningún miembro menor de 16 años, contando el 15,4% con uno y el 9,7% con dos menores.

Ingresos mensuales: El 43,3% de los hogares cuenta con ingresos medios mensuales³ de 1.200€ o menos; correspondiendo en el 31,7% a ingresos entre 1.201€ y 1.800€; en el 23,3% entre 1.801€ a 3.600€; y en el 1,7% a más de 3.601€.

2. Estado de salud de la población

El **74,3%** de la población de Cantabria manifiesta que su estado general de salud durante el último año⁴ ha sido **“bueno o muy bueno”**, situándose en **un 4,3% por encima del conjunto del país**. Cantabria ocupa

³ Los ingresos mensuales están calculados sumando todas las fuentes existentes y descontando las retenciones y cotizaciones.

⁴ Se refiere al año anterior al momento de la realización de la encuesta. La recogida de la encuesta se realizó desde mediados del 2006 hasta mediados del 2007.

el 2º lugar junto a Baleares, solo superada por La Rioja (78,7%), entre las Comunidades Autónomas en las que mejor situación de salud perciben sus residentes.

La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno **disminuye con la edad**, siendo las **mujeres en todos los grupos de edad** quienes consideran que su **estado de salud es peor** que el de los **hombres**. El 78,4% de los hombres cántabros refieren un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 70,4% de las mujeres.

En la **población adulta** (16 años o más), las cinco afecciones de salud **más frecuentemente diagnosticadas (entre 27 dolencias preguntadas)** fueron hipertensión (20,1%); artrosis, artritis o reumatismo (17,4%); colesterol elevado (13,3%); varices (13,0%); y dolor cervical (11,9%). Por sexo, **el porcentaje de mujeres diagnosticadas para cada uno de estos cinco problemas de salud es más elevado que el de hombres**.

Entre la **población infantil** (menor de 16 años) de Cantabria, los problemas de salud crónicos o de larga duración que presentan una frecuencia más elevada son el asma y la **alergia crónica** (en torno al 10% de la población infantil), siendo esta última **más elevada en los niños** (un 10,6% frente a un 9,7% en niñas), y el **asma más frecuente en las niñas** (un 13,1% frente a un 8,6% en los niños). En el resto de las enfermedades crónicas diagnosticadas las diferencias por sexo son menores.

Una cuarta parte de las personas con problemas de salud crónicos o de larga duración (en los últimos 12 meses) **presenta limitaciones para realizar su actividad habitual** debidas a los problemas declarados, siendo algo más frecuente entre las mujeres (28,2%) que entre los hombres (26,8%).

Entre la **población de 65 y más años** de Cantabria, **las mujeres presentan mayor grado de dependencia funcional** para cuidados personales, labores domésticas o movilidad que los hombres, aunque en menor grado que en el conjunto del país.

Un 9,2% de la población declara haber tenido algún **accidente** no fatal en los últimos 12 meses (de cualquier tipo, incluyendo intoxicaciones o quemaduras). Los accidentes son **más frecuentes en los hombres jóvenes** (25 a 44 años) **y en las mujeres de edad avanzada** (65 y más años).

En el apartado de **agresiones, las mujeres están más dispuestas a responder que los hombres**. Un 5,7% de mujeres no quisieron responder a las preguntas sobre agresiones y maltrato, frente a un 20% de hombres. De las respuestas obtenidas, un 1,6% declararon haber sufrido agresión o maltrato en el año anterior a la realización de la encuesta, sin encontrarse diferencias significativas por sexo. Sin embargo, una de cada tres mujeres (34%) que ha sufrido agresión, identificó a su pareja como causante, mientras que ninguno de los hombres declaró haber sufrido agresiones o maltrato por parte de su pareja.

3. Determinantes de salud

Un 33,9% de la población de 16 años o más es fumadora y un 52,7% ha consumido alguna bebida alcohólica en las 2 semanas anteriores a la encuesta. Los hombres fuman (37,9%) y han consumido alcohol (67,4%) con más frecuencia que las mujeres (30,2% y 37,2%, respectivamente).

Un 31,3% de la población adulta fuma a diario y un 2,6% lo hace ocasionalmente. **Es ex-fumadora un 19,1% de la población** y un 47% nunca ha fumado. Entre quienes fuman diariamente, algo más de la mitad (51,4%) no ha modificado su hábito en los últimos 2 años; un 26,6% fuma menos y un 22,0% fuma más que hace 2 años. **Una mayor proporción de hombres que de mujeres ha reducido su hábito con respecto a lo que fumaba 2 años antes**. Por el contrario, las fumadoras no solamente no han reducido su hábito, sino que, además, **un mayor porcentaje de mujeres que de hombres ha incrementado su consumo**.

Realiza **ejercicio en su tiempo libre algo más de la mitad de la población adulta** (58,9%), dándose un mayor porcentaje en hombres (62,4%) que en mujeres (55,6%). Entre la población de 5 a 15 años, el porcentaje se eleva a un 76,2%, siendo mayor en niños (81,0%) que en niñas (70,9%).

En cuanto a la **lactancia materna**, el 66,4% de las madres mantienen la lactancia materna exclusivamente natural al mes y medio del nacimiento, cifra que disminuye al 45,9% a los 3 meses, y al 17,4% a los 6 meses.

Un 11,4% de la población realiza algún tipo de **dieta o régimen especial**, siendo algo más frecuente entre las mujeres (13,8%) que entre los hombres (8,9%). En cuanto al motivo, una cuarta parte manifiesta el deseo de perder peso o mantener su peso actual.

La mitad de la población adulta de Cantabria presenta un **peso por encima de lo normal para su talla**, ocurriendo **con más frecuencia en los hombres que en las mujeres**. Mientras que un mayor porcentaje de mujeres tiene un peso adecuado (54,3% frente al 36,7% de hombres), el **62,5%** de los **hombres** presentan **sobrepeso u obesidad** (frente al 43,8% de las mujeres).

En la **población menor** (de 2 a 17 años), el 21,2% tiene **sobrepeso**, siendo **más frecuente entre los niños que entre las niñas** (23,8% y 17,9% respectivamente), y el **7,0%** es **obesa**, sin diferencias por sexo.

En relación al **trabajo reproductivo**, las mujeres son quienes se dedican con mayor frecuencia y durante más tiempo al cuidado del hogar, de la familia y de las personas dependientes. Los hombres presentan los mayores porcentajes de no dedicación a estas tareas y cuando se dedican a ellas lo hacen de forma conjunta con otras personas, mientras que la mujer asume esta responsabilidad mayoritariamente sola. En concreto, el 84,2% de las mujeres declaran dedicarse a las **tareas del hogar** (ya sea solas o junto a otra persona que no es remunerada por ello) frente al 40,1% de

los hombres, ocupándose solas el 53,9% de las mujeres frente a un 6,4% de los hombres.

Un 20,2% de la población manifiesta tener al menos una **persona menor** en el hogar, de las cuales el 80,4% de las mujeres declaran que se ocupan solas o conjuntamente con su pareja u otra persona no remunerada. Por su parte, los hombres manifiestan que participan en el cuidado de menores en un 56,4%, mayoritariamente de forma conjunta con su pareja (54,1%). En general, un 38,5% de las mujeres se hacen cargo solas del cuidado de menores que viven en el hogar, frente a un 1,4% de los hombres.

El 8,3% de la población revela contar con alguna **persona mayor a su cargo**. El 64,3% de las mujeres manifiestan dedicarse solas o con otra persona a su cuidado, frente al 38,1% de hombres. Las mujeres llevan esta responsabilidad mayoritariamente de forma solitaria (54,2%), en comparación con los hombres (11,2%).

Un 6,6% de la población que tiene al menos una **persona discapacitada** a su cargo. De éstas, el 55,5% de las mujeres manifiestan dedicarse solas o con otra persona, frente al 37,8% de los hombres, siendo las mujeres quienes más manifiestan dedicarse en solitario (38,6% frente al 10,4% de los hombres).

De acuerdo con los datos de la ESCAN-06, se **vacunó de la gripe** en la campaña de 2005 ó 2006 (dependiendo de si fueron preguntados en 2006 ó 2007) un 20,5% de la población de Cantabria y un **53,0%** de los **mayores de 60 años**, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En cuanto a las prácticas preventivas, más del 90% de la población de 16 ó más años se ha medido en alguna ocasión la **tensión arterial** y el **colesterol** (sin existir apenas diferencias por sexo), y el 61,8% de las mujeres de 20 ó más años se ha realizado alguna **citología**. De acuerdo con la ESCAN-06, el **83,0% de las mujeres de 50 a 64 años se ha realizado una mamografía** al menos una vez cada dos años.

Los resultados en materia de **seguridad vial** indican que **la mayoría de los menores utilizan sistemas de seguridad en el coche**, tales como cucos, sillitas, cojines elevadores o cinturones de seguridad (solo el 0,7% no utilizan nunca los sistemas de seguridad ni en ciudad, ni en carretera). En los adultos, el **uso del cinturón en el coche es más frecuente en carretera que en ciudad** aunque **es alto en ambas situaciones** y tanto si conducen como si van de pasajeros (El 3% de los hombres y el 2% de las mujeres no usan cinturón nunca o casi nunca cuando conducen por ciudad, y el 1,4% de los hombres y el 0,1% de las mujeres no se abrochan nunca o casi nunca el cinturón por carretera). Similar comportamiento se da en el **uso del casco en moto**. En cuanto al **uso de casco en bicicleta**, el 52,1% de los hombres y el 64,5% de las mujeres que utilizan este medio de transporte no lo usan nunca o casi nunca por la ciudad, mientras que el 48,5% de los hombres y el 60,5% de las mujeres no lo usan nunca o casi nunca por carretera.

4. Consumo de medicamentos

Algo más de la mitad de la población de Cantabria (55,7%) ha consumido algún medicamento en las dos últimas semanas previas a la encuesta (frente a un 62,2% a nivel nacional). Excepto en el grupo de menores de 5 años, en el resto de los grupos de edad el **consumo de medicamentos es mayor en mujeres** que en hombres, especialmente el consumo de psicofármacos.

Un 7,2% de la población ha consumido **medicación no recetada (automedicación)**, sin diferencias importantes entre mujeres (7,4%) y hombres (6,9%). Los medicamentos que con más frecuencia se toman sin receta son los analgésicos, anticatarrales y antigripales, siendo su consumo en concreto mayor entre los hombres que entre las mujeres.

5. Utilización de servicios sanitarios

El **98,0%** de las personas residentes en Cantabria son beneficiarias de una **cobertura pública**, de las cuales un 5,3% además tienen un seguro privado.

Un **31,7%** de la población **ha realizado una consulta médica en las últimas 4 semanas** y un 79,7% en el último año.

Según los datos aportados por esta encuesta, en el año anterior a la realización de la misma, **casi un 10% de la población** habría estado **hospitalizada al menos una noche**, sin diferencias entre hombres y mujeres.

Un **28,3% de la población** de Cantabria **utilizó el Servicio de Urgencias** en el año anterior a la realización de la encuesta, sin mayores diferencias a destacar entre sexos (26,8% los hombres y 29,7% las mujeres). La mayoría de las personas que acuden lo hacen por propia iniciativa.

1

METODOLOGÍA

1 METODOLOGÍA

La metodología detallada en este apartado viene determinada por la utilizada en la Encuesta Nacional de Salud - 2006, realizada sobre una ampliación de la muestra calculada para Cantabria en el conjunto de la ENS.

La recogida de información se efectuó en todos los casos mediante entrevista personal realizada por personal encuestador especializado del Instituto Nacional de Estadística -INE- en cada hogar seleccionado para la encuesta. En el caso de las personas de 0 a 15 años, la información fue proporcionada por la madre, padre o tutor responsable que mayor conocimiento tuviera sobre el o la menor. La aplicación de los cuestionarios se realizó a lo largo de un año sobre un total de 2.132 personas (entre adultas y menores), seleccionadas aleatoriamente dentro de los hogares así como dentro de la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de Habitantes de 2006. Esta muestra ampliada para Cantabria es representativa de cada una de las cuatro áreas sanitarias (Santander, Torrelavega, Reinosa y Laredo).

1.1. Ámbito de la Encuesta

Ámbito geográfico

La ENS se realiza en todo el territorio nacional, aunque los análisis que aquí se detallan se circunscriben a la Comunidad Autónoma de Cantabria (ESCAN-06).

Ámbito temporal

El período de recogida de la información se extendió a lo largo de un año, desde junio de 2006 hasta junio de 2007, repartiéndose las encuestas a lo largo de todo el año para evitar estacionalidades. El INE publicó los resultados nacionales definitivos el 13 de marzo de 2008⁵. Posteriormente se enviaron los ficheros de datos a las Comunidades Autónomas con ampliación de muestra, quedando disponibles para su explotación.

⁵ Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>

Ámbito poblacional

La investigación se dirige al conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales. Cuando una vivienda está constituida por dos o más hogares⁶, se extiende el estudio a todos ellos, aunque de manera independiente para cada hogar.

1.2. Diseño Muestral

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo utilizado es un muestreo polietápico estratificado.

Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. En las viviendas seleccionadas, dentro de cada hogar se selecciona a una persona adulta (16 ó más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos, y en caso que hubiera menores (de 0 a 15 años) se selecciona a un/a niño/a.

El marco utilizado para la selección de la muestra de unidades de primera etapa es un marco de áreas formado por la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de Habitantes de 2006. Para las unidades de segunda etapa se ha utilizado la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra. Las unidades de tercera etapa, adulto y menor si hubiere, se seleccionan al azar en el momento de la realización de la entrevista partiendo de la relación de personas encuestables en cada hogar.

Las unidades de primera etapa se agrupan en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenece la sección censal.

La muestra recogida es representativa de la población no institucionalizada residente en Cantabria a nivel de área sanitaria.

⁶ Se define hogar como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

Selección de la muestra

Las secciones censales se seleccionan dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño. Las viviendas se seleccionan en cada sección, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. Este procedimiento conduce a muestras auto ponderadas en cada estrato.

Para la selección de la persona que debe cumplimentar el Cuestionario de Personas Adultas y el Cuestionario de Menores (si hubiere) se utiliza un procedimiento aleatorio que asigna igual probabilidad a todas las personas adultas (en el primer caso) y menores (en el segundo caso), de cada hogar.

Tamaño muestral

Se presenta la distribución de la muestra teórica y de la muestra efectiva, la primera expresada en número de viviendas y la segunda en número de hogares. Como se observa en la *tabla 1*, en Cantabria se ha producido la situación de que en la misma vivienda se han encuestado a varios hogares, resultando que el número total de hogares en la muestra efectiva supera al número de hogares titulares⁷.

MUESTRA TEÓRICA Y EFECTIVA DE CANTABRIA					
Muestra teórica		Muestra efectiva			
Viviendas		Hogares titulares		Total hogares	
1.736	100%	1.139	65,6%*	1.707	98,3%*

* Porcentaje sobre el total de viviendas de la muestra teórica

Tabla 1

Número total de personas de las que se ha recogido información con los **Cuestionarios de Hogares**: 4.779 personas que viven en los hogares seleccionados.

⁷ Hogares titulares se refiere a los hogares de la muestra teórica que han sido seleccionados de forma aleatoria. El resto de hogares no fueron seleccionados de forma aleatoria.

Número de personas **adultas** seleccionadas para la ESCAN-06: 1.703.

Número de personas **menores** seleccionadas para la ESCAN-06: 429.

Número **total** de la muestra de la Comunidad Autónoma: 2.132.

1.3. Fases de recogida de datos de la Encuesta

Para la recogida de información se han utilizado tres tipos de cuestionarios:

El **Cuestionario de Hogar** recoge información socio-demográfica de todos los miembros del hogar y permite la selección aleatoria de una persona adulta y de un o una menor, si hubiere, para entrevistar.

El **Cuestionario de Personas Adultas** contiene información sobre el estado de salud, determinantes de salud, consumo de medicamentos y utilización de servicios sanitarios de la población a partir de los 16 años.

El **Cuestionario de Menores** se dirige a la población de 0 a 15 años y está concebido para ser contestado por un informador indirecto, la persona que se ocupa habitualmente del o de la menor. Para las personas menores de 16 años se obtiene además información sobre calidad de vida relacionada con la salud, tipo de lactancia y tiempo dedicado a ver televisión y jugar con videojuegos, ordenador e Internet, entre otras.

1.4. Factor de elevación

Cada una de las encuestas lleva asociado un factor de elevación (en base al Padrón de Habitantes de 2006) que eleva la muestra recogida a población estimada de la Comunidad Autónoma. El factor de elevación de la Encuesta de Hogares estima la población total de la Comunidad Autónoma, mientras que la Encuesta de Personas Adultas estima la población de 16 ó más años y la de Menores estima la población de 0

a 15 años de la Comunidad Autónoma. Es por ello que los resultados se presentan como poblaciones estimadas según el factor de elevación correspondiente en cada caso. La distribución por sexo y edad de la muestra, utilizando los factores de elevación, se ajusta fielmente a la proyección de población a 1 de enero de 2007 (fecha intermedia en el periodo de recogida de los datos) publicada por el INE.

1.5. Descripción de la muestra

La Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria acordó con el INE y el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE) la ampliación del tamaño muestral para Cantabria de la ENS-2006, con el objetivo de contar con mayor representatividad y reducir los errores muestrales. De esta forma se ha podido realizar un análisis estratificado más completo (sexo, grupos de edad, nivel de estudios, clase social y tamaño de municipio), incluyendo variables no analizadas por el Ministerio de Sanidad para la Comunidad Autónoma. Este tipo de análisis es la primera vez que se puede llevar a cabo en Cantabria ya que en ediciones anteriores la muestra era insuficiente. Un valor añadido de la ampliación de la muestra es que permite analizar los datos por áreas sanitarias.

A continuación se presenta una tabla que recoge la muestra estratificada por las distintas variables de análisis. La muestra total de la Comunidad Autónoma es de 2.132 personas. El nivel de estudios solo se recoge en personas adultas (1.703).

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA			
		N	%
Sexo	Hombre	894	41,9
	Mujer	1.238	58,1
	<i>Total</i>	<i>2.132</i>	<i>100,0</i>
Grupos de edad	0 - 4	128	6,0
	5 - 15	301	14,1
	16 - 24	82	3,8
	25 - 34	204	9,6
	35 - 44	329	15,4
	45 - 54	347	16,3
	55 - 64	253	11,9
	65 - 74	239	11,2
	75 y más	249	11,7
	<i>Total</i>	<i>2.132</i>	<i>100,0</i>
Nivel de estudios	Sin estudios	64	3,8
	Estudios primarios	672	39,5
	Estudios medios	585	34,4
	Estudios superiores	382	22,4
	<i>Total</i>	<i>1.703</i>	<i>100,0</i>
Clase social	I/II	394	18,9
	III	562	26,9
	IVa/IVb	896	42,9
	V	237	11,3
	<i>Total</i> ⁸	<i>2.089</i>	<i>100,0</i>
Tamaño municipio	De más de 50.000 hab. ⁹	674	31,6
	De 10.001 a 50.000 hab. ¹⁰	677	31,8
	Menor o igual a 10.000 hab.	781	36,6
	<i>Total</i>	<i>2.132</i>	<i>100,0</i>
Área sanitaria	Laredo	413	19,4
	Reinosa	333	15,6
	Santander	830	38,9
	Torrelavega	556	26,1
	<i>Total</i>	<i>2.132</i>	<i>100,0</i>

Tabla 2

- 8 No se dispone información de 43 personas (2% de la muestra).
 9 Incluye los municipios de Torrelavega y Santander.
 10 Incluye Camargo, Castro Urdiales, Piélagos, Astillero, Laredo, Santoña, Los Corrales de Buelna.

1.6. Intervalos de Confianza

En las estadísticas publicadas en este informe y en la Plataforma de Difusión Web¹¹ de datos de la ESCAN-06 se presentan las estimaciones puntuales de cada variable analizada. El Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad publican en sus páginas web^{12,13}, los errores de muestreo (coeficientes de variación) que permiten el cálculo de los Intervalos de Confianza de las variables más relevantes de la encuesta.

1.7. Descripción del proceso analítico

Todas las decisiones analíticas, los gráficos presentados en este informe y el análisis de los mismos han sido elaborados por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria a partir de las bases de datos de la ESCAN-06. Los resultados de los análisis, las tablas estratificadas y los gráficos relacionados con este informe se encuentran disponibles en la Plataforma de Difusión Web creada para tal efecto.

En el proceso de explotación de datos se han tomado una serie de decisiones analíticas que se explican a continuación.

La ESCAN-06 cuenta con tres bases de datos (Personas Adultas, Menores y Hogares). Cada una de ellas ha sido analizada de forma separada, fusionándose, además, las Bases de Datos de Menores y la de Personas Adultas con el fin de contar con datos de población total en aquellas variables comunes a ambas encuestas.

11 Disponible en la página web de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria <http://www.saludcantabria.org/infGeneral/pag/index.aspx> y del Observatorio de Salud Pública de Cantabria www.ospc.es

12 Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2006/p09/&file=pcaxis>

13 Ministerio de Sanidad <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Se ha realizado un análisis estratificado según 4 variables sociodemográficas (sexo, edad, clase social y tamaño de municipio) sobre los aspectos más significativos de la ESCAN-06. Además, en las personas adultas se ha llevado a cabo un análisis por nivel de estudios.

Teniendo en cuenta que para algunas variables se ha obtenido un número bajo de encuestas en algunas de las categorías analizadas, hay que ser prudentes a la hora de hacer estimaciones, debido a que un número marginal bajo eleva el error muestral. Por lo tanto, se ha fijado un mínimo marginal de 20 encuestas (sin factor de elevación) para asegurar un resultado con un error aceptable, aunque es imposible sacar del análisis algunas categorías con bajo marginal.

Categorización de las variables sociodemográficas:

- **Edad:** la edad se recogió en años cumplidos y se agrupó en diferentes distribuciones en función del propósito del análisis.
- **Nivel de estudios:** Se considera el grado más alto de estudios concluidos en población a partir de los 16 años, diferenciando entre las siguientes categorías: 1. Personas sin estudios (incluye aquellas personas que no saben leer ni escribir, que corresponden solo a 4 encuestas, 0,2% de la muestra); 2. Personas que no han terminado la educación básica (correspondiendo a 60 encuestas, 3,5% de la muestra); 3. Personas con estudios primarios (aquellas que han terminado el ciclo de educación básica); 4. Personas con estudios secundarios (aquellas que han terminado al menos la primera etapa de secundaria o el grado medio de enseñanza profesional); y 5. Personas con estudios universitarios (aquellas que han terminado al menos estudios universitarios de primer ciclo o equivalentes). En el análisis se agruparon las categorías 1 y 2 por número insuficiente de encuestas, con lo cual se diferencian 4 categorías:
 - **Sin estudios** (incluye aquellas personas que no saben leer ni escribir y las personas que no han ter-

minado la educación básica)

- **Estudios primarios**
- **Estudios medios**
- **Estudios superiores**

No se presentan resultados por nivel de estudios de las Bases de Datos Fusionada y de Menores debido a que el nivel de estudios se mide a partir de los 16 años.

- **Clase social:** La clase social ha sido asignada en función de la ocupación de la persona que sustenta el hogar, siguiendo la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁴ que sólo precisa conocer la ocupación desempeñada y la situación de empleo. Consta de 5 categorías basadas en la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CNO-94)¹⁵.

Las clases obtenidas a partir de la ocupación actual son:

- **I:** Directivos de la administración pública y de empresas de 10 ó más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- **II:** Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
- **III:** Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- **IV(a/b):** Trabajadores manuales cualificados/semicualificados.

14 Grupo de Trabajo de la SEE -Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.

15 Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). Madrid:INE; 1994.

- **V:** Trabajadores no cualificados.

Para el análisis de la ESCAN-06 se ha decidido agrupar las clases sociales I (7,7%) y II (11,2%) ya que, por un lado, la muestra es insuficiente para poder realizar análisis por separado y, por otro porque, a pesar de las diferencias, son categorías bastantes semejantes.

- **Tamaño de municipio:** Los tamaños de municipio se han agrupado en 3 categorías, por muestra insuficiente para un análisis más detallado. Las categorías resultantes son:

- **Hasta 10.000 habitantes**
- **De 10.001 a 50.000 habitantes**
- **Más de 50.000 habitantes**

- **Área sanitaria:** Unidad geográfica primaria utilizada en la gestión y planificación sanitaria. En Cantabria hay 4 áreas sanitarias: Área I Santander, Área II Laredo, Área III Reinosa y Área IV Torrelavega. Los resultados de los análisis llevados a cabo por área sanitaria se presentan a través de mapas.

A continuación se detallan los municipios de más de 10.000 habitantes de cada una de las 4 áreas sanitarias:

- Área Sanitaria de **Santander:**

Tamaño de municipio de más de 50.000 habitantes

- Santander

Tamaño de municipio de 10.001 a 50.000 habitantes

- Camargo

- Piélagos

- El Astillero

- Santa Cruz de Bezana

- Área Sanitaria de **Torrelavega:**

Tamaño de municipio de más de 50.000 habitantes

- Torrelavega

Tamaño de municipio de 10.001 a 50.000 habitantes

- Los Corrales de Buelna

• Área Sanitaria de **Reinosa:**

Tamaño de municipio de 10.001 a 50.000 habitantes

- Reinosa

• Área Sanitaria de **Laredo:**

Tamaño de municipio de 10.001 a 50.000 habitantes

- Santoña

- Castro Urdiales

- Laredo

- **La población inmigrante** no cuenta con una muestra suficientemente representativa por lo que se ha descartado realizar análisis específicos de dicha población.

- **El Índice de Masa Corporal (IMC):** a pesar de ser un índice que puede ser obtenido para toda las edades, se presenta de forma separada en menores hasta los 17 años, clasificándose para estas edades a la persona según el índice en tres categorías (**normopeso, sobrepeso y obesidad**), en lugar de las cuatro que se utilizan en personas adultas (**bajopeso, normopeso, sobrepeso y obesidad**).

- **Calidad de vida:** Dentro de la encuesta de menores hay que aclarar que no se presentan los resultados del análisis de la calidad de vida (*KIDSCREEN*) ya que se han obtenido resultados muy homogéneos y no aportaban información relevante.

- **Salud mental en menores** (niños y niñas de 4 a 15 años).

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas)¹⁶

El cuestionario SDQ-Cas para la valoración de la salud mental en menores consta de 25 ítems repartidos en 5 categorías con 5 escalas cada una. El primer paso es puntuar cada una de las 5 escalas. La respuesta “Un tanto cierto” se puntúa siempre como 1, pero el resto de las posibles respuestas: “No es cierto” y “Absolutamente cierto” se puntúan de diferente manera de acuerdo a la escala.

La categoría “síntomas emocionales” comprende:

1. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estomago o de náuseas; 2. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a; 3. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a, lloroso/a; 4. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en si mismo/a; y 5. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente.

La categoría “problemas de conducta” comprende:

1. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio; 2. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos; 3. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as; 4. A menudo miente o engaña; y 5. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios.

La categoría “hiperactividad” comprende:

1. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo; 2. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a; 3. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse; 4. Piensa las cosas antes de hacerlas; y 5. Termina lo que empieza, tiene buena concentración.

¹⁶ Página web de Youth in Mind: descripción del cuestionario
<http://www.sdqinfo.com/d29.html>
<http://www.sdqinfo.com/questionnaires/spanish/alscorei.pdf>

La categoría “problemas con compañeros” comprende:

1. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a; 2. Tiene por lo menos un/a buen amigo/a; 3. Por lo general cae bien a otros niños/as; 4. Los otros niños/as se meten con el/ella o se burlan de el/ella; y 5. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as.

La categoría “prosocial” comprende:

1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas, comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices...; 2. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo; 3. Trata bien a los/las niños/as más pequeños/as; y 4. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños).

Los valores de cada categoría de la variable salud mental pueden oscilar, si los 5 ítems fueron completados, entre 0 y 10 puntos, de mejor a peor salud mental para las categorías “síntomas emocionales”, “problemas de conducta”, “hiperactividad” y “problemas con compañeros”, y de peor a mejor para la categoría “conducta prosocial”. Si solamente faltan uno o dos ítems por contestar se prorratean las puntuaciones.

Para obtener la puntuación total de dificultades, se suman las cuatro categorías que se refieren a los problemas. La puntuación resultante puede variar entre 0 y 40. Si al menos 12 de los ítems fueron completados se prorratean las puntuaciones.

- Salud Mental en personas adultas.

Cuestionario de salud mental general (General Health Questionnaire GHQ-12-1972)

En las personas adultas se ha utilizado el cuestionario GHQ-12 Goldberg que corresponde a la forma abreviada de 12 ítems del cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Éste es un instrumento utilizado como prueba de cribado para detectar trastornos psíquicos en la población general.

Los 12 ítems del Cuestionario GHQ-12 tienen como objetivo evaluar la salud mental auto percibida, o sea la evaluación que hace la persona de su estado de bienestar psicológico. Para cada uno de los 12 ítems, la persona que responde el cuestionario ha de señalar (mediante una escala de *Likert* de cuatro puntos) si en las últimas dos semanas su funcionamiento ha sido mejor de lo habitual, igual, peor o mucho peor. Al final, se obtiene una puntuación de 0 a 12 (de mejor a peor salud mental). Una puntuación en el GHQ-12 igual o mayor a 3 se considera a la persona en riesgo de mala salud mental.

Ítems del cuestionario:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho tiempo?
3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?
9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?
10. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- **El apoyo social y afectivo y la función familiar** están analizados con sus correspondientes tablas dentro de la Plataforma de Difusión Web pero no se hace mención en el informe dada la homogeneidad de los resultados.

- En el análisis del apartado de **agresiones** de la ESCAN-06 es necesario tener en cuenta que el espacio en el que se hace la entrevista es el hogar, con la probable presencia de otros miembros del mismo, no siendo por tanto el espacio más adecuado en cuanto a condiciones de confidencial y seguridad para aportar información personal de este tipo.

- La **limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana**, el tipo de problema que causa dificultad y las **dependencias funcionales** se presenta en un subapartado específico para personas mayores de 65 ó más años. Éste se ha desagregado por edades de 65-74 años y 75 y más.

- El análisis del tiempo del **trabajo reproductivo** por medio de medias y desviaciones típicas no describe ni resume adecuadamente los resultados, debido a la dispersión de los datos. Por ello, se presentan los tiempos de dedicación al trabajo reproductivo utilizando, por un lado, medidas de posición/ordenación (percentiles), y por otro, agrupando los tiempos en categorías. El análisis del tiempo del trabajo reproductivo está fraccionado entre semana y fin de semana, por ello para un cálculo del tiempo se-

manal total se ha multiplicado la variable tiempo de la semana por cinco y se ha sumado al tiempo del fin de semana.

- **Consumo de alcohol:** El análisis que se lleva a cabo en la ESCAN-06 es la **frecuencia mensual** de consumo de alcohol, la cual incluye aquellas personas que consumen diariamente, semanalmente y mensualmente.

2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES DE CANTABRIA SEGÚN LA ESCAN-06

2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LOS HOGARES DE CANTABRIA SEGÚN LA ESCAN-06

En este apartado se presenta de una manera descriptiva algunas de las características de la población y de los hogares de Cantabria obtenidas a partir del análisis de la ESCAN-06. Dicha descripción se hace con el factor de elevación aplicado a la muestra de hogares de la encuesta, de forma que se presenta como una estimación de la población de Cantabria. Aunque existen fuentes más fiables para describir a la población de la Comunidad Autónoma, tales como el Padrón Municipal de Habitantes y el Censo de Población, la intención es conocer la estimación desde la encuesta que se está analizando.

2.1. Población

La distribución por sexo de la población en Cantabria, según las estimaciones de la ESCAN-06, es de un 51% de mujeres y un 49% de hombres.

Edad: El histograma (gráfico 1) muestra una pirámide más ancha en las edades centrales tanto en hombres como en mujeres, con una población menor de 15 años baja y una amplia población de más de 65 años. El tipo de pirámide en bulbo describe una población regresiva con bajo crecimiento demográfico.

La distribución por sexo y edad de la población según la ESCAN-06 se ajusta fielmente a las proyección de población a 1 de enero de 2007 (fecha intermedia en el periodo de recogida de los datos) publicada por el INE para Cantabria.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CANTABRIA, SEGÚN LA ESCAN-06, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

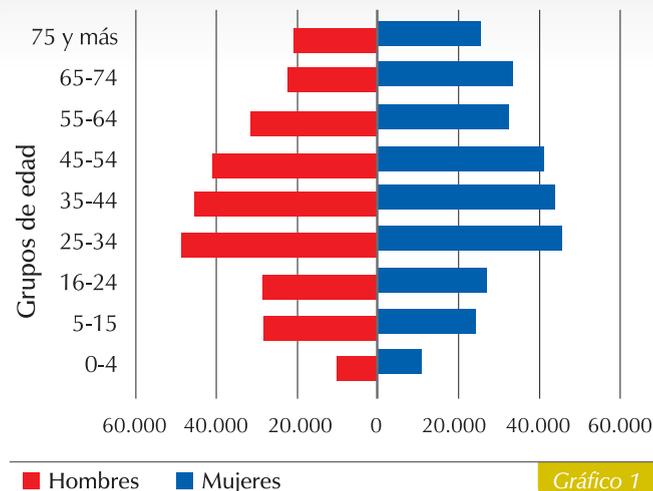


Gráfico 1

Nivel de estudios: El 41,6% de la población tiene estudios medios, el 32,8% estudios primarios y el 23,1% estudios superiores. Solamente un 2,5% son personas sin estudios (gráfico 2).

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESTUDIOS. PERSONAS ADULTAS

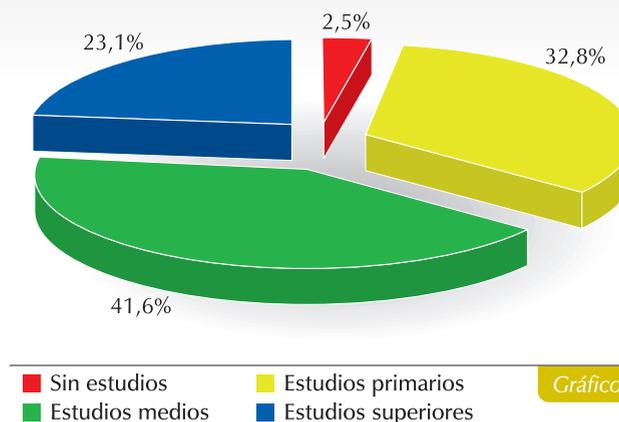


Gráfico 2

Como se puede observar en el gráfico 3, la **clase social**¹⁷ mayoritaria es la formada por personas trabajadoras manuales cualificadas o semi-cualificadas (43,5%), seguida de personas dedicadas a trabajos administrativos y de servicios personales (25,6%). El 19,3% son directivos y profesiones asociadas a titulaciones universitarias, técnicos superiores, artistas o deportistas, y el 11,5% restante son trabajadores no cualificados.

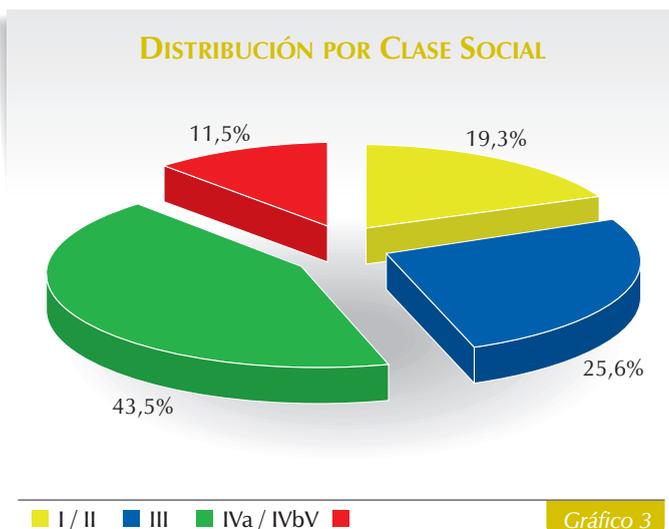


Gráfico 3

Tamaño de municipio: El 42,4% de la población reside en municipios de más de 50.000 habitantes, que se corresponde con las áreas urbanas de Santander y Torrelavega; mientras que el 32,9% de la población reside en municipios de 10.000 o menos habitantes, correspondiente a las zonas rurales; y el 24,6% restante reside en áreas semi-urbanas cuya población se comprende entre 10.001 y 50.000 habitantes (gráfico 4a).

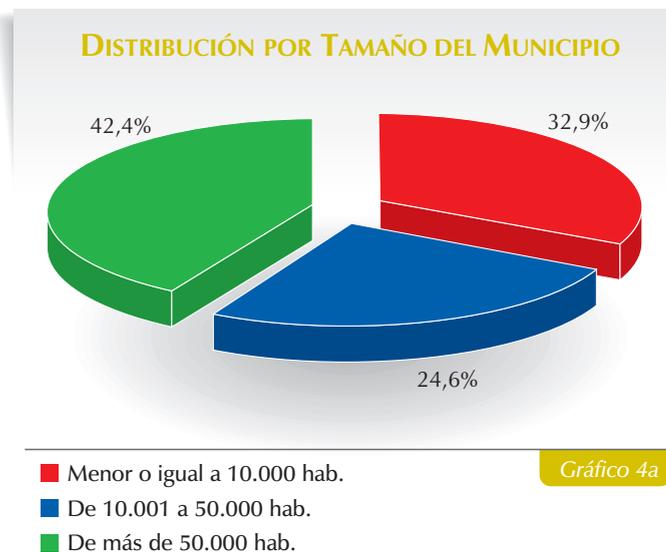


Gráfico 4a

Algo más de la mitad de la población de Cantabria está adscrita al **Área Sanitaria** (gráfico 4b) de Santander (I) (54,6%), correspondiendo la segunda área más importante a Torrelavega (IV) con un 25,3% de la población, seguida de la de Laredo (II) con un 16,5% de población, y por último, el 3,6% restante pertenece al Área de Reinosa (III).

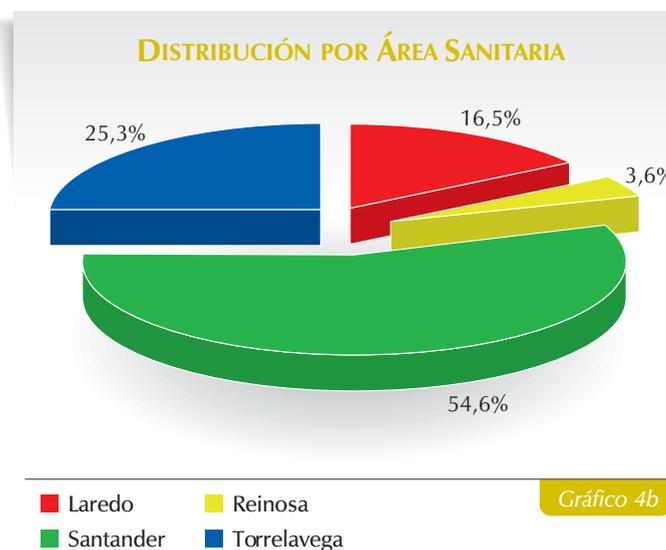


Gráfico 4b

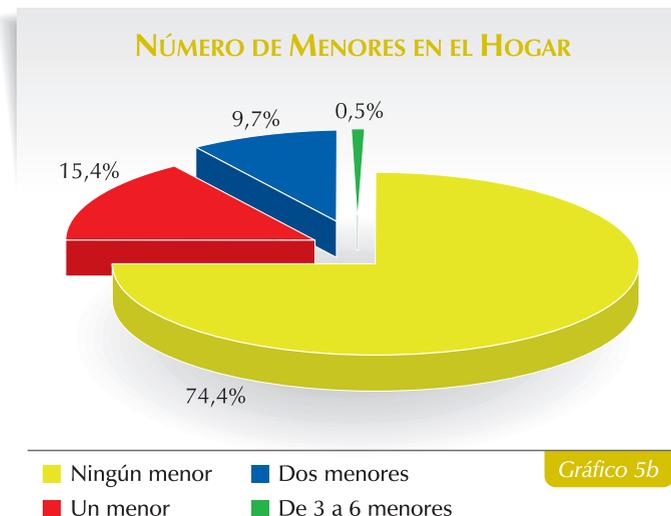
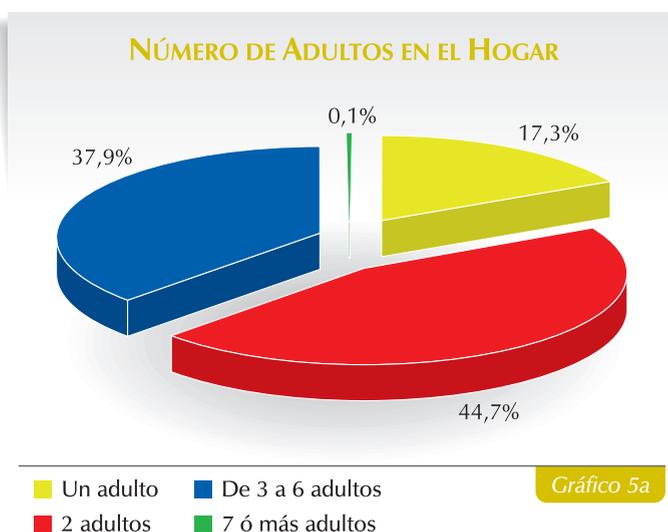
17 Las clases sociales están descritas en metodología.

2.2. Hogares

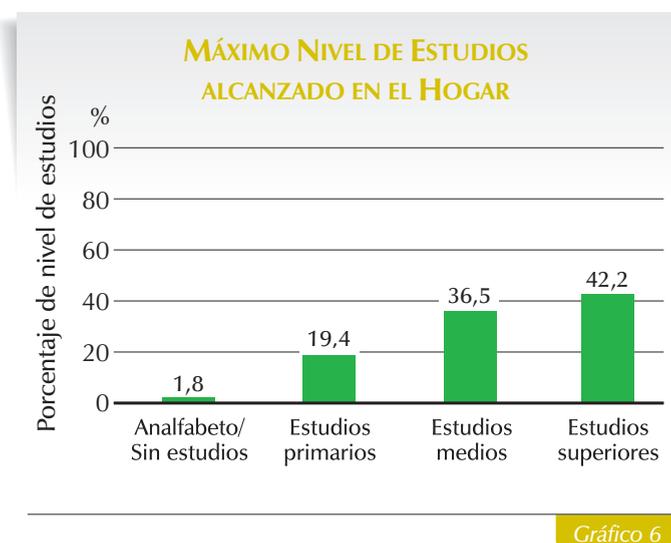
La mayoría de hogares en Cantabria están conformados por dos personas adultas (44,7%), en el 37,9% conviven de 3 a 6 personas adultas, y el 17,3% de los hogares son unipersonales. Es importante destacar que en una gran mayoría de los hogares (74,4%) ningún miembro es menor de 16 años, contando el 15,4% de los hogares con una persona menor y el 9,7% con dos (gráficos 5a y 5b).

En el análisis de la **edad media de los hogares** se observa que en más de una cuarta parte de los hogares (28,5%) la edad media supera los 57 años, correspondiendo el 19,4% a hogares con personas con edades medias comprendidas entre los 44 y los 57 años, y el 17,4% a hogares a personas entre 34 y 43 años. Los hogares más jóvenes están conformados por personas cuya edad media no rebasa los 27 años (16,5%).

Analizando la **edad media de las personas adultas del hogar** (16 y más años), más de la mitad (52,9%) se encuentran en una edad media comprendida entre los 25 y los 44 años, teniendo el 31% entre 45 y 64 años. En cuanto a la **edad media de las personas menores del hogar**, el 70,5% se encuentra entre los 5 y los 15 años y el 29,5% son menores de 5 años.

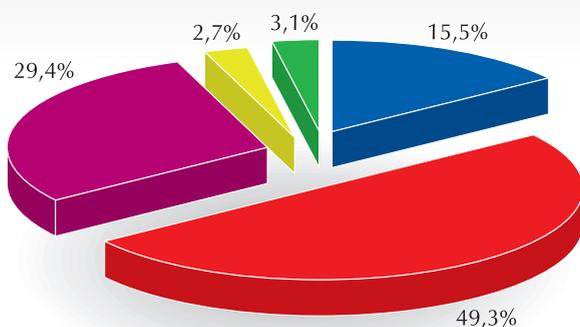


El nivel máximo de estudios en el hogar corresponde al grado máximo de estudios que ha conseguido alguna persona de las que vive en el hogar. Sin embargo, esto no quiere decir que la persona que más aporta al presupuesto del hogar se corresponda con la persona con mayor nivel de estudios del hogar. En el gráfico 6 se observa como en el 42,2% de los hogares al menos vive una persona con estudios superiores, y únicamente en un 1,8% de los hogares ninguna de las personas del hogar tiene estudios.



En cuanto a la **principal fuente de ingresos** (gráfico 7), el trabajo por cuenta ajena (49,3%) es la fuente principal de ingresos en el hogar, frente a un 15,5% de trabajo autónomo. La otra gran fuente de ingresos son las pensiones, fundamentalmente las contributivas (29,4%). Solo en el 3,1% de los hogares la fuente principal de ingresos corresponde a prestaciones por desempleo, por hijos a cargo, rentas de propiedad u otros ingresos.

PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DEL HOGAR
(tomando como referencia a la principal persona sustentadora del hogar)



- Trabajo cuenta ajena
- Trabajo cuenta propia
- Pensión contributiva
- Pensión no contributiva
- Prestaciones por: desempleo, hijo/a a cargo, otros subsidios, rentas de la propiedad y capital u otros ingresos regulares

Gráfico 7

Cabe destacar que desagregando la fuente principal de ingresos por clase social se observan diferencias importantes en el trabajo por cuenta propia, disminuyendo según desciende la clase social, del 29,1% en la clase I/II al 7% en la clase V. Es asimismo reseñable el alto porcentaje de personas cuya principal fuente de ingresos es una pensión contributiva (el 15,8% en la clase I/II y el 34,9% en la V).

Ingresos mensuales¹⁸: En el 43,3% de los hogares los ingresos mensuales (gráfico 8) son de 1.200€ o menos;

¹⁸ Los ingresos mensuales están calculados sumando todas las fuentes existentes y descontando las retenciones y cotizaciones.

aumentando a entre 1.201€ y 1.800€ en el 31,7% de los hogares; y entre 1.801€ a 3.600€ en el 23,3%; percibiendo solo el 1,7% de los hogares más de 3.601€.

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

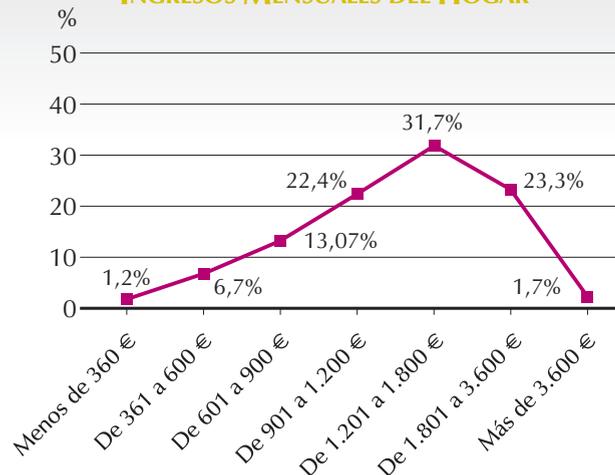
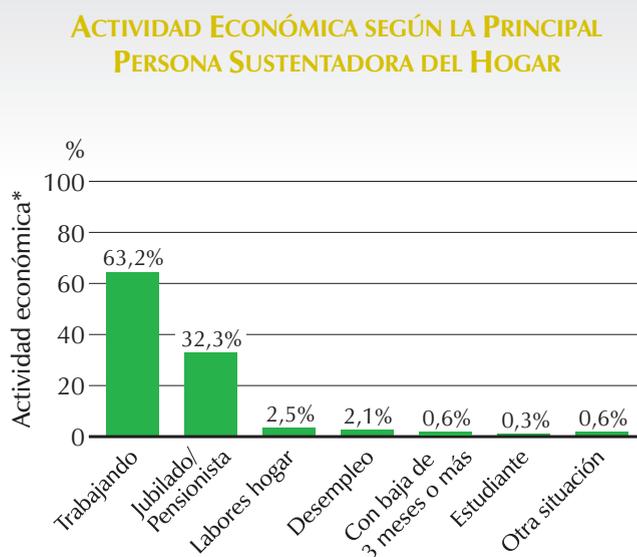


Gráfico 8

Actividad económica: La principal actividad económica que realiza la persona sustentadora del hogar es el trabajo remunerado (63,8%), seguido de personas jubiladas o pensionistas (32,3%). El paro como actividad económica principal está representando en el 2,1% de los hogares (gráfico 9).



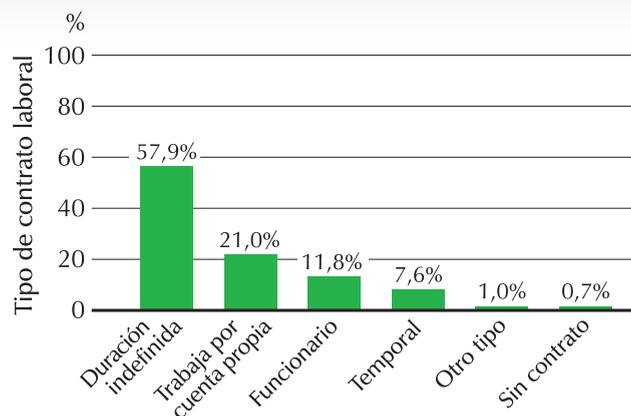
* Porcentajes sobre el total de hogares

Gráfico 9

En el 2,4% de los hogares (no mostrado en el gráfico) hay una combinación de varias actividades económicas, siendo las labores del hogar la actividad combinada más frecuentemente.

Tipo de contrato laboral¹⁹: El tipo de contrato mayoritario entre las personas sustentadoras principales del hogar (gráfico 10) es el de duración indefinida (57,9%), estando el 7,6% con contratos temporales.

TIPO DE CONTRATO LABORAL DE LA PRINCIPAL PERSONA SUSTENTADORA DEL HOGAR (cuando está trabajando o en baja de más de 3 meses)*



* Porcentajes sobre el total de hogares

Gráfico 10

La clase social I/II presenta mayor contratación en los trabajos por cuenta propia (33,8%) y funcionariado (22,3%). La modalidad de contrato de la clase V es de duración indefinida (71,2%). También se producen diferencias importantes en cuanto a los contratos temporales y personas sin contratos, ya que el 13,5% de la clase V se encuentra en esta situación laboral frente al 3,4% de la clase I/II.

19 Análisis realizado sobre las personas que sustentan el hogar, razón por la cual no se corresponde el porcentaje con la distribución real de tipos de contratación laboral en la Comunidad Autónoma.

3

ESTADO DE SALUD

3 ESTADO DE SALUD

3.1. Salud Percibida

El 74,3% de la población de Cantabria manifiesta que su estado general de salud durante el último año²⁰ ha sido “bueno o muy bueno”, situándose un 4,3% por encima del conjunto del país²¹. Cantabria ocupa el segundo lugar junto a Baleares, solo superada por La Rioja (78,7%), entre las Comunidades Autónomas que mejor situación de salud perciben sus residentes.

Analizando las diferencias por sexo, el 78,4% de los hombres cántabros refieren un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 70,4% de las mujeres. Como se puede observar en el gráfico 11, la percepción de un estado de salud positivo disminuye con la edad, siendo **las mujeres en todos los grupos de edad quienes consideran que su estado de salud es peor que el de los hombres**.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POSITIVO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (ÚLTIMOS 12 MESES)

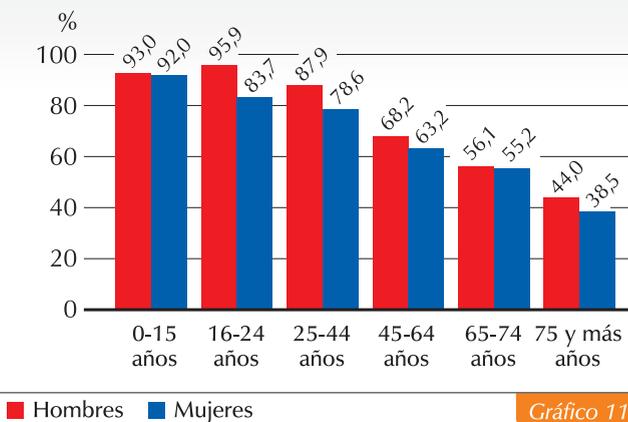


Gráfico 11

²⁰ Se refiere al año anterior al momento de la realización de la encuesta. La recogida de la encuesta se realizó desde mediados del 2006 hasta mediados del 2007.

²¹ Según la Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Igualmente, **en todas las clases sociales las mujeres manifiestan peor salud que los hombres** (gráfico 12), siendo las mujeres de clase social V quienes perciben un peor estado de salud (un 39,8% dice tener mala o muy mala salud). Sin embargo en los hombres son los de clase III quienes tienen la peor percepción de su salud (el 27,8% consideran que tienen mala o muy mala salud). Asimismo, resulta llamativo que las diferencias entre hombres y mujeres sean más pronunciadas en las clases sociales IV y V.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POSITIVO, POR SEXO Y CLASE DE SOCIAL (ÚLTIMOS 12 MESES)

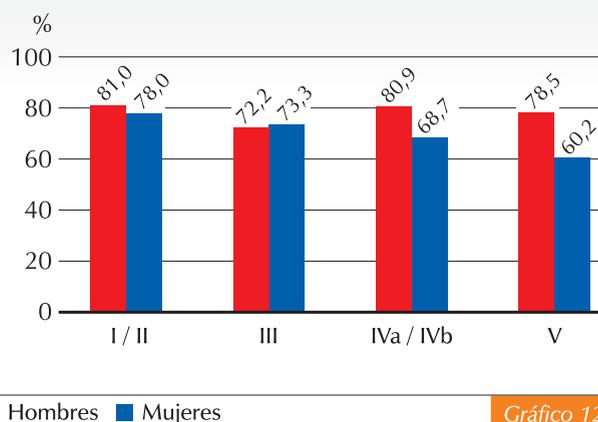


Gráfico 12

Respecto al **tamaño de municipio de residencia**, las personas que viven en municipios pequeños en general sienten que su estado de salud es peor que las que viven en municipios más grandes (perciben un estado de salud al menos bueno un 72,1% de las personas que viven en el medio rural y un 76,7% de las que viven en el urbano). Esta tendencia se presenta claramente en las mujeres y en menor medida en los hombres.

Como se puede ver en el **mapa 1**, donde se representa la salud percibida por **área sanitaria y tamaño de municipio**, en cada una de las cuatro áreas sanitarias la percepción de estado de salud positiva es más elevada entre los hombres que entre las mujeres.

En el **área de Reinosa** la salud percibida por los hombres apenas varía entre los tamaños de municipio, mientras que en las mujeres existe una mayor variación, pasando de un 74,9% de salud positiva percibida en los municipios más pequeños a un 61,5% en los municipios medianos.

En el **área de Laredo** no se aprecian diferencias sustanciales en la salud percibida entre los hombres que residen en los diferentes tamaños de municipio. Sin embargo en las mujeres desciende su percepción de salud positiva entre las que viven los municipios medianos (67,3%) respecto a las que residen en municipios más pequeños (72,1%).

En el **área de Torrelavega** el porcentaje de mujeres con salud percibida positiva es menor en las que residen en municipios medianos (63,7% frente a un 68,4% de las que residen en los más grandes y un 69,5% de las que residen en los municipios más pequeños), mientras que en los hombres son claramente los que residen en los municipios más grandes (ciudad de Torrelavega) los que se sienten peor (69,5% de salud percibida positiva frente a un 84,3% y un 77,4% de los municipios medianos y pequeños).

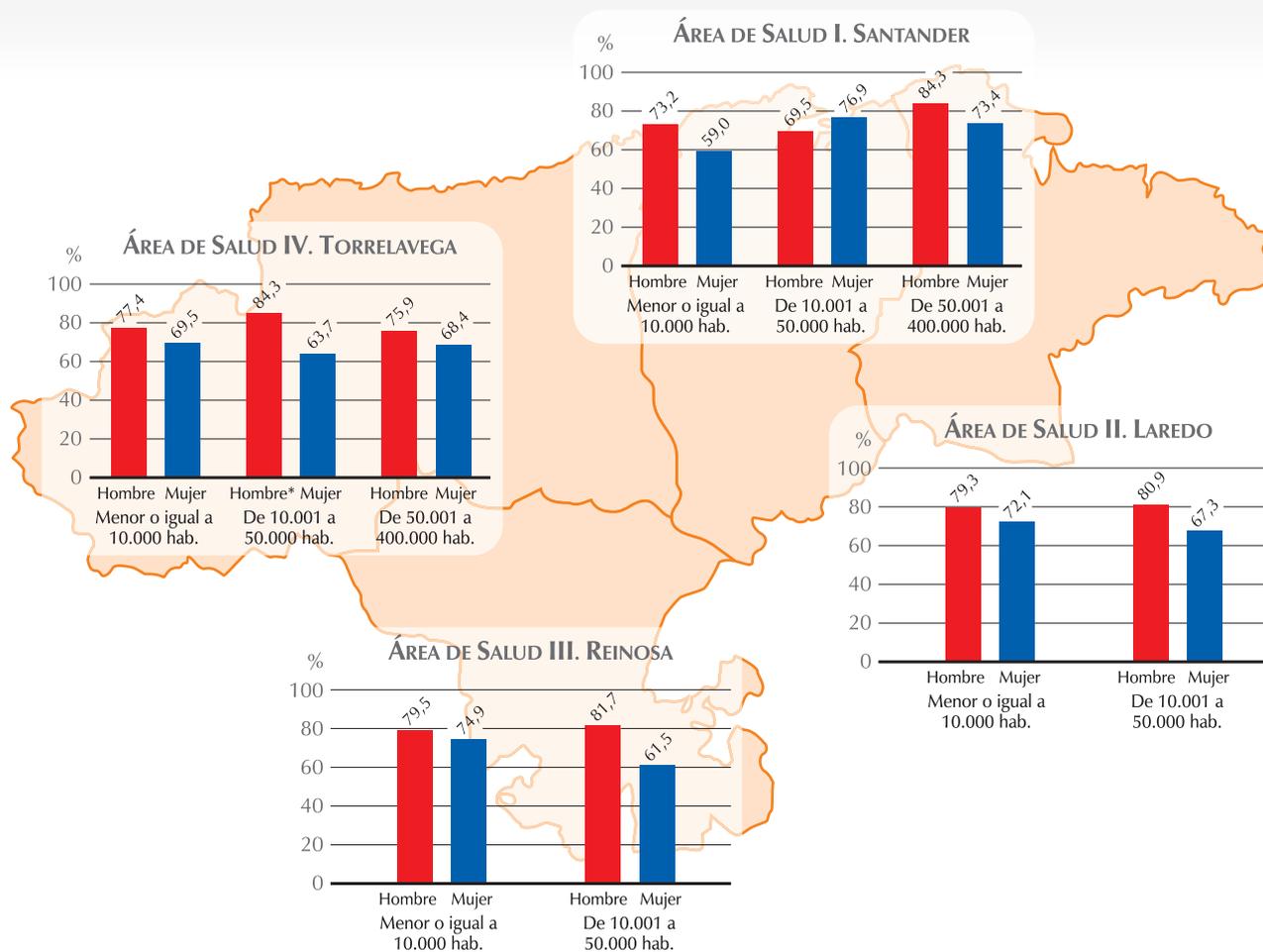
En el **área de Santander** se aprecian diferencias entre la salud percibida tanto en hombres como en mujeres. Los hombres presentan diferencias marcadas por tamaño de municipio, pasando de una percepción positiva del estado de salud en un 73,2% en los municipios más pequeños a un 69,5% en los municipios medianos y un 84,3% en los municipios más grandes. Es de resaltar que en el área de Santander es donde se observan diferencias más marcadas entre los hombres de todas las áreas sanitarias, encontrándose el máximo de salud percibida positiva en hombres de toda la Comunidad Autónoma en Santander capital (84,3%).

Entre las mujeres del área de Santander aumenta la percepción positiva del estado de salud con el tamaño del municipio, pasando del 59% en los municipios más pequeños al 76,9% en los municipios medianos.

Es de resaltar este último dato ya que representa, por un lado, la única excepción en la que las mujeres perciben más positivamente la salud que los hombres, y, por otro, representa el mayor porcentaje de percepción positiva de la salud de las mujeres de todo Cantabria. En Santander capital el 73,4% de las mujeres tienen una percepción positiva de su estado de salud.

En resumen, el patrón de salud percibida se repite en las áreas de **Laredo y Reinosa**, presentando ambas una estructura demográfica parecida, con ausencia de municipios mayores de 50.000 habitantes y predominancia de los pequeños municipios. En **Santander** se da un patrón claro en el que los hombres presentan una mayor percepción positiva del estado de salud y donde las mujeres de los municipios medianos sobrepasan en mejor percepción de su salud a los hombres. Es en el área de Santander donde se presentan los valores mínimo y máximo de percepción de la salud de las mujeres de todo Cantabria. En **Torrelavega** encontramos un modelo de transición en la percepción del estado de salud, no repitiéndose el patrón de Santander, pero tampoco el de las áreas con municipios más pequeños como Reinosa o Laredo.

ESTADO DE SALUD POSITIVO, POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA (ÚLTIMOS 12 MESES)



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

■ Hombres ■ Mujeres

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 1

3.2 Salud mental y estrés laboral

3.2.1 Salud mental

En el marco de la Encuesta de Salud, se consideran problemas de salud mental a los trastornos del pensamiento, emoción o conducta que producen sufrimiento en el ser humano y que alteran su integridad en el plano físico, psicológico o social. Se valora la salud mental de forma separada y con distintos instrumentos de medida en menores y personas adultas.

Salud mental de menores

Para evaluar la salud mental de niños y niñas mayores de 3 años se utilizó un cuestionario²² que incluye cinco escalas (de cero a diez), cuatro de ellas de problemas: 1. Síntomas emocionales; 2. Problemas de conducta; 3. Hiperactividad; 4. Problemas con compañeros/as; y una de carácter protector: 5. Comportamiento prosocial.

En general, las puntuaciones en Cantabria están por debajo de dos en los problemas, salvo en Hiperactividad, y por encima de siete en la escala Prosocial, factor protector, que junto a las bajas puntuaciones del resto equivalen a una relativa buena salud mental. Sin embargo, comparando estos resultados con los obtenidos a nivel nacional²³: en Cantabria, en 2 de las 4 escalas de problemas (Hiperactividad y Problemas con los compañeros) la puntuación es más alta que los resultados nacionales. Además, en la escala Prosocial (en la que una puntuación más alta es protectora), los resultados en Cantabria son más bajos que a nivel nacional.

Analizando los **resultados por sexo y grupos de edad**, las niñas presentan puntuaciones un poco mayores que los niños tanto en el grupo de edad de 4 a 9 como en el de 10 a 15 años en todos los ítems de dificultades, excepto en la escala de hiperactividad en la

que claramente es mayor en los niños del grupo de 10 a 15 años. La puntuación en conducta prosocial en las niñas es mayor (y por tanto mejor) que en los niños en ambos grupos de edad.

Riesgo de mala salud mental: Se considera que un o una menor está en riesgo de mala salud mental cuando la suma de las puntuaciones de las 4 primeras escalas es superior a 13. Mientras que en salud mental de menores los resultados en Cantabria son más altos que a nivel nacional, los porcentajes obtenidos en riesgo de mala salud mental son más bajos que los nacionales. Así por ejemplo, el riesgo en niños de 4 a 9 años es el más bajo de España (6,2% frente a 26,6%). Sin embargo, **el porcentaje de niñas en riesgo** sigue el mismo patrón que en el apartado del estado de salud mental, siendo **más elevado que el de niños en los dos grupos de edad**, apreciándose sobre todo una diferencia importante en el grupo de 4 a 9 años (gráfico 13). Estos resultados difieren de los obtenidos a nivel nacional donde el riesgo es mayor en los niños y las diferencias entre ambos son menores en el grupo de 4 a 9 años.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL DE MENORES, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

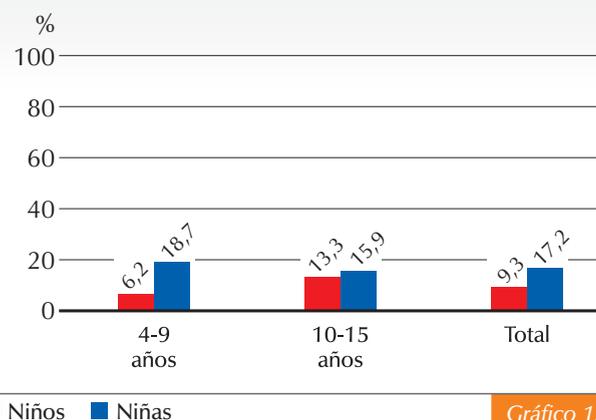


Gráfico 13

En el análisis según la **clase social** de la persona sustentadora principal del hogar (gráfico 14) se observa el aumento del riesgo de mala salud mental en la clase

22 Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) descrito en la sección de metodología de este informe.

23 Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

social IV/V²⁴, acusándose un mayor riesgo de las niñas en todas las clases sociales.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN MENORES, POR SEXO Y CLASE SOCIAL

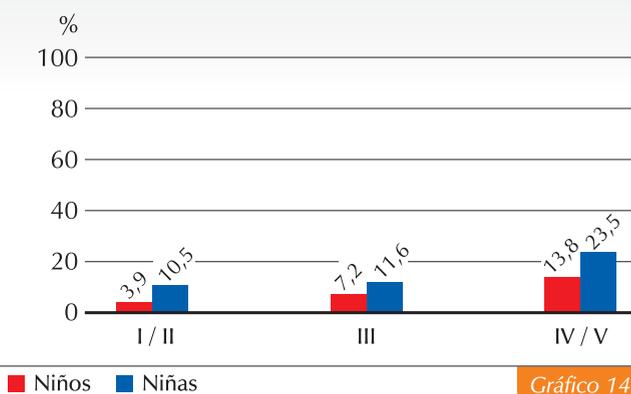


Gráfico 14

En el análisis según **tamaño del municipio de residencia** (gráfico 15), se observa que los niños con menos riesgo de mala salud mental son los que viven en municipios de tamaño medio (4,7%), frente a los que viven en municipios pequeños (14,1%) que son quienes están en mayor riesgo. Por el contrario, en las niñas aumenta el riesgo según aumenta el tamaño del municipio (desde un 13,9% en los municipios pequeños hasta un 19,7% en los grandes) En general, **el riesgo es claramente más elevado en las niñas que en los niños**, excepto en los municipios pequeños donde es prácticamente igual en ambos sexos.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN MENORES, POR SEXO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO

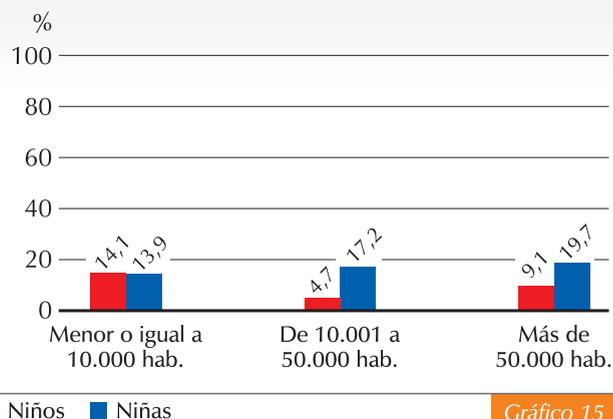


Gráfico 15

Salud mental de las personas adultas

Para evaluar la salud mental percibida de las personas adultas se utilizó un cuestionario auto administrado²⁵ del que resulta una puntuación que va de 0 a 12 (de mejor a peor salud mental percibida). De acuerdo a la misma, **las mujeres en Cantabria tienen un peor estado de salud mental percibida** (1,1) que los hombres (0,7); así como los jóvenes tienen mejor salud mental (0,5) que las personas mayores (1,4).

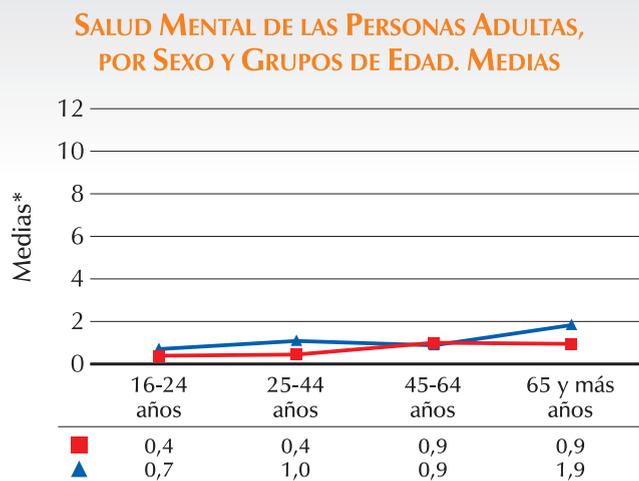
Comparando con las medias nacionales²⁶, los resultados obtenidos en Cantabria son menores, tanto en hombres (media nacional 1,2) como en mujeres (media nacional 1,8).

²⁴ Debido a que en menores no hay muestra suficiente, se ha fusionado la clase social IVa/IVb con la clase V.

²⁵ Cuestionario de Salud General GHQ-12- Goldberg descrito en la sección de metodología de este informe.

²⁶ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Analizando la salud mental en personas adultas por **grupos de edad** y **sexo** (gráfico 16), la salud mental es peor en las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en el de 45-64 años en que es ligeramente peor en los hombres.

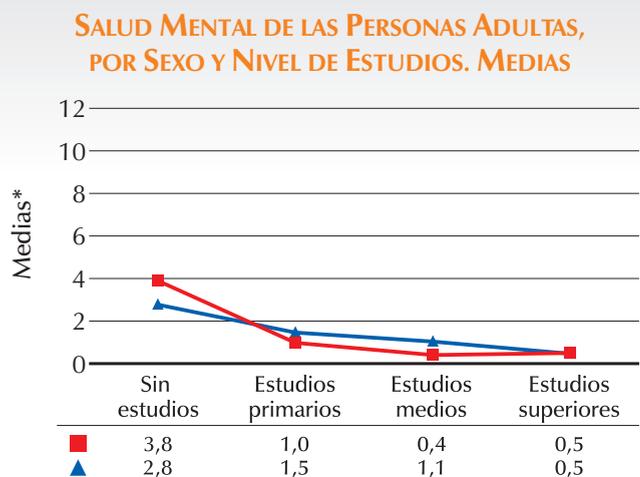


■ Hombres ▲ Mujeres

* Puntuación de 0 a 12 de mejor a peor salud mental

Gráfico 16

En cuanto al **nivel de estudios** (gráfico 17), tanto en hombres como en mujeres se produce un **empeoramiento consistente de la salud mental cuanto más bajo es el nivel de estudios**. Los hombres presentan una salud mental igual o mejor que las mujeres en todos los niveles de estudio salvo en el más bajo.

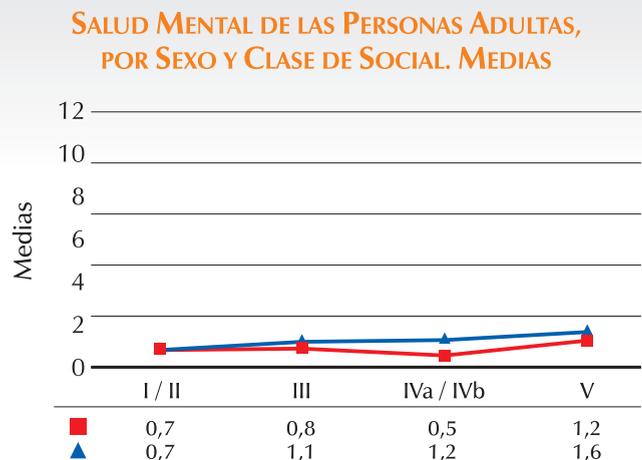


■ Hombres ▲ Mujeres

* Puntuación de 0 a 12 de mejor a peor salud mental

Gráfico 17

La salud mental en las mujeres empeora en las clases sociales IVa/IVb y V, siendo peor que la de los hombres en todas las **clases sociales** (gráfico 18), excepto en las clases sociales I/II en las que es similar.



■ Hombres ■ Mujeres

Gráfico 18

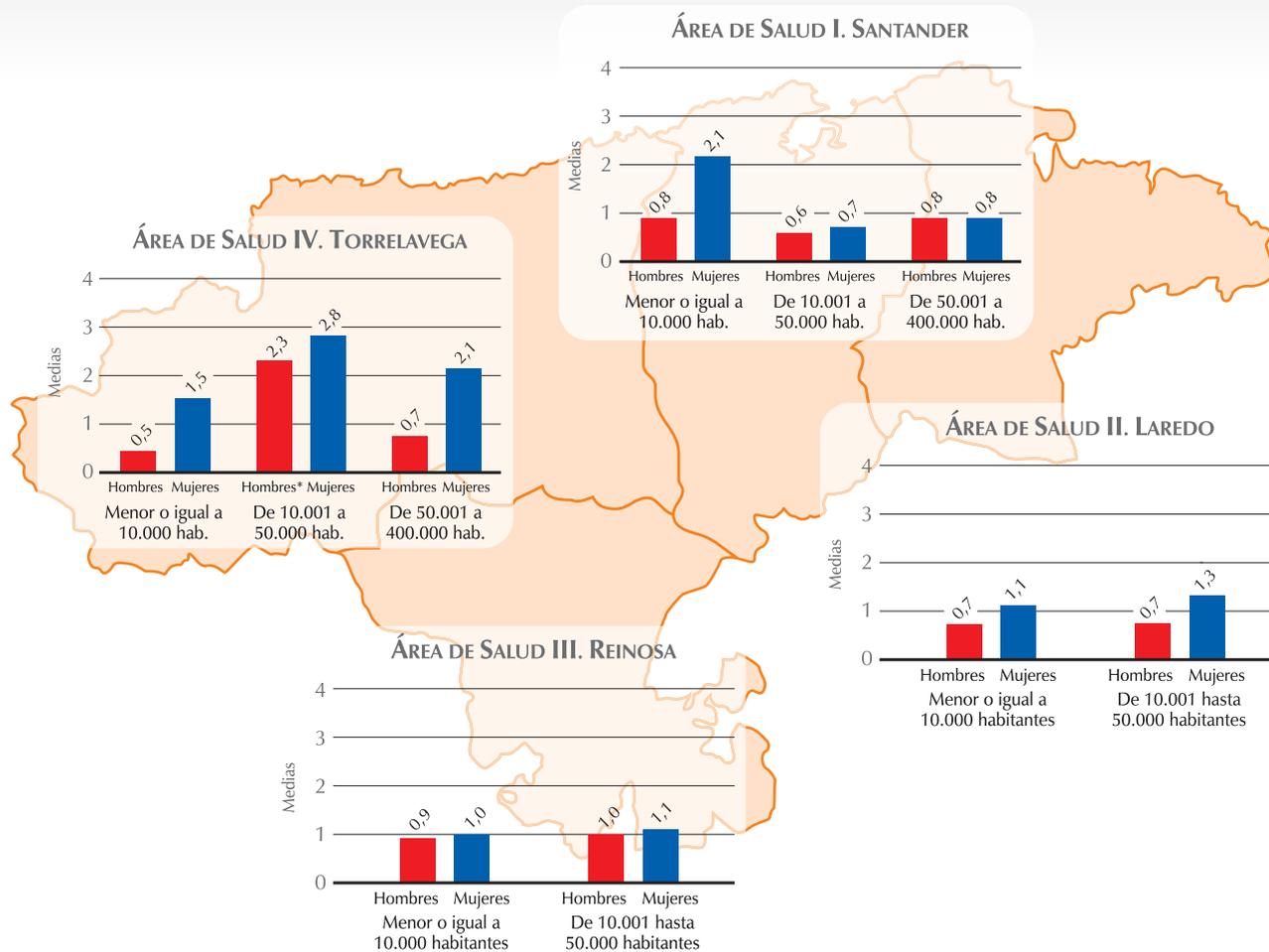
Como se puede observar en el **mapa 2**⁽²⁷⁾, en todas las **áreas sanitarias** la salud mental es peor en las mujeres que en los hombres que residen en municipios del mismo tamaño, dándose las mayores diferencias en los municipios pequeños del área de Santander y en los pequeños y grandes del área de Torrelavega (correspondiendo éste a la ciudad de Torrelavega).

El área con peor salud mental es Torrelavega, sobre todo en municipios de tamaño medio (que se corresponde con el municipio de Los Corrales de Buelna) presentando los peores valores de toda la Comunidad Autónoma, tanto en mujeres (2,8) como en hombres (2,2)²⁸. En el **área de Reinosa y de Laredo** las percepciones de salud mental peores corresponden a las mujeres de los municipios medianos (1,1 y 1,3, respectivamente).

.....
27 La salud mental de personas adultas está representada en una escala de 0 a 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Para una mejor representación visual los gráficos de este mapa, se presentan en una escala de 0 a 4.

28 El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

SALUD MENTAL, POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

■ Hombres ■ Mujeres

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 2

A continuación se presentan los resultados de las personas adultas de acuerdo al **riesgo de mala salud mental**. El riesgo de mala salud mental es consistentemente más elevado en las mujeres (15,9%) que en los hombres (9,1%) en todos los grupos de edad, exceptuando en el de 55-64 años, estando en mayor riesgo las mujeres de edades avanzadas. Por otra parte, en los hombres el riesgo va aumentando desde el grupo de edad de 24-34 años hasta el máximo en el grupo de 55-64 años, disminuyendo y estabilizándose después.

Como se puede observar en el gráfico 19, comparando estos resultados con los obtenidos a nivel nacional²⁹, tanto en hombres como en mujeres el riesgo de mala salud mental en Cantabria es considerablemente más bajo en todos los grupos de edad.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN PERSONAS ADULTAS EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA²⁹, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

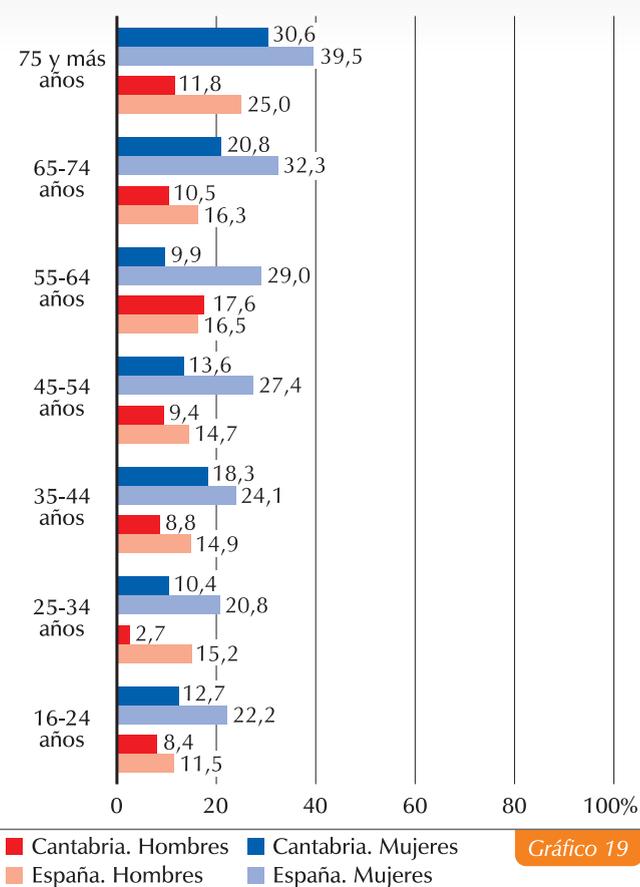
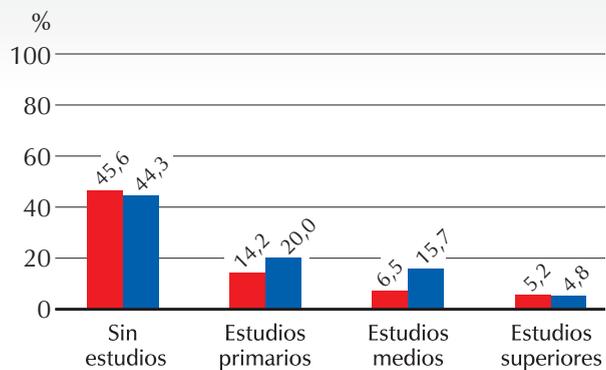


Gráfico 19

²⁹ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Con respecto al nivel de estudios, **el riesgo de mala salud mental aumenta en ambos sexos a medida que disminuye el nivel de estudios** (gráfico 20), de forma que las personas que no tienen estudios presentan un riesgo diez veces mayor que las personas con estudios universitarios. Las mayores diferencias se presentan entre las mujeres con estudios primarios y medios y los hombres de su mismo nivel de estudios.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN PERSONAS ADULTAS, POR SEXO Y NIVEL DE ESTUDIOS

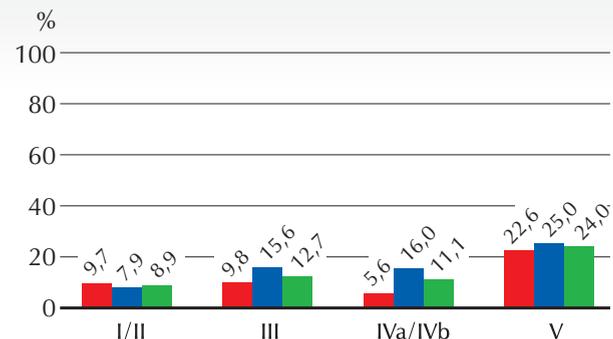


■ Hombres ■ Mujeres

Gráfico 20

En el análisis por clase social (gráfico 21) encontramos igualmente una **relación directa entre riesgo de mala salud mental y clase social**, incrementándose el riesgo desde un 8,9% en las personas de las clases I/II hasta un 24,0% en la clase V.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN PERSONAS ADULTAS, POR SEXO Y CLASE SOCIAL

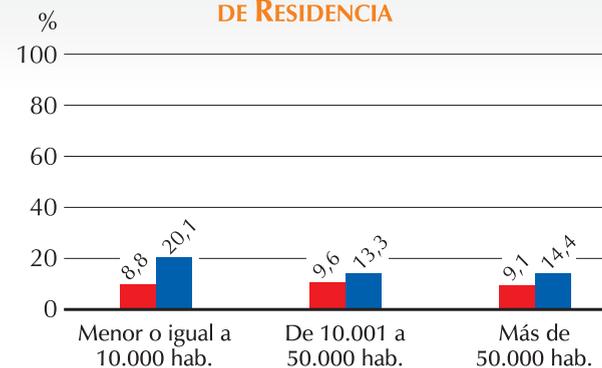


■ Hombres ■ Mujeres ■ Total

Gráfico 21

De acuerdo al **tamaño de municipio de residencia** (gráfico 22), el riesgo es **mayor en las mujeres que en los hombres en todos los ámbitos**, siendo más del doble en los municipios pequeños (8,8% frente a 20,1%).

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL EN PERSONAS ADULTAS, POR SEXO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA



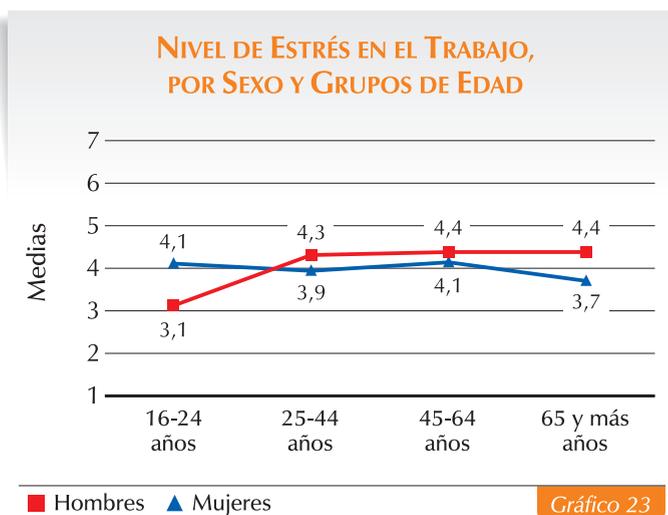
■ Hombres ■ Mujeres

Gráfico 22

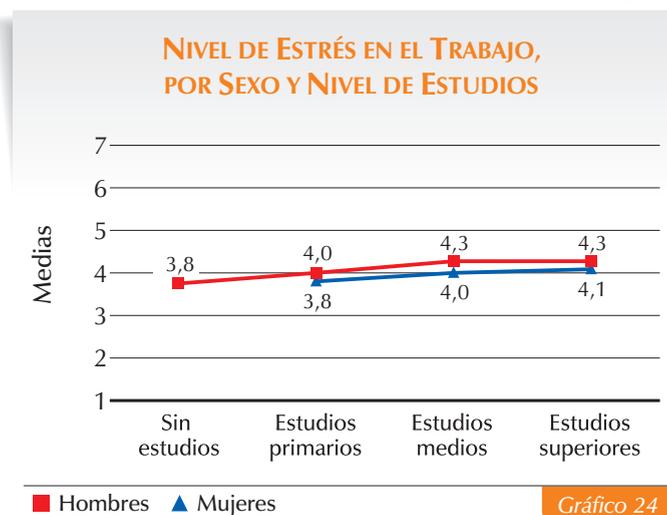
3.2.2. Estrés laboral

Para conocer cuáles son las condiciones en el trabajo de las personas adultas, la ESCAN-06 pregunta a quienes se encontraban trabajando o con baja de tres meses o superior en la semana anterior a ser encuestados (se estiman unas 240.000 personas adultas en Cantabria, de las cuales 4.212 llevan 3 meses ó más de baja) sobre su nivel de estrés en el trabajo (en una escala de 1 a 7).

El nivel de estrés de las personas que trabajan es elevado (puntuación media 4,1), aumentando con la edad hasta la jubilación. En los hombres el nivel de estrés es ligeramente más alto (media 4,2) que en las mujeres (media 4,0). Estas diferencias se mantienen en el análisis por grupos de edad (gráfico 23), excepto en las edades más jóvenes en que las mujeres acusan un más alto nivel de estrés.



El nivel de estrés en el trabajo aumenta con el **nivel de estudios** (gráfico 24) de la persona (en las personas sin estudios la media es de 3,8 y en las que tienen estudios superiores es de 4,3). Los hombres presentan un nivel de estrés más elevado que las mujeres en todos los niveles de estudio. Es interesante notar la ausencia de mujeres sin estudios que trabajen fuera del hogar.

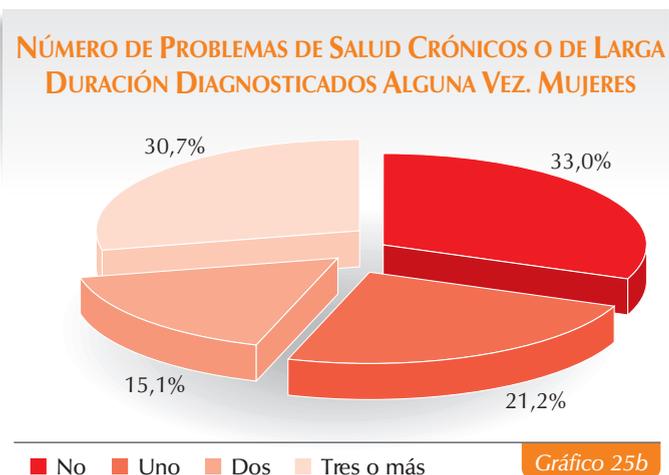
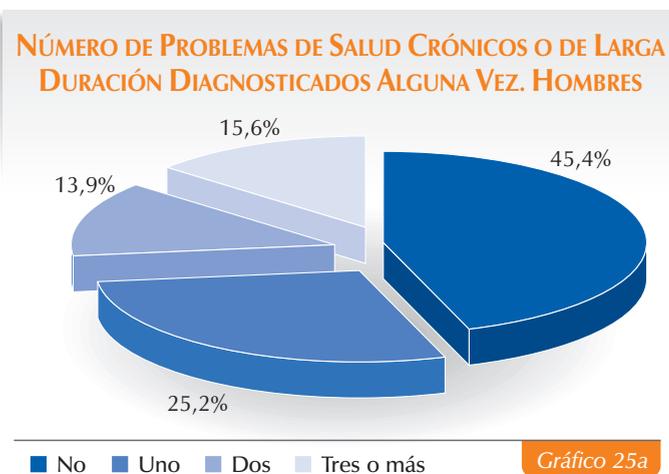


En el análisis por **clase social**, el nivel de estrés disminuye a medida que descendemos en la escala de clase (desde 4,3 en las clases I/II a 3,6 en la V), dándose una mayor disminución sobre todo en las mujeres. En todas las clases sociales, el nivel de estrés es más elevado en hombres que en mujeres (datos no mostrados). De acuerdo al **tamaño del municipio de residencia** no se aprecian diferencias significativas en el nivel de estrés.

3.3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y padecidos

Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y padecidos alguna vez en la vida en la población total³⁰

La ESCAN-06 permite estimar la morbilidad por problemas de salud crónicos o de larga duración en la población de Cantabria. Según la cual, al 60,9% de la población total le ha sido diagnosticado algún problema de salud, siendo significativamente más alto el porcentaje en las mujeres (67,0%) que en los hombres (54,6%). Además como se puede observar en los gráficos 25a y 25b, la frecuencia de comorbilidad (varios problemas o enfermedades diagnosticadas) es asimismo mayor en las mujeres (45,8% con más de un problema diagnosticado) que en los hombres (29,5%).



³⁰ Incluye: Tensión alta, Infarto de miocardio, Otras enfermedades del corazón, Varices en las piernas, Artrosis, artritis o reumatismo, Dolor de espalda crónico cervical, Dolor de espalda crónico lumbar, Alergia crónica, Asma, Bronquitis crónica, Diabetes, Úlcera de estómago o duodeno, Incontinencia urinaria, Colesterol alto, Cataratas, Problemas crónicos de piel, Estreñimiento crónico, Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, Embolia, Migraña o dolor de cabeza frecuente, Hemorroides, Tumores malignos, Osteoporosis, Anemia, Problemas de tiroides, Problemas de próstata (sólo hombres), Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres).

El porcentaje de las personas con un diagnóstico de un problema de salud aumenta con la edad (gráfico 26). La proporción de mujeres con un diagnóstico de problema de salud crónico o de larga duración es más elevada que la de hombres en todos los grupos de edad hasta los 65 años, en que prácticamente se igualan. **El grupo de edad con mayores diferencias entre hombres y mujeres es el de 16 a 34 años** (38,2% y 57,0% respectivamente).

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN DIAGNOSTICADOS ALGUNA VEZ, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

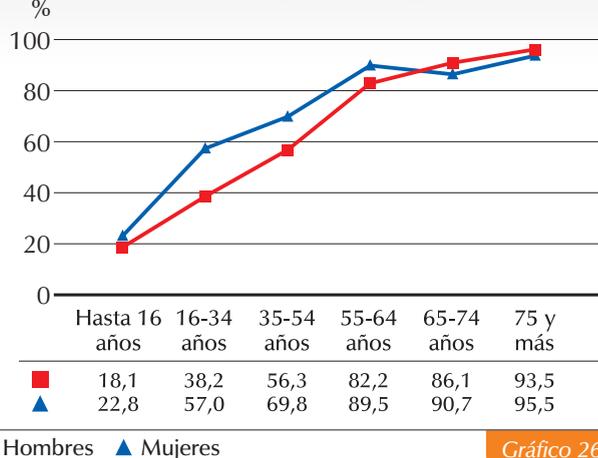


Gráfico 26

Dado que llama la atención el alto porcentaje de problemas desde los grupos de edad más jóvenes (sobre todo en las edades medias), se han analizado más detalladamente las frecuencias de los diferentes problemas o enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticados y padecidos alguna vez³¹. Como se observa en los gráficos siguientes, los principales problemas en el grupo de 16 a 34 años (gráfico 27) son debidos principalmente a alergia crónica; migraña o dolor de cabeza frecuente; asma; varices; dolor de espalda

³¹ La ESCAN-06 pregunta por 27 problemas crónicos, dejando espacio para 2 más.

crónico cervical; depresión, ansiedad u otros trastornos mentales. Mientras que en las edades de 35 a 54 años (gráfico 28) los problemas están relacionados con tensión arterial alta, dolor de espalda, colesterol elevado, varices, artrosis, depresión, migraña y alergia.

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN DIAGNOSTICADOS Y PADECIDOS ALGUNA VEZ EN POBLACIÓN DE 16 A 34 AÑOS, POR ORDEN DE FRECUENCIA

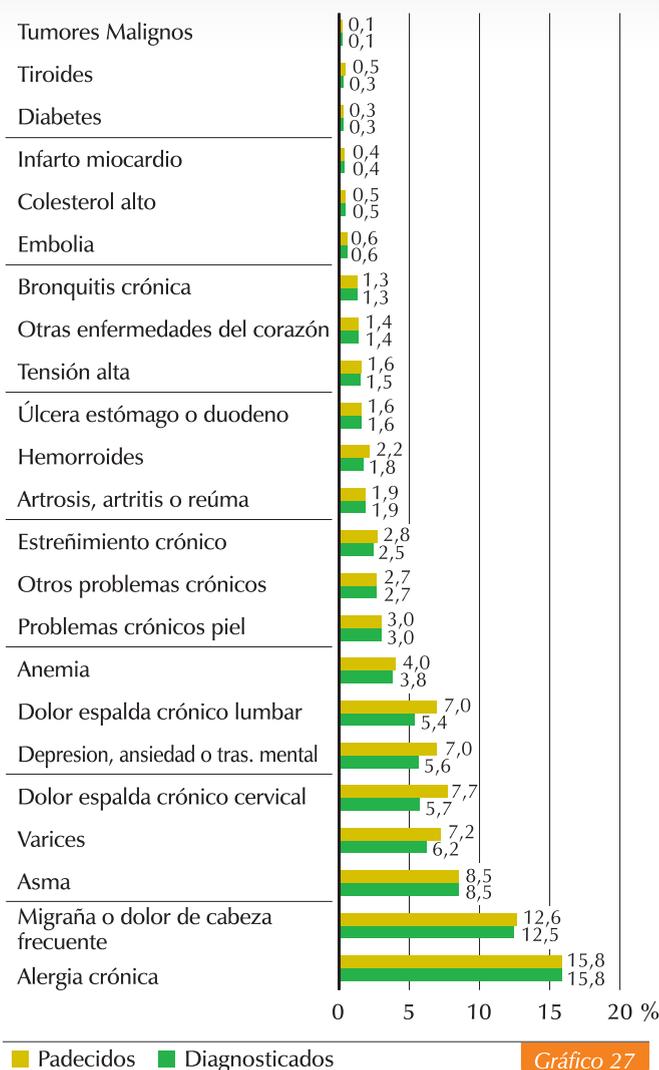


Gráfico 27

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN DIAGNOSTICADOS Y PADECIDOS ALGUNA VEZ EN POBLACIÓN DE 35 A 54 AÑOS, POR ORDEN DE FRECUENCIA

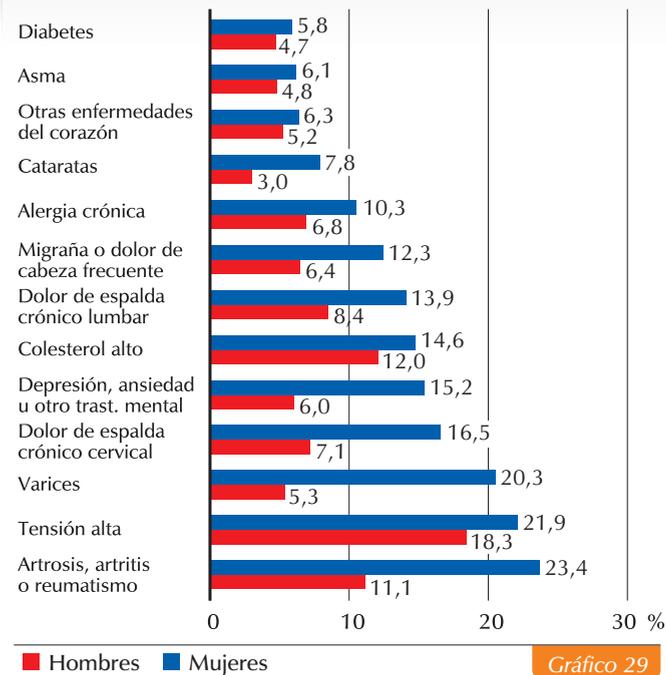


Problemas de salud crónicos o de larga duración más frecuentemente diagnosticados alguna vez en población adulta por sexo

A más de un tercio de la población adulta le ha sido diagnosticado alguna vez un problema de salud cróni-

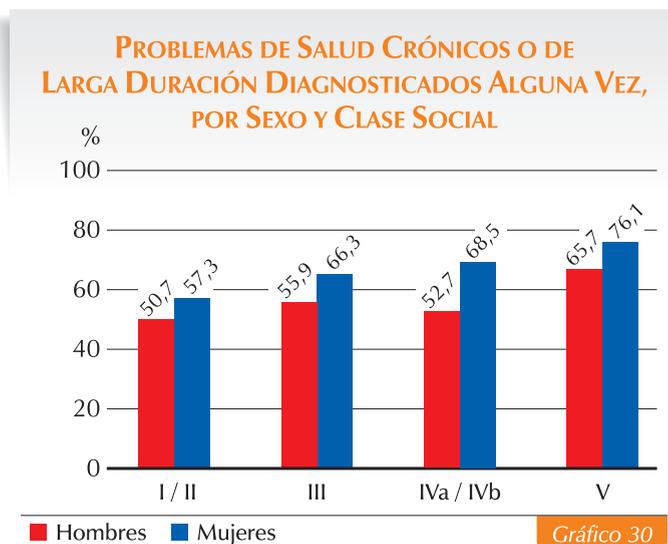
co (67,1%). Como se observa en el gráfico 29, el orden de importancia de los problemas crónicos diagnosticados más frecuentemente difiere entre hombres y mujeres. En las mujeres han sido diagnosticados (prevalencias de al menos un 10%) por orden de frecuencia los siguientes problemas: artrosis, artritis o reumatismo; tensión alta; varices; dolor de espalda crónico cervical; depresión, ansiedad o otros trastornos mentales; colesterol alto; dolor de espalda crónico lumbar; migraña o dolor de cabeza frecuente; alergia crónica. Sin embargo, en los hombres, sólo 3 problemas tiene una prevalencia que supera el 10%: tensión alta; colesterol alto; y artrosis, artritis o reumatismo.

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN DIAGNOSTICADOS ALGUNA VEZ EN PERSONAS ADULTAS, POR SEXO



En el análisis por **clase social** vemos como el porcentaje de personas con diagnóstico de algún problema de salud crónico o de larga duración crece cuanto más

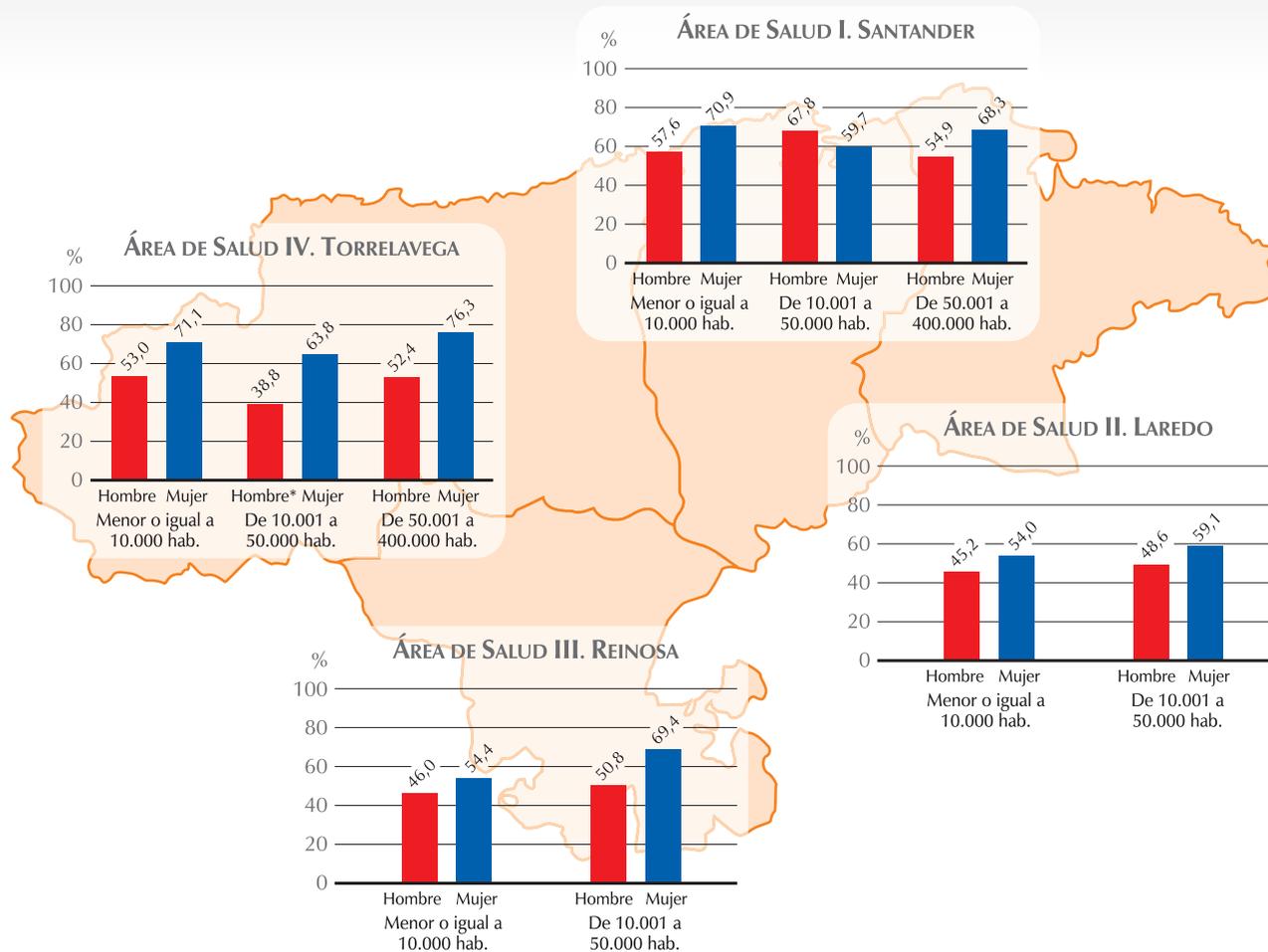
baja es la clase social del hogar, desde un 53,7% en las clases sociales I/II a un 71,4% en la clase social V. Como se puede observar en el gráfico 30, **en todas las clases sociales las mujeres sufren más problemas de salud que los hombres.**



Con respecto al análisis según el **tamaño del municipio de residencia** se dan algunas diferencias en el porcentaje de hombres a quienes se ha diagnosticado un problema crónico (52,0% en los municipios más pequeños y 58,2% en los intermedios) respecto al de mujeres (desde 60,6% en los municipios intermedios hasta 70,2% en los más grandes), siendo para el mismo tamaño de municipio más elevados los porcentajes de mujeres que de hombres con diagnóstico.

Como se observa en el **mapa 3**, el análisis por **áreas sanitarias** muestra como **en todos los tamaños de municipio de las 4 áreas, los problemas crónicos o de larga evolución diagnosticados son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.** Igualmente se observan las mayores prevalencias en las mujeres de Torrelavega ciudad (76,4%) y de los municipios pequeños del Área de Torrelavega (71,1%), seguidas de las observadas en Santander capital (70,9%) y en los municipios más pequeños del Área de Santander (68,4%). Asimismo en las mujeres existen diferencias en el Área de Reinosa, entre el municipio de Reinosa (69,5%) y los municipios más pequeños (54,5%). En los hombres, las mayores prevalencias se encuentran en los municipios medianos del área de Santander (67,9%), siendo las personas del municipio de Los Corrales de Buelna, en el Área de Torrelavega, a quienes menos frecuentemente se les ha diagnosticado algún problema (38,9%).

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN DIAGNOSTICADOS ALGUNA VEZ,
POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

■ Hombres ■ Mujeres

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 3

Problemas de salud crónicos o de larga duración más frecuentemente diagnosticados alguna vez en menores por sexo

En la ESCAN-06 se preguntó por 7 problemas crónicos. En el gráfico 31 se presentan sólo 6 problemas, dado que no se ha encontrado ningún caso de tumores malignos (incluyendo leucemia y linfoma), muy probablemente debido a que la muestra es insuficiente para obtener esta información.

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN DIAGNOSTICADOS ALGUNA VEZ EN MENORES, POR SEXO

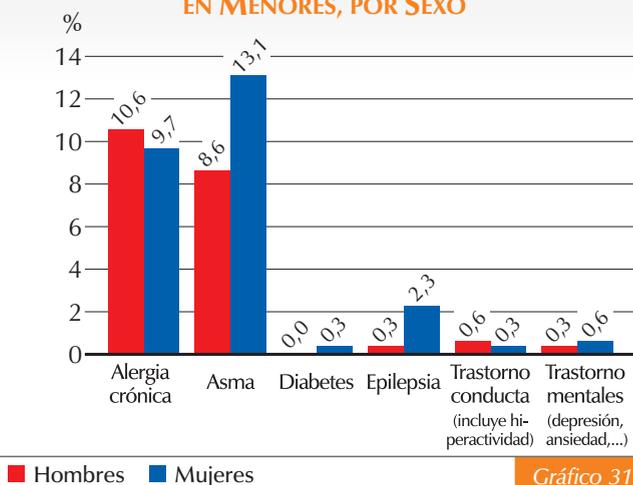


Gráfico 31

A un 20,4% de menores se les ha diagnosticado un problema crónico. Los problemas más frecuentes en menores son el **asma** (10,7%) y la **alergia crónica** (10,2%). Este último se diagnosticó algo más frecuentemente en niños (10,6%) que en niñas (9,7%). Por lo contrario, el asma es más frecuente entre las niñas (13,1%) que entre los niños (8,6%). En el resto de problemas crónicos diagnosticados, las diferencias por sexo son mínimas, excepto en la epilepsia (2% mayor en niñas que en niños).

Problemas de salud crónicos o de larga duración padecidos en los últimos 12 meses

En el último año algo más de la mitad de la **población total** ha padecido algún problema de salud crónico o de larga duración (59,3%). No obstante comparando con los datos nacionales³², las personas **adultas** residentes en Cantabria han sufrido con menos frecuencia que en el conjunto del país la práctica totalidad de los 27 tipos de afecciones de salud consultadas. Por otra parte, las dolencias sufridas por **menores de 16 años** en Cantabria son similares en frecuencia a los datos nacionales, excepto en el asma, que es casi el doble más frecuente en Cantabria. Por el contrario, los trastornos de la conducta en menores son menos frecuentes en nuestra Comunidad Autónoma.

³² Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

El número de personas que padecieron problemas crónicos en el último año, así como el número de personas con una limitación para realizar su actividad habitual debido a una dolencia crónica aumentan con la edad. El porcentaje de mujeres con problemas crónicos en el último año (gráfico 32) es más elevado que el de hombres en todos los grupos de edad hasta los 65 años, edad a partir de la cual se igualan.

PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN PADECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

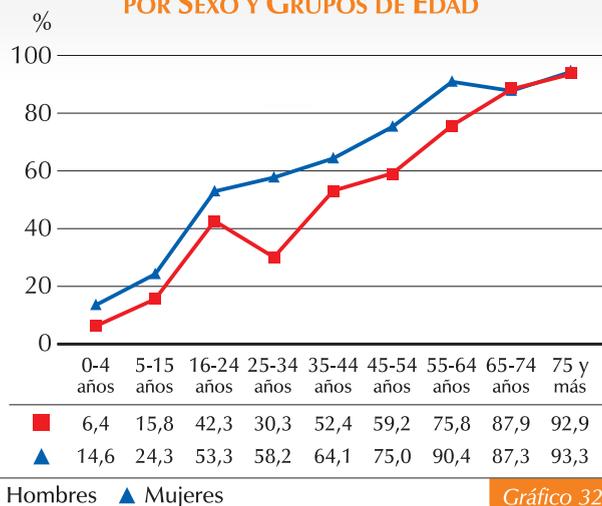


Gráfico 32

Limitación de la actividad habitual por problemas de salud crónicos o de larga duración padecidos en los últimos 12 meses

La limitación de las actividades habituales es una de las consecuencias derivadas de la presencia de problemas de salud relevantes. Se trata de conocer el porcentaje de personas que de alguna forma hayan visto limitada su actividad habitual de forma secundaria a un problema de salud en los últimos 12 meses.

Un cuarto de las personas con problemas crónicos o de larga duración presentan limitaciones para realizar su actividad habitual. En general la limitación es un

poco más frecuente entre las mujeres (28,2%) que entre los hombres (26,8%) con problemas crónicos. Analizando por grupos de edad (gráfico 33), a partir de los 25 años el porcentaje de mujeres con limitación es más elevado que el de hombres en todos los grupos de edad, excepto en el de 55 a 64 años.

Comparando el padecimiento por problemas crónicos de salud en el último año con las limitaciones que éstos producen, se observa que en los grupos de edad a partir de 65 años, aunque los hombres y las mujeres padecen por igual problemas crónicos de salud, es considerablemente mayor el porcentaje de mujeres que sufren limitación de la actividad habitual, fundamentalmente en las mayores de 75 años.

Además, teniendo en cuenta que la distribución por sexo de mayores de 75 años es de 8,9% de mujeres y 7,5% de hombres, el número de mujeres con limitación de la actividad habitual es más elevado, tanto por sobrevivir más mujeres a esa edad como por padecerla con más frecuencia.

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD HABITUAL POR PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN PADECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

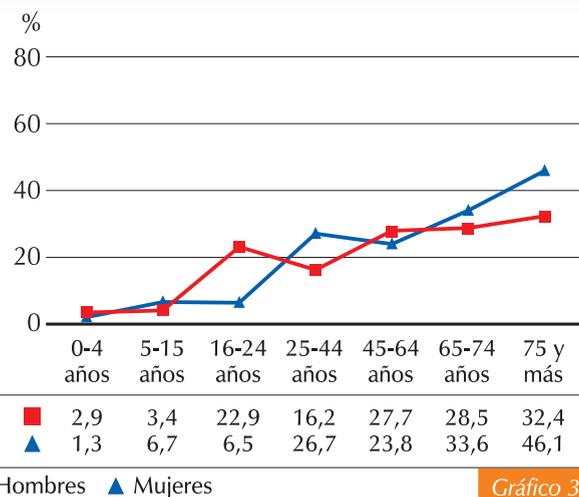


Gráfico 33

En un **análisis comparativo de los problemas crónicos de salud o de larga duración padecidos en el último año y de las limitaciones debidas a los mismos** de acuerdo a la **clase social**, se observa una relación directa entre padecer problemas y pertenecer a la clase social V, especialmente en las mujeres (desde un 57,6% en las clases I/II hasta un 76,1% en la clase V). En los hombres se aprecia una relación inversa, aunque no tan marcada (desde un 48,5% en las clases I/II hasta el 63,5% en la V). El mismo comportamiento se observa con la limitación por problema crónico en los últimos 12 meses (gráfico 34), aumentando en las mujeres desde un 12,6% en las clases I/II hasta un 23,1% en la V, y en los hombres de un 11,2% hasta un 20,6% respectivamente.

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS O DE LARGA DURACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEXO Y CLASE SOCIAL

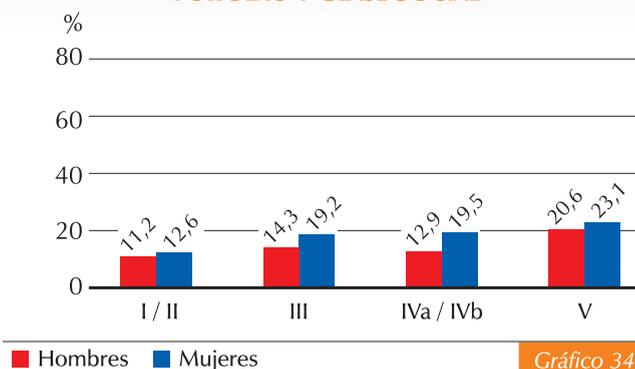


Gráfico 34

Teniendo en cuenta el **tamaño de municipio de residencia**, se observa una prevalencia un poco mayor de **los problemas de salud crónicos o de larga duración padecidos en los últimos 12 meses** en las mujeres que residen en los municipios más grandes (69,2% frente a 61,4% en los intermedios), dándose la situación inversa en los hombres, siendo los que residen en municipios intermedios quienes sufren más problemas (54,9%, frente al 50,1% de quienes residen en municipios grandes). Por otro lado se observa que la frecuencia de **limitación de la actividad habitual por problemas crónicos o de larga duración** es siempre más elevada en las mujeres que en los hombres que residen en el mismo tamaño de municipio, dándose la mayor diferencia por sexo en los municipios pequeños (con problemas crónicos el 50,7% de hombres frente a 67,1% de las mujeres; y con limitación el 13,5% de hombres frente al 25,8% de mujeres).

3.4. Limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses

Según los resultados del análisis de la ESCAN-06, un 15,2% de la población total no institucionalizada presenta alguna limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses, estando el 1,5% de dicha población gravemente limitada. Como es de esperar, existe una tendencia a aumentar de forma exponencial el número de personas con limitación a medida que aumenta la edad (gráfico 35). En los grupos de edad intermedios (de 25 a 64 años) el porcentaje de hombres con limitación es mayor que el de mujeres, sucediendo lo contrario en los grupos de edad más jóvenes y más mayores.

LIMITACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

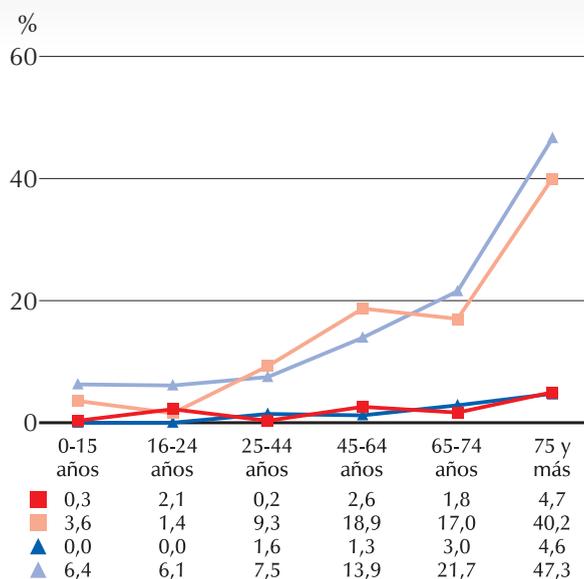


Gráfico 35

- Hombres. Limitación grave
- Hombres. Limitación no grave
- ▲ Mujeres. Limitación grave
- ▲ Mujeres. Limitación no grave

Centrando el análisis sobre el **total de personas no institucionalizadas de 65 y más años**, la ESCAN-06 estima que en torno a 35.000 personas no institucionalizadas de Cantabria no pueden realizar por si mismas las actividades propias de la vida cotidiana y requieren de algún tipo de ayuda personal (13.000 hombres y 22.000 mujeres).

La proporción de **personas no gravemente limitadas** de más de 75 años se duplica (48,7%) respecto al grupo de edad de 65 a 74 años (22,3%). Analizando por sexo (gráfico 36) se observa como este aumento se produce con la edad en hombres y mujeres, estando éstas más frecuentemente limitadas que los hombres. Sin embargo, en el grupo de edad de mayores de 75 años se iguala la proporción de mujeres y hombres **gravemente limitados**.

LIMITACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS, POR SEXO

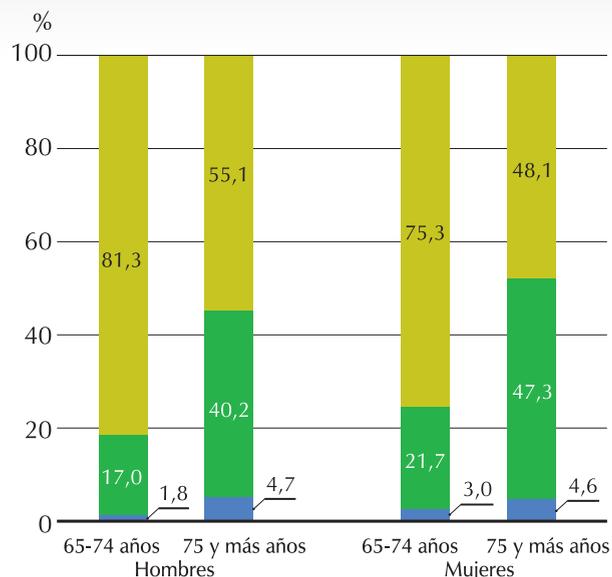
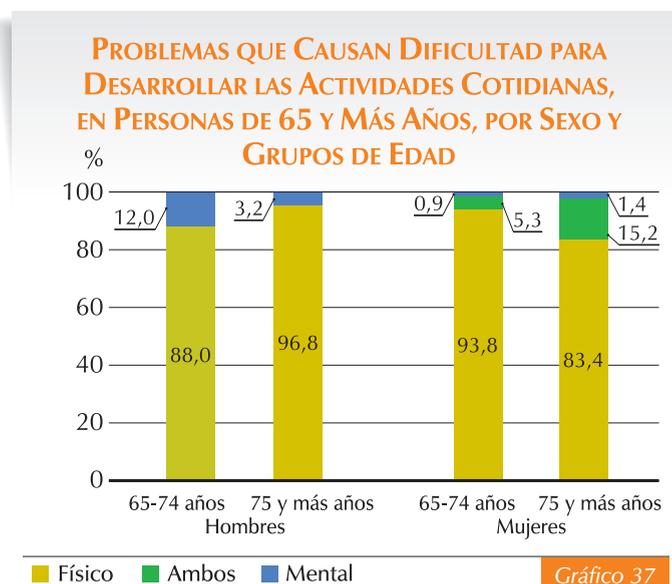


Gráfico 36

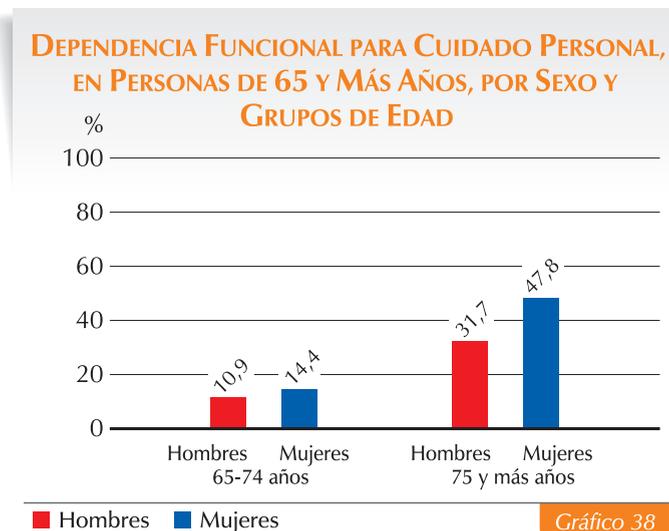
- Sin limitación
- Limitación grave
- Limitado no gravemente

Atendiendo a los **problemas que causan dificultad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana** (gráfico 37), fundamentalmente la limitación es física tanto en hombres como en mujeres de 65 y más años. Es interesante observar que los hombres de la franja de edad de 65 a 74 se ven limitados por problemas mentales en un 12,0%, mientras que entre los de 75 y más, la frecuencia de problemas mentales cae al 3,2%. Los hombres no presentan la combinación de problemas físicos y mentales, ni el aumento de su frecuencia con la edad que se observa en las mujeres.



En el gráfico 38 se presenta la **situación de dependencia de las personas de 65 y más años para su cuidado personal**. La información que se recoge en la encuesta en este apartado se basa en la capacidad de las personas de realizar las actividades cotidianas de cuidado personal con la consiguiente dependencia en caso de no poder realizarlas³³.

Partiendo de que un 25,4% de las personas de 65 y más años tiene dificultades para **su cuidado personal**, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres y aumentando en ambos con la edad, se estima que alrededor de 26.000 personas (9.000 hombres y 17.000 mujeres) requieren ayuda para su cuidado.



³³ La encuesta no pregunta si la persona recibe la asistencia técnica o la ayuda de otra persona porque no sabe o nunca ha realizado dichas actividades.

El porcentaje total de las personas con dependencia funcional para **su cuidado personal** es inversamente proporcional al **nivel de estudios** (desde un 39,6% en las personas mayores que no tienen estudios a un 12,3% en las personas con estudios superiores) y a la **clase social** (desde un 28,7% en la clase V hasta un 19,4% en las clases I/II). Esta tendencia se observa más claramente en las mujeres (gráfico 39), quienes dependen en mayor proporción que los hombres en todos los niveles de estudios excepto en los superiores en que la proporción de hombres cuadruplica a la de mujeres.

DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA CUIDADO PERSONAL, EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS, POR SEXO Y NIVEL DE ESTUDIOS

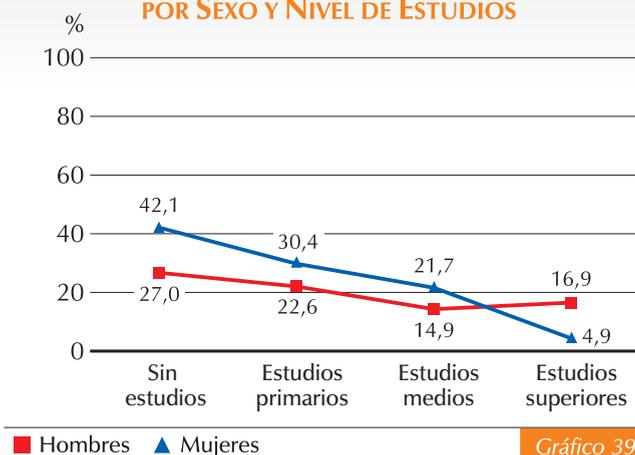


Gráfico 39

En relación con el **tamaño del municipio de residencia**, hay una menor proporción de personas mayores con **dependencia para su cuidado personal** en los municipios pequeños. En contraste, las personas que viven en municipios intermedios presentan el mayor grado de dependencia (un 34,9% en los intermedios, frente a un 25,4% en los grandes y un 19,5% en los pequeños).

Un 21,3% de las personas de 65 y más años depende de ayuda para la realización de **las labores domésticas** y un 20,3% para su **movilidad**, dándose un patrón similar al de dependencia para el cuidado personal, disminuyendo la proporción de personas dependientes con el aumento del nivel de estudios y la mejora de la clase social.

Comparando la situación de dependencia funcional de las personas de 65 y más años de Cantabria con los resultados nacionales³⁴ (tabla 3), los resultados de la ESCAN-06 indican que Cantabria presenta significativos menores grados de dependencia funcional para cuidados personales, labores domésticas y movilidad.

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LAS PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA³⁴

Encuesta Nacional de Salud 2006	Cuidados personales	Labores domésticas	Movilidad
Cantabria	25,4%	21,3%	20,3%
España	34,4%	38,6%	31,4%

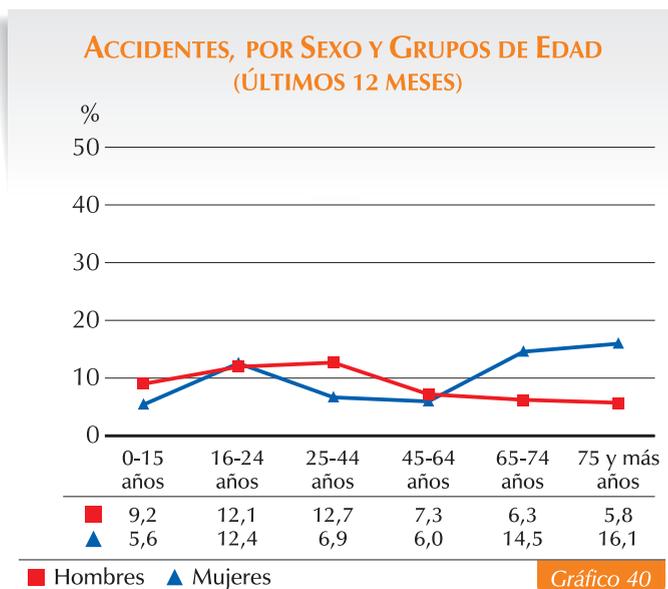
Tabla 3

³⁴ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

3.5. Accidentes

La ESCAN-06 recoge información sobre accidentes de cualquier tipo, incluyendo intoxicaciones o quemaduras, ocurridos en los últimos 12 meses, que fueron causa de lesiones no fatales.

Un 9,2% de la población cántabra declara haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses. La frecuencia de accidentes aumenta hasta los 24 años, disminuyendo en los grupos de edad intermedios y aumentando de nuevo a partir de los 65 años. Al analizar las diferencias por sexo, como se aprecia en el gráfico 40, mientras que los accidentes en los hombres disminuyen a partir de los 45 años, en las mujeres aumentan fundamentalmente a partir de los 65, triplicando su frecuencia respecto a los hombres a partir de los 75 años.



El **tipo de accidentes más frecuentes** son las caídas al mismo nivel (29,9%), los accidentes de tráfico con daño físico (23,5%) y las caídas a desnivel (15,3%).

El **lugar donde se producen más accidentes** es en la casa (28,9%), siendo más frecuentes en las mujeres.

El segundo tipo de accidentes en importancia son los producidos en la carretera como resultado de un accidente de tráfico (26,2%), siendo éstos más frecuentes en los hombres.

En cuanto a la **atención sanitaria precisada por el accidente**, el 83,8% de las personas que sufrieron un accidente necesitó algún tipo de atención médica. Más de la mitad de las personas acudieron a Urgencias (61,4%), un 16,1% acudió a una consulta y un 6,3% requirió ingreso en un hospital.

De acuerdo a la **frecuencia de accidentes por sexo y grupos de edad**, tienen más los hombres jóvenes (12,7% en la edad de 25 a 44 años), y las mujeres de edad avanzada (15,2% en la franja de 65 y más años), seguidos por la población adolescente de ambos sexos (12,1% de los chicos y 12,4% de las chicas de 16 a 24 años).

No se produce una tendencia clara ni por **clase social** (ya que la frecuencia más elevada es entre las personas de las clases I/II, un 9,9%, y la más baja en la clase III, un 7,7%) ni por **tamaño del municipio** de residencia (observándose la frecuencia más alta entre las personas que residen en un municipio medio, 10,5%, y la más baja en los municipios pequeños, 7,4%).

3.6. Agresiones

Un primer dato interesante de los resultados de la ESCAN-06 en este apartado es que las mujeres están más dispuestas a responder a las preguntas sobre maltrato que los hombres. Un 5,7% de mujeres no quisieron responder a las preguntas sobre agresiones y maltratos, frente a un 20% de hombres, dándose pocas diferencias por grupos de edad.

De las respuestas obtenidas, un 1,6% declararon haber sufrido **agresión o maltrato** en el año anterior a la realización de la encuesta³⁵, sin encontrarse diferencias

³⁵ La recogida de la información de la encuesta se realizó desde mediados del 2006 hasta mediados del 2007.

significativas por sexo. Sin embargo, una de cada tres mujeres (34%) que ha sufrido **agresión** identificaron a su pareja como causante, mientras que ninguno de los hombres declaró haber sufrido agresiones o maltrato por parte de su pareja.

En el caso de la población **menor de 16 años**, otra limitación importante de la encuesta es que la persona respondiente no ha sido el niño o la niña, sino la madre, el padre, o la persona que mejor conoce a el o la menor. Según la información aportada por estas personas, un 1% de menores han sufrido agresiones o maltrato en el último año (anterior a la realización de la encuesta). En todos los casos, las agresiones declaradas en la encuesta se produjeron en la escuela, no informándose de ningún caso de agresión en el entorno familiar.

4

DETERMINANTES DE LA SALUD

4 DETERMINANTES DE LA SALUD

4.1. Hábitos de salud

Los hábitos de salud vienen determinados por el estilo de vida de las personas y pueden tener una influencia saludable o nociva para la salud.

Actividad física

La ESCAN-06 define como actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia. La intensidad debe ser, al menos moderada, entendiéndose por tal, la que hace respirar más fuerte de lo normal e incluye, por ejemplo, levantar cargas ligeras, montar en bicicleta a un ritmo regular, etc.

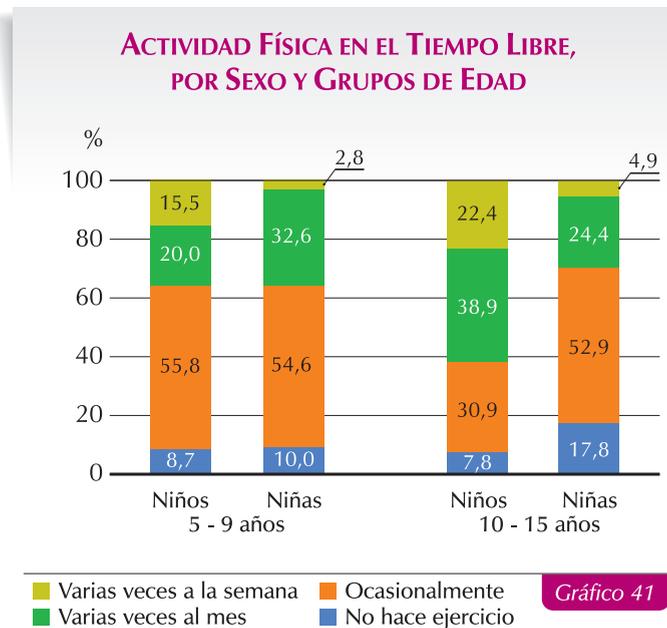
Menores

Las categorías de **actividad física** de las niñas y niños menores de 16 años se definen de la siguiente manera:

- No hace ejercicio: su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional como caminar, ir en bicicleta, gimnasia suave o actividades recreativas de ligero esfuerzo.
- Hace actividad física varias veces el mes, como deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo o juegos de equipo.
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

Un porcentaje muy alto de menores, más del 75%, practica alguna actividad física (81,0% niños y 70,9% niñas), aunque sea de forma ocasional. Las mayores diferencias entre sexos (gráfico 41) las encontramos en la práctica de ejercicio varias veces a la semana, siendo del 15,5% en los niños y del 2,8% en las niñas de 5-9 años, así como del 22,4% en niños y 4,9% en niñas de 10 a 15 años. Además, las niñas de 10 a 15 años

presentan un porcentaje de sedentarismo que duplica el de los niños (17,8% y 7,8% respectivamente).



Personas adultas

La ESCAN-06 pregunta a las personas adultas sobre la frecuencia en las últimas dos semanas de la **realización de ejercicio físico en el tiempo libre** que sea de una duración de más de 20 minutos diferenciando tres tipos de actividades: la práctica ligera (caminar, trabajos de jardinería, gimnasia suave, juegos de poco esfuerzo y similares); la práctica moderada (montar en bicicleta, gimnasia, aeróbica, correr, natación); y la práctica intensa (fútbol, baloncesto, ciclismo, natación de competición, judo, kárate o similares).

La práctica de la actividad física en general aumenta con la edad. Los hombres son quienes más actividad física realizan en su tiempo libre en todos los grupos de edad, exceptuando el grupo de edad de 45 a 64 años (gráfico 42). Cabe destacar que más de la mitad de los hombres en todos los grupos de edad realizan algún tipo de actividad física, llegando al grupo

de 65 años y más en que se registran los mayores porcentajes de hombres que hace algún tipo de actividad física (72,0%). Las mujeres presentan la tasa más alta de inactividad física en el tiempo libre en el grupo de edad de 16 a 24 años.

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA HABITUAL EN SU TIEMPO LIBRE, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

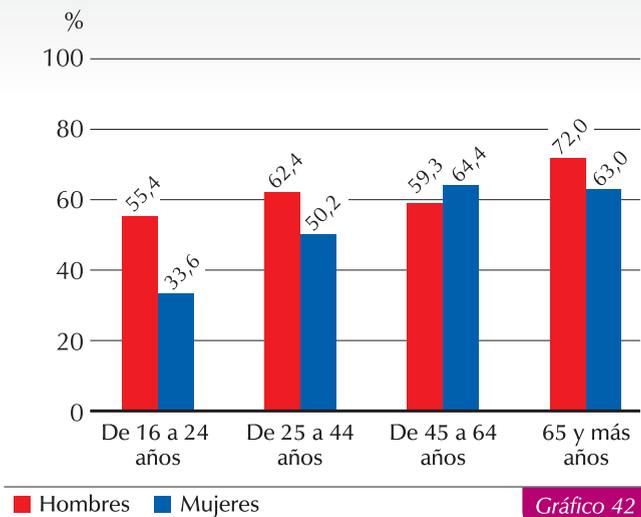


Gráfico 42

En el gráfico 43 se puede observar la distribución por sexo de los diferentes tipos de actividad física en el tiempo libre. Los hombres realizan con más frecuencia que las mujeres actividades físicas **moderadas e intensas**, sucediendo lo contrario con la actividad física **ligera**.

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE, POR SEXO

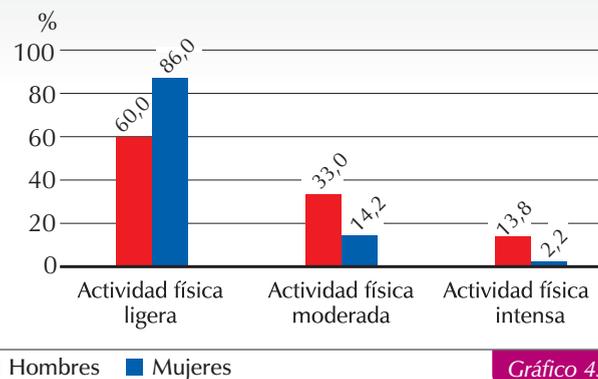


Gráfico 43

En el análisis por grupos de edad, las actividades **ligeras** son realizadas más frecuentemente por las personas mayores (un 97,2% de las de 65 y más años frente a un 33,6% de las de 16 a 24 años), mientras que las moderadas e intensas son realizadas con más frecuencia por las personas jóvenes. Realizan actividad **moderada** el 32,7% de las de 16-24 años, frente al 3,8% de las de 65 y más años; y actividad **intensa** el 42,7% de las de 16-24 años, frente al 0,1% de las de 65 y más años.

Analizando la actividad física de acuerdo al **nivel de estudios** (gráfico 44) se observa cómo a medida que aumenta el nivel de estudios disminuye la actividad física ligera y aumenta la moderada y la intensa, aunque esta última sea menos frecuente y haya menos diferencias entre las personas con estudios medios y superiores. Llama la atención cómo todas las personas sin estudios únicamente realizan actividad física ligera, declarando no hacer otro tipo de actividad física.



El análisis por **clase social** (tabla 4) no muestra grandes diferencias en la **actividad física ligera**, excepto en las clases I/II que la practican en menor proporción que el resto. La actividad física **moderada** sin embargo es claramente más practicada por las clases I/II, sin diferencias significativas entre el resto. Por otro lado, la clase V es la que menos actividad **intensa** realiza.

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE, POR CLASE SOCIAL

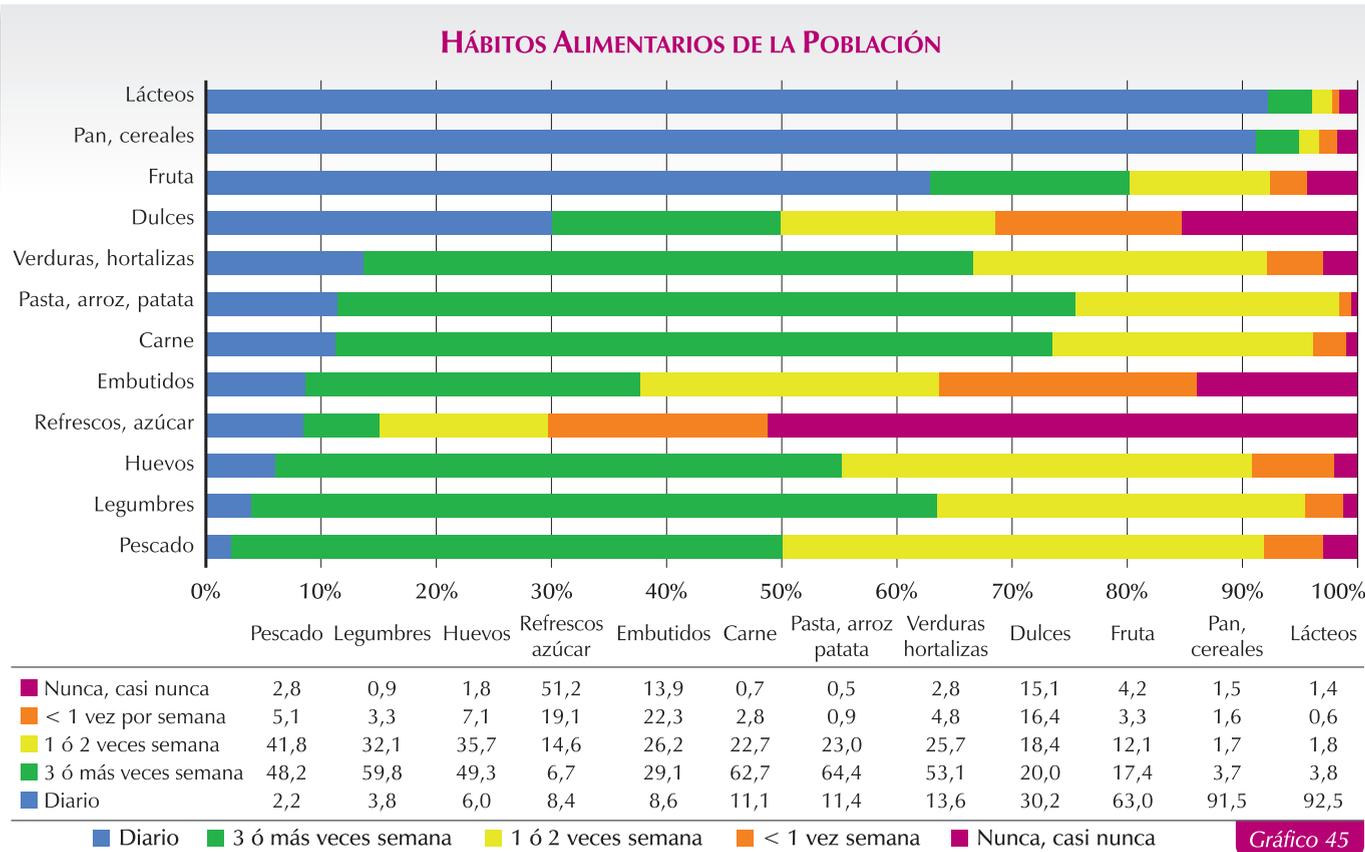
Tipo actividad física	Clase social I/II	Clase social III	Clase social IV a/b	Clase social V
Ligera	63,1%	74,0%	75,4%	74,7%
Moderada	36,5%	19,8%	21,4%	24,0%
Intensa	7,8%	10,1%	8,3%	3,9%

Tabla 4

Hábitos alimentarios y dieta

Los alimentos más consumidos diariamente (gráfico 45) son los lácteos (92,5%), pan y cereales (91,5%) y fruta (63,0%). Solamente consumen verduras y hortalizas diariamente el 13,6% de la población, mientras que el consumo diario de dulces se eleva al 30,2%.

Los alimentos que más se consumen con una frecuencia de tres o más veces a la semana son la pasta, arroz y patatas (64,4%), la carne (62,7%), legumbres (59,8%), verduras y hortalizas (53,1%), huevos (49,3%) y pescado (48,2%). La mitad de la población (50,2%) toma dulces al menos 3 veces a la semana.



Aunque no existen grandes diferencias por sexo en el consumo de alimentos, el consumo diario (gráfico 46) de lácteos, fruta y verduras es ligeramente mayor entre las mujeres; mientras los hombres comen más carnes, embutidos y legumbres.

CONSUMO DIARIO DE ALIMENTOS, POR SEXO

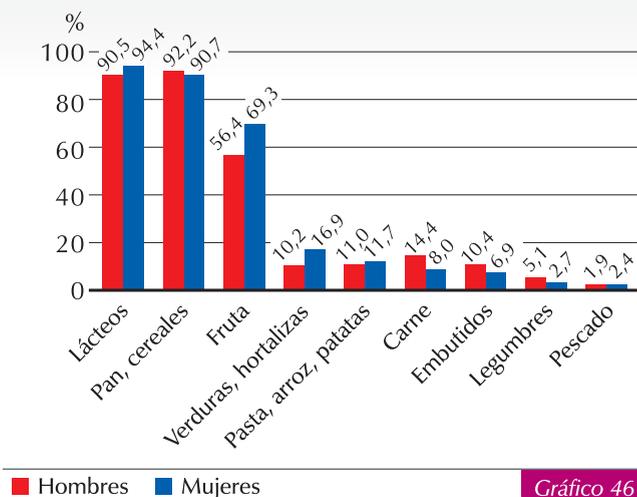


Gráfico 46

En la **alimentación de la población infantil** es importante destacar la frecuencia de **consumo de comida rápida**, snacks o comidas saladas, y dulces.

Algo más de la mitad de la población infantil (51,1%) no consume comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas, etc.) nunca o casi nunca. Diariamente, consumen comida rápida con un poco más de frecuencia los niños (2,1%) que las niñas (0,8%), pero no se observan diferencias por sexo en el consumo tres veces por semana o más.

Resulta relevante destacar las diferencias observadas en los patrones de **consumo de comida rápida por sexo** en todas las **clases sociales** excepto en las I/II en que niños y niñas presentan un consumo muy bajo o nulo (gráfico 47). Mientras que en las niñas aumenta el consumo con la clase social (de 4,1% en la clase V a 17,9% en la III), en los niños se observa el comportamiento contrario.

CONSUMO DE COMIDAS RÁPIDAS, SNACKS O DULCES AL MENOS 3 VECES POR SEMANA, POR SEXO Y CLASE SOCIAL

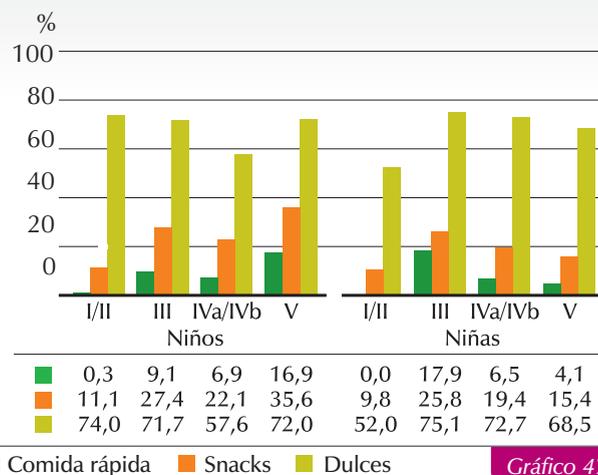


Gráfico 47

Es igualmente importante destacar que un 30,2% del total de la población infantil **consume diariamente dulces** (galletas, bollería, caramelos, mermeladas, etc.), alrededor de la mitad de los niños y niñas toman dulces tres veces por semana o más y sólo un 15,1% no lo consumen nunca o casi nunca.

En relación con las **recomendaciones del Ministerio de Sanidad**³⁶ sobre alimentación, los resultados de la ESCAN-06 muestran un bajo consumo diario tanto de frutas (63,0%) como de verduras y hortalizas (13,6%) por parte de la población cántabra.

36 Ministerio de Sanidad: «Alimentación saludable» Nutrición y salud personal. <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/alimentacion/tema2.htm>

Dieta

Un 11,4% de la población total realiza algún tipo de **dieta o régimen especial**, siendo algo más frecuente entre las mujeres (13,8%) que entre los hombres (8,9%).

Entre las personas adultas, el 10,1% de los hombres y el 15,5% de las mujeres siguen una dieta o régimen. Las personas de 65 y más años (24,2%) son las que con más frecuencia siguen una dieta, descendiendo con la edad hasta el grupo de edad de 16 a 24 años (4,6%).

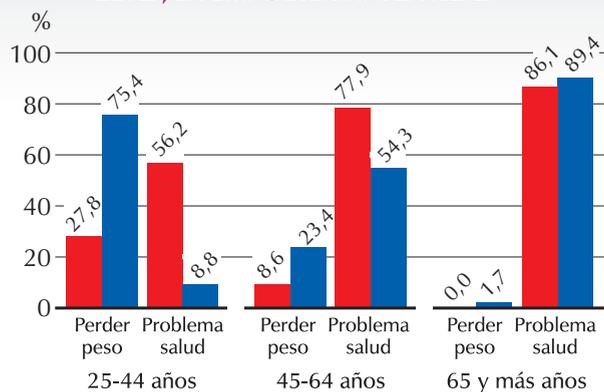
En cuanto a las **razones por las que se hace dieta**, en general las personas más jóvenes hacen dieta para perder peso, mientras que las personas más mayores, de 65 y más lo hacen por problemas de salud. En el gráfico 48 se ha eliminado la franja de edad de 16 a 24 años por no contar con suficiente muestra, aunque ésta sea una edad muy importante de estudio.

En el análisis más detallado por **sexo y edad** se encuentra que las mujeres de 25 a 44 años hacen dieta principalmente para perder peso, aumentando con la edad la razón de hacer dieta por motivos de salud, mientras que en los hombres los motivos de salud son mayoritarios en todas las edades.

Analizando los resultados de la encuesta sobre la realización en la población adulta de dieta de acuerdo al **nivel de estudios y clase social**, se encuentra que las personas sin estudios (29,1%) y las personas de clase social V (16,8%) presentan el mayor porcentaje de seguimiento de una dieta, descendiendo a medida que aumenta el nivel de estudios (7,1% con estudios superiores) y la clase social (8,7% en las clases I/II). En cuanto a las razones por las que se hace una dieta, se observa que a medida que aumenta el nivel de estudios se eleva la proporción de personas que hace dieta para perder peso, mientras que las personas con menos estudios hacen dieta por problemas de salud.

De acuerdo al **tamaño de municipio de residencia**, es en los municipios más pequeños de hasta 10.000 habitantes donde más población sigue una dieta (16,9%, comparado con el 10,0% y 11,5% en los municipios medianos y grandes, respectivamente). La causa principal de hacer dieta en los municipios más pequeños es por problemas de salud (72,7%).

RAZÓN DE HACER DIETA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



■ Hombres ■ Mujeres

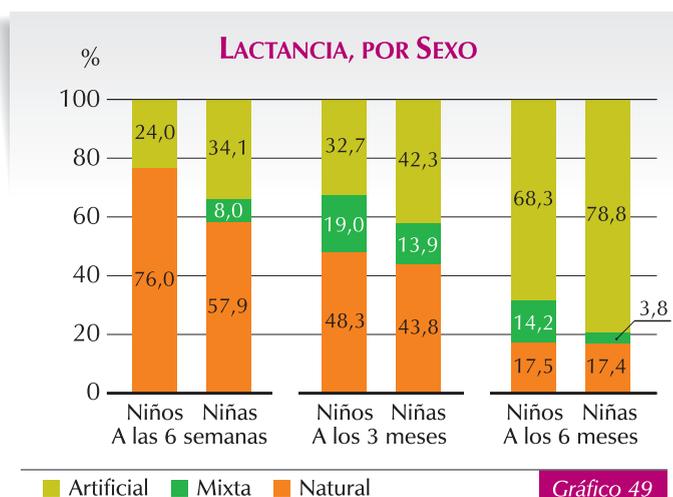
Gráfico 48

Lactancia

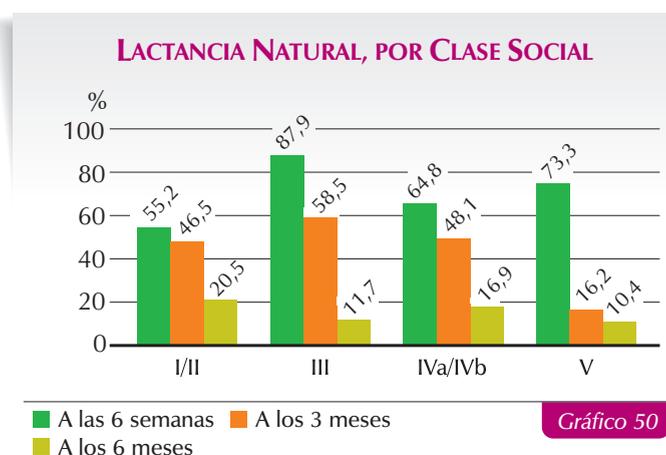
Los resultados de la ESCAN-06 muestran cómo la **lactancia natural** va disminuyendo de forma progresiva desde el nacimiento del bebé hasta los 6 meses, dejando paso a la lactancia artificial. La ESCAN-06 pregunta sobre población que el momento de la encuesta tuviera de 6 meses a 4 años.

El 66,4% de las madres mantienen la lactancia exclusivamente natural a las 6 semanas del nacimiento, cifra que disminuye al 45,9% a los 3 meses y al 19,4% a los 6 meses.

En el análisis por sexo (gráfico 49), se observan diferencias notorias entre lactantes niños (76,0%) y niñas (57,9%). A los 3 meses la lactancia natural se equilibra con la artificial y la mixta, igualándose asimismo entre lactantes niños y niñas. A los 6 meses la lactancia artificial es mayoritaria, siendo más frecuente en niñas (78,8%) que en niños (68,3%).



En relación a la **clase social** (gráfico 50), son las clases I/II las que tienen una prevalencia menor (55,2%) de lactancia natural en las 6 primeras semanas, y la clase social III la que mayor prevalencia presenta (89,0%), seguida de la clase social V (73,3%). Sin embargo, las clases sociales I/II son, al mismo tiempo, las que mantienen una prevalencia más elevada de lactancia natural a los 6 meses (20,5%) y las que menos lactancia artificial utilizan (61,4%). Es de destacar igualmente, la caída en la lactancia natural de la clase V a los 3 meses.



En el análisis por **tamaño de municipio de residencia** (gráfico 51), se observa que los municipios más pequeños (iguales o menores a 10.000 habitantes) son los que presentan una mayor prevalencia de lactancia natural tanto a las 6 semanas (77,2%) como a los 3 meses (50,8%), igualándose a los 6 meses con el resto de los municipios.

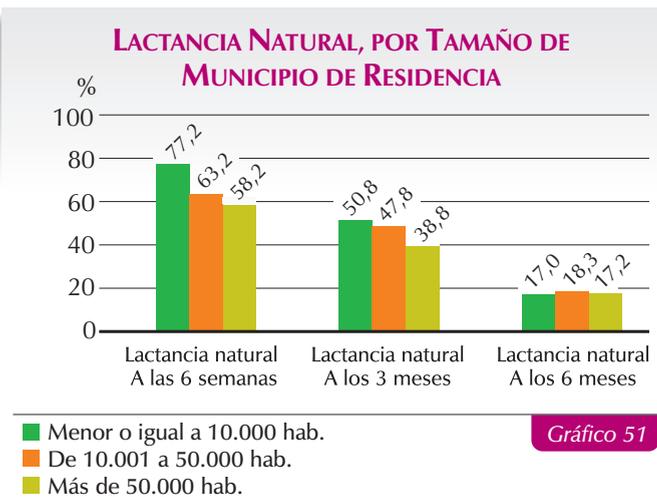


Gráfico 51

Horas de sueño

Los resultados de la ESCAN-06 muestran (gráfico 52) que a medida que aumenta la **edad** disminuyen las horas de sueño (incluyendo la siesta), siendo los menores quienes dedican más tiempo al descanso (media de horas de sueño de 9,2 horas al día). La media de horas de sueño en personas adultas es de 7,4 horas al día, sin diferencias significativas por sexo hasta la edad de 55 años en que los hombres empiezan a presentar medias más altas que las mujeres.

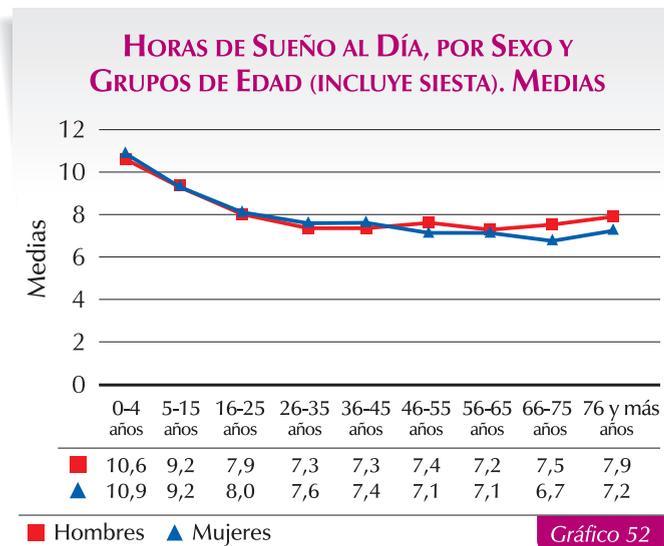


Gráfico 52

Las diferencias encontradas en las horas de sueño según **clase social** y **tamaño de municipio de residencia** no llegan a superar la hora de diferencia cuando se analizan por sexo.

Menores de 1 a 16 años: consumo de televisión y consumo de videojuegos, ordenador o Internet

En general el **consumo de televisión** entre menores a partir de 1 año es elevado (86,4%), aumentando en los niños con la edad, tanto entre semana como en el fin de semana, mientras que en las niñas disminuye el consumo entre semana a medida que aumenta la edad y en fin de semana en el grupo de 10-15 años con respecto a las edades previas. En ambos sexos los mayores consumos se dan los fines de semana.

Como se puede observar en el gráfico 53, la frecuencia de niños y niñas que no ven televisión por grupos de edad no presenta diferencias notables ni entre semana ni en el fin de semana, excepto en la edad de 10 a 15 años en que hay más niñas que no ven la tele a lo largo de toda la semana.

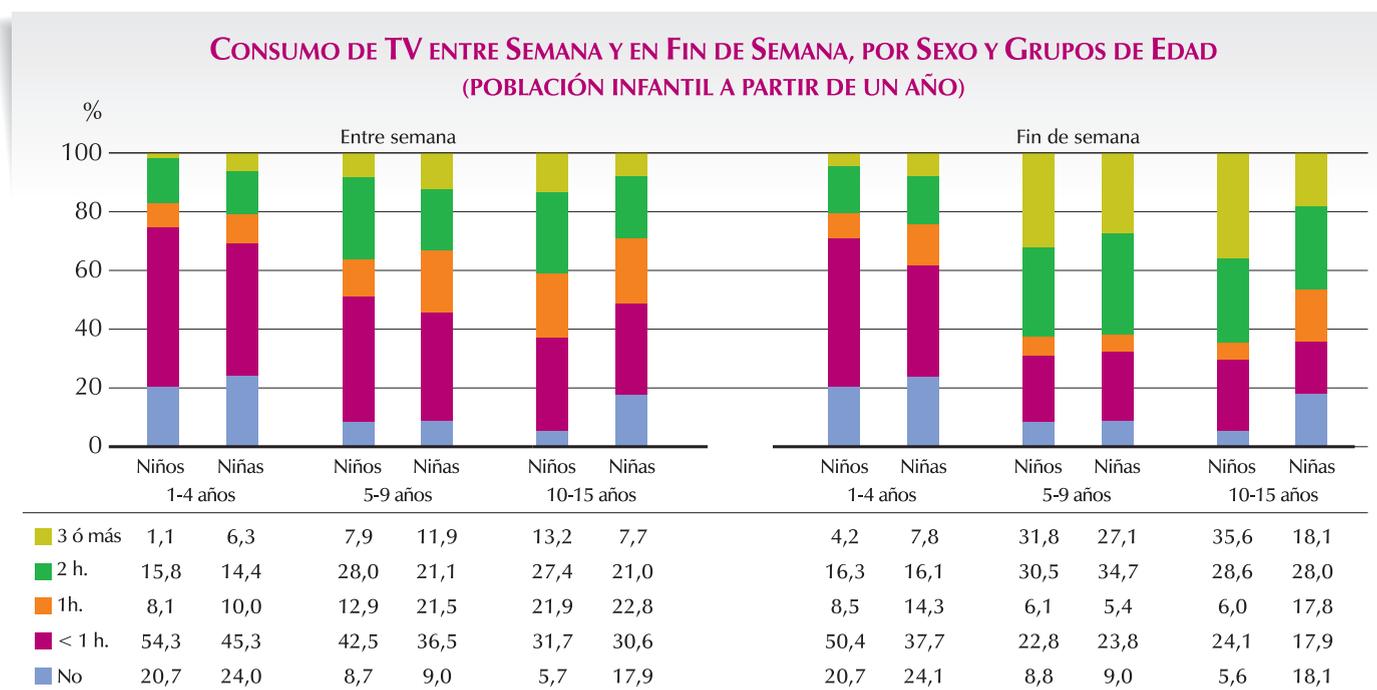


Gráfico 53

En cuanto al **consumo de videojuegos, ordenador o Internet** se da un patrón similar al de la TV (gráfico 54), utilizándose más en el fin de semana que durante la semana en ambos sexos, y siendo los niños los que más tiempo le dedican, sobre todo a partir de los 10 años. Llama la atención la diferencia entre niños y niñas en la franja de edad de 1 a 4 años, en que ya utilizan estas tecnologías el 21,4% de niños y el 13,5 % de niñas; así como en la de 10 a 15 años, en que el porcentaje de niñas que no lo utilizan es 7 veces superior al de los niños, siendo al mismo tiempo entre las niñas que lo utilizan muy inferior el número de horas de consumo respecto a los niños.

En conjunto, es más alto el **consumo de TV y/o videojuegos, ordenador o Internet** en niños que en niñas. En niños el consumo de los videojuegos llega a sobrepasar al de TV en algunos grupos de edad, lo que indica una creciente penetración de estas tecnologías de ocio entre la población menor.

UTILIZACIÓN DE VIDEOJUEGOS, ORDENADOR O INTERNET, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD
(POBLACIÓN INFANTIL A PARTIR DE UN AÑO)

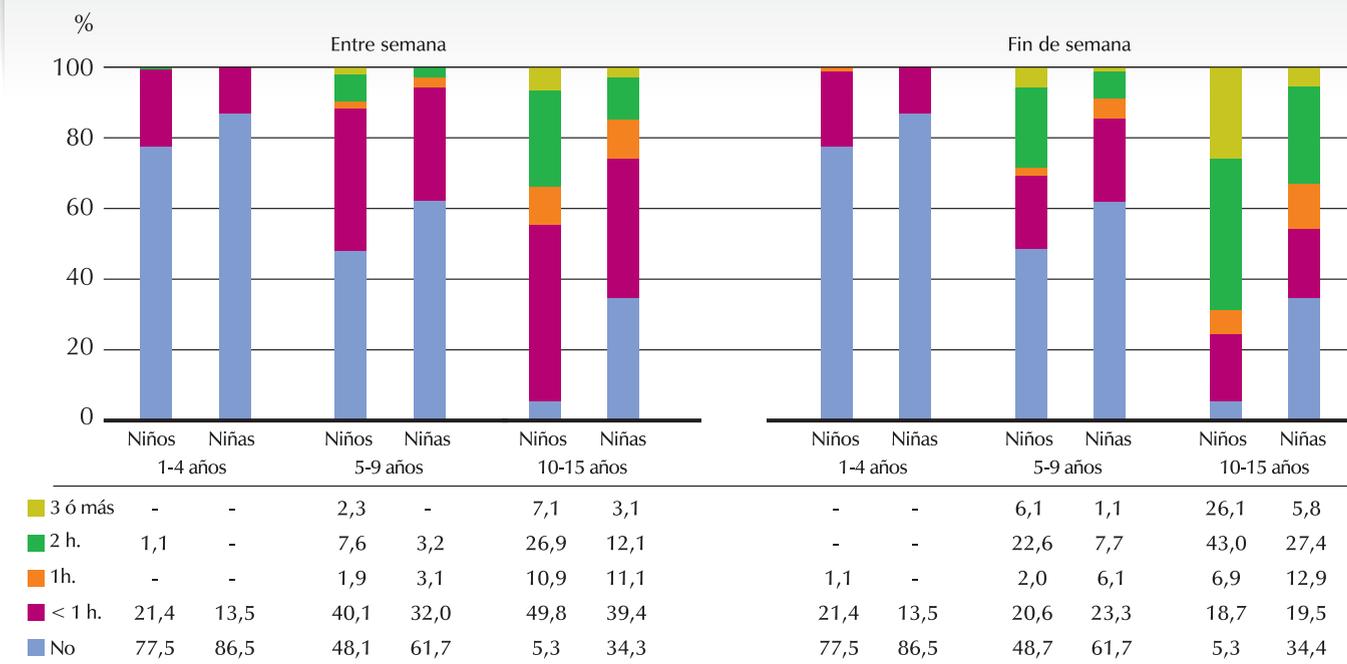


Gráfico 54

Si sumamos el tiempo dedicado a ver la televisión y a jugar con los videojuegos, ordenador o Internet en quienes consumen más de 1 hora al día (ver gráfico 55), se observa que, excepto en las niñas de 1 a 4 años, en el resto de grupos de edad los niños consumen siempre de media más horas al día que las niñas, llegando en los niños de 10 a 15 años a las 2,8 horas diarias de media entre semana y 4,2 horas diarias en fin de semana.

CONSUMO DE TV Y/O VIDEOJUEGOS/ORDENADOR/INTERNET ENTRE SEMANA Y FIN DE SEMANA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (POBLACIÓN INFANTIL A PARTIR DE 1 AÑO QUE VE O JUEGA MÁS DE 1 HORA)

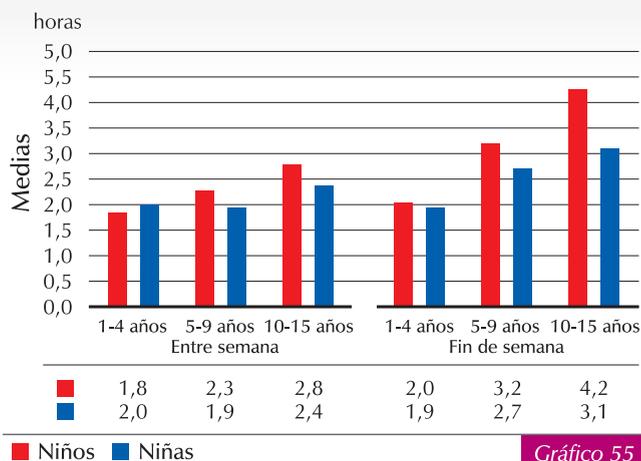


Gráfico 55

Consumo de tabaco en personas adultas y exposición al humo en menores

De acuerdo a los resultados de la ESCAN-06, un 33,9% de la población de 16 años o más es fumadora. **Los hombres fuman con más frecuencia que las mujeres** (37,9% y 30,2% respectivamente).

Un 31,3% de la población adulta fuma a diario y un 2,6% lo hace ocasionalmente. Es exfumadora un 19,1% de la población y un 47% nunca ha fumado. Entre quienes fuman diariamente, algo más de la mitad (51,4%) no ha modificado su hábito en los últimos 2 años, un 26,6% fuma menos y un 22,0% fuma más que hace 2 años. **Una mayor proporción de hombres**

que de mujeres ha reducido su hábito con respecto a lo que fumaban 2 años antes. Por el contrario, las fumadoras no solamente no han reducido su hábito, sino que, además, **un mayor porcentaje de mujeres que de hombres ha incrementado su consumo.**

El análisis por sexo muestra que el 34,3% de los hombres y el 28,6% de las mujeres fuman diariamente en Cantabria (gráfico 56), frecuencia mayor que en el conjunto nacional³⁷ (31,6% de hombres y 21,5% de mujeres). La edad media de inicio al consumo diario de tabaco está en 17,4 años para los hombres y 17,7 años para las mujeres. Por otra parte, el 35,1% de los hombres y el 58,2% de las mujeres declaran no haber fumado nunca.

CONSUMO DE TABACO, POR SEXO

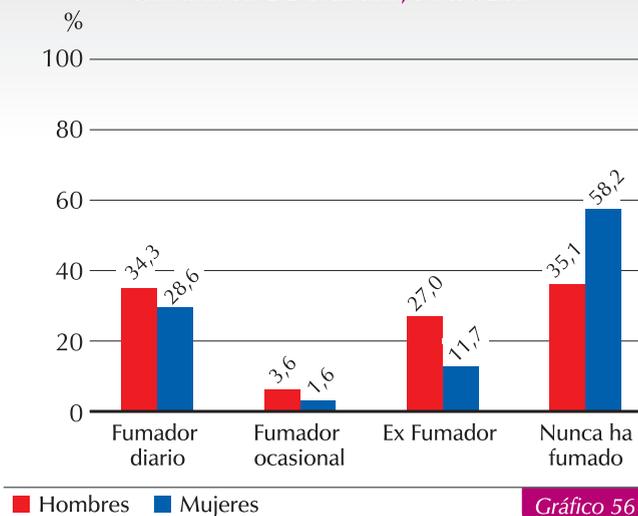
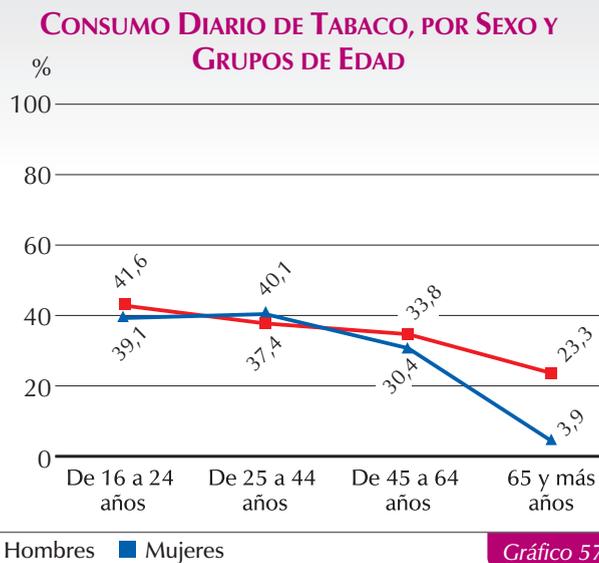


Gráfico 56

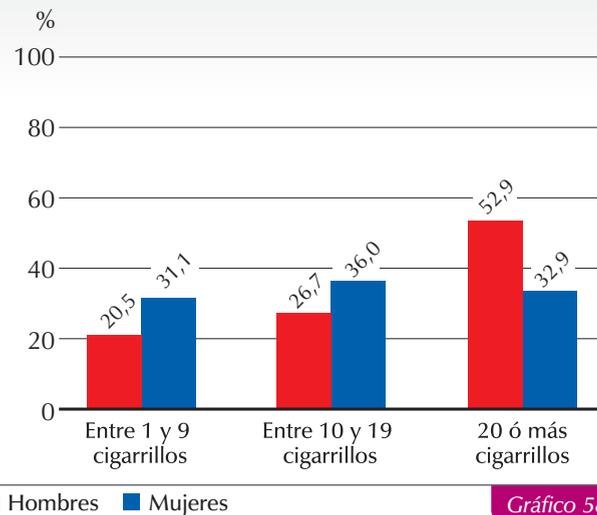
³⁷ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

Como se observa en el gráfico 57, en el análisis por **grupos de edad y sexo**, la mayor cota de consumo de tabaco diario se da en el grupo de edad de 16 a 24 años, disminuyendo progresivamente con la edad. El consumo diario es mayor entre hombres que entre mujeres, excepto en el grupo de edad de 25 a 44 años en que más mujeres que hombres fuman diariamente. Es de señalar la diferencia en el grupo de edad de 65 y más años en que se da el consumo más bajo de todos los grupos de edad en las mujeres (3,9%), así como la mayor diferencia respecto a los hombres (3,9% frente a 23,3%). Esto es debido a que el aumento del tabaquismo entre las mujeres es más reciente que entre los hombres, y en la franja de mayor edad muchas mujeres no llegaron a fumar nunca.

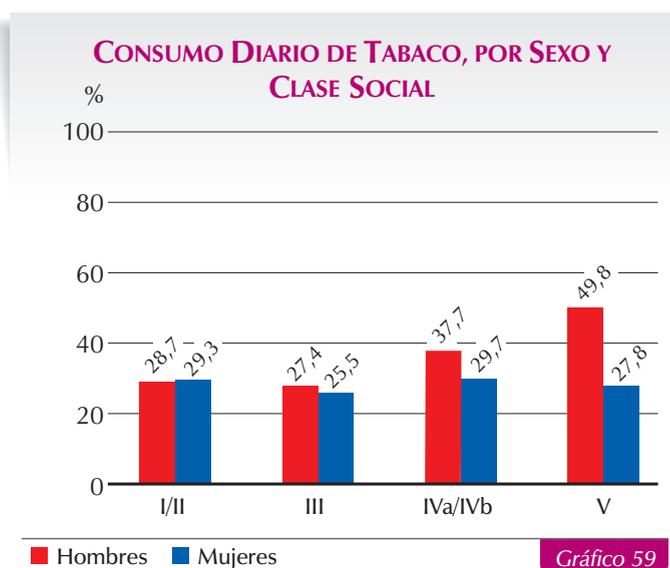


En cuanto a la **frecuencia de consumo**, la cantidad media de cigarrillos consumidos **en las personas que fuman a diario** es de 14,8 por día, siendo el consumo medio de 16,0 en los hombres y 13,0 en las mujeres. Algo más de la mitad de los hombres consumen al menos una cajetilla (20 cigarrillos) al día, mientras que entre las mujeres la proporción de fumadoras de una cajetilla o más es menor (gráfico 58). Sin embargo, el porcentaje de mujeres que fuman menos de 20 cigarrillos al día es más alto que el de los hombres.

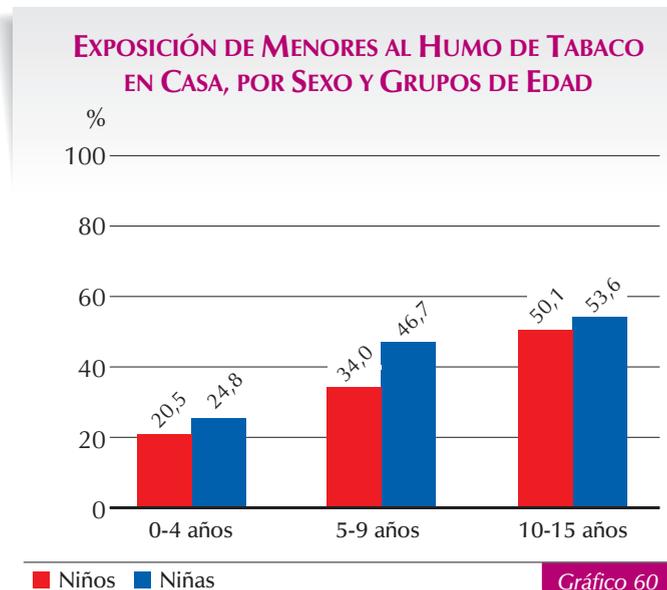
NÚMERO DE CIGARRILLOS QUE CONSUME LA POBLACIÓN QUE FUMA A DIARIO, POR SEXO



En el análisis del **consumo de tabaco por clase social** (gráfico 59), existe una diferencia clara entre las clases sociales I/II y III (con consumos similares en ambos sexos) frente a las clases sociales IVa/IVb y V que presentan una significativa mayor prevalencia de consumo diario en los hombres así como una marcada diferencia con respecto al consumo de las mujeres. Sin embargo, entre las mujeres no existen prácticamente diferencias en el consumo entre las clases sociales.



Los resultados de la encuesta son indicativos de una importante **exposición de menores al humo del tabaco en la casa** (gráfico 60), aumentando con la edad y estando más expuestas las niñas que los niños en todos los grupos de edad. Una quinta parte de los niños y una cuarta parte de las niñas de 0 a 4 años padecen exposición al humo del tabaco, así como la mitad de los niños y un poco más de la mitad de las niñas en el grupo de edad de 10 a 15 años. Es relevante el elevado número de menores que en Cantabria están expuestos al humo de tabaco, con las consecuencias negativas que puede ocasionar a su salud actual y futura.



Los niños y niñas más expuestos son los de las **clases sociales III, IVa/IVb y V** (por encima del 40% frente a un 29% de la clase I/II).

Como se aprecia en el **mapa 4**, en todas las **áreas de salud** y en todos los **municipios** los hombres fuman más que las mujeres, excepto en la ciudad de Torrelavega.

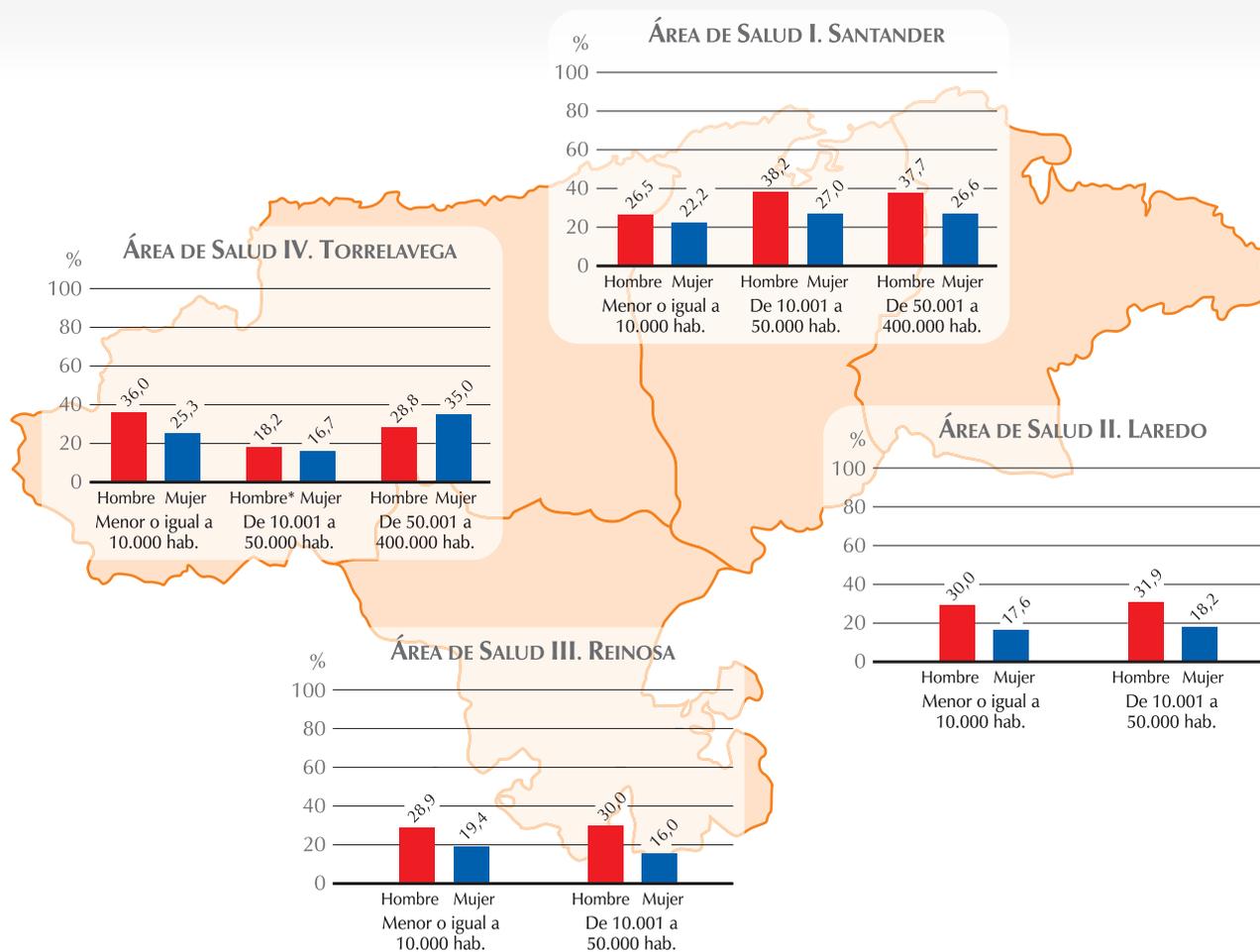
En el área de Torrelavega, en los municipios más pequeños fuman a diario más hombres (36,0%) que mujeres (25,3%), tendiendo a igualarse en los medianos (18,2% hombres y 16,8% mujeres de Los Corrales de Buelna) y fumando más mujeres diariamente que hombres en la ciudad de Torrelavega (28,8% hombres y 35,0% mujeres).

En las áreas de Reinosa y Laredo se presenta el mismo patrón de prevalencia en hombres y en mujeres, siendo los hombres quienes fuman más a diario.

En el área de Santander se observan ligeras diferencias entre las mujeres de los distintos municipios (entre un 22,2% de las mujeres de los municipios más pequeños y un 27% de las de municipios medianos), mientras en los hombres las diferencias son mayores entre los que residen en los municipios más pequeños (un 26,5%) frente a un 37,7% en la ciudad de Santander y un 38,2% en los municipios medianos.

En las áreas de Torrelavega y Santander se encuentran mayores consumos entre las mujeres que en las de Reinosa y Laredo.

PERSONAS QUE FUMAN DIARIAMENTE, POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

■ Hombres ■ Mujeres

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 4

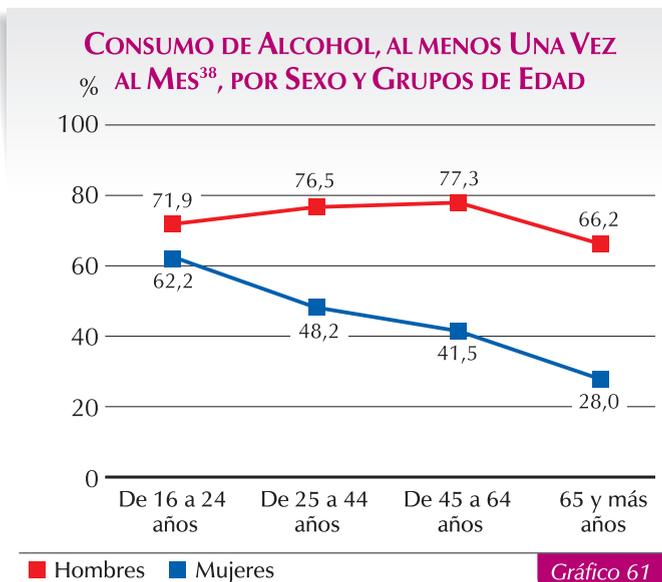
Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es un hábito cuyos efectos en la salud varían dependiendo de la edad de la persona consumidora, al tipo de alcohol y la cantidad consumida, pudiendo llegar a constituir un riesgo serio para la salud.

De acuerdo a la ESCAN-06, un 52,7% de la población ha consumido alguna bebida alcohólica en las dos semanas anteriores a la encuesta.

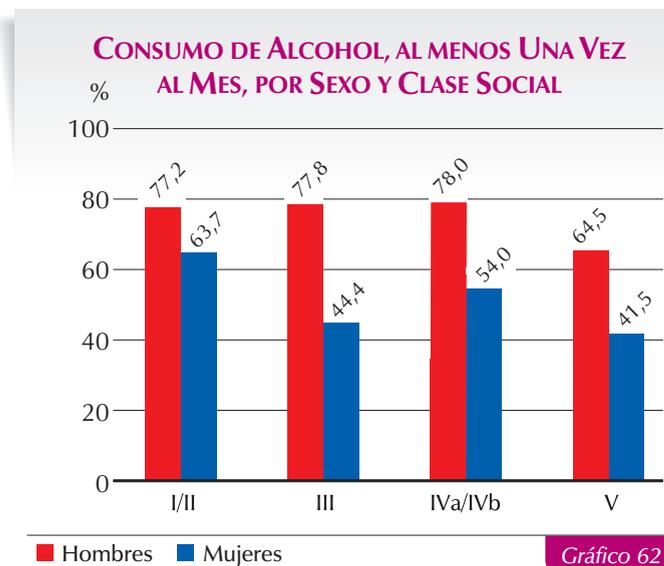
En Cantabria, la edad media de inicio al **consumo de alcohol regularmente** es de 17,6 años para los hombres y de 19,0 años para las mujeres.

El **consumo de alcohol (al menos una vez al mes)** presenta patrones muy diferentes según el sexo (gráfico 61), siendo relativamente estable en el hombre a lo largo de la vida (ligeramente menor en los más jóvenes y en los más mayores), y disminuyendo con la edad en las mujeres, desde la edad de 16 a 24 años, en que se da el consumo más alto y más cercano al de los hombres, hasta las de mayor edad, en que el consumo es el más bajo y se distancia más del de los hombres.

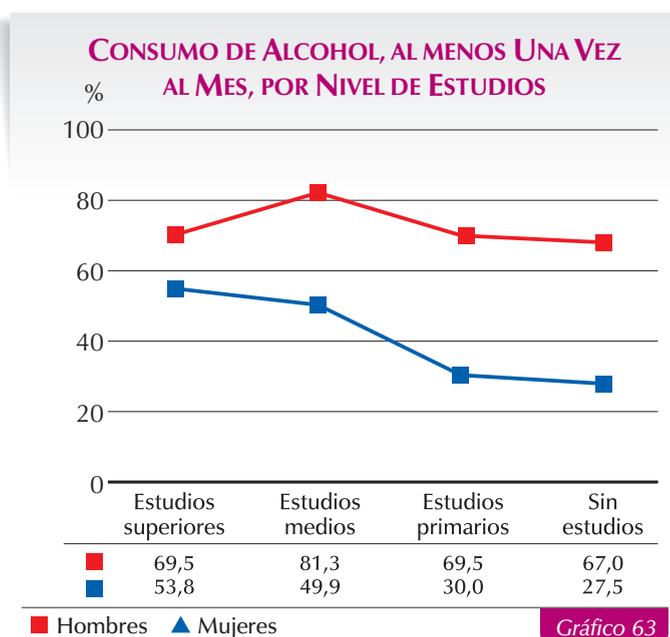


38 Incluye el consumo diario y semanal.

El análisis del consumo por **clase social** muestra una ingesta de alcohol mayor entre los hombres que entre las mujeres en todos los grupos socioeconómicos (gráfico 62), dándose entre los hombres un patrón de consumo elevado en todas las clases sociales, siendo algo menor en la clase V. En las mujeres se observa igualmente un menor consumo de alcohol en la clase V (41,5%) y en la clase III (44,4%) frente al de las mujeres de las clases I/II (63,7%), que son las que con más frecuencia consumen.



En cuanto al **nivel de estudios**, el patrón de consumo se corresponde con el de la clase social, siendo mayor en los hombres en todos los niveles de estudios y reduciéndose las diferencias entre hombres y mujeres en los estudios superiores (gráfico 63). El consumo más alto en los hombres con estudios medios corresponde al de las clases sociales III y IV. Las mujeres presentan un patrón claro de mayor consumo a medida que aumenta el nivel de estudios.

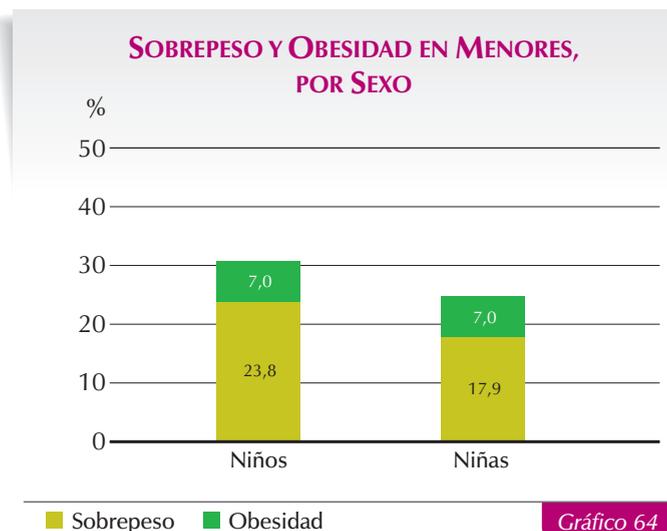


Sobrepeso y obesidad

Se ha utilizado el Índice de Masa Corporal (kg/m²) -IMC³⁹- para estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Sobrepeso y Obesidad en niños y niñas de 2 a 17 años

El 21,2% de la **población menor** (de 2 a 17 años), tiene **exceso de peso**. El 30,8% de los niños y el 24,9% de las niñas presentan algún tipo de exceso de peso (gráfico 64), clasificándose como sobrepeso al 23,8% de los niños y el 17,9% de las niñas. La prevalencia de obesidad en la población de menores es del 7% en ambos sexos.



39 Ver metodología para más detalle sobre el IMC.

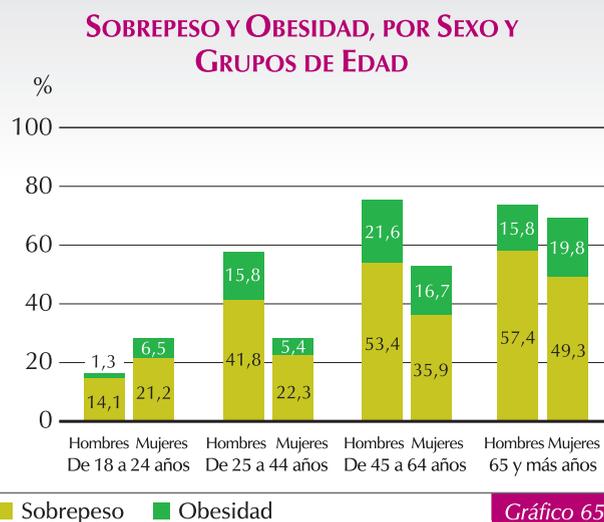
Sobrepeso y Obesidad en Personas de 18 años y más años

El sobrepeso y la obesidad tienden a aumentar con la edad en toda la población adulta.

La mitad de la población adulta de Cantabria presenta un **peso por encima de lo normal para su talla**, ocurriendo **con más frecuencia en los hombres que en las mujeres**. Mientras que un mayor porcentaje de mujeres tiene un peso adecuado (54,3% frente al 36,7% de hombres), el 62,5% de los hombres presentan sobrepeso u obesidad (frente al 43,8% de las mujeres).

Los hombres presentan prevalencias de sobrepeso considerablemente más altos que las mujeres a partir de los 25 años en todos los grupos de edad, diferencia que se observa a pesar del aumento progresivo de la prevalencia de sobrepeso en las mujeres con la edad (gráfico 65).

En cuanto a la **obesidad** es más prevalente en las mujeres de 16 a 24 años y de 65 y más años, siendo en el resto de grupos de edad los hombres quienes presentan una prevalencia más alta.



Como se puede observar en el gráfico 66, independientemente de la **clase social** de pertenencia, los hombres presentan mayores prevalencias de sobrepeso que las mujeres. Lo mismo ocurre con las prevalencias de obesidad, salvo en la clase V en que se observan pocas diferencias entre hombres y mujeres. Además se aprecia, tanto en hombres como en mujeres, una tendencia ascendente a medida que disminuye la clase social. Son llamativas las diferencias en la prevalencia de obesidad, la cual pasa del 7,7% en hombres y 5,1% en mujeres de las clases sociales I/II, al 21,7% en hombres y 21,1% en mujeres de la clase V. Por lo tanto, se puede decir que el 52,8% de los hombres de las clases sociales I/II y en el 69,3% de la clase social V tienen exceso de peso. En las mujeres, el 26,3% de las clases sociales I/II presentan exceso de peso, frente al 52,7% de la clase V.



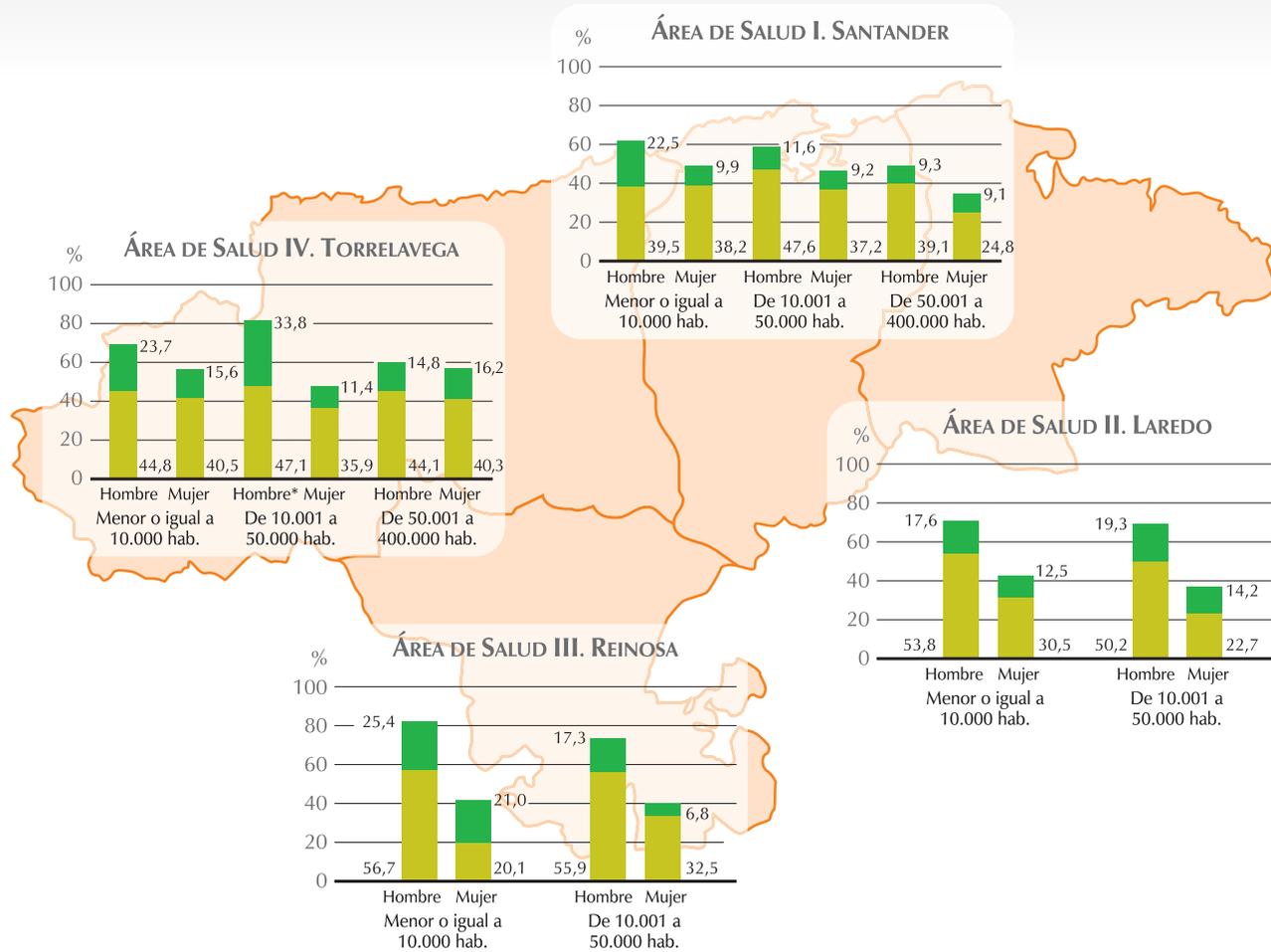
En el análisis por **tamaño de municipio de residencia dentro de cada área sanitaria**, se observa cómo los hombres sobrepasan a las mujeres en todos los tamaños de municipio tanto en prevalencia de sobrepeso como de obesidad, siendo en general más significativas las diferencias entre sexos en el sobrepeso.

En el área de Santander, tanto para hombres como para mujeres, las prevalencias más altas de exceso de peso se producen en los municipios pequeños y medianos.

Las mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad se encuentra entre hombres de los municipios medianos del área de Torrelavega (en concreto Los Corrales de Buelna) y de los municipios pequeños del área de Reinosa.

Son las mujeres del área de Reinosa quienes menor prevalencia de obesidad presentan de toda la Comunidad Autónoma.

SOBREPESO Y OBESIDAD, POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DE MUNICIPIO DE RESIDENCIA



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

■ Sobrepeso ■ Obesidad

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 5

4.2. Trabajo reproductivo

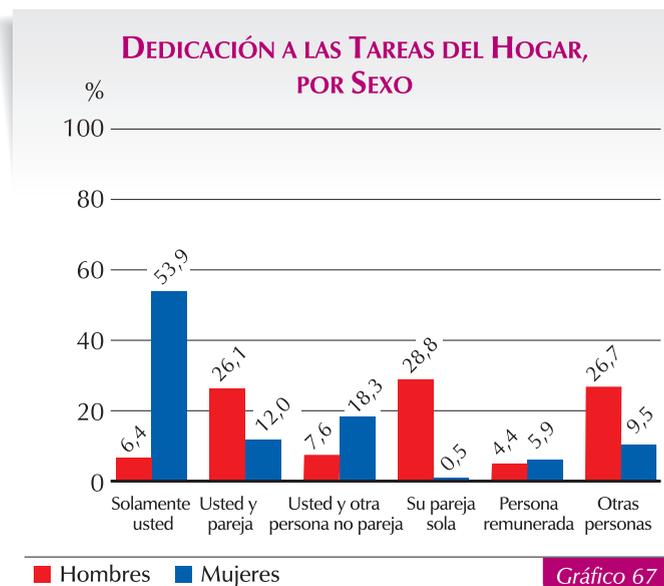
La ESCAN-06 aborda 4 tareas diferentes dentro del ámbito familiar, midiéndose los tiempos dedicados a cada una de ellas: el tiempo dedicado a las tareas del hogar, al cuidado de menores, de personas mayores y de personas con discapacidades.

Es necesario aclarar que los datos sobre **cuidado de personas se refieren solo a aquellos hogares con alguna persona dependiente** (ya sean menores, mayores o con alguna discapacidad). Asimismo cuando se mide la ocupación en las tareas de trabajo reproductivo hay que tener en cuenta que **el tiempo empleado en dichas tareas se ha recogido únicamente en las personas que realizan cada tarea**. Por ello es importante aclarar que los porcentajes y las medias que se presentan en esta sección están calculados sobre aquellas personas que le dedican tiempo a este tipo de tareas y no sobre la población total.

Tiempo dedicado a las tareas del hogar

El 84,2% de las mujeres declaran dedicarse a estas tareas (ya sea solas o junto a otra persona que no es remunerada por ello) frente al 40,1% de los hombres. Un 53,9% de las mujeres manifiestan ocuparse solas del cuidado del hogar frente a un 6,4% de los hombres. Mientras que un 26,1% de los hombres se dedican junto a su pareja, únicamente el 0,5% de las mujeres manifiesta contar con su pareja (gráfico 67). Por otra parte, en un 5,1% de hogares hay una persona contratada que realiza las tareas del hogar.

Como se ha indicado en la metodología, los tiempos de dedicación al trabajo reproductivo se presentan utilizando, por un lado medidas de posición/ordenación (percentiles), y por otro agrupando los tiempos en categorías.



Entre las personas que se dedican al cuidado del hogar, los hombres dedican una media de 16,9 horas a la semana y las mujeres dedican una media de 24,7 horas. Como se observa en el gráfico 68, entre quienes menos tiempo le dedican (13 horas o menos a la semana) se encuentra el 41,4% de los hombres y el 11,9% de mujeres, y entre las personas que más tiempo dedican (más de 28 horas a la semana), está el 21,8% de mujeres y el 4,9% de hombres. El 67,1% de las mujeres dedica más de 20 horas semanales (hasta un máximo de 48 horas).

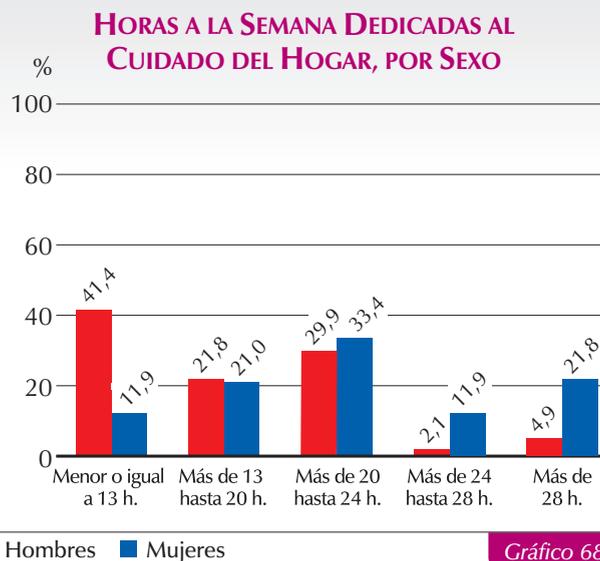


Gráfico 68

Por **nivel de estudios** son las mujeres en todos los niveles quienes más tiempo dedican a las tareas del hogar. El 25% de las mujeres sin estudios dedican 48 o más horas semanales, mientras que el mismo porcentaje de las que cuentan con estudios primarios dedican 49 ó más horas. Por otra parte, el 25% de las mujeres con estudios medios dedican 42 ó más horas, y el 25% de las de estudios superiores dedican 36 ó más horas.

Tiempo dedicado al cuidado de menores de 15 años

Un 20,2% de la población tiene una persona menor en el hogar. El 80,4% de las mujeres declaran que se ocupan solas o conjuntamente con su pareja u otra persona que no es su pareja pero que no es remunerada por el cuidado del menor (gráfico 69). Los hombres manifiestan que participan en el cuidado de menores en un 56,4%, mayoritariamente de forma conjunta con su pareja (54,1%). Un 38,5% de las mujeres se hacen cargo solas del cuidado de menores que viven en el hogar, frente a un 1,4% de los hombres.

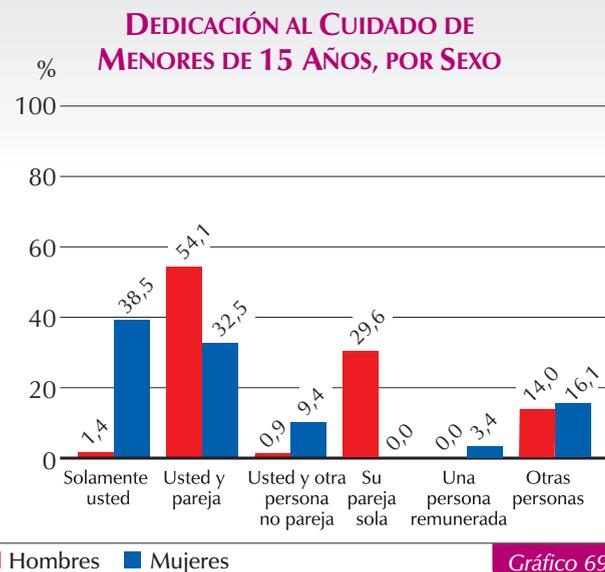


Gráfico 69

En el análisis **por sexo** de las **horas dedicadas al cuidado de menores a la semana** (gráfico 70), los hombres ocupan las categorías más bajas, dedicando un 53,4% de ellos 24 horas o menos a la semana. Por el contrario, a medida que aumentan las horas dedicadas al cuidado de menores aumenta la proporción de mujeres, declarando el 53,9% de las mujeres una dedicación de más de 38 horas. La media de horas de cuidado de menores por parte de las mujeres es de 52,7 horas a la semana, mientras que los hombres dedican 29 horas de media a la semana.

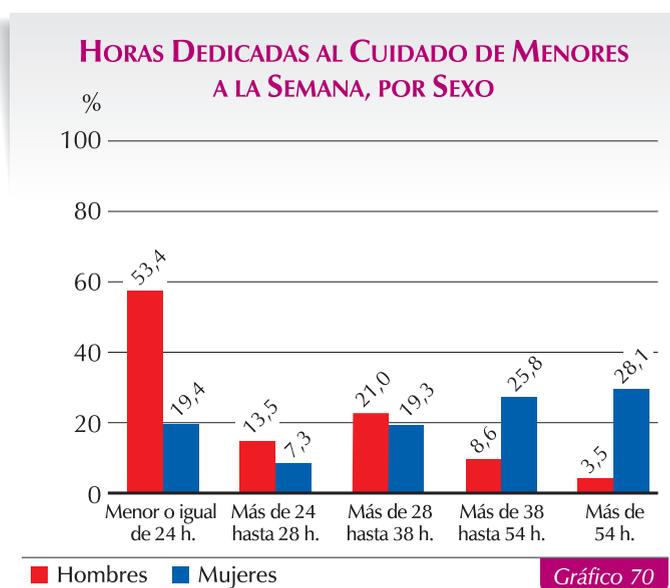


Gráfico 70

Tiempo dedicado al cuidado de personas mayores de 74 años

Un 8,3% de la población tiene personas mayores a su cargo. El patrón de cuidado de las personas mayores dependientes es muy similar a los anteriores, siendo las mujeres quienes llevan la mayor carga del cuidado. El 64,3% de las mujeres manifiestan dedicarse solas o con otra persona a su cuidado, frente al 38,1% de hombres (gráfico 71). Las mujeres llevan esta responsabilidad mayoritariamente de forma solitaria (54,2%), en comparación con los hombres (11,2%).

Por otra parte, el 12,3% de hogares con personas mayores dependientes tiene una persona remunerada para ayudar con el cuidado y en un 3,2% tienen ayuda de los servicios sociales.

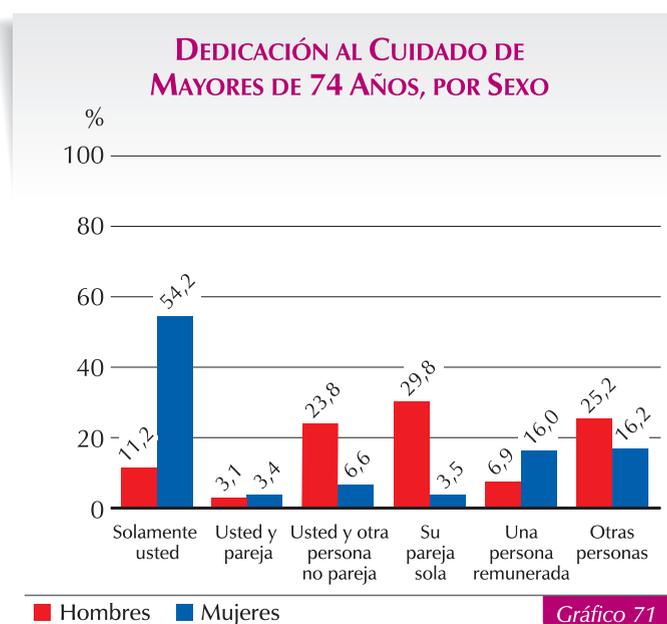
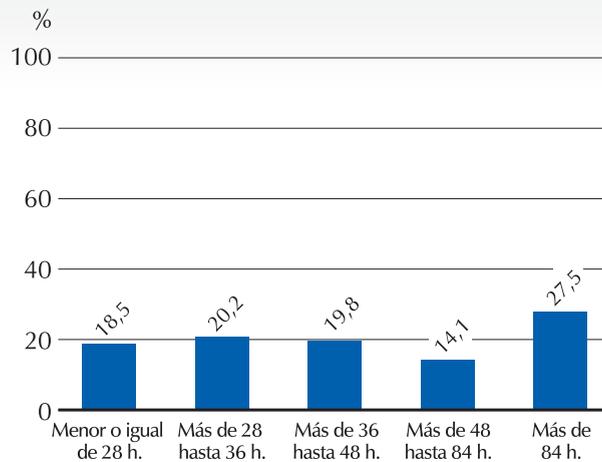


Gráfico 71

En cuanto al tiempo dedicado al cuidado de personas de 75 y más años y de personas discapacitadas se presentan solo datos relativos a mujeres por no haber muestra suficiente de hombres cuidadores. Entre las mujeres que se dedican al cuidado de personas mayores, un 41,6% dedican más de 48 horas a la semana a estos cuidados (gráfico 72).

HORAS DEDICADAS AL CUIDADO DE MAYORES DE 74 AÑOS DURANTE LA SEMANA. MUJERES



■ Mujeres

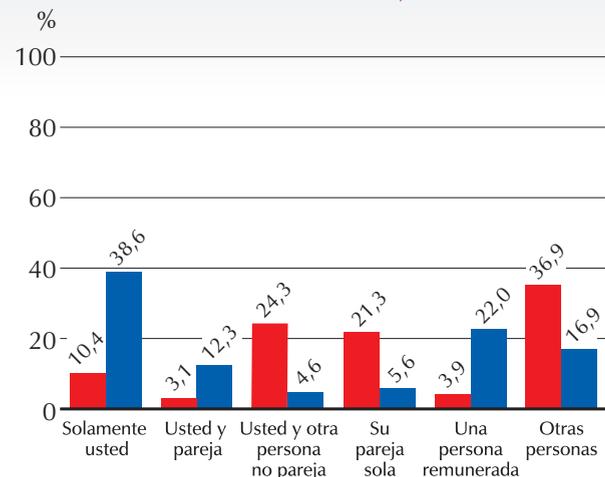
Gráfico 72

Tiempo dedicado al cuidado de personas discapacitadas

De acuerdo a la ESCAN-06, un 6,6% de la población declara que hay una persona discapacitada en el hogar. En el cuidado de las personas discapacitadas en el hogar se observa un patrón similar a los anteriores, aunque con diferencias algo menores entre hombres y mujeres que en las tareas ya descritas. De la población que tiene personas discapacitadas a su cargo (gráfico 73), el 55,5% de las mujeres manifiestan dedicarse solas o con otra persona, frente al 37,8% de los hombres. Continúan siendo las mujeres quienes más manifiestan dedicarse en solitario (38,6% frente al 10,4% de los hombres). Éstos generalmente suelen ocuparse del cuidado de personas discapacitadas acompañados de otra persona que no es su pareja (24,3%).

Además, el 13,8% de hogares donde hay personas discapacitadas cuentan con una persona remunerada para su cuidado y un 3,3% con la ayuda de servicios sociales.

DEDICACIÓN AL CUIDADO DE PERSONAS DISCAPACITADAS, POR SEXO



■ Hombres ■ Mujeres

Gráfico 73

Como se ha mencionado en el cuidado de mayores, se presentan solo datos relativos a mujeres por no haber muestra suficiente de hombres cuidadores. Entre las mujeres que realizan esta tarea (gráfico 74), un 53,2% le dedican más de 60 horas a la semana.

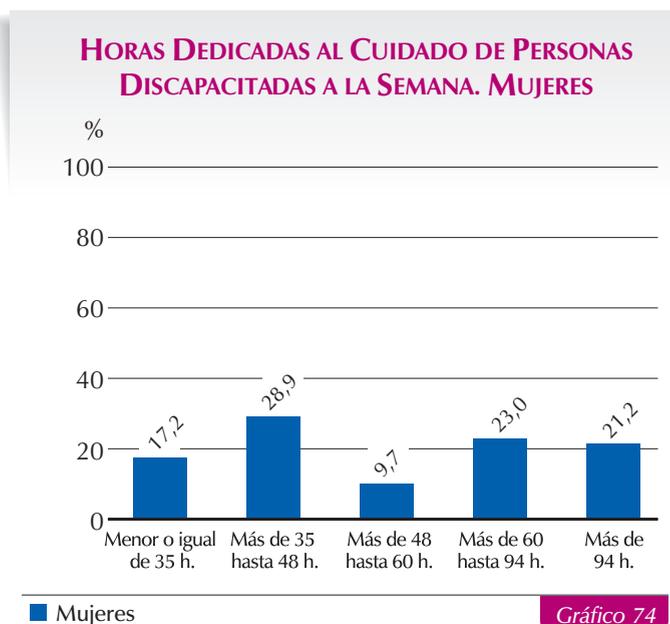


Gráfico 74

4.3. Prácticas preventivas

Salud bucodental

A más de la mitad de la población cántabra le han extraído alguna pieza dental (59,9% de hombres y 66,5% de mujeres). Los empastes también sobrepasan la mitad de la población en ambos sexos (53,3% de mujeres y 66,5% de hombres). Tienen caries el 15,9% de los hombres y el 14,7% de las mujeres (gráfico 75).

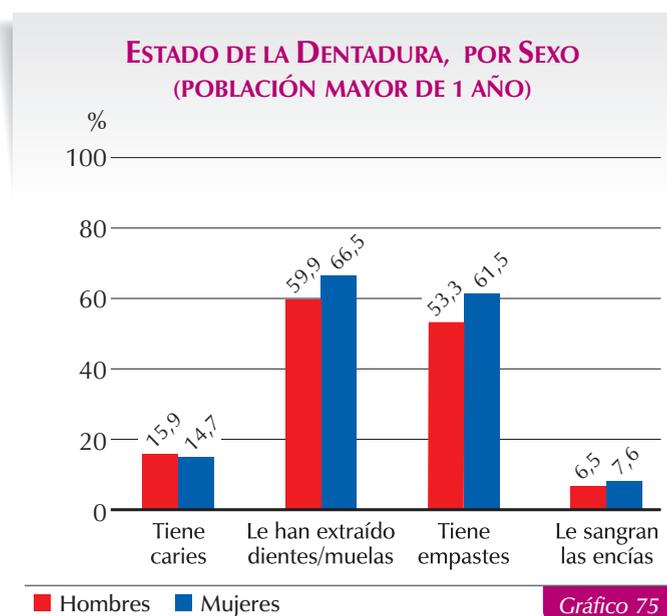


Gráfico 75

Las mujeres tienen una mejor higiene dental que los hombres. Más de la mitad de las mujeres (56%) se cepillan los dientes tres o más veces al día, frente a un 37,7% de hombres, mientras que un 22,8% de los hombres y un 10,7% de las mujeres se los cepillan una vez al día. Un porcentaje mayor de hombres que de mujeres (8,9% y 3,7% respectivamente) no se cepillan los dientes o sólo lo hacen de forma ocasional.

En cuanto a la **utilización pública o privada de los servicios de salud bucodental**, es notable la mayoritaria utilización de la consulta privada en todos los grupos de edad (gráfico 76). Centrando el análisis en la edad de cobertura del Programa de Salud bucodental (6-10 años), se observa que el porcentaje de consulta a la sanidad pública aumenta hasta el 38,2%, aunque sigue siendo aun mayoritaria la asistencia a la consulta privada (56,4%).

UTILIZACIÓN PÚBLICA O PRIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL, POR GRUPOS DE EDAD⁴⁰

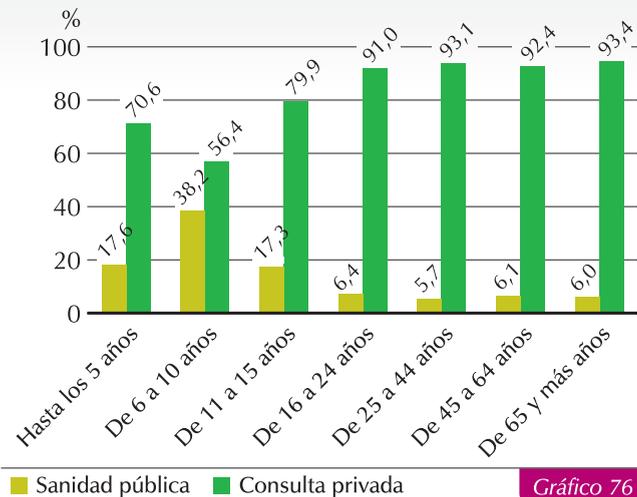


Gráfico 76

Tensión arterial

La inmensa mayoría de la población de Cantabria se ha tomado la tensión arterial alguna vez en la vida, por encima del 95% en todos los grupos de edad, excepto el de 16 a 24 años que alcanza el 75%.

En el análisis de la toma de tensión arterial en personas **menores y mayores 40 años**⁴¹ no se observan diferencias importantes entre **hombres y mujeres** (gráfi-

co 77), excepto en el grupo de edad de menos de 40 años en que es la mujer quien más se toma la tensión arterial (66,3% al menos una vez al año). Un 6,1% de mujeres y un 6,3% de hombres se registraron la tensión hace más de tres años. No se puede comprobar si se cumple la recomendación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) (una medición al menos cada dos años) porque las frecuencias de toma de tensión arterial preguntadas en la ESCAN-06 no se ajustan al protocolo recomendado por el SCS.

TIEMPO DE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE TOMÓ LA TENSIÓN, POR SEXO

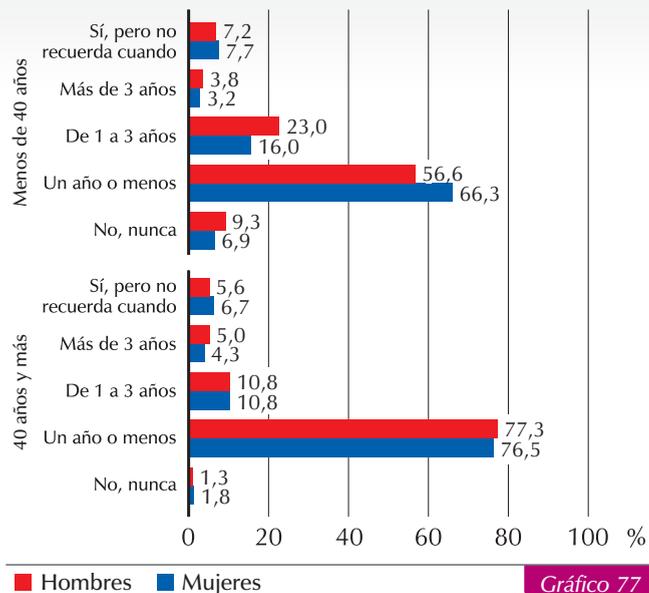


Gráfico 77

⁴⁰ Solo se especifica la asistencia pública y la privada aunque existen otras coberturas que no se analizan en este informe.

⁴¹ Según los grupos de edad incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.

Colesterol

El 91,8% de la población mayor de 16 años se ha medido alguna vez los niveles de colesterol. En el rango de edad de 16 a 24 años, las mujeres presentan un porcentaje mayor de medición del nivel de colesterol (un 83,1% frente a un 73,7% de los hombres). En el resto de edades no se presentan diferencias destacables.

La ESCAN-06 pregunta a todas las personas adultas si se han hecho una determinación de colesterol en varios tramos temporales, hasta el último de “más de 3 años”. En cuanto al porcentaje de personas que se han hecho al menos una determinación de colesterol en los últimos 3 años (gráfico 78), los hombres presentan porcentajes ligeramente superiores de determinaciones de colesterol que las mujeres en todos los grupos de edad desde los 35 años, siendo en el grupo de edad de 65 a 74 años donde se encuentran las diferencias más destacadas (88,6% en hombres y 81,5% en mujeres). Un porcentaje mayor de mujeres que de hombres en todos los grupos de edad no se han realizado nunca una determinación.

Existen diferencias en las frecuencias de medición del colesterol por **clase social**, siendo las personas de las clases sociales I/II quienes con más frecuencia se han hecho alguna medición (85,1%), disminuyendo paulatinamente hasta la clase social V (70,5%).

FRECUENCIA DE DETERMINACIÓN DEL COLESTEROL, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (A PARTIR DE 35 AÑOS)

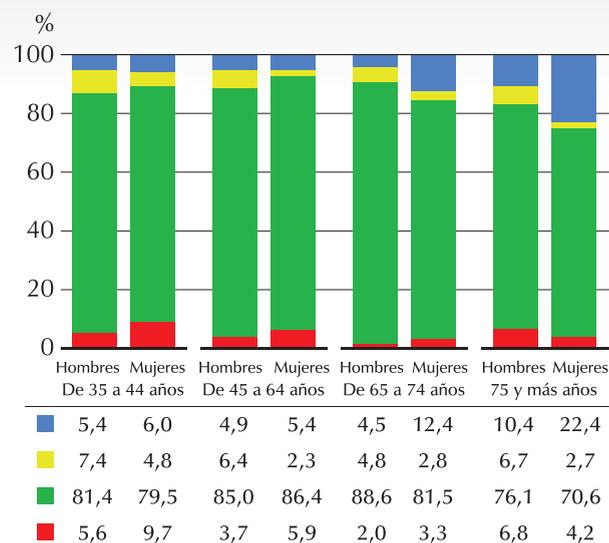


Gráfico 78

■ Sí, no recuerda cuando ■ Más de 3 años
 ■ Al menos una vez en los últimos 3 años ■ No, nunca

Vacuna antigripal

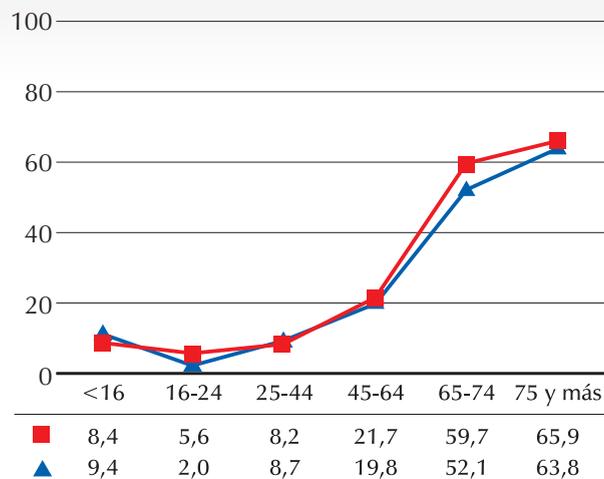
De acuerdo con los datos de la ESCAN-06, **se vacunó de la gripe** en la campaña de 2005 ó 2006 (dependiendo de si fueron preguntados en 2006 ó 2007) un 20,5% de la población de Cantabria y un **53,0%** de los **mayores de 60 años**, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres

La vacunación en las edades más tempranas no llega al 10% en ambos sexos, alcanzando más del 20% a partir de los 45 años. Los porcentajes más altos de vacunación se encuentran en personas adultas a partir de los 65 años, en que más de la mitad se pone la vacuna. Como se puede observar en el gráfico 79, en todos los grupos de edad a partir de los 45 años, la frecuencia de mujeres que se vacunan es ligeramente menor que la de los hombres.

El análisis de acuerdo a las edades en que se recomienda la vacunación (60 y más años) indica que el 53,9% de los hombres y el 52,3% de las mujeres en esa franja de edad se han vacunado contra la gripe.

De acuerdo al **tamaño de municipio de residencia** se observan diferencias notables, siendo los hombres que residen en los municipios más grandes quienes se vacunan más que los de los municipios pequeños (58,1% frente a 47,7%), patrón contrario al apreciado en las mujeres, quienes se vacunan con mayor frecuencia en los municipios pequeños y medianos (64,5% y 68% respectivamente) que en los más grandes (38,1%).

VACUNACIÓN GRIPE, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD (ÚLTIMOS 12 MESES)

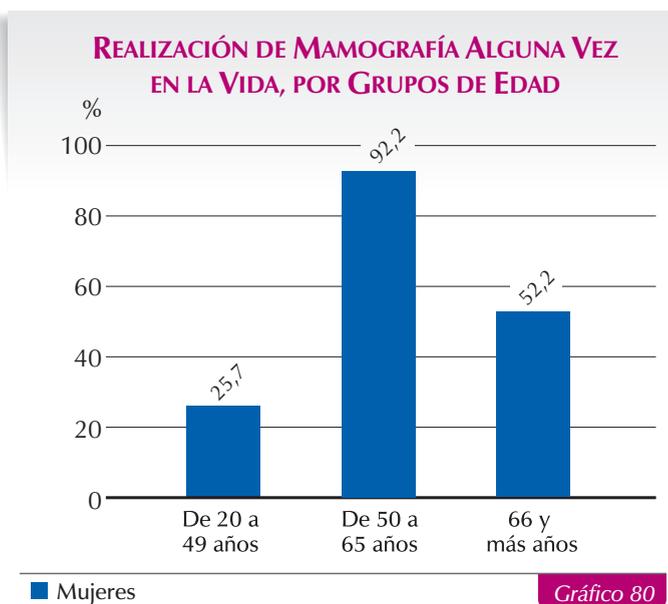


■ Hombres ▲ Mujeres

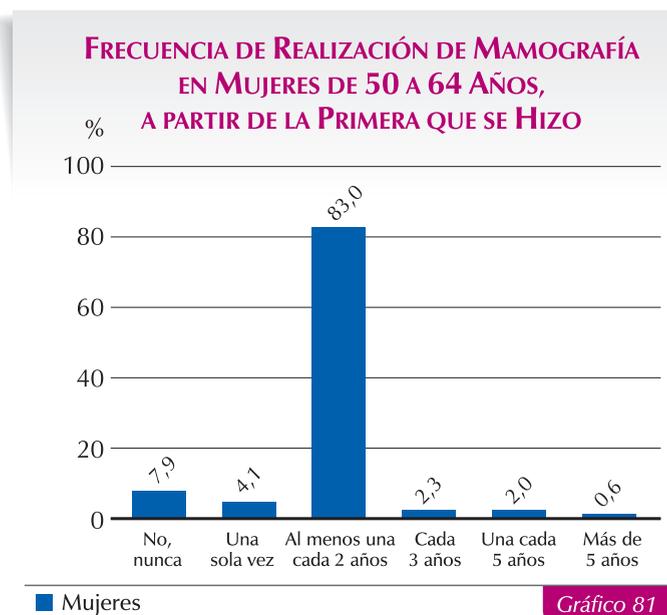
Gráfico 79

Mamografías

Según la ESCAN-06, el 47,7% de la población de mujeres mayores de 20 años se ha hecho una mamografía alguna vez en la vida. De las cuales, el 43,6% tiene entre 50 y 64 años. El 92,1% de las mujeres en este grupo de edad⁴² se han hecho una mamografía, frente al 25,7% entre 20-49 años y al 54,9% de las mayores de 65 años (gráfico 80).



En el gráfico 81 se presenta la frecuencia de realización de mamografía en el grupo de edad de **50 a 64 años**. El 83,0% de las mujeres de este grupo de edad se realizan una mamografía por lo menos una vez cada dos años (un 23,7% una vez al año). Hay un 7,9% de mujeres que no se han hecho nunca una mamografía en este grupo de edad.



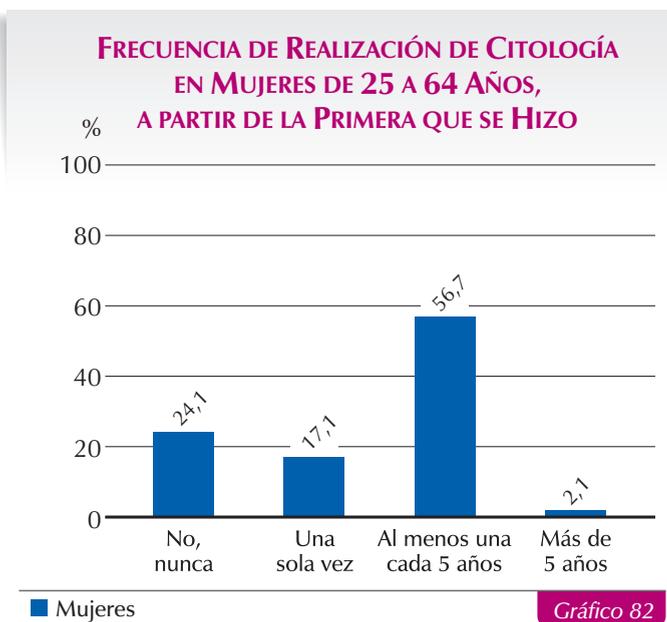
Por **nivel de estudios** es de resaltar que en el grupo de edad de 50 a 64 años, el 32,3% de las mujeres con estudios superiores se realizan una mamografía al año frente a un 23,5% de las mujeres sin estudios. La misma tendencia se observa al analizar la **clase social**, ya que el 39,7% de las mujeres de posición socioeconómica I/II se realizan mamografías anualmente, frente al 22,7% y el 19,7% de las mujeres de las clases IVa/IVb y de la clase V respectivamente.

⁴² El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria incluye a las mujeres entre 50 y 64 años.

Citologías

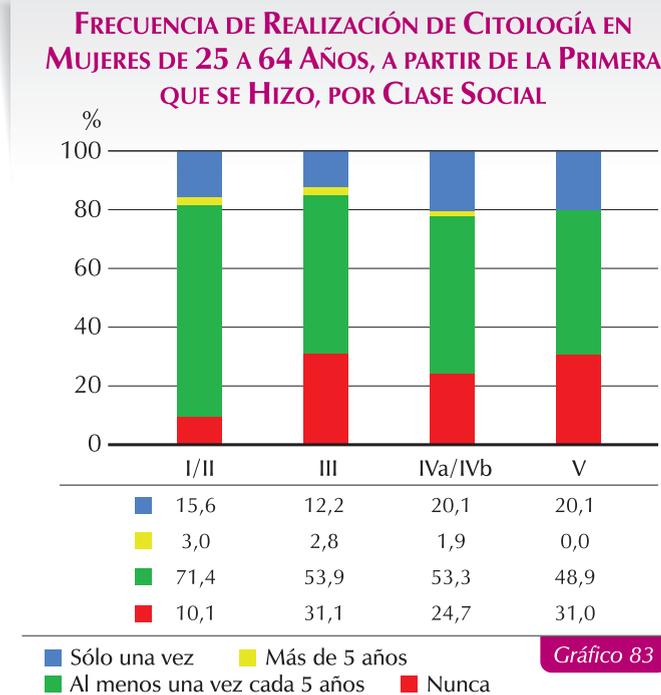
El 61,8% de las mujeres mayores de 20 años se ha hecho una citología alguna vez en la vida, elevándose al 76,1% entre las mujeres de 25 a 64 años y cayendo al 28,3% entre las mujeres mayores de 64 años.

Dentro del grupo de edad 25 a 64 años (gráfico 82), se observa un porcentaje elevado tanto de mujeres que se realizan una citología cada 5 años (56,7%), como de las que nunca se han hecho una citología (24,1%).



Las mujeres con mayor **nivel de estudios**, dentro del grupo de 25 a 64 años, se realizan citologías con una periodicidad mayor que las mujeres sin estudios, entre las cuales el 20,6% nunca se ha hecho una citología y el 18,5% se ha hecho solamente una (frente a un 15,8% y un 13,4% en las mujeres sin estudios de este grupo de edad, respectivamente).

Las mujeres de las **clases sociales** I/II, presentan una frecuencia más elevada de citología que las mujeres de la clase social V. En el gráfico 83 se observa como a medida que aumenta la clase social aumenta la frecuencia de citología al menos cada 5 años, llegando el 71,4% de las clases I/II frente al 48,9% de la clase V. Además, a medida que disminuye la clase social aumentan las mujeres que tras hacerse la primera citología nunca vuelven a realizarse más.



Cabe resaltar que las mujeres 25 a 64 años que residen en los **municipios** más pequeños (hasta 10.000 mil habitantes) son las que presentan el porcentaje más alto de realización de una única citología (23,6% frente a un 13,0% de los municipios medianos y a un 15,0% de los grandes).

Seguridad vial

En este apartado se analiza la seguridad vial individual a través de la utilización de las medidas preventivas como el uso del cinturón en el coche y el uso de casco en motocicleta y bicicleta. En menores se analiza el uso de los sistemas de seguridad como el cuco y la silla del coche, entre otros.

Menores

Del análisis de la ESCAN-06 se desprende que la mayoría de menores comprendidos en las edades que requieren los sistemas de seguridad específicos para su edad y peso en el coche, tales como los cucos, sillas, cojines elevadores o cinturones de seguridad, los utilizan. Solo el 0,7% de menores no utiliza nunca los sistemas de seguridad ni en ciudad ni en carretera, no existiendo diferencias resaltables por ninguna de las variables de clasificación utilizadas en el análisis.

Por **grupos de edad** la ESCAN-06 revela que las y los menores de 5 años son quienes más protegidos van, ya que siempre usan los sistemas de seguridad. En cambio, en el grupo de 6 a 12 años aumenta ligeramente el porcentaje que deja de utilizar los sistemas de seguridad tanto en ciudad como en carretera (1,5%), disminuyendo de nuevo al 0,2% en el grupo de 13 a 15 años.

El análisis por **clase social** indica que el 1,7% de menores de las clases sociales I/II no utilizan nunca los sistemas de seguridad en el coche, ni en ciudad ni por carretera (estando por debajo del 0,5% en el resto de las clases sociales). Por **tamaño de municipio de residencia**, los resultados indican que en los municipios más pequeños, el 1,6% declara no utilizar nunca los sistemas de seguridad de menores, porcentaje que se repite tanto en ciudad como en carretera. Este porcentaje es más elevado que en los municipios medianos y grandes.

Personas adultas: uso del cinturón por parte del conductor

El 3% de los hombres y el 2% de las mujeres no usan cinturón nunca o casi nunca cuando conducen **por ciudad**. Los porcentajes de uso de cinturón cuando conducen por ciudad van aumentando con la edad, así el 4,4% de las personas de 16 a 44 años no usan nunca o casi nunca el cinturón por ciudad y son las personas de 65 y más años las que más se abrochan el cinturón (99,0%).

Las personas con **nivel de estudios** medios y superiores, sobre todo hombres, son quienes menos usan el cinturón en ciudad. Siguiendo este patrón, y de acuerdo a la **clase social**, solo el 0,2% de la V no se abrocha el cinturón (nunca o casi nunca) frente al 4,0% de las clases I/II.

En carretera, el 1,4% de los hombres y el 0,1% de las mujeres no se abrochan nunca o casi nunca el cinturón. Por **grupos de edad**, el 3,9% de 16 a 24 años no se abrocha nunca o casi nunca el cinturón en carretera, porcentaje que va descendiendo hasta el 1,0% de las personas de 65 y más años. Las personas con **nivel de estudios** medios son las que menos usan el cinturón por carretera, con un 1,7% que no lo usa nunca o casi nunca. Las **clases sociales** I/II son las que menos uso hacen del cinturón por carretera (1,7%).

Resumiendo, son los hombres, las personas más jóvenes y las personas de las clases sociales I/II quienes menos se abrochan el cinturón, tanto por ciudad como por carretera.

Uso del cinturón por parte del pasajero

Los hombres son los que menos usan el cinturón de pasajero **por ciudad** (1,9%), frente a un 0,7% de las mujeres. Según aumenta la edad disminuyen las personas que no usan nunca o casi nunca el cinturón de seguridad por ciudad (del 2,5% en el grupo de edad de 16 a 24 años a un 0,3% en el de 65 o más).

Por **nivel de estudios** son las personas de más estudios quienes menos se abrochan el cinturón de pasajero por ciudad (2,1%), tendencia que disminuye con el nivel de estudios. El 3,9% de las personas de las **clases sociales** I/II no utilizan nunca o casi nunca el cinturón de pasajero por ciudad, porcentaje que disminuye al 0,2% en la clase social V.

En carretera son los hombres quienes menos utilizan el cinturón de seguridad de pasajero (1,0%). Por edades son las personas jóvenes de 16 a 24 años quienes menos lo utilizan (1,9%), aumentando su uso a medida que aumenta la edad. Las personas con **nivel de estudios** medios presentan el porcentaje más alto de poco uso o ninguno del cinturón de seguridad de pasajero por carretera (1,0%). Por **clase social**, el 1,2% de las personas de las clases sociales I/II nunca o casi nunca usan el cinturón, comparado con la clase V que siempre lo usa.

En resumen, los hombres, las personas más jóvenes, con mayor nivel de estudios, las clases sociales I/II y las personas que residen en municipios medianos son quienes menos usan el cinturón de pasajero, tanto en carretera como en ciudad.

Uso del casco de moto

Un 8,5% la población utiliza la moto en ciudad y un 8,4% en carretera. El uso de casco por ciudad es menor entre los hombres que entre las mujeres que van en moto (8,7% y 4,7% que no lo usan casi nunca o nunca respectivamente).

Por **grupos de edad** son las personas jóvenes de 16 a 24 años que van en moto las que menos utilizan el casco por ciudad (el 14,3% casi nunca utiliza casco por ciudad), seguidas por el grupo de edad 25 a 44 años que no lo usa nunca (7,0%). En carretera son las edades más centrales las que menos uso hacen del casco (3,1% en el grupo de 25 a 44 y 1,4% en el de 45 a 64 años).

Por **nivel de estudios**, las personas con estudios medios y superiores son quienes menos uso hacen del casco en ciudad (9,2% y 6,7% respectivamente). Por carretera, el uso del casco es menor entre las personas con estudios superiores que entre las que tienen estudios primarios (nunca lo utiliza el 6,7% con estudios superiores frente a al 1,7 con estudios primarios). Todas las personas con estudios medios que van en moto utilizan casco por carretera.

Por **clase social**, un porcentaje elevado de personas de las clases sociales I/II declara no usar el casco nunca o casi nunca por ciudad (19,3%), y un 6,9% nunca lo usa por carretera. Un 11,9% de personas de clase social V declara no usarlo nunca por ciudad.

En resumen, por ciudad, son los hombres, las personas de estudios medios y superiores, las clases I/II y las personas que residen en municipios grandes quienes menos utilizan el casco. Mientras que por carretera el porcentaje de uso del casco es casi del 100% en todas las categorías analizadas.

Casco de bicicleta

Un 10,1% de la población utiliza este medio de transporte en ciudad y un 9,7% en carretera. El 52,1% de los hombres y el 64,5% de las mujeres que van en bicicleta por ciudad nunca o casi nunca utilizan casco, mientras que por carretera el 48,5% de los hombres y el 60,5% de las mujeres nunca o casi nunca usan casco.

Por **grupos de edad**, las personas jóvenes de 16 a 24 años que van en bicicleta son quienes menos uso hacen del casco por ciudad, con un 89,2% que no lo usa nunca o casi nunca, seguidos de los mayores de 65 años que no lo usan nunca o casi nunca en un 68,9%. Por carretera se repite el mismo comportamiento, siendo el grupo de edad de 16 a 24 años el que menos uso hace del casco (83,5%), seguido del grupo de 65 y más años (68,9%).

En cuanto al **nivel de estudios**, las personas que utilizan este medio de transporte con menor nivel de estudios son las que menos uso hacen del casco de la bicicleta tanto en ciudad como en carretera, declarando el 100% de las personas sin estudios que nunca se ponen el casco de la bicicleta, mientras que el 52,7% de las personas con mayor nivel de estudios declara usarlo por ciudad y el 55,3% por carretera.

De acuerdo a la **clase social**, quienes más uso hacen del casco son las clases sociales I/II (58,6% en ciudad y 61,0% en carretera) y la V (51,3% en ciudad y 52,2% en carretera), siendo las clases III y IV las que menor uso hacen del mismo, ya sea por ciudad o por carretera.

En los **municipios** pequeños y medianos es donde menos uso se hace del casco, tanto en ciudad como en carretera.

Resumiendo, los hombres, las personas más jóvenes y más mayores, las personas sin estudios y las personas residentes en los municipios más pequeños son quienes menos utilizan el casco de bicicleta tanto en ciudad como en carretera.

En general es de resaltar más positivamente el alto porcentaje de personas que cumplen con las prácti-

cas preventivas en seguridad vial en lo concerniente al uso del cinturón y del casco de la moto, y más negativamente la gran proporción de personas que no hace uso del casco de la bicicleta.

5

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

5 CONSUMO DE MEDICAMENTOS

La ESCAN-06 registra los medicamentos consumidos en las últimas dos semanas, así como los medicamentos recetados por un profesional médico, independientemente de que se hayan o no consumido.

Algo más de la mitad de la población de Cantabria (55,7%) ha consumido algún medicamento (recetado o no recetado) en las dos últimas semanas (62,2% a nivel nacional⁴³). Un 7,2% de la población ha consumido medicamentos no recetados (automedicación), sin diferencias importantes entre mujeres (7,4%) y hombres (6,9%). Los medicamentos que con más frecuencia se toman sin receta son los analgésicos (24,9%), y anticarruales o antigripales (21%). En el caso de estos dos tipos de medicaciones, la automedicación es más frecuente en los hombres que en las mujeres (diferencias de un 7,1% en los analgésicos y un 15,0% en los antigripales).

Excepto en el grupo de menores de 5 años, en el resto de las edades el consumo de medicamentos, recetados y no recetados, es mayor en mujeres que en hombres. Como era de esperar, se puede observar en ambos sexos una tendencia progresiva a un mayor consumo de medicamentos con la edad. Sin embargo, llama la atención el elevado consumo de medicamentos en ambos sexos en el tramo de edad de 16 a 24 años, especialmente en las mujeres. En el gráfico 84 se representan las diferencias entre el consumo de medicamentos recetados y el consumo total (recetados y no recetados), correspondiendo la diferencia al autoconsumo de medicamentos por sexo y grupos de edad.

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS Y RECETADOS EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

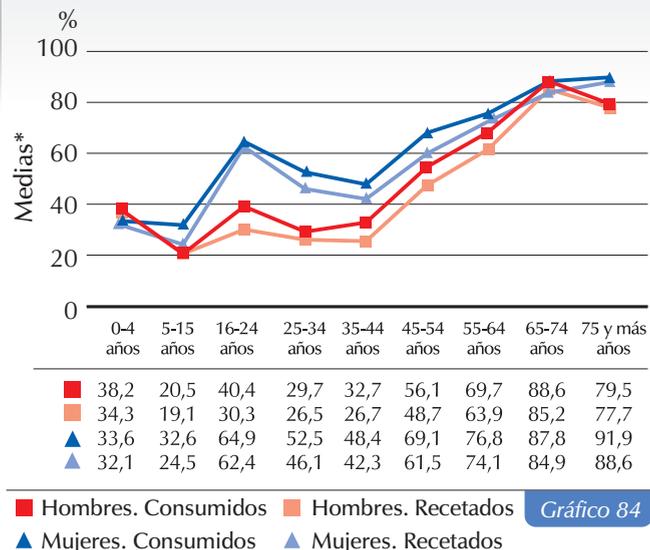


Gráfico 84

⁴³ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

A continuación (gráfico 85) se muestran los **medicamentos consumidos más frecuentemente por menores** (al menos por un 0,5% de los menores) por orden de frecuencia. Llama la atención que excepto en los medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquios, y los medicamentos para la diarrea, las niñas son más consumidoras que los niños, duplicando el consumo de medicamentos para el asma y para la alergia, y triplicando el uso de antibióticos con respecto a los niños.

**POBLACIÓN MENOR DE 16 AÑOS.
TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EN LAS
ÚLTIMAS 2 SEMANAS, POR SEXO**

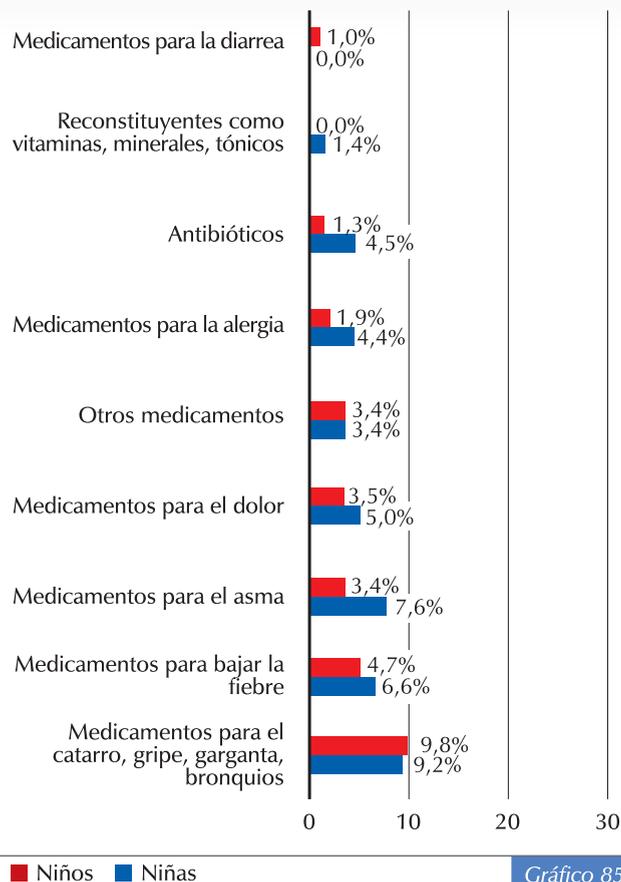


Gráfico 85

En cuanto al tipo de **medicamentos consumidos por personas adultas**, en general las mujeres son más consumidoras de analgésicos, tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, medicamentos para el reuma, la tensión arterial, la alergia y antidepresivos, además de reconstituyentes, como vitaminas, minerales o tónicos (gráfico 86).

**POBLACIÓN DE 16 O MÁS AÑOS.
TIPOS DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EN LAS
ÚLTIMAS 2 SEMANAS EN PERSONAS ADULTAS, POR SEXO**

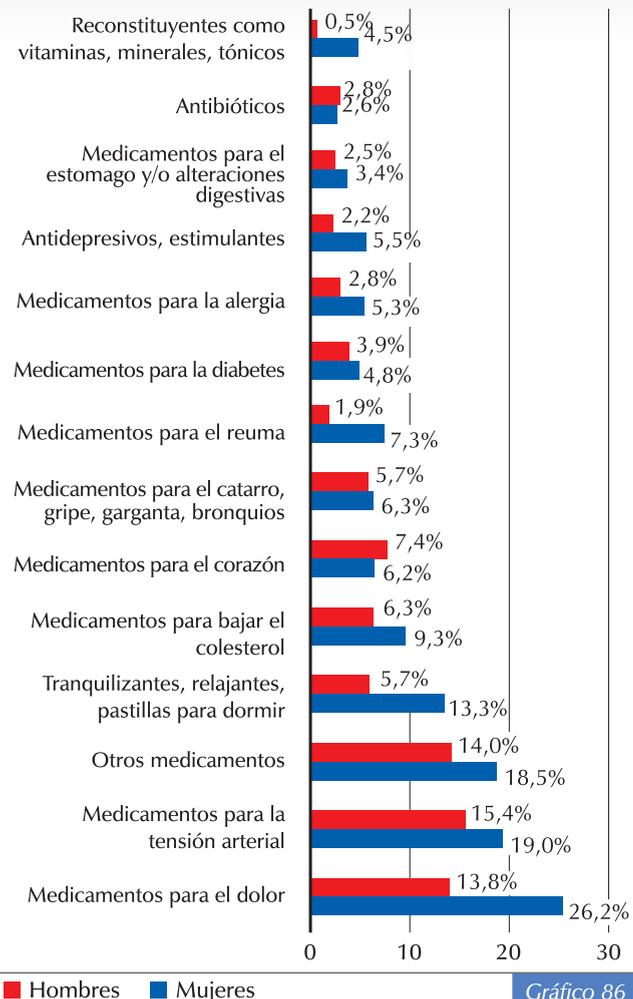


Gráfico 86

En relación al **número de medicamentos consumidos** (gráficos 87a y 87b), más mujeres que hombres han consumido algún medicamento (52,4% de hombres no han consumido ningún medicamento frente al 36,7% de mujeres). Además entre los consumidores, las mujeres han consumido 3 o más medicamentos con más frecuencia que los hombres (15,4% frente a 7,6%).

NÚMERO DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR HOMBRES

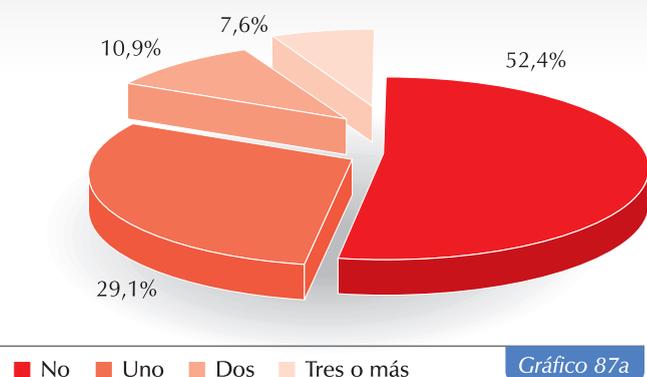


Gráfico 87a

NÚMERO DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR MUJERES

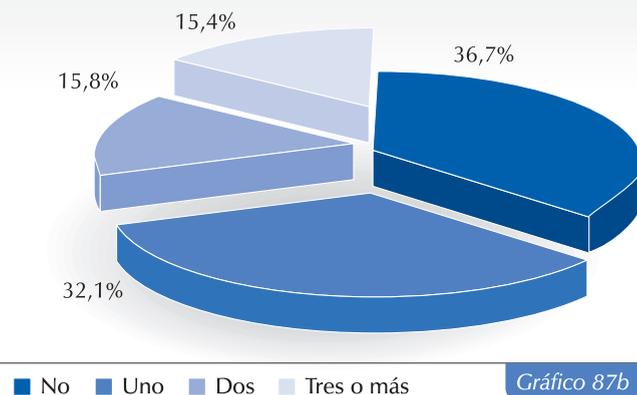


Gráfico 87b

El porcentaje de las personas que han consumido algún medicamento es más elevado en la **clase social V** que en el resto de las clases sociales en ambos sexos. Como se puede observar en el gráfico 88, en todas las clases sociales las mujeres han consumido algún medicamento con mayor frecuencia que los hombres.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR SEXO Y CLASE SOCIAL (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)

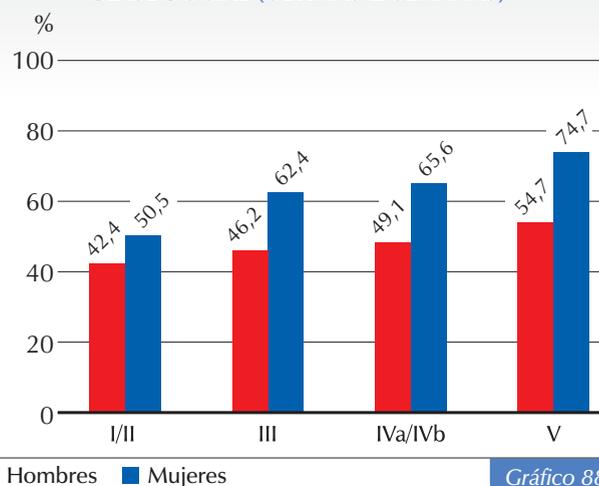
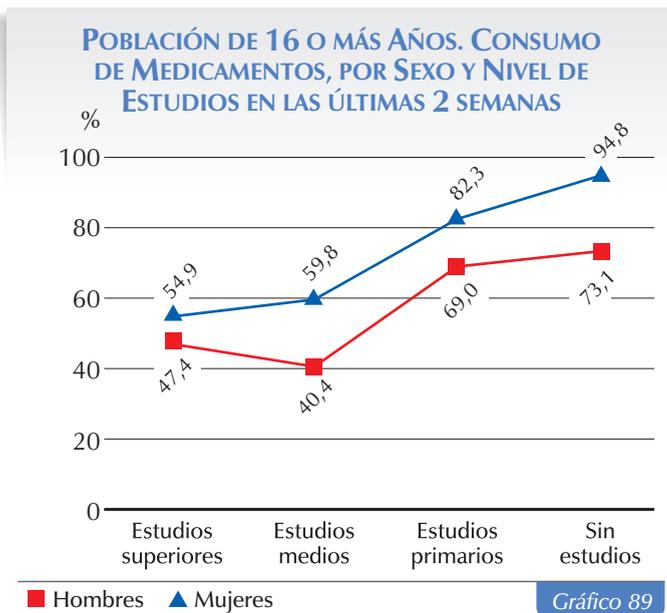


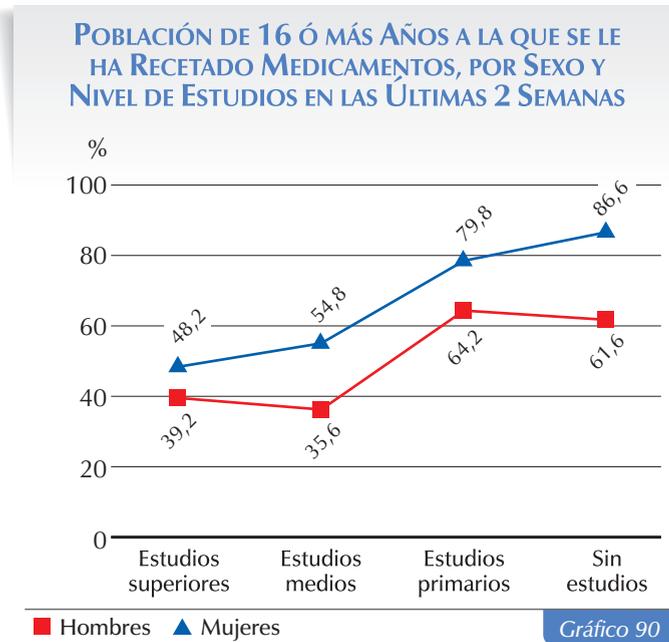
Gráfico 88

En las personas adultas (gráfico 89) existe asimismo una tendencia a un mayor consumo de medicamentos cuanto menor es el **nivel de estudios** (desde un 50,8% en las personas con estudios superiores a un 87,5% en las que no tienen estudios), siendo el consumo de las mujeres mayor que el de los hombres en todos los niveles de estudios.



La misma tendencia se observa en la proporción de personas a quienes se les ha recetado algún medicamento (desde un 43,2% en las personas con estudios superiores a un 78,2% en las que no tienen estudios).

A las mujeres se les ha recetado algún medicamento con más frecuencia que a los hombres del mismo nivel de estudios (gráfico 90).



Existe un porcentaje mayor de consumo de algún medicamento en las últimas semanas en las personas que viven en **municipios** grandes (58,1%) frente a las que viven en municipios medios (51,8%). En todos los ámbitos, las mujeres han consumido algún medicamento en las últimas 2 semanas con más frecuencia que los hombres. Además, se observan diferencias entre las mujeres que residen en municipios intermedios (58,6%) y las que residen en municipios grandes (64,9%) o en municipios pequeños (64,7%).

En cuanto al consumo de **productos homeopáticos y naturistas** en las últimas dos semanas, Cantabria presenta los resultados más bajos de todo el país⁴⁴, muy por debajo de la media nacional (0,8% de la población

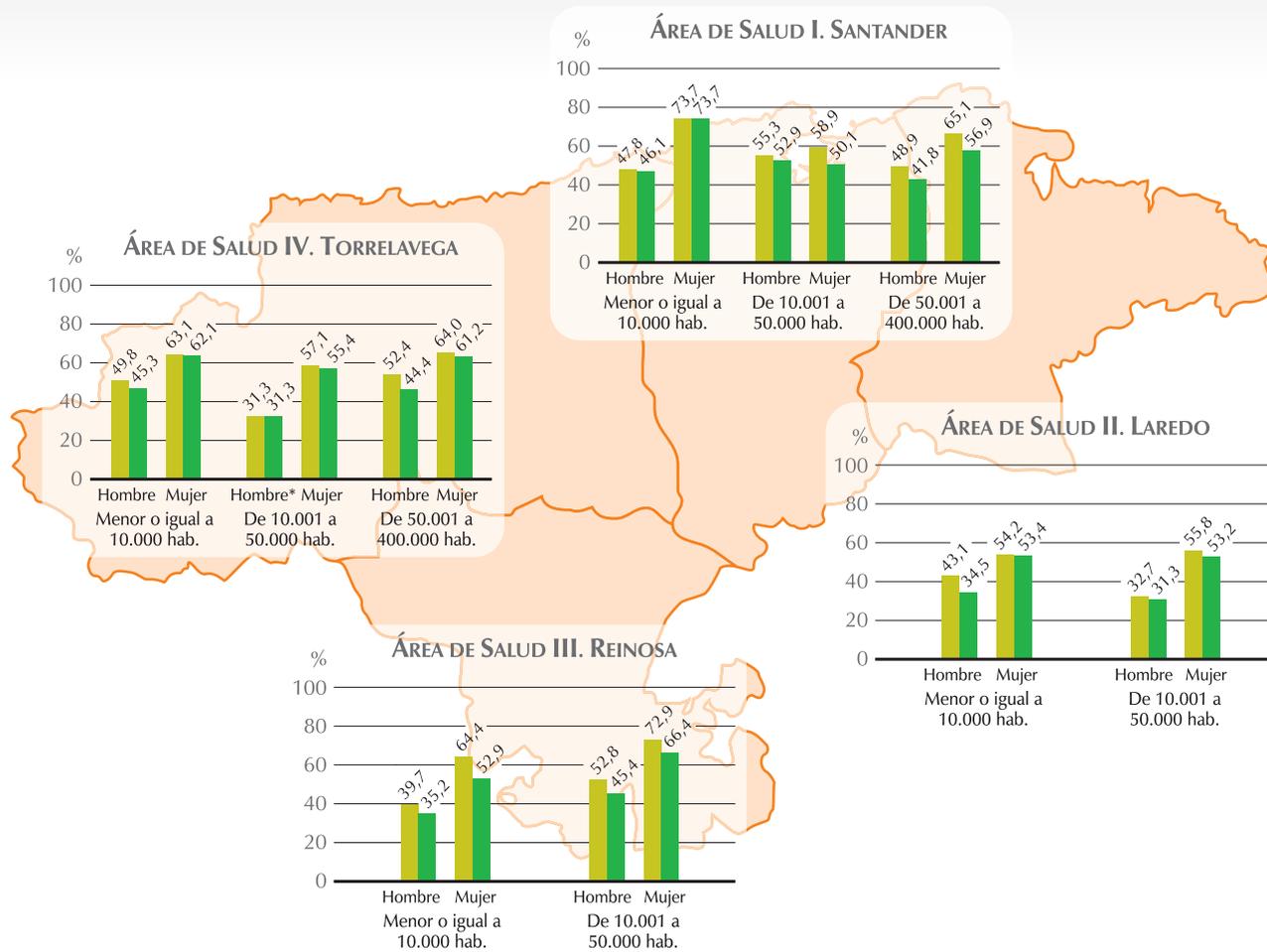
⁴⁴ Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

cántabra consume productos de medicina alternativa frente a un 4,5% a nivel nacional). Los productos naturistas son consumidos casi cuatro veces más por las mujeres que por los hombres.

En el **mapa 6** puede verse que se consumen más medicamentos de los que se recetan en todas las **áreas sanitarias** y en todos los **tamaños de municipio de residencia**.

Las mujeres de todos los municipios consumen más medicamentos y se les recetan más medicamentos que a los hombres. En las áreas de Torrelavega y Santander son las mujeres residentes en los municipios más pequeños las que más medicamentos consumen, así como las que residen en los municipios de tamaño medio de las áreas de Reinosa y Laredo (en concreto en Reinosa y en Santoña, Castro Urdiales y Laredo).

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS Y RECETADOS, POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DE MUNICIPIO DE RESIDENCIA



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

■ Medicamentos Consumidos
■ Medicamentos Recetados

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 6

6

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

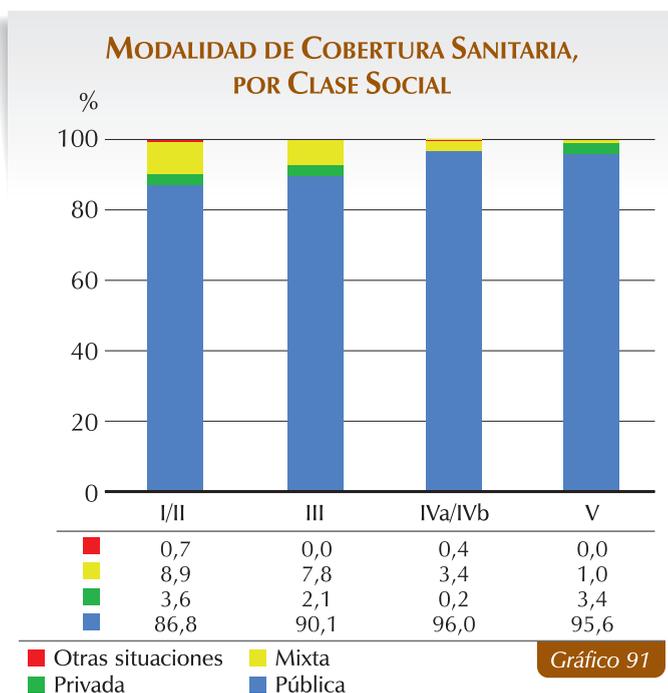
6 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Una de las ventajas de las encuestas de salud en relación con la utilización de servicios sanitarios es que se obtiene información del total de la población, en contraste con la información obtenida de los sistemas de información de los servicios sanitarios, limitada a las personas usuarias de dichos servicios.

6.1. Cobertura sanitaria

El 98% de las personas residentes en Cantabria son beneficiarias de una cobertura pública, de las cuales un 5,3% además tienen un seguro privado. Los **grupos de edad** con el más alto porcentaje de cobertura mixta son los hombres de 65 a 74 años (7,9%) y las mujeres de 16 a 24 años (9,7%).

Las **clases sociales** I/II (gráfico 91) son las que cuentan con mayor cobertura privada o mixta (12,5%), así como las personas que residen en **municipios** grandes (8,3%).



6.2. Consulta médica y/o enfermería

La ESCAN-06 considera **consulta médica** a cualquier contacto con un profesional médico mediante visita personal o por teléfono, realizada por algún problema, molestia o enfermedad propia (sin incluir las consultas a estomatología, dentista o realizadas durante las hospitalizaciones, ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías o análisis).

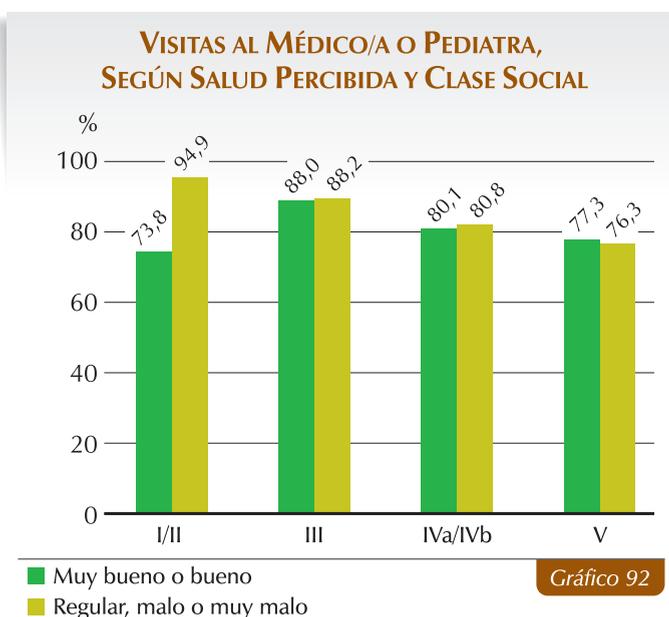
Un 31,7% de la población realizó **una consulta médica en las últimas 4 semanas** y un 79,7% **en el último año**. De las personas que visitaron a un profesional médico en las cuatro últimas semanas, un 80,9% visitaron al médico/a de familia o pediatra y un 35,5% visitaron a un especialista. En las cuatro semanas anteriores acudieron a la consulta más las mujeres (36,6%) que los hombres (26,6%). La media de visitas a un médico/a de familia o pediatra en las cuatro últimas semanas fue de 1,3 visitas, tanto en hombres como en mujeres. Entre las y los **menores**, el número medio de visitas al pediatra o médico/a de familia fue de 1,2, disminuyendo al ir aumentando la edad. En las **personas adultas**, a partir de los 16 años el número medio de visitas aumenta con la edad desde 1,0 visita hasta 1,4 visitas en las personas de 65 y más años.

Comparando hombres y mujeres del mismo **grupo de edad**, salvo en el grupo de 65 a 74 años, en el que un porcentaje ligeramente superior de hombres (42,8%) que de mujeres (40,8%) realizó una consulta en las últimas cuatro semanas, en el resto de los grupos de edad una mayor proporción de mujeres que de hombres acudieron a consulta. Las mayores diferencias se observan entre las mujeres y los hombres de 75 y más años (una diferencia del 22%), el de 16 a 24 años (una diferencia de 18,3%) y el de 24 a 44 años (una diferencia del 10,8%).

En el último mes acudieron a la consulta en mayor proporción las mujeres que los hombres en todas las **clases sociales**, correspondiendo los mayores porcentajes a las mujeres de la clase IV (41,2%) seguido de

las clases I/II (34,0%). En los hombres, los que con más frecuencia han acudido son también los de la clase IV (28,9%) y las clases I/II (28,1%).

En el gráfico 92 se presenta el porcentaje de personas que acudieron al médico/a o al pediatra de acuerdo a la percepción de su estado de salud. **Entre las personas que perciben que su salud no es buena** (regular, mala o muy mala), aquellas que pertenecen a las clases sociales I/II han visitado más frecuentemente al médico/a de familia o pediatra en las últimas 4 semanas que las que pertenecen a la clase V (diferencia de un 18,6%).

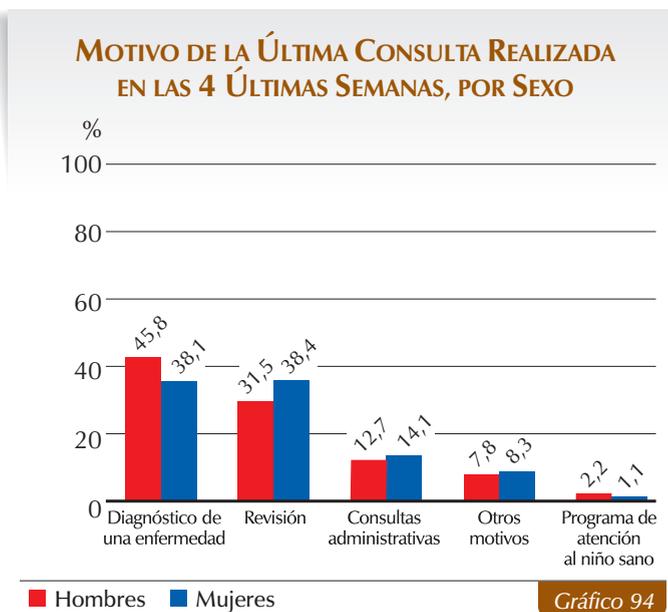


El porcentaje de personas que han acudido a la consulta en el último mes aumenta según disminuye el **tamaño del municipio de residencia**, fundamentalmente entre las mujeres. El 41,6% de mujeres de los municipios pequeños acudieron a la consulta en las últimas 4 semanas, frente a un 32,4% de mujeres en los municipios grandes. Mientras que los hombres residentes en los municipios pequeños frecuentaron menos la consulta (29,3%) y en general entre los hombres apenas hay diferencias según el tamaño de municipio en el que residan (menos de un 1%).

El **lugar de la última consulta en las últimas cuatro semanas** principalmente fue un centro de salud o consultorio (69,2%). Un 5,3% de la población acudió a un profesional médico particular o de una sociedad médica, y un 2,1% acudió a urgencias (hospitalarias y no hospitalarias), no se observándose diferencias importantes por sexo (gráfico 93).



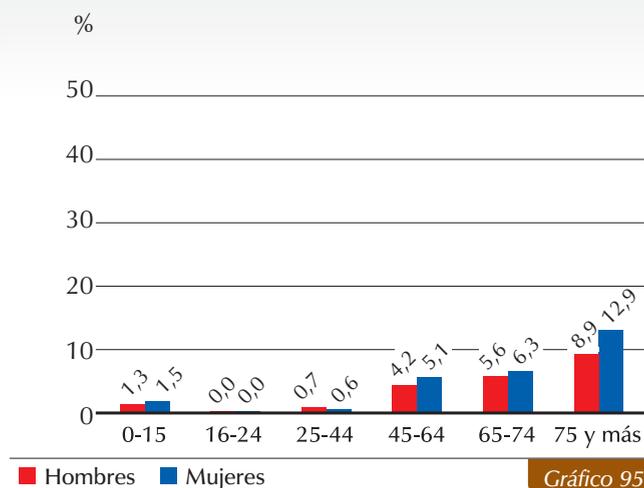
Los **motivos de la última consulta** (gráfico 94) fueron principalmente diagnóstico de una enfermedad o problema de salud (41,3%) o revisión (35,6%).



Un 3,1% de las personas residentes en Cantabria realizaron una **consulta a enfermería en las cuatro últimas semanas**.

La proporción de personas que acuden a las **consultas a enfermería** entre las personas adultas aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres (gráfico 95). Dentro de un mismo grupo de edad acuden más mujeres que hombres, salvo en el grupo de 16 a 24 años que no han realizado consultas a enfermería (0,0% en ambos sexos) y de 25 a 44 años (0,7% en hombres y 0,6% en mujeres).

CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD



Las personas usuarias que más consultan a enfermería son las mujeres de la **clase social V**, así como las que residen en **municipios** medios, y los hombres de la clase IV del medio urbano. Por el contrario, quienes menos acuden a la consulta de enfermería son las mujeres de las clases I/II y las residentes en municipios pequeños, además de los hombres de la clase V y los que residen en municipios medios.

La **media de visitas a enfermería en el último mes** es de 1,2 visitas, habiendo acudido con algo más de frecuencia las mujeres (1,3 visitas) que los hombres (1,1 visitas) y las personas de 25 a 44 años (1,5 visitas), con respecto al resto de los grupos de edad así como las personas de las clases sociales IV y V (1,2 visitas), y las que residen en municipios pequeños (1,3 visitas).

Como se observa en el mapa 7, las **consultas médicas** son mucho más frecuentes que las de enfermería en ambos sexos, en todas las áreas de salud y en todos los municipios, siendo mayor la frecuencia en mujeres, excepto en los municipios medianos del área de Santander donde se igualan los porcentajes de hombres y mujeres. Es destacable en esta área el dato más eleva-

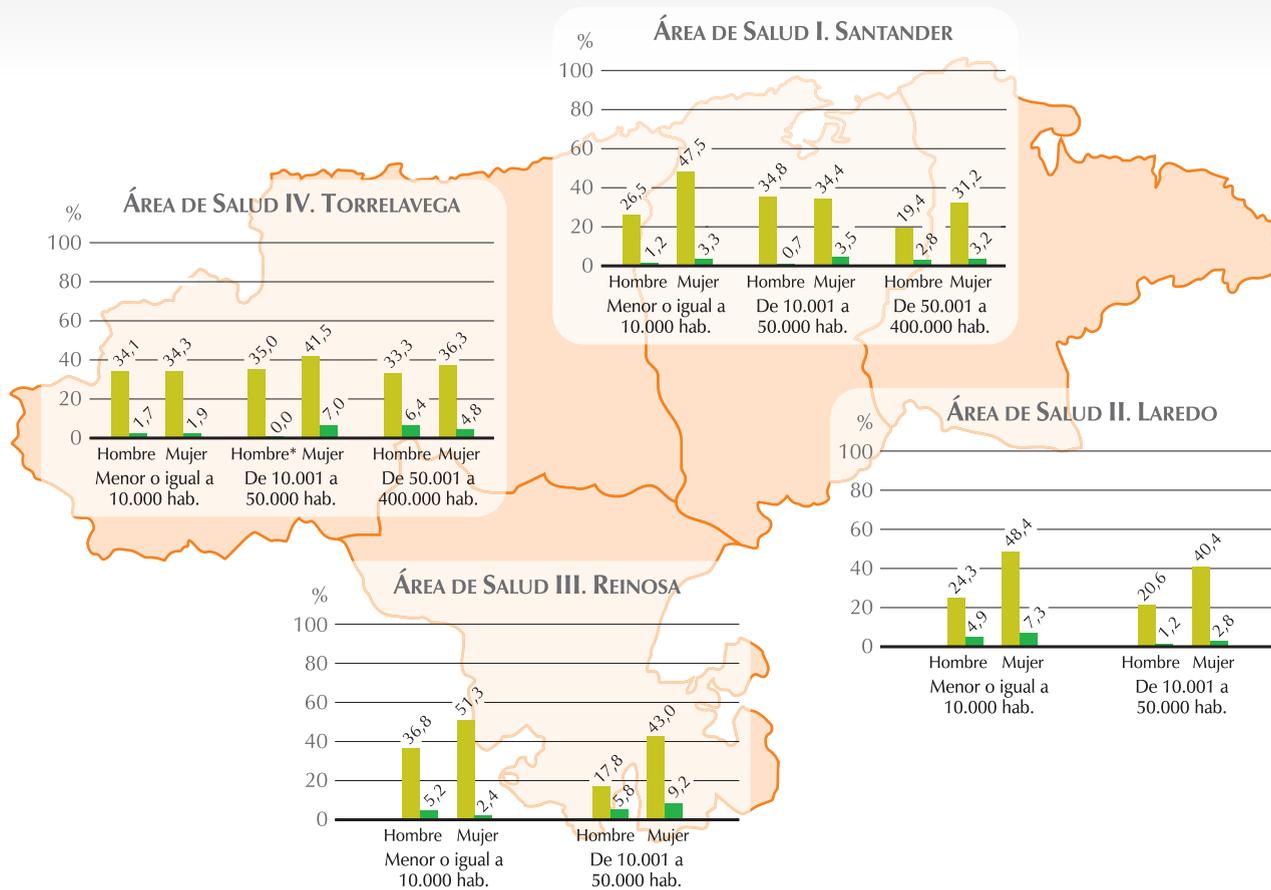
do de consultas médicas de mujeres en los municipios más pequeños (47,5%).

En Reinoso y Laredo las consultas médicas siguen un mismo patrón, siendo más bajas en los hombres que en las mujeres en todos los tamaños de municipio. Son precisamente las mujeres de los municipios más pequeños de las áreas de Laredo (48,4%) y Reinoso (51,3%) las que presentan un mayor porcentaje de frecuentación en las últimas cuatro semanas.

En Torrelavega, aunque las consultas médicas son más altas en las mujeres, están más igualadas con las de los hombres, no existiendo diferencias llamativas por tamaño de municipio.

Las **consultas de enfermería** son en general más frecuentes entre mujeres que entre hombres excepto en Torrelavega ciudad (6,4% hombres y 4,8% mujeres) y en los municipios más pequeños de Reinoso (5,2% hombres y 2,4% mujeres).

CONSULTA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, POR ÁREA DE SALUD, SEXO Y TAMAÑO DE MUNICIPIO



* El número de observaciones muestrales es menor de 20, por lo que la cifra hay que interpretarla con cautela.

- Consulta médica hace cuatro semanas o menos
- Consulta enfermería hace cuatro semanas o menos

Elaborado por el Servicio de Cartografía del Gobierno de Cantabria en colaboración con el OSPC

Mapa 7

6.3. Utilización de servicios de urgencias

Un 28,3% de la población de Cantabria utilizó el Servicio de Urgencias en el año anterior a la realización de la encuesta, sin diferencias a destacar entre sexos (26,8% los hombres y 29,7% las mujeres).

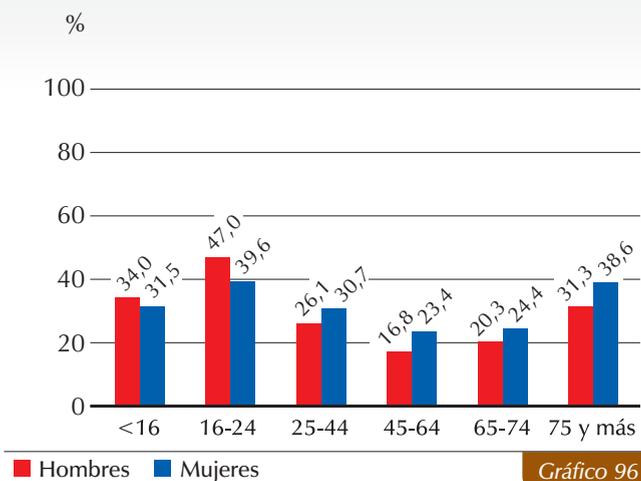
En ambos sexos, el grupo de edad que con más frecuencia visitó urgencias en el último año fue el de 16 a 24 años (43,4%) seguido de las personas de 75 y más años (35,4%), y del grupo de menores de 16 años (32,8%).

Como se puede observar en el gráfico 96, hasta los 24 años acuden con más frecuencia los hombres, invirtiéndose el predominio de visitas a partir de los 25 años en que acuden más las mujeres.

La mayoría de las personas que acuden lo hacen por propia iniciativa (90,4%), y más los hombres (93,2%) que las mujeres (88,2%).

El **servicio de urgencias** más frecuentado depende de la sanidad pública (94,1%) y en más de tres cuartas partes de los casos se trata de un servicio de urgencias de un hospital de la sanidad pública (74,4%). De acuerdo a la **clase social**, no se observan diferencias entre los sexos, utilizando más los servicios y centros de urgencias privados las personas de las clases sociales I/II y III (un 9,5% y un 12,4%, respectivamente), las y los menores (9,4%) y el grupo de edad de 25 a 44 años (7,9%), así como quienes viven en los municipios más grandes (6,9%).

UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD



En el análisis por **clase social**, las personas que con más frecuencia acuden son las personas que pertenecen a la clase social V (31,2% de hombres y 36,8% de mujeres).

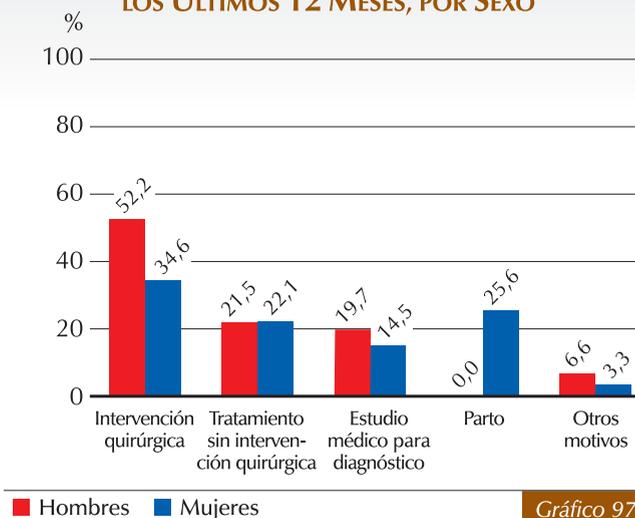
En el **medio** urbano acuden de forma similar los hombres (29,9%) y las mujeres (29,3%), mientras que en el medio rural existe una mayor frecuentación de las mujeres (31,7%) respecto a los hombres (23,6%).

6.4. Hospitalización

Según los datos aportados por la ESCAN-06, en el año anterior a la realización de la misma, casi un 10% de la población habría estado **hospitalizada al menos una noche**, sin diferencias entre hombres y mujeres. El **tipo de financiación** del ingreso fue principalmente público (85,8%).

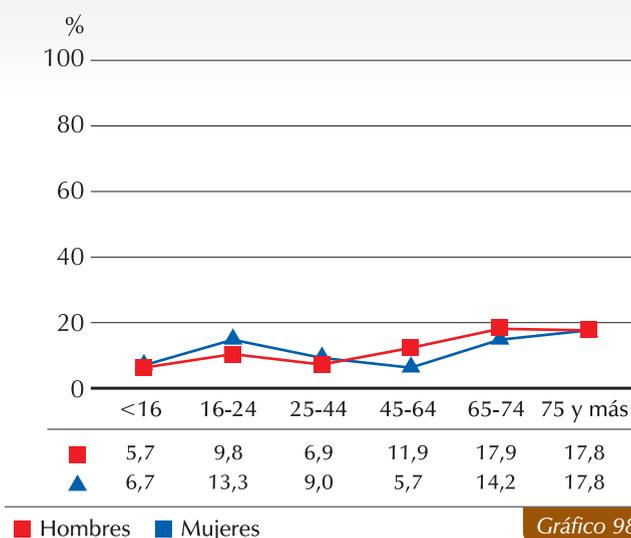
Entre las **causas** más frecuentes de hospitalización (gráfico 97) se encuentran la intervención quirúrgica (43,3%), el tratamiento médico sin cirugía (21,8%) y el estudio médico para diagnóstico (17,0%). El parto representa el 12,8% de las causas de hospitalización en Cantabria y el 25,6% de las hospitalizaciones en las mujeres.

MOTIVO DEL ÚLTIMO INGRESO HOSPITALARIO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR SEXO



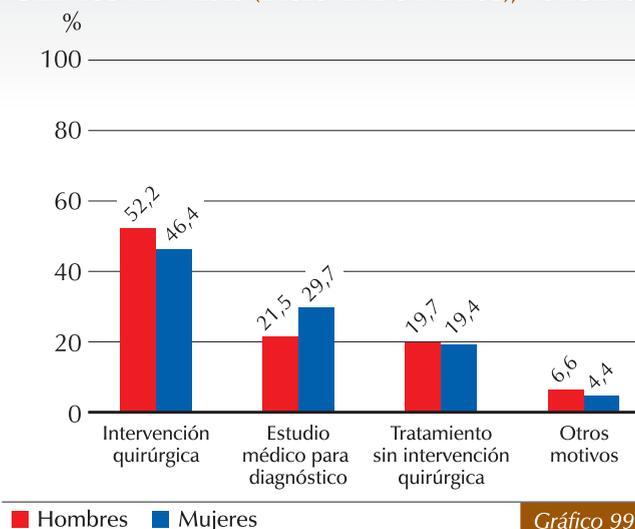
En el análisis por edad entre hombres y mujeres (gráfico 98), se observan las siguientes diferencias: ingresan más mujeres que hombres hasta los 44 años, invirtiéndose a partir de esa edad hasta el grupo de edad de mayores de 74 años, en que se igualan los ingresos. Teniendo en cuenta que un cuarto de los ingresos de las mujeres se deben a partos (25,6%), si se excluyen en el análisis los ingresos debidos a esta causa se observa que salvo en la edad pediátrica, en el resto de los grupos de edad ingresan más hombres que mujeres hasta el grupo de mayores de 74 años.

HOSPITALIZACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (EXCLUYENDO PARTOS), POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD



De acuerdo al **motivo principal del ingreso**, excluyendo los partos, los motivos de ingreso en las mujeres son similares a los de los hombres (gráfico 99), constituyendo las intervenciones quirúrgicas la mitad de los ingresos, tanto en hombres como en mujeres.

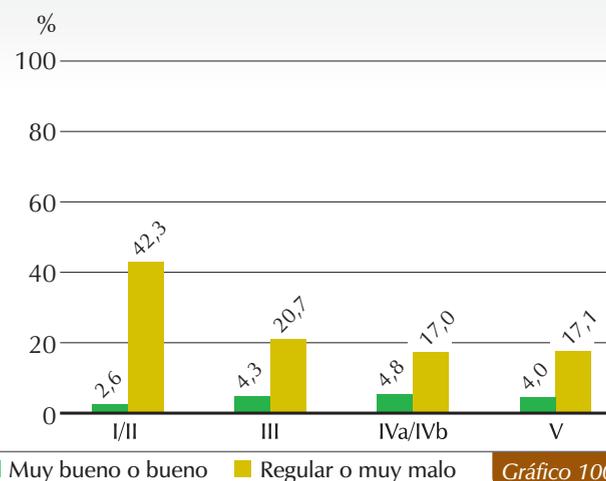
MOTIVO DEL ÚLTIMO INGRESO HOSPITALARIO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES (EXCLUYENDO PARTOS), POR SEXO



Las **clases sociales** con más proporción de ingresos son las de los extremos, las I/II (12,2% han ingresado en los últimos 12 meses) y la V (11,2%), ingresando en ambas más las mujeres que los hombres (un 13,6% de mujeres frente a un 11,0% de hombres en las clases I/II, y un 12,8% de mujeres frente a un 9,1% de hombres en la V). Sin embargo en las clases medias ingresan más hombres que mujeres (un 10,5% de hombres frente a un 7,9% de mujeres en la clase III, y un 9,6% de hombres frente a un 8,4% de mujeres en la IV).

Entre las personas que perciben que su salud no es buena (gráfico 100), se observa que aquellas que pertenecen a las clases sociales I/II ingresaron en un hospital en el último año en un 25,2% más que las que pertenecen a la clase V.

INGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SALUD PERCIBIDA Y CLASE SOCIAL



De acuerdo al **tamaño del municipio de residencia** no se observan diferencias significativas en la frecuencia de ingresos. Sin embargo en el análisis por sexo, en los municipios pequeños ingresaron más hombres que mujeres (12,2% y 7,6% respectivamente), al contrario de lo que ocurre en los otros dos tamaños de municipios (en los medianos un 11,2% de las mujeres frente a un 8,9% de los hombres, y en los grandes un 10,3% de las mujeres frente a un 9,0% de los hombres).

6.5. Hospital de día

Se estima que un 3,4% de la población acudieron al hospital de día. Ingresaron con más frecuencia las personas a partir de los 65 años (un 7,2% en personas de 65 a 74 años y un 5,6% en personas de 75 y más), sin apreciarse diferencias importantes entre hombres y mujeres (3,7% de los hombres frente a 3,2% de las mujeres), aunque se observan algunas diferencias en los motivos, utilizando el 43,4% de las mujeres el hospital de día para una intervención quirúrgica o tratamiento médico (37,3%), frente al 40,5% de los hombres para intervención quirúrgica u otros motivos (47,9%).

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A. y Regidor, E. Grupo de Trabajo de la SEE (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U. y Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente [Versión electrónica]. *Gaceta Sanitaria*, 2, 93-102.
- Blane, D. (1995). Social determinants of Health – socioeconomic status, social, class and ethnicity [Versión electrónica]. *American Journal of Public Health*, 85, 903-905.
- Bonilla, C. (2005). *Plan de Fomento de la Lactancia Materna (2005-2007)*. Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Borrell, C. y Benach, J. (Coord.) (2003). *Desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- Borrell, C., Fernández, E., Schiaffino, A., Benach, J., Rajmil, L., Villalbi, J.R. & Segura, A. (2001). Social class inequalities in the use of and access to health service in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance?. *International Society for Quality in Health Care*, 13, 117-125. Consultado el 19/05/2009 en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/13/2/117>
- Borrell, C., García-Calvente, M.M. y Martí-Boscà, J.V. - Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS – (2004a). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 2-6.
- Borrell, C., Rohlfs, I., Artazcoz, L. y Muntaner, C. (2004b). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? [Versión electrónica]. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 2), 75-82.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. y Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease [Versión electrónica]. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
- Bruin, A., Picavet, H.S.J. y Nossikov, A. (1996). Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications European Series nº 58. Finlandia: OMS.
- Brunner, E.J. (1997). Stress and the biology of inequality [Versión electrónica]. *British Medical Journal*, 314, 1472-1476.
- Brunner, E.J., Hemingway, H., Walker, B.R., Page, M., Clarke, P., Juneja, M., et al. (2002). Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome [Versión electrónica]. *Circulation*, 106, 2659-2665.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K. y Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey [Versión electrónica]. *British Medical Journal*, 320, 1-6.
- Colomer, C., Colomer, J., Mercer, R., Peiró, R. y Rajmil, L. (2004). La salud en la infancia [Versión electrónica]. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 39-46.
- Commission on Social Determinants of Health (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT. Vancouver: World Health Organization.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute of Futures Studies.
- Daponte, A., Bolívar, J. y García, M.M (Eds.) (2009). *Las desigualdades sociales en salud*. Serie Nueva Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Gobierno de España (2007). *Anuario estadístico de accidentes 2007*. Madrid.
- Domingo, A. y Marcos, J. (1989). Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*, 3, 320-326.

- Escolar, A., Martínez, M.D. y Daponte, A. (Eds.) (2008). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. & Wirth, M. (eds.) (2001). *Challenging inequities in Health from ethics action*. Oxford: Oxford University Press.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública (2004). *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004 - 2007*. Cantabria.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública (2005). *Programa de detección precoz de cáncer de mama. 5ª vuelta (2005 - 2006)*. Cantabria.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública (2008). *II Plan de Actuación 2008 - 2011: Salud de las Mujeres*. Cantabria.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. (2008). *II Plan de prevención y control del tabaquismo 2008 - 2011*. Cantabria.
- Goldberg, D. (1978). *Manual de General Health Questionnaire*. Windsor: Nefer Publishing.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health questionnaire*. Windsor: Nefer Publishing.
- Gorber, S.C., Tremblay, M., Moher, D. & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review [Versión electrónica]. *Obesity Reviews*, 8, 307-326.
- Hemingway, H., Kuper, K. & Marmot, M. (2003). *Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies*. En Salim Yusuf, et al (Eds.), *Evidence-based Cardiology* (2ª ed.) (pp. 181-217). London: BMJ Books.
- Idler, E.L. & Ronald, J.A. (1990): Self-rated Health: and Mortality in th NHAMES-I Epidemiologic follow-up study [Versión electrónica]. *American Journal f Public Health*, 80, 446-452.
- Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (1994). *Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94)*. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (2008). *Programa de prevención de lesiones: Red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados 2007*. Madrid.
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees [Versión electrónica]. *British Medical Journal*, 325, 857-860.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. y Thornicroft, G. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental*. Barcelona: Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health [Versión electrónica]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 327-332.
- Larrañaga, I., Arregui, B. y Arpal, J. (2004). La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl. 1), 31-37.
- Mackenbach, J. & Bakker, M. (eds.) (2002). *Reducing Inequalities in Health, a European Perspective*. London: Routledge.

Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence [Versión electrónica]. *Lancet*, 350, 235-239.

Marmot, M.G. & Standfeld, S.A. (2002). *Stress and heart disease*. London: BMJ Books.

McCabe, C.J., Thomas, K.J., Braizer, J.E. & Coleman, P. (1996). Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and SF-36 [Versión electrónica]. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 517-521.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. «Alimentación saludable» *Nutrición y salud personal*. Disponible en: www.msc.es

Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Sistema de Información Sanitaria del SNS. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Gobierno de España (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (2008). *Anexo Informativo Encuesta Nacional de Salud* (Nota de prensa). Madrid: Autor. Disponible en: www.msc.es

Mossey, J.M. & Shapiro, E. (1982). Self-rated Health: A predictor of mortality among the elderly [Versión electrónica]. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.

Muñoz, P.E., Vázquez, J.L. y Rodríguez, F. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Archivos Neurobiológicos*, 42, 139-158.

Observatorio de Salud FISCAM (2006). *Encuesta de Salud 2006*. Castilla – La Mancha: Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) (2008). *Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004 – 2007*. Cantabria: Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC). Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Francia.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Singapur.

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D.C.: Autor. Resumen consultado el 19/05/2009 en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A.A., Jarawan, E. & Mathers, C. (2004). *The world report on road traffic injury prevention*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Pérez Giménez, R. (2006). *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las encuestas de salud de Cataluña (1994-2002)* [Tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C. & Theorell, T. (2002). Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study [Versión electrónica]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 294-300.

Rodríguez, C. (2007). Encuesta nacional de Salud. *Revista Índice*, 20, 9-11. Disponible en: <http://www.revistaindice.com/numero20/p9.pdf>

- Rodríguez, E. (Coord.) (2002). *Jóvenes y Videojuegos: Espacio, significación y conflictos* (FAD). Madrid: Instituto de la Juventud-Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escriba, V., et al. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud [Versión electrónica]. *Gaceta Sanitaria*, 14, 146-155.
- Samet, J.M. (2004). Adverse effects of smoke exposure on the upper airway [Versión electrónica]. *Tobacco Control*, 13 (Suppl. 1), 57-60
- Schnall, P., Belkic, K., Landsbergis, P. & Baker, D. (2000). Why the workplace and cardiovascular disease? Occupational medicine: State of the Art reviews. *Hanley & Belfus Inc., Occup Med*, 15. Consultado el 19/05/2009 en: <http://www.workhealth.org/OMS-TAR/omoutline.html>
- Segovia, J., Bartlett, R.F. & Edwards A.C. (1989): An empirical analysis of the dimensions of health status measures [Versión electrónica]. *Social Science Medicine*, 29, 761-768.
- Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Gobierno Vasco (2007). *Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV-2007)*. Vitoria – Gasteiz: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
- Theorell, T. & Karasek, R. (2000). *The demand-control-support model and CVD*. En Schnall, P.L. et al. (Eds.). *The workplace and cardiovascular disease*. Occupational medicine (pp.78-83). Philadelphia: Hanley & Belfus Inc.
- Vaqué, J. (2002). *Epidemiología general de las enfermedades crónicas*. En Piédrola Gil (edit.). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Editorial Masón.
- Vázquez-Barquero, J.L., Williams, P., Díez-Manrique, J.F., Lequerica, J. & Arenal, A. (1988). The factor Structure of the GHQ in a community sample. *Psychological Medicine*, 18, 211-218.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22, 429-445.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *The solid facts*. *Copenhagen*: World Health Organization.

GLOSARIO

Variables de estado de salud

- **Estado de salud general (salud percibida):** esta característica trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud.
- **Accidente:** acontecimiento fortuito e imprevisto que sobreviene al individuo y le produce un daño corporal identificable. Se incluyen caídas, golpes, intoxicaciones, quemaduras y accidentes de tráfico tanto como conductor, pasajero o peatón.
- **Limitación crónica:** Es aquella limitación, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico, que origina secuelas o limitaciones de larga duración.
- **Restricción temporal de la actividad de la vida cotidiana:** Se refiere a la reducción de la actividad, debida a problemas de corta o larga duración, que realiza normalmente una persona por debajo de su capacidad normal.

Variables de los determinantes del estado de salud

- **Trabajo reproductivo:** Es el trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con el mantenimiento del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar.
- **Citología vaginal:** consiste en la toma de una muestra de células que son analizadas en laboratorio. Es un medio diagnóstico de cáncer de cuello de útero y de la vagina y de determinadas infecciones. Permite también conocer la actividad hormonal de la mujer.
- **Mamografía:** es una radiografía de las mamas que se utiliza para detectar tumores y para ayudar a establecer la diferencia entre las enfermedades no cancerosas (benignas) y cancerosas (malignas).
- **Toma de la tensión arterial:** es la medición de la tensión arterial sistólica y diastólica por un profesional sanitario.
- **Dieta:** hace referencia a los alimentos (o mezcla de alimentos) que en unas determinadas cantidades son ingeridos de forma habitual, generalmente a diario, y representa el modelo o patrón de alimentación que sigue un individuo. Se entiende que una persona sigue una dieta o régimen especial si modifica su hábito alimentario, por consejo médico o decisión propia, sea cual sea el motivo.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** el Índice de Masa Corporal (ICM) se define como la relación entre el peso de la persona (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros).

$$IMC = \text{peso (en kg)} / \text{talla}^2 \text{ (en m)}.$$

A partir de este índice, se definen, para personas a partir de 18 años, las siguientes categorías:

- Peso insuficiente ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$).
- Normopeso ($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$).
- Sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$).
- Obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

El Índice de Masa Corporal infantil se calcula utilizando la metodología publicada en Cole TJ, *et al* (2000).

Las categorías que se establecen, para los menores de 18 años, son las siguientes:

- Normopeso o peso insuficiente ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$).
- Sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$).
- Obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

- **Ejercicio físico:** Actividad física recreativa que se realiza en momentos de tiempo libre.

- **Actividad física:** Movimiento del cuerpo implicado en la realización de las actividades cotidianas.

Variables de utilización de servicios

- **Consultas médicas:** Es cualquier contacto con un/a profesional médico realizado por motivos de salud, mediante visita personal o telefónica, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, recetas, tratamientos o para que se realice un examen u otros trámites, que dan lugar a un “consumo” de cualquier tipo. Cuando un médico acudió a una casa a ver a más de una persona se consideraron tantas visitas como personas hubiese tratado.

Una visita al médico se asoció con la persona que lo necesitó aunque esta persona no acudiera a consulta.

- **Consultas urgencias:** Es la asistencia solicitada con carácter urgente en un centro distinto del habitual o en el centro habitual, pero fuera de horas de consulta. En el cuestionario se preguntó por las asistencias urgentes ocurridas en los 12 meses anteriores a la entrevista.

RELACIÓN DE GRÁFICOS Y MAPAS

• GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población de Cantabria, según la ESCAN-06, por sexo y grupos de edad	30
Gráfico 2. Distribución por nivel de estudios. Personas adultas	30
Gráfico 3. Distribución por clase social	31
Gráfico 4a. Distribución por tamaño del municipio	31
Gráfico 4b. Distribución por área sanitaria	31
Gráfico 5a. Número de adultos en el hogar	32
Gráfico 5b. Número de menores en el hogar	32
Gráfico 6. Máximo nivel de estudios alcanzado en el hogar	32
Gráfico 7. Principal fuente de ingresos del hogar (tomando como referencia a la principal persona sustentadora del hogar)	33
Gráfico 8. Ingresos mensuales del hogar	33
Gráfico 9. Actividad económica según la principal persona sustentadora del hogar	34
Gráfico 10. Tipo de contrato laboral de la principal persona sustentadora del hogar (cuando está trabajando o en baja de más de 3 meses)	34
Gráfico 11. Estado de salud percibido positivo, por sexo y grupos de edad (últimos 12 meses)	36
Gráfico 12. Estado de salud percibido positivo, por sexo y clase social (últimos 12 meses)	36
Gráfico 13. Riesgo de mala salud mental de menores, por sexo y grupos de edad	39
Gráfico 14. Riesgo de mala salud mental en menores, por sexo y clase social	40
Gráfico 15. Riesgo de mala salud mental en menores, por sexo y tamaño del municipio	40
Gráfico 16. Salud mental de las personas adultas, por sexo y grupos de edad. Medias	41
Gráfico 17. Salud mental de las personas adultas, por sexo y nivel de estudios. Medias	41
Gráfico 18. Salud mental de las personas adultas, por sexo y clase social. Medias	41
Gráfico 19. Riesgo de mala salud mental en personas adultas en Cantabria y en España, por sexo y grupos de edad	44
Gráfico 20. Riesgo de mala salud mental en personas adultas, por sexo y nivel de estudios	45
Gráfico 21. Riesgo de mala salud mental en personas adultas, por sexo y clase social	45
Gráfico 22. Riesgo de mala salud mental en personas adultas, por sexo y tamaño de municipio de residencia	45
Gráfico 23. Nivel de estrés en el trabajo, por sexo y grupos de edad	46
Gráfico 24. Nivel de estrés en el trabajo, por sexo y nivel de estudios	46
Gráfico 25a. Número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez. Hombres	47
Gráfico 25b. Número de problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez. Mujeres	47
Gráfico 26. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez, por sexo y grupos de edad	48
Gráfico 27. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y padecidos alguna vez en población de 16 a 34 años, por orden de frecuencia	48

Gráfico 28. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados y padecidos alguna vez en población de 35 a 54 años, por orden de frecuencia	49
Gráfico 29. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez en personas adultas, por sexo	49
Gráfico 30. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez, por sexo y clase social	50
Gráfico 31. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez en menores, por sexo	52
Gráfico 32. Problemas de salud crónicos o de larga duración padecidos en los últimos 12 meses, por sexo y grupos de edad	53
Gráfico 33. Limitación de la actividad habitual por problemas de salud crónicos o de larga duración padecidos en los últimos 12 meses, por sexo y grupos de edad	53
Gráfico 34. Limitación de la actividad por problemas de salud crónicos o de larga duración en los últimos 12 meses, por sexo y clase social	54
Gráfico 35. Limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses, por sexo y grupos de edad	55
Gráfico 36. Limitación para la realización de las actividades cotidianas en los últimos 6 meses, en personas de 65 y más años, por sexo	55
Gráfico 37. Problemas que causan dificultad para desarrollar las actividades cotidianas, en personas de 65 y más años, por sexo y grupos de edad	56
Gráfico 38. Dependencia funcional para cuidado personal, en personas de 65 y más años, por sexo y grupos de edad	56
Gráfico 39. Dependencia funcional para cuidado personal, en personas de 65 años y más, por sexo y nivel de estudios	57
Gráfico 40. Accidentes, por sexo y grupos de edad (últimos 12 meses)	58
Gráfico 41. Actividad física en el tiempo libre, por sexo y grupos de edad	62
Gráfico 42. Realización de actividad física habitual en su tiempo libre, por sexo y grupos de edad	63
Gráfico 43. Tipo de actividad física en su tiempo libre, por sexo	63
Gráfico 44. Tipo de actividad física en su tiempo libre, por nivel de estudios	64
Gráfico 45. Hábitos alimentarios de la población	65
Gráfico 46. Consumo diario de alimentos, por sexo	66
Gráfico 47. Consumo de comidas rápidas, snacks o dulces al menos 3 veces por semana, por sexo y clase social	66
Gráfico 48. Razón de hacer dieta, por sexo y grupos de edad, en los últimos 12 meses	67
Gráfico 49. Lactancia, por sexo	68
Gráfico 50. Lactancia natural, por clase social	68
Gráfico 51. Lactancia natural, por tamaño de municipio de residencia	69
Gráfico 52. Horas de sueño al día, por sexo y grupos de edad (incluye siesta). Medias	69
Gráfico 53. Consumo de TV entre semana y en fin de semana, por sexo y grupos de edad (Población infantil a partir de 1 año)	70
Gráfico 54. Utilización de videojuegos, ordenador o Internet, por sexo y grupos de edad (Población infantil a partir de 1 año)	71

Gráfico 55. Consumo de TV y/o videojuegos/ordenador/Internet entre semana y en fin de semana, por sexo y grupos de edad (Población infantil a partir de 1 año que ve o juega más de 1 hora)	72
Gráfico 56. Consumo de tabaco, por sexo	72
Gráfico 57. Consumo diario de tabaco, por sexo y grupos de edad	73
Gráfico 58. Número de cigarrillos que consume la población que fuma a diario, por sexo	73
Gráfico 59. Consumo diario de tabaco, por sexo y clase social	74
Gráfico 60. Exposición de menores al humo de tabaco en casa, por sexo y grupos de edad	74
Gráfico 61. Consumo de alcohol, al menos una vez al mes, por sexo y grupos de edad	77
Gráfico 62. Consumo de alcohol, al menos una vez al mes, por sexo y clase social	77
Gráfico 63. Consumo de alcohol, al menos una vez al mes, por nivel de estudios	78
Gráfico 64. Sobrepeso y obesidad en menores, por sexo	78
Gráfico 65. Sobrepeso y obesidad, por sexo y grupos de edad	79
Gráfico 66. Sobrepeso y obesidad, por sexo y clase social	79
Gráfico 67. Dedicación a las tareas del hogar, por sexo	82
Gráfico 68. Horas a la semana dedicadas al cuidado del hogar, por sexo	83
Gráfico 69. Dedicación al cuidado de menores de 15 años, por sexo	83
Gráfico 70. Horas dedicadas al cuidado de menores a la semana, por sexo	84
Gráfico 71. Dedicación al cuidado de mayores de 75 y más años, por sexo	84
Gráfico 72. Horas dedicadas al cuidado de personas mayores de 75 años durante la semana. Mujeres	85
Gráfico 73. Dedicación al cuidado de personas discapacitadas, por sexo	85
Gráfico 74. Horas dedicadas al cuidado de personas discapacitadas a la semana. Mujeres	86
Gráfico 75. Estado de la dentadura, por sexo (población mayor de 1 año)	86
Gráfico 76. Utilización pública o privada de los servicios de salud bucodental, por grupos de edad	87
Gráfico 77. Tiempo de la última vez que se tomó la tensión, por sexo	87
Gráfico 78. Frecuencia de determinación del colesterol, por sexo y grupos de edad (a partir de 35 años)	88
Gráfico 79. Vacunación gripe, por sexo y grupos de edad (últimos 12 meses)	89
Gráfico 80. Realización de mamografía alguna vez en la vida, por grupos de edad	90
Gráfico 81. Frecuencia de realización de mamografía en mujeres de 50 a 64 años, a partir de la primera que se hizo	90
Gráfico 82. Frecuencia de realización de citología en mujeres de 25 a 64 años, a partir de la primera que se hizo	91
Gráfico 83. Frecuencia de realización de citología en mujeres de 25 a 64 años, a partir de la primera que se hizo, por clase social	91
Gráfico 84. Medicamentos consumidos y recetados en las últimas 2 semanas, por sexo y grupos de edad	96
Gráfico 85. Población menor de 16 años. Tipos de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas, por sexo	97
Gráfico 86. Población de 16 o más años. Tipos de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas, por sexo	97

Gráfico 87a. Número de medicamentos consumidos por hombres	98
Gráfico 87b. Número de medicamentos consumidos por mujeres	98
Gráfico 88. Consumo de medicamentos, por sexo y clase social (últimas 2 semanas)	98
Gráfico 89. Población de 16 ó más años. Consumo de medicamentos, por sexo y nivel de estudios en las últimas 2 semanas	99
Gráfico 90. Población de 16 ó más años a la que se le ha recetado medicamentos, por sexo y nivel de estudios en las últimas 2 semanas	99
Gráfico 91. Modalidad de cobertura sanitaria, por clase social	104
Gráfico 92. Visitas al médico/a o pediatra, según salud percibida y clase social	105
Gráfico 93. Lugar de la última consulta realizada en las 4 últimas semanas, por sexo	105
Gráfico 94. Motivo de la última consulta realizada en las 4 últimas semanas, por sexo	106
Gráfico 95. Consulta de enfermería en las 4 últimas semanas, por sexo y grupos de edad	106
Gráfico 96. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses, por sexo y grupos de edad	109
Gráfico 97. Motivo del último ingreso hospitalario de los últimos 12 meses, por sexo	110
Gráfico 98. Hospitalización en los últimos 12 meses (excluyendo partos), por sexo y grupos de edad	110
Gráfico 99. Motivo del último ingreso hospitalario de los últimos 12 meses (excluyendo partos), por sexo	111
Gráfico 100. Ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses, según salud percibida y clase social	111

• MAPAS

Mapa 1. Estado de salud positivo, por área de salud, sexo y tamaño del municipio de residencia (últimos 12 meses)	38
Mapa 2. Salud mental, por área de salud, sexo y tamaño del municipio de residencia	43
Mapa 3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados alguna vez, por área de salud, sexo y tamaño del municipio de residencia	51
Mapa 4. Personas que fuman diariamente, por área de salud, sexo y tamaño del municipio de residencia	76
Mapa 5. Sobrepeso y obesidad, por área de salud, sexo y tamaño de municipio de residencia	81
Mapa 6. Medicamentos consumidos y recetados, por área de salud, sexo y tamaño de municipio de residencia	101
Mapa 7. Consulta médica y de enfermería en las últimas 4 semanas, por área de salud, sexo y tamaño de municipio de residencia	108

• TABLAS

Tabla 1. Muestra teórica y efectiva de Cantabria	21
Tabla 2. Descripción de la muestra	22
Tabla 3. Situación de dependencia funcional de las personas de 65 y más años en Cantabria y en España	57
Tabla 4. Tipo de actividad física en su tiempo libre por clase social	64

Análisis y Redacción

El presente informe ha sido elaborado por el equipo del Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

- Ángeles Cabria, Directora
- Dolores Prieto, Técnica Superior
- Óscar Pérez, Técnico Superior

Puede visitar nuestro sitio web en la siguiente dirección: www.ospc.es

Agradecemos la asesoría y colaboraciones clave en diferentes aspectos del mismo de las siguientes personas y entidades:

Grupo asesor

- Javier Llorca, Decano de la Facultad de Medicina y Profesor titular en el Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas de la Universidad de Cantabria.
- David Cantarero, Profesor titular en el Área de Economía Aplicada de la Universidad de Cantabria.
- Marta Pascual, Profesora titular en el Área de Economía Aplicada de la Universidad de Cantabria.
- Roser Pérez Giménez, Profesora de l'Escola Universitària Creu Roja. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Daniel La Parra Casado. Profesor del Departamento de Sociología de la Universidad de Alicante.
- M^a Eugenia López, Subdirectora de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Manuel Galán, Jefe de Servicio de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Colaboraciones

- Carmen Rodríguez, Coordinadora de la Encuesta Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo
- Margarita García Ferruelo, Subdirectora General Adjunta. Subdirección General de Estadísticas y Análisis Sociales. Instituto Nacional de Estadística.
- Isabel Luis Rivas, Técnica, Sección de Cartografía. Servicio de Planificación Territorial y Urbanística. Dirección General de Ordenación del Territorio y Urbanismo. Gobierno de Cantabria.
- Sara Herrera, Investigadora de la Unidad de Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.



www.saludcantabria.org