



OBSERVATORIO DE SALUD
EN ASTURIAS

DOCUMENTO TÉCNICO DEL OBSERVATORIO DE SALUD EN ASTURIAS

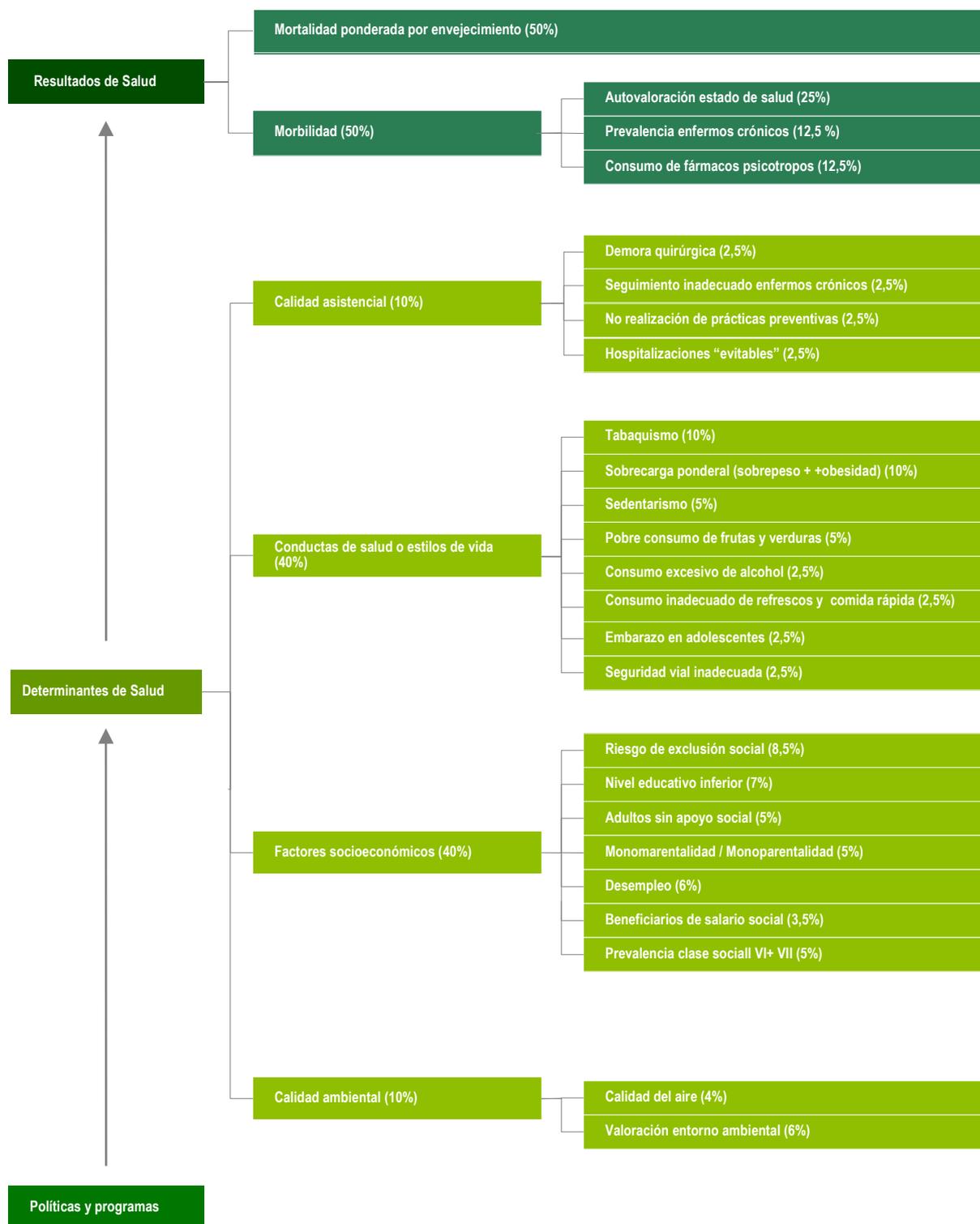
—

Dimensiones e indicadores utilizados en 2019: Proyecto de Rankings, 2019

Los indicadores utilizados se basan en el modelo de determinantes de salud según el siguiente esquema de actuación:



Los indicadores elegidos y sus pesos dentro de cada apartado se indican en la siguiente tabla:



RESULTADOS Y DETERMINANTES

El modelo a estudio pretende describir tanto las variables y dimensiones asociadas a los resultados de salud como a los determinantes de salud como a ambos a la vez.

NOVEDADES EN EL RANKING DE 2019

Tras CINCO ediciones anteriores del Ranking del OBSA (2011, 2012, 2013, 2016 y 2018), algunos indicadores han cambiado desde los iniciales, en otros no se han actualizado las fuentes y ha sido necesaria una adaptación de algunos indicadores, así como para otros indicadores hemos eliminado sus valores.

Nuevos indicadores: Hemos realizado en esta nueva edición del Ranking varias modificaciones de variables existentes, eliminado algunas e incluido otras que abordan nuevos elementos que condicionan los resultados de las dos grandes dimensiones seleccionadas. En concreto, se añade en los últimos años una nueva variable de consumo inadecuado de refrescos azucarados y comidas rápidas, dada su gran importancia en el consumo de elementos azucarados y elementos que puedan condicionar el sobrepeso y obesidad así como la salud cardiovascular.

Modificación de indicadores: se han realizado en las última ediciones ajustes determinados en algunos indicadores con objeto de aumentar la potencia de los mismos ateniendo a agrupaciones de concejos, así como añadiendo años a los períodos de estudio. Con ello aumentamos la muestra o los períodos de observación realizando más estables y sólidos los resultados. También, dada la ausencia de información en la fuente primaria se han modificado ligeramente los indicadores anteriores con objeto de que representen situaciones similares. Así, en el caso de la seguridad vial inadecuada, hemos modificado su contenido al considerar que representa mejor esta variable la presencia de vehículos con caducidad de ITV que el componente antigüedad del parque móvil, que se elimina. Por otra parte, al carecer de datos actualizados de datos de Salario Social básico, hemos preferido que la fuente de información sea los tramos de copago farmacéutico, como ya hicimos en el modelo de 2016, que son reconocidos por la Tesorería General de la Seguridad Social sin excluir a aquellas personas con pensión no contributiva y aquellas que hayan agotado la prestación del subsidio de desempleo. Con ello, obtenemos una aproximación fina al indicador original. En el caso de las hospitalizaciones evitables, hemos aumentado la potencia del indicador recogiendo cuatro años, si bien el resultado se da en promedio anual.

A su vez, el mayor cambio en los últimos años es ofrecer los resultados de mortalidad en otro contexto, en este caso, también de la mortalidad prematura, pero expresándola en el formato de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) de manera que expresemos la magnitud de mortalidad precoz y estandarizándola mediante población europea.

En otros casos se ha cambiado la fuente y algún pequeño retoque a los indicadores. Este es el caso de los cuidados inadecuados donde los datos se extraen ahora del Atlas de Diabetes Mellitus de Asturias con una mayor potencia y precisión. También el de sobrepeso y obesidad infantil en Asturias donde se extraen los datos del Atlas de Sobrepeso y Obesidad Infantil en Asturias con los mismos resultados que en el indicador anterior recogiendo la sobrecarga ponderal y eligiendo como muestra la población infantil de 10-13 años para dar más potencia a los resultados especialmente en concejos pequeños.

En el caso de la clase social asignada, al haber cambiado la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología de un patrón de 5 clases sociales a uno de 7 clases sociales, el criterio de deprivación será las dos últimas, clases sociales VI y VII.

Por su parte en la variable de calidad del aire (contaminación ambiental) se han modificado en esta edición las ponderaciones porque se han logrado grandes mejoras en los últimos años tanto en cuanto a la contaminación industrial como a la del tráfico rodado.

A su vez, en el indicador compuesto de entorno ambiental, al haberse eliminado de su fuente la variable lugares de esparcimiento por la diferente dimensionalidad dada por las personas que viven en diferentes hábitats quedaría en una variable compuesta con un total de 9 ítems y no de 10 como en el anterior Ranking.

Actualización de indicadores: En un Ranking altamente dependiente de la percepción y opinión del ciudadano, así como de los comportamientos y estilos de vida que llevan, los resultados de la Encuestas y en concreto de la Encuesta de Salud para Asturias son muy importantes. Para las últimas ediciones, se han incorporado los datos recogidos en la Encuesta de Salud para Asturias 2017 y la Encuesta de Salud Infantil del mismo año, en algunos casos anticipando los resultados de las mismas que aun no se han publicado.

Hemos intentado actualizar todos los indicadores a fechas más recientes, sin embargo, en algunos no ha sido posible debido a múltiples causas. En otros, la actualización corresponde a un desplazamiento en la media móvil que los compone, de manera que aumente la potencia (en este caso basada en agregación temporal) de los resultados obtenidos máxime cuando analizamos Áreas (concejos) muy pequeños.

Eliminación de indicadores: Se ha procedido a eliminar en los últimos años algunos indicadores porque ya no realizaban la función para la que se habían incluido o porque ya hay otros elementos que describen mejor la información que queremos transmitir. Es el caso de la antigüedad del parque móvil que intentaba transmitir información sobre seguridad vial que creemos que ya lo está haciendo el indicador de no pasar la ITV en el caso de vehículos automóviles. Por otra parte, se ha eliminado la variable mortalidad por consumo de alcohol porque creemos que ya está representado el efecto del alcohol con el consumo excesivo y, además, la mortalidad (resultado) estaba incluida en determinantes.

Se elimina, a su vez, la variable calidad del agua, porque en los últimos años no se ha actualizado en su fuente de origen además de tener en la actualidad muy escasa influencia sobre el estado de salud en general.

Mantenimiento de indicadores: En algunos casos, se ha optado por mantener los resultados de indicadores correspondientes a fechas anteriores aunque haya datos actualizados, por la mayor potencia y consistencia que aportaban los anteriores. Esperemos que en la siguiente edición tengamos una nueva actualización que permita que para los próximos rankings incorporar resultados actualizados para sus indicadores.

RESULTADOS DE SALUD

El resumen del ranking de RESULTADOS DE SALUD se basa en dos componentes principales: **mortalidad** medida con los Años potenciales de vida perdidos y la **morbilidad** que a su vez se mide en forma de autovaloración del estado de salud, presencia de enfermos crónicos y del consumo de fármacos contra la ansiedad y depresión.

La **mortalidad** es un fenómeno directamente ligado a la edad, por ello queremos mostrar la magnitud de la mortalidad prematura ajustándola mediante la estructura etaria de cada concejo.

La **morbilidad** también depende de la edad pero en un menor grado. Para su medición hemos empleado tres variables: la autovaloración pobre del estado de salud (respuesta malo o muy malo, recogida en Encuesta de Salud, 7,6% en Asturias), la proporción de enfermos crónicos a partir de los datos de consulta en Atención Primaria (media de Asturias, **51,58%**) y la proporción estimada de personas tratadas con ansiolíticos y antidepresivos a partir de los datos de dosis diaria definida de consumo de estos fármacos (media de Asturias, 24,36%).

Veamos con más detalle cada uno de ellos, así como su peso en el modelo.

Resultados de salud. Dimensiones: (peso)

Variables o Indicadores: (peso)

Mortalidad (50%)

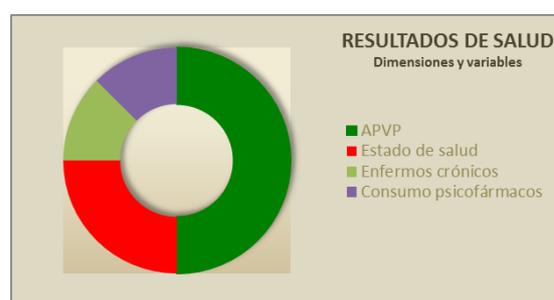
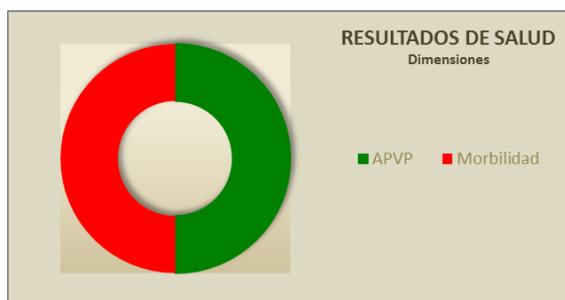
Tasa de Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Morbilidad (50%)

Mala o muy mala autovaloración del estado de salud (25%)

Prevalencia de personas con enfermedad crónica (12,5%)

Prevalencia de personas con consumo de ansiolíticos o antidepresivos (12,5%)



Resultados de salud: MORTALIDAD

Indicador Mortalidad general mediante tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos (APVP)

Qué es

La mortalidad general prematura es una medida de los efectos más importantes de la enfermedad. Cada fallecimiento contribuye en la mortalidad en forma de tasa bruta de mortalidad en relación al número de años perdidos. Como está ligada al envejecimiento, se realiza un ajuste mediante estructura etaria.

Motivos de inclusión

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) son un indicador sanitario muy utilizado para el estudio de la mortalidad, en especial, de la considerada prematura. Su uso puede dar resultados muy diferentes a los de la misma mortalidad prematura o mortalidad general. (1)

Los APVP hacen una medición del impacto relativo de varias enfermedades y problemas de salud en la sociedad (2). Su virtud es que nos muestran las pérdidas que sufre una sociedad debido a la muerte de personas jóvenes o de los fallecimientos considerados prematuros. Con ello, se considerará una muerte como prematura cuando la misma sucede antes de una cierta edad predeterminada, que deben decidir los investigadores. El hecho de considerar la edad en la que fallecen las personas y no sólo el fallecimiento mismo nos permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren a diferentes momentos de la vida y, por tanto, prematuras.

El concepto en el que se basan los APVP es que cuando más precoz es la muerte mayor es la pérdida de vida y el impacto para la sociedad.

La cifra de los APVP será la suma, en todas aquellas personas que fallecen, de los demás años que éstas habrían vivido si se hubieran cumplido las esperanzas de vida previstas. (3)

Por lo general, el valor de la edad límite de 70 años es el más utilizado, y es el que utilizamos en este estudio; sin embargo, pueden ser factible usar otras edades o bien la esperanza de vida de la población. Para aquellas poblaciones con una esperanza de vida baja, es recomendable utilizar un criterio más bajo, de 65 años por ejemplo.

El motivo de intentar representar la mortalidad prematura es que mide bien el estado de salud de la población y es útil en planificación, permitiendo definir prioridades, observar cambios temporales y ver diferencias en subpoblaciones así como detectar ineficacia de los programas de intervención (1).

Al igual que en el caso de las tasas crudas de mortalidad, los APVP se ven afectados por la estructura de edad de la población, por lo que, a efectos de comparación siempre es recomendable utilizar los APVP ajustados por edad. En este caso se realiza el ajuste directo usando como referencia la población europea.

En el cálculo de APVP en una población, las causas que generan mortalidad infantil y juvenil pueden llegar a tener un peso importante en los resultados de los APVP y dependerá claramente de la estructura etaria poblacional en el territorio analizado.

1. Del Valle, MO et al. Rev San HigPúb 1993; 67: 129-144

2. Last J. A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition. New York, New York: Oxford University Press. 2001

3. Boletín Epidemiológico, Vol. 24 No. 2, junio 2003

Descripción

Los APVP son un indicador de mortalidad prematura. Son los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad más temprana de la esperada para su entorno social. Para su cálculo se ha utilizado la metodología propuesta por Romeder y McWhinnie, que computa como prematuros los fallecimientos ocurridos antes de los 70 años y no incluye los fallecidos menores de 1 año por considerar que corresponden a otro tipo de causas muchas de ellas de difícil prevención. Esta metodología da más peso a las defunciones más tempranas y habitualmente se utiliza para evaluar la carga de las defunciones prematuras en una población y la distribución de causas de defunción responsables de mayor mortalidad prematura.

Cuando se trata de comparar en el tiempo las tasas de APVP en una misma población o con otra población diferente se recurre a las tasas de APVP ajustadas por edad. En esta publicación se ha utilizado el método directo por concejo

(Quirós, JR et al. Mortalidad en Asturias, 2015).

Indicador: Aproximación a la mortalidad prematura mediante la tasa media anual de APVP en Asturias en el período 2011-2017

Tasas media anual de APVP por 1000 habitantes, estandarizadas por método directo con población europea estándar de Eurostat.

Fuente: Numerador: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2011-2017. Población para IC: Sadei, 2014

Numerador: tasas estandarizada de APVP en periodo 2011-2017. Para Intervalo de confianza: población de 1-69 años, en el año intermedio del período (2014)

Fuente	Registro de Mortalidad del Principado de Asturias,
Período de tiempo utilizado	2011-2017, 7 años naturales.
Periodicidad	Grupo del período de años.
Unidades geográficas	78 unidades geográficas. Totalidad de concejos y Asturias.

Resultados de salud: MORBILIDAD (I)

Indicador Morbilidad basada en pobre autovaloración del estado de salud

Qué es La autovaloración del estado de salud en sus peores estados: percepción de estado malo o muy malo actualmente (en el momento de la entrevista)

Motivos de inclusión La autovaloración del estado de salud es un elemento que aproxima al propio concepto de la morbilidad la propia percepción de la población sobre su propia salud y que desvela hasta cierto punto aquellos aspectos que se ligarían más a la salud percibida. Es un elemento que alcanzará incluso más relevancia en el futuro. Sin embargo, un problema para su uso y comparación es el gran componente cultural en la percepción de la salud y la integración de las expectativas en el mismo, que puede que incluso en ámbitos pequeños exista gran heterogeneidad de respuestas.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere tener un estado de salud actualmente malo o muy malo cuando se le pregunta específicamente por el mismo en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas)
Indicador: número de personas con salud mala o muy mala*100/ número total de personas respondiendo a la pregunta

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 ó más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés..
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Resultados de salud: MORBILIDAD (II)

Indicador	Prevalencia de enfermos crónicos
Qué es	La prevalencia de personas con enfermedad crónica es la proporción de personas que presentan patologías con una duración larga en su proceso y que condicionan el estado de salud de la misma.
Motivos de inclusión	La enfermedad crónica condiciona el estado de salud, la calidad de vida, la vida social y laboral de las personas. Conlleva incrementos de mortalidad y elevados costes personales, sociales y económicos tanto al individuo, la familia, la sociedad y el sistema sanitario. El conocimiento de la misma revela el nivel de morbilidad crónica de la población.
Descripción	<p>Se contabiliza en porcentaje la población registrada como enfermo crónico de alguna de las patologías seleccionadas como tales en el sistema sanitario asistencial de atención primaria registrado en el sistema OMI-AP en relación al total de personas denominadas población OMI. Las personas están asignadas a cada Centro de Salud. Se asigna la población crónica a cada concejo en función de la proporción que cada concejo aporta a la población de cada Equipo de Atención Primaria.</p> <p>Cáncer: A79, B72, B73, B74, B75, D74, D75, D76, D77, D78, H75, K72 (cáncer de ap. circulatorio), L71, N74, N75, R84, R85, R86, S77, S79, T71, T72, T73, T79, U75, U76, U77, U79, W72, X75, X76, X77, X81, Y77, Y78</p> <p>Aparato Cardiocirculatorio: K71 (cardiopatía reumática, etc), K77 (insuficiencia cardiaca), K82 (cor pulmonale, etc), K83 (valvulopatías no reumáticas, etc), K84 (bloqueos, etc), K86 (HTA), K87 (HTA), K95 (varices, etc)</p> <p>Endocrinología: (diabetes), T90 (Diabetes)</p> <p>Aparato Digestivo: D72 (hepatitis C y D), D94 (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, etc), D97 (cirrosis, etc)</p> <p>Enfermedades Infecciosas: B90 (VIH/SIDA)</p> <p>Reumatología: L84 (artrosis, etc), L86 (hernia discal, etc), L88 (artritis inflamatoria, etc), L92 (gota), L95 (osteoporosis, etc), L99 (lupus, fibromialgia, etc)</p> <p>Aparato Respiratorio: R91 (EPOC), R95 (bronquitis crónica)</p> <p>Neurología: N86 (esclerosis, etc), N87 (Parkinson, etc), N88 (epilepsia, etc)</p> <p>Psiquiatría: P70 (demencia, alzheimer, etc), P72 (psicosis, etc), P73 (depresión, etc)</p> <p>Nefrología: U99 (insuficiencia renal crónica)</p> <p>Indicador: número de personas con alguna de estas enfermedades*100/ número total de personas registradas como población OMI-AP</p> <p>Fuente: Numerador: Número de personas registradas en OMI-AP con enfermedad crónica Denominador: Tarjeta Sanitaria de Asturias. Datos de residencia por concejo, 2018</p> <p>En la tirada anterior de los Ranking teníamos datos por ZBS y se hacía la interpolación de datos por proporción de habitantes en concejos. En este año, los datos corresponden al municipio donde cada persona con estas enfermedades reside según el domicilio recogido en Tarjeta Sanitaria.</p>
Fuente	Registro de Atención Primaria, OMI-AP para Asturias. Consejería de Sanidad, 2018
Período de tiempo utilizado	2018
Periodicidad	Cuando se solicite.
Unidades geográficas	78 unidades geográficas.

Resultados de salud: MORBILIDAD (III)

Indicador Estimación de prevalencia de consumo de ansiolíticos y antidepresivos

Qué es A partir del total de consumos de ansiolíticos y antidepresivos se intenta calcular la prevalencia de personas consumiendo este tipo de fármacos como estimador del consumo farmacéutico ante malestar y/o enfermedad.

Motivos de inclusión El malestar o la enfermedad mental no grave es un fenómeno ligado a las nuevas formas de cultura y los tiempos actuales que expresan el grado de desadaptación de las personas y poblaciones a su entorno más inmediato y a los retos a que nos enfrentamos cada día. La medición de ese malestar y acciones se puede hacer de varias formas. Hemos elegido el consumo farmacéutico por su disponibilidad y por el grado de relación que existe con la ansiedad o depresión por el alto nivel de medicalización alcanzado en este ámbito en los últimos tiempos.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la estimación de la población registrada como tratada por este tipo de fármacos prescritos dentro del sistema sanitario asistencial público en Asturias. Se estima la población consumidora a partir del cálculo realizado de consumo de estos psicofármacos (principios activos y grupos terapéuticos) con la Dosis definida diaria (DDD) calculado en tasas por mil (según población de 2017) y posteriormente trasladado a porcentaje. Se asigna a cada concejo en función de la proporción que cada concejo aporta a la población de cada Equipo de Atención Primaria. Se excluyeron aquellas prescripciones no asignadas a EAP.

Los subgrupos terapéuticos estudiados han sido los siguientes:

- N05BA BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)
- N05BB DERIVADOS DIFENILMETANO (ANSIOLITICOS)
- N05BC CARBAMATOS (ANSIOLITICOS)
- N05BD DERIVADOS DIBENZO-BICICLO-OCTADIENO (ANSIOLITICOS)
- N05BE DERIVADOS AZASPIRODECANODIONA
- N05BX OTROS ANSIOLITICOS
- N05CA BARBITURICOS SOLOS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)
- N05CB BARBITURICOS EN ASOCIACION (HIPNOTICOS Y SEDANTES)
- N05CC ALDEHIDOS Y DERIVADOS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)
- N05CD BENZODIAZEPINAS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)
- N05CE DERIVADOS DE PIPERIDINODIONA (HIPNOTICOS Y SEDANTES)
- N05CF MEDICAM.RELAC.CON BENZODIAZEPINAS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)
- N05CH AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA MELATONINA
- N05CM OTROS HIPNOTICOS Y SEDANTES
- N05CX HIPNOTICOS Y SEDANTES E ASOCIACION, EXCLUIDOS BARBITURICOS
- N06AA INHIB. NO SELECTIVOS RECAPTACION MONOAMINA (ANTIDEPRESIVOS)
- N06AB INHIB. SELECTIVOS RECAPTACION SEROTONINA (ANTIDEPRESIVOS)
- N06AF INHIB. NO SELECTIVOS MONOAMINO-OXIDASA (ANTIDEPRESIVOS)
- N06AG INHIB. MONOAMINO-OXIDASA TIPO A (ANTIDEPRESIVOS)
- N06AX OTROS ANTIDEPRESIVOS
- N06BA SIMPATICOMIMETICOS ACCION CENTRAL (PSICOESTIMULANTES)
- N06BC XANTINAS (PSICOESTIMULANTES)
- N06BX OTROS PSICOESTIMULANTES Y NOOTROPICOS

Indicador: (número DDD*100)/ (número total de personas en el concejo*365)

Fuente Registro de Prescripción Farmacéutica, SESPA. Servicio de Farmacia, Dirección General de Políticas Sanitarias. Consejería de Sanidad, 2017

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cuando se solicite.

Unidades geográficas

78 unidades geográficas. Se han seleccionado para el valor del concejo la asignación de la población del Centro o Centros de Salud que existan en el mismo asignando proporcionalmente a su población el valor obtenido en cada EAP.

Se calcula el indicador para cada unidad ponderando el valor de cada concejo en función del peso total del mismo en la unidad geográfica, con la aplicación de la siguiente fórmula:

indicador de la unidad= $(\sum(\text{indicador} * \text{población concejo} / \text{población unidad}))$

DETERMINANTES DE SALUD

El resumen del ranking de **DETERMINANTES DE SALUD** se basa en cuatro componentes principales: la calidad de los servicios asistenciales, los estilos de vida, los factores socioeconómicos y la calidad ambiental.

La **calidad de los servicios asistenciales** es un fenómeno tradicionalmente ligado al estado de salud, pero que en este modelo de determinantes se atenúa dada la escasa correlación entre resultados de salud y calidad de servicios asistenciales comparado, por ejemplo, con los estilos de vida. Las variables elegidas para esta dimensión son los días de demora quirúrgica, los adecuados seguimientos en procesos crónicos (diabetes), la realización de procedimientos preventivos y las hospitalizaciones potencialmente evitables (medidos por ACSC).

Los **estilos de vida**, factor más importante en este modelo, se evalúan en función de frecuencia del hábito tabáquico, prácticas sedentarias, dieta inadecuada, prevalencia de obesidad infantil, consumo de alcohol, prácticas sexuales con consecuencia de embarazo en jóvenes y seguridad vial inadecuada.

Los **factores socioeconómicos**, también importantes, sobre todo el nivel de estudios y la clase social, se estudian por las variables de, además de las ya citadas, la tasa de desempleo, la proporción de personas beneficiarias modalidad de tramo específico en copago farmacéutico, la existencia de soporte social en adultos, la frecuencia de residencia en familias monoparentales en población infantil, personas en riesgo de exclusión social.

Los **factores ambientales**, son altamente correlacionados con los resultados de salud y nuestra evaluación incluye la contaminación ambiental, número de días que se excede el nivel admisible de partículas en el aire y la autovaloración de la calidad residencial ambiental (tráfico, ruidos, vecindad, etc.).

Veamos con más detalle cada uno de ellos, así como su peso en el modelo.



Determinantes de salud

Dimensiones

Variables o Indicadores

Calidad asistencial (10%)

Demora quirúrgica (días en lista de espera) (2,5%)
Seguimiento inadecuado en enfermos crónicos (2,5%)
No realización de prácticas preventivas (2,5%)
Hospitalizaciones inadecuadas (2,5%)

Conductas de salud o estilos de vida (40%)

Prevalencia de consumo de tabaco (10%)
Prevalencia de obesidad infantil (10%)
Prevalencia de actividad sedentaria (5%)
Prevalencia de pobre consumo de frutas o verduras (5%)
Tasa de embarazo en mujeres adolescentes (2,5%)
Prevalencia de prácticas de seguridad vial inadecuadas: (2,5%)
Prevalencia de consumidores excesivos de alcohol (2,5%)
Prevalencia de consumo inadecuado de refrescos y comida rápida (2,5%)

Factores socioeconomicos (40%)

Porcentaje de población con niveles de estudio medios o inferiores (7%)
Porcentaje de adultos sin soporte social (5%)
Porcentaje de población infantil viviendo en familias monomarentales / monoparentales (5%)
Tasa de desempleo (6%)
Porcentaje de población beneficiaria del tramo específico de copago (3,5%)
Prevalencia de personas asignadas a clases sociales IV-V (5%)
Prevalencia de personas en riesgo de exclusión social (8,5%)

Calidad ambiental (10%)

Porcentaje de población con mala percepción de su medio ambiente residencial (4%)
Número de días excediendo el límite de PM10 en aire y Concentraciones medias anuales de NOx en medio rural (6%)

Determinantes de salud: CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad de los servicios asistenciales es un fenómeno tradicionalmente ligado al estado de salud, pero que en este modelo de determinantes se atenúa dada la escasa correlación entre resultados de salud y calidad de servicios asistenciales comparados, por ejemplo, con los estilos de vida.

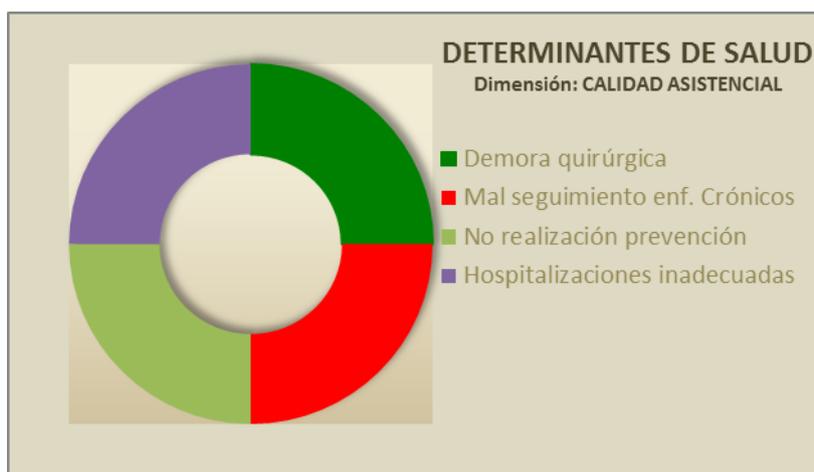
Las variables elegidas para representar esta dimensión son los días de **demora quirúrgica**, como elemento del grado de respuesta ágil del sistema hospitalario para atender a las necesidades quirúrgicas de la población, aún asumiendo que hay un margen de demora necesaria para una adecuada calidad. El objetivo es posicionar los concejos con lo que lo importante es la posición de cada uno en relación a su hospital comarcal (se refiere a demora en procesos inferiores al tercer nivel).

Otra variable es el **adecuado seguimiento por parte de los servicios asistenciales en procesos crónicos** exponiendo el ejemplo de la valoración del seguimiento en diabetes con una gran variabilidad geográfica.

A ello se añade la **realización de procedimientos preventivos**, expuesta como ejemplo, la proporción de mujeres que acuden a las revisiones mamográfica en el contexto de un programa de salud preventivos.

Una última variable referente a la valoración del sistema sanitario son las llamadas **hospitalizaciones potencialmente evitables** con una buena atención en Atención Primaria (*Ambulatory Case Sensitive Conditions, ACSC*) que nos muestra la relativa "inefectividad e ineficiencia" de nuestro sistema.

En el total de DETERMINANTES DE SALUD esta dimensión (Calidad asistencial) participa de un 10% del valor total, con una ponderación del 2,5% para cada una de estas cuatro variables.



Determinantes de salud: CALIDAD ASISTENCIAL (I)

Indicador **Demora quirúrgica**

Qué es	Los días de demora quirúrgica, asignando como tales los días en lista de espera quirúrgica.
Motivos de inclusión	Los días de demora quirúrgica, en este caso como los días en lista de espera quirúrgica, como elemento del grado de respuesta ágil del sistema hospitalario para atender a las necesidades quirúrgicas de la población, aún asumiendo que hay un margen de demora necesaria para una adecuada calidad. El objetivo es posicionar los concejos con lo que lo importante es la posición de cada uno en relación a su hospital comarcal (se refiere a demora en procesos inferiores al tercer nivel). Este elemento es crucial tanto en la percepción de la calidad por parte de la población como por la expresión de la capacidad de la respuesta del sistema a necesidades de procesos y a la posible expresión de desajustes organizativos o logísticos.
Descripción	Se contabiliza en días medios la estancia en lista de espera quirúrgica para cada hospital de Asturias, considerando su actuación como comarcal para la totalidad de la población del Área. A cada concejo del Área se le asigna el valor del hospital de referencia para cada uno de los concejos y Áreas Sanitarias Indicador: Promedio de número de días de demora quirúrgica en hospitales públicos asturianos a fecha 31.12.2018.
Fuente	Lista de espera quirúrgica, SESPA. Consejería de Sanidad, Diciembre, 2018. www.astursalud.es
Período de tiempo utilizado	2018, Diciembre
Periodicidad	Cuando se solicite.
Unidades geográficas	8 unidades geográficas, con agrupación natural de varios concejos por Área Sanitaria, dependiente de un Hospital general comarcal o Universitario.

Determinantes de salud: CALIDAD ASISTENCIAL (II)

Indicador

Valores inadecuados en el seguimiento inadecuado de enfermos crónicos

Qué es

Se intenta calcular el grado de seguimiento que se realiza a determinados enfermos crónicos. En este caso se ha seleccionado la diabetes mellitus.

Motivos de inclusión

La actividad del sistema asistencial, en este caso principalmente la Atención Primaria es fundamental, no solo para realizar diagnósticos clínicos sino para monitorizar y seguir los procesos crónicos de las personas a las que facilitan asistencia. El seguimiento adecuado de estos procesos puede llegar a ser crítico en el pronóstico y consecuencias de la enfermedad en la población. Los niveles de hemoglobina glicosilada se consideran los mejores evaluadores de la actividad micro y macrovascular de la acción patogénica de la diabetes. Aunque para la elaboración de estos rankings el nivel ha sido puesto por debajo de 7, éste es un indicador actualmente en revisión. Existen revisiones que advierten de los efectos no deseados de un descenso demasiado intenso de las glucemias en pacientes con diabetes tipo 2.

*Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. N Engl Med 2008; 358:2545-2559 June 12, 2008.

Descripción

Se contabilizan la proporción de personas diagnosticadas como con Diabetes Mellitus. Se extrae de OMI-AP cuantas de ellas tienen niveles de hemoglobina glicosilada inferiores a 7 en el último análisis. Se asigna a cada concejo en función de la residencia de la persona enferma.

Indicador: número de personas con niveles de HbA1c > 6,9 * 100 / número total de personas etiquetadas de diabetes mellitus con TSI en el concejo

Fuente

Atlas de Diabetes mellitus del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. 2019

Período de tiempo utilizado

2018

Periodicidad

Cuando se solicite.

Unidades geográficas

78 unidades geográficas. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad.

Determinantes de salud: CALIDAD ASISTENCIAL (III)

Indicador **No realización de prácticas preventivas**

Qué es	Se intenta calcular el porcentaje de población que realiza habitualmente prácticas preventivas en procesos que pueden condicionar severamente su calidad de vida o estado de salud. Se ha seleccionado la realización de mamografías preventiva dentro de un programa de salud.
Motivos de inclusión	La realización de determinado tipo de prácticas preventivas es un elemento esencial que puede llegar a condicionar el estado de salud incluso la propia supervivencia. En este caso la realización de mamografías periódicas preventivas ha conseguido disminuir la mortalidad, aumentar la supervivencia y la calidad de vida asociada al cáncer de mama. La ausencia de participación en estos programas conlleva un mayor riesgo de detección en estadios más avanzados con peor pronóstico y supervivencia.
Descripción	Se contabilizan la proporción de mujeres que NO acuden a citación para realización de mamografías periódicas dentro del programa de cribado del cáncer de mama en Asturias. Se extrae del registro del programa el número de mujeres que han acudido y las citadas por concejo de residencia. Indicador: número de mujeres incluidas en el programa que acuden a realización de mamografías*100/ número total de mujeres citadas en el concejo
Fuente	Registro de actividad del Programa de cribado del cáncer de mama. Consejería de Sanidad, 2018
Período de tiempo utilizado	Las rondas son de carácter bienal. Los datos corresponden a las últimas rondas finalizadas en la fecha de consulta (enero-2016).
Periodicidad	Cuando se solicite.
Unidades geográficas	78 unidades geográficas, se asigna el valor a cada concejo.

Determinantes de salud: CALIDAD ASISTENCIAL (IV)

Indicador "Hospitalizaciones inadecuadas"

Qué es	Se intenta calcular el grado de eficiencia del sistema abordando cada problema de salud en su nivel más adecuado. Se usa el concepto de <i>Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)</i> como proceso sensible a la atención ambulatoria.
Motivos de inclusión	La elevada capacidad resolutoria de la AP debe implicar una disminución de los ingresos hospitalarios. Los ingresos por ACSC indican problemas de salud que se podrían prevenir con alguna intervención del primer nivel asistencial. Las tasas elevadas de ACSC expresarían una atención subóptima que se define como atención inadecuada en tipo, localización, intensidad u oportunidad para el problema de salud que se está tratando.
Descripción	<p>Se contabilizan la cantidad de hospitalizaciones por ACSC y se calculan las tasas por 1000 habitantes de las mismas. Se asigna a cada concejo en función de la proporción que cada concejo aporta a la población de cada Área sanitaria.</p> <p>Indicador: número de hospitalizaciones por *1000/ número total de personas residentes en cada Área Sanitaria</p> <p>Indicador: tasa media anual por 1000 habitantes en el período 2016-2018 de ingresos hospitalarios que pudieran haber sido evitados con una determinada intervención en AP</p> <p>Fuente: Numerador: Número de ingresos hospitalarios. CMBD. Dirección General de Planificación Sanitaria Denominador: SADEI. Datos padronales por concejo, 2017 Motivo: una adecuada intervención terapéutica, preventiva o de seguimiento en AP puede llegar a evitar una proporción determinada de los ingresos hospitalarios Al haber cambiado el sistema de registro de CIE9 a CIE19, se incluyen códigos mapeados de la CIE9 a la CIE10, en concreto se incluyen los siguientes diagnósticos principales: A50, A36,A37,A80, B05, B06, B26, I00, I01, A15, E10, E11, E40, E41, E55, E64, D50, G40, R56, H66, J01, J02, J03, J06, J31, J36, I10, I11, I13, I15, I21, I20, I24, I25, I60, I61, I67, I50, J81,J13, J14, J15, J16, J18, J20, J40, J41, J43, J45, J47, J44, K25, K26, K27, K35, K02, K04, K05, K08, K12, K12, L03, L04, L08, K52, N11, N39, N70, R62.</p>
Fuente	Fuente CMBD, SESPA. Análisis propio. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, 2016-2018
Período de tiempo utilizado	2016-2018.
Periodicidad	Puntual
Unidades geográficas	78 unidades geográficas, se asigna el valor a cada concejo.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida, son el factor más importante en este modelo, dado su gran correlación con los resultados de salud tanto medidos en términos de mortalidad como morbilidad. Tiene, asimismo, una gran replicabilidad en otras comunidades y es el ejemplo de la mayoría de los modelos de salud-enfermedad. La correlación detectada en nuestro modelo es muy alta.

Las variables elegidas para representar esta dimensión son la de **frecuencia del hábito tabáquico**, como elemento de expresión del hábito más nocivo en nuestra comunidad representando en Asturias una atribución de casi la cuarta parte de las muertes en los últimos años.

Asimismo, se tiene en cuenta el **consumo de alcohol** medido tanto en términos de consumo excesivo y gran riesgo tal y como lo define la OMS y el Plan Nacional sobre Drogas.

Otra medida de resultado, aunque solo a corto plazo, es la **prevalencia de sobrecarga ponderal (sobrepeso más obesidad) infantil**, que se genera a su vez como un factor de riesgo cara a mantener la obesidad en edades adultas y elevar sus riesgos hormonales y cardiovasculares.

A su vez, se estudia el nivel de **sedentarismo** (evaluación del ejercicio) y el **consumo inadecuado de frutas y vegetales** así como el **consumo inadecuado de bebidas azucaradas y comida rápida** se acompañan de otra expresión de conductas que llevan al embarazo no deseado (**tasa de embarazo en adolescentes**) como el riesgo de ITS. Se acompaña de una valoración del riesgo en el transporte (**seguridad vial inadecuada**) basada en la ausencia de revisión ITV.

Le añadimos a estas variables los factores socioeconómicos relativos a nivel educativo, posición social, desempleo, riesgo de exclusión social, etc.

En el total de DETERMINANTES DE SALUD esta dimensión (Estilos de vida) participa de un 40% del valor total con una ponderación del 10% para el tabaquismo y la obesidad, un 5% para el sedentarismo y la dieta inadecuada de frutas y verduras, un 2,5% para consumo inadecuado de refrescos azucarados y un 2,5% para cada una del resto,



Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (I)

Indicador Prevalencia de consumo de tabaco

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad fuman tabaco diariamente.

Motivos de inclusión El consumo habitual de tabaco es el hábito más nocivo para la salud tanto individual como para la colectiva (al exponer a no fumadores al humo del tabaco). Este consumo produce un elevado número de patologías y está relacionado con casi el 25% del total de fallecimientos en Asturias. La prevalencia de consumo de tabaco es un indicador estándar en todos los sistemas de información sanitaria.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere tener consumir tabaco habitualmente cuando se le pregunta específicamente por este hábito en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas) (Pregunta: ¿Podría decirme si actualmente fuma? Y ¿Con qué frecuencia suele fumar?)
Indicador: número de personas con consumo diario de tabaco*100/ número total de personas respondiendo a la pregunta

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 ó más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (II)

Indicador **Prevalencia de Sobrecarga Ponderal (sobrepeso + obesidad)**

Qué es La prevalencia de sobrecarga ponderal infantil medida en términos de IMC con percentiles >85 para niños y niñas de 10-13 años de edad.

Motivos de inclusión El sobrepeso y la obesidad infantil es un fenómeno que se considera en incremento en los últimos años y que a corto plazo va a generar problemas físicos precoces como la Diabetes, una pubertad precoz, apnea del sueño, trastornos hepáticos, hipertensión arterial, cálculos biliares, etc. y problemas psicológicos debidas a una autopercepción negativa, incremento de la baja autoestima y rechazo social en un medio donde los patrones del cuerpo están valorados de distinta manera. A largo plazo, los riesgos de mantenerse la obesidad en la edad adulta son muy altos y esta se asocia a problemas cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, etc. Los efectos son graduales pero comienzan cuando ya existe sobrepeso.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población registrada como Sobrecarga Ponderal (sobrepeso + obesidad) infantil a partir del Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias 2019 en relación al total de personas denominadas población OMI-AP de 10-13 años de edad. Las personas están asignadas al concejo de residencia de cada niño/niña.
Indicador: número de personas de 10-13 años de edad con $IMC > 85 * 100 /$ número total de personas registradas como población OMI-AP

Fuente Atlas de sobrepeso y obesidad en Asturias 2019. Consejería de Salud 2019.

Período de tiempo utilizado 2018

Periodicidad Cuando se solicite.

Unidades geográficas

78 unidades geográficas.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (III)

Indicador **Prevalencia actividades sedentarias**

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad están sentadas la mayor parte de la jornada, es decir, con una actividad considerada sedentaria.

Motivos de inclusión El ejercicio, sea en momentos de ocio o laborales, es una actividad saludable para el organismo y que se asocia a su vez a una menor prevalencia de obesidad. Las prácticas sedentarias redundan en un mayor nivel de enfermedades y de factores de riesgo.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere tener estar sentada la mayor parte de la jornada cuando se le pregunta específicamente por este hábito en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas). (Pregunta: En general, en el tiempo de su actividad principal en el centro de trabajo, hogar, centro de enseñanza, etcétera, ¿usted está: Sentado/a la mayor parte de la jornada; De pie la mayor parte de la jornada sin mayores esfuerzos; Caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuente; Realizando trabajo pesado, con tareas que requieren gran esfuerzo)

Indicador: número de personas con actividad sedentaria*100/ número total de personas respondiendo a la pregunta

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).

Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:

Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.

Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.

Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.

Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.

Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.

Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (IV)

Indicador **Prevalencia de consumo insuficiente de frutas y verduras**

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad declaran que consumen menos de tres veces por semana fruta o verduras.

Motivos de inclusión El consumo de frutas y/o verduras es importante para combatir la obesidad ya que reducen la densidad energética en la dieta y juegan un papel protector en enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes. A su vez, puede disminuir el riesgo de cánceres del tracto gastrointestinal y ayuda a prevenir enfermedades crónicas, así como aumenta la resistencia a las enfermedades infecciosas. Por otra parte, garantiza la ingesta de muchos micronutrientes esenciales, de la fibra y de otras sustancias esenciales y desplaza y limita el consumo de otros productos ricos en grasas, azúcares libres o sal. A su vez, consigue mantener el balance energético por su bajo aporte calórico.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere tener un consumo inferior a tres veces por semana de frutas y verduras cuando se le pregunta específicamente por este hábito en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas). (Pregunta: ¿Con qué frecuencia consume cada uno de estos alimentos? Fruta fresca; Verduras, hortalizas (cocidas o en ensalada)
Indicador: número de personas con consumo insuficiente de fruta y verduras (<3 veces/semana)*100/ número total de personas respondiendo a la pregunta

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (V)

Indicador	Consumo inadecuado de refrescos azucarados y comida rápida
Qué es	<p>El consumo de determinados productos que facilitan la aparición de algunas patologías o procesos altamente prevalentes como la obesidad, hipertensión, cerebrovasculares y cardiovasculares. Es un indicador fundamental de los riesgos futuros de las mismas en el futuro. Aunque consumidos moderadamente no tienen, en sí mismos, que ser perjudiciales, se pretende exponer el consumo frecuente de los mismos.</p>
Motivos de inclusión	<p>Los refrescos azucarados contienen niveles muy elevados de azúcar de absorción rápida que no solo aportan calorías sino que aportan a nuestro organismo choques glucémicos que no todos los organismos tienen capacidad de metabolizar adecuadamente.</p> <p>El consumo frecuente de la denominada comida rápida genera ingestas con alto nivel calórico en una única comida lo que si se hace de forma frecuente va a provocar efectos insaludables en el organismo.</p>
Descripción	<p>Los refrescos azucarados contienen niveles muy elevados de azúcar de absorción rápida que no solo aportan calorías sino que aportan a nuestro organismo choques glucémicos que no todos los organismos tienen capacidad de metabolizar adecuadamente. A su vez, existen evidencias que tienen capacidad de adicción psicológica a corto y medio plazo en cuanto al consumo de azúcar. Con ello aumenta el riesgo de obesidad, de diabetes mellitus tipo II por efecto de incremento de resistencia a la insulina, alteran el metabolismo de grasas y aumenta el nivel de stress oxidativo global, afectan a la salud oral y algunos de ellos además combinan su acción con niveles elevados de cafeína.</p> <p>Una simple lata de refresco tiene más de 30 gramos de azúcar superior a lo que debería ingerir en todo un día un niño/a.</p> <p>La OMS, por su parte, propone un consumo máximo en adultos del 5% de la ingesta calórica diaria (una cucharada sopera diaria) cifras muy inferiores a los contenidos en una única lata o botellón de refresco azucarado.</p> <p>Por su parte, el consumo frecuente de la denominada comida rápida produce ingestas con alto nivel calórico en una única comida lo que si se hace de forma frecuente va a provocar efectos insaludables en el organismo. Asimismo, por lo general, tienen escaso aporte nutricional, alto contenido en grasa, calorías y sodio, lo que conllevará un aumento de peso y una mayor predisposición a alcanzar la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares.</p> <p>El elevado nivel de procesamiento en las comidas rápidas puede aportar niveles elevados de calorías. El incremento de calorías y la elevada concentración de azúcares generará intolerancia a glucosa aumentando el riesgo de diabetes mellitus junto con los elevados niveles de sal o sodio de enfermedad coronaria, hipertensión, aterosclerosis e insuficiencia cardíaca.</p> <p>Estas comidas realizadas no frecuentemente no dejan de tener efectos transitorios pero si la periodicidad es elevada se somete al organismo aun gran esfuerzo y aumento del riesgo.</p>
Fuente	Encuesta de Salud para Asturias, 2017. Consejería de Sanidad, 2018
Período de tiempo utilizado	2017
Periodicidad	Cada 4 o 5 años
Unidades geográficas	<p>Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).</p> <p>Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:</p> <p>Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.</p> <p>Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.</p> <p>Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.</p> <p>Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.</p>

Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (VI)

Indicador Prevalencia de consumo excesivo de alcohol

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad declaran que consumen de una manera considerada excesiva alcohol o de gran riesgo.

Motivos de inclusión

El consumo excesivo de alcohol durante períodos prolongados de tiempo puede provocar dependencia o adicción. A su vez, genera graves consecuencias físicas o psicológicas, e importantes problemas familiares o laborales así como sociales y de causa de accidentes de tráfico. No obstante los daños tienen acción a distinta concentración en hombre y mujeres. Se considera bebedor excesivo o de gran riesgo a las siguientes personas:

Bebedor excesivo: consumo diario de 40 gr de alcohol en hombres y 20 gr en mujeres.

Una UBE (Unidad de bebida estándar) equivale a un 10-12 gramos de alcohol puro.

Descripción

Se contabiliza en porcentaje la población que refiere tener un consumo excesivo de alcohol o de gran riesgo cuando se le pregunta específicamente por este hábito en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas). (Pregunta: Pregunta: ha bebido usted alguna bebida que contenga alcohol; Pregunta: Durante los últimos 30 días y durante los últimos 12 meses, ¿qué cantidad (número de copas o vasos) ha consumido diariamente de las bebidas que se señalan a continuación?:). Esta cantidad se asimila a UBE o gramos o cm³ de alcohol puro para la categorización de riesgo.

Fuente

Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas

Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).

Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:

Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.

Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.

Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.

Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.

Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.

Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (VII)

Indicador Tasa de embarazo en mujeres adolescentes (por mil)

Qué es La proporción de mujeres que tienen un embarazo cuando tienen entre 10 y 19 años de edad.

Motivos de inclusión La tasa de embarazo en la adolescencia medida en términos de número de partos y número de Interrupciones voluntarias del embarazo que suceden en las mujeres de estas edades representa un elevado riesgo de embarazos no deseados así como de prácticas sexuales sin protección sea ante un embarazo no deseado u otro tipo de agentes biológicos que ocasionen una infección de transmisión sexual.

Descripción Se contabiliza en tasas medias anuales por mil mujeres el número de partos en mujeres menores de 20 años de edad a la que se suma la misma cifra de interrupciones voluntarias del embarazo de las mismas edades.

Indicador: Aproximación a la práctica sexual sin protección (riesgo de embarazo y de ITS), 2015-2017

Tasas de nacimientos más IVEs por 1000 mujeres de 10-19 años de edad

Fuente: Numerador: Sadei (Nacimientos) y Registro IVE del Principado de Asturias (IVE's), 2015-2017.

Población para IC: Sadei, 2016 en mujeres de 10-19 años de edad

Numerador: tasas del período por mil nacimientos más IVE en mujeres de 10-19 años de edad. Para Intervalo de confianza: población femenina de 10-19 años, en el año intermedio del período (2016)

Precaución: a pesar de agrupar en tres años los resultados puede haber tasas inestables.

Fuente SADEI, 2015-17 y Registro de IVE, 2015-2017. Consejería de Sanidad.

Período de tiempo utilizado 2015-2017

Periodicidad Cuando se solicite.

Unidades geográficas 78 unidades geográficas

Determinantes de salud: CONDUCTAS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA (VIII)

Indicador **Prevalencia de seguridad vial inadecuada**

Qué es

A estos efectos consideramos seguridad vial inadecuada, aquellos vehículos automóviles en los que su mantenimiento y seguridad no haya sido validada por las revisiones periódicas de ITV

Motivos de inclusión

La **omisión de las revisiones periódicas de los vehículos (ITV)** genera muchos problemas pero la peor de las consecuencias es el riesgo de accidentes y el problema de seguridad que conlleva esta omisión. La Comisión Europea indica que el 6 por ciento de los accidentes mortales están relacionados con fallos técnicos en los vehículos implicados. En las diferentes revisiones por ITV en uno de cada cuatro vehículos se detectaron defectos graves o muy graves, que son, según los expertos, los que afectan de forma grave o inminente a la seguridad vial o a la protección del medio ambiente. Los defectos detectados durante las inspecciones dependen más comunes son: los relacionados con los sistemas de frenos, los ejes, las ruedas y neumáticos y los sistemas de alumbrado y señalización. Las inspecciones técnicas se estima que evitan más de 170 muertes al año, producidas por accidentes de circulación

Descripción

Se contabiliza el porcentaje de vehículos de menos de 25 años que no tienen al día la ITV

Los datos son los siguientes:

Número de vehículos de menos de 25 años que no tienen al día la ITV/ total de vehículos a motor en el concejo

Fuente

Dirección General de Tráfico. Estadísticas, 2015

Período de tiempo utilizado 2015

Periodicidad Anual.

Unidades geográficas

78 unidades geográficas.

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Los factores socioeconómicos, son también muy importantes, y causa de la mayoría de las desigualdades que luego se observan en estilos de vida o patrones de conducta inadecuadas, sobre todo en lo referente a las variables de nivel de estudios y la clase social y se estudian por las variables de, además de las ya citadas, la tasa de desempleo, la proporción de personas beneficiarias de salario mínimo de inserción, la existencia de soporte social en adultos, la frecuencia de residencia en familias monoparentales en población infantil y las personas en riesgo de exclusión social.

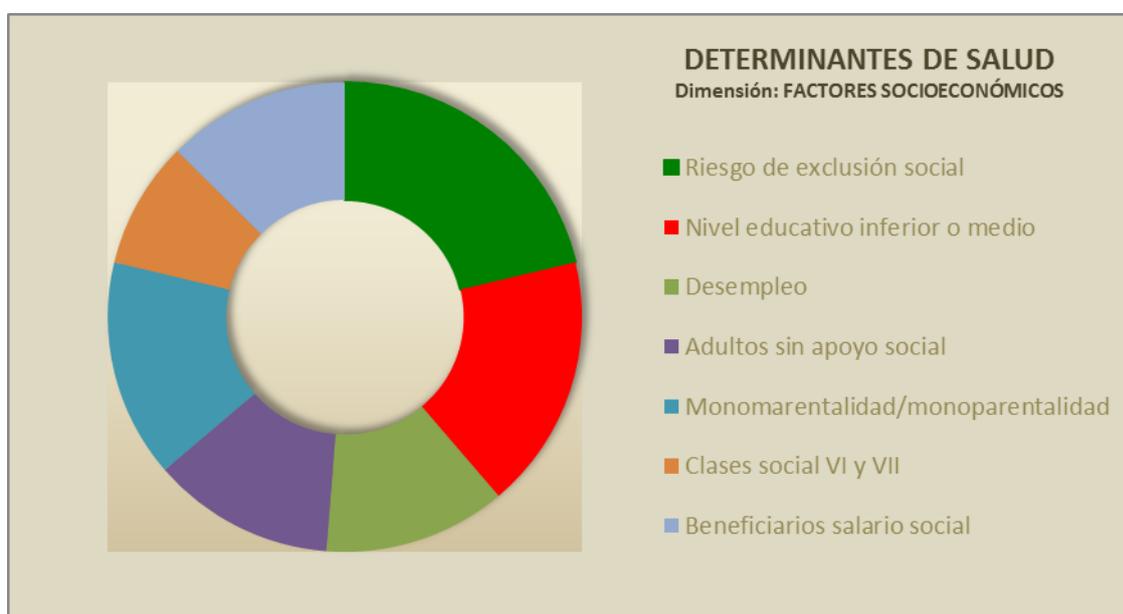
Las variables elegidas para representar esta dimensión son la **tasa de desempleo**, como elemento de expresión de la ausencia de una tarea que permita tanto una adecuada remuneración para la satisfacción de las necesidades básicas así como para la autorrealización en una faceta de la vida laboral.

Se eligió también una variable de privación como es la necesidad de un **salario de subsistencia** recogiendo en nuestra variable a la totalidad de personas que se benefician de dicho salario y no solo el mero receptor. Hacemos una estimación indirecta al recoger a la totalidad de personas con tramo de copago cero reconocida por TGSS.

Se estudian también como variables muy predictoras de los resultados de salud el **nivel de estudios alcanzado por la población** como elemento de referencia de conductas más saludables o incluso la **clase social asignada** como un elemento mucho más relacionado con el estado de salud.

Se han incluido en el modelo variables de relaciones sociales en forma de integración como la **existencia de personas que puedan apoyar en adultos** y la proporción de población infantil que **convive en familias monomarentales / monoparentales**.

En el total de DETERMINANTES DE SALUD esta dimensión (Factores socioeconómicos) participa de un 40% del valor total con una ponderación del 8,5% para personas en riesgo de exclusión, del 7% para estudios, un 6% en desempleo, un 3,5% en salario social básico (personas en tramo nulo de copago farmacéutico) y un 5% para cada una del resto.



Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (I)

Indicador	Prevalencia de nivel educativo máximo alcanzado de estudios primarios o inferiores
Qué es	La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad declaran que el nivel máximo de estudios alcanzado ha sido de estudios primarios o inferiores.
Motivos de inclusión	El nivel de estudios máximo alcanzado es un gran predictor de morbilidad y mortalidad futura, dado que las personas con estudios más bajos presentan resultados de salud inferiores así como estilos de vida y conductas de salud menos saludables que las personas con estudios más altos. Este gran predictor a su vez está asociado a variables como la edad y el rol ocupado en nuestra sociedad ligado a la clase social a la se podría asignar la persona.
Descripción	Se contabiliza en porcentaje la población que refiere que sus nivel máximo de estudios se le pregunta específicamente por este hábito en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas) es el de estudios primarios o inferior. (Contestación a la pregunta: ¿Cuáles son los estudios más altos que ha terminado Indicador: número de personas cuyo nivel de estudios máximo alcanzado es el de medios o inferior*100/ número total de personas respondiendo a la pregunta
Fuente	Encuesta de Salud para Asturias-2017 Consejería de Sanidad, 2018.
Período de tiempo utilizado	2017
Periodicidad	Cada 4-5 años.
Unidades geográficas	Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste). Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue: Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área. Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área. Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés. Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo. Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa. Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área. Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área. Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (II)

Indicador **Prevalencia de personas categorizadas que se encuentran sin apoyo social cuando lo necesitan**

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad declaran que no han tenido apoyo social cuándo han necesitado ayuda para el cuidado de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones, no ha tenido a nadie que le ayudara.

Motivos de inclusión El nivel de apoyo social cuando se necesita de ayuda al igual que otras variables como el vivir solo/a o el tener alguna persona que pueda ser su confidente son indicadores de relación social que expresan el grado de integración social de una persona y que muestran el riesgo que puede llegar a tener una persona cuando el equilibrio que mantiene desaparezca.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refieren que cuándo han necesitado ayuda para el cuidado de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones, no han tenido a nadie que le ayudara. En la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas). (Pregunta: en el último mes, cuándo ha necesitado ayuda para el cuidado de menores y/o personas dependientes, para hacer recados o gestiones, ha encontrado fácilmente a alguien que le ayudara?)
Indicador: número de personas que NO HAN TENIDO A NADIE que les ayudara*100/ número total de personas respondiendo a la pregunta

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (III)

Indicador	Prevalencia de población infantil viviendo en familias monomarentales / monoparentales
Qué es	La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad declaran, respecto al niño/a objeto de encuesta, que reside en una familia con un solo progenitor.
Motivos de inclusión	El nivel de apoyo social así como el grado de desarrollo afectivo, social y psicológico asociado a fenómenos socioeconómico de seguridad económica de una familia hace que el residir en una familia monomarental / monoparental genere mayores riesgos para la salud de la población infantil que en una familia con más de un progenitor. Esto ha sido descrito en todos los ámbitos y sociedades, aunque es diferente la monomarentalidad / monoparentalidad electiva de aquella sobrevenida, en ambos casos existe un riesgo aumentado de problemas sociales, psicológicos y sobre todo de salud.
Descripción	Se contabiliza en porcentaje la población infantil para la que se refiere que reside en una familia monomarental / monoparental en la Encuesta de Salud Infantil (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas menores 16 años de edad Indicador: número de niños/as residiendo en una familia monomarental / monoparental*100/ número total de niños/as para los que se responde en la encuesta
Fuente	Encuesta de Salud Infantil para Asturias-2017 Consejería de Sanidad 2018.
Período de tiempo utilizado	2017
Periodicidad	Cada 4-5 años.
Unidades geográficas	Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste). Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue: Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área. Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área. Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés. Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo. Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa. Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área. Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área. Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (IV)

Indicador Tasa de desempleo

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad están en desempleo.

Motivos de inclusión El desempleo daña la salud de las personas. El trabajo permite habitualmente cubrir nuestras necesidades y lograr la afirmación de nuestra personalidad e identidad, tanto de manera individual como colectiva y socialmente. Los daños a la salud del desempleo van de la inestabilidad emocional hasta la aparición de las diferentes fases de daño psicológico. Las personas desempleadas se mueren antes, se enferman más, y tienen más problemas psicológicos. A su vez, sus conductas o estilos de vida son menos saludables y su calidad de vida empeora.

Descripción Se contabiliza en porcentaje el desempleo según las estadísticas oficiales del mismo recogidas en el Servicio Público de Empleo.
Indicador: Aproximación a tasa de desempleo a partir de Proporción (%) de personas registradas desempleadas en el concejo en Diciembre de 2018
Fuente: Numerador y denominador. Sadei. Asturias, 2018,
<http://www.sadei.es/es/cargarAplicacionIndiceTematico.do?identificador=17028&esCuadro=false>
Numerador: número de personas registradas como desempleadas en diciembre de 2018. Denominador: población padronal en el concejo de 16-64 años de edad a 1.01.2018.
Precaución: al desconocer por concejo la población activa se hace un proxy de la misma con la población en edad de trabajar.

Fuente Servicio Público de Empleo. Asturias-2018.

Período de tiempo utilizado Mes de diciembre del año 2018

Periodicidad Cuando se solicite

Unidades geográficas 78 unidades geográficas

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (V)

Indicador	Prevalencia de personas beneficiarias del salario social básico
Qué es	La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que son beneficiarias (tanto perceptores directos como indirectos) del salario social básico en cada unidad geográfica calculado de forma indirecta a través del número de personas con tramo de copago farmacéutico reconocido por TGSS, a las que se detraen las personas con PNC y personas que han agotado el subsidio de desempleo.
Motivos de inclusión	<p>El salario social básico es una prestación económica periódica dirigida a las personas que carecen de recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, sobre la base de la unidad económica de convivencia independiente. La percepción del salario social básico conlleva la participación en programas integrales que favorezcan la incorporación e inserción social de las personas y colectivos en riesgo de exclusión, sobre todo en materia de salud.</p> <p>Su fin es cubrir las necesidades básicas de las personas y unidades de convivencia que no tengan recursos económicos superiores a determinados límites. Por tanto, el conocimiento de la prevalencia de la población beneficiaria de esta prestación es un indicador de la privación que presenta la comunidad en este aspecto.</p>
Descripción	<p>Se contabilizan los beneficiarios como la suma de las personas con tramo de copago farmacéutico reconocido por TGSS, a las que se detraen las personas con PNC y personas que han agotado el subsidio de desempleo en relación a la totalidad de la población del concejo.</p> <p>Indicador: tasa por 1000 habitantes de personas que se sitúan en el nivel de aportación TSI01 (salvo personas incluidas en ese apartado por agotamiento de subsidio de desempleo y pensionistas no contributivos)</p> <p>Fuente del Numerador: Tarjeta Sanitaria de Asturias, 2019. Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad</p> <p>Fuente de Población de referencia/Denominador: SADEI. Datos padronales por concejo, a 1.01.2018</p> <p>Motivo: uso de indicador de privación económica con respuesta social que pretende mitigar la misma mediante menor aportación de copago farmacéutico basado en una fuente de información pública propia de la Consejería de Sanidad.</p> <p>Cuidado en la interpretación: en aquellos concejos con población muy envejecida y por tanto con muchos pensionistas contributivos, la tasa será menor que en aquellos con población activa más grande.</p>
Fuente	Dirección General de Planificación Sanitaria. Datos de Tarjeta sanitaria individual. Asturias.2019
Período de tiempo utilizado	2019
Periodicidad	Cuando se solicite
Unidades geográficas	78 unidades geográficas

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (VI)

Indicador Prevalencia personas categorizadas como en clase social VI y VII

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad se les puede asignar en función de su nivel de estudios alcanzado, la ocupación en su lugar de trabajo y el puesto que ocupa en la misma sean la clases sociales VI y VII.

Motivos de inclusión La clase social a la que se puede asignar una personas es, al igual que el nivel de estudios, un gran predictor de morbilidad y mortalidad futura, dado que las personas categorizadas como de clase social VI y VII (en un rango de I-VII, con el I las más favorecidas y el VII, las menos favorecidas) presentan resultados de salud inferiores así como estilos de vida y conductas de salud menos saludables que las personas en clases sociales más altas. Este gran predictor, a su vez, está asociado a variables como la edad, el nivel de estudios alcanzado, y el rol ocupado en nuestras sociedad a la se podría asignar la persona.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere que se pueden categorizar en clases sociales VI y VII cuando se le pregunta específicamente por su nivel de estudios, su ocupación y el puesto que ocupa en la empresa en la que trabaja en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas). Para el cálculo de la clase social en este trabajo se ha utilizado la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), que establece la clasificación a partir de las ocupaciones de las personas, dividiéndolas en siete clases.
Indicador: número de personas categorizadas como en clase social VI y VII *100/ número total de personas respondiendo a las preguntas

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: FACTORES SOCIOECONÓMICOS (VII)

Indicador Prevalencia de personas categorizadas como en exclusión social

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad se les puede asignar como en riesgo de exclusión social.

Motivos de inclusión La sociedad actual genera paulatinamente fenómenos de segregación social denominado proceso de exclusión social alejados del concepto de pobreza utilizado en décadas anteriores. Este elemento dinámico está aumentando en los últimos años con la crisis económica y con los nuevos ámbitos de socialización y desarrollo en una sociedad postmoderna y altamente tecnológica. Es un fenómeno multicausal en el que intervienen factores de todo tipo: culturales, sociales, de conductas, aspectos de morbilidad, personales, económicos, etc.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere que se pueden categorizar en riesgo de exclusión social. Es un índice sintético que contiene datos culturales, sociales, conductas, morbilidad, personales, económicos, etc... extraído a partir de datos de la Encuesta de Salud para Asturias 2012 y categorizado en cuanto personas en riesgo (riesgo +exclusión social)
Indicador: número de personas categorizadas como en riesgo de exclusión social*100/ número total de personas respondiendo a las preguntas

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017 Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2018

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.

Determinantes de salud: CALIDAD AMBIENTAL

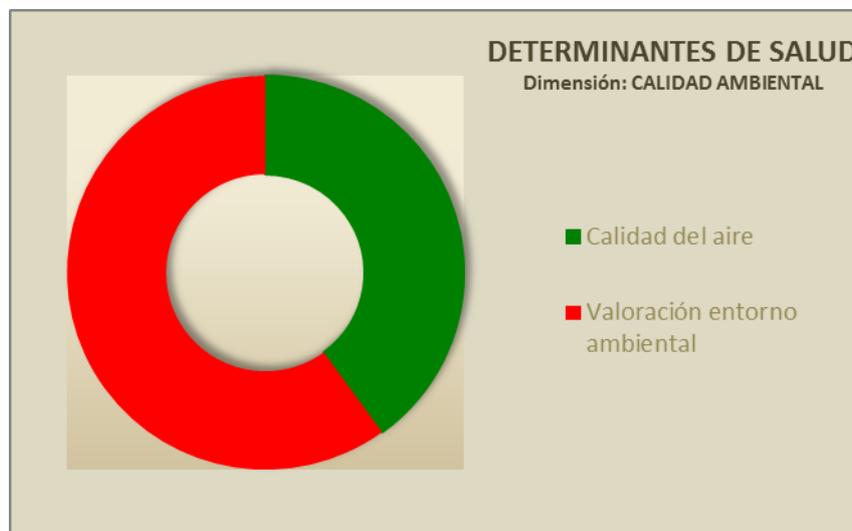
Los factores ambientales, son también muy importantes para los resultados de salud y nuestra evaluación incluye número de días que se excede el nivel admisible de partículas en el aire y la autovaloración de la calidad residencial ambiental (tráfico, ruidos, esparcimiento, vecindad, etc.).

Las variables elegidas para representar esta dimensión son la calidad del aire de nuestro entorno es la elección para zonas urbanas y semiurbanas del número de días con **nivel de partículas PM10 excediendo los umbrales legales asignados**.

Para zonas con tráfico no urbano se ha asignado la de aquellos puntos donde se recoge, y para las zonas netamente rurales se han asignado aquellas de **valoración biológica de base de la estación de Llanes**.

Se ha elegido, de nuevo, una **variable de autopercepción del nivel de calidad ambiental** basándonos en una variable sintética que incluya la valoración del tráfico, del ruido, de la contaminación y de los vecinos del entorno más cercanos a la vivienda.

En el total de DETERMINANTES DE SALUD esta dimensión (Calidad ambiental) participa de un 10% del valor total con una ponderación del 6% para la variable sintética de calidad y un 4% para cada la calidad del aire.



Determinantes de salud: CALIDAD AMBIENTAL (II)

Indicador

Calidad ambiental del aire

Qué es

Este indicador que se presenta agregado mediante sumatorio, es un compuesto de varios subsegmentos con el siguiente orden jerárquico: 1. Resultados de mediciones de PM10 cuando existan estaciones medidoras, 2. Resultados de la presencia de vías de alta capacidad en su territorio y 3. Resultados de los valores en medio rural con el valor de calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación. Se realiza esta aproximación al carecer de estaciones medidoras de los parámetros de calidad del aire en todos y cada uno de los concejos. A su vez, cuando hay estaciones medidoras no todas ellas miden los mismos valores. Por tanto la asignación en cada subsegmento será la siguiente:

1. Resultados de mediciones de PM10 cuando existan estaciones medidoras, 2. Resultados de la presencia de vías de alta capacidad en su territorio y 3. Resultados de los valores en medio rural con el valor de calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación.

Se realiza esta aproximación al carecer de estaciones medidoras de los parámetros de calidad del aire en todos y cada uno de los concejos.

A su vez, cuando hay estaciones medidoras no todas ellas miden los mismos valores. Por tanto la asignación en cada subsegmento será la siguiente:

1.- Aquellos concejos que teniendo estación medidora industrial o urbana o de vías de gran capacidad presentan niveles elevados de partículas varios días al año y concejos vecinos en los que por su difusión la contaminación les afecta con frecuencia. Avilés, Corvera, Castrillón, Gijón, Siero, Cuencas Mineras del centro, Llanera, Cangas del Narcea. Se le asigna en el subsegmento un valor correspondiente al promedio de número de días al año en las diferentes estaciones en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m³ de PM10 (si hay varias zonas en el mismo concejo, su media). Si el promedio es superior a 30 truncan los valores a 30.

Si el promedio es inferior a 15 y tienen vías de gran capacidad y dado el valor de Lugones (que no tiene industria pero sí vías de alta capacidad) se les asigna un valor la mitad de Lugones (6,5 puntos) debido a que Lugones tienen 3 autopistas cruzando entre ellas con alta densidad de tráfico pesado y moderado por el punto siguiente:

2. - Aquellos concejos que no teniendo estación medidora industrial o urbana en cambio si presentan vías de gran capacidad (autopistas y carreteras nacionales y de interés europeo N634 y N632, A8 y A66, AS1 y AS2): 6,5 puntos en el subsegmento de vías de alta capacidad. Aquellos concejos con vías comarcales de alta capacidad la mitad de esos puntos (3,25):

3.- Aquellos concejos que se pueden asimilar a los valores obtenidos en los valores de medio rural, el valor calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación. 1 puntos en el apartado de valores de medio rural.

La asignación promedio para Asturias es de 6,5 puntos.

Motivos de inclusión

Se ha intentado buscar un indicador que pueda medir la calidad ambiental cuando no existe la misma red de vigilancia en todos los ámbitos para ello se han elegido 3 indicadores o subsegmentos. El nivel de PM10 (partículas sólidas o líquidas de polvo, cenizas, etc. de 0-10 microm. Se ha elegido el nº de días que superan los valores máximos para estaciones urbanas de fondo (Oviedo), rural de fondo (Oviedo), industrial (Avilés, Langreo), urbana de tráfico centro (Avilés, Langreo, SMRA, Oviedo, Siero, Mieres), urbana de tráfico occidente (Cangas del Narcea y por similitud resto de concejos similares) y zonas de aglomeración urbana (Gijón).

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

Descripción

Este indicador que se presenta agregado mediante sumatorio, es un compuesto de varios subsegmentos con el siguiente orden jerárquico:

1. Resultados de mediciones de PM10 cuando existan estaciones medidoras, 2. Resultados de la presencia de vías de alta capacidad en su territorio y 3. Resultados de los valores en medio rural con el

valor de calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación.

Se realiza esta aproximación al carecer de estaciones medidoras de los parámetros de calidad del aire en todos y cada uno de los concejos.

A su vez, cuando hay estaciones medidoras no todas ellas miden los mismos valores. Por tanto la asignación en cada subsegmento será la siguiente:

1.- Aquellos concejos que teniendo estación medidora industrial o urbana o de vías de gran capacidad presentan niveles elevados de partículas varios días al año y concejos vecinos en los que por su difusión la contaminación los afecta con frecuencia. Avilés, Corvera, Castrillón, Gijón, Siero, Cuencas Mineras del centro, Llanera, Cangas del Narcea. Se le asigna en el subsegmento un valor correspondiente al promedio de número de días al año en las diferentes estaciones en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m³ de PM10 (si hay varias zonas en el mismo concejo, su promedio). Si el promedio es superior a 30 se truncan los valores a 30

Si el promedio es inferior a 15 y tienen vías de gran capacidad y dado el valor de Lugones (que no tiene industria pero si vías de alta capacidad) se les asigna un valor de 4 puntos debido a que Lugones tienen 3 autovías cruzando entre ellas con alta densidad de tráfico pesado y moderado por el punto siguiente:

2. - Aquellos concejos que no teniendo estación medidora industrial o urbana en cambio si presentan vías de gran capacidad (autopistas y carreteras nacionales y de interés europeo N634 y N632, A8 y A66, AS1 y AS2): 4 puntos en el subsegmento de vías de alta capacidad. Aquellos concejos con vías comarcales de alta capacidad la tercera parte de estos puntos (2,2).

3.- Aquellos concejos que se pueden asimilar a los valores obtenidos en los valores de medio rural, el valor calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación.

1 punto en el apartado de valores de medio rural

La asignación promedio para Asturias es de 4 puntos.

Precaución: es un indicador sintético con valores de estimación categórica.

Fuente

Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente (PASYMA). Consejería de Sanidad.2019.

Período de tiempo utilizado

2018

Periodicidad

Cuando se solicita.

Unidades geográficas

78 Concejos

Determinantes de salud: CALIDAD AMBIENTAL (III)

Indicador **Prevalencia de personas con consideración mala o muy mala de su medio ambiente residencial**

Qué es La frecuencia relativa medida en porcentaje de las personas que en nuestra Comunidad declaran que su medio ambiente residencial es malo o muy malo (vecindario+ruido+tráfico+contaminación atmosférica+zonas de paseo o esparcimiento)

Motivos de inclusión Se ha intentado buscar un indicador sintético de la totalidad de la valoración de la población sobre su entorno más cercano, el residencial valorando criterios tan dispares como el medio social (vecindario) como físico (ruidos, aire), personal o de esparcimiento o de tráfico, como un indicador de como percibe la sociedad su entorno más próximo.

Descripción Se contabiliza en porcentaje la población que refiere que su calidad ambiental residencial cuando se le pregunta específicamente por este hábito en la Encuesta de Salud (encuesta de salud mediante entrevista domiciliaria en personas adultas) tiene mucho o poco. (¿Tiene el entorno en el que vive algunos de los problemas siguientes?)
Indicador: $\sum (\text{mala valoración de: (ruido + malos olores + animales molestos + agua + limpieza de calles + contaminación atmosférica + delincuencia + zonas verdes)} * 100 / \text{número total de personas respondiendo a la pregunta. Datos truncados a un valor de 100 cuando se supera esa cifra.}$

Fuente Encuesta de Salud para Asturias-2017. Consejería de Sanidad, 2018.

Período de tiempo utilizado 2017

Periodicidad Cada 4-5 años.

Unidades geográficas Agrupación natural de varios concejos. Se aplica a cada concejo el valor de la unidad. Se han seleccionado para el valor del concejo el propio de las personas residentes en el mismo cuando han tenido 30 o más entrevistas en la Encuesta. En caso contrario, se le asigna el valor del Área sanitaria de residencia. (En caso de haber un gran núcleo, con sustracción del valor de éste).
Fuente ESA 2017. No se ha hecho muestreo en la ESA-2017 en todos los concejos, por ello la asignación de valores es como sigue:
Área I: para Navia y Valdés se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área II: Para Cangas del Narcea y Tineo se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.
Área III: Para Avilés, Gozón, Castrillón y Corvera se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo Avilés.
Área IV: para Oviedo, Siero, Nava y Grado se asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área excluyendo a Oviedo.
Área V: Se asigna el valor del concejo a Carreño, Gijón y Villaviciosa.
Área VI: A cada uno de ellos se les asigna el valor promedio del Área.
Área VII: Para Mieres y Lena se les asigna su valor. Para Aller el promedio del Área.
Área VIII: Para Langreo y San Martín del Rey Aurelio se les asigna su valor, para el resto de concejos el promedio del Área.