ESIB07

Encuesta de Salud de las Illes Balears

Govern de les Illes Balears

ESIB07

Encuesta de Salud de las Illes Balears

Govern
de les Illes Balears

Edición:
Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació

Autores del informe:
Elena Cabeza. DGSP. Conselleria de Salut i Consum
Guillem Artigues. DGSP. Conselleria de Salut i Consum
Àngels Pujol. Gabinet Tècnic. Direcció Assistencial. Servei de Salut de les Illes Balears
Gabriel Tortella. DGSP. Conselleria de Salut i Consum
Aina Yañez. Fundació Caubet. Cimera

Soporte administrativo:
Natividad Benito. DGSP. Conselleria de Salut i Consum

Revisión lingüística:
Paula Riutort. Conselleria de Salut i Consum

Diseño gráfico:
Verbigrafía

Imprenta:
Planográfica Balear

ISBN:
978-84-692-4596-5

Depósito legal:
00000000000

la salut
EN TOT

Presentación ... 5
Prólogo ... 7
Executive summary ... 9
Introducción ... 13

Metodología ... 15
Ámbito poblacional, geográfico y temporal ... 16
Diseño y magnitud de la muestra ... 16
Recogida de la información ... 16
Características del cuestionario. ... 17
Análisis de los datos ... 17
Variables compuestas ... 18

Entorno económico, social y físico ... 23
Entorno económico y social ... 24
Entorno físico ... 36

Estado de salud ... 39
La percepción de la salud. ... 40
La calidad de vida de la población infantil ... 41
Los problemas de salud crónicos ... 42
La salud mental ... 43
La restricción de la actividad las últimas dos semanas. ... 45
Limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana ... 46
Lesiones por accidentes ... 48

Estilos de vida ... 53
Hábito tabáquico ... 54
Consumo de alcohol ... 57
Actividad física ... 59
Hábitos alimentarios. ... 63
Peso corporal ... 67
Realización de dietas ... 68
Horas de sueño ... 70

Prácticas preventivas ... 73
Vacunación de la gripe ... 74
Control de la tensión arterial ... 75
Control del colesterol ... 75
Mamografías ... 76
Citologías ... 78
Seguridad vial ... 79

Utilización de servicios sanitarios ... 83
Cobertura sanitaria ... 84
Visitas a profesionales sanitarios en las últimas cuatro semanas ... 85
Visitas a profesionales sanitarios el último año ... 92
Visita al dentista ... 92
Atención sanitaria no recibida. ... 93
Ingresos hospitalarios ... 94
Visitas al hospital de día ... 97
Visitas a urgencias ... 97
Consumo de medicamentos ... 99

Conclusiones ... 104
Bibliografía ... 106
Anexos ... 107
Perspectiva de género ... 107
Desigualdades sociales ... 111
ESIB 2001-2007 ... 125
Listado de patologías ... 127

Índice figuras ... 128
Índice tablas ... 134

Presentación

El conocimiento de los problemas de salud y los factores que la determinan es la base para la planificación de las políticas que han de dar respuesta equitativa a las necesidades de salud de la población.

El año 2001 se publicó la primera Encuesta de salud de las Illes Balears, que aportó a nuestra comunidad una información que no se había recogido nunca, y que no se puede obtener de otras fuentes que no sea directamente de los ciudadanos: lo referente a los hábitos y estilos de vida. Ésta, junto con lo aportado sobre el uso de los servicios sanitarios, constituía una información necesaria para definir objetivos y prioridades de salud.

Con esta nueva edición se da continuidad a la decisión de disponer de nuevas fuentes de información que aporten conocimiento sobre problemas de salud que afecten a nuestra sociedad. Así pues, sabemos que gozamos de buena salud y que fruto del incremento de la esperanza de vida aumenta el número de personas con limitaciones funcionales. Es un reto de hoy mejorar los hábitos alimentarios y la actividad física, y que los resultados de la Encuesta de salud nos permiten comenzar a ser optimistas con el hábito del tabaco y no tanto con el alcohol.

Esta edición aporta un elemento nuevo, un elemento que persigue adentrarse en el conocimiento de las causas de los problemas de salud. Porque el estado de salud de las personas también depende del medio físico y social en el que se desarrolla. La existencia de desigualdades en salud es bien conocida. Las personas más desfavorecidas padecen más problemas de salud, mayor discapacidad y viven menos que las personas que pertenecen a las clases sociales más favorecidas.

Las desigualdades sociales en salud se han evidenciado al estudiar las dimensiones de género y la clase social a la que han pertenecido. La presente edición incluye un análisis específico de estas dos cuestiones, y los resultados nos demuestran que las mujeres y las clases sociales más desfavorecidas presentan un estado de salud y una calidad de vida peores, hacen un mayor uso de los servicios asistenciales y un consumo más elevado de medicamentos. Habitualmente, las mujeres y las clases de bienestar tienen comportamientos más saludables.

Hoy, el análisis de los problemas de salud no se pueden disociar de las causas que los determinan. El conocimiento de los aspectos sociales y económicos, de los factores ambientales y de las condiciones de vida y medio laboral que rodean la vida de las personas, adquieren tanta importancia como las actuaciones preventivas y asistenciales. Las futuras ediciones de la Encuesta de salud han de ir profundizando en esta dirección, así como en la repercusión que la coyuntura social y las políticas no sanitarias tienen en la salud.

Así pues, en el objetivo de conseguir mejores resultados en salud, el verdadero reto está en no sólo planificar en base a la enfermedad y al uso del sistema sanitario, sino en favorecer un medio en el que las personas se desarrollen en condiciones de bienestar e igualdad.

Estoy convencido que el contenido de este documento será de gran interés para profesionales, instituciones, gestores, políticos, y cualquier otra persona interesada o con responsabilidad en el ámbito de la salud, y de enorme utilidad para la orientación no sólo de la planificación de las políticas de salud, sino también de aquellas que buscan crear las mejores condiciones sociales, económicas y territoriales de vida.

Finalmente, quiero agradecer a las personas de la Conselleria y otros colaboradores el esfuerzo y el trabajo hecho.

Vicenç Thomàs Mulet
Conseller de Salut i Consum

Prólogo

Me complace hacer la presentación de la última Encuesta de Salud, la segunda en la corta historia de nuestra comunidad autónoma.

Como decimos en las conclusiones finales, las encuestas tienen un nexo de causalidad con los diagnósticos y los planes estratégicos de salud, ya que comparten un objetivo común: la acción. Nos dirán donde tenemos que actuar para mejorar los sectores que flojean y nos ayudarán a mantener los que ya hemos conseguido. Son un espejo que refleja lo que tenemos, lo que hacemos y lo que somos.

La encuesta parte de los criterios internacionales en evaluación de la salud y de la percepción que de ésta tiene la ciudadanía. Percibimos que ya hemos conseguido cosas por el grado de satisfacción o de percepción de buena salud que manifiesta la mayoría de la población. Y que nadie, ni propios ni recién llegados a nuestra tierra, no se han sentido nunca discriminados a la hora de recibir asistencia sanitaria. Pero queda mucha tarea por delante.

En el primer mundo, al cual pertenecemos, está totalmente asumido que la salud es un derecho individual, pero quiero remarcar que la salud es un deber colectivo. De poco serviría todo el trabajo de esta Dirección General, de la Conselleria de Salut i Consum, de todos los profesionales de la sanidad para conseguir el nivel de salud que todos soñamos, si todas las otras instituciones y toda la ciudadanía no toma conciencia de este deber colectivo. La familia y su entorno, el lugar de trabajo, las diferencias sociales, el espacio ciudadano, el entorno físico y ambiental... todo, absolutamente todo, incide en nuestra salud como lo evidencia la encuesta.

Por tanto, para concluir, quisiera que las páginas que siguen aporten nuestro grano de arena en esta gran labor que es conseguir un mejor estado de salud como uno de los primeros pasos hacia el camino de la felicidad a la cual no renunciamos.

Margalida Buades Feliu
Directora General de Salut Pública i Participació

Executive summary

The Balearic Islands Health Survey (ESIB 2007) is the second survey to be done in our Autonomous Region (CAIB). The first one took place in 2001. The ESIB 2007 was completed in collaboration with, and by means of, an agreement with the National Institute of Statistics (INE) and the Balearic Institute of Statistics (IBESTAT).

The aim of this report is to present the main results obtained with respect to the state of health, lifestyles, preventative practices, use of the regional health service and the physical and social environment of the islands' population.

The statistic base of the ESIB 2007 was the resident population not institutionalised with the CAIB. The survey was carried out on the four islands and the information collection took place during the period between June 2006 and June 2007. The type of sampling used was a layered multistage sampling. The census sections were units in the first stage layered by population size and the main housing of each of the chosen census sections with unit in the second stage. An adult (16 years of age or over) was chosen from each home and if there were younger members (0 – 15 years of age), a minor was chosen as well.

A total of 2.233 surveys were carried out (1.696 adults and 536 minors), by means of personal interviews in the home taken from two structures questionnaires: one for the younger population under 16 years of age and the other for the adult population.

The social and physical environment

- 71% of men and 52.2% of women over 15 years of age were in paid employment and 5.7% were on the dole.
- Half the population had an indefinite work contract. The percentage of those with temporary or verbal contracts was higher amongst women. There was a high percentage of temporary work amongst young people from 16 to 24 years of age (52.2%).
- The level of job satisfaction was high and increased with age. The stress levels were higher amongst people from the higher social classes.
- 5 out of every 10 women were the main person responsible for domestic tasks; with reference to men this number fell to 1 out of every 10.
- In homes with under-age residents, 42.2% of women were mainly responsible for them and only 4% of men. This situation was also the same in homes with disabled people (46.6% of women compared with 11% of men). In the case of homes with elderly residents, this difference was not so noticeable (38.8% of women and 22% of men). These differences were also reflected in the average amount of time dedicated to these tasks. Women dedicated almost double the amount of time as men.
- The perception of social aid was high, but dropped within the population with severe family dynamics, with a risk of poor mental health or with a poor perception of their health.
- 7.9% of the adult population and 8.2% of the under-age population stated that they had suffered from discrimination during the last year. Belonging to a different ethnic origin or country were the most frequent causes of discrimination. In the under-age population this situation mainly took place at school (88.3%) and in the adult population in the workplace (41.4%), in public (38.9%) and when looking for work (32.6%).
- 3.3% of the adult population affirmed that they had suffered some form of aggression or mistreatment, especially young men (9.3%). 36.9% of these attacks took place in the street (46.6% in the case of men). In the case of women the attacks were more frequent in the home (46.9%). In the under-age population, 4.2% had suffered an attack, mainly at school.

State of health

Most of the population saw their state of health as good or very good.

Nevertheless, part of the population declared the following health problems:

- 68.5% of the adult population and 24.7% of the under-age population declared that they had suffered at least one chronic health disorder within the last year. The most frequent chronic health problems stated amongst adults were movement-related problems with bones and joints (backache, both cervical and lumbar, arthritis and rheumatism) and circulatory problems (high blood pressure). There was also an elevated frequency of problems with depression and anxiety. Within the under-age population the dominant problems were allergies and asthma.

- 25.1% of the adult population were at risk from suffering a mental disorder (31.5% of women and 18.8% of men).

- The under-age population of the Balearic Islands had a better quality of life than the European average.

- 61% of the population over the age of 65 stated that they had the functional capacity to carry out activities related to personal care without help, 57% were able to carry out domestic tasks and 63% movement.

- 9.2% of the adult population had suffered an accident during the last year, a more frequent problem amongst men (10.2%).

The state of health worsened amongst people of advanced age, women and people of the lower social classes, who stated more bad health, more tendency towards chronic problems, a higher risk of mental problems, more restriction and inability to carry out daily activities.

Life styles

- 33.7% of men and 20.3% of women smoked daily. Young women smoked more than men of the same age. In other respects, men from the under-privileged social class smoked more than those from higher social classes.

- Men smoked a higher quantity of tobacco than women (more than 20 cigarettes per day) (21.2% of men and 8.8% of women).

- Women smoked more than they did two years ago.

- 74.1% of the population over the age of 15 stated that they had consumed alcohol during the year prior to the survey. 6.1% were high-risk consumers (7% of men and 5.2% of women). The high-risk consumption was more frequent amongst men from the age of 45 upwards.

- 41.7% of the adult population spent most of the working day standing without much movement. People from the under-privileged social class carried out tasks requiring more physical effort.

- 58.8% of men and 55.6% of women expressed that they did some type of physical activity in their free time, this percentage falling with age. Free time physical activity amongst young men was more frequent than amongst women of the same age. People of a higher social class tended to spend more free time on physical activities than the lower social classes.

- 54.4% of the adult population didn't do as much physical exercise as they would like (57.3% of women and 51.5% of men). The main motive for this was lack of time.

- 11.3% of children between 5 and 15 years of age didn't do any type of physical activity in their free time. Boys did more physical activities than girls. Children from a higher social class did more physical activity than those from the under-privileged social class.

- Those who watched television did so for an average of 2 hours per day from Monday to Friday and 3 hours per day at the weekend.

- Most of the under-age population (98.2%) and the adult population (94.2%) had breakfast in the mornings. 66.7% of the adult population and 58.8% of the under-age population ate fruit on a daily basis and 51.7% and 36.6% respectively ate vegetables. This consumption increased with age and was more frequent amongst women.

- People of the under-privileged social class ate more sweet products, drinks with added sugar, fast food and snacks.

- Almost half the population (47%) had an excess of weight (12.2% obese and 35.7% overweight) and this increased with age. From 65 years of age this rose to 64% (42.7% overweight and 21.4% obese). Both weight problems and obesity were more frequent amongst the under-privileged social class.

- 11.8% of the population had had difficulties sleeping, a more frequent problem amongst women and people of advanced age.

Preventative practices

- 75.2% of the population over the age of 64 stated that they had been vaccinated against the flu during the last campaign. The percentage was higher amongst women of the higher social classes. On the contrary, men of the higher social classes were vaccinated less than the rest. 73.6% of the population (70.6% of men and 76.6% of women) had had their blood pressure taken and 70% their cholesterol level tested during the last year before the interview.

- 90% of women between the ages of 50 and 64 (target population age group in which a preventative mammography is recommended) had done said mammography. 53% of women between the ages of 50 and 64 carried out the recommendation of having a mammography every two years.

- Almost 90% of women of the recommended ages for the advanced detection of cervical cancer had done a cervical smear test. 51.2% of the women who stated that they did cervical smear tests, did so annually.

- The use of a seatbelt was an habitual practice for more than 90% of the adult population both around town and on main roads, although it was more frequent on main roads.

- Amongst motorbike riders, most used a crash helmet both around town and on the main roads. Young people used a helmet less, above all when riding around town (83.5%). 75.5% of those riding bikes around town never used a safety helmet (86.3% of women and 68.4% of men) and 66.3% of those riding on main roads (78.6% of women and 59.6% of men).

- Amongst the under-age population, most took protective precautions when travelling by car both around town (95.3%) and on the main roads (96.5%).

Use of the national health service

- 29.1% had private health plans; this being more frequent amongst men and people from higher social classes.

- 37.1% of the population had visited a healthcare professional during the last four weeks prior to the interview. Of these, 63.2% had visited a Primary Care doctor / General Practitioner (GP) and 68.5% a paediatrician.

- During the last four weeks before the interview, 65.8% of the adult population and 59.8% of the under-age population had attended a health centre or practice; 17.6% of adults and 26.1% of the under-age population had consulted a private service, the percentages being higher amongst the higher social classes (28.1% and 44.1% respectively).

- 18.6% attended in order to receive prescriptions, above all elderly people.

- Most of the population (88.2%) were attended to within a month. Half the population got an appointment the same day or the following day.

- Three out of every four people used the National Health Service (NHS), above all women (79.6%) and people of the lower social classes (83.6% as opposed to 62.5% of people from higher social classes). Men turned to private clinics (26.4%) more than women (19.2%).

- 15.7% of the population stated that they had done non-urgent tests (x-ray, ultrasound scan, analysis...) during the last four weeks. The frequency was higher amongst elderly people (24.7%). Amongst those people who had done some sort of test, the most frequent were analyses (69%) followed by x-rays (27.9%).

- 4.8% of the population had attended a nursing clinic, this frequency rising considerably amongst elderly people (13%).

- 10% of the population had been hospitalised. Three out of every four cases (75.3%) were in a state hospital, above all people of the lower social classes (84.6%). More than half of the admissions were via the emergency services (60%), above all amongst young people. People of the lower social classes were admitted more frequently via the emergency department that those of the higher social classes.

- 34.8% of the population had used the emergency services during the last year, above all the under-age population and young people. Half of the people had consulted the emergency services in the state hospital.

- With reference to medication consumption, 73.7% of women and 61.3% of men had taken medication during the two weeks prior to being interviewed.

- Pain medication was the most consumed (32.8%) followed by high blood pressure medication (12.9%), tranquillisers (12.2%) and decongestants (9.7%).

- Medication for the heart, high blood pressure, anti-depressants, diabetes, allergies, rheumatism and tranquillisers had been prescribed by a doctor in almost 100% of cases. This was not the case with antibiotics, medication for colds, pain, fever and vitamins.

- 5.4% of the adult population had taken alternative medicine products, more frequently amongst women (7.7%). Natural products were the most clearly highlighted amongst those products consumed (91.8%) as opposed to homeopathic products.

Introducción

El conocimiento del estado de salud de una población y los factores que la determinan es una información imprescindible para el diseño y la puesta en marcha de políticas relacionadas con ésta. La encuesta de salud es una fuente de información muy útil para conseguir este objetivo.

La Encuesta de Salud de las Illes Balears proporciona información sobre el estado de salud, la discapacidad y la morbilidad de los ciudadanos, el medio ambiente físico y social en el cual vivimos, los estilos de vida que están relacionados, las medidas preventivas que adoptamos y la utilización que hace la población de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados. El valor añadido de este tipo de encuesta es la perspectiva transversal de recogida de datos, ya que la información se obtiene simultáneamente de las mismas personas. El hecho de recoger información relativa al conjunto de la población que utilice o no los servicios sanitarios, permite una visión bastante global de la salud de la población y de sus necesidades y da información complementaria a otros sistemas de información sanitaria.

La información obtenida es una herramienta esencial para la toma de decisiones sanitarias en diferentes ámbitos: para el diseño y la puesta en marcha de políticas dirigidas a garantizar el derecho de la ciudadanía a la protección y la mejora de su salud, para la gestión de los servicios sanitarios y también para la evaluación de estas políticas.

Si bien en el pasado los que decidían en este campo que estamos tratando centraban su interés casi exclusivamente en estadísticas sobre el uso de los servicios sanitarios, se ve un interés progresivamente creciente hacia una perspectiva integral de los problemas de salud. En este sentido, la encuesta no se limita a recoger un listado de enfermedades o limitaciones que padece el individuo o al consumo que hace la población de los recursos sanitarios. También recoge, entre otros, los estilos de vida y los comportamientos, las condiciones de trabajo, el nivel educativo, el nivel de ingresos o el trabajo no remunerado como factores importantes que pueden influir en el estado de salud del individuo. Por otro lado, la encuesta también es importante para poder detectar problemas emergentes relacionados, analizar la relación entre los determinantes y la presencia de enfermedad o las variaciones del estado de salud entre diferentes grupos de la población, por lo cual es una fuente muy valiosa para la investigación.

La encuesta aporta argumentos para poder aumentar el presupuesto en promoción y prevención de la salud y la racionalización y el gasto de las ayudas. También tiene un interés particular para responder las exigencias de la OMS y de las diferentes estrategias nacionales en lo que respecta a los indicadores de salud.

La Encuesta de Salud de las Illes Balears 2007 es la segunda encuesta que se hace en nuestra comunidad. La primera tuvo lugar el año 2001. Esta segunda encuesta se ha llevado a cabo en colaboración y mediante un convenio con el Instituto Nacional de Estadística y el Institut Balear d'Estadística (IBESTAT). En esta encuesta se incorporan como novedades la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud de la población infantil o los determinantes relacionados con el entorno físico y social de las personas encuestadas.

La repetición a intervalos regulares de tiempo de este tipo de encuesta permite hacer un seguimiento de la evolución de la salud a lo largo del tiempo y las necesidades de la población y de asegurar una serie de intervenciones en el terreno de la salud pública.

En este informe se presentan los principales resultados obtenidos y una comparación con los datos obtenidos de la encuesta realizada en el 2001. Por último, también se presentan los resultados obtenidos con perspectiva de género y desigualdades sociales.

Objetivos

El objetivo principal de la encuesta es describir el estado de salud de la población de las Illes Balears, los comportamientos y los estilos de vida que las personas adoptan y que pueden constituir factores de riesgo, y la utilización que hace la población de los servicios sanitarios, tanto curativos como preventivos, con la intención de adecuar las políticas y los servicios sanitarios a las necesidades del ciudadano.

Los objetivos específicos de la encuesta relacionados con la salud se pueden resumir de la siguiente manera:

- Describir los factores sociodemográficos, laborales y socioeconómicos que son sus determinantes.
- Descripción de las necesidades y del estado de salud de la comunidad.
- Identificación de los problemas de salud.
- Describir los estilos de vida relacionados.
- Descripción del uso de servicios sanitarios, el consumo de medicamentos y la realización de prácticas preventivas.

Esta información también permite:

- La estimación de los indicadores de salud y el estudio de su distribución en el seno de la población.
- El análisis de las (des)igualdades sociales y de género en cuestiones de salud y acceso a los servicios sanitarios.
- Evolución a lo largo del tiempo del estado de salud de la población, de sus estilos de vida y del consumo de asistencia sanitaria.

Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- **Ámbito poblacional, geográfico y temporal**
- **Diseño y magnitud de la muestra**
- **Recogida de la información**
- **Características del cuestionario**
  - Cuestionario del hogar
  - Cuestionario de adultos
  - Cuestionario de menores
- **Análisis de los datos**
- **Variables compuestas**
  - La clase social
  - Soporte social
  - Función familiar
  - Autonomía funcional
  - Estado de salud percibido
  - Estado de salud mental
  - Calidad de vida de la población infantil relacionada con la salud
  - Índice de masa corporal
  - Consumo de alcohol

Metodología

En este apartado se describen las características metodológicas más importantes de la ESIB 2007 y la información técnica necesaria para la comprensión de los resultados presentados en el informe.

Ámbito poblacional, geográfico y temporal

El universo estadístico de la ESIB 2007 fue la población no institucionalizada residente en las Illes Balears. Según los datos del padrón municipal de habitantes del Institut Balear d'Estadística de las Illes Balears (IBESTAT) a 1 de enero de este año se contabilizó una población de 1.001.062 habitantes[1].

La encuesta se realizó en las cuatro Islas. La recogida de información de la encuesta tuvo lugar durante el período entre junio de 2006 y junio 2007.

Diseño y magnitud de la muestra

El tipo de muestreo utilizado era un muestreo polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa eran las secciones censales utilizadas en el padrón municipal de habitantes de 2006, estratificadas por magnitud de población. Para las unidades de segunda etapa se utilizaron las viviendas familiares principales de cada una de las secciones censales seleccionadas. Dentro de cada domicilio se seleccionó un adulto (16 o más años) y en el caso que hubiese menores (0 a 15 años) se seleccionaba también un menor.

La magnitud de la muestra se calculó para poder dar estimaciones por islas. Para conseguir este objetivo se seleccionaron un total de 132 secciones censales. Las secciones se eligieron dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su medida. El número de viviendas escogidas en cada sección censal ha sido de 14, seleccionados con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con inicio aleatorio, cosa que hacía un total de 1.848 viviendas. La muestra efectiva es de 2.233 personas (1.696 ≥ 16 años de edad y 537 personas ≤ 15 años).

Para la selección de la persona a entrevistar se utilizó un procedimiento aleatorio que asignó la misma probabilidad a todos los adultos y a todos los menores de cada vivienda.

Recogida de la información

El método de recogida de información se realizó mediante entrevistas personales en el domicilio de la persona seleccionada. A cada vivienda se hicieron las visitas necesarias para obtener la información requerida. Respecto al informante del cuestionario de adultos no se permitió información proxy, excepto para los casos en los cuales la persona seleccionada no pudiese contestar por problemas de salud, discapacidad o estuviese ingresada en un centro sanitario durante el período de trabajo de la sección.

El trabajo de campo fue organizado por la delegación provincial del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Características del cuestionario

Cuestionario del hogar

Recoge información sobre características sociodemográficas de sus miembros y determinados aspectos relativos al hogar del encuestado. Se solicitó información de todos los miembros del hogar sobre variables sociodemográficas fundamentales: edad, sexo, relación de parentesco con la persona adulta de la cual se obtuvieron los datos de salud, persona de referencia del hogar y nivel de formación.

Se seleccionó la persona adulta para contestar el cuestionario de salud de adultos. Si en el hogar hay menores de 16 años, se seleccionó una persona menor para contestar el cuestionario de menores.

También se recogió información sobre el país de nacimiento, nacionalidad y estado civil referido a la persona adulta seleccionada y de la persona menor seleccionada. Por otro lado también se solicitaron datos sobre la actividad, tipo y duración del contrato, prestación de paro y trabajo anterior, si era el caso, trabajadores a cargo, actividad de la empresa, ocupación y situación profesional de la persona adulta seleccionada, la de su pareja (si convivía con ella) y la persona de referencia del hogar.

Cuestionario de adultos

Recoge información relativa a personas de 16 y más años de edad sobre trabajo reproductivo, el estado de salud y enfermedades crónicas, accidentes, restricción de la actividad, consumo de medicamentos, salud mental, estrés y satisfacción laboral, acceso y utilización de los servicios sanitarios, hábitos de vida, prácticas preventivas, agresiones, discriminación, características físicas y sensoriales, limitaciones para realizar las actividad de la vida diaria, apoyo afectivo y personal y función familiar.

Cuestionario de menores

Recoge información relativa a personas de 0 a 15 años sobre estado de salud y enfermedades crónicas, accidentes, agresiones, restricción de la actividad, consumo de medicamentos, salud mental, acceso y utilización de los servicios sanitarios, hábitos de vida, prácticas preventivas, discriminación, calidad de vida, características físicas y limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria.

El informante de este cuestionario es la persona que conoce mejor los aspectos referidos al estado de salud y atención sanitaria del niño.

Una relación detallada de las variables recogidas y las definiciones correspondientes se pueden encontrar en la siguiente página web del Ministerio de Salud y Consumo[2]:

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/metodENS2006.pdf

Análisis de los datos

Para tener en cuenta el diseño de la muestra, los datos se analizan mediante el uso de ponderaciones, teniendo en cuenta la población por grupos de edad y sexo y el total de población de nacionalidad española y extranjera.

Se presentan los datos en frecuencias y porcentajes para la mayoría de variables por su naturaleza categórica. Para las variables cuantitativas se presentan las medias y su desviación estándar o medias con rango intercuartílico.

La mayoría de resultados se presentan por sexo y grupos de edad, clase social y por Islas. Los resultados por clase social se presentan estandarizados por edad según el método directo y cogiendo como población de referencia la distribución poblacional de personas de las Illes Balears y grupos de edad y sexo proporcionada por la Unidad de Proyecciones Demográficas (INE)[3]. Los grupos de edad cambian por determinadas variables (por ejemplo para la realización de mamografías).

Variables compuestas

La clase social

El estudio de las clases sociales se ha realizado en función de la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología. Se trata de una codificación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) del 1994[4].

Así las clases se diferencian en:

- I: Directivos de la Administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- II: Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
- III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de ayuda a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- IVa: Trabajadores manuales cualificados.
- IVb: Trabajadores manuales semicualificados.
- V: Trabajadores no cualificados.

Por el presente análisis, se han agrupado las clases sociales I y II en un grupo, y las IVa, IVb y la V en otro, y han quedado 3 grupos sociales: el grupo I y II, el III y el IV y V.

Ayuda social

El soporte social percibido por los entrevistados se valora a través del cuestionario de ayuda social funcional de Duke-UNC[5]. Este cuestionario consta de 11 ítems con 5 posibilidades de respuesta (escala likert) donde cada uno de estos se puntúa del 1 (mucho menos soporte del que se desea) al 5 (tanto soporte como se desea). Así, la puntuación varía entre 11 y 55 puntos, de menor a mayor soporte social.

La puntuación obtenida es un reflejo del soporte percibido, no del real. A menor puntuación, menor soporte. En la validación española una puntuación inferior o igual a 32, significaba un soporte social bajo.

Función familiar

Definir la función familiar es útil para detectar una posible disfunción en el seno de la familia. Se utiliza el Cuestionario APGAR[6] familiar que responde a los cinco componentes de la función familiar A: adaptabilidad (*adaptability*), P: cooperación (*partnertship*), G: desarrollo (*growth*), A: afectividad (*affection*) y R: capacidad resolutiva (*resolve*).

Cada ítem del cuestionario se puntúa de 0 a 2 (0: casi nunca, 1: a veces, 2: casi siempre). Por tanto, la puntuación total varía entre 0 y 10 puntos. Se considera una función familiar buena de 7 a 10 puntos; disfunción familiar moderada de 4 a 6 puntos y disfunción familiar grave de 0 a 3 puntos.

Autonomía funcional

Valora la capacidad de las personas mayores de 64 años para realizar sin ayuda alguna de las actividades principales de la vida diaria:

- cuidados personales: tomar los medicamentos, comer, vestirse y desvestirse y escoger la ropa que se ha de poner, peinarse o afeitarse, cortarse las uñas de los pies, lavarse la cara y el cuerpo de cintura para abajo, ducharse o bañarse y quedarse solo durante toda la noche.

- tareas domésticas: utilizar el teléfono, comprar comida, preparar su propio desayuno, preparar su propia comida, cortar una rebanada de pan, fregar los platos, hacer la cama, cambiar las sábanas de la cama, lavar la ropa a mano, lavar la ropa a máquina, limpiar la casa, limpiar la suciedad del suelo y coser un botón.

- movilidad: utilizar el autobús, metro, taxi, etc., administrar su dinero, caminar, levantarse y acostarse en la cama, subir escaleras y caminar durante una hora seguida.

Estado de salud percibido

Esta variable trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general en los últimos 12 meses. Hay 5 opciones de respuesta que se categorizan en tres: buena salud (muy buena, buena) regular y mala (mala o muy mala).

Estado de salud mental

Para valorar el riesgo de mala salud mental de las personas adultas se usa el Cuestionario de Salud General *General Health Questionnaire* (GHQ) de Golberg[7] en su versión de doce preguntas. El cuestionario se concentra en dos tipos de problemas: la dificultad autopercibida para poder desarrollar un funcionamiento sano y la aparición de fenómenos de naturaleza angustiosa para la persona. Es un instrumento que permite hacer un cribado poblacional detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico en la población, explorando su estado habitual durante el último mes respecto al estado habitual de la persona. No es adecuado para hacer diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos.

El cuestionario consta de 12 ítems en forma de escala likert. La puntuación se obtiene asignando 0 puntos a las respuestas 0 y 1 de cada pregunta y 1 punto a las respuestas 2 y 3. A continuación se suman los puntos de los 12 ítems y se obtiene una puntuación global. Por tanto, la puntuación total oscila entre 0 y 12, de mejor salud a peor salud. Las personas con una puntuación superior o igual a 3 se consideran estar en riesgo de una mala salud mental.

La valoración de la salud mental de la población infantil se obtiene a partir del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)[8] dirigidas a niños y niñas mayores de 3 años. Este cuestionario consta de 25 preguntas agrupadas en 5 apartados: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y socialización. Los valores de cada apartado oscilan de 0 a 10 puntos, de mejor a peor salud mental para los 4 primeros apartados y de peor a mejor para la escala de conducta prosocial. El cuestionario va dirigido a niños y niñas mayores de 3 años.

Calidad de vida de la población infantil relacionada con la salud

Para medir la calidad de vida de la población infantil de 8 a 15 años se ha utilizado el cuestionario Kidscreen[9], la versión de 10 ítems con 5 posibilidades de respuesta (escala likert) desde nada o nunca hasta muchísimo o siempre. La puntuación tiene como referencia la media de los datos europeos; la media toma el valor de 50 con una desviación estándar de 10. Así un valor inferior a 50 muestra una calidad de vida peor que la media europea.

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) se define como la relación entre el peso del individuo (kg) y el cuadrado de la talla (m). Por tanto el IMC se formula como: kg/m^2.

Para la población adulta (mayor de 17 años), a partir de este índice se define:

- Bajo peso: IMC<18,5 Kg/m^2
- Peso adecuado: IMC≥18,5 i IMC<25 Kg/m^2
- Sobrepeso: IMC≥25 i IMC<30 Kg/m^2
- Obesidad: IMC≥30 kg/m^2

Para la población menor de 18 años, el índice de masa corporal se calcula utilizando la metodología de Cole TJ[10].

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se ha calculado en función de la frecuencia y la cantidad de bebidas con alcohol. Las personas se clasifican en:

- No bebedor: persona que no ha consumido bebidas alcohólicas en el último año. Entre estos se incluyen los abstemios o los que no han bebido nunca (personas que no han consumido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida), o los ex-bebedores (personas que han consumido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida, pero no en el último año).
- Bebedor ocasional: persona que consume bebidas alcohólicas con una frecuencia inferior a un día a la semana.
- Bebedor habitual: persona que consume alguna bebida alcohólica al menos un día a la semana. Se distinguen:
- Bebedor moderado: hasta 40g/día (hombre) o hasta 20g/día (mujer).
- Bebedor de riesgo: más de 40g/día (hombre) o más de 20g/día (mujer).

Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- **Entorno económico y social**
  - Nacionalidad y lugar de nacimiento
  - Nivel de estudios
  - Clase social
  - Nivel de ingresos
  - Trabajo remunerado
    - *Situación laboral*
    - *Situación contractual*
    - *Satisfacción y nivel de estrés en el trabajo*
  - Trabajo no remunerado
    - *Labores del hogar*
    - *Cuidado de otras personas*
  - Soporte social percibido
  - Discriminación
  - Agresión o maltrato
- **Entorno físico**
  - Problemas de la vivienda

Entorno económico, social y físico

Entorno económico y social

Nacionalidad y lugar de nacimiento

El 12,5% (14,6% hombres y 11,2% mujeres) de la población entrevistada era de nacionalidad extranjera, y el 1,6% tenía la nacionalidad española y compartida con otro país. El 50% provenían de América del Sur (principalmente, el 13,4% de Argentina, el 10,8% de Colombia y el 9,2% de Ecuador); el 29% de la Europa comunitaria y un 5% de otros países europeos, el 10,6% de África (7% de Marruecos); el 3,6% de Asia y el 1,4% de otros países.

Nivel de estudios

El 8,1% de la población mayor de 20 años no tenían estudios y un 1,5% era analfabeto. El 15,8% tenían estudios universitarios. El porcentaje de mujeres sin estudios y analfabetas era superior al de los hombres (figura 1).

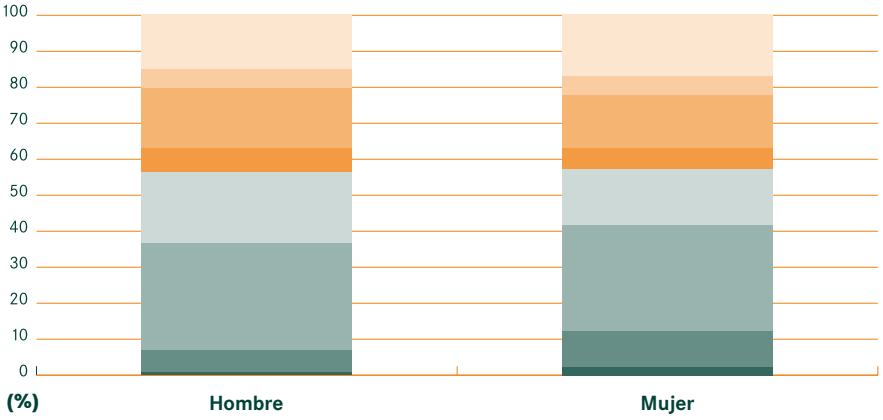


Figura 1. Nivel de estudios según el sexo.

- E. univ. o equiv. 1er 2º ciclo
- E. profesional superior
- E. general secundaria 2ª etapa
- E. profesional grado medio
- E. general secundaria 1ª etapa
- Educación primaria o equiv.
- Sin estudios
- No sabe leer ni escribir

El porcentaje de personas con estudios era superior entre los jóvenes. En personas mayores, aumentaban las que tenían un nivel de estudios más bajo (figura 2).

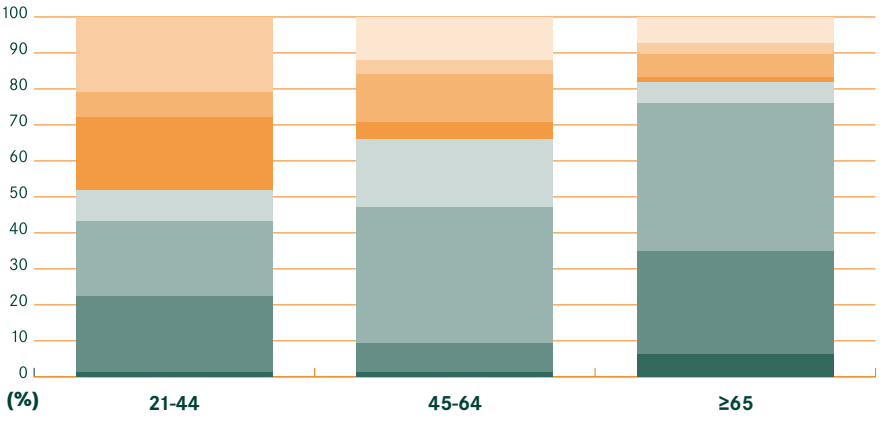


Figura 2. Nivel de estudios según la edad.

- E. univ. o equiv. 1er 2º ciclo
- E. profesional superior
- E. general secundaria 2ª etapa
- E. profesional grado medio
- E. general secundaria 1ª etapa
- Eduación primaria o equiv.
- Sin estudios
- No sabe leer ni escribir

Clase social

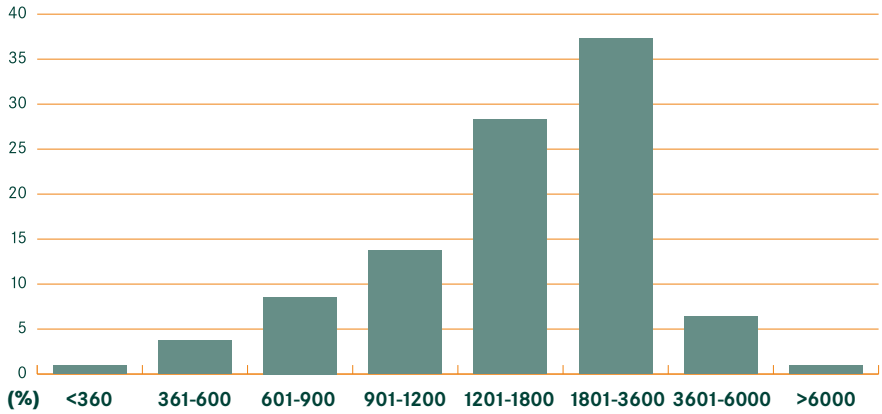
El 17% de la población pertenece a las clases sociales I y II y un 25,5% a la III. Las clases sociales desfavorecidas (IV y V) representaban el 57,5% de la población. La proporción de hombres era ligeramente superior entre las clases I y II (figura 3).

Figura 3. Clase social de la población según el sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

Nivel de ingresos

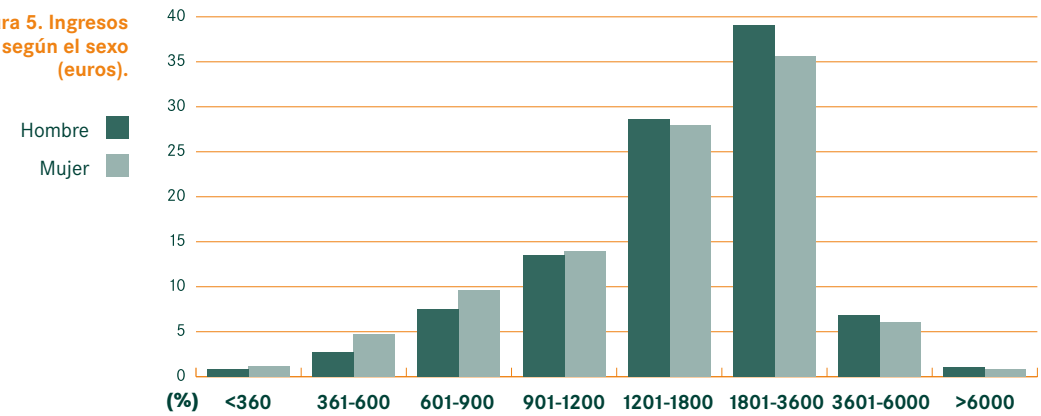
El nivel de ingresos familiares mensuales se ven reflejados en la figura 4. El 4,7% ingresaba 600 euros o menos. Un 4,8% de la población no contestó.

Figura 4. Ingresos mensuales (euros).



La frecuencia de mujeres era superior en franjas de ingresos bajos. Los hombres declaraban ingresos mensuales más elevados (figura 5).

Figura 5. Ingresos mensuales según el sexo (euros).



Las mujeres a partir de los 45 años y la gente mayor de 65 y más años declaraban unos ingresos más bajos (figura 6).

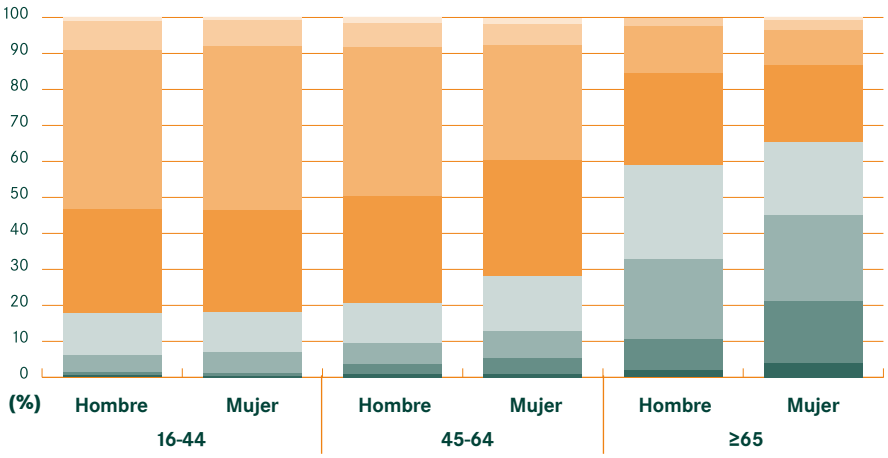


Figura 6. Ingresos económicos en el hogar según la edad y el sexo.

- > 6000 euros
- 3601 a 6000 euros
- 1801 a 3600 euros
- 1201 a 1800 euros
- 901 a 1200 euros
- 601 a 900 euros
- 361 a 600 euros
- < 360 euros

Trabajo remunerado

Situación laboral

En la semana anterior a la realización de la encuesta, el 71% de los hombres y el 52,2% de las mujeres mayores de 15 años tenían un trabajo remunerado, porcentaje superior en la franja de edad de 25 a 64 años (figura 7).

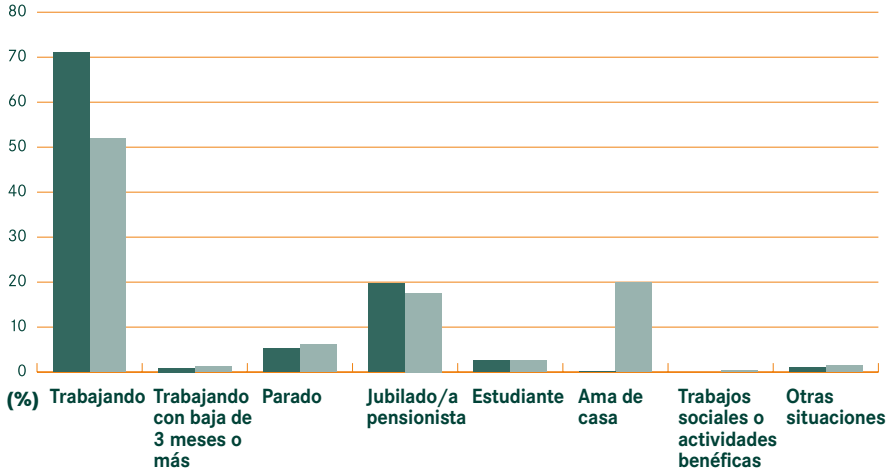


Figura 7. Situación laboral en los hogares. Población ≥ de 16 años.

- Hombre
- Mujer

Entre las personas de clases sociales más favorecidas había una menor proporción de personas en el paro y una mayor proporción de estudiantes (figura 8).

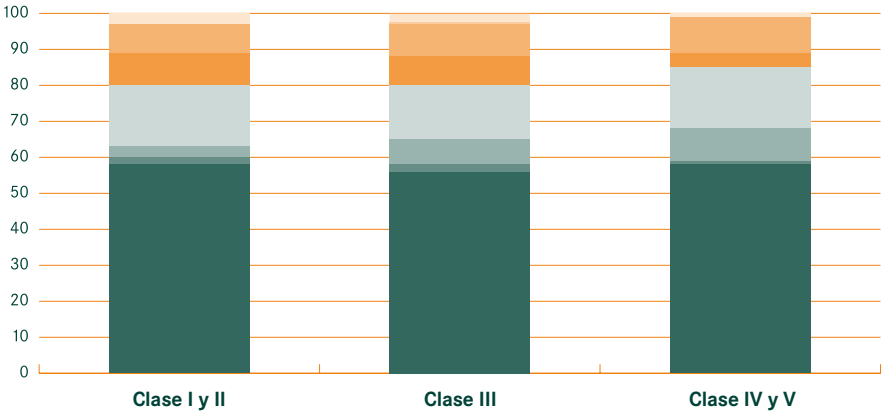


Figura 8. Situación laboral según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

- Otras situaciones
- Trabajos soc. o act. benéficas
- Ama de casa
- Estudiante
- Jubilado/a pensionista
- Parado
- Trabajando con baja de 3 meses o más
- Trabajando

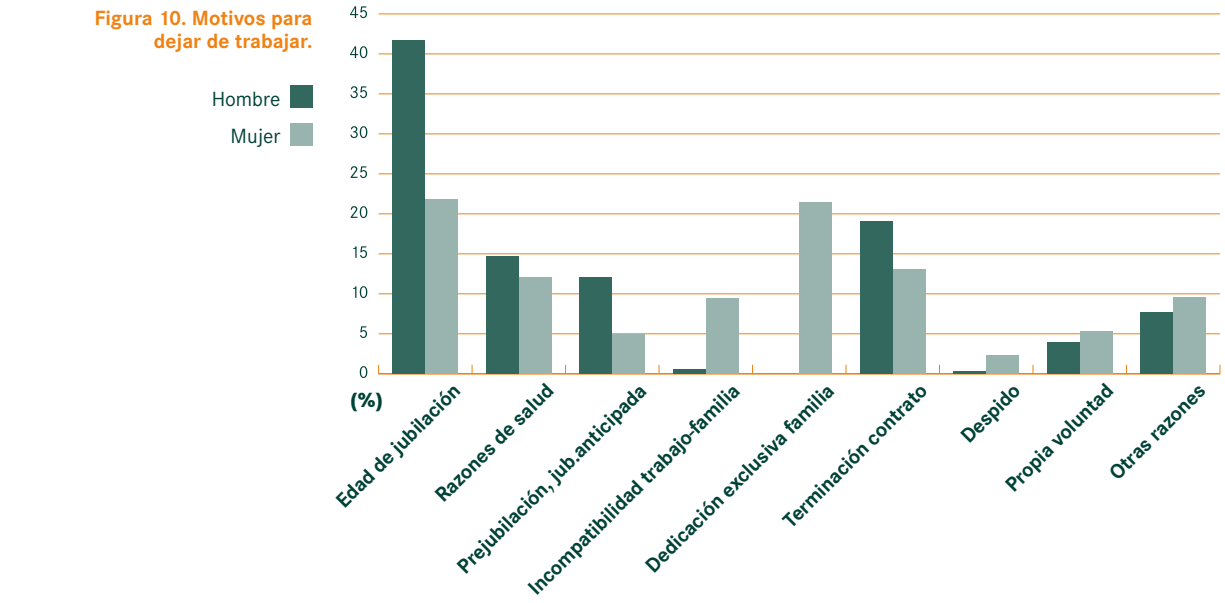
El 5,7% estaba en el paro. De este porcentaje, el 64,9% no había trabajado nunca, el 8,6% llevaba sin trabajar entre 6 meses y un año, y el 26,6% 1 año o más sin trabajar.

Entre las personas jubiladas, el porcentaje de mujeres que no recibían ninguna pensión contributiva era superior al de hombres (9,2% frente del 3,6%). La cotización por cuenta propia es superior entre los hombres (figura 9).

Figura 9. Tipo de cotización según sexo.

Entre los principales motivos para dejar de trabajar, a parte de la edad de la jubilación, destacaban, entre las mujeres, el haberse de dedicar exclusivamente a la familia (21,5%) y la incompatibilidad con la familia y el trabajo (9,5%) (figura 10).

Figura 10. Motivos para dejar de trabajar.



Situación contractual

La mitad de la población tenía un contrato de duración indefinida. El porcentaje de contratados temporales (28,8% hombres y 18,1% mujeres) o con contrato verbal (0,7% hombres y 4,3% mujeres) era superior entre las mujeres. Los hombres trabajaban por su cuenta con más frecuencia que las mujeres (figura 11).

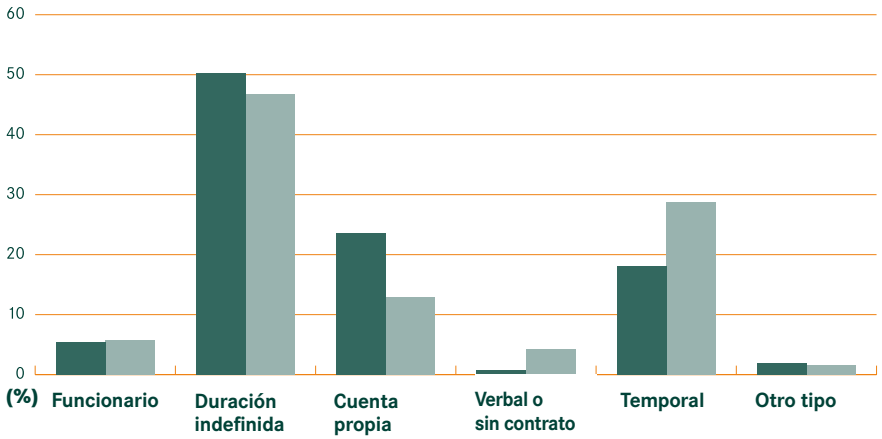


Figura 11. Tipo de contrato según el sexo. Población ≥ de 16 años.

Hombre
Mujer

En la población joven predominaba el contrato temporal, tipo de contrato que disminuía con la edad. En cambio, el trabajo por cuenta propia se incrementaba con la edad (figura 12).

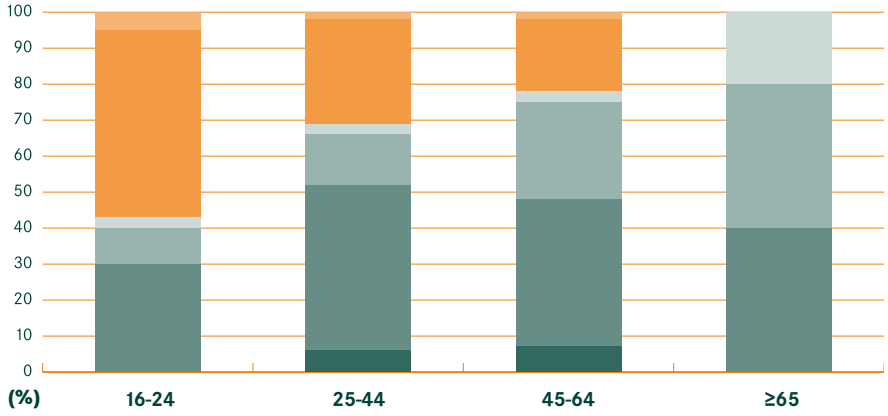


Figura 12. Tipo de contrato según la edad.

Otro tipo
Temporal
Verbal o sin contrato
Cuenta propia
Duración indefinida
Funcionario

Satisfacción y nivel de estrés en el trabajo

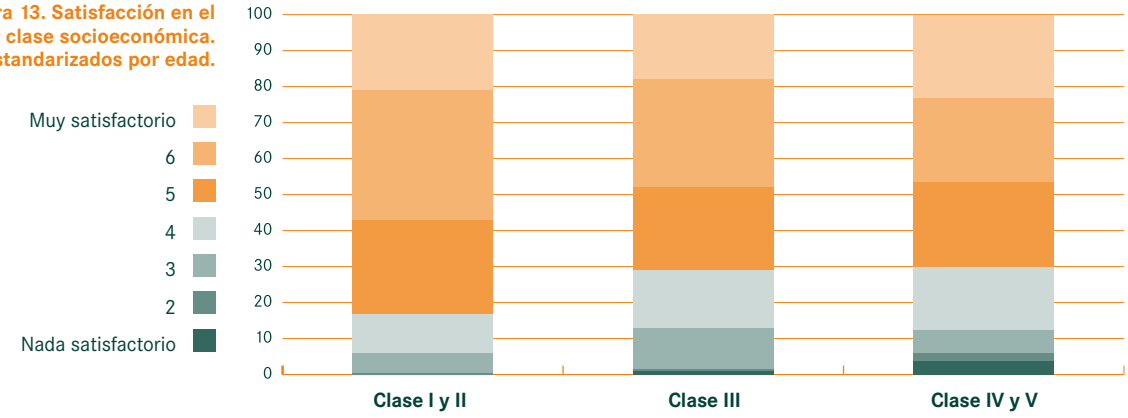
La satisfacción con el trabajo que se desarrolla y el nivel de estrés se midieron con una escala del 1 (nada estresante-nada satisfactorio) al 7 (muy estresante-muy satisfactorio).

El nivel medio de satisfacción laboral fue de 5,3 (DE=1,4), sin haber diferencias entre los sexos.

El 3,2% de los residentes en Eivissa y Formentera, el 2,1% en Mallorca y el 1,6% en Menorca no encontraban nada satisfactorio su trabajo.

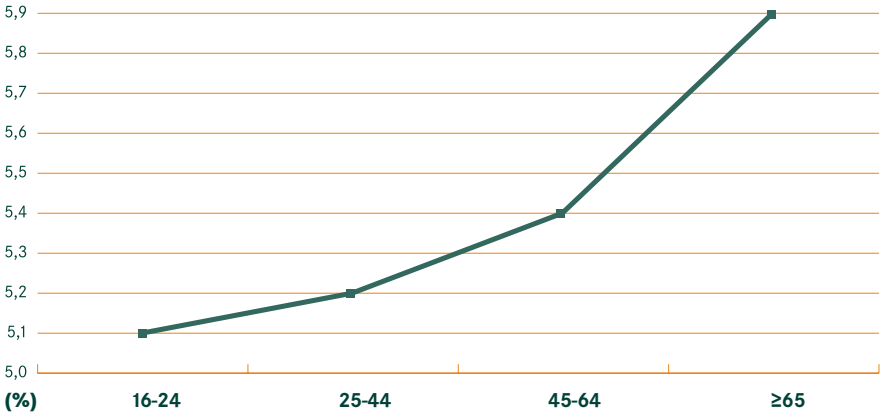
Por clase social, el porcentaje de personas no satisfechas con su trabajo era prácticamente inexistente en las clases I y II pero aumentaba entre las clases sociales más desfavorecidas (figura 13).

Figura 13. Satisfacción en el trabajo por clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.



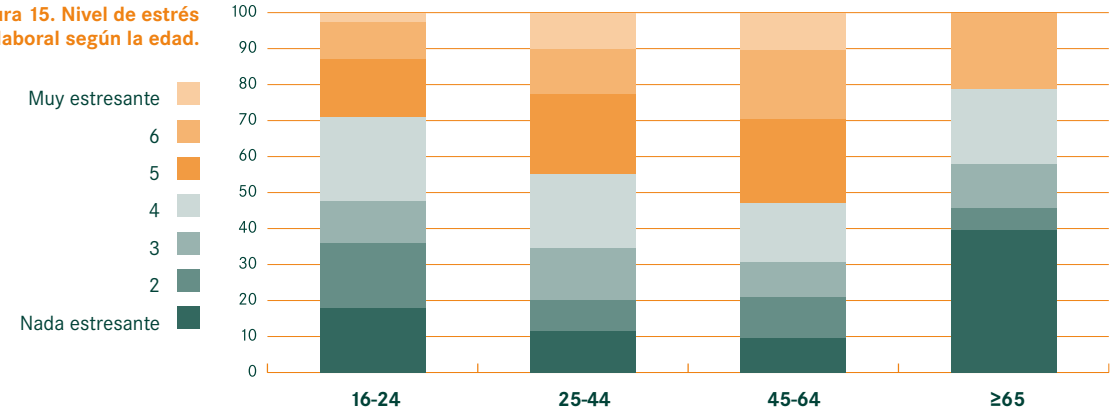
La satisfacción laboral se incrementaba con la edad. Los jóvenes eran los que manifestaban tener peor satisfacción laboral (figura 14).

Figura 14. Satisfacción laboral según la edad (media).



En cuanto al estrés laboral, el nivel medio fue de 4,1 (DE=1,8). Éste aumentaba con la edad hasta los 64 años (figura 15).

Figura 15. Nivel de estrés laboral según la edad.



Entre las clases sociales, las más favorecidas manifestaban padecer un nivel de estrés superior al de las clases menos favorecidas (figura 16).

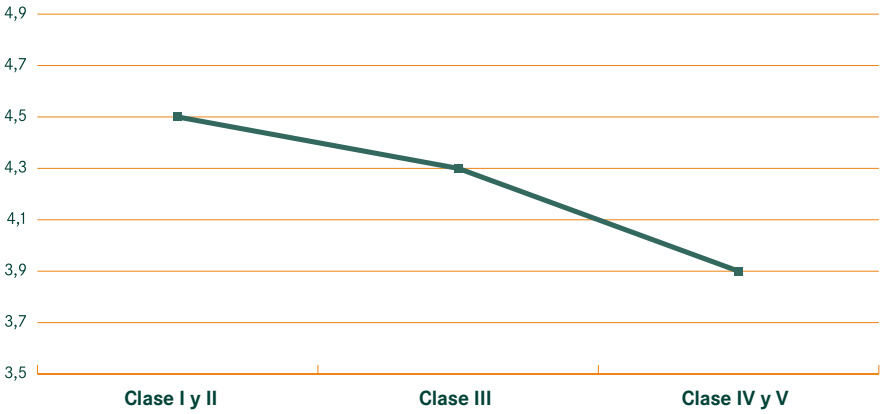


Figura 16. Estrés laboral según la clase socioeconómica (media). Porcentajes estandarizados por edad.

.

Trabajo no remunerado

Labores del hogar

El 30,3% de las personas entrevistadas se consideraban el principal y único responsable de realizar las labores del hogar como fregar, cocinar y planchar, porcentaje muy superior si eran mujeres (5 de cada 10). La proporción de hombres responsables de estas tareas era uno de cada 10 (figura 17).

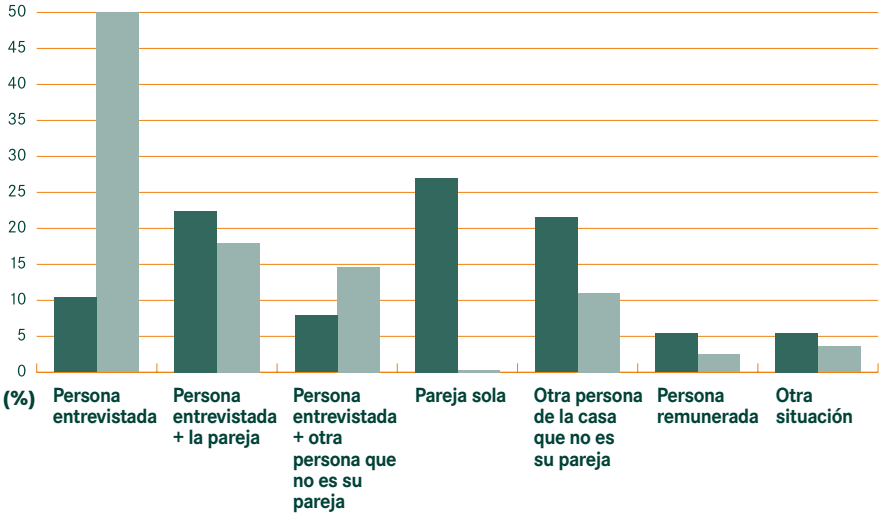


Figura 17. Realización de las labores del hogar según el sexo.

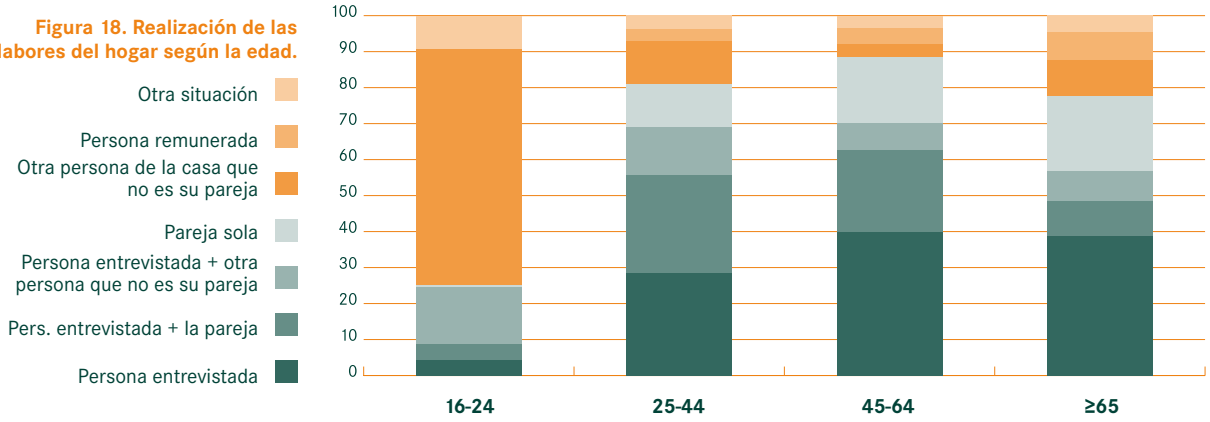
Entre semana, se dedicaba una media de 3 horas a realizar las labores del hogar y, los fines de semana, aumentaba hasta 5. Las diferencias entre hombres y mujeres se ven en la tabla 1.

Tabla 1. Media de horas dedicadas a las labores del hogar según el sexo.

	Media diaria entre semana		Media diaria durante el fin de semana	
	Hombre	**Mujer**	**Hombre**	**Mujer**
Horas dedicadas a labores del hogar	2,1	3,6	3,6	5,6

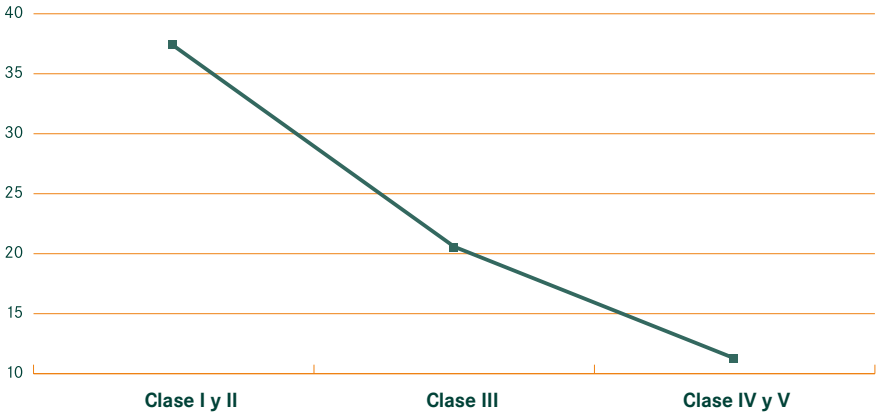
Gran parte de los jóvenes declaraban que las labores del hogar las realizaba otra persona de la casa. A partir de los 25 años se incrementaba el porcentaje de personas que realizaban ellas mismas estas tareas (figura 18).

Figura 18. Realización de las labores del hogar según la edad.



En un 19,0% de los hogares se disponía de un servicio externo remunerado para realizar las diferentes labores domésticas. Este porcentaje era superior entre los residentes en la isla de Menorca (32,3%), en las personas mayores de 64 años (30,6%) y en las de clase social I y II (37,3%) (figura 19).

Figura 19. Hogares que disponen de una persona remunerada per realizar las labores del hogar según la clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.



Cuidado de otras personas

Un 35,8% de la población manifestó que en su hogar había menores de 15 años, mayores de 74 años o discapacitados que requirieran cuidados.

En el 26,8% de los hogares había un menor de 15 años. La mujer se declaraba principal responsable en el 42,2% de los casos, circunstancia no habitual en los hombres (4,2%). En un 38,3% de los casos la responsabilidad de los cuidados se compartía con la pareja. Las mujeres dedicaban de media más tiempo que los hombres tanto entre semana como los fines de semana (tabla 2).

Tabla 2. Media diaria, entre semana y durante los fines de semana, dedicada a cuidar de personas ≤ de 15 años según sexo

	Media diaria entre semana		Media diaria durante el fin de semana	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Cuidar de personas menores de 15 años	4,7	7,7	7,9	11,3

El 5,6% de las personas entrevistadas cuidaban a personas mayores de 74 años. En un 34% de estos casos era la persona entrevistada sola la responsable (38,8% mujeres y 22,0% hombres); en un 31,7% era otra persona de la casa que no era su pareja y en un 6,6%, una persona remunerada.

En el 4,5% de los hogares vivían personas que convivían con alguna persona con discapacidad o limitaciones, cuidada en un 32,4% de los casos por la persona entrevistada sola (46,6% mujeres y 11,0% hombres). El cuidado de las personas con discapacidades era superior en los hogares habitados por personas de más edad (figura 20).

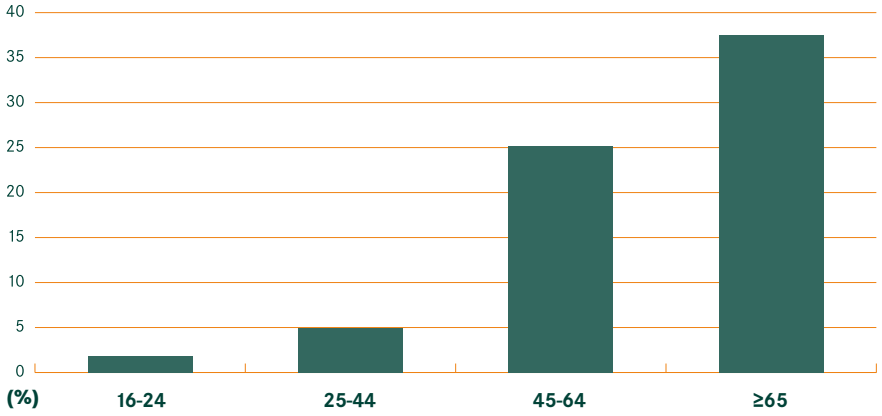


Figura 20. Cuidar de personas con discapacidad según edad.

En las clases sociales más desfavorecidas el porcentaje de personas que tenían cuidado de personas con discapacidad o limitaciones era superior que en el resto de clases sociales (figura 21).

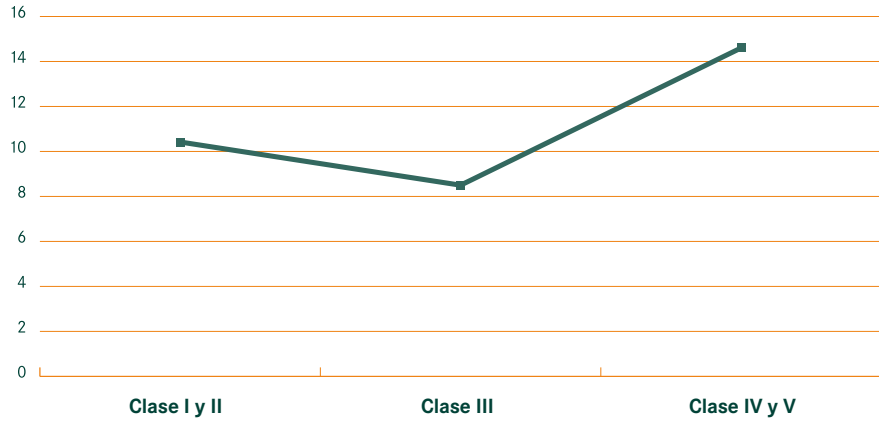


Figura 21. Cuidar a personas con discapacidad según la clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.

Los hombres dedicaban de media menos tiempo al cuidado de personas con discapacidad, tanto entre semana como el fin de semana (tabla 3).

Tabla 3. Media diaria, entre semana y durante los fines de semana, a cuidar de personas con discapacidad según sexo

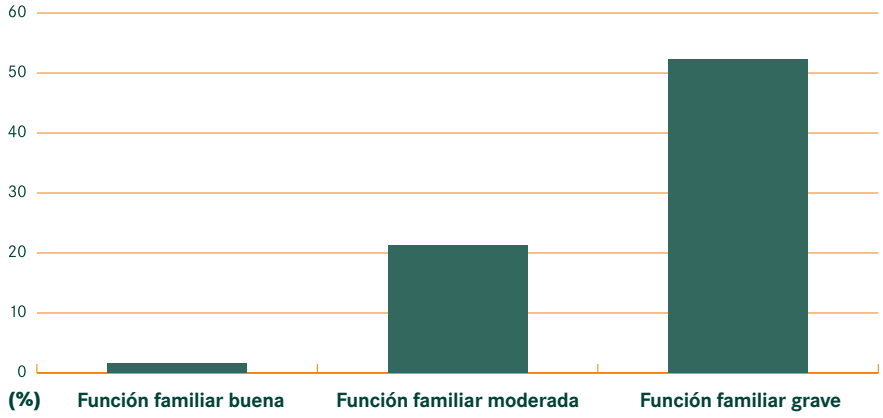
	Media diaria entre semana		Media diaria durante el fin de semana	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Cuidar de personas con discapacidad	4,6	8,4	5,4	7,9

Soporte social percebido

Describe las relaciones entre el individuo y la sociedad que le rodea. El 3,4% de la población adulta percibía un soporte social bajo.

Esta percepción variaba en función de determinados factores. Las personas que declaraban tener una dinámica familiar grave perciben un soporte social bajo en mayor proporción que aquellas con una buena dinámica familiar (figura 22).

Figura 22. Soporte social bajo percibido según la dinámica de la función familiar. Población ≥ de 16 años.



Así mismo, esta baja percepción de soporte social se observaba también entre la población con riesgo de mala salud mental (figura 23) o con una mala percepción de su salud (figura 24).

Figura 23. Percepción de soporte social bajo según el riesgo de mala salud mental.

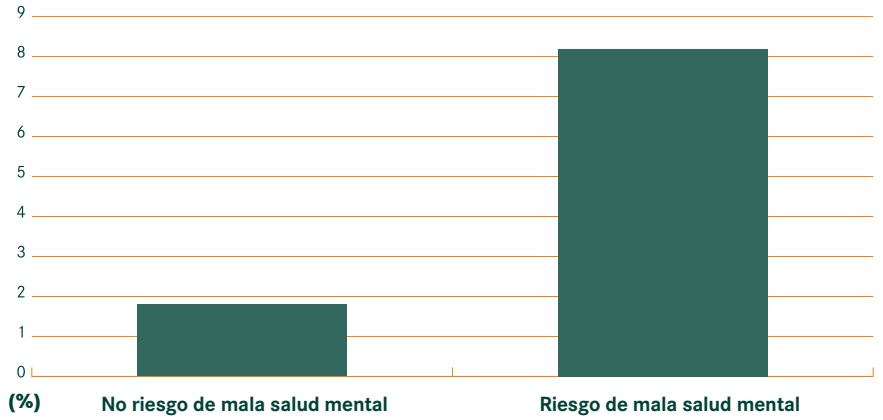
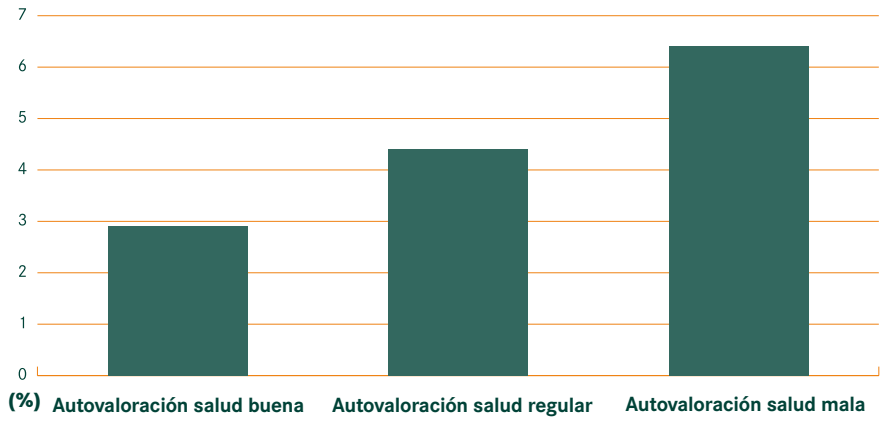


Figura 24. Percepción de soporte social bajo según la autovaloración de su salud.



Discriminación

El 7,9% de la población manifestaba haber experimentado discriminación en los últimos 12 meses, sentimiento más frecuente entre las mujeres (9,4%) que entre los hombres (6,4%).

Entre las causas aducidas, pertenecer a otra etnia o país fue la causa más frecuente; la religión o las preferencias sexuales, las menos citadas. Los hombres no percibían discriminación por sexo y las mujeres se sentían discriminadas por razonas de etnia o país, seguido de la condición de ser mujer (figura 25).

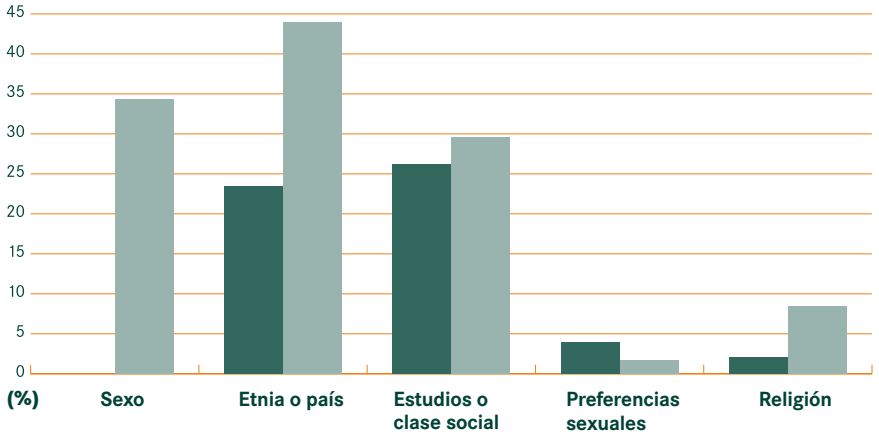


Figura 25. Causas de discriminación según sexo.

Hombre
Mujer

Un elevado porcentaje de discriminación se producía en el lugar de trabajo (41,4%), en un lugar público (38,9%) y buscando trabajo (32,6%) (figura 26).

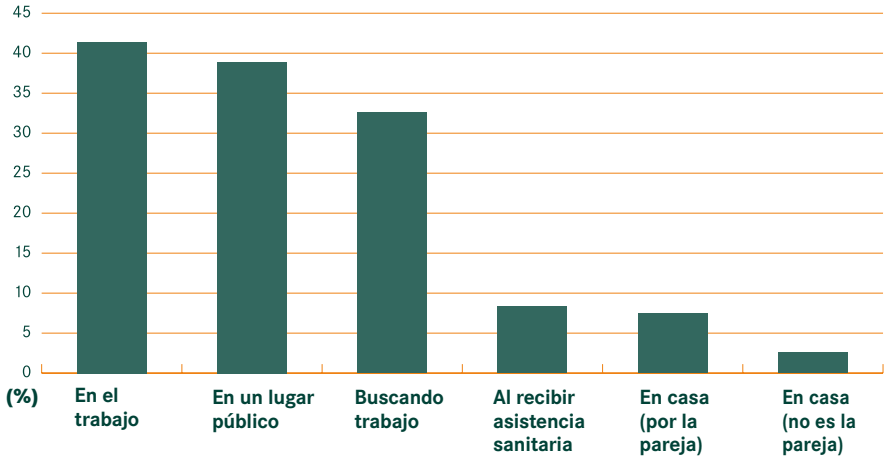


Figura 26. Situación donde se padeció discriminación.

El 8,2% de la población infantil de las Illes Balears afirmaba haber padecido esta situación. La mayoría de ellos en el colegio (88,3%) y en menor proporción en un lugar público (23,7%). La discriminación por sexo era inusual. La etnia o el país de origen era el motivo más frecuente de discriminación que la clase social o la religión (figura 27).

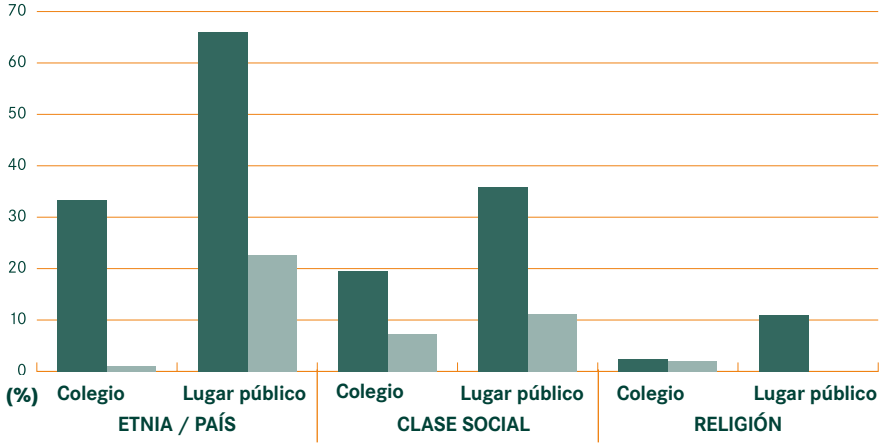


Figura 27. Motivos de discriminación. Población ≤ 15 años.

Algunas veces
Muchas veces / siempre

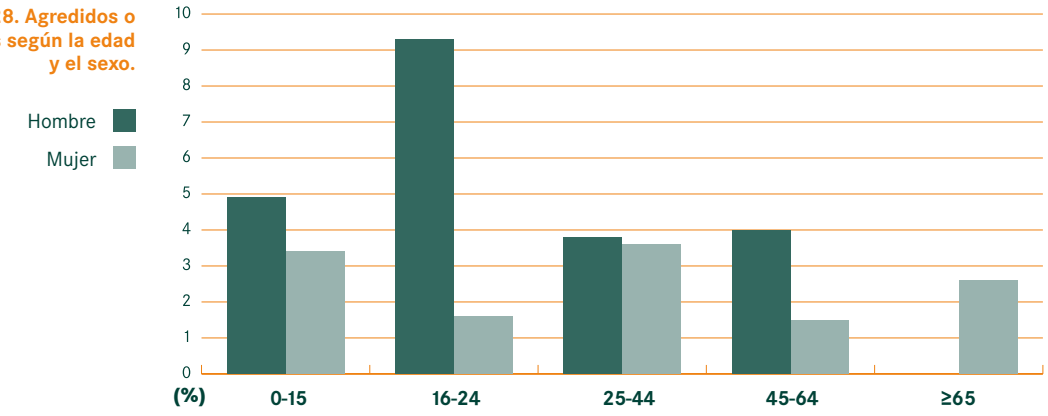
Ninguno declaraba haber padecido discriminación a la hora de recibir asistencia sanitaria.

Agresión o maltrato

El 3,3% de la población adulta afirmaba haber padecido alguna agresión o malos tratos, porcentaje ligeramente superior en hombres (4,1% frente del 2,6% de las mujeres). En la población infantil, el 4,2%.

Los jóvenes entre 16 y 24 años padecían más agresiones que los del resto de edad. Especialmente los hombres (9,3% frente el 1,6% en mujeres). En personas mayores de 65 años predominaban las agresiones a las mujeres (figura 28).

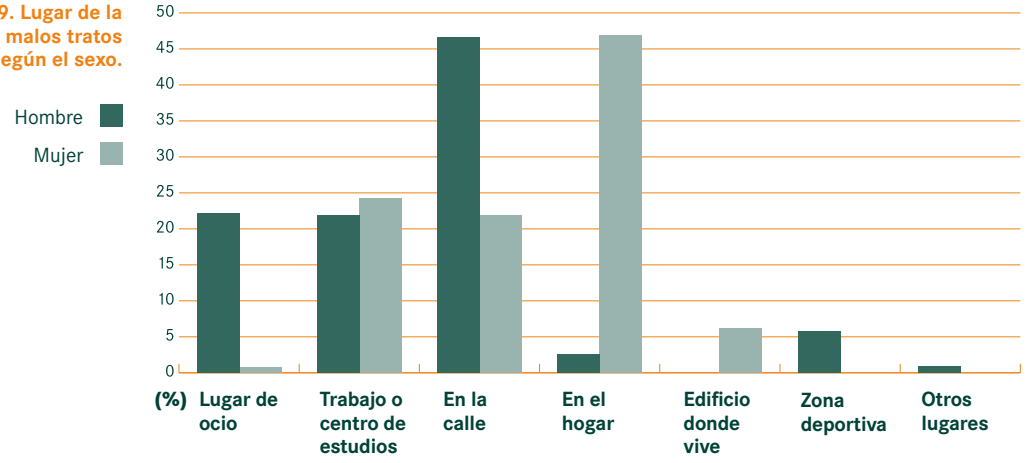
Figura 28. Agredidos o maltratados según la edad y el sexo.



Los porcentajes de población agredida o maltratada por territorio son similares: Menorca (4,2%), Eivissa y Formentera (3,4%) y Mallorca (3,2%).

Un 36,9% de las agresiones ocurrió en la calle y un 22,8% en el trabajo o centro de estudios. En el caso de los hombres (46,6%) tuvieron lugar en la calle y en el caso de las mujeres en el hogar (46,9%) (figura 29).

Figura 29. Lugar de la agresión o malos tratos según el sexo.



La mayoría de las agresiones o malos tratos en la población infantil se producían fundamentalmente en el centro escolar (85%). El 2,2% se ocasionaba en el hogar.

En un 48,6% de los casos la persona agresora o maltratadora era un hombre desconocido y, en un 6,3% una mujer desconocida. En un 13,3% la persona maltratadora era la pareja, y era la mujer el objeto de la agresión en un porcentaje superior (28,8%) que el del hombre (2,7%).

Entorno físico

Problemas de la vivienda

Los problemas más frecuentes manifestados por la población fueron la mala calidad del agua para el consumo humano y la escasez de zonas verdes. La contaminación del aire era el problema menos frecuente (figura 30).

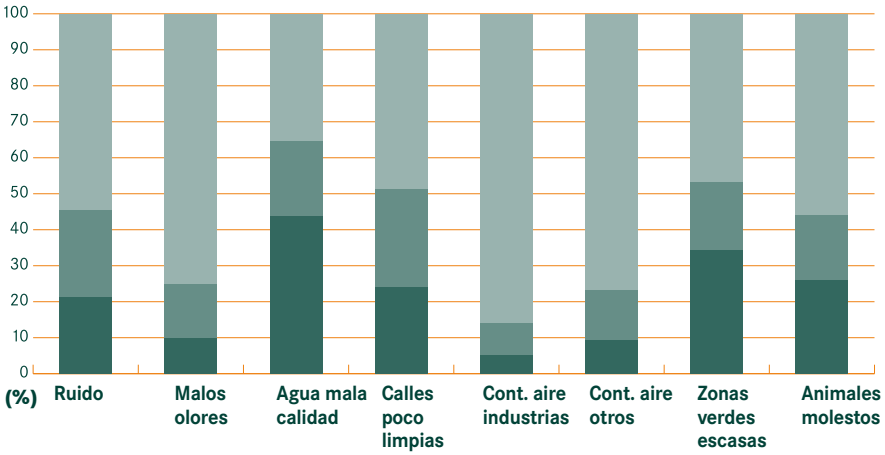


Figura 30. Problemas de vivienda.

Nada
Algo
Mucho

En general, los residentes en Eivissa y Formentera eran los que manifestaban tener mayores problemas en la vivienda, sobretodo la mala calidad del agua, la escasez de zonas verdes y el ruido, y los de Menorca los que menos (figura 31).

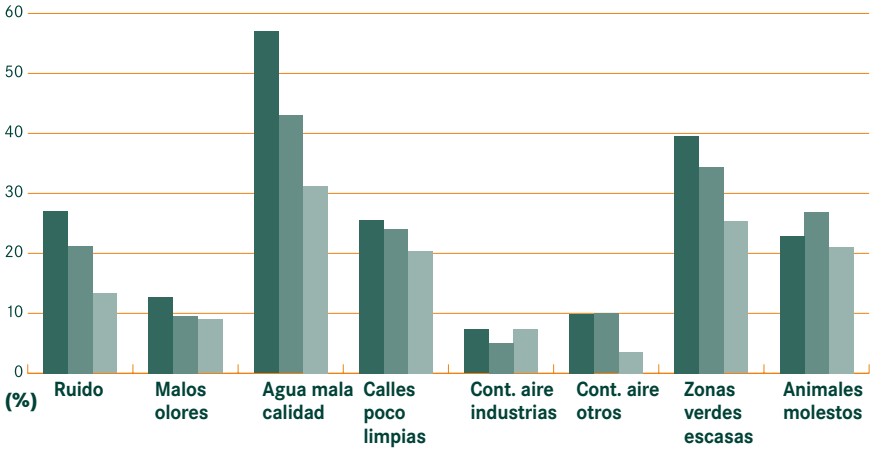


Figura 31. Tener muchos problemas de vivienda según la isla.

Illes Pitiüses
Mallorca
Menorca

Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- La percepción de la salud
- La calidad de vida de la población infantil
- Los problemas de salud crónicos
- La salud mental
- La restricción de la actividad las últimas dos semanas
- Limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana
- Lesiones por accidentes

Estado de salud

La percepción de la salud

La salud subjetiva es una medida global que incluye diferentes dimensiones del concepto de salud (física, social y emocional) y aporta una información muy útil que no se podría obtener de otra manera. A pesar de los sesgos propios de los datos recogidos, como por ejemplo la subjetividad de la respuesta, se considera un buen indicador para describir el estado de salud de una población. Numerosos autores han demostrado una relación estrecha con la morbilidad, la capacidad funcional y el consumo de recursos sanitarios. Por otro lado, está ampliamente aceptado que una mala valoración de la salud es un buen predictor de la mortalidad.

En las Illes Balears, el año 2007 el 74,4% de la población consideraba que su salud era buena o muy buena. Los hombres tenían una mejor percepción del estado de salud (77,4%) que las mujeres (71,2%) (figura 32).

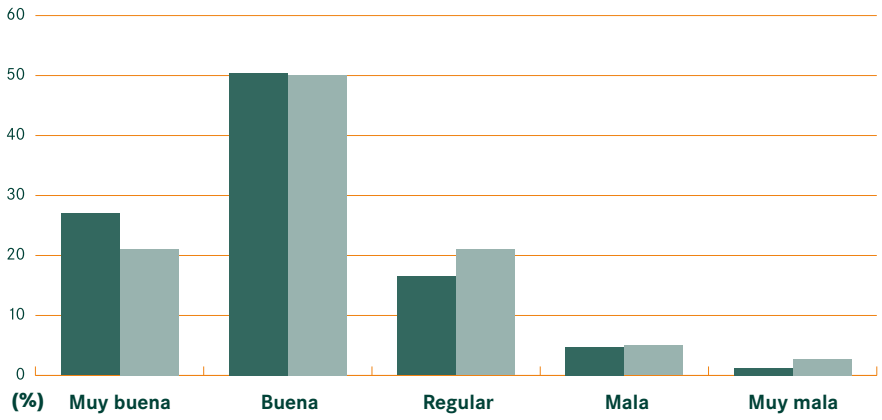


Figura 32. Percepción del estado de salud por sexo.

A medida que aumentaba la edad de las personas entrevistadas, la percepción de una salud regular o mala era más frecuente de tal manera que más de la mitad de los hombres y mujeres mayores de 65 años percibían su salud como regular o mala (figura 33).

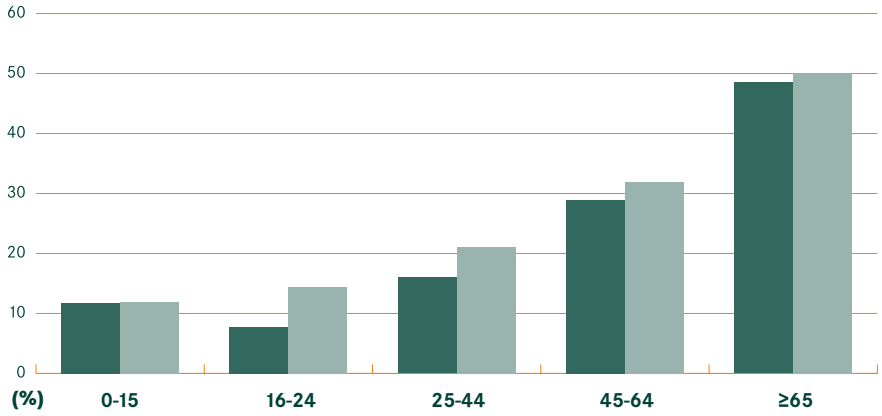


Figura 33. Percepción del estado de salud como regular o mala según grupo de edad y sexo.

Las personas de clases sociales más desfavorecidas percibían un estado de salud peor, sobretodo, las mujeres (figura 34).

Figura 34. Percepción del estado de salud como regular y mala según clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

La valoración del estado de salud no variaba según la isla donde residían. El 23,6% de los mallorquines, el 23,3% de los residentes en las illes Pitiüses y el 24,6% de los menorquines consideraban que su salud era regular o mala.

La calidad de vida de la población infantil

La calidad de vida de los niños y de las niñas mayores de 7 años, se midió con el cuestionario KIDSCREEN. La población infantil de las Illes Balears tenía una calidad de vida mejor que la media europea y disminuía conforme aumentaba la edad, sobretodo en las niñas (figuras 35 y 36).

Figura 35. Calidad de vida en niños según grupos de edad. Población 7-15 años. Puntuación media y IC 95%.

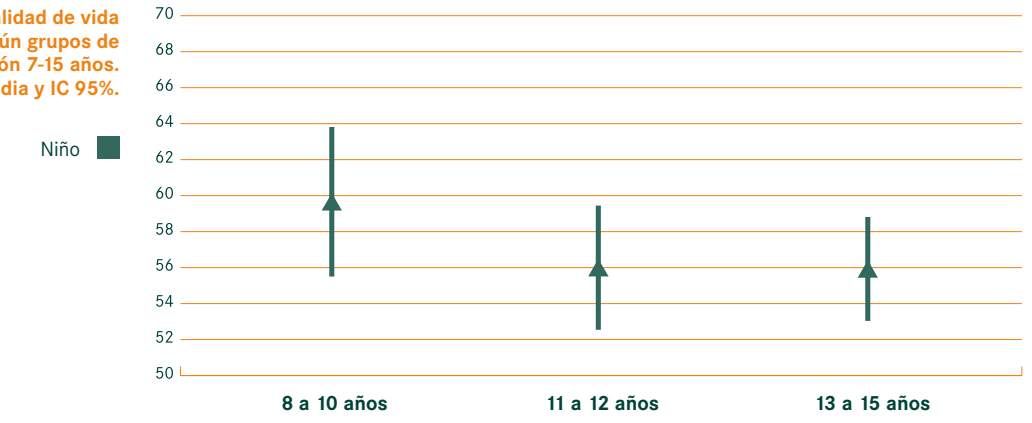
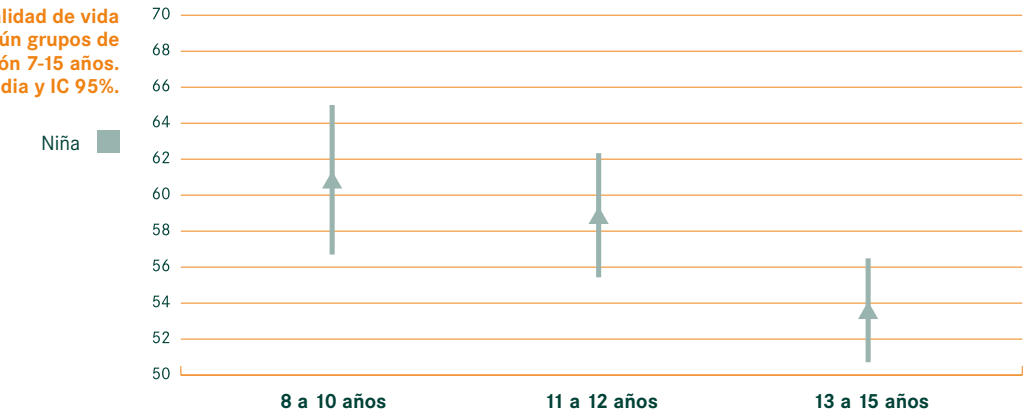


Figura 36. Calidad de vida en niñas según grupos de edad. Población 7-15 años. Puntuación media y IC 95%.



Problemas de salud crónicos

En este apartado valoramos:

- La prevalencia de enfermedades crónicas en general.
- En el caso de los adultos, la prevalencia de 26 problemas de salud crónicos que producen una mayor frecuentación o un mayor consumo de recursos sanitarios. Para los menores de 16 años, la lista contiene un total de 7 problemas de salud (anexo Listado de patologías).

Un 68,5% de la población adulta y el 24,7% de la población infantil declaraban haber padecido al menos un trastorno crónico en el último año.

El nombre de trastornos crónicos aumentaba con la edad y era más elevado entre las mujeres en cualquier franja de edad (figura 37).

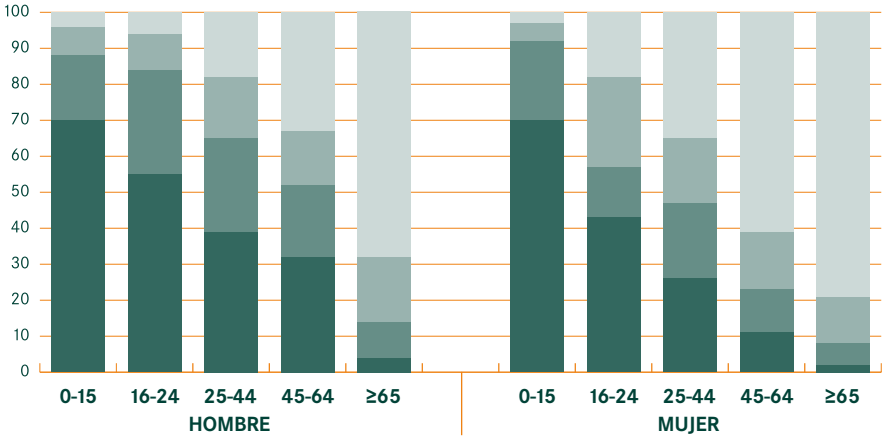


Figura 37. Número de trastornos crónicos por grupo de edad y sexo.

Las personas de clases sociales más desfavorecidas padecían más trastornos crónicos que las clases acomodadas (figura 38).

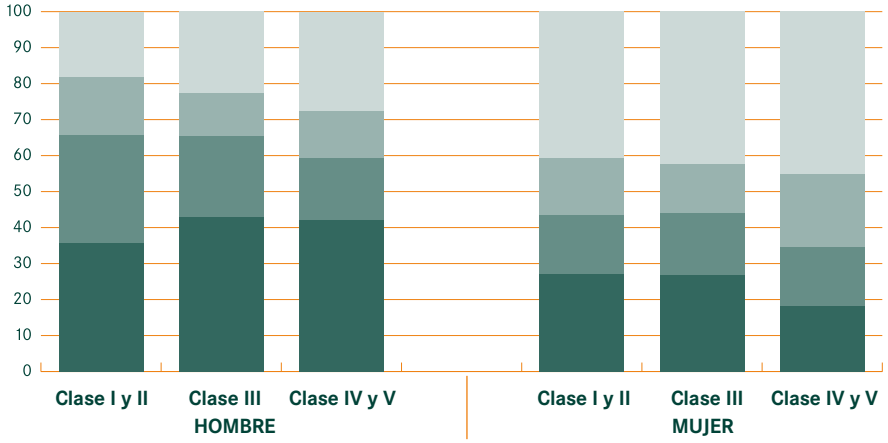
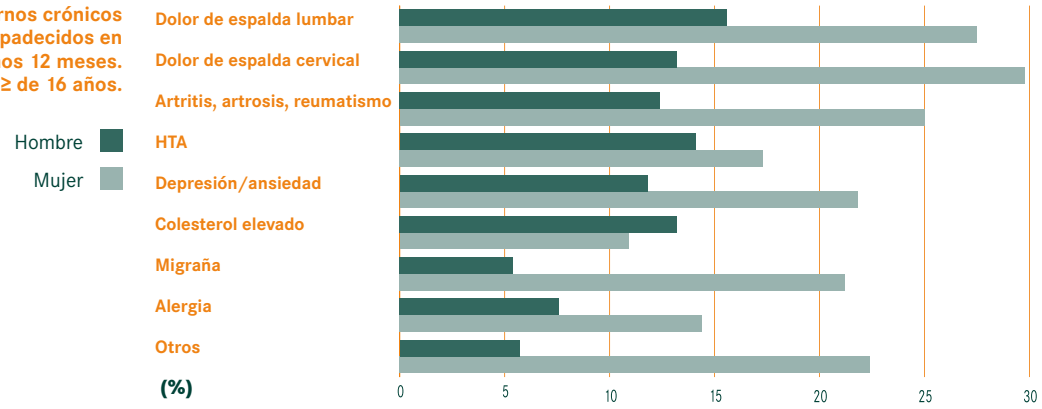


Figura 38. Número de trastornos crónicos según clase social y sexo.

Un 64,3% de la población adulta residente en Eivissa y Formentera declararon tener como mínimo un problema de salud. Este porcentaje era más elevado en Mallorca y Menorca (68,5% y 74,9% respectivamente).

Los problemas de salud crónicos citados con más frecuencia entre los adultos eran las enfermedades del aparato locomotor y del aparato circulatorio. Destacaban en ambos sexos el dolor de espalda, tanto cervical como lumbar, la artrosis, la artritis y el reumatismo y la hipertensión arterial. También era elevada la frecuencia de problemas de depresión/ansiedad. La prevalencia de muchos de estos problemas era claramente más elevada en las mujeres que en los hombres (figura 39).

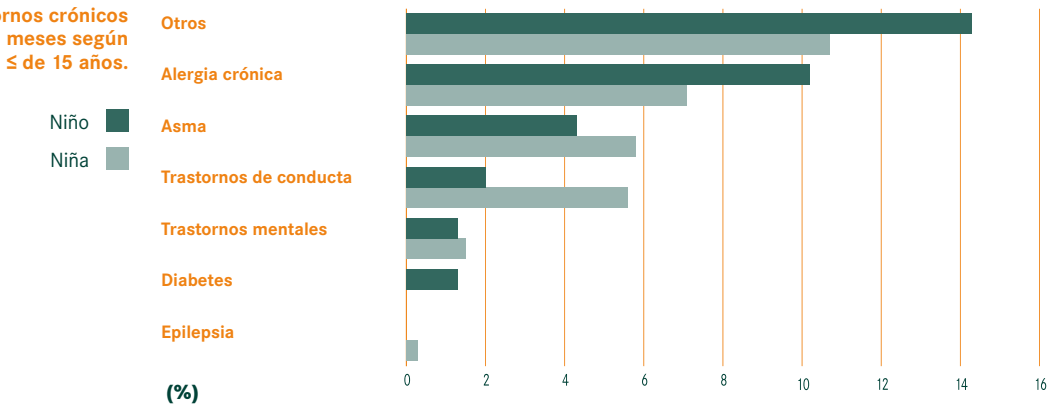
Figura 39. Trastornos crónicos más prevalentes padecidos en los últimos 12 meses. Población ≥ de 16 años.



Los problemas de salud variaban con la edad. Entre los mayores de 65 años destacaban la artrosis, la artritis y el reumatismo, los problemas padecidos por más del 50% de los entrevistados, seguido de la hipertensión arterial (42,9%), el dolor de espalda tanto cervical (29,7%) como lumbar (28,6%), el colesterol elevado (26,8%) y los problemas de depresión/ansiedad (26%). Un 27,4% de los hombres de este grupo de edad había padecido problemas de próstata. En cambio entre la juventud, destacaba como problemas más frecuentes la alergia crónica (14,0%), el dolor de espalda cervical (13,8%) y lumbar (12,8%), la depresión/ansiedad (8,5%) y el asma (7,1%).

Los problemas de salud más frecuentes declarados por la población infantil eran las alergias crónicas (7,1% de niños y 10,2% de niñas) y el asma (5,8% de niños y 4,3% de niñas) (figura 40).

Figura 40. Trastornos crónicos en los últimos 12 meses según sexo. Población ≤ de 15 años.



Salud mental

La ESIB 2007, para valorar la salud mental de la población adulta incluyó el Cuestionario de Goldberg GHQ-12 (*General Health Questionnaire*). Este instrumento es útil para estimar la prevalencia de personas con riesgo de padecer trastornos mentales en el momento de la entrevista no por un problema crónico o antiguo y, en ningún caso, como diagnóstico.

Un 25,1% de la población adulta estaba en riesgo de padecer un trastorno mental, hecho más elevado en las mujeres (31,5%) que en los hombres (18,8%).

El bienestar psicológico variaba notablemente en función de la edad y el sexo. Las diferencias más notables por sexo se observaban en edades intermedias. Por contra, en los mayores de 65 años se observaba una prevalencia entre los hombres que tendía a igualar las mujeres (figura 41).

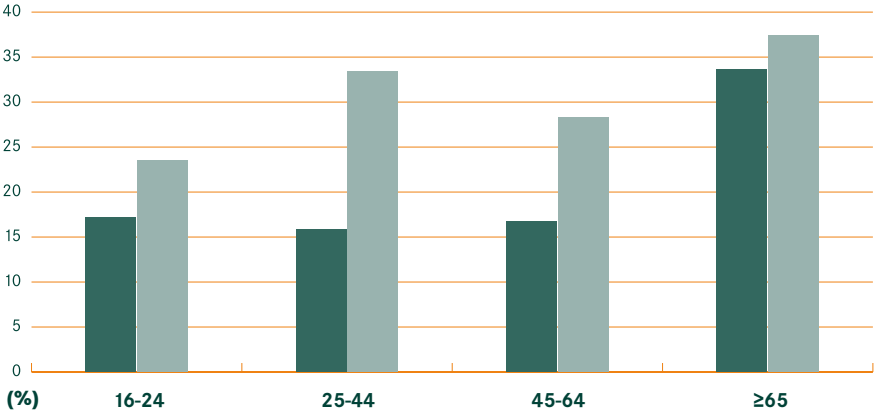


Figura 41. Probabilidad de padecer un trastorno mental (GHQ ≥ 3) según grupo de edad y sexo.

Hombre
Mujer

La probabilidad de padecer un trastorno mental era más frecuente entre las clases sociales desfavorecidas, sobretodo entre las mujeres (figura 42).

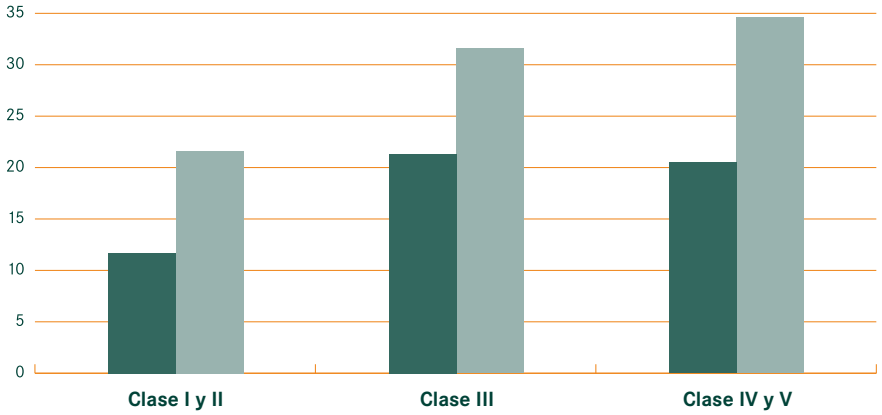


Figura 42. Riesgo de sufrimiento psicológico según la clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad

Hombre
Mujer

El riesgo de sufrimiento psicológico también tenía una relación directa con la percepción de la salud. A medida que la percepción de la salud empeoraba, el riesgo de sufrimiento psicológico era más alto (figura 43).

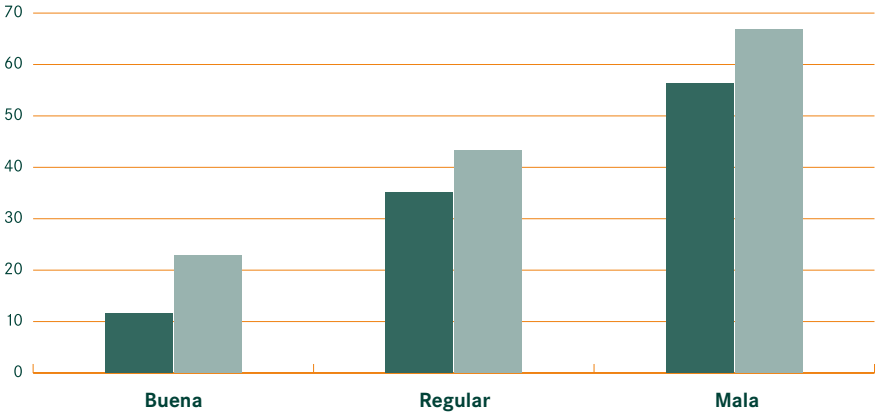


Figura 43. Riesgo de sufrimiento psicológico según la percepción de su salud y sexo.

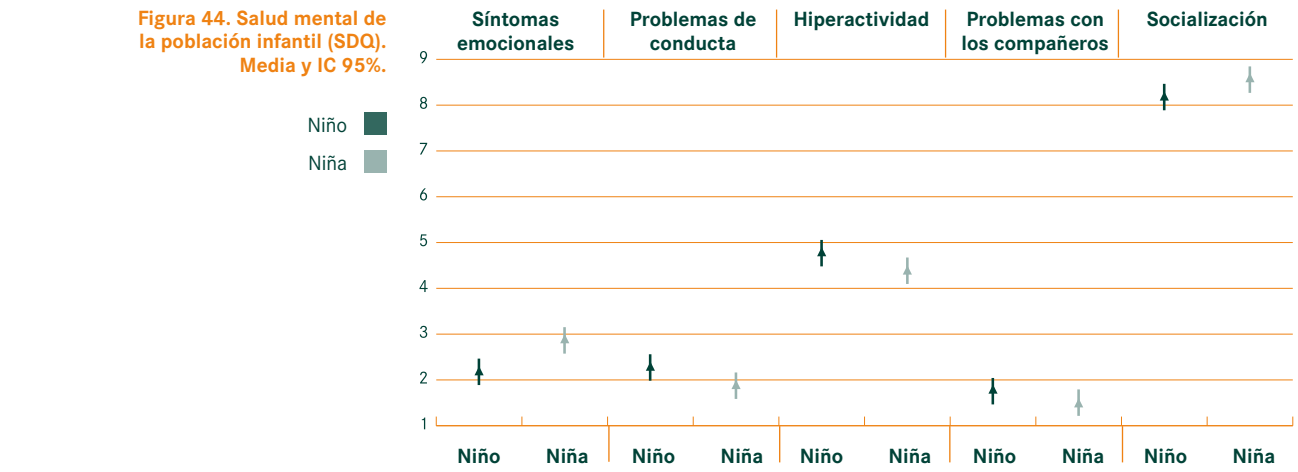
Hombre
Mujer

Este riesgo era ligeramente más elevado en Menorca (28,3%) y en Eivissa y Formentera (27,7%) que en Mallorca (24,4%).

La valoración de la salud mental de la población infantil se obtuvo a partir del Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). Este cuestionario dirigido a niños y niñas mayores de 3 años recogía síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y socialización.

En la figura 44 se observa la media para cada uno de los apartados. Los niños obtenían peor puntuación en el apartado de los problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros. Las niñas, en la escala de síntomas emocionales y socialización.

Figura 44. Salud mental de la población infantil (SDQ). Media y IC 95%.



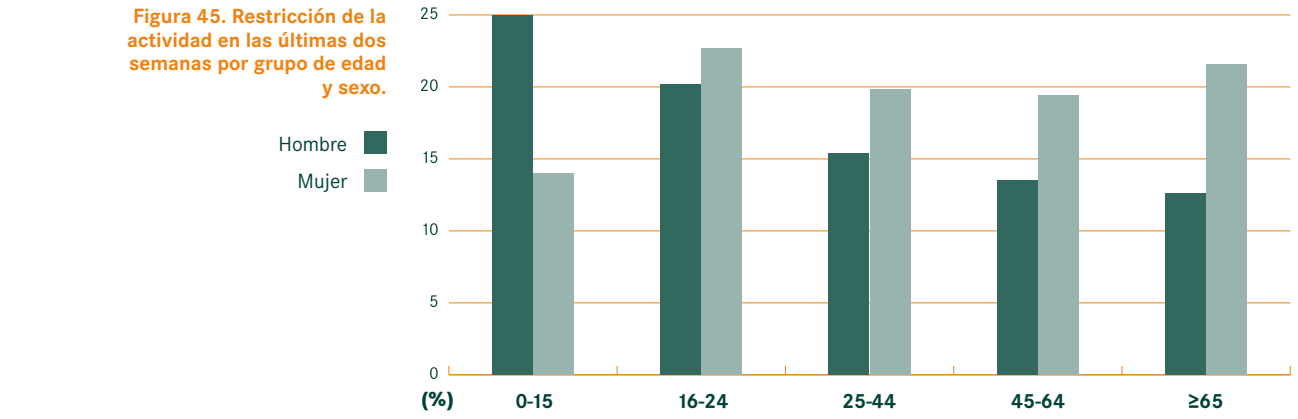
Restricción de la actividad en las últimas dos semanas

Este apartado nos da información sobre la pérdida de capacidad eventual para realizar actividades habituales a causa de un problema de salud. Refleja sobretodo las consecuencias de la morbilidad aguda.

El 18,1% de toda la población declaraba haber reducido sus actividades habituales durante las dos semanas anteriores a la entrevista a causa de algún problema de salud (el 16,8% de hombres y el 19,4% de mujeres) y el 8,2% había tenido que estar en la cama (el 7,1% de los hombres y el 9,4% de las mujeres).

En población infantil, la reducción de la actividad era más frecuente en niños que en niñas. En cambio, en población adulta era más frecuente en las mujeres en cualquier franja de edad y llegaba a ser casi el doble en mayores de 65 años (figura 45).

Figura 45. Restricción de la actividad en las últimas dos semanas por grupo de edad y sexo.



Entre las clases sociales acomodadas (16,4%) la restricción de la actividad era ligeramente menos frecuente que entre las clases sociales desfavorecidas (18,7%).

El análisis territorial mostraba una frecuencia ligeramente más elevada de restricción de la actividad entre los residentes de Eivissa y Formentera (21,1%) que en Mallorca (17,6%) o en Menorca (17,7%).

Cada persona que restringió su actividad por un problema de salud lo hacía con una media de 6,3 días (DE = 4,9), media que aumentaba con la edad (4,3 días entre los más jóvenes, 10,3 días entre los mayores de 65 años).

La permanencia media en la cama por un problema de salud era de 3,8 días y también aumentaba con la edad (1,7 días entre los jóvenes de 16-24 años y 7,5 días entre los mayores de 65 años). En población infantil era de 3,3 días.

Los principales problemas de salud que ocasionaban esta restricción de la actividad eran el dolor de huesos, de espalda y de las articulaciones (33%), procesos catarrales y gripales (30,9%), dolores de cabeza (12,6%), problemas de nervios, depresión o dificultades para dormir (8%) y contusiones, lesiones y heridas (7,1%). Los tres primeros eran también las causas más frecuentes de la permanencia en cama.

La frecuencia variaba en función del sexo y de la edad. Los dolores de cabeza causaban una restricción de la actividad con más frecuencia en las mujeres y, los procesos catarrales, las contusiones y heridas en los hombres (figura 46).

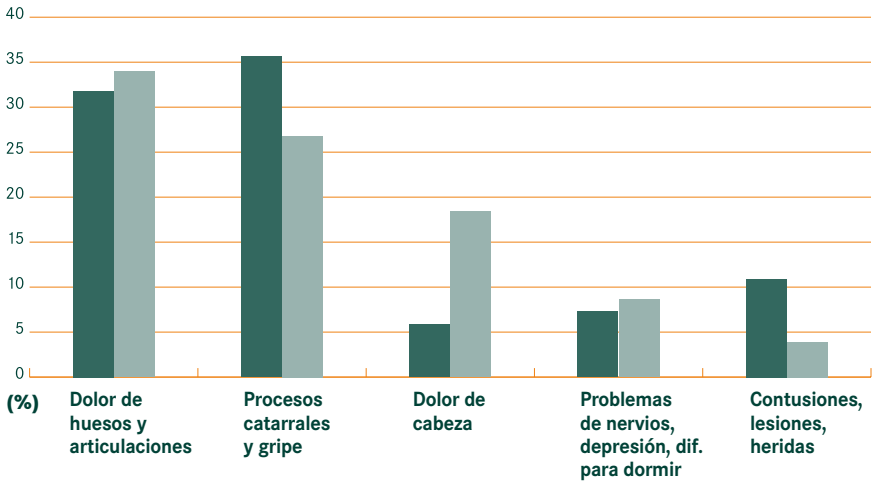


Figura 46. Problemas de salud que causan restricción temporal de la actividad por sexo. Población total.

Los procesos catarrales y gripales, así como el dolor de cabeza, afectaron principalmente a los jóvenes y, el dolor de huesos, de espalda y de articulaciones en los más mayores.

Entre las clases sociales desfavorecidas era más frecuente la limitación de la actividad temporal a causa de contusiones, lesiones y heridas, el dolor de huesos, de espalda y de articulaciones.

Limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana

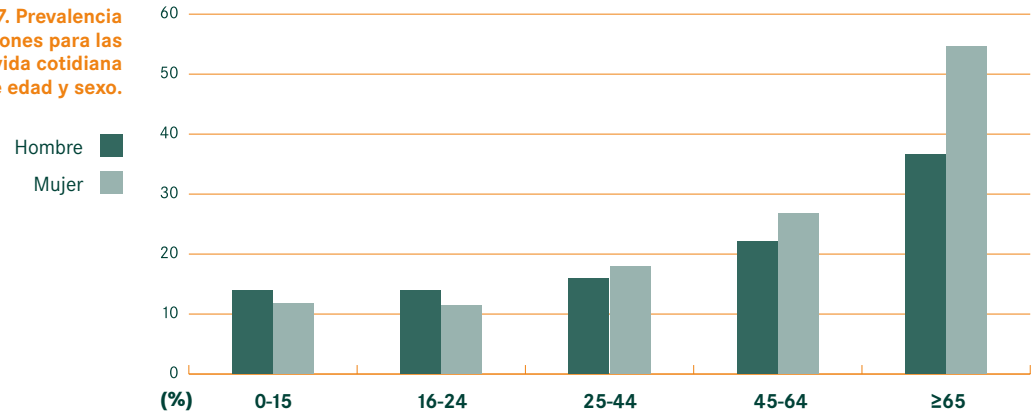
La esperanza de vida en nuestras Islas es muy elevada y en constante aumento desde hace décadas. Pero esto no quiere decir que todas estas personas tengan una buena salud. Todo lo contrario, este aumento de esperanza de vida viene acompañado de un aumento del número de personas con limitaciones funcionales.

Las limitaciones son muchas veces consecuencia de enfermedades crónicas que aumentan con la edad con un impacto no sólo sobre el individuo, sino también sobre la sociedad. El estatus funcional de las personas mayores juega un papel muy importante en sus posibilidades de autonomía. Su pérdida asociada a la existencia de enfermedades crónicas hace necesario la asistencia en las tareas de la vida cotidiana y de un aumento de plazas en residencias geriátricas.

El 23,3% de la población adulta declaraba haber tenido, al menos los 6 meses antes de la entrevista y a causa de un problema de salud, algún tipo de limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana (18,6% con una limitación moderada y el 4,8% con una limitación grave). La prevalencia era más elevada en las mujeres que en los hombres (26,3% frente del 20,3%).

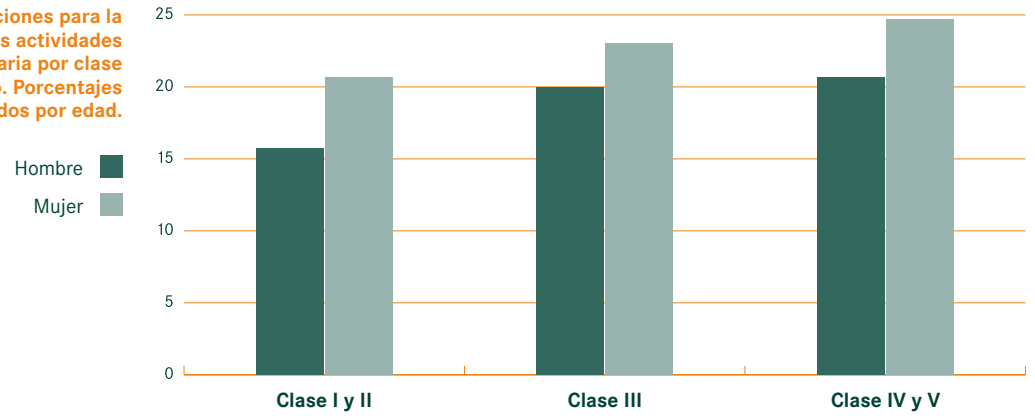
La prevalencia de limitaciones aumentaba con la edad y las diferencias por sexo eran más patentes entre las personas mayores (figura 47).

Figura 47. Prevalencia de limitaciones para las actividades de la vida cotidiana por grupo de edad y sexo.



El porcentaje de personas con limitaciones era más elevado entre las personas de clases sociales desfavorecidas y en las mujeres de todas las clases sociales (figura 48).

Figura 48. Limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.



El análisis territorial mostraba una prevalencia similar por islas (21,8% en Mallorca, 21,7% en las Illes Pitiüses y 20% en Menorca).

El 74,1% de las limitaciones eran causadas por un problema físico, el 8,1% por un problema mental y el resto por ambos problemas, físicos y mentales. Los problemas físicos eran más frecuentes entre los hombres (78,9% frente del 71,4%) y los problemas mentales entre las mujeres (9,2% frente del 6,7%).

El 12,4% de la población adulta (14,3% de hombres y 10,5% de mujeres) tenían alguna dificultad auditiva y el 3,6% (2,5% de hombres y 4,6% de mujeres) visual.

La dificultad auditiva y visual se incrementaba con la edad. A partir de los 45 años, alrededor de un 20% de la población presentaba problemas para oír. En cuanto a las dificultades para ver, se hacían más patentes a partir de los 65 años (figura 49)

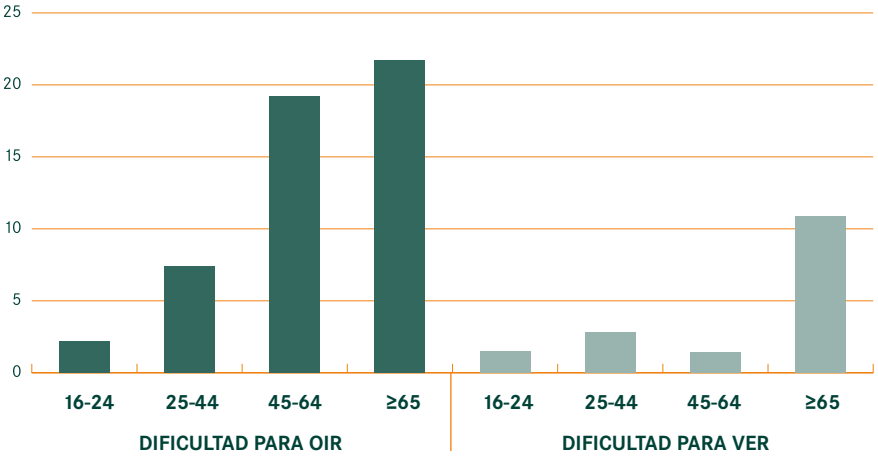


Figura 49. Dificultad auditiva y visual según la edad.

Limitación de las actividades de la vida diaria en la persona mayor

En las personas de 65 años o más se les preguntó si tenían dificultad para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria. Una lista de 27 actividades recogía las actividades relacionadas con los cuidados personales: vestirse, comer, ducharse, caminar, entre otras; las tareas domésticas (hacerse la cama, fregar la vajilla, etc.) y la movilidad (caminar una hora seguida, subir escalones...). Para cada una de éstas, se les preguntaba el grado de dificultad para realizarlas (sin ayuda, con ayuda de otra persona y si no eran capaces de hacerlo por ellas mismas).

El 61% declaraban tener autonomía funcional o capacidad para realizar las 8 actividades relacionadas con los cuidados personales sin necesidad de ayuda, el 57% para llevar a cabo tareas domésticas y el 63% para el movimiento. Para los tres grupos de actividades, las limitaciones aumentaban en personas mayores de 75 años. Por otro lado, los hombres tenían más autonomía funcional que las mujeres (figura 50).

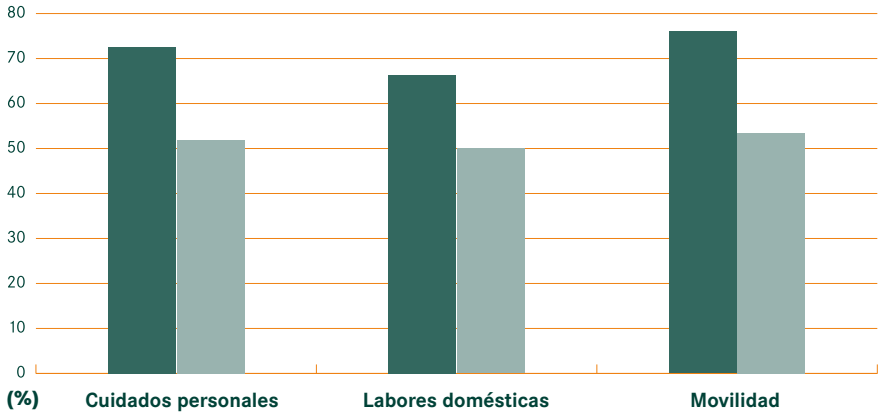


Figura 50. Autonomía funcional por sexo. Personas ≥ de 65 años.

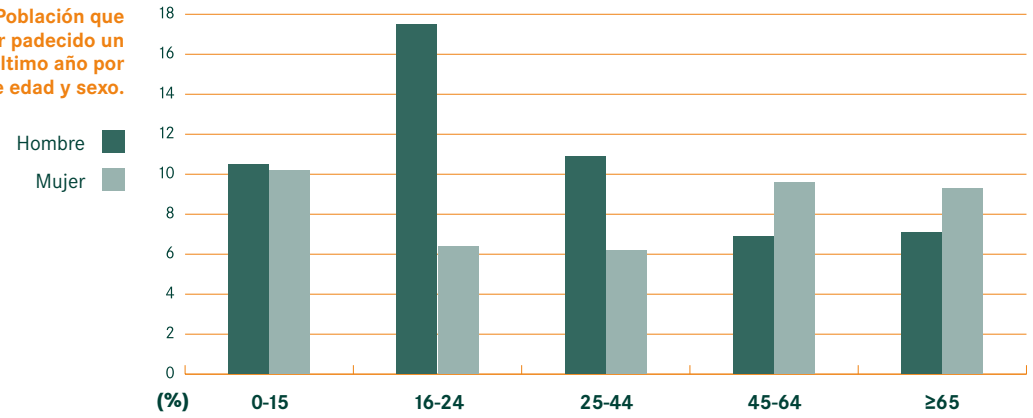
Las personas de clases sociales desfavorecidas tenían más dependencia funcional que las de clases sociales acomodadas para actividades relacionadas con cuidados personales y movilidad.

Las lesiones por accidentes

La encuesta se centraba en los accidentes ocurridos en el transcurso del último año antes de la entrevista. En las Illes Balears el 9,2% de la población declaraba haber padecido un accidente en el transcurso del último año (10,2% de los hombres y 8,1% de las mujeres).

La distribución por grupos de edad y sexo mostraba que los hombres mayores de 15 años sufrían un accidente con más frecuencia que las mujeres, hasta los 44 años. A partir de esta edad los accidentes eran más frecuentes entre las mujeres (figura 51).

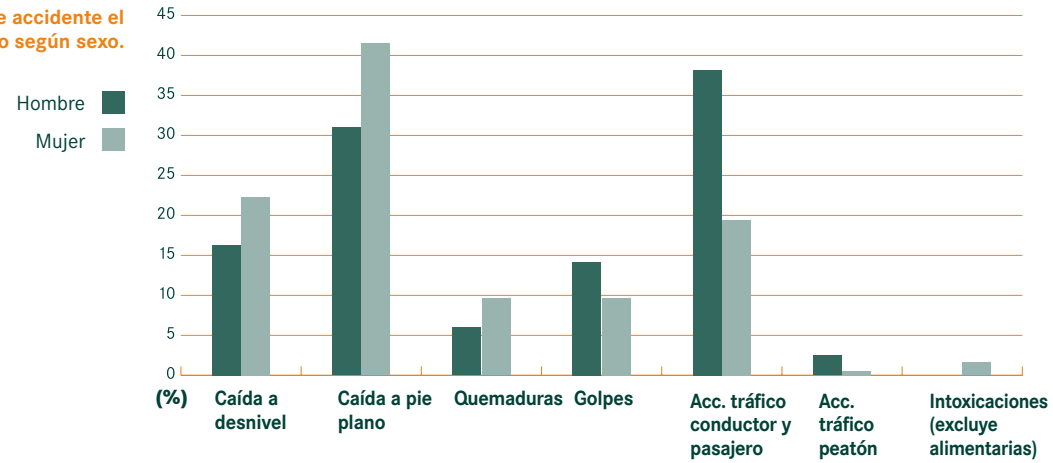
Figura 51.Población que declara haber padecido un accidente el último año por grupo de edad y sexo.



En Menorca, el porcentaje de personas que declaraba haber padecido un accidente era más elevado (12,1%) que en Mallorca (9,2%) y en las Illes Pitiüses (6,9%).

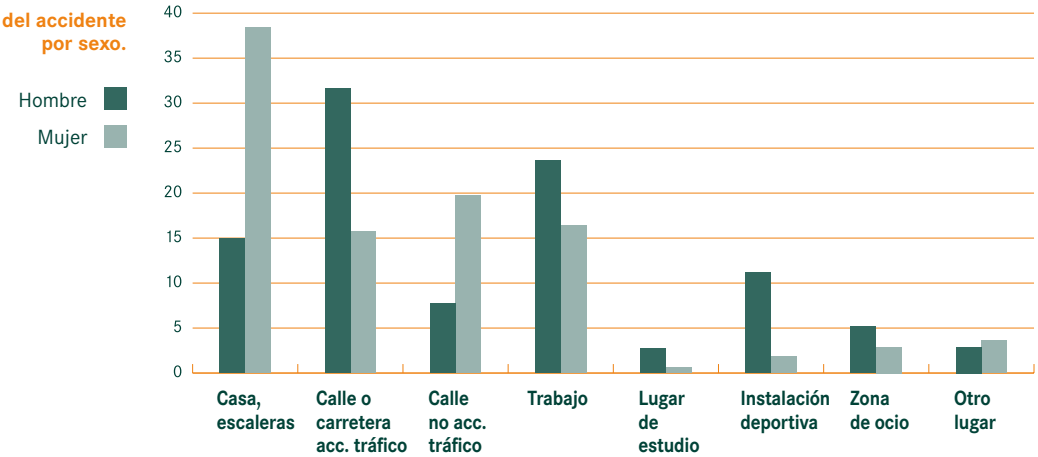
Las caídas eran los accidentes más frecuentes, sobretodo entre las mujeres, seguido de los accidentes de tránsito que eran más frecuentes entre los hombres (figura 52).

Figura 52. Tipo de accidente el último año según sexo.



El lugar donde se producían más accidentes era en el domicilio, seguido de la calle o carretera a causa de un accidente de tránsito. Las caídas en casa o en la calle eran más frecuentes entre las mujeres. Los hombres tenían más accidentes en la calle por un accidente de tránsito y en el trabajo (figura 53).

Figura 53. Lugar del accidente por sexo.



El 59,6% de las personas que habían padecido un accidente fueron atendidas en un servicio de urgencias, sobretodo los hombres. El 25,8% de las mujeres accidentadas no necesitó recibir asistencia sanitaria. El 4% de los casos tuvieron que ser ingresados en un hospital (figura 54).

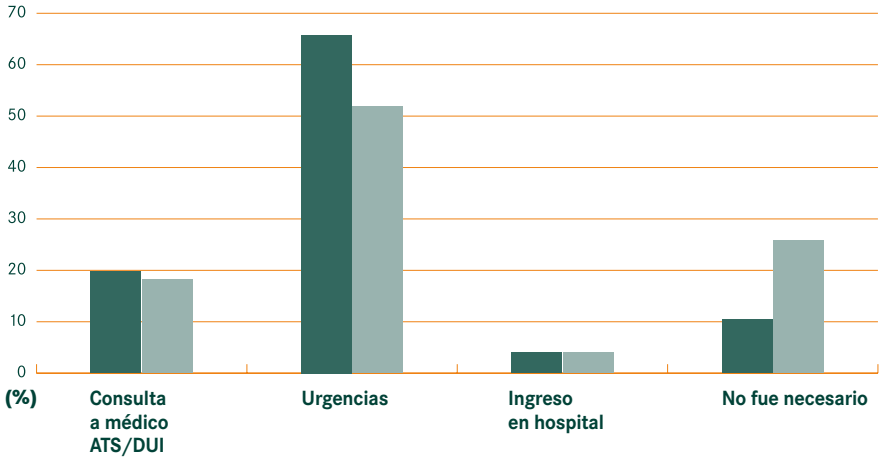


Figura 54. Tipo de asistencia recibida por el accidente por sexo.

Las lesiones más frecuentes eran contusiones, hematomas, luxaciones (65,4%), seguido de fracturas y heridas (24,7%).

Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- Hábito tabáquico
- Consumo de alcohol
- Actividad física
- Hábitos alimentarios
- Peso corporal
- Realización de dietas
- Horas de sueño

Estilos de vida

El hábito tabáquico

Entre los factores de riesgo para la salud, el consumo de tabaco es, sin duda, un factor crítico en términos de morbilidad y mortalidad.

Prevalencia de consumo

En las Illes Balears, el 30,3% de las personas mayores de 15 años fumaban (27% diariamente y un 3,3% de manera ocasional) y el 69,7% se declaraban no fumadores (el 51,7% no había fumado nunca y el 18% había dejado el hábito tabáquico). Los hombres fumaban más (33,7%) que las mujeres (20,3%) (figuras 55 y 56).

Fig. 55.

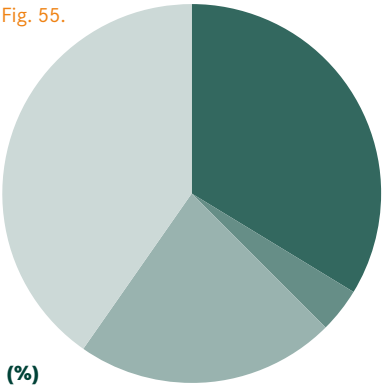


Fig. 56.

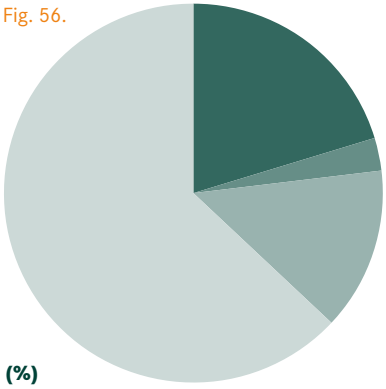
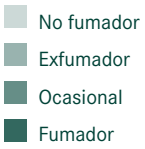


Figura 55. Prevalencia del hábito tabáquico en hombres.

Figura 56. Prevalencia del hábito tabáquico en mujeres.



Entre los más jóvenes (16-24 años), la prevalencia de fumadores era más elevada entre las mujeres, mientras que en el resto lo era entre los hombres. Entre los hombres, el grupo de edad que más fumaba era el de 25-44 años (figura 57).

Los hombres de clases sociales desfavorecidas fumaban más. La prevalencia de exfumadores era más elevada entre la clase social alta (grupo I y II) sobretodo los hombres (figura 58).

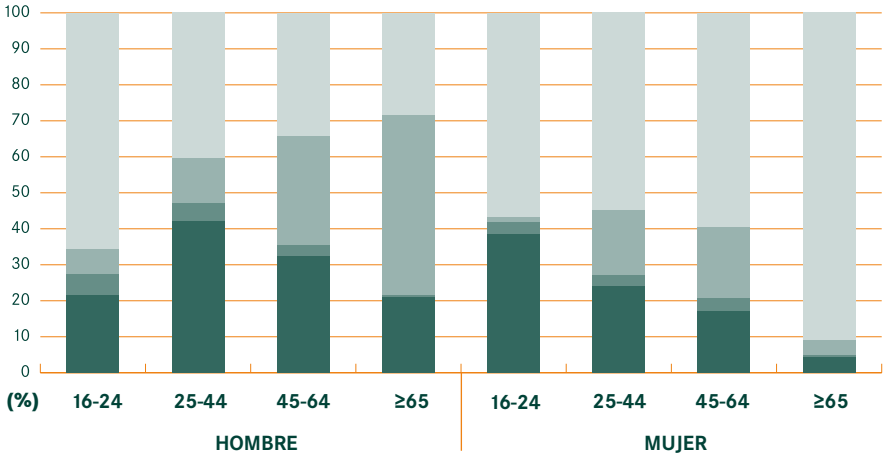
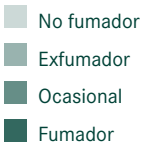


Figura 57. Distribución del consumo de tabaco por grupos de edad y sexo.



En las Pitiüses, se observaba una frecuencia de fumadores más elevada y de exfumadores más baja en ambos sexos. En cambio, en el resto de las Islas las diferencias entre fumadores y exfumadores se menguaban, especialmente entre las mujeres menorquinas (figura 59).

Figura 58. Distribución del consumo de tabaco por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

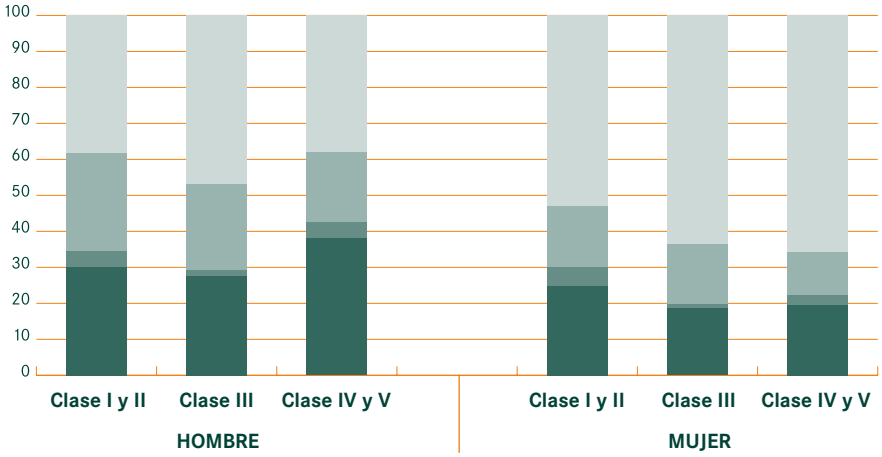
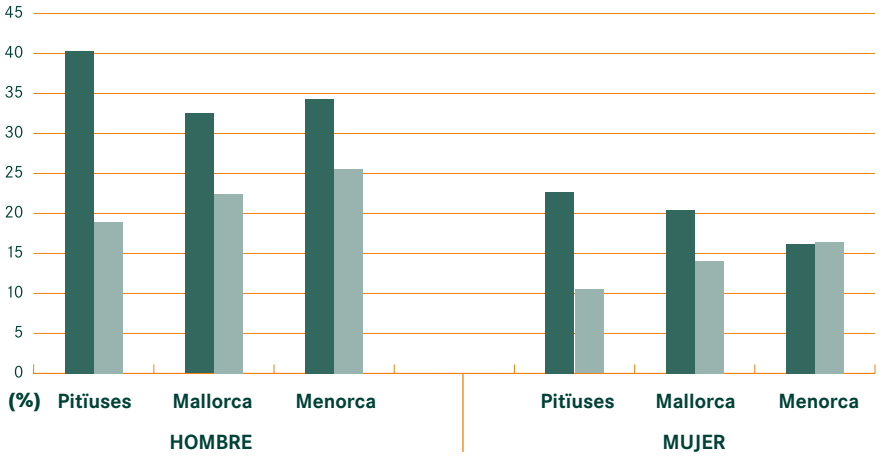


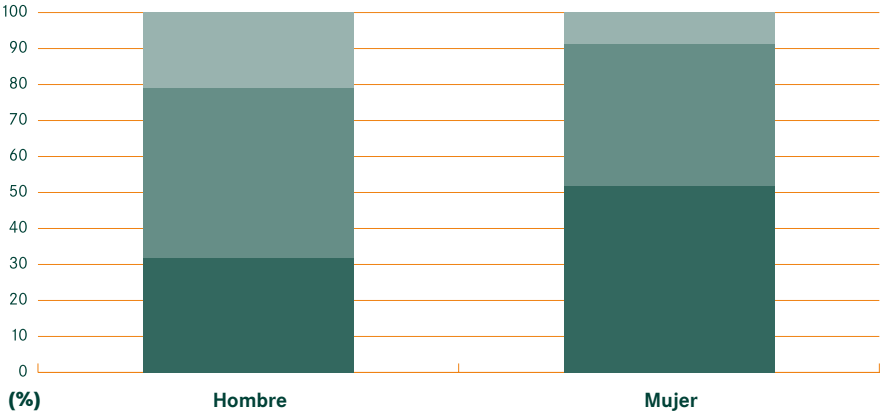
Figura 59. Prevalencia de fumadores y exfumadores por sexo e islas.



Cantidad consumida y edad de inicio

La media diaria de cigarros entre la población fumadora era de 16. El 16,5% declaraba un elevado consumo de tabaco (más de 20 cigarros/día) sobretodo los hombres (21,2% de los hombres y un 8,8% de las mujeres) (figura 60).

Figura 60. Cantidad de tabaco consumido por la población fumadora por sexo.



Los hombres fumaban más cantidad de tabaco que las mujeres en cualquier franja de edad. Los más jóvenes fumaban menos cantidad, sobretodo las mujeres (figura 61).

La edad media de inicio de consumo era de 17,5 años, edad similar en ambos sexos, que se mantenía entre los más jóvenes. Las mujeres mayores de 45 años comenzaron a fumar, de media, más tarde que los hombres y las mujeres más jóvenes.

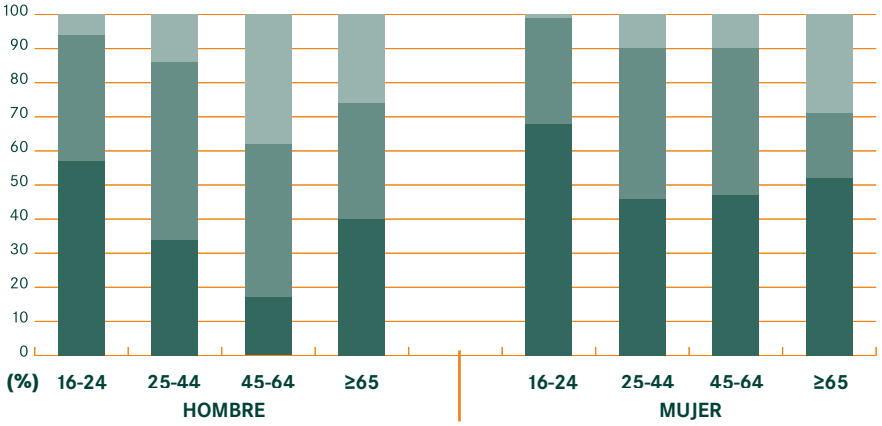


Figura 61. Cantidad de tabaco consumido por la población fumadora por grupo de edad y sexo.

>20
11-20
1-10

En lo que respecta a si habían modificado sus hábitos, el 27% de las mujeres fumaban más que dos años antes (figura 62).

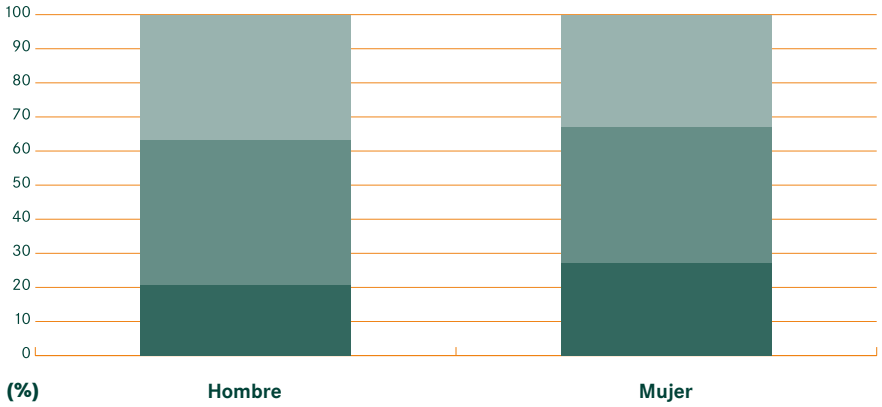


Figura 62. Modificación del hábito tabáquico de la población fumadora habitual respecto hace 2 años según el sexo.

Menos
Igual
Más

Por grupos de edad, eran los más jóvenes (16-24) los que fumaban más en el momento de la entrevista que lo hacían dos años atrás (tabla 4).

Tabla 4. Hábito de fumar más, igual o menos que hace dos años en fumadores diarios por grupo de edad

Frecuencia	Grupo de edad				
	16-24	25- 44	45-64	≥65	Total
Más	49,2	20,6	15,8	18,0	23,2
Igual	19,2	46,2	41,3	49,1	41,3
Menos	31,6	33,2	42,9	32,9	35,5
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Del 18% de exfumadores, las mujeres hacía menos tiempo que habían dejado el hábito (figura 63).

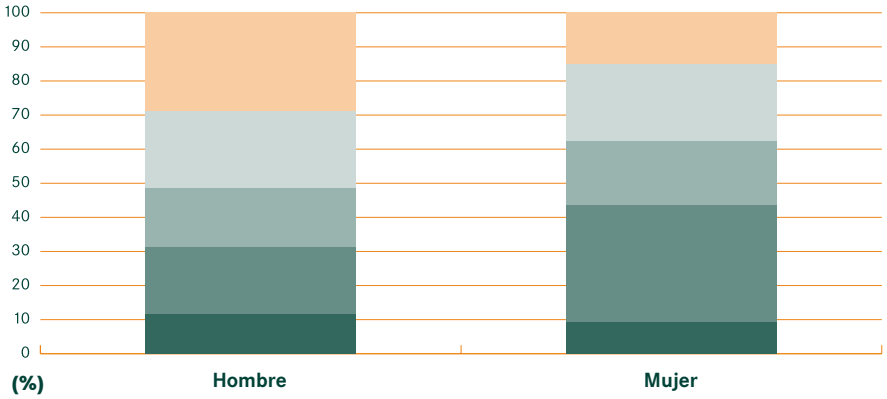


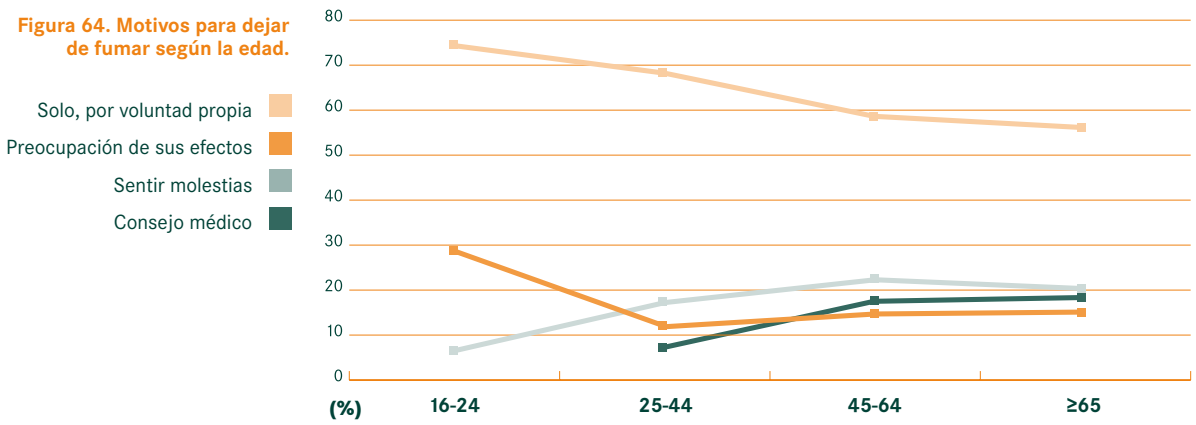
Figura 63. Tiempo en años que hace que se dejó de fumar según sexo.

20 y más
10-19
5-9
1-4
<1

Las razones que llevaron a dejar de fumar fueron principalmente: la decisión por voluntad propia (61,8%) y sentir molestias (19,2%).

El consejo médico y el sentir molestias eran motivos declarados con más frecuencia a medida que aumentaba la edad. Entre los jóvenes, los motivos que impulsaban a dejar de fumar eran la preocupación de sus efectos y por voluntad propia (figura 64).

Figura 64. Motivos para dejar de fumar según la edad.



Humo de tabaco ambiental

En la encuesta infantil se preguntó por las personas que fumaban en presencia de los niños y de las niñas. Un 62,9% afirmaba que no fumaba nadie en su hogar delante los niños, un 4,6% casi nunca, un 9,2% alguna vez, un 3,6% casi siempre y el 19,7% siempre.

Por islas, en Mallorca en el 64,2% de los hogares no se fumaba nunca delante los niños, en las Pitiüses en el 60,5% y en Menorca en el 54,4%.

Consumo de alcohol

El 74,1% de la población mayor de 15 años declaraba haber consumido alcohol en el año previo a la entrevista (81,7% de los hombres y 66,5% de las mujeres).

La mitad de la población consumidora lo hacía de manera habitual, el 44,6% de manera moderada, y el 6,1% eran consumidores de riesgo. La prevalencia de consumo era más elevada en los hombres (56,3% de bebedores moderados y un 7% de riesgo), que en las mujeres (32,9% de consumo moderado y el 5,2% de riesgo). El consumo ocasional era más frecuente entre las mujeres (figura 65).

Figura 65. Consumo de alcohol según el sexo.

El consumo moderado de alcohol aumentaba con la edad, en ambos sexos, hasta los 65 años, edad a partir de la cual disminuía. El consumo de riesgo era más frecuente en los hombres a partir de los 45 años. En las mujeres había una mayor frecuencia de consumidores ocasionales sobretodo entre las más jóvenes (figura 66).

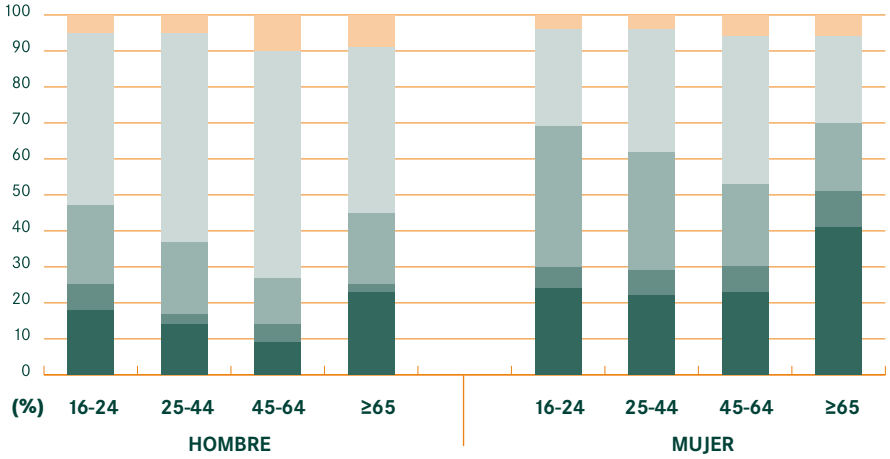


Figura 66. Consumo de alcohol según grupo de edad y sexo. Población ≥ de 16 años.

- Bebedor habitual de riesgo
- Bebedor habitual moderado
- Bebedor ocasional
- Exbebedor
- No bebedor

El consumo de riesgo era más elevado entre los hombres y las mujeres de clase social alta (figura 67).

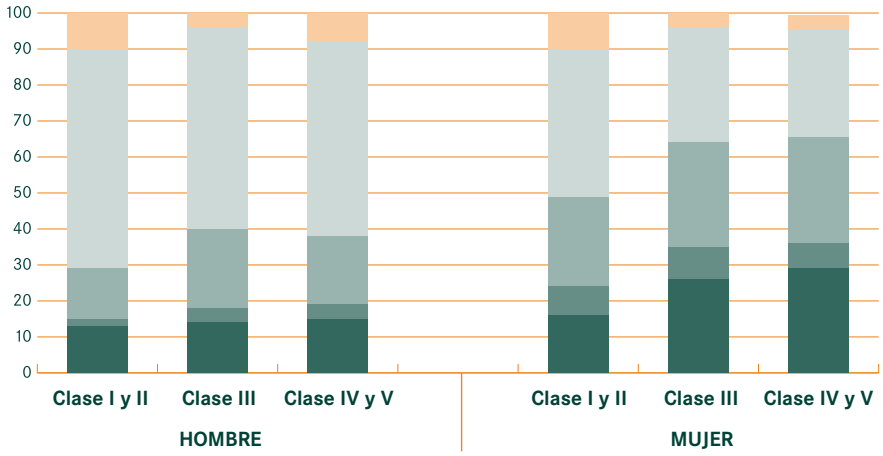


Figura 67. Patrón de consumo de alcohol según la clase social y el sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

- Bebedor habitual de riesgo
- Bebedor habitual moderado
- Bebedor ocasional
- Exbebedor
- No bebedor

En Eivissa-Formentera, un 8,6% era consumidor habitual de riesgo, porcentaje superior que en las islas de Mallorca (5,9%) y de Menorca (4,2%) (figura 68).

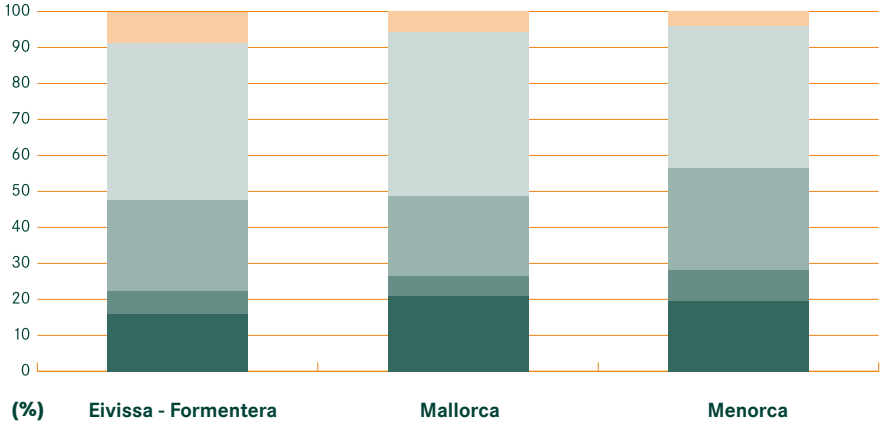


Figura 68. Patrón de consumo de alcohol según la isla.

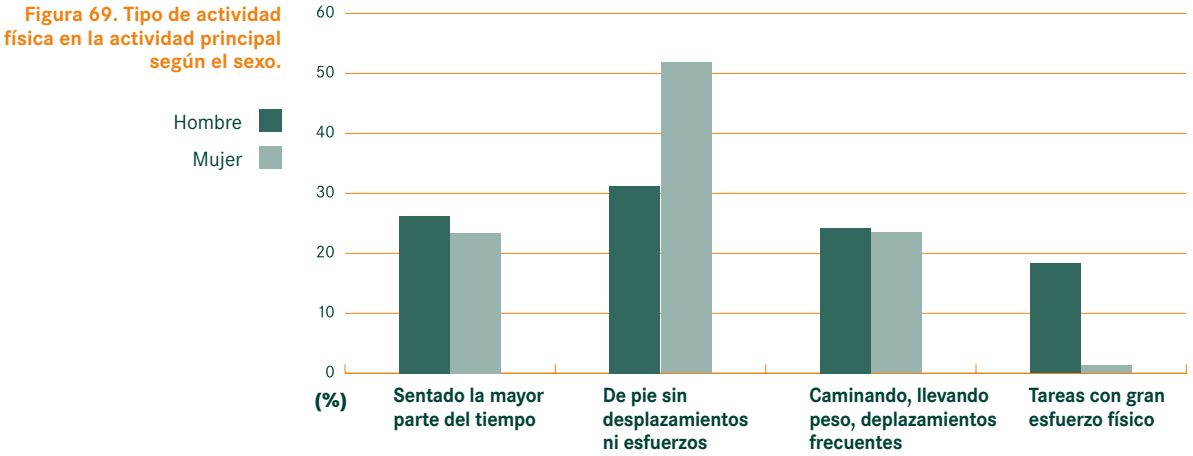
- Bebedor habitual de riesgo
- Bebedor habitual moderado
- Bebedor ocasional
- Exbebedor
- No bebedor

La actividad física

Actividad física habitual

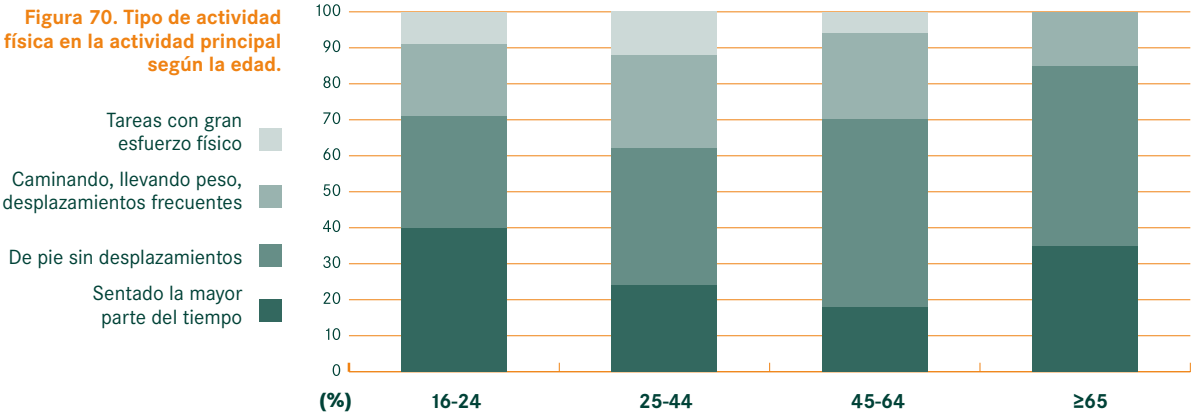
El 24,8% de la población mayor de 15 años declaraban estar sentados durante su actividad principal y el 41,7% pasaban la mayor parte de la jornada de pie sin realizar grandes desplazamientos. Las mujeres realizaban con más frecuencia actividades que no implicaban desplazamientos o esfuerzos. Las tareas con mayor esfuerzo físico las realizaban fundamentalmente los hombres (figura 69).

Figura 69. Tipo de actividad física en la actividad principal según el sexo.



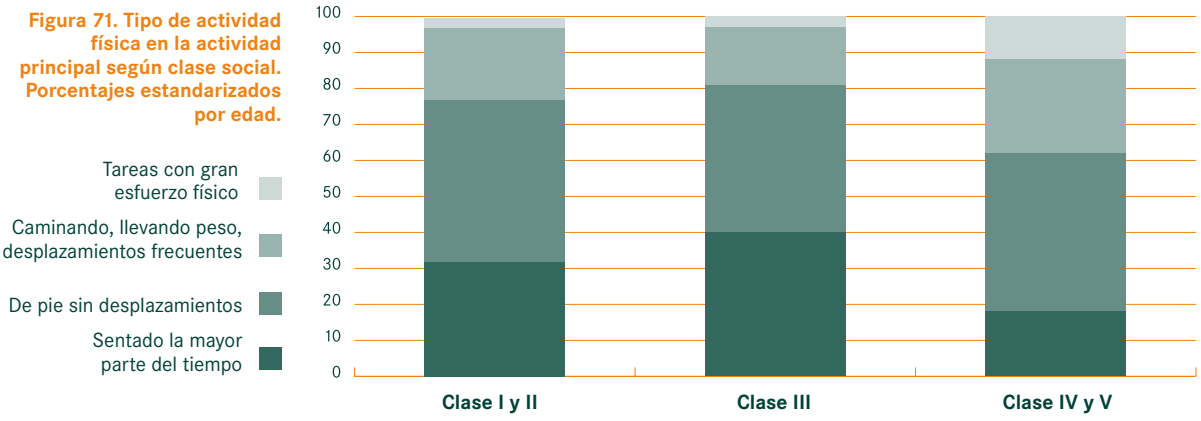
Los más jóvenes y los mayores de 65 años eran los que pasaban sentados la mayor parte de la jornada laboral con mayor frecuencia. Las personas con edades entre 25 a 44 años, las que realizaban más actividad física (figura 70).

Figura 70. Tipo de actividad física en la actividad principal según la edad.



Las personas de clase social más desfavorecida pasaban menos tiempo sentados, y realizaban tareas de mayor esfuerzo físico (figura 71).

Figura 71. Tipo de actividad física en la actividad principal según clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



El tipo de actividad física en la jornada laboral era similar entre los residentes de las diferentes islas.

Actividad física en el tiempo libre

El 57,2% de la población (58,8% de los hombres y 55,6% de las mujeres) manifestaba realizar algún tipo de actividad física en su tiempo libre, porcentaje que disminuía con la edad. La actividad física en el tiempo libre era más frecuente entre los hombres más jóvenes que entre las mujeres de la su misma edad (tabla 5).

Tabla 5. Realización de actividad física en el tiempo libre según la edad y sexo (%)

	Edad			
	16-24	**25-44**	**45-64**	**≥ 65**
Hombre	76,9	57,1	55,2	54,6
Mujer	54,3	54,9	61,9	48,6
Total	65,8	56,0	58,5	51,2

Las personas de clase social alta dedicaban más tiempo libre a la actividad física (figura 72).

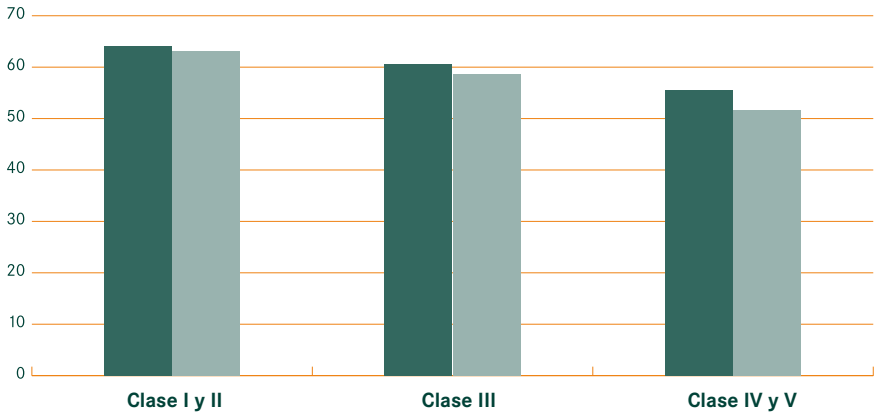


Figura 72. Dedicación en el tiempo libre a actividad física según la clase social y el sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

El 54,4% de la población adulta no hacía todo el ejercicio físico deseado (57,3% de mujeres y 51,5% de hombres), fundamentalmente las mujeres menores de 45 años y los hombres entre 25 y 44 años (tabla 6).

Tabla 6. Población adulta que no hace todo el ejercicio físico que desearía (%)

	Edad				
	16-24	**25-44**	**45-64**	**≥ 65**	**Total**
Hombre	40,3	59,4	45,3	49,4	51,5
Mujer	59,2	68,8	48,3	44,1	57,3

El motivo más frecuentemente declarado era la falta de tiempo (49%), superior entre las mujeres (51,1%) que entre los hombres (46,8%) seguido de la falta de fuerza de voluntad (figura 73).

Los motivos aducidos variaban en función de la edad. Las personas mayores de 65 años declaraban problemas de salud. Un 36,5% de los jóvenes de 16-24 años manifestaban no tener fuerza de voluntad para realizar ejercicio. La falta de tiempo era el motivo más frecuente entre las personas entre 25 y 44 años (figura 74).

Figura 73. Motivos para no realizar todo el ejercicio que desean por sexo.

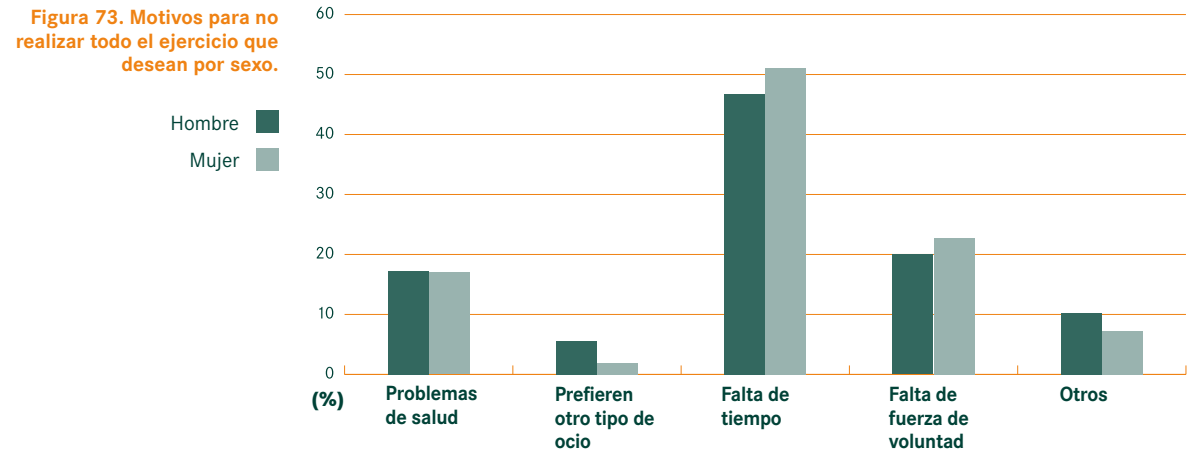
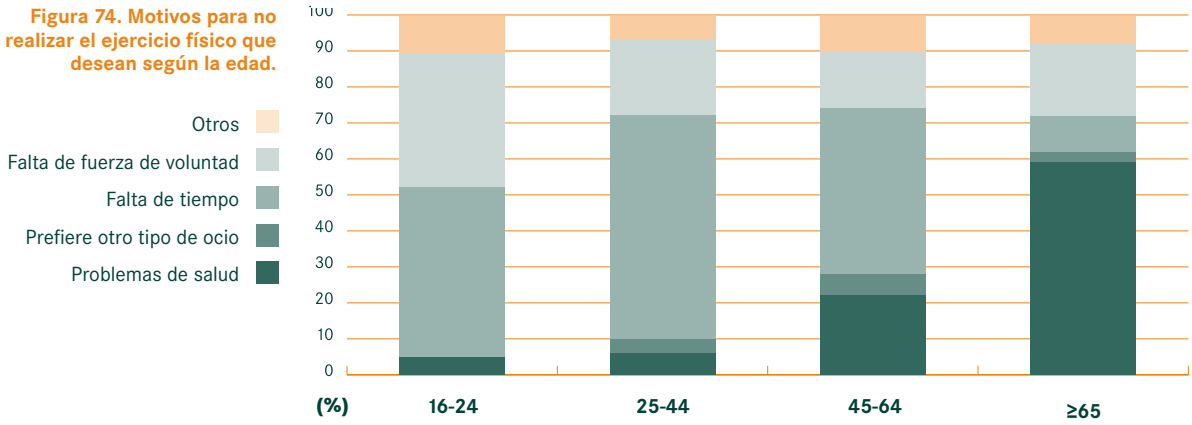
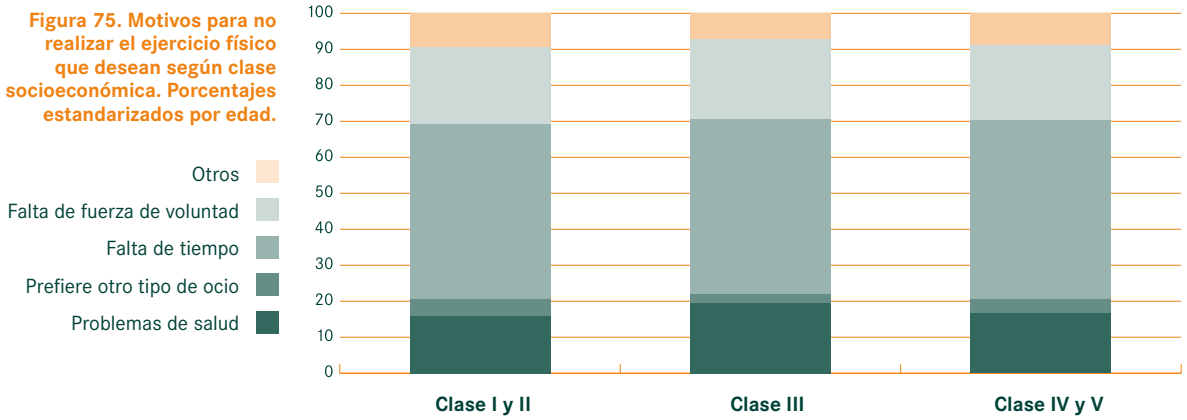


Figura 74. Motivos para no realizar el ejercicio físico que desean según la edad.



En todas las clases sociales el motivo principal de no realizar la actividad física deseada era la falta de tiempo (figura 75).

Figura 75. Motivos para no realizar el ejercicio físico que desean según clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.



Actividad física y otras actividades de tiempo libre de la población infantil

El 11,3% de los niños y de las niñas con edades comprendidas entre los 5 y 15 años no realizaba ningún tipo de actividad física en su tiempo libre; el 33,7% hacía de manera ocasional; el 29,6% regularmente y el 25,4% practicaba algún deporte o actividad física varias veces a la semana.

Los niños practicaban más actividad física que las niñas. El porcentaje de niñas que no practicaban habitualmente ninguna actividad era más del doble que el de los niños (figura 76).

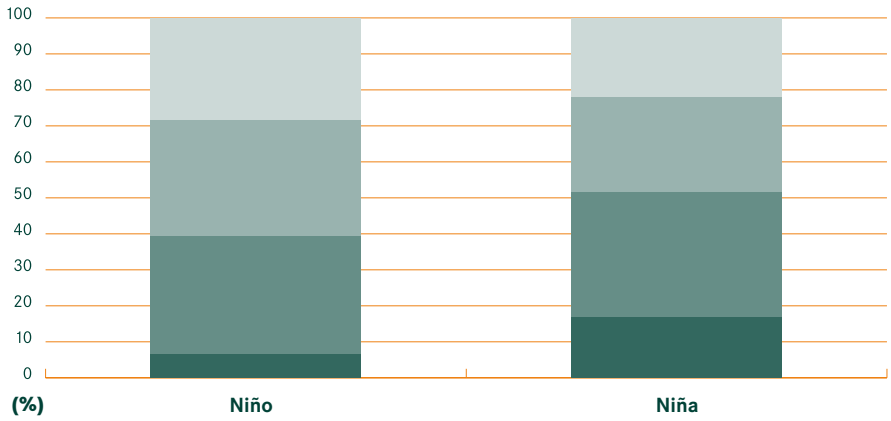


Figura 76. Actividad física en el tiempo libre según sexo (5-15 años) .

Los niños y niñas más pequeños hacían más actividad física que los mayores (figura 77).

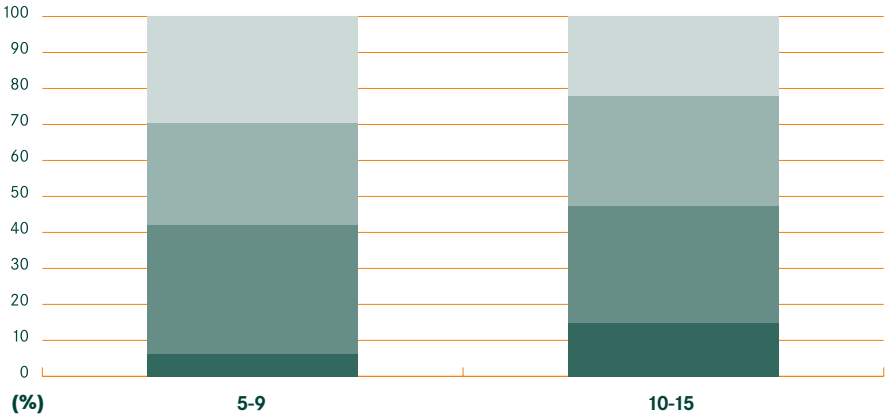


Figura 77. Actividad física en el tiempo libre según la edad (5-15 años).

Los niños de clase social acomodada realizaban más actividad física que los niños de clase social desfavorecida (figura 78).

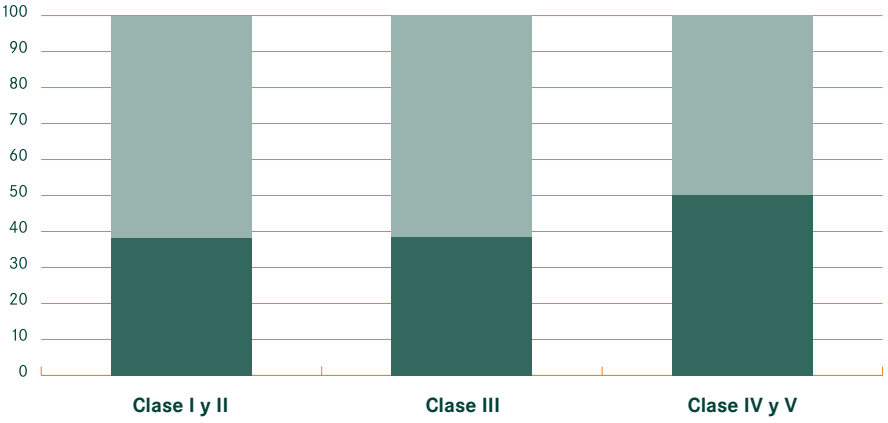


Figura 78. Actividad física en el tiempo libre según la clase social (5-15 años). Porcentajes estandarizados por edad.

El 89,7% de la población de 1 a 15 años veía la televisión diariamente, porcentaje superior entre los niños de 5 a 9 (95,7%). De los que ven la televisión diariamente, tres cuartas partes lo hacen una hora o más.

En cuanto al consumo medio de televisión entre semana, era de 2 horas diarias y, los fines de semana ascendía a 3. En general, los niños de las Pitiüses miraban la televisión más tiempo que los niños de Mallorca y de Menorca (tabla 7).

Tabla 7. Tiempo que dedican los niños y la juventud a mirar la televisión

	Pitiüses		Mallorca		Menorca		Total	
	L-V	Fin de semana	L-V	Fin de semana	L-V	Fin de semana	L-V	Fin de semana
Media	2,3	3,4	2,1	3,0	1,9	2,9	2,1	3,0
DE	1,2	2,6	1,1	1,8	0,9	1,3	1,1	1,8

El 44,6% jugaba con los videojuegos todos o casi todos los días (el 52,1% de los niños y el 36,5% de las niñas), sobretodo, el grupo con edades comprendidas entre 10 y 15 años (67,3%), los residentes en las Pitiüses (51,0%) y los niños de clase socioeconómica IV y V (47,3%). Entre semana el 50% de la población que jugaba con videojuegos dedicaba más de una hora. Los fines de semana este porcentaje llegaba al 67,9% (72,5% de niños y al 60,8% de niñas).

Hábitos alimentarios

La mayoría de la población infantil (98,2%) y adulta (94,2%) desayunaban por la mañana, aunque el porcentaje variaba en función de la edad.

Un 66,7% de la población adulta consumía diariamente fruta, y el 51,7% verduras y hortalizas. El consumo diario de frutas y verduras aumentaba con la edad y era más frecuente entre las mujeres (figuras 79 y 80).

Figura 79. Consumo diario de fruta y verduras y hortalizas según el sexo. Personas ≥ de 16 años.

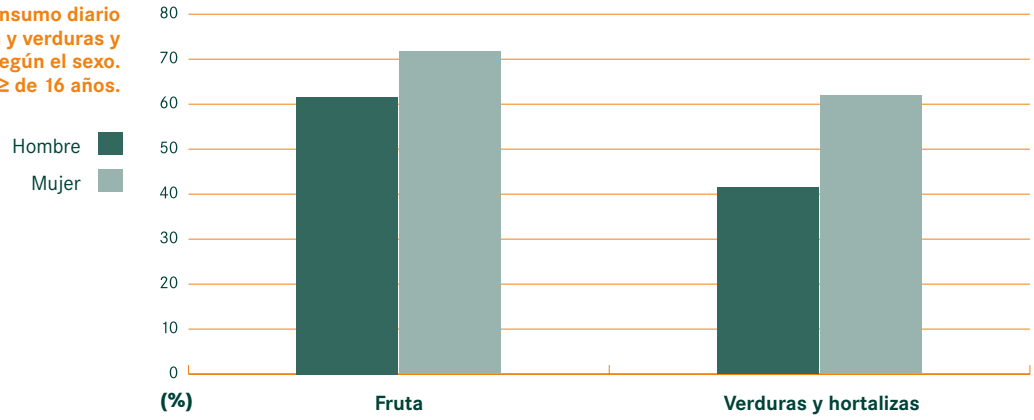
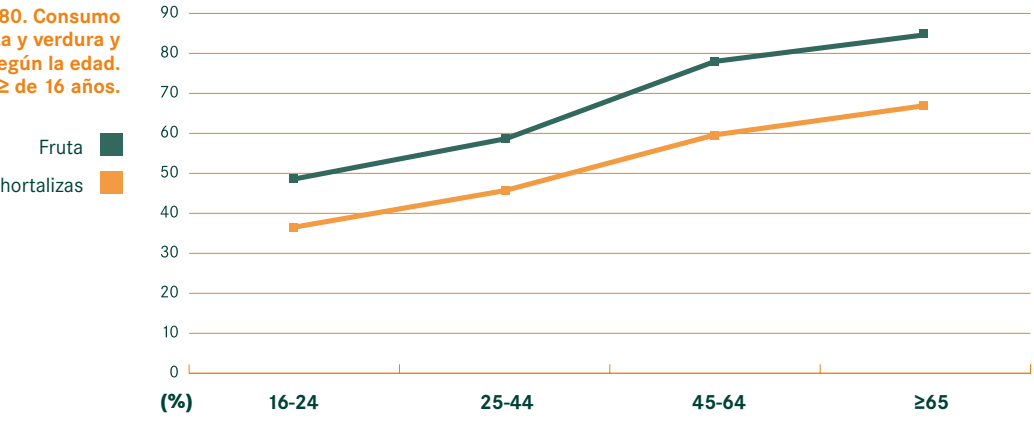


Figura 80. Consumo diario de fruta y verdura y hortalizas según la edad. Personas ≥ de 16 años.



En la población infantil, el 58,8% comía a diario fruta, y el 36,6% verduras y hortalizas. El consumo disminuía con la edad (figura 81).

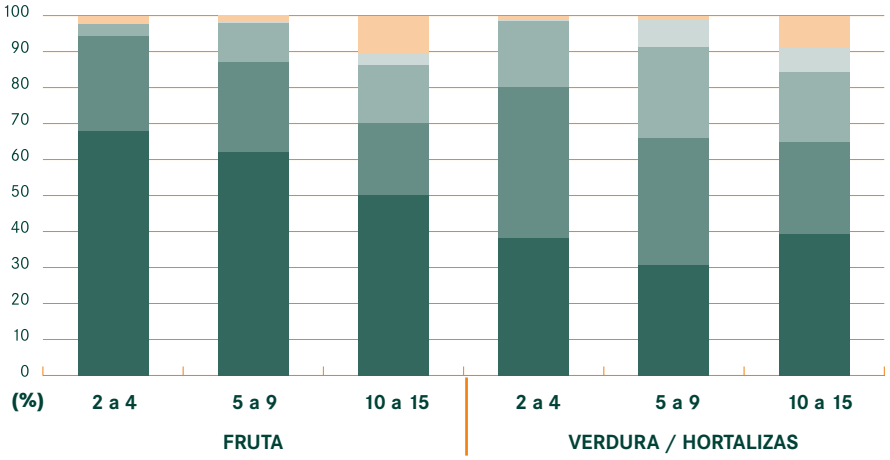


Figura 81. Consumo de fruta, verdura y hortalizas. Personas ≤ de 15 años.

Nunca o casi nunca
< 1 vez semana
1-2 veces semana
3 o + veces, pero no a diario
A diario

El consumo diario de lácteos era muy elevado entre la población infantil, disminuía en jóvenes y a partir de los 25 años aumentaba progresivamente con la edad (figura 82).

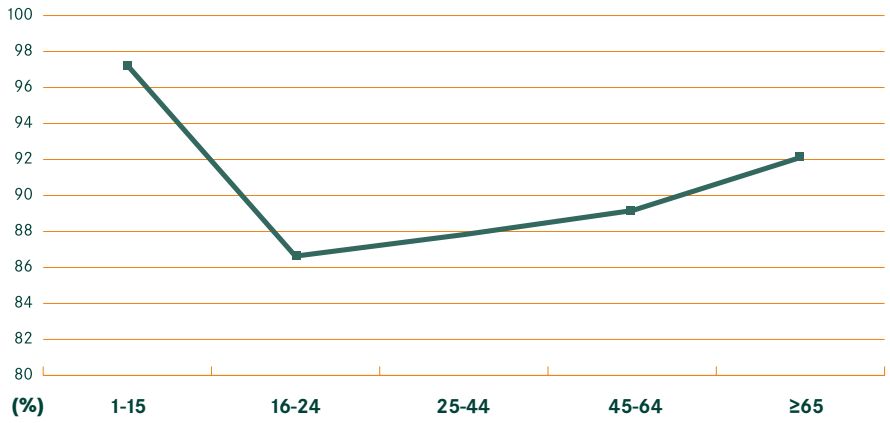


Figura 82. Consumo de lácteos a diario según la edad.

En las tablas siguientes se presentan la frecuencia de consumo por grupos de alimentos para la población adulta e infantil (tablas 8 y 9).

Tabla 8. Consumo de carne, pescado, huevos, legumbres y embutidos (%)

	Población infantil					Población adulta				
	Carne	Huevos	Pescado	Legumbres	Embutidos	Carne	Huevos	Pescado	Legumbres	Embutidos
A diario	19,2	1,4	0,7	2,4	39,3	18,2	2,2	2,2	3,0	22,5
3 ó más veces/ semana	65,4	14,8	23,9	12,3	22,2	59,0	15,3	27,8	13,8	20,7
1 ó 2 veces/ semana	13,9	66,6	54,6	59,3	18,0	19,7	62,9	50,5	56,4	23,1
Menos de una vez/semana	0,7	13,0	13,6	17,5	8,4	1,6	15,5	14,7	21,3	21,3
Nunca o casi nunca	0,7	4,2	7,2	8,5	12,2	1,5	4,2	4,8	5,4	12,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 9. Consumo de pasta, arroz, patatas, pan y cereales (%)

	Población infantil		Población adulta	
	Pasta, arroz, patatas	Pan, cereales	Pasta, arroz, patatas	Pan, cereales
A diario	36,2	89,4	30,6	82,9
3 o más veces/ semana	48,1	6,7	44,4	6,6
1 ó 2 veces/ semana	13,8	1,6	19,6	4,4
Menos de una vez/semana	1,0	0,6	4,1	3,8
Nunca o casi nunca	0,9	1,7	1,2	2,3
Total	100	100	100	100

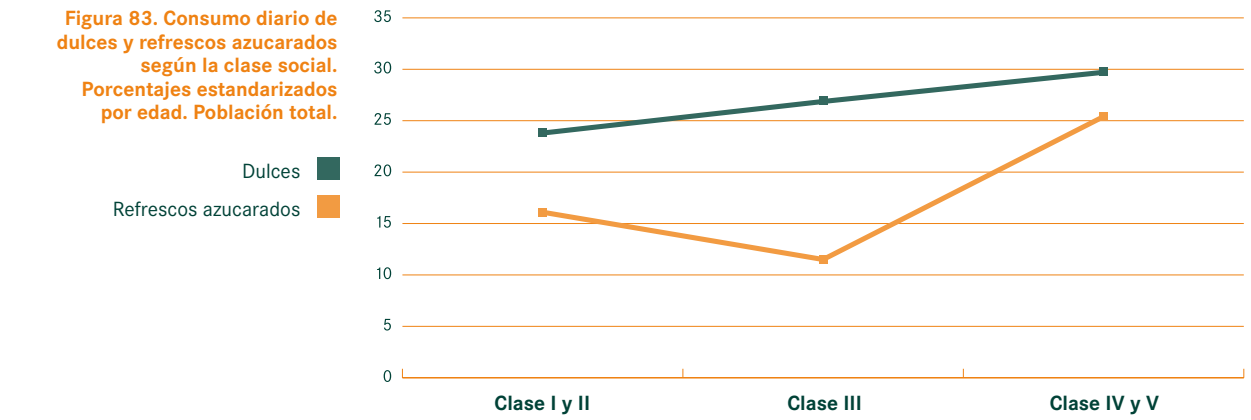
El consumo diario de refrescos azucarados, o de 3 o más veces/semana era parecido en población adulta e infantil. En cambio, el consumo de dulces era más frecuente en población infantil (tabla 10).

Tabla 10. Consumo de refrescos azucarados y dulces (%)

	Población infantil		Población adulta	
	Refrescos azucarados	Dulces	Refrescos azucarados	Dulces
A diario	18,5	38,1	20,3	26,1
3 o más veces/ semana	13,1	22,8	12,3	12,6
1 ó 2 veces/ semana	14,7	17,3	9,3	22,3
Menos de una vez/ semana	17,4	12,0	17,0	19,4
Nunca o casi nunca	36,3	9,7	41,1	19,5
Total	100	100	100	100

En la población general, el consumo de refrescos y dulces aumentaba entre las clases sociales bajas (figura 83).

Figura 83. Consumo diario de dulces y refrescos azucarados según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población total.



El 14,9% de la población infantil comía aperitivos o comidas saladas muy frecuentemente. El 12,9%, comidas rápidas (tabla 11).

Tabla 11. Consumo de comidas rápidas y comidas saladas en la población infantil (%)

	Comidas rápidas	Comidas saladas
A diario	6,2	4,6
3 o más veces/semana	6,7	10,3
1 ó 2 veces/semana	28,2	32,1
Menos de una vez/semana	30,5	28,9
Nunca o casi nunca	28,5	24,1
Total	100	100

El consumo de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada, se incrementaba con la edad (figura 84).

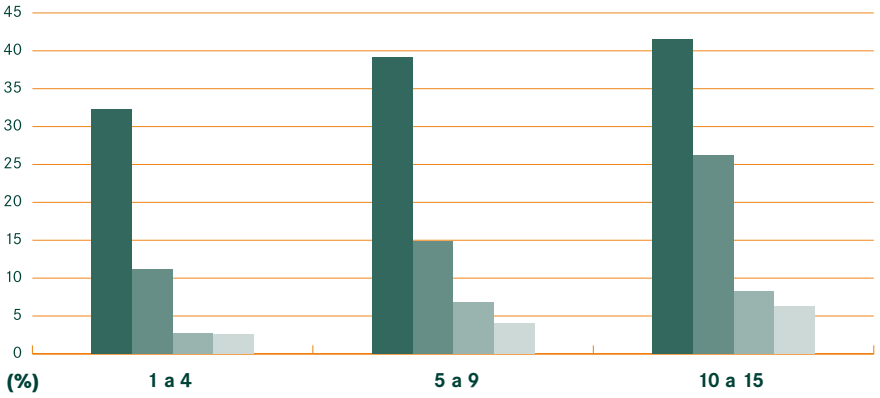


Figura 84. Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada según edad. Población ≤ de 15 años.

Tanto el consumo diario de dulces, refrescos azucarados y comida rápida era más elevado en las Illes Pitiüses. El consumo de comidas saladas era parecido en todas las islas (figura 85).

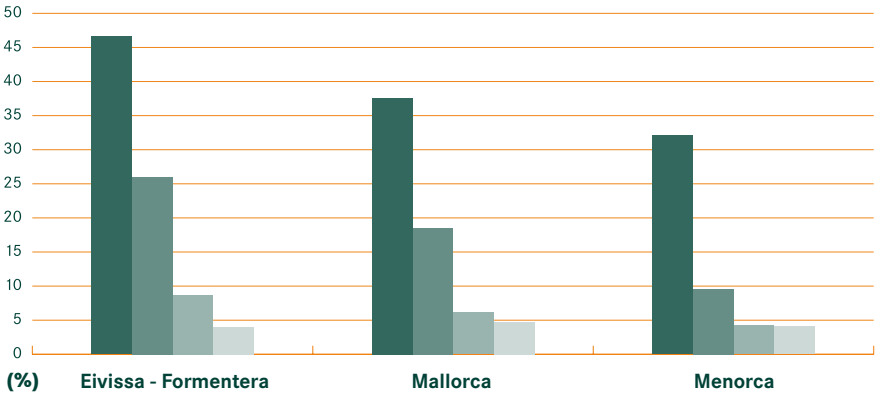


Figura 85. Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada por islas. Población ≤ de 15 años.

En población infantil, las personas de clase social más desfavorecida hacían un mayor consumo de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada (figura 86).

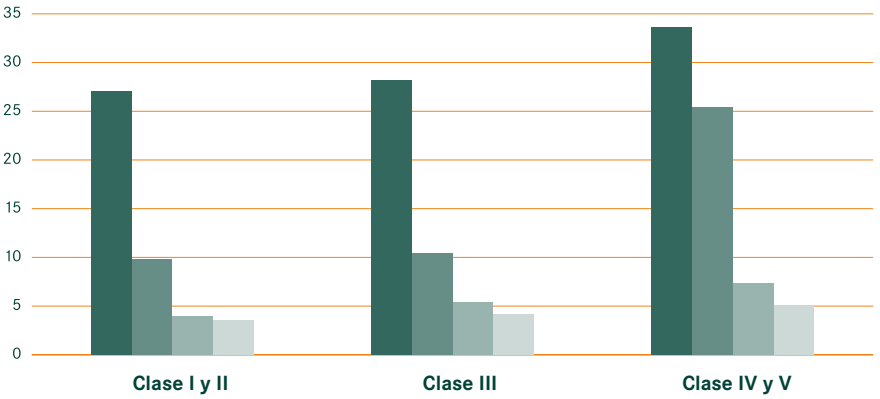
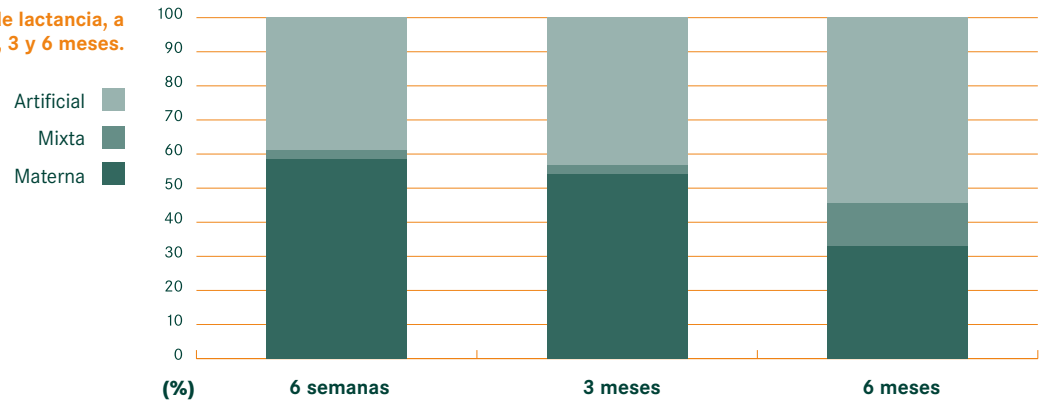


Figura 86. Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población ≤ de 15 años.

Lactancia materna

Esta información se obtuvo para los niños entre 6 meses y los 4 años. En las primeras 6 semanas, más de la mitad (58,6%) de los niños y de las niñas fueron amamantados por sus madres, porcentaje que descendía con la edad del niño. A los 6 meses, un 54,3% de la población infantil consumía leche artificial y el 12,8% mixta (figura 87).

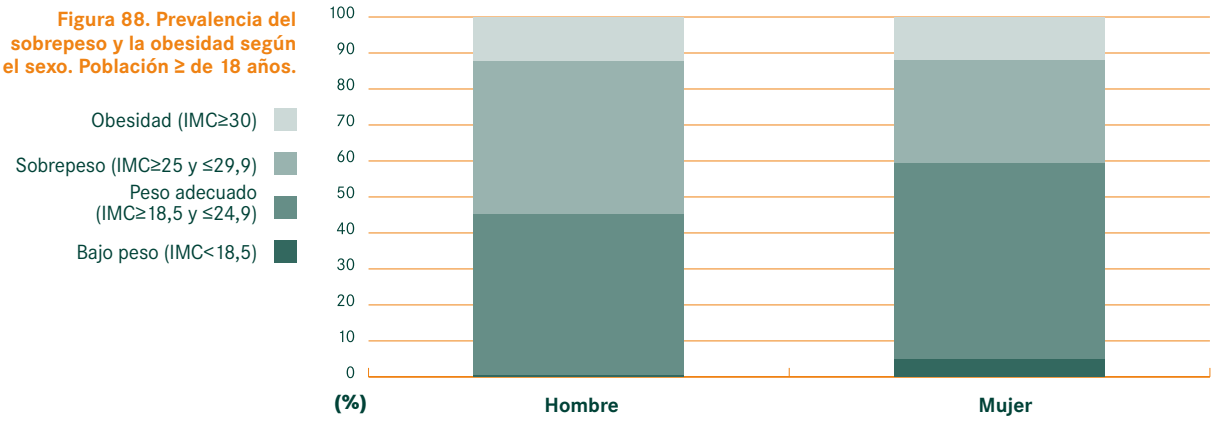
Figura 87. Tipo de lactancia, a las 6 semanas, 3 y 6 meses.



Peso corporal

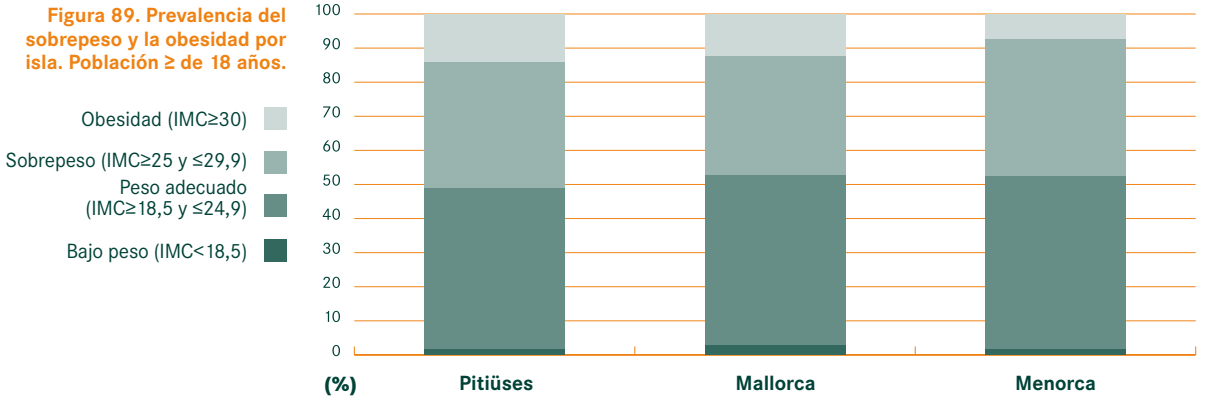
La media del Índice de Masa Corporal (IMC) de la población mayor de 17 años era de 26 en hombres y de 24,7 en mujeres. El 47,9% de la población presentaba un exceso de peso (el 12,2% de la población era obesa y el 35,7% presentaba sobrepeso (IMC ≥25 y ≤29). La frecuencia de sobrepeso era superior en hombres (42,5%) que en mujeres (28,6%). La prevalencia de bajo peso era inapreciable en hombres (0,4%) y un poco más alta en mujeres (4,9%) (figura 88).

Figura 88. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad según el sexo. Población ≥ de 18 años.



La prevalencia de población con exceso de peso (sobrepeso y obesidad) era más elevada en Eivissa y Formentera (51% de la población) (figura 89).

Figura 89. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad por isla. Población ≥ de 18 años.



El exceso de peso se incrementaba con la edad. A partir de los 65 años llegaba a ser del 64% (42,7% sobrepeso y 21,4% obesidad) (figura 90).

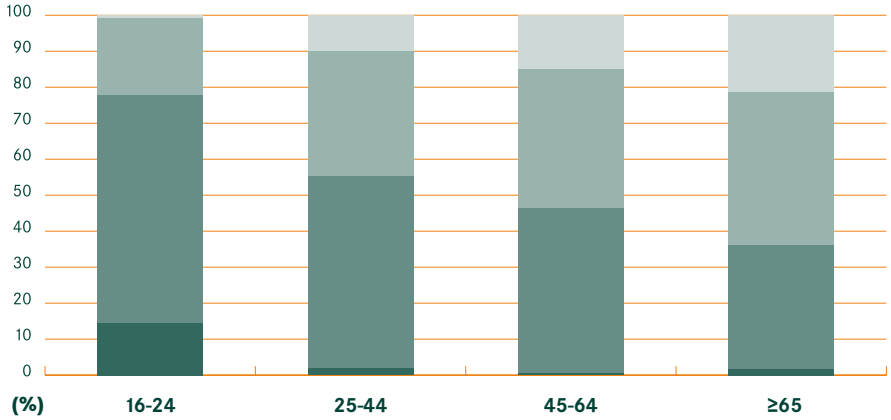


Figura 90. Prevalencia del sobrepeso y obesidad según la edad. Población ≥ de 18 años.

Obesidad (IMC≥30)
Sobrepeso (IMC≥25 y ≤29,9)
Peso adecuado (IMC≥18,5 y ≤24,9)
Bajo peso (IMC<18,5)

Entre la población de clase social baja, la prevalencia de obesidad era más elevada (figura 91).

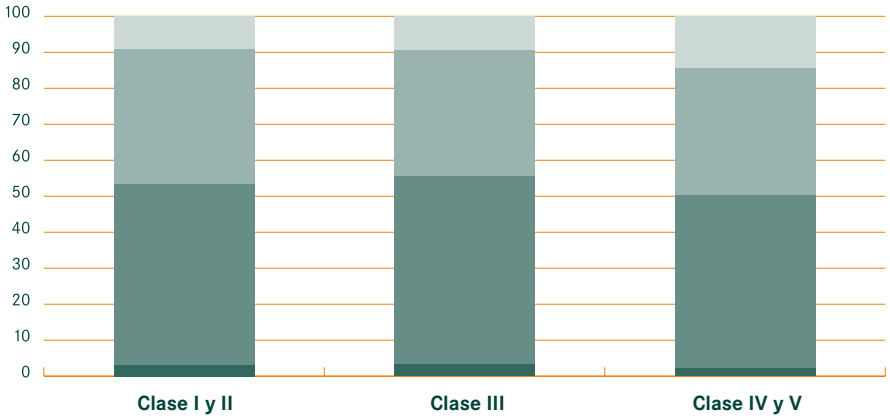


Figura 91. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población ≥ de 18 años.

Obesidad (IMC≥30)
Sobrepeso (IMC≥25 y ≤29,9)
Peso adecuado (IMC≥18,5 y ≤24,9)
Bajo peso (IMC<18,5)

Realización de dietas

En población infantil, la realización de dietas era baja (3,1%). En la población adulta, el 15,1% seguía alguna dieta o régimen especial, hábito más frecuente entre las mujeres (18,3%) que en hombres (11,8%) sobretodo en edades entre 25 y 64 años (figura 92).

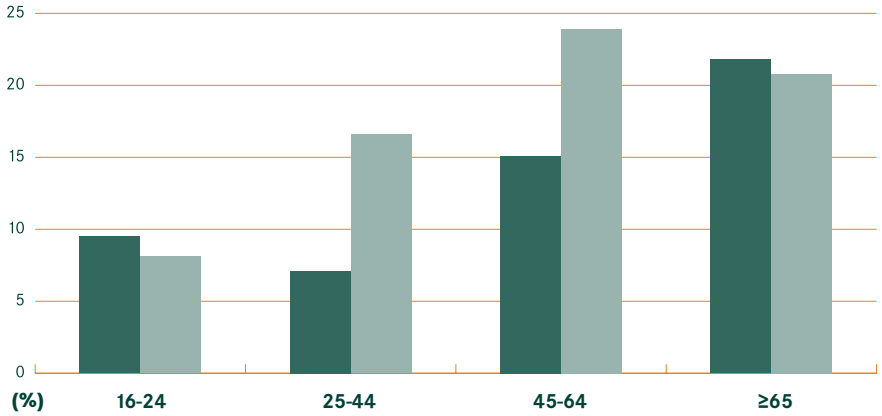


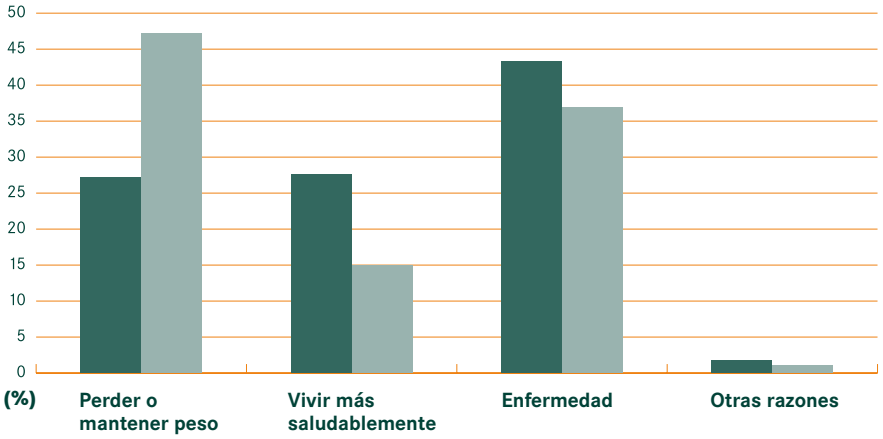
Figura 92. Seguimiento de alguna dieta o régimen especial según la edad y sexo.

Hombre
Mujer

El porcentaje de población adulta que hacía dietas era similar entre las Illes (Menorca, 16,3%, Mallorca 15,0%, y Eivissa y Formentera 14,5%).

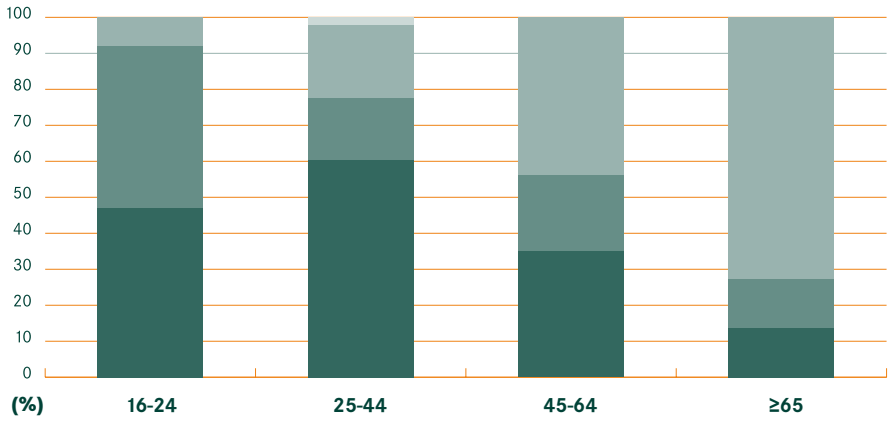
La enfermedad era el motivo principal alegado para seguir una dieta en la población adulta. Entre las mujeres, perder o mantener el peso (figura 93).

Figura 93. Motivos para seguir alguna dieta o régimen especial por sexo. Población ≥ de 16 años.



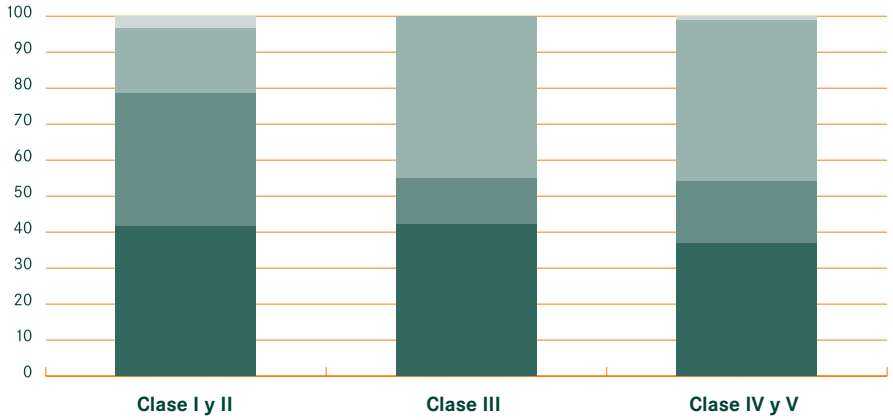
Los motivos variaban en función de la edad. Entre la población joven, el motivo principal era perder o mantener el peso y vivir más saludablemente. En cambio, a partir de los 45 años y a medida que la población se hace mayor la enfermedad era el motivo principal (figura 94).

Figura 94. Motivos para seguir alguna dieta o régimen especial según edad.



Entre las personas de la clase social alta, vivir más saludablemente era uno de los motivos principales para hacer dieta. Las clases más desfavorecidas hacían dieta con más frecuencia por razones de enfermedad y para perder o mantener el peso (figura 95).

Figura 95. Motivos para seguir alguna dieta o régimen especial según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población ≥ de 16 años.



Horas de sueño

La población infantil dormía de media 9,8 horas (DE=2,1). El número de horas de sueño disminuía con la edad (figura 96).

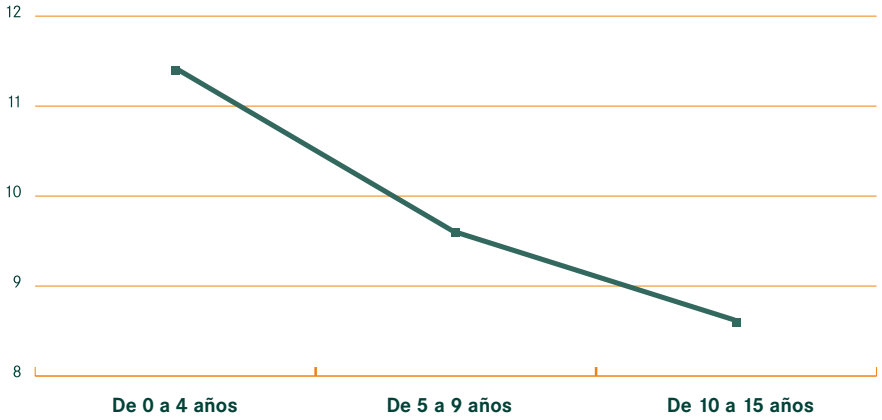


Figura 96. Horas de sueño según el grupo de edad (media). Población ≤ de 15 años.

La media de horas de sueño de la población adulta era de 7,5 (DE=1,6). Un 22,3%, manifestaba que las horas que dormía no los permitían descansar suficientemente. Este porcentaje era más elevado entre las mujeres (26,9%) que entre los hombres (17,6%).

El 11,8% de la población había tenido dificultades para quedarse dormido la mayoría o todos los días durante las últimas cuatro semanas antes de la entrevista. La población femenina tenía más problemas que la masculina (figura 97).

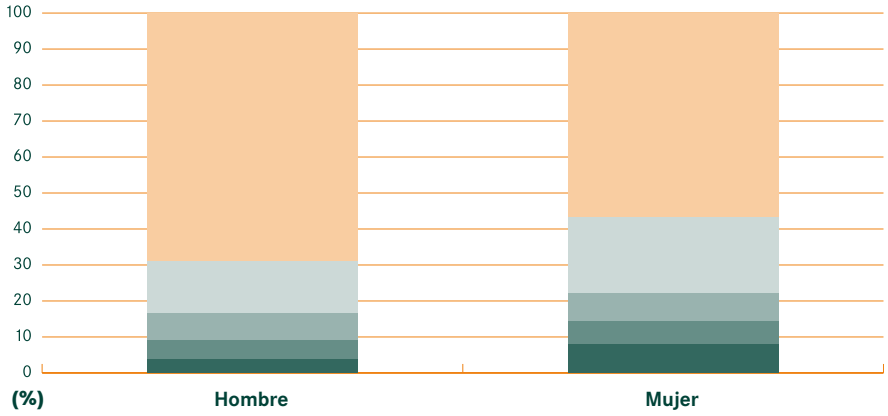


Figura 97. Dificultad para dormirse según el sexo. Población ≥ de 16 años .

La dificultad para quedarse dormido se hacía más patente a medida que aumentaba la edad de la población (figura 98).

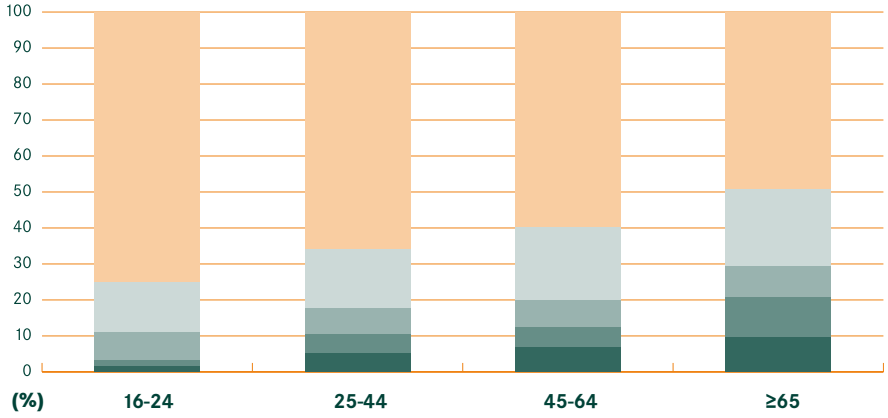


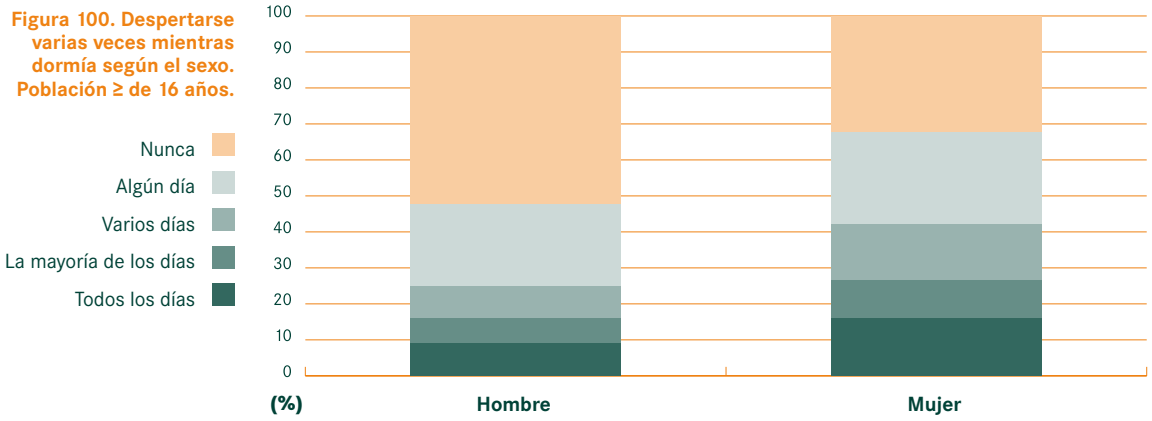
Figura 98. Dificuldad para dormirse según la edad. Población ≥ de 16 años.

Las mujeres de clases menos favorecidas tenían más dificultad para quedarse dormidas que los hombres (figura 99).

Figura 99. Dificultad para dormirse todos los días según clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población ≥ de 16 años.

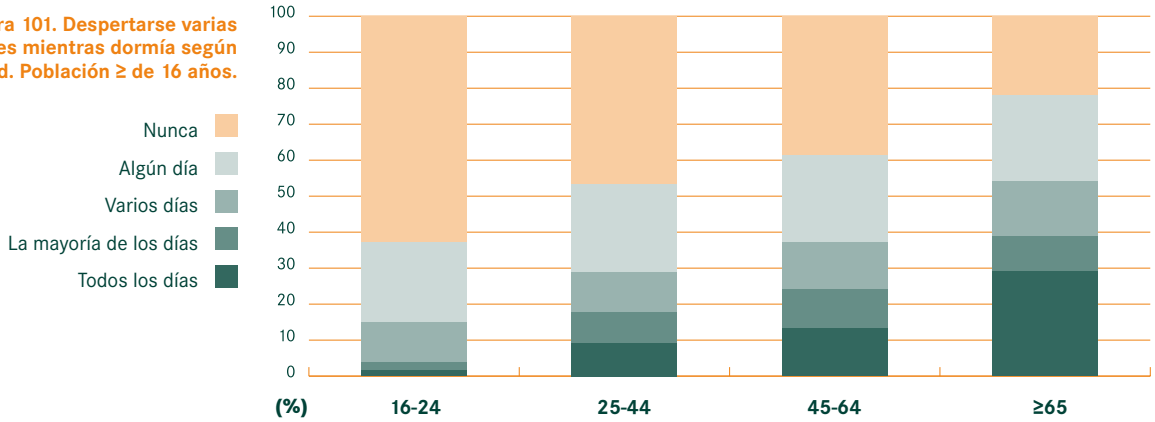
Un 21,2% de la población mayor de 15 años se habían despertado, durante las últimas cuatro semanas antes de la entrevista, varias veces mientras se dormía todos o casi todos los días. Las mujeres se despertaban con más frecuencia que los hombres (figura 100).

Figura 100. Despertarse varias veces mientras dormía según el sexo. Población ≥ de 16 años.



Este problema aumentaba con la edad (figura 101).

Figura 101. Despertarse varias veces mientras dormía según edad. Población ≥ de 16 años.



Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- Vacunación de la gripe
- Control de la tensión arterial
- Control del colesterol
- Mamografías
- Citologías
- Seguridad Vial

Prácticas preventivas

Vacunación de la gripe

Un 22,3% de la población adulta declaraba haberse vacunado de la gripe en la última campaña. En mayores de 65 años este porcentaje aumentaba hasta al 75,2%.

En las personas mayores de 65 años los motivos para vacunarse eran diversos. Las personas de 65 a 74 años lo hacían por diferentes razones: porque lo solicitaban, porque las enfermedades crónicas que padecían así lo aconsejaban, o por indicación del médico. Ahora bien, más del 80% de los mayores de 75 años lo hacían por indicación directa de un profesional sanitario dada su edad como motivo principal (figura 102).

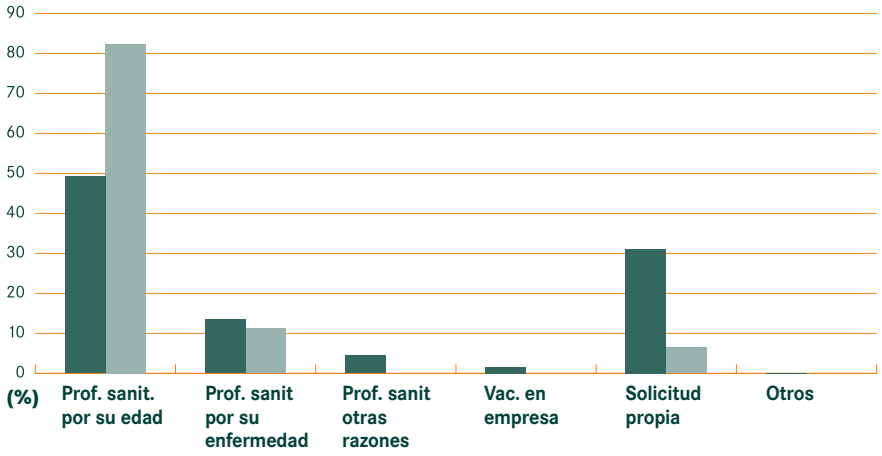


Figura 102. Motivos para vacunarse de la gripe en mayores de 65 años.

El análisis por clase social mostraba una mayor prevalencia de mujeres vacunadas entre les clases sociales más favorecidas. Contrariamente, los hombres de clase social alta se vacunaban menos que el resto (figura 103).

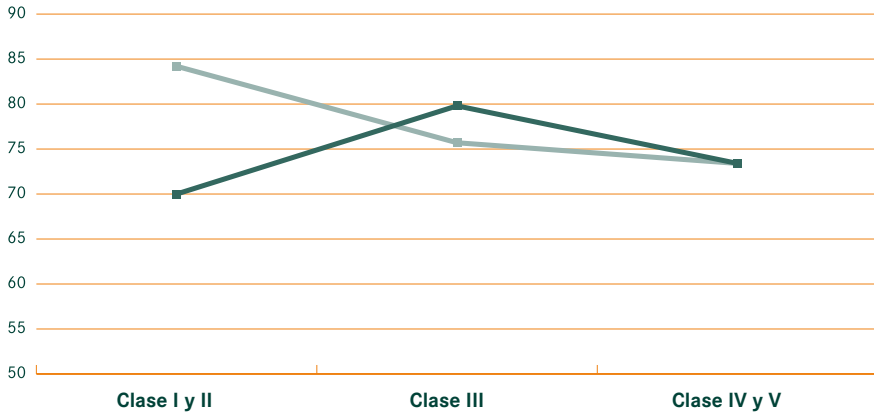
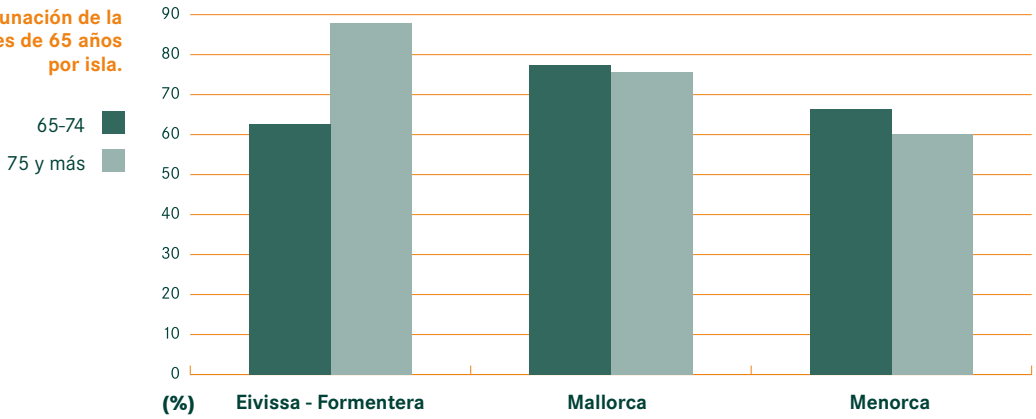


Figura 103. Vacunación de la gripe en mayores de 65 años por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

En Eivissa y Formentera, el porcentaje de población mayor de 75 años vacunada llegaba a ser casi del 90%, porcentaje mucho más bajo entre las personas entre 65 y 74 años. En Menorca, la prevalencia de población mayor de 65 años vacunada era la más baja (figura 104).

Figura 104. Vacunación de la gripe en mayores de 65 años por isla.

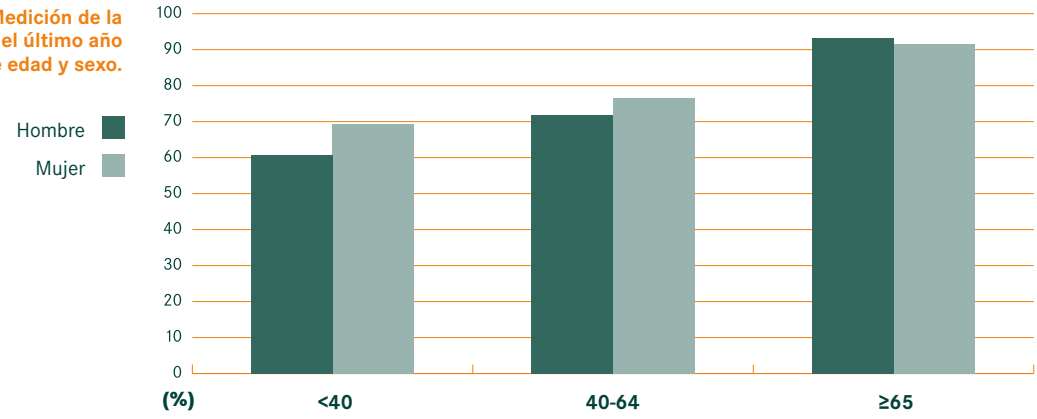


Control de la tensión arterial

El 92% de la población mayor de 15 años se había medido la tensión arterial alguna vez en su vida por parte de un profesional sanitario. No había diferencias por sexo ni por isla.

El 73,6% de la población (70,6% de los hombres y 76,6% de las mujeres) se había medido la tensión arterial durante el último año antes de la entrevista. Esta práctica aumentaba con la edad. Entre los mayores de 65 años, este porcentaje era mucho más elevado (figura 105).

Figura 105. Medición de la tensión arterial el último año según el grupo de edad y sexo.



Por clase social, el 49% de las personas de clase social baja (grupo IV y V) se había medido la tensión en los últimos tres meses frente del 38,2% de las personas de clase social alta (grupo I y II).

Control del colesterol

Al 80,6% de la población adulta le habían analizado los niveles de colesterol alguna vez en su vida, un 3,3% los desconocía. Esta práctica era más frecuente entre la gente mayor (99,3% de los mayores de 65 años) y su frecuencia era similar en todas las clases sociales.

En el último año antes de la entrevista, el 70% de la población adulta se había controlado el nivel de colesterol, porcentaje que aumentaba con la edad (60% en menores de 40 años y 82,3% en las personas mayores de 65 años).

Para los menores de 40 años esta práctica era más frecuente entre las mujeres, y a partir de esta edad lo era entre los hombres (figura 106).

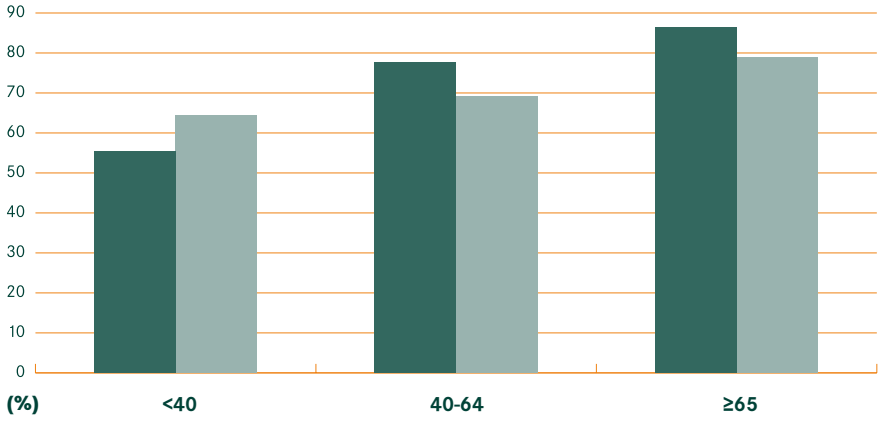


Figura 106. Medición del colesterol el último año según grupo de edad y sexo.

Mamografías

La encuesta incluye cuestiones sobre la frecuencia, la utilización y el motivo para realizar una mamografía. Nuestra comunidad autónoma cuenta desde 1997 con un Programa Poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM), dirigido a las mujeres con edades entre 50 y 64 años a las cuales se les ofrece la realización de una mamografía cada dos años. Desde 2007 se ofrece también a las mujeres entre 65 y 69 años.

Los datos de la encuesta revelaban que al 43% de las mujeres le habían hecho una mamografía. En la población diana en que está recomendada la mamografía con carácter preventivo (entre 50 y 64 años) la prevalencia llegaba a ser del 90% (figura 107).

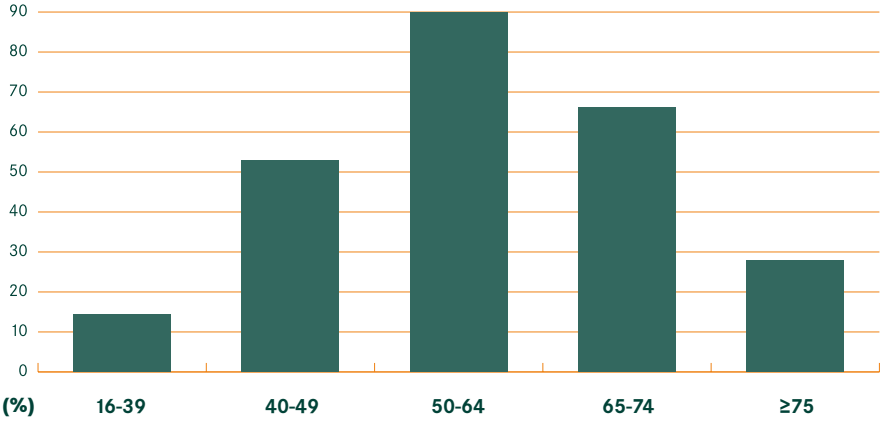


Figura 107. Realización de mamografías por grupos de edad.

En Menorca, la frecuencia en mujeres de esta franja de edad era más elevada (93,3%) que en Mallorca (89,7%) y en Eivissa/Formentera (87,1%).

No hay un patrón claro de relación entre la realización de mamografías y la clase social en la población de mujeres en general, pero en el grupo de edad diana del programa de prevención, la frecuencia es más baja entre las mujeres de clase social desfavorecida (tabla 12).

Tabla 12. Realización de mamografías por grupo de edad y clase social. Porcentajes estandarizados por edad

Grupo de edad	Clase I-II	Clase III	Clase IV-V	Total
16-39	7,9	10,1	14,3	14,4
40-49	58,4	59,9	47,4	53,1
50-64	95,4	92,7	87,5	90,0
65-74	88,8	62,4	58,8	67,3
≥75	48,9	16,4	30,6	27,7

Un 53% de las mujeres entre 50 y 64 años cumplía con la recomendación de hacerse una mamografía cada dos años (tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia de la realización de mamografías posteriores a la primera (%)

	Edad					
	16-39	**40-49**	**50-64**	**65-74**	**≥75**	**Total**
Al menos 1 vez al año	18,2	24,4	25,2	23,0	8,0	22,7
Cada 2 años	16,8	29,3	53,0	40,3	31,4	39,0
Cada 3 años	2,2	7,2	4,4	10,4	7,2	5,8
1 vez cada 5 años	0,5	2,6	3,5	8,4	14,8	4,2
Más de 5 años	9,3	0,3	6,4	4,4	9,4	5,2
Nunca	53,1	36,1	7,6	13,6	29,3	23,1
Total	100	100	100	100	100	100

El 47% de las mujeres declaraban como motivo para hacerse una mamografía el consejo ginecológico, fundamentalmente las mujeres entre 40 y 49 años (tabla 14).

Tabla 14. Motivo de la última mamografía por grupo de edad (%)

	Edad					
	16-39	**40-49**	**50-64**	**65-74**	**≥75**	**Total**
Ella misma se notó un bulto	43,8	19,2	7,5	5,9	12,3	15,4
El médico de familia notó un bulto	0,0	1,4	0,0	1,8	2,4	0,7
El médico de familia lo aconsejó	5,8	1,8	4,7	4,5	19,6	4,9
Su ginecólogo lo aconsejó	29,8	63,1	47,2	43,1	33,5	47,2
Su ginecólogo notó un bulto	5,2	3,5	4,8	1,1	4,6	4,0
Historia familiar de cáncer de mama	0,0	3,9	1,5	0,0	0,0	1,5
PDPCM*	0,0	4,3	31,1	35,6	20,8	20,4
Otra razón	15,4	3,1	4,1	8,1	6,8	6,2

* Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

Citologías

La encuesta incluye temas sobre la frecuencia, la utilización y el motivo para realizar una citología. En la CAIB existe un programa oportunista de detección precoz de cáncer de cuello de útero desde 2004, dirigido a las mujeres con edades entre 25 y 64 años a las cuales se les ofrece la realización de una citología anual los dos primeros años y posteriormente cada tres años.

Los datos de la encuesta revelaban que un 73,5% de las mujeres se habían hecho al menos una citología vaginal en su vida. La frecuencia en mujeres con edades recomendadas por el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero llegaba casi al 90% (figura 108).

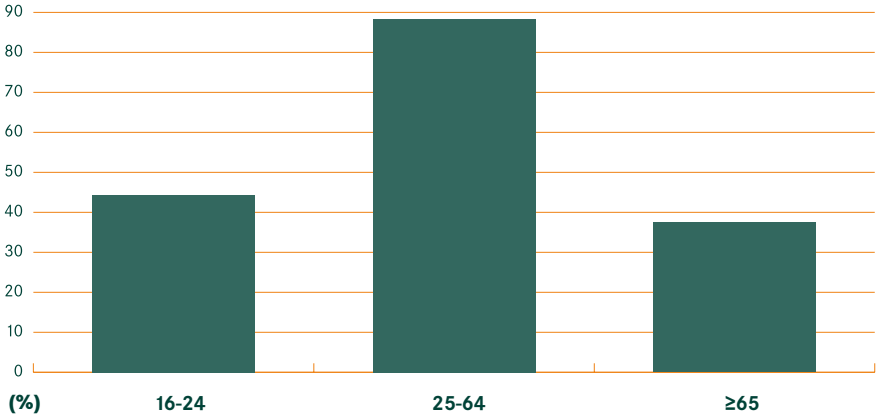


Figura 108. Frecuencia de citologías por grupos de edad.

La frecuencia de ésta práctica era más baja en mujeres de clase desfavorecida en todos los grupos de edad incluidos en el grupo de edad diana del programa de detección precoz (25-64 años) (figura 109).

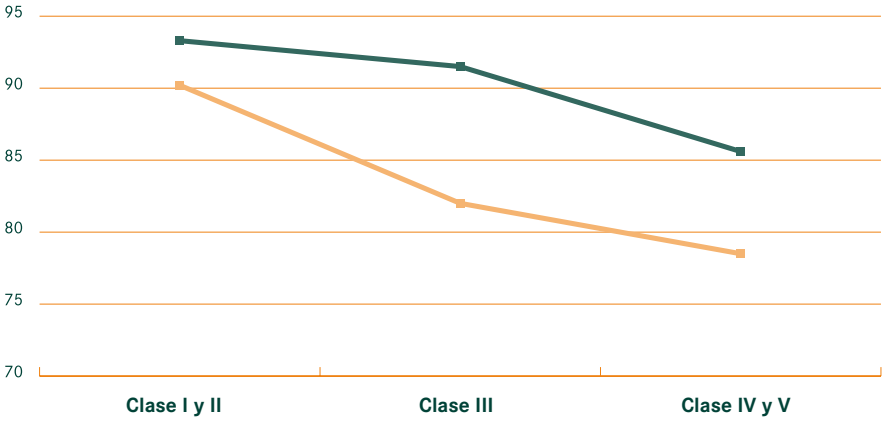


Figura 109. Mujeres que declaran haberse realizado una citología según clase social y grupo de edad recomendado. Porcentajes estandarizados por edad.

La frecuencia de citologías era más elevada entre las mujeres de las Illes Pitiüses (76,1%), seguido de las de Mallorca (73,3%) y la más baja entre las de Menorca (71,7%).

Un 6% de las mujeres con edad recomendada por el programa que se habían hecho al menos una citología en su vida, no habían continuado esta práctica. El 51,2% de las mujeres que declaraban hacerse citologías, lo hacían anualmente (tabla 15).

Tabla 15. Frecuencia de la realización de citologías posteriores a la primera (%)

	Edad			
	16-24	25-64	≥65	Total
Al menos 1 vez al año	56,5	54,0	21,0	51,2
Cada 2 años	15,2	27,2	20,8	25,7
Cada 3 años	3,7	7,1	15,2	7,6
1 vez cada 5 años	0,0	2,0	11,2	2,7
Más de 5 años	0,0	3,7	9,8	3,9
Nunca	24,6	6,1	22,1	9,0

La consulta a ginecología fue el motivo principal para hacerse una citología (85,7% de las mujeres). Tener molestias fue la causa en el 14,3% de las personas mayores (tabla 16).

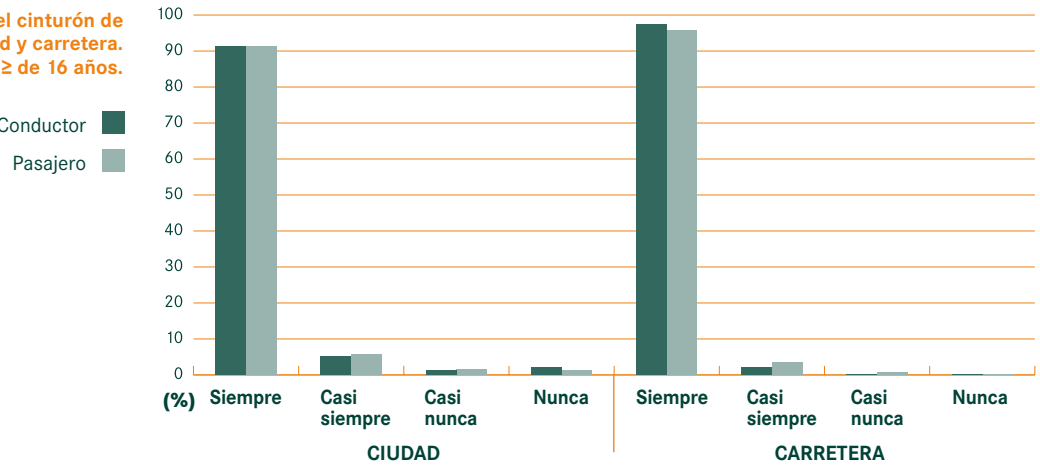
Tabla 16. Motivo de la última citología por grupo de edad (%)

	Edad			
	16-24	25-64	≥65	Total
Tenía molestias	3,5	6,6	14,3	7,0
Recomendación médico familia	3,7	1,2	3,0	1,5
Fue a visitarse por ginecología	81,1	87,1	75,5	87,5
Programa de Detección Precoz de Cáncer	4,7	1,2	0,6	1,4
Otra razón de tipo médico	6,9	3,9	6,6	4,3

Seguridad vial

El uso del cinturón de seguridad era una práctica habitual para más del 90% de la población adulta, tanto por ciudad como por carretera, aunque era más frecuente cuando se conducía por carretera (figura 110).

Figura 110. Uso del cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población ≥ de 16 años.



El hábito de no utilizar el cinturón de seguridad (nunca o casi nunca) por la ciudad era más frecuente en la isla de Menorca, tanto si era el conductor (7,9%) como si era el pasajero (6,9%) (figura 111).

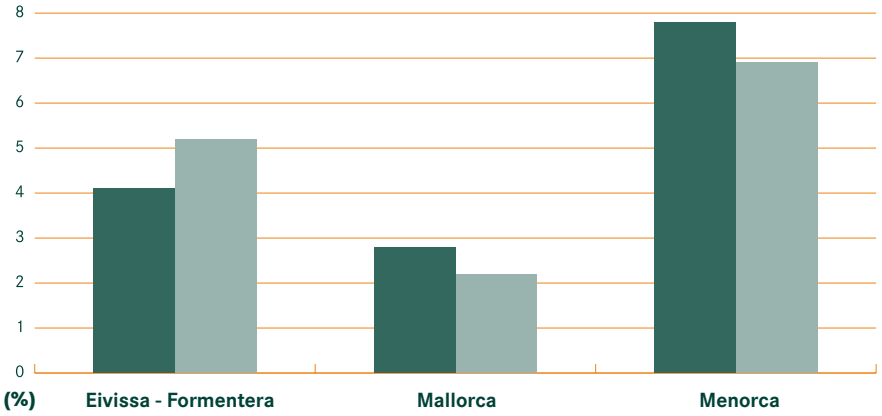


Figura 111. Frecuencia del uso nunca o casi nunca del cinturón de seguridad para conducir o ser pasajero por la ciudad según la isla. Población ≥ de 16 años.

Conductor ciudad
Pasajero ciudad

Entre los conductores de motocicleta, el uso de casco era habitual, tanto si se conducía por ciudad como por carretera. Contrariamente, el uso del casco entre los usuarios de bicicleta era mucho menos frecuente, sobretodo entre las mujeres. El 75,5% de los que iban en bicicleta por ciudad (86,3% de las mujeres y el 68,4% de los hombres) y el 66,3% de los que iban por carretera (78,6% de las mujeres y el 59,2% de los hombres), no usaban nunca el casco (figura 112).

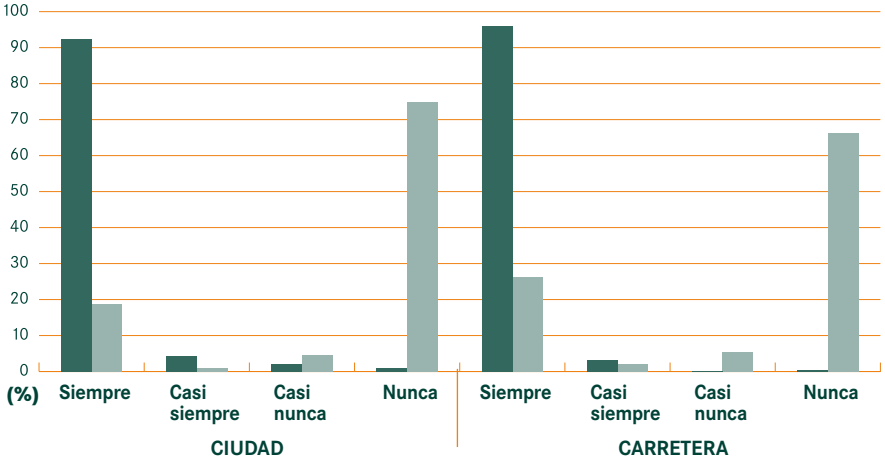


Figura 112. Uso del casco por ciudad y carretera. Población ≥ de 16 años.

Motocicleta
Bicicleta

La proporción de personas que utilizaban siempre el casco por carretera y ciudad, tanto en motocicleta como en bici, era inferior en la isla de Menorca. El uso del casco cuando iban en motocicleta era superior en Eivissa/Formentera (97,9%) (figura 113).

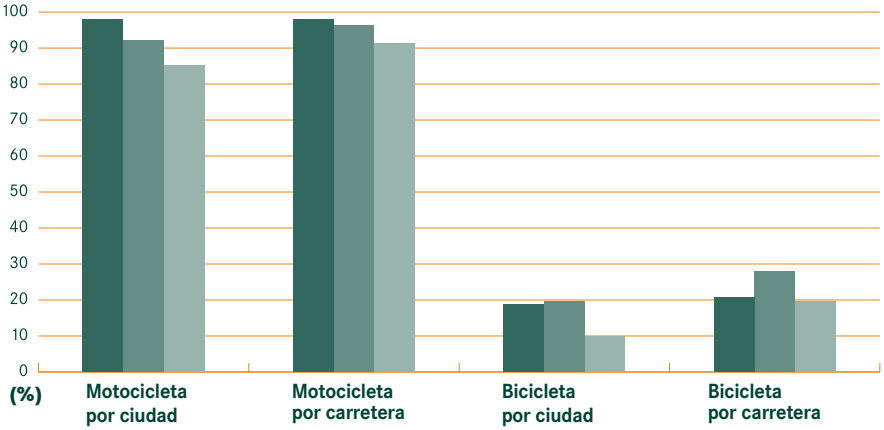
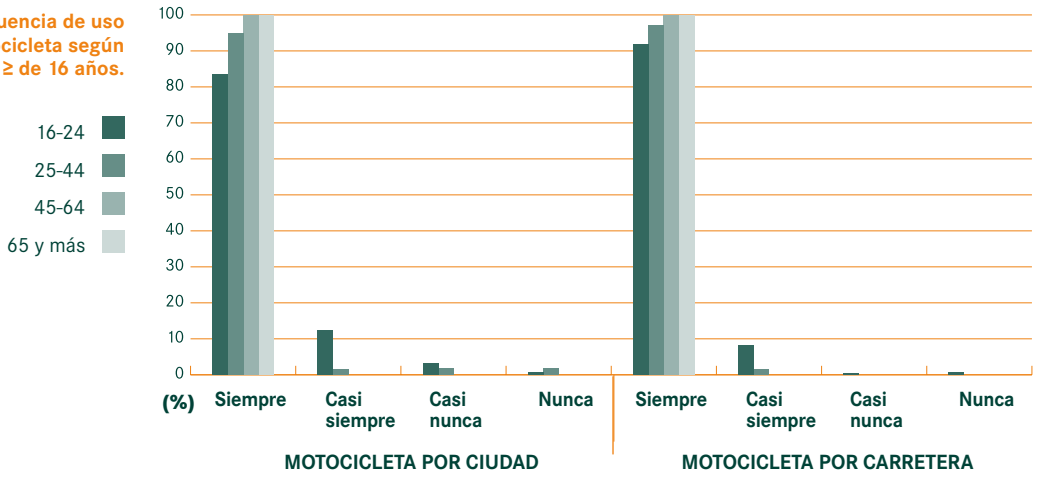


Figura 113. Uso del casco según las islas. Población ≥ de 16 años

Eivissa-Formentera
Mallorca
Menorca

Los jóvenes utilizaban el casco en menor frecuencia, sobretodo si era por ciudad (83,5%) que por carretera (91,7%) (figura 114).

Figura 114. Frecuencia de uso del casco en motocicleta según edad. Población ≥ de 16 años.



Utilización de sistemas de seguridad para la población infantil

Entre la población infantil, la mayoría llevaba sistemas de seguridad, tanto si viajaban en coche por ciudad (95,3%) como si viajaban por carretera (96,5%). Este porcentaje era más bajo entre la población infantil entre 5 y 9 años (tabla 17).

Tabla 17. Utilización de los sistemas de seguridad por ciudad y carretera por grupos de edad (%).

	Ciudad			Carretera		
	0-4	**5-9**	**10-15**	**0-4**	**5-9**	**10-15**
Siempre	98,1	93,4	97,5	97,9	92,7	95,2
Casi siempre	0,5	3,3	1,3	0,7	2,8	3,0
Casi nunca	0,0	1,1	0,6	0,0	2,3	0,6
Nunca	1,4	2,2	0,5	1,4	2,2	1,2

Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- **Cobertura sanitaria**
- **Visitas a profesionales sanitarios las últimas cuatro semanas**
  - Frecuentación
  - Tipo de profesional sanitario visitado
  - Lugar de la última visita
  - Motivo de la última visita
  - Tiempo de espera de la última consulta
  - Adscripción del profesional visitado en la última consulta
  - Realización de pruebas no urgentes
  - Consulta de enfermería, fisioterapia y matrona
- **Visitas a profesionales sanitarios el último año**
- **Visitas al dentista**
- **Atención sanitaria no recibida**
- **Ingresos hospitalarios**
  - Hospitalización en el último año
  - Estancia media
  - Motivo de ingreso
  - Lista de espera
  - Vía de ingreso
- **Visitas a urgencias**
  - Frecuentación
  - Número de visitas a urgencias el último año
  - Lugar de la visita a urgencias el último año
  - Motivo de la visita a un servicio de urgencias
- **Consumo de medicamentos**

Utilización de servicios sanitarios

La encuesta de salud ofrece una información complementaria a la subministrada por las fuentes de información habituales. Ésta información permite, por un lado, conocer la demanda que soportan los servicios sanitarios en los diferentes niveles asistenciales y, por otra, relacionar esta demanda con el estado de salud de la población, las enfermedades que padecen, sus hábitos, estilos de vida, etc.

Cobertura sanitaria

El 97,2 % de la población tenía derecho a asistencia sanitaria pública. Un pequeño porcentaje, a través de una mutualidad del Estado. Un 29,1% de la población tenía un seguro privado, hecho más frecuente entre los hombres (figura 115). El 27,6% tienen cobertura pública y privada simultáneamente, porcentaje superior en hombres (29,6% frente del 25,6%).

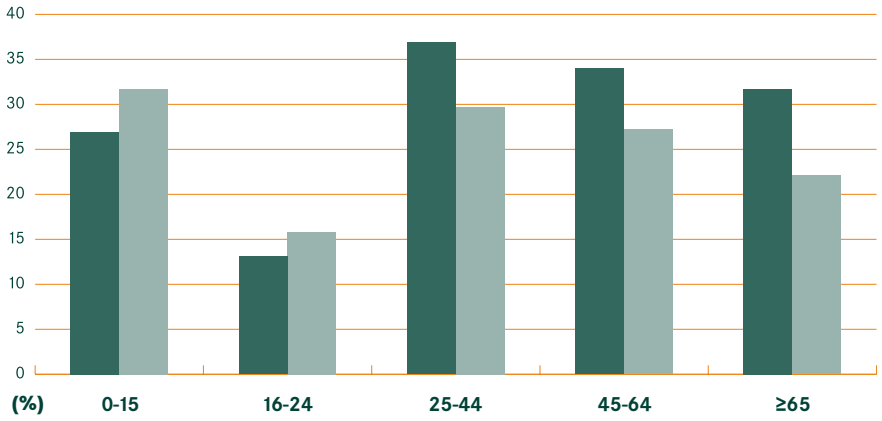


Figura 115. Cobertura privada según la edad y sexo.

Las personas con seguro privado predominaban entre las clases altas. El porcentaje menguaba entre la clase social desfavorecida (figura 116).

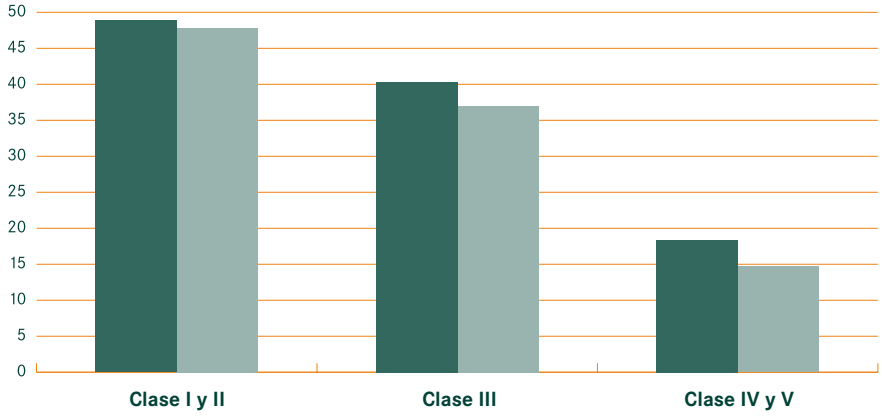


Figura 116. Cobertura sanitaria privada por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

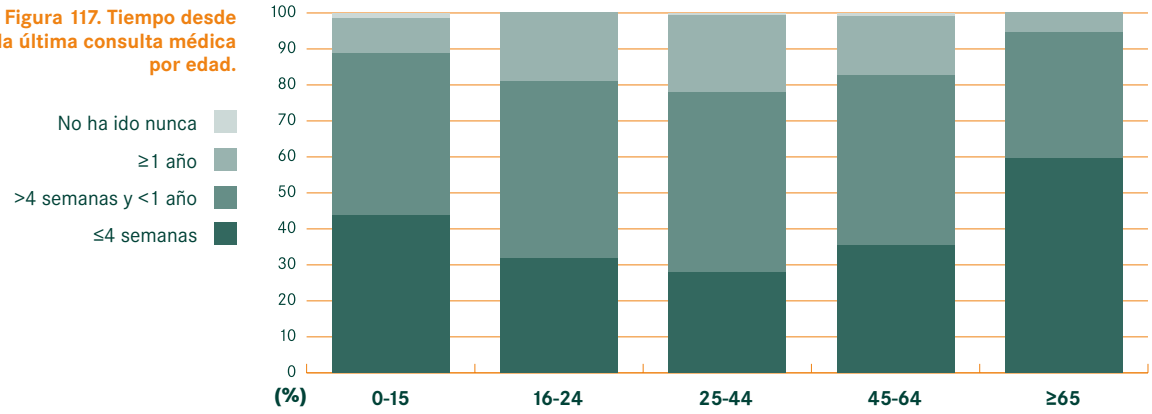
Por otro lado, la cobertura privada era más frecuente entre los residentes en Mallorca (31,7%) y Menorca (27,7%) y en menor proporción en las illes Pitiüses (13,2%).

Visitas a profesionales sanitarios las últimas cuatro semanas

Frecuentación

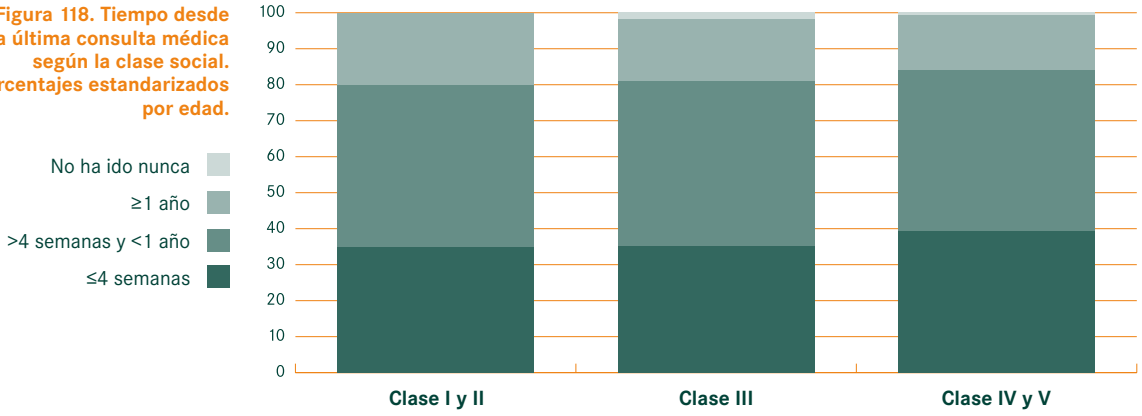
En este período de tiempo, el 37,1% de la población había visitado un profesional sanitario, las mujeres con mayor frecuencia que los hombres (42,9% frente del 31,2%). Por grupos de edad, la frecuentación era más elevada entre la población infantil y los mayores de 65 años y más (figura 117).

Figura 117. Tiempo desde la última consulta médica por edad.



Por clase social, la frecuentación era más alta entre la población desfavorecida (figura 118).

Figura 118. Tiempo desde la última consulta médica según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



La frecuentación era más alta entre los residentes en Mallorca (38,2%) que los residentes en las illes Pitiüses (32,6%) y en Menorca (32,7%).

Tipo de profesional sanitario visitado

Un 63,2% de la población adulta había visitado el médico de familia y el 68,5% de la población infantil, el pediatra (tabla 18).

Tabla 18. Especialidad del último médico visitado por la población adulta e infantil en las últimas cuatro semanas por sexo (%)

	Población adulta	
	Hombre	Mujer
M. Familia	63,8	62,9
Traumatología	6,6	7,1
Ginecología- Obstetricia	–	8,4
Cardiología	6,8	3,4
Oftalmología	1,9	4,0
Otorrinolaringología	2,9	1,9
Otras	18,0	12,3
Total	100	100

	Población infantil	
	Hombre	Mujer
Pediatría	66,5	71,0
M. Familia	13,6	12,0
Alergología	1,9	1,9
Oftalmología	2,4	3,2
ORL	2,7	3,0
Psiquiatría	3,0	0,9
Traumatología	2,5	0,5
Otros	7,4	7,5
Total	100	100

Las personas de clases sociales más desfavorecidas acudían con más frecuencia al médico de familia y las personas de clase I y II al especialista (figura 119).

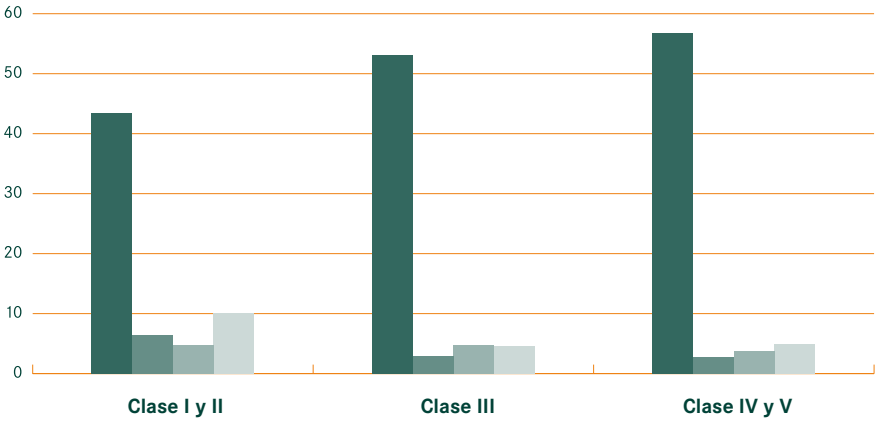


Figura 119. Especialidad del último médico visitado en las cuatro últimas semanas según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

Lugar de la última visita

Dos tercios de las consultas hechas durante este período tuvieron lugar en un centro de salud o ambulatorio, sobretodo en el caso de las mujeres. Entre la población adulta, los hombres visitaban con más frecuencia que las mujeres una consulta de una sociedad médica. La población infantil visitaba con más frecuencia que la adulta un médico privado (sobre todo las niñas) (tabla 19).

Tabla 19. Lugar de la última consulta realizada en las últimas cuatro semanas por sexo (%)

	Población adulta			Población infantil		
	Hombre	Mujer	Total	Niño	Niña	Total
Centro de salud /ambulatorio	62,3	68,1	65,8	61,5	57,8	59,9
Consultas externas hospital	9,2	12,1	11,0	6,2	8,1	7,0
Urgencias no hospitalarias	0,9	0,6	0,7	4,8	4,4	4,6
Urgencias hospital	4,3	2,6	3,3	4,3	0,0	2,4
Consulta médico particular	5,3	6,6	6,1	9,8	15,6	12,4
Consulta médico sociedad médica	16,9	8,1	11,5	13,4	14,1	13,7
Empresa o trabajo	1,1	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0
Domicilio entrevistado	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0
Otro lugar	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100

Las personas de clase social más desfavorecida acudían con más frecuencia al centro de salud. En cambio, las personas de clase social I y II acudían más a una consulta de una sociedad médica o a un médico particular (tabla 20).

Tabla 20. Lugar de la última consulta realizada en las últimas cuatro semanas por clase social. Porcentajes estandarizados por edad

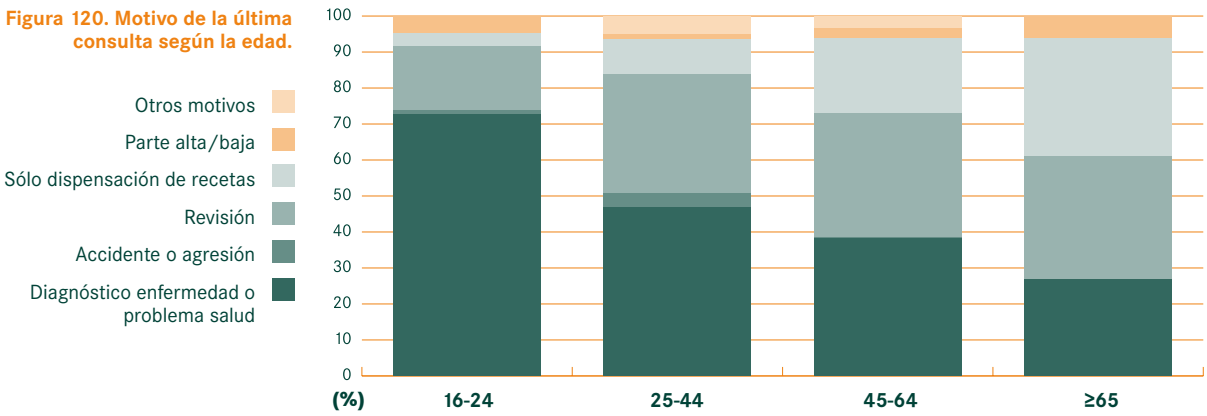
	Población adulta			Población infantil		
	Clase I-II	Clase III	Clase IV-V	Clase I-II	Clase III	Clase IV-V
Centro de salud /ambulatorio	69,1	65,3	81,8	41,2	66,2	78,5
Consultas externas hospital	9,4	10,4	11,8	9,9	6,1	6,3
Urgencias no hospitalarias	0,6	0,6	0,8	3,2	3,4	5,6
Urgencias hospital	0,7	4,0	3,8	3,6	2,1	2,0
Consulta médico particular	11,1	4,2	4,9	19,8	13,1	10,3
Consulta médico sociedad médica	17,6	20,1	6,2	24,3	20,1	7,8
Otros	1,1	0,2	2,5	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100

Motivo de la última visita

En población adulta, el motivo principal de la última consulta era la búsqueda de un diagnóstico y tratamiento de una enfermedad (41,4%). El segundo motivo más frecuente eran las revisiones (32,3%) y el tercer era la dispensación de recetas (18,6%).

El motivo variaba en función de la edad. Los más jóvenes acudían en mayor proporción buscando un diagnóstico o por un problema de salud ya establecido (72,7%). En cambio, los más mayores acudían más frecuentemente para revisiones (34,3%) y para dispensación de recetas (32,6%) (figura 120).

Figura 120. Motivo de la última consulta según la edad.



En la población infantil, los motivos de consulta más frecuentes eran por sentirse enfermo y por la búsqueda de un diagnóstico (59,6%), por revisión (17,7%), por estar incluido en el programa del niño sano (10,6%) y un 7% por vacunación. La visita por dispensación de recetas era prácticamente inexistente (0,3 %).

Por clase social, las personas de clases desfavorecidas consultaban con mayor frecuencia para la búsqueda de un diagnóstico o por un problema de salud (49,1%). En cambio, en las clases más favorecidas era más frecuente acudir a una consulta médica para revisiones (figura 121).

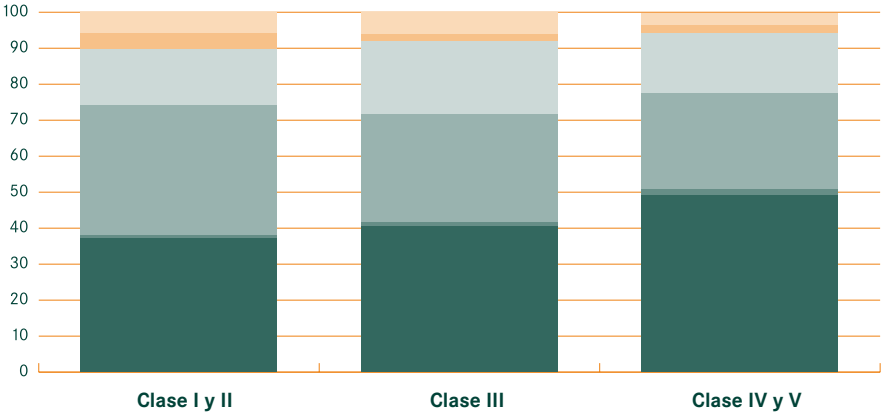


Figura 121. Motivo principal de la última consulta según clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

El motivo de la visita variaba en función de la dependencia funcional del profesional. En un 22,7% de los casos el motivo principal de la consulta a la sanidad pública por parte de los adultos era por la dispensación de recetas (tabla 21).

Tabla 21. Motivo principal de la última consulta según la dependencia funcional del médico. Población ≥ de 16 años (%).

Población adulta				
	Sanidad pública	Sociedad médica	Consulta privada	Total
Diagnóstico de una enfermedad	43,2	33,0	42,2	41,4
Revisión	26,6	52,9	54,7	32,3
Dispensación de recetas	22,7	7,3	0,0	18,6
Parte de baja	1,7	0,0	0,0	1,4
Accidente o agresión	0,8	0,5	0,0	1,5
Otros motivos	5,0	6,3	3,1	4,8
Total	100	100	100	100

En la población infantil, el motivo más frecuente de la visita a la sanidad pública era el diagnóstico de una enfermedad (tabla 22).

Tabla 22. Motivo principal de la última consulta según la dependencia funcional del médico. Población ≤ de 15 años (%).

Población Infantil				
	Sanidad pública	Sociedad médica	Consulta privada	Total
Diagnóstico de una enfermedad	69,0	46,8	33,8	59,6
Revisión	11,0	24,9	37,6	17,7
Control de salud	8,6	22,2	10,5	10,6
Vacunación	8,6	6,0	1,9	7,0
Accidente o agresión	1,1	0,0	4,7	1,7
Dispensación de recetas	0,3	0,0	0,0	0,2
Otros motivos	1,4	0,0	11,6	3,2
Total	100	100	100	100

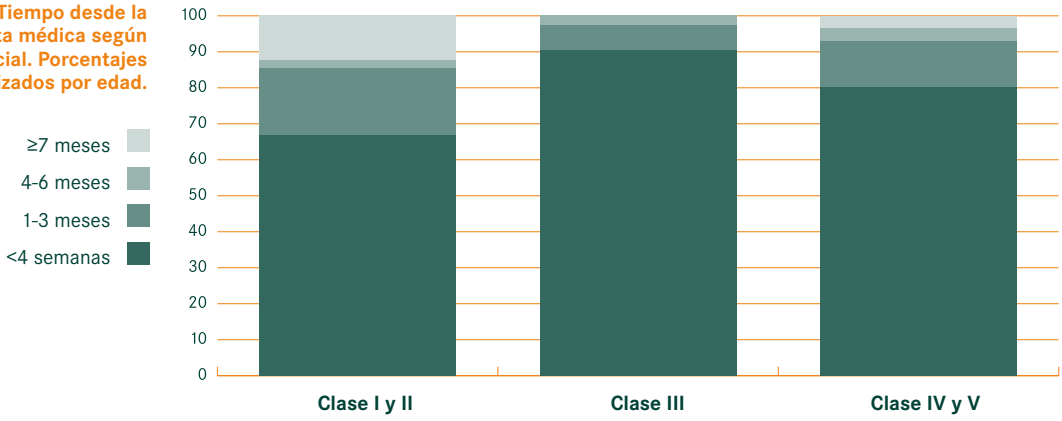
Tiempo de espera de la última consulta

El 75,2% de los usuarios adultos y el 95,1% de la población infantil esperaron menos de cuatro semanas en pedir cita desde que se sintió enfermo o necesitó un servicio sanitario. El 16,4% estuvo entre 1 y 3 meses y el 8,4% más de 3 meses, sin haber diferencias entre hombres y mujeres.

Por islas, los residentes en las illes Pitiüses eran los que menos tiempo tardaban (el 87,6% menos de un mes), los residentes en Mallorca el 79,3%, y en Menorca, el 80,6%.

Las personas de clase social III y la IV y V eran las que tenían mayor urgencia en pedir cita (figura 122).

Figura 122. Tiempo desde la última consulta médica según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



En relación al tiempo transcurrido en ser atendidos desde pedir cita, el 88,2% de la población fue atendida en menos de un mes, el 9,9% entre 1 y 3 meses, el 1,5% entre 4 y 6 y el 0,4% más de 6.

El 97,2% de la población conseguía una cita en menos de un mes cuando se trataba de ser atendidos por un médico de familia y bajaba al 77,5% cuando la demanda era para un especialista.

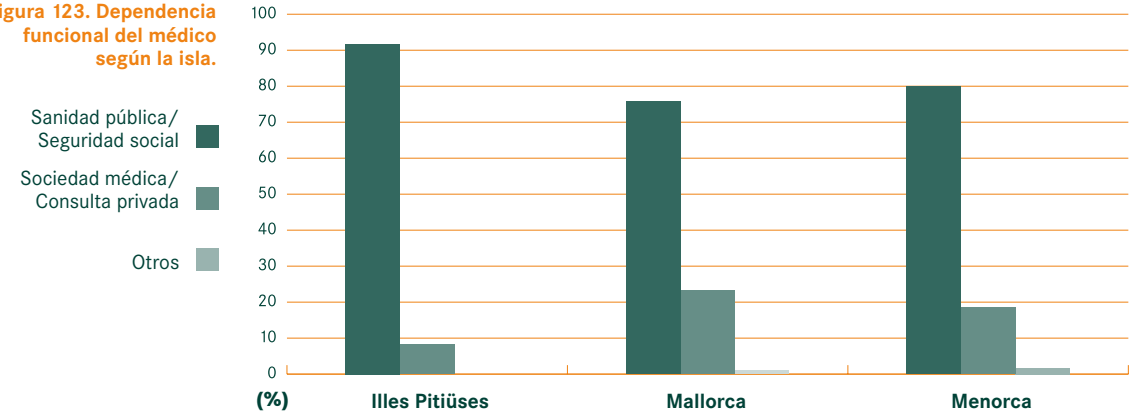
De estas personas atendidas durante el primer mes de hacer la demanda, vale la pena destacar que el 73,1% fue atendida en los tres primeros días o menos después de haberla hecho, porcentaje que mejoraba hasta el 83,7% cuando se trataba de la población infantil. El 51,9% de las personas consiguieron cita el mismo día o al siguiente, y son los porcentajes muy similares si la consulta realizada era en la sanidad pública o en una sociedad médica (52,7 y 52,1% respectivamente), porcentaje más bajo si era en una consulta privada (45,5%).

Adscripción del profesional visitado la última consulta

Un 76,4% de la población acudió a la sanidad pública (79,7% de mujeres y 71,8% de hombres). Un 22,3% a una consulta privada (26,4% de hombres y 19,2% de las mujeres). El resto (1,4%) acudieron a otros servicios (iguala médica, médico de empresa etc.).

Los residentes en las illes Pitiüses eran los que frecuentaban más la sanidad pública (92,4%), y los de Menorca la que menos (70,6%). El patrón de frecuentación de los residentes en Mallorca era parecido al de Menorca (figura 123).

Figura 123. Dependencia funcional del médico según la isla.



El porcentaje de personas visitadas por un médico de una sociedad médica o un profesional privado era superior en la población infantil y tendía a disminuir a medida que aumentaba la edad, a excepción de la franja de edad de 25 a 44 años (figura 124).

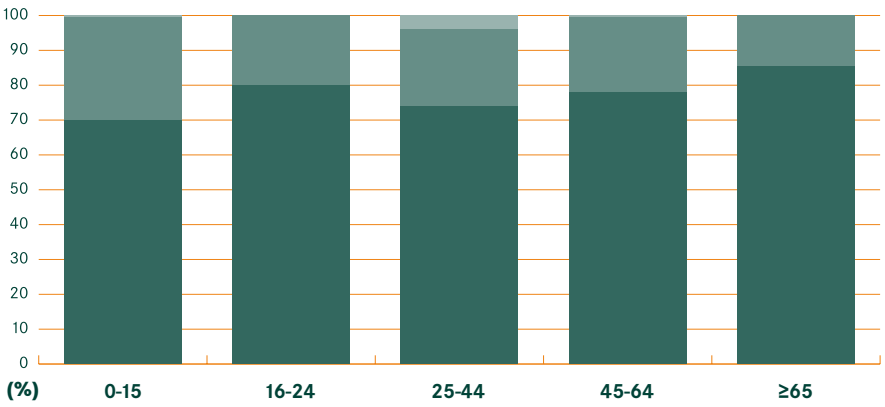


Figura 124. Dependencia funcional del médico según la edad.

Las personas de clase social más desfavorecida utilizaban más la sanidad pública (83,6%) que las de clase social alta (62,5%). Esta tendencia se observaba en ambos sexos (figura 125).

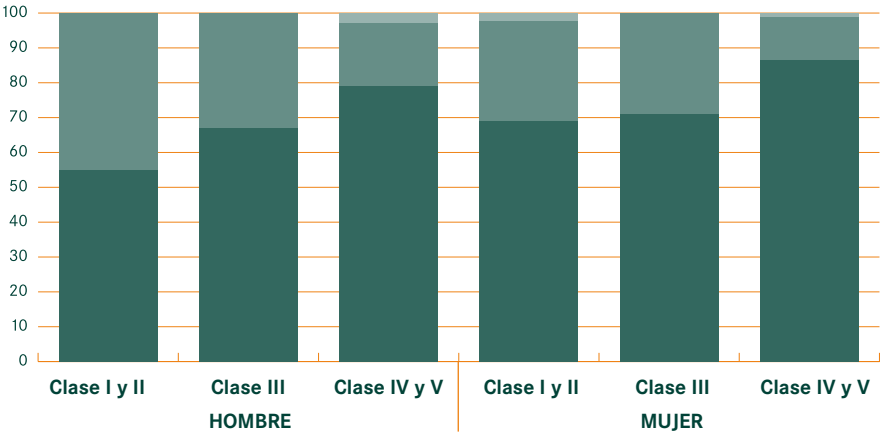


Figura 125. Dependencia funcional del médico según el sexo y la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

Realización de pruebas no urgentes

El 15,7% se había hecho una prueba no urgente en el último mes, en mayor frecuencia las mujeres (18,9%) que los hombres (12,5%). Además, la frecuencia de pruebas aumentaba con la edad; un 5,7% en población infantil y un 24,7% entre los mayores de 64 años. Las analíticas y las radiografías eran las pruebas más frecuentes (figura 126).

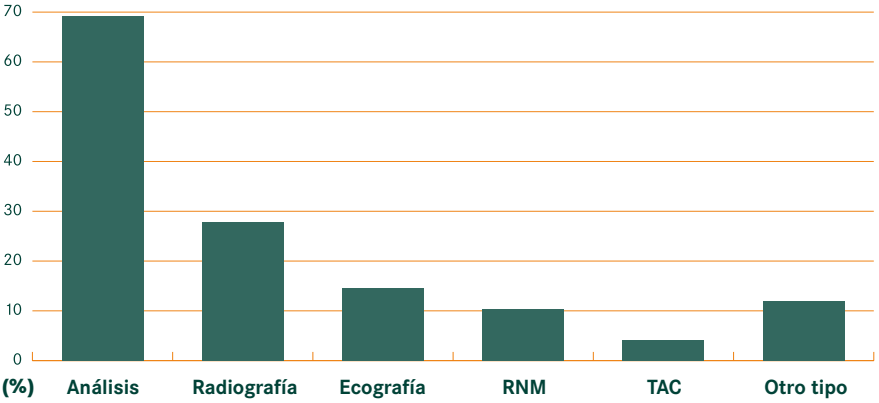


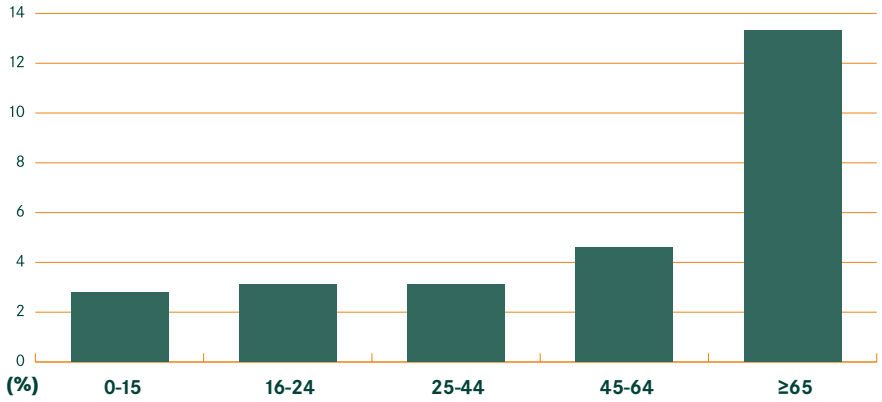
Figura 126. Tipo de prueba no urgente realizada en las cuatro últimas semanas. Población total.

El 87,6% de las analíticas y el 85,2% de las radiografías se realizaron en menos de 1 mes desde el momento de la cita. El TAC era la prueba por la cual se había de esperar más tiempo; un 24,5% de los casos entre 1 y 3 meses después de confirmar la cita.

Consulta de enfermería, fisioterapia y comadrona

Un 4,8% de la población había hecho una consulta de enfermería en el último mes, porcentaje similar entre hombres y mujeres. La frecuentación de la consulta de enfermería se incrementaba con la edad notablemente a partir de los 65 años (figura 127).

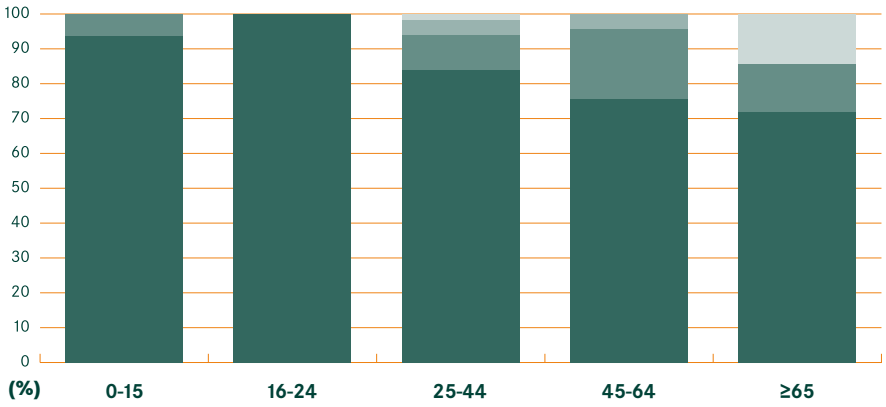
Figura 127. Frecuentación a la consulta de enfermería en las últimas cuatro semanas según la edad.



La población más favorecida socioeconómicamente frecuentaba en menor medida la consulta de enfermería; 2,4% de la clase I y II, 6,6% de clase III y el 5,2% clase IV y V.

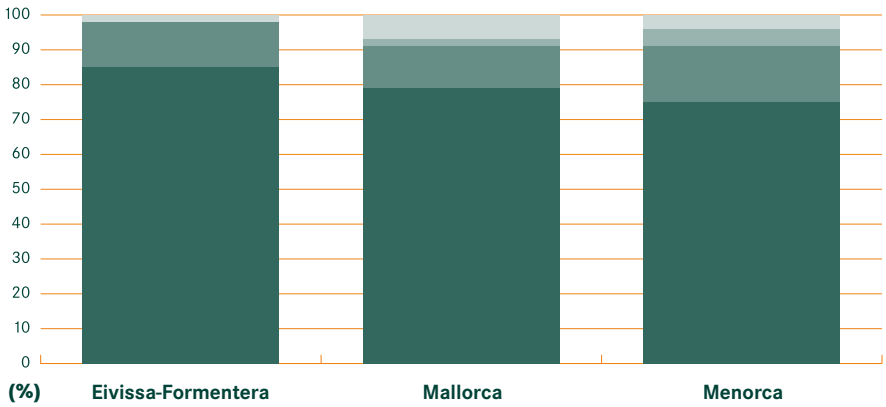
De los que acudieron a la consulta de enfermería, el 79,6% la consultaron una vez durante las últimas cuatro semanas, el 14% entre 2 y 3 veces y el 6,4% cuatro y más. El número de visitas en las consultas de enfermería se incrementaba con la edad (figura 128).

Figura 128. Número de visitas a la consulta de enfermería en las últimas cuatro semanas según la edad.



Los residentes en las illes Pitiüses eran los que menos frecuentaban la consulta de enfermería y los de Menorca los que más (figura 129).

Figura 129. Número de visitas a la consulta de enfermería en las últimas cuatro semanas por isla. Población total.



El 2,7% acudió a una consulta de fisioterapia y un 1,7% de las mujeres adultas consultaron a una comadrona.

Visitas a profesionales sanitarios el último año

El 83,5% de la población había realizado una visita a un profesional sanitario el año anterior a la entrevista. Este porcentaje era más elevado entre las mujeres, excepto entre la población infantil y las personas mayores (figura 130).

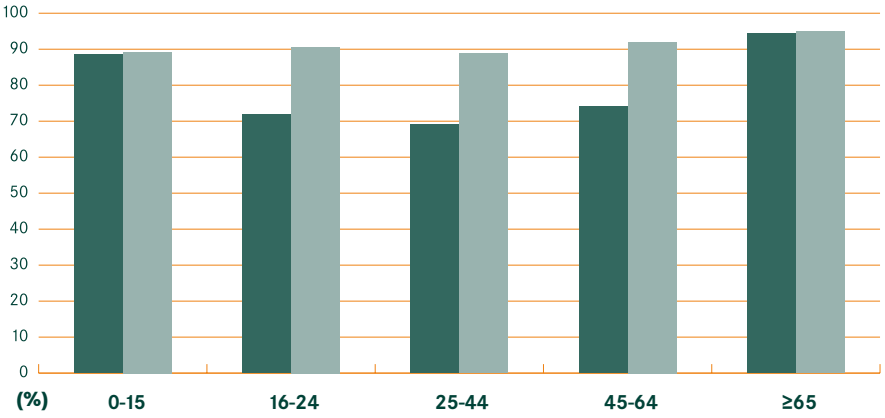


Figura 130. Visita al médico durante el último año según el sexo y la edad.

Hombre
Mujer

Visita al dentista

El 46,2% de la población adulta y joven manifestaba haber acudido a la consulta del dentista el año anterior a la entrevista (49,8% de las mujeres y 42,5% de los hombres). El 3,5% de la población adulta no había ido nunca (figura 131).

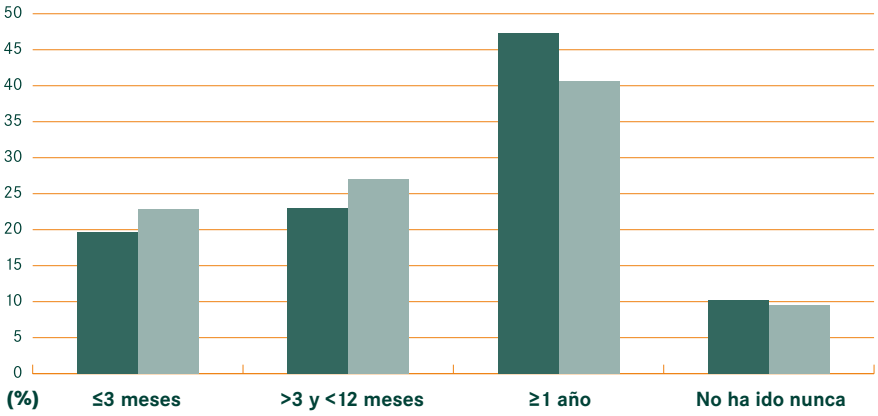


Figura 131. Tiempo desde la última visita al dentista según el sexo. Población total.

Hombre
Mujer

Las personas de 65 y más años eran las que hacían más tiempo que no habían acudido (figura 132).

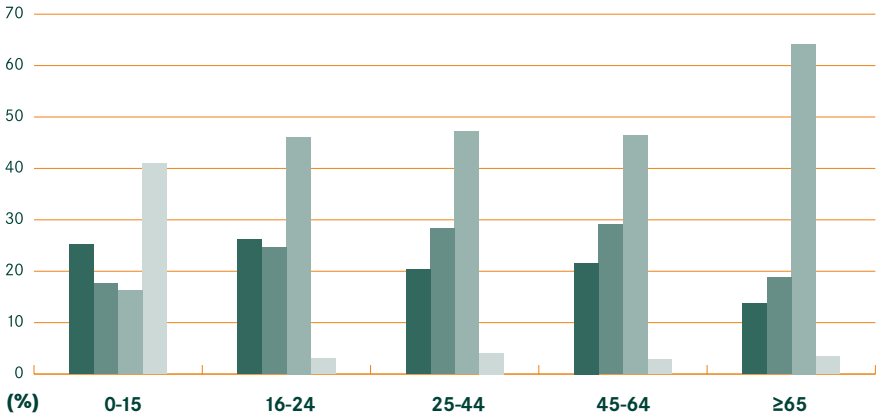


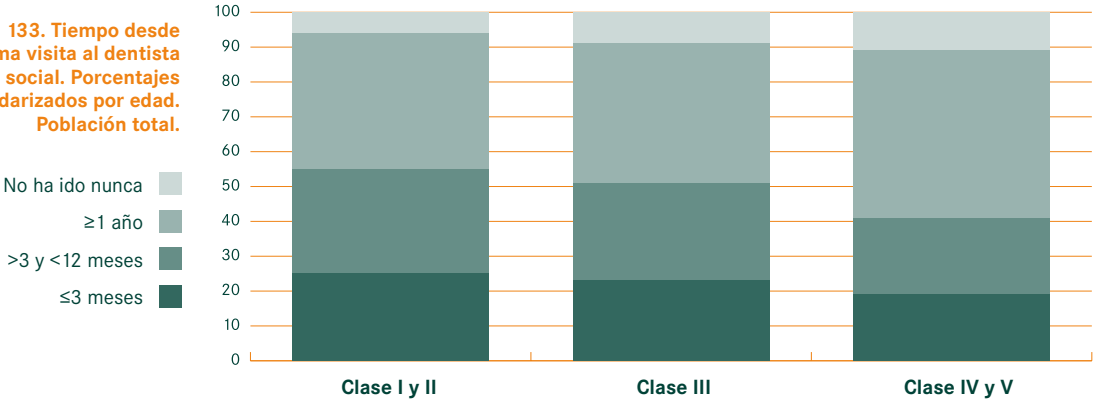
Figura 132. Tiempo desde la última visita al dentista según edad.

≤3 meses
>3 y <12 meses
≥1 año
No ha ido nunca

Tanto en Mallorca como en las illes Pitiüses, la mitad de la población hacía un año o más que no acudía al dentista. Los residentes de Menorca no tardaban tanto tiempo.

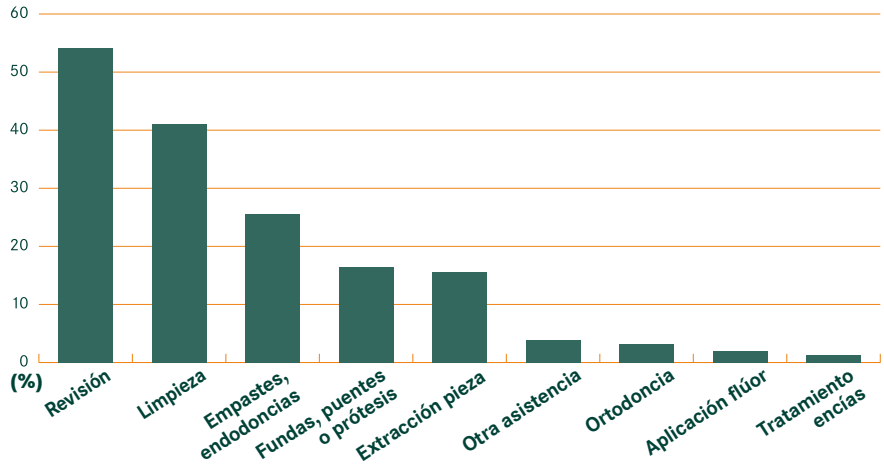
Las clases más desfavorecidas dejaban pasar más tiempo en consultar este tipo de profesional (figura 133).

Figura 133. Tiempo desde la última visita al dentista por clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población total.



Entre la población adulta, los motivos declarados con mayor frecuencia para acudir a la consulta destacaban las revisiones y las limpiezas (figura 134).

Figura 134. Tipo de asistencia recibida en la última consulta al dentista. Población ≥ de 16 años.



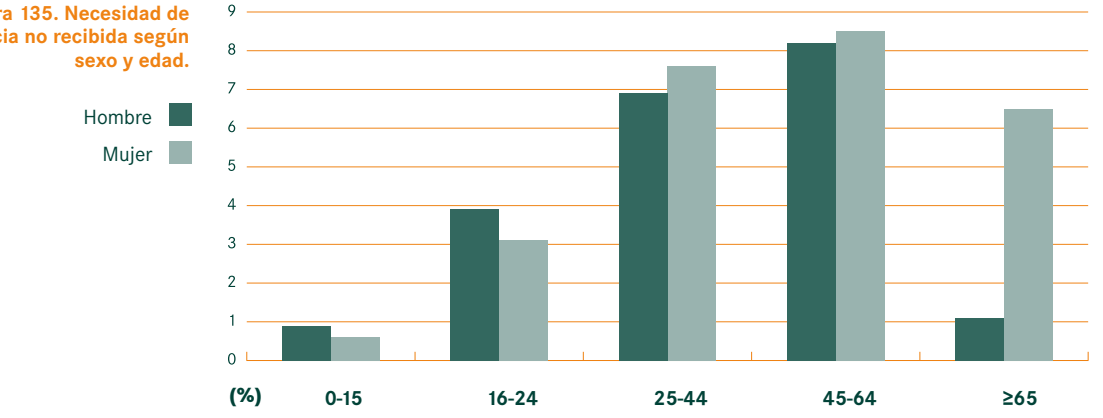
Entre la población infantil los motivos eran, las revisiones (72,5%), empastes (20,6%) y ortodoncia (17,7%).

Sólo el 7% fue atendido por un profesional de la sanidad pública, porcentaje que aumentaba al 15,6% en la población infantil. El 90,9% había estado atendido por una sociedad médica o consulta privada y el 2,1 por otras instituciones.

Atención sanitaria no recibida

El 5,2% de los hombres y el 6,0% de las mujeres necesitaron asistencia médica y no la recibieron. Este porcentaje era más elevado entre las personas de edades intermedias, las mujeres sobretodo mayores (figura 135) y de clase social IV y V (figura 136).

Figura 135. Necesidad de asistencia no recibida según sexo y edad.



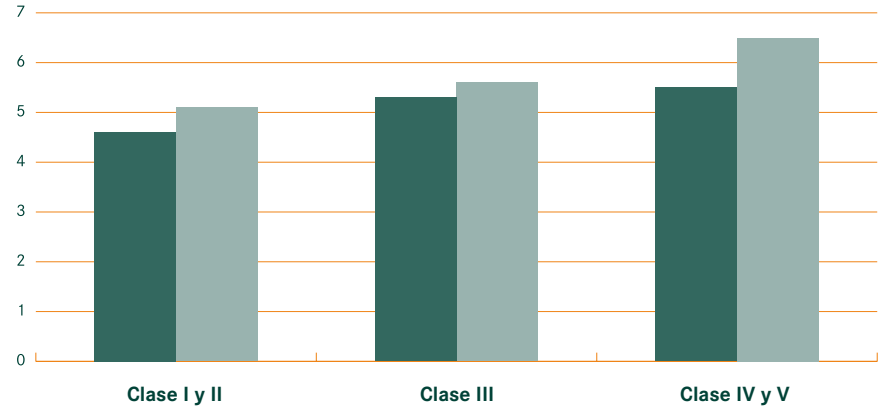


Figura 136. Necesidad de asistencia no recibida según el sexo y clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

Hombre
Mujer

Entre los motivos principales por los cuales no habían recibido esta asistencia destacaban haber esperado demasiado tiempo (en ambos sexos), no poder dejar el trabajo (sobre todo los hombres), las obligaciones familiares (las mujeres) y otras causas (figura 137).

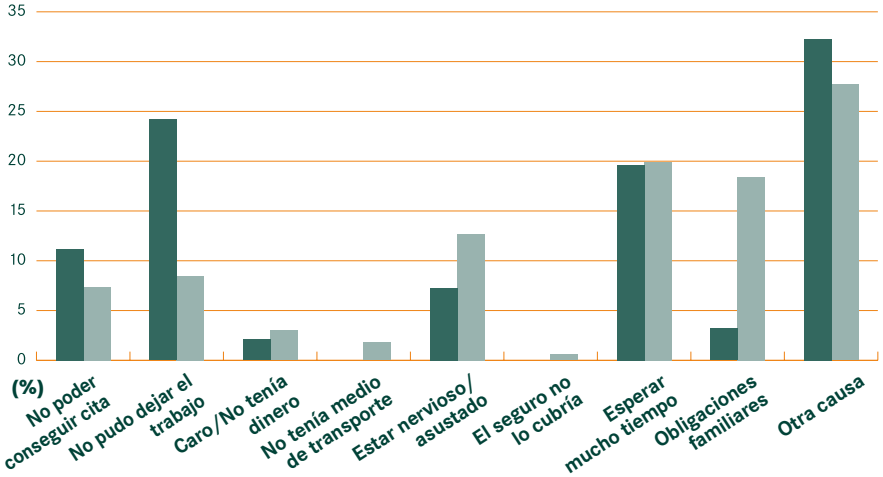


Figura 137. Causa principal de no asistencia. Población total.

Hombre
Mujer

Ingresos hospitalarios

Hospitalización el último año

Durante el año anterior a la entrevista el 8,1% de los hombres y el 11,7% de las mujeres había estado ingresada en un hospital, como mínimo una noche. El porcentaje de la población hospitalizada era más elevado en gente mayor, sobre todo, las mujeres (figura 138). En la mayoría de los casos (75,3%) los ingresos fueron en un hospital de la red sanitaria pública.

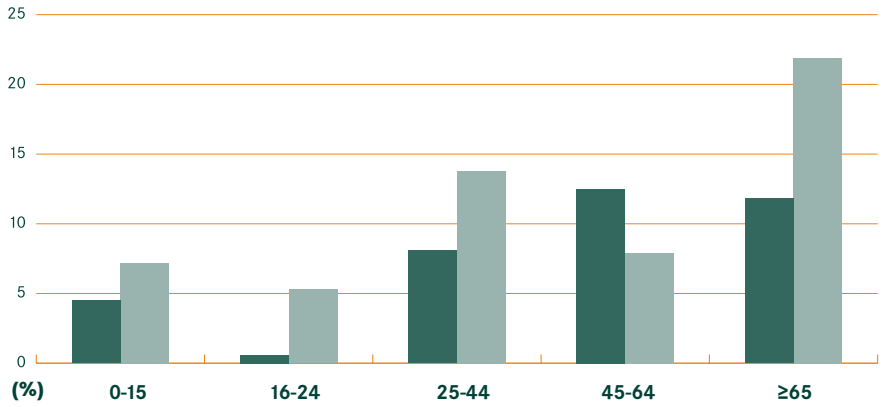


Figura 138. Ingreso hospitalario en el último año por edad y sexo (respuestas afirmativas).

Hombre
Mujer

Las personas de clase social IV y V ingresaban fundamentalmente en hospitales de la Seguridad Social. Las de clases más favorecidas en instituciones de mutuas o sociedades médicas privadas (tabla 23)

Tabla 23. Hospitalización según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población total

	Clase social		
	Clase I y II	Clase III	Clase IV y V
Seguridad social	57,5	68,7	84,6
Mutua obligatoria	14,0	2,1	0,8
Sociedad médica privada	28,5	29,1	14,6
Total	100	100	100

Por islas, un 83,3% de los residentes en las illes Pitiüses, utilizaron la Seguridad Social, los mallorquines lo hacían en un 75,5% y un 60,5% los menorquines.

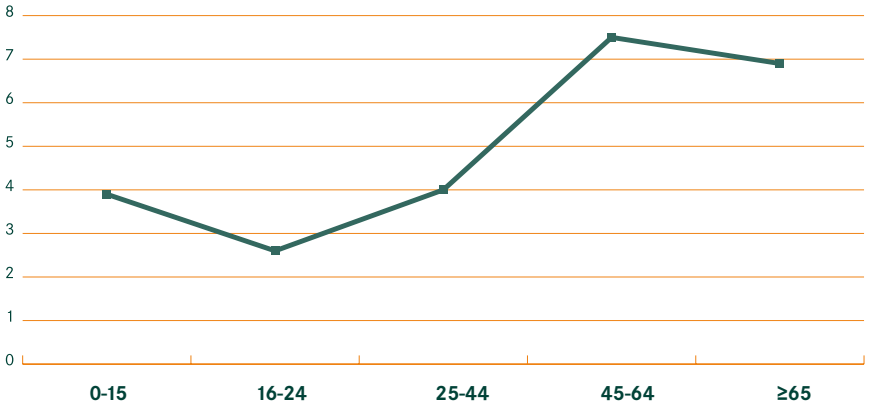
Entre los ingresados, el 78,1% ingresaron sólo una vez y el 14,6% dos; los hombres ingresaron con más frecuencia que las mujeres (27,3% frente del 18%).

Estancia media

La estancia media hospitalaria era de 5,5 días (6,4 días si eran hombres y 4,9 días si eran mujeres). En la isla de Mallorca la estancia media era más baja (5 días) que en Menorca (6,2 días) y en las illes Pitiüses (8,4 días).

La estancia media aumentaba con la edad, sobre todo a partir de los 25 años. El grupo de edad que presentaba una estancia media más elevada fue el de 45 a 64 años (figura 139).

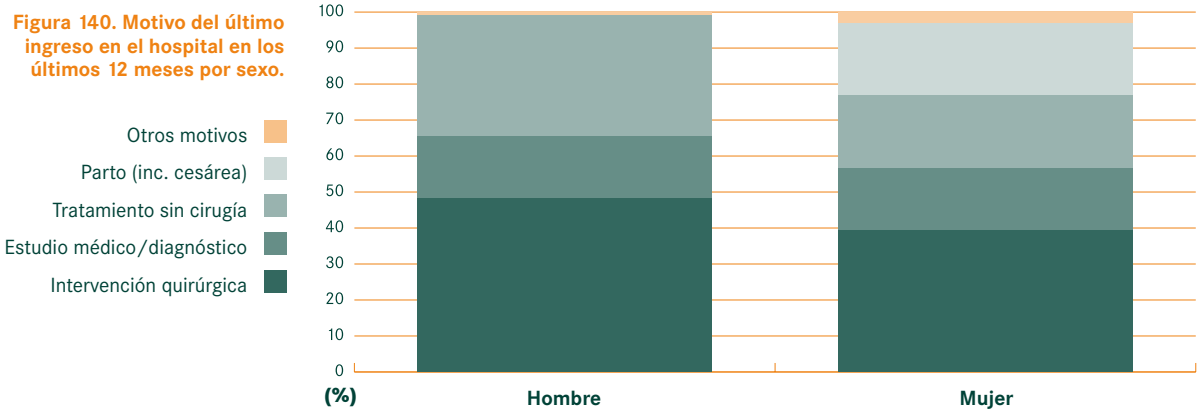
Figura 139. Media de días de ingreso en el hospital durante el último ingreso.



Motivo de ingreso

El 42,9% de los ingresos hospitalarios fueron motivados por una intervención quirúrgica (48,2% de los hombres y 39,2% de las mujeres) y en menor proporción (25,7%) por tratamiento médico (33,4% de los hombres y 20,3% de las mujeres) (figura 140).

Figura 140. Motivo del último ingreso en el hospital en los últimos 12 meses por sexo.



Las intervenciones quirúrgicas se incrementaban a partir de los 25 años. El estudio médico para diagnóstico era más frecuente en jóvenes y personas mayores (figura 141).

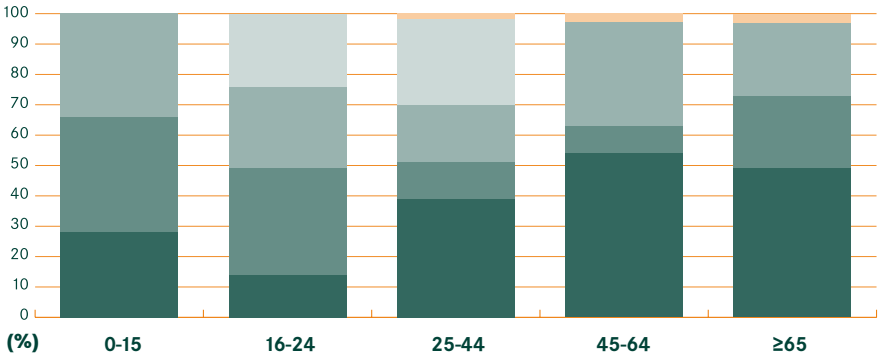


Figura 141. Motivo del último ingreso en el hospital del último año según la edad.

- Otros motivos
- Parto (inc. cesárea)
- Tratamiento médico sin cirugía
- Estudio médico/diagnóstico
- Intervención quirúrgica

Lista de espera

Un 20,2% de los ingresados estaban en lista de espera (23,4% de hombres y 17,3% de mujeres). El porcentaje de pacientes ingresados que estuvieron en lista de espera era menor entre los residentes en Mallorca (19,1%) que en Menorca (22,4%) y en las illes Pitiüses (26,2%).

Vía de ingreso

Más de la mitad de población ingresada fue a través de urgencias (60%). El resto (40%) lo hizo por ingreso ordinario. Los ingresos a través de urgencias eran más frecuentes entre la población más joven (figura 142).

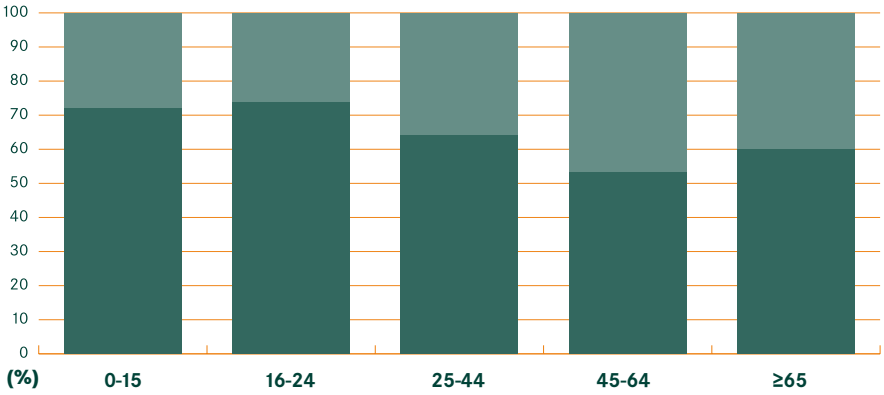


Figura 142. Forma de ingreso en el hospital la última vez en el último año según la edad.

- Ingreso ordinario
- A través de urgencias

Las personas de clases sociales menos favorecidas utilizaban con más frecuencia la vía urgente para ingresar en el hospital, al contrario de las de clases acomodadas que ingresaban más por vía ordinaria (figura 143).

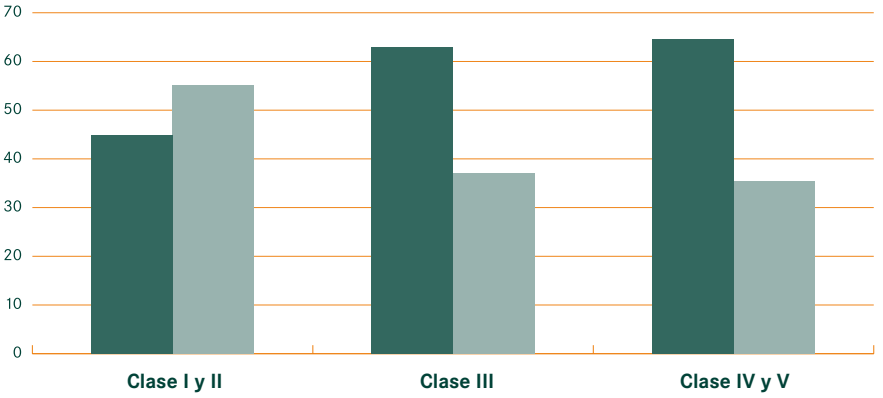


Figura 143. Forma de ingreso hospitalario la última vez el último año según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

- Urgente
- Ordinario

El ingreso en el hospital a través del servicio de urgencias era más frecuente en las illes Pitiüses (65,7%) y en Mallorca (59,9%) que en Menorca (50,8%).

Visitas al hospital de día

En el último año, un 4,5% de la población ingresó en un hospital de día. Entre los motivos, un 45,3% eran por una intervención quirúrgica, el 21,7% por un tratamiento y el 32,9% por otros motivos.

Visitas a urgencias

Frecuentación

En el último año, un 34,8% de la población había consultado un servicio de urgencias (36,1% de las mujeres y 33,5% de los hombres). La población infantil y las mujeres jóvenes (16-24) utilizaban más los servicios de urgencias que el resto de población (tabla 24).

Tabla 24. Utilización del servicio de urgencias los últimos doce meses según grupo de edad y sexo. Respuestas afirmativas (%)

	Edad					
	0-15	16-24	25-44	45-64	≥65	Total
Hombre	43,8	36,2	31,1	27,1	35,7	33,5
Mujer	43,9	51,2	34,4	30,1	30,4	36,1

Los residentes en las illes Pitiüses y en Mallorca utilizaban un servicio de urgencias con más frecuencia (34,8% y 35,3% respectivamente) que los residentes en Menorca (30,2%).

Número de visitas a urgencias el último año

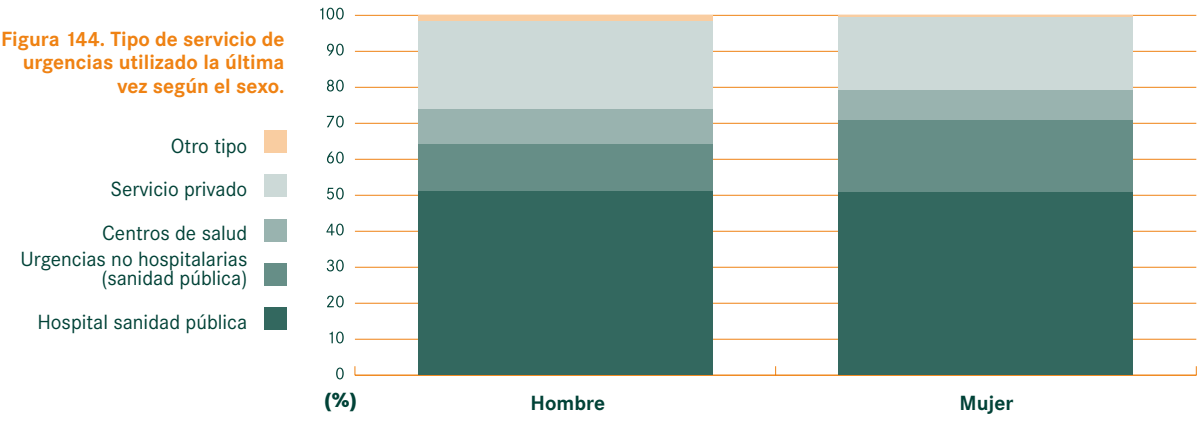
La mayoría de la población que utilizó el servicio de urgencias lo había hecho una vez (63,5% de hombres y 57,7% de mujeres) o dos (12,9% de hombres y 20,6% de mujeres). Un 22,6% lo habían hecho tres veces o más.

Lugar de la visita a urgencias el último año

La mayoría de población que había visitado urgencias el último año lo había hecho en un centro o en un servicio de urgencias (96,9%) y el 1,8% una unidad móvil. El 2,6% fue atendido en el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.), porcentaje que llegaba al 6,8% en personas mayores de 64 años.

Un 51,0% acudió al servicio de urgencias de un hospital público. Los hombres utilizaban más los servicios de urgencias privados que las mujeres y en cambio las mujeres los servicios de urgencia no hospitalarios de la sanidad pública (figura 144).

Figura 144. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según el sexo.



La utilización del servicio de urgencias del hospital público era más frecuente a partir de los 45 años. En cambio, en edades más jóvenes era más frecuente acudir a un servicio de urgencias no hospitalario de la sanidad pública y a centros de salud (figura 145).

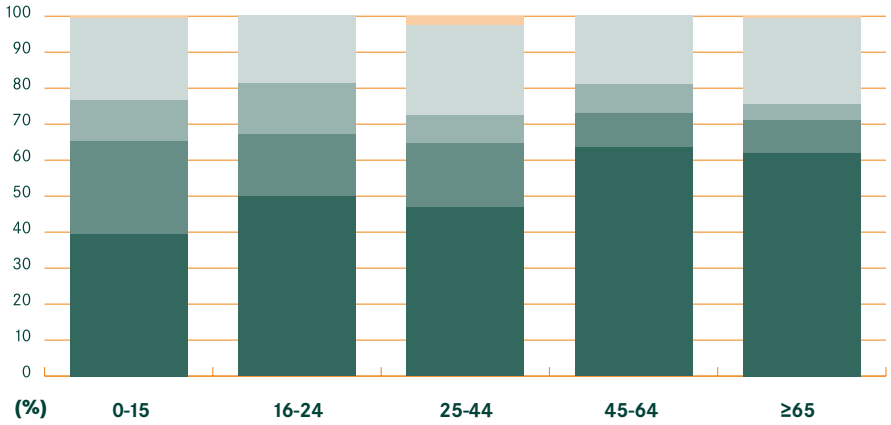


Figura 145. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según edad.

Otro tipo
Servicio privado
Centros de salud
Urgencias no hospitalarias (sanidad pública)
Hospital sanidad pública

Los residentes en las illes Pitiüses acudían con más frecuencia a un servicio de urgencias de un hospital público y a servicios de urgencias no hospitalarias de la sanidad pública. En cambio, el porcentaje de residentes de Mallorca y Menorca que acudía a un servicio de urgencias privado era más elevado (figura 146).

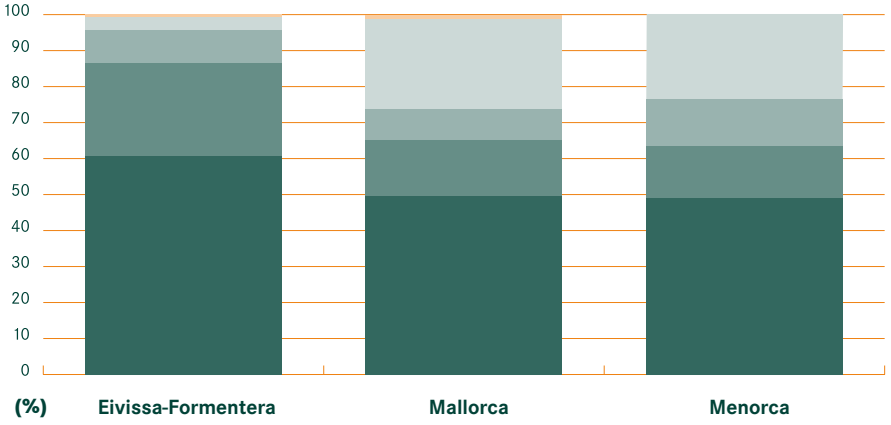


Figura 146. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según la isla. Población total.

Otro tipo
Servicio privado
Centros de salud
Urgencias no hospitalarias (sanidad pública)
Hospital sanidad pública

En las clases más favorecidas hay un elevado porcentaje de personas que utilizan el servicio privado (39,1%) porcentaje que disminuye a medida que las clases se vuelven menos favorecidas (figura 147).

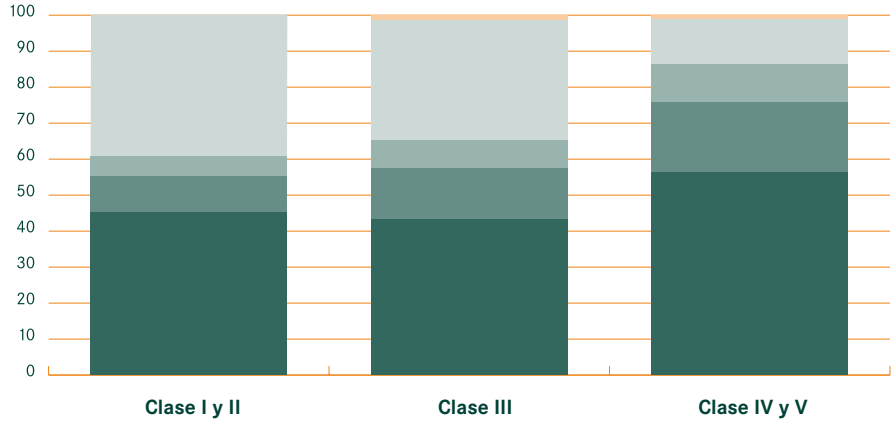


Figura 147. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según la clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.

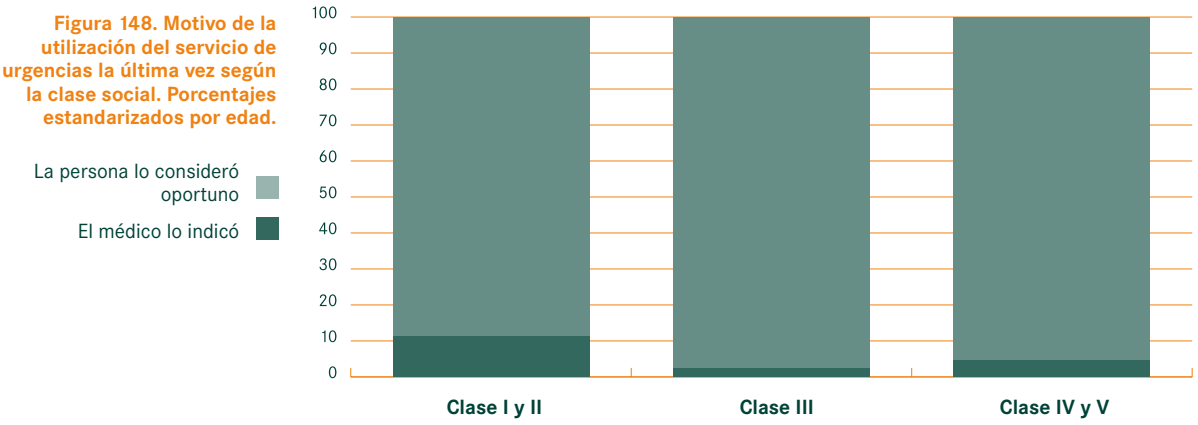
Otro tipo
Servicio privado
Centros de salud
Urgencias no hospitalarias (sanidad pública)
Hospital sanidad pública

Motivo de la visita a un servicio de urgencias

La mayoría de las personas que acudieron a un servicio de urgencias la última vez fue porque ellas mismas lo consideraron oportuno (94,8%) y un 5,2% por indicación del médico. El consejo del médico era un motivo alegado con más frecuencia entre personas mayores.

También había diferencias por clase social. El porcentaje de gente que acudía a un servicio de urgencias por indicación del médico era más elevado entre las personas de clase social alta (figura 148).

Figura 148. Motivo de la utilización del servicio de urgencias la última vez según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

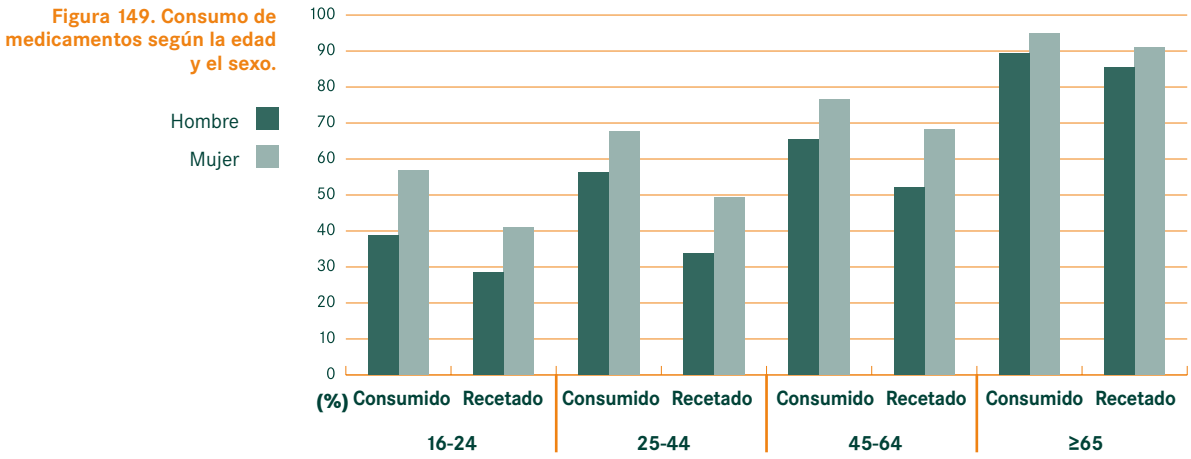


Consumo de medicamentos

El 67,5% de la población adulta había consumido algún medicamento en las últimas dos semanas antes de la entrevista. El consumo era más elevado entre las mujeres (73,7%) que entre los hombres (61,3%). Por otro lado, un 53,4% de la población había consumido medicamentos recetados por un médico, consumo también más elevado entre las mujeres (61,2%) que entre los hombres (45,6%).

El consumo de medicamentos aumentaba progresivamente con la edad y era superior en las mujeres de cualquier edad, aunque en las personas mayores tendía a igualarse (figura 149).

Figura 149. Consumo de medicamentos según la edad y el sexo.



Los medicamentos más consumidos eran para el dolor (32,8%). En la siguiente tabla se resumen en orden de frecuencia los medicamentos consumidos y los recetados por un médico. Las mayores diferencias se encuentran en los analgésicos y medicamentos para resfriados (tabla 25).

Tabla 25. Frecuencia de medicamentos consumidos y recetados. Población ≥ de 16 años (%)

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	(%)	MEDICAMENTOS RECETADOS	(%)
Dolor	32,8	**Dolor**	21,7
Tensión Arterial	12,9	**Tensión Arterial**	12,7
Tranquilizantes	12,2	**Tranquilizantes**	11,6
Resfriados, gripe...	9,7	**Resfriados, gripe...**	5,2
Vitaminas, minerales...	9,1	**Vitaminas, minerales...**	6,1
Digestivo	8,2	**Digestivo**	7,5
Antidepresivos	6,4	**Antidepresivos**	6,6
Hipolipemiantes	6,2	**Hipolipemiantes**	6,2
Corazón	5,3	**Corazón**	5,3
Reuma	4,5	**Reuma**	4,4
Antidiabéticos	4,0	**Antidiabéticos**	4,0
Alergia	3,7	**Alergia**	3,6
Antibióticos	3,1	**Antibióticos**	2,8
Antitérmicos	2,8	**Antitérmicos**	1,7
Anticonceptivos	2,7	**Anticonceptivos**	2,7
Laxantes	2,6	**Laxantes**	2,2
Hormonas menopausia	0,9	**Hormonas menopausia**	0,9
Diarrea	0,3	**Diarrea**	0,3
Adelgazantes	0,3	**Adelgazantes**	0,2
Otros	16,7	**Otros**	15,3

Un 5,4% de la población adulta había consumido productos naturistas y el 1,6% productos homeopáticos, consumo más elevado entre las mujeres en ambos tipos de productos (7,7% productos naturistas y 2,3% de productos homeopáticos). Para la mayoría de los medicamentos consumidos con más frecuencia, en general las mujeres hacen un uso superior (tabla 26).

Tabla 26. Frecuencia de medicamentos más consumidos según el sexo. Población ≥ 16 años (%)

	Hombre	Mujer
Dolor	26,8	38,7
Tensión arterial	11,8	14,0
Tranquilizantes	9,6	14,8
Resfriados, gripe...	10,1	9,3
Vitaminas, minerales ...	5,9	12,2

Se aprecia una mayor diferencia de consumo de medicamentos según la clase social entre aquellos que traten el dolor, los antidepresivos, los antihipertensivos y los anticonceptivos orales. A diferencia de los tres primeros, donde su consumo es inferior en las clases favorecidas, los anticonceptivos orales son menos consumidos en las clases desfavorecidas (figura 150).

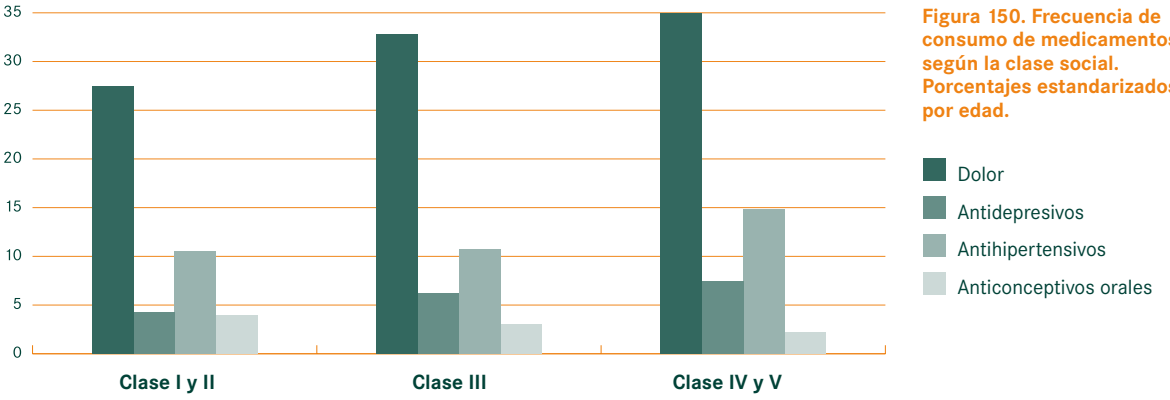
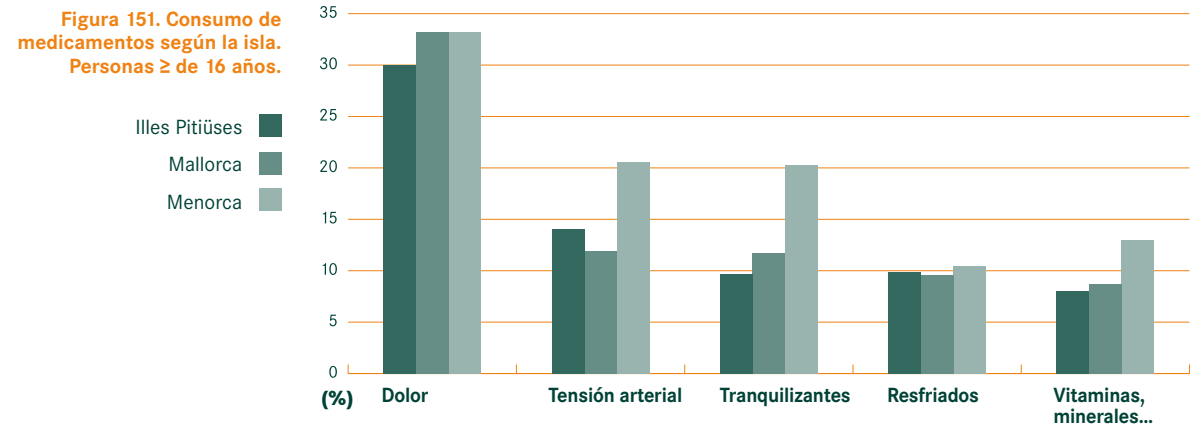


Figura 150. Frecuencia de consumo de medicamentos según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

Los residentes en Menorca consumían con más frecuencia medicamentos antihipertensivos, tranquilizantes, vitaminas y minerales (figura 151).

Figura 151. Consumo de medicamentos según la isla. Personas ≥ de 16 años.



Entre la población infantil, el 40,7% había consumido algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas antes de la entrevista y, al contrario de lo que sucedía en población adulta, el consumo era más elevado en niños (43,3%) que en niñas (38%). La prevalencia de consumo de medicamentos recetados por el médico era inferior (31,6%).

Los medicamentos para resfriados eran los más consumidos (16,9%). En la tabla siguiente se resume por orden de frecuencia el consumo de los medicamentos y los medicamentos recetados por el médico. Las diferencias entre medicamentos consumidos y recetados son muy pequeñas (tabla 27).

Tabla 27. Frecuencia de medicamentos consumidos y recetados. Población ≤ de 15 años (%)

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	(%)
Resfriados, gripe...	16,9
Dolor	11,9
Antitérmicos	11,5
Alergia	4,7
Antibióticos	4,6
Vitaminas, minerales...	4,2
Asma	3,5
Vómitos	0,9
Tranquilizantes	0,7
Laxantes	0,7
Antidiabéticos	0,6
Diarrea	0,4
Otros	5,4

MEDICAMENTOS RECETADOS	(%)
Resfriados, gripe...	13,8
Antitérmicos	8,3
Dolor	8,0
Alergia	4,7
Antibióticos	4,4
Asma	3,5
Vitaminas, minerales...	2,4
Vómitos	0,7
Tranquilizantes	0,7
Laxantes	0,7
Antidiabéticos	0,6
Diarrea	0,4
Otros	5,3

Introducción

Metodología

Entorno económico, social y físico

Estado de salud

Estilos de vida

Prácticas preventivas

Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones
Bibliografía
Anexos

Índice figuras
Índice tablas

En este capítulo:

- **Conclusiones**
- **Bibliografía**
- **Anexos**
  - Perspectiva de género
  - Desigualdades sociales
  - ESIB 2001-2007
  - Listado de patologías
- **Índice figuras**
  - Entorno económico, social y físico
  - Estado de salud
  - Estilos de vida
  - Prácticas preventivas
  - Utilización de servicios sanitarios
- **Índice tablas**
  - Entorno económico, social y físico
  - Estilos de vida
  - Prácticas preventivas
  - Utilización de servicios sanitarios

Conclusiones

Las encuestas, los diagnósticos, los planes estratégicos de salud tienen un nexo de causalidad con un objetivo común: la acción. Nos dirán donde hemos de actuar para mejorar las áreas con carencias y nos ayudarán a saber y a mantener lo que ya hemos alcanzado. Es un espejo que refleja lo que tenemos. ¿Y qué tenemos?

Buena salud. La Encuesta de Salud del 2007 nos dice que la mayoría de la población siente que tenía buena o muy buena salud, sobre todo los hombres. Ahora bien, los que se quejaban lo hacían sobre todo por problemas de tipo crónico relacionados con el aparato locomotor y circulatorio. A pesar de esta buena primera impresión, queremos destacar el alto porcentaje de gente con riesgo de padecer un trastorno mental en la población adulta, riesgo más elevado en mujeres y clases sociales desfavorecidas. Al contrario, en relación a la población infantil, su calidad de vida era mejor que la media europea.

La muy elevada esperanza de vida en nuestras islas, en constante aumento, ha hecho que haya un aumento de personas con limitaciones funcionales sobre todo de tipo físico, a pesar de todo, la mayoría tenía autonomía funcional para sus cuidados personales, tareas domésticas y el movimiento.

En cuanto a los estilos de vida cabe destacar que hay mucho por mejorar. Nos encontramos delante una población sedentaria durante su jornada laboral. La actividad física era reducida prácticamente al tiempo de ocio y, además, la mitad declaraba que no le dedicaba el tiempo deseado por falta de tiempo. Este porcentaje baja en la población infantil donde sólo una cuarta parte hacía algún deporte o actividad física varias veces a la semana. Lo que contrastaba de manera llamativa con el tiempo que dedicaban a ver la televisión y a los videojuegos de forma cotidiana.

Por lo que respecta a los hábitos alimentarios, la gran mayoría de la población infantil y adulta desayunaban por la mañana. Más de la mitad de la población adulta consumía frutas y verduras diariamente, hábito que aumentaba con la edad pero disminuía de manera preocupante en la población infantil, la cual cosa justifica que se habría de mejorar este hábito, sobre todo en población infantil. Además, hemos de adjuntar un gran consumo de comidas dulces, refrescos y aperitivos, tanto en niños como en personas adultas. Estos hábitos alimentarios paradójicos se reflejan en la mitad de la población que presenta un exceso de peso con todas las consecuencias que eso comporta. Estos porcentajes se incrementaban entre las clases sociales desfavorecidas y con la edad. Por último, también se habría de conseguir aumentar el porcentaje de niños amamantados por sus madres durante los seis primeros meses de su vida.

Los resultados de la encuesta nos permiten comenzar a ser optimistas con el hábito del tabaco y no tanto con el alcohol. El 70% de la población se declaraba no fumadora y tan importante como eso es que la mitad de este gran grupo declaraba no haber fumado nunca. Otro elevado porcentaje manifestaba haber dejado el hábito. Además la mitad de los fumadores declaraba no fumar nunca en el hogar delante los hijos. No obstante, hemos de continuar esforzándonos en conseguir resultados en mujeres jóvenes y población desfavorecida. Al contrario que el tabaco, el alcohol es un hábito muy arraigado en las Illes: el 74% de la población mayor de 15 años declaraba haber consumido alcohol el año anterior a la entrevista. Y de éste porcentaje más de la mitad lo hace de manera habitual.

En los datos relacionados con las actividades preventivas los resultados son optimistas. Es de destacar el alto porcentaje de población vacunada de la gripe el año en que se hicieron esfuerzos de sensibilización de la población y de los profesionales a causa de la alarma que existía de la gripe aviaria. Los resultados también nos indican que los programas preventivos se están realizando sobre la mayoría de la población de riesgo, pero desgraciadamente, aún se deben hacer esfuerzos en conseguir que las mujeres de clase social desfavorecida se hagan mamografías y citologías preventivas. En cuanto a la seguridad vial también podemos asegurar que la mayoría de la población hacía uso del cinturón de seguridad, tanto en ciudad como en carretera, así como el uso del casco en motoristas, aunque se habrían de hacer esfuerzos en promover el uso del casco en motoristas jóvenes y en ciclistas, sobre todo porque la accidentabilidad en las Illes Balears ocurre principalmente entre los hombres jóvenes y a causa de los accidentes de tránsito.

Si hablamos de la utilización de los servicios sanitarios cabe destacar que la tercera parte de la población de las Illes Balears tenía un contrato con un seguro privado, hecho predominante en las clases altas. La mayor demanda era para el médico de familia, cosa que nos dio indicios de la valoración positiva que la población tiene de la Atención Primaria. Al contrario, la mayor demanda en la medicina privada era para el especialista y por el pediatra. De todas formas, cabe destacar que la mayor demanda estaba relacionada con las edades avanzadas, y con la clase social; a medida que bajamos en la escala social la demanda también aumenta. Los tiempos de espera para el médico de familia también se movían dentro de unos márgenes muy aceptables, no así para los especialistas.

Los ingresos hospitalarios eran mayoritariamente en los hospitales públicos, sobre todo las clases desfavorecidas, mientras que más de la mitad de las clases acomodadas lo hacían en los hospitales privados. La utilización de los servicios de urgencias hospitalarias continuaba distorsionada y distorsionando las instituciones públicas; la mayoría acudía directamente a los servicios de urgencias por iniciativa propia, sin consultar a ningún médico.

El consumo de medicamentos reflejaba lo que afirmábamos al principio, la mayoría de los medicamentos consumidos respondía a las necesidades de una población básicamente sana: antiálgicos, antigripales... al mismo tiempo que confirmaban lo anunciado al principio, el alto porcentaje de personas en riesgo de padecer un trastorno mental se traducía en el gran consumo que se hacía de tranquilizantes y antidepresivos.

En relación al entorno social se puede observar que aún existe una parte importante de la población que sólo llega a alcanzar unos niveles de estudios primarios y, en cuanto a los salarios, los más bajos repercuten en las mujeres y en la población de más edad.

En el momento de la encuesta (2006-07) el índice de paro era muy bajo y la mitad de los que trabajaban lo hacían con contrato indefinido. Los contratos temporales recaen fundamentalmente entre los jóvenes y las mujeres. Tanto la satisfacción con el trabajo como el nivel de estrés aumentan con la edad y en las clases sociales favorecidas.

Cabe señalar que si el motivo de dejar de trabajar mayoritariamente es por la jubilación, entre las mujeres tiene un peso importante el hecho de tener que dedicarse exclusivamente a la familia o simplemente porque les resulta incompatible armonizar familia y trabajo.

En el trabajo no remunerado, como las tareas del hogar o cuidar de otras personas, el peso fundamental estaba a cargo de las mujeres. El tener una persona remunerada para ayudar es un hecho mucho más común entre las clases favorecidas que en las desfavorecidas.

La gran mayoría de la población percibía una gran ayuda social. La percepción de poca ayuda estaba íntimamente relacionada en tener una dinámica familiar grave, una mala percepción de la salud o un riesgo de mala salud mental.

Un porcentaje muy bajo de la población se sentía discriminada. Creemos importante destacar que nadie se ha sentido discriminado a la hora de recibir asistencia sanitaria. Lo mismo se puede decir del maltrato o de la agresión. Señalar que en la población infantil juvenil el lugar de agresión o maltrato era la escuela, y que en la pareja el objeto de la agresión más frecuentemente es la mujer.

En relación al entorno físico, los ciudadanos se quejaban básicamente de la mala calidad del agua potable y la falta de zonas verdes.

Para acabar, constatar dos hechos y una paradoja. Los hechos: prácticamente todos los indicadores de riesgo el porcentaje de población en peligro corresponde a las mujeres y a las clases sociales más desfavorecidas. La paradoja: en todas las clases sociales consideradas, las mujeres viven más que los hombres aunque con una peor calidad de vida.

Bibliografía

1. Institut d'Estadística de les Illes Balears. Demografia. Revisió del padró a l'any 2006. [web en línea] Palma-Mallorca: Institut d'Estadística de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears; 2009. Disponible en: http://www.caib.es/ibae/demo/pob/2006/menu.htm [acceso 30 abril 2009].

2. Ministerio de Salud y Consumo (MSC). Estadísticas Sanitarias. Encuesta Nacional de Salud España 2006. Metodología. [web en línea]. Madrid : MSC; 2009. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/metodENS2006.pdf [acceso 30 abril 2009].

3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población. Estimaciones y proyecciones. [web en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009. Disponible en http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm [acceso 30 abril 2009].

4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Clasificaciones nacionales. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). [web en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009. Disponible en http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcno94%2F&file=inebase&L=0 [acceso 30 abril 2009].

5. Bellon Saameno JA, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria. 1996 Sep 15; 18(4): 153-6, 158-63.

6. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria 1996; 18(6): 289-96.

7. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. Arch Neurobiol 1979; 42: 139-58.

8. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry 2000; 177: 534-39.

9. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gac Sanit. 2005; 19(2): 91-2.

10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal Km, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal 2000; 320: 1-6.

11. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 [web en línea] Naciones Unidas. Nueva York, 1996. Disponible en http://www.uneca.org/daweca/Documents/Beijing%20Declaration%20&%20Platform%20for%20Action%20SPANISH.pdf [acceso 06 julio 2009].

12. Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar [web en línea] OMS-MSC-Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Madrid, España, 14 de septiembre de 2001. Disponible en http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf [acceso 06 juliol 2009]

13. World Health Organization. Social determinants of health. The solid facts. Second edition [web en línea] World Health Organization (WHO). Richard Wilkinson and Michael Marmot. Copenhagen, 2003. Disponible en http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF [acceso 06 julio 2009]

14. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [web en línea] Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2008. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf. [acceso 06 julio 2009]

Perspectiva de Género

La OMS, a partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, que tuvo lugar en Pekín el año 1995[11], consideró marcar como prioridad reducir las desigualdades de género en todos los ámbitos y en particular las desigualdades de género dentro el ámbito de la salud. España como estado miembro firmó los acuerdos e incluyó el género como un determinante de salud.

Entre estos acuerdos hay la Declaración de Madrid, firmada por 28 países europeos el 14 de septiembre del 2001[12]. En esta Declaración se manifiesta la necesidad de tirar adelante con los compromisos internacionales y ponerlos en marcha a partir de las premisas siguientes:

A.- Mujeres y hombres tienen el mismo derecho a la salud. Para conseguirlo es imprescindible que las políticas sanitarias reconozcan las diferencias biológicas y de papel social que determina el género para constatar que esta diferencia implica diferentes necesidades, diferentes obstáculos a superar y diferentes oportunidades.

B.- El género es uno de los determinantes del estado de salud equitativo. Las diferencias biológicas y sociales que representan en diferentes contextos las mujeres y los hombres hacen que la valoración entre unos y los otros también sea divergente. Generalmente, el papel social de los hombres ha estado valorado más positivamente. Eso ha entrañado el predominio de los hombres dentro las áreas de poder y de decisión social y política, y por tanto en el reparto de los recursos económicos destinados a la salud. Las consecuencias han sido la creación de situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios y en los frutos en la propia salud que comporta esta perspectiva distorsionada.

La interiorización de estos nuevos valores hace que no sólo no sea razonable sino que ni tan sólo es científicamente honesto hacer cualquier estudio sobre salud, sea estratégico o de análisis de situación de la población como es esta encuesta sin referirnos a la perspectiva de género.

Este resumen que presentamos es un ejemplo perfecto de las palabras que preceden. Si miramos la morbilidad o los problemas de salud específicos, las diferencias son ostentosas, la mujer es sujeto de muchos más sufrimientos que el hombre. En cambio, los estilos de vida, por lo que respecta a los hábitos, los de la mujer son más saludables. Cabe destacar que esta tendencia al comportamiento prudente que manifiesta la mujer, en general, cambia en los grupos de mujeres más jóvenes. También llama la atención el mejor cumplimiento de las prácticas preventivas por parte de la mujer.

SOCIODEMOGRAFÍA Y PROFESIÓN	INDICADOR		
Nacionalidad	Población con nacionalidad extranjera (%)	11,2	14,6
Nivel de estudios	Población sin estudios y analfabeta (%)	12,1	7,0
Nivel de ingresos	Porcentaje de población con ingresos bajos (hasta 900) (%)	15,5	11,0
Clase social	Población de clase social alta (%)	13,0	20,9
Situación laboral	Población con un trabajo remunerado (%)	52,2	71,0
	Población jubilada que no recibe ninguna pensión contributiva (%)	9,2	3,6
	Población que cesó su actividad laboral por tenerse que dedicar exclusivamente a la familia (%)	21,5	0,0
	Población que cesó su actividad laboral por la incompatibilidad con la familia y el trabajo (%)	9,5	0,6
Situación contractual	Población con contrato temporal/sin contrato o con contrato verbal (%) Población con contrato verbal	28,8 0,7	18,1 4,3
Trabajo no remunerado Tareas del hogar	Población responsable principal de las tareas del hogar (%) Media en horas dedicadas a esta tarea entre semana Media en horas dedicadas a esta tarea durante el fin de semana	50,0 3,6 5,6	10,0 2,1 3,6
Cuidado de otras personas	Población responsable principal de los menores (%)	42,2	4,2
	Media en horas dedicadas a esta tarea entre semana y durante el fin de semana	7,7/11,3	4,7/7,9
	Población responsable principal de las personas mayores (%)	38,8	22,0
	Población responsable principal de las personas con discapacidades o limitaciones (%)	46,6	11,0
	Media en horas dedicadas al cuidado de personas con discapacidad entre semana y durante el fin de semana	8,4/7,9	4,6/5,4
Ayuda social percibida	Población con percepción de baja ayuda social (%)	4,0	2,9
Discriminación	Población con sentimiento de discriminación (%) Población con sentimiento de discriminación por razón de sexo (%)	9,4 34,3	6,4 0,0
Agresión o maltrato	Población adulta que ha padecido una agresión (%) Población joven (16-24 años) que ha padecido una agresión (%) Población maltratada por la pareja (%)	2,6 1,6 28,8	4,1 9,3 2,7

ESTADO DE SALUD	INDICADOR		
Percepción de salud	Población con una buena percepción del su estado de salud (%)	71,2	77,4
Morbilidad	Población que ha padecido uno o más problemas de salud crónicos en el último año (%)	78,2	58,7
Problemas de salud específicos	Prevalencia de: (%)		
	Dolor de espalda lumbar	27,5	15,6
	Dolor de espalda cervical	29,8	13,2
	Artritis, artrosis y reumatismo	25,0	12,4
	HTA	17,3	14,1
	Problemas de depresión / ansiedad	21,8	11,8
	Migrañas	21,2	5,4
	Alergia crónica	14,4	7,6
	Varios	22,4	5,7
	Osteoporosis	7,3	0,8
	Anemia	8,4	0,4
Riesgo de padecimiento psicológico	Población con probabilidad de padecer un trastorno mental (%)	31,5	18,8
Limitaciones de las actividades de la vida diaria en personas mayores	Población mayor con limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria (%)	54,6	36,6
	Población mayor con autonomía funcional (%):		
	Cuidados personales	52,0	72,6
	Tareas domésticas	50,0	66,3
	Movilidad	53,5	76,0
Lesiones por accidente	Población joven (16-24) que padecen lesiones por accidente (%)	6,4	17,5

ESTILOS DE VIDA	INDICADOR	♀	♂
Hábito tabáquico	Población fumadora (%)	20,3	33,7
	Población joven (16-24) fumadora (%)	38,6	21,5
	Población que fuma más de 20 cigarrillos/día (%)	8,8	21,2
	Población que fuma más que hace dos años (%)	27,2	20,8
Consumo de alcohol	Población consumidora de alcohol (%)	66,5	81,7
	Población con consumo moderado de alcohol (%)	32,9	56,3
	Población con consumo de riesgo de alcohol (%)	5,2	7,0
Actividad física en el trabajo	Población que realiza actividades con esfuerzo físico durante su jornada laboral (%)	1,3	18,3
Actividad física en el tiempo libre	Población joven (16-24 años) que realiza actividad física en tiempo libre (%)	54,3	76,9
	Población que no hace todo el ejercicio físico deseado (%)	57,3	51,3
Actividad en el tiempo libre población infantil	Población infantil que no practica ninguna actividad física en tiempo libre (%)	16,7	6,6
	Población que mira la televisión diariamente una hora o más tiempo de lunes a viernes, y los fines de semana (%)	71,1/74,5	76,1/79,7
	Población infantil que juegan con videojuegos (%)	36,5	52,1
Hábitos alimentarios	Prevalencia de consumo diario de frutas entre población adulta (%) Prevalencia de consumo de verduras y hortalizas entre población adulta (%)	71,8 62,0	61,6 41,4
Peso corporal	Prevalencia de sobrepeso en población adulta (%)	28,6	42,5
Realización de dietas	Población adulta que hace alguna dieta o régimen especial (%)	18,3	11,8
Horas de sueño	Población adulta que manifiesta no dormir el número de horas necesarias para descansar suficientemente (%)	26,9	17,6
	Población adulta con dificultades para dormirse (%)	43,2	31,2
	Población adulta que se despierta varias veces por la noche (%)	67,4	47,7

PRÁCTICAS PREVENTIVAS	INDICADOR	♀	♂
Vacunación de la gripe	Población mayor de 65 años que se había vacunado en la última campaña (%)	76,0	74,2
Control de la TA	Población que se había medido la tensión arterial durante el último año (%)	76,6	70,6
Control del colesterol	Población que se había medido el colesterol (%)	84,5	82,6
Mamografías	Realización de mamografías en mujeres de edad ≥ 16 años (%) Realización de mamografías en mujeres de edad entre 50 y 64 años (%)	43,0 90,0	- -
Citologías	Realización de citologías en mujeres de edad ≥16 años (%) Realización de citologías en mujeres de edad entre 25 y 64 años (%)	73,5 90,0	- -
Seguridad vial	Población que no utilizaba el casco para ir en bicicleta en: (%) Ciudad Carretera Población que utilizaba siempre o casi siempre el cinturón de seguridad en: (%) Ciudad Carretera	 86,3 78,6 97,1 99,2	 68,4 59,2 96,6 97,1

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	INDICADOR		
Cobertura sanitaria	Población con un seguro sanitario privado (%)	26,8	31,3
	Población con seguro sanitario privado y público simultáneamente	25,6	29,6
Visitas a profesionales sanitarios las últimas 4 semanas	Frecuentación a profesionales sanitarios las últimas 4 semanas (%)	42,9	31,2
Adscripción del profesional visitado en las últimas 4 semanas	Población que había visitado un profesional de la sanidad pública (%)	79,7	71,8
	Población que había visitado un profesional de la sanidad privada (%)	19,2	26,4
Realización de pruebas no urgentes	Población que se ha realizado una prueba no urgente (%)	18,9	12,5
Visitas a profesionales sanitarios el último año	Frecuentación a profesionales sanitarios el último año (%)	90,3	76,7
Visitas al dentista	Frecuentación al dentista el último año (%)	49,8	42,5
Demora en la atención	Menos de un mes desde estar enfermo hasta que se pidió cita (%)	79,2	82,5
	Menos de un mes desde que pidió cita hasta que fue atendido (%)	88,7	87,5
	Menos de un día desde que pidió cita hasta que fue atendido (%)	31,6	39,6
Necesidad de asistencia médica no recibida	Población mayor de 65 años que necesitó asistencia médica y no la recibieron (%)	6,5	1,1
	Población mayor que necesitaron asistencia médica y no la recibieron por no poder dejar el trabajo (%)	8,5	24,2
	Población que necesitaron asistencia médica y no la recibieron por obligaciones familiares (%)	18,4	3,2
Hospitalización durante el último año	Población hospitalizada como mínimo una noche (%)	11,7	8,1
	Población mayor de 65 años hospitalizada (%)	21,9	11,8
	Días de estancia media hospitalaria	4,9	6,4
Lista de espera hospitalaria	Población en lista de espera por un ingreso hospitalario (%)	17,3	23,4
	Media de meses de espera por ingreso	4,8	6,3
Servicio de urgencias	Población que había utilizado el servicio de urgencias privado la última vez en los últimos 12 meses (%)	20,6	24,2
	Población que había utilizado servicios de urgencia no hospitalarios de la sanidad pública la última vez en los últimos 12 meses (%)	20,0	13,1
Consumo de medicamentos	Prevalencia de consumo de medicamentos (%)	73,7	61,3
	Prevalencia de consumo de medicamentos recetados por el médico (%)	61,2	45,6

Desigualdades sociales

El considerado padre fundador de la salud pública como ciencia social, Edwin Chadwick, publicó ya hace más de un siglo y medio, en el 1842, el " General Report of the Labouring Population of Great Britain" donde constata la importancia de la clase social como determinante de salud. Nos dice que en el Liverpool de aquellos momentos la esperanza de vida de la aristocracia y de los profesionales liberales era de 35 años, mientras que la de los trabajadores manuales y los criados era de 15 años. Los motivos que daba para cambiar las condiciones de vida no eran de tipo ideológico ni doctrinal, sino, como buen anglosajón, de tipo pragmático: ayudaría a ahorrar dinero público.

Si Chadwick hablaba como científico social, Virchow, en el Berlín de la Unificación Alemana a finales del siglo XIX hablaba como médico. Para Virchow, considerado uno de los padres fundadores de la medicina moderna y el padre fundador de la anatomía patológica, para mejorar el estado de salud de la población era tan importante el trabajo de laboratorio como cambiar las condiciones ambientales, como de vida.

Con esta pequeña introducción queremos señalar que para una gran parte de la comunidad científica ha sido siempre claro que la clase social es un importante determinante del estado de salud. Será el 2003 cuando definitivamente la OMS publica "Los hechos probados[13]" donde con una acaparadora ayuda científica establece los 10 hechos irrefutables que determinan el estado de salud y donde la clase social aparece como un hecho determinante en todos estos. El 2008 la misma OMS publica ya un programa de acción, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud[14]", donde vuelve a insistir en el hecho de la clase social como un determinante clave del estado de salud.

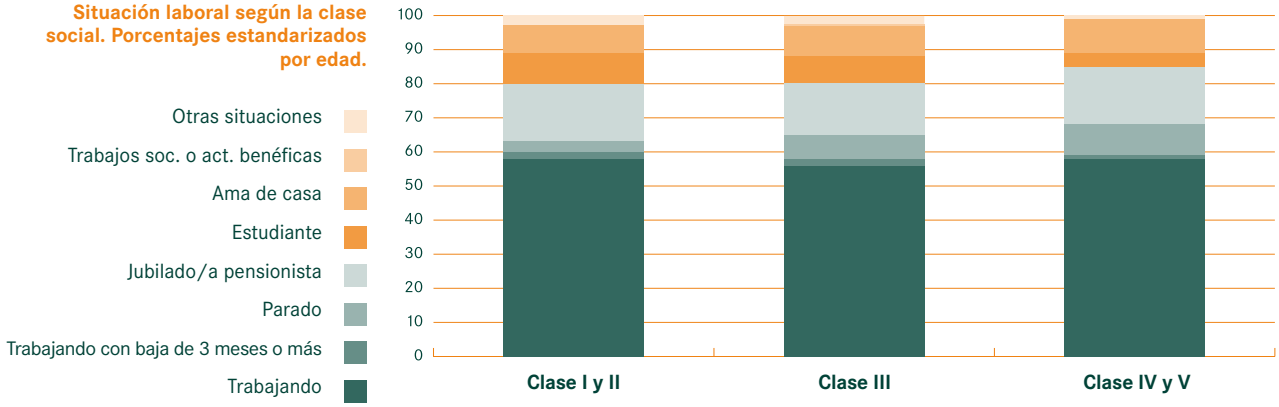
El capítulo de nuestra encuesta no hace nada más que confirmar lo que se ha dicho hasta ahora. Tanto en percepción de la salud, trastornos crónicos, trastornos mentales, restricción de la actividad física..., es decir, dentro de todos los parámetros del estado de salud, las clases sociales desfavorecidas llevaban la peor parte. Si consideramos los estilos de vida: hábito tabáquico, actividad física de ocio, hábitos alimentarios..., constatamos lo mismo, la báscula del riesgo elevado cae del lado de las mismas clases, las desfavorecidas. Lo mismo acontece en la utilización de los servicios sanitarios.

Entorno social

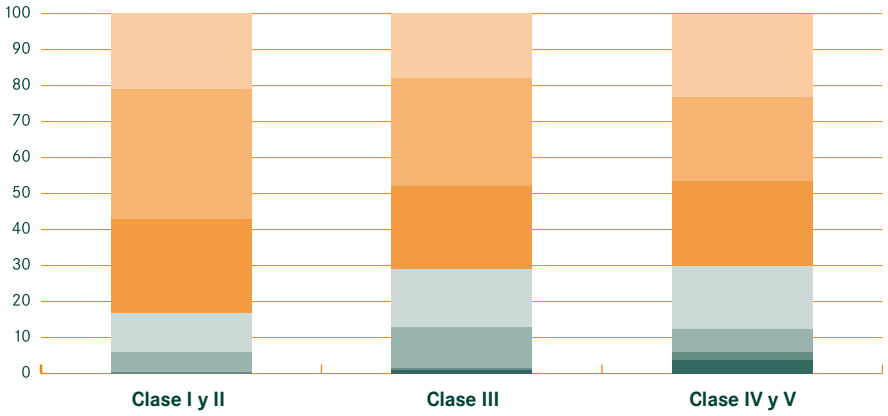
Situación laboral

Entre las personas de clases sociales más acomodadas había una menor proporción de personas en el paro y una mayor proporción de estudiantes.

Situación laboral según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

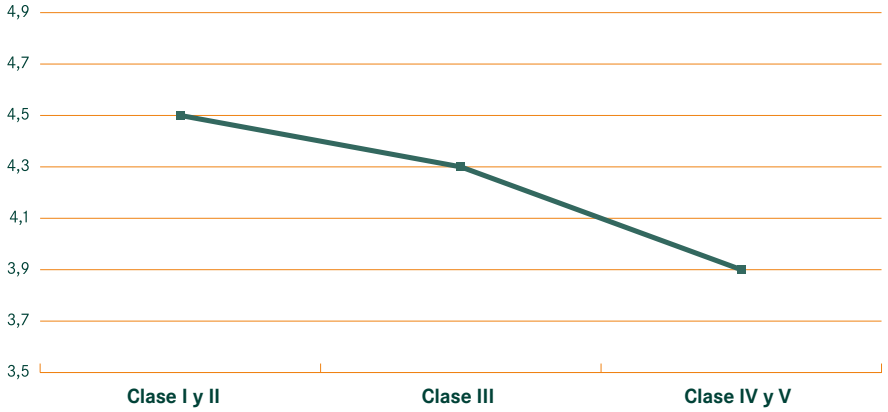


El porcentaje de personas no satisfechas con su trabajo era prácticamente inexistente en las clases I y II, porcentaje que aumentaba entre las clases sociales *más* desfavorecidas.



Satisfacción en el trabajo por clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.

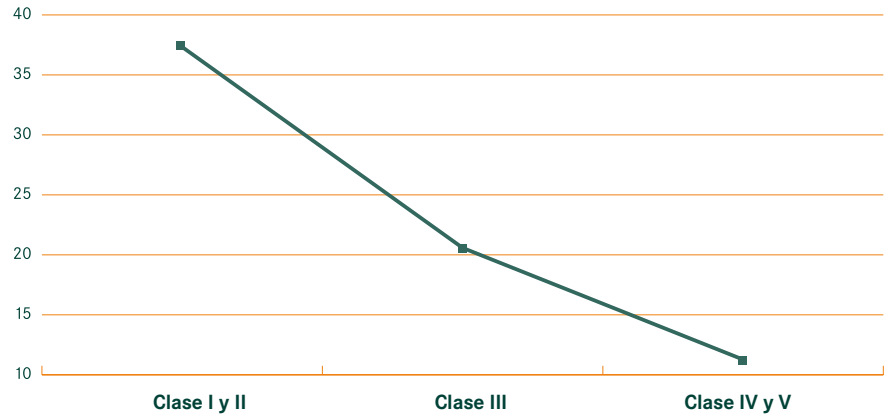
El nivel de estrés era más elevado entre las clases sociales acomodadas.



Estrés laboral según la clase socioeconómica (media). Porcentajes estandarizados por edad.

Trabajo no remunerado

El servicio externo remunerado para realizar las diferentes tareas domésticas era superior entre los residentes de clase I y II.



Hogares que disponen de una persona remunerada per realizar las labores del hogar según la clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.

En las clases sociales más desfavorecidas, el porcentaje de personas que tenían cuidado de personas con discapacidad o limitaciones era superior que en las otras clases.

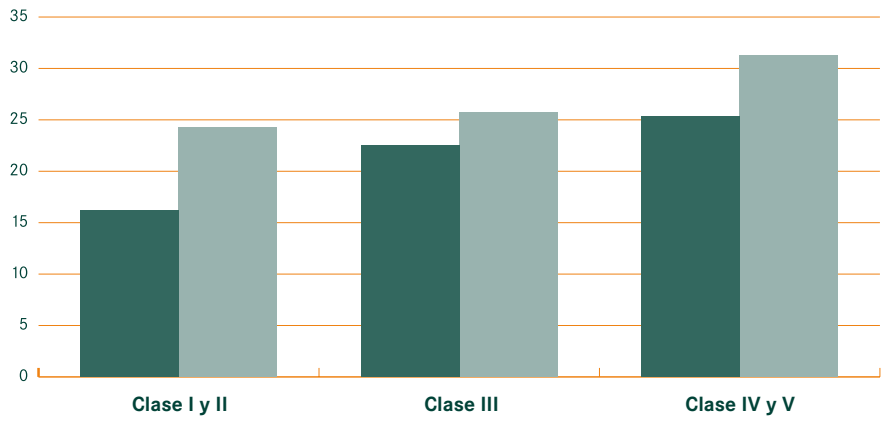
Cuidar a personas con discapacidad según la clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.

Estado de salud

Autopercepción de la salud

Las personas de clases sociales más desfavorecidas percibían un estado de salud peor, sobre todo, las mujeres.

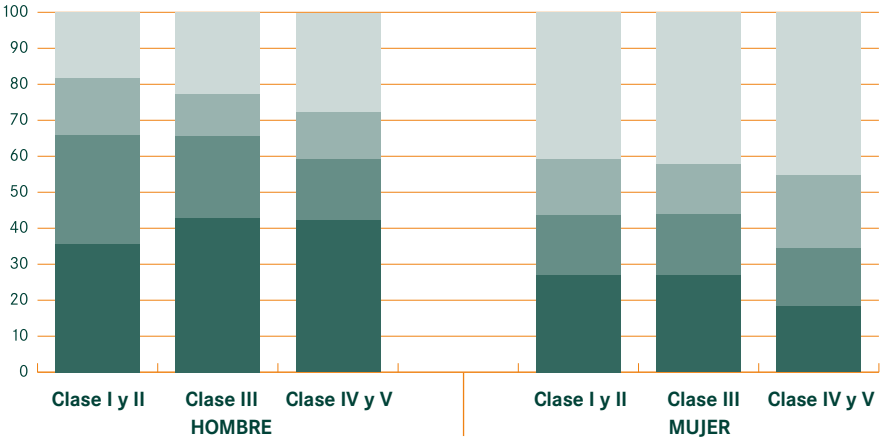
Percepción del estado de salud como regular y mala según clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.



Trastornos crónicos

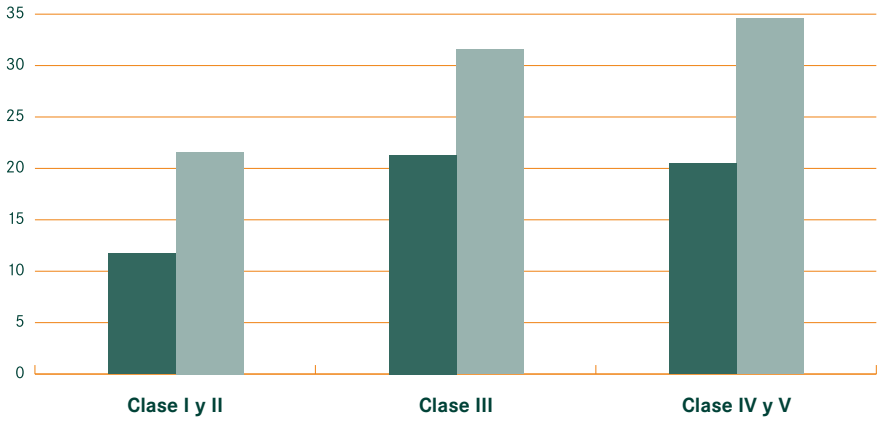
Las personas de clases sociales más desfavorecidas padecían más trastornos crónicos que las clases acomodadas.

Número de trastornos crónicos según clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.



Salud mental

La probabilidad de padecer un trastorno mental era más frecuente entre las clases sociales desfavorecidas, sobre todo entre las mujeres.

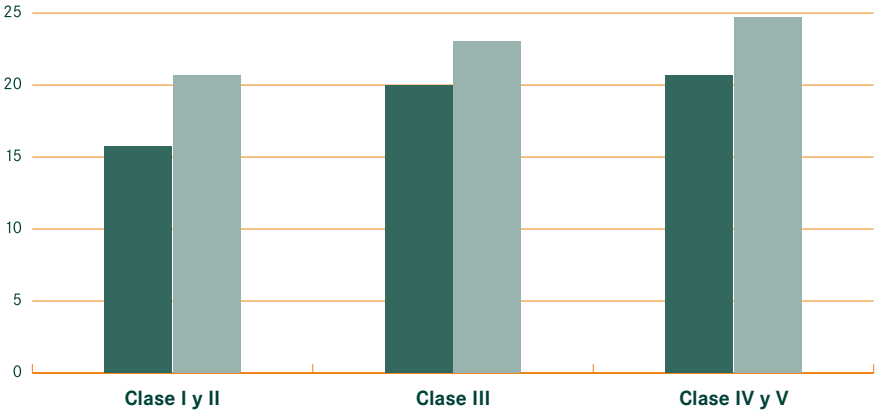


Riesgo de sufrimiento psicológico según la clase social y sexo.Porcentajes estandarizados por edad.

Hombre
Mujer

Limitaciones de las actividades de la vida diaria

El porcentaje de personas con limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria era más elevado entre las personas de clases sociales desfavorecidas y en las mujeres de todas las clases sociales.



Limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

Hombre
Mujer

Limitaciones de las actividades de la vida diaria en la persona mayor

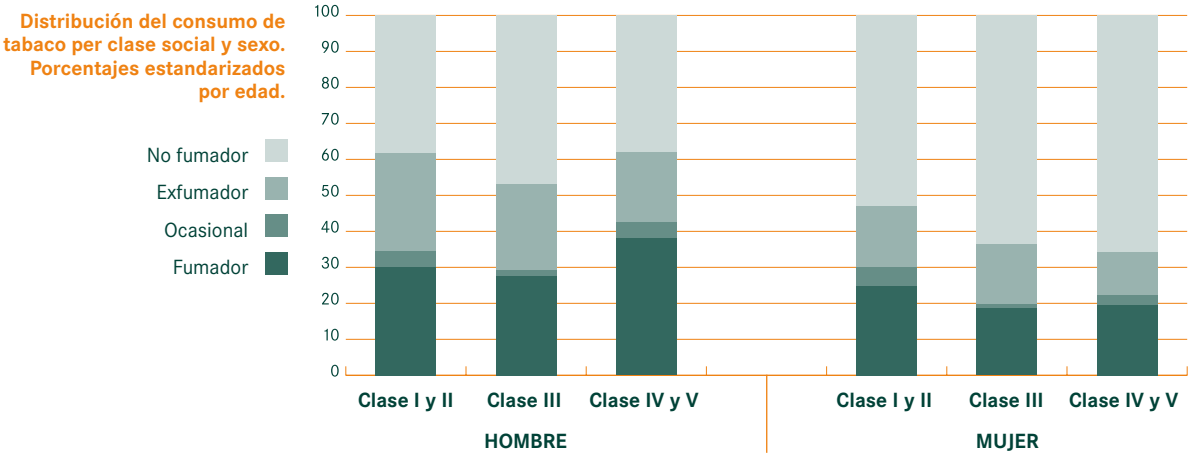
Las personas mayores de clases sociales desfavorecidas tenían más dependencia funcional que las de clases sociales de bienestar por actividades relacionadas con cuidados personales y movilidad.

Estilos de vida

Hábito tabáquico

Los hombres de clases sociales desfavorecidas fumaban más. La prevalencia de exfumadores era más elevada entre la clase social alta (grupo I y II) sobre todo los hombres.

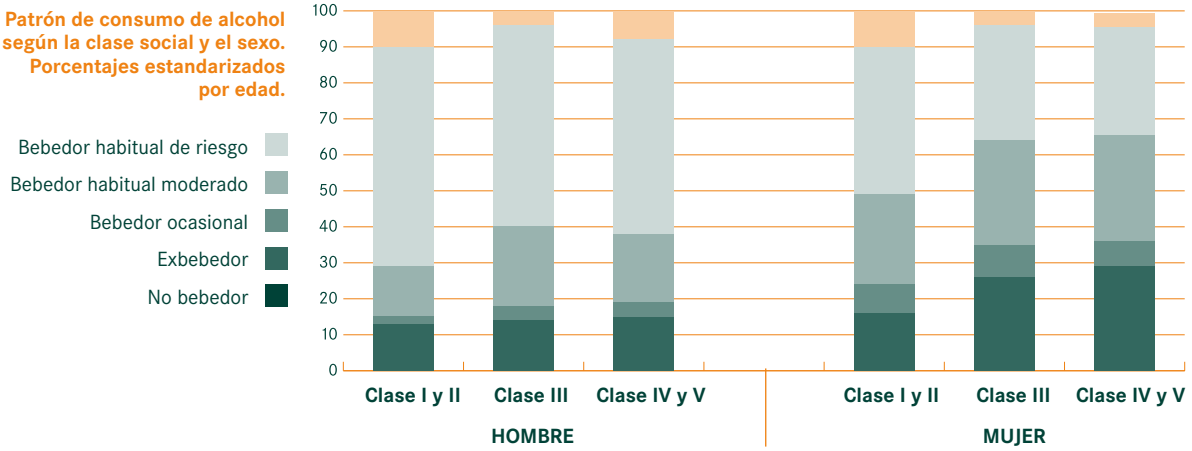
Distribución del consumo de tabaco per clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.



Consumo de alcohol

El consumo de riesgo era más elevado entre la clase social alta.

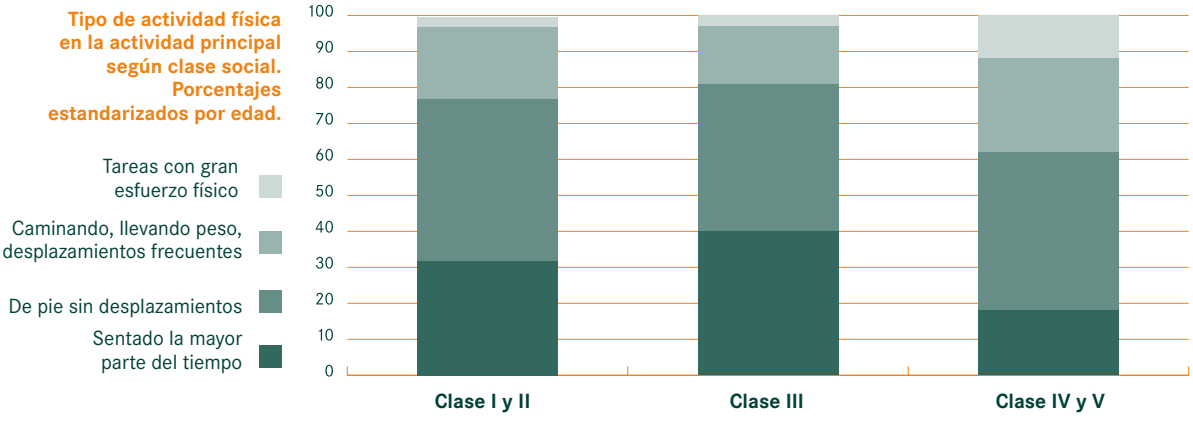
Patrón de consumo de alcohol según la clase social y el sexo. Porcentajes estandarizados por edad.



Actividad física habitual

Las personas de clase social más desfavorecida pasaban menos tiempo sentados, y realizaban tareas de mayor esfuerzo físico.

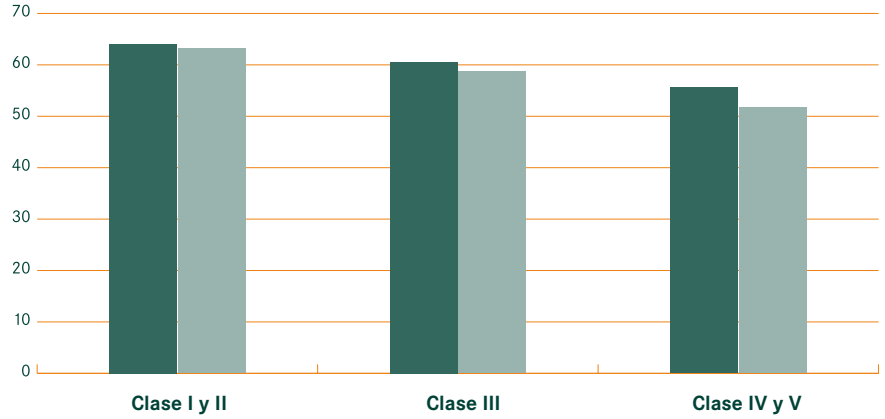
Tipo de actividad física en la actividad principal según clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



Actividad física de ocio

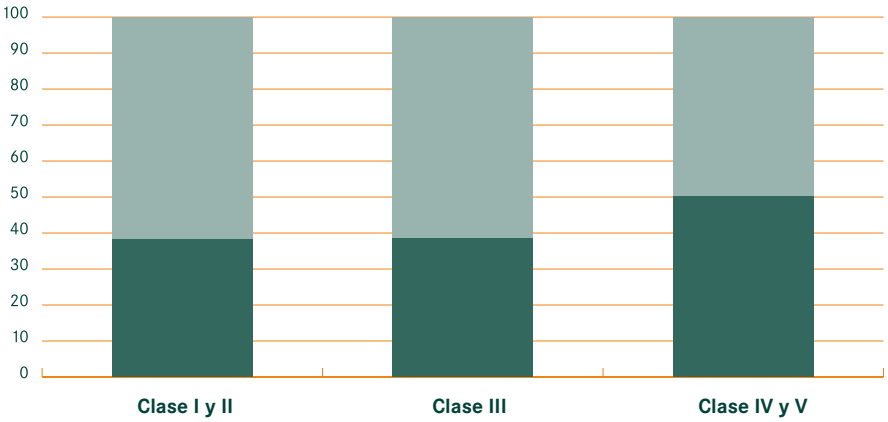
Las personas de clase social alta dedicaban más tiempo libre a la actividad física.

Los niños de clase social acomodada realizaban más actividad física en tiempo de ocio que los niños de clase social desfavorecida.



Dedicación en el tiempo de libre a actividad física según la clase social y el sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

Hombre
Mujer

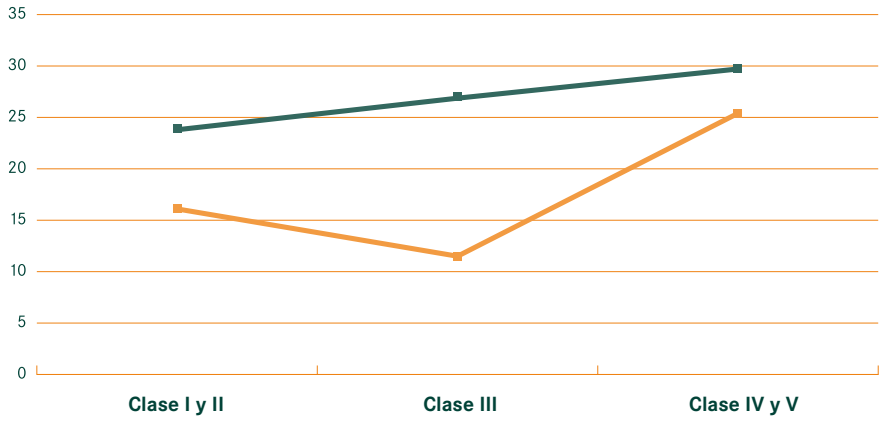


Actividad física en el tiempo libre según la clase social (5-15 años). Porcentajes estandarizados por edad.

Actividad física regular y entrenamientos varias veces a la semana
No hace ninguna actividad o alguna de manera ocasional

Hábitos alimentarios

El consumo de refrescos y dulces aumentaba entre las clases sociales bajas.

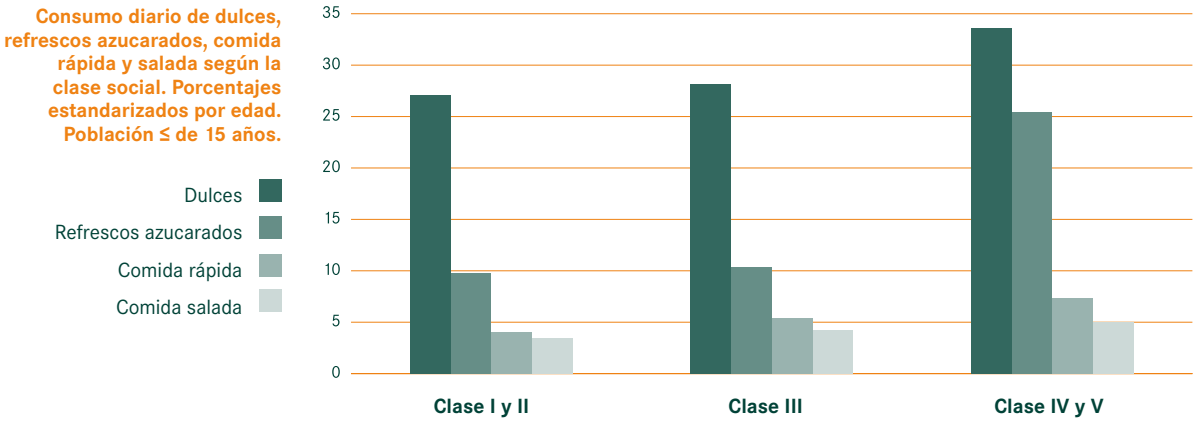


Consumo diario de dulces y refrescos azucarados según la clase. social. Porcentajes estandarizados por edad. Población total.

Dulces
Refrescos azucarados

En población infantil, las personas de clase social más desfavorecida hacían un mayor consumo de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada.

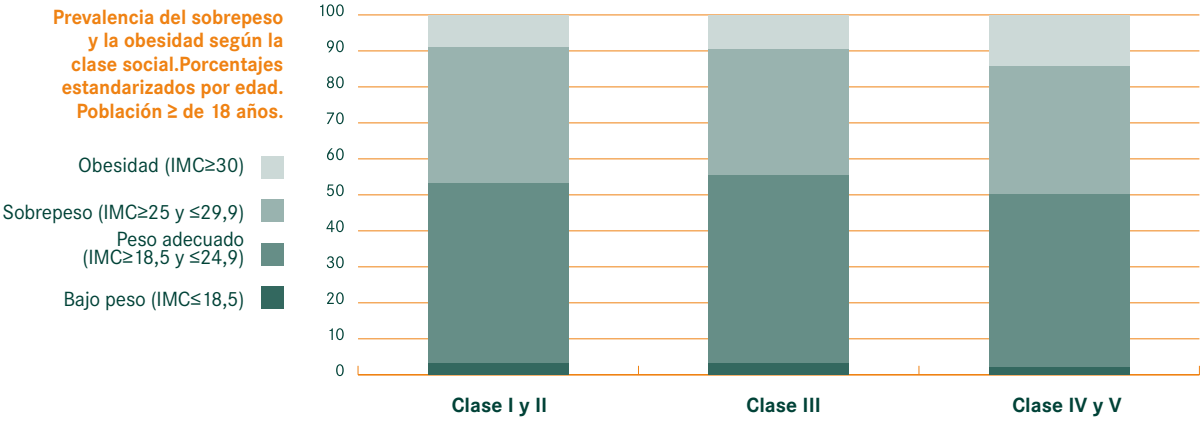
Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población ≤ de 15 años.



Peso corporal

El exceso de peso era más frecuente entre clases sociales desfavorecidas, sobretodo por un mayor porcentaje de personas con obesidad.

Prevalencia del sobrepeso y la obesidad según la clase social.Porcentajes estandarizados por edad. Población ≥ de 18 años.



Problemas de sueño

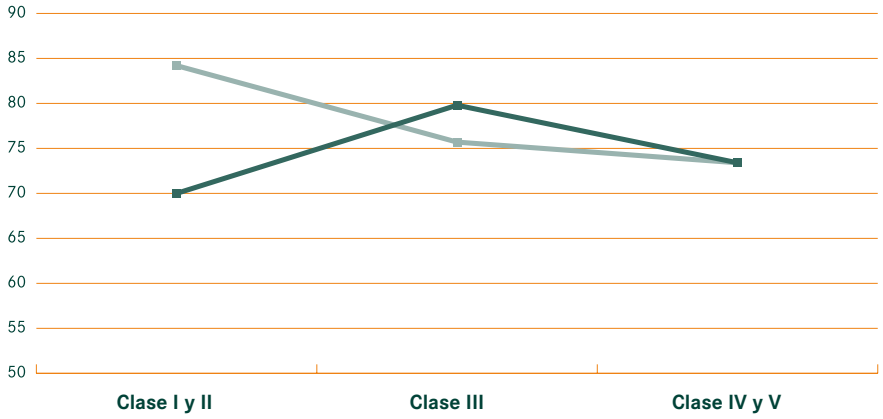
Las mujeres de clases menos favorecidas tenían más dificultad para quedarse dormidas que no los hombres.

Dificultad para dormirse todos los días según clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población ≥ de 16 años.

Prácticas preventivas

Vacunación de la gripe

El análisis por clase social mostraba una mayor prevalencia de mujeres vacunadas entre las clases sociales más favorecidas. Contrariamente, los hombres de clase social alta se vacunaban menos que el resto.



Vacunación de la gripe en mayores de 65 años por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.

Control de la tensión arterial

El 49% de las personas de clase social baja (grupo IV y V) se había tomado la tensión arterial en los últimos tres meses frente del 38,2% de las personas de clase social alta (grupo I y II).

Control del colesterol

La frecuencia del control del colesterol era similar en todas las clases sociales.

Mamografía

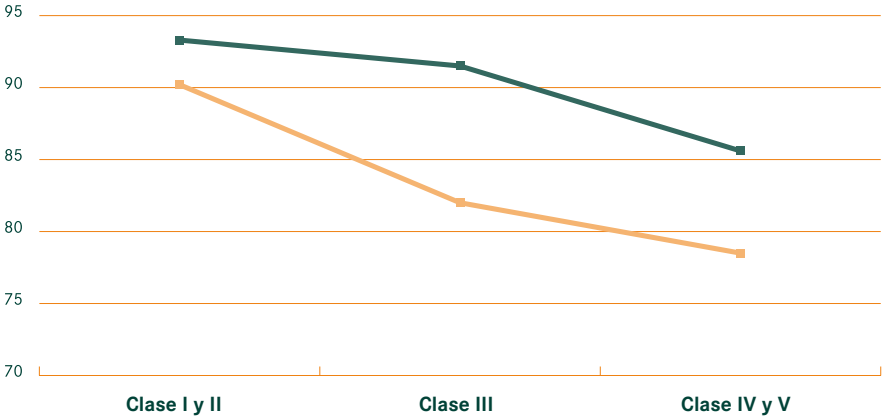
No hay un patrón claro de relación entre la realización de mamografías y la clase social en la población de mujeres en general, pero en el grupo de edad diana del programa de prevención, la frecuencia es más baja entre las mujeres de clase social desfavorecida.

Grupo de edad	Clase I-II	Clase III	Clase IV-V	Total
16-39	7,9	10,1	14,3	14,4
40-49	58,4	59,9	47,4	53,1
50-64	95,4	92,7	87,5	90,0
65-74	88,8	62,4	58,8	67,3
≥75	48,9	16,4	30,6	27,7

Citologías

La frecuencia de esta práctica era más baja en mujeres de clase desfavorecida en todos los grupos de edad incluidos en el grupo de edad diana del Programa de Detección Precoz (25-64 años).

Mujeres que declaran haberse realizado una citología según clase social y grupo de edad recomendado. Porcentajes estandarizados por edad.

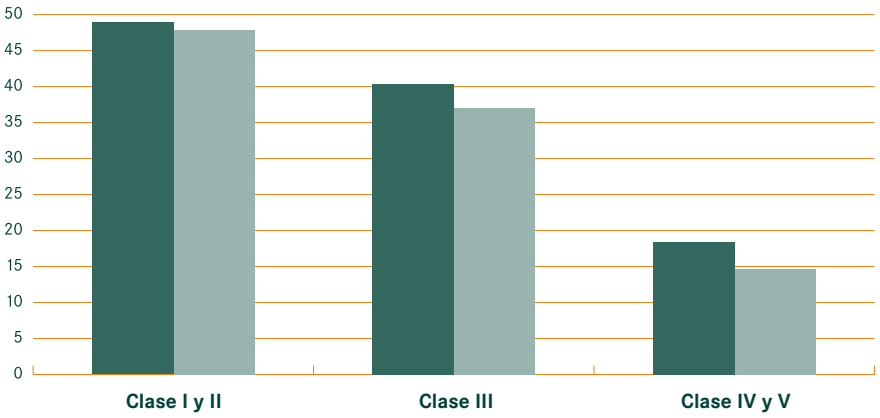


Utilización de los servicios sanitarios

Cobertura sanitaria

El porcentaje de personas con seguro privado era más elevado en las clases sociales altas y menguaba de forma gradual a medida que se descendía en la escala social.

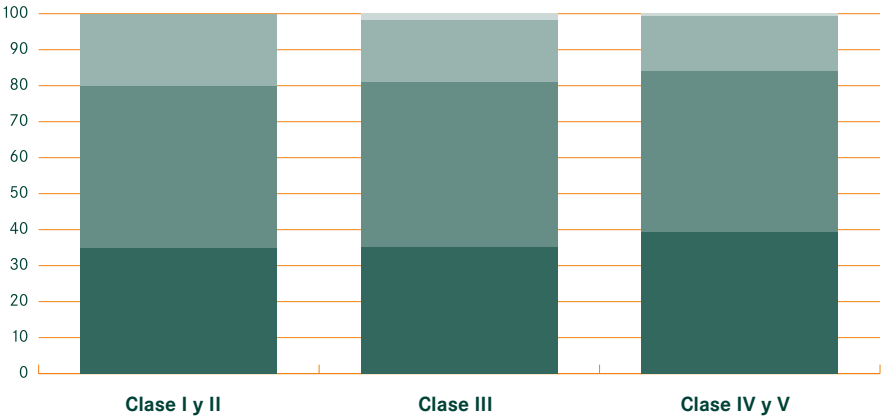
Cobertura sanitaria privada por clase social y sexo. Porcentajes estandarizados por edad.



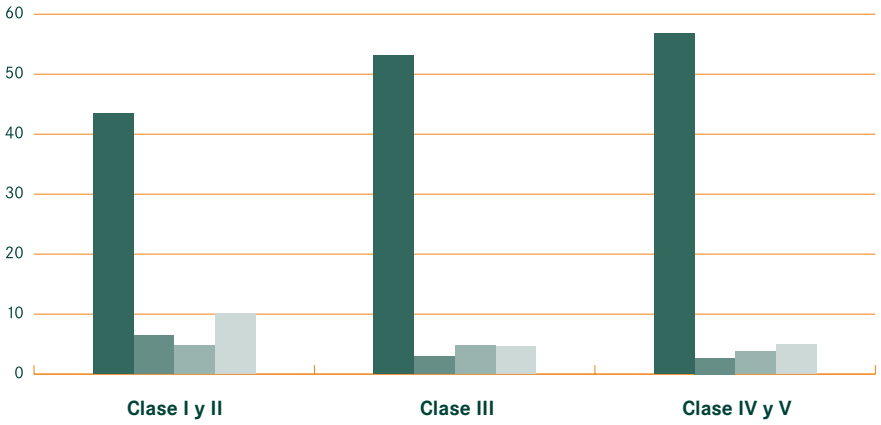
Visitas a profesionales sanitarios las últimas cuatro semanas

La frecuentación era más elevada entre las personas de clase social desfavorecida.

Tiempo desde la última consulta médica según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



Las personas de clases más desfavorecidas acudían con más frecuencia al médico de familia y las personas de clase social alta al especialista.



Especialidad del último médico visitado en las cuatro últimas semanas según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

- M. Familia
- Cardiología
- Ginecología-Obstetricia
- Traumatología

Las personas de clase social más desfavorecida acudían con más frecuencia al centro de salud o ambulatorio. En cambio, las personas de clase social alta a una consulta de una sociedad médica o a un médico particular.

	Población adulta			Población infantil		
	Clase I-II	Clase III	Clase IV-V	Clase I-II	Clase III	Clase IV-V
Centro de salud /Ambulatorio	69,1	65,3	81,8	41,2	66,2	78,5
Consultas externas hospital	9,4	10,4	11,8	9,9	6,1	6,3
Urgencias no hospitalarias	0,6	0,6	0,8	3,2	3,4	5,6
Urgencias hospital	0,7	4,0	3,8	3,6	2,1	2,0
Consulta médico particular	11,1	4,2	4,9	19,8	13,1	10,3
Consulta médico sociedad médica	17,6	20,1	6,2	24,3	20,1	7,8
Otras	1,1	0,2	2,5	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Las personas de clases desfavorecidas consultaban con mayor frecuencia para la búsqueda de un diagnóstico o por un problema salud. En cambio, en las clases más favorecidas era más frecuente acudir a una consulta médica para revisiones.

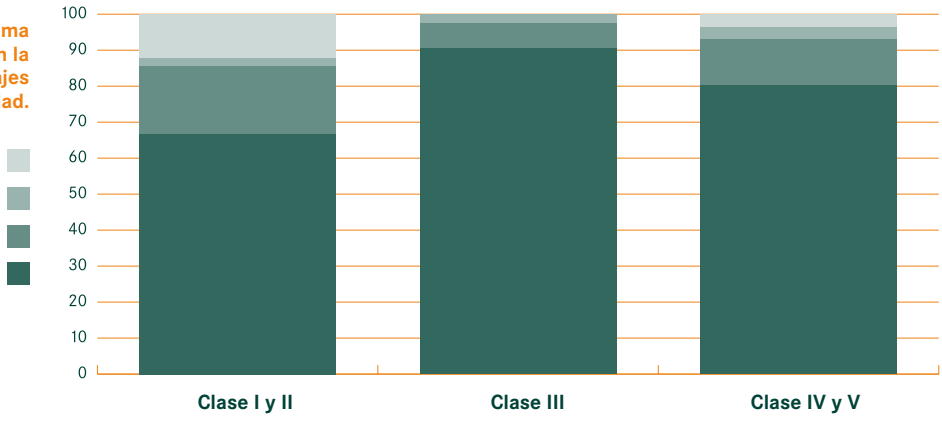
Motivo principal de la última consulta según clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

- Otros motivos
- Parte alta/baja
- Sólo dispensación de recetas
- Revisión
- Accidente o agresión
- Diagnóstico enfermedad o problema salud

Tiempo de espera

Las personas de clase social III y la IV y V eran las que tenían mayor urgencia en pedir cita.

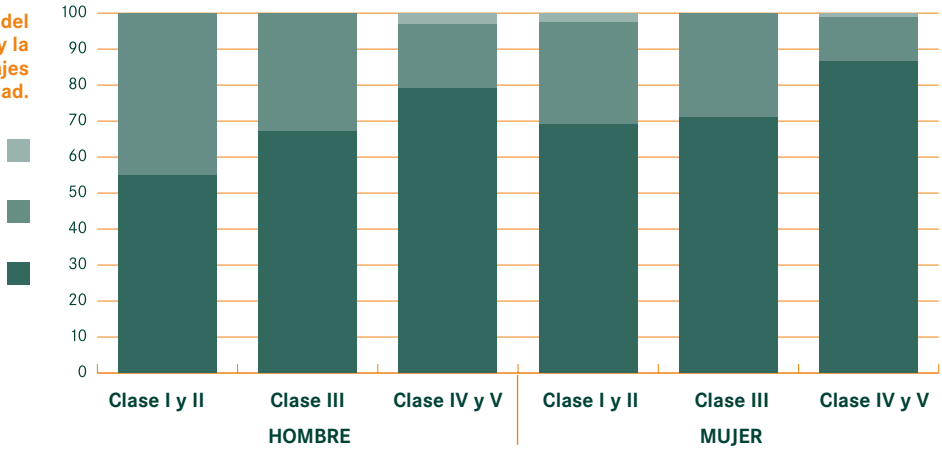
Tiempo desde la última consulta médica según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



Adscripción del profesional visitado el último mes

Las personas de clase social más desfavorecida utilizaban más la sanidad pública que las de clase social alta.

Dependencia funcional del médico según el sexo y la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

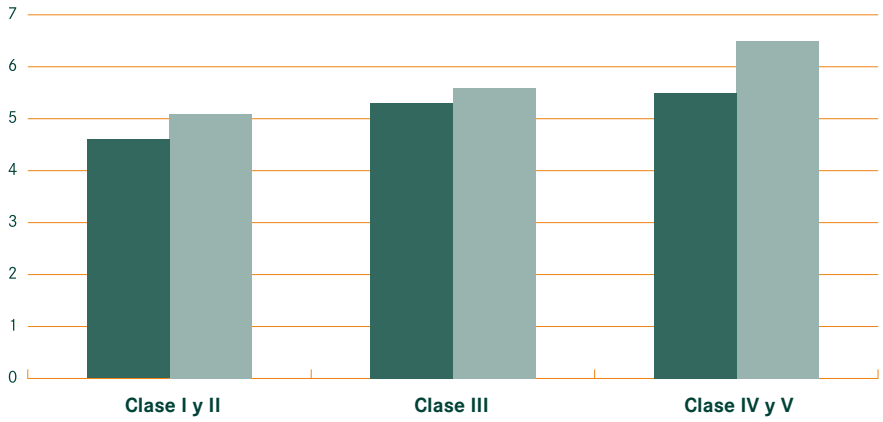


Consulta de enfermería

La población más favorecida socio-económicamente frecuentaba en menor medida la consulta de enfermería.

Necesidad de asistencia médica no recibida

El porcentaje de personas que necesitaron asistencia médica y no la recibieron es más elevado entre las personas de clase social IV y V.

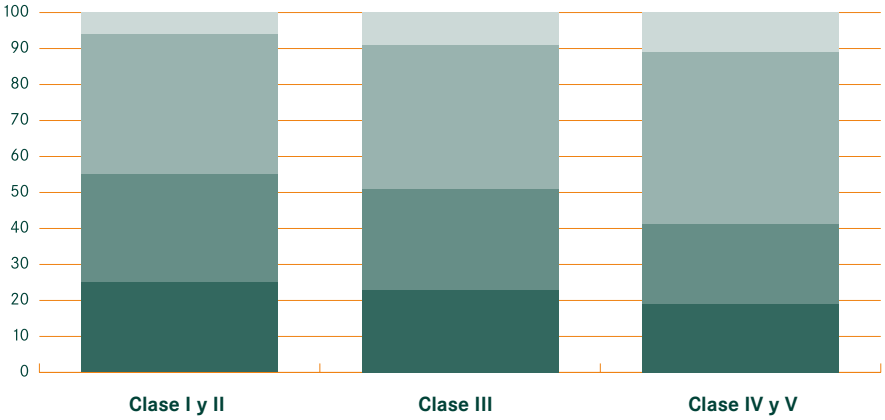


Necesidad de asistencia no recibida según el sexo y clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

Hombre
Mujer

Consulta a dentista

Las clases más desfavorecidas dejaban pasar más tiempo en consultar a este tipo de profesional



Tiempo desde la última visita al dentista por clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población total.

No ha ido nunca
≥1 año
>3 y <12 meses
≤3 meses

Hospitalización el último año y servicios de urgencias

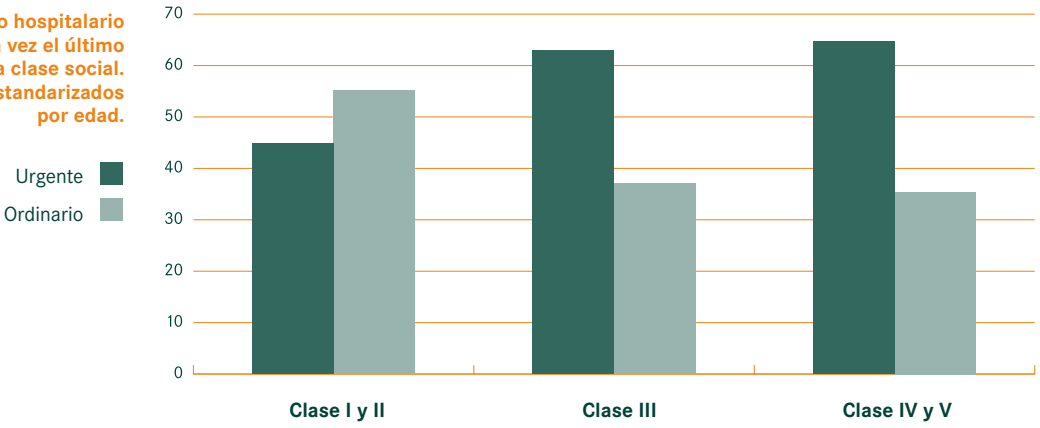
Las personas de clase social IV y V ingresaban fundamentalmente en hospitales de la Seguridad Social; las de clases más favorecidas en instituciones de mutuas o sociedades médicas privadas.

Hospitalización según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población total

	Clase social		
	Clase I y II	**Clase III**	**Clase IV y V**
Seguridad Social	57,5	68,7	84,6
Mutua obligatoria	14,0	2,1	0,8
Sociedad médica privada	28,5	29,1	14,6
Total	100,0	100,0	100,0

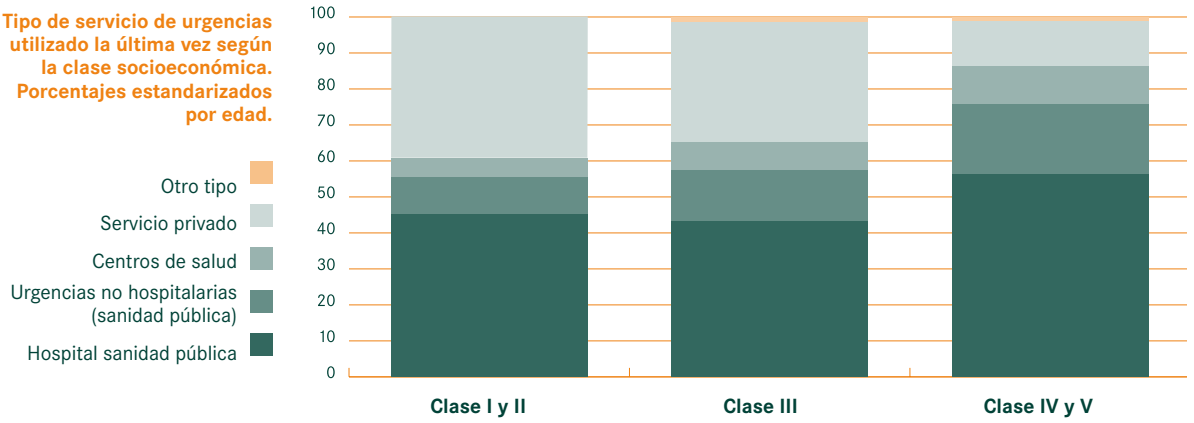
Las personas de clases sociales menos favorecidas utilizaban con más frecuencia la vía urgente para ingresar al hospital, al contrario de las de clases acomodadas que utilizaban la vía ordinaria.

Forma de ingreso hospitalario la última vez el último año según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



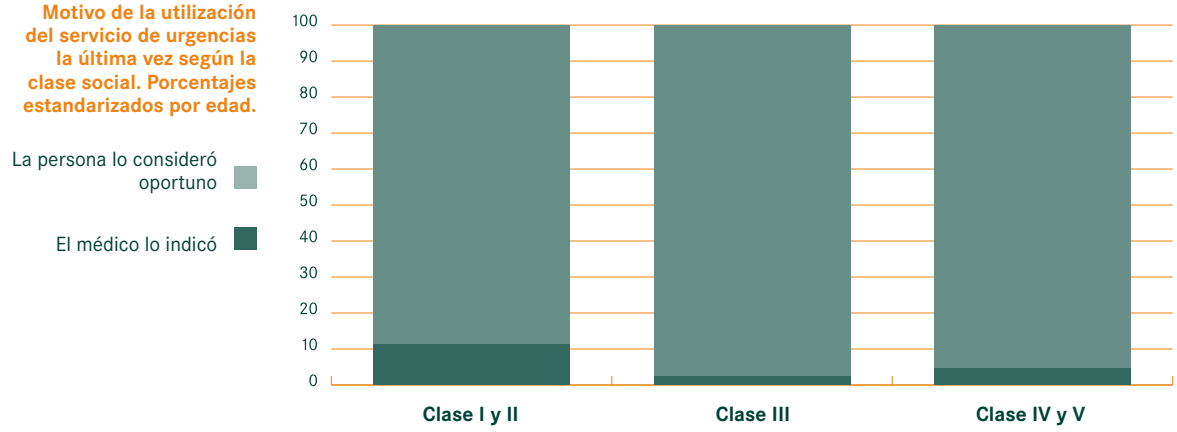
En las clases más favorecidas hay un elevado porcentaje de personas que utilizaban el servicio privado para acudir a urgencias, porcentaje que disminuyó a medida que las clases se tornan menos favorecidas.

Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según la clase socioeconómica. Porcentajes estandarizados por edad.



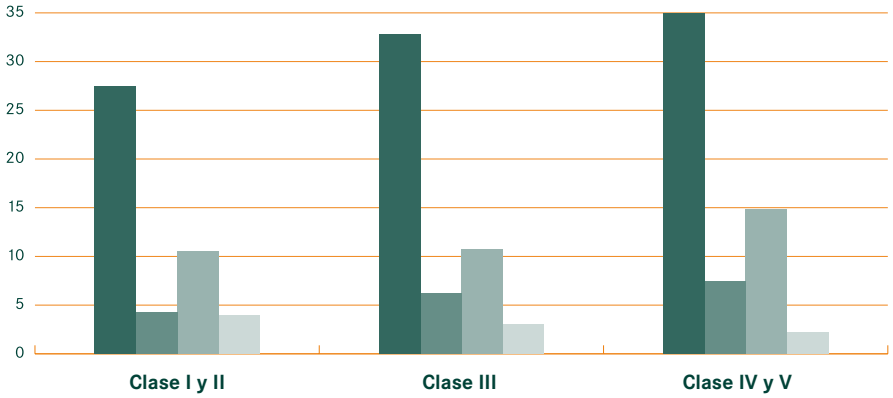
El porcentaje de gente que acudía a un servicio de urgencias por indicación del médico era más elevado entre las personas de clase social alta.

Motivo de la utilización del servicio de urgencias la última vez según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.



Consumo de medicamentos

Las personas de clase social desfavorecida consumían más medicamentos para el dolor, los antidepresivos, los antihipertensivos, en cambio consumían con menos frecuencia los anticonceptivos orales.



Frecuencia de consumo de medicamentos según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad.

- Dolor
- Antidepresivos
- Antihipertensivos
- Anticonceptivos orales

Comparación ESIB 2001-2007

	Illes Balears 2001	Illes Balears 2007	España 2006
ESTILOS DE VIDA			
Tabaco			
Prevalencia fumadores	32,9%	30,3%	29,5%
Edad de inicio	17 años	17,5 años	17,3 años
Nº de cigarros (media)	17 cigarros	16 cigarros	
Alcohol			
Consumo de riesgo	4,7%	6,1%	4,7%
Actividad física diaria			
Sentado casi todo el día	31,2%	24,8%	32,7%
De pie sin desplazamiento	16,6%	41,7%	46,7%
Esfuerzos físicos importantes	10,6%	9,8%	5,4%
Dieta			
Para la salud	22,0%	15,1%	
Horas de sueño	7,8 horas	7,8 horas	7,7 horas
PRÁCTICAS PREVENTIVAS			
Vacunación antigripal	16,6%	22,3%	20,2%
ESTADO DE SALUD			
Percepción de salud			
Excelente, muy buena, buena	75,0%	74,4%	70,0%
Regular, mala, muy mala	25,0%	25,6%	30,0%
Salud mental			
Probable trastorno mental	11,2%	25,1%	
Problemas crónicos			
Dolor de espalda	40,9%	43,2%	50,7%
Artrosis	21,4%	18,7%	21,7%
Varices	16,7%	14,1%	16,8%
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS			
Cobertura			
Privada	28,8%	29,0%	12,4%
Utilización más frecuente			
Pública	70,9%	76,4%	
Visitas			
Último año			
Algún profesional	91%	83,5%	

Problemas dentales			
Motivo última visita: revisión	39,7%	56%	44,0%
Atención urgente			
Frecuentación el último año	30%	34,8%	30,8%
Hospitalización			
Tipos hospital: público	66,9%	75,3%	
Motivo de ingreso: intervención quirúrgica	48,5%	42,9%	42,5%
Consumo de medicamentos las últimas dos semanas	62,7%	62,0%	62,2%
Tranquilizantes	10,1%	16,5%	14,3%
Tensión arterial	8,4%	19,4%	24,4%
Antibióticos	7,0%	5,4%	7,0%
Problemas de salud no atendidos	10,0%	5,6%	3,6%

DISCAPACIDAD			
Restricción de actividad las últimas dos semanas	15,8%	18,1%	14,8%
Discapacidades			
Vista	5,0%	3,6%	5,1%
Oído	3,7%	12,4%	11,2%

NIÑOS			
Lactancia materna			
Hasta las 6 semanas	52,7%	58,6%	68,4%
Hasta los 6 meses	27,1%	32,9%	24,7%
Hábitos alimentarios			
Fruta diaria	48,1%	58,8%	
Verdura diaria	13,9%	36,6%	

Listado de patologías

Problemas de salud crónicos (adultos)

1. Tensión alta
2. Infarto de miocardio
3. Otras enfermedades del corazón
4. Varices en las piernas
5. Artrosis, artritis o reumatismo
6. Dolor de espalda crónico (cervical)
7. Dolor de espalda crónico (lumbar)
8. Alergia crónica
9. Asma
10. Bronquitis crónica
11. Diabetes
12. Úlcera de estómago o duodeno
13. Incontinencia urinaria
14. Colesterol alto
15. Cataratas
16. Problemas crónicos de piel
17. Estreñimiento crónico
18. Depresión ansiedad u otros trastornos mentales
19. Embolia
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente
21. Hemorroides
22. Tumores malignos
23. Osteoporosis
24. Anemia
25. Problemas de tiroides
26. Problemas de próstata (sólo hombres)
27. Problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres)

Problemas de salud crónicos (infancia y adolescencia)

1. Alergia crónica
2. Asma
3. Diabetes
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)
5. Epilepsia
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad ...)

Índice figuras

Entorno económico, social y físico

Figura 1. Nivel de estudios según el sexo 24

Figura 2. Nivel de estudios según la edad 24

Figura 3. Clase social de la población según el sexo 25

Figura 4. Ingresos mensuales (euros) 25

Figura 5. Ingresos mensuales según el sexo (euros) 25

Figura 6. Ingresos económicos en el hogar según la edad y el sexo 26

Figura 7. Situación laboral en los hogares. Población de ≥ de 16 años 26

Figura 8. Situación laboral según la clase social 26

Figura 9. Tipo de cotización según sexo 27

Figura 10. Motivos para dejar de trabajar 27

Figura 11. Tipos de contrato según el sexo. Población ≥ de 16 años 28

Figura 12. Tipos de contrato según la edad 28

Figura 13. Satisfacción en el trabajo por clase socioeconómica. 29

Figura 14. Satisfacción laboral según edad y sexo (media) 29

Figura 15. Nivel de estrés laboral según la edad 29

Figura 16. Estrés laboral según la clase socioeconómica (media) 30

Figura 17. Realización de las labores del hogar según el sexo 30

Figura 18. Realización de las labores del hogar según la edad 31

Figura 19. Hogares que disponen de una persona remunerada para realizar las labores del hogar según la clase socioeconómica. 31

Figura 20. Tener cuidado de personas con discapacidades según edad 32

Figura 21. Cuidado de personas con discapacidad según la clase socioeconómica 32

Figura 22. Soporte social bajo percibido según la dinámica de la función familiar. Población ≥ de 16 años 33

Figura 23. Percepción de soporte social bajo según el riesgo de mala salud mental 33

Figura 24. Percepción de soporte social bajo según la autovaloración de su salud 33

Figura 25. Causas de discriminación según el sexo 34

Figura 26. Situación donde se padeció discriminación 34

Figura 27. Motivos de discriminación. Población ≤ de 15 años 34

Figura 28. Agredidos o maltratados según la edad y el sexo 35

Figura 29. Lugar de la agresión o maltrato según el sexo 35

Figura 30. Problemas de la vivienda 36

Figura 31. Tener muchos problemas de vivienda según la isla 36

Estado de salud

Figura 32. Percepción del estado de salud por sexo 40

Figura 33. Percepción del estado de salud como regular o mala según grupo de edad y sexo 40

Figura 34. Percepción del estado de salud como regular y mala según clase social y sexo 41

Figura 35. Calidad de vida en niños según grupos de edad. Población 7-15 años. Puntuación media e IC 95% 41

Figura 36. Calidad de vida en niñas según grupos de edad. Población 7-15 años. Puntuación media e IC 95%. 41

Figura 37. Número de trastornos crónicos por grupo de edad y sexo 42

Figura 38. Número de trastornos crónicos según clase social y sexo 42

Figura 39. Trastornos crónicos más prevalentes padecidos en los últimos 12 meses. Población ≥ de 16 años 43

Figura 40. Trastornos crónicos en los últimos 12 meses según sexo. Población ≤ de 15 años 43

Figura 41. Probabilidad de padecer un trastorno mental (GHQ≥3) según grupo de edad y sexo 44

Figura 42. Riesgo de padecimiento psicológico según la clase social y sexo. 44

Figura 43. Riesgo de padecimiento psicológico según la percepción de su salud y sexo. 44

Figura 44. Salud mental de la Población infantil (SDQ). Media e IC 95%. 45

Figura 45. Restricción de la actividad en las últimas dos semanas por grupo de edad y sexo 46

Figura 46. Problemas de salud que causan restricción temporal de la actividad por sexo. Población total 46

Figura 47. Prevalencia de limitaciones por actividades de la vida cotidiana por grupo de edad y sexo 47

Figura 48. Limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria por clase social y sexo. 47

Figura 49. Dificultad auditiva y visual según la edad 48

Figura 50. Autonomía funcional por sexo. Personas ≥ de 65 años 48

Figura 51. Población que declara haber padecido un accidente el último año por grupo de edad y sexo 49

Figura 52. Tipos de accidente el último año según sexo 49

Figura 53. Lugar del accidente por sexo 49

Figura 54. Tipos de asistencia recibida por el accidente por sexo 50

Estilos de vida

Figura 55. Prevalencia del hábito tabáquico en hombres 54

Figura 56. Prevalencia del hábito tabáquico en mujeres 54

Figura 57. Distribución del consumo de tabaco por grupos de edad y sexo 54

Figura 58. Distribución del consumo de tabaco por clase social y sexo. 55

Figura 59. Prevalencia de fumadores y exfumadores por sexo e islas 55

Figura 60. Cantidad de tabaco consumido por la población fumadora por sexo 55

Figura 61. Cantidad de tabaco consumido por la población fumador por grupo de edad y sexo 56

Figura 62. Modificación del hábito tabáquico de la población fumadora habitual respecto a hace 2 años según el sexo 56

Figura 63. Tiempo en años que hace que dejó de fumar según sexo 56

Figura 64. Motivos para dejar de fumar según la edad 57

Figura 65. Consumo de alcohol según el sexo 57

Figura 66. Consumo de alcohol según grupo de edad y sexo. Población ≥ de 16 años 58

Figura 67. Patrón de consumo de alcohol según la clase social y el sexo. 58

Figura 68. Patrón de consumo de alcohol según la isla 58

Figura 69. Tipo de actividad física en la actividad principal según el sexo 59

Figura 70. Tipo de actividad física en la actividad principal según la edad 59

Figura 71. Tipo de actividad física en la actividad principal según clase social. 59

Figura 72. Dedicación en el tiempo de ocio a la actividad física según la clase social y el sexo. 60

Figura 73. Motivos para no realizar todo el ejercicio que desean por sexo 61

Figura 74. Motivos para no realizar el ejercicio físico que desean según la edad ..... .61

Figura 75. Motivos para no realizar el ejercicio físico que desean según clase socioeconómica 61

Figura 76. Actividad física en el tiempo libre según sexo (5-15 años) 62

Figura 77. Actividad física en el tiempo libre según la edad (5-15 años) 62

Figura 78. Actividad física en el tiempo libre según la clase social (5-15 años) 62

Figura 79. Consumo diario de fruta y verduras y hortalizas según el sexo. Personas ≥ de 16 años 63

Figura 80. Consumo diario de fruta y verdura y hortalizas según la edad. Personas ≥ de 16 años 63

Figura 81. Consumo de fruta, verdura y hortalizas. Personas ≤ de 15 años 64

Figura 82. Consumo de lácteos diarios según la edad 64

Figura 83. Consumo diario de dulces y refrescos azucarados según la clase social. Población total..... 65

Figura 84. Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada según la edad. Personas ≤ de 15 años..... 66

Figura 85. Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada por islas. Personas ≤ de 15 años..... 66

Figura 86. Consumo diario de dulces, refrescos azucarados, comida rápida y salada según la clase social. Personas ≤ de 15 años..... 66

Figura 87. Tipo de lactancia, a les 6 semanas, 3 y 6 meses 67

Figura 88. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad según el sexo. Población ≥ de 18 años..... 67

Figura 89. Prevalencia del sobrepeso y obesidad por isla. Población ≥ de 18 años 67

Figura 90. Prevalencia del sobrepeso y obesidad según la edad. Población ≥ de 18 años..... 68

Figura 91. Prevalencia del sobrepeso y la obesidad según la clase social. Población ≥ de 18 años 68

Figura 92. Seguimiento de alguna dieta o régimen especial según la edad y sexo 68

Figura 93. Motivos de seguimiento de dietas o regímenes especiales por sexo. Población ≥ 16 años..... 69

Figura 94. Motivos para seguir alguna dieta o régimen especial según la edad..... 69

Figura 95. Motivos para hacer alguna dieta o régimen especial según la clase social. Población ≥ de 16 años 69

Figura 96. Horas de sueño según el grupo de edad (media). Población ≤ de 15 años..... 70

Figura 97. Dificultad para dormirse según el sexo. Población ≥ de 16 años 70

Figura 98. Dificultad para dormirse según la edad. Población ≥ de 16 años 70

Figura 99. Dificultad para dormirse todos los días según clase social. Población ≥ de 16 años 71

Figura 100. Despertarse varias veces mientras dormía según el sexo. Población ≥ de 16 años 71

Figura 101. Despertarse varias veces mientras dormía según edad. Población ≥ de 16 años 71

Prácticas preventivas

Figura 102. Motivos para vacunarse de la gripe en mayores de 65 años..... 74

Fcasigura 103. Vacunación de la gripe en mayores de 65 años por clase social y sexo. 74

Figura 104. Vacunación de la gripe en mayores de 65 años por isla..... 75

Figura 105. Medida de la tensión arterial en el último año según grupo de edad y sexo 75

Figura 106. Medida del colesterol en el último año según grupo de edad y sexo..... 76

Figura 107. Realización de mamografías por grupos de edad..... 76

Figura 108. Frecuencia de citologías por grupos de edad..... 78

Figura 109. Mujeres que declaren haberse hecho una citología según clase social y grupo de edad recomendado 78

Figura 110. Uso del cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población ≥ de 16 años..... 79

Figura 111. Frecuencia del uso nunca o casi nunca del cinturón de seguridad para conducir o ser pasajero por la ciudad según la isla. Población ≥ de 16 años..... 80

Figura 112. Uso del casco por ciudad y carretera. Población ≥ de 16 años..... 80

Figura 113. Uso del casco según las islas. Población ≥ de 16 años..... 80

Figura 114. Frecuencia de uso del casco en motocicleta según la edad. Población ≥ de 16 años..... 81

Utilización de los servicios sanitarios

Figura 115. Cobertura privada según la edad y sexo..... 84

Figura 116. Cobertura sanitaria privada por clase social y sexo..... 84

Figura 117. Tiempo desde la última consulta médica por edad..... 85

Figura 118. Tiempo desde la última consulta médica según la clase social..... 85

Figura 119. Especialidad del último médico visitado en les cuatro últimas semanas según la clase social..... 86

Figura 120. Motivo de la última consulta según la edad..... 87

Figura 121. Motivo principal de la última consulta según la clase social..... 88

Figura 122. Tiempo des de la última consulta médica según la clase social..... 89

Figura 123. Dependencia funcional del médico según la isla..... 89

Figura 124. Dependencia funcional del médico según la edad..... 90

Figura 125. Dependencia funcional del médico según el sexo i la clase social..... 90

Figura 126. Tipo de prueba no urgente realizada en las cuatro últimas semanas. Población total..... 90

Figura 127. Frecuentación a la consulta de enfermería en las últimas cuatro semanas según la edad..... 91

Figura 128. Número de visites a la consulta de enfermería en les últimas cuatro semanas según la edad..... 91

Figura 129. Número de visites a la consulta de enfermería en les últimas cuatro semanas por isla. Población total..... 91

Figura 130. Visita al médico durante el último año según el sexo y la edad..... 92

Figura 131. Tiempo desde la última visita al dentista según el sexo. Población total..... 92

Figura 132. Tiempo desde la última consulta al dentista según edad..... 92

Figura 133. Tiempo desde la última consulta al dentista por clase social..... 93

Figura 134. Tipo de asistencia recibida en la última consulta al dentista. Población ≥ de 16 años... 93

Figura 135. Necesidad de asistencia no recibida según sexo y edad..... 93

Figura 136. Necesidad de asistencia no recibida según el sexo y clase social..... 94

Figura 137. Causa principal de no asistencia. Población total 94

Figura 138. Ingreso hospitalario en el último año por sexo y edad (respuestas afirmativas..... 94

Figura 139. Media de días de ingreso al hospital durante el último ingreso.....95

Figura 140. Motivo del último ingreso al hospital en los últimos 12 meses por sexo 95

Figura 141. Motivo del último ingreso al hospital del último año según la edad 96

Figura 142. Forma de ingreso al hospital la última vez en el último año según la edad 96

Figura 143. Forma de ingreso hospitalario la última vez el último año según la clase social 96

Figura 144. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según el sexo..... 97

Figura 145. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según la edad 98

Figura 146. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según la isla. Población total 98

Figura 147. Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez según la clase socio-económica.....98

Figura 148. Motivo de la utilización del servicio de urgencias la última vez según la clase social.....99

Figura 149. Consumo de medicamentos según la edad y el sexo 99

Figura 150. Frecuencia de consumo de medicamentos según la clase social..... 100

Figura 151. Consumo de medicamentos según la isla. Personas ≥ de 16 años 101

Índice de tablas

Entorno económico, social y físico

Tabla 1. Media de horas dedicadas a las tareas del hogar según el sexo 30

Tabla 2. Media diaria, entre semana y durante los fines de semana,
a cuidar de personas ≤ de 15 años según sexo 31

Tabla 3. Media diaria, entre semana y durante los fines de semana,
a cuidar de personas menores con discapacidad según sexo 32

Estilos de vida

Taula 4. Hábito de fumar más, igual o menos que hace dos años en fumadores diarios por grupo de edad 56

Taula 5. Realización de actividad física en el tiempo de ocio según la edad y sexo 60

Taula 6. Población adulta que no hace todo el ejercicio físico que desearía 60

Taula 7. Tiempo que dedican los niños y juventud a mirar la televisión 63

Taula 8. Consumo de carne, pescado, huevos, legumbres y embutidos 64

Taula 9. Consumo de pasta, arroz, patatas, pan y cereales 65

Taula 10. Consumo de refrescos azucarados y dulces 65

Taula 11. Consumo de comidas rápidas y comidas saladas en la población infantil 66

Prácticas preventivas

Tabla 12. Realización de mamografías por grupo de edad y clase social. Porcentajes estandarizados por edad 77

Tabla 13. Frecuencia de la realización de mamografías posteriores a la primera 77

Tabla 14. Motivo de la última mamografía por grupo de edad 77

Tabla 15. Frecuencia de la realización de citologías posteriores a la primera 79

Tabla 16. Motivo de la última citología por grupo de edad 79

Tabla 17. Utilización de los sistemas de seguridad por ciudad y carretera por grupos de edad 81

Utilización de los servicios sanitarios

Taula 18. Especialidad del último médico visitado por la población adulta e infantil en las últimas

cuatro semanas por sexo 86

Taula 19. Lugar de la última consulta realizada en las últimas cuatro semanas por sexo 86

Taula 20. Lugar de la última consulta realizada en las últimas cuatro semanas por clase social 87

Taula 21. Motivo principal de la última consulta según la dependencia funcional del médico.
Población ≥ de 16 años 88

Taula 22. Motivo principal de la última consulta según la dependencia funcional del médico.
Población ≤ de 15 años 88

Taula 23. Hospitalización según la clase social. Porcentajes estandarizados por edad. Población Total 95

Taula 24. Utilización del servicio de urgencias los últimos doce meses según grupo de edad y sexo.
Respuestas afirmativas 97

Taula 25. Frecuencia de medicamentos consumidos y recetados. Población ≥ de 16 años 100

Taula 26. Frecuencia de medicamentos más consumidos según el sexo. Población ≥ de 16 años 100

Tabla 27. Frecuencia de medicamentos consumidos y recetados. Población ≤ de 15 años..... 101

la salut
EN TOT

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum