



Trabajo Fin de Grado

Análisis del estado de salud general en la población
mayor de 65 años en Aragón.

An analysis of Aragon health status in population
older than 65 years

Autor/es

Jaime Díaz Salazar Chicón

Director/es

Tomás Martínez Terrer

RESÚMEN

La encuesta europea de salud en España en su última edición (2014) otorga una serie de datos referentes al estado de salud, comparables entre comunidades autónomas y con proyección a largo plazo permitiendo observar la evolución temporal de estos. Con base en estos datos y con el objetivo de analizar la situación del estado de salud general en la población de mayores de 65 años en Aragón con respecto al resto de España , se seleccionó la población a estudio dentro del total de encuestados. Del total de variables se realizó una selección de aquellas de mayor impacto dentro del módulo estados de salud. Se realizó una presentación de las variables cualitativas por medio de tablas por porcentajes, utilizando el estadístico χ^2 para valorar la asociación o independencia entre las variables. El estado de salud percibido, variable relacionada con el uso de servicios sanitarios, es considerado como bueno en un 41% de los casos. Además se observa una relación en el análisis gráfico de correspondencias entre esta percepción y variables de salud objetivas lo cual demuestra la coherencia de las respuestas emitidas por los encuestados.

El estado de salud de la población a estudio es significativamente bueno con respecto al resto de comunidades, encontrándose valores significativamente inferiores en el diagnóstico reciente de depresión y diabetes. Así mismo la valoración de la funcionalidad de los aragoneses es buena, situándose en una posición tres del ranking realizado a través del análisis analítico de los valores referentes a la capacidad de realizar tareas sin ninguna dificultad. Esta situación es particularmente buena si analizamos a Aragón en su contexto geográfico particular, comunidad de interior con numerosos municipios con población escasa, que eleva el coste de prestación. Aragón obtiene valores de salud por encima de la media nacional con un gasto en sanidad medio y con una renta per cápita por debajo de la media nacional.

Palabras clave

Estado de salud autopercibido, Mayores de 65 años, Desigualdades de salud. España.

ABSTRACT

The latest edition of the European Health Survey in Spain provides general health status facts which are comparable between regions. Long-term projection of the survey allow us to observe the temporal evolution of this facts. With the aim of analyzing the situation of the general health status in the population older than 65 years in Aragon compared with the rest of Spain we selected this target population from the total of respondents. From the total of variables was made a selection of those of greater impact within the health state section. Qualitative variables were presented by tables of percentages, using the percentages.

We use χ^2 to evaluate the association or independence between the variables. The perceived health status variable, which is related to the use of health services, is considered good in 41% of cases. In addition, we can notice a correspondences graphical analysis relationship between this perception and objective health variables, which demonstrates the consistency of the interviewee responses

The health status of the population under study is significantly good comparing to the rest of regions. We notice significantly lower values in the recent diagnosis of depression and diabetes. The evaluation of the functionality of the aragonese people is good, placing in a position three of the ranking made through analytical analysis of the values referring to the ability to perform tasks without any difficulty. This situation is particularly good if we analyze Aragon in its particular geographical context. Aragon is an interior region with a huge number of villages with low population .That raises the cost of benefit. Aragón obtains values of health above the national average with an average welfare cost and with a per capita income below the national average.

Keywords

Self-rated health, Elderly people, Health inequalities. Spain.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN.....	55
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFIA.....	65

INTRODUCCIÓN

La encuesta europea de salud, desarrollada en España por el Instituto Nacional de Estadística y por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad nos otorga una serie de datos referentes al estado de salud de la población, armónicos y comparables entre los diferentes países europeos y entre las diferentes comunidades autónomas del territorio nacional.

Además, su proyección a largo plazo consistente en la repetición quinquenal de la encuesta y en su intercalado cada 2 años con la encuesta nacional de salud proporciona la posibilidad de observar la evolución temporal de ciertos indicadores así como evaluar el impacto de medidas sanitarias implementadas en el periodo comprendido entre encuestas.

Recientemente se ha publicado por parte de MSSI la tendencia de salud en 30 indicadores en tres módulos referentes, al estado de salud general, a los estilos de vida y al sistema sanitario.

En el presente trabajo nos centraremos en el módulo de “Estado de Salud General” (Tabla 1) y en la población mayor de 65 años.

ESTADOS DE SALUD

- **Valoración positiva del estado de salud**
 - **Obesidad y sobrepeso**
 - **Problemas de salud crónicos : diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia**
 - **Depresión**
 - **Limitación para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**
 - **Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**
 - **Padece dolor**
-

Tabla 1

Un análisis comparativo de las variables de salud de la población entre comunidades autónomas exige un conocimiento socioeconómico de las distintas comunidades así como un conocimiento demográfico de la población a estudio.

El estado español se encuentra dividido en diecisiete comunidades autónomas y en dos ciudades autónomas, Ceuta y Melilla.

Son precisamente estas comunidades las que, en un modelo descentralizado, se encargan de: la planificación sanitaria, la salud pública y la gestión de servicios de salud. La administración central del Estado mantiene a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria –INGESA- la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía, Ceuta y Melilla.

En el informe elaborado en el año 2015 por la comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España [1] se realiza un análisis histórico de los estudios publicados que evidencian estas desigualdades en mortalidad, salud percibida, las conductas relacionadas con la salud, y la utilización de servicios sanitarios en España[2].

Posteriormente, diversos estudios han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y la evolución a lo largo de los años [3,4]. Además, en algunas Comunidades Autónomas como Cataluña [5,6], País Vasco [7] y Andalucía [8] se han realizado informes exhaustivos al respecto.

Todos estos estudios y otros han evidenciado como en España, la posición socioeconómica, el género, el territorio, y más recientemente la inmigración, son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud de la población. Así se objetiva una diferencia en la esperanza de vida de 3 años entre las comunidades autónomas más ricas (Navarra y Madrid) y una de las más pobres (Andalucía). Estas diferencias se observan en la tabla elaborada por la comisión para reducir las desigualdades a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística. (Gráfico 1)

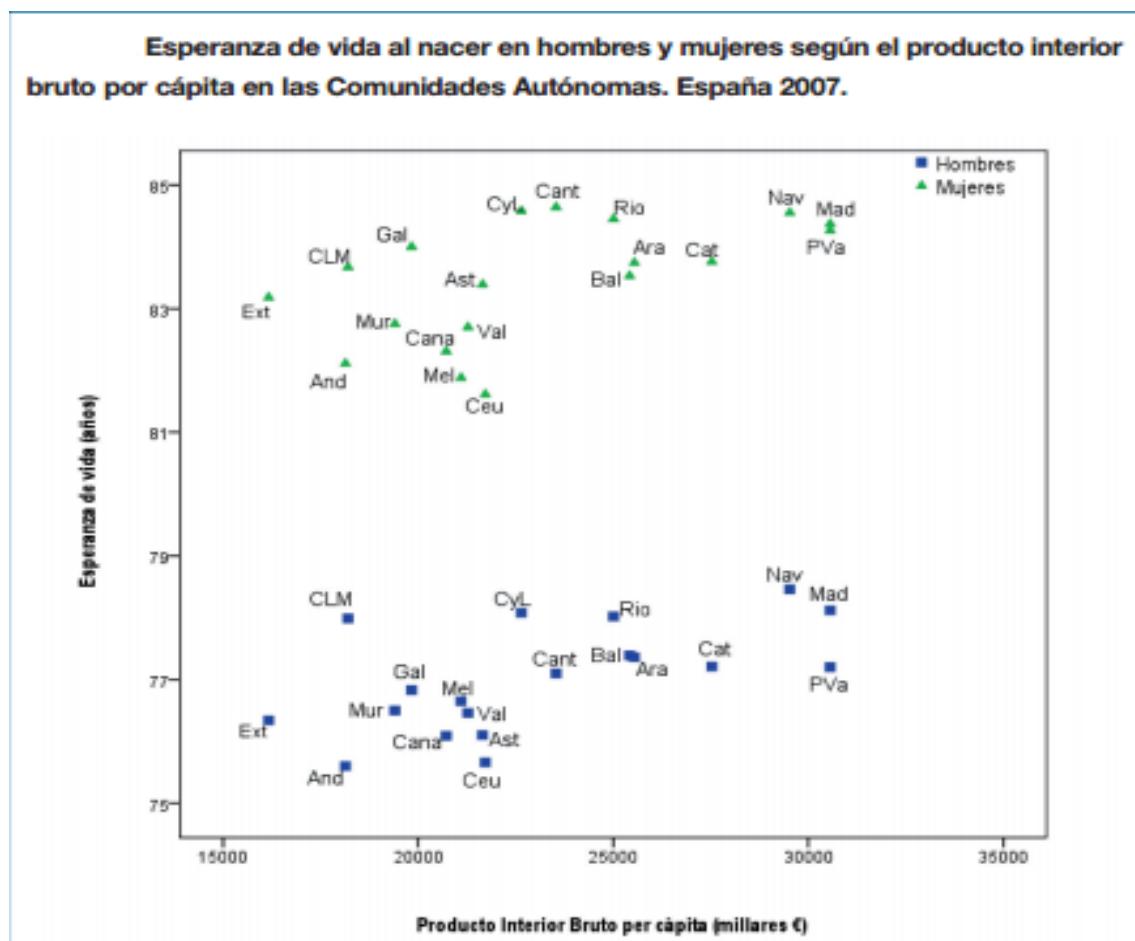


Gráfico 1

Con objeto de realizar un análisis comparativo de la situación económica de estas comunidades y ciudades autónomas nos remitiremos a las variaciones del PIB regional y nacional (Gráfico 2) y a las renta per cápita regional y nacional (Tabla 2).

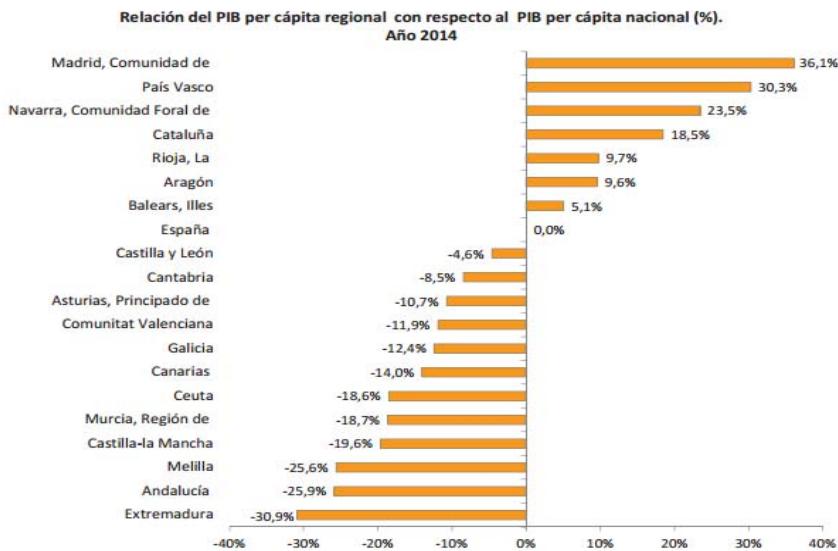


Gráfico 2

Evolución del gasto sanitario per cápita

CCAA	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	1180,09	1.121,69	1174,43	999,19	980,00
Aragón	1419,37	1.364,49	1371,87	1189,35	1119,94
Asturias	1507,15	1.495,93	1530,90	1370,01	1383,12
Baleares	1066,37	1.003,32	1066,82	1027,30	1048,10
Canarias	1295,36	1.135,75	1161,97	1186,77	1229,02
Cantabria	1347,47	1.232,16	1230,44	1301,65	1333,30
Castilla y León	1360,62	1.348,92	1353,00	1265,86	1267,28
Castilla la Mancha	1346,52	1.283,08	1123,23	1119,75	1122,99
Cataluña	1298,84	1.292,45	1128,24	1123,57	1091,57
Comunidad valenciana	1122,79	1.078,95	1060,80	965,44	1079,08
Extremadura	1509,72	1.390,56	1334,74	1158,70	1178,78
Galicia	1333,39	1.266,13	1262,77	1229,08	1227,74
Madrid	1108,14	1.103,16	1104,52	1094,24	1087,65
Murcia	1334,25	1.346,9	1219,89	1032,92	1079,13
Navarra	1543,12	1.528,59	1424,51	1418,97	1397,70
País Vasco	1623,08	1.563,68	1557,78	1551,75	1541,72
La Rioja	1443,94	1.347,11	1298,01	1214,42	1242,68
Media CCAA	1.343,95	1.288,58	1.210,95	1.191,11	1.204,97

Tabla 2

La población española, según los últimos datos estadísticos del patrón continuo, persiste en dos claras tendencias demográficas. Por un lado en un declive poblacional tras el máximo de 46.8 millones registrado en 2011, y que de persistir así concluiría en un descenso de 5.5 millones de personas para 2066 con respecto a la población de referencia a 1 de Enero de 2016 y por otro lado, la tendencia al envejecimiento de la población. A fecha de 1 enero de 2016 la población mayor de 65 años constituye un 18,4 % sobre el total. Este proceso de envejecimiento poblacional se reproduce internamente entre los ya mayores de 65 años, pues los octogenarios constituyen un 6,0% del total.

Aragón se encuentra, junto con otras comunidades como Castilla y León, Asturias o Galicia, en el grupo con una proporción de personas mayores por encima del 21 %. No es de extrañar, pues Aragón cumple con los dos factores geográficos más fuertemente asociados con el envejecimiento en España: región de interior y porcentaje considerable de habitantes en municipios rurales. Así, tomando como fuente cifras oficiales de población resultantes de la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2016 comprobamos que hasta un 16 % de la población aragonesa vive en municipios rurales. Considerando como municipio rural aquellos con poblaciones hasta 2.000 habitantes. Estas cifras contrastarían con otras comunidades autónomas como Madrid con un 8 % o Cataluña con un 4.5 %.

En el marco Europeo, encabezan la lista de mayor porcentaje de personas mayores de 65 años sobre el total de la población países como Italia (21.7%), Alemania (21%), Grecia (20.9%) y Portugal (20.3%). España se encontraría algo menos envejecida que estos países, 18.4%.

Una vez descrita la situación general demográfica española y la situación de Aragón dentro de esta, pasaremos a definir el perfil epidemiológico y socio demográfico nacional.

A la hora de comparar condiciones sociales, económicas y sanitarias de diferentes poblaciones independientemente de la estructura etaria de las poblaciones objeto de comparación, la esperanza de vida es un buen marcador. Entendemos esperanza de vida (EV) como el promedio de años que se espera que viva un individuo desde su nacimiento hasta su muerte.

Así, la EV española en 2014 era de 80.13 para el varón y 85.66 para la mujer superando la media europea de 78.1 y 83.6 respectivamente. En Aragón para el mismo año fueron de 80.08 para el varón y de 85.80 para la mujer. De esta forma se observa que tanto España como Aragón se encuentran por encima de la media europea.

Otra medida ampliamente utilizada es la percepción subjetiva de salud , marcador basado en la concepción que cada individuo tiene de su estado personal de salud y que se verá condicionado por múltiples factores como las enfermedades padecidas, factores socioeconómicos y del entorno personal del encuestado. Se trata de un valor muy estable, que apenas varía entre encuestas y cuya valoración tiende a ser negativa con el aumento de la edad y con el sexo femenino.

Esta medida tiene un gran prestigio fruto de las altas correlaciones encontradas entre esta media y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte carácter predictivo que tiene sobre el uso de servicios y la mortalidad [9]. De acuerdo con estudios realizados en el sistema español de salud [10] el perfil de paciente más común que usa el sistema sanitario se caracterizaría por ser mayor, nacido en España, desempleado, tener educación primaria o menor, bajos ingresos, sufrir enfermedad crónica o discapacidad, expresar un mal estado de salud percibido o haber utilizado el sistema en el año anterior.

Evaluando la situación de la distribución, prevalencia e incidencia de enfermedades en España, observamos como nuestro país al igual que el resto de los países de nuestro entorno ha superado lo que se conoce como transición epidemiológica la cual implica un cambio en el perfil de enfermedades desde enfermedades infecciosas asociadas con

carencias primarias (nutrición, suministro de agua, condiciones de la vivienda) hacia las enfermedades crónicas y degenerativas , tumorales y trastornos mentales.

De esta forma, en España, el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas.

Este nuevo patrón repercute de manera directa en el uso del sistema sanitario. Según el instituto de información sanitaria, los diagnósticos secundarios registrados con más frecuencia están referidos a enfermedades crónicas, factores de riesgo y hábitos tóxicos. La hipertensión arterial, la diabetes, el uso de medicamentos durante largo tiempo y la hiperlipidemia, están presentes en el 25 %, 12%,10% y 9% de las altas producidas.

En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) la tendencia de obesidad y sobrepeso se ha duplicado en las últimas dos décadas y media (1987 a 2012) con pocas diferencias entre mujeres y hombres. Además, teniendo en cuenta valores de IMC superiores al deseable 25 (incluiríamos sobre peso) observamos que la prevalencia de sobrecarga ponderal global también se ha duplicado.

Tomando de referencia este mismo periodo de tiempo, observamos como la obesidad sigue una distribución geográfica: aumenta en dirección norte –sur, con prevalencias altas en la región noroeste y sur–sureste. Destacan: Ceuta, Extremadura, Andalucía y Castilla la Mancha. Por otro lado, las zonas rurales presentan mayores prevalencias de obesidad en hombres, mientras que las mujeres en el área urbana presentan mayores índices que los hombres.

En el informe elaborado por el Ministerio de Sanidad para el abordaje de la cronicidad se apuntan una serie de factores como el estado civil casado o viudo, el bajo nivel de estudios, la baja cualificación laboral o el bajo nivel de ingresos como factores sociales de riesgo para la obesidad [11].

En lo referente a los problemas de salud crónicos observamos una tendencia creciente desde 1997. En el período 1993 a 2014, la hipertensión ha pasado de 11,2% a 18,4%, la diabetes de 4,1% a 6,8% y el colesterol elevado de 8,2% a 16,5%. No obstante, la hipertensión se muestra estable en las encuestas realizadas desde 2006, y la hipercolesterolemia y la diabetes no han aumentado en 2014.

En España, el 18,8% de las personas mayores tiene diabetes, según la Encuesta Europea de Salud, 2014. Se considera que tiene diabetes quien la declara como enfermedad crónica padecida en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico. Tres de cada cuatro diabéticos de 65 y más años tienen sobre peso u obesidad; más de la mitad son sedentarios (no realizan ejercicio y su tiempo libre lo ocupan de forma casi completamente sedentaria).

La principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio: provocó 107.011 fallecimientos. El cáncer (tumores) es la segunda causa de muerte (83.448 fallecidos). En tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias (41.157 fallecidos) [12].

La OMS y las Naciones Unidas en la reunión transcurrida en septiembre de 2011 sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles puso el foco en 4 factores de riesgo a combatir, por ser estos factores evitables que generan la mayor carga de enfermedad: el tabaquismo, el sedentarismo, la alimentación poco saludable y el consumo nocivo de alcohol [13].

En lo referente a la patología psiquiátrica, la depresión constituye la patología más prevalente entre la población mayor de 65 años .La gran incidencia de esta patología en este grupo etario deriva en una enorme carga asistencial, especialmente en el nivel primario de atención.

Sin embargo, a la hora de hablar de datos concretos, la especial dificultad que presenta en esta patología la definición de caso hace difícil la comparación con otras encuestas realizadas en el ámbito internacional. La encuesta que nos ocupa utiliza como instrumento de medición el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ-8).

La depresión en el paciente anciano tiene una serie de peculiaridades que hemos de tener en cuenta, por un lado la presentación clínica atípica y por otro lado la visión cultural hegemónica de la vejez como algo triste. Estos factores hacen que la depresión presente grados de subdiagnóstico del 32-50% y de infra tratamiento del 37-50% [14,15].

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicados en 2015, la depresión no solo estaría mal diagnosticada por el SNS sino también mal tratada. La psicoterapia tan eficaz en estos procesos, por su poca oferta dentro del sistema quedaría relegada, con el consecuente abuso de psicofármacos. El 18,9% de los españoles con 15 o más años había consumido en las dos últimas semanas psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero; y el 8,4% había consumido antidepresivos o estimulantes. El consumo es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres, aumenta con la edad y disminuye con el nivel cultural.

Hay que tener en cuenta la enorme dimensión que tiene la depresión como enfermedad discapacitante y potencialmente mortal. La depresión es el principal factor de riesgo para el suicidio. Siendo los depresivos masculinos mayores de 70 años los que mayor tasa de suicidio presentan [16].

A la hora de evaluar la salud de la población mayor de 65 años, y entendiendo el concepto de salud como algo más allá de la ausencia de enfermedad (OMS) se hace necesaria la valoración de la funcionalidad en sus diferentes ámbitos.

La discapacidad/dependencia es una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades); las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencias); las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayudas). Desde esta definición, se comprende la gran variedad de parámetros de estudios y metodologías de medición para el fenómeno de dependencia.

Así pues el grado de funcionalidad y de independencia de esta población es indispensable como forma de evaluación básica de la discapacidad. Para ello la ESE mide la prevalencia de estas limitaciones en términos de capacidad funcional, sea cual sea la razón de estas.

Se diferencian dos parámetros. La limitación para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que incluirían ducharse, ir al servicio, vestirse, levantarse / acostarse y alimentarse y por otro lado las actividades instrumentales (AIVD). Las preguntas de la EESE 2014 miden la dificultad para las actividades instrumentales de la vida diaria según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud y si se recibe ayuda para ellas. Las siete actividades del hogar consideradas son: Preparación de comidas; Utilización del teléfono; Realización compras; Suministro de medicamentos: ser capaz de tomar su propio medicamento; Realizar tareas domésticas ligeras; Realizar tareas domésticas pesadas ocasionalmente; Encargarse de las tareas económicas diarias del hogar.

Tanto para las ABVD como para las AIVD se mide no solo el grado de dificultad referido para la realización de estas actividades, si no la proporción que necesita ayuda y el grado en que esta es suficiente o insuficiente.

De esta forma, y teniendo en cuenta que los presentes datos solo hacen referencia a la población no institucionalizada y que únicamente se consideran las limitaciones crónicas, observamos que en la Encuesta Nacional de Salud realizada entre 2011 y 2012 el 20,73% de la población de 65 y más años tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) , 25,19% de las mujeres y 14,95% de los hombres ,y el 47.07% para alguna AIVD, 57,18% de las mujeres y 33,95% de los hombres.

Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones para las ABVD afectan al 53,68%. El 82,08% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales.

Como último estado de salud se valora el dolor. Entendemos el dolor como una experiencia sensorial y emocional compleja, multidimensional, que abarca percepciones, emociones y comportamientos .El dolor discapacita, el dolor crónico va a originar dependencia cognitiva, física social y económica. Con la edad aumenta la proporción de personas que sufren dolor y la intensidad del mismo. La valoración del dolor ha sido considerada como el quinto signo vital.

La mayoría de estudios publicados en torno al dolor como “Pain in Europe“ ó “Acove Project“ que sitúan al dolor de espalda crónico como el más prevalente. La EESE aporta cifras de las localizaciones anatómicas más frecuentes de dolor crónico. Así sitúa al dolor de espalda crónico más frecuente. Ya sea cervical (14.7 %) o lumbar (17.34 %). Las migrañas o dolores de cabeza frecuente también son extraordinariamente frecuentes (8.27 %).

JUSTIFICACION

La vigilancia en salud pública consistente en la recogida, procesamiento y análisis de datos referentes a la salud de los habitantes de una región permite, en primer lugar una evaluación del nivel de salud de una población y en segundo lugar un plan de actuación concreto para los problemas detectados.

El tradicional sistema centrado principalmente en la vigilancia de enfermedades transmisibles, especialmente aquellas de declaración obligatoria que en su día sirvió en España para la eliminación de enfermedades como la brucelosis, el sarampión y la poliomielitis, ha quedado obsoleto con el cambio de patrón epidemiológico en el cual las enfermedades crónicas pasan a ser las nuevas epidemias de las sociedades desarrolladas [17,18].

Internacionalmente fueron el Centers for Disease Control and Prevention los pioneros en incluir en 1970 factores de riesgo y enfermedades crónicas en sus análisis epidemiológicos

En España la Ley General de Salud Pública (LGSP) vincula el desarrollo de la vigilancia de la salud con estrategias para controlar determinadas enfermedades crónicas y otros problemas de especial relevancia para la salud pública [19]. Las estrategias de salud para las enfermedades crónicas necesitan, por tanto, disponer de información epidemiológica sistemática y periódica para facilitar la planificación eficiente de recursos.

Desarrollando estos objetivos la Ley 33/2011 en su capítulo 1 referente a la vigilancia en salud pública, aboga por un sistema nacional de vigilancia en salud pública de enfermedades crónicas con participación de la administración local y autonómica con la supervisión por parte del Ministerio.

La selección del módulo Estados de Salud dentro de los diferentes parámetros de la encuesta está basado en las características demográficas y en el perfil epidemiológico y socio demográfico del país que hacen que el estudio de estos estados de salud general sea de especial interés tanto por su prevalencia como por su carga de enfermedad.

La selección del grupo de edad correspondiente a los mayores de 65 años está basada en la relevancia proporcional y tendencia a la alza de este grupo etario.

Los indicadores seleccionados recogen tanto las enfermedades más prevalentes e incapacitantes en la actualidad (cardiovasculares, cáncer, diabetes y mentales) como la evaluación funcional de nuestra población en su vida diaria.

Aprovechando el marco de la encuesta europea de salud, acotaremos nuestro estudio a la población de Aragón y seleccionamos de los 30 indicadores, los constituidos por módulos referentes al estado de salud general, entre los que el MSSI considera de mayor relevancia a la hora de evaluar las tendencias de salud de cada territorio.

Tras el acotamiento tanto del territorio como de los parámetros procederemos a la evaluación de la situación de Aragón con respecto al resto de comunidades del territorio nacional.

Con esta selección de indicadores cubriríamos las exigencias expuestas por la mayoría de los investigadores a la hora de realizar estudios epidemiológicos sobre enfermedades crónicas: información epidemiológica sistemática y periódica con indicadores de enfermedades y determinantes donde prevalezcan la coherencia y la comparabilidad de los datos [20].

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el estado de salud general en la población de mayores de 65 años en Aragón con respecto al resto de España y así, contribuir en la medida de lo posible a crear evidencia sobre la que se basa las decisiones en Salud Pública, evidencia que tendría sentido incluso sin existir intervenciones posibles puesto que los hallazgos podrían contribuir a la planificación o inspiración de nuevas líneas de investigación.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Analizar la relación entre la valoración positiva de la salud y las distintas variables analizadas del estado de salud.
- Análisis comparativo de los datos referentes a Aragón con el resto de las comunidades.
- Análisis de la relación de aspectos económicos (PIB y Renta per cápita) con la situación de la salud en el territorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL

La fuente de datos utilizados para el presente trabajo proviene de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Es la parte española de la *European Health Interview Survey (EHIS)*, que coordina la Oficina Europea de Estadística (Eurostat).

El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), con el fin de permitir la comparación de los resultados con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE)

La EESE es un estudio de diferentes características de la salud de la población adulta, así como de la utilización de los servicios sanitarios y su accesibilidad.

Se realiza a través de entrevistas personales domiciliarias a la población adulta no institucionalizada residente en España (15 y más años) mediante un cuestionario común europeo administrado.

MÉTODO

Del total de encuestados, para realizar el estudio, se seleccionó a los mayores de 65 años incluidos.

Las variables seleccionadas, fueron las correspondientes al módulo Estado de Salud y en concreto para cumplir los objetivos fueron:

- Valoración positiva del estado de salud.
- Problemas de salud crónicos: diabetes, hipertensión, depresión e hipercolesterolemia.
- Limitación para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Limitación para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- Padecer dolor.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO INFORMÁTICO

El fichero del Instituto Nacional de Estadística en formato Excel, se transformó posteriormente en fichero de IBMSPSS 22.0 para su tratamiento estadístico.

Tanto para la consecución del objetivo “Analizar la relación entre la valoración positiva de la salud y las distintas variables analizadas del estado de salud” como del objetivo “Una comparación estadística de los datos referentes a Aragón con el resto de las comunidades”, como se trataban de variables cualitativas, su presentación se realizó por medio de tablas con porcentajes.

Para el análisis de las variables cualitativas, y se utilizó el estadístico χ^2 para establecer la asociación o independencia entre las variables. Se utilizaron los residuos ajustados de Haberman (RA) para explicar la o las categorías responsables de la significación estadística.

En la representación gráfica en el objetivo del análisis de la relación entre la valoración positiva de la salud y las distintas variables analizadas del estado de salud, se utilizó únicamente el aspecto gráfico del análisis de correspondencias.

RESULTADOS

Tabla 3: Estado de Salud e Índice de masa corporal (IMC)

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Índice de masa corporal (IMC)				
	Peso insuficiente	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	Total
Muy bueno	4,8%	8,6%	6,4%	3,3%	6,4%
Bueno	24,2%	39,1%	39,4%	31,3%	37,3%
Regular	35,5%	34,7%	36,3%	40,7%	36,8%
Malo	21,0%	12,2%	13,7%	18,6%	14,5%
Muy malo	14,5%	5,4%	4,1%	6,0%	5,1%
Chi-cuadrado = 101,02				p = 0.000	

Los entrevistados con un IMC normal calificaron su estado de salud como muy bueno el 8,6%, como bueno el 39,1 % y como regular el 34,7%. De los que presentaban un peso insuficiente, percibieron un estado de salud malo el 21% y muy malo un 14,5. El 18,6% malo en los de obesidad. (Tabla 3; Gráfico 3)

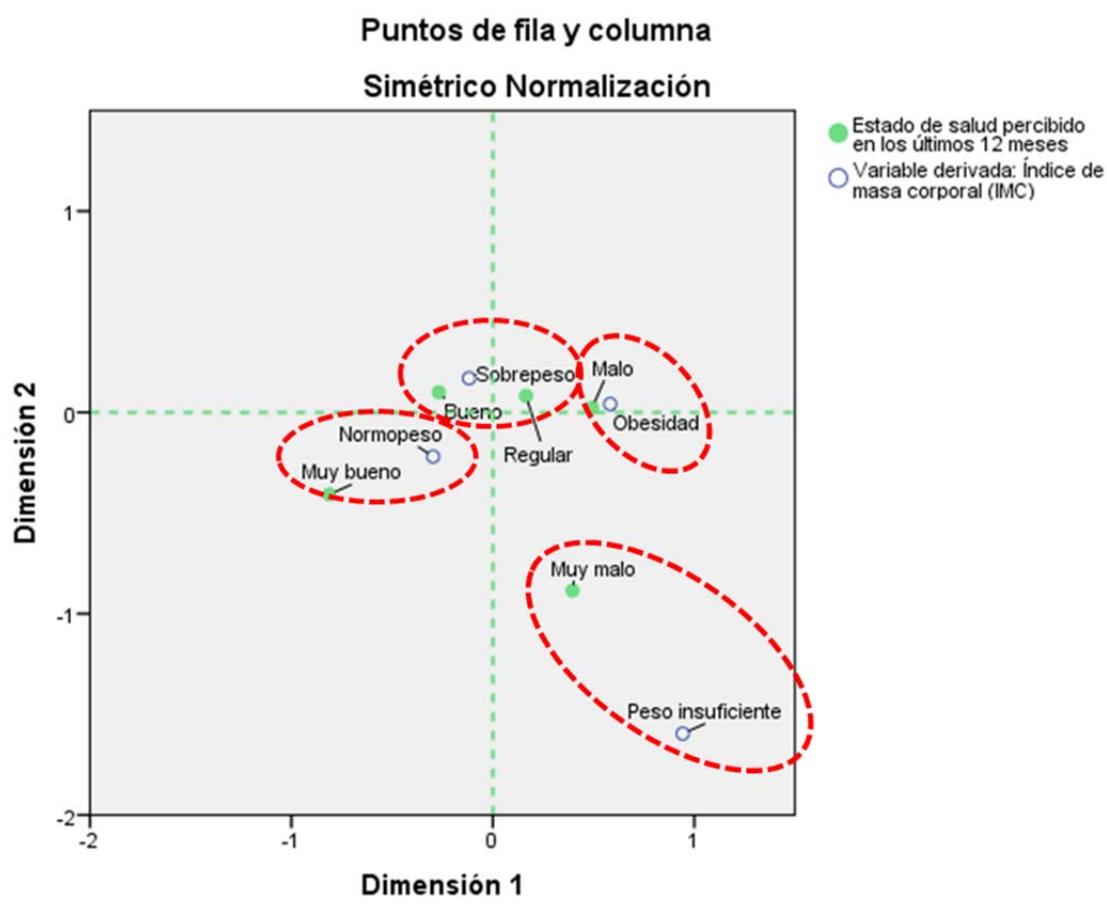


Tabla 4: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Alimentarse sin ayuda)

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades básicas diarias: Alimentarse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	6,6%	0,6%	0,0%	0,0%
Bueno	38,1%	8,5%	6,3%	5,1%
Regular	37,4%	33,5%	23,8%	15,2%
Malo	13,9%	36,6%	38,1%	30,3%
Muy malo	3,9%	20,7%	31,7%	49,5%
Chi-cuadrado = 744,37		p = 0.000		

El 49.5 % refiriendo su estado de salud como muy malo entre los que afirmaron la imposibilidad de alimentarse por sí mismos. La mala autopercepción de salud se relaciona en un 36.6% con alguna dificultad de salud y en un 38.1 % con mucha dificultad. (Tabla 4; Gráfico 4)

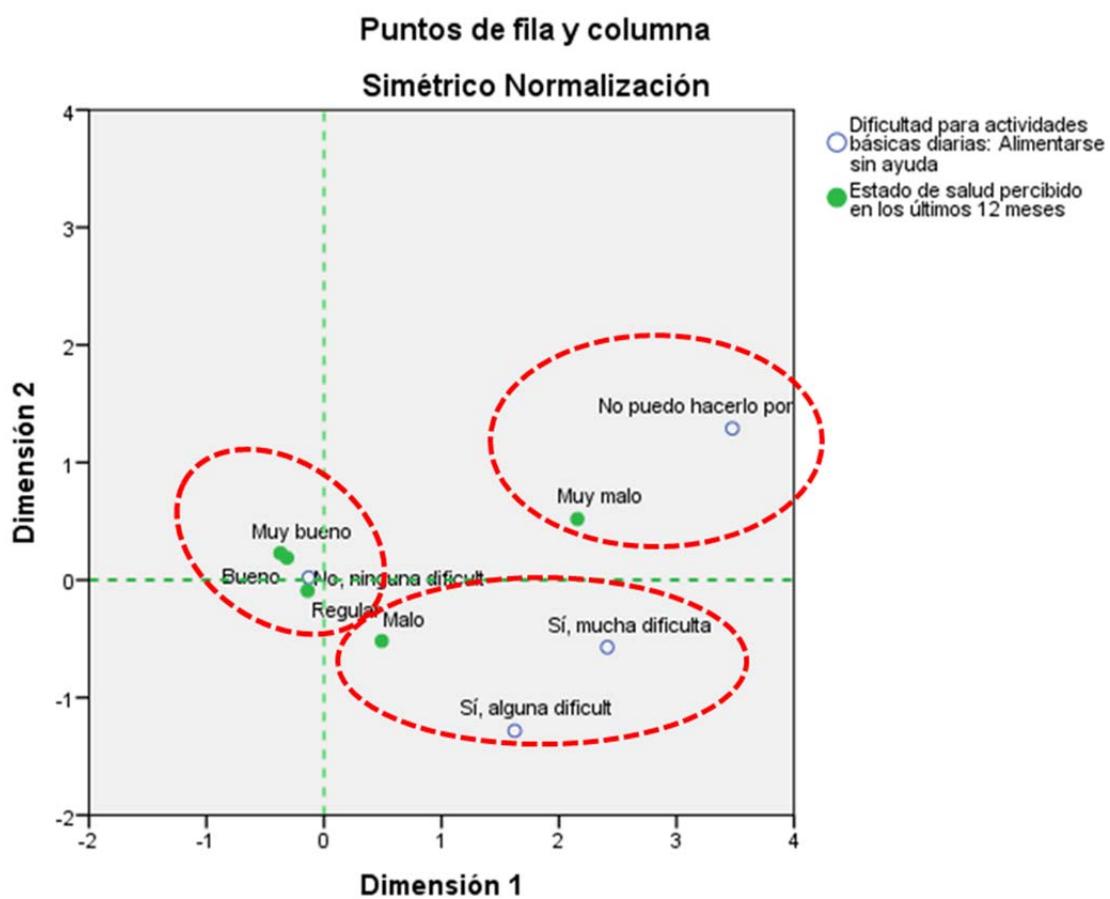


Gráfico 4

Tabla 5: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades básicas diarias: Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,2%	1,2%	0,6%	0,0%
Bueno	41,0%	10,1%	4,3%	7,5%
Regular	37,7%	36,2%	27,0%	21,9%
Malo	11,6%	37,4%	37,4%	31,0%
Muy malo	2,5%	15,0%	30,7%	39,6%
Chi-cuadrado = 1344,37		p = 0.000		

El no poder sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse sin ayuda se relaciona con una muy mala autopercepción de salud (39.6 %) y mala (31%). Alguna dificultad en dicho proceso se relaciona con la mala auto percepción (37.4 %) y Regular (32.6%). Ninguna dificultad se relaciona con un estado de salud percibido bueno (41.0%). (Tabla 5; Gráfico 5)

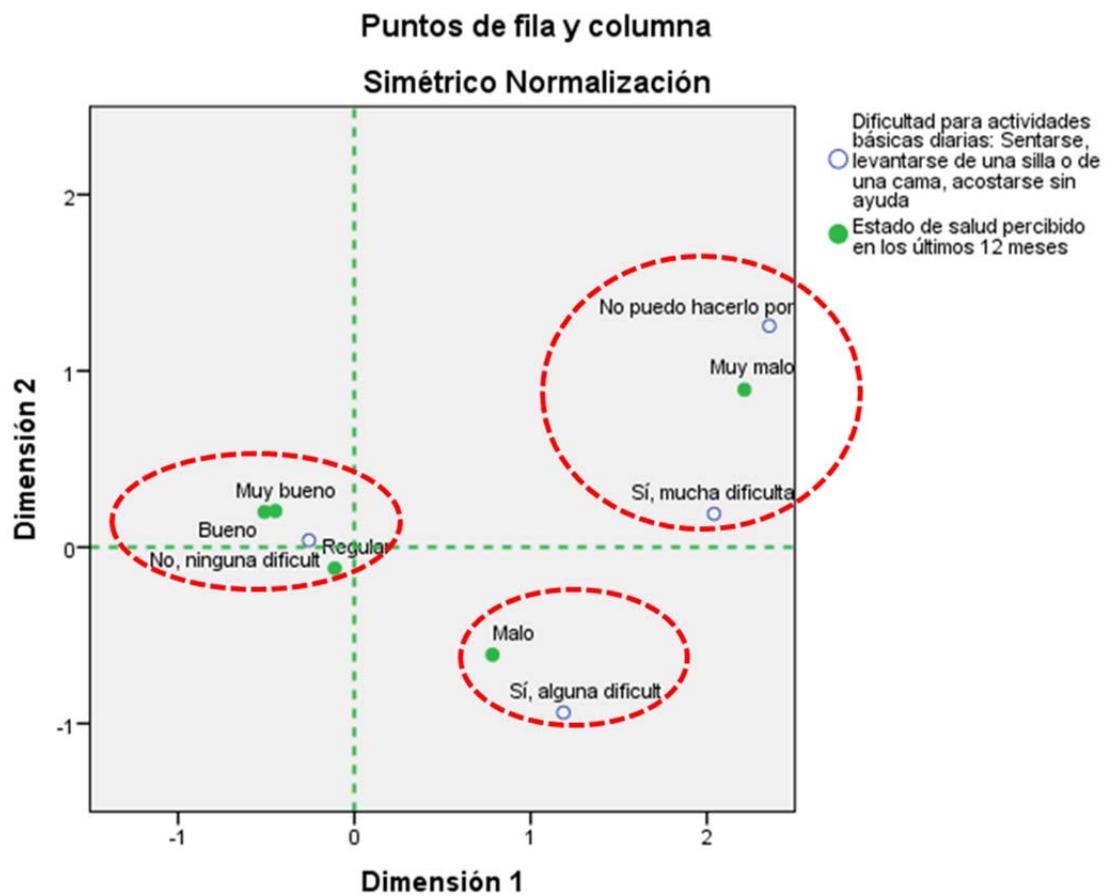


Gráfico 5

Tabla 6: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Vestirse y desvestirse sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades básicas diarias: Vestirse y desvestirse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,2%	0,9%	0,0%	0,0%
Bueno	41,1%	10,6%	4,6%	5,6%
Regular	37,7%	37,3%	27,0%	24,7%
Malo	11,5%	36,9%	41,4%	31,6%
Muy malo	2,5%	14,3%	27,0%	38,1%

La incapacidad de vestirse y desvestirse autónomamente se relaciona con un estado de salud percibido muy malo (38.1%) y malo (31.6%). Ninguna dificultad para dicho proceso se relaciona con estados de salud percibidos como Regular (37.7%), Bueno (41.1%) y Muy bueno (7.2%). Vestirse y desvestirse con alguna (36.9%) o mucha dificultad (41.4%) se relaciona con estado de salud percibido malo. (Tabla 6; Gráfico 6)

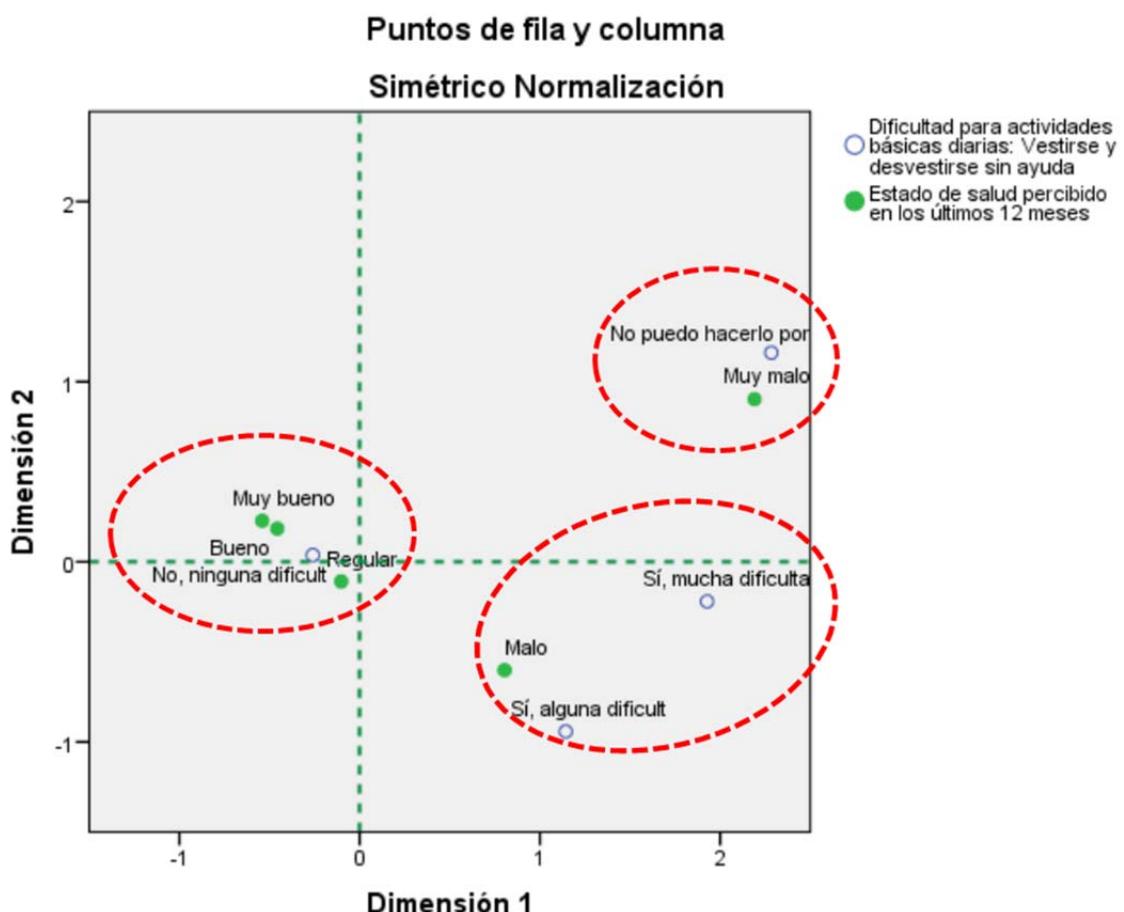


Gráfico 6

Tabla 7: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Ir al servicio sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades básicas diarias: Ir al servicio sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	6,9%	0,7%	0,0%	0,0%
Bueno	39,8%	9,1%	4,4%	6,6%
Regular	37,6%	34,1%	32,1%	21,8%
Malo	12,7%	38,7%	32,1%	33,0%
Muy malo	3,0%	17,4%	31,4%	38,6%
Chi-cuadrado = 1123,96		p = 0.000		

No poder ir al servicio por uno mismo se relaciona con un estado de salud percibido muy malo (38.6 %) o malo (33%). Hacerlo con mucha dificultad se relaciona con malo en un 32.1%. El estado de salud bueno se asocia a ir al servicio sin ninguna dificultad (39.8%). (Tabla 7; Gráfico 7)

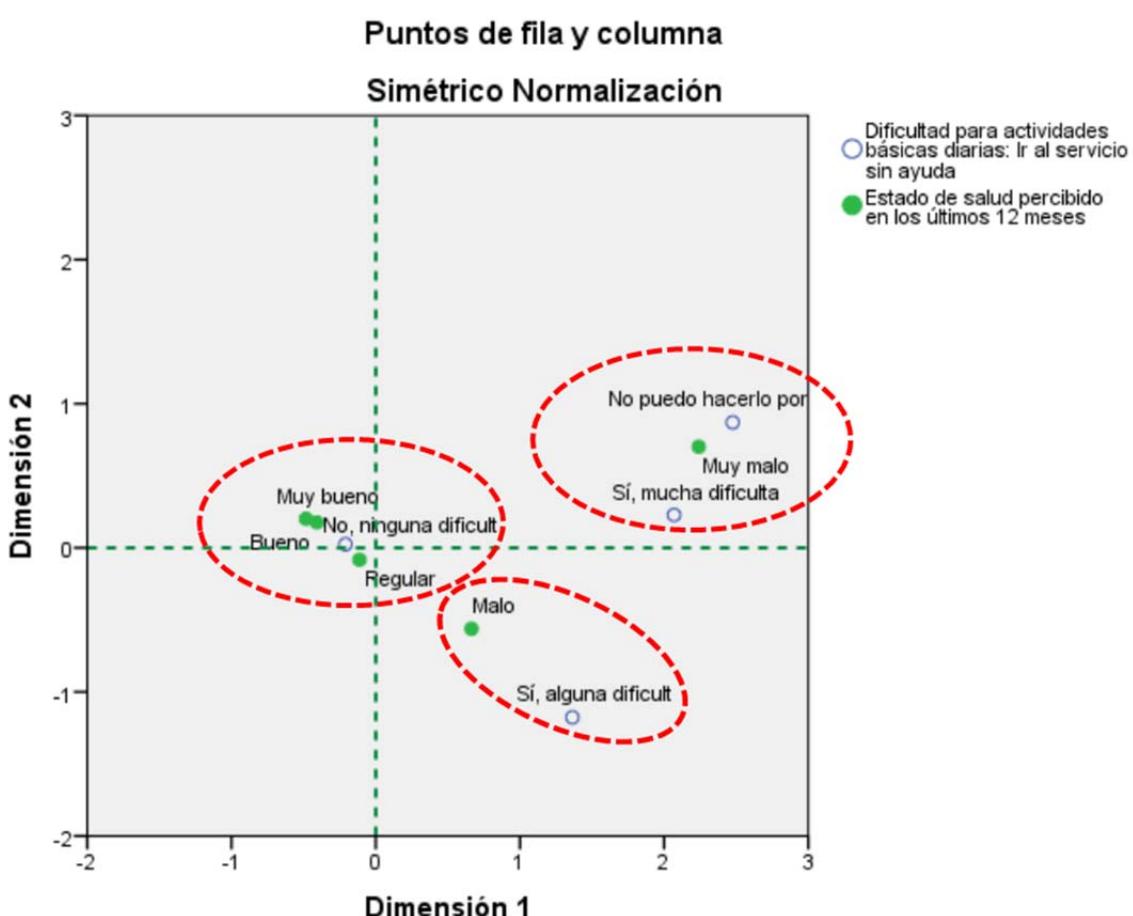


Gráfico 7

Tabla 8: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Ducharse o bañarse sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades básicas diarias: Ducharse o bañarse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,5%	1,4%	0,4%	0,2%
Bueno	42,3%	10,8%	11,7%	8,2%
Regular	37,7%	38,6%	28,5%	29,7%
Malo	10,4%	37,9%	38,9%	32,6%
Muy malo	2,2%	11,3%	20,5%	29,3%
Chi-cuadrado = 1417,65		p = 0.000		

El no poder ducharse por uno mismo se relaciona con estados de salud percibidos malo (32.6%) y muy malo (29.3%). Un mal estado de salud percibido se relaciona con ducharse o bañarse con mucha dificultad (38.9%) o con alguna dificultad (37.9%). Los estados percibidos de salud bueno se relacionan con ninguna dificultad para la ducha (42.3%). (Tabla 8; Gráfico 8)

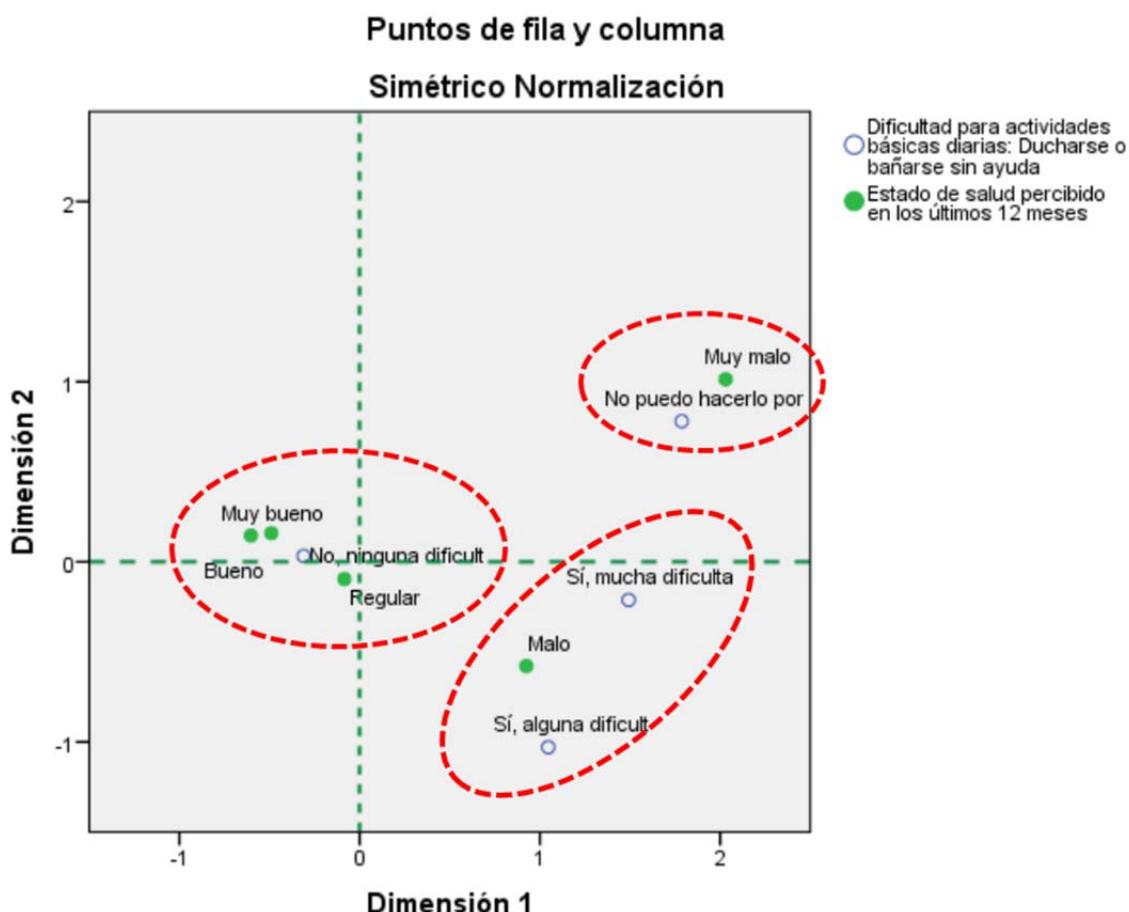


Gráfico 8

Tabla 9: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Ducharse o bañarse sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Preparar las comidas sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,5%	0,6%	1,6%	0,0%
Bueno	42,1%	12,2%	8,3%	9,6%
Regular	38,0%	36,0%	29,7%	32,7%
Malo	10,4%	37,8%	40,6%	32,2%
Muy malo	2,0%	13,4%	19,8%	25,4%

Tabla 9

La imposibilidad de prepararse las comidas sin ayuda se relaciona con un estado de salud percibido como regular (32.7%) malo (32.2%) y muy malo (25.4%). El estado percibido de salud malo se relaciona a preparar las comidas con mucha dificultad (40.6%) o con alguna (37.8%). El estado de salud bueno se relaciona con ninguna dificultad (42.1%). (Tabla 9; Gráfico 9)

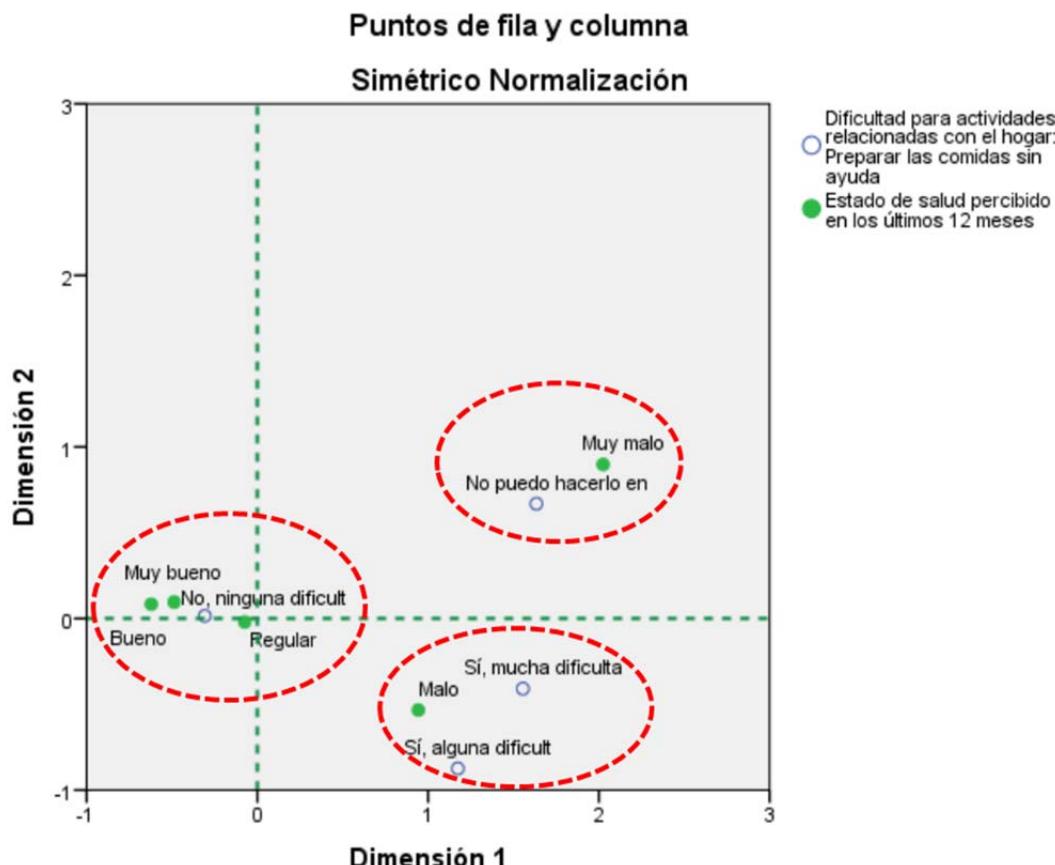


Gráfico 9

Tabla 10: Estado de Salud y Dificultad para actividades básicas diarias: Ducharse o bañarse sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar:			
	Utilizar el teléfono sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,1%	0,4%	3,3%	0,0%
Bueno	40,1%	13,1%	13,8%	10,3%
Regular	37,6%	35,8%	29,6%	30,7%
Malo	12,0%	35,5%	40,1%	31,0%
Muy malo	3,1%	15,2%	13,2%	27,9%

Tabla 10

El no poder utilizar el teléfono sin ayuda se relaciona con estados de salud percibidos regular (30.7 %), malo (31.0%) y muy malo (27.9%). El hacerlo con mucha dificultad se relaciona con el mal estado de salud (40.1%). El hacerlo sin ninguna dificultad se relaciona con el estado bueno de salud (40.1 %). (Tabla 10; Gráfico 10)

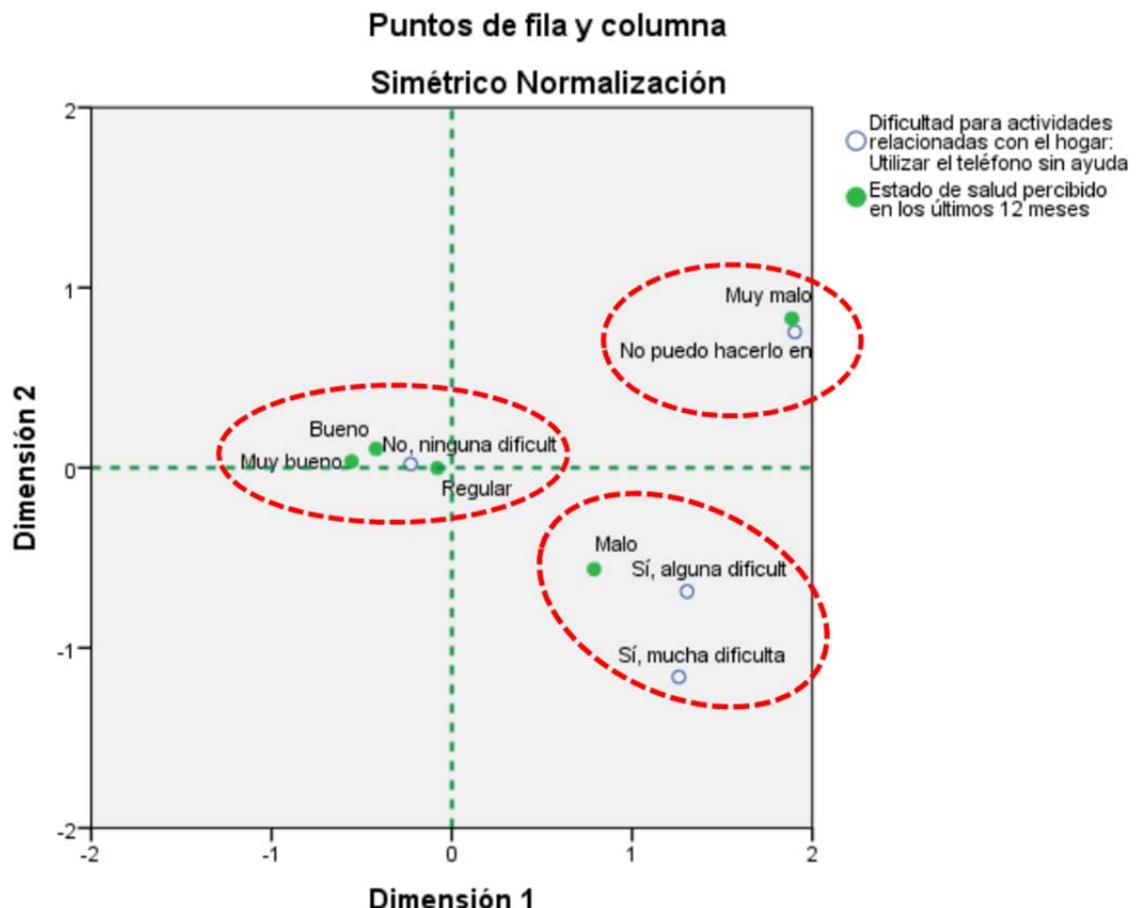


Gráfico 10

Tabla 11: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar compras sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar:			
	Realizar compras sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	8,1%	1,2%	1,3%	0,1%
Bueno	44,2%	16,6%	12,0%	9,9%
Regular	37,2%	44,8%	31,9%	31,6%
Malo	8,8%	30,1%	38,2%	34,3%
Muy malo	1,6%	7,3%	16,7%	24,0%

El no poder realizar compras sin ayuda se relaciona con un estado de salud percibido malo (34.3%) y regular (31.6%). El hacerlo con mucha dificultad se relaciona con un mal estado de salud percibido (38.2%). El hacerlo sin dificultad se relaciona con un estado de salud percibido muy bueno (8.1%), bueno (44.2%) y regular (37.2%). (Tabla 11; Gráfico 11)

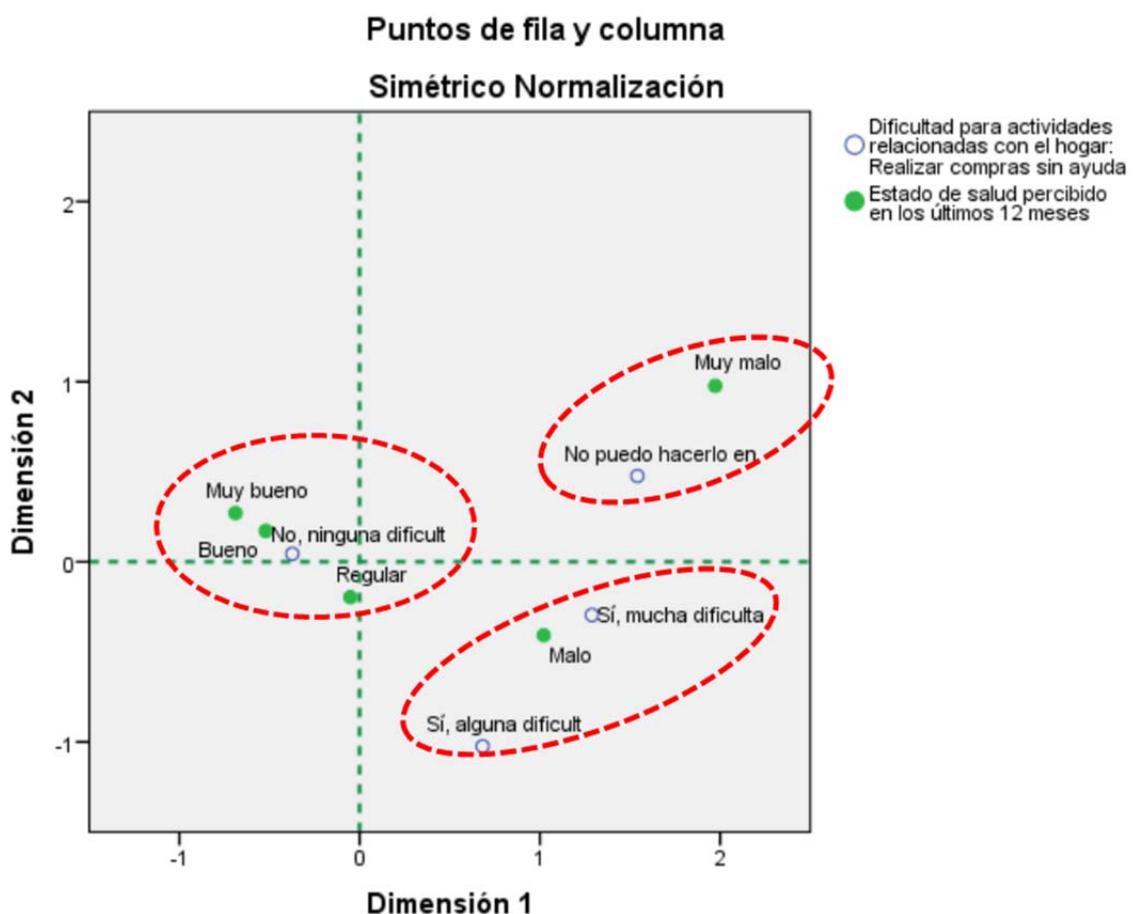


Gráfico 11

Tabla 12: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar compras sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Tomar sus medicamentos sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,0%	1,1%	0,8%	0,0%
Bueno	40,5%	9,5%	11,6%	8,6%
Regular	37,4%	42,3%	34,1%	28,3%
Malo	12,1%	33,8%	37,2%	35,0%
Muy malo	3,1%	13,4%	16,3%	28,0%

El no poder tomar medicamentos sin ayuda se relaciona con un mal (35.0%) y muy mal (28%) estado de salud percibido. El hacerlo con alguna dificultad se relaciona con mal estado de salud (33.8%). El hacerlo sin ninguna dificultad se relaciona con muy buen (7.0%) o buen (40.5%) estado de salud percibido. (Tabla 12; Gráfico 12)

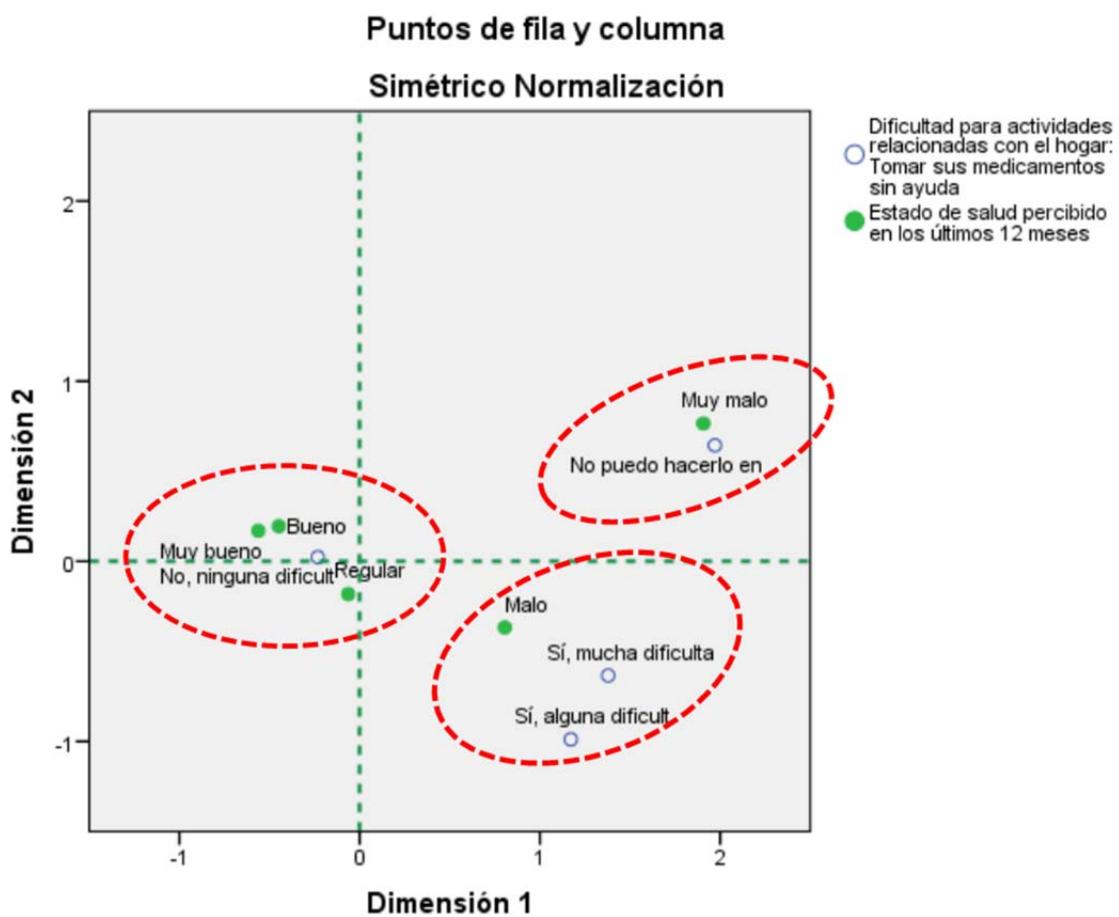


Gráfico 12

Tabla 13: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar compras sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar:			
	Realizar tareas domésticas ligeras sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	8,6%	1,0%	1,5%	0,0%
Bueno	46,1%	19,9%	9,2%	9,5%
Regular	36,2%	44,4%	40,7%	29,9%
Malo	7,8%	28,0%	34,5%	35,9%
Muy malo	1,3%	6,8%	14,1%	24,7%

La incapacidad de hacer tareas domesticas sin ayuda se relaciona con un estado de salud percibido malo (35.9%) o muy malo (24.7%). El hacerlo con alguna (44.4%) o mucha (40.7%) dificultad se relaciona con el estado de salud percibido malo. El hacerlo sin ninguna dificultad se relaciona con estados de salud percibidos muy bueno (8.6 %), bueno (46.1%) o regular (36.2%). (Tabla 13; Gráfico 13)

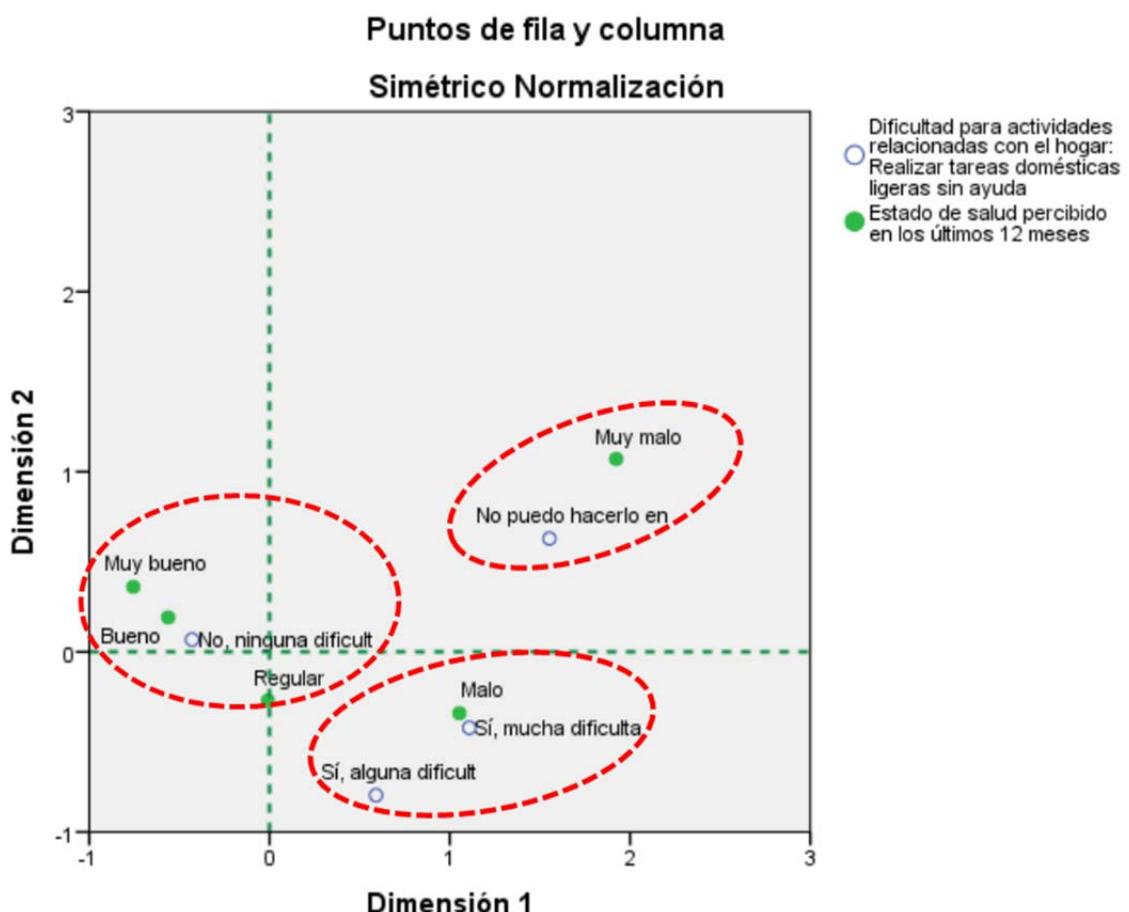


Gráfico 13

Tabla 14: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar compras sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	10,2%	5,3%	2,2%	0,6%
Bueno	51,1%	36,5%	22,4%	11,1%
Regular	31,6%	45,2%	45,7%	38,5%
Malo	6,1%	11,3%	23,7%	32,5%
Muy malo	1,0%	1,8%	5,9%	17,2%
Chi-cuadrado = 1582,93		p = 0.000		

La imposibilidad de realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo sin ayuda se relaciona con estados percibidos de salud malo (32.5%) y muy malo (17.2%). La presencia de alguna (45.2%) o mucha (45.7%) dificultad se relaciona con estados de salud percibidos regulares. La ausencia de dificultad para este tipo de tareas se relaciona con estados de salud percibidos como muy buenos (10.2%), buenos (51.1%) o regulares (31.6%). (Tabla 14; Gráfico 14)

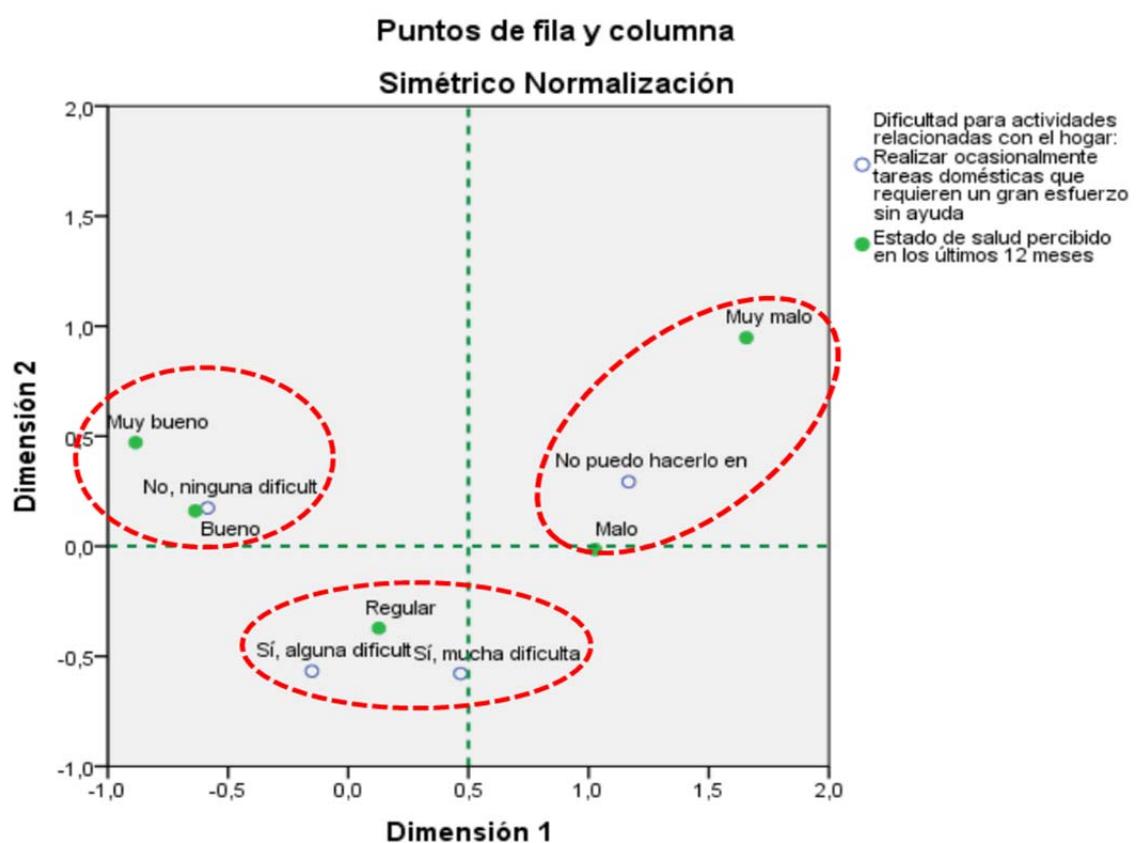


Gráfico 14

Tabla 15: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Administrar su propio dinero sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Administrar su propio dinero sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Muy bueno	7,2%	1,6%	1,4%	0,0%
Bueno	40,9%	11,1%	13,4%	9,9%
Regular	36,9%	43,9%	35,9%	32,9%
Malo	11,8%	34,8%	35,2%	31,4%
Muy malo	3,0%	8,6%	14,1%	25,8%

La incapacidad de administrar el propio dinero sin ayuda se relaciona con estados de salud percibidos regular (32.9%), malo (31.4%) y muy malo (25.8%). Hacerlo con alguna (43.9%) o mucha (35.9%) dificultad se relaciona con estado de salud percibido malo. El hacerlo sin ninguna dificultad se relaciona con estados de salud percibido muy bueno (7.2%) bueno (40.9%) y regular (36.9%). (Tabla 15; Gráfico 15)

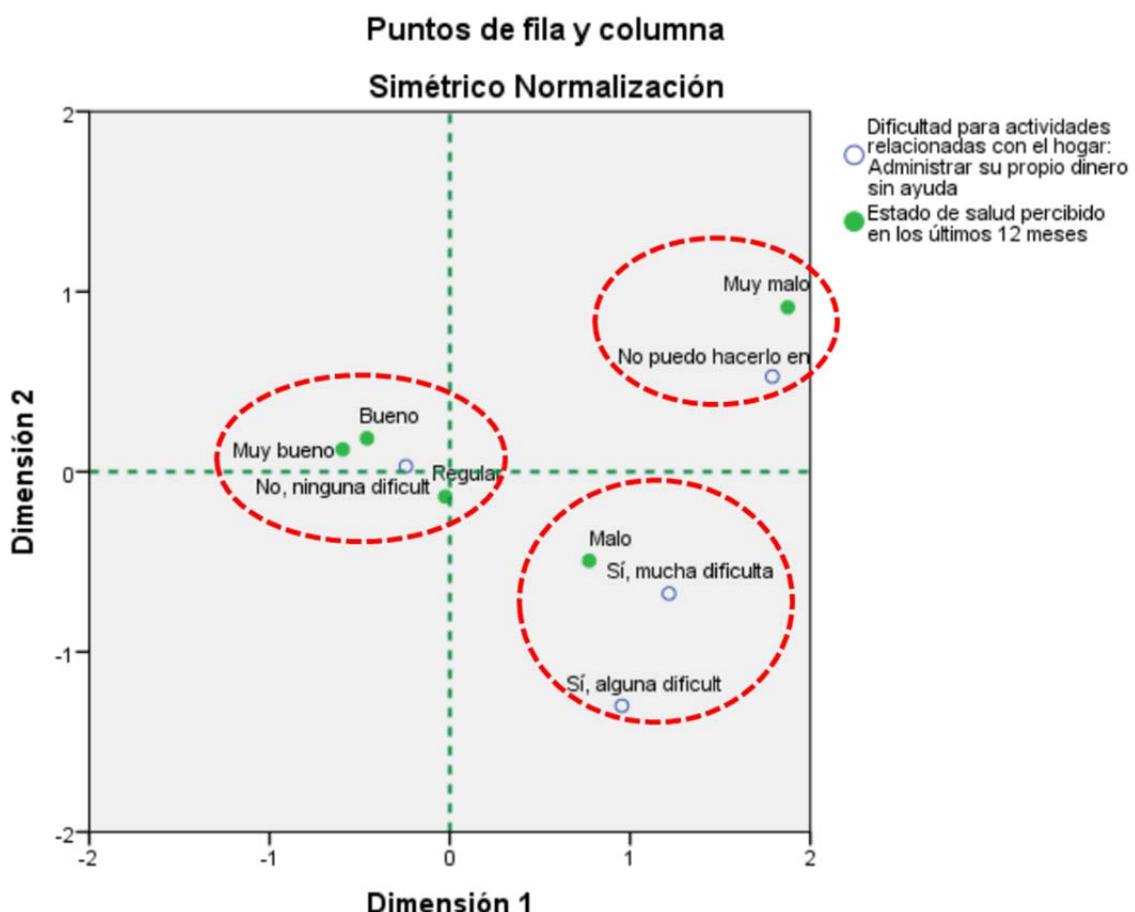


Gráfico 15

Tabla 16: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Administrar su propio dinero sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	Grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas					
	Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Muy bueno	13,0%	6,9%	2,8%	1,6%	0,6%	0,8%
Bueno	57,9%	43,9%	36,0%	20,1%	7,4%	0,8%
Regular	23,2%	39,7%	48,2%	52,3%	34,8%	15,6%
Malo	4,5%	7,7%	10,3%	21,2%	40,0%	40,2%
Muy malo	1,3%	1,8%	2,8%	4,8%	17,3%	42,6%

Chi-cuadrado = 2438,59

p = 0.000

La población que refiere haber padecido un dolor extremo durante las cuatro últimas semanas se asocia con estados de salud percibidos como muy malos (42.6%) y malos (42.6%). El dolor severo se asocia con estado de salud percibido como malo (40.0%). Los grados de dolor leves o muy leves se relacionan con el estado de salud percibido como regular, (48.2% y 39.7% respectivamente). El no haber percibido ningún grado de dolor se asocia con estados de salud muy bueno (13.0%) y bueno (57.9%). (Tabla 16; Gráfico 16)

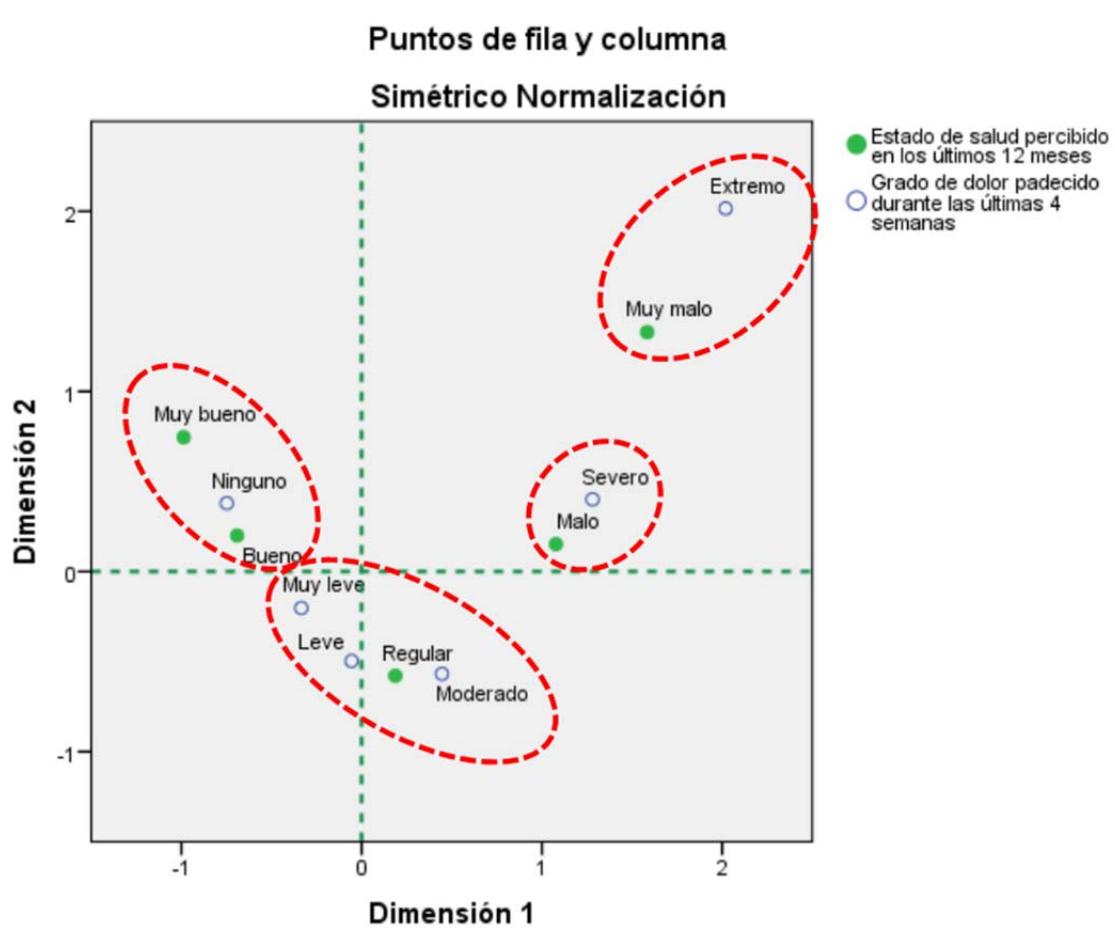


Gráfico 16

Tabla 17: Estado de Salud y Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Administrar su propio dinero sin ayuda

Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	¿Hasta qué punto el dolor afectó a sus actividades cotidianas?				
	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
Muy bueno	11,6%	1,6%	0,8%	1,0%	1,0%
Bueno	55,5%	31,1%	15,1%	7,9%	3,1%
Regular	26,5%	52,1%	55,6%	38,9%	21,9%
Malo	5,1%	13,2%	23,0%	38,8%	40,1%
Muy malo	1,4%	2,0%	5,4%	13,4%	33,9%

Los encuestados con un estado de salud percibido como bueno refieren nada (55.5%) o un poco (31.1%) de afectación por el dolor a sus actividades cotidianas. Los encuestados con estado de salud percibido como regular, se asocian con una afectación moderada (55.6%) por el dolor a sus actividades cotidianas. Sin embargo, aquellos que percibieron muy mal estado de salud, refirieron mucha afectación por el dolor (33.9%) a sus actividades cotidianas. (Tabla 17; Gráfico 17)

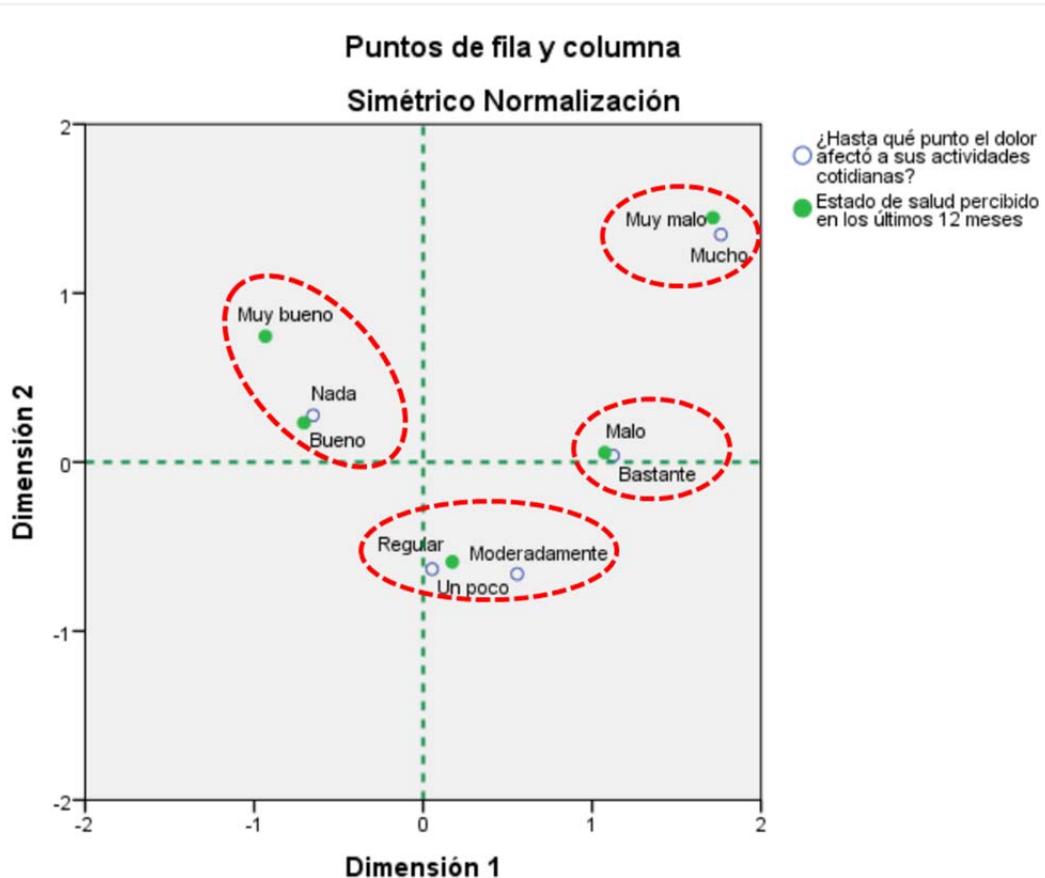


Gráfico 17

Tabla 18: Estado de salud percibido en los últimos 12 meses por comunidades

Comunidad Autónoma	Estado de salud percibido en los últimos 12 meses				
	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Andalucía	7,8%	31,6%	34,8%	17,9%	7,9%
Aragón	7,3%	39,0%	37,8%	12,1%	3,9%
Asturias	4,2%	41,0%	35,8%	13,2%	5,9%
Baleares	8,0%	31,3%	36,8%	20,9%	3,0%
Canarias	1,6%	27,6%	46,3%	18,3%	6,2%
Cantabria	12,6%	39,9%	27,3%	13,8%	6,3%
Castilla y León	4,7%	39,2%	38,5%	12,8%	4,7%
Castilla - La Mancha	4,0%	33,4%	43,7%	13,0%	5,9%
Cataluña	7,7%	40,7%	30,5%	15,5%	5,6%
Valenciana	6,6%	37,9%	38,1%	12,0%	5,4%
Extremadura	8,7%	36,7%	37,4%	14,5%	2,8%
Galicia	2,8%	27,1%	43,3%	18,6%	8,2%
Madrid	7,9%	43,7%	34,7%	10,8%	3,0%
Murcia	3,8%	30,1%	40,7%	19,5%	5,9%
Navarra	8,6%	45,5%	32,2%	9,9%	3,9%
País Vasco	6,2%	44,9%	32,0%	13,4%	3,5%
Rioja, La	6,1%	42,1%	33,6%	15,0%	3,3%
Ceuta	11,5%	23,1%	30,8%	19,2%	15,4%
Melilla	9,4%	43,4%	32,1%	13,2%	1,9%
Total	6,5%	37,2%	36,4%	14,6%	5,3%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

Se encuentran proporciones relevantes de estados de salud positivos en las comunidades de Cantabria (12.6% muy bueno), y bueno en Navarra (45.5%), País Vasco (44.9%), Madrid (43.7%) y Cataluña (40.7%). Además, encontramos proporciones significativamente bajas de estados de salud negativos en las comunidades de Madrid (3.0% muy malo, 10.8% malo) y Navarra (9.9% malo). (Tabla 18)

Por otro lado, encontramos una mala salud percibida en la ciudad autónoma de Ceuta (15.4% muy malo) y malo en Baleares (20.9%), Murcia (19.5%) y Galicia (18.6%). Además, encontramos percepciones positivas de salud en la población significativamente menor en las comunidades de Canarias (1.6% muy bueno) y Galicia (2.8% muy bueno). (Tabla 18)

En Aragón las desviaciones no son relevantes respecto a España en cuanto al estado de salud percibido. (Tabla 18)

Tabla 19: Índice de masa corporal (IMC) por comunidades

Comunidad Autónoma	Variable derivada: Índice de masa corporal (IMC)			
	Peso insuficiente	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
Andalucía	0,8%	24,0%	45,5%	29,7%
Aragón	0,4%	31,3%	45,6%	22,8%
Asturias	1,1%	30,2%	44,1%	24,6%
Baleares	1,1%	32,2%	40,4%	26,2%
Canarias	1,3%	25,9%	46,1%	26,7%
Cantabria	0,5%	42,9%	40,8%	15,8%
Castilla y León	2,0%	34,1%	45,5%	18,4%
Castilla - La	0,6%	22,4%	48,7%	28,2%
Mancha				
Cataluña	1,7%	32,4%	46,3%	19,6%
Valenciana	1,4%	26,5%	46,4%	25,7%
Extremadura	1,6%	29,4%	39,2%	29,8%
Galicia	0,5%	25,9%	47,7%	25,9%
Madrid	1,5%	34,1%	43,9%	20,5%
Murcia	0,5%	30,8%	44,4%	24,3%
Navarra	2,2%	43,7%	39,3%	14,8%
País Vasco	0,8%	41,3%	42,4%	15,5%
Rioja, La	1,0%	28,2%	46,2%	24,6%
Ceuta	4,8%	33,3%	38,1%	23,8%
Melilla	0,5%	30,0%	48,0%	22,0%
Total	1,2%	30,9%	44,7%	23,2%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

Se encuentran proporciones de índices de masa corporal más altos, correspondientes a obesidad, en las comunidades de Andalucía (29.7%), Castilla la Mancha (28.2%) y Extremadura (29.8%). (Tabla 19)

Por el contrario encontramos una tasa de obesidad significativamente inferior a la nacional en las comunidades de Cantabria (15.8%), Castilla León (18.4%), Navarra (14.8%) y País Vasco (15.5%). (Tabla 19)

En Aragón no encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a los datos nacionales. Cabe destacar que Aragón tiene la menor tasa de peso insuficiente de todo el país (0.4%). (Tabla 19)

Tabla 20: Prevalencia de Diabetes e Hipertensión por comunidades

Comunidad Autónoma	Últimos 12 meses y Dg de DIABETES	Últimos 12 meses y Dg de HIPERTENSION
Andalucía	21,7%	47,6%
Aragón	14,2%	54,6%
Asturias	15,8%	45,4%
Baleares	20,1%	46,9%
Canarias	23,1%	60,3%
Cantabria	13,6%	47,5%
Castilla y León	16,8%	52,1%
Castilla - La Mancha	19,8%	59,4%
Cataluña	20,5%	50,2%
Valenciana	21,7%	48,6%
Extremadura	26,2%	50,9%
Galicia	20,0%	50,6%
Madrid	14,4%	49,7%
Murcia	29,6%	56,5%
Navarra	13,8%	46,3%
País Vasco	17,0%	44,1%
Rioja, La	14,1%	47,8%
Ceuta	29,2%	58,3%
Melilla	32,7%	51,0%
TOTAL	19,2%	50,3%



Variaciones Positivas



Variaciones negativas

En cuanto al diagnóstico de diabetes en los últimos meses de diabetes tenemos valores porcentuales significativamente superiores con respecto al porcentaje nacional en las comunidades de Extremadura (26.2%) y Melilla (32.7%). Por otro lado tenemos valores significativamente inferiores en Madrid (14.4%), Navarra (13.8%) y Cantabria (13.6%). (Tabla 20)

Específicamente en Aragón, encontramos un porcentaje significativamente menor de personas diagnosticadas de diabetes (14.2%) que en el porcentaje nacional. (Tabla 20)

En cuanto al diagnóstico de hipertensión en los últimos 12 meses encontramos porcentajes significativamente superiores en las comunidades de Canarias (60.3%) y Castilla la Mancha (59.4%). Por otro lado, encontramos porcentajes significativamente inferiores en la comunidad del País Vasco (44.1%). (Tabla 20)

No hallamos variaciones estadísticamente significativas en cuanto al diagnóstico de hipertensión en Aragón. (Tabla 20)

Tabla 21: Prevalencia de Colesterol y Depresión por comunidades

Comunidad Autónoma	Últimos 12 meses y Dg de COLESTEROL	Últimos 12 meses y Dg de DEPRESION
Andalucía	32,4%	15,3%
Aragón	34,4%	9,8%
Asturias	26,7%	16,5%
Baleares	34,1%	20,1%
Canarias	43,0%	19,4%
Cantabria	36,0%	15,7%
Castilla y León	28,7%	6,4%
Castilla - La Mancha	36,7%	6,7%
Cataluña	33,5%	13,5%
Valenciana	33,8%	10,0%
Extremadura	35,8%	20,4%
Galicia	47,3%	18,1%
Madrid	36,6%	12,0%
Murcia	38,7%	17,0%
Navarra	33,9%	11,9%
País Vasco	31,3%	11,5%
Rioja, La	34,6%	12,2%
Ceuta	37,5%	16,7%
Melilla	38,8%	8,2%
TOTAL	35,1%	13,4%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto al diagnóstico de hipercolesterolemia en los últimos 12 meses encontramos un porcentaje significativamente mayor en la comunidad de Galicia (47.3 %) y Canarias (43.0%). Por otro lado, encontramos porcentajes significativamente inferiores en Asturias (26.7%) y en Castilla y León (28.7%). (Tabla 21)

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico de hipercolesterinemia en Aragón, aunque es inferior al nacional. (Tabla 21)

En cuanto al diagnóstico de depresión en los últimos 12 meses, encontramos porcentajes significativamente mayores en las comunidades de Baleares (20.1%), Canarias (19.4%), Extremadura (20.4%) y Galicia (18.1%). Por otro lado, encontramos porcentajes significativamente menores en Aragón (9.8%), Castilla y León (6.4%), Castilla la Mancha (6.7%) y Comunidad Valenciana (10.0%). (Tabla 21)

En Aragón, por tanto encontramos un porcentaje de diagnóstico de depresión significativamente menor (9.8%). (Tabla 21)

Tabla 22: Dificultad para actividades básicas diarias: Alimentarse sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades básicas diarias: Alimentarse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Andalucía	91,8%	3,5%	1,8%	2,9%
Aragón	96,7%	1,8%	0,6%	0,9%
Asturias	96,2%	1,7%	1,0%	1,0%
Baleares	96,0%	2,5%	0,5%	1,0%
Canarias	93,0%	3,9%	1,6%	1,6%
Cantabria	94,5%	1,2%	1,6%	2,8%
Castilla y León	94,8%	3,6%	0,5%	1,1%
Castilla - La	96,0%	2,8%	0,9%	0,3%
Mancha				
Cataluña	94,7%	2,7%	1,0%	1,6%
Valenciana	94,4%	3,1%	0,8%	1,7%
Extremadura	95,8%	2,1%	1,0%	1,0%
Galicia	94,0%	3,2%	0,8%	2,0%
Madrid	96,5%	2,1%	0,6%	0,8%
Murcia	87,7%	4,2%	3,4%	4,7%
Navarra	97,4%	0,9%	0,9%	0,9%
País Vasco	98,1%	0,5%	0,3%	1,1%
Rioja, La	96,7%	1,9%	0,0%	1,4%
Ceuta	96,2%	0,0%	0,0%	3,8%
Melilla	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	94,9%	2,5%	1,0%	1,6%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

Encontramos un mayor porcentaje de personas que refieren dificultades para alimentarse sin ayuda en las comunidades de Andalucía (2.9% no pueden hacerlo por sí mismo, además un 91.8% refiere ninguna dificultad para hacerlo, porcentaje significativamente menor que en la mayoría de las comunidades y a nivel nacional). De igual manera, la comunidad de Murcia presenta valores porcentuales significativamente mayores en el número de personas que no pueden comer por sí mismas (4.7%) o que lo hacen con mucha dificultad (3.4%) y significativamente menores en el porcentaje de personas que no refieren dificultad para hacerlo (87.7%). (Tabla 22)

Por otro lado, el País Vasco tiene índices alto de personas sin ninguna (98.1%) o bajo porcentaje (0.5%), con alguna dificultad para comer autónomamente. (Tabla 22)

Aragón no presenta diferencias significativas con respecto a los porcentajes nacionales. (Tabla 22)

Tabla 23: Dificultad para actividades básicas diarias: Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades básicas diarias: Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Andalucía	78,1%	11,5%	5,1%	5,3%
Aragón	91,2%	5,1%	0,9%	2,7%
Asturias	89,9%	4,9%	3,5%	1,7%
Baleares	85,6%	8,0%	3,0%	3,5%
Canarias	84,4%	9,7%	3,1%	2,7%
Cantabria	87,7%	6,7%	2,4%	3,2%
Castilla y León	90,3%	5,2%	1,4%	3,2%
Castilla - La Mancha	85,8%	9,9%	1,9%	2,5%
Cataluña	86,4%	8,4%	2,7%	2,5%
Valenciana	83,8%	11,0%	2,3%	2,9%
Extremadura	85,5%	8,7%	3,1%	2,8%
Galicia	87,2%	7,8%	2,4%	2,6%
Madrid	90,4%	6,1%	1,6%	1,9%
Murcia	77,1%	11,9%	4,7%	6,4%
Navarra	90,6%	5,6%	1,7%	2,1%
País Vasco	92,2%	4,6%	0,8%	2,4%
Rioja, La	89,3%	7,9%	1,4%	1,4%
Ceuta	73,1%	19,2%	3,8%	3,8%
Melilla	92,5%	3,8%	1,9%	1,9%
TOTAL	86,5%	8,0%	2,5%	3,0%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En las actividades básicas diarias referentes a la movilidad (sentarse, levantarse de una silla o cama y acostarse sin ayuda) encontramos valores significativamente peores en las comunidades de Andalucía (5.3% no pueden hacerlo por sí mismos, 5.1% con mucha dificultad mientras que un 78.1% no refiere dificultad para hacerlo) y Murcia (6.4% no pueden hacerlo por sí mismas, 4.7% con mucha dificultad mientras que un 77.1% no refiere dificultad para hacerlo). (Tabla 23)

Por otro lado, las comunidades de País Vasco, Madrid, Castilla y León y Aragón presentan altos valores porcentuales significativos para ninguna dificultad (92.2 %, 90.4%,90.3% y 91.2%, respectivamente). (Tabla 23)

Aragón, por lo tanto se observa un porcentaje significativamente superior con respecto a los nacionales, en personas que “No, refieren ninguna dificultad” para este tipo de tareas. (Tabla 23)

Tabla 24: Dificultad para actividades básicas diarias: Vestirse y desvestirse sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades básicas diarias: Vestirse y desvestirse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Andalucía	79,3%	9,5%	4,4%	6,8%
Aragón	91,5%	4,8%	0,9%	2,7%
Asturias	88,5%	5,2%	3,8%	2,4%
Baleares	85,6%	7,0%	2,5%	5,0%
Canarias	84,0%	8,6%	3,5%	3,9%
Cantabria	85,4%	6,3%	4,3%	4,0%
Castilla y León	89,9%	5,4%	0,7%	4,1%
Castilla - La Mancha	86,7%	8,4%	2,5%	2,5%
Cataluña	86,3%	7,5%	2,8%	3,4%
Valenciana	86,7%	7,9%	2,5%	2,9%
Extremadura	88,6%	5,9%	3,1%	2,4%
Galicia	85,8%	8,8%	2,6%	2,8%
Madrid	88,8%	6,7%	2,6%	1,9%
Murcia	76,7%	9,3%	5,1%	8,9%
Navarra	89,7%	5,2%	2,6%	2,6%
País Vasco	91,4%	4,6%	0,8%	3,2%
Rioja, La	89,3%	6,5%	1,9%	2,3%
Ceuta	84,6%	7,7%		7,7%
Melilla	88,7%	5,7%	1,9%	3,8%
TOTAL	86,5%	7,1%	2,7%	3,6%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a las actividad básica de vestirse y desvestirse sin ayuda, encontramos en las comunidades de Andalucía (6.8% no pueden hacerlo y 4.4% lo hacen con mucha dificultad) y Murcia (8.9% no pueden hacerlo y 5.1% lo hacen con mucha dificultad) las mayores dificultades para hacerlo. (Tabla 24)

Por otro lado las comunidades de Aragón, País vasco y Castilla León presentan altos valores para vestirse y desvestirse sin ninguna dificultad (91.5%, 91.4% y 89.9 % respectivamente). (Tabla 24)

Aragón presenta valores significativamente positivos en este ítem. Tiene el mayor valor porcentual de personas que no presentan ninguna dificultad (91.5%) y además presentan un valor significativamente menor en las personas que presentan mucha dificultad (0.9%). (Tabla 24)

Tabla 25: Dificultad para actividades básicas diarias: Ir al servicio sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades básicas diarias: Ir al servicio sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Andalucía	83,3%	6,8%	4,3%	5,7%
Aragón	94,0%	3,0%	1,2%	1,8%
Asturias	92,0%	2,8%	3,5%	1,7%
Baleares	92,5%	2,0%	2,0%	3,5%
Canarias	88,3%	5,4%	2,7%	3,5%
Cantabria	87,7%	6,7%	2,0%	3,6%
Castilla y León	93,2%	2,3%	0,7%	3,8%
Castilla - La Mancha	90,7%	4,6%	2,2%	2,5%
Cataluña	90,1%	4,9%	2,4%	2,7%
Valenciana	91,1%	5,0%	1,4%	2,5%
Extremadura	92,4%	3,8%	1,7%	2,1%
Galicia	89,4%	5,6%	2,0%	3,0%
Madrid	93,1%	4,0%	1,3%	1,6%
Murcia	80,5%	6,4%	5,1%	8,1%
Navarra	93,1%	2,1%	2,6%	2,1%
País Vasco	94,4%	2,4%	0,3%	3,0%
Rioja, La	92,1%	5,6%	0,5%	1,9%
Ceuta	84,6%	7,7%	3,8%	3,8%
Melilla	94,3%	1,9%	3,8%	
TOTAL	90,3%	4,5%	2,1%	3,1%



Variaciones Positivas



Variaciones negativas

En cuanto a la actividad básica de ir al servicio sin ayuda. Encontramos una valoración significativamente negativa en las comunidades de Andalucía (5.7% no pueden hacerlo, 4.3% con mucha dificultad) y Murcia (8.1% no pueden hacerlo, 5.1% con mucha dificultad). (Tabla 25)

Por otro lado, encontramos tendencias significativamente buenas correspondientes al apartado de ninguna dificultad en las comunidades de País Vasco (94.4% , Aragón (94.0%), Castilla y León (93.2%) y Madrid (93.1%). (Tabla 25)

En nuestro caso concreto, Aragón presenta valores significativamente mayores en el porcentaje de personas que no presentan ninguna dificultad (94.0%). (Tabla 25)

Tabla 26: Dificultad para actividades básicas diarias: Ducharse o bañarse sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades básicas diarias: Ducharse o bañarse sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo por mí mismo
Andalucía	75,0%	8,5%	5,6%	10,9%
Aragón	83,7%	5,4%	2,4%	8,5%
Asturias	86,8%	3,5%	5,2%	4,5%
Baleares	86,6%	4,0%	1,5%	8,0%
Canarias	81,7%	8,6%	4,3%	5,4%
Cantabria	79,4%	5,5%	5,9%	9,1%
Castilla y León	87,8%	4,5%	2,0%	5,6%
Castilla - La	79,6%	11,1%	4,6%	4,6%
Mancha				
Cataluña	83,0%	7,1%	3,7%	6,2%
Valenciana	82,8%	7,9%	3,9%	5,4%
Extremadura	83,4%	7,3%	2,8%	6,6%
Galicia	82,2%	8,0%	3,0%	6,8%
Madrid	84,9%	8,0%	2,4%	4,7%
Murcia	75,8%	5,9%	4,7%	13,6%
Navarra	86,7%	4,7%	4,7%	3,9%
País Vasco	86,3%	5,4%	3,2%	5,1%
Rioja, La	87,9%	5,6%	2,3%	4,2%
Ceuta	84,6%		11,5%	3,8%
Melilla	86,8%	3,8%	1,9%	7,5%
TOTAL	82,8%	6,8%	3,7%	6,7%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a la actividad básica ducharse o bañarse sin ayuda encontramos valores significativamente negativos en las comunidades de Andalucía (10.9% no pueden hacerlo por sí mismo, 5.6% mucha dificultad), Murcia (75.8% ninguna dificultad, 13.6% no pueden hacerlo por si mismos), Canarias (4.3% mucha dificultad), Castilla la Mancha (11.1% alguna dificultad) y Ceuta (11.5% mucha dificultad). (Tabla 26)

Por otro lado encontramos variaciones significativamente positivas en las comunidades de La Rioja (87.9% ninguna dificultad), Castilla y León (87.8% ninguna dificultad), Madrid (4.7% no pueden hacerlo por si mismos), Baleares (4.0% alguna dificultad) y Asturias (3.5% alguna dificultad). (Tabla 26)

En Aragón no se encuentra ninguna variación estadísticamente significativa con respecto a los datos nacionales. (Tabla 26)

Tabla 27: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Preparar las comidas sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Preparar las comidas sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	75,7%	8,0%	4,6%	11,7%
Aragón	86,6%	4,2%	3,8%	5,4%
Asturias	87,3%	2,9%	2,2%	7,6%
Baleares	79,2%	11,5%	0,0%	9,3%
Canarias	78,9%	9,7%	5,5%	5,9%
Cantabria	76,2%	10,0%	4,2%	9,6%
Castilla y León	89,2%	3,1%	1,9%	5,9%
Castilla - La	84,7%	5,5%	2,6%	7,2%
Mancha				
Cataluña	83,0%	6,7%	4,4%	5,8%
Valenciana	83,1%	5,6%	3,1%	8,3%
Extremadura	81,6%	5,5%	3,1%	9,8%
Galicia	79,9%	6,8%	5,5%	7,9%
Madrid	87,9%	4,8%	2,4%	4,9%
Murcia	77,3%	4,9%	2,7%	15,1%
Navarra	88,8%	2,4%	2,9%	5,8%
País Vasco	88,1%	4,5%	1,2%	6,2%
Rioja, La	87,4%	3,7%	1,6%	7,4%
Ceuta	71,4%	14,3%	0,0%	14,3%
Melilla	88,5%	3,8%	1,9%	5,8%
TOTAL	83,3%	5,9%	3,2%	7,6%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a la actividad relacionada con el hogar: preparar las comidas sin ayuda encontramos valores significativamente negativos en las comunidades de Andalucía (11.7% no pueden en absoluto), Baleares (11.5% alguna dificultad), Canarias (9.7% alguna dificultad), Cantabria (76.2% ninguna dificultad) y Murcia (77.3% ninguna dificultad). (Tabla 27)

Por otro lado encontramos variaciones significativamente positivas correspondientes al apartado de ninguna dificultad en las comunidades de Castilla León (89.2%), Navarra (88.8%), País Vasco (88.1%) y Madrid (87.9%). (Tabla 27)

No encontramos variaciones estadísticamente relevantes en Aragón con respecto a los valores nacionales. (Tabla 27)

Tabla 28: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Utilizar el teléfono sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Utilizar el teléfono sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	82,8%	5,5%	3,3%	8,5%
Aragón	91,2%	3,9%	1,8%	3,0%
Asturias	91,3%	1,7%	2,1%	4,9%
Baleares	89,1%	2,5%	2,0%	6,5%
Canarias	85,9%	3,9%	3,1%	7,1%
Cantabria	86,2%	5,9%	3,6%	4,3%
Castilla y León	91,2%	3,6%	1,1%	4,1%
Castilla - La Mancha	87,9%	4,7%	3,4%	4,0%
Cataluña	87,9%	4,7%	2,8%	4,6%
Valenciana	87,5%	4,7%	2,0%	5,9%
Extremadura	84,2%	6,3%	2,8%	6,7%
Galicia	85,1%	7,1%	2,4%	5,4%
Madrid	90,3%	4,0%	1,4%	4,2%
Murcia	79,3%	6,0%	3,4%	11,2%
Navarra	92,2%	2,2%	1,3%	4,3%
País Vasco	92,5%	1,6%	1,1%	4,9%
Rioja, La	89,0%	3,8%	3,3%	3,8%
Ceuta	76,9%	7,7%	3,8%	11,5%
Melilla	96,2%	1,9%	1,9%	0,0%
TOTAL	87,8%	4,4%	2,4%	5,4%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En la actividad relacionada con el hogar: utilizar el teléfono sin ayuda encontramos valoraciones significativamente negativas en las comunidades de Andalucía (8.5% no pueden hacerlo en absoluto), Galicia (7.1% con alguna dificultad) y Murcia (11.2%) no puede hacerlo en absoluto. (Tabla 28)

Por otro lado, encontramos variaciones significativamente positivas en el número de personas que utiliza el teléfono sin ninguna dificultad en las comunidades autónomas del País Vasco (92.5%), Navarra (92.2%), Castilla y León (91.2%) y Madrid (90.3%). (Tabla 28)

No encontramos desviaciones estadísticamente significativas en Aragón con respecto a los datos nacionales. (Tabla 28)

Tabla 29: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar compras sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar compras sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	71,3%	7,1%	5,1%	16,5%
Aragón	79,9%	4,3%	6,5%	9,3%
Asturias	85,3%	3,5%	2,1%	9,1%
Baleares	79,0%	5,0%	5,0%	11,0%
Canarias	66,0%	8,7%	10,3%	15,0%
Cantabria	73,8%	8,9%	4,8%	12,5%
Castilla y León	86,2%	5,4%	1,4%	7,0%
Castilla - La Mancha	74,8%	9,0%	8,4%	7,8%
Cataluña	74,8%	9,4%	6,3%	9,5%
Valenciana	77,6%	7,9%	4,1%	10,4%
Extremadura	74,8%	8,0%	4,4%	12,8%
Galicia	77,9%	7,2%	4,8%	10,1%
Madrid	82,6%	5,0%	5,0%	7,4%
Murcia	70,0%	6,6%	3,1%	20,3%
Navarra	88,5%	1,8%	2,8%	6,9%
País Vasco	76,0%	7,4%	6,3%	10,4%
Rioja, La	85,1%	2,5%	5,9%	6,4%
Ceuta	68,0%	16,0%	4,0%	12,0%
Melilla	73,6%	13,2%	5,7%	7,5%
TOTAL	77,6%	6,8%	5,1%	10,6%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En la actividad relacionada con el hogar: realizar compras sin ayuda encontramos diferencias negativas en el número de personas que no pueden realizar en absoluto las compras sin ayuda en las comunidades de Murcia (20.3%), Andalucía (16.5%) y Canarias (15.0%). De la misma forma, encontramos variaciones significativamente negativas en el número de personas que lo hace con alguna dificultad en las comunidades de Ceuta (16.0%) y Melilla (13.2%). (Tabla 29)

Sin embargo, encontramos variaciones significativamente positivas en cuanto al porcentaje de personas que realizan las compras sin ayuda en las comunidades de Navarra (88.5%), Castilla y León (86.2%), Asturias (85.3%), La Rioja (85.1%) y Madrid (82.6%). (Tabla 29)

No encontramos desviaciones estadísticamente significativas en Aragón. (Tabla 29)

Tabla 30: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Tomar sus medicamentos sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Tomar sus medicamentos sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	82,7%	6,5%	2,8%	8,0%
Aragón	90,0%	2,4%	2,4%	5,2%
Asturias	90,2%	3,1%	1,4%	5,2%
Baleares	89,0%	3,5%	2,0%	5,5%
Canarias	80,3%	8,7%	3,5%	7,5%
Cantabria	86,1%	7,1%	2,0%	4,8%
Castilla y León	92,3%	2,7%	0,9%	4,1%
Castilla - La Mancha	90,4%	5,0%	1,5%	3,1%
Cataluña	88,1%	4,3%	2,7%	4,9%
Valenciana	88,0%	3,9%	1,9%	6,2%
Extremadura	84,9%	7,7%	0,7%	6,7%
Galicia	84,1%	6,2%	2,8%	6,8%
Madrid	91,6%	2,1%	2,3%	4,0%
Murcia	81,2%	4,3%	1,7%	12,8%
Navarra	92,2%	1,3%	0,9%	5,7%
País Vasco	89,7%	3,3%	1,4%	5,7%
Rioja, La	91,0%	3,3%	1,4%	4,2%
Ceuta	80,8%	15,4%	0,0%	3,8%
Melilla	92,5%	5,7%	0,0%	1,9%
TOTAL	87,8%	4,5%	2,0%	5,8%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a la actividad relacionada con el hogar: Tomar sus medicamentos sin ayuda encontramos desviaciones significativamente negativas con porcentaje inferiores de casos que no presentan ninguna dificultad para ello en las comunidades de Canarias (80.3%), Murcia (81.2%), Andalucía (82.7%) y Galicia (84.1%). (Tabla 30)

Por otro lado encontramos desviaciones significativamente positivas en este mismo parámetro en las comunidades de Castilla y León (92.3%), Navarra (92.2%) y Madrid (91.6%). (Tabla 30)

No encontramos desviaciones estadísticamente significativas en Aragón con respecto a los datos nacionales. (Tabla 30)

Tabla 31: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar tareas domésticas ligeras sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar tareas domésticas ligeras sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	65,1%	10,0%	8,8%	16,1%
Aragón	76,6%	8,4%	6,5%	8,4%
Asturias	78,7%	7,2%	5,1%	9,0%
Baleares	71,4%	11,0%	7,7%	9,9%
Canarias	65,9%	12,0%	10,8%	11,2%
Cantabria	67,6%	13,3%	7,5%	11,6%
Castilla y León	86,0%	5,4%	2,3%	6,3%
Castilla - La	73,1%	11,2%	6,7%	9,0%
Mancha				
Cataluña	67,2%	16,0%	8,3%	8,6%
Valenciana	72,8%	12,1%	5,0%	10,1%
Extremadura	70,9%	12,0%	3,9%	13,2%
Galicia	66,8%	13,0%	9,7%	10,5%
Madrid	76,1%	10,0%	6,6%	7,3%
Murcia	68,7%	8,7%	4,1%	18,5%
Navarra	83,7%	3,4%	5,3%	7,7%
País Vasco	75,7%	7,8%	7,5%	9,0%
Rioja, La	79,9%	5,7%	4,6%	9,8%
Ceuta	60,9%	17,4%	2,0%	21,7%
Melilla	76,5%	13,7%	2,0%	7,8%
TOTAL	72,7%	10,4%	6,7%	10,2%



Variaciones Positivas



Variaciones negativas

En cuanto a la actividad relacionada con el hogar: Realizar tareas domésticas sin ayuda, encontramos desviaciones significativamente negativas en el porcentaje de personas que no refieren ninguna dificultad para hacerlo en la comunidad autónoma de Andalucía (65.1%), Canarias (65.9%), Cataluña (67.2%) y Galicia (66.8%). (Tabla 31)

Por otro lado, encontramos variaciones significativamente positivas en este mismo parámetro en Castilla y León (86.0%), Navarra (83.7%), Asturias (78.7%) y Madrid (78.7%). (Tabla 31)

No encontramos variaciones estadísticamente significativas en Aragón con respecto a los valores nacionales. (Tabla 31)

Tabla 32: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	51,0%	8,1%	10,5%	30,4%
Aragón	64,6%	9,1%	8,2%	18,2%
Asturias	68,1%	5,3%	8,9%	17,7%
Baleares	50,3%	16,4%	10,9%	22,4%
Canarias	37,5%	12,7%	22,7%	27,1%
Cantabria	48,8%	14,5%	15,7%	21,1%
Castilla y León	71,3%	9,7%	8,1%	10,9%
Castilla - La	41,2%	23,3%	19,2%	16,4%
Mancha				
Cataluña	46,8%	20,1%	16,2%	16,8%
Valenciana	52,0%	17,0%	12,6%	18,4%
Extremadura	41,3%	20,2%	16,3%	22,2%
Galicia	43,2%	13,8%	17,5%	25,5%
Madrid	55,1%	15,1%	11,8%	18,1%
Murcia	50,0%	4,0%	8,5%	37,5%
Navarra	75,4%	4,4%	6,9%	13,3%
País Vasco	47,2%	11,1%	11,7%	29,9%
Rioja, La	64,9%	11,9%	6,9%	16,3%
Ceuta	30,4%	13,0%	17,4%	39,1%
Melilla	32,1%	17,0%	17,0%	34,0%
TOTAL	52,6%	13,4%	12,9%	21,2%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a la actividad relacionada con el hogar: realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un esfuerzo sin ayuda encontramos variaciones estadísticamente negativas en el porcentaje de personas que no pueden hacerlo en absoluto en Ceuta (39.1%), Murcia (37.5%), Melilla (34.0%) y Andalucía (30.4%). Porcentajes superiores al nacional en aquellas personas que no presentaron ninguna dificultad, como Navarra (75.4%), Castilla y León (71.3%), Asturias (68.1%) y La Rioja (64,9%). (Tabla 32).

En Aragón encontramos variaciones significativamente positivas en ninguna dificultad. (64.6%) con respecto a la de España (52.6%). Por otro lado, los porcentajes son inferiores al nacional con variaciones amplias: “Si alguna dificultad” (9.1 % vs 13.4%) y “Si, mucha dificultad” (8.2% vs 12.9%). (Tabla 32)

Tabla 33: Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Administrar su propio dinero sin ayuda por comunidades

Comunidad Autónoma	Dificultad para actividades relacionadas con el hogar: Administrar su propio dinero sin ayuda			
	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Andalucía	81,5%	4,5%	3,3%	10,8%
Aragón	89,3%	2,1%	2,4%	6,1%
Asturias	89,9%	1,0%	2,1%	7,0%
Baleares	88,9%	1,5%	1,5%	8,0%
Canarias	72,0%	6,3%	7,5%	14,2%
Cantabria	88,4%	3,6%	2,0%	6,0%
Castilla y León	92,1%	1,8%	1,4%	4,8%
Castilla - La Mancha	88,2%	5,0%	2,2%	4,6%
Cataluña	87,7%	5,0%	1,6%	5,6%
Valenciana	87,3%	3,5%	1,8%	7,4%
Extremadura	82,1%	6,9%	2,2%	8,8%
Galicia	84,5%	4,8%	2,4%	8,2%
Madrid	89,0%	3,2%	1,8%	6,0%
Murcia	74,1%	6,0%	2,6%	17,2%
Navarra	91,0%	1,8%	0,5%	6,8%
País Vasco	87,8%	3,5%	1,9%	6,8%
Rioja, La	89,6%	3,8%	0,9%	5,7%
Ceuta	83,3%	4,2%	4,2%	8,3%
Melilla	98,1%	0,0%	0,0%	1,9%
TOTAL	86,4%	3,8%	2,2%	7,6%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a la actividad relacionada con el hogar: administrar su propio dinero sin ayuda encontramos variaciones significativamente negativas en el parámetro ninguna dificultad encontrando porcentajes inferiores en las comunidades de Extremadura (82.1%), Andalucía (81.5%), Murcia (74.1%) y Canarias (72.0%). (Tabla 33)

Por otro lado encontramos variaciones significativamente positivas con porcentajes bajos en “Si, alguna dificultad” en Asturias (1%) y Castilla y León (1.8%). La misma tendencia se observa en la categoría “No puedo en absoluto” en Cataluña (5.6%) y Castilla la Mancha (4.6%). (Tabla 33)

Los porcentajes mayores y significativos en “No, ninguna dificultad”, se presentan en Melilla (98.1%) y Castilla y León (92.1%). (Tabla 33)

Aragón no presenta variaciones estadísticamente significativas. (Tabla 33)

Tabla 34: Grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas por comunidades

Comunidad Autónoma	Grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas					
	Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Andalucía	29,5%	9,0%	13,7%	25,7%	18,5%	3,7%
Aragón	39,9%	5,4%	18,1%	23,6%	11,5%	1,5%
Asturias	36,8%	14,6%	17,0%	16,0%	14,2%	1,4%
Baleares	29,9%	10,0%	14,9%	26,9%	15,9%	2,5%
Canarias	28,2%	9,8%	15,7%	29,8%	11,0%	5,5%
Cantabria	39,8%	12,4%	12,7%	19,5%	13,9%	1,6%
Castilla y León	34,8%	11,5%	17,4%	23,3%	11,3%	1,8%
Castilla - La Mancha	33,7%	6,2%	15,8%	31,6%	11,5%	1,2%
Cataluña	35,1%	8,1%	14,9%	25,3%	14,2%	2,4%
Valenciana	44,8%	15,5%	13,8%	15,9%	8,7%	1,4%
Extremadura	37,2%	9,0%	17,7%	18,8%	16,0%	1,4%
Galicia	25,4%	12,2%	19,8%	27,4%	13,6%	1,6%
Madrid	45,9%	6,7%	13,2%	20,5%	12,4%	1,3%
Murcia	31,8%	10,2%	18,2%	22,0%	16,5%	1,3%
Navarra	47,6%	12,0%	12,4%	18,5%	7,7%	1,7%
País Vasco	43,7%	8,4%	19,9%	18,9%	8,6%	0,5%
Rioja, La	38,3%	15,0%	14,5%	17,3%	12,6%	2,3%
Ceuta	46,2%	3,8%	7,7%	19,2%	23,1%	0,0%
Melilla	26,4%	15,1%	26,4%	20,8%	11,3%	0,0%
TOTAL	36,5%	10,1%	15,8%	22,6%	13,0%	1,9%



Variaciones Positivas



Variaciones negativas

En cuanto al grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas encontramos variaciones significativamente negativas en varias categorías principalmente en las comunidades autónomas de Andalucía (29.5% ninguno, 25.7 % moderado, 18.5% severo y 3.7% extremo) Canarias (28.2% ninguno, 29.8% moderado, 5.5% extremo) y Galicia (25.4% ninguno, 27.4% moderado). (Tabla 34)

Sin embargo, encontramos variaciones significativamente positivas en varias categorías en las comunidades de País Vasco (43.7% ninguno, 18.9% moderado, severo 8.6%), Madrid (45.9% ninguno, 6.7% muy leve) y Comunidad valenciana (44.8% ninguno, 15.9% moderado, 8.7% severo). (Tabla 34)

En cuanto a Aragón encontramos un porcentaje significativamente menor en el porcentaje de personas que sufren de dolor muy leve (5.4%). (Tabla 34)

Tabla 35: Grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas por comunidades

Comunidad Autónoma	¿Hasta qué punto el dolor afectó a sus actividades cotidianas?				
	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
Andalucía	40,8%	18,5%	14,8%	14,4%	11,5%
Aragón	50,8%	22,1%	14,2%	10,3%	2,7%
Asturias	50,3%	19,8%	16,0%	8,3%	5,6%
Baleares	42,8%	23,4%	15,9%	11,9%	6,0%
Canarias	40,0%	19,6%	22,4%	9,4%	8,6%
Cantabria	54,8%	14,3%	13,9%	8,7%	8,3%
Castilla y León	52,1%	23,5%	12,2%	6,8%	5,4%
Castilla - La	41,8%	21,7%	18,3%	9,3%	9,0%
Mancha					
Cataluña	47,6%	18,5%	17,2%	12,0%	4,7%
Valenciana	58,4%	17,0%	12,2%	9,5%	2,9%
Extremadura	53,1%	17,4%	13,5%	9,0%	6,9%
Galicia	37,6%	23,6%	22,2%	11,8%	4,8%
Madrid	58,4%	12,0%	14,0%	10,1%	5,5%
Murcia	46,2%	21,2%	16,5%	11,4%	4,7%
Navarra	64,8%	12,0%	12,0%	6,0%	5,2%
País Vasco	59,9%	18,8%	12,4%	5,6%	3,2%
Rioja, La	52,8%	20,1%	10,7%	8,4%	7,9%
Ceuta	53,8%	7,7%	7,7%	19,2%	11,5%
Melilla	54,7%	20,8%	15,1%	5,7%	3,8%
TOTAL	49,9%	18,8%	15,3%	10,0%	6,0%

 Variaciones Positivas  Variaciones negativas

En cuanto a la valoración de lo que afecta el dolor a las actividades cotidiano, encontramos variaciones significativamente negativas en varios parámetros en Andalucía (40.8% nada, 14.4% bastante, 11.5% mucho), Canarias (40.0% nada, 22.4% moderadamente) y Galicia (37.6% nada, 23.6% un poco, 22.2% moderadamente). (Tabla 35)

Por otro lado encontramos variaciones significativamente positivas en varios parámetros en las comunidades de País Vasco (59.9% nada, 5.6% bastante, 3.2% mucho), Navarra (64.8% nada, 12% un poco) y Comunidad valenciana (58.4% nada, 12.2% moderadamente, 2.9 % mucho). (Tabla 35)

En cuanto a Aragón encontramos una disminución estadísticamente significativa en el porcentaje de personas que refieren que el dolor afecta mucho a sus actividades cotidianas (2.7%) con respecto a España. (Tabla 35)

Tabla 36: Ranking en cada una de las actividades diarias (Básicas e Instrumentales) y en el total

Comunidad Autónoma	ABVD	AIVD	TOTAL
Andalucía	18	16	16
Aragón	4	5	3
Asturias	8	3	7
Baleares	9	10	9
Canarias	16	18	16
Cantabria	15	13	14
Castilla y León	5	2	2
Castilla - La Mancha	13	11	12
Cataluña	11	12	11
Valenciana	12	9	10
Extremadura	10	15	13
Galicia	14	14	14
Madrid	7	6	8
Murcia	19	17	18
Navarra	3	1	1
País Vasco	1	8	3
Rioja, La	6	4	6
Ceuta	17	19	18
Melilla	2	7	3

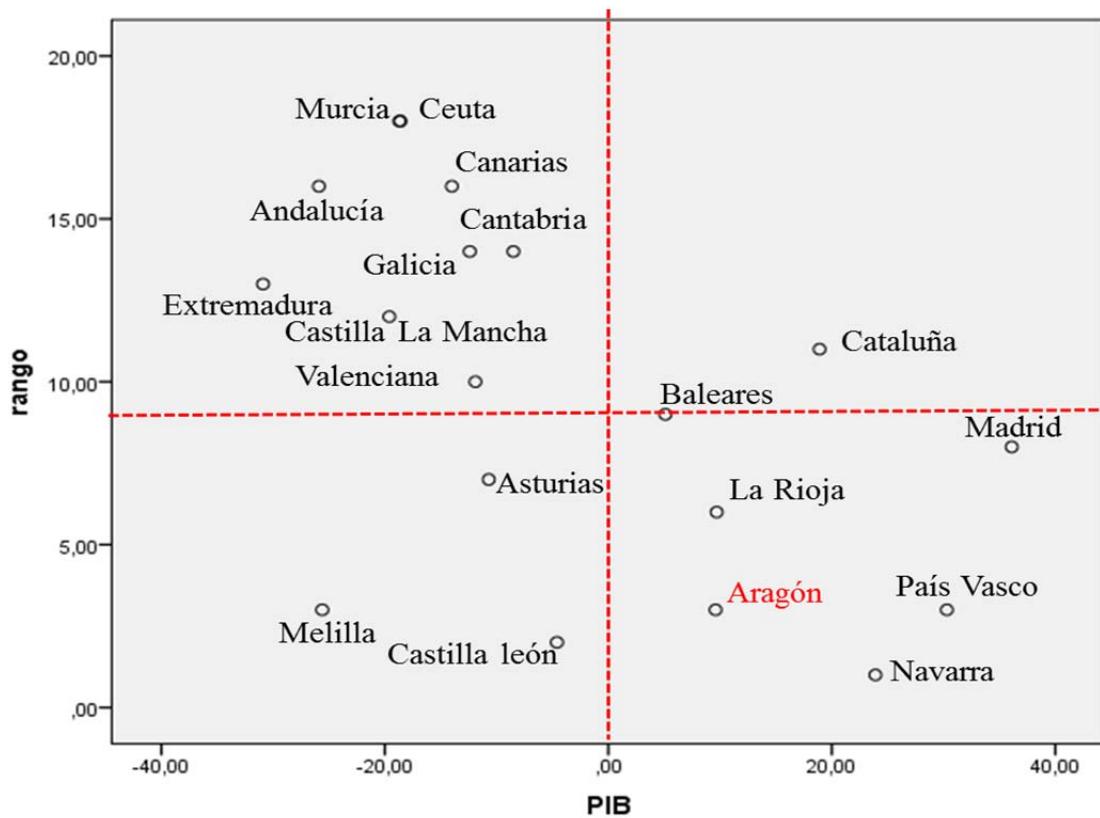
Si consideramos tanto en las actividades básicas como en las instrumentales, las variables que se consideran para su valoración, el considerado como “No, ninguna dificultad”, resulta la posición de cada Comunidad Autónoma en cada una de las actividades (Básicas e Instrumentales) y en el total, es decir, valorando ambas actividades. (Tabla 36)

Observamos como en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, las que están en mejor situación son País Vasco, Melilla, Navarra, Aragón, por el contrario, las peores situadas son Murcia, Andalucía, Ceuta y Canarias. Sucediendo exactamente lo mismo en el caso de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

En el cómputo global de análisis de ambas actividades, nos encontramos, que Navarra y Castilla León son las dos primeras estando en tercer lugar Aragón, País Vasco y Melilla. Las peor situadas están Murcia y Ceuta, , Andalucía y Canarias.

Si consideramos la posición del estado de salud de la población y tanto el PIB como la Renta Per Cápita, podemos observar los resultados en los gráficos 18 y 19.

Gráfico 18: Relación Posición/PIB

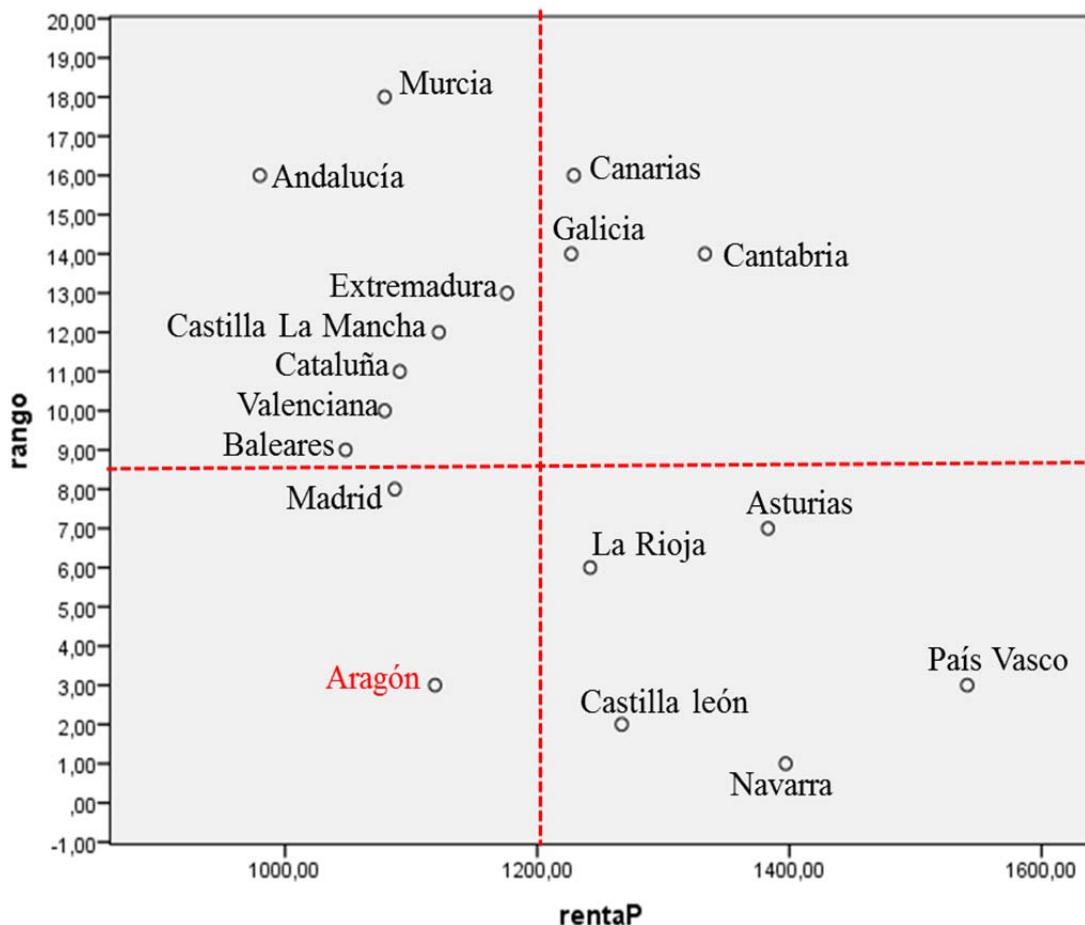


Observamos como las comunidades peor situadas en el rango de comunidades: Murcia, Andalucía, Ceuta y Canarias se encuentran por debajo del PIB medio nacional. (Gráfico 18)

Por otro lado, Navarra que ocupa el lugar número uno en el rango de comunidades se encuentra significativamente por encima del PIB medio nacional. Encontramos esta misma correspondencia con las comunidades de País Vasco, Aragón y La Rioja. (Gráfico 18)

Cabe destacar la situación de las comunidades de Castilla León y Asturias así como de la ciudad autónoma de Melilla que encontrándose por debajo del PIB medio nacional obtienen las posiciones 2,7 y 3 respectivamente.(Gráfico 18)

Gráfico 19: Relación Posición/Renta Per Cápita



En lo referente a la relación entre la renta per cápita y la posición en el rango de comunidades observamos como las comunidades peor situadas en el rango: Murcia y Andalucía se encuentran por debajo de la renta per cápita media nacional. No observamos esta relación con Canarias, mal situado en el rango de comunidades pero por encima de la renta per cápita media. (Gráfico 19)

Las comunidades de Navarra y Castilla y León situadas en la posición 1 y 2 respectivamente en el rango de comunidades se sitúan por encima de la renta per cápita media. (Gráfico 19)

Cabe destacar la situación de Aragón que encontrándose en una posición 3 del rango de comunidades se encuentra por debajo de la renta per cápita media. (Gráfico 19)

DISCUSIÓN

En primer lugar, analizaremos la relación entre el estado de salud percibido en los últimos doce meses con diferentes variables de salud objetivas extraídas de la encuesta como el IMC, la hipercolesterolemia, la hipertensión y limitaciones en las actividades tanto básicas de la vida diaria como instrumentales. El objetivo que se persigue es evaluar el grado de coherencia de las respuestas emitidas por los encuestados, circunstancia que sido ratificada por los resultados.

Así, en el presente estudio encontramos relación en el análisis de correspondencias gráfico entre un IMC normopeso con un estado de salud percibido como bueno, y un IMC correspondiente a obesidad con una percepción mala de salud.

Esta correspondencia se repite y se hace más notoria cuando se evalúa la limitación a la hora de realizar actividades cotidianas. De esta forma encontramos, por ejemplo, una fuerte asociación entre un muy buen estado de salud percibido y ninguna dificultad para ir al servicio autónomamente.

Con este análisis podemos demostrar la fiabilidad y coherencia de las respuestas emitidas por los encuestados dado que existe correlación realista entre el estado de salud percibido y el estado de salud y discapacidad objetivo.

El estado de salud percibido ya ha sido relacionado con la presencia discapacidad física o con problemas en el rendimiento funcional en estudios previos [10]. Además, según el Instituto Nacional de Estadística, en España la percepción positiva de la salud va decreciendo con el aumento de la edad. Cabe mencionar que la autopercepción de salud de la población a estudio nacional es optimista, sólo un 5.3% percibe un muy mal estado de salud en los últimos 12 meses mientras que lo considera bueno un 37.2 % y regular un 36.4%.

A la hora de evaluar la tasa de discapacidad cabe recordar que el presente estudio no incluye a la población mayor de 65 años institucionalizada, luego no tendría validez a la hora de inferir prevalencia o incidencia de discapacidad en la población total mayor de 65 años. Según el informe del ministerio de sanidad acerca de las personas mayores realizado en el año a estudio (2014) el porcentaje de población mayor de sesenta y cinco años que recibían cuidados de larga duración era del 7%, del cual un 1.7% se llevaría a cabo en instituciones.

Analizando los datos de incidencia de patologías crónicas prevalentes en la sociedad actual: hipercolesterolemia, depresión, diabetes e hipertensión. Encontramos una incidencia de diagnóstico nacional muy elevada en todas estas patologías, lo que apunta a la gran morbilidad que presenta el grupo etario a estudio.

Si relacionamos las incidencias de enfermedades crónicas degenerativas con la dificultad para la realización de actividades básicas e instrumentales, obtenemos una imagen general del estado de salud global de la población mayor de 65 años. Las comunidades con bajos índices de enfermedades crónicas presentan bajos índices para la limitación funcional, y viceversa. Esta correlación constataría el peso relativo de la morbilidad en la definición de discapacidad como relación compleja entre el estado de salud y el contexto tanto personal como ambiental.

Se observa cierta distribución geográfica: comunidades de la periferia y del sur, especialmente Andalucía, Canarias y Murcia, presentan peores índices de salud con

respecto a las comunidades del centro y norte como País Vasco, Madrid, Navarra y Castilla y León.

Por otro lado podemos observar otra correlación. Podemos observar (Gráfico 18) como comunidades que tienen un PIB superior a la media nacional, como Madrid, País Vasco, Navarra y el propio Aragón también superan a la media nacional. Por otra parte, tenemos el ranking realizado en base a las dificultades presentadas a la hora de realizar independientemente las distintas actividades evaluadas por comunidades (Tabla 36). Si analizamos una posible asociación entre PIB y el ranking, observamos una correlación entre ambas, coincidiendo los mejor posicionados en las discapacidades y una mayor contribución en el PIB.

En esta línea de buscar posibles razones de las diferencias existentes en los indicadores de salud, hay un elemento como es el gasto sanitario per cápita (Tabla 2), comprobamos que una vez más comunidades con mejores índices de salud como País Vasco y Navarra que son las que más invierten, pero no siempre resulta así, como es el caso de Madrid, por lo tanto resulta más difícil establecer relaciones causales directas por la cantidad de factores regionales que intervienen. Factores de índice geográfico y demográfico como el tamaño de la población, la distribución por edades, el tamaño del territorio, la orografía y las economías de escala. Esto explicaría la discordancia de posiciones relativas entre índices de salud y gasto por cápita. Un gasto superior a la media no garantiza necesariamente mejores índices en discapacidad.

Circunscribiéndonos ahora a la comunidad de Aragón podemos observar como esta sigue la tendencia positiva nacional a la hora de valorar su salud. Sólo un 5.3% de la población a estudio consideró su estado de salud como muy malo, mientras que un 37.2% lo consideró como bueno.

Aragón se encuentra por debajo de la media nacional en dos de estas patologías. Observamos una incidencia significativamente baja con respecto a la media nacional de incidencia de depresión y de diabetes. Aragón, con un 9.8% se encuentra junto con Castilla y León y Castilla y la Mancha entre las comunidades con menor diagnóstico reciente de depresión siendo su incidencia sensiblemente menor a la media nacional (13.4%). Situación similar se aprecia en el caso de la diabetes, donde Aragón con un 14.2% de incidencia se encuentra bien situada porcentualmente respecto al 19.2% nacional.

Sin embargo, en el caso de las dos patologías restantes, hipertensión y colesterol, no obtenemos estos porcentajes sensiblemente inferiores. La hipercolesterolemia en Aragón (34.4%) tiene unas cifras muy próximas a las nacionales, 35.1%. Mientras tanto, la hipertensión (54.6%) se encuentra en valores superiores a los nacionales (50.3%) si bien no llega a ver una diferencia estadísticamente significativa que indique una situación claramente peor con respecto al resto de las comunidades en lo que a esta patología se refiere.

A la hora de evaluar la distribución de la dependencia por comunidades utilizaremos los datos obtenidos de preguntas relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las relacionadas con el hogar y el grado de impacto que tiene el dolor en la vida diaria de los encuestados. Todas las preguntas tienen un nexo común, luego realizando un análisis global de ellas se puede inferir qué comunidades tienen un mayor y menor índice de casos con dificultad para llevar una vida autónoma.

El balance general de la situación de Aragón con respecto a la dependencia es satisfactorio: no encontramos valores de dificultad estadísticamente superiores en ninguno de los ítems. Es decir, Aragón no se encuentra significativamente peor que el resto de las comunidades a la hora de realizar ninguna de las tareas que se evalúan.

En lo que respecta a las ABVD se encuentran valores sensiblemente mejores en tres de las cinco actividades contempladas dentro de las ABVD.

En las actividades relacionadas con el hogar, solo encontramos valores significativamente mejores en un ítem de los siete de esta categoría, en el resto no hay diferencias significativas.

Evaluando el impacto del dolor tanto en grado como en limitación funcional que supone, observamos cómo este es cuantitativamente menor y supone una menor limitación para la actividad en Aragón con respecto a la tendencia nacional.

Expuestos estos resultados se plantean una serie de propuestas encaminadas a la potencial mejora de estos resultados en las encuestas sucesivas.

La alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónico degenerativas supone un gran uso del sistema sanitario.

La alta prevalencia en estas enfermedades, no solo es consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la mejora en el diagnóstico y tratamiento que se han producido en estos últimos años y que han derivado en que estas enfermedades se conviertan en enfermedades no mortales, sino crónicas. Es también resultado de cuatro factores que ya han sido señalados por la OMS: tabaquismo, sedentarismo, alimentación poco saludable y consumo nocivo de alcohol [21].

La inversión en servicios de salud pública que intervienen activamente en la prevención primaria de estos cuatro factores podría suponer una disminución a medio-largo plazo de la gran carga asistencial que suponen en la actualidad estas patologías. Al mismo tiempo supondría una forma de equilibrar el gasto sanitario público, que en el año a estudio dedicaba un 61.4% de los recursos a servicios hospitalarios y especializados y solo un 1.1% a servicios de salud públicos (Gráfico 20) [22].

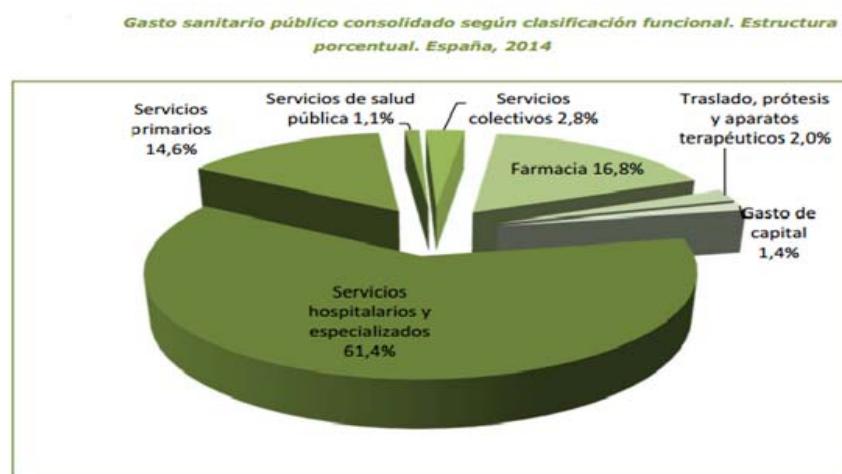


Gráfico 20: Gasto público consolidado según clasificación funcional.

La depresión supone la patología mental más prevalente en la actualidad. Tal y como apuntan los datos publicados por el INE en el año 2015 un mal abordaje de este cuadro ha derivado en un consumo excesivo de psicofármacos. Actualmente la atención a la enfermedad mental se estructura en la comunidad de Aragón en tres niveles: consulta del centro de salud mental, servicios de urgencia de los hospitales generales y centros de rehabilitación de larga, media estancia y centros de día. La composición básica de recursos humanos incluye: psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajadora social.

Las últimas recomendaciones emitidas por las guías de práctica clínica del reino unido Nice, así como por las estadounidenses American college of physicians (ACP) otorgan un mayor peso a la psicoterapia en los cuadros leves–moderados.

ACP recomienda elegir entre terapia cognitivo conductual o antidepresivo de segunda generación para tratar episodios depresivos mayores. Siempre tras discutir con el paciente efectos del tratamiento, reacciones adversas, coste, efectividad, accesibilidad y preferencias.

Las guías Nice orientadas para el personal del sistema de salud de reino unido (NHS) recomiendan comenzar con terapias cognitivo conductuales para casos leves – moderados [23].

CONCLUSIONES

1. La percepción subjetiva de salud de los mayores de 65 años es positiva tanto a nivel nacional, 5.3% lo considera muy malo mientras que 37.2% lo considera bueno, como a nivel de Aragón, 5.9% lo considera muy malo mientras que 41.0% lo considera bueno. No obstante, la tendencia evolutiva de los datos nacionales es negativa. Tomando como fuente el informe elaborado por el Ministerio de Sanidad en el año 2014 observamos como en el año 2001 percibían muy mal estado de salud un 3.3% de los mayores de 65 años, en 2011 era de 4.1%.
2. Las respuestas de la percepción subjetiva de salud de los mayores de 65 años son coherentes con el estado objetivo de salud tal y como lo demuestra la relación existente en el análisis gráfico de correspondencias. Así, podemos observar como los encuestados con un estado de salud percibido como bueno, refieren nada de afectación por el dolor para las actividades cotidianas (55.5%). Sin embargo, aquellos con un estado de salud percibido muy malo, refieren mucha afectación por el dolor en sus actividades cotidianas (33.9%).
3. El análisis comparativo del estado de salud de la población mayor aragonesa de 65 años con respecto a la media nacional es positivo. Presenta valores significativamente inferiores con respecto a la media nacional en el diagnóstico reciente de depresión (9.8% Aragón, 13.4% media nacional) y diabetes (14.2% Aragón, 19.2% media nacional). No se encuentran valores significativamente superiores en el diagnóstico reciente de hipertensión e hipercolesterolemia.
4. La valoración de la funcionalidad de los aragoneses es buena. No se encuentran valores significativamente peores en ninguna de las actividades evaluadas mientras que se encuentran valores significativamente mejores en tres de las AVBD y en una de las ARH.
5. Realizando un análisis analítico de los valores referentes a la funcionalidad obtenidos en estas comunidades se observa que la comunidad de Navarra se sitúa en primer lugar del ranking con los mejores datos de valoración funcional, seguida en segundo lugar por la comunidad de Castilla y León.
6. Aragón se encuentra en la posición tres del ranking de comunidades junto con el País Vasco y la ciudad autónoma de Melilla.
7. Esta situación es particularmente buena si se analizan las características propias de la comunidad. Aragón es una comunidad de interior, rural con numerosos municipios con población escasa a los cuales se debe garantizar una atención sanitaria, lo que eleva el coste de la prestación. A pesar de esto, Aragón a fecha de 2014 tenía un gasto en sanidad medio comparado con el resto de comunidades autónomas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.
2. Navarro V, Benach, J. Desigualdades sociales en salud en España. Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University.Madrid.1996.
3. Rodríguez-Sanz M, Carrillo-Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.Madrid. 2005.
4. Pérez G, Cirera E, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas entre 1981 y 2002. Observatorios de salud de la la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
5. Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. 102 INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. Editorial Mediterrània. Barcelona, 2003.
6. Borrell C, Benach J (coords.). L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Editorial Mediterrània. Barcelona, 2005.
7. Bacigalupe de la Hera A, Martín Roncero U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Editorial Ararteko, Vitoria-Gasteiz, 2007.
8. Escolar Pujolar A (ed). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
10. Tamayo-Fonseca, N., Nolasco, A., Quesada, J. A., Pereyra-Zamora, P., Melchor, I., Moncho, J., ... Barona, C. (2015). Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: a longitudinal study. BMC Health Services Research, 15, 492. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-1158-8>.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.
12. ABELLÁN GARCÍA, Antonio; AYALA GARCÍA, Alba; PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio. “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos” (48 p.). Informes Envejecimiento en red nº 15. Madrid, 2017.
13. Organizacion Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014.Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spain.pdf.
14. García Solano F. Midiendo la prevalencia de la depresión. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36:127-30.

15. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 1999;156:1182-9.
16. Blazer DG. Depresión. En: Beers M.H, Berkow R, editores. Manual Merck de Geriatría. Madrid: Harcourt [edición electrónica] 2001 [citado 4 Ene 2005]: Disponible en: http://www2.univadis.net/opencms/opencms/publicaciones/manuales/5/4/Cap_033.
17. Pousa, P. Godoy, N. Aragonés, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. Gac Sanit vol.30 no.2. Barcelona. mar./abr. 2016: pp. 154–157A. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000200014.
18. A.Pousa , P Godoy , N Aragonés , R Cano , MJ Sierra et al. La vigilancia en España 3 años después de la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública Gac Sanit., 30 (2016), pp. 308–310
19. Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública (Boletín oficial del estado núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104593 a 104626 (34 págs.)
20. Juan Pablo Alonso, José M. Arteagoitia, Jenaro Astrayd, Rosa Canoa, Jesús de Pedro, Gonzalo Gutiérrez, et al. (Editorial).Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable Public health surveillance: a pressing need. Gac Sanit. 2017. Disponible en : <http://www.gacetasanitaria.org/es/vigilancia-salud-publica-una-necesidad/avance/S021391111730002X/>.
21. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P: Health-related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. Journal of Formos Medicine Association. 2004, 103: 196-204.
22. Amir Qaseem, Michael J.Barry , Devan Kansagara . Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adults patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American college. Annals of internal medicine, February 2016.
23. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline (cg90). Published date: October 2009. Latest update : April 2011.