

PLAN DE SALUD MUNICIPAL DE MÁLAGA

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE MALAGA

INDICE

PROTOCOLO

OBJETIVOS DEL PLAN

A. Objetivos a corto plazo:

B. Objetivos a medio plazo:

METODOLOGIA:

DISEÑO

Población de referencia:

Ámbito del estudio.

Sujetos de estudio.

Tamaño muestral:

Técnica de muestreo:

Aleatorización

Criterios de inclusión:
Criterios de exclusión
Consentimiento informado:
Construcción de una base de datos
Confidencialidad de los datos:
Etica del proyecto.
Entrenamiento de los encuestadores
VARIABLES Y ENCUESTA
Relación de variables:
Análisis de los resultados

UTILIDAD

RESULTADOS

1. **TAMAÑO MUESTRA, DISTRITOS BARRIOS ESTUDIADOS**
2. **SEXO Y EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA NACIONALIDAD**
3. **ESTADO CIVIL**
4. **ACTIVIDAD ECONOMICA Y LABORAL**
5. **NIVEL DE ESTUDIOS Y DE INGRESOS**
6. **PRIORIDADES EN SALUD**

Calidad del agua corriente :
Contaminación ambiental (Polución).

Contaminación acústica

Limpieza del barrio y de la ciudad.

Vivienda

Paro laboral.

Calidad del trabajo

Atención Médica Hospitalaria

Atención médica de urgencias

Dieta Mediterránea

Ejercicio de manera regular

Tabaco

Estudios

Educación ciudadana

7. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO:

Enfermedades declarad

Problemas clínicos más frecuentes declarados por los entrevistados

Medicación declarada

Fuentes de la prescripción

Uso de la medicina alternativa

Algunos tratamientos específicos

8. ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)

9. CALIDAD DE VIDA

Algunos marcadores de salud

Limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana

ESTADO DE SALUD (CUESTIONARIO SF-12)

Calidad de vida SF-12 edad y sexo

Calidad de vida relacionada con la salud medida por el cuestionario SF-12 entre los distritos de Málaga capital

Componente Físico

Componente mental

Otros determinantes de la calidad de vida asociada a la salud (SF12): Calidad de vida y calidad del trabajo

En resumen

10. SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL

11. ASISTENCIA SANITARIA

Atención por el médico de cabecera

Atención por los especialistas

Atención de urgencias en el último año:

Tipos de Servicios Sanitarios que habitualmente utiliza

Medicina alternativa

No han recibido asistencia médica

12. DETERMINANTES DE LA SALUD

Identificación del esquema corporal

Concordancia entre la opinión sobre su peso y los datos del IMC

Actitud ante el peso corporal

13. CONSUMO DE TABACO

Condicionantes de la situación de fumador

Exposición al tabaco

14. CONSUMO DE ALCOHOL

Consumo de bebidas alcohólicas.

Años en los que comenzó a tomar bebidas alcohólicas

15. DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

Horas de sueño

Actividad física en la vida cotidiana

Actividad física en el tiempo libre

Actividad física en el tiempo libre por distritos

16. ALIMENTACIÓN

Horario de las comidas

Alimentos habitualmente consumidos

Tipo de aceite habitualmente utilizado en la cocina o en la comida

Determinantes del consumo de Aceite de Oliva

Aceites utilizados en la condimentación y cocina

Adherencia a la dieta mediterránea medida por la encuesta

Predimed

Determinantes de la adherencia a la dieta mediterránea

Adherencia por distritos a la dieta mediterránea

17. DIAGNOSTICO DE SALUD POR DISTRITOS

18. CONCLUSIONES

Sobre la representatividad del estudio

Sobre las prioridades en salud de los ciudadanos de Málaga

Sobre el descanso nocturno:

Sobre el peso y el reconocimiento del esquema corporal:

Sobre el tabaco:

Sobre la ingesta de alcohol

Sobre el sedentarismo

Sobre los Distritos

Sobre los hábitos alimentarios

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA DE MÁLAGA

1. PROTOCOLO

La realización del Plan de Salud Municipal de la Ciudad de Málaga (PSM-MA) exige el conocimiento previo del estado de salud de la población de Málaga. Ya hemos definido en la **Introducción del Plan** la idea de salud y la idea de salud pública con la que se está trabajando en el proyecto.

En todo caso el diagnóstico de salud de una población como Málaga es un empeño ímprobo, que exige de alguna manera, inevitablemente, una cierta acotación del concepto de salud. Es lo que hemos hecho en la introducción, por lo que en este proyecto las variables que se han seleccionado van dirigidas no tanto a la identificación de enfermedades (ausencia de salud) como de aquellos determinantes de la salud sobre los que desde una política municipal se puede incidir.

Para conseguir este objetivo se pueden utilizar las fuentes existentes nacionales (p.e la encuesta de salud que se hace periódicamente a nivel nacional) extrapolando los resultados a la ciudad de Málaga o se pueden utilizar las fuentes locales ya existentes, muchas de ellas procedentes del sistema sanitario. Ambas serán utilizadas como instrumentos para diseñar el PSM-MA, pero ambas tienen importantes limitaciones a la hora de servir de soporte a la implementación local del plan.

Los estudios nacionales nos dan una idea de los problemas más prevalentes pero están hechos, generalmente con encuestas telefónicas, pues el objetivo es abarcar todo el territorio nacional, con lo que aumentan la precisión (ausencia de error aleatorio) pero tienen problemas de exactitud (ausencia de error sistemático) y de representatividad a

la hora de aplicarlos a una geografía en donde las diferencias regionales y loco-regionales son de gran importancia para la planificación.

Las encuestas sanitarias suelen ser, por otro lado, antiguas y extraídas de bases de datos médicos con lo que la información es parcial y poco útil para los objetivos de un plan de salud municipal.

Es por esto que un plan de salud exigente obliga a un diagnóstico de salud *ad hoc* que permita, por un lado, conocer la situación local de aquellos problemas de salud, potencialmente relacionados con la política municipal y, por otro lado, el diseño de una metodología capaz de ser utilizada periódicamente como instrumento de evaluación de los resultados del plan a lo largo del tiempo.

2. OBJETIVOS DEL PLAN:

A. Objetivos a corto plazo:

1. Objetivos generales: Hacer un diagnóstico de salud de la población de Málaga
2. Objetivos concretos:
 - a. Cuantificar los problemas de salud de la población de Málaga que potencialmente puedan estar relacionados con la política municipal.
 - b. Identificar los determinantes de la salud de la población que puedan estar relacionados con la política municipal.
 - c. Evaluar las diferencias en los determinantes de salud entre los diferentes distritos de la ciudad

B. Objetivos a medio plazo:

- d. Poner a punto una metodología y una estrategia que permita la evaluación periódica, por ejemplo bianualmente, de los efectos del plan de salud municipal.

3. METODOLOGIA:

Diseño.

Estudio encuestal con base poblacional, transversal (con previsión de tamaño muestral suficiente para posibilitar la realización en el futuro de un estudio de seguimiento, longitudinal), con muestreo por conglomerados.

Población de referencia:

Toda la población adulta mayor o igual de 18 años de la ciudad de Málaga.

Ámbito del estudio.

Todos los barrios y distritos sanitarios de Málaga

Sujetos de estudio.

4. TAMAÑO MUESTRAL:

Ante la imposibilidad técnica de estudiar a todos los individuos que conforman la población de Málaga, se diseña un sondeo muestral que permita obtener una versión simplificada de la población reproduciendo sus rasgos básicos. El muestreo será probabilístico y representativo.

- a. Base del muestreo: Censo municipal de Málaga capital
- b. Para la determinación del tamaño muestral (N) usamos los siguientes parámetros:
 - 1-. Prevalencias teóricas estimadas (P:30 %):¹
 - 2-. Precisión o margen tolerable de error en la estimación (D): 2%.
 - 3-. Nivel deseable de confianza de la estimación 95% (Z= 1,96).
 4. Estimación de pérdidas: 15 %

¹. Se diseña el estudio para poder detectar con las características arriba indicadas, al menos una prevalencia de obesidad de 30 %, de calidad de vida (mala o regular calidad de vida de 33 %, tabaquismo de 26 %, deporte al menos una vez a la semana (31%) Estas prevalencias teóricas se han obtenido a partir del estudio [di@betes](#), un estudio de salud poblacional realizado en toda España en la que está incluida la población andaluza y una muestra representativa de la población de Málaga (Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012;55:88-93). Como la mayoría de estas prevalencias están cercanas al 30 % se diseña un estudio para poder detectar con una precisión del 2 % y una protección de errores tipo I de 0,05 y tipo II de 0,20 prevalencias iguales superiores al 30 %.

Con estos requisitos se ha seguido el criterio de Schwartz (1985) para el cálculo del tamaño muestral.

El número mínimo de sujetos necesario es de 537 sujetos. Se calcula un “efecto de diseño” de 1.5, teniendo en cuenta el tipo de muestreo. Con el objetivo de garantizar la representatividad de las muestras dentro de cada distrito con una precisión de al menos el 5 % así como poder estratificar por edad y sexo, se calcula un tamaño muestral final de al menos 2000 personas (que serán las finalmente encuestadas) (el número total de sujetos finalmente evaluados han sido de 2073).

5. TÉCNICA DE MUESTREO:

Muestreo aleatorio por conglomerados. La unidad del conglomerado ha sido el distrito. El número de conglomerados de Málaga es de 11. El número mínimo de personas a estudiar en cada distrito será de 100. El tamaño muestral previsto para cada distrito se resume en la tabla adjunta:

	Distrito	Población	Tamaño muestral ²	Sujetos a convocar	Tamaño muestral definitivo ³	%
1	Centro	84.988	288	330	301	14,5
2	Este	67.289	229	264	199	9,6
3	Ciudad Jardín	37.769	128	148	129	6,2
4	Bailén-Miraflores	62.834	214	254	215	10,4
5	Palma-Palmilla	29.862	101	116	103	5,0
6	Cruz del Humilladero	89.404	304	350	307	14,8
7	Carretera de Cádiz	113.424	386	440	410	19,8
8	Churriana	20.449	70	115	100	4,8
9	Campanillas	17.472	60	115	100	4,8
10	Puerto de la Torre	28.818	100	115	100	4,8
11	Teatinos-Universidad	32.787	112	120	109	5,3
	Total	584482	1932	2367	2073	100,0

² Proporcional por distrito

³ Compensado hasta 100 como tamaño mínimo por distrito.

6. ALEATORIZACION

Dentro de cada conglomerado (distrito) se seleccionará el número de sujetos seleccionados, mediante la técnica de rutas aleatorias. Este procedimiento se caracteriza por la selección de viviendas según un trayecto establecido por el entrevistador, al azar. Diseñado el recorrido para cada entrevistador, el investigador de campo selecciona según una convención previamente establecida, las viviendas que componen la muestra. Aunque este sistema de muestreo es al azar, no es probabilístico pues no todas las viviendas tienen la misma probabilidad de ser parte de la muestra. Sin embargo al haber sido la unidad muestral los barrios y los distritos y haber obligado a un número mínimo de encuestas por barrios, por edad y por sexo, la probabilidad de que estén representadas todas las categorías sociales de la ciudad aumentan.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los sujetos censados con 18 a más años.

8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán del estudio los individuos con limitaciones físicas o psíquicas tan importantes como para impedirles contestar la encuesta autónomamente.

También se excluirán las mujeres embarazadas⁴. Las personas excluidas serán, no obstante identificadas haciendo constar en el apartado de la encuesta los criterios de exclusión.

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A todos los participantes al comienzo de la entrevista y tras la presentación del encuestador y la explicación del proyecto, se les informa verbalmente del motivo del estudio, de la naturaleza pública del mismo y del carácter anónimo y voluntario de su participación.

10. CONSTRUCCIÓN DE UNA BASE DE DATOS

La información se obtiene directamente por los investigadores de campo en un sistema informatizado en el que se ha codificado adecuadamente la encuesta..

La base de datos cumple las condiciones de seguridad adecuadas para garantizar la confidencialidad de los datos de los sujetos y es accesible únicamente a los responsables

⁴La probabilidad de ser seleccionadas por azar una mujer embarazada es baja lo que no permitiría hacer un grupo específico, por otro lado su inclusión podría distorsionar los resultados pues el comportamiento de los hábitos cotidianos de las mujeres embarazadas (ejercicio, dieta, fumar, etc, suelen modificarse, al menos transitoriamente, durante el embarazo)

del proyecto por medio de contraseña. Los datos encuestales obtenidas son codificados y se desvinculan de los datos personales de contacto de los sujetos.

El código de vinculación será custodiado por el/los responsables del proyecto. La base de datos está diseñada con máscaras de entrada de datos y campos obligatorios que minimizan el riesgo de errores.

11. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

Se seguirá la normativa que regula el tratamiento de datos (Ley 5/1992 (LORTAD)). El programa tendrá una clave de instalación y utilización conocida solo por los responsables del proyecto. Todo el personal con acceso a la base de datos deberá firmar un compromiso de responsabilidad y confidencialidad. Los envíos electrónicos de datos (caso de hacerse) se harán de manera codificada y los envíos en papel, bajo correo certificado con acuse de recibo. Los datos en papel se guardarán bajo llave de la que serán depositarios los responsables de la investigación.

12. ÉTICA DEL PROYECTO.

Se trata de un estudio encuestal con un objetivo de interés público (el diseño del Plan Municipal de Salud de la ciudad de Málaga- PMS-MA), estudio en el que no habrá manipulación física alguna sobre las personas. Se garantiza la voluntariedad de la participación mediante consentimiento informado, así como la asignación aleatoria de la participación. Se garantiza, así mismo, la independencia del proyecto de cualquier interés económico y el uso exclusivamente para los objetivos del proyecto de los resultados de la encuesta.

13. ENTRENAMIENTO DE LOS ENCUESTADORES

Antes del comienzo del estudio de campo se han llevado a cabo varias sesiones de entrenamiento para que los entrevistadores adquieran las habilidades necesarias y estandaricen su manera de preguntar y de resolver las cuestiones que puedan surgir durante la investigación.

14. VARIABLES Y ENCUESTA.(ver fichero adjunto)

Tres son los modelos que se ha seguido para el diseño de la encuesta:

1. La Encuesta Nacional de Salud⁵,
2. El estudio di@tes.es^{6,7},
3. La encuesta Predimed⁸.

Se han escogido estos tres modelos porque, por un lado, la estructura de la encuesta en los tres estudios han sido ampliamente utilizadas y validadas y, por otro, porque los resultados de diagnóstico de salud de la ciudad de Málaga podrán ser comparados con los resultados de otros estudios de ámbito nacional al haber utilizado herramientas similares.

La Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12), realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en 21.508 hogares. Es una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico, y planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. Consta de 3 cuestionarios, hogar, adulto y menor, que abordan 4 grandes áreas: sociodemográfica, estado de salud, utilización de los servicios sanitarios y determinantes de la salud. En el presente se ha seguido una estructura parecida a los cuestionarios de la ENSE para adultos.

El estudio di@bet.es es un gran estudio de ámbito nacional que ha permitido conocer la prevalencia de numerosos acontecimientos clínicos así como de sus determinantes sociales y otros hábitos de salud, como el ejercicio o la dieta.

La estructura de la encuesta del estudio di@bet.es es parecida a la de la ENSE, aunque incluye información adicional. En el presente estudio se han incluido variables, como las relacionadas con la calidad de vida o la actividad física extraídas del estudio di@bet.es.

⁵Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

⁶ Soriguer F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.

⁷ Soriguer F, Valdes S, Rojo-Martinez g. El estudio Di@bet.es, ¿y ahora qué. *Avances en Diabetología*. Vol. 28. Núm. 02. Marzo 2012 - Abril 2012

⁸ Ramón Estruch, M.D., Ph.D., et al. for the PREDIMED Study Investigators
Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013;368:1279-90.

El ensayo PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea) es el estudio de mayor envergadura que se ha realizado sobre nutrición en España. Se busca valorar los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes. En este estudio colaboran más de 90 investigadores de los principales grupos de nutrición y de epidemiología españoles. En el presente estudio se han incluido la escala Predimed de adherencia a la dieta mediterránea, escala suficientemente validada por la experiencia del Predimed.

15. RELACIÓN DE VARIABLES: (Ver encuesta en el ANEXO 1)

Las variables incluidas en la encuesta se han agrupado en los siguientes apartados

- A. IDENTIFICACIÓN**
- B. SEXO Y EDAD**
- C. NACIONALIDAD**
- D. ESTADO CIVIL**
- E. ACTIVIDAD ECONOMICA Y LABORAL**
- F. MÓDULO DE ESTADO DE SALUD**
- G. MODULO DE ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)**
- H. (ENCUESTA) DE CALIDAD DE VIDA (Cuestionario SF-12)**
- I. LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA**
- J. SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL**
- K. MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA**
- L. MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD**
- M. CONSUMO DE TABACO**
- N. CONSUMO DE ALCOHOL**
- O. DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO**
- P. ALIMENTACIÓN + Adherencia a la dieta mediterránea. ENCUESTA PREDIMED**
- Q. NIVEL DE ESTUDIOS Y DE INGRESOS**
- R. PRIORIDADES EN SALUD**

ANEXO (ENCUESTA DE CAMPO)

16. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las encuestas de campo han sido analizadas con el paquete estadístico (SPSS).

Los datos son tabulados como proporciones o medias y representados mediante gráficas para su mejor comprensión.

En los casos en los que se planteen contraste de hipótesis (p.e diferencias entre sexos, grupos de edad o distritos) se utilizan test estadísticos para variables normales o normalizadas (t Student para dos variables de clasificación o Anova de una vía para contraste de más de dos criterios de clasificación).

En el caso de que se han puesto a prueba hipótesis de asociación entre una variable dependiente y varias determinantes de esa variable se han utilizado modelos de regresión múltiple (regresión logística o regresión lineal múltiple).

En todos los caso el nivel de rechazo de la hipótesis nula ha sido para un $\alpha=0,05$.

17. UTILIDAD

El análisis de los resultados y la construcción de “cluster “ con las variables de la encuesta, junto a la información procedente de otras fuentes (p.e contaminación ambiental, ruido, etc.) permitirá:

- a. Hacer un DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE MÁLAGA,
- b. Comparar los resultados con los de los grandes estudios nacionales y con los de otras ciudades que hayan hecho un trabajo similar,
- c. **Pero sobre todo tener una herramienta con la que poder evaluar el tiempo, los resultados de las intervenciones del plan.**

Resultados de la encuesta de salud realizada a la población de Málaga en el último trimestre de 2014

A. TAMAÑO MUESTRA, DISTRITOS Y BARRIOS ESTUDIADOS

En total han sido estudiadas 2073 personas distribuidas por los 11 distritos en los que está distribuida la población de Málaga. El número mínimo de personas estudiadas por distrito ha sido de 100 y el máximo (La Carretera de Cádiz con 410) (Tabla 1 y 2ª y 2b)

Tabla 1. Distritos y número de personas estudiadas por distritos

DISTRITOS	n	%
1. MÁLAGA-CENTRO	301	14,5
2. MÁLAGA ESTE	199	9,6
3. CIUDAD JARDÍN	129	6,2
4. BAILÉN-MIRAFLORES	215	10,4
5. PALMA-PALMILLA	103	5,0
6. CRUZ DE HUMILLADERO	307	14,8
7. CARRETERA DE CÁDIZ	410	19,8
8. CHURRIANA	100	4,8
9. CAMPANILLAS	100	4,8
10. PUERTO DE LA TORRE	100	4,8
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	109	5,3
Total	2073	100,0

Tabla2.a: Relación de barrios y número de personas estudiadas por cada barrio

BARRIOS	N	%
2. Casco Histórico Norte	21	21
3. Muelle de Heredia	20	20
4. Perchel Sur	21	21

5. Perchel Norte	20	20
7. Trinidad Sur	19	19
8. Trinidad Norte	23	23
9. Ollerías	19	19
11. Cruz Verde-Lagunillas	19	19
12. La Victoria	19	19
13. La Coracha	20	20
14. La Malagueta	21	21
17. El Molinillo	20	20
18. San Millán	19	19
20. Capuchinos	20	20
22. Cristo de la Epidemia	20	20
26. El Mayorazgo	19	19
27. El Limonar	18	18
28. Cerrado de Calderón	18	18
30. Pedregalejo Núcleo	17	17
31. Pedregalejo Playa	18	18
32. San Antón	18	18
33. Villafuerte	18	18
34. El Palo Núcleo	18	18
37. Miraflores del Palo	18	18
38. La Pelusa	19	19
39. El Candado	18	18
44. Parque del Sur	18	18
46. Ciudad Jardín	20	20
48. Los Cipreses	18	18
50. Cortijillo Bazán-Montes de Málaga	18	18
52. Jardín de Málaga	19	19
53. Sagrada Familia	17	17
55. Alegría de la Huerta	19	19
58. Bailén	33	33
59. Gamarra	20	20
60. Nueva Málaga	20	20
61. San Martín	31	31
62. Martínez de la Rosa	20	20
64. Parque Victoria Eugenia	20	20
65. Miraflores de los Ángeles	20	20
66. Granja Suarez	19	19
67. Carlinda	32	32
69. Martiricos-La Roca	23	23
70. Arroyo de los Angeles	19	19

73. La Palma Oeste	24	24
76. La Palma Norte	19	19
80. La Concepción	18	18
83. La Unión	15	15
84. Los Tilos	19	19
86. Poligono Alameda	20	20
87. Haza de Cuevas	19	19
88. Sta. Marta	20	20
89. Cruz de Humilladero	19	19
90. La Asunción	20	20
95. Carranque	19	19
96. Padre Mondéjar	20	20
97. Camino de Antequera	20	20
98. Portada Alta	19	19
99. La Barriguilla	20	20
101. los Corazones	19	19
103. Santa Cristina	20	20
106. El Copo-Duende	19	19
107. El Viso	19	19
109. El Bulto	20	20
112. La Princesa	21	21
113. Jardín de la Abadía I	21	21
117. Huelin	20	20
119. 25 Años de Paz	20	20
122. Regio	21	21
125. El Torcal	20	20
129. Las delicias	20	20
130. San Andrés	21	21
132. Vistafranca	21	21
133. Sixto	20	20
134. Parque Mediterráneo	21	21
136. La Paz	21	21
138. La Luz	20	20
143. Belén	21	21
144. Puerta Blanca	21	21
145. Mainake	20	20
149. La Almudena	21	21
151. Parque Litoral I	20	20
152. Parque Litoral II	20	20
156. Guadalmar	21	21
157	18	18
158. El Retiro	21	21

159. Casco Histórico de Churrana	18	18
160. La Noria	22	22
162. Castañetas	22	22
163. Huertecilla Mañas y Asperones II	17	17
165. El Brillante	22	22
166. Campanillas	17	17
167. Santa Rosalía-Maqueda	22	22
169. El Atabal	19	19
170. Los Tomillares-Morales	23	23
172. Fuente Alegre-Morillas- Chaparral	18	18
175. Santa Isabel-El Tomillar	22	22
176. Soliva	18	18
178. Cortijo alto	24	24
179. Teatinos	20	20
181. La Colonia	20	20
183. El Romeral	20	20
184. El Cónsul	25	25
Total	2073	2073

Tabla 2.b: Relación de barrios por distritos

BARRIOS	DISTRITOS									
	1. MÁLAGA-CENTRO; 2. MÁLAGA ESTE; 3. CIUDAD JARDÍN; 4. BAILÉN- MIRAFLORES; 5. PALMA-PALMILLA; 6. CRUZ DE HUMILLADERO; CARRETERA DE CÁDIZ; 8. CHURRIANA; 9. CAMPANILLAS; 10. PUERTO DE LA TORRE; 11. TEATINOS-UNIVERSIDAD									
2. Casco Histórico Norte	1									
3. Muelle de Heredia	1									
4. Perchel Sur	1									
5. Perchel Norte	1									
7. Trinidad Sur	1									
8. Trinidad Norte	1									
9. Ollerías	1									
11. Cruz Verde-Lagunillas	1									
12. La Victoria	1									
13. La Coracha	1									
14. La Malagueta	1									
17. El Molinillo	1									
18. San Millán	1									
20. Capuchinos	1									
22. Cristo de la Epidemia	1									
26. El Mayorazgo		2								
27. El Limonar		2								
28. Cerrado de Calderón		2								
30. Pedregalejo Núcleo		2								
31. Pedregalejo Playa		2								
32. San Antón		2								
33. Villafuerte		2								
34. El Palo Núcleo		2								
37. Miraflores del Palo		2								
38. La Pelusa		2								
39. El Candado		2								
44. Parque del Sur			3							

46. Ciudad Jardín			3								
48. Los Cipreses			3								
50. Cortijillo Bazán- Montes de Málaga			3								
52. Jardín de Málaga			3								
53. Sagrada Familia			3								
55. Alegría de la Huerta			3								
58. Bailén			4								
59. Gamarra			4								
60. Nueva Málaga			4								
61. San Martín			4								
62. Martínez de la Rosa			4								
64. Parque Victoria Eugenia			4								
65. Miraflores de los Ángeles			4								
66. Granja Suarez			4								
67. Carlinda			4								
69. Martiricos-La Roca				5							
70. Arroyo de los Ángeles				5							
73. La Palma Oeste				5							
76. La Palma Norte				5							
80. La Concepción				5							
83. La Unión					6						
84. Los Tilos					6						
86. Poligono Alameda					6						
87. Haza de Cuevas					6						
88. Sta. Marta					6						
89. Cruz de Humilladero					6						
90. La Asunción					6						
95. Carranque					6						
96. Padre Mondéjar					6						
97. Camino de Antequera					6						
98. Portada Alta					6						
99. La Barriguilla					6						

B. SEXO Y EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Edad de la población:

La edad media ha sido de $46,80 \pm 17,24$ años.

El 23 % han tenido menos de 30 años. El 2,9 % menos de 20 años y más de 80 respectivamente (Tabla 3).

La población mayor de 65 años ha representado en el estudio el 20 %, una prevalencia mayor que la publicada para la población general de Málaga (14,58 %)⁹

Tabla 3. Distribución por décadas de la población estudiada

EDAD	n	%
<20	61	2,9
20-29	337	16,3
30-39	404	19,5
40-49	381	18,4
50-59	332	16,0
60-69	329	15,9
70-79	169	8,2
>=80	60	2,9
Total	2073	100,0

Distribución por edad y sexo de la población estudiada

El 47,4 % han sido hombres y el 52,6 % mujeres. Esta distribución es parecida a la de la población total de Málaga (año 2013) (Hombres=48,14 % y mujeres=51,86 %) ¹⁰.

La tendencia ha sido a una mayor proporción de mujeres estudiadas a partir de los 65 años, ($p=0,04$) (Tabla 4)

⁹ Instituto Nacional de Estadística, 2009.

http://www.faffe.es/datosyterritorio/sites/default/files/pdf/29_MALAGA.pdf

¹⁰ Rafael Báez Muñoz, Paola Jiménez Melgar. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

http://www.omau-malaga.com/agenda21/subidas/archivos/arc_111.pdf

Tabla 4. Distribución por edad y sexo

EDAD	Hombres (n)	Mujeres (n)	Todos (n)
<20	36	25	61
20-29	173	164	337
30-39	202	202	404
40-49	179	202	381
50-59	150	182	332
60-69	151	178	329
70-79	73	96	169
>=80	19	41	60
Total	983	1090	2073

C. NACIONALIDAD**Nacionalidad**

El 94,8 % han sido españoles y solo el 5,1 % extranjeros (n=105), repartidos en 30 nacionalidades. Esta proporción es algo inferior a la estadística oficial de extranjeros en Málaga en el año 2013 (9,1%).

El 25 % de los extranjeros llevan viviendo en España más de 25 años y el 14 por ciento un año o menos. La relación de países de procedencia se puede ver en la Tabla 5.

Tabla 5. Nacionalidades

Nacionalidades	n
Alemania	3
Argelia	1
Argentina	10
Bélgica	2
Bolivia	2
Brasil	2
Bulgaria	1
Chile	1
China	1

Colombia	6
Cuba	1
Ecuador	2
Francia	2
Holanda	1
Inglaterra	1
Italia	4
Lituania	1
Marruecos	8
México	1
Nicaragua	1
Nigeria	1
Panamá	1
Paquistán	1
Paraguay	6
Perú	2
Portugal	2
Rumania	4
Senegal	1
Ucrania	5
Venezuela	1

*nota para todas las tablas: los defectos en la suma pueden ser debidos a que no se han contabilizados los NC (no contestan) (por otro lados muy pocos en todo el estudio)

D. ESTADO CIVIL

La distribución de personas estudiadas en función del estado civil se resume en la Tabla 6. El 48,8 % han estado casados o eran parejas de hecho o convivían de manera estable. El 34,6 % estaban solteras y el 8,1 % separadas o divorciadas.

Tabla 6. Estado civil

ESTADO CIVIL	n	%
Soltero/a	718	34,6
Pareja de hecho	24	1,2
Convivencia estable pero no legalizada	49	2,4
Casado/a	936	45,2
Viudo/a	174	8,4
Separado/a legalmente	53	2,6
Divorciado/a	119	5,7

N	2073	100,0
---	------	-------

E. ACTIVIDAD ECONOMICA Y LABORAL

Situación laboral

Sólo el 36,6% de la muestra estudiada estaba empleado. El resto o estaba en paro o era ama de casa (31,6%), o era estudiante (8,8%) o era pensionista o jubilado (23,5%) (Tabla 7). Estas cifras de paro son parecidas a las de las encuestas que realizan periódicamente las agencias correspondientes.

Tabla 7. Situación laboral

Situación laboral	n	%
Trabajando (empleado o autónomo)	759	36,6
En paro (desempleo) / Ama de casa	648	31,3
Estudiante	183	8,8
Pensionista o jubilado	483	23,3
Total	2073	100,0

Excluyendo a los pensionistas y a los estudiantes, la probabilidad (OR) de estar en paro (incluido a las amas de casa) ha sido mayor en las mujeres y en las personas sin estudios, (independientemente de la edad) (la percepción del estado de salud, no se ha asociado con el paro) (Tabla 8).

Tabla 8. Probabilidad (y OR) de estar en paro o ser ama de casa (excluido los pensionistas y los estudiantes)

	Paro %	OR (IC 95 %)	P*
Sexo (H/M) (CR=H)	39,7/59,9	1,78 (1,29-2,44)	P<0,0001
NIVEL DE ESTUDIOS			
Sin estudios o <= 12	68,0%	7,53 (4,63-12,26)	P<0,0001
Secundarios	45,4%	3,05 (1,95-4,77)	P<0,0001
Universitarios (CR)	21,6%	CR	
ESTADO DE SALUD			
Bueno o muy bueno	43,1%	0,77 (0,43-1,56)	0,43
Regular	59,8 %	1,14 (0,56-2,329)	0,70
Malo o muy malo (CR)	59,2 %	CR	

Variable dependiente ((0): Estar trabajando, (1)) Estar en paro/ama de casa

*Ajustado por la edad que no ha sido diferente entre las personas que estaban en paro frente a las que estaban trabajando

De entre las personas paradas el 13,6 % no habían trabajado nunca y el 51,1 % llevaban más de dos años en el paro (Tabla 9).

Tabla 9. Tiempo que lleva en el desempleo

En caso de no trabajar, tiempo que lleva en el desempleo	n	%
No ha trabajado nunca	88	13,6
Menos de 6 meses	96	14,8
De 6 meses a menos de 1 año	45	6,9
De 1 año a menos de 2 años	69	10,6
Más de 2 años	331	51,1
Total	648*	100,0

*nota para todas las tablas: los defectos en la suma pueden ser debidos a que no se han contabilizados los NC (no contestan) (por otro lados muy pocos en todo el estudio)

En caso de ser pensionista. ¿Percibe alguna pensión contributiva?

Entre las personas pensionistas la mayoría de las personas recibían una pensión por cotización propia (65,0 %) y el resto por cotizaciones de otras personas o mixtas. Un 4,2 % no sabían el tipo de pensión que recibían (Tabla 10).

Tabla 10. Tipo de pensión recibida

En caso de ser pensionista. ¿Percibe alguna pensión contributiva?	n	%
Sí, por cotización propia	314	65,0
Sí, por cotizaciones de otra persona (pensiones de viudedad	125	25,9
Sí, por ambos tipos de cotización	24	5,0
No sabe/NC	20	4,2
n	483	

Actividad actual

Entre las personas que estaban trabajando el 72,9 % eran asalariados por cuenta ajena y 21.0 % empresarios o profesionales autónomo (de los cuales algo más de la mitad eran empleadores). Llama la atención que solo el 1,2 % estudia y trabaja al mismo tiempo (Tabla 11).

Tabla 11. Actividad laboral

En caso de estar ahora trabajando, su actividad actual podría encuadrarla en algunas de las siguientes	n	%
Asalariado/a (a sueldo, comisión, jornal...)	531	72,9
Estudio y trabajo al mismo tiempo	9	1,2
Empresario/a o profesional autónomo con asalariados	60	8,2
Empresario/a o trabajador/a autónomo independiente sin asalariados	95	13,0
Otra situación	21	2,9
No contesta	12	1,6
n	728	

Una relación más detallada de los trabajos se puede consultar en la Tabla 12. La relación no es exhaustiva y se muestra el listado, para dejar constancia, de la heterogeneidad muestral.

Tabla 12. Diversidad de trabajos entre los encuestados

Actividad	n
Abogado	10
Administrativo	27
AENA	1
Agencia de viajes	1
Albañil	4
Aparcacoches	1
Arquitecto	3
Artesano del cristal	1
Autónomo	61
Auxiliar enfermería	21
Azafata	2
baja laboral	5
Banca	1
Banquero	1
Barrendero	1
Bombero	1
Camarero	28

Carpintero	1
Carnicero	3
Cartero	3
Celador	3
Científico	1
Cocina	6
Cocinero	1
Comercial	18
Comercio	18
Conductor	6
Conserje	5
Construcción	4
Contable	2
coordinador	3
Costurera	1
CRISTALERO	1
Delineante	1
Dependiente	47
Dietista	1
Dirección escénica	1
Deporte	1
Diseñador gráfico	2
Economista	2
Educador	3
Electricista	2
empleado	50
EMPRESARIO	27
Enfermera	12
Escayolista	1
Esteticien	1
Farmacéutico	4
Feriante	1
Físico (doctor)	1
Fisioterapeuta	3
Fontanero	1
Fotógrafo	1
Frutería	3
Funcionario	35
FUNERARIO	1
Gerente de empresa	3
Gimnasio	2
Graduado Social	2
Guardia civil	1
Guía turístico	1
Hostelería	13
Hostelería	18
INFORMATICA	10
Ingeniero	7

Inmobiliaria	2
Instalador	1
Instalador	1
Jardinero	2
Kioskero	2
Limpieza	22
Lotero	1
Maestro	16
Mantenimiento	7
Marinero	2
Matrona	1
Mecánico	10
Médico	6
Militar	1
Monitora escolar	4
Nutricionista	2
Ocio	1
Ordenanza	2
Panadería	7
Párroco	1
Peluquería	10
Periodista	2
Pescadero	2
Pintor	1
Policía	3
Portero	2
Profesor	33
Promotor	1
Psicólogo	2
Quiosco	1
Quiosco.	1
Relaciones públicas	1
Rentista	1
Repartidor	10
Restauración	6
Secretaria	5
Seguridad	4
Servicio domestico	2
Servicio doméstico	1
Servicio doméstico	2
Soldador	2
Taxista	4
Técnico	5
Teleoperador	3
Trabajador social	7
Traductor	1
Transporte	1
Transportista	3

Vareador	1
Universidad	1
Vendedor	12
Veterinario	1
Vigilantes	5
Visitador médico	1

¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente en su trabajo principal actual?

La mayoría de los que trabajan hacen jornada partida (33,0 %). Solo el 28,15 % de los encuestados han hecho jornada continuada, la mayoría por la mañana. El resto o han hecho jornada partida o por turnos. Solo el 4,8 % han hecho jornada reducida (Tabla 13).

Tabla 13. Tipo de jornada habitual

Tipo de jornada que realizan	n	%
Jornada partida	240	33,0
Jornada continua por la mañana	185	25,4
Jornada continua por la tarde	20	2,7
Jornada continua por la noche	9	1,2
Jornada reducida	35	4,8
Turnos	94	12,9
Jornada irregular o variable según los días	84	11,5
Otro tipo	50	6,9
No sabe	1	,1
No contesta	10	1,4
Total	728	100,0

Horas trabajadas

El numero medio de horas trabajadas diariamente ha sido de $7,79 \pm 2$ horas. La mayoría de las personas empleadas encuestadas trabajaron unas 8 horas (45,9 %), ($7,9 \pm 2,41$ horas). Un 11,7 % trabajo menos de 5 horas y un 21,1 % más de 8 horas diarias (Tabla 14).

Tabla 14. Horas diarias trabajadas

Horas reales trabajadas	n	%
<=5 h	80	11,7
6-7 h	145	21,3
8 h	313	45,9
>8h	144	21,1
Total	682	100,0

Es interesante señalar que más de la mitad de las personas (53,3 %) trabajaron los fines de semana

Las personas que trabajan los fines de semana son también los que más horas diarias trabajan: (8,22±2,20 horas vs 7,27±1,59 horas (p<0,0001) (Tabla 15) (el OR de trabajar los fines de semana fue (OR=4,10) indicando que son las personas que más horas trabajan diariamente las que también trabajan con más frecuencia los fines de semana (Tabla 15).

Tabla 15: OR de trabajar los fines de semana (vs no trabajar) en función de las horas trabajadas por día

	OR	p
HORAS TRABAJADAS POR DIA		
<=5 horas	CR	
6-7 horas	0,57 (0,32-0,99)	0,04
8 horas	1,16 (0,70-1,93)	0,54
>8 horas	4,10 (2,21-7,60)	<0,0001
Ajustado por edad (p=0,01) y sexo (p=0,60)		

F. NIVEL DE ESTUDIOS Y DE INGRESOS

¿Qué estudios ha realizado usted?

El 23,5 % de los evaluados tenían titulación universitaria y el 7,1 % no tenía ningún estudio. Cerca de la cuarta parte (21,7 %) solo estudiaron hasta los 12 años. Es decir cerca del 40 % o no tuvieron estudios o estudiaron solo hasta los 16 años (Tabla 16).

Tabla 16. Nivel de estudios

Nivel de estudios	n	%
No sabe leer/escribir	10	0,5
Sin estudios	138	6,7
Estudios primarios (hasta 12 años)	449	21,7
Estudios secundarios (hasta 16 años)	319	15,4
Bachiller, formación profesional, (hasta 18 años)	664	32,0
Universitarios primer ciclo (diplomado)	244	11,8
Universitarios (licenciado, ingeniero, doctor)	242	11,7
Total	2073*	100,0

*(7: NS/NC)

El nivel de estudios fue muy diferente en función de los distritos. La mayor proporción de personas sin estudios estuvo en la Palma-Palmilla (15,5 %) y en Campanillas (14,0 %) que fueron también los distritos con menos personas con titulación universitaria (8,5 % y 8,0 %). Los distritos con mayor población universitaria fueron Málaga Este (42,2 %) y Málaga Centro (22,2 %) (Tabla 17).

Tabla 17. Nivel de estudios por distritos

DISTRITOS	Nivel de estudios			
	Sin estudios	Estudios hasta los 12 o los 16 años	Estudios hasta los 18 años	Estudios Universitarios
1. MÁLAGA-CENTRO	4,3%	25,2%	37,2%	33,2%
2. MÁLAGA ESTE	6,0%	20,1%	31,7%	42,2%
3. CIUDAD JARDÍN	7,0%	50,8%	31,3%	10,9%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	7,9%	44,2%	28,8%	19,1%
5. PALMA-PALMILLA	15,5%	51,5%	24,3%	8,7%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	8,0%	41,5%	30,9%	19,6%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	8,0%	35,4%	32,0%	24,6%
8. CHURRIANA	2,0%	40,0%	30,0%	28,0%
9. CAMPANILLAS	14,0%	56,0%	22,0%	8,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	6,0%	40,0%	37,0%	17,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	1,8%	30,3%	45,0%	22,9%

Ingresos.

El 52,2 % los ingresos fueron por cuenta propia y cerca del 40 % recibieron algún tipo de prestación (Tabla 18)

Tabla 18 .Procedencia de los ingresos. (Se consideran las fuentes de cada miembro del hogar y las conjuntas.

Procedencia de los ingresos	%
Ingresos del trabajo (por cuenta propia	52,2 %
Prestación y subsidios por desempleo	8,6
Pensión por jubilación o viudedad	24,5
Pensión por invalidez o incapacidad	2,8
Prestaciones económicas por hijo a cargo u otras prestaciones económicas como ayudas a la familia...	1,6
Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda((ayudas alquiler, o vivienda social)	0,3
Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación (becas)	1,3
Otros ingresos regulares/Otro subsidio o prestación regular	3,1
Ninguna fuente de ingresos	8,9
No sabe/No contesta	4,9

El 8,9 % de las personas no han tenido ningún tipo de ingreso. El OR (después de ajustarlo por la edad y el sexo) de no tener ningún nivel de estudios ha sido mayor en las personas con menores estudios comparados con los de nivel universitario (Tabla 19).

Tabla 19. OR de no tener ningún ingreso en función del nivel de estudios

	OR	P
ESTUDIOS		
Universitarios	CR	
Hasta los 18 años	1,47 (0,93-2,34)	0,09
Hasta los 12 o los 16	2,46 (1,58-3,84)	<0,0001
Ninguno	2,53 (1,16-5,53)	0,01
Ajustado por edad (p<0,0001) y sexo (p=0,67)		

Variable dependiente (0): Algún ingreso; (1) Ningún tipo de ingreso

G. PRIORIDADES EN SALUD

Para los objetivos del Plan Municipal de Salud estos resultados son del mayor interés. A todos las personas encuestadas se les ha solicitado que indicaran en una escala de 0 a 10 el grado de prioridad que para la salud tienen las cuestiones planteadas en la Tabla 20.

Los datos se expresan como la mediana (de las diez posibles puntuaciones). Pero la mediana es poco discriminativa razón por la que también se ha tabulado la proporción de personas que le han dado muy baja prioridad (valorándolo en la escala como 1 o 0 y aquellas que le han dado máxima prioridad valorándolo como 9 o 10).

Tabla 20. Prioridades de salud valoradas en una escala del 0 (ninguna prioridad al 10 (máxima prioridad)

	Escala de 0-10	Porcentaje de personas que valoran las prioridad ≤ 1 o ≥ 9	
	Mediana	≤ 1	≥ 9
Calidad del agua corriente	7	1,6	33,0
Contaminación ambiental (polución)	7	0,9	31,0
Contaminación acústica (ruidos)	7	1,1	27,9
Limpieza del barrio y de la ciudad	8	1,4	31,0
Vivienda	8	0,5	41,3
Paro laboral	9	12,5	49,8
Calidad del trabajo	8	10,4	46,0
Atención médica ambulatoria	9	0,7	54,5
Atención médica hospitalaria	9	1,0	54,7
Atención médica de urgencias	9	1,0	55,4
Dieta Mediterránea	8	2,0	34,9
Ejercicio de manera regular	8	6,7	31,9
Tabaco	3	44,8	17,4
Estudios	7	9,7	28,1
Educación ciudadana	8	2,2	35,1

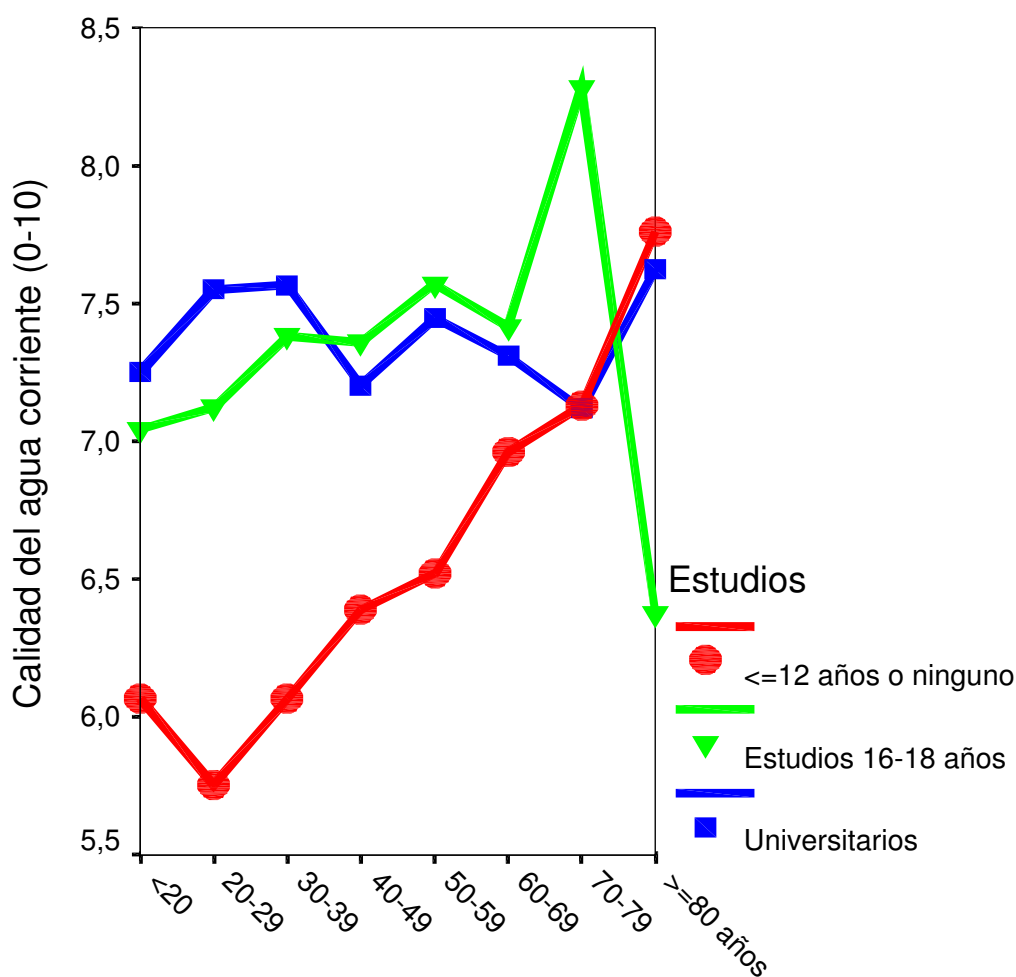
Determinantes de las prioridades de salud

Con todas las variables relacionadas con las prioridades de salud se ha hecho el mismo modelo de ANOVA. La variable dependiente ha sido la prioridad en salud definida por el sujeto (cuantificada de 0 a 10) y las variables dependientes han sido la edad, el sexo, el nivel de estudios y la calidad de vida (tal como se definen en el informe: ver más adelante).

Calidad del agua corriente :

La mediana ha sido de 7 y la proporción de personas que lo han valorado igual o mayor que 9 han sido de 33,0 %. La variable que más ha influido en la valoración del agua corriente como una prioridad de salud ha sido el nivel de estudios ($p < 0,0001$). Las personas con menos estudios han valorado como menos importante la calidad del agua corriente. Por otro lado la edad ha tenido una influencia solo en las personas más jóvenes y sin estudios, pues a partir de los 60 años la calidad del agua como prioritaria para la salud ha sido similar en función del nivel de estudios. (Fig. 1)

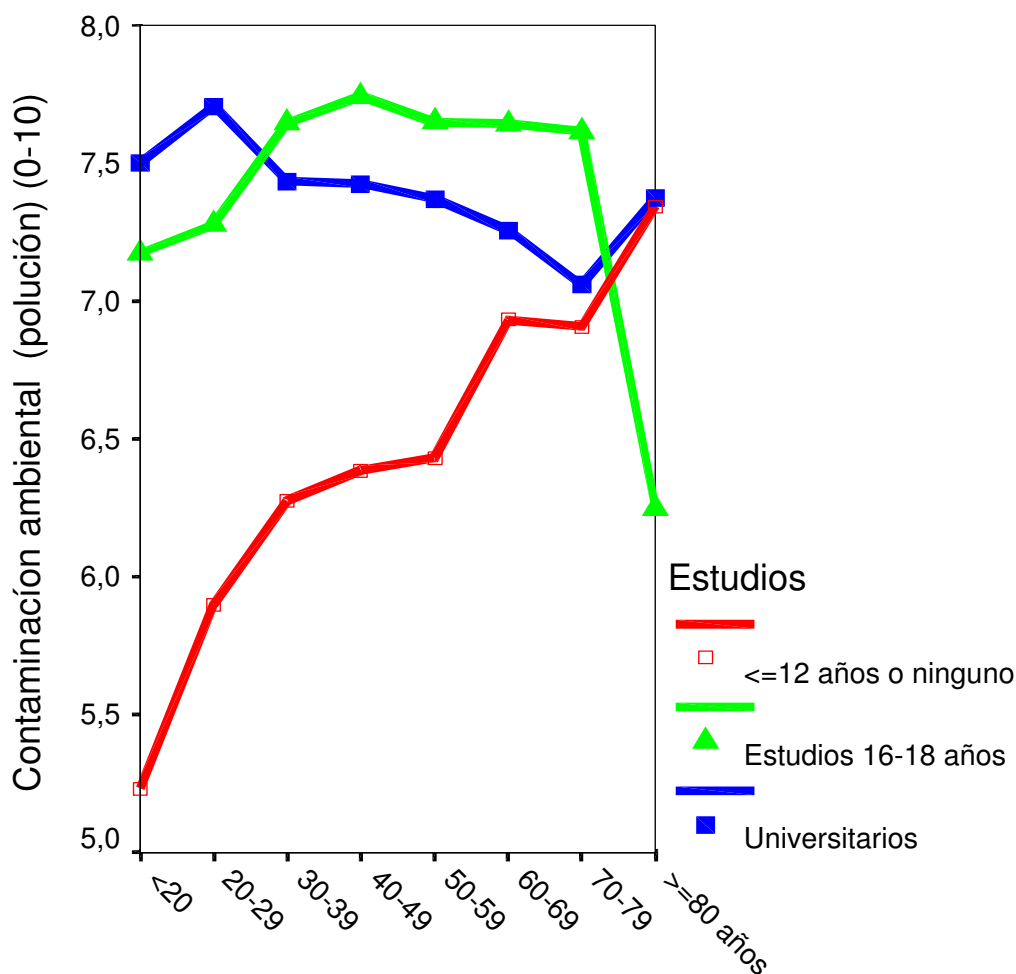
Fig. 1. El agua corriente como prioridad de salud (escala de 0-10)



Contaminación ambiental (Polución).

La mediana ha sido de 7 y la proporción de personas que lo han valorado igual o mayor que 9 han sido de 31, %. La asociación entre la contaminación ambiental como prioridad y el resto de las variables ha sido muy parecida a la del agua corriente, siendo el nivel de estudios la variable que mejor ha explicado la varianza (de la contaminación ambiental como prioridad de salud) ($p=0,003$). Una **interacción** muy significativa se ha encontrado entre el nivel de estudios y la edad ($p=0,006$): Mientras que las personas con más estudios han mantenido una opinión estable sobre la prioridad de la contaminación ambiental en la salud las personas sin estudios han valorado menos su importancia especialmente los más jóvenes (**Fig. 2**).

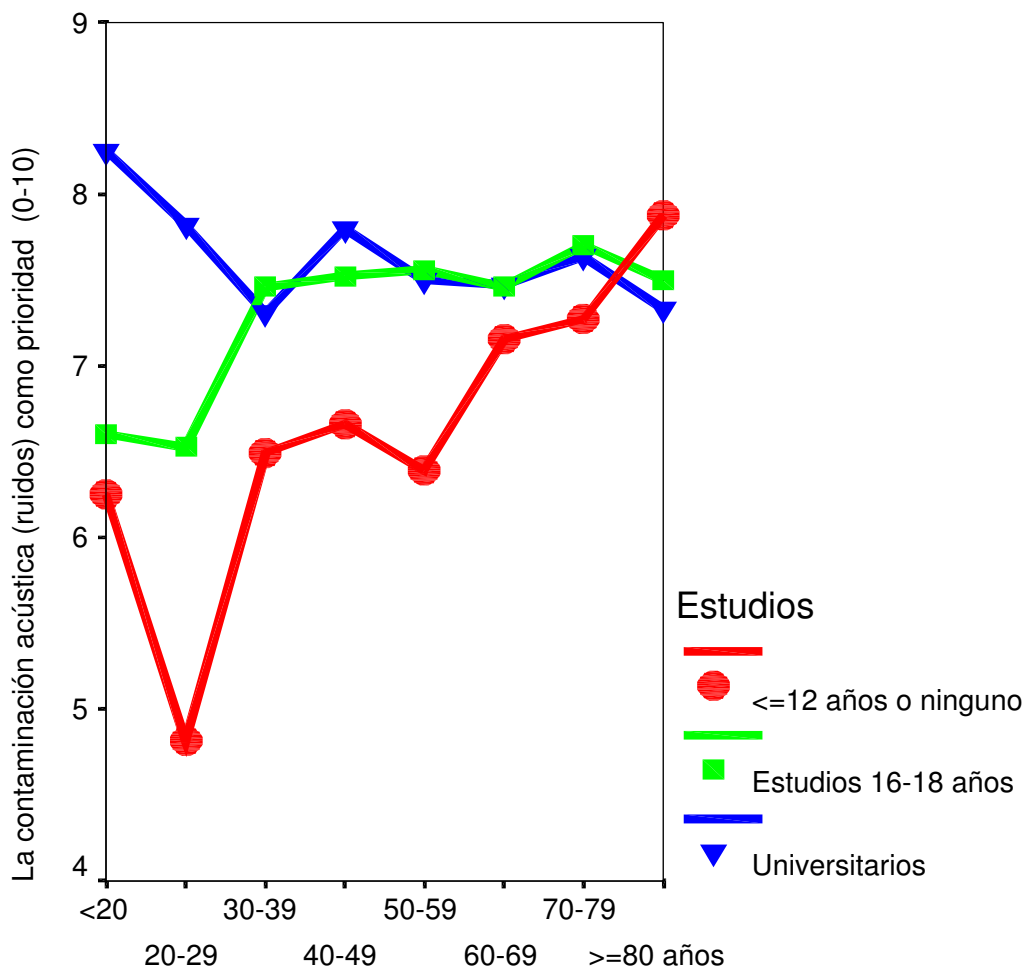
Fig. 2. La contaminación ambiental (polución) como prioridad de salud (escala de 0-10)



Contaminación acústica

La mediana de la contaminación acústica ha sido de 7 y la proporción de personas que han valorado altamente la importancia de la contaminación acústica para la salud ha sido de 27,8 %. Las opiniones sobre la importancia de la contaminación acústica se han asociado con la edad ($p=0,01$) y el nivel de estudios ($p=0,0001$) en el mismo sentido de las dos anteriores, existiendo una clara **interacción** entre el nivel de estudios y la edad ($P=0,001$) (las personas con menor nivel de estudios han valorado menos la importancia de la contaminación acústica, especialmente los más jóvenes (**Fig. 3**)).

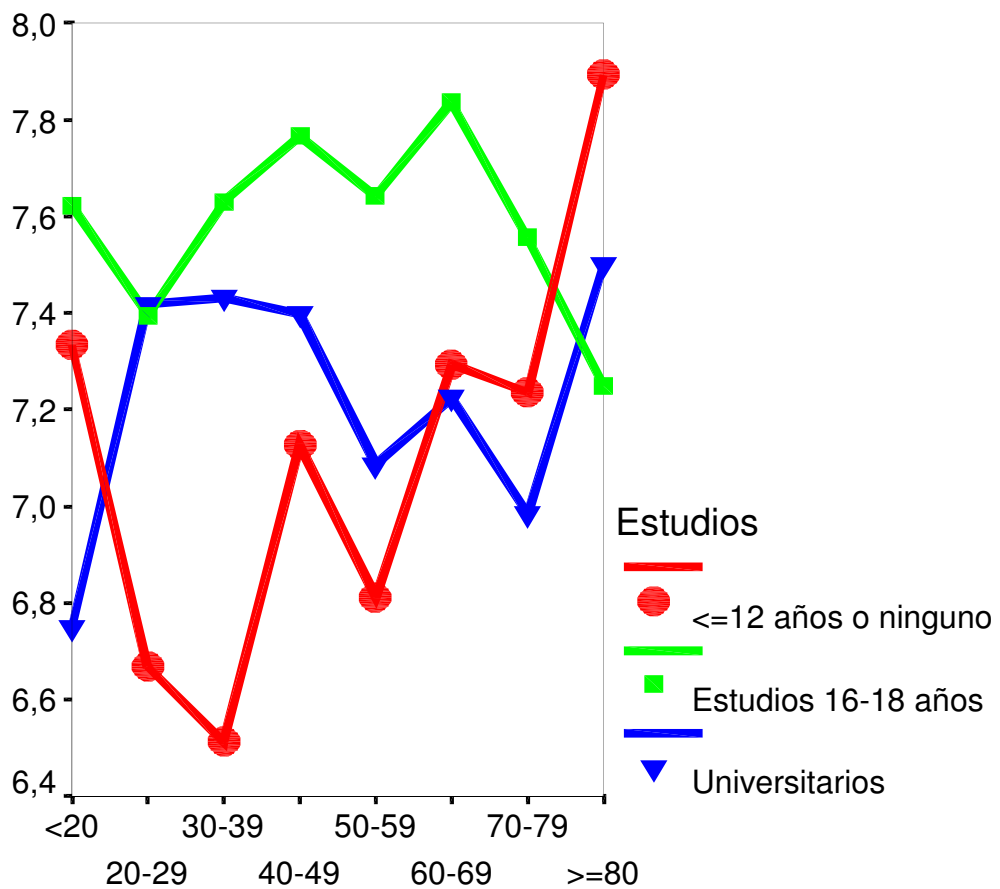
Fig. 3. La contaminación acústica como prioridad de salud (escala de 0-10)



Limpieza del barrio y de la ciudad.

El 31,8 % han considerado muy prioritaria para la salud la limpieza del barrio o de la ciudad. Aunque el nivel de estudios ha contribuido significativamente a explicar la varianza ($p=0,001$) y las personas con menos estudios tendieron a valorarlo menos. Las tendencias son menos claras que con las variables anteriores (**Fig. 4**)

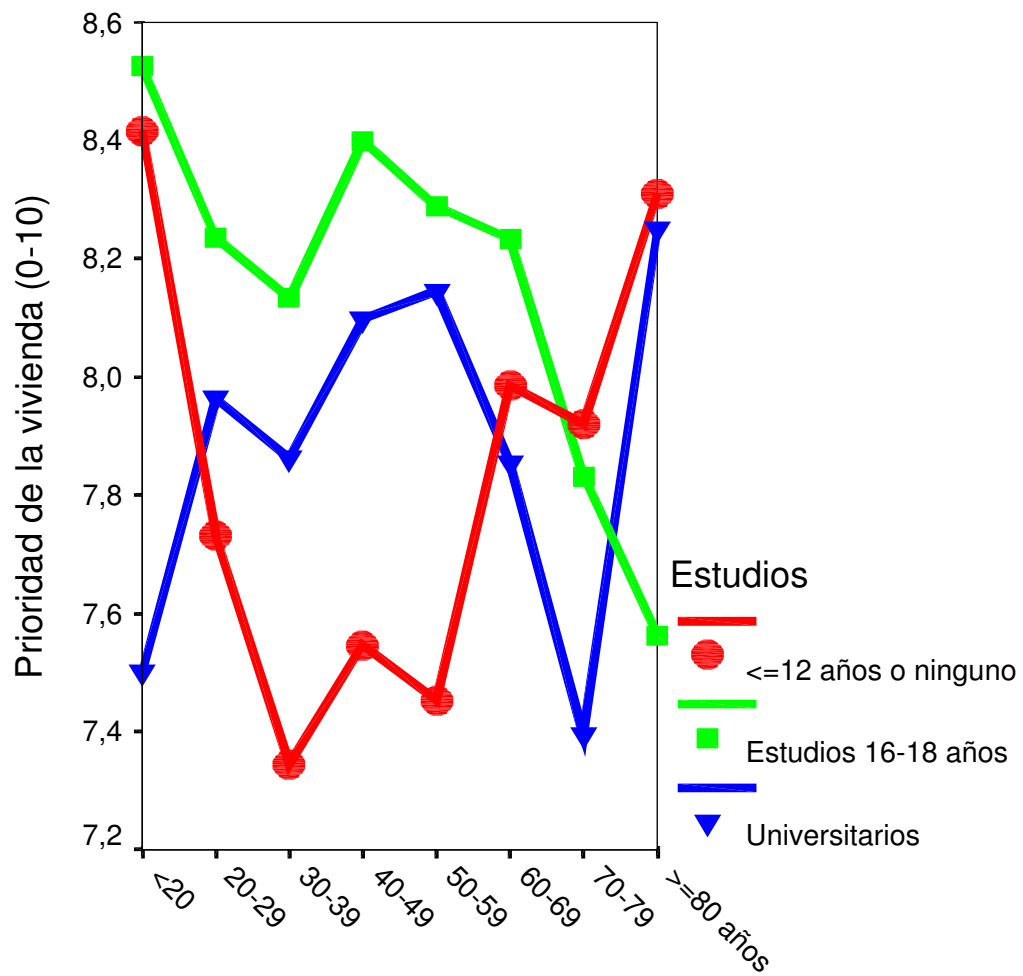
Fig. 4. La limpieza del barrio y de la ciudad como prioridad de salud (escala de 0-10)



Vivienda

El 41,3 % consideraron a la vivienda muy importante para la salud. Pero esta opinión no estuvo condicionada de manera clara por la edad, el sexo o el nivel de estudios ($p=0,05$) (Fig. 5)

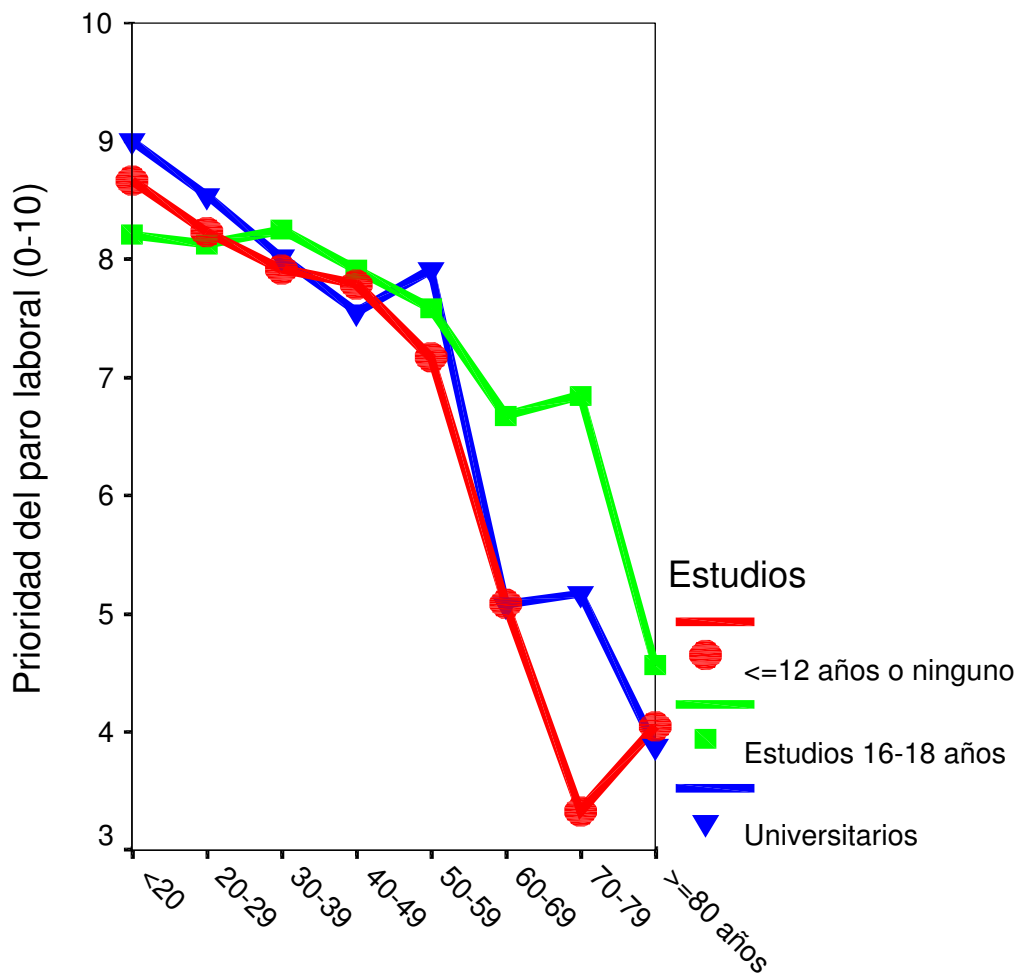
Fig. 5. La vivienda como prioridad de salud (escala de 0-10)



Paro laboral.

El paro laboral ha sido valorada como muy importante para la salud por el 49,8 % de los encuestados, siendo la edad la que más ha influido en esta valoración ($p < 0,001$), existiendo una interacción significativa entre la edad y el nivel de estudios ($p < 0,0001$) (Fig. 6).

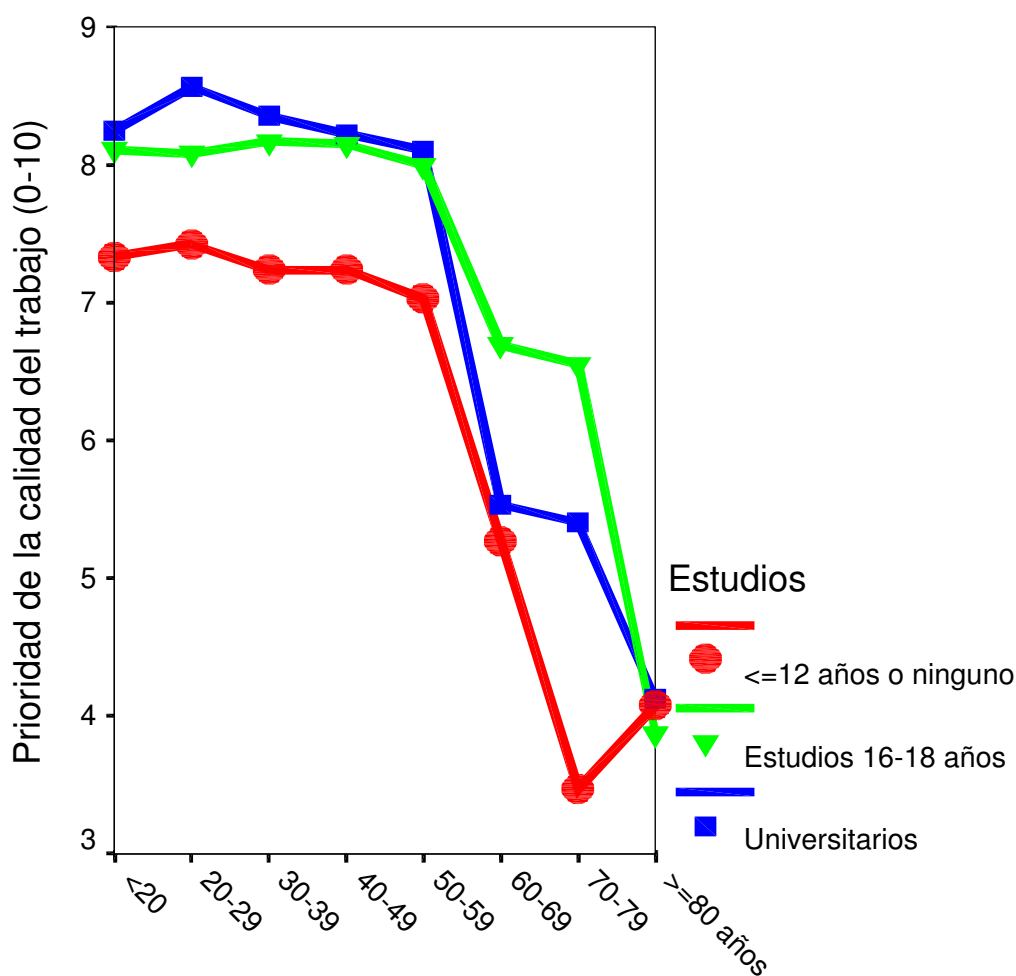
Fig. 6. El paro laboral como prioridad de salud (escala de 0-10)



Calidad del trabajo

La asociación entre la influencia de la calidad del trabajo sobre la salud con la del paro sobre la salud ha sido superponible, siendo la edad la que más ha contribuido a la explicación de la varianza de la prioridad para la salud ($p < 0,0001$): También en este caso las personas con menos estudios han tenido una menor puntuación en la prioridad de la calidad del trabajo sobre la salud ($p < 0,0001$) (**Fig. 7**).

Fig. 7. La calidad en el trabajo como prioridad de salud (escala de 0-10)

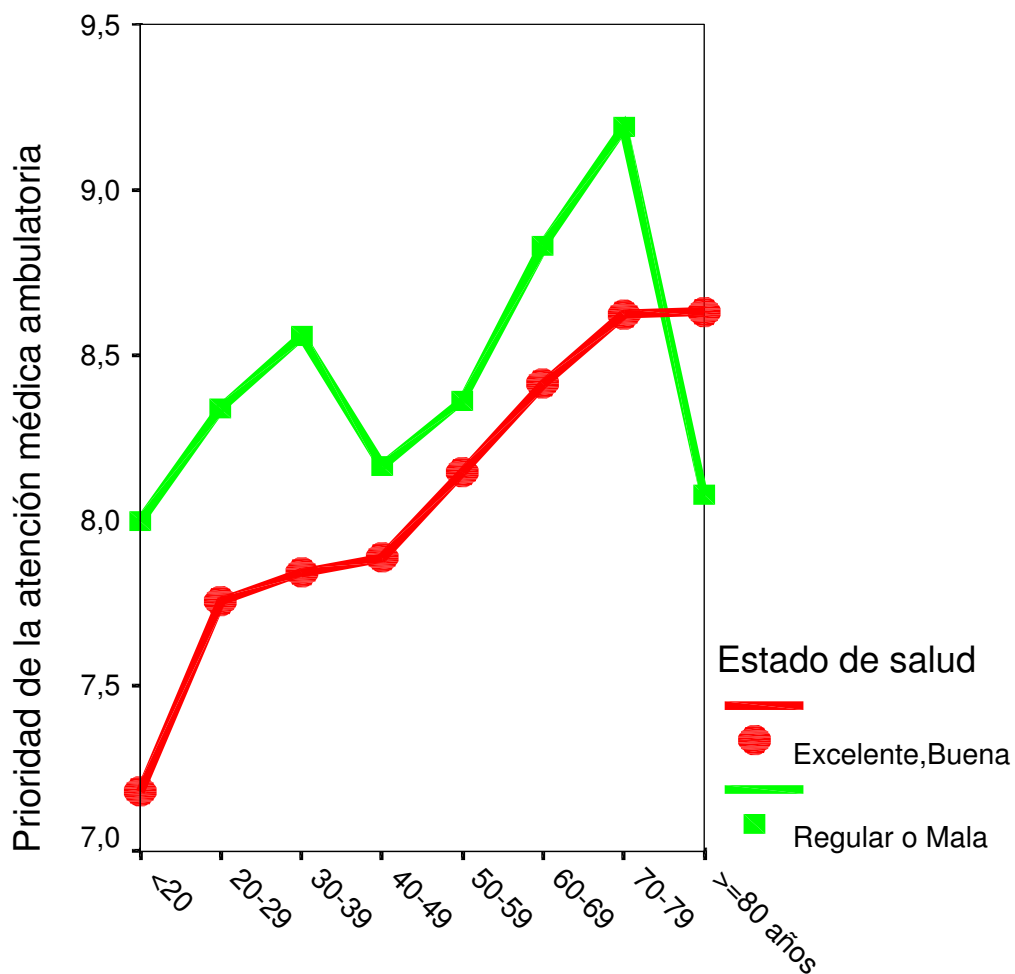


Atención médica ambulatoria

El 54,5 % de los encuestados opinaron que lo que más influía sobre la salud (≥ 9 en la escala) es la atención médica ambulatoria.

A medida que ha aumentado la edad se ha valorado más la importancia de la atención médica ambulatoria ($p=0,01$). Esta valoración ha sido independiente del nivel de estudios ($p=0,21$) (datos no representados), pero no completamente de la percepción del estado de salud ($p=0,09$) (**Fig. 8**), pues las personas con peor estado de salud tendieron a valorar más la importancia de la atención ambulatoria, al menos hasta la edad de 70 años.

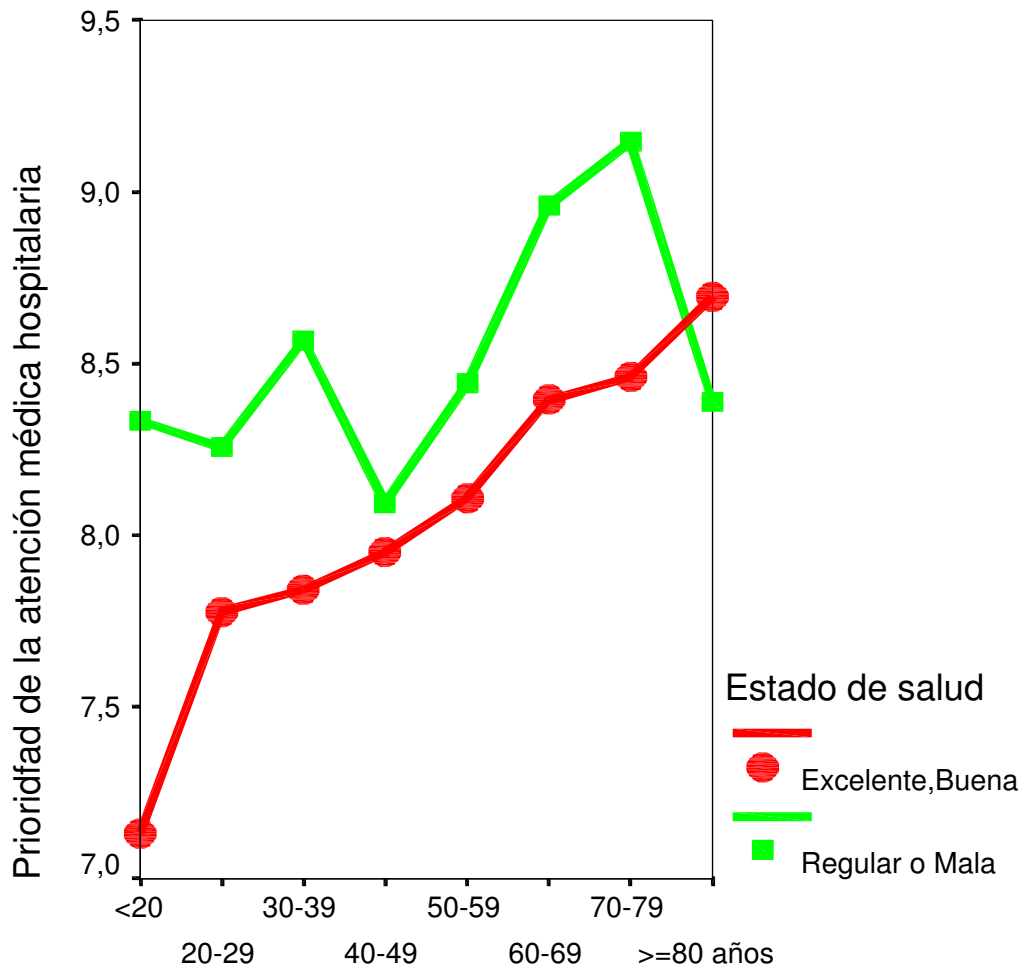
Fig. 8. La atención médica ambulatoria como prioridad de salud (escala de 0-10)



Atención Médica Hospitalaria

Los resultados sobre la importancia de la atención hospitalaria sobre la salud son superponibles a las opiniones sobre la atención ambulatoria (**Fig.9**) (Estado de salud: $p=0,04$)

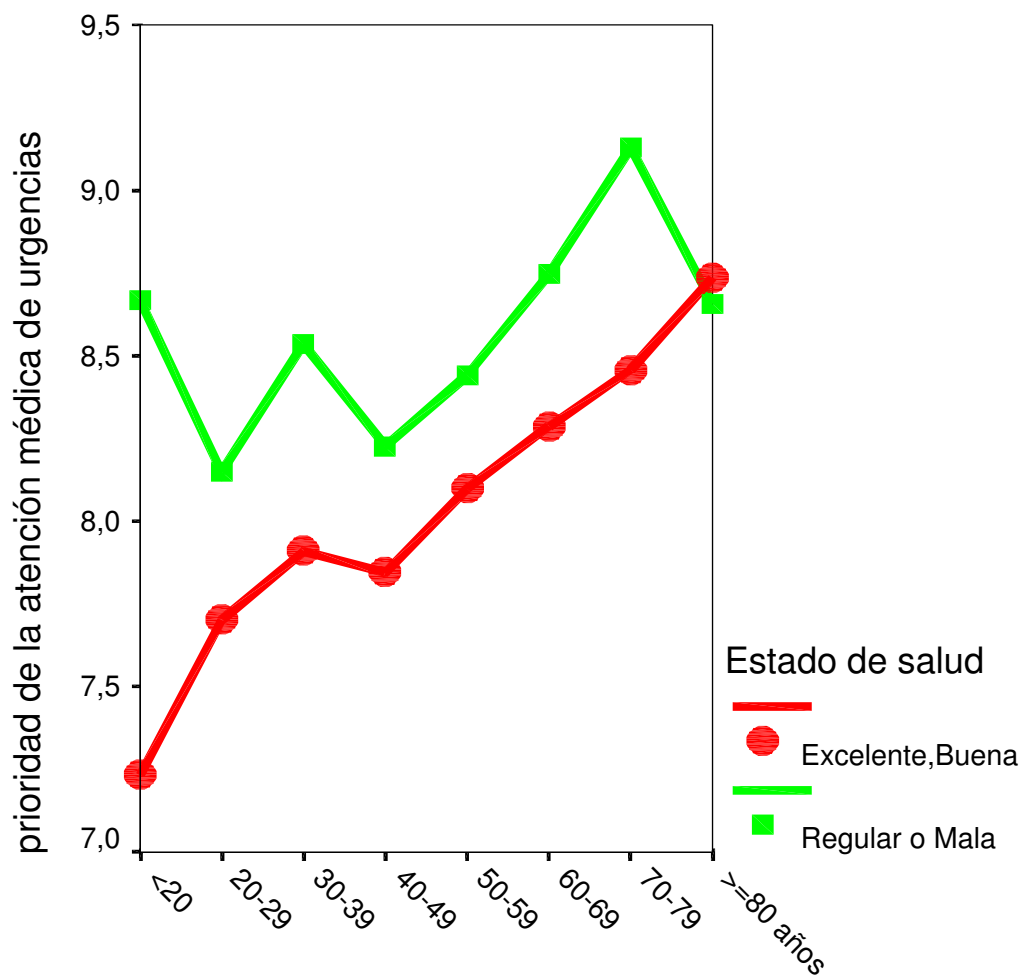
Fig. 9. La atención médica hospitalaria como prioridad de salud (escala de 0-10)



Atención médica de urgencias

La importancia de la atención médica de urgencias para la salud ha seguido el mismo comportamiento que para la atención ambulatoria y la hospitalaria (Estado de salud: $p=0,01$) (Fig.10).

Fig. 10. La atención médica de urgencias como prioridad de salud (escala de 0-10)



Sólo el 34,9 % de los sujetos evaluados consideraron muy prioritaria para la salud a la dieta mediterránea. En esta valoración tuvo más importancia el nivel de estudios ($p < 0,0001$) que la edad, que aunque significativa solo se ha asociado con la valoración sobre la dieta mediterránea en las personas con pocos estudios (**Fig.11**). A lo largo de todas las décadas la importancia de la dieta mediterránea como prioridad de salud fue menor en las personas con peor estado de salud, especialmente en los más jóvenes y en los muy mayores ($p < 0,001$) (**Fig. 12**).

Fig. 11 La Dieta Mediterránea como prioridad de salud (escala de 0-10)

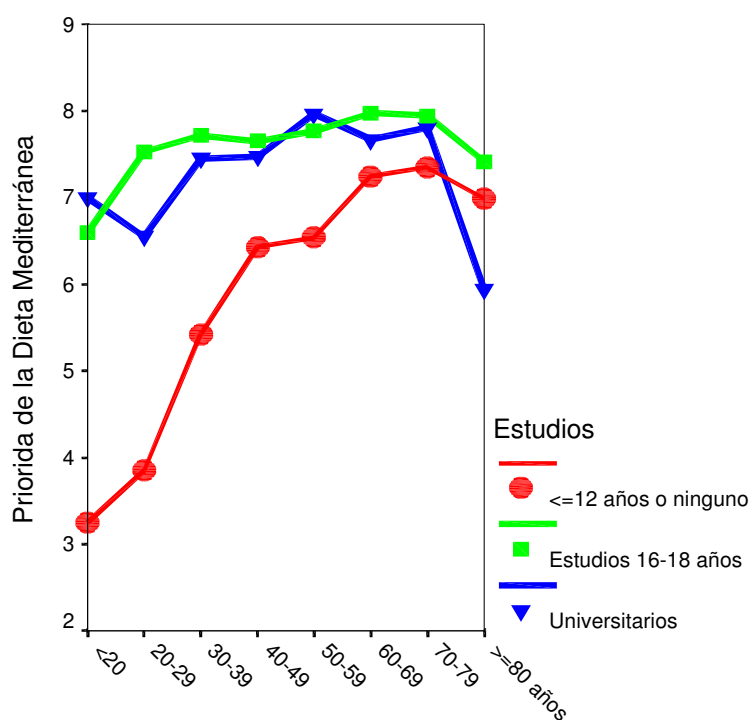
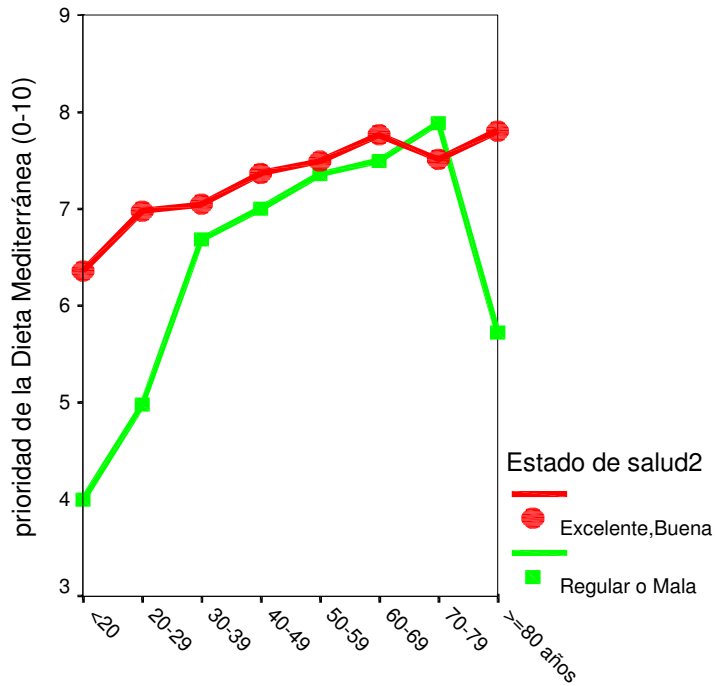


Fig. 12 La Dieta Mediterránea como prioridad de salud (escala de 0-10)



Ejercicio de manera regular

Solo el 31,9 % valoraron el ejercicio de manera regular como prioritario para la salud e incluso un 6,5 % no lo consideraron nada prioritario. La importancia del ejercicio sobre la salud fue disminuyendo con los años ($p=0,07$). Las personas con menos estudios valoraron menos la importancia del ejercicio ($P=0,007$) (**Fig. 13**). Las personas jóvenes y las mayores con peor estado de salud valoraron menos la importancia del ejercicio ($p=0,006$) (**Fig.14**).

Fig. 13. El ejercicio regular como prioridad de salud (escala de 0-10)

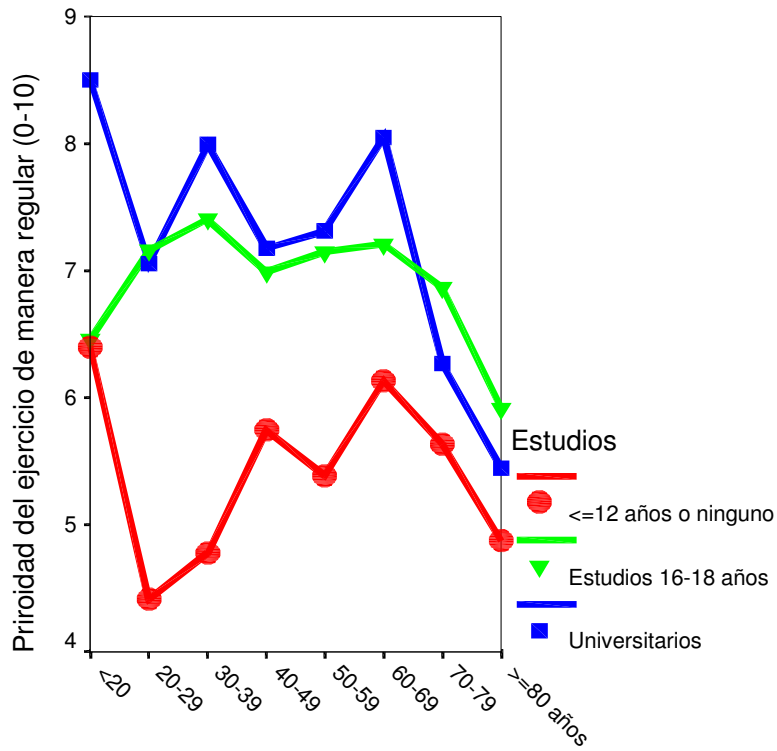
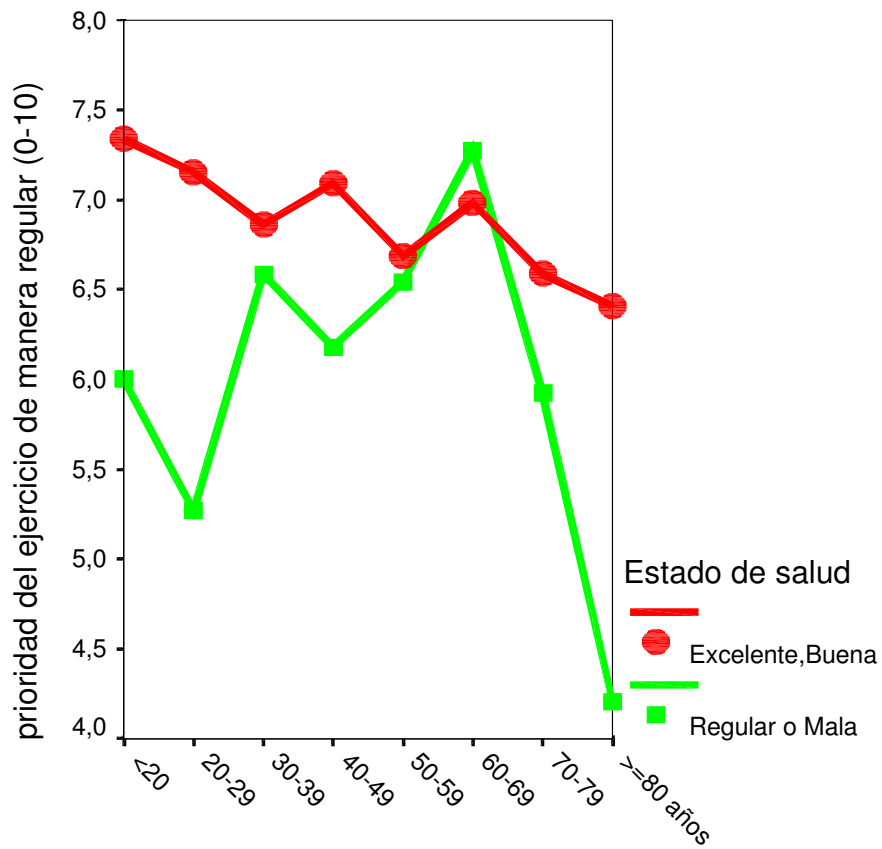


Fig. 14. El ejercicio regular como prioridad de salud (escala de 0-10)



Tabaco

De todos los determinantes de las prioridades de salud estudiados el tabaco ha sido el menos valorado. De hecho solo un 17,4 % lo han considerado muy importante e incluso un 44,8 % lo han considerado muy poco o nada prioritario para la salud. Esta valoración ha estado condicionada por la edad siendo las personas jóvenes y las mayores las que menos lo valoran (aunque sin significación estadística). Pero sobre todo esta opinión ha estado condicionada por la condición de fumador, pues los sujetos, que fuman son las que más valoran, ¡paradójicamente,¡ la importancia del tabaco entre las prioridades para la salud ($p < 0,0001$) (**Fig. 15**).

Ni el sexo, ni el nivel de estudios (**Fig. 16**) ($p = NS$) ni la percepción del estado de salud (**Fig. 17**) ($p = NS$) han contribuido a la explicación de la opinión sobre el tabaco.

Fig. 15. El tabaco como prioridad de salud (escala de 0-10), en función del estatus de fumador

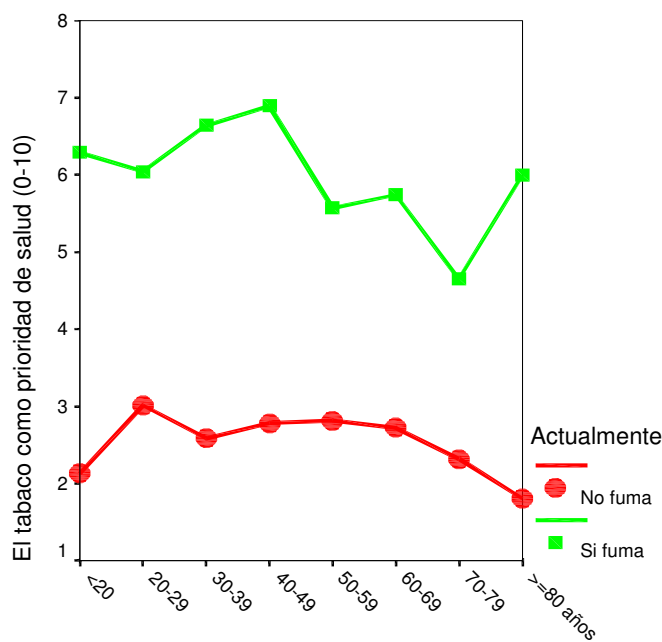


Fig. 16. El tabaco como prioridad de salud (escala de 0-10) en función de los estudios

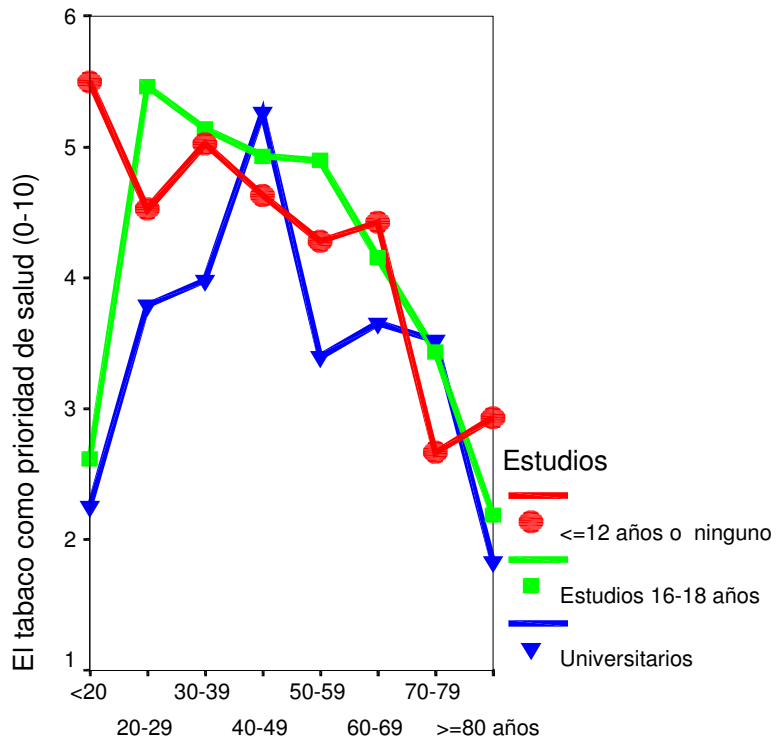
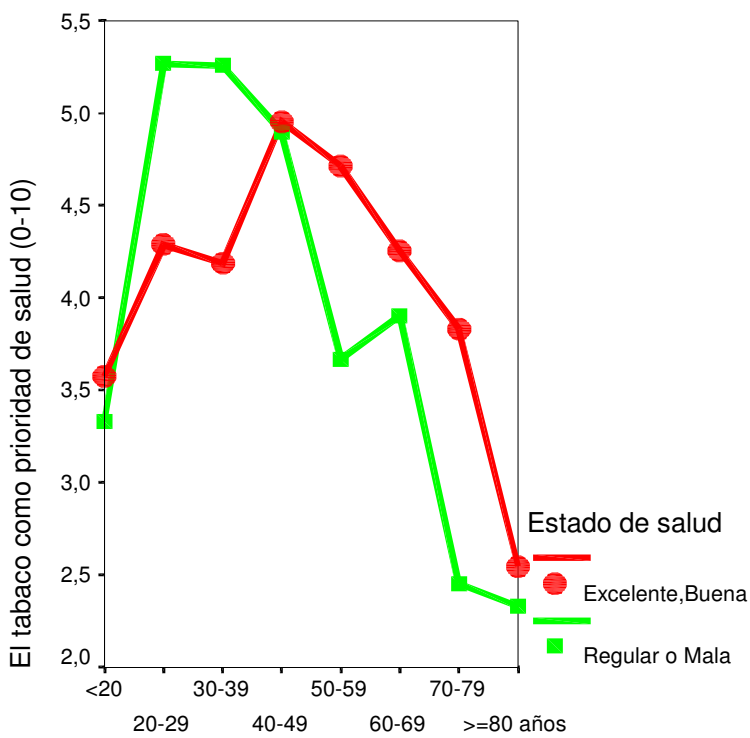


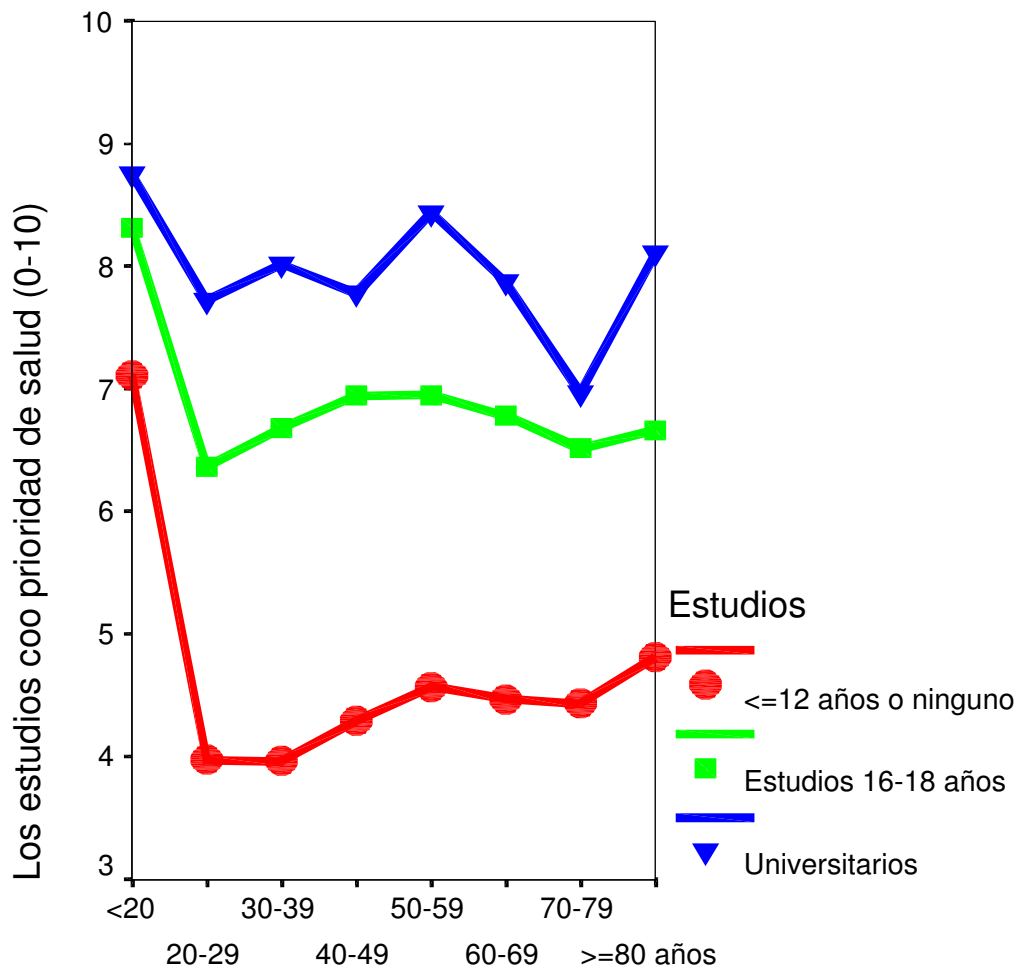
Fig. 17. El tabaco como prioridad de salud (escala de 0-10) en función del estado de salud



Estudios

Un 28,8 % han valorado a los estudios como importantes, pero un 9,0 % como muy poco o nada importante, como prioridad de salud. Como de era de esperar la variable que ha condicionado esta respuesta ha sido el nivel de educación previo de los encuestados ($p < 0,0001$) (Fig. 18), de manera que las respuesta reproducen la situación de partida y las personas con menos estudios son las que valoran menos el nivel de estudios como prioridad de salud.

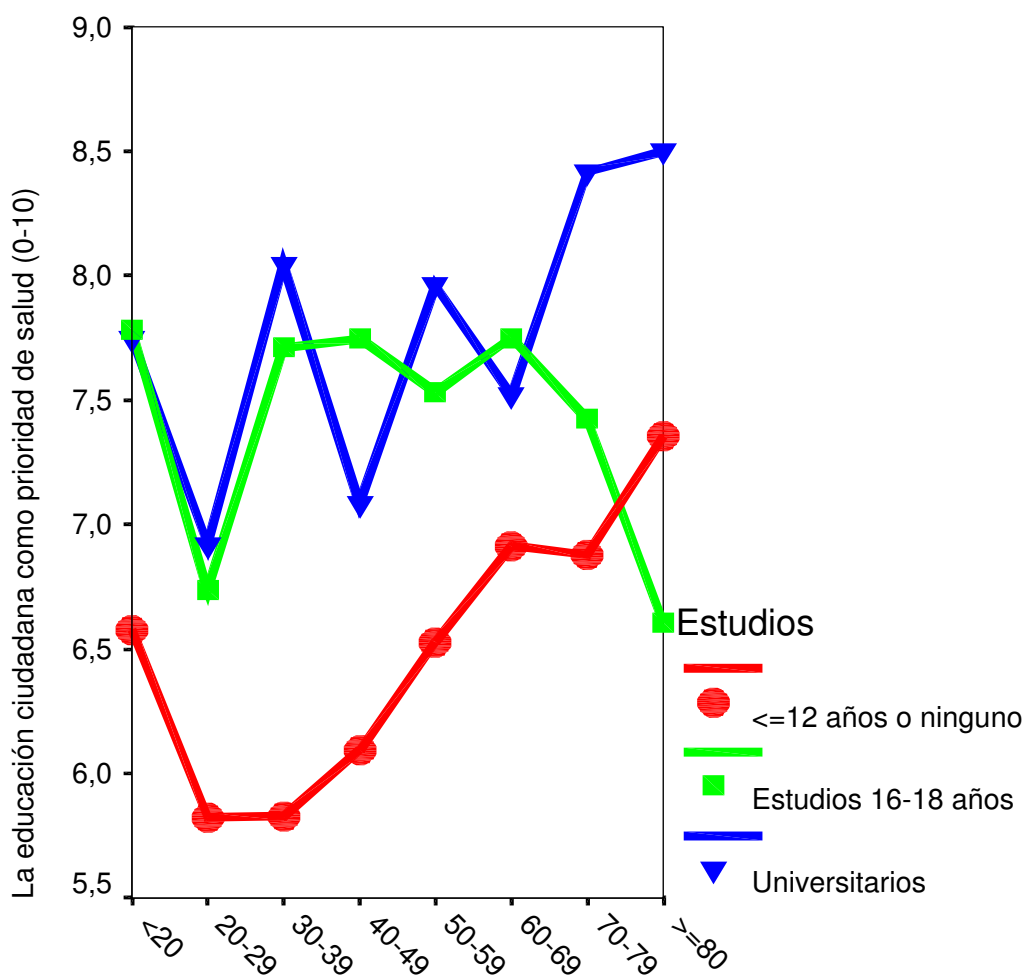
Fig. 18. Los estudios como prioridad de salud (escala de 0-10), en función del nivel de estudios de las personas evaluadas



Educación ciudadana

La prioridad de la educación ciudadana como determinante de la salud ha estado condicionada sobre todo por el nivel de estudios ($p < 0,0001$) (**Fig.19**)

Fig. 19. La educación ciudadana como prioridad de salud (escala de 0-10) en función del nivel de estudios de las personas evaluadas



Aunque al final de este informe presentaremos las conclusiones generales, adelantamos aquí algunas de las conclusiones de este apartado sobre las prioridades en salud:

1. El nivel de estudios ha sido la variable que más ha condicionado casi todas las opiniones sobre las prioridades en salud investigadas
2. La prioridad menos valorada ha sido la del tabaco. De hecho el número de personas que consideran que no tiene apenas prioridad para la salud es del 44,8 %. Esto es sorprendente pues probablemente sea sobre el tabaco una de las cuestiones sobre las que más insistencia se hace en los programas de salud

pública. Los resultados advierten de que no se pueden bajar la guardia en la prevención del tabaquismo.

3. Aproximadamente la mitad de las personas consideran que lo más prioritario para la salud es la atención médica ya sea ambulatoria, hospitalaria o de urgencias. Esta respuesta puede ser valorada como expresión de grado de interés de la población por un buen sistema sanitario, pero otra interpretación es que muchas personas consideran más importante la atención médica que la prevención, delegando en la atención médica parte de sus responsabilidades personales sobre la salud.
4. La tercera consideración es la ambivalencia ante la importancia del trabajo en la salud, pues si bien alrededor del 40 % de las personas lo consideran prioritario al relacionarlo con la salud, hay entre un 10,0 y un 12,4 % de las personas que, por el contrario, no encuentran relación ninguna entre el paro, la calidad del trabajo y la salud. Una cuestión sobre la que merece la pena reflexionar a la luz de toda la información actual disponible sobre la cuestión. Por otro lado la valoración del trabajo como agente de salud ha estado muy mediatizada por la edad. De hecho es de las pocas variables en las que solo influye la edad.
5. Que solo una tercera parte de los encuestados consideren a la dieta mediterránea y al ejercicio como prioritario (incluso una proporción nada desdeñable no consideran al ejercicio nada prioritario) indica que los objetivos relacionados con estas dos cuestiones están lejos de ser conseguidos. Llama, pues, poderosamente la atención la escasa valoración de la dieta mediterránea y del ejercicio que son dos de los ítems sobre los que todos los programas de salud hacen más insistencia.
6. Finalmente es muy valorable la importancia que los encuestados dan a la educación ciudadana. Aún así, cerca del 10 % de las personas no valoran la importancia del nivel de estudios en la salud indicando claramente que la percepción de la educación ciudadana y del nivel estudios están dissociadas en una parte de la población. Esto es de gran importancia pues todos las investigaciones, también las de este estudio, encuentran una estrecha relación entre nivel de estudios y salud. Esta discordancia podría estar explicada por la elevada prevalencia en la población estudiada de personas con solo estudios primarios.

7. De hecho las personas que menos valoran la importancia de la educación (medida por el nivel de estudios) sobre la salud son precisamente aquellos que menos estudios tienen, indicando claramente la auto perpetuación de la relación entre estudios y salud.

H. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO:

El 72,5 % de la población ha tenido un buen estado de salud en los últimos 12 meses y un 7,2 % malo o muy malo. Esta proporción es muy parecida a la que tienen los ciudadanos del resto de Andalucía y del país (Estudio Di@bet.es)¹¹. (Tabla 21).

Tabla 21. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo

Estado de salud en los últimos 12 meses	n	%
1. Muy bueno	376	18,1
2. Bueno	1128	54,4
3. Regular	419	20,2
4. Malo	116	5,6
5. Muy Malo	34	1,6
Total	2073	100,0

El estado de salud estuvo asociado a la edad (mayor en los que tuvieron peor salud) y al sexo (mayor en las mujeres) ($p < 0,0001$) (Tabla 22) (**Fig. 20**).

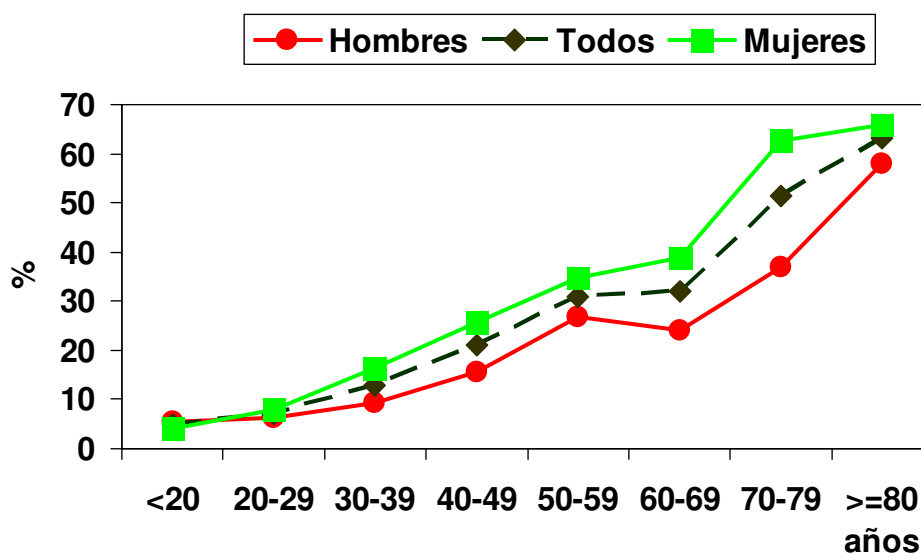
¹¹ C. Marcuello, A. L. Calle-Pascual, M. Fuentes, I. Runkle, F. Soriguer, et al. Evaluation of Health-Related Quality of Life according to Carbohydrate Metabolism Status: A Spanish Population-Based Study (Di@bet.es Study) . International Journal of Endocrinology. Volume 2012, Article ID 872305, 6 p

Tabla. 22. Percepción del estado de salud en función de la edad

Edad	Proporción de personas que se encuentran regular o mal		
	Todos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
<20	4,9%	5,6%	4,0%
20-29	7,1%	6,4%	7,9%
30-39	12,9%	9,4%	16,3%
40-49	21,0%	15,6%	25,7%
50-59	31,0%	26,7%	34,6%
60-69	32,0%	24,0%	38,8%
70-79	51,5%	37,0%	62,5%
>=80	63,3%	57,9%	65,9%
Todos	23,8%	17,7%	29,2%

Fig. 20. Percepción del estado de salud en función de la edad y el sexo

Personas que se encuentran regular o mal (%) por sexo y edad



El peor estado de salud ha sido percibido con más frecuencia en las mujeres, en las personas mayores y en las personas sin estudios. La inclusión en el modelo de Regresión Logística de la situación laboral disminuye la fuerza de la asociación de la edad pero no la hace perder la significación.

Las personas en paro/amas de casa, y los pensionistas (después de ajustarlo por la edad y el sexo) tienen un OR significativamente mayor de sentirse peor. (Tabla 23).

Tabla 23. Modelo de Regresión Logística. Prevalencia y OR de sentirse regular o mal.

Variable dependiente (0=Bueno o muy buen estado de salud, vs (1): Regular, malo o muy mal estado de salud)

Modelo	%*	OR (IC 95 %)	p
EDAD			
<20 (CR)	3,3%	1,00	
20-29	11,0%	4,20 (0,98-18,06)	0,053
30-39	17,8%	7,2 (1,71-30,39)	0,007
40-49	23,9%	8,1 (2,16-38,23)	0,003
50-59	35,8%	15,7 (3,76-66-27)	0,000
60-69	34,7%	12,1 (2,88-51,01)	0,001
70-79	54,4%	25,4 (5,97-108,68)	0,000
>=80	70,0%	45,3 (9,80-209.35)	0,000
Sexo (H/M)			
	(20,9/33,4)	4,02 (2,91-5,55)	
ESTUDIOS			
Sin estudios o <12 años	47,6	4,02 (2,91-5,51)	
Estudios hasta los 16 o 18 años	38,3	1,83 (1,37-2,54)	0,000
Universitarios (CR)	13,8	1,00	0,000

* % de personas con estado de salud regular, malo o muy mal estado de salud

Modelo (anterior) más ...	%*	OR (IC 95 %)**	p
SITUACION LABORAL			
Trabajando	16,5		
En paro o ama de casa	30,1	1,56 (1,19-2,06)	0,001

Estudiantes	5,5	0,68 (0,31-1,48)	0,339
Jubilados o pensionistas	49,5	2,91(1,90-4,47)	0,000

**ajustado por la edad, el sexo y el nivel de estudios

Las diferencias encontradas en la percepción del estado de salud entre los 11 distritos desaparecen al incluir en el modelo la edad, el sexo, el nivel de estudios y la situación laboral (es decir son debidas a las diferencias de edad, sexo, nivel de estudios o situación laboral dentro de cada distrito).

Enfermedades declaradas

¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración?

Ante esta pregunta genérica el 34,9 % contestaron que sí padecían un problema de salud de larga duración.

Esta respuesta ha sido más de 10 puntos en mujeres que en hombres (40,9 % vs 28,3 % $p < 0,01$) y ha estado claramente condicionada por la edad, pues como se ve en la Tabla 24., el tener un problema crónico de salud ha pasado de menos del 20 % en los menores de 30 años al 71,71 % en los mayores de 80 años ($p < 0,0001$).

Las personas sin estudios, en paro y las jubiladas o pensionistas (independientemente de la edad y el sexo) han tenido mayor riesgo de tener algún problema crónico de salud (Tabla 24).

Tabla 24. . Prevalencia y OR de tener alguna enfermedad de salud crónica o problema de salud de larga duración (0=:No tener; (1) Tener alguna enfermedad crónica

MODELO	% de personas con enfermedad de salud crónica o problema de salud de larga duración	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
EDAD					
<20 (CR)	16,4%	1,00			
20-29	14,4%	3,281	,734	14,678	0,120
30-39	21,6%	4,855	1,055	22,350	0,043
40-49	26,6%	5,816	1,265	26,731	0,024
50-59	43,2%	9,843	2,142	45,220	0,003
60-69	52,6%	4,519	,959	21,303	0,057
70-79	66,9%	8,068	1,664	39,115	0,010
>=80	71,7%	13,764	2,627	72,111	0,002
Sexo (H/M)	28,3/40,9	1,80	1,452	2,249	0,000
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	55,3	3,317	2,375	4,632	0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	28,9	1,689	1,235	2,309	0,001
Universitarios (CR) (CR)	15,1	1,00			
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	24,2	1,00			
En paro o ama de casa	31,9	1,567	1,191	2,062	0,001
Estudiantes	10,9	,686	0,316	1,486	0,339
Jubilados o pensionistas	64,8	2,913	1,900	4,465	,000

Las diferencias absolutas encontradas entre los distritos (Tabla 25) no han sido independientes (en el Modelo de RL anterior) de las diferencias en edad, nivel de estudios o situación laboral

Tabla 25. Prevalencia de alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración entre distritos

	¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración?
1. MÁLAGA-CENTRO	33,9%
2. MÁLAGA ESTE	33,2%
3. CIUDAD JARDÍN	41,9%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	43,3%
5. PALMA-PALMILLA	47,6%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	41,2%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	25,4%
8. CHURRIANA	28,0%
9. CAMPANILLAS	30,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	41,8%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	27,5%

Problemas clínicos más frecuentes declarados por los entrevistados

La hipertensión arterial, el colesterol elevado, las enfermedades del corazón, la artrosis y el dolor crónico de espalda o cervical, la diabetes, son las enfermedades más frecuentes. Estos datos son referidos por las personas encuestadas (Tabla 26). Puede haber por tanto un sesgo de interpretación difícil de cuantificar. Sin embargo es sorprendente la coincidencia de la prevalencia de algunas de las enfermedades, por ejemplo, la diabetes con otros estudios recientes realizados a nivel nacional, mientras que otras como el conocimiento de la hipertensión arterial ha sido del 19,3 %, o el colesterol alto (16,9%) han estado por debajo de otros estudios nacionales (30 % y 39 %) respectivamente¹².

¹²Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.

Tabla 26. Prevalencia de algunas enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración entre distritos, declarados por los entrevistados

Enfermedades	%
Tensión arterial alta	20,3
Ataque cardíaco, angina de pecho o infarto de miocardio	4,3
Alguna otra enfermedad del corazón	4,1
Colesterol alto	16,9
Diabetes (azúcar en la sangre)	7,3
Trombosis cerebral, embolia cerebral, hemorragia cerebral o parálisis cerebral	1,8
Varices en las piernas	10,5
Artrosis, artritis o reumatismo	12,3
Dolor de espalda crónico (cervical)	11,4
Dolor de espalda crónico (lumbar)	11,9
Alergia crónica (asma alérgica excluida)	5,7
Asma	3,1
Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	2,7
Úlcera de estómago o duodeno	1,2
Incontinencia urinaria	0,9
Cataratas	2,1
Problemas crónicos de piel	1,9
Estreñimiento crónico	1,4
Cirrosis, disfunción hepática	0,3
Depresión crónica	3,6
Ansiedad crónica	3,9
Otros problemas mentales	0,6
Migraña o dolor de cabeza frecuente	6,0
Hemorroides	1,7
Tumores malignos	0,4
Osteoporosis	1,7
Problemas de tiroides	3,8
Problemas de próstata (solo hombres)	1,1
Problemas del periodo menopáusico (solo mujeres)	1,4
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	1,6
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	16,2

Medicación declarada

¿Toma alguna medicación crónicamente (se descarta la toma ocasional de alguna medicina, p.e para un dolor de cabeza, un catarro o un dolor agudo)?. (Deberá llevar tomándolo al menos de manera seguida en los últimos tres meses).

Al menos en los últimos tres meses había tomado alguna medicación¹³ el 85,3 % de las personas estudiadas, aunque en el momento de la evaluación solo tomaban alguna medicación el 41,6 % de la población.

La toma de algún medicamento ha sido significativamente mayor, como cabía de esperar, en las personas con peor estado de salud, ha aumentado significativamente con la edad, ha sido mayor en las mujeres que en los hombres y en los jubilados y pensionistas . Aunque en términos absolutos las personas sin estudios han estado tomando más medicamentos en el modelo conjunto parece ser debido al resto de las variables (estado de salud, edad, sexo, que al nivel de estudios propiamente dicho) (Tabla 27).

¹³ En la pregunta el encuestador descarta la toma ocasional de alguna medicina, p.e para un dolor de cabeza, un catarro o un dolor agudo)?

Tabla 27. % de personas, tomando alguna medicación (y OR de tomar estar tomando alguna medicación) en el momento del estudio en función de el estado de salud, la edad, el sexo, el nivel de estudios y la situación laboral.

MODELO	% de personas tomando alguna medicación en el momento del estudio	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
ESTADO DE SALUD					
Muy bueno, bueno (CR)	28,1	1,00			
Regular	82,0	7,981	5,842	10,904	<0,000
Malo, Muy malo	94,1	28,144	10,984	72,112	<0,000
EDAD					
<20 (CR)	6,6	1,00			
20-29	13,6	1,801	0,569	5,703	0,317
30-39	21,1	2,432	,728	8,119	0,149
40-49	34,1	3,980	1,194	13,271	0,025
50-59	52,7	7,993	2,394	26,685	0,001
60-69	67,2	10,230	2,956	35,406	0,000
70-79	86,4	22,386	5,953	84,186	0,000
>=80	91,7	27,167	5,586	132,132	0,000
Sexo (H/M)	35%/47%	1,408	1,120	1,770	0,003
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	62,8	1,326	0,946	1,858	0,10
Estudios hasta los 16 o 18 años	35,6	1,292	0,970	1,720	0,07
Universitarios (CR) (CR)	28,4	1,00			
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	28,9	1,00			
En paro o ama de casa	37,2	0,934	0,709	1,230	0,628
Estudiantes	8,7	0,686	0,344	1,369	0,285
Jubilados o pensionistas	79,9	2,042	1,296	3,219	0,002

Entre los que tomaban alguna medicina el número medio de medicinas diarias ha sido de $3,01 \pm 2,48$ y el de pastillas diarias de $4,01 \pm 4,34$

Fuentes de la prescripción

Entre los que tomaban alguna medicina, la automedicación ha sido prácticamente inexistente (0,5 %), lo que contrastan bastante con la creencia de que se abusa de la automedicación Sorprendente también que la mayor fuente de prescripción sean los especialistas y no el médico de cabecera. (Tabla 28).

La baja procedencia de las medicinas alternativas (n=4) (a pesar de que el 10 % de la muestra dice usarlas,-ver más adelante,- se puede deber a la idea que se tenga sobre medicación (una prescripción desde la medicina alternativa: homeópatas, naturistas, etc, no se consideraría “medicación”).

Tabla 28: Procedencia de la prescripción del medicamento

	n	%
Automedicación	4	0,5
Médico de cabecera (SAS)	303	41,2
Médico especialista (SAS)	368	50,1
Médico de una compañía privada	44	6,0
Médico privado	12	1,6
Medicina alternativa	4	0,5
N	735	100,0

Uso de la medicina alternativa

El 10 % de los encuestados dijeron utilizar la medicina alternativa. Las personas con mayor nivel de estudios ($p < 0,001$), las mujeres ($p < 0,0001$), aquellas con peor estado de salud ($p = 0,003$) y las personas que tenían un trabajo han usado significativamente con más frecuencia la medicina alternativa (Tabla 29).

Tabla 29: Uso de la medicina alternativa en función de la edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral , estado de salud y distrito donde vive.

MODELO	% de personas que usan la medicina alternativa	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
ESTADO DE SALUD					
Muy bueno, bueno (CR)	9,3	1,00			
Regular	12,0	1,719	1,158	2,554	0,007
Malo, Muy malo	14,3	2,725	1,406	5,279	0,003
Sexo (H/M)					
	6,9%/12,9%	2,075	1,506	2,859	<0,000
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	5,7	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	9,1	1,719	1,158	2,554	<0,000
Universitarios (CR)	17,1	2,725	1,406	5,279	<0,000
SITUACION LABORAL					
Trabajando	13,6	1,654	0,942	2,903	0,06
En paro o ama de casa	7,7	,964	0,551	1,687	0,89
Estudiantes	7,7	1,070	0,424	2,700	0,88
Jubilados o pensionistas (CR)	8,5	1,00			

Ajustado por edad (NS) y los distritos (ver tabla adjunta)

También parece que el uso de medicinas alternativas ha sido distinto entre distritos. La máxima frecuentación ha sido en Churriana y la menor Bailen Miraflores y la Palma-palmilla ($p < 0,0001$) (Tabla 30). Estas diferencias no parecen atribuibles ni a la diferencia en edad, sexo ni tampoco al diferente nivel cultural, estado de salud o situación laboral (datos ajustados en un modelo de RL múltiple pero no mostrados)

Tabla 30. Diferencias entre distritos en la consulta a las medicinas alternativas.

	Uso de medicinas alternativas ((Homeopatía, naturistas, etc
1. MÁLAGA-CENTRO	9,3%
2. MÁLAGA ESTE	18,6%
3. CIUDAD JARDÍN	17,1%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	1,9%
5. PALMA-PALMILLA	3,9%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	7,7%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	8,5%
8. CHURRIANA	23,0%
9. CAMPANILLAS	9,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	7,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	14,7%

Algunos tratamientos específicos

Hipertensión arterial

La edad media a la que se la ha diagnosticado la HTA ha sido 50,09±13,81 (Max-Min:12-79).

De entre las personas que sabían que tenían la presión arterial alta el 83,4 % tomaban medicación hipotensora.

Las mujeres, las personas con peor estado de salud, y las personas con más estudios estuvieron en tratamiento hipotensor con mayor frecuencia (Tabla 31).

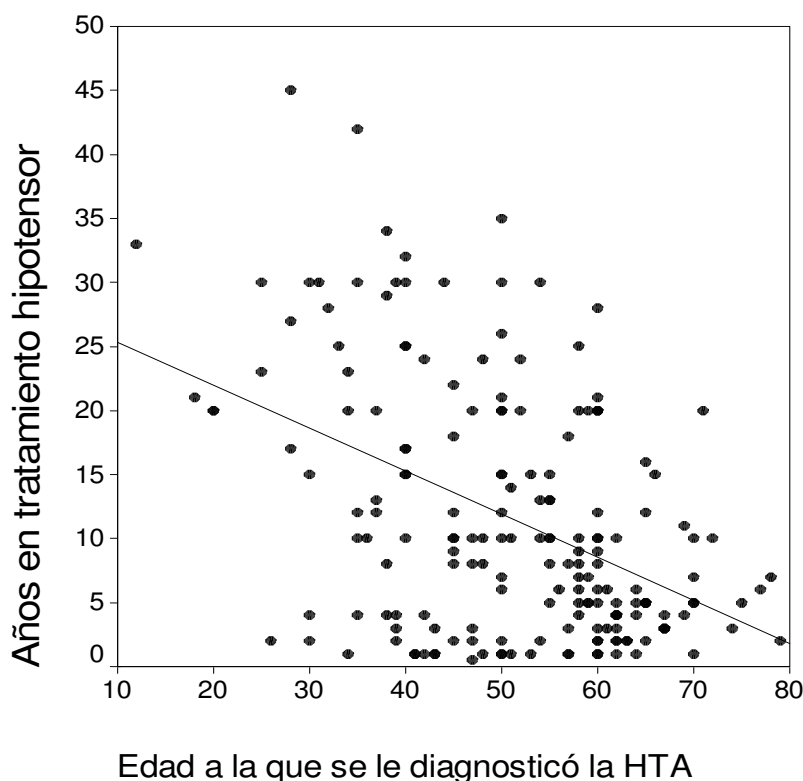
Tabla 31. % y OR de personas con HTA conocida en tratamiento hipotensor en función del sexo, el nivel de estudios y el estado de salud.

MODELO	% de personas con HTA conocida en tratamiento	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
ESTADO DE SALUD					
Muy bueno, bueno (CR)	79,2	1,00			
Regular	88,5	1,716	1,167	2,521	0,006
Malo, Muy malo	89,8	2,551	1,341	4,854	0,004
SEXO					
Sexo (H/M)	81,8%/85,5%	2,041	1,490	2,796	P<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	76,6				
Estudios hasta los 16 o 18 años	78,8	2,574	1,612	4,111	P<0,0001
Universitarios (CR)	89,4	4,906	2,967	8,112	P<0,0001

(Ajustado por edad)

Como era de esperar existió una correlación negativa entre la edad a la que se le diagnosticó la HTA y el tiempo de tratamiento ($r=0,44$; $p=0,0001$) (**Fig. 21**)

Fig. 21. Nube de puntos (plot) entre la edad a la que se le diagnosticó la HTA y los años que lleva en tratamiento hipotensor



Diabetes

El 7,3 % de las personas estudiadas dijeron tener diabetes. Esta prevalencia de diabetes mellitus conocida es muy parecida a la publicada para Andalucía y para España¹⁴. (en todo caso es importante señalar que se trata de prevalencia de diabetes conocida, pues la prevalencia de diabetes total (la conocida más la desconocida es casi el doble) (cita 14).

De entre ellas el 12,7 % no tuvieron tratamiento farmacológico y el 17,8 % con insulina. El resto estuvieron con antiabéticos orales (48,7 %) con o sin insulina asociados (20,4 %) (Tabla 32).

Tabla 32. Proporción de tratamientos específicos entre las personas que dijeron tener diabetes

Tratamiento para la diabetes	%
Ninguno	3,9
Solo dieta	1,3
Dieta y ejercicio	7,9
Pastillas (Antiabéticos orales)	48,7

¹⁴ Soriguer F. et al. Estudio D@bet.es. Op.cit.

Insulina	17,8
Pastillas+Insulina	20,4

Como era de esperar¹⁵ las personas con un IMC (declarado) ≥ 30 tuvieron una prevalencia de DM mucho más elevada que aquellos con un IMC (declarado) < 30 (5,5 % vs 16,9 %) (OR=2,38, IC 95 % = 1,63-3,47) ($p < 0,0001$, ajustado por edad y sexo).

I. ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)

El 13,7 % de las personas encuestadas ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente (de cualquier tipo, (incluido intoxicación o quemadura).

La mayor frecuencia de accidentes la han tenido las personas por debajo del 30 años (Tabla 33).

La probabilidad de tener un accidente ha sido mayor en las personas con menos estudios y en aquellos con peor estado de salud (Tabla 33).

¹⁵ Soriguer F, et al. Estudio [D@bet.es](#). Ibidem

Tabla 33. % de personas con algún tipo de accidente y riesgo (OR) en función de la edad, el nivel de estudios, el estado de salud (Variable dependiente: (0) NO tener vs (1) tener algún accidente

MODELO	% de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
ESTADO DE SALUD					
Muy bueno, bueno (CR)	11,5	1,00			
Regular	17,8	1,870	1,331	2,628	<0,0001
Malo, Muy malo	30,6	3,756	2,268	6,221	<0,0001
EDAD					
<20	23,0%	6,435	1,950	21,237	0,002
20-29	18,7%	4,935	1,849	13,174	0,001
30-39	13,9%	2,800	1,067	7,348	0,037
40-49	11,8%	1,866	,720	4,836	0,199
50-59	9,6%	1,293	,501	3,336	0,595
60-69	12,5%	1,327	,580	3,036	0,502
70-79	13,6%	1,164	,490	2,764	0,730
>=80 (CR)	15,0%	1,00			
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	20,1	4,321	2,728	6,846	<0,0001
Estudios hasta los 16 o 18 años	13,0	1,994	1,329	2,991	<0,0001
Universitarios (CR) (CR)	7,2	1,00			

Entre distritos la siniestralidad ha sido diferente, siendo la mayor siniestralidad en Palma-Palmilla (29,1 %) y la menor en Churriana (6 %) (Tabla 34). Unas diferencias que se han mantenido entre algunos distritos después de ajustar en un modelo de RL por la edad, el nivel de estudios, el estado de salud.

Tabla 34. Siniestralidad por distritos

DISTRITOS	EN LOS ULTIMOS 12 MESES HAN TENIDO UN ACCIDENTE DE CUALQUEIR TIPO (INCLUIDO INTOXICACION O QUEMADURA)
1. MÁLAGA-CENTRO	9,3%
2. MÁLAGA ESTE	9,0%
3. CIUDAD JARDÍN	16,3%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	20,0%
5. PALMA-PALMILLA	29,1%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	15,4%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	7,6%
8. CHURRIANA	6,0%
9. CAMPANILLAS	19,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	28,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	11,0%

Como se ve en la Tabla 35, la mayoría relativa de los accidentes se han producido en la casa (31,8 %) o en la calle (20,8 %). Los accidentes de tráfico o laborales han supuesto el 36,9 %

Tabla 35. Lugar donde se ha producido el último accidente

	%
En casa, escaleras, portal, etc.	31,8
Accidentes de tráfico en calle o carretera	19,4
En la calle, pero no fue un accidente de tráfico	20,8
En el trabajo	15,9
En el lugar de estudio	0,7
En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio	6,4
En otro lugar	4,9

La mayoría de los accidentes han sido leves (60,8%) (Tabla 36) y en el 32,5 % no se solicitó ninguna atención médica (32,5%) indicando la levedad del accidente. En el 29,3 % se necesitó ingreso en el hospital (Tabla 37)

Tabla 36. Consecuencias del accidente (resumen):

	%
Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales	60,8
Fracturas o heridas profundas	21,2
Quemaduras	10,6
Envenenamiento o intoxicación	1,1
Otros	4,6
Ningún daño	2,8

Tabla 37. Atención demandada por el accidente

Atención demandada por el accidente	%
Ingresó en un hospital	29,3
Acudió a un centro de urgencias	29,0
Consultó a un médico o enfermero/a	8,8
No hizo ninguna consulta ni intervención	32,5

J. CALIDAD DE VIDA

El 76 % de la población se encontró en buen estado de salud y un 4,7 % mala (Tabla 38). Estas proporciones son muy similares (aunque con alguna diferencia) a las obtenidas en una pregunta anterior en donde se le reclamaba información por el estado de salud en los últimos 12 meses.

Tabla 38. Estado de salud percibido

Defina su estado de salud habitual	n	%
Excelente	186	9,0
Muy buena	565	27,3
Buena	828	40,0
Regular	394	19,0
Mala	98	4,7
Total	2071	100,0

Las mujeres tuvieron con más frecuencia un regular o mal estado de salud que los hombres ($p=,005$) (Tabla 39)

Tanto hombres como en mujeres, a medida que avanza la edad la percepción del estado de salud empeora ($p<0,0001$) (Tabla 39).

Tabla 39. Estado de salud (regular o malo) en función de la edad y el sexo.

EDAD	Proporción de personas con estado de salud regular o malo	
	Hombres	Mujeres
<20	5,6%	4,0%
20-29	6,4%	7,9%
30-39	9,4%	16,3%
40-49	15,6%	25,7%
50-59	26,7%	34,6%
60-69	24,0%	38,8%
70-79	37,0%	62,5%
>=80	57,9%	65,9%

La percepción del estado de salud estuvo estrechamente asociada con el nivel de estudios (y de manera independiente de la edad y el sexo) (Tabla 40)

Tabla 40. Probabilidad (%) y asociación (OR) de tener un estado de salud regular o malo (1) vs Bueneo muy bueno (0), en función del sexo, la edad, el nivel de estudios.

MODELO	Estado de salud regular o malo (habitualmente)	OR	IC 95 %		p
			I nf	Sup.	
SEXO (Hombre/Mujer)	17,7%/29,2%	1,772	10,41	2,23	0,000
EDAD					
<20 (CR)	4,9%	1,00			
20-29	7,1%	1,73	0,50	5,99	0,386
30-39	12,9%	3,22	0,96	10,75	0,057
40-49	21,0%	5,04	1,52	16,66	0,008
50-59	31,0%	8,23	2,49	27,15	0,001
60-69	32,0%	6,91	2,09	22,86	0,002
70-79	51,5%	14,50	4,30	48,83	0,000
>=80 (CR)	63,3%	21,16	5,79	77,31	0,000
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	43,9%	4,67	3,27	6,662	0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	18,5%	2,094	1,48	2,961	0,000
Universitarios (CR)	10,1%	1,00			

La probabilidad de tener un regular o mal estado de salud se asoció significativamente con la situación laboral. Los parados, amas de casa y los pensionistas o jubilados tuvieron un peor estado de salud (después de ajustar el modelo por la edad y el sexo) que los que están en ese momento trabajando (Tabla 41).

Tabla 41. Prevalencia y OR de tener un regular o mal estado de salud en función de la situación laboral.

MODELO	Estado de salud regular o malo (habitualmente)	OR	IC 95 %		P*
			Inf	Sup.	
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	13,5%	1,00			
Parado/ama de casa	24,6%	1,388	1,037	1,858	0,027
Estudiante	3,8%	0,273	0,124	0,600	0,001
Jubilado/pensionista	46,4%	3,474	2,574	4,689	0,000

*Ajustado por sexo y nivel de estudios

En un modelo de asociación de riesgo completo, la situación laboral ha desplazado la asociación de la edad con la percepción del estado de salud a la edad. Indicando que más que la edad misma es la situación laboral la que se asocia a la percepción del estado de salud. (Tabla 42).

Tabla 42. Probabilidad (%) y OR de tener un estado de salud regular o malo en función del sexo, la edad, el nivel de estudios y la situación laboral

MODELO	Estado de salud regular o malo (habitualmente)	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
SEXO (Hombre/Mujer)	17,7%/29,2%	1,829	1,450	2,307	0,000
EDAD					
<20 (CR)	4,9%	1,00			
20-29	7,1%	1,284	0,344	4,788	0,710
30-39	12,9%	2,036	0,526	7,872	0,303
40-49	21,0%	3,023	0,787	11,614	0,107
50-59	31,0%	4,754	1,238	18,247	0,023
60-69	32,0%	2,293	0,579	9,079	0,237
70-79	51,5%	4,037	0,988	16,489	0,052
>=80 (CR)	63,3%	5,590	1,266	24,694	0,023
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	43,9%	4,673	3,278	6,662	0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	18,5%	2,094	1,481	2,961	0,000
Universitarios (CR)	10,1%	1,00			
SITUACION LABORAL					
Trabajando	13,5%	1,00			
Parado/ama de casa	24,6%	1,412	1,049	1,900	0,023
Estudiante	3,8%	,607	,238	1,547	0,295
Jubilado/pensionista	46,4%	2,978	1,910	4,643	0,000

Algunos marcadores de salud

En las Tablas 43 y 44, 45 y 46 se hace un resumen descriptivo del grado de autonomía de las personas estudiadas medido a partir de las preguntas incluidas en las tablas.

Tabla 43. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

	Me limita mucho (%)	Me limita un poco (%)	No me limita nada (%)
Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora o caminar una hora	5,9	12,5	81,5
Subir varios pisos por las escaleras	12,1	12,9	74,9

	(%)
En su trabajo hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer	18,5
Tuvo que dejar alguna tareas en su trabajo o actividad cotidiana	15,1
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por un problema emocional	10,7
No hizo su trabajo o en sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	10,3
Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido algún dolor? ¿Le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	42,3
Nada.....	28,4
Un poco	30,1
Regular	20,5
Bastante	15,5
Mucho.....	5,1

Tabla 44. Durante las últimas semanas cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas.

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se sintió calmado y tranquilo	26,1	27,1	17,0	20,5	5,7	2,3
Tuvo mucha energía	29,1	23,1	19,8	16,4,9	6,8	4,4
Se sintió desanimado y triste	1,8	2,4	6,8	16,5	22,6	49,2
Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos y familiares)?	1,9	1,5	5,6	11,0	11,5	67,4

Limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana

Tabla 45. En los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

En los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?	n	%
1. Gravemente limitado/a	139	6,7
2. Limitado/a, pero no gravemente	370	17,8
3. Nada limitado	1558	75,2

Tabla 46. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

Tipo de problema	n	%
1. Físico	361	70,9
2. Mental	70	13,8
3. Ambos	74	14,5

K. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CUESTIONARIO SF-12)

El cuestionario de salud SF-36 (SF-36 Health Survey) es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Sus propiedades psicométricas se han evaluado en más de 400 artículos y las propiedades métricas de la versión española del Cuestionario también han sido evaluadas en diversos estudios^{16, 17}.

¹⁶Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Per manyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19:135-5

¹⁷Gemma Vilagut, José María Valderas, Montserrat Ferrer, Olatz Garin, Esther López-García, Jordi Alonso. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc). 2008;130(19):726-35

En este estudio hemos utilizado el SF-12 que ha demostrado ser un instrumento válido para medir la calidad de vida y los resultados de salud en nuestro entorno¹⁸ y que es el cuestionario al que corresponden los ítems que se han ido presentando de manera desagregada en las líneas precedentes y que ahora presentamos de manera agregada en forma de dos variables calculadas a partir de la integración del SF-12: **Los componentes (sumarios físico y mental.**

El SF-12, proporciona una medida subjetiva del estado de salud. Evalúa ocho aspectos de salud: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos de salud, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales, vitalidad y salud general¹⁹.

El SF-12 es la versión reducida del SF-36 (de los 36 ítems del SF-36). (Para confeccionar el SF-12 se utilizaron métodos de regresión lineal múltiple con el fin de seleccionar aquellos ítems que mejor reprodujesen las medidas sumario física y mental del SF-36. De esta forma se obtuvieron 10 de los ítems. Los dos ítems restantes se escogieron para que todas las escalas del SF-36 estuvieran bien representadas en la versión reducida. Para cada dimensión se recodifican los ítems y se suman, transformándose posteriormente esta puntuación directa en una escala que va de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud) y proporciona un perfil del estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho dimensiones analizadas. Estas ocho dimensiones se agrupan en dos factores (salud física y salud mental)²⁰.

Los valores medios de los componentes sumarios tanto físicos como mentales se resumen en la Tabla 47 y son muy parecidos a los publicados para la población española²¹. Otro estudio reciente realizado en toda España (Estudio Di@bet.es)²² arroja

¹⁸ Gemma Vilagut .op.cit

¹⁹ Los 12 ítems se puntúan siguiendo varias modalidades de respuesta (que se corresponden con las respuestas de las variables arriba desagregadas) . Algunos ítems tienen cinco opciones de respuesta acerca de un aspecto de salud, que va de excelente a mala. Otros ítems se responden comparando la salud actual con la de hace un año, a través de cinco opciones de respuesta que van desde **Mucho mejor** ahora que hace un año a **Mucho peor** ahora que hace un año. Otros ítems ofrecen tres opciones de respuesta acerca de las limitaciones que le causa su estado de salud en su vida diaria. Estos aspectos se valoran como muy limitantes a nada limitantes. Otros ítems hacen referencia a las repercusiones de su salud en algún aspecto de su vida, contestando con un sí o un no. Otros ítems valoran las sensaciones físicas y emocionales de la persona en las últimas dos semanas, a través de seis opciones de respuesta

²⁰ Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34:220-33.

²¹ Gemma Vilagut .op.cit

valores medios muy parecidos para el componente sumario salud física (50.99 ± 8.46) y valores algo más altos en Málaga para la salud mental (47.60 ± 10.21).

Tabla 47. Calidad de vida medida por el cuestionario SF-12

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Salud física (SF-12)	2067	20,72	66,01	49,6620	7,54361
Salud mental (SF-12)	2067	8,02	70,44	51,7525	9,76762
N	2067				

Calidad de vida SF-12 edad y sexo

El S-F-12 Físico ha disminuido significativamente con la edad ($p < 0,0001$) (**Fig.22**) tanto en hombres como en mujeres, existiendo una interacción edad*sexo ($p = 0,01$): a partir de los sesenta años la calidad de vida fue mejor en los hombres que en las mujeres.

El SF-12-Mental disminuyó con la edad tanto en hombres como en mujeres ($p < 0,0001$). A lo largo de todas las edades las mujeres tuvieron menores puntuaciones en el SF-12 mental (**Fig. 23**). Estas diferencias fueron mayores a partir de los sesenta años (interacción edad*sexo: $p = 0,01$).

²²C. Marcuello, A. L. Calle-Pascual, et al. Evaluation of Health-Related Quality of Life according to Carbohydrate Metabolism Status: A Spanish Population-Based Study (Di@bet.es Study). International Journal of Endocrinology Volume 2012 (2012),

Fig. 22. S-F-12 Físico de la población de Málaga en función de la edad y del sexo

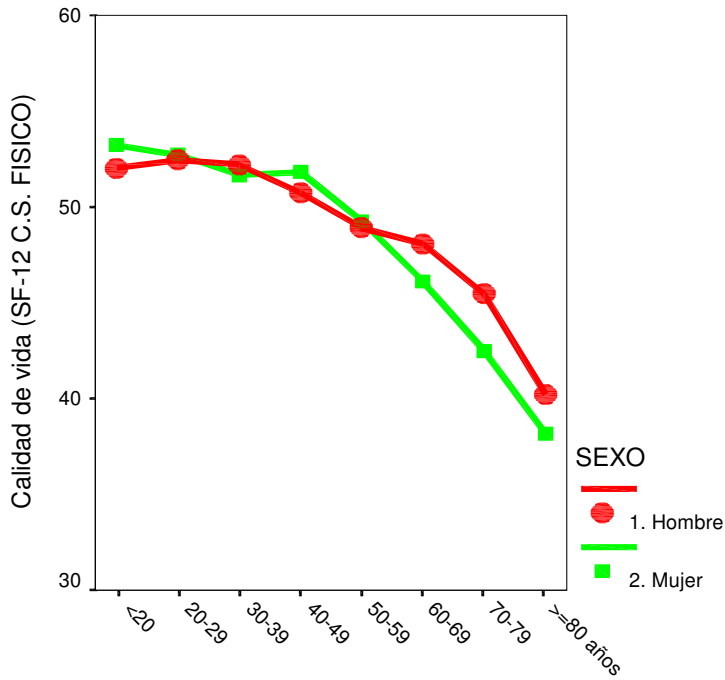
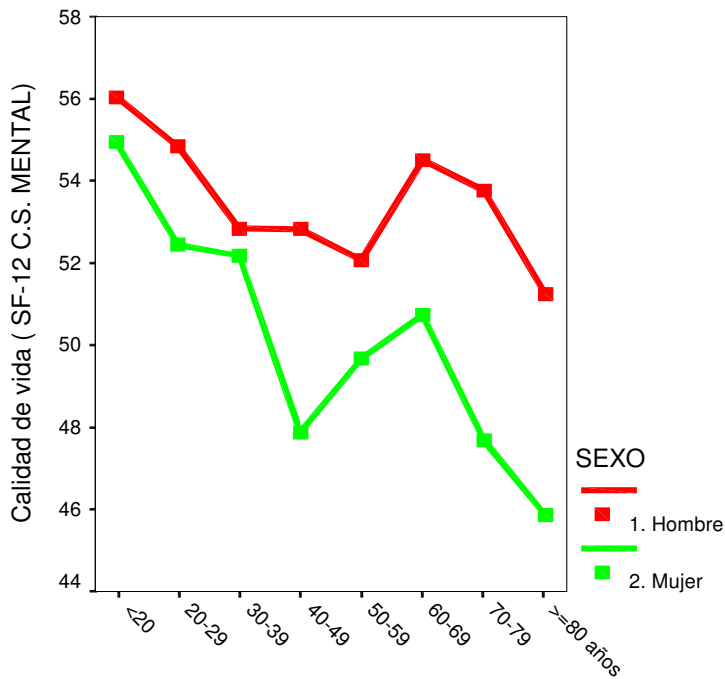
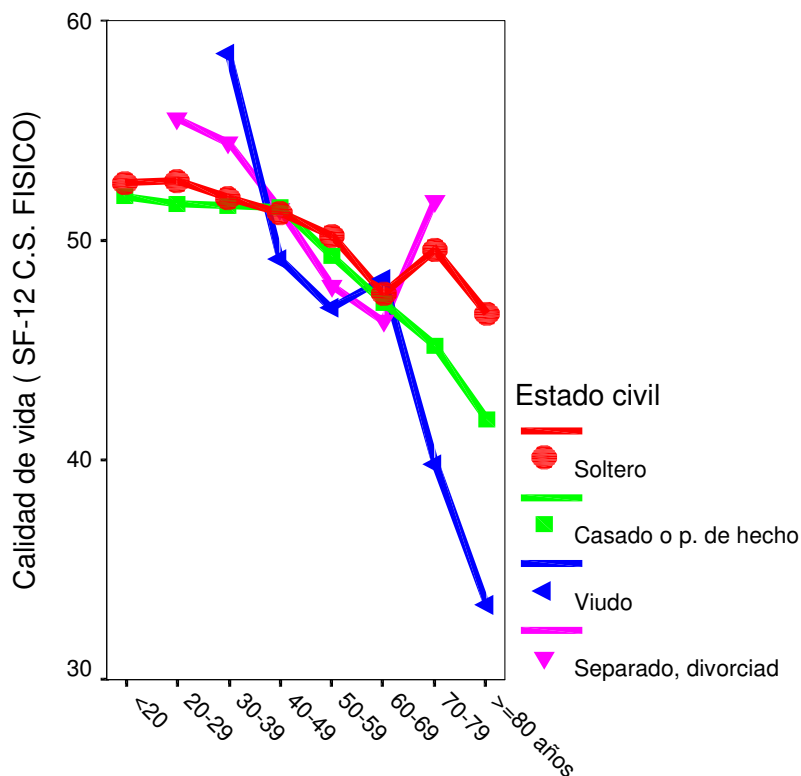


Fig. 23. S-F-12 mental de la población de Málaga en función de la edad y del sexo



Como era de esperar las personas viudas ($p=0,03$), especialmente a partir de los sesenta años (interacción edad, estado civil ($p=0,006$)) han tenido peor S-F-12 Físico (Fig. 24)

Fig. 24. S-F-12 Físico de la población de Málaga en función del estado civil (ajustado por edad y sexo)



Los parados (y amas de casa) y sobre todo los pensionistas y jubilados han tenido un SF-12-Físico mucho peor que los que estaban trabajando ($p<0,0001$), existiendo una interacción entre la situación laboral y la edad en la explicación de la varianza del SF-12 físico ($p=0,003$) (Fig. 25). Resultados similares se encuentran para el SF-12 Mental (Fig. 25)

Fig. 25. S-F-12 Físico de la población de Málaga en función de la situación laboral (ajustado por edad y sexo)

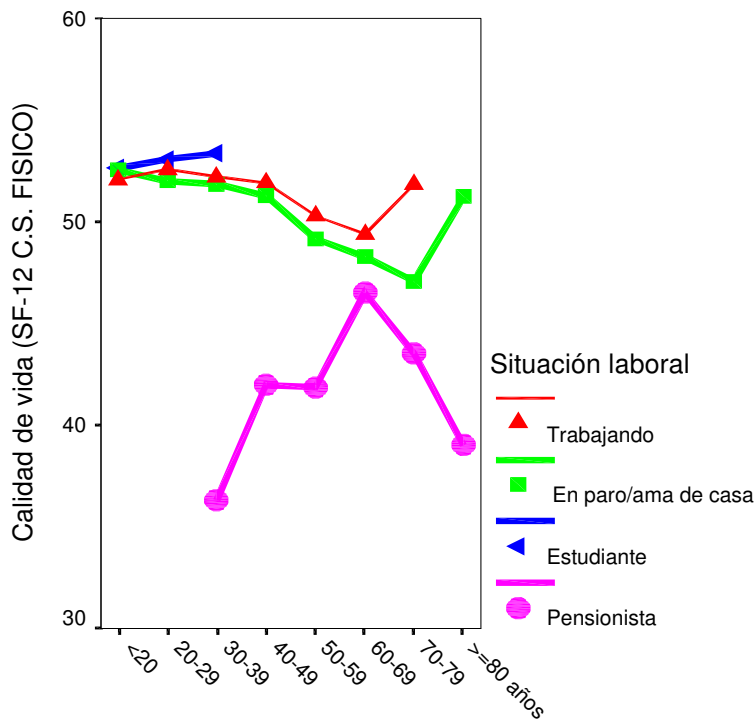
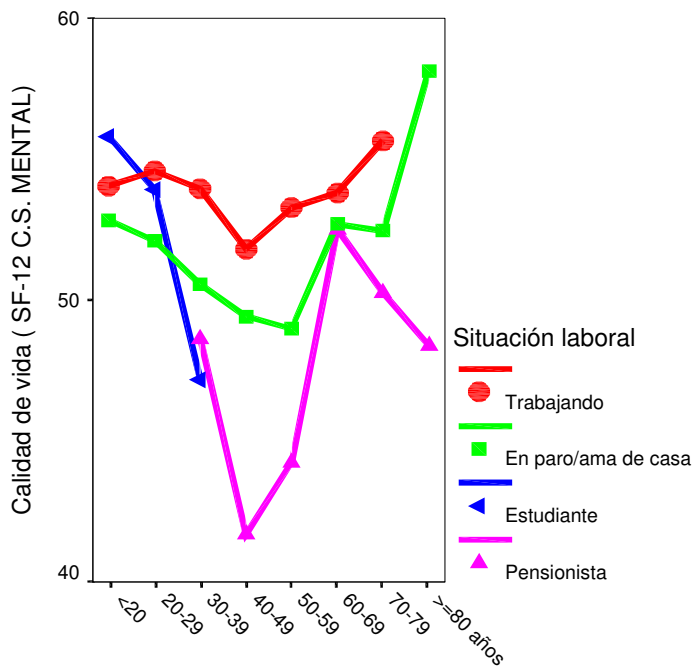


Fig. 26. SF-12 Mental de la población de Málaga en función de la situación laboral (ajustado por edad y sexo)



A partir de los cuarenta años de vida la calidad de vidas (SF-12-físico) ha ido siendo menor a medida que el nivel de estudios era menor (**Fig. 27**). Resultados similares pero más acentuados (sobre todo para las personas sin estudios) en el SF-12-Mental (**Fig. 28**).

Fig. 27. SF-12 Físico de la población de Málaga en función del nivel de estudios (ajustado por edad y sexo)

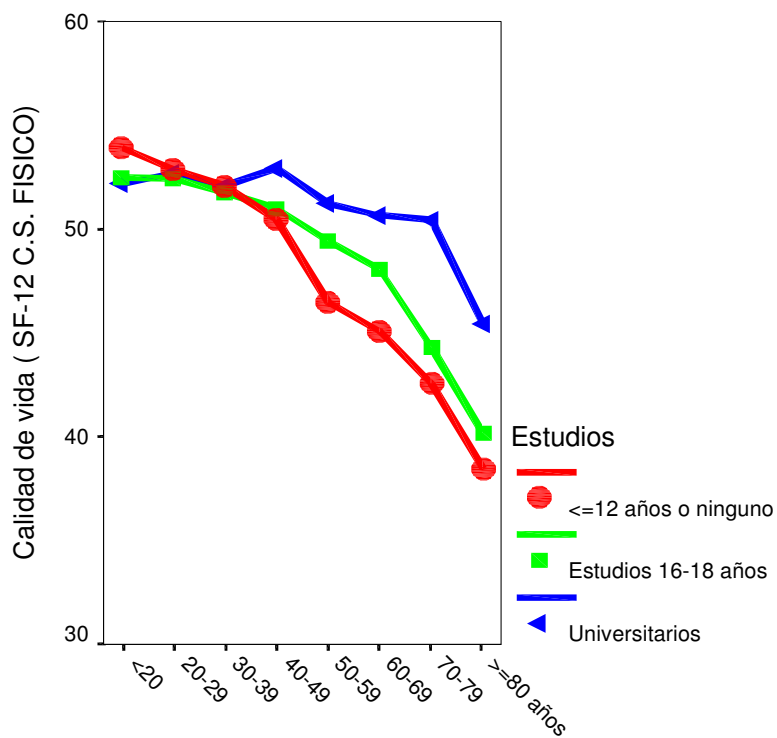
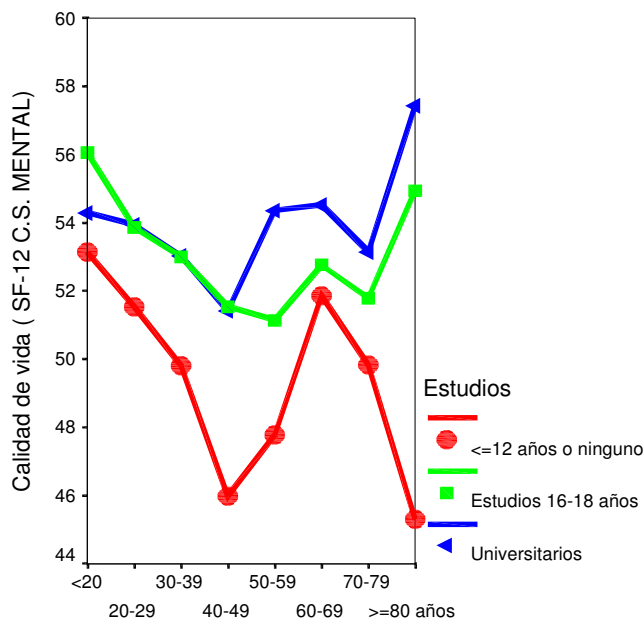


Fig. 28. SF-12 Mental de la población de Málaga en función del nivel de estudios (ajustado por edad y sexo)



Calidad de vida relacionada con la salud medida por el cuestionario SF-12 entre los distritos de Málaga capital

Componente Físico

En un modelo de Anova univariante el análisis post hoc (test de Duncan) discriminó entre tres grupos ($p=0,01$) (Tabla 48).

- A. Bailen-Miraflores, Campanillas, Cruz del Humilladero y Palma-Palmilla que tuvieron las puntuaciones más bajas
- B. Teatinos-Universidad, Puerto de la Torre y Churriana que las tuvieron más altas
- C. Los otros cinco distritos que tuvieron una puntuación intermedia.

No obstante las diferencias entre las puntuaciones medias fueron poco relevantes, siendo mayor la varianza dentro del grupo que entre grupos. En un modelo multivariante ajustado por la edad, el sexo las diferencias entre distritos permanecen significativas, pero con la introducción del nivel de estudios en el modelo las diferencias significativas entre distritos en el componente físico del SF12 desaparecen.

Tabla 48. Calidad de vida asociada a la salud medida por el cuestionario SF-12 (SF-12 Físico).

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
1. MÁLAGA-CENTRO	300	50,1505	6,43680	24,49	60,18
2. MÁLAGA ESTE	199	49,8154	7,74029	24,04	65,21
3. CIUDAD JARDÍN	129	49,7344	7,80493	23,33	63,62
4. BAILÉN-MIRAFLORES	214	48,3919	8,47784	21,91	63,63
5. PALMA-PALMILLA	103	49,1395	7,49201	24,19	58,99
6. CRUZ DE HUMILLADERO	304	48,8313	8,27124	20,72	65,85
7. CARRETERA DE CÁDIZ	409	50,1302	6,94349	20,97	63,85
8. CHURRIANA	100	51,2099	7,68078	25,36	65,99
9. CAMPANILLAS	100	48,4690	8,32333	24,81	66,01
10. PUERTO DE LA TORRE	100	50,4510	6,45403	30,31	62,40
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	109	50,4490	7,45433	25,25	65,81
Total	2067	49,6620	7,54361	20,72	66,01

Componente mental

En el análisis mental del cuestionario SF-12 el análisis post hoc (test de Duncan) del modelo de Anova univariante discriminó tres grupos:

- A. Churriana, Palma Palmilla y Ciudad Jardín, con los valores más bajos
- B. Carretera de Cádiz, Málaga Centro, Málaga Este y Puerto de la Torre con los valores más altos
- C. Los cuatro restantes con valores intermedios

No obstante, al igual que ocurría con el componente físico las diferencias medias absolutas son pequeñas, la varianza dentro del grupo es mayor que la varianza entre grupos. También aquí al ajustar en un modelo multivariante por la edad y el sexo, las

diferencias permanecen pero al hacerlo por el nivel de estudios las diferencias significativas en el SF-12 mental, desaparecen (Tabla 49).(Tabla 50).

Tabla 49. Calidad de vida asociada a la salud medida por el cuestionario SF-12 (SF-12 mental).

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
1. MÁLAGA-CENTRO	300	52,6732	8,73109	8,02	64,84
2. MÁLAGA ESTE	199	52,9165	9,57475	12,95	65,60
3. CIUDAD JARDÍN	129	50,3782	10,91367	9,67	63,55
4. BAILÉN-MIRAFLORES	214	50,9577	11,54830	11,81	63,96
5. PALMA-PALMILLA	103	49,8929	12,73468	12,58	64,23
6. CRUZ DE HUMILLADERO	304	51,1085	9,84386	8,80	63,34
7. CARRETERA DE CÁDIZ	409	52,6034	8,71697	13,80	70,44
8. CHURRIANA	100	49,5493	10,38596	13,56	60,71
9. CAMPANILLAS	100	50,9940	9,90371	16,20	64,39
10. PUERTO DE LA TORRE	100	53,4263	8,34989	14,25	62,32
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	109	51,8232	7,33513	24,76	64,23
Total	2067	51,7525	9,76762	8,02	70,44

Tabla 50. Representación gráfica de las tablas 48 y 49 (en un modelo de Anova Univariante el análisis post hoc (Test de Duncan) desagregó tres grupos tanto en el componente físico como en el componente mental del SF-12 (cuestionario de calidad de vida) (p=0,01)

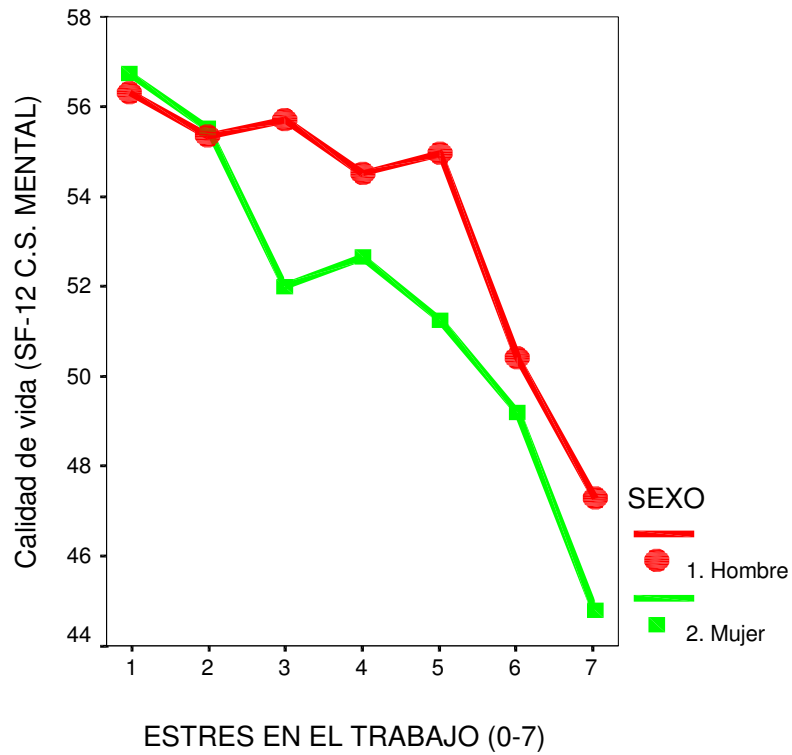
	Componente físico			Componente mental		
	Mejor	Peor	Medio	Mejor	Peor	Medio
DISTRITOS						
1. MÁLAGA-CENTRO						
2. MÁLAGA ESTE						
3. CIUDAD JARDÍN						
4. BAILÉN-MIRAFLORES						
5. PALMA-PALMILLA						
6. CRUZ DE HUMILLADERO						
7. CARRETERA DE CÁDIZ						
8. CHURRIANA						
9. CAMPANILLAS						
10. PUERTO DE LA TORRE						
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD						

Otros determinantes de la calidad de vida asociada a la salud (SF12)

Calidad de vida y calidad del trabajo (ver tablas siguientes)

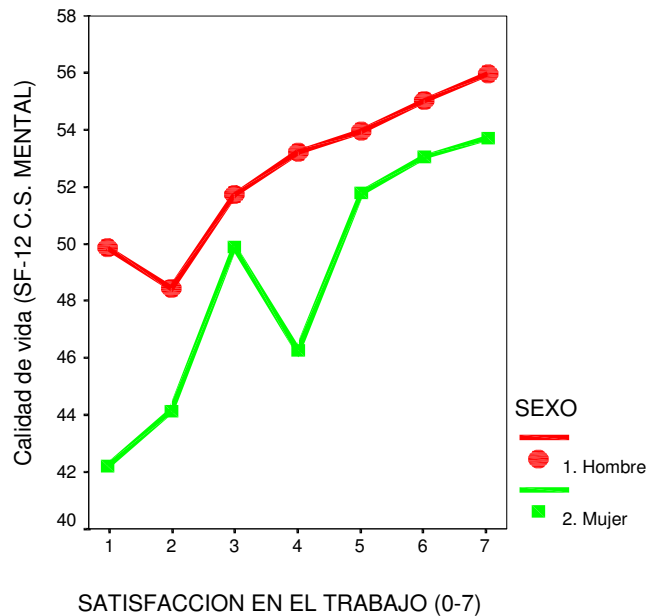
La calidad de vida asociada a la salud (mental) se asoció muy significativamente y de manera negativa con el estrés en el trabajo ($p < 0,0001$) (después de ajustar en un modelo de ANOVA por el sexo, la edad y el nivel de estudios (**Fig. 29**))

Fig. 29. Asociación entre el grado de estrés en el trabajo y la calidad de vida asociada a la salud (sumatorio mental del SF12)



La calidad de vida asociada a la salud (mental) se asoció muy significativamente y de manera positiva con la satisfacción en el trabajo ($p < 0,0001$) (después de ajustar en un modelo de ANOVA por el sexo, la edad y el nivel de estudios (**Fig. 30**))

Fig. 30. Asociación entre el grado de satisfacción en el trabajo y la calidad de vida asociada a la salud (sumatorio mental del SF12)



En resumen : podemos decir que los datos de calidad de vida medidos de manera integrada por el cuestionario SF-12 no son, como promedio, muy distintos a los publicados para la población española, existiendo variaciones importantes en función de la edad (disminuye con la edad) , el sexo (menor en las mujeres, el estado civil (peor en los viudos) , la situación laboral (peor en los parados y jubilados) y el nivel de estudios de la población (peor cuanto menor nivel de estudios).

La calidad de vida en su dimensión mental (no así en la física) se asoció muy estrechamente con la calidad del trabajo.

Existen diferencias entre distritos en la calidad de vida medida por el cuestionario SF-12, aunque son más importantes las diferencias encontradas dentro de cada distrito que entre distritos. Ni las diferencias en la edad ni el sexo entre distritos justifican estas diferencias, pero si (entre otras) las diferentes prevalencias en el nivel de estudios encontrados entre distritos. .

L. SALUD MENTAL Y ESTRÉS LABORAL

De esta valoración se han excluido los pensionistas y jubilados.

El nivel de estrés en el trabajo se ha realizado sobre una escala de 1 a 7 en la que 1 es una calificación nada estresante y 7 muy estresante.

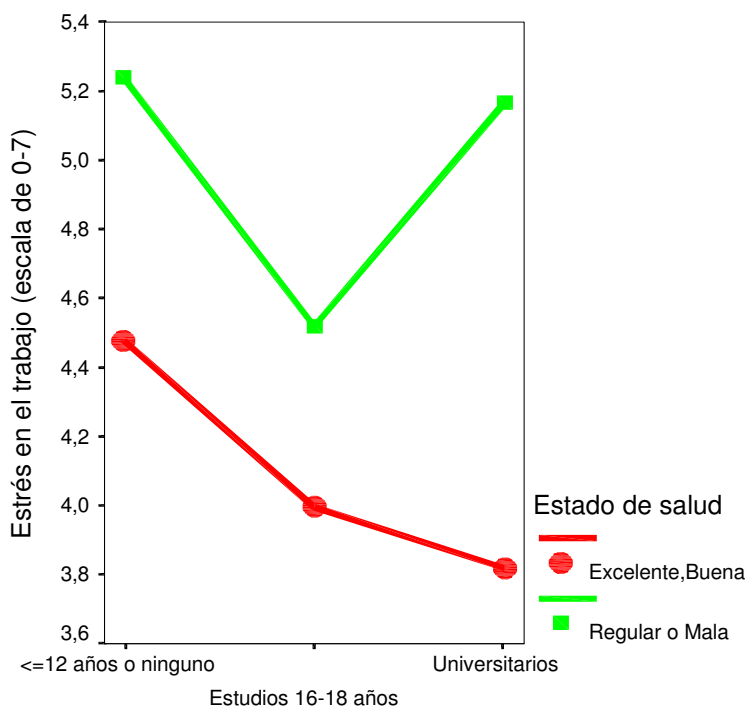
La puntuación media ha sido de $4,24 \pm 2,05$ (mediana=4)

De igual manera la satisfacción en el trabajo se ha medido con la misma escala de 1 a 7 (en la que 1 es **nada satisfactorio** y 7 **muy satisfactorio**).

La puntuación media ha sido de $5,05 \pm 1,84$ (Mediana=5)

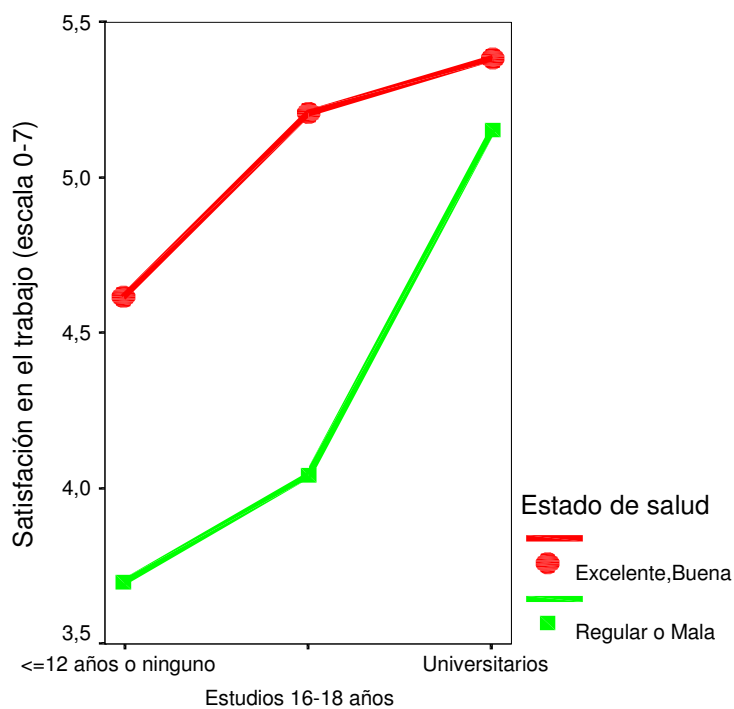
El grado de estrés en el trabajo se ha asociado con el nivel de estudios ($p < 0,001$) y con el estado de salud percibido ($p < 0,0001$). Las personas con peor estado de salud percibido han tenido un mayor nivel de estrés en el trabajo. De entre las personas con buen estado de salud han tenido un menor nivel de estrés laboral los que han tenido mayor nivel de estudios (**Fig.31**).

Fig. 31. Estrés laboral medido por una escala de 1 a 7 en función del nivel de estudios y del estado de salud



La satisfacción en el trabajo se ha asociado claramente al nivel de estudios ($p < 0,0001$) y el estado de salud ($p < 0,0001$). Las personas con peor estado de salud percibido han tenido una menor satisfacción en el trabajo. Las personas con mejor nivel de estudios han tenido una mayor satisfacción en el trabajo cualquiera que sea su nivel de estudios (Fig.32).

Fig. 32. Satisfacción en el trabajo medido por una escala de 1 a 7 en función del nivel de estudios y del estado de salud



M. ASISTENCIA SANITARIA

Un tercio de las personas encuestadas habían consultado al médico de cabecera y cerca de otro tercio a las urgencias. (Tabla 51).

Tabla 51. Consulta con el sistema sanitario

CONSULTA CON EL SISTEMA SANITARIO	%
En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema, molestia o enfermedad suya?	32,3
En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un especialista por algún problema, molestia o enfermedad suya?	15,6
En el último año ¿ha acudido Ud. Alguna vez a los servicios de urgencias por motivos propios?.	30,4*

Atención por el médico de cabecera

A partir de los 60 años las personas han consultado con más frecuencia con el médico de cabecera ($p < 0,0001$) (Tabla 52) (No obstante la significación desaparece al ajustar en un modelo de RL (Tabla 53) por el sexo, el nivel de estudios y la situación laboral

Tabla 52. Población que ha consultado en las últimas cuatro semanas con el médico de cabecera en función de la edad

EDAD	En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con un médico de familia o con un médico general por algún problema, molestia
<20	21,3%
20-29	21,7%
30-39	23,8%
40-49	28,4%
50-59	34,9%
60-69	41,3%
70-79	55,6%
>=80	57,6%

Como era de esperar las personas que más han ido al médico de cabecera son las que han tenido peor estado de salud ($p < 0,0001$) (Tabla 53)

Las mujeres han acudido con más frecuencia que los hombres ($p < 0,0001$). Las personas con menos estudios consultaron también con más frecuencia y de manera independiente al sexo y a la edad (Tabla 53).

Las personas pensionistas independientemente de la edad, sexo y nivel de estudios han consultado más al médico de cabecera $p = 0,003$ (Tabla 53).

Tabla 53. Prevalencia de consultas en las últimas cuatro semanas con el médico de familia o con un médico general, en función de la edad, sexo, situación laboral, estado de salud y nivel de estudios. Variable dependiente (0) No ha consultado; vs (1) Sí ha consultado

MODELO	¿Ha consultado con su médico de cabecera? (%)	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	P*
SEXO (Hombre/Mujer)	24,7%/39,2%	1,826	1,488	2,239	<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	43,0	1,326	,971	1,326	0,07
Estudios hasta los 16 o 18 años	31,2	1,435	1,099	1,435	0,008
Universitarios (CR) (CR)	22,1	1,00			
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	23,7	1,00			
Parado/ama de casa	31,7	1,130	,874	1,461	0,41
Estudiante	20,8	0,935	,624	1,400	0,58
Jubilado/pensionista	51,1	2,209	1,666	2,929	<0,0001
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	24,2	1,00			
Regular	54,2	2,788	2,179	3,568	<0,0001
Malo	75,5	6,409	3,910	10,505	<0,0001

*Ajustado por la edad

Atención por los especialistas

El 15,6 % de los encuestados han consultado a un especialista, de ellos solo el 6,5 % lo hicieron sin consultar antes al médico de cabecera. Por otro lado de todos los que habían sido vistos por el médico de cabecera solo el 34,7 %, además, habían consultado con un especialista.

Una información que avala la recomendación general de consultar preferentemente al médico de cabecera antes de acudir a los especialistas.

Como era de esperar también las personas con peor estado de salud son las que con más frecuencia han acudido al especialista, así como las personas separadas o divorciadas o las viudas. A diferencia de la consulta con el médico general ni la edad, ni el sexo, ni el nivel de estudios o la situación laboral se han asociado con la frecuentación al especialista (Tabla 54).

Tabla 54. Prevalencia de consulta con el especialista y fuerza de la asociación (OR) con posibles variables explicatorias

MODELO	¿Ha consultado con el especialista?	OR	IC 95 %		P*
			Inf	Sup.	P*
ESTADO CIVIL					
Soltero (CR)	10,3%	1,00			
Casado/Pareja de hecho	17,7%	1,556	1,073	2,257	0,020
Divorciado o separado	17,8%	0,717	0,387	1,328	0,290
Viudo	23,8%	1,934	1,169	3,198	0,010
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	9,4%	1,00			
Regular	33,1%	4,897	3,636	6,596	<0,0001
Malo	44,9%	7,980	4,986	12,771	<0,0001

*Ajustado por la edad, sexo, situación laboral, nivel de estudios (variables que incluidas en el modelo no se han asociado significativamente con la frecuentación al especialista)

Atención de urgencias en el último año:

El 30,4 % de las personas habían acudido a un servicio de urgencias en el último año.

El 77,8 % habían acudido a urgencias al menos una vez y el resto 3 o más veces.

Un 5 % habían acudido a urgencias 10 o más veces.

Un 23 % y un 15 % de las personas que fueron a urgencias no habían consultado previamente ni con el médico de medicina general ni con el especialista.

Como era de esperar las personas que han tenido peor estado de salud, han acudido con más frecuencia a urgencias. También han acudido, de manera independiente al estado de salud, con más frecuencia aquellas con menos estudios.

Resulta curioso que las personas más jóvenes han acudido a la urgencia con más frecuencia con los jóvenes (Tabla 55)

Tabla 55. Probabilidad y OR de acudir a la urgencia en el último año

MODELO	¿Ha consultado con el servicio de urgencias? (%)	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	P*
ESTADO DE SALUD					
Muy bueno, bueno (CR)	24,4	1,00			
Regular	47,3	3,14	2,439	4,063	<0,000
Malo, Muy malo	60,2	5,17	3,291	8,121	<0,000
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	37,1	1,91	1,387	2,645	<0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	31,9	1,75	1,338	2,310	<0,000
Universitarios (CR)	19,8	1,00			
EDAD					
18-34	34,5	2,20	1,327	3,648	0,002
35-49	29,6	1,47	,938	2,314	0,092
50-64	25,5	0,93	,624	1,397	0,737
>=65	32,2	1,00			

*Ajustado por sexo, situación familiar o laboral (variables que incluidas en el modelo no se han asociado significativamente con el hecho de acudir a la urgencia).

Entre los que han acudido a las urgencias en el último año el número medio de visitas ha sido de 2,15±2,67.

Entre las que han acudido a urgencias han acudido con más frecuencia (2 o más veces en el año) las personas con peor estado de salud, aquellas con menos estudios y, las más jóvenes. (Tabla 56)

Tabla 56. Probabilidad de acudir 2 o más veces al año a la urgencia (Prevalencia y OR o fuerza de la asociación con posibles variables explicatorias)

MODELO	Dos o más consultas al servicio de urgencias (%)	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	P*
ESTADO DE SALUD					
Muy bueno, bueno (CR)	11,4	1,00			
Regular	27,8	3,93	2,348	6,601	P<0,0001
Malo, Muy malo	45,6	8,34	4,131	16,867	P<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	21,4	1,33	0,611	2,894	0,472
Estudios hasta los 16 o 18 años	19,7	1,14	0,569	2,294	,0709
Universitarios (CR)	15,1	1,00			
EDAD					
18-34	23,2	9,937	3,102	31,831	0,000
35-49	15,6	3,194	1,159	8,807	0,025
50-64	26,3	4,211	1,754	10,109	0,001
>=65	13,7	1,00			

*Ajustado por el sexo, situación laboral o familiar (variables que incluidas en el modelo no se han asociado significativamente con la acudir a la urgencia 2 o más veces al año).

La frecuentación al médico ha variado entre distritos. En la Palma Palmilla es donde más se ha consultado al médico de cabecera y al servicio de urgencias. La consulta al servicio de urgencia ha sido también elevada en Campanillas, Puerto de la Torre y Churriana (Tabla 57).

Tabla 57. Proporción de personas dentro de cada distrito que han consultado al médico de cabecera, al especialista o a la urgencia

	Consulta con el médico de cabecera en el último o mes	Consulta con el especialista en el último o mes	Consulta con urgencias en el último año
1. MÁLAGA-CENTRO	29,3%	12,0%	22,3%
2. MÁLAGA ESTE	18,6%	6,5%	27,6%
3. CIUDAD JARDÍN	39,5%	11,6%	31,0%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	36,3%	15,8%	38,6%
5. PALMA-PALMILLA	47,6%	15,5%	51,5%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	33,8%	15,1%	28,4%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	33,2%	20,7%	25,7%
8. CHURRIANA	27,0%	23,0%	36,0%
9. CAMPANILLAS	40,0%	25,0%	37,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	29,0%	16,0%	41,4%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	29,4%	13,8%	25,0%

Tipos de Servicios Sanitarios que habitualmente utiliza

Solo un 6,2 % de los sujetos estudiados utilizan la sanidad privada exclusivamente. El resto solo la sanidad pública (79,9 %) o en combinación con la medicina privada (11,3 %). Solo una persona utilizó solo la medicina alternativa, pero un 2,4 % de toda la muestra lo hicieron simultaneándolo con la medicina pública o privada. (Tabla 548).

Tabla 58. Servicios sanitarios que habitualmente se utilizan

Servicios sanitarios que habitualmente utiliza	%
La sanidad pública solo	79,9
La sanidad privada solo	6,2
La sanidad pública y la sanidad privada	11,3
Medicina alternativa solo	0
Medicina alternativa y la sanidad pública o privada	2,4

Ni el sexo ni la edad, ni el estado de salud fueron diferentes entre las personas que usaron la sanidad privada o la pública. En cambio el tipo de medicina usada se asoció muy significativamente con el nivel de estudios ($p < 0,0001$). (Mientras que hasta el 32,5 % de los universitarios llegaron a utilizar la sanidad privada solo el 8,7 % de las personas sin estudios lo hacen) (Tabla 59).

De igual manera se asoció con la situación laboral pues mientras que entre quienes tienen trabajo utilizan la medicina privada el 28,7 % las personas en paro solo la utilizan el 11,6 % ($p < 0,0001$) (Tabla 59).

Tabla 59. Uso de la medicina privada (%) y OR en función de las variables de la tabla. Variable dependiente (1): No usa la medicina privada; (1) Usa la medicina privada

MODELO	Uso de la medicina privada (%)	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	P*
ESTADO CIVIL					
Soltero (CR)	18,0%	1,00			
Casado o pareja de hecho	23,0%	1,425	1,039	1,955	0,028
Separado o divorciado	14,9%	1,251	0,687	2,279	0,464
Viudo	17,4%	1,064	0,645	1,755	0,808
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	8,7%	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	18,7%	2,451	1,706	3,523	0,000
Universitarios (CR) (CR)	37,2%	5,842	3,976	8,583	0,000
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	28,7%	1,00			
Parado/ama de casa	11,6%	0,435	0,320	0,591	0,000
Estudiante	20,8%	0,795	0,502	1,260	0,329

Jubilado/pensionista	17,8%	0,705	0,457	1,087	0,114
----------------------	-------	-------	-------	-------	-------

Ni la edad, ni el sexo, ni el estado de salud han contribuido significativamente a explicar la probabilidad de usar la medicina privada.

El consumo de medicina privada fue muy distinto entre los diferentes distritos ($p < 0,0001$). Así, mientras que en la Palma Palmilla fue solo del 5,8 % en Málaga Este llegó al 30,2 % de las personas encuestadas.

Estas diferencias, al menos para los casos extremos (Palma-Palmilla) parecen independientes no solo de la edad y el sexo, sino también del nivel de estudios y situación laboral (datos no mostrados) (Tabla 60)

Tabla 60. Uso de la Sanidad pública y privada entre los distritos

DISTRITOS	Medicina privada o ambas (Pública y Privada)
1. MÁLAGA-CENTRO	27,2%
2. MÁLAGA ESTE	30,2%
3. CIUDAD JARDÍN	19,4%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	14,4%
5. PALMA-PALMILLA	5,8%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	16,9%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	18,5%
8. CHURRIANA	26,0%
9. CAMPANILLAS	12,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	19,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	25,7%

Medicina alternativa

El 2,4 % de la muestra usaron en algún momento medicina alternativas. Ni la edad ni el sexo, ni la situación familiar o laboral fueron diferentes en las personas que utilizaron medicina alternativas. Su uso fue sin embargo más frecuente en las personas con estudios universitarios ($p=0,0001$) y en aquellas con peor estado de salud (Tabla 61)

Tabla 61. Variables asociadas con el uso de las medicinas alternativas (Codificada la variable dependiente como 0,1)

MODELO	Uso de las medicinas alternativas (%)	OR	IC 95 %		p
			Inf	Sup.	
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	1,8	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	2,0	1,95	0,865	4,428	0,10
Universitarios (CR) (CR)	3,9	4,60	1,911	11,101	0,001
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	1,9	1,0			
Regular	4,1	2,59	1,325	5,064	0,005
Malo	4,1	3,09	0,989	9,696	0,05

También parece haber diferencias entre distritos en el uso de las medicinas alternativas, siendo el distrito de Ciudad Jardín donde mayor uso se hace de medicinas alternativas (estos datos dado el bajo uso de medicinas alternativas hay que tomarlos con cautela) (Tabla 62).

Tabla 62. Uso de medicina alternativas por distritos

DISTRITOS	Uso de medicinas alternativas
1. MÁLAGA-CENTRO	3,3%
2. MÁLAGA ESTE	4,0%
3. CIUDAD JARDÍN	8,5%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	0,5%
5. PALMA-PALMILLA	1,0%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	3,0%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	1,2%
8. CHURRIANA	1,0%
9. CAMPANILLAS	
10. PUERTO DE LA TORRE	2,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	1,8%

No han recibido asistencia médica

A los entrevistados se les preguntó si en alguna ocasión, necesiándola, no habían recibido asistencia, así como los motivos. 44 (2,1 %) contestaron afirmativamente.

Las razones por la que no la recibieron fueron respuestas a preguntas abiertas y se han agrupado en la siguiente tabla (Tabla 63):

Tabla 63: Motivos por los que no recibieron asistencia

Motivos	n	%
1. No me lo podía permitir (no recursos o no cubierto por el seguro)	7	15,9
2. Había que esperar demasiado	13	29,5
3. No disponía de tiempo(trabajo, cuidado de los niños o..)	2	4,5
4. Demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte	1	2,3
6. Quise esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo	5	11,4
7. Otras razones*	16	36,4

* Miedo al médico/hospitales/exploraciones médicas/tratamiento..

N- DETERMINANTES DE LA SALUD

Obesidad

Se ha considerado como obesa a una persona con un $IMC \geq 30$. El IMC Peso/Talla^2 ha sido calculado a partir del peso y la talla referidos por el encuestado. Las limitaciones de esta aproximación son bien conocidas, pero globalmente proporciona una información que orienta sobre el estado de sobrepeso de la población.

La información pues sobre prevalencia de obesidad será solo orientativa.

La prevalencia de personas con un $IMC \geq 30$ ha sido de 15,5 %. Esta prevalencia es sensiblemente menor que la encontrada en estudios recientes²³,

²³Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012;55:88-93.

probablemente porque las persona tienden a sobrestimar su talla y subestimar su peso cuando se les pregunta.

Las variables que se han asociado más significativamente con la obesidad han sido el nivel de estudios y el estado de salud. Las personas con menos nivel de estudios han tenido hasta 4 veces más prevalencia de obesidad con un OR de 2,74 después de ajustarlo por otras variables. También los casados y divorciados y las personas con peor estado de salud han estado más obesas. Por el contrario los estudiantes han sido menos obesos. (Tabla 64).

Tabla 64 Prevalencia y OR de obesidad (IMC \geq 30)

MODELO		OR	IC 95 %		p
	Prevalencia de personas con IMC \geq 30*		Inf	Sup.	P*
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	26,7%	2,742	1,777	4,229	0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	12,9%	1,693	1,130	2,535	0,011
Universitarios (CR) (CR)	7,2%	1,00			
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	12,6%	1,0			
Parado/ama de casa	15,6%	0,891	0,639	1,242	0,494
Estudiante	1,1%	0,137	0,032	0,578	0,007
Jubilado/pensionista	25,3%	0,799	0,505	1,265	0,338
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	11,0%				
Regular	28,7%	2,144	1,594	2,883	0,000
Malo	35,7%	2,828	1,752	4,564	0,000
ESTADO CIVIL					
Soltero	8,3%	1,00			
Casado o pareja de hecho	18,3%	1,475	1,020	2,133	0,039
Divorciado o separado	32,6%	1,770	1,011	3,099	0,046
Viudo	11,8%	0,788	0,442	1,404	0,419

La prevalencia de obesidad en el modelo completo no ha sido significativamente diferente en función de la edad y el sexo.

*El IMC (Peso/Talla²) ha sido calculado a partir del peso y la talla referidos por el encuestado. Las limitaciones de esta aproximación son bien conocidas, pero

globalmente proporciona una información que orienta sobre el estado de sobrepeso de la población. La información, pues sobre prevalencia de obesidad es solo orientativa

La prevalencia de obesidad ha variado entre el 21,0 % en la Palma-Palmilla y el 7% en Churriana (Tabla 65). Las diferencias en la prevalencia de obesidad, al menos en los valores más extremos han permanecido significativas después de ajustar en un modelo de RL la asociación de obesidad y los distritos por la edad, el sexo, el nivel de estudios, situación laboral, estatus familiar o estado de salud.

Tabla 65. Prevalencia de personas con IMC \geq 30 en función de los distritos

DISTRITOS	IMC \geq 30*
1. MÁLAGA-CENTRO	10,7%
2. MÁLAGA ESTE	11,2%
3. CIUDAD JARDÍN	20,2%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	19,7%
5. PALMA-PALMILLA	21,4%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	15,2%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	19,3%
8. CHURRIANA	7,0%
9. CAMPANILLAS	23,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	11,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	8,3%

*El IMC (Peso/Talla²) ha sido calculado a partir del peso y la talla referidos por el encuestado. Las limitaciones de esta aproximación son bien conocidas, pero globalmente proporciona una información que orienta sobre el estado de sobrepeso de la población. La información, pues sobre prevalencia de obesidad es solo orientativa

. Identificación del esquema corporal

Concordancia entre la opinión sobre su peso y los datos del IMC

Solo el 54,4 % opinaron que su peso era normal. Es decir cerca de la mitad de la población ha creído tener un peso “no normal”, de los cuales solo el 5,4 % creyeron tenerlo por debajo de lo normal” (Tabla 66).

Tabla 66: Opinión sobre su propio peso

Respecto a su estatura en su opinión su peso es:	%
1. Bastante mayor de lo normal	8,9
2. Algo mayor de lo normal	29,8
3. Normal	54,4
4. Menor de lo normal	5,4

Como era de esperar esta opinión estuvo condicionada por el grado de sobrepeso real, pues mientras que solo el 4 % de las personas con un $IMC < 30$ opinaron que su peso era bastante mayor de lo normal, el 35,4 % de las personas con un $IMC \geq 30$ consideraron tener un peso bastante mayor que lo normal (Tabla 67).

En todo caso (asumiendo el criterio del $IMC \geq 30$, como obeso) un elevado número de personas (cerca del 40 % de los no obesos y el 13 % de los obesos) tienen una cierta deformación a la hora de apreciar su estado de sobrepeso.

Tabla 67. Opinión sobre su propio peso en función del IMC estimado

	1. Bastante mayor de lo normal	2. Algo mayor de lo normal	3. Normal	4. Menor de lo normal
$IMC < 30$	4,0%	26,4%	62,1%	6,4%
$IMC \geq 30$	35,4%	48,3%	13,2%	

Esta pregunta se ha completado con la siguiente en la que se le pide que se identifique con la terminología “clínica” (“obesidad, sobrepeso, delgado..”) (Tabla 68).

Llama la atención que solo el 2,6 % de la muestra se haya considerado obeso, aunque esta proporción real haya sido mayor (14,4 % en las personas con un $IMC > 30$ que deberían haberse reconocida como tales).

Esta disociación es aún mayor si se tiene en cuenta que la prevalencia más probable de obesidad (según los estudios más recientes²⁴) deben estar alrededor del 30 % que es aproximadamente la proporción de personas que se identifican con sobrepeso.

²⁴ Soriguer F, et al, ibiden

La conclusión que podemos extraer es que muchas personas no se reconocen como obesas sino si acaso como sobrepeso. Esta dificultad para reconocer su situación ponderal es sin duda uno de los problemas más importantes pues es muy difícil hacer frente a un problema si este no se reconoce ni se identifica adecuadamente

Tabla 68. Opinión sobre su propio peso.

En mi opinión estoy:	% (toda la muestra)	Hombres	Mujeres	IMC<30	IMC>=30
1. Muy delgado	1,1	1,0	1,1	1,3	0,0
2. Delgado	8,4	10,4	6,7	9,9	0,6
3. Normal	57,3	61,1	53,8	64,7	17,6
4. Con sobrepeso	30,0	24,8	34,7	23,8	63,9
5. Obeso	2,6	2,1	2,9	,3	14,4
6. Muy obeso	,6	,5	,6	,1	3,4

Actitud ante el peso corporal

El 44,9 % de las personas estudiadas querrían perder peso. Esta proporción es mayor en las mujeres y, como era de esperar en las personas con un IMC>=30 (en las que el 83,7 % querrían perderlo) (Tabla 69.). Una actitud positiva para perder peso que contrasta con la dificultad para reconocerse como personas con obesidad.

Tabla 69. Respecto a su peso, usted querría:

Actitud antes su peso	% Todos	Hombres	Mujeres	IM<30	IM>=30
1. Está conforme con su peso	48,8	55,7	42,6	55,0	14,7
2. Ganar peso	5,6	7,4	3,9	6,6	0,3
3. Perder peso	44,9	36,1	52,8	37,9	83,7

El 35,5 % de las personas estudiadas han hecho alguna vez dieta para adelgazar. Esta proporción ha sido mayor en las mujeres que en los hombres, así como en las personas con un $IMC \geq 30$ en las que el 65 % han hecho alguna vez dieta para adelgazar. Un 13,4 % reconocen que habiendo hecho dieta o no han perdido peso o lo han vuelto a ganar. Esta proporción es el doble en las mujeres que en los hombres y ha ocurrido en uno de cada tres personas con un $IMC \geq 30$ (Tabla 70). Esta dificultad para mantener el peso perdido es una experiencia clínica y epidemiológica bien conocida, que se reproduce en los datos de esta encuesta.

Tabla 70. ¿Ha hecho alguna vez dieta para adelgazar?

	% Todos	Hombres	Mujeres	$IM < 30$	$IM \geq 30$
1. No, nunca	64,6	74,0	56,1	68,3	44,8
2. Sí y perdí peso	21,7	16,8	26,1	21,1	24,8
3. Sí y no perdí peso	2,4	2,1	2,7	1,8	5,6
4. Sí, perdí peso y lo he vuelto a ganar	11,0	7,0	14,7	8,5	24,5

En los últimos tres años han ganado peso el 26,3 % y perdido el 19,5 %, lo que supone una ganancia neta poblacional de peso. Una observación que concuerda con el aumento de peso que se observa a lo largo de los años así como con el aumento continuo de la incidencia de obesidad observado en numerosos estudios. Las mujeres dicen haber ganado peso con más frecuencia que los hombres y, como era de esperar también lo han hecho con más frecuencia las personas con un $IMC \geq 30$ (Tabla 71).

Tabla 71. Cambios de peso en los últimos tres años

En los últimos tres años	% Todos	Hombres	Mujeres	$IM < 30$	$IM \geq 30$
1. He ganado peso	26,6	22,6	30,3	27,3	37,6
2. He perdido peso	19,5	18,4	20,6	18,2	18,5
3. Mi peso no se ha modificado	52,9	58,6	47,8	45,5	43,3

O- CONSUMO DE TABACO

El 32,9 % de los encuestados fuman todavía y un 15 % han fumado. Esta frecuencia es mayor que la media nacional publicad en otros estudios similares (26 %), aunque esta diferencia puede ser debido a la menor edad (46,80 años de media) de este estudio frente a los 51 años del estudio nacional y andaluz de referencia²⁵.

Los hombres fuman más que las mujeres, siendo el número de personas que nunca han fumado mayor en las mujeres ($p < 0,0001$) (Tabla 72)

El 98 % han fumado cigarrillos y el 2 % puros (solo hombres)

Tabla 72. Prevalencia de fumadores y exfumadores

	Todos (%)	Hombres	Mujeres*
Fuma diariamente	29,1	34,9	23,9
Fuma, pero no diariamente	2,8	2,8	2,8
No fuma actualmente, pero ha fumado antes	15,0	17,6	12,6
No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual	53,2	44,7	60,8

* $P < 0,0001$

Entre los fumadores el número medio de cigarrillos por día han sido de $14,12 \pm 9,01$. El 29 % han fumado menos de 10 cigarrillos por día, el 36,6 entre 10 y 19 y el 34,4 % 20 o más cigarrillos por día.

Las mujeres han fumado un menor número de cigarrillos por día que los hombres ($12,66 \pm 7,65$ vs $15,27 \pm 9,75$). ($p < 0,0001$).

Tanto en hombres como en mujeres el número de fumadores ha aumentado hasta la década de los cuarenta que comienza a disminuir. Aunque las mujeres han fumado

²⁵ Soriguer F, et al. Op. cit

menos que los hombres estas diferencias son sobre todo a partir de la década de los cuarenta. (Tabla 73).

Tabla 73. Prevalencia de fumadores a lo largo de los años en función del sexo

EDAD Años	% de fumadores	
	Hombres	Mujeres
<20	27,8%	24,0%
20-29	33,5%	26,2%
30-39	40,6%	35,1%
40-49	52,5%	36,1%
50-59	42,0%	35,2%
60-69	29,1%	15,2%
70-79	24,7%	6,3%
>=80	10,5%	0,00

Aunque el número de fumadores ha ido disminuyendo a partir de la década de los cuarenta el número medio de cigarrillos diarios fumados ha seguido aumentando, hasta la década de los setenta indicando que han sido los fumadores más recalcitrantes los que han perseverado en el hábito (Tabla 74).

Tabla 74. Número de cigarrillos por edad entre los que han seguido fumando.

Años	N	Media	Desviación típica
<20	15	9,2667	4,92032
20-29	86	11,7791	7,25243
30-39	136	13,8162	9,39046
40-49	149	14,1141	8,08279
50-59	119	15,4454	8,83531
60-69	62	17,9677	11,89843
70-79	21	11,1429	8,32638
>=80	2	8,0000	5,65685
Total	590	14,1288	9,01557

La edad media de comenzar a fumar ha sido de $17,2 \pm 4,68$ años.

Los hombres han comenzado, aproximadamente, un año antes a fumar ($p=0,001$) (Tabla 75).

Tabla 75. Edad de comenzar a fumar en función del sexo

	N	Media	Desviación típica
Hombre	534	16,58	4,33
Mujer	416	17,980	4,99

La edad de iniciarse en el hábito tabáquico ha estado significativamente asociada al nivel de los estudios ($p=0,01$), siendo en quienes no tienen estudios casi dos años menos que en quienes tienen estudios universitarios ($p=0,01$) (Tabla 76).

Tabla 76. Edad de comenzar a fumar en función del nivel de estudios

Nivel de estudios	N	Media	Desviación típica
Sin estudios o solo hasta los 12 años	315	16,4127	4,76998
Secundarios hasta los 16 años o Bachiller o FP (hasta los 18)	460	17,4261	4,53370
Universitarios	174	18,0287	4,73754

Como se ve en la **Fig.33** las personas con mayor nivel de estudios comenzaron a fumar más tarde ($p<0,0001$). Pero esto ocurrió sobre todo en los hombres. Por otro lado mientras que los hombres cualquiera que fuese la edad actual prácticamente comenzaron a fumar a la misma edad, las mujeres a partir de los 50 años habían comenzado a fumar más tarde indicando claramente como a partir de una determinada generación un número importante de mujeres se incorporaron al hábito de fumar más pronto (**Fig. 34**). Como se ve claramente en la **Fig. 34** entre el sexo y la edad existió una clara interacción significativa ($p<0,0001$).

Fig.33. Edad en la que comenzó a fumar en función del nivel de estudios y del sexo

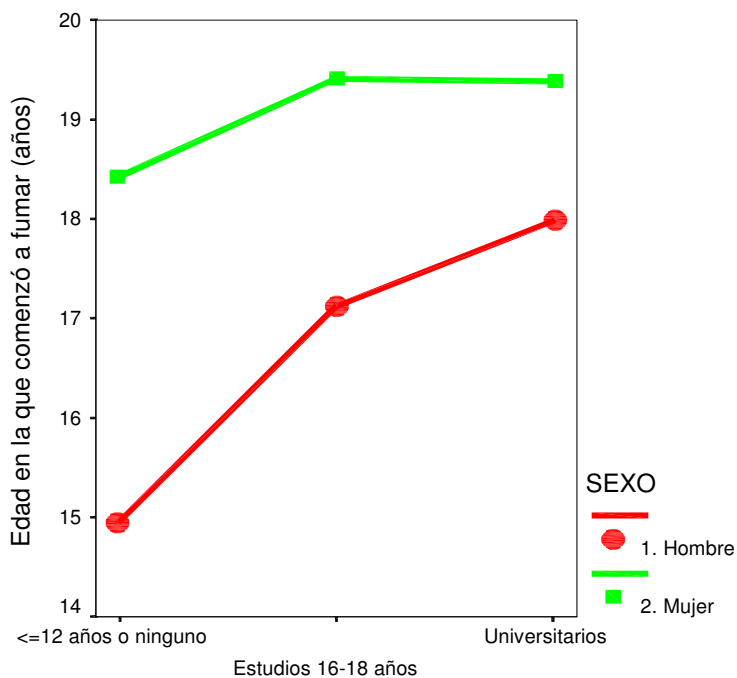
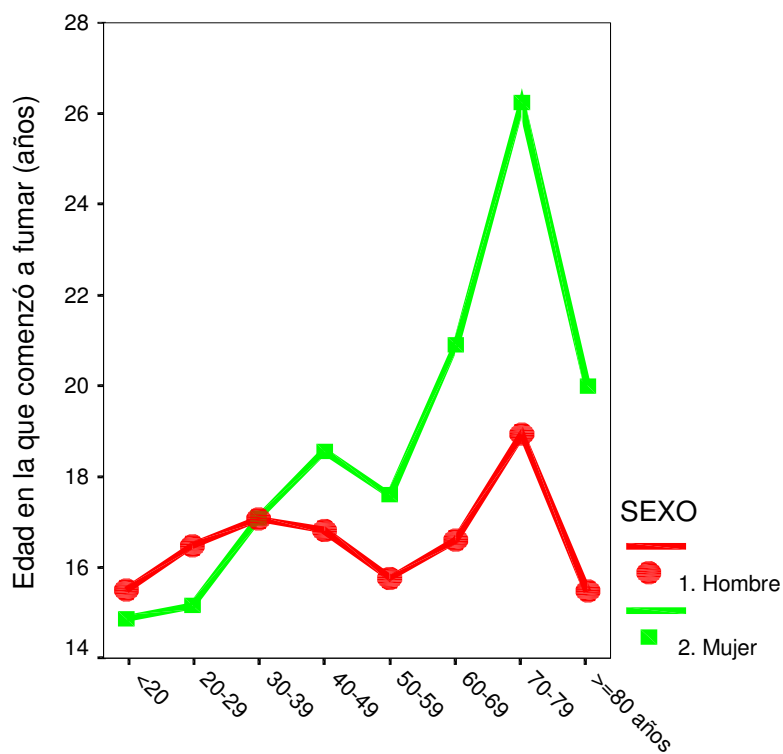


Fig.34. Edad en la que comenzó a fumar en función de la edad y del sexo



Entre las personas que fuman solo la cuarta parte habían hecho algún intento serio de dejar de fumar definido como: (haberlo intentado y haber estado al menos 24 horas sin fumar). De ellos solo el 15 % lo habían intentado una vez y el otro 5 % dos o más (Tabla 77).

Tabla 77. Intentos de dejar de fumar

Intentos de dejar de fumar	n	%
0, ninguno	496	75,0
1	103	15,6
2	25	3,8
3	9	1,4
4	8	1,2
5 o más	19	2,9

Condicionantes de la situación de fumador

En un modelo multivariante (RL), el sexo (varón), el no tener estudios, el estar casado o separado, han sido las variables que más han contribuido a explicar el riesgo de fumar. Por el contrario el ser estudiante y el tener más de 70 años se ha asociado con un menor riesgo (Tabla 78).

Sorprendentemente en el modelo completo el estado de salud no ha influido en el hábito de fumar (Tabla 78).

Tabla 78. Modelo de regresión logística. Variable dependiente (No estar -0- o sí estar -1- fumando en el momento actual)

MODELO		OR	IC 95 %		p
	% de fumadores		Inf	Sup.	P*
Sexo (Mujeres /Hombres)	37,5%/26,6 %	0,575	0,467	0,709	<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	37,9%	3,109	2,242	4,310	0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	33,0%	1,604	1,227	2,098	0,001
Universitarios (CR) (CR)	22,6%	1,00			
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	34,0%	1,00			
Parado/ama de casa	41,8%	1,191	0,933	1,519	0,161
Estudiante	19,1%	0,467	0,281	,777	0,003
Jubilado/pensionista	20,1%	1,097	0,692	1,737	0,695
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	31,6%	1,00			
Regular	32,7%	1,255	0,948	1,661	0,113
Malo	32,7%	1,218	0,731	2,028	0,449
ESTADO CIVIL					
Soltero (CR)	39,9 %	1,00			
Casado o pareja de hecho	26,4 %	0,458	0,348	0,602	0,000
Viudo	15,5 %	0,443	0,253	0,775	0,004
Divorciado o separado	51,2 %	1,202	0,801	1,804	,374
EDAD					
<20	26,2%				
20-29	30,0%	1,056	0,529	2,109	0,877
30-39	37,9%	1,483	0,703	3,129	0,301
40-49	43,8%	1,976	0,919	4,245	0,081
50-59	38,3%	1,553	0,714	3,379	0,267
60-69	21,6%	0,613	0,264	1,425	0,256
70-79	14,2%	0,357	0,137	0,931	0,035
>=80	3,3%	0,073	0,014	0,387	0,002

Exposición al tabaco

El 27,4 % de la población estuvo expuesta en algún momento pasivamente al humo del tabaco. La exposición indirecta al tabaco se produjo sobre todo en la casa. Casi la cuarta parte de las personas dijeron estar sometidas a una exposición indirecta al tabaco en la casa. De ellas hasta un 6,9 % durante cinco o más horas al día. Mucho menor fue la exposición al tabaco en los lugares de trabajo o en los lugares públicos (Tabla 79)

Tabla 79. Proporción de personas que están expuestas de manera indirecta al tabaco

	Dentro de su casa	Lugar de trabajo	Medios de transporte y lugares públicos cerrados (bares, restaura
Nunca o casi nunca	76,5	89,9	93,7
Menos de una hora al día	10,6	5,2	4,6
Entre 1 y 5 horas al día	5,9	3,1	1,4
Más de 5 horas al día	6,9	1,0	0,1

La prevalencia de fumadores pasivos ha disminuido claramente con la edad. Las personas sin estudios han estado expuestas con más frecuencia de manera pasiva al humo del tabaco (Tabla 80).

En el modelo completo ni el sexo, ni el estado civil o la situación laboral se han asociado significativamente con la probabilidad de ser un fumador pasivo (datos no mostrados).

Tabla 80. Exposición pasiva al tabaco. Prevalencia y OR (asociación con la edad y el nivel de estudios)

		OR	IC 95 %	p	
			Inf	Sup.	P*
EDAD	Exposición pasiva al tabaco				
<20 (CR)	52,5%	12,284	3,335	45,245	0,000
20-29	42,4%	10,364	3,187	33,705	0,000
30-39	28,2%	5,632	1,777	17,850	0,003
40-49	26,0%	4,667	1,486	14,650	0,008
50-59	27,4%	4,807	1,544	14,965	0,007
60-69	21,0%	3,681	1,247	10,862	0,018
70-79	10,1%	1,538	,490	4,827	0,461
>=80 (CR)	6,7%	1,00			
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años	28,8%	2,771	1,983	3,873	0,000
Estudios hasta los 16 o 18 años	30,2%	1,802	1,368	2,375	0,000
Universitarios (CR)	20,0%	1,00			

P. CONSUMO DE ALCOHOL

Consumo de bebidas alcohólicas.

A la pregunta: ¿con que frecuencia toma usted bebidas alcohólicas?, el 43,9 % de la población contestó no tomarlas nunca (y el 55,1 % sí), siendo casi el doble de mujeres que hombres que no las consumieron (Tabla 81).

Por otro lado entre los hombres el 18,3 % tomaron bebidas alcohólicas a diario.

Tabla 81. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	n	Todos (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
1. Nunca	910	43,9	30,3	56,1
2. Ocasionalmente	705	34,0	38,4	30,1
3. Los fines de semana	234	11,3	13,0	9,7
4. A diario o casi	223	10,8	18,3	3,9
Todos	2073			
-----	-----	-----	-----	-----
Toman bebidas alcohólicas en algún momento (ocasionalmente, los fines de semana o a diario)	1162	55,1	69,7	43,7

El consumo de bebidas alcohólicas disminuyó con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Aunque las mujeres consumieron con menos frecuencia bebidas alcohólicas estas diferencias fueron menores en las mujeres más jóvenes (Tabla 82).

Tabla 82. Consumo de bebidas alcohólicas en función de la edad y el sexo

EDAD	% de personas que toman alguna bebida alcohólica		
	Todos	Hombres	Mujeres
<20	68,9%	75,0%	60,0%
20-29	72,4%	75,7%	68,9%
30-39	60,9%	73,3%	48,5%
40-49	57,0%	69,8%	45,5%
50-59	58,7%	72,0%	47,8%
60-69	43,5%	64,9%	25,3%
70-79	36,7%	53,4%	24,0%
>=80	23,3%	47,4%	12,2%

Aproximadamente un tercio tomaron bebidas alcohólicas solo en las comidas y otro tercio solo fuera de las comidas. (Tabla 83), La edad media fue mayor en los que tomaban alcohol solo en las comidas (Tabla 83).

Tabla 83. Momento en el que se toma la bebida alcohólica

Momento en el que toma la bebida alcohólica	n	%	Edad
1. Solo en las comidas	404	34,7	52,48±14,47
2. Solo fuera de las comidas	397	34,1	36,20±15,17
3. En ambos momentos	352	30,3	40,88±14,00
Total	1163		P<0,0001

Los hombres, universitarios (70.2 %), solteros (64,0%) y los estudiantes (63,4 %) son los que han tomado bebidas alcohólicas con más frecuencia.

Tal vez en contra de lo esperado, en este caso han sido los que tienen estudios universitarios los que han consumido con más frecuencia bebidas alcohólicas. (Tabla 84). Como era de esperar las personas con peor estado de salud han bebido menos frecuentemente

Tabla 84. Prevalencia de bebedores y asociación (OR) con las variables incluidas en la tabla. Modelo de Regresión logística. Variable dependiente (0) No bebe nada (1) Bebe

MODELO	% de bebedores**	OR	IC 95 %		p P*
			Inf	Sup.	
Sexo (Mujeres /Hombres)	43,8 %//69,7%	3,006	2,460	3,674	<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	41,4%	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	58,1%	1,352	1,061	1,722	0,015
Universitarios (CR)	70,2%	2,285	1,696	3,079	0,000
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	63,0%	1,00			
Parado/ama de casa	55,7%	1,117	,879	1,418	0,366
Estudiante	74,9%	1,400	,931	2,104	0,106
Jubilado/pensionista	38,7%	0,628	0,468	0,841	0,002
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	62,4%	1,00			
Regular	38,3%	,575	,446	,743	<0,0001
Malo	25,5%	,371	,224	,613	<0,0001
ESTADO CIVIL					
Soltero (CR)	68,5%	1,00			
Casado o pareja de hecho	52,3%	0,695	0,550	0,878	0,002
Viudo	29,9%	,0759	,481	1,199	0,238
Divorciado o separado	52,9%	,944	,646	1,378	0,763

**% (Proporción de los que toman bebidas alcohólicas. *P (ajustada por la edad: por otro lado no significativa)

A aquellas personas que han contestado tomar al menos ocasionalmente bebidas alcohólicas se les ha vuelto a preguntar con mayor detalles la periodicidad (o frecuencia de la toma en los últimos 12 meses) (Tabla 85).

De entre los que beben la mayoría (casi el 50 %) lo hacen ocasionalmente y solo un 16,3 % diariamente. El número de hombres que beben diariamente es 3 veces mayor que el de mujeres.

Tabla 85. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?

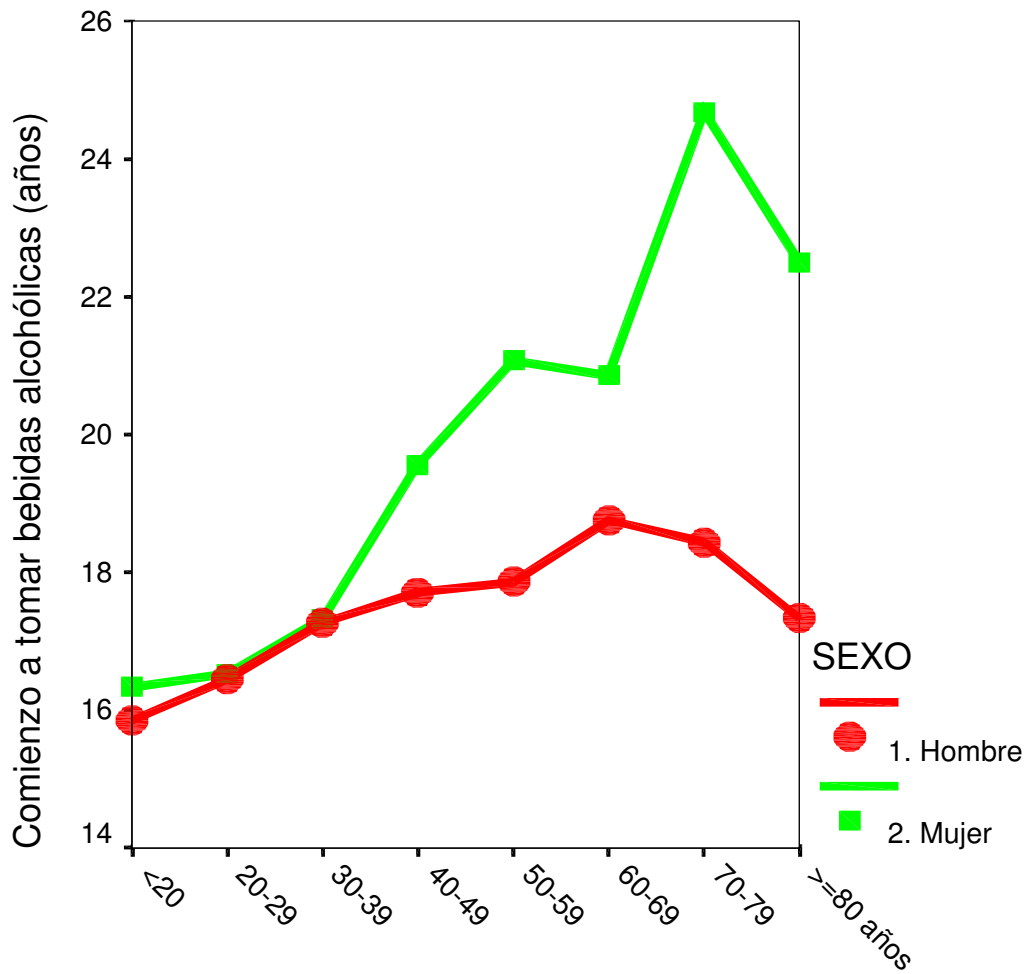
Frecuencia	N (todos)	% (todos)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Todos los días	189	16,3	22,5	7,3
De 3 a 6 veces a la semana	115	9,9	11,4	7,7
De 1 a 2 veces a la semana	280	24,1	23,4	25,1
De 2 a 3 veces al mes	287	24,7	23,9	25,7
Una vez al mes o menos	281	24,2	18,2	32,6

Años en los que comenzó a tomar bebidas alcohólicas

La edad (actual) ha sido un condicionante importante del momento en el que comenzaron a beber ($p < 0,0001$), pues los más jóvenes han comenzado a beber antes. También el sexo ($p < 0,0001$), existiendo una interacción significativa entre la edad y el sexo ($p < 0,0001$) de manera que las mujeres y los hombres jóvenes han comenzado a beber a la misma edad pero a partir de las personas que ahora tienen unos cuarenta años las mujeres habían comenzado a beber más tarde (**Fig. 35**)

(Otras variables como el nivel de estudios no han influido en la edad en la que comenzaron a tomar bebidas alcohólicas)

Fig. 35. Edad cuando comienza a tomar bebidas alcohólicas en función de la edad y el sexo



De entre las personas que tomaron bebidas alcohólicas (alrededor de 1200), la bebida más consumida ha sido la cerveza y el vino tinto, siendo la cerveza la que se tomo con más frecuencia diariamente (Tabla 86)

Tabla 86. Bebidas habitualmente consumidas (Frecuencia) (%)

	Vino tinto	Vino blanco	Vino rosado	Vino dulce	Cerveza	Licores, destilados
	%	%	%	%	%	%
5 o más veces al día	0,1	0,1	0	0	1,3	0
4 veces al día	0,1	0	0	0	0,6	0
3 veces al día	0,2	0	0,1	0	1,7	0,2
2 veces al día	1,0	0	0	0	4,4	0,4
1 vez al día	2,8	0,3	0,2	0,3	6,4	0
De 4 a 6 veces a la semana	1,4	0,7	0,3	0,3	4,4	0,8
De 2 a 3 veces a la semana	2,9	0,4	0,3	0,3	12,9	4,0
1 vez a la semana	3,3	1,4	0,7	1,0	11,3	8,3
De 2 a 3 veces al mes	6,3	1,9	1,2	3,5	13,5	14,6
1 vez al mes	5,9	4,7	4,4	5,4	12,0	14,4
Nunca o casi nunca	31,7	89,5	92,0	88,2	31,0	56,2

Q.- DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

Horas de sueño

El número medio de horas de sueño al día (incluido la siesta) es de $7,25 \pm 1,35$.

Los más jóvenes durmieron más horas. El número de horas de sueño descendió hasta la década de los cincuenta para aumentar posteriormente ($p < 0,0001$). Esto ocurrió tanto en hombres como en mujeres sin que hubiera diferencias significativas entre sexos (**Fig. 36**).

Las personas con menos estudios durmieron menos horas al menos hasta los setenta años ($p = 0,01$) (**Fig. 37**).

Las personas con peor estado de salud percibido han dormido menos horas, al menos en las décadas centrales de la vida, ($p = 0,01$) (**Fig. 38**).

Numerosos estudios han demostrado en los últimos años la importancia del sueño como factor de riesgo para la salud²⁶. Los resultados del estudio muestran que más del cincuenta por ciento de la población de Málaga duerme menos de 7 horas diarias.

Parece razonable diseñar estrategias para aumentar el número de horas diarias dedicadas al sueño. Indagar en las razones locales de porque es esto así e incluir dentro de los programas del plan municipal de salud estrategias para conseguirlo deben formar parte de los objetivos del plan.

²⁶Gutiérrez-Repiso C, Soriguer F, et al. Night-time sleep duration and the incidence of obesity and type 2 diabetes. Findings from the prospective Pizarra study. *Sleep Med.* 2014 Nov;15(11):1398-404..

Fig. 36. Horas de sueño en función de la edad y el sexo

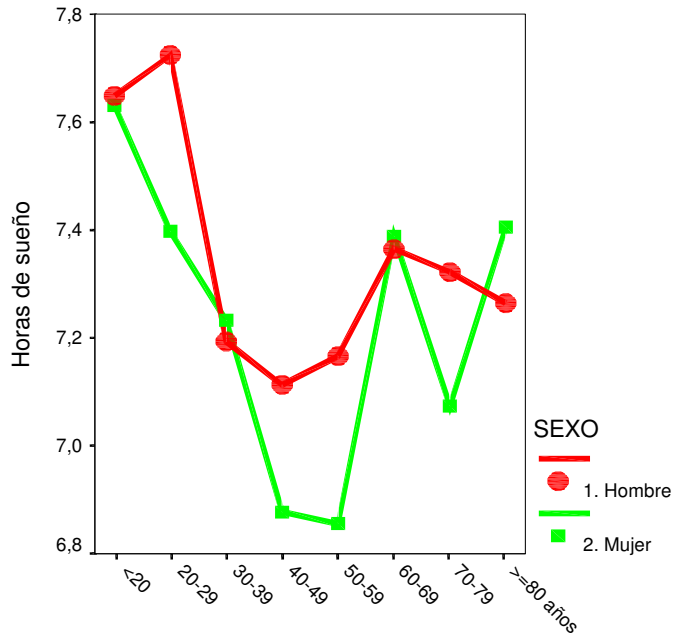


Fig. 37. Horas de sueño en función de la edad y del nivel de estudios

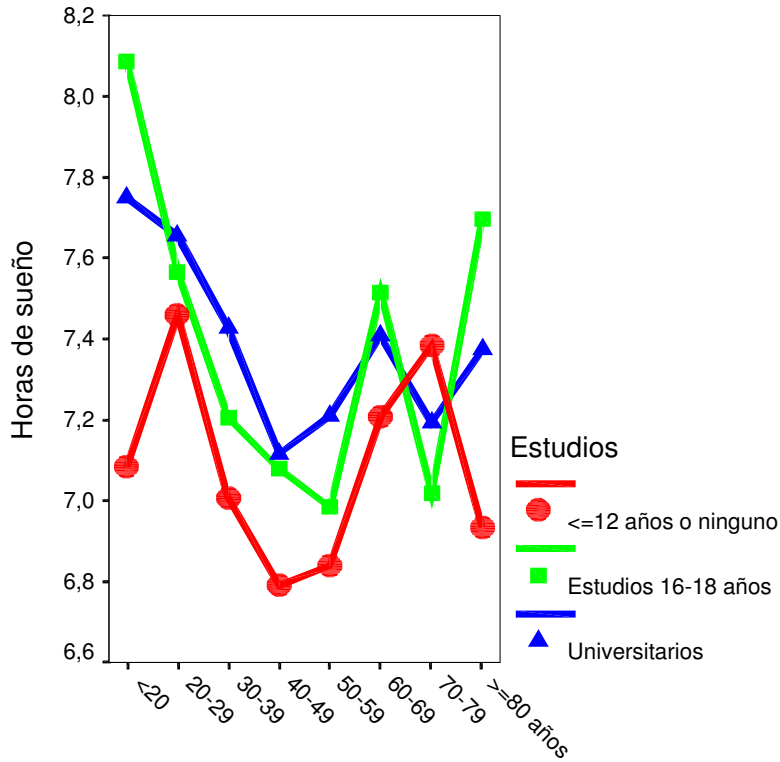
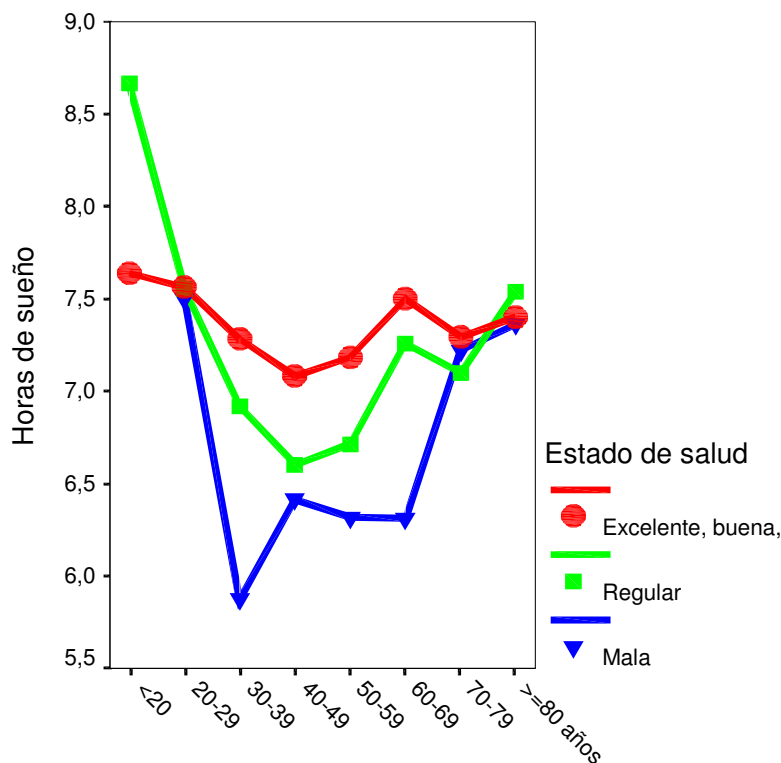


Fig. 38. Horas de sueño en función del estado de salud



Actividad física en la vida cotidiana

Solo el 12,3 % tuvieron un trabajo activo. El resto (87,56%) fue o muy sedentario (39,1 %) o sedentario (48,1%) (Tabla 87).

Tabla 87. Intensidad del trabajo habitual

¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)	n	%
1. Sentado/a la mayor parte de la jornada	811	39,1
2. De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes	1004	48,4
3. Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamiento	218	10,5
4. Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico	38	1,8
Total	2071	

La actividad sedentaria fue mayor en las personas con peor estado general, aquellas con mayor nivel de estudios, sin trabajo y en los casados (Tabla 88).

Dada la baja intensidad de la actividad física durante la vida cotidiana (incluida la laboral) no es sorprendente que aunque la edad en el análisis bivariante si que se asoció con el grado de actividad cotidiana, sin embargo en el modelo conjunto no aporte significación (quedando desplazada por la presencia del resto de las variables asociadas a la edad).

Tabla 88. Prevalencia (%) y OR de tener una actividad sedentaria en la vida cotidiana

MODELO		OR	IC 95 %		p
	Trabajo o actividad diaria cotidiana más sedentarios (%)		Inf	Sup.	P*
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	89,1%	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	84,4%	1,291	,908	1,836	,155
Universitarios (CR)	92,2%	3,333	2,093	5,305	,000
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	79,1%	1,00			
Parado/ama de casa	89,2%	2,472	1,783	3,429	0,000
Estudiante	94,5%	4,422	2,161	9,046	0,000
Jubilado/pensionista	96,1%	5,116	2,708	9,665	0,000
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	85,7%	1,00			
Regular	92,4%	1,700	1,111	2,603	0,015
Malo	98,0%	5,729	1,375	23,868	0,017
ESTADO CIVIL					
Soltero (CR)	88,6%	1,00			
Casado o pareja de hecho	85,1%	0,666	0,462	0,960	0,029
Viudo	97,1%	1,412	0,499	3,994	0,516
Divorciado o separado	87,8%	0,827	0,465	1,471	0,517

El sexo no se asoció con la intensidad de la actividad cotidiana. Aunque la edad en el análisis bivariante sí que se asoció con el grado de actividad cotidiana, sin embargo en el modelo conjunto no aporta significación (queda desplazada por la presencia del resto de las variables asociadas a la edad).

Actividad física en el tiempo libre

El 46,6 % no hizo ninguna actividad física en el tiempo libre y solo el 26,9 % hicieron alguna actividad física de manera regular en el tiempo libre (Tabla 89).

Tabla 89. Actividad física en el tiempo libre

	Frecuencia	%
No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)	965	46,6
Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)	549	26,5
Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)	309	14,9
Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	247	11,9
N	2070	

Las personas con menos estudios son las que han hecho menos actividad física en el tiempo libre, incluso después de ajustar el modelo de RL por el estado de salud (ver Tabla 90).

En términos absolutos el número de personas que hacen actividad física en el tiempo libre han estado en función de la edad, el sexo, la situación laboral y el estatus marital. Sin embargo cuando en el modelo se incluyó el nivel de estudios y el estado de salud, la significación estadística de la asociación entre aquellas variables y la prevalencia de actividad física en el tiempo libre desaparece (datos no mostrados), indicando que son, precisamente estas dos variables (educación y estado de salud las que condicionan sobre todo la distinta actividad física entre los grupos).

Tabla 90. Probabilidad y (OR) de no hacer ninguna actividad en el tiempo libre (1) vs hacerla (0)

	% (ninguna actividad física en tiempo libre)	OR	Ic 95 %		P*
			Inf	Sup	
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	40,3%	1,00			
Regular	64,5%	1,844	1,436	2,368	<0,0001
Malo	74,5%	2,700	1,650	4,418	<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	67,5%	4,038	3,020	5,400	<0,0001
Estudios hasta los 16 o 18 años	42,8%	1,804	1,417	2,295	<0,0001
Universitarios (CR)	28,6%	1,00			

*Las mujeres de manera independiente del resto de las circunstancias hicieron menos actividad física en el tiempo libre que los hombres (42,6 % vs 50,1 %). El sedentarismo también aumentó significativamente con la edad. Pero en el modelo de RL cuando se incluyeron las dos variables de la tabla ni la a edad, ni el sexo, ni la situación familiar o laboral, se han asociado en el modelo completo con el sedentarismo

Entre las personas que han hecho actividad física en el tiempo libre, la mitad lo han hecho entre 5-7 días por semana. El número de días a la semana que han practicado alguna actividad física, no ha sido significativamente diferente en función de la edad o el sexo (datos no mostrados).

Entre los que han hecho alguna actividad física 3 de cada 4 han hecho ejercicio al menos 3 o más días por semana y la mitad al menos una hora por semana. (Tabla 91).

Tabla 91. Intensidad del ejercicio (frecuencia y duración)

DÍAS POR SEMANA DE ACTIVIDAD FÍSICA (DEPORTE)	n	%
1-2 días	233	24,3
3-4	324	33,9
>=4/semana	400	41,8
N	957	
HORAS QUE PRACTICA POR DIA		
<=1 hora	483	50,6
>1 y <=2	371	38,9
3,00	100	10,5
N	954	

La edad media de las personas que hacen actividad física 4 o más días por semana es mayor ($p < 0,001$) (**Fig. 39**).

Por el contrario el número de horas por día de ejercicio ha sido significativamente mayor en los jóvenes ($p = 0,04$) (**Fig.40**). Esto ha ocurrido tanto en hombres como en mujeres pero en hombres con mayor intensidad (**Fig.41**) y solo hasta los cincuenta años pues a partir de esa edad los hombres y las mujeres hacen ejercicio el mismo número de veces por día (NS) (calculado en un modelo de ANOVA ajusta por la edad y el sexo, por el nivel de estudios y el estado de salud).

Estos resultados deben interpretarse, por un lado tanto, por la mejor gestión del tiempo como por la mayor concienciación de la importancia del ejercicio por las personas mayores y por otro la mayor intensidad (horas) en los jóvenes por su mayor capacidad y la necesidad de economizar el tiempo dedicado al ejercicio.

Fig. 39. Edad media en función del número de días de ejercicio a la semana

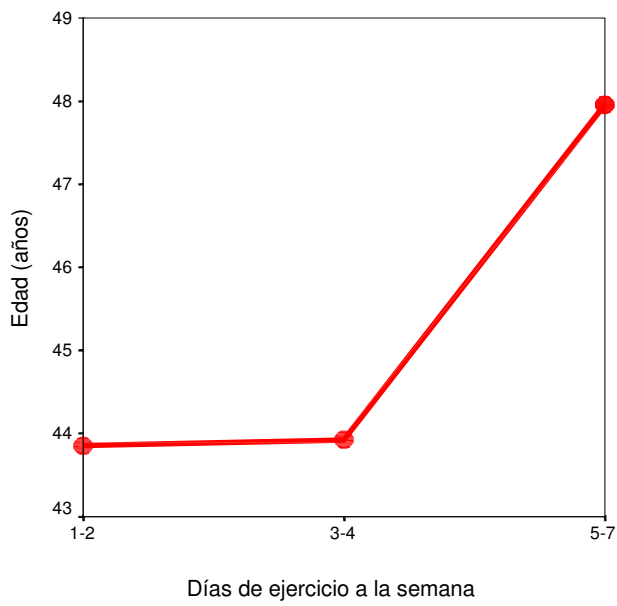


Fig. 40. Edad media en función de las horas de ejercicio por día

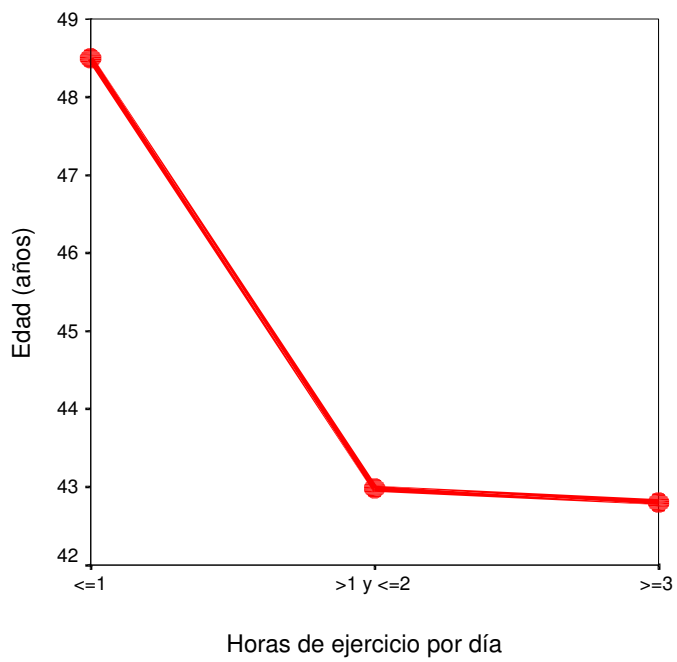
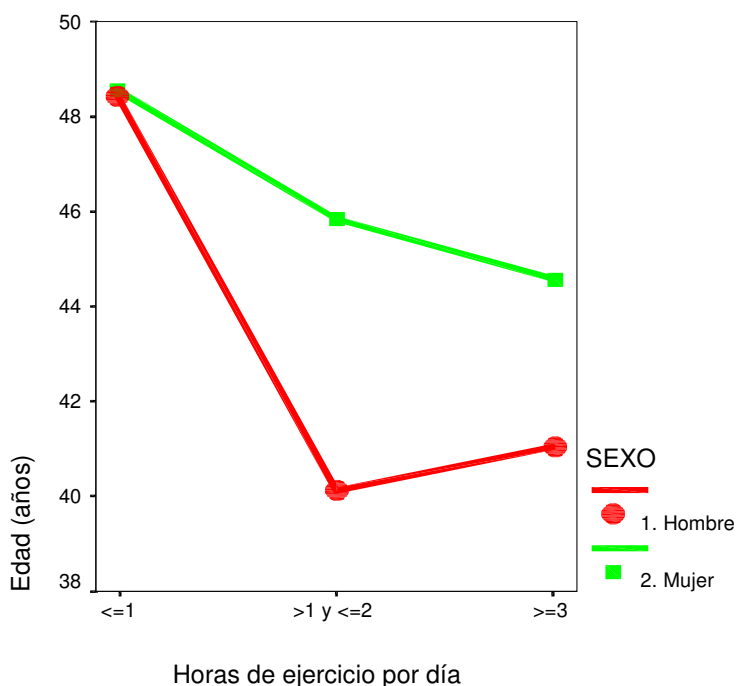


Fig. 41. Edad media en función de las horas de ejercicio por día y del sexo



Actividad física en el tiempo libre por distritos

El distrito con mayor índice de “sedentarismo” (no ejercicio en tiempo libre) ha sido La Palma-Palmilla (68 %) y el que menos Churriana. Las diferencias entre distritos al menos para los valores extremos permanecen significativas después de ajustar en un modelo de RL por la edad, el sexo, la situación laboral, el nivel de estudios (Tabla 92).

Tabla 92. Actividad física en el tiempo libre por distritos

	NINGUNA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE
1. MÁLAGA-CENTRO	51,7%
2. MÁLAGA ESTE	54,8%
3. CIUDAD JARDÍN	60,5%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	63,7%
5. PALMA-PALMILLA	68,0%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	53,8%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	50,2%
8. CHURRIANA	32,0%
9. CAMPANILLAS	52,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	61,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	42,2%

El ejercicio más frecuentemente practicado en el tiempo libre ha sido el caminar..

No obstante el tipo de actividad física fue diferente entre sexos. Las mujeres anduvieron e hicieron natación con mayor frecuencia que los hombres mientras que los hombres corrieron, montaron en bicicleta e hicieron ejercicio de musculación con mayor frecuencia que las mujeres ($p<0,0001$) (Tabla 93).

También la edad fue diferente entre ejercicios, pues las personas que anduvieron fueron las de mayor edad y quienes corrieron e hicieron ejercicio de musculación fueron más jóvenes ($p<0,0001$) (Tabla 93).

Tabla 93. Tipo de ejercicio que habitualmente practica

	n	%	Edad : Media (SD)	Hombre	Mujer**
Andar	266	12,8	54,22±10,04	21,9%	34,3%
Correr	117	5,6	37,79±12,80	15,0%	9,1%
Bicicleta	91	4,4	41,71±13,61	11,6%	7,1%
Nadar	32	1,5	48,50±15,35	2,0%	4,9%
Alguna combinación de los anteriores	265	12,8	41,21±14,78	26,2%	29,2%
Ejercicios de musculación	48	2,3	33,79±14,27	7,1%	2,7%
Musculación más alguna de los anteriores	141	6,8	36,24±13,93**	16,3%	12,8%
Total	960			100 %	100%

** $p<0,0001$

En la Tabla 94 se resume los días y horas promedios de actividad física intensa moderada y ligera (andar), así como las horas promedio que permanecen sentados

Tabla 94 Actividad realizada en la última semana

En la última semana	Días	Horas/d
Actividad física intensa (n=512)	3,61±1,70	1,70±1,15
Actividad física moderada (n=571)	3,88±1,83	1,73±1,13
Andar (caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer) (al menos 10 minutos) (n=1623)	4,71±1,92	1,24±0,88
Cuanto tiempo (h) permaneció sentado (un día cualquiera) (n=1965) Incluye el tiempo sentado/día, en los últimos 7 días en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión.		4,56±2,65

El gasto energético de una persona procede de su metabolismo basal (constante para cada persona sana) y diferente entre personas y de la actividad física²⁷. Dentro de esta históricamente la mayor fuente de demanda energética procedía del trabajo. Los resultados de este estudio confirman lo que es, por otro lado, bien conocido: que hoy la mayoría de las personas tienen una actividad física en su vida cotidiana, incluida la laboral muy pequeña y que por tanto su gasto energético procedente de la actividad laboral es muy bajo. Los resultados confirman también lo que numerosos estudios han puesto de manifiesto^{28, 29} que la actividad física desarrollada en el tiempo libre es escasa. De hecho solo el 26,9 % hacía ejercicio en el tiempo libre de manera regular, una proporción muy parecida a la encontrada en otros estudios en Andalucía (y en España)³⁰, en los que se comprueba que en España (y en Andalucía) el número de personas que hacen actividad física en el tiempo libre es de las más bajas de Europa.

²⁷ Otra pequeña parte depende de la llamada acción dinámica específica de los alimentos.

²⁸ Soriguer F,. [Physical activity and cardiovascular and metabolic risk factors in general population]. Med Clin (Barc). 2003 Nov 1;121(15):565-9.

²⁹ Gutiérrez-Repiso C, Soriguer et al. . Variable patterns of obesity and cardiometabolic phenotypes and their association with lifestyle factors in the Di@bet.es study. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2014 Sep;24(9):947-55.

³⁰ : Soriguer F, et al.. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012 Jan;55(1):88-93.

R-ALIMENTACIÓN

Horario de las comidas

La mayoría de las personas desayunaron, comieron y cenaron en casa, aunque hasta un 25 % de los hombres desayunaron fuera de casa. Las mujeres desayunaron, almorzaron y cenaron fuera de casa con menos frecuencia ($p < 0,01$).

Un 2,7 % (3,3 % de los hombres) dijeron no desayunar (Tabla 95)

Tabla 95. Lugar donde se hace con más frecuencia las tres comidas del día.

	En casa			Fuera de casa			No desayuna		
	Todos	H	M	Todos	H	M	Todos	H	M
Desayuno	81,2	74,5%	86,4%	15,0	19,3	11,1	2,5	3,3	1,7
Almuerzo	90,9	87,4	94,1%	7,7	10,7	5,0	0,3	0,4	0,2
Cena	94,5	92,9	96,1	3,8	5,3	2,5	0,9	0,7	1,0

El 53,7 % de las personas suelen comer algo aparte de las comidas principales (o bien a media mañana/aperitivo o bien en la merienda. Aproximadamente un tercio toman algo a media mañana y otro tercio en la merienda (Tabla 96).

El 18,2% toman aperitivo y merienda y otro 10 % toman alguna otra comida en distintos momentos del día.

Es decir más del 50 % de las personas toman al menos cuatro comidas al día y la mayoría (28,2 %) al menos cinco comidas al día.

Tabla 96. Otras comidas además de las 3 principales

Comidas además de las principales	%
Media Mañana/aperitivo	29,9
Merienda	32,9
Otras momentos	9,0

La costumbre de tomar más de tres comidas al día se asoció con el nivel de estudios. Las personas sin estudios, independientemente de la edad, sexo, situación laboral, familiar y estado de salud han comido más de tres comidas al día con más frecuencia. (Tabla 97).

Tabla 97. Prevalencia (y OR) de personas que toman más de tres comidas al día

ESTUDIOS	% DE PERSONAS QUE HACEN MÁS DE 3 COMIDAS AL DÍA	OR	IC 95 %		P*
			Inf	Sup	
Sin estudios o <12 años (CR)	62,8%	2,699	1,528	4,766	0,001
Estudios hasta los 16 o 18 años	50,8%	1,547	1,104	2,168	0,011
Universitarios (CR)	48,8%	1,00			

* ajustado por la edad, sexo, situación laboral, familiar y estado de salud (que no se han asociado significativamente con el hacer más de 3 comidas al día)

La comida más fuerte del día para el 82,6 % de los evaluados ha sido el almuerzo. Las mujeres han considerado la comida más fuerte la el desayuno, mientras que los hombres lo han hecho con la comida y la cena (p=0,0001) (Tabla 98)

Tabla 98. Comida principal del día

Comida	n	% (Todos)	Hombres	Mujeres
Desayuno	220	10,6	8,1%	12,8%
Almuerzo	1713	82,6	84,0%	81,4%
Merienda	7	0,3	0,2%	0,5%
Cena	133	6,4	7,6%	5,3%
Total	2073			

Personas sometidas a dietas o regímenes alimentarios especiales

172 personas (8,3 % de los evaluados) siguen alguna dieta o régimen especial. De ellas 95 (55,6 %) lo hacen por iniciativa propia y los 76 restantes (44,4%) por consejo de un profesional sanitario (Tabla 99)

Tabla 99. Personas bajo algún tipo de dieta alimenticia

	Para perder peso	Para mantener su peso actual	Para vivir más saludablemente	Por una enfermedad o problema de salud	Por otra razón
Iniciativa propia (n=95)	51 (53,7%)	7 (7,4%)	21 (22,1%)	2 (2,1 %)	14 (14,7%)
Consejo de un profesional sanitario (n=76)	31(40,8%)	2 (2,6%)	6 (7,9%)	35 (46,1%)	2 (2,6 %)
N=172	82 (48,0 %)	9 (5,3 %)	27 (15,8%)	37 (21,6%)	16 (9,4%)

{n (%)}

Aunque el número, en términos absolutos, que han seguido una dieta alimentaria no es muy grande (N=172), nos da una idea de la tendencia poblacional. De todas las personas que estaban haciendo un régimen alimentario el 48 % lo hicieron para adelgazar y de ellas más de la mitad (54,5 %) lo hicieron a iniciativa propia y un 21,1 % para mantener su peso actual o vivir “más saludablemente”.

Solo el tener un $IMC \geq 30$ (calculado a partir del Peso y la Talla referidos) se ha asociado significativamente con el estar haciendo algún tipo de régimen (7,3 % vs 13,2 %) (OR=2,08, IC95 1,34-2,99 (p=0,001). En un modelo de RL conjunto ni la edad ni el sexo, ni el nivel de estudios, la situación laboral o familiar o el estado de salud se han asociado significativamente con el estar o no haciendo algún tipo de régimen (datos no tabulados).

Alimentos habitualmente consumidos

En la Tabla 100, se resumen el consumo de los alimentos o grupos de alimentos, agrupados en tres categorías, según la frecuencia de su consumo. Esta información es complementaria a la de la encuesta Predimed (ver más adelante).

En la encuesta la información se ha obtenido ofreciéndole a los encuestados una escala de frecuencias de entre 5 a 10 posibilidades según el tipo de alimento (no es lo mismo

preguntar por la leche o el pan donde las posibilidades van desde varias veces al día hasta nunca, que por otros (p.e las pastas) que a lo sumo se toman con una frecuencia diaria. En todo caso para facilitar la interpretación en la tabla se han resumido todas las posibilidades a tres categorías de consumo: Muy frecuente, frecuente y ocasional. Dado que el concepto de frecuente no es independiente del alimento (p.e un helado diario es muy frecuente, pero leche una vez al día es solo frecuente, etc) en la tercera columna se indica para cada alimento el criterio seguido.

Tabla 100. Alimentos habitualmente consumidos (Frecuencia)

Alimento	Muy Frecuente (%) (*)	Frecuente (%) (*)	Ocasional (%) (*)	(*) tres categorías para cada alimento
Cereales en el desayuno	5,9	12,6	81,5	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Pan Blanco	11,9	71,4	16,7	≥ 3 v/d; 1-2/día; $\leq 1-3$ v/semana
Alimentos integrales: pan, cereales de desayuno, arroz, pasta..	16,8	18,5	64,7	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; ≤ 1 v/semana
Arroz, pasta italiana, cous-cous..	2,4	80,2	17,4	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Azúcar, miel, caramelos, mermeladas	29,6	38,2	32,3	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Chocolate	5,9	28,4	65,7	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Dulces, pasteles, magdalenas, galletas, donuts, bollos	5,9	34,5	59,6	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Huevos	2,8	88,2	9,0	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Leche, yogurt, queso	14,2	71,8	14,0	≥ 2 v/d; 2-7 v/semana; ≤ 1 /semana
Batidos envasados, flan natillas, helados	1,6	22,8	75,6	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Mantequilla, nata, manteca	5,7	18,3	76,0	≥ 1 v/día; 1-6 v/semana; $\leq 2-3$ v/mes
Margarina	8,2	32,1	59,8	≥ 1 v/día; 1-6

				v/semana; <= 2-3 v/mes
Mayonesa	17,8	43,5	38,7	>=2-3 v/semana; 1-4 v/mes; nunca
Frituras caseras, Frituras precocinadas/congeladas	6,9	41,4	51,7	>= 4-6 v/semana; 1-3 v/semana; <=2-3 v/mes
Otros platos precocinadas (incluyendo pizza/patatas congeladas para freír)	13,2	32,5	54,3	>=2-3 v/semana; 2-4 v/mes; Nunca
Ensaladas (verduras crudas)	23,7	55,3	21,1	>=1 v/día; 1-6 v/semana; <= 2-3 v/mes
Verdura en guisos ; Menestra o acompañamiento de verdura	12,9	76,1	11,0	>=1 v/día; 1-6 v/semana; <= 2-3 v/mes
Legumbres	2,8	78,2	19,0	>=1 v/día; 1-6 v/semana; <= 2-3 v/mes
Patatas, guisada, cocida o frita en casa, (NO patatas fritas de bolsa).	27,2	63,9	8,9	>=4-6 v/semana; 1-5 v/semana; <=2-3 v/mes
Fruta/ zumos naturales	41,7	45,6	12,8	>=1 v/día; 1-6 v/semana; <= 2-3 v/mes
Frutos secos	7,4	43,6	49,1	>=1 v/día; 1-6 v/semana; <= 2-3 v/mes
Aperitivos de bolsa tipo patatas, gusanitos,... etc	3,9	25,6	70,5	>=4-6 v/semana; 1-3 v/semana; <=2-3 v/mes o nunca
Pescados, mariscos frescos	13,5	62,2	24,2	>=4-6/semana; 1- 3/semana; <=2-3/mes
Conservas de pescado/marisco	8,6	43,0	48,4	>=4-6/semana; 1- 3/semana; <=2-3/mes
Carne, cerdo, ternera, pollo..	8,8	84,5	6,7	>=1 v/día; 1-6 v/semana; <= 2-3 v/mes
Embutidos	28,1	47,8	24,0	>=4-6/semana; 1- 3/semana; <=2-3/mes

Un resumen de la tabla puede ser el siguiente (Tabla 101).

Tabla 101. Alimentos habitualmente consumidos (Resumen)

Alimentos con bajo consumo (Ocasionales)	Cereales en el desayuno; alimentos integrales, chocolate, dulces, batidos, mantequilla, margarina,
Alimentos con alto consumo (Muy frecuentes o frecuentes)	Pan blanco, arroz, pasta, huevos, leche, verduras en guisos, legumbres, patatas guidadas, frutas, pescado, carne y embutidos.

Como conclusión general de la alimentación de las personas encuestadas podemos decir que es muy variada, abundante en pescados, lácteos y aceite de oliva, pero escasa en alimentos ricos en fibra, y excesivamente abundante en carne, y farináceos.

Una dieta que como hemos veremos inmediatamente se adhiere escasamente al patrón recomendado de la dieta mediterránea, sobre todo por el alto consumo de carne e insuficiente ingesta de verduras, aunque, afortunadamente, mantiene una alta ingesta de aceite de oliva.

Tipo de aceite habitualmente utilizado en la cocina o en la comida

El uso de aceite de oliva ha sido casi universal. Una tendencia de consumo bien conocida en España³¹. De hecho el 96 % lo usaban y de ellos exclusivamente aceite de oliva virgen (AOV) el 67,8 %. (Tabla 102).

³¹ Federico Soriguer et al. Intake and home use of olive oil or mixed oils in relation to healthy lifestyles in a Mediterranean population. Findings from the prospective Pizarra study British Journal of Nutrition (2010), 103, 114–122

Tabla 102. Tipo de aceite vegetal utilizado habitualmente

	n	%
Solo aceite de oliva virgen (AOV)	1405	67,8
Solo aceite de oliva refinado (AOR)	5	0,2
Uso indistintamente AOV o AOR	29	1,4
Solo aceite de girasol	42	2,0
Uso indistintamente aceite de oliva o girasol	583	28,1
No lo sabe	9	0,4
N	1405	100,0

Determinantes del consumo de Aceite de Oliva

El consumo de AOV fue significativamente mayor en las personas con más estudios y en aquellos que hacían algún tipo de dieta. También en las personas con más edad. Ha sido menor en las personas sin trabajos y aquellas con peor estado de salud (Tabla 103). Unos resultados similares a los publicados en España en otros estudios recientes³²

Tabla 103. Consumo de AOV exclusivamente (mezclas y girasol (0), vs solo AOV (1)

MODELO		OR	IC 95 %		p
	% de personas que solo usan AOV		Inf	Sup.	P*
Edad (continua)		1,042	1,031	1,020	<0,0001
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	56,1%	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	69,3%	2,267	1,769	2,906	0,000
Universitarios (CR)	79,0%	3,451	2,521	4,725	0,000
SITUACION LABORAL					
Trabajando (CR)	74,0%	1,00			
Parado/ama de casa	59,3%	0,610	0,477	0,780	0,000
Estudiante	62,3%	0,873	0,592	1,288	0,495
Jubilado/pensionista	71,4%	0,783	0,528	1,160	0,223
ESTADO DE SALUD					
Bueno, Muy bueno(CR)	68,7%	1,00			
Regular	67,5%	1,002	0,768	1,306	0,990
Malo	54,1%	0,593	0,380	0,924	0,021
ESTAR A DIETA(NO/Si)	66,5%/81,4%	2,197	1,460	3,308	<0,0001

³² F Soriguier et al. Olive oil has a beneficial effect on impaired glucose regulation and other cardiometabolic risk factors. Di@bet.es study. European Journal of Clinical Nutrition (2013) 67, 911–916;

El consumo de AOV ha sido distinto entre distritos. El mayor consumo se ha hecho en Churriana, Carretera de Cádiz y Málaga Centro y el menor en Palma-Pamilla, Bailen-Miraflores (Tabla 100), unas diferencias que permanecen en los modelos de RL después de ajustar por la edad, edad, nivel cultural, estado de salud, etc., al menos para las prevalencias extremas.

Tabla 100. Consumo de AOV por distritos

DISTRITOS	Sólo AOV	Aceite de girasol, AO refinado o mezcla
1. MÁLAGA-CENTRO	82,1%	17,9%
2. MÁLAGA ESTE	69,8%	30,2%
3. CIUDAD JARDÍN	57,4%	42,6%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	33,0%	67,0%
5. PALMA-PALMILLA	35,0%	65,0%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	62,9%	37,1%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	86,3%	13,7%
8. CHURRIANA	88,0%	12,0%
9. CAMPANILLAS	71,0%	29,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	55,0%	45,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	70,6%	29,4%

Aceites utilizados en la condimentación y cocina

El uso del aceite de oliva es generalizado para aliñar y para guisar. El aceite de oliva es también el de mayor uso para freír y hacer la mahonesa aunque con menos frecuencia que para los dos usos anteriores. El aceite de girasol se utiliza sobre todo para hacer la mahonesa y para freír. El uso de girasol alto oleico es casi testimonial. (Tabla 104).

Tabla 104. Aceites vegetales utilizados en la condimentación y cocina

	Oliva (%)	Girasol	Girasol alto Oleico	Otros
Aliñar	97,8	2,3	0	0,1
Guisar	91,8	11,2	0,1	0,2
Freír	68,1	34,6	0,5	0,2
Mahonesa	60,0	34,1	0,3	2,6

Adherencia a la dieta mediterránea medida por la encuesta Predimed

Siendo imprescindible su inclusión, la dieta mediterránea (DM) es algo más que solo la utilización culinaria del aceite de oliva. La DM es un constructo cultural que en los últimos años ha sido recuperada por la investigación científica como una de las dietas más saludables del mundo³³.

La encuesta Predimed, ha sido desarrollada por el equipo del estudio Predimed y ha sido publicada y validada como un instrumento válido para medir el grado de adherencia a la dieta mediterránea³⁴. En la encuesta Predimed, los resultados van desde 0 (ninguna adherencia) hasta 14, la máxima.

La puntuación media de la escala del cuestionario Predimed ha sido de $7,48 \pm 2,48$ ((P25=6 y el p75= 9) puntos, distribuidos de la siguiente manera (Tabla 105):

Tabla 105. Adherencia a la dieta mediterránea. Encuesta Predimed

Puntuaciones Predimed	n	%
,00	2	0,1
1,00	15	0,7
2,00	47	2,3
3,00	85	4,1
4,00	132	6,4
5,00	168	8,1
6,00	219	10,6
7,00	313	15,1
8,00	318	15,3
9,00	306	14,8
10,00	254	12,3
11,00	140	6,8
12,00	62	3,0
13,00	11	,5
14,00	1	,0

³³ López-Miranda J, et. al. Olive oil and health: summary of the II international conference on olive oil and health consensus report, Jaén and Córdoba (Spain) 2008. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010 May;20(4):284-94.

³⁴ Ramon Estruch, et al. Effects of a Mediterranean-Style Diet on Cardiovascular Risk Factors: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2006;145(1):1-11.

La contribución individualizada de los 14 ítems (alimentos o grupos de alimentos) de los que se compone el cuestionario ha sido la siguiente (Tabla 106):

Tabla 106. Contribución individualizada de los 14 ítems de los que se compone el cuestionario

Adherencia a la dieta mediterránea. ENCUESTA PREDIMED	Respuesta (Sí)=1	%
1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí	88,8
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	(Cuatro o más cucharadas)	58,8
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200g.	2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas)	42,2
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 o más al día	28,3
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g)	Menos de 1 al día	71,1
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g)	Menos de 1 al día	85,5
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día	61,3
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	7 o más vasos a la semana	5,7
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 g)	3 o más a la semana	46,6
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? (1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)	3 o más a la semana	41,4
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	menos de 2 a la semana	74,1
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g)	3 o más a la semana	29,9
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g)	Sí	60,9
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 o más veces a la semana	54,3

Las conclusiones que se pueden sacar de esta evaluación es que la adherencia a la dieta mediterránea en la población de Málaga es baja.

Como aspectos positivos, el alto uso de aceite de oliva y bajo de mantequilla, margarina o nata.

Como negativos el excesivo consumo de repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles, el excesivo consumo de carne y el bajo consumo de verduras y hortalizas, pescado, frutos secos y vino en la comida.

Determinantes de la adherencia a la dieta mediterránea

Las dos variables que más han condicionado la adherencia a la dieta mediterránea son la edad ($p < 0,0001$) y el nivel de estudios ($p = 0,01$) (**Fig. 42**).

En un modelo de ANOVA conjunto, ni el sexo (**Fig.43**), la situación laboral o familiar se han asociado de manera independiente a la adherencia a la dieta mediterránea .

Fig. 42. Adherencia a la dieta mediterránea (escala Predimed) en función de la edad y el nivel de estudios

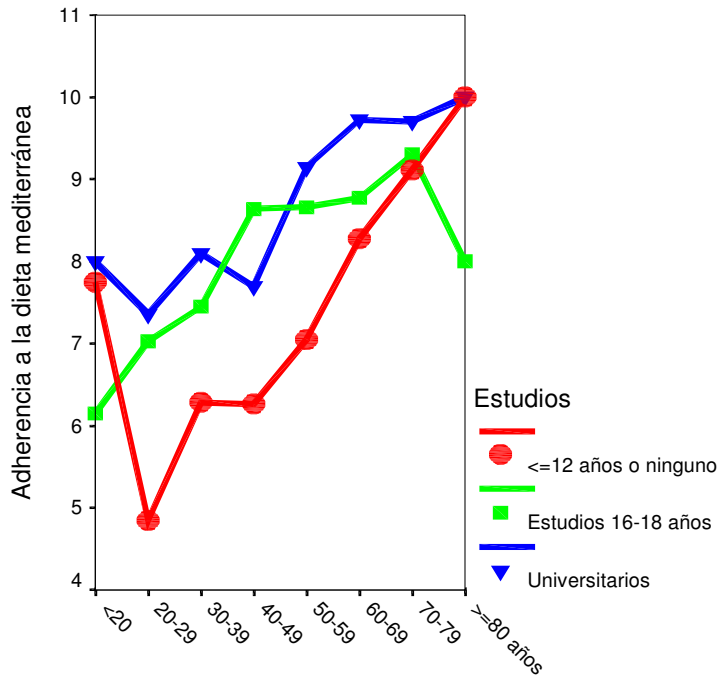
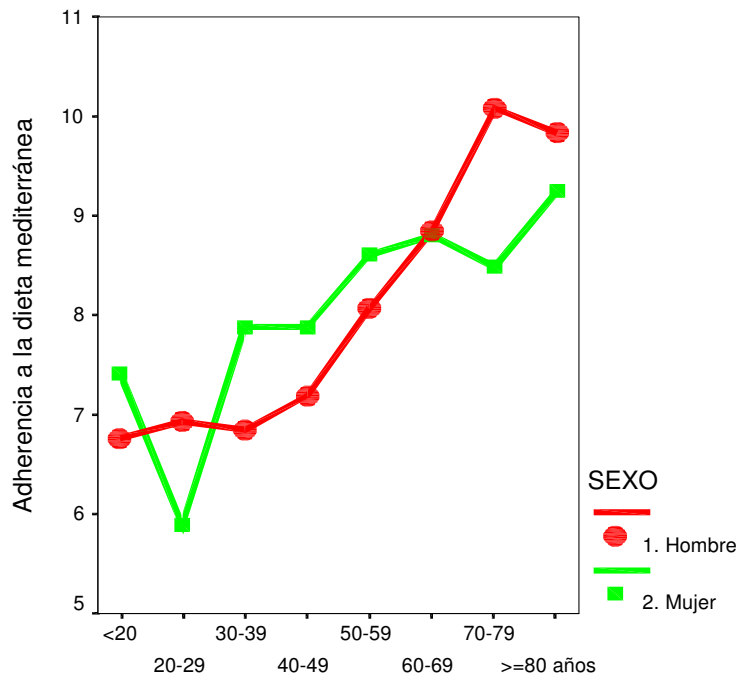


Fig. 43. Adherencia a la dieta mediterránea (escala Predimed) en función de la edad y el sexo



Con objeto de estudiar la fuerza de la asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y otras variables de interés, se ha considerado una buena adherencia, un valor en la escala Predimed igual o superior a 9 (Percentil 75 de la escala en la distribución de frecuencia de la población estudiada).

Como se ve en la Tabla 107, han sido la edad y el nivel de estudios las dos variables que han explicado la mayor adherencia a la dieta mediterránea. A medida que la edad ha aumentado el grado de asociación entre la edad y la adherencia a la dieta mediterránea ha sido mayor. Igual ha ocurrido con el nivel de estudios, teniendo la mayor adherencia las personas con más estudios (Tabla 107).

Tabla 107. Adherencia a la dieta mediterránea media por un punto de corte ≥ 9 en la escala Predimed

MODELO	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA	OR	IC 95 %		p
	% DE PERSONAS CON PUNTUACIONES DEL PREDIMED ≥ 9		Inf	Sup.	P*
EDAD					
<20 (CR)	18,0%	1,00			
20-29	24,3%	1,231	,607	2,493	0,565
30-39	29,2%	1,674	,837	3,347	0,145
40-49	31,8%	2,023	1,012	4,044	0,046
50-59	41,0%	3,107	1,552	6,222	0,001
60-69	50,8%	5,425	2,696	10,918	0,000
70-79	60,4%	8,744	4,173	18,319	0,000
≥ 80	61,7%	9,734	4,138	22,898	0,000
ESTUDIOS					
Sin estudios o <12 años (CR)	36,3%	1,00			
Estudios hasta los 16 o 18 años	34,1%	1,636	1,279	2,092	0,000
Universitarios (CR)	45,1%	2,659	2,009	3,518	0,000

(Ni el sexo, la situación social, laboral o el estado de salud se han asociado con la adherencia a la DM (en el modelo conjunto). De igual manera la mayor adherencia a la dieta mediterránea de los pensionistas y los viudos encontrada en el análisis bivariante, se ha explicado en el modelo conjunto por la mayor edad de estos.

Adherencia por distritos a la dieta mediterránea

Entre los diferentes distritos ha habido diferencias en la adherencia a la dieta mediterránea. Málaga Este (43,2%) es el distrito en donde ha habido más personas adherentes a la Dieta Mediterránea y la Palma-Palmilla el que menos (Tabla 108).

Estas diferencias se han mantenido al menos para los valores extremos después de ajustar los modelos de regresión múltiple por la edad y del resto de las variables sociológicas o demográficas incluidas en este estudio.

Tabla 108. Adherencia a la dieta mediterránea por distritos.

DISTRITO	Escala Predimed \geq 9
1. MÁLAGA-CENTRO	40,5%
2. MÁLAGA ESTE	43,2%
3. CIUDAD JARDÍN	27,9%
4. BAILÉN-MIRAFLORES	28,8%
5. PALMA-PALMILLA	21,4%
6. CRUZ DE HUMILLADERO	36,8%
7. CARRETERA DE CÁDIZ	44,4%
8. CHURRIANA	43,0%
9. CAMPANILLAS	27,0%
10. PUERTO DE LA TORRE	39,0%
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	38,5%

S. DIAGNÓSTICO DE SALUD POR DISTRITOS

Uno de los objetivos de este proyecto era el de intentar evaluar las posibles diferencias en “salud” entre los diferentes distritos. Con este objetivo se previó en el diseño una representación de todos los distritos. Los resultados de este estudio tienen un suficiente poder estadístico para representar la situación de toda la población de Málaga. Al ser 11 los distritos el tamaño muestral de cada uno de ellos puede ser insuficiente para alcanzar un poder estadístico que proteja los resultados y su interpretación de un posible error tipo 1 (o 2) en la decisión estadística. Aún así creemos que la información obtenida permite hacer una aproximación sólida a la situación de los diferentes distritos de Málaga.

En la Tabla 109 se han resumido 18 ítems de los incluidos en este estudio, relacionados con la salud y con los criterios de clasificación que han venido siendo utilizados en el informe.

La información debe ser interpretada en el contexto del informe pues las frecuencias que se presentan son frecuencias relativas no ajustadas por otras variables (tal como se ha hecho en el resto del informe).

No obstante la presentación panorámica nos da una idea del mapa de salud de los distritos entre sí al menos en las situaciones más extremas. Hay que aclarar que estos criterios no son criterios absolutos de salud sino relativos entre distritos.

Los cuatro primeros no son criterios de salud propiamente dichos sino posibles determinantes sociológicos fácilmente identificables.

Para una mejor comprensión de la tabla se han puesto en rojo las frecuencias altas de aquellos ítems más desfavorables para la salud, en verde la de aquellos distritos en los que estos ítems son menos frecuentes y en blanco las situaciones intermedias. La decisión de incluirlos en uno u otro lugar es una decisión de los investigadores responsables del estudio, pero no es una decisión arbitraria sino basada en los conocimientos actuales sobre los factores de riesgo estudiados

Como se puede apreciar hay un distrito la Palma-Palmilla en la que la mayoría de los criterios desfavorables se acumulan (en rojo) y otros, como Málaga Centro o Carretera de Cádiz en la que las frecuencias son menores (verde). Otros como en Málaga-Este la frecuencia de criterios desfavorables es intermed

Tabla 109 Diagnóstico de salud por distritos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1. MÁLAGA-CENTRO	23,3%	8,6%	21,6%	16,6%	9,3%	9,3%	22,3%	28,7%	55,6%	28,7%	22,3%	31,6%	39,5%	51,5%	10,7%	82,1%	40,5%	50,15	52,67
2. MÁLAGA ESTE	20,1%	9,5%	28,1%	15,6%	18,6%	9,0%	19,1%	29,5%	45,5%	29,5%	27,6%	32,7%	37,2%	54,8%	11,2%	69,8%	43,2%	49,81	52,91
3. CIUDAD JARDÍN	20,2%	10,1%	38,0%	39,8%	17,1%	16,3%	31,0%	29,6%	49,0%	29,6%	31,0%	31,8%	57,4%	60,5%	20,2%	57,4%	27,9%	49,73	50,37
4. BAILÉN-MIRAFLORES	22,8%	8,8%	34,9%	36,3%	1,9%	20,0%	29,9%	32,5%	41,4%	32,5%	38,6%	37,2%	42,8%	63,7%	19,7%	33,0%	28,8%	48,39	50,95
5. PALMA-PALMILLA	17,5%	11,7%	49,5%	59,2%	3,9%	29,1%	29,1%	58,5%	36,6%	58,5%	51,5%	38,8%	53,4%	68,0%	21,4%	35,0%	21,4%	49,13	49,69
6. CRUZ DE HUMILL.	23,1%	7,8%	33,6%	36,5%	7,7%	15,4%	25,5%	34,4%	52,4%	34,4%	28,4%	33,6%	45,6%	53,4%	15,2%	62,9%	36,8%	48,63	51,10
7. CTRA .DE CÁDIZ	20,5%	9,0%	27,1%	24,9%	8,5%	7,6%	22,2%	27,3%	49,0%	27,3%	25,7%	24,9%	46,8%	50,2%	19,3%	86,3%	44,4%	50,13	52,60
8. CHURRIANA	16,0%	4,0%	33,0%	18,0%	23,0%	6,0%	19,0%	24,7%	56,8%	24,7%	36,0%	31,0%	46,0%	32,0%	7,0%	88,0%	43,0%	51,20	49,64
9. CAMPANILLAS	16,0%	8,0%	45,0%	46,0%	9,0%	19,0%	31,0%	29,6%	48,1%	29,6%	37,0%	39,0%	47,0%	52,0%	23,0%	71,0%	27,0%	48,46	50,99
10. PUERTO DE LA TORRE	14,0%	6,0%	28,0%	31,0%	7,0%	28,0%	15,0%	31,8%	48,2%	31,8%	41,4%	38,0%	36,0%	61,0%	11,0%	55,0%	39,0%	50,45	53,42
11. TEATINOS-UNIVERSIDAD	10,1%	5,5%	29,4%	17,4%	14,7%	11,0%	17,4%	30,4%	32,6%	30,4%	25,0%	24,8%	32,1%	42,2%	8,3%	70,6%	38,5%	50,4490	51,82

- A. Edad > 65 años;
- B. Viudos/a
- C. En paro/desempleo o ama de casa
- D. No estudios o Estudios ≤ 12 años
- E. Utilizan medicinas alternativas
- F. Algún accidente en los últimos 12 meses
- G. Estado de salud regular o mala (percepción)
- H. Estrés laboral ≥ 5 (escala 0-7)
- I. Satisfacción en el trabajo ≥ 5 (escala 0-7)
- J. Consulta al médico de cabecera en el último mes
- K. Consulta en el último año al servicio de urgencias
- L. Fuma
- M. No toma nunca bebidas alcohólicas
- N. Ninguna actividad física en el tiempo libre
- O. Obesidad (IMC > 30 referido)
- P. Consumo y uso exclusivamente de Aceite de Oliva virgen (AOV)
- Q. Adherencia a la dieta mediterránea (≥ 9 en la escala Predimed)
- R. Calidad de vida relacionada con la salud (SF12.Físico (media))
- S. Calidad de vida relacionada con la salud (SF12.Mental (media))

Los resultados de la Tabla 106, los podemos resumir así: (Tabla 110)

Tabla 110. Resumen del diagnóstico de salud por distritos

DISTRITOS CON UNA SITUACIÓN MAS FAVORABLE	Málaga Centro (a pesar de la proporción de personas mayores de 65 años es mayor) Carretera de Cádiz Churriana Málaga Este
DISTRITOS CON UNA SITUACION	Palma-Palmilla (todos los ítems en rojo, excepto curiosamente la menor ingesta de alcohol en relación al

MAS DESFAVORABLE	resto de los distritos) Bailen Miraflores
DISTRITOS CON UNA SITUACIÓN INTERMEDIA:	Ciudad Jardín Cruz del Humilladero Campanillas Puerto de la Torre Teatinos-Universidad

T. CONCLUSIONES

Sobre la representatividad del estudio

El estudio ha sido diseñado con un poder estadístico suficiente como para ser capaz de representar a toda la población de Málaga y para casi todos los ítems estudiados. También se previó la representación muestral de los 11 distritos en los que está dividida la ciudad, si bien no se puede asegurar la precisión en algunos de los ítems para cada uno de los distritos, y el lector debe estar advertido de la posibilidad de algún error en la decisión estadística.

La muestra se ha obtenido por la técnica de muestreo de rutas aleatorias. Este procedimiento se caracteriza por la selección al azar de viviendas según un trayecto establecido por el entrevistador. Diseñado el recorrido para cada entrevistador, el investigador de campo selecciona según una convención previamente establecida, las viviendas que componen la muestra. Aunque este sistema de muestreo es al azar no es sin embargo probabilístico pues no todas las viviendas tienen la misma probabilidad de ser parte de la muestra. Sin embargo al haber sido la unidad muestral los barrios y haber obligado a un número mínimo de encuestas por barrios, por edad y por sexo, la probabilidad de que estén representadas todas las categorías sociales de la ciudad aumenta.

Por otro lado como se puede apreciar en la Tabla 2.b, los distritos engloban a diferentes barrios de acuerdo con su localización en el mapa de la ciudad, pero no son barrios uniformes social y culturalmente lo que le quita homogeneidad al distrito.

Sobre las prioridades en salud de los ciudadanos de Málaga

Este es un ítems de gran importancia pues mide no solo lo que le pasa a los ciudadanos sino sobre todo cuales serian sus preferencias a la hora de enfrentarse a un problema o a una política de salud. Una cuestión relevante para planearse los diseños educativos.

1. De todas las prioridades de salud la más valorada ha sido la atención médica (ya sea ambulatoria, hospitalaria o de urgencias), seguida del paro.
2. Sorprendentemente la menos valorada ha sido el tabaco. Aunque mejor valorada, sorprende también que dos hábitos como el de la dieta mediterránea y el ejercicio físico hayan sido valoradas como prioritarias solo por una tercera parte de la población.
3. La primera conclusión es que a pesar de todos los esfuerzos que se hacen por llevar a la población una adecuada información sobre los hábitos saludables queda aún un enorme camino por recorrer. La segunda conclusión es que la alta prioridad que los ciudadanos dan a la atención médica, teniendo aspectos positivos, debe contemplarse críticamente pues puede ser interpretado, también, como un ejemplo de la delegación de los ciudadanos en los sistemas sanitarios de sus problemas de salud o en todo caso de la ausencia de una clara conciencia sobre la importancia de la prevención primaria, (que pasa por la participación activa del ciudadano), frente a la prevención secundarias o terciaria que generalmente demanda la participación del sistema sanitario.
4. Estos determinantes de la salud aquí estudiados son algunos de los más relevantes, pero son estadios intermedios en la relación de causalidad (en la producción de la enfermedad). Estos determinantes son a su vez determinados por otros que son las verdaderas causas. De todos estos primeros determinantes el más importante ha sido el nivel de estudios. Por un lado las personas con pocos estudios son también las que de manera independiente de la edad y el sexo han declarado sentirse mal o muy mal, Por otro lado las opiniones sobre la

calidad del agua, de la contaminación ambiental o acústica o sobre la dieta mediterránea han estado claramente condicionadas por el nivel de estudios, siendo las personas con menos estudios las que han valorado menos la importancia de estos determinantes en la salud. Si tenemos en cuenta que la proporción de personas con un nivel de estudios bajos (estudios hasta los 12 años o ninguno) es todavía cercana al 40 %, es aquí donde hay aun una enorme bolsa de dificultad para hacer frente a cualquier política de salud pública. (Hay todavía un 7,1 % de personas por debajo de cuarenta años que no tiene ningún tipo de estudios) (al mismo tiempo también casi una cuarta parte de los evaluados tiene estudios universitarios, indicando una dicotomía formativa en la sociedad (muchas personas con escasos estudios y con altos estudios y menos con estudios intermedios).

Otra cuestión sorprendente relacionada con el nivel de estudios ha sido que el uso de medicinas alternativas ha sido, en contra, tal vez, de lo que se podía esperar, mucho más frecuente en la personas con estudios universitarios que en el resto (probablemente porque la medicina alternativa es siempre medicina privada). En todo caso el elevado uso por personas con estudios universitarios muestra que hay una gran distancia aun entre nivel de estudios y educación sanitaria.

También se han asociado con el bajo nivel de estudios de manera significativa e independiente de la edad y el sexo:

- El número de accidentes en los últimos 12 meses (mayor)
- El grado de estrés (mayor) y la satisfacción en el trabajo (menor)
- La probabilidad de consultar con más frecuencia al médico de cabecera o las consultas a urgencias (pero no al especialista)
- Un uso mucho menos frecuente de la sanidad privada
- Una mayor prevalencia de obesidad
- Mayor prevalencia de fumadores y una mayor precocidad en el inicio del hábito de fumar.
- Menor consumo de bebidas alcohólicas.....
- Mayor riesgo de sedentarismo

- Menor consumo de aceite de oliva virgen y menor adherencia a la dieta mediterránea.
- Mayor número de comidas al día.
- Carecer de cualquier ingreso

Por todas estas razones la educación en sus diferentes formas se plantea como el principal reto de cualquier plan de salud y debe serlo también de este Plan Municipal de Salud

Sobre el descanso nocturno:

Los resultados del estudio muestran que más del cincuenta por ciento de la población de Málaga duerme menos de 7 horas diarias.

Parece razonable diseñar estrategias para aumentar el número de horas diarias dedicadas al sueño. Indagar en las razones locales de por qué es esto así e incluir dentro de los programas del plan municipal de salud estrategias para conseguirlo deben formar parte de los objetivos del plan.

Sobre el peso y el reconocimiento del esquema corporal:

Una de las conclusiones que podemos extraer del estudio es que muchas personas no se reconocen como obesas sino, si acaso, con tener sobrepeso. Esta dificultad para reconocer su situación ponderal es sin duda uno de los problemas más importantes a la hora de plantear cualquier programa de intervención poblacional sobre la obesidad, pues es muy difícil hacer frente a un problema si este no se reconoce ni se identifica adecuadamente. No obstante esta dificultad para reconocerse como personas con obesidad contrasta con el elevado número de personas que quieren perder peso. Una contradicción solo aparente pues una cosa son las expectativas creadas por la demanda estética y de salud actuales, muchas de ellas relacionadas con el mito del “peso ideal” y otra es que las condiciones objetivas en las que viven muchas personas les permitan disponer de los instrumentos adecuados para afrontar el problema

Otra cuestión identificada en el estudio es el elevado número de personas que han hecho alguna dieta para adelgazar pero también el elevado número de fracasos.

Esto es algo bien conocido³⁵ y que indica claramente que el problema de la obesidad no se puede abordar solo como un asunto individual sino como una cuestión de salud pública.

Por tanto cualquier campaña que quiera advertir de los problemas de la obesidad debería contemplar estas cuestiones.

Sobre el tabaco:

La prevalencia de fumadores sigue siendo elevada (similar o incluso mayor a la del resto de España). Ya hemos comentado que, aunque parezca sorprendente todavía, en la población no está arraigada la idea de que dejar de fumar sea una prioridad para la salud (quizás porque los no fumadores ya no la valoran como tal, razón por lo que quienes más valoran al tabaco como una prioridad de salud sean, precisamente, los fumadores). Por otro lado la mayoría de los fumadores pasivos lo han sido en casa, una consecuencia clara de las restricciones legales impuestas al fumar en los lugares públicos. Sin embargo en la lucha contra el hábito tabáquico queda aún mucho por hacer y la persistencia de una proporción importante de fumadores, la precocidad en el inicio del hábito, la incorporación creciente de las mujeres, etc, hablan claramente de que no se puede bajar la guardia en uno de los más importantes factores de riesgo de salud.

Sobre la ingesta de alcohol

El momento de comenzar a tomar bebidas alcohólicas se ha ido reduciendo de manera que las personas más jóvenes han comenzado a beber antes. Este comportamiento es similar en los hombres que en las mujeres (que tradicionalmente habían comenzado a tomar bebidas alcohólicas más tarde). Estos resultados son bien conocidos y este estudio lo vuelve a confirmar. La educación en el consumo responsable de bebidas alcohólicas debería formar parte del cualquier programa de intervención social. El hecho de que sea recomendable, desde el punto de vista de la salud el uso moderado de vino en las comidas podría ser utilizado como un instrumento educativo, al servicio de la promoción del consumo responsable de bebidas alcohólicas.

³⁵ Soriguer F, Olveira G. Como adelgazar por la seguridad social. Editorial Arguval, Málaga, 2008

Sobre el sedentarismo

El gasto energético de una persona procede de su metabolismo basal (constante para cada persona sana) y diferente entre personas y de la actividad física.

Históricamente, la mayor fuente de demanda energética procedía del trabajo. Los resultados de este estudio confirman lo que es, por otro lado, bien conocido: que hoy la mayoría de las personas tienen una actividad física en su vida cotidiana, incluida la laboral, muy pequeña y que por tanto su gasto energético procedente de la actividad laboral es muy bajo.

Los resultados confirman también lo que numerosos estudios han puesto de manifiesto: que la actividad física desarrollada en el tiempo libre es escasa. De hecho solo el 26,9 % hacía ejercicio en el tiempo libre de manera regular, una proporción muy parecida a la encontrada en otros estudios en Andalucía (y en España), en los que se comprueba que el número de personas que hacen actividad física en el tiempo libre es de las más bajas de Europa.

En este estudio se observa cómo, de alguna manera, el sedentarismo es independiente de la edad y del sexo, dependiendo sobre todo del estado de salud, lo que es lógico, y del nivel de estudios. Las personas con mayor nivel cultural han tenido trabajos más sedentarios, pero han hecho más actividad física en el tiempo libre. Lo contrario ha ocurrido con las personas con menor nivel de estudios.

En resumen, el sedentarismo en Málaga es aún muy elevado y uno de los más importantes problemas de salud que hay que abordar en el Plan Municipal de Salud. La promoción del ejercicio en el tiempo libre es el motivo ya de numerosos programas municipales y el Plan Municipal de Salud deberá reforzarlos.

No obstante la fuente de sedentarismo más significativa es la laboral (casi el 100 % de los trabajos son sedentarios), por lo que sería de gran interés, además de diseñar estrategias para aumentar la actividad en el tiempo libre, diseñar estrategias para que se aumente la actividad durante el trabajo (incluido el desplazamiento al trabajo).

Sobre los Distritos

Entre los diferentes Distritos han habido diferencias muy significativas en muchos de los items incluidos en este estudio.

En la Tabla 109 y 110 se han resumido los más significativos. Las diferencias en muchos de los problemas de salud pueden ser explicados por las diferencias en la edad, sexo, nivel de estudios o la actividad laboral, pero otras diferencias permanecen a pesar de haberse ajustado los modelos de predicción por todas estas variables, lo que sugiere que haya variables ocultas, cuestiones intrínsecas al propio distrito, no incluidas en el estudio que podrían explicarlas (p.e seguridad, urbanismo, infraestructuras..). En todo caso sería razonable identificar aquellos distritos con peores marcadores de salud (p.e Palma-Palmilla) y diseñar intervenciones específicas sobre ellos.

Sobre los hábitos alimentarios

Las conclusiones que se pueden sacar de esta evaluación es que la adherencia a la dieta mediterránea en la población de Málaga es baja. Como aspectos positivos el alto uso de aceite de oliva, de legumbres y lácteos y bajo de mantequilla, margarina o nata, Como negativos el excesivo consumo de pan, repostería comercial (no casera) (como galletas, flanes, dulce o pasteles), de carne, la baja ingesta de productos integrales y el insuficiente consumo de verduras, legumbres, hortalizas, frutos secos y vino en la comida.

A la vista de estos resultados en los programas de educación alimentaria del plan municipal de salud habría que recomendar específicamente (Tabla 111):

Tabla 111. Recomendaciones alimentarias

Sustituir el pan blanco por pan integral
Reducir la ingesta de carne significativamente
Mantener la ingesta de pescado
Mantener la ingesta de aceite de oliva, especialmente AOV.
Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
Reducir el uso de precocinados.
Reducir la repostería comercial (industrial) y la bollería.
Mantener el consumo de leche (Consumir preferentemente leche y derivados lácteos de la cabra).
Utilizar preferentemente alimentos de cercanías para reducir la huella de carbono
Teóricamente sería recomendable tomar un vaso de vino en la comida pero es esta

una recomendación que debe ser hecha con mucha cautela y en el contexto de un programa educativo sobre el uso responsable de las bebidas alcohólicas.

Sobre la calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida media tanto en su dimensión física como en su dimensión mental no es muy diferente a la del resto de la población española o andaluza. La calidad de vida relacionada con la salud está condicionada por numerosos factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el estado civil y no tanto por el lugar (o distrito) en el que se viva. Una variable de gran importancia en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud es la calidad del trabajo (estrés versus satisfacción en el trabajo). Una cuestión que no debe ser indiferente en cualquier plan de salud institucional.