



# Programa de Protección Social

Estudio sobre las Necesidades Actuales  
de Protección Social del Colectivo Médico  
y sus Familias en España



Fundación Patronato  
de Huérfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

*Solidaridad y Ayuda para los Médicos y sus Familias*







## Programa de Protección Social

Estudio sobre las Necesidades Actuales  
de Protección Social del Colectivo Médico  
y sus Familias en España

© **Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.**  
C/ Cedaceros, 10. 28014 - Madrid

Edita:

**Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.**

*Estudio editado en agosto de 2012*



# Índice

I. Presentación	7
II. Participantes	9
Junta de Patronos, Junta Rectora	9
Colegios Oficiales de Médicos	9
III. Introducción	11
Procesos clave del programa de protección social de la Fundación a los que el estudio aporta valor	15
Objeto del estudio	16
Objetivos y ámbitos del estudio	17
IV. Realidad actual y necesidades de protección social de los/as médicos/as colegiados/as en España	19
Metodología	19
Perfil de los colegiados encuestados	20
Situación socioprofesional	28
Discapacidad y dependencia	37
Prestaciones	48
Hábitos de vida y conciliación	57
La Fundación	73
Compendio de los datos según edad, sexo, hábitat y origen	83
Análisis por comunidades autónomas	91
Conclusiones de la encuesta a colegiados/as	136
V. Realidad actual y necesidades de protección social de los/as beneficiarios de la FPHOMC	141
Metodología	141
Perfil de los beneficiarios encuestados	142
Estado de salud	150
Discapacidad y dependencia	154
Acceso a prestaciones	159
Hábitos y participación social	178
La Fundación	184
Conclusiones de la encuesta a beneficiarios	194
VI. Conclusiones de la investigación	199
VII. Consideraciones para la aportación de valor de la FPHOMC, la OMC y para su aplicación futura	211





## I. Presentación

**E**stamos asistiendo a un momento de profundos cambios económicos, sociales, culturales y demográficos motivados principalmente, por una grave situación de crisis que se hace extensiva a toda la población y a todos los ámbitos de la vida social. Ante este escenario, los estados y organizaciones están llamados a articular respuestas a las necesidades que la ciudadanía presenta para hacer frente a estos cambios, sobre todo ante las necesidades de aquellos colectivos más vulnerables.



*Dr. Juan José Rodríguez Sendín*

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, desde su constitución allá por 1917, mediante el ejercicio de su misión y a través de los colegios oficiales de médicos, viene proporcionando atención y ayuda al colectivo de médicos que presentan especiales necesidades de protección social, incorporando a esta labor las peculiaridades y especificidades de este colectivo en cada momento social. Todo ello mediante la acción solidaria que representa proporcionar la ayuda a través de una Fundación que se sustenta con las aportaciones de estos profesionales colegiados.

Pero la necesidad constante de ajuste entre los recursos disponibles y las necesidades existentes requiere que de forma periódica se analice en profundidad, la idoneidad de los primeros como respuesta a las segundas; es decir, asegurar que en cada momento se está proporcionando la mejor atención a las necesidades existentes. Esta razón es la que ha motivado la realización del trabajo cuyos resultados ahora se publican y cuya ejecución ha sido posible gracias a la generosa colaboración de todos los colegios de médicos.

El estudio realizado ha sido muy ambicioso y exhaustivo, ya que perseguía profundizar desde una mirada global, en las actuales necesidades de atención a la dependencia, a la salud, o a la conciliación de la vida personal y profesional entre otras, teniendo en cuenta tanto la atención formal como la informal proporcionada por las familias, la mujer sobre todo, al servicio de personas que en su inmensa mayoría viven en su hogar y participan de la vida social. A partir de ese análisis, configurar un programa de protección social que responda a los criterios de autonomía/diversidad, independencia/preVENCIÓN-rehabilitación, individualidad/atención personalizada, integración social/enfoque comunitario, participación /accesibilidad, dignidad/valores éticos.

Con especial interés se han considerado durante el estudio las peculiaridades o diferencias en las necesidades de protección social motivadas por razones de edad, sexo o hábitat, y cómo estas diferencias actúan como determinantes a la hora de complementar y coordinar la potencial red de protección de la Fundación con la protección ofrecida por la red pública u otras redes privadas.

Finalizado y publicado el estudio, el paso siguiente es configurar un marco de protección para el colectivo médico y sus familias más justo y mejor orientado a las necesidades detectadas mediante ayudas, programas y prestaciones valientes, generosas e imaginativas que permitan garantizar, con auténtica visión de futuro y de forma sólida e igualitaria, el acceso a unas condiciones de bienestar y de dignidad en las actividades de la vida diaria de los colegas más necesitados, desde el mayor grado de autonomía posible y el ejercicio pleno de sus derechos como ciudadanos.

Estamos seguros de que el trabajo a desarrollar por esta Fundación en los años próximos, a través de su Patronato, nos afianzará en el convencimiento de que el esfuerzo ha merecido la pena.

**Dr. Juan José Rodríguez Sendín**

**Presidente**





## II. Participantes

El presente estudio se ha realizado por acuerdo de la Junta de Patronos de la Fundación, bajo las directrices de la Junta Rectora.

### JUNTA DE PATRONOS

- Presidente, Dr. Juan José Rodríguez Sendín.
- Vicepresidente, Dr. Ricard Gutiérrez Martí.
- Secretario, Dr. Serafín Romero Agüit.
- Vicesecretario, Dr. Jerónimo Fernández Torrente.
- Tesorero, Dr. José María Rodríguez Vicente.
- Dr. Aurelio González Palacios, vocal y Representante Nacional de Médicos Jubilados.
- Dr. Antonio Arroyo Guijarro, vocal y presidente del Colegio de Médicos de Alicante.
- Dr. Carlos R. Arjona Mateos, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres.
- Dr. Manuel Gómez Benito, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Salamanca.
- Dr. Fco. José Martínez Amo, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Almería.
- Dra. Rosa Pérez Pérez, vocal y Presidenta del Colegio de Médicos de Lérida.
- Dr. Carlos Molina Ortega, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Cuenca.
- Dr. Rodolfo Castillo Wandossell, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Murcia.
- Dr. Enrique de la Figuera Von Wichmann, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Zaragoza.
- Dr. Cesáreo García Poyatos, vocal y Presidente del Colegio de Médicos de Córdoba.

### JUNTA RECTORA

- Presidente, Dr. Juan José Rodríguez Sendín.
- Vicepresidente, Dr. Ricard Gutiérrez Martí.
- Secretario, Dr. Serafín Romero Agüit.
- Vicesecretario, Dr. Jerónimo Fernández Torrente.
- Tesorero, Dr. José María Rodríguez Vicente.

Y con la colaboración y participación de todos los Colegios Oficiales de Médicos de España.





### III. Introducción

La Fundación Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias, organización privada sin ánimo de lucro bajo el patrocinio del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de los 52 Colegios Provinciales de Médicos de España, está tutelada por el Protectorado que actualmente desempeña el Ministerio de Sanidad y Política Social. Tiene un carácter benéfico de asistencia social y educativo orientado a satisfacer las necesidades más inmediatas y básicas de sus beneficiarios. Las ayudas tienen una vigencia de un año natural por imperativo legal; no obstante pueden renovarse anualmente, a petición individual, siempre que se mantengan las mismas circunstancias.

Así, es un órgano de solidaridad colectiva con los compañeros médicos más necesitados, así como con los hijos de colegiados fallecidos que precisan ayuda:

**A.** Su principio es la **solidaridad**

**B.** y su objetivo es la **protección** y ayuda a los **médicos y sus familias**.

La FPHOMC, de acuerdo a lo establecido en sus estatutos, sus objetivos se centran en:

**C.** *Prestar ayudas y subvenciones y demás medidas orientadas a promover el bienestar y la calidad de vida a través de actividades de protección y prevención de la salud,*

**D.** *facilitar una formación que abarque desde los estudios primarios a los universitarios de acuerdo con las aptitudes, capacidades y opciones personales de los beneficiarios,*

**E.** *promover y ejecutar medidas encaminadas a la mejora de las situaciones de dependencia y la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.*

Desde su constitución en 1917, la Fundación ha ido adaptando la naturaleza de su actividad, principalmente de carácter educativo y asistencial, a las nuevas demandas del colectivo médico colegial surgidas de los cambios sociales, sanitarios, económicos y culturales que durante este tiempo de casi un siglo se han ido produciendo, en la sociedad en general y en los/as médicos/as colegiados/as, sus cónyuges e hijos/as, en particular.

En la actualidad la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias **presta asistencia a más de 3.500 personas**: huérfanos de médicos en edad estudiantil o huérfanos mayores, médicos enfermos o jubilados, viudas, y padres de colegiados.

Durante el año 2010 la Fundación ha tenido a su cargo el siguiente número de beneficiarios (comparativo con años anteriores):

	2008	2009	2010
<b>Médicos</b>			
Jubilados sin recursos económicos	36	40	42
Inválidos sin recursos económicos	117	118	116
Médicos en residencia Siglo XXI	-	4	20
<b>Viudos de médicos</b>			
Sin recursos	109	108	110
Ingresados en centros especiales	1	1	1
<b>Huérfanos de médico e Hijos de médicos inválidos o jubilados sin recursos</b>			
Ingresados en centros especiales	3	3	2
Discapacitados físicos o psíquicos	592	592	597
Todos si <21 años	1.828	1.894	1.734
Estudiantes de 21 años de edad	81	102	112
Mayores de 60 años sin recursos	56	49	51
Becarios	408	445	430
<b>Prestación para la conciliación de la vida profesional y familiar</b>			
Residencia para mayores	-	-	206
<b>Proyecto PAYME</b>			
Médicos ingresados	67	81	50
<b>TOTALES</b>	<b>3.297</b>	<b>3.437</b>	<b>3.471</b>

Fuente: Memoria del año 2010, Fundación Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias

En el marco de su Programa de Protección Social, en la actualidad concede prestaciones asistenciales, educacionales, para la conciliación de la vida personal, familiar y profesional, y prestaciones para la protección, promoción y prevención de la salud del médico.

Pueden beneficiarse de ellas todas aquellas personas que hayan sido médico colegiado, viudo o huérfano de médico colegiado o personal empleado de plantilla de cualquier Colegio Provincial de Médicos o del Consejo General, siempre que éstos hayan decidido voluntariamente pertenecer como asociado protector de la Fundación.

**Las nuevas necesidades de la población médica: envejecimiento, feminización, diversidad... requieren una evolución del actual modelo de protección social de médicos.**

En el momento actual, fenómenos como el envejecimiento de la población médica, la incorporación de la mujer al mercado laboral, el proceso de feminización de la profesión médica, el incremento de la población de médicos de origen extranjero, el tipo de hábitat (rural o urbano) en el que se ejerce la profesión, entre otros, hacen necesario incorporar a los fines de la Fundación una orientación más integral, diferencial, preventiva, dinámica, actualizada y ajustada a las necesidades de protección social del colectivo hacia el que dirige sus esfuerzos.

Al igual que sucede en los Estados miembros de la Unión Europea, que están experimentando profundos cambios demográficos, económicos y sociales y no pueden llegar a satisfacer las necesidades sociales máximas desde los sistemas públicos de protección, la profesión médica se encuentra en una situación de déficit en la cobertura de aquellas prestaciones que el Estado del Bienestar no cubre suficientemente. Nos referimos fundamentalmente a las prestaciones no relacionadas con la asistencia sanitaria y las pensiones<sup>1</sup>.

Es por ello por lo que debe realizarse una profunda reflexión sobre los mecanismos de protección social que puedan otorgarse desde la Fundación como complementarios a los que el Estado no pueda brindar, añadiendo un plus de calidad en la atención a este colectivo. Las cuestiones a desarrollar son aquéllas relativas a:

- A. la suficiencia de las prestaciones que otorga la Fundación,
- B. la pertinencia de ampliar las prestaciones de acuerdo con las funciones que deben cumplir las protecciones sociales,
- C. el desarrollo de los objetivos de la Fundación y sus prestaciones y la redefinición de la misión y visión de una renovada Fundación.

En particular, se advierte:

- ▶ La necesidad de adecuar las prestaciones a la realidad actual.
- ▶ La necesidad de reflexionar sobre el modelo actual de gestión de la Fundación.

### **Las prioridades estratégicas de la Fundación hacia un modelo de protección social de médicos sostenible, solidario y equitativo.**

La evolución de las prestaciones y del modelo de gestión y funcionamiento de la Fundación se realizará con la perspectiva de conseguir un modelo de protección social sostenible, solidario y equitativo que se encuentre en un punto de equilibrio entre la capacidad de respuesta individual y la solidaridad, y que responda a las necesidades de cada región. Además, se ha de conseguir la complicidad y el acuerdo de todos los Colegios Oficiales de Médicos y Fundaciones, al mismo tiempo que se posibilita la sostenibilidad económica.

En tal marco, se valora necesario un reposicionamiento de esta institución, que comienza por definir la misión y visión de una renovada Fundación. Durante el II Congreso de la Profesión Médica se sugirieron las siguientes:

- A. Misión:** orientar la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias hacia su integración y consolidación, mediante la aplicación de los principios básicos de Universalidad, Solidaridad, Calidad, Eficiencia y Equidad, con el objeto de tener un manejo integral de los posibles riesgos de los miembros de nuestra profesión, y sus familias.

<sup>1</sup>Fuente: *Nuevos Retos para la Profesión Médica: una aportación al debate social. Reflexiones a raíz del II Congreso de la Profesión Médica.*

**B. Visión:** ser la entidad que fije las políticas que correspondan aplicar en cada momento dependiendo de las circunstancias económicas y/o profesionales modificando las prestaciones de previsión social, pudiendo cumplir así con su función.

**C. Principios:**

- a. Universalidad: para garantizar la protección sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.
- b. Solidaridad: que permite la ayuda mutua entre las personas, las generaciones y las comunidades.
- c. Integridad: para ampliar la cobertura a todas las contingencias en salud, ingresos y condiciones de vida.
- d. Unidad: que permite la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones.
- e. Participación: de todos los miembros, a través de sus representantes en la organización, gestión, control y fiscalización.

Con todo ello, las prioridades estratégicas de la Fundación en relación con los nuevos modelos de protección social para médicos, con las siguientes prioridades:

1. Elaborar un Plan Estratégico de Gestión Interna de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.
2. Efectuar un análisis y puesta en marcha de nuevos modelos de gestión colegial de las prestaciones sociales y su relación con la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias.
3. Liderar el desarrollo de sistemas de financiación, ahorro y protección social a través de negociaciones con terceros.

## PROCESOS CLAVE DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA FUNDACIÓN A LOS QUE EL ESTUDIO APORTA VALOR

La realización del ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES ACTUALES DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS/OS MÉDICOS COLEGIADOS Y SUS FAMILIAS EN ESPAÑA se ha desarrollado en el marco de las prioridades estratégicas expuestas y pretende contribuir a la construcción de un SISTEMA SOSTENIBLE DE PROTECCIÓN SOCIAL DE MÉDICOS ADECUADO A LA EVOLUCIÓN DE SUS NECESIDADES, mediante la mejora en la aportación de valor de la Fundación en la protección social a los/as médicos y sus familias, en varios procesos clave, con incidencia en las propias personas socias y beneficiarias, su entorno, los servicios y procesos y la organización y recursos:



Los procesos clave para la aportación de valor en la protección social a los médicos y sus familias que se visualizan en el diagrama anterior son los siguientes:

1. El Sistema prestacional (prestaciones y apoyos adecuados a las necesidades detectadas) con su concreción futura en una actualización de la Cartera de Servicios.
2. La red de atención a los colegiados y beneficiarios en un marco de planificación centrada en la persona y un seguimiento y evaluación continua: sistema de acceso, itinerarios, etc.
3. Programas generales para la prevención de riesgos.
4. Activación de las propias capacidades en clave de participación, promoción y prevención.
5. El Sistema de Gestión y Organización de los recursos disponibles.
6. Marco de relaciones internas (Fundación/Colegios Profesionales en los diversos territorios).
7. Marco de relaciones externas con otras entidades (públicas y privadas).
8. Sistemas de financiación y ahorro: la dimensión de la financiación en sus distintas variables directas e indirectas.

Así, el estudio se ha realizado con una orientación clara hacia la generación de valor en estos procesos clave.

## OBJETO DEL ESTUDIO

El objeto de este estudio – de carácter prospectivo – es el de conocer en profundidad las necesidades actuales de protección social del colectivo de los/as médicos/as en España y sus familias, con la finalidad de:

- A.** Obtener un diagnóstico detallado y representativo de las necesidades de protección social de los siguientes colectivos:
  - a.** Colegiados médicos (universo: 217.119 colegiados en España, 2010)
  - b.** Familiares de médicos colegiados.
  - c.** Beneficiarios de la Fundación (universo: más de 3.437, 2009)
  - d.** Familiares de los beneficiarios de la Fundación.
- B.** Analizar la actual oferta de prestaciones y ayudas de la Fundación para orientar una mejor cobertura de las necesidades detectadas, de una manera eficaz, ajustada y realista.
- C.** Sentar las bases para el diseño del nuevo modelo de gestión de la Fundación, modelo que incorpore el Programa de Protección Social propio, de carácter integral, cuyo objetivo principal sería la promoción del bienestar y la calidad de vida de los/as médicos y sus familias, especialmente ante cualquier contingencia que incida directamente sobre el nivel de autonomía personal y familiar derivada de situaciones vinculadas a problemas de salud y/o sociales, así como otras circunstancias que tienen una incidencia directa sobre los niveles de conciliación de la vida personal, familiar y laboral de los/as médicos/as, todo ello desde un enfoque integral del concepto de bienestar y de la calidad de vida que a la vez incorpore la perspectiva de género.
- D.** Revisar y ampliar la Cartera de Servicios de la Fundación P.H.P.A. como eje central de su Programa de Protección Social, adaptada a la diversidad de necesidades detectadas, acorde con las prioridades estratégicas y razón de ser de la Fundación y que incorpore las peculiaridades de la realidad y legislación estatal y de cada Comunidad Autónoma. La Cartera de Servicios será el conjunto de productos o servicios de naturaleza social que la Fundación posteriormente ofrecerá, y que pondrá a disposición de los/as médicos colegiados/as y sus familias; incluirá las actuales prestaciones revisadas y actualizadas, así como aquellos otros servicios que contribuyan a dar respuesta a las necesidades detectadas en el estudio.

Esta Cartera formará parte del conjunto de condiciones y medios que contribuirán a mejorar la calidad de vida de este colectivo, porque recogerá las prestaciones específicas de carácter social adecuadas a sus necesidades actuales, la finalidad y los ratios de cada una de ellas, con un enfoque integral de la prevención y la intervención sobre las situaciones de necesidad, y coherentes con la naturaleza y filosofía de trabajo de la Fundación.

- E.** Conocer los elementos de la actual red de atención que se valora necesario mejorar y plantear propuestas al respecto.
- F.** Analizar el grado de conocimiento y valoración de los colegiados/as sobre la Fundación y el conjunto de prestaciones que actualmente ofrece a los colegiados/as y sus familias.



- G. Realizar propuestas de mejora dirigidas a elevar la calidad y grado de adecuación de las actuales prestaciones de la Fundación, así como a mejorar la eficiencia de su gestión, todo ello en el marco de un Programa Integral de Protección Social en el que se incluya una Cartera de Servicios que abarque el conjunto de ayudas sociales y prestaciones a través de las cuales dar, desde la Fundación, una respuesta de cobertura social adecuada a las necesidades actuales de los/as médicos colegiados/as y sus familias.

Por todo ello, el estudio se ha llevado a cabo desde una triple perspectiva que permite una aproximación global a las necesidades en los diversos ámbitos de la vida:

- A. La prevención y promoción de la salud y la calidad de vida.
- B. La protección y apoyo, de carácter social, en aquellos ámbitos que se determinen y complementaria del sistema público.
- C. La conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

**La utilidad de este estudio es la de contribuir a que la Fundación P.H.P.A. configure un SISTEMA SOSTENIBLE DE PROTECCIÓN SOCIAL, que responda a las necesidades sociales del colectivo de los/as médicos/as de España y sus familias para avanzar, desde la prevención y la protección, hacia su mayor calidad de vida, generando la mayor aportación de valor posible.**

## OBJETIVOS Y ÁMBITOS DEL ESTUDIO

*El Estudio sobre las necesidades actuales de protección social de los/as médicos colegiados y sus familias en España se ha desarrollado de acuerdo con los siguientes objetivos:*

- A. Contar con un diagnóstico de las actuales necesidades de protección social de la población médica en España y sus familias, por territorios autónomos.
- B. Identificar y recopilar las buenas prácticas y experiencias actuales de Colegios Provinciales de Médicos o de Consejos Autonómicos, en la atención a las necesidades de protección social de sus colegiados y familias.

Disponer de este conocimiento actualizado de las necesidades de protección social del colectivo de médicos es un requisito indispensable para poder rediseñar el nuevo modelo de gestión de la Fundación, modelo que incorpore el Programa de Protección Social propio, de carácter integral.





## IV. Realidad actual y necesidades de protección social de los/as médicos/as colegiados/as en España

Ofrecemos a continuación un resumen de los resultados de la encuesta realizada a los colegiados y colegiadas de los diferentes Colegios Provinciales. Esta encuesta tiene por objeto conocer:

- El perfil y las características de la población de beneficiarios.
- La situación socio-profesional.
- Las situaciones de discapacidad y dependencia.
- El conocimiento y disfrute de prestaciones sociales de carácter público por parte de los beneficiarios.
- Los hábitos de vida, de participación social y de corresponsabilidad.
- El conocimiento y la valoración de las prestaciones de la Fundación y de cómo las difunde entre la colegiación.

Veamos a continuación los principales resultados.

### METODOLOGÍA

Metodología cuantitativa, sustanciada en una encuesta, según cuestionario estructurado, cuyas características se exponen a continuación.

<b>Universo</b>	217.119 colegiados y colegiadas.
<b>Muestra</b>	1.700 colegiados y colegiadas, con distribución por Comunidad Autónoma, con cuotas de sexo y edad.
<b>Tipo de entrevista</b>	Autoaplicada a través de Internet en cuestionario alojado en la página de la Fundación.
<b>Error muestral</b>	$\pm 2,37\%$ al Nivel de Confianza del 95,5% para estimaciones globales. Inferior al $\pm 10,0\%$ para estimaciones por Comunidad Autónoma.
<b>Variables de análisis generales</b>	Sexo y edad.
<b>Otras variables de análisis</b>	Discapacidad, vida en pareja.

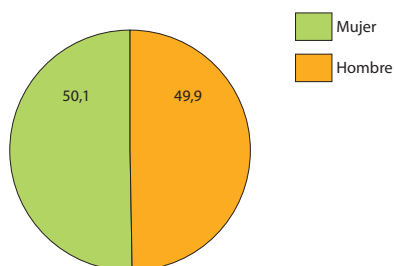
Nivel de respuesta	Se han obtenido 1.806 cuestionarios distribuidos de manera diferente en las diferentes CCAA.	
	Ello hace que se reduzca el error muestral ( $\pm 2,30\%$ ) para estimaciones globales y que se mantenga la previsión inicial en la mayoría de las CC AA.	
	CCAA con error muestral inferior $\pm 10,0\%$ .	CCAA con error muestral superior $\pm 10,0\%$ .
	Andalucía, Asturias, Aragón, Castilla y León, Castilla la Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, Comunidad Autónoma de La Rioja y Comunidad Autónoma Valenciana.	Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña y País Vasco.

## PERFIL DE LOS COLEGIADOS ENCUESTADOS

Si hacemos un prototipo de profesional de la medicina en cuanto a sus variables sociodemográficas, diremos que es de nacionalidad española, que está casado/a y tiene dos hijos y que reside en una ciudad de más de cien mil habitantes, en un hogar de cuatro personas.

Respecto al sexo, el porcentaje de médicos y de médicas es prácticamente el mismo.

Personas encuestadas según sexo



Si profundizamos en ese perfil global, podemos encontrar variaciones que son relevantes y que, sin duda tienen interés para el conjunto del proyecto abordado por la Fundación.

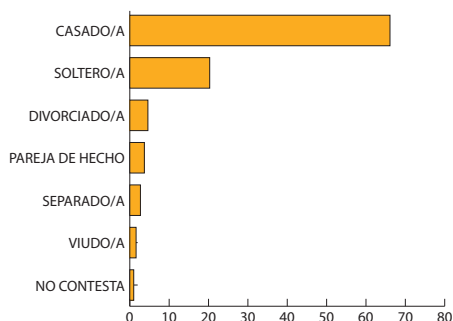
Sin embargo, esta proporción entre hombres y mujeres varía si tomamos en cuenta la edad, ya que se observa un claro y progresivo incremento de las mujeres en los grupos de menor edad, lo cual nos indica que, a la vuelta de unos años, el perfil del profesional de la medicina habrá experimentado cambios importantes.

Personas encuestadas según sexo y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
HOMBRE	49,9	28,1	40,4	67,7	84,1
MUJER	50,1	71,9	59,6	32,3	15,9

Ese cambio en la composición del colectivo trae consigo cambios en cuanto a las necesidades de las personas que los componen. Hay que tener en cuenta que la incorporación de la mujer a la profesión médica no es un fenómeno transitorio, así se viene mostrando en otros estudios y encuestas<sup>2</sup>, por lo que, de cara al futuro, no puede pasarse por alto.

Respecto al estado civil de las personas encuestadas, en una visión global nos encontramos con que más de seis de cada diez personas encuestadas están casadas y que poco más de un veinte por ciento de personas permanecen solteras (refiriéndonos a los dos estados civiles de más frecuencia). La tasa de separados y divorciados, sumando ambos grupos, se sitúa en torno al siete por ciento, sustancialmente más alto que el de la población general<sup>3</sup>.

Personas encuestadas según estado civil



Pero conviene que veamos conjuntamente el estado civil y el sexo en cuya distribución se aprecia que las separaciones son más frecuentes en los hombres y los divorcios que en las mujeres; tomando ambos fenómenos hay una diferencia sustantiva en cuanto a las rupturas de pareja en el caso de las mujeres.

Especialmente relevantes son los datos relativos a los estados civiles de “casado” y “soltero” pues, como podemos ver, hay más hombres casados y mujeres solteras, en ambos casos con diferencias del orden de veinte puntos.

Como consecuencia de ese hecho, en el caso de los hombres hay una diferencia muy apreciable entre los casados y los solteros (de más de sesenta puntos porcentuales), diferencia que se reduce a veintiséis puntos entre las mujeres casadas y las solteras.

<sup>2</sup>COMB. *Situació i necessitats socials dels metges col·legiats*; Fundació Galatea. *Salud, estils de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña*.

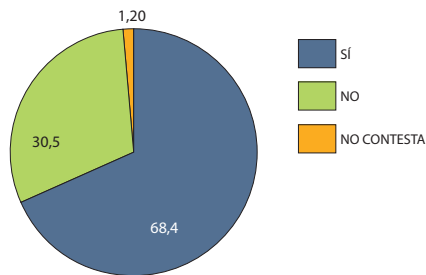
<sup>3</sup>Según el censo de 2001 del INE la tasa de separados y divorciados legalmente se sitúa en el 2,8%; la EPA también recoge el estado civil y, según esa encuesta, en 2010 la tasa de separados y separadas es del 3,8%.

Personas encuestadas según estado civil y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
CASADO/A	66,1	76,0	56,1
SOLTERO/A	20,3	10,5	30,1
DIVORCIADO/A	4,6	3,2	6,0
PAREJA DE HECHO	3,7	4,0	3,4
SEPARADO/A	2,7	3,5	2,0
VIUDO/A	1,6	1,8	1,5
NO CONTESTA	1,0	0,9	1,1

Así, las médicas se casan menos, se separan más, tienen menos hijos y viven solas con más frecuencia que los hombres.

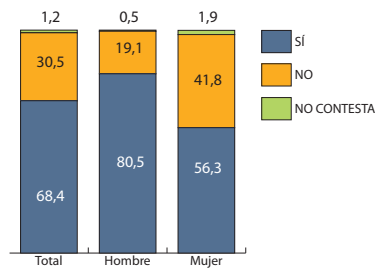
Refiriéndonos al hecho de tener, o no, hijos, casi siete de cada diez personas encuestadas declaran tener hijos, frente a un 30,5% que declara no tenerlos.

Personas encuestadas según tienen hijos o no



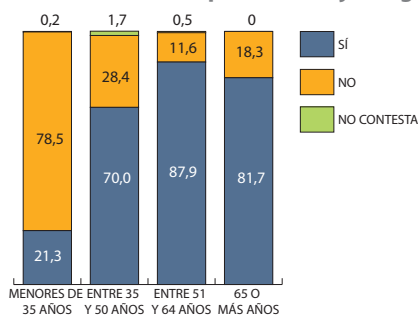
Pero si vemos ese dato tomando en cuenta el sexo de la persona encuestada, apreciamos que hay importantes diferencias entre los hombres y las mujeres.

Personas encuestadas según tienen hijos y sexo



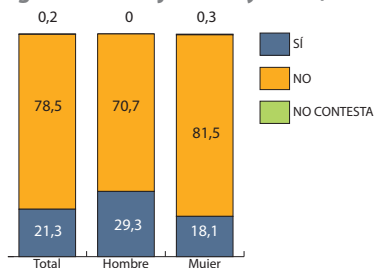
El 80,5% de hombres declara tener hijos, mientras que poco más de la mitad de las mujeres responde en el mismo sentido. Esta diferencia podríamos explicarla en función de la edad, pues, como vemos en el gráfico siguiente, la mayor tasa de personas que no tienen hijos (cercana al ochenta por ciento) se da entre los encuestados menores de treinta y cinco años, franja de edad en la que, como hemos visto, es mayor el número de mujeres.

**Personas encuestadas que tienen hijos según edad**



Pero si, tal y como hemos hecho en el caso del estado civil, nos detenemos en el caso de los menores de treinta y cinco años, podemos observar que también en esa franja de edad, es menor la tasa de mujeres que tienen hijos.

**Personas encuestadas según tienen hijos o no y sexo (base menores de 35 años)**

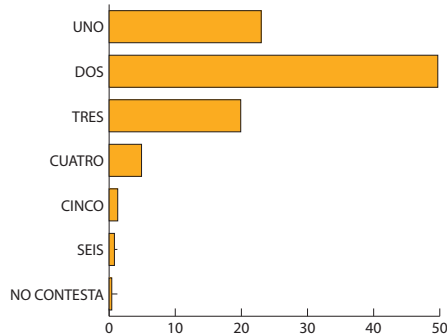


Nuevamente hemos de reparar en esta diferencia entre los sexos y trabajar con las dos hipótesis que hemos esbozado, bien que las mujeres tienen hijos con menos frecuencia por las dificultades que conlleva la conciliación entre la vida familiar y profesional, bien que la independencia económica que se deriva de tener un trabajo abre a las colegiadas otras perspectivas y fórmulas de organizar su vida.

No cabe duda que ambas circunstancias puedan darse de manera conjunta, pero el hecho de que la corresponsabilidad no sea todavía un hecho (de ello iremos encontrando indicadores a lo largo del informe), nos hace pensar que las dificultades de armonizar las necesidades familiares, personales y profesionales, supone un freno para la organización vital de las médicas. En la medida en que se trata de un dato coincidente con el hallado en los estudios ya referidos, entendemos que se trata de un asunto que debe ser tenido en cuenta a la hora de pensar en servicios y prestaciones para los colegiados y, particularmente, las colegiadas.

En cuanto al número de hijos, la media es de 1,4, siendo lo más frecuente que las personas encuestadas tengan dos hijos (casi la mitad); en algo más de siete de cada diez casos se declara tener uno o dos hijos, pero, según las respuestas obtenidas, un 26,5% es padre o madre de familia numerosa.

### Personas encuestadas según número de hijos (base tienen hijos)

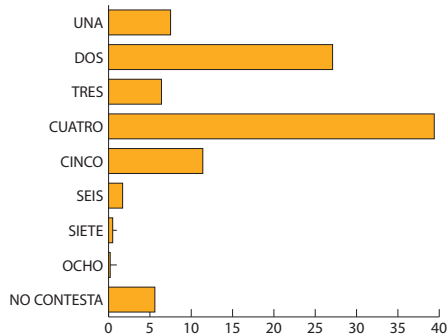


Teniendo en cuenta todas las personas que conviven en el hogar, en casi un cuarenta por ciento de los casos, son cuatro las personas que lo hacen. En segundo lugar, en cuanto a la frecuencia, nos encontramos a los colegiados que declaran que son dos las personas que conviven en el hogar.

Seguidamente, encontramos un 11,4% de colegiados que refiere que son cinco las personas que conviven en el hogar, y un 7,5% de personas encuestadas que refiere vivir solo.

Conviven en un hogar con tres personas el 6,4% de encuestados y un 1,7% lo hace en un hogar de seis miembros.

### Personas encuestadas según número de personas que conviven en el hogar



Esta distribución contrasta con los datos de la población general. Si bien en ambos casos lo más frecuente es que sean dos o cuatro el número de personas que, con mayor frecuencia conviven en el hogar:

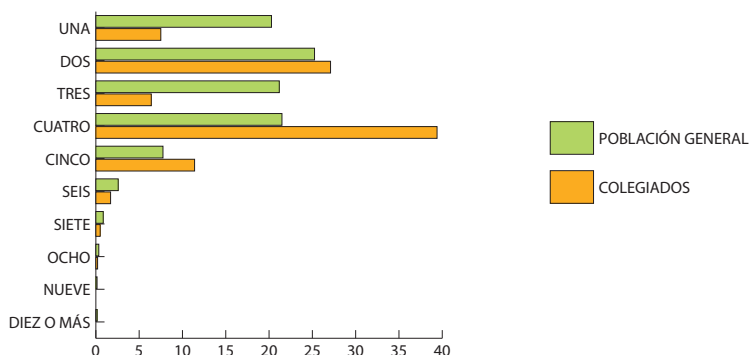
- En la población general, lo más frecuente es que sean dos las personas que conviven.
- Tomando en cuenta las dos situaciones de convivencia más frecuentes, en nuestros datos damos cuenta del 66,5% de los casos, mientras que en la población general el porcentaje desciende casi veinte puntos.



- La tasa de hogares con tres miembros, es sustancialmente más frecuente en la población general que en nuestros datos (21,1% frente a 6,4%), al igual que la tasa de personas que viven solas (20,2% frente a 7,5%).

En el gráfico siguiente podemos ver con mayor claridad estas diferencias en una comparativa de los datos obtenidos de los colegiados y los de la población general<sup>4</sup>.

### Personas encuestadas según número de personas que conviven en el hogar, comparación con la población general

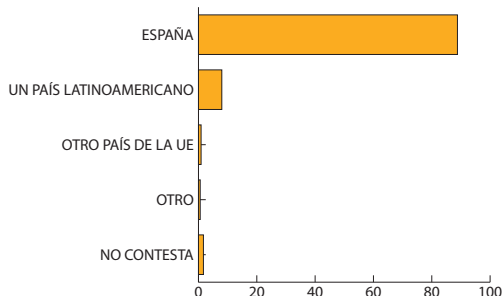


Las colegiadas viven solas con más frecuencia o en hogares menos numerosos (dos y tres personas).

Con respecto a la edad, observamos que los más jóvenes viven solos con más frecuencia y en hogares con menos miembros, y que las tasas en esas categorías de respuesta disminuyen a medida que aumenta la edad.

Por lo que respecta al país de origen, casi en nueve de cada diez casos, la procedencia es española. Sin embargo, hay que tener muy en cuenta que, en el otro diez por ciento hay un claro predominio de personas que provienen de países latinoamericanos.

### Personas encuestadas según país de origen



<sup>4</sup> Elaboración propia a través del Censo de Población y Viviendas 2001. INE. <http://www.ine.es/censo/es/consulta.jsp>

En cuanto a la edad, la mayor presencia de colegiados de origen latinoamericano se concentra en los dos extremos de la distribución de edad. Ello nos indica dos perfiles: uno sería el de persona de edad y experiencia profesional que emigra a España donde acaba su carrera profesional, y otro que define al colectivo de profesionales jóvenes que llegan a España a iniciar y desarrollar una carrera profesional.

Los datos obtenidos permiten catalogar el primer perfil como declinante (en función de los bajos porcentajes de colegiados de origen latinoamericano de las franjas de edad inmediatamente anteriores) mientras que el segundo perfil muestra un carácter emergente y la presencia de profesionales de esa procedencia tenderá a incrementar su peso, ello, claro está, dependiendo de los avatares socioeconómicos, tanto de alcance nacional como internacional.

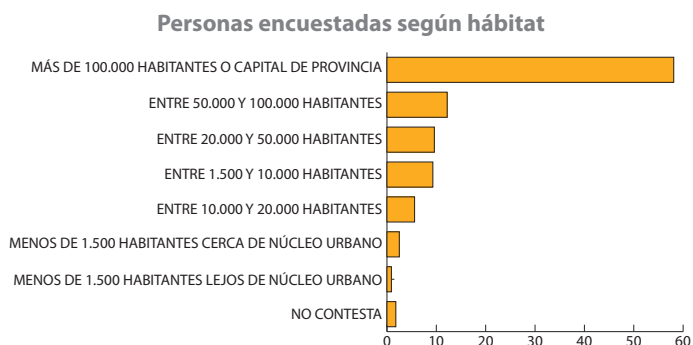
Para reforzar esa idea, además de tener en cuenta la distribución según la edad, podemos analizar la media de edad según las diferentes edades.

Media de edad de las personas entrevistadas según país de procedencia	
ESPAÑA	46,7
UN PAÍS LATINOAMERICANO	44,8
OTRO PAÍS DE LA UE	40,9
OTRO	53,2

Vemos que la media de edad de las personas encuestadas de origen latinoamericanos es dos años inferior y, sobre todo, que la de los que proceden de países de la UE es casi seis años menor que la de los colegiados y colegiadas nacionales.

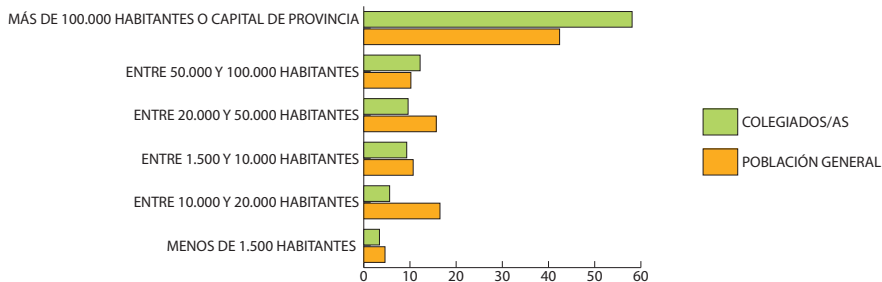
Respecto al lugar de residencia, observamos que la mayor parte de los colegiados y colegiadas residen en un hábitat urbano, casi siete de cada diez residen en ciudades grandes o capitales de provincia y un 12,20% lo hacen en ciudades de más de entre cincuenta y cien mil habitantes.

El aproximado veinte por ciento restante se concentra en poblaciones de tamaño medio y son muy pocos los residentes en el ámbito rural.



Los datos obtenidos confirman la tendencia, generalizada en el conjunto de la población, a que ésta se concentre en las ciudades y al progresivo abandono de las zonas rurales. Y la confirma de manera más acusada, puesto que, como podemos ver en el gráfico siguiente, entre las personas encuestadas hay una mayor concentración de residentes en hábitats urbanos<sup>5</sup>.

### Comparativa del hábitat entre las personas encuestadas y la población general



En cuanto al sexo, aún con la misma tendencia entre hombres y mujeres, se aprecia que:

- Son más los hombres que las mujeres que viven en ciudades de más de cien mil habitantes o capitales de provincia, con una diferencia de nueve puntos porcentuales.
- Por el contrario, en las poblaciones más pequeñas es mayor la presencia de mujeres que la de hombres, sobre todo en aquellas que distan menos de treinta kilómetros de un núcleo urbano.

Y en cuanto a la edad, es en los dos grupos más extremos (los más jóvenes y los de más edad) en los que se incrementan las tasas más altas de personas que viven en núcleos urbanos: si tomamos en conjunto todas las tasas de quienes residen en ciudades de más de cien mil habitantes o son capitales de provincia y las de los residentes en ciudades de más de cincuenta mil habitantes, vemos que un 95,4% de los mayores residen en localidades de esas categorías, al igual que el 64,5% de los menores de treinta y cinco años.

La relación de la edad con el hábitat, puede llevarnos a pensar en médicos y médicas que, llegada cierta edad, se ven en la necesidad de abandonar su lugar de residencia y trasladarse a vivir a una ciudad en donde, en principio, se tienen un mejor acceso a los diferentes servicios y ya que éstos son más accesibles.

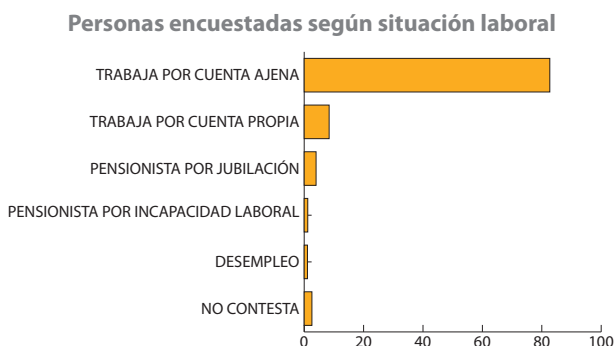
<sup>5</sup>Elaboración propia a partir de la Explotación estadística del Padrón. INE <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=>

## SITUACIÓN SOCIOPROFESIONAL

La inmensa mayoría de personas encuestadas está trabajando: sólo un 1,1% refiere estar en situación de desempleo. Esta tasa dista mucho de la tasa de desempleo general que, según la EPA se sitúa en el 20,89% y también de la tasa de paro de los titulados superiores, cifrada en el 12,05% en dicha encuesta<sup>6</sup>.

Podemos afirmar que el paro no es un problema dentro de la población médica, si bien hay que introducir un matiz, pues el universo de referencia no son los médicos, sino los médicos colegiados y es probable pensar que no todos los médicos en paro estén colegiados.

Por otro lado, la mayoría de encuestados (algo más de ocho de cada diez) trabaja por cuenta ajena y no llegan al diez por ciento los que trabajan por cuenta propia como ocupación principal.



En cuanto al sexo, podemos ver que:

- En la categoría “trabaja por cuenta ajena” hay una diferencia de casi diez puntos porcentuales a favor de las mujeres.
- Entre los que trabajan por cuenta propia, se invierte la proporción y la tasa de hombres casi duplica a la de mujeres.
- En cuanto a las personas jubiladas y pensionistas, es más frecuente encontrar hombres que mujeres, lo cual se explica por las diferencias en cuanto a edad ya comentadas entre hombres y mujeres (incremento de la presencia de hombres a medida que crece la edad).

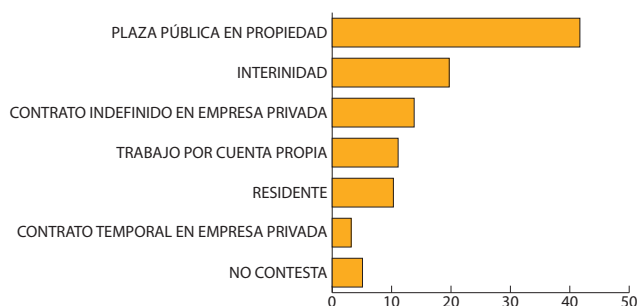
Con respecto a la edad, existe una relación casi perfecta entre la edad y el trabajo por cuenta ajena, pues esta situación disminuye a medida que aumenta la edad y, paralelamente, se incrementa la tasa de los trabajadores por cuenta propia.

Igualmente hay que referirse al 22,4% de encuestados que siguen trabajando por encima de los sesenta y cinco años, que es, actualmente, la edad legal de jubilación, lo cual implica que han prolongado su vida laboral.

<sup>6</sup>EPA 2t/2011 - <http://www.ine.es/>

Personas encuestadas según situación laboral y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
TRABAJA POR CUENTA AJENA	82,7	91,1	89,6	81,0	12,1
TRABAJA POR CUENTA PROPIA	8,4	2,0	7,0	13,0	10,3
PENSIONISTA POR JUBILACIÓN	4,0	0,3	0,3	0,5	71,8
PENSIONISTA POR INCAPACIDAD LABORAL	1,2	0,3	0,3	2,0	5,9
DESEMPLEO	1,1	3,6	0,4	1,0	0,0
NO CONTESTA	2,6	2,8	2,4	2,4	0,0

### Personas encuestadas según régimen de actividad (múltiple; base trabajan)



La tasa de temporalidad (teniendo en cuenta a los interinos y a quienes trabajan en empresas privadas con contrato temporal) se sitúa en el 22,9%, ligeramente por debajo del 25,5% de contratos temporales que, según la EPA se dan sobre el total de contratos en el conjunto de la población.

Pero la estabilidad, con un 55,5% de contratos indefinidos, también se sitúa muy por debajo del 74,5% de contratos indefinidos de los que habla la EPA para la población general.

El desajuste en esas cifras se aclara por el número de personas encuestadas que trabajan por cuenta propia y los residentes, casos ambos en los que no es posible hacer una comparación fidedigna con la población general, si bien es claro que los contratos de residencia tienen un carácter temporal.

La temporalidad tiene un efecto negativo sobre los médicos y médicas en la medida en lo que tiene de inestabilidad y de incertidumbre, que los profesionales no tienen un horizonte despejado sobre el que organizar sus propias vidas; pero diríamos también que puede tener un efecto negativo sobre la asistencia en la medida en la que se incrementa la posibilidad de rotación de los profesionales.

La temporalidad es más alta en el sector público donde, aproximadamente, por cada contrato temporal hay dos indefinidos; en el sector privado se dan más de seis contratos indefinidos por cada contrato temporal.

Teniendo en cuenta el sexo de la persona encuestada, vemos que las mujeres tienen con menos frecuencia plazas en propiedad (con unos quince puntos porcentuales de diferencia) mientras que hay más mujeres que hombres en situación de interinidad (con una diferencia de diez puntos porcentuales sobre los hombres).

Aunque con menos diferencia (en torno a los cinco puntos porcentuales) también hay más mujeres que hombres entre los residentes.

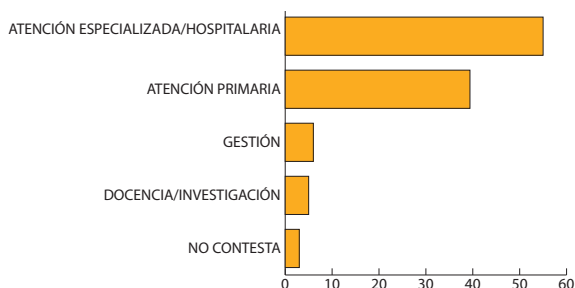
Cuando analizamos los contratos indefinidos en empresas privadas, las diferencias entre los sexos se diluyen. Aunque el sector privado tiene menos importancia, como ya hemos comentado, lo cierto es que las mujeres tienen el mismo acceso que los hombres a empleos estables en el sector privado.

Personas entrevistadas régimen de actividad y sexo (porcentajes; múltiple; base trabajan)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.692	818	875
PLAZA PÚBLICA EN PROPIEDAD	41,7	49,6	34,3
INTERINIDAD	19,7	14,4	24,8
CONTRATO INDEFINIDO EN EMPRESA PRIVADA	13,8	13,9	13,6
TRABAJO POR CUENTA PROPIA	11,1	15,8	6,7
RESIDENTE	10,3	7,2	13,1
CONTRATO TEMPORAL EN EMPRESA PRIVADA	3,2	2,5	3,9
NO CONTESTA	5,1	3,8	6,3

Las personas encuestadas trabajan por cuenta ajena, en el sector público y, como vemos en el gráfico siguiente, más de la mitad en atención hospitalaria o especializada, ámbito en el que trabajan más de la mitad de colegiados y colegiadas.

Ello no obstante, se observan otros ámbitos profesionales en los que se ubica un once por ciento, distribuido casi a partes iguales entre la gestión y la docencia/investigación.

**Personas encuestadas según ámbito de actividad profesional (múltiple; base trabajan)**



Las diferencias entre los sexos son pequeñas y nos indican que los hombres trabajan en atención primaria con más frecuencia que las mujeres y que hay un mayor porcentaje de médicas en atención especializada y hospitalaria.

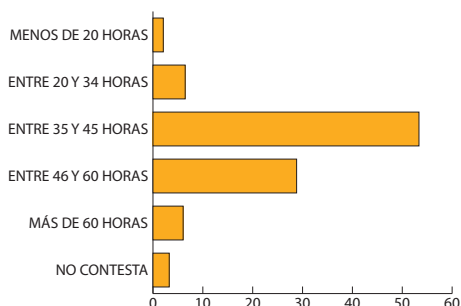
No obstante, hay que señalar la mayor tasa de hombres dedicados a la gestión, hecho que puede explicarse más en función de la edad que del sexo (es plausible pensar que los puestos de gestión requieren una experiencia previa y, como hemos visto, las mujeres son minoritarias en los grupos de más edad) pero sin perder de vista las mayores dificultades de las mujeres para acceder a puestos de responsabilidad, el denominado techo de cristal.

Dicho esto respecto a los puestos de gestión, en la tabla de edad podemos ver que a medida que ésta aumenta, se incrementa la tasa de colegiados en el ámbito hospitalario y disminuye la referida a atención primaria.

Personas encuestadas según ámbito de actividad y edad (porcentajes; múltiple; base trabajan)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.692	296	751	612	19
ATENCIÓN ESPECIALIZADA/ HOSPITALARIA	55,0	71,8	58,7	42,7	58,3
ATENCIÓN PRIMARIA	39,4	29,1	36,4	49,1	37,5
GESTIÓN	6,0	0,9	6,6	8,3	4,2
DOCENCIA/ INVESTIGACIÓN	5,0	2,9	4,7	6,2	8,3
NO CONTESTA	3,0	2,1	2,2	2,9	0,0

Con respecto a la jornada laboral, más de la mitad de las personas encuestadas refiere una jornada de duración estándar (en torno a las cuarenta horas a la semana), pero casi un treinta y cinco por ciento supera con creces ese número de horas.

#### Personas entrevistadas según horas de trabajo a la semana (base trabajan)



La tasa de personas que trabajan un número de horas por debajo de la jornada habitual es muy similar en los colegiados y en la población general, según la Encuesta nacional de condiciones de trabajo<sup>7</sup>, el 34,9% de colegiados que trabaja más de cuarenta horas, contrasta con el 13,7% de trabajadores en general que declara una jornada de esas características.

<sup>7</sup>CIS, [http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2260\\_2279/2261/e226140.html](http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2260_2279/2261/e226140.html)

Según el sexo de la persona encuestada, podemos ver que hay una mayor tasa de mujeres que trabajan la jornada laboral estándar o un número de horas inferior a ella.

Aunque la tasa de mujeres que trabaja más de sesenta horas es un 1,5% mayor que la de hombres, la diferencia más notable se registra en la categoría "Entre 46 y 60", pues en ella encontramos una diferencia de casi diez puntos porcentuales a favor de los hombres.

Personas entrevistadas según horas de trabajo a la semana (porcentajes; base trabajan)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.692	818	875
MENOS DE 20 HORAS	2,1	1,5	2,6
ENTRE 20 Y 34	6,5	5,6	7,2
ENTRE 35 Y 45 HORAS	53,4	50,7	55,9
ENTRE 46 Y 60 HORAS	28,8	33,9	24,1
MÁS DE 60 HORAS	6,1	5,3	6,8
NO CONTESTA	3,3	3,1	3,4

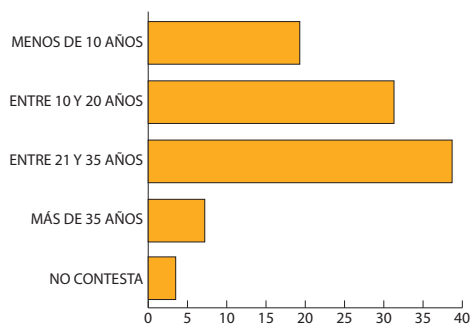
Una jornada inferior a la estándar puede deberse bien a la existencia de un régimen de contratación más precario (sustituciones, cobertura de guardias,...) o a reducciones de la jornada para conciliación de la vida profesional y familiar, situaciones que, según los datos obtenidos, afectan a las médicas con más frecuencia que a los médicos.

Por lo que respecta a la edad, observamos que:

- Cuando nos referimos a la jornada estándar o con un número de horas inferior, las tasas crecen a medida que lo hace la edad.
- Por el contrario, en las categorías de respuesta que aluden a una jornada más larga, a medida que aumenta la edad, disminuye la tasa de colegiados, hecho éste que se explica por la posibilidad que se brinda a los profesionales de no realizar guardias a partir de cierta edad.

Con respecto a la experiencia laboral, aunque la frecuencia más alta la encontramos entre quienes acumulan entre 21-35 años (un 38,7%), cuatro de cada diez personas encuestadas tienen una experiencia laboral inferior a los veinte años.

Personas encuestadas según experiencia laboral





Como correspondía a la distribución según edad y sexo, las tasas de mujeres son más altas en las categorías que aluden a una menor experiencia laboral y los hombres en las que señalan una mayor experiencia.

El punto de transición serían los veintiún años de experiencia. Cuando esa cifra es el límite superior del intervalo, hay una diferencia de trece puntos porcentuales a favor de las mujeres, la misma que encontramos a favor de los hombres cuando “21” es el límite inferior del intervalo de los años de experiencia.

Personas entrevistadas según experiencia laboral y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
MENOS DE 10 AÑOS	19,3	9,9	28,7
ENTRE 10 Y 20 AÑOS	31,3	24,7	37,8
ENTRE 21 Y 35 AÑOS	38,7	50,3	27,2
MÁS DE 35 AÑOS	7,2	11,5	2,8
NO CONTESTA	3,5	3,5	3,5

En el análisis en función de la edad, como es lógico hay una relación casi perfecta entre ambas variables.

No obstante, nos apuntan a la existencia de dos perfiles de incorporación a la profesión. Uno que podemos llamar precoz o temprano (el 5,1% de menores de treinta y cinco años que acumula más de diez años de experiencia) y otro que se puede catalogar como tardía (el 5,8% de mayores de cincuenta años con menos de veinte años de experiencia).

Personas encuestadas según experiencia laboral y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
MENOS DE 10 AÑOS	19,3	92,0	8,0	0,7	0,0
ENTRE 10 Y 20 AÑOS	31,3	5,1	68,2	5,1	0,0
ENTRE 21 Y 35 AÑOS	38,7	0,3	21,0	83,7	9,9
MÁS DE 35 AÑOS	7,2	0,2	0,1	8,4	84,7
NO CONTESTA	3,5	2,4	2,8	2,2	5,4

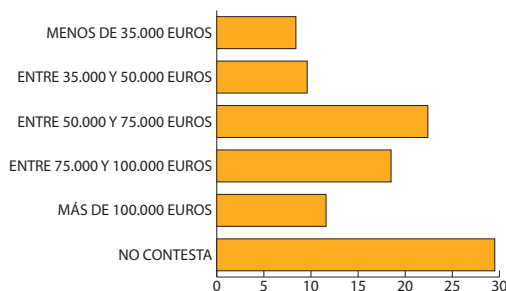
Respecto a los médicos/as extranjeros/as, un 12,1% de los menores de treinta y cinco años acumula más de diez años de experiencia (incorporación temprana) y un 8,4% de los mayores de cincuenta años cuenta con menos de veinte años de experiencia profesional.

La presencia de médicos y médicas de otros países parece explicar, casi por completo, el perfil de incorporación precoz a la profesión, hecho que puede deberse a una organización diferente a la que se rige en nuestro país para el acceso a los estudios universitarios.

Las preguntas sobre los ingresos suelen generar reticencias y, así, nos encontramos con una alta tasa de encuestados que declinan responder a esta cuestión, tasa que se aproxima al treinta por ciento.

Aún así, los datos disponibles nos indican que en algo más de la mitad de los hogares de personas encuestadas los ingresos son superiores a los cincuenta mil euros; en casi dos de cada diez casos los ingresos de la unidad familiar se sitúan por debajo de esa cifra y en un 8,4% de unidades familiares los ingresos son inferiores a los treinta y cinco mil euros, tasa que contrasta con el 74,5% de la población general que se sitúa por debajo de esos ingresos<sup>8</sup>, según Encuesta de condiciones de vida del INE.

### Personas encuestadas según ingresos brutos anuales de la unidad familiar



Según el sexo, los setenta y cinco mil euros parecen suponer un punto de inflexión: por debajo de esa cantidad las tasas de mujeres superan a las de hombres, dándose la mayor diferencia (casi diez puntos porcentuales) en la categoría “Entre 50.000 y 75.000 euros”.

A partir de ese nivel de ingresos las tasas de hombres superan a las de mujeres, con una diferencia de casi catorce puntos cuando nos referimos a ingresos entre 75.000-100.000 euros.

Esas diferencias en los ingresos según el sexo dan lugar a que la media de ingresos de los hombres sea sustancialmente más alta que la de las mujeres (81.556€ frente 68.091€).

Personas entrevistadas según ingresos brutos anuales de la unidad familiar y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
MENOS DE 35.000 EUROS	8,4	7,7	9,0
ENTRE 35.000 Y 50.000 EUROS	9,6	8,7	10,5
ENTRE 50.000 Y 75.000 EUROS	22,4	17,8	27,1
ENTRE 75.000 Y 100.000 EUROS	18,5	25,7	11,2
MÁS DE 100.000 EUROS	11,6	14,1	9,1
NO CONTESTA	29,5	26,0	33,0

<sup>8</sup> INE. Encuesta de condiciones de vida. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp453&file=inebase&L=0>

Las diferencias en los ingresos según el sexo habría que explicarlas por el efecto combinado de tres circunstancias:

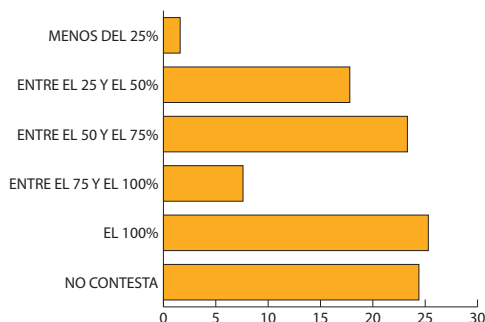
- La mayor presencia de mujeres entre los residentes.
- La mayor tasa de temporalidad de las médicas con respecto a los médicos.
- La jornada de trabajo inferior en el caso de las médicas.

A medida que aumenta la edad lo hacen los ingresos, pero hasta los sesenta y cinco años, lo que nos indica una sensible pérdida de ingresos al alcanzar la jubilación.

Personas entrevistadas según ingresos brutos anuales de la unidad familiar y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
MENOS DE 35.000 EUROS	8,4	26,2	3,8	3,6	20,8
ENTRE 35.000 Y 50.000 EUROS	9,6	9,1	9,2	8,9	22,3
ENTRE 50.000 Y 75.000 EUROS	22,4	18,8	25,1	22,4	16,8
ENTRE 75.000 Y 100.000 EUROS	18,5	8,9	19,4	23,6	11
MÁS DE 100.000 EUROS	11,6	3,3	12,8	15	8,1
NO CONTESTA	29,5	33,8	29,7	26,6	20,9

Sea cual sea el nivel de ingresos, observamos que en una cuarta parte de los casos, los ingresos de la persona encuestada son los únicos de la unidad familiar; en casi otra cuarta parte de los casos, la aportación del encuestado oscila entre el cincuenta y el setenta y cinco por ciento y en un 1,6% de los casos, la aportación es inferior al veinticinco por ciento.

#### Personas encuestadas según aportación porcentual a la renta familiar



Las mujeres tienden a aportar menos de la mitad de los ingresos familiares, mientras que los hombres presentan tasas más altas en los tramos de aportación más altos; la tasa de hombres que aportan entre el setenta y cinco y el cien por cien duplica a la de mujeres, y es tres puntos porcentuales más alta que la de mujeres.

Estos datos, sin embargo, pueden matizarse, pues como hemos visto antes, buena parte de personas encuestadas no tienen pareja, por lo que creemos útil volver a analizar la distribución de los ingresos, pero teniendo en cuenta sólo a los colegiados y colegiadas que tienen pareja.

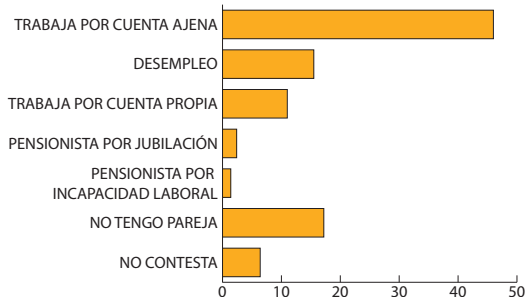
Cuando circunscribimos el análisis a las personas que tienen pareja, vemos que esas diferencias se agudizan; aumenta la tasa de mujeres que aporta menos de la mitad de los ingresos familiares y disminuye la de las que aportan más del setenta y cinco por ciento; por otra parte, la diferencia entre hombres y mujeres que aportan el total de los ingresos aumenta a más de trece puntos porcentuales a favor de los hombres.

Para cerrar este capítulo abordaremos aspectos ligados a la pareja de las personas encuestadas y su situación laboral.

Vemos, en el gráfico siguiente, que:

- Casi dos de cada diez personas encuestadas no tiene pareja.
- Casi la mitad de las parejas de las personas encuestadas trabaja por cuenta ajena.
- Hasta un 15,5% de las parejas de los encuestados está desempleada, tasa que se aproxima al 20,89% de la población general y que contrasta con el 1,1% de personas encuestadas en situación de desempleo.

**Personas encuestadas según situación laboral de la pareja**



Entre las mujeres encuestadas se dan más casos en los que no se tiene pareja (con doce puntos de diferencia sobre los hombres) y en los que la pareja trabaja por cuenta propia.

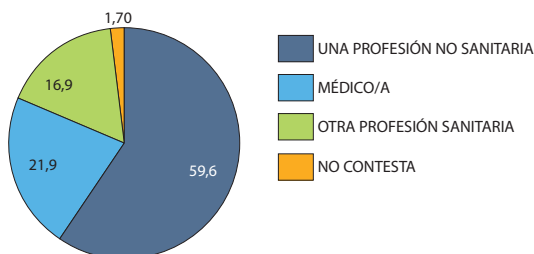
Las parejas de los hombres trabajan por cuenta ajena con más frecuencia que las de las mujeres, aunque la diferencia más acusada la encontramos en los casos en los que la pareja de la persona encuestada está desempleada, situación que se da en el 22,4% de hombres frente al 8,7% de mujeres.

En cuanto a la edad, no son muchas las diferencias que se recogen, siendo lo más destacable que entre los mayores de sesenta y cinco años, la pareja es pensionista (en un 39,8% de los casos si se suma la jubilación y la incapacidad laboral).

Aunque en la mayoría de los casos la pareja de las personas encuestadas no trabaja en el ámbito sanitario (casi un sesenta por ciento), casi cuatro de cada diez personas entrevistadas tiene una pareja que desempeña una profesión sanitaria, tomando en cuenta sólo a aquellos que tienen pareja.

Con esa misma consideración, vemos que casi un veintidós por ciento de encuestados tiene una pareja que también es médico o médica y un 17,9 una pareja que tiene otra profesión sanitaria.

**Personas encuestadas según profesión de la pareja (base tienen pareja)**



Las mujeres tienen con mayor frecuencia parejas que no trabajan en el ámbito sanitario (70,2% frente al 50,7% de hombres).

La posibilidad de encontrar colegiados que tengan como pareja otro médico o médica disminuye con la edad, del mismo modo que, a medida que aumenta la edad, lo hacen las tasas de las personas encuestadas que tienen como pareja a otra persona profesional del ámbito sanitario.

## DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Una vez obtenidos los datos sociodemográficos básicos, se analizaron diferentes aspectos ligados a la discapacidad y la dependencia.

En primer lugar, se ofrecía una lista de actividades de la vida diaria, pidiendo que anotara el grado de ayuda necesaria para llevarlas a cabo por alguno de los miembros de la familia (ninguna ayuda, un poco de ayuda, bastante ayuda, mucha ayuda), escala cualitativa que hemos convertida en cuantitativa (0, 1, 2, 3 respectivamente) para poder ofrecer valores medios. Veámoslos en la siguiente tabla.

Valores medios otorgados a las dificultades para realizar actividades de la vida diaria según sexo (escala 0-3)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
CAMBIAR Y MANTENER LAS POSICIONES DEL CUERPO	0,16	0,15	0,17
LEVANTARSE Y ACOSTARSE	0,22	0,21	0,23
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	0,18	0,17	0,20
CONTROLAR SUS NECESIDADES Y USAR EL SERVICIO	0,26	0,27	0,25
VESTIRSE, DESVESTIRSE Y ARREGLARSE	0,33	0,30	0,36
COMER Y BEBER	0,24	0,21	0,26
MOVERSE POR LA CALLE SIN USAR EL TRANSPORTE	0,40	0,33	0,47
COMPRAS Y CONTROL DE SUMINISTROS	0,58	0,43	0,74
CUIDARSE DE LAS COMIDAS	0,56	0,42	0,72

...

Valores medios otorgados a las dificultades para realizar actividades de la vida diaria según sexo (escala 0-3)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA	0,67	0,50	0,84
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA CASA	0,70	0,55	0,84
CUIDARSE DEL BIENESTAR DEL RESTO DE LA FAMILIA	0,55	0,43	0,68

Ninguna de las actividades propuestas alcanza como valor medio el "1" que equivaldría a necesitar alguna ayuda.

En datos globales, sólo la limpieza y el cuidado de la casa (con un valor medio de 0,7) se aproxima a esa puntuación y, si analizamos los datos según el sexo, observamos que, en el caso de las mujeres, se aproximan a ese valor las actividades "compras y control de suministros" (0,74) "cuidarse de las comidas" (0,72) "limpieza y cuidado de la ropa" y "limpieza y cuidado de la casa" (0,84 cada una).

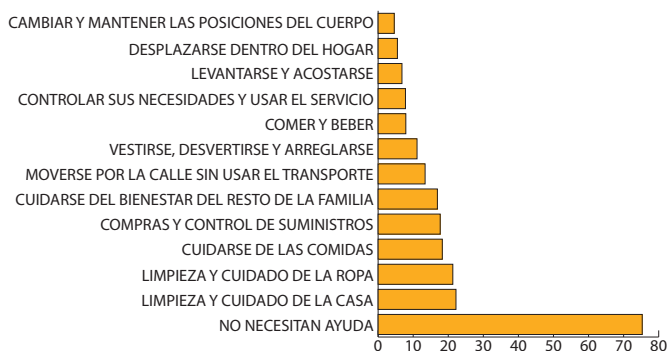
Esas mismas actividades son también las que más se aproximan al "1" en el tramo de edad comprendido entre los 36-50 años de edad.

Valores medios otorgados a las dificultades para realizar actividades de la vida diaria según edad (escala 0-3)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
CAMBIAR Y MANTENER LAS POSICIONES DEL CUERPO	0,16	0,17	0,11	0,24	0,09
LEVANTARSE Y ACOSTARSE	0,22	0,22	0,19	0,29	0,14
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	0,18	0,19	0,13	0,24	0,20
CONTROLAR SUS NECESIDADES Y USAR EL SERVICIO	0,26	0,27	0,25	0,26	0,29
VESTIRSE, DESVESTIRSE Y ARREGLARSE	0,33	0,34	0,36	0,30	0,29
COMER Y BEBER	0,24	0,28	0,25	0,23	0,09
MOVERSE POR LA CALLE SIN USAR EL TRANSPORTE	0,40	0,29	0,45	0,37	0,54
COMPRAS Y CONTROL DE SUMINISTROS	0,58	0,25	0,75	0,51	0,48
CUIDARSE DE LAS COMIDAS	0,56	0,31	0,72	0,49	0,47
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA	0,67	0,41	0,85	0,57	0,51
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA CASA	0,70	0,39	0,87	0,60	0,69
CUIDARSE DEL BIENESTAR DEL RESTO DE LA FAMILIA	0,55	0,33	0,67	0,51	0,58

Los datos sobre el grado de ayuda que necesitan los miembros de la familia de las personas encuestadas y ellas mismas es bajo. En cualquier caso, veamos las necesidades de ayuda que se precisan, con independencia del grado de ésta:

- Tres cuartas partes de las personas encuestadas conviven en familias en las que ningún miembro necesita ayuda para las AVD.
- En torno al veinte por ciento de médicos y médicas necesita algún tipo de ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria relacionadas con el orden y mantenimiento del hogar.

### Personas encuestadas según actividades para las que necesitan algún tipo de ayuda



En menor medida, nos encontramos con personas que necesitan ayuda para moverse por la calle (17,7%) y, aún en menor medida ocuparse de los cuidados básicos de sí mismo (del 4,6% que necesita ayuda para cambiar de postura al 11,1% que la requiere para vestirse, desvestirse y arreglarse).

Atendiendo al sexo, las mujeres viven en familias en las que alguno de los miembros necesita más ayuda, con respecto a las de los hombres: son menos las que no precisan ningún tipo de ayuda y presenta tasas mayores en todas las actividades.

Personas entrevistadas que necesitan ayuda para las AVD según sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
CAMBIAR Y MANTENER LAS POSICIONES DEL CUERPO	4,6	4,0	5,3
LEVANTARSE Y ACOSTARSE	6,8	6,3	7,2
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	5,5	4,8	6,3
CONTROLAR SUS NECESIDADES Y USAR EL SERVICIO	7,8	8,3	7,3
VESTIRSE, DESVESTIRSE Y ARREGLARSE	11,1	9,4	12,8
COMER Y BEBER	7,9	6,9	8,9

...

Personas entrevistadas que necesitan ayuda para las AVD según sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
MOVERSE POR LA CALLE SIN USAR EL TRANSPORTE	13,4	11,0	15,9
COMPRAS Y CONTROL DE SUMINISTROS	17,7	12,5	22,9
CUIDARSE DE LAS COMIDAS	18,3	14,1	22,5
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA	21,3	16,3	26,3
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA CASA	22,2	17,8	26,6
CUIDARSE DEL BIENESTAR DEL RESTO DE LA FAMILIA	16,9	13,9	19,9
NO NECESITAN AYUDA	75,3	79,8	70,8

Y por lo que respecta a la edad, observamos una relación lineal entre el aumento de la edad y el de las necesidades de ayuda para AVD en algún miembro de la unidad familiar, pero esta tendencia se rompe en el rango de edad de entre 36-50 años, rango en el que se observa:

- Una menor tasa de personas de la unidad familiar que necesita algún tipo de ayuda en AVD.
- Tasas superiores al veinticinco por ciento de personas que precisan ayuda en las compras y control de suministros, para cuidarse de las comidas, en la limpieza y cuidado de la ropa y en la limpieza y cuidado de la casa.
- Tasas superiores a las del resto de grupos de edad en la mayoría de las actividades propuestas.

La explicación a estos datos vendría dada por el hecho de que, a esas edades, si se convive con los ascendientes es más probable que se deba a que éstos necesiten soportes específicos y no por otras circunstancias (como “que no se sientan solos”) como puede ocurrir en colegiados de más edad cuyos ascendientes, lógicamente, son mayores.

Personas entrevistadas que necesitan ayuda para las AVD según edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
CAMBIAR Y MANTENER LAS POSICIONES DEL CUERPO	4,6	3,4	3,5	6,9	2,2
LEVANTARSE Y ACOSTARSE	6,8	5,5	6,2	8,6	4,2
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	5,5	4,8	3,9	7,4	9,8
CONTROLAR SUS NECESIDADES Y USAR EL SERVICIO	7,8	5,6	8,3	7,6	14,3
VESTIRSE, DESVESTIRSE Y ARREGLARSE	11,1	8,0	13,8	9,6	11,8

...

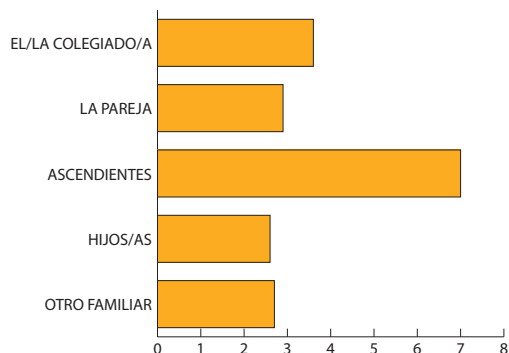


Personas entrevistadas que necesitan ayuda para las AVD según edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
COMER Y BEBER	7,9	7,4	9,7	6,7	3,5
MOVERSE POR LA CALLE SIN USAR EL TRANSPORTE	13,4	7,7	16,7	11,5	19,8
COMPRAS Y CONTROL DE SUMINISTROS	17,7	6,1	25,0	15,2	13,5
CUIDARSE DE LAS COMIDAS	18,3	7,5	25,8	15,4	15,8
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA	21,3	10,8	29,0	18,2	17,7
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA CASA	22,2	11,0	29,2	19,4	23,5
CUIDARSE DEL BIENESTAR DEL RESTO DE LA FAMILIA	16,9	7,2	22,5	15,5	16,0
NO NECESITAN AYUDA	75,3	85,5	68,4	78,9	72,1

Respecto a la presencia de discapacidad en el seno de la familia, en el 83,6% de los casos no hay ninguna discapacidad; en el siguiente gráfico se muestra quienes padecen la discapacidad en el 16,4% de las unidades familiares en las que sí hay discapacidad y su peso porcentual sobre el total<sup>9</sup>.

El porcentaje de hogares sin discapacidad reconocida es más alto que el relativo a los hogares en los que no hay miembros que precisen alguna ayuda para las AVD, lo cual nos está indicando que es posible que haya un cierto número de personas en las familias de los encuestados que no está accediendo a derechos de los pudiera gozar, que están en una situación personal que requiere ayuda y soporte pero que no tienen reconocida una situación de discapacidad.

#### Personas encuestadas según miembros de la familia con discapacidad (múltiple)



<sup>9</sup> En el gráfico se omite el dato de los casos de no discapacidad pues, dada la diferencia con el resto de categorías, no se apreciarían visualmente las proporciones entre las mismas.

Lo más frecuente es que sea el padre o la madre de la persona encuestada o de su pareja la persona del núcleo familiar que tiene una discapacidad, si bien ese hecho se da en el siete por ciento de los casos, por debajo del 8,5% de discapacidad que se estima en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008<sup>10</sup>.

Este grupo, el de los ascendientes, es el único grupo en el que la tasa se aproxima a la de la población general; por ello puede decirse que los diferentes grupos de familiares, en la población que nos ocupa, presentan tasas de discapacidad inferiores a las estimadas para el conjunto de la población.

Por otro lado, en un intervalo de un punto porcentual se mueven las tasas de discapacidad en otros miembros de la unidad familiar, ocupando los hijos la parte baja de ese intervalo (con un 2,6%) y el propio colegiado o colegiada la parte alta del mismo con un 3,6% de casos de discapacidad.

Personas entrevistadas según miembros de la familia con discapacidad y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
EL/LA COLEGIADO/A	3,6	5,0	2,1
LA PAREJA	2,9	2,5	3,3
ASCENDIENTES	7,0	6,5	7,6
HIJOS/AS	2,6	3,8	1,3
OTRO FAMILIAR	2,7	2,8	2,6
NINGUNO	83,6	82,2	85,1

Atendiendo al sexo de la persona encuestada, podemos ver que:

- Es mayor la tasa de colegiados que tienen una discapacidad que la de las colegiadas que están en esa situación, con una diferencia de casi tres puntos porcentuales, diferencia que podríamos explicar por la distribución según género y edad ya comentada (recordemos que en las familias de los médicos es más frecuente la necesidad de ayuda para AVD que en las de las médicas).
- Aunque las mujeres declaran con más frecuencia no tener pareja, presentan una tasa ligeramente más alta de pareja con discapacidad.
- La tasa de colegiados con hijos con discapacidad supera en dos puntos porcentuales y medio a la de colegiadas con idéntica situación, diferencia que se entiende si recordamos que las mujeres encuestadas tienen hijos con menos frecuencia que los hombres.

<sup>10</sup> INE. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>

Analizando la discapacidad según la edad, también encontramos aspectos a destacar:

- La tasa de colegiados con discapacidad crece a medida que lo hace la edad, al igual que las tasas correspondientes a la pareja y a los hijos.
- Los casos de discapacidad entre los ascendientes tienen un comportamiento más irregular, sin que quepa establecer una relación concreta.
- Lo mismo cabe decir de otros familiares con discapacidad, cuya presencia es, en cualquier caso, minoritaria.
- Sin embargo, podemos ver que en el grupo de edad entre 36-50 años se da la tasa más alta de respuesta en la categoría de “ninguno” (ningún familiar con discapacidad en la unidad familiar), lo que nos induce a pensar que es en ese rango de edad en el que puede estar dándose la situación de no reconocimiento de situaciones de discapacidad, a las que es posible que ciertas personas pudieran tener derecho.

Personas entrevistadas según miembros de la familia con discapacidad y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
EL/LA COLEGIADO/A	3,6	0,5	2,3	6,1	7,9
LA PAREJA	2,9	0,6	3,2	3,2	5,9
ASCENDIENTES	7,0	8,1	4,4	9,6	3,1
HIJOS/AS	2,6	0,2	1,8	3,3	12,7
OTRO FAMILIAR	2,7	3,5	0,6	4,7	0,3
NINGUNO	83,6	87,9	88,2	78,3	71,2

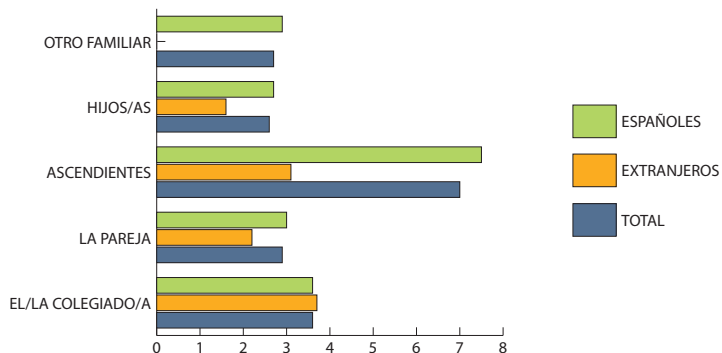
Por otra parte, si analizamos la presencia de discapacidad según la procedencia de la persona encuestada, podemos observar que es más frecuente encontrar casos de discapacidad en los hogares formados por colegiados españoles (un 17,10%) que en el de los colegiados/as procedentes de otros países (10,20%).

Las diferencias entre los colegiados españoles y los de otros países, se explican sobre todo por la baja tasa de colegiados/as extranjeros que tienen ascendientes con discapacidad (3,1% frente al 7,5% de españoles) y la ausencia de casos en los que se refiera la presencia de “otro familiar” entre los colegiados/as extranjeros.

Según el perfil que hemos hecho de los médicos/as extranjeros, más frecuentes en los dos extremos de los intervalos de edad, cabe pensar que los jóvenes vengán solos a intentar labrarse un porvenir en nuestro país y que tengan familiares a su cargo con una sensible menor frecuencia.

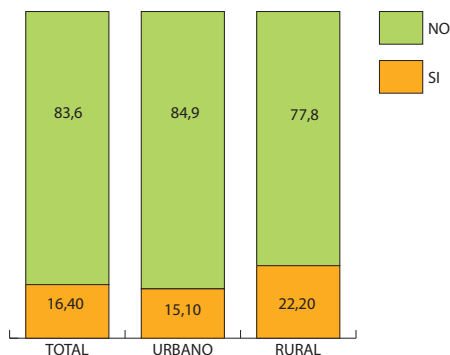
Con todo hay que resaltar que, siendo baja, la tasa de colegiados/as con discapacidad es la misma con independencia de la nacionalidad.

### Personas encuestadas según origen y personas con discapacidad en el núcleo familiar



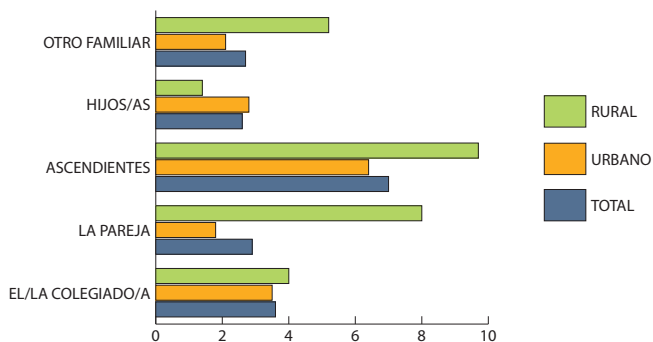
Si tomamos en cuenta el hábitat, observamos que los casos en los que se refiere discapacidad de alguno de los miembros del hogar, es mayor en el ámbito rural, con una diferencia de siete puntos porcentuales.

### Personas encuestadas según hábitat y presencia de discapacidad en el núcleo familiar



En todos los casos, excepto en la categoría “hijos/as” encontramos tasas más altas de situaciones de discapacidad entre los médicos/as que residen en hábitat rural.

### Personas encuestadas según hábitat y persona con discapacidad en el núcleo familiar



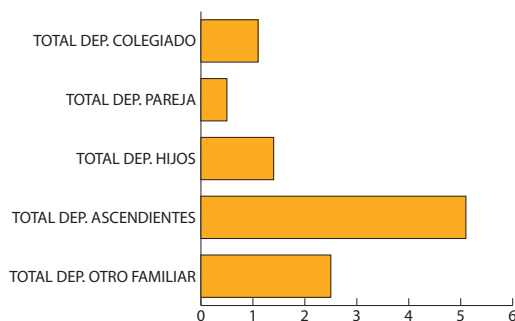
Los datos nos indican que los colegiados/as del ámbito rural se enfrentan con una mayor frecuencia a situaciones de discapacidad, precisamente en el que resulta más difícil el acceso a los servicios.

Por lo que respecta al reconocimiento de la situación de dependencia, cabe decir que 91,3% de colegiados y colegiadas refiere no contar con ningún caso en el núcleo familiar.

Agrupando los diferentes grados, observamos un descenso de las tasas de dependencia con respecto a las de discapacidad, descenso más acusado entre los colegiados y sus parejas.

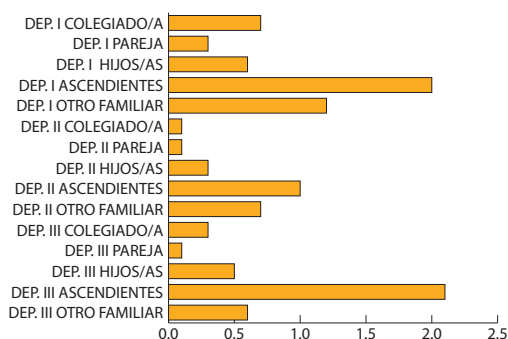
En cualquier caso, la dependencia está reconocida con mayor frecuencia en el caso de los ascendientes (de la persona que responde o de su pareja) y en el de otro familiar.

### Personas encuestadas según miembros de la familia en situación de dependencia (grados agrupados, múltiple)



Si desagregamos los grados, vemos que lo más frecuente es tener reconocido el Grado I (con un 4,8% de casos de dependencia en la unidad familiar), el Grado II está reconocido en un 2,2% de los casos y el Grado III en un 3,6%.

### Personas encuestadas según miembros de la familia en situación de dependencia y grado de la misma (múltiple)



Al igual que sucedía con la discapacidad, es más frecuente encontrar hombres que mujeres en situación de dependencia, aunque la diferencia no es tan notable, sin duda por el bajo número de casos, circunstancia que explica que disminuyan las diferencias en el caso de la dependencia de la pareja de la persona encuestada.

La dependencia de los hijos y de los ascendientes es más frecuente en el caso de los hombres.

Personas entrevistadas según miembros de la familia en situación de dependencia y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
DEP. I COLEGIADO/A	0,7	0,8	0,6
DEP. II COLEGIADO/A	0,1	0,0	0,2
DEP. III COLEGIADO/A	0,3	0,6	0,0
<b>TOTAL DEP. COLEGIADO</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8</b>
DEP. I PAREJA	0,3	0,4	0,3
DEP. II PAREJA	0,1	0,0	0,1
DEP. III PAREJA	0,1	0,1	0,0
<b>TOTAL DEP. PAREJA</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>
DEP. I HIJOS/AS	0,6	0,6	0,6
DEP. II HIJOS/AS	0,3	0,6	0,0
DEP. III HIJOS/AS	0,5	0,5	0,5
<b>TOTAL DEP. HIJOS</b>	<b>1,4</b>	<b>1,7</b>	<b>1,1</b>
DEP. I ASCENDIENTES	2,0	2,0	2,0
DEP. II ASCENDIENTES	1,0	1,0	1,0
DEP. III ASCENDIENTES	2,1	2,5	1,6
<b>TOTAL DEP. ASCENDIENTES</b>	<b>5,1</b>	<b>5,5</b>	<b>4,6</b>
DEP. I OTRO FAMILIAR	1,2	1,4	0,9
DEP. II OTRO FAMILIAR	0,7	0,2	1,2
DEP. III OTRO FAMILIAR	0,6	0,3	0,9
<b>TOTAL DEP. OTRO FAMILIAR</b>	<b>2,5</b>	<b>1,9</b>	<b>3,0</b>
SIN DEPENDENCIA	91,3	90,1	92,4

Por otro lado, el reconocimiento de la dependencia del colegiado, de su pareja y de los hijos, crece a medida que aumenta la edad, tal y como ocurría con la discapacidad, aunque como ya hemos comentado, con tasas más bajas.

Personas entrevistadas según miembros de la familia en situación de dependencia y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
DEP. I COLEGIADO/A	0,7	1,0	0,4	0,7	2,0
DEP. II COLEGIADO/A	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
DEP. III COLEGIADO/A	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0
<b>TOTAL DEP. COLEGIADO</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>
DEP. I PAREJA	0,3	0,7	0,1	0,3	1,5
DEP. II PAREJA	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
DEP. III PAREJA	0,1	0,0	0,0	0,0	1,2
<b>TOTAL DEP. PAREJA</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>2,7</b>
DEP. I HIJOS/AS	0,6	0,8	0,5	0,5	2,4
DEP. II HIJOS/AS	0,3	0,0	0,3	0,2	2,5
DEP. III HIJOS/AS	0,5	0,0	0,5	0,4	3,1
<b>TOTAL DEP. HIJOS</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>	<b>8,0</b>
DEP. I ASCENDIENTES	2,0	2,5	0,9	3,2	0,0
DEP. II ASCENDIENTES	1,0	0,1	0,5	1,4	2,2
DEP. III ASCENDIENTES	2,1	0,0	0,9	4,6	1,2
<b>TOTAL DEP. ASCENDIENTES</b>	<b>5,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>9,2</b>	<b>3,4</b>
DEP. I OTRO FAMILIAR	1,2	0,7	0,1	2,9	0,0
DEP. II OTRO FAMILIAR	0,7	0,7	0,0	1,0	5,1
DEP. III OTRO FAMILIAR	0,6	2,3	0,0	0,4	2,2
<b>TOTAL DEP. OTRO FAMILIAR</b>	<b>2,5</b>	<b>3,7</b>	<b>0,1</b>	<b>4,3</b>	<b>7,3</b>
SIN DEPENDENCIA	91,3	94,1	95,8	86,8	76,6

Teniendo en cuenta la tasa de reconocimiento de la dependencia divulgada por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)<sup>11</sup>, cifrada en el 1,4% de la población, vemos que la tasa de colegiados y de parejas de colegiados se aproximan a ese valor.

En concreto, si nos centramos en el grupo de hombres colegiados, su tasa coincide con la global para el conjunto de la población española. En este sentido, cabe destacar el hecho de que sean más los colegiados que las colegiadas en situación de dependencia, pues según el SAAD, son más las mujeres que los hombres que tienen reconocida la dependencia en el conjunto de la población.

<sup>11</sup><http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf>

## PRESTACIONES

Un asunto central a la hora de plantearse los servicios y prestaciones de la Fundación es averiguar el grado de conocimiento de los servicios y prestaciones de carácter público que están disponibles, el grado de penetración (el número de personas que son beneficiarias de esos servicios y prestaciones) y, en cualquier caso, la valoración de la importancia de contar con esos servicios.

Todo ello se refleja en la tabla siguiente.

Personas encuestadas que conocen las prestaciones públicas, son usuarios de las mismas y valoración de la importancia concedida			
	CONOCEN (%)	BENEFICIARIOS (%)	VALORACIÓN (escala 1-5)
SERVICIOS DE INFORMACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN	33,0	2,2	4,42
SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA	33,2	0,8	4,29
SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	19,3	0,4	4,30
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DEL HOGAR	32,4	0,6	4,37
SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO PARA CUIDADOS PERSONALES	51,9	0,6	4,53
TELEASISTENCIA	62,4	2,3	4,49
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS	33,1	0,3	4,36
SERVICIOS DE RESPIRO	19,2	0,3	4,24
SERVICIOS DE APOYO AL OCIO Y TIEMPO LIBRE	19,3	0,5	3,94
SERVICIOS DE FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS CUIDADORAS	28,0	0,1	4,25
CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA	59,2	0,8	4,53
CENTROS DE ATENCIÓN NOCTURNA	27,4	0,1	4,44
RESIDENCIAS	65,2	1,5	4,58
PISOS O VIVIENDAS TUTELADAS	48,4	0,2	4,37
SERVICIOS DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERMEDIACIÓN PARA LA GESTIÓN Y ACCESO A PRESTACIONES	22,1	0,2	4,19
SERVICIO DE ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO	18,2	0,4	4,24
AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTOS DE APOYO	24,9	0,4	4,21
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	56,6	1,2	4,49
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA	55,7	1,4	4,47

...



**Personas encuestadas que conocen las prestaciones públicas, son usuarios de las mismas y valoración de la importancia concedida**

	CONOCEN (%)	BENEFICIARIOS (%)	VALORACIÓN (escala 1-5)
APOYO DE ASISTENTE PERSONAL PARA LA AUTONOMÍA	18,8	0,3	4,26
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ADAPTACIÓN DE VIVIENDAS Y ACCESIBILIDAD	34,1	0,8	4,40
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES PROFESIONALES	28,6	1,8	4,36

Empezando por el conocimiento que existe respecto a esas prestaciones y servicios, podemos catalogarlo como medio, medio-bajo, pues son pocas las prestaciones que son conocidas por la mitad o más de encuestados, y eso teniendo en cuenta que, dado que la encuesta es autoaplicada, la respuesta es sugerida (quien responde lee la lista completa) y no espontánea (no se le pregunta por los servicios de manera abierta).

Nos referimos a los servicios de:

- Centro de atención diurna
- Residencias
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de fisioterapia
- Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales
- Teleasistencia

En cuanto al sexo, podemos ver que, en general, las mujeres muestran un conocimiento mayor de las prestaciones y servicios; cuando son los hombres los que presentan tasas de conocimiento, las diferencias son pequeñas.

Sin embargo, hay servicios en los que las mujeres muestran tasas de conocimiento sustancialmente más altas que los hombres; en concreto, hay una diferencia de diez o más puntos porcentuales en los siguientes servicios:

- Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales
- Teleasistencia
- Residencias
- Pisos o viviendas tuteladas
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de fisioterapia

Y según la edad, el grupo que en general muestra un mayor conocimiento de los servicios y prestaciones, es el comprendido entre los treinta y seis y los cincuenta años. Curiosamente, son los mayores de sesenta y cinco años los que refieren un menor conocimiento de este conjunto de servicios. Y decimos curiosamente porque, por un lado, tienen más posibilidades de necesitarlos y, por otro, tras una trayectoria vital y profesional larga, han tenido más opciones de entrar en contacto con esos servicios y prestaciones.

El hecho de que haya una discapacidad en el núcleo familiar podría ser una variable que propiciase un mayor conocimiento de las prestaciones y servicios de carácter público, y así parece constatarse en el estudio.

Así, la hipótesis sólo se cumple de manera holgada con diferencias superiores al diez por ciento en el Servicio de información, diagnóstico y orientación y en el Servicio de atención a las necesidades del hogar.

Además, si bien con diferencias menos notables, hay servicios que son más conocidos por los colegiados en el seno de cuya familia no hay ningún caso de discapacidad; nos referimos, sobre todo, a los servicios de Piso o vivienda tutelada y al de Fisioterapia en los que las diferencias en cuanto a tasa de conocimiento rondan los cinco puntos porcentuales a favor de los colegiados en cuyas familias no existen casos de discapacidad.

Personas encuestadas que conocen las prestaciones públicas según existencia de personas con discapacidad en la familia (porcentajes)			
	TOTAL	SÍ	NO
N	1.806	295	1.511
SERVICIOS DE INFORMACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN	33,0	42,7	31,1
SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA	33,2	38,0	32,3
SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	19,3	23,3	18,6
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DEL HOGAR	32,4	40,8	30,7
SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO PARA CUIDADOS PERSONALES	51,9	55,3	51,2
TELEASISTENCIA	62,4	66,9	61,5
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS	33,1	36,0	32,5
SERVICIOS DE RESPIRO	19,2	24,4	18,2
SERVICIOS DE APOYO AL OCIO Y TIEMPO LIBRE	19,3	20,9	19,0
SERVICIOS DE FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS CUIDADORAS	28,0	29,6	27,7
CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA	59,2	59,1	59,2
CENTROS DE ATENCIÓN NOCTURNA	27,4	24,6	28,0

...

Personas encuestadas que conocen las prestaciones públicas según existencia de personas con discapacidad en la familia (porcentajes)			
	TOTAL	SÍ	NO
RESIDENCIAS	65,2	68,5	64,6
PISOS O VIVIENDAS TUTELADAS	48,4	42,8	49,5
SERVICIOS DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERMEDIACIÓN PARA LA GESTIÓN Y ACCESO A PRESTACIONES	22,1	22,6	22,0
SERVICIO DE ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO	18,2	16,4	18,6
AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTOS DE APOYO	24,9	24,6	25,0
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	56,6	56,0	56,8
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA	55,7	52,2	56,4
APOYO DE ASISTENTE PERSONAL PARA LA AUTONOMÍA	18,8	20,8	18,5
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ADAPTACIÓN DE VIVIENDAS Y ACCESIBILIDAD	34,1	33,7	34,1
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES PROFESIONALES	28,6	32,1	28,0

Las personas encuestadas o los miembros de su familia con discapacidad son beneficiarios de estas prestaciones con mayor frecuencia que los que no tienen discapacidad.

Personas encuestadas que son beneficiarias de prestaciones públicas según existencia de personas con discapacidad en la familia (porcentajes)			
	TOTAL	SÍ	NO
N	1.806	295	1.511
SERVICIOS DE INFORMACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN	2,2	7,8	1,1
SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA	0,8	2,3	0,5
SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	0,4	1,8	0,1
SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DEL HOGAR	0,6	2,1	0,3
SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO PARA CUIDADOS PERSONALES	0,6	2,1	0,3
TELEASISTENCIA	2,3	4,4	1,9
SERVICIOS DE APOYO A LAS FAMILIAS	0,3	1,1	0,2
SERVICIOS DE RESPIRO	0,3	1,0	0,1
SERVICIOS DE APOYO AL OCIO Y TIEMPO LIBRE	0,5	2,0	0,2
			...

Personas encuestadas que son beneficiarias de prestaciones públicas según existencia de personas con discapacidad en la familia (porcentajes)			
	TOTAL	SÍ	NO
SERVICIOS DE FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS CUIDADORAS	0,1	0,1	0,1
CENTROS DE ATENCIÓN DIURNA	0,8	3,0	0,4
CENTROS DE ATENCIÓN NOCTURNA	0,1	0,3	0,0
RESIDENCIAS	1,5	4,3	0,9
PISOS O VIVIENDAS TUTELADAS	0,2	0,7	0,1
SERVICIOS DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERMEDIACIÓN PARA LA GESTIÓN Y ACCESO A PRESTACIONES	0,2	1,1	0,0
SERVICIO DE ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO	0,4	1,5	0,2
AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTOS DE APOYO	0,4	1,8	0,1
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	1,2	5,0	0,4
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA	1,4	4,5	0,8
APOYO DE ASISTENTE PERSONAL PARA LA AUTONOMÍA	0,3	0,1	0,4
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ADAPTACIÓN DE VIVIENDAS Y ACCESIBILIDAD	0,8	3,6	0,2
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES PROFESIONALES	1,8	8,4	0,5

Las diferencias a las que aludimos son más notables en estas prestaciones:

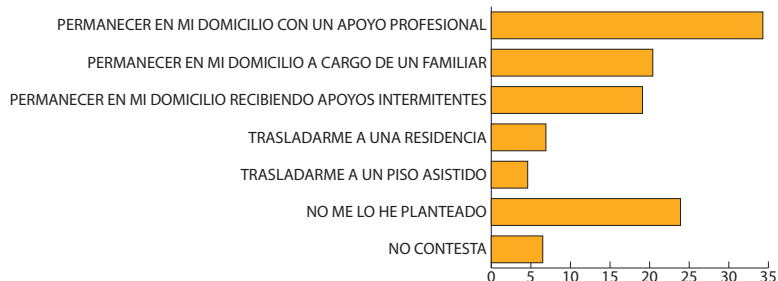
- Servicios de información, diagnóstico y orientación
- Teleasistencia
- Centros de atención diurna
- Residencias
- Servicios de fisioterapia
- Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores profesionales

Un aspecto crucial de cara a plantearse servicios y prestaciones por parte de la Fundación es conocer cuáles son las preferencias de los colegiados y colegiadas al respecto, así como las previsiones que, a título individual, hayan podido realizar.

Con respecto al primer asunto, aunque casi una cuarta parte de encuestados no se ha planteado la cuestión, queda claro que la mayoría, en una futura e hipotética situación de dependencia, se inclina por permanecer en el propio domicilio recibiendo los apoyos que pueda necesitar, bien por profesionales, bien por miembros de la familia; en concreto, casi tres cuartas partes de personas encuestadas se inclinan por permanecer en el domicilio.

La opción de la residencia sólo es elegida por un 6,9% de encuestados y el piso asistido por un 4,6%.

### Personas encuestadas según preferencia futura ante situaciones de dependencia (múltiple)



Del análisis por género de estas preferencias, podemos extraer alguna conclusión:

- Entre los hombres es más frecuente no haberse planteado la cuestión y, cuando lo han hecho, se inclinan en menor medida que las mujeres por permanecer en el domicilio.
- Aunque, como ya se ha dicho, son pocas las personas que se decantan por la residencia o el piso asistido, los hombres eligen la residencia con más frecuencia que las mujeres y éstas el piso asistido en mayor medida que los hombres.

### Personas según preferencia futura ante situaciones de dependencia y sexo (porcentajes)

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
N	1.806	902	904
PERMANECECER EN MI DOMICILIO CON UN APOYO PROFESIONAL	34,3	30,9	37,6
PERMANECECER EN MI DOMICILIO A CARGO DE UN FAMILIAR	20,4	24,9	15,9
PERMANECECER EN MI DOMICILIO RECIBIENDO APOYOS INTERMITENTES	19,1	17,9	20,3
TRASLADARME A UNA RESIDENCIA	6,9	7,9	5,8
TRASLADARME A UN PISO ASISTIDO	4,6	3,7	5,4
NO ME LO HE PLANTEADO	23,9	25,0	22,7
NO CONTESTA	6,5	6,2	6,7

Analizando las preferencias manifestadas según la edad observamos:

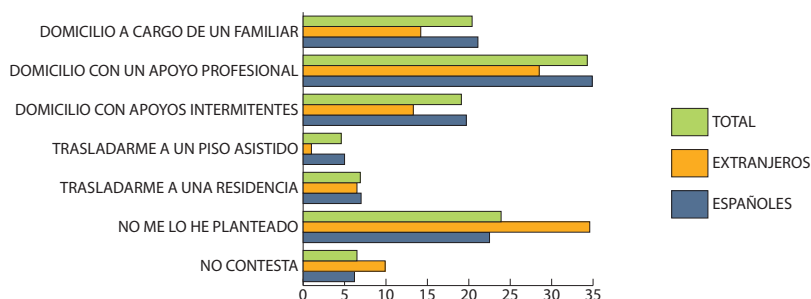
- La opción de permanecer en el domicilio con apoyo profesional es la preferida por todos los grupos de edad excepto por los de más de sesenta y cinco años.
- Para ese grupo, el de más de sesenta y cinco años, la situación preferida es la de permanecer en el domicilio, pero a cargo de un familiar.

- Aún siendo minoritarias, la tasa de los que prefieren trasladarse a una residencia o a un piso crece a medida que crece la edad. Ese crecimiento se sustancia en que la opción de la residencia sea la alternativa elegida por un 14,3% de encuestados de más de sesenta y cinco años, tasa que duplica la obtenida en el conjunto de la muestra. Diríamos que la solución ideal (permanecer en el domicilio) pierde fuerza a medida que las circunstancias vitales van imponiendo otras alternativas.
- El porcentaje de personas que no se ha planteado ninguna opción se mantiene homogéneo en todas las edades, sólo es un poco más bajo en el grupo de edad más alto.

Personas según preferencia futura ante situaciones de dependencia y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
PERMANECECER EN MI DOMICILIO CON UN APOYO PROFESIONAL	34,3	32,6	35,2	34,3	28,5
PERMANECECER EN MI DOMICILIO A CARGO DE UN FAMILIAR	20,4	18,7	19,3	19,6	38,9
PERMANECECER EN MI DOMICILIO RECIBIENDO APOYOS INTERMITENTES	19,1	24,5	19,3	17,4	11,9
TRASLADARME A UNA RESIDENCIA	6,9	4,7	6,2	7,7	14,3
TRASLADARME A UN PISO ASISTIDO	4,6	2,9	4,5	5,5	5,5
NO ME LO HE PLANTEADO	23,9	24,6	23,6	24,5	18,9
NO CONTESTA	6,5	7,1	6,1	7	4,3

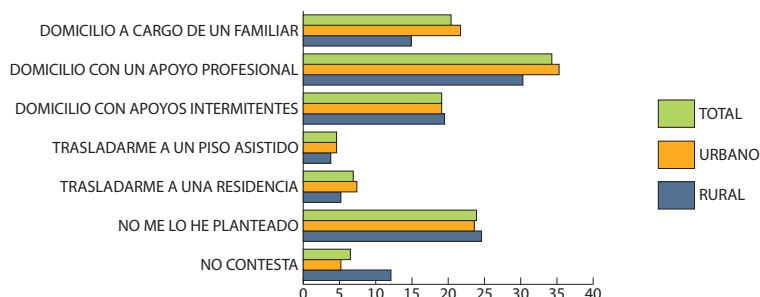
Atendiendo al país de origen, podemos observar que entre los médicos/as extranjeros es mucho más frecuente (34,6% frente a un 22,5%) que no se hayan planteado cómo afrontar una futura situación de dependencia, seguramente por el peso que tienen los menores de treinta y cinco años entre los médicos/as que provienen de otros países, rango de edad en el que también encontramos más adhesión a la categoría de respuesta “no me lo he planteado”.

#### Personas encuestadas según origen y preferencia ante una futura situación de dependencia



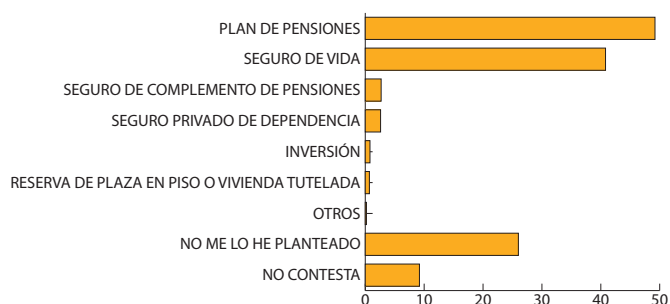
Las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, sufren alguna variación si atendemos al hábitat de las personas encuestadas, ya que los médicos/as que viven en el ámbito rural se inclinan con menor frecuencia a permanecer en el hogar con apoyo profesional y, sobre todo, a cargo de un familiar, si bien hay que tener en cuenta que más de un doce por ciento de personas que residen en hábitat rural no ha respondido a esta cuestión.

### Personas encuestadas según hábitat y preferencia ante una futura situación de dependencia



Con respecto a otro tipo de medidas tendentes a garantizar atención y calidad de vida familiar en el futuro, el seguro de vida y el plan de pensiones son las iniciativas más habituales.

### Personas encuestadas según iniciativas de previsión de futuro (múltiple)



Casi la mitad de personas encuestadas tiene un plan de pensiones y cuatro de cada diez cuentan con un seguro de vida; otro tipo de iniciativas (el seguro privado de dependencia y el seguro de complemento de pensiones) tienen una presencia muy escasa mientras que la reserva de plaza en piso o residencia son puramente testimoniales; la inversión no figuraba entre las opciones de respuesta y fue mencionada espontáneamente por algo menos de un uno por ciento de los encuestados.

El gráfico precedente nos indica un nivel de previsión bajo con respecto al futuro. Con independencia de las diferencias según el sexo y la edad a las que ahora nos referiremos, este hecho resulta coherente con lo que acabamos de comentar con respecto a las preferencias en cuanto a la atención, en el sentido de que el soporte familiar será suficiente en el futuro.

Por otro lado, teniendo en cuenta la merma en los ingresos que se produce en el momento de la jubilación, a la que ya nos hemos referido, nos haría prever que fuesen más frecuentes las soluciones individuales (plan de pensiones, seguro de complemento de pensiones) para paliar esa circunstancia.

Según el sexo de la persona encuestada, se observa que los hombres han tomado iniciativas con más frecuencia que las mujeres, quizá porque, como hemos visto, son más los hombres que las mujeres los que tienen cargas familiares; por otro lado, como venimos reseñando, las mujeres son más numerosas en las franjas de edades más jóvenes, que son en las que con menos frecuencia se plantean estas opciones de previsión.

En cuanto a la edad, vemos cómo los porcentajes de quienes han optado por alguna de las iniciativas propuestas, o por otras mencionadas por los propios encuestados, crecen a medida que avanzamos en los grupos de edad.

Esta tendencia general requiere el siguiente matiz: el seguro de vida y el plan de pensiones decaen a partir de los sesenta y cinco años, seguramente debido a las condiciones de ese tipo de iniciativas en cuanto al momento de su liquidación.

Las personas de más edad son las que con más frecuencia se han referido a la inversión y más de la mitad de los más jóvenes no se ha planteado ninguna cuestión al respecto.

Personas encuestadas según iniciativas de previsión de futuro y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
PLAN DE PENSIONES	49,2	17,9	47,4	66,1	57,6
SEGURO DE VIDA	40,8	29,1	42,9	46,6	24,3
SEGURO DE COMPLEMENTO DE PENSIONES	2,7	0,7	2,4	3,8	4,7
SEGURO PRIVADO DE DEPENDENCIA	2,6	0,1	2,5	3,9	2,8
INVERSIÓN	0,8	0,6	0,1	1,4	2,5
RESERVA DE PLAZA EN PISO O VIVIENDA TUTELADA	0,7	0,1	0,2	1,7	1,1
OTROS	0,2	0,9	0,2	0,0	0,0
NO ME LO HE PLANTEADO	26,0	53,1	26,9	12,0	19,4
NO CONTESTA	9,2	9,1	9,7	8,0	13,6



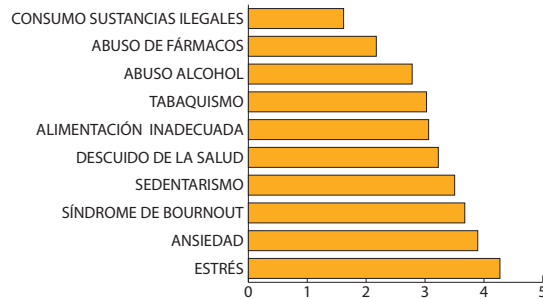
## HÁBITOS DE VIDA Y CONCILIACIÓN

Uno de los aspectos clave para entender las necesidades del colectivo médico es analizar cuál es el impacto de determinados hábitos y circunstancias que pueden ser nocivas para la salud y limitantes de la calidad de vida.

Primeramente se pidió a los encuestados sobre su opinión respecto a la incidencia de determinados hábitos en el colectivo de médicos, pidiéndoles que se valieran de su experiencia y conocimiento para esa opinión.

En una escala de uno a cinco, siendo uno la incidencia más baja y cinco la más alta, en el siguiente gráfico podemos ver que la puntuación más alta la obtiene el estrés, seguida de los problemas de ansiedad y el síndrome de Burnout.

**Valores medios otorgados a la incidencia de hábitos nocivos para la salud en el colectivo médico (escala 1-5)**



Hay que tomar nota de ciertos aspectos, sin duda ligados al ejercicio profesional, que constituyen una amenaza para la salud y la calidad de vida de los médicos y las médicas. El estrés, la ansiedad y el síndrome de Burnout son los problemas que, a juicio de las personas que responden a la encuesta, tienen una mayor incidencia.

Es común la afirmación de que tales circunstancias son altamente frecuentes entre los trabajadores que desarrollan su actividad profesional con otras personas, pero que sea frecuente no quiere decir que sea inherente o consustancial, sino que debe pensarse en términos de soluciones y, por lo tanto deberían ser objeto de especial atención a la hora de considerar programas de salud de los médicos por parte de la Fundación.

Pero hay que reparar también en otros hábitos que caen fuera de esa órbita y que, a juicio de quienes han respondido a la encuesta, tienen cierta relevancia; según el gráfico, el sedentarismo, el descuido de la salud, la alimentación inadecuada y el tabaquismo se sitúan por encima de "tres", que sería el punto medio de la escala, y el abuso de alcohol un poco por debajo de esa puntuación media.

Según el sexo de la persona encuestada se aprecia una tendencia, no muy acusada, a que las mujeres otorguen puntuaciones más altas, en particular a los aspectos ligados al ejercicio profesional, lo cual nos puede estar indicando una mayor sensibilidad a la presión y a las circunstancias adversas que se pueden encontrar en el trabajo.

Atendiendo a la edad, en el grupo de personas mayores, aún otorgando puntuaciones altas a los aspectos ligados a la profesión, estas son menores que las propuestas por el resto de grupos de edad. Hay que tener en cuenta que buena parte de las personas mayores de sesenta y cinco años ya no ejercen la profesión y que, por lo tanto, tienen una visión más alejada del día a día; ver los problemas en el pasado les lleva a hacer juicios un poco más indulgentes con las complicaciones de esos problemas.

Para los dos grupos de mayor edad, la alimentación inadecuada tiene una menor incidencia en el colectivo médico, y los de más de sesenta y cinco años puntúan el tabaquismo por debajo del valor medio de la escala.

Si atendemos al país de procedencia, observamos que la importancia otorgada a esos factores se ordena casi de la misma forma.

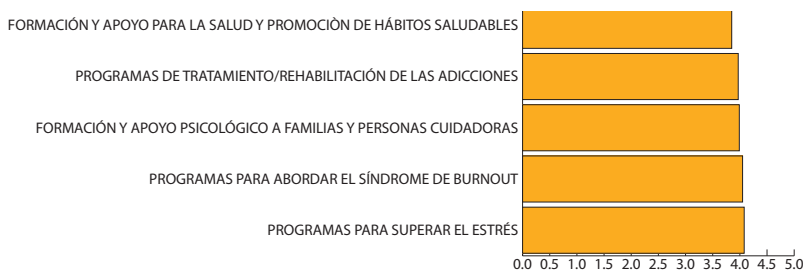
Sin embargo, los médicos/as extranjeros valoran de forma sensiblemente más alta los factores que tienen que ver con la propia disposición a cuidar de la salud, en concreto el sedentarismo, el descuido de la salud, el tabaquismo, el abuso de alcohol y la alimentación inadecuada.

En cuanto al hábitat, apenas se aprecian diferencias, si bien se puede señalar una tendencia de los médicos/as del ámbito rural a otorgar puntuaciones un poco más altas a los factores propuestos.

Al hilo de estos datos, es preciso analizar cómo valoran las personas encuestadas diversos programas de tipo psicosocial destinados a la prevención y a la promoción de la salud.

Aunque todos los programas propuestos alcanzan valores superiores al punto medio de la escala (nuevamente situado en el "3"), los que alcanzan puntuaciones más altas son los destinados a paliar el estrés y el síndrome de Burnout que, como acabamos de reseñar, son los factores que, a juicio de las personas encuestadas tienen una mayor incidencia entre los médicos y, por lo tanto, constituyen factores de riesgo para la salud.

### Puntuaciones medias otorgadas a la importancia de diferentes programas de prevención de la salud (escala 1-5)



Analizando las puntuaciones otorgadas según el sexo, podemos observar que, en todos los casos, las mujeres consideran más importantes los programas de prevención y promoción de la salud.

Ello nos indicaría que las mujeres no solo son más sensibles a la incidencia de ciertos hábitos sobre la salud y la calidad de vida, sino que también son más proclives a ponerles remedio.

Puntuaciones medias otorgadas a la importancia de diferentes programas de prevención de la salud según sexo (escala 1-5)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PROGRAMAS PARA SUPERAR EL ESTRÉS	4,08	3,95	4,21
PROGRAMAS PARA ABORDAR EL SÍNDROME DE BURNOUT	4,05	3,93	4,17
FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAS Y PERSONAS CUIDADORAS	3,99	3,84	4,13
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	3,97	3,87	4,07
FORMACIÓN Y APOYO PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES	3,85	3,80	3,90

Cuando analizamos la valoración de los programas psicosociales según la edad, podemos observar:

- Los mayores de sesenta y cinco años hacen una valoración inversa en cuanto a la importancia de los diferentes programas: en la tabla aparecen ordenados de mayor a menor según el valor de la columna "TOTAL" y, si nos fijamos, el programa que merece mayor consideración por parte de este grupo es el que aparece en último lugar.
- En cualquier caso, el grupo de menos edad es el que otorga mayor importancia a todos los programas propuestos con excepción del programa de tratamiento de las adicciones.
- La "Formación y apoyo psicológico a familias y personas cuidadoras" es más valorado por los dos grupos de menor edad, que le otorgan puntuaciones por encima del "4".

Puntuaciones medias otorgadas a la importancia de diferentes programas de prevención de la salud según edad (escala 1-5)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
PROGRAMAS PARA SUPERAR EL ESTRÉS	4,08	4,15	4,15	3,99	3,93
PROGRAMAS PARA ABORDAR EL SÍNDROME DE BURNOUT	4,05	4,11	4,10	3,96	4,00
FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAS Y PERSONAS CUIDADORAS	3,99	4,17	4,05	3,81	4,02
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	3,97	3,96	3,98	3,95	4,05
FORMACIÓN Y APOYO PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES	3,85	3,91	3,90	3,71	4,13

Además de la valoración sobre la incidencia de los hábitos comentados, se exploró la disposición y el uso del tiempo libre de las personas encuestadas, teniendo en cuenta que se trata de un factor crucial a la hora de disfrutar de una vida de calidad.

Lo primero que nos encontramos es que menos de un tercio de personas encuestadas refiere disponer de tiempo libre suficiente, mientras que algo más de la mitad declara que dispone de poco tiempo libre y hasta un 5,5% no disponer de nada de tiempo para su disposición una vez que cumple con sus obligaciones familiares y profesionales.

La profusión de actividades, la poca disposición de tiempo es un signo de nuestros días, más intenso en las ciudades (en las que, recordemos, viven la mayoría de encuestados), en personas con responsabilidades familiares (como es el caso habitual) y con una jornada laboral más elevada de lo habitual (como también sucede con nuestra muestra).

### Personas encuestadas según tiempo libre del que disponen



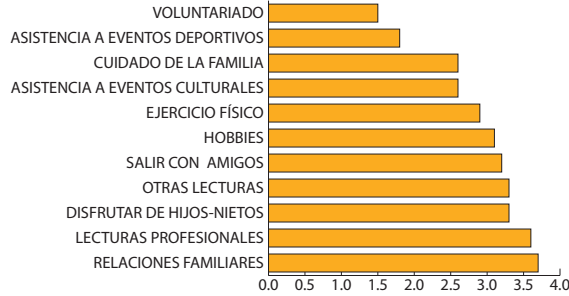
En el análisis según el género, apreciamos que es superior la tasa de mujeres que no disponen de nada de tiempo libre (con una diferencia de 1,6 puntos porcentuales) y también el porcentaje de las que disponen de poco tiempo (un 58,2% frente a un 52,6% de hombres) y, en consecuencia la tasa de hombres que refieren disponer de suficiente tiempo libre es más alta (diferencia sustanciada en casi ocho puntos porcentuales).

Atendiendo a la edad, el grupo en el que se declara disponer de menos tiempo libre es el comprendido entre los 36-50 años, edades en los que con más frecuencia se tienen responsabilidades familiares.

Los mayores de sesenta y cinco años son los que disponen de más tiempo libre, como cabe esperar del hecho de que en una buena parte estén jubilados.

La escasez de tiempo libre provoca que la realización de actividades se mueva en frecuencias medias; en el siguiente gráfico podemos ver que, en una escala de "uno" (mínima frecuencia) a "cinco" (máxima frecuencia), ninguna de las actividades propuestas alcanza puntuaciones altas.

### Valores medios otorgados a la frecuencia con la que se desarrollan actividades de tiempo libre por las personas encuestadas (escala 1-5)



Por otro lado, por encima del valor medio de la escala, se sitúan actividades poco proactivas, ligadas a la familia, mientras que otro tipo de actividades presentan una frecuencia baja.

Hay que destacar la dedicación del tiempo libre a lecturas profesionales, que parece confirmar el alto componente vocacional de la profesión, así como la necesidad de continuo reciclaje.

Atendiendo al sexo, vemos que las mujeres dedican más tiempo a las relaciones familiares, a salir con amigos y a cuidar a otros familiares.

Por su parte, los hombres acuden con más frecuencia a eventos deportivos, realizan ejercicio físico o participan en acciones de voluntariado.

El tiempo dedicado a las lecturas profesionales decrece con la edad, al mismo tiempo que crece el que se dedica a otro tipo de lecturas.

Salir con los amigos es bastante frecuente entre los más jóvenes, decae en el grupo de edad de entre 36-50 años y vuelve a incrementarse en los otros dos grupos de edad.

El tiempo dedicado a los hobbies, así como el que se emplea en realizar ejercicio físico, se incrementa a medida que lo hace la edad. Además, el grupo de mayores de sesenta y cinco años es el que refiere acudir con más frecuencia a eventos culturales.

El cuidado de la familia y disfrutar de los hijos y los nietos, son actividades a las que también se dedica más tiempo a medida que aumenta la edad, circunstancia que se explica por el propio desarrollo vital de las personas.

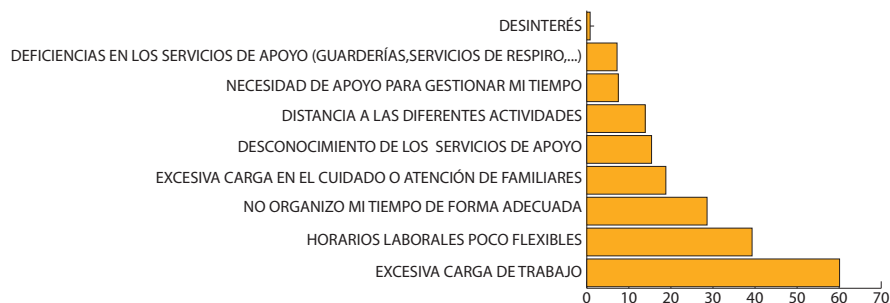
Cuando se pregunta a las personas encuestadas las razones para no realizar actividades o de realizarlas con menor frecuencia de la deseada, el motivo principal es la excesiva carga de trabajo, razón citada por seis de cada diez de las personas que responden a la encuesta.

La segunda cuestión en orden de importancia también tiene que ver con el trabajo, pues la falta de flexibilidad en el horario es una razón invocada por casi cuatro de cada diez encuestados.

No obstante, casi un treinta por ciento reconoce que no organiza bien su tiempo, lo cual le impide la realización de actividades y algo más de un veinte por ciento refiere razones vinculadas a los servicios de apoyo (desconocimiento o déficit de funcionamiento).

Por otro lado, hay que tener en cuenta a ese 18,8% que refiere como dificultad la carga en el cuidado de familiares como un impedimento para disfrutar del tiempo libre.

### Personas encuestadas según razones para no realizar actividades en su tiempo libre (base aportan razones; múltiple)



La carga de trabajo es citada más frecuentemente por hombres que por mujeres, así como la falta de flexibilidad de los horarios.

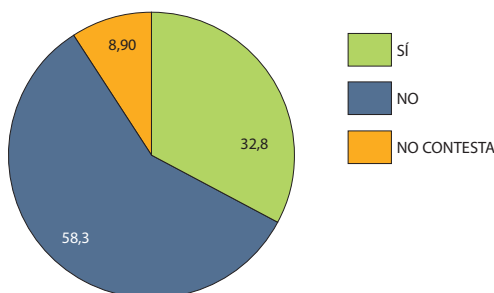
Las mujeres reconocen en mayor medida que no organizan bien su tiempo, pero la mayor diferencia la encontramos en la carga en el cuidado de familiares, pues la tasa de mujeres para las que ello supone un impedimento duplica a la de hombres.

Enseguida vamos a hablar sobre la conciliación, pero este dato nos revela que ciertas actividades del ámbito familiar siguen recayendo sobre las mujeres y que éstas tienen más dificultades a la hora de conciliar la vida familiar, personal y profesional.

Hablando de la edad, lo más relevante es lo que ocurre entre las personas que cuentan entre 36-50 años, y en menor medida los que están entre los 51-65, donde se dan de manera con fuerza, y de forma simultánea, circunstancias del ámbito profesional (carga de trabajo, horarios) y familiar (cuidado de familiares) que impiden o dificultan la realización de actividades de tiempo libre.

Un aspecto relevante de los hábitos de la vida cotidiana lo constituye la participación social y, en ese sentido, se preguntó a los encuestados sobre su pertenencia a alguna ONG. Aunque la mayoría no pertenece a ninguna, un 32,8% sí que está vinculado con alguna entidad de este tipo.

### Personas encuestadas según tiempo pertenencia a ONG

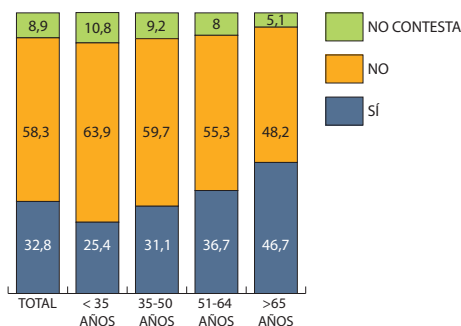


Para valorar esta tasa hemos de compararla con los datos de los que se dispone sobre la población general y, según datos del CIS<sup>12</sup> en torno a un catorce por ciento participa en algún tipo de asociación, lo cual nos lleva a considerar que el dato que arroja nuestra encuesta indica una alta participación social de los colegiados y colegiadas.

Esta tasa es muy homogénea entre ambos sexos, con una diferencia que no llega al punto porcentual a favor de los hombres.

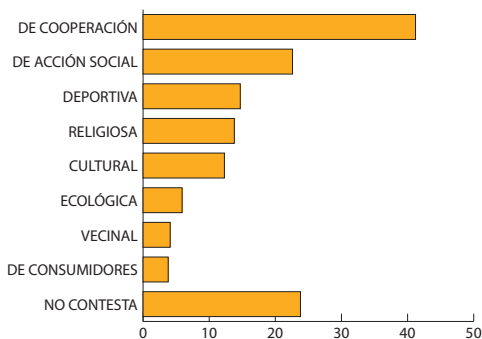
La participación en entidades crece a medida que lo hace la edad, desde un 25,4% de los menores de treinta y cinco años hasta un 46,7% de los mayores de sesenta y cinco años.

### Personas encuestadas según pertenecen a una ONG y edad



Las asociaciones a las que, con más frecuencia pertenecen las personas encuestadas, son las de cooperación (lo hacen cuatro de cada diez encuestados que pertenecen a alguna) seguidas, a bastante distancia por las de acción social (con un 22,6%) y aún a más distancia por las deportivas, las religiosas y las culturales (entre el doce y el quince por ciento); por debajo del diez por ciento nos encontramos con las asociaciones ecológicas, vecinales y de consumidores.

### Personas encuestadas según tipo de ONG a la que pertenecen (múltiple: base pertenecen a ONG)



En cuanto al sexo de la persona encuestada, lo más notable es la diferencia (de casi catorce puntos porcentuales a favor de las mujeres) entre las mujeres y los hombres que participan en asociaciones de cooperación.

<sup>12</sup> CIS. Ciudadanía y participación. [http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2620\\_2639/2632/e263200.html](http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2620_2639/2632/e263200.html). Se ofrecen diferentes porcentajes de participación social según la naturaleza de las asociaciones. Estimamos en torno a un catorce por ciento el punto más alto de la horquilla de participación trayendo del total los que no participan en ninguna.

Aunque la diferencia es menor, los hombres participan más en asociaciones deportivas y culturales (con diferencias que rondan los diez puntos porcentuales) y en entidades de acción social y asociaciones religiosas (en las que las diferencias giran en torno a los tres puntos porcentuales).

La pertenencia a asociaciones religiosas, culturales y de acción social crece a medida que lo hace la edad, llegando a porcentajes relevantes en los mayores de sesenta y cinco años (24,2%, 29,7% y 38,8% respectivamente); en las vecinales se pasa de la no participación de los más jóvenes al 9,4% de los mayores de sesenta y cinco años.

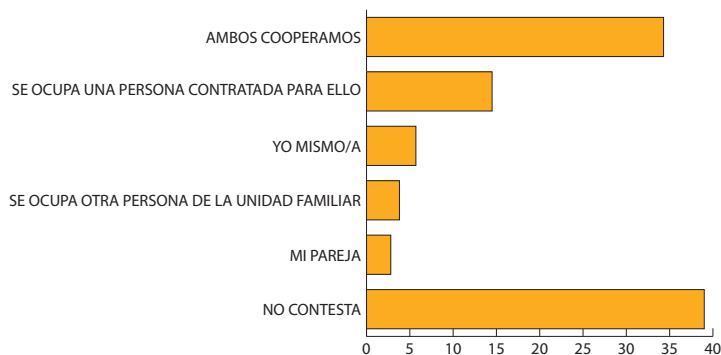
La tendencia es parecida, aunque no tan regular en las asociaciones de cooperación y en las deportivas. Y es contraria en las de consumidores en las que pasamos del 4,3% del grupo de los más jóvenes al 1,3% de los mayores de sesenta y cinco años.

En las asociaciones ecológicas, los datos permanecen más homogéneos, si bien vuelven a ser los más jóvenes los que más participan en asociaciones de este tipo.

Por otro lado, se plantearon a las personas entrevistadas diferentes preguntas relativas a la corresponsabilidad en diferentes tareas en el seno del núcleo familiar, idea ésta de corresponsabilidad que constituye un elemento básico para la conciliación de la vida profesional, personal y familiar. Veamos los datos.

Por lo que respecta al cuidado de personas dependientes, con la salvedad de los “no contesta”, lo más habitual es que se declare que ambos miembros de la pareja comparten las tareas derivadas de ese cuidado (un tercio de los que tienen pareja y una persona dependiente en la familia), apareciendo en segundo lugar, con un 14,5% el caso de los que contratan una persona para ese fin.

#### Personas encuestadas según corresponsabilidad en atención a personas dependientes (base tienen pareja y hay personas dependientes en la unidad familiar)



Cuando analizamos las respuestas según el sexo, observamos varias cosas:

- La tasa de quienes afirman que cooperan ambos miembros de la pareja es bien distinta entre hombres y mujeres (del 36,1% frente al 30,9%) lo que nos induce a pensar en un juicio más benévolo de los hombres en cuanto a su implicación en esta tarea.
- Esa hipótesis se refuerza porque en la categoría de respuesta “Yo mismo/a” se abre una diferencia de casi doce puntos porcentuales a favor de la mujer.
- Y, además, en la categoría “Mi pareja”, volvemos a encontrar diferencias, menos intensas, pero que refuerzan la idea de que existe una desigualdad entre los sexos.



Es de reseñar que la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la atención a dependientes es más amplia en nuestros datos que en los que aporta el INE: en el módulo sobre conciliación de la EPA, se apunta a que se ocupan de personas dependientes un 10,1% de mujeres frente a un 6,1% de hombres<sup>13</sup>.

Cabe afirmar, como por otra parte apuntábamos al hablar del uso del tiempo libre, que hay ciertas actividades que todavía siguen recayendo sobre la mujer en una mayor medida.

Personas encuestadas según corresponsabilidad en atención a personas dependientes y sexo (porcentajes; base tienen pareja y hay personas dependientes en la unidad familiar)			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
N	113	73	41
AMBOS COOPERAMOS	34,3	36,1	30,9
SE OCUPA UNA PERSONA CONTRATADA PARA ELLO	14,5	15,1	13,4
YO MISMO/A	5,7	1,4	13,3
SE OCUPA OTRA PERSONA DE LA UNIDAD FAMILIAR	3,8	4,1	3,2
MI PAREJA	2,8	4,0	0,7
NO CONTESTA	39,0	39,3	38,5

La cooperación es la respuesta menos frecuente en los menores de treinta y cinco años, rango de edad en el que se dispara la tasa de los “No contesta” y la contratación de personas para las tareas derivadas del cuidado de la persona dependiente crecen a medida que lo hace la edad, lo cual puede relacionarse con las dificultades que pueden ir apareciendo en el ciclo vital para que sean el colegiado y su pareja quienes se hagan cargo de la atención a personas dependientes, que es lo que ocurre en el resto de rangos de edad, en menor medida en el de los más jóvenes.

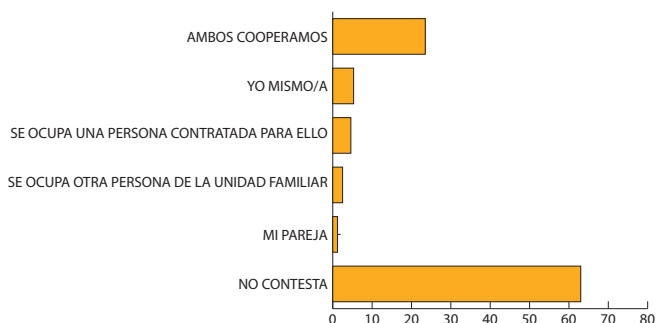
Personas encuestadas según corresponsabilidad en atención a personas dependientes y edad (porcentajes; base tienen pareja y hay personas dependientes en la unidad familiar)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	113	11	23	69	10
AMBOS COOPERAMOS	34,3	11,0	39,2	35,9	36,3
SE OCUPA UNA PERSONA CONTRATADA PARA ELLO	14,5	0,0	4,4	15,9	43,5
YO MISMO/A	5,7	0,0	9,1	6,2	0,0
SE OCUPA OTRA PERSONA DE LA UNIDAD FAMILIAR	3,8	12,2	4,2	2,9	0,0
MI PAREJA	2,8	2,7	0,0	4,2	0,0
NO CONTESTA	39,0	74,0	43,2	35,0	20,2

<sup>13</sup>[http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t22/e308/meto\\_05/modulo/2010/10/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t22/e308/meto_05/modulo/2010/10/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0)

La misma pregunta se hizo con referencia a las personas con discapacidad del núcleo familiar, encontrándonos con una tasa de “no contesta” que limita el alcance de las conclusiones que se puedan derivar de las respuestas.

Hecha esa salvedad, encontramos que, nuevamente, lo más habitual es referirse a la cooperación de ambos miembros de la pareja.

**Personas encuestadas según corresponsabilidad en atención a personas con discapacidad (base tienen pareja y hay personas con discapacidad en la unidad familiar)**



En cuanto al análisis por sexo volvemos a encontrarnos con la misma tendencia. Con menos intensidad (sin duda por la alta tasa de los que no respondieron), pero volvemos a observar: mayor adscripción de los hombres a la categoría “Ambos cooperamos” y “Mi pareja” y de las mujeres a la categoría “Yo mismo/a”

También aquí, con las limitaciones que se derivan de la baja tasa de respuesta, es más frecuente la contratación de personas para las tareas derivadas de dicha atención pero también que sean los propios colegiados los que se encargan de dichas tareas.

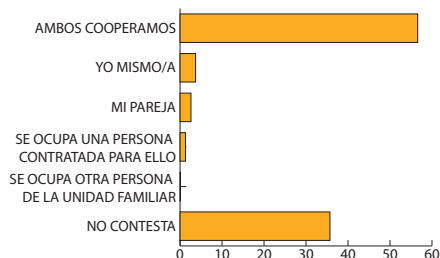
En las franjas de edad intermedia es en las que, con más frecuencia, la responsabilidad de atender a la persona con discapacidad recae en la mujer.

**Personas encuestadas según corresponsabilidad en atención a personas con discapacidad y edad (porcentajes; base tienen pareja y hay personas con discapacidad en la unidad familiar)**

	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	236	24	76	115	20
AMBOS COOPERAMOS	23,5	10,6	19,9	29,6	18,5
YO MISMO/A	5,3	1,2	5,3	4,5	14,7
SE OCUPA UNA PERSONA CONTRATADA PARA ELLO	4,6	1,2	2,0	5,2	15,8
SE OCUPA OTRA PERSONA DE LA UNIDAD FAMILIAR	2,5	5,5	0,0	3,9	0,0
MI PAREJA	1,2	0,0	1,3	1,5	0,0
NO CONTESTA	63,0	81,5	71,5	55,2	50,9

Cuando hablamos del cuidado de los hijos, la respuesta “ambos cooperamos” supera el cincuenta por ciento.

### Personas encuestadas según corresponsabilidad en el cuidado de los hijos (base tienen pareja y tienen hijos)



La delegación del cuidado de los hijos en terceras personas (familiares o profesionales) no alcanza el dos por ciento en el conjunto de respuesta, lo que nos está indicando una fuerte implicación de los padres y las madres en esa tarea.

Entrando en el análisis por sexo, son ahora las mujeres las que, en mayor medida, se adscriben a la categoría de respuesta “ambos cooperamos” y en las que volvemos a encontrar un porcentaje relevante de colegiadas que refieren ocuparse ellas mismas del cuidado de los hijos, en cualquier caso muy superior al de los hombres (0,9% frente 7,9%).

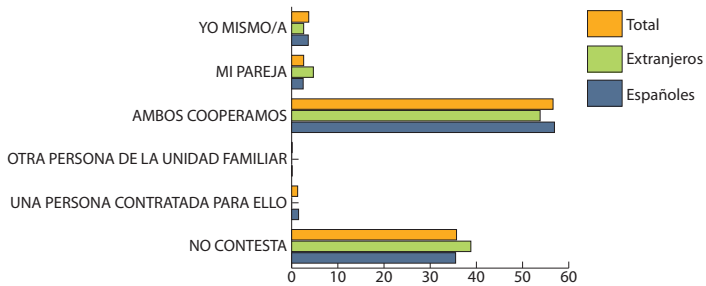
Y, en la misma línea, son más los hombres que las mujeres que reconocen delegar esa tarea en su pareja (4,1% frente 0,3%).

Personas encuestadas según corresponsabilidad en el cuidado de los hijos y sexo (porcentajes; base tienen pareja y tienen hijos)			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
N	1.083	653	430
AMBOS COOPERAMOS	56,6	53,5	61,4
YO MISMO/A	3,7	0,9	7,9
MI PAREJA	2,6	4,1	0,3
SE OCUPA UNA PERSONA CONTRATADA PARA ELLO	1,3	0,8	2
SE OCUPA OTRA PERSONA DE LA UNIDAD FAMILIAR	0,1	0,2	0
NO CONTESTA	35,7	40,5	28,4

La cooperación en el cuidado de los hijos decrece a medida que crece la edad de la persona encuestada, lo cual puede deberse a que, atendiendo a esa variable, los hijos son cada vez más mayores y requieren menos cuidados, y lo mismo ocurre con la categoría “mi pareja”.

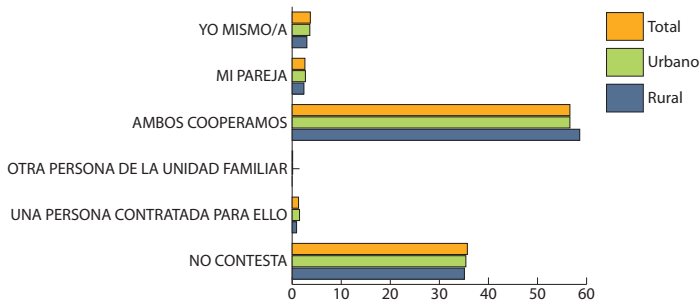
Los médicos/as de origen extranjero cooperan en una menor medida que los españoles en el cuidado de los hijos, con una diferencia de tres puntos porcentuales.

### Personas encuestadas según origen y corresponsabilidad en el cuidado de los hijos



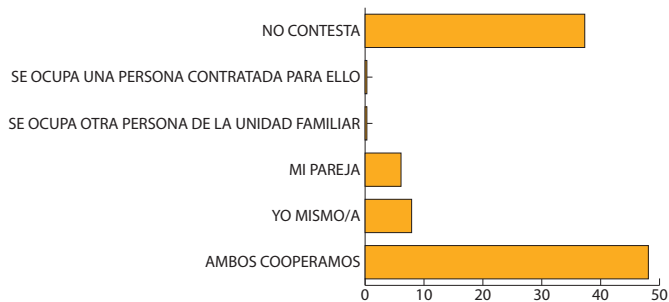
Si analizamos la cooperación según el hábitat, observamos una mayor cooperación en el cuidado de los hijos entre las personas encuestadas que viven en el ámbito rural, diferencia que se cifra en dos puntos porcentuales.

### Personas encuestadas según hábitat y corresponsabilidad en el cuidado de hijos



En cuanto a quién se ocupa de acompañar a los hijos a actividades, decrece la tasa de respuestas en “ambos cooperamos” y las de quienes delegan esa responsabilidad en terceras personas pasan a ser testimoniales.

### Personas encuestadas según corresponsabilidad en el acompañamiento de los hijos en actividades (base tienen pareja y tienen hijos)



En el análisis por sexo, volvemos a encontrar que son más las mujeres que los hombres que refieren compartir esta tarea y las que declaran ser ellas mismas las que se ocupan de dicha ocupación, con una diferencia de casi diez puntos porcentuales.

Los hombres siguen declarando que delegan esta tarea en su pareja en mayor medida que las mujeres, si bien la diferencia se reduce hasta los dos puntos porcentuales.

La tendencia, en cuanto a la edad, es la misma que en el caso anterior respecto a las respuestas “ambos cooperamos” y “yo mismo”: las tasas disminuyen en ambos casos a medida que aumenta la edad. Igualmente aumenta la tasa de quienes refieren delegar esta tarea en su pareja.

Atendiendo al origen, apreciamos una diferencia de dos puntos porcentuales en la categoría de respuesta “ambos cooperamos”. Esto nos indicaría, según la tendencia general que se pone de manifiesto en la encuesta y lo que ya hemos apuntado con relación al cuidado de los hijos, que a menor cooperación, mayor peso recae sobre la mujer en cuanto a la realización de las tareas.”

Al igual que en la pregunta relativa al cuidado de los hijos, en el acompañamiento en actividades fuera del hogar, volvemos a encontrar una mayor cooperación en los médicos/as que viven en hábitat rural, en donde refieren cooperar un 51,7% de encuestados, frente al 47,3% de médicos/as de ámbito urbano que se adscriben a esa respuesta.

Refiriéndonos ahora a las tareas y responsabilidades del hogar, veamos en primer lugar las respuestas a la pregunta sobre quién se ocupa de las tareas domésticas.

Observamos que más de la mitad de respuestas aluden a la cooperación, pero que un 11,1% refiere que es la pareja la que se ocupa de esas tareas, tasa similar a quienes declaran contar con una persona contratada para ello.

### Personas encuestadas según corresponsabilidad en las tareas domésticas (base tienen pareja)



El análisis según el sexo, nos permite ver importantes diferencias.

Personas encuestadas según corresponsabilidad en las tareas domésticas y sexo (porcentajes; base tienen pareja)			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
N	1.380	751	628
AMBOS COOPERAMOS	52,6	54,3	50,6
MI PAREJA	11,1	18,9	1,7
SE OCUPA UNA PERSONA CONTRATADA PARA ELLO	11	6,8	16,1
YO MISMO/A	6,3	1,4	12,1
SE OCUPA OTRA PERSONA DE LA UNIDAD FAMILIAR	1,4	1,2	1,6
NO CONTESTA	17,5	17,3	17,8

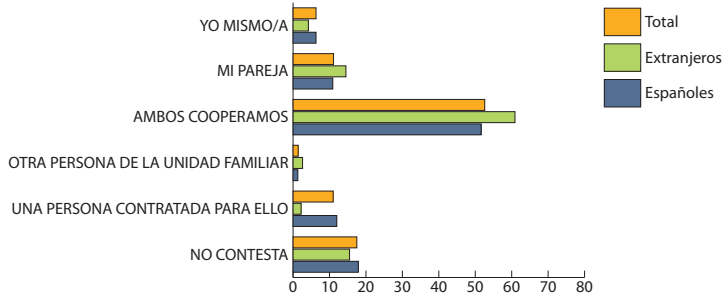
- Los hombres declaran con más frecuencia que las mujeres compartir las tareas, lo que nos vuelve a plantear la hipótesis de la complacencia.
- Más teniendo en cuenta la diferencia de casi diez y siete puntos entre los hombres que declaran delegar las tareas domésticas a la pareja y las mujeres que responden en ese mismo sentido.
- Y más aún teniendo en cuenta que las mujeres son las que con más frecuencia asumen las tareas del hogar: un 12,1% frente a un 1,4%.

Con respecto a la edad, a medida que ésta aumenta lo hace también la posibilidad de encontrar respuestas de la categoría “Mi pareja”; el caso contrario es el de la cooperación, respuesta cuya tasa decae con la edad (y recordemos que a medida que avanzamos en edad disminuye la tasa de mujeres, con lo que “Mi pareja” será frecuentemente una mujer), con excepción del último tramo de edad.

En el resto de categorías de respuesta no se aprecian tendencias que indiquen una relación clara entre la variable edad y quién se ocupa de las tareas del hogar.

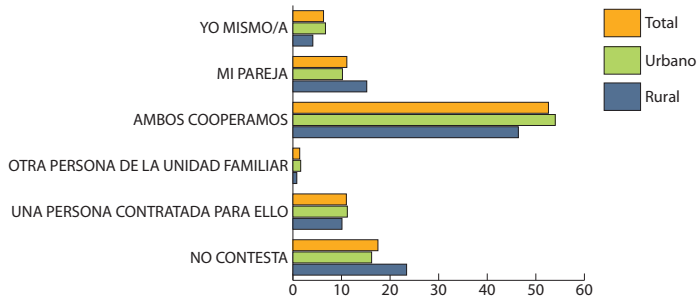
Atendiendo al origen, observamos que hay una mayor cooperación en las tareas domésticas entre los médicos/as extranjeros, con una diferencia sobre los españoles de más de nueve puntos porcentuales.

**Personas encuestadas según origen y corresponsabilidad en las tareas domésticas  
(base tienen pareja)**



Al contrario de lo que ocurriría en el caso del cuidado y acompañamiento de los hijos, en las tareas domésticas, la cooperación entre las parejas de los médicos/as de hábitat rural es sensiblemente inferior a la de las parejas de los médicos/as que residen en el ámbito urbano, con una diferencia cifrada en algo más de ocho puntos porcentuales.

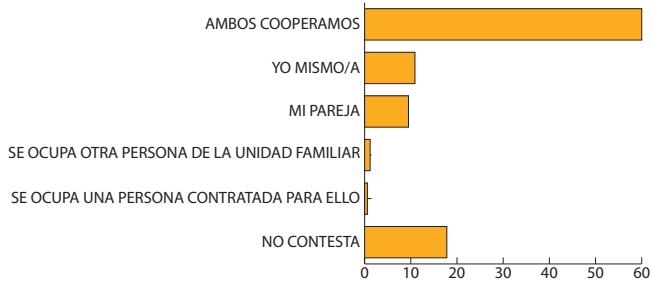
**Personas encuestadas según hábitat y corresponsabilidad en las tareas domésticas  
(base tienen pareja)**



En el caso de las compras domésticas es donde encontramos una mayor tasa de respuesta que alude a la cooperación de ambos miembros de la pareja y donde, nuevamente, se reducen de manera muy acusada las tasas de los que recurren a terceras personas (contratadas o del núcleo familiar) para este cometido.

En dos de cada diez casos es el propio encuestado o su pareja quien se responsabiliza de las compras domésticas.

### Personas encuestadas según corresponsabilidad en las compras domésticas (base tienen pareja)



En ese veinte por ciento de casos en los que es el encuestado o su pareja quien se ocupa de las compras, volvemos a observar la tendencia ya reseñada de que, en buena medida, esta responsabilidad recae sobre las mujeres: un 18,1% de mujeres se ocupa de las compras frente a un 4,9% de hombres; un 12,5% de hombres delega esa responsabilidad en su pareja, frente a un 5,8% de mujeres.

En cuanto a la edad, observamos que, a medida que aumenta, lo hace también la posibilidad de que sea la pareja quien se ocupa de las compras (volvemos a recordar el hecho de que según se incrementa la edad de los encuestados, disminuyen las tasas de mujeres).

Además de esto, en el tramo de edad de más de sesenta y cinco años cobra fuerza el porcentaje de casos (7,4%) en los que es otro miembro de la unidad familiar quien asume ese cometido.

Al igual que en el caso de las tareas domésticas, también en el caso de las compras apreciamos una mayor colaboración entre las parejas de los médicos/as de origen extranjero: un 64,6% de ellos declara que ambos miembros de la pareja cooperan en esa actividad, frente a un 59,1% de colegiados/as españoles.

Si atendemos al hábitat, observamos una mayor tendencia a la cooperación en el ámbito urbano (un 61,1% de encuestados refiere que cooperan los dos miembros de la pareja en las compras) que en el rural (donde se adscriben a esa categoría de respuesta el 54,6% de personas encuestadas).

Lo visto hasta aquí nos permite afirmar que, si bien parece haberse avanzado de manera notable en cuanto a la corresponsabilidad, existen determinadas actividades que, con frecuencia, recaen sobre la mujer, que debe realizar un esfuerzo suplementario en la conciliación de la vida personal, familiar y profesional.

Las médicas soportan una mayor responsabilidad y carga de trabajo en el entorno familiar. Ese sobreesfuerzo podría explicar, como hemos apuntado, que tengan una menor dedicación profesional, pero también que sean más vulnerables al estrés y al síndrome de Burnout.



## LA FUNDACIÓN

Abordamos en este último capítulo diversas cuestiones sobre la Fundación; en primer lugar el grado de conocimiento de las prestaciones que ella presta y la valoración de su importancia y, posteriormente, la valoración de la información a la que se tiene acceso de la propia Fundación.

Las prestaciones de la Fundación gozan de un conocimiento bajo, inferior al que encontrábamos para las prestaciones de carácter público entre los colegiados y colegiadas, pues solamente cinco de ellas son conocidas por más del veinte por ciento de encuestados; la ayuda para la expedición de título oficial y la ayuda mensual para residencia de mayores son conocidas por menos de un diez por ciento de las personas entrevistadas.

Personas encuestadas que conocen las prestaciones de la Fundación, son usuarios de las mismas y puntuación media (escala 1-5) otorgadas a la importancia de contar con ellas			
	CONOCE (%)	BENEFICIARIO (%)	VALORA
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	31,8	0,5	4,7
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	11,6	0,4	4,2
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	19,1	0,5	4,6
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	17,7	0,5	4,4
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	20,8	1,0	4,4
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	15,6	0,7	4,2
BECA PARA ESTUDIOS	22,7	0,6	4,4
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	7,8	0,7	4,0
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	9,4	0,8	4,5
PAIME	26,4	0,6	4,6
PROGRAMA TRATAMIENTO/REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	24,5	0,6	4,4
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	14,6	0,9	4,3

Sin embargo, todas las prestaciones son valoradas con puntuaciones altas en cuanto a la conveniencia de contar con ellas. Como vemos en la tabla todas ellas están por encima de cuatro en una escala de 1-5.

Por encima del 4,5 de puntuación media, lo que indica una valoración realmente muy alta se sitúan cuatro de las prestaciones: la de huérfano con discapacidad (que es la más conocida y la más valorada) el PAIME (que es conocido por una cuarta parte de los colegiados y colegiadas) la prestación para médico con discapacidad y la ayuda mensual para residencia de mayores (poco conocidas pero muy valoradas).

En general, el grado de conocimiento de las prestaciones es más alto entre los hombres que entre las mujeres, tendencia que sólo se rompe en dos de las prestaciones: el programa de tratamiento y rehabilitación de las adicciones y los proyectos de formación, estudios e investigaciones.

Personas encuestadas que conocen las prestaciones de la Fundación, según sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	31,8	33,5	30,2
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	11,6	15,6	7,6
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	19,1	22,4	15,8
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	17,7	19,5	15,9
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	20,8	21,8	19,8
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	15,6	16,8	14,4
BECA PARA ESTUDIOS	22,7	23,1	22,3
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	7,8	8,9	6,6
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	9,4	9,8	8,9
PAIME	26,4	27,7	25,0
PROGRAMA TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	24,5	23,3	25,7
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	14,6	13,3	15,9

El mayor conocimiento de las prestaciones por parte de los hombres lo pondríamos en relación a la edad. Es decir, una mayor edad incrementa las posibilidades de entrar en contacto con la Fundación, de recibir información de la misma; si, como hemos visto, las mujeres son mayoría entre los jóvenes y minoría en edades avanzadas, se explicarían esas diferencias en cuanto a conocimiento de las prestaciones.

Un vistazo a la tabla en la que se muestran las tasas de conocimiento atendiendo a la edad nos confirma la hipótesis, pues en prácticamente todas las prestaciones hay una relación lineal y, a medida que aumenta la edad lo hace el nivel de conocimiento por parte de las personas encuestadas.

Si hay que hacer algún matiz a esa afirmación es éste: los dos grupos de edad intermedia muestran tasas muy similares y lo que se pone de manifiesto es una diferencia de esos dos grupos, tanto respecto a lo más jóvenes como a los mayores de sesenta y cinco años.

Personas encuestadas según conocen las prestaciones de la Fundación y edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	31,8	24,0	34,0	31,1	51,0
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	11,6	6,9	12,0	12	23,4
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	19,1	13	19,9	20,4	27,3
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	17,7	13,7	18,2	19,4	19,1
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	20,8	13,9	19,3	25,1	30,8
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	15,6	8,9	14,1	18,7	33,1
BECA PARA ESTUDIOS	22,7	20,4	21,5	23,3	42,4
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	7,8	5,3	8,4	7,5	14,7
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	9,4	6,2	10,3	9,4	14,7
PAIME	26,4	13,8	31,2	26,5	32,4
PROGRAMA TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	24,5	15,0	28,2	24,3	33,3
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	14,6	15,4	15,4	13,6	14,6

Cabría pensar que el hecho de que en el seno del núcleo familiar haya una discapacidad, pudiera ser una variable que hiciera más probable el conocimiento de las prestaciones por parte de los colegiados y colegiadas.

En la siguiente tabla podemos ver que no es así y que los colegiados en cuyas familias hay una persona con discapacidad, muestran tasas de conocimiento iguales o inferiores a las del resto de colegiados y colegiadas.

Personas encuestadas que conocen las prestaciones de la Fundación, según presencia de discapacidad en la familia (porcentajes)			
	TOTAL	SÍ	NO
N	1.806	295	1.511
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	31,8	30,2	32,1
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	11,6	11,1	11,7
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	19,1	16,3	19,6
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	17,7	17,2	17,8
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	20,8	15,7	21,8
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	15,6	12,4	16,2
BECA PARA ESTUDIOS	22,7	18,8	23,5
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	7,8	5,8	8,2
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	9,4	8,6	9,5
PAIME	26,4	25,3	26,6
PROGRAMA TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	24,5	25,1	24,4
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	14,6	12,1	15,1

Con respecto a la valoración de la necesidad de contar con las prestaciones que ofrece la Fundación, las mujeres muestran una tendencia a otorgar puntuaciones más altas, si bien con muy poca diferencia con respecto a los hombres.

Sólo en la ayuda para la expedición de título oficial y en los proyectos de formación, estudios e investigaciones la diferencia se amplía a tres y cuatro décimas respectivamente.

Puntuaciones otorgadas por las personas encuestadas a la importancia de contar con las prestaciones de la Fundación según sexo (escala 1-5)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	4,7	4,6	4,7
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	4,2	4,1	4,2
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	4,6	4,6	4,6
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	4,4	4,4	4,4
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	4,4	4,3	4,4
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	4,2	4,2	4,3
BECA PARA ESTUDIOS	4,4	4,3	4,4
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	4,0	3,8	4,1
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	4,5	4,4	4,5
PAIME	4,6	4,6	4,6
PROGRAMA TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	4,4	4,4	4,5
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	4,3	4,1	4,5

Las puntuaciones más altas en cuanto a la conveniencia de contar con las prestaciones de la Fundación las otorgan las personas de más de sesenta y cinco años y, en segundo término, las menores de treinta y cinco.

Siempre en un contexto en el que, respecto a las puntuaciones altas, el grupo de más edad es el que otorga puntuaciones más elevadas a todas las prestaciones, excepto a la de huérfano con discapacidad y a los proyectos de formación, estudios e investigación en las que son los menores de treinta y cinco años los que otorgan puntuaciones más altas.

También hay que señalar el PAIME y el programa de tratamiento/ rehabilitación de las adicciones como prestaciones en las que las puntuaciones de los cuatro grupos de edad son las mismas, lo cual nos parece indicar que la preocupación por la salud del colectivo médico es transversal a la edad.

Puntuaciones otorgadas por las personas encuestadas a la importancia de contar con las prestaciones de la Fundación según edad (escala 1-5)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	4,7	4,7	4,7	4,6	4,6
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	4,2	4,2	4,2	4,1	4,4
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	4,6	4,6	4,6	4,6	4,7
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	4,4	4,4	4,4	4,5	4,6
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	4,4	4,4	4,4	4,3	4,5
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	4,2	4,2	4,2	4,2	4,4
BECA PARA ESTUDIOS	4,4	4,5	4,4	4,3	4,5
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	4,0	4,0	3,9	3,9	4,1
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	4,5	4,5	4,5	4,5	4,7
PAIME	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6
PROGRAMA TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	4,3	4,5	4,3	4,2	4,2

Atendiendo a la presencia de una discapacidad en el seno de la familia, sí que se observan diferencias en cuanto a la valoración de la necesidad de las prestaciones. Esas diferencias se sustentan en que, cuando la persona encuestada tiene una situación de discapacidad en el seno de su familia, tiende a otorgar puntuaciones más altas a la necesidad de contar con las prestaciones de la Fundación.

Ello ocurre en las siguientes prestaciones:

- Prestación para huérfano/a con discapacidad.
- Prestación para huérfano/a mayor de 60 años.
- Prestaciones para médico jubilado/a.
- Ayuda educacional para menores de 21 años.
- Prórroga de estudios al cumplir 21 años.
- Ayuda para la expedición de título oficial.

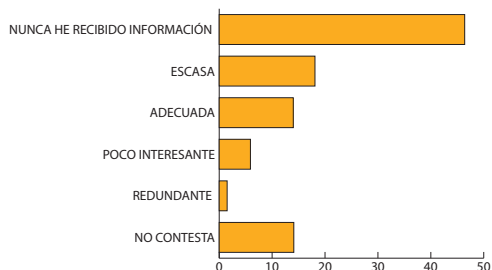
En los proyectos de formación, estudios e investigación se invierte esa tendencia (puntuán más alto los colegiados y colegiadas que no tienen una discapacidad en la familia) y en el resto de prestaciones las puntuaciones otorgadas son iguales.

Puntuaciones otorgadas por las personas encuestadas a la importancia de contar con las prestaciones de la Fundación según presencia de discapacidad en la familia (escala 1-5)			
	TOTAL	SÍ	NO
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	4,7	4,8	4,6
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	4,2	4,3	4,1
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	4,6	4,6	4,6
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	4,4	4,5	4,4
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	4,4	4,4	4,3
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	4,2	4,3	4,2
BECA PARA ESTUDIOS	4,4	4,4	4,4
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	4,0	4,1	3,9
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	4,5	4,5	4,5
PAIME	4,6	4,6	4,6
PROGRAMA TRATAMIENTO/REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	4,4	4,4	4,4
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	4,3	4,2	4,3

Finalmente se pedía a las personas entrevistadas que valorasen la información de la que disponen sobre la Fundación en dos supuestos: la que reciben por parte de la Fundación (o del Colegio Provincial, que es el canal de difusión habitual) y la que ellos mismos recaban, bien al Colegio, bien a la propia Fundación.

Más de cuatro de cada diez de las personas encuestadas declara que nunca ha recibido información de la Fundación y la cuarta parte es crítica con la información recibida (un 18,1% la cataloga como escasa, un 5,9% como poco interesante y un 1,5% cree que recibe información redundante); tan solo un catorce por ciento juzga que la información que ha recibido es adecuada.

## Personas encuestadas según valoran la información recibida de la Fundación



Atendiendo al sexo de la persona encuestada, vemos que las mujeres se adscriben con más frecuencia que los hombres a la categoría "Nunca he recibido información", quizá por la mayor presencia de mujeres en los intervalos de edades más jóvenes.

Por su parte, los hombres son más críticos y juzgan con más frecuencia la información como redundante o poco interesante.

### Personas según valoran la información recibida de la Fundación, según sexo (porcentajes)

	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
REDUNDANTE	1,5	1,8	1,3
POCO INTERESANTE	5,9	6,8	5,0
ADECUADA	14,0	14,0	14,0
ESCASA	18,1	19,6	16,6
NUNCA HE RECIBIDO INFORMACIÓN	46,4	44,5	48,2
NO CONTESTA	14,1	13,4	14,8

La tasa de los que nunca han recibido información disminuye con la edad, al mismo tiempo que aumenta el porcentaje de los que juzgan que la información recibida es adecuada.

A más edad, igualmente, crece el porcentaje de los que creen que la información es escasa y disminuye el de los que creen que es poco interesante.

### Personas según valoran la información recibida de la Fundación, según edad (porcentajes)

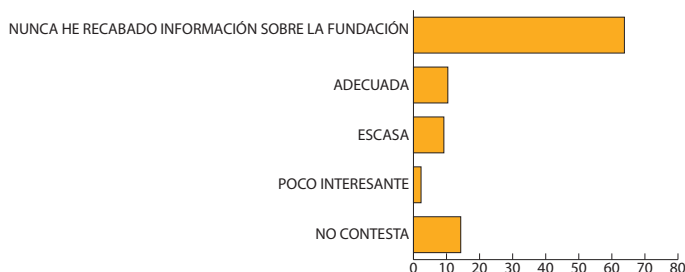
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
REDUNDANTE	1,5	2,9	0,7	1,6	2,5
POCO INTERESANTE	5,9	5,4	6,6	5,7	4,0
ADECUADA	14,0	12,1	11,3	17,8	19,8
ESCASA	18,1	17,6	18,5	18,1	18,6
NUNCA HE RECIBIDO INFORMACIÓN	46,4	49,9	48,6	42,7	38,1
NO CONTESTA	14,1	12,1	14,4	14,1	17,0



Pero es que el 63,8% de los colegiados nunca se ha interesado por la Fundación, nunca ha solicitado ningún tipo de información sobre la misma.

En este caso disminuye la tasa de los que creen que la información recibida es adecuada, pero también, de manera muy notable, las tasas de las categorías de respuestas críticas con la información que se les ha proporcionado.

### Personas encuestadas según valoran la información recibida de la Fundación



Los colegiados han solicitado información sobre la Fundación con más frecuencia que las colegiadas, los cinco puntos porcentuales en los que superan a las mujeres hacen que también presenten tasas más altas en el resto de categorías de respuesta: están más satisfechos (consideran adecuada la información recibida un 12,1% de hombres frente a un 8,6% de mujeres) y también son más críticos (juzgan escasa la información un 9,9% frente a un 8,5% y poco interesante un 3,0% frente a un 1,6%).

Personas según valoran la información recabada de la Fundación, según sexo (porcentajes)			
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
N	1.806	902	904
POCO INTERESANTE	2,3	3,0	1,6
ESCASA	9,2	9,9	8,5
ADECUADA	10,4	12,1	8,6
NUNCA HE RECABADO INFORMACIÓN SOBRE LA FUNDACIÓN	63,8	61,0	66,6
NO CONTESTA	14,3	13,9	14,7

Si atendemos a la edad, a medida que ésta aumenta lo hace la satisfacción con la información recibida y, de forma paralela, disminuyen los juicios negativos.

Personas según valoran la información recibida de la Fundación, según edad (porcentajes)					
	TOTAL	MENORES DE 35 AÑOS	ENTRE 36 Y 50 AÑOS	ENTRE 51 Y 64 AÑOS	65 O MÁS AÑOS
N	1.806	309	758	634	87
POCO INTERESANTE	2,3	3,1	2,2	2,3	1,2
ESCASA	9,2	10,9	9,3	8,8	6,1
ADECUADA	10,4	8,8	8,0	13,3	17,1
NUNCA HE RECADADO INFORMACIÓN SOBRE LA FUNDACIÓN	63,8	65,8	63,9	62,2	67,5
NO CONTESTA	14,3	11,5	16,7	13,4	8,0

A tenor de estos datos parece claro que la política de comunicación ha de ser una de las prioridades de la Fundación, pues parece clara la necesidad de que los médicos y médicas conozcan más y mejor su Fundación.

Los boletines, las noticias que se insertan en las publicaciones de los Colegios Provinciales no sólo no proveen a los médicos y médicas de información significativa sobre la Fundación, sino que parece que tampoco despiertan incertidumbre suficiente como para interesarse por ella.

Es un tópico de la comunicación el aserto de que la información sólo es eficaz si reduce incertidumbre y quizá, para el conjunto de colegiados, los ámbitos prestacionales de la Fundación no son relevantes y, por así decir, no procesan la información que se difunde.

## COMPENDIO DE LOS DATOS SEGÚN EDAD, SEXO, HÁBITAT Y ORIGEN

### COMPENDIO SEGÚN LA EDAD

#### ► Menores de 35 años

- ▶ Las personas encuestadas menores de treinta y cinco años son, mayoritariamente, mujeres, están solteras y no tienen hijos. Conviven en un hogar con dos miembros y residen en una ciudad de más de cien mil habitantes.
- ▶ Habitualmente trabajan en atención hospitalaria, bien como interinos, bien como residentes; aunque lo más habitual es que la jornada laboral se sitúe en el promedio, un porcentaje relevante de médicos de este intervalo de edad trabaja por encima de ese promedio.
- ▶ Los ingresos de la unidad familiar se sitúan por debajo de los 35.000 euros y la persona encuestada aporta en torno a la mitad de esos ingresos.
- ▶ Aunque una buena parte no tiene pareja, cuando sí la tienen lo más habitual es que la pareja trabaje por cuenta ajena.
- ▶ En el hogar de las personas que están en este tramo de edad, lo más habitual es que no haya personas que necesiten ayuda para sus actividades de la vida diaria; de igual modo, lo más frecuente es que no haya personas con discapacidad en el seno de la familia y, si los hay, son ascendientes, bien del médico/a, bien de su pareja.
- ▶ En cuanto al conocimiento de los servicios y prestaciones de carácter público, Teleasistencia, Centros de atención diurna, Residencias, Pisos o viviendas tuteladas, Servicios de rehabilitación y Servicios de fisioterapia son los únicos que declara conocer al menos la mitad de encuestados de este tramo de edad.
- ▶ En este grupo de edad, encontramos una menor previsión respecto al futuro, tanto respecto a cómo resolver situaciones de dependencia como en lo relativo a la disposición de algún tipo de seguro o inversión.
- ▶ En cualquier caso, la preferencia para solventar situaciones de dependencia es permanecer en el propio hogar.
- ▶ Aunque en la valoración sobre la incidencia de hábitos nocivos para la salud en el colectivo de médicos/as el orden de importancia es el mismo que el del total de encuestados, este grupo de edad valora el abuso de alcohol, el tabaquismo y la alimentación inadecuada un poco por encima del promedio.
- ▶ En cualquier caso, las personas encuestadas que se sitúan en este tramo de edad valoran por encima del valor promedio todas las acciones tendentes a la prevención y la promoción de la salud.
- ▶ Como es común en el conjunto de la muestra, las personas de este rango de edad, disponen de poco tiempo libre que dedican, sobre todo, a las relaciones familiares, las lecturas profesionales y salir con amigos. La excesiva carga de trabajo es la razón fundamental por la que no realizan otras actividades de tiempo libre.

- ▶ Los encuestados que pertenecen a este rango de edad pertenecen a alguna ONG en menor medida que el global y, cuando lo hacen, lo hacen sobre todo en asociaciones de cooperación.
- ▶ La corresponsabilidad en las actividades de cuidado y soporte de la familia está arraigada en este grupo de edad, más en lo relativo al cuidado de los hijos que al soporte del hogar.
- ▶ En cuanto al conocimiento de las actividades y prestaciones de la Fundación, nos encontramos, en este tramo de edad, con un bajo conocimiento de las mismas y con una valoración de la importancia de dichas prestaciones muy similar a la de la valoración global de todos los encuestados.
- ▶ En ese sentido, se trata del grupo que, con más frecuencia, declara no haber recibido información de la Fundación, aunque es el que con menos frecuencia califica como escasa.

### ▶ Entre 36-50 años

- ▶ El perfil de los encuestados que se incluyen en este tramo de edad, es el de una mujer, casada y con hijos que convive en un hogar con tres miembros, cuyos ingresos anuales son de entre cincuenta y setenta y cinco mil euros, de los cuales la persona entrevistada aporta más de la mitad; su pareja trabaja por cuenta ajena.
- ▶ Reside en una ciudad de más de cien mil habitantes o capital de provincia y trabaja en atención hospitalaria, con una plaza pública en propiedad.
- ▶ Aunque lo más habitual es que en los hogares de las médicas y médicos de estas edades no haya personas que necesiten ayuda en sus actividades de la vida diaria, se recoge la presencia de tasas relevantes de casos en los que algún miembro de la unidad familiar precisa ayuda para actividades relacionadas con el soporte familiar. Así, son pocos los casos de discapacidad dentro de la unidad familiar y cuando los hay, se trata de los padres/madres del entrevistado o de su pareja.
- ▶ Más de la mitad de encuestados/as declara conocer los Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales, Teleasistencia, Centros de atención diurna, Residencias, Pisos o viviendas tuteladas, Servicios de rehabilitación y Servicios de fisioterapia.
- ▶ Con vistas al futuro, en este tramo de edad, la opción preferida es también la de permanecer en el propio hogar; además, es muy frecuente que los colegiados/as cuenten con un plan de pensiones.
- ▶ Son ahora el estrés, la ansiedad, el descuido de la salud, la alimentación inadecuada y el tabaquismo los hábitos que, en este grupo de edad, se valora que tienen un mayor impacto sobre el colectivo médico.
- ▶ Igual que pasaba con los más jóvenes, se valoran los programas destinados a la mejora y prevención por encima del valor promedio.
- ▶ En este rango de edad nos encontramos a los médicos/as con menos tiempo libre (el que deja una excesiva carga de trabajo); tiempo que dedican a las relaciones familiares y a disfrutar de los hijos o nietos.
- ▶ Dado que la participación en alguna ONG crece con la edad, los médicos/as de este grupo lo hace más que los jóvenes; las asociaciones preferidas son las de cooperación.

- ▶ A medida que aumenta la edad disminuye el compromiso con la corresponsabilidad, de manera más acusada en las actividades de soporte del hogar. En este grupo de edad se mantiene la tasa de cooperación y corresponsabilidad, tasas que caen a partir de los cincuenta años.
- ▶ El conocimiento de las prestaciones de la Fundación es, en términos generales, un poco más alto en este rango de edad que en el anterior; también se valora positivamente el hecho de poder contar con esas prestaciones.
- ▶ Las personas de este grupo, también de manera mayoritaria, refieren no haber recibido información de la Fundación. Cuando la han recibido la juzgan escasa, siendo el grupo que con menos frecuencia la califica de interesante.

### ▶ Entre 51-64 años

- ▶ Entre los 51 - 64 años, lo más frecuente es que nos encontremos con un hombre que está casado, tiene hijos y convive en un hogar con 3 miembros; reside también en una ciudad de más de cien mil habitantes o capital de provincia y lo más habitual es que la pareja trabaje por cuenta ajena.
- ▶ Habitualmente trabaja en atención primaria y posee una plaza pública en propiedad, aporta más de la mitad de los ingresos de la unidad familiar, ingresos que se sitúan por encima de los setenta y cinco mil euros.
- ▶ Por lo que respecta a la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, lo más habitual es que, en los hogares de los/as médicos/as de este grupo de edad, no haya personas que precisen de ayuda para esas actividades. También en este grupo de edad es poco frecuente que existan situaciones de discapacidad en el seno de la familia y que, en su caso, se trate de ascendientes del colegiado/a o de su pareja.
- ▶ Los Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales, Teleasistencia, Centros de atención diurna, Residencias, Servicios de rehabilitación, Servicios de fisioterapia son los que gozan de un mayor conocimiento en este tramo de edad.
- ▶ Al igual que en el resto de edades, la opción preferida para una futura situación de dependencia es la de permanecer en el propio hogar; la medida de previsión de futuro más habitual es la del plan de pensiones.
- ▶ Aunque se les otorga una puntuación baja en cuanto a su incidencia sobre el colectivo médico, el abuso de alcohol y abuso de fármacos reciben, en este tramo de edad, puntuaciones un poco por encima del promedio.
- ▶ Los programas de prevención y promoción de la salud, aún recibiendo puntuaciones altas, se sitúan por debajo del valor promedio.
- ▶ El tiempo libre del que se dispone aumenta en este tramo de edad, tiempo que dedican a las lecturas (profesionales y de otro tipo) a las relaciones familiares y a disfrutar de los hijos y nietos, siendo la excesiva carga de trabajo la razón por la que no se realizan más actividades de tiempo libre.
- ▶ En este rango de edad vemos cómo continúa la participación en ONG, al mismo tiempo que se diversifica, pues aparecen ahora, además de entidades de cooperación, las de acción social y las deportivas.

- ▶ Quizá por la emancipación de los hijos, decrece la tasa de colegiados que se ocupa de atender a las necesidades de aquellos. La cooperación en actividades de soporte del hogar cae de manera sensible en este tramo de edad.
- ▶ En cuanto al conocimiento de las actividades de la Fundación continúan aumentando las tasas de personas que declaran conocer las prestaciones. En cuanto a la valoración de la importancia, ésta se sitúa en los valores promedio o ligeramente por debajo.
- ▶ Respecto a la información recibida de la Fundación, cae notablemente la tasa de los que nunca han recibido información, crece la de quienes la consideran adecuada, pero también la de los que la catalogan de escasa.

### ▶ Más de 65 años

- ▶ Los médicos que superan los sesenta y cinco años son, habitualmente, hombres que están casados y tienen hijos, si bien conviven en hogares con dos miembros. Aunque habitualmente están jubilados, cuando han prorrogado la vida laboral, trabajan en el ámbito hospitalario, con una plaza pública en propiedad, si bien un número no desdeñable, trabaja por cuenta propia.
- ▶ Los ingresos de la unidad familiar se sitúan entre treinta y cinco y cincuenta mil euros, que son aportados, en su mayor parte, por la persona encuestada. Lo más habitual es que la pareja esté jubilada.
- ▶ También en este tramo de edad lo más frecuente es que no haya, en la unidad familiar, personas que precisen ayuda para sus actividades de la vida diaria; siendo poco habituales las situaciones de discapacidad, son ahora los/as hijos/as los que con más frecuencia aparecen en esa circunstancia.
- ▶ En cuanto a los servicios que se conocen, sólo las Residencias son citadas por al menos la mitad de encuestados en este tramo de edad.
- ▶ Aunque, como en el resto de edades las personas encuestadas se decantan por la permanencia en el hogar como la mejor opción para una situación de dependencia, la residencia aparece con más intensidad que en otros tramos de edad.
- ▶ Para este grupo de edad, el sedentarismo, el descuido de la salud y el abuso de fármacos, tienen una incidencia mayor entre los médicos a la que le otorgan, como promedio, el conjunto de personas encuestadas.
- ▶ Con respecto a las actuaciones tendentes a la mejora de la salud, en este grupo de edad pierden importancia las relacionadas con el ejercicio profesional frente a las que tienen que ver con cuidados personales.
- ▶ Es el grupo que dispone de más tiempo libre, tiempo que dedican, como los encuestados del anterior grupo de edad, a las lecturas (profesionales y de otro tipo) a las relaciones familiares y a disfrutar de los hijos y nietos y si los encuestados de este tramo de edad no realizan más actividades es por falta de organización del tiempo libre.
- ▶ Se trata del rango de edad en el que se registra mayor y más diversa participación en asociaciones, pues además de las de cooperación y acción social, cobran importancia las religiosas y las culturales.

- ▶ La cooperación y corresponsabilidad en las actividades de soporte del hogar experimenta un aumento en este tramo de edad, mientras que, seguramente por las razones ya comentadas, continúa descendiendo la implicación en la atención de los hijos.
- ▶ Los mayores de 65 años son los que mejor conocen las prestaciones de la Fundación y los que más valoran la posibilidad de contar con ellas. También son los que con más frecuencia han recibido información, que califican, casi en igual porcentual, de escasa y de adecuada.

## COMPENDIO SEGÚN EL SEXO

- ▶ Las mujeres son mayoritarias en las franjas inferiores de edad, como ya hemos reflejado, en lo que parece ser una clara tendencia a la feminización del colectivo médico.
- ▶ Los médicos se casan y tiene hijos con más frecuencia que las médicas, lo que nos sitúa ante las dificultades que ellas tienen a la hora de construir una vida familiar o, quizá, ante el hecho de que una mayor autonomía de las mujeres les abre otras posibilidades de organizar su vida.
- ▶ En ese mismo sentido, nos hemos encontrado con que las médicas viven solas con más frecuencia que los hombres y también en hogares menos numerosos.
- ▶ Aún siendo minoritaria, la opción de trabajar por cuenta propia es más frecuente entre los médicos; las médicas trabajan por cuenta ajena, pero presentan una mayor tasa de precariedad, sobre todo el en sector público.
- ▶ En general, las médicas trabajan menos horas que los médicos, quizá un indicador de las dificultades que ellas tienen para conciliar su vida laboral y profesional, como también nos indican los datos obtenidos en el capítulo de conciliación.
- ▶ Esa menor dedicación profesional da lugar a que, como promedio, en los hogares de las médicas haya menos ingresos y que la aportación de las colegiadas a la renta familiar sea inferior a la de los médicos.
- ▶ El desempleo es más común en las parejas de los médicos que en la de las médicas; por otro lado, es frecuente que las parejas de los colegiados trabajen en el sector sanitario (médica u otra profesión sanitaria) mientras que las parejas de las colegiadas trabajan en otros ámbitos no relacionados con la salud.
- ▶ La discapacidad y la dependencia son más frecuentes en hombres que en mujeres, quizá por la distribución según la edad (más hombres en franjas más altas de edad), si bien en los hogares de las colegiadas encuestadas hay una tasa más alta de personas que precisan ayuda para alguna de las actividades de la vida diaria.
- ▶ Las médicas muestran un mayor grado de conocimiento de las prestaciones de carácter público, si bien ante futuras situaciones de dependencia, prefieren permanecer en el propio domicilio a cargo de un familiar.

- ▶ Los médicos se han planteado en menor medida qué hacer ante una futura situación de dependencia; también son partidarios de permanecer en el hogar, pero con otros apoyos distintos a la familia.
- ▶ Por el contrario, dentro del bajo nivel de previsión individual, los hombres tienen, con mayor frecuencia que las mujeres, algún tipo de seguro o de previsión. Quizá haya que considerar aquí la variable edad más que la variable sexo: las mujeres son mayoritarias en los grupos de menor edad y es más plausible la relación de la edad que la del sexo con la toma de medidas de previsión.
- ▶ En cuanto a las circunstancias nocivas para la salud, las mujeres valoran que hay una mayor incidencia de aquellas relacionadas con el ejercicio profesional y también valoran de manera más positiva que los hombres la posibilidad de contar con programas de índole psicosocial que ayuden a paliar los efectos de esas circunstancias nocivas, si bien los hombres también hacen una valoración positiva de la posibilidad de contar con esos programas.
- ▶ Las médicas declaran disponer de menos tiempo libre que los hombres. Cuando éstos refieren disponer de poco tiempo libre, las causas, por lo general, tienen que ver con el ejercicio profesional, mientras que en el caso de las mujeres son las ocupaciones del hogar las que le merman el tiempo libre disponible.
- ▶ Por lo que respecta a la corresponsabilidad en las tareas y ocupaciones que exige un hogar, la encuesta pone de manifiesto un avance hacia la cooperación pero también que, hoy por hoy, las mujeres soportan una mayor carga en esas actividades: refieren con más frecuencia que los hombres que son ellas mismas las que se ocupan primordialmente de esas tareas y, de forma menos habitual, que sean sus parejas las que asumen esas tareas.
- ▶ Además, ya hemos visto otros indicadores (menos tiempo libre por ocuparse de la familia, menos dedicación profesional) que nos hablan de que las médicas aún deben superar importantes escollos para obtener una igualdad efectiva con respecto a sus compañeros.
- ▶ Quizá, de nuevo por la distribución de la edad, las mujeres tienen un conocimiento menor de las prestaciones de la Fundación, si bien valoran de manera más positiva que los hombres (aunque éstos también otorgan puntuaciones altas) la posibilidad de contar con ellas.
- ▶ Y de nuevo hay que contar con la edad a la hora de considerar que las mujeres han recibido información de la Fundación con menos frecuencia que los hombres quienes, por otra parte, se muestran más críticos con la información recibida.
- ▶ La tasa de mujeres que han solicitado de forma proactiva información sobre la Fundación es más baja que la de hombres. En este caso son igualmente críticos con la información recibida, pues en ambos casos se igualan los porcentajes de quienes hacen una valoración positiva y los que la juzgan de manera negativa.



## COMPENDIO DE NECESIDADES MÁS RELEVANTES

Con la finalidad de resumir las necesidades que se desprenden del estudio, se ofrece a continuación un resumen de las que emergen con una mayor relevancia.

En primer lugar se recogen las globales o genéricas, comunes al conjunto de médicos y médicas para, a continuación, exponer las que pudieran tener una mayor incidencia en los diferentes segmentos.

### Necesidades transversales o genéricas

- Incrementar la notoriedad de la Fundación y sus actividades.
- Divulgar el catálogo de prestaciones de la Fundación.
- Desarrollar programas de prevención y promoción de la salud.
- Informar y facilitar el acceso al reconocimiento de la dependencia.
- Fomentar el conocimiento y el acceso a prestaciones públicas.
- Promover la igualdad entre los sexos y la corresponsabilidad.
- Promover las medidas individuales de prevención.
- Promover el acceso a servicios de apoyo en el propio domicilio.
- Orientar el compromiso social que se pone de manifiesto en la encuesta a acciones de voluntariado.

### Necesidades específicas

#### Según el sexo

- Incidir en las políticas de igualdad, tanto en hombres como en mujeres.
- Analizar con más detalle los problemas de las médicas en el desarrollo de su carrera profesional:
  - ▶ Acceso a puestos de responsabilidad (techo de cristal).
  - ▶ Diferencias de ingresos.
- Desarrollar acciones y servicios que permitan la conciliación y el uso del tiempo libre, especialmente a las médicas (guarderías, voluntariado, banco de tiempo).
- Enfoque de género en los programas de promoción de la salud que se hagan cargo de la mayor vulnerabilidad de las médicas a ciertos factores del ámbito laboral.

### **Según la edad**

- Incidir en la divulgación de las actividades de la Fundación entre los más jóvenes (plan de acogida al colegiado).
- Enfoque de edad en el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud:
  - ▶ Hábitos nocivos entre los más jóvenes.
  - ▶ Cuidado de la propia salud en los médicos mayores y de mediana edad.
  - ▶ Estrés laboral en los médicos de mediana edad.
  - ▶ Envejecimiento activo y promoción del voluntariado en los médicos de más edad.
- Fomentar las medidas de previsión individual, en particular entre los jóvenes.
- Facilitar el acceso a residencias en los segmentos de más edad.

### **Según el hábitat**

- Atender a las necesidades derivadas de la discapacidad en el ámbito rural.
- Facilitar el acceso a los servicios de atención domiciliaria en el medio rural.
- Facilitar el acceso de los médicos/as del medio rural el acceso a los programas de prevención y promoción de la salud.

### **Según el origen**

- Prestar especial atención a los aspectos nocivos derivados de los propios hábitos en la prevención y promoción de la salud.
- Tener en cuenta el menor soporte familiar en el desarrollo de servicios de atención domiciliaria.

## ANÁLISIS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Ofrecemos a continuación los datos relativos a las CCAA. Como apuntábamos en el apartado de metodología, el grado de respuesta permite extraer estimaciones razonables en los casos en los que se ha obtenido un adecuado nivel de respuesta y anecdóticas o testimoniales en las que no se ha logrado ese objetivo.

Hemos optado por incluir todos los datos, sombreado las columnas de las CCAA cuyos resultados hay que tomar con más precaución y excluyéndolas del análisis comparativo.

- **PERFIL DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS:**

El equilibrio entre los sexos que se aprecia en los datos globales, es menor en el caso de las CCAA con la excepción de Galicia. Destaca Andalucía como la Comunidad en la que hay más médicos, al igual que en Murcia, la Comunidad Autónoma de La Rioja, la Comunidad Autónoma Valenciana, Castilla y León y Aragón.

Personas encuestadas según sexo y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
HOMBRE	49,9	62,4	54,2	45,8	62,0	58,3	28,6	48,5	54,2	43,3	44,0	51,4	56,7	42,9	57,1	45,2	38,3	56,1
MUJER	50,1	37,6	45,8	54,2	38,0	41,7	71,4	51,5	45,8	56,7	56,0	48,6	43,3	57,1	42,9	54,8	61,7	43,9

En Madrid hay más médicas que médicos, situación que se repite, en Extremadura, Castilla La Mancha, Navarra y Asturias.

En cuanto a la edad, Andalucía y Madrid vuelven a ocupar los extremos de médicos/as de más edad (Andalucía) y más jóvenes (Madrid) mostrando la correlación entre sexo y edad a la que venimos aludiendo a lo largo del informe.

Personas encuestadas según edad y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
MENORES DE 35 AÑOS	17,1	10,1	20,6	24,6	4,0	20,8	0,0	21,2	15,0	26,0	11,9	13,3	15,4	31,4	23,8	9,6	23,4	18,7
ENTRE 35 Y 50 AÑOS	42,0	33,0	34,6	28,2	34,0	29,2	78,6	57,6	29,2	39,4	52,3	41,9	43,3	32,5	39,0	56,7	46,8	37,4
ENTRE 51 Y 64 AÑOS	35,2	48,6	42,1	45,1	48,0	35,4	21,4	12,1	45,8	33,7	33,0	40,0	32,7	29,8	33,3	29,8	29,8	37,4
65 O MÁS AÑOS	4,8	8,3	1,9	1,4	10,0	14,6	0,0	6,1	9,2	0,0	1,8	3,8	8,7	4,1	1,9	3,8	0,0	6,5
NO CONTESTA	1,0	0,0	0,9	0,7	4,0	0,0	0,0	3,0	0,8	1,0	0,9	1,0	0,0	2,2	1,9	0,0	0,0	0,0
MEDIA DE EDAD	46,6	50,6	46,0	45,7	51,0	49,6	46,0	42,1	49,7	43,7	46,4	48,2	47,7	43,4	44,4	46,5	44,4	46,6

Sexo y edad nos explican en buena medida, como ya hemos analizado para el conjunto de la muestra, la distribución del estado civil según la Comunidad Autónoma. Hay más porcentaje de casados/as en Andalucía y menos en Madrid; en ese mismo sentido destaca Galicia, con una media de edad superior al conjunto de muestra.

Personas encuestadas según estado civil y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
CASADO/A	66,1	77,1	60,7	71,8	58,0	54,2	71,4	63,6	68,3	70,2	76,1	76,2	66,3	53,6	58,1	69,2	57,4	70,5
SOLTERO/A	20,3	9,2	28,0	19,7	12,0	18,8	21,4	24,2	18,3	20,2	13,8	13,3	23,1	30,1	23,8	20,2	29,8	18,7
DIVORCIADO/A	4,6	1,8	5,6	2,1	16,0	4,2	7,1	3,0	2,5	5,8	3,7	2,9	1,9	6,6	3,8	1,9	4,3	5
PAREJA DE HECHO	3,7	3,7	1,9	4,9	2,0	6,3	0,0	0,0	4,2	1,9	3,7	3,8	2,9	6,0	10,5	2,9	4,3	4,3
SEPARADO/A	2,7	3,7	0,9	0,0	8,0	8,3	0,0	9,1	3,3	0,0	1,8	1,9	1,0	3,0	2,9	1,9	0	0,7
VIUDO/A	1,6	3,7	0,0	0,7	2,0	8,3	0,0	0,0	2,5	1,9	0,9	1,9	1,0	0,5	0,0	0,0	4,3	0
NO CONTESTA	1,0	0,9	2,8	0,7	2,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	3,8	0,3	1,0	3,8	0	0,7

Madrid acumula el mayor número de divorcios y separaciones y destaca, junto con Murcia, por la alta tasa de uniones de hecho y ambas junto con la Comunidad Autónoma de La Rioja por los porcentajes de solteros/as.

En la siguiente tabla, podemos ver la distribución de personas encuestadas según la Comunidad y el número de hijos.

Personas encuestadas según número de hijos y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
NINGUNO	30,5	16,5	39,3	32,4	20,0	29,2	35,7	33,3	26,7	31,7	25,7	25,7	34,6	42,3	32,4	28,8	40,4	23,0
UNO	15,8	18,3	12,1	16,9	12,0	18,8	0,0	9,1	20,8	15,4	19,3	24,8	14,4	16,7	15,2	15,4	14,9	23,7
DOS	34,0	32,1	32,7	32,4	34,0	31,3	50,0	33,3	34,2	30,8	38,5	32,4	32,7	25,7	34,3	36,5	29,8	36,7
TRES	13,6	22,9	15,9	11,3	24,0	10,4	7,1	15,2	14,2	16,3	11,0	14,3	13,5	9,6	14,3	11,5	8,5	11,5
CUATRO	3,3	6,4	0,0	2,1	8,0	6,3	0,0	3,0	2,5	1,9	2,8	1,9	1,9	2,7	0,0	7,7	6,4	2,9
CINCO	0,9	2,8	0,0	2,1	2,0	2,1	0,0	0,0	0,8	1,9	0,0	0,0	1,0	0,5	1,0	0,0	0,0	0,7
SEIS	0,5	0,0	0,0	1,4	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,1	2,9	0,0	0,0	0,7
NO CONTESTA	1,5	0,9	0,0	1,4	0,0	0,0	7,1	6,1	0,8	1,9	2,8	0,0	1,9	1,4	0,0	0,0	0,0	0,7
MEDIA Nº HIJOS	1,5	1,9	1,3	1,5	1,9	1,6	1,3	1,4	1,5	1,5	1,4	1,5	1,4	1,2	1,5	1,5	1,3	1,5

En Madrid es donde con más frecuencia encontramos médicos/as que no tienen hijos y, al mismo tiempo, la media de hijos de las personas encuestadas es menor.

Extremadura y Navarra son las comunidades en la que más frecuentemente se tienen dos hijos y Andalucía en la que es más probable encontrar colegiados/as con tres hijos; es también la Comunidad en la que la media de hijos por colegiado es más alta.

Como vemos en la siguiente tabla, la Comunidad Autónoma de La Rioja y Andalucía son las Comunidades en las que, con mayor frecuencia, ya no convive ningún hijo; es ahora Navarra la Comunidad en la que se dan más casos en los que conviven tres hijos en el seno de la familia y Murcia en donde con más frecuencia conviven dos hijos, lo que les otorga la media más alta de hijos que conviven en la unidad familiar.

Como vemos en la siguiente tabla, la Comunidad Autónoma de La Rioja y Andalucía son las Comunidades en las que, con mayor frecuencia, ya no convive ningún hijo; es ahora Navarra la Comunidad en la que se dan más casos en los que conviven tres hijos en el seno de la familia y Murcia en donde con más frecuencia conviven dos hijos, lo que les otorga la media más alta de hijos que conviven en la unidad familiar.

Personas encuestadas según número de hijos que conviven y Comunidad Autónoma (base tienen hijos)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
NINGUNO	19,0	16,5	15,4	15,6	45,0	47,1	11,1	18,2	28,4	8,5	13,6	11,5	19,1	17,5	11,3	10,8	10,7	15,9
UNO	30,7	35,2	27,7	36,5	22,5	29,4	22,2	22,7	33,0	31,0	32,1	44,9	26,5	31,8	29,6	20,3	42,9	32,7
DOS	37,1	34,1	44,6	32,3	20,0	17,6	55,6	45,5	28,4	38,0	45,7	30,8	45,6	36,0	38,0	48,6	35,7	40,2
TRES	11,6	12,1	12,3	14,6	10,0	5,9	11,1	13,6	10,2	19,7	7,4	11,5	7,4	10,9	16,9	13,5	10,7	10,3
CUATRO	1,3	2,2	0,0	1,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,2	1,3	0,0	2,4	0,0	6,8	0,0	0,9
CINCO	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,9	1,4	0,0	0,0	0,0
SEIS	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	2,8	0,0	0,0	0,0
MEDIA Nº HIJOS CONVIVEN	1,5	1,5	1,5	1,5	1,0	0,8	1,7	1,5	1,2	1,8	1,5	1,5	1,5	1,5	1,8	1,9	1,5	1,5

En Navarra nos encontramos con la menor tasa de médicos de otras nacionalidades, tasas que siguen siendo bajas en Andalucía, Aragón y Asturias. En el extremo opuesto se sitúan Madrid, sobre todo por el alto porcentaje de médicos/as de origen latinoamericano, y Castilla La Mancha, en donde se dan tasas de médicos de otras nacionalidades por encima del conjunto de encuestados.

Personas encuestadas según país de origen y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
ESPAÑA	88,8	92,7	91,6	93,0	90,0	75,0	100,0	84,8	92,5	83,7	90,8	90,5	90,4	76,0	87,6	93,3	91,5	87,1
UN PAÍS																		
LATINOAMERICANO	8,0	4,6	4,7	4,9	2,0	22,9	0,0	15,2	5,0	9,6	7,3	6,7	6,7	19,7	8,6	2,9	6,4	9,4
OTRO PAÍS DE LA UE	0,9	0,9	0,9	2,1	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,8	1,9	0,0	0,0	2,9
OTRO	0,6	0,0	0,9	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	2,1	0,7
NO CONTESTA	1,7	1,8	1,9	0,0	4,0	2,1	0,0	0,0	1,7	2,9	1,8	2,9	2,9	2,2	1,0	3,8	0,0	0,0

Los médicos/as de la Comunidad Autónoma de La Rioja y Madrid se concentran en la capital de provincia (Comunidad Autónoma de La Rioja) y en la capital y la corona metropolitana (Madrid). Los casos de mayor disgregación de los médicos/as los encontramos en Extremadura y Castilla la Mancha, y en Navarra encontramos la mayor presencia de médicos en núcleos pequeños de población.

Personas encuestadas según hábitat y Comunidad Autónoma																	
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
> 100.000 HAB./ CAPITAL DE PROV.	58,1	56,9	65,4	70,4	62,0	64,6	42,9	60,6	59,2	24,0	46,7	82,7	77,6	60,0	63,5	55,3	57,6
ENTRE 50.000-100.000 HAB.	12,2	14,7	5,6	6,3	12,0	4,2	14,3	9,1	16,7	43,3	30,5	0,0	5,2	9,5	0,0	4,3	8,6
ENTRE 20.000-50.000 HAB.	9,6	10,1	11,2	6,3	8,0	12,5	7,1	15,2	6,7	10,6	18,3	3,8	6,0	12,4	5,8	4,3	16,5
ENTRE 10.000-20.000 HAB.	5,6	7,3	5,6	2,8	4,0	4,2	7,1	0,0	0,8	5,8	7,6	2,9	4,6	9,5	4,8	12,8	9,4
ENTRE 1.500-10.000 HAB.	9,3	9,2	5,6	10,6	6,0	12,5	7,1	15,2	10,0	9,6	11,9	6,7	5,2	1,9	16,3	17,0	5,8
< 1.500 HAB. CERCA DE NÚCLEO URBANO	2,5	0,0	0,9	2,8	2,0	0,0	21,4	0,0	0,8	1,0	0,9	0,0	0,3	2,9	6,7	2,1	0,0
< DE 1.500 HAB. LEJOS DE NÚCLEO URBANO	0,9	0,0	3,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	3,8	0,9	0,0	1,9	0,3	0,0	2,1	0,0
NO CONTESTA	1,8	1,8	1,9	0,0	6,0	2,1	0,0	0,0	3,3	1,9	0,9	0,0	0,8	3,8	2,9	2,1	2,2



- **SITUACIÓN SOCIOLABORAL**

Las tasas más altas de trabajadores por cuenta ajena se dan en Castilla La Mancha, Navarra, Aragón y Extremadura, y las más bajas en Andalucía y Castilla y León.

Con ser minoritario, el trabajo por cuenta propia destaca en la Comunidad Autónoma Valenciana, Asturias y Andalucía, Comunidad en la que, junto con la Comunidad Autónoma de La Rioja, se dan más casos de Pensionistas.

La situación de desempleo, también minoritaria, es más frecuente en Castilla y León y Madrid.

Personas encuestadas según situación laboral y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
TRABAJA POR CUENTA AJENA	82,7	73,4	88,8	83,1	70,0	62,5	92,9	87,9	78,3	95,2	91,7	84,8	79,8	80,3	82,9	92,3	85,1	77,0
TRABAJA POR CUENTA PROPIA	8,4	11,9	4,7	12,7	14,0	12,5	7,1	3,0	6,7	2,9	2,8	7,6	7,7	9,8	6,7	4,8	12,8	14,4
PENSIONISTA POR JUBILACIÓN	4,0	8,3	1,9	0,7	8,0	14,6	0,0	6,1	6,7	1,0	1,8	3,8	7,7	2,5	0,0	1,0	0,0	3,6
PENSIONISTA POR INCAPACIDAD LABORAL	1,2	2,8	0,9	0,0	2,0	4,2	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	1,9	1,0	0,8	3,8	0,0	0,0	0,7
DESEMPLEO	1,1	0,9	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	1,8	0,0	1,9	5,2	1,9	0,0	0,0	1,4
NO CONTESTA	2,6	2,8	1,9	3,5	6,0	6,3	0,0	3,0	1,7	1,0	1,8	1,9	1,9	1,4	4,8	1,9	2,1	2,9

El trabajo en el sector público es mayoritario y, dentro de él lo más frecuente es la plaza en propiedad. La estabilidad, dentro de la sanidad pública, es más alta en Andalucía, Galicia y Extremadura. Sin embargo, en esta Comunidad hay una alta tasa de interinidad, al igual que ocurre en Madrid, Murcia, Castilla La Mancha y León. Murcia y Madrid presentan las peores cifras en cuanto a interinidad en el conjunto de España.

El trabajo por cuenta propia de médicos y médicas, es más frecuente en Andalucía y Asturias, siendo una opción poco elegida en Navarra y en Castilla La Mancha.

Personas encuestadas según régimen de actividad laboral y Comunidad Autónoma (múltiple, base trabajan)																	
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
PLAZA PÚBLICA EN PROPIEDAD	44,3	64,6	43,1	34,8	60,0	17,9	50,0	22,6	49,0	58,1	60,6	53,8	22,7	39,4	52,4	42,6	28,2
INTERINIDAD	19,6	13,5	18,6	17,7	8,9	30,8	28,6	22,6	24,0	25,7	11,1	6,5	21,5	29,3	14,6	10,6	26,0
CONTRATO INDEFINIDO EN EMPRESA PRIVADA	13,0	8,3	8,8	12,8	6,7	10,3	7,1	35,5	3,8	5,7	14,1	15,1	19,7	9,1	23,3	10,6	22,9
TRABAJO POR CUENTA PROPIA	11,0	17,7	6,9	15,6	15,6	17,9	7,1	6,5	12,5	4,8	14,1	7,5	11,6	7,1	5,8	19,1	16,0
RESIDENTE	9,9	3,1	13,7	17,7	4,4	15,4	7,1	16,1	7,7	5,7	2,0	8,6	15,5	14,1	1,9	21,3	3,8
CONTRATO TEMPORAL EN EMPRESA PRIVADA	2,1	1,0	4,9	0,7	0,0	2,6	0,0	3,2	3,8	0,0	0,0	1,1	8,7	1,0	1,0	0,0	4,6
NO CONTESTA	4,9	3,1	4,9	2,8	8,9	7,7	0,0	3,2	6,7	4,9	4,8	5,1	8,6	5,4	7,1	1,9	4,3

Atendiendo al conjunto de la muestra, la mayoría de personas encuestadas trabaja en la atención especializada y hospitalaria. Esa tendencia es más acusada en Murcia, Galicia y Asturias, pero se invierte en las comunidades de Andalucía, Castilla y León, Castilla La Mancha y, sobre todo, en Extremadura.

Personas encuestadas según ámbito de actividad laboral y Comunidad Autónoma (base trabajan)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CLM	CLL	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
ATENCIÓN PRIMARIA	40,0	47,9	40,2	26,2	40,0	38,5	35,7	48,4	50,0	53,4	59,0	31,3	31,2	36,2	27,3	40,8	34,0	40,5
ATENCIÓN ESPECIALIZADA/ HOSPITALARIA	54,9	46,9	56,9	69,5	48,9	51,3	64,3	51,6	41,3	43,7	39,0	64,6	58,1	58,7	67,7	48,5	66,0	52,7
DOCENCIA/INVESTIGACIÓN	3,8	7,3	1,0	5,0	4,4	5,1	0,0	0,0	5,8	1,0	0,0	5,1	6,5	9,6	5,1	3,9	2,1	3,8
GESTIÓN	5,7	3,1	2,0	8,5	4,4	10,3	0,0	6,5	4,8	1,0	4,8	6,1	10,8	6,9	5,1	9,7	6,4	6,9
NO CONTESTA	3,0	1,0	1,0	1,4	6,7	7,7	0,0	3,2	4,8	2,9	1,9	2,0	5,4	3,6	3,0	2,9	2,1	3,1

La media de años de experiencia de los médicos y médicas que han respondido a la encuesta se sitúa muy próxima a los veinte años, siendo las más altas las de Castilla y León y Andalucía. Los médicos/as con menos experiencia laboral los encontramos en Madrid, Murcia y Castilla La Mancha.

Personas encuestadas según antigüedad y Comunidad Autónoma (base trabajan)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CLL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
MENOS DE 10 AÑOS	22,4	14,7	27,1	26,1	6,0	22,9	7,1	33,3	15,8	35,6	18,3	16,2	21,2	42,3	33,3	10,6	23,4	27,3
ENTRE 10 Y 20 AÑOS	26,6	25,7	25,2	17,6	24,0	20,8	64,3	30,3	17,5	21,2	31,2	20,0	29,8	19,9	23,8	41,3	21,3	18,7
ENTRE 21 Y 35 AÑOS	40,3	47,7	35,5	47,9	50,0	37,5	28,6	27,3	50,0	38,5	44,0	52,4	39,4	29,8	33,3	42,3	38,3	42,4
MÁS DE 35 AÑOS	7,2	8,3	9,3	7,0	14,0	16,7	0,0	3,0	10,0	1,9	2,8	7,6	9,6	5,2	3,8	5,8	8,5	8,6
NO CONTESTA	3,5	3,7	2,8	1,4	6,0	2,1	0,0	6,1	6,7	2,9	3,7	3,8	0,0	2,7	5,7	0,0	8,5	2,9
MEDIA DE ANTIGÜEDAD	19,84	22,19	19,12	20,16	25,19	22,55	19,50	15,29	23,07	16,56	19,19	21,78	20,73	15,45	17,33	20,48	18,86	19,89

En Aragón, Navarra y Murcia es donde, con más frecuencia, la jornada laboral se aproxima a la estándar y en Galicia, Castilla La Mancha y Castilla y León donde más encuestados declaran una jornada de entre 46-50 horas.

En la Comunidad Autónoma Valenciana, Andalucía y Asturias nos encontramos con más profesionales que declaran jornadas laborales más largas y así, Asturias y la Comunidad Autónoma Valenciana cuentan con valores medios más altos de duración de la jornada. Los valores medios más bajos corresponden a las comunidades de Navarra y Aragón.

Personas encuestadas según horas que trabajan a la semana y Comunidad Autónoma (base trabajan)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
MENOS DE 20 HORAS	2,1	2,1	1,0	2,1	0,0	0,0	7,1	0,0	2,9	1,9	2,9	3,0	3,2	1,8	0,0	2,9	0,0	3,8
ENTRE 20 Y 34 HORAS	6,3	4,2	5,9	7,8	13,3	10,3	7,1	6,5	2,9	2,9	1,0	2,0	10,8	10,2	1,0	13,6	4,3	3,8
ENTRE 35 Y 45 HORAS	56,0	50,0	66,7	46,8	62,2	51,3	71,4	54,8	53,9	47,6	57,1	46,5	55,9	48,1	59,6	61,2	66,0	50,4
ENTRE 46 Y 60 HORAS	27,1	30,2	22,6	31,9	20,0	30,8	14,3	29,0	31,7	37,9	29,5	39,4	20,4	29,9	28,3	19,4	17,0	30,5
MÁS DE 60 HORAS	5,5	9,4	2,0	9,9	0,0	7,7	0,0	6,5	3,9	5,8	8,6	3,0	5,4	6,3	6,1	1,9	8,5	9,2
NO CONTESTA	3,0	4,2	2,0	1,4	4,4	0,0	0,0	3,2	4,8	3,9	1,0	6,1	4,3	3,9	5,1	1,0	4,3	2,3
MEDIA HORAS/ SEMANA	43,16	44,36	42,02	45,02	39,23	43,94	38,07	44,43	42,93	45,56	44,69	44,55	40,96	44,45	44,30	39,37	42,92	47,27

Con respecto a los ingresos de la unidad familiar, insistiendo en la alta tasa de personas que no respondieron a esta cuestión, podemos hacer un análisis por franjas de ingresos.

En la de menos ingresos destacan Madrid, Murcia y Navarra como las comunidades que presentan más tasa de respuesta en esta categoría; en Extremadura es donde nos encontramos menos tasa de médicos/as en esta categoría.

En el intervalo 35.000-50.000 euros, son la Comunidad Autónoma Valenciana, Castilla La Mancha y Madrid las comunidades en las que se detectan tasas más altas; en Murcia y Andalucía encontramos menos tasas de respuesta en este intervalo.

Declaran ingresos de la unidad familiar de entre 75.000-100.000, porcentajes altos de encuestados de Castilla La Mancha, Andalucía, Extremadura y Asturias y porcentajes sensiblemente más bajos, la Comunidad Autónoma Valenciana, Murcia y Madrid.

Por encima de los 100.000 euros, aparecen tasas altas en Andalucía, Galicia y Murcia, correspondiendo las más bajas a Navarra, Madrid y la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Personas encuestadas según ingresos brutos anuales de la unidad familiar y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
MENOS DE 35.000 EUROS	8,4	5,5	10,3	12,0	8,0	18,8	0,0	15,2	5,0	9,6	2,8	4,8	5,8	18,0	12,4	4,8	4,3	5,0
ENTRE 35.000 Y 50.000 EUROS	9,6	3,7	10,3	6,3	12,0	8,3	21,4	9,1	8,3	12,5	9,2	4,8	9,6	10,9	5,7	9,6	8,5	12,9
ENTRE 50.000 Y 75.000 EUROS	22,4	24,8	17,8	16,9	24,0	22,9	35,7	18,2	17,5	12,5	28,4	27,6	17,3	22,4	31,4	18,3	14,9	30,9
ENTRE 75.000 Y 100.000 EUROS	18,5	24,8	17,8	23,9	18,0	12,5	14,3	15,2	21,7	26,9	22,9	19,0	18,3	17,8	14,3	19,2	14,9	12,2
MÁS DE 100.000 EUROS	11,6	14,7	4,7	19,0	10,0	16,7	14,3	0,0	10,8	10,6	11,0	17,1	9,6	7,7	14,3	8,7	17,0	11,5
NO CONTESTA	29,5	26,6	39,3	21,8	28,0	20,8	14,3	42,4	36,7	27,9	25,7	26,7	39,4	23,2	21,9	39,4	40,4	27,3

Los médicos/as realizan aportaciones porcentuales más altas a los ingresos familiares en Andalucía, Murcia y la Comunidad Autónoma Valenciana y más bajas en Castilla y León, Extremadura y Aragón.

Personas encuestadas según aportación porcentual a los ingresos brutos anuales de la unidad familiar y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
MENOS DEL 25%	1,6	1,8	1,9	0,7	0,0	4,2	0,0	0,0	2,5	2,9	0,9	1,9	1,9	1,9	1,0	1,0	4,3	0,7
ENTRE EL 25 Y EL 50%	17,8	10,1	21,5	19,7	18,0	12,5	14,3	15,2	27,5	14,4	18,3	17,1	23,1	22,7	15,2	17,3	21,3	15,1
ENTRE EL 50 Y EL 75%	23,3	26,6	26,2	26,8	32,0	22,9	35,7	21,2	20,0	23,1	27,5	23,8	12,5	16,9	23,8	23,1	14,9	18,7
ENTRE EL 75 Y EL 100%	7,6	10,1	4,7	10,6	0,0	8,3	0,0	9,1	7,5	8,7	8,3	15,2	7,7	8,2	11,4	2,9	4,3	12,2
EL 100%	25,3	26,6	23,4	26,1	20,0	29,2	42,9	21,2	20,0	29,8	19,3	21,9	21,2	29,0	30,5	22,1	19,1	28,1
NO CONTESTA	24,4	24,8	22,4	16,2	30,0	22,9	7,1	33,3	22,5	21,2	25,7	20,0	33,7	21,3	18,1	33,7	36,2	25,2
MEDIA DE APORTACIÓN	73,3	77,3	70,0	73,8	70,2	76,6	78,5	74,0	67,6	75,4	70,2	73,7	71,0	72,3	77,2	71,5	67,0	77,2

Las parejas de las personas encuestadas están en paro con más frecuencia en Castilla La Mancha, Andalucía y la Comunidad Autónoma de La Rioja, mientras que en Navarra y en Aragón la situación de desempleo es menos frecuente.

Madrid y Aragón cuentan con tasas más altas que el resto de comunidades en cuanto a encuestados que no tienen pareja, situación menos frecuente en Galicia y Andalucía.

Personas encuestadas según Comunidad Autónoma y situación laboral de la pareja																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
TRABAJA POR CUENTA AJENA	46,0	44,0	50,5	54,2	40,0	31,3	35,7	30,3	49,2	47,1	47,7	56,2	53,8	47,0	46,7	54,8	42,6	51,1
DESEMPLEO	15,5	17,4	10,3	16,9	10,0	12,5	28,6	21,2	14,2	26,0	16,5	14,3	17,3	14,2	15,2	9,6	6,4	13,7
TRABAJA POR CUENTA PROPIA	11,0	12,8	9,3	7,0	20,0	12,5	14,3	15,2	10,0	6,7	12,8	10,5	7,7	7,9	8,6	10,6	10,6	10,8
PENSIONISTA POR JUBILACIÓN	2,4	0,9	0,9	2,1	4,0	8,3	0,0	0,0	5,8	0,0	1,8	1,0	5,8	2,7	1,9	1,0	0,0	5,0
PENSIONISTA POR INCAPACIDAD LABORAL	1,4	2,8	3,7	2,8	0,0	2,1	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	1,9	1,1	1,0	3,8	2,1	0,7
NO TENGO PAREJA	17,2	11,9	22,4	14,1	16,0	31,3	14,3	18,2	11,7	17,3	15,6	7,6	12,5	22,1	19,0	17,3	27,7	12,9
NO CONTESTA	6,4	10,1	2,8	2,8	10,0	2,1	7,1	15,2	7,5	2,9	5,5	10,5	1,0	4,9	7,6	2,9	10,6	5,8

La Comunidad Autónoma de La Rioja y Asturias son las comunidades en las que es más frecuente que las parejas de las personas encuestadas sean también médicos/as y Navarra, Extremadura y Galicia donde menos se da esa circunstancia.

Que los médicos/as tengan como pareja otros profesionales sanitarios ocurre más a menudo en Aragón, Murcia y Castilla La Mancha; en el caso contrario se sitúan las comunidades de Navarra y Madrid.

Personas encuestadas según Comunidad Autónoma y profesión de la pareja																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
MÉDICO/A	17,0	17,4	15,0	19,0	16,0	18,8	14,3	15,2	21,7	14,4	12,8	13,3	25,0	16,4	18,1	12,5	23,4	15,1
OTRA PROFESIÓN SANITARIA	13,0	16,5	18,7	12,7	14,0	16,7	7,1	12,1	15,0	17,3	14,7	13,3	10,6	8,5	17,1	8,7	4,3	13,7
OTRA PROFESIÓN NO SANITARIA	45,9	48,6	41,1	50,7	44,0	31,3	57,1	39,4	42,5	45,2	51,4	55,2	47,1	47,8	37,1	56,7	34,0	51,1
NO TENGO PAREJA	17,2	11,9	22,4	14,1	16,0	31,3	14,3	18,2	11,7	17,3	15,6	7,6	12,5	22,1	19,0	17,3	27,7	12,9
NO CONTESTA	7,0	5,5	2,8	3,5	10,0	2,1	7,1	15,2	9,2	5,8	5,5	10,5	4,8	5,2	8,6	4,8	10,6	7,2

## ● DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Las tasas más altas de personas encuestadas declaran que algún miembro de la unidad familiar necesita algún tipo de ayuda, las encontramos en Murcia, Madrid y la Comunidad Autónoma de La Rioja, mientras que las que con menos frecuencia responden en ese sentido las encontramos en Castilla La Mancha.

Personas encuestadas según actividades para las que necesita apoyo por Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
CAMBIAR Y MANTENER LAS POSICIONES DEL CUERPO	4,6	5,5	1,9	5,6	4,0	8,3	7,1	9,1	6,7	3,8	6,4	8,6	2,9	2,7	1,9	1,9	0,0	2,2
LEVANTARSE Y ACOSTARSE	6,8	8,3	2,8	4,9	6,0	12,5	7,1	9,1	9,2	7,7	9,2	11,4	3,8	4,9	4,8	5,8	2,1	5,8
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	5,5	5,5	0,9	7,0	4,0	16,7	7,1	9,1	8,3	2,9	6,4	8,6	1,0	4,1	3,8	3,8	0,0	5,0
CONTROLAR SUS NECESIDADES Y USAR EL SERVICIO	7,8	7,3	2,8	7,0	6,0	18,8	14,3	6,1	11,7	10,6	11,0	10,5	3,8	6,0	3,8	5,8	0,0	7,2
VESTIRSE, DESVESTIRSE Y ARREGLARSE	11,1	13,8	10,3	7,7	6,0	18,8	7,1	15,2	13,3	14,4	14,7	16,2	7,7	10,1	8,6	9,6	2,1	12,9
COMER Y BEBER	7,9	11,0	5,6	5,6	6,0	8,3	7,1	9,1	9,2	13,5	11,9	12,4	4,8	7,7	3,8	6,7	0,0	10,8
MOVERSE POR LA CALLE SIN USAR EL TRANSPORTE	13,4	15,6	12,1	12,0	6,0	20,8	28,6	12,1	12,5	14,4	12,8	15,2	6,7	9,8	11,4	14,4	4,3	19,4
COMPRAS Y CONTROL DE SUMINISTROS	17,7	21,1	12,1	14,1	10,0	20,8	42,9	18,2	16,7	24,0	18,3	17,1	12,5	12,8	12,4	15,4	12,8	19,4
CUIDARSE DE LAS COMIDAS	18,3	23,9	9,3	13,4	12,0	22,9	50,0	18,2	16,7	24,0	16,5	19,0	15,4	12,8	12,4	16,3	10,6	18,0
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA ROPA	21,3	23,9	17,8	16,9	12,0	25,0	50,0	18,2	24,2	27,9	20,2	22,9	17,3	14,8	14,3	17,3	17,0	23,0
LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA CASA	22,2	24,8	20,6	19,7	12,0	27,1	50,0	18,2	21,7	28,8	22,0	22,9	15,4	16,7	15,2	20,2	17,0	25,2
CUIDARSE DEL BIENESTAR DEL RESTO DE LA FAMILIA	16,9	18,3	13,1	13,4	10,0	22,9	42,9	12,1	18,3	20,2	16,5	16,2	13,5	12,8	10,5	13,5	10,6	22,3
NO PRECISA NINGÚN TIPO DE AYUDA	75,3	74,3	77,6	78,2	88,0	72,9	50,0	81,8	75,0	69,2	78,0	71,4	79,8	80,6	81,9	73,1	80,9	66,9



La situación de discapacidad reconocida es más frecuente en Murcia, Andalucía y Galicia, mientras que en las comunidades de Navarra, Madrid y Aragón es menos habitual encontrarlos con colegiados en cuyo hogar reside alguna persona con discapacidad.

Personas encuestadas según discapacidad en la familia y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
SÍ	16,4	20,2	13,1	14,1	12,0	18,8	21,4	18,2	17,5	14,4	18,3	21,0	17,3	11,2	21,0	9,6	8,5	21,6
NO	83,6	79,8	86,9	85,9	88,0	81,3	78,6	81,8	82,5	85,6	81,7	79,0	82,7	88,8	79,0	90,4	91,5	78,4

Con respecto a la dependencia, hay que señalar que en porcentajes tan pequeños, el error muestral puede distorsionar los datos. Con todo, podemos referirnos a Castilla y León y Andalucía como las comunidades con más casos de dependencia reconocidos y a Navarra, Madrid, Andalucía y Murcia como aquellas en las que es menor el reconocimiento de dependencia en las familias de los médicos/as.

Personas encuestadas según personas de la unidad familiar con dependencia y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
COLEGIADO/A	1,1	1,8	0,0	0,7	0,0	4,2	0,0	0,0	1,6	2,9	0,9	0,0	1,0	1,1	1,9	0,0	0,0	2,1
PAREJA	0,5	0,9	0,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,9	0,0	0,0	2,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
HIJOS/AS	1,4	2,7	0,0	0,0	4,0	4,2	0,0	0,0	0,8	3,9	1,8	0,0	2,0	1,1	0,0	0,0	2,1	2,1
ASCENDIENTES	5,1	2,7	4,6	4,2	2,0	2,1	7,1	9,0	7,4	4,8	4,6	4,8	4,8	5,5	5,7	2,9	8,5	4,3
OTRO FAMILIAR	2,5	2,7	0,0	1,4	0,0	10,5	0,0	6,0	1,6	2,9	0,9	4,9	1,9	1,1	0,0	1,0	6,4	1,4
SIN DEPENDENCIA	91,3	89,0	94,4	94,4	94,0	79,2	92,9	87,9	89,2	91,3	91,7	94,3	90,4	93,4	93,3	96,2	89,4	90,6

## • PRESTACIONES

Con carácter general el grado de conocimiento de las prestaciones de carácter público, es más alto en Castilla La Mancha y Navarra y sensiblemente más bajo en Murcia y Galicia.

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
INFORMACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN	330	30,3	37,4	21,8	24,0	29,2	78,6	36,4	34,2	36,5	26,6	20,0	31,7	29,0	22,9	42,3	36,2	24,5
PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA	332	31,2	37,4	21,1	32,0	27,1	78,6	45,5	34,2	30,8	38,5	21,0	31,7	26,0	21,0	31,7	36,2	20,9
PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	193	20,2	18,7	12,7	16,0	12,5	35,7	30,3	25,8	19,2	25,7	11,4	23,1	14,5	12,4	16,3	21,3	12,9
ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DEL HOGAR	324	32,1	34,6	23,2	26,0	20,8	57,1	39,4	35,8	33,7	31,2	24,8	28,8	31,7	23,8	41,3	42,6	23,0
AYUDA A DOMICILIO	51,9	50,5	52,3	54,9	48,0	47,9	71,4	63,6	64,2	55,8	57,8	43,8	42,3	50,0	32,4	51,9	57,4	38,1
TELEASISTENCIA	62,4	71,6	72,9	65,5	62,0	45,8	85,7	63,6	68,3	68,3	57,8	51,4	55,8	61,2	51,4	60,6	57,4	61,9
DE APOYO A LAS FAMILIAS	33,1	32,1	34,6	22,5	34,0	20,8	71,4	45,5	32,5	31,7	33,9	25,7	26,0	28,7	19,0	31,7	44,7	27,3
RESPIRO	19,2	32,1	9,3	6,3	16,0	14,6	28,6	33,3	19,2	24,0	17,4	14,3	19,2	20,8	8,6	22,1	23,4	17,3
APOYO AL OCIO Y TIEMPO LIBRE	19,3	20,2	19,6	13,4	14,0	12,5	28,6	27,3	22,5	21,2	22,9	17,1	18,3	18,0	12,4	20,2	25,5	14,4
FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A CUIDADORES	280	32,1	32,7	18,3	26,0	16,7	28,6	42,4	31,7	29,8	36,7	13,3	19,2	26,0	20,0	40,4	31,9	30,2
CENTROS DÍA	59,2	70,6	57,0	65,5	58,0	52,1	85,7	63,6	64,2	65,4	61,5	53,3	47,1	56,0	41,9	53,8	59,6	51,1
CENTROS DE NOCHE	27,4	33,0	30,8	28,2	22,0	25,0	28,6	45,5	33,3	32,7	25,7	17,1	21,2	21,6	21,9	29,8	25,5	24,5
RESIDENCIAS	65,2	67,0	72,9	70,4	64,0	50,0	78,6	66,7	74,2	70,2	62,4	61,9	53,8	65,6	53,3	66,3	63,8	67,6
PISOS O VIVIENDAS TUTELADAS	48,4	43,1	59,8	45,8	50,0	31,3	50,0	66,7	51,7	61,5	56,9	36,2	31,7	45,4	35,2	59,6	55,3	42,4
ACOMPANIAMIENTO E INTERMEDIACIÓN PARA LA GESTIÓN Y ACCESO A PRESTACIONES	22,1	21,1	26,2	14,8	14,0	18,8	28,6	33,3	21,7	31,7	22,0	15,2	17,3	21,6	11,4	25,0	31,9	20,9

...

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones y Comunidad Autónoma

	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO	18,2	18,3	20,6	14,8	10,0	20,8	14,3	27,3	19,2	26,0	22,9	10,5	12,5	18,0	10,5	25,0	19,1	20,1
AYUDAS TÉCNICAS O PRODUCTOS DE APOYO	24,9	16,5	26,2	19,7	18,0	25,0	28,6	36,4	30,8	32,7	25,7	19,0	22,1	24,0	8,6	32,7	36,2	21,6
REHABILITACIÓN	56,6	55,0	58,9	58,5	56,0	62,5	78,6	69,7	60,0	62,5	55,0	46,7	45,2	54,6	38,1	56,7	51,1	54,0
SERVICIOS DE FISIOTERAPIA	55,7	51,4	58,9	59,9	56,0	64,6	78,6	66,7	61,7	60,6	57,8	46,7	42,3	51,6	37,1	55,8	44,7	52,5
APOYO DE ASISTENTE PERSONAL PARA LA AUTONOMÍA	18,8	17,4	15,0	16,9	8,0	16,7	28,6	27,3	18,3	23,1	22,0	10,5	17,3	17,8	14,3	26,0	23,4	18,0
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA ADAPTACIÓN DE VIVIENDAS Y ACCESIBILIDAD	34,1	33,9	29,0	33,1	26,0	22,9	57,1	33,3	37,5	45,2	37,6	26,7	28,8	32,2	21,0	44,2	42,6	28,1
PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES PROFESIONALES	28,6	27,5	27,1	26,8	18,0	20,8	50,0	36,4	33,3	35,6	28,4	23,8	25,0	27,6	21,9	31,7	29,8	23,0

La opción preferida para afrontar futuras situaciones de dependencia es, en todos los casos, el domicilio, contando con apoyo de diferente naturaleza.

Otras opciones, con ser minoritarias, ganan en adeptos en alguna comunidad, como la del piso asistido en Galicia y Castilla La Mancha y la residencia en la Comunidad Autónoma Valenciana y Murcia.

Personas encuestadas según preferencia ante futuras situaciones de dependencia y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	A5T	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
DOMICILIO A CARGO DE UN FAMILIAR	20,4	24,8	24,3	12,7	22,0	16,7	14,3	9,1	32,5	20,2	18,3	22,9	18,3	25,7	21,9	23,1	17,0	23,0
DOMICILIO CON UN APOYO PROFESIONAL	34,3	22,0	29,9	43,0	28,0	31,3	42,9	33,3	37,5	30,8	29,4	38,1	38,5	38,5	33,3	43,3	34,0	28,8
DOMICILIO CON APOYOS INTERMITENTES	19,1	23,9	17,8	18,3	14,0	22,9	14,3	27,3	15,8	20,2	20,2	14,3	14,4	22,7	13,3	22,1	17,0	25,9
PISO ASISTIDO	4,6	2,8	2,8	5,6	8,0	4,2	0,0	9,1	3,3	5,8	0,9	5,7	2,9	4,9	2,9	3,8	10,6	4,3
RESIDENCIA	6,9	9,2	7,5	4,2	6,0	4,2	0,0	15,2	12,5	3,8	5,5	9,5	3,8	7,7	11,4	4,8	0,0	11,5
NO ME LO HE PLANTEADO	23,9	22,9	24,3	24,6	34,0	33,3	21,4	24,2	14,2	32,7	30,3	24,8	19,2	18,0	21,9	18,3	21,3	20,1
NO CONTESTA	6,5	9,2	4,7	6,3	2,0	4,2	7,1	6,1	8,3	1,9	9,2	4,8	11,5	6,8	5,7	1,9	14,9	5,0

Como previsión de futuro, el plan de pensiones es más habitual en Galicia y sustancialmente menos frecuente en Castilla La Mancha. La Comunidad Autónoma Valenciana y Galicia son las comunidades donde más porcentaje de colegiados/as tiene un seguro de vida, y en Aragón y Extremadura donde nos encontramos con tasas menores en la contratación de ese producto por parte de las personas encuestadas.

Personas encuestadas según previsiones de futuro y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CTL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
PLAN DE PENSIONES	49,2	50,5	50,5	52,8	66,0	50,0	28,6	51,5	51,7	36,5	48,6	63,8	49,0	38,0	48,6	53,8	44,7	52,5
SEGURO DE VIDA	40,8	47,7	29,9	43,7	38,0	39,6	28,6	39,4	42,5	39,4	35,8	50,5	44,2	40,2	47,6	38,5	36,2	51,8
RESERVA EN PISO O VIVIENDA TUTELADA	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,8	0,0	0,0	1,6	1,0	0,0	6,4	0,0
SEGURO DE COMPLEMENTO DE PENSIONES	2,7	4,6	3,7	2,8	2,0	2,1	7,1	0,0	1,7	3,8	3,7	2,9	1,0	1,9	1,9	1,0	2,1	3,6
INVERSIÓN	0,8	0,9	0,0	1,4	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	6,4	0,0
SEGURO PRIVADO DE DEPENDENCIA	2,6	1,8	4,7	4,9	6,0	2,1	0,0	0,0	4,2	4,8	1,8	1,9	1,0	4,6	1,9	1,0	2,1	0,7
OTROS	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,0	0,0	0,7
NO ME LO HE PLANTEADO	26,0	20,2	27,1	25,4	16,0	27,1	28,6	30,3	19,2	31,7	29,4	19,0	23,1	35,8	28,6	30,8	31,9	18,0
NO CONTESTA	9,2	9,2	13,1	7,7	10,0	2,1	21,4	9,1	13,3	8,7	9,2	2,9	12,5	7,4	4,8	4,8	10,6	9,4

- **HÁBITOS DE VIDA Y CONCILIACIÓN**

En cuanto a la valoración de la incidencia de determinados hábitos sobre el conjunto de la profesión, no se aprecian diferencias notables entre las diferentes CCAA.

Valores medios otorgados a la incidencia de hábitos nocivos para la salud en el colectivo médico según Comunidad Autónoma (escala 1-5)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CR	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
ESTRÉS	4,31	4,35	4,22	4,27	4,39	4,48	4,40	4,41	4,06	4,07	4,48	4,51	4,24	4,40	4,39	4,06	4,12	4,38
ANSIEDAD	3,92	3,85	3,93	3,81	3,87	4,05	4,30	4,07	3,70	3,60	4,00	4,07	3,82	3,99	4,00	3,75	3,86	4,02
BOURNOUT	3,66	3,93	3,51	3,75	3,66	3,82	3,70	3,32	3,68	3,35	3,99	3,97	3,46	3,74	3,66	3,47	3,45	3,65
SEDENTARISMO	3,51	3,50	3,62	3,53	3,64	3,82	3,30	3,69	3,45	3,40	3,68	3,70	3,35	3,60	3,56	3,27	3,05	3,41
DESCUIDO DE LA SALUD	3,25	3,30	3,11	3,28	3,17	3,46	3,50	3,57	3,17	3,27	3,36	3,48	3,05	3,40	3,31	2,76	2,83	3,26
ALIMENTACIÓN INADECUADA	3,10	2,98	3,03	3,10	3,29	3,23	3,40	3,24	2,91	3,13	3,21	3,25	2,96	3,35	3,07	2,79	2,86	3,05
TABAQUISMO	3,04	2,99	3,11	2,94	2,51	3,25	3,30	3,24	3,12	3,00	3,20	3,10	2,75	3,20	3,26	2,76	2,83	3,12
ABUSO DEL ALCOHOL	2,82	2,78	2,79	2,83	2,59	3,14	3,40	2,59	2,85	2,73	3,02	2,87	2,53	2,96	3,12	2,47	2,71	2,72
ABUSO DE FARMACOS	2,21	2,19	2,20	2,12	2,33	2,70	2,40	2,21	2,24	2,14	2,39	2,31	2,11	2,31	2,03	1,94	1,81	2,21
CONSUMO SUSTANCIAS ILEGALES	1,69	1,55	1,63	1,46	1,78	2,21	2,30	1,59	1,69	1,65	1,71	1,76	1,59	1,80	1,68	1,46	1,29	1,61

Los colegiados/as de Madrid, Murcia, Comunidad Autónoma Valenciana y Andalucía tienden, en general a hacer una valoración alta de la conveniencia de los programas propuestos; en el polo opuesto, se sitúan Castilla La Mancha y Aragón, cuyos colegiados tienden a valorar menos esos programas, siempre teniendo en cuenta que todas las valoraciones son altas.

**Puntuaciones medias otorgadas a la importancia de diferentes programas de prevención de la salud según Comunidad Autónoma (escala 1-5)**

	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
PROGRAMAS PARA ABORDAR EL SÍNDROME DE BURNOUT	4,08	4,13	4,02	3,97	4,42	4,02	4,20	4,04	4,04	4,00	4,19	4,03	4,03	4,23	4,14	4,08	3,73	4,17
FORMACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A FAMILIAS Y PERSONAS CUIDADORAS	4,05	4,13	3,98	4,02	4,38	4,07	4,20	3,96	3,98	3,95	4,12	4,01	3,87	4,17	4,13	4,12	3,76	4,06
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	3,99	3,99	3,97	3,84	3,93	3,84	3,90	4,30	3,95	3,99	4,10	4,07	3,90	4,13	4,12	3,85	3,76	4,11
FORMACIÓN Y APOYO PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES	3,97	3,90	4,02	3,64	3,93	4,13	4,00	4,00	3,97	4,16	4,04	4,16	3,92	3,97	4,22	3,66	3,83	3,98
PROGRAMAS PARA SUPERAR EL ESTRÉS	3,85	3,78	3,87	3,78	4,05	3,65	3,60	3,93	3,92	3,86	4,01	3,94	3,92	3,96	3,85	3,69	3,59	4,00

Las personas encuestadas de Aragón, Navarra, Comunidad Autónoma de La Rioja y Galicia, son las que disponen de más tiempo libre, frente a las de Madrid, Castilla la Mancha y Comunidad Autónoma Valenciana; madrileños y valencianos son los que con mayor frecuencia declaran que no disponen de nada de tiempo libre.

Personas encuestadas según disposición de tiempo libre y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CTL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
NO ME QUEDA NINGÚN TIEMPO LIBRE	5,5	1,8	3,7	7,0	8,0	6,3	0,0	0,0	10,8	6,7	6,4	6,7	3,8	9,0	4,8	3,8	6,4	7,9
ME QUEDA MUY POCO TIEMPO LIBRE	55,4	63,3	49,5	59,9	54,0	43,8	50,0	60,6	51,7	66,3	56,0	56,2	51,0	61,2	58,1	52,9	48,9	59,0
DISPONGO DE TIEMPO LIBRE SUFICIENTE	31,8	30,3	42,1	26,8	32,0	41,7	28,6	33,3	29,2	24,0	29,4	33,3	33,7	22,1	32,4	38,5	38,3	25,9
NO CONTESTA	7,2	4,6	4,7	6,3	6,0	8,3	21,4	6,1	8,3	2,9	8,3	3,8	11,5	7,7	4,8	4,8	6,4	7,2



La carga de trabajo es el mayor impedimento para el uso de tiempo libre en los colegiados de todas las CCAA, con más frecuencia en la Comunidad Autónoma Valenciana y Murcia y menos en Aragón y la Comunidad Autónoma de La Rioja; los horarios causan más problemas en Madrid y Comunidad Autónoma de La Rioja y menos en Navarra y Extremadura. Las cargas familiares, por su parte, tienen una mayor influencia en la Comunidad Autónoma Valenciana, Galicia y Castilla y León.

Personas encuestadas según razones para no realizar actividades de tiempo libre y Comunidad Autónoma																		
(Base aportan razones; múltiple)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
HORARIOS LABORALES POCO FLEXIBLES	39,3	42,4	43,4	39,6	29,2	31,0	33,3	57,7	41,6	34,2	31,5	36,4	47,1	47,6	44,4	29,5	15,4	49,5
EXCESIVA CARGA DE TRABAJO	60,1	65,2	51,3	62,5	66,7	48,3	33,3	61,5	66,2	58,9	56,2	63,6	56,9	59,8	66,7	60,7	69,2	66,0
EXCESIVA CARGA EN EL CUIDADO DE FAMILIARES	18,8	21,2	17,1	18,7	12,5	20,7	0,0	23,1	26,0	13,7	21,9	26,0	15,7	19,9	14,8	19,7	11,5	26,8
DISTANCIA A LAS ACTIVIDADES	13,9	16,7	19,7	11,5	12,5	10,3	16,7	23,1	10,4	17,8	12,3	10,4	7,8	23,6	11,1	6,6	7,7	12,4
DEFICIENCIAS EN LOS SERVICIOS DE APOYO	7,2	6,1	6,6	7,3	4,2	6,9	0,0	11,5	5,2	11,0	6,8	10,4	7,8	9,2	6,2	1,6	3,8	11,3
DESCONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE APOYO	15,4	16,7	9,2	15,6	12,5	13,8	16,7	19,2	20,8	27,4	12,3	10,4	15,7	19,9	14,8	3,3	3,8	24,7
NECESIDAD DE APOYO PARA GESTIONAR MI TIEMPO	7,5	6,1	3,9	7,3	0,0	13,8	0,0	7,7	10,4	5,5	9,6	5,2	7,8	5,9	7,4	13,1	7,7	13,4
NO ORGANIZO MI TIEMPO DE FORMA ADECUADA	28,6	13,6	26,3	36,5	16,7	17,2	50,0	23,1	31,2	32,9	45,2	37,7	27,5	25,1	22,2	26,2	34,6	23,7
DESINTERÉS	0,8	0,0	0,0	1,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2	0,0	1,8	1,2	0,0	0,0	0,0

La participación en algún tipo de ONG es particularmente alta en Andalucía y Rioja, siendo sensiblemente más baja en Extremadura y Murcia.

Personas encuestadas según pertenencia a ONG y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
SÍ	32,8	43,1	30,8	33,8	32,0	33,3	21,4	21,2	33,3	35,6	29,4	33,3	40,4	35,2	27,6	47,1	27,7	31,7
NO	58,3	47,7	63,6	56,3	62,0	58,3	57,1	66,7	58,3	56,7	63,3	61,0	46,2	57,9	68,6	49,0	59,6	59,0
NO CONTESTA	8,9	9,2	5,6	9,9	6,0	8,3	21,4	12,1	8,3	7,7	7,3	5,7	13,5	6,8	3,8	3,8	12,8	9,4

En cuanto al tipo de ONG, son de destacar algunas particularidades, como lo son las altas tasas de colegiados valencianos que pertenecen a entidades de acción social, riojanos que pertenecen a asociaciones deportivas, gallegos a culturales y andaluces a asociaciones religiosas.

Personas encuestadas según naturaleza de la ONG de pertenencia y Comunidad Autónoma (base pertenecen a ONG, múltiple)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
DE COOPERACIÓN	41,2	42,1	43,6	56,5	26,3	45,0	33,3	18,2	34,0	28,9	45,0	51,2	41,1	46,1	30,3	64,2	42,1	40,4
DE ACCIÓN SOCIAL	22,6	21,1	23,1	12,9	36,8	40,0	0,0	9,1	38,0	22,2	25,0	22,0	14,3	26,0	21,2	18,9	26,3	31,6
DEPORTIVA	14,7	14,0	15,4	21,0	21,1	5,0	0,0	9,1	6,0	20,0	5,0	14,6	23,2	11,7	21,2	26,4	26,3	5,3
RELIGIOSA	13,8	24,6	17,9	19,4	5,3	25,0	0,0	9,1	18,0	17,8	15,0	7,3	3,6	18,2	15,2	17,0	5,3	14,0
CULTURAL	12,3	15,8	10,3	9,7	21,1	10,0	0,0	0,0	18,0	8,9	2,5	9,8	28,6	5,8	21,2	11,3	21,1	8,8
ECOLÓGICA	5,9	12,3	2,6	6,5	10,5	10,0	0,0	9,1	6,0	6,7	2,5	4,9	7,1	7,8	0,0	5,7	0,0	5,3
VEGICAL	4,1	15,8	0,0	11,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,2	2,5	4,9	3,6	3,2	12,1	5,7	0,0	3,5
DE CONSUMIDORES	3,8	7,0	2,6	9,7	5,3	0,0	0,0	9,1	4,0	0,0	0,0	4,9	1,8	8,4	3,0	5,7	0,0	3,5
NO CONTESTA	23,8	17,5	17,9	22,6	26,3	20,0	66,7	36,4	22,0	17,8	22,5	14,6	25,0	18,8	12,1	11,3	31,6	22,8

La frecuencia de realización de actividades en el tiempo libre arroja pocas diferencias. En la fila “Disfrutar de los hijos/nietos” destaca la puntuación sensiblemente más alta otorgada por los colegiados de Andalucía y en la de “Hobbies” la que realizan los médicos/as de la Comunidad Autónoma de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

**Puntuaciones medias otorgadas a la frecuencia de realización de actividades en el tiempo libre según Comunidad Autónoma (escala 1-5)**

	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
RELACIONES FAMILIARES	3,7	3,6	3,8	3,6	3,9	3,4	3,8	3,8	3,5	3,5	3,7	3,8	3,7	3,6	3,7	3,6	3,6	3,7
LECTURAS PROFESIONALES	3,6	3,5	3,7	3,7	3,5	3,8	3,8	3,1	3,7	3,6	3,7	3,7	3,7	3,8	3,7	3,3	3,5	3,5
DISFRUTAR DE LOS HIJOS/NIETOS	3,3	3,8	3,4	3,1	3,3	3,3	2,8	3,3	3,2	3,1	3,5	3,4	3,4	3,2	3,1	3,5	3,6	3,4
OTRAS LECTURAS	3,3	3,3	3,4	3,2	3,3	3,3	3,7	3,1	3,3	3,0	3,4	3,2	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
SALIR CON AMIGOS	3,2	3,0	3,4	3,0	3,2	3,1	3,6	3,1	2,8	2,9	3,5	3,1	3,3	3,2	3,1	3,2	3,1	2,9
HOBBIES	3,1	3,0	3,3	2,8	3,3	2,8	3,1	3,2	2,9	3,0	3,1	2,9	3,5	3,0	3,0	3,1	3,3	3,0
ASISTIR A EVENTOS CULTURALES	2,6	2,6	2,8	2,4	2,6	3,1	3,2	2,5	2,6	2,5	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6	2,4	2,6	2,5
CUIDADO DE FAMILIARES	2,6	2,6	2,7	2,5	2,6	2,9	2,9	2,4	2,8	2,7	2,9	2,5	2,5	2,6	2,4	2,6	2,4	2,5
ASISTIR A EVENTOS DEPORTIVOS	1,8	1,9	2,3	1,8	1,8	2,0	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	2,0	1,6	1,8	2,0	1,7	1,6
VOLUNTARIADO	1,5	1,6	1,4	1,3	1,7	1,7	1,3	1,3	1,5	1,7	1,5	1,3	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	1,5

## • LA FUNDACIÓN

En términos generales, las prestaciones de la Fundación son más conocidas por los colegiados de Castilla y León, Andalucía, Navarra y Extremadura; los colegiados de Aragón, Asturias y Madrid manifiestan un menor conocimiento de esas prestaciones.

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones de la Fundación y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CRJ	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	31,8	28,4	30,8	28,9	32	33,3	42,9	24,2	46,7	28,8	36,7	27,6	32,7	21,3	22,9	31,7	38,3	33,8
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	11,6	12,8	12,1	6,3	10,0	18,8	7,1	9,1	20,8	11,5	15,6	6,7	13,5	6,6	9,5	13,5	14,9	7,9
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	19,1	19,3	17,8	18,3	22,0	18,8	21,4	18,2	25,0	13,5	26,6	18,1	21,2	13,9	18,1	19,2	17,0	15,8
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	17,7	16,5	20,6	23,9	10,0	18,8	0,0	15,2	25,8	16,3	29,4	15,2	19,2	18,3	19,0	20,2	17,0	15,8
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	20,8	29,4	13,1	17,6	22,0	12,5	0,0	12,1	35,8	20,2	28,4	22,9	15,4	18,0	21,0	24,0	36,2	25,2
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	15,6	20,2	5,6	14,1	20,0	14,6	0,0	12,1	35,0	12,5	22,0	16,2	14,4	9,8	19,0	14,4	17,0	18,0
BECA PARA ESTUDIOS	22,7	24,8	17,8	21,1	16,0	22,9	7,1	15,2	40,8	23,1	34,9	24,8	20,2	19,9	23,8	26,9	23,4	23,7
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	7,8	12,8	4,7	6,3	10,0	8,3	0,0	9,1	15,8	8,7	11,0	4,8	7,7	4,6	7,6	10,6	4,3	5,8
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	9,4	9,2	10,3	4,2	4,0	10,4	0,0	6,1	15,0	11,5	17,4	8,6	19,2	7,7	10,5	10,6	8,5	6,5
PAIME	26,4	33,0	19,6	24,6	16,0	14,6	42,9	15,2	39,2	40,4	36,7	26,7	21,2	18,3	22,9	21,2	27,7	28,1
PROGRAMA TRATAMIENTO/ REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	24,5	27,5	22,4	17,6	22,0	12,5	50,0	15,2	36,7	26,9	37,6	18,1	19,2	14,2	24,8	23,1	27,7	21,6
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	14,6	11,9	15,9	16,9	4,0	16,7	0,0	9,1	23,3	17,3	22,9	10,5	14,4	16,7	21,0	24,0	12,8	10,8

Todas las prestaciones de la Fundación se valoran en términos positivos en cuanto a la conveniencia de contar con ellas en el futuro. Y ello es así en todas las CCAA.

No obstante, y con diferencias pequeñas, se observa una tendencia a valoraciones más altas en los colegiados de Andalucía, Murcia y Madrid y más bajas en los de Navarra.

Puntuaciones medias otorgadas a la importancia de contar con las prestaciones de la Fundación y Comunidad Autónoma (escala 1-5)																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A CON DISCAPACIDAD	4,66	4,72	4,59	4,59	4,57	4,81	4,38	4,57	4,69	4,68	4,68	4,89	4,61	4,74	4,73	4,42	4,71	4,78
PRESTACIÓN PARA HUÉRFANO/A MAYOR DE 60 AÑOS	4,17	4,20	4,23	4,24	4,24	4,50	3,88	4,09	3,98	4,17	4,25	4,17	4,13	4,19	4,26	3,85	4,32	4,22
PRESTACIÓN PARA MÉDICO CON DISCAPACIDAD	4,61	4,64	4,58	4,73	4,56	4,84	4,25	4,42	4,55	4,57	4,65	4,76	4,59	4,70	4,70	4,38	4,59	4,75
PRESTACIONES PARA MÉDICO JUBILADO/A	4,42	4,54	4,52	4,47	4,41	4,75	4,50	4,25	4,31	4,45	4,41	4,52	4,28	4,47	4,44	4,13	4,29	4,45
AYUDA EDUCACIONAL PARA MENORES DE 21 AÑOS	4,35	4,51	4,21	4,44	4,59	4,50	3,88	4,26	4,41	4,43	4,23	4,59	4,21	4,37	4,32	4,13	4,32	4,55
PRÓRROGA DE ESTUDIOS AL CUMPLIR 21 AÑOS	4,24	4,51	4,09	4,37	4,50	4,27	3,63	4,13	4,25	4,34	4,20	4,55	4,01	4,24	4,20	4,04	4,21	4,45
BECA PARA ESTUDIOS	4,39	4,67	4,23	4,48	4,56	4,30	3,88	4,39	4,40	4,46	4,32	4,67	4,22	4,45	4,47	4,10	4,33	4,56
AYUDA PARA LA EXPEDICIÓN DE TÍTULO OFICIAL	3,95	4,36	3,89	3,81	3,88	4,00	3,57	4,17	3,85	4,13	3,90	4,05	3,72	3,97	3,96	3,66	4,09	4,05
AYUDA MENSUAL RESIDENCIA DE MAYORES	4,50	4,59	4,53	4,50	4,41	4,78	4,38	4,25	4,59	4,57	4,46	4,66	4,38	4,56	4,46	4,25	4,44	4,67
PAIME	4,59	4,63	4,55	4,65	4,39	4,81	4,50	4,50	4,59	4,56	4,65	4,72	4,54	4,65	4,67	4,39	4,53	4,76
PROGRAMA TRATAMIENTO/REHABILITACIÓN DE LAS ADICCIONES	4,43	4,56	4,53	4,28	4,18	4,68	4,00	4,29	4,45	4,58	4,54	4,57	4,32	4,47	4,57	4,25	4,38	4,52
PROYECTOS DE FORMACIÓN, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	4,30	4,39	4,27	4,32	4,15	4,45	4,38	4,48	4,22	4,38	4,21	4,34	4,21	4,34	4,37	4,05	4,27	4,30

Los colegiados gallegos y madrileños son los que con más frecuencia declaran no haber recibido ninguna información sobre la Fundación, tasa que es mucho menor en Aragón y en Castilla y León.

En Castilla La Mancha y Extremadura es donde con más frecuencia se valora que se ha recibido información escasa y en Aragón y en Castilla y León donde se declara haber recibido información adecuada.

Personas encuestadas según valoración de la información recibida sobre la Fundación y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
ADECUADA	14,0	19,3	25,2	10,6	6,0	12,5	14,3	3,0	23,3	16,3	14,7	9,5	13,5	7,4	17,1	15,4	21,3	8,6
ESCALA	18,1	18,3	17,8	16,2	12,0	16,7	14,3	18,2	20,0	26,9	22,0	13,3	15,4	15,6	20,0	14,4	23,4	23,0
POCO INTERESANTE	5,9	5,5	9,3	6,3	6,0	4,2	0,0	6,1	8,3	3,8	7,3	5,7	9,6	4,1	5,7	7,7	4,3	5,8
REDUNDANTE	1,5	1,8	1,9	2,8	0,0	4,2	0,0	0,0	0,8	1,9	0,0	2,9	1,9	2,2	1,0	1,9	0,0	2,9
NUNCA HE RECIBIDO INFORMACIÓN	46,4	42,2	32,7	49,3	54,0	54,2	42,9	60,6	31,7	36,5	45,0	63,8	44,2	59,3	47,6	45,2	31,9	47,5
NO CONTESTA	14,1	12,8	13,1	14,8	22,0	8,3	28,6	12,1	15,8	14,4	11,0	4,8	15,4	11,5	8,6	15,4	19,1	12,2

En Castilla y León es donde encontramos tasas más altas de colegiados que han solicitado información sobre las prestaciones de la Fundación y Galicia y Madrid donde menos se aprecia esa iniciativa.

Cuando son los colegiados los que acuden a solicitar información, esta se valora como adecuada en Andalucía y Aragón y como escasa en Castilla y León y Castilla La Mancha.

Personas encuestadas según valoración de la información recabada sobre la Fundación y Comunidad Autónoma																		
	TOTAL	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CAT	CYL	CLM	EXT	GAL	RIO	MAD	MUR	NAV	PVA	VAL
ADECUADA	10,4	21,1	17,8	10,6	4,0	10,4	7,1	3,0	17,5	13,5	7,3	4,8	9,6	5,5	12,4	9,6	12,8	9,4
ESCALA	9,2	9,2	9,3	3,5	10,0	4,2	7,1	18,2	13,3	14,4	11,0	6,7	7,7	8,5	11,4	8,7	2,1	10,8
POCO INTERESANTE	2,3	4,6	2,8	3,5	2,0	0,0	0,0	6,1	1,7	3,8	1,8	0,0	3,8	4,1	1,0	2,9	0,0	1,4
NUNCA HE RECABADO INFORMACIÓN	63,8	51,4	59,8	66,2	72,0	77,1	64,3	63,6	48,3	56,7	66,1	75,2	61,5	68,9	62,9	63,5	66,0	61,2
NO CONTESTA	14,3	13,8	10,3	16,2	12,0	8,3	21,4	9,1	19,2	11,5	13,8	13,3	17,3	13,1	12,4	15,4	19,1	17,3

Veamos ahora, de forma resumida, los datos de cada una de las CCAA de las que hemos obtenido datos significativos.

Empecemos por **Andalucía**. El perfil del colegiado andaluz, es el de un hombre que tiene entre 35 y 50 años, está casado y tiene dos hijos. Trabaja por cuenta ajena (aunque hay una tasa relevante de encuestados que lo hacen por cuenta propia), y tiene una plaza pública en propiedad; puede trabajar en atención primaria u hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mayor parte de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

Las tasa de personas de la unidad familiar que precisa algún tipo de ayuda para las actividades de la vida diaria se sitúa un poco por encima del promedio, pese a lo cual, el porcentaje de situaciones de discapacidad reconocida a alguno de los miembros de la unidad familiar es más alto que el que se aprecia en el conjunto de España.

El reconocimiento de dependencia de algún miembro de la unidad familiar se sitúa en términos muy similares al conjunto del global, si bien se distribuye entre los diferentes miembros de la familia en lugar de concentrarse en los ascendientes.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. No obstante, la opción de la residencia obtiene una valoración más alta que en el conjunto de España; no así la de piso asistido que se sitúa por debajo del promedio de la muestra.

También con relación al futuro, podemos observar que los colegiados/as andaluces, se sitúan entre los más previsores, en particular en lo relativo al seguro de vida y a asegurarse una mejora en su pensión; la tasa de los que no se han planteado ninguna medida es inferior a la media.

Hablando ahora de la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as andaluces valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

Como orientación podemos apuntar a que otorgan una puntuación un poco más alta (valoran que tienen más incidencia) los hábitos relacionados con el ejercicio profesional, el sedentarismo y la alimentación inadecuada, pero siempre con idéntica tendencia que el conjunto de la muestra.

Por lo que respecta a la valoración de los programas destinados a prevenir la salud, encontramos una respuesta muy homogénea con respecto al conjunto de la muestra.

No obstante cabe destacar que en Andalucía se valoran, por encima de lo que se hace en el conjunto del Estado, los programas dirigidos a paliar el burnout y la formación y apoyo psicológico a familias cuidadoras.

Por lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social, podemos decir lo siguiente respecto a los colegiados andaluces:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está un poco por debajo del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es inferior al del conjunto de la muestra.
- Con excepción de disfrutar de los hijos o nietos, asistir a eventos deportivos y acciones de voluntariado, realizan actividades con igual o menor frecuencia que el conjunto de la muestra.

- Además de las cuestiones laborales, las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y las distancias, se declaran como razones que limitan el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del promedio del conjunto de la muestra.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de Acción social, destacan la participación en asociaciones religiosas, culturales y deportivas.

Abordando ahora el asunto de la cooperación y la corresponsabilidad, podemos observar lo siguiente:

- Los hombres delegan las tareas de soporte y cuidado del hogar por encima de la media y las asumen con una frecuencia inferior al conjunto de la muestra.
- En las mujeres se da la situación inversa, puesto que asumen esas tareas muy por encima del conjunto de la muestra y las delegan con menos frecuencia.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por encima del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, supera al promedio de la muestra.

Por lo que respecta a **Aragón**, podemos decir que el médico aragonés es también un hombre de entre 51 y 64 años, casado y con dos hijos, y tiene una plaza pública en propiedad en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mitad o más de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

En cuanto a las situaciones de discapacidad y dependencia, podemos decir que el porcentaje de quienes precisan ayuda para las actividades de la vida diaria es menor que el conjunto nacional, lo que se traduce en menos casos de reconocimiento de discapacidad y de dependencia en el seno de la unidad familiar.

Por lo que respecta a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. Al igual que en el caso de Andalucía, la opción de la residencia obtiene una valoración más alta que en el conjunto de España; no así la de piso asistido que se sitúa por debajo del promedio de la muestra.

La tasa de quienes no han tomado ninguna medida de previsión de futuro es superior a la media, destacando también la baja tasa de colegiados/as con un seguro de vida. Aunque representa un porcentaje pequeño, el de quienes tienen un seguro privado de dependencia es superior al promedio nacional.

Por lo que respecta a la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los colegiados/as de Aragón valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.



Cabe señalar que se detecta una tendencia general a otorgar puntuaciones más bajas en todos los ítems, con excepción del burnout y del sedentarismo.

Por lo que respecta a los programas de prevención y promoción de la salud, en Aragón nos encontramos con puntuaciones ligeramente inferiores al promedio nacional, con excepción de los programas para superar el estrés y la formación y apoyo para la salud y la promoción de hábitos saludables.

Y hablando del uso de tiempo libre y la participación social de los colegiados aragoneses cabe decir:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está un 10,3% por encima del promedio.
- Realizan todas las actividades propuestas con mayor frecuencia que el promedio, con excepción de las acciones de voluntariado.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es inferior al del conjunto de la muestra.
- A las cuestiones laborales, hay que añadir las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y, sobre todo, los problemas de organización como obstáculos en el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por debajo del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones religiosas, culturales y deportivas.

Por lo que respecta a la cooperación y la corresponsabilidad, podemos anotar:

- Los hombres delegan las tareas de soporte y cuidado del hogar por encima de la media y las asumen con una frecuencia inferior al conjunto de la muestra.
- En las mujeres se da la situación inversa, puesto que asumen esas tareas muy por encima del conjunto de la muestra y las delegan con menos frecuencia.

Hablando, finalmente, de las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- La tasa de conocimiento de las prestaciones, en general se sitúa por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es inferior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, supera al promedio de la muestra.

En **Asturias** el perfil tipo es el de una mujer que tiene entre 51 y 64 años casada y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena (aunque hay una tasa relevante de encuestados que lo hacen por cuenta propia), y tiene una plaza pública en propiedad en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 75.000-100.000 euros y el colegiado aporta el total de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

La tasa de hogares de colegiados/as en los que no reside ninguna persona que precise de ayuda para las actividades de la vida diaria es inferior a la del conjunto de la muestra; ello se traduce en menores tasas de reconocimiento, tanto de discapacidad como de dependencia.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. Cabe señalar que la tasa de quienes optarían por un piso asistido es superior al promedio, mientras que en la residencia se da el caso inverso y los colegiados/as optan por ella en menor medida que el conjunto de encuestados.

También aquí cobra relativa importancia el seguro privado de dependencia, siendo la tasa de quienes no han tomado ninguna medida de futuro ligeramente inferior al promedio nacional.

Refiriéndonos a la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as asturianos valoran su incidencia sobre el colectivo médico según el patrón general de la encuesta.

También en este caso observamos la tendencia a puntuar más bajo la incidencia de esos hábitos, con excepción del burnout, y el descuido de la salud.

En lo relativo a los programas de prevención y promoción de la salud, sin perder de vista que todos ellos reciben una alta valoración, nos encontramos, entre los colegiados/as en Asturias, una tendencia a otorgar puntuaciones un poco más bajas (a dar menos importancia a esos programas).

Por lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social, en el caso de Asturias podemos señalar:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por debajo del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es superior al del conjunto de la muestra.
- Con la excepción de las relaciones familiares, de las lecturas profesionales y de la asistencia a eventos deportivos, realizan el resto de actividades propuestas con menos frecuencia que el conjunto de encuestados.
- Aparte de las cuestiones laborales, las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y, sobre todo, los problemas de organización del tiempo, son las variables que aparecen de manera más frecuente como obstáculos para el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación destaca la participación en asociaciones religiosas, vecinales y deportivas.

Abordando ahora el asunto de la cooperación y la corresponsabilidad, podemos observar lo siguiente:

- Los hombres delegan las tareas de soporte y cuidado del hogar por encima de la media y las asumen también con una frecuencia superior al conjunto de la muestra.
- En las mujeres se da la situación casi inversa, puesto que asumen esas tareas por debajo del conjunto de la muestra y las delegan con más frecuencia.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, es inferior del conjunto de la muestra.

El perfil del profesional de **Castilla y León** es el de un hombre de entre 51-64 años casado y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad, normalmente en atención primaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 75.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mitad o más de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

En los hogares de los colegiados/as de Castilla y León, encontramos un porcentaje de personas que precisan de ayuda en sus actividades de la vida diaria muy similar al del conjunto del Estado y lo mismo ocurre con el reconocimiento de discapacidad, mientras que la tasa de reconocimiento de dependencia, concentrada en los ascendientes del colegiado o de su pareja, es un poco superior a la del conjunto de personas encuestadas.

En lo relativo a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. No obstante, la opción de la residencia obtiene una valoración más alta que en el conjunto de España (de hecho es la más alta); no así la de piso asistido que se sitúa por debajo del promedio de la muestra.

Los colegiados de esta CCAA figuran entre los más previsores: con excepción del seguro de complemento de pensiones, nos encontramos con tasas superiores al conjunto de la muestra en todas las opciones propuestas como medidas de previsión.

Hablando ahora de la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que las personas encuestadas en Castilla y León valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

Como orientación podemos apuntar a que otorgan una puntuación un poco más alta que el conjunto de la muestra, con excepción, precisamente, del síndrome de burnout.

En lo relativo a los programas de prevención y promoción de la salud, observamos en esta comunidad una tendencia a puntuar un poco por debajo de lo que se registra en el conjunto del estudio. Esa tendencia se rompe en el caso de los programas para superar el estrés, que obtienen una puntuación más alta que el promedio global.

Hablando ahora del uso de tiempo libre y la participación social, podemos decir lo siguiente respecto a los colegiados en Castilla y León:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está un poco por debajo del promedio.
- Dedicar más tiempo que la media al cuidado de la familia y a la lecturas profesionales y menos a salir con amigos, disfrutar de los hijos o nietos y a asistir a eventos deportivos; en el resto de actividades propuestas, la frecuencia declarada es la misma.

- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es muy superior al del conjunto de la muestra.
- Además de las cuestiones laborales, que son, recordemos, las que tienen un mayor peso, nos encontramos aquí con las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y los problemas de organización como las circunstancias que más limitan el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones religiosas y culturales.

Por lo que respecta a la cooperación y la corresponsabilidad, podemos observar lo siguiente:

- Los hombres delegan las tareas de soporte y cuidado del hogar por encima de la media y las asumen con una frecuencia también superior al conjunto de la muestra.
- En las mujeres se da la situación casi inversa, puesto que asumen esas tareas muy por encima del conjunto de la muestra y las delegan con menos frecuencia.

Hablando ahora de las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por encima del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es inferior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, supera al promedio de la muestra.

En **Castilla La Mancha** nos encontramos con una mujer médica de entre 50 - 65 años casada y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad, normalmente en atención primaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 75.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mitad o más de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

El porcentaje de hogares en los que alguno de sus miembros precisa algún tipo de ayuda en las actividades de la vida diaria supera al promedio nacional, lo cual no se traduce en un mayor reconocimiento de discapacidad ni de dependencia.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. La opción de la residencia se sitúa entre las tasas más bajas del conjunto del estudio y la del piso por encima del promedio nacional.

Hay que señalar que un importante porcentaje de colegiados/as castellano-manchegos no se ha planteado esta cuestión.

Los médicos de esta comunidad se cuentan entre los menos previsores, pues el porcentaje de quienes no se han planteado ninguna medida de cara al futuro es superior al conjunto nacional.

Sólo en las medidas menos frecuentes (reserva en piso o residencia, seguro de dependencia, inversión, seguro de complemento de pensiones) encontramos tasas superiores al promedio de la muestra.

Por lo que se refiere a la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as de Castilla La Mancha valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

En general, tienden a otorgar puntuaciones un poco más bajas (a valorar que esos hábitos tienen menos incidencia entre el colectivo médico) con excepción del descuido de la salud y de la alimentación inadecuada, pero siempre teniendo en cuenta lo escaso de las diferencias, pues las respuestas en esta CCAA se amoldan a las del conjunto de los datos obtenidos.

Cuando hablamos de los programas de prevención y promoción de la salud, en Castilla La Mancha, se aprecia una valoración inferior de esos programas a la que se registra en el conjunto de España. No obstante, en el caso de los programas de formación y apoyo para la salud y la promoción de hábitos saludables se invierte esa tendencia y se aprecia una puntuación más alta que la del conjunto de encuestados.

En lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social, cabe decir en que los colegiados/as de Castilla La Mancha:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por debajo del promedio.
- Con excepción del cuidado de familiares, tienden a realizar las actividades propuestas con una frecuencia menor al promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es un poco superior al del conjunto de la muestra.
- Además de las cuestiones laborales, el desconocimiento de los servicios de apoyo y las distancias y los problemas de organización se declaran como razones que limitan el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones religiosas y deportivas.

Entrando en el tema de la colaboración y la corresponsabilidad en el soporte y cuidado del hogar, puede decirse:

- Los hombres asumen esas tareas con más frecuencia de lo que ocurre en el conjunto de la muestra, pero también las delegan de manera más habitual.
- Las mujeres asumen las actividades de soporte por debajo de lo que es habitual en el global del estudio, pero también las asumen en menor medida.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- El porcentaje global de conocimiento de las prestaciones se sitúa por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es inferior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, supera al promedio de la muestra.

Con respecto a **Extremadura**, podemos decir que el médico extremeño es una mujer de entre 35-50 años casada y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad, normalmente en atención primaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 75.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mitad o más de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

Los colegiados/as extremeños tienen en su unidad familiar menos casos de personas que precisan ayuda en las actividades de la vida diaria que el conjunto de la muestra; sin embargo, la tasa de casos en los que alguno de los miembros de la unidad familiar tiene reconocida una discapacidad es superior al total de la muestra y la de aquellos en los que hay un reconocimiento de dependencia es muy similar a ese promedio.

Entre los colegiados/as extremeños hay un importante porcentaje que no se ha planteado qué hacer ante una futura situación de dependencia. Cuando lo han hecho, siguen la tónica general de preferir la permanencia en el domicilio. La preferencia por la residencia es inferior a la media y la del piso asistido meramente anecdótica.

Al igual que pasaba en Castilla La Mancha, encontramos una alta tasa de colegiados/as que no han tomado ninguna medida previsora y que sólo alcanza tasas superiores al conjunto de la muestra en las medidas de menor frecuencia (en este caso reserva en piso o residencia, seguro de dependencia, seguro de complemento de pensiones).

Hablando ahora de la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as extremeños valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

Como orientación podemos apuntar a que otorgan una puntuación un poco más alta (valoran que tienen más incidencia) en todos los ítems propuestos, pero siempre con idéntica tendencia que el conjunto de la muestra.

A la hora de valorar la importancia de diferentes programas de prevención y promoción de la salud, entre los colegiados/as extremeños se observa la tendencia a otorgar puntuaciones más altas que el conjunto, con la excepción de los programas de formación y apoyo psicológico a las familias de personas cuidadoras.

Hablando del uso de tiempo libre y la participación social de los colegiados/as extremeños puede decirse:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por debajo del promedio.
- En comparación al promedio global, tienden a realizar actividades con igual o mayor frecuencia.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es un poco superior al del conjunto de la muestra.
- Aparte de razones ligadas al trabajo, las que se citan con más frecuencia como limitadoras del uso del tiempo libre son las ocupaciones familiares y los problemas de organización, incluso más citados que los horarios poco flexibles.
- La participación en alguna ONG se sitúa por debajo del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones deportivas.

Por lo que respecta la colaboración y la corresponsabilidad en el soporte y cuidado del hogar, puede decirse:

- Los hombres asumen esas tareas con más frecuencia de lo que ocurre en el conjunto de la muestra, pero también las delegan de manera más habitual.
- Las mujeres asumen las actividades de soporte por debajo de lo que es habitual en el global del estudio, pero también las delegan en mayor medida.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por encima del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es inferior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, es prácticamente el mismo que el del conjunto de la muestra.

El perfil profesional de la **Comunidad Autónoma de Galicia**, es el de un hombre que tiene entre 35 y 50 años casado y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-100.000 euros y el colegiado aporta el 73,7% de los mismos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

En la comunidad gallega nos encontramos con que el porcentaje de hogares en los que alguno de sus miembros precisa de ayuda en las actividades de la vida diaria es superior al del conjunto de España, lo que se traduce en tasas más altas de reconocimiento de discapacidad y de dependencia que en el conjunto del Estado.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. No obstante, las opciones de residencia y de piso obtienen una valoración más alta que en el conjunto de España.

Los colegiados/as gallegos se encuentra entre los más previsores, sobre todo en lo relativo a plan de pensiones y seguro de vida, medidas de futuro en las que se aprecia una alta tasa de respuesta, sensiblemente superior al conjunto de la muestra.

Hablando ahora de la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as gallegos valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

Cabe apuntar que otorgan puntuaciones ligeramente más altas en todos los hábitos propuestos, con excepción del consumo de alcohol.

Por lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social de los médicos/as gallegos, se observa:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por encima del promedio.
- Superan la frecuencia promedio en cuanto a relaciones familiares, lecturas profesionales y disfrutar de los hijos o nietos, mientras que en el resto de actividades propuestas la frecuencia declarada es menor.

- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es un poco superior al del conjunto de la muestra.
- Además de las cuestiones laborales, las ocupaciones familiares y el desconocimiento de los servicios de apoyo, se declaran como razones que limitan el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones culturales y deportivas.

Respecto a la colaboración y la corresponsabilidad en el soporte y cuidado del hogar, puede decirse:

- Los hombres asumen esas tareas con más frecuencia de lo que ocurre en el conjunto de la muestra, pero también las delegan de manera más habitual.
- Las mujeres asumen las actividades de soporte por encima de lo que es habitual en el global del estudio, y también las delegan en mayor medida que el conjunto de la muestra.

Respecto a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede observarse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, es inferior al del conjunto del estudio.

En la **Comunidad Autónoma de La Rioja**, el colegiado tipo es un hombre de entre 35 y 50 años casado y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mitad o más de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

La tasa de hogares de colegiados riojanos en los que alguno de sus miembros precisa ayuda en las actividades de la vida diaria es inferior al del conjunto nacional; sin embargo, el porcentaje de casos en los que hay reconocida una situación de dependencia o de discapacidad es muy similar a la del conjunto del Estado.

Ante futuras situaciones de dependencia, los colegiados/as riojanos se inclinan por las que suponen seguir en el domicilio: el traslado a una residencia o a un piso obtienen tasas de respuesta inferiores al conjunto de la muestra.

La tasa de los colegiados/as que no han tomado ninguna medida de cara al futuro es inferior a la del conjunto del Estado. El porcentaje de quienes han contratado seguro de vida o plan de pensiones es superior al del promedio nacional y en el resto (medidas mucho menos frecuentes) la tasa de respuesta en la Comunidad Autónoma de La Rioja es inferior a la del conjunto del estudio.

Por lo que se refiere a la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener un efecto negativo sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los colegiados/as en la Comunidad Autónoma de La Rioja valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.



En líneas generales podemos apuntar a que otorgan una puntuación un poco más baja (valoran que tienen más incidencia) los hábitos relacionados con el ejercicio profesional y un poco más alta a los relativos al propio cuidado de la salud.

Y en lo relativo a la valoración de diferentes programas de prevención y promoción de la salud, apreciamos que los médicos/as riojanos tienden a otorgar puntuaciones más bajas que el conjunto de la muestra, con excepción de los programas destinados a superar en estrés, que reciben una puntuación más alta que el promedio.

En lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social, cabe decir en que los colegiados/as de la Comunidad Autónoma de La Rioja:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por encima del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es también inferior al del conjunto de la muestra.
- Superan la frecuencia promedio en cuanto a relaciones familiares, lecturas profesionales, salir con amigos, asistir a eventos deportivos y disfrutar de los hijos o nietos, mientras que en el resto de actividades propuestas la frecuencia declarada es igual o menor.
- Aparte de las circunstancias laborales, constituyen una dificultad para el uso del tiempo libre las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y los problemas para organizar el tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones culturales y deportivas.

Con relación a la colaboración y la corresponsabilidad en el soporte y cuidado del hogar, puede decirse:

- Los hombres asumen esas tareas con más frecuencia de lo que ocurre en el conjunto de la muestra, pero también las delegan con menos frecuencia.
- Las mujeres asumen las actividades de soporte por encima de lo que es habitual en el global del estudio, y las delegan en menor medida que el conjunto de la muestra.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa un poco por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es inferior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, se sitúa por debajo del porcentaje global.

En la **Comunidad de Madrid** el perfil profesional es el de una mujer entre 35 y 50 años casada y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, puede tener una plaza pública en propiedad o ser interina en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-75.000 euros y el colegiado aporta el total de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

En la comunidad madrileña encontramos un porcentaje sensiblemente inferior al promedio de casos en los que alguno de los miembros de la unidad familiar precisa de algún tipo de ayuda en sus actividades de la vida diaria, lo cual se traduce en menos casos de reconocimiento de dependencia y discapacidad.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. No obstante, la opción de la residencia obtiene una valoración más alta que en el conjunto de España, lo que también ocurre, aunque en menor medida, con el piso asistido.

Por lo que respecta a medidas de previsión de futuro, los médicos/as madrileños se sitúan entre los menos previsores, pues tan sólo en el seguro privado de dependencia se aprecia un porcentaje superior al del conjunto nacional.

Hablando de la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los colegiados/as en Madrid valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

Como ocurría en la Comunidad Autónoma de La Rioja, podemos apuntar a que otorgan una puntuación un poco más baja (valoran que tienen más incidencia) a los hábitos relacionados con el ejercicio profesional y un poco más alta a los relativos al propio cuidado de la salud.

En lo relativo a los programas de prevención y promoción de la salud, los colegiados/as en Madrid tienden a valorar todas las propuestas un poco por encima de lo que lo hacen el conjunto de personas encuestadas; hay que exceptuar los programas de formación y apoyo para la salud y la promoción de hábitos saludables que obtiene la misma valoración en Madrid y en el conjunto de la muestra.

Hablando ahora del uso del tiempo libre y la participación social de los colegiados de Madrid, observamos:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está un 9.7% por debajo del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es superior al del conjunto de la muestra.
- La frecuencia con la que se declara dedicar tiempo libre a lecturas profesionales es mayor que el promedio; en el resto de casos nos encontramos con frecuencias inferiores a las del conjunto de la muestra.
- Como obstáculos más importantes en el uso del tiempo libre, además de las cuestiones laborales, se declaran los problemas de organización y las distancias a las actividades.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones culturales, religiosas y deportivas.

Respecto a la colaboración y la corresponsabilidad en el soporte y cuidado del hogar, puede decirse:

- Los hombres asumen esas tareas con menos frecuencia de lo que ocurre en el conjunto de la muestra, y también las delegan por debajo de lo que es habitual.
- Las mujeres asumen las actividades de soporte por encima de lo que es habitual en el global del estudio, y las delegan en menor medida que el conjunto de la muestra.

En lo que se refiere, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- La tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, es inferior al valor global del conjunto del estudio.

En **Murcia** nos encontramos con un hombre entre 35 y 50 años casado y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-75.000 euros y el colegiado aporta el total de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

Nos encontramos aquí con la menor tasa de hogares en los que alguno de sus miembros necesita algún tipo de ayuda para sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, el porcentaje de casos en los que hay reconocida una situación de discapacidad es superior al conjunto de España, al igual (aunque en menor medida) lo es la tasa de reconocimiento de dependencia.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. No obstante, la opción de la residencia obtiene una valoración más alta que en el conjunto de España; no así la de piso asistido que se sitúa por debajo del promedio de la muestra.

En lo relativo a las medidas de previsión de futuro, entre los colegiados/as murcianos encontramos que un porcentaje superior al del promedio no ha tomado ninguna medida específica.

En cuanto a la contratación de planes de pensiones la tasa se sitúa por encima del relativo al conjunto del estudio mientras que en los demás casos, sus porcentajes son inferiores.

Por lo que se refiere a la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as murcianos valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

En líneas generales podemos apuntar a que otorgan puntuaciones un poco más altas en todos los ítems, con excepción de la alimentación inadecuada.

En cuanto a la valoración de los programas de prevención y promoción de la salud, en esta comunidad se registran puntuaciones un poco por encima de las que otorga el conjunto de la muestra. Ello es así con la excepción de los programas para superar el estrés, que recibe la misma puntuación entre los colegiados murcianos y el conjunto de colegiados/as.

En lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social, cabe decir en que los colegiados/as de Murcia:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está un poco por encima del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es inferior al del conjunto de la muestra.
- Como en el caso de Madrid, la frecuencia con la que se declara dedicar tiempo libre a lecturas profesionales es mayor que el promedio; en el resto de casos nos encontramos con frecuencias inferiores a las del conjunto de la muestra.
- Además de las cuestiones laborales, las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y los problemas de organización, se declaran como razones que limitan el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por debajo del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones culturales, religiosas, vecinales y deportivas.

Con relación a la colaboración y la corresponsabilidad en el soporte y cuidado del hogar, puede decirse:

- Los hombres asumen esas tareas con menos frecuencia de lo que ocurre en el conjunto de la muestra, y las delegan de manera menos habitual.
- Las mujeres asumen las actividades de soporte por encima de lo que es habitual en el global del estudio, y las delegan en menor medida que el conjunto de la muestra.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones prácticamente coincide con el promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, supera al promedio de la muestra.

En **Navarra**, el perfil profesional es el de una mujer entre 35 y 50 años casada y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena, y tiene una plaza pública en propiedad en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-100.000 euros y el colegiado aporta la mitad o más de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

El porcentaje de hogares en los que alguno de sus miembros precisa de algún tipo de ayuda en sus actividades de la vida diaria es superior al del conjunto de la muestra. Sin embargo, es la comunidad en la que se declaran menos casos de reconocimiento de dependencia y discapacidad.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. De hecho, tanto la opción de la residencia como la de piso asistido obtienen tasas de respuesta inferiores al conjunto de la muestra.

Los colegiados/as navarros se sitúan entre los menos previsores: la tasa de quienes no han tomado ninguna medida de previsión para el futuro es superior a la del conjunto de España.

El porcentaje de los médicos/as que tienen contratado un plan de pensiones es superior al global, pero en el resto de opciones se aprecia una menor tasa de respuesta.

Hablando ahora de la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los colegiados/as en Navarra valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

No obstante, podemos hablar de una tendencia a otorgar puntuaciones un poco más bajas, es decir, a valorar que los hábitos propuestos tienen una incidencia menor en el colectivo de la que le atribuye el conjunto de la muestra.

Los colegiados/as navarros valoran los programas de prevención y promoción de la salud en términos muy similares a cómo lo hace el conjunto de los colegiados. Tan sólo en el caso de los programas de formación y apoyo psicológico a familias y personas cuidadoras se registra una puntuación un poco más alta.

En lo relativo al uso de tiempo libre y la participación social de los colegiados, puede decirse:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por encima del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es inferior al del conjunto de la muestra.
- La frecuencia con la que declaran disfrutar de los hijos o nietos y asistir a eventos deportivos es superior al promedio; en el resto de actividades las frecuencias declaradas son iguales o inferiores.
- A la hora de disfrutar del tiempo libre se declaran como obstáculos (además de las cuestiones ligadas al trabajo) las ocupaciones familiares y los problemas de organización del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por encima del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones culturales, religiosas y deportivas.

En lo referente a la colaboración y corresponsabilidad, puede decirse:

- Los hombres asumen esas actividades por encima de lo habitual en el conjunto de la encuesta, pero también las delegan con más frecuencia.
- Las mujeres las asumen con más frecuencia y las delegan de manera menos habitual.

Refiriéndonos, finalmente, a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por encima del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.

- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, es inferior al promedio de la muestra.

En la **Comunidad Autónoma Valenciana**, el perfil profesional es el de un hombre entre 35 y 50 años casado y con dos hijos. Trabaja por cuenta ajena (aunque hay una tasa relevante de encuestados que lo hacen por cuenta propia), puede tener una plaza pública en propiedad o ser interino en atención hospitalaria; la jornada laboral se mueve en la duración promedio.

Los ingresos de la unidad familiar están entre 50.000-75.000 euros y el colegiado aporta el total de los ingresos; la pareja trabaja por cuenta ajena en una profesión sanitaria.

Los colegiados/as valencianos declaran con más frecuencia que el resto de CCAA que en sus hogares convive alguna persona que precisa de ayuda para la realización de sus actividades de la vida diaria, lo que se traduce en tasas más altas de reconocimiento de dependencia y, sobre todo, de discapacidad.

En cuanto a las preferencias ante futuras situaciones de dependencia, las opciones preferidas son las que permiten continuar en el propio domicilio. No obstante, la opción de la residencia obtiene una valoración más alta que en el conjunto de España; no así la de piso asistido que se sitúa por debajo del promedio de la muestra.

Por lo que respecta a medidas de previsión de futuro, los colegiados/as valencianos se cuentan entre los más previsores, puesto que es donde menos casos encontramos de médicos/as que no han tomado ninguna medida.

Las tasas de quienes cuentan con planes de pensiones, con seguro de complemento de pensiones y, sobre todo, seguro de vida son superiores a las del conjunto del estudio; en el resto de opciones, encontramos tasas de respuesta inferiores.

En lo relativo a la incidencia de ciertos hábitos que pueden tener una incidencia negativa sobre la salud y la calidad de vida, encontramos que los médicos/as valencianos valoran su incidencia según el patrón general de la encuesta.

Dentro de ese marco, cabe señalar la puntuación otorgada al estrés y la ansiedad, con valores un poco más altos que el promedio, así como el tabaquismo y la alimentación inadecuada.

A la hora de valorar los programas de prevención y promoción de la salud, los colegiados/as de la comunidad autónoma valenciana, tienden a otorgar puntuaciones más altas que el conjunto de la muestra.

En lo que respecta al uso de tiempo libre y la participación social, cabe decir en que los colegiados/as valencianos:

- La tasa de los que disponen de tiempo libre suficiente está por debajo del promedio.
- El porcentaje de los que no disponen de ningún tiempo libre es superior al del conjunto de la muestra.
- La frecuencia de realización de actividades de tiempo libre es igual o inferior al promedio, con la excepción del ítem "disfrutar de los hijos o nietos" que se sitúa por encima.

- Además de las cuestiones laborales, las ocupaciones familiares, el desconocimiento de los servicios de apoyo y los problemas de organización, se declaran como razones que limitan el uso del tiempo libre.
- La participación en alguna ONG se sitúa por debajo del total.
- Además de la participación de asociaciones de cooperación y de acción social, destaca la participación en asociaciones culturales y religiosas.

Hablando ahora de la colaboración y corresponsabilidad, puede decirse:

- Los hombres asumen esas actividades por debajo de lo habitual en el conjunto de la encuesta, y las delegan también con más frecuencia.
- Las mujeres las asumen con más frecuencia y las delegan en términos muy similares al conjunto del estudio.

En lo que se refiere a las cuestiones relacionadas con la Fundación puede decirse:

- En general, la tasa de conocimiento de las prestaciones se sitúa por debajo del promedio.
- El porcentaje de personas que nunca han recibido información es superior al del conjunto del estudio.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada resulta inferior al correspondiente a los que no están conformes con la información recibida.
- El porcentaje de quienes creen que la información recibida es adecuada, es inferior al promedio de la muestra.

## CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA A COLEGIADOS/AS

Si ensayamos un prototipo de profesional de la medicina en cuanto a sus **variables socio-demográficas**, diremos que es de nacionalidad española, que está casado/a y tiene dos hijos; reside en una ciudad de más de cien mil habitantes, en un hogar de cuatro personas. Respecto al sexo, puede ser tanto un hombre como una mujer, ya que, hablando en términos globales, el porcentaje de médicos y de médicas es prácticamente el mismo.

Si profundizamos en ese perfil general, podemos encontrar variaciones que son relevantes y que, sin duda, tienen interés para el conjunto del proyecto abordado por la Fundación.

La más evidente es que la proporción entre hombres y mujeres, ese “empate técnico” entre los sexos, resulta un tanto ficticio, ya que, tomando en cuenta la edad se observa un claro y progresivo incremento de las mujeres en los grupos de menor edad, lo cual nos indica que, a la vuelta de unos años, el perfil del profesional de la medicina habrá experimentado cambios importantes.

Las médicas se casan menos, se separan más, tienen menos hijos y viven solas con más frecuencia que los hombres. Ello puede explicarse por el hecho de que el trabajo de las médicas les otorga una mayor libertad y, por lo tanto, organizar su vida con una mayor autonomía y criterio propio.

Pero tampoco debemos seguir considerando la hipótesis de que las médicas siguen teniendo más dificultades en cuanto a la conciliación y que la carga y las condiciones de trabajo (horarios, guardias) condicionan su vida en mayor medida de lo que condiciona la de los médicos.

A medida que se vayan reduciendo las diferencias entre los sexos, ello carecerá de importancia, pero en nuestra encuesta (sobre ello habremos de volver) se detecta la vigencia de tópicos y usos que siguen atribuyendo a las mujeres la exclusiva, o al menos, la acción preferente, de determinadas actividades. Quizá la Fundación pudiera ser sensible a este asunto tratando de promover políticas de igualdad entre los sexos.

Igualmente, hay que prestar atención a la presencia de médicos/as de otras nacionalidades, en particular del ámbito latinoamericano. Aunque en términos absolutos no es decisiva, esa presencia, en cuanto que se trata, sobre todo de profesionales jóvenes, nos indica una tendencia emergente.

Los datos de **hábitat** nos confirman una tendencia, hoy por hoy imparable, al urbano-centrismo; como hemos planteado, ello puede estar ocasionando que determinados perfiles de colegiados se planteen el traslado a la ciudad, cuestión a la que, contando con las dificultades que plantea la prestación de servicios en el hábitat rural, la Fundación debería ser sensible.

Con las cautelas necesarias, puede decirse que el **desempleo** no es un problema en la profesión médica. Sin dejar de tener en cuenta que pueda haber médicos/as en paro que no estén colegiados, nuestros datos indican una tasa de desempleo realmente baja.

Entre las parejas de las personas encuestadas, sin embargo, las situaciones de desempleo son bastante más altas, si bien no son tan frecuentes como las de la población general.

La mayor parte de las parejas de las personas encuestadas trabaja por cuenta ajena y un porcentaje no desdeñable, lo hace en el sector de la salud (médico/a u otra profesión sanitaria).

La tasa de personas encuestadas que tiene como pareja otro médico/a es muy similar en hombres y en mujeres, mientras que la tasa de médicos que tienen como pareja otro profesional de la salud es más alta entre los médicos.



El trabajo por cuenta ajena, y dentro de él el trabajo en el sector público, es la situación más frecuente que nos hemos encontrado en nuestra encuesta.

La **estabilidad en el empleo** de los médicos/as es sensiblemente inferior a la de la población general, es menor en el caso de las médicas y mayor a medida que aumenta la edad.

Hay que señalar que la temporalidad es sustancialmente más alta en el empleo público que en el sector privado, con las consecuencias negativas que ello pueda tener para los propios médicos y para los pacientes.

Los **ingresos** de los profesionales de la medicina se sitúan en la banda alta en una comparación con la población general, pero ello es a costa de incrementos importantes en la jornada laboral, que se sitúa entre los médicos/as sustancialmente por encima de la población general.

Las médicas trabajan menos horas que los médicos y tienen ingresos inferiores, probablemente por el hecho de trabajar menos horas, de ocupar más plazas de residente y de estar en situación de interinidad con una mayor frecuencia.

No obstante, el hecho de que trabajen menos horas nos indica, bien que están expuestas a peores condiciones laborales, bien que se acogen a jornadas reducidas en mayor medida que los médicos.

Los ingresos tienden a aumentar con la edad pero decaen notablemente al llegar a la edad de jubilación, hecho éste a considerar, pues los complementos a la pensión están relativamente generalizados entre las personas encuestadas.

Seguramente esa disminución de los ingresos es lo que motiva que una tasa importante de médicos prolongue su vida laboral más allá de la edad legal de jubilación.

En general, los médicos y las médicas aportan porcentajes altos a la renta familiar, en ocasiones el cien por cien de dichos ingresos. El hecho de que las médicas cobren menos, implica que realizan aportaciones más pequeñas a los ingresos familiares, siendo menor la tasa de las que aportan todos los ingresos de la unidad familiar.

Las tasas de miembros de la unidad familiar de los médicos y médicas que precisan algún tipo de **ayuda para AVD** alcanza a una cuarta parte de personas encuestadas, pero hay que tener en cuenta que, según el cálculo que hemos hecho relativo al grado de ayuda requerido, la incidencia en la vida diaria es bastante reducida.

Ello no obstante, pudiera estar dándose la circunstancia de que un cierto porcentaje de colegiados/as y sus familias no estén accediendo a determinados derechos de los que pudieran ser acreedores, ya que son más los casos en los que se declara la necesidad de ayuda que aquellos en los que se refiere discapacidad reconocida.

Así, estos últimos, los casos de **discapacidad reconocida** se mueven en porcentajes inferiores a los que se manejan para la población general. No así los casos de **dependencia** que sí se aproximan a los de la población general, con la precaución estadística que hay que tener cuando hablamos de tasas tan pequeñas.

Las familias de los médicos necesitan más apoyo y en ellas hay más casos de discapacidad y de dependencia que en las de las mujeres, lo cual se explicaría porque las mujeres son más jóvenes (y, en buena lógica lo es también su familia) y viven solas con más frecuencia.

Los médicos y médicas comprendidos entre los 36-50 años refieren que alguno de sus miembros necesita algún tipo de ayuda para alguna de las AVD, rompiendo la relación casi lineal entre necesidad de ayuda y edad. Sin embargo, esa tónica no se mantiene cuando

hablamos de discapacidad, lo que nos lleva a pensar en las familias de los colegiados de ese rango de edad donde se concentre la posible bolsa de personas con situaciones de discapacidad no reconocida.

Las **prestaciones públicas** gozan de un conocimiento medio, medio-bajo entre las personas encuestadas, hecho sorprendente en la medida en que, como profesionales de la salud, los médicos y médicas están en contacto con realidades que requieren de esos servicios. En ese mismo sentido, el grado de conocimiento no crece con la edad, como, según acabamos de argumentar, sería previsible.

Las mujeres, en general, conocen más los servicios y prestaciones; el hecho de que haya una discapacidad también hace más probable que se conozca el conjunto de servicios propuestos, al igual que el uso de los mismos que, en todo caso es bajo.

De cara a una **futura situación de dependencia**, la permanencia en el hogar es la opción preferida por las personas encuestadas, más en las mujeres y en las franjas de menor edad.

Es este un hecho que se constata en diferentes fuentes y estudios y que debería de ser tomado en cuenta por la Fundación, planteando fórmulas que ofrezcan el soporte suficiente a los médicos y médicas que lo requieran para satisfacer ese deseo.

Las previsiones de futuro individuales, tienen una presencia baja. Sólo el seguro de vida y el plan de pensiones alcanzan tasas relevantes. En ello puede pesar la confianza en el entorno familiar y en el sistema público, a pesar de que, como vimos en el capítulo correspondiente, los ingresos de los profesionales de la medicina merman de manera sensible al alcanzar la jubilación.

En ese sentido, la Fundación tal vez pudiera acercar ese tipo de medidas individuales para que sean tenidas en cuenta por los colegiados y las colegiadas, sobre todo teniendo en cuenta la alta tasa de personas que no se han planteado ese tipo de cuestiones.

Las personas encuestadas detectan **hábitos y circunstancias que son nocivas** para la salud y la calidad de vida, entre las que destacan las ligadas al ejercicio profesional y la presión subsiguiente.

No obstante, hay otra serie de hábitos que recaen en la esfera más personal, como son el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el descuido de la salud y el tabaquismo que, a juicio de las personas entrevistadas siguen teniendo una incidencia media, media-alta entre el colectivo médico.

A la hora de diseñar programas de salud dirigidos a los médicos y médicas, deben tenerse en cuenta esos hábitos, sobre todo en los aspectos ligados a la profesión, ya que el estrés o burnout no pueden aceptarse como condiciones inherentes al ejercicio profesional,

A tenor de los datos obtenidos, son justamente esos programas los que los médicos/as valoran como más importantes en la mejora de su salud y de su calidad de vida. Sin perder de vista que todos los programas propuestos alcanzan una valoración más positiva en el conjunto de la muestra.

Si anteriormente hemos dicho que la jornada laboral de los médicos/as es sustancialmente superior a la de la población general, se entenderá que dispongan de poco tiempo libre para dedicarlo a cuestiones personales, como, en efecto, así ocurre.

Así, las **actividades de tiempo libre** que se desarrollan presentan frecuencias medias o medias bajas, predominando las menos proactivas.

Las circunstancias derivadas del ejercicio profesional son las que, con mayor frecuencia, se citan como razones que impiden desarrollar actividades en el tiempo libre, lo cual no puede llevarnos a pasar por alto el reconocimiento de la mala organización del tiempo por buena parte de personas encuestadas.

Sin negar la importancia de la carga de trabajo, hay que subrayar que las mujeres disponen de tiempo libre, y ello a pesar de que tienen jornadas laborales menores, lo que nos indica una mayor dedicación e implicación en las tareas de soporte, como así se confirma en la parte del cuestionario dedicada a la corresponsabilidad, pues sobre las mujeres recaen con más frecuencia las responsabilidades y tareas de atención a personas dependientes, cuidar a los hijos y de soporte del hogar.

La **corresponsabilidad en la atención de la familia** parece haber avanzado, pero no lo suficiente. Según nuestros datos, las médicas soportan, además de las tensiones a las que está sometido el colectivo, más carga de tarea y responsabilidad en el entorno familiar, lo cual puede hacer que empeoren sus condiciones laborales y que sean más vulnerables a factores psicosociales.

Difundir entre los médicos y médicas las actividades que realiza, las prestaciones y servicios que presta es una asignatura pendiente para la **Fundación** que queda retratada como una **gran desconocida**:

- En primer lugar porque los servicios y prestaciones alcanzan niveles muy bajos de conocimiento entre los potenciales beneficiarios de los mismos.
- Y en segundo, y no menos importante, porque los médicos y médicas sí que valoran positivamente el hecho de que esas prestaciones existan, en particular las referidas a las que tienen como objeto la mejora de la salud y de la calidad de vida de los profesionales.

Los médicos conocen más las prestaciones de la Fundación, seguramente por la distribución del sexo en función de la edad, pues a medida que ésta aumenta lo hace también el conocimiento de las prestaciones.

El hecho de tener una persona con discapacidad no influye sobre el grado de conocimiento de las prestaciones.

Sin embargo, las mujeres valoran más que los hombres la posibilidad de contar con el conjunto de prestaciones que ofrece la Fundación y, según la edad, los más jóvenes y los encuestados de más edad, son los que más valoran poder contar con las prestaciones.

En el caso de los médicos y médicas que cuentan con una persona con discapacidad en su núcleo familiar, sí que se produce una valoración más alta en cuanto a la posibilidad de contar con el conjunto de prestaciones que ofrece la Fundación a los médicos y médicas colegiados.

La tasa de los que refieren no haber recibido nunca información de las actividades de la Fundación es del 46,4%, lo cual indica el poco éxito de la política de comunicación seguida hasta ahora.

De los datos obtenidos se desprende la idea de que sólo va calando, como el agua fina, por la inercia y el paso del tiempo, y aún así, sigue habiendo demasiadas personas que refieren no haber recibido nunca información sobre las actividades y prestaciones de la Fundación.

Por otro lado, entre los que sí han recibido información, predominan los juicios críticos, pues son muy pocos los que han quedado satisfechos con ella.

Los jóvenes y las mujeres (grupos convergentes como hemos venido apuntando) son los más críticos con la información recibida.

Los colegiados y colegiadas, por su parte, tampoco han hecho un acercamiento proactivo a la Fundación, pues pocos son los que se han interesado por su funcionamiento y sus actividades.

Sea como sea, parece que la información que se difunde no llega para informar, pero tampoco para provocar entre colegiados y colegiadas el interés suficiente para interesarse por la Fundación.

No obstante, entre los que han acudido motu proprio a interesarse por la Fundación, el juicio sobre la información recibida mejora en términos relativos.

Entre los hombres y los médicos/as de más edad es en los grupos en los que encontramos una mayor satisfacción con la información recibida una vez que ésta es recabada por propia iniciativa.

La difusión de las actividades, el incremento de la información entre colegiados y colegiadas se abre como una clara prioridad para la Fundación.

Desarrollar un plan de acogida de los colegiados o difundir experiencias personales sobre la utilidad de las prestaciones en los beneficiarios de las mismas pueden ser alternativas a considerar.



## V. Realidad actual y necesidades de protección social de los/as beneficiarios de la FPHOMC

Ofrecemos a continuación un resumen de los resultados de la encuesta realizada a los beneficiarios de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias. Esta encuesta tiene por objeto conocer:

- El perfil y las características de la población de beneficiarios.
- El estado de salud y la presencia de problemas de salud.
- Las situaciones de discapacidad y dependencia.
- El conocimiento y disfrute de prestaciones sociales de carácter público por parte de los beneficiarios.
- Los hábitos de vida y de participación social.
- El conocimiento y el acceso a las prestaciones de la Fundación.
- Las necesidades percibidas en materia de protección social.
- La opinión de los beneficiarios respecto al acceso a los servicios de la Fundación así como sobre los diferentes parámetros de la atención recibida.

### METODOLOGÍA

Metodología cuantitativa, sustanciada en una encuesta, según cuestionario estructurado, cuyas características exponemos a continuación.

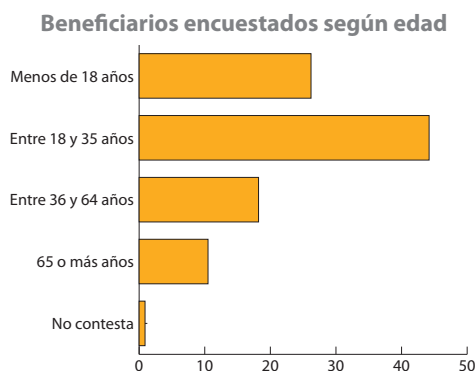
<b>Universo</b>	3.570 beneficiarios de la Fundación.
<b>Muestra</b>	351 beneficiarios obtenidos aleatoriamente con cuotas de género y edad.
<b>Sujeto de la entrevista</b>	El beneficiario de la prestación si estaba en condiciones de responder. El tutor en caso de menores o de otros beneficiarios que no podían responder por sí mismos.
<b>Tipo de entrevista</b>	Telefónica con soporte CATI.
<b>Error muestral</b>	±4,97% al Nivel de Confianza del 95,5%.
<b>Variables de análisis generales</b>	Sexo y edad.
<b>Otras variables de análisis</b>	Discapacidad, tipo de ayuda recibida de la Fundación, necesidad de ayuda en la vida diaria.

## PERFIL DE LOS BENEFICIARIOS ENCUESTADOS

### Datos globales

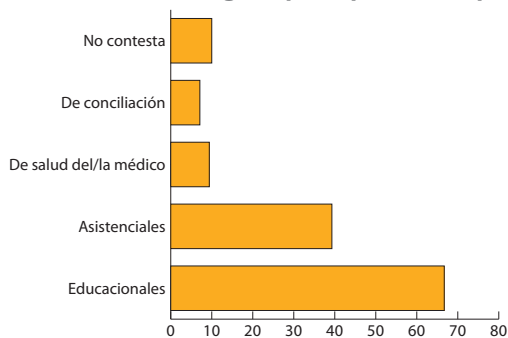
Ofrecemos, en primer lugar, una descripción de las características de las personas encuestadas, atendiendo a sus variables sociodemográficas.

En cuanto a la edad, vemos cómo la mayoría de encuestados se sitúan por debajo de los 35 años y de ellos, aproximadamente una cuarta parte, es menor de edad.



Esta distribución atendiendo a la edad, resulta coherente si atendemos al tipo de prestación que reciben y observamos que algo más de seis de cada diez beneficiarios reciben una prestación educativa.

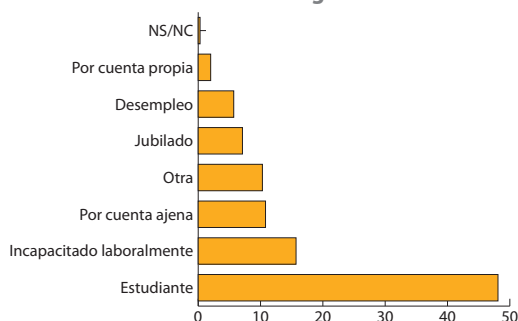
### Beneficiarios encuestados según tipo de prestación que reciben



Por otra parte, las prestaciones de carácter asistencial se aproximan al cuarenta por ciento, mientras que las destinadas a los médicos en activo no alcanzan un veinte por ciento del total; no obstante, las menos frecuentes son las prestaciones de conciliación (ayuda mensual para residencia).

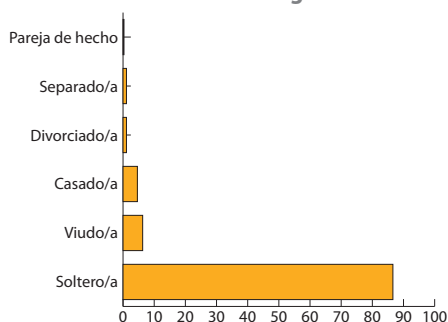
La mayoría de las personas encuestadas, casi la mitad de las mismas, son estudiantes, como cabía esperar en función de la edad y del tipo de ayuda que reciben de la Fundación.

### Beneficiarios entrevistados según situación laboral



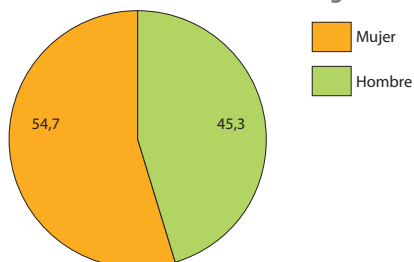
Y también como cabe esperar en función de la edad, la gran mayoría de encuestados es soltero o soltera. Aunque a mucha distancia, el segundo estado civil más frecuente es el de viudedad, dato que cobra sentido si se tiene en cuenta que la viudedad es una de las prestaciones que ofrece la Fundación.

### Beneficiarios encuestados según estado civil



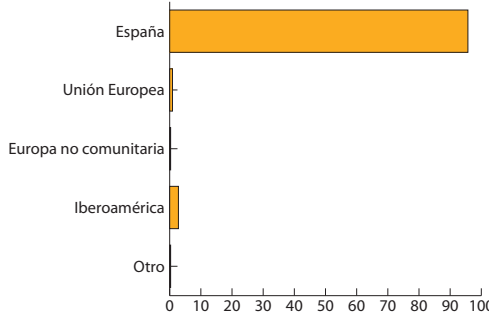
En lo que respecta al sexo, observamos una mayor presencia de mujeres beneficiarias que superan en nueve puntos porcentuales a los hombres beneficiarios de la Fundación.

### Beneficiarios entrevistados según sexo



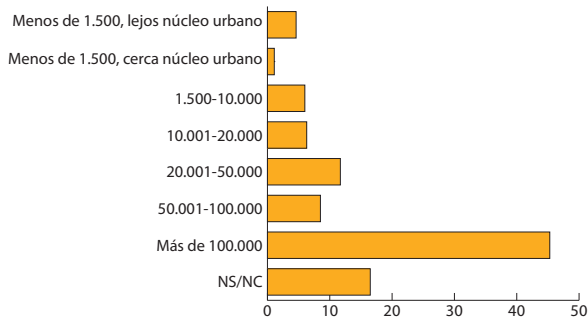
Aunque una abrumadora mayoría de encuestados es de origen español, hay que apuntar a un incipiente porcentaje de beneficiarios que provienen de países iberoamericanos, cuya tasa se aproxima al tres por ciento.

### Beneficiarios entrevistados según país de origen



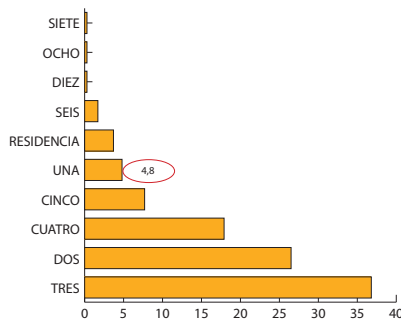
Más de la mitad de encuestados residen en hábitat urbano, si bien los datos recogidos nos indican que más de un diez por ciento de ellos viven en localidades de menos de 10.000 habitantes, y casi un seis por ciento en pueblos de menos de 1.500 habitantes.

### Beneficiarios entrevistados según CCAA de residencia



En cuanto a la composición del hogar, lo más habitual es que sean tres las personas que conviven en la unidad familiar, situación en la que están más de un tercio de entrevistados.

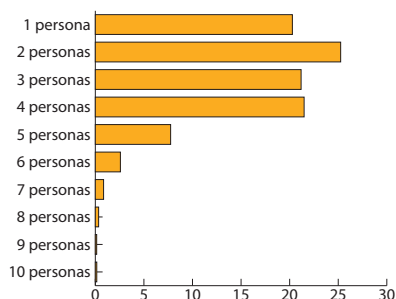
### Beneficiarios entrevistados según nº de personas que conviven en el hogar



Si comparamos este dato con el referido a la población general, encontramos un cierto contraste, pues en ese caso, en el de la población general, lo más habitual es que sean dos las personas que conviven en el hogar, tal y como puede verse en el gráfico siguiente.



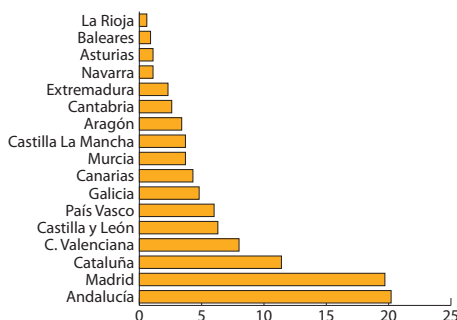
### Nº de personas que conviven en el hogar (población general)



Las diferencias en cuanto a la composición del hogar, nuevamente hemos de explicarlas en cuanto a las características del universo de beneficiarios, en el que, como se ha comentado, tienen un peso muy alto las personas jóvenes que están estudiando.

Finalizamos esta descripción de las personas entrevistadas, ofreciendo los datos de su distribución según la Comunidad Autónoma de residencia.

### Beneficiarios entrevistados según CCAA de residencia



Al igual que ocurre con la población general, las comunidades de Andalucía, Madrid, Cataluña y la Comunidad Autónoma Valenciana, suponen más de un cincuenta por ciento del total.

Para ir un poco más allá de ese perfil tipo, hemos de analizar estas características sociodemográficas; y vamos a hacerlo atendiendo a tres variables: el sexo, la edad y la presencia de una discapacidad.

### Análisis según la edad de la persona encuestada

Si analizamos el sexo según la edad, observamos que la tasa de hombres es mayor a la de mujeres en el rango de edad "36-64 años", mientras que la mayor diferencia en cuanto a presencia de mujeres, se registra a partir de los 65 años, intervalo de edad en la tasa de mujeres en más del doble que la de hombres.

Personas encuestadas según sexo y edad (porcentajes)					
	TOTAL	Menos de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	65 o más años
N	351	92	155	64	37
Hombre	45,3	42,4	45,8	57,8	32,4
Mujer	54,7	57,6	54,2	42,2	67,6

La mayor tasa de personas solteras, como por otra parte es lógico, la encontramos entre los más jóvenes y la de viudos y viudas entre los beneficiarios de más edad, donde también se da un mayor porcentaje de casados y separados.

En cuanto al país de procedencia, siendo mayoritario el origen español, se observa un sensible aumento de beneficiarios de otros países, en particular del ámbito iberoamericano, que alcanza una tasa del 10,8% en el intervalo de sesenta y cinco o más años, intervalo en el que también se recoge la presencia de beneficiarios originarios de otros países.

Las personas beneficiarias viven, de manera mayoritaria en núcleos urbanos; cuando analizamos la variable hábitat según la edad, el dato más apreciable es que el 13,5% de los mayores de sesenta y cinco años reside en poblaciones pequeñas; ello provoca que la tasa de los que residen en ciudades de más de cien mil habitantes, sean o no capitales de provincia, sea la más baja (un 32,4%, frente al 47,8% de los menores de 18 años).

El porcentaje de beneficiarios que viven solos crece a medida que crece la edad (es lo más frecuente en el grupo de edad de sesenta y cinco o más años), así como el de los que viven en residencias.

Por lo que respecta a los menores de treinta y cinco años, lo más frecuente es que convivan tres personas; mientras que en la franja de edad delimitada por los treinta y seis y los sesenta y cuatro años, lo más habitual es que sean dos las personas que conviven en el hogar.

Veamos, finalmente, la relación entre la edad y el tipo de prestación recibida.

Personas encuestadas según tipo de prestación que reciben y edad (porcentajes)					
	TOTAL	Menos de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	65 o más años
N	351	92	155	64	37
Educacionales	66,7	89,1	87,1	6,3	27,0
Asistenciales	39,3	22,8	26,5	76,6	67,6
De salud del/la médico	9,4	6,5	11,0	4,7	16,2
De conciliación	7,1	3,3	5,8	1,6	29,7
No contesta	10,5	8,7	7,7	18,8	13,5

Las prestaciones educacionales se concentran en los menores de treinta y cinco años (el hecho de que encontremos prestaciones de este tipo en franjas de edad superiores encuentra su explicación en la posibilidad de coexistencia de más de una prestación en el seno de una familia).

Las prestaciones asistenciales tienen una mayor tasa en los beneficiarios comprendidos entre los treinta y seis y los sesenta y cuatro años y, aunque en menor medida, en los de sesenta y cinco o más años.

## Análisis según el sexo de la persona entrevistada

Describamos ahora el conjunto de personas entrevistadas tomando en cuenta el sexo como variable independiente, lo cual nos permitirá reparar en ciertas diferencias que se registran entre hombres y mujeres.

Así, tomando en cuenta el estado civil, dentro del que predomina la categoría “soltero”, observamos que hay más mujeres en situación de viudedad, superando a los hombres viudos en nueve puntos porcentuales; así mismo, la tasa de hombres casados supera a la de mujeres en cinco puntos.

Personas encuestadas según estado civil y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	Hombre	Mujer
N	351	159	192
Soltero/a	86,6	89,3	84,4
Viudo/a	6,3	1,3	10,4
Casado/a	4,6	7,5	2,1
Separado/a	1,1	0,6	1,6
Divorciado/a	1,1	0,6	1,6
Pareja de hecho	0,3	0,6	0

En cuanto al país de origen, el porcentaje de beneficiarios de origen español es muy similar en hombres y en mujeres (un punto porcentual por encima el caso de los hombres de origen español). Ahora bien, mientras que en el caso de los hombres el resto de posibles orígenes nacionales se distribuye de forma más o menos homogénea, en el caso de mujeres se aprecia una concentración en el ámbito iberoamericano que, con un 3,6%, casi que duplica la tasa de hombres que provienen de alguno de esos países.

Por lo que respecta al hábitat, apenas se detectan diferencias entre hombres y mujeres. El único dato a subrayar es la mayor presencia de hombres en núcleos de población pequeños y alejados de un núcleo urbano, variación que se sustancia en una diferencia de algo más de tres puntos porcentuales.

Por lo que respecta a la situación laboral, son pocas las diferencias que se aprecian en cuanto al sexo de las personas encuestadas, siendo de destacar la mayor tasa de hombres en situación de incapacidad laboral (supera en casi seis puntos porcentuales a la de mujeres). El caso contrario lo encontramos en la categoría “jubilado/a” en la que hay una sensible mayoría de mujeres.

Personas encuestadas situación laboral y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	Hombre	Mujer
N	351	159	192
Estudiante	48,1	49,7	46,9
Incapacitado/a laboralmente	15,7	18,9	13
Trabaja por cuenta ajena	10,8	10,7	10,9
Otra	10,3	8,8	11,5
Jubilado/a	7,1	5,7	8,3
Desempleo	5,7	5	6,3
Trabaja por cuenta propia	2,0	1,3	2,6

Y por lo que atañe al número de personas que conviven en el hogar, la distribución según el sexo es muy similar.

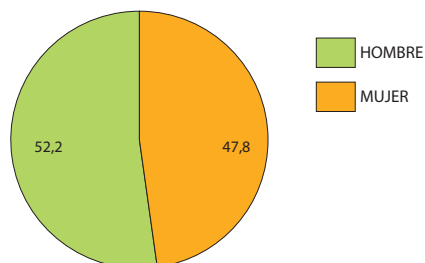
Como ya hemos visto, las prestaciones más frecuentes son las educacionales y, visto a la luz del sexo de las personas entrevistadas, cabe señalar cómo en esa categoría hay una diferencia de casi cuatro puntos a favor de las mujeres. En el caso de las pensiones asistenciales se invierte la tendencia y son casi tres los puntos porcentuales en los que los hombres que reciben alguna prestación de ese tipo superan a las mujeres (49,9% frente a 38,0%).

Personas encuestadas prestación recibida y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	Hombre	Mujer
N	351	159	192
Educacionales	66,7	64,8	68,2
Asistenciales	39,3	40,9	38,0
De salud del/la médico	9,4	10,1	8,9
De conciliación	7,1	6,3	7,8
No contesta	10,5	9,4	11,5

## Análisis según la presencia de discapacidad

Veamos, en primer lugar, la relación entre sexo y discapacidad y, como podemos observar, la discapacidad es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, con una diferencia de cinco puntos porcentuales entre los hombres y mujeres con discapacidad (52,2% frente a 47,8%).

### Personas encuestadas que tienen reconocida una discapacidad según sexo



Aún siendo minoritaria la tasa de los beneficiarios y beneficiarias que poseen una discapacidad reconocida igual o superior al 33%, observamos que en el intervalo de edad delimitado por los treinta y seis y los sesenta y cuatro años, es en el que, proporcionalmente, se dan más casos de discapacidad.

Personas encuestadas según edad y presencia de discapacidad (porcentajes)			
	TOTAL	Sí	No
N	351	90	261
Menos de 18 años	26,2	1,1	34,9
Entre 18 y 35 años	44,2	11,1	55,6
Entre 36 y 64 años	18,2	65,6	1,9
65 o más años	10,5	22,2	6,5
No contesta	0,9	-	1,1

Más de la mitad (56,7%) de situaciones de discapacidad corresponden a personas en situación de incapacidad laboral y, en mucha menor medida, por beneficiarios jubilados.

Personas encuestadas según ocupación y presencia de discapacidad (porcentajes)			
	TOTAL	Sí	No
N	351	90	261
Estudiante	48,1	3,3	63,6
Incapacitado laboralmente	15,7	56,7	1,5
Por cuenta ajena	10,8	10,0	11,1
Jubilado	7,1	14,4	4,6
Desempleo	5,7	4,4	6,1
Por cuenta propia	2,0	1,1	2,3
Otra	10,3	8,9	10,7
NS/NC	0,3	1,1	0

Tomando de manera conjunta la prestación que recibe la persona beneficiaria y la presencia, o no, de discapacidad, nos encontramos con que tres cuartas partes de las personas con discapacidad reciben algún tipo de prestación asistencial; el otro cuarto de entrevistados con discapacidad se distribuye entre los que reciben otro tipo de prestaciones, destacando (sin duda por su presencia mayoritaria en el conjunto de la encuesta) las de carácter educacional.

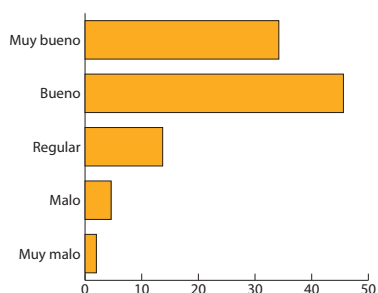
Beneficiarios según prestación que recibe y presencia de discapacidad (porcentajes; múltiple)			
	TOTAL	Sí	No
N	351	90	261
Asistenciales	39,3	75,6	26,8
Educacionales	66,7	12,2	85,4
De conciliación	7,1	11,1	5,7
De salud del/la médico	9,4	6,7	10,3
No contesta	10,5	15,6	8,8

## ESTADO DE SALUD

Con vistas a los objetivos del estudio, resulta del máximo interés indagar en las situaciones de salud-enfermedad de la muestra. Y lo hicimos, primeramente en un sentido subjetivo, pidiendo a los encuestados que definieran su estado de salud en una escala comprendida entre muy bueno y muy malo.

Tomando el conjunto de las personas entrevistadas, el estado de salud declarado es bueno o muy bueno en casi ocho de cada diez casos.

**Beneficiarios entrevistados según estado de salud declarado**



Sin embargo, es necesario analizar el estado de salud según otras variables, de manera que podamos saber un poco más de ese otro aproximado veinte por ciento que refiere tener un estado de salud regular, malo o muy malo.

Así, atendiendo al sexo del beneficiario o beneficiaria podemos advertir una tendencia a que la salud percibida por las mujeres sea sensiblemente peor que la de los hombres, pues si bien apenas

hay diferencias en cuanto a quienes declaran tener un estado de salud muy malo, sí las hay entre los que refieren un mal estado de salud: lo hace un 2,5% de hombres frente a un 6,3% de mujeres.

Beneficiarios según estado de salud declarado y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	Hombre	Mujer
N	351	159	192
Muy bueno	34,2	37,1	31,8
Bueno	45,6	42,8	47,9
Regular	13,7	15,7	12,0
Malo	4,6	2,5	6,3
Muy malo	2,0	1,9	2,1

Más allá de esa diferencia entre los sexos, cuando se aprecia una tendencia clara es cuando vemos el estado de salud tomando en cuenta la edad, pues es claro que aquél tiende a empeorar a medida que ésta aumenta.

Personas encuestadas según estado de salud declarado y edad (porcentajes)					
	TOTAL	Menos de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	65 o más años
N	351	92	155	64	37
Muy bueno	34,2	54,3	41,9	3,1	5,4
Bueno	45,6	41,3	53,5	43,8	24,3
Regular	13,7	3,3	3,2	42,2	35,1
Malo	4,6	1,1	0,6	6,3	27
Muy malo	2,0	0	0,6	4,7	8,1

La discapacidad es la variable que mejor explica la salud declarada. La mayoría de las personas con una discapacidad reconocida igual o superior al 33% (un 43,3%) refiere un estado de salud regular y casi un dieciocho por ciento asegura tener un estado de salud malo o muy malo.

Personas encuestadas según estado de salud y presencia de discapacidad (porcentajes)			
	TOTAL	Sí	No
N	351	90	261
Muy bueno	34,2	2,2	45,2
Bueno	45,6	36,7	48,7
Regular	13,7	43,3	3,4
Malo	4,6	11,1	2,3
Muy malo	2,0	6,7	0,4

A la luz de estos datos, el conjunto de beneficiarios y beneficiarias se nos divide en dos según su estado de salud; si bien tomados globalmente, gozan de un buen estado de salud, encontramos que las personas mayores y, sobre todo, las que están en una situación de discapacidad gozan de una salud sustancialmente peor.

El hecho de padecer un problema crónico de salud es, lógicamente, otra circunstancia de la que cabe esperar que lleve a declarar un peor estado de salud, y así es. Pero como podemos ver en la tabla siguiente, bastante más de un tercio de quienes afirman padecer algún problema crónico de salud, afirman tener una salud buena o muy buena.

Este hecho nos situaría problemas de salud crónicos que, de una u otra forma, están sujetos a control; hablaríamos de un adecuado cuidado personal con respecto a ese tipo de enfermedades que lleva a declarar buen estado de salud a pesar de padecerlas.

Personas encuestadas según estado de salud y presencia de problema crónico de salud (porcentajes)				
	TOTAL	Sí	No	N/C
N	351	96	254	1
Muy bueno	34,2	5,2	44,9	100
Bueno	45,6	32,3	50,8	-
Regular	13,7	40,6	3,5	-
Malo	4,6	15,6	0,4	-
Muy malo	2,0	6,3	0,4	-

En cualquier caso, la tasa de personas que padecen una enfermedad crónica no llega a superar un tercio del total de la muestra.

Dentro de ese grupo de personas encuestadas que refieren padecer algún problema crónico de salud, apenas hay diferencias en cuanto al sexo, puesto que hombres y mujeres se mantienen en tasas muy similares.

Sin embargo, en el impacto que tiene esa enfermedad crónica en la vida cotidiana, sí que se aprecian diferencias, pues según podemos ver en la siguiente tabla, la enfermedad causa más dificultades a los hombres que a las mujeres.

Personas encuestadas según incidencia de un problema crónico de salud en la vida diaria (porcentajes; base tienen problema crónico de salud)			
	TOTAL	Sí	No
N	96	44	52
Apenas influye	17,7	11,4	23,1
Me valgo por mí mismo en casa	26,0	34,1	19,2
No me valgo por mí mismo	27,1	15,9	36,5
Me impide desarrollar relaciones sociales	26,0	36,4	17,3



Es cierto que la tasa de respuesta para la categoría “No me valgo por mí mismo” es más alta en las mujeres, pero son menos los hombres que refieren que la enfermedad apenas influye en su vida y, sobre todo, es muy superior el porcentaje de hombres que afirman que la enfermedad les limita las relaciones sociales (36,4%) que el de las mujeres que están en esa situación (17,3%).

Así pues, de nuestros datos se desprende la idea de que las mujeres tienen peor estado de salud que los hombres, pero que el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana es mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

Veamos ahora de qué problemas de salud estamos hablando.

Personas entrevistadas según padecen ciertas enfermedades (porcentajes; múltiple)	
	TOTAL
N	351
Depresión, ansiedad	12,0
Dolor de espalda crónico	10,5
Artrosis	10,3
Dificultades de movilidad	10,3
Problemas de memoria	8,8
Deficiencias sensoriales	8,3
Problemas graves de Salud Mental	8,3
Hipertensión	7,7
Incontinencia	7,4
Varices	6,8
Cardiopatías	5,4
Hipercolesterolemia	5,4
Alergia	5,1
Anemia	4,6
Problemas de tiroides	4,6
Demencia	4,6
Asma	4,3
Bronquitis	3,7
Osteoporosis	3,7
Trastornos de la menopausia	3,4
Hemorroides	3,1
Diabetes	2,8
ACV	2,6
Problemas de próstata	2,3
Tumores	1,7
Parkinson	1,4

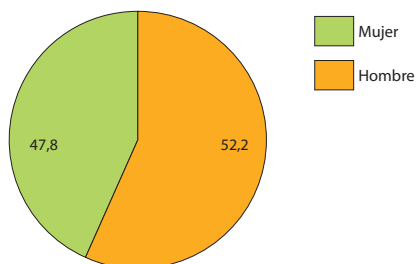
Sólo cuatro de las enfermedades propuestas superan la tasa del diez por ciento, siendo de destacar que las de mayor frecuencia son los trastornos afectivos.

## DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Las situaciones de discapacidad y dependencia son, sin lugar a dudas, uno de los aspectos clave que se deben considerar de cara al objeto del proyecto. En ese sentido se preguntó a las personas encuestadas si se encontraban en alguna de esas situaciones y, en su caso, por el grado de discapacidad o el nivel de dependencia reconocido.

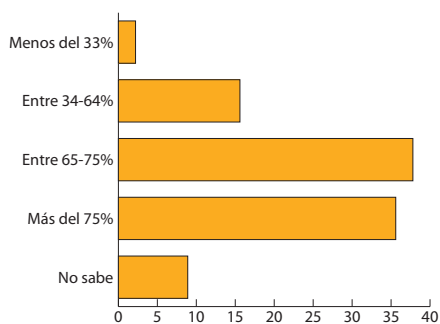
El primer dato es que una cuarta parte de los beneficiarios entrevistados tiene acreditada una situación de discapacidad. Como ya hemos comentado al describir el perfil de los encuestados, hay una mayor incidencia de discapacidad entre los hombres, cuya tasa de discapacidad supera en cinco puntos porcentuales a la de los hombres.

### Personas encuestadas que tienen reconocida una discapacidad según sexo



Lo más habitual entre quienes tienen reconocida una situación de discapacidad, es que el grado de discapacidad sea medio o alto y, así, más de tres cuartas partes de ellos, tienen una discapacidad superior al 64%.

### Beneficiarios entrevistados según porcentaje de discapacidad reconocido (base tienen certificado)



Si atendemos al sexo de las personas entrevistadas, vemos que en los hombres es más frecuente un grado medio de discapacidad (poco menos que la mitad de todos los hombres que tienen certificado) mientras que en las mujeres nos encontramos la mayor tasa en la categoría más alta en cuanto a grado de discapacidad (un 48,8% tiene reconocido más de un 75% de discapacidad).

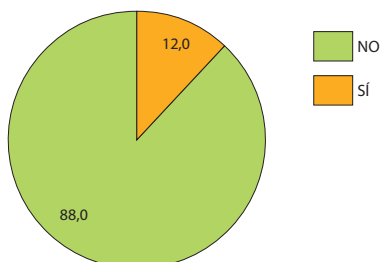
Personas encuestadas sexo y grado de discapacidad (porcentajes; base tienen certificado)			
	TOTAL	Hombre	Mujer
N	90	47	43
Menos del 33%	2,2	2,1	2,3
Entre el 34-64%	15,6	19,1	11,6
Entre el 65-75%	37,8	46,8	27,9
Más del 75%	35,6	23,4	48,8
No sabe	8,9	8,5	9,3

La relación entre grado de discapacidad y edad es prácticamente lineal: a medida que crece la edad, lo hace también el porcentaje de discapacidad reconocido.

Personas encuestadas según edad y grado de discapacidad (porcentajes; base tienen certificado)					
	TOTAL	Menos de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	65 o más años
N	90	1	10	59	20
Menos del 33%	2,1	-	10,0	5,0	-
Entre el 34-64%	15,6	-	10,0	15,3	20,0
Entre el 65-75%	37,8	100	40,0	45,8	10,0
Más del 75%	35,6	-	40,0	30,5	50,0
No sabe	8,9	-	-	8,5	15,0

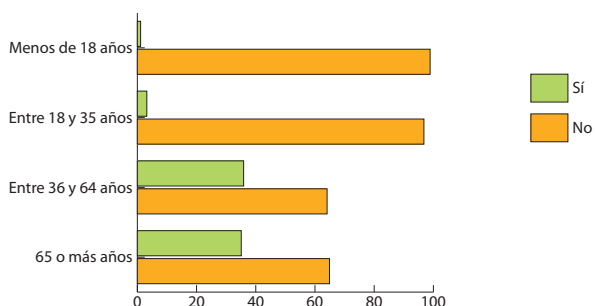
La tasa de personas que tienen reconocida una situación de dependencia, cae hasta el doce por ciento del total de entrevistados, tasa que es muy similar tanto en los hombres como en las mujeres, sin que se aprecie diferencia entre los sexos.

#### Beneficiarios entrevistados según tienen reconocida la situación de dependencia



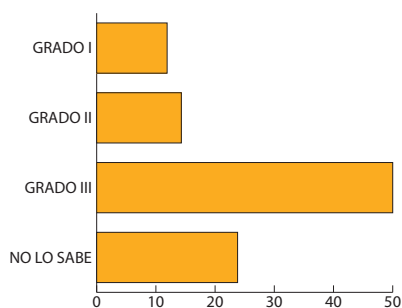
Con respecto a la edad, podemos observar cómo a partir de los treinta y cinco años, las situaciones de dependencia cobran una notable importancia, hecho que se puede entender por la composición del universo de beneficiarios que, a partir de cierta edad sólo tendría acceso a prestaciones asistenciales, lo cual hace más probable que, en ese grupo, se den situaciones de dependencia.

### Beneficiarios entrevistados según tienen reconocida una situación de dependencia y edad



La mitad de los que sí tienen reconocida la dependencia, la tienen en su mayor grado (Grado III) lo que, aún siendo muy bajo el número de casos, es coherente con el hecho ya referido de el alto grado de discapacidad que tienen reconocido las personas con certificado de discapacidad.

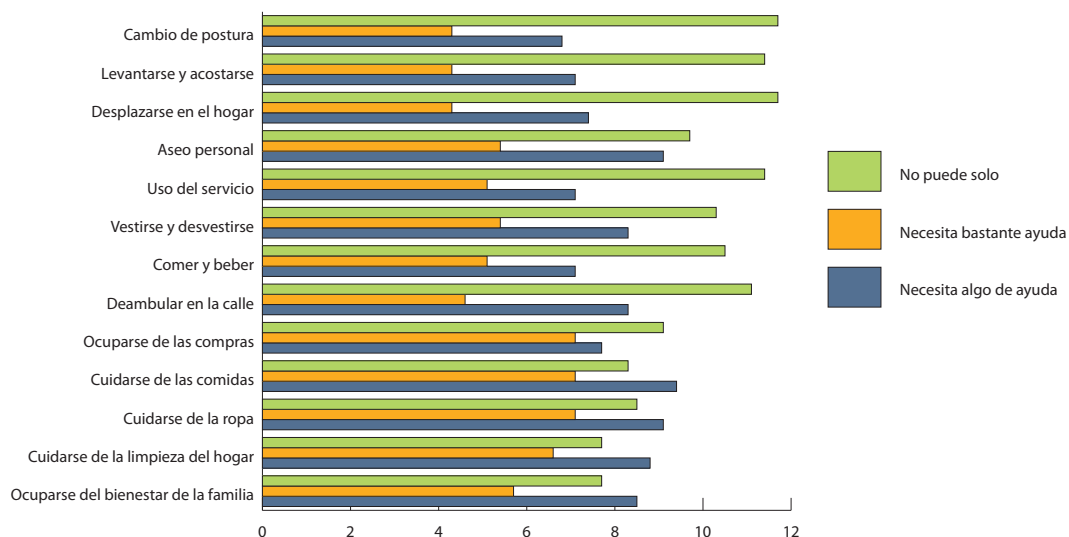
### Beneficiarios entrevistados según grado de dependencia reconocido (base tienen reconocida situación de dependencia)



Según el género, observamos que entre las mujeres es más probable encontrar un mayor grado de dependencia: más de la mitad de las mujeres con situación de dependencia reconocida la tienen en Grado III (frente a un 42,2% de hombres) y un 17,40% tiene reconocido el Grado II (frente a un 10,50% de hombres).

Planteadas a los beneficiarios entrevistados una serie de actividades de la vida diaria para las que, eventualmente, pudieran necesitar ayuda, podemos observar que los porcentajes más altos de personas que no pueden realizar por sí mismas alguna de ellas, se sitúan próximos al doce por ciento, porcentaje que coincide con el de las personas con situación de dependencia reconocida.

## Beneficiarios entrevistados según necesidad de ayuda para actividades de la vida diaria



Analicemos ahora cómo se distribuye esa necesidad de apoyo en función de la edad y del sexo de las personas entrevistadas. Empecemos por las actividades que, según se declara, no se pueden realizar de manera autónoma.

Personas encuestadas actividades que no puede realizar solo y sexo (porcentajes)			
	TOTAL	Hombre	Mujer
N	351	159	192
Total	16,8	19,5	14,6
Cambio de postura	11,7	15,7	8,3
Desplazarse en el hogar	11,7	14,5	9,4
Levantarse y acostarse	11,4	14,5	8,9
Uso del servicio	11,4	14,5	8,9
Deambular en la calle	11,1	13,8	8,9
Comer y beber	10,5	13,8	7,8
Vestirse y desvestirse	10,3	13,8	7,3
Aseo personal	9,7	13,2	6,8
Ocuparse de las compras	9,1	11,9	6,8
Cuidarse de la ropa	8,5	10,1	7,3
Cuidarse de las comidas	8,3	10,7	6,3
Cuidarse de la limpieza del hogar	7,7	10,1	5,7
Ocuparse del bienestar de la familia	7,7	9,4	6,3

Atendiendo al sexo, vemos que son casi dos de cada diez hombres los que no pueden hacer por sí mismos alguna de las actividades propuestas, tasa que en el caso de las mujeres apenas llega al quince por ciento.

Ello se traduce en porcentajes más altos de hombres que no pueden realizar las actividades propuestas de forma independiente, actividades entre las que cabe destacar, cambiar de postura, desplazarse en el hogar, levantarse o acostarse, usar el servicio, deambular en la calle, comer y beber y vestirse/desvestirse.

Respecto a la menor tasa de hombres con reconocimiento de su situación de dependencia, sin perjuicio del error muestral (más alto cuanto más desagregamos los datos) podemos formular la hipótesis de que, por desconocimiento o por otras circunstancias, puede haber una bolsa de personas que no tramitan las ayudas de dependencia, siendo más frecuente que ello ocurra entre los hombres.

Con respecto a la edad, vemos que en el rango inferior, no se declara ningún caso en el que las actividades propuestas no se puedan hacer de manera autónoma, concentrándose todos ellos en el resto de intervalos de edad, en particular entre los 36 y los 64 años que, según hemos visto, es donde se encuentran tasas más altas de discapacidad.

Personas encuestadas según actividades de la vida diaria que no pueden realizar por sí mismas y edad (porcentajes)					
	TOTAL	Menos de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	65 o más años
N	351	92	155	64	37
Total	16,8	-	3,9	59,4	40,5
Cambio de postura	11,7	-	3,2	45,3	18,9
Desplazarse en el hogar	11,7	-	3,2	45,3	18,9
Levantarse y acostarse	11,4	-	3,2	45,3	16,2
Uso del servicio	11,4	-	2,6	43,8	21,6
Deambular en la calle	11,1	-	2,6	40,6	24,3
Comer y beber	10,5	-	2,6	42,2	16,2
Vestirse y desvestirse	10,3	-	1,9	40,6	18,9
Aseo personal	9,7	-	1,9	37,5	18,9
Ocuparse de las compras	9,1	-	3,2	32,8	16,2
Cuidarse de la ropa	8,5	-	3,2	28,1	18,9
Cuidarse de las comidas	8,3	-	2,6	26,6	21,6
Cuidarse de la limpieza del hogar	7,7	-	3,2	25,0	16,2
Ocuparse del bienestar de la familia	7,7	-	3,2	23,4	18,9

## ACCESO A PRESTACIONES

A los efectos del proyecto, resulta de enorme interés conocer el grado de penetración que las prestaciones de carácter público tienen en el conjunto de los beneficiarios. Para ello se les ofreció una lista de prestaciones con la que se pretendía medir:

- El grado de conocimiento del que gozan cada una de ellas.
- Cuál o cuáles usa la persona encuestada.
- La satisfacción con aquellas que usa o de las que es beneficiaria.
- En cualquier caso, la importancia que concede a la posibilidad de disponer de cada una de esas prestaciones a lo largo de su vida.

Un vistazo a los resultados, pone de manifiesto un conocimiento medio-alto del conjunto de prestaciones ofrecidas para su valoración.

Personas encuestadas según acceso y valoración a prestaciones públicas				
Prestaciones	Conoce (%)	Es beneficiario (%)	Valora (1-5)	Considera importante (%)
Servicios de información, diagnóstico, orientación	72,4	31,1	3,82	70,7
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	71,5	21,7	3,71	65,2
Servicio de asesoramiento especializado	70,4	19,1	3,61	65,5
Servicios de apoyo a las familias	70,4	17,9	3,44	67,5
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	69,2	15,7	3,22	66,4
Residencias	69,2	15,1	3,40	64,7
Servicios de atención a las necesidades del hogar	68,9	18,2	3,41	67,8
Centros de atención diurna (centros de día)	68,9	14,2	3,44	55,8
Pisos o viviendas tuteladas	68,9	11,4	3,20	60,7
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	68,7	16,2	3,25	66,7
Teleasistencia	68,7	15,4	3,09	66,7
Ayudas técnicas o productos de apoyo	68,7	12,8	3,40	63,2
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	68,7	10,5	3,38	65,2
Servicios de promoción de la autonomía personal	68,4	19,7	3,39	60,1
				...

Personas encuestadas según acceso y valoración a prestaciones públicas				
Prestaciones	Conoce (%)	Es beneficiario (%)	Valora (1-5)	Considera importante (%)
Servicio de rehabilitación	68,4	11,1	3,31	67,0
Servicio de fisioterapia	68,4	10,8	3,32	68,9
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	68,1	22,2	3,44	64,4
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	68,1	14,5	3,24	64,4
Centros de atención de noche	68,1	11,7	3,24	64,1
Apoyo de asistente personal para la autonomía	68,1	10,5	3,27	64,4
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	68,1	9,1	3,25	61,8
Servicios de respiro	67,2	10,8	3,13	62,4

En efecto, todas las prestaciones y servicios son conocidos, como mínimo, por el sesenta y siete por ciento de las personas encuestadas, siendo los que gozan de mayor penetración entre los encuestados los Servicios de información, diagnóstico y orientación, los Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones, el Servicio de asesoramiento especializado y los Servicios de apoyo a las familias, servicios conocidos por más del setenta por ciento de encuestados.

Igualmente, según los datos obtenidos, para el conjunto de encuestados es importante contar en el futuro con esos servicios y prestaciones, pues en todos los casos supera el sesenta por ciento la tasa de encuestados que así lo considera. Destacan, en ese sentido, los Servicios de información, diagnóstico, orientación, valorado como importante por más del setenta por ciento de encuestados.

Con todo, se trata de prestaciones y servicios poco usados por los beneficiarios de la Fundación: tan sólo encontramos tasas de uso superiores al veinte por ciento en los Servicios de información, diagnóstico y orientación, los Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones y los Servicios de prevención de las situaciones de dependencia.

En cualquier caso, la valoración que se hace del funcionamiento de esos servicios por parte de quienes los usan se sitúa levemente por encima del punto medio de la escala (situado en tres) en todos los servicios y prestaciones.

Si analizamos el conocimiento que tienen de ese conjunto de prestaciones los beneficiarios de la Fundación, podemos observar que, en todos los casos, es mayor entre las mujeres.

Además de en cuanto a conocimiento, encontramos diferencias en cuanto al uso de los servicios y prestaciones entre los hombres y las mujeres encuestados. Cabría esperar que la relación entre conocimiento y uso fuese más lineal, pero como podemos ver las tasas de uso de los servicios y prestaciones son muy parejas, con diferencias del orden de los tres puntos porcentuales entre hombres y mujeres, tasa superada por el Servicio de fisioterapia y el Apoyo de asistente personal para la autonomía (usados respectivamente por un 3,7% y un 3,2% más de mujeres que de hombres) y el Servicio de apoyo a las familias (usado por un 5,2% de hombres).



Veámoslo de forma resumida en la tabla siguiente.

Personas encuestadas según uso de las prestaciones públicas y sexo (porcentajes)			
	Total	Hombres	Mujeres
Servicios de información, diagnóstico, orientación	31,1	29,6	32,3
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	22,2	22	22,4
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	21,7	20,8	22,4
Servicios de promoción de la autonomía personal	19,7	20,8	18,8
Servicio de asesoramiento especializado	19,1	19,5	18,8
Servicios de atención a las necesidades del hogar	18,2	18,2	18,2
Servicios de apoyo a las familias	17,9	20,8	15,6
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	16,2	15,7	16,7
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	15,7	16,4	15,1
Teleasistencia	15,4	15,7	15,1
Residencias	15,1	14,5	15,6
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	14,5	14,5	14,6
Centros de atención diurna (centros de día)	14,2	13,2	15,1
Ayudas técnicas o productos de apoyo	12,8	13,2	12,5
Centros de atención de noche	11,7	11,9	11,5
Pisos o viviendas tuteladas	11,4	11,3	11,5
Servicio de rehabilitación	11,1	10,1	12
Servicio de fisioterapia	10,8	8,8	12,5
Servicios de respiro	10,8	10,1	11,5
Apoyo de asistente personal para la autonomía	10,5	8,8	12
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	10,5	9,4	11,5
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	9,1	8,2	9,9

En cuanto a la importancia de la posibilidad de contar con los diferentes servicios y prestaciones, nuevamente nos encontramos con valoraciones muy parejas entre hombres y mujeres.

Personas encuestadas según valoración de la importancia de las prestaciones públicas y sexo (porcentajes)			
	Total	Hombres	Mujeres
Servicios de información, diagnóstico, orientación	70,7	71,1	70,3
Servicio de asesoramiento especializado	68,9	69,2	68,8
Servicios de apoyo a las familias	67,8	68,6	67,2
Servicios de atención a las necesidades del hogar	67,5	68,6	66,7
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	67,0	68,6	65,6
Centros de atención diurna (centros de día)	66,7	69,2	64,6
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	66,7	68,6	65,1
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	66,4	66,0	66,7
Servicios de promoción de la autonomía personal	65,5	67,9	63,5
Residencias	65,2	66,0	64,6
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	65,2	65,4	65,1
Teleasistencia	64,7	64,2	65,1
Apoyo de asistente personal para la autonomía	64,4	66,0	63,0
Ayudas técnicas o productos de apoyo	64,4	66,7	62,5
Servicio de rehabilitación	64,4	67,3	62,0
Servicio de fisioterapia	64,1	66,0	62,5
Centros de atención de noche	63,2	64,8	62,0
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	62,4	64,2	60,9
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	61,8	64,2	59,9
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	60,7	61,0	60,4
Pisos o viviendas tuteladas	60,1	59,1	60,9
Servicios de respiro	55,8	57,2	54,7

No obstante cabe destacar que en la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, el Servicio de fisioterapia, los Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras, las Ayudas técnicas o productos de apoyo, la Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad, los Servicios de promoción de la autonomía personal, los Centros de atención diurna y el Servicio de rehabilitación, la tasa de hombres que considera importantes estos servicios supera a la de mujeres con diferencias que oscilan entre los tres y los cinco puntos porcentuales.

Además del sexo, la edad es una variable determinante sobre el conocimiento de las prestaciones y servicios de carácter público. No es sólo que se dé una correlación casi perfecta en todos los servicios evaluados (a más edad más conocimiento), es que, vistos los datos, se aprecia un corte claro en los treinta y cinco años, corte a partir del cual se polarizan los datos.

En los menores de esa edad se registran tasas de conocimiento de los servicios del orden de entre el sesenta y el sesenta y cinco por ciento; en los que superan los treinta y cinco años la tasa de personas que conocen los diferentes servicios se sitúan entre el ochenta y el noventa por ciento, superando, en ocasiones, ese porcentaje.

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones públicas según edad (porcentajes)				
	<18 años	18-35 años	36-64 años	>64 años
Servicios de información, diagnóstico, orientación	65,2	65,8	87,5	94,6
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	65,2	66,5	84,4	89,2
Servicios de apoyo a las familias	62,0	63,9	89,1	89,2
Servicio de asesoramiento especializado	62,0	64,5	87,5	89,2
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	63,0	61,9	87,5	89,2
Residencias	63,0	61,3	84,4	94,6
Servicios de atención a las necesidades del hogar	63,0	63,2	84,4	83,8
Centros de atención diurna (centros de día)	62,0	61,9	84,4	91,9
Pisos o viviendas tuteladas	62,0	61,9	84,4	91,9
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	60,9	62,6	85,9	86,5
Teleasistencia	60,9	61,3	87,5	89,2
Ayudas técnicas o productos de apoyo	62,0	63,9	81,3	89,2
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	60,9	62,6	85,9	86,5

...

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones públicas según edad (porcentajes)				
	<18 años	18-35 años	36-64 años	>64 años
Servicios de promoción de la autonomía personal	63,0	62,6	82,8	83,8
Servicio de rehabilitación	60,9	62,6	82,8	89,2
Servicio de fisioterapia	60,9	62,6	82,8	89,2
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	60,9	65,2	79,7	81,1
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	64,1	61,3	81,3	86,5
Centros de atención de noche	62,0	60,6	84,4	91,9
Apoyo de asistente personal para la autonomía	60,9	62,6	82,8	86,5
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	60,9	62,6	82,8	86,5
Servicios de respiro	63,0	59,4	84,4	83,8

Esa misma tendencia se aprecia en cuanto al uso de los servicios y prestaciones, si bien de manera menos acusada, en particular en Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre y en los Servicios de atención a las necesidades del hogar.

Personas encuestadas según uso de servicios y prestaciones públicas y edad (porcentajes)				
	<18 años	18-35 años	36-64 años	>64 años
Apoyo de asistente personal para la autonomía	6,5	3,9	20,3	29,7
Ayudas técnicas o productos de apoyo	8,7	7,7	20,3	32,4
Centros de atención de noche	9,8	7,1	17,2	27,0
Centros de atención diurna (centros de día)	9,8	8,4	26,6	27,0
Pisos o viviendas tuteladas	7,6	6,5	18,8	27,0
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	5,4	3,9	15,6	27,0
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	5,4	4,5	21,9	27,0
Residencias	9,8	7,1	21,9	48,6
Servicio de asesoramiento especializado	8,7	10,3	40,6	43,2

...

Personas encuestadas según uso de servicios y prestaciones públicas y edad (porcentajes)				
	<18 años	18-35 años	36-64 años	>64 años
Servicio de fisioterapia	5,4	3,9	21,9	32,4
Servicio de rehabilitación	5,4	4,5	20,3	35,1
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	12,0	14,2	40,6	43,2
Servicios de apoyo a las familias	9,8	12,9	34,4	29,7
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	12,0	9,0	25,0	24,3
Servicios de atención a las necesidades del hogar	12,0	12,9	31,3	32,4
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	9,8	9,0	31,3	35,1
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	8,7	9,7	32,8	29,7
Servicios de información, diagnóstico, orientación	17,4	21,3	53,1	67,6
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	9,8	15,5	42,2	45,9
Servicios de promoción de la autonomía personal	12,0	11,6	40,6	35,1
Servicios de respiro	6,5	6,5	20,3	21,6
Teleasistencia	8,7	7,7	31,3	37,8

Ese corte al que aludíamos, establecido en los treinta y cinco años, sin diluirse, merma considerablemente cuando lo que se pregunta es por la importancia que se concede a la posibilidad de disponer de esos servicios y prestaciones.

Sigue habiendo una estrecha relación entre edad y consideración de importancia (a mayor edad se concede más importancia), pero ahora las diferencias no son tan extremas.

Personas encuestadas según importancia concedida a servicios y prestaciones públicas y edad (porcentajes)				
	<18 años	18-35 años	36-64 años	>64 años
Apoyo de asistente personal para la autonomía	56,5	63,2	78,1	64,9
Ayudas técnicas o productos de apoyo	59,8	63,9	73,4	62,2
Centros de atención de noche	58,7	65,2	65,6	64,9
Centros de atención diurna (centros de día)	59,8	67,1	76,6	67,6
Pisos o viviendas tuteladas	53,3	64,5	59,4	62,2
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	55,4	63,2	65,6	64,9
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	55,4	63,9	67,2	64,9
Residencias	58,7	65,2	71,9	73,0
Servicio de asesoramiento especializado	60,9	67,7	79,7	75,7
Servicio de fisioterapia	56,5	63,9	70,3	73,0
Servicio de rehabilitación	56,5	63,9	71,9	73,0
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	63,0	66,5	70,3	73,0
Servicios de apoyo a las familias	62,0	67,1	76,6	73,0
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	54,3	60,0	71,9	62,2
Servicios de atención a las necesidades del hogar	60,9	65,2	79,7	75,7
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	58,7	65,2	73,4	81,1
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	60,9	65,8	76,6	70,3
Servicios de información, diagnóstico, orientación	63,0	71,0	78,1	78,4
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	57,6	67,1	75,0	62,2
Servicios de promoción de la autonomía personal	55,4	63,9	79,7	75,7
Servicios de respiro	50,0	58,7	54,7	62,2
Teleasistencia	57,6	65,8	70,3	70,3

Atendiendo al hecho de tener reconocida, o no, una situación de discapacidad, también podemos apreciar diferencias en cuanto al conocimiento, el uso y la valoración de la importancia de las prestaciones y servicios de carácter público.

Empecemos por el conocimiento de ese conjunto de prestaciones.

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones públicas y discapacidad (porcentajes)			
	Total	Sí	No
Servicios de información, diagnóstico, orientación	72,4	88,9	66,7
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	71,5	84,4	67,0
Servicio de asesoramiento especializado	70,4	85,6	65,1
Servicios de apoyo a las familias	70,4	87,8	64,4
Residencias	69,2	86,7	63,2
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	69,2	86,7	63,2
Centros de atención diurna (centros de día)	68,9	85,6	63,2
Pisos o viviendas tuteladas	68,9	85,6	63,2
Servicios de atención a las necesidades del hogar	68,9	80,0	65,1
Ayudas técnicas o productos de apoyo	68,7	80,0	64,8
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	68,7	83,3	63,6
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	68,7	81,1	64,4
Teleasistencia	68,7	83,3	63,6
Servicio de fisioterapia	68,4	82,2	63,6
Servicio de rehabilitación	68,4	82,2	63,6
Servicios de promoción de la autonomía personal	68,4	78,9	64,8
Apoyo de asistente personal para la autonomía	68,1	81,1	63,6
Centros de atención de noche	68,1	85,6	62,1
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	68,1	81,1	63,6
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	68,1	81,1	63,6
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	68,1	78,9	64,4
Servicios de respiro	67,2	82,2	62,1

Todas las prestaciones son más conocidas entre los encuestados que tienen certificado de discapacidad, con diferencias que van desde los catorce puntos porcentuales (en los Servicios de promoción de la autonomía personal, los Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y en los Servicios de atención a las necesidades del hogar) hasta los veintitrés en el caso de los Servicios de apoyo a las familias, los Centros de atención de noche, las Residencias y los Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras.

Con respecto al uso de esos servicios, distinguiendo a los encuestados que tienen una discapacidad y a los que no, apreciamos igual tendencia, incrementándose incluso las diferencias. Éstas oscilan ahora entre los doce y los cuarenta y tres puntos porcentuales (en el caso de los Centros de noche y en los Servicios de información, diagnóstico, orientación respectivamente).

Este hecho nos permite varias hipótesis, siendo la más plausible que determinadas necesidades, como pueden ser las que se ponen de manifiesto entre los beneficiarios de prestaciones educacionales, tienen insuficiente cobertura en el sistema público.

Podemos verlo en la siguiente tabla en la que también destacan los Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones, el Servicio de asesoramiento especializado y los Servicios de prevención de las situaciones de dependencia, con más de treinta puntos porcentuales de diferencia.

Personas encuestadas según uso de las prestaciones públicas y discapacidad (porcentajes)			
	Total	Sí	No
Apoyo de asistente personal para la autonomía	10,5	24,4	5,7
Ayudas técnicas o productos de apoyo	12,8	24,4	8,8
Centros de atención de noche	11,7	21,1	8,4
Centros de atención diurna (centros de día)	14,2	28,9	9,2
Pisos o viviendas tuteladas	11,4	22,2	7,7
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	9,1	18,9	5,7
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	10,5	24,4	5,7
Residencias	15,1	32,2	9,2
Servicio de asesoramiento especializado	19,1	43,3	10,7
Servicio de fisioterapia	10,8	26,7	5,4
Servicio de rehabilitación	11,1	26,7	5,7
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	21,7	44,4	13,8
Servicios de apoyo a las familias	17,9	35,6	11,9
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	14,5	25,6	10,7
Servicios de atención a las necesidades del hogar	18,2	31,1	13,8

...



Personas encuestadas según uso de las prestaciones públicas y discapacidad (porcentajes)			
	Total	Sí	No
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	16,2	32,2	10,7
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	15,7	35,6	8,8
Servicios de información, diagnóstico, orientación	31,1	63,3	19,9
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	22,2	46,7	13,8
Servicios de promoción de la autonomía personal	19,7	38,9	13,0
Servicios de respiro	10,8	21,1	7,3
Teleasistencia	15,4	33,3	9,2

Las personas con discapacidad valoran como más necesarios los servicios y prestaciones que aquellas que no la tienen. A excepción de los Servicios de respiro, los Pisos o viviendas tuteladas, los Centros de atención de noche, la Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad, la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y las Residencias, se aprecian diferencias que superan los diez puntos porcentuales.

Personas encuestadas según importancia concedida a las prestaciones públicas y discapacidad (porcentajes)			
	Total	Sí	No
Apoyo de asistente personal para la autonomía	64,4	76,7	60,2
Ayudas técnicas o productos de apoyo	64,4	75,6	60,5
Centros de atención de noche	63,2	65,6	62,5
Centros de atención diurna (centros de día)	66,7	74,4	64
Pisos o viviendas tuteladas	60,1	62,2	59,4
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	61,8	66,7	60,2
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	62,4	68,9	60,2
Residencias	65,2	72,2	62,8
Servicio de asesoramiento especializado	68,9	82,2	64,4
Servicio de fisioterapia	64,1	72,2	61,3
			...

Personas encuestadas según importancia concedida a las prestaciones públicas y discapacidad (porcentajes)			
	Total	Sí	No
Servicio de rehabilitación.	64,4	73,3	61,3
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	67,0	74,4	64,4
Servicios de apoyo a las familias	67,8	76,7	64,8
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	60,7	71,1	57,1
Servicios de atención a las necesidades del hogar	67,5	82,2	62,5
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	66,4	77,8	62,5
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	66,7	80	62,1
Servicios de información, diagnóstico, orientación	70,7	80	67,4
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	65,2	75,6	61,7
Servicios de promoción de la autonomía personal	65,5	82,2	59,8
Servicios de respiro	55,8	55,6	55,9
Teleasistencia	64,7	73,3	61,7

Por otro lado, podemos analizar el conocimiento del uso y la importancia otorgada a los servicios y prestaciones atendiendo al tipo de prestación recibida de la Fundación. En este análisis, podemos observar una clara diferencia entre quienes reciben prestaciones educativas y de salud del médico por un lado y los que reciben prestaciones asistenciales y de conciliación: aún con diferencias concretas en prestaciones y servicios, en conjunto existe un mayor conocimiento por parte de los que reciben estos dos últimos tipos de prestaciones.

Personas encuestadas según conocimiento de prestaciones y tipo de prestación recibida de la Fundación (porcentajes)				
	Salud	Educ.	Conc.	Asiste.
Apoyo de asistente personal para la autonomía	66,7	62,8	80,0	75,4
Ayudas técnicas o productos de apoyo	63,6	63,7	76,0	76,1
Centros de atención de noche	60,6	61,5	76,0	77,5
Centros de atención diurna (centros de día)	63,6	62,8	80,0	79,0
Pisos o viviendas tuteladas	63,6	62,4	80,0	79,0
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	66,7	62,8	80,0	75,4
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	66,7	62,8	80,0	76,8
Residencias	63,6	62,4	84,0	79,7
Servicio de asesoramiento especializado	66,7	64,1	84,0	80,4
Servicio de fisioterapia	66,7	62,8	80,0	76,1
Servicio de rehabilitación	66,7	62,8	80,0	76,1
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	69,7	66,2	84,0	81,2
Servicios de apoyo a las familias	63,6	64,1	80,0	80,4
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	60,6	63,2	76,0	76,8
Servicios de atención a las necesidades del hogar	60,6	64,5	72,0	76,1
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	63,6	63,7	76,0	75,4
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	60,6	62,8	80,0	79,7
Servicios de información, diagnóstico, orientación	69,7	67,1	88,0	83,3
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	57,6	64,5	76,0	73,9
Servicios de promoción de la autonomía personal	60,6	64,5	72,0	74,6
Servicios de respiro	60,6	61,1	72,0	74,6
Teleasistencia	63,6	62,8	76,0	76,8

El uso de prestaciones y servicios de carácter público, aún con diferencias entre ellos, es más frecuente en los beneficiarios de prestaciones de conciliación (por término medio, la mitad de los que reciben prestaciones de este tipo por parte de la Fundación, usan algún otro servicio público), seguidos de quienes reciben prestaciones de Salud del o de la médico.

Personas encuestadas según uso de prestaciones y tipo de prestación recibida de la Fundación (porcentajes)				
	Salud	Educ.	Conc.	Asiste.
Apoyo de asistente personal para la autonomía	27,3	7,7	44,0	20,3
Ayudas técnicas o productos de apoyo	27,3	10,7	44,0	21,0
Centros de atención de noche	27,3	9,4	40,0	19,6
Centros de atención diurna (centros de día)	30,3	10,7	44,0	25,4
Pisos o viviendas tuteladas	30,3	8,5	44,0	21,0
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	24,2	7,7	40,0	18,8
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	24,2	7,7	40,0	21,0
Residencias	33,3	9,8	68,0	25,4
Servicio de asesoramiento especializado	36,4	12,8	56,0	34,8
Servicio de fisioterapia	24,2	7,3	40,0	22,5
Servicio de rehabilitación	24,2	7,7	44,0	21,7
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	45,5	15,8	60,0	37,7
Servicios de apoyo a las familias	33,3	13,7	56,0	28,3
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	30,3	12,0	44,0	24,6
Servicios de atención a las necesidades del hogar	36,4	15,0	48,0	29,7
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	36,4	12,0	52,0	27,5
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	33,3	10,7	48,0	27,5
Servicios de información, diagnóstico, orientación	54,5	23,1	84,0	51,4
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	42,4	15,4	72,0	36,2
Servicios de promoción de la autonomía personal	39,4	15,0	56,0	31,2
Servicios de respiro	30,3	8,1	44,0	18,1
Teleasistencia	27,3	10,7	40,0	26,1

En cuanto a la valoración de la importancia de contar con esos servicios, nos encontramos con altas tasas de beneficiarios y beneficiarias que consideran importante contar con esos servicios y prestaciones.

No obstante, en el caso de los beneficiarios de prestaciones educacionales, desciende sensiblemente la tasa de quienes consideran importantes los servicios y prestaciones de carácter público; hablamos, no obstante, de porcentajes en torno al sesenta por ciento de personas que sí consideran importante contar con ellos.

Personas encuestadas según valoración de la importancia de las prestaciones y tipo de prestación recibida de la Fundación (porcentajes)				
	Salud	Educ.	Conc.	Asiste.
Apoyo de asistente personal para la autonomía	78,8	61,1	80,0	76,8
Ayudas técnicas o productos de apoyo	81,8	62,4	88,0	74,6
Centros de atención de noche	81,8	62,8	76,0	71,0
Centros de atención diurna (centros de día)	84,8	64,5	80,0	77,5
Pisos o viviendas tuteladas	69,7	59,4	64,0	66,7
Prestación económica para adaptación de viviendas y accesibilidad	81,8	61,5	84,0	71,7
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	78,8	61,5	88,0	73,2
Residencias	81,8	63,2	84,0	76,8
Servicio de asesoramiento especializado	78,8	65,8	84,0	78,3
Servicio de fisioterapia	81,8	62,0	88,0	76,1
Servicio de rehabilitación	81,8	62,0	88,0	76,1
Servicios de acompañamiento e intermediación para la gestión y acceso a prestaciones	87,9	66,7	88,0	73,2
Servicios de apoyo a las familias	84,8	65,4	88,0	76,8
Servicios de apoyo al ocio y tiempo libre	69,7	57,3	68,0	65,2
Servicios de atención a las necesidades del hogar	87,9	63,7	80,0	79,0
Servicios de ayuda a domicilio para cuidados personales	84,8	62,4	76,0	77,5
Servicios de formación y apoyo psicológico a las personas cuidadoras	75,8	63,2	80,0	76,8
Servicios de información, diagnóstico, orientación	84,8	68,8	88,0	80,4
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia	81,8	64,1	76,0	73,2
Servicios de promoción de la autonomía personal	81,8	60,7	80,0	78,3
Servicios de respiro	69,7	55,1	68,0	60,1
Teleasistencia	81,8	62,4	80,0	74,6

Con independencia de las prestaciones de las que se conocen, se disfrutan y se consideran necesarias, se planteó a las personas encuestadas sobre sus preferencias a la hora de recibir soporte ante una eventual situación de dependencia.

Ante esa cuestión, la respuesta más habitual (algo más de cuatro de cada cinco beneficiarios encuestados) es la de no haberse planteado esa cuestión.

### Beneficiarios entrevistados según preferencias para el momento en que precisen soporte



Y como vemos en el gráfico precedente, de entre los que sí se lo han planteado, lo más habitual es la preferencia por permanecer en el hogar, bien con el apoyo de un familiar, bien con otro tipo de apoyos.

Si analizamos esta respuesta en función del sexo de la persona entrevistada, encontramos pocas variaciones, si bien cabe señalar:

- Una mayor tendencia de las mujeres a permanecer en el domicilio con un familiar, sustanciada en una diferencia de casi cinco puntos porcentuales.
- Una mayor, aunque leve, tendencia de los hombres a elegir establecimientos asistidos (de un 9,4% frente a un 7,3% de mujeres).
- La tasa de los que no se han planteado la cuestión es más alta entre los hombres en dos puntos porcentuales y medio.

Personas encuestadas según preferencia de futuro y sexo (porcentajes)			
	Total	Hombres	Mujeres
N	351	159	192
Estar en casa con un familiar	31,3	28,3	33,9
Estar en casa con un apoyo profesional	11,4	11,3	11,5
Estar en casa con apoyos intermitentes	4,0	4,4	3,6
Trasladarme a un piso asistido	0,3	0,6	0,0
Trasladarme a una residencia	8,0	8,8	7,3
No me lo he planteado	43,3	44,7	42,2
Otra	1,7	1,9	1,6

Atendiendo a la edad, nos encontramos, como es de esperar, que por debajo de los treinta y cinco años se incrementa de manera notable la tasa de los que no se han planteado esa eventualidad.

La opción de la residencia gana adeptos a medida que aumenta la edad; no así la de los pisos asistidos, francamente minoritaria.

En cualquier caso, permanecer en el propio domicilio es la opción preferida en todos los rangos de edad que se han tomado en cuenta.

Personas encuestadas según preferencia de futuro y edad (porcentajes)					
	Total	< 18 años	18-35 años	36-64 años	>64 años
N	351	92	155	64	37
Estar en casa con un familiar	31,3	29,3	28,4	37,5	40,5
Estar en casa con un apoyo profesional	11,4	9,8	10,3	17,2	8,1
Estar en casa con apoyos intermitentes	4,0	2,2	5,2	3,1	5,4
Trasladarme a un piso asistido	0,3	0,0	0,0	1,6	0,0
Trasladarme a una residencia	8,0	3,3	2,6	17,2	24,3
No me lo he planteado	43,3	52,2	52,3	21,9	21,6
Otra	1,7	3,3	1,3	1,6	0,0

Si nos fijamos ahora de manera diferencial en las respuestas de los que tienen reconocida una discapacidad y los que no, encontramos importantes variaciones:

- La tasa de los que no se han planteado la cuestión cae hasta un veinte por ciento entre los que tienen discapacidad, mientras que alcanza a la mitad de los que no están en esa situación, lo que nos indica una mayor preocupación de este grupo por su futuro.
- La opción de la residencia también crece entre las personas con certificado de discapacidad.
- No obstante, la opción preferida en ese colectivo, sigue siendo la de permanecer en el propio domicilio.

Personas encuestadas según preferencia de futuro y presencia de discapacidad (porcentajes)			
	Total	Sí	No
N	351	90	261
Estar en casa con un familiar	31,3	36,7	29,5
Estar en casa con un apoyo profesional	11,4	18,9	8,8
Estar en casa con apoyos intermitentes	4,0	4,4	3,8
Trasladarme a un piso asistido	0,3	1,1	0,0
Trasladarme a una residencia	8,0	17,8	4,6
No me lo he planteado	43,3	20,0	51,3
Otra	1,7	1,1	1,9

Finalmente, analizando las respuestas según el tipo de prestación que se recibe de la Fundación, la variación más importante es el crecimiento de quienes no se han planteado ninguna de las opciones entre los que reciben una prestación educacional.

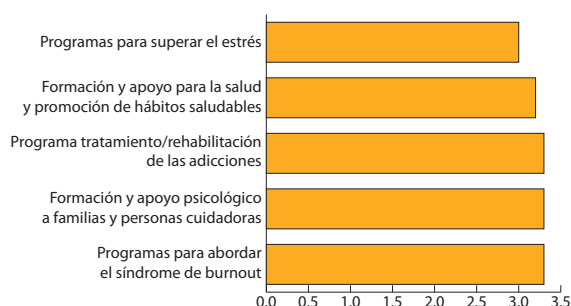
Igualmente, es de destacar la importancia relativa que cobra la opción de la residencia entre quienes reciben una prestación asistencial (12,3%) y entre los que reciben una prestación de salud (9,1%).

Por lo demás, permanecer en el propio domicilio es la opción preferida, con independencia del tipo de prestación que se recibe.

Personas encuestadas según preferencia de futuro y tipo de prestación recibida de la Fundación (porcentajes)					
	Total	Asist.	Educ.	Conc.	Salud
N	351	138	234	25	33
Estar en casa con un familiar	31,3	37,0	29,5	28	27,3
Estar en casa con un apoyo profesional	11,4	16,7	10,3	12,0	15,2
Estar en casa con apoyos intermitentes	4,0	5,8	4,3	12,0	12,1
Trasladarme a un piso asistido	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0
Trasladarme a una residencia	8,0	12,3	3,4	24,0	9,1
No me lo he planteado	43,3	25,4	51,7	24,0	36,4
Otra	1,7	2,2	0,9	0,0	0,0

Por otro lado, se planteó a las personas encuestadas su valoración sobre determinados programas de formación y de apoyo de carácter psicosocial y, como puede verse en el gráfico siguiente, las puntuaciones obtenidas por todos ellos se sitúan muy levemente por encima del valor medio de la escala (situado en tres).

**Valores medios otorgados por los beneficiarios a diferentes programas psicosociales (escala 1-5)**



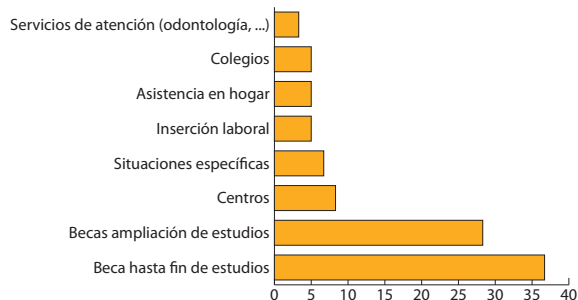


Si tomamos en cuenta el tipo de prestación recibida, podemos ver que:

- Los programas de hábitos saludables son más valorados por quienes reciben prestaciones educativas, mientras que en los casos de los que reciben prestaciones de conciliación o de salud, esos programas se valoran por debajo de tres (valor medio de la escala).
- Los programas de control de estrés, se valoran por debajo del punto medio de la escala por todos menos por quienes reciben prestaciones asistenciales.
- Para este grupo que recibe prestaciones asistenciales, lo más valorado son los programas de apoyo a cuidadores.
- Los beneficiarios de prestaciones de conciliación y de salud, son los que conceden puntuaciones más bajas a los programas psicosociales propuestos.

Además de someter a la consideración de los beneficiarios las prestaciones existentes, se les planteó la posibilidad de indicar otras que, a su juicio pudieran ser de interés. Sesenta personas apuntaron su parecer que mostramos en el siguiente gráfico.

#### Personas encuestadas según otras posibles prestaciones (Base señalan otras prestaciones)



Es de reseñar cómo lo más destacado tiene que ver con los estudios, sin duda por la fuerte presencia de beneficiarios de prestaciones educativas.

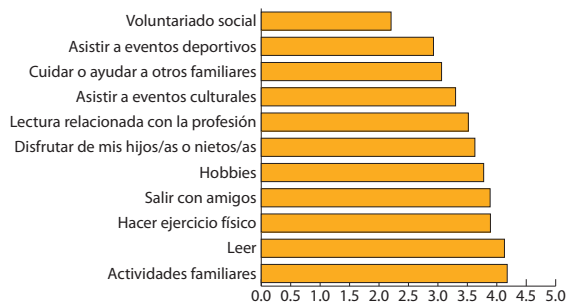
Ello no debe llevarnos a dejar de considerar la aparición de los servicios en el hogar y de la inserción laboral que los beneficiarios echan en falta, bien por desconocimiento, bien porque en su entorno sean servicios deficitarios.

## HÁBITOS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

En su vida cotidiana, las personas encuestadas usan el tiempo libre, fundamentalmente, en actividades poco proactivas; no obstante, es preciso señalar la alta puntuación que alcanza “hacer ejercicio físico”.

El voluntariado social y la asistencia a eventos deportivos, son las actividades que gozan de menor preferencia entre las personas encuestadas.

### Puntuaciones medias de frecuencia de realización de actividades en el tiempo libre (1-5)



Las mujeres ocupan más tiempo dentro de la propia familia, bien en actividades familiares, disfrutando de hijos o nietos o cuidando de algún familiar que lo precise, mientras que los hombres superan a las mujeres en la frecuencia con la que salen con amigos, hacen ejercicio físico o se ocupan en hobbies.

Aunque las diferencias no son muy altas, estos datos confirman la tendencia social que vincula a la mujer al ámbito familiar, tendencia que parece no acabar de romperse.

Con relación a la edad, en general nos encontramos con que hay una mayor frecuencia de actividades en los dos grupos de menor respecto a los dos de mayor edad.

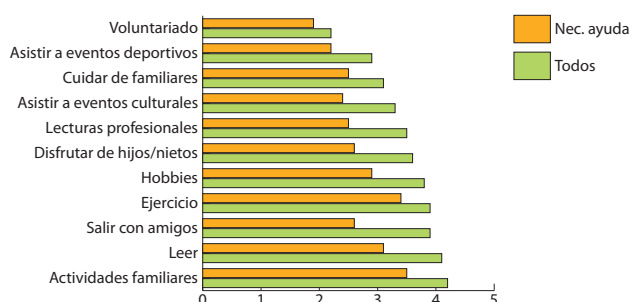
Del mismo modo, las personas encuestadas que tienen reconocida una situación de discapacidad, realizan menos actividades; y ahora la diferencia sí que es notable, pues en la mayoría de los casos supera un entero la diferencia en cuanto a la frecuencia de realización con respecto a los beneficiarios encuestados que no tienen reconocida una discapacidad.

La mayor distancia la encontramos en la actividad “salir con amigos” y la menor, curiosamente, en el voluntariado social. Más allá de la baja frecuencia con la que aparece esta actividad en el conjunto de la muestra (lo que justificaría menores diferencias), si tenemos en cuenta que en “ejercicio físico” la diferencia también es inferior al entero, podemos reconocer, sin perder de vista ese menor nivel de actividad de las personas con discapacidad, que éstas mantienen cierto nivel de implicación y compromiso, consigo mismos y con su entorno social, pues aunque el voluntariado pueda ser aquí participar en una ONG vinculada a la discapacidad, el hecho de que se refiera como voluntariado, es de por sí significativo.

Del mismo modo, podemos comparar la frecuencia con que realizan estas actividades el conjunto de encuestados con la frecuencia declarada por aquellas personas que necesitan algún tipo de ayuda para desarrollar actividades de la vida diaria (AVD).

En el siguiente gráfico<sup>16</sup> podemos apreciar cómo el hecho de necesitar algún tipo de ayuda, con independencia de que se tenga o no reconocida una situación de discapacidad, merma de manera considerable la frecuencia de realización de actividades.

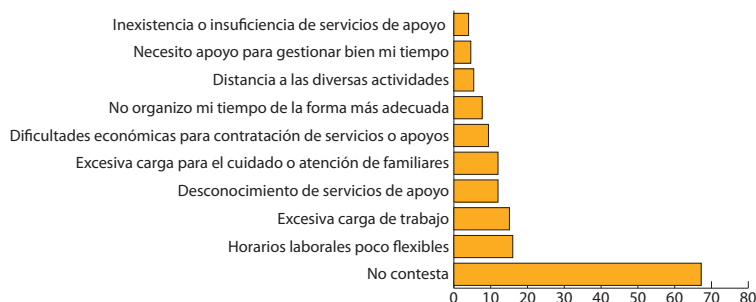
### Comparación de frecuencia de actividades “Todos” - “Necesitan ayuda para AVD” (escala 1-5)



Conviene tener en cuenta que no sólo se dan importantes diferencias de frecuencia, iguales o superiores al entero en acciones que requieren más o menos actividad, sino que también en otras como leer o disfrutar de los hijos/nietos, se observa ese descenso en la frecuencia.

Quando se pregunta a las personas encuestadas el porqué de la no realización de actividades en el tiempo libre, lo más frecuente es que no esgriman ninguna razón en particular; no obstante, cuando sí lo hacen, las razones de más peso son las vinculadas al trabajo.

### Beneficiarios entrevistados según razones para no realizar actividades de tiempo libre



En un segundo término, aparecen el desconocimiento de los servicios de apoyo y la carga de trabajo que supone atender a familiares.

Si analizamos esta cuestión atendiendo al sexo de la persona entrevistada, encontramos que en los hombres se da una mayor tasa de no respuesta, que son las mujeres las que aducen un mayor número de razones para no realizar actividades de tiempo libre.

<sup>16</sup> Para la obtención de estos datos, hemos agrupado a las personas que no pueden realizar por sí mismas alguna de las actividades propuestas o que precisan de bastante apoyo para llevarlas a cabo.

Personas encuestadas según razones para no realizar actividades de tiempo libre y sexo (porcentajes; múltiple)			
	Total	Hombres	Mujeres
N	351	159	192
Horarios	16,0	10,7	20,3
Carga de trabajo	15,1	10,1	19,3
Cargas familiares	12,0	7,5	15,6
Desconocimiento de apoyos	12,0	9,4	14,1
Dificultades económicas	9,4	5,0	13,0
No organizo bien el tiempo	7,7	6,3	8,9
Distancias	5,4	0,6	9,4
Necesidad de apoyo en gestión del tiempo	4,6	2,5	6,3
Falta de apoyos	4,0	0,6	6,8
No contesta	67,2	75,5	60,4

Por otro lado, hay que reparar en que los horarios, la carga de trabajo y las cargas familiares, son un obstáculo para una tasa de mujeres que prácticamente duplica a la de hombres. Estas tres cuestiones, tomadas en su conjunto, nos indican con cierta nitidez, la mayor dificultad que tienen las mujeres a la hora de conciliar su vida familiar, laboral y personal.

Por lo que respecta a la discapacidad, entre las personas que tienen certificado de discapacidad encontramos una alta tasa de no respuesta. Por ello, prácticamente en todos los casos, priman las razones esgrimidas por las personas que no tienen reconocida una discapacidad (por otra parte las más numerosas).

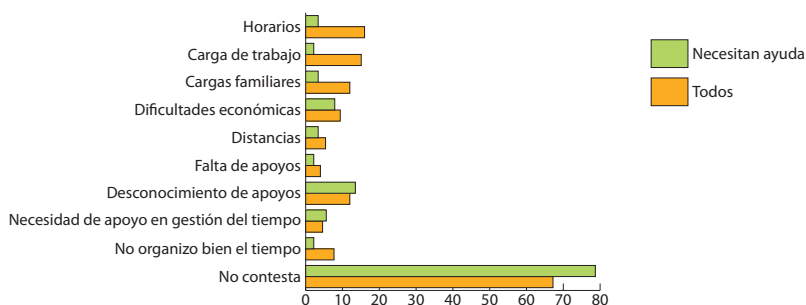
Sin embargo, el desconocimiento de los apoyos es la razón que aduce hasta algo más de un catorce por ciento de personas con discapacidad, mientras que alcanza a uno de cada diez entrevistados que no tiene discapacidad.

De estos datos se desprende la idea de que disponer de servicios de apoyo (guarderías, atención a personas dependientes) pudiera suponer un alivio en la carga de un importante número de beneficiarios que les permitiera disponer de más y mejor tiempo libre, mejorando, por tanto, su calidad de vida.

Personas encuestadas según razones para no realizar actividades de tiempo libre y presencia de discapacidad (porcentajes; múltiple)			
	Total	Sí	No
N	351	90	261
Horarios	16,0	3,3	20,3
Carga de trabajo	15,1	2,2	19,5
Cargas familiares	12,0	3,3	14,9
Desconocimiento de apoyos	12,0	14,4	11,1
Dificultades económicas	9,4	8,9	9,6
No organizo bien el tiempo	7,7	2,2	9,6
Distancias	5,4	3,3	6,1
Necesidad de apoyo en gestión del tiempo	4,6	5,6	4,2
Falta de apoyos	4,0	2,2	4,6
No contesta	67,2	77,8	63,6

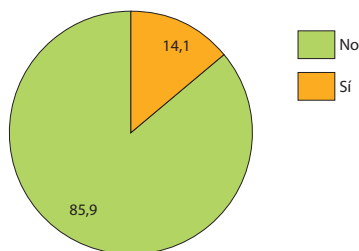
Al comparar las razones que mueven a la no realización de las actividades propuestas, por un lado al conjunto de la muestra y, por otro a aquellas personas que necesitan ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, podemos observar, como dato más relevante, que la distancia a recorrer hasta el lugar de desarrollo de la actividad cobra peso en el colectivo con dificultades, pues la tasa de los que señalan ese aspecto alcanza una tasa superior al trece por ciento, muy por encima del 5,4% del conjunto de entrevistados que invoca ese hecho.

#### Comparación de razones para la no realización de actividades "Todos" - "Necesitan apoyo para AVD"



También con relación al uso del tiempo libre, se preguntó a los beneficiarios y beneficiarias encuestados sobre su pertenencia a alguna ONG, capítulo en el que se alcanza una tasa de entorno al catorce por ciento, muy similar al promedio que se registra en la población general.

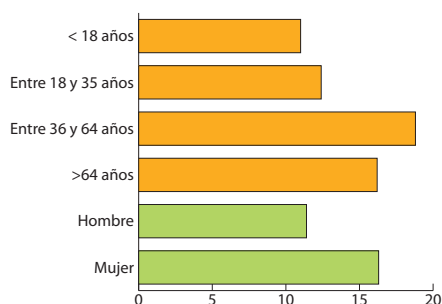
### Beneficiarios entrevistados según pertenencia a alguna ONG



En cuanto al género, las mujeres participan en ONG con una tasa superior en cinco puntos porcentuales a la de los hombres.

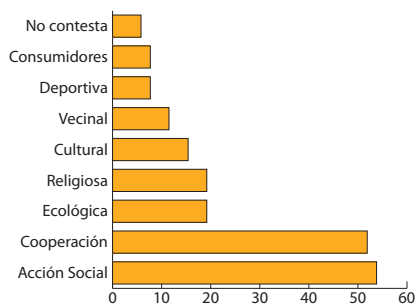
Por su parte, atendiendo a la edad, la tasa de participación crece hasta el intervalo de entre treinta y seis y sesenta y cuatro años, momento en el que alcanza su valor más alto (18,8%) para reducirse en dos puntos y medio entre los beneficiarios entrevistados de más edad.

### Personas encuestadas que participan en ONG según sexo y según edad



En cuanto a la naturaleza de la asociación de pertenencia, observamos que las ONG de acción social y de cooperación son, con mucho, las que gozan de la preferencia de las personas entrevistadas, a alguna asociación de ese tipo pertenecen más de la mitad de personas que pertenecen a alguna ONG.

### Beneficiarios según naturaleza de la ONG a la que pertenecen (múltiple; base pertenecen a alguna ONG)



Atendiendo al sexo, observamos que las mujeres participan más en asociaciones de carácter religioso (24,2% frente a 10,5% de hombres) de acción social (con una diferencia de casi diez puntos porcentuales sobre los hombres) y de carácter vecinal (aunque con una diferencia menor).

Los hombres pertenecen con mayor frecuencia a asociaciones ecológicas, con casi veinte puntos porcentuales de diferencia sobre las mujeres.

Personas encuestadas según naturaleza de la ONG a la que pertenecen y sexo (porcentajes; múltiple; base pertenecen a ONG)			
	Total	Hombres	Mujeres
N	52	19	33
Religiosa	19,2	10,5	24,2
Cooperación	51,9	52,6	51,5
Ecológica	19,2	31,6	12,1
Acción social	53,8	47,4	57,6
Vecinal	11,5	10,5	12,1
Consumidores	7,7	5,3	9,1
Deportiva	7,7	5,3	9,1
Cultural	15,4	15,8	15,2
No contesta	5,8	5,3	6,1

No obstante, a la hora de valorar estos datos, así como los referidos a la edad y la discapacidad, hay que tener en cuenta que la progresiva desagregación hace disminuir el número de casos y, por consiguiente, limita el alcance de las conclusiones que cabe extraer del análisis.

Hechas esas salvedades, vemos cómo hay diferencias en cuanto a la relación entre discapacidad y tipo de ONG a la que se pertenece. Lo más sustantivo sería:

- La diferencia (de casi trece puntos porcentuales) de personas con discapacidad que pertenecen a asociaciones religiosas sobre las personas que no tienen discapacidad.
- La mayor tasa de personas que no tienen discapacidad en asociaciones de cooperación (65,8% frente a 14,3%) y ecológicas (23,7% frente 7,1%).
- La ausencia de personas con discapacidad participando en asociaciones vecinales, de consumidores, deportivas y culturales.

Por lo que respecta a la edad, no hay tendencias claras, si bien se constata que las personas entrevistadas que están por debajo de los treinta y cinco años participan más y, además, lo hacen en todo tipo de asociaciones.

## LA FUNDACIÓN

Empezando por la penetración de la que gozan las prestaciones de la Fundación, puede decirse que éstas son, en general, ampliamente conocidas por los beneficiarios.

Como podemos ver, la menos conocida (la Prestación para huérfano/a mayor de 60 años) lo es por un 70,10% de encuestados y la gran mayoría supera el setenta y cinco por ciento de beneficiarios que declara conocerlas.

### Personas entrevistadas según conocimiento de las prestaciones de la Fundación



Las prestaciones educacionales (Beca para estudios, Ayuda económica para menores de 21 años, Prórroga de estudios al cumplir los 21 años) son las más conocidas, hecho en el que, sin duda, influye el mayor número de beneficiarios de esas prestaciones que tiene la Fundación y que, por tanto, responden a la encuesta.

La Prestación por viudedad y la ayuda para la expedición de título académico, son conocidas de manera generalizada (ocho de cada diez encuestados declaran conocer esas prestaciones).

Según el sexo de las personas entrevistadas, observamos que las mujeres presentan tasas de conocimiento de las prestaciones sustancialmente más altas que los hombres.

La diferencia entre ambos grupos se hace más patente en la Ayuda para la expedición de título oficial, la Ayuda mensual residencia de mayores, el PAIME, el Programa tratamiento/rehabilitación de las adicciones y Proyectos de formación, estudios e investigaciones, prestaciones todas ellas en las que las diferencias superan los diez puntos porcentuales.



Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones de la Fundación y sexo (porcentajes)			
	Total	Hombres	Mujeres
N	351	159	192
Beca para estudios	86,6	81,8	90,6
Ayuda educacional para menores de 21 años	84,0	80,5	87,0
Prórroga de estudios al cumplir 21 años	81,8	78,0	84,9
Prestación de viudedad	81,5	78,6	83,9
Ayuda para la expedición de título oficial	80,6	74,2	85,9
Prestación para huérfano/a con discapacidad	78,6	76,1	80,7
Proyectos de formación, estudios e investigaciones	77,2	69,8	83,3
PAIME	76,6	70,4	81,8
Ayuda mensual residencia de mayores	76,4	69,2	82,3
Programa tratamiento/rehabilitación de las adicciones	75,8	69,8	80,7
Prestación para médico con discapacidad	71,5	67,3	75,0
Prestaciones para médico jubilado/a	71,2	67,3	74,5
Prestación para huérfano/a mayor de 60 años	70,1	64,8	74,5
No contesta	2,3	3,8	1,0

Si atendemos a la edad, observamos que los más jóvenes presentan tasas de conocimiento mayores en las prestaciones de carácter educacional y los beneficiarios y beneficiarias de más edad, conocen más frecuentemente las prestaciones de carácter asistencial.

El grupo de edad que presenta tasas más bajas en cuanto al conocimiento de las prestaciones es el comprendido entre los treinta y seis y los sesenta y cuatro años.

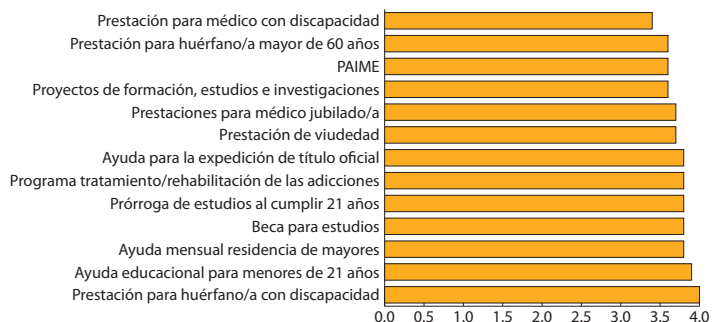
Atendiendo al tipo de prestación que reciben los beneficiarios, observamos que quienes reciben prestaciones asistenciales, presentan tasas más bajas de conocimiento del conjunto de prestaciones, tendencia que se rompe en las prestaciones propiamente asistenciales (viudedad y orfandad), excepción hecha de la prestación por viudedad, que tiene un peso específico propio.

Los beneficiarios de prestaciones de conciliación constituyen el grupo que alcanza un mayor grado de conocimiento de las prestaciones de la Fundación (del 100% en el caso de la ayuda para residencia).

Personas encuestadas según conocimiento de las prestaciones de la Fundación y tipo de prestación recibida (porcentajes)					
	Total	Asis.	Educ.	Conc.	Salud
N	351	138	234	25	33
Beca para estudios	86,6	79,0	94,0	92,0	97,0
Ayuda educacional para menores de 21 años	84,0	79,0	95,3	84,0	84,8
Prórroga de estudios al cumplir 21 años	81,8	78,3	91,0	84,0	90,9
Prestación de viudedad	81,5	83,3	87,6	96,0	81,8
Ayuda para la expedición de título oficial	80,6	73,2	85,9	88,0	90,9
Prestación para huérfano/a con discapacidad	78,6	82,6	79,1	92,0	66,7
Proyectos de formación, estudios e investigaciones	77,2	66,7	81,2	88,0	87,9
PAIME	76,6	68,1	80,3	84,0	84,8
Ayuda mensual residencia de mayores	76,4	70,3	79,1	100,0	78,8
Programa tratamiento/rehabilitación de las adicciones	75,8	68,8	78,6	84,0	78,8
Prestación para médico con discapacidad	71,5	65,9	73,5	72,0	63,6
Prestaciones para médico jubilado/a	71,2	65,2	73,5	76,0	63,6
Prestación para huérfano/a mayor de 60 años	70,1	60,1	73,5	68,0	60,6
No contesta	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0

Además de gozar de un amplio conocimiento, las prestaciones que ofrece la Fundación son altamente valoradas por el conjunto de beneficiarios; todas las prestaciones obtienen puntuaciones por encima del valor medio de la escala propuesta. La Prestación para huérfano/a con discapacidad y la Ayuda educacional para menores de 21 años son las que obtienen una mayor valoración, situándose en el otro extremo la Prestación para médico con discapacidad, como prestación menos valorada.

### Valoración de las prestaciones de la Fundación (Escala 1-5)



Los hombres otorgan puntuaciones más bajas que las mujeres en todos los casos excepto a la hora de valorar la prestación de Beca para estudios (hombres y mujeres otorgan la misma puntuación).

Las diferencias más notables se producen en la Prestación para médico con discapacidad y en Prestación para huérfano/a mayor de 60 años: en ambos casos las mujeres otorgan puntuaciones que superan en un punto entero a las de los hombres.

En ese mismo sentido, hay que apuntar que esas dos prestaciones obtienen entre los hombres puntuaciones por debajo de “tres”, que es el punto medio de la escala de valoración.

Si atendemos a la edad, las puntuaciones crecen de manera lineal hasta el grupo comprendido entre los treinta y seis y los sesenta y cuatro años, grupo que es el que otorga puntuaciones más altas.

Con todo, sólo se registran diferencias de un entero o más entre la valoración máxima y la mínima en:

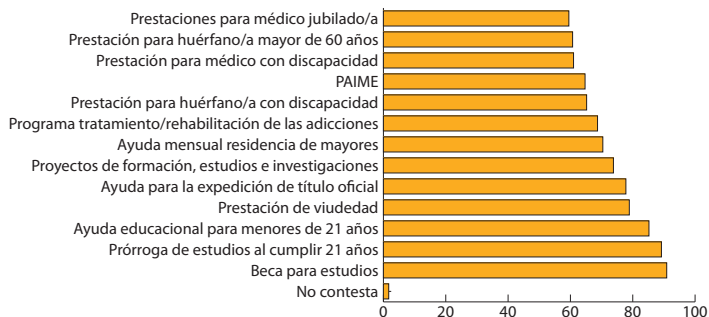
- La Ayuda para la expedición de título oficial, prestación que es muy valorada por los encuestados de los dos grupos de edad intermedios, pero muy poco por los beneficiarios de más de sesenta y cuatro años.
- La Prestación para huérfano/a mayor de 60 años que obtiene la puntuación más baja entre los más jóvenes.
- Los Proyectos de formación, estudios e investigaciones que son menos valorados por los beneficiarios de más edad.

En cualquier caso, en el análisis por edad, vemos que la única prestación que “suspende” en algún grupo de edad es la Ayuda para la expedición de título oficial, poco valorada por los beneficiarios de más de sesenta y cuatro años.

Por otro lado, los beneficiarios y beneficiarias consideran importante contar con este conjunto de prestaciones en un futuro: en todos los casos hay al menos en torno a un sesenta por ciento de encuestados que valora positivamente el hecho de contar con cada una de las prestaciones de la Fundación.

La prestación “Beca para estudios” es la que se considera importante por un mayor porcentaje de beneficiarios, seguida de la “Prórroga de estudios al cumplir 21 años” y de la “Ayuda educativa para menores de 21 años”; entre las prestaciones asistenciales, la Prestación de viudedad es la que goza de una mayor valoración.

### Personas encuestadas según valoración de la importancia de las prestaciones de la Fundación



En líneas generales, los hombres consideran importante contar con las prestaciones de la Fundación en mayor medida que las mujeres, si bien la diferencia es escasa.

Las diferencias más notables, de cinco o más puntos porcentuales, se registran en la Prestación para huérfano/a con discapacidad y en la Prestaciones para médico jubilado/a; próximas a esa diferencia de cinco puntos, nos encontramos con el PAIME y con la Ayuda mensual residencia de mayores.

Personas encuestadas según valoración de la importancia de las prestaciones de la Fundación y sexo (porcentajes)			
	Total	Hombres	Mujeres
N	351	159	192
Prestación para huérfano/a con discapacidad	65,2	68,6	62,5
Prestación para huérfano/a mayor de 60 años	60,7	62,3	59,4
Prestación para médico con discapacidad	61,0	63,5	58,9
Prestaciones para médico jubilado/a	59,5	62,3	57,3
Prestación de viudedad	78,9	78	79,7
Ayuda educacional para menores de 21 años	85,2	84,3	85,9
Prórroga de estudios al cumplir 21 años	89,2	88,7	89,6
Beca para estudios	90,9	89,9	91,7
Ayuda para la expedición de título oficial	77,8	76,1	79,2
Ayuda mensual residencia de mayores	70,4	73	68,2
PAIME	64,7	67,3	62,5
Programa tratamiento/rehabilitación de las adicciones	68,7	70,4	67,2
Proyectos de formación, estudios e investigaciones	73,8	73,6	74
No contesta	1,7	1,9	1,6

La valoración de la importancia de las prestaciones crece linealmente a medida que lo hace la edad y, por lo tanto, es en el grupo de mayores de sesenta y cuatro años en el que se registran tasas más altas en cuanto a la valoración de la importancia de las prestaciones.

En la Prestación para médico con discapacidad es en la que se registra una diferencia más notable que se sustancia en cuarenta puntos porcentuales de diferencia entre el 89,2% de mayores de sesenta y cuatro años que considera importante disponer de esa prestación frente al 47,8% de menores de dieciocho que hace esa misma valoración.

Personas encuestadas según valoración de la importancia de las prestaciones de la Fundación y edad (porcentajes)					
	Total	< de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	>64 años
N	351	92	155	64	37
Prestación para huérfano/a con discapacidad	65,2	53,3	59,4	87,5	81,1
Prestación para huérfano/a mayor de 60 años	60,7	51,1	56,8	78,1	73
Prestación para médico con discapacidad	61,0	47,8	55,5	76,6	89,2
Prestaciones para médico jubilado/a	59,5	44,6	56,1	75	81,1
Prestación de viudedad	78,9	78,3	74,8	81,3	91,9
Ayuda educacional para menores de 21 años	85,2	93,5	85,2	75	81,1
Prórroga de estudios al cumplir 21 años	89,2	97,8	91,6	75	81,1
Beca para estudios	90,9	95,7	95,5	76,6	83,8
Ayuda para la expedición de título oficial	77,8	81,5	76,8	76,6	75,7
Ayuda mensual residencia de mayores	70,4	59,8	66,5	84,4	89,2
PAIME	64,7	51,1	61,3	81,3	81,1
Programa tratamiento/ rehabilitación de las adicciones	68,7	60,9	64,5	79,7	83,8
Proyectos de formación, estudios e investigaciones	73,8	70,7	72,9	76,6	78,4
No contesta	1,7	0	1,9	4,7	0

En el grupo de edad de menores de dieciocho años es en el único en el que nos encontramos con tasas inferiores al cincuenta por ciento en alguna de las prestaciones (la de médico jubilado y médico con discapacidad); por el contrario, las prestaciones educacionales gozan de una alta consideración en este rango de edad.

Ello, junto con lo que ya hemos comentado respecto al crecimiento lineal de la valoración según la edad, alimenta la idea de la inmediatez frente a la de previsión, la de pensar más en las necesidades actuales que en las futuras.

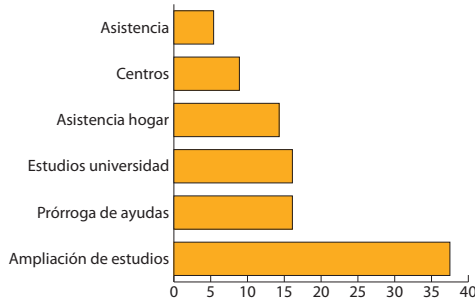
Atendiendo al tipo de prestación que reciben los beneficiarios, observamos que los beneficiarios y beneficiarias de prestaciones educacionales son los que, en líneas generales, valoran menos la importancia de la posibilidad de contar con las diferentes prestaciones de la Fundación.

Personas encuestadas según valoración de la importancia de las prestaciones de la Fundación y tipo de prestación recibida (porcentajes)					
	Total	Asis.	Educ.	Conc.	Salud
N	351	138	234	25	33
Prestación para huérfano/a con discapacidad	65,2	76,8	56,0	68,0	57,6
Prestación para huérfano/a mayor de 60 años	60,7	69,6	53,0	44,0	45,5
Prestación para médico con discapacidad	61,0	69,6	52,1	64,0	60,6
Prestaciones para médico jubilado/a	59,5	65,9	51,7	60,0	54,5
Prestación de viudedad	78,9	87,7	76,1	88,0	81,8
Ayuda educacional para menores de 21 años	85,2	84,1	88,0	72,0	78,8
Prórroga de estudios al cumplir 21 años	89,2	84,1	94,0	80,0	78,8
Beca para estudios	90,9	87	95,3	84,0	90,9
Ayuda para la expedición de título oficial	77,8	78,3	77,8	68,0	75,8
Ayuda mensual residencia de mayores	70,4	81,2	63,7	80,0	75,8
PAIME	64,7	74,6	57,3	68,0	66,7
Programa tratamiento/rehabilitación de las adicciones	68,7	78,3	63,7	72,0	72,7
Proyectos de formación, estudios e investigaciones	73,8	79,0	73,1	76,0	84,8
No contesta	1,7	2,9	0,4	-	-

No obstante, la diferencia más notable (veinticinco puntos porcentuales) se registra en la Prestación para huérfano/a mayor de 60 años entre el 69,6% de beneficiarios de prestaciones asistenciales que consideran importante disponer de esa prestación frente al 44,0% de beneficiarios de prestaciones de conciliación que hacen esa misma valoración.

Cuestionados sobre otras prestaciones que pudieran ser necesarias y que fueran ofrecidas por la Fundación, tan solo cincuenta y seis personas señalaron alguna; en el siguiente gráfico se ofrecen las respuestas obtenidas.

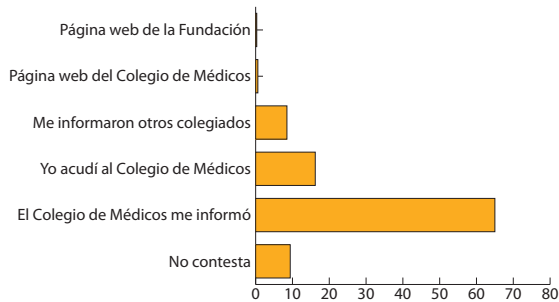
**Personas encuestadas según otras posibles prestaciones de la Fundación  
(Base señalan otras prestaciones de la Fundación)**



Lo más significativo, sin duda por la mayor presencia de beneficiarios de prestaciones educativas, es la referencia a ayudas destinadas a ampliar los estudios (idiomas, posgrado) o a ampliar el tiempo del que se pueden disfrutar las actuales ayudas para estudios.

Hemos visto que las prestaciones de la Fundación son ampliamente conocidas entre los beneficiarios de las mismas; ello se debe, en gran medida, a los Colegios Provinciales que, como nos muestra el gráfico siguiente, son la fuente más importante de información sobre la Fundación, siendo de destacar ese sesenta y cinco por ciento de casos en que es el Colegio el que toma la iniciativa.

**Beneficiarios según fuente de información sobre la Fundación**



Los datos nos indican que otras fuentes de información son menos eficaces, pues solo la comunicación con otros colegiados alcanza una tasa relevante, quedando la Web (tanto de la Fundación como del Colegio) relegada a un lugar testimonial.

Este hecho es relevante por activa, pues destaca la buena labor de los Colegios Provinciales, pero también por pasiva, pues si éstos no ejercen esa función, muchos potenciales beneficiarios pudieran quedarse sin la cobertura necesaria.

Atendiendo al sexo, observamos que es sensiblemente más alta la tasa de mujeres que reciben información por iniciativa del Colegio respecto a la de hombres (68,2% frente a 61,0%).

En cuanto a la edad, podemos decir que la mayor tasa de casos en los que es el propio Colegio el que se dirige a los beneficiarios se da en la franja de los más jóvenes; paralelamente son los beneficiarios menores de dieciocho años los que con menor frecuencia acuden a solicitar ayuda al Colegio, mientras que en el resto de grupos de edad se observan porcentajes similares de beneficiarios que acudieron ellos mismos al Colegio en busca de información.

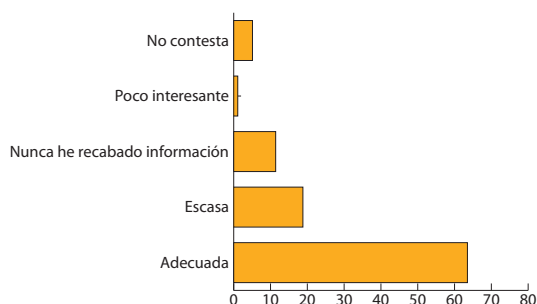
En cuanto al tipo de prestación, quienes reciben prestaciones de conciliación son los que con más frecuencia fueron informados directamente por el Colegio.

En el lado opuesto están quienes reciben prestaciones de Salud del/la médico, que son los que con más frecuencia han tenido que acudir a solicitar información.

En cuanto a la calidad de la información recibida en la Fundación, podemos decir que la mayoría la considera que es adecuada, pues así lo manifiesta un 63,5% de encuestados.

Pero ello no debe llevarnos a pasar por alto el negativo de ese dato: casi en uno de cada cuatro casos, hay algún tipo de problema con la información, lo cual nos lleva a formular como área de mejora de la Fundación la transmisión de información a posibles beneficiarios, sea dicho sin perder de vista que, en líneas generales, el juicio puede considerarse positivo.

### Beneficiarios según valoran la información recibida sobre la Fundación



La valoración de la información recibida, apenas muestra diferencias en cuanto al sexo del beneficiario o beneficiaria, pero es sustancialmente más adecuada en el grupo de encuestados que supera los sesenta y cuatro años:

Personas encuestadas según valoración de la información recibida de la Fundación y edad (porcentajes)					
	Total	< de 18 años	Entre 18 y 35 años	Entre 36 y 64 años	>64 años
N	351	92	155	64	37
Adecuada	63,5	63,0	64,5	59,4	73,0
Escasa	18,8	17,4	20,0	17,2	13,5
Poco interesante	1,1	3,3	0,6	-	-
Nunca recibo información	11,4	10,9	11,0	14,1	10,8
No contesta	5,1	5,4	3,9	9,4	2,7



Y entre los que reciben una prestación de educacional:

Personas encuestadas según valoración de la información recibida de la Fundación y tipo de prestación recibida (porcentajes)					
	Total	Asis.	Educ.	Conc.	Salud
N	351	138	234	25	33
Adecuada	64,5	65,0	76,0	63,6	64,5
Escasa	19,6	20,5	20,0	21,2	19,6
Poco interesante	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
Nunca recibo información	10,1	9,0	4,0	12,1	10,1
No contesta	5,8	4,3	0,0	3,0	5,8

Si analizamos ahora los diferentes parámetros de la atención que ofrece la Fundación a sus beneficiarios, vemos que todos ellos puntúan por encima del valor medio de la escala, pero que son, precisamente, los relacionados con la información los que reciben puntuaciones más bajas.

En concreto, la orientación respecto a las prestaciones idóneas a cada caso es la puntuación más baja (insistimos, dentro del “aprobado”) seguida de la información sobre prestaciones.

En el polo opuesto se sitúan la sencillez, la rapidez y, sobre todo, el trato recibido, que obtienen puntuaciones que indican un alto grado de satisfacción entre los beneficiarios de la Fundación.

#### Valoraciones medias de los parámetros de atención (escala 1-5)



En cuanto al sexo, las valoraciones apenas registran diferencias, si bien los hombres otorgan puntuaciones un poco más altas.

Otro tanto puede decirse en cuanto a la edad: hay pocas diferencias, si bien se aprecia una tendencia entre los menores de treinta y cinco años a puntuar un poco mejor los diferentes parámetros de atención.

Y en cuanto al tipo de prestación, observamos también una mayor satisfacción (reflejada en puntuaciones más altas) entre los beneficiarios de prestaciones asistenciales y educacionales que, por otra parte, constituyen el grueso de beneficiarios de la Fundación.

## CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA A BENEFICIARIOS

Este apartado versa sobre las necesidades sociales de las personas beneficiarias de prestaciones de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias en las principales dimensiones para la promoción de la salud y la calidad de vida por lo que a la hora de plasmar en un capítulo de conclusiones y recomendaciones, hemos de tener muy presente la idea de necesidades.

Necesidades de los beneficiarios que deben transformarse en motivo de reflexión y, en su caso, en orientaciones para la Fundación a la hora de definir y organizar sus prestaciones y la forma de prestarlas.

Empecemos exponiendo, pues, quiénes son los beneficiarios de la Fundación, para decir que el beneficiario tipo es una mujer menor de treinta y cinco años, soltera, estudiante, que reside en una ciudad y que convive con otras dos personas; tiene nacionalidad española y recibe una prestación educacional. Probablemente vive en una de las comunidades autónomas más pobladas de España (Andalucía, Cataluña o Madrid).

Hay más beneficiarias que beneficiarios, sobre todo a partir de los sesenta y cinco años y aunque la mayoría de beneficiarios son de origen español, en ese grupo de edad se concentra un número de personas procedentes de otros países, en particular del ámbito iberoamericano.

NOS ENCONTRAMOS ANTE UN COLECTIVO EMERGENTE, EL DE LOS MÉDICOS DE ORIGEN EXTRANJERO Y SUS FAMILIAS QUE, PROBABLEMENTE, INTRODUZCA CAMBIOS EN EL PERFIL TIPO DE BENEFICIARIO DE LA FUNDACIÓN. MÉDICOS Y FAMILIAS DE OTRA PROCEDENCIA, SEGURAMENTE CON OTRO TIPO DE NECESIDADES DERIVADOS DE HISTORIAS PROFESIONALES DISTINTAS (POR EJEMPLO EN CUANTO A TIEMPO Y CUANTÍAS DE COTIZACIÓN).

Nuestros beneficiarios son, mayoritariamente solteros, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Sin embargo, el de “casado/a” es más frecuente en hombres y el de “viudo/a” lo es entre las mujeres. El estado civil “casado” es el predominante entre los 36-64 años. A partir de esa edad comparte relevancia con el de viudedad y el de divorciado/a.

LA VIUEDAD SIGUE SIENDO UNA CONDICIÓN MAYORITARIA ENTRE LAS MUJERES. SIN EMBARGO, LOS CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS ACONSEJAN ESTAR ATENTO A LAS TENDENCIAS A PARTIR DE LAS CUALES ESA SITUACIÓN PUEDA IR MODIFICÁNDOSE EN EL SENTIDO DE UNA MAYOR HOMOGENEIDAD.

Por otro lado, a medida que se incrementa la edad, lo hace la posibilidad de vivir solo o de hacerlo en una residencia; igualmente, la mayor tasa de encuestados que viven en hábitat rural la encontramos en las personas de más edad; aunque la diferencia entre hombres y mujeres no es muy amplia, sí que es más fácil que sean los hombres que viven solos y que lo hacen en el ámbito rural.

LA FUNDACIÓN DEBERÍA SER SENSIBLE A ESTOS CASOS, MINORITARIOS, PERO QUE NOS REFLEJAN LA REALIDAD DE PERSONAS DE EDAD QUE TIENEN DIFICULTADES PARA ACCEDER A SERVICIOS SOCIALES Y COMUNITARIOS, SIEMPRE MÁS DEFICITARIOS EN EL HÁBITAT RURAL, MÁS EN LOS CASOS EN LOS QUE VIVEN SOLOS.

Por lo que respecta a la situación laboral, encontramos más hombres en situación de incapacidad y más mujeres que están jubiladas y en cuanto al tipo de prestación recibida, en las mujeres predominan las educacionales y en los hombres las asistenciales, dato coherente con la mayor tasa de hombres en situación de incapacidad.

Centrándonos ahora en la discapacidad, nos encontramos con que ésta es más frecuente, en términos relativos, entre los hombres que entre las mujeres, entre beneficiarios que cuentan con entre 36-64 años y que están incapacitados laboralmente.

Cuando nos encontramos con situaciones de discapacidad reconocida, lo está en niveles medios y altos. Otro tanto sucede con la dependencia, situación en la que, cuando se da, predomina el grado III.

Según las respuestas obtenidas, hay una relación bastante clara entre las actividades para las que se precisa ayuda y el reconocimiento de dependencia. No obstante, se puede reconocer un núcleo de personas que podrían estar en situación de dependencia pero que, por una u otra razón no disfrutan de ese reconocimiento, situación ésta que parece afectar más a hombres que a mujeres.

UN ASPECTO A TENER EN CUENTA ES EL DE PERSONAS, SOBRE TODO HOMBRES, QUE PUDIERAN TENER DERECHO AL RECONOCIMIENTO DE DISCAPACIDAD O DE DEPENDENCIA Y QUE, POR DIVERSAS RAZONES, NO REALIZAN LOS TRÁMITES OPORTUNOS.

QUIZÁ LA FUNDACIÓN PUDIERA INCORPORAR ENTRE SUS SERVICIOS Y PRESTACIONES LA INFORMACIÓN Y EL ASESORAMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE ESE TIPO DE CUESTIONES.

El estado de salud de las personas encuestadas es, en general, bueno, lo cual no es óbice para que encontremos un porcentaje relevante de personas con problemas de salud.

En cuanto al sexo, las mujeres declaran peor estado de salud, y los hombres padecer problemas de salud que comprometen en mayor medida su vida cotidiana.

En cuanto a la edad, hay una correlación casi perfecta entre esta variable y las situaciones de enfermedad.

Tomadas de manera particular, las enfermedades más frecuentes son los trastornos afectivos y cuando las agrupamos son los trastornos endocrino-metabólicos los que pasan a ocupar ese lugar.

Con excepción de los problemas de salud mental, en todos los grupos de enfermedades se da una mayor incidencia en hombres que en mujeres.

En el grupo de mayor edad, las enfermedades más frecuentes son las del sistema músculo esquelético y en el comprendido entre los treinta y seis y los sesenta y cuatro lo son los trastornos de la salud mental.

Los servicios y prestaciones de carácter público gozan de un considerable conocimiento entre los encuestados, si bien son pocos los beneficiarios de la Fundación que lo son también de prestaciones de carácter público.

Los servicios y prestaciones son, igualmente, necesarios desde el punto de vista de los encuestados, que así lo declaran de forma mayoritaria.

En general, las mujeres conocen más los servicios y prestaciones, si bien a la hora de valorar la importancia de contar con ellas las respuestas son muy similares.

Atendiendo a la edad, se aprecia una polarización de las respuestas en cuanto al conocimiento de esos servicios y prestaciones, siendo el punto de corte los treinta y cinco años.

Esa polarización disminuye a la hora de valorar la importancia de los servicios y prestaciones: se mantienen importantes diferencias entre los menores de treinta y cinco y los mayores de esa edad, si bien no son tan extremas como en el caso del conocimiento de las mismas.

Las personas con discapacidad, por su parte, conocen y usan con más frecuencia los servicios y prestaciones que las personas que no tienen discapacidad. Del mismo modo, otorgan más importancia a la posibilidad de contar en ellas en el futuro.

El planteamiento de nuevas prestaciones suscita pocas respuestas y, entre ellas, aparecen las ligadas a necesidades derivadas de la formación, pero también otras como la inserción laboral y la asistencia en domicilio.

EL HECHO DE QUE SEAN POCOS LOS BENEFICIARIOS QUE GOZAN DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DE CARÁCTER PÚBLICO REFUERZA LA IDEA YA SUGERIDA DE QUE QUIZÁ LA FUNDACIÓN DEBA PLANTEARSE AYUDAR (INFORMANDO, ASESORANDO) A SUS BENEFICIARIOS (ACTUALES Y POTENCIALES) EN EL ACCESO A PRESTACIONES, AYUDAS Y SERVICIOS DE CARÁCTER PÚBLICO.

Por lo que respecta a cómo afrontar futuras situaciones de dependencia, la permanencia en el hogar es la opción preferida en todos los casos, si bien esa es una cuestión que la mayoría no se ha planteado.

ANTE ESTE HECHO, LA FUNDACIÓN PODRÍA CONSIDERAR DIFERENTES OPCIONES DE CARA A SATISFACER ESA EXPECTATIVA: CREAR UNA AYUDA ESPECÍFICA DE APOYO DENTRO DEL HOGAR, FACILITANDO EL ACCESO A PRESTACIONES PÚBLICAS O PLANTEANDO LA TELEASISTENCIA COMO UN SERVICIO QUE PUEDE FACILITAR LA PERMANENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO.

Los servicios y programas destinados a prevenir situaciones de dependencia son valorados con puntuaciones medias por el conjunto de personas encuestadas.

Entre los beneficiarios encuestados, predomina el uso más bien pasivo del tiempo libre, aunque una cantidad apreciable de los mismos realiza actividades deportivas con cierta frecuencia.

En cuanto al sexo, aunque no muy notoria, se aprecia una mayor vinculación de la mujer al ámbito familiar. A ello hay que añadir que las mujeres tienen más problemas derivados de la conciliación a la hora de disfrutar de su tiempo libre.

En cuanto a la edad se aprecia más frecuencia de actividad entre los más jóvenes, en particular de actividades más proactivas.

El hecho de tener una discapacidad o de necesitar algún tipo de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, merma de manera considerable las posibilidades de uso del tiempo libre.

La participación de las personas entrevistadas en asociaciones es muy similar a la de la población general; es más alta entre las mujeres y entre quienes tienen entre treinta y seis y sesenta y cuatro años.

Las asociaciones preferidas son las de acción social y de cooperación. Entre las mujeres se da una mayor participación en asociaciones religiosas y en los hombres en ONG vinculadas a movimientos ecológicos.

EL USO DEL TIEMPO LIBRE ES, SIN LUGAR A DUDAS, UN ELEMENTO CRUCIAL EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA; DE LAS PERSONAS EN GENERAL Y DE LAS QUE TIENEN PROBLEMAS DE ORDEN PSICOSOCIAL EN PARTICULAR. EN ESE SENTIDO, LA PROMOCIÓN DEL ACCESO A SERVICIOS DE APOYO QUE PERMITAN UN USO MÁS INTENSO DEL TIEMPO LIBRE, DEBERÍA CONTARSE ENTRE LAS PREOCUPACIONES DE LA FUNDACIÓN.

Las prestaciones de la Fundación son ampliamente conocidas entre los beneficiarios, y, al igual que sucedía con las prestaciones de carácter público, las mujeres presentan tasas de conocimiento más altas que los hombres.

Los más jóvenes tienen mayor conocimiento de las prestaciones y, como es lógico, cada grupo de beneficiarios (asistenciales, ocupacionales) conoce mejor las prestaciones del grupo al que pertenece.

Las prestaciones de la Fundación son bien valoradas por los beneficiarios, pues todas ellas se sitúan por encima de "tres", que es el valor medio de la escala.

Las mujeres valoran mejor las prestaciones que los hombres y los beneficiarios cuya edad está entre los treinta y seis y los sesenta y cuatro años otorgan puntuaciones más altas que el resto de beneficiarios.

LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA A COLEGIADOS (QUE INDICAN DEFICIENCIAS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN RECIBIDA RESPECTO A LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DE LA FUNDACIÓN) REFUERZAN LA NECESIDAD DE ESTABLECER LA COMUNICACIÓN COMO UNA DE LAS PRIORIDADES DE LA FUNDACIÓN.

Todas las prestaciones de la Fundación se consideran importantes por un alta tasa de beneficiarios, destacando las educacionales y de prestación de viudedad.

Aunque la diferencia es pequeña, los hombres tienden a valorar más la posibilidad de contar con las diferentes prestaciones de la Fundación.

Es en cuanto a la edad que se registran diferencias más notables, ya que se observa una relación lineal entre la edad y la valoración de la importancia de las prestaciones: a más edad más valoración de importancia.

Los Colegios Provinciales son la puerta de entrada a los servicios y prestaciones de la Fundación, la mayoría de las veces por iniciativa propia.

EN ESE SENTIDO, LA COORDINACIÓN CON LOS COLEGIOS ES DECISIVA Y PARECE QUE FUNCIONA.

Otras fuentes de información resultan menos eficaces para llegar a los beneficiarios potenciales de la Fundación.

Las mujeres, los beneficiarios de menor edad y los que reciben una prestación de conciliación son los que, con mayor frecuencia, reciben información por iniciativa del propio Colegio.

En cuanto a los parámetros de la atención, las personas encuestadas muestran una amplia satisfacción, con puntuaciones por encima de la media en todos los casos, si bien los aspectos ligados a la información son los que obtienen una valoración más baja.

LOS DATOS INDICAN QUE LA FUNDACIÓN PUEDE DARSE POR SATISFECHA CON LA SENCILLEZ EN LOS TRÁMITES Y EL TRATO QUE DA A SUS BENEFICIARIOS (LO CUAL NO QUIERE DECIR QUE NO DEBA SEGUIR ESFORZÁNDOSE EN ESOS ASPECTOS).

DONDE DEBE MEJORAR ES, PRECISAMENTE, EN LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN Y, SOBRE TODO, EN EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO Y LA ATENCIÓN A LA CASUÍSTICA DE CADA BENEFICIARIO.



## VI. Conclusiones de la investigación

Además de la encuesta a médicos/as colegiados/as y de la encuesta a beneficiarios/as descritas en los apartados anteriores, se han llevado a cabo dos procesos de investigación cualitativa:

- Investigación en Colegios de Médicos, con la realización de cuatro sesiones de trabajo con grupos cualitativos, formados por los Consejos Autonómicos de Colegios de Médicos de cuatro Comunidades autónomas: Andalucía, Castilla La Mancha, Castilla y León y Galicia y de una encuesta a los Colegios de Médicos de las Comunidades Autónomas participantes en los grupos cualitativos.
- BENCHMARKING: Detección y análisis de buenas prácticas, en el que se han analizado las referencias siguientes:

## BENCHMARKING: DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS

TIPO DE ENTIDAD	Colegios/Consejos de Médicos con programas de protección social		Otras entidades de iniciativa privada		Administraciones Públicas	
	Nivel Estatal	Nivel Europeo	Nivel Estatal	Nivel Internac. Eur (EEUU)	Nivel Estatal	Nivel Europeo
<p>1. El sistema prestacional con su concreción futura en una actualización de la Cartera de Servicios. Procesos clave para la aportación de valor.</p> <p>La protección y apoyo, de carácter social, en aquellos ámbitos que se determinen y complementaría del sistema público.</p> <p>La conciliación de la vida personal, familiar y laboral.</p>	<p>Nivel Estatal</p> <p>Colegio de Médicos de Zaragoza PAYSAD, Programa de Atención Socio-sanitaria y Atención a la Dependencia PAIMA: Programa de Atención Integral al Médico Aragonés. Fundación Galatea Col·legi Oficial de Metges de Barcelona Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y Programas de promoción de la salud. Fundación Colegio de Médicos de Córdoba Programa de atención integral al médico enfermo (PAIME) y plan de atención socio familiar.</p>	<p>Nivel Europeo</p> <p>Asociación Médica danesa No se ha detectado recurso innovador alguno de interés para este proceso. Asociación Médica de Finlandia Medicina a distancia (telemedicina) promoviendo una excelente relación personal entre médico y paciente. Belgian National Board of Physicians (Asamblea Médica belga) Información y facilidades a los pacientes. Asociación Médica Británica (BMA) No se ha detectado recurso innovador alguno de interés para este proceso.</p>	<p>Nivel Estatal</p> <p>ATAM. Catálogo de ayudas para personas con discapacidad, personas mayores dependientes y ayudas extraordinarias. Grup Mutuam Catálogo de servicios sanitarios, mutualistas y de atención a la dependencia. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos Plan de conciliación de la vida laboral y familiar de los médicos en la Comunidad Autónoma Valenciana. APMIB (Asociación de empleados de Iberia Padres de Minusválidos) Servicios de asistencia a todas las edades. Consejo General de Enfermería (CGE) Servicios colegiales. Asociación Colegio de Huérfanos de Ferroviarios Prestaciones y servicios de la asociación CHF. Colegio de Huérfanos de Hacienda Catálogo de prestaciones.</p>	<p>Nivel Internac. Eur (EEUU)</p> <p>Health and wellness Vanderbilt for faculty and staff. Tennessee University. Centro de salud y bienestar Vanderbilt para docentes y personal de la Universidad de Tennessee</p>	<p>Nivel Estatal</p> <p>Gobierno de Navarra Ayudas económicas para gastos de libre disposición a personas que reciben tratamiento en comunidad terapéutica. Área de Participación y Desarrollo del Ayuntamiento da Aldaia, Comunidad Autónoma Valenciana Programa de cuidados a la carta.</p>	<p>Nivel Europeo</p>

Procesos clave para la aportación de valor



## BENCHMARKING: DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS

TIPO DE ENTIDAD	Colegios/Consejos de Médicos con programas de protección social		Otras entidades de iniciativa privada		Administraciones Públicas	
	Nivel Estatal	Nivel Europeo	Nivel Estatal	Nivel Internac. Eur	Nivel Estatal	Nivel Europeo
<p><b>2.</b> La red de atención a los socios y beneficiarios en un marco de planificación centrada en la persona y un seguimiento y evaluación continua: Sistema de acceso, itinerarios, etc.</p> <p><b>3.</b> Programas generales para la prevención de riesgos.</p>		<p>Consejo Médico del Reino Unido (General Medical Council GMC)</p> <p>Regulación independiente de atención al paciente.</p>	<p>ATAM</p> <p>Red de atención al socio.</p> <p>Grup Mutuam</p> <p>Mutualismo.</p> <p>Consejo General de Enfermería (CGE)</p> <p>Enfermería hábitat.</p>			
<p><b>3.</b> Programas generales para la prevención de riesgos.</p>		<p>Asociación Médica de Suecia (SACO)</p> <p>Guías para los médicos en materia de condiciones laborales.</p>	<p>ATAM</p> <p>Prevención, detección y diagnóstico.</p> <p>ATAM</p> <p>Atención temprana: programas de estimulación precoz.</p>	<p>(INTERNACIONAL)</p> <p>Asociación Médica Mundial</p> <p>Recursos y programas para la prevención en distintos ámbitos.</p>		
<p><b>4.</b> Activación de las propias capacidades en clave de participación, promoción y prevención.</p>	<p>Colegio de Médicos de Zaragoza</p> <p>Atención a viudos: Café del Sur.</p>		<p>ATAM</p> <p>Proyectos de colaboración con otras entidades.</p> <p>Grup Mutuam</p> <p>Mutuam activa.</p> <p>Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)</p> <p>Plan nacional de formación continuada.</p>	<p>Centro de Recursos REFORM</p> <p>Centro de recursos para hombres. (INTERNACIONAL)</p> <p>Asociación Médica Mundial</p> <p>Compromiso con los Derechos Humanos.</p>	<p>Gobierno de Navarra</p> <p>Ayudas a proyectos de trabajo individual.</p> <p>Ayuntamiento de Alcalá de Henares</p> <p>Banco de tiempo de Alcalá de Henares.</p>	

Procesos clave para la aportación de valor

## BENCHMARKING: DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS

TIPO DE ENTIDAD	Colegios/Consejos de Médicos con programas de protección social		Otras entidades de iniciativa privada		Administraciones Públicas	
	Nivel Estatal	Nivel Europeo	Nivel Estatal	Nivel Internac. Eur	Nivel Estatal	Nivel Europeo
5. El Sistema de Gestión y Organización de los recursos disponibles.			<p>ATAM</p> <p>Organización funcional de ATAM: actividad asistencial y comercial combinada.</p> <p>Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos</p> <p>Web portalfarma.com</p>		<p>Ayuntamiento de Barcelona</p> <p>Red de empresas en NUST.</p>	<p>Municipalidad de Mandal, Noruega</p> <p>Centro de servicios del hogar para personas mayores y/o dependientes,</p> <p>Municipalidad de Mandal.</p> <p>MUNICIPALIDAD DE BAERUM</p> <p>Coordinación y gestión de todos los servicios de rehabilitación para personas con especiales necesidades.</p>
6. Marco de relaciones internas (Fundación, Colegios Profesionales en los diversos territorios).		<p>Asociación Médica de Finlandia</p> <p>Código de médicos colegiados.</p> <p>Bundesärztekammer (Asociación de Médicos alemana)</p> <p>Asamblea de médicos alemana.</p> <p>Consejo Médico del Reino Unido (General Medical Council GMC)</p> <p>Marcos de colaboración.</p>		<p>(INTERNACIONAL)</p> <p>Asociación Médica Mundial</p> <p>Red de asociados.</p>		

## BENCHMARKING: DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS

TIPO DE ENTIDAD	Colegios/Consejos de Médicos con programas de protección social		Otras entidades de iniciativa privada		Administraciones Públicas	
	Nivel Estatal	Nivel Europeo	Nivel Estatal	Nivel Internac. Eur	Nivel Estatal	Nivel Europeo
7. Marco de relaciones externas con otras entidades (Públicas y privadas).	Fundación Colegio de Médicos de Córdoba Oficina para la cooperación y desarrollo.	CPME. Comité permanente des médecins européens. Comité Permanente de Médicos Europeos. Asociación Médica de Finlandia Participación activa de la Asociación Médica de Finlandia con distintos Colegios y asociaciones internacionales. Consejo Médico del Reino Unido (General Medical Council GMC) Healthcare Professionals Crossing Borders.	Grup Mutuam Mutuam sanidad.	(INTERNACIONAL) Asociación Médica Mundial Red de contactos y relaciones oficiales.		
8. Sistemas de financiación y ahorro: la dimensión de la financiación en sus distintas variables directas e indirectas.	Fundació Galatea Col·legi Oficial de Metges de Barcelona Estrategia de mecenazgo.	Bundesärztekammer (Asociación de Médicos alemana) Miembro activo de distintas organizaciones internacionales.				

Procesos clave para la aportación de valor

De todos los procesos – cuantitativos y cualitativos – descritos, se extraen las conclusiones que se recogen a continuación:

## PRINCIPALES CONCLUSIONES

El perfil medio del profesional médico derivado de la investigación, en cuanto a sus variables sociodemográficas, es el de una persona de nacionalidad española, que está casado/a y tiene dos hijos y que reside en una ciudad de más de cien mil habitantes, en un hogar de cuatro personas. Respecto al sexo, en la actualidad nos encontramos con un equilibrio entre hombres y mujeres, si bien se observa un claro y progresivo incremento de las mujeres en los grupo de menor edad, lo cual nos indica que, a la vuelta de unos años, el perfil del profesional de la medicina habrá experimentado cambios importantes.

Esta tendencia derivará, sin duda, en cambios a los que la Fundación deberá estar atenta. De hecho, hoy en día, todavía se detecta la vigencia de tópicos y usos que siguen atribuyendo a las mujeres la exclusiva, o al menos, la acción preferente, de determinadas actividades en el ámbito familiar y profesional, a lo que la Fundación podría responder tratando de promover acciones de corresponsabilidad entre mujeres y hombres. Otras tendencias a las que deberá prestarse atención son, como hemos visto, la presencia emergente de médicos/as de otras nacionalidades, en particular del ámbito latinoamericano, o el urbano-centrismo, entre otras.

En cuanto al perfil tipo de beneficiario, se trata de una mujer menor de treinta y cinco años, soltera, estudiante, que reside en una ciudad y que convive con otras dos personas; tiene nacionalidad española y recibe una prestación educacional. Probablemente vive en una de las comunidades autónomas más pobladas de España (Andalucía, Cataluña o Madrid).

Hay más beneficiarias que beneficiarios, sobre todo a partir de los sesenta y cinco años y aunque la mayoría de beneficiarios son de origen español, en ese grupo de edad se concentra un número de personas procedentes de otros países, en particular del ámbito iberoamericano.

Así, nos encontramos ante un colectivo emergente, el de los médicos de origen extranjero y sus familias que, probablemente, introduzca cambios en el perfil tipo de beneficiario de la Fundación. Médicos y familias de otra procedencia, seguramente con otro tipo de necesidades derivadas de historias profesionales distintas (por ejemplo en cuanto a tiempo y cuantías de cotización).

A medida que se incrementa la edad, lo hace la posibilidad de vivir solo o de hacerlo en una residencia; igualmente, la mayor tasa de encuestados que viven en hábitat rural la encontramos en las personas de más edad; aunque la diferencia entre hombres y mujeres no es muy amplia, sí que es más fácil que sean los hombres los que viven solos y que lo hacen en el ámbito rural.

La Fundación debería ser sensible a estos casos, minoritarios, pero que nos reflejan la realidad de personas de edad que tienen dificultades para acceder a servicios sociales y comunitarios, siempre más deficitarios en el hábitat rural, más en los casos en los que viven solos.

Por lo que respecta a la situación laboral, encontramos más hombres en situación de incapacidad y más mujeres que están jubiladas, y en cuanto al tipo de prestación recibida, en las mujeres predominan las educacionales y en los hombres las asistenciales, dato coherente con la mayor tasa de hombres en situación de incapacidad.

Centrándonos ahora en la discapacidad, nos encontramos con que ésta es más frecuente, en términos relativos, entre los hombres que entre las mujeres, entre beneficiarios que cuentan con entre 36-64 años y, que están incapacitados laboralmente.

Cuando nos encontramos con situaciones de discapacidad reconocida, lo está en niveles medios y altos. Otro tanto sucede con la dependencia, situación en la que, cuando se da, predomina el grado III.

Un aspecto a tener en cuenta es el de personas, sobre todo hombres, que pudieran tener derecho al reconocimiento de discapacidad o de dependencia y que, por diversas razones, no realizan los trámites oportunos. Quizá la Fundación pudiera incorporar entre sus servicios y prestaciones la información y el asesoramiento para la tramitación de ese tipo de cuestiones.

El estado de salud de las personas encuestadas es, en general, bueno, lo cual no es óbice para que encontremos un porcentaje relevante de personas con problemas de salud.

## Conocimiento de las prestaciones públicas

Las prestaciones públicas gozan de un conocimiento medio medio-bajo entre los colegiados encuestados, hecho sorprendente en la medida en que, como profesionales de la salud, los médicos y médicas están en contacto con realidades que requieren de esos servicios. En ese mismo sentido, el grado de conocimiento no crece con la edad, como, según acabamos de argumentar, sería previsible.

Las mujeres, en general, conocen más los servicios y prestaciones; el hecho de que haya una discapacidad también hace más probable que se conozca el conjunto de servicios propuestos, al igual que el uso de los mismos que, en todo caso es bajo.

Por el contrario, los servicios y prestaciones de carácter público gozan de un considerable conocimiento entre los beneficiarios/as, si bien son pocos los beneficiarios de la Fundación que lo son también de prestaciones de carácter público.

Los servicios y prestaciones son, igualmente, necesarios desde el punto de vista de los encuestados, que así lo declara de forma mayoritaria.

En general, las mujeres conocen más los servicios y prestaciones, si bien a la hora de valorar la importancia de contar con ellas las respuestas son muy similares.

Las personas con discapacidad, por su parte, conocen y usan con más frecuencia los servicios y prestaciones que las personas que no tienen discapacidad. Del mismo modo, otorgan más importancia a la posibilidad de contar en ellas en el futuro.

Por otro lado, los resultados de la encuesta a Colegios concluye que el colectivo de médicos que conoce la prestaciones y apoyos de carácter social se corresponde con un porcentaje bajo del colectivo de médicos de cada Colegio. Las prestaciones que son conocidas entre el 40% y el 63% de médicos son las residencias, servicio de rehabilitación, centros de atención diurna y servicio de fisioterapia.

Por otro lado, la utilización de estas prestaciones públicas de carácter social y la satisfacción de necesidades del colectivo médico que las mismas ofrecen, se sitúa en un nivel medio-alto para la mayoría de las prestaciones, por lo que, a pesar del desconocimiento generalizado de las prestaciones sociales al alcance, las mismas se valoran de forma positiva en cuanto a satisfacción de necesidades.

Estos resultados apuntan la necesidad de ampliar el conocimiento entre el colectivo médico de las prestaciones de carácter social a su alcance.

## Conocimiento y valoración de las prestaciones de la Fundación

Difundir entre los médicos y médicas las actividades que realiza, las prestaciones y servicios que presta, es una asignatura pendiente para la Fundación, que queda retratada como una gran desconocida en la encuesta realizada a colegiados:

- En primer lugar porque los servicios y prestaciones alcanzan niveles muy bajos de conocimiento entre los potenciales beneficiarios de los mismos.
- Y en segundo, y no menos importante, porque los médicos y médicas sí que valoran positivamente el hecho de que esas prestaciones existan, en particular las referidas a las que tienen como objeto la mejora de la salud y de la calidad de vida de los profesionales.

Los médicos conocen más las prestaciones de la Fundación, seguramente por la distribución del sexo en función de la edad, pues a medida que ésta aumenta lo hace también el conocimiento de las prestaciones.

Sin embargo, las mujeres valoran más que los hombres la posibilidad de contar con el conjunto de prestaciones que ofrece la Fundación y, según la edad, los más jóvenes y los encuestados de más edad, son los que más valoran poder contar con las prestaciones.

En el caso de los médicos y médicas que cuentan con una persona con discapacidad en su núcleo familiar, sí que se produce una valoración más alta en cuanto a la posibilidad de contar con el conjunto de prestaciones que ofrece la Fundación a los médicos y médicas colegiados.

La tasa de los que refieren no haber recibido nunca información de las actividades de la Fundación es alta, lo cual indica la potencial mejora necesaria de la política de comunicación seguida hasta ahora.

Por otro lado, entre los que sí han recibido información, predominan los juicios críticos, pues son muy pocos los que han quedado satisfechos con ella.

Los jóvenes y las mujeres (grupos convergentes como hemos venido apuntando) son los más críticos con la información recibida.

Los colegiados y colegiadas, por su parte, tampoco han hecho un acercamiento proactivo a la Fundación, pues pocos son los que se han interesado por su funcionamiento y sus actividades.

Sea como sea, parece que la información que se difunde no llega para informar, pero tampoco para provocar entre colegiados y colegiadas el interés suficiente para interesarse por la Fundación.

La difusión de las actividades, el incremento de la información entre colegiados y colegiadas se abre como una clara prioridad para la Fundación.

Desarrollar un plan de acogida de los colegiados o difundir experiencias personales sobre la utilidad de las prestaciones en los beneficiarios de las mismas pueden ser alternativas a considerar.

Sin embargo, las prestaciones de la Fundación son ampliamente conocidas entre los beneficiarios, y, al igual que sucedía con las prestaciones de carácter público, las mujeres presentan tasas de conocimiento más altas que los hombres.

Los más jóvenes tienen mayor conocimiento de las prestaciones y, como es lógico, cada grupo de beneficiarios (asistenciales, educacionales) conoce mejor las prestaciones del grupo al que pertenece.

Las prestaciones de la Fundación son bien valoradas por los beneficiarios. Las mujeres valoran mejor las prestaciones que los hombres y los beneficiarios cuya edad está entre los treinta y seis y los sesenta y cuatro años otorgan puntuaciones más altas que el resto de beneficiarios.

Todas las prestaciones de la Fundación se consideran importantes por un alta tasa de beneficiarios, destacando las educacionales y de prestación de viudedad.

Aunque la diferencia es pequeña, los hombres tienden a valorar más la posibilidad de contar con las diferentes prestaciones de la Fundación. Es en cuanto a la edad que se registran diferencias más notables, ya que se observa una relación lineal entre la edad y la valoración de la importancia de las prestaciones: a más edad más valoración de importancia.

Los Colegios Provinciales son la puerta de entrada a los servicios y prestaciones de la Fundación, la mayoría de las veces por iniciativa propia. En ese sentido, la coordinación con los Colegios es decisiva y parece que funciona.

Otras fuentes de información resultan menos eficaces para llegar a los beneficiarios potenciales de la Fundación.

Las mujeres, los beneficiarios de menor edad y los que reciben una prestación de conciliación son los que, con mayor frecuencia, reciben información por iniciativa del propio Colegio.

En cuanto a los parámetros de la atención, las personas encuestadas muestran una amplia satisfacción, con puntuaciones por encima de la media en todos los casos, si bien los aspectos ligados a la información son los que obtienen una valoración más baja.

En el caso de la encuesta a Colegios, se destaca que el ámbito funcional interno de la Fundación y Colegios, así como la comunicación entre ellos, muestra resultados satisfactorios. La formación a profesionales de Colegios por parte de la Fundación sobre las prestaciones disponibles, podría ser el único aspecto susceptible de mejora.

Por el contrario, y como resultado más recurrente del proceso de encuestas realizado en los diferentes Colegios profesionales, la formación, información, conocimiento y capacidad de gestión de las prestaciones y apoyos de carácter social y externo a la propia Fundación así como la orientación para el acceso a las mismas, se muestra como punto débil en el óptimo funcionamiento del sistema prestacional de la Fundación.

Por su parte, los profesionales participantes en los grupos cualitativos observan que la labor de la Fundación cuenta con un alto nivel de reconocimiento entre el colectivo médico colegiado, sobre todo por lo que supone de solidaridad con los médicos y familiares de médicos – viudas y huérfanos principalmente- que sufren situaciones de necesidad social o vulnerabilidad.

También cuenta, afirman, con una alta valoración el tipo de necesidades que cubren el PAIME y los programas de tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

## Preferencias futuras ante necesidad de apoyo o prestaciones

De cara a una futura situación de dependencia, la permanencia en el hogar es la opción preferida por los colegiados encuestados, más en las mujeres y en las franjas de menor edad.

Es este un hecho que se constata en diferentes fuentes y estudios y que debería de ser tomado en cuenta por la Fundación, planteando fórmulas que ofrezcan el soporte suficiente a los médicos y médicas que lo requieran para satisfacer ese deseo.

Las previsiones de futuro individuales tienen una presencia baja. Sólo el seguro de vida y el plan de pensiones alcanzan tasas relevantes. En ello puede pesar la confianza en el entorno familiar y en el sistema público, a pesar de que los ingresos de los profesionales de la medicina merman de manera sensible al alcanzar la jubilación.

En ese sentido, la Fundación tal vez pudiera acercar ese tipo de medidas individuales para que sean tenidas en cuenta por los colegiados y las colegiadas, sobre todo teniendo en cuenta la alta tasa de personas que no se han planteado ese tipo de cuestiones.

También entre los beneficiarios la permanencia en el hogar es la opción preferida en todos los casos, si bien esa es una cuestión que la mayoría no se ha planteado<sup>17</sup>.

## Hábitos y circunstancias nocivas

Los colegiados y colegiadas encuestados detectan hábitos y circunstancias que son nocivas para la salud y la calidad de vida, entre las que destacan las ligadas al ejercicio profesional y la presión subsiguiente.

No obstante, hay otra serie de hábitos que recaen en la esfera más personal, como son el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el descuido de la salud y el tabaquismo que, a juicio de las personas entrevistadas siguen teniendo una incidencia media, media-alta entre el colectivo médico.

A la hora de diseñar programas de salud dirigidos a los médicos y médicas, deben tenerse en cuenta esos hábitos, sobre todo en los aspectos ligados a la profesión, ya que el estrés o burnout no pueden aceptarse como condiciones inherentes al ejercicio profesional.

De hecho, son justamente esos programas los que los médicos/as valoran como más importantes en la mejora de su salud y de su calidad de vida.

También la encuesta a Colegios muestra que los hábitos o síndromes que mayor incidencia tienen sobre la salud de los miembros de la profesión son el estrés laboral, la ansiedad y el sedentarismo según las encuestas, y los de menor incidencia, el abuso de fármacos, el consumo de sustancias ilegales, una alimentación inadecuada y el descuido de la salud.

Los programas para superar el estrés, los programas para abordar el síndrome de burnout, la formación y apoyo para la salud y promoción de hábitos saludables y los programas de tratamiento/rehabilitación de las adicciones son aquellos que más destacan en cuanto a importancia para la prevención, promoción de la salud y calidad de vida del colectivo médico conferida por los resultados.

<sup>17</sup> En la encuesta realizada a Colegios los resultados muestran que el colectivo médico preferiría trasladarse de domicilio (a piso asistido o residencia) o en caso de permanecer en el propio domicilio, recibir apoyos profesionales intermitentes o continuados. Sin embargo, ante la contradicción de esta afirmación con los resultados de la encuesta a colegiados y a beneficiarios, así como de las tendencias en la población general, se considera que dicho resultado puede deberse a un error de interpretación.



Las actividades de tiempo libre que se desarrollan presentan frecuencias medias o medias bajas, predominando las menos proactivas.

Las circunstancias derivadas del ejercicio profesional son las que, con mayor frecuencia, se citan como razones que impiden desarrollar actividades en el tiempo libre.

La corresponsabilidad en la atención de la familia parece haber avanzado, pero no lo suficiente. Según nuestros datos, las médicas soportan, además de las tensiones a las que está sometido el colectivo, más carga de tarea y responsabilidad en el entorno familiar, lo cual puede hacer que empeoren sus condiciones laborales y que sean más vulnerables a factores psicosociales.

Entre los beneficiarios encuestados, predomina el uso más bien pasivo del tiempo libre, aunque una cantidad apreciable de los mismos realiza actividades deportivas con cierta frecuencia.

En cuanto al sexo, aunque no muy notoria, se aprecia una mayor vinculación de la mujer al ámbito familiar. A ello hay que añadir que las mujeres tienen más problemas derivados de la conciliación a la hora de disfrutar de su tiempo libre.

En cuanto a la edad se aprecia más frecuencia de actividad entre los más jóvenes, en particular de actividades más proactivas.

El hecho de tener una discapacidad o de necesitar algún tipo de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, merma de manera considerable las posibilidades de uso del tiempo libre.

El uso del tiempo libre es, sin lugar a dudas, un elemento crucial en la mejora de la calidad de vida, por lo que la promoción del acceso a servicios de apoyo que permitan un uso más intenso del tiempo libre, debería contarse entre las preocupaciones de la Fundación.





## VII. Consideraciones para la aportación de valor de la FPHOMC, la OMC y para su aplicación futura

Partiendo de la investigación realizada, y una vez llevado a cabo un proceso de diagnóstico estratégico en contraste con el Grupo de Expertos que ha participado en el estudio, se recomiendan un conjunto de mejoras en la aportación de valor que la FPHOMC realiza a los médicos colegiados. Destacamos las siguientes:

ÁMBITOS DE MEJORA	PROPUESTAS DE MEJORA	AGENTES IMPLICADOS
<p><b>1. Dotar nuevas y mejores prestaciones actualizadas según las emergentes necesidades sociales entre el colectivo médico</b></p>	<p>1.1. Mejorar el actual sistema prestacional de la FPHOMC, buscando la complementariedad con los Sistemas Públicos de Protección Social e incorporando los ajustes en la Prestación de ayuda a plaza en residencia de mayores, en el PAIME y en la cuota colegial propuestos en el diagnóstico.</p> <p>1.2. Actualizar los criterios de aplicación del Catálogo de Prestaciones.</p> <p>1.3. Actualizar el Catálogo de Servicios y Prestaciones de la FPHOMC, incorporando los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Programa de fomento de un envejecimiento activo y saludable en las diversas áreas de calidad de vida; y Programa de voluntariado (médico jubilado)</li> <li>● Programas de prevención y promoción de la salud de los médicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Programas estrés y síndrome de burnout</li> <li>▶ Programas prevención de riesgos y detección y solución de conflictos y agresiones</li> <li>▶ Programas conciliación y apoyos hacia el entorno familiar</li> </ul> </li> <li>● Asesoramiento especializado en accesibilidad en el hogar y entorno próximo</li> </ul>	<p>FPHOMC OMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p>
<p><b>2. Ampliar la aportación de valor a los médicos colegiados facilitándoles un asesoramiento personalizado, una mejor Red de Atención y una Red Concertada de servicios de calidad en respuesta a sus potenciales necesidades de acceso a todo tipo de servicios sociales</b></p>	<p>2.1. Diseñar y poner en marcha un Servicio de asesoramiento, información y tramitación de los recursos públicos existentes, (mediante una red de atención al médico colegiado), mejorando la capacidad de asesorar en el acceso a la diversidad de prestaciones sociales: públicas o privadas.</p> <p>2.2. Dotar a la Red de nuevos profesionales de trabajo social, mediante la articulación de un Servicio de Trabajo Social para la valoración de casos.</p> <p>2.3. Realizar una oferta de formación continua a los profesionales de la Red, sobre todo con relación a novedades prestacionales y en base a una buena definición de perfiles de competencias</p> <p>2.4. Mejorar la comunicación directa de la Fundación con los colegiados, elaborando un Plan de Comunicación en el marco de un Sistema Integral de Gestión de la Información y la Comunicación que incluya, entre otras, las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Elaborar un protocolo de acogida a los nuevos colegiados en el que se incluya información sobre la Fundación y sus prestaciones.</li> <li>● Informar a los colegiados, mediante la elaboración de materiales de difusión (como un DVD), sobre las prestaciones de la Fundación.</li> <li>● Estructurar y difundir la información adaptada por franjas de edad, teniendo en cuenta hitos clave en la vida de una persona: nacimiento de un hijo, jubilación, etc.</li> <li>● Definir, difundir y reforzar las ideas y mensajes clave que la Fundación quiere transmitir: que los colegiados sepan que tienen un "seguro" que les dará respuesta ante cualquier eventualidad y que conozcan los canales para ponerse en contacto.</li> <li>● Formación de los profesionales que atienden el proceso de colegiación en los Colegios para el fomento del conocimiento de la Fundación.</li> <li>● Promover la presencia de la Fundación en las redes sociales.</li> </ul> <p>2.5. Mejorar la gestión de procesos y procedimientos, mediante la elaboración y aplicación de un manual a tal efecto.</p>	<p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p>

ÁMBITOS DE MEJORA	PROPUESTAS DE MEJORA	AGENTES IMPLICADOS
<p><b>3. Avanzar en ámbitos de mejora de gestión y de calidad, así como en un mejor sistema de financiación de la FPHOMC.</b></p>	<p>3.1. Definir y aplicar un sistema periódico de revisión de los importes prestacionales garantizados.</p> <p>3.2. Establecer sistemas de cooperación entre profesionales de los Colegios y la Fundación en todo aquello que permita mejorar la calidad y eficacia en las funciones de información, orientación y gestión</p> <p>3.3. Avanzar en el establecimiento de un modelo de cooperación de la Fundación que abarque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El establecimiento de convenios con las CCAA y las Administraciones Locales en aspectos relacionados con la oferta prestacional y la red de atención.</li> <li>• Una potencial futura Red Concertada de Servicios Sociales con entidades privadas, estudiando los beneficios derivados de la misma.</li> </ul> <p>3.4. Diseñar e implementar un sistema de captación y gestión eficiente de recursos, incorporando, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La generalización de la captación de subvenciones para los programas actuales (PAIME) y futuros (prevención de riesgos, voluntariado, formación, innovación, TIC, etc.), tanto a nivel estatal como de CCAA.</li> <li>• Diseñar campañas para fomentar las donaciones de manera preactiva.</li> <li>• Realizar un protocolo para la aceptación de legados y donativos, comunicando posteriormente su elaboración y aplicación.</li> </ul>	<p>FPHOMC OMC</p> <p>FPHOMC OMC</p> <p>FPHOMC</p> <p>FPHOMC</p>





**Fundación para la Protección Social de la OMC**

C/ Cedaceros, 10. 28014 – Madrid

Tel.: 91 431 77 80

patronato.huerfanos@fphomc.es

www.fphomc.es



Fundación Patronato  
de Huerfanos y Protección  
Social de Médicos  
Príncipe de Asturias

*Solidaridad y Ayuda para los Médicos y sus Familias*

