



Informe de la EESE 2014

[Índice completo](#)

[Presentación](#)

[Resultados destacados](#)

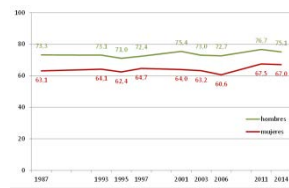
[Estado de salud](#)

[Atención sanitaria](#)

[Determinantes](#)

[Anexos metodológicos](#)

Estado de salud



La salud tal como la perciben los ciudadanos, las enfermedades crónicas más frecuentes, accidentes, discapacidad, dolor y depresión, una descripción del estado de salud de hombres y mujeres.

[Ver más](#)

Actividad física

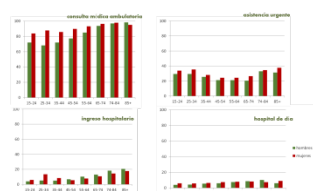


Todas las personas debieran evitar la inactividad física. Un poco de actividad es mejor que nada, y en cualquier cantidad produce beneficio para la salud (OMS, 2011).

[Ver más](#)

Uso de servicios

Atención primaria, especializada, ingresos hospitalarios, urgencias y otros servicios sanitarios, públicos y privados, quién usa qué.



[Ver más](#)

Presentación



El informe de la EESE 2014 ofrece una descripción del estado de salud de los ciudadanos, el uso y el acceso a los servicios sanitarios y los determinantes de la salud en España.

Detección precoz de cáncer



Cobertura de los servicios sanitarios preventivos para reducir la morbilidad y la mortalidad evitable, por comunidad autónoma.

[Ver más](#)

Obesidad y sobrepeso

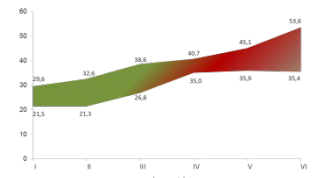


España presenta tasas de sobrepeso y obesidad altas. En 2014 por primera vez no aumenta en hombres. El gradiente social en mujeres es muy marcado.

[Ver más](#)

Resultados destacados

Desciende el sedentarismo en tiempo de ocio y podrían empezar a estabilizarse otros factores de riesgo cardiovascular.



[Ver más](#)

Índice detallado

La EESE14 aborda una amplia selección de temas a los que puede acceder por separado a través del índice detallado.

[Ver más](#)

Salud bucodental



Estado de la dentadura, quienes visitan al dentista y cuándo, asistencia pública y privada...

[Ver más](#)

Alimentación



Qué comemos, patrones de

Hábito tabáquico y estilos de vida



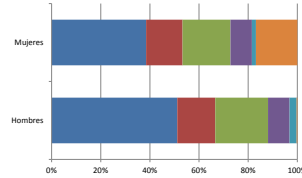
El descenso en el consumo de tabaco es cada vez más lento, excepto en mujeres jóvenes.

Tabaco y también alcohol, alimentación o sedentarismo por estratos.

[Ver más](#)

Estudio de desigualdades

La investigación se dirige a las personas de 15 y más años residentes en viviendas familiares de todo el territorio nacional. Está orientada al estudio de desigualdades.



Servicios sanitarios públicos y privados



Cobertura sanitaria y uso de servicios de atención primaria y especializada, hospitales, urgencias y salud bucodental.

[Ver más](#)

consumo de los principales alimentos.

[Ver más](#)

Depresión

Como novedad se recoge la presencia de sintomatología depresiva y la prevalencia de cuadros depresivos en la población.



[Ver más](#)

Índice			
<p>Presentación Resultados más destacados</p>	<p>Este informe de la Encuesta Europea de Salud en España - EESE ofrece una descripción del estado de salud de los ciudadanos, el uso y el acceso a los servicios sanitarios y los determinantes de la salud en 2014. Es la parte española de la encuesta europea dirigida por Eurostat y destinada a proporcionar datos comparables de la salud de los países de la UE.</p>	<p>La EESE 2014 aborda una amplia selección de temas, a los que se puede acceder por separado a través del índice lateral (hipertexto) o en el informe completo.</p>	<p>Las tablas completas (frecuencias y porcentajes) se pueden consultar en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm y en http://www.ine.es.</p>
<p>Estado de salud Salud autopercibida Morbilidad crónica: enfermedades o problemas de salud Accidentes Morbilidad aguda Limitación y discapacidad <i>GALI</i> Limitación funcional física y sensorial Limitación para las actividades de vida diaria (AVD) Dolor PHQ-8 – depresión</p>	<p>En España, la EESE 2014 ha sido realizada por el Instituto Nacional de Estadística, con la colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Conjuntamente adaptaron el cuestionario europeo y el de la Encuesta Nacional de Salud con el fin de permitir la comparación con los principales indicadores. Los resultados se presentan en este informe.</p>	<p>Este informe presenta las estadísticas de salud de la EESE 2014 clasificadas por sexo, edad, clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, país de nacimiento, comunidad autónoma de residencia, nivel de estudios, relación con la actividad económica actual y nivel de ingresos del hogar.</p>	<p>Las preguntas utilizadas para las distintas variables de salud se encuentran en los cuestionarios de hogar e individual, disponibles también en el portal estadístico.</p> <p>Siempre que la comparabilidad lo permite, se incluye la serie temporal. Cada apartado contiene notas metodológicas sobre las variables y la comparabilidad de las series.</p>
<p>Atención sanitaria Cobertura y uso de recursos públicos y privados Utilización de servicios sanitarios <i>Atención ambulatoria</i> <i>Atención hospitalaria</i> <i>Hospital de día</i> <i>Urgencias</i> <i>Asistencia domiciliaria</i> Salud bucodental Consumo medicamentos Prácticas preventivas generales Detección precoz de cáncer Necesidades no cubiertas</p>	<p>La investigación se dirige a las personas de 15 y más años residentes en viviendas familiares de todo el territorio nacional. Se entrevistaron personalmente 22.842 individuos en sus domicilios. Los resultados son representativos a nivel nacional y autonómico.</p>	<p>En los distintos apartados temáticos se presentan gráficos, tablas y comentarios de los principales indicadores sobre estado de salud, enfermedades crónicas, accidentalidad, restricción de la actividad, ausencia del trabajo por motivos de salud, limitación funcional física y sensorial, limitación para las actividades de cuidado personal y del hogar, y la necesidad de ayuda cubierta y no cubierta para realizar estas actividades, salud mental, salud bucodental, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios, consumo de medicamentos, prácticas preventivas, estilos de vida, tabaco y alcohol, actividad física, alimentación, y otros determinantes de la salud individuales y sociales como la talla y el peso o los cuidados informales.</p>	<p>Como norma general los valores perdidos se han omitido en las tablas de estimaciones de valores relativos.</p>
<p>Determinantes Índice de masa corporal Tabaco Alcohol Actividad física Alimentación Apoyo social Cuidados informales</p>			
<p>ANEXOS ANEXO 1 Resumen metodológico ANEXO 2 Variables de clasificación ANEXO 3 Características sociodemográficas de la población ANEXO 4 Créditos</p>			<p>22 septiembre 2017</p>

PRESENTACIÓN

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014 se dirige al conjunto de personas de 15 y más años residentes en viviendas familiares de todo el territorio nacional. Los principales resultados se presentan en este informe.

La EESE 2014 es la parte española de la *European Health Interview Survey* (EHIS 2.0). EHIS está coordinada por la oficina europea de estadística, Eurostat, en cumplimiento del Reglamento (EC) 1338/2008 y del Reglamento de la Comisión 141/2013, que establecen la necesidad de disponer de datos fiables sobre el estado de salud, la utilización y el acceso a los servicios sanitarios, y los determinantes de la salud de los países de la Unión Europea (UE), así como las características que debe tener la encuesta utilizada para obtenerlos.

En España, la EESE 2014 ha sido realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), con la colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). En virtud del Convenio suscrito por ambos organismos, se adaptó el cuestionario de la EHIS para ampliar las variables y permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE).

Desde 2006, el MSSSI y el INE vienen realizando un esfuerzo conjunto para armonizar las encuestas nacional y europea de salud, de modo que alternándolas se pudiera preservar la riqueza de la serie histórica sin dejar de cumplir con las obligaciones europeas. En 2014, la metodología y el cuestionario utilizados en la EESE permiten la comparación temporal de ámbito nacional que se hace al analizar tendencias en este informe, con algunas limitaciones que se señalan para indicadores concretos. Así esperamos disponer de una serie de indicadores que han contribuido notablemente a la planificación estratégica y a la investigación sanitaria en España y, a la vez, enriquecer esta información al poder compararla con los demás países europeos.

Los resultados tabulados de los principales indicadores de la EESE 2014, así como los ficheros de microdatos, están accesibles desde 2015 en la web del INE y del MSSSI. En 2016, los indicadores comparables se incorporaron a la serie histórica ENSE, pudiéndose consultar ágilmente con la herramienta interactiva del portal estadístico del MSSSI. Ahora se publica este conjunto de informes de los distintos temas que aborda la EESE. Por su parte, Eurostat, con los datos de EHIS 2.0, comenzó a publicar en 2016 los resultados agregados de 20 indicadores de salud europeos de alto grado de comparabilidad y, a finales de 2017, pondrá por primera vez a disposición de los investigadores los ficheros de microdatos anonimizados de toda la UE.

Del contenido de estos informes que ahora se presentan quisiera destacar algunos determinantes de la salud. En España se han conseguido importantes progresos en salud, especialmente en la esperanza de vida y en el sistema sanitario, pero persisten inequidades en las que hay que focalizar la acción. Pueden estar relacionadas con diferentes determinantes, ya sean estilos de vida, factores sociales o de acceso a los servicios sanitarios. Las encuestas de salud, -como la que aquí se presenta-, son la fuente de información que mejor permite analizar las desigualdades y cuantificar la evolución de algunos indicadores de salud esenciales. Y esto

tanto si lo que reflejan los datos es positivo, como en el caso del incremento de la actividad física en tiempo de ocio, como si alertan de una tendencia menos favorable que indica la necesidad de intervención, como la caída de la cobertura de la vacunación antigripal o el consumo intensivo de alcohol en los jóvenes.

La mayoría de estos factores varían con la estructura social. De hecho, las principales conductas individuales relacionadas con el balance energético y, por tanto, con la obesidad y el sobrepeso (actividad física, conducta sedentaria, hábitos alimenticios...), están relacionadas con factores sociales y económicos externos al individuo, al igual que el abuso de alcohol o el tabaquismo. Los determinantes individuales o estilos de vida que explora la EESE 2014 se estudian aquí con una perspectiva orientada a dibujar y actuar sobre las causas potenciales de la desigualdad observada en estas conductas.

En Madrid, a 22 de septiembre de 2017.

La Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

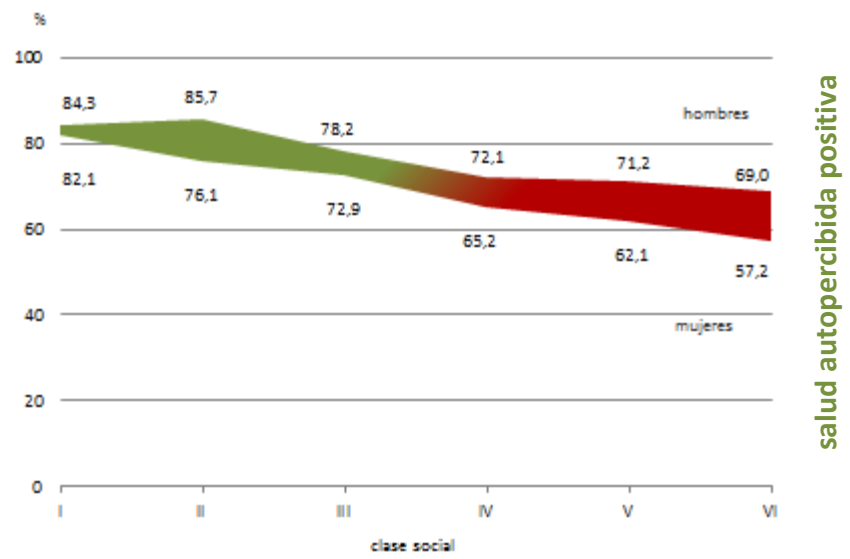
RESULTADOS DESTACADOS

- En España, el 71% de la población de 15 y más años valoró su salud positivamente (muy buena o buena) en 2014. La percepción favorable del estado de salud se mantuvo en niveles altos, semejantes a los alcanzados en 2011. No obstante, se observa una gran heterogeneidad social en el estado de salud percibido autodeclarado. La diferencia entre el grupo de ingresos más alto y el más bajo fue de casi 30 puntos porcentuales (87% vs 57%). Los hombres valoran su salud favorablemente (75%) con mayor frecuencia que las mujeres (67%), y la diferencia por sexo se va agrandando según se desciende en la escala social.
- El descenso en el consumo de tabaco se ralentiza. El número de personas que fuman cayó solo un punto respecto a 2011 (23% vs 24%). En mujeres jóvenes, la prevalencia de fumadoras desciende más rápidamente: en el grupo de 15 a 24 años, del 21% en 2011 pasó al 16% en 2014. La probabilidad de fumar en España es 1,5 veces mayor en hombres que en mujeres. Los hombres de clase social baja son quienes fuman en mayor proporción y cantidad, con un marcado gradiente social que se mantiene a lo largo de las dos últimas décadas. En mujeres, el mayor consumo que se daba en las clases altas ha caído en los últimos años, y ya no se observa el gradiente social inverso al de los hombres. En ambos sexos podría estar repuntando el consumo en la clase más baja. En hombres desempleados la prevalencia de fumadores está por encima del 42%.
- Se observa un notable descenso de la inactividad física en tiempo de ocio. Aunque no se dispone de este dato para toda la serie histórica, entre 2011 y 2014 ha caído más de 7 puntos porcentuales, del 44% al 37%. Decrece en ambos sexos y en todos los grupos de edad, pero es en el grupo de mujeres muy jóvenes, entre 15 y 24 años donde más se reduce la inactividad en tiempo de ocio (14 puntos porcentuales). No obstante, en 2014 todavía el 31% de los hombres y 42% de las mujeres refieren que su tiempo libre lo ocupan de forma casi completamente sedentaria.
- Otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes o la obesidad, se mantienen en valores elevados, pero no aumentaron entre 2011 y 2014. El gran incremento en la prevalencia autodeclarada de hipertensión arterial y de hipercolesterolemia que se observó entre 1997 y 2006 parece haberse detenido desde entonces para la hipertensión, en cifras algo por encima del 18% y, en 2014 tampoco ha aumentado la hipercolesterolemia, manteniéndose en el 16%. La diabetes, de curso suavemente ascendente en las últimas décadas, se mantiene en torno al 7%. En cuanto a la población adulta con obesidad, aunque es necesario esperar a nuevos datos para confirmar esta posible evolución favorable, en 2014 es la primera vez desde 1987 que no se observa un incremento de la prevalencia de obesidad en hombres (17%), y el sobrepeso no aumenta ni en hombres ni en mujeres.

- En España más de la mitad (53%) de la población adulta (18 y más años) está afectada de obesidad o sobrepeso. Esta cifra es probablemente una infraestimación, como está demostrado que sucede cuando la talla y el peso se obtienen a partir de lo que los entrevistados declaran y no de la medición directa. La obesidad afecta al 17% de la población adulta, casi por igual a hombres que a mujeres. En el sobrepeso en cambio son notables las diferencias por sexo, presentándose con mayor frecuencia en hombres (44%) que en mujeres (28%). La clase social es un determinante clave del exceso de peso en el caso de las mujeres. Desde el 26% de sobrepeso u obesidad en la clase más alta crece escalonadamente hasta alcanzar el 57% en la más baja. La diferencia está principalmente en la prevalencia de obesidad, que pasa del 6% al 26% respectivamente.
- En la población joven, la prevalencia de consumo intensivo de alcohol es elevada. Entre los 15 y los 24 años el 18% de los hombres y el 10% de las mujeres declaran haber bebido de manera intensiva al menos una vez al mes. Entre los 25 y los 34 años el porcentaje se mantiene en mujeres, pero en hombres alcanza el 23%, a pesar de que los datos de consumo de alcohol obtenidos por encuesta están siempre sesgados a la baja. En los hombres la distribución social no mostró un gradiente, mientras que las mujeres pertenecientes a la clase más alta consumen alcohol de manera intensiva con mayor frecuencia. Se observan grandes diferencias entre comunidades autónomas.
- La necesidad de ayudas para las personas que tienen alguna limitación para las actividades básicas de la vida diaria sigue siendo un reto para los servicios sociales. El 21% de la población no institucionalizada de 65 y más años tiene algún grado de dificultad para su propio cuidado personal (1,7 millones), y el 47% (3,9 millones) tiene problemas para hacer las actividades domésticas. La presencia de alguna limitación es más frecuente en mujeres, y en ellas se incrementa bruscamente en el grupo de 85 y más años. Más de tres cuartas partes de esta población con limitaciones para las actividades domésticas y de cuidado personal dispone de ayudas técnicas o personales para realizarlas, pero esta ayuda no siempre es suficiente. Más de la mitad (911.300 personas) de las personas de 65 y más años con limitaciones para el cuidado personal declara que necesita más ayuda, y algo menos de la mitad (1.708.800 personas) de las que no pueden realizar alguna de las actividades del hogar refiere que necesita más ayuda para poder realizarlas.
- La salud mental es parte importante de la carga global de enfermedad y un factor esencial del bienestar. La encuesta estima la prevalencia de cuadros depresivos activos en la población de 15 y más años: el 4% presenta un cuadro depresivo mayor y otro 4% cuadros depresivos de menor gravedad. El resto no presenta cuadros depresivos, aunque pueda tener sintomatología depresiva leve. La frecuencia es casi el doble en mujeres, y la diferencia por sexo se incrementa con la edad. En ambos sexos los cuadros de depresión mayor aumentan con los años, de manera más abrupta en el grupo de 85 y más años.

- La cobertura de las pruebas de detección precoz de cáncer es variable según el territorio y el tipo de tumor. Los programas de larga implantación mejoran sus coberturas ya elevadas, y los de inicio más reciente presentan mayor irregularidad. El 80% de las mujeres se ha hecho una mamografía según lo recomendado, y la citología vaginal alcanza la misma cobertura, mientras que el 12% de los hombres y de las mujeres se ha realizado una prueba de detección del cáncer de colon, el doble que en 2011. Se observan importantes diferencias de cobertura de los programas de cribado entre comunidades autónomas.
- El 84% de la población refiere que dispone exclusivamente de cobertura sanitaria pública, algo menos del 1% exclusivamente privada y el 15%, ambas. En cuanto al uso, en los servicios sanitarios ambulatorios el último médico consultado fue de la sanidad pública en el 86% y, a partir de los 75 años, por encima del 91%. De los ingresos hospitalarios, el 83% fue financiado por la sanidad pública y otro 4% por una mutualidad del estado. En el último año, el 85% de la población de 15 y más años había consultado a un médico de atención primaria o especializada ambulatoria, el 27% había acudido alguna vez a urgencias y el 9% estuvo hospitalizada.

ESTADO DE SALUD



Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 1.001 a 1.007

Definición de la salud autopercebida

El estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de tener enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

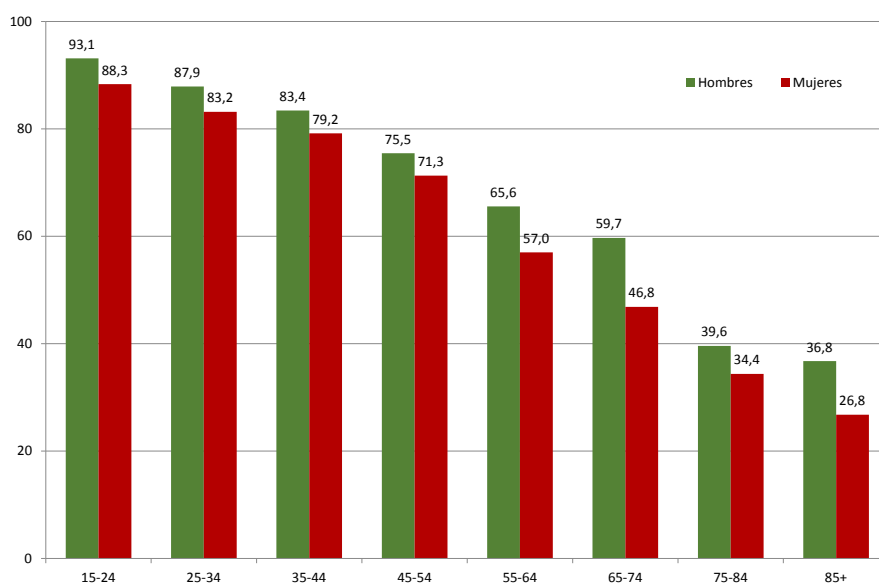
La valoración subjetiva del estado de salud o salud autopercebida es la primera de las tres preguntas del Módulo mínimo europeo de salud (MEHM-1), que constituyen una medida sintética del estado de salud en general, basada en la propuesta del proyecto EuroReves.

La salud autopercebida se recoge anualmente para los principales indicadores internacionales en la Encuesta de Condiciones de Vida (EU-SILC Statistics on Income and Living Conditions) y, junto con la discapacidad percibida o restricción crónica de la actividad (GALI, Global Activity Limitation Indicator), se incluye en todas las encuestas sociales de ámbito europeo.

En la EESE 2014, esta pregunta se mantuvo con la formulación de toda la serie ENSE para permitir la comparación. Se considera valoración positiva cuando se responde "bueno" o "muy bueno".

El 71% (70,99%) de la población de 15 y más años valoró su estado de salud como positivo. Los hombres valoraron su estado de salud más favorablemente que las mujeres (75,14% vs 67,03%).

Gráfico 1. Valoración positiva del estado de salud según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



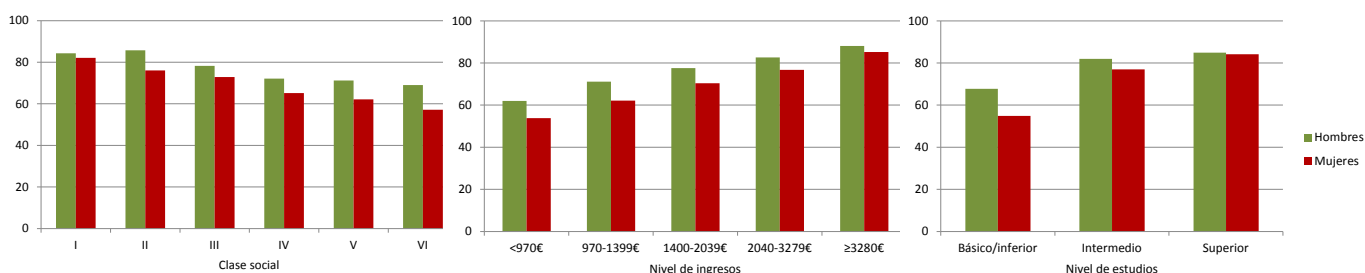
Como cabe esperar, la percepción de un estado de salud positivo fue menor a mayor edad. En el grupo de 65 y más años solo el 44,15% tiene una percepción favorable de su salud y, en la población de 85 y más, el 30,30%, 36,76% de los hombres y 26,77% de las mujeres. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13pp., y la menor entre 45-54 años, de solo 4pp. (gráfico 1).

Se observó un marcado gradiente según se desciende en la escala social (gráfico 2), una caída progresiva en la percepción positiva del estado de salud, que pasó de 83,24% en la clase social I a 62,62% en la clase VI. El gradiente es más marcado en las mujeres, de 82,14% en clase I a 57,15% en la VI. Las diferencias por sexo se diluyen en la clase alta.

Esta disparidad medida en términos de clase social ocupacional se observó igualmente al estratificar por nivel de estudios y lo mismo por ingresos, observándose igualmente cómo se estrechan las diferencias por sexo en el grupo más favorecido hasta prácticamente desaparecer (gráficos 3 y 4). Por nivel de estudios, teniendo en cuenta que con la nueva clasificación (CNED-2014-A) y la agrupación en 3 niveles ya no están tan concentradas las personas mayores en el grupo inferior, se observa claramente un gradiente, con mayor porcentaje de población que valora su salud positivamente en los grupos intermedio (79,49%) y superior (84,50%) que en el básico o inferior (61,15%). Se observó diferencia en todos los grupos de edad, aunque fueron máximas en el grupo de 65 y más años.

La agrupación según los ingresos mensuales netos del hogar reflejó perfectamente un gradiente de salud. Solo el 57,37% de la población situada en el grupo inferior de ingresos valoró positivamente su salud, y este porcentaje aumentó escalonadamente hasta alcanzar el 86,68% en la población del superior. También aquí el gradiente social es más marcado en mujeres, ya que en el grupo de mayores ingresos apenas hay diferencia con los hombres.

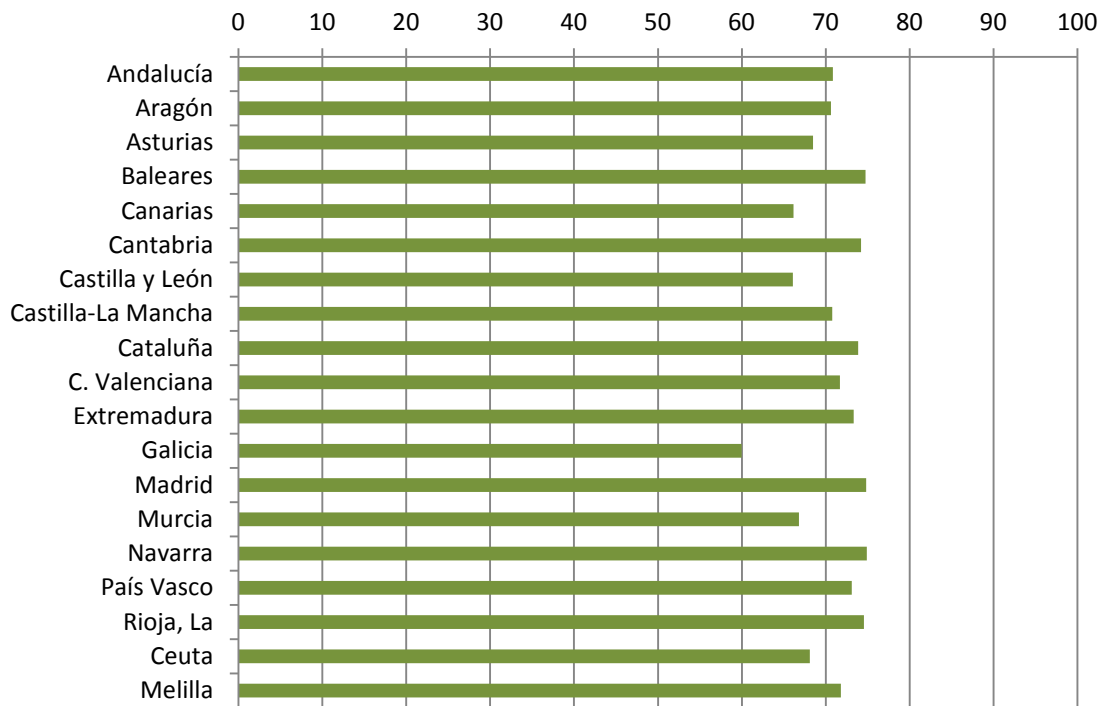
Gráficos 2, 3 y 4. Valoración positiva del estado de salud según distintas medidas de estratificación. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por país de nacimiento no se observaron diferencias destacables.

Por comunidad autónoma, en Navarra (74,9%), seguida de Madrid (74,8%) y Baleares (74,74%) se recogieron la mejores valoraciones, y en Galicia la más baja (59,97%) (gráfico 5). También es en Navarra donde se encontró la menor diferencia entre sexos (2,9pp).

Gráfico 5. Valoración positiva del estado de salud según comunidad autónoma de residencia. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



A pesar de que las personas en situación de desempleo son más jóvenes en promedio, valoraron peor su salud. El 82,96% de los trabajadores la valoraron favorablemente, frente al 72,27% de los desempleados.

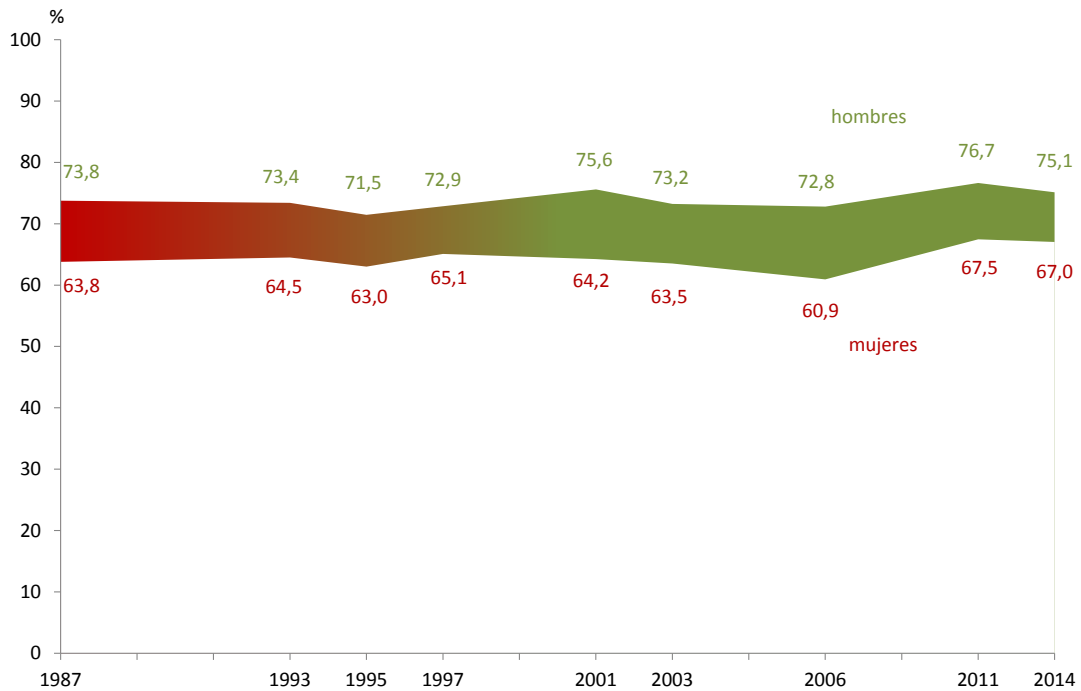
Tendencia →

Tabla 1. Evolución de la valoración positiva del estado de salud según sexo, 1987-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
ambos	68,58	68,84	67,09	68,86	69,72	68,26	66,76	71,95	70,98
hombres	73,77	73,41	71,47	72,85	75,59	73,23	72,8	76,65	75,14
mujeres	63,79	64,5	63,01	65,08	64,24	63,52	60,93	67,46	67,03

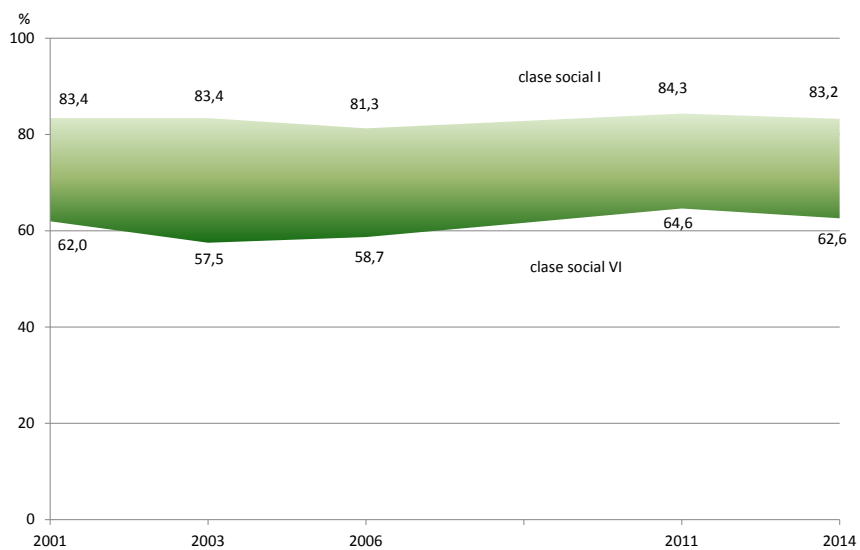
En el conjunto del período estudiado se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de la población de 15 y más años que valora su salud como buena o muy buena, tanto en hombres como en mujeres, y siempre superior en los primeros (tabla 1 y gráfico 6). Entre 2006 y 2011 se observó una mejora marcada, especialmente en mujeres. En 2014 prácticamente se mantiene esta mejora en la percepción subjetiva del estado de salud (71% vs 72% en 2011).

Gráfico 6. Evolución de la valoración positiva del estado de salud, 1987-2014. Hombres y mujeres de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE



La gran heterogeneidad social presente en la salud autopercebida no tiende a desaparecer en los últimos años. Entre 2001 y 2014 la diferencia entre el porcentaje de la población que percibe su salud como buena o muy buena en la clase social más alta y en la clase social menos favorecida se mantuvo estable (gráfico 7).

Gráfico 7. Valoración positiva del estado de salud. Evolución de la diferencia entre clase social I y clase social VI, 2001-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE



MORBILIDAD CRÓNICA – ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Problemas de salud o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico

Población de 15 y más años

Tablas 1.020 a 1.025

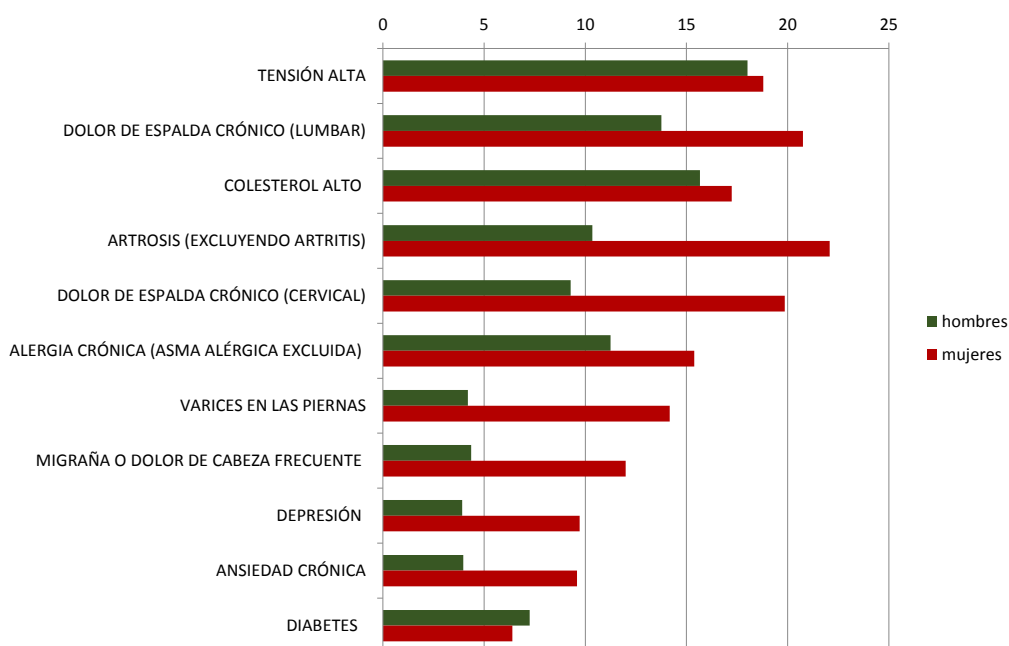
Cambios en el listado de enfermedades crónicas

Algunas de las entidades nosológicas por las que pregunta la encuesta nacional se han adaptado para dar respuesta a los requerimientos de EHIS, lo que puede afectar a la serie histórica. Concretamente se deben comparar con cautela el infarto agudo de miocardio y la artrosis, que ahora excluye las artritis. En el caso de la depresión, las alergias crónicas y el ictus, los cambios han sido de carácter menor y la comparabilidad es alta. Por otra parte, se han introducido en 2014 dos nuevos problemas de salud: la angina de pecho o enfermedad coronaria y los problemas de riñón. Sobre la comparabilidad con ediciones anteriores, ver también la tabla 3.

Sobre el periodo de referencia de la pregunta, consultar la nota metodológica al final de este apartado.

En la tabla 2 se muestra la prevalencia autodeclarada de 32 enfermedades o problemas de salud en la población no institucionalizada de 15 y más años. Las más frecuentes se representan en el gráfico 8 (para la salud mental, ver también [apartado específico](#)).

Gráfico 8. Enfermedades crónicas o problemas de salud con prevalencia autodeclarada superior al 5%¹, según sexo. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSS



¹ En hombres, los problemas de próstata también se declaran con frecuencia superior al 5%.

Tabla 2. Prevalencia de enfermedades crónicas o problemas de salud autodeclaradas, según sexo (ordenados de mayor a menor frecuencia en el conjunto de ambos sexos e indicando el sexo más prevalente). Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

Nº orden	Sexo más prevalente	Enfermedad o problema de salud	Total	Hombres	Mujeres
1	M	Tensión alta	18,42	18,02	18,79
2	M	Dolor de espalda crónico (lumbar)	17,34	13,76	20,75
3	M	Colesterol alto	16,48	15,67	17,24
4	M	Artrosis (excluyendo artritis)	16,36	10,35	22,08
5	M	Dolor de espalda crónico (cervical)	14,7	9,28	19,86
6	M	Alergia crónica (rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica), alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	13,37	11,25	15,38
7	M	Varices en las piernas	9,31	4,2	14,17
8	M	Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,27	4,36	12
9	M	Depresión	6,89	3,92	9,72
10	M	Ansiedad crónica	6,85	3,97	9,59
11	H	Diabetes	6,82	7,25	6,4
12	H	Problemas de próstata	-	5,39	-
13	M	Cataratas	4,99	3,8	6,11
14	M	Problemas de tiroides	4,81	1,29	8,16
15	M	Problemas crónicos de piel	4,78	4,29	5,24
16	M	Hemorroides	4,45	3,19	5,65
17	M	Asma (incluida asma alérgica)	4,37	3,9	4,82
18	H	Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	4,24	5,19	3,33
19	M	Osteoporosis	3,86	0,69	6,88
20	M	Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina	3,7	2,79	4,57
21	M	Problemas del periodo menopáusico	-	-	3,68
22	M	Otras enfermedades del corazón	3,65	3,44	3,86
23	M	Estreñimiento crónico	3,59	1,29	5,78
24	H	Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	3,22	3,46	3
25	M	Problemas de riñón	2,7	2,48	2,92
26	M	Úlcera de estómago o duodeno	2,07	1,95	2,2
27	H	Otros problemas mentales	1,83	1,88	1,78
28	M	Tumores malignos	1,56	1,32	1,8
29	H	Angina de pecho, enfermedad coronaria	0,83	0,9	0,76
30	H	Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	0,81	0,97	0,65
31	H	Cirrosis, disfunción hepática	0,7	0,75	0,66
32	H	Infarto de miocardio	0,69	0,84	0,54

La prevalencia autodeclarada de alguna enfermedad o problema de salud mental (ansiedad crónica, depresión u otros problemas mentales) fue del 10,65%, 6,72% en hombres y 14,39% en mujeres.

En la mayoría de los problemas de salud estudiados se observaron importantes diferencias en la distribución por sexo. La proporción de mujeres que refirió padecer enfermedades o

problemas de salud fue mayor que en hombres en todas las enfermedades y problemas excepto diabetes, lesiones o defectos permanentes causados por un accidente, EPOC, cirrosis y enfermedades cardiovasculares (infarto, angor e ictus).

En términos absolutos, el diferencial entre mujeres y hombres superó los 5 pp. en el caso de varices en las piernas, artrosis (excluyendo artritis), dolor de espalda crónico (cervical), dolor de espalda crónico (lumbar), depresión, ansiedad crónica, migraña o dolor de cabeza frecuente, osteoporosis y problemas de tiroides. En el caso de la artrosis y el dolor cervical la diferencia superó los 10 pp. En términos relativos, las varices, el dolor de espalda crónico, tanto cervical como lumbar, el estreñimiento crónico, la depresión, la ansiedad crónica, el dolor de cabeza frecuente, los problemas de tiroides y de riñón fueron más de dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres y, en el caso de la osteoporosis, la razón mujer/hombre es superior a 10.

Todas las enfermedades y problemas de salud aumentan con la edad, a excepción de las alergias crónicas y el asma, que no presentaron gradiente por edad. Algunas enfermedades o problemas de salud se declararon con menor frecuencia a partir de los 85 años respecto al grupo de edad anterior, de 75 a 84 años: la hipercolesterolemia, los problemas de tiroides y las lesiones o defectos permanentes causados por un accidente. En mujeres, varices en las piernas, cirrosis/disfunción hepática, depresión y ansiedad crónica también se redujeron a partir de los 85 años. La migraña o los dolores de cabeza frecuentes disminuyeron en ambos sexos a partir de los 65 años, mientras que los problemas del periodo menopáusico en mujeres se concentraron entre los 45 y los 64 años.

Todas las enfermedades/problemas de salud fueron más frecuentes en las clases sociales menos favorecidas, excepto las alergias crónicas (excluyendo asma), algo más frecuentes en las clases altas. En las siguientes enfermedades, la frecuencia con que se declararon fue más del doble en la clase VI que en la clase I: infarto agudo de miocardio, artrosis (excluyendo artritis), diabetes, úlcera de duodeno, incontinencia urinaria, ansiedad crónica, ictus y problemas de riñón. En el caso de la depresión, fue más de tres veces más frecuente.

Lo mismo ocurre por nivel de estudios: a menor formación alcanzada, mayor frecuencia de todas las enfermedades estudiadas, con excepción de la alergia crónica, con un patrón inverso, y el asma, las migrañas o dolores de cabeza frecuentes y los problemas del periodo menopáusico, sin un patrón claro.

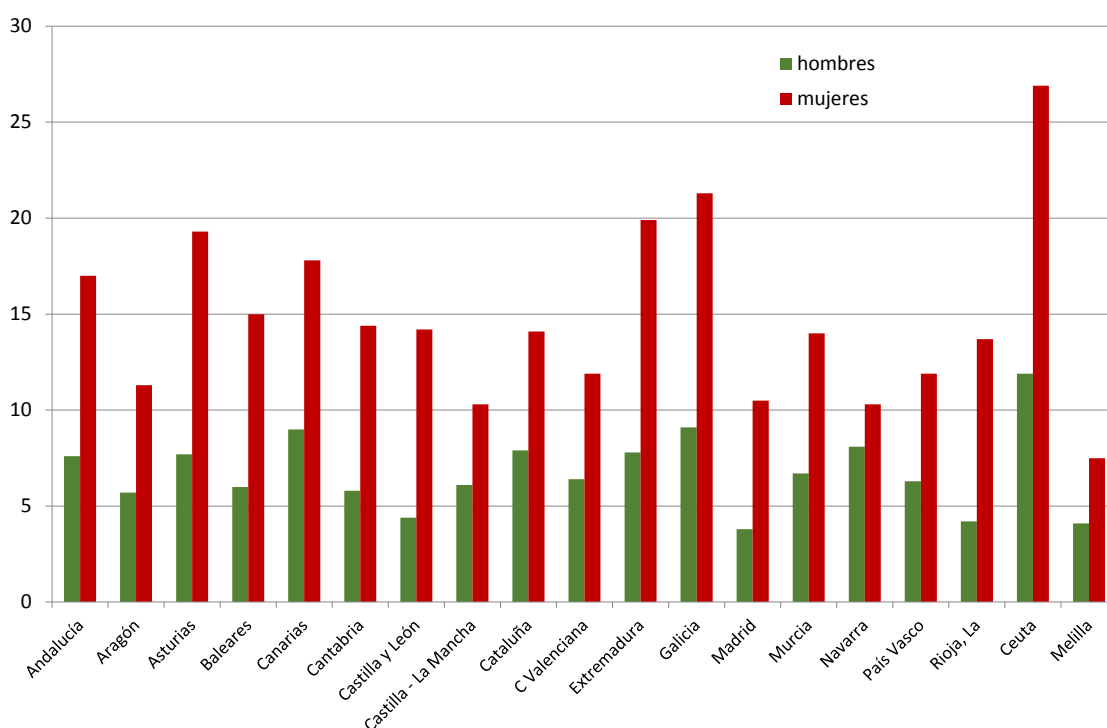
Según el país de nacimiento, en el grupo de 25 a 64 años la mayoría de los problemas de salud son ligeramente más frecuentes entre la población autóctona, excepto la artrosis (excluyendo artritis) y, en hombres, los problemas de riñón.

Por CCAA, más del 20% de la población de 15 y más años declara hipertensión en Aragón, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia. En Asturias y Galicia superan también el 20% quienes que declaran padecer artrosis (excluyendo artritis). También por encima del 20% refieren dolor cervical en Asturias, Canarias y Castilla y León, y dolor lumbar en estas mismas CCAA y, además, Galicia, País Vasco y Ceuta. Las alergias crónicas superan el 15% de la población en Extremadura, Galicia, Madrid y Navarra. La diabetes alcanza el 8% en Canarias, Comunidad Valenciana, Murcia, Ceuta y Melilla, y los que declaran

hipercolesterolemia alcanzan el 25% en Galicia. Más del 10% de la población declara que padece depresión en Asturias, Extremadura, Galicia y Ceuta y, finalmente, destacan País Vasco, Navarra, Galicia, Castilla y León y Andalucía por estar por encima del 5% las personas con lesiones o defectos permanentes causados por un accidente.

En diez comunidades o ciudades autónomas la prevalencia declarada de ‘algún trastorno de salud mental’ (ansiedad crónica, depresión u otro) fue superior al 10%: Ceuta (18,85%), Galicia (15,51%), Extremadura (13,92%), Asturias (13,82%), Canarias (13,41%), Andalucía (12,38%), Cataluña (11,10%), Baleares (10,54%), Murcia (10,40%) y Cantabria (10,18%), y en todas ellas más frecuente en mujeres (gráfico 9).

Gráfico 9. Prevalencia declarada de trastornos mentales (ansiedad crónica, depresión u otro problema de salud mental), según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



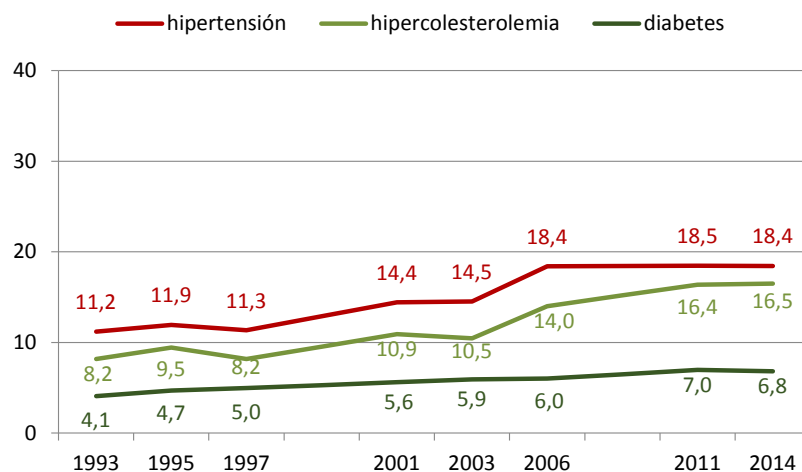
Según la relación con la actividad económica actual, como cabe esperar, las personas jubiladas y las incapacitadas para trabajar presentaron mayores prevalencias de prácticamente todas las enfermedades o problemas de salud. En lo relativo a la salud mental, las personas en situación de desempleo refieren depresión y ansiedad crónica con una frecuencia que duplica la de las personas que están trabajando (7,55% y 9% vs. 3,17% y 3,82% respectivamente), aunque por debajo de quienes se ocupan de las tareas del hogar (12,39% declaran depresión y 13,05% ansiedad crónica), y de las personas incapacitadas para trabajar (32,13% y 29,17% respectivamente).

Tendencia →

El marcado incremento de la hipertensión y de la hipercolesterolemia auto-declaradas que se observó entre 1997 y 2006 parece haberse estabilizado desde entonces para la hipertensión,

en cifras algo por encima del 18%. Entre 2011 y 2014 no aumentó la prevalencia de hipercolesterolemia, manteniéndose por encima del 16%. La prevalencia de diabetes continuó ascendiendo en suave pendiente, hasta casi el 7% en las dos últimas encuestas (gráfico 10).

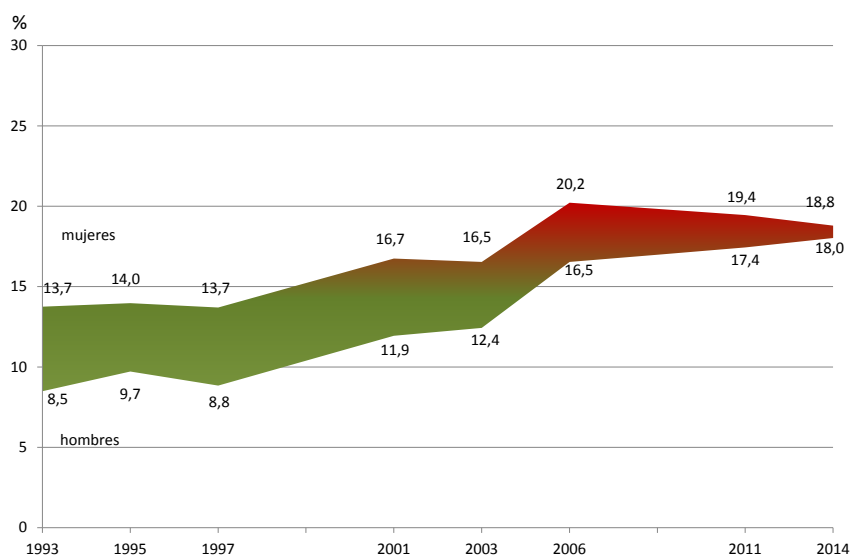
Gráfico 10. Evolución de la prevalencia autodeclarada de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, 1993-2014. Población de 15 y más años* (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE



*Hasta 2006 inclusive, población de 16 y más años

El incremento de la prevalencia autodeclarada de hipertensión arterial a lo largo de los últimos veinte años se acompaña desde 2003 de una reducción en las diferencias por sexo. La estabilización que parece observarse en mujeres no se da en hombres (gráfico 11).

Gráfico 11. Prevalencia de hipertensión arterial. Evolución y diferencia por sexo. Población de 15 y más años* (%). España 1993-2014. ENSE/EESE. MSSSI/INE



*Hasta 2006 inclusive, población de 16 y más años

En mujeres, la desigualdad entre las clase social más (I) y menos favorecida (VI) es muy amplia, siempre más de 10 pp., aunque en 2014 por primera vez es menos del doble. En la clase I la prevalencia permanece estable desde 2006 mientras en la clase VI disminuye (gráfico 12). En hombres no se observa este gradiente social, sino una distribución irregular.

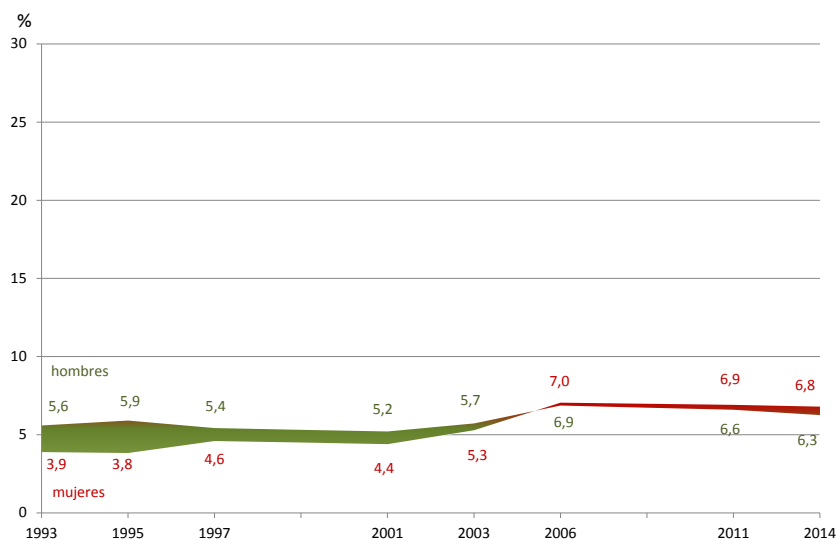
Gráfico 12. Prevalencia de hipertensión arterial. Evolución y diferencia por clase social (I y VI). Mujeres de 15 y más años* (%). España 2001-2014. ENSE/EESE. MSSSI/INE



*Hasta 2006 inclusive, población de 16 y más años

La prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/asma alérgica se ha mantenido estable en torno a un 5% hasta 2006, año en que asciende ligeramente y las mujeres pasan a ser el sexo prevalente (gráfico 13).

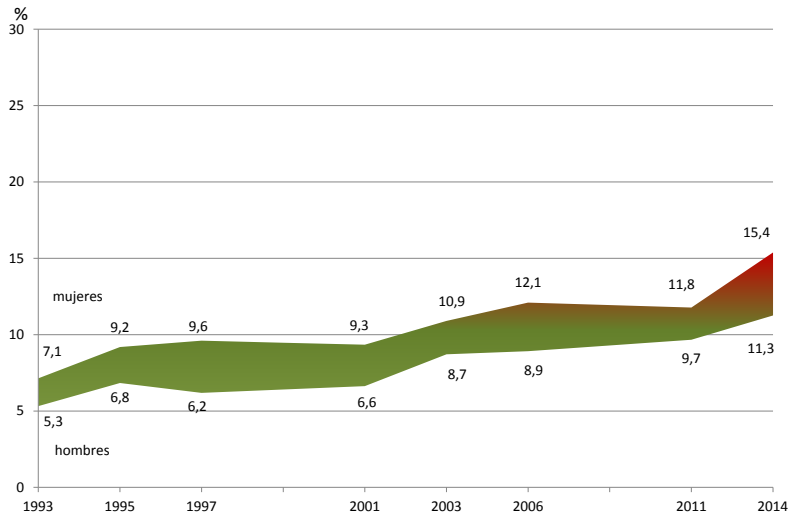
Gráfico 13. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica/ asma alérgica. Evolución y diferencia por sexo. Población de 15 y más años* (%). España 1993-2014. ENSE/EESE. MSSSI/INE



*Hasta 2006 inclusive, población de 16 y más años

Aumentaron en cambio entre 1993 y 2014 las alergias crónicas (excluyendo asma) en ambos sexos, -aunque podría deberse al mayor número de entidades nosológicas que en 2014 se enumeran en la pregunta a modo de ejemplos-, incrementándose algo la diferencia entre hombres y mujeres (gráfico 14).

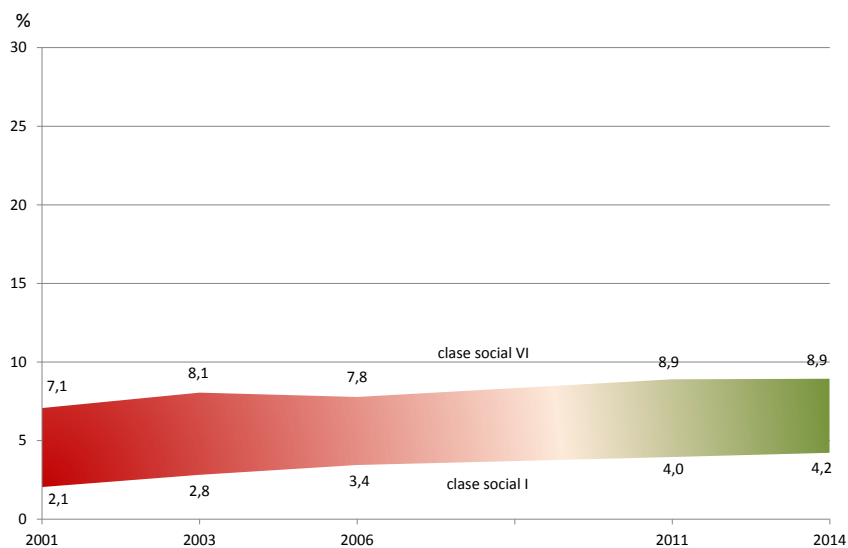
Gráfico 14. Prevalencia de alergia crónica (asma alérgica excluida). Evolución y diferencia por sexo. Población de 15 y más años* (%). España 1993-2014. ENSE/EESE. MSSSI/INE



*Hasta 2006 inclusive, población de 16 y más años

El incremento relativo de la prevalencia autodeclarada de diabetes es mayor en la clase social más alta (I) que en la más baja (VI), pero el patrón evolutivo es semejante y se mantiene la brecha entre ambas (gráfico 15).

Gráfico 15. Prevalencia de diabetes. Evolución y diferencia por clase social (I y VI). Población de 15 y más años* (%). España 2001-2014. ENSE/EESE. MSSSI/INE



*Hasta 2006 inclusive, población de 16 y más años

En la tabla 3 se muestran los resultados de todas las enfermedades o problemas de salud estudiados en las encuestas de 2006, 2011/12 y 2014, con un comentario en caso de que la comparabilidad de las estimaciones en las distintas encuestas sea limitada.

El dolor de espalda, tanto cervical como lumbar, continuó en 2014 el descenso iniciado en 2011. Desde 2006 han disminuido también las varices en las piernas y las migrañas/ dolores de cabeza frecuentes y, en menor medida, la EPOC y el ulcus. Por el contrario entre 2006 y 2014 ha aumentado algo la depresión y, en conjunto, quienes declararon algún problema de salud mental (9,61% en 2011 y 10,65% en 2014), los problemas de tiroides y las lesiones o defectos importantes causados por un accidente, este último solo desde 2011. En el resto la tendencia se mantiene estable.

Tabla 3 – Evolución de la prevalencia autodeclarada* de 32 enfermedades o problemas de salud y comparabilidad 2006-2011/12-2014. Población de 15 y más años** (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.

Enfermedades o problemas de salud (nomenclatura EESE 2014)	2006*	2011	2014	Tendencia	Comparabilidad
Tensión alta	18,41	18,47	18,42	≈	✓
Dolor de espalda crónico (lumbar)	20,02	18,61	17,34	↓	✓
Colesterol alto	14,01	16,36	16,48	≈	✓
Artrosis (excluyendo artritis)	20,02	18,29	16,36		Hasta 2014 'artrosis, artritis y reumatismo'
Dolor de espalda crónico (cervical)	19,61	15,88	14,70	↓	✓
Alergia crónica (rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica), alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	10,54	10,74	13,37	↑	Hasta 2014 'Alergia crónica (asma alérgica excluida)'
Varices en las piernas	11,48	10,42	9,31	↓	✓
Migraña o dolor de cabeza frecuente	11,09	8,36	8,27	↓	✓
Depresión	-	5,90	6,89	↑	En 2011 'depresión crónica'
Ansiedad crónica	-	6,72	6,85	≈	Desde 2011
Diabetes	6,01	6,96	6,82	≈	✓
Problemas de próstata (hombres)	5,65	5,33	5,39	≈	✓
Cataratas	4,94	4,85	4,99	≈	✓
Problemas de tiroides	3,26	4,45	4,81	↑	✓
Problemas crónicos de piel	5,55	4,34	4,78	≈	✓
Hemorroides	5,94	4,14	4,45	≈	✓
Asma (incluida asma alérgica)	4,45	4,08	4,37	≈	Hasta 2014 'asma'
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	-	3,52	4,24	↑	Desde 2011
Osteoporosis	4,71	4,15	3,86	≈	✓
Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina	3,59	3,38	3,70	≈	Hasta 2014 'incontinencia urinaria'
Problemas del periodo menopáusico (mujeres)	4,90	3,64	3,68	≈	✓
Otras enfermedades del corazón	4,15	4,57	3,65	≈	✓
Estreñimiento crónico	5,45	3,78	3,59	≈	✓
Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	3,89	3,75	3,22	≈	✓
Problemas de riñón	-	-	2,70		Desde 2014
Úlcera de estómago o duodeno	3,39	2,36	2,07	≈	✓
Otros problemas mentales	-	1,62	1,83	≈	Desde 2011
Tumores malignos	1,23	1,27	1,56	≈	✓
Angina de pecho, enfermedad coronaria	--	--	0,83		Nueva 2014. Puede afectar a declaración de IAM y a 'otras enfermedades del corazón'
Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	0,69	0,65	0,81	≈	Hasta 2014 'embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral'
Cirrosis, disfunción hepática	-	0,73	0,70	≈	Desde 2011
Infarto de miocardio (IAM)	0,98	0,78	0,69	≈	✓

*Enfermedad o problema de salud diagnosticado por el médico y padecido en los últimos 12 meses.

**En 2006, población de 16 y más años.

La definición de la prevalencia declarada: el período de referencia y el diagnóstico médico

En los trabajos preparatorios de la Encuesta Europea de Salud (EHIS) se cuestionó la necesidad de preguntar, -para cada una de las enfermedades o problemas de salud-, si la había padecido ‘alguna vez’, ‘en los últimos 12 meses’ y ‘diagnosticado por un médico’. En 2014, Eurostat decidió que solo fuera obligatorio para los países recoger ‘en los últimos 12 meses’, por considerar que, aunque quizá no sea esta la pregunta que mejor describe la realidad, sí que refleja la auténtica percepción de la enfermedad.

En la EESE 2014 se mantuvieron las tres preguntas inalteradas para cada una de las enfermedades crónicas, con objeto de preservar las series. En España se viene usando desde hace años la opción ‘en los últimos 12 meses y diagnosticado por un médico’ para elaborar los indicadores de seguimiento de las estrategias del SNS y para los INCLASNS, y es también la definición que se usa para los resultados que se presentan en este documento. En cuanto a la prevalencia-vida, son escasos los artículos publicados que usan esta variable para el estudio de efectos a largo plazo.

La tabla siguiente permite comparar los resultados EESE 2014 de las tres preguntas, y ofrece resultados coherentes para las distintas enfermedades. En los últimos 12 meses, la diferencia entre los que han sido diagnosticados por un médico y los que no lo han sido es pequeña, inferior a 1 pp., excepto para el dolor de espalda crónico, el dolor de cabeza y las varices.

<i>Enfermedades crónicas o problemas de salud</i>	<i>alguna vez</i>	<i>últimos 12 meses</i>	<i>últimos 12 meses y diagnosticada por médico</i>
<i>Tensión alta</i>	<i>22,00</i>	<i>18,74</i>	<i>18,42</i>
<i>Dolor de espalda crónico (lumbar)</i>	<i>20,86</i>	<i>19,22</i>	<i>17,34</i>
<i>Colesterol alto</i>	<i>19,42</i>	<i>16,70</i>	<i>16,48</i>
<i>Artrosis (excluyendo artritis)</i>	<i>18,06</i>	<i>17,32</i>	<i>16,36</i>
<i>Dolor de espalda crónico (cervical)</i>	<i>17,57</i>	<i>16,52</i>	<i>14,70</i>
<i>Alergia crónica (rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica), alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)</i>	<i>16,18</i>	<i>14,09</i>	<i>13,37</i>
<i>Varices en las piernas</i>	<i>14,42</i>	<i>12,17</i>	<i>9,31</i>
<i>Migraña o dolor de cabeza frecuente</i>	<i>11,97</i>	<i>10,14</i>	<i>8,27</i>
<i>Depresión</i>	<i>10,01</i>	<i>7,83</i>	<i>6,89</i>
<i>Ansiedad crónica</i>	<i>8,76</i>	<i>7,60</i>	<i>6,85</i>
<i>Diabetes</i>	<i>7,16</i>	<i>6,84</i>	<i>6,82</i>
<i>Problemas de próstata</i>	<i>7,65</i>	<i>5,55</i>	<i>5,39</i>
<i>Cataratas</i>	<i>9,46</i>	<i>5,20</i>	<i>4,99</i>
<i>Problemas de tiroides</i>	<i>5,60</i>	<i>4,84</i>	<i>4,81</i>
<i>Problemas crónicos de piel</i>	<i>5,67</i>	<i>4,97</i>	<i>4,78</i>
<i>Hemorroides</i>	<i>7,95</i>	<i>5,36</i>	<i>4,45</i>
<i>Asma (incluida asma alérgica)</i>	<i>5,98</i>	<i>4,46</i>	<i>4,37</i>
<i>Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente</i>	<i>6,65</i>	<i>4,34</i>	<i>4,24</i>
<i>Osteoporosis</i>	<i>4,27</i>	<i>3,99</i>	<i>3,86</i>
<i>Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina</i>	<i>4,56</i>	<i>4,14</i>	<i>3,70</i>
<i>Problemas del periodo menopáusico</i>	<i>6,52</i>	<i>4,35</i>	<i>3,68</i>
<i>Otras enfermedades del corazón</i>	<i>4,86</i>	<i>3,66</i>	<i>3,65</i>
<i>Estreñimiento crónico</i>	<i>4,67</i>	<i>4,27</i>	<i>3,59</i>
<i>Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i>	<i>4,26</i>	<i>3,32</i>	<i>3,22</i>
<i>Problemas de riñón</i>	<i>4,38</i>	<i>2,75</i>	<i>2,70</i>
<i>Úlcera de estómago o duodeno</i>	<i>3,99</i>	<i>2,11</i>	<i>2,07</i>
<i>Otros problemas mentales</i>	<i>2,02</i>	<i>1,93</i>	<i>1,83</i>
<i>Tumores malignos</i>	<i>3,40</i>	<i>1,57</i>	<i>1,56</i>
<i>Angina de pecho, enfermedad coronaria</i>	<i>1,97</i>	<i>0,85</i>	<i>0,83</i>
<i>Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)</i>	<i>1,83</i>	<i>0,82</i>	<i>0,81</i>
<i>Cirrosis, disfunción hepática</i>	<i>1,10</i>	<i>0,71</i>	<i>0,70</i>
<i>Infarto de miocardio</i>	<i>2,02</i>	<i>0,70</i>	<i>0,69</i>

Discontinuidad en la serie de indicadores de accidentalidad

En la mayoría de los países desarrollados los accidentes son la primera causa de muerte y morbilidad entre las personas jóvenes.

En la EESE se preguntaba si durante los últimos 12 meses había tenido algún accidente de tráfico, en casa o durante su tiempo libre en el que hubiera resultado herido. Los indicadores de accidentalidad de la EESE 2014 no son comparables con encuestas anteriores por diferente constructo.

Accidentes en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

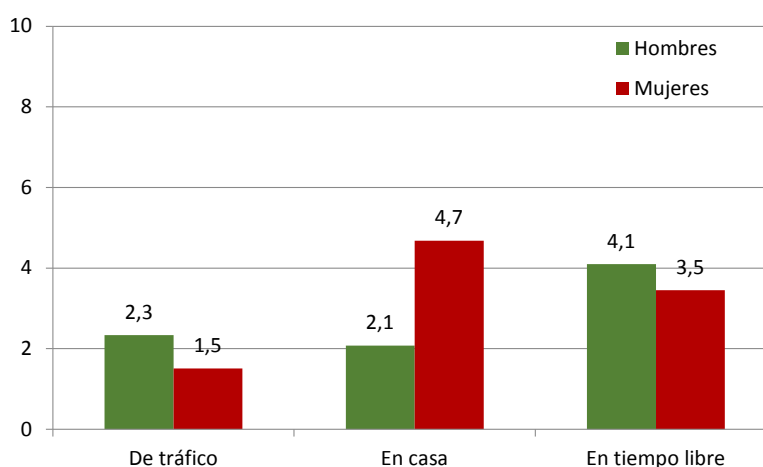
Tablas 1.026 a 1.031

El 8,58% de la población de 15 y más años declaró que había tenido al menos uno de los tres tipos de accidentes que recoge la EESE 2014 (tráfico, hogar u ocio)² en los últimos 12 meses, 8,12% de los hombres y 9,02% de las mujeres.

Los accidentes ocurridos durante el tiempo libre fueron los más frecuentes (3,77% en el último año), seguidos del 3,41% que refirió un accidente en casa y del 1,91% de tráfico.

Se observaron diferencias en la distribución por sexo (gráfico 16). Los accidentes de tráfico y en el tiempo libre fueron más frecuentes en hombres, mientras que en casa lo fueron en las mujeres. El tipo de accidente más frecuente fue en casa en mujeres (4,68%), seguido de en tiempo libre en los hombres (4,1%).

Gráfico 16. Accidentes en los últimos 12 meses según sexo y tipo de accidente (de tráfico, en casa o en tiempo libre). Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

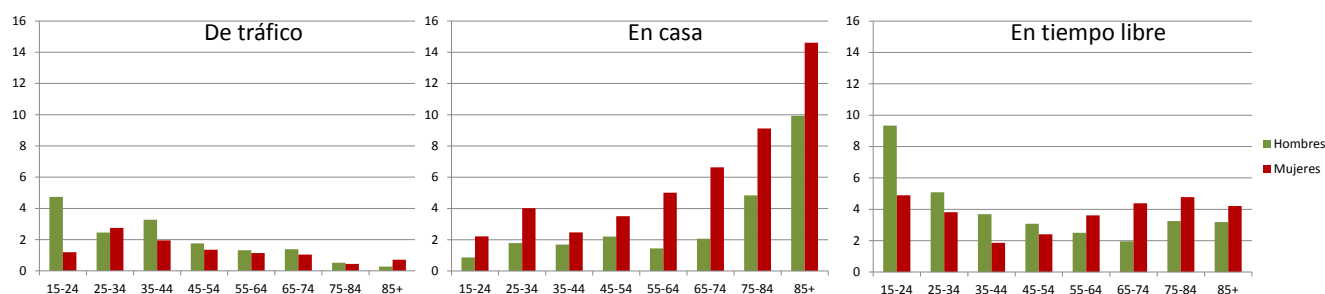


² A diferencia de la ENSE, la EESE 2014 no explora los accidentes en el trabajo ni los accidentes en los centros de estudios.

Los accidentes de tráfico disminuyen con la edad. Este patrón se observó en ambos sexos, aunque en mujeres sea más irregular. En el grupo de 15 a 24 años se dio la mayor diferencia por sexo, siendo cuatro veces mayor en varones. La frecuencia en ambos sexos fue del 3,01% en el grupo de 15 a 24 años y de 0,57% entre los de 85 y más (gráfico 17).

Los accidentes en casa fueron casi tan frecuentes como los accidentes en tiempo libre, pero los patrones por sexo y edad fueron casi opuestos (gráficos 18 y 19). El accidente en casa fue más común en mujeres (4,68%) que en hombres (2,08%), mientras que en tiempo libre fue algo más frecuente en hombres (4,10%) que en mujeres (3,45%).

Gráficos 17, 18 y 19. Accidentes en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad, por tipo de accidente (de tráfico, en casa o en tiempo libre). Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Las mayores diferencias se observaron en la distribución por edad. Los accidentes en tiempo libre pasaron de un 7,17% en el grupo de 15 a 24 años al 3,86% en los de 85 y más, con las frecuencias más bajas entre 35 y 74 años. Por el contrario, los que ocurrieron en casa aumentaban con los años, hasta alcanzar al 9,94% de los hombres de 85 y más años y al 14,62% de las mujeres de este mismo grupo de edad.

En el grupo de 65 y más años, el 3,86% de los hombres y el 8,77% de las mujeres declararon haber sufrido un accidente en casa en el último año. En este grupo de edad también fueron más frecuentes los accidentes en el tiempo libre en mujeres (4,51%) que en hombres (2,53%), mientras que los accidentes de tráfico no superaron el 1% en ninguno de los sexos.

Las personas situadas en la clase social I y II declararon accidentes de tráfico con mayor frecuencia que las de clases inferiores, aunque el gradiente presenta irregularidades (2,19% en clase I vs 1,63% en clase VI). Dependiendo del sexo, los accidentes en casa se distribuyen de distinta manera según la clase social, aunque ni en hombres ni en mujeres predominan en las clases I y II. Lo contrario se observa en los accidentes en tiempo libre, que se presentaron con mayor frecuencia en estos grupos (4,39% en clase I vs 2,84% en clase VI). Por nivel de estudios no se observaron patrones claros.

Los accidentes de tráfico fueron algo más frecuentes en las personas nacidas fuera de España (2,51%) que en la población autóctona (1,82%), en ambos sexos y a expensas de los más jóvenes.

Los accidentes de tráfico se declararon con mayor frecuencia en Canarias y en Melilla (3,20%) y mínima en Aragón (0,24%). En casa fue en Ceuta (6,69%) y Andalucía (5,71%) donde se

declararon accidentes con mayor frecuencia, y en tiempo libre encabezaron la lista País Vasco (7,39%) y Cataluña (5,16%).

En relación con la actividad económica actual, en estudiantes y personas incapacitadas para trabajar se encontraron los valores más altos de accidentes en tiempo libre (7,85% y 6,60%, respectivamente). En personas incapacitadas, jubiladas y dedicadas a las tareas del hogar se observó la mayor frecuencia de accidentes domésticos (6,48%, 5,90% y 5,35% respectivamente). Los accidentes de tráfico fueron ligeramente más frecuentes en estudiantes (2,72%).

Tipo de asistencia recibida tras el accidente

Población de 15 y más años que ha sufrido algún accidente en los últimos 12 meses

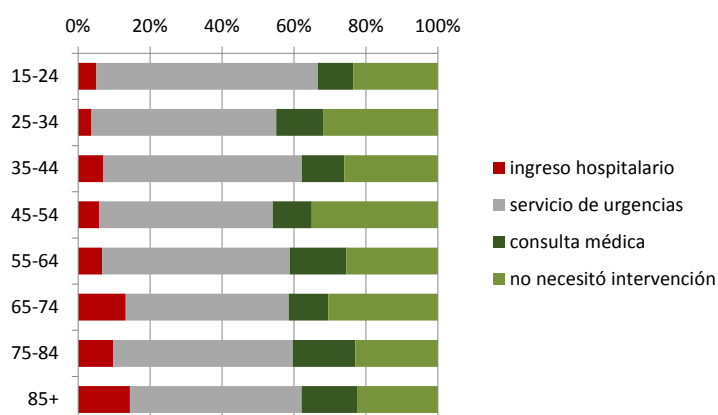
Tablas 1.032 a 1.034

El tipo de asistencia recibida proporciona una valoración de la gravedad del accidente más grave acaecido en el último año.

El denominador de las siguientes tablas es el 8,58% de la población de 15 y más años que refirió haber sufrido alguno de estos tres tipos de accidente (de tráfico, en el hogar o en tiempo libre) en los últimos 12 meses, 8,12% de los hombres y 9,02% de las mujeres.

El 7,28% de las personas accidentadas en el último año ingresó en un hospital, el 52,24% acudió a un centro de urgencias y el 12,65% consultó a algún médico/a o enfermero/a. El 27,83% no requirió ningún tipo de consulta ni intervención. El ingreso hospitalario se produjo con mayor frecuencia a partir de los 65 años, siendo el doble a partir de los 85 y más (14,25%). Acudió a urgencias algo más de la mitad de los accidentados, pero mientras esta proporción se mantuvo en niveles semejantes a lo largo de la vida de las mujeres, en hombres cayó unos 10pp a partir de los 65 años, aumentando en cambio el ingreso hospitalario (gráfico 20).

Gráfico 20. Tipo de asistencia recibida tras el accidente según grupo de edad. Población de 15 y más años que tuvo un accidente en los últimos 12 meses (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por clase social no se observan gradientes, aunque la distribución es irregular.

Por país de nacimiento, son los hombres extranjeros los que ingresaron en un hospital con mayor frecuencia (12,11% vs 7,7% en población autóctona) con motivo de alguno de estos tipos de accidente.

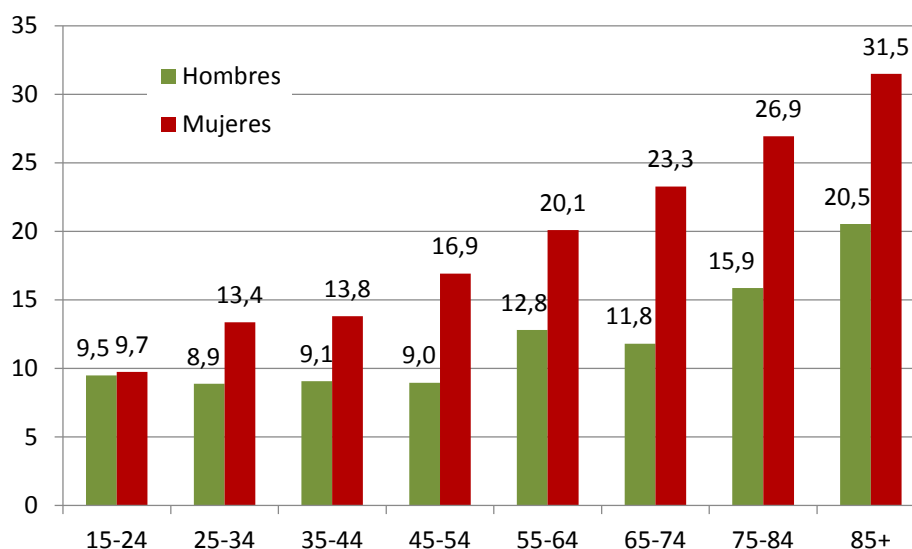
MORBILIDAD AGUDA

Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas Población de 15 y más años

Tablas 1.035 a 1.040

El 14,11% de la población de 15 y más años tuvo que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día en las últimas dos semanas debido a dolores u otros síntomas. Esta circunstancia se declaró con mayor frecuencia en mujeres (17,52%) que en hombres (10,54%). La diferencia por sexo se observó en todos los grupos de edad excepto en el de 15-24 años (gráfico 21).

Gráfico 21. Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



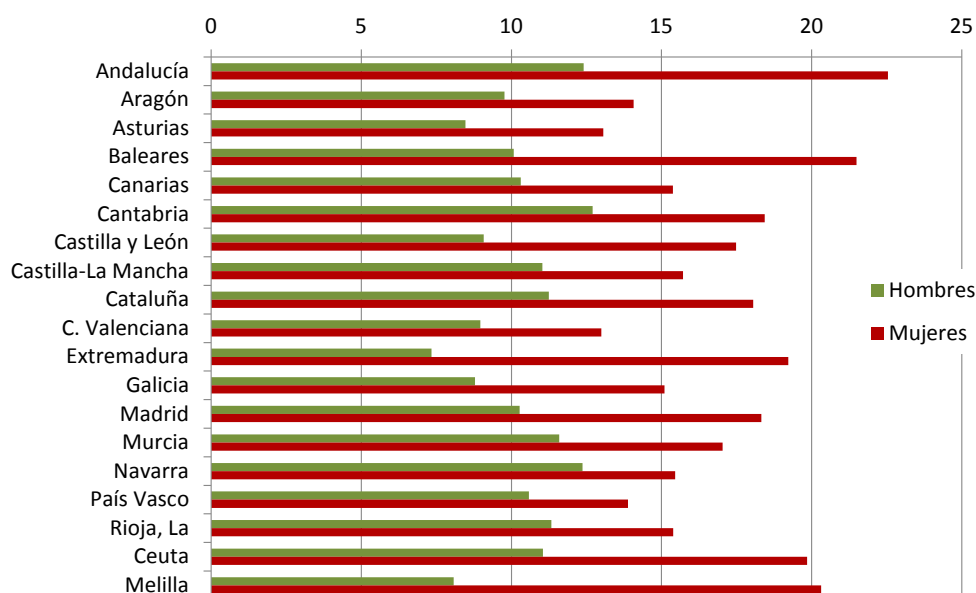
La frecuencia con que se produce esta restricción de la actividad habitual aumenta según aumenta la edad, pasando escalonadamente del 9,61% en el grupo de 15 a 24 años al 27,62% en el de 85 y más (20,54% en hombres y 31,48% en mujeres).

Por clase social se observó un gradiente, con mayor frecuencia de restricción de la actividad habitual en las clases menos favorecidas (10,70% en clase I vs 15,29% en clase VI). Dicho gradiente fue más claro en mujeres.

Por país de nacimiento, la población autóctona restringió su actividad habitual en las últimas dos semanas con mayor frecuencia que la alóctona (14,47% vs 11,68%). La diferencia se observó en todos los grupos de edad excepto los más jóvenes (15 a 24 años) en los que no fue apreciable.

Por CCAA la variación fue mayor en mujeres que en hombres. En ellos las diferencias oscilaron entre el 7,34% de Extremadura y el 12,71% de Castilla y León. En mujeres, entre el 13% de la Comunidad Valenciana y el 22,54% de Andalucía (gráfico 22).

Gráfico 22. Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por nivel de estudios se observó un gradiente en ambos sexos, aunque más marcado en mujeres, y en prácticamente todos los grupos de edad, siendo la población de nivel básico o inferior la que vio restringida su actividad en las últimas 2 semanas con mayor frecuencia (16,30%), frente al nivel intermedio (12,34%) o superior (11,03%).

Finalmente, según la relación con la actividad económica, como cabe esperar fueron las personas con incapacidad para trabajar quienes vieron restringida su actividad habitual con mayor frecuencia (37,18%), seguidas de las labores del hogar (21,66%) y los jubilados (19,78%). Los desempleados declararon esta limitación con mayor frecuencia que los que trabajaban (14,03% vs 9,52%), siendo más acentuada esta diferencia en mujeres (18,32% vs 11,94%).

Número de días de restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas dos semanas (media)

Población de 15 y más años que ha restringido su actividad habitual en las últimas dos semanas

Tablas 1.041 a 1.046

En cuanto al número medio de días de restricción de la actividad de quienes la han restringido en las últimas 2 semanas, fue de 7,67 (DE 5,14), sin diferencia por sexo. El número de días aumenta paulatinamente con la edad, alcanzando los 11,37 de media (DE 4,19) a los 85 y más.

Se observó un gradiente por clase social: en la clase I el promedio fue de 7,05 días en las últimas dos semanas (DE=5,16), y en la clase VI, 8,23 días (DE=5,22), en ambos sexos.

Por nivel de estudios se observó asimismo un gradiente, siendo la media de 8,25 días (DE=5,06) en el nivel básico e inferior, y de 6,65 (DE=5,14) en el superior, pero se diluye al desagregar por sexo.

La media fue mayor en españoles (7,88; DE=5,14) que en extranjeros (5,92; DE=4,85), tanto en hombres como en mujeres.

Por CCAA la media osciló entre el 9,16 (DE=5,10) de Asturias, principalmente a expensas de los hombres, y el 6,11 (DE=4,9) en Extremadura.

Según la relación con la actividad económica, las personas incapacitadas para trabajar, seguidas de los jubilados/as y de quienes ejercen las tareas del hogar fueron los de mayor número de días de promedio. No hubo diferencias entre quienes estaban desempleados y quienes trabajando.

Permanencia en cama por motivos de salud en las últimas 2 semanas

Población de 15 y más años

Tablas 1.047 a 1.052

El 6,29% de la población de 15 y más años se vio obligada a quedarse más de la mitad de un día en la cama por motivos de salud en las últimas dos semanas. Esta circunstancia se declaró con mayor frecuencia en mujeres (8,01%) que en hombres (4,47%). La diferencia por sexo se observó en todos los grupos de edad.

La frecuencia con que se produjo esta permanencia en cama se mantuvo en torno al 5-6% hasta los 75 y más años. A partir de esa edad aumenta bruscamente, hasta el 13,56% en los de 85 y más años (11,65% en hombres y 14,60% en mujeres).

Por clase social se observó diferencia entre las clases más y menos favorecidas. Refirieron haber permanecido en cama por motivos de salud en las últimas dos semanas el 5,06% de la población en clase I vs el 7,20% en clase VI, pero con irregularidades en las clases intermedias.

Por país de nacimiento se observaron pocas diferencias.

Por CCAA, el porcentaje más alto se observó en Canarias (8,80%) y el menor en Extremadura (4,62%).

Finalmente, según el nivel de estudios se observó un gradiente en ambos sexos, aunque más marcado en mujeres, siendo la población de nivel básico o inferior la que hubo de permanecer en cama por motivos de salud con mayor frecuencia (7,24%), frente al nivel intermedio (5,85%) o superior (4,68%).

Número de días de permanencia en cama por motivos de salud en las últimas dos semanas (media)

Población de 15 y más años que ha permanecido en cama por motivos de salud en las últimas dos semanas

Tablas 1.053 a 1.058

El número medio de días de permanencia en cama por motivos de salud en las últimas dos semanas (entre los que han guardado cama por este motivo), fue de 5,01 (DE= 4,51), algo mayor en hombres (5,14 DE=4,60) que en mujeres (4,95, DE=4,45). El número de días aumenta paulatinamente con la edad, desde 2,69 (DE=2,65) en los de 15 a 24 años hasta los 9,37 de media (DE=5,13) a los 85 y más.

No se observó un gradiente claro por clase social, pero sí por nivel de estudios, siendo la media de 5,69 días (DE=4,72) en el nivel básico e inferior, y de 3,79 (DE=3,83) en el superior. Se observó en ambos sexos.

La media fue mayor en españoles (5,21; DE=4,59) que en extranjeros (3,80; DE=3,74). La diferencia se dio sobre todo en hombres, pero también en mujeres.

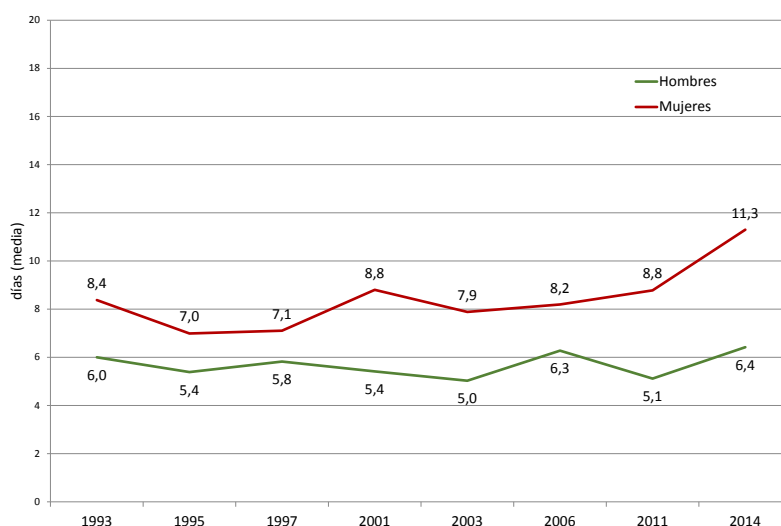
Por CCAA la media osciló entre el 7,21 (DE=5,07) de Canarias y el 3,85 (DE=3,51) del País Vasco.

Según la relación con la actividad económica, los jubilados, seguidos de las personas incapacitadas para trabajar, fueron los de mayor número de días de media, por encima de 7. Fue algo mayor la media en desempleados (4,11; DE=3,76) que en quienes estaban trabajando (3,50; DE=3,47).

Tendencia →

El promedio de días de permanencia en cama por motivos de salud en el último año se mantuvo relativamente estable entre 1993 y 2011, siempre algo mayor en mujeres que en hombres, habiendo aumentado en 2014 tanto la diferencia por sexo como el total (gráfico 23).

Gráfico 23. Número de días de permanencia en cama en los últimos 12 meses según sexo (media). Evolución 1993-2014. Población de 15 y más años (16 y más antes de 2011). Serie histórica, MSSSI



Ausencia del trabajo en los últimos 12 meses por problemas de salud Población de 16 y más años cuya relación con la actividad económica actual es estar trabajando

Tablas 1.059 a 1.062

La ausencia del trabajo se preguntó en EES 2009 y EESE 2014. No se contabilizaron las bajas maternales.

El 21,13% de la población de 16 y más años cuya actividad económica en ese momento era estar trabajando declaró haberse ausentado del trabajo por problemas de salud en el último año. Así lo manifestó el 19,03% de los hombres y el 23,77% de las mujeres.

Por grupos de edad, las ausencias fueron más frecuentes entre los más jóvenes, 23,84% en el grupo de 16 a 24 años, disminuyendo progresivamente hasta el 19,24% de la población de 45 a 54 años. Esto sucedía en ambos sexos, aunque el gradiente fue más perfecto en hombres. En mujeres repuntó a partir de los 55 años.

Por país de origen, las ausencias son más frecuentes entre las personas nacidas en España (21,88%) que entre las que han nacido fuera (16,60%), en ambos sexos.

Las ausencias del trabajo en el último año son algo más frecuentes en personas con mayor nivel de estudios alcanzado, tanto en hombres (20,17% en el superior vs 17,99% en el básico e inferior) como en mujeres (25,43% en el superior vs 20,98% en el básico e inferior). Este gradiente, aunque referido al último año, es inverso al resultante de lo declarado sobre la restricción de la actividad y la permanencia en cama en las dos semanas anteriores. La morbilidad aguda fue mayor en los grupos de menor nivel de estudios sin que esto se refleje consecuentemente en las ausencias del trabajo autodeclaradas en el último año.

Según la situación profesional, la mayor proporción de personas que se ausentaron en el último año se da entre los miembros de cooperativas (29,22%), seguido de los asalariados (22,16%), los empresarios con asalariados (18,03%), los empresarios sin asalariados (16,54%) y, muy por debajo, los trabajadores en negocios familiares (1,51%). El orden es el mismo en hombres y en mujeres.

Tendencia →

Entre 2009 y 2014 bajó el porcentaje de población que se había ausentado del trabajo por motivos de salud en el último año. El descenso se produjo en ambos sexos (tabla 5).

Tabla 5 - Ausencia del trabajo por motivo de salud según sexo, 2009 y 2014. Población de 16 y más años que trabaja (%). EES/EESE, INE/MSSSI

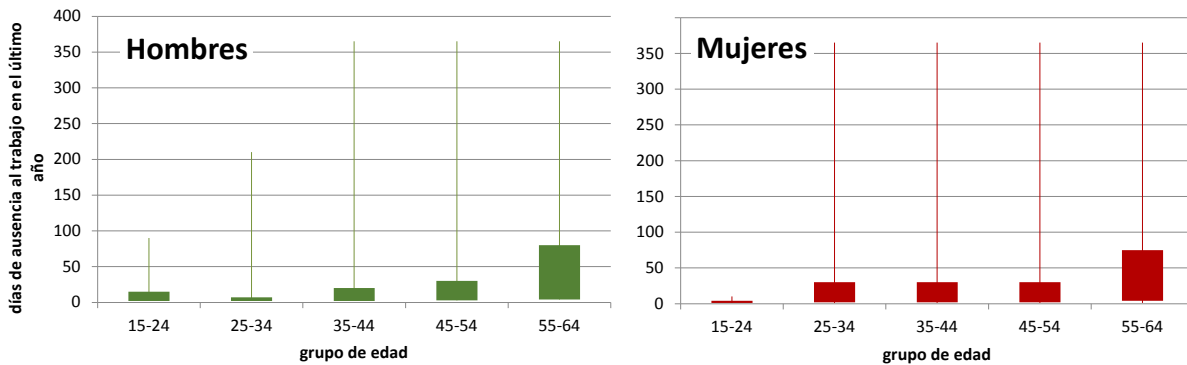
	2009	2014
Ambos sexos	27,6%	21,13%
Hombres	26,1%	19,03%
Mujeres	29,6%	23,77%

Días de ausencia del trabajo en los últimos 12 meses por problemas de salud
Población de 16 y más años que se ausentó de su trabajo en los últimos 12 meses

Tablas 1.063 y 1.064

La distribución del número de días de ausencia al trabajo por problemas de salud presenta una curva asimétrica positiva. La mediana de los últimos 12 meses fue de 5 días, 4 en hombres y 5 en mujeres, incrementándose con la edad (gráficos 24 y 25). El valor modal fue de 1 día tanto en hombres como en mujeres.

Gráficos 24 y 25. Días de ausencia del trabajo por problemas de salud en el último año según grupo de edad (diagrama de caja, máximo, mínimo, P₂₅ y P₇₅). Hombres y mujeres de 15-64 años que se ausentaron del trabajo en el último año. EESE 2014, INE/MSSSI



GALI - Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses

Población de 15 y más años

Tablas 1.065 a 1.070

Prevalencia de discapacidad en Europa: el GALI (Global Activity Limitation Indicator)

La restricción crónica de la actividad, también denominada discapacidad percibida, es cada vez más relevante. En los países occidentales el grupo de edad de 85 y más años es el segmento etario de mayor crecimiento en las últimas décadas. Aunque este envejecimiento de la población se acompaña también de un retraso en la aparición de limitaciones funcionales y discapacidad, los mayores no dejan de ser los más vulnerables. Por ello la disponibilidad de datos comparables sobre discapacidad se considera hoy una prioridad.

Los datos disponibles actualmente a nivel europeo todavía no permiten el seguimiento de la situación de las personas con discapacidades. La evaluación de los avances realizados en los objetivos de discapacidades de Europa 2020, de la Estrategia Europea sobre Discapacidades EDS 2010-2020 o de la Convención de Naciones Unidas de 2006 hacen necesario introducir un identificador de personas con discapacidades en todas las encuestas del Sistema Europeo de Encuestas Sociales. Este indicador nuclear es el GALI, o limitación para las actividades cotidianas en los últimos 6 meses por problemas de salud. A pesar de su simplicidad, GALI ha mostrado un gran valor predictivo de la mortalidad, que no se ve alterado en distintas subpoblaciones.

El GALI es parte del indicador estructural de la UE "Años de vida saludable" (HLY - Healthy Life Years). Utiliza los datos que se recogen anualmente en la Encuesta de Condiciones de Vida ECV (European Union Survey on Income and Living Conditions EU-SILC). La pregunta del GALI se ha operativizado en distintas formulaciones, en particular para adaptarla a distintos canales, y Eurostat tiene entre sus objetivos la estandarización.

Junto con la salud autopercebida y la morbilidad autopercebida, la discapacidad autopercebida constituye el Módulo Mínimo Europeo de Salud (MEHM) para monitorizar la salud y la funcionalidad de la población en la UE.

El GALI en la ENSE y en la EESE

En España el GALI se pregunta siguiendo la propuesta del proyecto EuroREVES, del mismo modo en ENSE/EESE y ECV: «Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que habitualmente hace: gravemente limitado, limitado pero no gravemente o nada limitado?». Si la persona responde "gravemente limitado" o "limitado pero no gravemente" se considera que presenta restricción crónica de su actividad o limitación para las actividades de la vida cotidiana.

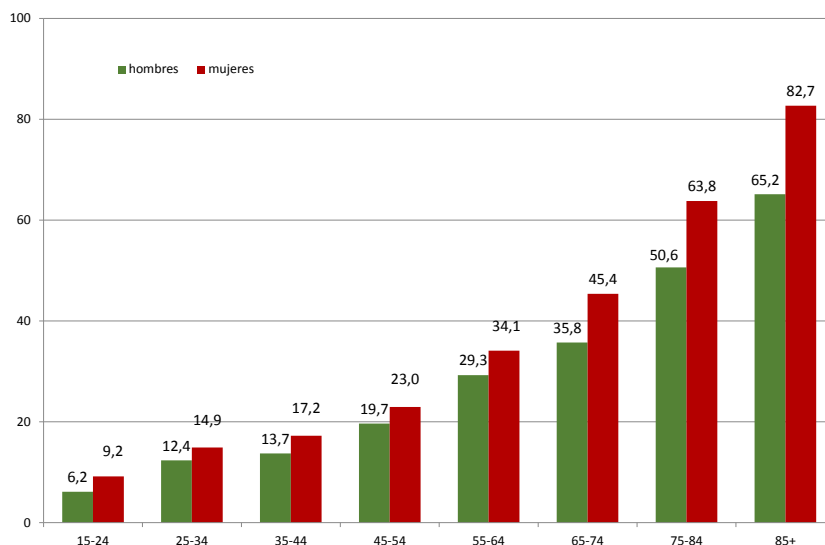
Mide la limitación percibida para las actividades que la gente hace habitualmente, sea esta limitación debida a problemas de salud físicos o mentales. A la hora de interpretar los resultados como medida de la prevalencia de discapacidad se debe recordar que ni EESE ni ENSE recogen información sobre población institucionalizada (1% del total de la población española, según el censo de 2011, 73% de ella en instituciones sociosanitarias, lo que asciende a aproximadamente 330.000 personas en estas residencias), con elevada tasa de discapacidad.

Se ha recogido en la ENSE en 2006 y 2011, y en la EESE en 2009 y en 2014, pero la ubicación de la pregunta en el cuestionario no ha sido la misma, lo que puede haber afectado a la comparabilidad de los resultados. Mientras en la ENSE abre la sección de limitaciones funcionales, en la EESE la discapacidad percibida está situada al principio del módulo de salud, como parte del MEHM.

En 2014, el 25,26% de la población de 15 y más años declaró algún grado de limitación para las actividades de la vida cotidiana (5,61% refirió limitación grave y 19,65% limitación pero no grave), y el 74,74% no se vio nada limitado. La limitación es más frecuente en mujeres, tanto la grave (6,22% en mujeres vs 4,97% en hombres) como la leve, pero sobre todo esta última (22,57% en mujeres vs 16,57% en hombres).

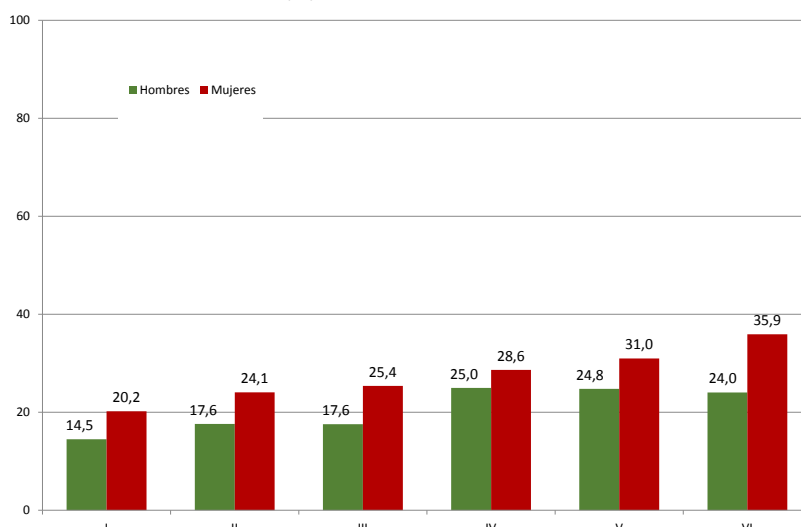
Como es natural la limitación aumenta con la edad, en particular la limitación de carácter grave. En personas de 65 y más años, el 51,74% padece restricción crónica de la actividad habitual, el 43,91% de los hombres y el 57,76% de las mujeres. En este mismo grupo de edad sufre limitación grave el 14,04%. A partir de los 64 años, se duplica cada diez años, pasando de 7,68% en el grupo de 65 a 74 años a 16,31% en el de 74-85 y a 32,62% en los de 85 y más años. En este grupo ya solo el 23,47% declara no haber tenido limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses (gráfico 26).

Gráfico 26. Limitación crónica para las actividades habituales según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Hay un claro gradiente por clase social (gráfico 27). La limitación de la actividad es más frecuente en las clases sociales más bajas (en la clase I el 82,7% no tiene limitación vs 69,53% en clase VI). Este gradiente se observa tanto en las limitaciones leves como en las graves, y en ambos sexos.

Gráfico 27. Limitación crónica para las actividades habituales según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



La discapacidad crónica es también menor a mayor nivel de estudios. Este gradiente se mantiene al desagregar por grupo de edad.

La limitación para las actividades cotidianas fue más frecuente en la población autóctona que en quienes nacieron en el extranjero, aunque es necesario ajustar por edad para poder comparar. Lo mismo sucede con los desempleados, que refieren menor porcentaje que los que trabajan, pero también en este caso la edad media es menor.

Por comunidades autónomas, la C. Valenciana (82, 51%) y Aragón (81,1%) destacan por la elevada proporción de la población que refiere no tener limitación crónica para las actividades cotidianas, más de 8 de cada 10 personas. Galicia, en el extremo opuesto, 63,14%.

Tendencia →

La tabla 6 presenta los valores obtenidos para la limitación crónica para las actividades habituales en las últimas cuatro encuestas de salud de ámbito nacional. No obstante, la comparabilidad de esta variable entre ediciones presenta limitaciones (ver nota metodológica al inicio de este apartado).

Tabla 6 - Limitación crónica para las actividades habituales por motivo de salud (GALI), 2006-2014. Población de 15 y más años (%). EES/EESE, INE/MSSSI

%	2006*	2009*	2011	2014
Gravemente	4,6	5,5	3,4	5,6
No gravemente	18,6	18,9	15,7	19,7
No limitado	76,8	75,7	81,0	74,7

*Población de 16 y más años en 2006 y 2009.

Tipo de problema que limita las actividades de la vida cotidiana

Población de 15 y más años con limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses

Tablas 1.071 a 1.076

Los problemas de salud que limitan la actividad cotidiana son principalmente de tipo físico (94,64%), ya sea solo físico (84,57%), o también mental (10,07%). La población de 85 y más años con limitación declara que la limitación es de ambos tipos en el 22,24% (gráfico 28).

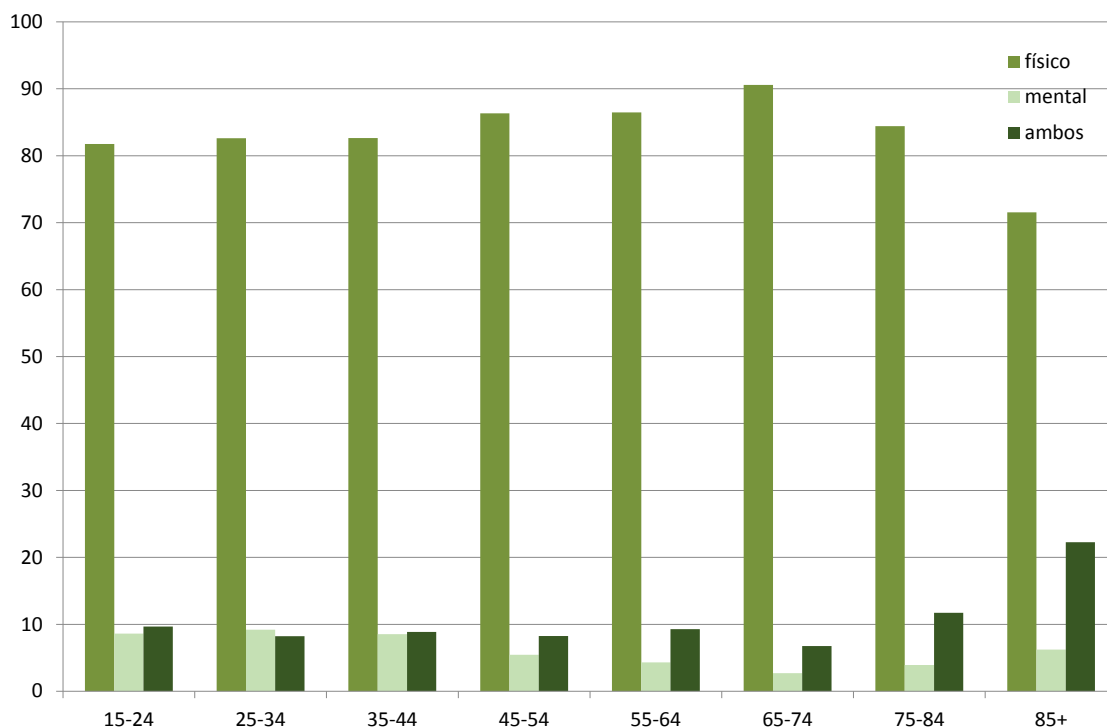
No se aprecian diferencias en la distribución por sexo, ni por clase social, ni por nivel de estudios.

Por CCAA destaca Castilla y León por la baja la frecuencia de limitación de causa mental o de ambas causas, y consecuentemente elevada proporción de tipo solo físico, nueve de cada diez personas. Aragón destaca en cambio por la elevada frecuencia que declara solo causa mental (11,57%).

Según la relación con la actividad económica actual, entre las personas incapacitadas para trabajar destaca la mayor frecuencia de los problemas de tipo mental (38,99%) en relación con

los otros grupos, solo mental (17,39%), o de ambos tipos, físico y mental (21,60%). La causa de la limitación es física en el 61,01%.

Gráfico 28. Tipo de problema que causa la limitación (físico, mental o ambos) según grupo de edad. Población de 15 y más años con limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses (%). EESE, INE/MSSSI



LIMITACIÓN FUNCIONAL FÍSICA Y SENSORIAL

Definición y comparabilidad con encuestas anteriores

Para medir las principales limitaciones físicas y sensoriales de la población, en EESE 2014 se usan las preguntas propuestas por la Iniciativa de Budapest–marca 2 del Washington Group (Naciones Unidas). Esto supone un ligero cambio en las preguntas con respecto a 2009 y 2011, lo que limita parcialmente la comparabilidad, tanto para la limitación visual como para la auditiva y, en menor medida, para la movilidad. Las preguntas sobre el uso de gafas/lentillas o audífono son idénticas en las tres encuestas (EES 2009, ENSE 2011 y EESE 2014).

La limitación visual se refiere tanto a la visión cercana como lejana. No se consideran personas con limitaciones funcionales aquellas que, usando sus gafas o audífonos, no declaran dificultad alguna para ver u oír respectivamente. En cambio sí que se consideran ‘ayudas’ para la movilidad las botas quirúrgicas, el bastón, andadores, muletas, sillas de ruedas, piernas o pies ortopédicos, prótesis y la ayuda de otra persona para caminar.

En mayores de 64 años, la limitación más frecuente fue de la movilidad, que afecta al 44,77%. Dificultades auditivas refirió el 41,70%, y visuales el 26,55%. Los tres tipos de limitación aumentaban con la edad, pero los mayores incrementos se dieron en la movilidad, seguida de la dificultad para oír (gráfico 29). Los tres tipos de limitación se dieron con mayor frecuencia en mujeres, y la mayor diferencia por sexo se dio en la movilidad. Las diferencias en vista y audición fueron menores, especialmente en lo que se refiere a esta última (ver apartados siguientes). En la tabla 7 se proporcionan estimaciones del número de personas mayores de 64 años (no institucionalizadas) con cada una de estas limitaciones.

Gráfico 29. Limitaciones sensoriales y de la movilidad según grupo de edad. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

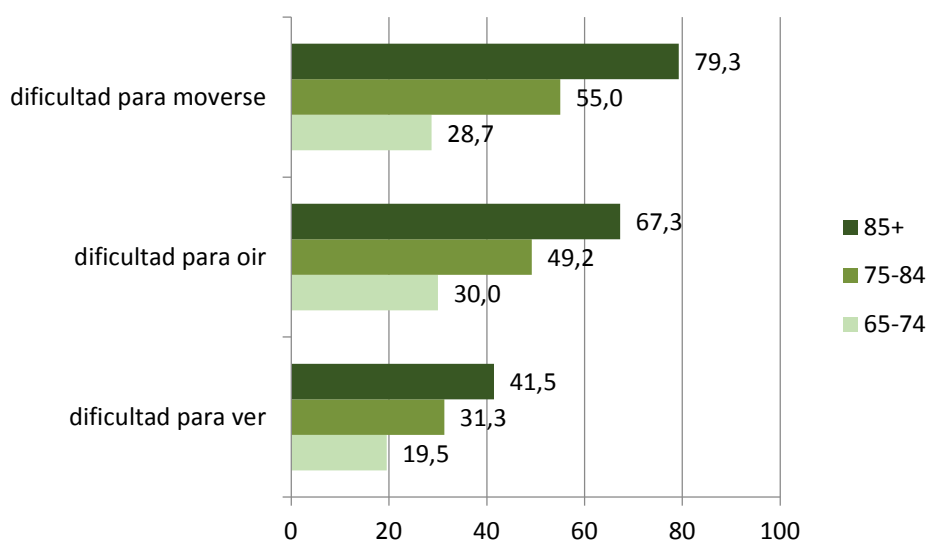
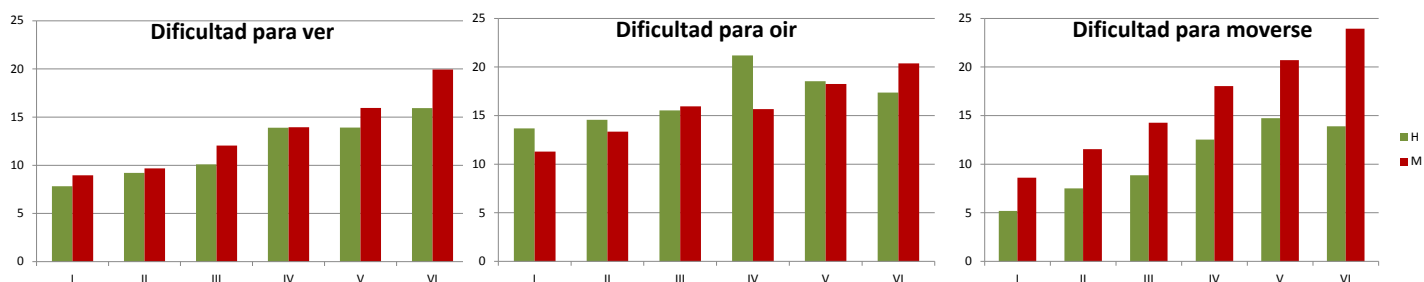


Tabla 7. Estimación del número de personas con limitación funcional física o sensorial (visual o auditiva) Población de 65 y más años (no institucionalizada). España 2014. EESE, INE/MSSSI

Limitación	%	Personas 65+ años con limitación (en millones)
Movilidad	44,77	3,67
Auditiva	41,70	3,43
Visual	26,55	2,18

Gráficos 30, 31 y 32. Limitaciones sensoriales y de la movilidad según sexo y clase social. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Las diferencias en la probabilidad de limitación funcional según la clase social fueron más marcadas en mujeres que en hombres, especialmente en el caso de las dificultades de movilidad (gráficos 30, 31 y 32).

Limitación para ver

Población de 15 y más años

Tablas 1.077 a 1.082

A efectos de esta publicación se considera que no padece limitación sensorial visual si a la pregunta '¿Tiene dificultad para ver (utilizando sus gafas o lentillas si las usa)? responde 'no, ninguna dificultad'.

En 2011 se preguntó por separado la visión cercana de la visión lejana, por lo que la comparabilidad es muy limitada.

El 11,30% de la población de 15 y más años presentó una limitación moderada para la visión (con gafas o lentillas en caso de que las use), 10,51% de los hombres y 12,05% de las mujeres. Un 2,09% adicional presentó limitación severa o absoluta (1,85% en hombres y 2,34% en mujeres). En valores poblacionales, un total de 816.900 personas de 15 y más años tenía una limitación grave para la visión o no ve en absoluto.

En la tabla 8 se muestran las personas del grupo de 65 y más años con limitación visual severa o absoluta, en términos relativos (6,34%) y absolutos elevados a valores poblacionales, por encima del medio millón de personas.

Tabla 8. Personas con limitación visual severa o absoluta según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años (% y valores absolutos poblacionales en miles). EESE 2014, INE/MSSSI

Grupo de edad	Total		Hombres		Mujeres	
	%	n	%	n	%	n
Total 65+	6,34	520,4	6,39	201,2	4,77	319,2
65-74	3,35	142,2	2,67	53,2	3,93	89,0
75-84	6,96	198,6	6,26	74,5	7,45	124,2
85+	16,27	179,5	18,85	73,4	14,86	106,1

La limitación fue más frecuente a mayor edad. Del 94,46% que declaró ver sin dificultad (con gafas o lentillas si las usa) en el grupo de 15 a 24 años, la proporción fue disminuyendo progresivamente hasta un 58,54% en personas de 85 y más.

Por clase social se observó un claro gradiente. En la clase I el 91,60% no refirió dificultad alguna para ver (con gafas o lentillas si las usa), y el porcentaje fue descendiendo escalonadamente hasta el 81,82% en la clase VI. El gradiente se dio en ambos sexos (gráfico 30).

Según el país de nacimiento, el 90,58% de la población alóctona veía sin dificultad (con gafas o lentillas si las usa), mientras que este porcentaje solo alcanzó el 86,10% entre la población autóctona. Las diferencias se dieron tanto en hombres como en mujeres, aunque en estas últimas fueron menos marcadas.

Por CCAA, en Baleares y Madrid más de un 90% de la población de 15 y más años no tenía ninguna dificultad para ver (con gafas o lentillas si las usa), mientras Andalucía y Murcia presentaron los valores más bajos (81,55% y 81,71% respectivamente).

Por nivel de estudios, en el grupo de estudios básicos o inferiores la proporción de los que veían sin dificultad fue menor, en ambos sexos y en todos los grupos de edad excepto los más jóvenes.

Finalmente, según la relación con la actividad económica actual, estudiantes (94,85%) y trabajadores (91,54%) fueron quienes veían sin dificultad con mayor frecuencia, y jubilados (74,56%) e incapacitados para trabajar (73,88%) los que menos.

Utilización de gafas o lentillas

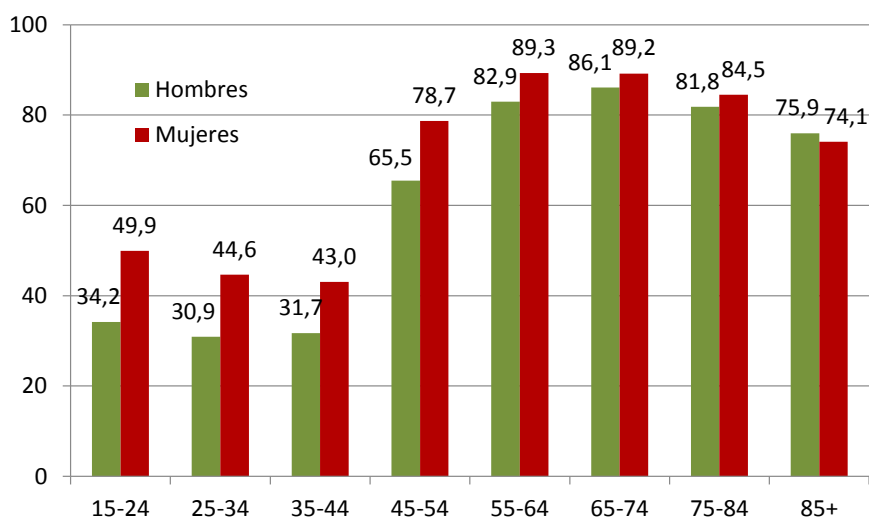
Población de 15 y más años

Tablas 1.083 a 1.088

El 60,93% de la población de 15 y más años declaró utilizar gafas o lentillas. La proporción fue relativamente estable hasta los 44 años, en torno al 40%, pero entre los 45 y los 54 años se observó una brusca subida hasta el 72,09%, y luego hasta el 86,20% entre los 55 y los 64 años, estabilizándose entonces hasta el grupo de 85 y más años, en el que solo usaba gafas el 74,72% (gráfico 33).

Las mujeres declararon usar gafas o lentillas con mayor frecuencia que los hombres (66,54% vs 55,03%) y esta diferencia se observó en todos los grupos de edad excepto el de 85 y más años.

Gráfico 33. Utilización de gafas o lentillas según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según la clase social, fue más frecuente el uso de gafas o lentillas en la clase I (67,16%), descendiendo paulatinamente hasta la clase VI (53,90%), con una elevación en clase IV.

Limitación para oír

Población de 15 y más años

Tablas 1.089 a 1.094

La pérdida auditiva es una de las diez primeras causas de los años vividos con discapacidad, y los problemas de audición pueden generar aislamiento y deterioro cognitivo.

En el caso de la limitación auditiva la EESE14 hace dos preguntas. A efectos de esta publicación se considera que no padece limitación sensorial auditiva si a la pregunta '¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio tranquilo utilizando su audífono?' responde 'no, ninguna dificultad', y a la pregunta '¿Tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en un sitio más ruidoso utilizando su audífono?' responde 'no, ninguna dificultad'.

En 2011 la limitación para oír se estimó con una única pregunta, por lo que la comparabilidad es limitada.

El 12,94% de la población de 15 y más años presentó una limitación moderada para oír (con audífono si es que lo usaba), 13,60% de los hombres y 12,32% de las mujeres. Un 3,99% adicional presentó limitación severa o absoluta (3,69% en hombres y 4,47% en mujeres).

La limitación fue más frecuente a medida que avanzaba la edad. Del 95,50% que declaró oír sin dificultad (con audífono si lo usaba) en el grupo de 15 a 24 años, iba disminuyendo la proporción progresivamente hasta un 37,74% en personas de 85 y más.

En el grupo de población de 65 y más años sólo el 58,3% declaró que oía sin dificultad, sin diferencias apenas por sexo. Sin embargo, parece darse más precozmente en mujeres (72,15% en las de 65 a 74 años) que en hombres (67,53% en ese mismo grupo de edad) (tabla 9).

Tabla 9. Personas que oyen sin dificultad según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

Grupo de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total 65+	58,30	57,76	72,15
65-74	69,99	67,53	72,15
75-84	50,80	49,11	52,00
85+	32,74	34,34	31,86

Por clase social se observó un gradiente en mujeres. En la clase I el 88,69% de las mujeres no refirió dificultad alguna para oír, e iba descendiendo escalonadamente hasta el 79,53% en la clase VI. En hombres en cambio, la diferencia entre esos grupos fue menor, 86,31% en clase I y 82,57% en clase VI, y con altibajos en las categorías intermedias (gráfico 31).

Según el país de nacimiento, el 91,42% de la población extranjera oía sin dificultad, mientras que este porcentaje solo alcanzó el 81,71% entre la población autóctona. Las diferencias se dieron tanto en hombres como en mujeres, y en todos los grupos de edad.

Por CCAA, destacó Galicia, donde sólo un 63,21% de la población de 15 y más años refirió que no tenía ninguna dificultad para oír, un 26,84% oía con alguna dificultad y un 9,95% adicional tenía dificultad severa o no oía en absoluto.

Finalmente, según la relación con la actividad económica actual, solo el 59,58% de la población jubilada oía sin dificultad, el 27,86% con alguna dificultad y el 12,56% con dificultad severa o nada en absoluto.

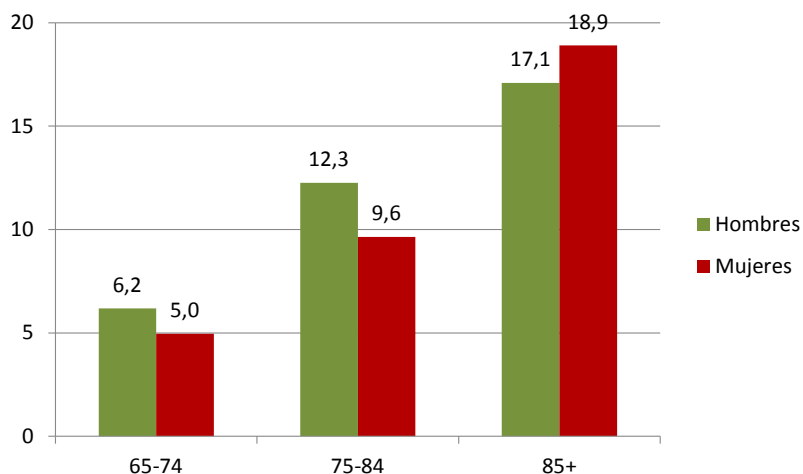
Utilización de audífono

Población de 15 y más años

Tablas 1.095 a 1.100

El 3,47% de la población de 15 y más años utilizaba audífono. Hasta los 64 años no superaba el 3%, de 65 a 74, 5,52%, de 75 a 84, 10,73% y en el grupo de 85 y más, 18,25%. No hubo diferencias importantes por sexo, en hombres fue algo más frecuente su uso entre los 65 y los 84 años, y tiende a igualarse después (gráfico 34).

Gráfico 34. Utilización de audífono según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años. (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según la clase social no hubo diferencias destacables.

Por CCAA, destacan Navarra, País Vasco, Aragón y Cataluña por superar el 4% la población con audífono.

Los jubilados, con un 8,69%, son quienes con diferencia más usaron audífono, seguidos de las personas incapacitadas para trabajar (4,60%).

Dificultad en la movilidad Población de 15 y más años

Tablas 1.101 a 1.106

La limitación de la movilidad es la principal causa de discapacidad. La EESE14 hace dos preguntas. A efectos de esta publicación se considera que no padece limitación de la movilidad si a la pregunta '¿Tiene dificultad para caminar 500 m sobre un terreno llano sin ningún tipo de ayuda para andar?' responde 'no, ninguna dificultad', y a la pregunta '¿Tiene dificultad para subir o bajar 12 escalones?' responde 'no, ninguna dificultad'.

Los resultados no son comparables con los de años anteriores.

El 7,78% de la población de 15 y más años presenta alguna dificultad para la movilidad, el 4,72% tiene mucha dificultad y el 2,22% tiene una limitación total. El 85,28% de la población de 15 y más años no tiene dificultad para la movilidad.

Las mujeres presentan mayor limitación que los hombres. El 82,10% declara que no tiene dificultad, frente al 88,61% de los hombres.

En la población de 65 y más años (gráfico 29), una de cada dos personas se mueve sin dificultad (55,33%). Hasta los 54 años, menos del 10% presenta limitación, tanto hombres como mujeres. A partir de esa edad aumenta en tramos muy bruscos: de 75 a 84 años solo el 44,98% camina sin dificultad, y en el grupo de 85 y más solo el 20,72%, uno de cada 5. En este último grupo de edad la limitación total para caminar alcanza a una de cada 4 personas (26,31%), 16,71% de los hombres y 31,54% en mujeres.

La dificultad para caminar (y subir escaleras) presenta un marcado gradiente social en ambos sexos. El 93,10% de la población de 15 y más años de clase I camina sin dificultad, descendiendo paulatinamente esta proporción, que es del 80,69% en la clase VI (gráfico 32).

Por país de nacimiento es mayor la proporción de los que caminan sin limitación en las personas nacidas en el extranjero, en ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque la comparación requeriría ajustar por edad.

Por CCAA destaca Galicia, donde menos del 80% de la población de 15 y más años afirma que camina sin dificultad.

Por nivel de estudios se observa un gradiente en ambos sexos, muy marcado entre los niveles inferior o básico e intermedio, y poco marcado entre el nivel intermedio y superior.

En cuanto a la relación con la actividad económica actual, como es natural son las personas incapacitadas para trabajar las que presentan limitación para la movilidad con mayor frecuencia (50,66%) y gravedad (10,74% no puede caminar sin ayuda), seguidas de las personas jubiladas, en particular las mujeres.

LIMITACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Comparación con encuestas anteriores y definiciones

Las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria se preguntan en la EESE de forma diferente a la serie ENSE, por lo que no son comparables. En 2014, la población de 65 y más años que no refiere ninguna limitación para ABVD, AIVD ni en la movilidad fue del 42,9% (54,4% de los hombres y 34,1% de las mujeres. En la ENSE 2011/12 fue del 54% y en 2006 del 51,4%.

En la EESE se pregunta por 5 actividades de cuidado personal o ABVD, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), que constituyen la valoración básica o elemental de la prevalencia de discapacidad en la población. Miden la función, la ayuda que se recibe y la que se requiere, y son las siguientes:

- alimentarse
- sentarse y levantarse de una silla o de una cama, acostarse
- vestirse y desvestirse
- ir al servicio
- ducharse o bañarse.

Se pregunta también por 7 tareas domésticas o AIVD, de acuerdo con la CIF, que constituyen la segunda valoración básica de la prevalencia de discapacidad en la población. Miden la función, la ayuda que se recibe y la que se requiere. Son las siguientes:

- preparar las comidas
- utilizar el teléfono (buscar el número, marcar...)
- realizar compras (comprar la comida, la ropa...)
- tomar sus medicamentos, incluyendo acordarse de la cantidad y el momento en que los debe tomar
- realizar tareas domésticas ligeras como hacer la colada, hacer la cama, limpiar la casa...
- realizar ocasionalmente tareas domésticas que requieren un gran esfuerzo como mover muebles, limpiar las ventanas, transportar la compra...
- administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques...).

La encuesta explora las limitaciones para las actividades de la vida diaria solo en la población de 65 y más años (no institucionalizada).

En la tabla 10 se detallan las características de las personas de 65 y más años (no institucionalizadas)³ con limitación para las actividades de la vida diaria en España según la EESE 2014.

En el gráfico 35 se ilustra la disminución de la autonomía personal a partir de los 65 años, para el cuidado personal y para las tareas domésticas, según sexo y grupo de edad.

Si se consideran ambos tipos de limitaciones (ABVD y AIVD), el 48,1% de la población de 65 y más años padece alguna de ellas (35,3% de los hombres y 58,0% de las mujeres), superponiéndose prácticamente a la distribución de las AIVD debido al patrón relativamente jerarquizado de aparición de las distintas dificultades.

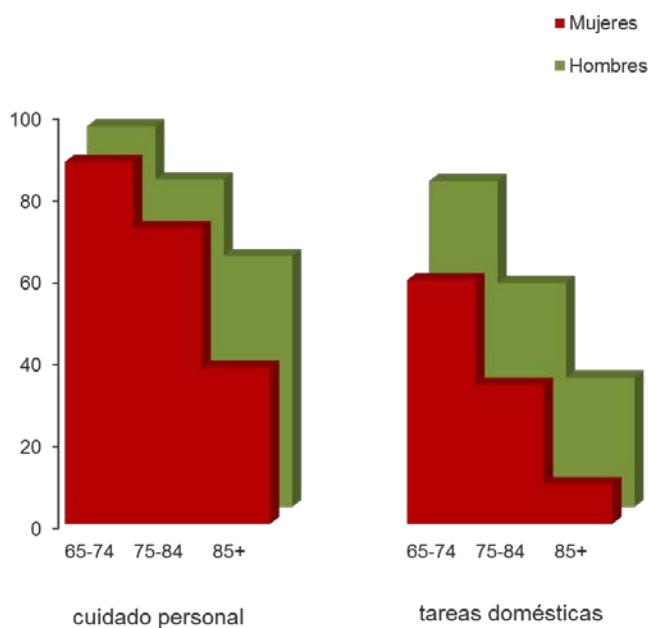
³ La población de 65 y más años que estudia la EESE 2014 (elevada) son 8.220.300 individuos, 3.575.100 hombres y 4.645.200 mujeres. No incluye a la población institucionalizada, estimada en torno a 330.000 personas, en la que la prevalencia de limitaciones es mayor. Según la Encuesta de Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia en personas que residen en centros, EDAD 2008-centros, nueve de cada diez residentes presenta alguna limitación para las ABVD.

Tabla 10. Estimación de las personas de 65 y más años con discapacidad en España. Número y porcentaje. EESE 2014
Población no institucionalizada¹

Población 65 y más años (no institucionalizada)		
Total	8.220.300	100%
Hombres	3.575.100	100%
Mujeres	4.645.200	100%
Limitación para el cuidado personal (ABVD)		
Total	1.704.800	21%
Hombres	534.200	15%
Mujeres	1.170.500	25%
Edad		
65-69	198.700	8%
70-74	208.200	11%
75-79	278.200	19%
80-84	424.000	31%
85+	595.900	54%
Clase social (ABVD)		
I	75.600	10%
II	79.800	15%
III	230.400	17%
IV	261.300	20%
V	636.600	22%
VI	352.500	30%
Tipo de limitación (ABVD)		
Ducharse	1.423.000	17%
Vestirse	1.148.600	14%
Sentarse, levantarse	1.134.800	14%
Ir al servicio	811.400	10%
Comer	441.200	5%
Dispone de algún tipo de ayuda para las ABVD		
Total	1.354.700	80%
Hombres	441.300	83%
Mujeres	913.400	78%
Necesita ayuda o más ayuda de la que dispone para las ABVD		
Total	911.300	54%
Hombres	263.100	50%
Mujeres	648.200	56%
Limitación para las actividades del hogar (AIVD)		
Total	3.869.700	47%
Hombres	1.213.400	34%
Mujeres	2.656.100	57%
Edad		
65-69	645.000	27%
70-74	680.500	36%
75-79	727.600	50%
80-84	905.300	65%
85+	911.100	82%
Clase social (AIVD)		
I	248.600	34%
II	199.900	38%
III	595.900	43%
IV	569.800	44%
V	1.421.500	50%
VI	691.100	58%
Tipo de limitación (AIVD)		
Tareas domésticas pesadas	3.615.300	44%
Tareas domésticas ligeras	2.103.000	26%
Hacer la compra	1.822.100	22%
Cocinar	1.295.400	16%
Administrar la casa	1.151.300	14%
Usar el teléfono	1.063.800	13%
Tomar la medicación	1.063.800	13%
Dispone de algún tipo de ayuda para las AIVD		
Total	3.043.000	79%
Hombres	935.500	77%
Mujeres	2.107.500	79%
Necesita ayuda o más ayuda de la que dispone para las AIVD		
Total	1.708.800	44%
Hombres	465.100	39%
Mujeres	1.243.600	47%

¹ Estos datos no incluyen a la población institucionalizada, estimada en más de 330.000 personas, en la que la prevalencia de limitaciones es mayor.

Gráfico 35. Autonomía funcional para el cuidado personal y para las tareas domésticas, según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años no institucionalizada (%). EESE 2014, INE/MSSSI



CUIDADO PERSONAL O ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Máximo nivel de dificultad para realizar alguna ABVD⁴

Población de 65 y más años

Tablas 1.107 a 1.111

El 79,26% de la población de 65 y más años no refiere dificultad alguna para hacer todas las ABVD sin ayuda (tabla 10). Los hombres tienen mayor autonomía, el 85,05% no tiene dificultad, mientras que las mujeres sin dificultad para ninguna de las actividades de cuidado personal son el 74,80%. Esta diferencia por sexo se acentúa con la edad. En el grupo de 65 a 69 años la diferencia es de 4,59 pp, y va incrementándose en cada grupo de edad. En la población de 85 y más años la diferencia es del 23,01%: 61,21% de los hombres no refieren dificultad para hacer las ABVD sin ayuda, frente al 38,20% de las mujeres.

La autonomía disminuye con la edad: si a los 65-69 años el 91,64% de la población hace todas las ABVD sin dificultad, a los 85 y más ya es solo el 46,32%. La caída más brusca se produce entre el grupo de 80-84 años y el de 85 y más (gráfico 35).

⁴ El individuo se asigna a aquella categoría de las 5 ABVD en la que declara mayor dificultad.

El 9,30% de la población de 65 y más años refiere alguna dificultad para realizar las ABVD, el 4,22% las hace, pero con mucha dificultad y el 7,21% no puede hacerlas.

Visto desde el lado de las limitaciones, el 20,73% de la población de 65 y más años tiene dificultad para llevar a cabo al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 25,19% de las mujeres y 14,95% de los hombres.

Las dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan ya al 53,68%. La presencia de limitaciones para el cuidado personal aumenta bruscamente en las mujeres de 85 y más años. El 38,79% de los hombres y el 61,80% de las mujeres tienen alguna dificultad para el cuidado personal.

Por clase social se observa un claro gradiente en ambos sexos, más marcado en hombres que en mujeres.

Según el país de nacimiento, las personas nacidas fuera de España tienen mayor autonomía que las autóctonas en ambos sexos y estratificadas por edad.

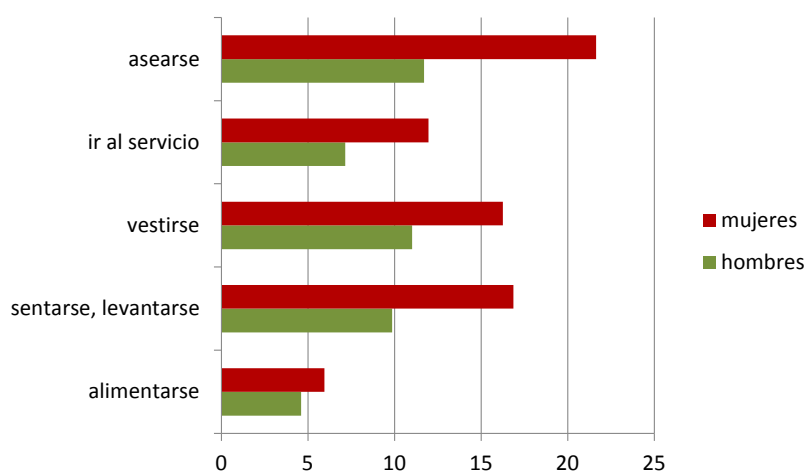
Por CCAA, Castilla y León es la comunidad en la que una mayor proporción de la población de 65 y más años no tiene dificultad para hacer todas las ABVD sin ayuda, el 86,62% de este grupo de edad, 90,84% en el caso de los hombres y 83,24% en mujeres. En el extremo opuesto, en Andalucía el 73,83% de los de 65 y más años no tiene dificultades para las ABVD.

Nivel de dificultad según el tipo de ABVD

Población de 65 y más años

Tablas 1.112 a 1.116

Gráfico 36. Dificultad para distintas actividades de cuidado personal (ABVD) según sexo. Población de 65 y más años* (%). EESE 2014, INE/MSSSI



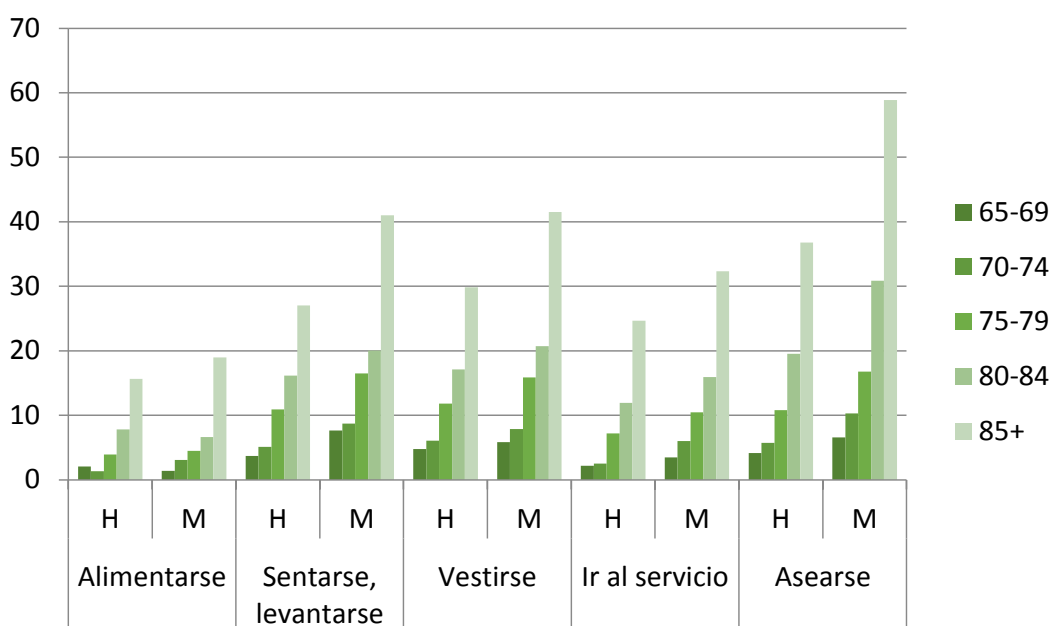
*La EESE no estudia población institucionalizada

Al analizar cada una de las ABVD por separado (tabla 10 y gráfico 36) se observa que el 94,63% de la población de 65 y más años se alimenta sin dificultad, siendo esta la actividad básica para la que más tarde se pierde la autonomía. Con frecuencia algo mayor se declara algún nivel de dificultad para ir al servicio, aunque el 90,13% lo hace sin ayuda. Apenas hay diferencia en la frecuencia con que se padece dificultad para vestirse o desvestirse, y la dificultad para sentarse, levantarse de una silla o de una cama o acostarse. En ambos casos el 86% declara que no tiene dificultad para hacerlo sin ayuda. Finalmente, la actividad para la que un porcentaje mayor tiene dificultades es para ducharse o bañarse. Solo el 82,69% no refiere dificultad alguna.

Las diferencias por sexo fueron moderadas, siempre con mayor autonomía en hombres. La mayor diferencia se dio en la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda (7pp), y apenas hubo diferencia cuando se trataba de alimentarse (1pp).

Al desagregar las distintas actividades por grupo de edad (gráfico 37) se observa cómo alimentarse e ir al servicio son las dos actividades de cuidado personal para las que conservan la autonomía un mayor número de ancianos de 85 y más años. Al aumentar la edad aumentan las limitaciones para todas las actividades de cuidado personal, pero es entre el grupo de 80-84 y el de 85 y más años cuando prácticamente se duplican, de manera más marcada en mujeres.

Gráfico 37. Dificultad para distintas actividades de cuidado personal (ABVD) según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años* (%). EESE 2014, INE/MSSSI



*La EESE no estudia población institucionalizada

El gradiente social se observó para todas las actividades. No obstante, fue menor en la dificultad para alimentarse y para ir al servicio que para el resto de los cuidados personales.

Por CCAA, destaca el País Vasco por la mayor autonomía funcional de su población. País Vasco (98,15%) y Navarra (97,09%) fueron las comunidades donde la proporción de la población de 65 y más años con autonomía para alimentarse fue mayor; País Vasco (91,21%) y Castilla y León (90,97%) para acostarse y levantarse, Castilla y León (90,75%) y País Vasco (90,74%) para vestirse o desvestirse; País Vasco (93,88%) y Madrid (93,53%) para ir al servicio; y, finalmente, Castilla y León (88,54%) y La Rioja (87,29%) para ducharse o bañarse sin dificultad.

Disponibilidad de ayudas técnicas o personales para la realización de ABVD **Población de 65 y más años que declaró algún grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las ABVD**

Tablas 1.117 a 1.119

A aquellas personas de 65 y más años que habían declarado cualquier grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las ABVD (20,74% de las personas de 65 y más años, 14,95% de los hombres y 25,20% de las mujeres) se les preguntó si disponían de ayudas técnicas o personales para realizarlas. El 79,46% declaró que disponía de ayuda al menos para una actividad, 82,60% de los hombres y 78,03% de las mujeres. En personas de 85 y más años el 88,39% disponía de ayuda.

Según la clase social, la disponibilidad de ayuda técnica o personal para realizar al menos una ABVD presentó una distribución homogénea desde la clase II a la VI, cercana al 80%, distanciándose a más de 10 pp. la clase I en la disponibilidad de ayuda.

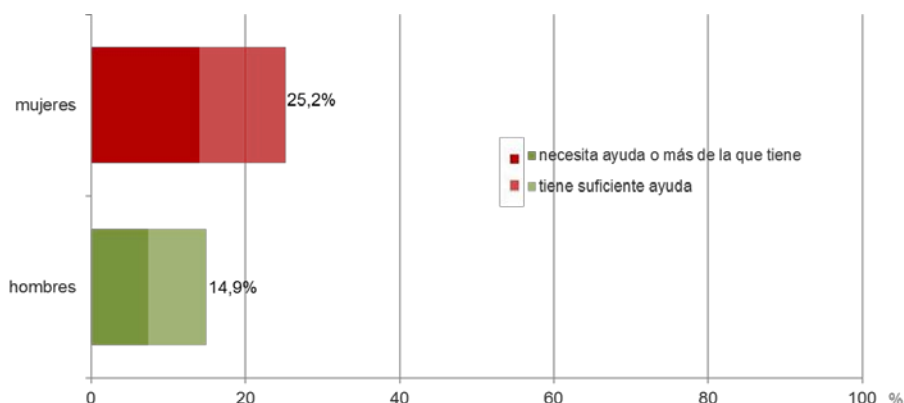
La disponibilidad de ayuda técnica o personal para realizar al menos una ABVD se clasificó también por nivel de ingresos mensual neto del hogar, presentando una distribución irregular.

Necesidad de ayudas técnicas o personales para la realización de ABVD **Población de 65 y más años que declaró algún grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las ABVD**

Tablas 1.120 a 1.122

Para finalizar el estudio de las ABVD, a aquellas personas de 65 y más años que declararon cualquier grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las ABVD (20,74%, 14,95% de los hombres y 25,20% de las mujeres) se les preguntó si necesitarían de más ayuda de la que disponían o, en caso de no tenerla, si consideraban que necesitaban ayuda. Más de la mitad (53,76%) declaró que necesitaba ayuda, 55,64% de las mujeres y 49,62% de los hombres con dificultades (gráfico 38). En hombres este porcentaje aumentaba con la edad (59,04% en 85 y más años), mientras que en mujeres la mayor necesidad se dio entre los 75 y los 84 años (59,28%).

Gráfico 38. Dificultad para alguna actividad de cuidado personal (ABVD) y necesidad de ayuda, cubierta y no cubierta, según sexo. Población de 65 y más años* (%). EESE2014, INE/MSSSI



* La EESE no estudia población institucionalizada.

Por clase social, la menor necesidad de ayuda se da en la clase III (ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia) en ambos sexos (43,13%), seguida de la clase I, y la mayor necesidad en la clase VI (trabajadores no cualificados), también en ambos sexos (66,01%).

Por nivel de ingresos la distribución es irregular, aunque siempre el grupo de menores ingresos declara mayor necesidad.

ACTIVIDADES DOMÉSTICAS O INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Máximo nivel de dificultad para realizar alguna AIVD⁵

Población de 65 y más años

Tablas 1.123 a 1.127

El 52,79% de la población de 65 y más años no refirió dificultad alguna para hacer todas las AIVD sin ayuda (tabla 10). Los hombres refirieron mayor autonomía, el 65,94% declaró que no tenía dificultad, mientras que el 42,67% de las mujeres refirió tener dificultad para realizar las actividades del hogar. Esta importante diferencia por sexo, en torno a 20 pp., se mantuvo en todos los grupos de edad. En la población de 85 y más años, el 31,55% de los hombres no refirió dificultad para hacer las AIVD sin ayuda, frente al 9,74% de las mujeres.

Las dificultades aumentaron con la edad: si a los 65-69 años el 72,86% de la población hacía todas las AIVD sin dificultad, a los 85 y más ya fue solo el 17,43%. La caída más brusca se produjo entre el grupo de 80-84 años y el de 85 y más (gráfico 35).

⁵ El individuo se asigna a la aquella categoría de las 7 AIVD en la que declara mayor dificultad.

El 13,48% de la población de 65 y más años refirió una dificultad leve para realizar las AIVD, el 12,28% las hacía, pero con mucha dificultad y el 21,31% no podía hacerlas.

El 47,07% de la población de 65 y más años tenía dificultad para llevar a cabo al menos una de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 57,18% de las mujeres y 33,95% de los hombres⁶.

Por clase social se observó un claro gradiente en ambos sexos, más marcado en hombres que en mujeres.

Por CCAA, Navarra es la comunidad en la que una mayor proporción no tenía dificultad para hacer todas las AIVD sin ayuda, el 71,68%, seguida de Castilla y León, con el 69,97%. En el extremo opuesto, en Canarias solo el 36,01% de los de 65 y más años no tenía dificultades.

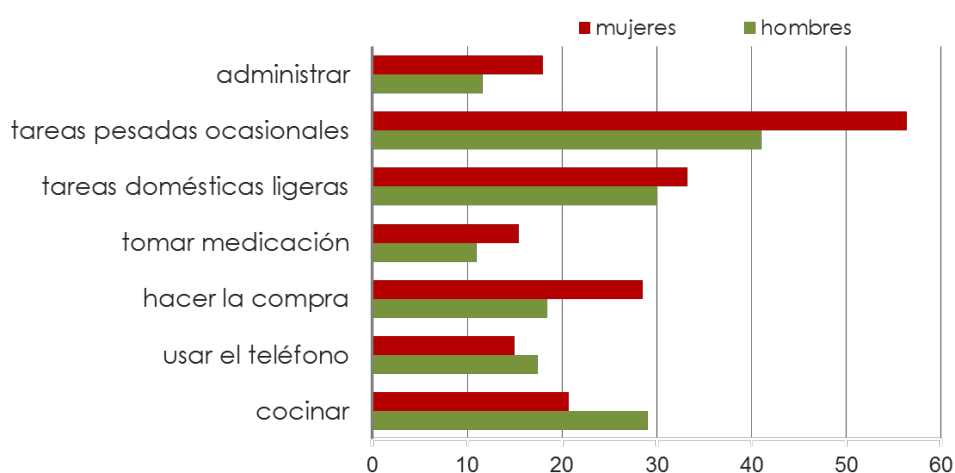
Nivel de dificultad según el tipo de AIVD

Población de 65 y más años

Tablas 1.128 a 1.132

Al analizar cada una de las AIVD por separado se observó que, para usar el teléfono, tomar sus medicamentos y administrar el dinero del hogar, cerca del 85% de la población de 65 y más años no tenía dificultad. Para preparar la comida y para hacer las compras el 75% no tenía dificultades. Para las tareas ligeras del hogar solo el 68,15% se declaró sin dificultad para realizarlas sin ayuda, y el 50,31% para las más pesadas.

Gráfico 39. Dificultad para distintas actividades del hogar (AIVD) según sexo. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



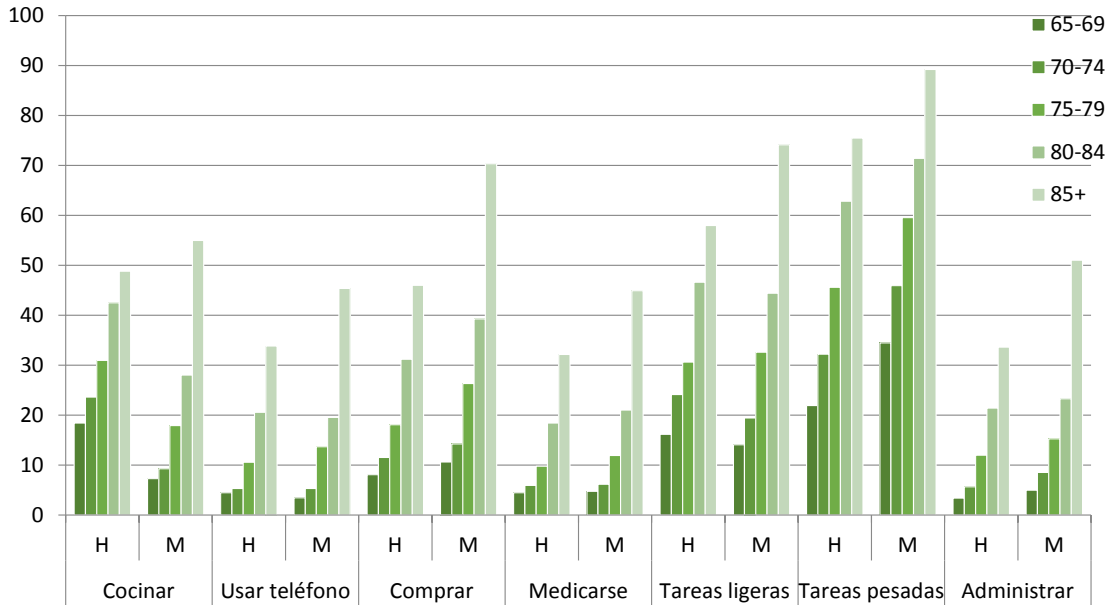
* La EESE no estudia población institucionalizada.

Las diferencias por sexo fueron considerables (gráfico 39), siendo mayor la autonomía en hombres en todas las AIVD excepto en preparar la comida y en el uso del teléfono. La mayor diferencia se dio en las tareas más pesadas del hogar, de 16 pp.

⁶ No suma 100% porque el 0,13% no lo ha intentado o no lo ha necesitado.

En el gráfico 40 se observa la diferente progresión en el padecimiento de limitaciones para las distintas tareas domésticas en hombres y en mujeres.

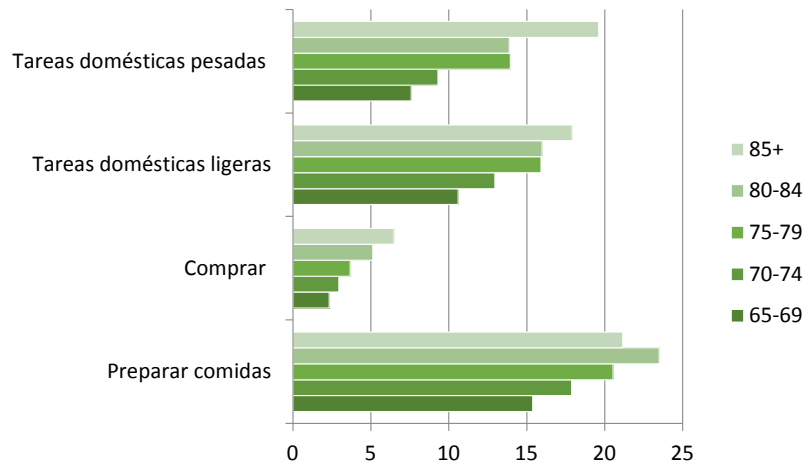
Gráfico 40. Dificultad para distintas actividades del hogar (AIVD) según sexo y grupo de edad. Población de 65 y más años* (%). EESE 2014, INE/MSSSI



* La EESE no estudia población institucionalizada.

Existe una considerable subpoblación masculina que refirió no haber nunca intentado o necesitado realizar algunas actividades del hogar (gráfico 41). En mujeres fue inferior al 1% para la mayoría de los grupos de edad y tipo de AIVD.

Gráfico 41. Nunca ha intentado o necesitado realizar las actividades del hogar (AIVD) según tipo de actividad y grupo de edad. Hombres de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Se observó un gradiente social prácticamente en todas las actividades y para ambos sexos, con menor limitación en las clases más favorecidas. No obstante, hubo diferencias entre hombres y mujeres. Por ejemplo en la clase I no se apreció diferencia en el porcentaje de hombres y mujeres con dificultades para preparar la comida, mientras en la clase VI fue de 8 pp. En cambio en el uso del teléfono, en la toma de la medicación y en la administración de la economía doméstica no hubo diferencias por sexo en la clase VI y sí fueron importantes en la clase I (8 pp., 10pp. y 10pp. respectivamente).

Por CCAA, también en las AIVD destaca positivamente Castilla y León por tener la menor proporción de su población de 65 y más años con limitación para preparar comidas, para hacer la compra, para tomar la medicación, para realizar las tareas domésticas ligeras y pesadas y para administrar la economía doméstica. Solo para el uso del teléfono ocupa el segundo lugar, después del País Vasco.

Disponibilidad de ayudas técnicas o personales para la realización de AIVD Población de 65 y más años que declaró algún grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las AIVD

Tablas 1.133 a 1.137

A aquellas personas de 65 y más años que refirieron tener cualquier grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las AIVD (47,21%, 34,06% de los hombres y 57,33% de las mujeres) se les preguntó si disponían de ayudas técnicas o personales para realizarlas. El 78,64% declaró que disponía de ayuda al menos para una actividad (porcentaje muy parecido al de las ABVD, pero aquí fue mayor en mujeres), 77,09% de los hombres y 79,35% de las mujeres. En personas de 85 y más años el 91,51% disponía de ayuda.

Por clase social, la disponibilidad de ayuda técnica o personal para realizar al menos una AIVD presentó una distribución relativamente homogénea, cercana al 80%, aunque al desagregar por sexo muestra irregularidad en hombres.

La disponibilidad de ayuda técnica o personal para realizar al menos una AIVD se observó con máxima frecuencia en Navarra (94,12%), seguida de Extremadura (91,03%). La menor cobertura se dio en Cataluña (69,94%).

La disponibilidad de ayuda fue similar en todos los niveles de estudios.

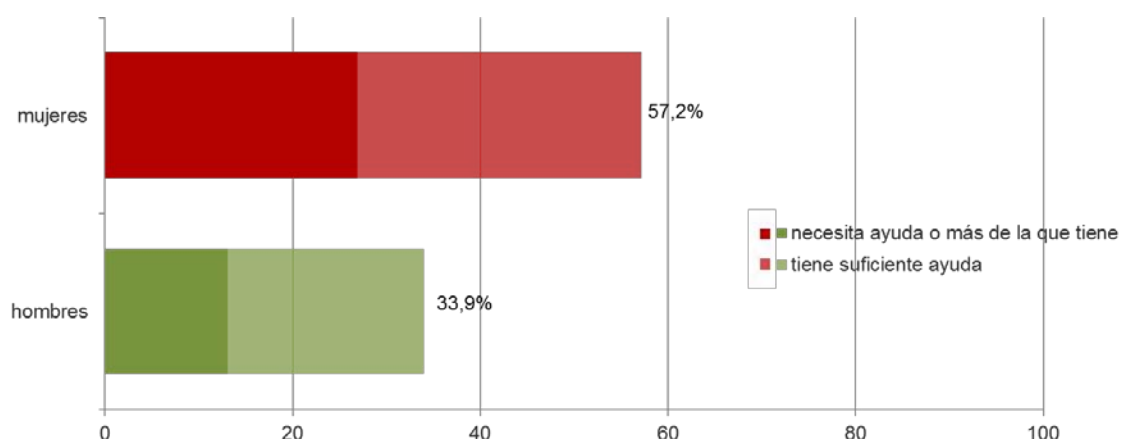
La disponibilidad de ayuda técnica o personal para realizar al menos una AIVD se ha clasificado por nivel de ingresos mensual neto del hogar. Las diferencias fueron menores de lo que cabría esperar, del 77,93% en el 20% de menores ingresos y el 80,13% en el 20% superior. Los hombres entre el primer y el segundo nivel son quienes presentaron los valores más bajos (70,91%).

Necesidad de ayudas técnicas o personales para la realización de AIVD
Población de 65 y más años que declaró algún grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las AIVD

Tablas 1.138 a 1.142

Para finalizar el estudio de las AIVD, a aquellas personas de 65 y más años que declararon algún grado de dificultad para llevar a cabo cualquiera de las AIVD (47,21%, 34,06% de los hombres y 57,33% de las mujeres) se les preguntó si necesitaban más ayuda de la que disponían o, en caso de no tenerla, si consideraban que necesitaban ayuda. El 44,36% declaró que necesitaba ayuda, 38,53% de los hombres y 47,01% de las mujeres (gráfico 42). Este porcentaje aumentaba con la edad en ambos sexos, superando el 50% en el grupo de 85 y más, con proporciones muy similares en ambos sexos.

Gráfico 42. Dificultad para realizar las actividades del hogar (AIVD) y necesidades de ayuda, cubiertas y no cubiertas, según sexo. Población de 65 y más años* (%). EESE2014, INE/MSSSI



*La EESE no estudia población institucionalizada.

Por clase social, la menor necesidad de ayuda se dio en la clase I en ambos sexos, pero en magnitud muy diferente, 19,46% en hombres y 39,88% en mujeres. En las clases más bajas se reducen las diferencias por sexo a 9pp.

La mayor necesidad de ayudas técnicas o personales para la realización de las actividades del hogar se observó en Murcia (74%), y la menor en la Comunidad Valenciana (29,36%).

Por nivel de estudios, las mayores necesidades se ven en el menor nivel de formación, aunque en mujeres fue muy semejante al del grupo intermedio.

A diferencia de las actividades de cuidado personal, para las tareas domésticas la necesidad de ayudas presentó un claro gradiente según el nivel de ingresos. El 50,53% de la población con ingresos por debajo del primer nivel declaró tener necesidad de ayudas técnicas o personales, frente al 26,46% de quienes se sitúan en el 20% superior.

En la EESE 2014 las 2 preguntas sobre el dolor son diferentes de las de EES 2009, en formulación y categorías de respuesta, no del todo comparables. Las de 2014 proceden del SF-36 v2 encuesta de salud™. En la ENSE no se ha preguntado por el dolor hasta 2016.

Para la traducción de la segunda pregunta, referente al 'normal work', se siguieron las indicaciones metodológicas de Eurostat, que lo define más como actividad diaria que como trabajo. Se optó por 'actividades cotidianas'. Esto puede limitar la comparabilidad con otros países.

Grado de dolor padecido en las últimas 4 semanas

Población de 15 y más años

Tablas 1.143 a 1.148

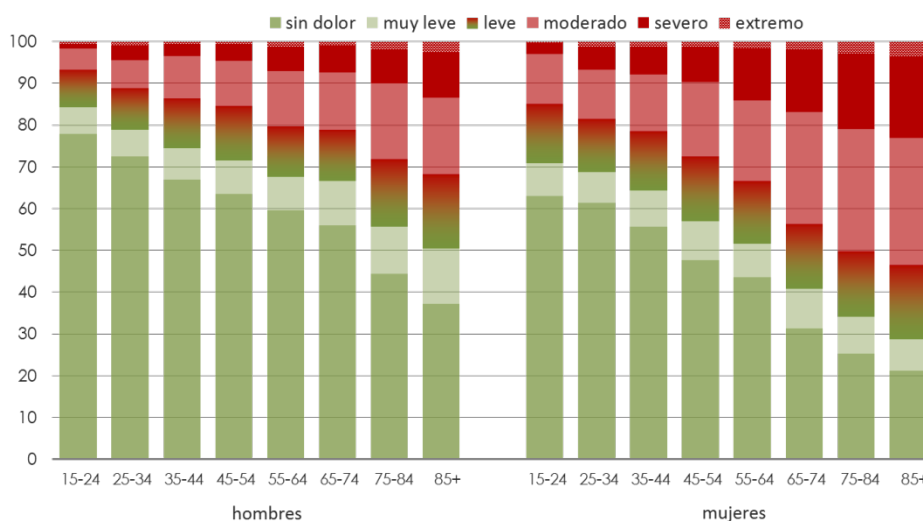
Con la edad aumenta la proporción de personas que sufren dolor y la intensidad del mismo. En todas las edades es más frecuente la presentación de dolor severo o extremo en mujeres, más del doble que en hombres en algunos grupos de edad (gráfico 43).

El 8,12% de la población de 65 y más años sufre dolor severo o extremo, 5,15% de los hombres y 10,96% de las mujeres. Otro 14,39% sufre dolor moderado y el 21,60% leve o muy leve.

En población de 85 y más años, la proporción de personas que sufre algún grado de dolor es del 73,06% (78,69% mujeres y 62,68% hombres).

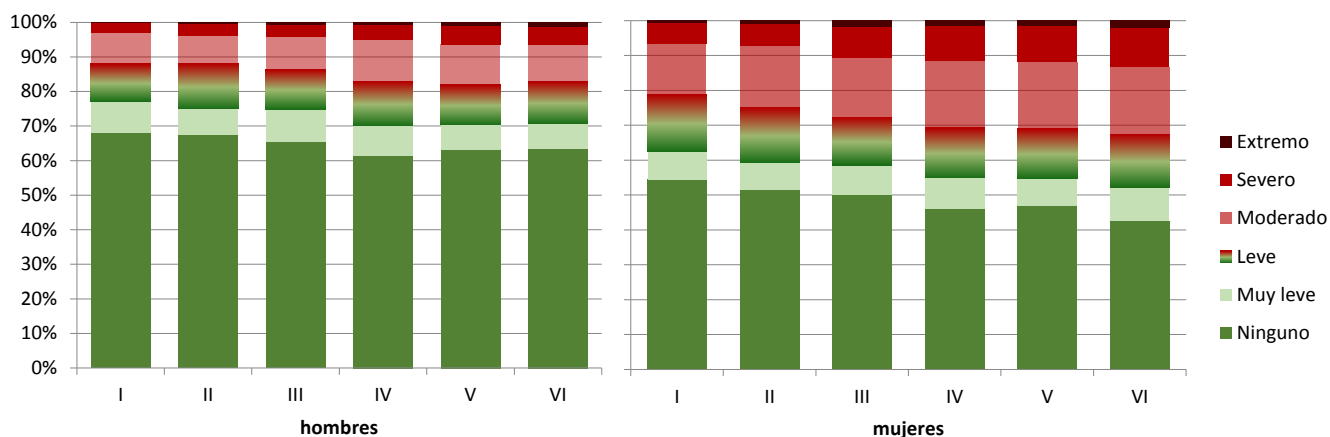
El 55,88% de la población de 15 y más años declara que no ha padecido ningún dolor en las últimas 4 semanas, 64,36% de los hombres y 47,80% de las mujeres.

Gráfico 43. Dolor físico en las últimas cuatro semanas, según sexo, grupo de edad e intensidad del dolor. Población de 15 y más años (%). EESE2014, INE/MSSSI



Por clase social se observa un claro gradiente (gráfico 44). El 61,22% de la población de 15 y más años de clase I declara que no ha padecido ningún dolor en las últimas 4 semanas, y esta proporción baja escalonadamente hasta el 52,17% en clase VI. Estas diferencias prácticamente se diluyen en hombres, mientras que en mujeres se acentúan, del 54,32% de la clase I que no padece dolor alguno al 42,50% en la clase VI.

Gráfico 44. Dolor físico en las últimas cuatro semanas, según sexo, clase social e intensidad del dolor. Población de 15 y más años (%). EESE2014, INE/MSSSI



Por CCAA destacó Galicia, donde solo el 47,05% de la población no padecía dolor, 39,64% en el caso de las mujeres.

Por nivel de estudios se apreció un gradiente excepto en los más jóvenes, aunque la diferencia entre los dos grupos que han alcanzado mayor formación fue menor, sobre todo en hombres.

Según la relación con la actividad económica actual, las personas incapacitadas para trabajar son quienes padecen dolor con mayor frecuencia (70,04%), seguidas de quienes están jubiladas (59,91%) y de las que se ocupan de las labores del hogar (57,33%).

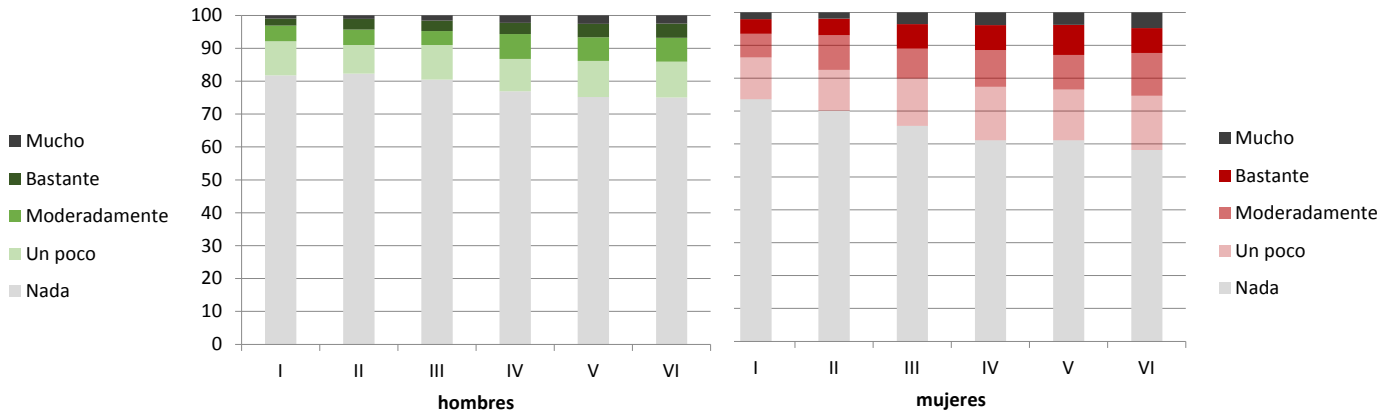
Interferencia del dolor en las actividades cotidianas en las últimas 4 semanas Población de 15 y más años

Tablas 1.148 a 1.154

En el 70,45% de la población el dolor no interfirió nada en su actividad diaria. El 12,77% declaró que interfirió un poco, el 8,33% moderadamente, el 5,62% bastante y el 2,83% mucho. Como el grado de dolor, la interferencia en la vida diaria fue mayor en mujeres en todos los grupos de edad, y con la edad aumenta la frecuencia y el grado de interferencia. En el grupo de 85 y más años solo el 35,85% afirmó que no había interferido nada, 49,32% de los hombres y 28,53% de las mujeres (gráfico 45).

Por clase social, la interferencia fue mayor en las clases sociales más bajas, mostrando un claro gradiente en mujeres, menos marcado en hombres.

Gráfico 45. Interferencia del dolor en las actividades cotidianas, según sexo, clase social y grado de interferencia. Población de 15 y más años (%). EESE2014, INE/MSSSI



A nivel de estudios más alto alcanzado, menor interferencia del dolor en la vida diaria, sobre todo en mujeres y mayores de 64 años.

Según la actividad económica la interferencia presenta un patrón semejante al del dolor.

PRINCIPALES DATOS

La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, parte considerable de la carga global de enfermedad y un factor esencial del bienestar. Aunque hace ya años que se promueve el desarrollo de indicadores de salud mental, sigue habiendo dificultades en la medición y en la comparabilidad.

El PHQ-8^{7,8} es un instrumento de detección de depresión que ha sido seleccionado para la Encuesta Europea de Salud con objeto de realizar una valoración de 1) la presencia de sintomatología depresiva en distintos grados de gravedad, y 2) la prevalencia de cuadros depresivos en la población.

Además del PHQ-8 la EESE proporciona otros indicadores que ya venían recogidos en la ENSE, como la prevalencia autodeclarada de depresión, de ansiedad crónica y de otros problemas mentales, el consumo de psicofármacos, 'tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir' y 'antidepresivos, estimulantes', así como la población que ha visitado al 'psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra' en el último año. También se introdujo en 2014 la inaccesibilidad a 'atención de salud mental (consulta al psicólogo o psiquiatra)'.

En este recuadro se resumen los principales datos de salud mental procedentes de la EESE, pero cada uno de los indicadores se puede consultar con mayor detalle en su apartado correspondiente.

Prevalencia autodeclarada de problemas de salud mental

El 10,65% de la población de 15 y más años declaró que había sido diagnosticada de algún problema de salud mental (depresión, ansiedad crónica u otros problemas mentales). La prevalencia fue el doble en mujeres (14,39%) que en hombres (6,72%).

Entre las enfermedades o problemas de salud más frecuentes, la depresión (6,89%) y la ansiedad crónica (6,85%) ocuparon las posiciones 9ª y 10ª respectivamente.

Los problemas de salud mental presentaron un claro gradiente por clase social. Fue tres veces más frecuente en las personas de clases menos favorecidas (clase VI) que en la clase alta (clase I). También fue más frecuente en personas con bajo nivel educativo, así como entre quienes que se ocupan de las labores del hogar, están incapacitadas para trabajar o se encuentran en situación de desempleo.

Presencia y severidad de sintomatología depresiva (PHQ-8)

Más del 15% de la población de 15 y más años presentó sintomatología depresiva de distinta gravedad. En términos absolutos, casi 5 millones de personas de 15 y más años (4 929 400) presentaron sintomatología depresiva leve o moderada (12,74%) y otro millón (1 110 600), sintomatología moderadamente grave o grave (2,87%).

La sintomatología depresiva fue casi el doble en mujeres (una de cada 5) que en hombres (uno de cada 10) en todos sus grados de severidad, aunque esta relación no fue constante en todos los grupos de edad. La sintomatología depresiva en todos sus grados aumenta con la edad. En el grupo de 75-84

⁷ Brief Patient Health Questionnaire, Depression Module (PHQ-8). Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K y cols. (1991) www.phqscreeners.com

⁸ Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-13. La versión española ha sido validada en: Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. Psychosom Med 2001; 63: 679-86.

años una de cada 4 personas presenta sintomatología depresiva, y una de cada 3 en la población no institucionalizada de 85 y más años.

La sintomatología depresiva se presenta con un claro gradiente por clase social, tanto en hombres como en mujeres. El 92,13% de la clase I está libre de sintomatología, frente al 76,78% de la clase VI.

Prevalencia de cuadros depresivos (PHQ-8)

A la hora de valorar la prevalencia de cuadros depresivos activos en la población de 15 y más años, el 3,52% presentó un cuadro depresivo mayor, y el 3,84% otros cuadros depresivos (total = 7,36%). El resto, 92,64%, no presentó cuadro depresivo. Estos resultados son coherentes con los obtenidos de prevalencia autodeclarada.

Uso de servicios y consumo de psicofármacos

El 4,61% de la población de 15 y más años refirió que había visitado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 3,49% de los hombres y 5,68% de las mujeres, por debajo de las estimaciones de prevalencia.

El 12,54% refirió haber consumido ‘tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir’ en las últimas dos semanas, 7,80% de los hombres y 17,05% de las mujeres. En cuanto a los ‘antidepresivos, estimulantes’, el 5,55% declaró haberlos consumido, 3,13% en hombres y 7,85% en mujeres.

PHQ-8 DEPRESIÓN

Severidad de la sintomatología depresiva^{9,10}

Población de 15 y más años

Tablas 1.155 a 1.160

El 84,39% de la población de 15 y más años no presentó ninguna sintomatología depresiva, el 9,71% presentó sintomatología leve, el 3,03% moderada, el 1,81% moderadamente grave y el 1,06% grave.

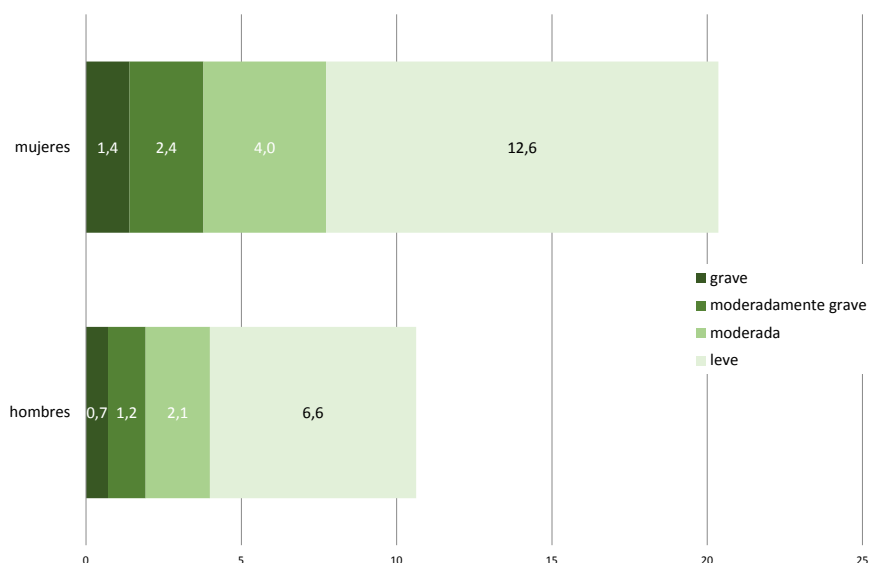
La sintomatología depresiva fue casi el doble en mujeres (20,36%) que en hombres (10,63%) en todos sus grados de severidad (gráfico 46). Esta relación no fue constante en todos los grupos de edad.

⁹ De entre los indicadores elaborados a partir del PHQ-8, Eurostat otorga preferencia a la difusión del indicador de ‘severidad de los síntomas depresivos’ por ser más fácil de interpretar y de usar que el de prevalencia de ‘cuadro depresivo activo’.

¹⁰ La severidad o gravedad de la sintomatología depresiva se calcula asignando valores 0, 1, 2 y 3 a las categorías de respuesta ‘nunca’, ‘varios días’, ‘más de la mitad de los días’ y ‘casi todos los días’ respectivamente. La puntuación total oscila entre 0-24 puntos. Los que no contestan los 8 ítems del PHQ se descartan. Los puntos de corte son los siguientes:

Puntuación PHQ-8	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24
Severidad	Ninguna/mínima	Leve	Moderada	Moderadamente grave	Grave

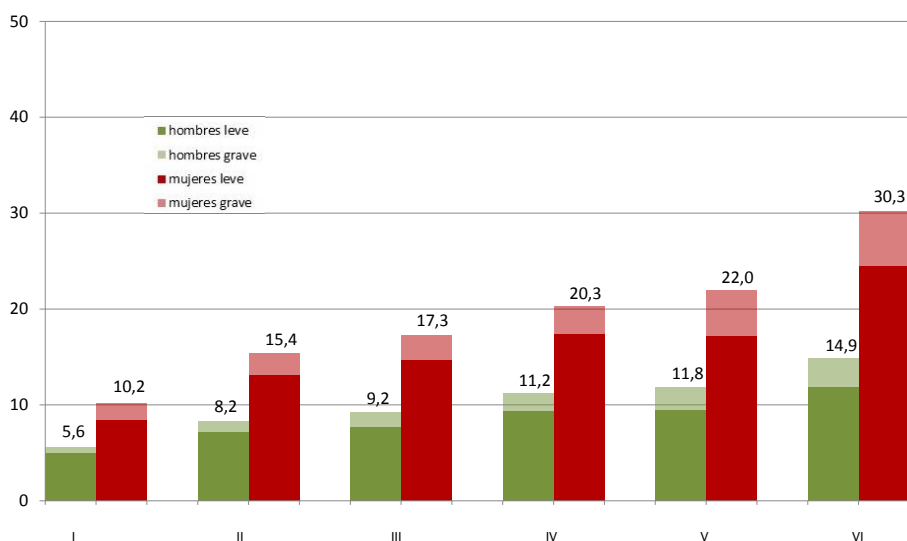
Gráfico 46. Severidad de la sintomatología depresiva según el *Patient Health Questionnaire* PHQ-8. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



La sintomatología depresiva en todos sus grados de severidad aumenta con la edad. Solo en el grupo de hombres de 65 a 74 años se rompe este gradiente. A partir de los 75 años se acentúa el aumento. En el grupo de 75-84 años el 25,71% presentó sintomatología depresiva, proporción que alcanzó al 34,71% en la población no institucionalizada de 85 y más años.

Por clase social la población de 15 y más años con sintomatología depresiva presentó un claro gradiente, tanto en hombres como en mujeres, aunque más marcada en estas últimas (gráfico 47). El mayor escalón se sitúa entre las clases V y VI, a expensas de las mujeres. El 92,13% de la clase I está libre de sintomatología, frente al 76,78% de la clase VI.

Gráfico 47. Sintomatología depresiva* según sexo y clase social. *Patient Health Questionnaire* PHQ-8. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



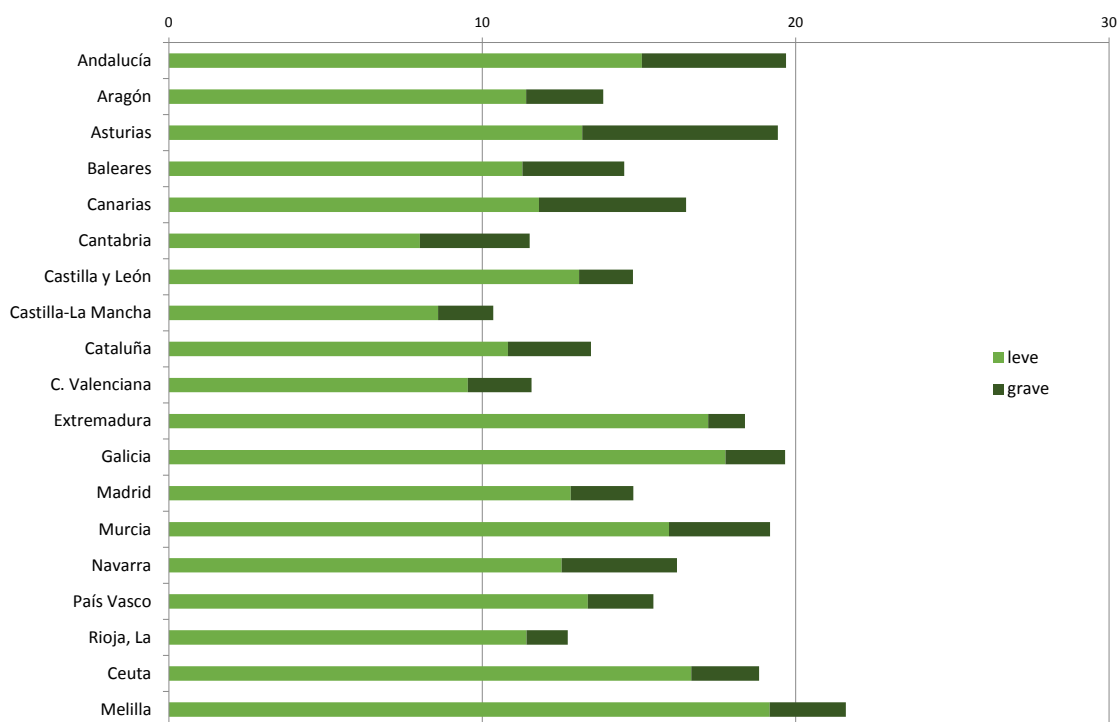
* Sintomatología depresiva leve (leve + moderadamente leve) o grave (moderadamente grave + grave).

Por comunidad autónoma se observaron diferencias destacables en la frecuencia de sintomatología leve, y no tan marcadas en el caso de las más severas, con la excepción de Asturias, Canarias y Andalucía, que presentaron frecuencias altas en las de mayor severidad. Andalucía, Galicia, Asturias y Murcia rozaron el 20% de la población con sintomatología depresiva de cualquier severidad (gráfico 48).

El gradiente por nivel de estudios se observó en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Según la relación con la actividad económica actual, las personas con incapacidad para trabajar presentaron síntomas depresivos con mayor frecuencia que ningún otro grupo: casi uno de cada dos. Sólo el 51,82% no presentó sintomatología, y en todos los grados de severidad presentaron mayor frecuencia que cualquier otro grupo. Una de cada cuatro personas dedicadas a las tareas del hogar (24,46%) presentó sintomatología depresiva, aunque en este caso mayoritariamente leve. Los jubilados (21,51%) y las personas en desempleo (20,59%) muestran un patrón muy semejante, en ambos casos dos de cada ocho presentan sintomatología, sobre todo leve. Las personas que están trabajando (19,58%) y, finalmente los estudiantes (17,02%), son quienes con menor frecuencia presentaron alguna sintomatología depresiva.

Gráfico 48. Sintomatología depresiva* según severidad y comunidad autónoma. *Patient Health Questionnaire* PHQ-8. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



* Sintomatología depresiva leve (leve + moderadamente leve) o grave (moderadamente grave + grave).

Prevalencia de cuadros depresivos activos¹¹

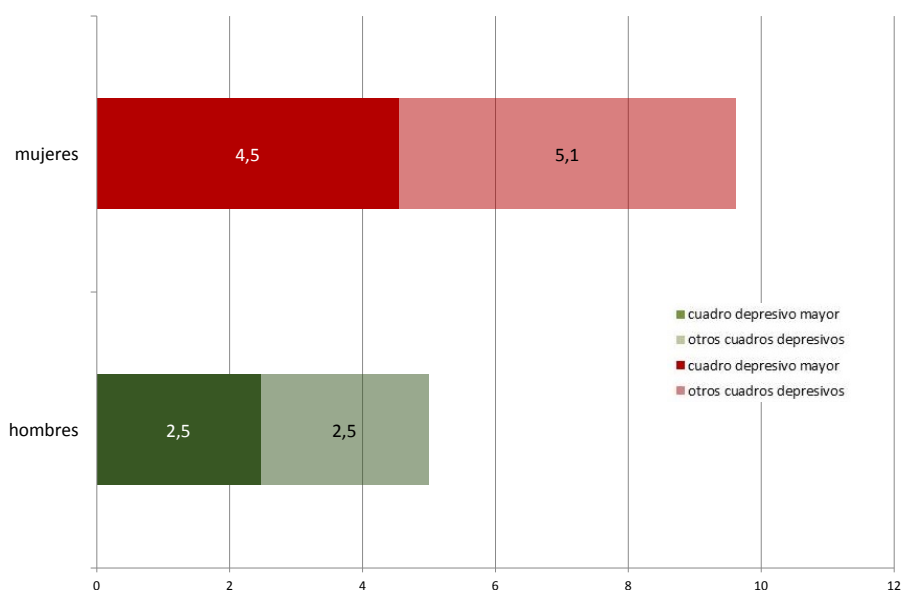
Población de 15 y más años

Tablas 1.161 a 1.166

A la hora de valorar la prevalencia de cuadros depresivos activos con el PHQ-8, el 3,52% de la población de 15 y más años refirió un cuadro depresivo mayor, el 3,84% otros cuadros depresivos (total = 7,36%) y el resto, 92,64%, no refirió cuadro depresivo alguno.

La frecuencia de los cuadros depresivos fue casi el doble en mujeres (9,62%) que en hombres (4,99%) (gráfico 49), y la diferencia por sexo se incrementó con la edad. En ambos sexos aumentó con los años, muy bruscamente en el grupo de 85 y más años, con un 13,28% de cuadros depresivos mayores, 15,93% en mujeres y 8,45% en hombres. Aumentan los cuadros de depresión mayor, mientras que los otros cuadros incluso disminuyen.

Gráfico 49. Prevalencia de cuadros depresivos activos en las últimas dos semanas según el *Patient Health Questionnaire* PHQ-8. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según la clase social hay un claro gradiente, tanto en hombres como en mujeres y tanto para los cuadros depresivos mayores como para el resto. La prevalencia de la depresión mayor es de 1,61% en clase I y de 5,62% en clase VI.

¹¹ La prevalencia de cuadros depresivos activos se calcula con los siguientes puntos de corte:

Cuadro depresivo mayor	Otros cuadros depresivos
Si contestan en ítem A o en ítem B y en ≥ 5 otros ítems (A-H) 'más de la mitad de los días' o 'casi todos los días'.	Si contestan en ítem A o en ítem B y en 2-4 ítems (A-H) 'más de la mitad de los días' o 'casi todos los días'.

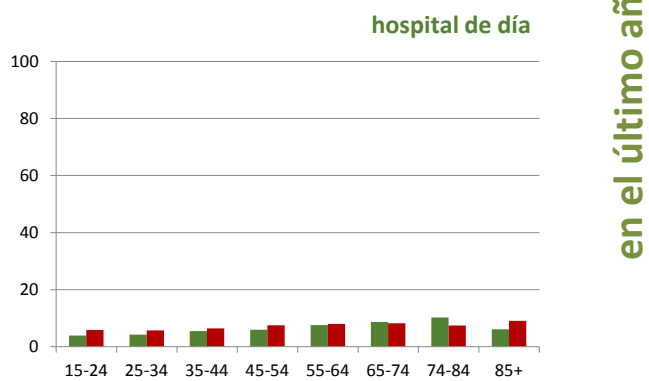
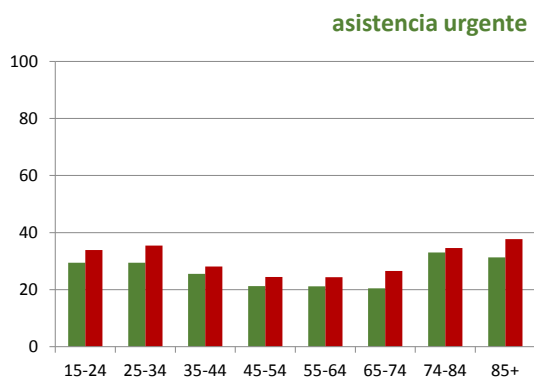
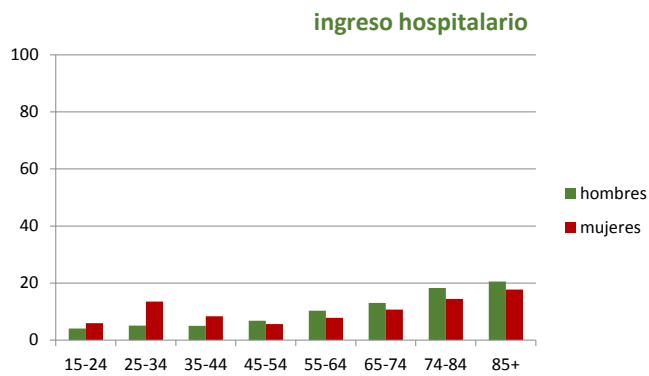
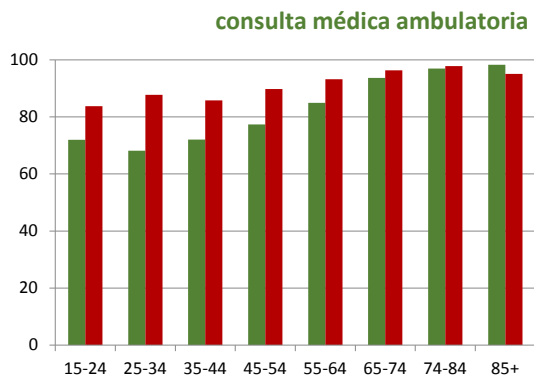
Los que no contestan los 8 ítems del PHQ se descartan. Es un instrumento que permite hacer un cribado poblacional, detectando los casos probables de cuadro depresivo activo (depresión mayor/ otro cuadro depresivo), pero no es adecuado para diagnóstico clínico en este contexto.

Por comunidad autónoma, Asturias, Canarias y Andalucía presentan las mayores prevalencias de depresión mayor, y Murcia y Extremadura en otro tipo de cuadros depresivos. En conjunto, Murcia (12,33%) y Asturias (11,98%).

Por nivel de estudios se observa un claro gradiente en ambos sexos y prácticamente en todos los grupos de edad.

Según la relación con la actividad económica actual, ambos tipos de cuadros depresivos presentan su mayor frecuencia en las personas incapacitadas para trabajar. La depresión mayor se observa en el 18,19% de este grupo, a continuación las labores del hogar (6,06%), los jubilados (5,89%) y los parados (5,13%), en proporciones semejantes. En estos últimos la prevalencia dista mucho de la del grupo de parados (1,33%). Los otros cuadros depresivos presentan el mismo patrón.

ATENCIÓN SANITARIA



en el último año

COBERTURA SANITARIA Y USO DE RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

PRINCIPALES DATOS

En la EESE 2014, el 98,70% de la población de 15 y más años declaró que disponía de cobertura sanitaria pública, el 83,84% exclusivamente cobertura sanitaria pública, el 0,75% únicamente privada y el 14,86% que disponía de ambas (mixta).

La cobertura exclusivamente pública más alta se encuentra en mayores de 75 años, y la más baja en las personas de 35 a 44 años. La cobertura exclusivamente pública aumenta según desciende la clase social (de 61,7% a 94,38%), y lo mismo sucede por nivel de estudios. Destacan las altas coberturas mixtas de Madrid (28,05%), Baleares (26,02%) y Cataluña (23,27%).

En las últimas dos décadas (1993-2014) el porcentaje de personas que refiere disponer de cobertura sanitaria pública se mantiene estable. En torno a un 1% de la población de 15 y más años declara que no tiene cobertura pública. En cuanto a la cobertura privada (exclusivamente privada o mixta), en 2014 recupera la tendencia ascendente que se había interrumpido en 2011.

Los recursos sanitarios utilizados son mayoritariamente de la sanidad pública. El 86% de las consultas ambulatorias (atención primaria y especializada), el 83,2% de los ingresos hospitalarios y el 88,2% de las urgencias se atendieron en el sistema sanitario público. No así los servicios de salud bucodental, que solo en un 9,3% fueron atendidos con recursos públicos.

De las urgencias, el 27,9% se atiende en centros públicos no hospitalarios, el 60,41% en hospitales públicos y el 11,0% en centros privados. Se observó un ligero aumento en el uso de servicios privados de urgencias frente al 8,52% en 2011, especialmente en Madrid y Baleares, con un marcado gradiente por clase social.

Modalidad de cobertura sanitaria (exclusiva¹²)

Población 15 y más años

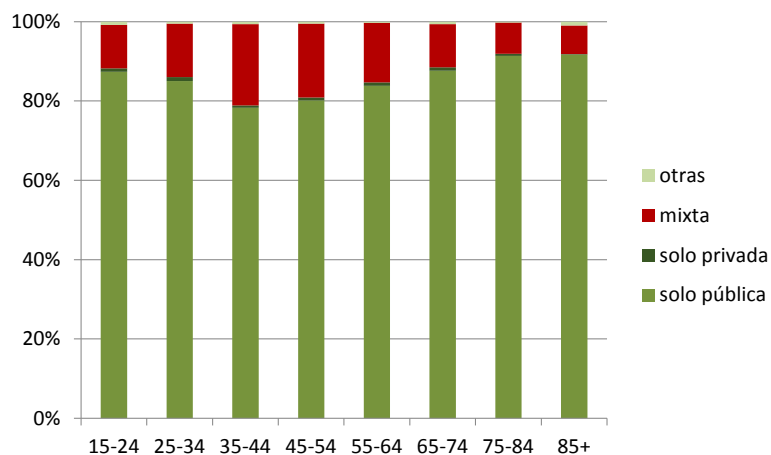
Tablas 2.164 a 2.170

El 83,84% de la población declaró que disponía exclusivamente de cobertura sanitaria pública (83,54% de los hombres y 84,12% de las mujeres), el 0,75% únicamente privada (0,60% de los hombres y 0,89% de las mujeres), y el 14,86% mixta (15,22% de los hombres y 14,52% de las mujeres).

La cobertura exclusivamente pública fue superior al 90% en los mayores de 75 años. En el grupo de 35 a 44 años este tipo de cobertura exclusivamente pública fue inferior al 80%, aumentando a partir de esta edad. La cobertura mixta o doble cobertura aumenta con la edad hasta el grupo de 35 a 44 y luego desciende (gráfico 50).

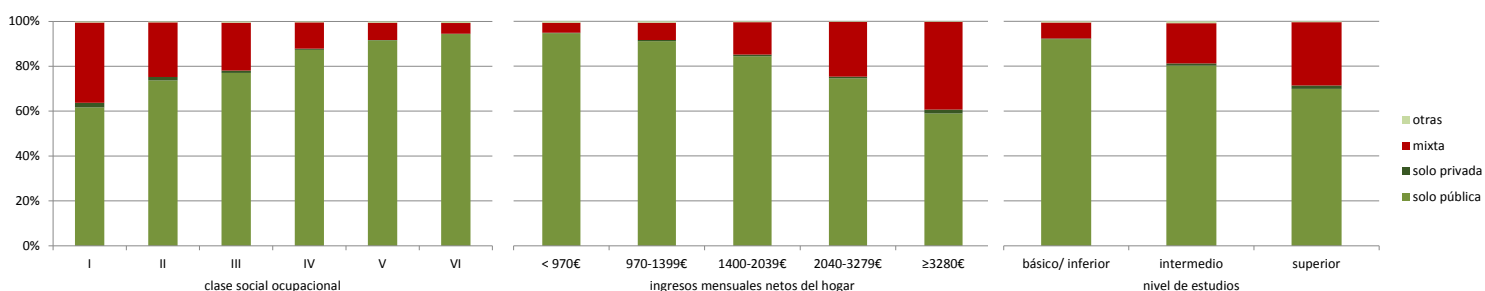
¹² Una persona solo puede tener cobertura sanitaria exclusivamente pública, exclusivamente privada o mixta (personas que disponen de cobertura pública y privada simultáneamente).

Gráfico 50. Modalidad de cobertura sanitaria (exclusiva) según grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



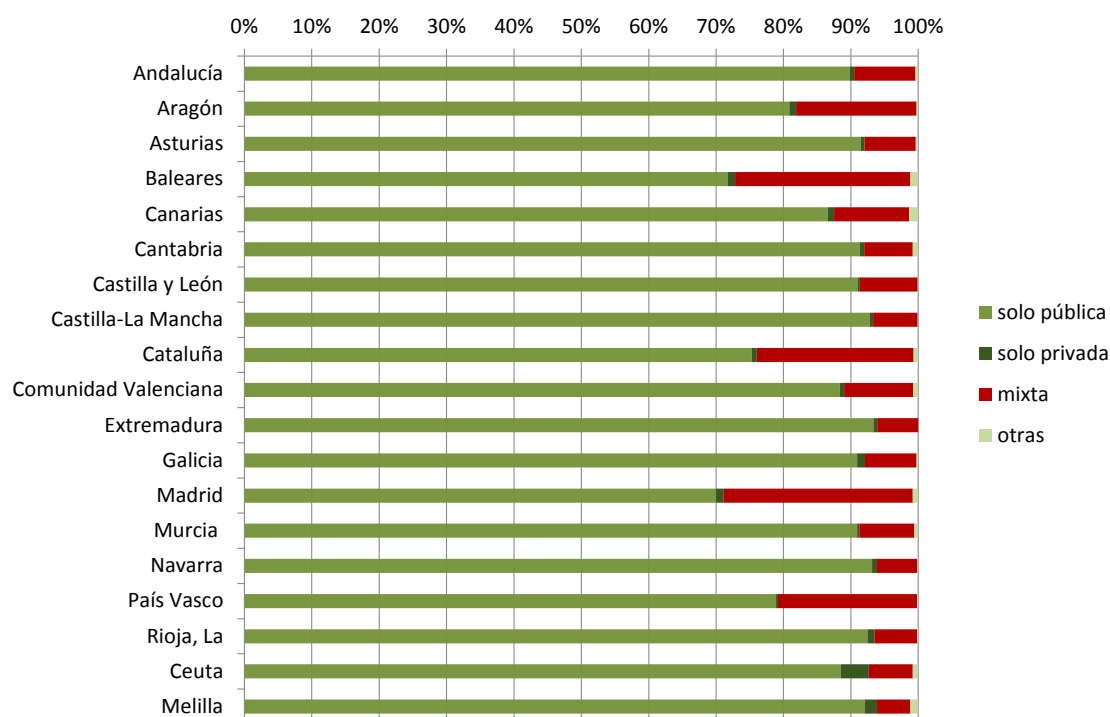
Las modalidades de cobertura sanitaria se distribuyeron de manera diferente según la posición socioeconómica (gráficos 51, 52 y 53). La cobertura exclusivamente pública fue mayor a menor clase social (de 61,7% a 94,38%). Del mismo modo, esta modalidad de cobertura exclusivamente pública mostró un descenso a mayor nivel de estudios, mientras que la cobertura mixta y la privada exclusiva aumentaban. También por nivel de ingresos se observó un gradiente descendente en el porcentaje de población con cobertura pública exclusiva según aumentaban los ingresos (de 94,70% a 58,95%), y ascendente en las otras dos modalidades de cobertura. La doble cobertura pasó de un 4,43% en el grupo de ingresos del nivel inferior a un 39,12% en el nivel superior.

Gráficos 51, 52 y 53 – Modalidad de cobertura sanitaria según distintas medidas de estratificación (clase social, nivel de ingresos y nivel de estudios). Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por comunidad autónoma (gráfico 54) destacaron las altas coberturas mixtas de Madrid (28,05%), Baleares (26,02%), Cataluña (23,27%) y País Vasco (20,66%), todas ellas por encima del 20%.

Gráfico 54 – Modalidad de cobertura sanitaria (exclusiva) según comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según la actividad económica actual, las personas incapacitadas para trabajar fueron el grupo que declaró una mayor cobertura pública exclusiva (94,03%), y menor mixta (4,6%), seguidos de las personas en desempleo (91,78%). La mayor cobertura mixta la declararon las personas que estaban trabajando (21,92%), y la mayor cobertura privada los estudiantes (1,22%).

Tendencia →

El porcentaje de personas con cobertura pública (ya fuera exclusivamente pública o mixta) se mantuvo estable en las últimas dos décadas (1993-2014), sin diferencias sustanciales por sexo (tabla 11). En torno a un 1% de la población de 15 y más años declaró que no tenía cobertura sanitaria pública.

Tabla 11. Cobertura sanitaria pública según sexo. Evolución 1993-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
Ambos sexos	98,13	98,16	98,03	98,66	99,52	98,21	98,97	98,70
Hombres	97,98	98,30	98,18	98,79	99,60	97,88	98,94	98,76
Mujeres	98,29	98,04	97,89	98,55	99,46	98,52	98,99	98,64

En este mismo período de estudio se ha duplicado la cobertura sanitaria privada (exclusivamente privada o mixta), sin diferencias por sexo (tabla 12).

Tabla 12. Cobertura sanitaria privada según sexo. Evolución 1993-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
Ambos sexos	7,47	11,46	11,12	10,32	11,83	14,79	13,19	15,65
Hombres	8,31	11,89	11,85	10,92	10,90	16,33	13,65	15,82
Mujeres	6,68	11,06	10,44	9,75	12,71	13,30	12,75	15,41

En cuanto a la doble cobertura o cobertura mixta (población que dispone de cobertura sanitaria tanto pública como privada simultáneamente), continúa incrementándose en hombres y en mujeres, de forma más acentuada en las personas de 35 a 74 años (tabla 13).

Tabla 13. Doble cobertura sanitaria (pública y privada) según sexo. Evolución 1993-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
Ambos sexos	5,60	9,62	9,16	8,98	11,36	13,38	12,37	14,86
Hombres	6,29	10,19	10,03	9,71	10,49	14,73	12,80	15,22
Mujeres	4,97	9,10	8,33	8,30	12,19	12,08	11,97	14,52

Modalidad de cobertura sanitaria (multirrespuesta¹³)

Población de 15 y más años

Tabla 2.171

En la EESE se preguntó a la población por los distintos tipos o modalidades de cobertura sanitaria pública y/o privada de que disponía (gráfico 55). El porcentaje de la población que declaró cada modalidad de cobertura pública fue el siguiente: el 95,64% declaró tener sanidad pública (seguridad social), y el 4,72% declaró estar cubierto por alguna de las mutualidades obligatorias del estado (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), ya fuera acogidos a la sanidad pública (seguridad social) (2,09%) o a un seguro privado (2,82%). No hubo diferencias reseñables por sexo.

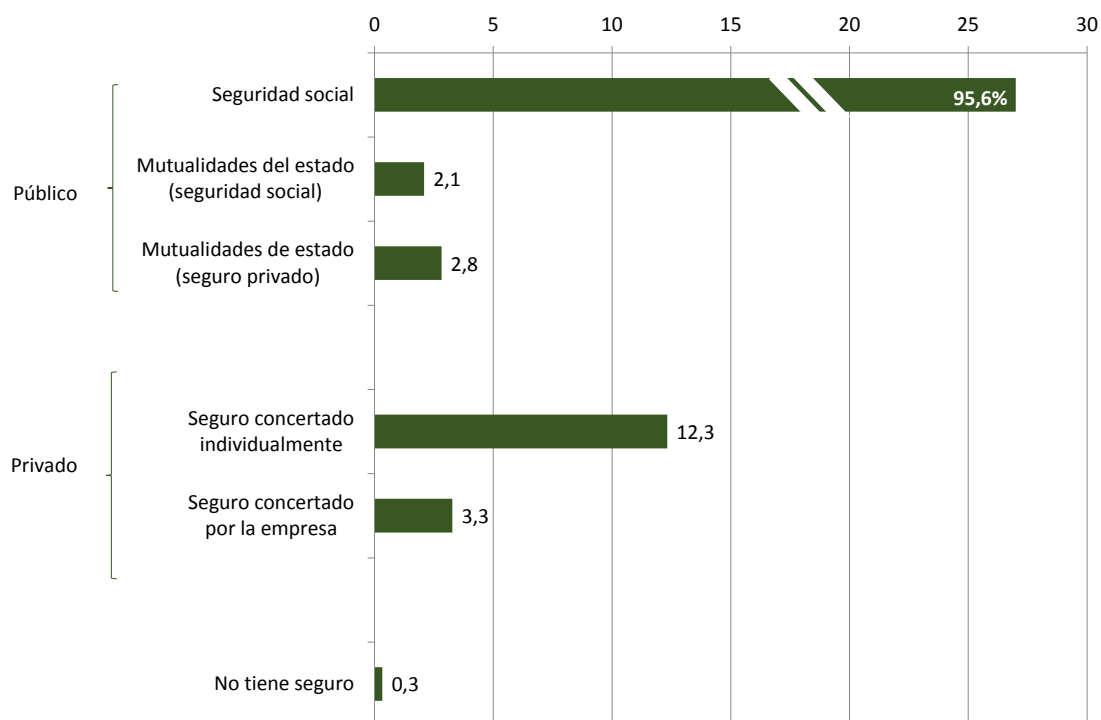
En cuanto a la cobertura sanitaria privada, el 12,33% declaró contar con un seguro privado concertado individualmente (sociedades médicas, colegios profesionales, etc.), y el 3,28% que

¹³ Una persona puede estar en más de una categoría.

tenía un seguro médico concertado por la empresa. Según el sexo, la cobertura privada concertada por una empresa fue mayor en hombres (4,20% vs 2,41%) y lo contrario ocurría en la contratada individualmente (11,6%2 vs 13,01%).

Finalmente, un 0,33% afirmó que no contaba con seguro médico, y un 0,23% que estaba en otra situación.

Gráfico 55 – Tipo de seguro sanitario. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Dependencia funcional del último médico consultado

Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas

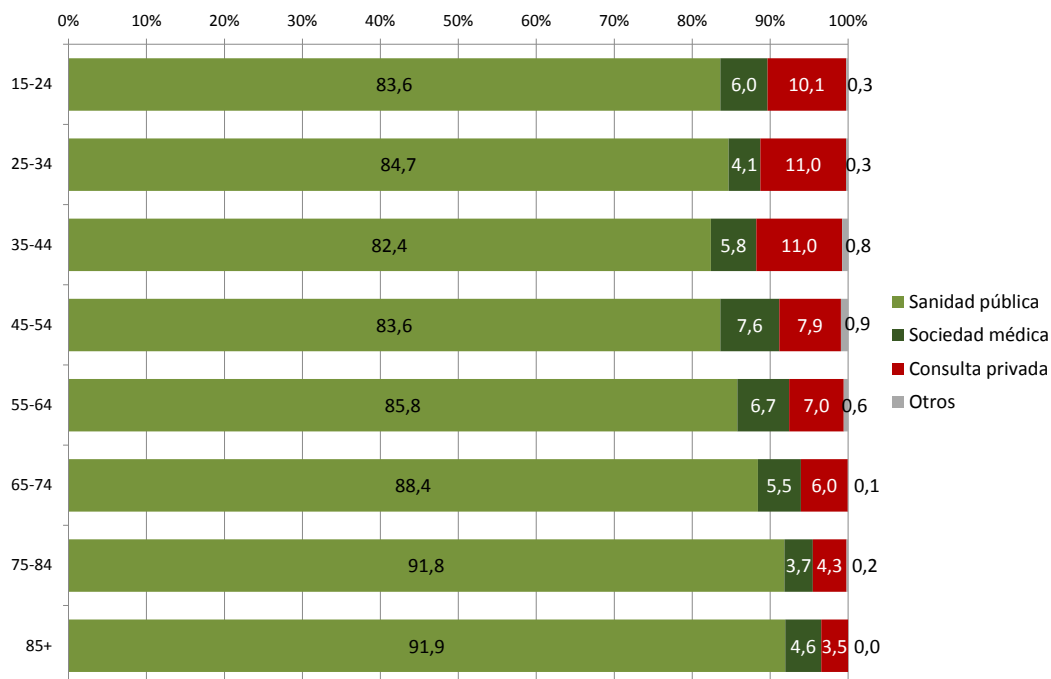
Tablas 2.041 a 2.046

El denominador es el 34,89% de la población que ha consultado al médico (de primaria o especializada ambulatoria) en las últimas 4 semanas, 29,43% de los hombres y 40,09% de las mujeres.

La dependencia funcional del último médico consultado fue de la sanidad pública en el 85,97%, 5,70% de las sociedades médicas y 7,87% de la consulta privada, sin variaciones importantes por sexo. La dependencia funcional de la sanidad pública fue muy alta en los grupos de edad avanzada, por encima del 91% a partir de los 75 años (gráfico 56).

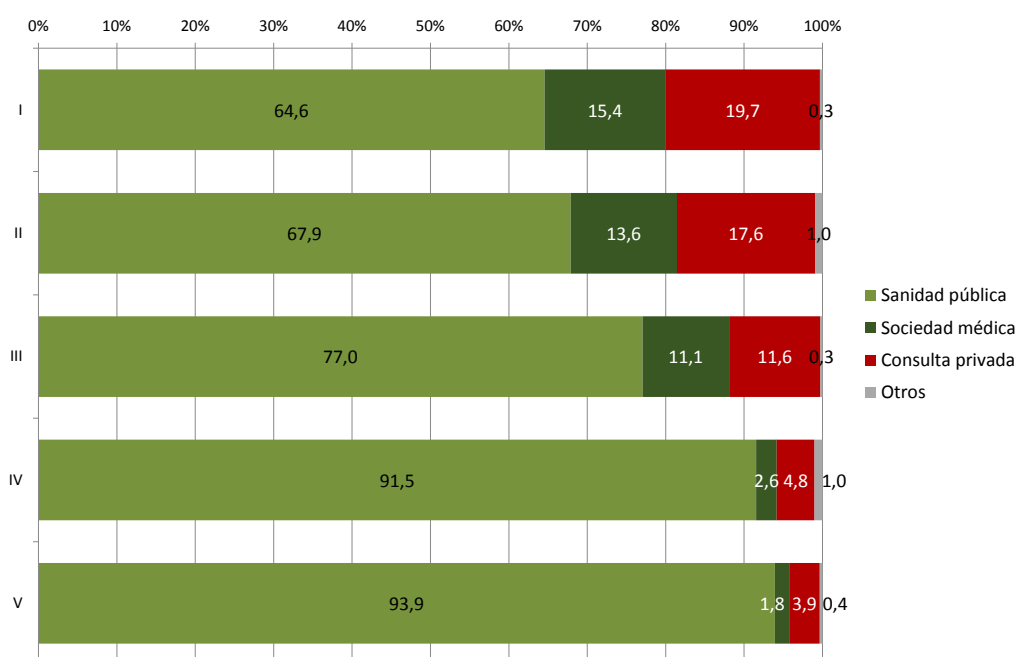
La dependencia de la sanidad pública fue mayor en las clases sociales más desfavorecidas, y el gradiente inverso se observó en las consultas privadas o en sociedades médicas (gráfico 57).

Gráfico 56. Dependencia funcional del último médico consultado según grupo de edad. Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



El 95,54% de la población de clase VI consultó a un médico de la sanidad pública la última vez que lo hizo, frente al 64,55% de la clase I. Esto sucede en ambos sexos, pero el uso de la sanidad pública se dio en mayor proporción en hombres.

Gráfico 57. Dependencia funcional del último médico consultado según clase social. Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas (%). EESE 2014, INE/MSSSI.

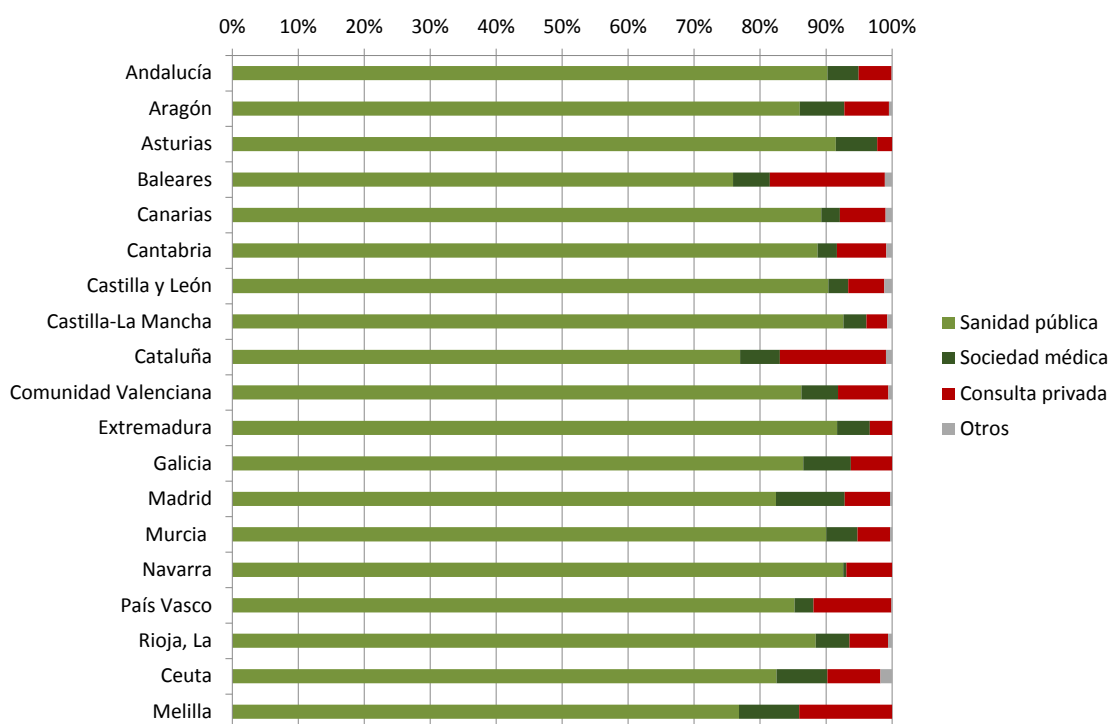


Según el nivel de estudios alcanzado se observó un gradiente en el mismo sentido que por clase social: más dependencia pública y menos de sociedades y privada según disminuía el nivel de estudios. Esto ocurrió en ambos sexos.

La población nacida en otro país declaró con mayor frecuencia que la autóctona que la dependencia funcional del último médico consultado era de la sanidad pública (90,41% vs 85,41%), mientras que la población española declaró una mayor dependencia de sociedades médicas (6,19% vs 1,84%). En la consulta privada sólo se observan diferencias en los hombres (7,87% población autóctona vs 10,53% población no autóctona).

Destacan Baleares y Cataluña con una elevada dependencia funcional privada del último médico consultado (17,45% y 16,08% respectivamente), y Madrid con un 10,42% de las consultas realizadas en una sociedad médica (gráfico 58).

Gráfico 58. Dependencia funcional del último médico consultado según comunidad autónoma. Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



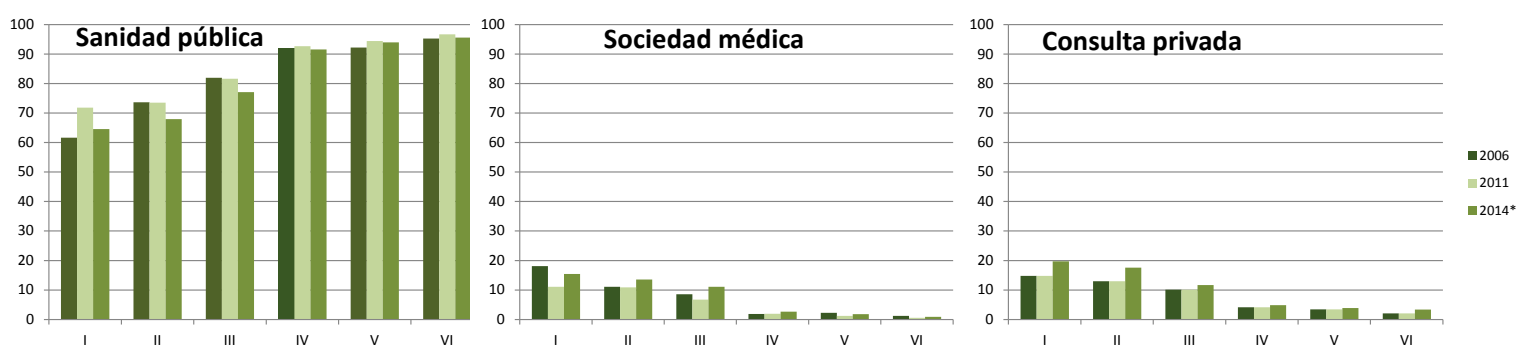
Las personas que trabajan y los estudiantes fueron los grupos que declararon en mayor medida dependencia privada del último médico consultado (12,40% y 11,91% respectivamente). La mayor dependencia pública se dio en las personas en desempleo y las incapacitadas para trabajar.

Tendencia →

El uso de la sanidad pública es siempre mayoritario en todos los grupos sociales. En 2006 fue el 85,65%, y en 2011 mostró un incremento hasta el 88,53%, para volver al 85,97% en 2014.

En 2014 el uso de la consulta privada aumentó en todos los niveles sociales, al igual que las sociedades médicas, aunque estas últimas no lo hicieron en las clases menos favorecidas (gráfico 59).

Gráfico 59. Dependencia funcional del último médico consultado según clase social y año de la encuesta. España 2006-2011-2014. Población de 0 y más años* que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas (%). ENSE 2006 y 2011 y EESE 2014, MSSSI/INE.



* En 2014, población de 15 y más años.

Tipo de financiación de la última hospitalización

Población de 15 y más años que ha estado hospitalizada en los últimos 12 meses

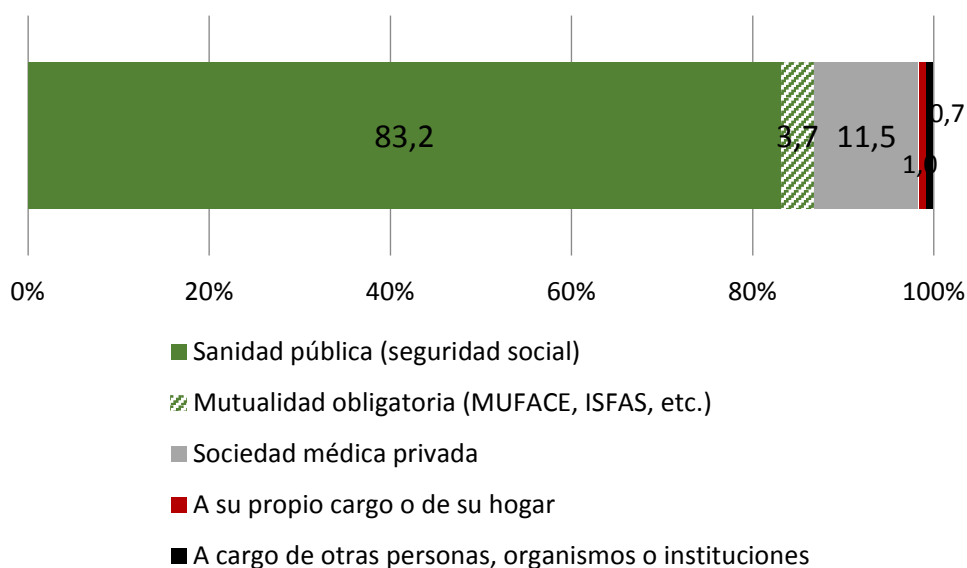
Tabla 2.108

El denominador es el 8,73% de la población que ha estado ingresado en el último año, 7,99% de los hombres y 9,44% de las mujeres.

El ingreso hospitalario más reciente fue financiado en el 83,17% de los casos por la sanidad pública, el 3,68% por una mutualidad obligatoria (MUFACE, MUGEJU o ISFAS), el 11,49% por una sociedad médica privada, el 0,99% a su propio cargo y el 0,68% a cargo de otras personas o instituciones (gráfico 60).

No se observaron diferencias importantes por sexo.

Gráfico 60. Financiación de las hospitalizaciones (última estancia en el hospital). Población de 15 y más años que ingresó en el último año* (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Tipo de servicio de urgencias utilizado

Población de 15 y más años que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses

Tablas 2.140 a 2.145

Contesta a esta pregunta el 27,38% de la población de 15 y más años (25,27% de los hombres y 29,38% de las mujeres), es decir, quienes han acudido a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses.

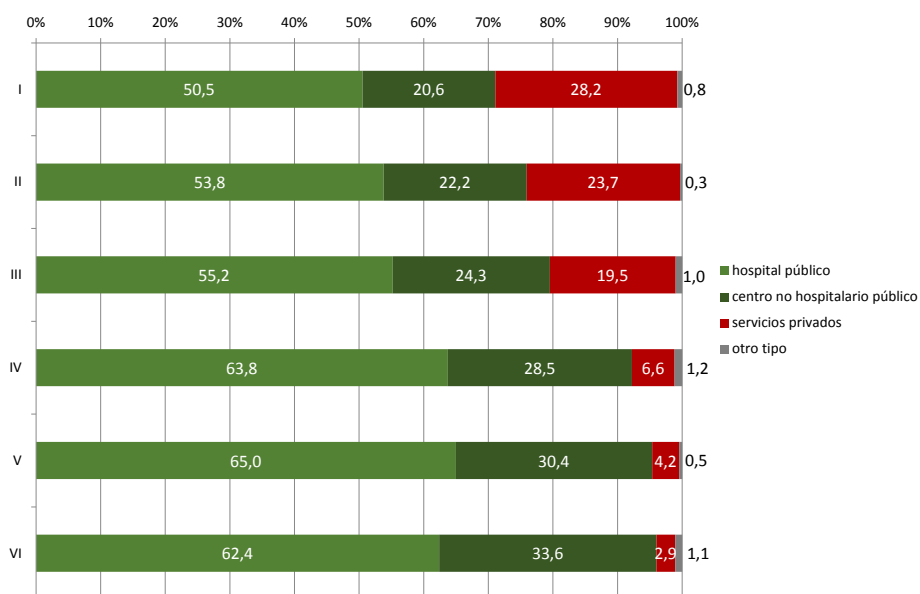
El 88,20% de las urgencias se atendió en la sanidad pública, y el 11,0% en centros privados. El 27,9% de las urgencias en los centros no hospitalarios públicos, y el 60,41% en hospitales públicos.

Por clase social el uso de los servicios de urgencias privados fue mayor en las clases más altas, presentando un marcado gradiente (de 28,16% a 2,90%) (gráfico 61).

Por CCAA destaca el uso frecuente de las urgencias de centros privados en Baleares (21,37%), Madrid (19,23%) y Cataluña (13,76%). En el extremo opuesto están Asturias y Cantabria, donde menos del 4% acudió a un centro o servicio privado de urgencias.

Dentro de los servicios públicos de urgencias se aprecian grandes diferencias en el uso en las distintas comunidades autónomas. En Cantabria (86,76%) y País Vasco (74,69%) el porcentaje atendido en hospitales fue más alto que en las demás, mientras que en Canarias (57,77%) y en Extremadura (42,18%) fue donde más urgencias se atendieron en centros no hospitalarios.

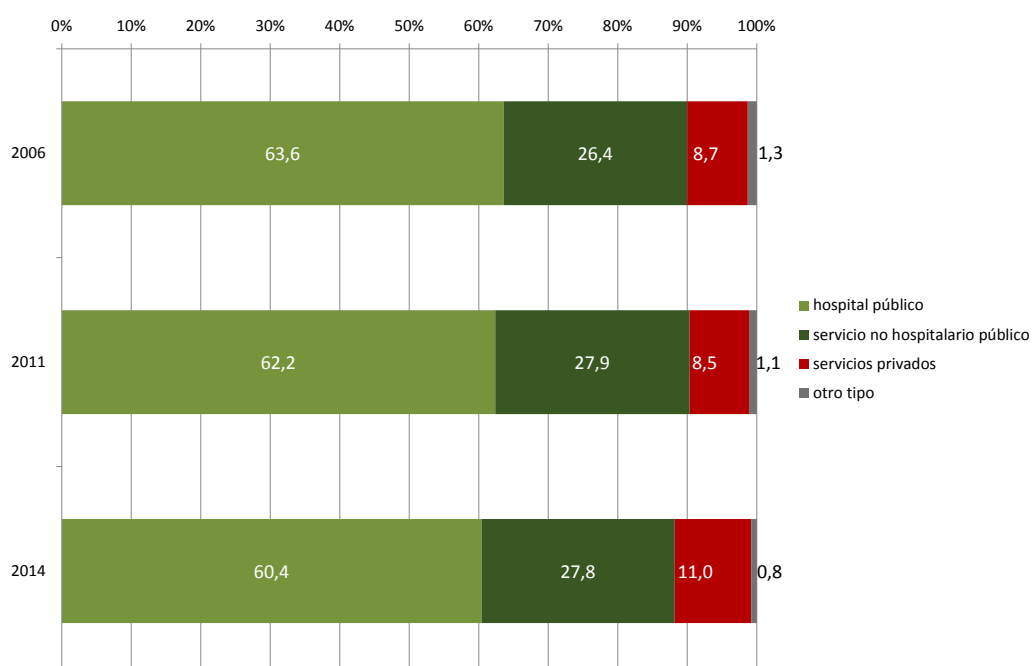
Gráfico 61. Tipo de servicio de urgencias utilizado. Población de 15 y más años que ha utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (%). EESE 2014. INE/MSSSI.



Tendencia →

Con respecto a 2006 y 2011, han disminuido ligeramente las urgencias atendidas en los hospitales públicos (60,41% vs 62,2% en 2011), no se observan diferencias en las atendidas en centros no hospitalarios (27,79% vs 27,9% en 2011), y se observa un aumento en el uso de servicios privados (11,0% vs 8,5% en 2011), tanto en hombres como mujeres y en todos los grupos de edad (gráfico 62).

Gráfico 62. Tipo de servicio de urgencias utilizado. Población de 15 y más años (16 y más en 2006) que ha utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Evolución 2006-2014. ENSE/EESE, MSSSI/INE.



Dependencia funcional del dentista

Población de 15 y más años que ha consultado al dentista alguna vez

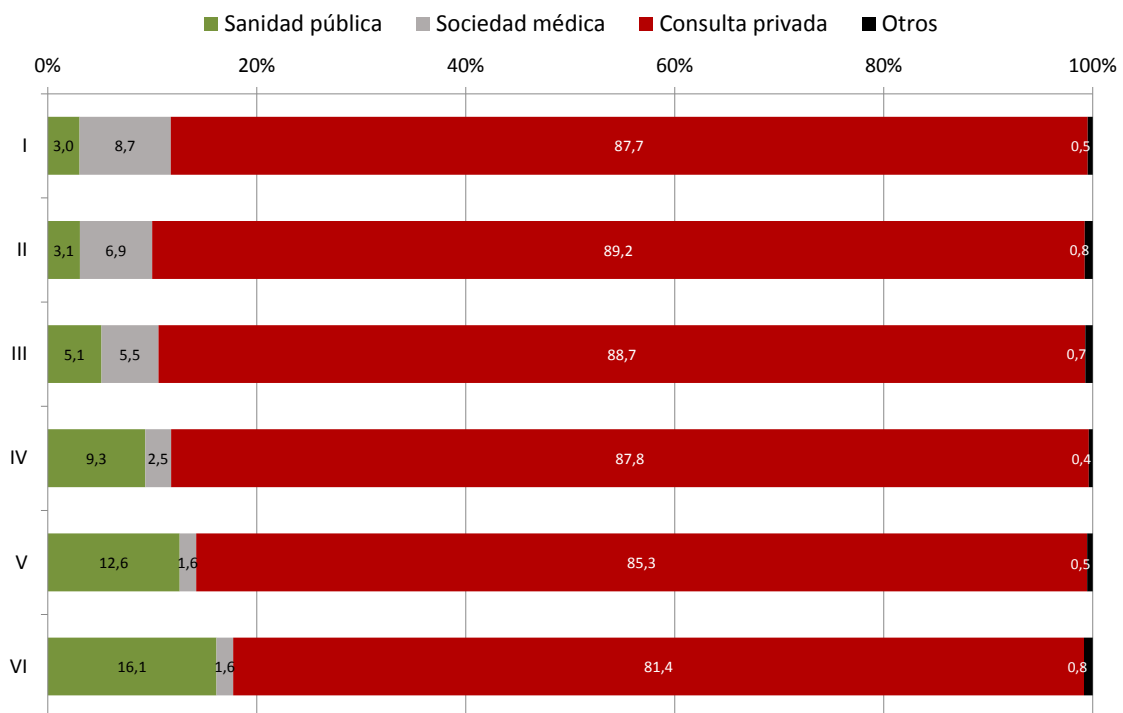
Tablas 2.072 a 2.077

El 97,35% de la población de 15 y más años ha consultado con el dentista alguna vez (96,57% de los hombres y 98,10% de las mujeres), y son quienes contestan esta pregunta.

De la población de 15 y más años que ha consultado al dentista alguna vez el 86,35% lo hizo con un dentista privado, el 9,34% con los servicios de odontología públicos¹⁴ y el 3,71% a través de una sociedad.

Se observa gradiente por clase social. A los servicios públicos consultan más las clases menos favorecidas (16,15% vs 3,04%), a la inversa las consultas privadas (81,40% vs 87,74%, aunque la clase II es la que más consultó a un dentista privado 89,23%) y sociedades (1,60% vs 8,73%) y sociedades (1,60% vs 8,73%) (gráfico 63). No hay diferencias por sexo.

Gráfico 63. Dependencia funcional del último dentista consultado, según clase social. Población de 15 y más años que ha consultado al dentista alguna vez (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Las personas nacidas en España van más a la consulta privada (87,10% v 80,86%) y a sociedades (3,83% v 2,82%) que las nacidas en el extranjero.

¹⁴ Seguridad social, ayuntamiento o consulta privada financiada por el gobierno autónomo.

La población que ha consultado al dentista acude más a los servicios de odontología públicos en Extremadura (16,34%), Canarias (15,16%) y Castilla-La Mancha (12,34%), y a sociedades, más en Madrid (10,74%).

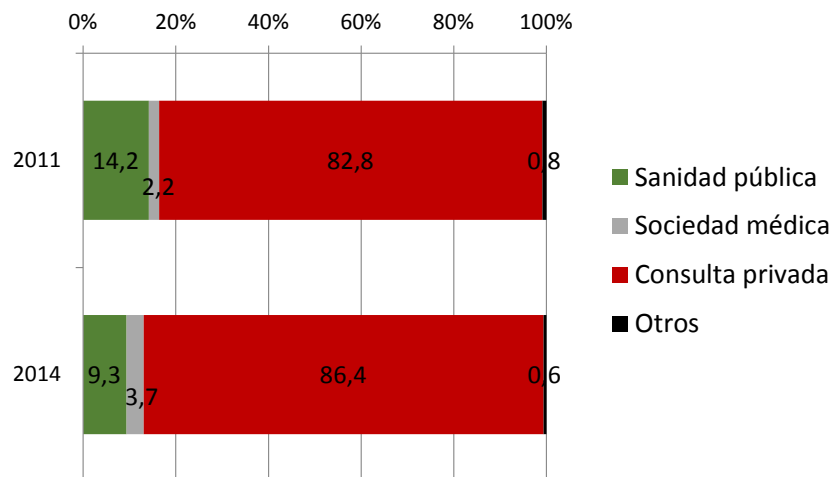
Se observa gradiente por nivel de estudios: las personas con estudios básicos consultan más los servicios de salud bucodental públicos (12,95%) que las que han recibido educación superior (3,90%). En sentido inverso ocurre con las consultas a las sociedades.

Las personas que acuden más a la asistencia pública son los incapacitados para trabajar y las personas en desempleo, y los que van más a la privada son los trabajadores en activo.

Tendencia →

Respecto a 2011, han disminuido las consultas públicas y han aumentado las de sociedades médicas (gráfico 64).

Gráfico 64. Dependencia funcional del último dentista consultado. Evolución 2011-2014. Población de 15 y más años que ha consultado al dentista alguna vez (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



USO DE SERVICIOS SANITARIOS

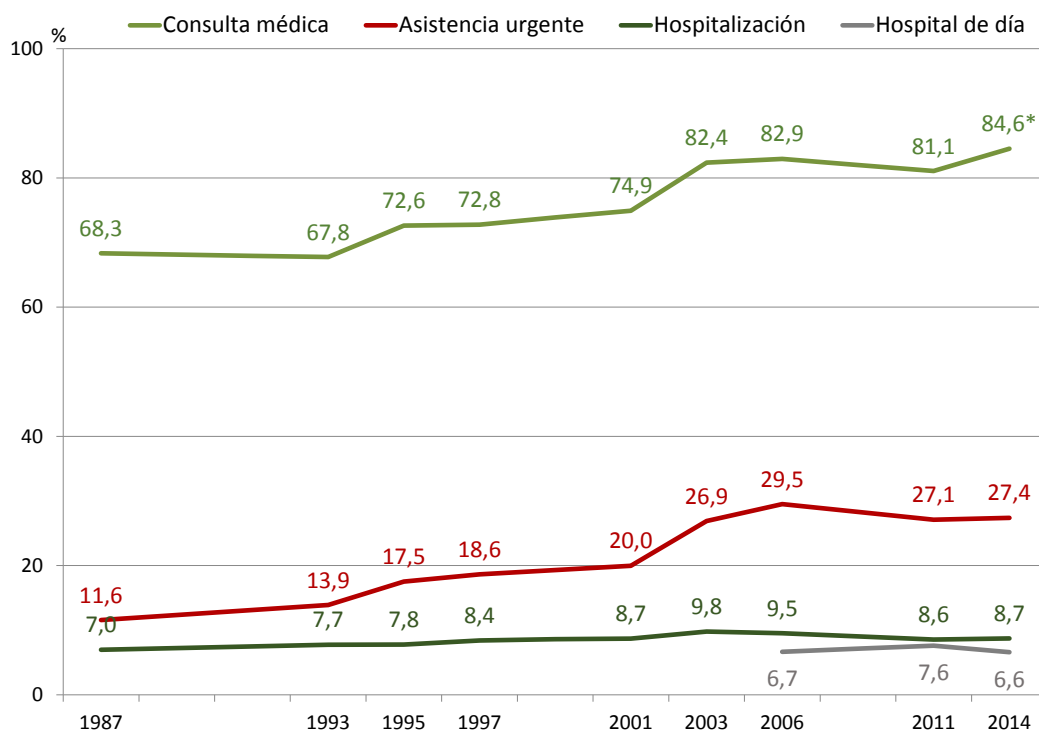
PRINCIPALES DATOS

En el gráfico 65 se muestran cuatro indicadores de la evolución de la utilización de los servicios sanitarios (autodeclarados) desde 1987 hasta 2014, -excepto para el hospital de día que se recoge desde 2006-, referente a los 12 meses previos a la entrevista.

El 84,5% de la población de 15 y más años había consultado al médico/a en el último año por algún problema, molestia o enfermedad (de cualquier tipo excepto dentista, pruebas diagnósticas y consultas realizadas durante las hospitalizaciones). Casi siete de cada diez de estas consultas ambulatorias fueron en atención primaria. El 27,4% había utilizado un servicio de urgencias, el 8,7% había estado hospitalizado y el 6,6% había recibido atención en hospital de día para intervención, tratamiento o pruebas (sin pasar la noche).

Después del incremento en la utilización de los servicios (consulta médica, asistencia urgente y hospitalización) que se produjo entre 1987 y 2003, se observa una estabilización, -con la excepción de la consulta médica que ha repuntado algo en 2014-, y ello a pesar del paulatino aumento de la edad media poblacional.

Gráfico 65. Uso de servicios sanitarios en el último año. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE 1987-2014, MSSSI/INE



*En 2014 se preguntaron por separado las consultas a atención primaria y especializada ambulatoria, agregándolas en el análisis. El cambio podría haber afectado a la serie.

Tiempo transcurrido desde la última consulta médica Población de 15 y más años

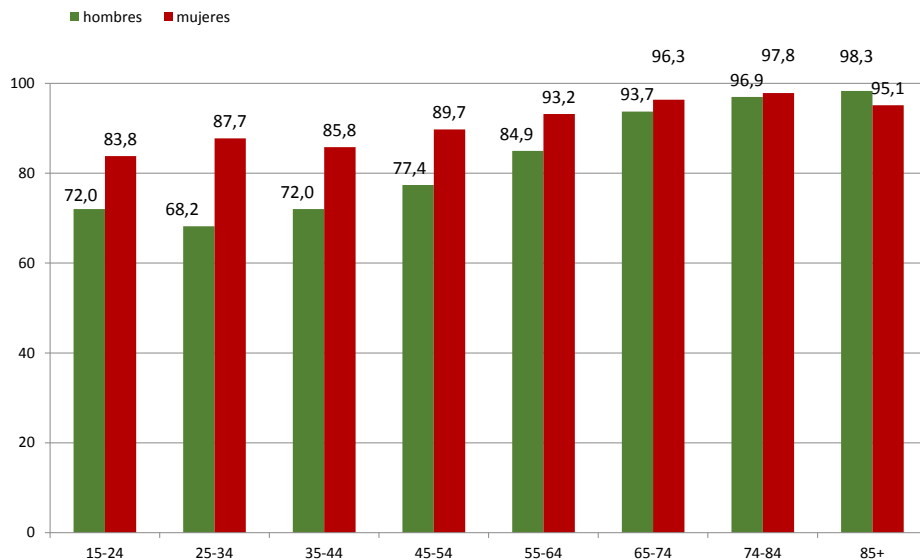
Tablas 2.001 a 2.006

Para cumplir con los requerimientos de Eurostat, en la EESE 2014, la pregunta sobre el tiempo transcurrido desde la última vez que consultó al médico se realizó por separado para el médico general o de familia (AP) y para las consultas especializadas ambulatorias (AEA). En la ENSE, hasta 2011, se preguntaba en conjunto sobre cualquier consulta médica ambulatoria, y a continuación el número de visitas realizadas, por separado para AP y para AEA. El concepto era el mismo y las preguntas muy similares, por lo que se considera aceptable la comparabilidad y se han puesto en serie. No obstante, las estimaciones de este apartado proceden de una variable derivada, y habrá que esperar a nuevas ediciones para valorar cómo los cambios en la formulación pueden haber afectado a la respuesta.

Tres de cada diez personas acuden al médico al menos una vez al mes, y cinco de cada seis al menos una vez al año. Las mujeres acuden al médico con mayor frecuencia que los hombres, excepto las de edad más avanzada.

El 84,49% de la población de 15 y más años refirió haber consultado a un médico de atención primaria o especializada ambulatoria en los últimos 12 meses, 78,59% de los hombres y 90,11% de las mujeres. Las diferencias según el sexo son pequeñas a partir de los 65 años (gráfico 66).

Gráfico 66. Consulta al médico en el último año según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



El 34,89% de la población refirió haber acudido por última vez hacía cuatro semanas o menos, el 49,60% hacía más de cuatro semanas pero menos de un año, el 15,29% hacía un año o más, y el 0,22% declaró que no había ido nunca al médico.

Por lo que se refiere a quienes declaran haber consultado en el último mes, el 29,43% de los hombres declaró haber ido al médico en las últimas cuatro semanas, frente al 40,09% de las mujeres. El porcentaje de personas que refirió haber ido al médico en este periodo aumenta con la edad en ambos sexos, pero en hombres el incremento es mayor, pasando a superar a las mujeres a partir de los 75 años. Las mujeres de 85 y más años presentan una frecuencia menor que los hombres y también que las mujeres del grupo de edad anterior.

Por clase social también se observaron diferencias en la consulta al médico en el último mes, siendo más frecuente según se desciende en la clase social, con una diferencia de 8,3 puntos entre la clase I y VI, 10,9 puntos en mujeres y 4,4 hombres. Hay un claro gradiente en mujeres que no se observó en hombres.

Por nivel de estudios se observó el mismo patrón. Las personas con estudios básicos consultaron en el último mes con mayor frecuencia que las de nivel superior (39,23% vs 29,21%), y la diferencia es mayor en el caso de las mujeres (7,4pp vs 12,7pp).

Las personas nacidas en España consultaron en el último mes 5,2 puntos porcentuales más que las nacidas en el extranjero (35,56% vs 30,40%), siendo la diferencia mayor en hombres (8pp) que en mujeres (3,47pp). No obstante, la distribución por edad es demasiado diferente en estos grupos para efectuar esta comparación sin estandarizar. En el grupo de mujeres de 25 a 65 no se observó diferencia (consultó el 37,21% las mujeres autóctonas vs 37,62% las no autóctonas). En ambos sexos la diferencia se dio fundamentalmente a expensas de los mayores de 65 años, probablemente por efecto de la mayor edad de las españolas de ese grupo.

Por comunidad autónoma no se observaron diferencias importantes en el tiempo transcurrido desde la última consulta médica. Las personas residentes en Castilla y León son las que con más frecuencia habían ido al médico en el último mes (41,60%), y los hombres de Canarias son los que declaran con mayor frecuencia no haber ido nunca (2,46%).

Tendencia →

El porcentaje de la población adulta que consulta a un médico (en los últimos 12 meses) crece escalonadamente, desde el 68,39% en 1987 a 84,49% en 2014. En 2011 apuntó un pequeño descenso del que ahora se podría haber recuperado¹⁵. La diferencia entre hombres y mujeres se mantiene entre 10-12pp., manteniéndose el mismo patrón (tabla 14).

Tabla 14. Consulta al médico en el último año según sexo y año de encuesta 1987-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
Total	68,33	67,75	72,61	72,76	74,93	82,38	82,93	81,07	84,49
Hombres	63,04	62,57	66,96	67,69	68,54	76,39	76,36	75,85	78,59
Mujeres	73,02	72,51	77,81	77,43	80,74	88,11	89,26	86,04	90,11

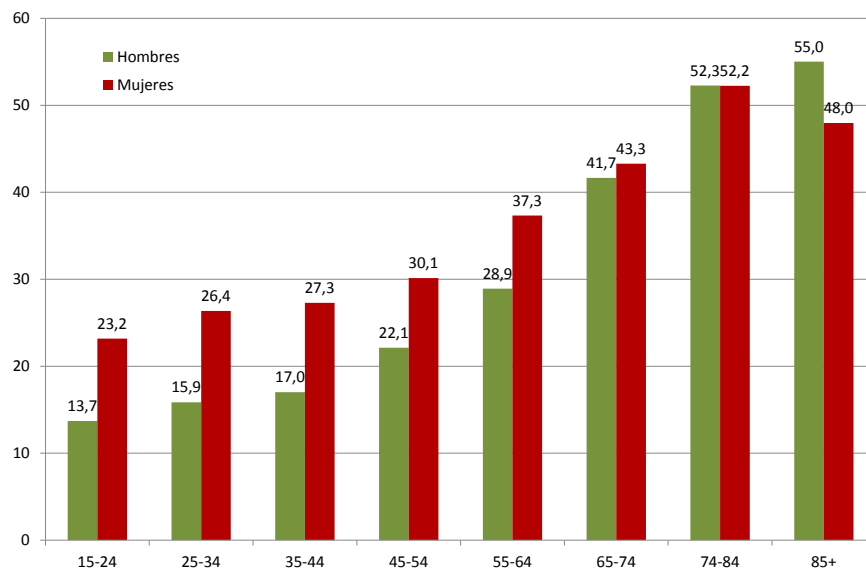
¹⁵ Ver recuadro sobre comparabilidad de los datos al inicio de este subapartado.

Consulta al médico de familia en las últimas 4 semanas
Población de 15 y más años

Tablas 2.007 a 2012

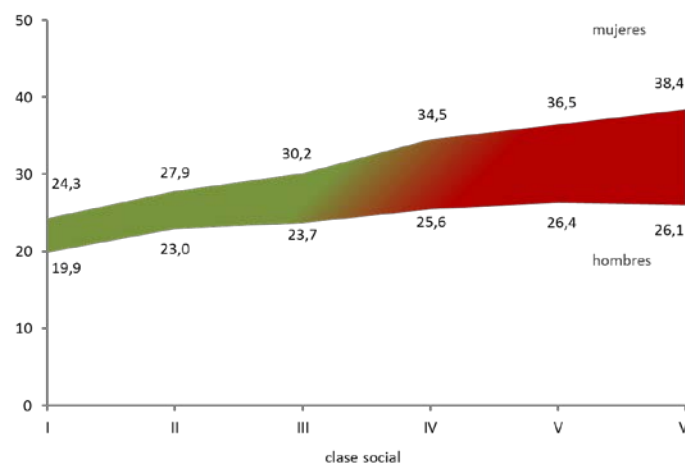
El 29,03% de la población afirmó haber consultado con el médico de familia o general en las últimas 4 semanas, las mujeres con mayor frecuencia (33,23%) que los hombres (24,62%). Este porcentaje fue aumentando con la edad hasta descender en el grupo de 85 y más años, aunque esta caída no se produce en los hombres (gráfico 67).

Gráfico 67. Consulta al médico de atención primaria en el último mes, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Se observó un gradiente creciente según se desciende en la clase social, pasando del 22,09% en la clase I al 32,80% en la clase VI. Estas diferencias fueron mucho más marcadas en mujeres (14 puntos) que en hombres (6 puntos), y se incrementaron en las clases menos favorecidas (gráfico 68).

Gráfico 68. Disparidad por sexo en la frecuencia con que se ha consultado (en el último mes) al médico de atención primaria, según la clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



La población autóctona ha consultado en el último mes con mayor frecuencia que la no autóctona (29,50% vs 25,86%). Como se ha señalado anteriormente, la comparación requeriría ajustar por edad.

En Castilla y León y en Andalucía la proporción de la población que había visitado al médico de familia en el último mes fue la más alta, y la menor en Cataluña, Baleares y Navarra.

Las personas con menor nivel de estudios consultaron con mayor frecuencia en el último mes, con 13pp de diferencia (16,4 en mujeres y 9 en hombres).

Según la relación con la actividad laboral, tanto los jubilados como los incapacitados consultaron con mayor frecuencia que el resto en las últimas 4 semanas, 45,99% y 49,83% respectivamente.

Número medio de consultas al médico de familia en las últimas 4 semanas

Población de 15 y más años que ha consultado al médico de familia en las últimas 4 semanas

Tablas 2.013 a 2.018

Tanto en ENSE como en EESE, a quienes habían consultado en las últimas 4 semanas, a continuación se les preguntaba por el número de veces que lo habían hecho.

En EESE 2014 pasan a contestar esta pregunta los que refirieron haber acudido al médico general o de familia en las últimas 4 semanas, que fueron el 24,62% de los hombres y 33,23% de las mujeres.

El número medio de consultas al médico de familia entre los que lo habían consultado en las últimas cuatro semanas fue de 1,34, DE=0,91 (1,32, DE=1,34 los hombres y 1,35, DE=0,90 las mujeres). La media va creciendo hasta el grupo 45 a 54, luego desciende para volver a subir en la población de 75 y más años (la más alta fue la del grupo de 85 y más, con 1,42 consultas mensuales de media, DE=1,34). En hombres también se dio este perfil, pero la media de consultas en los grupos de 75 a 84 y 85 y más es la misma. En mujeres se observó un pico en la población de 25 a 34, después desciende y vuelve a subir a partir de los 55 años hasta alcanzar 1,46, DE=1,33, en 85 y más.

No se observó un gradiente claro por clase social. El número medio más alto se dio en la clase II en ambos sexos.

No se observaron diferencias según el país de nacimiento (1,34 veces al mes de media, DE=0,93 en la población autóctona vs 1,33, DE=0,74 en los nacidos en el extranjero). No obstante, esta comparación requeriría ajustar por edad.

Las medias más altas se dieron en Extremadura, Baleares y Murcia. Destacó la media mensual de 1,70, DE=1,89, en los hombres extremeños y de 1,56, DE=1,39, en las mujeres de Baleares. En el extremo opuesto Castilla-La Mancha, a expensas de las mujeres (1,18 consultas al mes de media, DE=0,54).

Las personas con estudios superiores tienen una media de visitas inferior. En las mujeres, la media es mayor en las que tienen estudios intermedios, mientras que en los hombres lo es en los que tienen estudios inferiores.

Según la relación con la actividad económica actual, consultan más veces las personas incapacitadas para el trabajo (1,60 de media al mes, DE=1,38).

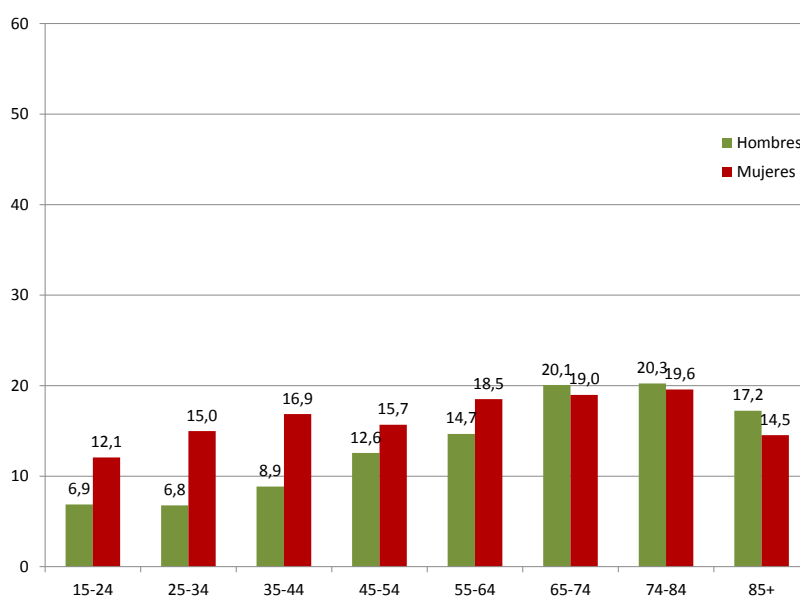
Consulta al médico especialista en las últimas 4 semanas Población de 15 y más años

Tablas 2.019 a 2.024

El 14,21% de la población de 15 y más años refirió haber consultado con el especialista en las últimas 4 semanas, las mujeres con mayor frecuencia (11,85% de los hombres y 16,46% de las mujeres).

El porcentaje de personas que había visitado al especialista en las últimas 4 semanas aumentó con la edad, excepto en el grupo de 85 y más años, que descendió a un nivel similar al del grupo de 45 a 65 años. Este descenso se dio a expensas sobre todo de las mujeres de 85 y más años, con una frecuencia del 14,54%, similar a las de 25 a 34 años (gráfico 69).

Gráfico 69 – Consulta al médico de atención especializada ambulatoria en el último mes, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.

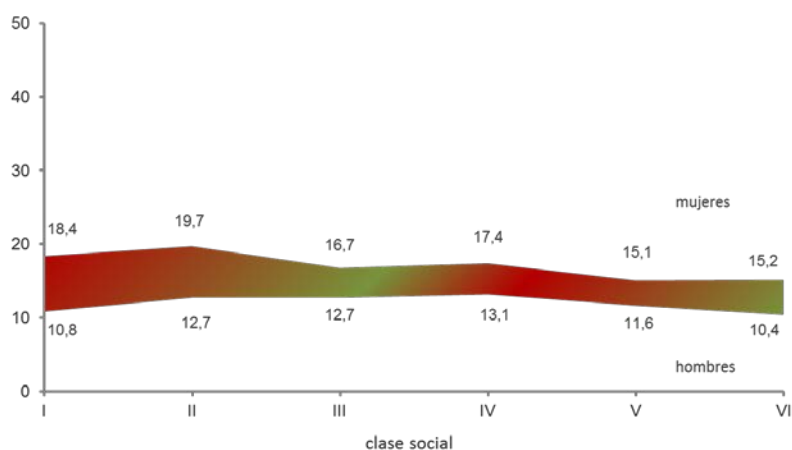


No se observó un gradiente claro por clase social. En mujeres las clases II y I fueron las que más frecuentemente habían acudido a la consulta del especialista en las últimas 4 semanas, y las clases V y VI las que menos, mientras que en los hombres la clase IV presentó una mayor frecuencia y las clases VI y I la menor.

En la atención especializada se observó menor diferencia entre clases sociales que en atención primaria, especialmente en hombres. Las diferencias entre mujeres y hombres destacaron en

las clases I y II, y fueron más estables que en las consultas de atención primaria, al igual que en encuestas anteriores (gráfico 70).

Gráfico 70. Disparidad por sexo en la frecuencia con que se ha consultado (en el último mes) al médico de atención especializada ambulatoria, según la clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



La población nacida en España consultó con mayor frecuencia que los nacidos en el extranjero (14,64% vs 11,38%). Las diferencias fueron mayores en hombres que mujeres. No obstante, en este caso el análisis comparativo requeriría ajustar por edad.

Acudieron con mayor frecuencia a la consulta del especialista las personas con estudios superiores. Esto ocurre en casi todos los grupos de edad y en ambos sexos, aunque en hombres el patrón no se vio tan claramente. En mujeres destacó la frecuencia con que acudieron al médico especialista las mujeres con estudios superiores del grupo de 65 y más años (25,87%).

Las personas incapacitadas para trabajar de ambos sexos fueron las que consultaron al especialista con mayor frecuencia (33,17%), seguidos de los jubilados (19,05%).

Número medio de consultas al médico especialista en las últimas 4 semanas Población de 15 y más años que ha consultado con el médico especialista en las últimas 4 semanas

Tablas 2.025 a 2.030

Tanto en ENSE como en EESE, a quienes habían consultado en las últimas 4 semanas, a continuación se les preguntaba por el número de veces que lo habían hecho.

En EESE 2014 esta pregunta solo la contesta el 11,85% de los hombres y 16,46% de las mujeres, que refirieron haber acudido al médico especialista ambulatoriamente en las últimas 4 semanas.

El número medio mensual de consultas al médico especialista entre los que lo habían consultado en las últimas cuatro semanas fue 1,40, DE=1,22 (1,41, DE=1,48 los hombres y 1,39,

DE=0,99 las mujeres). La media fue creciendo hasta el grupo 45 a 54, luego descendió para volver a subir en 85 y más años. En hombres también se dio este perfil, pero la media de consultas en los grupos de 75 a 84 y de 85 y más fue la misma (1,37). En mujeres no se observó un patrón tan claro y las medias más altas se alcanzaron en el grupo de 85 y más.

No se observó un gradiente claro según la clase social. El número medio más alto se dio en la clase VI y el menor en las clases II y III. Esto ocurre igual en hombres, pero en las mujeres, el número medio de visitas más alto se dio en las clases I y VI. No se observaron tampoco diferencias destacables según el nivel de estudios.

La población nacida en España acudió más al especialista que los nacidos en el extranjero (1,41, DE=1,25 vs 1,27, DE=0,82 veces), a expensas de los varones.

La media más alta se dio en Baleares y la más baja en Castilla y León. Así es también en hombres, pero en mujeres la media más alta fue en Andalucía y la más baja en Castilla-La Mancha.

Frecuentación médica ambulatoria (autorreferida)

Población de 15 y más años

Es sabido que el uso de los servicios sanitarios se infradeclara en las encuestas y que, a mayor número de visitas al médico, la infradeclaración es mayor. Los resultados autorreferidos no son comparables con los registrados, pero si el período de referencia es corto, la concordancia entre ambos tipos de fuente es elevada y tanto la infradeclaración como el sesgo son limitados. En la tabla 15 se muestra la evolución 2006-2014 de la frecuentación médica (autodeclarada) en el último año, que muestra en este período un suave descenso en hombres y también en mujeres, aunque en este caso solo hasta 2011 para volver a aumentar en 2014. Entre 2006 y 2009 se observa una caída tanto en hombres como en mujeres, y tanto en atención primaria como especializada.

Tabla 15 –Frecuentación médica¹⁶ (atención primaria, especializada ambulatoria y total de ambas) en el último año según sexo. España 2006-2014. Población de 15 y más años (%). MSSSI/ INE

		2006	2009	2011	2014
AP+AEA	Total	8,10	7,50	7,40	7,62
	Hombres	7,23	6,04	6,16	5,38
	Mujeres	9,34	8,97	8,52	8,80
AP	Total	5,65	5,26	4,89	5,04
	Hombres	4,91	4,24	4,15	4,20
	Mujeres	6,38	6,23	5,60	5,84
AEA	Total	2,64	2,27	2,47	2,58
	Hombres	2,32	1,80	2,01	1,18
	Mujeres	2,96	2,74	2,92	2,96

¹⁶ La frecuentación en el último año se estima multiplicando por 13 el número de visitas (en la consulta, domiciliarias o telefónicas) realizadas en las últimas 4 semanas.

Lugar de la última consulta médica

Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas

Tablas 2.031 a 2.035

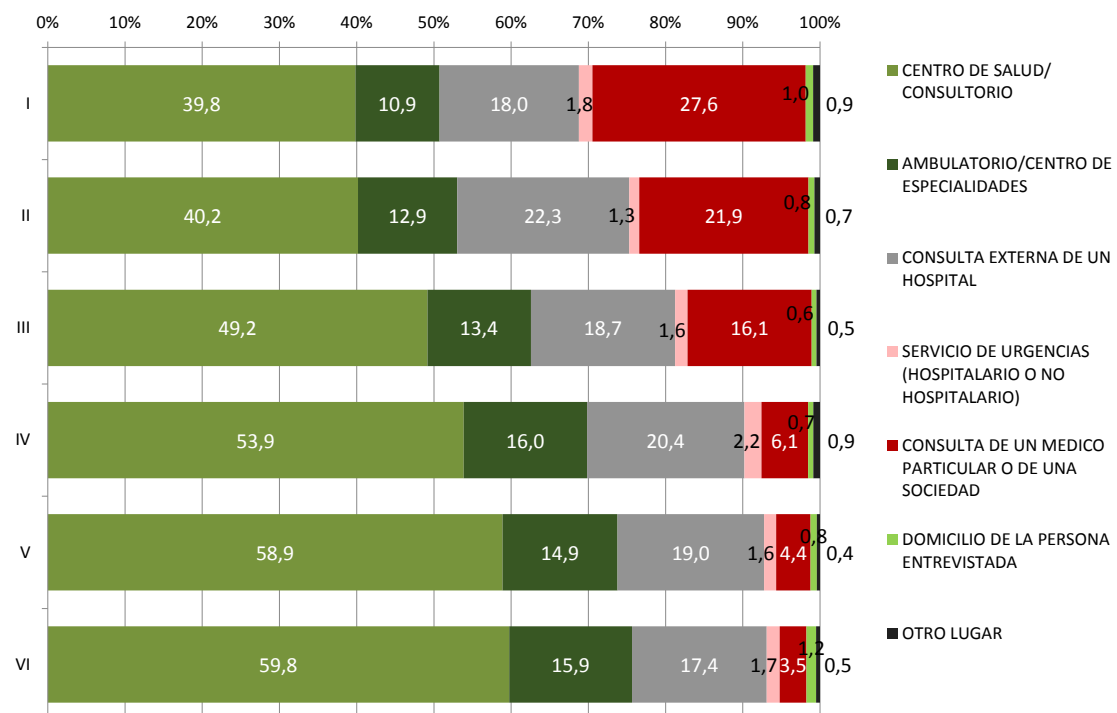
Esta pregunta solo la contesta el 34,89% de la población de 15 y más años, 29,43% de los hombres y 40,09% de las mujeres, que son quienes refirieron haber acudido al médico (AP o AEA o ambos) en las últimas 4 semanas.

La última consulta médica tuvo lugar en el centro de salud en el 53,25% de los casos, seguido de la consulta externa de un hospital (19,04%), el centro de especialidades (14,48%), la consulta de un médico particular o de una sociedad (10,16%) y las urgencias, hospitalarias o no, (1,68%). El domicilio no llega al 1% excepto en los de 85 y más años (9,55%) y de 75 a 84 (2,11%). No se observan diferencias por sexo.

Por edad, además de las visitas a domicilio, hay diferencias en las consultas a médicos privados o sociedades, que son más frecuentes en los más jóvenes y disminuyen a partir de los 45 años.

Se observa un gradiente decreciente en la consulta privada hacia las clases más desfavorecidas (del 27,62% en clase I al 3,48% en clase VI), y lo contrario ocurre en las consultas al centro de salud, que pasan del 39,83% en la clase I al 59,75% en la clase VI. No hay en cambio diferencias por clase social en las consultas externas del hospital, en los servicios de urgencias (hospitalarios o no hospitalarios), ni en los domicilios (gráfico 71). El gradiente es similar en ambos sexos.

Gráfico 71. Lugar de la última consulta médica según la clase social. Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Se observa un gradiente creciente a mayor nivel de estudios en la consulta particular/sociedades (5,16% de los que han alcanzado un nivel básico o inferior vs 22,13% de los de nivel de estudios superior), menos marcado en las consultas externas hospitalarias (18,29% vs 21,44% respectivamente). Lo contrario ocurre con las visitas en el centro de salud (57,78% vs 41,58%) y en el centro de especialidades (15,40% vs 12,35%).

Tendencia →

En 2014 es más frecuente que en 2011 la consulta en las consultas externas del hospital (19,04% vs 12,70%) y a médicos particulares/sociedad (10,16% vs 8,50%), y es menor el peso de las visitas al centro de salud (53,25% vs 60,00% en 2011).

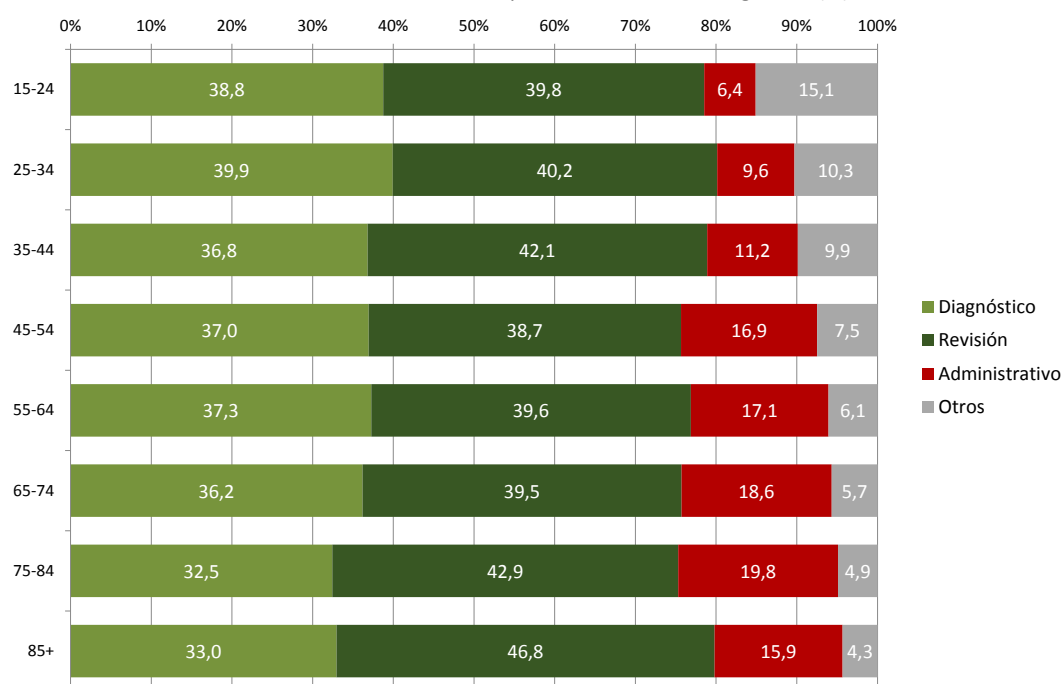
Motivo de la última consulta médica

Población de 15 y más años que ha consultado en las últimas 4 semanas (excepto en un servicio de urgencias)

Tablas 2.036 a 2.040

El principal motivo de la última consulta fue una revisión médica (40,64%) seguido por diagnóstico de enfermedad (36,63%). La consulta administrativa supone el 14,92%, y su frecuencia va aumentando con la edad, desde el 6,37% en jóvenes de 15 a 24 años al 19,80% en el grupo de 75 a 84 años (gráfico 72). El comportamiento en ambos sexos es similar.

Gráfico 72. Motivo de la última consulta médica según grupo de edad. Población de 15 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas, excepto en un servicio de urgencias (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Visitas a otros profesionales sanitarios en los últimos 12 meses según tipo de profesional Población de 15 y más años

Tablas 2.047 a 2.051

Fisioterapeuta

Un 15,63% de la población de 15 y más años refirió haber acudido al fisioterapeuta en los últimos 12 meses. El porcentaje aumentó hasta los 35 a 44 años y después disminuyó progresivamente hasta las edades más avanzadas. Las mujeres habían acudido con mayor frecuencia en todos los grupos de edad, excepto en el de 15 a 24 años que no hubo diferencias. Las diferencias por clase social en la frecuencia con que se visita al fisioterapeuta (gráfico 73) fueron muy acusadas, tanto en hombres como en mujeres, observándose un marcado gradiente (23,23% clase I vs 9,31% en clase VI). Este mismo gradiente se da por nivel educativo, siendo el uso de este servicio casi el doble en el nivel superior (22,35%) que en el básico o inferior (11,75%), también en ambos sexos.

Psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra

Un 4,61% de la población de 15 y más años refirió haber acudido al psicólogo/ psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses. No se observó un gradiente por edad, pero las personas que declararon haber ido fueron menos en las edades más avanzadas (a partir de los 65 años). Las mujeres declararon unos porcentajes algo mayores en todos los grupos de edad. No se observa gradiente por clase social (gráfico 73) ni por nivel educativo.

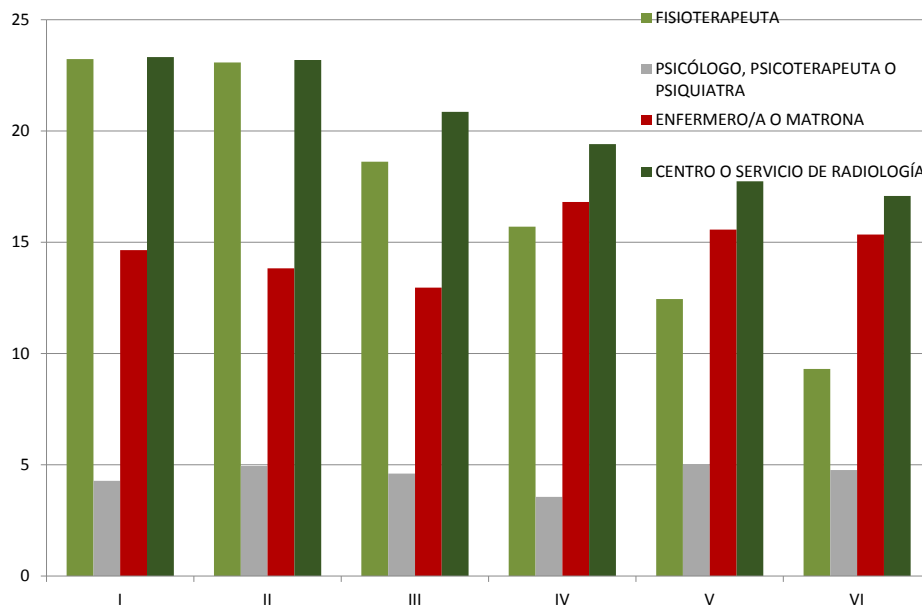
Enfermero/a o matrona

Un 14,96% de la población de 15 y más años refirió haber acudido al enfermero/a o matrona en los últimos 12 meses. El porcentaje aumentó con la edad (10,36% en 15 a 24 hasta 29,77% en 85 y más años). Las mujeres habían acudido con mayor frecuencia, pero las diferencias se acortan según avanza la edad, y se invierten en el grupo de 75 a 85 años, donde el porcentaje es mayor en hombres. No se observó gradiente por clase social ni por nivel educativo, aunque sí se apreció mayor uso en los niveles sociales inferiores (gráfico 73).

Centro o servicio de radiología

Un 19,42% de la población de 15 y más años refirió haber acudido a un centro o servicio de radiología en los últimos 12 meses. El porcentaje aumentó con la edad. Las mujeres habían acudido con mayor frecuencia, excepto en el caso del grupo de edad más joven (15 a 24 años), y en el de 75 a 84 años, en los que apenas hay diferencias. También se observa un claro gradiente por clase social (gráfico 73) en la frecuencia con la que acudieron a un servicio de radiología en el último año (23,33% clase I vs 17,08% en clase VI). Esto se vio en ambos sexos. Por nivel educativo se observó el mismo gradiente que por clase social.

Gráfico 73. Visitas a distintos profesionales sanitarios en el último año, según clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Tendencias →

La población de 15 y más años que refirió haber acudido al fisioterapeuta en los últimos 12 meses aumentó del 10,3% en 2011 al 15,63% en 2014. También aumentó, aunque más moderadamente la población que acudió a psicólogo o psicoterapeuta (de 3,5% a 4,61%) y la que acudió al enfermero/a o matrona (de 13,9% a 14,96%). En cambio, entre 2011 y 2014 disminuyó la proporción de la población que refirió haber acudido el último año a un centro o servicio de radiología (de 24,6% a 19,42%)¹⁷.

Tipos de pruebas realizadas en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 2.052 a 2.056

Análisis

Un 69,60% de la población de 15 y más años declaró haberse realizado un análisis (incluye análisis de sangre, orina, heces, etc.)¹⁸ en los últimos 12 meses. La frecuencia aumenta con la

¹⁷ Esta reducción no parece coherente con la evolución que muestra la realización de pruebas de imagen (siguiente apartado), y podría estar relacionada con un cambio en el orden en que se preguntaron los distintos centros o servicios visitados.

¹⁸ En 2011, los análisis se preguntaron en el bloque sobre las visitas realizadas a distintos tipos de centros o servicios, como servicio de laboratorio, mientras que en 2014 se pregunta como prueba realizada. El 62,4% de la población de 15 y más años refirió haber acudido a un laboratorio de análisis en 2011, pero la pregunta no es comparable.

edad. Las mujeres jóvenes declararon mayor frecuencia que los hombres, y casi no hubo diferencias a partir de los 45 años. La población autóctona declaró haberse hecho análisis en los últimos 12 meses con mayor frecuencia que los nacidos fuera de España (70,66% vs 62,52%).

Radiografía

Un 27,06% de la población de 15 y más años declaró haberse realizado una radiografía en los últimos 12 meses (27,54% en 2011). La frecuencia fue mayor en edades avanzadas, excepto en el grupo de 85 y más años. Las mujeres declaran en mayor medida haberse realizado una radiografía (28,63% vs 25,40%). No se observó gradiente por clase social (gráfico 74) ni diferencias sustantivas según el país de nacimiento.

TAC o escáner

Un 7,84% de la población de 15 y más años declaró haberse realizado un TAC en los últimos 12 meses, sin cambios respecto a 2011 (7,76%). Existe un gradiente por edad, pasando de 3,21% en los más jóvenes a 13,89% en el grupo de 75 a 84 años, y disminuyendo a 9,39% en las personas de 85 y más. No se observaron diferencias significativas por sexo ni gradiente por clase social (gráfico 74). Las personas nacidas en España declararon haberse hecho con mayor frecuencia (8,24%) que las nacidas en otros países (5,21%), aunque esta diferencia está al menos en parte relacionada con la edad.

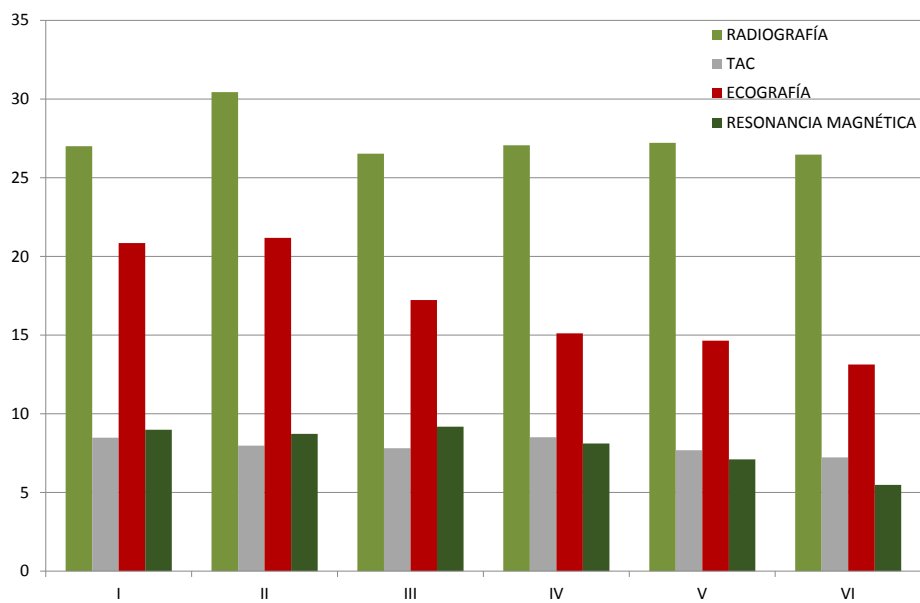
Ecografía

Un 16,17% de la población de 15 y más años declaró haberse realizado una ecografía en los últimos 12 meses, casi 2 pp más que en 2011 (14,34%). En los hombres la frecuencia aumenta con la edad hasta el grupo de 75 a 84 años y después disminuye. En mujeres, el porcentaje es mayor que el de hombres en todas las edades excepto en las más avanzadas, por encima de los 75 años, donde ocurre lo contrario. Entre los 25 y los 54 años es cuando el porcentaje de mujeres que declara haberse hecho una ecografía en el último año es mayor. Se observó un gradiente por clase social (gráfico 74) en la realización de ecografías, tanto en hombres como en mujeres (13,97% en clase I vs 7,16% en la VI en hombres y 27,91% vs 18,18% respectivamente en mujeres).

Resonancia magnética

Un 7,76% de la población de 15 y más años declaró haberse realizado una resonancia en los últimos 12 meses, sin cambios respecto a 2011 (7,47%). Las personas de 55 a 74 años fueron las que se hicieron esta prueba con mayor frecuencia. No hay un gradiente claro por clase social en la realización de resonancias magnéticas, pero tanto en hombres como en mujeres se hicieron con menor frecuencia en las clases más desfavorecidas (gráfico 74). Las personas nacidas en España declararon haberse hecho con mayor frecuencia (8,11%) que las nacidas en otros países (5,46%), aunque esta comparación requeriría ajustar por edad.

Gráfico 74. Realización de análisis, radiografía, TAC y resonancia magnética en el último año, según clase social.
Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



En la EESE 2014 algunas de las preguntas sobre la atención hospitalaria se han adaptado ligeramente para dar respuesta tanto a los indicadores de EHIS 2.0 como a los de la serie ENSE. EHIS no contabiliza en la frecuentación los ingresos por parto o cesárea (pero sí las complicaciones del pre o post-parto) y pregunta por el nº total de noches ingresado en el último año. En la ENSE, en cambio, se contabilizan los ingresos por parto o cesárea (diferenciables) y se recoge el número de ingresos y los días que estuvo ingresado en el más reciente de estos ingresos. Las preguntas se desdoblaron cuando era necesario para obtener ambos indicadores.

Hospitalización últimos 12 meses

Población 15 y más años

Tablas 2.084 a 2.089

El 8,73% de la población de 15 y más años declaró haber estado hospitalizada en los últimos 12 meses, 7,99% de los hombres y 9,44% de las mujeres (en el caso de las mujeres, el 2,28% por parto o cesárea y el 7,16% por el resto de causas). El porcentaje de hospitalizaciones se incrementó con la edad (desde 4,98% a 18,75%), con un pico en el grupo de 25 a 34 años debido a los partos.

En los hombres se observó un gradiente creciente con la edad, mientras que en las mujeres ese mismo gradiente se ve afectado por los ingresos por parto (tabla 16), con un pico más marcado en el grupo de 25-34 (13,51%) y algo menos en el grupo de 35 a 44 años (8,39%). A partir de los 45 años la frecuencia de ingreso ya es siempre superior en hombres (gráfico 75).

Gráfico 75. Hospitalización en el último año, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.

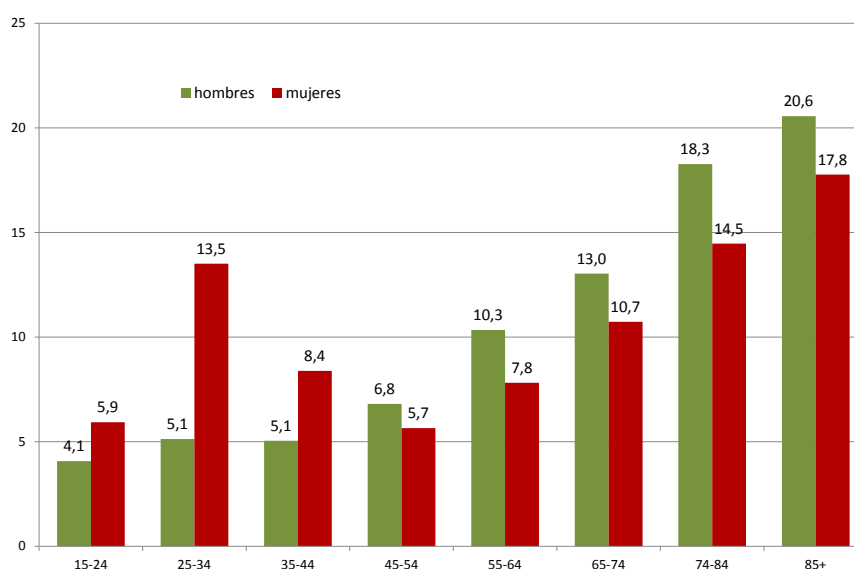


Tabla 16 – Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%).
EESE 2014, INE/MSSSI.

Grupo de edad	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Hombres	7,99	4,07	5,13	5,05	6,81	10,34	13,04	18,27	20,56
Mujeres	9,44	5,93	13,51	8,39	5,65	7,82	10,73	14,47	17,77
- Por parto o cesárea	2,28	1,98	8,67	3,92	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
- Otras causas	7,16	3,95	4,84	4,47	5,59	7,82	10,73	14,47	17,77

No se observan patrones sociales definidos.

Los hombres nacidos en España declararon hospitalización en el último año con mayor frecuencia que los nacidos en el extranjero (8,19% vs 6,58%), de acuerdo con la distinta distribución por edad de estas subpoblaciones. En las mujeres son más parecidas (9,39% vs 9,71%), pero es a expensas del grupo de mujeres de 25 a 64, ya que en el resto son más frecuentes en población autóctona.

Tendencia →

Desde 1987 hasta 2003 fue aumentando suavemente la población de 15 y más años que había estado ingresada en el año anterior, y a partir de entonces se inició un descenso. Entre 2011 y 2014 apenas hay diferencias, con una distribución similar a la de años anteriores por edad y sexo (tabla 17).

Tabla 17 – Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo. Evolución 1987-2014*. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
Total	6,95	7,73	7,75	8,39	8,68	9,78	9,51	8,55	8,73
Hombres	6,25	6,99	6,89	8,09	7,64	9,16	8,43	7,67	7,99
Mujeres	7,59	8,43	8,55	8,68	9,64	10,37	10,56	9,39	9,44

* Incluye los ingresos por partos/ cesáreas y por tanto es comparable con la serie histórica.

Número medio de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años que ha estado hospitalizada en los últimos 12 meses

Tablas 2.090 a 2.094

El denominador es el 8,73% de la población que refirió haber ingresado en el último año, 7,99% de los hombres y 9,44% de las mujeres.

El número medio de ingresos hospitalarios entre quienes declararon haber ingresado en los últimos 12 meses fue de 1,35 (1,40 en hombres y 1,31 en mujeres), DE 1,14. El número de ingresos fue aumentando con la edad en términos generales, de manera similar en ambos sexos.

No se observó un patrón por clase social.

Tendencia →

En 2014 no se observaron cambios respecto a los años anteriores en el número medio de ingresos (tabla 18).

Tabla 18 – Número medio de ingresos hospitalarios. Evolución 2006-2014. Población de 15 y más años que ingresó en el último año (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	2006		2011		2014	
	promedio	DE	promedio	DE	promedio	DE
Total	1,31	0,82	1,36	1,08	1,35	1,14
Hombres	1,38	0,87	1,36	1,13	1,40	1,32
Mujeres	1,26	0,78	1,36	1,03	1,31	0,95

Duración media (en días) del último ingreso hospitalario Población de 15 y más años que ha estado hospitalizada en los últimos 12 meses

Tablas 2.095 a 2.099

El denominador es el 8,73% de la población que refirió haber ingresado en el último año, 7,99% de los hombres y 9,44% de las mujeres.

La duración media del último ingreso fue 7,05 días (7,98 en hombres y 6,30 en mujeres) con DE 18,90. No mostró un gradiente claro por edad, en general, la media es mayor a partir de los 55 años, esto ocurre también en mujeres, pero en hombres la media más alta se ve en el grupo de 15 a 24 años y a partir de los 75.

No hay un patrón claro por clase social.

La duración media de los ingresos es mayor en la población autóctona (7,24 vs 5,66) que en las personas nacidas en otros países, de acuerdo con la diferente estructura etaria.

Tendencia →

La duración media de los ingresos fue algo mayor en 2014 que en 2011, con valores semejantes a los de 2006 (tabla 19)

Tabla 19 – Duración media (en días) de los ingresos hospitalarios. Evolución 2006-2014. Población de 15 y más años que ingresó en el último año (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	2006		2011		2014	
	promedio	DE	promedio	DE	promedio	DE
Total	6,91	12,52	6,15	10,19	7,05	18,90
Hombres	7,85	13,86	6,81	12,54	7,98	18,09
Mujeres	6,19	11,32	5,63	7,85	6,30	19,51

Motivo de la última estancia en el hospital

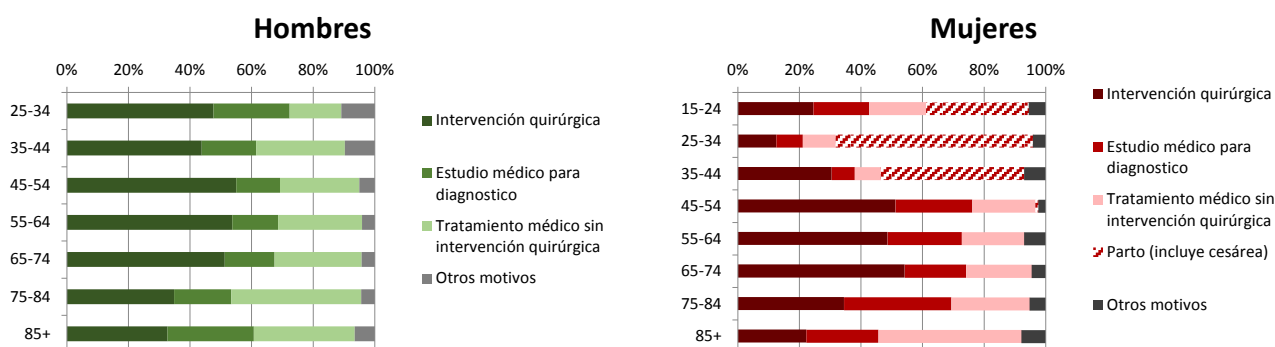
Población de 15 y más años que ha estado hospitalizada en los últimos 12 meses

Tablas 2.100 a 2.103

El denominador es el 8,73% de la población que refiere haber ingresado en el último año, 7,99% de los hombres y 9,44% de las mujeres.

El motivo más frecuente de ingreso en hombres fue la cirugía (48,40%), seguido del tratamiento médico (28,61%) y del estudio para diagnóstico (17,1%). En mujeres el más frecuente fue también la cirugía (33,49%), seguida del parto (24,20%), el tratamiento médico (18,71%) y el estudio para diagnóstico (18,35%) (gráfico 76).

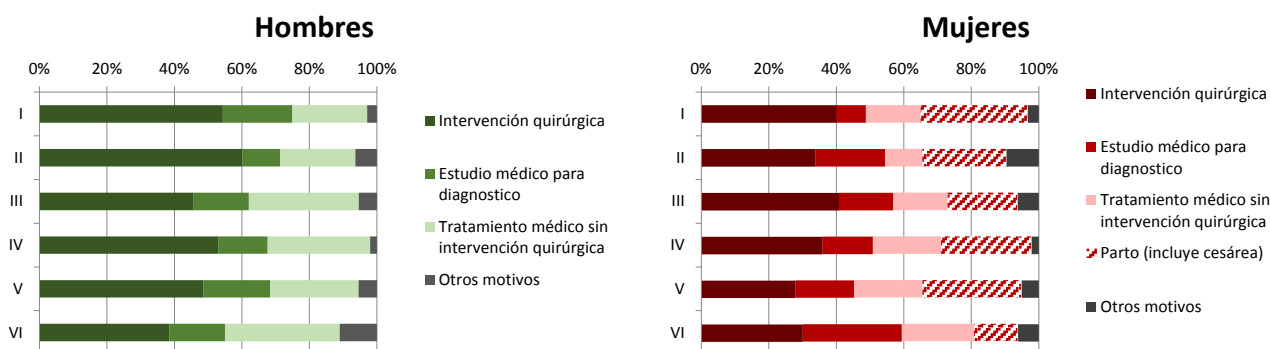
Gráfico 76. Motivo de la última estancia en el hospital, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años que ingresó en el último año* (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



*Muestra insuficiente para el grupo de hombres de 15-24 años.

En los hombres no se observó un gradiente por clase social, pero es llamativa la diferencia de la clase VI respecto al resto con el menor porcentaje en cirugías (38,67% vs 60,21% en la clase II), y el mayor porcentaje de ingresos para tratamiento (34,14% vs 22,22% en la clase I). En las mujeres se observa algo similar en el caso de los ingresos para tratamiento, en el resto no se observan tendencias por clase social (gráfico 77).

Gráfico 77. Motivo de la última estancia en el hospital, según sexo y clase social. Población de 15 y más años que ingresó en el último año (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según el país de nacimiento, la mayor diferencia se dio en los partos, que fueron el principal motivo de ingreso para las mujeres nacidas en el extranjero (42,51% vs 21,19% en las españolas).

Tendencia →

En 2014 disminuyó el peso de los ingresos por cirugía respecto del total de ingresos en más de 4 pp. con respecto a 2011, en concordancia con el creciente desarrollo de la cirugía ambulatoria, aumentando el peso de los ingresos para diagnóstico y tratamiento no quirúrgico (tabla 20).

Tabla 20 – Motivo de la última estancia en el hospital. Evolución 2006-2014. Población de 15 y más años que ingresó en el último año (%).ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	2006	2011	2014
Intervención quirúrgica	43,97	44,96	40,14
Estudio médico para diagnóstico	16,73	14,59	17,91
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica	17,23	19,57	23,12
Parto (incluye cesárea)	14,31	13,36	13,40
Otros motivos	7,76	7,53	5,42

Lista de espera para ingreso hospitalario

Población de 15 y más años que ha estado hospitalizada, excepto por parto, en los últimos 12 meses

Tablas 2.104 a 2.107

El denominador es el 8,73% de la población que ha estado ingresado en el último año, 7,99% de los hombres y 9,44% de las mujeres.

Afirman haber estado en lista de espera antes del ingreso el 23,75% (hombres 24,17% y mujeres 23,30%) de la población de 15 y más años que estuvo hospitalizada en los 12 meses anteriores.

No se observaron patrones claros según la clase social, siendo los grupos IV y V los que en mayor porcentaje estuvieron en lista de espera, por encima del 26%. Tampoco hay un patrón definido según el nivel de estudios ni diferencias relevantes por país de origen.

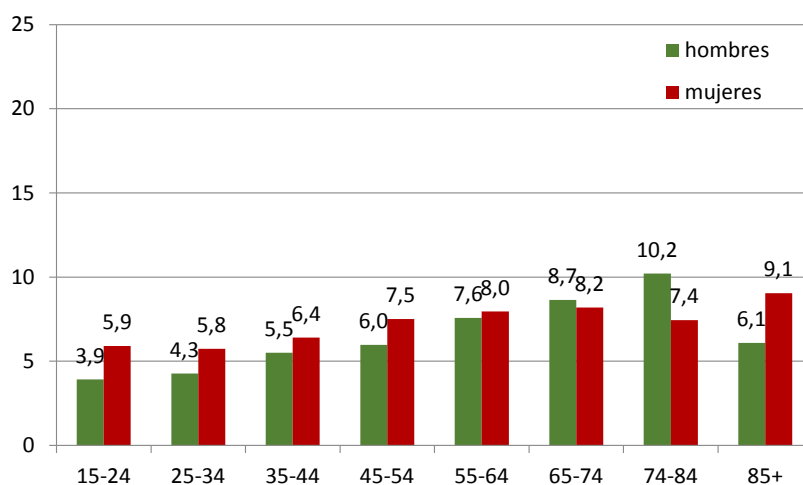
Utilización del hospital de día en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 2.109 a 2.114

Según sexo y grupo de edad, el 6,60% de la población de 15 y más años declaró haber acudido a un hospital de día en los últimos 12 meses (6,13% hombres y 7,05% mujeres). El porcentaje aumenta con la edad en ambos sexos con mayor pendiente en hombres (de un 3,92% en el grupo de 15 a 24, a un máximo de 10,22% en el de 75 a 84, y descenso a 6,09% en 85 y más), que en mujeres (de 5,91% a 9,05% en 85 y más años). Si bien las diferencias entre hombres y mujeres son pequeñas, las mujeres hacen uso de este recurso en proporción ligeramente mayor que los hombres en todos los grupos de edad excepto entre los de 65 a 84 años, que sin embargo es el grupo que más lo usa (gráfico 78).

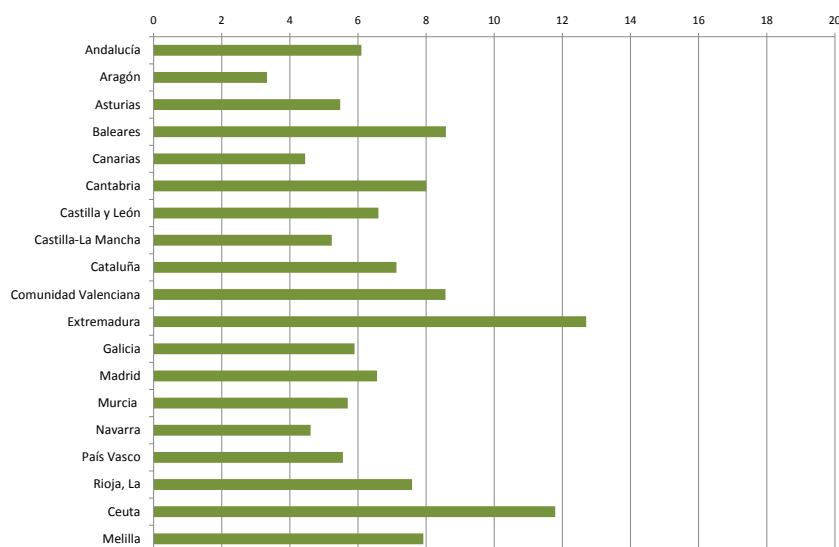
Gráfico 78. Utilización del hospital de día en el último año, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



No se observan diferencias por status socioeconómico en el uso de este recurso.

Las diferencias por comunidad autónoma se observan en el gráfico 79. Extremadura y Ceuta declararon un uso del hospital de día que casi duplica la media nacional. Aragón (3,33%) y Canarias (4,45%) y Navarra (4,61%) mostraron los valores más bajos.

Gráfico 79. Utilización del hospital de día en los últimos 12 meses según CCAA. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Tendencia →

No se confirma el suave incremento observado entre 2006 y 2011/12. En 2014, el uso del hospital de día baja un punto, pasando de 7,6% (7,2% en hombres y 8,0% en mujeres) a 6,6% en población de 15 y más años.

Motivo de la última admisión en el hospital de día

Población que ha utilizado algún hospital de día en los últimos 12 meses

Tablas 2.119 a 2.122

Al 41,77% de las personas de 15 y más años que habían sido admitidas en un hospital de día en los últimos 12 meses se les había realizado alguna intervención quirúrgica, al 32,47%, y el 25,76% había sido ingresado por otros motivos. Las mujeres declararon menos ingresos para tratamiento (31,00%) que los hombres (34,25%).

Por grupo de edad no mostró un patrón claro. Los ingresos para tratamiento fueron más frecuentes en los hombres de 55 a 84 años, mientras que en las mujeres lo fueron en el grupo de 25 a 34 y en el de 85 y más. Los ingresos para cirugía fueron más frecuentes en los hombres más jóvenes (49,38%) y en los de 85 y más (54,12%), y en las mujeres de 45 a 55 (57,54%) y en las de 15 a 24 (47,44%).

Tendencia →

Se observa un cambio en la distribución de los motivos por los que se declara que habían sido admitidos en un hospital de día. Respecto a 2011 la mayor diferencia se observó en el

aumento del peso de los ingresos para intervención quirúrgica, que pasan del 29,6% al 41,77%. No obstante, el porcentaje de quienes ingresan para tratamiento se mantiene estable, y el incremento en las intervenciones es a expensas del porcentaje de ingresos por 'otros motivos', que en 2011 había mostrado valores muy elevados (37,5%).

PRINCIPALES DATOS

En 2014, más de una de cada cuatro personas de 15 y más años refirió haber utilizado los servicios de urgencias en el último año (27,38%), porcentaje semejante al de 2011 (27,08%). Usaron más este recurso las mujeres, las personas nacidas fuera de España y las clases sociales más desfavorecidas. Quienes acudieron lo hicieron un promedio de 1,77 veces.

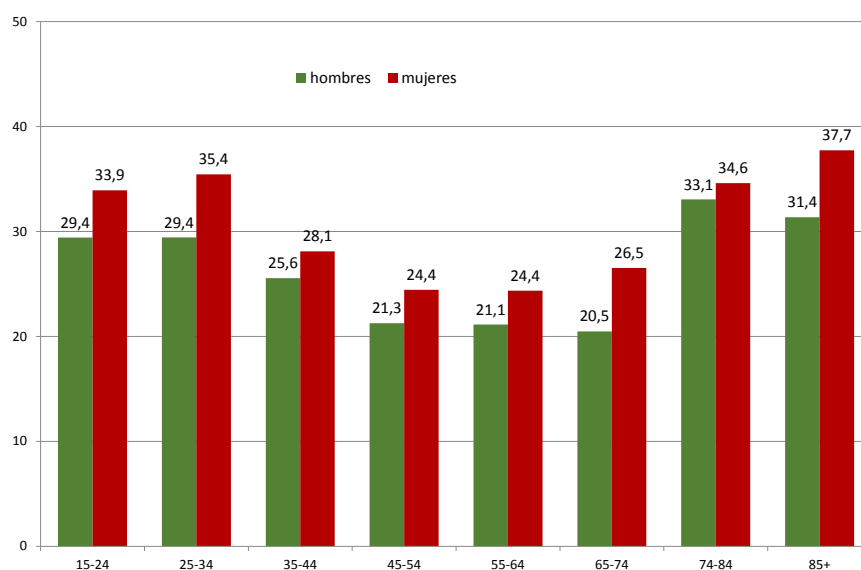
Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses Población de 15 y más años

Tablas 2.123 a 2.128

El 27,38% de la población declaró haber utilizado el servicio de urgencias en el último año. Las mujeres lo usaron más que los hombres (29,38% vs 25,27%).

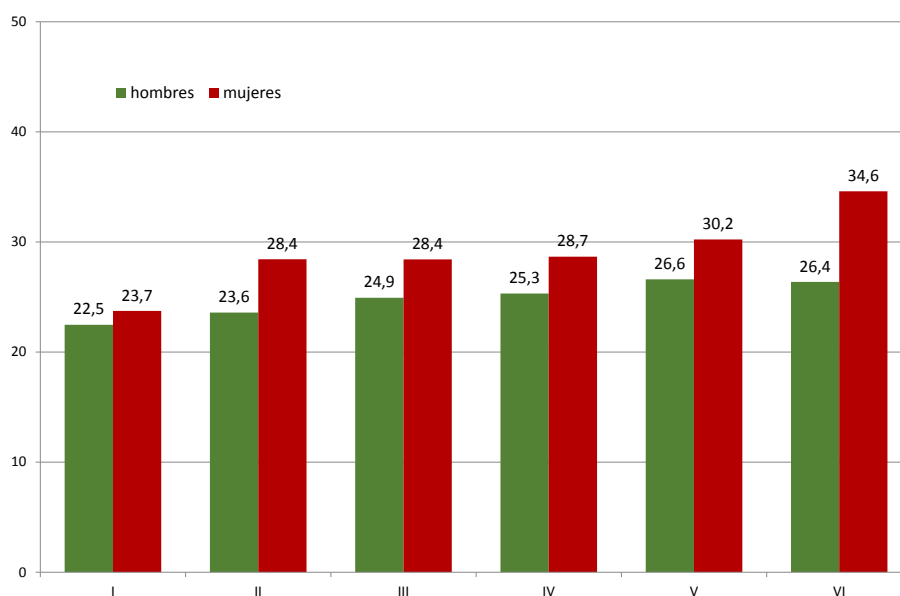
Por edad muestra una curva en U, con mayor uso de los servicios de urgencias en los más jóvenes y en los mayores (gráfico 80). En mujeres el porcentaje disminuyó con la edad hasta el grupo de 55 a 64 años para después volver a aumentar. En los hombres hubo un pequeño descenso en el grupo de 85 y más que no se observó en mujeres.

Gráfico 80. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Por clase social se observó un gradiente (gráfico 81), con aumento del uso según descendía la clase social, pasando de 23,09% en la clase I a un 30,83% en la VI. El gradiente fue más marcado en mujeres (de 23,73% a 34,65%), sin apenas diferencia por sexo en la clase I.

Gráfico 81. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.

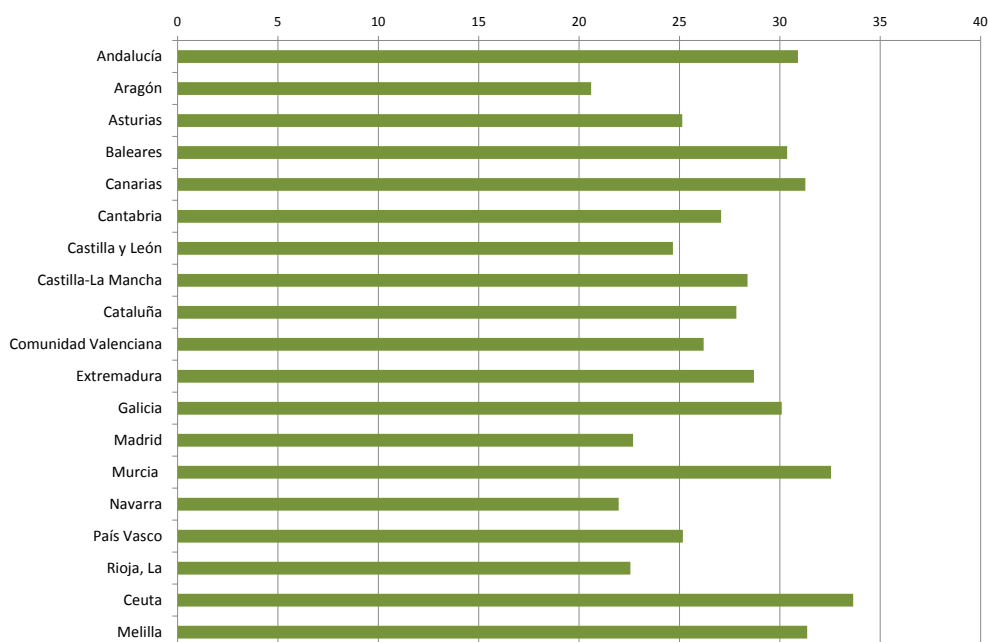


No se observan diferencias importantes por país de nacimiento en los hombres de 15 y más años. Al estratificar por edad, en el grupo de 25 a 64 el porcentaje que había utilizado el servicio de urgencias el último año es algo mayor en las personas nacidas en otro país (27,31% vs 26,0%). Las mujeres nacidas en otro país utilizan algo más las urgencias que las autóctonas, pero sin apenas diferencia (30,27% vs 29,24%) excepto en el grupo de 15 a 24 años (36,55% vs 33,41% las españolas).

Se observó lo mismo por nivel de estudios: al aumentar, el uso de las urgencias disminuye (28,93% en el nivel básico vs 25,22% en el superior), especialmente en mujeres (31,32% vs 26,80%). Esto se da en los grupos de 15 a 24 y 65 y más años en ambos sexos, mientras que, en el grupo de edad de 25 a 64, las personas que declaran acudir a urgencias con menor frecuencia son las de estudios intermedios.

Por comunidad autónoma se observan diferencias importantes. El mayor uso se observó en Ceuta (33,65%), Murcia (32,55%), Melilla (31,36%), Canarias (31,27%), Andalucía (30,90%) y Baleares (30,36%). En todas ellas más del 30% de la población de 15 y más años recordaba haber acudido a los servicios de urgencia en el último año. En el extremo opuesto, Aragón (20,60%), Navarra (21,97%), La Rioja (22,55%) y Madrid (22,69%) declararon las frecuencias más bajas (gráfico 82).

Gráfico 82. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses según CCAA. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Tendencia →

El porcentaje de personas de 15 y más años que utilizaron los servicios de urgencias en el último año es semejante al de 2011 (27,1%; 24,7% hombres y 29,3% en mujeres).

Número medio anual de asistencias recibidas del servicio de urgencias Población de 15 y más años que ha utilizado el servicio de urgencias en los últimos 12 meses

Tablas 2.129 a 2.134

Contesta a esta pregunta el 27,38% de la población de 15 y más años, es decir, quienes han utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses.

La población de 15 y más años acudió a urgencias un promedio de 1,77 veces en los últimos 12 meses (DE 1,92). El promedio más alto se observó en el grupo de 85 y más, a expensas de los hombres. En las mujeres la media más elevada se dio en el grupo de 25 a 34 años. En general acuden más las mujeres, excepto en población de 75 y más años, que acudieron más veces los hombres.

Por clase social se observó un aumento de la media de asistencias urgentes según se desciende en la clase social (de 1,46 a 1,96).

Por país de nacimiento, la media es superior en extranjeros (1,94) que en población autóctona (1,74), y la diferencia se mantiene tanto en hombres como en mujeres en el grupo de 25 a 64 años.

Según la comunidad autónoma, la media de veces que ha sido atendido por un servicio de urgencias en Murcia, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla está por encima de 2, y en La Rioja por debajo de 1,5.

El promedio de visitas es mayor según descende nivel de estudios (1,55 en el superior vs 1,87 en el nivel básico o inferior) en el grupo de 25 a 64 en ambos sexos. En los otros grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres, el mayor promedio de asistencias se da en las personas con estudios intermedios.

Tendencia →

El número medio de asistencias urgentes por persona y año en 2014 fue semejante al de 2011 (1,73; DE 1,66).

Lugar de la asistencia prestada por el servicio de urgencias

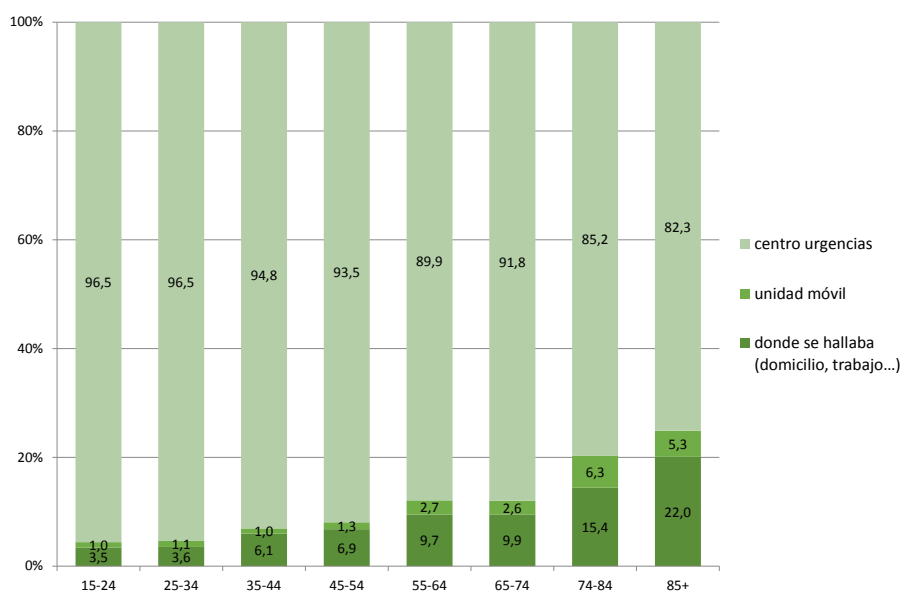
Población de 15 y más años que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses

Tablas 2.135 a 2.139

Contesta a esta pregunta el 27,38% de la población de 15 y más años, es decir, los que han utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses.

El 95,01% de las urgencias se atendieron en un centro o servicio de urgencias, el 7,62% en el lugar donde se encontraba, y el 2,4% en una unidad móvil. Esta distribución varía con la edad. El lugar donde se encontraba (domicilio, centro de trabajo, etc.) alcanza un 22,01% en las personas de 85 y más, y la unidad móvil un 5,25% en este mismo grupo de edad (gráfico 83).

Gráfico 83. Lugar de la asistencia prestada por el servicio de urgencias. Población de 15 y más años que ha utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (%). EESE 2014. INE/MSSSI.



ASISTENCIA DOMICILIARIA

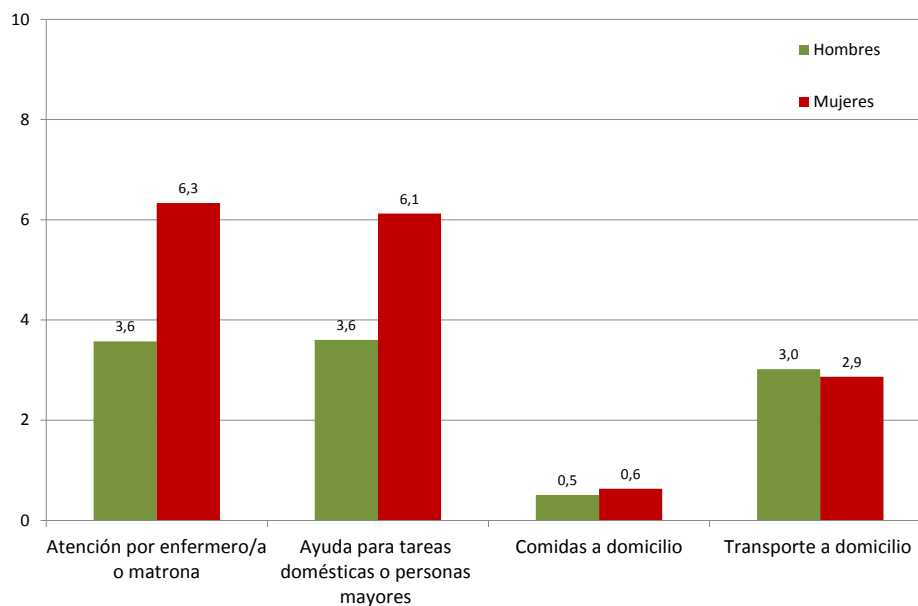
La utilización de servicios asistenciales domiciliarios está poco extendida en España. La atención de enfermería y la ayuda para las tareas domésticas son las más empleadas, pero apenas superan el 5% en la población de 65 y más años.

Utilización de distintos tipos de servicios asistenciales domiciliarios en los últimos 12 meses Población de 15 y más años (excepto comidas a domicilio, solo a población de 65 y más años)

Tablas 2.057 a 2.059

La atención de enfermería y la ayuda para las tareas domésticas la recibieron con mayor frecuencia las mujeres que los hombres, y las comidas y el transporte a domicilio la usaron en medida similar (gráfico 84). La proporción de la población que utiliza cualquiera de los servicios domiciliarios como mínimo se duplica en el grupo de 85 y más años con respecto al grupo de edad anterior.

Gráfico 84. Utilización de servicios asistenciales domiciliarios en el último año, según sexo. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Atención domiciliaria prestada por enfermera/matrona

En el conjunto de la población de 15 y más años es el servicio domiciliario utilizado con mayor frecuencia. El 1,48% declara haber utilizado la atención domiciliaria prestada por enfermeras y/o matronas en los últimos 12 meses, 1,07% de los hombres y 1,88% de las mujeres. El porcentaje de personas que utilizan este servicio aumenta a partir de los 45 años,

incrementándose notablemente en los grupos de 75 a 84 años (5,96%) y 85 y más (16,63%). En todos los grupos de edad es más utilizado por mujeres que por hombres, exceptuando entre 15 y 24 años y entre 45 y 64. En el grupo de edad de 85 y más las diferencias por sexo son notables (9,55% vs 20,48%).

El uso de la atención domiciliaria prestada por enfermera/matrona es más frecuente en clases desfavorecidas, con un gradiente más marcado en hombres.

Las comunidades autónomas que más usan los servicios de atención domiciliaria prestados por enfermera/matrona son Murcia y Navarra (10,05% y 10,22%), y las que menos País Vasco y Madrid (2,09% y 2,76%).

Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores

El 1,18% de la población de 15 y más años declara haber utilizado la ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores en los últimos 12 meses, 0,77% de los hombres y 1,57% de las mujeres.

El porcentaje de personas que utiliza este servicio aumenta a partir de los 65 años, incrementándose notablemente en los grupos de 75 a 84 años (6,71%) y 75 y más (14,75%). En todos los grupos de edad es más utilizado por mujeres.

Lo mismo que con la asistencia domiciliaria de enfermería ocurre con la ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores: es más frecuente en las clases más desfavorecidas, con un gradiente más marcado en hombres.

Las comunidades autónomas que hacen un mayor uso de este tipo de ayuda domiciliaria son Extremadura (16,99%, igual que en 2011) y, en el extremo contrario, Baleares y Navarra, por debajo del 2,5%.

Comidas a domicilio para las personas mayores (sólo 65 y más años)

El uso de este servicio está muy poco extendido en España. El 0,58% de las personas de 65 y más años declara haber utilizado personalmente los servicios de comidas a domicilio para personas mayores en los últimos 12 meses (0,51% de los hombres y 0,63% de las mujeres), aunque en el grupo de 85 y más es utilizado algo más por los hombres (1,51% vs 1,44%).

Según la clase social, en el caso de las comidas a domicilio el porcentaje más alto se da en la clase II, tanto en hombres como mujeres.

Según la comunidad autónoma de residencia, el porcentaje más alto se da en Castilla-La Mancha (1,52%).

Servicios especiales de transporte a domicilio

El 1,07% de la población de 15 y más años declara haber utilizado servicios especiales de transporte a domicilio en los últimos 12 meses, 1,11% de los hombres y 1,03% de las mujeres. El porcentaje de personas que utiliza este servicio aumenta en el grupo de edad de 75-84 años (3,18%), siendo utilizados por el 8,09% de la población de 85 y más años. Es el único servicio más utilizado por hombres que por mujeres aunque la diferencia es insignificante.

Otros servicios de asistencia domiciliaria

El 1,31% de la población de 15 y más años declara haber utilizado otros servicios asistenciales domiciliarios durante los últimos 12 meses, 0,96% de los hombres y 1,64% de las mujeres. El porcentaje aumenta con la edad, bruscamente al llegar al grupo de 75 a 84 años y otra vez en los de 85 y más (5,28% y 14,50%).

Tendencias →

En el periodo 2011-2014 no se aprecian diferencias destacables (tabla 21).

Tabla 21. Utilización de servicios asistenciales domiciliarios en el último año, según sexo y año de encuesta (2011-2014). Población de 65 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

		2011	2014
Atención domiciliaria prestada por enfermera/matrona	Total	5,00	5,14
	Hombres	3,51	3,57
	Mujeres	6,12	6,34
Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores	Total	5,71	5,03
	Hombres	3,66	3,60
	Mujeres	7,25	6,12
Comidas a domicilio para las personas mayores	Total	0,56	0,58
	Hombres	0,78	0,51
	Mujeres	0,40	0,63
Servicios especiales de transporte a domicilio	Total	3,60	2,90
	Hombres	3,26	3,02
	Mujeres	3,85	2,87

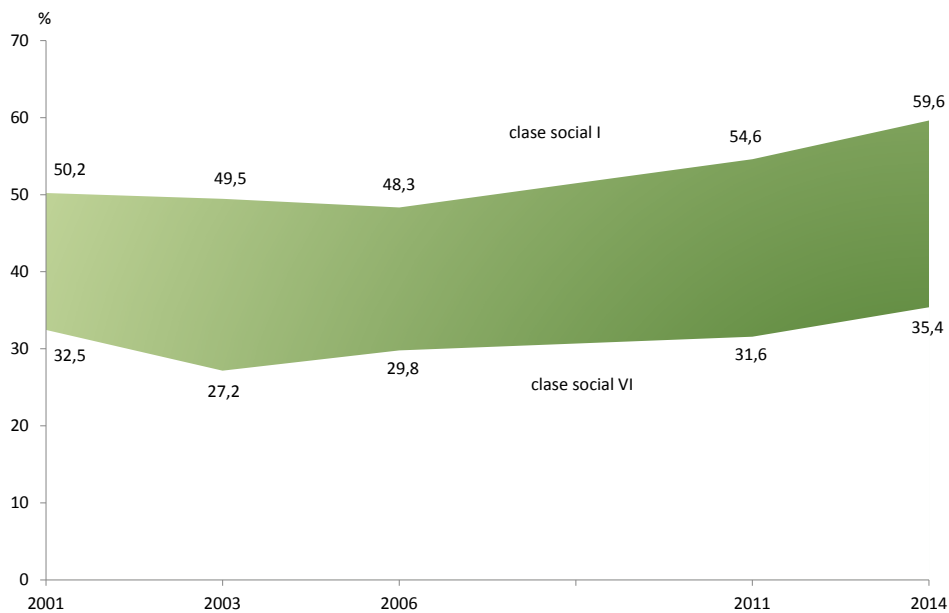
PRINCIPALES DATOS

De los distintos aspectos que analiza esta encuesta, los indicadores de salud bucodental están entre los que muestran una evolución favorable. Sin embargo señalan diferencias sociales consistente y sistemáticamente, tanto en la frecuencia con que se visita al dentista, como en el tipo de asistencia recibida, en la dependencia funcional del dentista consultado (ver apartado de cobertura sanitaria) y, finalmente, en el estado de la dentadura.

Algo menos de la mitad de la población consulta al odontólogo cada año. Desde 1987 a 2014 ha aumentado en más de 20 puntos porcentuales la proporción de la población que visita al dentista anualmente, hasta alcanzar paulatinamente su máximo en 2014, el 46,23% (42,82% de los hombres y 49,40% de las mujeres). La visita anual al dentista es más frecuente en todas las clases sociales, aumentando en 2011 y en 2014. El incremento es mayor en las clases más altas, aumentando las diferencias (gráfico 85).

En cuanto al estado de la dentadura, desde 2006, año en el que solo una de cada cinco personas refirió que conservaba la totalidad de la dentadura, parece haberse producido una mejora, siendo en 2014 más de una de cada cuatro.

Gráfico 85. Visita al dentista en el último año. Evolución en las clases sociales I y VI. España 2001-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSS/INE.



Tiempo transcurrido desde la última consulta al dentista

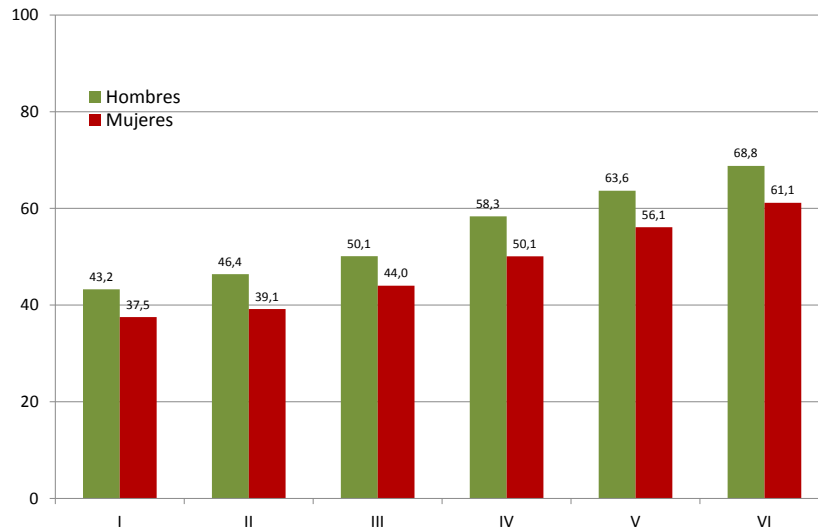
Población de 15 y más años

Tablas 2.060 a 2.065

El 46,19% de la población de 15 y más años había consultado al dentista en los últimos 12 meses (42,82% de los hombres y 49,40% de las mujeres), pero más la mitad no había ido en el último año (51,17%), o nunca (2,65%).

La población que hacía más de un año que no iba al dentista fue mayor a mayor edad, desde 42,64% en el grupo de 15-24 años a 76,42% en 85 y más.

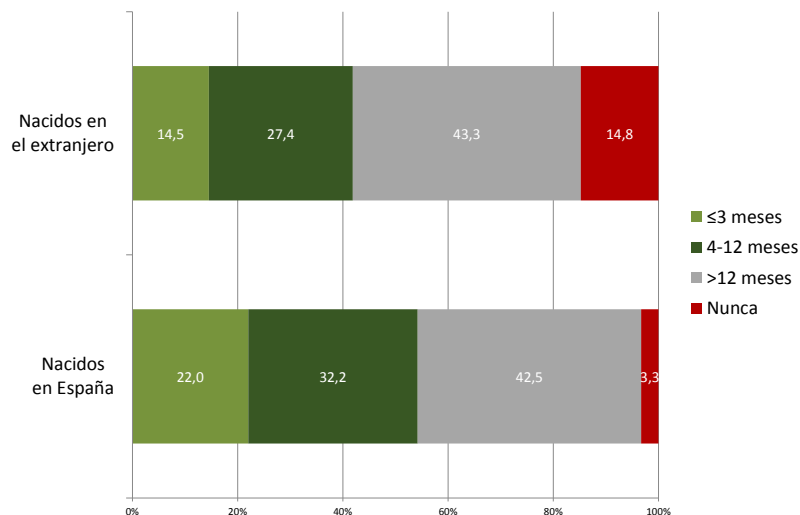
Gráfico 86. Más de un año sin consultar al dentista, según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Se observó un gradiente por clase social, de forma que fueron más las personas que habían dejado transcurrir un año o más sin ir al dentista en la clase social VI (58,71%) que en la clase I (39,80%). Ocurrió lo mismo en ambos sexos aunque algo más acentuada la diferencia en hombres (gráfico 86). Un 8,41% de los varones de clase VI no había ido nunca al dentista, frente al 3,85% de las mujeres de ese mismo grupo. Igualmente se observó gradiente por nivel de estudios, de forma que el tiempo transcurrido desde la última visita al dentista fue mayor en las personas con estudios básicos. Ocurrió en ambos sexos y todos los grupos de edad.

Las personas nacidas en España dejaron transcurrir menos tiempo que las nacidas en el extranjero para visitar al dentista. La proporción de extranjeros que no había visitado nunca un dentista fue mayor, sobre todo en hombres y mujeres jóvenes (18,17% vs 4,36% en hombres de 15 a 24 años y 10,98% vs 2,18% en mujeres de ese mismo grupo de edad) (gráfico 87).

Gráfico 87. Tiempo transcurrido desde la última consulta al dentista, según sexo y país de nacimiento. Población de 15 a 24 años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Los estudiantes fueron quienes declararon menos tiempo transcurrido desde la última vez que consultaron al dentista, y los jubilados quienes con mayor frecuencia declararon que hacía un año o más.

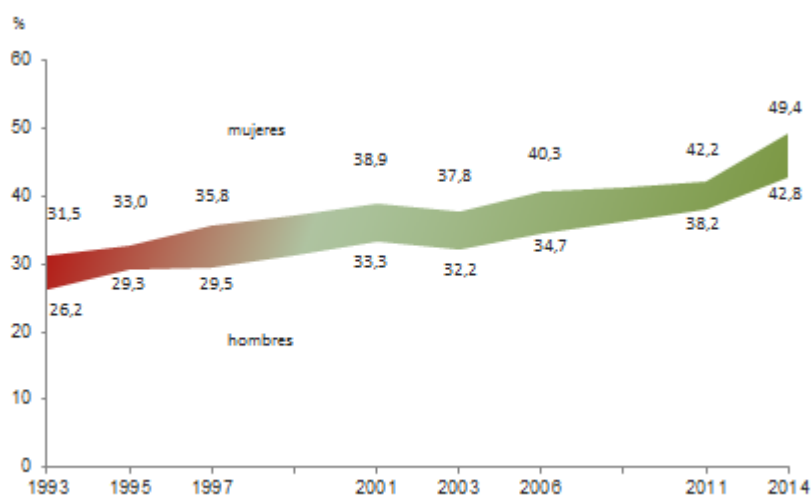
No se observaron diferencias destacables por comunidad autónoma en el tiempo transcurrido desde la última visita.

Tendencias →

Desde 1987 a 2014 ha aumentado en más de 20 puntos porcentuales la proporción de la población que visita al dentista anualmente, hasta alcanzar paulatinamente el 46,19%. Este incremento se ha producido casi en paralelo en ambos sexos, manteniéndose siempre una diferencia de entre 3,7 y 6,6 pp a favor de las mujeres, siendo esta diferencia máxima en 2014 (gráfico 88). El aumento en estos años se observa sobre todo a expensas de quienes declararon haber ido al dentista hacía más de tres meses pero menos de un año.

La visita al dentista en el último año ha aumentado en todas las clases sociales desde 2003, pero sobre todo en las clases más altas, manteniéndose o incrementándose las diferencias por clases. En 2014 la brecha entre las clases I y VI es máxima (24,2 pp) (gráfico 85).

Gráfico 88. Visita al dentista en el último año. Evolución en hombres y en mujeres. Población de 15 y más años (%). España 1993-2014. ENSE/EESE. MSSSI/INE



Asistencia recibida en la última consulta al dentista

Población de 15 y más años que ha consultado al dentista alguna vez

Tablas 2.066 a 2.071

El 97,35% de la población de 15 y más años ha consultado con el dentista alguna vez, y son quienes contestan esta pregunta (categorías no excluyentes).

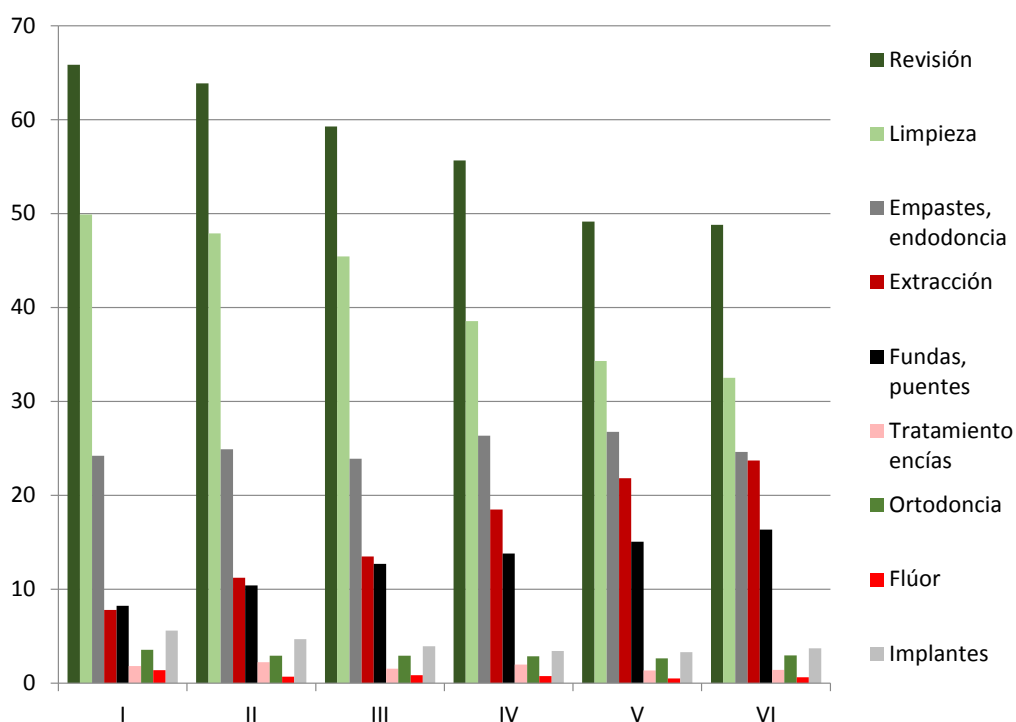
Los tipos de asistencia recibidos con más frecuencia fueron: la revisión (55,15%), limpieza (39,66%), empastes (25,26%), extracción (17,56%) y fundas (13,42%). Recibieron asistencia por ortodoncia el 2,92% y por implante el 3,89%.

No se observaron diferencias por sexo, excepto en las extracciones, que fueron más frecuentes en hombres (19,43% vs 15,80%).

Las revisiones disminuyen con la edad. Las limpiezas son más frecuentes en el grupo de 25 a 34 años (47,59%) y luego disminuyen también como motivo de la última visita. Los empastes aumentan hasta alcanzar el máximo (32,02%) en el grupo de 35 a 44 años y luego disminuyen. Las extracciones, las fundas y los implantes aumentan con la edad.

Existen gradientes por clase social prácticamente en todos los tipos de asistencia (gráfico 89). Son más frecuentes conforme se asciende en la clase social las revisiones (48,84% en clase VI vs 65,82% en clase I), limpiezas (32,55% en clase VI vs 49,5% en clase I) e implantes (3,74% vs 5,66% respectivamente). En cambio son más frecuentes según se desciende en la escala social las extracciones (23,78% en clase VI vs 7,80% en clase I) y las fundas (16,32% vs 8,24% respectivamente). No tienen gradiente los empastes ni las ortodoncias.

Gráfico 89. Tipo de asistencia recibida la última vez que consultó al dentista, según clase social (categorías no excluyentes). Población de 15 y más años que ha consultado al dentista alguna vez (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



La diferencia en el tipo de asistencia dental recibida entre personas nacidas en España y las personas nacidas en el extranjero es pequeña.

Tendencias →

Respecto a 2011 han aumentado las revisiones, las limpiezas y los implantes, han disminuido las fundas y el resto se mantiene.

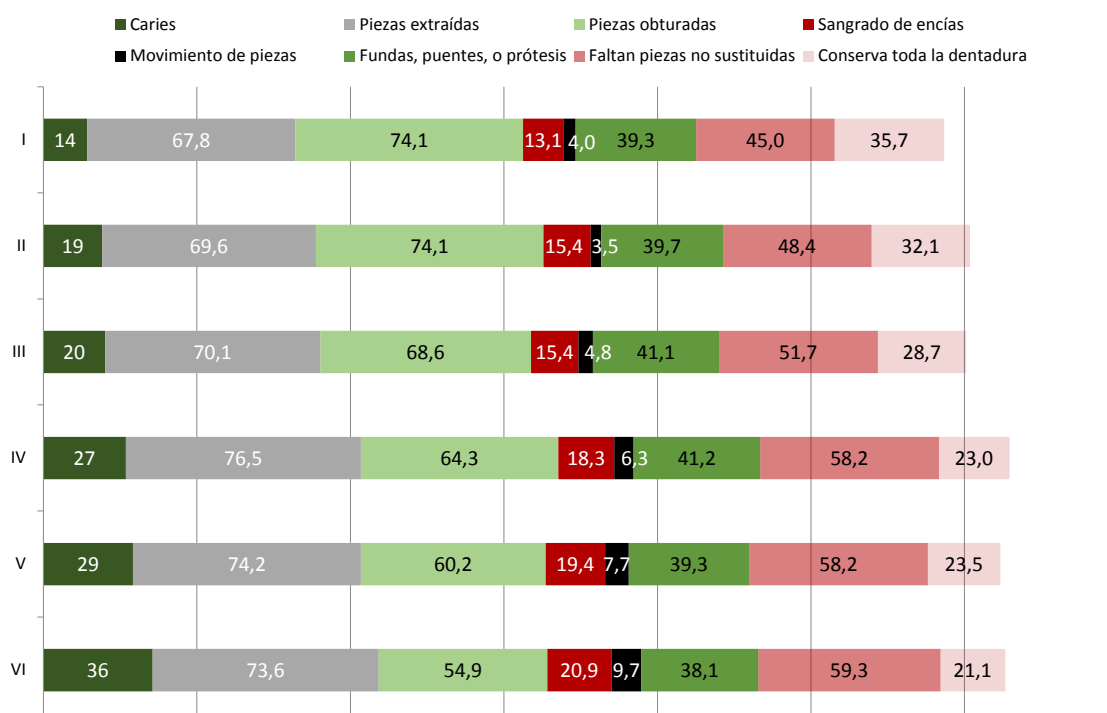
Estado de la dentadura
Población de 15 y más años

Tablas 2.078 a 2.083

Le han extraído alguna pieza dental al 72,40% de la población, tiene empastes el 68,08%, le faltan piezas sin sustituir el 54,66%, fundas (coronas) el 39,71%, caries el 25,51%, le sangran las encías al 17,60% y se le mueven los dientes al 6,44%. Conserva toda la dentadura el 26,3%. En todos los ítems las mujeres superan (tienen peor salud) a los hombres, entre 2 y 7 puntos porcentuales, excepto en la presencia de caries, que es más frecuente en hombres (26,8% vs 24,27%), y la presencia de piezas que se mueven, que es similar en ambos sexos. También conservan todas las piezas con más frecuencia los hombres (27,45%) que las mujeres (24,87%).

Los problemas son más frecuentes conforme aumenta la edad, excepto en sangrado de encías, más frecuente en las edades jóvenes, y piezas sin sustituir y la presencia de caries, que se incrementan hasta una edad (55-64 años) y luego descienden; y la existencia de piezas empastadas, que aumenta hasta los 35-44 años y después desciende. La conservación de todos los dientes es mayor en los más jóvenes (64,62% en el grupo de 15-24 años, vs 1,75% en el de 85 y más).

Gráfico 90. Problemas de salud bucodental según clase social (categorías no excluyentes). Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Se observa un gradiente social en la mayoría de los problemas bucodentales por los que se pregunta en la EESE 2014 (gráfico 90). Son más frecuentes en las clases bajas las caries (14,29%

en clase I vs 35,60% en clase VI), el sangrado de encías (13,09% vs 20,93% respectivamente), la falta de piezas (45,04% vs 59,28%) y el movimiento de piezas (4,02% vs 9,68%); en cambio, son más frecuentes en las clases altas los empastes (74,13% vs 54,94%) y la conservación de toda la dentadura (35,68% vs 21,12%). En las clases IV, V y VI es más frecuente que les hayan extraído piezas que en las clases I, II y III y, en el caso de las coronas, puentes, prótesis o dentaduras postizas, apenas hay diferencias entre clases.

Tendencia →

Respecto a 2011 hay menor presencia de caries y ha aumentado el número de personas que mantiene toda la dentadura, pero han aumentado las extracciones y la población a la que le faltan piezas (tabla 22).

Tabla 22. Estado de la dentadura. Distribución porcentual 2011-2014. Población de 15 y más años. ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	2011	2014
Le han extraído dientes/muelas	70,4	72,49
Tiene dientes/muelas empastados	65,1	64,08
Le faltan dientes/muelas	49,8	54,66
Lleva fundas (coronas), puentes	39,2	39,71
Tiene caries	28,4	25,51
Le sangran las encías	17,0	17,60
Se le mueven los dientes	6,2	6,44
Conserva todos sus dientes	23,8	26,13

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

En la EESE14 la formulación de las preguntas sobre consumo de medicamentos son algo diferentes de la ENSE2011/12, por lo que las comparaciones deben realizarse con cautela.

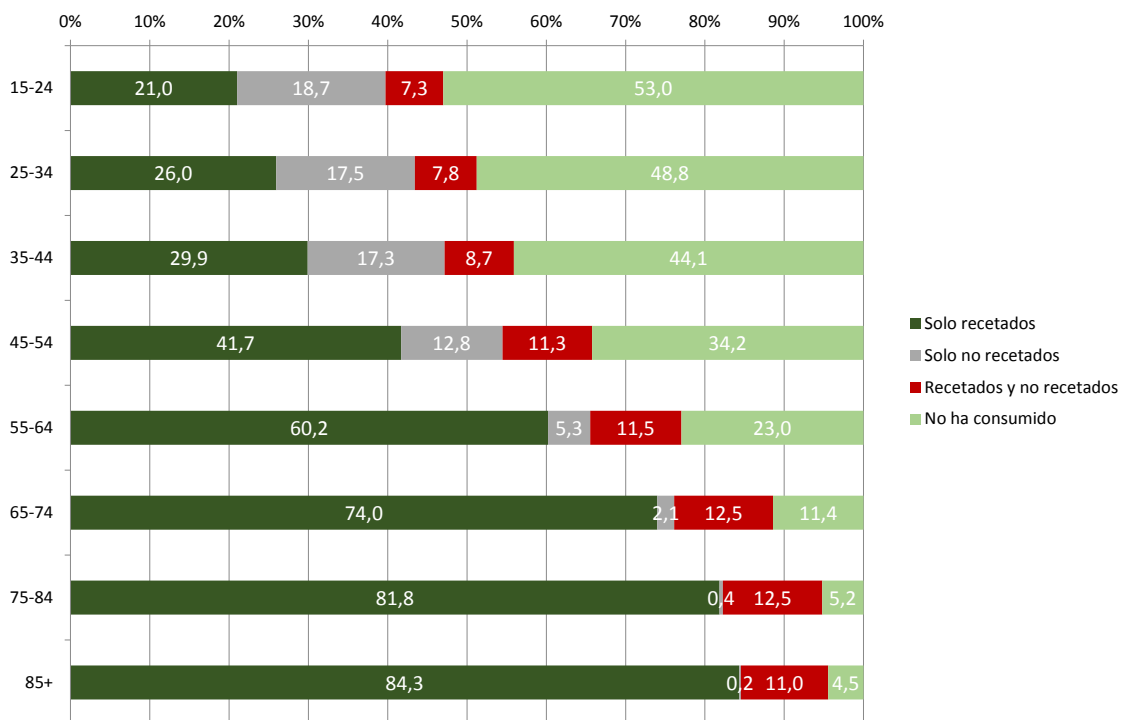
Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según haya sido recetado o no Población de 15 y más años

Tablas 2.172 a 2.177

El 66,43% de la población de 15 y más años declaró que había consumido medicamentos en las dos semanas anteriores a la entrevista, un 44,79% declaró que había consumido solo medicamentos recetados, un 11,62% sólo medicamentos no recetados, y un 10,02% tanto recetados como no recetados.

El consumo fue superior en mujeres (73,31%) que en hombres (59,21%). Las mujeres superaron a los hombres en todos los grupos de edad, aunque las diferencias disminuían a partir de los 65 años. Un 33,57% declaró no haber consumido ningún medicamento en las últimas dos semanas. El porcentaje disminuía con la edad y de manera más brusca a partir de los 55 años (gráfico 91).

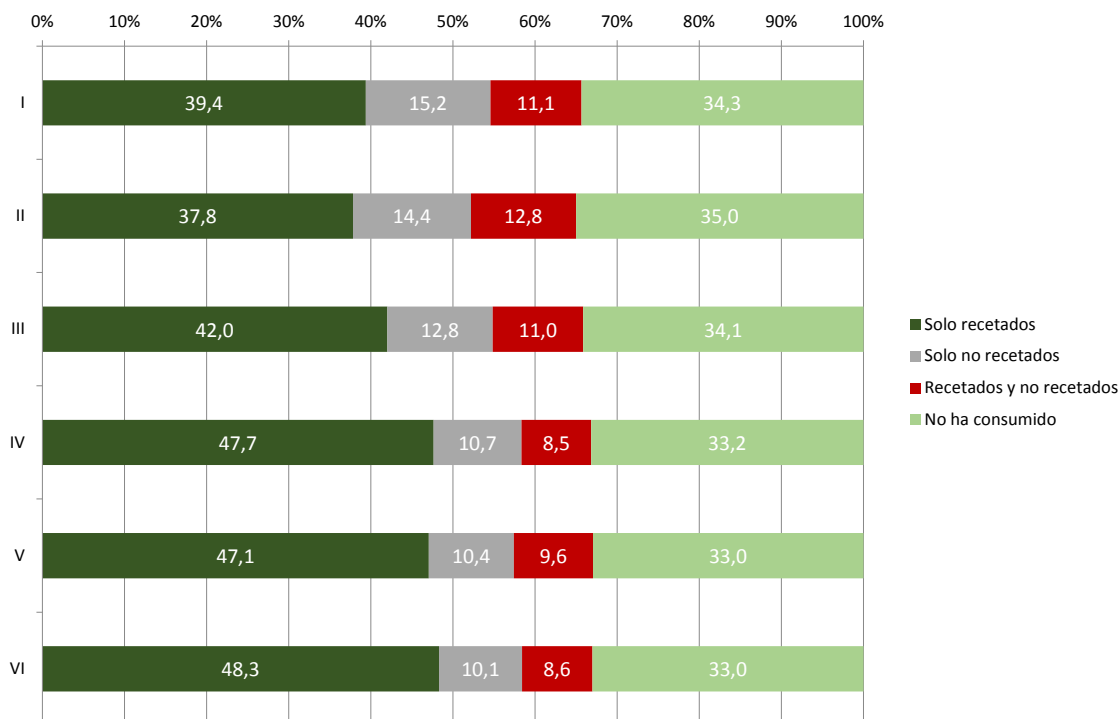
Gráfico 91. Consumo de medicamentos (recetados y no recetados) en las últimas 2 semanas según grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Se observó un ligero gradiente por clase social en el consumo de medicamentos ‘solo recetados’, que aumenta según se desciende en la escala social (de 39,39% a 48,31%). El

consumo de medicamentos ‘solo no recetados’ presentó un gradiente contrario (de 15,18% a 10,12%). En cuanto a quienes no consumen medicamentos, no se observaron diferencias según clase social (gráfico 92). Este patrón se dio tanto en hombres como en mujeres, pero con mayores diferencias en estas últimas.

Gráfico 92. Consumo de medicamentos (recetados y no recetados) en las últimas 2 semanas según clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



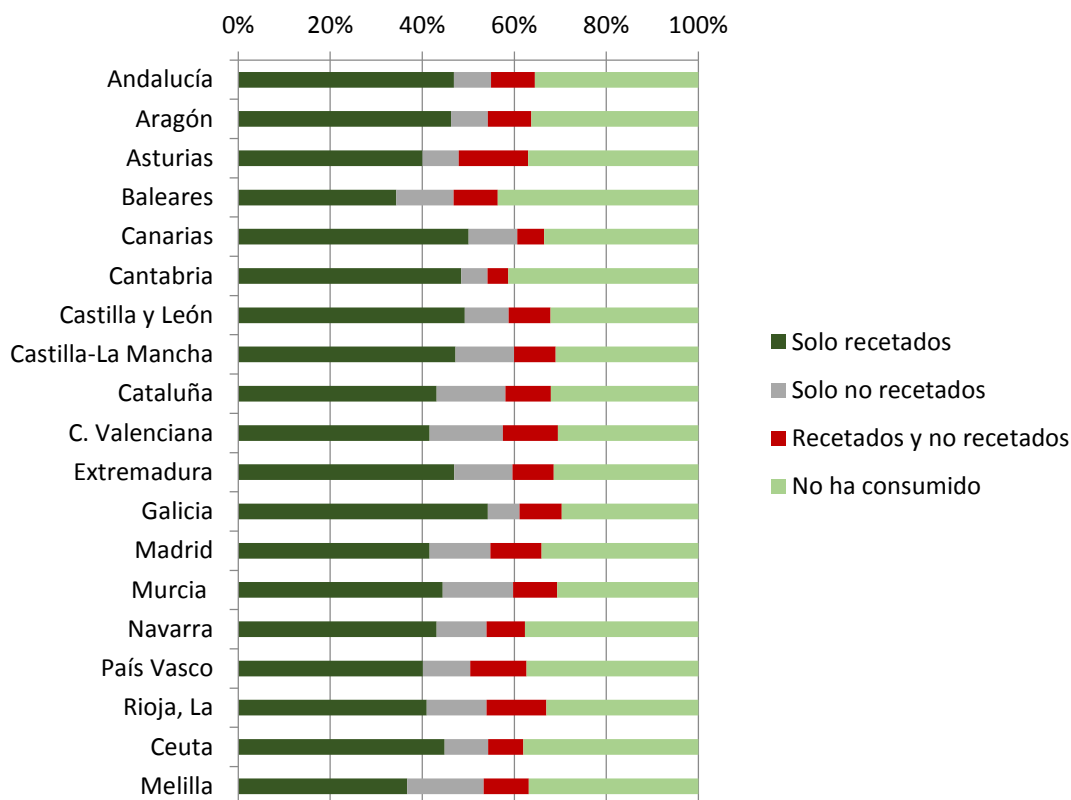
Por país de nacimiento, las personas nacidas en España habían consumido más medicamentos (68,03%) que las nacidas en el extranjero (55,74%). El consumo de medicamentos ‘recetados’, y el de ‘recetados y no recetados’ fue mayor en españoles (46,70% vs 31,97% y 10,33% vs 7,94% respectivamente), mientras que los extranjeros consumieron más medicamentos ‘sólo no recetados’ (11,00% vs 15,83%). El porcentaje que no había consumido medicamentos en las últimas 2 semanas fue mayor en extranjeros (31,98% vs 44,25%). Esto ocurrió en ambos sexos y en todos los grupos de edad, y de manera más acentuada en hombres.

Por comunidades autónomas, el consumo más alto se declaró en Galicia (70,36%) (tabla 23 y gráfico 93). Esta comunidad fue también la de mayor porcentaje de población que consumió solo fármacos recetados y un menor porcentaje de personas que no había consumido medicamentos en las últimas 2 semanas (29,65%). Baleares y Cantabria fueron las comunidades con un mayor porcentaje de personas que no había consumido medicamentos de ningún tipo en las últimas 2 semanas. La mayor proporción de población que declaró que solo había consumido medicamentos no recetados se observó en la Comunidad Valenciana.

Tabla 23 - Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE, INE/MSSSI.

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	66,43	59,21	73,31
Andalucía	64,51	56,93	71,81
Aragón	63,69	58,13	69,12
Asturias	63,03	54,51	70,75
Baleares	56,40	49,06	63,62
Canarias	66,52	58,40	74,45
Cantabria	58,72	50,69	66,34
Castilla y León	67,86	60,52	75,00
Castilla-La Mancha	69,01	60,27	77,83
Cataluña	67,98	63,18	72,52
C. Valenciana	69,51	64,01	74,81
Extremadura	68,56	60,60	76,38
Galicia	70,35	60,47	79,45
Madrid	65,96	57,17	73,91
Murcia	69,38	60,32	78,39
Navarra	62,33	59,65	64,94
País Vasco	62,68	55,54	69,31
La Rioja	66,96	59,00	74,69
Ceuta	61,95	50,23	75,35
Melilla	63,19	55,40	70,28

Gráfico 93. Consumo de medicamentos (recetados y no recetados) en las últimas 2 semanas según comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Por nivel de estudios, el consumo fue mayor en los grupos extremos. En quienes solo tenían estudios inferiores se observó un mayor consumo de medicamentos ‘solo recetados’ (53,43%), y las personas con estudios superiores fueron las que con mayor frecuencia consumieron solo medicamentos no recetados (16,54%).

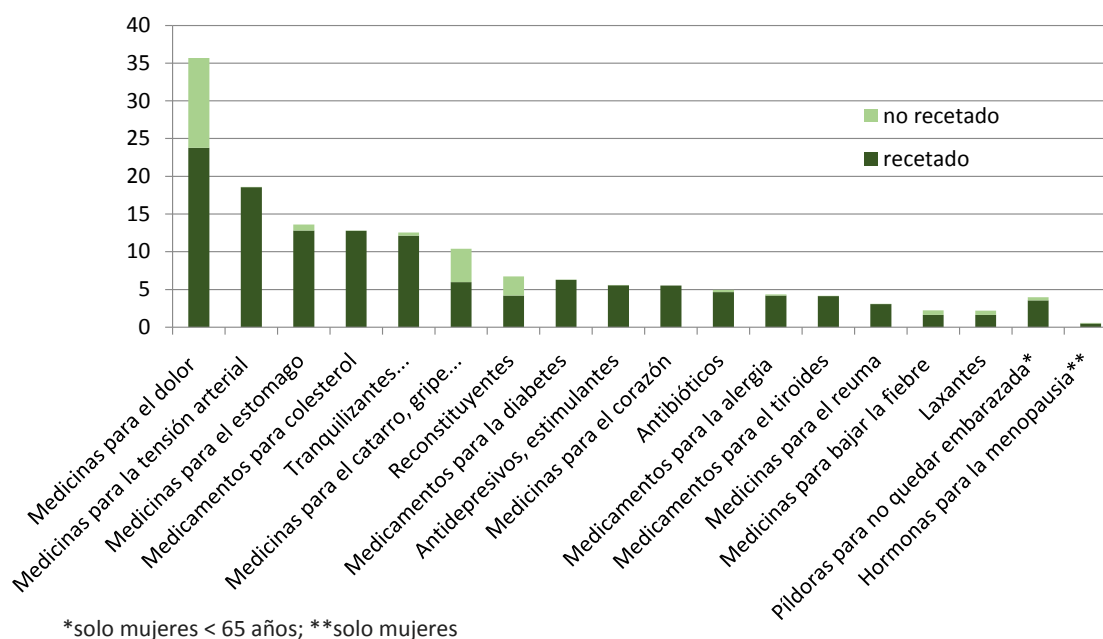
Según la actividad económica actual las personas incapacitadas para trabajar fueron las que más medicamentos consumieron, únicamente un 6,73% declaró no haber consumido ningún tipo de medicamento en las últimas 2 semanas. El caso opuesto fueron los estudiantes, que también fueron quienes declararon haber consumido exclusivamente medicamentos no recetados en mayor proporción (19,48%).

Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas, según haya sido recetado o no Población de 15 y más años

Tablas 2.182 a 2.185 y Tablas 2.178b, 2.179b y 2.181b

La gran mayoría de los medicamentos consumidos habían sido recetados por el médico (gráfico 94 y tabla 24). Los medicamentos para el corazón, para el tiroides, la diabetes, los hipolipemiantes, los antidepresivos y los antihipertensivos fueron recetados por un médico en prácticamente la totalidad del consumo, siempre por encima del 99,5%.

Gráfico 94. Consumo de cada tipo de medicamento en las últimas 2 semanas (recetado y no recetado). Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



*solo mujeres < 65 años; **solo mujeres

Según el tipo de medicamento consumido, la proporción recetada varió entre el 100% de los medicamentos para el corazón y el 57,43% de las medicinas para el catarro, la gripe, garganta o bronquios. Estos últimos, junto con los anticitarrales, los analgésicos, los reconstituyentes, los antipiréticos y los anticonceptivos se consumen sin receta en proporción superior al 10%. Los hombres se automedicaron más, excepto en el caso de los laxantes.

El consumo de medicamentos con receta aumenta según se desciende en la clase social en el caso de la gripe, el dolor, la fiebre las vitaminas, los tranquilizantes y la alergia.

Los analgésicos son, con gran diferencia, el tipo de medicamento que más se consume (tabla 24). Más de una tercera parte de la población de 15 y más años declaró haberlos consumido en las últimas dos semanas y, de ellos, solo dos tercios habían sido recetados por un médico. El segundo lugar lo ocupan los antihipertensivos, que han consumido entre una y dos personas de cada diez y, a continuación, los medicamentos para el estómago y/o alteraciones digestivas, los tranquilizantes y las medicinas para el catarro.

Tabla 24. Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas según tipo de medicamento y proporción que fue recetada (%). Población de 15 y más años. EESE, INE/MSSSI.

Tipo de medicamento	% que lo ha consumido	% recetado / consumido
Medicinas para el dolor	35,66	66,67
Medicinas para la tensión arterial	18,57	99,86
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	13,59	94,13
Medicamentos para colesterol	12,82	99,63
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	12,54	96,60
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	10,41	57,43
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	6,72	62,09
Medicamentos para la diabetes	6,27	99,96
Antidepresivos, estimulantes	5,55	99,84
Medicinas para el corazón	5,52	100,00
Antibióticos	4,95	93,73
Medicamentos para la alergia	4,35	96,26
Medicamentos para el tiroides	4,14	99,45
Medicinas para el reuma	3,08	98,75
Medicinas para bajar la fiebre	2,23	72,33
Laxantes	2,20	73,06
Píldoras para no quedar embarazada*	3,97	89,41
Hormonas para la menopausia**	0,55	91,68

*solo mujeres < 65 años; **solo mujeres.

Hay grandes diferencias por sexo (tabla 25). El consumo es más frecuente en mujeres para todo tipo de medicamentos excepto antidiabéticos y medicinas para el corazón, aunque las diferencias solo son importantes en el caso de los analgésicos, que se acerca a los 20pp., los tranquilizantes, con casi 10pp., los reconstituyentes, los antidepresivos y los medicamentos para el tiroides, todos ellos en torno a 5pp.

En la tabla 26 se muestra el consumo de distintos tipos de medicamentos por sexo y grupo de edad en población de 15 y más años. Como cabe esperar, el grupo de 65 y más años es el que consume con mayor frecuencia todos los tipos de medicamentos, excepto los antipiréticos, la medicación para la alergia y las hormonas para la menopausia (los anticonceptivos no se estudian en este grupo de edad). El gradiente por edad es muy marcado en el resto, especialmente en la medicación antihipertensiva, hipolipemiantes y tranquilizantes.

Las clases sociales menos favorecidas consumen más analgésicos, tranquilizantes y relajantes, antiirreumáticos, antihipertensivos, antidepresivos y antidiabéticos. A menor clase social menor consumo en cambio de reconstituyentes. En el resto no hay un gradiente claro.

Al estratificar por sexo se observa que este gradiente por clase social únicamente se da en mujeres, mientras que en hombres no se observan diferencias. En ellas, además de los ya citados (analgésicos, tranquilizantes y relajantes, antiirreumáticos, antihipertensivos, antidepresivos y antidiabéticos), se observa este gradiente en mujeres en el consumo de medicamentos para el corazón, para la tensión, para el estómago y para el colesterol.

Tabla 25. Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas según sexo (%) y diferencial. Población de 15 y más años. EESE, INE/MSSSI.

	Hombres	Mujeres	Diferencia M-H
Medicinas para el dolor	26,32	44,54	18,22
Medicinas para la tensión arterial	18,14	18,99	0,85
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	12,10	15,01	2,92
Medicamentos para colesterol	12,51	13,12	0,61
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	7,80	17,05	9,24
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	10,21	10,59	0,38
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	3,99	9,32	5,33
Medicamentos para la diabetes	6,74	5,83	-0,90
Antidepresivos, estimulantes	3,13	7,85	4,72
Medicinas para el corazón	6,45	4,63	-1,82
Antibióticos	4,11	5,75	1,63
Medicamentos para la alergia	3,43	5,22	1,78
Medicamentos para el tiroides	1,15	6,98	5,83
Medicinas para el reuma	1,60	4,48	2,88
Medicinas para bajar la fiebre	1,77	2,65	0,88
Laxantes	0,96	3,38	2,42

Por país de nacimiento, y sin ajustar por edad, el consumo es más alto entre la población autóctona en lo que se refiere a la medicación para enfermedades crónicas (corazón, tensión, colesterol, diabetes), laxantes, tranquilizantes, para el reuma, el estómago, antidepresivos y para el tiroides. El consumo es en cambio mayor en personas nacidas en el extranjero en el caso de medicamentos para el dolor, la fiebre, reconstituyentes, alergia y los anticonceptivos.

Tabla 26 - Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE, INE/MSSSI.

	Ambos sexos					Hombres					Mujeres				
	Total	15-24	25-44	45-64	65+	Total	15-24	25-44	45-64	65+	Total	15-24	25-44	45-64	65+
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	10,41	11,07	10,27	9,73	11,31	10,21	10,16	10,69	8,55	12,18	10,59	12,02	9,84	10,88	10,64
Medicinas para el dolor	35,66	28,30	30,98	35,89	47,19	26,32	19,34	24,48	26,89	33,40	44,54	37,65	37,59	44,72	57,77
Medicinas para bajar la fiebre	2,23	3,18	2,38	1,76	2,15	1,77	3,12	1,68	1,35	1,84	2,65	3,25	3,09	2,17	2,39
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	6,72	4,68	7,01	5,90	8,58	3,99	3,28	3,64	3,61	5,77	9,32	6,14	10,45	8,15	10,74
Laxantes	2,20	0,40	0,87	1,80	6,00	0,96	0,09	0,24	0,55	3,61	3,38	0,72	1,51	3,03	7,84
Antibióticos	4,95	3,49	4,83	4,66	6,37	4,11	2,01	3,95	4,04	5,90	5,75	5,04	5,74	5,28	6,73
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	12,54	1,94	6,30	14,11	26,42	7,80	2,20	4,64	8,36	16,61	17,05	1,66	7,98	19,76	33,96
Medicamentos para la alergia	4,35	4,15	4,90	4,57	3,18	3,43	3,78	3,98	3,43	2,14	5,22	4,54	5,84	5,69	3,98
Medicinas para el reuma	3,08	0,05	0,42	2,66	9,84	1,60	0,00	0,27	1,37	5,63	4,48	0,10	0,57	3,92	13,08
Medicinas para el corazón	5,52	0,24	0,44	3,90	19,38	6,45	0,28	0,59	5,26	23,89	4,63	0,18	0,28	2,57	15,91
Medicinas para la tensión arterial	18,57	0,52	2,11	19,88	54,12	18,14	0,56	2,70	22,90	51,31	18,99	0,48	1,50	16,92	56,27
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	13,59	2,67	5,37	14,11	32,56	12,10	2,05	5,33	13,54	29,23	15,01	3,31	5,42	14,66	35,13
Antidepresivos, estimulantes	5,55	0,48	3,08	7,23	9,92	3,13	0,27	2,23	3,97	5,25	7,85	0,71	3,94	10,43	13,50
Píldoras para no quedar embarazada*	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3,97	11,43	7,54	0,44	..
Hormonas para la menopausia****	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	0,55	0,00	0,16	1,40	0,25
Medicamentos para colesterol	12,82	0,30	1,61	15,80	34,00	12,51	0,14	2,25	16,65	33,29	13,12	0,47	0,95	14,95	34,55
Medicamentos para la diabetes	6,27	0,66	0,96	6,48	17,95	6,74	0,43	1,17	7,82	19,76	5,83	0,90	0,74	5,16	16,56
Medicamentos para el tiroides	4,14	0,98	2,65	5,52	6,28	1,15	0,65	0,55	1,48	2,10	6,98	1,32	4,78	9,49	9,51
Otros medicamentos	12,74	6,35	7,93	12,82	24,17	12,53	4,34	7,04	12,81	28,03	12,93	8,45	8,84	12,82	21,21

*La píldora para no quedar embarazada sólo se recoge para mujeres menores de 65 años.

**Los medicamentos hormonales para la menopausia sólo se recogen para las mujeres.

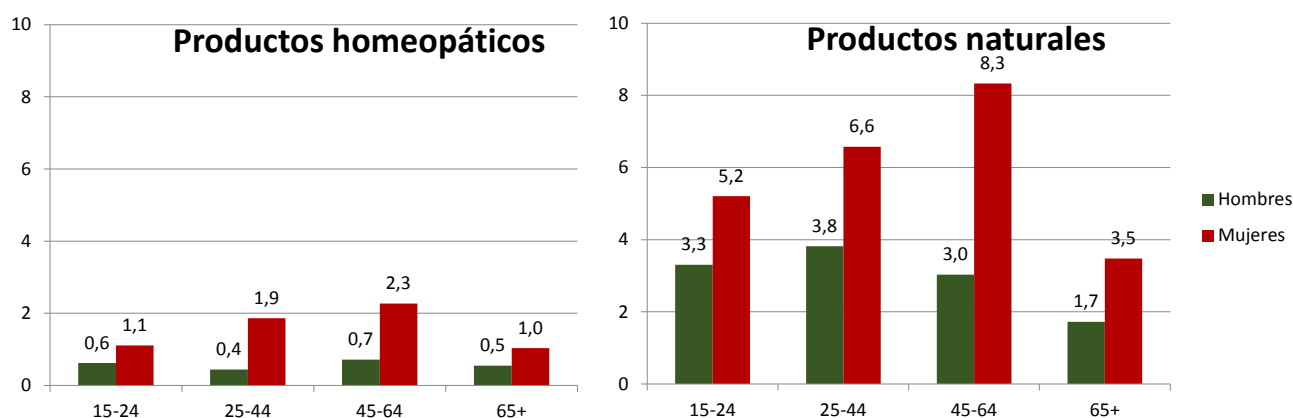
Consumo de productos de medicina alternativa

Población de 15 y más años

Tablas 2.186 a 2.189 y Tablas 2.186b, 2.187b y 2.189b

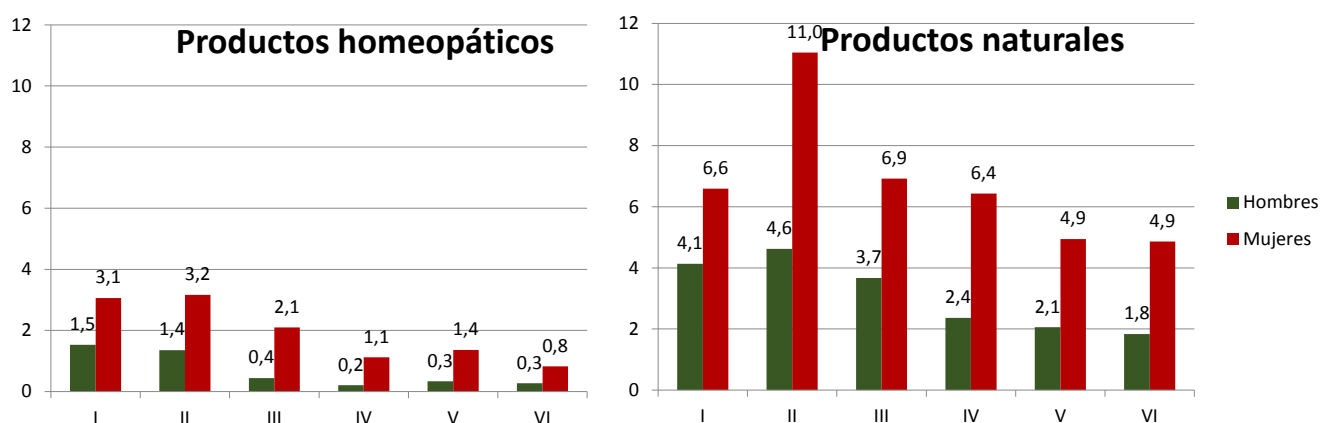
El 1,16% de la población de 15 y más años refirió haber consumido productos homeopáticos en las últimas 2 semanas, y el 4,71% productos naturales. En ambos casos el consumo fue más frecuente en las mujeres. Habían consumido productos homeopáticos, el 1,72% de las mujeres vs 0,57% de los hombres y, en cuanto a los productos naturales, 6,10% de las mujeres vs 2,91% de los hombres. A diferencia del resto de los medicamentos, el consumo de productos de medicina alternativa no presentó un gradiente por edad. Son los grupos de edad intermedios los de mayor consumo, y los de 65 y más años quienes menos los consumen (gráficos 95 y 96).

Gráficos 95 y 96. Consumo de productos de medicina alternativa en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE, INE/MSSSI.



El consumo de productos de medicina alternativa es mayor en las clases altas (gráficos 97 y 98). En el caso de los productos naturales el consumo es particularmente frecuente en las mujeres de clase II.

Gráficos 97 y 98. Consumo de productos de medicina alternativa en las últimas 2 semanas según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE, INE/MSSSI.



En medicina homeopática Cataluña (1,99%) mostró el consumo más alto, junto con Navarra (1,82%) y la Comunidad Valenciana (1,78%). En productos naturales, el consumo más elevado se declaró en el País Vasco (10,97%), seguido de Navarra (6,58%) y Madrid (6,49%).

Tabla 27. Consumo de productos de medicina alternativa en las últimas 2 semanas según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE, INE/MSSSI.

	PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS			PRODUCTOS NATURALES		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	1,16	0,57	1,72	4,71	2,91	6,10
Andalucía	1,04	0,47	1,59	4,16	2,02	5,80
Aragón	1,33	1,12	1,54	2,55	1,06	3,77
Asturias	0,74	0,79	0,70	1,81	1,12	2,30
Baleares	1,06	0,75	1,37	5,11	1,52	7,85
Canarias	1,05	0,00	2,07	4,99	2,19	7,16
Cantabria	0,50	0,00	0,98	0,78	0,24	1,18
Castilla y León	0,16	0,06	0,25	2,50	0,98	3,68
Castilla-La Mancha	0,63	0,51	0,75	2,33	2,44	2,24
Cataluña	1,99	0,99	2,93	5,67	4,57	6,57
C. Valenciana	1,78	0,82	2,71	4,71	2,20	6,78
Extremadura	0,29	0,24	0,36	2,30	1,51	2,92
Galicia	0,66	0,36	0,93	3,21	1,52	4,39
Madrid	0,92	0,31	1,48	6,49	4,72	7,73
Murcia	0,75	0,25	1,27	2,74	0,47	4,49
Navarra	1,82	1,23	2,36	6,58	5,60	7,46
País Vasco	1,44	1,15	1,70	10,97	7,46	13,59
La Rioja	1,22	0,54	1,80	4,71	1,83	6,92
Ceuta	0,15	0,00	0,33	4,67	3,98	5,19
Melilla	0,00	0,00	0,00	4,79	4,82	4,33

PRÁCTICAS PREVENTIVAS GENERALES

Este grupo de indicadores mide el uso de ciertos servicios sanitarios preventivos como la vacunación antigripal (población de 65 y más años) y la determinación de parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular (población de 15 y más años), como la hipertensión arterial, un perfil lipídico adverso o la diabetes.

Las acciones preventivas cuya cobertura se mide tienen por objeto reducir la morbilidad y la mortalidad evitable en una población envejecida. La protección frente a la gripe de las personas en riesgo y la prevención de riesgos relacionados con las enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte en mayores de 65 años, constituyen elementos estratégicos del sistema sanitario para mejorar la esperanza de vida en buena salud. La detección precoz de factores de riesgo puede prevenir la enfermedad cardiovascular mediante cambios oportunos en el estilo de vida y/o con medicación.

Vacunación antigripal en la última campaña

Población de 65 y más años¹⁹

Tablas 2.190 a 2.195 y tablas 2.191b y 2.193b

PRINCIPALES DATOS

Continúa cayendo la cobertura de la vacunación antigripal en España.

La Comisión Nacional de Salud Pública recomienda la vacunación antigripal con carácter poblacional en personas mayores de 64 años. También está recomendada para las personas menores de 65 años con alto riesgo de sufrir complicaciones en caso de padecer la gripe y para las personas que pueden transmitírsela a ellas.

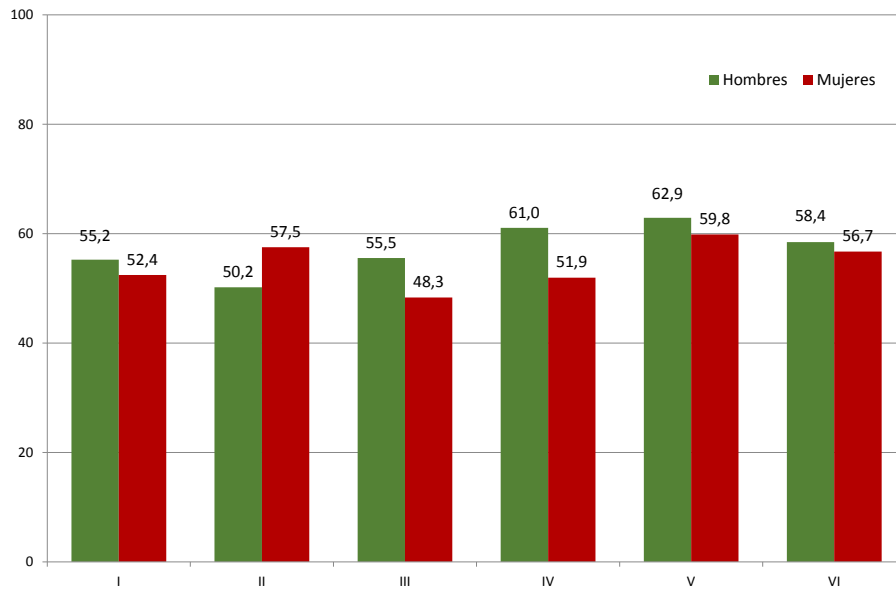
A pesar de ello, después de alcanzar el máximo en 2006, casi el 70%, la cobertura de la vacunación antigripal en mayores de 64 años desciende año tras año. Entre 2006 y 2011 se produjo una caída brusca, de casi 10 puntos porcentuales, y en 2014 continúa el descenso, aunque parece estabilizarse en hombres.

El 56,67% de la población de 65 y más años refiere haberse vacunado en la última campaña, y esta proporción aumenta con la edad. La cobertura es mayor en hombres (58,94%) que en mujeres (54,92%).

Por clase social, la cobertura no presenta un patrón claro, aunque es menor en las clases intermedias en mujeres y en las clases altas en hombres (gráfico 99).

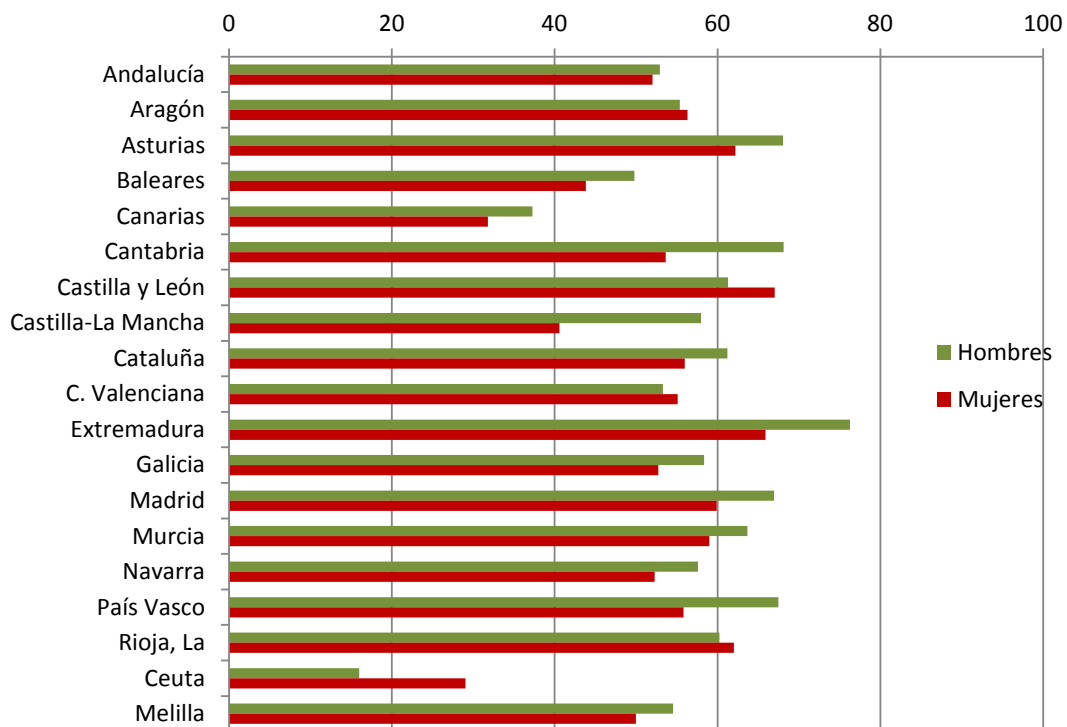
¹⁹ Este apartado, y las tablas 2.191b y 2.193b se refieren únicamente a la vacunación en población de 65 y más años. En las tablas completas (2.190 a 2.195) disponibles en la web, se presentan los datos de la totalidad de la población de 15 y más años.

Gráfico 99. Vacunación antigripal en la última campaña según sexo y clase social. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Por comunidades autónomas, Extremadura (70,45%), Castilla y León (64,49%) y Asturias (64,63%) presentaron las coberturas más altas. En el extremo inferior se situaron Ceuta (23,38%), Canarias (34,27%) y Baleares (46,50%). En hombres se observó una mayor cobertura en todas las CCAA excepto en Aragón, Castilla y León, Comunidad Valenciana, La Rioja y Ceuta, donde la situación es inversa (gráfico 100).

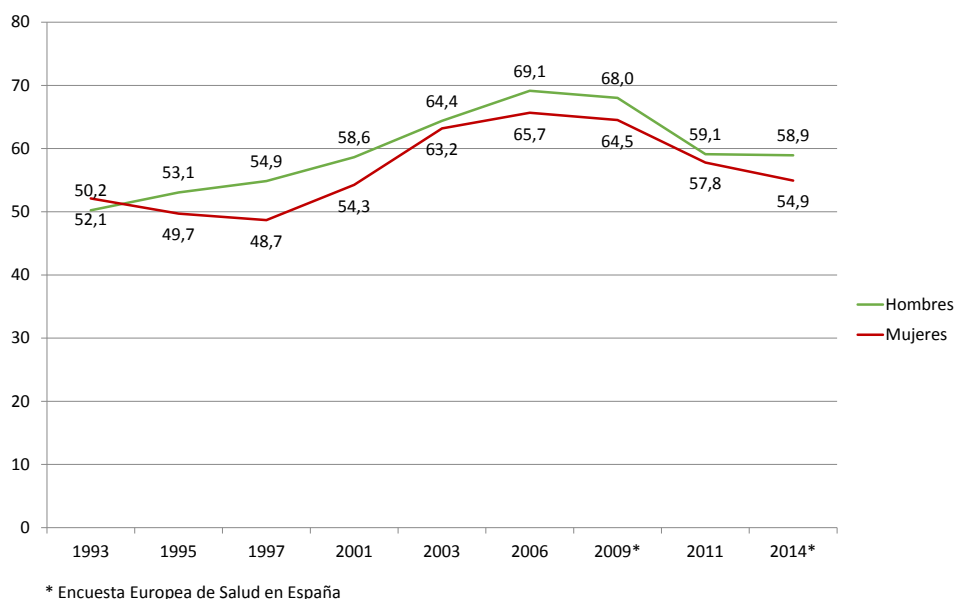
Gráfico 100. Vacunación antigripal en la última campaña según sexo y CCAA. Población de 65 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Tendencia →

La cobertura de la vacunación antigripal en personas de 65 y más años mostró una evolución favorable hasta 2006, año en que se aproximó al 70%. Entre 2006 y 2011 se produjo una caída brusca, de casi 10 pp. Entre 2011 y 2014 se estabilizó en hombres, pero continuó el descenso en mujeres (gráfico 101).

Gráfico 101. Vacunación antigripal en la última campaña según sexo y año de encuesta 1993-2014. Población de 65 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.



Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial Población de 15 y más años

Tablas 2.196 a 2.200

Más del 90% de la población de 65 y más años controló su tensión arterial en el último año.

El cribado o detección precoz de la hipertensión arterial está recomendado para la prevención de morbilidad cardiovascular. Se recomienda mediante una estrategia oportunista, a través de la determinación periódica de la presión arterial clínica.

Se recomienda medir la tensión arterial (TA) en cada visita clínica rutinaria cuando el médico lo crea apropiado, y cada 2 años en aquellos con TA normal, o cada año en aquellos con TA normal-alta, sin límite de edad.²⁰

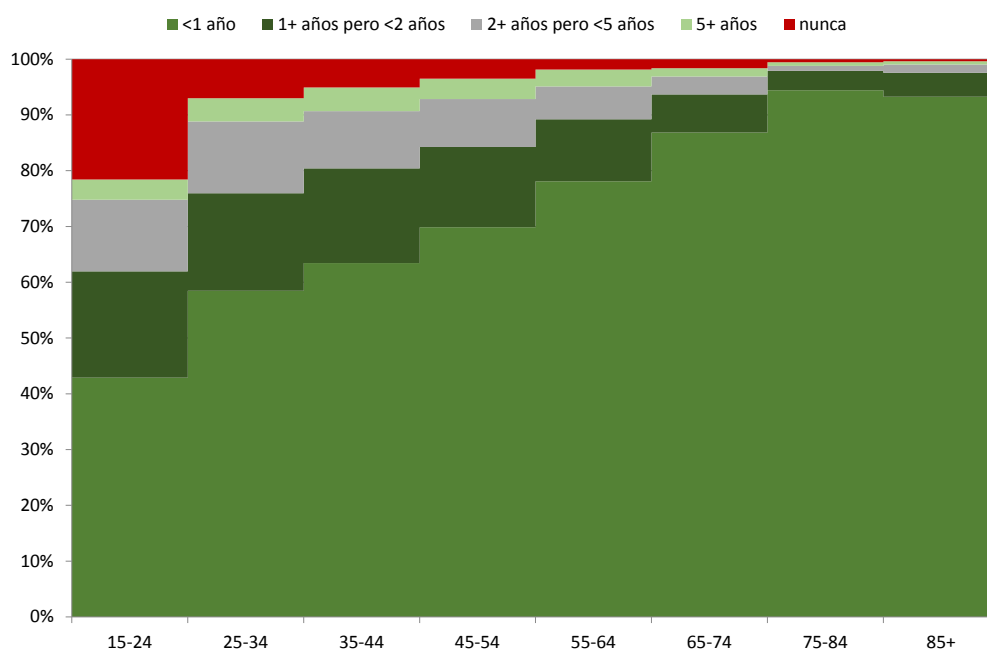
²⁰ Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) Actualización 2014. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Martín Riobó E, Banegas Banegas JR, Navarro Pérez J, Alemán Sánchez JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega Sánchez-Pinilla R, Orozco-Beltrán D, Gil Guillén V. Aten Primaria 2014; 46 (S4):3-15. http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf

El 69,27% de la población de 15 y más años se había tomado la tensión arterial (TA) hace un año o menos (68,03% en hombres, 70,46% en mujeres), y otro 13,53% hacía más de 1 año pero no más de 2. Al 5,65% de la población no le habían tomado nunca la TA.

La frecuencia de esta práctica preventiva se incrementa escalonadamente con la edad, alcanzando el máximo en el rango de 75-84 años, en el que el 94,44% de la población declaró que se había tomado la TA en el último año. Por encima de los 64 años, más del 90% de la población se había tomado la TA en los últimos 2 años, y entre los 35 y los 64 años, por encima del 80% lo ha hecho (gráfico 102).

En todos los grupos de edad la frecuencia fue más alta en mujeres, aunque la diferencia es pequeña y se acorta según va aumentando la edad.

Gráfico 102. Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial por edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por clase social no se observaron diferencias destacables en ninguno de los sexos.

El porcentaje de la población autóctona que se había tomado la TA en el último año fue mayor que en quienes habían nacido en otro país (70,72% vs 59,52%).

La cobertura más baja de toma de tensión en el último año se dio en Andalucía (60,83%), y las más altas en Aragón (76,15%) y País Vasco (79,63%). La CCAA donde más personas declararon que nunca se habían tomado la tensión fue Navarra (9,16%).

Tendencia →

Entre 2006 y 2014 no se observaron cambios sustanciales en la cobertura²¹.

Tabla 28. Medición de la tensión arterial en los últimos 12 meses, según sexo y año de encuesta 2006-2014. Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE.

	2006	2011	2014*
Ambos sexos	70,73	68,02	69,27
Hombres	69,51	66,62	68,03
Mujeres	71,91	69,35	70,46

*En 2014 incluye mediciones en farmacia.

Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol

Población de 15 y más años

Tablas 2.201 a 2.205

El 70% de la población de 15 y más años se midió el colesterol en el último año, 88% de los de 65 y más años.

El incremento del colesterol sérico está relacionado con la mortalidad por cardiopatía isquémica. En España, el PAPPS considera que no hay evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad determinada para realizar el colesterol sérico en población sana, por lo que recomienda incluir la prueba en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de 4 años²².

El 69,46% de la población de 15 y más años declaró que se había medido el colesterol (67,15% en hombres, 71,65% en mujeres) en el último año. La cobertura fue mayor a mayor edad, desde 39,34% en el grupo de 15 a 24 años a 90,68% en 75-84 años, para después descender ligeramente en el grupo de 85 y más años (87,03%).

Otro 20,92% se había medido el colesterol hacía más de un año pero no más de 5, con valores muy semejantes entre hombres y mujeres. Un 2,57% lo hizo hace 5 o más años y un 7,04% declaró que nunca se había medido el colesterol (gráfico 103).

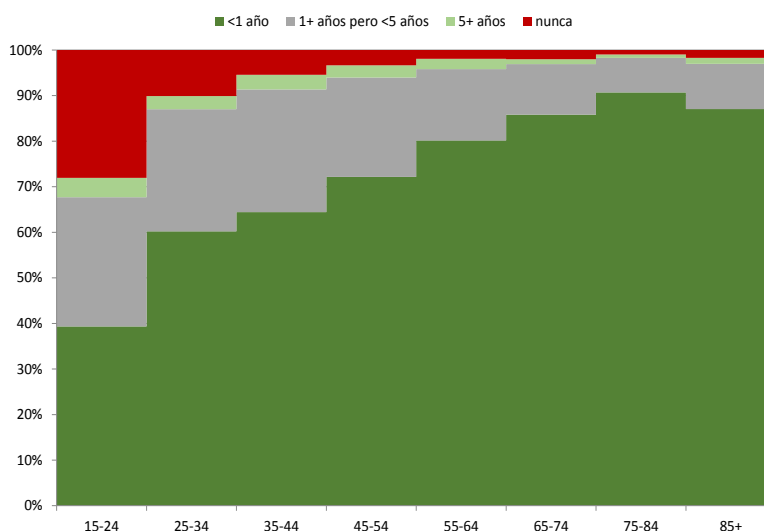
No se observaron diferencias destacables por clase social.

Por comunidades autónomas, la cobertura más baja de medición de colesterol en el último año se dio en Andalucía (62,68%), y la más alta en País Vasco (76,14%). La CCAA donde más personas declararon que nunca se habían medido el colesterol fue Castilla-La Mancha (11,76%).

²¹ Medición de la presión arterial realizada por un profesional sanitario. Hasta la ENSE 2011/12 inclusive, la pregunta excluía explícitamente la toma de tensión en farmacias.

²² Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) Actualización 2014. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Martín Riobó E, Banegas Banegas JR, Navarro Pérez J, Alemán Sánchez JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega Sánchez-Pinilla R, Orozco-Beltrán D, Gil Guillén V. Aten Primaria 2014; 46 (S4): 3-15. http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf

Gráfico 103. Tiempo transcurrido desde la última medición del colesterol, por edad. Población de 15 y más años (%).
EESE 2014, INE/MSSSI



Tendencia →

Entre 2006 y 2014 se acentúa el incremento de la cobertura de la medición del colesterol en el último año en la población de 15 y más años, en ambos sexos (tabla 29).

Tabla 29 – Medición de la colesterolemia en los últimos 12 meses, según sexo y año de encuesta 2006-2014.
Población de 15 y más años (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

	2006	2011	2014
Ambos sexos	61,90	63,78	69,46
Hombres	60,69	62,06	67,15
Mujeres	63,06	65,41	71,65

Tiempo transcurrido desde la última medición de nivel de azúcar en sangre Población de 15 y más años

Tablas 2.206 a 2.210

El 68% de la población de 15 y más años se midió la glucemia en el último año, 86% de los de 65 y más años.

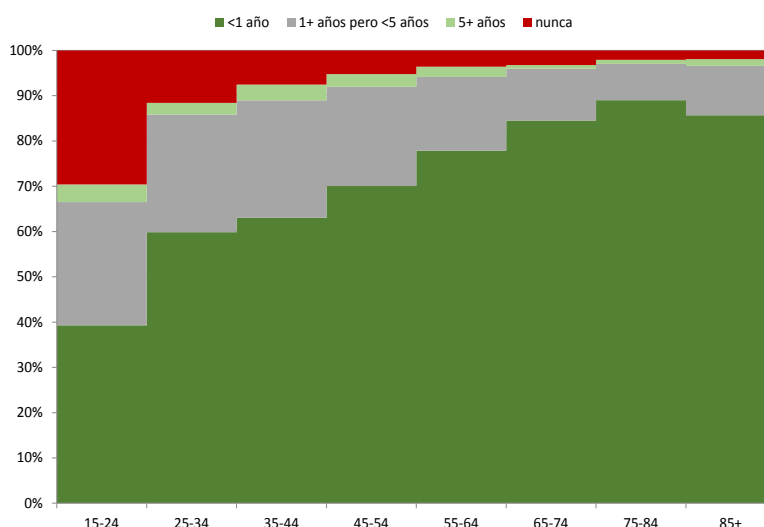
La diabetes supone un incremento del riesgo cardiovascular de casi el doble con respecto al no diabético. Además está asociada con una importante mortalidad prematura causada por algunos cánceres, enfermedades infecciosas y otras causas, independientemente de los principales factores de riesgo.

No hay evidencia suficiente para pautar una determinada periodicidad para la determinación de la glucemia basal en personas no diabéticas. Sin embargo, tal como aconseja el PAPPs, la glucemia suele añadirse a cualquier análisis que se solicite, con una periodicidad mínima de cada 4 años.²³

El 68,16% de la población declaró que se había medido el nivel de glucosa en sangre en los últimos 12 meses (66,12% hombres y 70,07% mujeres). Un 20,66% hace más de un año pero menos de 2, y el 8,63% declara no habérselo medido nunca. El porcentaje de personas que se había medido la glucemia en el último año era más alto a mayor edad, hasta un 89,04% en el grupo de 75 a 84 años, y después desciende (gráfico 104).

Las mujeres declararon en mayor medida haberse medido la glucemia en el último año, excepto entre los 45 y los 54 años.

Gráfico 104. – Tiempo transcurrido desde la última medición de la glucemia, por edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Las personas pertenecientes a la clase social I declararon en menor proporción haberse medido la glucemia en el último año (65,30%), especialmente los hombres (59,51% vs 70,09% en mujeres), pero no se observó un gradiente social claro.

La población nacida en España se había medido el nivel de azúcar durante el último año con mayor frecuencia que la nacida en el extranjero, 69,40% vs 59,72%, como cabe esperar de la diferente distribución por edad. La diferencia fue algo mayor entre hombres (13 pp) que entre las mujeres (8 pp).

Al igual que en el caso del colesterol, la cobertura más baja de medición del nivel de azúcar en el último año se observó en Andalucía (61,65%), y la más alta en País Vasco (75,72%). La

²³ Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) Actualización 2014. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Martín Riobó E, Banegas Banegas JR, Navarro Pérez J, Alemán Sánchez JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega Sánchez-Pinilla R, Orozco-Beltrán D, Gil Guillén V. Aten Primaria 2014; 46 (S4):3-15. http://www.papps.es/upload/file/PAPPs_2014.pdf

comunidad autónoma donde más personas declararon que nunca se habían medido la glucemia fue Castilla-La Mancha (14,58%).

Las personas con estudios intermedios declararon en menor proporción haberse medido el nivel de azúcar en sangre en el último año.

Tendencia →

No hay diferencias sustanciales entre 2009 y 2014 (tabla 30).

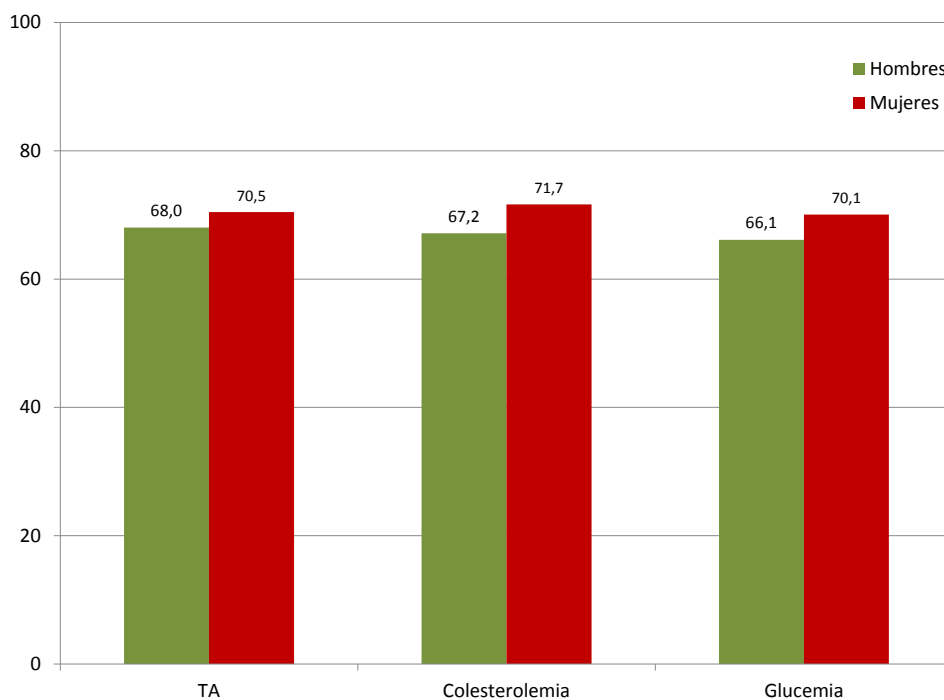
Tabla 30. Medición de la glucemia en los últimos 12 meses, según sexo y año de encuesta 2009-2014. Población de 15 y más años (%). EESE, INE/MSSSI

	2009*	2014
Ambos sexos	69,2	68,16
Hombres	67,8	66,12
Mujeres	70,6	70,07

*población 16+ años

En España la cobertura de cada una de estas pruebas de cribado, -TA, colesterol y glucemia-, fue muy semejante, y en conjunto no presentó desigualdades relevantes al estratificar por las distintas variables. Todas fueron algo más frecuentes en mujeres, como se aprecia en el gráfico 105.

Gráfico 105. Medición de presión arterial, colesterolemia y glucemia en los últimos 12 meses, según sexo. Población de 15 y más años (%). EESE, 2014. INE/MSSSI



DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER

PRINCIPALES DATOS

Este grupo de indicadores mide la cobertura poblacional de algunas pruebas de detección precoz de cáncer: mamografía (mujeres de 50 a 69 años), citología vaginal (mujeres de 15 y más años), prueba de sangre oculta en heces (PSOH) (población de 50 a 69 años) y colonoscopia (población de 15 y más años). Salvo esta última, constituyen elementos estratégicos del sistema sanitario para mejorar la esperanza de vida en buena salud.

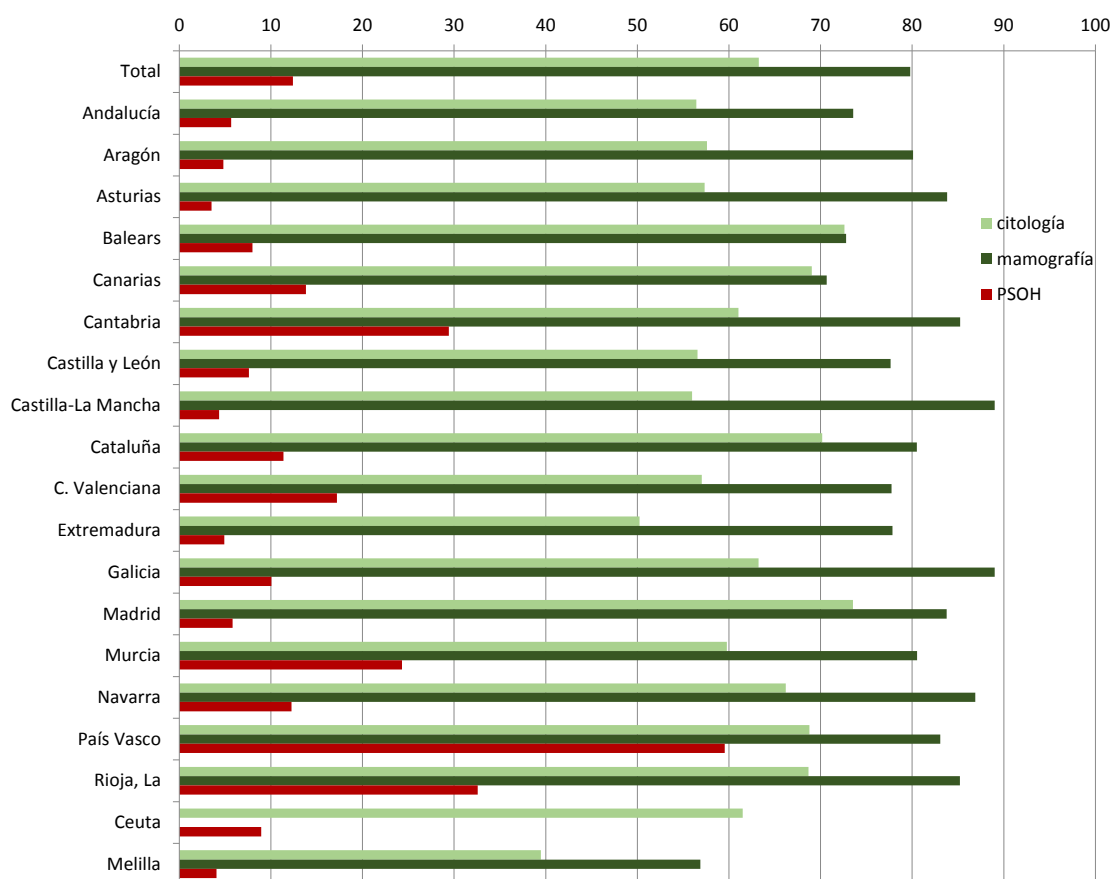
Gráfico 106. Pruebas de detección precoz de cáncer de mama, cuello de útero y colorrectal realizadas según lo recomendado 2009-2014. Población diana de cada programa (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE



Ocho de cada 10 mujeres se han realizado las pruebas de detección de cáncer de mama y de cuello de útero en el plazo recomendado. Algo más de una de cada 10 personas se ha hecho la prueba recomendada para la detección precoz del cáncer de colon en el período indicado (gráfico 106).

Se observan diferencias territoriales en la cobertura de las pruebas de detección precoz de cáncer recomendadas (gráfico 107).

Gráfico 107 Pruebas de detección precoz de cáncer de mama, cuello de útero y colorrectal realizadas según lo recomendado, según comunidad autónoma*. Población diana de cada programa (%). EESE, 2014. INE/MSSSI



*Citología en los últimos 5 años en mujeres de 25 a 64 años; mamografía en los últimos 2 años en mujeres de 50 a 69 años; prueba de sangre oculta en heces en los últimos 2 años en población de 50 a 69 años.

Tiempo transcurrido desde la última prueba de sangre oculta en heces (PSOH) Población 50-69 años

Tablas 2.211 a 2.213

La Estrategia de cáncer del Sistema Nacional de Salud ha introducido más recientemente que en las otras pruebas la recomendación de la PSOH cada 2 años en población de 50-69 años²⁴.

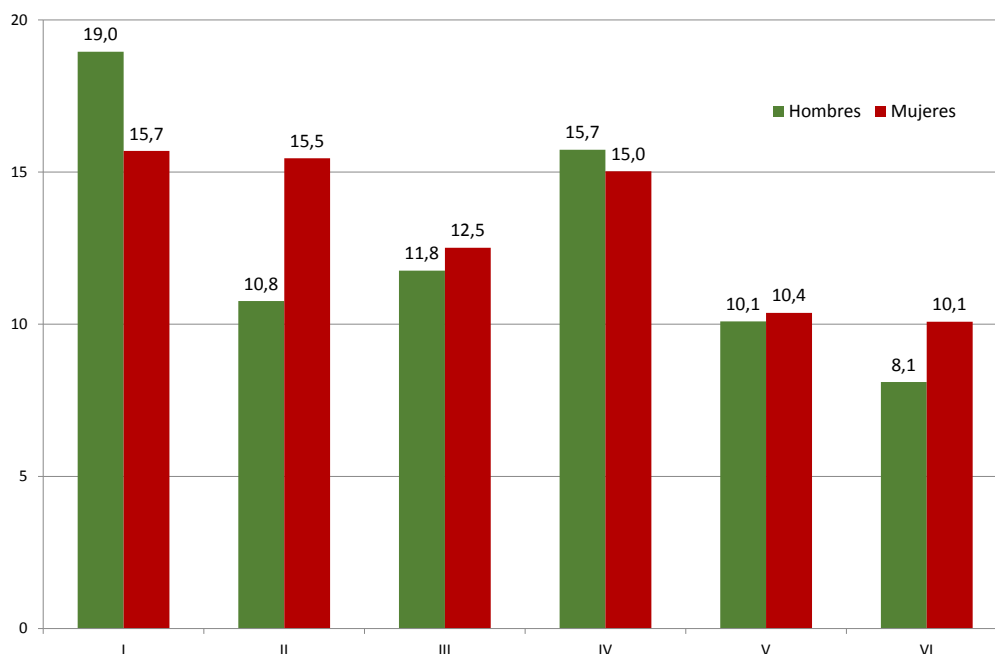
El 12,40% de la población de 50-69 años se había hecho una prueba de sangre oculta en heces en el plazo recomendado (últimos dos años), en proporción similar en ambos sexos. El 2,12% hacía más de 2 años pero menos de 3, y el 4,54% hacía más de 3 años.

El 19,41% de la población de 50-69 años se había hecho la PSOH alguna vez en la vida. La proporción fue algo menor en hombres (18,67%) que en mujeres (20,10%).

²⁴ Estrategia en cáncer del SNS, MSSSI, 2010. El indicador correspondiente de ECHI para Europa mide la misma frecuencia pero en población de 50-74 años.

Según la clase social, los que nunca se habían hecho la prueba fueron más en la clase VI (84,87%) que en la clase I (73,89%). En mujeres se observó un suave gradiente por clase social en la realización de PSOH siendo más frecuente en la clase I. Según las pautas de edad y frecuencia recomendadas, la distribución es irregular, pero es en las clases bajas donde la cobertura es menor (gráfico 108).

Gráfico 108. Prueba de sangre oculta en heces en los últimos 2 años según sexo y clase social. Población diana de los programas de cribado (50-69 años) (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por comunidades autónomas hay grandes diferencias en el grado de implantación de los programas de detección precoz del cáncer colorrectal (gráfico 107). Las de mayor cobertura de PSOH en los últimos 2 años fueron: País Vasco (59,54%), La Rioja (32,58%), y Cantabria (29,43%), y la de menor cobertura, Asturias (3,52%). La comunidad donde más personas de 50 a 69 años declararon no haberse realizado nunca una PSOH fue Castilla-La Mancha (90,64%).

Tendencia →

En menos de tres años se ha doblado la población que se ha hecho una prueba de sangre oculta en heces a la edad y con la periodicidad recomendadas para la detección precoz del cáncer colorrectal. En 2011 el 6,76% de la población de 50-69 años declaró que se había hecho una prueba de sangre oculta en heces en los últimos dos años, y el 12,40% en 2014 (tabla 31).

Tabla 31. Prueba de sangre oculta en heces en los últimos 2 años, según sexo y año de encuesta 2011-2014. Población diana de los programas de cribado (50-69 años) (%). ENSE/EESE, MSSSI/INE

	2011	2014
Ambos sexos	6,76	12,40
Hombres	6,76	12,26
Mujeres	6,76	12,53

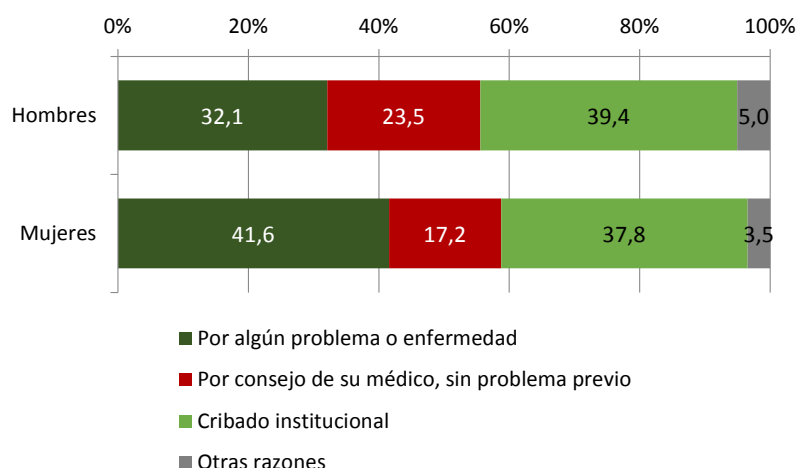
Motivo de la última prueba de sangre oculta en heces

Población 50-69 que se ha hecho la prueba de sangre oculta en heces alguna vez

Tabla 2.214

El motivo declarado con más frecuencia (38,53%) para hacerse la prueba (PSOH) fue porque recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se quería hacer esta prueba, es decir, por cribado institucional, seguido de algún problema, síntoma o enfermedad (37,20%), y por consejo médico (20,08%). En estos dos últimos motivos hubo diferencias por sexos, las mujeres se lo realizaron más frecuentemente por algún síntoma y los hombres más frecuentemente por consejo médico (gráfico 109).

Gráfico 109. Motivo de la última prueba de sangre oculta en heces según sexo. Población de 50-69 años que se ha hecho la PSOH alguna vez (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tiempo transcurrido desde la última colonoscopia

Población de 15 y más años

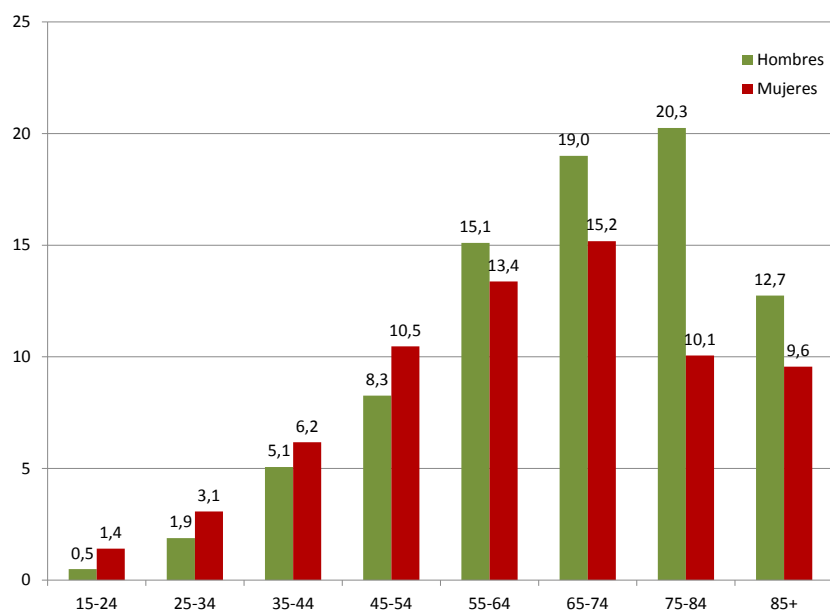
Tablas 2.215 a 2.219

La colonoscopia no está recomendada actualmente en España como prueba de primer nivel para la detección precoz del cáncer colorrectal, por lo que no hay una edad definida para hacérsela. En algunos países de Europa se recomienda cada 5-10 años en población de 50-74 años. Es la primera vez que se pregunta en ENSE/EESE.

El porcentaje de la población de 15 y más años que declaró haberse hecho una colonoscopia alguna vez en la vida fue del 12,30%, similar para ambos sexos. El 8,56% de los hombres y el 8,39% de las mujeres declararon haberse realizado una colonoscopia en los últimos 5 años.

A mayor edad, mayor fue la frecuencia con que se habían realizado esta prueba, hasta los 75 años, para luego disminuir. Por grupo de edad, hasta los 54 años es más frecuente en mujeres y a partir de los 55 más frecuente en hombres (gráfico 110).

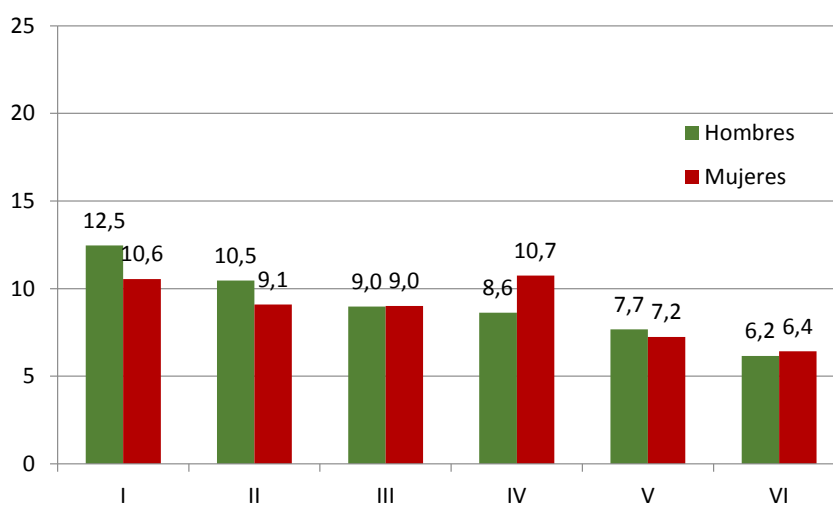
Gráfico 110. Colonoscopia en los últimos 5 años según sexo y grupo de edad. Población de 45 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



En el grupo de edad de 55 a 74 años, más del 15% refirió haberse hecho una colonoscopia en los cinco años anteriores.

Se observó un leve gradiente por clase social excepto por las mujeres de clase IV, en quienes esta prueba se había realizado con mayor frecuencia. Las personas de las clases más bajas (V y VI) son las que declaran con menor frecuencia haberse realizado esta prueba en los últimos 5 años, 7,46% en la clase V y 6,30% en la clase VI (gráfico 111).

Gráfico 111. Colonoscopia en los últimos 5 años según clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Las personas nacidas en España declaran haberse realizado una colonoscopia con mayor frecuencia que las nacidas en el extranjero. Un 93,17% de estos últimos no se han realizado nunca esta prueba vs un 86,89% de los españoles. Esto ocurre tanto en hombres como en mujeres.

En la comunidad autónoma que se declaró con mayor frecuencia la realización de colonoscopia en los últimos cinco años fue País Vasco (11,59%), seguida de Galicia y Madrid, ambas por encima del 10% (gráfico 107).

Realización de mamografía en el periodo recomendado para el cribado de cáncer de mama Mujeres de 50 a 69 años

Tablas 2.220 a 2.223

En las siguientes tablas y gráficos se analiza la realización de mamografía según lo recomendado para el cribado de cáncer de mama, es decir, cada 2 años en mujeres de 50-69 años (Estrategia de cáncer del Sistema Nacional de Salud, UE, OMS...). En las tablas 2.224 a 2.228 se pueden consultar también estos resultados en todas las mujeres de 15 y más años. Los motivos para haberse realizado la mamografía se describen en todos los grupos de edad.

El cribado de cáncer de mama ha alcanzado una cobertura elevada en España: ocho de cada diez mujeres de la población diana. No obstante, la cobertura refleja diferencias territoriales, por país de origen, por clase social y por nivel de estudios.

El 79,79% de las mujeres de 50 a 69 años (grupo de edad en que está recomendada la mamografía) declaró haberse realizado una en los últimos dos años, y otro 8,63% hacía más de 2 años pero menos de 3. El 5,29% se había hecho alguna, pero hace más de 3 años y un 6,99% nunca se había hecho una mamografía.

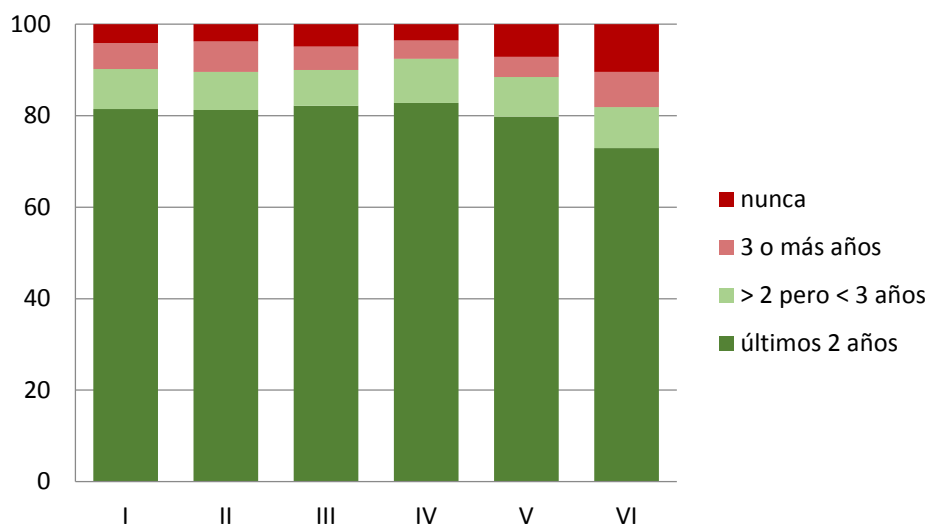
El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se ha realizado una mamografía en los últimos 2 años es más elevado en las mujeres de clase social I (81,44%), mostrando un gradiente, aunque imperfecto (las clases III y IV declaran coberturas superiores al 82%), hasta la clase social VI, que presenta la cifra más baja (72,90%) (gráfico 112). También las mujeres que solo han llegado a cursar estudios básicos declaran con menor frecuencia haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años.

Según país de nacimiento, la cobertura adecuada de la prueba de cribado de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años es superior en las nacidas en España (81,31%) que en el extranjero (63,86%) en los últimos 2 años. Las diferencias se mantienen si consideramos la cobertura en los últimos 3 años.

Por comunidad autónoma, Castilla-La Mancha (89,01%) y Galicia (89,00%) destacaron por la elevada cobertura de sus programas de cribado de cáncer de mama. Si consideramos los tres últimos años, Navarra y País Vasco superan el 95% de cobertura. En sentido inverso destacaron Andalucía, Canarias y la Comunidad Valenciana con valores relativamente elevados en la

frecuencia de mujeres de 50-69 años que no se habían hecho una mamografía en los últimos 3 años o nunca (17,56%, 15,56% y 15,13% respectivamente) (gráfico 107).

Gráfico 112. Tiempo desde última mamografía según clase social. Mujeres de 50 a 69 años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Tendencia →

Continúa el incremento de la cobertura de la mamografía para la detección precoz del cáncer de mama en España (gráfico 106).

Motivo de la última mamografía

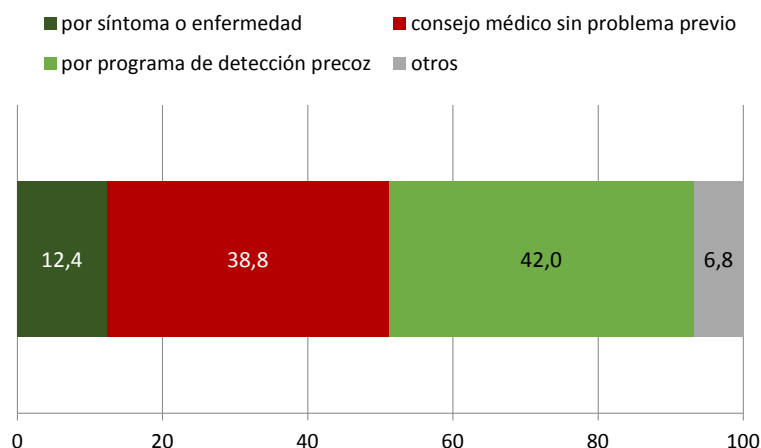
Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez

Tablas 2.229 a 2.233

Contesta a esta pregunta el 55,91% de las mujeres de 15 y más años, las que declararon haberse hecho una mamografía alguna vez.

El 12,38% de las mujeres de 15 y más años que se habían hecho alguna vez una mamografía se hicieron la última por algún síntoma; el 38,82% por consejo de su médico de atención primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema; el 42,04% por cribado institucional (recibió una carta, le llamaron por teléfono o le dijeron en su centro de salud que si se la quería hacer), y el 6,77% por otras razones (gráfico 113).

Gráfico 113. Motivo de la última mamografía. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Los dos primeros motivos fueron más frecuentes entre 15 y 44 años. Entre los 55 y los 74 años el motivo más frecuente fue el cribado institucional.

El porcentaje de mujeres de 15 y más años que se hizo la última mamografía por un problema, síntoma o enfermedad aumenta según descende la clase social, de 10,15% en la clase I a 15,60% en la clase VI.

El 15,48% de las mujeres nacidas en el extranjero declararon haberse hecho esta última mamografía por algún problema, síntoma o enfermedad, frente al 12,04% de las autóctonas.

Las mujeres con estudios intermedios son las que más frecuentemente se realizaron la última mamografía por problemas o síntomas en el grupo de edad de 65 y más. En las mujeres entre 25 y 44 no se observan grandes diferencias, y en las jóvenes (15 a 24) son las mujeres con estudios inferiores las que más frecuentemente se realizaron una mamografía por presentar síntomas de enfermedad.

Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal

Mujeres 15 y más años

Tablas 2.234 a 2.238

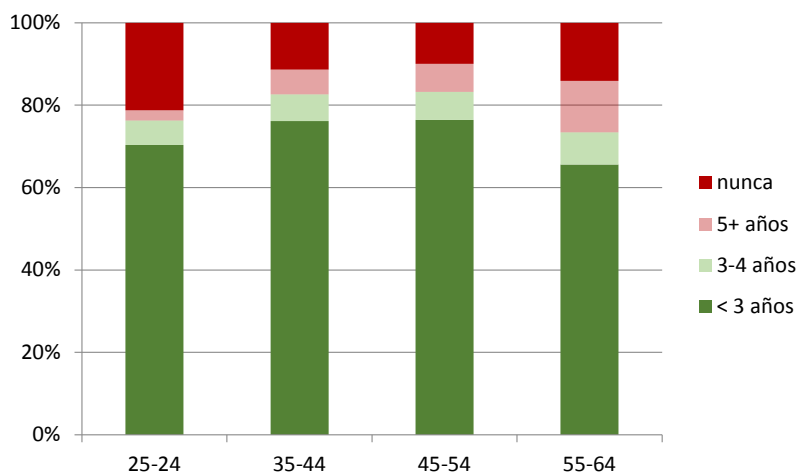
La estrategia para la detección precoz de cáncer de cuello uterino recomienda citología vaginal cada 5 años entre los 25-65 años de edad (Estrategia de cáncer del Sistema Nacional de Salud, 2010), aunque se admiten grupos de edad más amplios y/o mayor frecuencia en algunas comunidades autónomas y países europeos. Por ejemplo, EHIS comparará la cobertura de la prueba en los últimos 3 años en mujeres de 20-69 años (indicador ECHI).

España presenta desde hace tiempo una elevada cobertura del cribado de cáncer de cérvix: ocho de cada diez mujeres entre 25 y 64 años se han hecho una citología en los últimos 5 años. No obstante, al igual que para la mamografía, la cobertura refleja diferencias territoriales, por clase social y por nivel de estudios.

El 79,41% de las mujeres entre 25 y 64 años se hizo una prueba de detección precoz de cáncer de cérvix en los últimos 5 años, según lo recomendado en la estrategia nacional de cáncer.

En el grupo de 15 y más años, el 74,24% de las mujeres declaró que se había hecho una citología vaginal alguna vez en la vida.

Gráfico 114. Tiempo desde última citología vaginal según grupo de edad. Mujeres de 25 a 64 años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Por grupos de edad (gráfico 114), en el de 25 a 34 años ya se había hecho una citología alguna vez el 79,67%. Las mujeres entre 35 a 54 años alcanzaron las coberturas más altas, por encima del 80% y del 90% en el caso de las de 45 a 54 años, para luego descender. El patrón fue el mismo que en años anteriores.

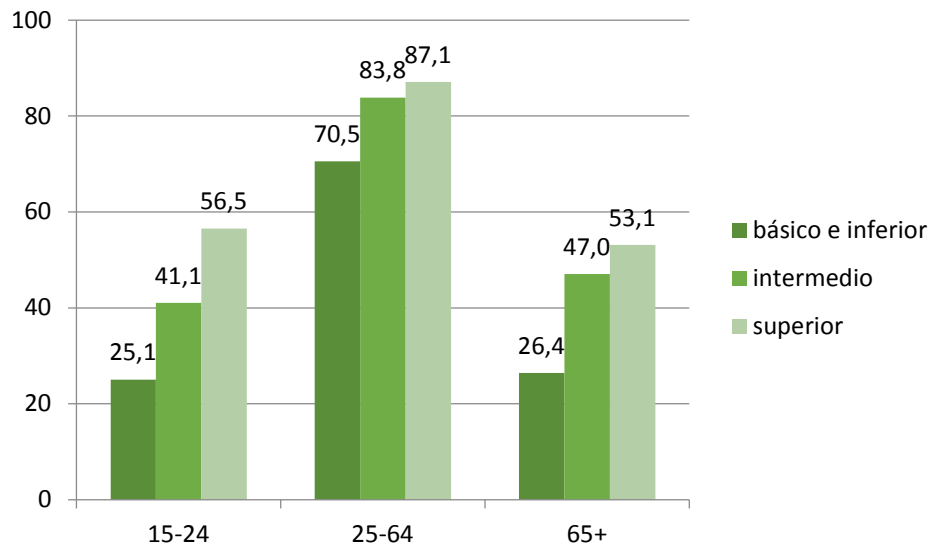
El 63,26% de las mujeres de 15 y más años declaró que se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, el 57,01% se había hecho una citología en los últimos 3 años, y un 10,98% hacía más de 3 pero no más de 5 años.

Por clase social se observa un claro gradiente, tanto en la realización de la prueba alguna vez en la vida como en los últimos 5 años (aunque la clase II declara unos valores un poco mayores que la clase I). El 74,67% de las mujeres de clase I se había hecho al menos una citología vaginal en los últimos 5 años, frente al 52,26% de las mujeres de clase VI.

Según país de nacimiento no hay diferencias entre las personas nacidas en España (63,25% se ha hecho al menos una citología en los últimos 5 años) y en el extranjero (63,31%).

Por comunidad autónoma, se habían realizado al menos una citología en los últimos 5 años por encima del 70% de las mujeres de 15 y más años de Baleares (72,61%), Cataluña (70,19%) y Madrid (73,53%). Extremadura (50,24%) estaba muy por debajo de la media española (gráfico 107).

Gráfico 115. Citología vaginal en los últimos 5 años según grupo de edad y nivel de estudios. Mujeres de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Por nivel de estudios hay un marcado gradiente, desde un 49,49% de mujeres de 15 y más años que se habían hecho al menos una citología vaginal en los últimos 5 años en el nivel más bajo de formación vs un 83,31% en las que tienen estudios superiores. Este gradiente puede observarse en todos los grupos de edad (gráfico 115).

Tendencia →

El cribado de cáncer de cuello de útero en el periodo recomendado (cada 5 años en mujeres de 25 a 65 años) ha sido siempre el de mayor cobertura en España. En 2014, el 79,41% de las mujeres de entre 25 y 64 años se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 72,69% en los últimos 3 años. La cobertura en los últimos 5 años es estable o ligeramente superior a la de años anteriores, 78,0% en 2009 y 78,8% en 2011 (gráfico 106).

Motivo de última citología vaginal

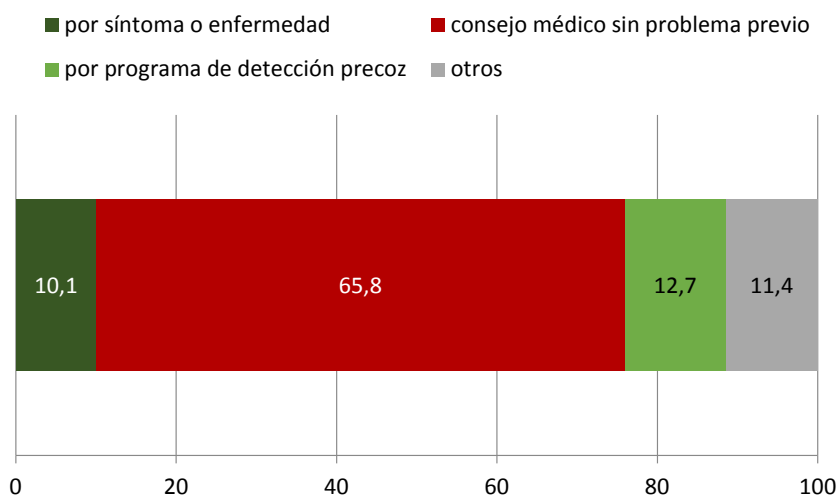
Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez

Tablas 2.239 a 2.243.

Contesta a esta pregunta el 74,24% de las mujeres de 15 y más años, las que declararon haberse hecho una citología alguna vez.

El principal motivo por el cual de las mujeres de 15 y más años se realizaron la última citología fue por consejo de su médico (65,82%). El 12,70% acudió por cribado institucional (porque recibió una carta...) y el 10,09% por algún problema, síntoma o enfermedad (gráfico 116). Este último motivo se concentra en las edades más avanzadas y en el grupo de edad más joven, mientras que el cribado institucional lo hace en las mujeres de 55 a 74 años.

Gráfico 116. Motivo de la última citología vaginal. Mujeres de 15 y más años que se han realizado una citología vaginal alguna vez (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Las mujeres que declararon haberse hecho la última citología por algún problema aumentan según desciende la clase social (de 6,11% a 14,44%).

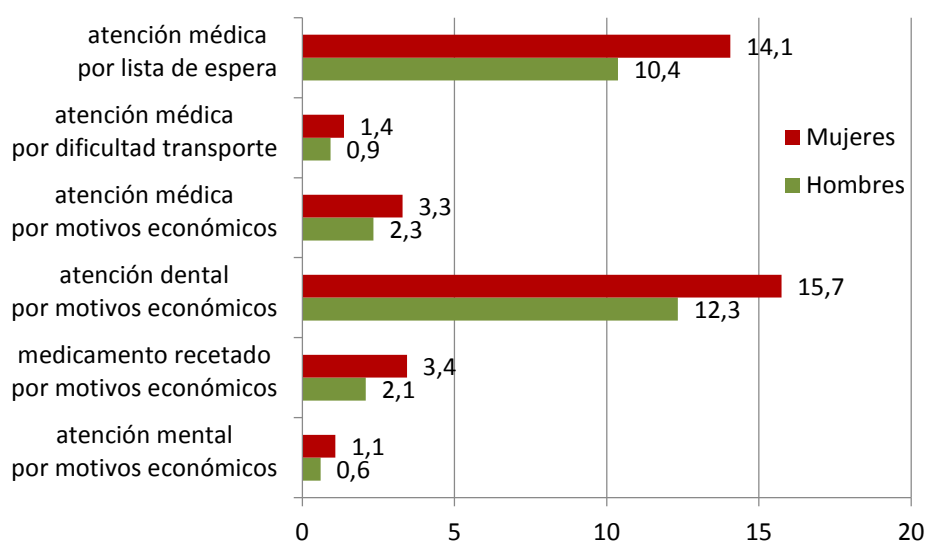
Navarra (59,44%), País Vasco (35,38%) y Aragón (32,09%) declararon en mayor medida el cribado institucional como principal motivo para haberse hecho la última citología.

Existe un gradiente por estudios en la realización de la citología por problemas o síntomas: las mujeres con estudios inferiores declaran en mayor medida este motivo (12,38% vs 6,98% las de estudios superiores). Lo mismo ocurre con el cribado institucional (15,92% vs 9,20%), mientras que el consejo médico presenta un gradiente inverso (62,37% vs 70,76%).

NECESIDADES NO CUBIERTAS

El acceso a la atención sanitaria es un determinante clave de la salud. En los países europeos, con alto grado de protección social, el estado es responsable de proporcionar servicios de salud en igualdad de acceso, independientemente de la posición social. En la EESE 2014 la percepción subjetiva de la inaccesibilidad a la atención sanitaria se midió con preguntas diferentes tanto de la edición anterior de EHIS como de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV o EU-SILC). Los resultados tampoco son comparables con la serie iniciada en la ENSE 2001, por diferencias en la definición del constructo, en la formulación y en la ubicación de las preguntas.

Gráfico 117. Inaccesibilidad percibida a distintos tipos de atención sanitaria en los últimos 12 meses, por sexo y causa. Población de 15 y más años. EESE 2014, INE/MSSSI



PRINCIPALES DATOS

En el gráfico 117 se representan distintos tipos y causas de inaccesibilidad subjetiva. Un 12,26% de la población de 15 y más años declaró que, en el último año, había sufrido demora excesiva, o incluso no había podido acceder a la asistencia médica, a causa de una lista de espera demasiado larga, y un 1,15% por haber tenido problemas de transporte.

En cuanto a los motivos económicos, un 2,83% de la población de 15 y más años declaró que no había podido acceder a la atención médica, un 14,08% a la atención dental, un 2,78% a un medicamento recetado, y un 0,85% a la atención mental.

Todas las inaccesibilidades económicas presentaron un marcado gradiente por clase social, tanto en hombres como en mujeres, pero con mayor brecha en mujeres que en hombres. También por nivel de estudios se observó un claro gradiente. La población no autóctona declaró en mayor medida inaccesibilidad por problemas económicos, y las personas en desempleo también, más que las que se encuentran en cualquiera de las demás situaciones laborales.

La encuesta refleja más necesidades sin cubrir en mujeres, en personas nacidas en otros países, en desempleados y en quienes tienen menos recursos. Todos los tipos de inaccesibilidad estudiados fueron más frecuentes en mujeres que en hombres.

Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 2.146 a 2.151

El 12,26% de la población de 15 y más años declaró haber sufrido en los últimos 12 meses un retraso excesivo o incluso no haber podido acceder a la asistencia médica a causa de la lista de espera. Un 66,94% declaró no haberlo tenido, y un 20,80% declaró no haber necesitado asistencia sanitaria en ese período.

Las mujeres declararon en mayor proporción demora o inaccesibilidad por lista de espera (14,06% vs 10,37%) en todos los grupos de edad.

No se aprecia un gradiente claro por clase social en la demora o inaccesibilidad, las clases I y II declararon este problema en menor proporción que las clases IV, V y VI, siendo las personas de clase IV quienes lo refirieron con mayor frecuencia.

Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 2.152 a 2.157

Un 1,15% de la población de 15 y más años declaró haber sufrido retraso excesivo o inaccesibilidad a la asistencia médica en los últimos 12 meses por problemas con el transporte.

Las mujeres declararon en mayor proporción demora o inaccesibilidad por dificultades con el transporte y, en general, las personas de 75 y más años declararon este tipo de problema con mayor frecuencia.

Al igual que en la inaccesibilidad por lista de espera, por clase social no se observó un gradiente claro, que sí se apreció por nivel de estudios.

Canarias (2,61%), Asturias (2,24%) y Cataluña (2,06%) son las comunidades que declararon inaccesibilidad por el transporte o la distancia en mayor medida.

Inaccesibilidad a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 2.158 a 2.163

En la gráfico 117 se representa la inaccesibilidad declarada a distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos.

Un 2,83% de la población de 15 y más años declaró que no había podido acceder a la atención médica por este motivo. El porcentaje es algo más alto en mujeres (3,29% vs 2,34%), aumenta con la edad hasta el grupo de 55-64 años y luego disminuye.

Un 14,08% de la población 15 y más años declaró inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos. Las mujeres declararon inaccesibilidad con mayor frecuencia que los hombres (15,74% vs 12,34%). Por grupo de edad el porcentaje aumenta hasta los 45-54 años y luego disminuye. Esta distribución se dio tanto en hombres como en mujeres.

Un 2,78% de la población 15 y más años declaró que en alguna ocasión en el último año no había podido acceder a un medicamento que le había sido recetado por no poder pagarlo. El porcentaje declarado por las mujeres es algo mayor (3,44%) que en hombres (2,09%).

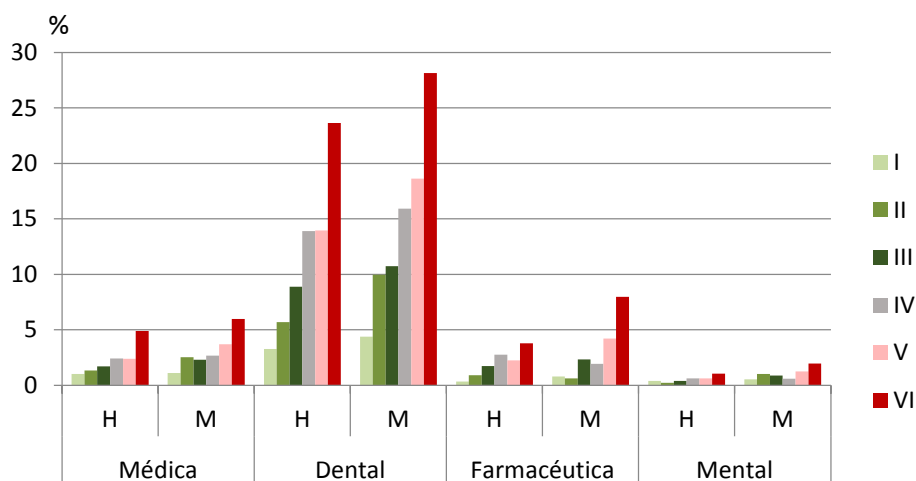
Por grupo de edad, el porcentaje mayor se encontró entre 55 y 65 años (3,67%), sobre todo a expensas de las mujeres, un 4,44% de las cuales sufrió inaccesibilidad en este grupo de edad. Entre los 35 y los 64 años la frecuencia está por encima del 3%.

La inaccesibilidad declarada fue dos veces mayor en la población no autóctona (4,81%) que entre la autóctona (2,48%), tanto en hombres como en mujeres.

Las personas incapacitadas para trabajar (6,75%) y las que se encuentran en situación de desempleo (6,37%) son las de mayor probabilidad de no haber podido acceder a la medicación por motivos económicos. En cambio, solo el 2,38% de la población jubilada o prejubilada declara haberse encontrado en esa situación.

Un 0,85% de la población de 15 y más años declaró haber tenido inaccesibilidad a la atención mental por problemas económicos²⁵.

Gráfico 118. Inaccesibilidad por motivos económicos a distintos tipos de atención sanitaria en los últimos 12 meses, por sexo y clase social. Población de 15 y más años. EESE 2014, INE/MSSSI



²⁵ En la pregunta sobre las barreras económicas para el acceso a la atención de salud mental podría haberse producido un sesgo derivado de una reacción consciente psicológica frente a una enfermedad estigmática, resultando en un porcentaje de inaccesibilidad inesperadamente bajo.

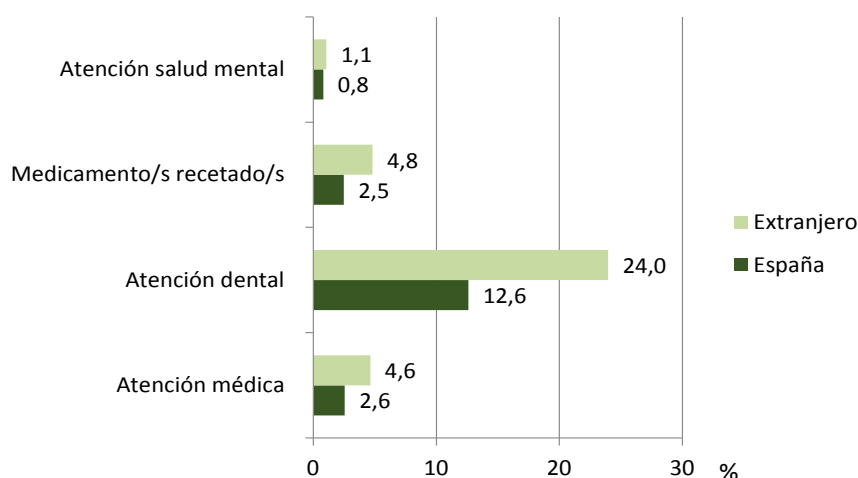
Todas las inaccesibilidades por problemas económicos mostraron un claro gradiente por clase social (gráfico 118), especialmente en la atención dental. La falta de acceso la manifestaron tanto hombres como mujeres, pero con una diferencia mayor en mujeres que en hombres:

- la inaccesibilidad a la atención médica por problemas económicos fue de 1,08% en la clase I y aumentó progresivamente hasta 5,55% en la clase VI (de 1,04% a 4,94% en hombres y de 1,11% a 6,07% en mujeres).
- la inaccesibilidad a la atención dental por problemas económicos es la que mostró mayor pendiente, pasando de 3,83% en la clase I, a 26,11% en la clase VI (3,27% a 23,64% en hombres y 4,40% a 28,19% en mujeres).
- la inaccesibilidad a un medicamento recetado por problemas económicos la declaró un 0,56% en clase I, hasta alcanzar un 6,12% en clase VI (0,34% a 3,80% en hombres y 0,79% a 8,07% en mujeres).
- la inaccesibilidad a la atención en salud mental por problemas económicos fue de 0,46% en clase I y de 1,59% en clase VI (0,40% a 1,07% en hombres y 0,53% a 2,02% en mujeres).

Por nivel de estudios se observó asimismo este gradiente.

Las personas nacidas fuera de España declaran en mayor medida inaccesibilidad por problemas económicos que la población autóctona (gráfico 119).

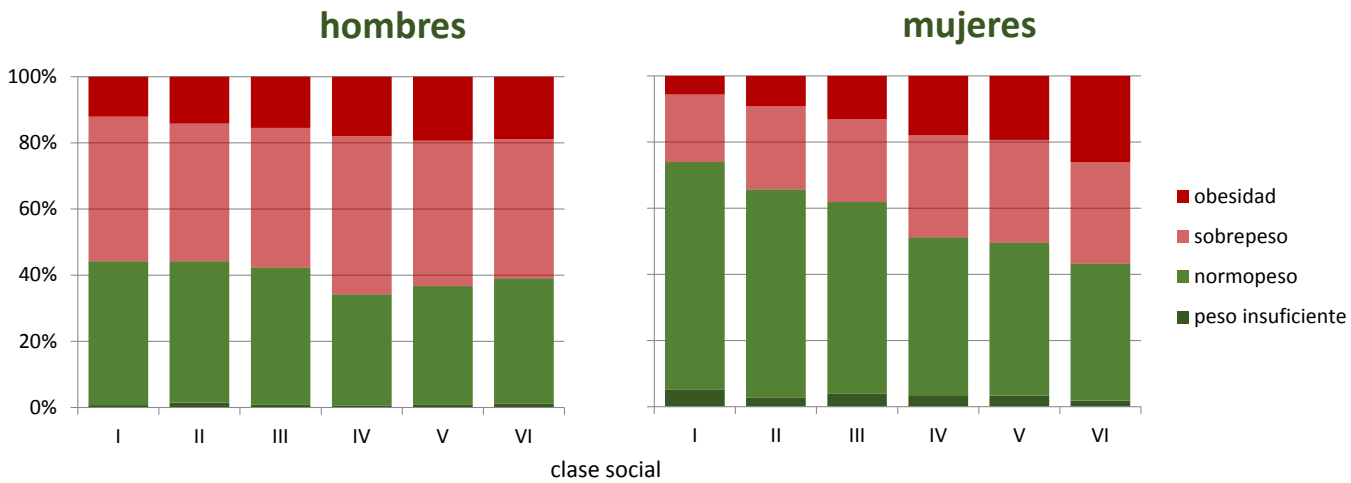
Gráfico 119. Inaccesibilidad por motivos económicos a distintos tipos de atención sanitaria en los últimos 12 meses, por país de nacimiento. Población de 15 y más años. EESE 2014, INE/MSSSI



Canarias es la CCAA que declara mayor inaccesibilidad por problemas económicos a la asistencia médica (15,05%), y a la asistencia dental (22,79%). Andalucía es la que declara un porcentaje mayor de inaccesibilidad económica a un medicamento recetado (6,11%), seguida de Galicia (5,99%); en Aragón, Cantabria y Castilla y León está por debajo del 1%.

Las personas en desempleo son las que declararon en mayor medida inaccesibilidad debida a problemas económicos a cualquiera de los servicios estudiados.

DETERMINANTES DE LA SALUD



ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El sobrepeso y la obesidad se definen como un peso excesivo con riesgo para la salud debido a la elevada proporción de grasa corporal. Se miden aquí con el índice de masa corporal (IMC²⁶), que valora el peso en relación con la talla (peso y talla autodeclarados), y se clasifican de acuerdo con la OMS, 2000²⁷.

Los resultados de la EESE 2014 para el exceso de peso son probablemente infraestimaciones, como se sabe que sucede cuando el dato se obtiene a partir de lo que los entrevistados declaran y no de la medición directa de la talla y el peso.

Un índice de masa corporal (IMC) elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, renales, diabetes, enfermedades del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer. La carga de enfermedad y la carga económica generadas por el sobrepeso han hecho que la Asamblea General de Naciones Unidas haya establecido como objetivo para las enfermedades crónicas en 2025 la estabilización de las tasas de obesidad en los niveles de 2010.

PRINCIPALES DATOS

El exceso de peso en la población adulta parece estabilizarse, pero no de igual manera según el sexo y la clase social.

Por primera vez desde que se inició la serie de encuestas de salud en España (1987), en 2014 no se observa un incremento de la prevalencia de obesidad en hombres (17,03% en 2011 y 16,91% en 2014). En cuanto al sobrepeso, la prevalencia en hombres desciende levemente (45,14% en 2011 y 43,60% en 2014), volviendo a los niveles de los años 90 (tabla 33). En mujeres no se producen estos cambios: la obesidad sigue su curso ligeramente ascendente y el sobrepeso, -aunque siempre muy por debajo de los hombres-, se mantiene estable.

España presenta tasas de sobrepeso y obesidad altas con respecto a otros países afines, y también en otros factores de riesgo para la salud como el consumo de tabaco o de alcohol (OECD, 2015). El incremento del exceso de peso (sobrepeso + obesidad) que se ha producido en las últimas décadas, alcanzó los 12 puntos porcentuales entre 1987 y 2011. Creció sobre todo la obesidad, que pasó del 7,38% al 16,91% en ese período, sin que apenas variaran los porcentajes de sobrepeso. De confirmarse en los próximos años el descenso que se observa en 2014 en la prevalencia de sobrepeso se estaría ante un importante cambio de tendencia. La obesidad por su parte se estabiliza.

Es casi 5 veces más probable que una mujer sea obesa en la clase social más baja que en la más alta. En hombres, 1,6 veces más probable en la clase más desfavorecida. También para el sobrepeso hay un gradiente social, pero solo en mujeres: dos de cada diez en la clase I vs tres de cada diez en clase VI.

²⁶ El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó, a partir del peso y la talla autodeclarados, según la fórmula de Quetelet: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$

²⁷ En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías:

peso insuficiente	$IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$
normopeso	$18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$
sobrepeso	$25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$
obesidad	$IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

En este grupo de edad las categorías utilizadas son iguales para hombres y mujeres y para todas las edades.

Índice de masa corporal en población adulta

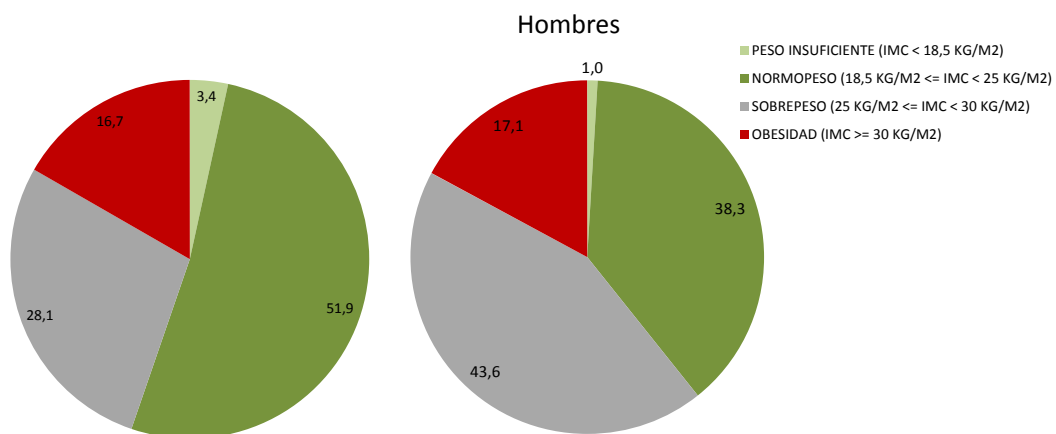
Población de 18 y más años

Tablas 3.001 a 3.006

Más de la mitad (52,65%) de la población adulta (18 y más años) en España está afectada por la obesidad o el sobrepeso.

La distribución por sexo y grupo de edad se muestra en el gráfico 120 y en la tabla 32. La obesidad afecta al 16,91% de la población de 18 y más años, 17,13% de los hombres y 16,68% de las mujeres.

Gráfico 120. Obesidad, sobrepeso, normopeso y peso insuficiente en hombres y en mujeres. Población de 18 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



La diferencia entre hombres y mujeres en la prevalencia de obesidad fue pequeña: algo mayor en hombres, a expensas del grupo de entre 35 y 64 años. A partir de esa edad fue mayor en mujeres (25,55% vs 21,30% en población de 65 y más años).

La obesidad aumenta con la edad, excepto en el último grupo (85 y más), en el que la tasa fue 7 pp menor, tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto al sobrepeso, se observó en el 35,74% de la población de 18 y más años. Fueron notables las diferencias por sexo, presentando mayor frecuencia en hombres (43,60% vs 28,05%). El sobrepeso era más frecuente a mayor edad, excepto a partir de 75 años en hombres y de 85 en mujeres.

Tabla 32. Obesidad y sobrepeso según sexo y grupo de edad. Población de 18 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

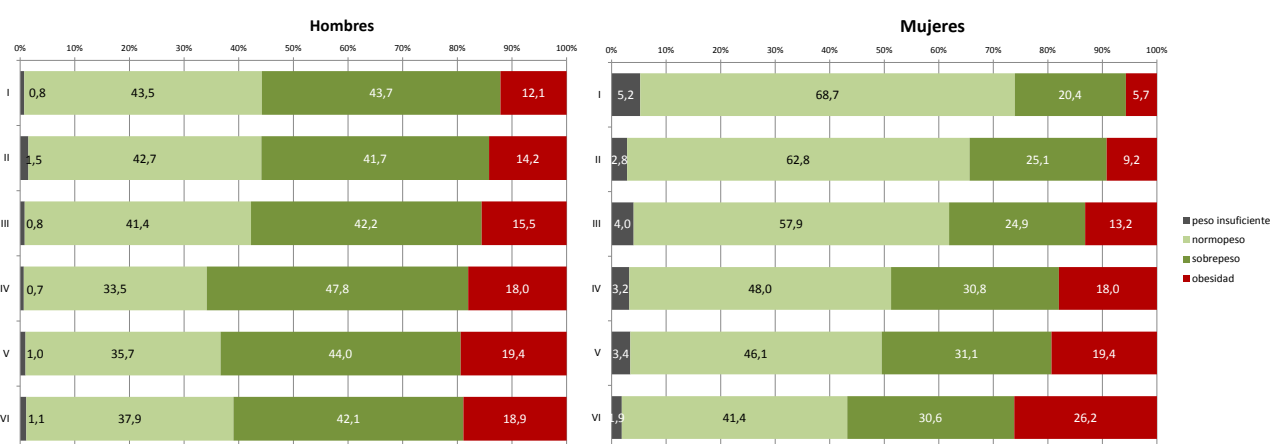
Edad	Total	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
OBESIDAD (IMC\geq30 Kg/m²)									
Ambos sexos	16,91	4,46	11,19	14,00	18,35	23,04	24,54	24,47	17,44
Hombres	17,13	4,51	10,41	15,28	20,72	24,71	22,27	21,69	14,80
Mujeres	16,68	4,40	11,98	12,65	15,94	21,38	26,65	26,61	19,03
SOBREPESO (25 Kg/m² \leq IMC < 30 Kg/m²)									
Ambos sexos	35,74	19,85	27,24	33,55	37,35	41,96	45,75	44,96	42,16
Hombres	43,60	24,30	36,05	44,49	45,70	48,92	53,38	49,11	49,32
Mujeres	28,05	15,14	18,35	22,07	28,84	35,07	38,67	41,78	37,86
EXCESO DE PESO (OBESIDAD + SOBREPESO) (IMC\geq25 Kg/m²)									
Ambos sexos	52,65	24,31	38,43	47,55	55,70	65,00	70,29	69,43	59,60
Hombres	60,73	28,81	46,46	59,77	66,42	73,63	75,65	70,80	64,12
Mujeres	44,73	19,54	30,33	34,72	44,78	56,45	65,32	68,39	56,89

La prevalencia de peso insuficiente fue del 2,20%. El peso insuficiente fue tres veces más frecuente en mujeres que en hombres (3,42% vs 0,95%). La mayor prevalencia se dio en mujeres de 18-24 años, afectando al 11,33% de ese grupo.

El 45,16% de la población de 18 y más años presentó normopeso, las mujeres con mayor frecuencia que los hombres (51,85% vs 38,32%).

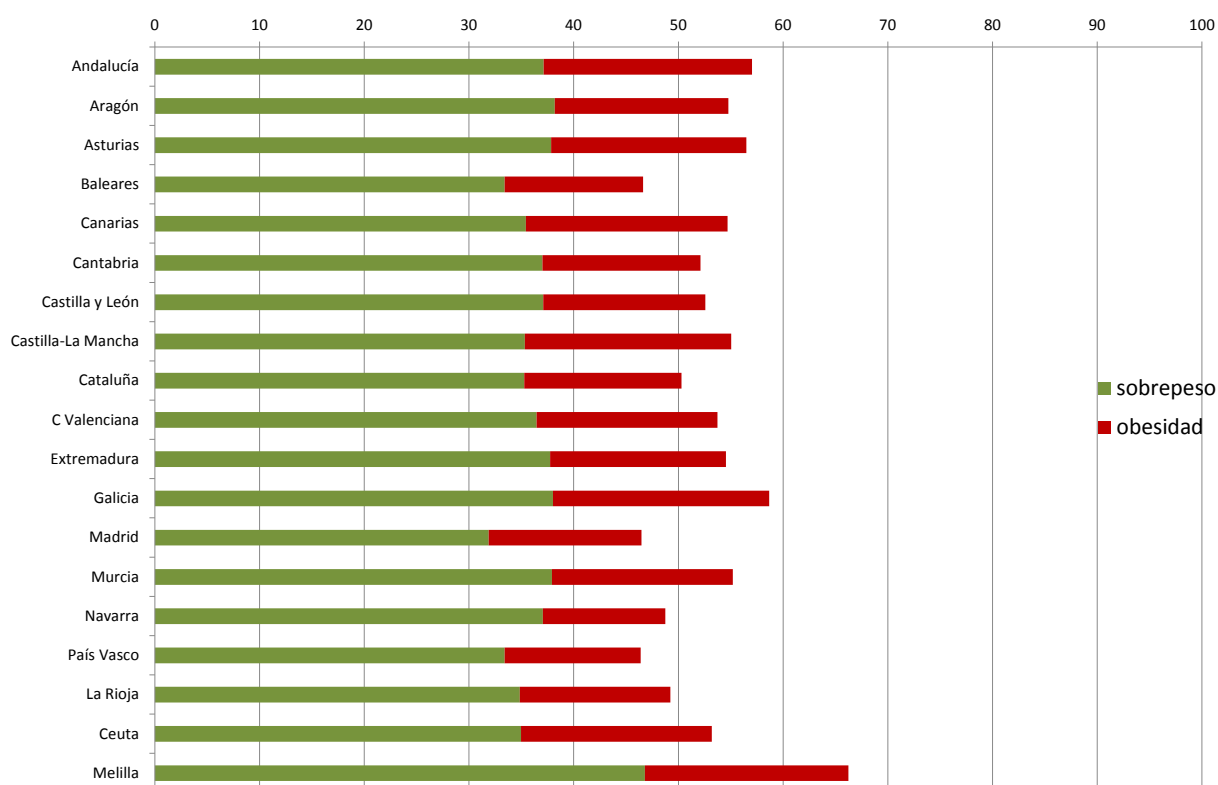
En el gráfico 121 se observan las diferencias según la clase social, especialmente en mujeres. Para la obesidad se observó un gradiente en ambos sexos, muy marcado en mujeres (5,71% en clase I vs 26,17% en clase VI). Es 4,6 veces más probable que una mujer sea obesa en la clase VI que en la clase I. En hombres, 12,10% en clase I vs 18,77% en clase VI, 1,6 veces más probable en la clase más desfavorecida. En hombres no hay gradiente para el sobrepeso, mientras que sí existe en mujeres (20,35% en clase I vs 30,59% en clase VI). El 68,71% de las mujeres de clase I presenta normopeso, frente al 41,30% de clase VI. En hombres el 43,47% en clase I vs 37,98% en clase VI. El peso insuficiente se concentra en mujeres de clase I (5,24%) vs clase VI (1,85%).

Gráfico 121. Obesidad, sobrepeso, normopeso y peso insuficiente según la clase social, en hombres y en mujeres. Población de 18 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



La disparidad en la distribución de la obesidad por nivel de estudios presentó un gradiente similar al de la clase social: fue menor en quienes alcanzaron mayor nivel de estudios, especialmente en mujeres, donde pasó de un 24,28% en el nivel básico o inferior a un 7,50% en el superior. En cambio el peso insuficiente fue menor en mujeres con bajo nivel de estudios, presentando un leve gradiente protector.

Gráfico 122. Obesidad, sobrepeso, normopeso y peso insuficiente según la comunidad autónoma de residencia. Hombres y mujeres de 18 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según sexo, país de nacimiento y grupo de edad, los hombres nacidos en España tienden a ser obesos con mayor frecuencia que los nacidos en el extranjero (17,60% vs 13,71%), mientras que en las mujeres se observa lo contrario (20,42% las extranjeras vs 16,68% las españolas).

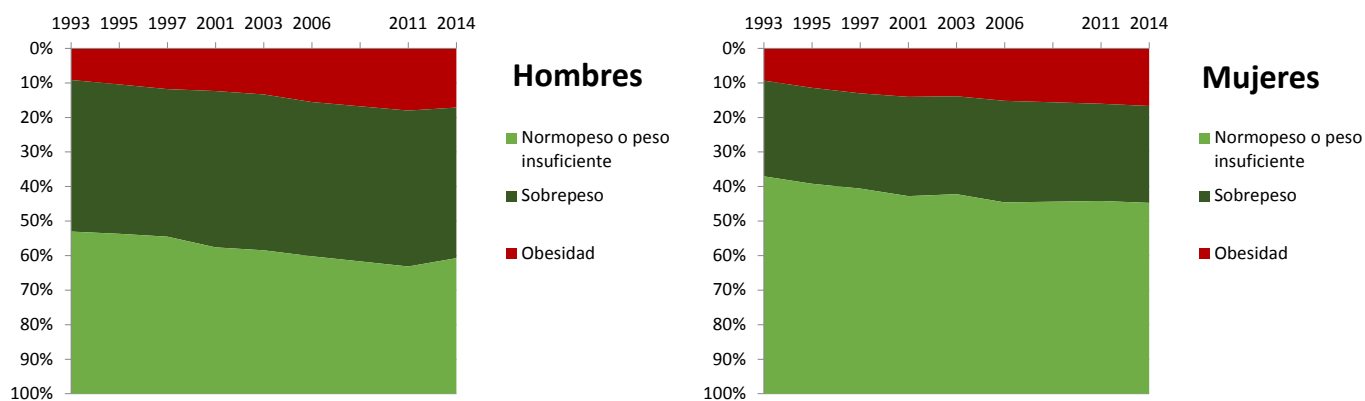
Las comunidades autónomas donde se presentan prevalencias más altas de obesidad son Galicia (20,66%), Andalucía (19,90%), Castilla-La Mancha (19,70%), Melilla (19,44%) y Canarias (19,25%). En el extremo opuesto están Navarra y País Vasco, con menos del 13%. La razón de prevalencias máximo/mínimo es de 1,8. El sobrepeso sin embargo se distribuye de manera más homogénea territorialmente, destacando el máximo en Melilla (46,80%) y el mínimo en Madrid (31,89%). Respecto al peso insuficiente, en Madrid, Baleares, Castilla y León y Cataluña se observan porcentajes por encima del 4% en mujeres (gráfico 122).

Tendencia →

En los últimos veinte años el exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en España ha ido aumentando de forma paulatina hasta alcanzar valores elevados. Entre 1993 y 2014 el tamaño de la población (prevalencia autodeclarada) con sobrepeso se ha mantenido prácticamente

estable, mientras que la población con obesidad iba creciendo de forma constante hasta casi doblarse y disminuía la población con normopeso (gráfico 123 y tabla 33).

Gráfico 123. Evolución de obesidad, sobrepeso y normopeso. Hombres y mujeres de 18 y más años (%). ENSE/EESE 1993-2014, MSSSI/INE



Entre 2011 y 2014, y por primera vez desde 1987, en los hombres no se observa un incremento de la obesidad, y el sobrepeso desciende ligeramente, volviendo a niveles de los años 90, aunque hay que esperar a encuestas posteriores para confirmar esta posible estabilización. En mujeres no se observan estos cambios: la obesidad sigue su curso levemente ascendente y el sobrepeso, -aunque siempre muy por debajo de los hombres-, se mantiene estable.

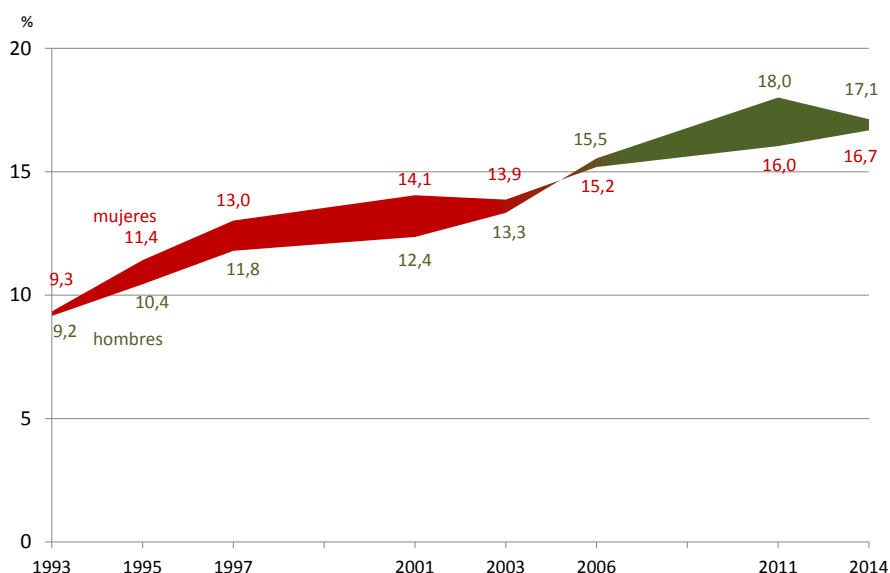
Tabla 33. Obesidad y sobrepeso según sexo. Población de 18 y más años (%). ENSE/EESE 1987-2014

Año	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
OBESIDAD (IMC\geq30 Kg/m2)									
Total	7,38	9,24	10,91	12,39	13,20	13,62	15,37	17,03	16,91
Hombres	6,90	9,16	10,45	11,80	12,36	13,34	15,55	18,01	17,13
Mujeres	7,91	9,34	11,43	13,02	14,05	13,88	15,19	16,04	16,68
SOBREPESO (25 Kg/m2 \leq IMC < 30 Kg/m2)									
Total	32,34	35,98	35,79	35,39	37,03	36,49	37,13	36,65	35,74
Hombres	38,37	43,88	43,24	42,72	45,25	45,12	44,65	45,14	43,60
Mujeres	25,59	27,71	27,78	27,57	28,72	28,34	29,41	28,14	28,05
EXCESO DE PESO (OBESIDAD + SOBREPESO) (IMC\geq25 Kg/m2)									
Total	39,72	45,22	46,71	47,78	50,23	50,11	52,50	53,67	52,64
Hombres	45,27	53,04	53,69	54,52	57,61	58,46	60,19	63,15	60,73
Mujeres	33,50	37,05	39,20	40,59	42,77	42,22	44,60	44,18	44,73

El incremento de la obesidad de las últimas décadas ha afectado a ambos sexos, todas las edades y clases sociales, pero no en la misma medida. En términos absolutos y relativos el aumento es más acentuado en hombres entre 45 y 74 años, aunque también se produce en

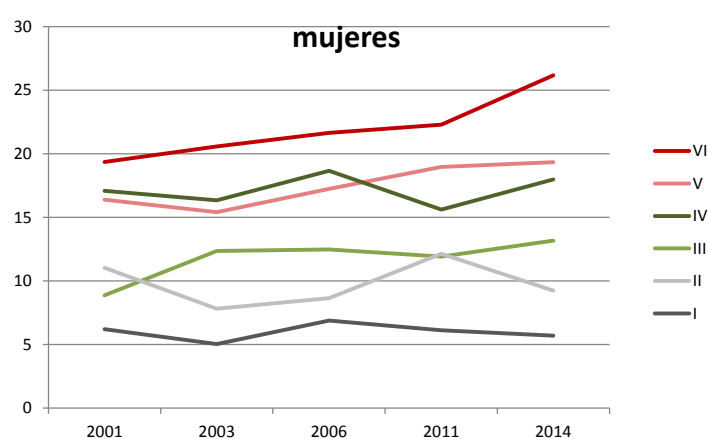
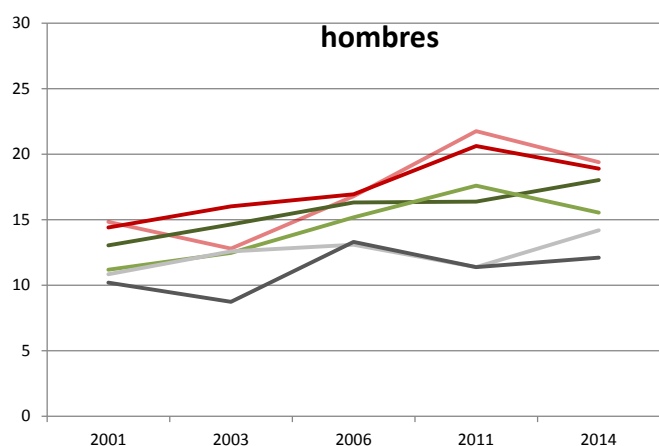
mujeres. Las diferencias en la prevalencia de obesidad entre hombres y mujeres son pequeñas, pero desde 2006 los hombres sobrepasan a las mujeres (gráfico 124).

Gráfico 124. Evolución de la prevalencia de obesidad según sexo. Población de 18 y más años (%). ENSE/EESE 1993-2014, MSSSI/INE



Las clases sociales más desfavorecidas son las de mayor prevalencia de obesidad en ambos sexos y son además las que sufren un mayor incremento en el período 2001-2014 (gráficos 125 y 126). Las diferencias por clase social son más marcadas en mujeres que en hombres. Las diferencias entre clases aumentan en hombres en este período y mucho más en mujeres, destacando el rápido aumento de la obesidad en las mujeres de clase VI. La evolución por nivel de estudios y por nivel de ingresos presenta el mismo patrón social.

Gráficos 125 y 126. Evolución de la prevalencia de obesidad según clase social. Hombres y mujeres de 18 y más años (%). ENSE/EESE 2001-2014, MSSSI/INE



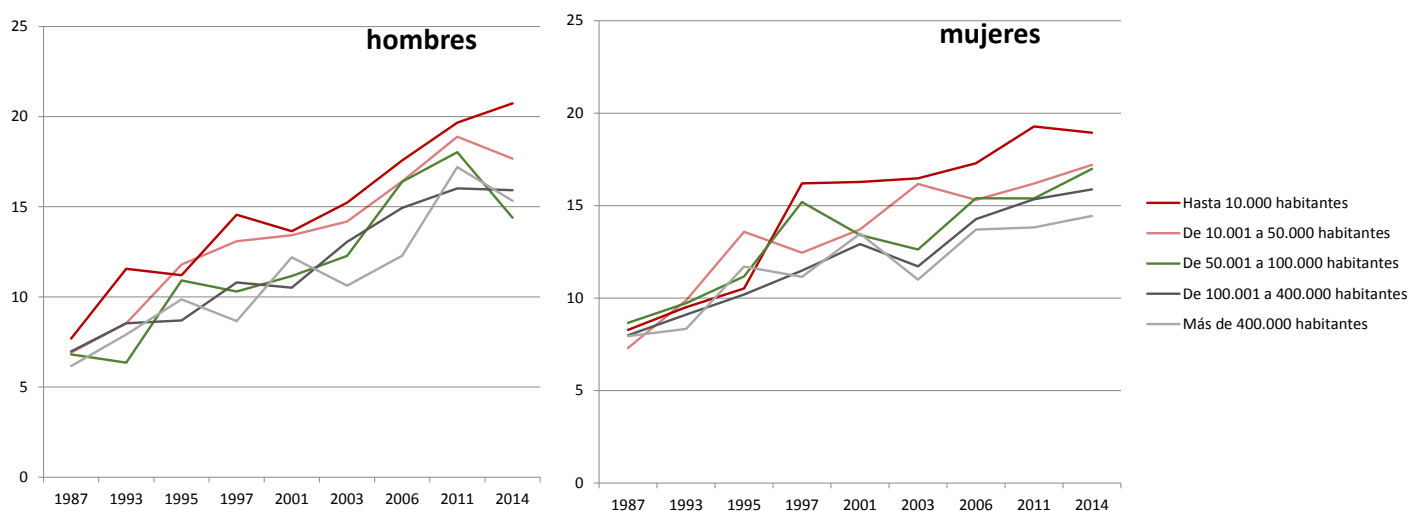
Los hombres españoles y los hombres con nacionalidad extranjera presentan una evolución creciente de la obesidad casi paralela, aunque siempre es mayor la prevalencia en los de nacionalidad española (datos sin ajustar por edad). Por el contrario en las mujeres se observa un aumento muy marcado de la prevalencia entre las de nacionalidad extranjera, pasando de 4,78% en 2003 a 20,81% en 2014, mientras en las españolas permaneció mucho más estable, aumentando de 14,22% a 16,07% en este período (gráfico 127 y 128).

Gráficos 127 y 128. Evolución de la prevalencia de obesidad según la nacionalidad. Hombres y mujeres de 18 y más años (%). ENSE/EESE 2003-2014, MSSSI/INE



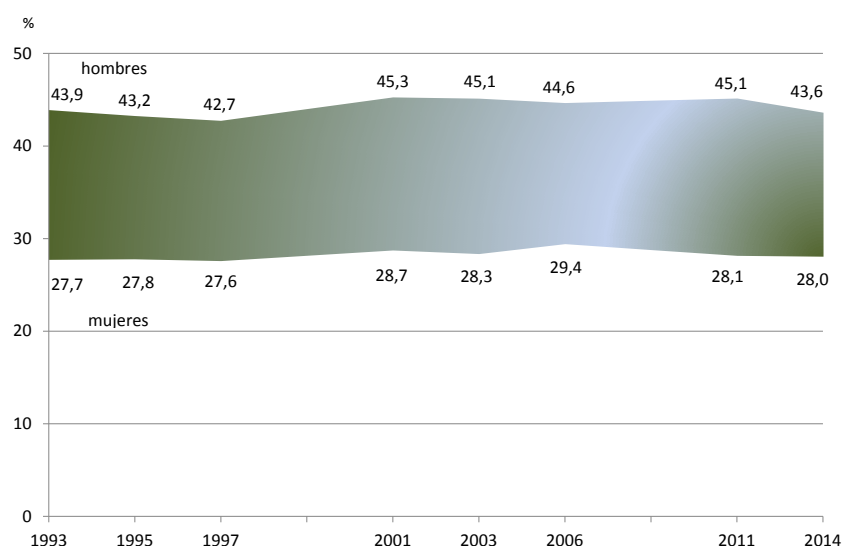
En los municipios de todos los tamaños la obesidad ha ido aumentando en los últimos 20 años, pero de forma especial en los más pequeños (<10.000 habitantes), tanto en mujeres como en hombres, pero especialmente en estos últimos, donde ha pasado de 7,94% en 1987 a 19,88% en 2014 (gráficos 129 y 130).

Gráficos 129 y 130. Evolución de la prevalencia de obesidad según el tamaño del municipio. Hombres y mujeres de 18 y más años (%). ENSE/EESE 1987-2014, MSSSI/INE



Por lo referente a la evolución del sobrepeso, la diferencia entre hombres y mujeres se mantiene estable en torno a los 16pp. Aunque en 2014 se produce una bajada de la prevalencia en hombres, el volumen de población con sobrepeso no presenta grandes variaciones a lo largo de los últimos veinte años (tabla 33 y gráfico 131).

Gráfico 131. Diferencia en la evolución de la prevalencia de sobrepeso según sexo. Población de 18 y más años (%). ENSE/EESE 1993-2014, MSSSI/INE



Índice de masa corporal de menores Población de 15-17 años

Tabla 3.007

La EESE 2014 estudia a la población de 15 y más años, y para la población de 15 a 17 años, el sobrepeso se define, en función del sexo y la edad, utilizando los puntos de corte establecidos por Cole *et al.*²⁸ En este grupo destaca la elevada prevalencia de peso insuficiente, que alcanza el 13,45% en mujeres.

²⁸ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. Br Med J 2000;320:1240-3.

PRINCIPALES DATOS

Disminuye más lentamente el número de fumadores. La prevalencia de fumadores diarios descendió un punto respecto a 2011 (22,98% en 2014 vs 23,95% en 2011), continuando la tendencia suavemente descendente que se venía observando desde 1995. El descenso fue esta vez más importante en mujeres (20,22% vs 18,60%) que en hombres (27,87% vs 27,57%), que prácticamente no modificaron la frecuencia de este hábito. Destacó el descenso en los más jóvenes, a expensas sobre todo de las mujeres que, en el grupo de edad de 15 a 24 años pasó de 20,95% en 2011 a 15,46% en 2014.

El tabaco es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, dos de las causas más frecuentes de mortalidad prematura. España aún no ha conseguido bajar por debajo de una prevalencia de fumadores del 20%, que es la media de los países de la OCDE (2015).

Los resultados de la EESE 2014 no parecen confirmar la tendencia a la estabilización de la prevalencia de consumo diario de tabaco en todos los rangos de edad (15-64) y ambos sexos que se observó en la última encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES, 2013/14), aunque el descenso observado sea tenue.

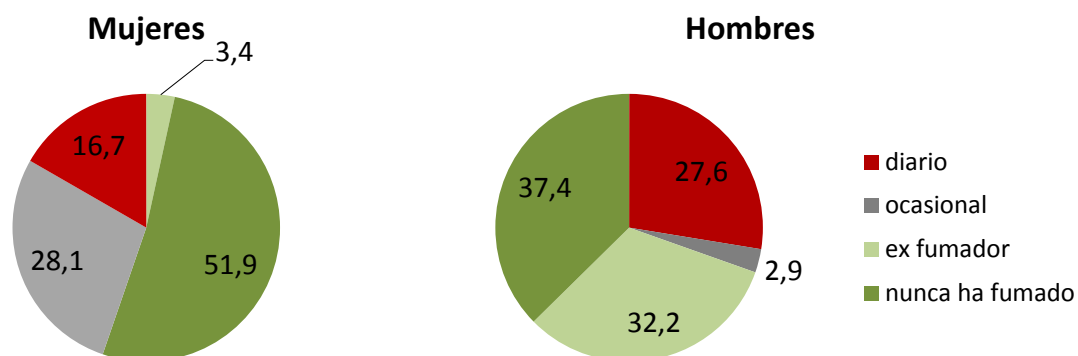
Consumo de tabaco

Población de 15 y más años

Tablas 3.008 a 3.313

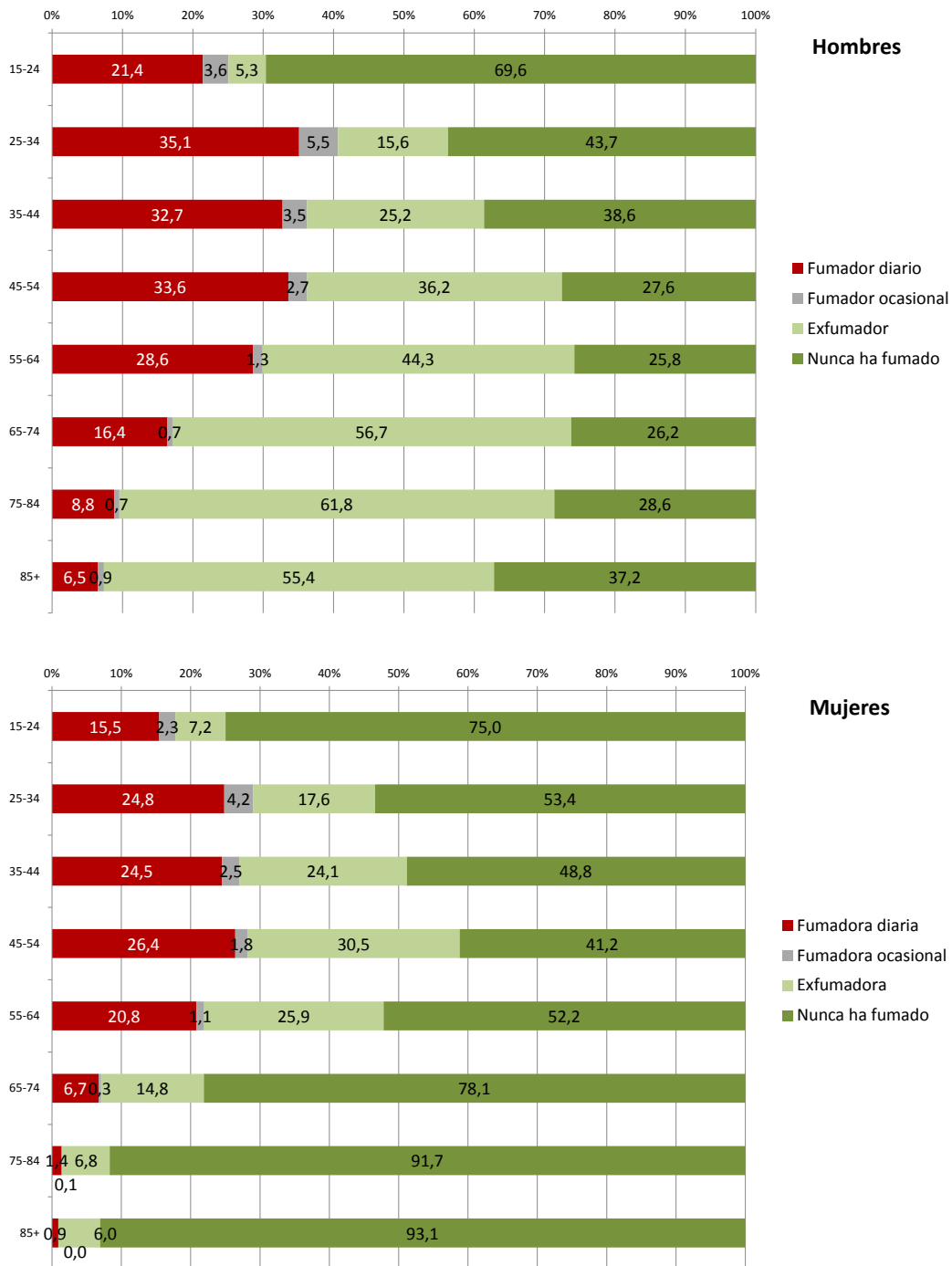
En la EESE 2014, el 22,98% de la población de 15 y más años declaró que fumaba a diario, y el 2,37% que lo hacía de manera ocasional. El 25,70% se declaró exfumador y el 48,95% nunca había fumado. La prevalencia de consumo diario de tabaco fue mayor entre hombres (27,57%) que entre mujeres (18,60%). Los hombres reflejaron 1,5 más probabilidades de ser fumadores que las mujeres. En mujeres fue más frecuente el no haber fumado nunca (59,99%) que en hombres (37,36%), y entre los hombres hubo más exfumadores (32,21%) que entre las mujeres (19,51%) (gráfico 132).

Gráfico 132. Consumo de tabaco según sexo. Población de 15 y más años (%). EESE 2014



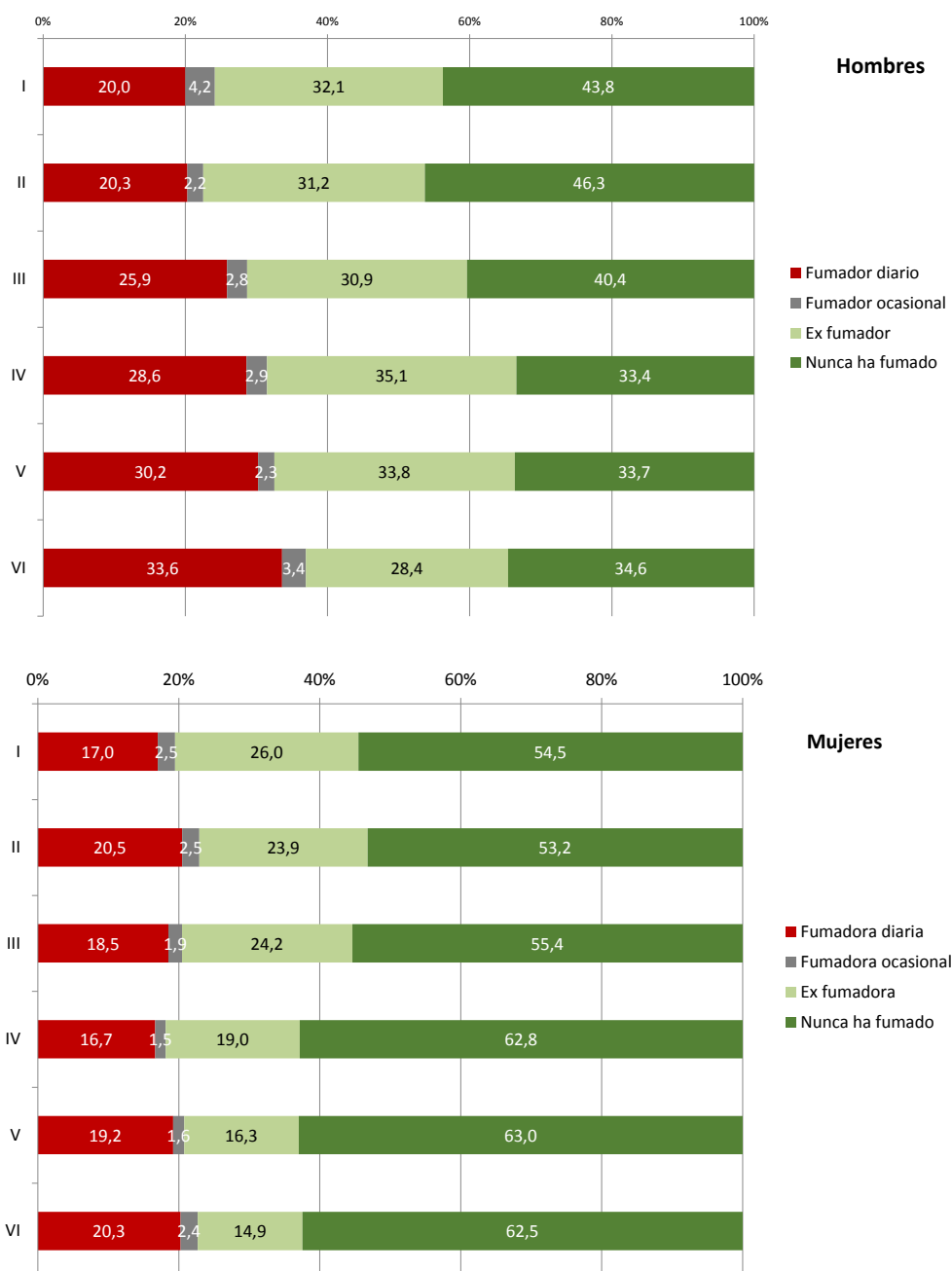
Por sexo y edad, el porcentaje de fumadores diarios parte ya de valores altos en el grupo de 15 a 24 (18,51%), y es mayor a mayor edad hasta el grupo de 45-54 años, para caer bruscamente después (gráficos 133 y 134). En términos absolutos, las mayores diferencias entre hombres y mujeres se observaron en los grupos de 25-44 y 65-74 años, cerca de 10 puntos porcentuales. La razón de prevalencias aumenta con la edad, siendo superior a 6 en mayores de 74 años.

Gráficos 133 y 134. Hábito tabáquico según grupo de edad. Hombres y mujeres de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



El porcentaje de exfumadores fue más alto a mayor edad, especialmente en hombres. En mujeres este aumento es menor, puesto que las de mayor edad declararon no haber fumado nunca en mayor porcentaje. En las mujeres de 75 y más años, entre las que nunca han fumado (92%) y las exfumadoras se aproximan a la totalidad.

Gráficos 135 y 136. Consumo diario de tabaco según clase social. Hombres y mujeres de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

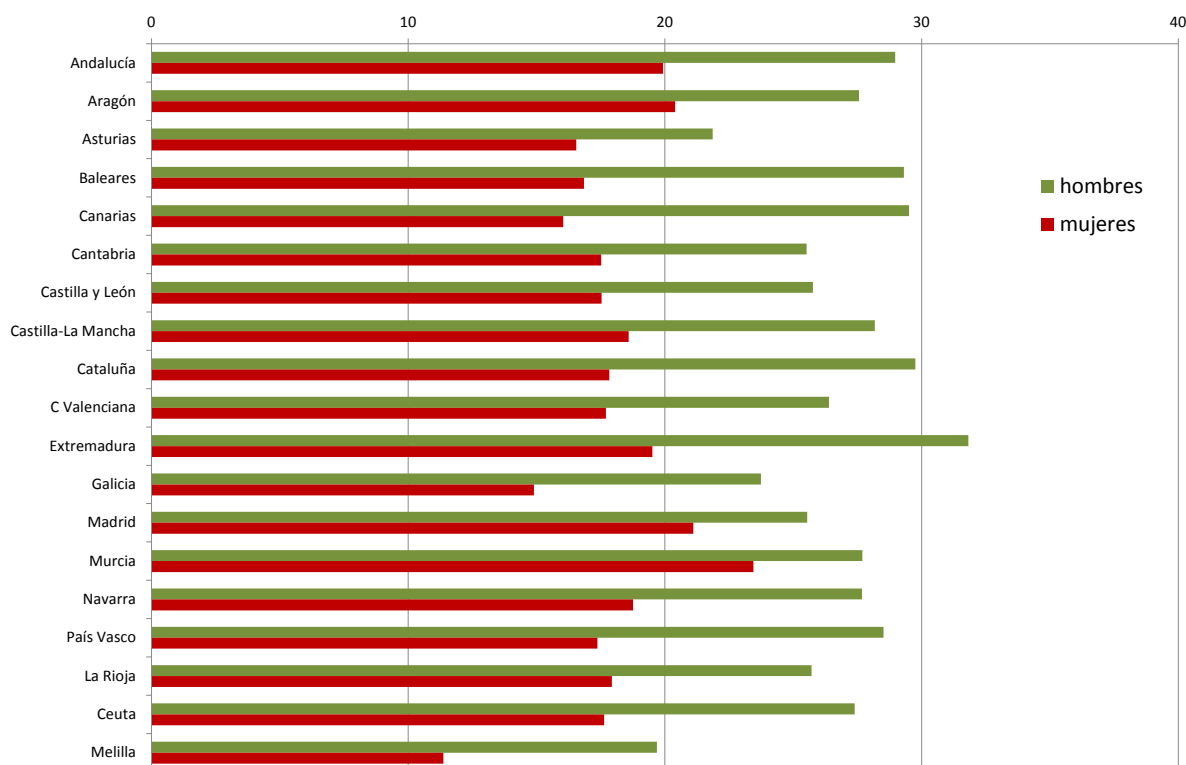


Por clase social, la prevalencia de personas que declaran fumar a diario fue creciente de la categoría I a la VI. Este patrón lo marcaron los hombres, con más de 13 puntos porcentuales de diferencia entre la clase I (20,0%) y la VI (33,3%), mientras que en mujeres las diferencias entre clases no superaron los 3,5 pp y no se observó gradiente (gráficos 135 y 136). La prevalencia de

exfumadores sí que mostró un claro gradiente, siendo mayor la frecuencia en la clase I en ambos sexos, y especialmente en mujeres. En los hombres fue más frecuente no haber fumado nunca en los grupos I, II y III y, en las mujeres, a la inversa, en las clases IV, V y VI.

Las personas nacidas en España declararon fumar diariamente con mayor frecuencia (23,34%) que las nacidas en el extranjero (20,50%), tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 137. Consumo diario de tabaco según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

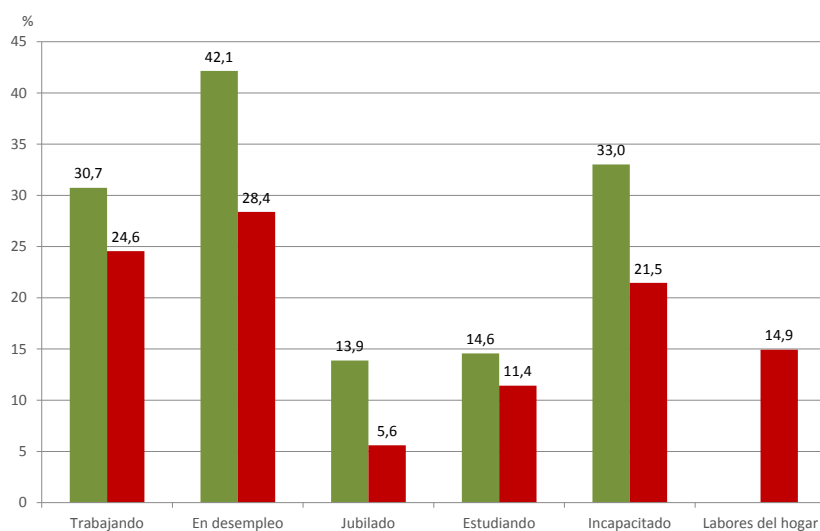


Según la comunidad autónoma de residencia (gráfico 137), Extremadura (25,61%) y Murcia (25,56%) presentaron la máxima prevalencia de fumadores diarios, especialmente los hombres de Extremadura (31,82%) y las mujeres de Murcia (23,45%), seguidas de las de Madrid (21,11%). También destacan las mujeres en Galicia, pero en este caso por su baja prevalencia (14,90%), al igual que Melilla donde se observó la más baja en ambos sexos (15,34%). En Asturias destacó la elevada prevalencia de exfumadores (30,21%), especialmente en hombres (38,98%).

Las personas con estudios intermedios destacaron (26,94%) por una mayor prevalencia de fumadores diarios.

Los desempleados presentaron una tasa de fumadores diarios mayor (35,22%) que otros grupos. Esto ocurre tanto en hombres (42,14%) como en mujeres (28,38%) (gráfico 138).

Gráfico 138. Consumo diario de tabaco según sexo y situación laboral. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tendencia →

En 2014, la prevalencia de fumadores diarios descendió un punto respecto a 2011 (22,98% vs 23,95%), suavizándose el descenso que se venía observando desde 1995 (tabla 34).

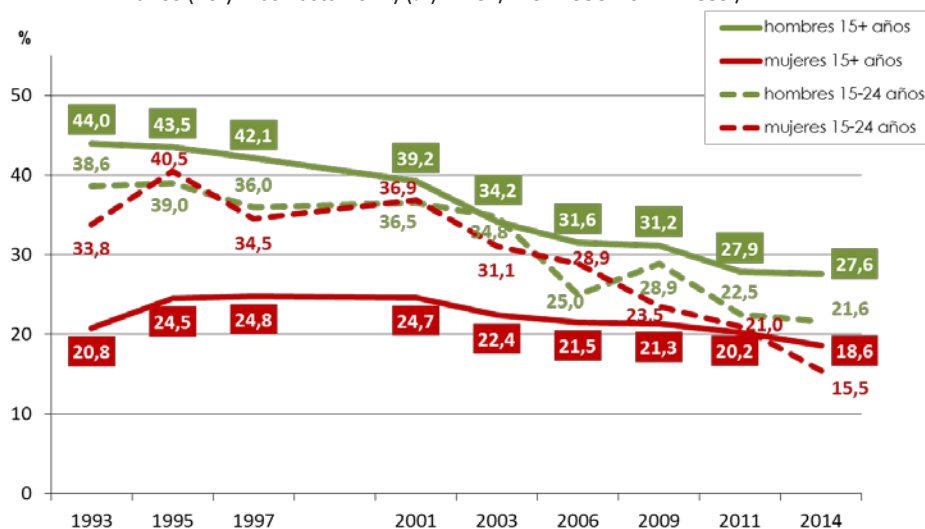
Tabla 34. Prevalencia de fumadores diarios, total y grupo de 15 a 24 años. Población de 15 y más años (16 y más hasta 2011) (%). ENSE/EESE 1993-2014. MSSSI/INE

Año	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2009	2011	2014
Población 15+ años*	32,06	33,69	33,18	31,68	28,12	26,44	26,16	23,95	22,98
Población 15-24 años*	36,23	39,72	35,25	36,69	32,99	26,89	26,26	21,73	18,51

*16+ años de 1993 a 2009.

Por primera vez el descenso fue más importante en mujeres (20,22% vs 18,60%) que en hombres (27,87% vs 27,57%) (gráfico 139).

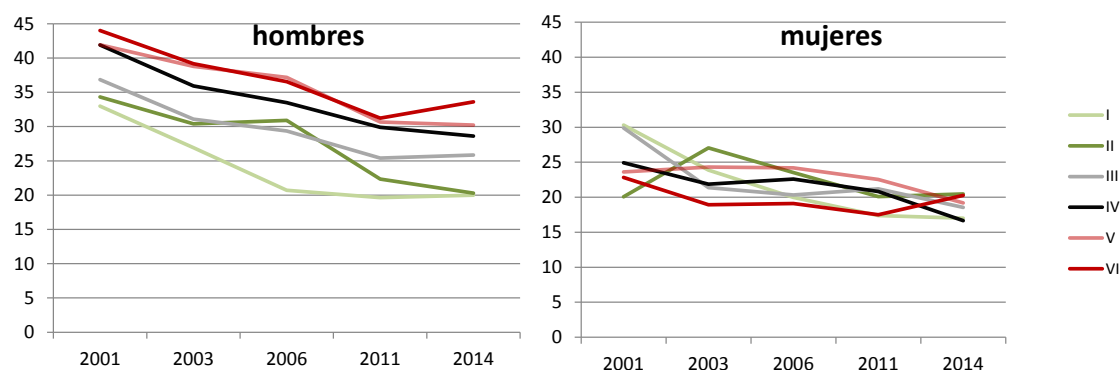
Gráfico 139. Prevalencia de fumadores diarios, según sexo, total y grupo de 15 a 24 años. Población de 15 y más años (16 y más hasta 2011) (%). ENSE/EESE 1993-2014. MSSSI/INE



Entre los más jóvenes se acentuó el descenso en la prevalencia de fumadores diarios. En el grupo de edad de 15 a 24 años (16-24 hasta 2009) siguió bajando rápidamente en mujeres (20,95% en 2011 y 15,46% en 2014), pero menos en hombres (22,48% en 2011 vs 21,43% en 2014).

La evolución de la prevalencia de tabaquismo desde 2001 ha sido diferente según el sexo y la clase social. En hombres, se observa un gradiente social que se mantiene casi inalterado en todo el período, descendiendo el consumo de tabaco de forma semejante en todas las clases sociales, a excepción del último año, en el que parece haber un repunte en la clase VI. Las diferencias entre el porcentaje más alto de fumadores (clase VI) y el más bajo (clase I) no se han estrechado, sino que han aumentado ligeramente, desde el 11,03% de 2001 al 13,61% de 2014 (datos no ajustados por edad) (gráfico 140).

Gráficos 140 y 141. Diferencias en la prevalencia de fumadores diarios según clase social. Hombres y mujeres de 15 y más años (16 y más hasta 2011) (%). ENSE/EESE 2001-2014. MSSSI/INE



En mujeres la evolución es distinta. Partiendo de valores más bajos, inferiores a las tasas actuales de los hombres, también ha descendido el consumo en estos años, pero en menor medida y de manera diferente según la clase social. En el gráfico 141 se muestra el gran descenso que se produce entre 2001 y 2014 en la clase más alta, que pasa de ser el grupo con mayor prevalencia de consumo (30,31%) a ser uno de los más bajos (17,01%), mientras que la tasa de mujeres fumadoras en las clases V y VI se mantiene más estable, descendiendo por debajo de 4pp. en el conjunto de todo el período, pero con un posible repunte en la clase VI en el último año.

En la Tabla 35 se resume la evolución 2003-2014 de distintos indicadores relativos al hábito tabáquico.

Tabla 35 – Tendencias en el consumo de tabaco en población adulta, según grupo de edad y sexo. España 2003-2014. ENSE / EESE, MSSSI / INE

	(1)	ENSE 2003				ENSE 2006				EES 2009				ENSE 2011				EESE 2014			
		T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+
Grupo de edad		T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+
Número de encuestados (2)		23713	3335	1572	4665	29478	2168	19475	7835	22188	1637	14525	6026	21007	1656	13455	5896	22842	1614	14708	6520
Edad media al inicio de consumo de tabaco (años)	T H M	17,36 16,92 18,00	16,17 16,27 16,06	17,47 16,94 18,22	19,51 17,99 29,47	17,35 17,04 17,78	15,84 15,91 15,76	17,42 17,12 17,84	19,79 17,66 28,09	- - -	- - -	- - -	- - -	17,19 16,67 17,87	15,57 15,38 15,77	17,30 16,83 17,89	18,62 16,55 25,95	17,38 17,07 17,80	15,62 15,69 15,51	17,34 17,11 17,66	20,08 18,21 24,81
Porcentajes (3)																					
Fumadores diarios	T H M	28,12 34,15 22,39	32,99 34,79 31,10	33,29 38,90 27,66	7,24 14,75 1,67	26,44 31,56 21,51	26,89 24,96 28,93	31,73 36,97 26,38	7,58 14,18 2,67	26,16 31,17 21,33	26,26 28,91 23,52	30,81 35,53 26,05	8,07 13,43 3,91	23,95 27,87 20,22	21,73 22,48 20,95	29,43 32,73 26,11	6,78 12,39 2,56	22,98 27,57 18,60	18,51 21,43 15,46	28,50 32,65 24,33	7,77 12,78 3,92
Fumadores ocasionales	T H M	2,85 3,41 2,31	3,99 3,75 4,24	3,18 3,69 2,67	0,90 2,02 0,06	3,06 3,77 2,37	4,98 6,12 3,78	3,37 3,95 2,77	0,74 1,21 0,40	3,71 4,17 3,26	6,26 6,25 6,27	3,99 4,34 3,63	0,97 1,81 0,32	3,01 3,50 2,55	4,67 5,35 3,96	3,36 3,65 3,07	0,90 1,65 0,33	2,37 2,86 1,90	3,00 3,63 2,34	2,87 3,31 2,42	0,44 0,75 0,21
Exfumadores	T H M	17,34 24,67 10,37	3,95 3,66 4,25	18,25 22,27 14,21	23,85 52,24 2,85	20,53 28,14 13,20	5,98 5,30 6,70	21,71 26,10 17,25	25,72 54,26 4,47	20,40 26,25 14,74	5,53 4,70 6,39	21,63 24,53 18,71	25,26 50,23 5,92	19,58 26,77 12,73	3,71 3,21 4,23	20,77 24,79 16,72	24,53 50,31 5,13	25,70 32,21 19,51	6,25 5,31 7,23	27,27 29,81 24,72	31,30 58,25 10,58
Nunca fumadores	T H M	51,69 37,77 64,94	59,07 57,80 60,40	45,27 35,14 55,45	68,02 30,99 95,42	49,97 36,52 62,92	62,15 63,63 60,59	43,20 32,98 53,60	65,95 30,34 92,46	49,74 38,41 60,66	61,95 60,14 63,82	43,57 35,60 51,61	65,70 34,25 86,85	53,46 41,86 64,50	69,89 68,96 70,86	46,44 38,83 54,10	67,78 35,65 91,98	48,95 37,36 59,99	72,25 69,63 74,98	41,37 34,23 48,53	60,48 28,23 85,29
Grandes fumadores (>20 cigarrillos/día) (4)	T H M	12,77 18,33 7,47	9,51 12,69 6,17	16,57 23,02 10,08	2,30 4,56 0,63	10,94 15,25 6,78	6,89 8,96 4,73	14,08 18,98 9,09	2,50 4,65 0,90	9,23 13,01 5,61	5,98 7,25 4,65	11,51 15,93 7,12	2,62 4,64 1,05	8,27 11,18 5,51	3,76 5,15 2,32	10,86 14,10 7,60	2,09 3,68 0,90	6,88 9,45 4,47	2,52 3,15 1,87	9,09 12,18 6,02	2,22 3,41 1,32
Fumadores diarios que han intentado dejar de fumar alguna vez	T H M	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	30,01 31,39 28,23	31,90 36,91 26,46	30,20 31,35 28,74	23,73 24,81 20,02	31,18 30,91 31,54	31,96 32,61 31,03	30,94 30,93 30,96	32,96 28,89 43,23
Exposición al tabaco en lugares cerrados	T H M	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	49,13 54,21 44,24	66,25 64,61 67,96	53,02 57,86 48,14	23,11 30,22 17,61	20,00 20,55 19,47	28,21 29,33 27,04	21,88 21,82 21,94	9,04 9,67 8,57	15,42 16,17 14,71	25,87 25,93 25,81	16,39 17,05 15,73	6,67 6,73 6,61	

1) SEXO T = ambos sexos; H = hombres; M = mujeres.

2) Tamaño muestral.

3) Los porcentajes están ponderados.

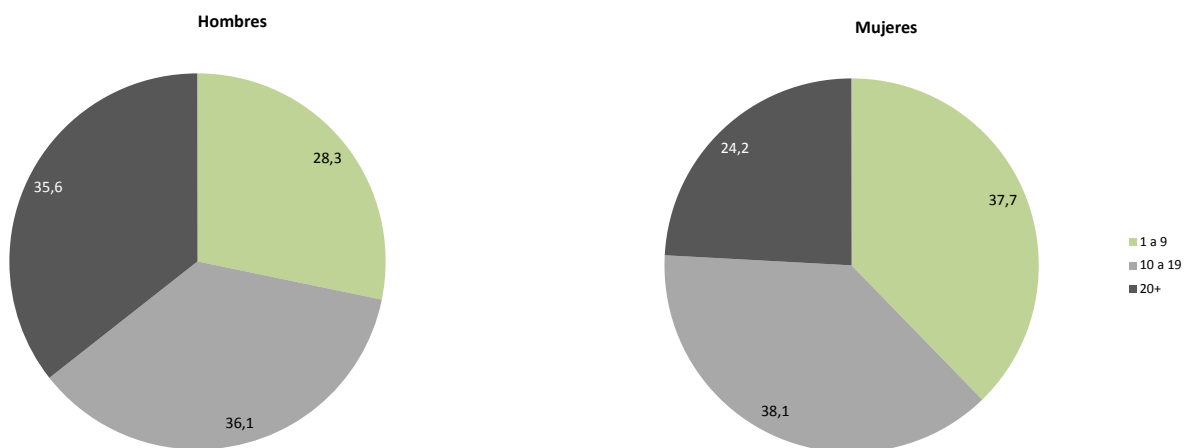
4) En 2009, se preguntaban por separado cigarrillos y cigarrillos de liar. Los grandes fumadores son una variable derivada de ambos, fuman >20 al día, de cualquiera de los dos tipos de cigarrillo.

Número de cigarrillos consumidos al día Población de 15 y más años que fuma a diario

Tablas 3.014 a 3.019

Del 23% de la población de 15 y más años que declaró fumar a diario, el 32,28% consumió entre 1-9 cigarrillos al día, el 36,98%, entre 10-19, y los grandes fumadores (20 o más cigarrillos diarios) fueron el 30,73%. Los hombres tendieron a fumar mayor número de cigarrillos al día que las mujeres (gráfico 142). El porcentaje de personas fumadoras que dijo fumar 20 o más cigarrillos diarios fue mayor en los grupos de mayor edad, tanto en hombres como en mujeres, hasta alrededor de los 75 años.

Gráfico 142. Número de cigarrillos diarios, según sexo. Población de 15 y más años que fuma diariamente (%). EESE 2014, INE/MSSSI.



Según sexo y clase social, la prevalencia de hombres que dijeron fumar más de 20 cigarrillos fue mayor al pasar de la categoría I a la VI. Esto no ocurrió en mujeres.

Según el país de nacimiento, la prevalencia de fumadores de 20 y más cigarrillos diarios fue ligeramente superior en las personas nacidas en el extranjero que en población autóctona, tanto en hombres como en mujeres (33,37% vs 30,38% en población general, datos sin ajustar por edad).

Por comunidades autónomas, Andalucía y Asturias en el caso de los hombres (>40%), y Canarias en mujeres (38%), fueron las que destacaron por la elevada frecuencia de fumadores de 20 o más cigarrillos al día.

Tanto en hombres como en mujeres el porcentaje de grandes fumadores (personas que fuman 20 o más cigarrillos al día) fue mayor a menor nivel de estudios alcanzado.

Edad media de inicio del consumo de tabaco

Población de 15 y más años que fuma diariamente

Tablas 3.020 a 3.023

Los fumadores diarios declararon una edad media de inicio al consumo de tabaco de 17,38 años (DE=4,81), muy parecida en hombres y mujeres, aunque en estas ligeramente más tardía. Se observaron medias más altas en los grupos de edad más avanzada. La edad media de inicio en el rango de 15-24 años fue de 15,62 (DE=2,16) y, escalonadamente, alcanzó los 20,12 años (DE=11,2) en el grupo de 75 y más años. A partir de los 35 años los hombres declararon edades de inicio más tempranas que las mujeres: aunque la diferencia fue pequeña, en el grupo de 15-34 años las mujeres declararon haber empezado a fumar antes.

Las clases sociales centrales presentaron cifras similares en la edad de inicio del consumo de tabaco, sin embargo en la clase I la edad media fue de 18,47 años y en la VI de 16,70, pero sin un patrón escalonado.

Según el país de nacimiento, la población autóctona (tanto hombres como mujeres) declaró haber empezado a fumar antes que las personas nacidas fuera de España.

No se observaron diferencias destacables por comunidad autónoma.

La edad media de inicio al consumo de tabaco fue ligeramente superior a la registrada en 2011 (17,19 años en promedio).

Número de intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años que se declara fumadora diaria

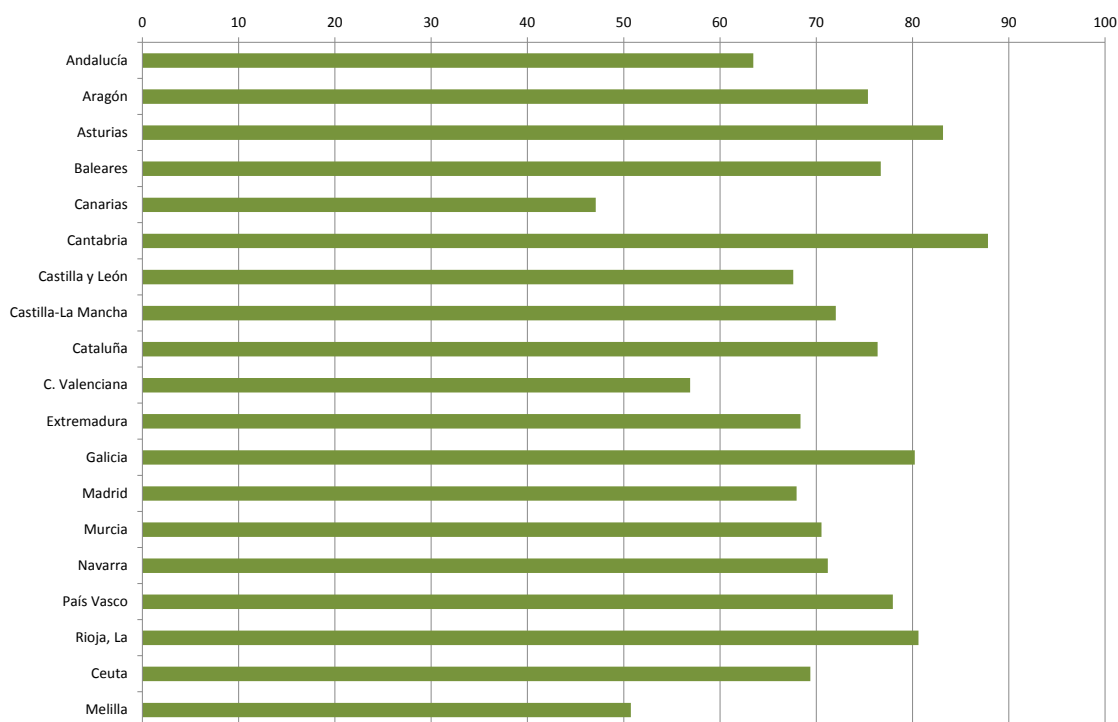
Tablas 3.024 a 3.027

Entre los fumadores diarios, el 68,82% no refirió ningún intento de dejar de fumar, el 23,76 %, 1-2 intentos, el 4,68%, 3-4 intentos y, el 2,75%, 5 o más intentos en el último año. No se apreciaron diferencias en el porcentaje de los que no habían hecho ningún intento ni por sexo ni por grupo de edad ni por clase social, pero sí por comunidad autónoma (gráfico 143).

En Canarias más de la mitad de los fumadores diarios declararon haber intentado dejar de fumar alguna vez. Es la comunidad donde el porcentaje de quienes nunca lo había intentado fue más bajo (47,09%). En el extremo opuesto se situó Cantabria, donde se observó el más alto (87,83%), seguida de Asturias, La Rioja y Galicia. En todas ellas menos del 20% había intentado dejarlo alguna vez.

Las personas nacidas fuera de España declararon haberlo intentado con mayor frecuencia que los españoles. Aproximadamente 40% habían hecho algún intento vs 30% en españoles (datos sin ajustar por edad).

Gráfico 143. Fumadores diarios que nunca han intentado dejarlo. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Exposición al humo de tabaco en lugares cerrados Población de 15 y más años

Tablas 3.028 a 3.032

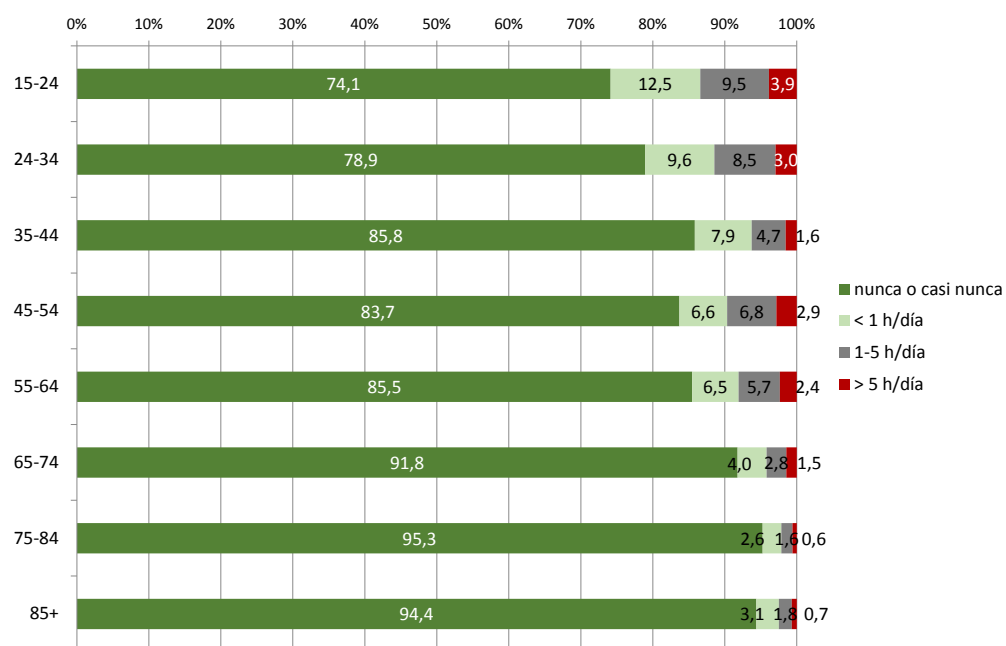
El tiempo de exposición al humo del tabaco declarado por la población de 15 y más años fue la siguiente: nunca o casi nunca el 84,58%; menos de 1 hora al día, el 7,31%; 1-5 horas al día, el 5,84%; por encima de 5 horas al día, el 2,28%, sin diferencias por sexo.

Los jóvenes (15-34 años) fueron los más expuestos, menos del 80% declararon que no habían estado expuestos nunca o casi nunca (gráfico 144).

La población que declaró no estar expuesta nunca o casi nunca al humo del tabaco en lugares cerrados mostró un descenso progresivo de la clase I (86,75%) a la VI (81,52%). No se observaron en cambio diferencias por nivel de estudios, ni entre la población autóctona y las personas nacidas en otros países.

La pregunta sobre la exposición pasiva al humo del tabaco se cambió en 2014 para su adaptación a EHIS, por lo que no es comparable con años anteriores.

Gráfico 144. Exposición al humo del tabaco en lugares cerrados según grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



PRINCIPALES RESULTADOS

Un tercio de la población de 15 y más años bebe habitualmente, otro tercio lo hace ocasionalmente y otro no bebe nunca. Esta distribución es diferente al estratificar por sexo. Dos de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres no han tomado alcohol en el último año, mientras que uno de cada dos hombres y una de cada 4 mujeres son bebedores habituales (al menos una vez a la semana). El 15% de la población adulta toma algún tipo de bebida alcohólica a diario, tres veces más hombres que mujeres. El 78,9% ha probado alguna vez el alcohol, y el 67,3% lo ha tomado en el último año.

El consumo de alcohol es uno de los pocos factores de riesgo para la salud de mayor frecuencia en las clases más favorecidas. El 79,9% de la clase I declaró haber bebido en el último año, frente al 56,1% de la clase VI. Aunque es mayor la proporción de quienes consumen alcohol entre las clases altas, especialmente en el caso de las mujeres, son los hombres de clases bajas quienes lo toman en mayor cantidad, con un consumo medio diario de 16g/día entre los bebedores habituales de la clase VI, frente a 13,5g/día de la clase I. En mujeres la cantidad consumida es homogénea a través de los distintos estratos.

Entre jóvenes el patrón de consumo de bebidas alcohólicas es diferente. El 14,1% de los de 15 a 24 años refiere al menos un episodio de consumo intensivo de alcohol en el último mes, 18,2% de los hombres y 9,8% de las mujeres. En el segmento de 25 a 34 años el porcentaje se mantiene estable en mujeres, mientras que en hombres alcanza el 23%, descendiendo después en ambos sexos.

Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Tablas 3.033 a 3.038

Los datos sobre consumo de alcohol obtenidos por encuesta, como los que aquí se presentan, tienen limitaciones, fundamentalmente errores en la medición (infradeclaración), pero también posibles sesgos en la muestra (infrarrepresentación). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el consumo autodeclarado de alcohol es entre un 40-60% de las ventas, dependiendo de los países.

Según la OMS cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol²⁹, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones y el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones. Además del alcohol registrado por las ventas, uno de los indicadores que utiliza para las comparaciones internacionales es la 'prevalencia de abstinencia' (población de 15 y más años que no ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, ya sea porque nunca ha bebido alcohol –abstemio o nunca bebedor-, o porque no lo ha hecho en el último año aunque sí que lo hiciera anteriormente, -exbebedor-). Otro indicador de uso extendido es su complementario, la 'población que declara haber consumido bebidas alcohólicas en el último año'.

²⁹ OMS. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014.

El consumo de alcohol está muy extendido en España. Dos de cada tres personas (15 y más años) declararon haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. En hombres la prevalencia se sitúa en torno al 80% entre los 25 y los 74 años. En mujeres el porcentaje se sitúa en torno al 60% hasta los 64 años, siendo mucho más bajo a partir de esa edad. En la Tabla 36 se observa cómo las diferencias entre hombres y mujeres prácticamente han desaparecido entre los más jóvenes. A pesar de ello, hay un importante porcentaje que no bebe alcohol en absoluto. La prevalencia autodeclarada de abstinencia en España fue del 32,68% de la población, 22,54% de los hombres y 42,34% de las mujeres.

Tabla 36. Consumo de bebidas alcohólicas en el último año. Ratio hombre/mujer según grupo de edad. Población de 15 y más años. EESE 2014. INE/MSSSI

Grupo de edad (años)	Ratio hombre/mujer
Total	1,34
15-24	1,08
25-34	1,26
35-44	1,22
45-54	1,29
55-64	1,36
65-74	1,65
75-84	1,91
85+	2,02

La prevalencia de consumo de alcohol en el último año fue mayor en las clases altas. Se observó un claro gradiente por clase social. El 79,87% de la población de clase I había bebido en los últimos 12 meses, frente al 56,08% de la clase VI. El gradiente se apreció más claramente en mujeres: 73,87% de clase I había bebido en los últimos 12 meses, vs 46,61% de la clase VI, y la probabilidad de haber bebido en el último año fue 1,6 veces mayor en las primeras. También fue mayor el porcentaje que había bebido alcohol en el nivel de estudios más alto, especialmente en mujeres. La ratio estudios superiores/básicos en hombres fue 1,4 y, en mujeres, 1,7.

Los hombres autóctonos consumieron alcohol en los últimos 12 meses en mayor proporción que los nacidos no autóctonos (79,08% vs 65,71%). En las mujeres la diferencia es menor.

País Vasco destacó por mayor porcentaje de la población que había consumido bebidas alcohólicas en el último año, tanto en hombres (84,18%) como en mujeres (69,55%).

Según la relación con la actividad económica actual, el consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue mayor en los que estaban trabajando, 78,33% (84,47% hombres y 70,58% mujeres), y los desempleados, 69,34% (77,80% y 60,97% respectivamente), que en el resto de los grupos.

Tendencia →

En 2014, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses ofreció resultados semejantes a años anteriores. Continúa la leve tendencia al aumento de quienes han consumido alcohol alguna vez en la vida³⁰ (tabla 37).

³⁰ La formulación de la pregunta y las categorías de respuesta han cambiado ligeramente en 2014 para su armonización con EHIS, pudiendo haber afectado a la comparabilidad.

Tabla 37. Tendencias en el consumo de alcohol en población adulta, según grupo de edad y sexo (%). España 2006-2014. ENSE/EESE, MSSSI/INE

	(1)	ENSE 2006				EES 2009				ENSE 2011				EESE 2014			
		T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+
Grupo de edad		T 16+	16-24	25-64	65+	T 16+	16-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+	T 15+	15-24	25-64	65+
Número de encuestados (2)		29478	2168	19475	7835	22188	1637	14525	6026	21007	1656	13455	5896	22842	1614	14708	6520
Edad media al inicio de consumo de alcohol (años)	▼	T 18,9 H 18,0 M 20,2	16,6 16,5 16,8	18,9 18,0 20,1	21,2 19,1 24,5	--	--	--	--	17,8 17,1 18,8	16,1 16,0 16,1	17,8 17,2 18,7	19,2 17,6 21,8	-	-	-	-
<i>Porcentajes (3)</i>																	
Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida	▲	T 74,4 H 84,2 M 65,0	75,4 79,1 71,6	77,9 85,8 69,8	61,5 81,5 46,6	--	--	--	--	77,8 87,0 69,0	72,8 75,3 70,3	81,4 88,9 74,0	68,4 87,8 53,9	78,9 88,4 69,9	68,5 69,7 67,3	83,0 90,8 75,1	71,6 91,4 56,4
Prevalencia de consumo de alcohol últimos 12 meses	=	T 68,6 H 80,2 M 57,5	72,6 77,3 67,8	72,5 82,4 62,4	52,4 73,1 36,9	64,6 76,9 52,9	70,4 75,1 65,7	68,6 79,7 57,5	45,5 65,5 30,0	65,6 77,5 54,3	67,3 71,0 63,5	70,4 81,1 59,6	48,4 67,4 34,2	67,3 77,5 57,7	63,8 66,3 61,1	72,5 81,3 63,7	52,7 70,6 39,0
Prevalencia de consumo semanal de alcohol - consumo habitual (4)	▼	T 48,4 H 64,8 M 32,6	43,8 53,6 33,5	51,5 67,3 35,5	40,2 63,1 23,3	42,0 56,2 28,4	41,2 48,6 33,5	44,7 58,5 30,7	32,4 51,4 17,8	38,3 52,4 25,0	27,1 33,4 20,6	41,7 55,6 27,7	33,5 52,7 19,0	36,8 50,3 23,9	22,5 29,4 15,4	40,1 53,0 27,2	33,8 53,5 18,5
Prevalencia de consumo diario de alcohol	▲	T -- H -- M --	--	--	--	13,0 20,0 6,2	1,3 1,6 0,9	12,7 19,6 5,7	21,8 35,6 11,1	13,8 21,2 6,7	0,7 1,3 0,2	13,4 20,3 6,4	22,3 37,9 10,6	15,1 23,3 7,2	0,8 1,5 0,0	14,5 22,3 6,7	24,6 41,0 12,1
CMD de riesgo (5)	▼	T 4,7 H 6,8 M 2,7	3,0 3,4 2,5	5,4 7,6 3,1	3,4 6,1 1,5	3,2 4,0 2,5	4,5 2,4 6,6	3,5 4,7 2,3	1,5 2,4 0,8	1,7 2,0 1,3	1,7 1,1 2,4	1,7 2,1 1,3	1,6 2,6 0,9	1,6 1,9 1,2	1,2 1,2 1,2	1,7 2,0 1,4	1,4 2,4 0,7
Prevalencia de consumo intensivo ocasional (6) al menos 1 vez/ último año	▲	T -- H -- M --	--	--	--	10,0 15,4 4,7	19,3 25,1 13,3	10,6 16,6 4,6	1,5 3,0 0,4	13,4 19,8 7,3	23,5 29,0 17,8	14,8 21,8 7,7	3,0 5,6 1,0	21,9 (7) 30,4 (7) 13,9 (7)	31,9 (7) 36,8 (7) 26,8 (7)	25,2 (7) 35,0 (7) 15,5 (7)	6,0 (7) 9,6 (7) 3,3 (7)
Prevalencia de consumo intensivo ocasional (6) al menos 1 vez/mes	▲	T -- H -- M --	--	--	--	3,8 5,9 1,8	8,5 10,9 6,0	3,8 6,1 1,6	0,6 1,2 0,2	4,6 7,1 2,1	8,3 11,0 5,6	4,9 7,7 2,0	1,3 2,4 0,4	9,12 (7) 13,5 (7) 5,0 (7)	14,1 (7) 18,2 (7) 9,8 (7)	10,3 (7) 15,1 (7) 5,6 (7)	2,5 (7) 4,3 (7) 1,1 (7)
Prevalencia de consumo intensivo ocasional (6) al menos 1 vez/semana	=	T -- H -- M --	--	--	--	2,1 3,2 1,0	4,7 5,5 3,8	2,1 3,4 0,8	0,4 0,9 0,1	2,1 3,2 1,0	3,9 4,8 3,0	2,1 3,3 1,0	0,8 1,1 0,2	2,5 (7) 3,9 (7) 1,2 (7)	3,6 (7) 5,4 (7) 1,7 (7)	2,9 (7) 4,2 (7) 1,5 (7)	1,0 (7) 2,0 (7) 0,2 (7)

1) SEXO T = ambos sexos; H = hombres; M = mujeres.

2) Tamaño muestral.

3) Los porcentajes están ponderados.

4) En 2009 se consideran bebedores habituales también a los que refieren consumir 2-4 veces al mes.

5) Bebedores de riesgo, definido como la población de 16 y más años (15 y más en 2011/12 y en 2014) con un consumo medio diario (CMD) de más de 40 g de alcohol puro en hombres y de más de 20 g en mujeres.

6) Episodio de consumo intensivo, consumo intensivo episódico u ocasional al menos una vez en los últimos 12 meses. Definido como el consumo de 6 o más UBE (≥ 60 gramos de alcohol puro), en varones, y de 5 o más UBE (≥ 50 gramos), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4 – 6 h) excepto para 2009, que se definió como de 6 o más UBE (≥ 60 gramos de alcohol puro), igual para ambos sexos.

7) Rotura de serie

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

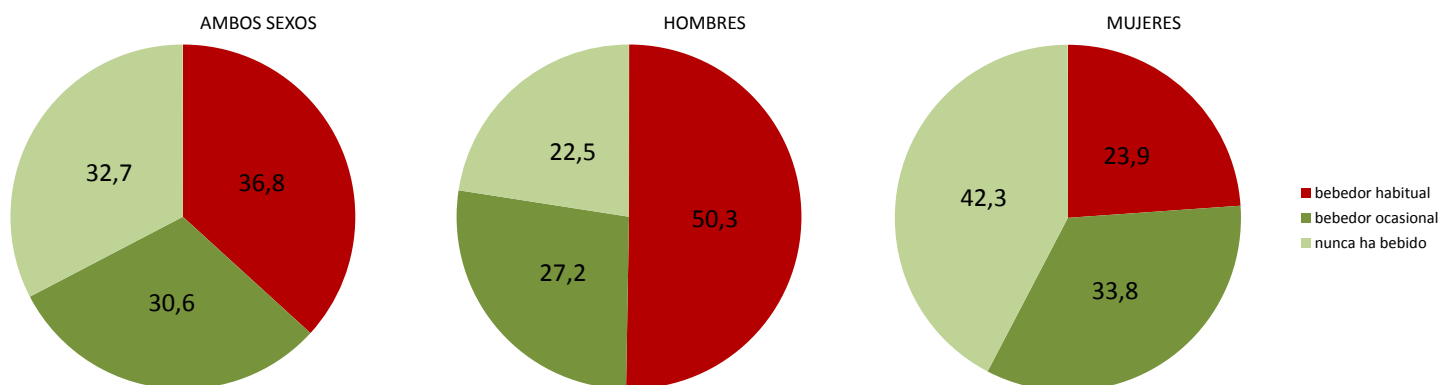
Población de 15 y más años

En función de la frecuencia de consumo se pueden obtener también otros indicadores de uso extendido, como son los 'bebedores ocasionales' (consumo de bebidas alcohólicas con una frecuencia aproximada inferior a un día a la semana), los 'bebedores habituales' (consumo de bebidas alcohólicas con una frecuencia de al menos un día a la semana) y los 'bebedores diarios' (consumo de bebidas alcohólicas diariamente).

Tabla 3.039 y 3.039b

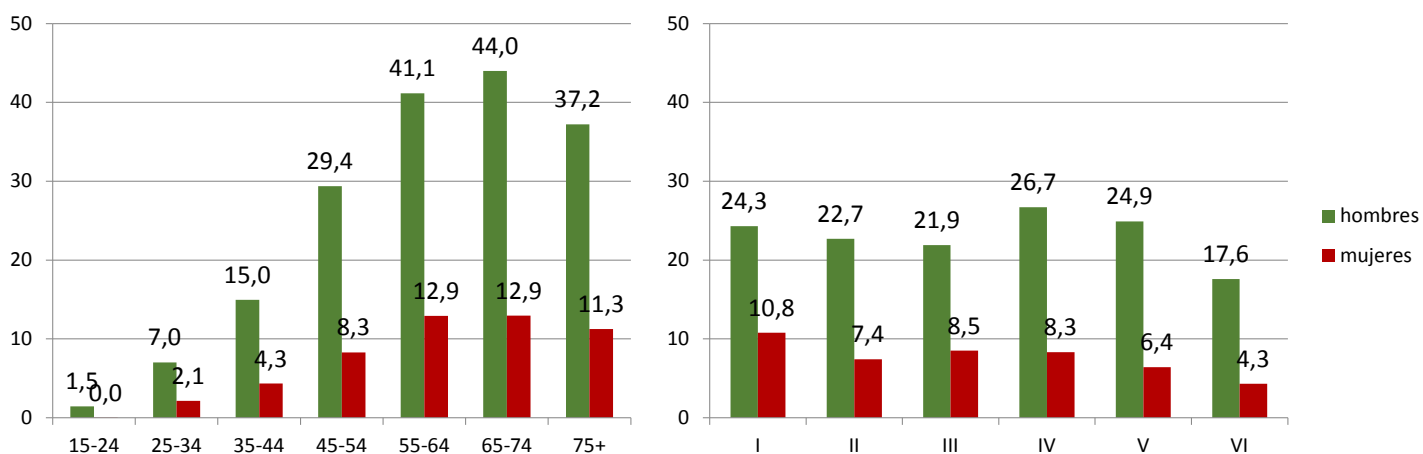
En España aproximadamente un tercio de la población de 15 y más años bebe habitualmente, otro tercio lo hace ocasionalmente y otro no bebe nunca. No obstante, hay grandes diferencias por sexo (gráfica 145). Bebe habitualmente el 50,28% en los hombres y el 23,88% en las mujeres. La proporción de los denominados bebedores ocasionales es el 27,18% en hombres y el 33,78% en mujeres. Finalmente, el 22,54% de los hombres y 42,34% de las mujeres nunca bebe.

Gráfico 145. Frecuencia de consumo de alcohol según sexo. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



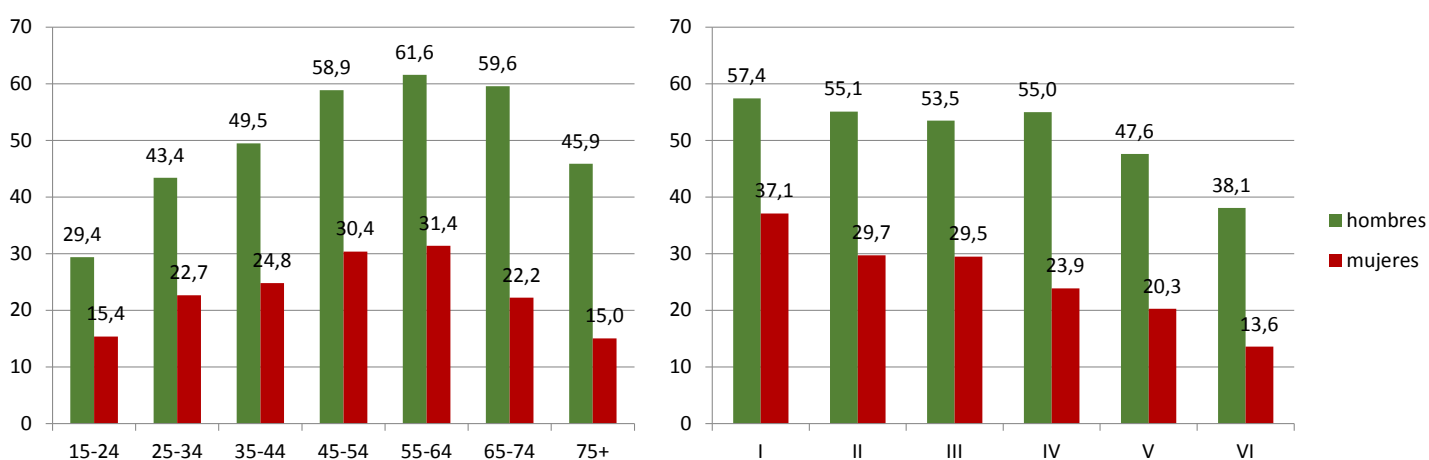
En los gráficos 146 y 147 se muestra la distribución de los bebedores diarios por sexo y grupo de edad y por sexo y clase social respectivamente. El 15,06% de la población declaró que tomaba algún tipo de bebida alcohólica a diario. Los bebedores diarios fueron tres veces más frecuentes en hombres que en mujeres (23,29% vs 7,21%), y esta diferencia por sexo se mantuvo en todos los grupos de edad. En ambos sexos la prevalencia aumentó con la edad, aunque en mujeres se mantuvo estable a partir de los 55 años, mientras que en hombres desciende a partir de los 75 años. Por clase social, el consumo diario de alcohol presentó un gradiente en mujeres, con mayor frecuencia en la clase I (10,80%) que en la VI (4,30%). En hombres la distribución fue más irregular, siendo en los grupos IV, V y I donde hubo mayor proporción de bebedores diarios.

Gráficos 146 y 147. Bebedores diarios según sexo y grupo de edad y según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



En los gráficos 148 y 149 se muestra la distribución de los bebedores habituales (consumo al menos una vez por semana) por sexo y grupo de edad y por sexo y clase social respectivamente. El doble de hombres (50,30%) que de mujeres (23,90%) refirieron ser bebedores habituales. Esta proporción de aproximadamente dos a uno se mantuvo en todos los grupos de edad. En ambos sexos los bebedores diarios fueron progresivamente más frecuentes hasta los 64 años, para disminuir a partir de esa edad. Se observó en ambos sexos un claro gradiente por clase social, siendo casi el doble la frecuencia de bebedores habituales en la clase I (57,4% en hombres y 37,1% en mujeres) que en la VI (38,1% en hombres y 13,6% en mujeres). En términos relativos el gradiente es más marcado en mujeres.

Gráficos 148 y 149. Bebedores habituales (consumo de bebidas alcohólicas al menos una vez por semana) según sexo y grupo de edad y según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tendencia →

En 2014, la prevalencia de los que declararon haber bebido 'a diario' aumentó suavemente, al igual que en 2011, sin que este incremento se observe en los más jóvenes. En cambio, el porcentaje de 'bebedores habituales' (al menos una vez por semana) tiende a disminuir desde 2006, en ambos sexos y en todos los grupos de edad excepto los mayores³¹ (tabla 37).

Distribución semanal del consumo de bebidas alcohólicas según tipo de bebida

Población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas uno o más días a la semana

Solo quienes consumen alcohol al menos una vez por semana (36,77% de la población de 15 y más años, 50,28% de los hombres y 23,88% de las mujeres) contestan a las preguntas sobre cantidad y tipo de bebida consumida cada día de la semana.

Tabla 3.040

En ambos sexos, la cerveza y los vinos se beben tanto entre semana como los fines de semana, aunque más de la mitad (56,51%) de quienes beben cerveza y el 41,26% de quienes toman vino o cava solo lo hacen en fin de semana. En cambio, los aperitivos (84,24%), licores (78,91%) y destilados (90,96%), se consumen muy mayoritariamente solo los fines de semana, especialmente en el caso de las mujeres.

Tipo de alcohol más consumido

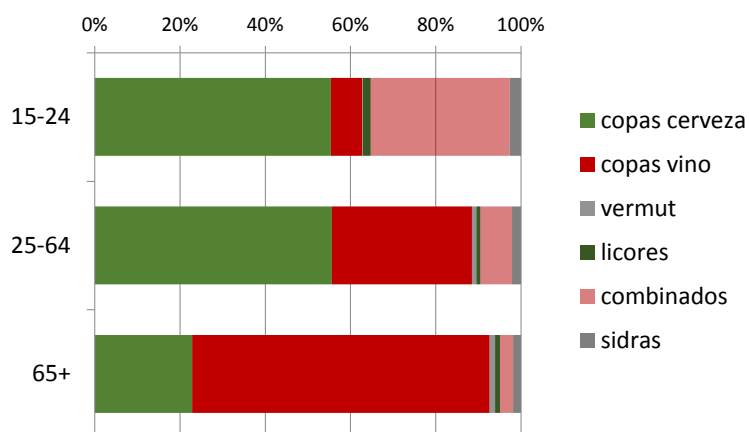
La cerveza es la bebida más consumida, el 48,21% de las bebidas declaradas (en número de copas), seguida del vino (39,81%) los whiskies y combinados (7,82%), las bebidas locales (2,08%), los licores (1,05%) y los aperitivos (1,04%). El orden es semejante en ambos sexos, aunque las mujeres consumen algo más de vino que de cerveza y más aperitivos que licores y bebidas locales.

Los patrones de consumo son completamente diferentes al analizar según la edad (gráfico 150). El número de copas que beben los jóvenes de 15 a 24 años se reparte entre cervezas (55,38%) y combinados (32,67%) y solamente el 7,38% son de vino. En el grupo de 25 a 64 años la bebida más consumida es la cerveza (55,62%), seguida del vino (32,86%) y del whisky/combinados (7,43%). En cambio entre la población de 65 y más años el consumo de vino ocupa el primer lugar (69,81%), seguido de la cerveza (22,82%), y el resto de las bebidas alcohólicas está por debajo del 4%.

No hay cambios con respecto a la distribución observada en ENSE 2011/12.

³¹ La formulación de la pregunta y las categorías de respuesta han cambiado ligeramente en 2014 para su armonización con EHIS, pudiendo haber afectado a la comparabilidad.

Gráfico 150. Patrón de consumo de distintos tipos de bebidas alcohólicas según grupo de edad. Población de 15 y más años que consume alcohol al menos una vez por semana (bebedores habituales) (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Consumo medio diario de alcohol (CMD)³²

Población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas uno o más días a la semana

Solo quienes consumen alcohol al menos una vez por semana –los ‘bebedores habituales’ (36,77% de la población de 15 y más años, 50,28% de los hombres y 23,88% de las mujeres) contestan a las preguntas sobre cantidad y tipo de bebida consumida cada día de la semana.

Tablas 3.041 a 3.043

La población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas uno o más días a la semana consume de media 13,24 gramos/día (SD 11,72), 8,31 g/día (SD 11,77) los días entre semana y más del doble, 19,84 g/día (SD 16,21), los fines de semana.

Los hombres presentan un CMD mayor que las mujeres (15,11g/día vs 9,48g/día), y estos 5 puntos de diferencia se mantienen tanto entre semana como los fines de semana.

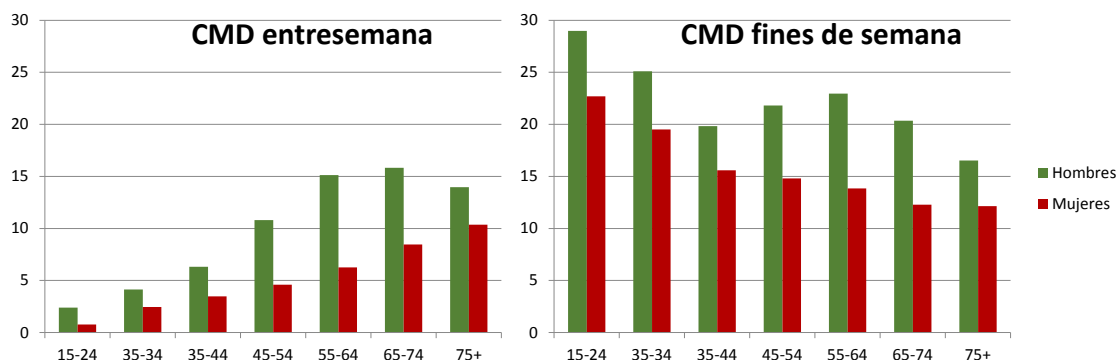
³² En la encuesta, a las personas que declaran haber consumido bebidas alcohólicas al menos un día por semana, se les pregunta por la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de distintos tipos de bebidas alcohólicas cada día de una semana habitual o tipo, lo que permite conocer los gramos de alcohol ingeridos a partir de la equivalencia entre los gramos que contiene cada tipo de bebida y la cantidad de vasos o copas consumidas. La variable derivada ‘consumo medio diario’ (CMD) de alcohol (en gramos de alcohol puro) se obtiene reconvirtiendo los valores de la tabla a gramos de alcohol puro y calculando el promedio diario. La frecuencia de consumo y la cantidad consumida de los distintos tipos de bebidas alcohólicas permite estimar los gramos de alcohol ingeridos a partir de la equivalencia utilizada entre los gramos que contiene cada tipo de bebida y la cantidad de vasos o copas consumidas. Las equivalencias utilizadas en gramos de alcohol puro por unidad de bebida son las siguientes:

Cerveza con alcohol	10g
Vino o cava	10g
Aperitivos con alcohol (vermut, fino, jerez)	20g
Licores, anís, pacharán	20g
Whisky, coñac, combinados...	20g
Bebidas locales (sidra, carajillo...)	10g

En general los jóvenes bebedores habituales concentran su consumo en los fines de semana mientras que los adultos lo distribuyen a lo largo de la semana (gráfico 151). Los hombres entre 55 y 64 años alcanzan el CMD más elevado en el conjunto de la semana, aunque los consumos más elevados se producen durante el fin de semana en los más jóvenes. Los hombres de 15-24 años son quienes más consumen (28,99 g/día), seguidos del grupo de 25-34 años (25,11 g/día), y de las mujeres de 15-24 (22,70 g/día).

Gráfico 151. Consumo medio diario de alcohol (en gramos) entresemana y fines de semana, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años que consume alcohol al menos una vez por semana (bebedores habituales) (%).

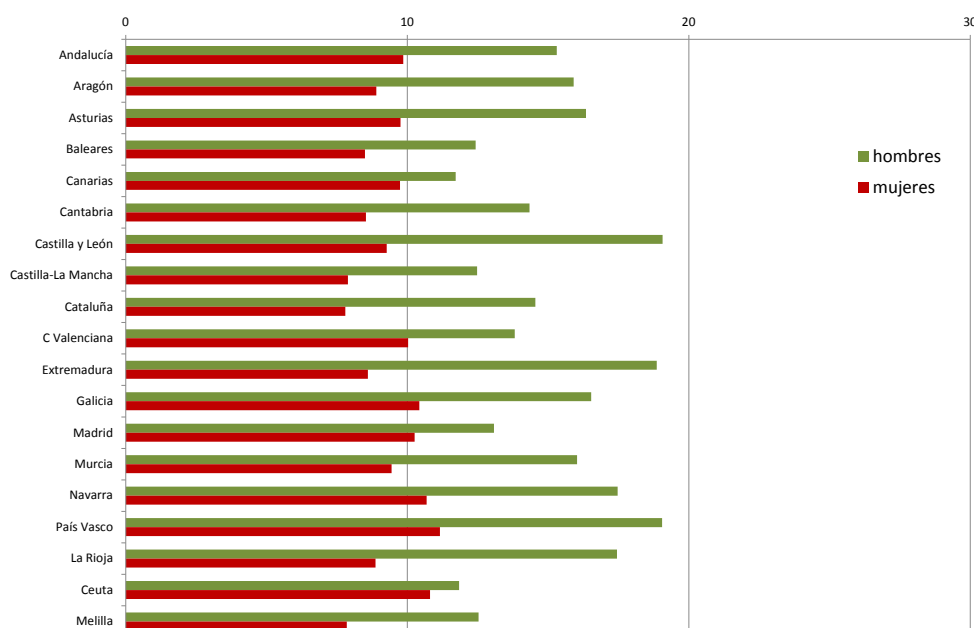
EESE 2014, INE/MSSSI



Según la clase social, en hombres bebedores habituales se observa un gradiente social en el CMD, siendo la clase VI la de mayor CMD (15,94g/día vs 13,48g/día). En mujeres por el contrario la distribución es homogénea.

Se observan diferencias por comunidades autónomas, especialmente en hombres (gráfico 152). Cabe destacar el elevado CMD en hombres de Extremadura y País Vasco los fines de semana, que superan los 28 g/día. Entresemana en cambio los CMD más altos se observan en Castilla y León y Galicia, por encima de 11 g/día.

Gráfico 152. Consumo medio diario de alcohol (en gramos) según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años que consume alcohol al menos una vez por semana (bebedores habituales) (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses

Población de 15 y más años

Consumo intensivo episódico: comparabilidad con años anteriores

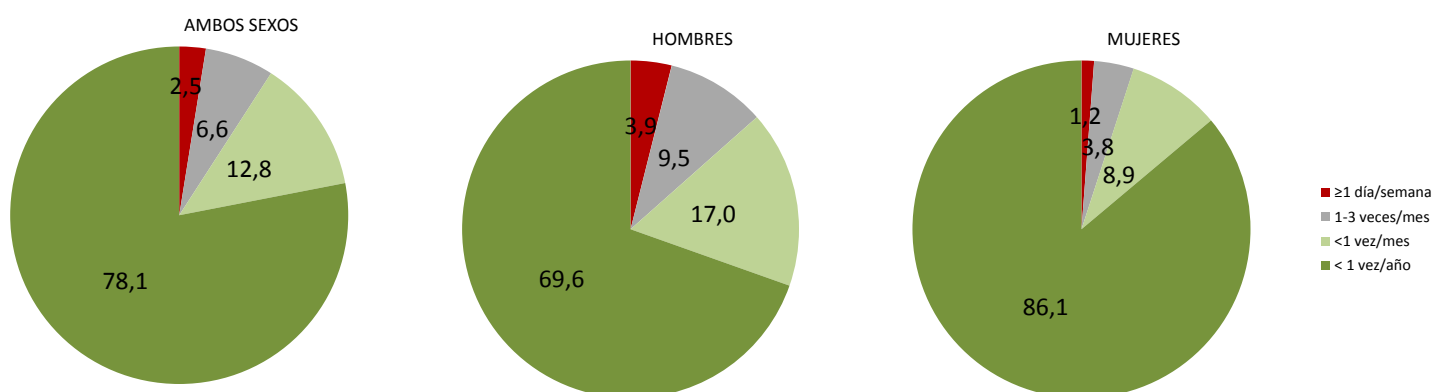
El consumo intensivo episódico³³ es un patrón de consumo con importantes consecuencias para la salud, en particular las lesiones. Los datos obtenidos en la EESE 2014 para este indicador, también llamado 'consumo en atracón', 'binge drinking', 'heavy episodic drinking' (HED), o 'risky single occasion drinking' (RSOD), no son comparables con los de encuestas anteriores, debido al cambio en la formulación de las respuestas introducido en EESE2014.

La tasa de prevalencia de consumo intensivo al menos una vez al mes es mayor con la nueva formulación de las respuestas (9,1% en EESE 2014 vs. 4,6% en ENSE 2011/12), más desagregadas en 2014 y, sobre todo, enunciadas en orden inverso. En 2011, al ser 'nunca' y 'menos de 1 vez al año' las primeras opciones de respuesta probablemente resultaron favorecidas por los entrevistados. En 2014, las primeras son 'a diario o casi', '5-6 días por semana' etc., y para llegar al 'nunca', el entrevistado tiene que haber dejado pasar 8 respuestas anteriores que, además, 'normalizan' el haber bebido. La nueva formulación permite captar mayor número de bebedores intensivos ocasionales. Por otra parte, los resultados de EESE14 son coherentes con otras encuestas, como EDADES 2013³⁴, que observó valores muy semejantes, aunque es necesario tener en cuenta también las diferencias en las definiciones y el hecho de ser encuestas específicas sobre consumo de sustancias.

Tablas 3.044b -3.047b

El 78,06% de la población de 15 y más años no había consumido nunca alcohol de manera intensiva, 69,59% de los hombres y 86,12% de las mujeres.

Gráfico 153. Frecuencia de consumo intensivo de alcohol según sexo. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



³³ A efectos de esta encuesta se considera consumo intensivo de alcohol cuando, en un intervalo de 4-6 horas, un hombre consume 6 o más unidades de bebida estándar (≥60 g de alcohol puro) o una mujer consume 5 o más unidades de bebida estándar (≥50 g de alcohol puro). Una unidad de bebida estándar son 10 gramos de alcohol puro, y equivale aproximadamente a dos copas de vino o cerveza o a una copa de licores o destilados. Eurostat en cambio no discrimina por sexo en EHIS, usando como umbral 6 o más UBS para ambos sexos.

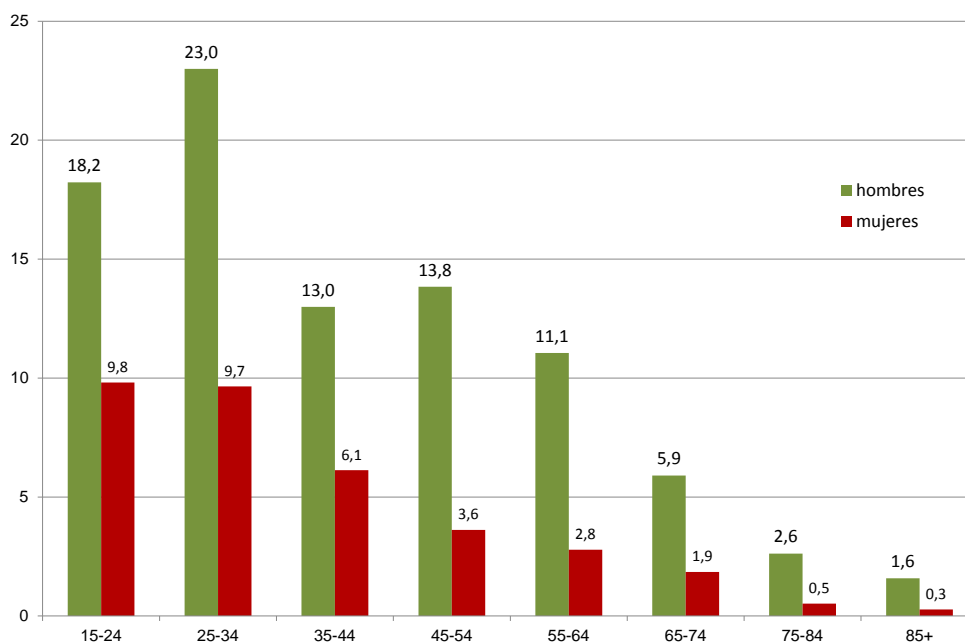
³⁴ El Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías presenta prevalencias muy semejantes de consumo intensivo de alcohol en población de 15 a 64 años. Según los resultados de EDADES 2013, el 15,5% habría consumido alcohol de manera intensiva en el último mes, y según EESE 2014, el 15,3% de este grupo de edad lo habría hecho. Las diferencias son mayores en jóvenes. Según ESTUDES 2014, sería el 32,2% de los jóvenes de 14 a 18 años, valores más altos que en la EESE. No obstante es necesario tener en cuenta las diferencias en la definición. El OEDT considera *binge drinking* la ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en un intervalo inferior a dos horas. (Ver anterior nota al pie para definición EESE).

Tabla 38. Frecuencia de consumo intensivo en el último año. Población 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

	Total			Hombres			Mujeres		
	semanal	mensual	anual	semanal	mensual	anual	semanal	mensual	anual
Total	2,54	9,12	21,94	3,93	13,46	30,41	1,21	4,99	13,88
15-24	3,58	14,10	31,89	5,40	18,23	36,75	1,69	9,82	26,84
25-34	4,30	16,32	35,43	6,13	22,99	46,81	2,47	9,65	24,06
35-44	2,15	9,63	26,93	3,02	12,99	36,33	1,25	6,13	17,15
45-54	2,60	8,74	22,17	3,84	13,84	32,14	1,35	3,62	12,16
55-64	2,60	6,83	15,47	4,35	11,06	23,26	0,91	2,79	8,01
65-74	1,51	3,75	8,24	2,83	5,91	12,46	0,34	1,85	4,52
75+	0,36	1,21	3,60	0,85	2,37	5,86	0,04	0,45	2,12

El 9,12% de la población de 15 y más años (13,46% en hombres y 4,99% en mujeres) había hecho un consumo intensivo de alcohol al menos 1 vez al mes. Uno de cada cinco hombres de entre 15 y 34 años declaró haber consumido de manera intensiva en el último mes y, entre 35 y 54 años, cerca de uno de cada siete. En mujeres es una de cada 10 entre 15 y 34 años y la proporción desciende escalonadamente a partir de esa edad (tabla 38 y gráfico 154).

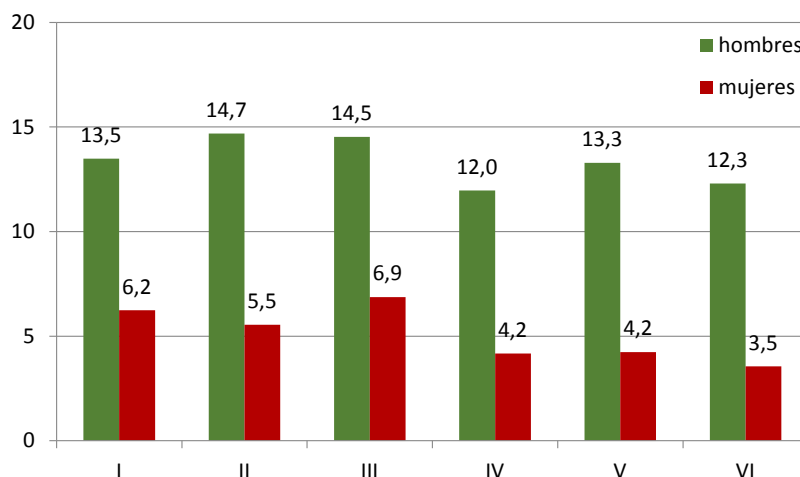
Gráfico 154. Consumo intensivo al menos una vez al mes según sexo y edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014. INE/MSSSI



Según la clase social, la proporción de mujeres que declaró que no había bebido de forma intensiva episódica en el último año fue mayor en la clase VI (89,54%), disminuyendo casi escalonadamente hasta el 81,75% en la clase I. En el caso de los hombres la distribución por

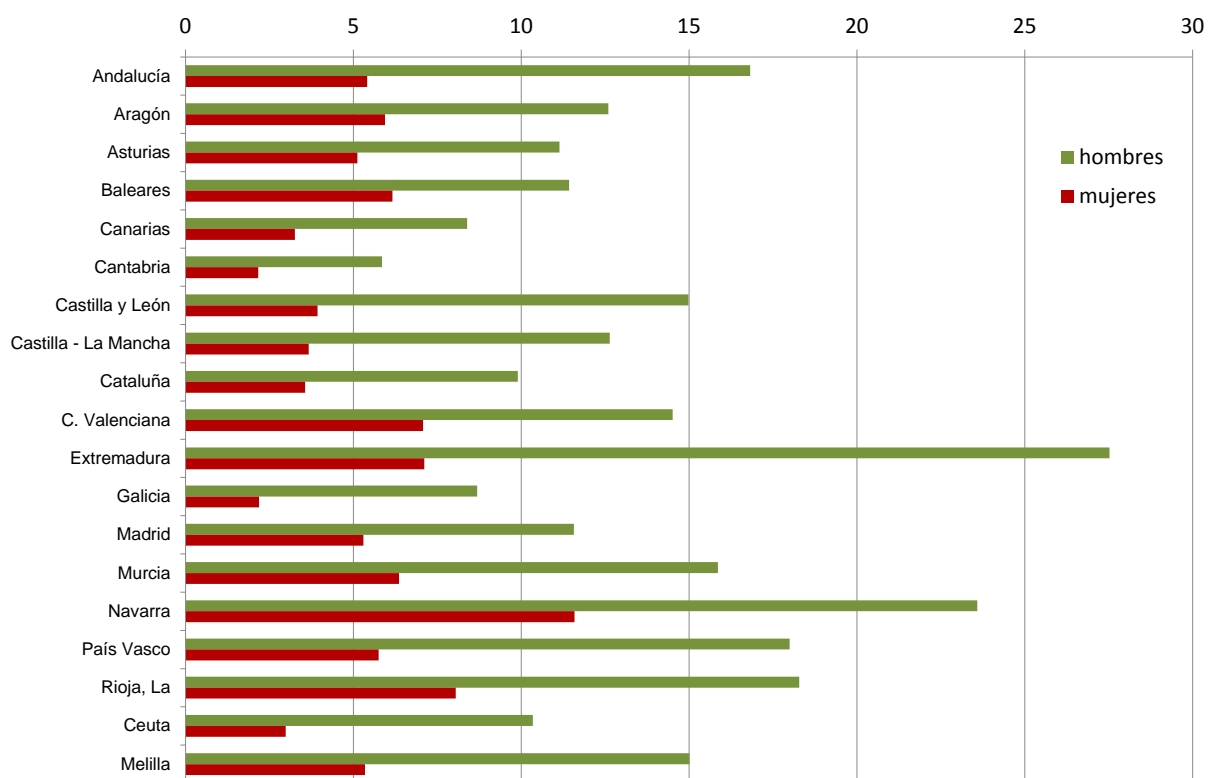
clase social no mostró un gradiente. En los que declararon haber hecho *binge drinking* en el último mes no mostró un patrón claro (gráfico 155), y tampoco en quienes declararon hacer este tipo de consumo de alcohol semanalmente, siendo la distribución por clase social homogénea o irregular.

Gráfico 155. Consumo intensivo al menos una vez al mes según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014. INE/MSSSI



Por país de nacimiento no se observaron diferencias relevantes en este tipo de consumo .

Gráfico 156 - Consumo intensivo al menos una vez al mes según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Se observaron grandes diferencias inter-autonómicas. En hombres destacaron Extremadura (27,52%), Navarra (23,59%), La Rioja (18,28%), País Vasco (18,00%) y Andalucía (16,82%), como las comunidades autónomas donde más se realiza este tipo de consumo intensivo mensualmente (gráfico 156). En mujeres, únicamente en Navarra más de una de cada diez declaró haber bebido de manera intensiva en el último mes.

ACTIVIDAD FÍSICA

Indicadores de actividad física (AF)

Todas las personas adultas debieran evitar la inactividad física. Un poco de actividad es mejor que nada, y quienquiera que haga cualquier cantidad de actividad física obtendrá beneficio para la salud (OMS, 2011).

La necesidad de monitorizar la actividad física tropieza con las limitaciones que aún presentan los instrumentos disponibles para su medición estandarizada en encuestas. La definición operativa de la actividad física presenta dificultades, y no se ha alcanzado suficiente consenso para asegurar la comparabilidad.

La EESE 2014 permite continuar las series históricas que venía recogiendo la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) mediante dos preguntas descriptivas de la actividad física 1) en el trabajo o actividad principal y 2) en el tiempo libre. Tradicionalmente en la ENSE se ha venido denominando 'sedentaria' a aquella persona que refiere que en su tiempo libre 'no hace ejercicio y que lo ocupa de manera casi completamente sedentaria (leer, cine, TV...)'. Aunque actualmente la comunidad científica prefiere reservar el término 'sedentario' para el tiempo que se pasa sentado, a efectos de esta publicación, se continúa utilizando la definición de la serie ENSE.

Además de las dos preguntas anteriores, la EESE incluye un instrumento diseñado específicamente para la encuesta europea, el EHIS-PAQ, que recoge la frecuencia y la duración con que se realizan en una semana típica: a) los desplazamientos habituales activos (andando y en bicicleta), b) la actividad física beneficiosa para la salud (AFBS, o HEPA en sus siglas en inglés) aeróbica en tiempo de ocio y, c) los ejercicios de musculación.

Las Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud (OMS, 2011) establecen, para la población de 18 y más años, un mínimo de 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o 75 de actividad aeróbica vigorosa, o bien la combinación equivalente de ambas. Para mayor beneficio se debería llegar a 300 y 150 minutos respectivamente, y dos o tres veces por semana realizar actividades que fortalezcan el aparato locomotor. En el caso de los mayores de 65 años, se recomienda además realizar tres veces por semana actividades para mejorar el equilibrio y prevenir caídas. Al final de este apartado de AF se incluye una tabla resumen con las estimaciones del grado de cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en España y sus limitaciones.

Actividad física en el trabajo o actividad principal

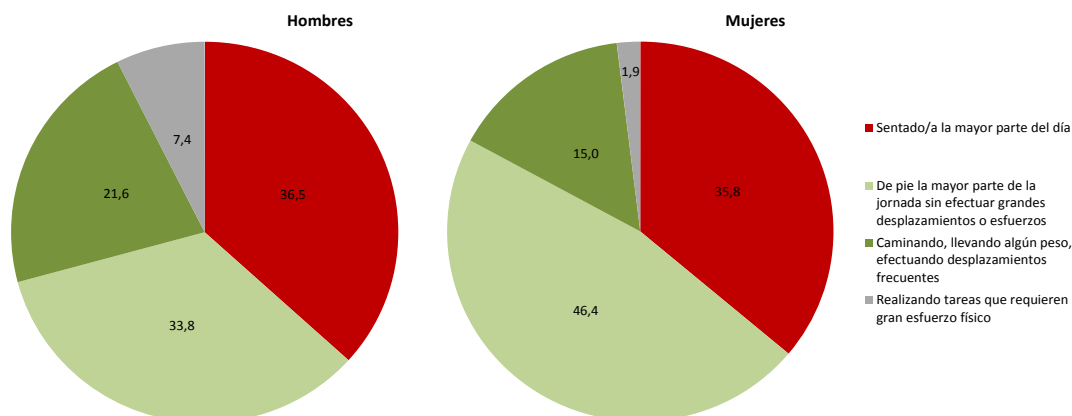
Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar

Tablas 3.049 a 3.053

En España, 3 de cada 4 personas no realizan actividad física en su trabajo o actividad principal. De la población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar³⁵, el 36,08% refirió pasar sentada la mayor parte de su jornada. El 40,45% permaneció de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos ni esfuerzos. Entre estos dos grupos suman el 76,53% de esta población. El 18,11% pasó la mayor parte de la jornada caminando, llevando algún peso o realizando desplazamientos frecuentes y el 4,50%, realizando grandes esfuerzos. Hombres y mujeres pasan sentados la mayor parte de su jornada en proporción similar. Las mujeres están con más frecuencia que los hombres de pie sin realizar grandes esfuerzos, y los hombres hacen grandes esfuerzos en mayor proporción que las mujeres (gráfico 157).

³⁵ La población de referencia es población ocupada, estudiantes, trabajadores informales y a quienes realizan las tareas domésticas, el 61,98% del total de la encuesta.

Gráfico 157. Distribución de la población según el tipo de actividad física desarrollada en el trabajo o actividad principal. Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a las tareas del hogar (%). EESE 2014, INE/MSSSI

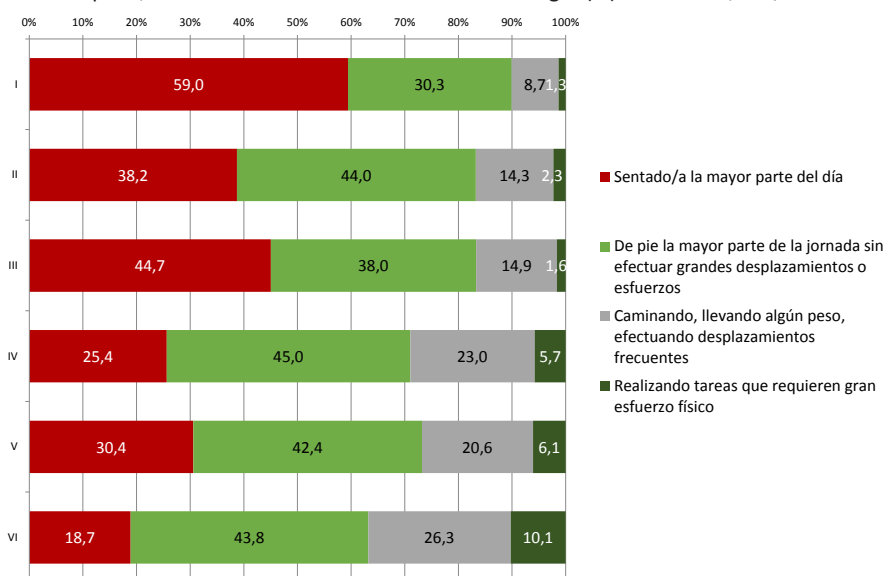


No hay patrones claros por grupo de edad. Los adultos (35-64 años) hacen más frecuentemente actividades de mediano - gran esfuerzo, mientras que en jóvenes (15-24) y mayores (75 y más años) predominan los trabajos sentados.

Según la clase social, el porcentaje de personas que pasa la mayor parte de la jornada sentado disminuye al pasar de la clase I (59,00%) a la VI (18,68%). El porcentaje de quienes realizan grandes esfuerzos se concentra en las clases V y VI, tanto en hombres como en mujeres (gráfico 158).

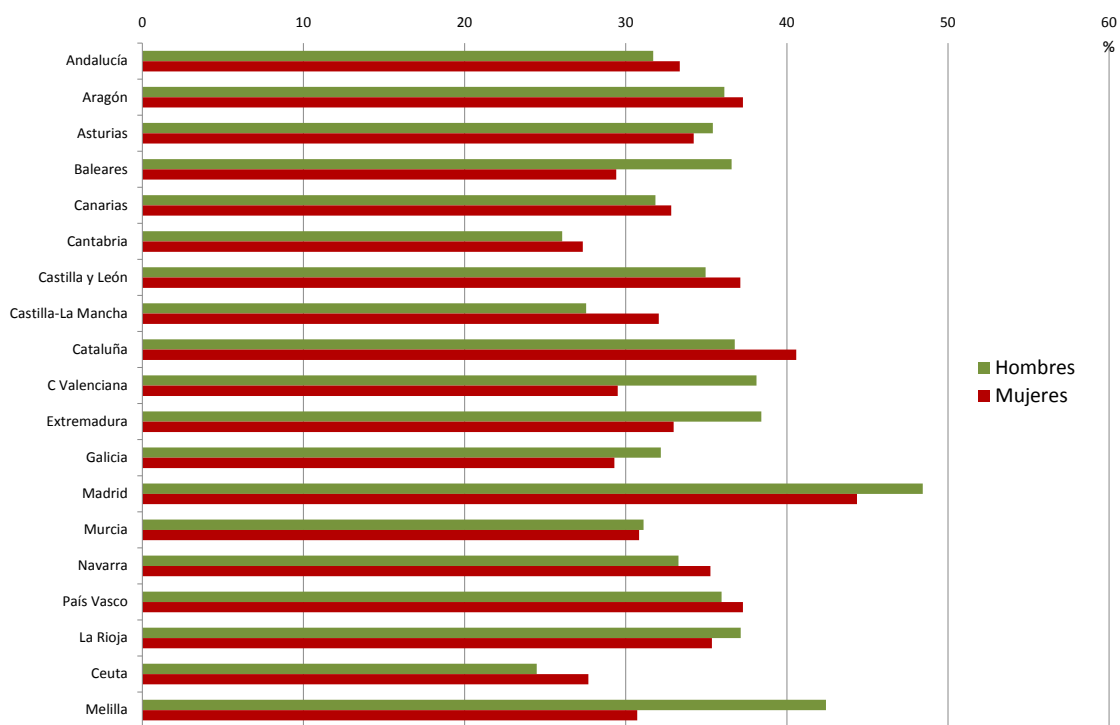
Según el país de nacimiento, entre la población autóctona el porcentaje de personas que pasa la mayor parte de la jornada sentado es el 37,85%, mientras que en la foránea es el 25,73%. La diferencia ocurre en ambos sexos y es mayor en mujeres.

Gráfico 158. Tipo de actividad física en el trabajo o actividad principal por clase social. Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a las tareas del hogar (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por comunidad autónoma (gráfico 159), es en Madrid donde se refiere con más frecuencia que pasan sentados la mayor parte de la jornada (46,26%), seguida de Cataluña (38,72%), mientras que en Murcia (9,90%) y Castilla-La Mancha (9,48%) es donde se hacen grandes esfuerzos en la actividad principal con mayor frecuencia.

Gráfico 159. Sentado la mayor parte del día en el trabajo o actividad principal, por sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a las tareas del hogar (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Según la relación con la actividad económica actual, los estudiantes son los que con más frecuencia pasan sentados la mayor parte del día (65,59%), algo más las mujeres que los hombres, y los que trabajan son los que hacen en mayor porcentaje grandes esfuerzos.

Tendencia →

Si se agrega la población que pasa la mayor parte del día sentada con la que está de pie pero sin realizar grandes esfuerzos, el total es menor que en cualquiera de los años anteriores. En hombres se sitúa en los niveles de 2003 y 2006 (algo más de 70%) y en mujeres claramente por debajo de los valores de la serie histórica (82,13% en 2014). La reducción es a expensas del grupo que pasa de pie casi toda la jornada sin grandes desplazamientos ni esfuerzos, mientras que la proporción de la población que pasa sentada la mayor parte de la jornada en el trabajo o actividad principal aumenta suavemente a lo largo de estos años (tabla 39).

Tabla 39. Actividad física en el trabajo o actividad principal. Población de 15 y más años ocupada, estudiante o dedicada a las labores del hogar (%). Evolución 1993-2014. ENSE/EESE, MSSSI/INE.

Año	1993	1995	1997	2001	2003	2006	2011	2014
Sentado/a la mayor parte del día	34,0	32,4	33,2	33,2	33,6	32,7	37,8	36,1
De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	51,0	52,6	50,7	50,9	45,6	46,7	44,8	40,5
Ambas	85	85	83,9	84,1	79,2	79,4	82,6	76,6

Actividad física en el trabajo o actividad principal Población de 15 y más años ocupada

Para este indicador Eurostat propone distintos denominadores: acotarlo a la población ocupada (44,52%) y también usar la población general como referencia. En la tabla 40 se comparan las distribuciones resultantes según el sexo.

Tabla 40. Tipo de actividad física desarrollada en el trabajo o actividad principal, según sexo. Población de 15 y más años: total; ocupada, estudiante o dedicada a las tareas del hogar; y ocupada (%). EESE 2014, INE/MSSSI

	Sexo	Sentado/a la mayor parte de la jornada	De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos	Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes	Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico
Población general (15+)*	T	36,0	42,4	16,3	3,1
	H	36,3	37,4	19,1	4,8
	M	35,7	47,2	13,5	1,4
Población ocupada, estudiante o dedicada a las tareas del hogar (15+)**	T	36,1	40,5	18,1	4,5
	H	36,5	33,8	21,6	7,4
	M	35,8	46,4	15,0	1,9
Población ocupada (15+)***	T	32,5	39,6	21,3	6,1
	H	32,1	34,8	24	8,6
	M	33	45,7	17,9	3

*No aplicable en el 2,27% de la población de referencia. **No aplicable en el 0,85% de la población de referencia. ***No aplicable en el 0,50% de la población de referencia.

Sedentarismo

Población de 15 y más años

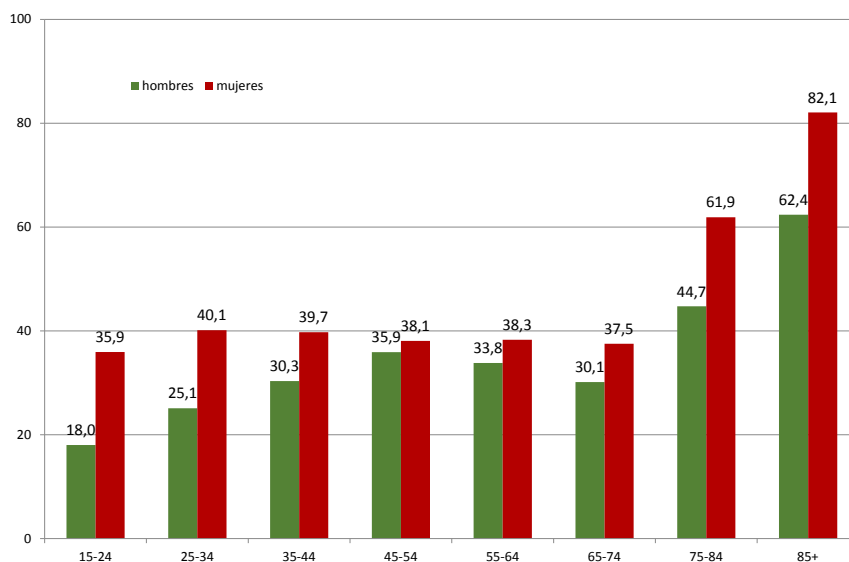
Tablas 3.054 a 3.057

PRINCIPALES RESULTADOS

Más actividad física en tiempo de ocio. En 2014 se observó el valor más bajo de sedentarismo³⁶ (en tiempo libre) de toda la serie histórica, observándose una caída con respecto a 2011 en torno a 7 puntos porcentuales, tanto en hombres como en mujeres. No obstante el porcentaje sigue siendo elevado: el 36,68% de la población adulta (15 y más años) se declaró sedentaria. Aunque no se dispone de datos para toda la serie ENSE, el sedentarismo siempre fue mayor en mujeres que en hombres, y en 2014 se mantuvo la diferencia por sexo, 31,08% en hombres y 42,01% en mujeres. En todas las edades son más sedentarias las mujeres, pero sobre todo en las más jóvenes y en las de mayor edad.

El 36,68% de la población se declara sedentaria (en tiempo de ocio). En hombres este porcentaje aumenta con la edad. Entre los 15 y los 54 años pasa de 18,02% a 35,90%, reduciéndose algo entre los 55 y los 74, edad a partir de la cual aumenta rápidamente. La proporción de mujeres que se declara sedentaria se mantiene estable cerca del 40% hasta el grupo de 65 a 74 años, y a partir de entonces aumenta también rápidamente.

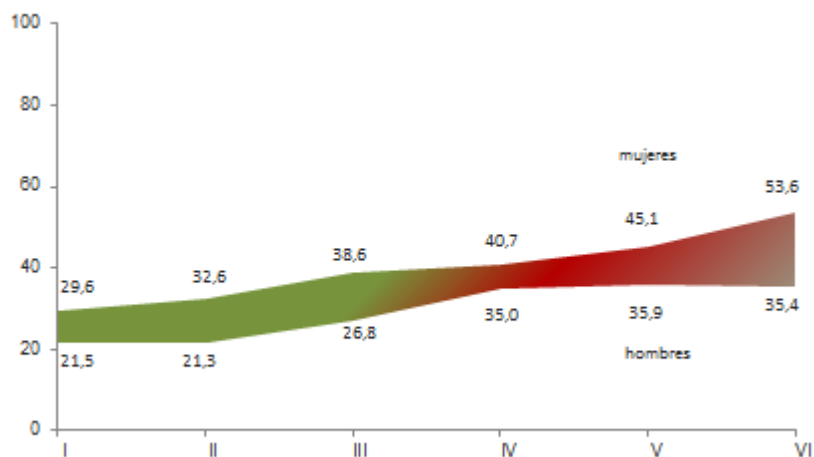
Gráfico 160. Sedentarismo (en tiempo libre) según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



³⁶ Aunque actualmente se prefiere reservar el término 'sedentario' para el tiempo que se pasa sentado, a efectos de esta publicación se continúa utilizando la definición de la serie histórica ENSE, es decir, aquella persona que refiere que en su tiempo libre 'no hace ejercicio y que lo ocupa de manera casi completamente sedentaria (leer, cine, TV...)'.

Las diferencias por sexo fueron muy marcadas. Las mujeres se declararon sedentarias más frecuentemente que los hombres (42,01% vs 31,08%) en todas las edades. La mayor diferencia se da en el grupo más joven, con 18 puntos porcentuales entre chicos y chicas, y en las personas de 75 y más años, con un diferencial semejante. La menor diferencia se observa entre los 45 y los 64 años (gráfico 160).

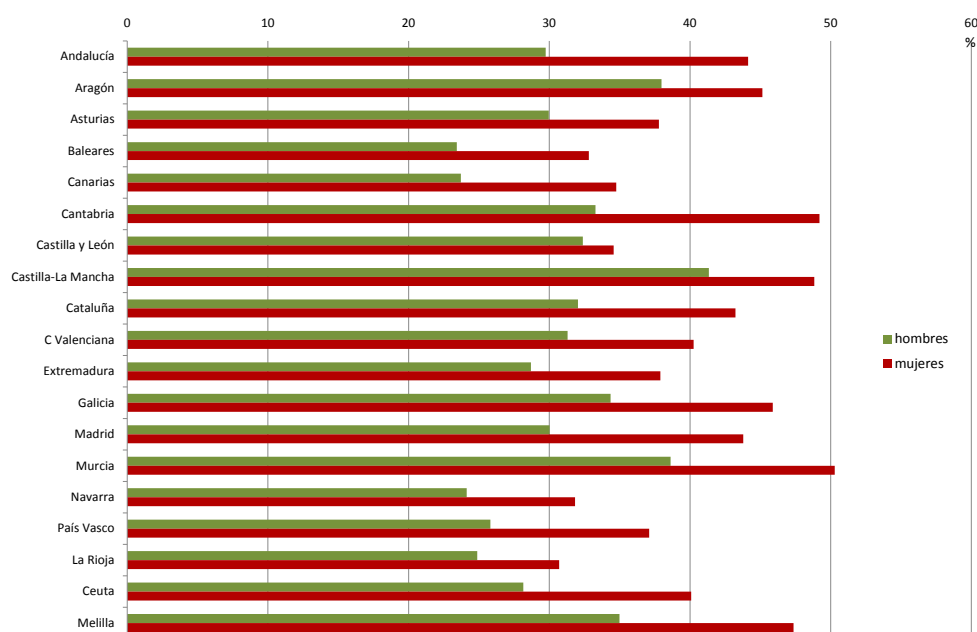
Gráfico 161. Sedentarismo (en tiempo libre) en hombres y mujeres según clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, MSSSI/INE



El porcentaje de sedentarismo varía mucho con la clase social, pasando del 25,47% en la clase I al 45,29% en la VI. Este gradiente se observa tanto en hombres como en mujeres. La mayor diferencia por sexo (18 pp) se da en la clase VI (gráfico 161).

En Murcia, Cantabria y Castilla-La Mancha, en mujeres, se observan los valores más elevados de sedentarismo en tiempo libre, en torno al 50%, mientras en hombres sólo Castilla-La Mancha sobrepasa el 40% (gráfico 162).

Gráfico 162. Sedentarismo (en tiempo libre) por sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tendencia →

En 2014 se observó el valor más bajo de toda la serie histórica en la proporción de la población que declara sedentarismo en tiempo libre, tanto en hombres como en mujeres (tabla 41), pero los valores siguen siendo elevados.

Aunque no se dispone de este dato para toda la serie, entre 2011 y 2014 el sedentarismo en tiempo libre ha caído en conjunto más de 8 puntos porcentuales, del 44,44% al 36,08%. Decrece en ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque lo hace menos en varones de 15-24 años y en mayores de 64 de ambos sexos. Es en el grupo de mujeres muy jóvenes, entre 15 y 24 años, donde más disminuyó el sedentarismo (13,6 pp), aunque las caídas son también importantes en hombres de 45 a 64 años y en mujeres de 35 a 44 y de 65 a 74 años, en torno al 10 pp.

Tabla 41 - Sedentarismo (en tiempo libre) según sexo. Población de 15 y más años (%). Evolución 1993-2014.

	ENSE/EESE, MSSSI/INE							
	1993	1995	1997	2001	2003*	2006*	2011	2014
Ambos	54,24	46,87	45,68	46,84	ND	ND	44,44	36,68
Hombres	46,85	40,62	39,14	41,17	ND	ND	38,84	31,08
Mujeres	61,30	52,71	51,81	52,17	ND	ND	49,78	42,01

*En ENSE 2003 y ENSE 2006 los resultados no son comparables por diferente formulación de la pregunta.

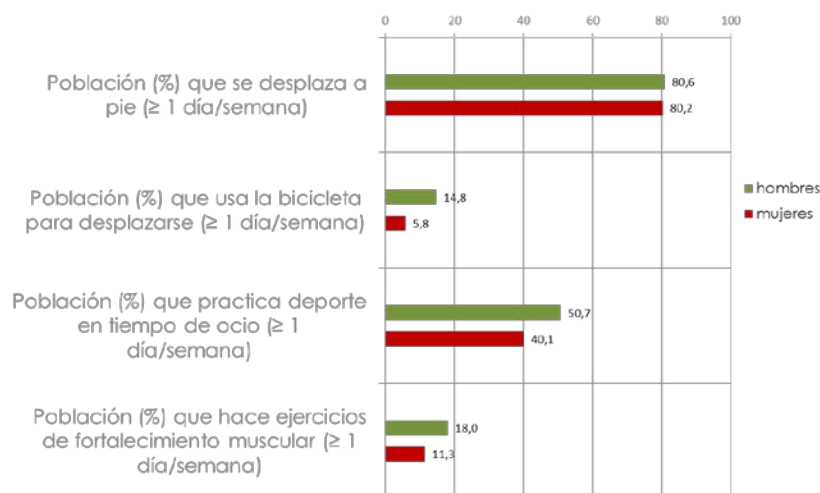
A lo largo de toda la serie histórica el sedentarismo en tiempo libre es más frecuente en mujeres que en hombres. El grupo de 45 a 64 años es en el que menor diferencial por sexo se observa. Las mayores diferencias se dan en los grupos de edad extremos, por encima de 15 pp en los de 75 y más años y entre 15 y 34, sobre todo, entre 15 y 24 años, sin que este último diferencial se haya reducido en más de 20 años. La diferencia alcanza los 20 puntos porcentuales en los de 85 y más años

En los hombres, los patrones por edad se mantienen relativamente constantes a lo largo de toda la serie histórica. Los grupos más jóvenes refieren menos sedentarismo en tiempo de ocio, y este va incrementándose a mayor edad. En las mujeres por debajo de 65 años, en cambio, en los últimos años han desaparecido las diferencias existentes entre los distintos grupos de edad, confluyendo las líneas de tendencia.

Por clase social, entre 2011 y 2014 en mujeres disminuye más el sedentarismo en las clases altas (I y II), incrementándose así las diferencias ya existentes.

Cuestionario de actividad física EHIS-PAQ

Gráfico 163. Desplazamientos activos (caminando y en bicicleta) y deporte en tiempo libre y según sexo. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Número de días a la semana en los que camina para los desplazamientos habituales Población de 15 y más años

Tablas 3.058 a 3.062

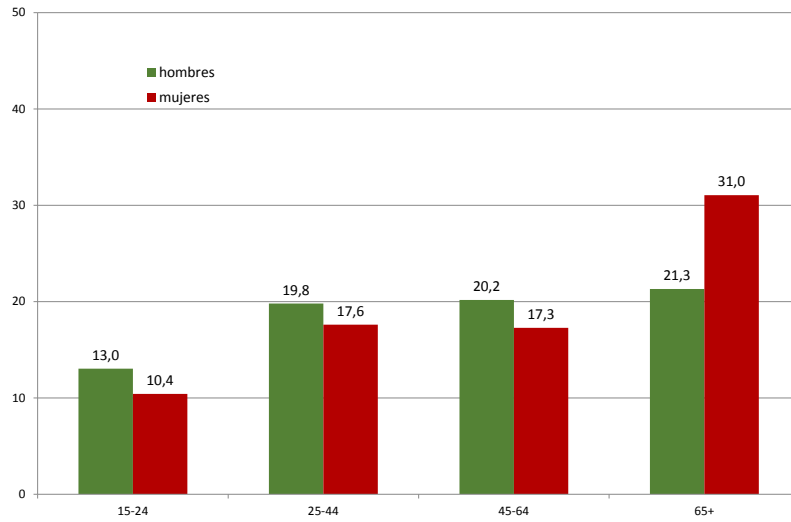
La mitad de la población (48,31%, 50,86% hombres y 45,87% mujeres) camina los siete días de la semana al menos 10 minutos seguidos para ir a los sitios a los que se desplaza habitualmente, y otro 18,21% lo hace 5-6 días a la semana. El 80,40% lo hace algún día a la semana.

El 19,60% de la población de 15 y más años declaró que no camina nunca más de 10 minutos seguidos para ir a los sitios a los que se desplaza habitualmente (gráficos 163 y 164). La frecuencia es similar en hombres y mujeres, aunque en las mujeres de 65 y más años fue mayor la frecuencia de las que no se desplazan a pie. También fueron similares los patrones de frecuencia en el número de días que sí que lo hacen, que desciende siempre en los mayores (65 y más). El porcentaje de quienes no caminan es mayor a mayor edad, pero es notable que el 11,73% de las personas entre 15-24 años declaró no hacerlo nunca.

El porcentaje de quienes no caminan aumenta ligeramente al pasar de clase I a clase VI. No hay diferencias por clase social en la población que camina 5-7 días a la semana.

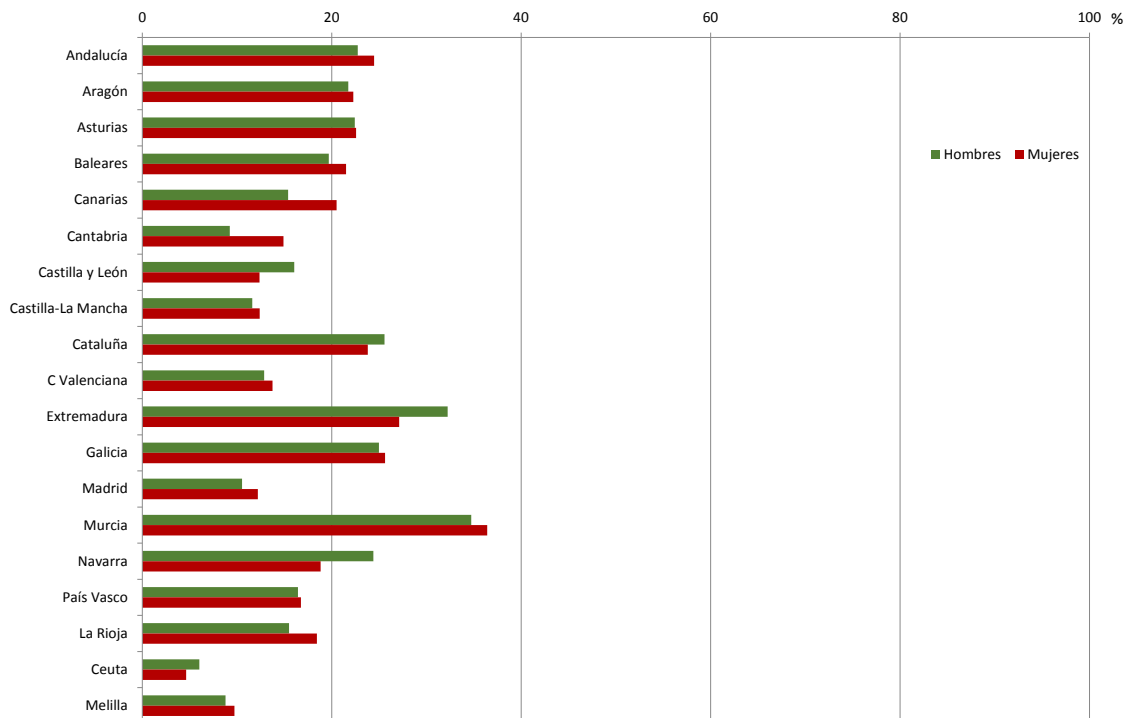
El porcentaje de quienes no caminan es mayor en las personas nacidas en España (20,23%) que entre las nacidas en el extranjero (15,38%) y esto ocurre en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Gráfico 164. Población que no camina ningún día 10 minutos seguidos para ir a los sitios a los que se desplaza habitualmente (a trabajar, a clase, a la compra...), por sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Por comunidades autónomas (gráfico 165), donde menos se camina es en Murcia (35,57% no caminan nunca), especialmente las mujeres (36,41%). Le sigue Extremadura (29,65%), Galicia (25,32%) y Cataluña (24,67%).

Gráfico 165. Población que no camina ningún día 10 minutos seguidos para ir a los sitios a los que se desplaza habitualmente (a trabajar, a clase, a la compra...), por sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tiempo medio semanal (minutos) que camina para los desplazamientos habituales **Población de 15 y más años que camina al menos un día a la semana³⁷**

Tablas 3.063 a 3.067

El tiempo medio que caminan quienes lo hacen al menos una vez por semana es de 40 minutos diarios (284 minutos a la semana, equivalente a 4,7 horas). Los hombres caminan más que las mujeres (305 vs 262 minutos por semana de media). El número de minutos caminado aumenta con la edad, en los hombres claramente y en las mujeres también, excepto en el último grupo de edad (65 y más años), que baja.

Por clase social, las personas en clase I caminan en promedio 248 minutos por semana, y las de clase VI, 305. Tanto en hombres como en mujeres se aprecia este patrón escalonado, aunque en hombres con irregularidades.

Asturias es la comunidad autónoma en la que más tiempo se camina (345 minutos por semana), tanto los hombres como las mujeres.

Conforme aumenta el nivel de estudios se camina menos de media (295 en el grupo inferior vs. 260 minutos por semana en el tramo superior).

Utilización de la bicicleta para los desplazamientos habituales **Población de 15 y más años**

Tablas 3.068 y 3.069

El 10,20% de la población de 15 y más años (14,78% en hombres y 5,84% en mujeres) refiere que usa la bicicleta para desplazarse al menos un día a la semana. El uso disminuye con la edad. El grupo que declara usarla con mayor frecuencia es el de hombres de 15 a 44, en torno al 20%.

Castilla y León es la comunidad autónoma donde más se declara el uso de bicicleta para desplazarse, el 13,94%, y es la mayor proporción tanto en hombres como en mujeres. En el extremo opuesto se sitúa Cantabria (gráficos 163 y 166).

Tiempo medio diario que se usa la bicicleta para los desplazamientos habituales **Población de 15 y más años que usa la bicicleta al menos un día a la semana³⁸**

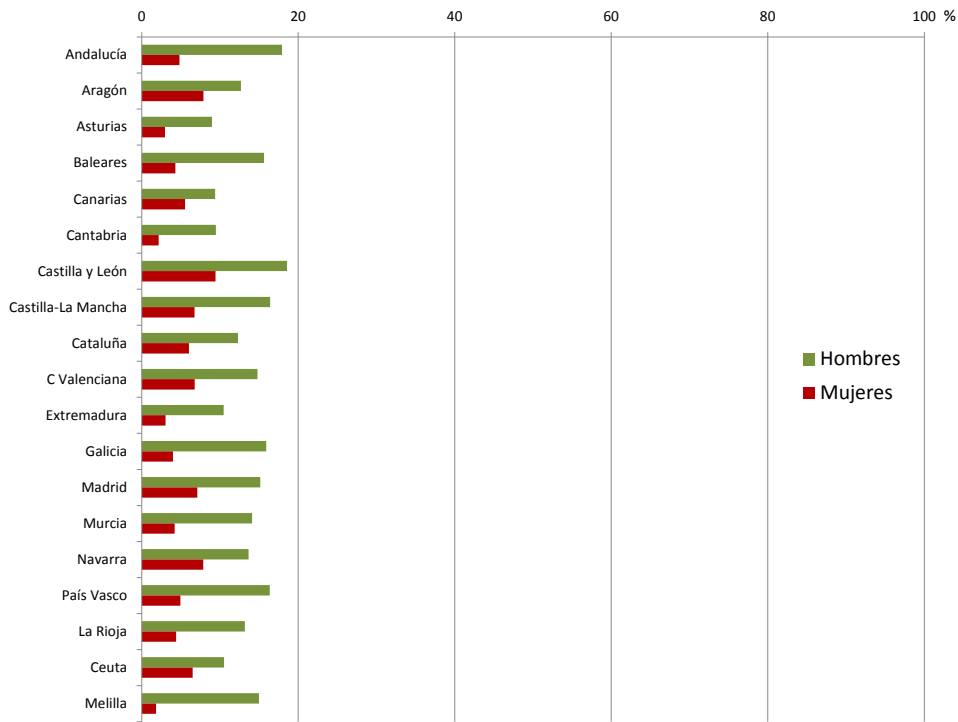
De la población que usa la bicicleta para desplazarse algún día a la semana, el 33,2% lo hace habitualmente durante menos de media hora el día que la usa, el 35,1% entre media y una hora y el 31,7% más de una hora.

³⁷ El denominador es la población que camina 10 minutos seguidos al menos una vez a la semana, i.e. 80,40%, similar en ambos sexos.

³⁸ El denominador es la población que utiliza la bicicleta 10 minutos seguidos al menos una vez a la semana, i.e. 10,20%.

Los hombres destinan más tiempo a desplazarse activamente en bicicleta que las mujeres. El tiempo de uso de la bicicleta para los desplazamientos disminuye con la edad.

Gráfico 166. Utilización de la bicicleta para los desplazamientos habituales al menos un día a la semana según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%) EESE 2014, INE/MSSSI



Número de días por semana de ejercicio físico aeróbico durante el tiempo de ocio Población de 15 y más años

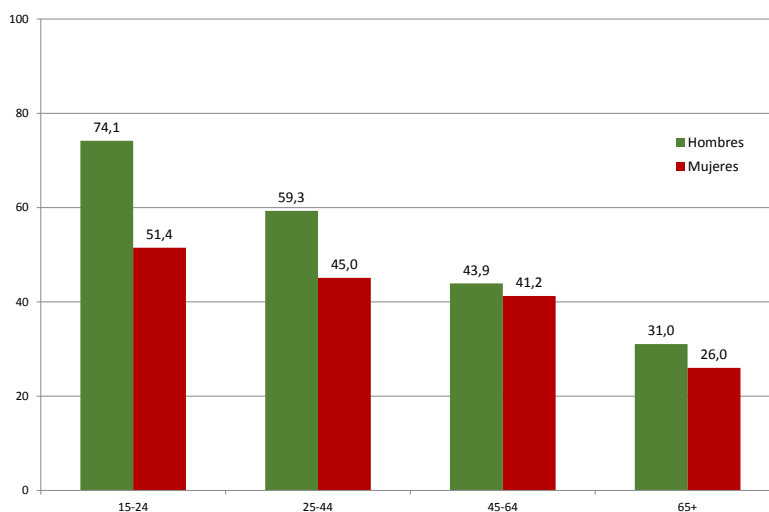
Tablas 3.070 a 3.074

El 45,28% de la población de 15 y más años hizo ejercicio físico (al menos 10 minutos de deporte, gimnasia, ciclismo, caminar a paso ligero... en una semana normal) durante el tiempo de ocio. Este tipo de actividad física disminuye con la edad, pasando de 63,04% en el grupo más joven, de 15 a 24 años, hasta el 28,15% en los de 65 y más años.

Hay una diferencia de 10 puntos entre hombres (50,72%) y mujeres (40,08%) en el porcentaje de personas que dice hacer ejercicio físico algún día de la semana. Esta diferencia es especialmente llamativa en el grupo de edad de 15-24 años (gráficos 163 y 167).

Solo el 7,62% hace ejercicio físico todos los días, 8,82% de los hombres y 6,47% de las mujeres.

Gráfico 167. Ejercicio físico aeróbico en tiempo libre algún día por semana según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI

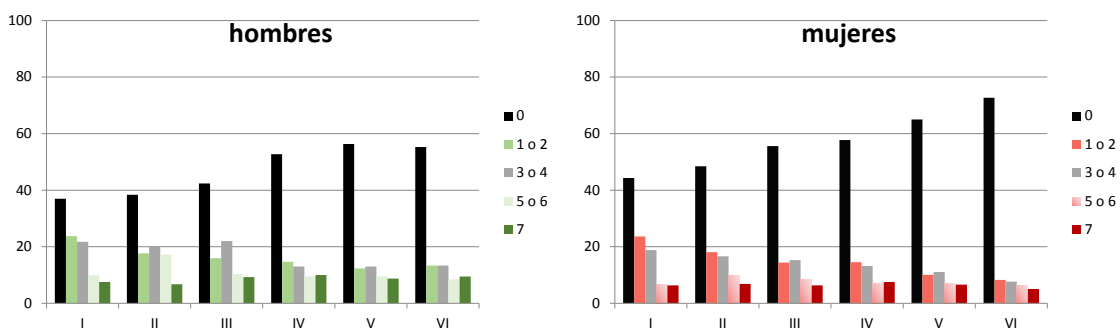


Por clase social se observó un claro gradiente en ambos sexos, más marcado en mujeres. El porcentaje de los que no hacen ningún ejercicio físico aumenta notablemente al pasar de clase I a clase VI (40,63% a 64,66%). Este marcado gradiente se observa tanto en hombres como en mujeres, que no solo hacen ejercicio aeróbico en mayor proporción, sino también más días por semana (gráfico 168).

También se observa este gradiente asociado al nivel de estudios. Cuanto más bajo el nivel de estudios alcanzado más alto el porcentaje de personas que declara no hacer ningún ejercicio físico.

Asturias, con un 62,93% en hombres y un 74,86% en mujeres, destaca como la CCAA donde el porcentaje de personas que no realiza ejercicio físico aeróbico en su tiempo libre es mayor.

Gráfico 168. Número de días por semana de ejercicio físico aeróbico en tiempo libre según clase social. Hombres y mujeres de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



En conjunto, la población más joven y de posición socioeconómica más alta es la que con mayor frecuencia hace AFBS aeróbica en su tiempo de ocio.

**Tiempo medio semanal (minutos) de ejercicio físico aeróbico durante el tiempo de ocio
Población de 15 y más años que realiza ejercicio físico al menos un día a la semana en su
tiempo de ocio³⁹**

Tablas 3.075 a 3.079

La población de 15 y más años que hace ejercicio físico aeróbico de, al menos, intensidad moderada, en su tiempo de ocio una o más veces por semana, refirió hacer una media de 294,49 minutos semanales, equivalente a 4,15 horas por semana, o 42 minutos diarios. Los hombres declararon más tiempo (328,04 vs 254,13).

Entre quienes hacen ejercicio aeróbico en tiempo de ocio, fueron los mayores y las personas de posición socioeconómica más desfavorecida quienes le dedicaron más tiempo a esta actividad. Tanto en hombres como en mujeres, fue el grupo de 65 y más años el que declaró más tiempo (330,63 minutos a la semana en hombres y 272,40 en mujeres)⁴⁰, seguido del grupo de 15 a 24 años en el caso de los hombres (351,49) y sin apenas diferencia con el de 45 a 64 en el caso de las mujeres (263,68). Aunque son más los que hacen ejercicio entre las clases altas, las clases I, II y III declararon dedicarle menos tiempo que las clases IV, V y VI: esto se observó especialmente en hombres. Del mismo modo, son menos las personas de nivel de estudios básico/inferior que hacen ejercicio, pero quienes lo hacen declararon 45 minutos más a la semana que los de estudios superiores⁴¹.

³⁹ El denominador es la población de 15 y más refirió que hacía ejercicio físico al menos un día por semana, i.e. el 45,28%.

⁴⁰ El cuestionario EHIS-PAQ se ha utilizado por primera vez en esta encuesta europea, y ha presentado gran variabilidad. Que sean los mayores de 65 años quienes dedican más tiempo libre a HEPA aeróbica no es, en principio, lo esperable. Es cierto que las personas mayores con peor salud estarán institucionalizadas en mayor proporción que las sanas, y por tanto habrán quedado fuera de la muestra de la EESE 2014, y también es cierto que las personas de 65 y más años que pasan a contestar esta pregunta (28%) es porque hacen ejercicio físico al menos una vez a la semana, y es posible que sean realmente muy activos en su tiempo libre (que por otra parte será casi todo su tiempo). De hecho son los hombres de 65 y más los que declaran que hacen ejercicio los 7 días de la semana en proporción mucho mayor que los demás. Pero aun considerando estos motivos, no parecen suficientes para justificar los resultados. Parece posible que, como ‘caminar a paso ligero’ se menciona como ejemplo de HEPA aeróbica en la pregunta, se haya malinterpretado, y que algunos entrevistados que ya contabilizaron el tiempo que caminan en sus desplazamientos habituales lo hayan contabilizado otra vez en el tiempo libre, a pesar de que la pregunta indicaba explícitamente que había de excluirse.

⁴¹ Por clase social y por nivel de estudios, los patrones son semejantes a lo que sucede por edad. Contesta esta pregunta el 59% de la población de clase I, y solo el 35% de clase VI (quienes habían declarado hacer ejercicio físico al menos una vez por semana). En el caso del nivel de estudios, el 59% de estudios superiores y el 36% de estudios básicos. Pero tampoco parece esperable que las clases más favorecidas destinen menos tiempo al deporte (en minutos), aunque el gradiente es pequeño, tanto por clase social (entre 256’ y 311’ semanales), como por nivel de estudios (entre 265’ y 310’ semanales).

El cuestionario de actividad física EHIS-PAQ y las Recomendaciones de la OMS

El nuevo cuestionario EHIS-PAQ, diseñado específicamente para EHIS 2.0⁴², conduce a los entrevistados por distintas dimensiones de la actividad física (AF). En las preguntas inmediatamente anteriores se le ha preguntado a la persona entrevistada por la AF que desarrolla habitualmente en el trabajo o actividad principal, y a continuación se inquiriere por la que desarrolla 'una semana típica' en: a) desplazamientos activos (a pie y en bicicleta) y b) deporte en tiempo libre (aeróbico y de musculación). Se pregunta por la frecuencia y por la duración (en tramos) de estos distintos tipos de actividad física. El cuestionario lo contestan todos los entrevistados, hagan o no hagan deporte.

La OMS recomienda, en población de 18 y más años, realizar al menos 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica de intensidad como mínimo moderada y, además, ejercicio de musculación al menos 2 veces a la semana (añadiendo actividades para mejorar el equilibrio en mayores de 64 años).

Para realizar una aproximación al grado de cumplimiento de las Recomendaciones de la OMS en cuanto a la actividad física beneficiosa para la salud, (health-enhancing physical activity o HEPA en sus siglas en inglés), se proponen tres indicadores que clasifican a la población (de 18 a 64 años y de 18 y más años) según realice o no:

- a) 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de, al menos, intensidad moderada, en tiempo de ocio, incluyendo los desplazamientos habituales en bicicleta;
- b) Ejercicio de musculación al menos 2 veces por semana;
- c) Las dos anteriores.

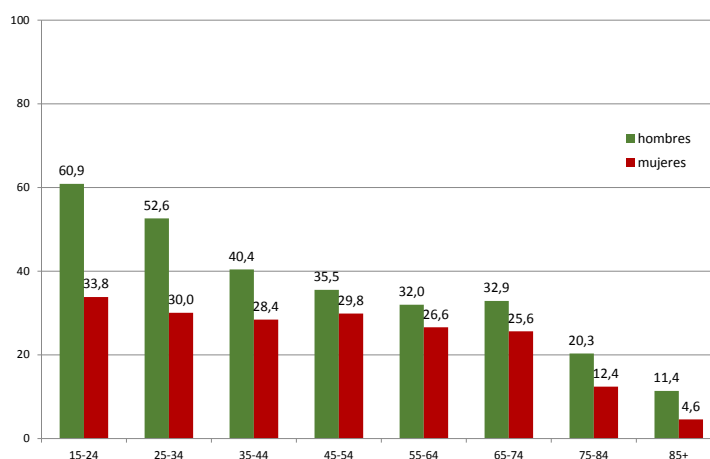
Estos indicadores suponen solo una aproximación parcial a las recomendaciones de la OMS, ya que no incluyen el tiempo destinado al transporte activo caminando, ni tampoco la actividad física realizada en el trabajo o actividad principal, y no permiten por tanto proporcionar información sobre el gasto energético total.

	Porcentaje de población de 18 a 64 años			Porcentaje de población de 18 y más años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
a) ≥ 150 min/semana HEPA aeróbica de intensidad ≥ moderada en tiempo libre, incluyendo desplazamientos habituales en bicicleta	35,73	42,21	29,21	32,6	39,11	26,42
Grupo de edad						
18-24				46,49	59,30	33,00
25-34				41,29	52,58	30,04
35-44				34,50	40,38	28,41
45-54				32,67	35,51	29,84
55-64				29,21	31,95	26,57
65-74				29,02	32,85	25,61
75-84				15,66	20,29	12,38
85+				6,97	11,37	4,56
b) ≥ 2 días/semana musculación	14,54	18,08	10,97	12,49	15,56	9,57
c) Cumple las dos anteriores	11,59	15,13	8,02	9,8	12,89	6,86

⁴² En la ENSE 2011/12 el instrumento utilizado para recoger la AF fue el IPAQ. El IPAQ estudia el tiempo dedicado a los distintos grados de intensidad de AF (vigorosa, moderada y ligera), tanto en el trabajo como en el tiempo libre, en los últimos 7 días, mientras que EHIS-PAQ lo divide en 'caminar para desplazarse', 'bicicleta para desplazarse', 'deporte' (paso ligero, bicicleta, nadar, aerobics, remar...) y 'musculación' (resistencia, pesas, bandas elásticas, lastres, sentadillas, flexiones, abdominales...) en una semana típica. Ambos consideran únicamente >10' seguidos. Los resultados no son comparables.

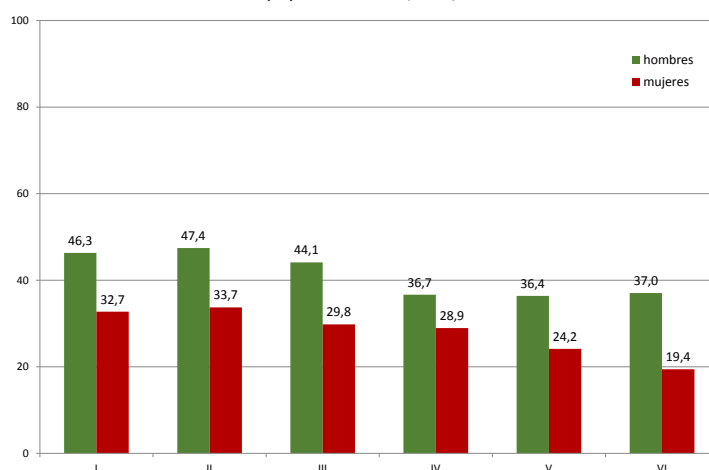
En España, un tercio (33,21%)⁴³ de la población de 15 y más años cumple las recomendaciones de HEPA aeróbica de la OMS (40,02% de los hombres y 26,73% de las mujeres). En todos los grupos de edad los hombres refirieron cumplirlas en mayor proporción que las mujeres, pero fue entre los más jóvenes donde se apreció mayor diferencia, por encima de los 20pp en los menores de 35 años. La población que cumple se va reduciendo escalonadamente con la edad, desde 47,58% en el grupo de 15 a 24 años al 6,97% en los de 85 y más (gráfico 166).

Gráfico 166. Realización de 150 minutos/semana o más de actividad física beneficiosa para la salud (HEPA) aeróbica de al menos intensidad moderada, no relacionada con el trabajo, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



También por clase social se observó un gradiente en el cumplimiento de las recomendaciones, descendiendo desde 39,59% en clase I a 27,48% en clase VI, siendo este gradiente más marcado en mujeres (gráfico 167).

Gráfico 167. Realización de 150 minutos/semana o más de actividad física beneficiosa para la salud (HEPA) aeróbica de al menos intensidad moderada, no relacionada con el trabajo, según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



⁴³ ≥ 150 min/semana HEPA aeróbica de intensidad al menos moderada en tiempo libre, incluyendo los desplazamientos habituales en bicicleta. No contabiliza la actividad física en el trabajo ni los desplazamientos andando.

Una dieta saludable ayuda a protegerse frente a las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. La OMS recomienda, en adultos, al menos 5 porciones de frutas y hortalizas al día (no incluye patatas), limitar el consumo de azúcares libres por debajo del 10% de la ingesta calórica total, limitar el consumo de sal y limitar el consumo de grasas al 30% de la ingesta calórica diaria. Las grasas no saturadas (presentes, por ejemplo, en el aceite de pescado, los aguacates, los frutos secos, o el aceite de girasol y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes, por ejemplo, en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata o el queso). Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana.

Patrón de consumo de determinados alimentos

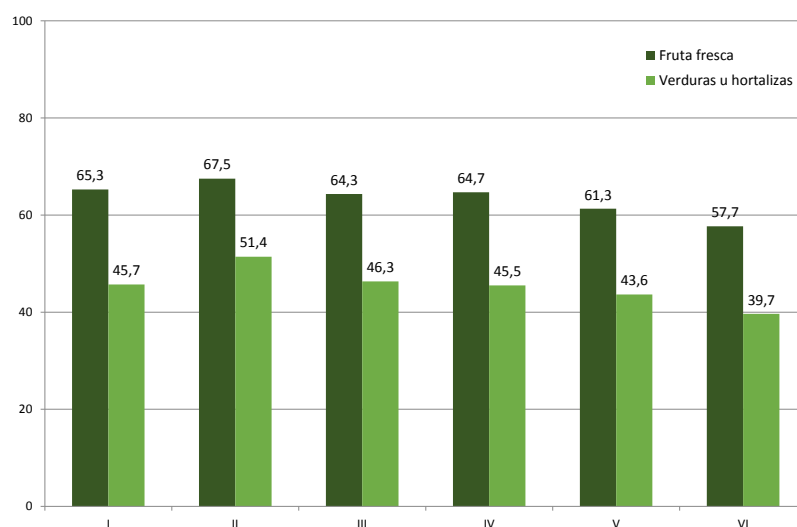
Población de 15 y más años

Tablas 3.080 a 3.083

La población de 15 y más años que consume con la frecuencia adecuada los *productos que se recomienda comer diariamente* es la siguiente:

- **Fruta fresca (excluyendo zumos):** el 62,72% la consume a diario, más frecuentemente las mujeres (67,07% vs 58,15%).
- **Verduras, ensaladas, hortalizas:** el 44,64% las consume a diario, también más frecuentemente las mujeres (49,96% vs 39,06%).
- **Zumo natural:** 14,15% lo toma a diario. El consumo de zumos naturales a diario disminuye con la clase social.

Gráfico 168. Consumo de frutas y verduras a diario según la clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tanto en el consumo diario de frutas frescas (excluyendo zumos) como de verduras, ensaladas u hortalizas, se observa un suave gradiente por clase social (Gráfico 168). El consumo escaso

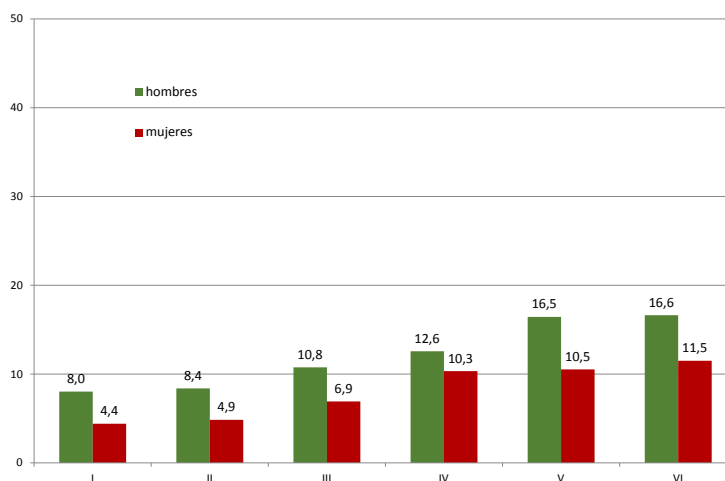
de frutas (menos 1/semana o nunca) aumenta al bajar la clase social, y lo mismo con las verduras.

- **Pan, cereales:** El 81,22% de la población de 15 y más años lo toma a diario.
- **Productos lácteos:** El 80,45% los toma a diario.
- **Pasta, arroz, patatas:** El 11,65% come alguno de ellos diariamente, y el 62,22% lo hace 3 o más veces por semana.

La población de 15 y más años que consume con la frecuencia adecuada los *productos que se recomienda comer varias veces a la semana* es la siguiente.

- **Legumbres:** El 28,91% toma legumbres 3 o más veces a la semana pero no a diario, y otro 56,60% las toma 1-2 veces por semana.
- **Carne:** El 63,95% come carne 3 o más veces por semana pero no a diario, y otro 23,42% lo hace 1-2 veces por semana.
- **Huevos:** El 31,95% toma huevos 3 o más veces por semana pero no a diario, y otro 57,10% los toma 1-2 veces por semana.
- **Pescado:** El 41,82% come pescado 3 o más veces por semana pero no a diario, y otro 46,30% lo toma 1-2 veces por semana.
- **Embutidos/fiambres:** El 28,93% come embutidos o fiambres 3 o más veces por semana pero no a diario. El 12,76% los come a diario y el 29,55% lo hace menos de una o nunca.

Gráfico 169. Consumo de refrescos azucarados a diario según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



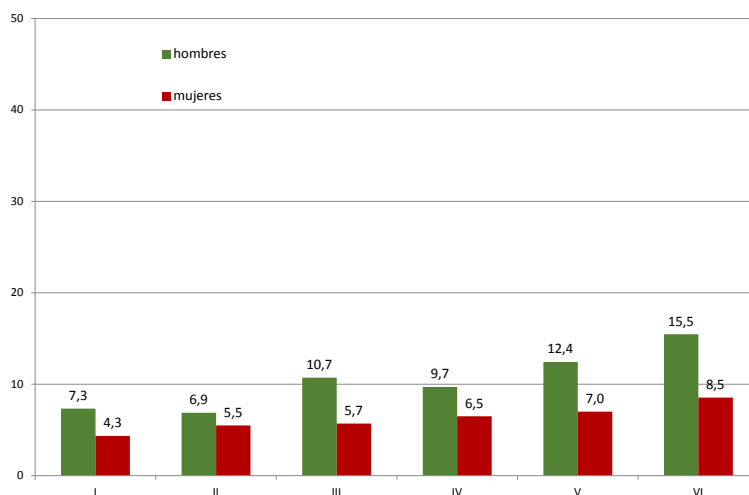
La población de 15 y más años que consume *productos que se recomienda comer solo ocasionalmente* es la siguiente.

- **Dulces:** El 26,5% los toma a diario, y otro 40,80% entre 1-6 días por semana.
- **Refrescos azucarados:** El 10,93% a diario, y otro 11,60% los toma 3 o más veces por semana. En el grupo de 15 a 24 años estas cifras son 21,54% y 21,36% respectivamente. Uno de cada cinco jóvenes toma refrescos azucarados a diario. Las mujeres consumen con menor frecuencia. El consumo diario de refrescos azucarados

es mayor en las clases sociales desfavorecidas, especialmente en mujeres (gráfico 169).

- **Comida rápida:** El 2,08% la toma a diario, y otro 30,87% entre 1-6 días por semana. El consumo es mayor en las clases sociales desfavorecidas, en particular en hombres (gráfico 170).
- **Aperitivos/comidas saladas de picar:** El 2,03% a diario, y otro 32,21% entre 1-6 días por semana.

Gráfico 170. Consumo de comida rápida 3 o más veces por semana según sexo y clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Tendencia →

- **Fruta:** El porcentaje de consumo diario fue el más bajo de la serie para el total de la población de 15 y más. Ha empeorado en hombres, descendiendo a las cifras de 2001. En mujeres es similar al dato de 2011 (gráfico 171).
- **Verduras:** También se aprecia un descenso de 3 puntos en el consumo diario respecto a 2011. Baja tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 171. Consumo diario de fruta fresca y de verdura. Población de 15 y más años (16 y más hasta 2011). ENSE/EESE 2001-2014, MSSSI/INE



OSS-3

El apoyo social se mide en la EESE 2014 con el cuestionario Oslo Support Scale (OSS-3). Por primera vez se incluyen las tres preguntas de este instrumento, ya que en EES 2009 se recogió únicamente la primera de ellas.

Se define el apoyo social como la percepción de ser querido, apreciado y estimado. Es una consecuencia de la interacción entre factores individuales y ambientales, y es un condicionante de la salud.

No se pueden comparar los resultados obtenidos con el OSS-3 con los de la ENSE que, desde 2006, recoge este concepto mediante el cuestionario DUKE-UNC.

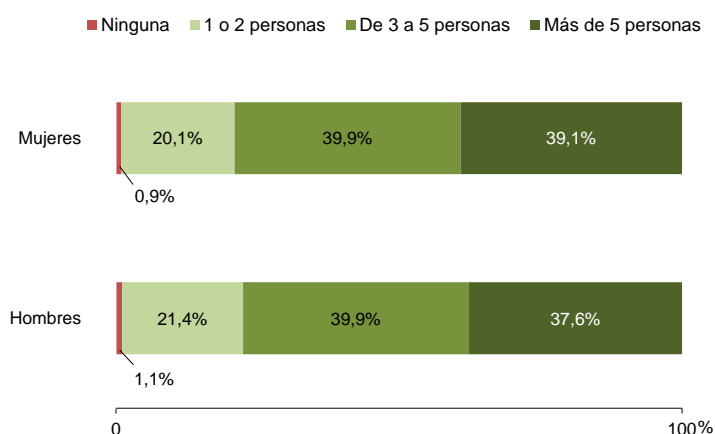
Número de personas con las que contaría en caso de necesidad o alcance de la red social Población de 15 y más años

Tablas 3.084 a 3.089

En España, el alcance de la red social es bueno, estimado en términos del número de personas cercanas con las que podría contar en caso de tener un grave problema personal de cualquier tipo. Sólo un 1,01% de la población de 15 y más años declara que no podría contar con nadie en este caso (gráfico 172). El porcentaje es de 1,5% en mayores de 74 años. Una de cada 5 personas (20,73%) contaría con 1-2 personas en caso de necesidad, y casi 4 de cada 5 (78,26%) contaría con 3 o más.

Aunque similar, la proporción de quienes declaran tener 3 o más personas con las que podría contar en caso de necesidad es ligeramente inferior en las mujeres (79,02% vs 77,54%).

Gráfico 172. Personas con las que sabe que podría contar según sexo. Población de 15 y más años (%).EESE 2014, INE/MSSSI



Como cabe esperar, este porcentaje va disminuyendo con la edad hasta alcanzar el 69,42% en el grupo de 75 y más años.

El porcentaje de personas que dice no tener ninguna persona con la que contar en caso de necesidad es algo mayor al disminuir la clase social (0,54% en la clase I y 1,4% en la VI). Lo contrario ocurre con el porcentaje de quienes dicen contar con más de 5 personas, especialmente en las mujeres.

El 80,73% de los españoles declara tener 3 o más personas de apoyo frente al 61,41% de los extranjeros.

Según la CCAA de residencia, en Baleares y Canarias es donde un mayor número de personas declara no contar con nadie, aunque los valores son bajos (1,89% y 1,65% respectivamente). Por el contrario, es en La Rioja y en Extremadura donde cuentan con mayor número (más de 5 personas) con más frecuencia (51,93% y 50,44% respectivamente).

A mayor nivel de estudios alcanzado mayor es también el porcentaje de personas que cuenta con 3 o más personas de apoyo.

Tendencia →

No se observan cambios en la distribución con respecto a lo declarado en la EES 2009.

Nivel de interés de otras personas por lo que le pasa

Población de 15 y más años

Tablas 3.090 a 3.095

En cuanto al grado de interés que percibe por parte de otras personas, el 84,67% de la población lo califica de 'mucho', y solo percibe 'poco' o ningún interés el 1,58% de la población. No hay diferencias sustanciales por edad ni sexo.

Facilidad para obtener ayuda de vecinos en caso de necesidad

Población de 15 y más años

Tablas 3.096 a 3.101

Finalmente el cuestionario de apoyo social OSS-3 pregunta por la facilidad con que cree que obtendría ayuda de los vecinos en caso de necesidad. El 66,13% de la población de 15 y más años cree que sería muy fácil o fácil obtenerla, siendo la proporción semejante por sexos. El 13,77% en cambio considera que sería difícil o muy difícil.

PROVISIÓN DE CUIDADOS INFORMALES

Este apartado pretende valorar los cuidados de larga duración prestados por cuidadores no profesionales (no pagados). Proporciona indirectamente información sobre posibles carencias de establecimientos y servicios de cuidados de larga duración, así como sobre eventuales barreras para el desempeño de la propia profesión.

La EESE2014 no recoge información sobre si el cuidado de personas mayores o enfermas se comparte con otras personas, remuneradas o no, y sobre otra serie de características de la provisión de cuidados que recogía la ENSE en años anteriores, por lo que los resultados no son comparables.

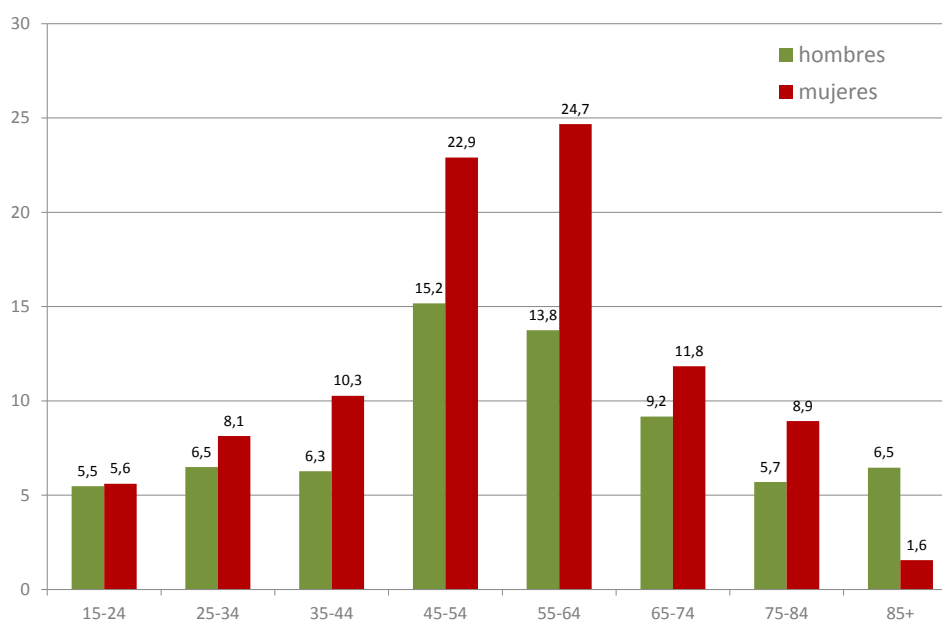
Cuidado de personas mayores o de personas con dolencias crónicas

Población de 15 y más años

Tablas 3.102 a 3.107

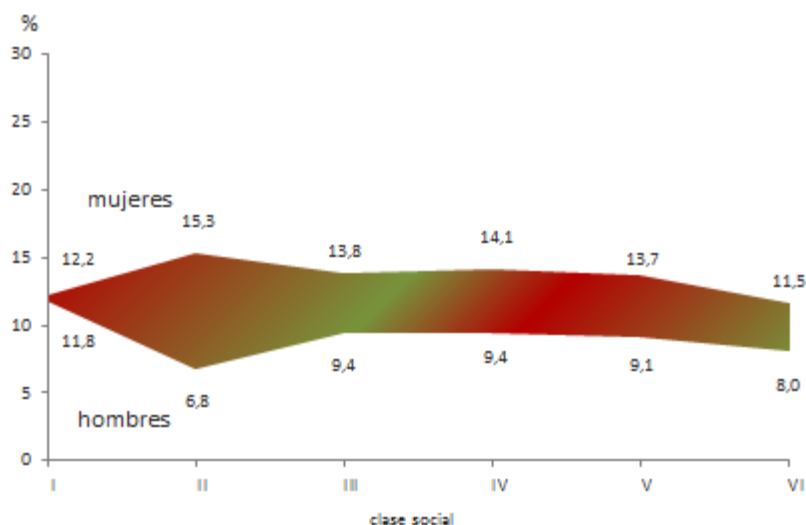
El 11,34% de los entrevistados declaró que cuidaba de personas mayores con problemas de salud o con alguna dolencia crónica. Fue más frecuente en mujeres (13,41% vs 9,17%). El rango de edad más frecuente es entre 45 y 64 años, tanto en hombres como en mujeres. Aunque en todos los demás grupos de edad fue más frecuente en mujeres, en el de 85 y más la proporción fue mayor en hombres (gráfico 173).

Gráfico 173. Cuidadores no profesionales de personas mayores o enfermas, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



No se observó gradiente por clase social (gráfico 174). La menor diferencia entre hombres y mujeres se dio en la clase I, y la mayor en la clase II. Tampoco por nivel de estudios se observó gradiente.

Gráfico 174. Cuidadores no profesionales de personas mayores o enfermas. Diferencias entre hombres y mujeres según clase social. Población de 15 y más años (%). EESE 2014, INE/MSSSI



Las personas nacidas en España declararon con una ratio 2:1 una mayor frecuencia de cuidados no profesionales de mayores/crónicos que las personas nacidas en otro país. Esto se debió sobre todo a lo que declararon las mujeres, ya que en hombres los porcentajes fueron similares.

Según la comunidad autónoma de residencia, en Murcia y Aragón fue donde el porcentaje de cuidadores informales fue más alto (>14%) y en Cantabria y Castilla-La Mancha donde fue más bajo (< 8,1%).

Las mujeres desempleadas destacaron por desempeñar con mayor frecuencia este tipo de cuidados (17,13%).

Número de horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o con dolencias crónicas

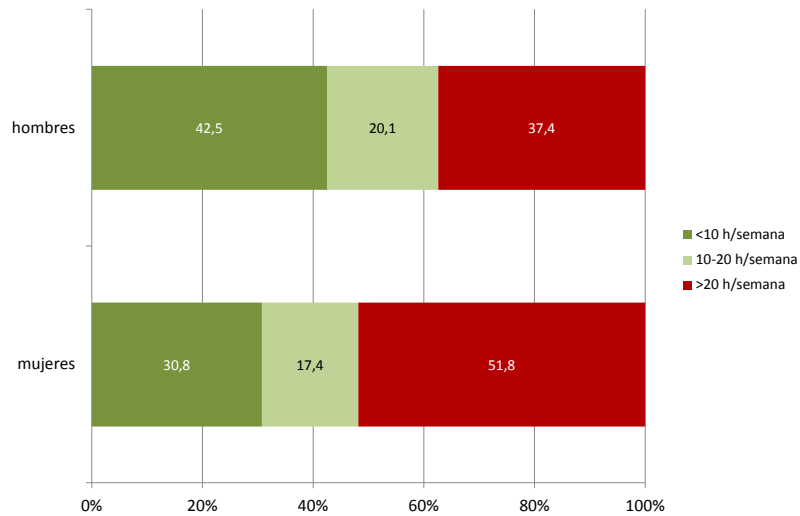
Población de 15 y más años que cuida a personas mayores o con alguna dolencia crónica

Tabla 3.108

Solo quienes declaran que cuidan de alguna persona mayor o de alguien que tiene una dolencia crónica al menos una vez por semana (11,34% de la población de 15 y más años, 9,17% de los hombres y 13,41% de las mujeres) contestan a las preguntas sobre el tiempo que dedican a su cuidado.

El tiempo de dedicación fue mayor en mujeres que en hombres. El 46,11% de las personas que refirieron cuidar a personas mayores o con alguna dolencia crónica dedicó 20 o más horas semanales a estos cuidados, 51,82% en mujeres y 37,38% en hombres. El 35,40% dedicó menos de 10 horas por semana, 42,50% en hombres y 30,75% en mujeres, y el 18,49% (20,12% en hombres y 17,43% en mujeres) entre 10-20 horas a la semana (gráfico 175).

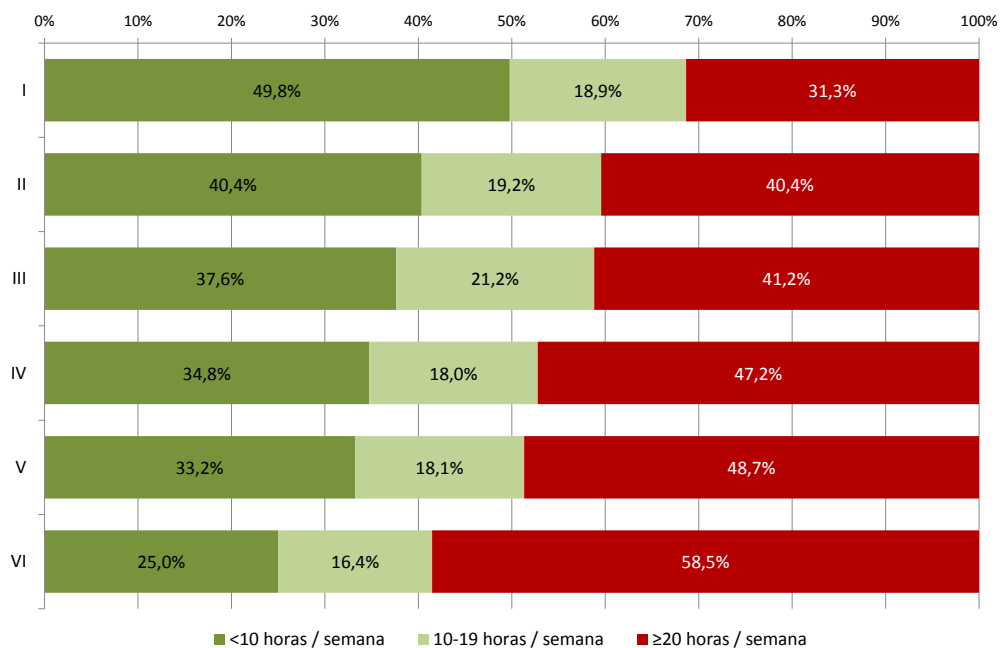
Gráfico 175. Horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o enfermas según sexo. Población de 15 y más años que cuida a personas mayores o con alguna dolencia crónica (%). EESE 2014, INE/MSSSI



El tiempo dedicado a estos cuidados aumenta con la edad. En el grupo de 65 y más años que cuidaba a personas mayores o con alguna dolencia crónica, el 70,42% dedicó 20 o más horas semanales, 77,73% en mujeres y 59,05% en hombres.

Fue en el número de horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o enfermas donde se observó un claro gradiente según la clase social (gráfico 176). El 58,52% de las personas cuidadoras en la clase VI dedican a ello más de 20 horas semanales, frente al 31,33% en la clase I.

Gráfico 176. Horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o enfermas según clase social. Población de 15 y más años que cuida a personas mayores o con alguna dolencia crónica (%). EESE 2014, INE/MSSSI



ANEXOS

ANEXO 1

RESUMEN METODOLÓGICO

Las principales características metodológicas de la EESE 2014 se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Resumen de las principales características de la EESE 2014	
Modo de recolección	Entrevista personal
Cuestionarios	Hogar y adulto
Población estadística	Población de 15 y más años no institucionalizada residente en España
Cobertura	Viviendas familiares principales
Diseño muestral	Muestreo polietápico estratificado por tamaño de municipio · UPM secciones censales · USM viviendas · UTM individuos Un individuo (15 o más años) por cada hogar
Representatividad	Nacional y autonómica
Tamaño muestral	Muestra inicial de viviendas = 37 500 Muestra final = 22.842
Tasa de respuesta (encuestas realizadas/viviendas encuestables)	71% de las viviendas encuestables
Trabajo de campo	Febrero 2014- enero 2015 (ambos inclusive)
Modo de administración	Cuestionario CAPI (<i>computer assisted personal interview</i>)
Unidad de análisis (principal)	Persona
Publicación de resultados	Octubre 2015 (resumen de principales resultados, tablas completas, micro y metadatos)
Organismo responsable	INE / MSSSI
Realización del trabajo de campo	INE / Investigación, Planificación y Desarrollo (IPD)

- **Comparabilidad con las encuestas nacionales de salud.** El cuestionario de la EESE 14 es el resultado de la armonización de los cuestionarios de la *European Health Interview Survey (EHIS 2.0)* y de la Encuesta Nacional de Salud 2011/12. La adaptación ha sido realizada conjuntamente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística, y el resultado permite proporcionar a Eurostat las variables requeridas para los indicadores europeos y al mismo tiempo continuar las series de los principales indicadores nacionales. No obstante, se debe tener en cuenta que no todos los indicadores son directamente comparables con años anteriores y, en esos casos, se hace constar en el texto.
- **Ámbito poblacional, geográfico y temporal.** El ámbito poblacional es el conjunto de personas de 15 y más años residente en viviendas familiares principales, el ámbito geográfico es el territorio nacional y el ámbito temporal es desde finales de enero de 2014 hasta finales de enero de 2015, extendiéndose la recogida de información a lo largo de todo un año.
- **Cuestionarios.** El cuestionario consta de cuatro grandes apartados, sociodemográfico (hogar e individual), estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de la salud.

- **Tipo de muestreo.** El tipo de muestreo utilizado es trietápico, estratificado por municipios. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Dentro de cada vivienda seleccionada se investigan todos los hogares que tienen su residencia habitual en ellas. Dentro de cada hogar se selecciona a una persona de 15 o más años para cumplimentar el cuestionario individual.
- **Muestra inicial.** Se seleccionó una muestra de 37.500 viviendas para poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y autonómico. En la EESE 2014 se ha ampliado el número de secciones y el número de viviendas por sección ya que, por primera vez, no se sustituyen las incidencias en las viviendas titulares, es decir, no hay viviendas reservas, visitándose la totalidad de la muestra.
- **Tamaño muestral.** Los datos que se presentan corresponden a 22.842 entrevistas, realizadas a 10.548 hombres y 12.294 mujeres.
- **Tasas de respuesta.** A nivel nacional la muestra efectiva total representa un 60,9% de la muestra teórica o inicial. La tasa de respuesta (negativas, ausencias e incapacidades de hogares y de personas), entendida como la razón de encuestas realizadas / viviendas encuestables, fue del 71,2%. La participación de los hogares (hogares encuestados / hogares en viviendas encuestables), fue del 74,6%. Para analizar la falta de respuesta se diseñó un cuestionario de evaluación sobre las características básicas de las unidades que no colaboraron, a fin de analizar los posibles sesgos en la muestra (ver <http://ine.es> o http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm). La falta de respuesta tiene su mayor peso en los hogares de un solo miembro, en varones solteros de edades medias, niveles de formación intermedios, y trabajando.
- **Ponderación.** Los resultados de la EESE están ponderados. El diseño muestral polietápico hace necesario tenerlo en cuenta en el análisis estadístico. Los resultados se obtienen de una muestra compleja, que incluye estratificación, muestreo por conglomerados con distintos procedimientos de selección en cada etapa y subgrupos supra o infrarrepresentados como consecuencia de la falta de respuesta. Se requiere tener en cuenta estos tres fenómenos durante el análisis para no obtener estimaciones sesgadas y/o subestimación de la varianza.
- **Inferencia.** La muestra, representativa de la población no institucionalizada residente en España, se elevó a valores poblacionales. La naturaleza del muestreo permite inferir que las estimaciones de la muestra representan a la población total de la que se extrajo.
- **Representatividad autonómica.** Para cada comunidad y ciudad autónoma se diseñó una muestra independiente que la representa.
- **Modo de administración.** La entrevista fue domiciliaria, administrada por el entrevistador y con ayuda de ordenador (computer assisted personal interview – CAPI).
- **Informantes proxy.** Un 3% de las entrevistas incluidas en la muestra se realizaron mediante informante indirecto o proxy. Únicamente se admitía proxy en caso de que la persona seleccionada aleatoriamente estuviera: a) ausente debido a un ingreso en un centro hospitalario, b) incapacitada para responder por edad avanzada, discapacidad o enfermedad o, c) incapacitada para responder por desconocimiento del idioma.

- **Nuevo contenido.** La EESE 2014 presenta novedades con respecto al contenido de encuestas anteriores.
 - Estudio de la prevalencia de depresión con el cuestionario PHQ-8
 - Estudio detallado de la actividad física con el cuestionario EHIS-PAQ
 - Ampliación del estudio de las limitaciones para las actividades de la vida diaria (AVD) con la necesidad de ayudas (o de más ayuda) en personas de 65 y más años
 - Desagregación de las necesidades no cubiertas por motivos económicos de distintos tipos de asistencia sanitaria (atención médica, salud bucodental, medicamentos recetados y salud mental).
 - Tiempo transcurrido desde la última colonoscopia.

La metodología completa de la EESE 2014 se puede consultar en

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm

<http://www.ine.es>

ANEXO 2

VARIABLES DE CLASIFICACIÓN

Las tablas de la EESE 2014 clasifican las variables de estudio según:

- sexo y grupo de edad
- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
- según sexo, país de nacimiento y grupo de edad
- según sexo y comunidad autónoma
- según sexo, grupo de edad y nivel de estudios
- según sexo y relación con la actividad económica actual
- según sexo, grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar

En este informe se utilizan como aproximación a la posición socioeconómica del individuo la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar, el nivel de estudios de la persona entrevistada y el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.

Clase social. La clase social se ha obtenido según la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)⁴⁴, adaptada para la ENSE⁴⁵. Se agrupan en 6 clases las 9 categorías operativas de la SEE-CSO2012, con el fin de permitir la comparación con las clases de la anterior clasificación SEE-CSO1995⁴⁶, utilizada para la ENSE hasta 2011.

Es una agrupación de ocupaciones, actuales o anteriores, codificadas a tres dígitos según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11, trasposición de la *International standard classification of occupations ISCO-08*). Las clases sociales de la EESE 2014 son las mismas de la ENSE. Son las siguientes (cuadro 2):

⁴⁴ Domingo-Salvany A et al., y Grupo de determinantes sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit [online]. 2013, vol.27, n.3, pp.263-272. ISSN 0213-9111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000300013&lng=es&nrm=iso>.

⁴⁵ Adaptación del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la SEE para ENSE. Para facilitar su aplicación, permite asignar los códigos a las distintas clases sin considerar el número de asalariados. A diferencia de la CNO94, en la CNO11 no es tanto el número de trabajadores a cargo como el tiempo dedicado a la gestión lo que determina si está o no en un determinado grupo de directores/as y gerentes.

⁴⁶ Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La Medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores: 1995.

Cuadro 2. Categorización de la clase social ocupacional de la persona de referencia

I	Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
II	Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas
III	Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
IV	Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
V	Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as
VI	Trabajadores no cualificados

Para este informe está basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar (sustentador principal, miembro del hogar que más aporta regularmente al presupuesto del hogar para sufragar los gastos comunes del mismo).

El sector económico en el empleo se recoge a tres dígitos según la clasificación nacional de actividades económicas CNAE 2009 (*Classification of economic activities in the European Community, NACE Rev. 2*).

Los códigos incluidos en el grupo de ocupaciones “no clasificables” se han asignado a las categorías de clase de la misma manera que en las ediciones anteriores⁴⁷.

En los gráficos de este informe que ilustran las variables del estudio por clase social no se muestran los datos de la categoría no consta (1,9% de la población), pero sí en las tablas.

Nivel de estudios. El nivel de formación máximo alcanzado por la persona entrevistada se codificó según la Clasificación Nacional de Educación CNED-2014-A (trasposición de la *International standard classification of education ISCED/CINE 2011*), que entró en vigor el 1 de enero de 2014⁴⁸, produciéndose una rotura de las series⁴⁹. En el cuestionario individual se codificó en 23 categorías y, para el resto de los miembros del hogar, en 8 categorías en el cuestionario del hogar.

En las tablas se agruparon en 3 categorías: Básico e inferior, Intermedio y Superior (cuadro 3).

Cuadro 3. Categorización de respuestas del nivel de estudios máximo alcanzado (CNED-2014-A) y equivalencia con la agrupación en 3 categorías

	Cuestionario del hogar	Cuestionario individual
Básico e inferior	02 No sabe leer o escribir	Nivel de estudios ≤ 24
	03 Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta)	
	04 Educación Primaria completa	
	05 Educación Secundaria de 1ª etapa, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato elemental...)	
	06 Estudios de Bachillerato	
Intermedio	07 Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	32 ≤ nivel de estudios ≤ 41
	08 Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	
Superior	09 Estudios universitarios o equivalentes	Nivel de estudios ≥ 51

⁴⁷ Código 283 a la clase 1, código 001 a la clase 2 y código 002 a la clase 3.

⁴⁸ De acuerdo con los reglamentos comunitarios (UE) nº 912/2013, nº 317/2013, nº 81/2013, nº 253/2013, nº 859/2013 y nº 141/2013.

⁴⁹ Como la categoría de respuesta 08 del cuestionario del hogar y sus equivalentes del cuestionario individual (51 y 52) se sitúan ahora en el grupo ‘superior’ y antes se hubiesen situado en el ‘intermedio’, la agrupación actual ya no es comparable con ediciones anteriores de ENSE y con EES09.

El nivel de estudios presenta limitaciones específicas. Un mismo nivel tiene distinto significado según la cohorte de nacimiento y también según el sexo. Adicionalmente, los más jóvenes no han finalizado sus estudios. Por ello las tablas están estratificadas por edad además de por sexo para permitir la comparación, puesto que en los grupos de menor nivel de estudios la proporción de individuos de edad avanzada es mayor, con consecuencias obvias para la salud.

Nivel de ingresos. Se recogieron los ingresos monetarios regulares mensuales netos de todo el hogar, sumando todas las fuentes y descontando las retenciones por impuestos, seguridad social, etc. Se consideraron los ingresos del trabajo, prestaciones y subsidios, teniendo en cuenta las fuentes de todos los miembros del hogar. Se excluyeron los ingresos de empleados de hogar y huéspedes. Se clasificaron en intervalos tomando como referencia la Encuesta de Condiciones de Vida, agrupándose en las tablas según se indica en el cuadro 4.

Cuadro 4. Categorización de respuestas del nivel de ingresos del hogar
Menos de 970 euros
De 970 a menos de 1400 euros
De 1400 a menos de 2040 euros
De 2040 a menos de 3280 euros
De 3280 euros en adelante

El nivel de ingresos presentó una elevada falta de respuesta. En los gráficos que ilustran las variables del estudio por nivel de ingresos no se muestran los datos de la categoría no consta (20% de la población), pero sí en las tablas.

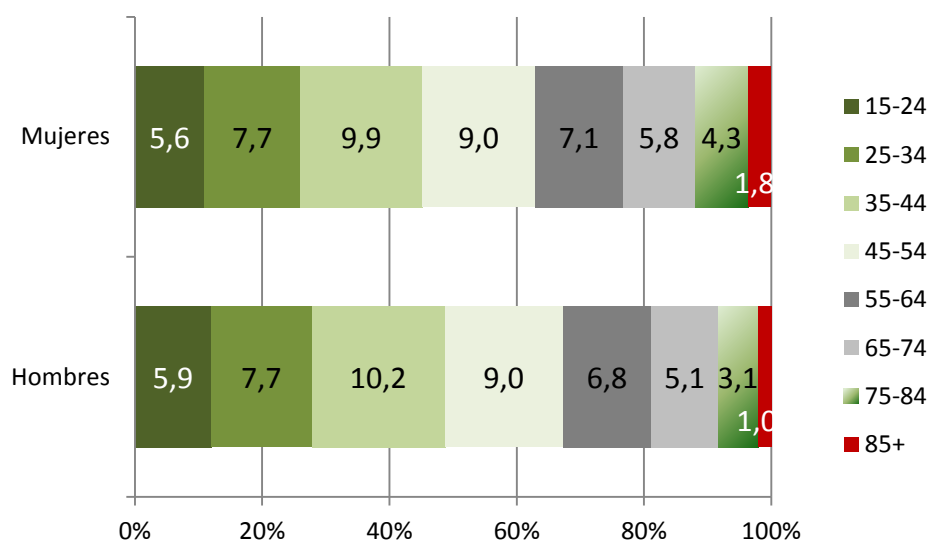
ANEXO 3

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Distribución porcentual de la población analizada (ponderada) según las variables de clasificación

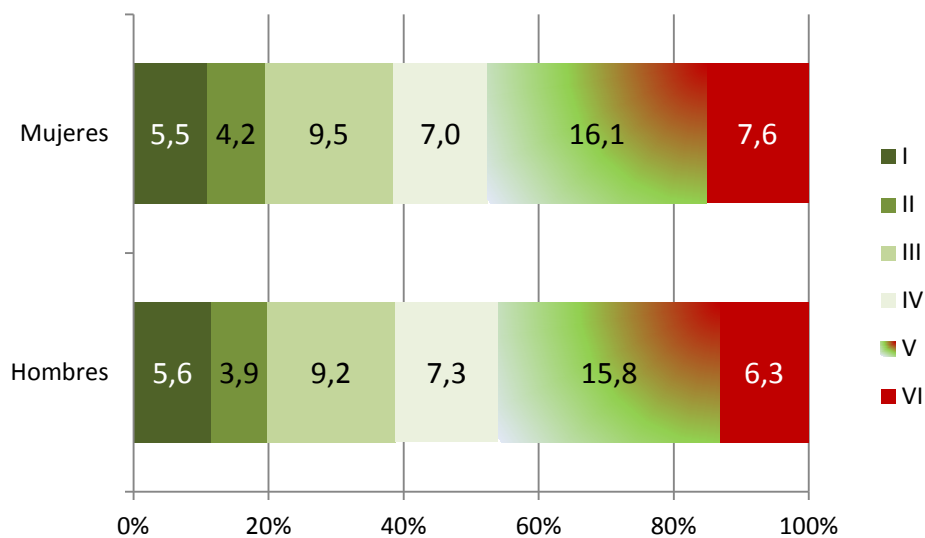
Grupo de edad

Hombres y mujeres de 15 y más años

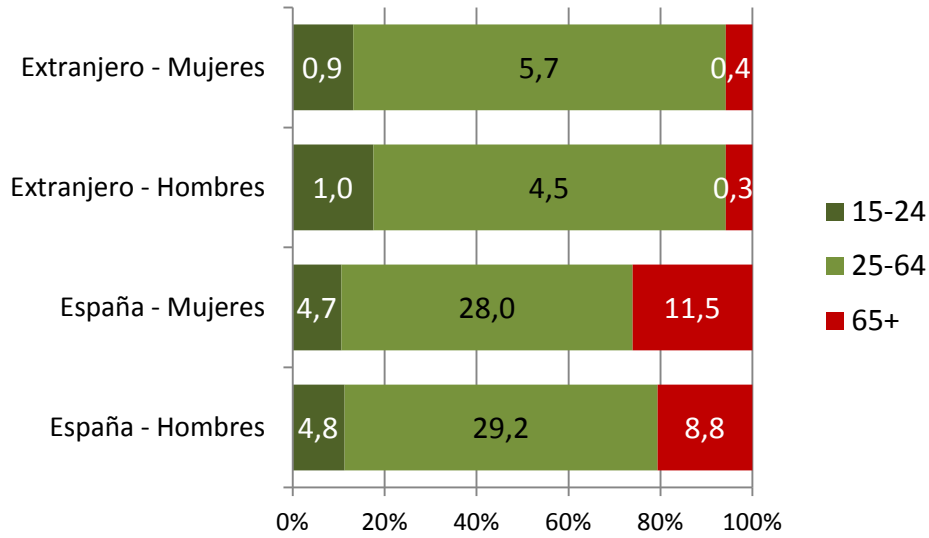


Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia

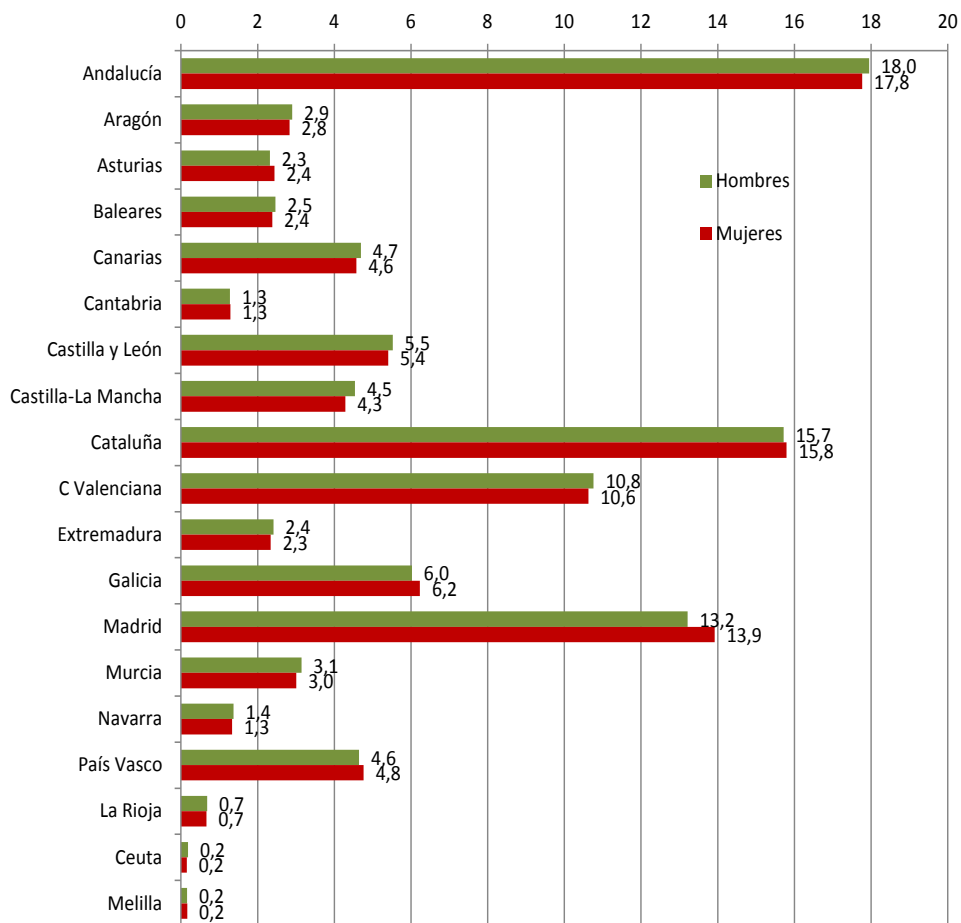
Hombres y mujeres de 15 y más años



País de nacimiento y grupo de edad
Hombres y mujeres de 15 y más años

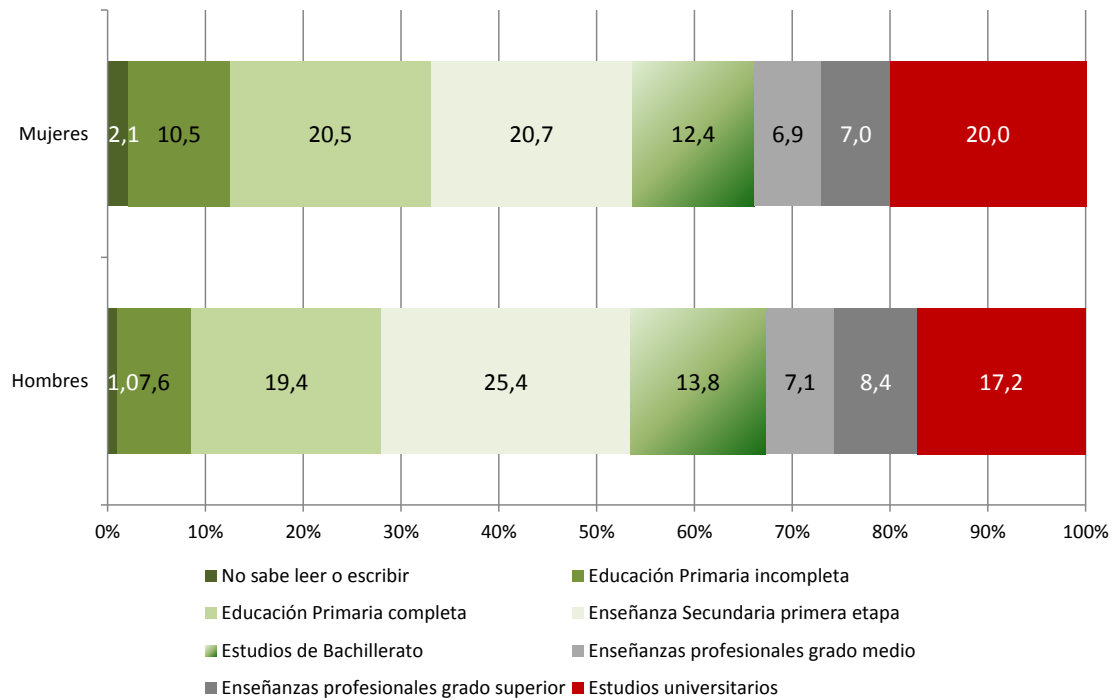


Comunidad autónoma
Hombres y mujeres de 15 y más años



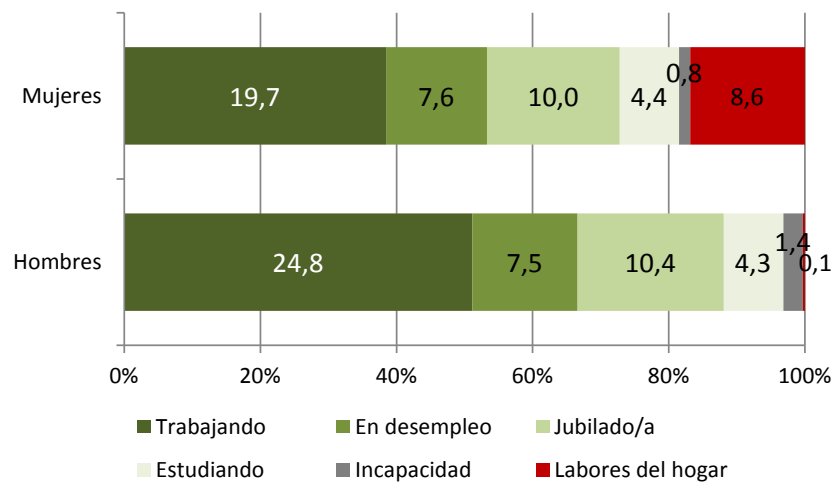
Nivel de estudios

Hombres y mujeres de 15 y más años

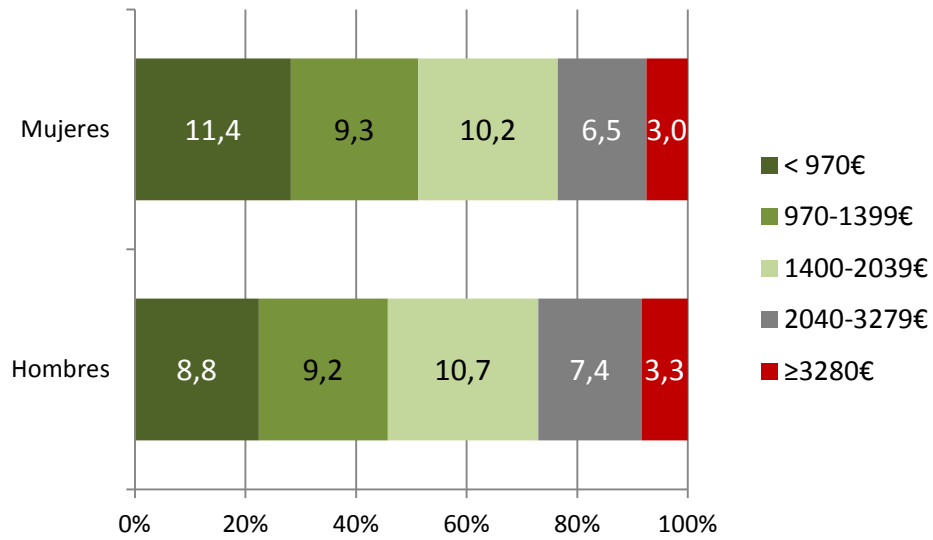


Relación con la actividad económica actual

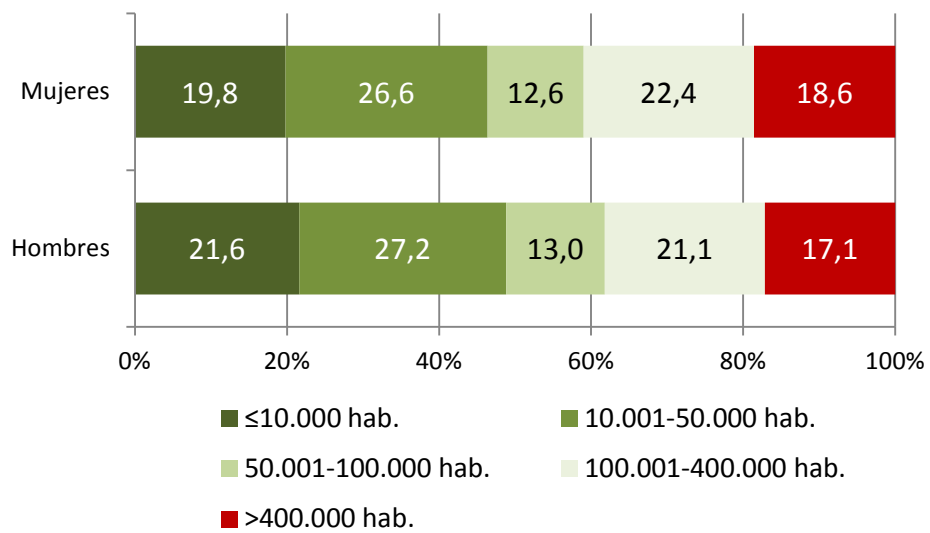
Hombres y mujeres de 15 y más años



Ingresos mensuales netos del hogar
Hombres y mujeres de 15 y más años



Tamaño de municipio
Hombres y mujeres de 15 y más años



ANEXO 4

CRÉDITOS

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Elena Andradas Aragonés

Subdirectora General de Información Sanitaria y Evaluación

Mercedes Alfaro Latorre

Autores

Mónica Suárez Cardona

Montse Neira León

Pedro Arias Bohigas

María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio

La salud de la población en España

Resultados de la Encuesta Europea de Salud en España EESE 2014

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2017.

NIPO 680-17-093-5

Cita sugerida:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La salud de la población en España. Resultados de la Encuesta Europea de Salud en España EESE 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

La información de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) utilizada en este documento procede de la EESE 2014 del Instituto Nacional de Estadística.

Palabras clave: Encuestas de salud; Determinantes sociales de la salud; Desigualdades en la salud; Encuesta europea de salud; España.

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>