MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es la parte española de la *European Health Interview Survey (EHIS)*, que coordina la Oficina Europea de Estadística (Eurostat). El Reglamento (EC) 1338/2008 estableció que la política sanitaria necesita disponer de datos fiables sobre la salud, sus determinantes y el uso de los servicios sanitarios de los países de la UE, y el Reglamento de la Comisión 141/2013 estableció las características que debía tener EHIS para obtener dichos datos. El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), con el fin de permitir la comparación de los resultados con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), añadiéndose además al cuestionario una serie de variables mediante Convenio.

La metodología utilizada permite la comparación nacional y, a nivel europeo, Eurostat prevé publicar en el último trimestre de 2016 los resultados agregados de 20 indicadores que permitirán comparar entre los estados miembros de la UE, así como poner los ficheros de microdatos a disposición de los investigadores a finales de 2017.

Desde la ENSE 2006, el MSSSI, junto con el INE, vienen haciendo un esfuerzo importante para armonizar las encuestas nacional y europea de salud, de modo que se pueda producir un estudio periódico cada 2-3 años que conserve la riqueza de las series, primando en lo posible la comparabilidad de EESE14 con toda la serie ENSE sin dejar de cumplir con nuestras obligaciones europeas.

La EESE es un estudio de la salud de la población adulta y sus determinantes, y de la utilización de los servicios sanitarios y su accesibilidad. Se realiza a través de entrevistas personales domiciliarias a la población adulta no institucionalizada residente en España (15 y más años) mediante un cuestionario común europeo administrado con ayuda de ordenador.

Actualmente la ENSE, que estudia a la población adulta y también a la población infantil, se realiza conjuntamente con el INE, con periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la EESE, con la que comparte metodología y un grupo de variables nucleares.

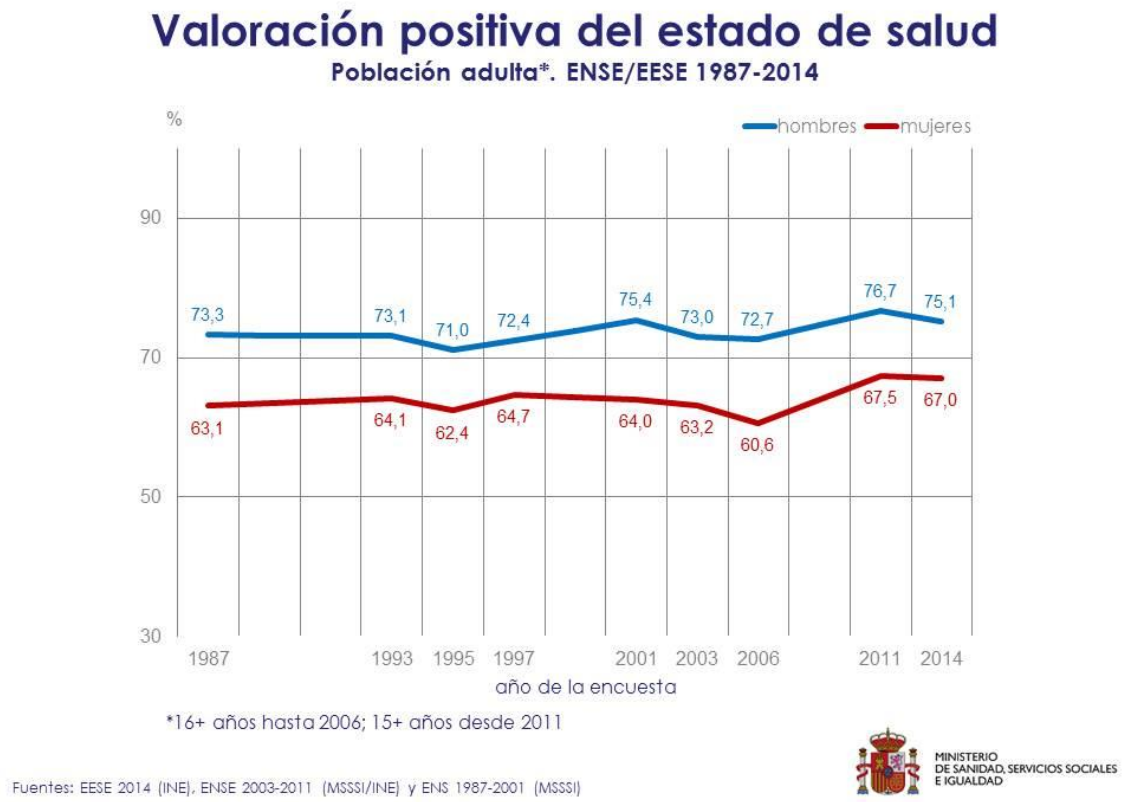
Para esta publicación se han seleccionado 30 indicadores de salud de la población adulta, procedentes de ambas encuestas. Los gráficos muestran la evolución de algunos de los principales indicadores de la serie histórica de la ENSE junto con los datos más recientes de la EESE del INE. Ocho de estos indicadores no se pueden poner en serie por limitaciones en la comparabilidad, por lo que en esos casos solo se muestra la información más reciente procedente de la EESE 2014.

En primer lugar se presentan indicadores del estado de salud de la población, la salud autopercibida y, en los mayores, la limitación para las actividades de la vida diaria. Junto a ello, aspectos tan importantes como la depresión y el dolor.

Como en cualquier encuesta general de salud, ha aumentado el peso de los determinantes de la salud, como de las enfermedades y factores de riesgo de enfermedades crónicas, de

importancia creciente en las sociedades que envejecen. Por ello se han seleccionado el tabaquismo, el alcohol, la actividad física, y la alimentación saludable para esta presentación, junto con el sobrepeso y la obesidad, la diabetes y otros factores de riesgo como la hipertensión o la hiperlipidemia.

Asimismo, para la selección de los indicadores que se presentan a continuación, en un contexto de crisis económica se ha querido prestar especial atención a las necesidades y cambios que puedan haberse producido en estos años. Además de la utilización de los distintos niveles de atención sanitaria, ocupan un lugar principal las necesidades no cubiertas de la población adulta, tanto las necesidades de ayuda de las personas que padecen una limitación, como la inaccesibilidad a la atención sanitaria por motivos económicos, esté o no cubierta por el sistema sanitario público: atención médica, salud dental y acceso a los medicamentos. Finalmente se ha incluido la estimación de los cuidados informales, que en ocasiones refleja también necesidades no cubiertas.



En esta gráfica se muestra la evolución del porcentaje de población de 15 y más años que valora su estado de salud como positivo (bueno + muy bueno) según sexo, desde 1987 a 2014, en los años en los que se ha realizado encuesta.

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

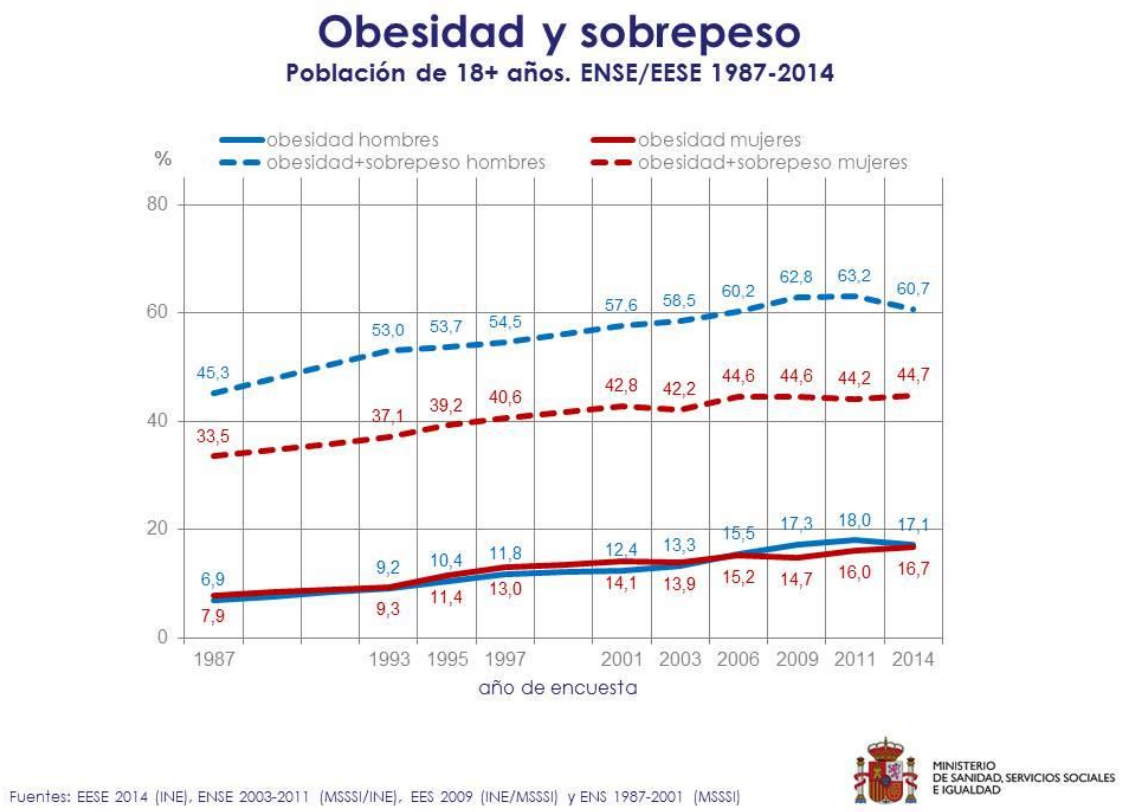
predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

En 2014, el 71% de la población de 15 y más años valoró positivamente su estado de salud (muy bueno + bueno), 75% de los hombres y 67% de las mujeres.

En el conjunto del período estudiado se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de la población de 15+ que valora su salud como buena o muy buena, tanto en hombres como en mujeres, siempre superior en los primeros. 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).

En la encuesta se pregunta: 'En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?' Se considera valoración positiva del estado de salud cuando responde 'bueno' o 'muy bueno'.

Hasta la ENSE 2006 inclusive, la población adulta es de 16 y más años. A partir de esa encuesta, 15 y más años.



Esta gráfica muestra la evolución desde 1987 a 2014 de la prevalencia de obesidad según sexo en la población adulta de 18+ años, en los años en los que se ha realizado encuesta, y de la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en el mismo periodo.

Las valoraciones de las implicaciones del sobrepeso y la obesidad sobre la salud han concluido que ésta es un factor de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud, incluyendo hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes del adulto, enfermedades coronarias, ciertos tipos de cáncer y muchas otras enfermedades crónicas.

La prevalencia de obesidad en adultos alcanza el 16,91% en 2014, manteniéndose los elevados niveles alcanzados en 2009 (16,0%) y 2011 (17,03%), en la línea ascendente de los últimos 25 años (ENSE 1987-2014) y ahora ligeramente mayor en hombres que en mujeres.

Desde 1987, la obesidad en mujeres ha pasado de un 8% a un 16,7% en 2014. En hombres el ascenso ha sido aún mayor, pasando de un 7% en 1987 a un 17,1% en 2014.

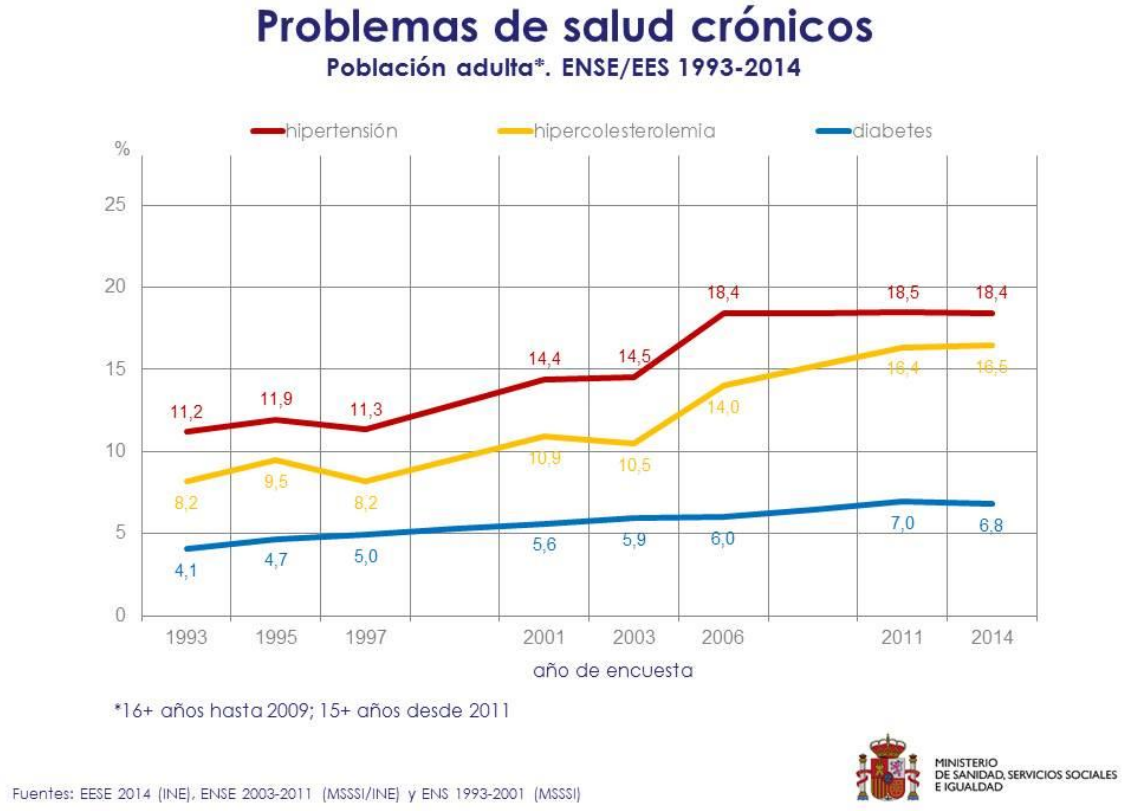
En cuanto al sobrepeso (sin obesidad), la prevalencia se mantiene en valores mucho más estables, desde el 32,3% en 1987 al 35,7% en 2014. Las diferencias por sexo son muy marcadas en el caso del sobrepeso.

En 2014, la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en la población adulta residente en España es el 52,7%, 60,7% de los hombres y 44,7% de las mujeres.

La ENSE y la EES recogen información del peso y la talla declarados por el individuo. Con esta información se calcula el Índice de Masa Corporal (IMC). IMC = peso declarado (en kg) / talla declarada (en metros al cuadrado m^2).

En adultos de 18 y más años, a partir de este índice, se define:

-peso insuficiente (IMC < 18,5 kg/m^2)
-normopeso (18,5 kg/m2 > IMC < 25 kg/m^2)
-sobrepeso (25 kg/m2 > IMC < 30 kg/m^2)
-obesidad (IMC > 30 kg/m^2)



En esta gráfica se muestra la evolución, desde 1993 a 2014, de tres indicadores, hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, en la población adulta de 15+ años, en los años en los que se ha realizado encuesta.

La evolución de algunos de los principales trastornos o problemas de salud crónicos y factores de riesgo cardiovascular ha mostrado una tendencia ascendente desde 1997. En el período 1993 a 2014, la hipertensión ha pasado de 11,2% a 18,4%, la diabetes de 4,1% a 6,8% y el colesterol elevado de 8,2% a 16,5%.

No obstante, la hipertensión arterial se muestra estable en las encuestas realizadas desde 2006, y la hipercolesterolemia y la diabetes no han aumentado en 2014.

La HTA y, en mayor medida, la hipercolesterolemia son algo más frecuentes en mujeres. No se observan diferencias significativas en la prevalencia de diabetes.

Además de HTA, hipercolesterolemia y diabetes, en la encuesta se estudian otros problemas de salud o trastornos crónicos:

Las diez enfermedades o problemas de salud que la población de 15 y más años refiere padecer con mayor frecuencia son: hipertensión arterial (18,42%), dolor de espalda crónico (lumbar) (17,34%), colesterol alto (16,48%), artrosis (excluyendo artritis) (16,36%), dolor de espalda crónico (cervical) (14,7%), alergia crónica (13,37%), varices en las piernas (9,31%), migrañas o dolores de cabeza frecuentes (8,27%), depresión (6,89%) y ansiedad crónica (6,85%). La diabetes (6,82%) y, en hombres, los problemas de próstata (5,39%), también se

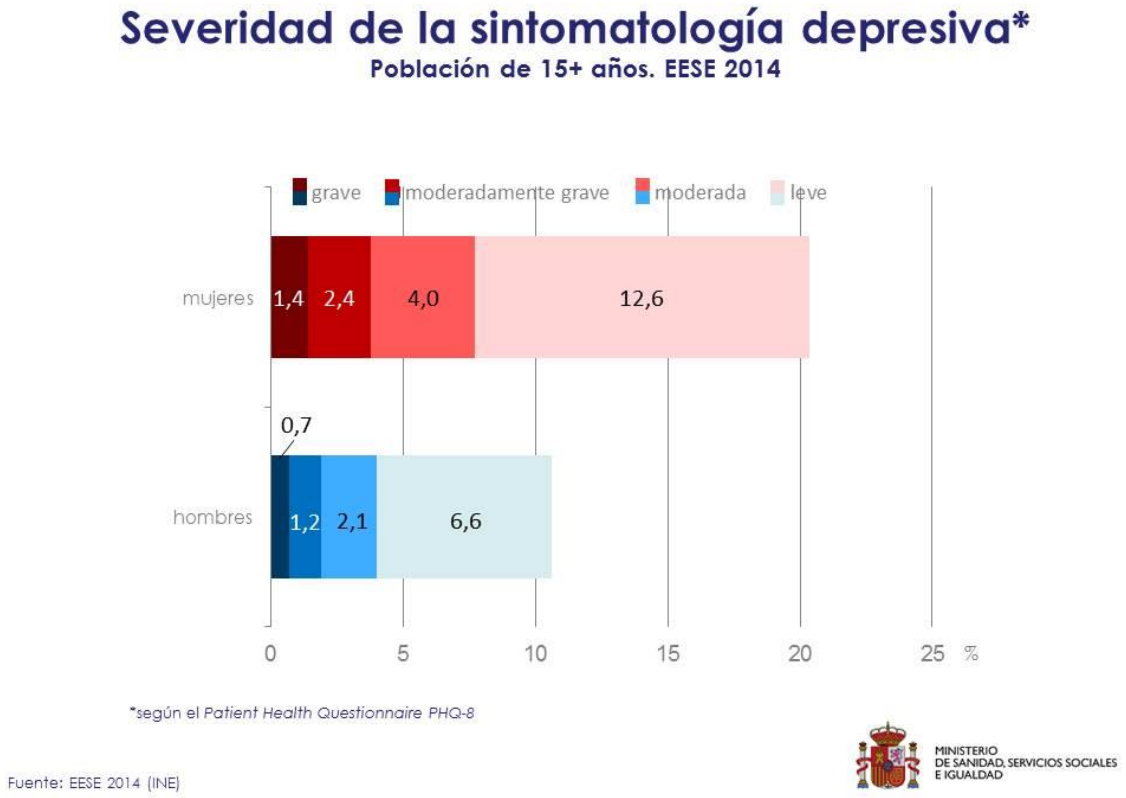
declaran con frecuencia superior al 5%. Todas excepto la diabetes (y los problemas de próstata) son más frecuentes en mujeres.

Se pregunta: '¿Alguna vez ha padecido tensión alta?'. Y, en caso de respuesta afirmativa: '¿La ha padecido en los últimos 12 meses?' y '¿Le ha dicho un médico que la padece?'

Estas mismas preguntas se repiten para cada uno de los trastornos. A efectos de este informe, se considera que padece el trastorno crónico en cuestión si fue diagnosticado por un médico y lo padeció en los últimos 12 meses.

A partir de 2011/12 la población que responde al cuestionario de adultos es de 15 y más años. En toda la serie anterior (ENSE 1993-2006) es de 16 y más años.

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 las series históricas. Concretamente se deben analizar con cautela el infarto agudo de miocardio, la artrosis, que ahora excluye las artritis, y la alergia crónica, puesto que se habrán visto afectadas, y, en menor medida, la depresión, las alergias crónicas y el ictus.



La prevalencia autorreferida de depresión en la población de 15+ años es del 6,89%. En la EESE 2014 se ha investigado además la sintomatología depresiva con el cuestionario PHQ-8. En esta gráfica se muestra la severidad de dicha sintomatología depresiva según sexo en 2014.

La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar. El cuestionario PHQ se refiere únicamente a la depresión.

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

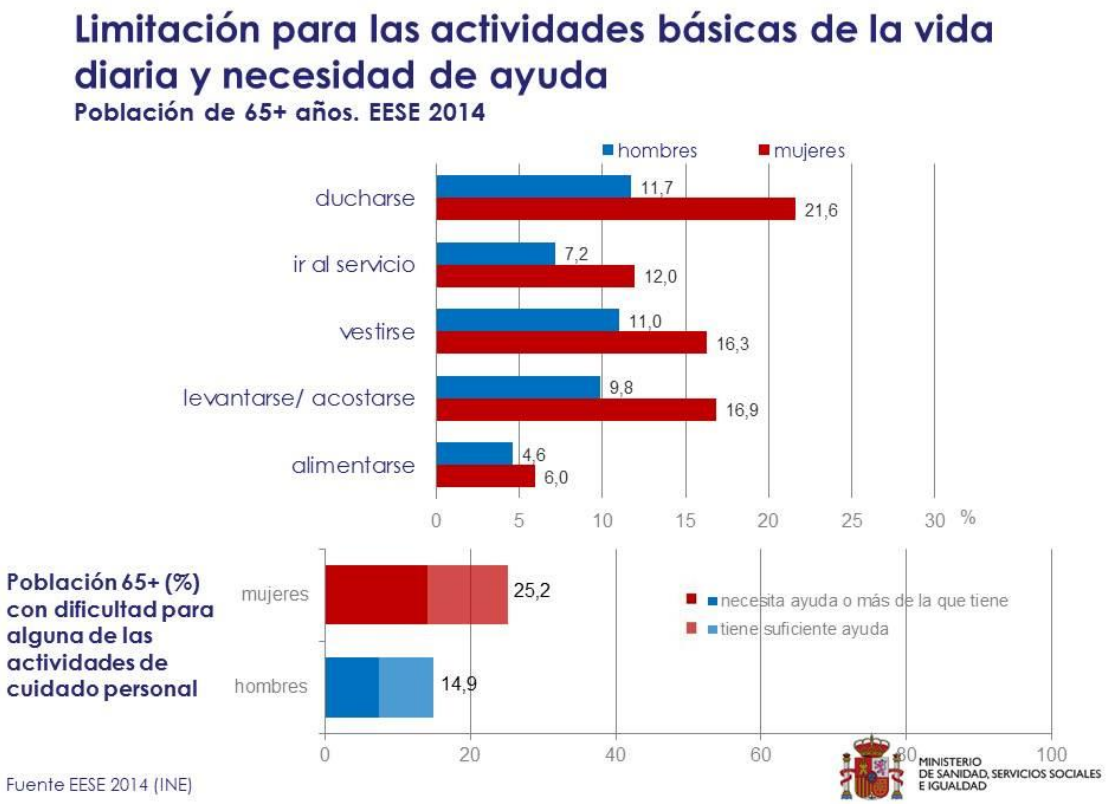
En términos absolutos, casi 5 millones de personas (4 929 400) presentan sintomatología depresiva leve o moderada (12,74%) y otro millón (1 110 600) moderadamente grave o grave (2,87%). En total, más del 15% de la población residente en España presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad.

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

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

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

PHQ-8: es un cuestionario de 8 ítems basado en los criterios de depresión del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), diseñado para monitorizar la prevalencia de cuadros depresivos activos y la severidad de la sintomatología depresiva en la población.



Esta gráfica muestra en primer lugar la población de 65 y más años no institucionalizada (residente en viviendas familiares) que declaró algún grado de dificultad para realizar cada una de las actividades de cuidado personal, o básicas de la vida diaria (ABVD), según sexo, en 2014. También se muestra el total de la población de 65+ años que refiere dificultad para alguna de estas ABVD y de ella, la proporción que dispone de suficiente ayuda y la proporción que necesita ayuda, -o más de la que ya tiene-, para poder realizarlas.

Constituyen la evaluación básica de la discapacidad en la población. La medida de la prevalencia de estas limitaciones se hace en términos de capacidad funcional, sean cuales fueren las razones de estas limitaciones (congénita, por enfermedad, accidente, envejecimiento etc.). Únicamente se consideran las limitaciones crónicas.

El 20,73% de la población de 65 y más años tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 25,19% de las mujeres y 14,95% de los hombres.

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

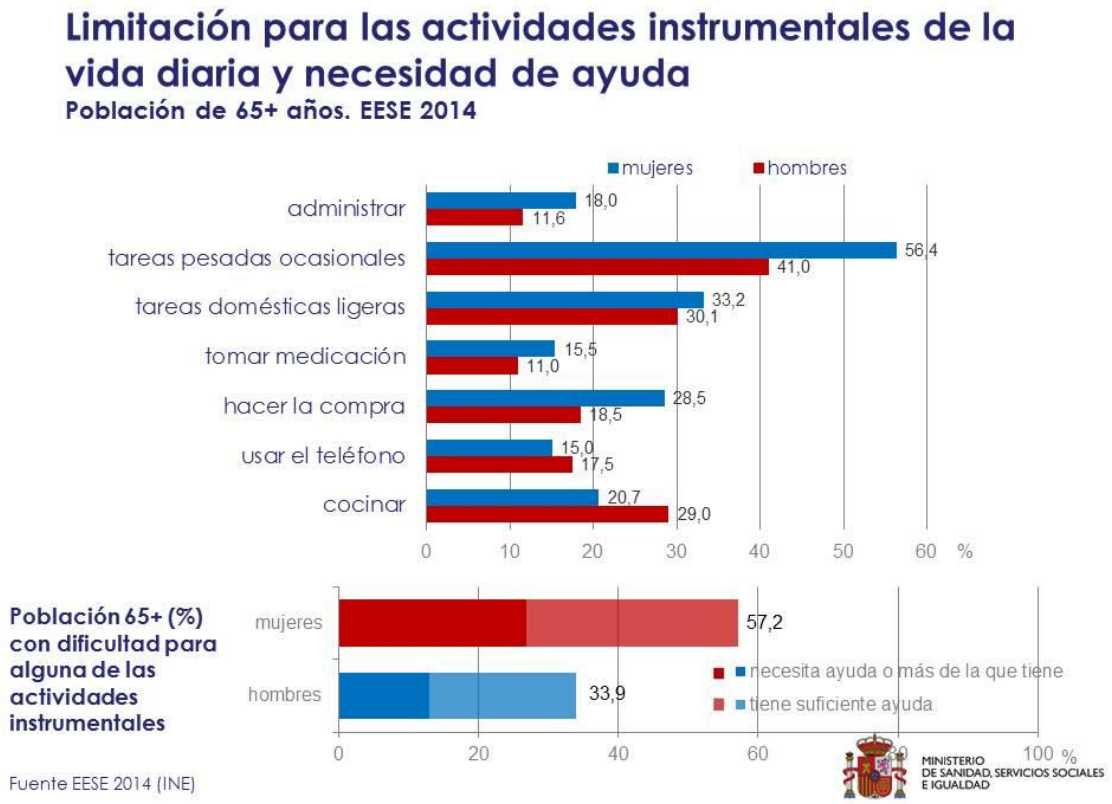
De las personas de 65 y más años que padecen algún tipo de limitación para las ABVD, el 79,46% dispone de algún tipo de ayuda técnica o personal para realizarlas, y el 53,76% necesita ayuda pero no dispone de ella, o bien necesita más ayuda de la que dispone.

Las preguntas de la EESE 2014 miden la dificultad para las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal) según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud y si se recibe ayuda para ellas. Las 5 actividades de cuidado personal consideradas son: Alimentarse: comer y beber; sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse; vestirse y desvestirse; ir al servicio; ducharse o lavarse todo el cuerpo.

En la encuesta se pregunta: «De las actividades que le voy a leer, ¿habitualmente tiene dificultad para hacerlas por sí mismo?». Las actividades son las 5 antes citadas de cuidado personal, sin ayudas.

A efectos de esta publicación, se considera que:
- No tiene dificultad para realizar alguna ABVD (sin ayuda), si a todas las actividades responde "No, ninguna dificultad".
- Tiene dificultad para realizar alguna ABVD (sin ayuda), si a alguna de las actividades responde "Sí, alguna dificultad", "Sí, mucha dificultad", o "No puedo hacerlo por mí mismo/a".

En la encuesta se pregunta asimismo por la ayuda que recibe para las ABVD en las que tiene dificultad: «Considerando esta actividad o actividades en las que usted encuentra dificultades para hacerlas, ¿Dispone habitualmente de ayuda para realizarlas?». Si la persona entrevistada contesta afirmativamente, se le pregunta «¿Necesitaría más ayuda de la que dispone?» y si la persona entrevistada contesta negativamente, se le pregunta «¿Considera que necesita ayuda?».



En esta gráfica muestra en primer lugar la población de 65 y más años no institucionalizada (residente en viviendas familiares) que declaró algún grado de dificultad para realizar cada una de las actividades del hogar, o instrumentales de la vida diaria (AIVD), según sexo, en 2014. También se muestra el total de la población de 65+ años que refiere dificultad para alguna de estas AIVD y de ella, la proporción que dispone de suficiente ayuda y la proporción que necesita ayuda, -o más de la que ya tiene-, para poder realizarlas.

La medida de la dificultad encontrada al realizar las actividades de la vida doméstica constituye una segunda evaluación básica del grado de discapacidad en la población. La medida de la prevalencia de estas limitaciones se hace en términos de capacidad funcional, sean cuales fueren las razones de estas limitaciones (congénita, por enfermedad, accidente, envejecimiento etc.). Únicamente se consideran las limitaciones crónicas.

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

Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años, es el 82,08% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,05% de los hombres y el 89,73% de las mujeres.

De las personas de 65 y más años que padecen algún tipo de limitación para las AIVD, 78,64% dispone de algún tipo de ayuda técnica o personal para realizarlas, y el 44,36% necesita ayuda pero no dispone de ella, o bien necesita más ayuda de la que dispone.

Las preguntas de la EESE 2014 miden la dificultad para las actividades instrumentales de la vida diaria según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud y si se recibe ayuda para ellas. Las 7 actividades del hogar consideradas son: Preparación de comidas; Utilización del teléfono; Realizar compras; Suministro de medicamentos: ser capaz de tomar su propio medicamento; Realizar tareas domésticas ligeras; Realizar tareas domésticas pesadas ocasionalmente; Encargarse de las tareas económicas diarias del hogar.

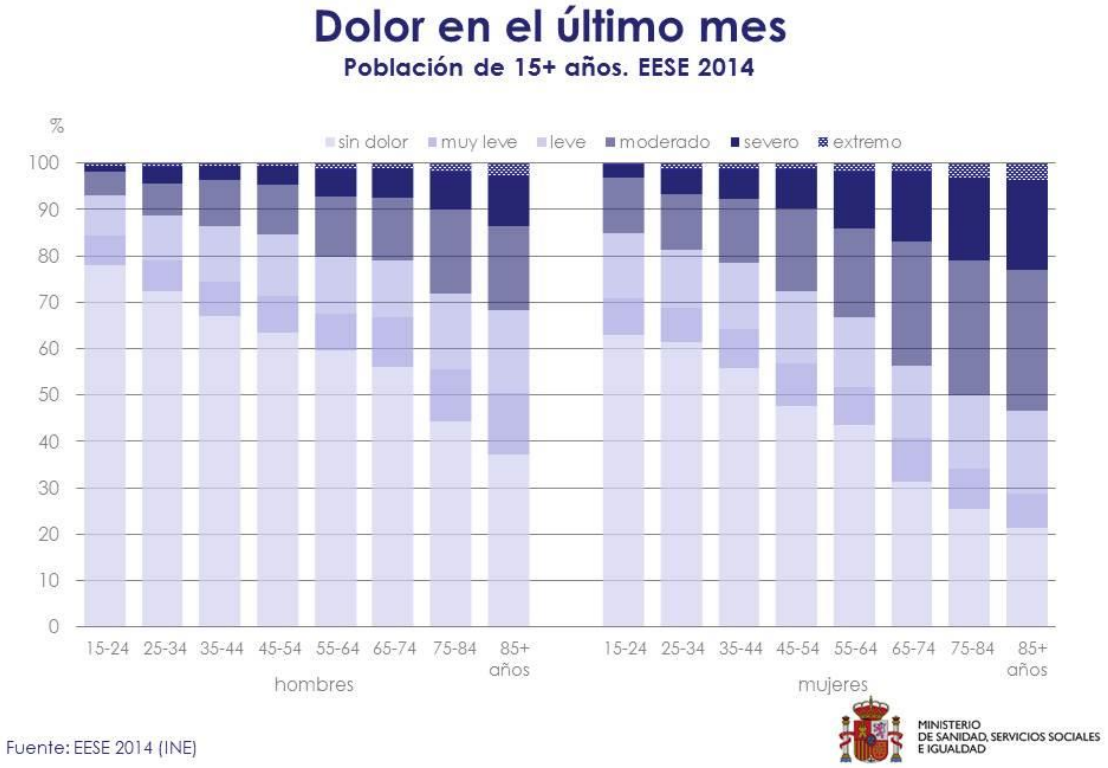
En la encuesta se pregunta: «De las actividades que le voy a leer, ¿habitualmente tiene dificultad para hacerlas por sí mismo?». Las actividades son las 7 antes citadas, sin ayudas.

A efectos de esta publicación, se considera que:

- No tiene dificultad para realizar alguna AIVD (sin ayuda), si a todas las actividades responde "No, ninguna dificultad".

- Tiene dificultad para realizar alguna AIVD (sin ayuda), si a alguna de las actividades responde "Sí, alguna dificultad", "Sí, mucha dificultad", o "No puedo hacerlo por mí mismo/a".

En la encuesta se pregunta asimismo por la ayuda que recibe para las AIVD en las que tiene dificultad: «Considerando esta actividad o actividades en las que usted encuentra dificultades para hacerlas, ¿Dispone habitualmente de ayuda para realizarlas?». Si la persona entrevistada contesta afirmativamente, se le pregunta «¿Necesitaría más ayuda de la que dispone?» y si la persona entrevistada contesta negativamente, se le pregunta «¿Considera que necesita ayuda?».



En esta gráfica puede verse la proporción de personas de 15+ años que refiere dolor físico en las últimas cuatro semanas, según sexo y grupo de edad.

Con la edad aumenta la proporción de personas que sufren dolor y la intensidad del mismo.

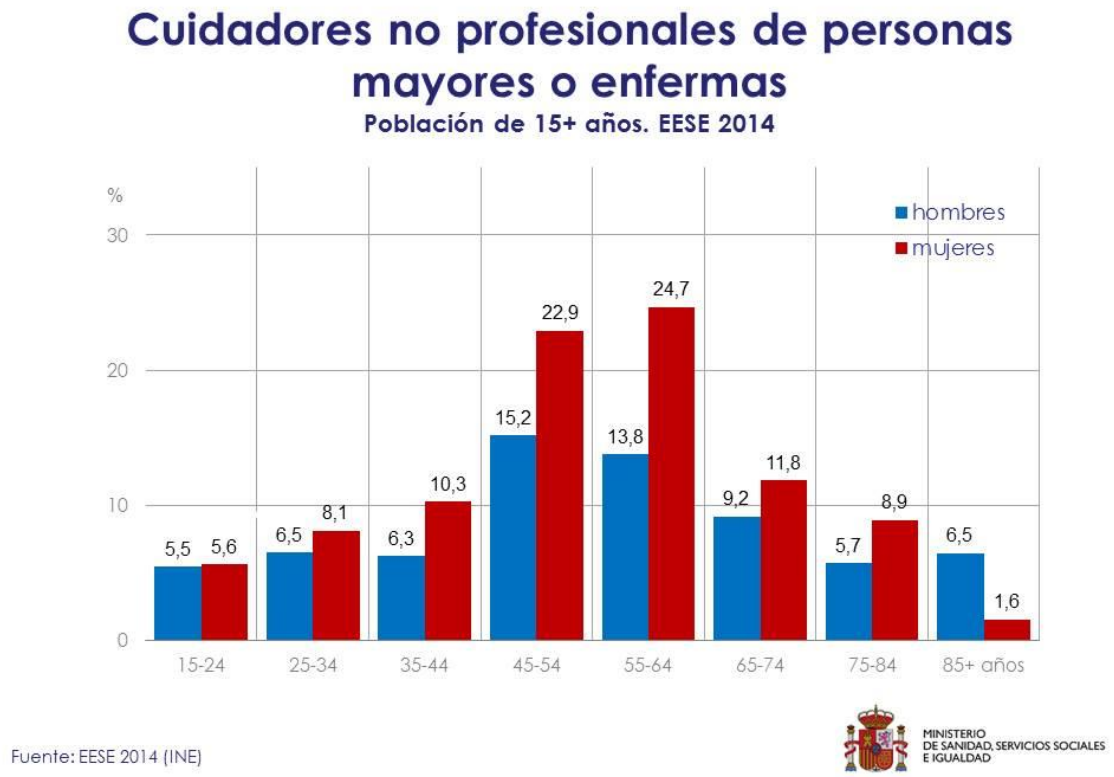
El 55,88% de la población de 15+ años declara que no ha padecido ningún dolor en las últimas 4 semanas.

El 8,12% de la población de 65+ 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).

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.

El dolor se mide a través de una pregunta directa que considera cualquier dolor físico que haya tenido en las últimas cuatro semanas, y este se categoriza en "ninguno", "muy leve", "leve", "moderado", "severo" o "extremo".



En esta gráfica se muestra la proporción de la población de 15+ años que cuida de alguna persona mayor o con alguna dolencia crónica sin que sea parte de su trabajo, según el sexo y grupo de edad.

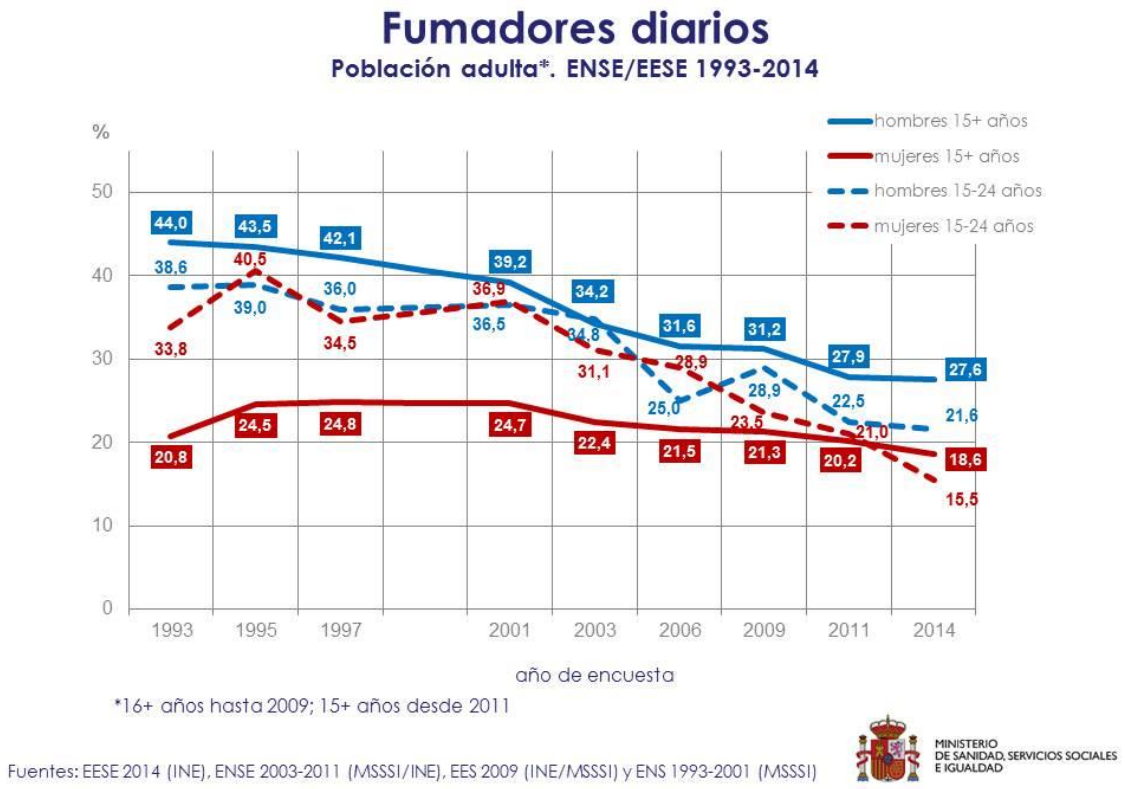
La encuesta pretende valorar la provisión a largo plazo de cuidados informales a personas mayores o enfermas. Los cuidadores que estima la encuesta no prestan sus servicios como profesión, y por tanto proporcionan información sobre posibles carencias en cuidados de larga duración y sobre las posibles barreras existentes para que la población ejerza un trabajo formal o profesional.

El 11,34% de la población de 15 y más años cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica.

Es más frecuente que presten cuidados informales las mujeres (13,41%) que los hombres (9,17%), excepto en el grupo de edad de 85+ años. La mayor frecuencia de cuidadores se observa entre los 45 y los 64 años. El máximo se alcanza en mujeres de 55 a 64 años, grupo en el que una de cada cuatro mujeres cuida a una persona mayor o enferma.

Los cuidadores no profesionales se miden a través de una pregunta directa: '¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica? No lo considere si forma parte de su trabajo.'

Por cuidados se entiende ayudar a otra/s persona/s en las actividades cotidianas de cuidado personal o en las tareas domésticas. No se consideran si forman parte de su trabajo, ni los cuidados prestados ocasional o irregularmente.



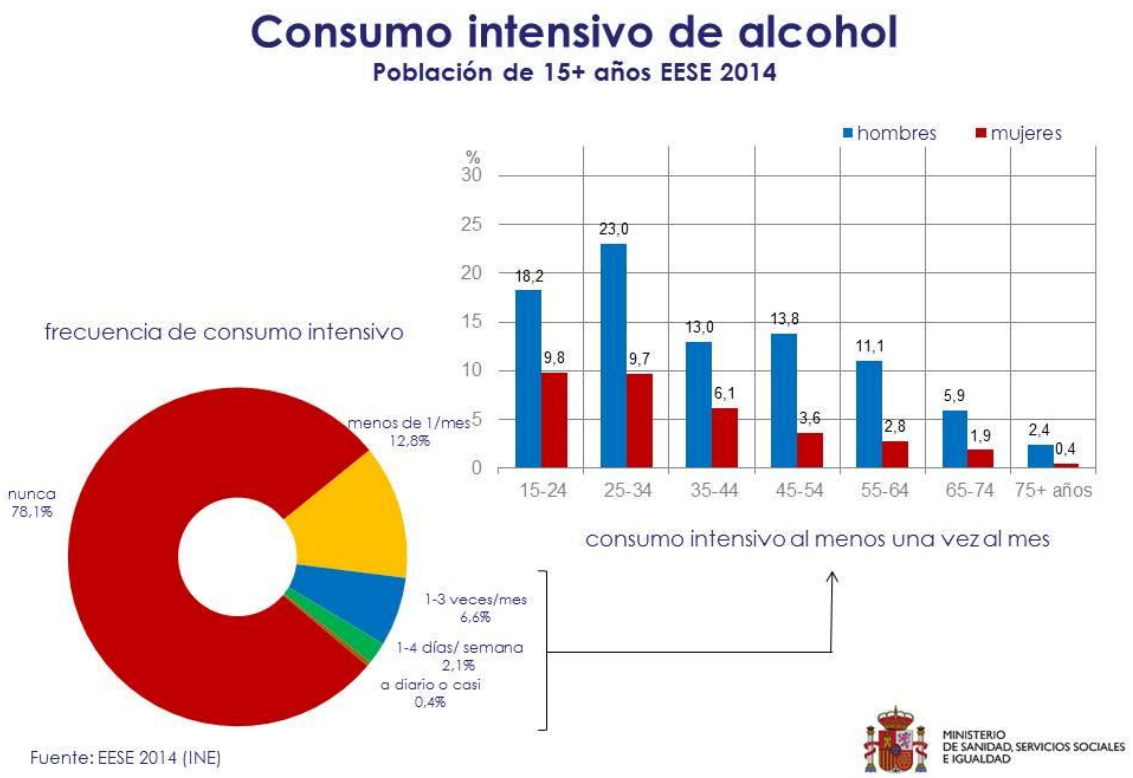
En esta gráfica se muestra la evolución del porcentaje de población de 15 y más años que consume tabaco a diario según sexo, desde 1993 a 2014. Se muestra también la evolución en el mismo periodo en el grupo de edad más joven, de 15 a 24 años.

El tabaquismo sigue siendo "la primera causa evitable de muerte en España". La evolución muestra que se ha producido un continuo descenso en el porcentaje de hombres que fuma. Además, desde 2003 se invierte la tendencia ascendente que se venía produciendo en el porcentaje de mujeres que fuma diariamente. La proporción de hombres que fuma diariamente es siempre mayor que la de mujeres, aunque las diferencias por sexo se han acortado notablemente. Mientras que en 1993 un 32,1% de la población de 16 y más años (44,0% de los hombres y 20,8% de las mujeres) consumía tabaco a diario, en 2011 se alcanzó el menor diferencial, 27,9% en hombres y 20,2% en mujeres. En la EESE 2014 el descenso ha sido mayor en mujeres. El porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas década en ambos sexos. Fuma el 27,6% de los hombres y el 18,6% de las mujeres, 23% en total.

La tendencia al descenso se produce en todos los grupos de edad, pero es especialmente marcada en jóvenes. Las mujeres del grupo de 15 a 24 años han pasado de fumar el 21% en 2011 al 15,5% en 2014, mientras que en los hombres de este grupo ha descendido también, pero solo un punto porcentual (de 22,5% a 21,6%).

En la encuesta se pregunta: « ¿Podría decirme si fuma?» y la respuesta se categoriza en 'Sí, fumo a diario', 'Sí fumo, pero no a diario', 'No fumo actualmente pero he fumado antes' y 'No fumo ni he fumado antes de manera habitual'. A quienes contestan la primera de ellas se les considera fumadores diarios a efectos de esta publicación.

Al comparar con ediciones anteriores hay que tener en cuenta que en 2011 se hace por primera vez esta pregunta a los jóvenes de 15 años de edad, que quedan incluidos a partir de ese año en la población estudiada.



El gráfico muestra la frecuencia de consumo intensivo episódico de alcohol, también denominado 'atracón', o *binge drinking,* o HED, *heavy episodic drinking,* en los últimos 12 meses en la población de 15 y más años. Muestra asimismo la distribución según sexo y grupo de edad de aquellos que consumen alcohol de manera intensiva al menos una vez el mes.

El 78,06% no ha consumido alcohol de manera intensiva episódica (69,59% de los hombres y 86,12% de las mujeres) en los últimos 12 meses. Es decir, el 30% de los hombres y el 14% de las mujeres sí lo han hecho en el último año.

Han hecho un consumo intensivo de alcohol al menos 1 vez al mes en los últimos 12 meses el 9,12% (13,46% en hombres y 4,99% en mujeres).

Al analizar por sexo y edad esta población que ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez durante el último mes se observan los siguientes valores. Entre los 15 y los 24 años el consumo mensual en hombres está en torno al 20%, y entre 35 y 64 años desciende pero aún en torno al 12%. En mujeres casi alcanza el 10% entre los 15 y los 34 años, y baja escalonadamente a partir de esa edad.

A efectos de esta publicación se considera consumidor intensivo de alcohol a aquel hombre que consume en el intervalo de 4-6 horas más de 6 unidades de bebida estándar (60 g de alcohol puro) y a aquella mujer que consume más de 5 unidades de bebida estándar (50 g de alcohol puro) en el mismo tiempo. La equivalencia utilizada es:

- *Cerveza con alcohol, vino o cava, sidra y otras bebidas locales = 1 unidad de bebida estándar ≈ 10g de alcohol puro.*
- *Aperitivos con alcohol (vermut, jerez, manzanilla), combinados, brandy o licores (afrutados, cremosos, de hierbas, anís, pacharán), whisky = 2 unidades de bebida estándar ≈ 20 gramos de alcohol puro.*

En la encuesta se pregunta: « ¿Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 6 (5) o más bebidas estándar en una misma ocasión?» y la respuesta se categoriza en 'A diario o casi a diario', 'De 5 a 6 días por semana' 'De 3 a 4 días por semana', 'De 1 a 2 días por semana', 'De 2 a 3 días en un mes', 'Menos de una vez al mes', 'No en los últimos 12 meses' y 'Nunca en toda mi vida'. Las categorías de respuesta difieren de las de años anteriores, por lo que no permiten la comparación.

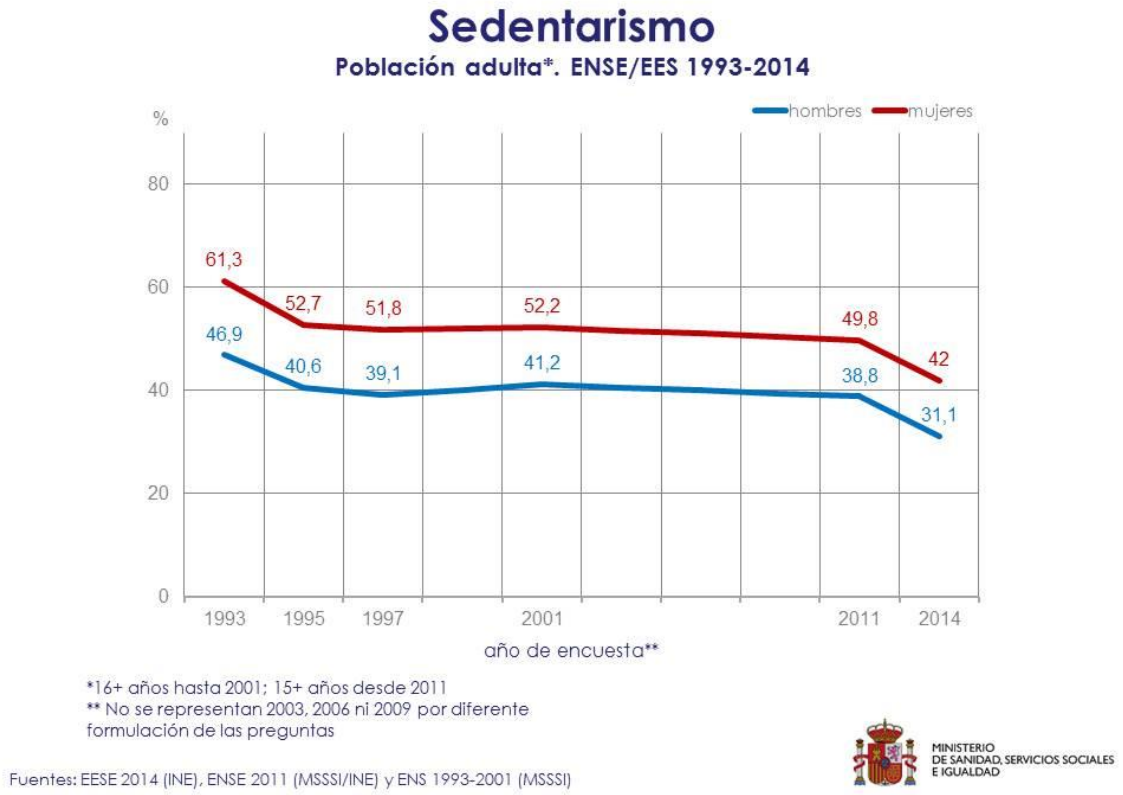
Con respecto a otros indicadores clásicos de consumo de alcohol ('nunca bebedor', 'consumo habitual' y 'bebedor diario', que no se muestran en el gráfico), los resultados de la EESE 2014 fueron semejantes a los de años anteriores:

El 32,68% de la población de 15 y más años nunca bebe alcohol, 22,54% de los hombres y 42,34% de las mujeres.

El 36,77% de la población de 15+ años bebe alcohol al menos una vez por semana, lo que se define como 'consumo habitual', 50,28% en hombres y 23,88% en mujeres.

El 15,06% de la población de 15+ años bebe algún tipo de bebida alcohólica a diario, 23,29% en hombres y 7,21% en mujeres.

En la encuesta se pregunta: « ¿Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?» y la respuesta se categoriza en 'A diario o casi a diario', '5-6 días por semana' '3- 4 días por semana', '1-2 días por semana', '2-3 días en un mes', 'Una vez al mes', 'Menos de una vez al mes', 'No en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol' y 'Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida'. Las categorías de respuesta difieren de las de años anteriores, pero permiten la agregación de las categorías, por lo que la comparación debe hacerse con cautela.



En esta gráfica se muestra la evolución del porcentaje de población sedentaria de 15+ años en su tiempo libre según sexo (no se representan 2003 ni 2006 por diferente formulación de las preguntas).

La evidencia científica muestra que la actividad moderada diaria mejora la salud. La actividad física regular está inversamente relacionada con el riesgo de enfermedad cardiovascular, tromboembolismo cerebral, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon y de mama, ansiedad y depresión. Además contribuye al desarrollo y mantenimiento de un sistema locomotor saludable. La importancia de la actividad física en el abordaje de la epidemia de obesidad ha sido subrayada en numerosas directrices nacionales e internacionales.

En la EESE14 se observa el valor más bajo en sedentarismo (en tiempo libre) de toda la serie histórica, tanto para hombres como para mujeres.

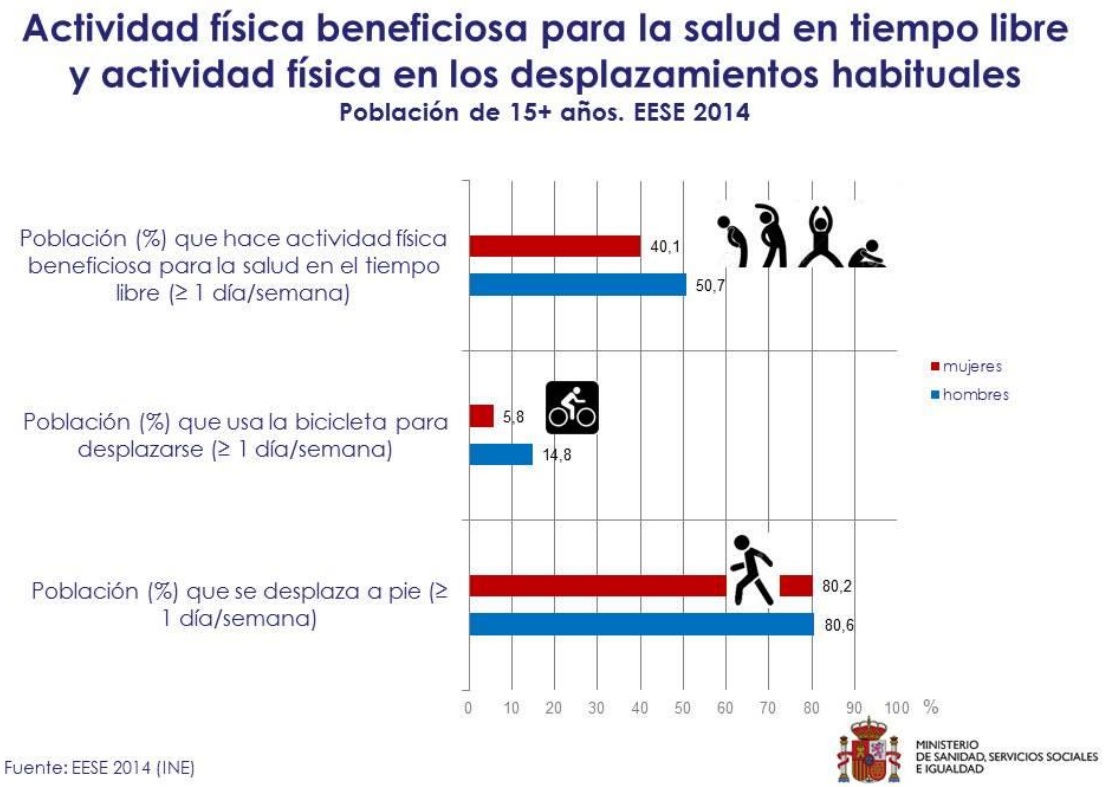
En 2014, el 36,68% de la población adulta (15+ años) se declara sedentaria. El sedentarismo siempre fue menor en hombres. Las diferencias por sexo son muy marcadas, 31,08% en hombres y 42,01% en mujeres.

En los últimos 20 años el sedentarismo en la población adulta presenta una evolución desigual. En el bienio 93-95 se observó una caída de la prevalencia de sedentarismo, seguida de una

ligera reducción, desde el 46,87% de 1995 al 44,44% en 2011. En 2014 se observa una importante caída en torno a 7 puntos porcentuales en ambos sexos.

La tendencia es la misma en hombres y en mujeres. Excepto en el grupo de edad de 45 a 64 años, y solo en algunas ediciones de la ENSE, el sedentarismo fue siempre más frecuente en mujeres que en hombres. En 2014 el grupo de 45 a 64 años es también el que muestra menor diferencia por sexo, más frecuente en mujeres. Las mayores diferencias se dan en los grupos de edad extremos, por encima de 15 puntos porcentuales entre 15 y 34 años y en los de 75+. La diferencia alcanza los 20 puntos porcentuales en los de 85+ años.

En la encuesta se pregunta por distintos grados de actividad física en el tiempo libre: '¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?' y se le ofrecen distintos grados de actividad física. A efectos de esta publicación, a la población que responde "no hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la TV, ir al cine, etc.)", se la considera sedentaria.



El gráfico muestra la población de 15+ años que realiza sus desplazamientos habituales pie y el tiempo medio diario que destina a hacerlo, así como la población que realiza sus desplazamientos habituales en bicicleta. Se muestra asimismo la población que hace actividad física beneficiosa para la salud (AFBS o, en inglés, HEPA) en su tiempo libre.

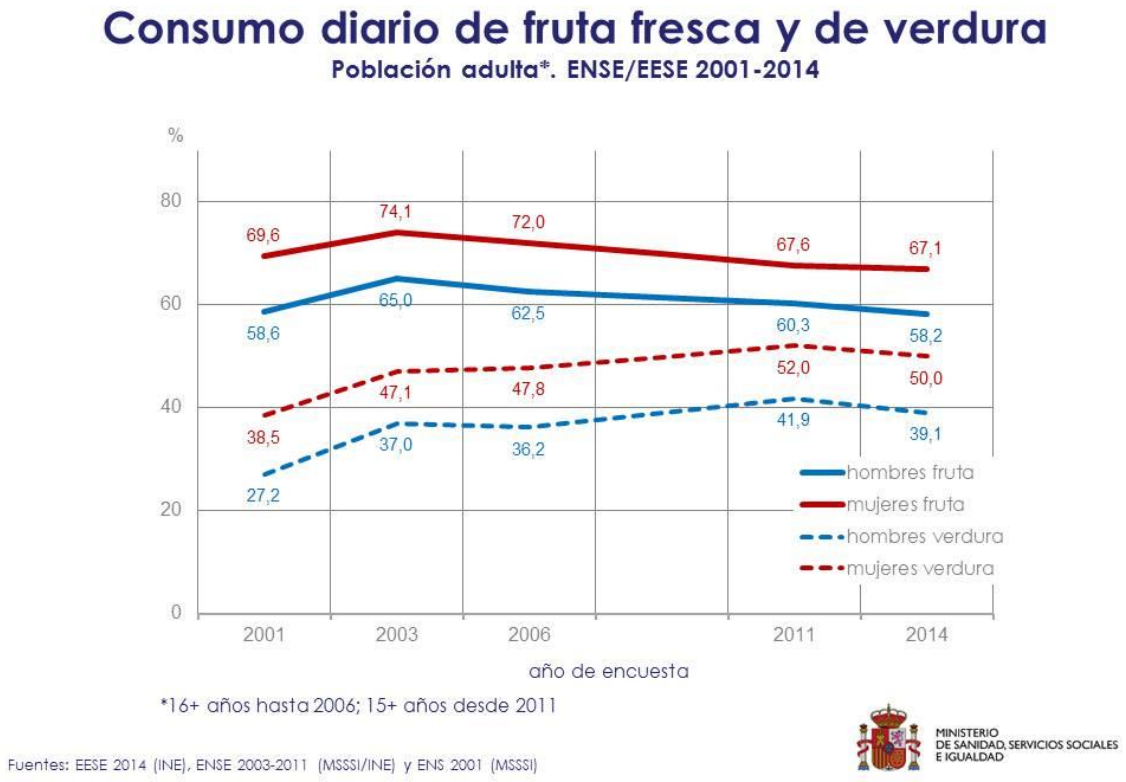
En la encuesta se obtiene información sobre la actividad física realizada por la población de 15 y más años en una semana típica según sexo y tipo de actividad, a través de un cuestionario

común europeo. El cuestionario conduce a los entrevistados por distintas dimensiones de la actividad física. Pregunta por la AFBS en el tiempo libre y en los desplazamientos habituales.

El 45,28% hace actividad física beneficiosa para su salud (al menos 10 minutos seguidos de ejercicio físico, como deporte, gimnasia, ciclismo, caminar a paso ligero…) al menos 1 día por semana en su tiempo libre (50,7% de los hombres y 40,1% de las mujeres).

El 10,20% de la población refiere que utiliza la bicicleta para realizar sus desplazamientos habituales, 14,8% de los hombres y 5,8% de las mujeres.

El 80,40% realiza a pie sus desplazamientos habituales (al menos 10 minutos seguidos) al menos un día a la semana (80,6% de los hombres y 80,2% de las mujeres).



En el gráfico se muestran dos indicadores, la población de 15 y más años que consume fruta a diario y la que consume verduras a diario, por sexo y año de encuesta.

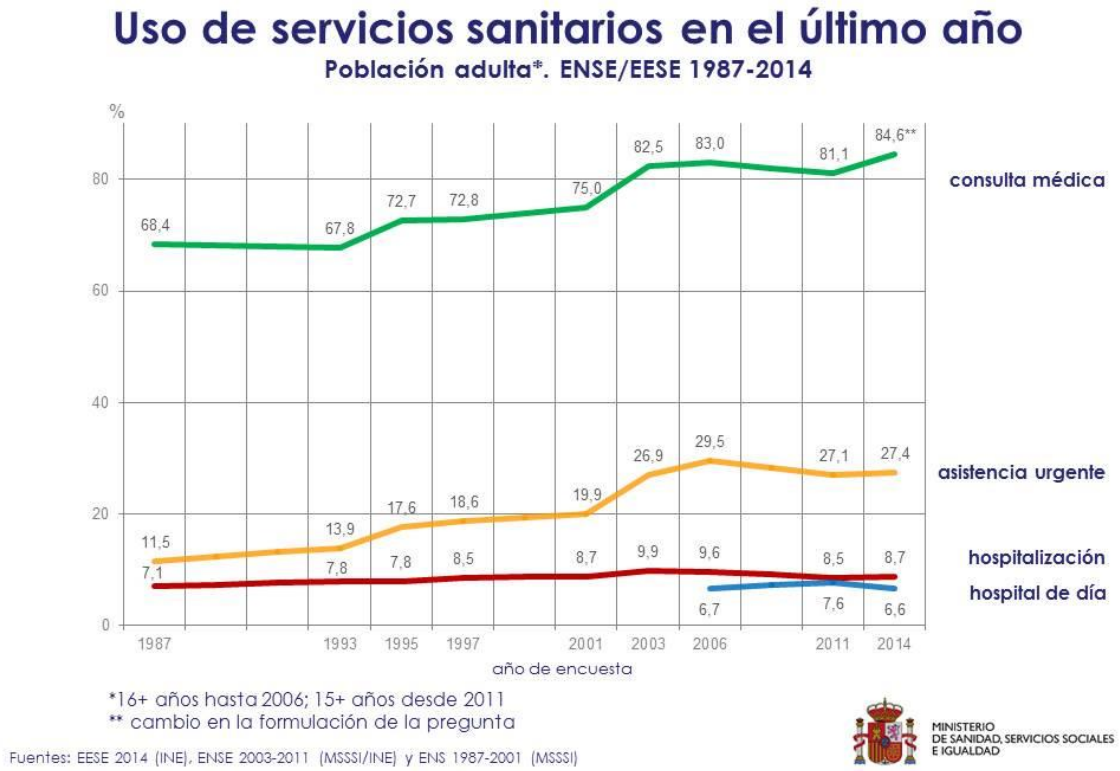
Junto con el ejercicio físico, la alimentación sana es un elemento clave en la prevención de las enfermedades crónicas (cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, como el colorrectal). Las preguntas no están orientadas a la cantidad ingerida de distintos tipos de alimentos, sino preferentemente a la calidad, preguntando específicamente por la regularidad de la ingesta de frutas y de verduras.

En 2014, seis de cada 10 personas refieren que comen fruta fresca al menos una vez al día, y 4 de cada 10 comen verdura, ensaladas u hortalizas a diario.

Las mujeres comen más fruta que los hombres (67,1% de las mujeres toma fruta al menos una vez al día, vs. 58,2% de los hombres) y también más verduras (50% de las mujeres toma verdura al menos una vez al día, vs. 39,1% de los hombres).

La evolución de este indicador entre 2001 y 2014 muestra una tendencia con pocos cambios para la fruta y un ascenso moderado en el consumo diario de verdura. Entre 2011 y 2014, el cambio es pequeño, pero el consumo de ambos alimentos tiende a disminuir en ambos sexos.

En la encuesta se pregunta: «¿Con qué frecuencia consume fruta fresca (excluyendo zumos)?», y «¿Con qué frecuencia come verduras, ensaladas u hortalizas?», y para ambas preguntas las categorías de respuesta son "Una o más veces al día", "De 4 a 6 veces a la semana", "Tres veces a la semana", "Una o dos veces a la semana", "Menos de una vez a la semana" y "Nunca". A quienes responden "Una o más veces al día" a cualquiera de las dos preguntas o a ambas se les considera, a efectos de esta publicación, consumidores diarios de fruta fresca y/o verdura.



En esta gráfica se muestran cuatro indicadores de la evolución de la utilización de los servicios sanitarios en población de 15 y más años desde 1987 hasta 2014, excepto para el hospital de día, que se recoge desde 2006.

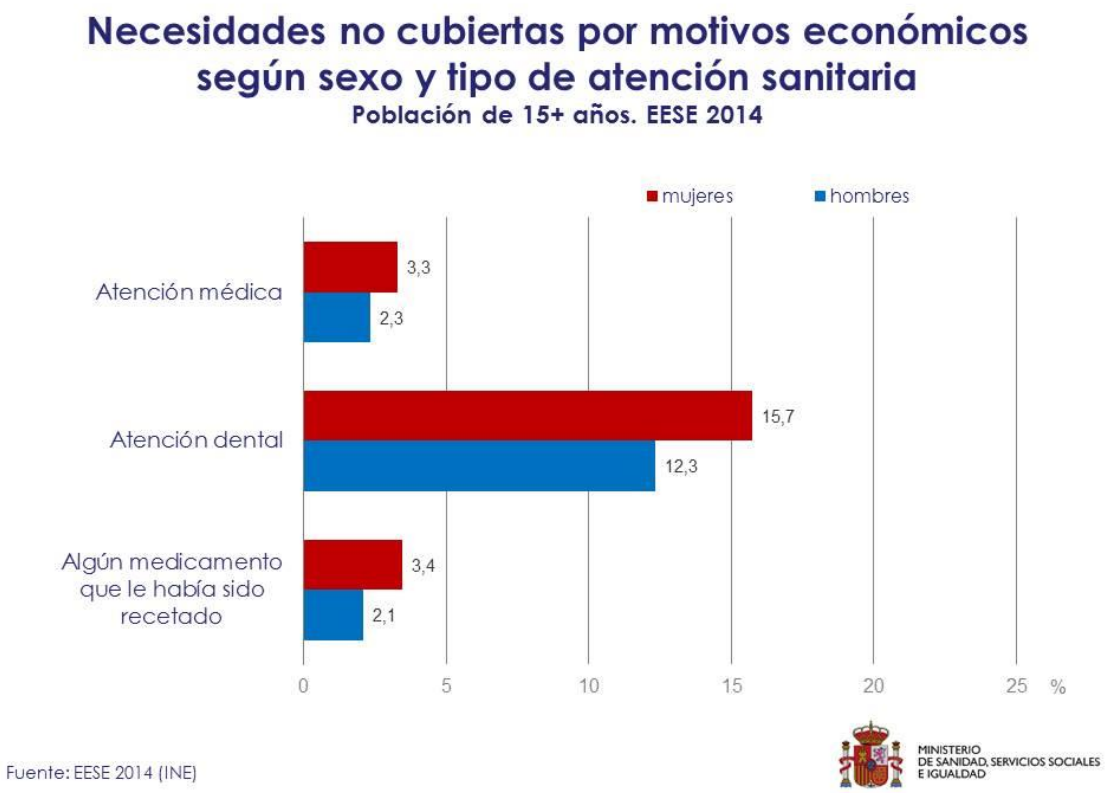
Se muestra información sobre el uso de distintos servicios sanitarios en los 12 meses previos a la entrevista:

- Consulta médica por algún problema, molestia o enfermedad (de cualquier tipo excepto dentista y pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, etc., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones)
- Servicios de urgencias
- Ingreso hospitalario
- Atención en hospital de día para intervención, tratamiento o pruebas (sin pasar la noche)

En el último año, el 84,6% de la población de 15+ años ha consultado a un médico (78,6% de los hombres y 90,1% de las mujeres), el 27,4% ha utilizado un servicio de urgencias (29,4% de los hombres y 25,3% de las mujeres), el 8,7% ha estado hospitalizado (8% de los hombres y 9,4% de las mujeres) y el 6,6% ha acudido a un hospital de día (6,1% de los hombres y 7,1% de las mujeres). Los servicios urgentes son los únicos utilizados con mayor frecuencia por los hombres.

Después del incremento en la utilización de los servicios (consulta médica, asistencia urgente y hospitalización) entre 1987 y 2003, se observa una estabilización, con la excepción de la consulta médica, que ha repuntado algo en 2014.

En la armonización con la Encuesta Europea de Salud, en el cuestionario de la 2014 se realizó un cambio en la formulación de la pregunta sobre consultas médicas, realizándose por separado para atención primaria y para especializada ambulatoria, y agregándolas en el análisis. El cambio podría haber afectado a la serie.



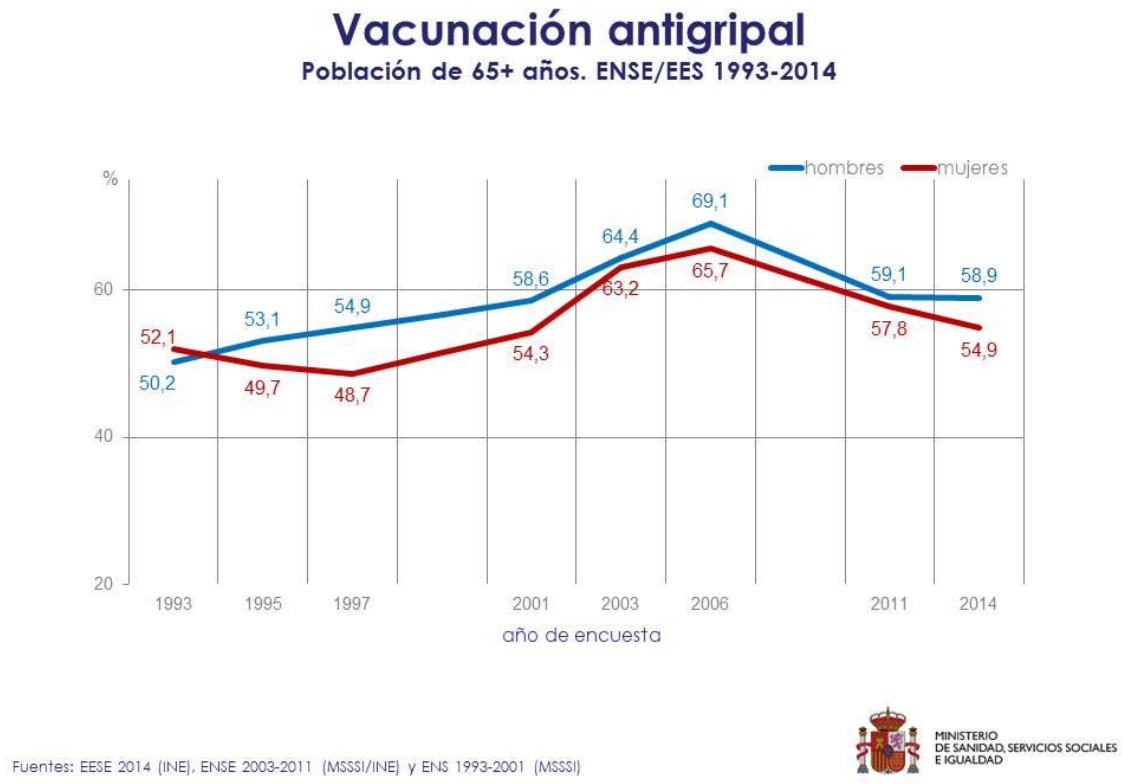
Esta gráfica muestra el porcentaje de la población de 15 y más años que declara haber necesitado atención sanitaria y no haber podido recibirla por motivos económicos. Las necesidades no cubiertas se presentan según sexo para tres tipos distintos de atención sanitaria: médica, dental y farmacéutica.

La población adulta que declara haber necesitado atención en los últimos 12 meses y que no se lo pudo permitir por motivos económicos fue la siguiente:

- Atención médica - 2,83% de la población, 3,29% en mujeres vs 2,34% en hombres.
- Atención dental - 14,08% de la población, 15,74% en mujeres vs 12,34% hombres.
- Algún medicamento que le habían recetado - 2,78% de la población, 3,44% en mujeres vs 2,09% hombres.

En la encuesta se pregunta «En los últimos 12 meses ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no se lo pudo permitir por motivos económicos?» Y a continuación pregunta por «Atención médica», «Atención dental» y «Algún medicamento que le habían recetado».

También se recogen en la encuesta las necesidades no cubiertas por dificultades relacionadas con el transporte o la distancia (1,15%), y por lista de espera demasiado larga (12,26%). La formulación de la pregunta difiere de años anteriores, por lo que no permite la comparación.



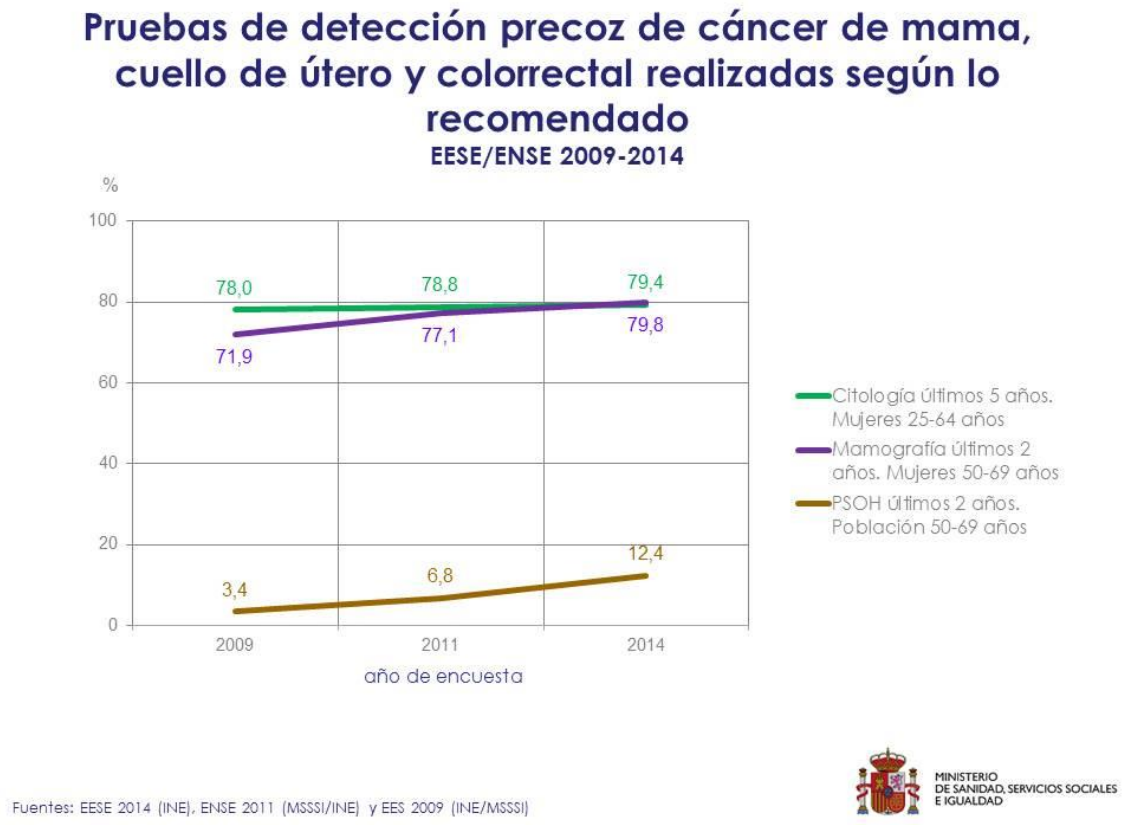
En esta gráfica se muestra la evolución del porcentaje de población de 65 y más años que ha recibido la vacunación antigripal según sexo, de 1993 a 2014.

Hasta 2006 se observa una tendencia creciente en esta práctica preventiva en la población de 65 y más años, principal población diana de los programas de prevención de la gripe. Así, mientras que en 1993 se administró la vacunación antigripal al 51,3% (50,2% de los hombres y 52,1% de las mujeres), en 2006 este porcentaje había ascendido al 67,1% (69,1% de los hombres y 65,7% de las mujeres).

En 2011 disminuyó bruscamente la cobertura de la vacunación antigripal en personas de 65 y más años, cayendo casi 10 puntos porcentuales desde 2006.

En 2014, el 56,67% declara haberse vacunado contra la gripe en la última campaña, 58,94% de los hombres y 54,92% de las mujeres de ese grupo de edad. En mujeres continúa el descenso, mientras que en hombres parece estabilizarse.

Desde 1995, la cobertura ha sido siempre algo mayor en hombres.



En esta gráfica se muestra la evolución de tres indicadores: la cobertura de las pruebas de detección precoz de cáncer de mama, de cuello de útero y colorrectal, entre 2009 y 2014, en las poblaciones en las que se recomienda el cribado.

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. 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. En este mismo grupo de edad el 86,18% de las mujeres se ha hecho una citología alguna vez.

El porcentaje de mujeres que se ha hecho una mamografía en el periodo recomendado (cada 2 años en mujeres de 50 a 69 años) para la detección precoz del cáncer de mama alcanzó en 2014 a la citología. Ocho de cada diez mujeres, el 79,79%, se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado, y otro 8,63% hace más de dos años pero menos de tres. El 5,29% se la ha hecho hace más de 3 años y solo un 6,9% de este grupo de edad no se ha hecho nunca una.

La estrategia de cáncer del Sistema Nacional de Salud ha introducido más recientemente la recomendación de realizar la prueba de sangre oculta en heces (PSOH) (cada 2 años en población de 50-69 años). El 12,4% de la población de 50-69 años se ha hecho una PSOH en los últimos dos años, el 2,12% hace más de 2 años pero menos de 3 y el 4,89% hace más de 3 años. En total, el 19,41% declara que se la ha hecho alguna vez.

Además, la EESE 2014 recoge por primera vez el porcentaje de la población adulta que se ha hecho una colonoscopia. El 12,4% de la población de 15 y más años se ha realizado una colonoscopia alguna vez en la vida, y el 8,47% en los últimos 2 años.

En la encuesta se pregunta «¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?» y «¿Cuándo fue la última vez que le hicieron la prueba de sangre oculta en heces?» Y las mismas preguntas se les hacen a las mujeres para mamografía y citología.

Madrid 8 de octubre de 2015.

ANEXO METODOLÓGICO A CONTINUACIÓN

Metodología

Encuestas de salud en España	Organismo responsable	Tamaño muestra adultos	Tipo de muestreo	Cambio en el cuestionario	Administración del cuestionario
ENS 1987	MSSSI / CIS	29 683	Probabilístico y por cuotas	INICIAL	PAPI
ENS 1993	MSSSI / CIS	21 081	Probabilístico y por cuotas	NO	PAPI
ENS 1995	MSSSI / CIS	6407	Probabilístico y por cuotas	NO	PAPI
ENS 1997	MSSSI / CIS	6400	Probabilístico y por cuotas	NO	PAPI
ENS 2001	MSSSI / CIS	21 067	Probabilístico y por cuotas	NO	PAPI
ENS 2003	MSSSI / INE	21 650	Probabilístico	SI	PAPI
ENSE 2006	MSSSI / INE	29 478	Probabilístico	SI	PAPI
EES 2009	INE / MSSSI	22 188	Probabilístico	SI	CAPI
ENSE 2011	MSSSI / INE	21 007	Probabilístico	SI	CAPI
EESE 2014	INE	22 842	Probabilístico	SI	CAPI

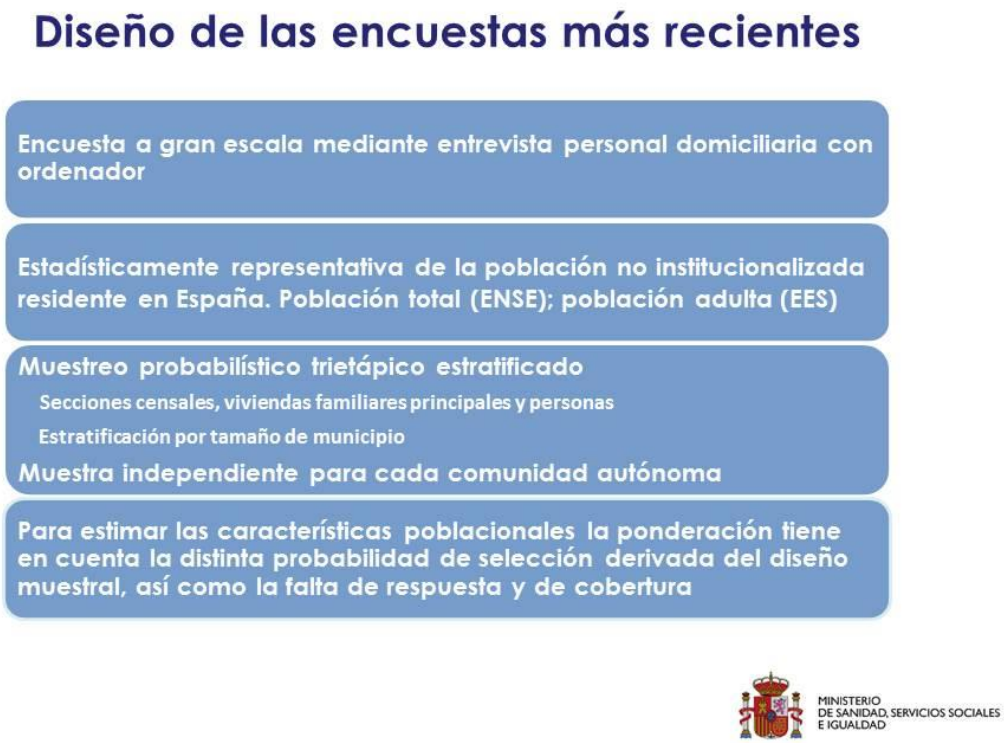
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

En 1987, el Ministerio de Sanidad realizó la primera Encuesta Nacional de Salud de España, que tuvo su continuación en los años 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006 y 2011. La Encuesta Europea de Salud se ha realizado en 2009 y en 2014.

La Encuesta Europea no recoge información de la población infantil, por lo que, a efectos de esta presentación todos los indicadores se refieren a la población adulta, de 15 y más años salvo que se indique otra cosa.

ABREVIATURAS:
PAPI paper and pencil personal interview – entrevista personal con cuestionario en papel
CAPI computer assisted personal interview – entrevista personal asistida por ordenador

ENS encuesta nacional de salud hasta 2003 inclusive
ENSE encuesta nacional de salud en España, desde 2006 (inclusive) en adelante
EES encuesta europea de salud 2009
EESE encuesta europea de salud en España 2014



Desde 2006, el ámbito poblacional de las encuestas es el conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales y el ámbito geográfico es el territorio nacional. La recogida de información se extiende a lo largo de todo el año. El ámbito temporal es, en el caso de la EESE14, desde finales de enero de 2014 hasta finales de enero de 2015.

La entrevista es domiciliaria, administrada por el entrevistador y, desde 2011, con ayuda de ordenador (*computer assisted personal interview* – CAPI).

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 (16 y más hasta 2011) para cumplimentar el cuestionario individual. Para cada comunidad autónoma se diseña una muestra independiente que la representa.

El cuestionario consta de cuatro grandes apartados, sociodemográfico (hogar e individual), estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de la salud.

Los datos de EESE14 que se presentan corresponden a 22.842 entrevistas. Se seleccionó una muestra de 37.500 viviendas para poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y autonómico. Se amplió el número de secciones y el número de viviendas por sección ya que por primera vez en 2014 no se sustituyeron las incidencias en las viviendas titulares, es decir, no hay viviendas reservas. La tasa de respuesta fue del 71%.

Un 3% de las entrevistas se realizaron mediante informante indirecto o proxy en 2014. Únicamente se admite proxy en caso de que la persona seleccionada aleatoriamente esté a) ausente debido a un ingreso en un centro hospitalario, o b) incapacitada para responder por edad avanzada, discapacidad o enfermedad, o c) por desconocimiento del idioma.