20 AÑOS DE ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD

Santiago Pérez Camarero
Álvaro Hidalgo Vega
Juan del Llano Señarís

20 AÑOS DE ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD

FUNDACION GASPAR CASAL
PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD
www.fgcasal.org

Fundación AstraZeneca España
Fundación AstraZeneca

Coordinación

Juan Ernesto del Llano Señarís
Director de la Fundación Gaspar Casal

Autores

Santiago Pérez Camarero
Instituto Max Weber

Álvaro Hidalgo Vega
Seminario de Investigación en Economía y Salud,
Universidad Castilla-La Mancha

Madrid, mayo 2010

Depósito Legal:
I.S.B.N.:

Índice de contenidos

Prólogo *Dr. Ildefonso Hernández.* *Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social* 9

Prólogo *Dr. Juan del Llano.* *Director Fundación Gaspar Casal* 11

1. Presentación 13

2. Introducción 15

3. Estado de salud 19

3.1. Salud percibida y calidad de vida 19

3.1.1. Valoración positiva del estado de salud percibida en los últimos 12 meses 19

3.2. Morbilidad crónica 21

3.2.1. Alergia 22

3.2.2. Asma o bronquitis crónica 22

3.2.3. Hipertensión arterial 24

3.2.4. Colesterol elevado 25

3.2.5. Diabetes 27

3.3. Salud bucodental 29

3.3.1. Conservación de toda la dentadura natural 29

3.3.2. Caries 30

3.4. Accidentalidad 32

3.4.1. Accidente en los últimos 12 meses 32

3.5. Restricción temporal de actividad 34

3.5.1. Limitación de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas 35

3.5.1.1. Número de días de restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas 36

3.5.2. Limitación de la actividad principal en las últimas dos semanas 36

3.5.3. Necesidad de permanencia en cama en las últimas dos semanas 36

3.5.3.1. Número de días de permanencia en cama en las últimas dos semanas ... 38

3.6. Discapacidad auditiva y visual 39

3.6.1. Dificultad para oír 39

3.6.2. Dificultad para ver 39

3.7. Autonomía y dependencia funcional 40

3.7.1. Autonomía funcional 40

3.7.2. Dependencia para la movilidad 42

3.7.3. Dependencia para el cuidado personal 42

3.7.4. Dependencia para las labores domésticas 43

4. Estilos de vida y prácticas preventivas 45
4.1. Consumo de tabaco 45
4.1.1. Consumo de tabaco alguna vez en la vida 46
4.1.2. Consumo actual de tabaco 46
4.1.3. Consumo diario de tabaco 48
4.1.4. Consumo de 20 o más cigarrillos al día 48
4.1.5. Reducción del consumo de tabaco en los últimos 2 años 50
4.1.6. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 2 años 50
4.1.7. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 10 años 51
4.2. Consumo de bebidas alcohólicas 52
4.2.1. Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas 2 semanas 53
4.3. Descanso 55
4.3.1. Número de horas diarias de sueño 55
4.4. Actividad física 56
4.4.1. Sedentarismo 56
4.4.2. Actividad física moderada o intensa en tiempo libre 57
4.5. Alimentación 58
4.5.1. Hábito de no desayunar 58
4.5.2. Consumo diario de fruta fresca y/o verdura 60
4.6. Índice de masa corporal 60
4.6.1. Sobrepeso en población adulta 61
4.6.2. Sobrepeso en población infantil 62
4.6.3. Obesidad en población adulta 63
4.6.4. Obesidad en población infantil 65
4.7. Prácticas preventivas generales 65
4.7.1. Vacunación antigripal en la última campaña 65
4.8. Control ginecológico 66
4.8.1. Consulta ginecológica por motivo diferente a embarazo o parto en los últimos 12 meses 67

5. Determinantes de la autovaloración de la salud 69

6. Resumen 77
Estado de salud 77
Salud percibida y calidad de vida 77
Valoración positiva del estado de salud percibida en los últimos 12 meses ... 77
Morbilidad crónica 78
Alergia 78
Asma o bronquitis crónica 78
Hipertensión arterial 79
Colesterol elevado 79
Diabetes 79
Salud bucodental 80
Conservación de toda la dentadura natural 80
Caries 80
Accidentalidad 81
Accidente en los últimos 12 meses 81
Restricción temporal de actividad 81
Limitación de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas 81
Número de días de restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas 82
Limitación de la actividad principal en las últimas dos semanas 82
Número de días de restricción de la actividad principal en las últimas dos semanas 82
Necesidad de permanencia en cama en las últimas dos semanas 82
Número de días de permanencia en cama en las últimas dos semanas 82

Discapacidad auditiva y visual 82
DIFICULTAD PARA OÍR 82
DIFICULTAD PARA VER 83
Autonomía y dependencia funcional 83
AUTONOMÍA FUNCIONAL 83
DEPENDENCIA PARA LA MOVILIDAD 83
DEPENDENCIA PARA EL CUIDADO PERSONAL 83
DEPENDENCIA PARA LAS LABORES DOMÉSTICAS 84
Estilos de vida y prácticas preventivas 84
Consumo de tabaco 84
CONSUMO DE TABACO ALGUNA VEZ EN LA VIDA 84
CONSUMO ACTUAL DE TABACO 84
CONSUMO DIARIO DE TABACO 85
CONSUMO DE 20 O MÁS CIGARRILLOS AL DÍA 85
REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS 85
ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS 85
ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS 86
Consumo de bebidas alcohólicas 86
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS 86
Descanso 86
NÚMERO DE HORAS DIARIAS DE SUEÑO 86
Actividad física 87
SEDENTARISMO 87
ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA O INTENSA EN TIEMPO LIBRE 87
Alimentación 87
HÁBITO DE NO DESAYUNAR 87
CONSUMO DIARIO DE FRUTA FRESCA Y/O VERDURA 88
Índice de masa corporal 88
SOBREPESO EN POBLACIÓN ADULTA 88
SOBREPESO EN POBLACIÓN INFANTIL 88
OBESIDAD EN POBLACIÓN ADULTA 88
OBESIDAD EN POBLACIÓN INFANTIL 88
Prácticas preventivas generales 89
VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN LA ÚLTIMA CAMPAÑA 89
Control ginecológico 89
CONSULTA GINECOLÓGICA POR MOTIVO DIFERENTE A EMBARAZO O PARTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES 89
Determinantes de la salud autopercibida 90

7. Notas metodológicas 91
Revisión de los cuestionarios 91
Creación de variables 91
Creación de la base de dartos enlazada 91

8. Índice de cuadros 93

9. Índice de gráficos 95

10. Bibliografía 97

11. Apéndice de tablas 105
1. Población en España en los años de las distintas ediciones de la Encuestas Nacional de Salud 105
2. Valoración positiva del estado de salud percibida en los últimos 12 meses 106
3. Alergia 107
4. Asma o bronquitis crónica 108
5. Hipertensión arterial 109
6. Colesterol elevado 110

7. Colesterol elevado 111
8. Diabetes 112
9. Diabetes 113
10. Conservación de toda la dentadura natural (1987-2006) 114
11. Conservación de toda la dentadura natural (1997-2006) 115
12. Caries 116
13. Caries 117
14. Accidente en los últimos 12 meses 118
15. Accidente en los últimos 12 meses 119
16. Porcentaje de población que tuvo que restringir la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas por razones de salud 120
17. Número de días de restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas 121
18. Porcentaje de población que tuvo que restringir la actividad principal en las últimas dos semanas por razones de salud 122
19. Número de días de restricción de la actividad principal en las últimas dos semanas 123
20. Porcentaje de población que tuvo que permanecer en cama en las últimas dos semanas por razones de salud 124
21. Número de días que debió permanecer en cama en las últimas dos semanas 125
22. Dificultad para oír 126
23. Dificultad para ver 127
24. Autonomía funcional 128
25. Autonomía funcional 129
26. Dependencia para el cuidado personal 130
27. Dependencia para las labores domésticas 131
28. Dependencia para la movilidad 132
29. Dependencia para las labores domésticas 133
30. Consumo de tabaco alguna vez en la vida 134
31. Consumo actual de tabaco 135
32. Consumo diario de tabaco 136
33. Consumo de 20 o más cigarrillos al día 137
34. Reducción del consumo de tabaco en los últimos 2 años 138
35. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 2 años 139
36. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 10 años 140
37. Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas 2 semanas 141
38. Hábitos de consumo durante los días de la semana 142
39. Número de horas diarias de sueño 143
40. Sedentarismo 144
41. Actividad física moderada o intensa en tiempo libre 145
42. Hábito de no desayunar 146
43. Consumo diario de fruta fresca y/o verdura 147
44. Sobrepeso 148
45. Sobrepeso 149
46. Obesidad 150
47. Obesidad infantil 151
48. Vacunación antigripal en la última campaña 152
49. Consulta ginecológica por motivo diferente al embarazo o parto en el ultimo año 153

“Veinte años de Encuesta Nacional de Salud”

En los últimos años se han producido importantes cambios sociales que directa e indirectamente han modificado el estado de salud de la población, y la forma de responder ante ella. Fenómenos como la inmigración, la globalización, el envejecimiento progresivo de la población, el mayor acceso a la información y los servicios, así como el mayor nivel de demanda y de exigencia por parte de la población constituyen el escenario actual en el que se desenvuelve la salud pública, y debemos estar preparados para dar respuesta a los nuevos retos que se plantean. En este sentido, resulta imprescindible que el conjunto de la sociedad se corresponsabilice de la construcción colectiva de la salud.

La información es una pieza clave para la acción en salud pública. Las Encuestas Nacionales de Salud, realizadas en España desde 1987, son un elemento esencial para la identificación de las necesidades de salud de la población, lo cual constituye el primer paso para la planificación de las políticas sanitarias. A través de las Encuestas Nacionales de Salud se obtiene información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud (incluyendo las prácticas preventivas) y la utilización de servicios sanitarios. Además, son útiles para conocer aspectos del entorno ambiental (físico y social) en el que viven e interactúan los ciudadanos, así como para poner en evidencia diferencias y desigualdades en el estado de salud y/o asistencia sanitaria entre grupos sociales. Cabe destacar algunas importantes novedades introducidas en la Encuesta Nacional de Sanidad 2006, como es la posibilidad de obtención de un índice de salud mental y la incorporación de la perspectiva de género. El Ministerio de Sanidad es el organismo responsable de realizar la Encuesta Nacional de Salud en España, operación estadística de perioricidad bianual incluida en el Plan Estadístico Nacional y que forma parte del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, no podemos obviar que actualmente la salud pública española se encuentra ante un nuevo escenario, con nuevas iniciativas y leyes en estudio o anteproyecto. Estas iniciativas suponen una adecuación conceptual y metodológica de la salud pública a las necesidades sociales actuales y previsiblemente una nueva definición estratégica. Entre otras, destacan la incorporación de la salud pública a iniciativas políticas de otros sectores, el énfasis en la acción intersectorial y la participación ciudadana, la preocupación por las desigualdades sociales y sanitarias, el interés del nivel local como escenario de la salud pública, la importancia de la comunicación y transparencia, la importancia de la cualificación de los profesionales, y el interés por las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Este nuevo contexto hace necesaria una adecuación de los Sistemas de Información. Sin embargo, a pesar de la creciente complejidad de los mismos, todavía no se ha alcanzado un grado de madurez que permita utilizar la información adecuadamente para la toma de decisiones. Los previ-

sibles cambios en la estrategia de salud pública exigirán el desarrollo de nuevas herramientas de medición, así como la adaptación de las ya existentes, cuyas características esenciales se basen en la flexibilidad, la adaptabilidad y la interoperabilidad. Esto se pone aún más en evidencia si tenemos en cuenta el marco actual de la salud pública, en el que la comprensión de los mecanismos responsables de la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones está basado en los determinantes sociales de la salud en su más amplio sentido. Este nuevo paradigma implica, por un lado, que la actuación en salud pública se realice desde un enfoque multisectorial, incidiendo en áreas tan diversas como el entorno, la educación o las condiciones laborales e involucrando a otros sectores políticos con impacto en la salud; y, por otro lado, nos obliga a avanzar en el establecimiento y adaptación de sistemas de información que permitan garantizar la equidad y la salud en la población. Es por tanto prioritario el desarrollo de sistemas de monitorización que permitan cuantificar la ganancia en salud de las políticas públicas, promoviendo la gestión de información a nivel poblacional a corto y a medio plazo, de modo que ésta sea útil para guiar a las autoridades públicas en su toma de decisiones hacia una equidad efectiva en salud, uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI.

En este sentido, la presente publicación tiene una especial relevancia para el conjunto de la comunidad española de salud pública, permitiendo la obtención de una visión general sobre las tendencias en salud y enfermedad en la población española, así como en relación a sus hábitos de vida, a partir de los resultados procedentes de diversas Encuestas Nacionales de Salud. Asimismo, este tipo de de estudios permite adelantarnos a los nuevos retos que deberemos afrontar desde el punto de vista de la salud pública y sienta las bases para el desarrollo de nuevas metodologías y estrategias con las que abordarlos. La Encuesta Nacional de Salud, instrumento clave en salud pública, no está exenta de afrontar este nuevo desafío, que a su vez representa una excelente oportunidad: el de adaptarse a una realidad social y a una salud pública cambiante, basada en la intersectorialidad, y en la que la importancia de los componentes estructurales y las mediciones poblacionales resulta de creciente interés y esencial para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos en su sentido más amplio.

DR. ILDEFONSO HERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y SANIDAD EXTERIOR
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Los determinantes y la salud de los españoles

A pesar de la creencia generalizada que la salud está determinada fundamentalmente por la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias que demuestran que dicha afirmación no es del todo exacta, ya que los factores sociales o económicos, la biología humana (carga genética), el medio ambiente o la conducta y los estilos de vida parecen jugar un papel tanto o más importante que los propios servicios sanitarios.

Las políticas de salud deben dar respuesta a los determinantes de salud extra-sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como la economía, la educación, las obras públicas, el medio ambiente en la definición de objetivos de salud para la población, sin dejar de mejorar los servicios de asistencia sanitaria en su vertiente preventiva, curativa o rehabilitadora, procurando un adecuado balance entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud. La constatación de que los retornos (aumento de la esperanza de vida ajustada por calidad de vida o libre de incapacidad) no crecen al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario, nos hace preguntarnos si aspectos relacionados con la responsabilidad individual además de la pública, tienen que ver con esta situación. En los países desarrollados es necesario abordar más investigación acerca del impacto de los estilos de vida no saludables en la salud. Aunque la pérdida de la salud es algo que acontece frente al estilo de vida, algo que uno elige, sobre lo que cabe intervención.

Sin embargo, los ciudadanos, los medios de comunicación, la industria biomédica, los profesionales sanitarios y los políticos parecen no tener demasiado en cuenta estos aspectos, ya que la mayor parte de los recursos se dedican a la asistencia sanitaria y no propiamente a la consecución de objetivos de salud. De hecho, la mayor parte de las enfermedades responsables de la incapacidad y la muerte prematura son poco sensibles a incrementos adicionales de recursos estrictamente sanitarios. Tal como señala Geoffrey Rose, “los principales determinantes de la enfermedad son, sobre todo, económicos y sociales”.

Avanzar en el conocimiento de cómo cada determinante impacta sobre la salud es obligado y sólo puede hacerse explicitando objetivos concretos en los planes de salud traducidos en planes de servicios, cuantificables e incentivables, por parte de los prestadores de dichos servicios; junto a otras acciones de sectores diferentes al sanitario (por ejemplo, la obligatoriedad del carnet de conducir con puntos ha reducido los accidentes de tráfico y por ende incapacidades y muertes prematuras), conseguirán ajustar adecuadamente atención a la salud y asistencia sanitaria. Para ello, el primer paso ha sido dotarnos de unos sistemas de información sanitaria capaces de aportar datos fiables y contrastables que permitan articular la política sanitaria. No cabe duda de que la mejora de las fuentes de información es una demanda recurrente de los profesionales de la salud pública y de

los investigadores de servicios sanitarios. A menudo se piensa que el problema reside en las dificultades de "crear" información relevante, si bien en muchas ocasiones el origen del problema no reside en la inexistencia de la información, sino en su dispersión, difícil acceso, escasa homogeneidad, precaria sistematización, tardía publicación, insuficiente difusión y carencia de análisis "ad hoc" de los datos sanitarios recopilados. El libro que tienen en sus manos "20 años de Encuestas Nacionales de Salud" aporta una visión dinámica de la salud de los españoles en los últimos 20 años y del papel de los determinantes en esta evolución.

La Sanidad es uno de los pilares del Estado del Bienestar, además de una actividad económica inserta en el sector servicios que genera riqueza y emplea a muchas personas. Es un sector muy dinámico y con una fuerte innovación tecnológica. En el contexto actual de profunda crisis económica y de marcada descentralización administrativa, es razonable pensar que aumente la dispersión en los modos de generar y utilizar la información. Y sin buena información será difícil establecer comparaciones en el desempeño de los planes de servicios regionales de salud pública y evaluar los progresos.

La Salud Pública ha estado limitada a una vía centrada en la enfermedad, donde su principal actividad es la prevención, especialmente en los grupos de alto riesgo. Las técnicas utilizadas para el análisis de factores de riesgo no identifican las verdaderas causas de las enfermedades. Con este abordaje se consiguen beneficios a corto plazo, pero no se abordan las amenazas fundamentales que afectan a la salud global, como son los determinantes sociales, económicos, medioambientales y educativos que subyacen en el binomio salud-enfermedad. Los cambios en el medio ambiente social (pobreza, desempleo, injusticia, soledad, exclusión,…) son posibles y la acción pública ayuda. Atenuar el sufrimiento humano merece siempre la pena. Un respeto por los aspectos ecológicos, poniendo atención en el cambio climático y la contaminación ambiental, es esencial para que las generaciones venideras puedan disfrutar de una naturaleza compatible con la vida y con el desarrollo de las sociedades, muy especialmente, las de los países en desarrollo.

DR. JUAN DEL LLANO
DIRECTOR, FUNDACIÓN GASPAR CASAL. COORDINADOR DE LA OBRA.
MADRID, 20 DE ABRIL DE 2010

1. Presentación

La primera Encuesta Nacional de Salud fue realizada en el año 1987. A la primera edición le han seguido las de 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006, estando actualmente en preparación la de 2009. Las primeras ediciones, de 1993 a 2001, fueron realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE) ejecutó la de 1999, como un modulo de Salud incluido en la Encuesta de Discapacidades y Deficiencias y con un cuestionario poco asimilable al de 2003, razón por la cual no esta incluido en este trabajo.

A partir de un acuerdo marco de 2002 entre el INE y el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, las ENS de 2003 y 2006 se realizan en colaboración por ambos organismos. Consecuencia de este acuerdo es que a partir de 2003 se utilizan muestras seleccionadas de manera aleatoria a partir del Censo de Población gestionado por el INE. La Encuesta Nacional de Salud de España forma parte del Plan Estadístico Nacional, en la actualidad el correspondiente al periodo 2009-2012, estando su ejecución encomendada al Ministerio de Sanidad y Política Social, dentro del marco del citado acuerdo.

La ENS tiene como objetivo general proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para planificar y evaluar políticas y actuaciones en materia sanitaria y como objetivos específicos proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general, física y psíquica, e identificar los principales problemas que perciben los ciudadanos (enfermedades crónicas, dolencias, accidentes, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria).

Asimismo, dentro de las directrices marcadas por la Organización Mundial de la Salud y por el Parlamento europeo y el Consejo de la UE, las ENS aspiran a conocer mejor los factores determinantes de la salud, como las características del medio ambiente (físico y social) y los hábitos de vida que suponen riesgo para la salud, ayudando con ello a reducir las desigualdades en esta materia de salud y a mejorar los mecanismos de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud de los sistemas sanitarios.

En un contexto de múltiples y acelerados cambios sociales, como el envejecimiento, la inmigración, la globalización, el mayor acceso a la información y los servicios, y con una elevación constante del gasto sanitario y de las demandas de salud y de protección social resulta imprescindible que el conjunto de la sociedad se corresponsabilice de la construcción colectiva de la salud. Para ello, es necesario que ciudadanos e instituciones tengan un conocimiento común y colectivo de los problemas presentes y futuros que afectan o van a afectar a la salud de la población.

La promoción de la salud, entendida por la OMS como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, es uno de los ejes claves para el desarrollo del sistema sanitario y uno de los requisitos imprescindibles para el desarrollo de una cultura de la salud más autónoma, en la que los

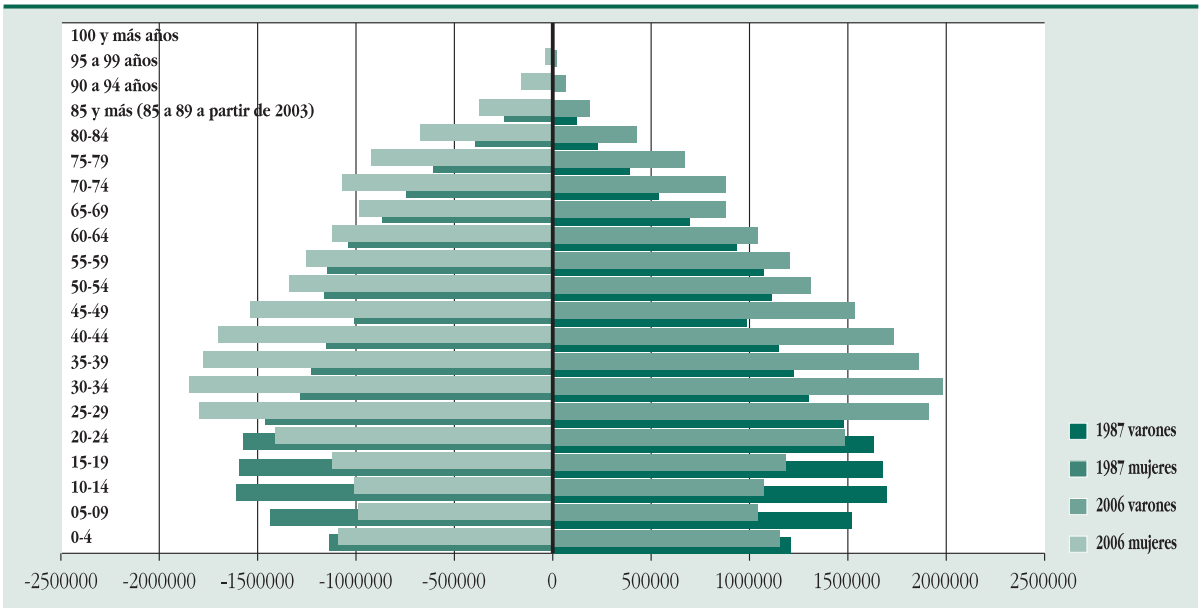
ciudadanos sean más dueños de sus vidas y actúen de forma más responsable con su salud. El presente trabajo, apoyado sobre una visión longitudinal del periodo de veinte años a lo largo del cual se han realizado las siete ediciones de las ENS, aspira a ser una pequeña aportación al estudio, información y divulgación de algunos de los cambios que en materia de salud están afectando a la población española y prefiguran, nuestro futuro más inmediato.

2. Introducción

Sin duda, los dos fenómenos demográficos más característicos en España en los últimos veinte años han sido, de un lado, el envejecimiento de la población, consecuencia de la enorme caída de la natalidad durante el último cuarto de siglo XX y, de otra, el notable crecimiento de la población extranjera derivado de la masiva entrada de inmigración laboral durante los años finales de la década de los noventa y los primeros del nuevo siglo.

Aunque la incorporación de grandes contingentes de inmigrantes ha compensado en cierta medida el envejecimiento demográfico y ha frenado algo el proceso de estrechamiento de nuestra pirámide poblacional, tanto mediante la aportación de trabajadores generalmente jóvenes como a través de la elevación de la tasa de natalidad, ya muy baja en la población autóctona, la transición demográfica ha dejado sus efectos sobre la configuración de nuestra estructura poblacional amenazando el futuro de nuestro sistema público de pensiones y poniendo a prueba la capacidad del sistema sanitario y de protección social.

Gráfico 1. *Pirámide de población de 1987 y 2006*

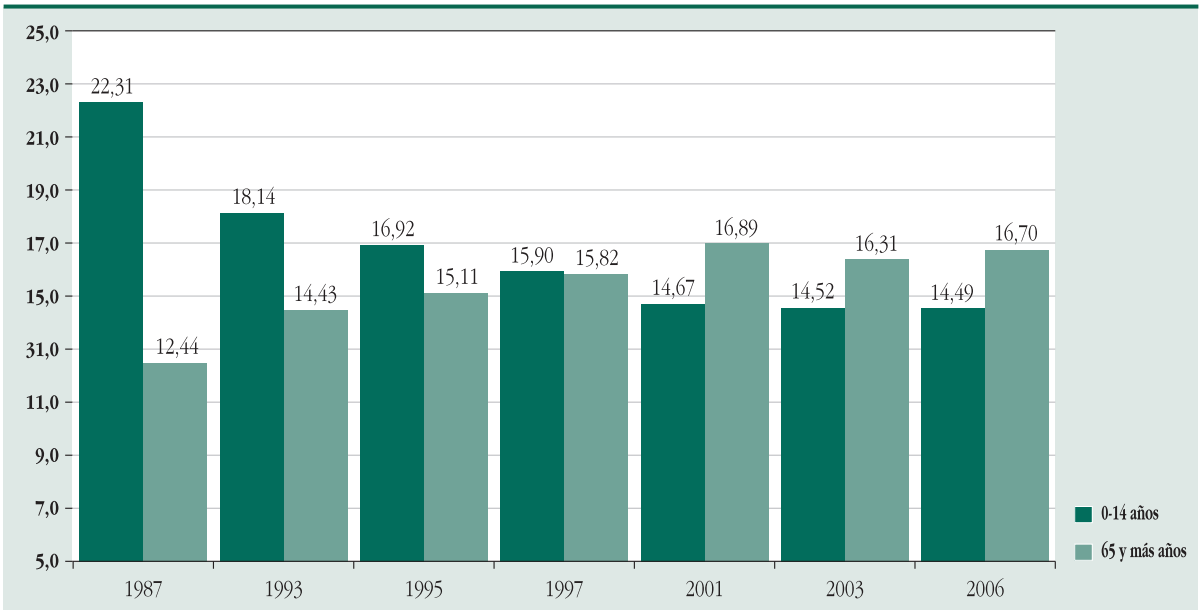


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia.

Los veinte años transcurridos en las diferentes ENS han estado, pues, marcados por una importante transformación demográfica que ha traído consigo un incremento notable de la población mayor y una reducción de la más joven. En 1987 en el grupo de más de 65 años se encontraban 4.799.435 españoles, contingente casi duplicado por los 8.610.326 de menores de 15 años. Esta población infantil y adolescente había descendido en 2006 a 6.341.606 individuos, al tiempo que la de los mayores de 65 ascendía ya a 7.308.455. Es decir, en el periodo analizado la población más joven descendió en un 26,35% y la de más edad creció un 52,28. Donde hace algo más de dos décadas había cuatro menores de 15 años, hay ahora solo tres, y donde antes había cuatro mayores de 65 ahora hay seis. Dicho de otro modo, en estos veinte años nuestra población ha sustituido más de dos millones de niños y adolescentes por dos millones y medio de mayores de 65 años.

En el ámbito de la salud la consecuencia inmediata de este envejecimiento demográfico es el empeoramiento del nivel medio percibido de salud, dado que el conjunto de la población ha cambiado y la opinión y la salud de los mayores, que han incrementado su número significativamente, pesa ahora más en el conjunto que la percepción de los más jóvenes y también más sanos, que han disminuido tanto en números absolutos como en su peso relativo en la población. De igual forma, en el ámbito de la protección social y de la atención sanitaria, las consecuencias han sido el empeoramiento de la tasa de dependencia, que pasó del 0,35, en 1987, al 0,31, en 2006, y un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud.

Gráfico 2. *Envejecimiento de la población en las ENS. Tasas de población menor de 15 y mayor de 65 en los años de las ediciones de la ENS*



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia.

Cuadro 1. *Tasas de población joven y mayor dependiente en las ENS*

Tasas sobre población total	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Población de 0-14 años	22,31	18,14	16,92	15,90	14,67	14,52	14,49
Población de 65 y más años	12,44	14,43	15,11	15,82	16,89	16,31	16,70
Índice de dependencia	**0,35**	**0,33**	**0,32**	**0,32**	**0,32**	**0,31**	**0,31**

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia.

El análisis de la evolución reciente del gasto sanitario público en España pone de manifiesto que el envejecimiento es responsable por sí solo de un incremento del gasto por persona que se sitúa en torno al 0,3% y el 0,5% en los últimos años. No obstante, si al envejecimiento le aña-

dimos el incremento de cobertura poblacional, la tasa de crecimiento atribuible al efecto demográfico puede llegar a alcanzar el 1,9% en algunos años. Las estimaciones de cara a la próxima década sitúan entre un 0,99% y un 1,39% el crecimiento anual del gasto sanitario[1].

[1] Casado, D., Puig-Junoy, J. y Puig, R. El impacto demográfico sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA. Centre de Recerca en Economía I salut CRES/Fundacion Pfizer, 2009.

3. Estado de salud

La percepción del estado de salud propio del individuo ha ido cobrando una importancia creciente como fuente de conocimiento complementaria a los indicadores objetivos de salud como el estudio de la morbilidad y la mortalidad. La percepción de la salud, obtenida a través de las impresiones del propio individuo, refleja los distintos factores sociales ambientales y de estilos de vida que están influyendo en ella y proporciona en la actualidad un elemento indispensable en la medición de la salud.

3.1. Salud percibida y calidad de vida

La valoración subjetiva de la salud de las personas se encuentra determinada por su disposición anímica, sus rasgos caracterológicos y su forma de sentir, percibir y expresar las dolencias y las afecciones de cualquier tipo que puedan padecer. Asimismo, la información de cualquier tipo que el individuo recibe de otras personas, y muy especialmente de los médicos y el personal sanitario, contribuyen en gran medida, como es lógico, a configurar la idea general que cada persona tiene sobre su estado de salud.

De acuerdo con la definición de salud propuesta por la OMS, la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. En definitiva, dentro del concepto de *calidad de vida*, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas. Así pues, todos aquellos aspectos de la vida de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, están englobados en el concepto de Calidad de vida.

Existen males o enfermedades que pueden cursar durante mucho tiempo sin dolor, ni sintomatología perceptible alguna. De igual forma, enfermedades relativamente leves pueden producir molestias e incomodidades que llevan la conciencia de estar muy mal a quien las sufre. Sin embargo y aunque la percepción y valoración de la salud propia no es un indicador objetivo y necesariamente fiable de salud, la opinión de cada individuo es, sin duda, una de las más autorizadas para revelar su verdadero estado y constituye un buen indicador de morbilidad, asociado en gran medida con la esperanza de vida y la mortalidad.

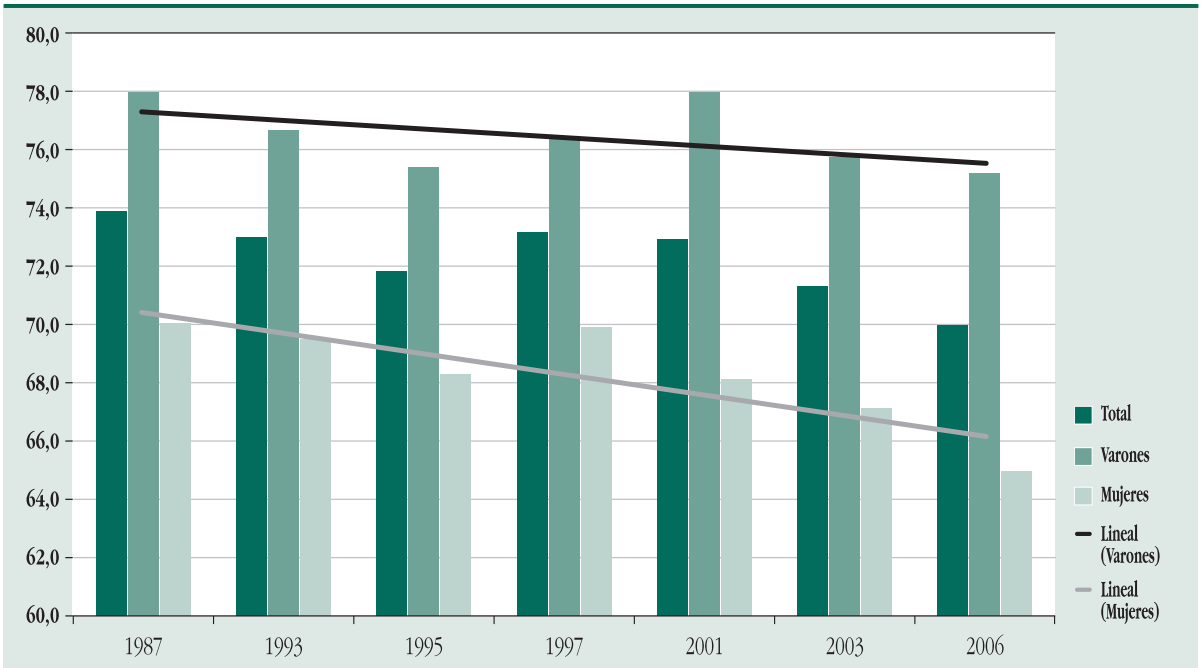
3.1.1. Valoración positiva del estado de salud percibida en los últimos 12 meses

En la medida en que el estado de salud percibida depende de muchos factores, como la edad, el índice de masa corporal, los hábitos alimenticios y otros muchos, cabe esperar que todos los cambios que se producen en la población en esas facetas (envejecimiento, alimentación, consumo de tabaco, ejercicio físico, etc.) deter-

minen cambios tanto en la salud colectiva como en la percepción y valoración de la misma.

Los datos comparativos de las siete encuestas de salud disponibles a lo largo de estas dos décadas ponen de manifiesto que el porcentaje de personas que valoran su salud de forma positiva ha ido decreciendo paulatinamente. Sin embargo, este dato no debe interpretarse negativamente dado que este decrecimiento de la tasa de población satisfecha de su salud se debe básicamente al envejecimiento de la población, hecho que afecta, para bien y para mal, en mayor medida a las mujeres, que viven más años, pero con peor salud que los varones. Es pues en los grupos de más edad donde se concentra el incremento del porcentaje de población que no valora positivamente su salud.

Gráfico 3. *Tasas de población que valora positivamente la salud por sexo*



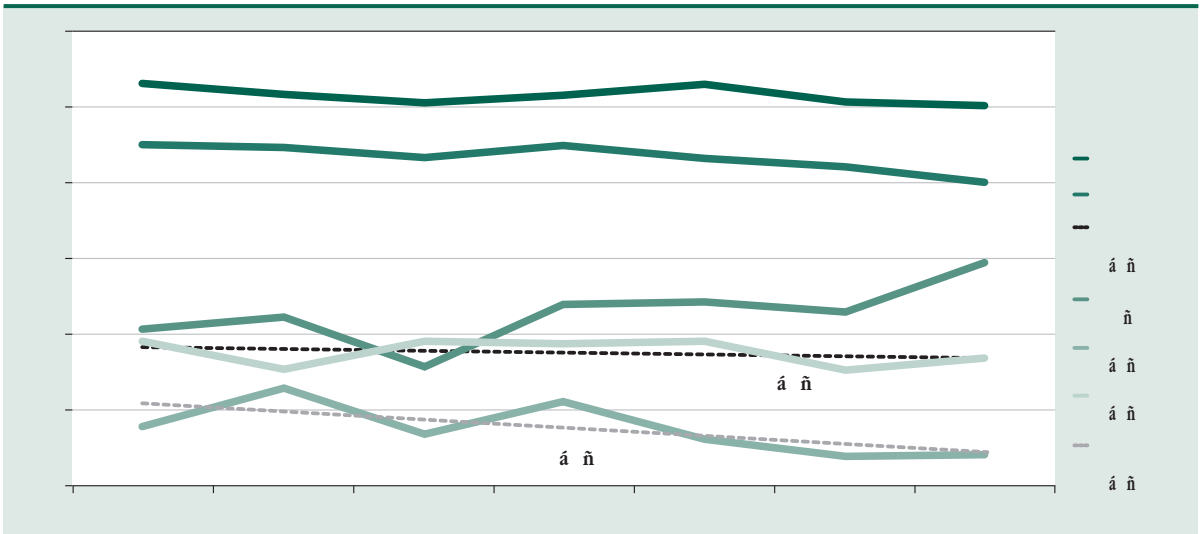
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España.

Como consecuencia de todo ello, la tasa de población masculina que valora de forma positiva su salud pasó del 77,9% en 1987 al 75,1% en 2006, mientras que el de las mujeres se redujo casi el doble, pasando del 70% al 64,9%. El ensanchamiento de la pirámide poblacional en los grupos de edad de mayor morbilidad y su reducción en los grupos más jóvenes y con mejor salud trae como resultado un incremento de la tasa de población que valora negativamente su salud.

El envejecimiento demográfico tiene un visible impacto sobre la salud del conjunto de la población. El peso de la población mayor se nota de manera especial en el grupo abierto de más de 75 años en el que la edad media se eleva notablemente. Se registra (Gráfico 4) una sensible reducción de la tasa de población satisfecha con su salud dentro de los grupos de más edad (75 y más años) de ambos sexos. El carácter residual de este grupo, que ya incluye bastantes centenarios, hace que la edad media del último grupo se eleve notablemente (la media del grupo de 65 y más años, en 1987, era de 72,23 años; en 2006 la edad media del mismo grupo de edad había subido a 74,8, es decir, dos años y medio más.

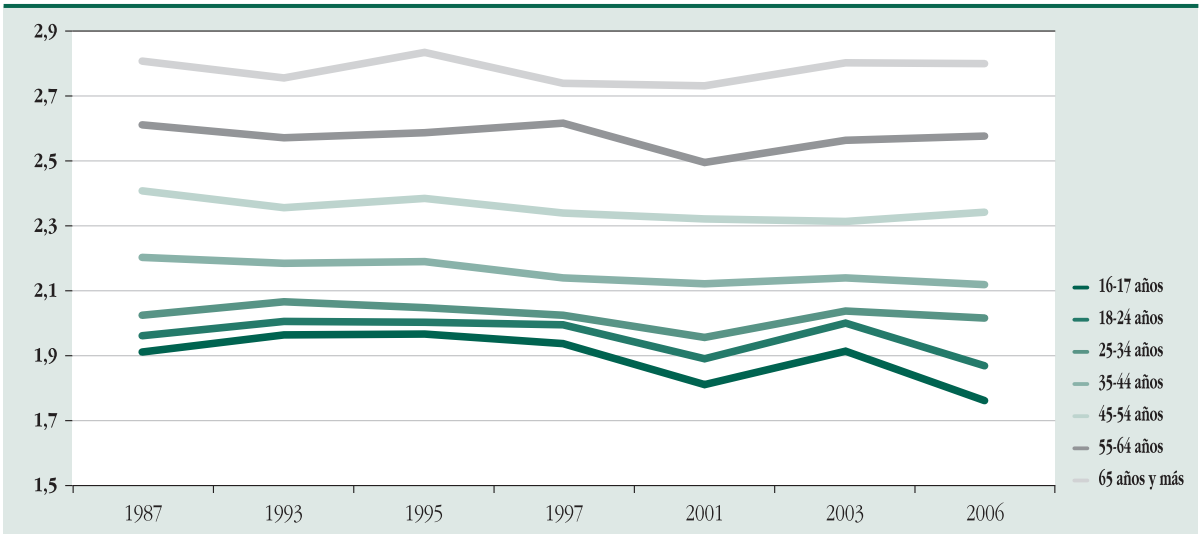
Así pues, el aparente empeoramiento de la salud de la población se debe esencialmente al incremento de personas de mayor edad (75 y más años) con tasas más elevadas de morbilidad y la consecuente peor autovaloración de la salud. Con los datos del último Padrón Municipal de 2009, hay que estimar que en España viven ya más de un millón de personas mayores de 85 años. Por el contrario, dentro de cada uno de los grupos de las edades inferiores, incluidas las de los más mayores, se registra una mejoría de la autovaloración media de la salud (Gráfico 5).

Gráfico 4. *Tasas de población que valora positivamente la salud por sexo y grupos de edad*



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España.

Gráfico 5. *Autovaloración media de la salud por grupos de edad (menor puntuación indica mejor valoración de la salud)*



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España.

3.2. Morbilidad crónica

Aunque su prevalencia es mayor en Europa, constituyen actualmente la principal causa de muerte en todo el mundo y no únicamente en los países desarrollados. Este fenómeno se encuentra asociado con factores medioambientales, con la mayor longevidad de las poblaciones, consecuencia del desarrollo económico, así como a aspectos relacionados con los estilos de vida, como la alimentación inadecuada, el sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol.

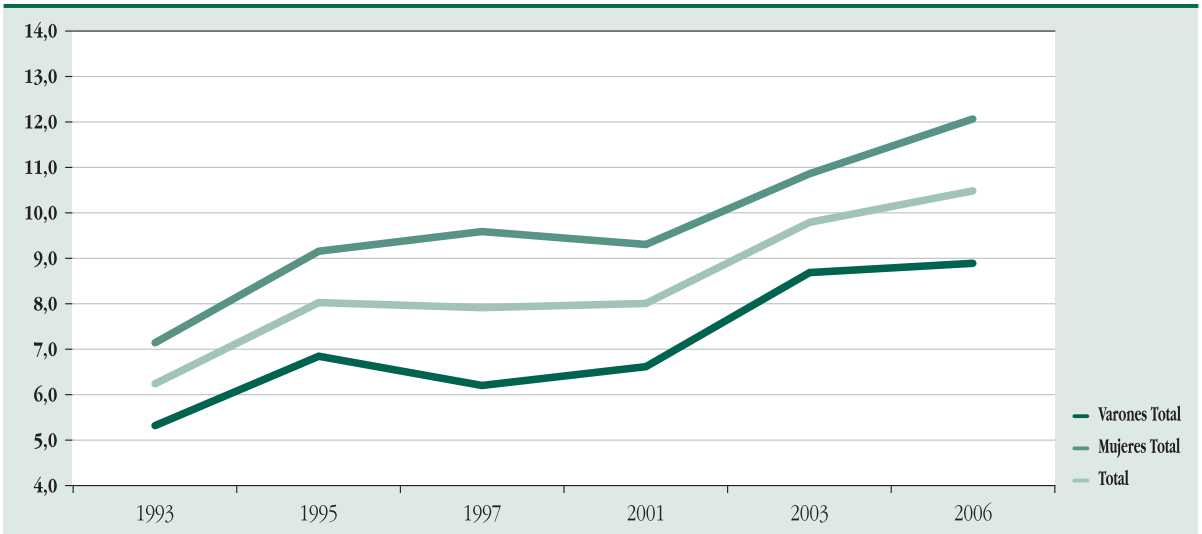
En las últimas décadas se viene produciendo un alarmante aumento de las enfermedades crónicas. Actualmente, las muertes provocadas por enfermedades crónicas representan el 57% del total de muertes al año en el mundo, y se espera que se incrementen un 23 por ciento en los próximos 20 años. Estas enfermedades representan la mayor parte de los costes de los sistemas sanitarios y alrededor del 40 por ciento del total de pérdida de tiempo en el trabajo. Teniendo en cuenta que una gran parte de sus factores causales o desencadenantes pueden ser prevenidos, en la actualidad todos los esfuerzos de los sistemas sanitarios se están encaminando a su prevención y tratamiento en la atención primaria.

3.2.1. Alergia

Desde hace más de veinte años, la Organización Mundial de la Alergia viene alertando sobre el grave incremento de los distintitos tipos de procesos alérgicos, asma alérgica, alergias alimentarias, anafilaxis y rinoconjuntivitis. Una tendencia que no parece mostrar signos de moderación. La estimaciones indican que unos 400 millones de personas en todo el mundo padecen rinitis alérgica y unos 300 millones asma con unos costes económicos más elevados que los de la tuberculosis y VIH/sida juntos. También la prevalencia de las enfermedades alérgicas en la infancia ha aumentado de forma notable en las dos últimas décadas, afectando a uno de cada cuatro niños europeos y pudiendo considerarse a la alergia como la "epidemia no infecciosa del siglo XXI".

Como actores desencadenantes de dicho incremento hay que tener en cuenta el cambio climático, mayor exigencia en la higiene y la rápida industrialización de los países en desarrollo. Estos factores están provocando que las alergias se estén haciendo más complejas y más agresivas y que los pacientes sufran desórdenes alérgicos de una forma continuada y no únicamente en determinadas estaciones o localizaciones específicas. La causa de todo ello podría estar en una multitud de sustancias naturales y sintéticas que no estaban en nuestro medio ambiente hace 20 años.

Gráfico 6. *Prevalencia de las alergias por sexo, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

La prevalencia de las alergias ha experimentado un notable crecimiento en las últimas dos décadas. La primera edición de la Encuesta Nacional de Salud que recoge datos sobre esta afección es la de 1993. Desde entonces, las alergias han pasado de afectar a un 6,25% de la población a un 10,5%, siendo mucho más prevalente entre las mujeres que entre los varones, si bien el incremento ha sido similar en ambos sexos.

Las edades jóvenes e intermedias, entre 16 y 44 años son las más afectadas por las alergias de uno u otro tipo. La prevalencia en estos grupos de edad se encuentra por encima de la media en ambos sexos, habiendo experimentado un incremento superior al de los otros grupos de edad. Así entre las mujeres entre 25 y 34 años la prevalencia de las alergias ha pasado de un 7,07% a un 13,36% mientras en los varones del mismo grupo de edad la prevalencia ha pasado de 6,4% al 12,24%

3.2.2. Asma o bronquitis crónica

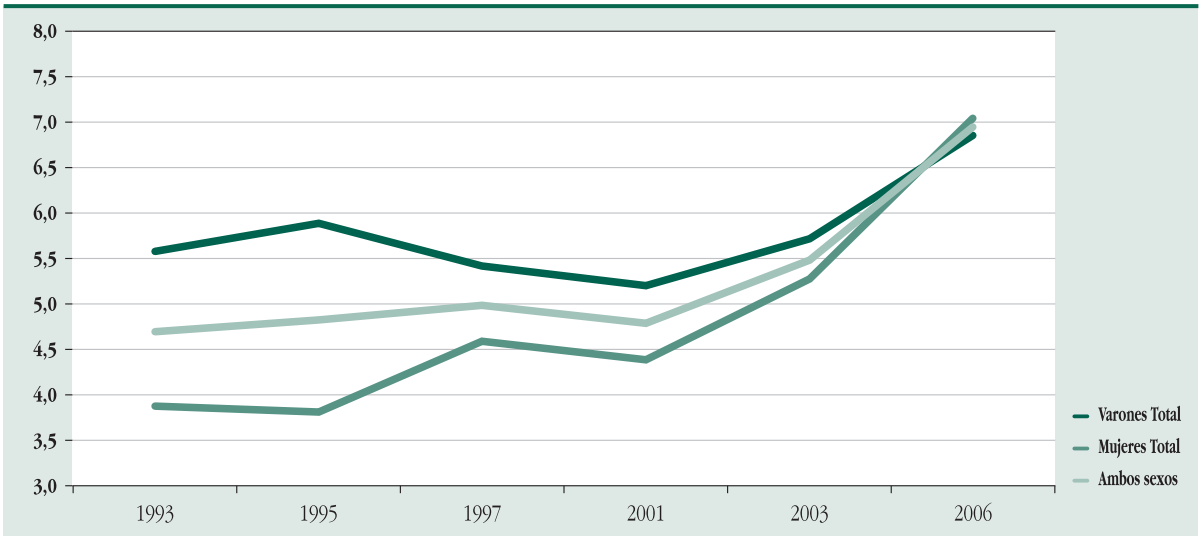
El asma es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la infancia. Según los datos de la última ENS de 2006, un 5,3% de la población de 0 a 15 años la padece. El 25% de los niños con asma presenta síntomas persistentes o manifestaciones graves que pueden limitarle en sus actividades diarias hasta 20 días por año. La Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) viene advirtiendo que el número de niños de 0 a 14 años que padecen

esta enfermedad en España está creciendo por culpa de factores como la obesidad, el tabaquismo, el número de mujeres que fuman durante el embarazo, la exposición pasiva de los menores al humo del cigarrillo, y diversos factores climáticos y medioambientales, como los alérgenos perennes o estacionales, como los ácaros, hongos o pólenes, y la contaminación en el aire. La SENP señala que, en la última década, se ha apreciado un aumento de la prevalencia de obesidad en relación con el asma en la adolescencia. La obesidad predice el desarrollo del asma y puede, en individuos susceptibles, desencadenar los síntomas de esta enfermedad.

Las afecciones broncopulmonares han experimentado un notable incremento entre 1993 y 2006. La mayor prevalencia del asma y la bronquitis crónica se registraba en el inicio de la serie histórica analizada entre los varones de más edad; un 14,9% de los hombres de 65 a 74 años y un 19,9% de los de más de 75 padecía esta enfermedad. Este grupo de edad y sexo seguía siendo en 2006 el más afectado, pero se puede observar una contención de su incidencia en estos grupos de individuos, entre los que se registra incluso alguna reducción de la prevalencia en el segmento de edad entre 65 y 74.

Por el contrario, las mujeres y especialmente los grupos de menor edad, entre 16 y 44 años, muestran incrementos importantes de la tasa de afectadas por estas enfermedades. Todo indica que la incorporación progresiva, en mayor número y mayor consumo, de la mujer al nocivo hábito del tabaco se encuentra en el origen de este aumento del asma y la bronquitis entre las mujeres. Los datos son muy contundentes: la prevalencia de estas afecciones en el grupo de mujeres de 25 a 34 años se incrementó entre 1993 y 2006 un 260%; en el grupo de 35 a 44, un 183% y en el de 16 a 24, un 166%.

Gráfico 7. *Prevalencia del asma y la bronquitis crónica por sexo, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Al igual que veíamos con las alergias, la evolución de las afecciones broncopulmonares ha sido negativa para hombres y mujeres y aunque el deterioro en ambos sexos ha sido notable, el empeoramiento ha sido mucho más importante en el caso de las mujeres que venían de una situación mejor en términos de salud, produciéndose una convergencia en la que las tasas de padecimiento de estas afecciones en la mujer ha llegado a superar a la de los varones. La prevalencia en los varones pasó de un 5,59% en 1993 a un 6,06% en 2006, mientras la de las mujeres pasaba en el mismo tiempo de un 3,88% a un 7,05%.

La bronquitis crónica es más común en los hombres que en las mujeres y se produce la mayor prevalencia en las personas mayores de cuarenta años. Desde el punto de vista de su etiología se relaciona directamente con el hábito de fumar. De hecho, el grupo de 45 a 54 años es el de mayor prevalencia en cuanto a haber fumado alguna vez. La prevalencia de la enfermedad en fumadores es 2,5 veces superior que la de sujetos sin este

hábito[2]. También existen otros factores implicados en la evolución de la enfermedad como son la contaminación ambiental y la exposición ocupacional, especialmente a polvos inorgánicos.

Los datos relativos a la población extranjera, solo disponibles en las últimas dos ediciones de las ENS, 2003 y 2006, ponen de manifiesto que la población inmigrante femenina, como en otros muchos aspectos, tienden a adoptar pautas de conducta similares a las de la población autóctona y a sufrir sus efectos. En este caso, la prevalencia del asma y la bronquitis entre las mujeres extranjeras se triplicó entre los dos años referidos, pasando de un 1,59% a un 4,91%, muy por encima de la de los varones inmigrantes que pasó de un 1,16% en 2003 a un 1,95% en 2006, aunque en ambos casos resultan tasas inferiores a las de la población autóctona española.

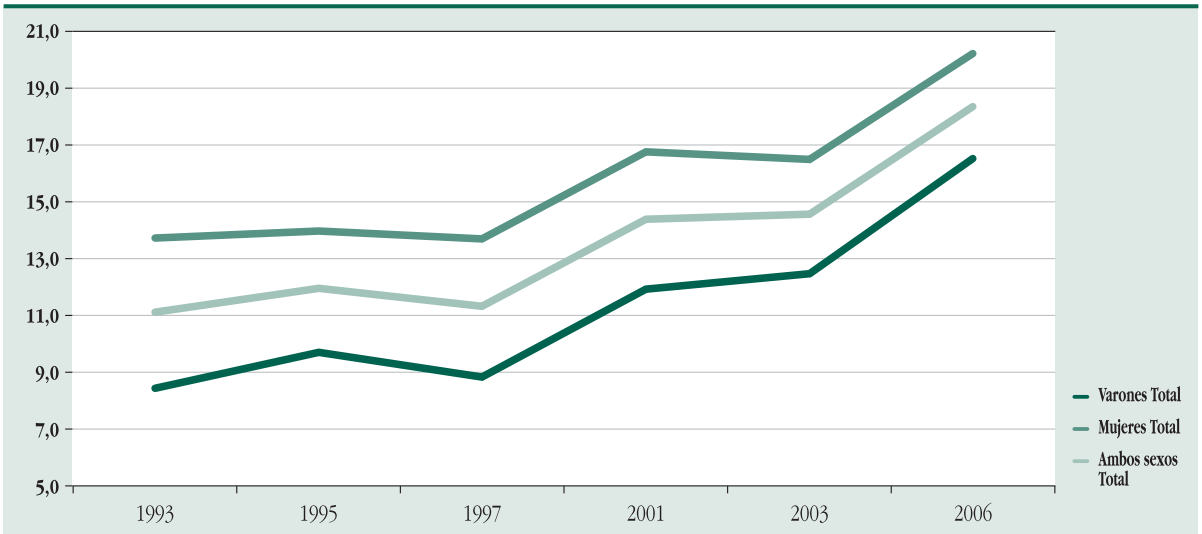
3.2.3. Hipertensión arterial

Los expertos cardiovasculares han advertido que en el año 2025 la mitad de los adultos de los países desarrollados serán hipertensos, y esta enfermedad se convertirá en una "epidemia global" y uno de los "principales problemas de salud pública"[3]. Asimismo, se subraya la necesidad de llevar a cabo medidas de control frente a esta enfermedad, primera causa de eventos cardiovasculares, cuyas cifras han tenido en la última década un "incremento progresivo".

Al igual que muchas enfermedades crónicas, la prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa con la edad, afectando de manera más importante a las mujeres. Los datos de evolución registrados por esta enfermedad en las ENS muestran un crecimiento de la hipertensión en ambos sexos, especialmente a lo largo de la última década. Entre 1997 y 2006 la tasa de población con hipertensión pasó del 11,34% al 18,41%, con un incremento del 64,63%.

Aunque el envejecimiento demográfico podría explicar en parte la mayor prevalencia de la hipertensión, el análisis por grupos de edad pone de manifiesto un preocupante incremento de este mal en todos los grupos de edad, siendo más alarmante en el grupo de mujeres jóvenes, de 16 a 24 años, que presentan en 2006 una tasa de hipertensas del 2,63%, diez veces superior a la de 2003. Pese a ello, a lo largo del periodo analizado, los varones en conjunto registran un crecimiento de su tasa de hipertensos (94,6%, entre 1993 y 2006) doble al de las mujeres (47%, en el mismo periodo).

Gráfico 8. *Prevalencia de la hipertensión arterial por sexo, 1993-2006*

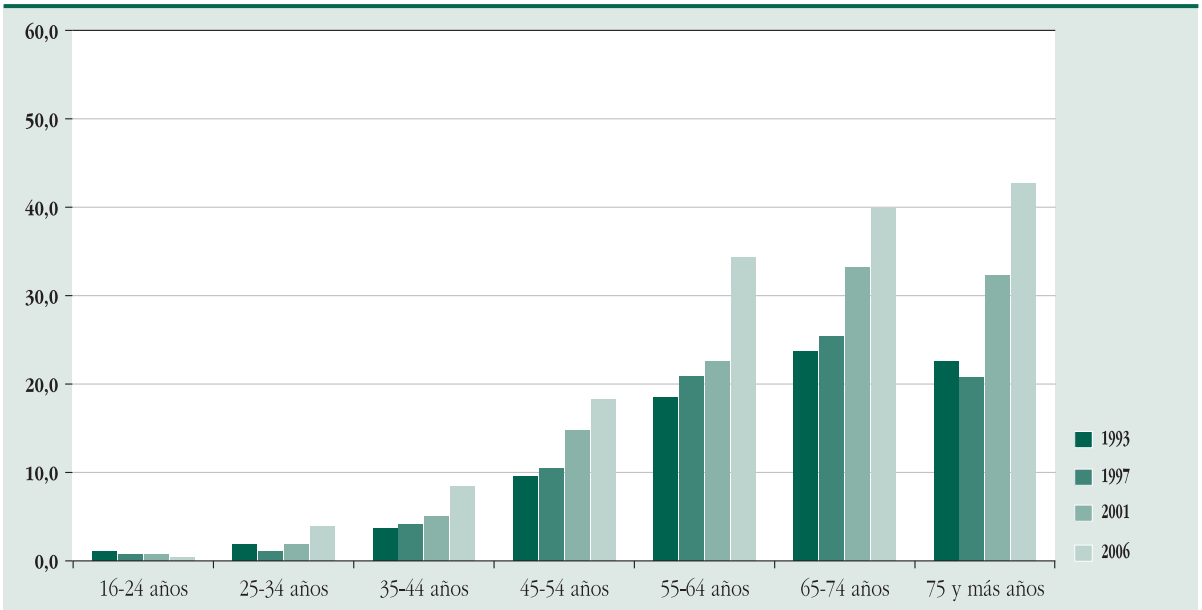


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[2] Pérez Camarero, S e Hidalgo Vega, A. Los españoles frente a la salud y sus determinantes. Ed. Forum Sanifi-Aventis, 2007, Dep. Legal: B-30.576-2007

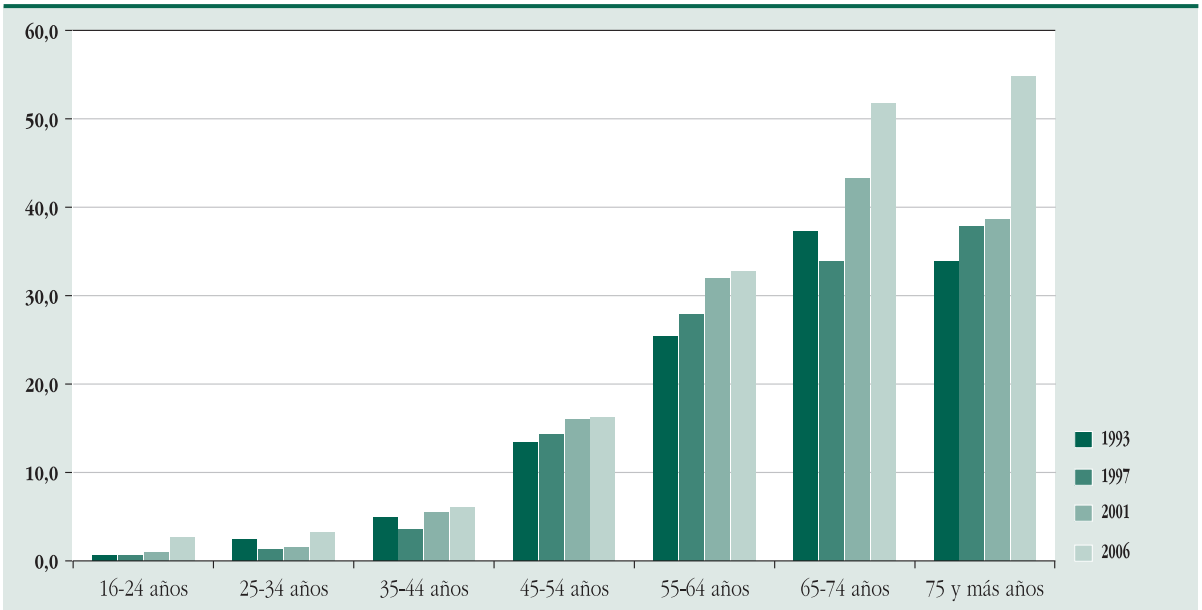
[3] XIII reunión nacional de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), Valencia, Abril 2008.

Gráfico 9. *Hipertensión arterial en varones, por grupos de edad, 1993-22006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Gráfico 10. *Hipertensión arterial en mujeres, por grupos de edad, 1993-22006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

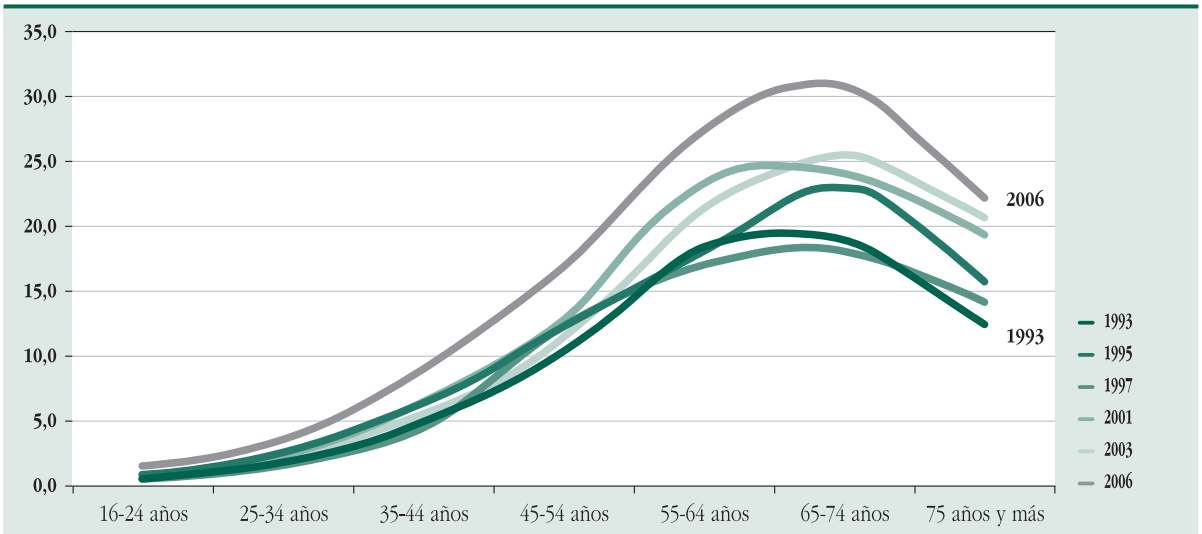
3.2.4. Colesterol avanzado

En España, la enfermedad cardiovascular origina el 29% de las muertes en los varones y más del 38% en las mujeres. Aunque las autoridades sanitarias europeas han tomado numerosas medidas contra el tabaquismo, no han dedicado la misma atención al control del colesterol, un problema especialmente importante en los grupos de alto riesgo. Un control insuficiente del colesterol en España puede generar una crisis sociosanitaria en los próximos años si no se toman medidas. Según numerosos ensayos clínicos, el riesgo cardiovascular puede reducirse alrededor de un 35% cuando se disminuyen los niveles de colesterol.

Los informes indican que las enfermedades cardiovasculares representan la mayor carga económica para los sistemas sanitarios. En España su-

ponen casi 7.000 millones de euros al año[4] y, por tanto, su prevención mediante el control de los factores de riesgo entre los cuales el colesterol es uno de los principales, es una de las medidas más efectivas y con mayor repercusión en la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular.

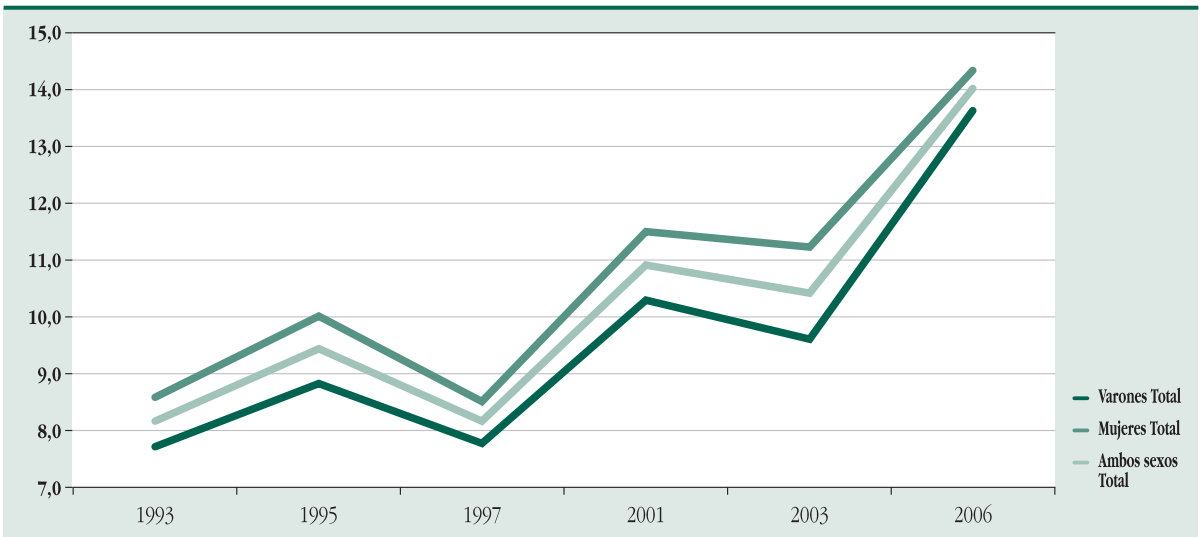
Gráfico 11. *Prevalencia de colesterol elevada por grupos de edad, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Si analizamos los datos de la primera ENS en la que se recoge referencia específica al colesterol elevado, se observa que éste afecta primordialmente a las mujeres de mayor edad, con tasas de prevalencia por encima del 20% a partir de los 55 años. Trece años después, en 2006, cabe observar dos cambios importantes y ambos negativos; por una lado, un crecimiento muy importante de la prevalencia en las mujeres más jóvenes, de 16 a 34 años, que en 1993 no llegaban al 1% y que en 2006 han alcanzado al 2,5% en el grupo de 16 a 24 y al 3,1% entre las mujeres de 25 a 34. Por otra parte, un crecimiento del 75,9% de las tasas de colesterol en los varones,

Gráfico 12. *Tasas de población con colesterol elevada, por sexo, 1993-2006*



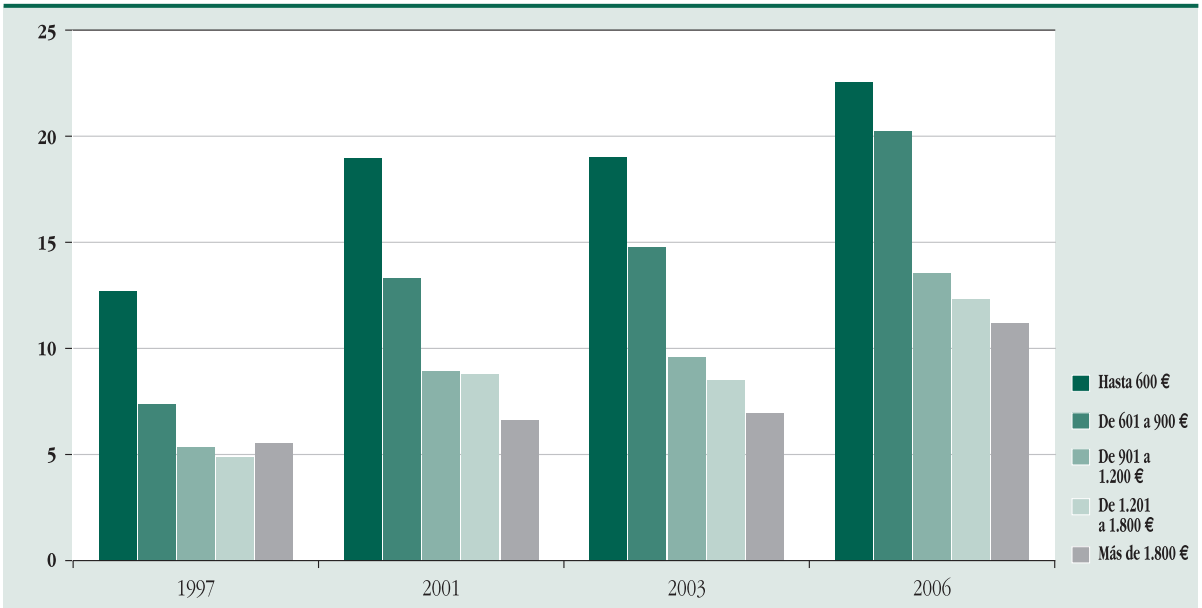
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[4] INFORME SEA 2007: Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras.

superior al también notable experimentado por las mujeres (67,2%), y que se encuentra más concentrado en los grupos de mediana edad (varones de 35 a 44 años) y en los de edades más avanzadas (varones de 55 a 74 años).

El porcentaje de población afectada por el colesterol elevado ha crecido en estos años en todos los grupos de edad y sexo, con excepción de los varones de 16 a 24 años, que se mantiene por debajo del 1%, hecho que puede ser atribuible a la mayor actividad física y deportiva que, en general, realizan los jóvenes varones en comparación con el realizado por las mujeres de la misma edad. Por el contrario, en los mayores de uno y otro sexo, el colesterol elevado ha incrementado su prevalencia progresivamente. En 2006, uno de cada cuatro individuos de más de 55 años padece colesterol elevado; en algunos grupos, mujeres de 65 a 74, el colesterol alto afecta a una de cada tres personas.

Gráfico 13. *Tasas de población con colesterol elevada, por renta mes, 1997-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

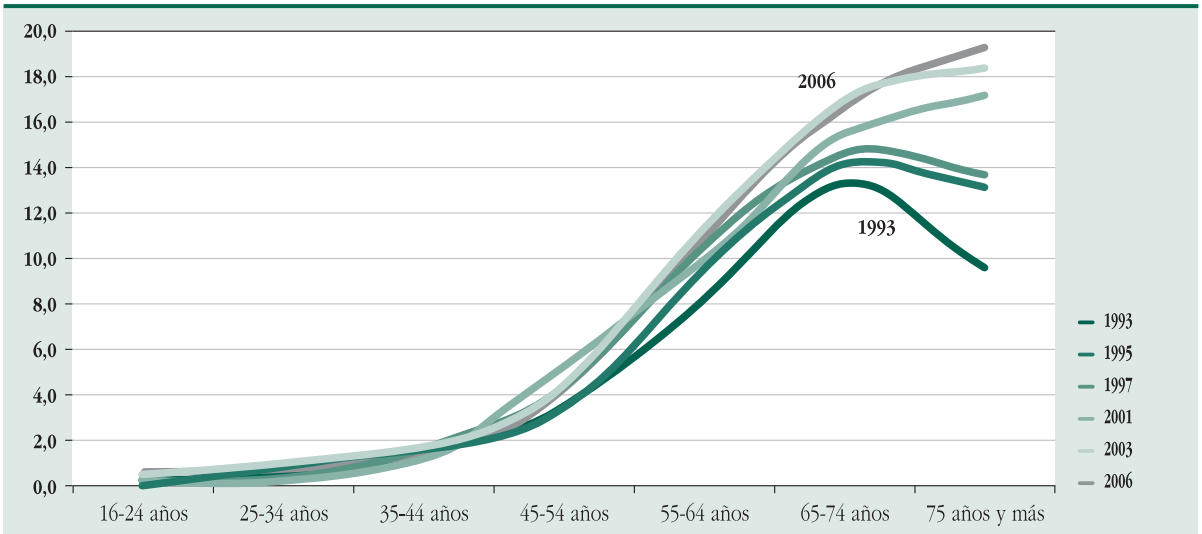
La vinculación de los altos índices de colesterol con los hábitos de vida y especialmente los relacionados con la alimentación y el tiempo de actividad física, redundan en una significativa asociación entre este mal y los niveles de renta. Una relación que parece mantenerse relativamente estable a lo largo de todo el periodo analizado; así, en todas las ediciones de las ENS encontramos diferencias muy importantes en las tasas de prevalencia de esta enfermedad en función de la renta. La prevalencia del colesterol alto del grupo de renta inferior a 600 €/mes muestra tasas que duplican con holgura a las del grupo de renta de más de 1800 €/mes. En el caso de las mujeres, las diferencias de renta marcan aún con más fuerza diferencias en la salud, llegando a multiplicarse por tres y por cuatro las citadas prevalencias en función de una menor renta.

3.2.5. Diabetes

Los últimos datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), indican que más de 285 millones de personas en todo el mundo viven actualmente con esta enfermedad y esta cifra va a crecer hasta los 435 millones en 2030. La diabetes se cobra 4 millones de vidas cada año y es la causa principal de ceguera, enfermedad renal, ataques cardiacos, infartos y amputación. El acceso a la educación diabética es un factor fundamental para poder hacer frente a los problemas que presenta la enfermedad.

Actualmente, la diabetes tipo 1 no se puede prevenir. Sin embargo, la diabetes tipo 2, se puede prevenir en muchos casos si se mantiene un peso sano y se es físicamente activo. Los últimos 30 años han sido testigos de un rápido aumento de la diabetes tipo 2. La inversión en educación diabética y programas de prevención

Gráfico 14. *Prevalencia de la diabetes por grupos de edad, 1993-2006*

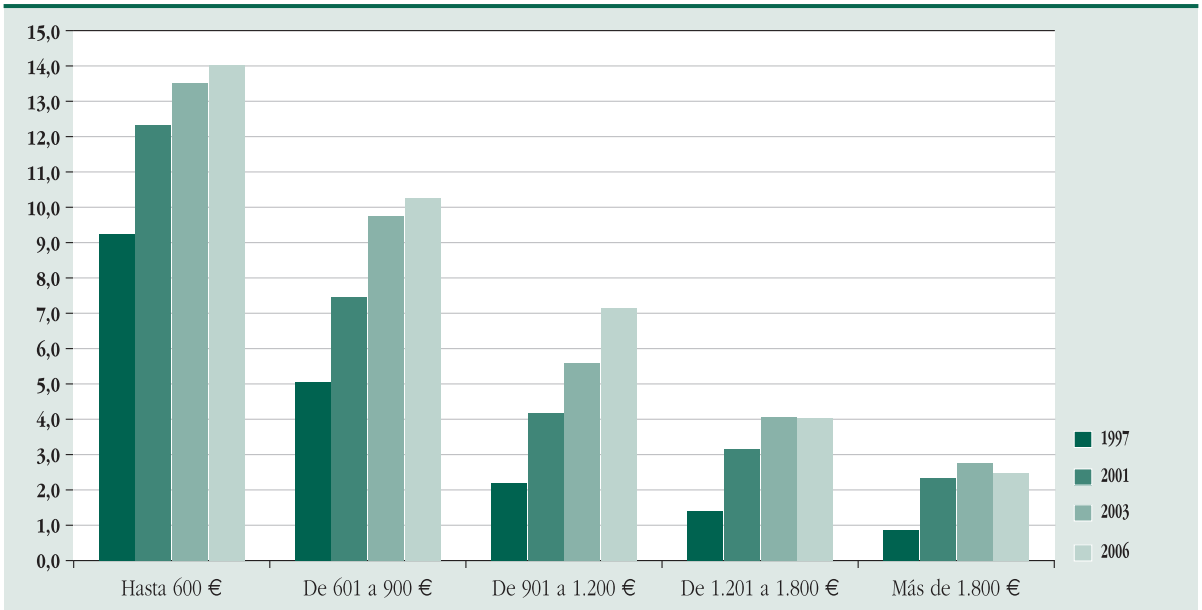


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

supondrá un ahorro económico a largo plazo y aportará importantes beneficios en términos de calidad de vida para las personas con diabetes y reducción del riesgo de desarrollarla[5].

Durante el periodo 1993-2006 la diabetes se ha incrementado en España en un 47%. Aunque muchas enfermedades crónicas que afectan mayoritariamente a los mayores han aumentado su incidencia entre las mujeres por ser éstas una mayoría entre las personas de más edad, no ha sido este el caso de la diabetes cuya prevalencia se ha incrementado más en los varones que en las mujeres. De hecho, la prevalencia de la diabetes en los varones creció en el periodo estudiado un 96,7%, mientras que la de las mujeres lo hacia sólo en un 17%. Las tasas de diabéticos se han duplicado en los varones a partir de los 55 años, mientras que sólo las mujeres de más de 75 años han incrementado las suyas a lo largo del periodo analizado.

Gráfico 15. *Tasas de población con diabetes, por renta mes, 1997-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[5] Riley P, McClaughlyn K. Entienda la Diabetes y Tome el Control: Día Mundial de la Diabetes 2009. Diabetes Voice, junio 2009.

Como consecuencia del diferente crecimiento de las tasas de diabéticos en uno y otro sexo, se ha producido al cabo del periodo analizado una convergencia de las respectivas prevalencias, igualándose las tasas de diabéticos de ambos sexos que hasta ahora habían sido superiores en las mujeres. En 2006, la tasa de diabéticos de las mujeres fue de 5,8%, superada por primera vez por la de los varones que se situó en 6,2%. Al igual que sucedía con el colesterol, existe una asociación muy importante entre el nivel de renta y las tasas de diabetes que son mucho más elevadas entre las rentas más bajas.

3.3. Salud bucodental

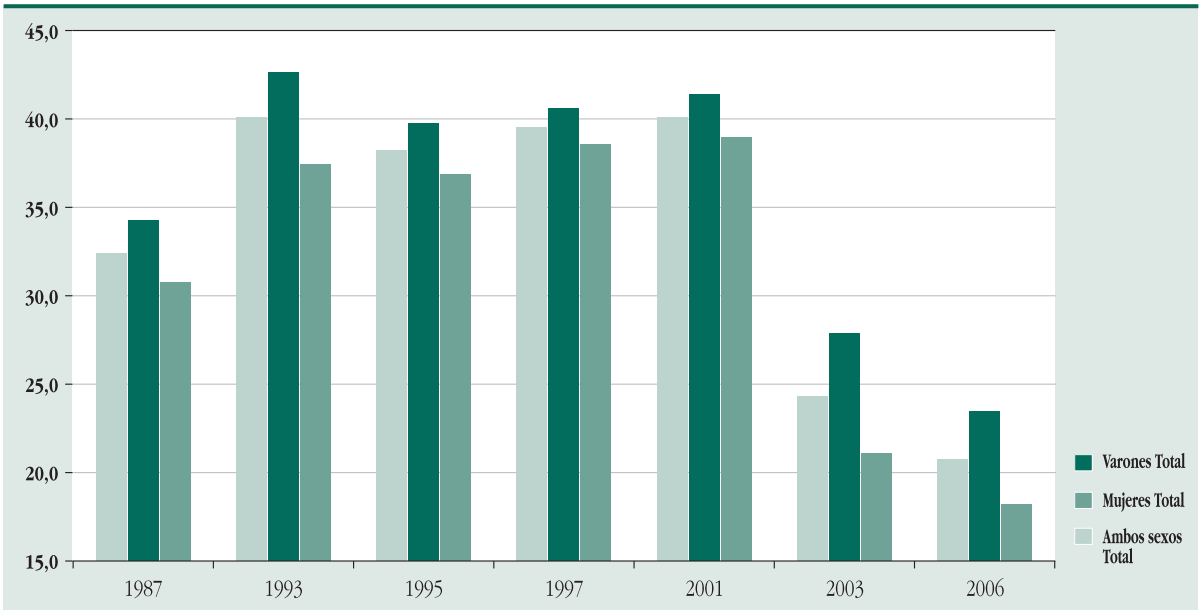
Una dieta inadecuada, el tabaco, el alcohol y una deficiente higiene de la boca, son los principales factores que provocan problemas bucodentales. Algunas enfermedades bucodentales se encuentran asociadas a enfermedades crónicas, debido a la existencia de factores de riesgo comunes. Por otra parte, hay enfermedades (por ejemplo la diabetes o el VIH/SIDA) que causan a menudo problemas bucodentales.

El hecho de que la mayor parte de la atención odontológica se encuentre fuera de la cobertura de nuestro sistema público sanitario del que goza la practica totalidad de la población española, confiere a la salud dental un signo diferencial en cuanto a sus conexiones con el nivel general de salud y especialmente en cuanto a los determinantes sociales de la misma, principalmente la educación y la renta, ambas estrechamente relacionadas.

3.3.1. Conservación de toda la dentadura natural

La ausencia total o parcial de dientes se considera una deficiencia que generalmente no llega a constituir una forma de invalidez merced al recurso a tratamientos, técnicas y prótesis ortodonciales. En ausencia de intervenciones de este tipo, la carencia de dientes tiene consecuencias negativas importantes a nivel funcional y estético, afectando a la salud general. Diversos estudios avalan la relación entre las enfermedades periodontales no tratadas, con distintas complicaciones, como el infarto de miocardio (constituye un elemento de riesgo para sufrirlo), la diabetes (la agrava y dificulta su tratamiento), la osteoporosis o la halitosis.

Gráfico 16. *Tasas de población que conserva toda su dentadura, 1987-2006*



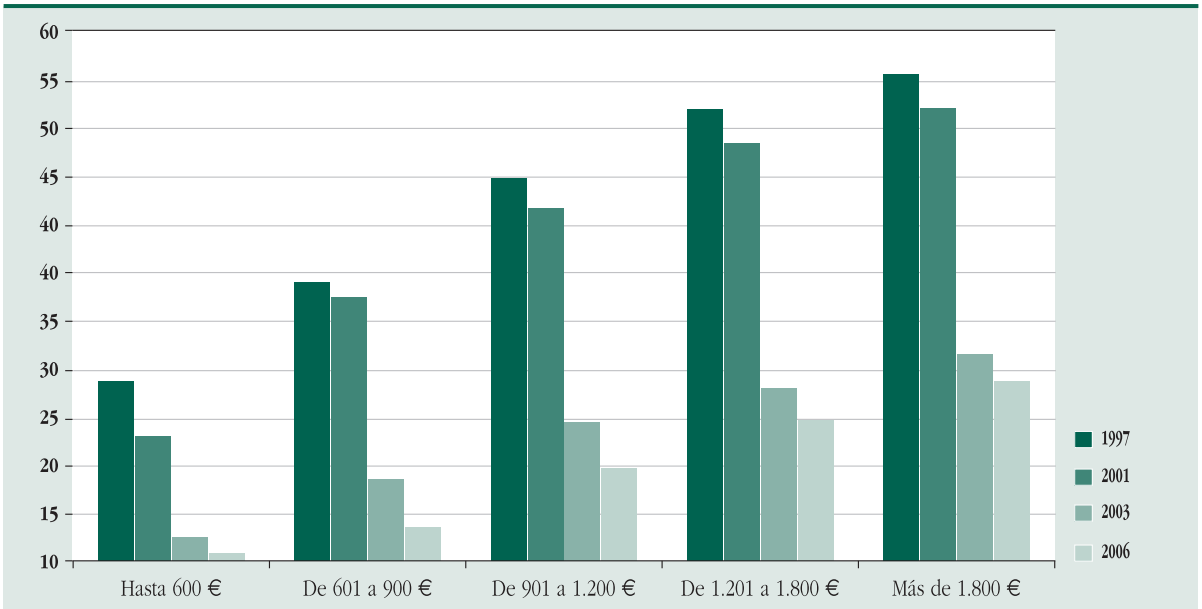
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

A primera vista, los valores de los datos de las diferentes ediciones de las ENS respecto a la conservación de la dentadura original a lo largo de las sucesivas ediciones carecen de la continuidad y consistencia que cabría esperar e infunden algunas dudas para su correcta interpretación. La tendencia manifestada en el tramo 1987-2001, hacia un lento crecimiento de la po-

blación con la dentadura original, parece truncada en las últimas dos ediciones de 2003 y 2006 que, por el contrario, muestran una clara tendencia a la disminución de la tasa de población con su dentadura natural. La explicación se encuentra en un pequeño cambio en el cuestionario de los diferentes años, ya que hasta 2001 se pregunta por los "dientes naturales" y en las de 2003 y 2006 por "los dientes y muelas naturales". La diferencia genera una importante disminución de la tasa de población con la dentadura natural a partir de 2003.

Por otra parte y de cara a la interpretación de los datos, hay que señalar la doble lectura del hecho de que cada vez sea menor el porcentaje de personas que conservan la dentadura natural, ya que si bien el deterioro de la misma por caries u otro tipo de problemas es la causa más corriente de la pérdida de la dentadura original, también los motivos estéticos y el desarrollo paralelo de la técnica dental y máxilofacial pueden explicar muchas intervenciones de carácter correctivo o sustitutivo. Dicho de otra forma, conservar una pieza dental deteriorada no es más saludable que haberla remplazado por una prótesis dentaria, por lo que conservar la dentadura natural no es, necesariamente, un indicador de mejor salud.

Gráfico 17. *Tasas de población que conserva toda su dentadura según nivel de renta mensual, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Así pues, la lectura de los datos sobre conservación de la dentadura puede inducir a algún error si no se contrasta con otras preguntas de las ENS. Con todo, la evolución mostrada por las últimas dos ediciones refleja una disminución de la población con la dentadura natural, proceso registrado en ambos sexos y en todos los grupos de edad. En 2003, una de cada cuatro personas conservaba su dentadura natural, mientras que tres años después, en 2006, esa tasa había descendido a una de cada cinco. Asimismo, las diferencias de ingresos siguen marcando enormes distancias en la salud de los españoles; las tasas de población que conserva toda la dentadura se duplican al pasar del grupo de menores ingresos al de mayor renta.

3.3.2. Caries

La caries es una de las patologías bucales más comunes, junto con la gingivitis, el bruxismo y el cáncer oral. Además de factores genéticos, los hábitos alimenticios, la higiene bucodental y la revisión preventiva inciden en la probabilidad de padecer caries. En el análisis de los datos de las ENS la tenencia de caries resulta menos ambivalente que la conservación de la dentadura (dientes o dientes y muelas) y, por ello, un mejor indicador de la salud dental de los españoles.

También resulta bastante más concluyente la lectura de su evolución durante la última década hacia una menor prevalencia de las caries. A lo largo de los 12 años de ENS en los que se inte-

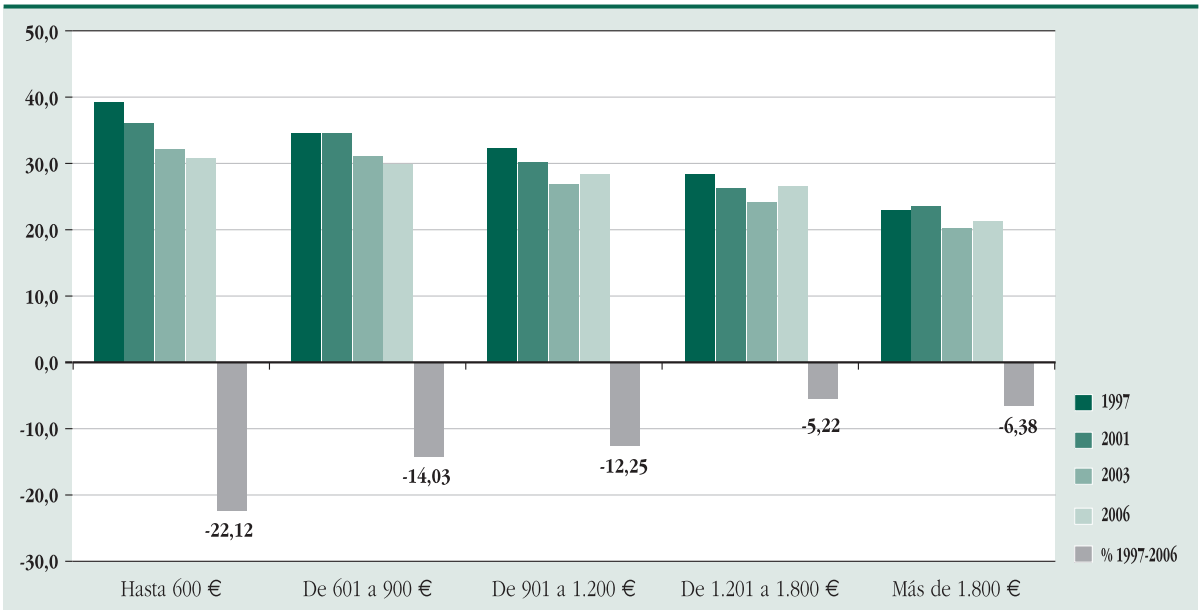
rroga sobre las caries (1995-2006) se aprecia una reducción de un 26,25% de la población con caries. Esta mejoría se acusa en todos los grupos de edad pero es más importante en los grupos de edad infantil y juvenil. En el grupo de edad entre 5 y 24 años, la reducción de la prevalencia de caries ha alcanzado el 38%. La mayor conciencia de la población sobre la importancia de la alimentación adecuada, la higiene bucodental y las políticas preventivas sanitarias han contribuido a esta notable mejoría de la salud dental de la población.

Gráfico 18. *Tasas de población con caries, 1995-2006*

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Desde los primeros años noventa, algunas CCAA han incluido los servicios de atención en salud bucodental para la población infantil en la cobertura pública sanitaria. Al mismo tiempo se generalizan los programas preventivos escolares y se ponen en marcha diversos programas asistenciales. El Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, incorpora algunos servicios odontológicos que incluyen el tratamiento conservador de la

Gráfico 19. *Porcentaje de población con caries y tasas de crecimiento por grupos de renta, 1997-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

caries. La inclusión de la atención dental en la cobertura pública ha propiciado mayores reducciones de la caries entre las rentas más bajas. Entre 1997 y 2006 la prevalencia de caries entre las rentas más bajas descendió un 22,12%, tres veces más de lo que lo hicieron las más altas (6,38%).

Aunque la salud oral española ha mejorado en los últimos 20 años, existe una patente desatención a los sectores menos favorecidos. Cuanto más bajo es el nivel económico y cultural, mayor es el grado de patología bucodental de estas personas y menor el tratamiento odontológico. Estas desigualdades importantes en salud bucodental hacen necesaria la ampliación de la cobertura dental con financiamiento público para los sectores más desfavorecidos.

3.4. Accidentalidad

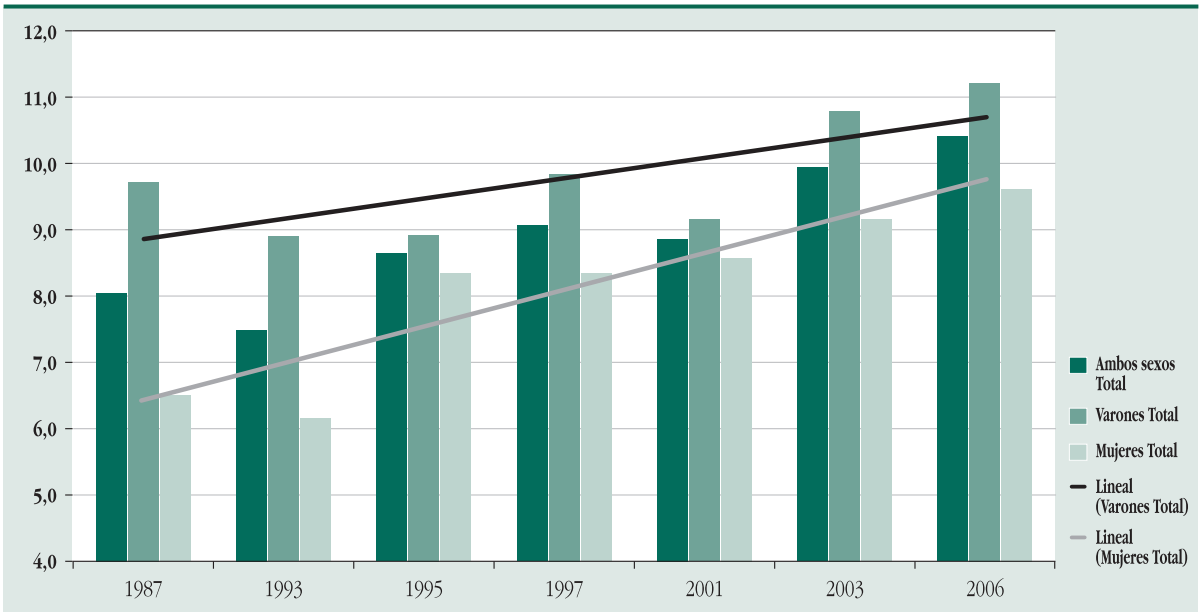
Pese a que, por su denominación y etiología, los accidentes puedan asociarse a la casualidad o excepcionalidad, desde el punto de vista de la epidemiología es una de las tres causas fundamentales de morbi-mortalidad en todas las sociedades avanzadas. De hecho, es en España, la tercera causa de muerte. Existe una importante asimetría en cuanto a la incidencia por sexo o por grupos de edad, lógicamente asociada con el grado de exposición a los agentes causales y a los espacios de ocurrencia de cada tipo de accidente. Los accidentes de tráfico y en el trabajo afectan más a los varones, mientras que los domésticos y en la calle recaen en mayor medida en las mujeres.

La accidentalidad recogida en las ENS recaba si la persona ha tenido, en los últimos doce meses, un accidente de cualquier tipo, incluyendo la agresión, intoxicación o quemadura. El accidente se define como cualquier acontecimiento fortuito e imprevisto que sobreviene al individuo y le produce un daño corporal identificable. La agresión se entiende como cualquier acto o incidente de violencia física ejercido sobre la persona de forma no accidental. Debe tenerse en cuenta que la ENS´2006 excluye la agresión en la accidentalidad, ya que se consulta sobre ella en una pregunta específica. La intoxicación y envenenamiento es una alteración del estado de salud de una persona producida por ingestión de drogas y /o medicamentos, incluye la intoxicación producida por alcohol, ingestión de productos alimenticios es en mal estado, etc

3.4.1. Accidente en los últimos 12 meses

En términos generales, la accidentalidad ha crecido entre los españoles a lo largo de los últimos veinte años. La tasa de prevalencia de accidentes ha pasado del 8,1% al 10,4%. Durante este tiempo la de los hombres ha pasado del 9,7% al 11,2%, incrementándose en un 15,5%, mientras que la de las mujeres pasaba de un 6,5% a un 9,6%, con un crecimiento del 48,2%,

Gráfico 20. *Tasas de accidentalidad en el último año, por sexo, 1987-2006*

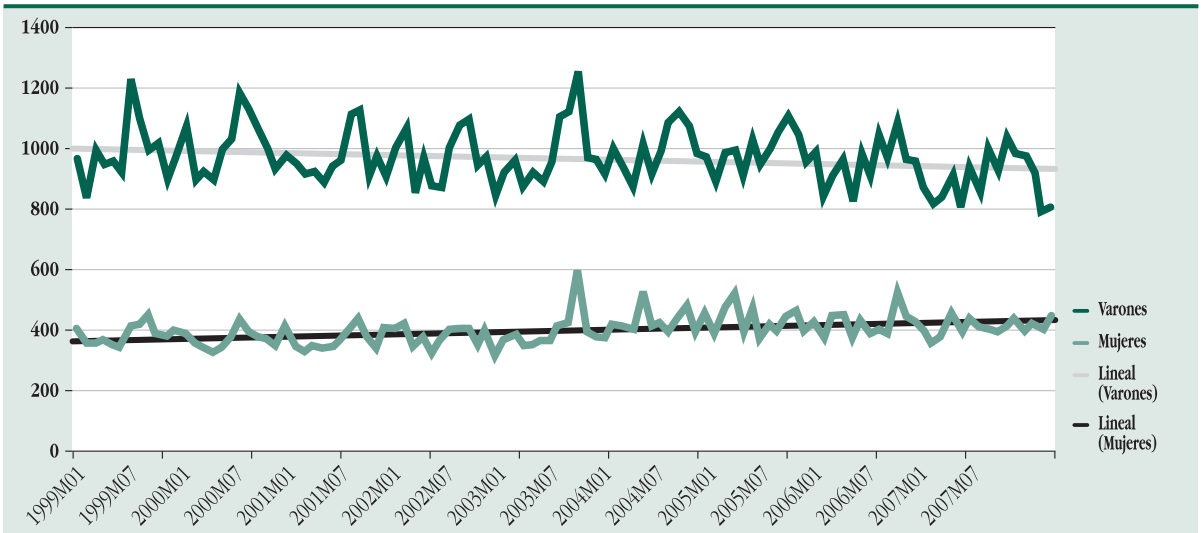


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

lo que equivale a decir que la accidentalidad en la mujer crece al triple de velocidad de lo que lo ha hecho la de los hombres, hecho que traduce una cierta convergencia de género en materia de accidentes, explicable en la medida en que muchos patrones de vida doméstica, social y laboral entre hombres y mujeres se están aproximando cada vez más.

Hay que tener en cuenta que la ENS, al ser una encuesta realizada en los hogares, no recoge la accidentalidad mortal ni, en muchos casos, la que requiere hospitalización, ausencias que reducen las verdaderas diferencias entre las conductas y situaciones de riesgo de ambos sexos. La accidentalidad de los varones, en general, no sólo es más frecuente, sino también más grave que la de la mujer. Si comparamos los datos de defunciones por causa de muerte, observamos que las muertes en varones por motivo de accidentes son muy superiores a las de las mujeres en la práctica totalidad de las causas de accidente. Así, la tasa de mortalidad de los varones por causas externas[6], en 2006, era de un 51,5 por 100.000/habitantes, mientras que la de la mujer se situaba en un 22,1 por 100.000/ habitantes. El análisis de esta mortalidad por accidentes en los últimos años refleja una relación de 10 a 4 hombres/mujeres en la accidentalidad con resultado de muerte, confirmándose también un proceso de convergencia en el que las tasas de uno y otro sexo se están aproximando paulatinamente, aunque todavía se encuentran muy distanciadas.

Gráfico 21. *Número absoluto de muertes por causas externas, según sexo, 1999-2007*



Fuente: INE, Defunciones según la causa de muerte, 2006 y elaboración propia.

La edad juega también un papel importante en la distribución de la accidentalidad. Durante los veinte años cubiertos por las sucesivas ediciones de las ENS, se registran incrementos en la prevalencia de accidentalidad en casi todos los grupos de edad. En los primeros cincuenta años, los varones tienen mayor probabilidad de sufrir un accidente, mientras que en la segunda mitad de la vida es la mujer la que sufre mayor riesgo de accidente. Por ello, hay una diferencia importante en la edad media de las personas accidentadas en relación a su sexo. La edad media del varón accidentado se sitúa por debajo de los 45 años, mientras que la de la mujer se encuentra una década por encima de los varones.

El alargamiento de la vida en todos sus tramos, asociado al envejecimiento demográfico arrastra un paulatino retraso de la edad media de los accidentados, tanto en hombres como en mujeres. Este retraso está siendo mucho más pronunciado en el caso de las mujeres debido a su mayor envejecimiento y al mayor incremento de las tasas de accidentalidad en los grupos más avanzados de edad. En los veinte años analizados la edad media del varón accidentado ha subido cinco años, mientras que la

[6] Estadística de defunciones por causa de muerte, INE. El grupo de causas externa incluye los accidentes o agresiones y los suicidios.

edad media de la mujer que ha sufrido un accidente se ha incrementado en siete años. En cuanto a los accidentes mortales, no reflejados por las ENS, la edad media también se ha venido retrasando, situándose, en 2006 para ambos sexos, en los 57 años.

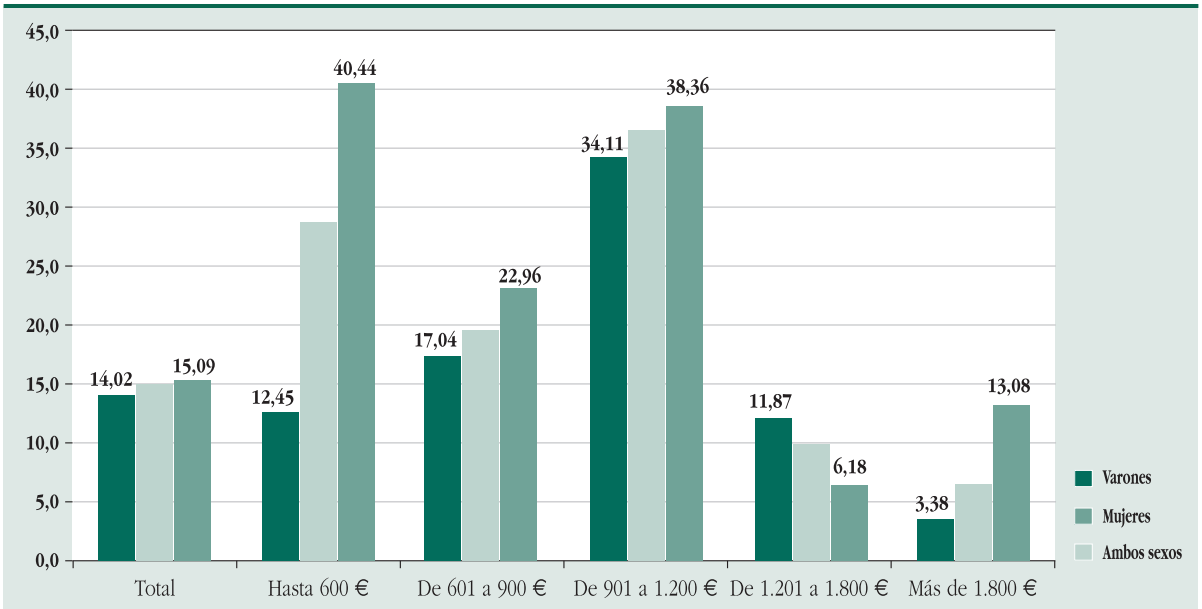
Cuadro 2. *Edad media de las personas que han sufrido un accidente en el último año*

	1995	1997	2001	2003	2006
Hombre	34,6	34,4	35,8	38,5	39,0
Mujer	43,8	47,6	48,7	51,8	50,9
Ambos sexos	38,5	40,7	42,4	44,9	44,38

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Al igual que en múltiples enfermedades y dolencias, el nivel de ingresos se encuentra fuertemente asociado con las tasas de accidentalidad, tanto en los hombres como en las mujeres. Aunque durante el periodo analizado todos los niveles de renta experimentaron incrementos en las prevalencias de accidentes, las rentas medias y bajas, especialmente en las mujeres, sufrieron los mayores aumentos; así, en las mujeres con rentas inferiores a 600 euros, la prevalencia de accidentes creció un 40,4% y en las rentas medias, un 38,4%, en ambos casos muy por encima de los incrementos experimentados en las prevalencias de los dos grupos de mayor renta que no superaron el 14%.

Gráfico 22. *Incrementos porcentuales de las tasas de accidentalidad en el período 1997-2006, según sexo y renta*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

3.5. Restricción temporal de actividad

En los epígrafes anteriores se han revisado algunas de las causas más frecuentes que pueden perjudicar el estado de salud de las personas y su evolución en términos de prevalencia o tasa de población afectada a lo largo de los últimos veinte años. Sin embargo, con esta información, no ha sido posible determinar los efectos y secuelas de estas enfermedades sobre los individuos y sobre sus vidas. Para determinar esta influencia los siguientes apartados están basados en preguntas en las que se solicita información al entrevistado sobre las consecuencias de dichas dolencias en la actividad en su tiempo libre, en su actividad principal y en el tiempo obligado a guardar cama.

Tales preguntas sólo aportan un indicador aproximado sobre el deterioro de la salud, ya que los individuos responden de forma distinta frente a una misma dolencia; una gripe o una bronquitis hacen guardar cama o quedarse en casa a muchas personas, mientras que otras pueden mantener su ritmo de vida casi normal. No obstante, estas respuestas aportan un buen indicador acerca del impacto y repercusiones de la enfermedad sobre la vida social y sobre los costes económicos de la misma, pudiendo percibirse cómo los problemas de salud más frecuentes han ido influyendo progresivamente en la población a lo largo de estos años.

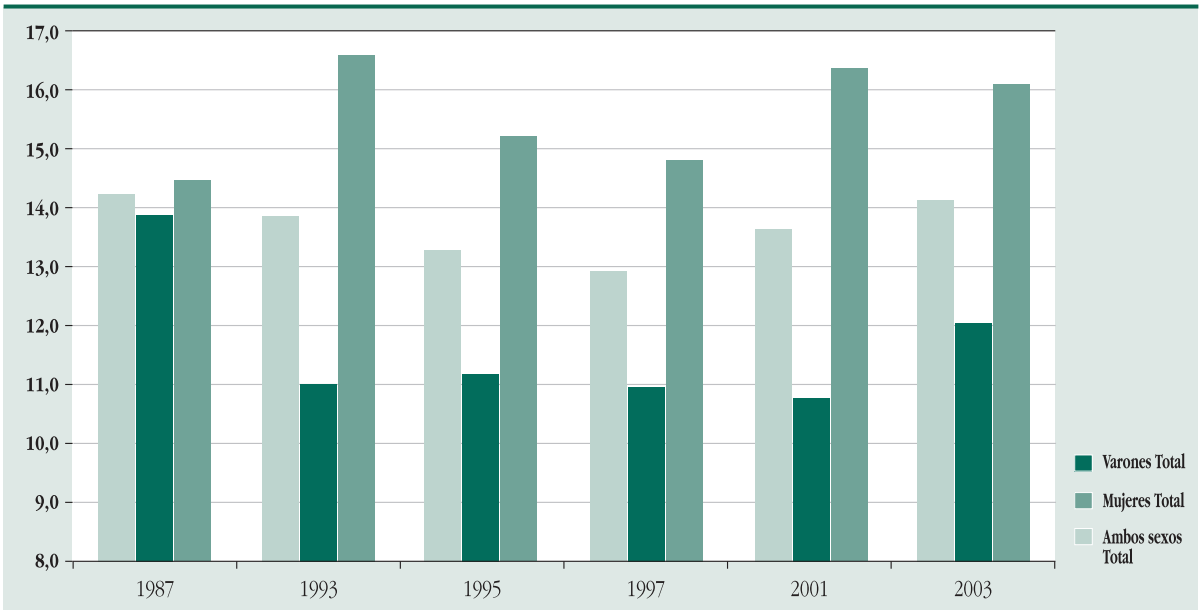
3.5.1. Limitación de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas

Los cambios registrados en las ENS en cuanto al porcentaje de personas que debieron limitar su actividad en tiempo libre por algún motivo de salud son, en general, poco significativos y reflejan una cierta estabilidad a lo largo de todo el periodo analizado. No obstante, si comparamos los datos de la última encuesta (2006) con los de la primera (1987), se observa, por un lado, un ligero crecimiento de la población afectada en las mujeres, muy repartido en diferentes grupos de edad y no concentrado en las mayores y, por otro lado, una contracción similar en la población afectada masculina, es decir una ampliación de la brecha entre ambos sexos que mantiene de forma continua una diferencia entre las tasas de los varones, que se mueven entre el 10 y el 14%, y las tasas de las mujeres cuya horquilla está entre el 14 y el 17%.

Es decir, los problemas de salud en las mujeres tienen una mayor repercusión sobre la actividad en tiempo libre que en el caso de los varones y esta desigual incidencia no parece ir a menos. En 2006 la diferencia entre ambas tasas de restricción de actividad en tiempo libre era de cuatro puntos a favor de los varones, habiéndose registrado diferencias más elevadas en 1993 y 2001. Damos por entendida, como una característica común a todas las indisposiciones y restricciones derivadas de problemas de salud, su asociación directa con la edad, siendo estas restricciones mayores a medida que elevamos la edad del grupo analizado.

Si hemos reseñado un ligero incremento de las prevalencias en cuanto a restricción de la actividad en tiempo libre, mucho más nítido resulta el aumento de la amplitud de esta restricción, medida en número de días de imposibilidad para realizar dicha actividad. Los tiempos medios de duración de dicha limitación han crecido de manera continua a lo largo de la última década, desde los 5,2 días de media en 1993 a los 8,1 días de restricción de actividad en tiempo libre, en 2003. Los incrementos se registran en todos los grupos de edad si bien son algo superiores en los de edades más avanzadas y siendo muy similares en uno y otro sexo.

Gráfico 23. *Porcentaje de población con restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas*



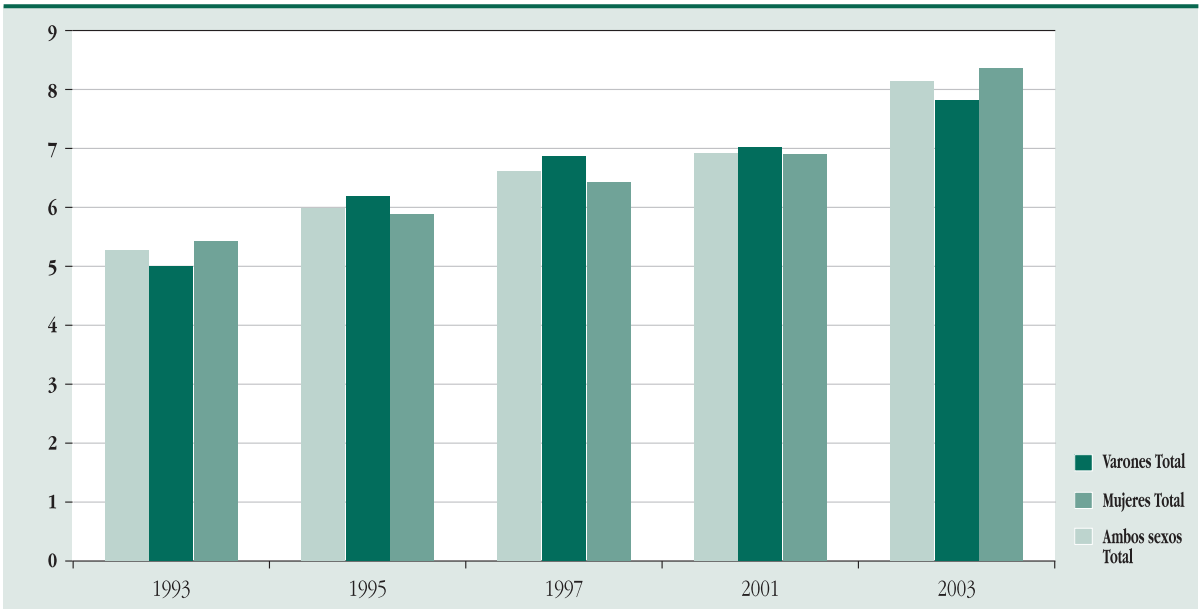
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

3.5.1.1. NÚMERO DE DÍAS DE RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN TIEMPO LIBRE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Hay que tener en cuenta que si bien es cierto que el dato puede inducir a pensar que las personas tienen dolencias cada vez más importantes, cuando menos en sus efectos sobre la vida cotidiana de los individuos, también debe considerarse que la mejora de la condición física de las personas ha incidido en una actividad en tiempo libre cada vez más exigente en estado de salud (viajes, deporte, etc.)

Los datos respecto a las tasas de población que vio limitada su actividad principal, en las últimas dos semanas, por algún problema de salud son, como cabía esperar, bastante parecidos a los de la limitación en tiempo libre. Sin embargo, si ésta última afectaba en 2006 a un 14% de la población y parecía haber experimentado pocas variaciones durante la etapa analizada, no ocurre lo mismo con la actividad principal cuya restricción parece haber sido claramente creciente a lo largo de dicho periodo, discurriendo desde un 11,2% en 1987 a un 14,8% en 2006.

Gráfico 24. *Número de días de restricción de la actividad en tiempo libre en las dos últimas semanas*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

3.5.2. Limitación de la actividad principal en las últimas dos semanas

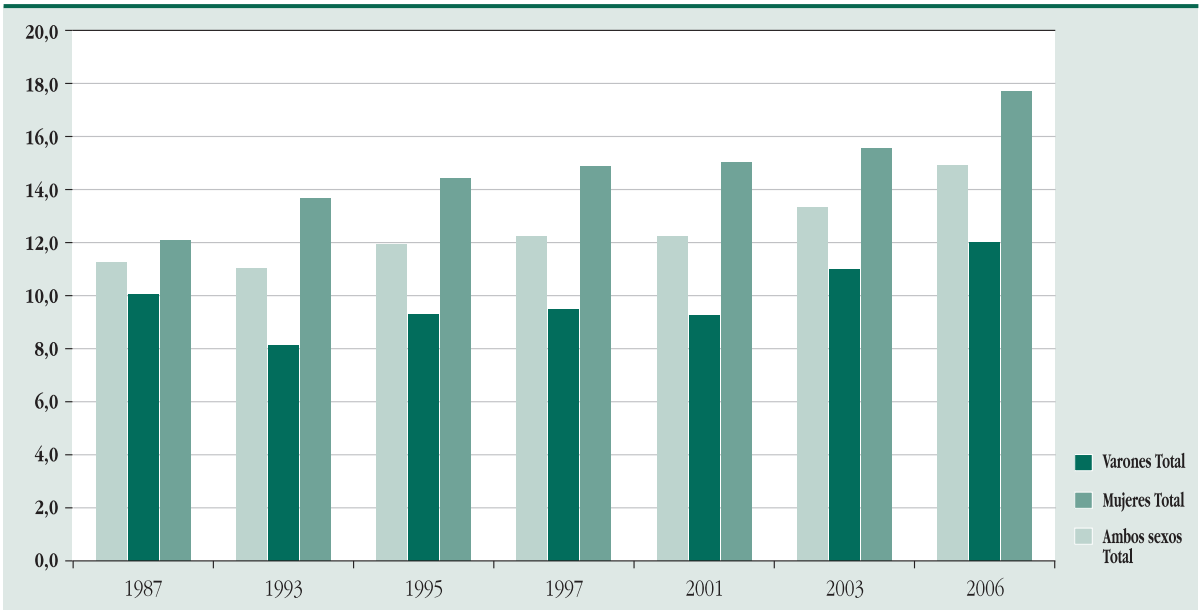
Al igual que sucede con la restricción de actividad en tiempo libre, en la restricción de la actividad principal por motivos de salud existe una brecha de género importante y estable que ronda los cinco puntos de diferencia. En 2006 la tasa de restricción de la actividad principal en las mujeres se situaba en un 17,6%, mientras la de los varones, casi seis puntos por debajo, alcanzaba el 11,9%. Desde 1987 la tasa de afectados en los varones se incrementó en un 18,6%, mientras la de las mujeres lo hacia en un 46,3% y siendo estos incrementos más importantes entre las mujeres jóvenes (18 a 24 años) que entre las de más edad.

Al igual que ha crecido el porcentaje de población afectada en su actividad principal por algún motivo de salud, también lo ha hecho la intensidad de los periodos de restricción de la actividad principal. Entre 1993 y 2003 la duración media de la restricción pasó de 5,1 días a 8,2, con diferencias poco importantes entre ambos sexos y con un crecimiento bastante homogéneo entre los diferentes grupos de edad.

3.5.3. Necesidad de permanencia en cama en las últimas dos semanas

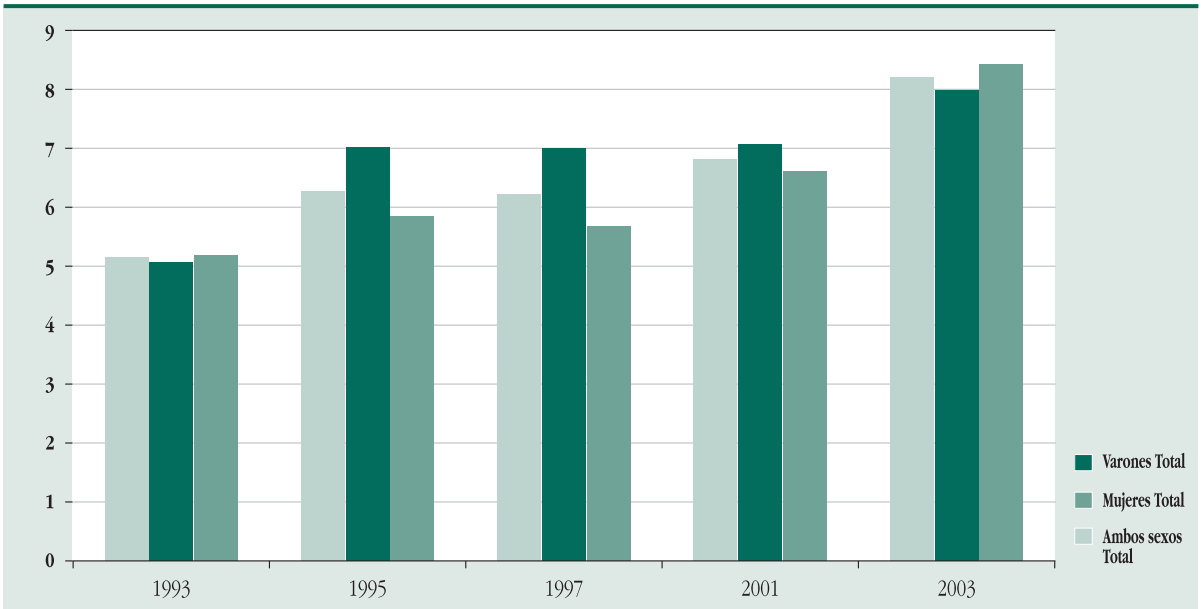
Por último, revisaremos la evolución de la tasa de población que, además de tener que restringir sus actividades principales o en tiempo li-

Gráfico 25. *Porcentaje de población con restricción de la actividad principal en las dos últimas semanas*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Gráfico 26. *Número de días de restricción de la actividad en la actividad principal en las últimas dos semanas*



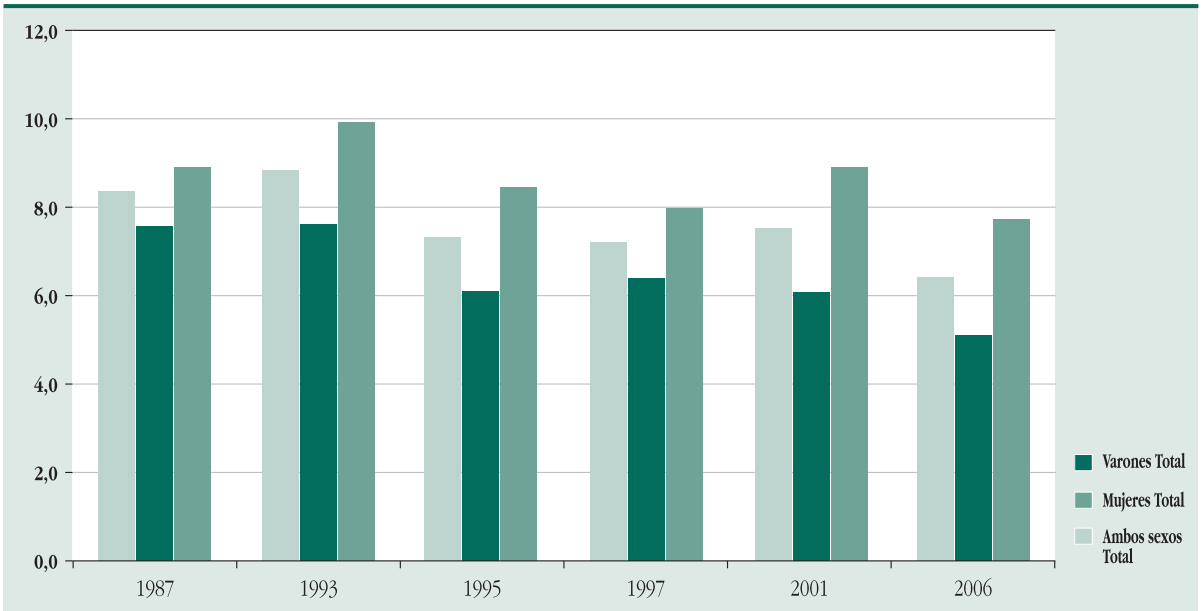
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

bre, se vio obligada a guardar cama en las últimas dos semanas. Aunque en los dos casos anteriores y en mayor o menor medida, hemos visto tasas crecientes de población afectada por una u otra restricción, en el caso de la permanencia en cama podemos constatar un decrecimiento de la población afectada. Si en las ediciones de las ENS de 1997 y 1993, la población que debió guardar cama alcanzaba el 8,36% y 8,81% respectivamente, en la última edición de 2006 esta tasa había descendido dos puntos, situándose en el 6,4%.

Este descenso ha afectado positivamente a uno y otro sexo y a casi todos los grupos de edad; tan solo la población joven de 18 a 24 años parece haber mantenido sus tasas de permanencia en cama. La disminución de la prevalencia de estancias domiciliarias en cama puede achacarse a una disminución de las dolencias más serias y también a una mayor disposición de fármacos que permiten paliar algunos de los síntomas y efectos más incómodos de las enfermedades (antigripales, antitusígenos, anticata-

rrales, antipiréticos, etc.), En muchos de estos casos la enfermedad no desaparece, sino que sigue su curso de forma asintomática, lo que justifica y explica el incremento de las restricciones de las actividades principales y de tiempo libre, pero no obliga a permanecer en cama.

Gráfico 27. *Porcentaje de población que tuvo que permanecer en la cama en las últimas dos semanas*

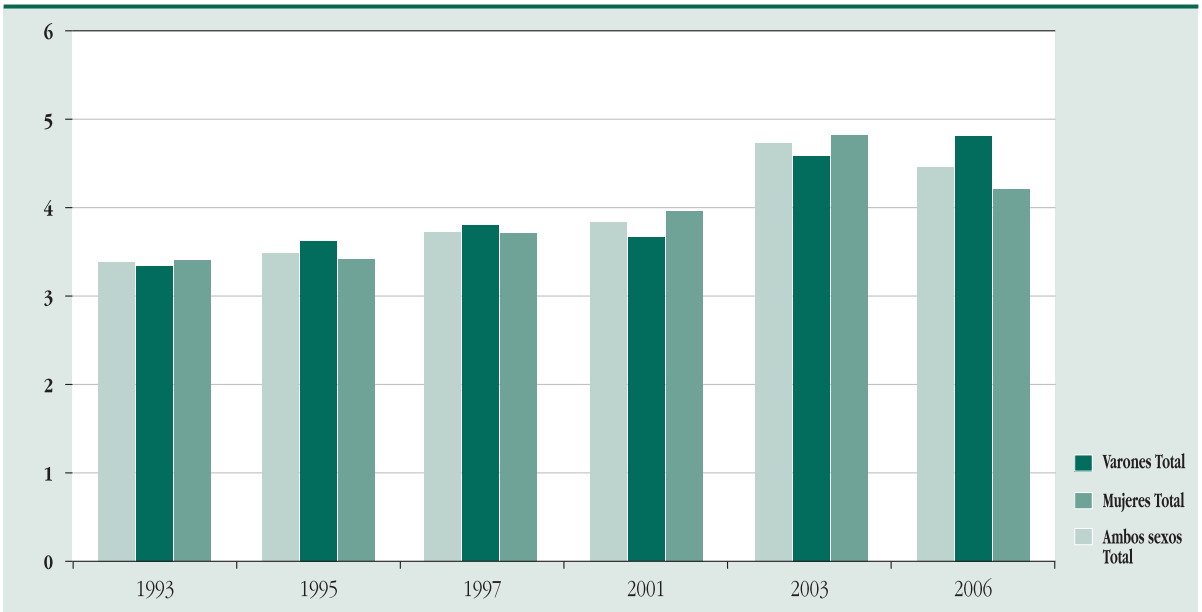


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

3.5.3.1. Número de días de permanencia en la cama en las últimas dos semanas

Coherente con la disminución de la prevalencia de permanencia en cama, encontramos el incremento del número medio de días que las personas que se ven obligadas a estar en dicha situación. Entre 2003 y 2006 el número medio de días de permanencia en cama se incrementó en un 31%, con algunos descensos significativos en los grupos jóvenes y unos va-

Gráfico 28. *Número de días de restricción de la actividad en la actividad principal en las últimas dos semanas*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

lores muy parecidos entre hombres y mujeres a lo largo del periodo analizado. En 1993 el número medio de días en cama de quienes debieron permanecer en ella fue de tres días y medio (3,38) y en 2006 esta media había ascendido a algo más de cuatro días (4,43), siendo medio día más prolongado para los varones que para las mujeres.

3.6. Discapacidad auditiva y visual

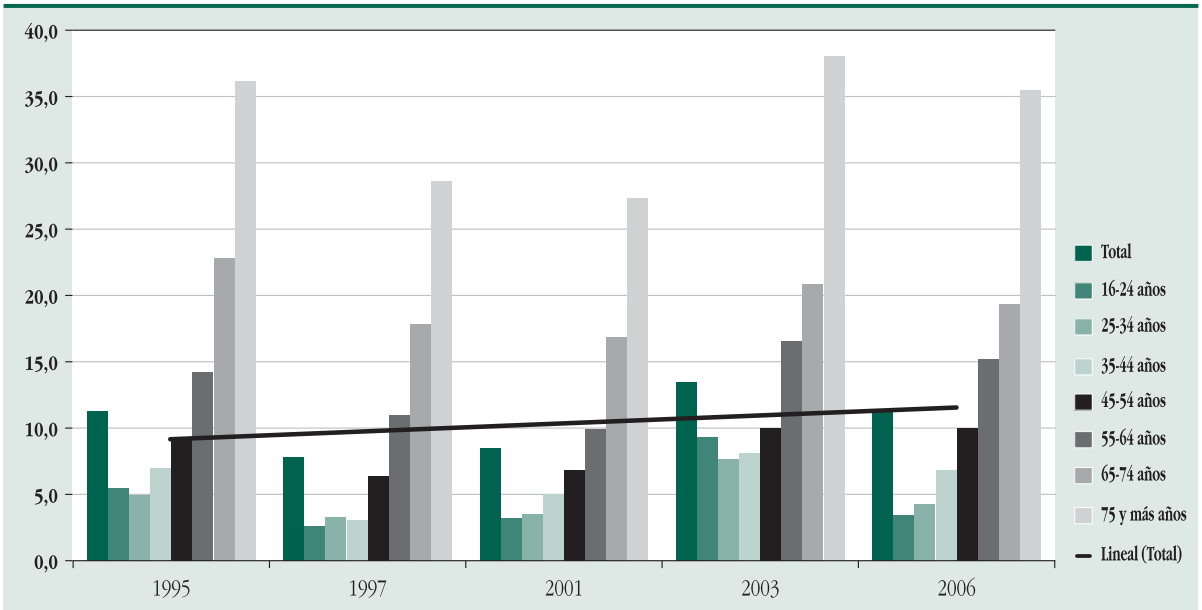
Examinaremos aquí la evolución de las discapacidades más frecuentes consistentes en dificultades para ver u oír correctamente. La discapacidad auditiva se refiere a todos los tipos de pérdida o disminución en la capacidad para oír debido a algún problema del aparato auditivo. La discapacidad visual se refiere a todos los tipos de pérdida que implican falta o disminución en la capacidad para ver adecuadamente debido a un problema que afecta al sistema visual o a la pérdida de campo visual.

3.6.1. Dificultad para oír

Actualmente (2006) un 12% de la población masculina y un 10% de la femenina, manifiesta tener dificultades para oír. Los datos de evolución de las diferentes ediciones no parecen reflejar tendencias concluyentes. Aunque el análisis de la serie de las ENS refleja cierta falta de continuidad en los datos y, como antes señalábamos, no ofrece demasiada consistencia, sí reflejan un leve deterioro de la tasa de prevalencia de las dificultades de audición, bastante más acusado en los varones. Las mayores dificultades auditivas de los varones quedan reflejadas en todas las encuestas.

Si comparamos los datos de la primera (1995) y la última edición (2006) disponibles con información al respecto, el incremento de la población con dificultades auditivas es íntegramente achacable a los varones cuya tasa de población afectada pasa del 11,3% al 12,4%, mientras la de las mujeres disminuye casi un punto, pasando de 11,2% al 10,4% de población con dificultades auditivas. Es decir, las diferencias de audición entre varones y mujeres tienden a ser algo más significativas dentro de su levedad.

Gráfico 29. *Porcentaje de población con dificultades para oír, 1995-2006, según grupos de edad*



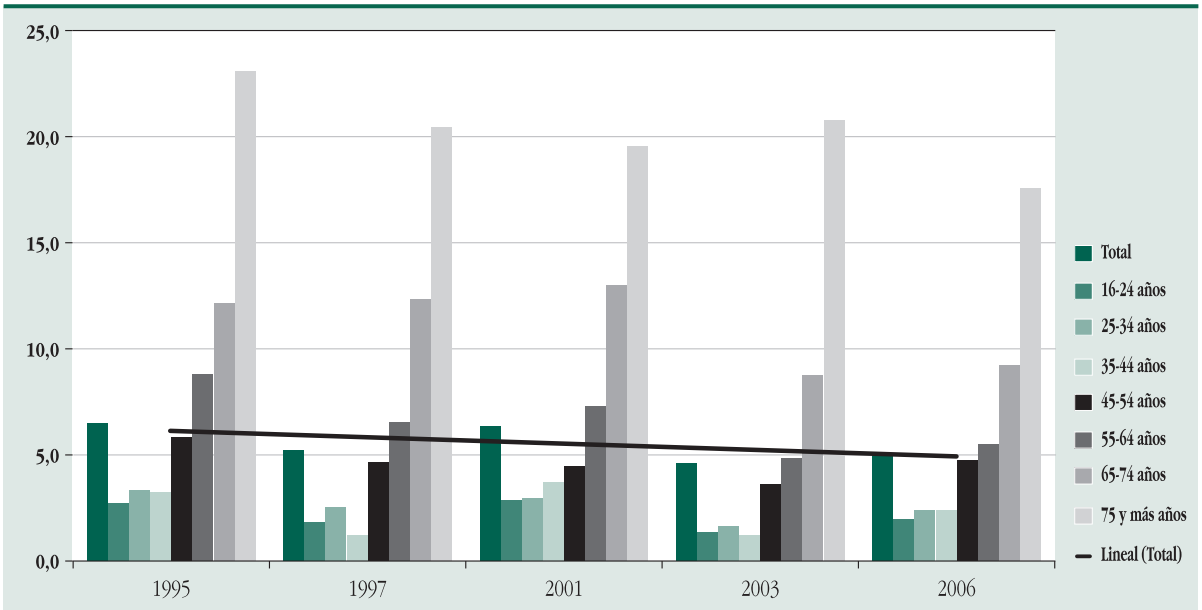
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

3.6.2. Dificultad para ver

Los problemas de la vista afectan a la población notablemente menos que los del oído, al menos, en cuanto a la prevalencia de éstos. Si antes veíamos que las dificultades para oír correctamente afectan a un porcentaje de población que puede oscilar entre un 10 y un 12% de la población, en el caso de la vista la población afectada es aproximadamente la mitad, con ta-

sas que se han movido en las distintas ediciones de las ENS entre el 4,5% y el 6,5%. Asimismo, si en las dificultades auditivas advertíamos de un ligero ascenso de las prevalencias, especialmente en los varones, en el caso de la vista la tendencia se inclina hacia una disminución de la población afectada. En 2006 la tasa de población con dificultades para ver ascendía al 5,2%.

Gráfico 30. *Porcentaje de población con dificultades para ver, 1995-2006, según grupos de edad*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Las dificultades de la vista tienen desigual incidencia en mujeres y en hombres. Así como las mujeres oyen algo mejor que los hombres, aquellas se ven, por el contrario, más afectadas por problemas de vista, siendo bastante notables las diferencias de prevalencias entre uno y otro sexo. A lo largo de las diferentes ediciones analizadas las diferencias entre tasas de afectados por problemas de vista son entre 2,5 y 4,5 puntos superiores en las mujeres, si bien, en ambos casos se registra una tendencia a la reducción de la población afectada. La tasa de población femenina con dificultades para ver ascendía, en 2006, a un 6,6%, mientras la de la de los varones era sólo de un 3,7%.

3.7. Autonomía y dependencia funcional

En el ámbito de la salud, una de las consecuencias directas del envejecimiento de la población es el incremento de la tasa de población con pérdida o disminución de su autonomía funcional, derivada de diferentes dolencias o enfermedades incapacitantes o consecuencia de procesos degenerativos asociados con la edad.

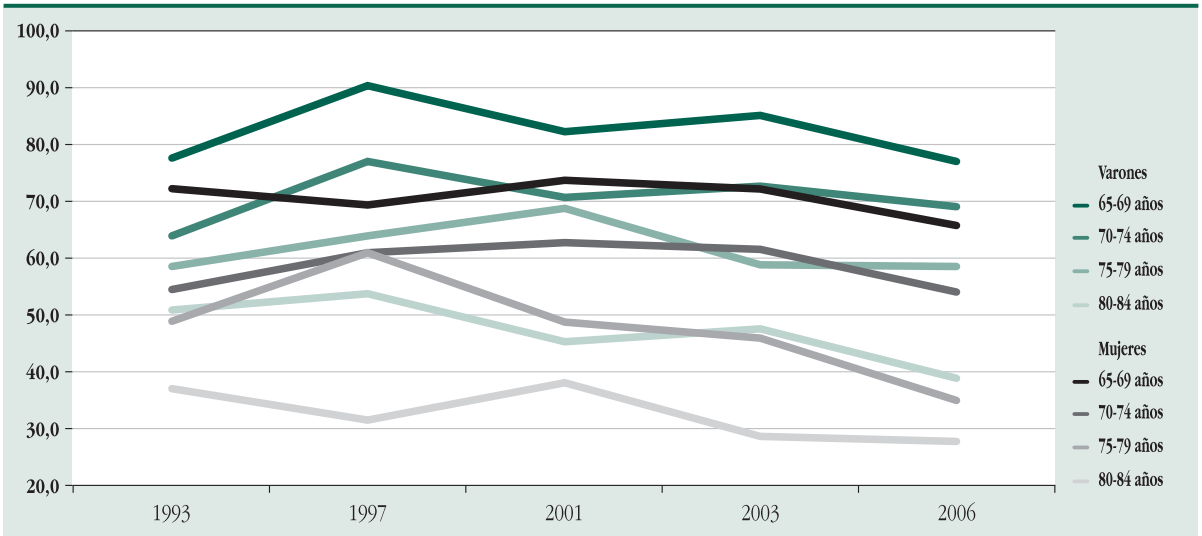
3.7.1. Autonomía funcional

Las encuestas de salud realizadas con intervalos de dos a cuatro años reflejan con nitidez los efectos sobre la salud y la pérdida de autonomía asociadas al progresivo envejecimiento de la población. No puede, pues, sorprender que las tasas totales de autonomía funcional hayan ido decreciendo progresivamente. Así, en sólo una década, entre 1997 y 2006, la tasa de autonomía de la población mayor de 64 años pasó de un 65,6% a un 51,4%. Es decir, actualmente la mitad de la población mayor precisa algún tipo de ayuda.

Aunque los grupos de edad elaborados abarcan intervalos de cinco años, dentro de ellos también se produce un envejecimiento que tira ligeramente hacia debajo de las tasas de autonomía funcional. Se ha descartado el grupo de más de 84 años por su carácter abierto en el que las medias de edad ascienden enormemente entre una y otra encuesta. La edad media de la po-

blación española mayor de 64 años, reflejada en las encuestas, envejeció casi dos años durante la última década registrada, pasando de 72,9 años en 1997 a 74,7 años en 2006. Hay que recordar que en el grupo de mayores de 84 años se encuentran ya más de un millón de españoles y que cerca de cuatro millones superan los 75 años.

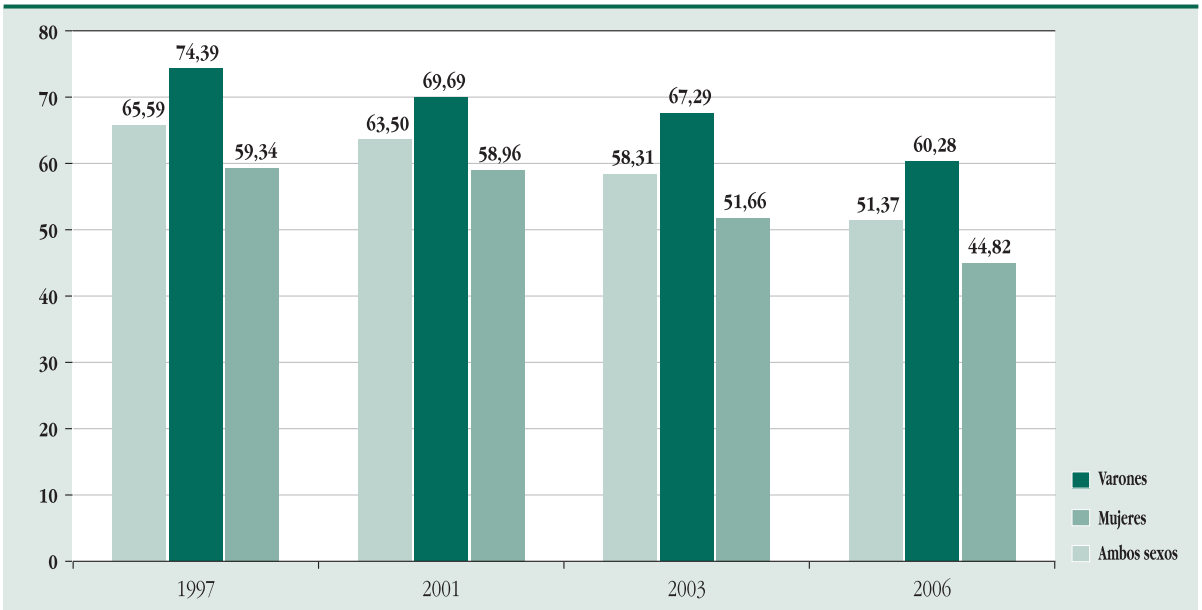
Gráfico 31. *Porcentaje de población mayores de 64 años con autonomía funcional, 1993-2006, según grupos de edad*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Los datos de evolución de los últimos años ponen al descubierto el creciente problema de la dependencia al disminuir progresivamente la tasa de autonomía funcional en todos los grupos de personas mayores y de forma especial el de las mujeres. Con datos de la última década, 1997-2006, la tasa de población mayor de 64 años con autonomía funcional disminuyó en los varones un 19% y en las mujeres un 25%. Asimismo, las rentas más bajas se encuentran más penalizadas por esta falta de autonomía funcional, llegando en los grupos de mujeres de menor renta a ser sólo el 36,6% de las mujeres. Por el contrario, en los varones con las rentas más elevadas, la tasa de población con autonomía funcional completa es del 72,2%.

Gráfico 32. *Porcentaje de población mayores de 64 años con autonomía funcional, según sexo, 1997-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

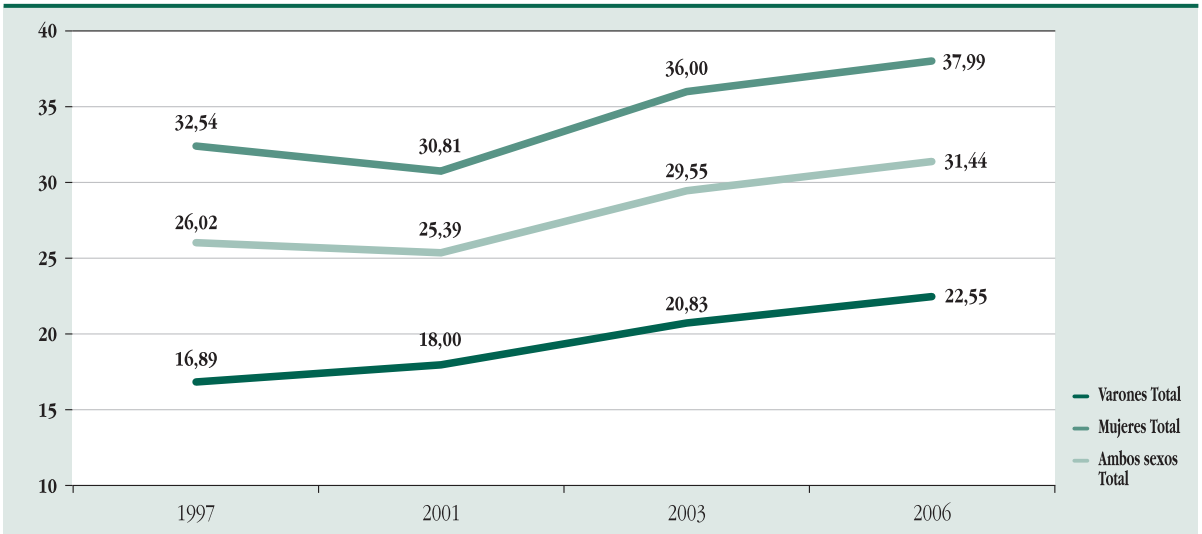
El decrecimiento de la población de personas con autonomía funcional completa se va desgranando en un incremento de los grupos de mayores con diferentes tipos y grados de dependencia. Revisaremos a continuación las áreas fundamentales de dependencias: las que se refieren a la movilidad, al cuidado personal y a las labores domésticas.

3.7.2. Dependencia para la movilidad

De las tres agrupaciones de dependencias realizadas, las que afectan a la movilidad son las que provocan menos restricciones. La tasa de población afectada por dependencias en la movilidad era en 2006 del 31,4%, más baja que la de cuidados personales y que la de labores domesticas. Además de ello, la evolución registrada en la última década refleja un crecimiento menor en este grupo de dependencias que en el resto. Entre 1997 y 2006, la tasa de dependencia para la movilidad en mayores de 64 años creció un 20%. Como en la mayoría de los grupos de dependencia, las mujeres tienen una tasa más elevada (38%) que la de los varones (22,5%).

A la hora de valorar estos datos desde el punto de vista de la evolución de la salud, hay que tener en cuenta que la dependencia-autonomía se determina por las actividades que cada persona es capaz de realizar sin la ayuda de otras personas. Es por ello que el incremento de medidas, aparatos y ayudas de carácter técnico o arquitectónico influye en el aumento de la tasa de población con autonomía funcional y contribuye a la contención y disminución de la prevalencia de este tipo de dependencias, sin que ello signifique necesariamente que las personas carecen de limitaciones o discapacidades, sino que éstas son adaptadas o compensadas mediante diferentes tipos de apoyos o ayudas.

Gráfico 33. *Porcentaje de población mayores de 64 años con dependencia para la movilidad, según sexo, 1997-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

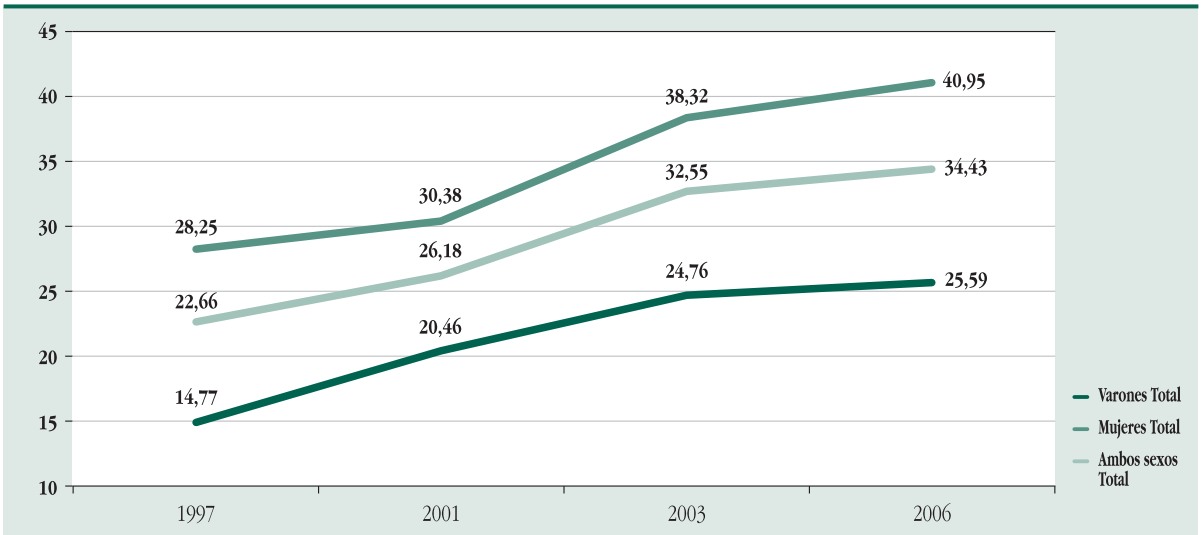
En tal sentido, hay que reseñar el importante esfuerzo que en los últimos años se viene realizando en materia de adaptación y supresión de barreras arquitectónicas para las personas con discapacidades, así como el significativo desarrollo de la industria de la ortopedia y las ayudas técnicas, que han contribuido de manera notable a la contención del crecimiento de las tasas de dependencia, discapacidad y minusvalía. Y acaso como excepción en el ámbito de la dependencia, la prevalencia de la dependencia relativa a movilidad no ha crecido en la última década en el grupo de mayores de 65 a 74 años.

3.7.3. Dependencia para el cuidado personal

El 34,4% de la población mayor de 64 años no es autónomo en su cuidado personal. Su crecimiento en los últimos años ha sido mucho más importante que el de las dependencias de movilidad, incrementándose en el

periodo 1997-2006 en un 51,9%. Al igual que en las dependencias de movilidad, la diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres es muy notable, situándose la de la mujer (40,1%, en 2006) muy por encima de la del hombre (25,6%).

Gráfico 34. *Porcentaje de población mayores de 64 años con dependencia para el cuidado personal, según sexo, 1997-2006*

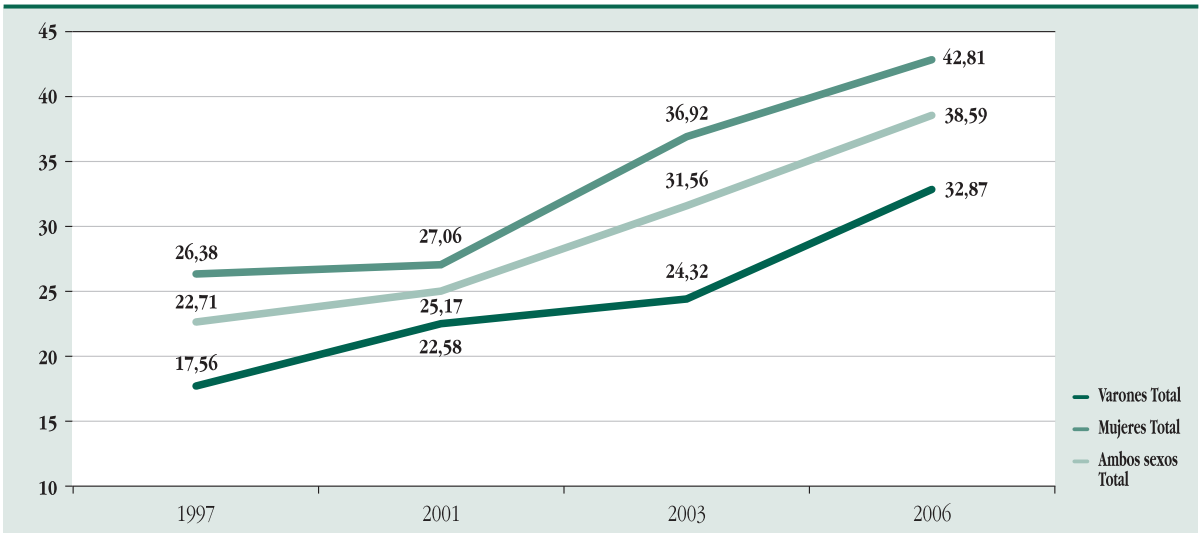


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

3.7.4. Dependencia para las labores domésticas

El grupo de dependencias domésticas es el más extendido entre las personas mayores. En 2006, un 38,6% de la población de más de 64 años necesita de otras personas para realizar este tipo de tareas y actividades. Además de tener la mayor prevalencia, tanto en hombres (32,8%), como en mujeres (42,8%), ha sido el grupo que ha experimentado un mayor crecimiento en los últimos diez años, reflejando un incremento del 69,9%.

Gráfico 35. *Porcentaje de población mayores de 64 años con dependencia para las labores domésticas, según sexo, 1997-2006*

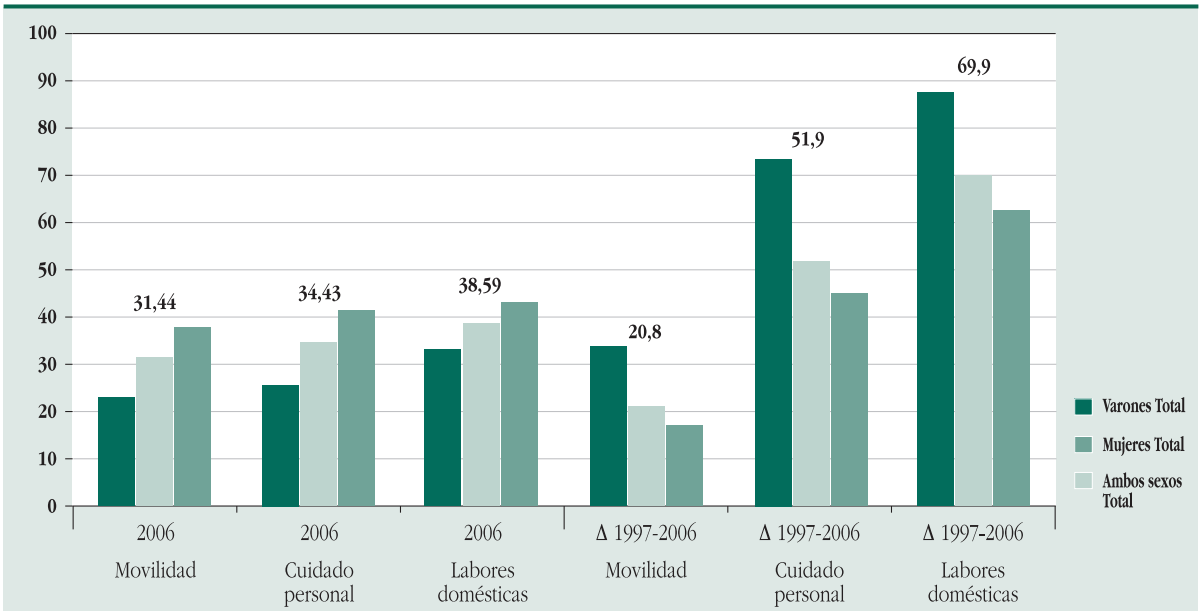


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Así pues, en la última década se aprecia un crecimiento importante de todos los grupos de dependencia, directamente proporcional a las prevalencias de uno y otro grupo, aunque algo más atenuado en las dependencias de movilidad, en parte debido a la mayor y me-

jor respuesta técnica que la sociedad está facilitando. Las diferencias entre las prevalencias de los distintos grupos de dependencia en hombres y mujeres son más elevadas en los grupos de movilidad y de cuidado personal (más de 15 puntos en ambos casos) y más leves (en torno a 10 puntos) en el caso de las labores domésticas.

Gráfico 36. *Prevalencias en población mayores de 64 años, según sexo y grupo de dependencia y tasas de crecimiento por grupo, 1997-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Por ultimo, hay que reseñar que las diferencias de renta, permanentemente asociadas con casi todos los tipos y grados de morbilidad, lo está también con todos los grupos de dependencia, siendo aún mayores las diferencias que marca dentro del grupo de los varones que entre las mujeres. Es decir, las tasas de dependencia de las mujeres se ven menos afectadas por las diferencias en el nivel de ingresos del hogar que las tasas de dependencia entre los varones por el mismo motivo, circunstancia que no parece haber sufrido variaciones en los años analizados.

4. Estilos de vida y prácticas preventivas

Según la estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren en el mundo 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares. Cinco de las diez principales amenazas mundiales para la salud, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la hipercolesterolemia y la obesidad o el sobrepeso están relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio y se encuentran altamente asociadas con los hábitos o estilos de vida.

Las dietas desequilibradas y la falta de ejercicio físico matan más que el tabaco en la actualidad en Estados Unidos y este modelo se repetirá en Europa y los países árabes dentro de poco tiempo. Se prevé que entre un 60% y un 70% de las muertes por enfermedades crónicas que se produzcan en 2020 estarán relacionadas con el estilo de vida. Casi todas estas enfermedades derivadas de hábitos de vida inadecuados dan lugar a crecientes tasas de mortalidad evitable.

En España, el 32,2% de las muertes (2007) se deben a enfermedades cardiovasculares. El sedentarismo, el abandono de la dieta mediterránea, el tabaco, el aumento de la obesidad y el exceso de alcohol son algunos de los factores que están determinando la mayor incidencia actual de las enfermedades cardiovasculares. Una mayoría de las enfermedades crónicas y casi todas las cardiovasculares son prevenibles y por tanto las estrategias de intervención deben ir dirigidos a suprimir o reducir los factores de riesgo que están asociados a ellas.

4.1. Consumo de tabaco

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. Se puede considerar como una enfermedad crónica, de alta prevalencia, que se mantiene merced a la dependencia que produce la nicotina y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos respiratorios, trastornos cardiovasculares y aparición de tumores de diversa localización. De esta amplia definición de tabaquismo conviene destacar los siguientes aspectos. Primero, su carácter de enfermedad crónica. En este sentido, la dependencia por la nicotina, que sufren más del 80% de los consumidores de tabaco, juega un papel preponderante. Segundo, su alta prevalencia; el tabaquismo es la enfermedad crónica más prevalente en nuestro país. La tercera parte de la población general española padece este proceso. Tercero, el tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en España. El tabaco causa en España más de 50.000 muertos anuales (54.200 muertes en 2001[7]).

---

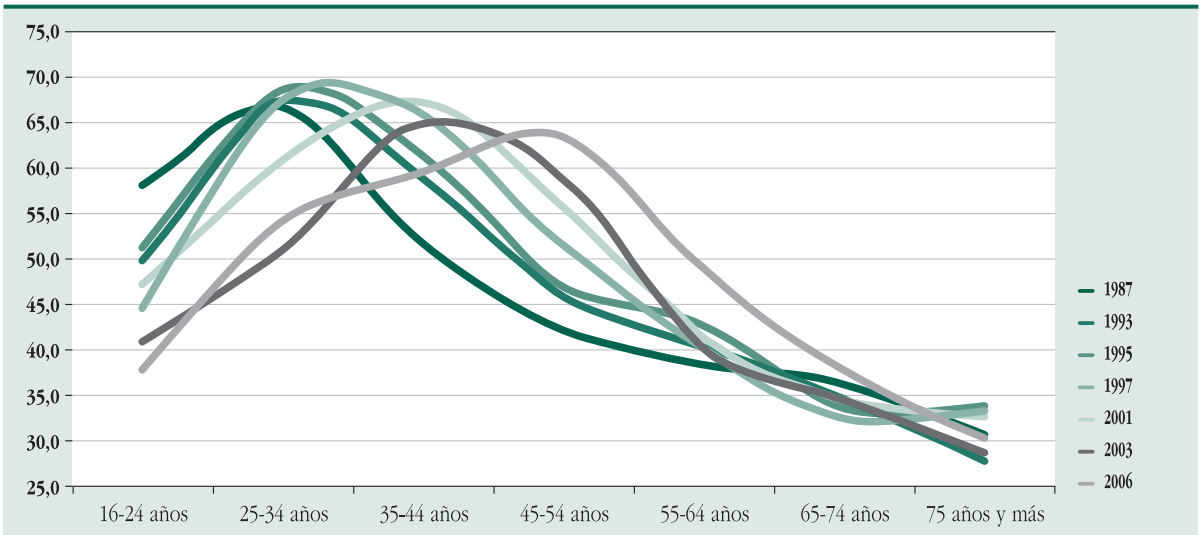
[7] Villar Álvarez, F. & Sociedad Española de Arterioesclerosis (2003) *Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España : hechos y cifras : Informe SEA 2007,* Madrid, Visto Bueno Equipo Creativo, S.L. ISBN: 978-84-690-9154-8

Ello representa más de 1.000 muertes por semana. Ninguna otra enfermedad ocasiona tan elevadas cifras de mortalidad.

4.1.1. Consumo de tabaco alguna vez en la vida

La enorme difusión cultural alcanzada por el consumo de tabaco en el mundo a lo largo de la segunda mitad del siglo XX ha conseguido alcanzar unas elevadas cotas de consumo y de habituación que sólo en las últimas décadas han empezado a disminuir. Consecuencia de ello ha sido la pervivencia de elevadas tasas de fumadores y exfumadores que en algún momento de su vida se han adentrado en el consumo más o menos habitual de tabaco. En España y durante prácticamente la totalidad de la serie de las ENS la experiencia de haber fumado o estar haciéndolo ha alcanzado a la mitad de la población adulta, moviéndose la tasa de españoles que fuma o lo ha hecho alguna vez en el entorno del 50%.

Gráfico 37. *Tasas de población que ha fumado alguna vez por grupos de edad, 1987-2006*



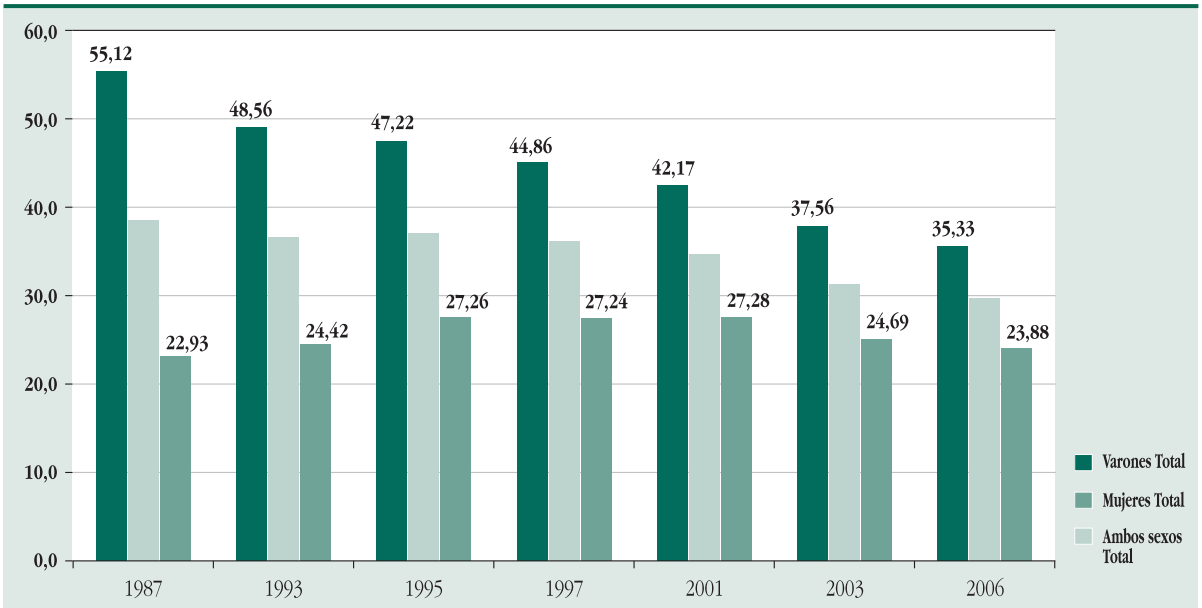
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

En el Gráfico 37 se puede comprobar como la campana de distribución de la población de fumadores se ha ido desplazando progresivamente desde los más jóvenes hacia los grupos de más edad. Hace dos décadas la generación del tabaco alcanzaba su cenit en el grupo de 25 a 34 años (las dos terceras partes de ellos fumaban o lo habían hecho), mientras que en 2006, la moda de los fumadores se había desplazado hasta el grupo de los 45 a 54 años (el 63,2% eran fumadores o exfumadores). Por otra parte, la convergencia en los hábitos de consumo de tabaco entre ambos sexos ha supuesto que las fumadoras y exfumadoras hayan incrementado progresivamente su peso en el conjunto de la población que fuma o ha fumado alguna vez, pasando de una relación de 4/10 a una de 6/10 entre mujeres y varones que tienen o han tenido el hábito de fumar.

4.1.2. Consumo actual de tabaco

Desde hace más de treinta años existe un reconocimiento generalizado en el mundo avanzado respecto a los efectos perniciosos del tabaco para la salud. Sin embargo, el proceso de erradicación de esta lacra a través de políticas de concienciación de la población y de restricción de su consumo en espacios públicos está siendo lento y costoso, tanto desde el punto de vista de la pérdida de vidas y salud, como desde el relativo al coste sanitario. En los últimos veinte años, las tasas de fumadores en España han ido cayendo lentamente, si bien de forma desigual en el reparto por sexo y edad, quedando aún muchos grupos de edad muy resistentes al descenso en el consumo, e incluso en algunos de ellos la tasa de consumo sigue incrementándose. En España las ventas de tabaco han seguido creciendo hasta el año 2005.

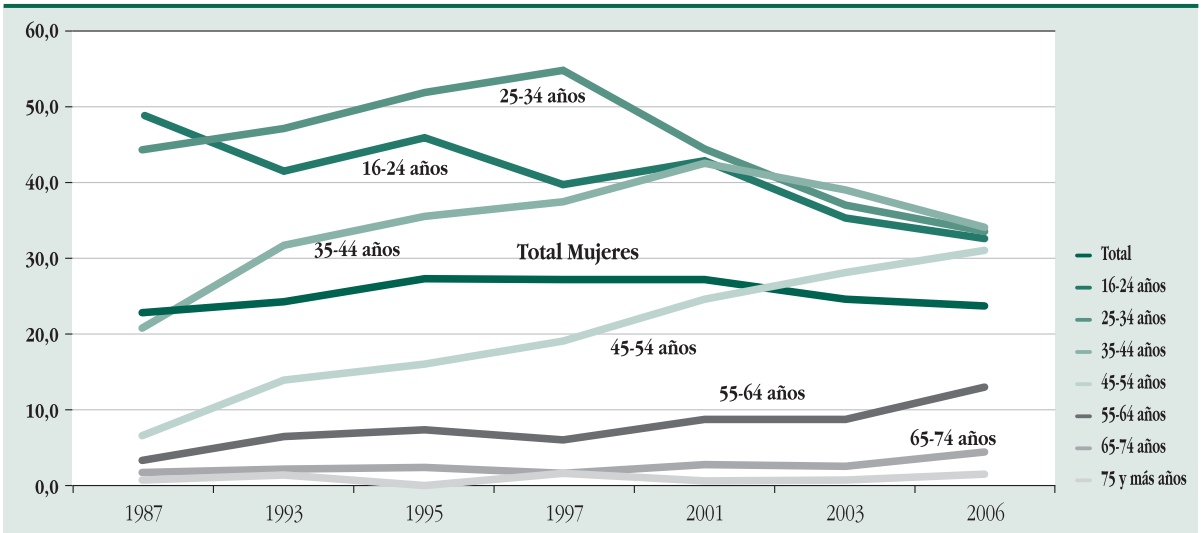
Gráfico 38. *Tasas de fumadores por sexo, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Los datos de ENS más recientes (2006) sitúan la tasa de fumadores en un 29,5%, más elevada en los varones (35,3%) que en las mujeres (23,9%). Sin embargo, la tendencia a la disminución del consumo parece bastante más arraigada en los varones. Desde 1987 la tasa de consumo de los hombres ha descendido en un 35,9%, mientras que la de las mujeres ha crecido un 4,4%. En realidad, ambas tasas se encuentran actualmente en descenso, pero mientras la de los varones lo hace desde hace veinte años, la de las mujeres ha iniciado la caída hace menos de una década. De hecho, entre 1987 y 2001, las tasas de fumadores se mantuvieron muy estables con descensos muy débiles ya que la bajada del consumo en los varones se fue compensando progresivamente con el incremento del consumo en las mujeres.

Gráfico 39. *Tasas de mujeres fumadoras por grupos de edad, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

En los veinte años cubiertos por las ENS las tasas de los varones han decrecido en todos lo grupos de edad de manera continuada, especialmente entre los grupos más jóvenes (16 a 34 años) y entre los más mayores (más de 65 años). Por el contrario, en el caso de las mujeres, los

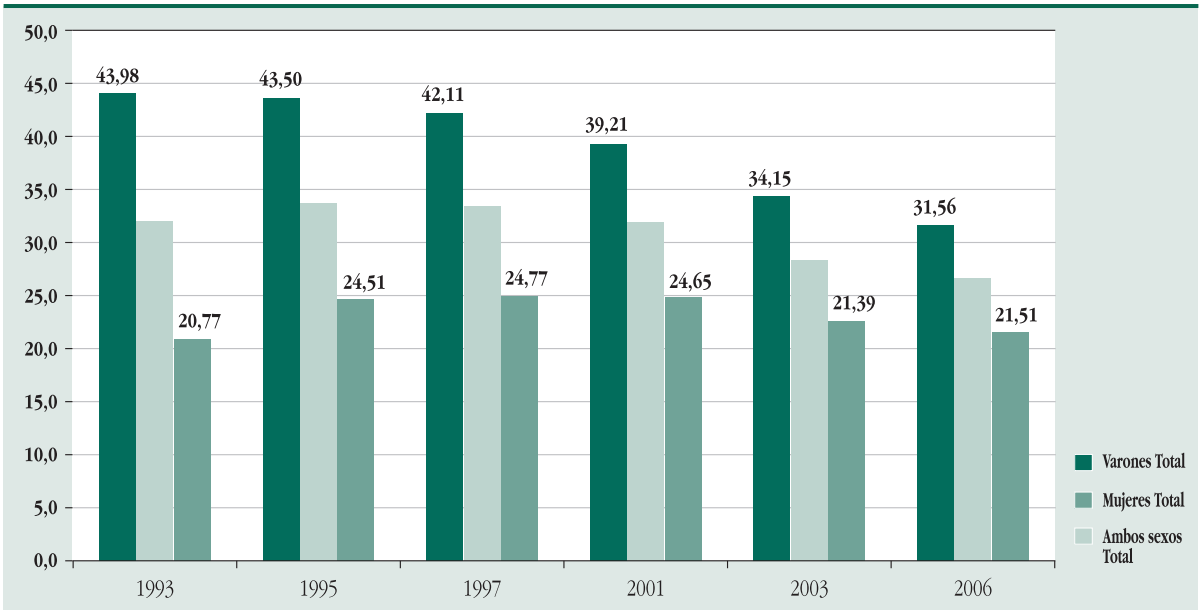
grupos de más edad continúan mostrándose muy resistentes a la caída, si bien el visible descenso en el consumo entre las más jóvenes hace preludiar que en los próximos años el hábito de fumar quede cada vez más cercado en los grupos de mayor edad. En todo caso, hay que recordar que aún con un descenso menos acusado que en los varones, las tasas de consumo de tabaco en las mujeres han sido siempre –y lo siguen siendo– más bajas que las de los varones en todos los grupos de edad.

4.1.3. Consumo diario de tabaco

Los consumidores diarios de tabaco marcan el ritmo de consumo del conjunto de los fumadores en la medida en que representan el 90% de todos ellos, si bien en la última década han disminuido algo su hegemonía, pasando del 92,7% en 1997, al 89,6 % en 2006. Al igual que sucede con la tasa global de fumadores, el porcentaje de fumadores diarios ha descendido mucho más entre los varones (un 28,2% desde 1997) que entre las mujeres, que incluso han elevado su prevalencia de consumo en un 3,5% en el mismo período, debido al incremento de las tasas de consumo en las mujeres mayores de 40 años. Pese a ello, la tasa de fumadores diarios entre los hombres continúa diez puntos por encima de la de las mujeres, 31,5% frente a 21,5% en 2006.

Actualmente y desde los últimos diez años, todas las tasas de fumadores diarios, en casi todos los grupos de edad y renta, se encuentran en retroceso, con la excepción ya hecha de las mujeres de más de 45 y centrada en las rentas medias y bajas y en los niveles más bajos de estudios. El bajo nivel de instrucción o educación está fuertemente correlacionado con el mayor consumo de tabaco y con la mayor resistencia a la caída de las tasas de tabaquismo.

Gráfico 40. *Tasas de fumadores por sexo, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

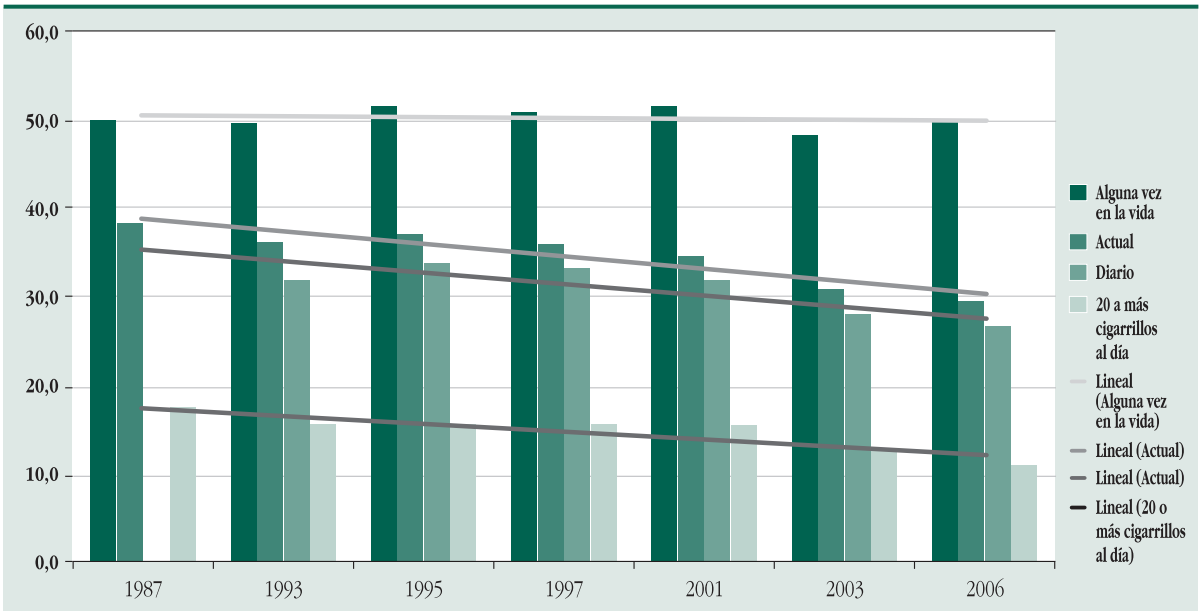
4.1.4. Consumo de 20 o más cigarrillos al día

El hábito de fumar a diario constituye un factor de serio riesgo para la salud que se incrementa tanto más cuanto mayor sea la cantidad de cigarrillos o puros que se fuma en el día. El grupo de mayor riesgo para la salud es el que consume una cajetilla diaria (20 cigarrillos) o más. También este grupo manifiesta una tendencia a su reducción a lo largo de los últimos años (un 29% menos entre 1993 y 2006), situándose actualmente en un 10,9% de la población adulta española.

La reducción ha sido más importante entre los varones, que han reducido su tasa de fumadores diarios prácticamente a la mitad (15,2%) de la que tuvieron en 1987 (29,6%). Las

mujeres que fuman a diario también han reducido su tasa en un 9,5%, pasando a representar el 6,8% en 2006. También entre los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios destacan los grupos de edad de las mujeres de 45 años en adelante como los más reticentes al reducir la tasa de consumo, si bien su consumo es comparativamente reducido.

Gráfico 41. *Tasas de fumadores según grado de consumo, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Cuadro 3. *Tasas de tabaquismo según grado de consumo y sexo, en la ENS*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	Δ 93-06
Alguna vez en la vida	50,02	49,55	51,44	50,78	51,31	48,31	50,03	**0,96**
Actualmente	38,35	36,18	36,91	35,78	34,48	30,97	29,50	**–18,47**
Diariamente	SD	32,06	33,69	33,18	31,68	28,12	26,44	**–17,46**
20 o más al día	17,33	15,59	15,45	15,61	15,50	12,77	10,94	**–29,84**
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**	**Δ 93-06**
Alguna vez en la vida	73,47	69,07	69,43	67,40	66,97	62,23	63,48	**–8,10**
Actualmente	55,12	48,56	47,22	44,86	42,17	37,56	35,33	**–27,23**
Diariamente	SD	43,98	43,50	42,11	39,21	34,15	31,56	**–28,23**
20 o más al día	29,63	24,15	23,65	23,15	22,05	18,33	15,25	**–36,84**
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**	**Δ 93-06**
Alguna vez en la vida	28,45	31,02	34,36	35,15	36,67	35,06	37,08	**19,56**
Actualmente	22,93	24,42	27,26	27,24	27,28	24,69	23,88	**–2,20**
Diariamente	SD	20,77	24,51	24,77	24,65	22,39	21,51	**3,56**
20 o más al día	6,08	7,49	7,91	8,55	9,43	7,47	6,78	**–9,51**

Fuente: Instituto Nacional de Salud de España y elaboración propia.

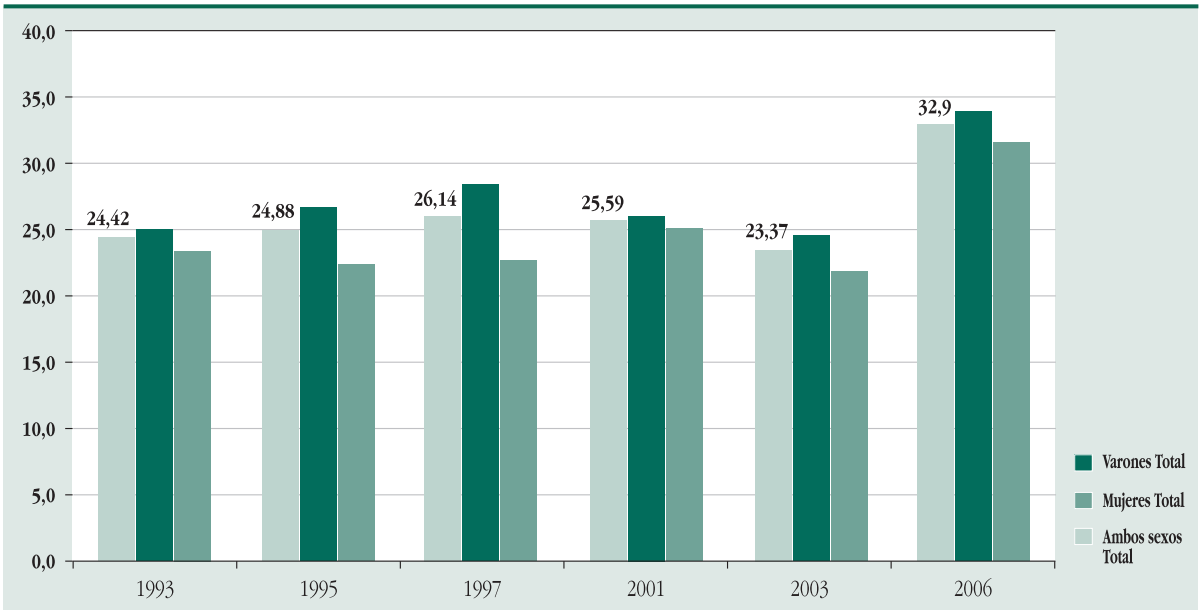
La intensidad en la erradicación del tabaquismo se apoya tanto en evitar que se creen nuevos hábitos de consumo como en conseguir que aquellos que ya lo han adquirido reduzcan su consumo y puedan llegar a abandonarlo. Por ello, las tasas de reducción de consumo y de abandono nos permiten calibrar el grado de avance en la lucha contra el tabaquismo y sus enormes costes humanos y sanitarios.

4.1.5. Reducción del consumo de tabaco en los últimos 2 años

Aunque el consumo ocasional de tabaco suele ser una transición hacia un consumo más intenso o frecuente existe un pequeño porcentaje de fumadores que tiene el hábito de fumar de forma ocasional durante periodos de tiempo muy prolongados. Estas personas tienen más éxito en abandonar el hábito del consumo de tabaco que los fumadores diarios, en gran medida por su menor dependencia de la nicotina. Sin embargo diversas investigaciones parecen indicar que también este consumo ocasional está asociado a mayor mortalidad en general y específicamente de tipo cardiovascular. Asimismo, la duración del hábito en el tiempo es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad tanto o más importante que su intensidad.

A tenor de las respuestas de los que se confiesan fumadores diarios, una cuarta parte de ellos ha reducido su consumo en los últimos dos años. Esta tasa de reducción parece bastante constante en casi todas las ediciones de las ENS, cuyas respuestas se mueven entre el 23,4% y el 26,1%. Tan sólo la última edición, de 2006, trajo consigo una tasa de reducción muy superior a las anteriores, el 32,9%, cambio sustantivo que bien puede achacarse al impacto de la Ley contra el tabaquismo que entró en vigor en enero de ese mismo año. Ello parece confirmar que el esfuerzo institucional, plasmado en normativas legales restrictivas, consigue traducirse en cambios significativos en la voluntad de los fumadores.

Gráfico 42. *Tasas de reducción de consumo entre fumadores diarios, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

El ritmo de reducción del consumo de tabaco ha venido siendo ligeramente superior en los varones, si bien debe recordarse que sus tasas y grado de consumo han sido y siguen siendo superiores, por lo que deberán realizar un mayor esfuerzo en la reducción y el abandono del tabaco que las mujeres. El impacto de la ley antitabaco de 2006 ha ejercido una influencia bastante homogénea entre los diferentes grupos de renta y niveles de educación. Se detecta también una mejor respuesta entre los grupos de edad más jóvenes, de 16 a 34 años y especialmente baja entre los mayores de 65.

4.1.6. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 2 años

Tres de cada cuatro consumidores de tabaco que son conscientes de los peligros del tabaquismo quieren abandonarlo. La mayor parte de los intentos de abandono se hacen sin ayuda, simplemente con fuerza de voluntad. Sin embargo, dado el carácter adictivo de este tipo de consumo, muchos fumadores necesitan ayuda para dejarlo. En la Unión Europea sólo uno de cada cinco fumadores solicitó ayuda para dejar de fumar la última vez que intentó dejar de fumar. Sólo entre un 1% y un 3% de los consumi-

dores diarios de tabaco consiguen abstenerse de éste durante al menos 12 meses solamente gracias a su fuerza de voluntad. Dadas estas dificultades, el abandono voluntario del tabaco es un proceso lento y difícil que requiere todo el apoyo institucional y la colaboración de la sociedad si se quiere acabar con el tabaquismo.

Más de la mitad de la población que ha fumado alguna vez en su vida es fumador diario. Asimismo, y como hemos visto, los fumadores diarios representan la inmensa mayoría (el 90%) de los fumadores y aunque la cuarta parte de ellos declara haber reducido su consumo en los últimos 2 años, los datos de contraste (tasa de fumadores diarios) revelan que la mayoría de ellos, con reducción de consumo o sin ella, no dejan de ser fumadores diarios. En los últimos veinte años, la tasa de fumadores diarios ha ido reduciendo su peso a una media anual de un punto aproximadamente, lo que, con este mismo ritmo, llevaría la erradicación del tabaquismo a un horizonte de más de un cuarto de siglo.

Gráfico 43. *Tasas de abandono del tabaco en los últimos 2 años entre fumadores diarios, 1993-2006*

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

A lo largo de los últimos años una media del 10% de los que dicen haber sido fumadores diarios declara haber abandonado el consumo en los últimos 2 años, lo que equivaldría, de ser cierto, a una reducción anual media de la tasa de fumadores diarios del 5%, dato que parece poco consistente con el que ya hemos comentado del 1% anual, reflejado por la evolución de la tasa de fumadores durante los últimos veinte años.

4.1.7. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 10 años

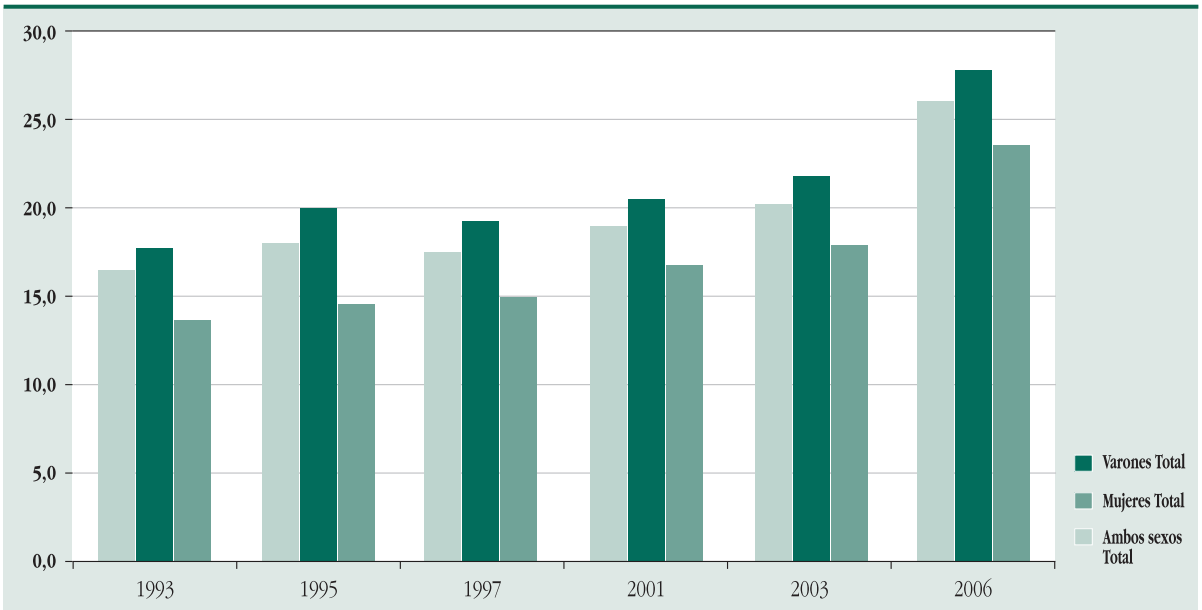
Más congruente con la tasa de abandono efectiva sería la resultante de la declaración de abandono del tabaco en los últimos 10 años, que en la mayoría de las ENS presenta una proporción en torno al 20% de los fumadores que han abandonado el consumo y que, repartidos en diez años, arroja una media anual del 2% de abandonos. Esto podría poner de manifiesto que más de la mitad de las personas que dejan de fumar vuelven a ser fumadores habituales tras un periodo temporal de carencia de consumo. El carácter adictivo del consumo de cigarrillos da lugar a que una gran parte de los autodeclarados "exfumadores" actuales vuelvan al grupo de fumadores algunos meses o años después.

Algunos informes indican que un tercio de los fumadores ha realizado al menos tres intentos de abandonar el tabaco y que una mayoría de los intentos de reducción o abandono del tabaco fracasan[8]. Por ello, el dato de evolución más fiable

[8] J. J. Moreno Arnedillo, F. J. Herrero García de Osma, Tabaquismo: programa para dejar de fumar, Ediciones Díaz de Santos S.A., 1998, ISBN 8479783605, 9788479783600, 190 páginas.

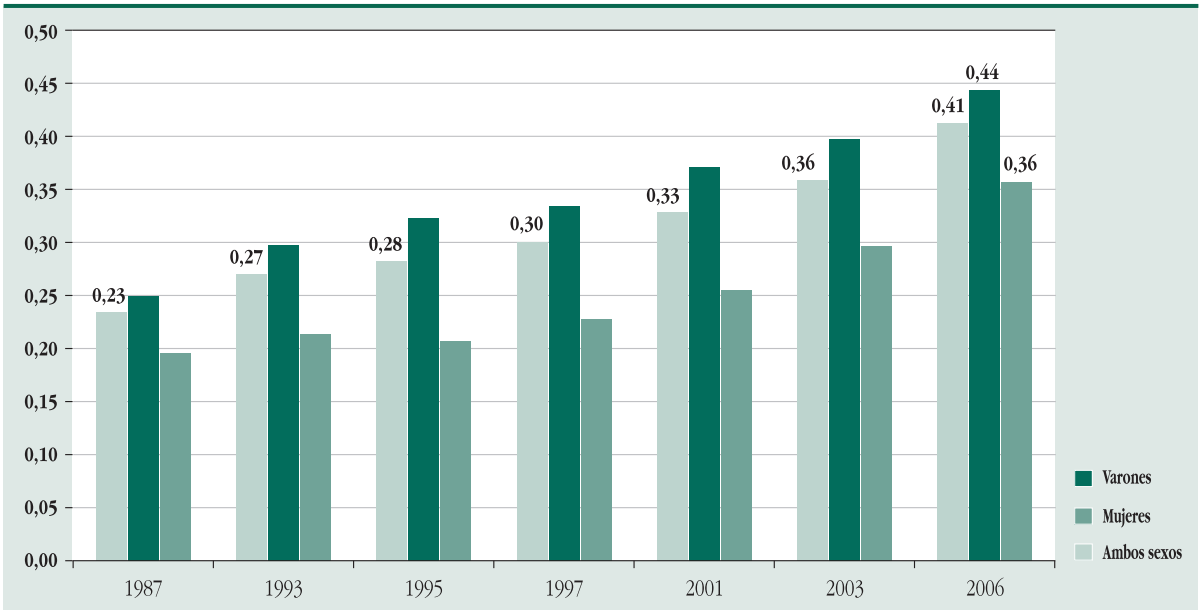
es la tasa real de abandono, entendida como cociente entre el número actual de fumadores y el de los que lo son o lo han sido alguna vez, que nos indica que durante los últimos veinte años hay un progresivo incremento de dicha tasa que se ha duplicado prácticamente desde el 0,23 al 0,41, es decir, que el porcentaje de personas que han fumado y ya no lo hacen es cada vez mayor, siendo el de los varones (0,44) claramente superior al de las mujeres (0,36).

Gráfico 44. *Tasas de abandono del tabaco en los últimos 10 años entre fumadores diarios, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Gráfico 45. *Tasas de abandono del tabaco en los últimos 10 años entre fumadores diarios, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

4.2. Consumo de bebidas alcohólicas

El consumo excesivo del alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad prematura y a la carga de morbilidad evitable en todo el mundo, por lo que influye muy negativamente sobre la salud pública. Se estima que el uso nocivo del alcohol causó, en 2002, 2,3 millones de muertes prematuras en el

mundo (equivalentes a un 3,7% de la mortalidad mundial) y generó un 4,4% de la carga global de morbilidad[9].

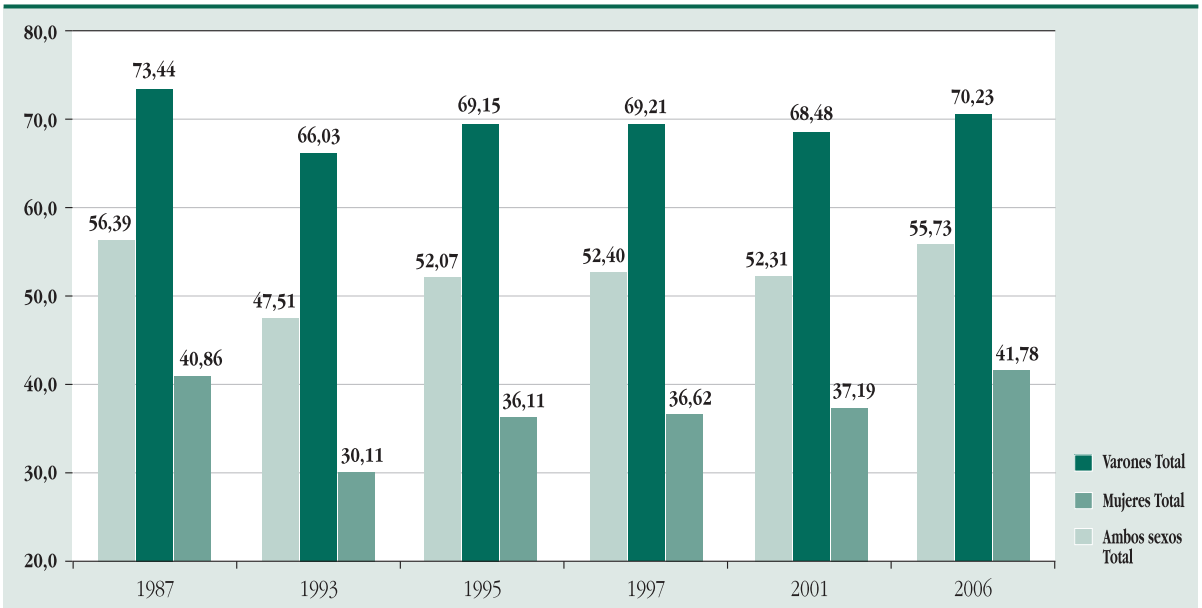
El uso nocivo del alcohol es uno de los principales factores evitables de riesgo de trastornos psiquiátricos y enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y varios tipos de cáncer. Una proporción importante de la carga de morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de colisiones en las vías de tránsito. Los traumatismos mortales atribuibles al alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes.

El concepto de uso nocivo del alcohol abarca diversos aspectos del fenómeno de la bebida. Uno de ellos es el volumen ingerido a lo largo del tiempo: de todos los factores pronóstico de muchas enfermedades crónicas que guardan relación con la bebida, el más directo es la cantidad total de alcohol consumida a lo largo de varios años. Entre otros factores del mismo tipo están las características del consumo, en particular: el hecho de beber, ocasional o regularmente, hasta la intoxicación; el contexto en el que se bebe, que puede elevar el riesgo de traumatismos no intencionados y de transmisión de ciertas enfermedades infecciosas; y la calidad de la bebida alcohólica o su contaminación con sustancias tóxicas como el metanol.

4.2.1. Consumo de bebida alcohólicas en las últimos dos semanas

Las ENS de la última década reflejan con cierta constancia que más de la mitad de la población es consumidora de algún tipo de alcohol, con una ligera tendencia al alza, fundamentalmente achacable a la incorporación de la mujer a estos hábitos de consumo antes mucho más polarizados en los varones. Todavía las diferencias entre sexos son muy importantes; en algunos años las tasas de consumo de los varones casi duplican las de las mujeres, aunque las diferencias han estado acortándose en la última década. En 1993, la tasa de las mujeres representaba un 45,6% de la de los varones; en 2006, la de las mujeres supone ya el 59,5% de la de los hombres. En conjunto, la tasa de bebedores ha crecido algo más en la última edición de 2006 con respecto a las de los anteriores años, habiéndolo hecho con mayor intensidad en el caso de las mujeres.

Gráfico 46. *Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas 2 semanas, 1987-2006*

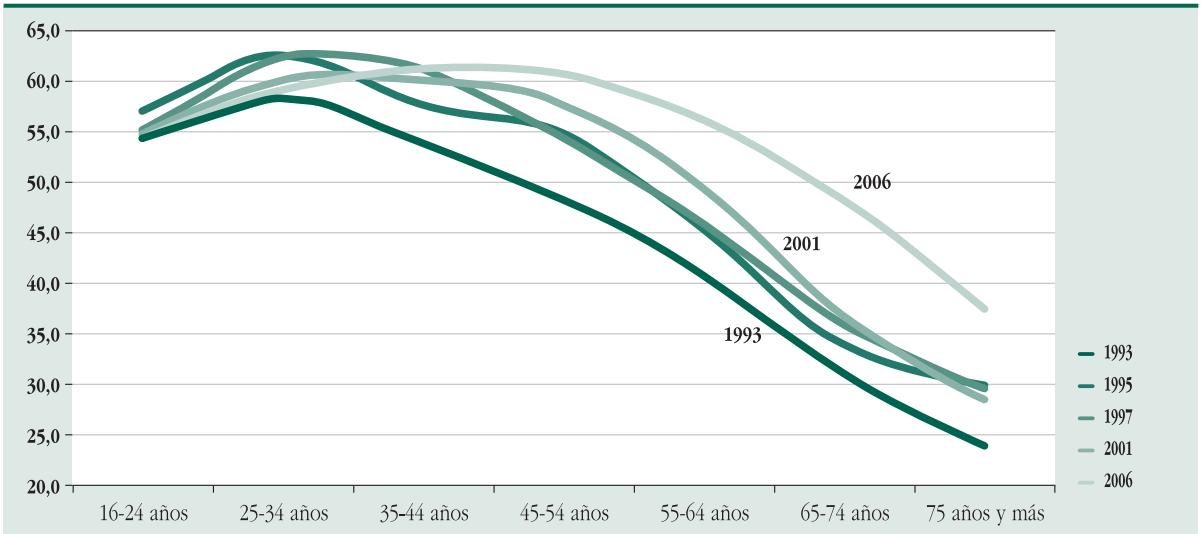


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[9] OMS, 2008. Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol. Resolución WHA61.4 de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud.

Las tasas de mayor consumo se registran, en los varones, entre los 45 y 54 años, y en las mujeres entre los 35 a 44, con unas tasas de bebedores del 74,1% y el 48,6%. A lo largo de los años analizados, tanto la edad media como la moda de la prevalencia de consumo de alcohol se han ido desplazando hacia una mayor edad, lo que no quiere decir, claro está, que en estas edades se beba en más cantidad o más frecuentemente, sino que las mayores tasas de personas que beben con regularidad se encuentran en los grupos de más edad. Es decir, el hábito de beber se abandona a muy tardía edad, en muchos casos por razones de salud, por lo que las tasas no empiezan a descender significativamente hasta prácticamente pasados los 70 años. Todo ello redunda en una población bebedora progresivamente mayor, tanto en número como en edad. Se empieza a beber antes, lo hacen más personas y se sigue bebiendo hasta mayor edad.

Gráfico 47. *Tasas de consumidores de alcohol, en las últimas 2 semanas, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Los jóvenes que han optado por consumir bebidas alcohólicas y las beben regularmente constituyen un segmento importante para el mercado de los productores de bebidas alcohólicas. La publicidad dirigida a los adultos jóvenes y su efecto imitativo sobre los adolescentes trae consigo un progresivo adelantamiento de la edad de consumo de alcohol. La edad media de iniciación al hábito del alcohol se ha ido acortando progresivamente, situándose ya por debajo de los 16 años, con muy pocas diferencias entre ambos sexos.

En los últimos diez años la edad de inicio entre los grupos más jóvenes (16-17 años) bajó desde los 17,7 años hasta los 15,5. Con muestras más jóvenes (14-18 años) los datos de otras encuestas revelan que el inicio en el alcohol ha bajado ya por debajo de los 14

Cuadro 4. *Edad de inicio al consumo de alcohol, por grupos de edad, en las ENS*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006
16-17 años	17,72	15,62	15,62	15,47
18-24 años	17,46	16,75	17,05	16,84
25-34 años	18,67	17,70	17,74	17,82
35-44 años	19,73	18,79	18,17	18,69
45-54 años	20,92	19,92	19,10	19,61
55-64 años	22,58	20,86	19,65	20,30
65 años y más	22,08	21,74	19,85	21,20

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

años (13,7 años y 15,7 para consumo semanal en 2008[10]). El vino y la cerveza son las bebidas alcohólicas más consumidas en todas las encuestas, si bien hay una tendencia progresiva a trasladar el consumo de vino a otros los días de la semana y no sólo en el fin de semana.

El adelantamiento de la iniciación al alcohol, la extensión del consumo de las bebidas más frecuentes a todos los días de la semana y el envejecimiento de la población, que sustituye niños y adolescentes no bebedores por adultos y mayores que sí lo son, han traído consigo un incremento progresivo del consumo de bebidas alcohólicas en el conjunto de la población: beben más personas, más a menudo y más cantidad.

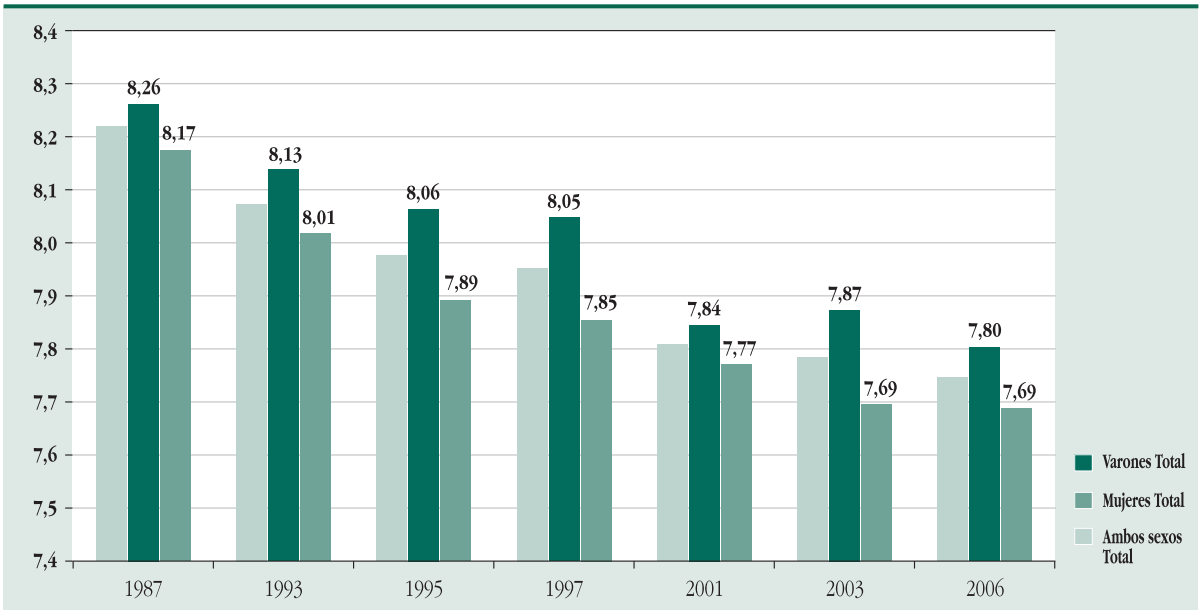
4.3. Descanso

El sueño, en tanto que supone la cesación de todas las actividades voluntarias y la mayor parte de las conscientes, es la forma más natural para conseguir el descanso corporal y mental. Es un proceso fisiológico básico necesario para el mantener la salud, el equilibrio psíquico y el bienestar general. La mayor o menor actividad desarrollada genera un determinado nivel de cansancio, que varía en función de las condiciones físicas personales y de la capacidad de recuperación de cada individuo. Por ello, las horas que una persona necesita dormir y descansar dependen de cada caso particular.

4.3.1. Número de horas diarias de sueño

La edad es un factor determinante en cuanto a la necesidad de sueño y descanso, pero también lo es la actividad física y mental desarrollada durante el día. En general, a medida que las personas tienen más años necesitan dormir menos. Los niños más pequeños precisan dormir muchas horas; la media de horas de sueño de los niños de 0 a 4 años es, en todas las encuestas de la serie, superior a 11 horas, sin haberse alterado apenas en 20 años. Los niños entre 5 y 15 años vienen manteniendo un nivel de sueño medio aceptable por encima de las 9 horas, si bien se aprecia ya en una disminución de las horas de sueño que se puede cifrar entre 20 minutos y media hora menos de lo que dormían hace veinte años.

Gráfico 48. *Número medio de horas de sueño por sexo, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[10] Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2009.

El análisis de la serie de horas medias de sueño del conjunto de la población muestra ya con claridad un descenso en las horas de sueño a lo largo de los 20 años de ENS. Tanto los varones como las mujeres han reducido sus horas de sueño en todas las franjas de edad, con la excepción ya hecha de los menores de 4 años y la de los mayores de 75. Los varones duermen en 2006, 27 minutos menos que en 1987, mientras las mujeres han disminuido su tiempo de sueño en media hora en el mismo periodo de tiempo. Así pues, la población española disminuye su tiempo de sueño diario a razón de un minuto y medio menos por año. Todo ello manteniéndose siempre una diferencia de sueño entre hombres y mujeres en el entorno de 5 a 12 minutos diarios. En 2006 la mujer española dormía un promedio de 7 minuto menos que el hombre, es decir, 42,5 horas al año o 5,5 días de sueño menos.

Los hábitos de vida ligados al desarrollo económico (jornadas laborales, tiempo de transportes, trabajo domestico e incremento de horas de televisión o videojuegos) parecen ser los principales responsables de este progresivo deterioro del tiempo de sueño. Menor nivel educativo, menor renta, grandes poblaciones y jornadas continuadas correlacionan positivamente con menor sueño, en general con mayor incidencia en el descanso de las mujeres.

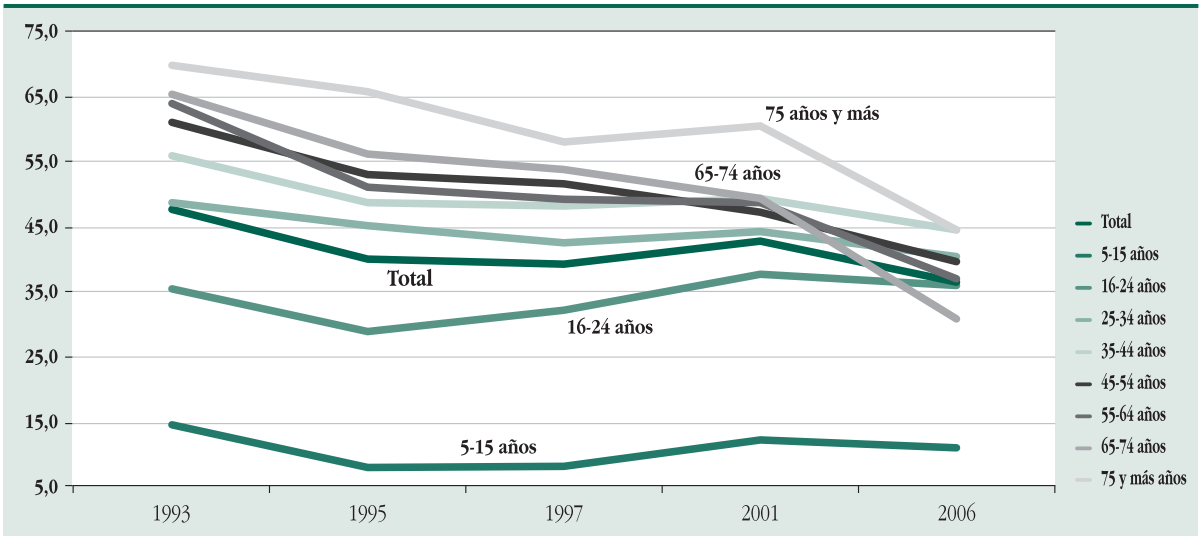
4.4. Actividad física

Conseguir y mantener un buen estado de salud no sólo implica carecer de dolencias o enfermedades, sino también conjugar hábitos y actividades que permitan conservar la salud de manera estable. El sedentarismo impuesto por muchas actividades laborales y algunas conductas de ocio, como el cine, la televisión o los videojuegos necesita ser compensado con la realización habitual de ejercicio aeróbico. Aunque se alienta y educa a los niños para la práctica de los deportes y el mantenimiento del estado físico, la mayoría de las personas abandona progresivamente estos hábitos al llegar a la edad adulta. El ejercicio físico aporta flexibilidad corporal, previene la obesidad, mejora el rendimiento laboral, intelectual y sexual, facilita el sueño y el descanso y disminuye el riesgo de dolencias cardíacas y arteriales.

4.4.1. Sedentarismo

La falta de actividad física suele traer como consecuencia un desbalance entre el ingreso y el gasto de calorías, produciendo aumento del peso corporal, disminución de la elasticidad y movilidad articular, merma de la habilidad y la capacidad de reacción, ralentización de la circulación con la consiguiente sensación de pesadez, y desarrollo de edemas y dilataciones venosas (varices), dolor lumbar y lesiones del sistema de soporte osteoarticular. Además, el sedentarismo se encuentra asociado con otros problemas de salud, como la mala postura, debido al poco desarrollo del tono de las respectivas masas musculares, sensación frecuente de cansancio, desánimo, malestar y baja autoestima relacionada con la imagen

Gráfico 49. *Sedentarismo por grupos de edad, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

corporal, tendencia a la hipertensión arterial, diabetes, cáncer de colon y, en general, todas las enfermedades cardiovasculares.

Desde 1993 a 2001, en la encuesta se preguntaba: "¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?". Se considera sedentarismo si la persona entrevistada responde "No hago ejercicio. Mi tiempo lo ocupo casi completamente sedentario (leer, ver televisión, ir al cine, etc.)". En 2006, se considera sedentarismo si la persona entrevistada responde "No, normalmente no hago ejercicio físico"[11]. Pese a las alteraciones en las respuestas, parecen advertirse dos cambios significativos y de sentido contrario: de un lado, una tendencia a la reducción de la tasa de sedentarismo en los adultos, más acusada a medida que ascendemos en los grupos de edad; y, de otra parte, una tendencia al incremento de la tasa de sedentarismo en los grupos más jóvenes.

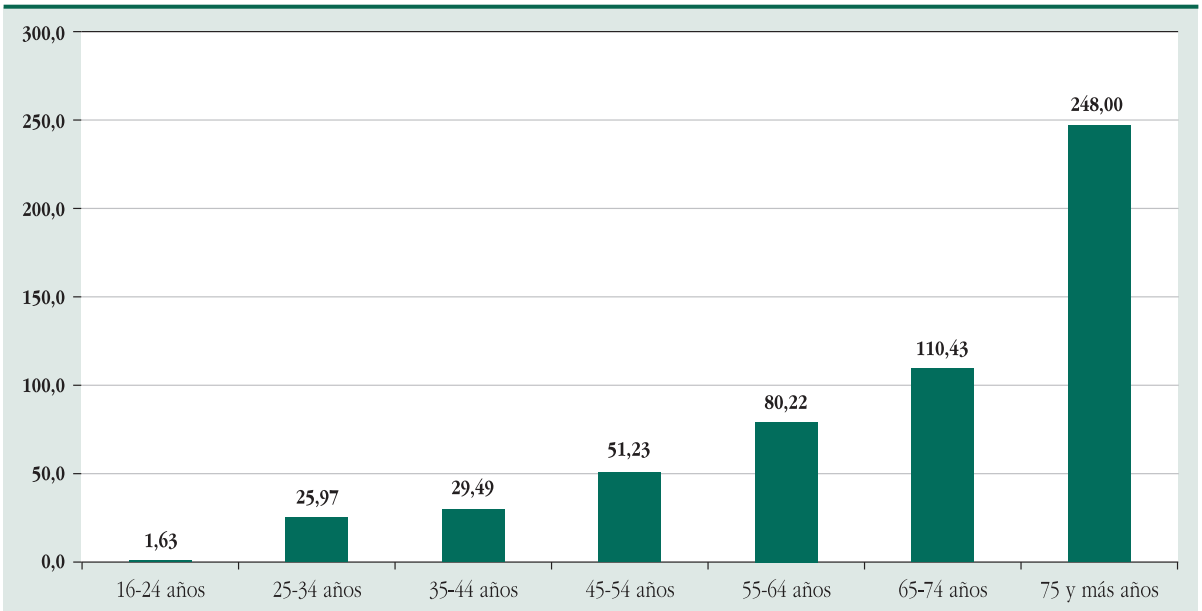
En conjunto, la población está cada vez más concienciada de los efectos negativos que arrastra el sedentarismo. Con el paso de los años se advierte una reducción de los porcentajes de personas sedentarias (se ha reducido en un 23,5% entre 1993 y 2006) siendo más notable en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Sin embargo, resulta menos positivo y más preocupante que la tasa de inactividad de la población entre 16 y 24 años no sólo no se acerca a la media sino que incluso aumenta ligeramente con respecto a la cifra del año 1993. La tasa de sedentarios de 16 a 24 años creció en el mismo periodo un 1,6%, íntegramente achacable a los chicos, cuya tasa de sedentarios se incrementó en un 11,8%

4.4.2. Actividad física moderada o intensa en tiempo libre

Resultados similares y complementarios obtenemos al analizar la evolución de las tasas de población que realiza algún tipo de actividad física, ya sea moderada o intensa. Al comparar las tasas de actividad por edad entre los años disponibles, 1993 a 2001, se registra un avance positivo del conjunto de la población hacia una mayor actividad física, si bien su distribución por grupos de edad es muy desigual. En la encuesta se preguntaba: "¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?". Se considera que realiza actividad física moderada o intensa si la persona responde "Actividad física regular varias veces al mes" o "Entrenamiento físico varias veces a la semana".

Lamentablemente, también en este apartado el grupo de edad que menos ha evolu-

Gráfico 50. *Incrementos de las tasas de población que realiza una actividad física fuerte o moderada en su tiempo libre por grupos de edad, 1993-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[11] En la ENS de 2003 se considera sedentarismo si la persona entrevistada responde "No realiza actividad física alguna", respuesta que eleva la tasa de de sedentarismo, razón por la que se ha excluido del gráfico.

cionado en este aspecto es el de 16 a 24 años, siendo preocupante el caso de los jóvenes varones que incluso redujeron su tasa de activos en un 2,9%, mientras que en las chicas de esta edad se incrementa un 13,3%. En general, el incremento de los activos ha sido correlativo con la edad, siendo mucho mayor en los grupos de más edad y resultando altamente positivos los avances registrados en los grupos de población de más de 65 años, lo que sin duda es a la vez un indicador y un determinante de la mejora de la calidad de vida entre los más mayores.

El lado negativo es que, tanto en varones como en mujeres, los dos grupos de edad que menos han incrementado su actividad física en el periodo 1993-2001 han sido los de 5 a 15 y de 16 a 24, circunstancia que parece poner de relieve los efectos de una nueva sociedad tecnológica caracterizada por el fácil acceso a ordenadores, videojuegos, televisión y, en general, un mayor y mejor acceso a más cantidad de información, redes sociales, ocio y servicios sin necesidad de salir de los hogares y, a menudo, sin moverse de un escritorio.

Un informe reciente del Parlamento Europeo reconoce que la creciente obesidad infantil esta ligada a un déficit de actividad física: "No es la ingestión de una cantidad de calorías muchísimo más elevada lo que causa el sobrepeso, sino la inactividad física: los niños no comen más: se mueven menos"[12]. El informe subraya las actividades físicas y el deporte contribuyen notablemente a la lucha contra las tendencias negativas en materia de salud. Asimismo, el mencionado informe reconoce que el ejercicio físico sistemático mejora la salud y propone que se preste mayor atención al importante papel que desempeñan la educación física y el deporte en el ámbito de la salud pública, a la vez que insta a los Estados miembros a promover el estilo de vida sano y la practica de una actividad física regular.

4.5. Alimentación

La relaciones entre la actividad física, la dieta, y la salud ha sido reiteradamente establecidas y reconocidas, en particular el papel de los estilos de vida como factores determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades como la obesidad, las enfermedades cardiacas, la diabetes tipo 2, la hipertensión, el cáncer y la osteoporosis.

Un estudio del Instituto Sueco de Salud Pública concluía, hace una década, que en la Unión Europea, el 4,5 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se pierden debido a una mala alimentación, mientras que un 3,7 % y un 1,4 % más se pierden por causa de la obesidad y la falta de actividad física, es decir, el 9,6 % en total frente al 9 % debido al tabaquismo[13].

Las opciones alimentarias vienen determinadas tanto por las preferencias individuales como por los factores socioeconómicos. La posición social, los ingresos y el nivel de educación son determinantes de la alimentación. En consecuencia, la prevalencia de enfermedades crónicas debidas a la alimentación varía mucho en función del sexo, la edad y el nivel socioeconómico. Además, los hábitos alimentarios se encuentran a menudo arraigados en las tradiciones locales y regionales. Todo ello demanda una información a los consumidores tanto sobre el contenido nutricional de los alimentos como sobre los efectos sobre la salud de los diferentes tipos y formas de alimentación.

4.5.1. Hábito de no desayunar

Los expertos en nutrición destacan la importancia del desayuno en la alimentación, tanto en cuanto a la conveniencia de no olvidar ni omitir esta comida como en cuanto al contenido de la misma. Aunque los hábitos culturales en relación

---

[12] Informe sobre la función del deporte en la educación, (2007/2086(INI)), Comisión de Cultura y Educación, Schmitt, P.

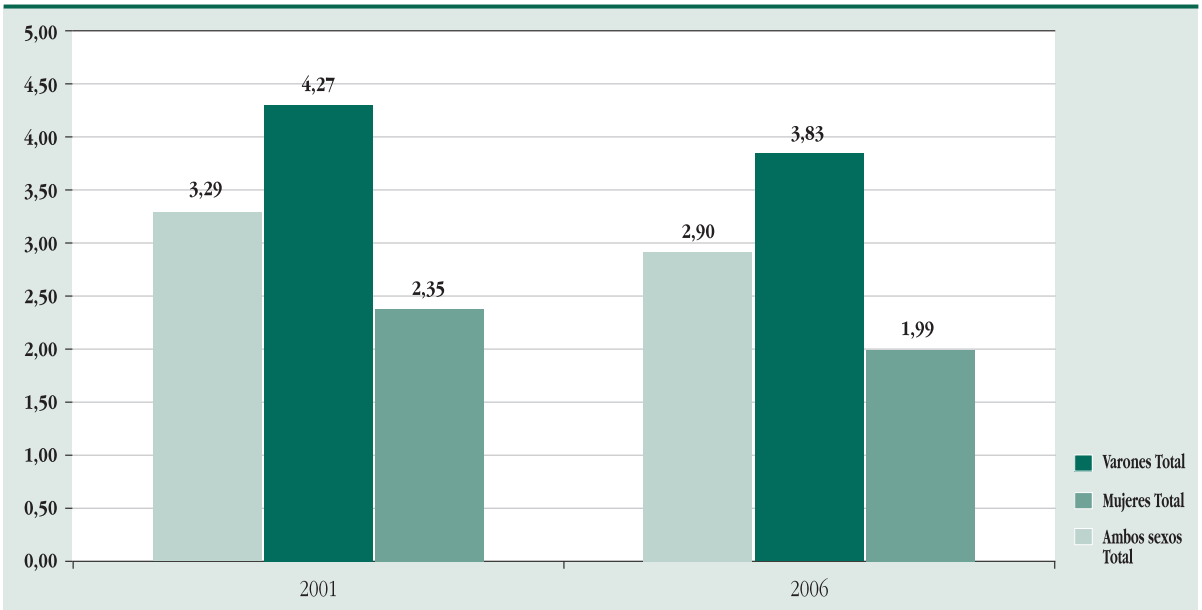
Véase también: Situación actual y perspectivas para la educación física en la Unión Europea, estudio encargado por el Parlamento Europeo. Autor: Ken Hardman, Universidad de Worcester, Bruselas 2007. Ver también COM(2005)0637, Libro verde «Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas.

[13] Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96.

Ver también COM(2005)0637, Libro verde «Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas.

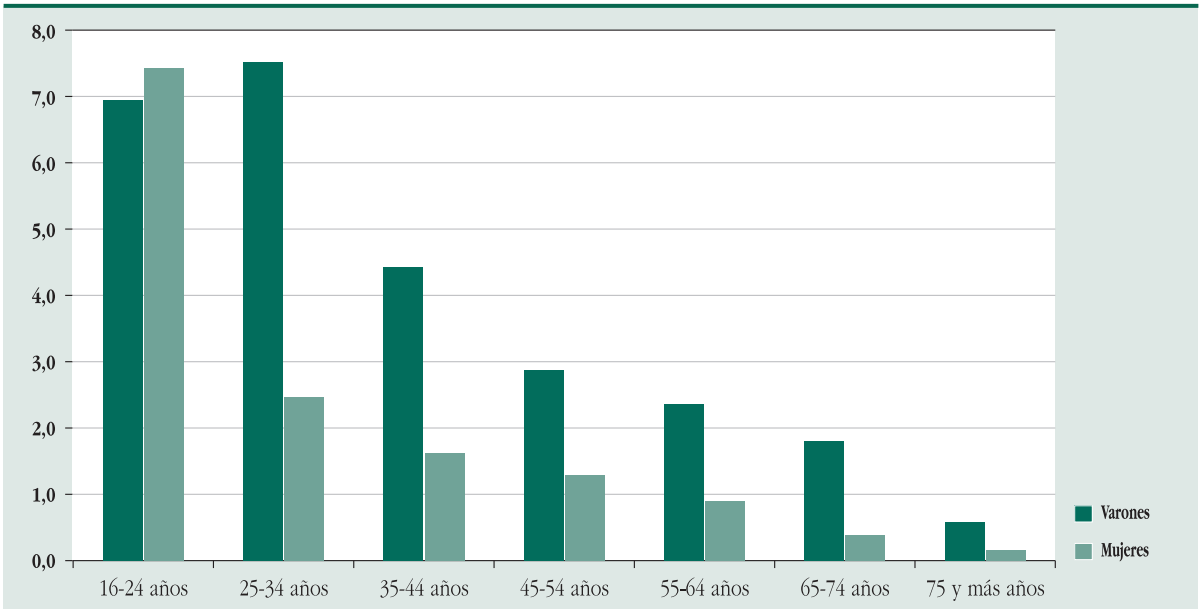
al desayuno son muy homogéneos, hay una mayor disciplina alimentaria por parte de las mujeres: en 2006 solo un 2% de ellas afirman no desayunar de forma habitual, algo que los varones hacen con bastante más frecuencia (3,8 %). La tendencia, no obstante, en los últimos años parece orientarse a la reducción de la tasa de abstencionistas del desayuno.

Gráfico 51. *Porcentaje de personas con hábito de no desayunar por sexo en 2001-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Gráfico 52. *Porcentaje de personas con hábito de no desayunar por grupos de edad en 2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

El hábito de no desayunar se encuentra mucho más extendido entre los jóvenes de 16 a 34 años y las chicas de 16 a 24, siendo también elevada entre los adolescentes de menor edad de uno y otro sexo. Los varones tienen una mayor tasa de individuos que no desayunan habitualmente que alcanza el 7,5% en el grupo de 25 a 34 años. A partir de estas edades las tasas de abstención de desayuno declinan caen sensiblemente hasta un 5% en los varones (a partir

de los 30 años) y un 2% en las mujeres (a partir de los 25).

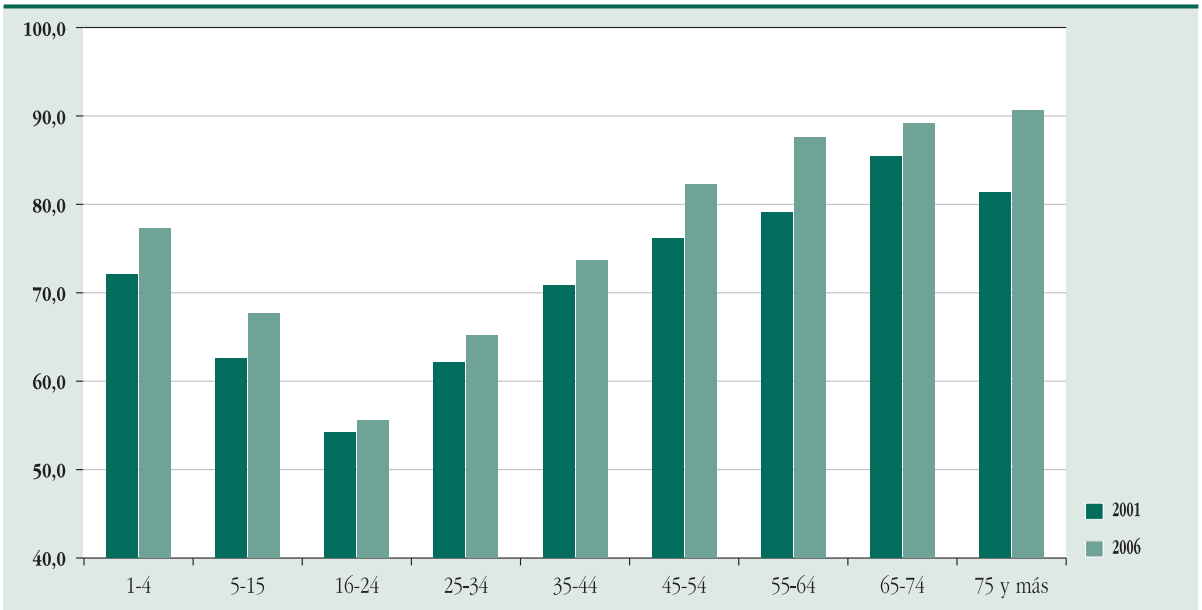
Según estudios recientes, el hábito de saltarse el desayuno tiene efectos adversos sobre la salud. Los niños y jóvenes que no desayunan presentan una tasa de obesidad muy superior a la de aquellos que sí lo hacen y tres veces superior a la de los que desayunan de forma equilibrada. Al ayunar, niños y jóvenes tienden a comer más a mediodía y a tomar otros productos más calóricos fuera de las comidas habituales[14].

4.5.2. Consumo diario de fruta fresca y/o verdura

Conclusiones similares a las del anterior apartado nos las ofrece el análisis del consumo diario de fruta fresca. En 2006, el 75,03% de la población consume fruta o verdura de forma diaria. Esto supone un avance del 7,4% respecto a la tasa de consumidores de fruta y verduras de 2001 que apenas llegaba al 70%. Las mujeres son más consumidoras de fruta y verdura que los varones, con una diferencia cercana a los diez puntos que se mantiene a través de los años; la tasa de consumo en las mujeres era del 79,2% en 2006, frente al 70,8% de los varones.

Por edades, cabe destacar que, una vez más, la población entre 16 y 24 años de ambos sexos se lleva la peor nota, ya que tan sólo algo más de la mitad realiza esta buena práctica diaria. Los jóvenes no solo continúan siendo el grupo más refractario a las frutas y verduras, sino que el avance relativo conseguido es el más reducido de todos lo grupos de edad (2,7% entre 2001 y 2006). A partir de esta edad, las tasas de consumo son crecientes en relación directa entre los años del grupo de edad y su hábito de comer fruta y/o verdura diariamente.

Gráfico 53. *Porcentaje de personas con consumo diario de fruta fresca y/o verdura por grupos de edad en 2001-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

4.6. Índice de masa corporal

Una alimentación inadecuada y la falta de actividad física son las principales causas de enfermedades evitables y de muertes prematuras en Europa, donde el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad constituye un importante problema de salud pública. Para que se acumule grasa en el organismo, es necesario que el número de calorías ingeridas sea mayor que

[14] Maureen T. Timlin, Mark A. Pereira, Mary Story, and Dianne Neumark-Sztainer, Breakfast Eating and Weight Change in a 5-Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens), Pediatrics, Mar 2008; 121: e638 - e645.

el de las gastadas. La incidencia creciente de la obesidad tiene, además, repercusiones económicas especialmente importantes. En la Unión Europea la obesidad representa más de un 7% de los gastos de salud pública[15]. La mejora en la disponibilidad y la comparabilidad de los datos sobre la obesidad, permite determinar con precisión su distribución geográfica y socioeconómica y adoptar políticas y medidas de prevención para esta epidemia.

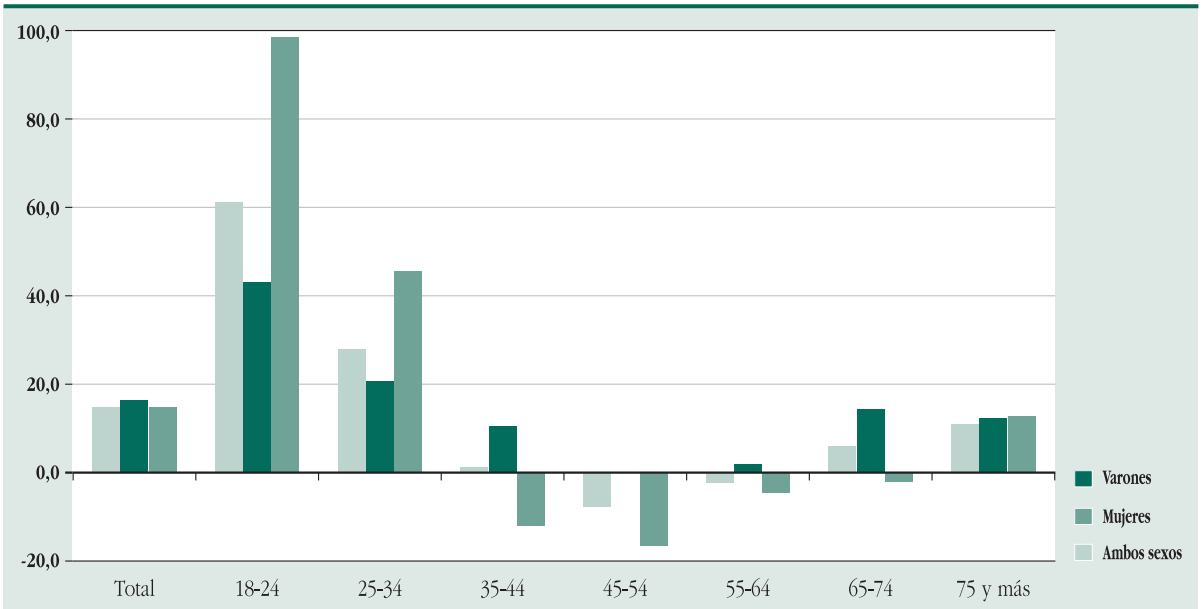
El mejor indicador para estimar el peso adecuado de las personas es el Índice de Masa Corporal (IMC) que relaciona el peso y la altura de los individuos. A pesar de que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal, es el método más sencillo para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Existen diferencias de peso, altura y masa corporal derivadas de la raza y la adaptación al medio geográfico, pero la determinación de los patrones de normalidad se apoya en estadísticas de morbilidad.

La menor tasa de mortalidad se asocia con un ÍMC próximo a 22. Algunos estudios sugieren que los intervalos del IMC entre 23.5 y 24.9 en los hombres y entre 22.0 y 23.4 en las mujeres se encuentran asociados a un menor riesgo para la salud en la medida en que dichos grupos están estadísticamente asociados con una menor tasa de mortalidad en años subsiguientes[16]. La mortalidad y la morbilidad tienden a aumentar a medida que el IMC toma valores superiores a 25 o cae por debajo de 18,5. En la población de 18 y más años, se considera sobrepeso si el IMC se encuentra entre 25 y 30. Por encima de 30 se considera obesidad leve, entre 30 y 35 obesidad moderada y si ésta alcanza el 40, obesidad mórbida.

4.6.1. Sobrepeso en población adulta

El organismo humano aumenta de peso por recibir y asimilar exceso de alimentación o por consumir insuficientemente las calorías asimiladas. Esto se debe tanto a los factores exógenos (alimentación inadecuada y/o excesiva e inactividad) como a los endógenos (problemas glandulares y endocrinos) aunque estos últimos no son los más frecuentes. La modificación de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes y la tendencia a

Gráfico 54. *Incrementos porcentuales de las tasas de sobrepeso en adultos por sexo y grupos de edad, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

[15] Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 1998 (Technical Report Series, No. 894).

[16] E. Calle et al., Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. The New England Journal of Medicine 1999 341: 1097-1105.

la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos y formas de ocio, así como a los cambios en los medios de comunicación y de transporte y a la creciente urbanización de la vida social y económica, se encuentran en el origen del sobrepeso en la actualidad.

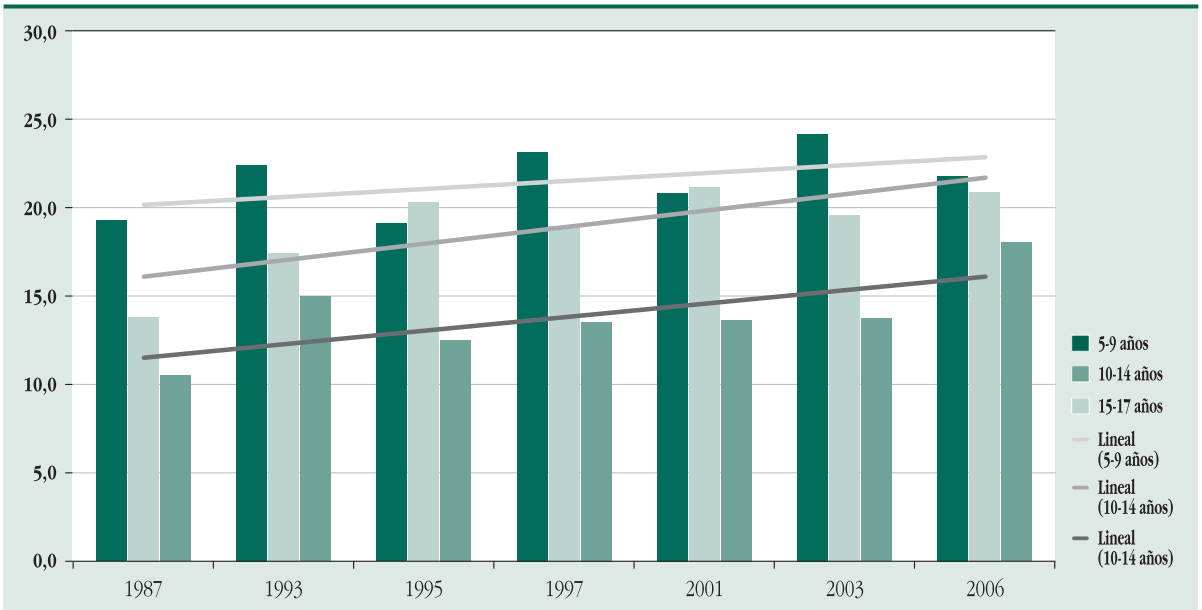
En España, entre 1987 y 2006, la tasa total de adultos con sobrepeso ha pasado de un 32,3% a un 37,1%. Si preocupante resulta el hecho de que crezca la prevalencia del sobrepeso, más lo es aún su desigual distribución que se encuentra muy concentrada en los grupos más jóvenes. El aumento del sobrepeso es muy importante en las personas de entre 18 y 34 años, mientras que se mantiene con una cierta estabilidad para el resto de las edades. Los grupos de sexo y edad que en estos veinte años más incrementaron su tasa de población con sobrepeso fueron los varones de 18 a 24 años (43%) y las mujeres de 18 a 24 (98%) y 25 a 34 (45%).

Sin embargo, en conjunto y durante el periodo analizado, las tasas de sobrepeso de las mujeres crecieron casi lo mismo (14,9%) que las de los varones (16,4%), manteniendo una diferencia entre tasas por encima de los 15 puntos. En 2006, un 44,6% de los varones presentaba sobrepeso, frente a un 29,4% en el caso de las mujeres. Hay que recordar que estos porcentajes no incluyen a la población con obesidad y, por tanto, con un IMC superior a 30 y que veremos más adelante.

4.6.2. Sobrepeso en población infantil

No muy diferente, ni menos preocupante que la situación de sobrepeso de la población joven y adulta, es la evolución de las tasas de sobrepeso en la población infantil y adolescente. La tasa de sobrepeso infantil sigue las tendencias del apartado anterior, aunque de forma mucho más acelerada. En la población de 2 a 17 años, el sobrepeso y la obesidad se definen, en función del sexo y la edad, utilizando los puntos de corte establecidos por Cole et al[17].

Gráfico 55. *Tasas de sobrepeso infantil por grupos de edad, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

A destacar la evolución de las chicas entre 15 y 17 años cuya tasa de sobrepeso se ha triplicado, pasado de un 5,26% a un 14,32% en el transcurso de los 20 años. Según se acercan más a la adolescencia, las tasas de sobrepeso son cada vez más elevadas. Hay que tener en

[17] 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.

cuenta la importancia y gravedad que supone el hecho de que los mayores incrementos de las prevalencias de sobrepeso se produzcan en la etapa adolescente, dada la repercusión que el aprendizaje de los hábitos de alimentación y actividad en dichas edades tienen en el desarrollo físico y actitudinal posterior de las personas.

Cuadro 5. *Edad de inicio al consumo de alcohol, por grupos de edad, en las ENS*

	2001	2003	2006
Total	38,6	36,0	42,6
2-4 años	15,8	32,5	4,1
5-9 años	13,0	8,6	16,1
10-14 años	52,0	63,0	38,9
15-17 años	73,4	46,6	172,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Durante la infancia y la adolescencia se adquieren hábitos de vida que predeterminan los problemas de salud en la edad adulta. En 2005 había en el mundo más de 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Es, pues, esencial orientar a los niños y adolescentes hacia comportamientos saludables en materia de alimentación y actividad. La escuela y el hogar son los medios básicos para educar y fomentar en los más jóvenes una alimentación adecuada. Además, existen múltiples estudios que demuestran que una alimentación sana mejora la concentración y facilita el aprendizaje[18].

4.6.3. Obesidad en población adulta

Según los últimos datos de la OMS, en 2005 había en todo el mundo más de 400 millones de adultos obesos y cerca de 1600 millones mayores de 15 años con sobrepeso. Asimismo, se estima que en 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano. La epidemia mundial de obesidad y de las enfermedades que ésta acarrea –cardiopatías, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y diabetes– no es ya un problema que se limite a los países industrializados[19].

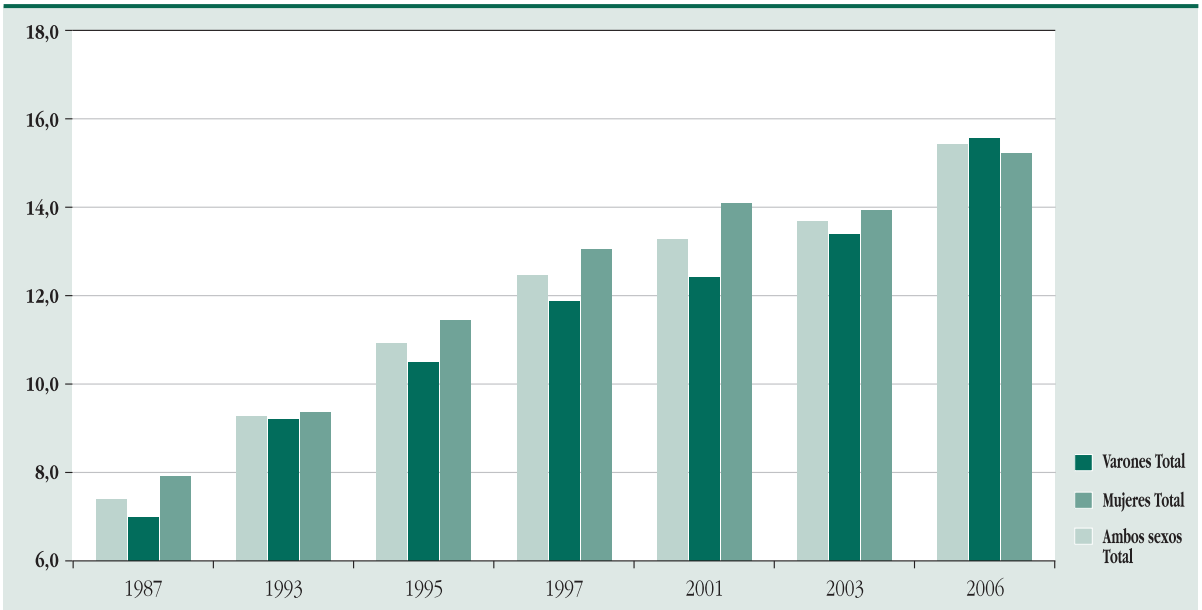
En todos los países de Europa con datos disponibles, incluida España, la prevalencia de obesidad está aumentando. La prevalencia de la obesidad en la mayoría de los países de Europa occidental se sitúa entre el 10 % y el 25 % de los adultos. España es el décimo país más obeso del mundo, según datos comparativos de la OCDE. Se puede estimar que la obesidad causa en nuestro país cerca de 30.000 muertes prematuras al año, con un coste que supone ya más del 7% del gasto sanitario total (Banegas et al, 2003).

La tasa de obesidad en nuestro país se ha duplicado en los últimos veinte años, pasando del 7,4% en 1987, al 15,4% en 2006, con un incremento medio anual del 5%. Este incremento ha sido muy similar en ambos sexos. Si a este porcentaje del 15,4% de obesos, le añadimos el 37,1% que padece sobrepeso, nos ofrece un resultado de un 52,5% de la población con exceso de peso en uno u otro grado. Y el dato más negativo es que los mayores crecimientos en las prevalencias por edad se registran en las edades más jóvenes.

[18] Brettschneider, Wolf-Dietrich / Naul, Roland (eds.), 2007, Obesity in Europe, Young people's physical activity and sedentary lifestyles, Ver también, Universität Paderborn, et al. (2004): "Study on young people' s lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance".

[19] Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas, Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2003.

Gráfico 56. *Tasas de obesidad en adultos por sexo, 1987-2006*

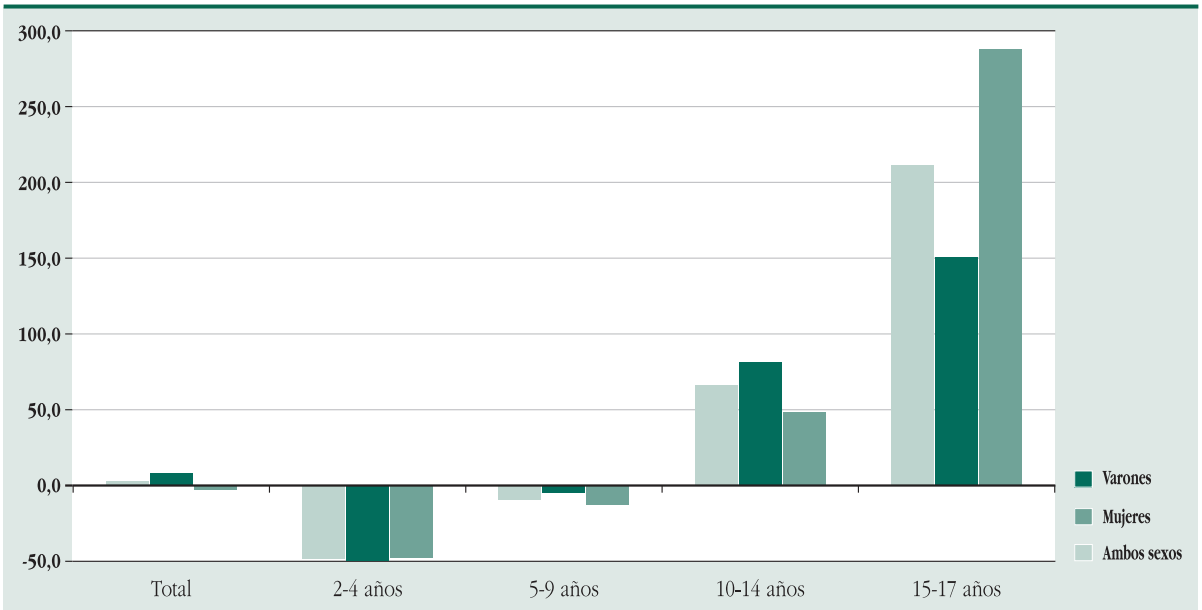


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

En efecto, las prevalencias son muy diferentes en los distintos grupos de edad. En los jóvenes de 18 a 24 años, las tasas de obesidad llegan incluso a multiplicarse por cinco respecto a las que presentaban hace veinte años. Este incremento ha sido aún más importante entre las mujeres de este mismo grupo de edad, que actualmente presentan una tasa de obesidad del 5,3% frente a una casi inapreciable (0,63%) en 1987. En general, los mayores incrementos de la obesidad de encuentran asociados con niveles más bajos de educación.

La obesidad conlleva mayor riesgo de morbilidad y mayor tasa de mortalidad. Entre las enfermedades directamente relacionadas con la obesidad se encuentran la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes. En España hay múltiples evidencias de base poblacional de que la obesidad se asocia a peor calidad de vida, mayor frecuencia de discapacidad y uso de servicios sanitarios (Guallar-Castillón et al, 2002; López García et al, 2003; León Muñoz et al, 2005a y 2005b; Guallar-Castillón et al, 2007).

Gráfico 57. *Incrementos porcentuales de las tasas de obesidad infantil por sexo y grupos de edad, 1987-2006*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

4.6.4. Obesidad en población infantil

Al igual que el sobrepeso y la obesidad en los adultos, los datos de obesidad infantil ofrecen similares perspectivas que los ya examinados sobre el sobrepeso en los niños. Los especialistas achacan esta elevada incidencia de la obesidad, especialmente en los niños, al consumo excesivo de alimentos ricos en azúcares, sal y grasas saturadas, y al progresivo descenso de la actividad física cotidiana. Se estima que, en España, un niño dedica alrededor de dos horas y media diarias a ver la televisión y media hora más a juegos de ordenador o consolas, en detrimento de los juegos en la calle o en parques.

El incremento registrado en las tasa de obesidad infantil es muy moderado comparado con el observado en adultos, y se sitúa en un 2,1%, en el periodo analizado, debido al efecto compensatorio del descenso de la tasa de obesidad en los más pequeños (2 a 4 años). Frente a ello, contrasta el importante crecimiento que registran las prevalencias de obesidad en los adolescentes de 15 a 17 años, especialmente en las chicas. Como ya se ha señalado, el sobrepeso y la obesidad son particularmente difíciles de corregir una vez que han arraigado, y hay un riesgo definido de que el sobrepeso durante la niñez continúe en la adolescencia y la edad adulta. Por fortuna, hay datos que indican que también se pueden corregir.

4.7. Prácticas preventivas generales

La eficacia de la acción preventiva en muchas enfermedades frente a los enormes costes y limitados resultados de la medicina curativa, ha inducido una creciente inversión social de recursos económicos en la investigación epidemiológica y el desarrollo de medidas de higiene y prevención. Los chequeos regulares para la detección precoz del cáncer, las vacunaciones contra las enfermedades infecciosas o el seguimiento periódico de constantes vitales como la presión sanguínea o el ritmo cardíaco se han convertido en prácticas habituales en los países desarrollados.

La difusión y divulgación del conocimiento médico, de los hallazgos de la investigación en Medicina y otras ciencias complementarias, así como la elevación del nivel cultural y educativo de la población han propiciado un mayor nivel de formación e información en los ciudadanos sobre temas y cuestiones de salud. Ello redunda favorablemente en una mayor preocupación de las personas por su propia salud y en una mejor disposición de las mismas a colaborar en políticas y programas de higiene y prevención.

Aunque la última edición de la ENS de 2006 contiene bastantes preguntas relativas a las prácticas preventivas de los encuestados, estas cuestiones no tienen apenas precedentes y continuidad en la serie de años anteriores que nos permitan un análisis más detallado de la evolución de las conductas preventivas de los españoles. Tan solo la información sobre la vacunación antigripal y las visitas ginecológicas en las mujeres mantienen esta continuidad y nos posibilitan una observación de su evolución.

4.7.1. Vacunación antigripal en la última campaña

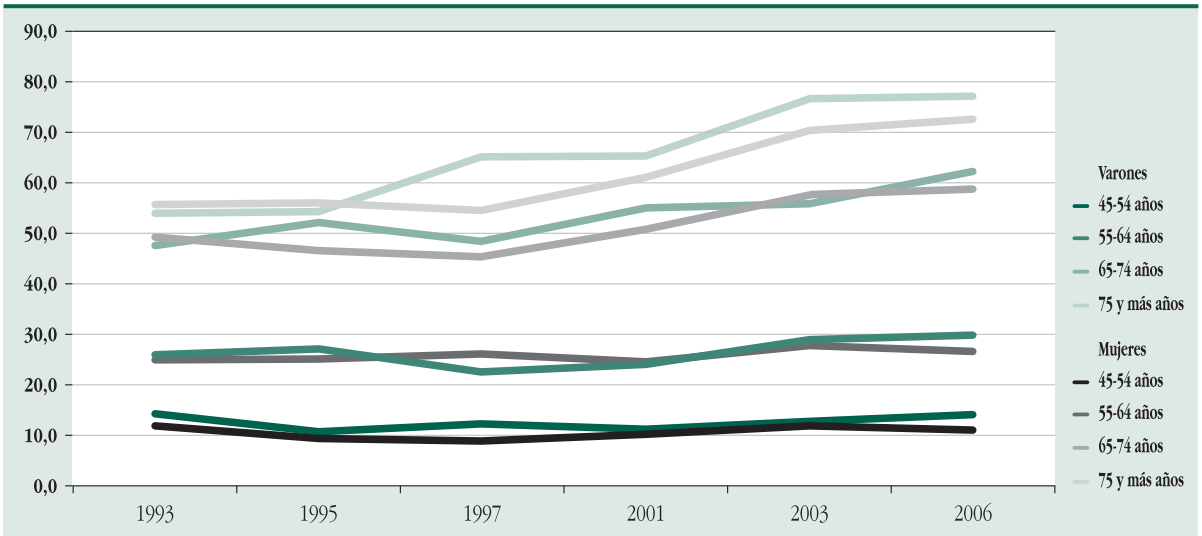
La gripe es la mayor causa de morbimortalidad en el mundo. La incidencia anual de gripe en España es variable y depende principalmente de las propiedades del virus y del nivel de inmunidad de la población. El virus de la gripe puede llegar a causar epidemias recurrentes, causando, directa o indirectamente la muerte de 3.000 a 6.000 personas cada año, con una importante incidencia en los grupos de riesgo. Es una enfermedad estacional con una media de casos notificados de gripe en España, desde 1989 a 1999, de 7,79 por cada 100 habitantes. Las sucesivas epidemias de gripe registradas en los últimos años han avivado el interés y preocupación de la población por las campañas de vacunación orientadas a la prevención de los diferentes tipos de virus gripales.

Desde la ENS de 1993 disponemos de información relativa a la vacunación declarada por las personas. En dicho año la gripe alcanzó a más de cuatro millones de personas en España. Durante los últimos años se ha registrado en nuestro país una media de dos millones y medio de casos anuales, que afectan de forma muy parecida a hombres y mujeres. En época gripal afecta hasta el 15-20 % de la población, pero es más preocupante en las personas mayores por lo que las campañas de vacunación hacen hincapié en la prevención selectiva contra este virus.

Actualmente, las vacunas contra la gripe son efectivas y seguras. Aunque las campañas están especialmente orientadas a la población de riesgo, mayor de 65 años, vacunar contra la gripe a la población laboral española comporta

un ahorro neto a la sociedad tanto en términos de morbimortalidad como de costes sanitarios y laborales de la enfermedad[20]. La OMS trabaja en estrecha colaboración con los ministerios de sanidad y organismos de salud pública de todos los países para apoyar a los países en su labor de vigilancia y prevención de las cepas de gripe gripales circulantes.

Gráfico 58. *Porcentaje de población que se ha vacunado contra la gripe en la última campaña por grupos de edad, mayores de 45 años*



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

La tasa de vacunación contra la gripe se ha incrementado notablemente en estos últimos veinte años para las personas mayores de 55 años, más propensas a contraer este virus. Las variaciones experimentadas en las tasas de población vacunada de menos de 45 años son poco relevantes, manteniéndose en todos los grupos de edad y en todos los años por debajo del 10%. Sí se han incrementado de forma muy significativa las vacunaciones en los grupos de más de 55 años, especialmente en los de 65 a 74 (un 24,5%) y en los de más de 75 años (un 35,4%), grupo en el que las tres cuartas partes estaban, en 2006, vacunadas contra la gripe, tasa de vacunación que multiplica por diez a la de la población menor de 45 años.

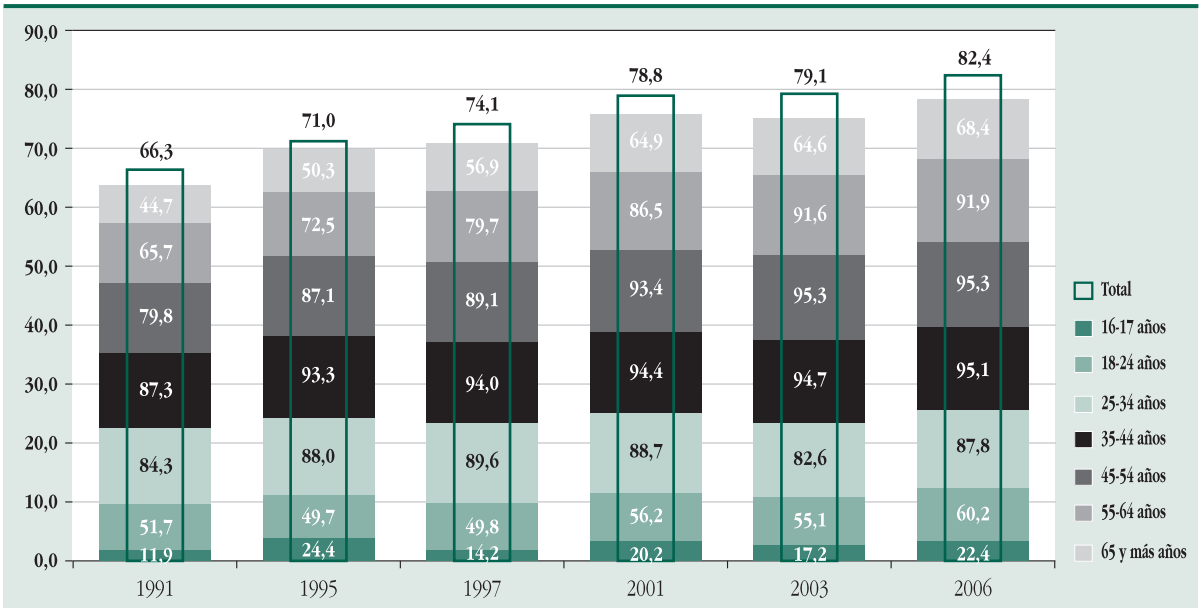
4.8. Control ginecológico

Las últimas ediciones de las ENS contemplan varias cuestiones sobre comportamiento preventivo de la salud de la mujer, como revisiones periódicas ginecológicas, citologías vaginales o mamografías. Sin embargo, solo las más sencillas y básicas se encuentran desde 1993; la primera es *¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?* - y, en caso de respuesta afirmativa, *¿Cuánto tiempo hace que ha visitado a un ginecólogo por motivos que no hayan sido un embarazo o un parto?* que nos informa sobre la tasa de mujeres que ha visitado al ginecólogo en el ultimo año.

En cuanto a lo primero, hay que recordar que hace poco más de una década, en 1997, una de cuatro mujeres españolas no había estado nunca en la consulta de un ginecólogo. Los datos del conjunto de todas las encuestas reflejan un avance lento en esta materia y que con toda probabilidad va a seguir siéndolo, en la medida en que las bolsas de mujeres que nunca han estado en el ginecólogo se encuentran entre las más mayores, por encima de los 60 años. Por el contrario, el avance es mucho más nítido, si observamos que la tasa de chicas de 16-17 años que ya han tenido alguna consulta ginecológica (22,4%) es doble de la que tenían trece años antes, en 1993 (11,9%). Un buen indicador de la situación actual lo constituye el grupo de mujeres de 45-55 años, con el ciclo reproductivo terminado, que presenta ya una tasa en 2006, del 95,3%.

[20] Juanes, José Ramón de *et. al.* Evaluación de la eficiencia de la vacunación antigripal en la población laboral española. *Gaceta Sanitaria* [online]. 2006, Vol.20, n.2 [citado 2009-11-12], pp. 101-107.

Gráfico 59. *Porcentaje de población femenina que ha acudido alguna vez al ginecólogo, por grupos de edad, 1993-2006*

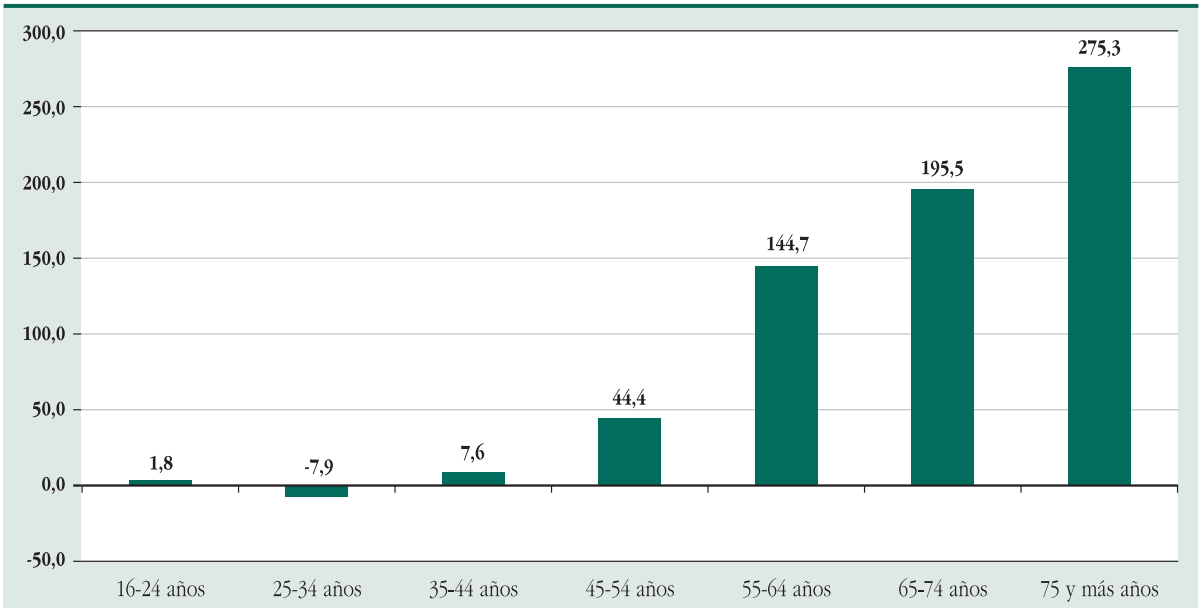


Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

4.8.1. Consulta ginecológica por motivo diferente a embarazo o parto en los últimos 12 meses en la última campaña

Dada nuestra reducida tasa de reproducción, la exclusión de las visitas asociadas al parto y embarazo, no es quizá demasiado importante, pero es, sin duda, un mejor indicador de las actitudes y comportamientos preventivos en la mujer, aun cuando una parte de estas visitas pueden estar causadas por algún síntoma o patología definida y no ser propiamente una visita preventiva o de revisión. Desde 1993 a 2006 el porcentaje de mujeres que han visitado el ginecólogo por razones diferentes al embarazo o el parto se ha incrementado en un 30%, siendo más significativos en los grupos de más edad, circunstancia que no es de extrañar al estar las edades más jóvenes más afectadas por el ciclo reproductivo.

Gráfico 60. *Incrementos porcentuales en la tasa de población femenina que ha tenido una consulta ginecológica por motivo diferente a embarazo o parto en el último año. 1993-2006*



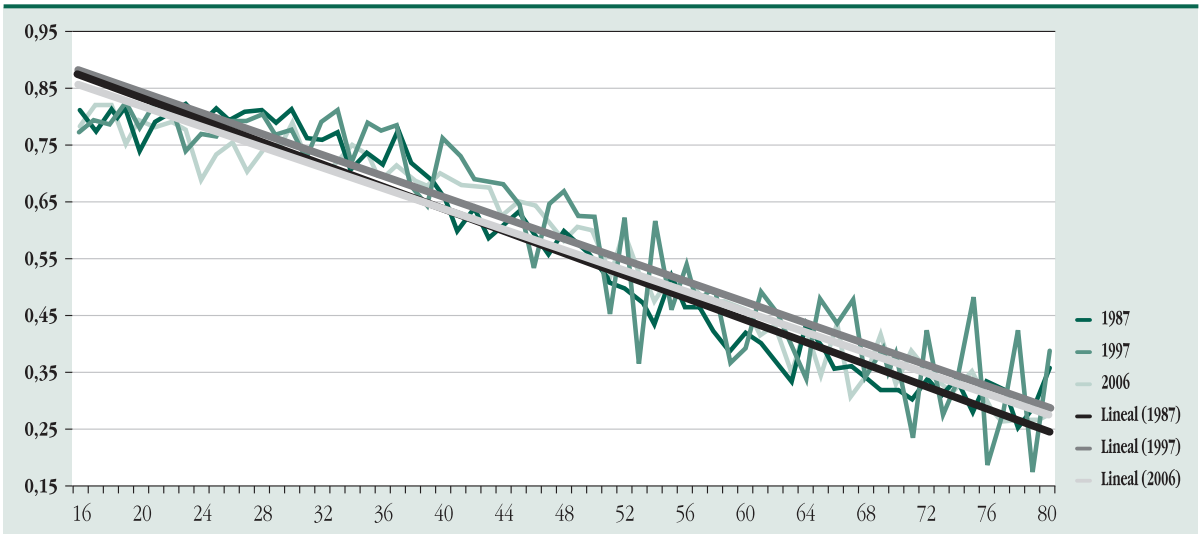
Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España y elaboración propia.

Las mujeres con edades superiores a 50 años son las presentan incrementos mayores en sus tasas de visita ginecológica, en relación casi directa a su edad. Así el grupos de 65 a 74 años ha experimentado un enorme avance pasando de un 7,92% de personas que acuden a este tipo de consultas, a un 23,42% en 2006, mientras el grupo de mayor edad (75 y más) ha incrementado su tasa en un 275%. Por el contrario, las mujeres de 25 a 34, las más afectadas por el ciclo reproductivo, no presentan apenas cambios a lo largo de la serie de años analizados.

5. Determinantes de la autovaloración de la salud

En este apartado estudiaremos las relaciones entre el estado de salud percibido y una serie de características personales y familiares. Para comenzar describiremos las relaciones existentes entre el estado de salud percibido y la edad, tanto para hombres y mujeres. En el gráfico se representa la evolución con los datos de 1987, 1997 y 2006, lo que suponen tres cortes de las ENS en tres décadas diferentes. Por otro lado se han representado por separado la evolución de la salud autopercibida y la edad para las mujeres y los hombres, ya que los resultados son diferentes por sexo.

Gráfico 61. *Porcentaje de mujeres que autovalora su salud como buena o muy buena*



Fuente: Elaboración propia a partir de las ENS.

Estos dos gráficos ponen de manifiesto que los hombres han mejorado su autovaloración del estado de salud en los últimos 20 años, mientras que las mujeres se han comportado de una forma diferente. La autovaloración de las mujeres jóvenes, hasta los 36 años ha empeorado respecto a 1987, mientras que para las mujeres mayores ha mejorado en el 2006 en rela-

ción a 1987. Ahora bien, si comparamos los datos de 1997 a 2006 apreciamos como la autovaloración de las mujeres ha disminuido en 2006 independientemente de la edad. Por tanto, podemos afirmar que la autovaloración que realizan los varones de su salud ha ido mejorando paulatinamente con el paso del tiempo, mientras que la de las mujeres, especialmente la de las menores de 40 años, ha ido empeorando.

Gráfico 62. *Porcentaje de hombres que autovalora su salud como buena o muy buena*

Fuente: Elaboración propia a partir de las ENS.

Para determinar los determinantes de la salud autopercibida vamos a recoger la influencia de una serie de variables como la edad, el sexo, la comunidad de residencia y diferentes estilos de vida. Para ello utilizaremos la muestra enlazada de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 a 2006 y la metodología utilizada por Ahn et al (2003), en la que se emplea un modelo logit ordenado. Tal como señalan estos autores, se describirá aquí "la correlación (condicionada) entre las variables dependientes de nuestro análisis y cada una de las características consideradas, tomando como dadas las restantes. No hablaremos pues de causalidad, lo que requeriría la contrastación de modelos explícitos que ligasen el resultado (estado de salud) a sus diferentes determinantes".

En las ENS a lo largo de todas las muestras, se pide a los individuos de 16 o más años que califiquen su estado de salud dentro de una de estas cinco categorías: muy bueno (1), bueno (2), regular (3), malo (4) y muy malo (5). Para estimar nuestro modelo, en este caso un logit binario, hemos agrupado las categorías en dos únicamente. De esta forma, nuestra variable dependiente (*salud*) toma valor 1 cuando la percepción del estado de salud por parte de las personas es de muy bueno o bueno, mientras que toma valor 0 en caso contrario, es decir, si la autovaloración del estado de salud es aceptable, malo o muy malo.

Por tanto, en todos los modelos que vamos a estimar suponemos que la función de distribución del modelo probabilístico asociado a ε_1 es la función de distribución logística:

$$P_i = [Y_i = 1] = F\left(x_i'\beta\right) = \frac{e^{x_i'\beta}}{1 + e^{x_i'\beta}} \qquad (1)$$

En consecuencia, la función de verosimilitud que hay que maximizar en todos los modelos es:

$$L = \prod_{Y_i=1} F\left(x_i'\beta\right) \prod_{Y_i=0} \left[1 - F\left(x_i'\beta\right)\right] = \frac{e^{\left(\sum_{i=1}^{n} Y_i x_i'\beta\right)}}{\prod_{Y_i=1}\left[1 + e^{x_i'\beta}\right]} \qquad (2)$$

Como ya hemos mencionado, en este modelo la variable dependiente toma valor uno [$Y_i = 1$] si el individuo califica su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que toma valor cero [$Y_i = 0$] en caso contrario. Por otro lado, el vector de características individuales relevantes para la decisión de calificar su estado de salud

como bueno o muy bueno está formado por las siguientes variables:

- EDAD: variable que toma valor 1 si el individuo tiene entre 16 y 17 años, valor 2 si está en entre 18 y 24, valor 3 entre 25 y 34, valor 4 entre 35 y 44, valor 5 entre 45 y 54, valor 6 entre 55-64 y valor 7 para más de 65.
- SEXO: tiene valor 0 si es mujer y 1 si es hombre.
- GEO: variables dummy en función de la comunidad autónoma de residencia.
- AÑO: variable dummy en función del año de elaboración de la encuesta.
- FUMADOR: toma valor 1 si la persona fuma y 0 en caso contrario.
- BEBEDOR: toma 1 si la persona es gran bebedor de alcohol y 0 en caso contrario
- SUEÑO: número de horas de sueño.
- IMC: valor del Índice de Masa Corporal.

Los resultados de la estimación se muestran en la siguiente tabla, en la que se han recogido los coeficientes, el estadístico de Wald que es significativo por debajo de 0,05. Los individuos incluidos en la muestra son lo que tienen valores para todas las variables en todas las ENS. Tanto la chi-cuadrado como la prueba de Hosmer y Lemeshow indican que el modelo tiene una especificación conjunta adecuada, siendo el valor del pseudo R^2 de 0,18.

Para interpretar los resultados hay que tener en cuenta que EXP(B) predice los cambios en el odd ratio cuando la variable se modifica en una unidad. Recordamos que el "odd ratio" (OR) en variables dicotómicas es la razón entre la frecuencia en que un hecho se produce y la que no se produce. Al logaritmo del OR se denomina logit:

$$odd\ \ ratio = \frac{P_i}{1 - P_i}$$
$$\text{logit} = \log\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) \qquad (3)$$

Por tanto, un valor de EXP(B) por debajo de la unidad implican un descenso en el OR y por tanto una menor probabilidad de que el individuo autovalore su estado de salud como bueno o muy bueno, mientras que si el valor es superior a 1 la variable incrementa el OR y la probabilidad de autovalorar su estado de salud como bueno o muy bueno.

Cuadro 6. *Estimación logística del modelo de determinantes de la autovaloración del estado de salud*

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Aragón	0,38	0,03	148,82	0,00	1,46
Baleares	0,20	0,04	28,59	0,00	1,22
Canarias	–0,24	0,04	44,80	0,00	0,79
Cantabria	0,34	0,04	78,39	0,00	1,40
Castilla-La Mancha	0,16	0,03	21,87	0,00	1,17
Castilla y León	0,27	0,03	112,83	0,00	1,31
Cataluña	0,22	0,03	69,55	0,00	1,24
Valencia	0,18	0,03	37,11	0,00	1,20
Galicia	–0,20	0,03	50,51	0,00	0,82
Madrid	0,19	0,03	49,70	0,00	1,21
Navarra	0,43	0,04	117,68	0,00	1,53
País Vasco	0,32	0,03	99,53	0,00	1,38
Rioja	0,46	0,04	107,28	0,00	1,58
Sexo	0,41	0,01	864,24	0,00	1,51
Edad	–0,43	0,00	9.254,48	0,00	0,65
A2001	0,18	0,02	82,81	0,00	1,19
A2003	0,06	0,02	10,13	0,00	1,06
Fumador	0,01	0,02	0,47	0,49	1,01
Sueño	0,06	0,00	195,59	0,00	1,07
Gran bebedor	0,10	0,06	2,70	0,10	1,11
IMC	–0,02	0,00	178,63	0,00	0,98
Constante	2,48	0,06	1.890,24	0,00	11,89

Y=1 si el estado de salud es bueno o muy bueno

Para la estimación del modelo hemos separado las muestras en dos, en la primera no hemos tenido en cuenta los determinantes socioeconómicos como los ingresos y el nivel de educación, ya que no están presentes de forma homogénea en todas las ENS. Por ello hemos realizado una primera estimación con todas las ENS pero excluyendo como variables explicativas la renta del hogar y el nivel de estudios del sujeto entrevistado. En otra segunda estimación, hemos añadido dichas variables y hemos reducido la muestra a las ENS de 1997 a 2006, únicas muestras en las que dicha información está presente.

Las variables más significativas para explicar la autovaloración del estado de salud son la edad y el sexo. Estas dos variables, una vez controladas el resto de factores que influyen sobre la percepción de la propia salud, especialmente la edad siendo la variable más significativa de todas. A medida que la población envejece la percepción de la salud es peor, siendo el EXP(B) de la variable de 0,65. Este valor implica una clara reducción del OR a medida que el individuo pasa de un grupo de edad a otro. Respecto al sexo, ser hombre incrementa de forma considerable la probabilidad de autovalorar el estado de salud como bueno o muy bueno, siendo el EXP de la variable de 1,51.

Un aspecto interesante es analizar la significación de las variables dummy que recogen el efecto del paso del tiempo. En este caso, sólo los años 2001 y 2003 parecen tener una influencia positiva, sobre la probabilidad de autovalorar positivamente el estado de salud, lo que implica que el comienzo de la década del 2000 ha coincidido con factores exógenos al modelo que han supuesto una mejora en la autovaloración de la salud por parte de los individuados.

En cuanto a la residencia, vivir en Aragón, Navarra, Castilla y León, la Rioja y el País Vasco aumenta de forma considerable la probabilidad de autovalorar el estado de salud como bueno o muy bueno. Por el contrario, vivir en Canarias y Galicia afecta negativamente a la probabilidad de autovalorar el estado de salud como bueno o muy bueno, siendo las dos únicas comunidades donde este efecto es negativo y significativo.

Por último, señalar que, respecto a los estilos de vida, ni fumar ni beber tienen efectos significativos sobre la autovaloración del estado de salud como bueno o muy bueno. En este sentido, sólo el IMC y las horas de sueño parecen tener una influencia significativa. Así al incrementarse el IMC del individuo se reduce la probabilidad de autovalorar el estado de salud como bueno o muy bueno, EXP(B) de 0,98, mientras este efecto es la inversa cuando se incrementan las horas de sueño. El dormir más, supone una mayor probabilidad de autovalorar el estado de salud como bueno o muy bueno, EXP(B) igual 1.07.

En resumen, y según este modelo inicial la variable que implica un mayor descenso en el OR y por tanto una menor probabilidad de que el individuo autovalore su estado de salud como bueno o muy bueno es la edad. Por el contrario, las variables que más incrementan el OR y la probabilidad de valorar el estado de salud como bueno o muy bueno son ser hombre, descansar, residir en La Rioja o Navarra y dormir más de 7 horas de sueño.

Ahora bien, en nuestro análisis hemos introducido para las muestras de 1997, 2001, 2003 y 2006 dos variables que recogen dos aspectos socioeconómicos especialmente importantes: la educación y los ingresos del hogar. Estas variables toman los siguientes valores:

- Educación: toma valor 1 si el individuo no tiene estudios, valor 2 si tiene estudios primarios, 3 si tiene estudios secundarios, 4 si tiene estudios universitarios.
- Ingresos: es igual a 1 si el hogar recibe de ingresos mensuales menos de 360 euros, 2 si está entre 361 a 600 euros, valor 3 de 601 a 900 euros, 4 si se encuentra entre los 901 a 1.200 euros, valor 5 de 1.201 a 1.800 euros, 6 de 1.801 a 3.600 euros, 7 si está entre 3.6001 y 6.000 euros, y valor 8 si los ingresos se encuentran por encima de los 6.000 euros.

Los resultados se presentan en el siguiente cuadro. De nuevo hemos estimado los valores para hombres y mujeres conjuntamente. La variable dependiente toma valor 1 si la autovaloración del estado de salud es buena o muy buena y 0 en caso contrario.

En este caso el modelo sigue teniendo unos valores tanto de la chi-cuadrado como de la prueba de Hosmer y Lemeshow que permiten afirmar que la especificación conjunta sigue siendo adecuada. Al introducir la educación y el nivel de ingresos los resultados mejoran, ya que el pseudo R^2 ha pasado al 0,18 para el modelo sin determinantes sociales al 0,22.

Cuadro 7. *Estimación logística del modelo de incluyendo la educación y los ingresos*

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Aragón	0,32	0,04	67,51	0,00	1,38
Baleares	0,12	0,05	6,72	0,01	1,13
Canarias	–0,16	0,05	11,80	0,00	0,85
Cantabria	0,25	0,05	26,90	0,00	1,28
Castilla-La Mancha	0,12	0,05	5,58	0,02	1,12
Castilla y León	0,35	0,03	99,06	0,00	1,41
Cataluña	–0,07	0,04	3,45	0,06	0,93
Valencia	0,13	0,04	10,25	0,00	1,14
Galicia	–0,36	0,04	99,44	0,00	0,69
Madrid	0,14	0,04	12,90	0,00	1,15
Navarra	0,36	0,05	53,01	0,00	1,44
País Vasco	0,31	0,05	45,31	0,00	1,36
Rioja	0,44	0,06	52,73	0,00	1,55
Sexo	0,50	0,02	679,68	0,00	1,64
Edad	–0,43	0,01	4.375,73	0,00	0,65
IMC	–0,04	0,00	325,70	0,00	0,96
A2001	0,20	0,02	81,02	0,00	1,22
Fumador	–0,10	0,02	21,46	0,00	0,91
Sueño	0,07	0,01	149,85	0,00	1,08
Gran bebedor	0,03	0,11	0,08	0,78	1,03
Educación	0,02	0,00	27,33	0,00	1,02
Ingresos	0,08	0,00	396,61	0,00	1,09
Constante	2,50	0,08	891,64	0,00	12,23

Y=1 si el estado de salud es bueno o muy bueno

Con respecto a los resultados del modelo anterior (Cuadro 6) vemos que tanto la edad como el sexo siguen siendo los determinantes mayores en la probabilidad de evaluar la propia salud como buena o muy buena, sin que existan cambios significativos en estos aspectos. En relación a las variables de residencia, los hallazgos encontrados en este modelo ratifican lo ya expuesto en el anterior: influencia positiva de vivir en Aragón, Navarra, La Rioja y el País Vasco, mientras que existe una relación negativa y significativa en el caso de vivir en Galicia o Canarias.

Es en los estilos de vida en los que la inclusión de la educación y los ingresos supone algún cambio importante. El aumento del IMC sigue teniendo una influencia negativa sobre la probabilidad de declarar el estado de salud como bueno o muy bueno. Del mismo modo, descansar más también sigue aumentado la probabilidad de autovalorar positivamente el estado de salud. Sin embargo, ser fumador ahora disminuye la probabilidad de declarar el estado de salud como bueno o muy bueno de forma significativa. Parece que la omisión de los ingresos y de la educación enmascaraba el efecto que sobre la autovaloración de la salud tenía el hecho de fumar.

Por último, señalar que la educación y los ingresos se comportan de acuerdo a lo observado en otros estudios. La probabilidad de declarar el estado de salud muy bueno o bueno, aumenta de forma muy significativa con los ingresos del hogar, siendo su EXP(B) de 1,09. Este mismo efecto positivo lo tiene la educación en el que a medida que el individuo ha finalizado estudios más altos, su probabilidad de declarar su estado de salud como bueno o muy bueno también aumenta.

En resumen, son los determinantes que tienen que ver con la edad y el sexo de las personas los que más condicionan su percepción del estado de salud. Sin embargo, los aspectos socioeconómicos también se presentan como factores influyentes y persistentes a lo largo del tiempo. Mayor renta y mayor educación se correlaciona con un estado de salud autopercibido, habiendo controlado el resto de variables. Otro hecho destacable es la persistencia de diferencias geográficas, en las que Canarias y Galicia se muestran como comunidades en donde la probabilidad de declarar un buen estado de salud

decrece en comparación al resto del territorio nacional, manteniéndose este efecto a lo largo de las diferentes ENS que conforman la muestra.

Los estilos de vida no tienen una influencia tan importante en la autovaloración del estado de salud, ya que ni fumar ni beber parecen ser factores que expliquen excesivas diferencias entre cómo la gente percibe su salud. Sin embargo, la influencia tanto del descanso como del IMC es permanente y a menudo no se les presta tanta atención como al tabaco o al alcohol.

Para terminar este apartado nos interesa estimar si los determinantes de la salud autopercibida han variado a lo largo de los años y si han modificado su peso. Para ello hemos estimado el mismo modelo para los años 1997, 2001, 2003 y 2006. De esta forma, podemos apreciar las diferencias en los resultados de los diferentes estimadores. Lo primero que podemos apreciar es que la robustez del modelo es mayor a medida que pasa el tiempo, ya que el pseudo R^2 es del 15,11 en 1997 mientras que en 2003 es del 25,6 y en 2006 del 20,02.

Para visualizar los cambios producidos a lo largo de las últimas cuatro ENS hemos recogido gráficamente la evolución entre los años 1997 a 2006 de los coeficientes ponderados de las variables, lo que implica que unos valores superiores a uno suponen una mayor probabilidad de autovalorar la salud como buena o muy buena por parte de los individuos, mientras que valores por debajo de 0 suponen una menor probabilidad. Por ello, hay que distinguir dos efectos en los gráficos siguientes: si el estimador está por encima o por debajo de 1, lo que nos indica si la influencia de la variable es positiva o negativa a la hora de autovalorar el estado de salud como bueno o muy bueno; y, en segundo término, estudiar al pendiente, para determinar si ésta es ascendente o descendente.

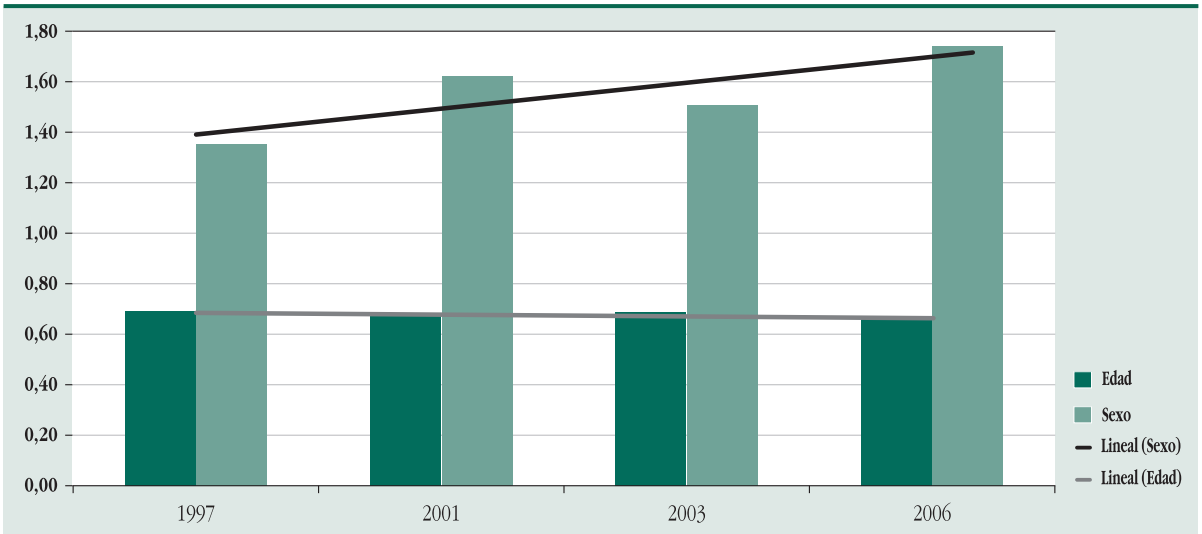
Respecto a los determinantes personales se aprecia cómo la importancia de la edad se mantiene prácticamente constante en los cuatro cortes de la ENS, tal como se puede apreciar en el gráfico, mientras que el sexo va cobrando mayor peso a medida que nos acercamos al 2006. Por tanto, el efecto de la edad es el mismo en el 2006 que en 1997, mientras que las mujeres tienen una menor probabilidad de declarar su estado de salud como bueno o muy bueno en 2006 en comparación a 1997.

Cuadro 8. *Estimaciones logística del modelo incluyendo la educación y los ingresos años 1997 a 2006*

	1997			2001			2003			2006		
	B	Wald	Exp(B)	B	Wald	Exp(B)	B	Wald	Exp(B)	B	Wald	Exp(B)
Aragón	0.03	0.03	1.03	0.27	9.33	1.31	0.37	28.83	1.44	0.27	27.86	1.31
Baleares	00.01	0.00	1.01	–0.04	0.18	0.96	–0.18	3.81	0.84	0.31	21.18	1.36
Canarias	–0.41	5.64	0.67	–0.40	20.67	0.67	–0.41	24.32	0.66	0.10	2.04	1.11
Cantabria	0.68	3.94	1.97	0.08	0.67	1.08	0.01	0.01	1.01	0.36	32.43	1.44
Castilla-La Mancha	0.16	0.89	1.17	0.35	13.29	1.42	–0.20	5.96	0.82	0.20	6.52	1.23
Castilla y León	0.23	3.16	1.26	0.19	7.07	1.21	0.34	56.03	1.40	0.39	30.33	1.48
Valencia	0.44	13.30	1.56	0.13	2.96	1.14	0.49	43.99	1.63	–0.14	5.53	0.87
Galicia	–0.20	2.42	0.82	–0.28	14.52	0.76	–0.36	25.12	0.69	–0.45	90.09	0.64
Navarra	0.44	2.24	1.55	0.99	55.50	2.70	0.15	2.47	1.16	0.18	8.28	1.20
País Vasco	–0.27	3.59	0.77	0.22	8.73	1.25	0.18	4.79	1.20	0.32	17.69	1.38
Rioja	0.88	3.16	2.41	0.39	12.10	1.48	0.41	14.83	1.51	0.53	32.38	1.69
IMC	–0.01	4.25	0.99	–0.03	41.34	0.97	–0.04	84.91	0.96	–0.04	168.93	0.96
Fumador	0.01	0.02	1.01	–0.07	3.09	0.93	–0.09	4.73	0.92	–0.13	15.27	0.88
Horsueño	0.05	4.13	1.05	0.07	28.87	1.07	0.08	54.53	1.08	0.09	87.30	1.09
Edad	–0.37	282.18	0.69	–0.40	1037.84	0.67	–0.37	919.84	0.69	–0.42	1683.01	0.66
Sexo	0.30	20.01	1.35	0.48	163.93	1.62	0.41	147.29	1.50	0.55	346.58	1.73
Educación	0.05	1.84	1.05	0.03	7.16	1.03	0.41	394.90	1.51	0.01	4.15	1.01
Ingresos	0.07	23.49	1.07	0.06	62.99	1.06	0.05	46.42	1.05	0.12	242.36	1.13
Constante	1.81	43.34	6.09	2.36	195.08	10.57	1.41	71.93	4.08	2.31	329.66	10.09
Pseudo R”	15,11			17,4			25,6			20,02		

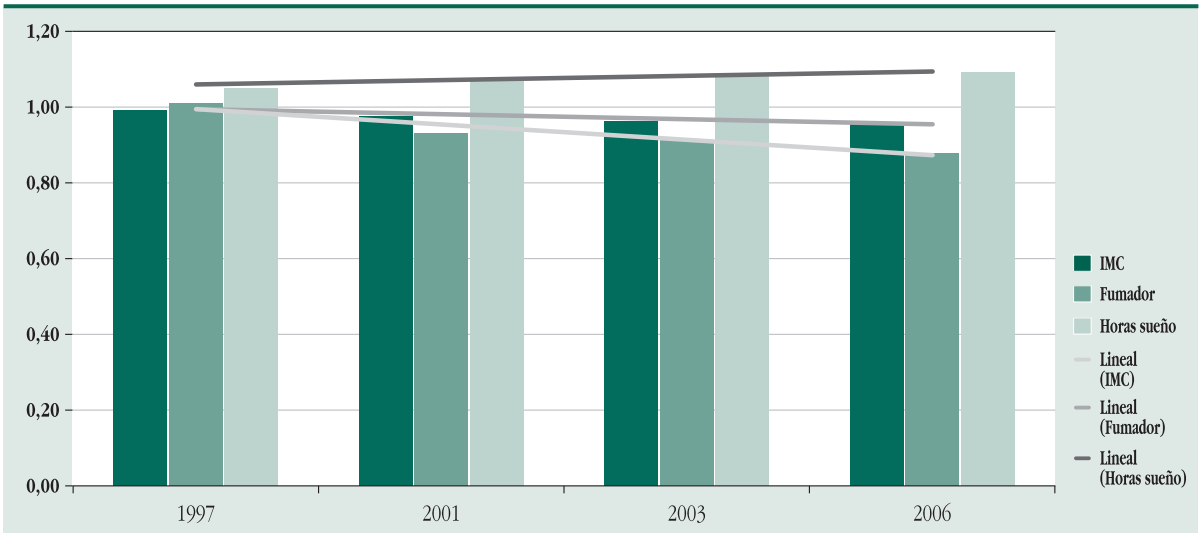
Y=1 si el estado de salud es bueno o muy bueno

Gráfico 63. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables edad y sexo*



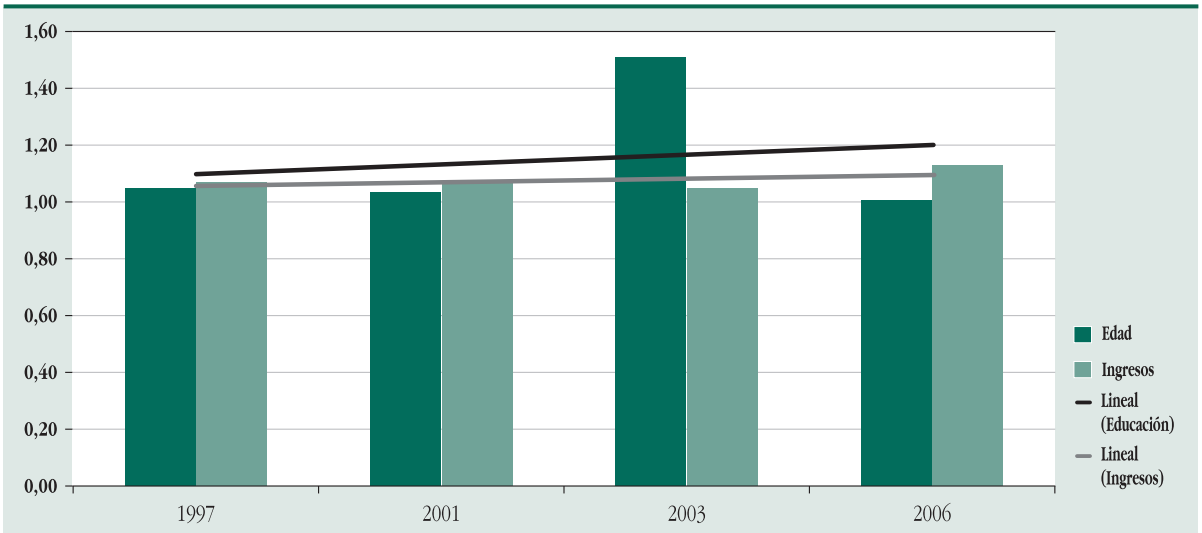
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 64. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables relacionadas con los estilos de vida*



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 65. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables educación e ingresos*



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 66. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables geográficas significativas*

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los estilos de vida se aprecia cómo la influencia positiva de las horas de sueño en la probabilidad de valorar el estado de salud como bueno o muy bueno es ligeramente creciente de 1997 a 2007. Sin embargo, son los coeficientes del IMC y de los fumadores los que tienen una evolución temporal más interesante. El IMC reduce en 2006 mucho más la probabilidad de no valorar el estado de salud como bueno o muy bueno en comparación a 1997, lo que implica una mayor correlación negativa entre IMC y saluda autopercibida. Un efecto idéntico, pero más acusado es el que se observa al estudiar la evolución del coeficiente que recoge el efecto de ser fumador. EN este sentido, en 2006 y 2003, fumar se correlaciona negativamente con la probabilidad de declarar la salud autopercibida como buena o muy buena, siendo su efecto cada vez más importante.

Las variables socioeconómicas tienen un efecto uniforme a lo largo de todas las ENS seleccionadas, siendo su influencia cada vez más importante. Por tanto, el peso que tienen la educación y los ingresos en la probabilidad de declarar el estado de salud como bueno o muy bueno es hoy algo más importante que hace unos años. Este hallazgo puede indicar un problema de equidad, ya que se puede interpretar como un indicio de mayores desigualdades en salud en 2006 en relación a 1997, influidas por la educación y los ingresos de las personas.

Respecto a las variables geográficas sólo se han introducido en el modelo los coeficientes de las CC.AA. que eran significativos en 2006. De las CC.AA. que en los resultados del modelo tenían una menor probabilidad de declarar el estado de salud como bueno o muy bueno, Galicia y Canarias, la estimación por años arroja evoluciones totalmente diferenciadas. Así se aprecia cómo la evolución de Galicia es claramente descendente, siento la CC.AA. donde es menor la probabilidad de declarar el estado de salud bueno o muy bueno. Sin embargo, Canarias con una tendencia similar, rompe esta evolución negativa en 2006. Del resto de comunidades, destacamos la evolución de la Comunidad Valenciana, donde existe una gran diferencia entre una ENS y otra, pasando de 2003 a 2006 de tener una autovaloración muy positiva a presentar un valor por debajo de uno. La CC.AA. que muestra una tendencia más claramente creciente es Castilla y León donde se aprecia que la probabilidad de declarar el estado de salud como bueno o muy bueno ha ido creciendo de 1997 a 2006.

En resumen, el estudio longitudinal nos aporta una visión dinámica de los determinantes de la salud autopercibida. Así comprobamos que la importancia de la edad es muy alta y se ha mantenido igual en todos los años, mientras que se aprecia claramente un empeoramiento de la salud autopercibida en las mujeres de 1997 a 2006. Del mismo modo, parece constatarse una mayor influencia de la renta y la educación, lo que puede implicar un incremento en las desigualdades de salud, pudiendo afectar claramente a la equidad del sistema. Con respecto a los hábitos de vida, el efecto de fumar y del IMC es, cada año, más negativo sobre la salud autopercibida, lo que confirma la importancia de estos dos factores en la valoración que las propias personas hacen sobre salud.

6. Resumen

Los veinte años transcurridos a lo largo de las diferentes ENS han estado marcados por una transformación demográfica que ha traído consigo un incremento notable de la población mayor y una reducción de la más joven. En el periodo analizado la población más joven descendió en un 26,35% y la de más edad creció un 52,28. Dicho de otro modo, en estos veinte años nuestra población ha sustituido más de dos millones de niños y adolescentes por dos millones y medio de mayores de 65 años.

En el ámbito de la salud la consecuencia inmediata de este envejecimiento demográfico es el empeoramiento del nivel medio percibido de salud, dado que el conjunto de la población ha cambiado y la opinión y la salud de los mayores, que han incrementado su número significativamente, pesa ahora más en el conjunto que la percepción de los más jóvenes y también más sanos, que han disminuido tanto en número absoluto como en su peso relativo en la población. De igual forma, en el ámbito de la protección social y de la atención sanitaria, las consecuencias han sido el empeoramiento de la tasa de dependencia, que pasó del 0,35, en 1987, al 0,31, en 2006, y un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud.

Estado de salud

La información obtenida a través de la propia percepción del estado de salud de los individuos ha ido cobrando una importancia creciente como fuente de conocimiento complementaria de los indicadores objetivos de salud, como son los de la morbilidad y la mortalidad. La percepción de la salud, obtenida a través de las impresiones del propio individuo, refleja los distintos factores sociales ambientales y de estilos de vida que están influyendo en ella y proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud.

Salud percibida y calidad de vida

Valoración positiva del estado de salud percibida en los últimos 12 meses

Los datos comparativos de las siete encuestas de salud disponibles a lo largo de estas dos décadas ponen de manifiesto que el porcentaje de personas que valoran su salud de forma positiva ha ido decreciendo paulatinamente. Sin embargo, este dato no debe interpretarse negativamente dado que el decrecimiento de la tasa de población satisfecha de su salud se debe básicamente al envejecimiento de la población, hecho que afecta, para bien y para mal, en mayor medida a las mujeres, que viven más años, pero con peor salud que los varones. Es en los grupos de más edad donde se concentra el incremento del porcentaje de población que no valora positivamente su salud.

Como consecuencia de todo ello, la tasa de población masculina que valora de forma posi-

tiva su salud pasó del 77,9% en 1987 al 75,1% en 2006, mientras que el de las mujeres se redujo casi el doble, pasando del 70% al 64,9%. El ensanchamiento de la pirámide poblacional en los grupos de edad de mayor morbilidad y su reducción en los grupos más jóvenes y con mejor salud trae como resultado un incremento de la tasa de población que valora negativamente su salud.

El aparente empeoramiento de la salud de la población se debe esencialmente al incremento de personas de mayor edad (75 y más años) con tasas más elevadas de morbilidad y la consecuente peor autovaloración de la salud. Con los datos del último Padrón Municipal de 2009, hay que estimar que en España viven ya más de un millón de personas mayores de 85 años. Por el contrario, dentro de cada uno de los grupos de las edades inferiores, incluidas las de los más mayores, se registra una mejoría de la autovaloración media de la salud

Morbilidad crónica

Aunque su prevalencia es mayor en Europa, constituyen actualmente la principal causa de muerte en todo el mundo y no únicamente en los países desarrollados. Este fenómeno se encuentra asociado con factores medioambientales, con la mayor longevidad de las poblaciones, consecuencia del desarrollo económico y con aspectos relacionados con los estilos de vida, como la alimentación inadecuada, el sedentarismo y el consumo de tabaco y alcohol.

En las últimas décadas se viene produciendo un alarmante aumento de las enfermedades crónicas. Actualmente, las muertes provocadas por enfermedades crónicas representan el 57% del total de muertes al año en el mundo, y se espera que se incrementen un 23 por ciento en los próximos 20 años.

ALERGIA

Desde hace más de veinte años, la Organización Mundial de la Alergia viene alertando sobre el grave incremento de los distintitos tipos de procesos alérgicos, asma alérgica, alergias alimentarias, anafilaxis y rinoconjuntivitis. También la prevalencia de las enfermedades alérgicas en la infancia ha aumentado de forma notable en las dos últimas décadas, afectando a uno de cada cuatro niños europeos y pudiendo considerarse a la alergia como la "epidemia no infecciosa del siglo XXI".

Como actores desencadenantes de dicho incremento hay que tener en cuenta el cambio climático, mayor exigencia en la higiene y la rápida industrialización de los países en desarrollo. La causa de todo ello podría estar en una multitud de sustancias naturales y sintéticas que no estaban en nuestro medio ambiente hace 20 años.

La prevalencia de las alergias ha experimentado en España un notable crecimiento en las últimas dos décadas. La primera edición de la ENS que recoge datos sobre esta afección es la de 1993. Desde entonces, las alergias han pasado de afectar a un 6,25% de la población a un 10,5%, siendo mucho más prevalente entre las mujeres que entre los varones, si bien el incremento ha sido similar en ambos sexos. Las edades jóvenes e intermedias, entre 16 y 44 años son las más afectadas por las alergias de uno u otro tipo.

ASMA O BRONQUITIS CRÓNICA

El asma es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la infancia. Según los datos de la última ENS de 2006, un 5,3% de la población de 0 a 15 años la padece. La Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP) viene advirtiendo que el número de niños de 0 a 14 años que padecen esta enfermedad en España está creciendo por culpa de factores como la obesidad, el tabaquismo, el número de mujeres que fuman durante el embarazo, la exposición pasiva de los menores al humo del cigarrillo, y diversos factores climáticos y medioambientales.

Las afecciones broncopulmonares han experimentado un notable incremento entre 1993 y 2006. La mayor prevalencia del asma y la bronquitis crónica se registraba en el inicio de la serie histórica analizada entre los varones de más edad; un 14,9% de los hombres de 65 a 74 años y un 19,9% de los de más de 75 padecía esta enfermedad. Este grupo de edad y sexo sigue siendo ahora, en 2006, el más afectado, pero se puede observar una contención de su incidencia en estos grupos de individuos, entre los que se registra incluso alguna reducción de la prevalencia en el segmento de edad entre 65 y 74.

Por el contrario, las mujeres y especialmente los grupos de menor edad, entre 16 y 44 años, muestran incrementos importantes de la tasa de afectadas por estas enfermedades. Todo indica que la progresiva incorporación, en mayor nú-

mero y mayor consumo, de la mujer al hábito del tabaco induce en gran medida este aumento del asma y la bronquitis entre las mujeres.

Al igual que veíamos con las alergias, la evolución de las afecciones broncopulmonares ha sido negativa para hombres y mujeres y aunque el deterioro en ambos sexos ha sido notable, el empeoramiento ha sido mucho más importante en el caso de las mujeres que venían de una situación mejor en términos de salud, produciéndose una convergencia en la que las tasas de padecimiento de estas afecciones en la mujer ha llegado a superar a la de los varones.

La bronquitis crónica es más común en los hombres que en las mujeres y se registra mayor prevalencia en las personas mayores de cuarenta años. Desde el punto de vista de su etiología se relaciona directamente con el hábito de fumar. De hecho, el grupo de 45 a 54 años es el de mayor prevalencia en cuanto a haber fumado alguna vez.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Los expertos cardiovasculares han advertido que en el año 2025 la mitad de los adultos de los países desarrollados serán hipertensos, y esta enfermedad se convertirá en una "epidemia global" y uno de los "principales problemas de salud pública"[21]. Al igual que muchas enfermedades crónicas, la prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa con la edad, afectando de manera más importante a las mujeres. Los datos de evolución registrados por esta enfermedad en las ENS muestran un crecimiento de la hipertensión en ambos sexos, especialmente a lo largo de la última década.

Aunque el envejecimiento demográfico podría explicar en parte la mayor prevalencia de la hipertensión, el análisis por grupos de edad pone de manifiesto un preocupante incremento de este mal en todos los grupos de edad, siendo más alarmante en el grupo de mujeres jóvenes, de 16 a 24 años, que presentan, en 2006, una tasa de hipertensas del 2,63%, diez veces superior a la de 2003. Pese a ello, a lo largo del periodo analizado, los varones en conjunto registran un crecimiento de su tasa de hipertensos (94,6%, entre 1993 y 2006) doble al de las mujeres (47%, en el mismo periodo).

COLESTEROL ELEVADO

En España, la enfermedad cardiovascular origina el 29% de las muertes en los varones y el 38% en las mujeres. Según numerosos ensayos clínicos, el riesgo cardiovascular puede reducirse alrededor de un 35% cuando se disminuyen los niveles de colesterol. Los informes indican que las enfermedades cardiovasculares representan la mayor carga económica para los sistemas sanitarios.

Si analizamos los datos de las primeras ENS en la que se recoge referencia específica al colesterol elevado, se observa que éste afecta primordialmente a las mujeres de mayor edad, con tasas de prevalencia por encima del 20% a partir de los 55 años. Trece años después, en 2006, cabe observar dos cambios importantes y ambos negativos; por una lado, un crecimiento muy importante de la prevalencia en las mujeres más jóvenes y, por otra parte, un crecimiento del 75,9% de las tasas de colesterol en los varones, superior al también notable experimentado por las mujeres (67,2%), y que se encuentra más concentrado en los grupos de mediana edad.

El porcentaje de población afectada por el colesterol elevado ha crecido en estos años en todos los grupos de edad y sexo, con excepción de los varones de 16 a 24 años, que se mantiene por debajo del 1%, hecho que puede ser atribuible a la mayor actividad física y deportiva que en general realizan los jóvenes varones en comparación con el realizado por las mujeres de la misma edad.

La vinculación de los altos índices de colesterol con los hábitos de vida y especialmente los relacionados con la alimentación y la actividad física, redundan en una significativa asociación entre este mal y los niveles de renta. Entre las mujeres, las diferencias de renta marcan aún con más fuerza diferencias en la salud, llegando a multiplicarse por tres y por cuatro las citadas prevalencias en función de una menor renta.

DIABETES

Los últimos datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), indican que más de 285 millones de personas en todo el mundo viven actualmente con esta enfermedad y esta cifra va a crecer hasta los 435 millones en 2030. La

[21] XIII reunión nacional de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA), Valencia, Abril 2008.

diabetes se cobra 4 millones de vidas cada año y es la causa principal de ceguera, enfermedad renal, ataques cardiacos, infartos y amputación. El acceso a la educación diabética es un factor fundamental para poder hacer frente a los problemas que presenta la enfermedad.

Durante el periodo 1993-2006 la diabetes se ha incrementado en España en un 47%. Aunque muchas enfermedades crónicas que afectan mayoritariamente a los mayores han aumentado su incidencia entre las mujeres por ser éstas una mayoría entre las personas de más edad, no ha sido este el caso de la diabetes cuya prevalencia se ha incrementado más en los varones que en las mujeres.

Como consecuencia del diferente crecimiento de las tasas de diabéticos en uno y otro sexo, se ha producido al cabo del periodo analizado una convergencia de las respectivas prevalencias, igualándose las tasas de diabéticos de ambos sexos que hasta ahora habían sido superiores en las mujeres.

Salud bucodental

Una dieta inadecuada, el tabaco y el alcohol y, una deficiente higiene de la boca, son los principales factores que provocan problemas bucodentales. El hecho de que la mayor parte de la atención odontológica se encuentre fuera de la cobertura de nuestro sistema publico sanitario, confiere a la salud dental un signo diferencial en cuanto a sus conexiones con el nivel general de salud y especialmente en cuanto a los determinantes sociales de la misma, especialmente la educación y la renta, estrechamente relacionadas.

CONSERVACIÓN DE TODA LA DENTADURA NATURAL

La ausencia total o parcial de dientes se considera una deficiencia que generalmente no llega a constituir una forma de invalidez merced al recurso a tratamientos, técnicas y prótesis ortodonciales.

A primera vista, los valores de los datos de las diferentes ediciones de las ENS respecto a la conservación de la dentadura original a lo largo de las sucesivas ediciones carecen de la continuidad y consistencia que cabría esperar e infunden algunas dudas sobre su interpretación. Por otra parte, conservar una pieza dental deteriorada no es más saludable que haberla remplazado por una prótesis dentaria, por lo que conservar la dentadura natural no es, necesariamente, un indicador de mejor salud.

Con todo, la evolución mostrada por las últimas dos ediciones refleja una disminución de la población con la dentadura natural, proceso registrado en ambos sexos y en todos los grupos de edad. En 2003, una de cada cuatro personas conservaba su dentadura natura, mientras que tres años después, en 2006, esa tasa había descendido a una de cada cinco. Asimismo, las diferencias de ingresos siguen marcando enormes distancias en la salud de los españoles; las tasas de población que conserva toda la dentadura se duplican al pasar del grupo de menores ingresos al de mayor renta.

CARIES

En el análisis de los datos de las ENS la tenencia de caries resulta menos ambivalente que la conservación de la dentadura (dientes o dientes y muelas) y, por ello, un mejor indicador de la salud dental de los españoles.

También resulta bastante más concluyente la lectura de su evolución durante la última década hacia una menor prevalencia de las caries. A lo largo de los 12 años de ENS en los que se interroga sobre las caries (1995-2006) se aprecia una reducción de un 26,25% de la población con caries. Esta mejoría se acusa en todos los grupos de edad pero es más importante en los grupos de edad infantil y juvenil. En el grupo de edad entre 5 y 24 años, la reducción de la prevalencia de caries ha alcanzado el 38%.

La mayor conciencia de la población sobre la importancia de la alimentación adecuada, la higiene bucodental y las políticas preventivas sanitarias han contribuido a esta notable mejoría de la salud dental de la población. Entre 1997 y 2006 la prevalencia de caries entre las rentas más bajas descendió un 22,12%, tres veces más de lo que lo hicieron las más altas (6,38%).

Aunque la salud oral española ha mejorado en los últimos 20 años, existe una patente desatención a los sectores menos favorecidos. Cuanto más bajo es el nivel económico y cultural, mayor es el grado de patología bucodental de estas personas y menor el tratamiento odontológico. Estas desigualdades importantes en salud bucodental hacen necesaria la ampliación de la cobertura dental con financiamiento público para los sectores más desfavorecidos.

Accidentalidad

Desde el punto de vista de la epidemiología es una de las tres causas fundamentales de morbimortalidad en todas las sociedades avanzadas. En España es la tercera causa de muerte. Existe una importante asimetría en cuanto a la incidencia por sexo o por grupos de edad, lógicamente asociada con el grado de exposición a los agentes causales y a los espacios de ocurrencia de cada tipo de accidente. Los accidentes de tráfico y de trabajo afectan más a los varones, mientras que los domésticos y en la calle recaen en mayor medida en las mujeres.

ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

En términos generales, la accidentalidad ha crecido entre los españoles a lo largo de los últimos veinte años. La tasa de prevalencia de accidentes ha pasado del 8,1% al 10,4%. Durante este tiempo la de los hombres ha pasado del 9,7% al 11,2%, incrementándose en un 15,5%, mientras que la de las mujeres pasaba de un 6,5% a un 9,6%, con un crecimiento del 48,2%, lo que equivale a decir que la accidentalidad en la mujer crece al triple de velocidad de lo que lo ha hecho la de los hombres, hecho que traduce una cierta convergencia de género en materia de accidentes, explicable en la medida en que muchos patrones de vida doméstica, social y laboral entre hombres y mujeres de están aproximando cada vez más.

La accidentalidad de los varones, en general, no sólo es más frecuente, sino también más grave que la de la mujer. Si comparamos los datos de defunciones por causa de muerte, observamos que las muertes en varones por motivo de accidentes son muy superiores a las de las mujeres en la práctica totalidad de las causas de accidente. Así, la tasa de mortalidad de los varones por causas externas[22], en 2006, era de un 51,5 por 100.000/habitantes., mientras que la de la mujer se situaba en un 22,1 por 100.000/ habitantes. El análisis de esta mortalidad por accidentes en los últimos años refleja una relación de 10 a 4 hombres/mujeres en la accidentalidad con resultado de muerte, confirmándose también un proceso de convergencia en el que las tasas de uno y otro sexo se están aproximando paulatinamente, aunque todavía se encuentran muy distanciadas.

Durante los veinte años cubiertos por las sucesivas ediciones de las ENS, se registran incrementos en la prevalencia de accidentalidad en casi todos los grupos de edad. En los veinte años analizados la edad media del varón accidentado ha subido cinco años, mientras edad media la de la mujer que ha sufrido un accidente se ha incrementado en siete años. Aunque en el periodo analizado todos los niveles de renta experimentaron incrementos en las prevalencias de accidentes, las rentas medias y bajas, especialmente en las mujeres, sufrieron los mayores aumentos.

Restricción temporal de actividad

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN TIEMPO LIBRE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Si comparamos los datos de la última encuesta (2006) con los de la primera (1987), se observa, por un lado, un ligero crecimiento de la población afectada en las mujeres, muy repartido en diferentes grupos de edad y no concentrado en las mayores y, por otro lado, una contracción similar en la población afectada masculina, es decir una ampliación de la brecha entre ambos sexos que mantiene de forma continua una diferencia entre las tasas de los varones, que se mueven entre el 10 y el 14%, y las de las mujeres cuya horquilla está entre el 14 y el 17%.

Si ya hemos reseñado un ligero incremento de las prevalencias en la restricción de la actividad en tiempo libre, mucho más nítido resulta el aumento de la duración de esta restricción, medida en número de días de imposibilidad para realizar dicha actividad. Los tiempos medios de duración de esta limitación han crecido de manera continua a lo largo de la última década, desde los 5,2 días de media en 1993 a los 8,1 días de restricción de actividad en tiempo libre, en 2003. Los incrementos se registran en todos los grupos de edad si bien son algo superiores en los de edades más avanzadas y siendo muy similares en uno y otro sexo.

---

[22] Estadística de defunciones por causa de muerte, INE. El grupo de causas externa incluye los accidentes o agresiones y los suicidios.

NÚMERO DE DÍAS DE RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN TIEMPO LIBRE EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Los datos respecto a las tasas de población que vio limitada su actividad principal en las últimas dos semanas, por algún problema de salud son, como cabía esperar, bastante parecidos a los de la limitación en tiempo libre. Sin embargo, si ésta última afectaba en 2006 a un 14% de la población y parecía haber experimentado pocas variaciones durante la etapa analizada, no ocurre lo mismo con la actividad principal cuya restricción parece haber sido claramente creciente a lo largo de dicho periodo.

LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Al igual que sucede con la restricción de actividad en tiempo libre, en la restricción de la actividad principal por motivos de salud existe una brecha de género importante y estable que ronda los cinco puntos de diferencia. Desde 1987 la tasa de afectados en los varones se incrementó en un 18,6%, mientras que la de las mujeres crecía en un 46,3%, siendo estos incrementos más importantes entre las mujeres jóvenes (18 a 24 años) que entre las de más edad.

NÚMERO DE DÍAS DE RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Al igual que ha crecido el porcentaje de población afectada en su actividad principal por algún motivo de salud, también lo ha hecho la intensidad de los periodos de restricción de la actividad principal. Entre 1993 y 2003 la duración media de la restricción pasó de 5,1 días a 8,2, con diferencias poco importantes entre ambos sexos y con un crecimiento bastante homogéneo entre los diferentes grupos de edad.

NECESIDAD DE PERMANENCIA EN CAMA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Aunque en los dos casos anteriores hemos visto tasas crecientes de población afectada por una u otra restricción, en el caso de la permanencia en cama podemos constatar un decrecimiento de la población afectada. Si en las ediciones de las ENS de 1997 y 1993, la población que debió guardar cama alcanzaba el 8,36% y 8,81% respectivamente, en la última edición de 2006 esta tasa había descendido dos puntos, situándose en el 6,4%.

La disminución de la prevalencia de estancias domiciliarias en cama puede achacarse a una disminución de las dolencias más serias y también a una mayor disposición de fármacos que permiten paliar algunos de los síntomas y efectos más incómodos de las enfermedades (antigripales, antitusígenos, anticatarrales, antipiréticos, etc.), En muchos de estos casos la enfermedad no desaparece, pero sigue su curso de forma asintomática, lo que justifica y explica el incremento de las restricciones de las actividades principales y de tiempo libre, pero no obliga a permanecer en cama.

NÚMERO DE DÍAS DE PERMANENCIA EN CAMA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

Coherente con la disminución registrada en la prevalencia de permanencia en cama, que presumiblemente se van concentrando progresivamente en las dolencias más serias, encontramos un incremento del número medio de días que las personas se ven obligadas a estar en dicha situación. Entre 2003 y 2006 el número medio de días de permanencia en cama se incrementó en un 31%, con algunos descensos significativos en los grupos jóvenes y unos valores muy parecidos entre hombres y mujeres a lo largo del periodo analizado.

Discapacidad auditiva y visual

DIFICULTAD PARA OÍR

Aunque el análisis de la serie de las ENS refleja cierta falta de continuidad en los datos y, como antes señalábamos, no ofrece demasiada consistencia, si reflejan un leve deterioro de la tasa de prevalencia de las dificultades de audición, bastante más acusado en los varones. Las mayores dificultades auditivas de los varones respecto a las mujeres quedan reflejadas en todas las encuestas.

Si comparamos los datos de la primera (1995) y la última edición (2006) disponibles con información al respecto, el incremento de la población con dificultades auditivas es íntegramente achacable a los varones cuya tasa de po-

blación afectada pasa del 11,3% al 12,4%, mientras que la de las mujeres disminuye casi un punto, pasando del 11,2% al 10,4% de población con dificultades auditivas.

DIFICULTAD PARA VER

Los problemas de la vista afectan a la población notablemente menos que los del oído, al menos, en cuanto a la prevalencia de éstos. Si antes veíamos que las dificultades para oír correctamente afectan a un porcentaje de población que puede oscilar entre un 10 y un 12% de la población, en el caso de la vista la población afectada es aproximadamente la mitad, con tasas que se han movido en las distintas ediciones de las ENS entre el 4,5% y el 6,5%. Asimismo, si en las dificultades auditivas advertíamos de un ligero ascenso de las prevalencias, especialmente en los varones, en el caso del oído la tendencia se inclina hacia una disminución de la población afectada. En 2006 la tasa de población con dificultades para ver ascendía al 5,2%.

A lo largo de las diferentes ediciones analizadas las diferencias entre tasas de afectados por problemas de vista son entre 2,5 y 4,5 puntos superiores en las mujeres, si bien, en ambos casos se registra una tendencia a la reducción de la población afectada. La tasa de población femenina con dificultades para ver ascendía, en 2006, a un 6,6%, mientras la de los varones era sólo de un 3,7%.

Autonomía y dependencia funcional

Una de las consecuencias directas del envejecimiento de la población es el incremento de la tasa de población con pérdida o disminución de su autonomía funcional, derivada de diferentes dolencias o enfermedades incapacitantes o consecuencia de procesos degenerativos asociados con la edad.

AUTONOMÍA FUNCIONAL

Las encuestas de salud realizadas con intervalos de dos a cuatro años reflejan con nitidez los efectos sobre la salud y la pérdida de autonomía asociadas al progresivo envejecimiento de la población. Actualmente la mitad de la población mayor de 64 años precisa algún tipo de ayuda.

Con datos de la última década, 1997-2006, la tasa de población mayor de 64 años con autonomía funcional disminuyó en los varones un 19% y en las mujeres un 25%. Asimismo, las rentas más bajas se encuentran más penalizadas por esta falta de autonomía funcional, llegando en los grupos de mujeres de menor renta a ser solo el 36,6% de las mujeres. Por el contrario, en los varones con las rentas más elevadas, la tasa de población con autonomía funcional completa es del 72,2%.

DEPENDENCIA PARA LA MOVILIDAD

De las tres agrupaciones de dependencias realizadas, las que afectan a la movilidad son las que provocan menos restricciones. La evolución registrada en la última década refleja un crecimiento menor en este grupo de dependencias que en el resto. Entre 1997 y 2006, la tasa de dependencia para la movilidad en mayores de 64 años creció un 20%. Como en la mayoría de los grupos de dependencia, las mujeres tienen una tasa más elevada (38%) que la de los varones (22,5%).

Hay que reseñar el importante esfuerzo que en los últimos años se viene realizando en materia de adaptación y supresión de barreras arquitectónicas para las personas con discapacidades, así como el significativo desarrollo de la industria de la ortopedia y las ayudas técnicas, que han contribuido de manera notable a la contención del crecimiento de las tasas de dependencia, discapacidad y minusvalía. Y acaso como excepción en el ámbito de la dependencia, la prevalencia de la dependencia relativa a movilidad no ha crecido en la última década en el grupo de mayores de 65 a 74 años.

DEPENDENCIA PARA EL CUIDADO PERSONAL

El bloque de las dependencias para el cuidado personal afecta al 34,4% de la población mayor de 64 años. Su crecimiento en los últimos años ha sido mucho más importante que el de las dependencias de movilidad, incrementándose en el periodo 1997-2006 en un 51,9%. Al igual que en las dependencias de movilidad, la diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres es muy notable, situándose la de la mujer (40,1%, en 2006) muy por encima de la del hombre (25,6%).

DEPENDENCIA PARA LAS LABORES DOMÉSTICAS

El grupo de dependencias domésticas es el más extendido entre las personas mayores. Además de tener la mayor prevalencia, tanto en hombres (32,8%), como en mujeres (42,8%), ha sido el grupo que ha experimentado un mayor crecimiento en los últimos diez años, experimentando un incremento del 69,9%.

Así pues, en la última década se aprecia un crecimiento importante de todos los grupos de dependencia, directamente proporcional a las prevalencias de uno y otro grupo, aunque algo más atenuado en las dependencias de movilidad, en parte debido a la mayor y mejor respuesta técnica que la sociedad está facilitando.

Estilos de vida y prácticas preventivas

Las dietas desequilibradas y la falta de ejercicio físico matan más que el tabaco en la actualidad en Estados Unidos y este modelo se repetirá en Europa y en los países árabes dentro de poco tiempo. Se prevé que entre un 60% y un 70% de las muertes por enfermedades crónicas que se produzcan en 2020 estarán relacionadas con el estilo de vida. Casi todas estas enfermedades derivadas de hábitos de vida inadecuados dan lugar a crecientes tasas de mortalidad evitable.

En España, el 32,2% de las muertes (2007) se deben a enfermedades cardiovasculares. El sedentarismo, el abandono de la dieta mediterránea, el tabaco, el aumento de la obesidad y el exceso de alcohol son algunos de los factores que están determinando la mayor incidencia actual de las enfermedades cardiovasculares. Una mayoría de las enfermedades crónicas y casi todas las cardiovasculares son previsibles y prevenibles y por tanto las estrategias de intervención deben ir dirigidas a suprimir o reducir los factores de riesgo que están asociados a ellas.

Consumo de tabaco

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte en España. El tabaco causa en España más de 50.000 muertos anuales (54.200 muertes en 2001[23]). Ello representa más de 1.000 muertes por semana. Ninguna otra enfermedad ocasiona tanta mortalidad.

CONSUMO DE TABACO ALGUNA VEZ EN LA VIDA

En España y durante prácticamente la totalidad de la serie de las ENS la experiencia de haber fumado o estar haciéndolo ha alcanzado a la mitad de la población adulta, moviéndose la tasa de españoles que fuma o lo ha hecho alguna vez en el entorno del 50%. Hace dos décadas la generación del tabaco situaba el cenit de los fumadores en el grupo de 25 a 34 años (las dos terceras partes de ellos fumaban o lo habían hecho), mientras que en 2006, la moda de los fumadores se había desplazado hasta el grupo de los 45 a 54 años (el 63,2% eran fumadores o exfumadores).

La convergencia en los hábitos de consumo de tabaco entre ambos sexos ha supuesto que las fumadoras y exfumadoras hayan incrementado progresivamente su peso en el conjunto de la población que fuma o ha fumado alguna vez, pasando de una relación de 4/10 a una de 6/10 entre mujeres y varones que tienen o han tenido el hábito de fumar.

CONSUMO ACTUAL DE TABACO

En los últimos veinte años, las tasas de fumadores en España han ido cayendo lentamente, si bien, de forma desigual en el reparto por sexo y edad, quedando aún muchos grupos de edad muy resistentes al descenso en el consumo, e incluso algunos de ellos con tasas de consumo aún crecientes. En España las ventas de tabaco han seguido creciendo hasta el año 2005.

La tendencia a la disminución del consumo parece bastante más arraigada en los varones. Desde 1987 la tasa de consumo de los hombres ha descendido en un 35,9%, mientras que la de las mujeres ha crecido un 4,4%. En realidad, ambas tasas se encuentran actualmente en descenso, pero mientras la de los varones lo hace desde hace veinte años, la de las mujeres ha iniciado la caída hace menos de una década.

En los veinte años cubiertos por las ENS las tasas de los varones han decrecido en todos lo grupos de edad de manera continuada, especialmente entre los grupos más jóvenes (16 a 34

[23] INFORME SEA 2007.

años) y entre los más mayores (mas de 65 años). Por el contrario, en el caso de las mujeres, los grupos de más edad continúan mostrándose muy resistentes a la caída, si bien el visible descenso en el consumo entre las más jóvenes hace preveer que en los próximos años el tabaquismo quede cada vez más cercado en los grupos de mayor edad.

CONSUMO DIARIO DE TABACO

Al igual que sucede con la tasa global de fumadores, el porcentaje de fumadores diarios ha descendido mucho más entre los varones (un 28,2% desde 1997) que entre las mujeres, que incluso han elevado su prevalencia de consumo en un 3,5% en el mismo período, debido al incremento de las tasas de consumo en las mujeres mayores de 40 años. Pese a ello, la tasa de fumadores diarios entre los hombres continúa diez puntos por encima de la de las mujeres, 31,5% frente a 21,5% en 2006.

Actualmente y desde los últimos diez años, todas las tasas de fumadores diarios, en casi todos los grupos de edad y renta, se encuentran en retroceso, con la excepción ya hecha de las mujeres de más de 45 años y especialmente con rentas medias y bajas y en los niveles inferiores de estudios. El bajo nivel de instrucción o educación está fuertemente correlacionado con el mayor consumo de tabaco y con la mayor resistencia a la caída de las tasas de tabaquismo.

CONSUMO DE 20 O MÁS CIGARRILLOS AL DÍA

El grupo de mayor riesgo para la salud es el que consume una cajetilla diaria (20 cigarrillos) o más. También este grupo manifiesta una tendencia a su reducción a lo largo de los últimos años (un 29% menos entre 1993 y 2006), situándose actualmente en un 10,9% de la población adulta española.

La reducción ha sido más importante entre los varones, que han reducido su tasa de fumadores diarios prácticamente a la mitad (15,2%) de la que tuvieron en 1987 (29,6%). Las mujeres que fuman a diario también han reducido su tasa en un 9,5%, pasando a representar el 6,8% en 2006. También entre los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios destacan los grupos de edad de las mujeres de 45 años en adelante como los más renuentes al reducir la tasa de consumo.

REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

La duración del hábito en el tiempo es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad tanto o más importante que su intensidad. A tenor de las respuestas de los que se confiesan fumadores diarios, una cuarta parte de ellos ha reducido su consumo en los últimos dos años. Esta tasa de reducción parece bastante constante en casi todas las ediciones de las ENS, cuyas respuestas se mueven entre el 23,4% y el 26,1%.

Tan sólo la última edición, de 2006, trajo consigo una tasa de reducción muy superior a las anteriores, el 32,9%, cambio sustancial que bien puede achacarse al impacto de la Ley contra el tabaquismo que entró en vigor en enero de ese mismo año. Ello parece confirmar que el esfuerzo institucional, plasmado en normativas legales restrictivas, consigue traducirse en cambios significativos en la voluntad de los fumadores.

El ritmo de reducción del consumo de tabaco ha venido siendo ligeramente superior en los varones, si bien debe recordarse que sus tasas y grado de consumo han sido y siguen siendo superiores, por lo que deberán realizar un mayor esfuerzo en la reducción y el abandono del tabaco que las mujeres.

ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

Más de la mitad de la población que ha fumado alguna vez en su vida es fumador diario. Asimismo, y como hemos visto, los fumadores diarios representan la inmensa mayoría (el 90%) de los fumadores y aunque la cuarta parte de ellos declara haber reducido su consumo en los últimos 2 años, los datos de contraste (tasa de fumadores diarios) revelan que la mayoría de ellos, con reducción de consumo o sin ella, no dejan de ser fumadores diarios. En los últimos veinte años, la tasa de fumadores diarios ha ido reduciendo su peso a una media anual de un punto aproximadamente, lo que, con este mismo ritmo, llevaría a la erradicación del tabaquismo en un horizonte de más de un cuarto de siglo.

A lo largo de los últimos años una media del 10% de los que dicen haber sido fumadores diarios declara haber abandonado el consumo en los últimos 2 años, lo que equivaldría, de ser cierto, a una reducción anual media de la tasa de fumadores diarios del 5%, dato que parece poco

consistente con el que ya hemos comentado del 1% anual, reflejado por la evolución de la tasa de fumadores durante los últimos veinte años.

ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Mas congruente con la tasa de abandono efectiva sería la resultante de la declaración de abandono del tabaco en los últimos 10 años, que en la mayoría de las ENS presenta una proporción en torno al 20% de los fumadores que han abandonado el consumo y que, repartidos en diez años, arroja una media anual del 2% de abandonos. Esto podría poner de manifiesto que más de la mitad de las personas que dejan de fumar vuelven a ser fumadores habituales tras un periodo temporal de carencia de consumo.

El dato de evolución más fiable es la tasa real de abandono, entendida como cociente entre el número actual de fumadores y el de los que lo son o lo han sido alguna vez, que nos indica que durante los últimos veinte años hay un progresivo incremento de dicha tasa que se ha duplicado prácticamente desde el 0.23 al 0,41, es decir, que el porcentaje de personas que han fumado y ya no lo hacen es cada vez mayor, siendo, en 2006, el de los varones (0,44) claramente superior al de las mujeres (0,36).

Consumo de bebidas alcohólicas

El consumo excesivo del alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad prematura y a la carga de morbilidad evitable en todo el mundo, por lo que influye muy negativamente sobre la salud pública. Se estima que el uso nocivo del alcohol causó, en 2002, 2,3 millones de muertes prematuras en el mundo (equivalentes a un 3,7% de la mortalidad mundial) y generó un 4,4% de la carga global de morbilidad[24].

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Las ENS de la última década reflejan con cierta constancia que más de la mitad de la población es consumidora de algún tipo de alcohol, con una ligera tendencia al alza, fundamentalmente achacable a la incorporación de la mujer a estos hábitos de consumo antes mucho más polarizados en los varones. Todavía las diferencias entre sexos son muy importantes; en algunos años las tasas de consumo de los varones casi duplican las de las mujeres, aunque las diferencias han estado acortándose en la última década. En 1993, la tasa de las mujeres representaba un 45,6% de la de los varones; en 2006, la de las mujeres supone ya el 59,5% de la de los hombres.

A lo largo de los años analizados, tanto la edad media como la moda de la prevalencia de consumo de alcohol se han ido desplazando hacia una mayor edad, lo que no quiere decir, claro está, que en estas edades se beba en más cantidad o más frecuentemente, sino que las mayores tasas de personas que beben con regularidad se encuentran en los grupos de más edad. Todo ello redunda en una población bebedora progresivamente mayor, tanto en número como en edad. Se empieza a beber antes, lo hacen más personas y se sigue bebiendo hasta mayor edad.

La edad media de iniciación al hábito del alcohol se ha ido acortando progresivamente, situándose ya por debajo de los 16 años, con muy pocas diferencias entre ambos sexos. El adelantamiento de la iniciación al alcohol, la extensión del consumo de las bebidas más frecuentes a todos los días de la semana y el envejecimiento de la población, que sustituye niños y adolescentes no bebedores por adultos y mayores que sí lo son, han traído consigo un incremento progresivo del consumo de bebidas alcohólicas en el conjunto de la población: beben más personas, más a menudo y más cantidad.

Descanso

El sueño es un proceso fisiológico necesario para mantener la salud, el equilibrio psíquico y el bienestar general. Las horas que una persona necesita dormir y descansar dependen de cada caso particular.

NÚMERO DE HORAS DIARIAS DE SUEÑO

Los niños más pequeños precisan dormir muchas horas; la media de horas de sueño de los niños de 0 a 4 años es, en todas las encues-

[24] OMS. 2006, Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol.

tas de la serie, superior a 11 horas, sin haberse alterado apenas en 20 años. Los niños entre 5 y 15 años vienen manteniendo un nivel de sueño medio aceptable por encima de las 9 horas, si bien se aprecia ya en una disminución de las horas de sueño que se puede cifrar entre 20 minutos y media hora menos de lo que dormían hace veinte años.

El análisis de la serie de horas medias de sueño del conjunto de la población muestra ya con claridad un descenso en las horas de sueño a lo largo de los 20 años de ENS. Tanto los varones como las mujeres han reducido sus horas de sueño en todas las franjas de edad, con la excepción ya hecha de los menores de 4 años y la de los mayores de 75.

Todo ello manteniéndose siempre una diferencia de sueño entre hombres y mujeres en el entorno de 5 a 12 minutos diarios. En 2006 la mujer española dormía un promedio de 7 minutos menos que el hombre, es decir, 42,5 horas al año o 5,5 días de sueño menos. Los hábitos de vida ligados al desarrollo económico (jornadas laborales, tiempo de transportes, trabajo doméstico e incremento de horas de televisión o videojuegos) son los principales responsables de este progresivo deterioro del tiempo de sueño.

Actividad física

Conseguir y mantener un buen estado de salud no sólo implica carecer de dolencias o enfermedades, sino también conjugar hábitos y actividades que permitan conservar la salud de manera estable. El ejercicio físico aporta flexibilidad corporal, previene la obesidad, mejora el rendimiento laboral, intelectual y sexual, facilita el sueño y el descanso y disminuye el riesgo de dolencias cardíacas y arteriales.

SEDENTARISMO

La falta de actividad física suele traer como consecuencia un desbalance entre el ingreso y el gasto de calorías, produciendo aumento del peso corporal, disminución de la elasticidad y movilidad articular, tendencia a la hipertensión arterial, diabetes, cáncer de colon y, en general, todas las enfermedades cardiovasculares.

Pese a las alteraciones en las respuestas a lo largo de las diferentes encuestas, parecen advertirse dos cambios significativos y de sentido contrario: de un lado, una tendencia a la reducción de la tasa de sedentarismo en los adultos, más acusada a medida que ascendemos en los grupos de edad; y, de otra parte, una tendencia al incremento de la tasa de sedentarismo en los grupos más jóvenes.

En conjunto, la población está cada vez más concienciada de los efectos negativos que arrastra la sedentarismo. Sin embargo, resulta preocupante que la tasa de inactividad de la población entre 16 y 24 años no sólo no se acerca a la media sino que incluso aumenta ligeramente con respecto a la cifra del año 1993. La tasa de sedentarios de 16 a 24 años creció en el mismo periodo un 1,6%, íntegramente achacable a los chicos, cuya tasa de sedentarios se incrementó en un 11,8%

ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA O INTENSA EN TIEMPO LIBRE

Resultados similares obtenemos al analizar la evolución de las tasas de población que realiza algún tipo de actividad física, ya sea moderada o intensa. Lamentablemente, también en este apartado el grupo de edad que menos ha evolucionado en este aspecto es el de 16 a 24 años, siendo preocupante el caso de los jóvenes varones que incluso redujeron su tasa de activos en un 2,9%, mientras que en las chicas de esta edad se incrementa un 13,3%.

En general, el incremento de los activos ha sido correlativo con la edad, siendo mucho mayor en los grupos de más edad y resultando altamente positivos los avances registrados en los grupos de población de más de 65 años, lo que sin duda es a la vez un indicador y un determinante de la mejora de la calidad de vida entre los más mayores.

Alimentación

La relaciones entre la actividad física, la dieta, y la salud ha sido reiteradamente establecidas y reconocidas, en particular el papel de los estilos de vida como factores determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades como la obesidad, las enfermedades cardiacas, la diabetes tipo 2, la hipertensión, el cáncer y la osteoporosis.

HÁBITO DE NO DESAYUNAR

Los expertos en nutrición destacan la importancia del desayuno en la alimentación, tanto

en cuanto a la conveniencia de no olvidar ni omitir esta comida como en cuanto al contenido de la misma. Aunque los hábitos culturales en relación al desayuno son muy homogéneos, hay una mayor disciplina alimentaria por parte de las mujeres: en 2006 solo un 2% de ellas afirman no desayunar de forma habitual, algo que los varones hacen con bastante más frecuencia (3,8 %). La tendencia, no obstante, en los últimos años parece orientarse a la reducción de la tasa de abstencionistas del desayuno.

CONSUMO DIARIO DE FRUTA FRESCA Y/O VERDURA

Conclusiones similares a las del anterior apartado nos las ofrece el análisis del consumo diario de fruta fresca. En 2006, el 75,03% de la población consume fruta o verdura de forma diaria. Esto supone un avance del 7,4% respecto a la tasa de consumidores de fruta y verduras de 2001 que apenas llegaba al 70%. Por edades, cabe destacar que, una vez más, la población entre 16 y 24 años de ambos sexos se lleva la peor nota, ya que tan sólo algo más de la mitad realiza esta buena práctica diaria. Los jóvenes continúan siendo el grupo más refractario a las frutas y verduras y el avance relativo conseguido es el más reducido de todos lo grupos de edad (2,7% entre 2001 y 2006).

Índice de masa corporal

Una alimentación inadecuada y la falta de actividad física son las principales causas de enfermedades evitables y de muertes prematuras en Europa, donde el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad constituye un importante problema de salud. El mejor indicador para estimar el peso adecuado de las personas es el Índice de Masa Corporal (IMC) que relaciona el peso y la altura de los individuos. A pesar de que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal, es el método más sencillo para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.

SOBREPESO EN POBLACIÓN ADULTA

En España, entre 1987 y 2006, la tasa total de adultos con sobrepeso ha pasado de un 32,3% a un 37,1%. Si preocupante resulta el hecho de que crezca la prevalencia del sobrepeso, más lo es aún su desigual distribución que se encuentra muy concentrada en los grupos más jóvenes. El aumento del sobrepeso es muy importante en las personas de entre 18 y 34 años, mientras que se mantiene con una cierta estabilidad para el resto de las edades.

SOBREPESO EN POBLACIÓN INFANTIL

No muy diferente, ni menos preocupante que la situación de sobrepeso de la población joven y adulta, es la evolución de las tasas de sobrepeso en la población infantil y adolescente. A destacar la evolución de las chicas entre 15 y 17 años cuya tasa de sobrepeso se ha triplicado, pasando de un 5,26% a un 14,32% en el transcurso de los 20 años. Según se acercan más a la adolescencia, las tasas de sobrepeso son cada vez más elevadas.

OBESIDAD EN POBLACIÓN ADULTA

En todos los países de Europa con datos disponibles, incluida España, la prevalencia de la obesidad está aumentando. La prevalencia de la obesidad en la mayoría de los países de Europa occidental se sitúa entre el 10 % y el 25 % de los adultos. España es el décimo país más obeso del mundo, según datos comparativos de la OCDE. Se puede estimar que la obesidad causa en nuestro país cerca de 30.000 muertes prematuras al año, con un coste que supone ya más del 7% del gasto sanitario total.

La tasa de obesidad en nuestro país se ha duplicado en los últimos veinte años, pasando del 7,4% en 1987, al 15,4% en 2006, con un incremento medio anual del 5%. El dato más negativo es que los mayores crecimientos en las prevalencias por edad se registran en las edades más jóvenes. En los jóvenes de 18 a 24 años, las tasas de obesidad llegan incluso a multiplicarse por cinco respecto a las que presentaban hace veinte años.

OBESIDAD EN POBLACIÓN INFANTIL

Al igual que el sobrepeso y la obesidad en los adultos, los datos de obesidad infantil ofrecen similares perspectivas que los ya examinados sobre el sobrepeso en los niños. El incremento registrado en las tasa de obesidad infantil

es muy moderado comparado con el observado en adultos, y se sitúa en un 2,1%, en el periodo analizado, debido al efecto compensatorio del descenso de la tasa de obesidad en los más pequeños (2 a 4 años). Frente a ello, contrasta el importante crecimiento que registran las prevalencias de obesidad en los adolescentes de 15 a 17 años, especialmente en las chicas.

Prácticas preventivas generales

La eficacia de la acción preventiva en muchas enfermedades frente a los enormes costes y limitados resultados de la medicina curativa, ha inducido una creciente inversión social de recursos económicos en la investigación epidemiológica y el desarrollo de medidas de higiene y prevención.

Aunque la última edición de la ENS de 2006 contiene bastantes preguntas relativas a las prácticas preventivas de los encuestados, estas cuestiones no tienen apenas precedentes y continuidad en la serie de años anteriores que nos permitan un análisis más detallado de la evolución de las conductas preventivas de los españoles. Tan solo la información sobre la vacunación antigripal y las visitas ginecológicas en las mujeres mantienen esta continuidad y nos posibilitan una observación de su evolución.

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN LA ÚLTIMA CAMPAÑA

La gripe es la mayor causa de morbimortalidad en el mundo. La incidencia anual de gripe en España es variable y depende principalmente de las propiedades del virus y del nivel de inmunidad de la población. El virus de la gripe puede llegar a causar epidemias recurrentes, causando, directa o indirectamente la muerte de 3.000 a 6.000 personas cada año, con una importante incidencia en los grupos de riesgo. Es una enfermedad estacional con una media de casos notificados de gripe en España, desde 1989 a 1999, de 7,79 por cada 100 habitantes. Las sucesivas epidemias de gripe registradas en los últimos años han avivado el interés y preocupación de la población por las campañas de vacunación orientadas a la prevención de los diferentes tipos de virus gripales.

Desde la ENS de 1993 disponemos de información relativa a la vacunación declarada por las personas. En dicho año la gripe alcanzó a más de cuatro millones de personas en España. Durante los últimos años se ha registrado en nuestro país una media de dos millones y medio de casos anuales, que afectan de forma muy parecida a hombres y mujeres. En época gripal afecta hasta el 15-20 % de la población, pero es más preocupante en las personas mayores por lo que las campañas de vacunación hacen hincapié en la prevención selectiva contra este virus.

La tasa de vacunación contra la gripe se ha incrementado notablemente en estos últimos veinte años para las personas mayores de 55 años, más propensas a contraer este virus. Las variaciones experimentadas en las tasas de población vacunada de menos de 45 años son poco relevantes, manteniéndose en todos los grupos de edad y en todos los años por debajo del 10%. Sí que se han incrementado de forma muy significativa las vacunaciones en los grupos de más de 55 años, especialmente en los de 65 a 74 (un 24,5%) y en los de más de 75 años (un 35,4%), grupo en el que las tres cuartas partes estaban, en 2006, vacunadas contra la gripe, tasa de vacunación que multiplica por diez a la de la población menor de 45 años.

Control ginecológico

En 1997, una de cuatro mujeres españolas no había estado nunca en la consulta de un ginecólogo. Los datos del conjunto de todas las encuestas reflejan un avance lento en esta materia y que, con toda probabilidad, va a seguir siéndolo, en la medida en que las bolsas de mujeres que nunca han estado en el ginecólogo se encuentran entre las más mayores, por encima de los 60 años. Por el contrario, el avance es mucho más nítido, si observamos que la tasa de chicas de 16-17 años que ya han tenido alguna consulta ginecológica (22,4%) es doble de la que tenían trece años antes, en 1993 (11,9%). Un buen indicador de la situación actual lo constituye el grupo de mujeres de 45-55 años, con el ciclo reproductivo terminado, que presenta ya una tasa en 2006, del 95,3%.

CONSULTA GINECOLÓGICA POR MOTIVO DIFERENTE A EMBARAZO O PARTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Dada nuestra reducida tasa de reproducción, la exclusión de las visitas asociadas al parto y embarazo, no es quizá demasiado im-

portante, pero es, sin duda, mejor indicador de las actitudes y comportamientos preventivos en la mujer, aun cuando una parte de estas visitas pueden estar causadas por algún síntoma o patología definida y no ser propiamente una visita preventiva o de revisión. Desde 1993 a 2006 el porcentaje de mujeres que han visitado el ginecólogo por razones diferentes al embarazo o el parto se ha incrementado en un 30%, siendo más significativos en los grupos de más edad, circunstancia que no es de extrañar al estar las edades más jóvenes más afectadas por el ciclo reproductivo.

Las mujeres con edades superiores a 50 años son las que presentan incrementos mayores en sus tasas de visita ginecológica, en relación casi directa a su edad. Así el grupos de 65 a 74 años ha experimentado un enorme avance pasando de un 7,92% de personas que acuden a este tipo de consultas, a un 23,42% en 2006, mientras el grupo de mayor edad (75 y más) ha incrementado su tasa en un 275%.

Determinantes de la salud autopercibida

La evolución de la salud autopercibida por edad y sexo en las diferentes ENS pone de manifiesto que los hombres han mejorado su autovaloración del estado de salud en los últimos 20 años, mientras que las mujeres se han comportado de una forma diferente. La autovaloración de las mujeres jóvenes, hasta los 36 años ha empeorado respecto a 1987, mientras que para las mujeres mayores ha mejorado en el 2006 en relación a 1987. Ahora bien, si comparamos los datos de 1997 a 2006 apreciamos como la autovaloración de las mujeres ha disminuido en 2006 independientemente de la edad. Por tanto, podemos afirmar que la autovaloración que realizan los varones de su salud ha ido mejorando paulatinamente con el paso del tiempo, mientras que la de las mujeres, especialmente la de las menores de 40 años, ha ido empeorando.

En resumen, son los determinantes que tienen que ver con la edad y el sexo de las personas los que más condicionan su percepción del estado de salud. Sin embargo, los aspectos socioeconómicos también se presentan como factores influyentes y persistentes a lo largo del tiempo. Mayor renta y mayor educación se correlaciona con un mejor estado de salud autopercibido, habiéndose controlado el resto de variables.

Otro hecho destacable es la persistencia de diferencias geográficas, en las que Canarias y Galicia se muestran como comunidades en las que la probabilidad de declarar un buen estado de salud decrece en comparación al resto del territorio nacional, manteniéndose este efecto a lo largo de las diferentes ENS que conforman la muestra.

Los estilos de vida no tienen una influencia tan importante en la autovaloración del estado de salud. El tabaco tiene un efecto cada vez más negativo. Por su parte, el Imc y el descanso tiene una influencia permanente en la salud autopercibida por parte de los individuos.

El estudio longitudinal nos aporta una visión dinámica de los determinantes de la salud autopercibida. Así comprobamos que la importancia de la edad es muy alta y se ha mantenido igual en todos los años, mientras que se aprecia claramente un empeoramiento de la salud autopercibida en las mujeres de 1997 a 2006. Del mismo modo, parece constatarse una mayor influencia de la renta y la educación, lo que puede implicar un incremento en las desigualdades de salud asociadas a estos factores, pudiendo afectar claramente a la equidad del sistema. Con respecto a los hábitos de vida, el efecto de fumar y del IMC es, cada año, más negativo sobre la salud autopercibida, lo que confirma la importancia de estos dos factores en la valoración que las propias personas hacen sobre salud.

7. Notas metodológicas

Para el presente trabajo se han utilizado los microdatos facilitados por el Centro de Estudios Sociológicos y el Ministerio de Sanidad y Política Social. Estos datos han sido homogeneizados y enlazados de acuerdo con las notas metodológicas facilitadas por dichas instituciones, conservando intactas las características de cada una de las variables (etiquetas, nombres, etc.). Para su homogeneización y enlace fueron importados en el paquete estadístico SPSS en su versión 17.0. El enlace de los datos de las diferentes encuestas se ha realizado en tres fases: revisión de los cuestionarios, creación de las variables y creación de la base de datos enlazada

Revisión de los cuestionarios

La revisión de todos los cuestionarios se realizó para identificar las fuentes de heterogeneidad entre las distintas muestras. Se eligió el cuestionario del año 2001 como referencia para establecer un "patrón de oro". Siguiendo las preguntas de este año, se revisó cada uno de los cuestionarios con el objetivo de conseguir recoger las preguntas que habían sido utilizadas en más de tres años, prestando especial atención que tanto enunciado como respuesta fuera exactamente iguales. Con esta revisión se obtuvo una matriz de en la que se recogían las correspondencias entre los distintos años necesaria para crear las variables que agrupan las respuestas de la serie temporal 1987-2006. Para los años 2003 y 2006 además de revisar el *cuestionario individual* fue revisado el *cuestionario de hogares.*

Creación de variables

Tras la revisión de todos los cuestionarios, era necesaria la creación de unas variables alternativas a las que contuvieran la información inicial para poder continuar la creación de la serie temporal. Durante el proceso de creación de las variables se detectaron diferencias entre los distintos años que con la revisión inicial de los cuestionarios fue imposible detectar. Estas diferencias fueron subsanadas en aquellas variables que fue posible y se decidió eliminar del enlace aquellas que no permitían adaptación alguna. Estas diferencias tenían su origen en la codificación de las respuestas (cambios en las escalas, orden de las respuestas, respuestas desagregadas…) y en la propia redacción de las sentencias (conservando siempre el sentido y objetivo de la pregunta).

Creación de la base de datos enlazada

Tras la creación de las variables, los ficheros de microdatos, conteniendo la información original y la información homogeneizada fueron fu-

sionados con el programa estadístico SPSS para contener en un mismo archivo la serie temporal completa. Por consiguiente, en un único fichero de datos se ha conseguido contener la información recabada a lo largo de los años 1987-2006 por los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud, conservando el 'enunciado' del cuestionario del 2001, y optimizando las respuestas de los distintos años con la intención de agrupar la mayor cantidad de información homogénea disponible. Muchas de las tablas empleadas recogidas en el Apéndice han sido extraídas de la serie enlazada por mismo el Ministerio de Sanidad y Política Social.

8. Índice de cuadros

Cuadro 1. *Tasas de población joven y mayor dependiente en las ENS* 16
Cuadro 2. *Edad media de las personas que han sufrido un accidente en el último año* 34
Cuadro 3. *Tasas de tabaquismo según grado de consumo y sexo, en las ENS* 49
Cuadro 4. *Edad de inicio al consumo de alcohol, por grupos de edad, en las ENS* 54
Cuadro 5. *Incrementos porcentuales de las tasas de sobrepeso infantil, por sexo y grupos de edad, 1987-2006* 63
Cuadro 6. *Estimación logística del modelo de determinantes de la autovaloración del estado de salud* 71
Cuadro 7. *Estimaciones logística del modelo incluyendo la educación y los ingresos* 73
Cuadro 8. *Estimaciones logística del modelo incluyendo la educación y los ingresos años 1997 a 2006* 74

9. Índice de gráficos

Gráfico 1. *Pirámides de población de 1987 y 2006* 15
Gráfico 2. *Envejecimiento de la población en las ENS. Tasas de población menor de 15 y mayor de 65 en los años de las ediciones de la ENS* 16
Gráfico 3. *Tasas de población que valora positivamente la salud por sexo* 20
Gráfico 4. *Tasas de población que valora positivamente la salud por sexo y grupos de edad* 21
Gráfico 5. *Autovaloración media de la salud por grupos de edad (menor puntuación indica mejor valoración de la salud)* 21
Gráfico 6. *Prevalencia de las alergias por sexo, 1993-2006* 22
Gráfico 7. *Prevalencia del asma y la bronquitis crónica por sexo, 1993-2006* 23
Gráfico 8. *Prevalencia de la hipertensión arterial por sexo, 1993-2006* 24
Gráfico 9. *Hipertensión arterial en varones, por grupos de edad, 1993-2006* 25
Gráfico 10. *Hipertensión arterial en mujeres, por grupos de edad, 1993-2006* 25
Gráfico 11. *Prevalencia de colesterol elevada por grupos de edad, 1993-2006* 26
Gráfico 12. *Tasas de población con colesterol elevada, por sexo, 1993-2006* 26
Gráfico 13. *Tasas de población con colesterol elevada, por renta mes, 1997-2006* 27
Gráfico 14. *Prevalencia de la diabetes por grupos de edad, 1993-2006* 28
Gráfico 15. *Tasas de población con diabetes, por renta mes, 1997-2006* 28
Gráfico 16. *Tasas de población que conserva toda su dentadura, 1987-2006* 29
Gráfico 17. *Tasas de población que conserva toda su dentadura según nivel de renta mensual, 1987-2006* 30
Gráfico 18. *Tasas de población con caries, 1995-2006* 31
Gráfico 19. *Porcentajes de población con caries y tasas de crecimiento por grupos de renta, 1997-2006* 31
Gráfico 20. *Tasas de accidentalidad en el último año, por sexo, 1987-2006* 32
Gráfico 21. *Muertes por causas externas, según sexo, 1999-2007* 33
Gráfico 22. *Incrementos porcentuales de las tasas de accidentalidad en el periodo 1997-2006, según sexo y renta* ... 34
Gráfico 23. *Porcentaje de población con restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas* 35
Gráfico 24. *Número de días de restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas* 36
Gráfico 25. *Porcentaje de población con restricción de la actividad principal en las últimas dos semanas* 37
Gráfico 26. *Número de días de restricción de la actividad en la actividad principal en las últimas dos semanas* 37

Gráfico 27. *Porcentaje de población que tuvo que permanecer en la cama en las últimas dos semanas* 38
Gráfico 28. *Número de días de restricción de la actividad en la actividad principal en las últimas dos semanas* 38
Gráfico 29. *Porcentajes de población con dificultades para oír, 1995-2006, según grupos de edad* 39
Gráfico 30. *Porcentajes de población con dificultades para ver, 1995-2006, según grupos de edad* 40
Gráfico 31. *Porcentajes de población mayores de 64 años con autonomía funcional, 1993-2006, según grupos de edad* 41
Gráfico 32. *Porcentajes de población mayores de 64 años con autonomía funcional, según sexo, 1997-2006* 41
Gráfico 33. *Porcentajes de población mayores de 64 años con dependencia para la movilidad, según sexo, 1997-2006* 42
Gráfico 34. *Porcentajes de población mayores de 64 años con dependencia para el cuidado personal, según sexo, 1997-2006* 43
Gráfico 35. *Porcentajes de población mayores de 64 años con dependencia para las labores domesticas, según sexo, 1997-2006* 43
Gráfico 36. *Prevalencias en población mayores de 64 años según sexo y grupo de dependencia y tasas de crecimiento por grupo, 1997-2006* 44
Gráfico 37. *Tasas de población que ha fumado alguna vez por grupos de edad, 1987-2006* 46
Gráfico 38. *Tasas de fumadores por sexo, 1987-2006* 47
Gráfico 39. *Tasas de mujeres fumadoras por grupos de edad, 1987-2006* 47
Gráfico 40. *Tasas de fumadores diarios por sexo, 1993-2006* 48
Gráfico 41. *Tasas de fumadores según grado de consumo, 1987-2006* 49
Gráfico 42. *Tasas de reducción de consumo entre fumadores diarios, 1993-2006* 50
Gráfico 43. *Tasas de abandono del tabaco en los últimos 2 años entre fumadores diarios, 1993-2006* 51
Gráfico 44. *Tasas de abandono del tabaco en los últimos 10 años entre fumadores diarios, 1993-2006* 52
Gráfico 45. *Tasas de abandono del tabaco en los últimos 10 años entre fumadores diarios, 1987-2006* 52
Gráfico 46. *Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas 2 semanas, 1987-2006* 53
Gráfico 47. *Tasas de consumidores de alcohol, en las últimas 2 semanas, 1993-2006* 54
Gráfico 48. *Número medio de horas de sueño por sexo, 1987-2006* 55
Gráfico 49. *Sedentarismo por grupos de edad. 1993-2006* 56
Gráfico 50. *Incrementos de las tasas de población que realiza una actividad física fuerte o moderada en su tiempo libre por grupos de edad, 1993-2006* 57
Gráfico 51. *Porcentaje de personas con hábito de no desayunar por sexo en 2001-2006* 59
Gráfico 52. *Porcentaje de personas con hábito de no desayunar por grupos de edad en 2006* 59
Gráfico 53. *Porcentaje de personas con consumo diario de fruta fresca y/o verdura por grupos de edad en 2001-2006* 60
Gráfico 54. *Incrementos porcentuales de las tasas de sobrepeso en adultos por sexo y grupos de edad, 1987-2006* 61
Gráfico 55. *Tasas de sobrepeso infantil por grupos de edad, 1987-2006* 62
Gráfico 56. *Tasas de obesidad en adultos por sexo, 1987-2006* 64
Gráfico 57. *Incrementos porcentuales de las tasas de obesidad infantil por sexo y grupos de edad, 1987-2006* 64
Gráfico 58. *Porcentaje de población que se ha vacunado contra la gripe en la última campaña por grupos de edad, mayores de 45 años* 66
Gráfico 59. *Porcentaje de población femenina que ha acudido alguna vez al ginecólogo, por grupos de edad, 1993-2006* 67
Gráfico 60. *Incrementos porcentuales en la tasa de población femenina que ha tenido una consulta ginecológica por motivo diferente a embarazo o parto en el último año. 1993-2006* 67
Gráfico 61. *Porcentaje de mujeres que autovalora su salud como buena o muy buena* 69
Gráfico 62. *Porcentaje de hombres que autovalora su salud como buena o muy buena* 70
Gráfico 63. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables edad y sexo* 75
Gráfico 64. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables relacionadas con los estilos de vida* 75
Gráfico 65. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables educación e ingresos* 75
Gráfico 66. *Evolución de los coeficientes ponderados de las variables geográficas significativas* 76

10. Bibliografía

AL., E. C. E. (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. . *The New England Journal of Medicine* 1097-1105.

ALVARADO PÉREZ, E. (1998). *Retos del estado de bienestar en España a finales de los noventa,* Madrid, Tecnos.

ÁLVAREZ DARDET, C., PEIRÓ MORENO, S. y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (2000). *Informe SESPAS 2000: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo: cuarta edición,* Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

ÁLVAREZ-DARDET, C., MONTAHUD, C. y RUIZ, M. T. (2001). The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *European Journal Of Public Health,* 11**,** 225-6.

ANDERSON, P. y BAUMBERG, B. (2006). Alcohol in Europe: a public health perspective.

ANDERSON, P. y BAUMBERG, B. (2006). Alcohol in europe: a public health perspective. *UK, Institute of alcohol studies.*

ANTONANZAS, F. y PORTILLO, F. (2003). "Economic evaluation of pharmacotherapies for smoking cessation". *Gaceta Sanitaria / SESPAS,* 17**,** 393-403.

ARTAZCOZ, L., MOYA, C., VANACLOCHA, H. y PONT, P. (2004). "Adult health". *Gaceta Sanitaria / SESPAS,* 18 Suppl 1**,** 56-68.

BARRUECO FERRERO, M., HERNÁNDEZ-MEZQUITA, M. A., CALVO SÁNCHEZ, A., GARCÍA CIRAC, M. J., RODRÍGUEZ CALDERÓN, M., TORRECILLA GARCÍA, M., GONZÁLEZ BUSTOS, M. y JIMÉNEZ RUIZ, C. (2002). "Results of the first program to reduce the prevalence of smoking in the staff of Salamanca Council, Spain". *Revista Espanola De Salud Publica,* 76**,** 37-48.

BORRELL, C., ROHLFS, I., FERRANDO, J., PASARIN, M. I., DOMÍNGUEZ-BERJÓN, F. y PLASENCIA, A. (1999). Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *Int J Health Serv,* 29**,** 743-64.

BRETTSCHNEIDER, W.-D. y NAUL, R. (2004). *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance: final report,* Paderborn, [s.n.].

BRETTSCHNEIDER, W.-D. y NAUL, R. (2007). *Obesity in Europe: young people's physical activity and sedentary lifestyles,* Frankfurt am Main, Peter Lang.

CÁRITAS ESPAÑOLA (1998). *Propuestas sobre políticas sociales contra la exclusión social: Madrid, 16 de septiembre de 1997,* Madrid, Cáritas Española.

CARRASCO, P., ASTASIO, P., ORTEGA, P., JIMÉNEZ, R. y GIL, A. (2001). "Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997". *Med Clin (Barc),* 116**,** 324-9.

CARRASCO-GARRIDO, P., DE MIGUEL, A. G., BARRERA, V. H. y JIMÉNEZ-GARCÍA, R. (2007). Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal Of Public Health,* 17**,** 503-7.

CARRASCO-GARRIDO, P., JIMÉNEZ-GARCÍA, R., BARRERA, V. H. y GIL DE MIGUEL, A. (2008). Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety,* 17**,** 193-9.

CARRASCO-GARRIDO, P., JIMÉNEZ-GARCÍA, R., HERNÁNDEZ BARRERA, V., LÓPEZ DE ANDRÉS, A. y GIL DE MIGUEL, A. (2009). Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*

CASADO MARÍN, D. (2006). El impacto sobre la domografía del gasto sanitario futuro en las CCAA.

CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: situación actual y perspectivas de futuro,* Barcelona, Fudación "La Caixa".

CENTRO DE INVESTIGACIONES, S. (1990). *Estructura social y salud,* Madrid., C.I.S.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA REALIDAD SOCIAL (1997). *La realidad social en España: (septiembre 1995 - junio 1996),* Bilbao, Fundación BBV: Fundación Bilbao Bizcaia Kutxa: Fundación Caja de Madrid.

COLE T. J., BELLIZZI M. C., FLEGAL K. M. y WH, D. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey.

COLECTIVO IOÉ, PEREDA, C., PRADA, M. A. D., ACTIS, W. y FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORRO CONFEDERADAS PARA LA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL (2004). *Salud y estilos de vida en España: un análisis de los cambios ocurridos en la última década,* Madrid, Fundación de las Cajas de Ahorros.

COLECTIVO IOÉ, PEREDA, C., PRADA, M. A. D., ACTIS, W. y FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORRO CONFEDERADAS PARA LA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL (2004). *Salud y estilos de vida en España: un análisis de los cambios ocurridos en la última década,* Madrid, Fundación de las Cajas de Ahorros.

COMISIÓN DE CULTURA Y EDUCACIÓN, S., P (2007). Informe sobre la función del deporte en la educación.

COSTA-I-FONT, J. (2005). Inequalities in self-reported health within Spanish Regional Health Services: devolution re-examined? *The International Journal Of Health Planning And Management,* 20**,** 41-52.

DAMIÁN, J., RUIGÓMEZ, A., PASTOR, V. y MARTÍN-MORENO, J. M. (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health,* 53**,** 412-6.

DEL RÍO, M. C., PRADA, C. y ÁLVAREZ, F. J. (1996). "Consumption of drugs for the digestive system and for the metabolism by the Spanish population: study from the Health National Survey in 1987 and 1993". *Gastroenterol Hepatol,* 19**,** 347-50.

DEL RÍO, M. C., PRADA, C. y ÁLVAREZ, F. J. (1996). The use of medication and alcohol among the Spanish population. *British Journal Of Clinical Pharmacology,* 41**,** 253-5.

DIABETES, F. I. D. (2009). Entienda la diabetes, tome el control. IN DIABETES, F. I. D. (Ed.).

DORMONT, B., GRIGNON, M. y HUBER, H. (2006). Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Econ,* 15**,** 947-63.

DURÁN, M. Á. (2002) *Los costes invisibles de la enfermedad,* Bilbao, Fundación BBVA.

ESPANYA. DEFENSOR DEL PUEBLO (2003). *Listas de espera en el sistema nacional de salud,* Madrid, Defensor del Pueblo.

ESPINAS, J. A., RIBA, M. D., BORRAS, J. M. y SÁNCHEZ, V. (1995). "Health status, use of health services and reported morbidity: application of correspondence analysis". *Rev Esp Salud Publica,* 69**,** 195-206.

EUROSTAT (1995). *Eurostat annuaire … vue statistique sur l'Europe,* Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés Européennes.

EVANS, R. G., BARER, M. L. y MARMOR, T. R. (1996). *Por qué alguna gente está sana y otra no?: los determinantes de la salud de las poblaciones,* Madrid, Díaz de Santos.

FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. & LEÓN, D. A. (1996). Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *International Journal Of Epidemiology,* 25**,** 593-603.

FERNÁNDEZ, E., SCHIAFFINO, A., RAJMIL, L., BADIA, X. y SEGURA, A. (1999). Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health,* 53**,** 218-22.

FERNÁNDEZ GARCÍA, D., MARTÍN SÁNCHEZ, V., VÁZQUEZ CASARES, A. M., LIEBANA PRESA, C., FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, M. E. y DE LUIS GONZÁLEZ, J. M. (2007). Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: a cross sectional questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies,* 44**,** 780-5.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., RODRÍGUEZ, V. y ROJO, F. (2000). Health services accessibility among Spanish elderly. *Social Science & Medicine (1982),* 50**,** 17-26.

FERRUCCI, L., GURALNIK, J. M., SIMONSICK, E., SALIVE, M. E., CORTI, C. y LANGLOIS, J. (1996). Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci,* 51**,** M123-30.

FRIES, J. F. (1989). The compression of morbidity: near or far? *Milbank Q,* 67**,** 208-32.

FRIES, J. F. (2002). Aging, natural death, and the compression of morbidity. 1980. *Bull World Health Organ,* 80**,** 245-50.

FRIES, J. F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Ann Intern Med,* 139**,** 455-9.

FRIES, J. F. (2005). Frailty, heart disease, and stroke: the Compression of Morbidity paradigm. *Am J Prev Med,* 29**,** 164-8.

FUNDACIÓN GASPAR CASAL y FÓRUM SANOFI-AVENTIS (2006). *Una Visión panorámica de la salud de la mujer en España a principio del siglo XXI,* Barcelona, Fundación Gaspar Casal: Forum Sanofi-Aventis.

GARCÍA, A., HERNÁNDEZ, I. y ÁLVAREZ-DARDET, C. (1991). "Quitting the tobacco habit in Spain". *Medicina Clínica,* 97**,** 161-5.

GARCÍA-ALTES, A., PINILLA, J. y PEIRÓ, S. (2006). "An approach to "quality-adjusted life years" quality of life weights from self-assessed health status". *Gaceta Sanitaria / SESPAS,* 20**,** 457-64.

GARDE ROCA, J. A. (2003). *Informe 2003: políticas sociales y estado de bienestar en España,* Madrid, Fundación Hogar del Empleado.

GIL LACRUZ, M., MUSITU OCHOA, G. y UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. FACULTAT DE PSICOLOGÍA (1997). *Salud y fuentes de apoyo social: análisis de una comunidad,* Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.

GISPERT, R. *La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España.*

GONZALO, E. y PASARIN, M. I. (2004). "Health among the elderly". *Gaceta Sanitaria / SESPAS,* 18 Suppl 1**,** 69-80.

GRAHAM, P., BLAKELY, T., DAVIS, P., SPORLE, A. y PEARCE, N. (2004). Compression, expansion, or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand. *J Epidemiol Community Health,* 58**,** 659-66.

GRONBAEK, M., MORTENSEN, E. L., MYGIND, K., ANDERSEN, A. T., BECKER, U., GLUUD, C. y SORENSEN, T. I. (1999). Beer, wine, spirits and subjective health. *J Epidemiol Community Health,* 53**,** 721-4.

GUALLAR-CASTILLÓN, P., RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., DÍEZ GANAN, L., RAMÓN BANEGAS BANEGAS, J., LAFUENTE URDINGUIO, P. y DEL REY CALERO, J. (2001). "Smoking and subjective health in Spain". *Medicina Clínica,* 116**,** 451-3.

GUTIÉRREZ-FISAC, J. L., REGIDOR, E. y RONDA, E. (1992). Occupational accidents and alcohol consumption in Spain. *International Journal Of Epidemiology,* 21**,** 1114-20.

HARDMAN, K. (2007). Situación actual y perspectivas para la educación física en la Unión Europea, estudio encargado por el Parlamento Europeo.

HERNÁNDEZ PEDREÑO, M. (2000). *Desigualdades según género en la vejez,* Murcia, Consejería de la Presidencia, Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud.

HOEYMANS, N., FESKENS, E. J., KROMHOUT, D. y VAN DEN BOS, G. A. (1999). The contribution of chronic conditions and disabilities to poor self-rated health in elderly men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci,* 54**,** M501-6.

HOUSE, J. S., LEPKOWSKI, J. M., KINNEY, A. M., MERO, R. P., KESSLER, R. C. y HERZOG, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *J Health Soc Behav,* 35**,** 213-34.

IDLER, E. L. y BENYAMINI, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav,* 38**,** 21-37.

INSTITUTO DE LA MUJER (ESPAÑA). CENTRO DE DOCUMENTACIÓN (2002). *Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa: Madrid, 14 de septiembre de 2001,* Madrid, Instituto de la Mujer.

INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO (ESPANYA) y ESPANYA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2002). Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio: resultados España. Madrid, Instituto Nacional del Consumo.

JAGGER, C. (2000) Compression or expansion of morbidity-what does the future hold? *Age Ageing,* 29**,** 93-4.

JIMÉNEZ LARA, A. y HUETE GARCÍA, A. (2003). *La discapacidad en España: datos estadísticos: aproximación desde la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999,* Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad.

JIMÉNEZ, R., LARRAURI, A., CARRASCO, P., ESTÉBAN, J., GÓMEZ-LÓPEZ, L. I. y GIL, A. (2003). Influenza coverages in Spain and vaccination-related factors in the subgroup aged 50-64 years. *Vaccine,* 21**,** 3550-5.

JIMÉNEZ-GARCÍA, R., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P., LÓPEZ DE ANDRÉS, A., PÉREZ, N. y DE MIGUEL, A. G. (2008). Influenza vaccination coverages among children, adults, health care workers and immigrants in Spain: related factors and trends, 2003-2006. *The Journal Of Infection,* 57**,** 472-80.

JIMÉNEZ-GARCÍA, R., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P., SIERRA-MOROS, M. J., MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, D. & DE MIGUEL, A. G. (2006). Influenza vaccination coverages among Spanish children, adults and health care workers. *Infection,* 34**,** 135-41.

JIMÉNEZ-GARCÍA, R., JIMÉNEZ, I., GARRIDO, P. C., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., DE ANDRÉS, A. L., DEL BARRIO, J. L. y DE MIGUEL, A. G. (2008). Coverage and predictors of influenza vaccination among adults with diabetes in Spain. *Diabetes Research And Clinical Practice,* 79**,** 510-7.

JOUNG, I. M., VAN DE MHEEN, H., STRONKS, K., VAN POPPEL, F. W. y MACKENBACH, J. P. (1994). Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement. *Int J Epidemiol,* 23**,** 91-7.

JUANES, J. R. (2006). Evaluación de la eficiencia de la vacunación antgripal en la población laboral española. *Gaceta Sanitaria (Online),* 20**,** 101-107.

KANE, R. L., OUSLANDER, J. G. y ABRASS, I. B. (2004). *Essentials of clinical geriatrics,* New York; Madrid, McGraw-Hill.

KAWACHI, I., KENNEDY, B. P. y GLASS, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health,* 89**,** 1187-93.

LAI, H. (1999). *The effect of marital status on survival in late-stage cancer patients : an analysis based on surveillance, epidemiology, and end results (SEER) data, in the United States,* [S.l.], [s.n.].

LEINONEN, R., HEIKKINEN, E. y JYLHA, M. (1999). A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging (Milano),* 11**,** 209-20.

LEINONEN, R., HEIKKINEN, E. y JYLHA, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people -a 5- year longitudinal study. *Soc Sci Med,* 52**,** 1329-41.

LIANG, J., SHAW, B. A., KRAUSE, N., BENNETT, J. M., KOBAYASHI, E., FUKAYA, T. y SUGIHARA, Y. (2005). How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,* 60**,** S224-32.

LIANG, J., SHAW, B. A., KRAUSE, N. M., BENNETT, J. M., BLAUM, C., KOBAYASHI, E., FUKAYA, T., SUGIHARA, Y. y SUGISAWA, H. (2003). Changes in functional status among older adults in Japan: successful and usual aging. *Psychol Aging,* 18**,** 684-95.

LÓPEZ NICOLÁS, A. (2002). How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey. *Health Econ,* 11**,** 521-35.

LÓPEZ DE ANDRÉS, A., CARRASCO-GARRIDO, P., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., DE MIGUEL, A. G. y JIMÉNEZ-GARCÍA, R. (2008). Coverages and factors associated with influenza vaccination among subjects with chronic respiratory diseases in Spain. *European Journal Of Public Health,* 18**,** 173-7.

LÓPEZ-NICOLÁS, A. (2004). *Tabaquismo y economía pública.* JL editors.

LUBITZ, J. D. y RILEY, G. F. (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med,* 328**,** 1092-6.

MANOR, O., MATTHEWS, S. y POWER, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *Int J Epidemiol,* 29**,** 149-57.

MANTON, K. G., CORDER, L. y STALLARD, E. (1997). Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci U S A,* 94**,** 2593-8.

MARTIKAINEN, P., AROMAA, A., HELIOVAARA, M., KLAUKKA, T., KNEKT, P., MAATELA, J. y LAHELMA, E. (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med,* 48**,** 1117-22.

MARTÍN MORENO, J. M. y AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ESPAÑA) (2001). *Análisis comparativo de la encuesta nacional de salud. Año 1997 : informe de evaluación de tecnologías sanitarias nº 29, Madrid, noviembre de 2001,* Madrid, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituo de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

MAUREEN T. TIMLIN, MARK A. PEREIRA, MARY STORY y NEUMARK-SZTAINER, D. (2008). Breakfast Eating and Weight Change in a 5-Year Prospective Analysis of Adolescents: *Project EAT (Eating Among Teens).* e638 - e645.

MAYO MONTERO, E., HERNÁNDEZ BARRERA, V., SIERRA MOROS, M. J., PACHÓN DEL AMO, I., CARRASCO GARRIDO, P., GIL DE MIGUEL, A. y JIMÉNEZ GARCÍA, R. (2004). "Evolution of the degrees of influenza vaccine (flu shot) coverage in Spain throughout the 1993-2001 period. Analysis by Autonomous Communities". *Revista Espanola de Salud Publica,* 78**,** 481-92.

MORALES SUÁREZ-VARELA, M. M., LLOPIS GONZÁLEZ, A., MORENO GUILLÉM, E., MARTÍNEZ SELVA, M. I., VITORIA MINANA, I. y GISBERT, V. (1997). "Toxic habits in relation to cancer of the larynx". *Acta Otorrinolaringologica Espanola,* 48**,** 45-50.

MORENO ARNEDILLO, J. J., HERRERO GARCÍA DE OSMA, F. J., MADRID. AYUNTAMIENTO. DEPARTAMENTO DE SALUD y CENTRO DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO (MADRID) (1998). *Tabaquismo: programa para dejar de fumar,* Madrid, Ayuntamiento, Departamento de Salud: [Díaz de Santos].

NAVARRO LÓPEZ, V. (2004). *El Estado de Bienestar en España / Vicenç Navarro López, coordinador,* Madrid, Tecnos.

NAVARRO LÓPEZ, V. y QUIROGA, Á. (2003). *La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea,* [s.l.], [s.n.].

OMS (2008) Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol. Resolución WHA61.4 de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud

ORFILA, F., FERRER, M., LAMARCA, R. y ALONSO, J. (2000). Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J Clin Epidemiol,* 53**,** 563-70.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de un grupo de estudio de la OMS,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud [Recurso electrónico]: CIF, CD ROM multilingual, versión 1.0,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (GINEBRA). OFICINA REGIONAL PARA EUROPA (2000). *Plan Europeo de actuación sobre alcohol 2000-2005,* Copenhague, Oficina regional europea de la Organización Mundial de la salud.

PÉREZ CAMARERO, S, HIDALGO VEGA, A. (2007). *Los españoles frente a la salud y sus determinanes.* Ed. Forum Sanifi-Aventis, 2007, Dep. Legal: B-30.576-2007

PIKO, B. (2000). Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *J Community Health,* 25**,** 125-37.

PRADA, C., PRADA, R., DEL RÍO, M. C. y ÁLVAREZ, F. J. (1995). "Traffic accidents in the Spanish population". *Medicina Clínica,* 105**,** 601-4.

REGIDOR, E., BARRIO, G., DE LA FUENTE, L., DOMINGO, A., RODRÍGUEZ, C. y ALONSO, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health,* 53, 75-82.

REGIDOR, E., BARRIO, G., DE LA FUENTE, L., DOMINGO, A., RODRÍGUEZ, C. y ALONSO, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health,* 53, 75-82.

REGIDOR, E., BARRIO, G., DE LA FUENTE, L. y RODRÍGUEZ, C. (1996). Non-fatal injuries and the use of psychoactive drugs among young adults in Spain. *Drug Alcohol Depend,* 40, 249-59.

REGIDOR, E., DE MATEO, S., GUTIÉRREZ-FISAC, J. L., FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. y RODRÍGUEZ, C. (1996). "Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain". *Medicina Clínica,* 107, 285-8.

REGIDOR, E., MARTÍNEZ, D., ASTASIO, P., ORTEGA, P., CALLE, M. E. y DOMÍNGUEZ, V. (2006). "Association of income with use of and access to health services in Spain at the beginning of the XXI century". *Gaceta Sanitaria / SESPAS,* 20, 352-9.

RIBERA, B., CASAL, B., CANTARERO, D. y PASCUAL, M. (2008). "Adapting health services to the specific needs and utilization patterns of the new Spaniards. 2008 SESPAS Report". *Gaceta Sanitaria / SESPAS,* 22 Suppl 1, 86-95.

RILEY, P. y MCCLAUGHLYN, K. (2009). Entienda la diabetes: tome el control. *diabetesVoice.*

ROBERTS, G. (1999). Age effects and health appraisal: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci,* 54, S24-30.

ROBLEDO, T. Políticas institucionales de prevención de los problemas de salud generados por el consumo de bebidas alcoholicas en España y Europa. Direciión general de salud pública y consumo.

RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., DE ANDRÉS MANZANO, B., GUALLAR-CASTILLÓN, P., PUENTE MENDIZABAL, M. T., GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, J. y DEL REY CALERO, J. (2000). The association of tobacco and alcohol consumption with the use of health care services in Spain. *Preventive Medicine,* 31, 554-61.

RODRÍGUEZ, M. y STOYANOVA, A. (2004). The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics,* 13, 689-703.

ROSS, C. E. y WU, C. L. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav,* 37, 104-20.

RUIZ CANTERO, M. T., PAPI GÁLVEZ, N., CARBRERA RUIZ, V., RUIZ MARTÍNEZ, A. y ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, C. (2006). "Gender systems and/in the Spanish National Health Interview Survey". *Gac Sanit,* 20, 427-34.

SARRIA, A. y TIMONER, J. (2002). "Determination of influenza vaccination in persons 65 years of age and older". *Revista Espanola De Salud Publica,* 76, 17-26.

SARRIA-SANTAMERA, A. y TIMONER, J. (2003). Influenza vaccination in old adults in Spain. *European Journal Of Public Health,* 13, 133-7.

SERIES, W. R. P. E. Food and health in Europe: a new basis for action. 96.

SERRA MAJEM, L. & ARANCETA BARTRINA, J. (2004) *Desayuno y equilibrio alimentario: estudio enKid,* Barcelona, Masson.

SESHAMANI, M. y GRAY, A. (2002). The impact of ageing on expenditures in the National Health Service. *Age Ageing,* 31, 287-94.

SESHAMANI, M. y GRAY, A. (2004). Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age Ageing,* 33, 556-61.

SESHAMANI, M. y GRAY, A. M. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ,* 23, 217-35.

SOCIAL., M. D. S. Y. P. (2009). Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

STEARNS, S. C. y NORTON, E. C. (2004). Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions. *Health Econ,* 13, 315-27.

TAMARIT CONEJEROS, J. M., CARRASCO LLATAS, M., ESTELLES FERRIOL, E., FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, S., BAVIERA GRANELL, N. y DALMAU GALOFRE, J. (2007). "Supraglottic and glottic carcinomas. Study of the incidence in the last 31 years". *Acta Otorrinolaringologica Espanola,* 58**,** 449-53.

TOQUERO DE LA TORRE, F., ZARCO RODRÍGUEZ, J., AIZPIRI DÍAZ, J., ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (ESPAÑA) y ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006). *Guía de buena práctica clínica en Uso y abuso del alcohol,* Madrid, IM&C.

VALDERRAMA, E., RODRÍGUEZ, F. y PALACIOS, A. (1998). Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev. Esp. Salud Pública,* 72**,** 202-9.

VÁZQUEZ-FERNÁNDEZ DEL POZO, S., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., CARRASCO-GARRIDO, P., ÁLVAREZ-MARTÍN, E., LÓPEZ-DE ANDRES, A., GIL DE MIGUEL, A. y JIMÉNEZ-GARCÍA, R. (2007). Influenza vaccination coverage and related factors among Spanish children. *The Journal Of Infection,* 54**,** 483-9.

VERBRUGGE, L. M. y BALABAN, D. J. (1989). Patterns of change in disability and well-being. *Med Care,* 27**,** S128-47.

VILLAR ÁLVAREZ, F. y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS (2003). *Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España : hechos y cifras : Informe SEA 2003,* Majadahonda (Madrid), Ergón.

VILLAR ÁLVAREZ, F. y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS (2003). *Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras: Informe SEA 2007,* Madrid, Visto Bueno Equipo Creativo, S.L. ISBN: 978-84-690-9154-8

VIOQUE, J. y VICENTE, M. C. (1994). "The prevalence of obesity in Orihuela, Alicante, Spain. A comparison with the data from the National Health Care Survey in Spain". *Med Clin (Barc),* 103**,** 636-7.

WADE, T. J. y VINGILIS, E. (1999). The development of self-rated health during adolescence: an exploration of inter –and intra– cohort effects. *Can J Public Health,* 90**,** 90-4.

WILLIAMS, A. (1997). Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Econ,* 6**,** 117-32.

WILLIAMS, A. (2005). An aging population-burden or blessing? *Value Health,* 8**,** 447-50.

ZWEIFEL, P., FELDER, S. y MEIERS, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ,* 8**,** 485-96.

11. Apéndice de tablas

1. Población en España en los años de las distintas ediciones de las Encuestas Nacional de Salud

Valores absolutos por grupos quinquenales de edad y sexo. *Unidades: Personas*

	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	38586591	39131966	39343100	39525438	40476723	41663702	43758250
0-4	2343404	1979036	1931331	1864431	1877532	2013673	2233926
05-09	2955213	2259118	2110065	2028316	1928611	1928089	2029457
10-14	3311709	2859711	2615807	2392724	2132725	2107159	2078223
15-19	3273068	3306086	3201449	3013321	2563818	2413313	2298535
20-24	3207515	3268288	3302575	3321739	3212809	3106228	2891027
25-29	2937162	3185220	3227720	3244772	3415590	3584257	3701942
30-34	2577424	2969725	3073029	3171270	3333821	3495590	3826159
35-39	2448322	2635845	2791563	2932862	3216569	3391308	3635951
40-44	2290945	2438623	2488707	2580093	2931246	3135408	3424059
45-49	1988517	2317233	2393646	2429820	2558890	2737387	3071171
50-54	2264819	1982032	2084089	2245663	2422471	2476102	2638969
55-59	2212899	2135224	2001313	1913469	2150249	2303311	2462379
60-64	1976159	2149519	2175541	2133438	1894232	1927957	2157997
65-69	1555111	1885068	1942573	2008322	2073460	1998947	1856765
70-74	1272886	1464797	1588910	1677300	1813410	1885490	1939064
75-79	995467	1058473	1095644	1180369	1395581	1473165	1588507
80-84	613334	735855	766642	784826	856604	948070	1093080
85 y más (85 a 89 desde 2003)	362637	502113	552496	602703	699105	488397	552735
90 a 94 años						200046	219811
95 a 99 años						44553	53102
100 y más años						5252	5391

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.
Para poder enlazar las series se ha utilizado como fuente las estimaciones de población. Los datos de 1987, 1993, 1995 y 1997 y 2001 corresponden a las estimaciones intercensales de población con fecha 1 de enero. Para los años 2003 y 2006 se han utilizado como fuente las estimaciones de población actual también a 1 de enero.

2. Valoración positiva del estado de salud percibida en los últimos 12 meses

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 0 a más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	73,89	73,02	71,76	73,16	72,93	71,31	69,98
0-4 años	86,95	87,62	87,93	85,32	87,39	84,22	85,87
5-15 años	90,83	90,60	92,20	92,76	92,12	91,12	90,02
16-24 años	85,64	85,15	83,01	84,38	87,37	86,58	87,29
25-34 años	83,40	82,60	81,92	83,39	85,53	83,97	81,06
35-44 años	75,10	77,58	75,12	77,78	77,62	77,29	75,59
45-54 años	62,60	66,45	63,47	64,92	68,20	69,29	64,95
55-64 años	48,36	52,94	51,22	51,38	56,66	52,10	51,93
65-74 años	39,83	42,31	38,63	43,62	43,51	41,51	44,46
75 y más años	37,47	38,81	37,24	39,39	36,70	33,44	34,35
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	77,91	76,63	75,41	76,47	77,96	75,68	75,11
0-4 años	87,68	85,60	85,31	84,06	86,62	83,69	83,99
5-15 años	90,26	90,31	92,58	93,04	91,88	91,42	89,60
16-24 años	87,49	86,80	84,87	85,60	89,99	88,05	91,31
25-34 años	85,18	84,73	84,09	85,53	87,28	86,42	83,84
35-44 años	79,63	81,28	78,33	78,89	82,68	80,65	80,45
45-54 años	69,60	71,61	70,07	68,67	75,28	74,64	70,10
55-64 años	55,54	59,05	55,23	57,51	64,86	56,49	57,33
65-74 años	45,63	47,23	40,70	48,97	49,40	48,05	54,37
75 y más años	43,91	40,45	43,86	43,68	43,98	40,24	41,62
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	70,04	69,50	68,26	69,92	68,15	67,08	64,97
0-4 años	86,17	89,69	90,57	86,40	88,21	84,78	87,81
5-15 años	91,43	90,96	91,77	92,41	92,38	90,80	90,46
16-24 años	83,76	83,41	81,03	83,05	84,64	85,04	83,07
25-34 años	81,63	80,44	79,87	81,26	83,75	81,40	78,08
35-44 años	70,56	73,74	71,96	76,65	72,63	73,88	70,54
45-54 años	56,16	61,52	57,36	61,43	61,32	64,02	59,86
55-64 años	42,41	47,25	47,41	45,80	49,13	47,94	46,83
65-74 años	35,42	38,29	37,30	39,90	39,23	36,34	36,81
75 y más años	32,94	37,85	31,92	36,04	31,18	28,84	29,15

3. Alergia

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	6,25	8,05	7,95	8,03	9,83	10,54
16-24 años	7,95	11,79	10,66	10,63	13,55	13,82
25-34 años	6,41	8,69	7,97	7,98	11,89	12,24
35-44 años	5,99	5,47	6,97	7,50	8,85	11,41
45-54 años	5,46	7,18	6,90	8,05	8,70	8,85
55-64 años	5,98	7,01	7,06	7,66	8,64	9,79
65-74 años	5,16	7,64	7,11	7,35	8,01	7,57
75 y más años	5,34	6,08	6,91	5,61	7,06	7,70
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	5,32	6,83	6,18	6,63	8,72	8,91
16-24 años	7,61	11,78	9,25	10,83	14,35	13,33
25-34 años	5,79	8,19	7,27	7,93	11,49	11,20
35-44 años	4,70	3,89	4,72	5,24	8,42	9,44
45-54 años	3,64	4,93	4,44	5,51	6,32	6,19
55-64 años	4,71	5,37	4,71	4,69	6,14	7,25
65-74 años	3,64	5,34	4,18	4,90	4,88	5,73
75 y más años	5,17	2,94	5,20	4,62	4,44	5,82
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	7,14	9,19	9,60	9,34	10,90	12,10
16-24 años	8,33	11,80	12,20	10,43	12,73	14,34
25-34 años	7,07	9,20	8,66	8,03	12,30	13,36
35-44 años	7,32	7,00	9,22	9,72	9,28	13,45
45-54 años	7,26	9,23	9,20	10,52	11,06	11,48
55-64 años	7,19	8,55	9,21	10,40	10,99	12,18
65-74 años	6,40	9,11	9,13	9,13	10,48	9,00
75 y más años	5,43	8,65	8,26	6,37	8,84	9,04

4. Asma o bronquitis crónica

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	4,71	4,82	5,00	4,79	5,49	6,95
16-24 años	2,35	2,55	4,09	4,02	3,56	5,89
25-34 años	2,15	2,09	1,98	2,62	2,87	5,40
35-44 años	1,79	1,82	1,77	2,50	3,06	4,40
45-54 años	3,27	3,86	3,56	3,10	3,65	5,07
55-64 años	6,87	8,39	8,28	6,09	5,85	7,87
65-74 años	11,01	10,14	9,19	9,45	11,41	11,05
75 y más años	13,45	12,43	13,71	10,96	15,38	14,66
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	5,59	5,90	5,42	5,20	5,72	6,86
16-24 años	2,25	2,88	3,35	3,62	3,25	5,24
25-34 años	2,61	1,34	1,65	2,56	2,54	4,72
35-44 años	1,75	1,85	1,77	2,02	2,47	3,63
45-54 años	3,74	4,88	4,19	3,23	3,53	4,34
55-64 años	9,05	12,21	9,58	7,50	6,60	8,75
65-74 años	14,91	14,23	11,81	12,61	14,71	12,51
75 y más años	19,91	17,75	19,08	14,14	19,77	19,35
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	3,88	3,82	4,60	4,40	5,28	7,05
16-24 años	2,47	2,20	4,89	4,44	3,88	6,57
25-34 años	1,70	2,85	2,30	2,68	3,20	6,12
35-44 años	1,84	1,80	1,77	2,98	3,65	5,20
45-54 años	2,82	2,92	2,98	2,98	3,77	5,78
55-64 años	4,80	4,82	7,08	4,79	5,13	7,05
65-74 años	7,86	7,52	7,40	7,15	8,80	9,92
75 y más años	9,66	8,13	9,50	8,54	12,41	11,33

5. Hipertensión arterial

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	11,18	11,92	11,34	14,42	14,53	18,41
16-24 años	0,65	0,82	0,67	0,70	0,31	1,45
25-34 años	1,86	2,59	0,99	1,66	1,72	3,41
35-44 años	4,01	4,66	3,73	5,09	4,54	7,02
45-54 años	11,46	14,15	12,34	15,27	12,01	16,99
55-64 años	21,85	22,06	24,27	27,32	27,53	33,30
65-74 años	30,97	31,27	30,27	38,78	39,25	46,42
75 y más años	29,49	30,45	30,28	35,79	44,15	49,46
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	8,49	9,72	8,84	11,94	12,43	16,53
16-24 años	0,83	0,16	0,64	0,52	0,39	0,32
25-34 años	1,58	2,67	0,83	1,76	1,73	3,67
35-44 años	3,34	4,31	4,13	4,77	5,21	8,19
45-54 años	9,57	12,71	10,32	14,55	12,20	18,00
55-64 años	18,34	18,27	20,56	22,51	26,83	34,15
65-74 años	23,55	27,56	25,35	33,05	32,96	39,65
75 y más años	22,38	26,90	20,81	32,04	36,21	42,43
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	13,75	13,97	13,70	16,74	16,53	20,22
16-24 años	0,47	1,53	0,70	0,88	0,24	2,63
25-34 años	2,16	2,51	1,15	1,55	1,71	3,12
35-44 años	4,70	5,00	3,33	5,41	3,86	5,81
45-54 años	13,36	15,47	14,22	15,97	11,83	16,00
55-64 años	25,14	25,60	27,68	31,75	28,20	32,50
65-74 años	37,00	33,63	33,65	42,94	44,22	51,62
75 y más años	33,67	33,33	37,73	38,63	49,52	54,48

6. Colesterol elevado

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	8,17	9,45	8,17	10,91	10,46	14,01
16-24 años	0,70	0,41	0,75	0,96	0,36	1,57
25-34 años	1,84	2,59	1,56	2,42	2,24	3,52
35-44 años	4,99	6,26	4,51	6,30	5,58	9,16
45-54 años	10,25	12,41	12,23	12,82	11,50	16,79
55-64 años	18,36	18,08	17,08	23,44	21,20	27,57
65-74 años	18,92	23,10	18,08	24,08	25,35	30,78
75 y más años	12,42	15,83	14,25	19,37	20,75	22,16
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	7,77	8,84	7,78	10,28	9,62	13,66
16-24 años	0,74	0,32	1,12	0,80	0,28	0,70
25-34 años	2,70	3,34	1,65	2,45	2,45	3,91
35-44 años	6,24	9,37	6,65	8,14	7,40	11,98
45-54 años	12,37	12,44	12,07	15,40	13,18	18,93
55-64 años	16,20	17,76	16,82	21,20	19,53	26,86
65-74 años	15,45	19,50	15,22	20,87	20,23	27,99
75 y más años	9,96	9,41	12,14	15,98	16,95	17,76
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	8,58	10,02	8,54	11,49	11,26	14,34
16-24 años	0,66	0,51	0,35	1,13	0,45	2,49
25-34 años	0,97	1,84	1,47	2,40	2,02	3,11
35-44 años	3,75	3,20	2,36	4,49	3,74	6,23
45-54 años	8,21	12,39	12,39	10,32	9,86	14,69
55-64 años	20,44	18,38	17,31	25,51	22,78	28,24
65-74 años	21,74	25,40	20,05	26,41	29,40	32,93
75 y más años	13,86	21,05	15,91	21,94	23,32	25,29

7. Colesterol elevado

Porcentaje según grupo de edad, sexo y nivel de ingresos económicos mensuales del hogar. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006
Total	8,17	10,91	10,46	14,01
Hasta 600 euros	12,51	18,92	18,92	22,49
De 601 a 900 euros	7,3	13,22	14,72	20,1
De 901 a 1.200 euros	5,29	8,9	9,54	13,47
De 1.201 a 1.800 euros	4,8	8,67	8,4	12,12
Más de 1.800 euros	5,37	6,47	6,84	11,05
Varones	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	7,78	10,28	9,62	13,66
Hasta 600 euros	11,14	14,6	12,54	18,86
De 601 a 900 euros	6,94	12,42	12,88	19,14
De 901 a 1.200 euros	6,04	9,19	10,06	14,33
De 1.201 a 1.800 euros	6,23	9,82	9,08	12,04
Más de 1.800 euros	7,26	7,35	7,54	12,12
Mujeres	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	8,54	11,49	11,26	14,34
Hasta 600 euros	13,65	21,95	22,94	25,01
De 601 a 900 euros	7,65	13,95	16,44	20,92
De 901 a 1.200 euros	4,49	8,59	9,04	12,7
De 1.201 a 1.800 euros	3,29	7,43	7,69	12,2
Más de 1.800 euros	3,21	5,49	6,11	9,00

8. Diabetes

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	4,09	4,69	4,96	5,62	5,92	6,01
16-24 años	0,28	0,08	0,33	0,56	0,52	0,34
25-34 años	0,51	0,84	0,33	0,63	0,79	0,97
35-44 años	1,41	1,72	1,57	1,29	1,17	1,22
45-54 años	3,48	3,28	4,39	5,23	4,19	4,58
55-64 años	8,21	9,58	10,49	9,94	10,99	11,04
65-74 años	13,28	14,09	14,59	15,46	16,74	16,89
75 y más años	9,47	13,16	13,74	17,18	19,25	18,38
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	3,16	3,96	4,07	5,23	5,62	6,22
16-24 años	0,24	0,00	0,64	0,58	0,43	0,21
25-34 años	0,44	0,83	0,33	0,63	0,88	1,06
35-44 años	1,49	1,23	1,38	1,03	1,63	1,06
45-54 años	3,18	3,18	4,43	5,66	4,37	5,77
55-64 años	7,32	9,53	8,41	9,78	12,10	13,84
65-74 años	9,66	12,37	11,46	14,66	15,98	19,04
75 y más años	6,95	11,18	13,87	18,20	18,54	17,49
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	4,97	5,36	5,80	5,98	6,21	5,81
16-24 años	0,33	0,17	0,00	0,54	0,60	0,47
25-34 años	0,57	0,84	0,33	0,63	0,70	0,87
35-44 años	1,35	2,20	1,76	1,55	0,69	1,39
45-54 años	3,78	3,38	4,36	4,81	4,01	3,41
55-64 años	9,00	9,63	12,39	10,08	9,93	8,39
65-74 años	16,23	15,19	16,75	16,04	17,35	15,23
75 y más años	10,96	14,76	13,64	16,40	19,73	19,01

9. Diabetes

Porcentaje según grupo de edad, sexo y nivel de ingresos económicos mensuales del hogar. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006
Total	4,96	5,62	5,92	6,01
Hasta 600 euros	9,25	12,28	13,47	14,02
De 601 a 900 euros	5,10	7,44	9,73	10,24
De 901 a 1.200 euros	2,19	4,17	5,56	7,17
De 1.201 a 1.800 euros	1,40	3,16	4,03	4,04
Más de 1.800 euros	0,90	2,30	2,78	2,54
Varones	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	4,07	5,23	5,62	6,22
Hasta 600 euros	6,94	10,10	11,58	13,61
De 601 a 900 euros	4,78	7,55	8,58	11,06
De 901 a 1.200 euros	1,57	4,46	6,00	8,10
De 1.201 a 1.800 euros	1,17	3,16	4,00	4,31
Más de 1.800 euros	1,68	2,78	3,22	2,92
Mujeres	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	5,80	5,98	6,21	5,81
Hasta 600 euros	11,18	13,81	14,67	14,31
De 601 a 900 euros	5,42	7,35	10,79	9,54
De 901 a 1.200 euros	2,84	3,86	5,13	6,34
De 1.201 a 1.800 euros	1,65	3,16	4,06	3,75
Más de 1.800 euros	0,00	1,75	2,31	2,08

10. Conservación de toda la dentadura natural (1987-2006)

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	32,32	39,88	38,18	39,38	39,94	24,22	20,69
16-24 años	64,58	75,90	69,86	70,66	75,60	62,30	59,25
25-35 años	44,79	57,12	50,86	53,65	56,70	39,40	33,47
35-44 años	30,82	41,53	39,39	41,93	44,77	20,69	18,96
45-54 años	17,81	28,45	29,57	29,30	29,62	13,79	10,25
55-64 años	11,91	16,16	20,22	19,65	20,57	7,51	5,56
65-74 años	7,20	9,05	10,01	11,64	12,02	4,36	3,30
75 y más años	3,80	5,76	7,01	7,89	6,95	1,17	1,68
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	34,15	42,53	39,63	40,38	41,22	27,68	23,32
16-24 años	66,02	75,95	69,36	72,33	76,35	64,92	62,85
25-35 años	43,79	57,52	50,89	54,63	57,19	44,95	37,06
35-44 años	32,27	43,63	40,76	40,77	44,57	23,86	20,36
45-54 años	19,18	30,49	31,35	27,54	29,53	15,05	11,24
55-64 años	13,35	18,01	19,91	16,82	20,02	9,21	6,68
65-74 años	7,43	10,54	8,77	12,37	11,72	3,57	3,40
75 y más años	4,26	8,44	5,81	6,36	6,87	1,61	1,79
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	30,65	37,38	36,84	38,44	38,75	20,93	18,15
16-24 años	63,13	75,81	70,38	68,84	74,81	59,55	55,50
25-35 años	45,78	56,82	50,90	52,67	56,21	33,57	29,59
35-44 años	29,38	39,48	38,04	43,11	44,97	17,48	17,51
45-54 años	16,55	26,55	27,91	30,94	29,70	12,54	9,27
55-64 años	10,72	14,49	20,52	22,22	21,08	5,91	4,52
65-74 años	7,03	7,76	10,81	11,14	12,23	4,99	3,23
75 y más años	3,47	4,18	7,98	9,09	7,01	0,87	1,60

11. Conservación de toda la dentadura natural (1987-2006)

Porcentaje según grupo de edad, sexo y nivel de ingresos económicos mensuales del hogar. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006
Total	39,38	39,94	24,22	20,69
Hasta 600 euros	26,78	21,65	12,28	10,62
De 601 a 900 euros	36,33	34,7	17,61	13,23
De 901 a 1.200 euros	45,77	43,2	23,04	18,77
De 1.201 a 1.800 euros	52,34	49,15	26,09	23,22
Más de 1.800 euros	55,72	52,68	29,52	26,81
Varones	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	40,38	41,22	27,68	23,32
Hasta 600 euros	26,86	21,22	13,42	14,02
De 601 a 900 euros	34,84	34,36	21,35	13,92
De 901 a 1.200 euros	46,92	44,92	27,01	19,69
De 1.201 a 1.800 euros	52,29	47,76	29,15	25,79
Más de 1.800 euros	55,68	51,7	31,77	29,16
Mujeres	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	38,44	38,75	20,93	18,15
Hasta 600 euros	26,71	21,95	11,55	8,27
De 601 a 900 euros	37,77	35	14,12	12,65
De 901 a 1.200 euros	44,57	41,39	19,16	17,94
De 1.201 a 1.800 euros	52,4	50,63	22,94	20,42
Más de 1.800 euros	55,77	53,78	27,18	24,07

12. Caries

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 0 a más años*

Ambos sexos	1995	1997	2001	2003	2006
Total	35,47	32,90	30,20	25,48	26,16
0-4 años	2,25	1,99	2,14	0,87	3,00
5-15 años	25,42	21,23	19,44	14,60	15,71
16-24 años	40,35	37,38	30,40	26,70	25,09
25-34 años	44,66	42,38	37,86	29,43	33,92
35-44 años	42,65	38,26	37,50	31,99	31,40
45-54 años	43,95	42,09	36,68	29,38	31,43
55-64 años	38,44	39,30	33,75	30,49	29,26
65-74 años	30,86	26,93	27,75	24,78	23,86
75 y más años	24,94	24,17	19,35	18,21	16,63
Varones	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	35,51	34,56	30,62	26,59	27,30
0-4 años	2,04	1,20	2,48	1,18	2,46
5-15 años	24,64	22,47	18,29	14,55	14,59
16-24 años	37,48	34,91	27,90	26,86	21,57
25-34 años	43,76	43,74	38,68	30,64	34,40
35-44 años	42,74	44,23	39,29	33,54	34,26
45-54 años	47,74	43,96	38,55	30,44	34,60
55-64 años	39,13	43,55	35,86	30,19	30,72
65-74 años	31,58	27,84	27,18	27,68	27,00
75 y más años	29,07	27,17	20,41	21,56	18,66
Mujeres	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	35,44	31,35	29,80	24,42	25,04
0-4 años	2,46	2,81	1,78	0,55	3,56
5-15 años	26,36	20,08	20,65	14,65	16,90
16-24 años	43,43	40,07	33,01	26,53	28,76
25-34 años	45,48	41,03	37,02	28,16	33,39
35-44 años	42,55	32,23	35,75	30,41	28,41
45-54 años	40,44	40,36	34,87	28,34	28,27
55-64 años	37,80	35,43	31,80	30,77	27,90
65-74 años	30,41	26,30	28,16	22,48	21,43
75 y más años	21,60	21,82	18,55	15,94	15,20

13. Caries

Porcentaje según grupo de edad, sexo y nivel de ingresos económicos mensuales del hogar. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006	% 1997-2006
Total	32,9	30,2	25,48	26,16	–20,49
Hasta 600 euros	39,33	36,22	32,41	30,63	–22,12
De 601 a 900 euros	34,57	34,66	31,24	29,72	–14,03
De 901 a 1.200 euros	32,32	30,27	27,02	28,36	–12,25
De 1.201 a 1.800 euros	28,16	26,44	24,27	26,69	–5,22
Más de 1.800 euros	22,88	23,56	20,38	21,42	–6,38
Varones	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**	**% 1997-2006**
Total	34,56	30,62	26,59	27,3	–21,01
Hasta 600 euros	41,61	37,09	35,98	31,98	–23,14
De 601 a 900 euros	35,31	34,6	31,83	32,11	–9,06
De 901 a 1.200 euros	35,17	30,15	27,59	30,74	–12,60
De 1.201 a 1.800 euros	33,54	28,18	28,35	28,07	–16,31
Más de 1.800 euros	24,75	25,55	20,01	21,93	–11,39
Mujeres	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**	**% 1997-2006**
Total	31,35	29,8	24,42	25,04	–20,13
Hasta 600 euros	37,42	35,6	29,96	29,68	–20,68
De 601 a 900 euros	33,88	34,72	30,7	27,68	–18,30
De 901 a 1.200 euros	29,36	30,38	26,45	26,2	–10,76
De 1.201 a 1.800 euros	22,63	24,56	20,13	25,15	11,14
Más de 1.800 euros	20,65	21,31	20,77	20,84	0,92

14. Accidente en los últimos 12 meses

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 0 a más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	8,07	7,51	8,65	9,07	8,85	9,95	10,41
0-4 años	7,75	5,54	9,41	7,94	7,86	9,27	9,63
5-15 años	9,59	8,66	9,07	10,90	9,51	11,54	11,01
16-24 años	10,79	10,89	12,51	13,98	11,81	12,54	14,21
25-34 años	9,08	8,29	9,59	9,05	9,86	10,20	11,09
35-44 años	7,55	6,60	6,42	6,08	8,47	8,44	9,05
45-54 años	6,28	5,82	8,13	7,00	8,03	7,80	9,32
55-64 años	5,48	5,56	5,95	6,51	5,71	8,64	8,66
65-74 años	4,62	5,69	7,79	7,08	7,59	9,29	8,52
75 y más años	6,10	6,54	6,07	11,20	9,28	12,80	12,65
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	9,72	8,90	8,94	9,84	9,15	10,78	11,22
0-4 años	8,64	6,01	9,80	8,76	8,35	9,86	11,09
5-15 años	10,86	10,97	8,85	11,45	11,12	13,23	13,70
16-24 años	14,56	14,37	14,29	18,38	15,21	16,65	17,93
25-34 años	11,81	10,92	12,03	10,74	12,13	13,39	14,11
35-44 años	10,67	8,57	8,13	7,54	9,00	9,70	10,29
45-54 años	6,95	5,99	9,42	7,43	7,50	8,86	9,54
55-64 años	5,00	4,59	3,22	4,51	3,70	6,99	7,47
65-74 años	3,24	4,49	3,55	4,15	3,47	5,75	5,15
75 y más años	3,76	3,87	2,38	5,78	4,55	7,11	6,95
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	6,49	6,13	8,34	8,35	8,57	9,14	9,61
0-4 años	6,80	5,06	9,02	7,20	7,35	8,65	8,11
5-15 años	8,24	6,15	9,21	10,41	7,82	9,76	8,13
16-24 años	6,96	7,27	10,62	9,11	8,26	8,23	10,31
25-34 años	6,37	5,57	6,98	7,39	7,54	6,86	7,86
35-44 años	4,41	4,63	4,75	4,58	7,95	7,15	7,77
45-54 años	5,66	5,59	6,94	6,61	8,54	6,75	9,10
55-64 años	5,87	6,49	8,55	8,30	7,55	10,20	9,80
65-74 años	5,67	6,65	10,53	9,11	10,57	12,09	11,13
75 y más años	7,74	8,13	9,00	15,45	12,88	16,64	16,72

15. Accidente en los últimos 12 meses

Porcentaje según grupo de edad, sexo y nivel de ingresos económicos mensuales del hogar. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006	% 1997-2006
Total	9,07	8,85	9,95	10,41	14,77
Hasta 600 euros	9,14	9,30	11,16	11,74	28,45
De 601 a 900 euros	9,27	7,90	10,20	11,09	19,63
De 901 a 1.200 euros	7,76	8,45	10,61	10,58	36,34
De 1.201 a 1.800 euros	8,97	9,11	10,53	9,84	9,70
Más de 1.800 euros	9,99	11,2	9,27	10,63	6,41
Varones	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**	**% 1997-2006**
Total	9,84	9,15	10,78	11,22	14,02
Hasta 600 euros	9,32	7,63	9,26	10,48	12,45
De 601 a 900 euros	9,86	8,32	10,64	11,54	17,04
De 901 a 1.200 euros	8,77	8,38	11,54	12,03	37,17
De 1.201 a 1.800 euros	9,52	9,58	11,99	10,65	11,87
Más de 1.800 euros	11,84	12,07	10,68	12,24	3,38
Mujeres	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**	**% 1997-2006**
Total	8,35	8,57	9,14	9,61	15,09
Hasta 600 euros	9,00	10,5	12,47	12,64	40,44
De 601 a 900 euros	8,71	7,50	9,79	10,71	22,96
De 901 a 1.200 euros	6,70	8,52	9,67	9,27	38,36
De 1.201 a 1.800 euros	8,42	8,6	9,05	8,94	6,18
Más de 1.800 euros	7,80	10,22	7,79	8,82	13,08

16. Porcentaje de población que tuvo que restringir la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas por motivos de salud

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003
Total	14,21	13,86	13,22	12,91	13,64	14,10
16-17 años	12,37	13,33	10,11	13,95	7,70	10,21
18-24 años	10,39	10,12	9,96	9,98	9,44	12,09
25-34 años	11,17	12,10	10,61	11,20	10,21	9,76
35-44 años	13,03	10,40	9,60	9,38	11,95	12,20
45-54 años	14,43	12,80	13,97	11,29	13,86	12,52
55-64 años	17,27	16,88	16,81	17,03	15,65	17,91
65 y más años	17,72	21,14	19,43	18,29	20,79	20,97
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	13,86	10,96	11,15	10,94	10,73	12,00
16-17 años	12,52	11,40	11,19	16,67	7,40	12,21
18-24 años	11,36	9,55	8,46	9,31	7,71	10,05
35-34 años	10,22	10,07	10,10	10,44	9,37	9,70
35-44 años	14,13	9,16	7,97	8,62	9,35	11,46
45-54 años	15,32	9,67	10,74	8,43	11,76	9,75
55-64 años	15,91	13,28	13,41	12,64	11,64	14,54
65 y más años	16,08	14,68	17,21	14,81	15,21	16,97
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	14,45	16,55	15,15	14,77	16,36	16,10
16-17 años	12,26	15,50	9,02	10,53	8,05	7,95
18-24 años	9,62	10,70	11,59	10,68	11,18	14,19
35-34 años	11,88	14,17	11,13	11,95	11,06	9,82
35-44 años	12,19	11,56	11,22	10,16	14,51	12,95
45-54 años	13,85	15,79	16,96	13,96	15,89	15,25
55-64 años	18,14	20,11	20,04	21,05	19,34	21,10
65 y más años	18,72	25,81	20,97	20,81	24,90	23,94

17. Número de días de restricción de la actividad en tiempo libre en las últimas dos semanas

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003
Total	5,24	5,97	6,59	6,92	8,11
16-17 años	3,89	3,08	4,76	4,28	5,03
18-24 años	4,35	4,81	5,46	4,93	5,00
25-34 años	4,56	4,88	5,87	5,98	6,62
35-44 años	4,52	5,77	6,11	6,95	7,78
45-54 años	5,30	6,34	6,95	7,07	8,23
55-64 años	5,73	5,90	7,13	7,43	9,07
65 y más años	6,45	7,63	7,61	7,88	9,68
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	4,96	6,14	6,86	6,97	7,79
16-17 años	3,96	3,00	4,91	5,18	5,20
18-24 años	4,04	5,06	5,45	4,78	4,81
25-34 años	4,71	4,41	5,86	6,47	6,68
35-44 años	4,63	6,21	6,91	7,01	7,66
45-54 años	5,33	7,70	8,44	7,80	8,13
55-64 años	5,61	6,64	8,42	7,97	8,85
65 y más años	5,74	7,75	7,60	7,34	9,39
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	5,41	5,86	6,40	6,90	8,33
16-17 años	3,84	3,18	4,45	3,32	4,72
18-24 años	4,64	4,60	5,46	5,04	5,13
25-34 años	4,46	5,31	5,88	5,56	6,57
35-44 años	4,45	5,48	5,53	6,91	7,88
45-54 años	5,27	5,60	6,15	6,54	8,29
55-64 años	5,80	5,39	6,49	7,15	9,21
65 y más años	6,73	7,57	7,61	8,11	9,83

18. Porcentaje de población que tuvo que restringir la actividad principal en las últimas dos semanas por razones de salud

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	11,24	10,98	11,92	12,21	12,21	13,30	14,84
16-17 años	9,37	9,97	8,61	10,85	6,63	9,08	12,92
18-24 años	8,58	7,54	9,82	8,91	7,67	11,00	12,97
25-34 años	10,61	9,49	9,51	10,86	8,76	8,93	13,18
35-44 años	10,70	8,36	8,22	9,46	10,32	10,95	13,03
45-54 años	12,70	9,97	13,39	10,83	12,59	11,49	14,10
55-64 años	13,40	13,74	15,78	16,12	14,28	17,28	18,41
65 y más años	11,29	17,26	16,31	17,30	19,50	20,94	17,89
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	10,05	8,08	9,26	9,41	9,21	10,97	11,92
16-17 años	8,49	9,10	8,96	8,33	5,62	10,33	8,61
18-24 años	9,18	7,06	6,88	7,88	6,55	8,90	11,36
25-34 años	9,21	8,27	8,74	9,76	8,03	8,25	11,23
35-44 años	11,08	6,64	6,18	7,49	8,36	10,30	11,97
45-54 años	13,18	6,63	10,71	8,67	10,28	8,47	10,06
55-64 años	10,93	9,80	11,67	11,49	9,86	13,59	14,66
65 y más años	7,38	10,09	12,45	11,80	12,85	17,02	13,30
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	12,07	13,68	14,41	14,83	15,01	15,52	17,66
16-17 años	10,03	10,97	8,27	14,04	7,84	7,67	16,95
18-24 años	8,11	8,03	13,01	10,00	8,79	13,16	14,71
25-34 años	11,67	10,75	10,29	11,95	9,49	9,64	15,26
35-44 años	10,41	9,99	10,24	11,46	12,26	11,61	14,12
45-54 años	12,38	13,15	15,86	12,84	14,83	14,46	18,10
55-64 años	14,98	17,27	19,65	20,34	18,36	20,77	21,96
65 y más años	13,65	22,41	19,00	21,27	24,42	23,84	21,31

19. Número de días de restricción de la actividad principal en las últimas dos semanas

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003
Total	5,14	6,28	6,21	6,77	8,22
16-17 años	3,19	3,21	3,81	4,11	4,49
18-24 años	4,16	4,46	5,09	5,06	4,97
25-34 años	4,38	5,25	5,04	5,76	6,79
35-44 años	4,80	6,66	5,66	7,14	7,93
45-54 años	5,16	6,87	7,28	7,23	8,29
55-64 años	5,45	6,77	6,84	6,90	9,25
65 y más años	6,45	7,43	7,28	7,38	9,66
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	5,07	6,96	7,01	7,03	7,96
16-17 años	3,63	2,20	3,73	4,93	4,31
18-24 años	4,45	4,56	6,24	4,66	4,96
25-34 años	4,43	5,51	5,64	6,57	6,91
35-44 años	5,48	8,15	7,51	7,35	7,91
45-54 años	6,27	9,11	8,91	8,35	7,97
55-64 años	5,56	8,35	7,91	8,08	9,27
65 y más años	5,41	7,30	7,52	6,92	9,33
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	5,18	5,86	5,71	6,61	8,40
16-17 años	2,82	4,33	3,88	3,40	4,76
18-24 años	3,91	4,41	4,09	5,36	4,98
25-34 años	4,34	5,04	4,52	5,07	6,67
35-44 años	4,40	5,63	4,40	7,00	7,94
45-54 años	4,63	5,52	6,17	6,48	8,47
55-64 años	5,41	5,93	6,30	6,35	9,24
65 y más años	6,78	7,50	7,18	7,56	9,83

20. Porcentaje de población que tuvo que permanecer en cama en en las últimas dos semanas por razones de salud

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003
Total	8,36	8,81	7,30	7,20	7,51	6,44
16-17 años	6,96	9,40	6,02	9,69	6,34	5,77
18-24 años	5,78	7,59	7,60	6,14	7,00	6,40
25-34 años	6,46	8,13	6,04	6,50	6,23	6,32
35-44 años	7,13	6,80	6,24	5,60	5,77	5,81
45-54 años	9,34	6,81	8,86	5,82	7,64	6,15
55-64 años	10,10	10,76	8,12	8,67	7,81	6,71
65 y más años	10,49	12,63	7,82	9,66	10,54	7,39
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	7,57	7,62	6,09	6,39	6,03	5,12
16-17 años	5,45	8,45	6,72	5,56	7,25	0,98
18-24 años	4,62	6,98	5,14	6,50	5,38	5,14
25-34 años	5,43	6,95	5,03	6,06	5,51	5,37
35-44 años	6,45	7,13	6,18	5,56	4,58	5,30
45-54 años	9,62	5,38	6,94	5,31	5,92	4,69
55-64 años	10,26	9,43	7,06	7,13	6,01	5,03
65 y más años	9,09	10,13	6,56	8,19	8,46	5,64
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	8,91	9,92	8,44	7,96	8,89	7,72
16-17 años	8,11	10,48	5,30	14,91	5,25	10,25
18-24 años	6,70	8,21	10,26	5,76	8,63	7,76
25-34 años	7,25	9,33	7,05	6,95	6,97	7,34
35-44 años	7,64	6,49	6,31	5,65	6,94	6,34
45-54 años	9,16	8,17	10,64	6,29	9,31	7,60
55-64 años	10,00	11,95	9,13	10,08	9,47	8,29
65 y más años	11,35	14,43	8,70	10,71	12,08	8,68

21. Número de días que debió permanecer en cama en las últimas dos semanas

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003
Total	3,38	3,49	3,74	3,85	4,71
16-17 años	2,50	2,06	2,46	2,21	2,70
18-24 años	3,13	2,30	2,90	2,78	2,98
25-34 años	3,00	3,19	3,01	3,03	3,17
35-44 años	2,92	3,19	4,02	4,43	3,96
45-54 años	3,46	4,03	4,69	4,05	4,19
55-64 años	3,75	4,38	4,08	4,44	5,12
65 y más años	3,97	4,00	4,19	4,31	6,51
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	3,35	3,60	3,79	3,66	4,56
16-17 años	2,78	2,33	1,71	2,28	3,03
18-24 años	2,84	1,76	2,75	2,51	2,67
25-34 años	3,26	3,07	3,00	2,62	3,07
35-44 años	3,07	3,93	3,89	3,83	4,02
45-54 años	4,06	4,50	5,19	4,30	4,04
55-64 años	3,71	4,47	4,96	4,58	6,29
65 y más años	3,52	4,04	4,08	4,38	6,00
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**
Total	3,40	3,41	3,70	3,96	4,81
16-17 años	2,25	1,71	2,76	2,11	2,41
18-24 años	3,36	2,60	3,08	2,94	3,16
25-34 años	2,80	3,28	3,02	3,35	3,25
35-44 años	2,76	2,43	4,14	4,82	3,89
45-54 años	3,07	3,73	4,32	3,89	4,26
55-64 años	3,77	4,32	3,55	4,37	4,49
65 y más años	4,19	3,98	4,25	4,28	6,78

22. Dificultad para oír

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1995	1997	2001	2003	2006
Total	11,25	7,82	8,42	13,47	11,37
16-24 años	5,48	2,54	3,21	9,30	3,55
25-34 años	5,04	3,33	3,45	7,85	4,35
35-44 años	6,92	3,19	5,03	8,17	6,78
45-54 años	9,37	6,28	6,87	9,82	10,03
55-64 años	14,32	10,99	9,88	16,49	15,09
65-74 años	22,85	17,84	16,83	20,80	19,33
75 y más años	36,20	28,61	27,33	38,15	35,56
Varones	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	11,30	8,07	9,16	16,06	12,37
16-24 años	5,30	1,72	3,70	11,16	3,15
25-34 años	5,67	3,09	4,27	9,08	5,23
35-44 años	7,39	4,41	5,54	11,10	8,20
45-54 años	9,76	7,73	8,23	12,92	12,58
55-64 años	15,03	14,98	11,92	22,11	17,77
65-74 años	26,83	17,59	18,39	25,83	22,72
75 y más años	33,72	28,16	30,18	43,69	37,17
Mujeres	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	11,21	7,57	7,72	11,01	10,41
16-24 años	5,67	3,43	2,71	7,35	3,98
25-34 años	4,42	3,56	2,61	6,57	3,41
35-44 años	6,46	1,94	4,52	5,20	5,31
45-54 años	9,01	4,93	5,54	6,76	7,51
55-64 años	13,64	7,35	8,00	11,18	12,58
65-74 años	20,27	18,01	15,70	16,82	16,71
75 y más años	38,21	28,96	25,16	34,40	34,42

23. Dificultad para ver

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1995	1997	2001	2003	2006
Total	6,48	5,22	6,29	4,60	5,18
16-24 años	2,66	1,80	2,90	1,34	2,03
25-34 años	3,33	2,52	2,92	1,57	2,34
35-44 años	3,25	1,26	3,73	1,20	2,33
45-54 años	5,83	4,66	4,37	3,61	4,74
55-64 años	8,75	6,59	7,30	4,89	5,49
65-74 años	12,05	12,25	12,94	8,71	9,20
75 y más años	23,12	20,36	19,52	20,76	17,63
Varones	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	4,35	4,01	4,60	3,31	3,68
16-24 años	2,02	1,57	1,66	1,15	0,92
25-34 años	2,27	2,12	2,16	1,23	2,00
35-44 años	2,39	0,96	2,59	0,76	1,72
45-54 años	2,62	3,37	3,74	2,27	3,58
55-64 años	7,52	5,52	5,16	2,78	4,13
65-74 años	8,01	9,34	10,48	6,92	6,14
75 y más años	16,28	17,92	16,38	19,32	14,65
Mujeres	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	8,48	6,37	7,87	5,82	6,62
16-24 años	3,34	2,06	4,20	1,53	3,20
25-34 años	4,42	2,92	3,70	1,93	2,71
35-44 años	4,11	1,56	4,86	1,65	2,96
45-54 años	8,79	5,86	4,98	4,94	5,88
55-64 años	9,91	7,56	9,27	6,88	6,76
65-74 años	14,67	14,25	14,73	10,13	11,55
75 y más años	28,64	22,27	21,89	21,74	19,75

24. Autonomía funcional

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 65 y más años*

Ambos sexos	1993	1997	2001	2003	2006
Total	58,47	65,59	63,50	58,31	51,37
65-69 años	74,69	78,24	77,09	78,11	70,54
70-74 años	59,05	67,31	66,36	66,31	60,89
75-79 años	52,73	62,26	57,94	51,83	45,01
80-84 años	41,71	41,32	41,15	36,57	32,69
85 y más años	20,40	32,08	26,39	15,96	14,27
Varones	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	64,3	74,39	69,69	67,29	60,28
65-69 años	77,72	90,63	82,24	85,09	77,06
70-74 años	64,11	77,05	70,60	72,52	69,17
75-79 años	58,60	64,13	68,95	59,13	58,50
80-84 años	51,04	53,85	45,71	47,43	39,47
85 y más años	24,90	–	38,68	27,40	18,12
Mujeres	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	54,44	59,34	58,96	51,66	44,82
65-69 años	72,42	69,47	73,78	72,18	65,81
70-74 años	54,73	60,96	62,89	61,76	54,23
75-79 años	49,15	60,83	49,15	46,33	35,20
80-84 años	37,25	31,88	38,19	29,24	27,74
85 y más años	17,59	–	16,36	10,00	11,91

25. Autonomía funcional

Porcentaje según sexo y nivel de ingresos económicos mensuales del hogar. *Población de 65 y más años*

Ambos sexos	1993	1997	2001	2003	2006
Total	58,47	65,59	63,5	58,31	51,37
Hasta 600 euros	–	62,27	56,81	54,82	41,91
De 601 a 900 euros	–	69,39	68,27	57,28	51,56
De 901 a 1.200 euros	–	67,35	70,01	58,13	55,75
De 1.201 a 1.800 euros	–	–	74,13	61,92	58,55
Más de 1.800 euros	–	—	68,25	56,59	60,97
Varones	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	64,3	74,39	69,69	67,29	60,28
Hasta 600 euros	–	72,08	62,54	63,15	50,6
De 601 a 900 euros	–	80	71,61	65,54	54,78
De 901 a 1.200 euros	–	–	78,12	68,91	65,47
De 1.201 a 1.800 euros	–	–	78,82	70,64	67,41
Más de 1.800 euros	–	–	76,41	65,44	72,25
Mujeres	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	54,44	59,34	58,96	51,66	44,82
Hasta 600 euros	–	55,41	53,22	50,4	36,86
De 601 a 900 euros	–	59,41	65,56	50,71	49,07
De 901 a 1.200 euros	–	–	62,11	48,39	47,09
De 1.201 a 1.800 euros	–	–	68,78	55,11	50,88
Más de 1.800 euros	–	–	59,42	48,13	48,63

26. Dependencia para el cuidado personal

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 65 y más años*

Ambos sexos	1993	1997	2001	2003	2006
Total	28,53	22,66	26,18	32,55	34,43
65-69 años	13,74	13,32	14,11	14,77	16,39
70-74 años	28,40	21,75	23,62	26,15	24,09
75-79 años	32,09	24,06	31,04	36,22	40,77
80-84 años	43,16	38,02	45,24	50,35	50,97
85 y más años	70,63	54,72	61,06	75,41	74,19
Varones	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	23,34	14,77	20,46	24,76	25,59
65-69 años	11,32	5,03	8,56	8,17	10,76
70-74 años	24,02	13,11	19,61	21,77	18,75
75-79 años	26,28	17,58	20,41	32,99	25,47
80-84 años	37,55	26,92	43,42	39,13	42,12
85 y más años	61,80	–	52,17	59,92	67,56
Mujeres	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	32,12	28,25	30,38	38,32	40,95
65-69 años	15,58	19,20	17,68	20,39	20,46
70-74 años	32,12	27,42	26,90	29,36	28,41
75-79 años	35,57	28,93	39,52	38,65	51,93
80-84 años	45,86	46,38	46,42	57,93	57,44
85 y más años	76,15	—	68,36	83,47	78,26

27. Dependencia para las labores domésticas

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 65 y más años*

Ambos sexos	1993	1997	2001	2003	2006
Total	33,39	22,71	25,17	31,56	38,59
65-69 años	18,47	10,91	14,31	15,20	21,47
70-74 años	33,01	20,26	22,63	22,78	29,75
75-79 años	36,28	26,76	29,36	35,36	42,60
80-84 años	49,29	43,80	40,97	50,67	54,88
85 y más años	76,14	58,49	61,76	74,99	78,33
Varones	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	30,65	17,56	22,58	24,32	32,87
65-69 años	18,84	3,77	12,82	9,79	17,96
70-74 años	30,56	16,13	21,75	18,43	24,74
75-79 años	34,89	23,91	22,30	31,54	33,53
80-84 años	41,15	34,62	40,78	42,51	50,75
85 y más años	71,56	–	51,65	58,17	75,03
Mujeres	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	35,28	26,38	27,06	36,92	42,81
65-69 años	18,23	15,93	15,27	19,79	24,02
70-74 años	35,07	22,99	23,35	25,96	33,77
75-79 años	37,11	28,93	34,96	38,25	49,19
80-84 años	53,20	50,72	41,09	56,18	57,92
85 y más años	79,00	—	70,12	83,74	80,37

28. Dependencia para la movilidad

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 65 y más años*

Ambos sexos	1993	1997	2001	2003	2006
Total	29,05	26,02	25,39	29,55	31,44
65-69 años	13,88	16,10	14,45	12,98	15,49
70-74 años	27,48	21,61	22,60	21,38	20,74
75-79 años	34,37	30,33	28,23	32,53	35,21
80-84 años	45,47	44,63	46,06	48,22	48,48
85 y más años	68,50	64,15	59,45	74,18	72,79
Varones	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	20,70	16,89	18,00	20,83	22,55
65-69 años	9,03	6,25	9,46	7,98	11,75
70-74 años	21,51	12,1	17,29	16,66	14,15
75-79 años	24,52	24,18	16,33	25,31	21,37
80-84 años	34,15	26,92	38,27	36,42	38,88
85 y más años	54,00	—	41,63	53,12	60,55
Mujeres	**1993**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	34,92	32,54	30,81	36,00	37,99
65-69 años	17,57	23,11	17,67	17,23	18,19
70-74 años	32,61	27,96	26,93	24,85	26,06
75-79 años	40,51	35,00	37,69	37,98	45,27
80-84 años	51,03	57,97	51,10	56,18	55,51
85 y más años	77,41	—	74,07	85,14	80,41

28. Dependencia para las labores domésticas

Porcentaje según sexo y nivel de ingresoseconómicos mensuales del hogar. *Población de 65 y más años*

	Dependencia para la movilidad				Dependencia para el cuidado personal				Dependencia para las labores domésticas			
	1997	2001	2003	2006	1997	2001	2003	2006	1997	2001	2003	2006
	Ambos sexos											
Total	26,02	25,39	29,55	31,44	22,66	26,18	32,55	34,43	22,71	25,17	31,56	38,59
Hasta 600 euros	28,50	30,82	32,49	39,75	24,80	30,48	34,03	41,99	24,42	30,53	33,47	45,77
De 601 a 900 euros	21,94	20,94	29,58	31,25	20,81	22,66	32,88	33,64	20,30	20,08	32,15	38,58
De 901 a 1.200 euros	28,00	20,20	29,01	26,04	22,92	22,77	32,39	29,74	22,00	20,22	30,77	34,29
De 1.201 a 1.800 euros	–	16,61	25,89	26,25	–	17,87	30,82	28,80	–	15,50	31,79	35,23
Más de 1.800 euros	–	18,05	28,78	26,36	–	23,63	37,14	28,43	–	23,54	32,97	31,16
	Varones											
Total	16,89	18,00	20,83	22,55	14,77	20,46	24,76	25,59	17,56	22,58	24,32	32,87
Hasta 600 euros	18,18	23,23	25,50	30,25	15,53	23,48	27,24	33,43	19,32	28,55	28,24	42,07
De 601 a 900 euros	12,63	17,21	22,53	26,61	12,63	20,13	25,62	28,64	11,58	18,84	26,09	37,02
De 901 a 1.200 euros	–	12,00	21,54	17,88	–	14,49	24,70	20,84	–	17,03	23,70	27,74
De 1.201 a 1.800 euros	–	10,33	16,14	17,93	–	15,09	20,43	19,57	–	14,17	26,11	27,72
Más de 1.800 euros												
	Mujeres											
Total	32,54	30,81	36,00	37,99	28,25	30,38	38,32	40,95	26,38	27,06	36,92	42,81
Hasta 600 euros	35,71	35,57	36,20	45,28	31,30	34,89	37,63	46,95	27,97	31,77	36,25	47,91
De 601 a 900 euros	30,69	23,99	35,19	34,83	28,43	24,72	38,66	37,51	28,43	21,07	36,96	39,78
De 901 a 1.200 euros	–	28,18	35,76	33,34	–	30,88	39,34	37,69	–	23,32	37,17	40,11
De 1.201 a 1.800 euros	–	23,73	33,50	33,45	–	21,05	38,93	36,78	–	17,01	36,23	41,73
Más de 1.800 euros	—	29,10	43,72	38,17	—	34,15	44,76	39,47	—	33,20	44,55	42,74

30. Consumo de tabaco alguna vez en la vida

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	50,02	49,55	51,44	50,78	51,31	48,31	50,03
16-24 años	58,25	49,91	51,52	44,75	47,25	40,93	37,85
25-34 años	66,74	67,40	68,59	67,69	60,78	51,25	54,05
35-44 años	51,44	58,85	61,38	65,60	67,32	64,92	59,66
45-54 años	42,20	46,08	47,04	51,68	55,67	58,58	63,24
55-64 años	38,59	40,29	42,73	39,93	41,54	40,03	48,82
65-74 años	36,19	34,63	33,66	32,54	34,22	34,35	37,30
75 y más años	30,82	27,73	33,77	33,33	32,79	28,82	30,38
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	73,47	69,07	69,64	67,40	66,97	62,23	63,48
16-24 años	60,30	51,40	50,40	44,58	45,41	42,20	36,37
25-34 años	78,62	74,15	72,16	66,78	63,24	53,40	58,01
35-44 años	76,05	76,74	75,25	79,42	75,39	70,41	63,79
45-54 años	76,64	73,84	73,14	77,35	75,75	72,85	76,34
55-64 años	78,10	72,28	77,60	73,27	71,64	66,08	75,72
65-74 años	79,13	72,01	77,66	72,76	72,25	70,27	72,11
75 y más años	71,22	68,33	73,37	71,51	73,12	67,18	66,77
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	28,45	31,02	34,36	35,15	36,67	35,06	37,08
16-24 años	56,17	48,22	52,70	44,94	49,19	39,60	39,41
25-34 años	55,03	60,35	64,96	68,61	58,27	49,00	49,81
35-44 años	26,72	40,84	47,60	51,65	59,35	59,35	55,36
45-54 años	10,37	18,74	22,52	27,80	36,26	44,52	50,28
55-64 años	5,97	10,22	9,47	9,47	13,86	15,41	23,40
65-74 años	3,86	4,35	4,67	4,76	6,54	5,92	10,43
75 y más años	2,62	3,81	1,90	3,62	2,26	2,91	4,38

31. Consumo actual de tabaco

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	38,35	36,18	36,91	35,78	34,48	30,97	29,50
16-24 años	51,79	43,77	45,62	39,75	41,83	36,98	31,87
25-34 años	56,04	55,12	55,65	55,36	47,77	40,52	40,07
35-44 años	40,57	46,49	45,94	48,89	48,60	43,66	37,60
45-54 años	31,24	32,81	31,48	34,84	35,50	36,10	36,25
55-64 años	24,11	23,29	25,25	20,68	22,77	19,06	21,80
65-74 años	16,71	12,82	13,94	11,55	10,63	10,87	11,51
75 y más años	11,85	8,12	7,65	7,89	7,05	4,47	4,75
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	55,12	48,56	47,22	44,86	42,17	37,56	35,33
16-24 años	54,54	45,60	45,31	39,72	40,89	38,55	31,08
25-34 años	67,79	62,79	59,47	55,86	50,99	43,48	45,98
35-44 años	60,09	61,12	56,34	60,19	54,69	48,22	41,05
45-54 años	57,88	52,02	47,96	51,57	46,62	44,32	41,48
55-64 años	49,15	41,15	43,65	36,41	37,96	29,80	31,34
65-74 años	36,70	26,13	31,56	25,86	21,30	21,53	20,56
75 y más años	27,43	19,29	16,57	16,28	15,64	9,81	9,30
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	22,93	24,42	27,26	27,24	27,28	24,69	23,88
16-24 años	49,01	41,75	45,95	39,79	42,81	35,35	32,71
25-34 años	44,46	47,12	51,90	54,85	44,50	37,41	33,73
35-44 años	20,96	31,81	35,60	37,48	42,58	39,05	34,01
45-54 años	6,61	13,89	15,99	19,28	24,75	28,00	31,07
55-64 años	3,44	6,55	7,71	6,32	8,80	8,93	12,79
65-74 años	1,67	1,99	2,34	1,67	2,86	2,43	4,52
75 y más años	0,98	1,54	0,48	1,36	0,56	0,86	1,49

32. Consumo diario de tabaco

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	32,06	33,69	33,18	31,68	28,12	26,44
16-24 años	36,23	39,72	35,25	36,69	32,99	26,89
25-34 años	49,80	51,44	51,79	44,21	36,45	35,33
35-44 años	42,60	42,33	46,57	45,75	40,23	34,13
45-54 años	29,93	29,15	32,87	32,92	33,60	33,62
55-64 años	20,83	23,68	19,36	21,30	16,91	19,87
65-74 años	10,94	13,24	10,28	9,62	9,71	10,30
75 y más años	7,00	6,60	7,12	6,10	3,93	4,52
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	43,98	43,50	42,11	39,21	34,15	31,56
16-24 años	38,60	38,95	35,95	36,48	34,79	24,96
25-34 años	57,92	56,01	53,42	48,05	38,65	40,16
35-44 años	57,47	52,31	57,69	52,02	44,39	37,41
45-54 años	48,41	45,08	48,92	43,43	41,81	38,83
55-64 años	37,37	40,88	34,33	35,57	26,82	28,45
65-74 años	22,36	30,14	22,76	19,46	18,99	18,64
75 y más años	16,29	14,20	15,12	13,42	8,56	8,93
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	20,77	24,51	24,77	24,65	22,39	21,51
16-24 años	33,83	40,54	34,48	36,92	31,10	28,93
25-34 años	41,32	46,94	50,16	40,32	34,13	30,16
35-44 años	27,66	32,40	35,34	39,55	36,02	30,73
45-54 años	11,73	14,19	17,94	22,76	25,51	28,47
55-64 años	5,40	7,27	5,68	8,18	7,54	11,77
65-74 años	1,63	2,10	1,67	2,45	2,36	3,86
75 y más años	1,54	0,48	0,90	0,56	0,81	1,37

33. Consumo de 20 o más cigarrillos al día

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	17,33	15,59	15,45	15,61	15,50	12,77	10,94
16-24 años	16,90	13,64	11,89	11,57	10,71	9,51	6,89
25-34 años	27,09	24,32	23,78	23,70	22,07	15,66	13,13
35-44 años	21,82	25,11	25,25	26,29	25,78	20,91	15,82
45-54 años	17,15	17,31	16,75	19,02	19,83	19,10	16,81
55-64 años	12,33	9,67	10,76	10,06	11,21	8,22	9,53
65-74 años	6,65	4,28	5,12	3,25	4,13	3,38	3,71
75 y más años	3,91	1,25	1,60	2,56	1,88	0,87	1,13
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	29,63	24,15	23,65	23,15	22,05	18,33	15,25
16-24 años	22,55	17,24	15,45	13,05	12,55	12,69	8,96
25-34 años	40,92	34,15	31,07	30,94	28,28	20,61	16,72
35-44 años	38,09	37,30	37,27	38,95	32,95	28,02	20,31
45-54 años	32,99	29,55	28,96	31,55	29,70	27,27	23,51
55-64 años	26,76	18,24	20,24	17,91	20,40	13,88	14,92
65-74 años	15,03	8,81	10,91	7,64	8,82	6,46	6,78
75 y más años	9,45	2,30	3,64	5,29	4,19	1,78	2,14
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	6,08	7,49	7,91	8,55	9,43	7,47	6,78
16-24 años	11,19	9,96	8,11	9,95	8,73	6,17	4,73
25-34 años	13,48	14,19	16,53	16,50	15,68	10,47	9,29
35-44 años	5,56	12,87	13,43	13,59	18,65	13,70	11,15
45-54 años	2,60	5,27	5,63	7,42	10,44	11,05	10,18
55-64 años	0,56	1,68	2,20	2,95	3,13	2,87	4,43
65-74 años	0,37	0,62	1,40	0,24	0,82	0,94	1,35
75 y más años	0,06	0,64	0,00	0,45	0,21	0,25	0,41

34. Reducción del consumo de tabaco en los dos últimos años

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años que fuma diariamente*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	24,42	24,88	26,14	25,59	23,37	32,90
16-24 años	19,40	20,25	23,46	23,73	17,71	31,45
25-34 años	24,53	23,13	26,40	23,42	22,18	33,61
35-44 años	22,55	21,93	21,73	22,53	20,75	30,20
45-54 años	22,37	25,20	24,46	24,54	24,62	30,89
55-64 años	30,95	35,10	34,29	34,68	32,52	34,18
65-74 años	44,41	45,45	49,30	44,26	41,29	52,14
75 y más años	51,53	–	–	56,87	54,42	43,55
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	24,89	26,45	28,35	25,99	24,51	33,89
16-24 años	18,68	19,41	23,66	20,72	18,75	30,50
25-34 años	22,62	22,09	26,56	21,90	19,87	32,98
35-44 años	21,81	23,62	23,31	22,23	19,07	32,56
45-54 años	23,50	27,32	25,63	24,63	28,36	31,35
55-64 años	32,54	35,43	39,19	36,12	36,36	34,16
65-74 años	45,77	48,10	53,13	46,92	42,02	53,40
75 y más años	56,49	—	—	59,06	54,41	48,23
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	23,42	22,29	22,63	25,00	21,71	31,50
16-24 años	20,15	21,10	23,23	26,81	16,50	32,29
25-34 años	27,14	24,37	26,23	25,24	24,92	34,51
35-44 años	24,13	19,25	19,10	22,92	22,85	27,23
45-54 años	17,99	19,05	21,52	24,37	18,58	30,28
55-64 años	20,41	–	–	28,94	19,61	34,23
65-74 años	–	–	–	–	36,60	47,49
75 y más años	–	–	–	–	–	–

35. Abandono del consumo de tabaco en los dos últimos años

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años que fuma diariamente o que ha dejado de fumar en los últimos dos años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	11,12	9,54	7,48	10,79	10,85	10,29
16-24 años	9,42	8,66	5,70	7,70	7,02	11,75
25-34 años	10,04	8,91	6,86	10,40	10,30	10,53
35-44 años	7,98	7,66	6,04	8,22	11,06	10,29
45-54 años	10,85	12,24	6,60	12,64	9,59	7,89
55-64 años	17,14	9,09	10,20	12,95	16,28	8,72
65-74 años	25,54	12,15	14,12	22,73	19,50	14,21
75 y más años	21,81	—	33,33	28,07	20,03	21,24
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	10,94	9,64	7,59	11,09	10,82	9,59
16-24 años	9,03	7,55	4,98	6,76	5,91	11,69
25-34 años	7,94	6,85	5,75	8,82	7,52	6,00
35-44 años	7,81	8,13	5,96	8,01	10,89	9,78
45-54 años	10,50	13,76	6,45	13,25	10,16	9,11
55-64 años	16,48	10,15	10,24	14,33	18,42	9,76
65-74 años	25,20	12,37	14,29	22,59	19,80	15,68
75 y más años	23,74	–	–	28,23	21,59	24,55
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	11,46	9,26	7,29	10,33	10,89	11,26
16-24 años	9,76	9,77	6,51	8,66	8,28	11,79
25-34 años	12,97	10,97	8,01	12,24	13,40	16,29
35-44 años	8,33	6,90	6,19	8,48	11,26	10,93
45-54 años	12,33	7,35	6,98	11,49	8,65	6,20
55-64 años	20,50	–	–	6,96	8,20	6,27
65-74 años	–	–	–	23,56	17,51	8,23
75 y más años	–	–	–	–	–	–

36. Abandono del consumo de tabaco en los últimos 10 años

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años que fuma diariamente o que ha dejado de fumar hace más de 1 año pero menos de 10 años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	16,45	18,06	17,54	18,91	20,21	26,03
16-24 años	7,68	7,44	5,91	8,35	6,71	11,79
25-34 años	11,79	14,29	12,84	14,33	15,65	22,57
35-44 años	13,58	17,25	17,32	18,32	20,07	26,30
45-54 años	17,73	25,30	21,17	20,37	19,29	25,88
55-64 años	28,37	25,00	26,36	26,60	33,64	34,59
65-74 años	45,69	36,91	42,97	43,60	44,30	41,62
75 y más años	45,31	50,00	54,10	51,70	54,78	52,88
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	17,78	19,99	19,13	20,37	21,71	27,73
16-24 años	6,15	6,49	5,76	7,00	5,86	9,86
25-34 años	9,38	13,49	11,35	12,14	14,32	19,46
35-44 años	12,91	17,20	15,25	17,12	19,15	26,44
45-54 años	18,27	26,27	21,62	22,37	20,32	29,15
55-64 años	29,47	26,56	28,37	28,30	35,14	38,37
65-74 años	46,91	37,50	43,59	45,14	44,81	44,36
75 y más años	48,00	50,00	55,17	51,55	56,56	54,74
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	13,60	14,62	14,85	16,65	17,91	23,47
16-24 años	9,45	8,40	6,07	9,71	7,68	13,48
25-34 años	15,14	15,22	14,36	16,84	17,18	26,61
35-44 años	14,78	17,35	20,52	19,82	21,18	26,12
45-54 años	15,23	22,22	20,00	16,41	17,56	20,95
55-64 años	18,83	–	–	18,90	28,06	23,94
65-74 años	–	–	–	32,70	40,76	28,52
75 y más años	–	–	–	–	–	41,74

37. Consumo de bebidas alcohólicas en las últimas dos semanas

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 16 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2006
Total	56,39	47,51	52,07	52,40	52,31	55,73
16-24 años	68,37	54,28	57,19	55,19	54,77	54,37
25-34 años	68,90	58,27	62,64	62,34	60,11	59,21
35-44 años	62,52	53,73	57,65	61,13	60,04	61,29
45-54 años	54,61	48,34	54,88	54,55	57,77	60,67
55-64 años	42,72	40,69	45,26	46,08	49,38	56,05
65-74 años	34,55	30,94	34,02	36,04	36,68	48,16
75 y más años	25,27	23,85	29,95	29,77	28,43	37,57
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2006**
Total	73,44	66,03	69,15	69,21	68,48	70,23
16-24 años	78,45	65,60	64,69	65,09	61,82	61,88
25-34 años	83,84	75,86	78,28	78,27	75,36	71,81
35-44 años	77,82	72,72	76,10	78,49	74,66	73,53
45-54 años	75,01	69,05	76,61	72,88	74,34	74,07
55-64 años	65,37	61,94	65,90	64,80	69,95	72,93
65-74 años	55,10	49,78	55,24	59,45	59,12	71,06
75 y más años	39,74	44,13	45,35	44,19	46,53	58,03
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2006**
Total	40,86	30,11	36,11	36,62	37,19	41,78
16-24 años	58,13	42,45	49,16	44,41	47,39	46,46
25-34 años	54,22	40,46	46,88	46,41	44,61	45,73
35-44 años	47,34	34,48	39,53	43,66	45,60	48,57
45-54 años	36,23	28,34	34,73	37,53	41,73	47,42
55-64 años	24,44	20,90	25,65	29,20	30,37	40,09
65-74 años	19,13	15,89	20,32	19,91	20,43	30,48
75 y más años	15,20	11,84	17,45	18,55	14,78	22,96

38. Hábitos de consumo durante los días de la semana

Porcentaje según sexo y tipo de bebida. *Población de 16 y más años*

Consumo exclusivo en festivos o en festivos y laborables indistintamente					
Ambos sexos		**1995**	**1997**	**2001**	**2006**
Vino y Cava	Solo días festivos	46,56	47,12	44,54	33,65
	Festivos y/o laborables	49,81	50,42	52,54	60,47
Cerveza con Alcohol	Solo días festivos	40,06	43,81	39,50	41,24
	Festivos y/o laborables	55,53	52,85	57,43	51,60
Aperitivos	Solo días festivos	67,22	71,73	67,18	56,47
	Festivos y/o laborables	29,09	25,38	28,54	27,01
Brandy, Licores, Combinados	Solo días festivos	68,97	74,95	75,79	70,23
	Festivos y/o laborables	28,37	23,18	21,90	22,34
Whisky	Solo días festivos	67,66	73,96	74,11	59,47
	Festivos y/o laborables	29,20	24,54	23,19	27,35
Varones		**1995**	**1997**	**2001**	**2006**
Vino y Cava	Solo días festivos	34,15	35,96	33,87	29,39
	Festivos y/o laborables	62,01	60,98	62,91	64,08
Cerveza con Alcohol	Solo días festivos	30,11	35,69	31,58	36,96
	Festivos y/o laborables	65,11	60,49	65,27	55,74
Aperitivos	Solo días festivos	60,20	68,42	61,68	54,95
	Festivos y/o laborables	34,95	28,13	34,17	27,87
Brandy, Licores, Combinados	Solo días festivos	62,50	71,34	70,98	68,23
	Festivos y/o laborables	34,85	26,74	26,72	24,89
Whisky	Solo días festivos	65,29	73,09	72,00	59,75
	Festivos y/o laborables	31,45	25,73	25,59	30,24
Mujeres		**1995**	**1997**	**2001**	**2006**
Vino y Cava	Solo días festivos	63,17	62,74	59,80	39,08
	Festivos y/o laborables	33,47	35,65	37,71	55,86
Cerveza Con Alcohol	Solo días festivos	57,58	58,57	54,63	48,92
	Festivos y/o laborables	38,67	38,98	42,47	44,18
Aperitivos	Solo días festivos	76,98	76,39	74,85	58,16
	Festivos y/o laborables	20,93	21,53	20,70	26,05
Brandy, Licores, Combinados	Solo días festivos	82,57	82,59	85,42	73,51
	Festivos y/o laborables	14,75	15,67	12,22	18,14
Whisky	Solo días festivos	77,33	76,95	81,50	58,54
	Festivos y/o laborables	20,00	20,45	14,75	17,88

39. Número de horas diarias de sueño

Media según sexo y grupo de edad. *Población de 0 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	8,21	8,07	7,97	7,95	7,80	7,78	7,74
0-4 años	11,15	11,43	11,44	11,35	11,43	11,06	11,20
5-15 años	9,65	9,30	9,38	9,29	9,30	9,19	9,22
16-24 años	8,11	8,11	8,06	8,10	7,98	8,00	7,97
25-34 años	7,62	7,62	7,56	7,48	7,48	7,53	7,38
35-44 años	7,41	7,45	7,35	7,28	7,25	7,21	7,20
45-54 años	7,28	7,40	7,13	7,14	7,19	7,12	7,12
55-64 años	7,21	7,43	7,14	7,22	7,16	7,19	7,09
65-74 años	7,33	7,47	7,26	7,32	7,27	7,34	7,33
75 y más años	7,47	7,35	7,13	7,22	7,23	7,73	7,63
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	8,26	8,13	8,06	8,05	7,84	7,87	7,80
0-4 años	11,24	11,36	11,37	11,36	11,33	10,98	11,25
5-15 años	9,63	9,30	9,36	9,34	9,26	9,19	9,20
16-24 años	8,03	8,11	8,05	8,12	7,93	7,96	7,91
25-34 años	7,45	7,54	7,49	7,43	7,36	7,50	7,34
35-44 años	7,35	7,42	7,26	7,16	7,19	7,18	7,18
45-54 años	7,37	7,48	7,19	7,19	7,23	7,23	7,19
55-64 años	7,38	7,57	7,43	7,45	7,29	7,42	7,26
65-74 años	7,59	7,73	7,63	7,88	7,56	7,80	7,63
75 y más años	7,69	7,63	7,58	7,35	7,42	8,06	7,83
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	8,17	8,01	7,89	7,85	7,77	7,69	7,69
0-4 años	11,06	11,51	11,50	11,31	11,52	11,14	11,16
5-15 años	9,67	9,30	9,41	9,23	9,34	9,20	9,23
16-24 años	8,20	8,11	8,07	8,07	8,04	8,05	8,03
25-34 años	7,79	7,71	7,63	7,52	7,59	7,57	7,43
35-44 años	7,48	7,48	7,44	7,40	7,30	7,25	7,22
45-54 años	7,21	7,33	7,08	7,10	7,14	7,01	7,06
55-64 años	7,06	7,29	6,87	7,01	7,04	6,97	6,92
65-74 años	7,13	7,27	7,03	6,93	7,05	6,97	7,09
75 y más años	7,32	7,19	6,77	7,12	7,09	7,50	7,49

40. Sedentarismo

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 0 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	47,55	39,94	39,21	42,86	54,89	36,38
0-4 años	46,94	29,54	34,70	45,34	72,93	39,54
5-15 años	14,46	8,02	8,17	12,10	22,48	10,80
16-24 años	35,53	28,58	32,08	37,59	49,34	36,09
25-34 años	48,46	45,28	42,50	44,20	54,00	40,04
35-44 años	55,42	48,57	47,97	49,12	62,33	44,51
45-54 años	61,08	53,04	51,57	47,43	60,25	39,74
55-64 años	64,30	51,17	48,79	48,64	59,96	36,91
65-74 años	65,14	56,20	53,65	49,28	58,43	31,02
75 y más años	69,70	65,54	57,76	60,11	70,09	44,47
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	40,86	33,99	33,42	37,46	49,99	33,32
0-4 años	46,39	29,70	34,89	44,16	70,61	40,18
5-15 años	10,73	4,07	5,83	8,41	17,00	7,61
16-24 años	25,20	20,28	22,17	25,87	37,71	28,17
25-34 años	41,13	38,80	36,33	38,97	46,43	35,88
35-44 años	52,76	45,22	47,21	47,26	60,62	43,34
45-54 años	58,30	53,68	49,64	48,69	62,02	42,09
55-64 años	60,10	45,79	44,68	47,11	59,11	37,78
65-74 años	53,69	44,06	38,62	39,08	54,50	24,95
75 y más años	57,55	58,72	49,71	46,07	61,52	32,85
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	54,13	45,65	44,77	48,03	59,64	39,36
0-4 años	47,70	29,38	33,92	46,61	75,33	38,88
5-15 años	18,37	12,18	10,47	15,96	28,29	14,21
16-24 años	46,40	37,44	42,88	49,90	61,52	44,51
25-34 años	56,13	51,72	48,62	49,56	61,96	44,51
35-44 años	58,17	51,87	48,74	50,95	64,07	45,73
45-54 años	63,80	52,43	53,36	46,20	58,52	37,42
55-64 años	68,24	56,30	52,52	50,07	60,76	36,09
65-74 años	74,47	64,09	63,98	56,76	61,55	35,71
75 y más años	76,72	71,09	64,09	70,73	75,88	52,79

41. Actividad física moderada o intensa en tiempo libre

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 0 y más años*

Ambos sexos	1997	2001	2003	2006
Total	17,58	20,84	22,43	18,59
0-4 años	7,41	15,01	12,93	9,88
5-15 años	44,78	56,02	59,20	51,52
16-24 años	31,99	34,22	34,95	32,51
25-34 años	16,65	17,75	19,82	20,97
35-44 años	10,53	12,36	14,60	13,64
45-54 años	6,57	7,45	9,76	9,94
55-64 años	3,55	5,12	5,95	6,39
65-74 años	2,04	2,20	3,09	4,28
75 y más años	0,69	1,31	3,56	2,41
Varones	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	23,07	27,38	28,38	23,73
0-4 años	6,98	16,83	13,19	9,65
5-15 años	51,14	64,30	67,68	58,43
16-24 años	46,17	48,36	47,17	44,83
25-34 años	23,66	24,84	26,35	28,40
35-44 años	13,70	17,33	16,57	17,64
45-54 años	6,71	9,98	12,05	10,76
55-64 años	3,78	4,56	6,71	6,59
65-74 años	2,46	1,75	4,14	4,70
75 y más años	0,78	1,16	4,05	2,50
Mujeres	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	12,22	14,55	16,67	13,66
0-4 años	7,88	13,27	12,78	10,13
5-15 años	38,09	47,03	50,21	44,28
16-24 años	17,28	19,13	21,61	19,57
25-34 años	9,35	10,64	13,33	13,36
35-44 años	7,28	7,47	12,62	9,68
45-54 años	6,47	5,09	7,62	9,15
55-64 años	3,34	5,65	5,25	6,21
65-74 años	1,70	2,50	2,37	3,98
75 y más años	0,64	1,42	3,18	2,34

42. Hábito de no desayunar

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 1 y más años*

Ambos sexos	2001	2003	2006
Total	3,29	6,11	2,90
1-4 años	0,81	0,94	0,22
5-15 años	2,42	3,77	1,82
16-24 años	6,91	10,01	7,14
25-34 años	4,07	8,87	5,06
35-44 años	2,73	8,31	3,05
45-54 años	3,14	6,41	2,05
55-64 años	2,49	4,70	1,60
65-74 años	1,63	2,06	0,99
75 y más años	2,19	1,23	0,32
Varones	**2001**	**2003**	**2006**
Total	4,27	7,87	3,83
1-4 años	1,02	0,50	0,15
5-15 años	2,10	3,13	1,23
16-24 años	6,61	9,42	6,90
25-34 años	5,91	11,33	7,49
35-44 años	3,92	11,44	4,42
45-54 años	4,75	9,66	2,86
55-64 años	4,42	7,70	2,35
65-74 años	2,35	3,05	1,80
75 y más años	3,15	1,64	0,58
Mujeres	**2001**	**2003**	**2006**
Total	2,35	4,42	1,99
1-4 años	0,60	1,40	0,30
5-15 años	2,76	4,45	2,44
16-24 años	7,23	10,63	7,39
25-34 años	2,21	6,28	2,44
35-44 años	1,56	5,13	1,62
45-54 años	1,59	3,21	1,25
55-64 años	0,71	1,87	0,89
65-74 años	1,10	1,27	0,36
75 y más años	1,46	0,96	0,14

43. Consumo diario de fruta fresca y/o verdura

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 1 y más años*

Ambos sexos	2001	2003	2006
Total	69,86	76,63	75,03
1-4 años	71,89	77,93	77,15
5-15 años	62,53	69,30	67,48
16-24 años	54,06	59,72	55,52
25-34 años	61,94	68,97	65,05
35-44 años	70,77	75,88	73,78
45-54 años	75,99	82,66	82,25
55-64 años	79,05	87,99	87,55
65-74 años	85,46	90,64	89,11
75 y más años	81,16	90,44	90,58
Varones	**2001**	**2003**	**2006**
Total	64,60	72,67	70,77
1-4 años	71,96	77,82	78,30
5-15 años	61,00	67,71	67,40
16-24 años	51,69	56,56	54,76
25-34 años	54,18	66,15	57,88
35-44 años	63,21	68,82	67,85
45-54 años	68,48	77,19	77,54
55-64 años	73,70	84,40	83,76
65-74 años	82,18	89,33	86,16
75 y más años	81,64	89,91	89,25
Mujeres	**2001**	**2003**	**2006**
Total	74,86	80,47	79,18
1-4 años	71,83	78,05	75,96
5-15 años	64,15	70,99	67,56
16-24 años	56,54	63,03	56,33
25-34 años	69,81	71,92	72,72
35-44 años	78,19	83,04	79,87
45-54 años	83,28	88,04	86,92
55-64 años	83,97	91,38	91,09
65-74 años	87,84	91,68	91,39
75 y más años	80,80	90,79	91,52

44. Sobrepeso

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 18 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	32,34	35,98	35,79	35,39	37,03	36,49	37,13
18-24 años	11,11	16,43	15,08	16,76	16,33	15,99	17,89
25-34 años	22,60	27,30	30,84	27,56	28,97	28,30	28,90
35-44 años	37,09	38,73	36,83	35,08	37,82	36,21	37,48
45-54 años	46,67	46,17	46,23	47,23	45,12	41,17	43,06
55-64 años	46,92	49,21	46,86	47,88	48,52	47,20	45,98
65-74 años	44,69	48,23	46,71	47,83	47,31	48,07	47,29
75 y más años	40,46	40,89	46,93	36,11	45,02	44,92	44,81
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	38,37	43,88	43,24	42,72	45,25	45,12	44,65
18-24 años	15,68	23,87	19,83	23,42	22,03	21,85	22,41
25-34 años	31,49	39,66	42,96	38,98	39,19	39,45	37,87
35-44 años	44,20	48,80	48,72	46,04	50,07	49,29	48,67
45-54 años	51,20	53,01	50,77	51,02	53,76	50,70	51,28
55-64 años	51,10	54,23	50,39	52,90	54,28	52,54	51,96
65-74 años	44,76	51,09	50,81	51,57	52,93	51,96	51,20
75 y más años	44,87	42,73	52,54	42,64	49,28	54,13	50,29
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	25,59	27,71	27,78	27,57	28,72	28,34	29,41
18-24 años	6,54	8,73	9,98	9,05	10,50	10,10	12,96
25-34 años	13,20	14,39	18,12	15,37	18,25	16,62	19,17
35-44 años	28,99	27,81	24,27	23,38	25,29	23,07	25,63
45-54 años	41,30	38,88	41,32	43,38	36,18	31,84	34,59
55-64 años	41,74	43,64	42,49	42,19	42,68	42,18	39,97
65-74 años	44,61	45,19	42,69	44,36	42,54	44,95	43,84
75 y más años	35,35	39,38	40,91	29,27	40,44	38,63	39,76

45. Sobrepeso

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 2 a 17 años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	13,86	17,46	17,98	18,48	17,79	18,62	19,21
2-4 años	11,92	13,59	21,51	18,14	13,25	13,64	13,80
5-9 años	19,22	22,38	19,05	23,08	20,71	24,02	21,72
10-14 años	13,68	17,40	20,23	19,06	21,12	19,49	20,80
15-17 años	10,35	14,94	12,41	13,50	13,56	13,62	17,95
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	14,84	20,87	17,62	20,46	19,53	19,69	20,19
2-4 años	9,63	13,59	17,48	17,53	13,92	11,76	12,75
5-9 años	17,59	23,13	13,74	22,05	20,99	23,70	19,10
10-14 años	14,57	20,87	22,18	22,51	23,60	21,52	23,76
15-17 años	14,97	22,02	14,87	17,71	16,50	17,14	21,95
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	12,75	13,86	18,38	16,38	15,93	17,48	18,19
2-4 años	14,41	13,59	26,51	18,69	12,53	15,81	15,00
5-9 años	21,02	21,53	25,32	24,26	20,42	24,35	24,41
10-14 años	12,62	13,96	18,11	15,71	18,52	17,33	17,53
15-17 años	5,26	6,97	10,01	8,39	10,22	9,63	14,32

46. Obesidad

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 18 y más años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	7,38	9,24	10,91	12,39	13,20	13,62	15,37
18-24 años	1,05	1,98	3,39	2,04	2,90	2,89	5,37
25-34 años	3,71	4,56	5,64	6,91	6,97	7,53	8,84
35-44 años	7,06	7,86	10,05	10,89	10,79	11,35	13,54
45-54 años	11,37	13,40	16,82	16,73	17,03	17,29	18,34
55-64 años	13,84	16,28	17,86	21,57	21,15	20,74	22,51
65-74 años	13,74	17,03	18,96	21,17	23,56	23,06	26,99
75 y más años	11,66	12,46	12,28	19,05	19,82	18,17	19,10
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	6,90	9,16	10,45	11,80	12,36	13,34	15,55
18-24 años	1,46	2,20	4,64	2,74	3,73	3,12	5,44
25-34 años	4,41	5,86	7,04	7,46	9,36	8,42	9,68
35-44 años	7,73	7,98	9,79	13,59	11,75	13,63	14,66
45-54 años	9,40	13,36	16,33	15,56	15,13	16,88	21,22
55-64 años	11,19	14,35	13,95	19,32	17,71	18,50	21,44
65-74 años	11,11	14,92	16,94	16,54	18,05	21,98	25,48
75 y más años	8,21	13,25	8,47	13,18	16,20	14,99	15,14
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	7,91	9,34	11,43	13,02	14,05	13,88	15,19
18-24 años	0,63	1,76	2,04	1,22	2,06	2,66	5,29
25-34 años	2,98	3,22	4,17	6,33	4,46	6,60	7,92
35-44 años	6,29	7,76	10,34	8,01	9,81	9,06	12,36
45-54 años	13,71	13,50	17,36	17,92	18,99	17,70	15,38
55-64 años	17,12	18,39	22,68	24,11	24,63	22,85	23,59
65-74 años	17,07	19,25	20,95	25,45	28,24	23,93	28,32
75 y más años	15,65	11,81	16,36	25,20	23,73	20,35	22,75

47. Obesidad infantil

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 2 a 17 años*

Ambos sexos	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	9,17	10,33	7,05	8,13	10,03	8,53	9,36
2-4 años	30,04	26,21	13,44	17,65	23,16	19,44	15,11
5-9 años	18,12	20,96	14,88	17,86	18,22	15,21	16,62
10-14 años	3,25	4,45	3,21	3,09	4,20	3,10	5,38
15-17 años	0,76	1,84	2,52	1,12	2,42	1,85	2,36
Varones	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	9,15	11,23	8,58	9,04	10,64	8,75	9,83
2-4 años	30,20	27,82	12,62	19,59	22,43	17,96	14,73
5-9 años	17,51	21,99	17,58	18,46	19,95	15,88	16,78
10-14 años	3,70	5,49	4,00	4,80	4,77	3,26	6,65
15-17 años	0,83	2,03	4,51	0,95	3,18	2,79	2,07
Mujeres	**1987**	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	9,20	9,38	5,38	7,17	9,39	8,30	8,88
2-4 años	29,87	24,58	14,46	15,89	23,95	21,14	15,54
5-9 años	18,80	19,82	11,69	17,16	16,47	14,52	16,45
10-14 años	2,70	3,43	2,36	1,43	3,60	2,93	3,97
15-17 años	0,68	1,61	0,58	1,33	1,57	0,77	2,62

48. Vacunación antigripal en la última campaña

Porcentaje según sexo y grupo de edad. *Población de 0 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	16,57	15,51	14,42	17,32	19,42	20,18
0-4 años	6,73	5,37	4,40	7,70	3,76	7,03
5-15 años	8,20	7,00	4,49	6,64	5,56	6,68
16-24 años	7,62	6,52	6,26	6,42	5,88	7,62
25-34 años	7,31	6,75	4,58	6,77	7,65	7,29
35-44 años	8,94	8,00	6,59	6,41	9,63	7,87
45-54 años	13,44	10,16	10,85	11,07	12,73	12,89
55-64 años	25,73	26,27	24,75	24,51	28,36	28,33
65-74 años	48,57	48,91	46,76	52,27	56,81	60,46
75 y más años	55,15	55,21	59,39	62,73	72,91	74,68
Varones	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	16,03	15,67	14,17	16,90	18,59	19,70
0-4 años	6,04	6,58	4,80	8,01	3,29	6,95
5-15 años	8,24	6,91	4,88	7,11	6,45	7,22
16-24 años	8,79	7,49	6,16	6,69	5,80	8,36
25-34 años	8,21	8,91	5,43	7,15	7,10	7,96
35-44 años	9,93	10,14	7,72	7,05	11,32	7,87
45-54 años	14,63	10,69	12,62	11,63	13,28	14,31
55-64 años	26,08	26,82	22,92	24,30	28,84	29,88
65-74 años	47,82	52,26	48,44	54,83	55,95	62,33
75 y más años	54,33	54,39	65,52	64,97	76,75	77,18
Mujeres	**1993**	**1995**	**1997**	**2001**	**2003**	**2006**
Total	17,13	15,38	14,69	17,72	20,22	20,65
0-4 años	7,49	4,15	4,05	7,36	4,26	7,12
5-15 años	8,21	7,12	4,11	6,15	4,62	6,10
16-24 años	6,37	5,49	6,36	6,13	5,97	6,85
25-34 años	6,41	4,58	3,73	6,37	8,22	6,58
35-44 años	7,95	5,88	5,45	5,79	7,93	7,88
45-54 años	12,18	9,67	9,21	10,53	12,19	11,49
55-64 años	25,43	25,76	26,43	24,70	27,90	26,87
65-74 años	49,21	46,74	45,61	50,40	57,49	59,00
75 y más años	55,64	55,87	54,55	61,02	70,32	72,90

49. Consulta ginecológica por motivo diferente al embarazo o parto en el último año

Porcentaje según grupo de edad. *Mujeres de 16 y más años*

Ambos sexos	1993	1995	1997	2001	2003	2006
Total	32,07	33,84	36,65	42,34	50,85	41,47
16-24 años	30,28	25,69	29,88	33,32	65,11	30,82
25-34 años	53,77	54,59	52,85	55,69	59,23	49,50
35-44 años	50,26	51,47	52,33	57,78	58,28	54,06
45-54 años	39,18	45,35	51,36	58,54	56,99	56,57
55-64 años	18,09	24,83	28,63	41,17	49,27	44,28
65-74 años	7,92	9,41	12,02	19,99	24,65	23,42
75 y más años	2,07	2,91	5,50	6,40	15,06	7,75

FUNDACION GASPAR CASAL
PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD
www.fgcasal.org

Fundación AstraZeneca España
Fundación AstraZeneca