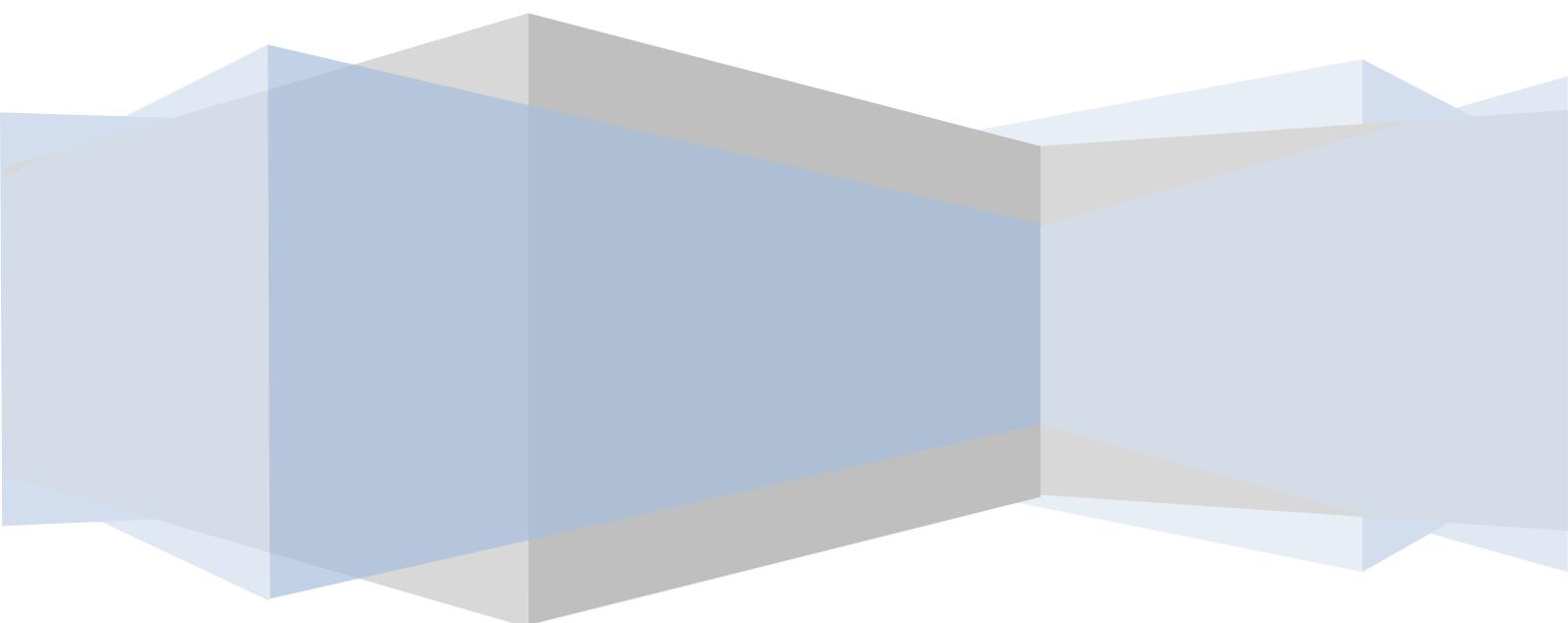


Encuesta Europea de Salud en Cantabria (EESCAN) 2009



Observatorio de Salud Pública de Cantabria



Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS DE LA EESCAN-09	5
3. RESUMEN DE RESULTADOS DE LA EESCAN-09	6
4. METODOLOGÍA	10
4.1. Ámbito de la Encuesta	10
Ámbito geográfico	10
Ámbito temporal	10
Ámbito poblacional	10
4.2. Diseño Muestral	10
Tipo de muestreo	10
Selección de la muestra	11
Tamaño muestral	11
4.3. Estructura general del Cuestionario	12
4.4. Factores de ponderación	13
4.5. Descripción del proceso analítico	13
5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CANTABRIA DE 16 Y MÁS AÑOS SEGÚN LA EESCAN-09	17
6. ESTADO DE SALUD	18
6.1. Percepción del estado de salud	18
6.2. Salud mental y vitalidad	21
6.3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados	23
6.4. Absentismo laboral por problemas de salud en los últimos 12 meses	25
6.5. Limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses	25
7. DETERMINANTES DE LA SALUD	28
7.1. Sobrepeso y obesidad	28

7.2. Consumo de frutas y verduras	31
7.3. Entorno en el que se vive y trabaja	32
7.4. Consumo de tabaco	35
7.5. Consumo de alcohol	39
7.6. Consumo de drogas	42
8. ASISTENCIA SANITARIA	43
8.1. Consulta médica	43
8.2. Consulta al especialista	44
8.3. Consulta al dentista, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental	46
8.4. Hospitalización	47
8.5. Consumo de medicamentos	48
8.6. Satisfacción con el sistema sanitario	51
9. CONCLUSIONES	53
10. BIBLIOGRAFÍA	55
11. GLOSARIO	57
12. RELACIÓN DE GRÁFICOS Y MAPAS	59

1. Introducción

La Encuesta Europea de Salud (EES) es una investigación sobre salud de la población residente en los países miembros de la Unión Europea (UE) de 16 y más años. La EES se dirige a los hogares mediante un cuestionario común europeo y está planificada para una periodicidad quinquenal. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales.

La Encuesta Europea de Salud 2009 se ha llevado a cabo en España (EESSE) con una muestra de población representativa a nivel de cada una de las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Este informe presenta los análisis de la muestra recogida en Cantabria para la EES, a la que denominamos **Encuesta Europea de Salud en Cantabria 2009 (EESCAN-09)**.

La EES –en su versión inglesa European Health Interview Survey (EHIS)– se enmarca en la propuesta de la Comisión Europea de crear un sistema europeo de información sanitaria a través de encuestas -European Health Survey System (EHSS), con el objetivo de superar los problemas de armonización y comparabilidad de datos entre los países miembros. Para lo cual se elaboró un cuestionario con un alto grado de estandarización, cuidando especialmente la traducción posterior realizada por los países miembros para mantener el concepto general de cada pregunta.

La EES se enfoca en los indicadores de salud de la UE: Indicadores ECHI (European Community Health Indicators), Indicadores de la OMC (Open Method of Coordination on Social Inclusion and Social Protection) de asistencia sanitaria e Indicadores Estructurales (SI) y de Desarrollo Sostenible (SDI). De manera que no se tuvieron en cuenta aquellas cuestiones que ya eran respondidas por otras encuestas europeas o que eran objeto de interés exclusivamente nacional.

El cuestionario se estructuró en 4 módulos:

- EHSM: Módulo Europeo de Estado de Salud (European Health Status Module)
- EHDM: Módulo Europeo de Determinantes de Salud (European Health Determinants Module)
- EHCM: Módulo Europeo de Asistencia Sanitaria (European Health Care Module)
- EBM: Módulo Europeo de Variables Sociales (European Background Module)

Las traducciones a cada idioma oficial de los países de la UE se realizaron de acuerdo a un protocolo detallado propuesto por Eurostat. En la traducción y adaptación al español participaron un traductor y un revisor de la traducción, ambos especializados en encuestas de salud. La versión final se consensuó con el coordinador de los pretest cognitivos realizados, así como con personal técnico del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La validez de las comparaciones entre los resultados obtenidos con las versiones de los cuestionarios en los diferentes idiomas está en función del grado de "equivalencia funcional" logrado en el proceso de adaptación de los cuestionarios a cada uno de los idiomas objetivo, es decir, el grado en el que las preguntas midan la misma variable y tengan en cuenta las diferencias lingüísticas y culturales entre las diferentes poblaciones. Debido a los distintos ritmos de realización de la EES en los países miembros de la UE, no resulta posible por el momento realizar comparaciones a nivel europeo ya que los datos no están disponibles.

La EES tiene elementos en común con la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). En la última edición de la ENSE, realizada en 2006^[1], coincidiendo con la primera etapa de la elaboración del cuestionario europeo, se realizaron ya algunas modificaciones al cuestionario con el fin de iniciar la aproximación entre ambas encuestas con vistas a mejorar la comparabilidad de los apartados comunes, aunque no permite la comparabilidad directa por no estar armonizada la metodología empleada^a. Este informe trata, en la medida de lo posible, de comparar los resultados de la Encuesta de Salud de Cantabria de 2006 con los de la Encuesta Europea de Salud en Cantabria 2009-2010 que se presentan a continuación.

^a De acuerdo al INE y al MSPSI, el cuestionario final de la EES difiere en algunos puntos clave de la ENSE-2006, desde diferencias en los aspectos de la salud que aborda cada una, y en el uso de distintos instrumentos de medida (como en salud mental), a diferencias en la formulación de conceptos comunes o en los periodos de referencia de muchas preguntas (como en la percepción del estado de salud en el momento actual que mide la EES frente a la percepción del estado de salud en los últimos doce meses que mide la ENSE). Además, las preguntas no se adaptan a la realidad del sistema sanitario propio y la metodología de administración del cuestionario es diferente^[2].

2. Objetivos de la EESCAN-09

El objetivo general de la EESCAN-09 es proporcionar información sobre la salud de la población adulta no institucionalizada residente en Cantabria, con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. En los casos en que es posible, se comparan los resultados con los de la ESCAN-06^[3].

Los objetivos específicos incluyen:

- Medir la percepción del estado de salud e identificar los principales problemas de salud de hombres y mujeres de Cantabria.
- Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud mental percibida por mujeres y hombres.
- Conocer las ausencias al trabajo por motivos de salud y sus diferencias por sexo.
- Estimar la distribución por sexo del Índice de Masa Corporal y con ello la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años y más.
- Conocer las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a los hábitos de vida relacionados con la salud y sobre los que se pueden realizar intervenciones de promoción de la salud.
- Conocer los entornos en que viven y trabajan las mujeres y los hombres de Cantabria.
- Estimar el grado de utilización de los servicios sanitarios por sexo.
- Conocer el consumo de medicamentos en las últimas dos semanas por sexo ya sean recetados o no por profesionales sanitarios.
- Conocer cual es la satisfacción de la población cántabra de 16 y más años sobre el servicio sanitario que se presta en la región.

3. Resumen de resultados de la EESCAN-09

Este resumen presenta los resultados más relevantes de la EESCAN-09.

- En Cantabria tres de cada cuatro personas perciben que su **salud en general** es buena o muy buena. Una percepción negativa de su salud es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, aunque a diferencia del resto de España, no se ha podido demostrar que las diferencias observadas en Cantabria sean significativas, probablemente debido al tamaño muestral.
- Cantabria se encuentra entre las CC.AA. con mejor percepción positiva de su **salud en el último año**, ocupando la sexta posición. No se observan cambios significativos con respecto a los resultados de la Encuesta de Salud de Cantabria 2006 (ESCAN-06), aunque comparando los resultados de la EES-09 con la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENS-06), en Cantabria no se ha observado el incremento que se ha dado en el resto de España en cuanto a la percepción positiva de la salud de hombres y mujeres en el último año, especialmente de las últimas.
- Las mujeres han padecido **alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración** con más frecuencia que los hombres. Fundamentalmente se observan **prevalencias más altas entre las mujeres** en la osteoporosis, las migrañas o dolores de cabeza frecuentes, la depresión crónica, la artritis reumatoide y el dolor de espalda crónico cervical. Son **más frecuentes entre los hombres**, aunque las diferencias por sexo son menores, las heridas o defectos permanentes causados por un accidente, la angina de pecho y el infarto de miocardio. Tanto entre las mujeres como entre los hombres, no se observan diferencias importantes en las prevalencias de los diferentes problemas de salud con respecto a las medias españolas.
- En relación al **absentismo laboral por problemas de salud**, se observan diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de **ausencias en el trabajo durante el último año**, aspecto no analizado en la Encuesta Nacional de Salud. En Cantabria, las mujeres faltaron al trabajo por razones de salud con algo más de frecuencia que los hombres, aunque la duración de la baja fue significativamente más larga entre los hombres que entre las mujeres. Por el contrario, la media de días en baja de las mujeres españolas es más alta que la de los hombres.
- Una de cada cuatro personas, sin diferencias significativas por sexo, ha visto **limitada su actividad habitual durante al menos los últimos 6 meses por un problema de salud**, siendo esta limitación grave en una de cada veinte personas.

- Los **hombres** presentan significativamente **prevalencias de sobrepeso mayores** que las mujeres, no observándose cambios significativos respecto a la ESCAN-06. Sigue siendo llamativa la frecuencia de exceso de peso entre el conjunto de la población española, que en Cantabria afecta a más de la mitad de la población. Las únicas CC.AA. que no llegan al 50% de su población con exceso de peso son La Rioja, País Vasco, Navarra y Cataluña.
- Los consumos **a diario** de **verduras** en la población general de Cantabria son menores que los de **frutas**, independientemente de la cantidad. Las mujeres las consumen en mayor proporción que los hombres.
- En referencia a los entornos en que se vive, una de cada cuatro personas, sin diferencias por sexo, manifiesta haber estado **expuesto en la casa o zona de residencia a situaciones de delincuencia, violencia o vandalismo en los últimos 12 meses**. La exposición en Cantabria a estas situaciones es **superior a la media de España**.
- El análisis del **entorno del trabajo** muestra dos tipos de **riesgos para la salud**: por un lado los relacionados al **acoso o intimidación, violencia y discriminación** ejercidos por otras personas, que **afectan en mayor medida a las mujeres**; y por otro los **riesgos físicos relacionados al trabajo, que afectan en mayor medida a los hombres**, como son: riesgo de accidente, exposición a ruidos y vibraciones, posturas forzadas o manejo de cargas pesadas, exposición a productos químicos, polvo, humos o gases, y presión o sobrecarga de trabajo.
- Un 30,0% de la población mayor de 15 años es fumadora y una de cada cuatro personas **fuma a diario**. Los hombres fuman diariamente y han dejado de fumar con más frecuencia que las mujeres. No se observan cambios significativos con respecto a los resultados de la ESCAN-06. Cantabria se encuentra entre las Comunidades Autónomas con un alto porcentaje de grandes fumadores (20 o más cigarrillos al día).
- Un 29,9% de la población de 15 y más años está **expuesta a humo de tabaco en casa** en Cantabria (5% más que la media española), el 34,2% de los cuales son hombres y el 25,8% son mujeres.
- Cerca de la mitad de los hombres (42,2%) y más de una de cada cuatro mujeres (26,3%) están **expuestos diariamente a humo de tabaco en lugares públicos cerrados y medios de transporte**.

- Los hombres están más expuestos que las mujeres al humo del tabaco **en las áreas cerradas de los ambientes de trabajo** (16,1% frente 5,8%), sin diferencias con las medias nacionales.
- Existen diferencias notables en el **consumo de alcohol** en el último año **entre hombres y mujeres** (75,8% frente al 38,4%). A nivel nacional destaca una significativa mayor frecuencia en las mujeres españolas (52,9%) respecto a las cántabras, no existiendo diferencias en el caso de los hombres. Destaca asimismo el mayor consumo **diario** de alcohol de los hombres (26,1%) respecto a las mujeres (6,4%) en Cantabria.
- Entre las personas que consumen alcohol, el 27,1% de los hombres y el 12,5% de las mujeres declara consumir **seis o más bebidas en la misma ocasión**, habiendo realizado esta práctica con una frecuencia de al menos una vez al mes el 9,0% de los hombres y el 4,7% de las mujeres que consumen alcohol. En comparación con el resto de las CC.AA. Cantabria se encuentra entre las comunidades con una frecuencia intermedia baja de este tipo de consumo (entre un 5% y un 10%).
- La **droga** más consumida (de forma similar por mujeres y hombres) entre la población de 16 y más años es el **cannabis**. Las **drogas sintéticas, la cocaína, anfetaminas o éxtasis**, son de bajo consumo tanto en Cantabria como en el conjunto nacional.
- El análisis de la **utilización de los servicios sanitarios** muestra que el 29,7% de la población de 16 y más años residentes en Cantabria había acudido al **médico general o de familia en las cuatro últimas semanas** anteriores a la encuesta, siendo las **mujeres** quienes acudieron con **mayor frecuencia y un mayor número de veces respecto a los hombres**. Sin embargo, una menor proporción de la población acudió al **médico especialista o al dentista ortodoncista u otro especialista de asistencia dental** en ese periodo de tiempo (7,3%y 7,2%, respectivamente), Cantabria es la Comunidad Autónoma en la que con menos frecuencia la población ha acudido al **especialista**, significativamente por debajo de la media de la población española.
- **En los 12 meses anteriores** a la realización de la encuesta tres de cada cuatro personas había acudido al **médico general o de familia** y aproximadamente la mitad de la población había consultado al **especialista o al dentista ortodoncista u otro especialista de asistencia dental**.
- En cuanto a los **ingresos hospitalarios, en el año previo a la encuesta** en Cantabria ingresaron **más las mujeres** que los hombres. Sin embargo, **la media de ingresos** fue **superior en los hombres**.

- Respecto al **consumo de medicamentos**, una de cada dos personas había consumido en las últimas dos semanas **medicamentos recetados** por un médico. El **consumo de medicamentos** fue **mayor en las mujeres** que en los hombres (50,5% frente a 44,8%), aunque la diferencia en el consumo entre ambos sexo es significativamente menor que la media de consumo entre mujeres y hombres españoles (60,7% de las mujeres y 45,0% de los hombres). Los medicamentos para la hipertensión arterial, dolor en las articulaciones y pastillas para dormir son los más frecuentemente consumidos por las mujeres. En estos dos últimos tipos de medicamentos se observan las mayores diferencias de consumo por sexo. En los hombres además destaca el consumo de medicamentos para reducir el colesterol y para determinadas enfermedades cardiovasculares.

El consumo de **medicamentos no recetados** es significativamente más bajo en Cantabria que en el resto de España, siendo la Comunidad Autónoma con menor consumo de algún medicamento o suplemento dietético, hierbas medicinales o vitaminas no recetados o recomendados por un médico.

- La encuesta muestra en general un alto grado de **satisfacción** con la **atención sanitaria**. Ocho de cada 10 personas declaran estar bastante o muy satisfechas de los servicios prestados por los **médicos/as de familia o generales** o por los **dentistas, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental**, y siete de cada 10 consideran muy o bastante satisfactorio los servicios prestados por **especialistas** (profesionales médicos o quirúrgicos) así como el recibido en **los hospitales (incluyendo urgencias)**. Estas valoraciones son más bajas (excepto para la atención primaria, que es similar) que las obtenidas por el Barómetro Sanitario de Cantabria de 2010.

4. Metodología

La metodología descrita para la EESCAN-09 viene determinada por la utilizada en la EES. La recogida de información se efectuó en todos los casos mediante entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) por personal experto del INE.

4.1. Ámbito de la Encuesta

Ámbito geográfico

La EES se realizó en los 27 países de la UE, llevándose a cabo la española en todo el territorio nacional con una muestra representativa a nivel de cada una de las CC.AA.

Ámbito temporal

El período en el que se realizó la recogida de la información fue de 12 meses (desde abril de 2009 a marzo de 2010), repartiéndose las encuestas a lo largo de todo el año para evitar posibles efectos derivados de la estacionalidad.

El INE^[4] y el MSPSI^[5] publicaron los datos definitivos nacionales y para las Comunidades Autónomas el 30 de noviembre de 2010.

Ámbito poblacional

La EES se dirige a la población residente en viviendas familiares principales de 16 y más años. Cuando una vivienda está constituida por dos o más hogares, se extiende el estudio a todos ellos, aunque de manera independiente para cada hogar^b.

4.2. Diseño Muestral

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue trietápico, determinándose en la primera etapa las secciones censales (a enero de 2008) estratificadas por tamaño del municipio. Para la selección de unidades de segunda etapa se utilizó la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra obtenidas de la explotación del Padrón Continuo de habitantes. Las unidades de tercera etapa se seleccionaron

^b Se define **hogar** como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

aleatoriamente partiendo de la relación de personas de 16 y más años encuestables en cada hogar.

Selección de la muestra

Las secciones censales se eligieron dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño. En cada sección, las viviendas se seleccionaron con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. Este procedimiento conduce a muestras auto ponderadas en cada estrato.

Para la selección de la persona que debía cumplimentar el cuestionario se utilizó un procedimiento aleatorio que asigna igual probabilidad a todas las personas de 16 y más años de cada hogar.

Tamaño muestral

En la tabla 1 se presenta la distribución en Cantabria y España de la muestra teórica y de la muestra efectiva, la primera expresada en número de viviendas y la segunda en número de hogares. La muestra efectiva total de la encuesta para Cantabria es de 739 personas, después de que al 58,71% de la muestra efectiva de hogares que se logró encuestar se añadiera aleatoriamente otro 34,6%, elevando así la muestra efectiva total hasta el 93,31% de la muestra teórica.

Tabla 1. Distribución de la muestra teórica de viviendas y efectiva de hogares en Cantabria y en España

	<u>Muestra teórica</u>		<u>Muestra efectiva</u>			
	<u>Total</u>		<u>Hogares titulares</u>		<u>Total</u>	
	<u>Viviendas</u>	<u>%</u>	<u>Hogares</u>	<u>%</u>	<u>Hogares</u>	<u>%</u>
<i>Cantabria</i>	792	100%	465	58,71%	739	93,31%
<i>España</i>	23.004	100%	14.755	64,14%	22.188	96,45%

4.3. Estructura general del Cuestionario

Aunque el análisis que se presenta en este informe no abarca todos los módulos y preguntas de la EES, se ofrece la información sobre la estructura general del cuestionario para un mayor conocimiento del mismo.

El cuestionario consta de cinco secciones^[6] recogidas en un cuestionario del hogar y en un cuestionario individual a la persona seleccionada:

Características del hogar

La finalidad de esta sección es identificar a las personas que reúnen las condiciones establecidas para ser consideradas miembros del hogar y obtener información básica del hogar y de las personas que lo componen: edad, sexo, relación con la persona de referencia, relación con la actividad económica de cada uno de ellos, tipo de hogar e ingresos del hogar.

Características sociodemográficas de la persona seleccionada

Las preguntas incluidas son variables que permiten analizar los resultados de la encuesta según características demográficas y socioeconómicas de las personas encuestadas. Se corresponden con las variables sociales establecidas por Eurostat.

Una vez seleccionada la persona del hogar que realizará la encuesta individual se recogen las siguientes características: país de nacimiento, nacionalidad, estado civil (legal y situación de convivencia de hecho con su pareja), mayor nivel de estudios alcanzado, situación profesional actual o última, ocupación, profesión u oficio actual o último, y tipo de contrato.

Módulo del Estado de Salud

Las preguntas de este módulo abordadas por el presente análisis abarcan desde las medidas básicas del estado de salud hasta al estado de salud mental las enfermedades crónicas, la falta al trabajo por cuestiones de salud y la limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana.

Módulo de Determinantes de la Salud

Las preguntas de este módulo miden las características físicas (peso y altura), así como preguntas sobre el ejercicio físico, el consumo de frutas y verduras, los distintos estilos de vida y condiciones medioambientales y sociales que inciden en la calidad del estado de salud, tales como la exposición al ruido, a la contaminación, violencia o al acoso o intimidación. Se incluye una parte autoadministrada en la que la persona entrevistada manifiesta sus hábitos hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Módulo de Asistencia Sanitaria

Las preguntas de este módulo pretenden medir la utilización de los principales tipos de servicios sanitarios: hospitalizaciones, consultas y visitas al médico general o de familia, al especialista, y al dentista o a otros profesionales relacionados con la higiene dental. Se presta especial atención a la evaluación del uso que hace la población de los servicios de prevención sanitarios y a su satisfacción con los servicios de salud, independientemente de que en un periodo cercano hayan necesitado o no recurrir a ellos personalmente. Asimismo se evalúa el consumo de medicamentos, con y sin prescripción médica, por parte de la persona entrevistada.

4.4. Factores de ponderación

La EESCAN-09 lleva asociados unos factores de ponderación que elevan la muestra recogida a las estimaciones de los hogares y de la población de 16 y más años de la Comunidad Autónoma. Los análisis realizados para este informe se centran únicamente sobre aspectos recogidos en el cuestionario individual y no en el de hogar. La estimación de la distribución por sexo y edad de la muestra de personas adultas, utilizando los factores de elevación, se ajusta fielmente a la proyección de población a 1 de septiembre de 2009 (fecha intermedia en el periodo de recogida de los datos).

4.5. Descripción del proceso analítico

Los análisis se realizaron sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada de 16 y más años residente en Cantabria. Además se compararon los resultados con los globales de España y con los del resto de CC.AA.^c, así como con los obtenidos de la Encuesta de Salud de Cantabria (ESCAN-06)^[3] en aquellas variables que fue posible.

^c Se han excluido del informe las comparaciones con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Los resultados que se presentan corresponden al análisis estratificado por sexo de las variables más relevantes de cada uno de los tres módulos de los que consta la encuesta.

Para algunas variables o categorías analizadas se ha obtenido un marginal muestral bajo, por ello se ha fijado un mínimo marginal de 20 encuestas para asegurar un resultado con un error aceptable.

En las estadísticas publicadas en este informe se presentan gráficos con las estimaciones puntuales de cada variable analizada y, en aquellos casos en que los coeficientes de variación están disponibles^[7,8], se presentan las estimaciones puntuales con sus Intervalos de Confianza (IC) del 95%.

Además, se han mapeado para todas las Comunidades Autónomas las estimaciones sobre:

- Salud Percibida en los últimos 12 meses
- Exceso de peso (sobrepeso más obesidad)
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo excesivo de tabaco

La EES presenta algunas **novedades** en relación a la Encuesta Nacional de Salud 2006 (y a la ESCAN-06), entre las que destaca la inclusión de **nuevas variables** como la satisfacción con el sistema sanitario, la falta al trabajo por problemas de salud, los entornos en que la persona vive y trabaja, y el consumo de drogas como el cannabis o la cocaína.

Asimismo, en la percepción propia del **estado de salud** se distingue la valoración del estado de salud en general y en los últimos doce meses. Se tiene en cuenta tanto el estado de salud físico como mental.

Para el conocimiento de la **salud mental** de la población se utiliza el cuestionario SF-36 que se describe como una herramienta muy útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud tanto en población general como en subgrupos^[9]. Dentro de esta herramienta se ha utilizado dos dimensiones correspondientes a 9 ítems definidas por Vilagut *et al* (2005)^[9] como *Vitalidad* y *Salud Mental*^d, tal y como se describen a continuación:

^d Dimensiones denominadas en los resultados presentados por INE y el MSPSI como Salud mental positiva y Disfunción psicológica.

Vitalidad: Consta de 4 ítems:

1. ¿Se sintió lleno de vitalidad?
2. ¿Tuvo mucha energía?
3. ¿Se sintió agotado?
4. ¿Se sintió cansado?

La escala utilizada es de 0 a 100, de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de vitalidad. La peor puntuación (0) se interpreta como sentirse cansado y exhausto todo el tiempo, y la mejor puntuación (100) como sentirse dinámico y lleno de energía todo el tiempo.

Salud Mental: Consta de 5 ítems:

1. ¿Estuvo especialmente tenso?
2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?
3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?
4. ¿Se sintió desanimado y deprimido?
5. ¿Se sintió feliz?

La escala utilizada es de 0 a 100, de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud mental. La peor puntuación (0) se interpreta como un sentimiento de angustia y depresión todo el tiempo, y la mejor puntuación (100) como un sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.

Las cuestiones relacionadas con el **absentismo laboral** miden el impacto que cualquier problema de salud tiene en la actividad económica; esto se consigue recogiendo información sobre:

- Ausencia al trabajo por problemas de salud en los últimos 12 meses
- Número concreto de días que se faltó al trabajo por problemas de salud en los últimos 12 meses

Para la ausencia al trabajo se consideran toda clase de problemas de salud, tanto físicos como mentales, ya sean temporales o crónicos, además de las lesiones. Solamente se considera la ausencia al trabajo durante jornadas completas, incluyendo tanto días laborables como sábados, domingos y festivos. La ausencia al trabajo no tiene por qué haber sido certificada por un médico.

El análisis del **consumo de medicamentos** incluye los prescritos por profesionales sanitarios y los no prescritos, tanto con fines curativos como preventivos.

El **Índice de Masa Corporal** se calcula para aquellas personas de 18 y más años.

En el consumo de **alcohol** se analiza como novedad el consumo intensivo, definiéndose como la ingesta de alcohol más de seis veces en una misma ocasión.

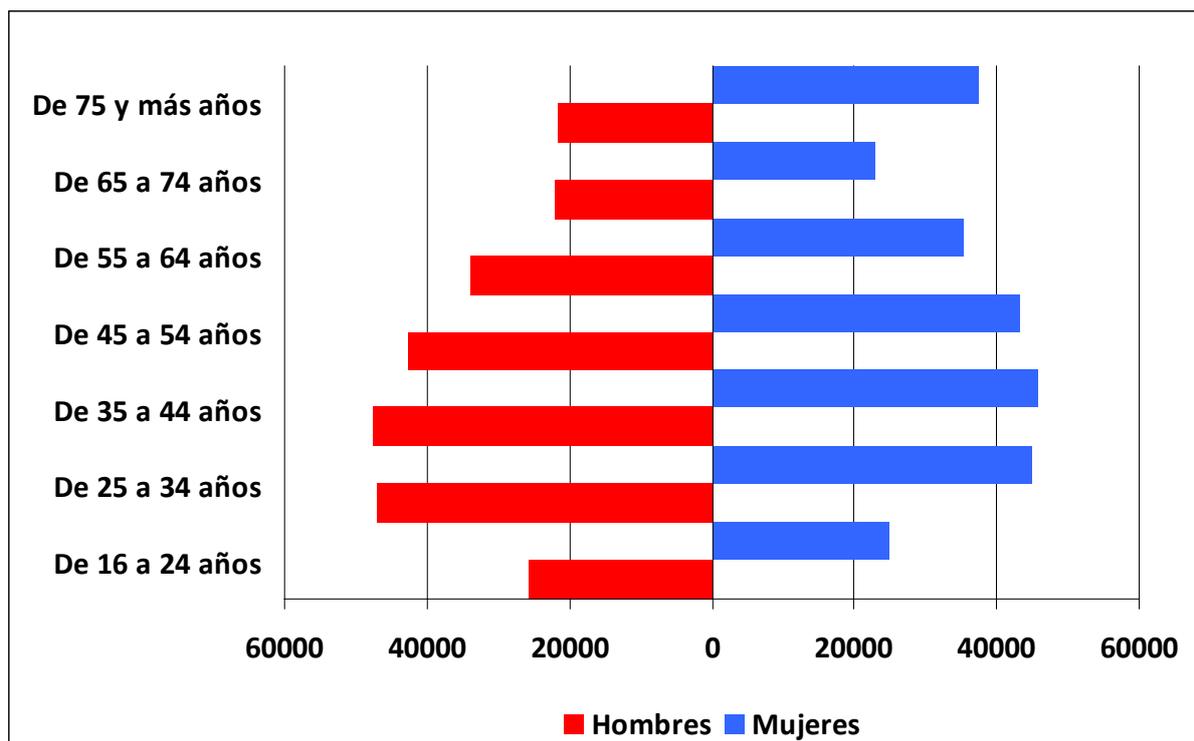
El análisis de la sección del **tabaco** incluye el consumo y la exposición al humo del tabaco en el hogar, en el lugar de trabajo y en medios de transporte y lugares públicos cerrados.

El análisis del consumo de **drogas** incluye el hachís y la cocaína.

5. Distribución de la población de Cantabria de 16 y más años según la EESCAN-09

En este apartado se presentan de una manera descriptiva algunas de las características sociodemográficas de la estimación de la población cántabra de 16 y más años que hace la EESCAN-09. De acuerdo a la misma, casi la mitad de la población (47,7%) tiene entre 16 y 44 años, cerca de la tercer parte (31,3%) entre 45 y 64 años, y algo más de una de cada cinco personas (21,0%) tiene 65 ó más años (Gráfico 1). La distribución por **sexo** es de un 51,4% de mujeres y un 48,6% de hombres, habiendo un porcentaje mayor de hombres que de mujeres en la franja de edad entre 16 y 44 años (50,1% frente a 45,4%), y al contrario, excediendo el porcentaje de mujeres al de hombres (23,7% frente a 18,1%) en la de 65 y más años. En las edades entre 45 y 64 años las diferencias son menos llamativas (31,8% de hombres frente a 30,9% de mujeres)

Gráfico 1. Distribución de la población de 16 y más años de Cantabria por sexo



De acuerdo al **tamaño de municipio de residencia** la población se distribuye de la siguiente forma: el 42,5% de la población reside en municipios de más de 50.000 habitantes, es decir en las áreas urbanas de Santander y Torrelavega; un 25,5% reside

en municipios intermedios entre 10.001 y 50.000 habitantes; y un 32,0% reside en municipios de hasta 10.000 habitantes.

Respecto al **estado civil**, más de la mitad de la población de 16 y más años está casada (59,2%), el 29,3% vive en soltería, el 8,3% está viuda y el 3,1% separada legalmente o divorciada. Independientemente del estado civil legal, el 61,9% convive actualmente en pareja.

En cuanto al **nivel de estudios** alcanzado, el 64,5% de la población de 16 y más años en Cantabria al menos ha finalizado estudios medios^e, de los cuales el 13,7% han acabado estudios superiores^f, mientras que un 35,5% no tiene estudios o solo han completado estudios primarios. Los hombres en mayor proporción que las mujeres tienen estudios medios (55,8% frente a 46,0%), y por el contrario éstas no tienen estudios o solo primarios en mayor proporción que los hombres (39,6% y 31,2%, respectivamente). Sin embargo, aunque la diferencia es pequeña, más mujeres que hombres tienen estudios superiores (14,4% frente a 13,0%).

De acuerdo a la **ocupación**, algo más de la población de 16 y más años (54,7%) estaba trabajando en el momento de la encuesta, algo más de la cuarta parte (26,5%) estaba jubilado/a, retirado/a del negocio o incapacitado para trabajar, y el 9,2% en desempleo. El 7,5% estaba dedicada principalmente a labores del hogar y un 2,1% estaba estudiando, en formación en prácticas o con alguna otra actividad.

6. Estado de salud

Este apartado presenta los resultados del análisis de la salud percibida, la salud mental y vitalidad, los problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados, la falta al trabajo por problemas de salud y la limitación de las actividades de la vida cotidiana.

6.1. Percepción del estado de salud

El estado de salud percibido se mide en la EES de forma **general** (pregunta no incluida en la Encuesta Nacional de Salud y, por lo tanto, tampoco en la ESCAN-06) y **en los últimos 12 meses** (que es la que se puede comparar con la ESCAN 06).

^e Educación secundaria de primera etapa, estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de grado medio o de grado superior o equivalentes.

^f Estudios universitarios de 1 y 2 ciclo o doctorado o equivalentes.

Salud percibida general

Tres de cada cuatro personas de la población de 16 y más años de Cantabria (74,4%) percibe su salud como buena o muy buena, casi una de cada cinco (19,2%) como regular y el 6,4% como mala o muy mala. Una percepción negativa (regular, mala o muy mala) de su salud es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (29,0% y 22,0%, respectivamente). Sin embargo no se observan diferencias significativas en el análisis por **sexo** entre la percepción de salud buena o muy buena de hombres y mujeres en Cantabria^g, aunque sí se observan en la **media española**, siendo mejor la percepción de los hombres respecto a su salud que la de las mujeres^h.

Comparando la proporción de personas que valoran su salud como positiva (muy buena o buena) con el **resto de CC.AA.**, Cantabria se encuentra en sexta posición (74,4%) después de Baleares, Navarra, La Rioja, Cataluña y Madrid, y en conjunción con la media española (74,0%).

Salud percibida en los últimos doce meses

En el año anterior a la encuesta, el 72,1% de la población de 16 y más años de Cantabria considera que su salud ha sido **positiva** (muy buena o buena), algo inferior aunque no de forma significativa respecto a la percepción de salud en general. Cantabria ocupa una posición intermedia alta entre las distintas CC.AA. (sexta posición, frente a la quinta en la salud percibida general) con porcentajes ligeramente por encima de la media de España tanto entre los hombres (77,3% frente a 75,8% de España) como entre las mujeres (67,3% frente a 66,1% de España). Los hombres tienen una percepción positiva de su salud en el último año con más frecuencia que las mujeres.

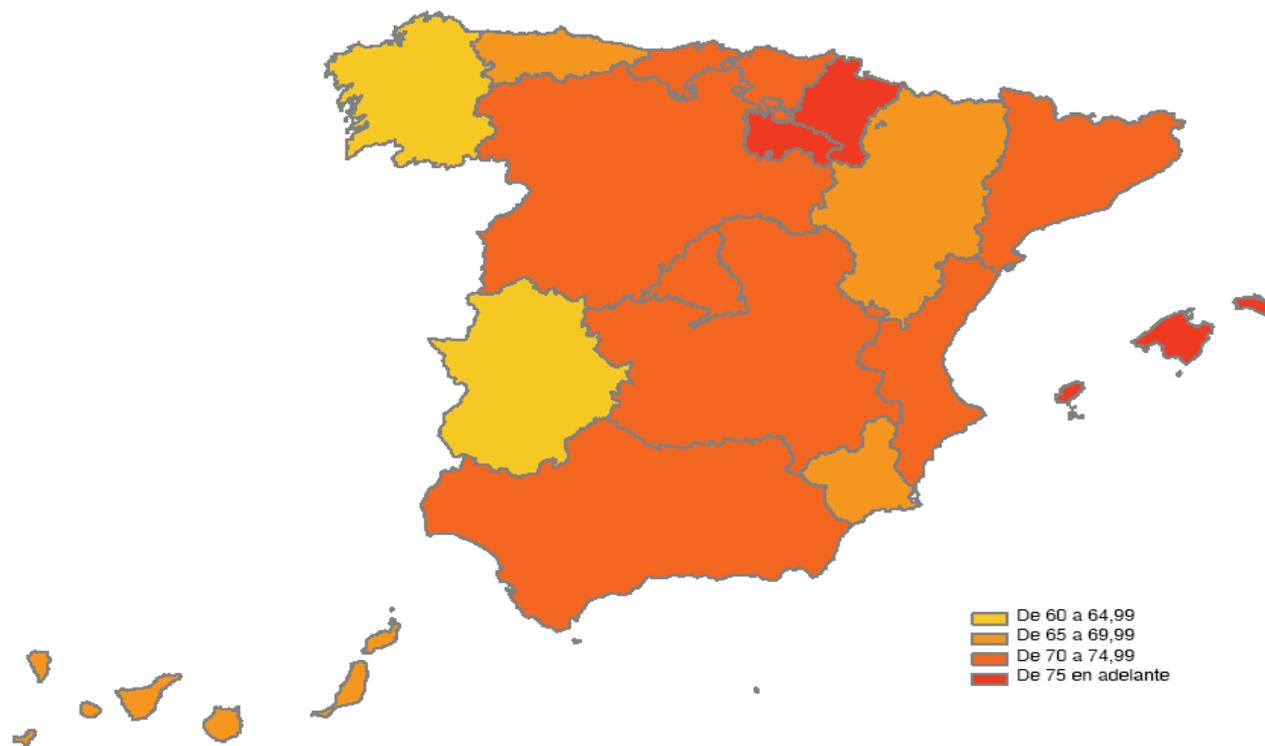
Como se observa en el mapa 1, Cantabria se encuentra entre el grupo de CC.AA. con un porcentaje entre 70 y 74,99% de población que percibe su salud en los últimos 12 meses como buena o muy buena, grupo en el que se incluyen la mitad de las CC.AA. Las personas que mejor valoran su estado de salud son las que viven en las Islas Baleares

^g El porcentaje de hombres cántabros que consideran que su salud es muy buena es del 35,2% (IC 95%: 44,1%-26,2%) frente al 23,4% de mujeres (IC 95%: 27,8%-19,0%), mientras que entre quienes consideran que es buena están el 42,9% de los hombres (IC 95%: 50,8%-34,9%) y el 47,6% de las mujeres (IC 95%: 55,1%-40,1%). En todos los casos se obtuvieron IC muy amplios.

^h El porcentaje de hombres españoles que consideran que su salud es muy buena es del 22,5% (IC 95%: 23,8%-21,1%) frente al 18,1% de mujeres (IC 95%: 19,2%-17,0%), mientras que entre quienes consideran que es buena están el 56,2% de los hombres (IC 95%: 57,9%-54,8%) y el 51,4% de las mujeres (IC 95%: 53,0%-49,8%).

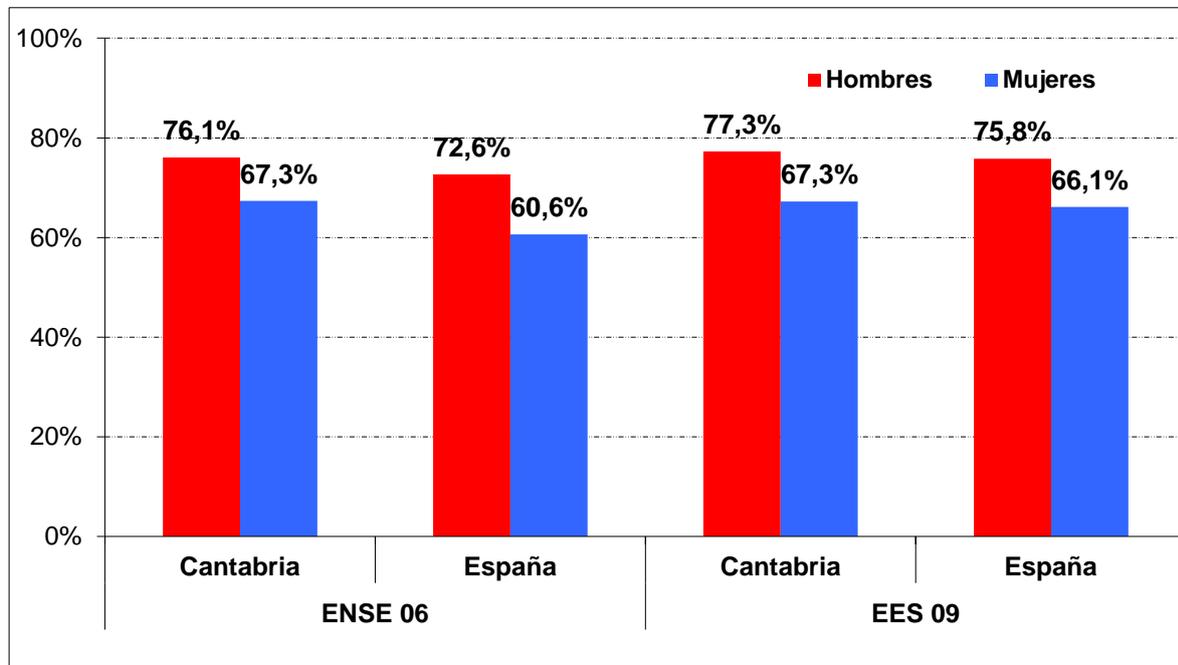
(77,5%), Navarra (76,6%) y La Rioja (75,4%), y las que peor en Extremadura (63,0%) y Galicia (60,9%).

Mapa 1. Salud percibida positiva en los últimos 12 meses, por CC.AA. (%)



La **comparación** con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2006 para España –**ENSE-06**– y para Cantabria–**ESCAN-06**– (Gráfico 2) en cuanto a la percepción de la salud positiva por sexo en los últimos 12 meses muestra una sincronía de resultados con la EES-09 y fundamentalmente con Cantabria, en donde no se encuentran diferencias entre ambas encuestas. Es de notar, no obstante, que la percepción positiva de la salud de las mujeres en España ha subido más de cinco puntos porcentuales, mientras que en Cantabria no se han observado variaciones.

Gráfico 2. Salud percibida positiva en los últimos 12 meses en Cantabria y en España, según la ENSE-06 y la EES-09



6.2. Salud mental y vitalidad

La **salud mental** se define en la EES-09 de forma diferente a la ENSE-06, utilizando distintos instrumentos de medición, por lo que no se pueden comparar ambas encuestas. De acuerdo a la escala utilizada para analizar la salud mental, de 0 (peor puntuación, sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo) a 100 (mejor situación, sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo), en Cantabria se obtiene un valor medio del 75,7, ligeramente por debajo de la media obtenida para España (77,0). La Comunidad Autónoma con mejor salud mental es Castilla y León, con una media de 82,5; y la peor Baleares, con una media de 70,7. La puntuación obtenida para los hombres es algo más elevada que para las mujeres, tanto en Cantabria como en la media de España (Tabla 2).

Tabla 2. Salud mental en Cantabria y España, por sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típica
CANTABRIA	Hombres	239.668	77,3	18,6
	Mujeres	252.201	74,1	20,8
	Total	491.869	75,7	19,8
ESPAÑA	Hombres	18.715.076	80,2	17,9
	Mujeres	19.464.369	73,9	20,8
	Total	38.179.445	77,0	19,7

La **vitalidad** se analiza de acuerdo a una escala de 0 (peor puntuación, se siente cansado y exhausto todo el tiempo) a 100 (mejor puntuación, se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo). La puntuación obtenida para Cantabria es más baja que la de salud mental (66,2), al igual que la media de España (68,3) (Tabla 2). A nivel de las CCAA, Cantabria se encuentra entre las puntuaciones más bajas. La mejor es de nuevo Castilla y León, con una media de 75,5, y la peor Galicia, con una media de 62,5. Siguiendo el mismo patrón por sexo, los hombres obtienen una puntuación algo mayor que las mujeres.

Tabla 3. Vitalidad, por sexo, Cantabria y España

	Sexo	N	Media	Desviación típica
CANTABRIA	Hombres	239.668	68,3	19,0
	Mujeres	254.080	64,2	21,7
	Total	493.748	66,2	20,5
ESPAÑA	Hombres	18.730.353	72,6	19,9
	Mujeres	19.488.082	64,2	22,6
	Total	38.218.435	68,3	21,8

6.3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados

El 51,4% de la población de 16 y más años ha padecido **alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración**, algo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (50,7% y el 46,6% respectivamente).

Los problemas de salud comunes **diagnosticados por un médico** más frecuentes (Gráfico 3) son el dolor de espalda crónico cervical, el dolor de espalda crónico lumbar (ambos más frecuentes en las mujeres) y la hipertensión (ligeramente más frecuente en los hombres). Las **mayores diferencias encontradas por sexo**, con **prevalencias más altas entre las mujeres**, corresponden a la osteoporosis (7,8% de mujeres y 0,3% de hombres), las migrañas o dolores de cabeza frecuentes (12,6% y 2,6%), la depresión crónica (11,1% y 3,2%), la artritis reumatoide (13,4% y 6,5%), el dolor de espalda crónico cervical (20,3% y 12,0%) y el crónico lumbar (19,1% y 15,2%).

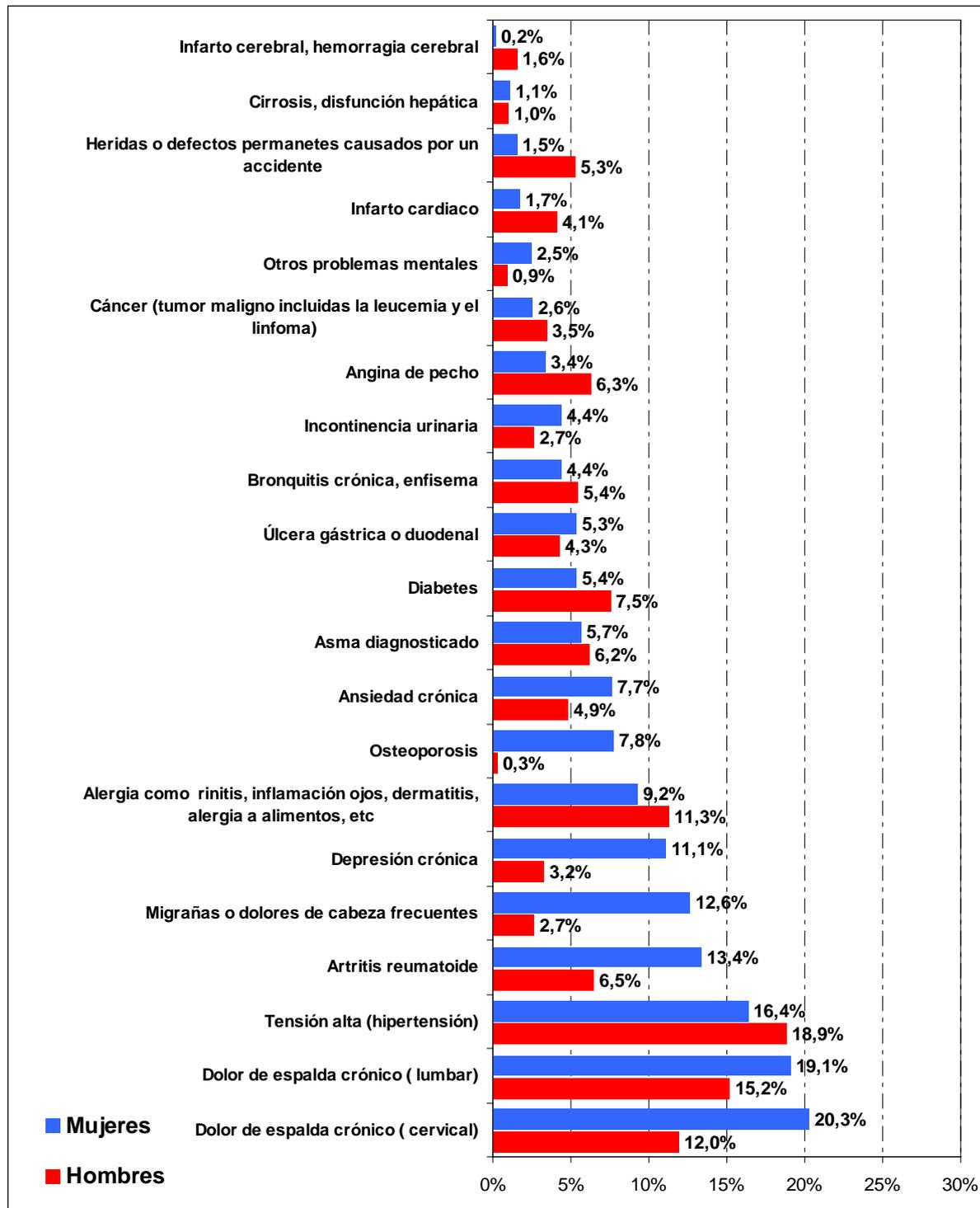
Entre las más mayores diferencias con **prevalencias más altas entre los hombres**, aunque con diferencias menores, se encuentran las heridas o defectos permanentes causados por un accidente (5,3% en los hombres y 1,5% en las mujeres), la angina de pecho (6,3% y 3,4%), el infarto de miocardio (4,1% y 1,7%), la diabetes (7,5% y 5,4%), las alergias (11,3% y 9,2%) y la hipertensión (18,9% y 16,4%).

Tanto entre las mujeres como entre los hombres, no se observan diferencias importantes en las prevalencias de los diferentes problemas de salud entre Cantabria y la media española.

El análisis comparativo con la Encuesta de Salud de Cantabria de 2006 muestra, sin embargo, diferencias por sexo respecto a la EESCAN-09ⁱ. Mientras en la ESCAN-06 las mujeres habían sido diagnosticadas alguna vez en un porcentaje mayor que los hombres de todos los problemas de salud crónicos analizados en la misma, en la EESCAN, como se observa, aunque las mujeres siguen estando en general diagnosticadas en mayor proporción que los hombres, éstos también destacan en algunos problemas.

ⁱ Considerando las diferencias en los problemas de salud incluidos en ambas encuestas. Todos los problemas listados en la EESCAN-09/10 se recogen en la ESCAN-06, excepto el infarto cerebral, la cirrosis y las lesiones por accidente. La ESCAN-06 incluye por otra parte una serie de problemas no incluidos en la EESCAN-09/10, como son las varices, colesterol alto, cataratas, problemas de piel, estreñimiento, embolia, hemorroides, anemia, problemas de tiroides, de próstata y del período menopáusico.

Gráfico 3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados, por sexo



6.4. Absentismo laboral por problemas de salud en los últimos 12 meses

La **frecuencia de ausencias** en el trabajo por algún problema de salud en los últimos 12 meses en Cantabria es **algo mayor entre las mujeres** (22,8%) que entre los hombres (17,8%), siguiendo el mismo patrón de diferencias por sexo observado en España (29,6% para las mujeres y 26,1% en los hombres).

Sin embargo, en la **duración de las bajas** en Cantabria^j se observan diferencias importantes por sexo, ya que la **media de días de baja de los hombres** en el último año por problemas de salud fue **significativamente más elevada que la de las mujeres** (82,0 días^k frente a 37,6 días^l, respectivamente). El 25% de los hombres permaneció de baja 180 días o más (hasta un máximo de 365 días), mientras que el 25% de las mujeres permaneció 40 días o más (hasta un máximo de 300 días).

La media de días de baja entre los **hombres** de Cantabria es significativamente **más alta que la media de España** (82,0 frente a 30,3 días^m respectivamente), mientras que entre las mujeres es ligeramente menor (37,6 en Cantabria y 38,1 díasⁿ en España). Al contrario de los resultados de Cantabria, la media de días de las mujeres españolas es más alta que la de los hombres.

6.5. Limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses

El 24,6% de la población ha visto limitada su actividad habitual durante al menos los 6 últimos meses, por un problema de salud (en un 4,7% la persona ha estado gravemente limitada). La limitación ha afectado con una frecuencia ligeramente superior a las mujeres (26,0%) que a los hombres (23,2%).

Respecto al resto del país, la frecuencia de limitación en Cantabria se encuentra al nivel de la media española (24,6% y 24,3% respectivamente), ocupando el décimo lugar entre las CC.AA. Las proporciones de personas de Cantabria con los diferentes grados de

^j La media de duración de las bajas de la población total de Cantabria fue de 4 días o menos en el 25% de los casos, de 15 días o menos en el 50%, y de 90 días o menos en el 75%.

^k IC 95%: 80,7-83,3

^l IC 95%: 36,8-38,5

^m IC 95%: 30,3-30,2

ⁿ IC 95%: 38,2-38,0

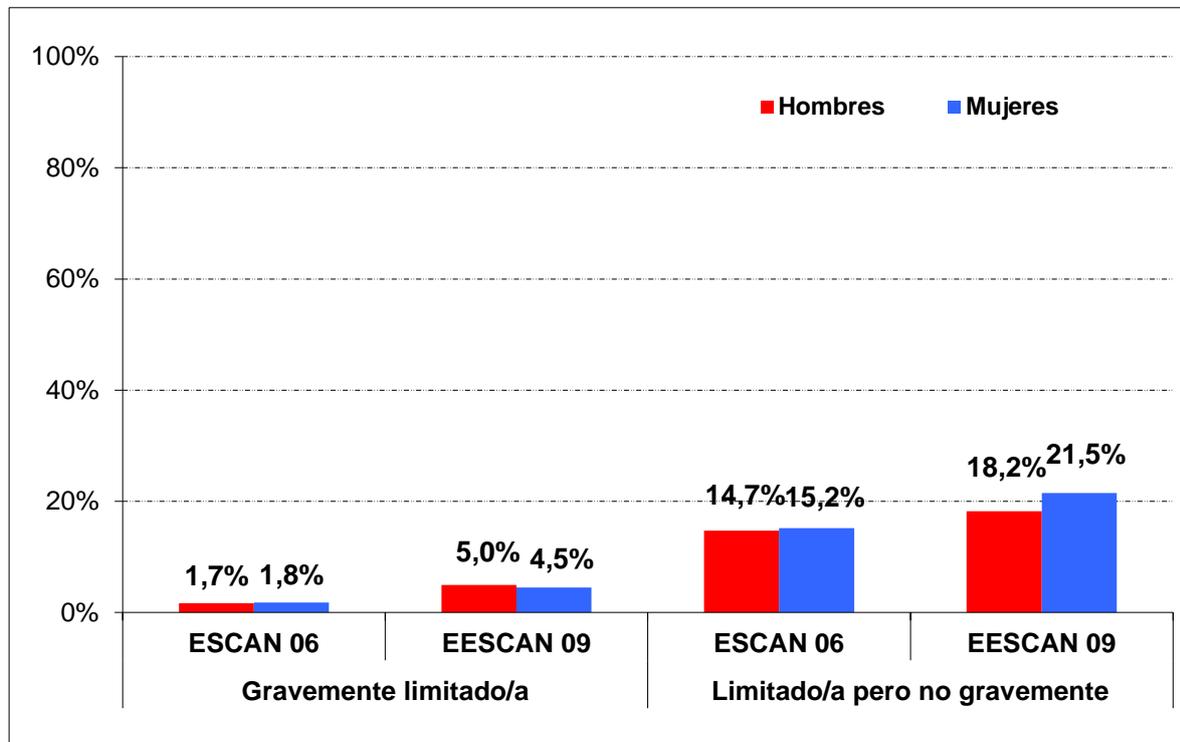
limitación (Tabla 3) son inferiores a la media nacional entre las mujeres y superiores entre los hombres, aunque estas diferencias no son significativas.

Tabla 4. Limitación de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud, por sexo

		GRAVEMENTE LIMITADO/A	LIMITADO/A PERO NO GRAVEMENTE	NADA LIMITADO/A
HOMBRES	Cantabria	5,0 %	18,2%	76,9%
	España	4,5%	15,5%	80,0%
MUJERES	Cantabria	4,5%	21,5%	74,0%
	España	6,4%	22,2%	71,5%

Con respecto a la encuesta anterior analizada en Cantabria (ESCAN-06), como se muestra en el gráfico 4, no se encuentran diferencias importantes en la proporción estimada de personas de 16 y más años que tienen limitada gravemente y no gravemente su actividad habitual por salud en los últimos 6 meses (las diferencias de un 3,3% y un 3,5% en hombres, y un 2,7% y 6,3% en mujeres pueden estar justificadas por el error de muestreo).

Gráfico 4. Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud, por sexo, según ESCAN-06 y EESCAN-09



7. Determinantes de la Salud

En el análisis del Módulo Europeo de Determinantes de la Salud de la EESCAN-09 se recogen los resultados en relación al sobrepeso y la obesidad, el consumo de frutas y verduras, el entorno en el que se vive y trabaja, el consumo y la exposición al tabaco, el consumo de alcohol y el consumo de drogas.

7.1. Sobrepeso y obesidad

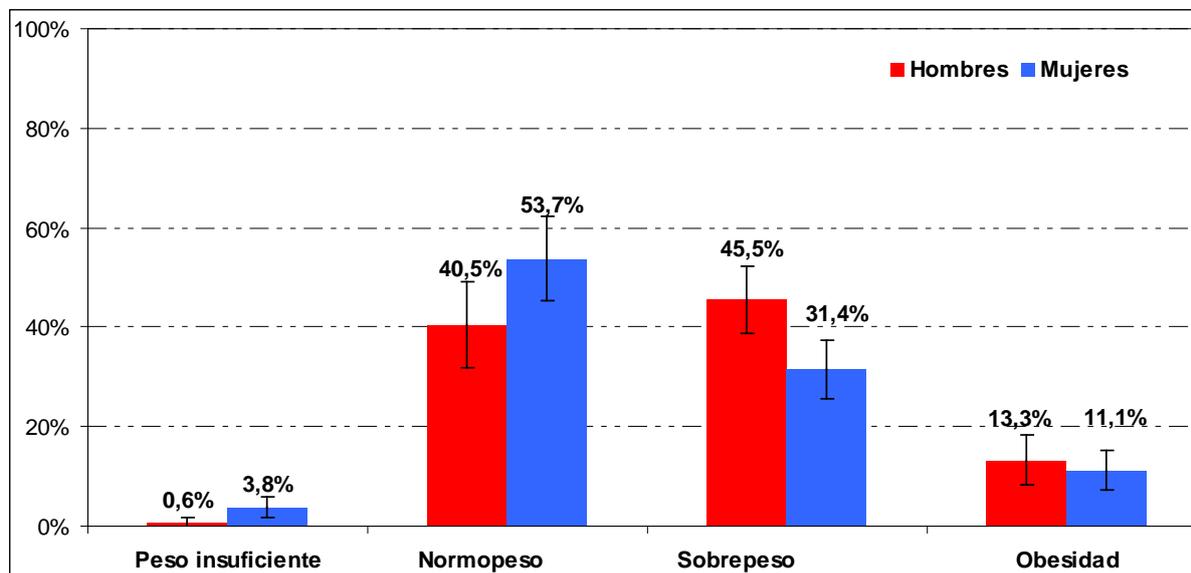
El Índice de Masa Corporal (IMC)^o es la medida más útil para identificar el sobrepeso y la obesidad en todas las edades^p, aunque como herramienta diagnóstica tiene sus limitaciones al no tener en cuenta en su cálculo las variaciones en la distribución corporal de la grasa^[10].

El **peso insuficiente y el normopeso** son **más frecuentes** en Cantabria **entre las mujeres** (3,8% y 53,7%, respectivamente) que entre los hombres (0,6% y 40,5%) y, por el contrario, el **sobrepeso y la obesidad presentan prevalencias mayores en los hombres**, con diferencias significativas respecto al primero (45,5% en los hombres y 31,4% en las mujeres), y poco apreciables en la obesidad (13,3% y 11,1%, respectivamente) (Gráfico 5).

^o El Índice de Masa Corporal se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²).

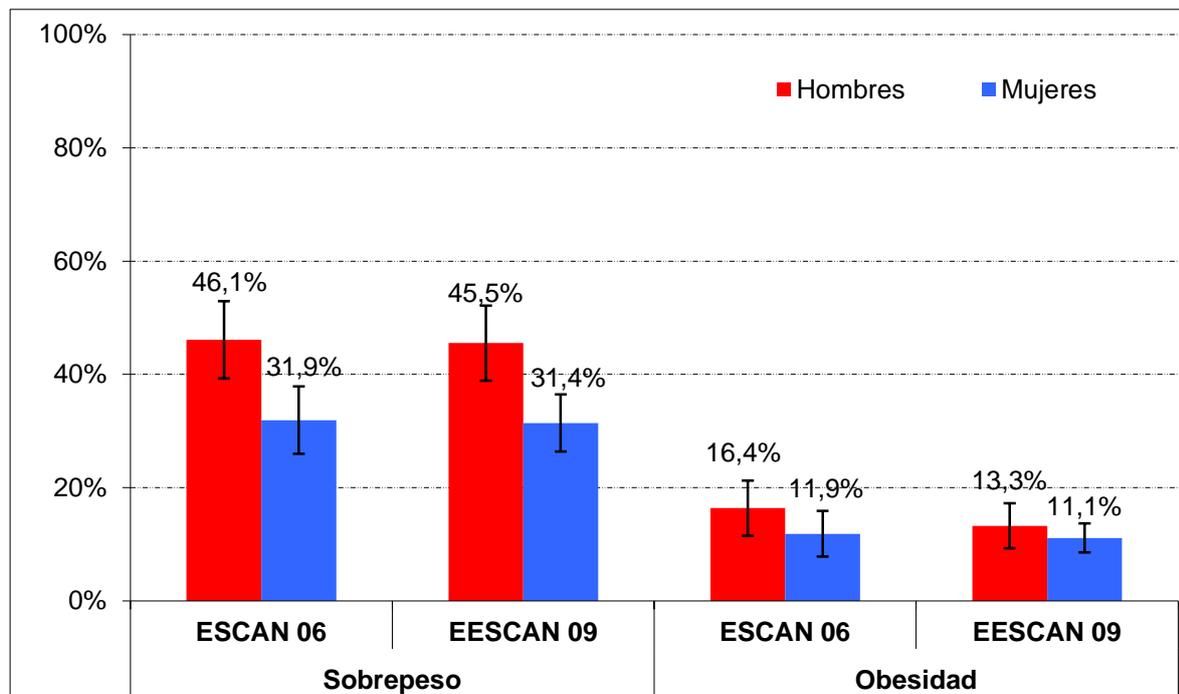
^p A partir de este índice, se definen, para personas a partir de 18 años, las siguientes categorías: se considera **peso insuficiente** cuando el IMC es inferior a 18,5; **normopeso** entre 18,5 y 25; **sobrepeso** entre 25 y 30; y **obesidad** si es igual o mayor de 30. Ver glosario de términos para más detalles sobre el IMC.

Gráfico 5. Peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad, por sexo



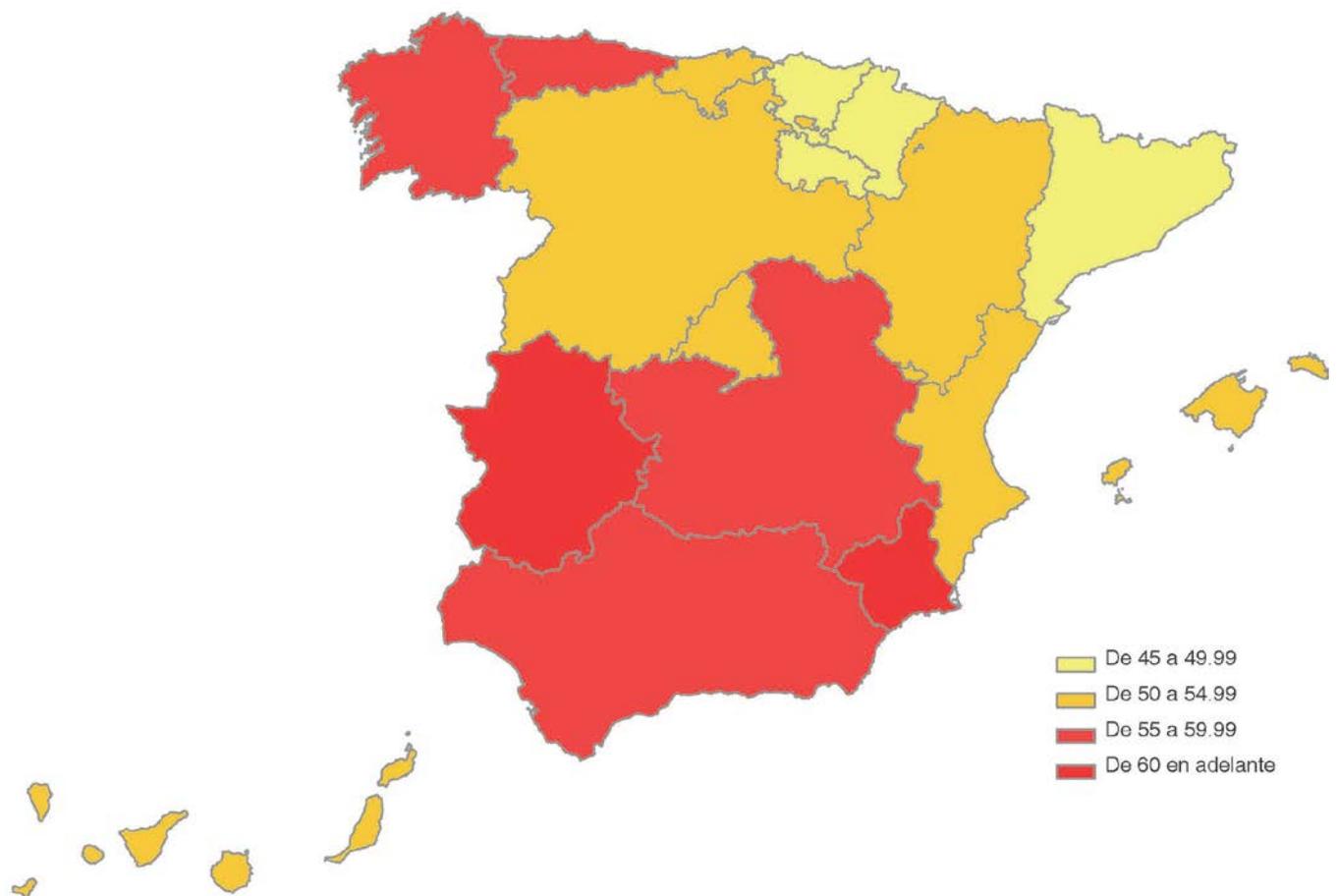
En el análisis comparativo con los resultados obtenidos en la ESCAN-06 (Gráfico 6) no se observan cambios significativos en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres.

Gráfico 6. Sobrepeso y Obesidad en población de 18 y más años según la ESCAN-06 y la EESCAN-09, por sexo



Cantabria muestra la misma tendencia que el conjunto del país en todas las categorías de IMC analizadas, sin presentar diferencias significativas. En el análisis comparativo por CC.AA. (Mapa 2) se observa en la mayoría un exceso de peso (sobrepeso y obesidad conjuntamente) en más de la mitad de la población (53,7% de toda la población de 18 y más años residente en España), con las únicas excepciones de La Rioja, País Vasco, Navarra y Cataluña que no llegan al 50%. En el otro extremo están Murcia y Extremadura, que cuentan con poblaciones con exceso de peso por encima del 60%, y algo menos frecuente pero también elevadas (de 55 a 59,99% de la población) se encuentran Andalucía y Castilla La Mancha en el sur del país, y Galicia y Asturias en el noroeste. Con porcentajes similares al de Cantabria (50,7%) se encuentran, Castilla y León, Madrid, Aragón, Comunidad Valenciana, las Islas Baleares y Canarias.

Mapa 2. Exceso de peso (sobrepeso y obesidad conjuntamente) en población de 18 y más años (%)



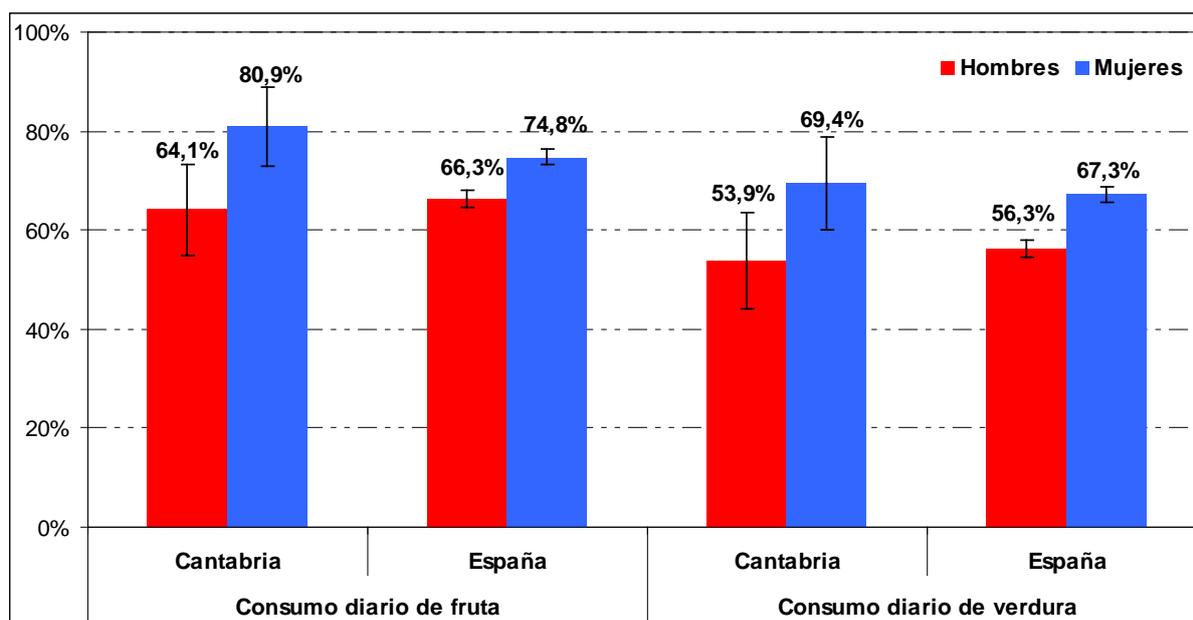
7.2. Consumo de frutas y verduras

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en su estrategia mundial sobre el régimen alimentario [11], actividad física y salud, recomiendan como objetivo la ingesta de un mínimo de 400 gramos diarios de frutas y verduras[12]. Por su parte la estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)[13] del Ministerio de Sanidad, recomienda la ingesta diaria de al menos cinco piezas o raciones de frutas, verduras y hortalizas[14]. Aunque los datos de la EESCAN-09 no permiten llegar a conocer si se cumplen o no dichas recomendaciones, su análisis proporciona información útil sobre el consumo de estos alimentos.

Independientemente de la cantidad, el **consumo diario de verduras** es **menor** que el de **frutas**. De acuerdo al sexo (Gráfico 7), los datos sugieren que las mujeres se

decantan más por el consumo diario de frutas y verduras. Aunque en Cantabria, debido al tamaño muestral, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas, sí lo son en el conjunto de España.

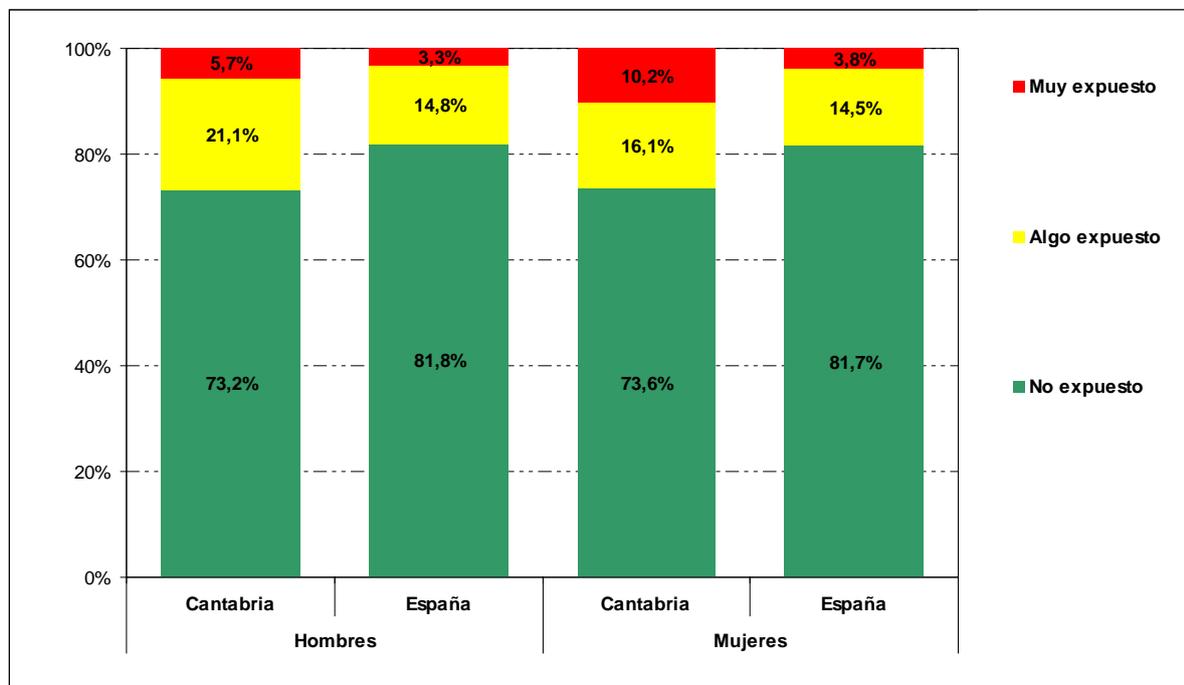
Gráfico 7. Consumo de frutas y de verduras o ensaladas en Cantabria y España, por sexo



7.3. Entorno en el que se vive y trabaja

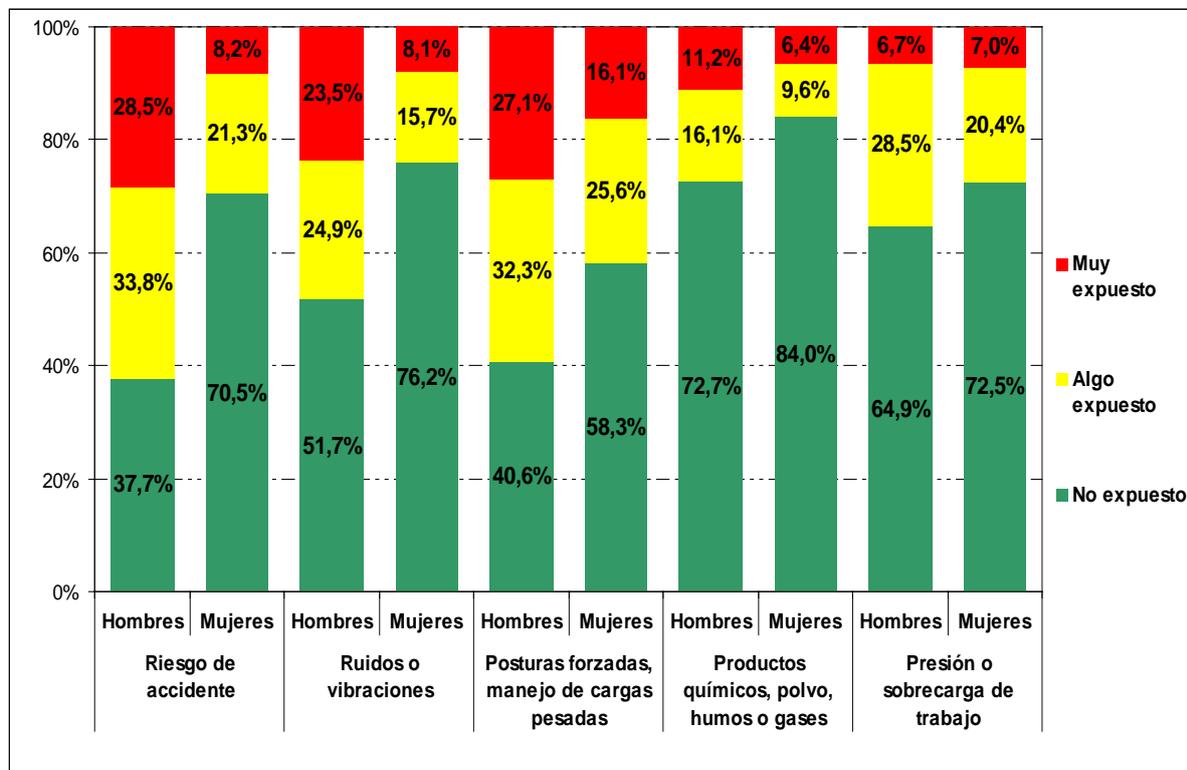
En relación a la **exposición en la casa o zona de residencia a delincuencia, violencia o vandalismo en los últimos 12 meses** (Gráfico 8), una de cada cuatro personas, sin diferencias por sexo, se encuentra con algún tipo de exposición a estas situaciones (26,3% de mujeres y 26,8% de hombres); estando un 10,2% de mujeres y un 5,7% de hombres muy expuestos. La exposición en Cantabria a delincuencia, violencia o vandalismo en las zonas de residencia es **superior a la media de España** (18,3% de mujeres y 18,2% de hombres, de los que el 3,8% y el 3,3% respectivamente declaran estar muy expuestos).

Gráfico 8. Exposición a delincuencia, violencia o vandalismo en la casa o en la zona de residencia, Cantabria y España, por sexo



En cuanto a la exposición **en los lugares de trabajo a situaciones de riesgo para la salud en los últimos 12 meses** se pueden diferenciar dos tipos de riesgos: por un lado los relacionados al **acoso o intimidación** (5,6% en mujeres y 3,1% en hombres), **violencia** (4,7% de mujeres y 2,4% de hombres) y **discriminación** (3,7% en mujeres y 0,8% en hombres) ejercidos por otras personas, y que **afectan en mayor medida a las mujeres**; y por otro los **riesgos físicos** relacionados al trabajo, que **afectan todos en mayor medida a los hombres** (Gráfico 9), como son: riesgo de **accidente** (32,8% mayor en los hombres que en las mujeres), **exposición a ruidos y vibraciones** (diferencia de 24,6%), **posturas forzadas o manejo de cargas pesadas** (diferencia de 17,7%), **exposición a productos químicos, polvo, humos o gases** (diferencia de 11,3%), y **presión o sobrecarga de trabajo** (diferencia de 7,8%).

Gráfico 9. Exposición en el lugar de trabajo, por sexo



En comparación con el resto de España, los **hombres** cántabros están algo menos expuestos en su lugar de trabajo a acoso o intimidación que la media de los hombres españoles (diferencia de 5,8%), aunque están más expuestos a posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas (diferencia de 15,9%); riesgo de accidentes (diferencia de 14,4%); y ruidos o vibraciones (diferencia de 6,4%).

Por otro lado, las **mujeres** que trabajan en Cantabria están menos expuestas a presión o sobrecarga de trabajo que las de España (diferencia de 11,2%).

En España se mantienen la misma tendencia en las diferencias entre hombres y mujeres observadas en Cantabria, aunque se da una mayor exposición en hombres a riesgo de accidente (23,2%), ruidos o vibraciones (19,4%); productos químicos, polvo, humo o gases (10,8%); y posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas (6,0%).

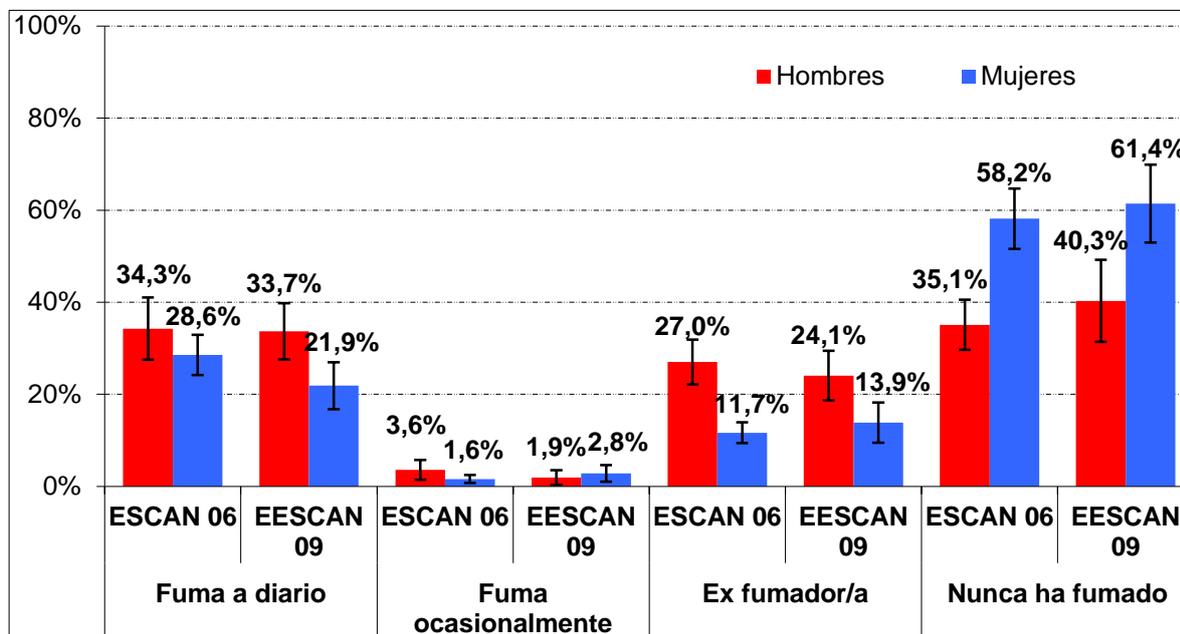
7.4. Consumo de tabaco

Un 30,0% de la población mayor de 15 años es fumadora, de acuerdo a la EESCAN-09. Los hombres fuman con más frecuencia que las mujeres (35,6% y 24,7%, respectivamente). Una de cada cuatro personas (27,6%) fuma a diario y la mitad (51,2%) nunca ha fumado.

El análisis por sexo muestra que la prevalencia de hombres que fuman diariamente es mayor que la de las mujeres (33,7% de hombres y el 21,9% de mujeres), y que existe una mayor proporción de exfumadores hombres (24,1% frente al 13,9% de mujeres). Por el contrario, más mujeres que hombres nunca han fumado (61,4% y 40,3% respectivamente). Comparando estos resultados con el total del país se observa una tendencia similar, sin diferencias significativas.

Con respecto a la ESCAN-06 (Gráfico 10) se mantienen las prevalencias encontradas en ese año, no observándose cambios significativos entre los resultados de ambas encuestas.

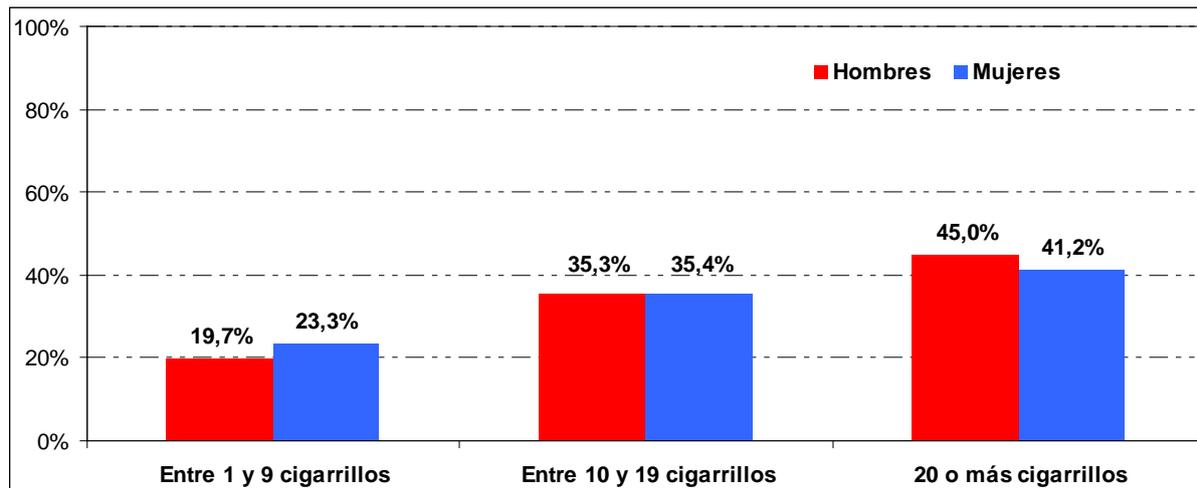
Gráfico 10. Consumo de tabaco por sexo, según la ESCAN-06 y EESCAN-09



El consumo medio de cigarrillos en Cantabria (tanto manufacturados como de liar) en las personas que fuman a diario es de 16,5 cigarrillos por día, siendo el consumo medio de las mujeres algo menor que el de los hombres (15,3 cigarrillos y 17,3 respectivamente).

Entre las personas fumadoras de ambos sexos (Gráfico 11) es mayoritario fumar 20 cigarrillos o más al día, no existiendo diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Gráfico 11. Unidades de tabaco en fumadores diarios (suma de tabaco elaborado y cigarrillos de liar), por sexo

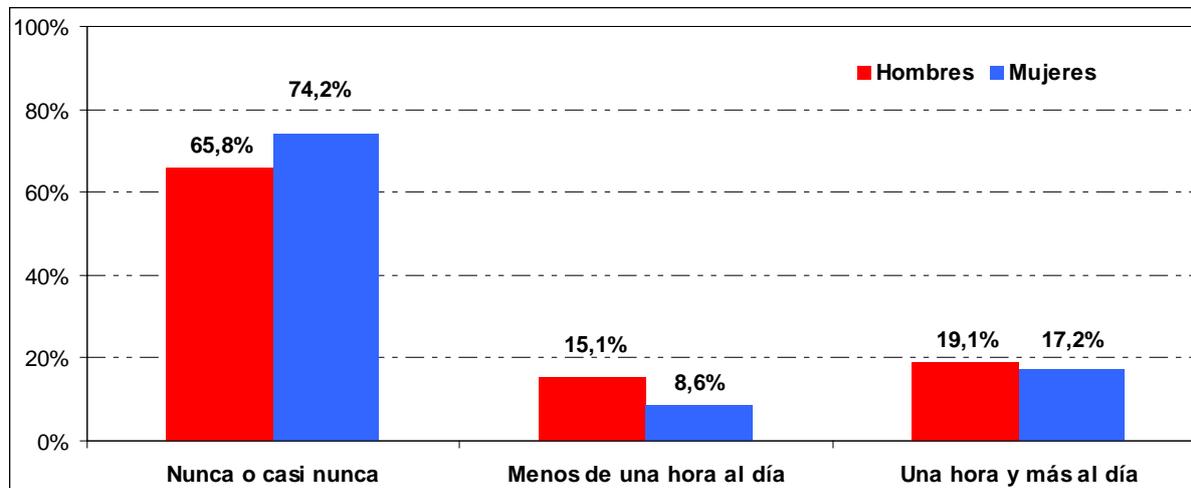


La frecuencia de mujeres cántabras que fuman diariamente 20 cigarrillos o más está muy por encima de la media de las mujeres españolas (28,4%).

El mapa 3 pone de relieve el porcentaje de personas **fumadoras que consumen 20 cigarrillos o más al día** por Comunidad Autónoma, destacando Extremadura con el porcentaje más alto (más del 45%). Entre entre un 40% y 44,99% se encuentra Cantabria junto con Galicia, La Rioja, Aragón, Castilla la Mancha, Andalucía, Comunidad Valenciana e Islas Canarias.

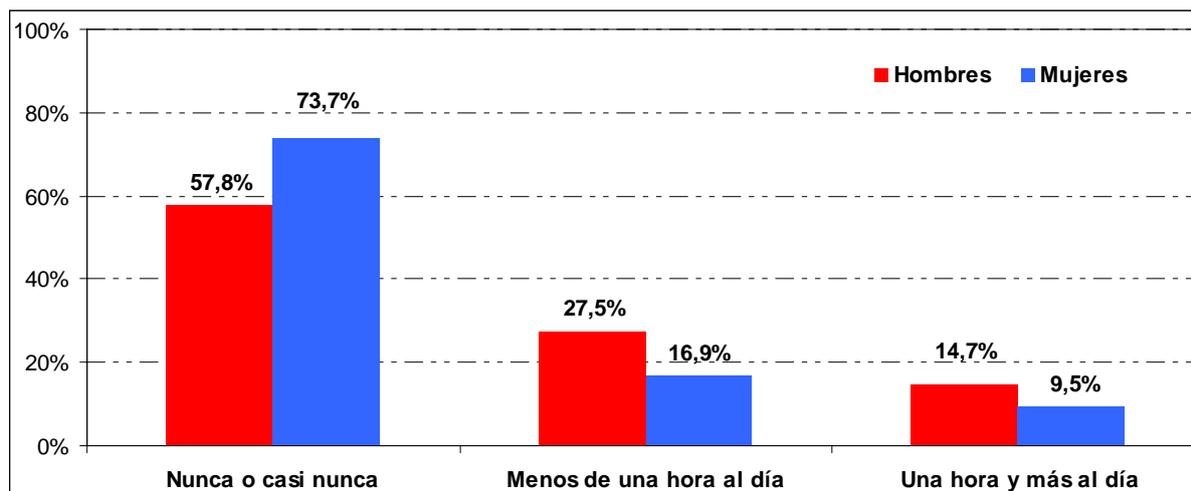
Con el porcentaje más bajo se encuentra Castilla y León, seguida por Navarra, Islas Baleares, País Vasco y Madrid. En una situación intermedia están Asturias, Cataluña y Murcia.

Gráfico 12. Exposición al humo de tabaco en el hogar, por sexo



Cerca de la mitad de los hombres (42,2%) y más de una de cada cuatro mujeres (26,3%) están **expuestos diariamente a humo de tabaco en lugares públicos cerrados y medios de transporte⁹** (Gráfico 13). Entre estas personas, un 14,7% de hombres y un 9,5% de mujeres declaran estar expuestos por una hora o más al día, resultados muy similares a la media nacional (14,4% de hombres y 8,8% de mujeres).

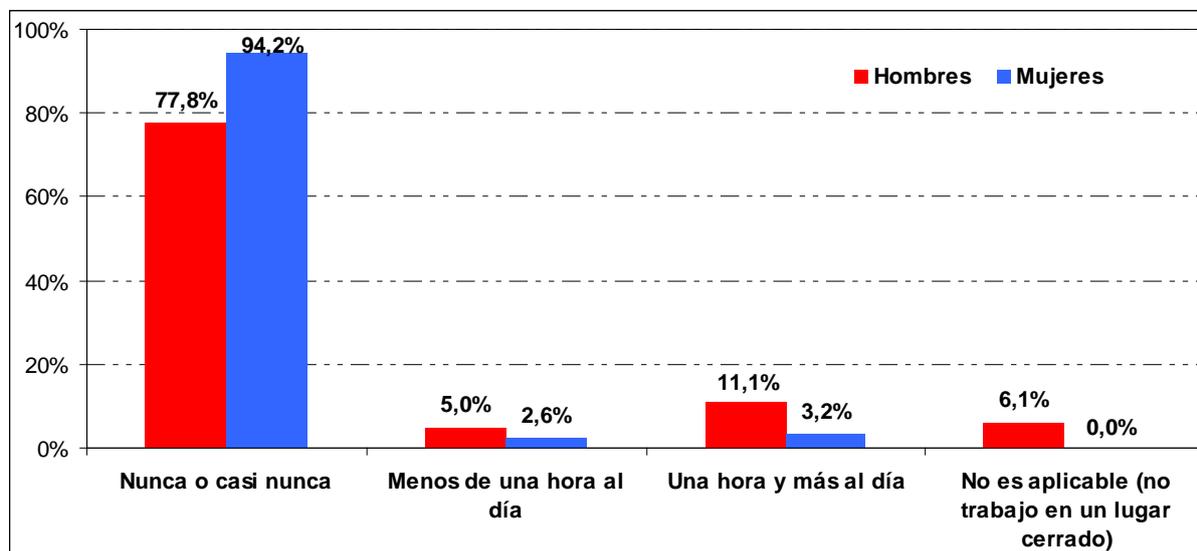
Gráfico 13. Exposición al humo de tabaco en lugares públicos cerrados y medios de transporte, por sexo



⁹ Hasta el 30 de diciembre de 2010 en que la Ley 42/2010 prohibió totalmente fumar en todo tipo de lugares públicos cerrados, la ley 28/2005 de 26 de diciembre vigente al momento de la realización de la encuesta permitía aun fumar en cierto tipo de bares y restaurantes.

En cuanto a la **exposición al humo del tabaco en las áreas cerradas de los ambientes de trabajo** (Gráfico 14), el 16,1% de los hombres están expuesto diariamente, con una diferencias importante respecto a las mujeres (5,8%). La comparación con los resultados nacionales muestra una frecuencia algo menor de hombres expuestos en el conjunto del país (13,5%, frente al 16,1% de Cantabria), así como una frecuencia algo mayor de mujeres expuestas al humo en el trabajo (8,7% en España frente a 5,8% en Cantabria).

Gráfico 14. Exposición a ambientes de humo en el lugar de trabajo, por sexo

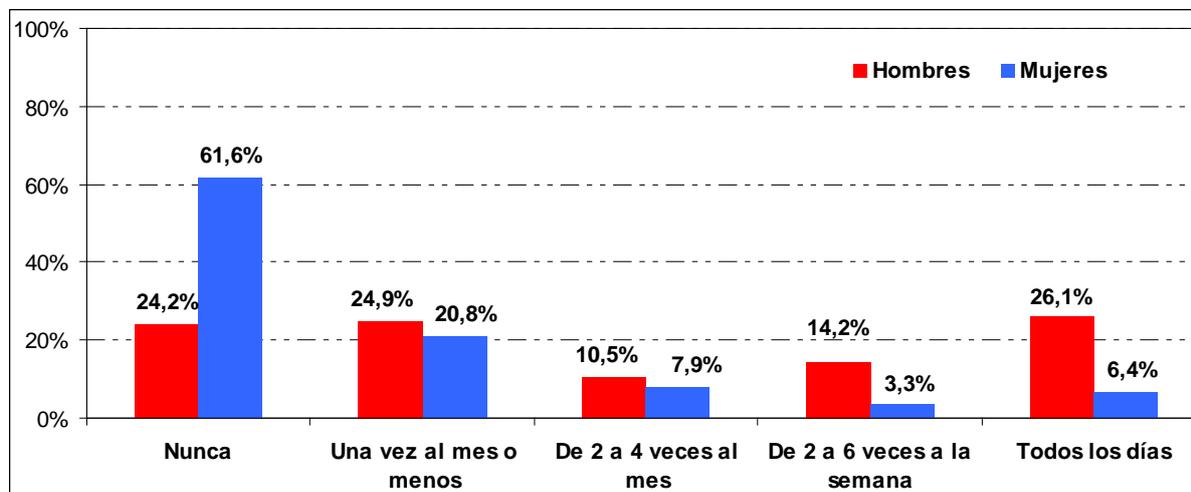


7.5. Consumo de alcohol

Según la EESCAN-09 existen diferencias notables en el consumo de alcohol **en el último año** entre hombres y mujeres (75,8% de hombres frente al 38,4% de mujeres) (Gráfico 15). A nivel nacional destaca una significativa mayor frecuencia en las mujeres españolas (52,9%) respecto a las cántabras, no existiendo diferencias en el caso de los hombres (76,9% en los españoles).

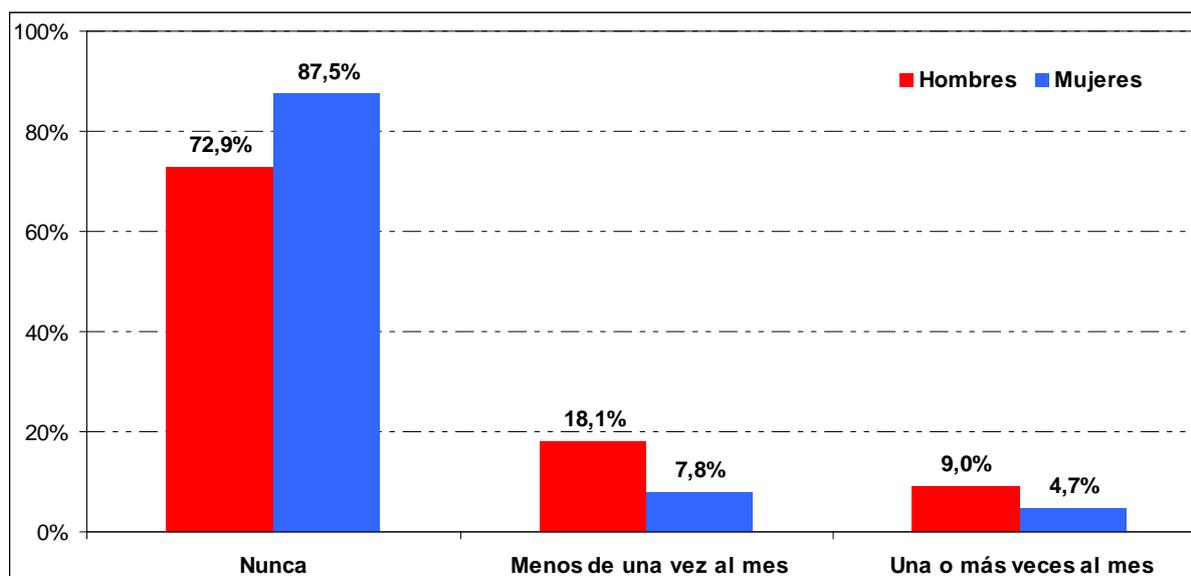
Destaca asimismo la diferencia en el consumo **diario** de alcohol entre hombres y mujeres (26,1% y 6,4%, respectivamente) en Cantabria. No se observan diferencias con la media nacional de consumo diario entre las mujeres (6,2% de las mujeres españolas) pero sí entre los hombres (20,0% de los hombres españoles).

Gráfico 15. Consumo de alcohol en los últimos 12 meses, por sexo



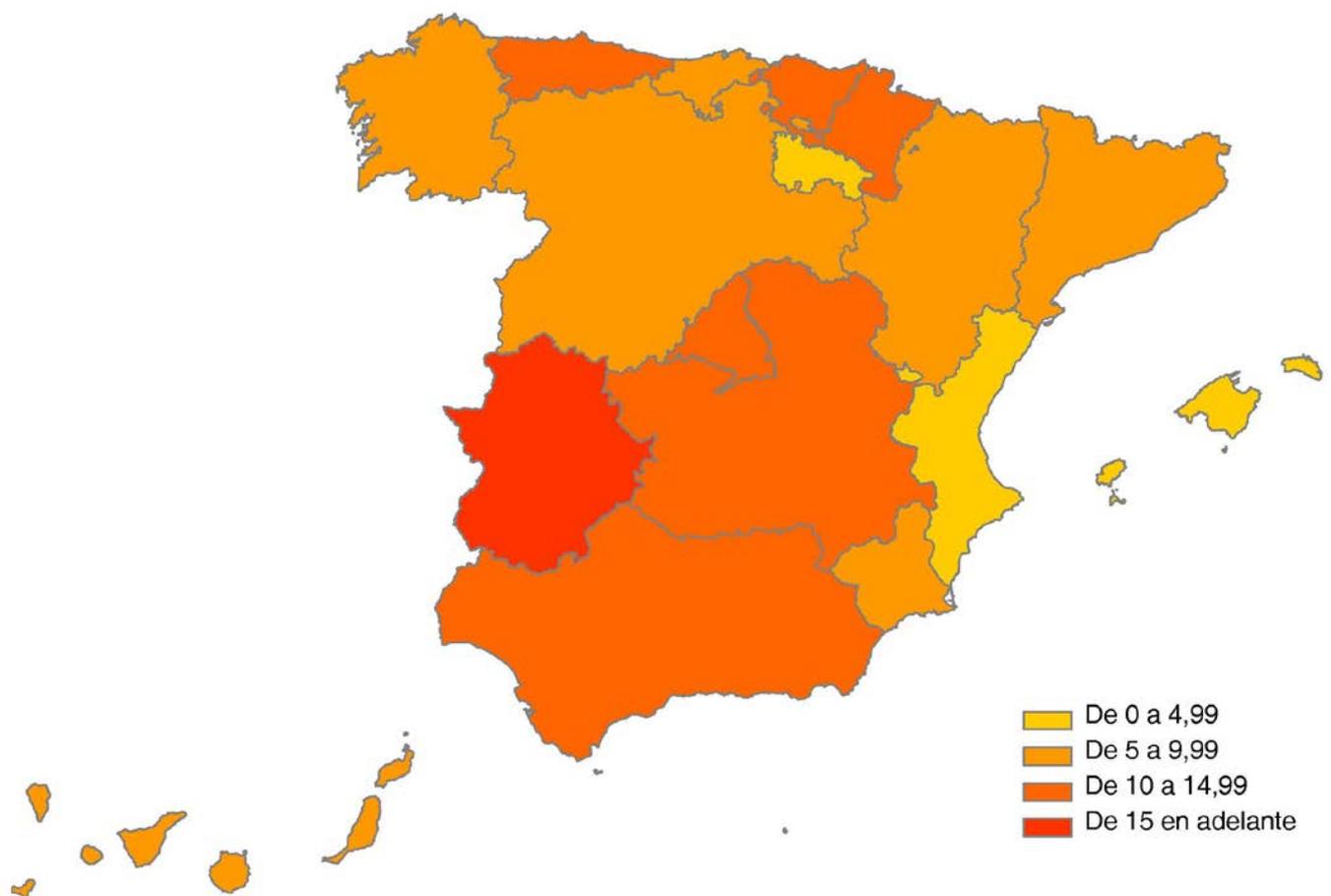
Entre las personas que consumen alcohol, un 27,1% de hombres y un 12,5% de mujeres declara haber consumido **seis bebidas alcohólicas o más en la misma ocasión** en el último año (Gráfico 16) habiendo realizado esta práctica con una frecuencia de al menos una vez al mes el 9,0% de los hombres y el 4,7% de las mujeres que consumen alcohol.

Gráfico 16. Consumo de seis bebidas alcohólicas o más en la misma ocasión durante los últimos 12 meses, por sexo



A nivel de CC.AA. (Mapa 4), Extremadura cuenta con el mayor porcentaje de bebedores excesivos (sobrepasando el 15% de la población). En general el sur y centro del país (Andalucía, Castilla la Mancha, y Madrid), así como en otras CC.AA. del norte como Asturias, País Vasco y Navarra, más de un 10% de población bebe en exceso. La Rioja y el área mediterránea (Comunidad Valenciana e Islas Baleares) no llegan al 5% de la población que bebe excesivamente. **Cantabria se encuentra** (con un 7,8%), junto a Galicia, Castilla y León, Aragón Cataluña, Murcia y Canarias, en el grupo en el que entre el 5% y 9,99% de la población consume estas cantidades.. (%)

Mapa 4. Consumo de 6 o más bebidas en la misma ocasión al menos una vez al mes, por CC.AA.



7.6. Consumo de drogas

La droga más consumida entre la población de 16 y más años es el cannabis (3,9% de los hombres y 3,5% de las mujeres), presentando éstas un consumo similar al del resto de mujeres españolas (3,3%), mientras que entre los hombres cántabros se da un consumo algo menor que entre el total de la población masculina española (7,3%).

Los resultados de la EESCAN-09 son más bajos que los obtenidos a través de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en Cantabria, 2009, de la Consejería de Sanidad^[15]. De acuerdo a la misma, un 8,6% de la población reconocía haber consumido cannabis en el último año, frente al 4,6% que recoge la EESCAN^r. En la misma encuesta destaca la diferencia en el mayor consumo de cannabis de los hombres frente al de las mujeres en el último año (12,3% y 4,6%, respectivamente), patrón no observado en la EESCAN (4,8% y 4,4%, respectivamente). Diferencias similares a las encontradas en el consumo de cannabis en Cantabria se encuentran entre los resultados de la Encuesta Domiciliaria y los de la EES a nivel nacional (10,6% y 6,4%, respectivamente, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres).

Las drogas sintéticas, tales como la cocaína, anfetaminas o éxtasis, son las de más bajo consumo declarado en la EESCAN-09, no encontrándose a ninguna mujer que las haya consumido en el último año, mientras que el 0,9% de los hombres declaran haberlo consumido. En el conjunto nacional declaran haber consumido estas drogas en el último año el 0,6% de las mujeres y el 2,0% de los hombres.

^r Hay que tener en cuenta algunas diferencias metodológicas entre ambas encuestas, como que en la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Cantabria se incluye a personas de 15 años y que en la muestra se sobrerrepresentaron las edades más jóvenes (15-39 años) para posibilitar un análisis más detallado en estos grupos de edad de mayor riesgo de consumo de las diferentes sustancias objeto de estudio.

8. Asistencia Sanitaria

Una de las ventajas de las encuestas de salud en relación con la utilización de servicios sanitarios es que se obtiene información del total de la población, en contraste con la información obtenida de los sistemas de información de los servicios sanitarios, limitada a las personas usuarias de dichos servicios.

En este módulo se presentan los análisis realizados respecto a la utilización de la consulta del médico general o de familia, de especialistas y del dentista u otros profesionales relacionados con la higiene dental, así como las hospitalizaciones y el consumo de medicamentos.

8.1. Consulta médica

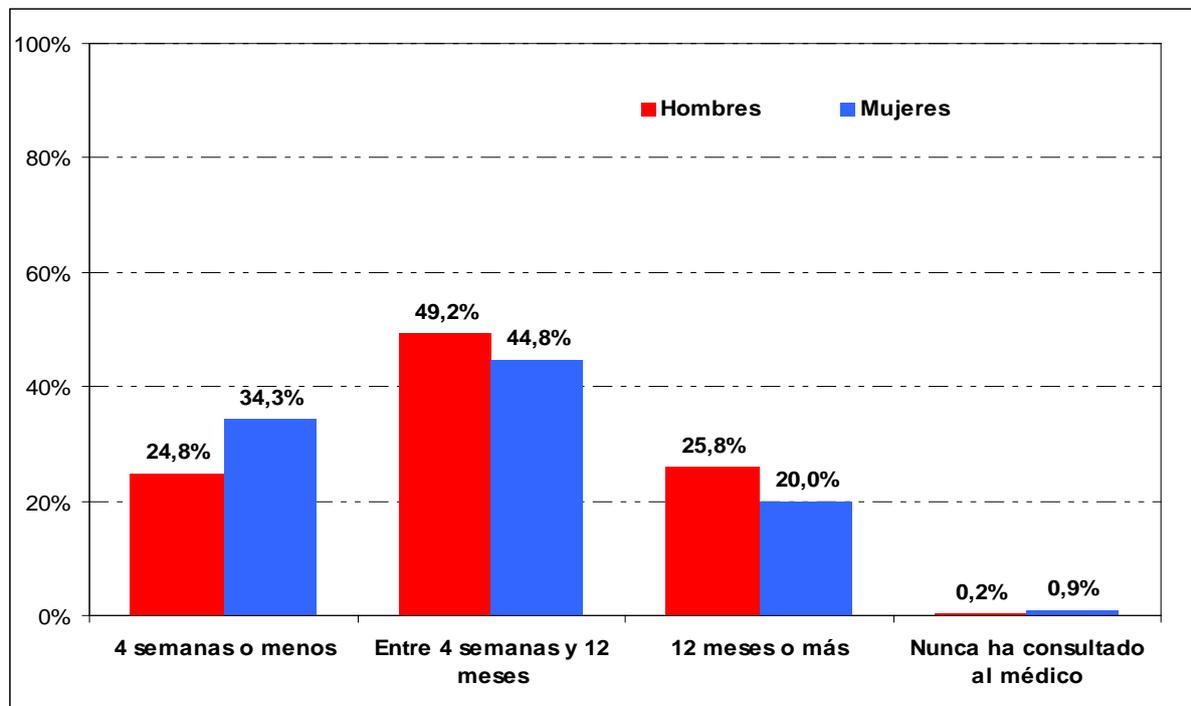
El 29,7% de población de 16 y más años residentes en Cantabria había acudido al **médico general o de familia en las últimas 4 semanas**, algo inferior al 31,7% observado en la ESCAN-06. Respecto al resto de España, se observan pocas diferencias en la frecuencia de visitas en el último mes entre las distintas CC.AA. Cantabria ocupa una posición intermedia, ligeramente por encima de la media de España (28,5%) pero sin diferencias significativas con la misma. Solo en Navarra la frecuencia visitas al médico de familia o general en el último mes (18,6%) fue significativamente menor que en Cantabria

El análisis por sexo (Gráfico 17) muestra que las mujeres acuden con mayor frecuencia y mayor número de veces al médico general o de familia (34,3% y una media de 1,4 veces en el último mes^s) respecto a los hombres (24,8% y una media de 1,3 veces^t), mientras que los hombres acudieron más, a partir de las 4 semanas. En general, aproximadamente tres de cada cuatro personas (76,6%) pasaron por la consulta del médico de familia **en el último año**.

^s Desviación típica = 0,8; IC 95%: 1,42-1,43

^t Desvaición típica = 0,7; IC 95%: 1,32-1,33

Gráfico 17. Consulta al médico general o de familia en los últimos doce meses, por sexo

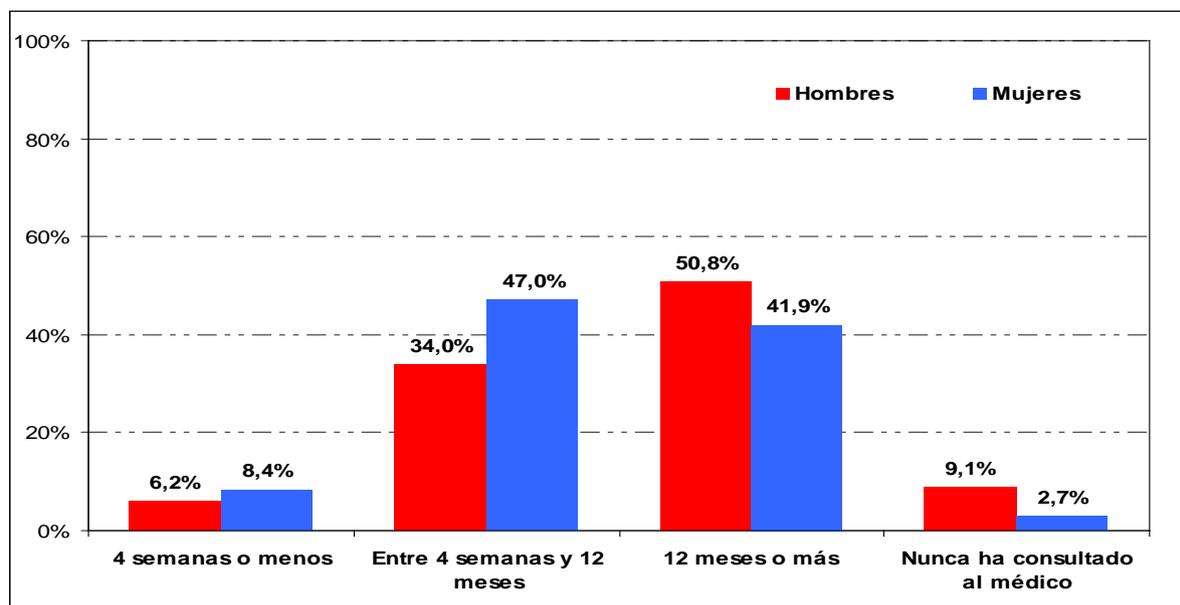


8.2. Consulta al especialista

El 48,0% de las personas de 16 y más años residentes en Cantabria acudieron a **consulta con un médico especialista en el último año** y un 7,3% la realizó **en el último mes**. El 5,8% nunca ha acudido al especialista (9,1% de los hombres frente al 2,7% de las mujeres).

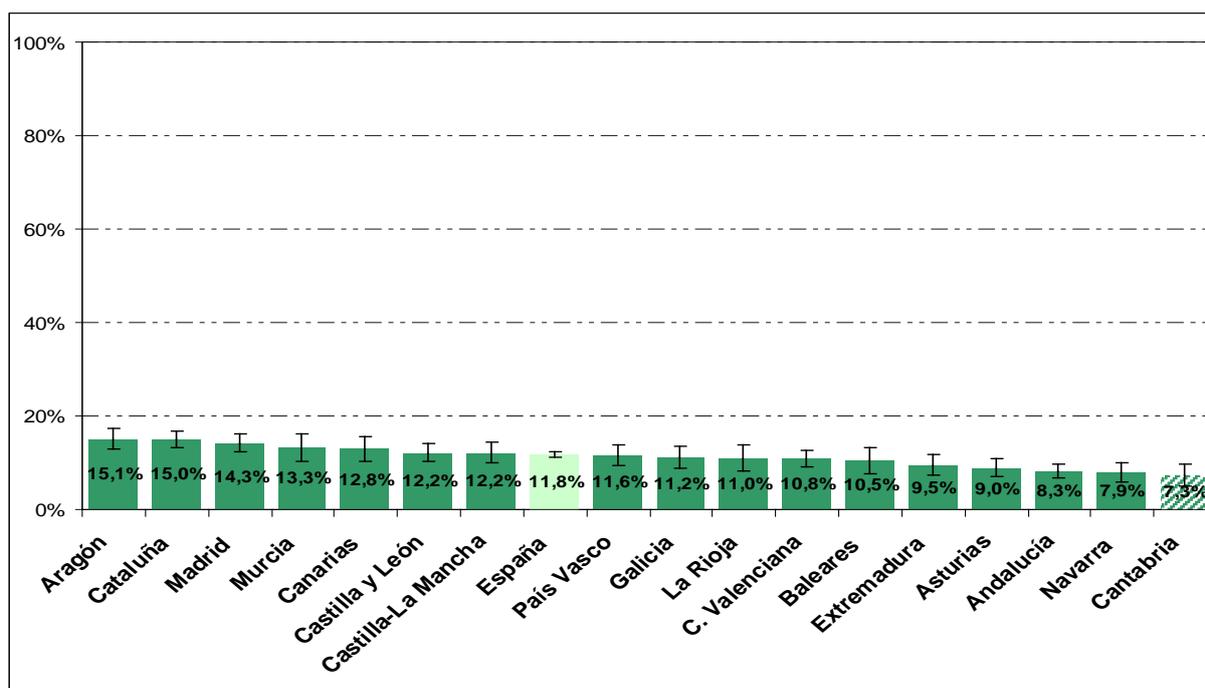
En el análisis por sexo (Gráfico 18), se observa que un 13,0% más de mujeres que de hombres acudieron en el último año a un especialista, mientras que un 8,9% de éstos acudieron hace más tiempo. Porcentajes muy similares a los observados para la media nacional (un 14,7% más de mujeres que de hombres acudieron en el último año).

Gráfico 18. Consulta al médico especialista, por sexo



Cantabria es la Comunidad Autónoma en la que con menos frecuencia acudió la población a un médico especialista en el último mes (Gráfico 19), ocupando el último lugar, significativamente por debajo de la media de la población de España (7,3% en Cantabria frente al 11,8% de la media española).

Gráfico 19. Consulta al médico especialista en el último mes, España y CC.AA.

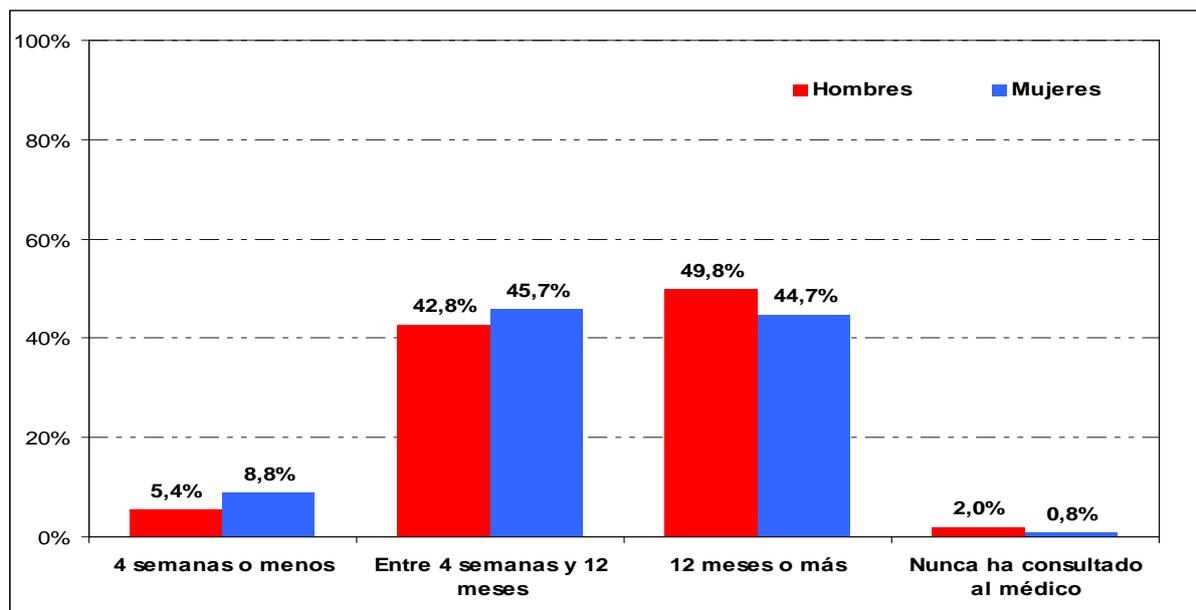


Entre las personas cántabras que acudieron a la consulta del especialista **en el último mes**, el 83,4% lo hicieron una sola vez, acudiendo el 16,6% restante una media de 1,3 veces^u. De acuerdo al sexo, **las mujeres acudieron significativamente más veces que los hombres** (1,4^v frente a 1,1^w). El 10,1% de las mujeres han acudido 3 o más veces frente al 5,5% de los hombres.

8.3. Consulta al dentista, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental

Algo más de la mitad de la población (51,4%) visitó al dentista, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental durante el último año, de los cuales el 7,2% hicieron la visita en el último mes, mientras que el 1,4% de la población nunca ha acudido. Las mujeres lo han hecho con más frecuencia y más recientemente que los hombres (el 54,6% frente al 48,2%, respectivamente, en el último año) (Gráfico 20). Diferencias observadas también a nivel de España (un 5,9% más de mujeres que de hombres acudieron en el último año).

Gráfico 20. Consulta al dentista, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental, por sexo



^u Desviación típica 0,7; IC 95%: 1,26-1,28

^v Desviación típica 0,8; IC 95%: 1,37-1,39

^w Desviación típica 0,5; IC 95%: 1,10-1,12

La proporción de la población cántabra que ha acudido en el último mes (7,2%) es inferior, aunque no de forma significativa, a la media de España (8,0%). Respecto al resto de CC.AA., Cantabria ocupa la 12ª posición, aunque sin grandes diferencias con el resto de las CC.AA. En los extremos estarían por un lado Madrid con un 9,8% y por el otro Extremadura con un 5,6%.

8.4. Hospitalización

En el año previo a la entrevista ingresaron más las mujeres que los hombres en Cantabria (10,7% y el 6,6% respectivamente)^x.

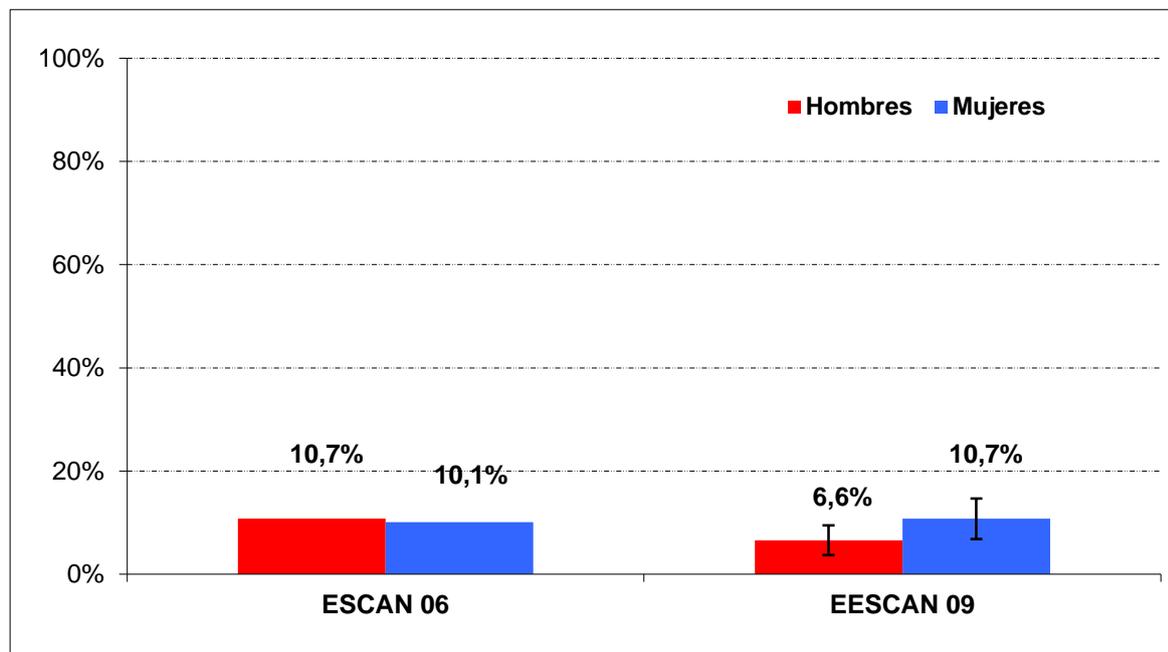
Respecto a la Encuesta de Salud de Cantabria de 2006 (Gráfico 21), se observa un descenso en el porcentaje de ingresos de los hombres (6,6%^y), mientras que el de las mujeres se mantiene con una mínima elevación (10,7%^z), aunque ambos datos de la EESCAN-09 deben interpretarse con cautela debido a limitaciones muestrales.

^x En las mujeres no han podido separarse los ingresos relacionados con el embarazo y el parto debido a la baja frecuencia de los mismos en la muestra, por lo que al mismo tiempo consideramos que no influye en el mayor porcentaje de ingresos de las mujeres respecto a los hombres.

^y IC 95%: 3,7%-9,4%

^z IC 95%: 6,8%-14,7%

Gráfico 21. Hospitalización en los últimos 12 meses según ESCAN-06 y EESCAN-09, por sexo



La **media de ingresos en general** fue de 1,3 veces^{aa}, teniendo en cuenta que un 91,1% de las personas hospitalizadas ingresaron 1 vez en el último año y el 5,9% ingresaron 3 o más veces. El porcentaje de ingresos en Cantabria (8,7%) se encuentra por debajo de la media de España (9,3%), aunque la diferencia no es significativa. La comunidad autónoma que contó con más hospitalizaciones fue Baleares (10,5%) y la que menos el País Vasco (8,1%).

De acuerdo al **sexo**, la media de ingresos fue **superior en los hombres** (1,7 veces^{bb}) que en las mujeres (1,1 veces^{cc}). El 94,3% de las mujeres que ingresaron en el último año lo hicieron solo una vez, frente a solo el 85,5% de los hombres. Un 11,0% de los hombres ingresó 3 o más veces frente al 2,8% de las mujeres.

8.5. Consumo de medicamentos

Un 47,7% de la población de 16 y más años de Cantabria consumió algún medicamento en las **últimas 2 semanas** (frente al 53,0% de España). El consumo fue **mayor en las mujeres** que en los hombres (50,5% frente a 44,8%), aunque significativamente menor

^{aa} Desviación típica: 1,6 IC 95%: 1,31-1,34

^{bb} Desviación típica: 2,5; IC 95%: 1,71-1,79

^{cc} Desviación típica: 0,4; IC 95%: 1,08-1,09

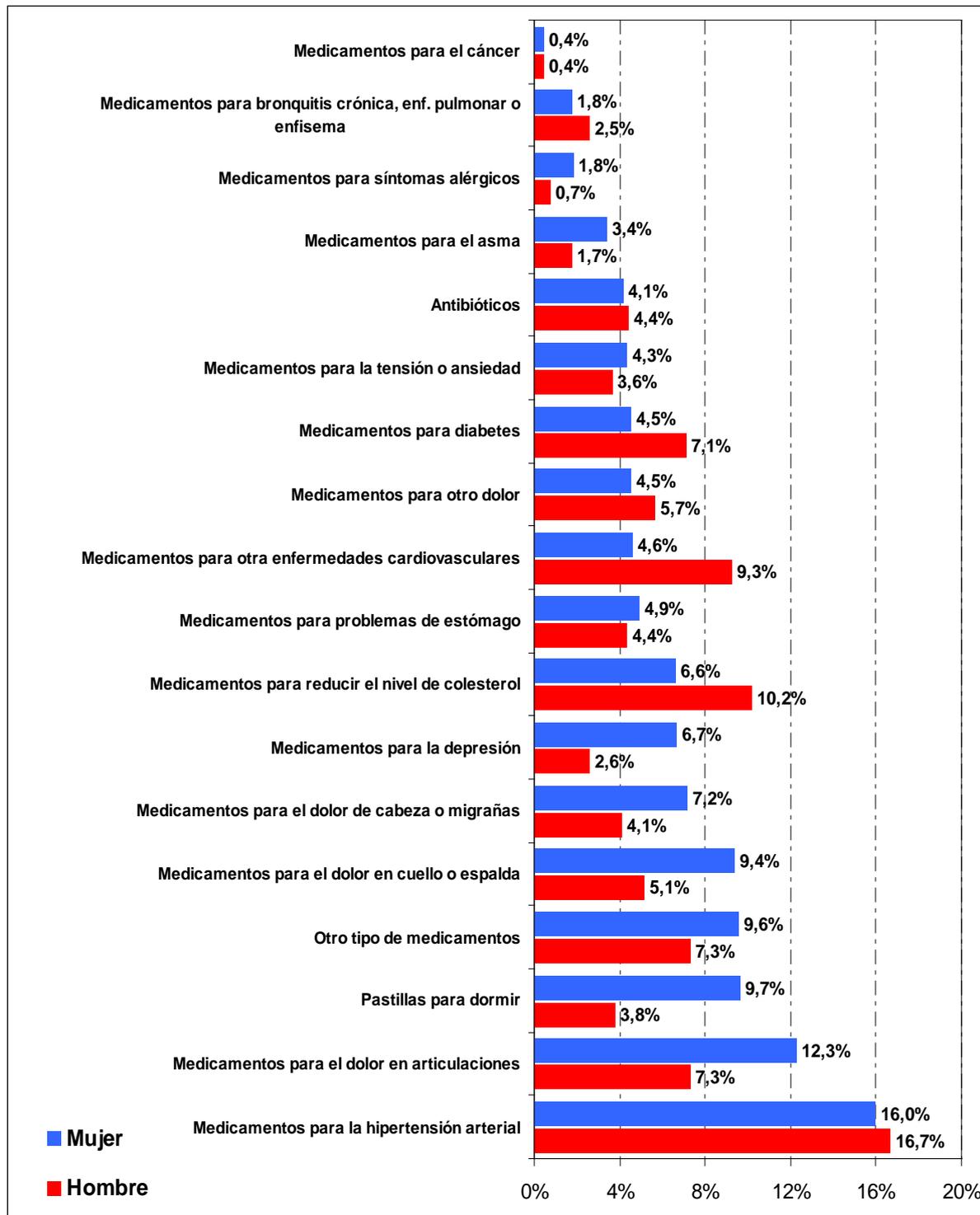
que la diferencia en el consumo medio de las mujeres y hombres españoles (60,7% de las mujeres y 45,0% de los hombres).

El análisis comparativo con la ESCAN-06 muestra importantes diferencias en el consumo de medicamentos por sexo en las últimas dos semanas^{dd}. Mientras la EESCAN-09 revela un consumo mayor de las mujeres en algo más de la mitad de los medicamentos sobre los que se pregunta y de los hombres en el resto, la ESCAN-06 muestra un consumo mayor de las mujeres en todos los medicamentos, exceptuando los del corazón, con una diferencia mínima mayor en los hombres.

Los medicamentos más consumidos por las mujeres, de acuerdo a la EESCAN-09 (Gráfico 22) fueron para la hipertensión arterial (16,0%), dolor en las articulaciones (12,3%) y pastillas para dormir (9,7%). En estos dos últimos tipos de medicamentos se observan las mayores diferencias de consumo por sexo (5% y 6% mayor consumo de las mujeres respectivamente). Asimismo, los medicamentos para la hipertensión arterial son los más frecuentemente consumidos por los hombres (16,7%), destacando además el consumo de medicamentos para reducir el colesterol (10,2%, un 3,6% mayor que en las mujeres) y para determinadas enfermedades cardiovasculares (9,3%, un 4,7% mayor).

^{dd} Existen algunas diferencias en el tipo de medicamentos que se preguntan en ambas encuestas (por ejemplo la ESCAN pregunta por medicamentos para adelgazar, laxantes o reuma, la EESCAN desagrega más por tipos de dolor e incluye la quimioterapia).

Gráfico 22. Tipo de medicamentos recetados o recomendados por un médico y consumidos en las 2 últimas semanas, por sexo



En Cantabria el consumo de **medicamentos no recetados** es significativamente más bajo (8,2%) que la media española (15,9%), siendo la Comunidad Autónoma en la que menos se consume algún medicamento o suplemento dietético, hierbas medicinales o vitaminas que no fueran recetados o recomendados.

El consumo por sexo es ligeramente más elevado en las mujeres cántabras (9,1%) que en los hombres (7,2%), siguiendo el patrón de España, aunque se mantiene más bajo para ambos sexos que las medias españolas (17,6% en mujeres y 14,0% en hombres).

Los medicamentos o suplementos no recetados o recomendados por un médico consumidos con más frecuencia en Cantabria fueron vitaminas, minerales o tónicos (3,3%), para el resfriado, la gripe o el dolor de garganta (0,8%) y para problemas de estómago (0,8%).

8.6. Satisfacción con el sistema sanitario

El tipo de prestación de servicio sanitario que aglutina una mayor satisfacción ciudadana en Cantabria (Gráfico 23) es el de **médicos de familia o generales** (86,9%), al igual que sucede en el resto de España (81,4%), seguido de los dentistas, ortodoncistas y otros especialistas de asistencia dental (80,5% en Cantabria y 74,2% en la media de España).

En cuanto a los servicios de especialidades, tres de cada cuatro personas se encuentran satisfechas con este servicio en Cantabria (74,7%), ligeramente por debajo de la media española (76,5%). Los hospitales (incluyendo el servicio de urgencias) cuentan con un nivel similar de satisfacción en Cantabria (73,7%), siendo más alta que la media de España (63,5%).

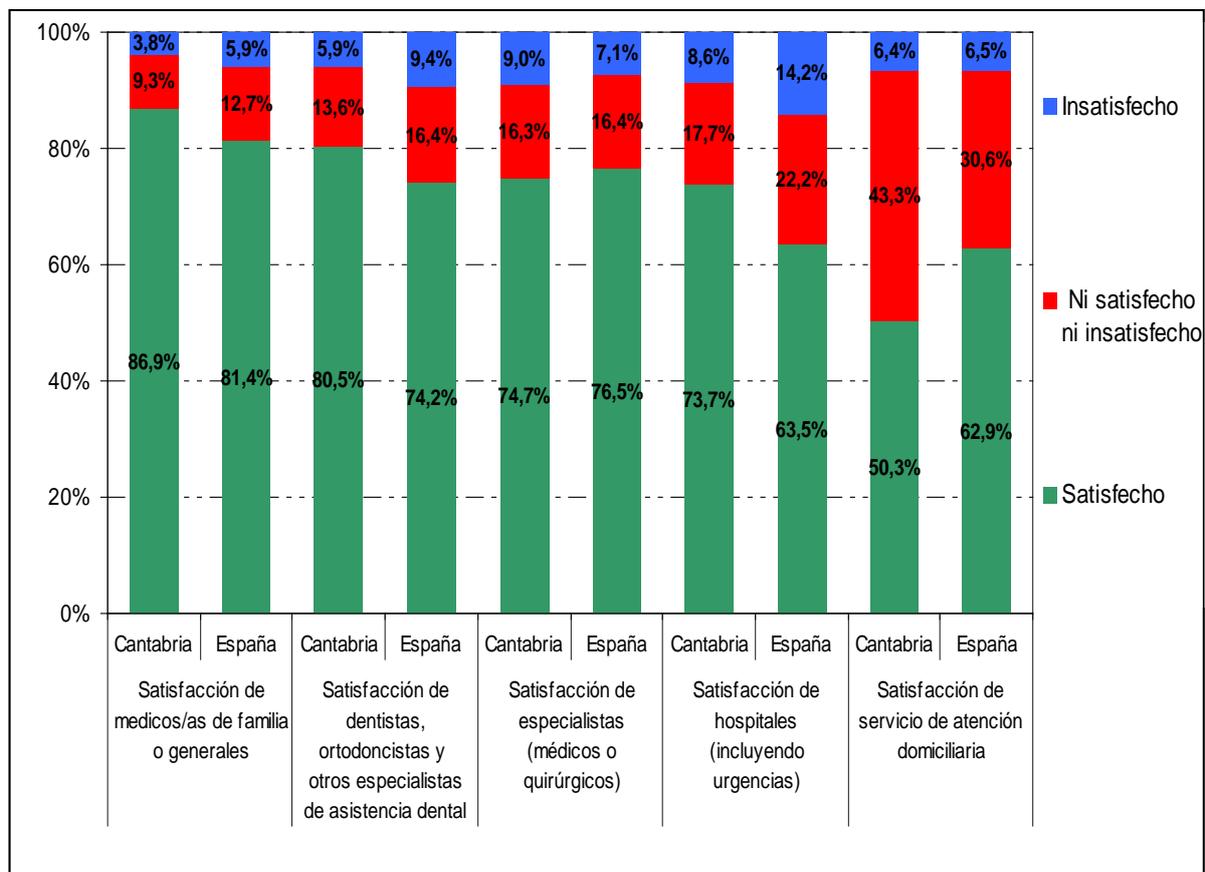
Es interesante observar que en relación al Barómetro Sanitario (BS) de Cantabria de 2009^[16] sobre satisfacción con el sistema sanitario, y salvando las diferencias metodológicas entre ambas encuestas^{ee}, los resultados de la EESCAN-09 son más acordes con los del BS en cuanto a la atención primaria (la atención buena o muy buena en el BS es del 87,2% frente al 86,9% de la EESCAN) pero menos positivos en cuanto a la atención del especialista (92,4,0% del BS frente al 74,7% de la EESCAN), y en las

^{ee} El Barómetro Sanitario pregunta en una escala de 1 a 10 y la EES en una escala de 1 a 5 de muy satisfecho a muy insatisfecho. Además el BS pregunta por la atención en urgencias y hospitalización de forma conjunta y no pregunta por la consulta de enfermería.

urgencias y hospitalización (79,2% y 88,7% respectivamente del BS frente al 73,7% para ambos de la EESCAN).

En el nivel más bajo de satisfacción en Cantabria se encuentra en la atención domiciliaria (50,3%), situándose por debajo de la media nacional (62,9%). Cabe resaltar que no llega al 10% en ningún caso la proporción de personas que se sienten insatisfechas con los distintos servicios sanitarios que se prestan en el sistema de salud de Cantabria.

Gráfico 23. Satisfacción con los servicios sanitarios en Cantabria y España



La categoría "Satisfecho" agrupa las categorías "muy satisfecho" y "bastante satisfecho" del cuestionario.

La categoría "Insatisfecho" agrupa las categorías "bastante insatisfecho" y "muy insatisfecho".

9. Conclusiones

Esta primera Encuesta Europea de Salud representa un importante esfuerzo de homogeneización para conocer y comparar la situación de salud de la población adulta europea en los 27 países miembros. En particular, la versión española de la misma, la Encuesta Europea de Salud en España (EES) nos ha permitido comparar el estado de salud de la población cántabra con la del resto de Comunidades Autónomas, y en un futuro nos permitirá compararla con el resto de países y regiones europeas.

El intento de armonización de la EES con la Encuesta Nacional de Salud (ENS) ha facilitado, por otro lado, que se puedan hacer algunos análisis comparativos entre resultados de ambas encuestas, aunque como se ha mencionado en la introducción, la EES difiere en aspectos conceptuales y metodológicos con la ENS que no permiten una serie de análisis comparativos. Un ejemplo de gran relevancia es la salud mental para la que la EES utiliza instrumentos diferentes a la Encuesta Nacional. En el análisis para Cantabria presentado en este informe se ha tratado en la medida de lo posible de comparar los resultados con los de la Encuesta de Salud de Cantabria de 2006 (ESCAN-06), con las aludidas limitaciones encontradas.

En aquellas cuestiones de salud en las que se han podido hacer análisis comparativos entre ambas encuestas, como la salud percibida en los últimos doce meses, la limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana, el exceso de peso, el consumo de tabaco o la utilización de servicios sanitarios, se ha comprobado la validez de la herramienta de la EES, al obtenerse resultados totalmente acordes con los obtenidos en la ESCAN-06.

Una de las limitaciones principales de la EES es que no se recoge información sobre población menor de 16 años, con lo que no se pueden conocer los aspectos de salud en las edades más jóvenes, ni se pueden hacer estimaciones sobre población total.

Por otro lado, la muestra de población encuestada, en nuestro caso de Cantabria, resulta insuficiente para analizar la relación con determinantes sociales de la salud como la clase social, el nivel de estudios y el tamaño de municipio de residencia, en la forma en que se llevó a cabo en la ESCAN-06. Otros aspectos importantes relacionados con los determinantes sociales de la salud analizados en la Encuesta Nacional y en la de Cantabria de 2006, como es el trabajo reproductivo, no están presentes en la Encuesta Europea, perdiéndose la oportunidad de poder realizar análisis comparativos entre ambas herramientas.

Entre las cuestiones que se abordan en ambas encuestas de forma diferente, por lo que no se pueden comparar, están las relacionadas a los entornos en los que se vive y trabaja, como son las situaciones de delincuencia, violencia o vandalismo en el hogar o en la zona de residencia, sobre las que la EES en Cantabria (EESCAN-09) ha encontrado una exposición más frecuente en la población cántabra que en la media española. Aunque no se pueda analizar esta información en el nivel territorial por limitaciones muestrales, el hallazgo hace pertinente su exploración desde otros ámbitos.

En este sentido, la exposición en los lugares de trabajo a situaciones de riesgo para la salud diferencia dos tipos de riesgos que son de suma importancia para el abordaje de la salud laboral. Por un lado los relacionados al acoso o intimidación, violencia y discriminación ejercidos por otras personas, que afectan doble y hasta triplemente a las mujeres que a los hombres; y por otro los riesgos físicos relacionados al trabajo, que afectan en mayor medida a los hombres.

Sin embargo la EES aporta otros elementos que no están recogidos en la Encuesta Nacional de Salud y que son de indudable interés, como es el absentismo laboral por problemas de salud, que proporciona una valiosa información para Cantabria, fundamentalmente en lo que a diferencias de género se refiere. El hecho de que las mujeres hayan faltado al trabajo por razones de salud con algo más de frecuencia que los hombres es consecuente con la mayor morbilidad de éstas, aunque la significativamente más larga duración de la baja laboral entre los hombres pueda sugerir otros patrones de género de interés para futuros estudios.

Otro componente nuevo que proporciona la EES es la satisfacción con el sistema sanitario, cuya información solo se obtiene del Barómetro Sanitario que se realiza anualmente a nivel de Comunidades Autónomas. En este informe hemos presentado el análisis comparativo entre ambas encuestas, que sugiere una valoración algo menos positiva de la EESCAN-09 en referencia a la atención de especialistas y de las urgencias y la hospitalización que la que hace el Barómetro. Es por tanto interesante poder contar con más de una fuente de información sobre esta materia.

En suma, la EES nos aporta información sustancial sobre la salud de la población cántabra, además de posibilidades de comparabilidad entre diversas fuentes, principalmente con la Encuesta Nacional de Salud. La relevancia de la misma irá creciendo en la medida en que se vaya mejorando la armonización entre encuestas en las series sucesivas y se cuente con los datos de los otros países miembros de la UE para poder realizar análisis comparativos.

10. Bibliografía

- [1].- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España [sitio en Internet]. Madrid: Sistema de Información Sanitaria del SNS; 2008. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en:
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- [2].- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España [sitio en Internet]. Madrid: Sistema de Información Sanitaria del SNS; 2010. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Disponible en:
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
- [3]. - Consejería de Sanidad de Cantabria, Dirección General de Salud Pública & Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Encuesta de Salud de Cantabria 2006. Santander: Gobierno de Cantabria; 2009. Disponible en:
<http://www.ospc.es/Contenido/InvestigEncuestaSalud2006.html>
- [4].- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Nota de prensa [Internet]. Madrid: INEbase [actualizada 30 de noviembre del 2010]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase&L=0>
- [5].- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Nota técnica [Internet]. Madrid: Sistema de Información Sanitaria del SNS [actualizada 30 de noviembre del 2010]. Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
- [6].- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Cuestionario [Internet]. Madrid: Sistema de Información Sanitaria del SNS; 2010. Disponible en:
<http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042009cues.pdf>
- [7].- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Errores de muestreo [Internet]. Madrid: Sistema de Información Sanitaria del SNS; 2010. Disponible en:
<http://msc.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
- [8].- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Errores de muestreo [Internet]. Madrid: INEbase; 2011. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2009/p07/&file=pcaxis>
- [9].- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria 2005; 9: 135-150. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-112005000200007&script=sci_arttext
- [10].- Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad. Ginebra: Marzo del 2011. Nota descriptiva 311 de la OMS. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

[11].- Organización Mundial de la Salud [sitio en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Estrategia mundial: meta general; 2011 [acceso el 28 septiembre 2011]. Disponible en:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/index.html>

[12].- Organización Mundial de la Salud [sitio en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras; 2011 [acceso el 28 septiembre 2011]. Disponible en:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index.html>

[13].- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estrategia NAOS [sitio en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [acceso el 28 de septiembre 2011]. Disponible en:

<http://www.naos.aesan.msps.es/csymb/>

[14].- Estrategia NAOS [sitio en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [actualizado 15/12/2010; acceso el 28 de septiembre 2011]. Nutrición y alimentación saludable. Recomendaciones nutricionales. Frutas y verduras: "cinco al día" . Disponible en:

http://www.naos.aesan.msps.es/csymb/nutricion_saludable/recomendaciones/recomendacion00002.html

[15].- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Incidencia del consumo de drogas en Cantabria 2009. Santander: Plan Nacional sobre drogas. Disponible en:

<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/Encuesta%202009.pdf>

[16].- Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Barómetro Sanitario de Cantabria de 2009 [Internet]. Santander: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud pública; 2010. Disponible en:

<http://www.ospc.es/Docs/InformeBarometroSanitarioCantabria2009.pdf>

11. Glosario

Variables de estado de salud

Estado de salud general (salud percibida): esta característica trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud.

Limitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana: Es aquella limitación, secundaria a cualquier tipo de problema de salud, que origina limitaciones de distinto grado de gravedad.

Variables de los determinantes del estado de salud

Índice de Masa Corporal (IMC): el Índice de Masa Corporal (ICM) se define como la relación entre el peso de la persona (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros).

$$\text{IMC} = \text{peso (en kg)} / \text{talla}^2 \text{ (en m)}.$$

A partir de este índice, se definen, para personas **a partir de 18 años**, las siguientes categorías:

- Peso insuficiente ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$).
- Normopeso ($18,5 \text{ kg/m}^2 \geq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$).
- Sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2 \geq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$).
- Obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Variables de utilización de servicios y consumo de medicamentos:

Consulta al médico general o médico de familia: Cualquier visita a un profesional médico titulado (personal o telefónicamente o a domicilio) para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite. También se consideran como consultas médicas las revisiones y las peticiones de recetas. No se consideran consultas médicas los exámenes médicos colectivos (laborales, escolares, etc.), la simple petición de hora o cita, las consultas al estomatólogo, dentista o higienista dental, la realización de cualquier prueba diagnóstica (radiografías, análisis, etc.) o procedimiento terapéutico indicado por un médico, ni los contactos con farmacéuticos u ópticos para la adquisición de prescripciones médicas.

Consultas a especialistas. Hace referencia a las consultas a médicos especialistas en consultas externas o de urgencias, incluyendo al cirujano máxilofacial y otros cirujanos, pero no a dentistas generales. También se consideran las consultas médicas en el lugar de trabajo o centro de estudios, o a un especialista en el extranjero. No se incluyen las visitas realizadas en el hospital como paciente ingresado o atendido en el hospital de día.

Hospitalización. Es todo ingreso en un hospital para recibir asistencia médica o médico-quirúrgica que suponga, al menos, pasar una noche en el mismo o tener una cama asignada. No se considera hospitalización permanecer menos de 24 horas en un servicio de urgencias o en otro servicio para realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas. Tampoco se considera hospitalización la permanencia de las personas que acompañan al enfermo aunque ocupen una cama y estén más de un día.

Consulta al dentista. Cualquier visita a un profesional titulado (dentista, estomatólogo o higienista dental) para examen, consejo, tratamiento o revisión de problemas de la dentadura o boca.

Medicamentos recetados. Se consideran aquellos que un médico ha prescrito o recomendado a la persona seleccionada y que ésta ha consumido en el periodo de referencia. Si los ha recomendado un farmacéutico, no se consideran recetados. Sólo son medicamentos las especialidades farmacéuticas, las fórmulas magistrales, los preparados o fórmulas oficinales y los medicamentos prefabricados. Se excluyen los productos de higiene personal, vendas y otros apósitos, productos de alimentación, cosmética, caramelos, chicles, etc.

Los productos homeopáticos son medicamentos regulados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

12. Relación de gráficos y mapas

• Mapas

Mapa 1. Salud percibida positiva en los últimos 12 meses, por CC.AA. (%)	20
Mapa 2. Exceso de peso (sobrepeso y obesidad conjuntamente) en población de 18 y más años (%)	31
Mapa 3. Población fumadora diaria de 20 cigarrillos o más, por CC.AA (%)	37
Mapa 4. Consumo de 6 o más bebidas en la misma ocasión al menos una vez al mes, por CC.AA.	41

• Tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra teórica de viviendas y efectiva de hogares en Cantabria y en España	11
Tabla 2. Salud mental en Cantabria y España, por sexo.....	22
Tabla 3. Vitalidad, por sexo, Cantabria y España	22
Tabla 4. Limitación de las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud, por sexo	26

• Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la población de 16 y más años de Cantabria por sexo	17
Gráfico 2. Salud percibida positiva en los últimos 12 meses en Cantabria y en España, según la ENSE-06 y la EES-09.....	21
Gráfico 3. Problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados, por sexo	24
Gráfico 4. Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud, por sexo, según ESCAN-06 y EESCAN-09	27
Gráfico 5. Peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad, por sexo	29
Gráfico 6. Sobrepeso y Obesidad en población de 18 y más años según la ESCAN-06 y la EESCAN-09, por sexo.....	29
Gráfico 7. Consumo de frutas y de verduras o ensaladas en Cantabria y España, por sexo	32
Gráfico 8. Exposición a delincuencia, violencia o vandalismo en la casa o en la zona de residencia, Cantabria y España, por sexo.....	33
Gráfico 9. Exposición en el lugar de trabajo, por sexo	34

Gráfico 10. Consumo de tabaco por sexo, según la ESCAN-06 y EESCAN-09	35
Gráfico 11. Unidades de tabaco en fumadores diarios (suma de tabaco elaborado y cigarrillos de liar), por sexo	36
Gráfico 12. Exposición al humo de tabaco en el hogar, por sexo	38
Gráfico 13. Exposición al humo de tabaco en lugares públicos cerrados y medios de transporte, por sexo	38
Gráfico 14. Exposición a ambientes de humo en el lugar de trabajo, por sexo	39
Gráfico 15. Consumo de alcohol en los últimos 12 meses, por sexo.....	40
Gráfico 16. Consumo de seis bebidas alcohólicas o más en la misma ocasión durante los últimos 12 meses, por sexo	40
Gráfico 17. Consulta al médico general o de familia en los últimos doce meses, por sexo	44
Gráfico 18. Consulta al médico especialista, por sexo	45
Gráfico 19. Consulta al médico especialista en el último mes, España y CC.AA.	45
Gráfico 20. Consulta al dentista, ortodoncista u otro especialista de asistencia dental, por sexo	46
Gráfico 21. Hospitalización en los últimos 12 meses según ESCAN-06 y EESCAN-09, por sexo	48
Gráfico 22. Tipo de medicamentos recetados o recomendados por un médico y consumidos en las 2 últimas semanas, por sexo	50
Gráfico 23. Satisfacción con los servicios sanitarios en Cantabria y España	52

Análisis y Redacción

El presente informe ha sido elaborado en 2011 por el equipo del Observatorio de Salud Pública de Cantabria.