



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Requena, María Luisa; Suárez, Mónica; Pérez, Óscar; Grupo Técnico de Encuestas de Salud de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
ENCUESTAS DE SALUD EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL

Revista Española de Salud Pública, vol. 87, núm. 6, noviembre-diciembre, 2013, pp. 549-573
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17029591002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COLABORACIÓN ESPECIAL

ENCUESTAS DE SALUD EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL

María Luisa Requena (1), Mónica Suárez (2), Óscar Pérez (3) y Grupo Técnico de Encuestas de Salud de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (*).

(1) Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía.

(2) Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

(3) Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

(*) María de los Santos Ichaso, Mónica Suárez, José Juan Sánchez, Mario Margolles, Ignacio Donante, María Pilar Rodrigo, Elena Cabeza, Natalia Magariños, Ana Dorado, Anna Mompart, Pilar Brugulat, Antonia Medina, Yolanda Ramallo, Óscar Pérez, María José Torner, Serapio Severiano, Joaquín Palomar, Isabel Sobejano, Santiago Esnaola, Maite de Diego, Unai Martín, Adolfo Cestafe, José María Sánchez y Luisa Hermoso.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir las características de las encuestas de salud existentes en España hasta enero de 2012, tanto nacionales como autonómicas, las generales (ESG) y específicas o monográficas (ESM). En el caso de las ESG se describe también su metodología y contenido. Los responsables de las encuestas de salud general de las comunidades autónomas cumplimentaron el cuestionario de Eurostat de control de calidad de las encuestas europeas de salud (adaptado). La primera parte (11 preguntas) recogía información general sobre las Encuestas de Salud, tanto de las ESG como de las ESM. La segunda parte (109 preguntas) incluía las características metodológicas de las ESG más recientes. Los criterios de inclusión en este trabajo fueron: 1) ser de ámbito autonómico o supraautonómico. 2) Para la segunda parte fue requisito estar activa. Se identificaron 100 encuestas de salud de las que 16 eran ESG y 84 encuestas monográficas ESM. El 32 (38%) de las ESM eran de ámbito nacional y 52 (62%) autonómico. Las áreas más estudiadas fueron los hábitos alimentarios 21 ((25%), el consumo de drogas 10 (12%), la opinión 7 (9%), y la salud bucodental 7 (9%). La máxima concentración de ESG se dio a partir del año 2000, con varias encuestas en campo simultáneamente (moda=3). 2 ESG nacionales y 9 ESG autonómicas cumplieron los criterios de inclusión para la segunda parte de este trabajo. Todas observaban la mayoría de los criterios de calidad habituales. Las ESG mostraron más semejanzas que diferencias en sus objetivos, métodos y contenido. Es necesario un esfuerzo coordinado de racionalización y homologación. La medición de actividad física, consumo de alcohol, calidad de vida y salud mental no está aún bien resuelta.

Palabras clave: España. Encuestas de salud. Evolución.

ABSTRACT

Current Situation of Health Surveys in Spain

To describe the evolution of health interview surveys in Spain (as of 01/01/2012), whether national or regional, its main characteristics and methodology, and in the case of general health surveys (GHIS), its contents. An adapted version of Eurostat quality control template European Health Interview Survey Technical and Methodological Report was filled in by those responsible for GHIS in each region (autonomous communities) and at the national level. The first part (11 questions) gathers general information about health surveys, both GHIS and surveys targeted to specific populations or health problems (SHIS). The second part (109 questions) asks about methodological characteristics of most recent GHIS. Inclusion criteria: 1) regional or supra-regional scope; 2) for the second part, GHIS currently active series. Quality control was performed using double data entry and validated by informants. 100 HIS were identified, 16 were GHIS and 84 SHIS. 32 (38%) of the latter were national and 52 (62%) regional. Nutrition 21 (25%), drug use 10 (12%), opinion polls 7 (9%) and dental health 7 (9%) were the most frequent topics in SHIS. Highest GHIS density was reached after year 2000, with several surveys on field at a time (mode=3). 11 GHIS (2 national, 9 regional) met inclusion criteria for the second part. All complied with general quality benchmarks. Few differences were observed in content. GHIS show more similarities than differences in objectives, methods and content. Rationalization and harmonization are needed. Physical activity, alcohol consumption, quality of life and mental health instruments are not yet consensual. Valid and comparable data are required on health status and its determinants to inform health policy.

Keyword: Spain. Health survey. Evolution.

Correspondencia

Mónica Suárez Cardona

Subdirección General de Información e Innovación

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

msuarez@msssi.es

INTRODUCCIÓN

En 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la estrategia *Salud para todos* y como consecuencia surgió la necesidad de contar con datos poblacionales comparables para los indicadores de seguimiento, iniciándose su internacionalización¹. En 2002 participaron en la Encuesta Mundial de Salud (EMS) 69 países, con 275.996 entrevistas realizadas en población de 18 y más años². La Oficina Regional para Europa, con la colaboración de la Comisión Europea, puso en marcha el proyecto EURO-HIS³, que en 2003 propuso una serie de instrumentos comunes para incluir en las encuestas nacionales de salud futuras o ya existentes⁴. Este proceso culminó con un cuestionario común europeo consensuado y entre 2007 y 2009 se realizó la primera *European Health Interview Survey* (EHIS) en 19 países, entre ellos España. La Encuesta Europea de Salud con Examen EHES, finalizado el estudio piloto en 14 países, parece inclinarse ahora hacia la investigación, vinculándose con el consorcio europeo de biomonitorización *Consortium to perform human biomonitoring on a European Scale* (COPHES).

También se desarrollaron las encuestas internacionales indirectamente relacionadas con la salud. En 1986 la adhesión de España a la Comunidad Europea produjo cambios en la estadística española. Se fueron introduciendo las estadísticas europeas a través de encuestas o módulos relacionados con la salud, como el de discapacidades en la Encuesta de Población Activa (EPA) desde 2002 o el módulo mínimo europeo de salud (MEHM) que se recoge anualmente en la Encuesta de Condiciones de Vida *Statistics on Income and Living Conditions* (SILC), que también inquierte sobre uso de servicios de odontología y necesidades sanitarias no cubiertas.

En España, las encuestas de salud (ES) se configuraron en los años 80 como un instru-

mento fundamental con el que las autoridades sanitarias harían el seguimiento del estado de salud de la población y sus determinantes, así como del uso de servicios sanitarios, con el fin de evaluar el impacto de las políticas y estrategias de salud pública y como base para la investigación sanitaria⁵. Además, los problemas de salud que más preocupaban a la sociedad se estudiaron de forma monográfica, al igual que las poblaciones más vulnerables, complementando otros sistemas de información y permitiendo la monitorización de las desigualdades en salud.

Los estudios de la salud general de la población mediante encuesta se iniciaron en España en 1983 con la Encuesta de Salud de Barcelona⁶. Poco después se inició la serie en el País Vasco en 1986⁷ y en 1987 salió a campo la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSE)⁸. Durante el período 1990-2010 el desarrollo de las ES fue en aumento, tanto en el ámbito nacional como en el autonómico y municipal. Así, tanto las Encuesta de Salud General (ESG) como las (ESM) proliferaron en todos los niveles territoriales.

RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Se sistematizó la información relativa a las ES mediante un cuestionario basado en el formulario de control de calidad diseñado por Eurostat para la evaluación y el análisis de la comparabilidad de las encuestas realizadas en la primera vuelta de la EHIS. El cuestionario estaba dividido en dos partes, de 11 y 109 preguntas respectivamente. La primera se dirigía a todas las comunidades y ciudades autónomas (CCAA) y recogió información general sobre las encuestas existentes, ya fueran ESG o ESM. La segunda únicamente debían cumplimentarla las CCAA con ESG propia y las encuestas nacionales. Se preguntó por la metodología de la edición más reciente. 57 preguntas eran abiertas y 52 cerradas, las cuales constituyían un listado de los contenidos que

recogen habitualmente las ESG, y bastaba con responder afirmativa o negativamente según la encuesta lo recogiese o no, con especificaciones ocasionales.

El formulario estaba dirigido a las veinte personas responsables de las ESG en las 19 autonomías y en la administración central, quienes lo cumplimentaron entre mayo de 2011 y abril de 2012, situándose el punto de corte el 1 de enero de 2012. La información proporcionada fue revisada, completada a partir de las páginas web de los organismos promotores de las ES y cotejada por los informantes, primero durante el *I Encuentro del Grupo de Encuestas de Salud de Mahón* y luego por correo, hasta completar los 20 cuestionarios y asegurar una interpretación homogénea.

El criterio de inclusión general fue que el ámbito geográfico de la encuesta fuera autonómico o supraautonómico, lo que fue necesario por motivos operativos, pero impidió analizar encuestas de prestigio como la de Barcelona⁹⁻¹¹.

Se denominó ESM a las encuestas específicas de un objeto de estudio o de una población y a las de opinión, para diferenciarlas de las ESG. La información recogida sobre las ESM fue 1) principal aspecto de la salud estudiado, 2) ámbito territorial, nombre e identificación de la encuesta, 3) población del estudio y 4) periodicidad y ediciones realizadas.

Para seleccionar las ESG que cumplían los siguientes criterios de inclusión en la segunda fase del estudio se revisó la información obtenida:

1) Tener como ámbito poblacional a la población general. No obstante, no todas estudian a la población infantil y ninguna incluye a la población institucionalizada. En Cataluña el estudio de esta población en 2006 puso de manifiesto diferencias significativas con la población general en relación

con sus características sociodemográficas y necesidades de salud¹².

2) En relación al ámbito temporal el criterio de inclusión fue estar “vivas”, -definiendo como vivas aquellas ESG que no tenían previsto interrumpir la serie y cuya última edición se hubiera iniciado en los 5 años anteriores, entre noviembre de 2006 y septiembre de 2011.

3) Contenido relativo al estado de salud, uso de servicios sanitarios y determinantes de salud.

4) Hechos de tipo “objetivo”, entendiendo por ello atributos, sucesos, circunstancias o conductas más que opiniones.

5) Muestra independiente de otras encuestas.

Cumplieron los criterios de inclusión 11 ESG.

La información recogida, depurada y validada se introdujo posteriormente en una base de datos. Las variables analizadas fueron: 1) características generales, 2) población, 3) muestreo, 4) entrevista, 5) control de calidad, 6) cuestionario y 7) difusión.

Presentó dificultades en dos apartados, coste y diseño muestral. Las administraciones a menudo contabilizaron únicamente los gastos de la contratación del muestreo y del trabajo de campo. En cuanto al diseño muestral, no siempre se dispuso de todos los datos.

Se identificaron 100 encuestas de salud. De ellas 84 eran ESM y 16 eran ESG, de las que 11 pasaron a la segunda fase del estudio.

ENCUESTAS DE SALUD MONOGRÁFICAS

La tabla 1 muestra las 84 ESM, 32 de ámbito nacional y 52 de ámbito autonómico. En el ámbito estatal había encuestas de

Tabla 1
Principales Encuestas de Salud Monográficas estatales o autonómicas.
1951-2011

Objeto de estudio	Denominación	Ámbito	Población	Inicio	Periodicidad
Morbilidad hospitalaria	EMH ¹³	España	0+ años	1951	Anual
Discapacidades	EDDM 1986 EDDS 1999 EDAD 2008 ¹⁴	España Cataluña amplía muestra	0+ años	1986	Decenal
Consumo de drogas	EDADES ¹⁵	España Baleares, Cantabria, y La Rioja amplían muestra	15-64 años	1995	Bienal
	ESTUDES ¹⁵	España Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, C. Valenciana, Galicia, Madrid, Melilla y La Rioja amplían muestra	Estudiantes 14-18 años	1994	Bienal
	ESDIP ¹⁶	España excepto Cataluña	penitenciaria	2006	Quinquenal
	Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España ¹⁷	España	Población laboral 16-64 años	2007/08	
	Encuesta a personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína ^{18,19}	España excepto País Vasco y Navarra	Admitidos a tratamiento por consumo de heroína y cocaína	1996	1996, 2003
	El consumo de drogas en la Comunidad Valenciana ²⁰	Comunidad Valenciana	15-65 años	1996	Bienal
	El consumo de drogas en Castilla y León ²¹	Castilla y León	14-70 años	1989	Cuatrienal
	Euskadi y Drogas ²²	País Vasco	15-74 años	1992	Bienal
	Encuesta sobre hábitos de consumo y drogas ²³	Ceuta	15-64 años	2005	
Salud Mental	Encuesta sobre consumo de drogas	Melilla	15-64 años	2008	
	ESEMeD ^{24,25}	España	18+ años	2002	Única
Sexualidad	Estudio Ariadna ²⁶	Murcia	64+ años	2005	Única
	Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales ESHS ²⁷	España	18-49 años	2003	Decenal
	Encuesta Nacional de Salud Sexual ²⁸	España	16+ años	2009	Única
Salud bucodental	Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la C. Valenciana ²⁹	Comunidad Valenciana	16-24 años	2000	Única
	La salud bucodental en España ³⁰	España	18+ años	1993	Quinquenal
	Encuesta de Salud Bucodental en Escolares en Aragón 04 ³¹	Aragón	6, 12 y 15 años	2004	Única
	Encuesta de Salud Oral en escolares ³²	Asturias	6, 12 y 15 años	1993	1993, 2008
	Estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares en Castilla y León ³³	Castilla y León	6, 12 y 14 años	1995	1995
	Encuesta epidemiológica de prevalencia de caries dental en los escolares ³⁴	Cataluña	6-14 años	1983	1983, 1991, 1997, 2006, 2011
	Estudio de salud bucodental infantil ³⁵	Comunidad Valenciana	6, 12 y 15 años	1986	Sexenal
	La salud oral de los escolares ^{36,37}	Galicia	6, 12 y 15 años	1995	Quinquenal

Tabla 1 (continuación)

Objeto de estudio	Denominación	Ámbito	Población	Inicio	Periodicidad
Salud laboral	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) ³⁸	España excepto Ceuta y Melilla	Trabajadora ocupada	1987	Anual
	Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las empresas (ENGE) ³⁹	España excepto Ceuta y Melilla	Gerentes o propietarios de empresas	2009	Decenal
	II Encuesta Navarra de salud y condiciones de trabajo ⁴⁰	Navarra	Población trabajadora	1997	1997, 2004/05
	II Encuesta de Salud Laboral y condiciones de trabajo ⁴¹	País Vasco	Empresa y población trabajadora	2004	Trienal
	I Encuesta sobre condiciones de trabajo ⁴²	Ceuta	Población trabajadora	2009	Única
Accidentes	Barómetro de opinión sobre Seguridad Vial ⁴³	España	16+ años	2004	Anual
	Barómetro anual de la bicicleta ⁴⁴	España	12-79 años	2008	Anual
	Accidentes domésticos y de ocio DADO ⁴⁵	España	18+ años	1993	Anual
Hábitos alimentarios, nutrición y seguridad alimentaria	Panel Alimentario ⁴⁶	España	Hogares y establecimientos de restauración	1987	Anual
	Encuesta Nacional de Ingesta Dietética ENIDE ⁴⁷	España	18-64 años	2009	Anual
	Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía ⁴⁸	Andalucía	15-60 años	2000	Única
	Estudio de nutrición de las Islas Baleares (ENIB) ⁴⁹	Baleares	20-60 años	1999-2000	Única
	Estudio de la prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en les Illes Balears (EPOIB) ⁵⁰	Baleares	6, 12 y 15 años	2005	Única
	Encuesta Nutricional de Canarias ENCA ⁵¹	Canarias	6-75 años	1997/98	Única
	Estudio de alimentación y nutrición de Castilla y León ⁵²	Castilla y León	15-64 años	2008	Única
	Barómetro de seguridad alimentaria ⁵³	Castilla y León	18+ años	2007-2009	2009
	Hábitos alimentarios y consumo de alimentos y nutrientes ⁵⁴	Cataluña	10-80 años	1992	2003
	Barómetro de percepción de alimentación y salud ambiental ⁵⁵	Comunidad de Madrid	18+ años	2009	Continua
	Hábitos alimentarios de la Comunidad de Madrid ⁵⁶	Comunidad de Madrid	16+ años	2006	
	Encuesta de nutrición infantil de la Comunidad de Madrid ⁵⁷	Comunidad de Madrid	5-12 años 5-10 años	2002	2002, 2008
	Encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana ⁵⁸	Comunidad Valenciana	15+ años	2003	
	Encuesta de nutrición ⁵⁹	Comunidad Valenciana	6+ años	2010	

Tabla 1 (continuación)

Objeto de estudio	Denominación	Ámbito	Población	Inicio	Periodicidad
Hábitos alimentarios, nutrición y seguridad alimentaria	Estudio GALINUT ⁶⁰	Galicia	10-12 años	1979-01	Única
	Hábitos alimentarios de la población gallega ⁶¹	Galicia	18+ años	2007	
	Programa DINO: diabetes, nutrición y obesidad en la población adulta ⁶²	Murcia	20+ años	2005	
	EINUT-I y EINUT-II ⁶³	País Vasco	25-60 años	1988/90 1999/2000 Decenal	
	Estudio sobre consumo de alimentos e ingesta de plaguicidas y nutrientes ⁶⁴	País Vasco	8-12 meses	2001	
	Encuesta de nutrición ⁶⁵	País Vasco	4-18 años	2005	
Actividad física	Estudio sobre hábitos alimentarios en la población de la Rioja ⁶⁶	La Rioja	25+ años	2004	
	Encuesta sobre los hábitos deportivos en España ⁶⁷	España	15+ años	2000	Quinquenal
	Los hábitos deportivos de la población escolar en España ⁶⁸	España	6-18 años	2011	Única
	Encuesta de hábitos deportivos en la CAPV ⁶⁹	País Vasco	15-75 años	2008	Única
Enfermedades crónicas y factores de riesgo	La realidad de la práctica deportiva en Galicia ⁷⁰	Galicia	10+ años	2008	
	ENRICA ⁷¹	España	18+ años no institucionalizada	2008-10	Única
	Encuesta modular de hábitos sociales ⁷²	Baleares	16+ años	2010	
	Riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León ⁷³	Castilla y León	15+ años	2004-2009	Única
	Encuesta sobre conductas de riesgo entre la población gallega (SÍCRI) ⁷⁴	Galicia	16+ años	2005	Anual
	SÍVFRENT (Sistema de vigilancia sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles) ⁷⁵	Comunidad de Madrid	15+ años	1995	Anual
Población gitana	Factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia ⁷⁶	Murcia	18-65 años	1992	Única
	Encuesta de Salud a Población Gitana ⁷⁷	España	16+ años	2006	
Población institucionalizada	Encuesta de salud a la población institucionalizada ESPI ¹²	Cataluña	65+ años en residencias y centros de larga estancia	2006	Única
Inmigrantes	Inmigración y salud ⁷⁸	Murcia	16+ años	2010	Única
Salud e ingresos	Encuesta de Salud e Ingresos de Canarias (ESI) ⁷⁹	Canarias	16+ años	2004	Única

Tabla 1 (continuación)

Objeto de estudio	Denominación	Ámbito	Población	Inicio	Periodicidad
Barómetros de salud	Barómetro Sanitario ⁸⁰	España	18+ años	1995	Anual
	Encuesta de satisfacción	Andalucía	18+ años	1999	Anual
	Encuesta a usuarios atendidos en atención primaria	Castilla y León	16+ años	2003	
	Encuesta a usuarios atendidos en atención primaria y atención especializada	Castilla y León	16+ años	2004	
	Barómetro Sanitario	Castilla y León	16+ años	2006	Anual
	Encuesta a pacientes atendidos en emergencias	Castilla y León	16+ años	2011	
	Encuestas de satisfacción del Sistema Autonómico de Salud de Cantabria	Cantabria	18+ años	2006	Anual
	Encuestas de satisfacción	Cataluña	15+ años, excepto salud mental 18+ años	2003	Anual
	Percepción de calidad del servicio y satisfacción en AE	Navarra	Población general que acude a los servicios	1998	Anual o bienal
Jóvenes/ Estilos de vida/ Salud	La opinión pública y el sistema de salud	Navarra	16 + años	2000	Única
	Health behaviour in school-aged children HBSC survey ⁸¹⁻⁸⁴	España	11-18 años	1985	Anual
	enKid obesidad y factores determinantes ⁸⁴	España	2-24 años	1998-2000	Única
	ALADINO alimentación, actividad física, obesidad ⁸⁶	España	6-9 años	2010/11	Única
	INJUVE Informe Juventud en España ⁸⁶	España	15-29 años	1984	Cuatrienal
	Estudio de las conductas y los factores relacionados con la salud de los escolares ⁸⁸	Murcia	11-16 años	2006	Única
Personas mayores	Encuesta Navarra de juventud y salud ⁸⁹	Navarra	14-29 años	2007	Única
	Encuesta de condiciones de vida de personas mayores ⁹⁰⁹	España excepto Ceuta y Melilla	65+ años	2004	2006
	Encuesta sobre personas mayores IMSERSO ⁹¹	España excepto Ceuta y Melilla	65+ años	2010	Única
Mujeres y salud	SHARE Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación ⁹²	España	50+ años	2004	Longitudinal
	Estudio Mujer y Salud ⁹³	España	16+ años	2008	Única
	Macroencuesta de violencia de género. Instituto de la Mujer ⁹⁴	España	18+ años	1999	Trienal
	Encuesta de Anticoncepción en España 2011 (Bayer Schering Pharma)	España	15-49 años	1997	Bienal

gran trayectoria en el contexto de la salud, como la veterana Encuesta de Morbilidad Hospitalaria que se realiza anualmente desde 1951.

La ES de mayor magnitud en España fue la *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia* (EDAD), realizada en 2008, con un tamaño muestral de 91.846 hogares, 800 centros y 260.000 personas. Desde 1950 en los censos de población se habían introducido preguntas sobre la incidencia de la discapacidad, pero fue en 1986 cuando el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) optaron por una encuesta específica de discapacidades cada 10 años.

Los hábitos alimentarios y la nutrición, con 21 (25%) encuestas, fueron los aspectos monográficos estudiados con mayor frecuencia. Si ha habido otro tema con especial desarrollo en España es el consumo de drogas, con 10 (12%) encuestas. A nivel nacional, en 1994 se iniciaron dos series, la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES) y la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES) en población adulta. Ambas son bienales y han sido complementadas ocasionalmente con módulos en poblaciones específicas. Fueron diseñadas para obtener estimaciones a escala nacional y autonómica, pero ya desde 1999 algunas comunidades autónomas (CCAA) incrementaron las entrevistas inicialmente asignadas a su territorio con objeto de aumentar la precisión de sus estimaciones, modelo utilizado posteriormente en la ENSE. Otras CCAA desarrollaron estudios independientes sobre drogas y las encuestas locales fueron incontables. A nivel nacional se desarrollaron otras encuestas, como la *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias* o la *Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína 2003-2004*.

Hubo encuestas relevantes pero de edición única. Es el caso de ESEMeD-España, *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* de 2002, enmarcada en *The World Mental Health Survey Initiative* de la OMS sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales y adicciones en el mundo y de la *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales en España 2003*, cuya finalidad principal era obtener datos sobre conductas sexuales relacionadas con riesgo de infección por VIH. Sobre sexualidad se realizaron también encuestas autonómicas y locales y la *Encuesta Nacional de Salud Sexual*.

También de ámbito estatal, el estudio ENRICA puso de relieve las posibilidades de las encuestas de salud con examen, midiendo los principales componentes de la historia natural de la enfermedad cardiovascular en España, incluyendo factores de riesgo conductuales y biológicos. Las enfermedades crónicas y sus principales factores de riesgo también fueron objeto de encuestas autonómicas, destacando SIV-FRENT, el sistema de vigilancia sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de la Comunidad de Madrid.

De salud bucodental se recogieron 7 (9%) encuestas de administraciones públicas, asociaciones profesionales y financieras privados, destacando la encuesta *La Salud Bucodental en España* que se realiza aproximadamente cada cinco años desde 1993.

También se abordó mediante encuesta la salud laboral, concretamente los accidentes laborales o el consumo de drogas en el trabajo y, en menor medida, los accidentes domésticos y de ocio, los de tráfico y los relacionados con la actividad física y el deporte.

En el grupo de encuestas de conocimientos, actitudes y opiniones destacó el *Barómetro Sanitario*, estudio de opinión que,

desde 1995, realiza cada año el Ministerio de Sanidad. Pretende conocer la percepción de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos y la política sanitaria. Son varias las encuestas de opinión autonómicas.

En cuanto a la salud de segmentos de población específicos, la población infantil, adolescente y juvenil fue objeto del mayor número de estudios (6). Destaca la serie *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), promovida por la OMS desde 1985-86 para obtener una visión global multidisciplinar de la salud de los adolescentes y orientar la promoción de la salud. Los estudios autonómicos de determinantes de la salud en jóvenes, como alimentación, ejercicio físico u obesidad fueron varios, algunos de ámbito estatal y con determinaciones antropométricas. Seis CCAA estudiaron la salud dental infantil y Cataluña monitorizó la prevalencia de caries en escolares desde 1983. Además se realizaron estudios sobre jóvenes que incluyeron módulos de salud, ya fueran de ámbito estatal, como la serie cuatrienal del Instituto de la Juventud desde 1985, o autonómico. Otros grupos de población a los que se dirigieron encuestas relacionadas con la salud fueron las mujeres y las personas mayores. Finalmente, alguna ES estudió a la población institucionalizada, tanto penitenciaria como la de las residencias sanitarias, así como poblaciones de difícil acceso, como la población gitana, la de las personas sin techo y la población inmigrante.

ENCUESTAS GENERALES DE SALUD DE ÁMBITO AUTONÓMICO O NACIONAL

La tabla 2 muestra el desarrollo en España de las ESG. Con independencia de si la serie continúa viva, 11 comunidades autónomas y una ciudad autónoma han tenido alguna vez su propia encuesta de salud. El número de ediciones está entre 1 y 5, aparte de la ENSE que lleva 8. La máxima concentración se dio a partir del año 2000, con

varias encuestas en campo (moda=3) simultáneamente. Seis CCAA y una ciudad autónoma nunca llevaron a cabo una ESG independiente en su ámbito territorial.

La tabla 3 refleja la estrategia de cada CCAA en lo relativo al tipo de ESG que utiliza como fuente de información para su territorio. En 13 las ESG estaban estrechamente vinculadas a la planificación de servicios. 2 CCAA en 2003 y 6 en 2006 optaron por ampliar la muestra de la ENSE y analizar sus datos con mayor nivel de desagregación territorial, 2 de ellas habiendo tenido antes su propia ESG. El 1 de enero de 2012, nueve CCAA desarrollaban ESG propias y mantenían la serie viva. Junto con la ENSE11/12 y la EES09, son las 11 ESG cuyas características generales, metodología y contenido se describen a continuación.

La responsabilidad de las ESG es de la administración sanitaria, salvo la EES09, compartida con la administración estadística. Diez CCAA colaboran con otra institución: 7 oficinas estadísticas, 1 fundación, 1 universidad y 1 escuela de salud pública. Con excepción de la EES, cuyo trabajo de campo lo realizó directamente el INE, para las demás se contrataron entidades privadas. En el caso de la ENSE, el INE externalizó el trabajo de campo por primera vez en 2011.

1) Características generales. La tabla 4 muestra las principales características de la edición más reciente de las 11 ESG analizadas. Cataluña tiene desde 2010 la primera encuesta de salud continua de Europa, con disponibilidad de datos representativos cada seis meses.

Todas las ESG tenían cuestionario de adultos y 8 también de menores. 4 tenían cuestionario de hogar/familiar y 1 tenía cuestionario indirecto para población adulta con problemas cognitivos, de idioma o discapacidad que les impidiera responderlo directamente, haciéndolo a través de otra

Tabla 2
Cronograma de las Encuestas de Salud General de ámbito nacional o autonómico.
1986-2011

	1986	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía										■			■				■					
Aragón																						
Asturias													■									
Baleares																						
Canarias			■							■				■				■				
Cantabria																						
Castilla La Mancha													■									
Castilla y León																						
Cataluña *													■									
Comunidad Valenciana													■									
Extremadura																						
Galicia																						
Madrid																			■			
Murcia																						
Navarra							■						■									
País Vasco		■				■				■			■					■				
La Rioja																						
Ceuta																						
Mejilla																						
ENSE			■				■			■			■									
EES																						
EMS														■								

* La Encuesta de Salud de Barcelona, primera en España, se realizó en 1983, 1986, 1992, 2001, 2006 y 2011

persona. De las 4 ESG cuyo cuestionario se ofreció en más de una lengua, ninguna siguió protocolos de retrotraducción, a excepción de la EES y de alguna pregunta de la encuesta catalana.

La aproximación realizada al coste medio por entrevista lo situó en 30€, oscilando entre 140€ de la EES y 14€ de Ceuta. La mayoría estaba entre 20 y 40€ y ENSE, EES en Cataluña y País Vasco por encima de 40.

2) Población objetivo del estudio. En las 11 ESG el universo fue la población no institucionalizada residente en el territorio. Dos CCAA y la EES no estudian población infantil (tabla 4).

3) Muestreo. El diseño muestral es diferente. El tipo de muestreo fue el polietápico estratificado en las 11 ESG, pero variaron las unidades de las distintas etapas. Las 2 encuestas nacionales y 4 autonómicas

sobremuestrearon algún grupo de edad o área geográfica menos poblada. Todas hicieron muestreo probabilístico en alguna etapa y las 2 nacionales y 4 autonómicas lo usaron en todas las etapas. La relación de secciones censales y el padrón para la relación de viviendas fueron los marcos más utilizados. Las 11 ESG agruparon las unidades de primera etapa en estratos, generalmente tamaño de municipio o área de salud. En la primera etapa fue casi generalizada la extracción de la muestra con probabilidad proporcional al tamaño de la sección censal. Existió mayor variabilidad para las unidades de las siguientes etapas (tabla 4).

4) Entrevista. La técnica de recogida de datos fue en todos los casos la entrevista personal domiciliaria, siendo la persona que la realizó quien administró el cuestionario. 3 tenían una sección autoadministrada para los aspectos más delicados. En lo relativo al modo de administración, en 6 se administró

Tabla 3
Panorama estratégico autonómico y nacional en materia de Encuestas de Salud General.
1985-2011

	Modalidad de encuesta	Acrónimo más reciente	Serie propia	Nivel desagregación geográfica de los resultados	Relación con Planes de Salud	Organismo responsable / organismo colaborador
Andalucía	Propia	EAS-11	1999-2003-2007-2011	Provincia	Recurre a datos de la encuesta	Consejería de Salud / Escuela Andaluza de Salud Pública
Aragón	Ampliación ENSE 2006 y 2003	--	--	Sector sanitario	Recurre a datos de la encuesta	Departamento de Salud y Consumo / Instituto Aragonés de Estadística IAEST
Asturias	Propia	ESA-08 ESIA-09	2002-2008 2009	Área de salud	Vinculación clara	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Baleares	Ampliación ENSE 2006	ESIB-07	-	Isla	Recurre a datos de la encuesta	Dirección General de Salud Pública y Participación
Canarias	Propia	ESC-09	1990-1997-2004-2009	Comarcal en las islas capitalinas e islas.	Vinculación clara	Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud / Instituto de Estadística de Canarias ISTAC
Cantabria	Ampliación ENSE 2006	ESCAN-06	-	Área de salud	ND	Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud Pública / Instituto Cántabro de Estadística ICANE
Castilla La Mancha	Propia	ESCLM-10	2002-2006-2010	Provincia	NO	Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
Castilla y León	ENSE (Ampliación ENSE 2003)	--	-	-	NO	Consejería de Sanidad
Cataluña	Propia	ESCAc-10	1994-2002-2006 2010/14 (continua)	Región sanitaria (7), GTS (37) y en BCN distritos (10)	Vinculación clara	Departament de Salut / Universidad de Barcelona /Instituto de Estadística de Cataluña IDECAT
Comunidad Valenciana	Propia	ESCV-10	1991-2000/01-2005-2010	Comunidad	Vinculación clara	Conselleria de Sanidad
Extremadura	ENSE (Propia en 2005)	ESE-05	2001-2005	Área de salud	Recurre a datos de la encuesta	Servicio Extremeño de Salud
Galicia	Ampliación ENSE 2006 (Propia en 2005)	--	2001-2005	ND	Vineulación clara	Conselleria de Sanidade
Madrid	Propia	ESCM'05 (Regional) ERSM-07	2005 2007	Área de salud	ND	Instituto de Salud Pública Consejería de Sanidad
Murcia	Ampliación ENSE 2006	-	-	Área de salud	Recurre a datos de la encuesta	Consejería de Sanidad y Consumo
Navarra	Ampliación ENSE 2006 (y propias en 1990/91 y 2000)	-	1990/91-2000	Comunidad	Recurre a datos de la encuesta	Departamento de Salud
País Vasco	Propia	ESCAV-07	1986-1992-1997-2002-2007	Territorio, comarca, capitales, grandes ciudades	Vinculación clara	Departamento de Sanidad y Consumo / EUSTAT
La Rioja	ENSE	-	-	-	Recurre a datos de la encuesta	Consejería de Salud y Servicios Sociales / Instituto de Estadística de La Rioja
Ceuta	Propia	ESGC-11	2005-2011	Distrito		Consejería de Sanidad
Melilla	ENSE	-	-		ND	Consejería de Bienestar Social y Sanidad
España	Europa - EHIS	EES 09	2009	Comunidad	ND	Instituto Nacional de Estadística Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
España	Propia	ENSE 11/12	1987-1993-1995-1997-2001-2003-2006-2011	Comunidad	Recurre a datos de la encuesta	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Instituto Nacional de Estadística
España	Mundial - WHS	EMS	2002	Nacional	NO	Ministerio de Sanidad y Consumo

con ordenador (CAPI) y el resto en papel (PAPI). Ninguna usó entrevista telefónica (CATI) ni internet (CAWI). La razón entrevistador/personas entrevistadas fue muy variable, desde 1/59 a 1/400. La duración media de la entrevista fue relativamente homogénea, la mayoría refirieron una duración de 30-40 minutos. 8 encuestas definieron los casos en que admitían proxy, y las

causas más frecuentes fueron por incapacidad, hospitalización y el idioma (tabla 4).

5) Control de calidad (tabla 5). El número teórico de visitas al domicilio antes de sustituir a la persona participante por otra seleccionada osciló entre un máximo de 6 y un mínimo de 1. En ninguna se proporcionaron incentivos, aunque Asturias devolvió

Tabla 4
Encuestas de Salud General autonómicas y nacionales.
Principales características de la edición más reciente. 2006-2011

		Población			Muestreo			Entrevista			Cuestionario	
	Institucionalizada (Sí/No)	Sobre- muestra n	Tamaño muestra n	Tasa de muestreo $f=n/N^*$ [100]	Administración muestreo	Proxy (casos en que se permite)	Entrevistador (entrevistado o 2º)	Duración (2007)	Tipo	Lengua		
Andalucía	EAS-11	No	0-15 16+	No	2,081 6,484 (2007)	8,000,000	ND	Combinado	Domiciliaria PAPI	Incapacidad	25-30 min 40-45 min (2007)	
	ESI-08 ESTA-09	No	16+ 0-15	Áreas Sanitarias de escasa población	2,500 2,461	959,125 1,22,23	0,26 2,01	Combinado	Domiciliaria PAPI	Ninguno	ND	
Asturias	ESC-09	No	0-15 16+	No	1,424 4,560	329,196 1,784,860	0,43 0,26	Probabilístico	Domiciliaria CAPI Mixto	Ingresada, Incapacidad, Idioma	40 min 45 min	
	ESCLM-10	No	0-15 16+	No	1,023 3,283	340,456 1,740,847	0,3% 0,19	Combinado	Domiciliaria PAPI	Incapacidad	1/230 40 min	
Canarias	ESCAC	No	0-14 15+	GITS menos poblados	2,485 19,320 total	7,512,381	0,26	Probabilístico	Domiciliaria CAPI	Incapacidad cognitiva en adultos o infantil (contestan adultos)	1/200 45 min	
	Castilla La Mancha											
Cataluña	ESCV-10	No	0-15 16+	Población infantil	1,441 3,479	5,090,247	ND	Combinado	Domiciliaria CAPI	Incapacidad	30 min 20 min 20 min	
	ERSM-07	No	16+	65+	12,190	5,125,957	0,24	Probabilístico	Domiciliaria CAPI	Enfermedad Idioma	1/176 ND	
País Vasco	ESCAV-07	No	16+	No	7,410	21,29,564	0,35	Probabilístico	Domiciliaria CAPI mixto	En gastos sanitarios socio-demográficos, uso servicios y alguna de salud	10-15 min 17,5 min 25-28 min	
	ESGC-11	No	0-15 16+	No	1,200	81,181	ND	No probabili- tico	Domiciliaria CAPI	Incapacidad Hospitalización Idioma	ND	
Ceuta	EE-09	No	16+	CCAA de me- nor población	22,118	35,450,000	0,063	Probabilístico	Domiciliaria CAPI mixto	Hospitalización Infantil	40 min 45 min	
	EESE-11	No	0-14 15+	CCAA de menor población	5,495 21,007	7,014,178 40,176,315	0,078 0,052	Probabilístico	Domiciliaria CAPI	Hospitalización Infantil	1/400 35 min	
España												
España												

información sobre los resultados. Todas hicieron una supervisión intensiva del trabajo de campo. Las que usaron CAPI incluyeron la validación en el cuestionario. Asimismo todas depuraron los datos, manualmente si era PAPI y, posteriormente, con pruebas de validación ya en la base de datos.

Todas las ESG analizaron la falta de respuesta. La mayoría creó una base de datos con información básica de la persona seleccionada, generalmente procedente del padrón, así como de las incidencias producidas. No obstante, la información metodológica disponible fue escasa y las tasas de respuesta difícilmente comparables.

Para el cálculo de los estimadores, todas asignaron pesos a cada persona entrevistada y, en su caso, al hogar. La mayoría utilizó estimadores de razón, a los que se aplicaron técnicas de reponderación, calibrando con distintas variables auxiliares.

Se realizaron pretests en 7 CCAA y la EES. Cuatro usaron pre-pretests simples (pruebas informales y juicio de expertos). 8 CCAA hicieron prueba de campo.

6) Contenido del cuestionario (tabla 6). Aunque se detectaron diferencias en las preguntas de los cuestionarios, fueron de carácter menor. Se distinguieron en todas ellas cuatro bloques de contenidos: datos socio-demográficos, estado de salud, utilización de los servicios sanitarios y determinantes de salud.

Todas las ESG recogieron datos sociodemográficos de la persona entrevistada y de la persona de referencia del hogar, y 9 también de la pareja y de otras personas del hogar. 4 incluyeron un cuestionario adicional sobre las características sociodemográficas del proxy. 7 ESG autonómicas y las nacionales recogieron los ingresos económicos del hogar, a menudo por deciles. 2 encuestas preguntaron datos de identificación de la persona entrevistada que permitía

el cruce con otras bases de datos. La ENSE11/12 prevé contrastar las variables de ingresos del hogar con fuentes administrativas para mejorar la estimación.

En el módulo del estado de salud hubo aspectos abordados en todas las ESG: salud percibida, morbilidad general percibida, discapacidad percibida, problemas de salud crónicos, accidentalidad, restricción de la actividad y actividades básicas de la vida diaria relativas al cuidado personal y la realización de tareas domésticas. Solo 2 no preguntan por las características auditivas y visuales. Prácticamente todas incorporaron algún instrumento de medida de la salud mental y 8 de calidad de vida. Mayor variabilidad se encontró en las preguntas sobre el dolor, la salud sexual, la salud laboral y ausencia al trabajo a causa de enfermedad.

La información sobre la utilización de servicios sanitarios presentó mayor uniformidad. Todas las encuestas evaluaron la frecuentación de servicios (11 encuestas recogen atención primaria, atención especializada ambulatoria, dentista, hospital y urgencias, y 5, hospital de día) y el consumo de medicamentos. El estudio de la utilización de servicios de medicina alternativa y de los servicios sociales es casi general (8 encuestas). 7 encuestas preguntaron por las ocasiones en las que habiendo necesitado asistencia médica no había sido atendida y/o por las barreras de acceso a la atención sanitaria, aunque con distintos conceptos y formulaciones. La satisfacción con los servicios sanitarios se recogió en 8 encuestas, 8 contemplaron el aseguramiento sanitario en sus cuestionarios y 3 exploraron el gasto del propio bolsillo o pagos al contado sin devolución.

Existen determinantes de salud que se abordaron prácticamente en todas las ESG, como consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física o alimentación, así como pruebas de detección precoz y las características antropométricas. La activi-

Tabla 5
Encuestas de Salud General autonómicas y nacionales.
Pretests, pruebas de campo y control de calidad. 2006-2011

CCAA	ESG	Prenotificación	Número de visitas prefijadas al domicilio	Contacto posterior % de las entrevistas	Falta de respuesta	Pretest	Prueba piloto o de campo previo
Andalucía	EAS07	Carta	5	No	Sí analiza No corrige	Juicio de expertos Grupos focales	Sí
Asturias	ESA08 ESIA09	No	3	Sí	Sí analiza Ponderación	Grupos focales Pruebas informales	Sí
Canarias	ESC09	Carta	3	Sí 15%	Sí analiza Imputación (hot-deck)	Juicio de expertos Pruebas informales	No
Castilla La Mancha	ESCLM10	No	5	Sí	Sí analiza Imputación	Juicio de expertos	Sí
Cataluña	ESCAc	Carta	5	Sí	Sí analiza No corrige	Juicio de expertos	Sí
Comunidad Valenciana	ESCV10	Sí	+ 3 llamadas telefónicas	Sí 27%	Sí analiza Solo calibrado	No	Sí
Madrid	ERSM07	Carta	5	Sí 29%	Sí analiza No corrige	No	Sí
País Vasco	ESCAV07	Carta y cita telefónica	4 ó 5	Sí	Sí analiza Ponderación	Juicio de expertos Pruebas informales	Sí
Ceuta	ESGC11	No	1	Sí	Sí analiza Ponderación	Juicio de expertos	Sí
España	EES	Carta	ND	Sí	Sí analiza Ponderación	Entrevistas cognitivas Codificación conductas	Sí
España	ENSE	Carta	6	Sí 20%	Sí analiza Ponderación	No	No

Tabla 6
Encuestas de Salud General autonómicas y nacionales.
Contenido del cuestionario. 2006- 2011

	ESG	Calidad de vida	Salud mental	Salud laboral	Salud sexual	Apoyo social	Actividad física	Otras preguntas
Andalucía	EAS07	SF-12 Kidscreen	SF-12	Si	No	DUKE	En trabajo o actividad principal y en tiempo libre	Autonomía personal, dolor trabajo reproductivo seguridad vial
Asturias	ESA-08 ESIA-09	EQ-5D Kidscreen	No adultos SDQ	Sí NA	No	Redes sociales y ayuda social: Autoayuda, confidencia, dependencia, convivencia, asociacionismo	En trabajo o actividad principal y en tiempo libre. Últimos 30 días, al menos 30 minutos	Dolor, felicidad, violencia, discriminación, trabajo reproductivo
Canarias	ESC-09	EQ-5D-VAS Kidscreen	GHQ-12 SDQ	Sí	Uso anticonceptivos y conductas sexuales de riesgo	No	Actividades ligeras, moderadas o intensas 10'/últimas 2 semanas	Dolor, violencia, discriminación, trabajo reproductivo
Castilla La Mancha	ESCLM-10	No	GHQ	Sí	No	DUKE-UNC-11	En trabajo o actividad principal y en tiempo libre	Estigma social, violencia, discriminación, seguridad vial
Cataluña	ESCAc	EQ-5D-5L VAS Kidscreen, CHIP,CE	GHQ-12 SDQ	No	No	DUKE-UNC-11	Semejante IPAQ (15-69 años) Todo tipo ejercicio CHIP (infantil)	Discapacidad, dolor, calidad, voluntades anticipadas, farmacia, cuidados trabajo reproductivo,
Comunidad Valenciana	ESCV-10	EQ-5D-VAS	GHQ-12 SDQ	Sí	No	DUKE-UNC-11	En trabajo o actividad principal y en tiempo libre	Mutua accidentes, atención domiciliaria, violencia, discriminación, trabajo reproductivo, seguridad vial
Madrid	ERSM-07	EQ	GHQ	Condiciones trabajo	Anticonceptivos	No	Frecuencia intensa o moderada al menos 30'/semana	Discapacidad funcional, fisioterapia, recursos limitaciones, violencia, discriminación, trabajo reproductivo
País Vasco	ESCAV-07	SF-36	MHI-5	Condiciones de trabajo: riesgo físico, ergonómico y psicosocial		No	DUKE IPAQ y escala tiempo libre Quebec adaptada	Discapacidad, dolor, consejo preventivo, farmacia, violencia, trabajo reproductivo, seguridad vial
Ceuta	ESGC-11	No	Si ND	Sí	No	No	Nº veces últimas 2 semanas	Dolor, violencia, seguridad vial
España	EES-09	No	SF-36v2 (SF.10)	No	No	OSS-1	Semejante IPAQ (15-69 años). Todo tipo ejercicio	Dolor, análisis, radiología, fisioterapia, enfermería psicológica,
España	ENSE-11	EQ-5D-5L VAS Kidscreen	GHQ-12 SDQ	Sí	No	Duke-UNC-11	En trabajo o actividad principal y en tiempo libre & IPAQ	Análisis, radiología, fisioterapia, enfermería psicológica, trabajo reproductivo

Todas incluyen preguntas sobre percepción del estado de salud, problemas de salud, accidentalidad, restricción de la actividad, limitaciones para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, uso de servicios sanitarios y odontológicos, consumo de medicamentos, pruebas de cribado, antropométricas, actividad física, tabaco, alcohol y alimentación.

dad física la incluyeron todas, pero el instrumento, los conceptos y las unidades de medida (contabilizar sólo el tiempo libre vs todo tipo de actividad física, solo aeróbica o también musculación), así como las definiciones operativas (períodos de referencia, semana típica vs última semana, cálculo del gasto metabólico (METs), etc.) variaron notablemente. Todas, excepto 2, incluyeron información relacionada con el medioambiente físico y diversas características ambientales del entorno familiar, laboral y

social (7 sobre agresiones/violencia, 5 sobre discriminación, 8 del trabajo reproductivo y 8 apoyo social).

7) Difusión de resultados (tabla 7). El informe de resultados fue el medio más generalizado. Los datos estuvieron disponibles en tablas en 9 ESG, pero sólo en 5 podían descargarse en formatos que permitían su posterior tratamiento. 3 disponían de aplicaciones interactivas. Las encuestas nacionales ofrecieron la posibilidad de descargar

Tabla 7
Difusión de resultados de las Encuestas de Salud General nacionales y autonómicas.
2006-2011

	Informe de resultados	Cuestionarios	Tablas xls	Aplicación interactiva	Micredatos	URL
Andalucía	Si	Si	No	No	No	http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/salud_y_desarrollo/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta_andaluza_de_salud_encuesta
Asturias	Si	Si	No	No	No	http://www.asturias.es/portal/sites/asturiasdrdnemitemum/2d7f22d10062567dbaf51020688a0c737a28f407dc7210v/gnVCM1000098030baR0R0Dkgxnetchonel-6ab00883-4c5982_01gnVCM10000970360b0R0RD
Canarias	Si	Si		Previa solicitud		http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/ses/contentoGenerico.jsp?idCapitulo=9708509-5b98-f11de-ac50-15aa3b9230b7&idDocumento=18fb3316-0829-11eb-a222-57ec478ec0b
Castilla La Mancha	Si	Si	No	No	No	http://sescam.jccm.es/web/home/doTrainee/ciudadanos/elSescam/encuestas/salud/2006/Adullos.html
Cataluña	Si	Si		Previa solicitud Firma compromiso o confidencialidad		http://genetic.cat/salut/essa
Comunidad Valenciana	Si	Si		Previa solicitud a través de un formulario en web		http://www.san.gva.es
Madrid	Si	Si		Previa solicitud		http://www.madrid.org/ss/Satellite/cid-11424341589000&language=es&pageName=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pinitContentId0fFj
País Vasco	Si	Si	Si	Previa solicitud		http://www.osakidetza.eus/kadi.net/85-ckyuh02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_informes_en_linea/salud.html
Ceuta					No	
España	Si	Si	Si	Descarga directa		http://www.ine.es/pix/menu.do?type=pxaxis&path=/0/120&file=nebase&L=0
España			Si	Descarga directa		http://www.ine.es/estadisticas/estudios/estadisticas/encuestas/Nacional/encuestaNacional_ense.htm
						http://www.ine.es/pix/menu.do?type=pxaxis&path=/15/p19&file=nebase&L=0

directamente los microdatos anonimizados y varias CCAA los facilitan previa solicitud. El acceso a los metadatos (cuestionarios, metodología, registros etc.) fue heterogéneo, y ninguna encuesta proporciona al investigador información metodológica completa sobre el diseño muestral y los procedimientos de análisis más apropiados.

COMENTARIOS

A pesar de que la información recogida sobre las ESM no es exhaustiva, destaca su número elevado, especialmente sobre hábitos alimentarios y, a cierta distancia, consumo de drogas, salud bucodental y barómetros de opinión. El consumo de drogas ha sido un fenómeno de importantes repercusiones sanitarias en España y su estudio mediante encuestas resalta casi en solitario por haber sido planificado. La iniciativa temprana y sistematizada adoptada desde la administración general ha impedido la proliferación desmedida de encuestas autonómicas de drogas. Las de nutrición se iniciaron tardíamente y aún así son más numerosas, más erráticas y no permiten análisis comparativos ni series temporales. En cuanto a las de opinión, a menudo reiteran a nivel autonómico los resultados disponibles en el barómetro nacional.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las ESM recoge determinantes de salud, se podría reconsiderar cuáles podrían abordarse desde las ESG, la información que se duplica y si es necesario un mayor desarrollo de las encuestas de salud con examen físico, a pesar de sus dificultades logísticas⁹⁵. Se pueden señalar también ámbitos en los que la información parece insuficiente: las poblaciones de difícil acceso o que conllevan dificultades metodológicas particulares, como los inmigrantes, la población institucionalizada o las encuestas sobre salud mental. La población institucionalizada es el 1% de la total y entre 2001-2011⁹⁶ se incrementó un 90%. Las ESG no han abordado la inclusión de este segmento de

población, a pesar del sesgo de selección que esto supone, probablemente por el cambio metodológico que implicaría en las series y porque no existen criterios consensuados sobre la “población institucionalizada” a la cual integrar.

En cuanto a las propias ESG, también hay cierto solapamiento. Los motivos de las CCAA para realizar encuestas propias son varios. Entre los principales están su trayectoria histórica, a veces anterior a la ENSE, así como la aceptación política con la que cuentan y la consideración de que el tamaño de la ENSE no permite facilitar estimaciones a nivel de comunidad autónoma con suficiente detalle para realizar un análisis intraterritorial que oriente adecuadamente la planificación de los servicios. Algunas comunidades autónomas perciben que su encuesta responde a objetivos específicos de su territorio que no cumple la ENSE y consideran necesario un alto grado de adaptación a la realidad geográfica en la que está el ámbito de decisión⁹⁷. Los contenidos no reflejan necesidades ni objetivos demasiado diferenciados, pero la ENSE no permitiría el nivel de desagregación requerido para la planificación⁹⁸.

Varias CCAA buscaron alternativas a la multiplicación de encuestas, principalmente en 2003 y 2006, mediante la potenciación territorial de la muestra de la ENSE. Parecía interesar a un número creciente de CCAA, pero no continuó en la ENSE11/12. El INE modificó la estrategia de ampliación de la muestra y propuso otras alternativas de menor coste que serían asumidas por las CCAA. Se consideraron estimaciones de parámetros asociados a pequeños dominios, encuestas de doble marco, encuestas ligeras complementarias de administración multicanal y aproximaciones multifuente. Con la ayuda de las oficinas estadísticas autonómicas, en particular en Cantabria, se exploraron estos modelos fuera del marco clásico. Por el momento la conclusión es que no permiten combinar los estimadores

así obtenidos con los de la ENSE y además requieren ajustes a los resultados de esta última, por lo que se descartó su aplicación.

Una carga excesiva para las personas encuestadas puede llegar a afectar a la falta de respuesta y a su calidad, y parece haber generado la actual caída de la tasa de respuesta en países que se caracterizaban por tener una población colaboradora. Se considera recomendable planificar y coordinar los calendarios de realización de las ES. La falta de planificación adecuada afecta además a la regularidad y a la continuidad de la serie, así como a su imbricación en el continuo de la planificación.

La colaboración de las administraciones sanitarias con las oficinas estadísticas puede mejorar la calidad del diseño muestral y el control del trabajo de campo. Las exigencias del diseño muestral son diferentes entre ES. El muestreo por cuotas, común a varias ESG, rompe el proceso de aleatoriedad en la fase de extracción del elemento muestral (la selección de la persona que se ha de entrevistar). La posibilidad de realizar un muestreo probabilístico en todas las etapas dependería de la colaboración con las oficinas estadísticas pero también del coste.

Cada vez son más las ESG que incorporan el CAPI para la recogida de datos, lo que supone una mejora inmediata de la eficiencia y de la calidad. Pese a la inversión inicial en equipos informáticos y programación, pesa más el ahorro debido a la menor duración de la entrevista, con la posibilidad de incrementar la razón entrevistadores/entrevistados, la minimización de errores en la grabación de datos y la efectividad de los controles de calidad. Sin embargo, salvo en alguna excepción^{99,100}, se han explorado poco otras tecnologías de recogida de datos, como CATI, CAWI o multimodal en personas específicamente designadas.

El contenido de los cuestionarios es actualmente compartido casi en su totalidad por las

ESG. Son mucho más frecuentes las semejanzas que las diferencias, pero no existe un núcleo común consensuado formalmente que mejoraría la comparabilidad. Aunque no son excepcionales, el uso de módulos coyunturales no se ha extendido de forma planificada. Destaca el papel de Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana a la hora de explorar nuevas dimensiones de la salud.

Al igual que la salud mental, la calidad de vida es un elemento en alza. Conceptualmente la salud pública busca una medida compuesta que abarque distintas dimensiones objetivas y subjetivas de la calidad de vida y de la discapacidad¹⁰¹ y las ESG están tratando de recoger esta información de manera integral. Por falta de consenso o limitaciones aún mal resueltas, se utilizan instrumentos de medida dispares, al igual que para medir la salud mental, la actividad física o el consumo de alcohol. Una parte importante de los cuestionarios se destina a los determinantes sociales, así como a los medioambientales, aunque estos últimos se adaptan peor a este tipo de estudio.

El estudio de la utilización de servicios sanitarios es muy homogéneo, aunque no todas las ESG estudian la cobertura y el acceso. Estas áreas deberían incluirse, al igual que los pagos sin reintegro realizados en los distintos servicios sanitarios, de odontología y farmacia.

La difusión de los resultados puede mejorarse en cumplimiento de objetivos de transparencia ampliamente consensuados¹⁰². La relevancia de la difusión no ha sido aún comprendida adecuadamente. Una gran cantidad de datos capturados mediante ESG son almacenados posteriormente en distintos soportes, se procesan y organizan, pero no se convierten en información útil para tomar decisiones.

La buena práctica requiere que la metodología empleada en las encuestas no sólo

sea sólida, sino conocida por los usuarios¹⁰³. Para ello es necesario difundir, además de los resultados, las descripciones completas del diseño muestral, de los procedimientos de selección de la muestra y de las tasas de respuesta de manera apropiada al tipo de muestreo. Además es necesario proporcionar a los investigadores la información necesaria sobre el procedimiento de análisis adecuado al diseño complejo de las muestras.

La vinculación entre planes de salud y encuestas de salud parece estar consolidada. En la planificación de salud pública, en particular para el seguimiento y evaluación de estrategias y programas, las ESG se usan en todos los niveles territoriales. Las CCAA también utilizan las ESG para orientar la planificación de servicios cuando disponen de su propia encuesta o de muestra ampliada de la ENSE, aunque los contenidos tradicionalmente utilizados para este fin, como el uso de servicios o el consumo de medicamentos, van siendo complementados o parcialmente sustituidos por registros administrativos.

Las ESG disponen de un amplio número de variables estratificadoras para analizar las desigualdades^{104,105}, lo que les da un carácter diferenciado entre los sistemas de información. Por otra parte, aunque las nuevas tecnologías han permitido un desarrollo extraordinario de los registros sanitarios administrativos, sigue habiendo estadísticas que, utilizando los registros generalmente públicos como única fuente, sesgarían el análisis de salud. Podría suceder que las ESG recuperasen importancia en este área. Los recortes que se han producido en los servicios sociosanitarios, la asociación de la cobertura sanitaria pública a la condición de asegurado y el incremento del copago son cambios¹⁰⁶ en el Sistema Nacional de Salud que confieren especial oportunidad al análisis de las desigualdades con el fin de destinar los recursos a reducirlas.

En las conclusiones del *I Encuentro del Grupo de Encuestas de Salud de Mahón* destacó el consenso sobre la necesidad de disponer

de datos válidos y comparables del estado de salud y sus determinantes como elemento clave de una política sanitaria basada en la evidencia¹⁰⁷. Hay también acuerdo en buscar la eficiencia en la obtención de los datos y es probable que se reduzcan los fondos. Compartir la información para evitar reiteraciones requiere una planificación conjunta y participativa de las administraciones sanitarias que tenga en cuenta las necesidades de todas las partes implicadas. Se han mencionado maneras de reducir costes que ya están explorándose, como la menor duración de la entrevista mediante modulos coyunturales sobre aspectos concretos o el uso de modos de administración multicanal. Probablemente, el mayor recorrido lo tiene en este momento la integración de conjuntos de datos y la combinación de datos procedentes de diversas fuentes, aprovechando el potencial de las nuevas tecnologías. Se requiere aún afinar mucho la homologación de cuestionarios, clasificaciones y la metodología y recoger la identificación personal que permita el enlace de registros.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series, no 58. Geneva: WHO; 1996.
2. Subramanian SV, Huijts T, Avendaño M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? Bull 131 World Health Organ. 2010;88:131-138. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/88/2/09-067058.pdf [Consultado 29/06/12].
3. EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. Nosikov A, Gudex C (Eds). Copenhagen: IOS Press; 2003.
4. Tolonen H, Kuulasmaa K, Laatikainen T, Wolf H, and the European Health Risk Monitoring Project. Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys. Helsinki: National Public Health Institute; 2002. Disponible en: <http://www.akt.fi/ehrm/documents/product2>. [Consultado 02/07/12].

5. Rodríguez Blas C. Encuesta Nacional de Salud. Índice 2007;20:9-11. Disponible en: <http://www.revistaindice.com/numero20/> [Consultado 29/06/12].
6. Antó JM, Company A, Domingo A. Enuesta de Salut a Barcelona. Série Salut Pública nº 2. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1984.
7. Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCV). Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud_historial/es_escav/historial.html#1992. [Consultado 09/04/12].
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud; 1987.
9. Consorci Sanitari de Barcelona. Agència de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Enquestes de salut. Disponible en: http://www.aspib.es/quefem/documents_enquestes.htm [Consultado 09/04/12].
10. Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(supl 1):46-57.
11. Canela-Soler J, Mompart-Penina A, Coll-Fiol J.J. Encuestas de Salud en Cataluña: revisión bibliográfica. Med Clin (Barc). 2011; 137(Supl.2):66-70.
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enuesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya (ESPI) 2006. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb5aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCR&vgnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCR&vgnextfmt=default> [Consultado 10/07/12].
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH). http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm [Consultado 10/07/12].
14. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm [Consultado 10/07/12].
15. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/estudios/home.htm> [Consultado 10/07/12].
16. Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
17. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español sobre Drogas, Madrid 2011. <http://www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/estudios/home.htm> [Consultado 10/07/12]
18. Ramírez de Molina V, Llorens-Alexandre N, Bravo-Portela MJ, Barrio-Anta G, Valderrama JC, Sánchez-Mañez A, Comité de Sistemas de Información del Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta a personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína, 2003-2004. Trastor Adict. 2007;9:247-59.
19. Observatorio español sobre drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoría2/observa/estudios/home.htm. [Consultado 24/04/12].
20. Rodríguez San Julián E. El consumo de drogas en la Comunitat Valenciana, 2008. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia 2009. <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3421-2009.pdf> [Consultado 04/10/12].
21. Álvarez FJ, Fierro. El consumo de drogas en Castilla y León 2008. Junta de Castilla y León 2008. Disponible en: www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/119364191521/_/_/_ [Consultado 10/11/12].
22. Euskadi y Drogas 2010. Centro de Documentación y Estudios SiS. Disponible en: www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/adjuntos/Euskadi%20y%20Drogas%202010.pdf [Consultado 04/10/12].
23. Rontomé Romero C, Cantón Gálvez JM. Encuesta sobre hábitos de consumo y abuso de drogas en Ceuta. Ceuta: Sociopolis;2005
24. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand. Suppl 2004; 420:21-7.

25. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Grupo ESE-MeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 445-451.
26. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad, 2005. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/80076-ariadna.pdf> [Consultado 10/07/12].
27. Suárez M, Belza MJ, de La Fuente L, Rodés A, Bolea A, Barrio G, Parras F. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Informe general. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006. http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm [Consultado 12/07/12].
28. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Observatorio de Salud de las Mujeres. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual 2009. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentation_ResultadosENSS_16dic09.pdf [Consultado 21/07/12].
29. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad. Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la Comunidad Valenciana, 2000. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4856-2002.pdf> [Consultado 10/07/12].
30. Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2010. RCOE. 2012;17(1):13-41.
31. Consejería de Sanidad y Consumo de Aragón e Instituto Aragonés de Estadística. Abad Diez JM, Alcalde Martín M, Beltrán Peribáñez J. Encuesta de Salud Bucodental en Escolares en Aragón 04. Disponible en: www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/04_Temas_de_salud/4.1/Programa_de_salud_buco_dental/Encuesta_bucodental.pdf [Consultado 16/07/12].
32. López-Arranz Monje E, Blanco González JM, Martínez Díaz-Canel AI. Encuesta de Salud Oral en Escolares del Principado de Asturias 2008. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2011.
33. Anita Miñón MA, López de Luzuriaga Yera M, Soto Pedre E. Estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares de Castilla y León. Junta de Castilla y León 1995. Disponible en: www.saludcastillayleon.es/institucion/es/bibliotecaonline/publicaciones-consejeria/buscadorestudio-epidemiologico-salud-bucodental-escolares-castill-1 [Consultado 10/11/12].
34. Cuenca E, Canela J, Salleras Ll. Estudi de la prevalença de càries entre els escolars de Catalunya. *Salut Catalunya* 1988;2:60-3.
35. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Encuesta de salud oral en la población infantil de la Comunidad Valenciana, España 2004. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.2006;11;4.
36. Alonso-Mejide JM, Fernández-Casal R. La salud bucodental en los escolares gallegos 1995. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:539-546.
37. Consellería de Sanidade y Universidade de Santiago de Compostela. Estudo sobre a saúde bucodental dos escolares de Galicia no ano 2010. Disponible en: www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/begs/Informe%20do%20estudo%20epidemiol%C3%B3xico%20de%20sa%C3%BAde%20bucodental%202010.pdf [Consultado 15/07/12].
38. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto de Higiene y seguridad en el Trabajo. VI Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo (ENCT) 2007. Disponible en: www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe%20VI%20ENCT%202007.pdf [Consultado 16/07/12].
39. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE), 2009. Disponible en: www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_%20ENG_E%202009.pdf [Consultado 16/07/12].
40. Gobierno de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral. II Encuesta Navarra de salud y condiciones de trabajo 2006. Disponible en: www.navarra.es/NR/rdonlyres/F82D4E65-66BD-4016-8EB0-CF3D7EE39CB4/147000/IIEncNavarraSa-ludyCT.pdf [Consultado 10/09/12].
41. Gobierno Vasco. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. II Encuesta de Salud Laboral y condiciones de trabajo 2007. Disponible en: www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informe_estudio/encuesta_2007_salud_laboral/es_encue-s07/adjuntos/es_II_Encuesta_sl_2007.pdf [Consultado 10/09/12].
42. Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta. I Encuesta sobre condiciones de trabajo, 2009. Disponible en: www.ceuta.es/ayuntamiento/images/documentos/Sanidad/CONDICIONES_LA-BORALES.pdf [Consultado 10/09/12].

43. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Barómetro de opinión sobre seguridad vial, 2011. Disponible en: www.dgt.es/portal/seguridad_vial/estudios_informes.do?proprietario=&tema=s=Encuestas+de+opini%3Fn&título= [Consultado 16/07/12].
44. Fundación ECA Bureau Veritas. Barómetro anual de la bicicleta 2011. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2011.
45. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Programa de prevención de lesiones: Detección de accidentes domésticos y de ocio 2011. Disponible en: www.consumo-inc.gob.es/novedades/docs/informe_DADO-2011-2012.pdf [Consultado 10/09/12].
46. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario. Disponible en: www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/panel-de-consumo-alimentario/ [Consultado 10/07/12].
47. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Encuesta Nacional de Ingesta Dietética ENIDE. Disponible en: www.aesan.msc.es/AESAN/web/evaluacion_riesgos/subseccion/enide.shtml [Consultado 10/11/12].
48. Mataix Verdú J. Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2000.
49. Tur JA, Obrador A (directores). Estudio de Nutrición de las Islas Baleares (ENIB, 1999-2000). Libro blanco de la alimentación y la nutrición en las Islas Baleares. Vol I. Rev Cien IEB. 2002;27:1-120.
50. Cabeza E, Artigues G, Pujol A et al. Prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en les Illes Balears. EPOIB. Consejería de Salud y Consumo. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears; 2007.
51. Serra Majem L, Armas Navarro A, Ribas Barba L, equipo investigador ENCA (1997-98). Encuesta Nutricional de Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud; 1999.
52. Estudio de Alimentación y Nutrición en Castilla y León. Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y Leon, 2008. Disponible en: www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/estudio-alimentacion-nutricion-castilla-leon [Consultado 10/11/12].
53. Barómetro de Seguridad Alimentaria 2007_2009. Agencia de protección y seguridad alimentaria, Junta de Castilla y Leon, 2007-2009. Disponible en: www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/seguridadalimentaria/nuevos-retos-seguridad-alimentaria/ponencias/barometro-seguridad-alimentaria-2007_2009 [Consultado 10/11/12].
54. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Llibre blanc: Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1996.
55. Dirección General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Barómetro de percepción de alimentación y salud ambiental 2012. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142608671615&idConsejeria=1109266187266&idListContenys=1109265444710&idOrganismo=1142439298021&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2Festructura&sm=110926610103 [Consultado 10/11/12].
56. Comunidad de Madrid. Hábitos alimentarios en la Comunidad de Madrid. Documentos de Salud Pública núm 108. Madrid: Comunidad de Madrid; 2007. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1162312279209&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagge%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289986958 [Consultado 10/07/12].
57. Díez-Gañán L, Galán Labaca I, León Domínguez CM, Zorrilla Torras B. Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad y Madrid; 2008.
58. Vioque J, Quiles J. Encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana. Alicante: Limencop; 2003.
59. Conselleria de Sanitat. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de nutrición de la Comunitat Valenciana, 2010. Disponible en: www.cuidatecv.es/news/view/43 [Consultado 16/07/2012].
60. Tojo R, Leis R y Vázquez-Donsión M. Obesidad y sus comorbilidades. El Estudio GALINUT. An Esp Pediatr. 1999; 129:93-94.
61. Consellería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Universidad de A Coruña, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega, 2007. Santiago de Compostela 2008. Análisis / estudios E01. En http://www.aesan.mspsi.gob.es/AESAN/docs/docs/evaluacion_riesgos/Galicia.pdf [Consultado 10/07/12].

62. Cerezo Valverde J, Tormo Díaz MJ, Rodríguez Barranco M, Navarro Sánchez C, Marco Aledo R, Egea Caparrós JM, et al. Programa DINO: diabetes, nutrición y obesidad en la población adulta de la Región de Murcia. Murcia: Dirección General de Salud Pública; 2006. Serie Informes, núm 40.
63. J Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Eguileor I, Marzana I, Gonzalez de Galdeano L, Saenz de Buruaga J. Food consumption patterns in the adult population of the Basque Country (EINUT-I). *Publ Health Nutr.* 1998; 1: 185-192.
64. Armentia A., Cuervo L, López A, Ocio J.A, Rodríguez M. Estudio sobre consumo de alimentos e ingesta de plaguicidas y nutrientes. Informe técnico 2003. Vitoria Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2003. Serie Informes num 40.
65. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Sanidad 2006. Encuesta de nutrición 2005: hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años. Disponible en: www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/E_nuestraNutricion2005.pdf [Consultado 10/07/12].
66. Gobierno de La Rioja. Estudio sobre hábitos alimentarios en la población de La Rioja. Logroño: Gobierno de la Rioja; 2004.
67. García Ferrando M, Llopis Goig R. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España, 2010. Ideal democrático y bienestar personal. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Centro de Investigaciones Sociológicas;2011. Disponible en:www.csd.gob.es/csd/sociedad/encuesta-de-habitos-deportivos/encuesta-de-habitos-deportivos-2010/ [Consultado el 16/07/12].
68. Consejo Superior de Deportes, Presidencia del Gobierno, Fundación Alimentum. Hábitos Deportivos de la Población Escolar en España. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Presidencia del Gobierno, Fundación Alimentum;2011. Disponible en: https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descargas.action?f_codigo=14797&codigoOpcion=3 [Consultado 15/07/12].
69. Dirección de Deportes, Departamento de Cultura, Gobierno Vasco. Encuesta de hábitos deportivos en la CAPV. Informe final. Bilbao 2009. Disponible en: www.kultura.ejgv.euskadi.net/r46-714/es/contenidos/nota_prensa/kirol_ohiturak_inkesta/es_kultura/adjuntos/Encuesta_habitos_deportivos-es.pdf [consultado 22/10/12].
70. Arce C, de Francisco. A realidade da práctica deportiva en Galicia: resultados da enquisa do poboación. Santiago de Compostela. Universidade de Santiago de Compostela; 2008.
71. Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Zuluaga MC, López-García E et al. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:876-82.
72. IBESTAT. Encuesta modular de hábitos sociales de las Illes Balears 2010 (EMHS). Instituto de Estadística de las Islas Baleares. Disponible en: www.ibestat.com/ibfiles/content/noticias/source/En_cuesta%20modular%20h%C3%A1bitos%20sociales_cast.pdf [Consultado 04/10/12].
73. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León. Valladolid: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León; 2005. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/enfermedades-cardiovasculares-castilla-leon/estudio-riesgo-enfermedad-cardiovascular/base-2004> [Consultado 04/10/12].
74. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Consejería de Sanidad. Sistema de Información sobre conductas de riesgo SICRI, años 2005 a 2011. Santiago de Compostela: Junta de Galicia.
75. Comunidad de Madrid. Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) años 1995 a 2011. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142352860738&language=es&pageid=1159882062172&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vset=1159882062172 [Consultado el 16/07/12].
76. MJ Tormo Díaz, C Navarro Sánchez, MD Chirlaque López y D Pérez Flores. Factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71 (6): 515-529*.
77. La Parra Casado D. Encuesta de Salud a la Comunidad Gitana 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano; 2009.
78. Tormo MJ, Colorado S, Ballesta M, Salmerón D, Dios S y Navarro C. La salud de los inmigrantes en la Región de Murcia. Estudio Salud y Culturas. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública. Serie Informes, 2013. Accesible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/275898-estudio.pdf>
79. Servicio Canario de Salud e Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Salud e Ingresos de Canarias 2004. Las Palmas de Gran Canarias: Servicio Canario de Salud e Instituto Canario de Estadística; 2004. Disponible en: www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGe

- nerico.jsp?idDocument=6bcb15d0-4418-11e0-be01-71b0882b892e&idCarpet=970850a9-b98f-11de-ae50-15aa3b9230b7 [Consultado 04/10/12].
80. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Barómetro Sanitario, 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSNS/informeAnual.htm [Consultado 04/10/12].
81. Moreno C, Muñoz-Tinoco V, Pérez P, Sánchez Queija I, Granado MC, Ramos P, Rivera F. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008. Disponible en: www.mspes.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/ResumenHBSC2006.htm [Consultado 09/04/12].
82. Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey. Currie C (eds). WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. Issue 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
83. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
84. Moreno MC, Muñoz MV, Pérez P, Sánchez Queija I. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
85. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Púrez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc). 2003;121(19):725-2, 2003 Nov 29.
86. Estudio de prevalencia de la obesidad infantil: Estudio ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). Rev Pediatr Aten Primaria [online]. 2011, vol.13, n.51:493-495.
87. López Blasco A et al. Informe Juventud en España 2008. Madrid: Injuve;2008. Disponible en: www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2008 [Consultado 02/07/12].
88. Gutiérrez García JJ et al. Estudio de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia 2006. Murcia: Dirección General de Salud Pública; 2007.
89. Servicio de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de Navarra. Encuesta navarra de juventud y salud 2007. Bol informat Instit Salud Pública de Navarra (Navarra). 2010; 60: -14. Disponible en: www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-A-B2A-4841-818A-FA53478FD6DC/180808/BOL60INT_Encuesta_Juve_ntud.pdf [Consultado 16/07/12].
90. Abellán García A et al. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos 22009.
91. Abellán García A et al. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010. Colección Estudios, Serie Documentos Estadísticos 22023, Tomo I y II. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSSERSO).
92. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe SHARE. Disponible en: www.share-project.org/ [Consultado 18/07/2012]
93. De la Fuente Sánchez, Galán Labaca I, González Ahedo MJ, López Pardo R, Heras Flor A, Yelmo Arévalo R, Prieto Orzanco A. Mujer y Salud, 2008. Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008. Serie Estudios núm 112.
94. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Disponible en: www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2300 [Consultado 18/07/2012].
95. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta i examen de salut de Catalunya 2002 y 2006. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=4b51be505a762310VgnVM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=4b51be505a762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default> [Consultado 11/07/12].
96. Censos de Población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa 7 de mayo 2013 [Consultado 20/05/13].
97. Brugulat-Guiteras P, Mompart-Penina A, Séculi-Sánchez E, Tresserras-Gaju R, De la Puente-Martorell ML. Encuestas de salud: luces y sombras. Med Clin (Barc). 2010; 134(Supl1):21-6.

98. Brugulat-Guiteras P, Tresserras-Gaju R, Canela-Soler J (eds). La salud y los servicios sanitarios en las encuestas de salud de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2011;137(Supl 2):1-70.
99. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas "cara a cara" domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit.* 2004; 18:440-50.
100. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Tobías A, Gandlerillas A, Zorrilla B. Vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles mediante encuesta telefónica: resultados de la Comunidad de Madrid en el período 1995-2003. *Gac Sanit.* 2005;19:193-205.
101. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, López AD (Eds). Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva:WHO; 2002.
102. Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas. Versión de 2011. Adoptado por el Comité del Sistema Estadístico Europeo (ESS) el 28/09/11. Disponible en: <http://www.ine.es/ine/codigobp/codigobupr.pdf>. [Consultado 23/05/12].
103. The American Association for Public Opinion Research. 2011. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 7th edition. AAPOR. Disponible en: www.aapor.org/Standard_Definitions/3049.htm [Consultado 23/05/12].
104. Regidor E. Sistemas de información de base poblacional en España: situación actual y propuestas de futuro, 2003. Ponencia presentada en las XVIII Jornadas de Economía de la Salud: Vitoria-Gasteiz. Asociación de Economistas de la Salud; 1998.
105. Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud. Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social;2010.
106. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm 98 de 24-04-2012.
107. Conclusiones del I Encuentro del Grupo Técnico de Encuestas de Salud. Mahón: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Generalidad de Cataluña; 2011.