

# Encuesta Andaluza de Salud

## Resumen técnico

Actualizado noviembre 2025



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo  
Escuela Andaluza de Salud Pública

# Índice

1. Elementos clave.....	4
2. Contexto.....	6
3. Objetivos.....	9
4. Población, muestra y variables.....	10
5. Novedades de la VI EAS .....	11
6. Resultados.....	16
6.1. Salud general autopercebida.....	16
6.2. Dolor crónico.....	20
6.3. Actividad física.....	25
6.4. Tabaquismo.....	28
7. Retos .....	39
8. Equipo de Trabajo .....	40

# 1. Elementos clave

- Las encuestas de salud son parte fundamental de los sistemas de vigilancia de la Salud Pública y suponen una herramienta clave para la toma de decisiones en el ámbito de la planificación en salud y la evaluación de actuaciones en materia sanitaria.
- Andalucía fue la 7ª Comunidad Autónoma que puso en marcha su propia encuesta, tras las de País Vasco, Canarias, Comunidad Valenciana, Navarra, Cataluña y Comunidad de Madrid.
- La Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), puso en marcha la **primera edición de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) en 1999**(1), realizándose otras cinco ediciones posteriormente (2003, 2007, 2011/12, 2015/16 y 2022/23).
- La EAS es la **principal fuente de información de base poblacional de Andalucía** en materia de salud, determinantes sociales y ambientales, morbilidad y utilización de servicios sanitarios.
- La EAS, desde su VI edición, es una **operación estadística oficial** recogida en el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2023-29 que contribuye al cumplimiento de sus cinco ejes transversales de: cohesión, sostenibilidad, innovación, género y evaluación de la eficacia de las políticas públicas.
- La población de estudio de la EAS está formada por personas residentes en Andalucía no institucionalizadas.
- La VI edición de la EAS ha contado con la **participación de más de 10.700 personas** (8.700 de 16 o más años y cerca de 2.000 menores de esa edad).
- Cada edición de la EAS recoge alrededor de 1.300 variables con **información relevante sobre** características sociodemográficas y económicas, cuidados informales, estado de salud física y mental, calidad de vida y bienestar socioemocional, autonomía y dependencia funcional, salud sexual, morbilidad, y apoyo social afectivo y personal. Además, la EAS informa sobre la percepción del uso de los servicios sanitarios, el consumo de medicamentos, las condiciones de trabajo y salud laboral, los hábitos en alimentación, alcohol, tabaco, actividad física, sueño y en la utilización de pantallas, así como sobre medidas preventivas y de promoción de una vida saludable.
- La EAS **contribuye al análisis del estado de situación y a la producción de indicadores** de resultados de la Estrategia de Salud de Andalucía 2030 (anterior Plan Andaluz de Salud) y de más de 15 planes y estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

- Además, la **perspectiva de género se ha introducido de manera transversal** en la VI EAS desde la concepción de los cuestionarios a la construcción de un estimador específico para medir la brecha de género y la difusión de los resultados desagregados por sexo y su intersección por otros ejes de desigualdad.
- Algunas **mejoras introducidas en la VI EAS** con respecto a ediciones anteriores son: ser actividad estadística oficial, tener un diseño probabilístico, aumentar la muestra de adultos en un 30%, conseguir la tasa de respuesta más alta hasta ahora, revisar los cuestionarios según las necesidades identificadas por los equipos de los planes y estrategias del SSPA, pasar de la recogida en papel al dispositivo electrónico, reducir sesgos mediante el ajuste de pesos muestrales, integrar completamente las 4 últimas ediciones disponiendo de una gran base de datos con más de 35.000 registros y 2.300 variables, vincular la información de la EAS con información auxiliar clínica, demográfica y ambiental, y desarrollar la **plataforma Web** <https://easp.es/info/eas/> con acceso público a documentación y a resultados de los últimos 17 años mediante un registro sencillo que, además, permite recibir notificaciones de actualizaciones, nuevos productos o publicaciones relacionadas, así como con acceso a microdatos mediante una solicitud realizada también a través de la plataforma.
- Como **retos** a medio plazo de la EAS se propone calcular estimaciones en el ámbito local y producir datos para la Salud Pública de Precisión, mientras que para la VII edición de la EAS se proponen los retos, entre otros, de disponer también de muestras longitudinales, realizar entrevistas multicanal, aumentar la desagregación en los resultados, duplicar la muestra de población menor de 16 años, introducir más mediciones objetivas, recoger muestras biológicas y ampliar la población de estudio a otras institucionalizadas.
- La VI EAS tuvo que retrasarse de 2020 a 2022 debido a la COVID-19, motivando la puesta en marcha junto con el IECA de la **Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía** (ESSA), que supuso una ampliación de la EAS como operación estadística oficial. La ESSA es la única encuesta longitudinal poblacional en España relacionada con el impacto en salud de la COVID-19 desde sus comienzos. Además, consta de más de 22.000 entrevistas realizadas desde 2020 hasta 2023 en cinco mediciones a población general de 16 o más años, y dos a población de esa edad residente en zonas desfavorecidas, una metodología innovadora para la reducción de sesgos de no respuesta y la plataforma Web <https://easp.es/info/essa/> conectada a la de la EAS.
- En la EAS participan **equipos** de 4 centros directivos de la Consejería de Salud y Consumo liderados por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, de la EASP, del IECA, de Demométrica y de las Universidades de Granada y Gerona.

## 2. Contexto

### Encuestas Poblacionales de Salud en España:

Las encuestas de salud son parte fundamental de los sistemas de vigilancia de la Salud Pública y suponen una herramienta clave para la toma de decisiones en el ámbito de la planificación en salud y la evaluación de actuaciones en materia sanitaria. Proporcionan conocimiento sobre la magnitud, distribución y tendencias del estado de salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, desde el punto de vista de la ciudadanía. Permiten identificar en el ámbito de la salud los principales problemas para la priorización de actividades, para el diseño y desarrollo de estrategias de intervención, y para la evaluación y la asignación de recursos, así como la identificación de desigualdades en salud o en el acceso a los servicios sanitarios, además de proporcionar datos para la investigación epidemiológica. Por ello, la mayoría de los países desarrollados cuentan con su propia encuesta de salud, así como la mayoría de las Comunidades Autónomas de España (CCAA, Tabla 1).

Tabla 1. Encuestas poblacionales de Salud en España.

Ámbito geográfico	Acónimo	1983-2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Andalucía	And	1999																								6
Aragón	Ara				**			*						**					**							0
Asturias	PdA																									6
Baleares (Islas)	IB		¿?					*																		1
Canarias (Islas)	IC	1990, 97																								6
Cantabria	Can							*			**			**		**			**		**				**	0
Castilla La Mancha	CIM																		**							3
Castilla y León	CyL				**			**																		0
Cataluña	Cat	1994																								17
Extremadura	Ext				**			**						**					**							2
Galicia	Gal							*																		16
Madrid (C.A.)	CM	1996-2000																								28
Murcia	RdM							*,**																		0
Navarra	CFN	1991, 2000						*,**						**												12
País Vasco	PV	1986,92,97																								8
Rioja (La)	LR													**												0
Valencia (C.A.)	CV	1991																								6
Ceuta	Ceu																									2
Melilla	Mel																									0
Total CCAA	Total CCAA	15	4	5	2	2	5	4	5	2	4	5	4	4	3	4	5	6	5	5	4	4	5	4	7	113
ENSE	ENSE	1987,93,95,97																								9
EESE	EESE																									3
Barcelona	BCN	1983,86,92		ESCA																						8
Madrid (Ciudad)	MC																									4
Total OTRAS	Total OTRAS	7	2	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	2	0	0	1	2	0	1	24
TOTAL	Total	22	6	5	3	2	6	6	5	2	5	5	5	5	4	5	5	7	7	5	4	5	7	4	8	137

\* Muestra ampliada de la ENSE; \*\* Análisis de la ENSE; ¿? No se localiza información; ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España (ESdE a partir de 2023); EESE: Encuesta Europea de Salud en España (ESdE a partir de 2023);

Fuente: elaboración propia.

Así pues, la primera encuesta poblacional autonómica de salud fue la realizada en el País Vasco en 1986 y, posteriormente, se realizó la primera Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en 1987. Andalucía fue la 7ª CCAA que puso en marcha su propia encuesta, tras las de País Vasco, Canarias, Comunidad Valenciana, Navarra, Cataluña y Comunidad de Madrid.

Por otra parte, hay tres CCAA que realizan una encuesta de salud anual, Cataluña desde 2010, Comunidad de Madrid desde 1995 y Navarra desde 2014. De ahí que sean las que tengan mayor número de ediciones con 17, 28 y 12 respectivamente, junto con Galicia con 13. Le siguen las del País Vasco con 8 ediciones y Andalucía, Canarias y Valencia con 6. Las encuestas de salud autonómicas más recientes son las de Andalucía (2022/23), Asturias (2023), Canarias (2021), Cataluña (2023), Galicia (2023), Comunidad de Madrid (2023), Navarra (2023), País Vasco (2022/23) y Valencia (2022). CCAA como Aragón, Baleares, Cantabria y Galicia ampliaron la muestra de la ENSE2006 en sus respectivas regiones, mientras que Aragón, Islas Baleares, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cantabria, Extremadura, Murcia, La Rioja y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla no han realizado encuesta propia de salud ni ampliación de la ENSE en los últimos 15 años.

### **Encuesta Andaluza de Salud:**

La Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía (CSyC), a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), puso en marcha la primera edición de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) en 1999, realizándose otras cinco ediciones posteriormente (2003, 2007, 2011/12, 2015/16 y 2022/23). Se trata de la principal fuente de información de base poblacional de Andalucía en materia de salud, determinantes sociales y utilización de servicios sanitarios.

Además, la EAS, desde su VI edición, está enmarcada en la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía (AVISTA) y es una operación estadística oficial recogida en el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2023-29. Este Plan es el principal instrumento ordenador de la actividad estadística de la Administración de Andalucía. Conforme a lo dispuesto en su artículo 15.1, es obligatorio suministrar los datos que se soliciten para la elaboración de las actividades estadísticas y cartográficas incluidas en el Plan, así como en los programas estadísticos y cartográficos anuales que lo desarrollen, conforme a lo establecido en el artículo 14 de Ley 4/1989, de 12 diciembre, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Andalucía (modificada por la Ley 4/2007, de 4 de abril). Por otra parte, los resultados de la EAS pueden ser utilizados por la CSyC, así como por otras instituciones públicas como aportación esencial en sus decisiones y para la ejecución de proyectos de investigación (artículo 31.1).

Toda la información recogida por la EAS es estrictamente confidencial y está protegida por el Secreto Estadístico con base jurídica según la Ley de Estadística de la C.A. de Andalucía (artículos 9 a 17, 25 y 27), la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública,

el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (los artículos 6.1.d y e), y por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Además, se ha realizado una Evaluación de Impacto en Protección de Datos (EIPD) con resultado aceptable a través de la herramienta de la Agencia Española de protección de datos (AEPD) (<https://gestion.aepd.es/>) de acuerdo a la adecuación específica de esta metodología a los proyectos de investigación en el ámbito sanitario, así como a los documentos genéricos “Guía práctica para las Evaluaciones de Impacto en la Protección de los datos” sujetas al RGPD de la AEPD , y “Horizon 2020 Programme Guidance: How to complete your ethics self-assessment” (apartado 4 de datos personales).

Por último, el protocolo de la VI EAS fue presentado al Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía, resultando aprobado con código 01/22.

### **Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía:**

En marzo de 2020 estaba previsto realizar la VI edición de la EAS, aunque con la situación de la pandemia por la COVID-19 se aplazó su comienzo hasta que las circunstancias permitieran su desarrollo con las garantías de calidad para la consecución de los objetivos y de seguridad, tanto para las personas entrevistadas como para las entrevistadoras. Mientras tanto, se optó por realizar en colaboración con el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) una extensión específica que aportara información de interés sobre el impacto de esta situación sobre la salud de la población andaluza mayor de 16 años (EAS\_extensión ESSA – Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía) mediante un trabajo de campo no presencial (entrevistas telefónicas).

Hay que señalar que la ESSA es la única encuesta longitudinal poblacional en España relacionada con el impacto en salud de la COVID-19 desde sus comienzos. Además, consta de más de 22.000 entrevistas realizadas desde 2020 hasta 2023 en cinco mediciones a población general de 16 o más años, y dos mediciones a población de esa edad residente en zonas desfavorecidas, una metodología innovadora para la reducción de sesgos de no respuesta y una plataforma Web conectada a la de la EAS (<https://easp.es/info/essa/>).

### 3. Objetivos

La EAS tiene como objetivo general conocer las características de la población general andaluza relacionadas con su estado de salud, determinantes sociales y ambientales, morbilidad y utilización de servicios sanitarios. Además, desde su VI edición, la EAS, como operación estadística oficial, contribuye al cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Producir la información estadística y cartográfica requerida para la ejecución y seguimiento de las políticas europeas, nacionales y autonómicas en el ámbito de competencia de la Junta de Andalucía, concretamente la Estrategia de Salud de Andalucía 2030, así como de los distintos Planes Integrales y Estrategias del SSPA.
- Producir y difundir los datos estadísticos y cartográficos como información útil y reutilizable para la toma de decisiones participativas por la sociedad andaluza.
- Dotar a la ciudadanía de la información suficiente y objetiva que permita la evaluación de las políticas ejecutadas por la Junta de Andalucía y sus entes instrumentales.

Por otra parte, la EAS considera los cinco ejes transversales del Plan Estadístico a través de los siguientes objetivos:

- Cohesión: estudiar variables que contribuyen a corregir desigualdades sociales en salud en sus principales ejes de sexo, edad, clase social y territorio a través del análisis de las provincias andaluzas y el nivel de hábitat.
- Sostenibilidad: estudiar y aportar información para avanzar en el conocimiento de la relación entre factores medioambientales, condiciones de vida y salud.
- Innovación: recoger información sobre utilización de aparatos electrónicos en la población de menores, aplicar metodologías innovadoras de investigación por muestreo y ampliar la información a partir de registros administrativos y otras fuentes de información.
- Género: recoger el sexo de las personas entrevistadas que es cruzado sistemáticamente para la presentación de resultados con otros ejes de desigualdad como la edad, la clase social o el territorio. Además, la perspectiva de género se ha introducido de manera transversal en la VI EAS desde la concepción de los cuestionarios, en lenguaje inclusivo y sensibles a potenciales desigualdades por género, al tratamiento de los datos, con la construcción de un estimador específico para medir la brecha de género.
- Evaluación de la eficacia de las políticas públicas: producir información de calidad requerida para la ejecución y el seguimiento de políticas europeas, nacionales y



autonómicas en el ámbito de competencia de la Junta de Andalucía y contribuir a la planificación en materia de salud impulsada por la Junta de Andalucía.

## 4. Población, muestra y variables

La población de estudio de la EAS está formada por personas residentes en Andalucía no institucionalizadas. Se compone de dos muestras representativas, una dirigida a población de 16 o más años (muestra de adultos) y otra a población menor de 16 años (muestra de menores).

La EAS ha venido teniendo un tamaño de muestra efectiva hasta la V EAS alrededor de 8.600 personas, siendo unas 6.500 adultas y 2.100 menores. En relación con la VI EAS, se pudo contar con una muestra teórica de 22.770 viviendas al disponer de un marco poblacional (Base de Datos Longitudinal de Población de Andalucía, BDLPA) y, por otra parte, la muestra de adultos fue aumentada en 2.000 personas con respecto a ediciones anteriores, alcanzando las 8.743 personas.

Cada edición de la EAS recoge alrededor de 900 variables en sus cuestionarios sobre:

- características socioeconómicas: composición del hogar, estado civil, sexo, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, categoría profesional, tipo de contrato laboral, de jornada de trabajo, nivel de ingresos, clase social, retrasos en pagos, pobreza
- condiciones de la vivienda, pobreza energética y calidad medioambiental de la residencia
- cuidados informales (niños, mayores y personas con limitación o discapacidad)
- estado de salud: salud autopercebida física y mental (adultos), calidad de vida, características físicas, grado de autonomía en mayores de 65 años, necesidades de cuidados, accidentabilidad, salud sexual (adultos), agresión (menores).
- morbilidad percibida (enfermedades crónicas, molestias, limitaciones y discapacidades) y consumo de medicamentos
- apoyo afectivo y personal, bienestar emocional y felicidad (adultos)
- servicios de salud: consulta, hospitalización, urgencias, prestación bucodental, prevención, seguro sanitario, asistencia sanitaria no cubierta, vacunación (menores)
- hábitos de vida relacionados con la salud: alimentación, alcohol y tabaco (adultos), conducta vial (adultos), sueño, actividad física, hábitos de pantallas (menores), prácticas preventivas, participación social (menores)
- condiciones de trabajo y salud laboral.

Hay que destacar que, con la integración de las bases de datos de las 4 últimas ediciones de la EAS (2007, 2011/12, 2015/16 y 2022/23), se dispone una gran base de datos con más de 35.000 registros y 2.300 variables, de los que 28.330 registros y 1.435 variables corresponden a la muestra de población adulta y 8.249 registros y 892 variables a la de población menor.

Además de las variables de los cuestionarios, en la VI edición de la EAS se incluyen otras variables auxiliares a partir de los registros administrativos de la BDLPA, la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU), la Base Poblacional de Salud de Andalucía (BPS), la Red Andaluza de Información Ambiental (REDIAM), y la Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión y la Inserción Social (ERACIS).

## 5. Novedades de la VI EAS

En esta VI EAS se ha ampliado la muestra de población mayor de 16 años y se ha incorporado el uso de dispositivos electrónicos para realizar las entrevistas, además de un método estadístico que permite reducir potenciales sesgos. Ello ha contribuido a aumentar la validez y precisión de los resultados. Además, se ha desarrollado la plataforma Web <https://easp.es/info/eas/> integrando los datos de las cuatro últimas ediciones, (2007 a 2023), permitiendo conocer la evolución en los últimos 17 años de indicadores clave de salud, con gráficos interactivos y tablas descriptivas. El acceso a los resultados es público y tan solo requiere de un registro sencillo que se realiza a través de esa plataforma, y que permite recibir notificaciones de actualizaciones, nuevos productos o publicaciones relacionadas, mientras que el acceso a microdatos requiere de una solicitud realizada también a través de la plataforma.

A continuación, se listan algunas de las novedades introducidas en cada componente de la VI-EAS:

- ✓ Creación de la comisión de seguimiento de la EAS
- ✓ Planes y Estrategias: la EAS contribuye al análisis del estado de situación e indicadores de los siguientes planes y estrategias, entre otros:
  - Estrategia de Salud 2030 (anterior Plan Andaluz de Salud)
  - Vigilancia y Respuesta en Salud Pública
  - Promoción de una Vida Saludable
  - Obesidad Infantil
  - Salud Mental
  - Actividad Física y Alimentación Equilibrada

- Enfermedades Crónicas y Pluripatológicos
  - Dolor
  - Cefaleas
  - Infancia y Adolescencia
  - Salud Bucodental
  - Accidentabilidad
  - Tabaquismo
  - Salud Sexual y Reproductiva
  - Calidad del Sistema Sanitario Público
  - Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas
  - Cáncer
  - Enfermedades Respiratorias Crónicas
  - Riesgos Laborales
  - Igualdad
  - Medicina Personalizada y de Precisión
  - Estrategia de Cuidados
- ✓ Muestra:
- Disponibilidad del marco poblacional del que seleccionar las viviendas (BDLPA).
  - Muestreo probabilístico lo que mejora las estimaciones poblacionales.
  - Tres unidades muestrales (secciones censales, vivienda y personas) en vez de cuatro (no municipios), lo que permite una mayor precisión y reducción del componente espacial frente a mayor esfuerzo en campo.
  - Realización cuotas aleatorias de sexo y grupos de edad (en vivienda) para aumentar la representatividad sin perder la aleatoriedad.
  - Ampliación del tamaño de muestra de adultos en 2.000 personas (30%).
- ✓ Tasa de respuesta:
- Envío de carta postal de presentación firmada por la Consejera de Salud y Consumo.
  - Contacto telefónico previo obteniendo los teléfonos de la Base de Datos de Usuarios del SSPA.
  - No realización de sustitución.
  - Obtención de la tasa más alta hasta ahora.
- ✓ Entrevista a adultos y menores en el mismo hogar para una mayor eficiencia en trabajo de campo.

- ✓ Calidad y seguridad de la información:
  - Cambio al sistema CAPI mediante tabletas en vez de papel (PAPI).
  - Supervisión y seguimiento por dispositivo (además de telefónico y en campo).
- ✓ Preparación del campo para futuras submuestras específicas.
- ✓ Cuestionarios:
  - Disposición del cuestionario de hogar independiente.
  - Revisión avanzada en línea con distintos Planes y Estrategias de Andalucía y expertos.
  - Solicitud de utilización de escalas: SF-12, IPAQ, DUKE, Kidscreen.
  - Incorporación de más preguntas en algunas oleadas.
- ✓ Estimaciones:
  - Ajustes de pesos muestrales mediante Propensity Score Matching y calibración para mayor validez y precisión.
  - Evaluación de falta respuesta para mejor ajuste en las estimaciones.
  - Producción de código informático (en R y Python) para mayor reproducibilidad y mejora.
- ✓ Bases de datos:
  - Producción en código informático (Syntax SPSS) para reproducibilidad y mejora.
  - Armonización y fusión con ediciones anteriores de la EAS para comparabilidad y análisis de la evolución.
  - Ampliación de la VI EAS con información auxiliar de:
    - Georreferenciación de la residencia de las personas entrevistadas a nivel de portal y calle.
    - Indicadores medioambientales y otros contextuales socioeconómicos.
    - La Base Poblacional de Salud con datos clínicos.
- ✓ Creación del marco poblacional de Zonas Desfavorecidas para la realización de estudios sobre población residente en estas zonas.
- ✓ Difusión:
  - Aprobación del protocolo por el Comité Ético de Investigación (código 01/22).

- Producción de un informe metodológico (transparencia, reproducibilidad, mejora).
- Revisión de la producción científica.
- Participación en el Grupo de Responsables Técnicos de Encuestas Autonómicas de salud (Ministerio de Sanidad).
- Presentaciones en eventos científicos (SVEA, SEE, CIBER, SESA, EPH,...)
- Incorporación de indicadores clave en la memoria estadística BADEA.
- Desarrollo de la Plataforma Web <https://easp.es/info/eas/> con las secciones de inicio, proyecto, equipo, resultados, documentación y microdatos. Permite conocer la evolución en los últimos 17 años de indicadores clave de salud, con gráficos interactivos y tablas descriptivas (Figuras 2 y 3).

Figura 1. Plataforma Web de la Encuesta Andaluza de Salud (<https://easp.es/info/eas/>)



Figura 2. Sección de resultados de la Plataforma Web de la Encuesta Andaluza de Salud (<https://easp.es/info/eas/resultados/>)

Encuesta Andaluza de Salud: resultados descriptivos (adultos)

Seleccione las variables del listado de abajo o búsquelas a continuación

Buscador:

Entrevista

Composición del hogar

Cuidados informales

Tareas del hogar

Vivienda

Entorno residencial

Características demográficas

Características laborales

Características económicas

Calidad de vida relacionada con la salud

Bienestar socioemocional

Apoyo social funcional

Autonomía y capacidad funcional

Enfermedades crónicas

Seleccione los estimadores

Todas las tablas

Variables originales

Variables dicotomizadas

Cambio

Brecha de género

Seleccione las segmentaciones

Todas

Sexo y Edad

Sexo y Nivel de Hábitat

Sexo y Provincia

Sexo y Nivel de Estudios

Sexo y Clase Social

Seleccione las ediciones

Todas

2007

2012

2016

2023

Descargar distribución de la muestra

Visualizar

## 6. Resultados

En este apartado se recoge un ejemplo de los resultados que se pueden obtener a través de la plataforma Web de la Encuesta Andaluza de Salud ([easp.es/info/eas](http://easp.es/info/eas)). Se muestran resultados en relación con cuatro indicadores: percepción de salud general, dolor crónico (dentro del bloque de enfermedades crónicas) y actividad física y consumo de tabaco (dentro del bloque de hábitos de vida).

### 6.1. Salud general autopercibida

En 2023, un 9,9% de la población general andaluza de 16 o más años de edad percibió su salud general como excelente, un 26,8% muy buena, un 42,4% buena, un 16,5% regular y un 4,4% la percibió como mala.

En mujeres, los porcentajes de estados de salud excelente o muy bueno fueron inferiores a los de los hombres. Así pues, esos porcentajes fueron del 7,8% excelente, 24,9% muy bueno, 42,9% bueno, 18,9% regular y 5,4% malo, mientras que en hombres fueron de 12%, 28,9%, 41,8%, 13,9% y 3,4% respectivamente.

Figura 3. Población según su salud general autopercibida por edición, sexo y edad.



Tabla 2. Población según su salud general autopercebida en 2023.

Población según su salud general autopercebida en 2023		Hombre			Mujer			Total		
		Estimación puntual	lím inf IC	lím sup IC	Estimación puntual	lím inf IC	lím sup IC	Estimación puntual	lím inf IC	lím sup IC
16-24	Mala	0,0%			0,0%			0,0%		
	Regular	3,6%	1,55%	8,62%	6,75%	3,35%	11,89%	5,08%	2,97%	7,87%
	Buena	21,9%	15,7%	28,8%	28,5%	22,7%	35,8%	25,0%	20,6%	29,7%
	Muy buena	38,7%	31,7%	46,8%	42,1%	34,8%	49,0%	40,3%	34,9%	45,7%
	Excelente	35,9%	28,8%	43,9%	22,7%	17,1%	29,4%	29,7%	25,0%	35,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
25-34	Mala	0,8%	0,3%	2,2%	0,6%	0,1%	1,7%	0,7%	0,2%	1,4%
	Regular	5,7%	3,5%	9,0%	3,9%	2,5%	6,0%	4,7%	3,3%	6,5%
	Buena	31,8%	26,0%	37,5%	42,2%	37,5%	46,7%	37,1%	33,8%	40,6%
	Muy buena	41,8%	36,1%	47,5%	40,2%	35,7%	44,9%	41,0%	37,1%	44,4%
	Excelente	19,9%	15,1%	25,5%	13,2%	10,2%	16,9%	16,5%	13,8%	19,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
35-44	Mala	0,9%	0,3%	2,1%	1,4%	0,7%	2,3%	1,1%	0,7%	1,9%
	Regular	6,2%	4,4%	8,6%	9,2%	7,4%	11,2%	7,7%	6,4%	9,1%
	Buena	39,2%	35,1%	43,4%	43,6%	40,2%	47,0%	41,4%	38,9%	44,3%
	Muy buena	41,5%	37,2%	45,6%	35,6%	32,1%	38,8%	38,6%	36,0%	41,3%
	Excelente	12,3%	9,3%	15,4%	10,2%	8,2%	12,3%	11,2%	9,3%	13,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
45-54	Mala	3,0%	1,8%	4,5%	2,7%	2,0%	3,8%	2,8%	2,1%	3,8%
	Regular	13,0%	10,4%	15,9%	15,6%	13,6%	17,8%	14,3%	12,7%	16,0%
	Buena	48,8%	45,2%	52,6%	52,6%	49,5%	55,3%	50,7%	48,3%	53,2%
	Muy buena	26,9%	23,3%	30,4%	23,0%	20,9%	25,7%	24,9%	23,0%	26,9%
	Excelente	8,3%	6,2%	10,6%	6,1%	4,9%	7,9%	7,2%	5,9%	8,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
55-64	Mala	4,7%	3,4%	6,5%	5,9%	4,5%	7,5%	5,3%	4,4%	6,5%
	Regular	21,7%	18,7%	25,2%	27,1%	24,4%	29,7%	24,4%	22,2%	26,7%
	Buena	49,7%	46,0%	53,3%	48,2%	45,2%	51,3%	49,0%	46,3%	51,5%
	Muy buena	18,7%	15,7%	21,7%	15,3%	13,1%	17,6%	17,0%	15,3%	19,1%
	Excelente	5,1%	3,5%	7,1%	3,5%	2,4%	4,6%	4,3%	3,3%	5,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
65-74	Mala	5,6%	3,9%	7,6%	8,8%	6,9%	10,8%	7,3%	5,9%	8,8%
	Regular	22,2%	19,0%	25,8%	32,1%	28,9%	35,2%	27,3%	25,0%	29,8%
	Buena	52,3%	48,3%	56,6%	43,1%	39,8%	46,9%	47,5%	44,7%	50,2%
	Muy buena	16,4%	13,5%	19,8%	14,2%	12,1%	16,8%	15,3%	13,3%	17,3%
	Excelente	3,5%	2,2%	5,5%	1,7%	1,0%	2,8%	2,6%	1,7%	3,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
75 o más	Mala	12,6%	9,7%	16,0%	20,4%	18,0%	23,4%	17,3%	15,3%	19,5%
	Regular	31,7%	27,6%	36,0%	40,0%	36,9%	43,6%	36,7%	34,1%	39,1%
	Buena	42,8%	38,2%	47,3%	31,8%	28,6%	34,9%	36,2%	33,7%	38,7%
	Muy buena	11,5%	8,8%	14,7%	6,4%	4,9%	8,2%	8,5%	7,0%	10,4%
	Excelente	1,4%	0,6%	3,1%	1,3%	0,6%	2,4%	1,4%	0,8%	2,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Mala	3,4%	2,9%	4,0%	5,4%	4,8%	5,9%	4,4%	4,0%	4,9%
	Regular	13,9%	12,8%	15,2%	18,9%	17,9%	19,9%	16,5%	15,7%	17,3%
	Buena	41,8%	40,0%	43,5%	42,9%	41,5%	44,3%	42,4%	41,2%	43,4%
	Muy buena	28,9%	27,1%	30,6%	24,9%	23,7%	26,3%	26,8%	25,8%	28,0%
	Excelente	12,0%	10,5%	13,4%	7,8%	7,0%	8,9%	9,9%	9,0%	10,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por otra parte, un 20,9% de la población general adulta percibió en 2023 su salud general como regular o mala, siendo significativamente superior en mujeres que en hombres con un 24,3% y 17,4% respectivamente, especialmente entre mujeres y hombres mayores de 75 años (60,4% y 44,3%).

En cuanto a su evolución, se observa cómo ha disminuido la salud general autopercebida como regular o mala desde 2007 hasta 2023 en mujeres, en todos los grupos de edad excepto en las mujeres de 16 a 24 años. Este descenso también se muestra en hombres de más de 65 años.



Figura 4. Población con salud general regular o mala por edición, sexo y edad.

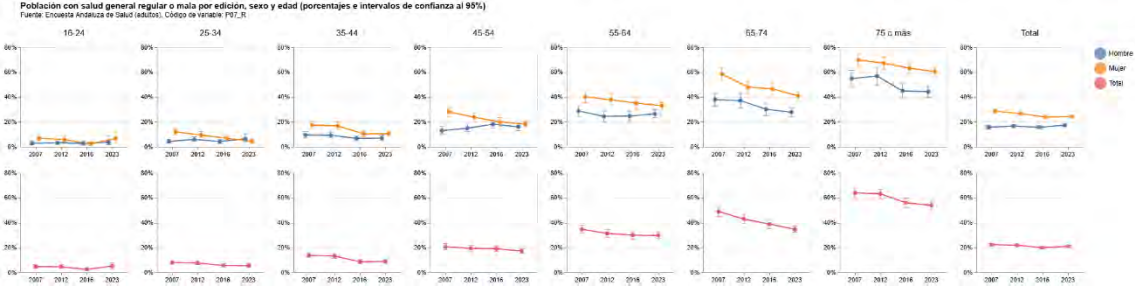


Tabla 3. Población con salud general regular o mala.

Población con salud general regular o mala		Hombre				Mujer				Total			
		2007	2012	2016	2023	2007	2012	2016	2023	2007	2012	2016	2023
16-24	Estimación	2,9%	3,2%	2,7%	3,6%	6,7%	5,8%	2,1%	6,8%	4,7%	4,5%	2,5%	5,1%
	IC 95%	1,6 ; 4,8	1,9 ; 4,9	1,4 ; 4,7	1,6 ; 8,6	4,8 ; 9,6	3,8 ; 8,5	1,1 ; 3,9	3,3 ; 11,9	3,6 ; 6,2	3,3 ; 6,1	1,6 ; 3,7	3 ; 7,9
25-34	Estimación	4,4%	5,9%	4,2%	6,5%	12%	9,4%	6,8%	4,4%	7,9%	7,6%	5,5%	5,4%
	IC 95%	3 ; 6,2	4,4 ; 8	2,6 ; 6	4,1 ; 10,1	9,6 ; 14,7	7,3 ; 12,1	4,9 ; 9,2	2,8 ; 6,5	6,5 ; 9,5	6,2 ; 9,2	4,3 ; 6,9	4 ; 7,3
35-44	Estimación	9,5%	9,2%	6,8%	7%	17,5%	16,8%	10,5%	10,5%	13,6%	13,1%	8,6%	8,8%
	IC 95%	7,4 ; 12,1	7 ; 11,8	4,9 ; 8,8	5,1 ; 9,4	14,6 ; 20,5	14,3 ; 20	8 ; 12,8	8,6 ; 12,7	11,8 ; 15,7	11,3 ; 15,1	7,1 ; 10,2	7,3 ; 10,2
45-54	Estimación	13%	14,8%	18,1%	16%	28,1%	23,8%	19,8%	18,3%	20,5%	19,3%	19%	17,2%
	IC 95%	10,2 ; 16,5	12 ; 18,2	14,9 ; 21,6	13 ; 18,9	24,1 ; 32,2	20,5 ; 27,4	16,6 ; 23,5	16,1 ; 20,7	18,1 ; 23,2	17 ; 21,6	16,7 ; 21,3	15,4 ; 19,1
55-64	Estimación	28,9%	24,4%	24,7%	26,5%	40,2%	37,8%	35%	33%	34,7%	31,3%	30%	29,7%
	IC 95%	24,5 ; 33,4	20,2 ; 28,6	20,7 ; 28,8	23,3 ; 30	35,4 ; 44,9	33,1 ; 42,9	30,2 ; 39,5	30,1 ; 35,8	31,4 ; 38	28,2 ; 34,6	26,6 ; 32,7	27,5 ; 32,1
65-74	Estimación	38%	37,1%	30,2%	27,8%	58,5%	48%	46,5%	41%	49,1%	42,9%	38,8%	34,6%
	IC 95%	32,7 ; 42,9	31,3 ; 43	25,1 ; 35	24 ; 31,5	53,1 ; 63,3	42,8 ; 52,9	41,4 ; 51,4	37,4 ; 44	45 ; 52,5	39,1 ; 46,8	35 ; 42,5	32,2 ; 37,2
75 o más	Estimación	54,9%	56,9%	44,9%	44,3%	69,7%	67,3%	63,2%	60,4%	64%	63,2%	56%	54%
	IC 95%	48,4 ; 61,6	49,7 ; 63,3	39 ; 50,8	39,6 ; 48,6	64 ; 75,2	62,2 ; 72,1	57,3 ; 68,9	57,2 ; 64	59,5 ; 67,9	59,3 ; 66,9	51,9 ; 59,7	51,1 ; 56,6
Total	Estimación	15,6%	16,7%	15,7%	17,4%	28,6%	26,7%	23,9%	24,3%	22,2%	21,8%	19,9%	20,9%
	IC 95%	14,4 ; 17	15,4 ; 18,1	14,5 ; 17	16,2 ; 18,7	27 ; 30,2	25,2 ; 28,3	22,3 ; 25,5	23,2 ; 25,4	21,3 ; 23,3	20,8 ; 22,9	18,9 ; 20,8	20 ; 21,7

Respecto a la brecha de género sobre la percepción de salud mala o muy mala, se observan valores positivos en todos los grupos de edad, es decir, peores resultados en mujeres que en hombres, excepto entre 25-34 años. Así pues, en el total para 2023 se observa una brecha de género absoluta de +7 puntos porcentuales, indicando que las mujeres muestran un valor más alto (en esos puntos porcentuales) en la regular o mala percepción de salud en comparación con los hombres, llegando a ser de +16,1 puntos porcentuales en mayores de 75 años. En términos relativos, esas cifras serían de 40,1% y 36,4%, respectivamente.

Por otra parte, se observa una reducción de la brecha de género en los últimos 17 años, pasando, en términos relativos, de un 83,1% en 2007 a un 40% en 2023 o, en términos absolutos, de 13 puntos porcentuales de diferencia entre mujeres y hombres en 2007 a 7 puntos en 2023 (Figura 5).

Figura 5. Brechas de género de: Población con salud general regular o mala por edad.

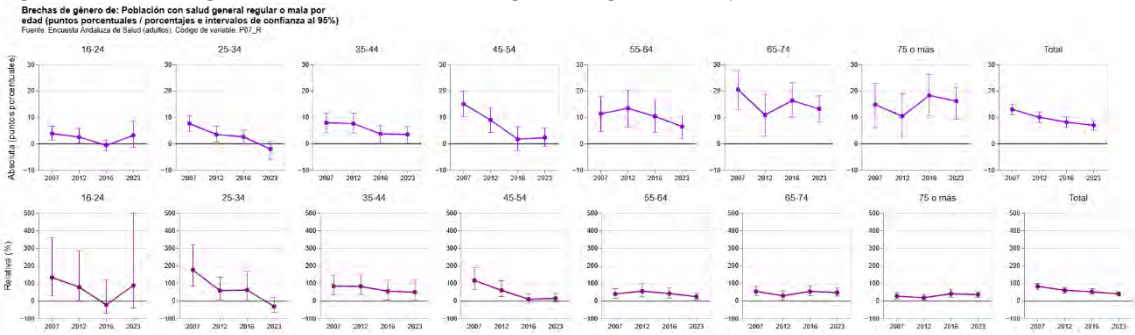
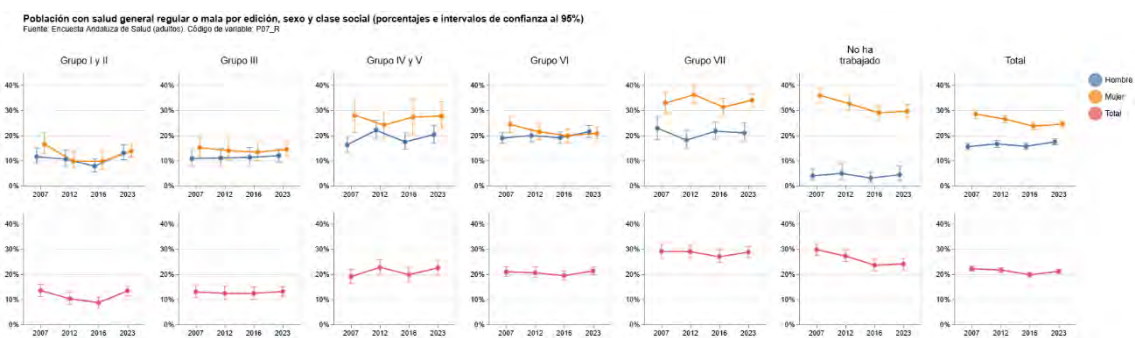


Tabla 4. Población con salud general regular o mala.

Población con salud general regular o mala		Brecha de género absoluta				Brecha de género relativa			
		2007	2012	2016	2023	2007	2012	2016	2023
16-24	Estimación	3,8	2,5	-0,6	3,1	133,2%	78,5%	-21,8%	87,4%
	IC 95% inferior	1,4	0,2	-2,7	-1,4	28,%	0,%	-71,4%	-39,4%
	IC 95% superior	6,6	5,8	1,4	8,5	359,3%	286,8%	121,1%	496,7%
25-34	Estimación	7,7	3,5	2,6	-2,	176,3%	58,9%	62,2%	-31,3%
	IC 95% inferior	4,7	0,7	-0,1	-5,9	83,5%	6,7%	-1,4%	-64,8%
	IC 95% superior	10,8	6,6	5,1	0,9	319,7%	135,8%	168,6%	22,%
35-44	Estimación	7,9	7,6	3,7	3,5	83,3%	82,8%	54,9%	49,9%
	IC 95% inferior	4,1	4,	0,5	0,2	35,6%	36,3%	5,%	1,8%
	IC 95% superior	11,7	11,6	6,7	6,5	147,4%	152,1%	119,9%	117,8%
45-54	Estimación	15,1	9,	1,7	2,3	116,1%	60,5%	9,5%	14,4%
	IC 95% inferior	10,2	4,3	-2,6	-1,	64,5%	25,1%	-13,1%	-5,7%
	IC 95% superior	20,	13,5	6,5	6,	188,4%	114,6%	40,4%	43,9%
55-64	Estimación	11,3	13,4	10,4	6,5	39,3%	54,9%	41,9%	24,6%
	IC 95% inferior	4,7	6,4	4,3	1,8	14,%	22,8%	16,5%	6,4%
	IC 95% superior	17,9	20,3	16,5	10,5	69,6%	98,3%	76,5%	44,6%
65-74	Estimación	20,5	10,9	16,3	13,2	53,9%	29,5%	54,1%	47,4%
	IC 95% inferior	12,9	3,	10,1	8,2	30,%	6,3%	29,9%	27,7%
	IC 95% superior	27,7	18,8	23,2	18,1	82,%	57,4%	86,9%	73,6%
75 o más	Estimación	14,8	10,4	18,3	16,1	27,1%	18,2%	40,7%	36,4%
	IC 95% inferior	6,	2,5	10,5	9,3	10,%	3,9%	21,3%	18,8%
	IC 95% superior	22,8	19,	26,3	21,3	47,1%	36,8%	65,3%	51,8%
Total	Estimación	13,	10,	8,2	7,	83,1%	60,1%	52,1%	40,1%
	IC 95% inferior	11,	8,	6,2	5,1	65,8%	45,5%	37,8%	27,6%
	IC 95% superior	14,9	12,1	10,2	8,5	100,7%	77,5%	69,8%	51,7%

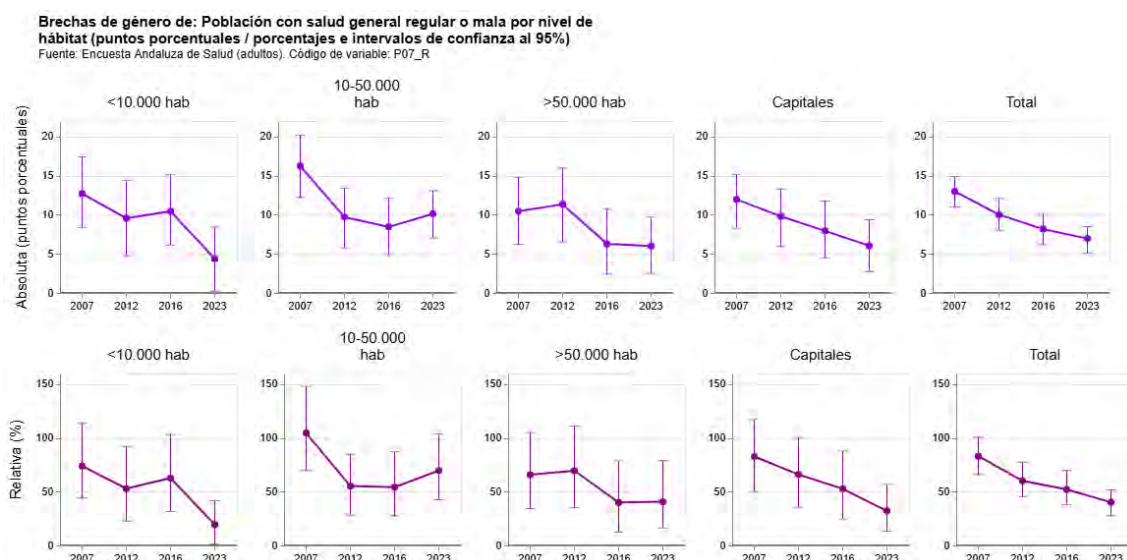
Respecto a la percepción de salud percibida por clase social, el porcentaje de personas con salud general regular o mala es menor en clases sociales más altas. Se observa gran variabilidad en las diferencias entre hombres y mujeres en relación a este porcentaje en función de la clase social, siendo mayores las diferencias por sexo en las clases sociales más bajas y en las personas que no han trabajado.

Figura 6. Población con salud general regular o mala por edición, sexo y clase social.



Respecto al territorio, se mantiene la brecha de género positiva para todos los tamaños de municipio, siendo las mujeres las que muestran porcentajes mayores de salud general regular o mala, aunque se observa una disminución de la misma desde 2007 llegando a 7 puntos porcentuales en 2023 para todos los municipios.

Figura 7. Brecha de género de Población con salud general regular o mala por edición, sexo y nivel de hábitat



## 6.2. Dolor crónico

La evolución del dolor crónico en población mayor de 16 años desde 2007 hasta 2023 se muestra en la siguiente imagen, observándose cómo la prevalencia venía disminuyendo desde 2007 hasta 2016, siendo del 22,8% en 2007, 17,2% en 2012 y 14% en 2016; sin embargo, en 2023 esta experimentó un importante incremento hasta situarse en el 30,4% (IC95%= 29,3 - 31,4), estimándose así el número de personas con dolor crónico en Andalucía de 2.206.276 personas (IC95%=2.130.766 - 2.284.622). Esta evolución descendente hasta 2016 se observó tanto en hombres como en mujeres y en prácticamente todos los grupos de edad. Igualmente, se observa cómo en toda la serie las mujeres han mantenido una prevalencia de dolor crónico por encima de los hombres y para todos los grupos de edad.

Figura 8. Prevalencia de dolor crónico en población mayor de 16 años por edición de la Encuesta Andaluza de Salud, según sexo y edad.

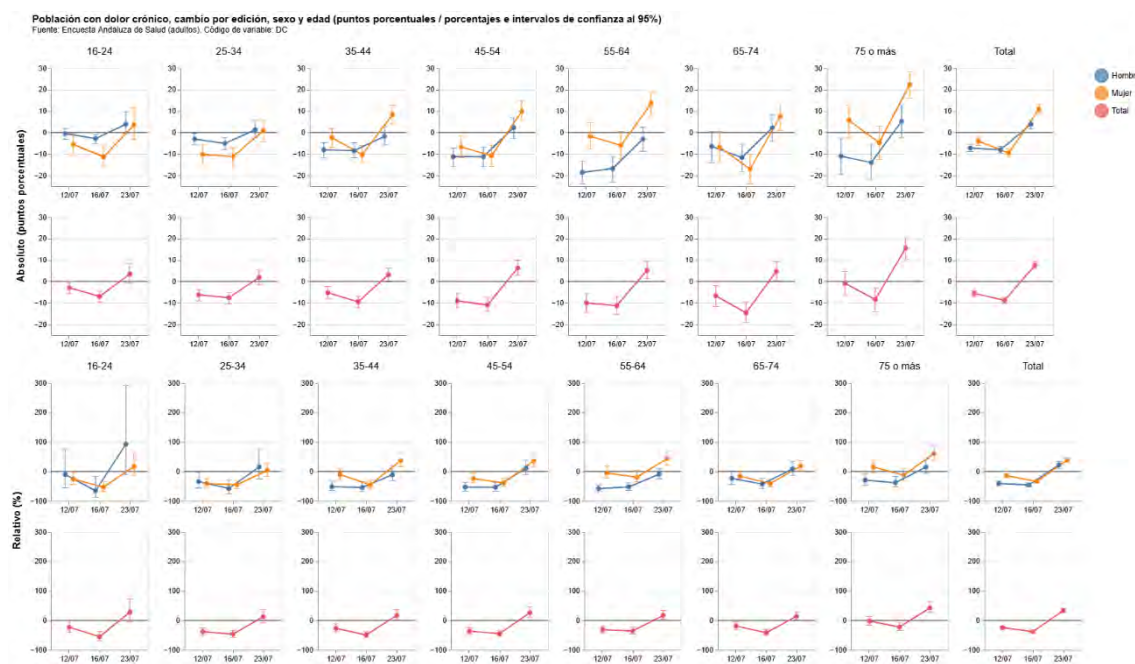


Así pues, como se puede observar en la siguiente tabla, la prevalencia en mujeres pasó del 27,9% (IC95%= 26,2 – 29,3) en 2007 al 38,8% (IC95%= 37,3 – 40,1) en 2023, mientras la de los hombres pasó del 17,5% (IC95%= 16,2 – 18,9) al 21,4% (IC95%= 20 – 22,9) respectivamente. Esto supone un cambio del relativo mayor en las mujeres que en los hombres, siendo del 39,1% (IC95%= 30,5 – 49,1) y 22,4% (IC95%= 10,1 – 34,4) respectivamente, y especialmente relevante en mujeres a partir de 35 años, donde se observa un mayor cambio conforme aumenta la edad, pasando del 37,1% (IC95%= 15,7 – 65,1) en 35-44 años al 60,4% (IC95%= 38,3 – 86,3) en 75 o más años.

Tabla 5. Porcentaje de población con dolor crónico.

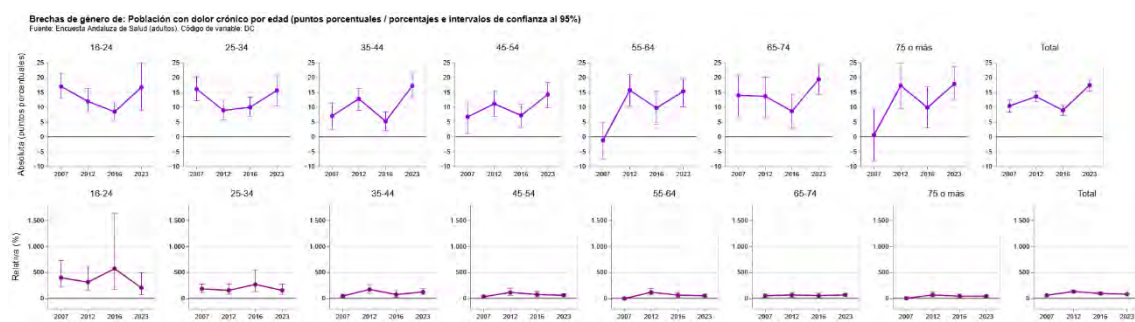
Población con dolor crónico (tasa de respuesta: 100,0%)		Hombre				Mujer				Total			
		2007	2012	2016	2023	2007	2012	2016	2023	2007	2012	2016	2023
16-24	Estimación	4,25%	3,8%	1,46%	8,17%	21,16%	15,69%	9,84%	24,77%	12,47%	9,58%	5,53%	15,98%
	IC 95% inferior	2,75%	2,18%	0,52%	4,16%	17,9%	12,73%	7,25%	18,86%	10,48%	7,66%	3,99%	12,58%
	IC 95% superior	6,7%	6,03%	3,05%	14,13%	25,25%	19,55%	13,07%	31,25%	14,52%	11,61%	7,22%	20,59%
25-34	Estimación	8,72%	5,75%	3,7%	10,05%	24,77%	14,62%	13,57%	25,63%	16,1%	9,92%	8,52%	18,04%
	IC 95% inferior	6,81%	4,17%	2,21%	6,88%	21,17%	11,83%	11,06%	21,68%	14,14%	8,29%	7,09%	15,29%
	IC 95% superior	10,99%	7,79%	5,71%	13,83%	28,46%	17,44%	16,5%	29,78%	18,06%	11,76%	10,33%	21%
35-44	Estimación	15,51%	7,46%	7,08%	13,77%	22,51%	20,2%	12,26%	30,86%	19,15%	13,96%	9,65%	22,33%
	IC 95% inferior	12,81%	5,74%	5,23%	10,99%	19,51%	17,06%	9,99%	27,89%	16,97%	12,08%	8,13%	20,07%
	IC 95% superior	18,19%	9,7%	9,33%	17,12%	26,04%	23,46%	14,9%	34,11%	21,46%	15,93%	11,49%	24,35%
45-54	Estimación	21,02%	9,83%	9,78%	23,35%	27,64%	20,92%	16,93%	37,54%	24,32%	15,38%	13,36%	30,62%
	IC 95% inferior	17,7%	7,61%	7,53%	20,2%	23,87%	17,78%	14,03%	34,87%	21,74%	12,95%	11,55%	28,48%
	IC 95% superior	25,54%	12,64%	12,47%	26,43%	31,68%	24,73%	20,06%	40,29%	26,85%	17,3%	15,44%	32,94%
55-64	Estimación	31,91%	13,33%	15,13%	28,94%	30,72%	29,%	24,78%	44,19%	31,3%	21,33%	20,05%	36,56%
	IC 95% inferior	26,92%	10,34%	11,84%	25,69%	26,52%	24,95%	20,84%	41,1%	27,98%	18,44%	17,66%	34,25%
	IC 95% superior	36,57%	16,57%	18,83%	32,68%	35,31%	33,25%	29,3%	47,34%	34,52%	24,16%	22,99%	38,96%
65-74	Estimación	27,31%	20,89%	15,68%	29,6%	41,23%	34,5%	24,24%	48,93%	34,82%	28,15%	20,22%	39,63%
	IC 95% inferior	22,43%	16,34%	11,87%	26,02%	36,52%	29,69%	20,02%	45,39%	31,44%	24,36%	17,38%	37,14%
	IC 95% superior	32,3%	26,11%	19,94%	33,41%	46,18%	39,37%	28,94%	52,5%	37,99%	31,63%	23,39%	42,39%
75 o más	Estimación	36,72%	25,74%	22,73%	41,99%	37,25%	42,95%	32,51%	59,74%	37,05%	36,22%	28,69%	52,63%
	IC 95% inferior	30,54%	19,94%	18,48%	37,35%	31,64%	37,91%	27,38%	56,61%	32,89%	32,55%	25,15%	49,44%
	IC 95% superior	43,2%	32,07%	28,34%	46,41%	43,07%	48,19%	37,83%	63,08%	41,08%	40,07%	32,7%	55,06%
Total	Estimación	17,51%	10,34%	9,48%	21,44%	27,86%	23,84%	18,37%	38,77%	22,77%	17,22%	14,02%	30,35%
	IC 95% inferior	16,19%	9,27%	8,49%	19,96%	26,16%	22,53%	17,04%	37,33%	21,77%	16,26%	13,13%	29,31%
	IC 95% superior	18,93%	11,3%	10,52%	22,94%	29,32%	25,27%	19,68%	40,1%	23,89%	18,12%	14,87%	31,43%

Figura 9. Población mayor de 16 años con dolor crónico, cambios absolutos y relativos por edición de la Encuesta Andaluza de Salud.



Respecto a las brechas de género, en el siguiente gráfico se observa cómo estas son positivas (peor resultado en mujeres) en todos los grupos de edad y en la serie de estudio, a excepción de 2007 para 55-64 y 75 o más años. Así pues, en 2023 la brecha de género del dolor crónico es de 17,3 (IC95%= 15,3 – 19,2) puntos porcentuales que, en términos relativos, supone un 80,8% (IC95%= 68,1 – 94,6). Además, estas se mantienen en el tiempo, destacando mayores los valores en los grupos de edad más jóvenes.

Figura 10. Brechas de género de población mayor de 16 años con dolor crónico por edad por edición de la Encuesta Andaluza de Salud.



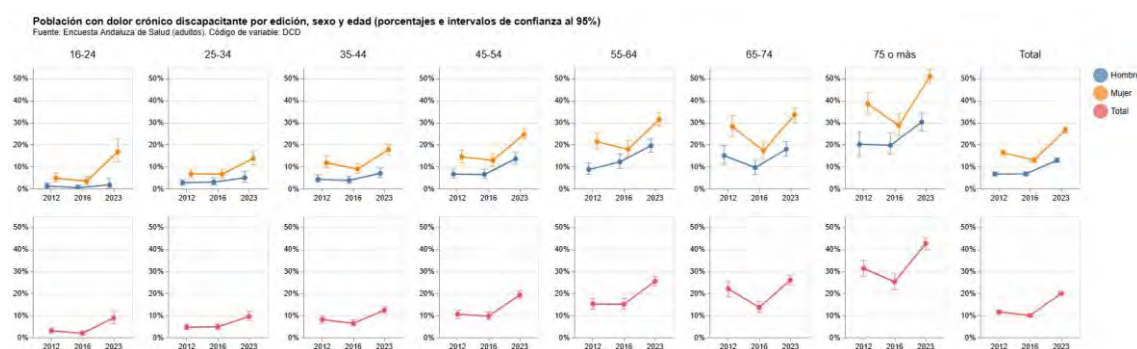
En cuanto a la clase social, en 2023 se observaron mayores prevalencias de dolor crónico conforme más desfavorecida es la clase social, pasando del 25,9% (IC95%= 23,5 – 28,6) en los grupos I y II al 36,9% (IC95%= 34,7 – 39,2) en el grupo VII. Además, las mujeres mantienen



prevalencias superiores que los hombres en todas las clases sociales, observándose mayores distancias entre ambas poblacionales conforme disminuye la clase social.

Respecto al dolor crónico discapacitante, como se muestra en el siguiente gráfico, igualmente se observa un fuerte aumento de su prevalencia en población mayor de 16 años, pasando del 11,6% (IC95%= 10,7 – 12,3) en 2012 al 20% (IC95%= 19,1 – 20,9) en 2023, siendo más elevada en mujeres que en hombres (26,7% [IC95%= 25,2 – 28] y 12,9% [IC95%= 11,8 – 14], respectivamente, en 2023) para todos los grupos de edad y ediciones de la EAS, aunque el cambio relativo de 2023 con respecto a 2012 fue mayor en hombres que en mujeres (93,3% [IC95%= 64,7 – 125,3] y 63,8% [IC95%= 50,2 – 79,1], respectivamente).

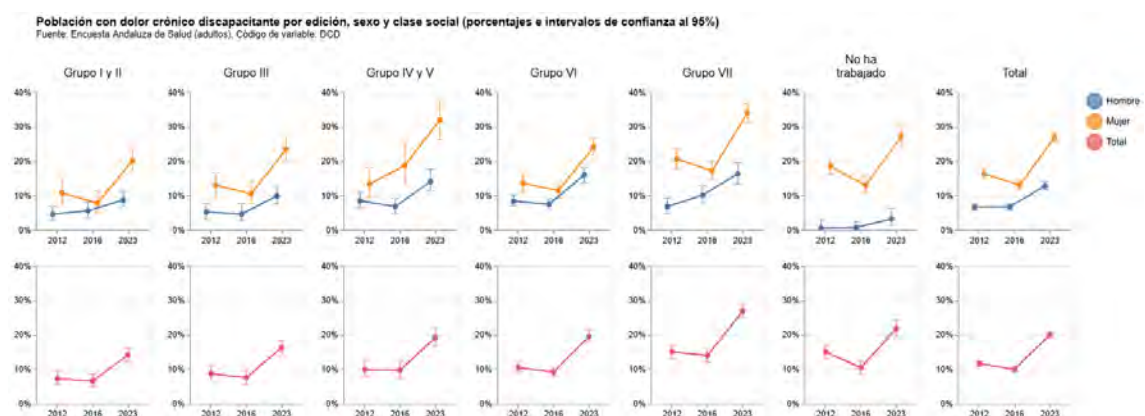
Figura 11. Población con dolor crónico discapacitante por edición de la Encuesta Andaluza de Salud, sexo y grupos de edad.



En relación con la brecha de género del dolor crónico discapacitante en población mayor de 16 años, esta es positiva para todos los grupos de edad y ediciones de la EAS (resultado peor o más desfavorable para las mujeres), observándose valores relativos más altos en los grupos de edad más jóvenes, aunque también mucha mayor variabilidad en la estimación debido a la menor muestra en estas poblaciones.

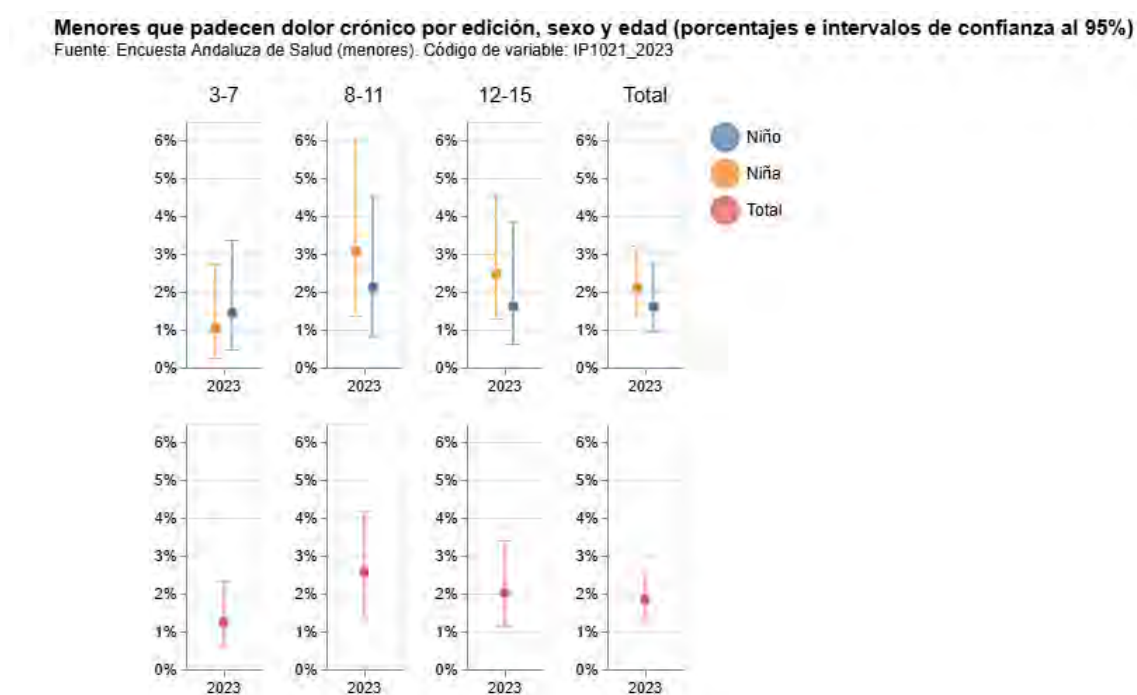
En cuanto a la clase social, en el siguiente gráfico se observa un incremento de la prevalencia en las clases más altas a la intermedia en las mujeres, yendo desde el 20,2% (IC95%= 17,2 – 23,8) en el grupo I y II y 23,5% (IC95%= 20,3 – 27,2) en el III, al 32% (IC95%= 26,4 – 37,7) en el IV y V. En los hombres se observa un aumento menos pronunciado.

Figura 12. Población mayor de 16 años con dolor crónico discapacitante por edición de la Encuesta Andaluza de Salud, sexo y clase social.



Por último, en cuanto a la población menor, el siguiente gráfico muestra que la prevalencia del dolor crónico en menores entre 2 y 15 años según la Encuesta Andaluza de Salud de 2023 es del 1,8% (IC95%=1,3 - 2,5); esto supone unos 24.500 menores de esa edad, siendo algo más elevada en niñas que en niños (2,1% [IC95%= 1,3 - 3,2] y 1,6% [IC95%= 1 - 2,8], respectivamente) y en el grupo de edad de 8 a 11 años (2,6% [IC95%= 1,3 - 4,2]), aunque sin significación estadística.

Figura 13. Prevalencia del dolor crónico en población entre 3 y 15 años. Encuesta Andaluza de Salud, 2023.

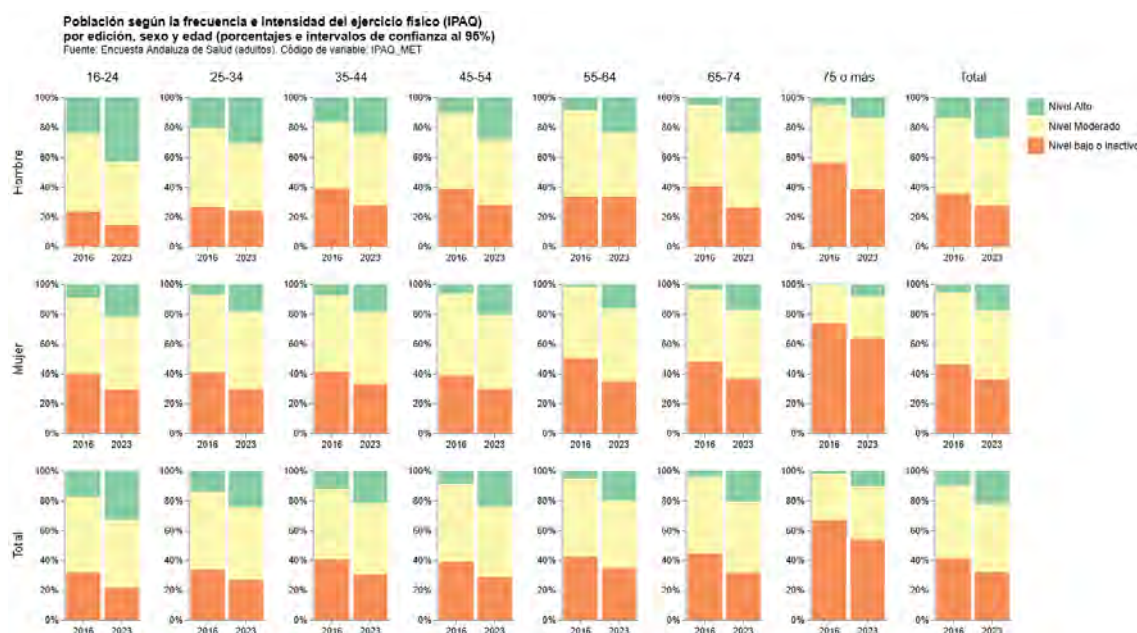


### 6.3. Actividad física

La actividad física de la población adulta se recoge con varios indicadores en la VI EAS. Uno de ellos es mediante el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ).

Se pueden comparar 2016 y 2023, observándose una importante subida en nivel alto para 2023 (de 9,7% en 2016 a 22,2% en 2023), especialmente en mujeres 65-74 años (de 4,5% a 20,6%) y en Huelva (de 11,4% a 61,7%). El nivel moderado se reduce de 49,2% a 45,9% siendo mayor el descenso en hombres (de 50,3% a 45,4%) que en mujeres (de 48,2% a 46,3%), sin grandes cambios por grupos de edad y provincia (solo suben Almería y Sevilla).

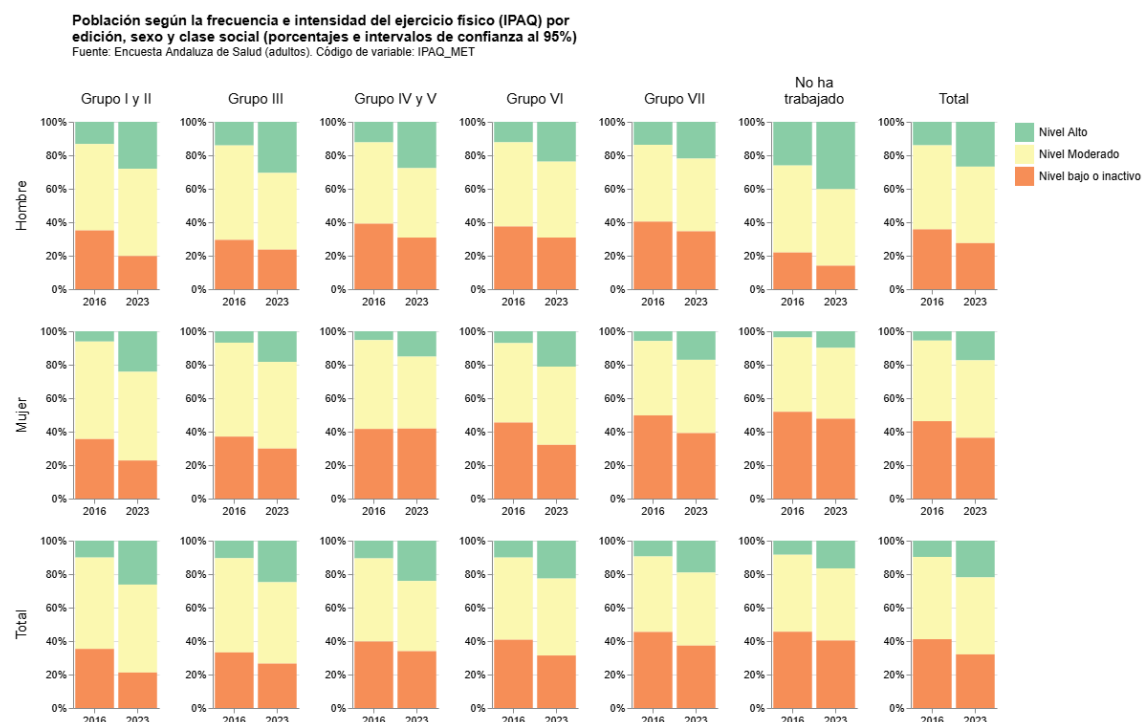
Figura 14. Población según la frecuencia e intensidad del ejercicio físico (IPAQ) por edición, sexo y edad.



Por otra parte, se observa una importante subida en todas las clases sociales para nivel alto, en ambos sexos y mayor en el grupo I y II que en el resto. El nivel moderado se mantiene o baja en hombres, y baja en mujeres en todas las clases sociales.



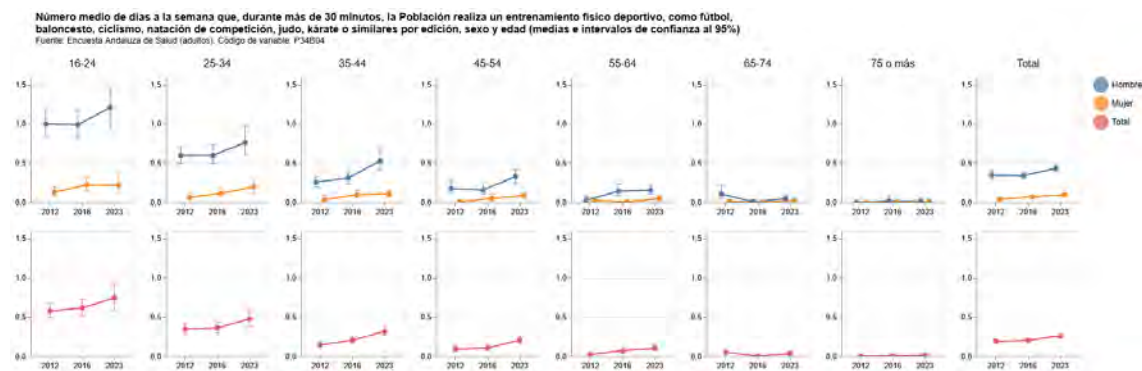
Figura 15. Población según la frecuencia e intensidad del ejercicio físico (IPAQ) por edición, sexo y clase social.



Respecto a la actividad física medida como número de días, se pueden comparar 2012, 2016 y 2023. Se observa una fuerte subida en caminar, sobre todo en los menores de 45 años, tanto mujeres como hombres. Similar subida en gimnasia suave, aunque en menores de 65 años, subidas más pronunciadas en mujeres menores de 45. En moderada no hay cambio, incluso es algo menor, especialmente en mujeres.

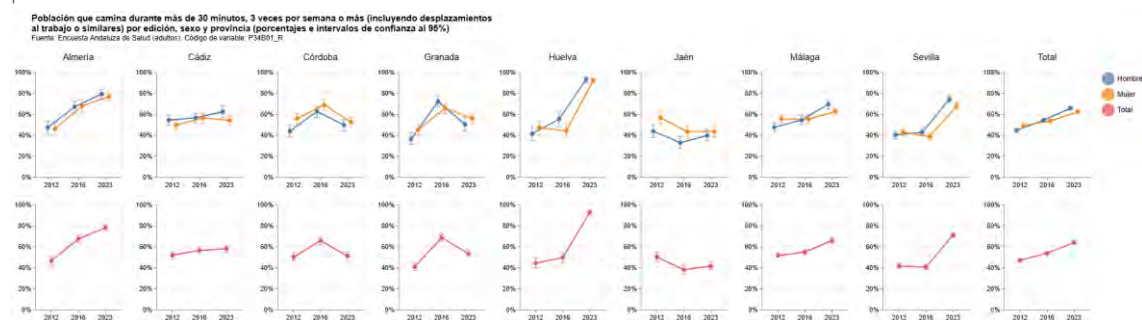
Por otra parte, en entrenamiento físico deportivo, aumenta ligeramente en menores de 55 años. En todos los indicadores, los hombres practican más que las mujeres, caminar a partir de 65 años, y en el resto de las actividades en menores de 45 para suave o moderada, y menores de 65 para deportiva.

Figura 16. Nº medio de días a la semana que la población realiza un entrenamiento físico deportivo, como fútbol, baloncesto, ciclismo, natación de competición, judo, karate o similares por edición, sexo y edad.



Por provincia, los hombres practican actividad física moderada o deportiva más que las mujeres en todas las provincias, siendo similar la práctica de caminar y suave. Subida importante en Almería, Huelva, Málaga y Sevilla (aquí con mucha variabilidad en hombres) para caminar. También para Almería, Cádiz, Huelva y Sevilla en actividad suave. Sin cambios relevantes por provincia en moderada, salvo en Jaén donde disminuye en 2023, ni en entrenamiento físico deportivo, salvo en Córdoba donde se observa una evolución descendente en hombres y Sevilla donde aumenta en 2023.

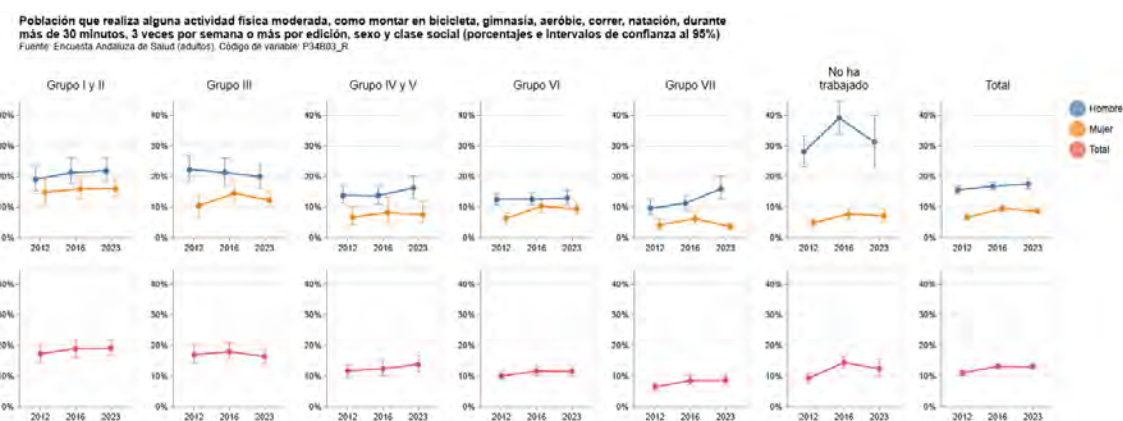
Figura 17. Población que camina durante más de 30 minutos, 3 veces por semana o más por edición, sexo y provincia.



Aumento de caminar y actividad suave para todas las clases sociales, para actividad moderada y deportiva no hay diferencias relevantes por clase social

Los hombres practican actividad moderada más que las mujeres todos los grupos de clase social, sobre todo en las personas que no han trabajado. Similar situación se observa para actividad deportiva.

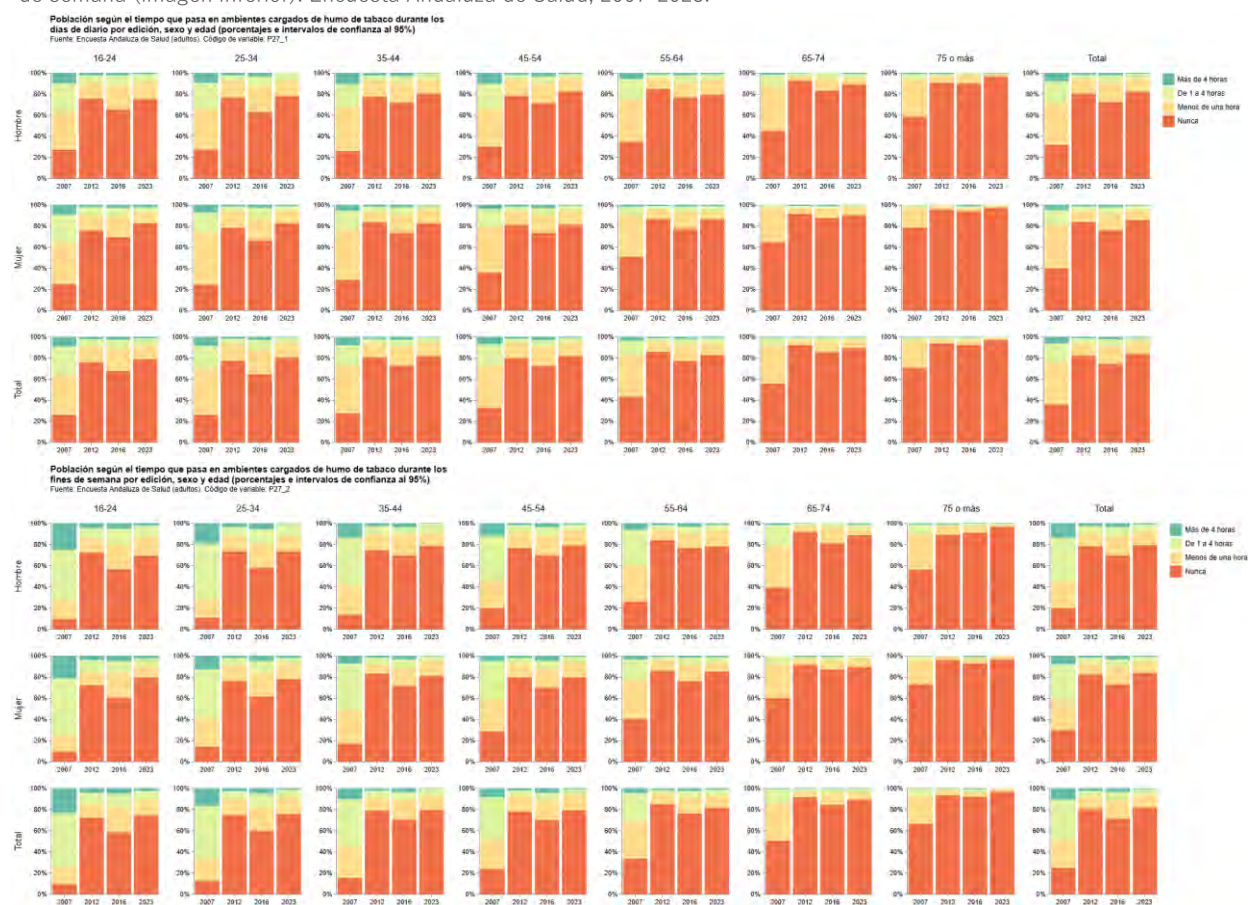
Figura 18. Población que realiza gimnasia suave, como juegos que requieren poco esfuerzo y similares, 3 veces por semana o más por edición, sexo y clase social.



## 6.4. Tabaquismo

Se considera Humo Ambiental de Tabaco (HAT) al humo al que se ve expuesta una persona no fumadora por su entorno. Es una mezcla del humo exhalado por la persona que fuma y el emitido por el dispositivo que se utilice para fumar. Se ha demostrado en numerosos estudios que el HAT tiene un efecto negativo en la salud de las personas no fumadoras relacionándose con patologías propias del consumo activo como puede ser el cáncer de pulmón, la EPOC y la cardiopatía isquémica. La Figura 25 muestra la evolución desde 2007 hasta 2023 de la prevalencia de HTA entre semana (imagen superior) y en fines de semana (imagen inferior) según sexo y grupos de edad. Así pues, se observó un gran cambio en 2007 en la no exposición al HTA que posteriormente se ha mantenido hasta 2023, pasando entre semana del 35,8% en 2007 al 83,9% en 2023 y en fines de semana del 24,9% al 81,7%, respectivamente. No se observan diferencias relevantes entre hombres y mujeres, aunque sí que prevalencias de no exposición al HTA aumentan conforme aumenta la edad, especialmente en población mayor de 65 años.

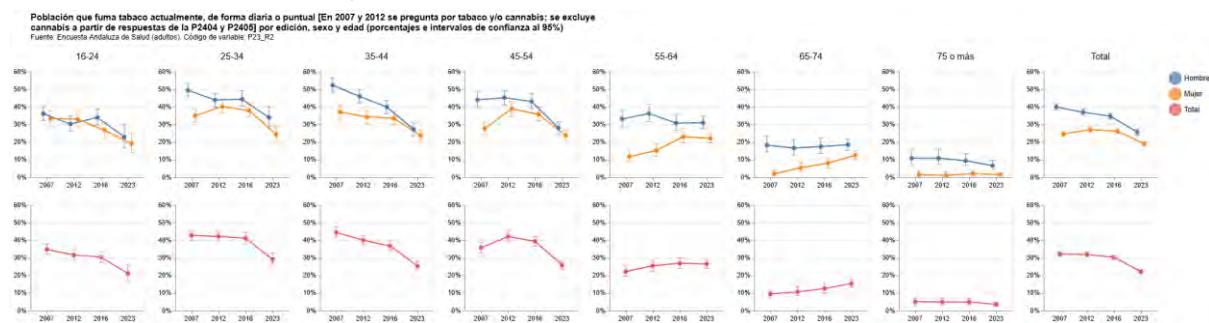
Figura 25. Exposición al humo ambiental del tabaco, por sexo y edad, entre semana (imagen superior) y en fines de semana (imagen inferior). Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.



## PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO

Según los datos de la VI Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2023, el 22,2% (IC95%= 21,2 – 23,2) de la población andaluza mayor de 16 años consume tabaco en la actualidad (20% [IC95%= 19,1 – 21] a diario y 2,2% [IC95%= 1,8 – 2,6] fuma, pero no diariamente). La prevalencia es mayor en hombres (25,5% [IC95%= 23,8 – 27,2]) que en mujeres (19% [IC95%= 17,8 – 20]) y hasta los 65 años estando entre el 21,1% y el 26,5%. (*Figura 26*)

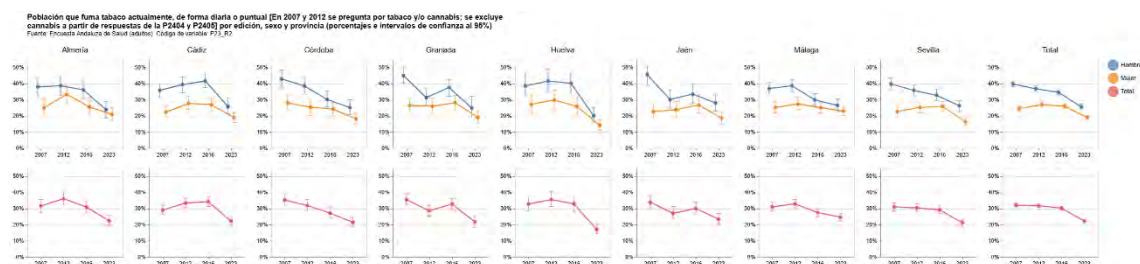
Figura 26: Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco (diaria y no diariamente) en Andalucía, según sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.



La prevalencia global de tabaquismo se ha reducido en 9,9 puntos porcentuales respecto a la del año 2007. En general la tendencia es descendente, a excepción de las personas mayores de 55 años, donde las prevalencias se mantienen en los hombres e incluso suben en las mujeres de 55 a 65 años. (*Figura 26*)

Considerando el área geográfica, las provincias con una mayor prevalencia de personas fumadoras en 2023 son las de Málaga (24,7%) y Jaén (23,4%), en tanto que Huelva destaca con valores más reducidos, en torno al 16,9%. La evolución del consumo en los últimos años muestra una tendencia descendente en todas las provincias, más marcado en Huelva. Respecto a la diferencia entre sexos por provincia, se observa que las mujeres en Almería, Jaén y Málaga mantienen un consumo bastante estable respecto a 2007, mientras que se aprecia un marcado descenso de 20,3 puntos entre los hombres de Huelva (*Figura 27*).

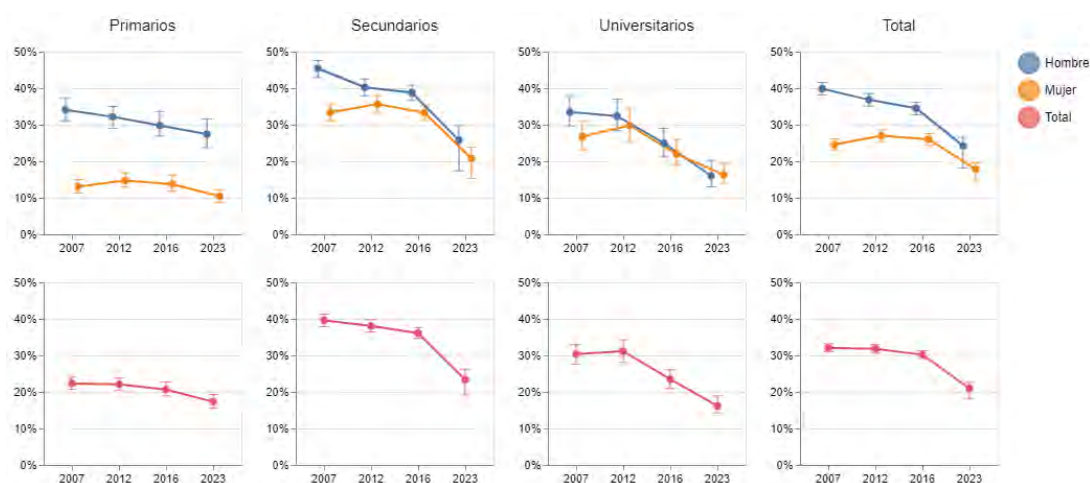
Figura 27: Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía, por provincia y sexo. Encuesta Andaluza de Salud 2007-2023.





Atendiendo al nivel de estudios, los extremos muestran menores prevalencias, con un consumo diario de tabaco en personas con estudios universitarios (15,8% [IC95%= 13,9 – 17,7]) o primarios (17% [IC95%= 15,5 – 19,1]) inferior que en aquellas con estudios secundarios (25,9% [IC95%= 24,6 – 27,4]), tanto en mujeres como hombres. (Figura 28)

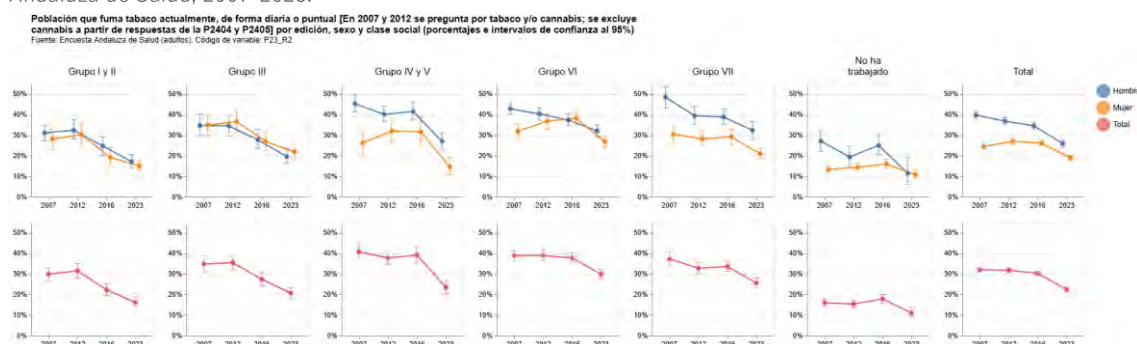
Figura 28: Prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía, según sexo y nivel de estudios. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.



A mayor nivel de estudios, menor es la diferencia de prevalencia entre sexos (Figura 28), y más pronunciada la disminución de la prevalencia de tabaquismo respecto al año 2007. Entre 2012 y 2023 es destacable un importante descenso (15,3 puntos porcentuales) de la prevalencia de tabaquismo, especialmente en las personas con estudios universitarios, tanto para mujeres como para hombres. Es en el nivel de estudios primarios donde se observan mayores diferencias entre mujeres y hombres, siendo las prevalencias de tabaquismo en 2023 de 26,4% (IC95%= 22,6 – 29,9) en hombres frente a 10,5% en mujeres. Además, la tendencia descendente no es tan evidente como en las de niveles de estudios superiores, siendo en 2023 de 2,6 puntos porcentuales menos respecto a 2007 en mujeres y de 7,7 en hombres.

En relación con la clase social, se observa la disminución en la prevalencia de tabaquismo en todos los grupos, produciéndose los mayores cambios en los grupos de clase social intermedia (IV y V). Por otra parte, el consumo de tabaco sigue siendo superior en los grupos de clase social más baja (VI y VII), mientras que las prevalencias menores se dan entre la población que no ha trabajado, como amas de casa o estudiantes, seguido por las clases sociales más altas (grupos I y II). Además, en estos grupos de clase social más alta (grupos I a V) se aprecia que la evolución de la prevalencia de tabaquismo es muy similar en ambos sexos, mientras que existe una marcada diferencia entre mujeres y hombres en los grupos de clase social más baja (VI y VII), donde se observa una tendencia descendente en hombres (Figura 29).

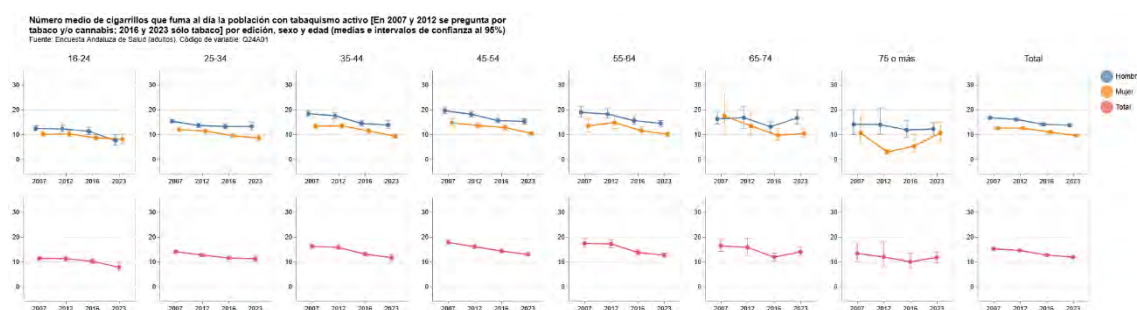
Figura 29: Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía según sexo y clase social. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.



## CONSUMO DIARIO MEDIO

En 2023, la población fumadora consumía diariamente un promedio de 11,9 (IC95%= 11,5 – 12,3) cigarrillos. El consumo medio diario de cigarrillos en los hombres es superior al de las mujeres (13,8 [IC95%= 13,1 – 14,5] cigarrillos ellos, frente a 9,6 [IC95%= 9,3 – 10,1] ellas). Desde el año 2007 se ha producido una continuada y significativa disminución del número medio de cigarrillos consumidos diariamente, tanto entre hombres como entre mujeres, sobre todo en población menor de 65 años. Sin embargo, en los extremos etarios se observa, por un lado, que las mujeres de 16-24 años consumen casi la misma cantidad de cigarrillos que sus pares varones, y por otro, que entre las mujeres a partir de los 75 años hay un importante incremento en el consumo medio diario desde 2012. También es llamativo el incremento en 3,5 cigarrillos medios diarios entre los hombres de 65-74 años respecto a 2016 (*Figura 30*).

Figura 30: Número medio de consumo diario de cigarrillos en Andalucía, por edad y sexo. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023

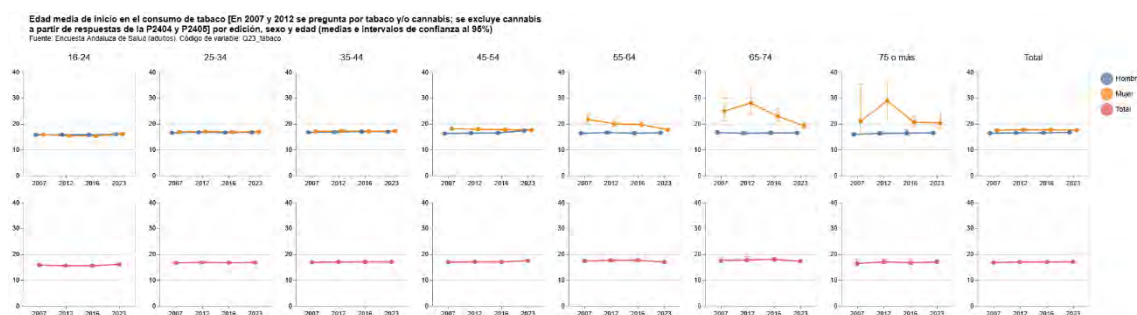


## EDAD DE INICIO DEL CONSUMO

En el año 2023, la edad media de inicio en personas con consumo (habitual o esporádico) de tabaco fue de 17 años, siendo ligeramente inferior en hombres (16,7) que en mujeres (17,5), observándose estas diferencias más marcadas en población mayor de 65 años (19,2

en hombres frente a 16,5 años en mujeres). Respecto a 2007, la edad media de inicio del consumo de tabaco se ha mantenido estable entorno a los 16 y 17 años, tanto en mujeres como en hombres menores de 55 años; sin embargo, a partir de esta edad, se observa cómo aumenta la edad media de inicio en las mujeres, manteniéndose estable en los hombres. Por lo tanto, de manera global se aprecia que las mujeres jóvenes actualmente inician el consumo de tabaco 2 o 3 años antes que las mujeres que ahora tienen más de 65 años, que lo iniciaban a los 19-20 años de media (*Figura 31*).

Figura 31: Edad media de inicio del consumo de tabaco por sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2016-2023.



Por otra parte, el porcentaje de población fumadora que ha iniciado el consumo antes de los 15 años se ha reducido en hombres (pasando del 35,5% en 2007 al 33,6% en 2023) y en mayor medida entre las mujeres (26,3% en 2007 y 23,5% en 2023). Entre la población de 16-24 años, menor proporción de mujeres iniciaron el consumo antes de los 15 años (30,9%) en comparación a los varones de esa edad (36,3%) (*Figura 32*).

Figura 32: Proporción de población que inició el consumo de tabaco antes de los 15 años en Andalucía, por sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.

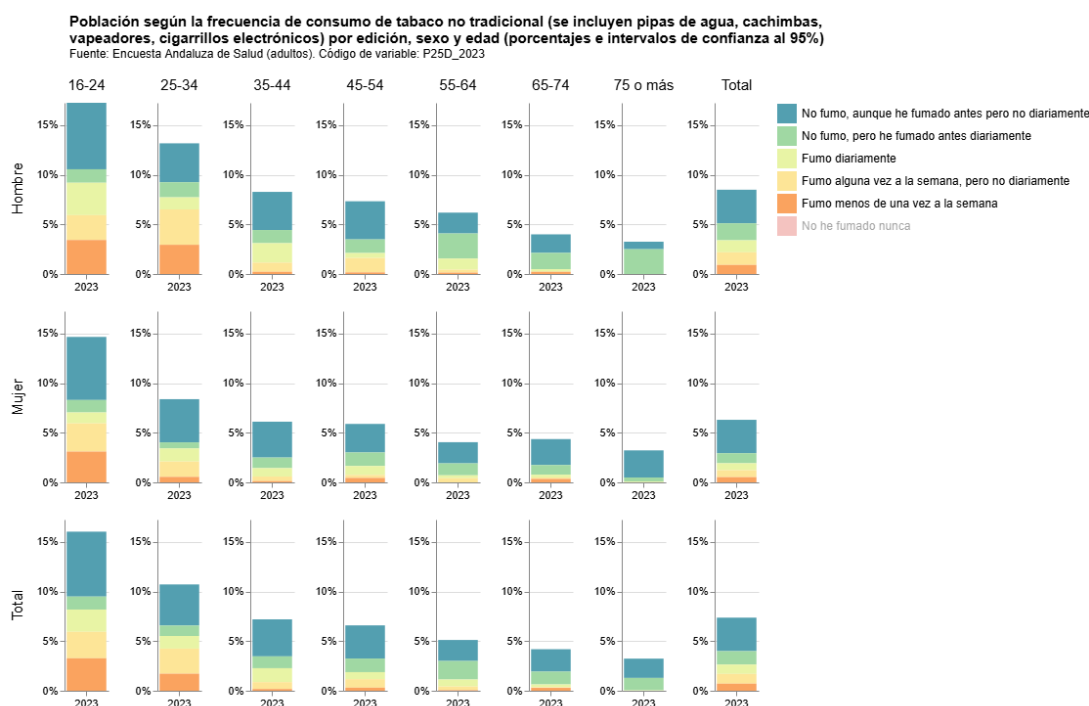


## CONSUMO DE TABACO NO TRADICIONAL

Según los resultados de la Encuesta Andaluza de Salud de 2023 (*Figura 33*), aproximadamente el 7,4% de la población refiere consumir (2,6%) o haber consumido (4,7%) tabaco no tradicional (se incluyen pipas de agua, cachimbas, vapeadores, cigarrillos electrónicos), con importantes diferencias en la frecuencia de consumo según sexo (8,5% en hombres y 6,3% en mujeres) y grupos de edad.

Los hombres son los que mayor uso han hecho de tabaco no tradicional, y actualmente los que fuman más principalmente el grupo de edad de 16 a 24 años, donde el 5,8% refiere fumar más de una vez a la semana. Este porcentaje baja al 3,3% si nos centramos en el consumo diario, mientras que en las mujeres de la misma edad estos porcentajes son de 3,9% y 1,1% respectivamente.

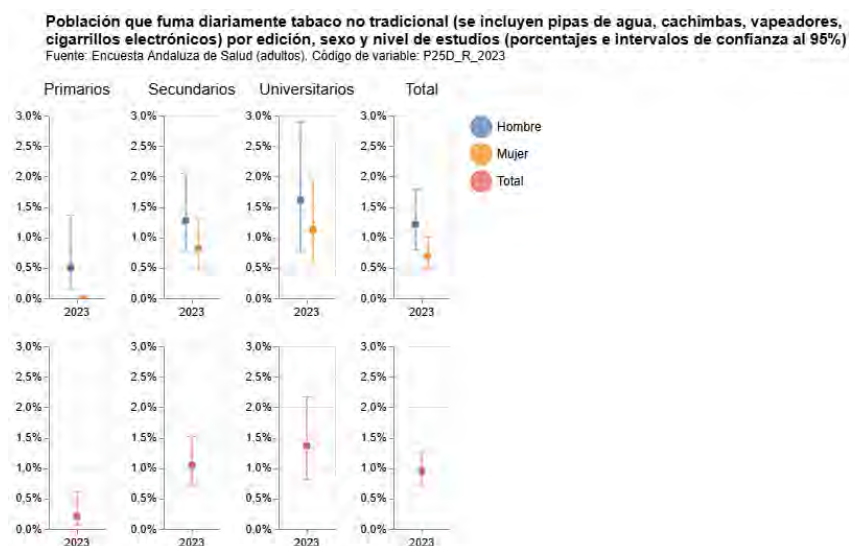
Figura 33: Hábitos de consumo, actual o pasado, de tabaco no tradicional en Andalucía por sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud 2023



Entre la población que fuma diariamente tabaco no tradicional se observa un gradiente social en el que la población universitaria fuma más (1,4%) que la población con estudios primarios (0,2%) (*Figura 34*); una tendencia descendente conforme disminuye la clase social (1,2% Grupo I y II; 0,5% en el grupo VII, salvo el grupo III que reporta la prevalencia mayor [1,4%]).



Figura 34: Prevalencia de consumo de tabaco no tradicional en Andalucía según sexo y nivel de estudios. Encuesta Andaluza de Salud 2023.



Respecto al propósito de uso de los cigarrillos electrónicos concretamente, el 40% de la población refiere fumar tabaco electrónico por probar, sobre todo entre los hombres (48,5% frente al 25,9% de las mujeres) y en los extremos etarios (100% en mayores de 75 años y 71,3% entre 16-24 años). La mayor parte de la población (55,4%) utilizan estos cigarrillos en relación con el tabaco tradicional: el 25% como sustituto, el 17,9% para reducirlo y el 12,5% para dejar de fumar. Estos propósitos de uso son más frecuentes entre las mujeres (30,8%, 20,1% y 16,5% en el mismo orden) que entre los hombres (21,5%, 16,6% y 10% respectivamente) de forma global y en cada grupo de edad (*Figura 35 y Tabla 6*).

Figura 35: Modos de empleo de cigarrillos electrónicos en Andalucía según sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud 2023.

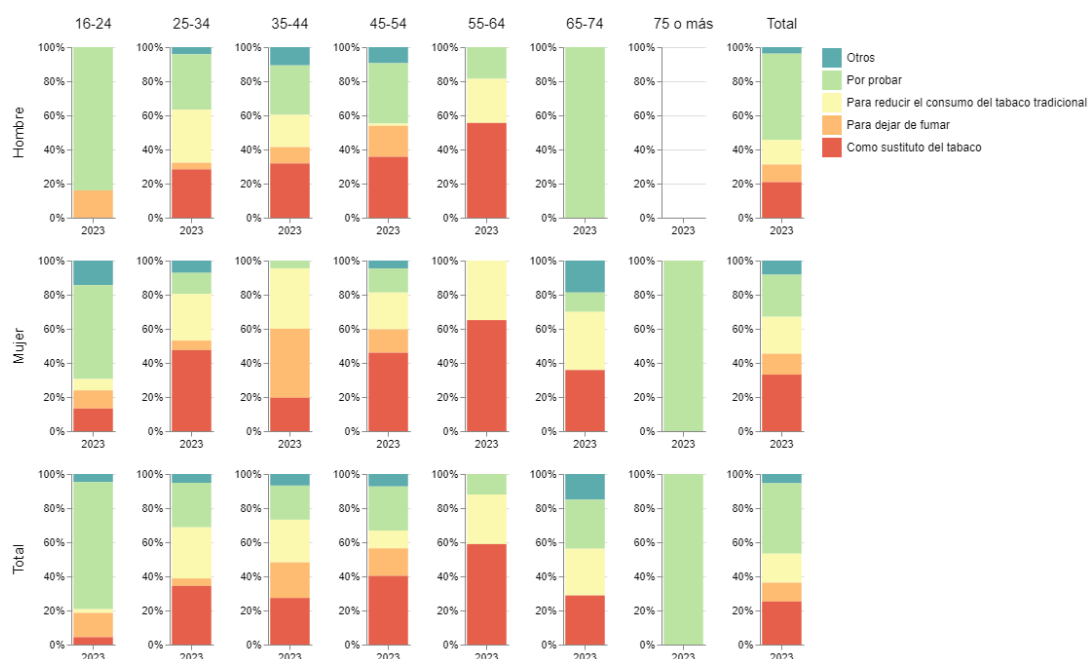


Tabla 6. Porcentaje de población en función del uso de tabaco no convencional.

Población que consume tabaco no tradicional según el propósito de uso de los cigarrillos electrónicos en 2023 (tasa de		Estimadores						
		n (muestra)	N (estimada)	N (lím inf IC)	N (lím sup IC)	Estimación puntual	lím inf IC	lím sup IC
Hombres	Otros	3	3704	1089	10347	3,41%	1,%	9,53%
	Por probar	24	52694	38391	68729	48,54%	35,36%	63,31%
	Para reducir el consumo del tabaco tradicional	13	17988	9784	29999	16,57%	9,01%	27,63%
	Para dejar de fumar	7	10872	4857	22670	10,01%	4,47%	20,88%
	Como sustituto del tabaco	18	23302	13524	35754	21,46%	12,46%	32,93%
Total		65	108560	108560	108560	100,0%	100,0%	100,0%
Mujeres	Otros	4	4480	1141	13713	6,79%	1,73%	20,78%
	Por probar	14	17068	9898	26164	25,86%	15,0%	39,64%
	Para reducir el consumo del tabaco tradicional	15	13254	7995	22120	20,08%	12,11%	33,52%
	Para dejar de fumar	10	10890	5371	19886	16,5%	8,14%	30,13%
	Como sustituto del tabaco	24	20303	13146	29943	30,76%	19,92%	45,37%
Total		67	65995	65995	65995	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Otros	7	8185	3300	18763	4,69%	1,89%	10,75%
	Por probar	38	69762	53895	89046	39,97%	30,88%	51,01%
	Para reducir el consumo del tabaco tradicional	28	31242	20681	46308	17,9%	11,85%	26,53%
	Para dejar de fumar	17	21762	12977	35492	12,47%	7,43%	20,33%
	Como sustituto del tabaco	42	43605	31356	58478	24,98%	17,96%	33,5%
Total		132	174555	174555	174555	100,0%	100,0%	100,0%

## CONSUMO DE TABACO EN EDAD ESCOLAR

Según los datos que ofrece la encuesta Health Behaviour in School-aged Children de 2018 sobre hábitos de salud en la población escolar de entre 11 y 18 años referida a Andalucía, la gran mayoría de escolares entre 11 y 18 años nunca ha fumado (concretamente el 80,4% de los chicos y el 78,5% de las chicas) y solamente el 3,7% de los chicos y el 3,0% de las chicas han consumido tabaco en los últimos 30 días o más.

Como es de esperar, el contacto con el tabaco aumenta con la edad y el 43,45% de la población joven de 17-18 años manifiesta haberlo probado alguna vez.

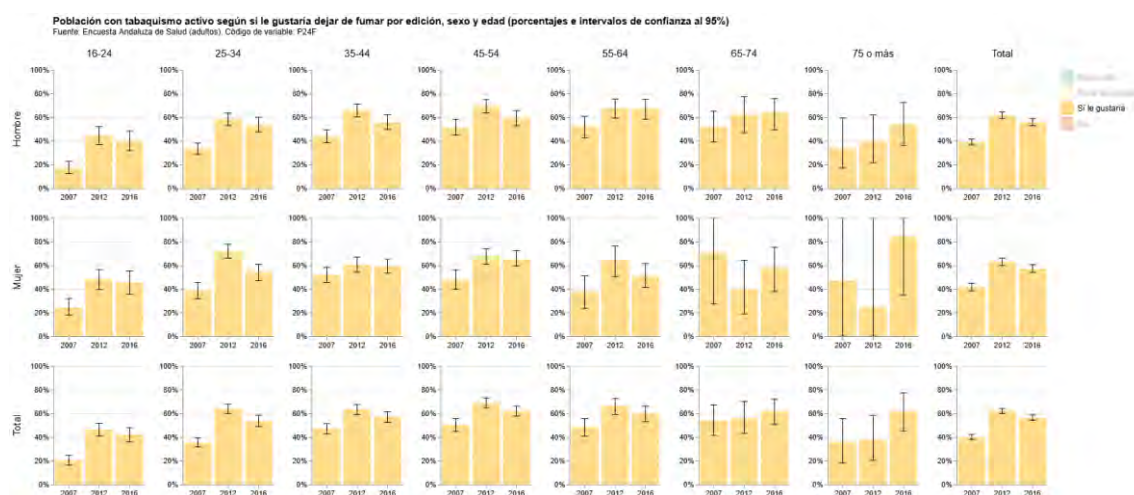
Resulta interesante citar que, cuando se pregunta si han probado alguna vez las cachimbas o pipas de agua (que no necesariamente han de contener tabaco, pero pueden representar una vía de entrada), el porcentaje es bastante elevado (77,1%), siendo algo superior en chicas (80,1%) que en chicos (74,0%).

## ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

### ➤ Deseo de dejar de fumar

En el año 2016, el 56,4% (IC95%= 54,2 – 58,8) de la población fumadora de Andalucía declaraba su deseo de dejar de fumar, esto representa unos 6 puntos porcentuales menos que en 2012, y parece significar una estabilización de la intención de dejar de fumar.

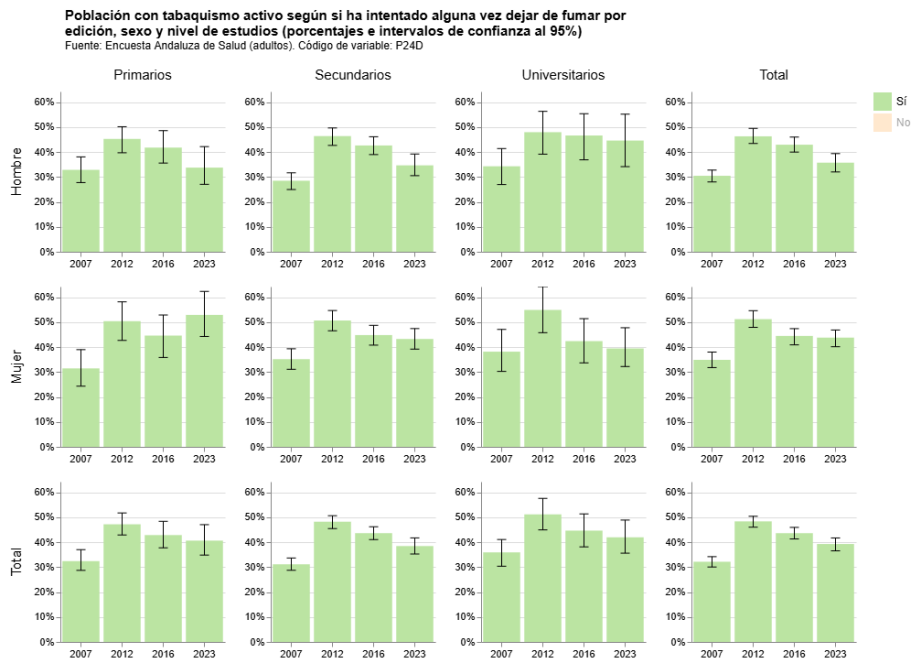
Figura 36: Proporción de población andaluza que le gustaría dejar de fumar alguna vez, por sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.



### ➤ Intentos previos de abandono:

En contraposición, en 2023 el 39,3% (IC95%= 36,6 – 41,8) de la población había intentado dejar de fumar alguna vez, observándose desde 2012 cada vez menor proporción de personas que lo intentan. El 43,8% (IC95%= 40,7 – 47,2) de las mujeres han intentado dejar de fumar frente al 35,8% (IC95%= 32,1 – 39,4) de los hombres, siendo relevantes estas diferencias al ponerlas en relación con el nivel de estudios: más mujeres con estudios primarios han intentado dejar el hábito (52,9% [IC95%= 44,2 – 62,3] frente al 39,4% [IC95%= 32,2 – 47,7] de las mujeres universitarias y al 33,7% [IC95%= 27 – 42,2] de los hombres con estudios primarios). Sin embargo, los hombres universitarios mantienen una tendencia a la disminución de forma paulatina desde 2012 (47,9% [IC95%= 39,1 – 56,3] – 44,6% [IC95%= 34,1 – 55,2]), con mayor proporción que los hombres de otros niveles de estudios y que las mujeres de su mismo nivel de estudios (*Figura 37*).

Figura 37: Proporción de población andaluza que ha intentado dejar de fumar alguna vez, por sexo y nivel de estudios. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2023.



La media del número de veces en que las personas fumadoras han intentado dejar de fumar se sitúa en 3 veces de media (IC95%= 2,7 – 3,4), presentándose este hecho con mayor frecuencia en las personas con mayor edad.

➤ Motivación para dejar de fumar:

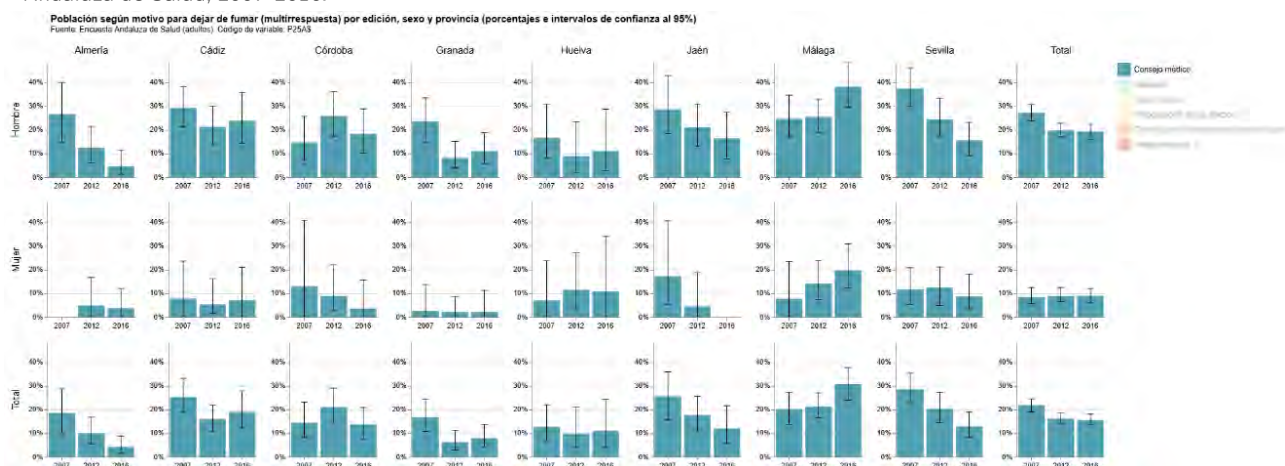
Según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud de 2016, la gran mayoría de las personas exfumadoras declara que abandonó el hábito tabáquico por motivos personales (concretamente el 84,4%). Sólo en un 15,6% (IC95%= 13,5 – 18,1) de los casos se manifiesta que el motivo para dejar de fumar fue, al menos, por consejo médico. Esta diferencia es aún más acentuada en mujeres (9% [IC95%= 5,9 – 12]) que en hombres (19,3% [IC95%= 15,8 – 22,4]). Aunque puede haber varios a la vez, entre los principales motivos personales aducidos para dejar de fumar cabe destacar, al menos por propia voluntad (63,6% [IC95%= 60,3 – 66,6] de los casos) y al menos por sentir molestias a causa del tabaco (15% [IC95%= 12,8 – 17,6]).

Tabla 5: Motivos de abandono del tabaco en Andalucía según sexo. EAS 2016.

	Hombre %	Mujer %	Total %
Me lo aconsejó el médico	19,3%	9%	15,6%
Sentía molestias por causa del tabaco	15,7%	13,6%	15%
Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos	12%	8,2%	10,6%
Sentí que disminuía mi rendimiento psíquico o físico	5, %	4,8%	4,9%
Lo decidí por propia voluntad	60,2%	69,8%	63,6%
Otros motivos	9,5%	12,9%	10,7%

Conviene mencionar que existe una importante desigualdad territorial en este aspecto. Por ejemplo, un 30,8% (IC95%= 24 – 37,7) de las personas en Málaga manifiestan que han abandonado el tabaco por consejo médico (38,2% [IC95%= 29,6 – 48,6] hombres; 19,7% [IC95%= 12,3 – 30,9] mujeres), mientras que en otras provincias (como Almería, Granada o Huelva) se observan valores muy inferiores, en torno a 5%-11% (*Figura 38*).

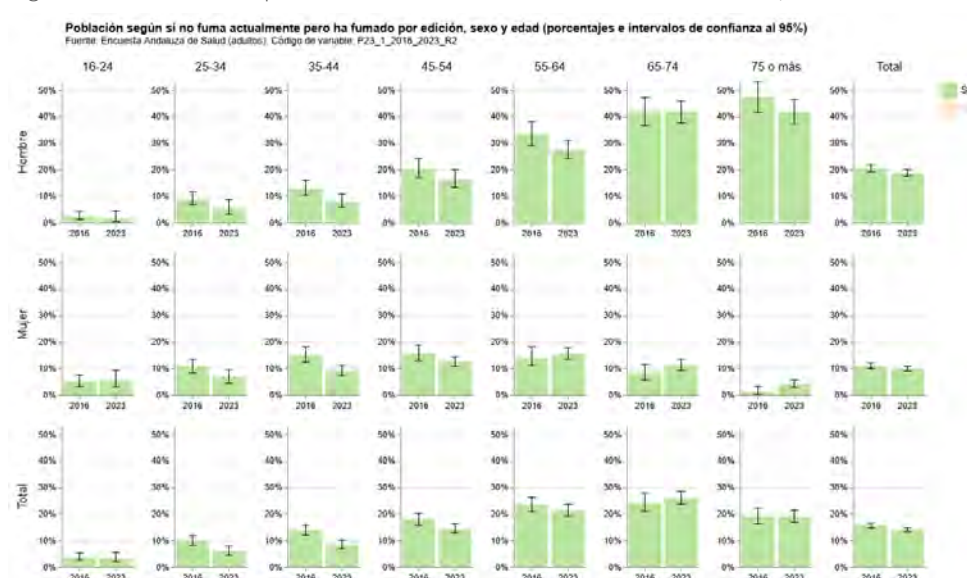
Figura 38: Evolución del consejo médico como motivo de abandono del tabaco, por sexo y provincias. Encuesta Andaluza de Salud, 2007-2016.



#### ➤ Personas exfumadoras:

En el año 2023, un 14,2% (IC95%= 13,4 – 14,9) de la población adulta de Andalucía es exfumadora. La prevalencia de exfumadores (hombres) es el doble que la de exfumadoras (mujeres): 18,8% (IC95%= 17,5 – 20,1) versus 9,8% (IC95%= 9 – 10,7), respectivamente, observándose esas diferencias a partir de los 45 años (*Figura 39*).

Figura 39: Prevalencia de personas exfumadoras. Encuesta Andaluza de Salud, 2016-2023.



## 7. Retos

Como retos para 2026 relacionados con la EAS se propone calcular estimaciones en el ámbito local (recogido en Avista) y producir datos para la Salud Pública de Precisión mediante la integración de encuestas poblacionales de salud con registros administrativos de Andalucía de ámbito clínico, epidemiológico, biológico, ambiental, demográfico y social (recogidos en el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía y en el Plan de Medicina Personalizada y de Precisión de Andalucía).

Por otra parte, se proponen los siguientes los retos de la VII edición de la EAS:

- Disponer de, además de muestras transversales, longitudinales (diseño de paneles superpuestos similar a la ESSA).
- Difundir el trabajo de campo también a ayuntamientos y centros de salud.
- Realizar entrevistas multicanal (cara a cara, telefónicas y por Internet).
- Aumentar la desagregación en resultados (p.ej. Distritos de Atención Primaria, municipios RELAS).
- Duplicar la muestra de población menor de 16 años.
- Revisar sistemáticamente los cuestionarios.
- Introducir más mediciones objetivas, además del peso y la talla.
- Recoger muestras biológicas.
- Ampliar la población de estudio a la institucionalizada (p.ej. Centros residenciales para mayores, pacientes hospitalizados)

## 8. Equipo de Trabajo

En la EAS y en su ampliación ESSA participan las siguientes organizaciones, indicando las personas referentes de los equipos de trabajo y las actividades principales en las que colaboran:

- Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (Jorge del Diego Salas, Isabel Vázquez y Nicola Lorusso):
  - Asesoramiento experto en Salud Pública y Epidemiología.
  - Liderazgo y seguimiento general del proyecto.
- EASP (Andrés Cabrera, Carmen Sánchez-Cantalejo, Daysis Yoe Ling Chang, M<sup>a</sup> del Carmen Junco y Sheila López Moreira):
  - Coordinación y gestión del proyecto.
  - Diseño muestral.
  - Determinantes sociales de la salud.
  - Encuestas sanitarias.
  - Discusión (diseño, temáticas, planificación).
  - Producción (análisis, cuestionarios, publicaciones).
- Demométrica (Miguel de la Fuente, Eva Galindo, Ana Rin, Fredy Bustamante y Emilio Coronado):
  - Cuestionario. Diseño muestral. Trabajo de campo.
- IECA (Iria Enrique, Marina Rivas, María Velasco, Martín Manzanera y José María Alba):
  - Diseño muestral. Extracción de muestras. Georreferenciación.
- Servicio de Administración General y Documentación, Secretaría General Técnica, Consejería de Salud y Consumo (Juan Miguel García Riego y Daniel Velázquez):
  - Delegación de Protección de Datos.
- Servicio de Estadísticas Sanitarias, Consejería de Salud y Consumo (Francisco Eusebio Pérez y Cristina Torró):
  - Petición de muestras. Diseño explotación datos a través de BADEA.
- Subdirección de Gestión de la Información, Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, Servicio Andaluz de Salud (María Dolores Muñozerro y Román Villegas):
  - Extracción y vinculación con la Base Poblacional de Salud.
  - Evaluación de Impacto en Protección de Datos.
- Universidad de Granada (M<sup>a</sup> del Mar Rueda, Luis Castro, Ramón Ferri y Jorge Rueda):
  - Apoyo metodológico muestral.

- Universidad de Girona (Marc Saez, María Antonia Barceló, Brenda Robles y Marta Solans):
  - Modelos espacio-temporales.
  - Indicadores contextuales socioeconómicos y ambientales.





**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo  
Escuela Andaluza de Salud Pública