

Encuesta de Salud de Canarias 2021

Resultados

istac

INSTITUTO CANARIO
DE ESTADÍSTICA



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

Estadísticas Sociales

Título

Encuesta de Salud de Canarias 2021
Resultados
V.1.

Elaboración y edición:

Instituto Canario de Estadística
Luis Doreste Silva, 101-Planta 7
35004 Las Palmas de Gran Canaria
Tlf.: 928 899 260
Rambla de Santa Cruz, 149
38001 Santa Cruz de Tenerife
Tlf.: 922 922 801

Servidor Web:

<http://www.gobiernodecanarias.org/istac>

E-mail:

consultas.istac@gobiernodecanarias.org

Licencia:

Este documento se distribuye bajo Licencia de Reconocimiento 4.0 de Creative Commons.



Texto legal:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Encuesta de Salud de Canarias 2021

Resultados



INSTITUTO CANARIO
DE ESTADÍSTICA



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

Sumario

Introducción

Trabajo reproductivo

Hábitos de vida

Tabaco
Alcohol
Alimentación
Actividad física
Índice de masa corporal
Juegos de azar o apuestas

Actividades preventivas y/o de riesgo

Actividades preventivas
Salud bucodental
Riesgos en el trabajo

Autovaloración del estado de salud

Autovaloración del estado de salud general
Autovaloración del estado de salud mental
Apoyo afectivo y personal
Suicidios

5	Morbilidad	27
	Principales problemas de salud crónicos percibidos	28
7	Restricción de la actividad habitual	29
	Accidentes	29

10		
11	Utilización de servicios sanitarios	31
12	Consultas médicas públicas y privadas	32
13	Listas de espera	33
14	Hospitalizaciones	33
15	Hospital de día	34
15	Urgencias	34
	Consumo de medicamentos	35
16	Medicina alternativa	35
17	Necesidad de asistencia médica no satisfecha	36
19	Seguro sanitario	36
19	Otros recursos sanitarios	36
21	Preferencias de la población en la gestión de las listas de espera	36

22		
24	Limitación de la actividad cotidiana	38
25		
26		

01

Introducción

Introducción

El Decreto 78/2018 de 21 de mayo, por el que se aprueba el Plan Estadístico de Canarias 2018-2022, regula la elaboración mediante enumeración por muestreo de la Encuesta de Salud de Canarias, con el objetivo general de identificar los principales problemas de salud que afectan a la población canaria y conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud.

Esta operación estadística la lleva a cabo el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) en colaboración con el Servicio Canario de la Salud (SCS), organismos que han llevado a cabo conjuntamente las ediciones 2004, 2009 y 2015 de la Encuesta de Salud. Es uno de los instrumentos más relevantes para llevar a cabo la evaluación del impacto de las políticas sanitarias del Gobierno de Canarias, canalizadas a través del Plan de Salud de Canarias.

En este documento se presentan los principales resultados de la Encuesta de Salud de Canarias 2021 (ESC 2021) para cada uno de los siguientes bloques que forman parte de la encuesta:

- I. Características de la población
- II. Trabajo reproductivo
- III. Hábitos de vida
- IV. Actividades preventivas
- V. Autovaloración del estado de salud
- VI. Morbilidad
- VII. Utilización de servicios sanitarios
- VIII. Limitación de la actividad

02

Trabajo reproductivo

Trabajo reproductivo

El trabajo reproductivo comprende aquellas actividades o tareas necesarias para el mantenimiento de los hogares, pero que, sin embargo, no son contabilizadas entre las actividades productivas. Estas actividades también son denominadas como trabajo doméstico desde un punto de vista amplio, incluyendo no solo las tareas de limpieza o realización de comidas, sino el cuidado de otras personas.

El trabajo reproductivo normalmente supone una doble carga de trabajo, con el estrés que supone una jornada ilimitada, la dificultad de compatibilizarlo con el trabajo productivo y la falta de tiempo para la dedicación a uno mismo. El impacto que este tipo de actividad provoca sobre las personas debe ser analizado desde una perspectiva de género, por afectar, en nuestra sociedad, más frecuentemente a la mujer. Este bloque de preguntas hace relación al trabajo reproductivo de la población mayor de 15 años.

En la ESC 2021, en relación con las tareas del hogar, un 33,9% (frente al 41% de 2015 y 46,3% de 2009) de las mujeres se dedica en solitario a su realización, mientras que en hombres este porcentaje es de un 14,9% (frente al 15% en 2015 y 10,6% de 2009). Por otro lado, un 41% de los hombres declaran que las comparten con sus parejas y un 31,5% en el caso de las mujeres. Si consideramos solo aquellas personas que además tienen un trabajo remunerado, un 27,3% de las mujeres ocupadas realiza sin ayuda las tareas del hogar y un 45,2% lo comparte con su pareja. En el caso de los hombres ocupados, estas cifras son 13,2% y 48,8%, respectivamente.

El número medio de horas semanales que dedican las mujeres que realizan las tareas domésticas sin ayuda es de 27,1 horas; mientras que los hombres en solitario destinan 18,3 horas a la semana a esta misma actividad. Cuando lo comparten con su pareja, las mujeres dedican a la semana 21,9 y los hombres 18,4 horas, un poco superior a lo que sucedía en 2015 (19,3 frente a 16,3, respectivamente). Según la zona de residencia, El Hierro y La Palma, son las islas donde se dedica un mayor número de horas a las tareas del hogar, con un 23,9 y 23,8 por término medio, respectivamente; por el contrario, las islas que dedican menos tiempo son Fuerteventura (17,2) y La Gomera (18,6).

El 72,8% de los hombres y el 59,4% de las mujeres que viven con menores de 15 años declaran compartir el cuidado con su pareja. Este porcentaje cambia la tendencia observada en 2009 y 2015, que se mantenía estable en torno al 56% de los hombres y el 42% de las mujeres, apreciándose actualmente una mayor colaboración entre los padres en el cuidado del menor. Asimismo, el porcentaje de mujeres que declara que se dedica sola al cuidado baja del 31% de 2009 y 2015 al 18,3% de 2021.

El número medio de horas semanales dedicado por hombres y mujeres al cuidado de los menores es de 61,7 y 70,1 horas, respectivamente, en 2021. Los datos obtenidos en el año 2009 y 2015 estaban en torno a 48 horas para los hombres y 61 y 55 horas respectivamente para las mujeres. Aunque el número medio de horas semanales que se dedica al cuidado de los menores ha aumentado, tanto para los padres como para las madres, las mujeres siguen dedicando un mayor número de horas.

En 2021 se observa una menor dedicación de horas al cuidado del menor en las islas no capitalinas: La Gomera, La Palma y El Hierro dedican por término medio 53,1 horas. Las islas con mayor número de horas semanales son Tenerife (67,7) y Lanzarote y Fuerteventura (67,6).

El 16,8% de los hombres y un 35,6% de las mujeres que viven con personas discapacitadas se ocupan de su cuidado en solitario. Este porcentaje baja para ambos sexos con respecto al año 2015 (23,1% y 41,6%, respectivamente), incrementándose para ambos la opción de "cuidado por otra persona del hogar" (47,4% para hombres y 24,9% para mujeres) y para las mujeres además se incrementa el porcentaje de las que marcan la opción de que "lo comparte con otra persona" (30% en 2021 frente al 11,9% en 2015). El 31,8% de las personas que se ocupan del cuidado de personas discapacitadas, llevan dedicándose a esta labor por un periodo de tiempo que oscila entre 1 y 5 años.

El porcentaje de personas que llevan más de 20 años de cuidadores ha disminuido considerablemente del 20% de 2015 al 7% de 2021. El número medio semanal de horas que le dedican a estos cuidados los hombres, en solitario o compartido con otra persona, es de 63,4 y las mujeres de 77,5.

03

Hábitos de vida

Hábitos de vida

Tabaco

El consumo de tabaco es una de las actividades de mayor impacto potencial sobre la salud general y la mortalidad en la comunidad autónoma canaria. Por esta razón recibe una especial atención en la ESC desde el año 2004. El consumo de tabaco, además de otras conductas tóxico adictivas que pueden estar o no legalizadas y cuya aceptación puede ser cuestionada desde un punto de vista social, constituye un factor de riesgo para la salud de la población, en la medida en que puede generar importantes alteraciones no solo en la salud de la persona fumadora sino, también, de aquellos que lo rodean.

Los resultados de la encuesta muestran una reducción en el porcentaje de fumadores, pasando del 26,2% en 2015 al 20% en 2021; este dato sigue la tendencia iniciada desde 2004 (32%). Además, el 87,1% de los fumadores lo hace diariamente frente al 91,5% en 2009. Los hombres siguen fumando más que las mujeres (23,2% hombres y 16,8% mujeres), con una diferencia entre los dos sexos similar para todos los tramos de edad considerados excepto para el tramo de edad de 16 a 29 años, donde el porcentaje de fumadores es similar para ambos sexos. El mayor porcentaje de fumadores se encuentra en el tramo de 30 a 64 años, en torno al 23%, mientras que para los menores de 30 años el porcentaje de fumadores es de 16,1% y para los de 65 y más años es del 11,5%. En el tramo de edad entre 45 y 64 años se produce la mayor caída de población fumadora, que pasa de un 33,4% en 2015 al 24% en 2021. En este grupo destacan las mujeres, con una caída de 13 puntos con respecto al año 2015.

El porcentaje de fumadores actuales resulta similar entre las islas (la isla que menor porcentaje presenta es La Palma, con un 16,5%; mientras que La Gomera y Gran Canaria presentan los porcentajes más elevados, con un 21,6% y un 21%, respectivamente).

Se observa una clara relación entre el consumo de tabaco y los niveles socioeconómicos¹ establecidos por la Sociedad Española de Epidemiología, clasificación basada en la ocupación de la persona de referencia² del hogar, siendo un 13,7% el porcentaje de personas de 16 y más años fumadoras en la Clase I, frente a un 24,9% en la Clase VI.

La edad media de inicio del hábito tabáquico en la población de 16 y más años se sitúa en 18,3 años, retrasándose ligeramente respecto a 2015 (17,6 años). La población menor de 30 años también ha retrasado su edad media de comienzo frente a 2015, pasando de una edad de 16,2 años a una edad de 17,1 años.

En general, el 45,1% de la población fumadora dijo consumir menos tabaco que en los dos años anteriores (45,3% de los hombres y 44,8% de las mujeres). Este porcentaje se ha ido incrementando desde 2004 (28,1%), 2009

1 Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología: I) Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II) Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III) Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV) Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas V) Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as. VI) Trabajadores/as no cualificados/as

2 Persona de referencia del hogar como el sustentador principal, si es económicamente activo, o si siendo económicamente inactivo no hay ningún otro miembro del hogar económicamente activo

(31,5%) y 2015 (36%). Por el contrario, el 15,1% de la población fumadora dijo haber incrementado su consumo de tabaco respecto a los dos años anteriores en 2021.

El porcentaje de personas fumadoras que se plantea actualmente dejar de fumar es de un 62,1%; sin embargo, solo el 13,6% piensa hacerlo en un plazo inferior a 6 meses. El 70,9% de la población de 16 y más años fumadora lo ha intentado en alguna ocasión, habiéndolo intentado en más de tres ocasiones el 30,8%.

En función del consumo de tabaco, el porcentaje de “fumadores excesivos” ha descendido en Canarias desde el 18,6% en 2004 al 7,9% en 2021. También se observa un descenso de los “grandes fumadores”, desde el 5,5% de 2004, al 1,1% de 2021. Si tenemos en cuenta el nivel socioeconómico o clase social, se observa que, el porcentaje de fumadores excesivos desciende, pasando de un 12,6% para la Clase VI a un 4,9% para la Clase II y a un 3,5% para la Clase I.

Frente al 33,9% de la población fumadora de 16 y más años que declaraba fumar 20 o más cigarrillos al día en 2015, en 2021 este porcentaje se reduce hasta un 25,1%. El grupo de fumadores mayores de 45 años tienen el mayor porcentaje de consumidores de más de 20 cigarrillos (30,8% entre 45 a 64 años y 29,3% los mayores de 65 años).

Tan solo el 7,9% de la población exfumadora declara que uno de los motivos para dejar de fumar fue el consejo de un profesional sanitario, aunque el 45,8% reconoce haber dejado el hábito del tabaco para mejorar su estado de salud tras notar síntomas relacionados con el consumo de tabaco. El 87,9% dejó el tabaco sin emplear ningún tratamiento; mientras que en 2015 manifestaban dejar el tabaco sin tratamiento un 92,8% de los exfumadores.

En relación con la cuantificación de los fumadores pasivos, el 88,5% de la población de 16 y más años no fumadora no está expuesta nunca o casi nunca al humo del tabaco dentro de su casa. Por otro lado, un 4% de la población mayor de 16 años no fumadora está expuesta durante más de una hora al día al humo del tabaco dentro de su casa, similar al año 2015 (4,9%).

Alcohol

El consumo de alcohol está bastante extendido en nuestra sociedad, y constituye un factor de riesgo considerable para la salud de la población dado el carácter potencialmente tóxico y la capacidad adictiva que genera.

Los datos de la Encuesta de Salud de 2021 revelan que el 8,8% de la población de 16 y más años declara que consume bebidas alcohólicas 4 o más veces a la semana, similar al 8,2% en 2015. Crece el porcentaje del consumidor semanal (del 10% de 2015 al 17,1% de 2021) y el porcentaje de población que no ha consumido nada en el último año o nunca se ha reducido en 2021 (35,3%) frente al 40,2% de 2015.

Existe una diferencia clara entre hombres y mujeres en el porcentaje que declara consumir 4 o más bebidas alcohólicas a la semana (13,1% frente a 4,8%, respectivamente). Esta diferencia se acentúa a partir de los 45 años, y aún más a partir de los 65, donde se llega a alcanzar una diferencia de casi 20 puntos porcentuales entre sexos (28,8% frente a 8,3%, respectivamente). Esta diferencia también se observa en el porcentaje de población que no ha consumido nunca, que es del 25,2% en las mujeres y de 15,4% en los hombres.

Atendiendo al consumo por islas, destaca La Gomera, donde el 14,6% de la población de 16 y más años declara que consume bebidas alcohólicas al menos 4 veces a la semana, seguida de Tenerife, donde lo hace un 11,3%.

En la línea de los datos anteriores, el porcentaje de abstemios ha ido cayendo, pasando de un 47,5% en 2004, un 40% en 2009 y 2015, al 35,3% en 2021. Casi el 50% de la población de 16 y más años se declara bebedor ocasional, porcentaje que ha ido aumentando progresivamente desde el 36,4% en 2004, al 44,6% de 2009, al 45,3% de 2015, al 47,7% de 2021. El nivel socioeconómico o clase social muestra una clara relación con el consumo de alcohol, observándose un 46,6% de abstemios para la Clase VI mientras en la Clase I es del 20,8%.

En la Encuesta de Salud del 2021 se observa que la población de 16 y más años que bebe alcohol al menos una vez a la semana lo hace principalmente durante el fin de semana (de viernes a domingo). Por ejemplo, el 42,7% de las personas que consumen cerveza con alcohol lo hacen únicamente durante el fin de semana. En el año 2021, el 46,1% de la población de 16 y más años que bebe alcohol al menos una vez a la semana declaró haber iniciado el consumo de alcohol con más de 18 años. En la Encuesta de 2015 este porcentaje era del 37,3%. En promedio,

los hombres se inician a los 20,1 años y las mujeres a los 22,6 años. Esta media se ha incrementado notablemente respecto a 2015, donde la edad de inicio medio para hombres era de 17,4 años y para las mujeres, de 21,1 años.

Alimentación

La promoción de la alimentación saludable es otro de los hábitos de vida recomendados desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Siguiendo dichas recomendaciones, se aconseja un mayor consumo de frutas y vegetales, y una reducción del consumo de grasas animales, bollerías y carnes, como medidas de promoción y de prevención de la salud, que pueden tener efectos positivos en la prevención de problemas de salud tales como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.

Los hábitos alimentarios se establecen desde etapas tempranas de la vida, por lo que la ESC se ha orientado desde el año 2009 a la recogida de información sobre los hábitos alimentarios tanto de nuestra población adulta como de la infantil, llegando incluso a considerar el tipo de alimentación recibida por el niño durante su primer año de vida.

Los hábitos alimenticios de la población canaria de 1 y más años explorados en la ESC 2021 muestran que el pan, los cereales o el gofio son consumidos diariamente por un 68,8% y los productos lácteos por un 74,2%. Ambos se consumían a diario en mayor medida en 2015 (80,6% y 78,2%, respectivamente). Además, el 56,7% de la población asegura consumir fruta fresca diariamente y un 40,7% verduras y hortalizas. Llama también la atención el consumo diario de embutidos, mantequilla, fiambres o beicon (24,4%) y zumos envasados (12,3%) de la población. En las mujeres los hábitos de consumo diario de frutas (59,2%) y de verduras (45,3%) son algo más elevados que en los hombres (54,1% y 36%, respectivamente). Por contra, los hombres consumen a diario zumos envasados en mayor proporción que las mujeres (15,4% frente a un 9,3% de las mujeres). Pese a que el porcentaje de personas que consumen verduras y hortalizas y fruta fresca diariamente no se incrementó en 2021 respecto a 2015, sí se encontraron cambios en el patrón de consumo diario respecto a otros alimentos que resultan positivos desde el punto de vista de la salud. Concretamente, se redujo el porcentaje de los que toman zumos envasados diariamente (de un 25% en 2015 se redujo a un 12,3% en 2021), se redujo el porcentaje de los que comen dulces diariamente (de un 17,8% a un 13,2%) y se redujo el porcentaje de consumo diario de refrescos (de un 11,9% a un 5,4%). El consumo diario de fruta fresca se mantiene estable (56,7% en 2021 frente a un 57,1% en 2015). De los que consumen fruta diariamente, el 43,7% consumen tres o más piezas diariamente.

El análisis por islas revela que el consumo diario de verduras, ensaladas y hortalizas no presenta grandes diferencias, aunque es más frecuente en las islas de Tenerife (45%) y La Gomera (42,6%). El consumo diario de fruta fresca resulta más frecuente en La Gomera (62,9%) y Gran Canaria (59,6%).

Por otra parte, se observa una clara relación entre el nivel socioeconómico y la alimentación. En cuanto a zumos o jugos envasados, dulces, refrescos con azúcar, carne y embutidos se observa un mayor consumo en las Clases IV, V y VI. Así, podemos ver que en la Clase VI el consumo diario de zumos o jugos envasados es de un 17,5%, el 18,3% consume dulces o bollería a diario, un 8,5% consume refrescos diariamente y el 29,8% come embutidos, fiambres, mantequilla o beicon a diario. Por contra, en la Clase I el consumo diario de estos productos se da en menor medida: el 7,2% zumos, el 9,8% dulces, 3,5% refrescos y tan solo el 14,5% consumen diariamente embutidos, fiambres, mantequilla o beicon. La tendencia es a la inversa en cuanto a consumo diario de fruta fresca y verdura. Así, en la Clase VI el consumo diario de fruta fresca es de un 51,9%, por un 61,4% en la Clase I; y en la Clase VI el consumo de verduras, ensaladas y hortalizas es de un 38,1% frente al 48,7% de la Clase I.

El 3,3% de la población de 16 años o más no desayuna. La mayoría para desayunar consume leche y derivados (68,6%) y pan, cereales, gofio (67,7%). Tan solo el 35% incluye fruta, mientras que el 24% consume embutidos y el 12,4% bollería. En relación a los niños de entre 1 y 15 años de edad, el consumo de bollería en el desayuno fue superior al encontrado entre los adultos (25,1%, similar a 2015). El consumo de leche y derivados (88,8%) y pan, cereales, gofio (72,1%) está generalizado; pero no lo está en el consumo de fruta y/o zumo (35,1%).

Los padres y las madres consideran que el 21,6% de los menores de entre 1 y 15 años tienen una alimentación no suficientemente adecuada. Si nos centramos en esos menores, el motivo mayoritario que refieren sus progenitores es que al menor no le gustan algunos alimentos (73%), seguido de otros motivos (22,5%). Padeecer una situación económica en el hogar que no permita la compra de ciertos alimentos es un motivo poco frecuente de alimentación no adecuada (4,2%).

En cuanto al tipo de lactancia que tuvo la población menor de 16 años en las primeras seis semanas de vida, el 63,4% llevó a cabo exclusivamente lactancia natural y un 18,2% artificial, similar a 2015 (64,7% lactancia natural y un 22,1% artificial). En el periodo de 6 semanas a menos de 3 meses, se observa una disminución del porcentaje de lactancia natural (53,6%) y el consiguiente aumento de lactancia artificial (26%), llegando estos porcentajes en el periodo de más de 6 meses al 18,2% y 46,8%, respectivamente.

El análisis por islas muestra que con respecto a 2015 todas las islas han disminuido el porcentaje de niños y niñas menores de 16 años que se alimentaron de manera exclusiva de leche materna durante los primeros 3 meses de vida, excepto en Gran Canaria. Esta isla se mantiene en aproximadamente el 56%, similar a 2015, 10 puntos menos que para el resto de las islas. En 2015 la diferencia se situaba en 15 puntos.

Si consideramos solo a la población menor de 1 año, el 81,3% recibió solo lactancia materna durante las primeras 6 semanas de vida, el 74,8% desde las 6 semanas a los 3 meses y el 60,5% hasta los 6 primeros meses de vida. Estos porcentajes se han incrementado considerablemente en todos los periodos respecto a 2015 (67,4%, 63,7% y 55,2%, respectivamente).

Se observa una clara relación entre el uso de la leche artificial empleada para la lactancia en las primeras 6 semanas y el nivel socioeconómico o clase social, siendo esta más empleada en la Clase VI (20,5%) que en la Clase I (11,5%). Este impacto del nivel socioeconómico y el consumo de leche artificial se mantiene hasta los 6 meses del menor.

Actividad física

Los beneficios que el ejercicio físico aporta a la población son significativos, destacándose, entre otros, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y un incremento de la supervivencia, previniendo la aparición de situaciones de sobrepeso y de otros problemas de salud tales como la diabetes y la cardiopatía isquémica. Por ello, desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias se están llevando a cabo diferentes acciones para promover la adopción de estilos de vida cardiosaludables.

El 31,2% de la población canaria de 16 y más años (30,1% hombres y 32,3% mujeres) realizan su trabajo, estudios o labores del hogar básicamente sentados y andan poco, un 22,7% está de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos (17,9% hombres y 27,2% mujeres), un 25,2% (24,3% hombres y 26,2% mujeres) anda bastante, pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso, un 11% (14,4% hombres y 7,8% mujeres) anda y hace esfuerzos vigorosos frecuentemente y solo un 4,8% hace esfuerzos vigorosos y mucha actividad casi todo el tiempo (7,8% hombres y 1,8% mujeres). A partir de los 65 años, la proporción que realiza esfuerzos vigorosos es muy inferior.

Con respecto al número de horas diarias que la población de 16 a 69 años pasa sentada, habitualmente, se observa que el 12,6% pasa entre 6 y 8 horas sentado.

El 49,7% de la población de 70 y más años no hace ejercicio en su tiempo libre, siendo, en general, más sedentarias las mujeres que los hombres (58% y 38,9% respectivamente). Parece reducirse algo el porcentaje de sedentarismo en este tramo de edad, ya que en 2015 era de un 53%.

Si tenemos en cuenta a la población de 1 a 15 años, el 41,4% de los menores hace entrenamiento deportivo varias veces a la semana (43,4% en niños y 39,3% en niñas), siendo esta cifra del 50% en el rango de edad de 6 a 10 años (52,1% para los niños y 48,1% para las niñas), y del 46,3% para el rango de 11 a 15 años. En este último grupo de edad se observan diferencias entre niños (52,9%) y niñas (38,8%). Si comparamos con la ESC 2015, hay un aumento en la población menor de 16 años que hace entrenamientos deportivos varias veces a la semana (30,3% para el total, 32,3% en niños y 28,4% en niñas), además, se observa una reducción importante del número de menores que no hace ejercicio, pasando del 23,6% en el 2015 (20,2% en niños y 27,1% en niñas) al 12,1% en el 2021 (10,9% en niños y 13,3% en niñas).

En relación con el número de horas que los menores de 5 a 15 años pasan frente a una pantalla el 65,8% de los menores pasan dos o más horas de lunes a viernes, mientras que los fines de semana se incrementa hasta el 79,5%.

En relación con el número de horas diarias que la población canaria de 1 a 69 años dedica a dormir, se observa que el 7,3% duerme menos de 6 horas, siendo este porcentaje más elevado en las mujeres (8,6%) que en los hombres (6%), y el porcentaje de población que duerme menos de 6 horas aumenta a medida que lo hace el rango de edad.

El grupo de edad de 1 a 15 años es el que más horas dedica al sueño, dedicando entre 8 y menos de 10 horas, el 58,2%, y 10 o más horas, el 37,9%. No obstante, en general, el 52,3% de la población mayor de 1 año duerme 8 o más horas, porcentaje similar a 2015 (52,8%).

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal es la relación entre la masa corporal de una persona y su estatura y contribuye a evaluar su estado nutricional, ya que establece una escala: obesidad, sobrepeso, normopeso, que ayuda a identificar si una persona está en un peso insuficiente, peso normal o sufre sobrepeso u obesidad.

Es importante hacer notar que la información utilizada para calcular el índice de masa corporal, en la Encuesta de Salud de Canarias 2021, al igual que en 2015 y 2009, fue transmitida directamente por la persona objeto de la entrevista. Este método, utilizado previamente por otras encuestas de salud nacionales, hace que la validez de este dato quede notablemente limitada; si bien hace posible disponer, de forma eficiente, de un valor sustituto aproximado al real para cada persona.

Según estos datos, el 18,1% de la población canaria de 18 y más años tiene un índice de masa corporal correspondiente a obesidad (encontrándose un porcentaje muy similar en hombres y mujeres) y el 35,4%, sobrepeso (37,9% hombres y 33% mujeres). El porcentaje de población con normopeso se reduce con la edad: el 64,4% de la población entre 18 y 29 años tienen normopeso, frente a tan solo un 39,8% de los adultos entre 45 y 64 años y un 34,8% de los mayores de 64 años. Con respecto a 2015, se mantienen estables los porcentajes de personas con problemas de peso.

Por islas, en Lanzarote se ha incrementado el porcentaje de personas adultas (de 18 y más años) en normopeso (de un 42,6% en 2015 se pasa a un 50,1%), siendo la isla con mayor porcentaje. Lo contrario sucede en La Palma, con un 39% de la población adulta en normopeso, porcentaje que se ha reducido desde el 48,9% de 2015.

Se observa una clara relación entre el porcentaje de personas con obesidad y el nivel socioeconómico o clase social, pasando de un 8,5 % en la Clase I a un 23,2% en la Clase VI. La asociación entre nivel socioeconómico y obesidad parece ser incluso más intensa que en 2015.

En la población de 2 a 17 años, el 9,6% alcanza niveles correspondientes a obesidad, mientras que el 22,9% alcanza niveles de sobrepeso. El grupo de edad con mayor porcentaje de obesidad es el de 5 a 9 años, con un 14,9% (17,4% en niños y 12,6% en niñas). Respecto a 2015, se observa una tendencia a la baja en los porcentajes de normopeso o peso insuficiente (67,5% en 2021 frente a un 73,1% en 2015).

Juegos de azar o apuestas

En la ESC de 2021 se ha querido profundizar en los hábitos de juego de azar o apuestas, dado el incremento reciente en estas prácticas como una forma más de ocio y entretenimiento entre la población.

El 98,9% de la población de 16 y más años nunca juega a máquinas tragaperras o de azar y el 97,2% declara que nunca juega al bingo, casino o salas de apuestas. Sin embargo, este porcentaje se reduce en los juegos de lotería, quiniela o apuestas deportivas a un 40,7%, donde el 22,4% de la población afirma jugar diaria o semanalmente, un 12,7% mensualmente y un 24,2% anualmente. Por sexo, se observa un mayor porcentaje en los hombres frente a las mujeres que juegan diariamente o semanalmente a loterías, quinielas o apuestas deportivas (28,5% frente a 16,5%, respectivamente). Según los grupos de edad, en estos mismos juegos, el grupo con mayor porcentaje es el de la población entre 45 y 64 años, con un 28,2% en juego diario o semanal, seguido de los mayores de 64 años (27%).

Gran Canaria es la isla que presenta el mayor porcentaje en prácticas diarias o semanales en juegos de lotería, quinielas y apuestas deportivas, con un 23,3%, seguida de Tenerife (23%), La Gomera, La Palma y El Hierro (22%) y, Lanzarote y Fuerteventura (17,5%).

04

Actividades preventivas
y/o de riesgo

Actividades preventivas y/o de riesgo

Es de conocimiento general la importancia del medio ambiente y los hábitos de vida como factores determinantes de la salud, por lo que es fundamental incidir en la mejora de estos aspectos, así como en las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La Encuesta de Salud de Canarias 2021 ha querido aportar información sobre los hábitos de promoción de la salud y prácticas preventivas de la población, dando continuidad, de esta manera, a las encuestas realizadas en 2004, 2009 y 2015.

Actividades preventivas

El 24,7% de la población de 16 y más años se vacuna anualmente contra el virus de la gripe (23% en hombres y 26,2% en mujeres), si bien, como era de esperar, este porcentaje es mayor en la población de 65 y más años (54,4%), ya que es la población en la que está recomendada especialmente. Estas cifras han aumentado significativamente con respecto a la ESC de 2015, donde solo el 14,6% de la población de 16 y más años se vacunaba anualmente y el 38,5% de la población mayor de 64 años.

Si tenemos en cuenta los resultados por islas, la frecuencia más alta de vacunación se registra en la isla de La Gomera (37%), seguido de la isla de La Palma (27,2%). La más baja se encuentra en Fuerteventura, con un 19,1% de la población. No se observan diferencias en la frecuencia de la vacunación contra el virus de la gripe por los diferentes niveles socioeconómicos o clases sociales.

En relación a las vacunas que se establecen en el calendario oficial de vacunación para los menores de hasta 15 años, el 99,1% cumple la planificación establecida. Un 79% de los menores de hasta 10 años recibieron una vacuna no financiada por el Servicio Canario de la Salud (SCS) como la vacuna para la neumonía, meningitis B, rotavirus u otras. Respecto a estas vacunas no financiadas, por islas, las islas capitalinas tienen porcentajes superiores (Tenerife 82,4% y Gran Canaria 85,9%) frente a Lanzarote, con un 49,1% y La Gomera, con un 47,8%.

Se han explorado también otras actividades de prevención en relación con la monitorización de distintos factores de riesgo cardiovascular. En general, el 15,1% de la población de 16 y más años declara que un profesional sanitario le toma la tensión arterial con una periodicidad de 3 meses o menos, cifra ligeramente inferior a la recogida en la ESC de 2015 (18,6%). Entre los grupos de edad, se observa un mayor porcentaje en la población de 65 y más años, con un 30,3% que se toma la tensión al menos cada 3 meses. Un 51,4% de la población se la toma ocasionalmente, sin ninguna frecuencia fija, siendo este porcentaje superior en las mujeres (53,6%) frente a los hombres (49,1%). Según la isla de residencia, la isla de Lanzarote tiene los porcentajes más bajos de población que se realiza periódicamente (cada tres meses o menos) tomas de tensión arterial (13,4%) y los más altos, La Palma (24%) y La Gomera (19%). No existe relación entre la periodicidad de la toma de la tensión arterial y el nivel socioeconómico.

En el caso de los menores de 16 años de edad, un/a profesional sanitario/a le ha tomado alguna vez la tensión arterial al 53,8% de este colectivo.

El 94,2% de la población de 16 y más años se ha realizado alguna vez determinaciones analíticas para medir el colesterol en sangre, porcentaje inferior al 2015 (97,1%). La periodicidad más frecuente es la revisión una vez al año, que la realiza el 41,7%. El porcentaje es ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (el 42,8% de las mujeres se hacen revisión del nivel de colesterol cada año, frente a un 40,5% de los hombres). En cuanto a los grupos de edad, un 34,7% de la población de 65 y más años se realiza determinaciones analíticas del colesterol cada 6 meses o menos. Por islas, los porcentajes más altos para los que se realizan determinaciones cada 6 meses o menos se observan en La Palma y El Hierro (27,4% y 25,1%, respectivamente), mientras que los más bajos se observan en la isla de Gran Canaria (17,9%) y Fuerteventura (16,2%). No se encuentra relación entre las determinaciones del colesterol y los niveles socioeconómicos o clases sociales.

El 38,4% de la población de 16 y más años se revisa el nivel de azúcar en sangre una vez al año, un 17,2% lo hace con una frecuencia inferior al año y un 5% lo hace diaria o semanalmente. No existen diferencias apreciables según sexos. La frecuencia de las determinaciones analíticas de la glucemia, al igual que ocurre con la tensión arterial y el colesterol, aumenta con la edad, un 35,9% de los mayores de 64 años se la revisa anualmente y un 39,6% con una frecuencia inferior a un año. Respecto a 2015, ha aumentado el porcentaje de población que no se revisa nunca el nivel de azúcar, pasando del 3,7% en 2015 al 9,4% de 2021. Este cambio es más llamativo en la población de 16 a 29 años (20,4% en 2021 frente al 8,8% de 2015). En cuanto al lugar de residencia, los porcentajes más bajos para la medida periódica (una vez al año) de la glucemia se obtienen para Lanzarote y Fuerteventura (32,6%), seguida de Tenerife (34,9%), y los porcentajes más altos en Gran Canaria (43,7%) y el resto de islas no capitalinas: La Gomera, La Palma y El Hierro (40,7%). No hay relación directa entre la revisión del nivel de azúcar en sangre y los niveles socioeconómicos o clases sociales.

En las mujeres, se preguntó específicamente por la realización de revisiones de salud y la frecuencia de las mismas. En relación con la mamografía, observamos que la utilización de este procedimiento diagnóstico ha aumentado sensiblemente por parte de la mujer de 20 o más años en los últimos 24 años. En 1997 este porcentaje fue de 34,7%, en 2004 fue el 49%, en 2009 el 58,1%, en 2015 el 59,8%, y en el 2021 el 63,3% de dicha población.

Además, si analizamos en detalle la utilización de la mamografía por las mujeres de edades comprendidas entre los 50-69 años (edades incluidas actualmente en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama en Canarias), un 35,4% de dichas mujeres se la realiza una vez al año y un 45% cada dos años, solo un 7% declara no habérsela hecho nunca.

Según la zona de residencia de la población femenina mayor de 15 años, se observa que existe una menor cobertura, en la realización de mamografías al menos cada dos años, en Fuerteventura (28,7%) y La Palma (36,7%). Por el contrario, Tenerife y Gran Canaria, con un 43,7% y un 42% respectivamente, son las que mayor cobertura tienen. No existe una clara asociación entre la realización de una mamografía anual y el nivel socioeconómico o clase social.

El principal motivo por el que la población femenina de 16 y más años se ha realizado una mamografía es por la recepción de una carta o llamada del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama (42,5%), mientras que un 30,2% lo han hecho por recomendación de su médico/a y un 13,5% por padecer algún problema, síntoma o enfermedad. Si tenemos en cuenta el grupo de edad de 50 a 69 años, el porcentaje de mujeres que se ha realizado la última mamografía por la recepción de una carta o llamada del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama aumenta al 58,7% respecto al resto de grupos de edad, porcentajes similares a los de 2015.

El acceso de la población femenina de 16 y más años a la utilización de la citología vaginal para la detección precoz del cáncer de cuello uterino y de determinadas infecciones en 2021 es del 83,2% de la población, porcentaje ligeramente inferior a las últimas dos encuestas, 87,7% en 2009 y 87,1% en 2015; siendo mayor la frecuencia en el grupo de edad de 30 a 44 años (93,5%). Por islas, la frecuencia de realización de la citología, al menos cada dos años, de las mujeres de 16 y más años, es ligeramente superior en Tenerife (52,1%) y Gran Canaria (52,6%), y la isla con menor porcentaje es Fuerteventura (42,8%). Se observa una clara relación entre la realización anual de una citología y los niveles socioeconómicos o clases sociales, un 50,7% de la Clase I frente a un 28,7% de la Clase VI.

El motivo principal por el que las mujeres se realizaron la citología fue por el consejo de su matron/a o médico/a de atención primaria o especialista (62,3%), aunque no presentaran ningún problema, porcentaje similar al de 2015 (63,3%). No se encuentran diferencias entre los grupos de edad.

El 45,2% de la población de 16 y más años (43,4% hombres y 47% mujeres) reconoce no haberse hecho nunca la prueba de sangre oculta en heces (frente al 69,8% de 2015), disminuyendo dicho porcentaje con la edad hasta

el 26,6% de los mayores de 64 años (frente al 52,3% de 2015). Según la zona de residencia, Gran Canaria (49%) y Fuerteventura (55,1%) son las islas donde existe un mayor porcentaje de personas que no se han hecho nunca esta prueba, al contrario de lo que ocurre en Tenerife y El Hierro, con un 40,3% y 42,3%, respectivamente.

El principal motivo por el que la población de 16 y más años se ha realizado esta prueba ha sido por el consejo de su médico/a de atención primaria o especializada (36,9%), mientras que un 32,4% se la ha realizado por el padecimiento de algún problema, síntoma o enfermedad y un 20% tras recibir una carta o llamada del programa de diagnóstico precoz de cáncer de colon. Se observa un aumento considerable entre la población que se ha realizado esta prueba tras recibir una carta o llamada con respecto al 11,9% en el 2015.

Si tenemos en cuenta los grupos de edad, es a partir de los 45 años cuando aumenta el porcentaje de población que se ha realizado la prueba tras recibir una carta o llamada del programa de diagnóstico precoz de cáncer de colon, siendo un 27,4% y 22,8% en la población de 45 a 64 años, y mayor de 64 años, respectivamente, frente a un 7,5% y 6,1% de la población de 16 a 29 años y 30 a 44 años, respectivamente. No se encuentran diferencias en el uso de esta prueba entre los diferentes niveles socioeconómicos o clases sociales.

Salud bucodental

En relación con la práctica de hábitos higiénicos bucodentales, el 96,6% de la población de 3 y más años (95,1% los hombres y 98,2% las mujeres) se lava los dientes diariamente. Un 85,1% se los lava un mínimo de dos veces al día. Sin embargo, el porcentaje que realiza higiene dental después de cada comida es del 51,8%, porcentajes similares a los de 2015. El porcentaje de mujeres que se lava los dientes tras cada comida es el 57,7% frente al 45,8% de los hombres. No se aprecian diferencias significativas en la higiene bucal entre diferentes grupos de edad. Se observa una relación entre los hábitos de higiene bucodental y los niveles socioeconómicos o clases sociales. El 62,1% de la población de la Clase I se cepilla los dientes después de cada comida, frente al 45,5% de la Clase VI.

El tiempo transcurrido desde la última consulta dental es de menos de un año para el 51,1% de la población de 3 o más años, mientras que, un 5,5% no ha acudido nunca a consulta dental. En cuanto a nivel socioeconómico o clase social, el 64,5% de la población de la Clase I ha visitado al dentista en el último año, y solo el 42,9% de la Clase VI lo ha hecho.

Los motivos más frecuentes en la última consulta dental a la que han acudido personas de 16 y más años son: un 42,4% de la población por revisión o chequeo, un 41,3% por limpieza dental, un 22,4% por empastes y endodoncias, un 16,8% por colocación de fundas, prótesis e implantes; y un 15,1% por extracción de dientes o muelas. Se trata de una distribución similar a la de 2015 para todos los motivos, salvo para la limpieza dental, que se incrementó desde el 33,9% de 2015. En el caso de la población de 3 a 15 años, el motivo de consulta dental es mayoritariamente la revisión o chequeo (78,5%), similar al dato de 2015 (78,2%).

El 18,9% de la población de 16 y más años declara tener alguna caries sin empastar, el 67,7% tiene algún diente/muela empastado o sellado y un 44,5% de la población conserva todos sus dientes naturales, reduciéndose este porcentaje a medida que aumenta la edad (13,8% en población mayor de 64 años). En cuanto a la población de 3 a 15 años, el 90,7% afirma tener sus dientes sanos, el 20,7% tiene algún diente o muela empastado o sellado y el 8% tiene alguna caries sin empastar, porcentajes similares a los observados en 2015.

Riesgos en el trabajo

En la encuesta se ha explorado en la población ocupada y en aquella cuya actividad principal son las tareas del hogar el grado de exposición a los siguientes tipos de riesgo en el lugar de trabajo: acoso o intimidación; discriminación; violencia; exposición a productos químicos, polvo, humos o gases; a ruidos o vibraciones; posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas; riesgos percibidos de accidente; y, en el caso de la población que teletrabaja o se dedica principalmente a las tareas del hogar, el nivel de estrés debido a la necesidad de simultanear el trabajo con el cuidado de menores o dependientes durante la jornada laboral. Esta información es de gran utilidad para la planificación y evaluación de las políticas públicas de salud laboral.

Los porcentajes más altos de la población de referencia que declaran exposición a algunos de los factores de riesgo anteriormente expuestos son para: el riesgo de accidente (47,7%), las posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas (44%), los ruidos o vibraciones (35,4%) y la exposición a productos químicos, polvo, humo o gases

(30%). En el caso de la población que teletrabaja parcial o totalmente o se dedica principalmente a las tareas del hogar, un 24,5% declara estar expuesta a estrés debido a la necesidad de simultanear el trabajo con el cuidado de menores o dependientes durante la jornada laboral. El acoso o la intimidación aparecen como un riesgo para el 10,7% de la población, la violencia para el 7,8% y la discriminación para un 6,3%. En 2015 encontramos porcentajes mayores a los de 2021 en: riesgo de accidente (52,7%), posturas forzadas (47,9%), ruidos o vibraciones (36,2%), productos químicos (33,8%); y porcentajes inferiores a los de 2015 en: acoso o intimidación (8,2%), violencia (5,4%) y discriminación (4,8%).

Los hombres declaran una mayor exposición que las mujeres a riesgo de accidente (56,9% frente a 39,1%, respectivamente), a la exposición de productos químicos, polvo, humo o gases (37% frente a 23,5%), ruidos o vibraciones (44,2% frente a 27,2%) y posturas forzadas (48,9% frente a 39,4%). Para el resto de riesgos presentan porcentajes similares (acoso o intimidación, discriminación o violencia). No se aprecian diferencias en la exposición de riesgos según la edad.

Por otra parte, un 36,4% de la población incluida en el módulo de riesgos considera muy satisfactorio su trabajo (39% mujeres frente al 33,6% hombres) y un 26,8% lo considera satisfactorio (24% mujeres y 29,7% hombres), porcentajes similares a 2015.

En cuanto a niveles de estrés en el trabajo, un 24,3% declara un nivel moderado, un 17,5% un nivel alto y un 15,4% un nivel muy alto de estrés, porcentajes ligeramente superiores a los recogidos en 2015 (21,6%, 13,9% y 14,8%, respectivamente). Por sexo y grupos de edad no se observan diferencias en la distribución de porcentajes.

05

Autovaloración del estado
de salud

Autovaloración del estado de salud

Autovaloración del estado de salud general

Explorar y conocer la percepción que los individuos tienen sobre su propio estado de salud es relevante, puesto que esta percepción se ha mostrado como un factor predictivo de morbilidad (mortalidad causada por una enfermedad), tal como demuestran diversos estudios científicos. Esta percepción está en relación con la salud y la edad de las personas. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la autopercepción o autovaloración del estado de salud depende, además, del conocimiento que las personas tienen sobre aspectos relacionados con la salud y de las expectativas sobre la efectividad de la creciente oferta de los servicios sanitarios.

La Encuesta de Salud de Canarias, desde el 2004, ha explorado la percepción del grado de salud autopercebido por la población de 16 años y más años mediante un conjunto de preguntas que invitan a la ciudadanía a autovalorar su propia salud, tanto en el momento de la encuesta como en los doce meses anteriores, haciendo uso del cuestionario genérico y estandarizado EQ-5D, que informa sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Este cuestionario se ha utilizado internacionalmente de forma extensa y se caracteriza por considerar 5 dimensiones básicas en el estado de salud de los individuos (movilidad, cuidado personal, realización de actividades cotidianas, padecimiento de dolor o malestar y situaciones de ansiedad o depresión), además de utilizar una escala visual analógica. Desde la encuesta de 2015 se utiliza la versión del EQ-5D-5L, que es más sensible para medir cambios en el estado de salud del encuestado que la versión anteriormente utilizada (EQ-5D-3L).

El 69,8% de la población total de Canarias valora su salud de “muy buena o buena”, el porcentaje más bajo de los últimos años, 2015 (73,6%) y 2009 (72,9%), siendo estas cifras superiores en hombres que en mujeres (74,3% frente a 65,5%). La valoración del estado de salud disminuye con la edad, el 92,4% de la población menor de 16 años considera su salud de “muy buena o buena”, sin embargo, en la población mayor de 64 años solo el 49,5%.

En la isla de El Hierro el porcentaje de población que declara tener una salud “muy buena o buena” es del 65,1%, frente al 74% de Lanzarote y La Gomera.

La población de 16 y más años con mayores niveles de estudios declaran con mayor frecuencia tener una autopercepción de su salud “muy buena o buena” en comparación con las personas sin estudios (75,8% frente a 42,7%) o con estudios primarios (49,9%).

Asimismo, se observa una clara relación entre la valoración del estado de salud y el nivel socioeconómico o clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, aumentando la autovaloración del estado de salud al mejorar el nivel socioeconómico. El 78,8% de las personas pertenecientes a la Clase I consideran que su salud es “muy buena o buena”, frente al 56,4% que lo consideran en la Clase VI.

Con respecto a cada una de las dimensiones medidas en el EQ-5D-5L, el 80,5% de la población de 16 y más años no tiene problemas para caminar (83,6% en hombres y 77,5% en mujeres); sin embargo, este porcentaje se reduce a medida que aumenta el rango de edad, situándose en un 55,3% en el rango de edad de 65 y más años (62,8% en hombres y 49,3% en mujeres), porcentajes similares a los observados en 2015.

El 92,6% de la población de 16 y más años no tiene problemas en relación con el cuidado personal (92,9% en hombres y 92,3% en mujeres), siendo este porcentaje inferior en la población mayor de 64 años (80,6%), y dentro de este rango de edad las mujeres tienen un menor porcentaje frente a los hombres (78,4% frente a 83,4%), porcentajes similares a la ESC de 2015.

En cuanto a la realización de las actividades cotidianas, el 83,1% de la población refiere no tener ningún problema (86,6% en hombre y 79,8% en mujeres), cifra que disminuye a medida que aumenta la edad, llegando a un 66,6% en el grupo de 65 y más años (75,8% en hombres y 59,1% en mujeres), porcentajes similares a los recogidos en 2015.

El 56,7% de la población no tiene dolor ni malestar, siendo este porcentaje inferior en las mujeres (50,5%) frente a los hombres (63,1%); y en la población mayor de 64 años (37%). En este grupo de edad, el porcentaje en mujeres es significativamente menor que en los hombres (27% frente a 49,2%), cifras que disminuyen con respecto al 2015, donde el 61,2% de la población mayor de 15 años no tenían dolor ni malestar (67,5% en hombres y 55,1% en mujeres).

En la dimensión de ansiedad o depresión, el 66,6% de la población mayor de 15 años no se siente ansioso/a ni deprimido/a (71,8% en hombres y 61,7% en mujeres). Al igual que en las anteriores dimensiones, esta cifra disminuye a medida que aumenta la edad de la población, obteniéndose un 61,9% en el grupo de 65 y más años (72,6% en hombres y 53,2% en mujeres). Este porcentaje es inferior al recogido en la ESC de 2015 para la población de 16 y más años, donde el 74,6% no se sentía ni ansioso/a ni deprimido/a (79,7% en hombres y 69,7% en mujeres).

Un 55,7% de la población de 16 y más años (59,1% en hombres y 52,4% en mujeres) tiene una puntuación superior a 75 puntos en la Escala Visual Analógica (EVA), que oscila entre 0 y 100 puntos, en la que una mayor puntuación indica un mejor estado de salud en general. Los resultados muestran una puntuación media en dicha población de 74,2, con mejores puntuaciones para los hombres que para las mujeres (76 y 72,5, respectivamente), y mejores puntuaciones en las personas más jóvenes, de 16 a 29 años, frente a los mayores de 64 años (81,4 frente a 64,5, respectivamente), cifra ligeramente inferior a la recogida en la ESC de 2015, donde la puntuación media para la población mayor de 15 años fue de 74,9 (77,2 para hombres y 72,7 para mujeres).

Las islas con mayores puntuaciones y mejor autopercepción de salud en general son La Gomera (78,6), seguida de Lanzarote (75,5). Entre las islas con menor puntuación encontramos Tenerife y Gran Canaria, con una puntuación media de 74 y El Hierro, con un 73,4. Destaca el incremento en la isla de La Gomera con respecto a la ESC de 2015, donde obtuvo una puntuación media de 71,8.

La Encuesta de Salud de Canarias 2021 también ha explorado la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en niños y niñas y adolescentes (entre 8 y 15 años) mediante el instrumento genérico de calidad de vida KIDSCREEN, que ha sido diseñado y validado para niños y niñas y adolescentes en diferentes países europeos, basándose en los conceptos de salud y bienestar relevantes para este grupo de edad. Este cuestionario valora la CVRS según la perspectiva del menor en términos de su bienestar físico, mental y social y se puede utilizar como instrumento de cribado, monitorización y evaluación en las encuestas de salud representativas nacionales y europeas, permitiendo identificar la población infantojuvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva.

Existen varias versiones de este instrumento y en la ESC-2021 se ha utilizado el Índice KIDSCREEN-10 como puntuación global unidimensional de CVRS, que consiste en 10 ítems que representan suficientemente los perfiles más extensos del KIDSCREEN (bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación con los progenitores y vida familiar, amigos y apoyo social, entorno escolar, aceptación social y recursos económicos). Los valores obtenidos están estandarizados con media 50 y desviación típica 10; así, si un grupo puntúa 55, se encuentra a 0,5 desviaciones típicas por encima (mejor calidad de vida) de la media europea.

La puntuación del KIDSCREEN de la población infantojuvenil de Canarias, entre 8 a 15 años de edad es de 63,2 (puntuación peor a la de 2015, que estaba en 67,9). Los niños presentan una puntuación mayor (64,4) que en las niñas (62,1) y mejor para el grupo de menores entre 8 y 11 años (65) frente al grupo de 12 a 15 años de edad (61,7), independientemente del sexo. Los resultados en la CVRS de la población objetivo son mejores para Lanzarote (64,7) y Gran Canaria (64,5), frente a las islas no capitalinas: El Hierro (59,4), La Palma (56,8) y La Gomera (55,7). No se encuentra relación entre los resultados de este instrumento y el nivel socioeconómico o clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Autovaloración del estado de salud mental

Una correcta planificación de los servicios sanitarios no puede pasar por alto la situación de la salud mental de la población residente en las distintas áreas de salud de la comunidad autónoma de Canarias. Por ello, la Encuesta de Salud de Canarias ha presentado, como otro de sus objetivos prioritarios, la obtención de información sobre el estado de salud mental de la población canaria. Se debe tener en cuenta que este es un tema complejo, dadas las dificultades que se presentan a la hora de evaluar de forma precisa la salud mental de los individuos. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos varía mucho, y no solo depende de la región de estudio, sino también de la metodología utilizada y de lo restrictivo que se sea a la hora de evaluar los resultados.

Para la valoración de la salud mental de la población de 16 y más años residentes en Canarias se ha utilizado la versión de 12 ítems del General Health Questionnaire (GHQ-12) de Goldberg. Es necesario indicar que el GHQ-12 fue diseñado y validado para ser autoadministrado, y solo las personas encuestadas que quisieron lo hicieron de esta manera, y el resto fue preguntado por el/la entrevistador/a.

Este instrumento ha tenido una amplia difusión, habiendo sido validado y utilizado de forma extensiva en la evaluación de la salud mental de grupos poblacionales tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Su desarrollo tuvo como finalidad cribar los trastornos mentales actuales, no para realizar diagnósticos clínicos ni valorar trastornos crónicos. Principalmente, detecta la presencia de depresión, ansiedad, desajuste social e hipocondría. No sirve, por tanto, para el cribado de psicosis funcionales. En España, la validación de este instrumento se llevó a cabo para individuos de 15 o más años. La aplicación de este instrumento de medida sirve para conocer la situación actual de la salud mental del individuo, en el momento de la realización de la encuesta, respecto a su situación habitual. Se pregunta en forma de escala de Likert de 4 categorías si la persona ha experimentado recientemente un síntoma en particular o un tipo de comportamiento. El punto de corte para identificar posibles casos psiquiátricos es 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 o más es un posible caso psiquiátrico.

De acuerdo con este instrumento, la ESC de 2021 pone de manifiesto que el 27% de los ciudadanos en Canarias con 16 años o más tienen riesgo de sufrir un problema de salud mental, cifra ligeramente superior a la de las últimas dos encuestas: 2015 (23,7%) y 2009 (25,6%). En el 29,7% de las mujeres se evidenció la presencia de un probable trastorno psiquiátrico, en los hombres dicha cifra alcanzó el 24,1%. Los resultados muestran que el grupo de 45 a 64 años tienen mayor probabilidad de sufrir un problema de salud mental (28,1%), seguido de la población más joven, entre 16 y 29 años (27,1%), los mayores de 64 años (26,7%) y la población de 30 a 44 años (25,4%).

Según las islas, en Tenerife se registró la mayor cifra de probable problema de salud mental, con un 29,4%, seguido de Fuerteventura, con un 26,4%. Por el contrario, El Hierro y La Gomera registraron las cifras más bajas, con un 17,4% y 11,7%, respectivamente.

En relación con el nivel de estudios, se puede apreciar que las personas sin estudios y con estudios primarios son las personas de 16 y más años con más riesgo de sufrir problemas de salud mental (35,3% y 29%, respectivamente), así como las personas que están paradas (38,7%), jubiladas, pensionistas e incapacitadas para trabajar (31,7%) o dedicadas principalmente a las tareas del hogar (30,7%). Además, los resultados de la ESC muestran que las personas pertenecientes a la Clase Social VI tienen un riesgo de sufrir problemas mentales del 32,6% frente al 19,1% de la Clase I.

Para la valoración de la salud mental de la población infantojuvenil (entre 4 y 15 años de edad) residente en Canarias se ha utilizado el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ), que ha mostrado ser un instrumento bien aceptado y fácil de utilizar en estudios de cribado de patología psiquiátrica en la edad pediátrica. Es el cuestionario de cribado más usado en los últimos años en los países occidentales y está validado con población infantojuvenil de Canarias en su versión para padres y madres y profesores. En la ESC de 2021 se ha utilizado la versión para progenitores de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Cuatro escalas miden conductas problemáticas y hacen referencia a: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros. Estas cuatro escalas miden problemas del comportamiento, mientras que la quinta escala mide una cualidad del comportamiento, que sirve para disminuir el sesgo que crea el denominado "efecto halo", que es la tendencia, cuando se juzga una característica de una persona, a dejarse influenciar por otra característica o por la impresión general de la persona, denominada conducta positiva de socialización. Los ítems presentan tres posibilidades de puntuación: no es cierto, un tanto cierto y es absolutamente cierto, que se puntúan: 0, 1 o 2. Para prevenir sesgos en la contestación, existen 5 ítems "inversos", en los que la contestación "no es cierto" no constituye un fin positivo sino negativo, y la contestación "absolutamente cierto" traduce un efecto positivo. El punto de corte

para la escala general es de 19, de 5 para la escala de síntomas emocionales, de 4 para la escala de problemas de conducta, de 8 para la escala de hiperactividad, y de 3 para la escala de problemas con los compañeros, siendo normales las puntuaciones que se obtengan por debajo de estos valores. Para la escala prosocial el punto de corte es 4 y se consideran normales las puntuaciones superiores a este valor.

La puntuación media para el cálculo del total de dificultades para la población infantojuvenil en 2021 es de 8,6, que se considera una puntuación normal (por debajo del punto de corte de 19 puntos), valor similar al recogido en 2015 (9). Las niñas tienen mejores puntuaciones que los niños (7,8 frente a 9,4, respectivamente). Se observa una clara relación entre el nivel socioeconómico y los valores que se obtienen en la escala, apreciándose mejores puntuaciones en la población de 4 a 15 años en la Clase I (7) frente a la Clase VI (10).

Para la escala de síntomas emocionales, la puntuación media total es de 1,8, puntuación situada en los rangos de normalidad (< 5 puntos), similar por sexos y mejor para los menores de 10 años frente a los mayores de 10 años (1,6 frente a 2, respectivamente). Estas cifras son similares a las de 2015.

La puntuación media para la escala de problemas de conducta es de 1,6, valor dentro del rango de normalidad, sin diferencia entre sexo o grupos de edad. Con respecto a 2015, las puntuaciones totales han mejorado, ya que la media era de 1,8.

En la escala de hiperactividad la puntuación media es de 3,8 (dentro del rango de normalidad), con mejor puntuación para las niñas que los niños (3,2 frente a 4,4). La población menor de 10 años tiene una puntuación superior a los de 10 a 15 años (4,1 frente a 3,6). En la ESC de 2015 las puntuaciones fueron similares.

Para la escala de problemas con compañeros/as se obtuvo una puntuación media total de 1,4 (1,6 en niños y 1,2 en niñas), valores normales dentro de esta escala. El grupo de 4 a 9 años obtuvo una mejor puntuación frente al grupo de 10 a 15 años (1,3 frente a 1,5, respectivamente). En la anterior encuesta de 2015 se recogieron cifras similares, donde se obtuvo una puntuación total de 1,5, sin diferencias entre sexo.

Por último, para la escala sobre la conducta prosocial, en 2021, la puntuación media ha sido de 8,6 (8,4 para los niños y 8,8 para las niñas). Según la edad, se obtuvo una puntuación de 8,7 para los menores de 10 años y de 8,5 para los mayores de 10, cifras inferiores a las recogidas en 2015 (8,9 para el total, 8,9 para niños y 9 para niñas). Todas las puntuaciones se encuentran en el rango de normalidad.

Apoyo afectivo y personal

La ESC de 2021 ha explorado la relación entre la percepción de apoyo social y la salud, mediante el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC, instrumento de 11 ítems que utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 1 ("mucho menos de lo que deseo") a 5 ("tanto como lo deseo"). El cuestionario evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido e incluye dos dimensiones: apoyo social confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas; y el apoyo social afectivo, que puede definirse en expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.

El 32,6% de la población de 16 y más años declara recibir visitas de amistades y familiares tanto como desea (31,5% en hombres y 33,7% en mujeres), el 25,1% declara recibirlas menos o mucho menos de lo que desearía. No se observan diferencias significativas entre los grupos de edad. En la población mayor de 64 años, un 35,3% recibe visitas tanto como desea, y el 26,1% menos o mucho menos de los que desea. En 2015 estos porcentajes se corresponden con un 47,1% y 17,7%, respectivamente).

El 70,8% de la población declara contar con personas que se preocupan de lo que les sucede tanto como desean, mientras que el 4,9% declara contar con este apoyo menos o mucho menos de lo que desearían, porcentajes similares a los recogidos en la ESC de 2015, 72,3% y 4,4%, respectivamente.

En relación a la recepción de amor y afecto, el 72,3% de la población ha declarado que lo recibe tanto como desea y el 5,8% menos o mucho menos de lo que lo desea. Estas cifras son similares a la encuesta de 2015, 72,8% y 5%, respectivamente.

Suicidios

En esta encuesta también se ha abordado la ideación suicida. El suicidio está entre las principales causas de muerte en el mundo y en España es la primera causa de muerte no natural, superando a los accidentes de tráfico. La ideación suicida se ha establecido firmemente como un factor de riesgo de tentativas suicidas y de suicidio consumado y el riesgo suicida no solo está relacionado con posibles trastornos mentales subyacentes, sino también con la deficiente salud física, discapacidad y deficiente apoyo social.

El 13,1% de la población de 16 y más años ha experimentado pensamientos suicidas alguna vez en su vida, cifra ligeramente superior a la recogida en la encuesta de 2015 (10,8%). Según los grupos de edad se observa un mayor porcentaje de personas con pensamientos suicidas en el grupo de 45 a 64 años (15,6%) y en el grupo de 16 y 29 años (13,3%), siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres (15,2% frente al 10,9%). De la población de 16 y más años que alguna vez ha tenido pensamientos suicidas, el 34,6% lo ha tenido en los últimos 12 meses (32% hombres y 36,4% mujeres), alcanzando el 43,6% en el grupo de 16 a 29 años. Estos porcentajes son superiores a los de 2015 (29,4% total, 27,4% hombres y 30,6% mujeres). Parece existir relación entre el nivel socioeconómico o clase social y haber tenido pensamientos suicidas. Así, el porcentaje de población de las Clases I y II que han tenido alguna vez pensamientos suicidas es de un 10,5% y 9,2%, respectivamente, frente a un 16,5% y 16,2% de las Clases V y VI.

Lanzarote y Fuerteventura (13,8%), seguida de Gran Canaria (13,5%) y Tenerife (12,9%) son las islas que presentan mayor porcentaje de población con pensamientos suicidas en algún momento de su vida, siendo La Gomera, La Palma y El Hierro (9,8%) las que menos.

06

Morbilidad

Morbilidad

Principales problemas de salud crónicos percibidos

En la Encuesta de Salud se exploran los problemas de salud crónicos autopercebidos por la población alguna vez, los autopercebidos en los últimos 12 meses y los que le ha dicho un/a médico/a que la padece. En este apartado haremos referencia a los autopercebidos por la población en los últimos 12 meses, el resto de información está disponible en la publicación de las tablas. Por lo tanto, las diferencias que puedan ser detectadas por la encuesta de salud estarán en relación no solo con la frecuencia real del problema de salud; sino, también, con las creencias y sensibilidad de la población, así como con la actividad de los servicios sanitarios locales.

En la encuesta de 2021, los principales problemas de salud de carácter crónico identificados por la población de 16 y más años en los últimos doce meses son las enfermedades músculoesqueléticas, con porcentajes similares a los de 2015. En 2021, un 30,6% de la población de 16 y más años ha sufrido dolor de espalda por lumbago, ciática o hernia discal en los últimos doce meses, frente al 29,5% del 2015; un 28,8% dolor de espalda cervical (28,1% en 2015) y un 24,9% ha tenido dolores reumáticos, artritis, osteoporosis o artrosis, siendo en 2015 un 23,9%.

También destacan como problemas de salud frecuentes en los últimos 12 meses: el dolor de cabeza frecuente, jaqueca o migraña (19,1%), la hipertensión arterial (19%), el colesterol alto (16,4%), los problemas de salud mental como ansiedad o depresión (16,2%), alergia crónica como rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica (16,1%) y los problemas de la circulación sanguínea o de varices en las piernas (15,8%). Seguidos de otros problemas de salud de menor frecuencia como: problemas de estómago identificados por el 14,2% de la población de 16 y más años, alteraciones en el periodo/ menstruación o problemas en el periodo menopáusico que sufre el 13,9% de las mujeres de 16 y más años, hemorroides por el 10,2% y la diabetes mellitus (azúcar en sangre) por el 9,6%.

La mayoría de las enfermedades crónicas aumentan su frecuencia con el aumento de la edad, salvo en el caso de los dolores de cabeza, jaqueca o migrañas y las alergias, que tienen una mayor frecuencia en los grupos de edad de 16 a 29 años (24,3% y 23%, respectivamente) frente a los mayores de 64 años (11,4% y 12,2%, respectivamente).

No todas las personas que declaran tener una enfermedad han recibido la confirmación por parte de su médico/a.

El nivel socioeconómico o clase social muestra una clara relación con los problemas de salud padecidos en los últimos doce meses en la población mayor de 16 años. Si se compara la Clase I y la Clase VI, se observa en general un aumento de los problemas de salud en la Clase VI, por ejemplo, los problemas de espalda por lumbago, ciática o hernia discal pasan de un 26,1% en la Clase I a un 35,3% en la Clase VI. En contraposición, los problemas de alergia siguen una tendencia inversa, afectando al 15% en la ClaseVI y a un 22,2% en la Clase I.

Los problemas de salud crónicos más frecuentemente identificados por la población menor de 16 años en los últimos doce meses se corresponden con problemas relativos a los órganos de los sentidos como la vista y el oído (16,6%), seguidos de las alergias crónicas (12,8%), dolor de cabeza frecuente, jaquecas o migrañas (7,6%) y asma o bronquitis crónica (6,3%). La mayor parte de estos problemas de salud han sido diagnosticados por un/a médico/a.

Estas cifras disminuyen con respecto a la edición anterior, salvo en los problemas relativos a los órganos sensoriales, que aumenta (13,4% en 2015).

En cuanto al nivel socioeconómico o clase social basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar, se observa que los problemas en los órganos sensoriales lo padecen la población menor de 16 años en mayor porcentaje en la Clase I (23,7%). Sin embargo, este porcentaje disminuye hasta situarse en un 14,9% en la Clase VI; al contrario de lo que ocurre con las alergias crónicas, que hay mayor porcentaje en la Clase VI, con un 15,7%, frente a la Clase I, con un 8,9%.

Restricción de la actividad habitual

La Encuesta de Salud de Canarias 2021 ha querido explorar el impacto de la enfermedad sobre la actividad habitual de las personas, que englobaría tanto su actividad laboral, como sus actividades de ocio durante las dos semanas previas a la encuesta. El 23,1% de la población de 16 y más años tuvo que restringir su actividad, el mayor porcentaje recogido en todas las encuestas realizadas desde el año 2004; en 2015 la cifra fue del 16,8%, en 2009, del 18,6% y en 2004, del 13%. Esta situación es más frecuente entre las mujeres (27,4%) que entre los hombres (18,5%).

En las mujeres existe una relación entre el aumento de la edad y la restricción de la actividad habitual, durante los 15 días previos a la encuesta, por el padecimiento de algún problema de salud, que pasa de un 18,8% en las mujeres entre 16 y 29 años, a un 32,5% en las mujeres mayores de 64 años. Esta relación no parece existir entre los hombres.

La duración de esta restricción de la actividad habitual se prolongó entre 1 y 3 días en el 40,7% de los casos, entre 4 y 7 días en un 27,8% y, más de 7 días en el 24% de la población de 16 y más años.

Los problemas de salud responsables de la restricción en la actividad principal o de tiempo libre en la población de 16 y más años son los relacionados con los problemas osteoarticulares (71,8%) tanto en hombres (71,2%) como en mujeres (72,1%), seguidos de problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir (37,9%) siendo un 32,1% en hombres frente al 41,6% en mujeres, dolor de cabeza (36,8%) tanto en hombres (31,5%) como en mujeres (40,2%), cansancio sin razón aparente (33,4%) siendo un 24,9% en hombres y 39% en mujeres, mareos y fatigas (23,7%) tanto en hombres (19,8%) como en mujeres (26,2%), y problemas de garganta, tos, catarro, gripe o covid-19 (17,9%), siendo un 16,8% en hombres y 18,5% en mujeres. La población de 16 y más años que ha restringido su actividad en las dos últimas semanas ha padecido problemas de salud en similar proporción en cada una de las islas, salvo en las islas no capitalinas (La Gomera, La Palma y El Hierro), donde los problemas de garganta, tos, catarro, gripe o covid-19 han sido un problema de salud más habitual entre aquellos que han restringido la actividad habitual (31,5%).

Un 18,7% de los menores de 16 años han restringido su actividad principal (colegio, guardería, etc.) en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta (17,9% niños y un 19,5% niñas) y un 15,5% sus actividades de ocio en el tiempo libre (15,3% niños y 15,8% niñas). Estas cifras son similares a los datos de 2015 (16,1% para actividad principal y 13,3% para actividad de ocio).

Un 61,8% de los niños menores de 16 años que limitaron su actividad en las dos semanas anteriores a la encuesta lo hicieron por problemas de garganta, tos, catarro, gripe o covid-19, un 29% tuvo fiebre, un 22,3% tuvo diarrea, problemas intestinales o vómitos y un 20,7% tuvo dolor de cabeza. El 58,1% de los casos de restricción de la actividad principal en menores de 16 años se prolongó entre 1 y 3 días, entre 4 y 7 días en el 36,5% de los casos y más de 7 días en el 5,4% restante, disminuyendo con la edad la duración del período de restricción de la actividad principal.

Accidentes

La importancia, expresada por los niveles de mortalidad y de morbilidad crónica (secuelas), y el carácter evitable de la siniestralidad por accidentes nos obliga a llevar a cabo un análisis específico sobre la incidencia del fenómeno en el conjunto de la población.

Mediante la Encuesta de Salud de Canarias 2021 se ha estimado el porcentaje de población canaria que ha padecido algún tipo de accidente durante el año previo a la encuesta, además de identificar el lugar donde se produjeron y la utilización de recursos sanitarios que se derivaron. El 8,8% de la población reconoció haber sufrido algún tipo de accidente en los doce meses previos a la ejecución de la encuesta, con datos similares entre hombres y mujeres

(8,9% y 8,6%, respectivamente). Estas cifras son ligeramente inferiores a las recogidas en 2015, donde el 10,1% de la población había sufrido un accidente, con datos también similares entre hombres y mujeres (10,3% y 10%, respectivamente).

En los hombres, el grupo de edad menor de 16 años es el que tiene un porcentaje de accidentes más alto en los últimos doce meses, siendo el 11,7%. Sin embargo, en las mujeres, la incidencia más alta se produce en el grupo de 65 y más años (12,5%).

El 3,1% de la población ocupada informan que sufrieron algún accidente en el trabajo (3,7% hombres y 2,4% mujeres), un 3% accidentes en centros de estudios (3,1% hombres y 2,9% mujeres) y un 1,3% accidentes de tráfico (1,1% hombres y 1,6% mujeres). El mayor porcentaje de accidentes acontecen, sin embargo, en el hogar o en tiempo de ocio, con un 6% (6,1% hombres y un 6% mujeres).

En relación con la acción realizada tras el accidente, acudieron a un centro de urgencias el 60,2% de los casos de accidentes de tráfico, el 44,3% de los accidentes domésticos o en tiempo de ocio, el 38,2% de los accidentes en centro de estudios y un 29,5% de los accidentes de trabajo. El 13,8% de los accidentes en casa o tiempo de ocio requirió ingreso en un hospital.

07

Utilización de servicios sanitarios

Utilización de servicios sanitarios

La Encuesta de Salud de Canarias 2021 ha recogido la información relativa a la utilización de los diferentes tipos de servicios sanitarios (medicina general, listas de espera, hospitalizaciones, hospital de día, urgencias, medicina alternativa, seguro sanitario, medicamentos, necesidad de asistencia médica no satisfecha y otros recursos) por parte de la población canaria.

Consultas médicas públicas y privadas

El 31,2% de la población canaria (adultos y menores) acudió a una consulta de medicina general en un centro de salud del Servicio Canario de la Salud (SCS) en las últimas 4 semanas previas a la ejecución de la encuesta y, un 43,9% de la población lo hizo hace más de un mes pero menos de un año. Únicamente el 2,9% de la población declaró no haber acudido nunca a consulta a un centro de salud del SCS. En todos los grupos de edad, las mujeres acudieron a consulta médica en mayor proporción que los hombres en las 4 semanas anteriores a la encuesta (34,6% mujeres frente a 27,7% de los hombres). No se encuentran diferencias respecto al año 2015. En cuanto a nivel socioeconómico o clase social, el 32,3% de la Clase VI lo habían usado el último mes, por un 22,8% de la Clase I. Aunque el uso en el último mes ha sido algo más elevado en La Gomera (35,3%), en general no se aprecian diferencias de frecuentación entre las islas.

La calidad del servicio percibida por la población que acudió a consulta de medicina general el año anterior a la encuesta fue valorada como muy buena por el 28,8%, como buena por el 50,5%, como regular por un 12,6% y como mala o muy mala por el 6,5% de la población. Si comparamos con respecto a la ESC de 2015, tenemos porcentajes relativamente similares: muy buena (31,4%), buena (54,2%), regular (9,2%) y mala o muy mala (5%). En el año 2021 el porcentaje que considera al menos buena la calidad del servicio en consulta de medicina general (79,3%) se redujo levemente respecto a 2015 (85,4%). No se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres en la valoración de la calidad de estos servicios, ni entre los diferentes niveles socioeconómicos o clases sociales.

Con respecto a las consultas de medicina general en consulta privada, el 11,8% de la población declaró haber hecho uso de estos servicios en las 4 semanas anteriores a la encuesta, el 21,4% acudió hace más de un mes pero menos de un año, el 23,6% hacía más de un año, y un 43,3% de la población no ha consultado nunca a un médico general privado. Estas cifras varían con respecto al 2015, que acudieron a consultas privadas en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta (4,2%), más de un mes pero menos de un año (12,2%), más de un año (25%) y nunca (58,6%). El uso de consultas privadas en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta es claramente inferior en las islas no capitalinas (9,1% La Palma, 8,8% Lanzarote, 7,7% Fuerteventura, 7,5% El Hierro y, 4,8% La Gomera), mientras que el uso más elevado se dio en Tenerife (13,7%).

Se observa relación entre el porcentaje de población que asiste a una consulta de medicina general privada con el nivel socioeconómico o clase social. El 14,5% de la población canaria perteneciente a la Clase I ha acudido en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta, frente al 8,9% de la población perteneciente a la Clase VI.

El 16,3% de la población acudió a una consulta médica con un especialista en un ambulatorio, clínica u hospital público o concertado en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta, un 30,6% hacía más de un mes pero menos de un año, un 35,8% hacía más de un año, mientras que el 17,3% de la población declara no haber utilizado nunca este servicio. Esta última cifra disminuye según aumenta la edad hasta el punto de que únicamente el 11,1% de los mayores de 65 años declara no haber visitado nunca a un médico especialista de los servicios públicos o concertados. Con respecto al 2015 se observa un aumento en el porcentaje de la población que acudió a consulta en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta (10,4% en 2015 frente al 16,3% de 2021). En general no se aprecian diferencias importantes entre islas en el porcentaje de población que acude a especialista en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta, aunque el porcentaje más elevado lo observamos en La Gomera (23,9%) y La Palma (20,1%). Tampoco se observan diferencias importantes respecto al nivel socioeconómico o clase social, aunque la Clase I es la que menos acudió (13%).

La calidad del servicio fue valorada, por los que acudieron a una consulta de especialistas en el último año, como muy buena por el 28,5% y como buena por el 52%. No se aprecian diferencias entre hombres y mujeres en la valoración de la calidad de los servicios de especialistas en centros públicos o concertados. En el año 2021 el porcentaje que considera al menos buena la calidad del servicio en consulta en especialistas (80,5%) fue similar al encontrado en 2015 (81,3%).

Las visitas a especialistas en centros privados no concertados son menos habituales: el 46,6% de la población no ha visitado nunca a dichos especialistas y el 8,5% lo ha hecho en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta. Se observa que las mujeres han acudido a especialistas privados en las últimas cuatro semanas en mayor medida que los hombres, 9,8% frente al 7,2%. Por niveles socioeconómicos, la asistencia a consultas privadas es mayor en la Clase Social I que en la Clase Social VI, independientemente del tiempo transcurrido. La población de las islas no capitalinas usa con menor frecuencia los especialistas de centros privados no concertados, mientras que Tenerife alcanza un 9,9% de uso en el último mes.

Listas de espera

Además, en la ESC 2021 se ha recogido información sobre las listas de espera para la realización de alguna prueba, intervención o consulta médica. El 13,3% de la población total se encuentra en listas de espera para recibir una consulta de seguimiento con el/la especialista, el 8,7% para la realización de prueba diagnóstica, seguido del 6,5% que está esperando por una primera consulta con un/a especialista; siendo estas cifras superiores en la población de 65 y más años, 20,6%, 11,6% y 8,9%, respectivamente. Además, el 2,6% de la población se encuentra en lista de espera para aplicación de un tratamiento, un 2,3% a la espera de una intervención quirúrgica con necesidad de ingreso hospitalario y un 2% a la espera de intervención quirúrgica ambulatoria.

La mediana de tiempo en lista de espera para aquellos que se encuentran a la espera de primera consulta con especialista es de 4 meses, para la consulta de seguimiento con especialista es de 6 meses, para la realización de prueba diagnóstica es de 4 meses, para aplicación de tratamiento, 3 meses y para intervención quirúrgica, tanto si es ambulatoria como con ingreso, la mediana de tiempo de los que se encuentran en lista de espera es de 6 meses.

La población perteneciente a la Clase Social I es la que presenta unos menores porcentajes de personas en las diferentes listas de espera sanitarias. Así, si comparamos la Clase I frente a la Clase VI, encontramos que el porcentaje de personas en lista de espera para una consulta de seguimiento es de 6,8% en la Clase I frente al 18,7% en la Clase VI. En la realización de prueba diagnóstica el 6,7% de Clase I frente al 10,8% de Clase VI. Y en primera consulta 3,4% de Clase I frente al 9,4% de Clase VI. Por último, se observan diferencias por islas en el porcentaje de lista de espera para consulta de seguimiento, encontrándose los mayores porcentajes en La Gomera (20,2%), Lanzarote (19,9%), La Palma (19,3%) y Fuerteventura (15,2%). La mediana del tiempo permaneciendo en lista de espera quirúrgica es algo superior para las intervenciones quirúrgicas en la isla de Gran Canaria (6 meses las ambulatorias y 7 meses las que conllevan ingreso, por 3 meses y 6 meses en la isla de Tenerife).

Hospitalizaciones

El 8,3% de la población canaria fue hospitalizada en algún momento de los doce meses previos a la realización de la encuesta de salud. En general, el porcentaje de hospitalizados es mayor a medida que aumenta la edad de la población, alcanzando los máximos valores para la población mayor de 64 años (12,9%). En este grupo de edad fueron

hospitalizados el 13,6% de los hombres y el 12,3% de las mujeres. Estas cifras de hospitalizaciones son similares a las de la ESC de 2015 (14,4% en hombres de 65 y más años y 12,7% en mujeres de dicho grupo de edad).

Las tasas de hospitalización más altas en 2021 fueron observadas en El Hierro (13,2%), Lanzarote (9,4%) y Tenerife (9,3%).

Se observa una mayor tasa de hospitalizaciones en los niveles socioeconómicos o Clases Sociales V y VI, con un 9,6% y 11,6%, respectivamente. Por contra, en la Clase I solo hay un 4,9% de hospitalizaciones y en la Clase II, un 8,7%.

El 25,7% de personas de 65 y más años que ingresaron en el hospital público lo hicieron en más de una ocasión durante los doce meses anteriores a la encuesta. El 15,4% de las personas hospitalizadas en el último año fueron ingresadas en un hospital privado al menos una vez. El 28% de los ingresos en hospitales públicos o concertados tuvo una duración de un día, mientras que el 16,2%, de 5 a 9 días y el 21,8%, de 10 días o más.

El motivo del último ingreso hospitalario para la población de 16 y más años fue el de realizar una intervención quirúrgica en el 52,9% de los hombres y 40,9% de las mujeres. Un 12,6% de los ingresos hospitalarios de las mujeres estuvieron motivados por el parto (incluidas cesáreas).

Entre la población hospitalizada en algún momento de los doce meses anteriores a la encuesta en hospitales públicos o concertados, el 42,3% considera que la atención recibida es de muy buena calidad, el 41,6% la considera buena y el 8,5% la considera regular. Un 6,7% considera que la atención recibida fue de calidad mala o muy mala, porcentaje que mejora con respecto al 2015 (10,3%). Además, en el año 2015 el 76,6% de los hospitalizados consideraban la calidad de la atención como al menos buena y en el 2021 este porcentaje se elevó hasta el 83,9%.

Hospital de día

El 13,9% de la población canaria de 16 y más años ha recibido atención en un hospital de día en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. Esta cifra se incrementa con la edad de la población, por lo que se obtiene el mayor porcentaje en la población de 65 y más años (17,1%). No se observan diferencias según el sexo de la población. Según la isla de residencia, en Lanzarote y Fuerteventura es donde mayores son estos valores, con un 18,4% y 14,8%, respectivamente.

El principal motivo del último ingreso en un hospital de día es para la realización de una prueba en el 36,2% de la población (siendo superior en las mujeres (40,3%) frente a los hombres (32%)), para una intervención quirúrgica, en el 30,8% (hombres con un 38,9% y mujeres con un 22,9%), y para un tratamiento sin cirugía, en el 19,9% (21,6% para las mujeres, 18,1% para los hombres). No se observan diferencias según la isla de residencia.

Para el 72,9% de la población, la atención recibida en los hospitales de día públicos o concertados es muy buena/ buena, siendo superior en la población de 45 o más años.

Urgencias

Con respecto a los servicios de urgencias, el 45,8% de la población reconoció haberlos utilizado, en alguna ocasión, durante los doce meses previos a la realización de la encuesta de salud. Esta cifra es superior a la observada en la ESC de 2015 (37,4%) y 2009 (43,6%).

Al igual que ocurre con la mayoría de servicios sanitarios, las mujeres frecuentan en mayor proporción los servicios de urgencia que los hombres (49,3% frente a 42,2%). Se observa una mayor utilización de los servicios de urgencia en la Clase Social V (48,4%) y en la VI (50,9%), frente a un 41,4% de la Clase I.

El 32,9% de la población ha acudido a urgencias en un Centro de Salud, el 18,9% ha acudido una o más veces a urgencias en un ambulatorio, clínica u hospital público o concertado y el 7,3% lo ha hecho a una clínica u hospital privado no concertado. En concreto, el 18,3% de la población total acudió a urgencias en un centro de salud al menos dos veces y un 9,2% acudió dos veces o más a ambulatorios públicos o concertados.

El grado de satisfacción con este tipo de servicios es alto (muy bueno o bueno) para el 73,8% de la población (similar a 2015, donde se encontró un 73,5%), aumentando en el grupo de mayores de 64 años al 84,7%.

Consumo de medicamentos

La información obtenida sobre utilización de medicamentos por parte de la población se refiere a las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta de salud.

El 73,1% de la población tomó algún tipo de medicamento durante el periodo investigado, cifra superior a la hallada en 2015 (68,3%). Estas diferencias también se trasladan a la comparación por sexos: el 79,1% de 2021 frente al 73,3% de 2015 en mujeres, y el 67% de 2021 frente al 63,3% de 2015 en hombres.

La utilización de medicamentos es mayor cuanto mayor es la edad de la población, de tal manera que por encima de los 64 años de edad, el 93,2% de las mujeres y el 87% de los hombres consumieron algún medicamento en las dos semanas previas a la encuesta.

El mayor consumo de medicamentos se da en la isla de Tenerife (75,9%), seguido de El Hierro, con un 73,3% y Gran Canaria (72,9%). La isla con menor porcentaje ha sido Fuerteventura, con un 64,6%. En cuanto a los niveles socioeconómicos o clase sociales, se observa un mayor porcentaje en el consumo de medicación en la Clase V (75%) y la Clase VI (75,5%), frente a la Clase I (71,1%) y la Clase II (72,2%).

El 20,2% de la población canaria declaró tomar 4 medicamentos o más, porcentaje superior al obtenido en la ESC 2015 (13,8%); observándose un mayor porcentaje en las mujeres, con un 24,6% frente a los hombres con un 15,6%. Según la isla de residencia, en los extremos encontramos el 23,2% de la población de La Gomera que afirma tomar 4 o más medicamentos, frente a un 13,5% en Lanzarote.

Los tipos de medicamentos más frecuentemente consumidos fueron los utilizados para tratar el dolor y la fiebre (consumidos por el 40,1% de la población), seguidos por los medicamentos para la tensión arterial (21,6%) y los tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (16,4%). Por sexo, se observa un mayor consumo de estos medicamentos en las mujeres frente a los hombres en medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre (46,9% frente a 33,2%, respectivamente); y tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir (20% frente a 12,6%).

Si se comparan los datos de 2021 con los del año 2015 se observa que se ha incrementado el consumo de medicinas para el dolor y/o bajar la fiebre (40,1% frente a 33,1%); de reconstituyentes como vitaminas, minerales y tónicos (15,6% frente a 7,7%); tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (16,3% frente a 12,8%); medicamentos para la alergia (9,7% frente a 5,9%); medicinas para la tensión arterial (21,6% frente a 18,8%) y píldoras anticonceptivas (9% frente a 6,8%).

La automedicación es un acontecimiento frecuente puesto de manifiesto por las sucesivas encuestas de salud de Canarias. Según la ESC de 2021, del porcentaje de la población que consume medicamentos y que se automedica, el 47% consume reconstituyentes como vitaminas, minerales y tónicos (48,8% en 2015); el 42,9% se automedicó para el catarro, gripe, garganta, bronquios (excepto antibióticos), frente al 48,4% de 2015; y el 28,7% para el dolor y/o para bajar la fiebre (34,7% en 2015).

Medicina alternativa

Los resultados de la encuesta muestran que el 5,9% de la población ha recurrido a la medicina alternativa en el último año en alguna ocasión, una cifra similar a la obtenida en el 2015 (4,9%). Esta cifra es mayor en mujeres (6,5%) y en la población de entre 45 y 64 años (7,8%). Se observa una clara tendencia del uso de la medicina alternativa en la Clase Social I (10%) frente a la Clase VI (3,9%).

Por tipo de consulta, el 2,7% de la población ha acudido a osteópatas, el 2%, a acupuntores, el 1,5% ha acudido a otros profesionales de la medicina alternativa y el 1,3% ha acudido a homeópatas en el último año.

Por islas, encontramos que el porcentaje de uso de la medicina alternativa es en Gran Canaria del 4,4% frente al 8% en Tenerife. Lanzarote (3,1%) es la isla con menor uso de medicina alternativa.

Necesidad de asistencia médica no satisfecha

En los resultados de la encuesta el 17,3% de la población declaró que en el último año hubo alguna ocasión en la que necesitó consultar con un médico por un problema de salud, pero no lo hizo o no pudo hacerlo, una cifra superior al 2015 (10,8%) y 2009 (15,5%). Este porcentaje es superior en mujeres (19,4%) que en hombres (15,3%). El porcentaje de necesidad médica no satisfecha es superior en Tenerife (20,5%) y resulta inferior en las islas no capitalinas occidentales: La Gomera (13,7%), La Palma (10,5%) y El Hierro (11,8%). En el caso de la población menor a 16 años, esta cifra se reduce al 6,4%.

El motivo aducido, por un 36,1% de la población de 16 y más años con una necesidad de asistencia médica no satisfecha, fue no poder conseguir una cita presencial. Este motivo lo refirió un 8,1% de la demanda no satisfecha en el año 2015. El segundo motivo declarado, con un 15,3%, fue tener que esperar demasiado (24% en 2015). No se encuentra asociación por nivel socioeconómico o clase social.

Seguro sanitario

El 93,9% de la población tiene acceso a la sanidad pública a través de la cobertura de la seguridad social y el 17,3% de la población dispone de un seguro médico privado concertado individualmente, porcentaje superior al recogido en la ESC 2015 (11,9%).

La cobertura de los seguros privados concertados individualmente es diferente según la clase social o nivel socioeconómico; así, el 29,1% de las personas de la Clase I disponen de seguro privado frente a tan solo un 7,3% en la Clase VI.

Otros recursos sanitarios

En la Encuesta de Salud de Canarias se indaga además sobre el uso de otros recursos sanitarios, considerando tanto profesionales sanitarios como pruebas médicas.

En cuanto a profesionales sanitarios, el 22,8% de las personas de 16 y más años afirma haber acudido a alguna consulta de fisioterapia en los últimos doce meses previos a la encuesta (21,3% en hombres y 24,3% en mujeres). Por otro lado, un 8,5% ha acudido a consulta de psicólogo/a o psicoterapeuta, siendo este porcentaje superior en las mujeres frente a hombres (7% frente al 10%, respectivamente). En comparación con la ESC 2015, se observa un incremento de los porcentajes en ambos recursos, fisioterapia (17,4%) y psicólogo/a o psicoterapeuta (4,9%).

En cuanto a las pruebas de ecografía, TAC o escáner y resonancia magnética, los porcentajes de las personas de 16 y más años que se han realizado la prueba al menos una vez en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta son 19,7%, 10,4% y 10,6% para cada una de las pruebas citadas. Solo en la prueba de ecografía se aprecian diferencias por sexo, ya que el 23,9% de las mujeres se ha realizado esta prueba frente a un 15,5% de los hombres. En 2015, sobre el total de población, se obtuvo para ecografías 17,1%, para TAC o escáner 9,5% y para resonancia magnética 9,6%.

Durante el mismo periodo de referencia, el 48,9% de la población total se han realizado PCR o prueba de antígenos, siendo este porcentaje ligeramente superior en las mujeres (49,9%) que en los hombres (47,9%).

Preferencias de la población en la gestión de las listas de espera

En cuanto a la preferencia de la población para la gestión de las listas de espera, una amplia mayoría se muestra de acuerdo con priorizar a los pacientes más graves (93,2%) y una mayoría está de acuerdo en priorizar a los pacientes que llevan más tiempo en lista de espera (83,6%). Por otro lado, un 66,8% de la población mostró su preferencia por priorizar a los pacientes con otras personas a su cargo (66,8%) y un 66,2%, por priorizar según el criterio del médico. Aproximadamente la mitad de la población está de acuerdo en priorizar a los que más van a mejorar su salud (51,2%). La estrategia de priorizar a los pacientes que tienen menos edad solo recibió un 36,5% de acuerdo, mientras que dar menos prioridad a los pacientes con estilos de vida perjudiciales para la salud recibió tan solo un 27,6% de acuerdo.

El 80,6% de la población de 16 y más años está de acuerdo/muy de acuerdo con la creación de una lista de espera de cirugía única. Es decir, que, en lugar de existir una lista de espera de cirugía para cada hospital, los pacientes puedan elegir ser intervenidos por otros médicos en un hospital que no sea el suyo habitual, pero con la misma calidad y garantía de resultados.

08

Limitación de la actividad
cotidiana

Limitación de la actividad cotidiana

Se ha explorado también la existencia de limitación de la actividad cotidiana, entendiéndose esta limitación como alguna dificultad o problema de salud que impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria como comunicarse, moverse, asearse, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas, siempre que los lleve padeciendo y/o espere padecerlos por más de 6 meses.

El 9,4% de la población de 6 y más años declara tener algún tipo de limitación de la actividad cotidiana, siendo este valor superior a los datos de los años 2009 (7,1%) y 2015 (8,7%). En el año 2021 este porcentaje es superior en el caso de las mujeres (9,9%), frente a los hombres (8,9%).

Estas cifras aumentan con la edad, desde un 3,4% para el grupo de 6 a 29 años hasta un 20% en la población de 65 y más años. Por islas, los porcentajes más bajos se obtienen en la población de 6 y más años de El Hierro (5,3%) y Lanzarote (7,9%) y los más altos en La Gomera (10,8%) y La Palma (10,4%).

Respecto a la relación entre clase social y limitación de la actividad física, se observa una mayor tasa de limitación de la actividad en la Clase VI, con un 13,1%, seguido de la Clase III con un 9,8%.

Teniendo en cuenta a aquellas personas de 6 y más años que afirman tener alguna limitación de la actividad diaria, los tipos de limitación más frecuentes, son: encargarse de la limpieza y cuidado de la casa (56,3%), encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa (55,4%), desplazarse por distintos lugares (54,8%), conducir vehículo propio (53,6%), levantar y llevar objetos (52,9%), andar (52,5%), y cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (51,1%).

En cuanto al origen de dichas limitaciones, el 37,6% de la población de 6 y más años con limitación de la actividad diaria afirma que es una enfermedad la que ha originado su problema. Por otro lado, el 59,7% de las personas con limitación declara necesitar algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria (54,6% de los hombres frente a un 64,2% de las mujeres), de los cuales, un 87,4% recibe la ayuda que necesita, recibiendo mayoritariamente de un familiar (91,1%).

El Decreto 78/2018 de 21 de mayo, por el que se aprueba el Plan Estadístico de Canarias 2018-2022, regula la elaboración mediante enumeración por muestreo de la Encuesta de Salud de Canarias, con el objetivo general de identificar los principales problemas de salud que afectan a la población canaria y conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud.

Esta operación estadística la lleva a cabo el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) en colaboración con el Servicio Canario de la Salud (SCS), organismos que han llevado a cabo conjuntamente las ediciones 2004, 2009 y 2015 de la Encuesta de Salud. Es uno de los instrumentos más relevantes para llevar a cabo la evaluación del impacto de las políticas sanitarias del Gobierno de Canarias, canalizadas a través del Plan de Salud de Canarias.

istac

INSTITUTO CANARIO
DE ESTADÍSTICA



Servicio
Canario de la Salud



**Gobierno
de Canarias**