



La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el fin de conocer el estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso y acceso a los servicios sanitarios de la población no institucionalizada residente en España, y su evolución.

Desde 2003 la ENSE se realiza conjuntamente con el Instituto Nacional de Estadística, actualmente con periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud, con la que comparte un amplio grupo de variables nucleares. Ambas encuestas se armonizaron en los últimos años con el fin de constituir al cabo una serie única.

El cuestionario de la ENSE consta de tres grandes apartados, estado de salud, uso de servicios sanitarios y determinantes de la salud, además del sociodemográfico (hogar e individual). Se presentan aquí los principales indicadores de cada uno de estos tres grandes apartados.

Para la selección de los indicadores que se presentan a continuación se ha querido prestar especial atención a las necesidades y cambios que puedan haberse producido en los años de crisis económica y a las desigualdades que puedan haberse acentuado. Por ello, además de por sexo y grupo de edad, la mayoría de los indicadores se representan en gráficos evolutivos y en gráficos estratificados por clase social.

ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017

Resumen metodológico

- ∞ Convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Estadística
- ∞ Encuesta a gran escala mediante entrevista personal domiciliaria (CAPI)
- ∞ Estadísticamente representativa de la población no institucionalizada residente en España
- ∞ **Ámbito**
 - Poblacional - personas residentes en viviendas familiares
 - Temporal - octubre 2016 a octubre 2017
 - Territorial - nacional
- ∞ **Muestra**
 - 29.195 individuos
 - adultos (15+ años) = 23.089 entrevistas personales
 - menores (0 -14 años) = 6.106 entrevistas indirectas (padre, madre o tutor)
 - Muestreo probabilístico trietápico estratificado
- ∞ Representatividad nacional y autonómica
- ∞ Tasa de respuesta 72,2% (hogares encuestados/ encuestables)



La Encuesta Nacional de Salud 2017 la coordina el MSCBS y la realiza mediante convenio de colaboración con el INE.

El ámbito poblacional de la ENSE es el conjunto de personas de 0 y más años que reside en viviendas familiares principales. El ámbito geográfico es el territorio nacional. Por cada CCAA se diseñó una muestra independiente que la representa. La recogida de información se extendió a lo largo de todo el año, desde finales de octubre de 2016 hasta finales de octubre de 2017. Los resultados obtenidos están desestacionalizados.

El muestreo es probabilístico, trietápico, estratificado por tamaño de municipio. Las unidades de 1ª etapa son secciones censales, 2ª etapa las viviendas y 3ª etapa las personas (una de 15 o más años para cumplimentar el cuestionario de adulto y, si hubiera menores (0-14 años), también un menor para el cuestionario de menores). La entrevista es domiciliaria, administrada por el entrevistador con ayuda de ordenador (*computer assisted personal interview – CAPI*). El trabajo de campo lo realizó la empresa IPD.

Los entrevistadores visitaron las 37.500 viviendas seleccionadas para la muestra en todo el país, recogándose 23.860 registros de hogares encuestados. Se recabaron datos de un total de 29.195 individuos previamente elegidos, representativos de la población residente en España no institucionalizada. La información se recogió mediante entrevista personal a 23.089 adultos y por entrevista a la madre, padre o tutor de 6.106 niños.

La falta de respuesta fue de 27,8%. En el 3,1% de las entrevistas de adultos contestó un proxy (únicamente en casos de incapacidad, idioma u hospitalización).

ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017



El cuestionario de la ENSE consta de tres grandes apartados, estado de salud, uso de servicios sanitarios y determinantes de la salud, además del sociodemográfico (hogar e individual). Se presentan aquí los principales indicadores de cada uno de estos tres grandes apartados.

Aborda de forma integrada temas de especial relevancia: las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, la salud mental, los programas de detección precoz del cáncer o los estilos de vida relacionados con la salud. Ocupan un lugar principal las necesidades no cubiertas de la población, la inaccesibilidad por motivos económicos a la atención sanitaria, atención médica, salud dental y el acceso a los medicamentos.

Para la selección de los indicadores que se presentan a continuación se ha querido prestar especial atención a las necesidades y cambios que puedan haberse producido en los años de crisis económica y a las desigualdades que puedan haberse acentuado. Para ello la mayoría de los indicadores se representan en gráficos evolutivos y en gráficos estratificados por clase social.

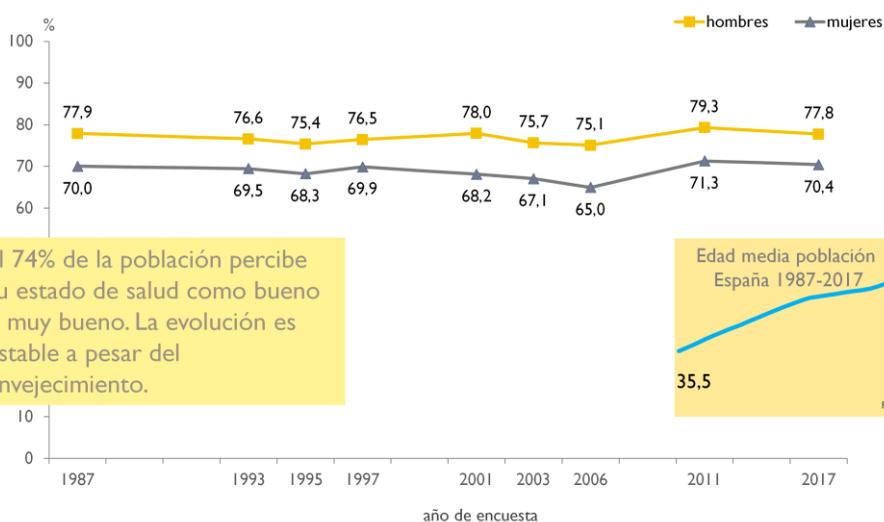
Las tablas de la ENSE 2017 clasifican las variables de estudio según:

- sexo y grupo de edad
- según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
- según sexo, país de nacimiento y grupo de edad
- según sexo y comunidad autónoma
- según sexo, grupo de edad y nivel de estudios
- según sexo y relación con la actividad económica actual
- según sexo, grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar

En esta presentación se utiliza como aproximación a la posición socioeconómica del individuo la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar.

Percepción positiva del estado de salud 1987-2017

Población de 0 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

Evolución de la salud autopercibida o percepción subjetiva del estado de salud.

En esta gráfica se muestra la evolución del porcentaje de población de 0 y más años que valora su estado de salud como positivo (bueno + muy bueno) según sexo, a lo largo de 30 años, desde 1987 a 2017, en los años en los que se ha realizado encuesta.

En 2017, el 74% de la población de 0 y más años valoró positivamente su estado de salud (muy bueno + bueno), 77,8% de los hombres y 70,4% de las mujeres.

En el conjunto del período estudiado se observa una evolución estable de la población que valora favorablemente su estado de salud (buena o muy buena), tanto en hombres como en mujeres, aunque siempre superior en los primeros. Entre 2006 y 2011 se observó una mejora marcada, especialmente en mujeres. En 2017 se observa un ligero descenso en la percepción subjetiva del estado de salud (1,3pp).

La estabilidad que se observa en este indicador debe valorarse en el contexto de envejecimiento de la población, que ha pasado de una edad media de 35,5 años en 1987 a 43 años en 2017. El peso de la población de edad más avanzada es cada vez mayor y enmascara la evolución positiva de este indicador, que es favorable en todos los grupos de edad excepto en mayores de 75 años.

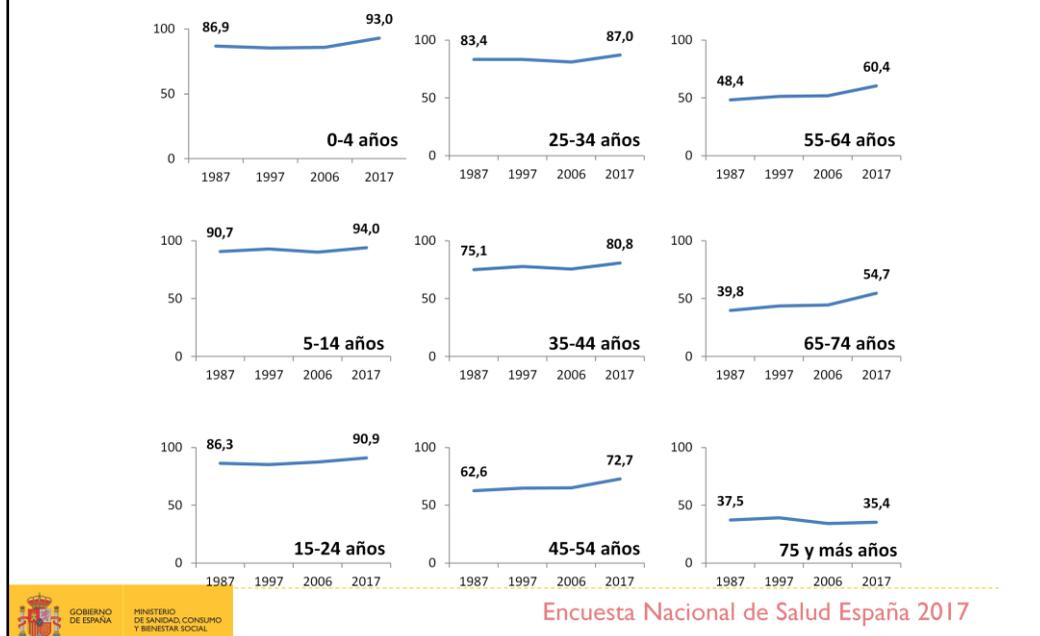
El estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

En la encuesta se pregunta: 'En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?' Se considera valoración positiva del estado de salud cuando responde 'bueno' o 'muy bueno'.

[NOTA - en 2014 no se estudió la población infantil, por lo que ese año no aparece en la serie.]

Percepción positiva del estado de salud 1987-2017

Población por grupo de edad



Evolución de la salud autopercebida o percepción subjetiva del estado de salud.

En esta gráfica se muestra la evolución del porcentaje de población que valora su estado de salud como positivo (bueno + muy bueno) en los distintos grupos de edad, a lo largo de 30 años, desde 1987 a 2017.

En los últimos 30 años la valoración positiva apenas ha variado en el conjunto de la población a pesar del aumento en la esperanza de vida. Sin embargo, el análisis por grupos de edad muestra en todos ellos, excepto en el de 75 y más años, un aumento marcado de la proporción de la población que valora positivamente su salud. Esta mejora se observa en ambos sexos. Destaca en el grupo de 65-74 años, 15 puntos porcentuales entre 1987 y 2017.

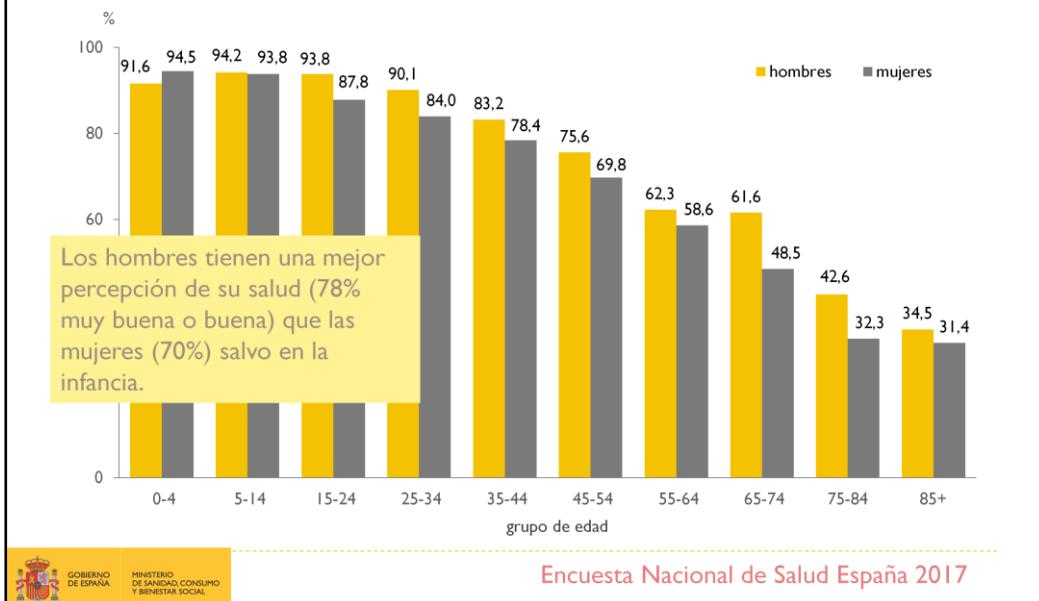
El estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

En la encuesta se pregunta: 'En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?' Se considera valoración positiva del estado de salud cuando responde 'bueno' o 'muy bueno'.

[NOTA - en 2014 no se estudió la población infantil, por lo que ese año no aparece en la serie.]

Percepción positiva del estado de salud

Población de 0 y más años



En esta gráfica se muestra el porcentaje de población que valora su estado de salud como positivo (muy bueno + bueno) según sexo y grupo de edad.

En España, el 74% de la población de 0+ años valoró su estado de salud favorablemente en 2017.

Como cabe esperar, el principal determinante de la salud percibida es la edad. En el grupo de 85 y más años solo el 32,4% de la población valora como bueno o muy bueno su estado de salud.

El empeoramiento de la salud percibida es algo más tardío en hombres, pero la caída más brusca se produce en el grupo de 75 a 84 años para ambos sexos. En el grupo de 85+ parece haber una estabilización (posiblemente relacionada con un cambio de expectativas o con la mayor institucionalización de este grupo).

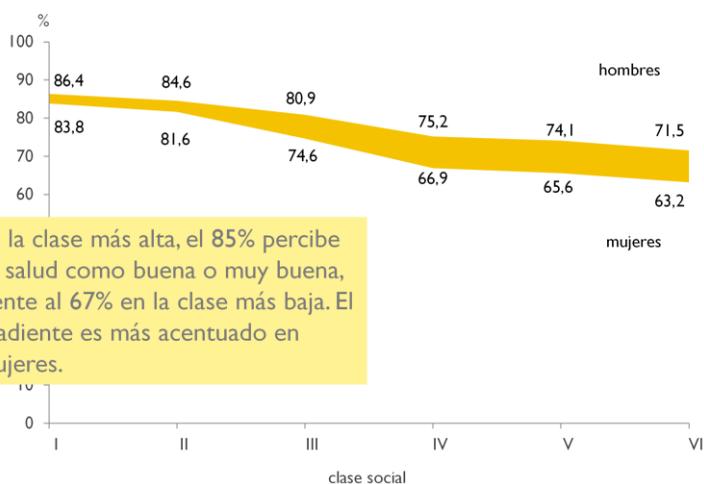
Los hombres valoran su salud favorablemente (77,8%) con mayor frecuencia que las mujeres (70,4%). Esto sucede en todos los grupos de edad excepto de 0 a 4 años. En los mayores de 84 años disminuye el diferencial entre hombres y mujeres, que es máximo entre los 65 y los 84 años. La menor diferencia por sexo se da en el grupo de 5 a 14 y la mayor en el grupo de 65 a 74 años, en el que alcanza los 13pp.

El estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

En la encuesta se pregunta: 'En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?' Se considera valoración positiva del estado de salud cuando responde 'bueno' o 'muy bueno'.

Percepción positiva del estado de salud y clase social

Población de 0 y más años



En la clase más alta, el 85% percibe su salud como buena o muy buena, frente al 67% en la clase más baja. El gradiente es más acentuado en mujeres.



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra el porcentaje de población de 0+ años que valora su estado de salud como positivo (bueno o muy bueno) según sexo y clase social, destacándose la diferencia entre hombres y mujeres.

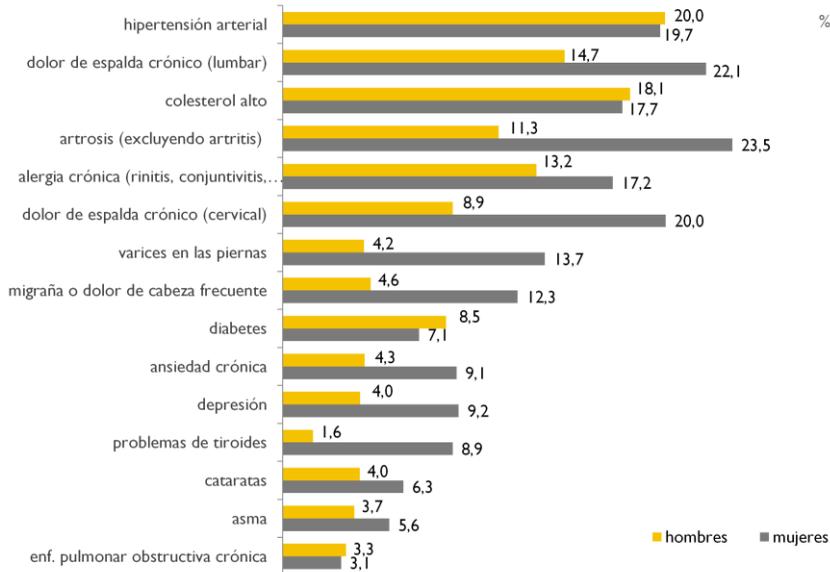
La posición socioeconómica determina la salud percibida y las diferencias entre hombres y mujeres. El gradiente social es evidente. Según se desciende en la escala social se observa que es menor la población que percibe su salud como buena, que pasa de 85,1% en la clase I a 67% en la VI. El gradiente es más marcado entre las mujeres, de 83,8% en la clase I a 63,2% en la VI. Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en las clases menos favorecidas. Los hombres valoran su salud favorablemente (77,8%) con mayor frecuencia que las mujeres (70,4%) en todas las clases sociales, pero la diferencia por sexo se va agrandando según se desciende en la escala social. Las diferencias por sexo se diluyen en la clase alta, hasta prácticamente desaparecer.

En la encuesta se pregunta: 'En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?' Se considera valoración positiva del estado de salud cuando responde 'bueno' o 'muy bueno'.

La clase social a la que pertenecen los individuos es uno de los principales determinantes de salud. En la ENSE 2017 la clase social se ha obtenido a partir de la ocupación de la persona de referencia del hogar, siguiendo la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología. La clase I es la más alta y la clase VI la más desfavorecida.

Trastornos crónicos prevalentes en adultos

Población de 15 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En este gráfico se muestran las enfermedades o problemas de salud crónicos prevalentes en adultos (población de 15+ años) según sexo.

Las principales enfermedades o problemas de salud que refiere la población son los relacionados con el aparato circulatorio, como la hipertensión arterial (19,81%), la hipercolesterolemia (17,92%) o las varices (9,09%), y los relacionados con el aparato locomotor, como el dolor de espalda crónico, lumbar (18,50%) o cervical (14,57%), y la artrosis (17,52%). También son frecuentes las alergias crónicas (15,28%), las migrañas (8,52%), y los problemas de salud mental (ansiedad crónica, 6,74%, depresión, 6,68%), aparte de la diabetes (7,80%) que, como enfermedad, es la más frecuente.

La mayoría de estos trastornos son más frecuentes en mujeres. La proporción fue mayor que en hombres en todas excepto enfermedades cardiovasculares (infarto, angor, ictus y otras enfermedades del corazón, la hipertensión, el colesterol elevado), la diabetes, las lesiones o defectos permanentes, EPOC y otros problemas mentales.

Listado de las diez enfermedades o problemas de salud más frecuentes (total ambos sexos en población de 15 y más años):

- hipertensión arterial (19,81%),
- dolor de espalda crónico (lumbar) (18,50%),
- artrosis (excluyendo artritis) (17,52%),
- colesterol alto (17,92%),
- alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria... (asma alérgica excluida) (15,28%),
- dolor de espalda crónico (cervical) (14,57%),
- varices en las piernas (9,09%),
- migrañas o dolores de cabeza frecuentes (8,52%),

- diabetes (7,80%),
- ansiedad crónica (6,74%).

La depresión (6,68%), los problemas crónicos de piel (5,50%), las hemorroides (4,79%), los problemas de tiroides (5,32%), las cataratas (5,19%) y, en hombres, los problemas de próstata (5,85%), también se declaran con frecuencia superior al 5%.

En la ENSE se estudian 32 trastornos de salud crónicos en adultos.

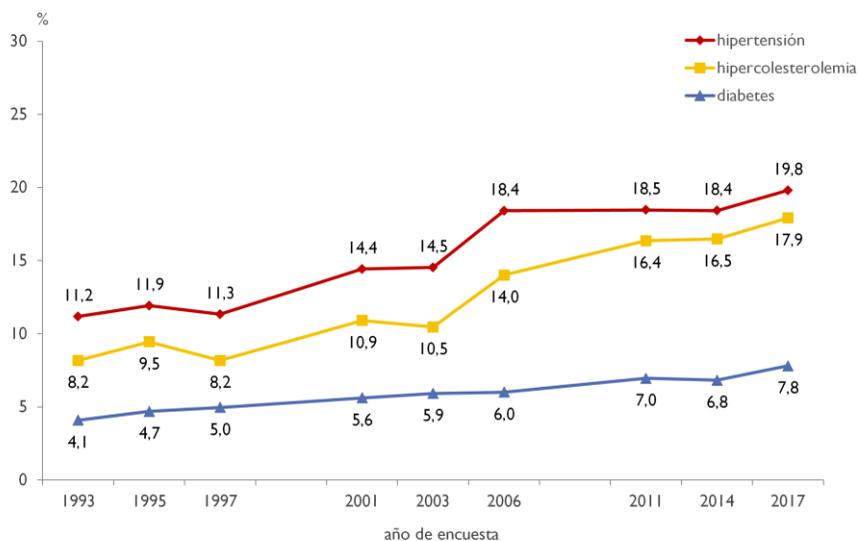
Se pregunta: '¿Alguna vez ha padecido tensión alta?'. Y, en caso de respuesta afirmativa: '¿La ha padecido en los últimos 12 meses?' y '¿Le ha dicho un médico que la padece?'

Estas mismas preguntas se repiten para cada uno de los trastornos.

A efectos de este informe, se considera que padece el trastorno crónico en cuestión si fue diagnosticado por un médico y lo padeció en los últimos 12 meses.

Diabetes, hipertensión y colesterol 1993-2017

Población de 15 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución desde 1993 a 2017 de tres indicadores, hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes en la población adulta (15+ años), en los años en los que se ha realizado encuesta.

La evolución de algunos de los principales trastornos o problemas de salud crónicos y factores de riesgo cardiovascular ha mostrado una tendencia ascendente desde 1997 que se ha acentuado en 2017. En el período 1993 - 2017, la hipertensión ha pasado de 11,2% a 19,8%, la diabetes de 4,1% a 7,8% y el colesterol elevado de 8,2% a 17,9%.

En 2017, la hipertensión arterial, que se mostraba estable en las encuestas realizadas desde 2006, ha aumentado 1,5pp, la hipercolesterolemia 1,5pp y la diabetes 1 pp.

La HTA y la hipercolesterolemia son, por primera vez desde que se realiza la encuesta, más frecuentes en hombres que en mujeres, aunque con poca diferencia. La diabetes también es más frecuente en hombres.

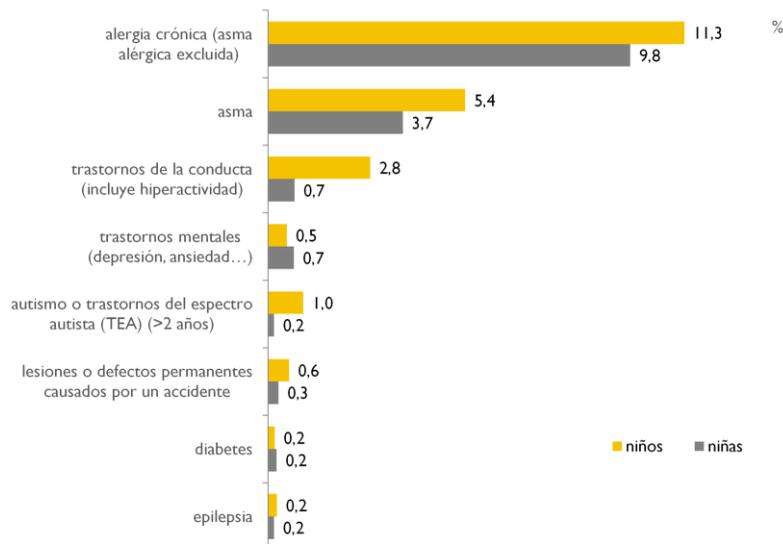
Se pregunta: '¿Alguna vez ha padecido tensión alta?'. Y, en caso de respuesta afirmativa: '¿La ha padecido en los últimos 12 meses?' y '¿Le ha dicho un médico que la padece?'

Estas mismas preguntas se repiten para cada uno de los trastornos.

A efectos de este informe, se considera que padece el trastorno crónico en cuestión si fue diagnosticado por un médico y lo padeció en los últimos 12 meses.

Trastornos crónicos prevalentes en población infantil

Población de 0-14 años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En este gráfico se muestra las enfermedades o problemas de salud crónicos prevalentes en población infantil (0-14 años) según sexo, en orden de frecuencia en el total de ambos sexos.

En población infantil, los únicos trastornos crónicos con prevalencia en torno o por encima del 5% son la alergia crónica (10,59%) y el asma (4,53%). Ambos predominan en varones. También prevalecen en niños y son relativamente frecuentes los trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) (1,78%), mientras que los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad (0,60%), son algo más frecuentes en niñas.

Por primera vez se han explorado en la ENSE el autismo y los trastornos del espectro autista (TEA) y se dispone de datos de la prevalencia declarada, el 0,57% en población infantil de 3 a 14 años, con mayor frecuencia en niños que en niñas.

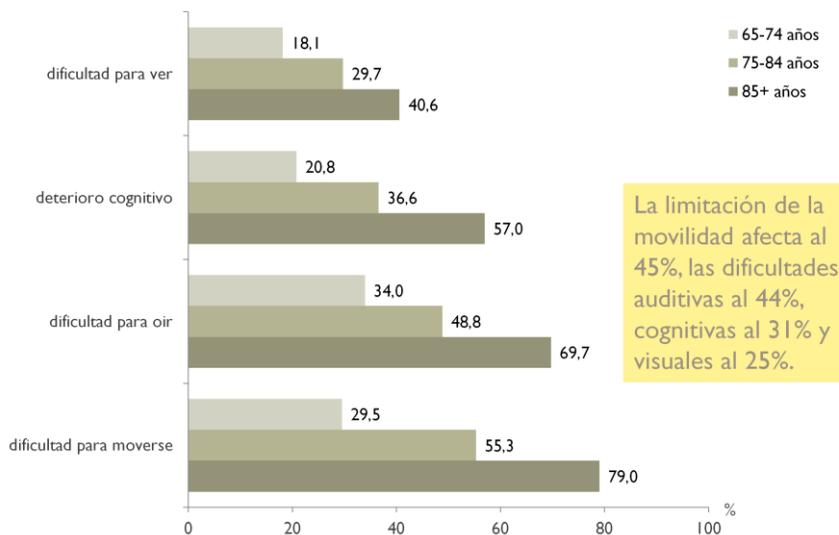
En la ENSE 2017 se estudian 9 trastornos de salud crónicos en población infantil, por primera vez los trastornos del espectro autista TEA.

Se pregunta: '¿Alguna vez ha padecido asma?'. Y, en caso de respuesta afirmativa: '¿La ha padecido en los últimos 12 meses?' y '¿Le ha dicho un médico que la padece?' Estas mismas preguntas se repiten para cada uno de los trastornos.

A efectos de este informe, se considera que el menor padece el trastorno crónico en cuestión si el informante (padre, madre o tutor) declara que fue diagnosticado por un médico y lo padeció en los últimos 12 meses.

Limitaciones sensoriales, cognitivas y de movilidad

Población 65 y más años



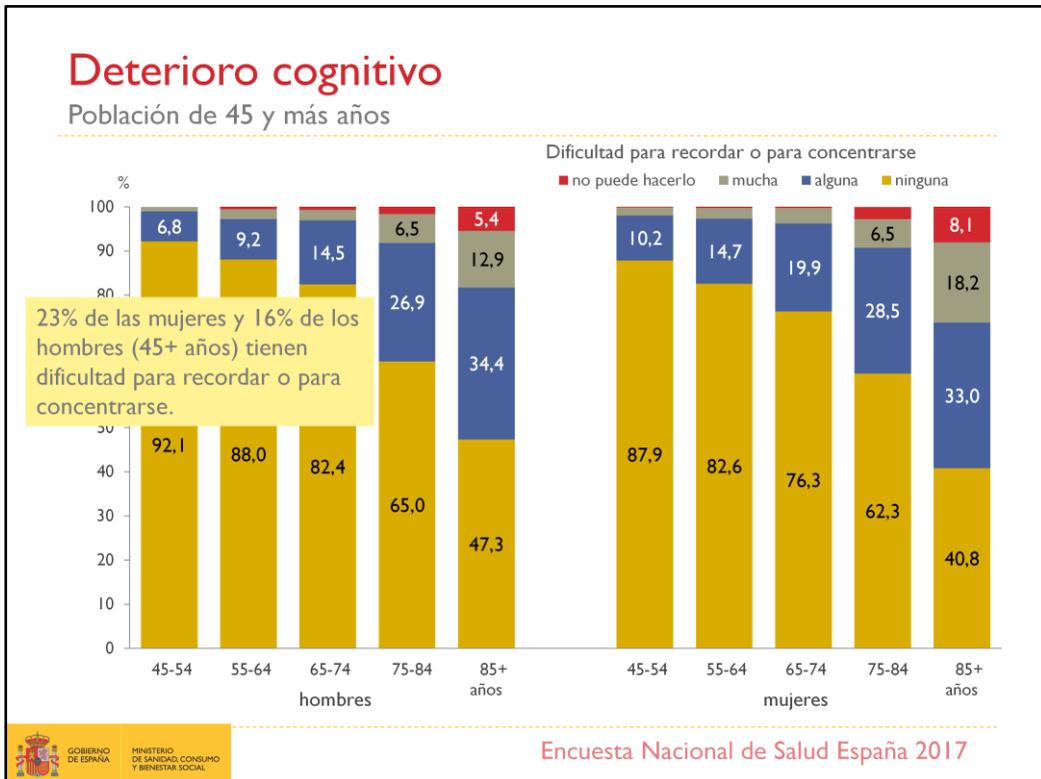
Encuesta Nacional de Salud España 2017

En este gráfico se muestra la población con 65+ años con limitaciones sensoriales, cognitivas y de movilidad, según el grupo de edad.

La limitación más frecuente fue de la movilidad, que afecta al 45,32%. Dificultades auditivas refirió el 44,10%, cognitivas el 31,29% y visuales el 25,24%. Los tres tipos de limitación aumentaban con la edad, pero los mayores incrementos se dieron en la movilidad, seguida de la dificultad para oír.

Los distintos tipos de limitación se dieron con mayor frecuencia en mujeres. La mayor diferencia por sexo se dio en la movilidad (18pp). La diferencia fue menor en la limitación visual (8pp) y en el deterioro cognitivo (7pp), y desaparece en la limitación auditiva.

La limitaciones se miden a través de distintas preguntas del tipo “¿Tiene dificultad para ver..., oír..., andar..., recordar o concentrarse?” que se categoriza en “No, ninguna dificultad”, “Sí, alguna dificultad”, “Sí, mucha dificultad” y “No puedo hacerlo en absoluto”.



En esta gráfica puede verse la proporción de hombres y de mujeres de 45+ años con deterioro cognitivo, medido según el grado de dificultad que refiere para recordar o para concentrarse, según el grupo de edad.

Es la primera edición de la ENSE en la que se ha tratado de medir y caracterizar el deterioro cognitivo (la población institucionalizada no está incluida en el estudio).

En 2017, la dificultad para recordar o para concentrarse en población de 45+ años afecta al 19,72% de la población de 45+ años (16,10% hombres y 22,97% mujeres), aunque con distinto grado de severidad:

- 0,93% no puede recordar o concentrarse en absoluto (0,71% hombres y 1,13% mujeres)
- 3,52% (2,78% hombres y 4,19% mujeres) declara mucha dificultad para hacerlo, y
- el 15,27% (12,61% hombres y 17,65% mujeres) tiene alguna dificultad.

El 80,28% no tiene dificultad alguna (83,9% hombres y 77,04% mujeres).

Con la edad aumenta la proporción de personas que sufren deterioro cognitivo. El incremento es más brusco en el grupo de 75 a 84 años, y aún mayor en el de 85+ (intervalo abierto). En este grupo de edad, casi una cuarta parte (23,53%) presenta dificultades severas.

Afecta antes a las mujeres y es más frecuente en ellas en todas las edades, aunque las mayores diferencias por sexo se declaran en los grados más leves y tienden a igualarse a partir de los 75 años.

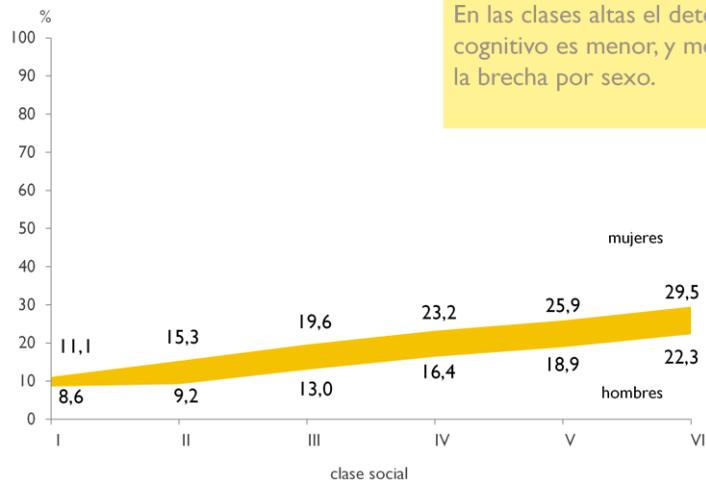
La población del mundo está envejeciendo, con un aumento de personas con enfermedades crónicas, incluyendo la demencia. La demencia no es una parte normal del envejecimiento, sino que está causada por una variedad de enfermedades cerebrales que deterioran la función

cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal.

El deterioro cognitivo se mide a través de una pregunta “¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?” que se categoriza en “No, ninguna dificultad”, “Sí, alguna dificultad”, “Sí, mucha dificultad” y “No puedo hacerlo en absoluto”.

Deterioro cognitivo y clase social

Población de 45 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica puede verse la proporción de personas de 45+ años con deterioro cognitivo (refiere algún grado de dificultad para recordar o para concentrarse), según la clase social, destacando la diferencia entre hombres y mujeres (los datos no incluyen a la población institucionalizada, con mayor limitación.)

El deterioro no se distribuye con independencia de la posición socioeconómica, siendo menor en las clases altas. En la clase I, el 9,83% refiere algún grado de deterioro cognitivo, proporción que alcanza escalonadamente el 26,39% en la clase VI.

El gradiente social es más marcado en mujeres, y la brecha por sexo es pequeña en la clase I (2,5pp), aumentando hasta 7,2pp. en clase VI.

La tónica se repite al clasificar según el nivel de estudios, aunque en este caso las diferencias se observan sobre todo entre aquellos con estudios básicos o inferiores y el resto, sin apreciarse casi diferencia entre los de estudios intermedios y los de superiores.

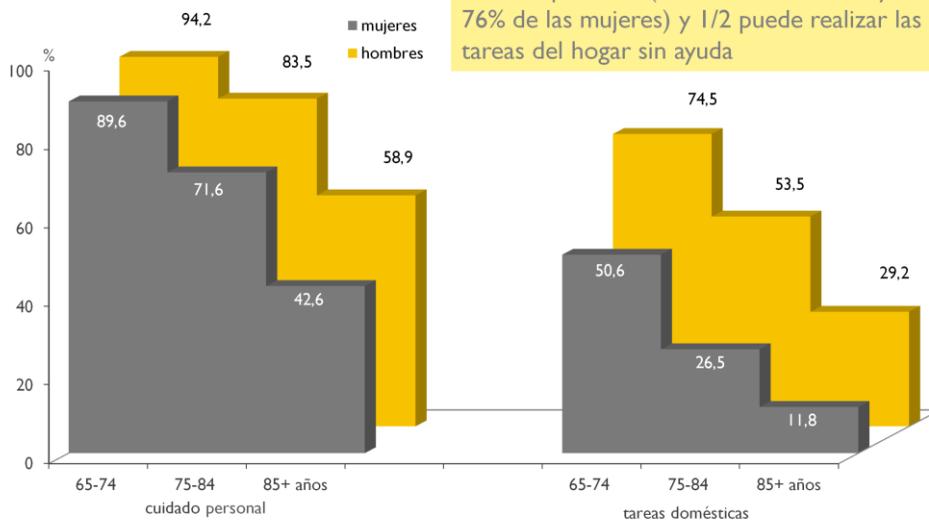
Las disparidad se presenta en esta gráfica en términos de clase social ocupacional, pero los resultados de la ENSE 2017 también se han tabulado y publicado estratificando por nivel de estudios y por ingresos, observándose gradientes sociales semejantes.

El deterioro cognitivo se mide a través de una pregunta "¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?" que se categoriza en "No, ninguna dificultad", "Sí, alguna dificultad", "Sí, mucha dificultad" y "No puedo hacerlo en absoluto".

Autonomía para las actividades de la vida diaria

Población de 65 y más años

8/10 no tienen dificultad alguna para el cuidado personal (87% de los hombres y 76% de las mujeres) y 1/2 puede realizar las tareas del hogar sin ayuda



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta diapositiva se muestra el porcentaje de población de 65 y más años que es capaz de realizar sin ayuda las principales actividades de la vida diaria (cuidado personal y labores domésticas), según sexo y grupo de edad (no incluye a la población institucionalizada, con mayor discapacidad).

La autonomía se pierde con la edad. La caída se produce antes para las tareas domésticas y más tardíamente para el cuidado personal. La autonomía autodeclarada es mayor en hombres, en ambos tipos de actividades y en los tres grupos de edad estudiados.

En el caso de las actividades de cuidado personal, ocho de cada diez personas (80,44%) no tienen dificultad alguna para realizarlas sin ayuda (86,78% de los hombres y 75,51% de las mujeres). Por grupo de edad, nueve de cada diez (91,78%) se declaran autónomos entre 65-74 años, tres de cada cuatro (76,59%) entre 75-84 y uno de cada dos (48,14%) entre los de 85+. La diferencia por sexo es pequeña en el grupo más joven (4,6pp) y se acrecienta con la edad (16,3pp en 85+).

En el caso de las tareas del hogar, casi uno de cada dos (47,45%) refiere que las puede realizar sin ayuda, el 62,58% de los hombres y el 35,68% de las mujeres. La diferencia por sexo en los distintos grupos de edad es mayor que para el cuidado personal, y se mantiene más estable para este tipo de actividades (entre 17 y 27 pp), reduciéndose en el grupo de mayor edad. El 61,93% del grupo de 65-74 años no tiene dificultad alguna para estas actividades domésticas, porcentaje que se reduce al 37,85% en la población de 75-84 años y al 17,12% en los de 85+.

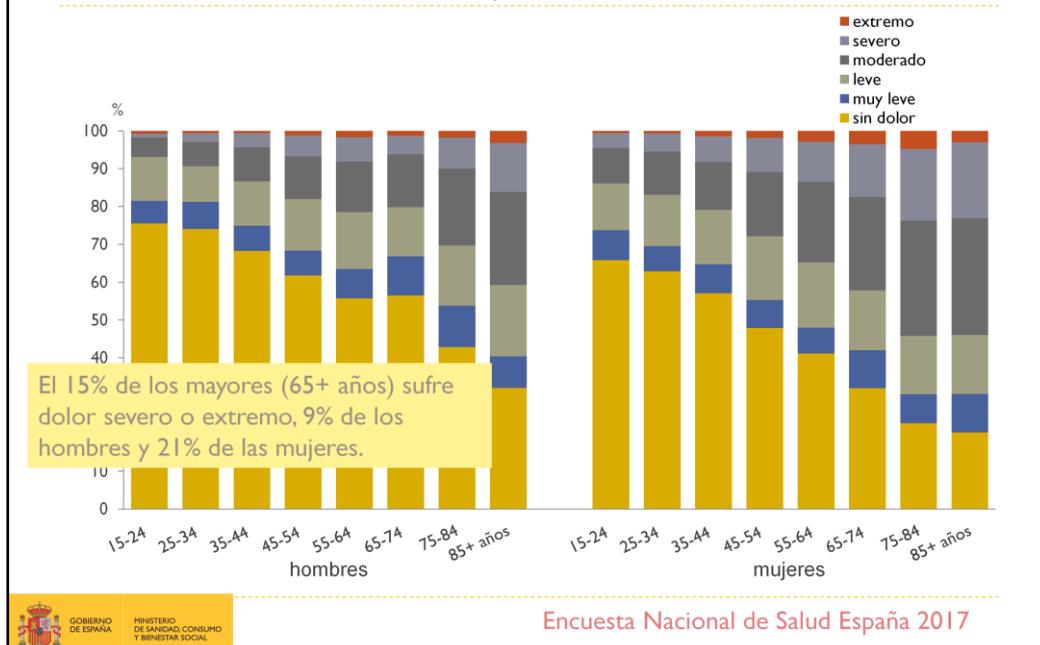
Las actividades de cuidado personal (5), también llamadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), comprenden: ducharse, vestirse, levantarse, ir al baño y comer.

Las tareas domésticas (7), también denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), comprenden: tareas domésticas pesadas, tareas domésticas ligeras, cocinar, hacer la compra, administrar la casa, usar el teléfono y tomar la medicación.

Para cada dimensión, se considera autónomo si NO responde "con alguna dificultad", "con mucha dificultad" o "no puede hacerlo" a alguna de las actividades.

Dolor físico

Últimas 4 semanas. Población de 15 y más años



En esta gráfica puede verse la proporción de personas de 15+ años que refiere haber sufrido dolor físico en las últimas cuatro semanas y el grado de severidad del dolor, según el grupo de edad, en hombres y en mujeres.

Como cabe esperar, con la edad aumenta la proporción de personas que sufre dolor y la intensidad del mismo.

El dolor físico (de cualquier intensidad, desde muy leve a extremo) afecta al:

- 44,89% de la población de 15+ años (52,49% mujeres y 36,89% hombres),
- 63,37% de la población de 65+ (73,24% mujeres y 50,70% hombres),
- 75,72% de población de 85 y más años (79,73% mujeres y 67,92% hombres).

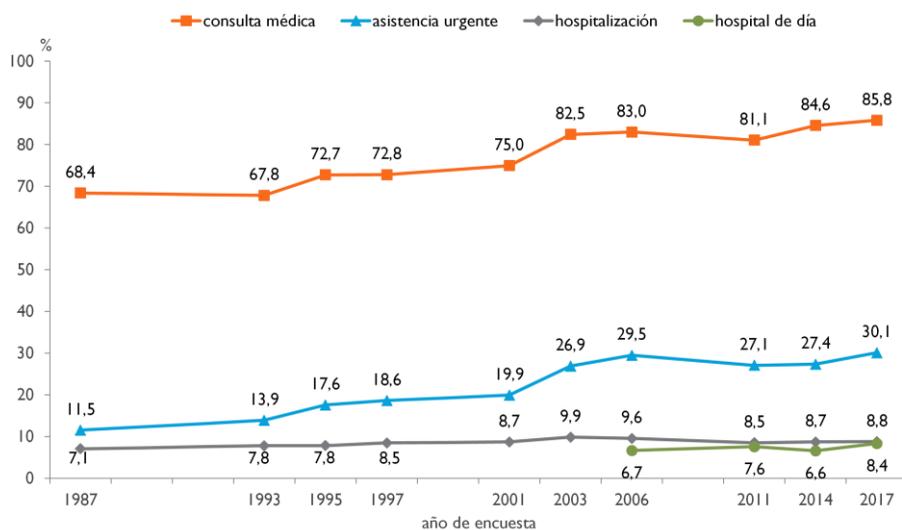
El 15,37% de la población de 65+ años sufre dolor severo o extremo, 8,58% de los hombres y 20,66% de las mujeres.

En todas las edades es más frecuente la presentación de dolor en mujeres. En el caso del dolor severo o extremo, es más del doble en mujeres que en hombres en algunos grupos de edad.

El dolor se mide a través de una pregunta directa que considera cualquier dolor físico que haya tenido en las últimas cuatro semanas, y este se categoriza en “ninguno”, “muy leve”, “leve”, “moderado”, “severo” o “extremo”.

Uso servicios sanitarios 1987-2017

Últimos 12 meses. Población de 15 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución del uso de distintos tipos de servicios sanitarios en España, desde 1987 hasta 2017.

La población (de 15+ años) que refiere haber consultado al médico o médica en el último año (atención primaria o especializada ambulatoria) ha ido aumentando progresivamente desde 1995. Del 68,4% en 1987 ha pasado al 85,8% en 2017, más de 17 pp en 30 años. En la última encuesta continúa el aumento. Casi 9 de cada 10 personas refieren haber consultado a un médico/a en los últimos 12 meses por algún problema, molestia o enfermedad (de cualquier tipo excepto dentista, pruebas diagnósticas y consultas realizadas durante hospitalizaciones).

Igualmente ha crecido, desde valores mucho más bajos pero con un patrón temporal semejante y una pendiente más acusada (casi 29 pp en 30 años), la población que refiere haber acudido a urgencias en el último año. Desde el 11,5% que utilizó este servicio en 1987 fue ascendiendo hasta el 29,5% en 2006, bajando ligeramente en 2011-2014 para recuperarse en 2017. Casi un tercio (30,1%) de la población acudió a urgencias en el último año.

Mucho más estables se han mantenido las hospitalizaciones en los últimos 30 años. Después de aumentar suavemente entre 1987 y 2003, cae casi un pp en los últimos años. El uso del hospital de día muestra una tendencia ascendente en los 10 años que se recoge.

En 2017 aumenta el uso de los cuatro tipos de servicios. Lo que más crece son las urgencias, seguido del hospital de día y de las consultas médicas. Tanto en la asistencia urgente como en la consulta médica ambulatoria son los porcentajes más altos registrados en los últimos 30 años. También es el más alto registrado de uso del hospital de día en los últimos 10 años.

[NOTA - Para poder observar la evolución en los últimos años, en este gráfico la población representada se ha acotado a 15+ años (en 2014 no se estudió la población infantil), por lo que puede haber pequeñas diferencias con los datos en población de 0+ años que se muestran en la siguiente gráfica.]

En la encuesta se pregunta: “¿Cuánto fue la última vez que consultó al médico general o médico de familia para usted mismo?” Por favor incluya tanto las visitas a la consulta de su médico como las visitas domiciliarias y las consultas telefónicas. También se pregunta “¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista para usted mismo?”. En el gráfico se presenta la variable derivada de haber contestado “en las últimas 4 semanas” o “entre 4 semanas y 12 meses” a cualquiera de las dos preguntas.

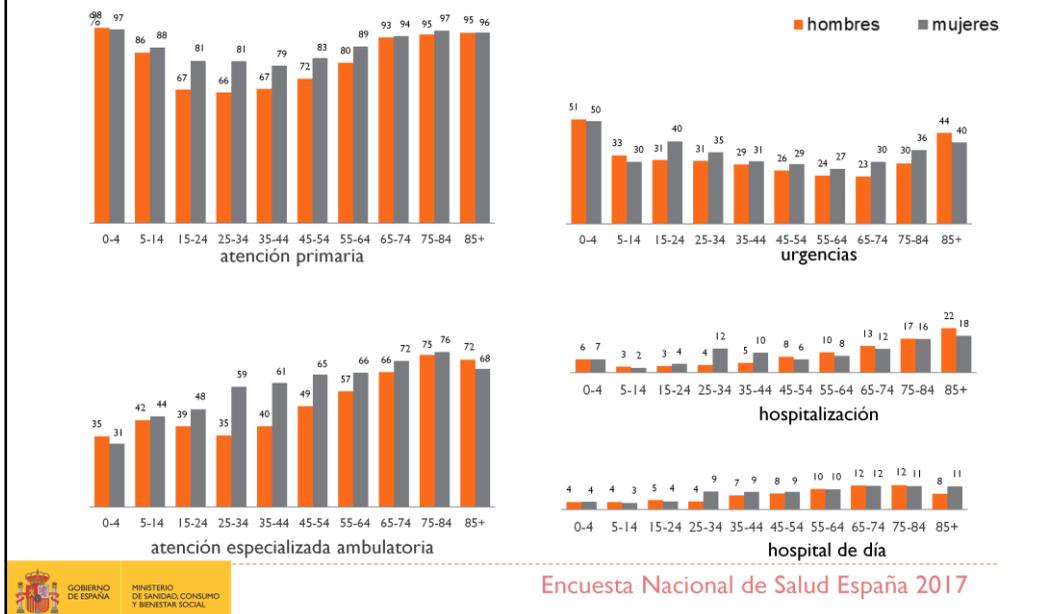
En la encuesta se pregunta: “En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?”

En la encuesta se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche?”

En la encuesta se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido atendido/a en un hospital de día para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?”

Uso de servicios sanitarios

Últimos 12 meses. Población de 0 y más años



En esta gráfica se muestra el porcentaje de población (0 y más años) que, en el último año, refiere haber hecho uso de la consulta médica en atención primaria y en atención especializada ambulatoria, de la asistencia en urgencias, del hospital y del hospital de día, según el sexo y el grupo de edad.

En el último año, 81,92% de la población consultó al médico o médica de primaria, el 54,02% al de atención especializada ambulatoria, el 31% acudió a urgencias, 8% estuvo hospitalizado y otro 8% fue atendido en el hospital de día.

El 77,42% de los hombres y el 82,26% de las mujeres de 0 y más años refiere haber consultado a un médico o médica de atención primaria en los últimos 12 meses. Las mujeres presentan frecuencias mayores que los hombres en todos los grupos de edad excepto en los menores de 5 años y en el de 85 y más años. Las diferencias según el sexo son pequeñas en los menores de 15 años y a partir de los 65 años.

El 47,79% de los hombres y el 60,04% de las mujeres refiere haber consultado con el médico o médica de atención especializada ambulatoria en los últimos 12 meses. El porcentaje de personas que visitó al especialista aumenta con la edad excepto en el grupo de 85+, en el que desciende. Las mayores diferencias según el sexo se dan entre los 25 y los 44 años, coincidiendo con grupos de edad de mayor fecundidad.

El 31,27% de la población declara haber utilizado el servicio de urgencias en el último año, las mujeres más que los hombres (32,85% vs 29,63%) en todos los grupos de edad salvo los extremos (0-14 años y 85+ años). Se observa un pico en mujeres en el grupo de 15-24 años. Por edad muestra una curva en U, con mayor uso de los servicios de urgencias en los más jóvenes y en los mayores. En mujeres el porcentaje disminuye con la edad hasta el grupo de 55 a 64 años para después volver a aumentar, mientras

que en los hombres, los porcentajes más pequeños de uso de urgencias se ven en el grupo de 65 a 74 años.

El 8,03% de la población de 0 y más años refiere haber estado hospitalizada en los últimos 12 meses, 7,20% de los hombres y 8,84% de las mujeres. El porcentaje de hospitalizaciones disminuye en el grupo de 5 a 14, y a partir de aquí se va incrementando con la edad. El aumento que se produce en el grupo de 25 a 34 años es a expensas de las mujeres debido a los partos. En los hombres se observó un gradiente creciente con la edad a partir de los 5-14 años, mientras que en las mujeres ese mismo gradiente se ve afectado por los ingresos por parto, perceptible ya entre los 15-24 años, pero con un pico más marcado en el grupo de 25-34 (11,80%) y algo menor en el de 35 a 44 años (9,80%). A partir de los 45 años la frecuencia de ingreso es siempre superior en hombres.

El 7,63% de la población de 0 y más años declara haber acudido a un hospital de día en los últimos 12 meses (7,05% hombres y 8,18% mujeres). El porcentaje aumenta con la edad en ambos sexos (de un 3,71% en el grupo de 0 a 4, a un máximo de 11,59% en el de 75 a 84, y descenso a 10,07% en 85 y más), este descenso en 85 y más es a expensas de las mujeres. Las mujeres hacen un uso mayor de este recurso entre los 25 y los 54 años y de los 5 a los 14, en el resto de grupos de edad, la proporción es mayor en hombres.

[NOTA – A diferencia de la gráfica anterior (acotada a 15+ años para poder comparar con otros años), en esta podemos ver los datos de la totalidad de la población (0 y más años) en 2017, por lo que puede haber pequeñas diferencias con los datos.]

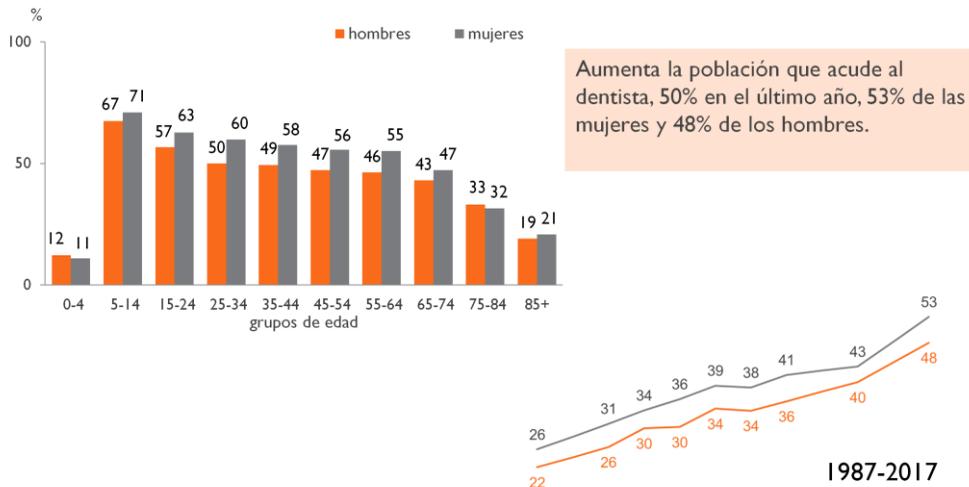
En la encuesta se pregunta: “¿Cuánto fue la última vez que consultó al médico general o médico de familia para usted mismo?” Por favor incluya tanto las visitas a la consulta de su médico como las visitas domiciliarias y las consultas telefónicas. También se pregunta “¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista para usted mismo?”. En el gráfico se presenta la variable derivada de haber contestado “en las últimas 4 semanas” o “entre 4 semanas y 12 meses” a cualquiera de las dos preguntas. En la encuesta se pregunta: “En estos últimos 12 meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?”

En la encuesta se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que ingresar como paciente al menos durante una noche?”

En la encuesta se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido atendido/a en un hospital de día para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba, es decir, permaneciendo durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?”

Consulta dentista

Últimos 12 meses. Población de 0 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra el porcentaje de población de 0 y más años que consultó al dentista en el último año, según el sexo y el grupo de edad.

Una de cada dos personas (50,32%) acudió al dentista en el último año, 47,65% de los hombres y 52,89% de las mujeres. El 18,18% hace tres meses o menos (16,74% de los hombres y 19,57% de las mujeres), el 42,73% no fue en el último año (52,35% en hombres y 47,11% en mujeres) y el 6,95% declaró no haber ido nunca.

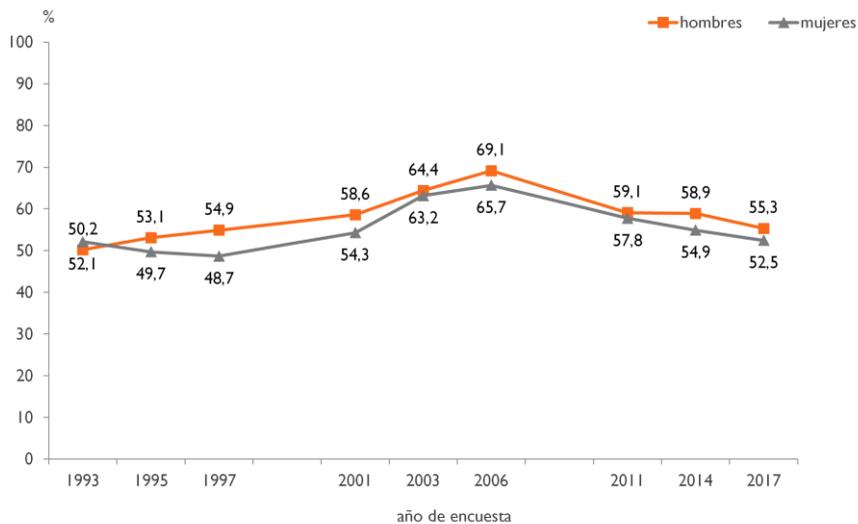
Las mujeres visitaron al dentista en los últimos 12 meses con mayor frecuencia que los hombres en todos los grupos de edad excepto menores de 5 años y entre 75 y 84.

El grupo de edad que con mayor frecuencia dice haber ido al dentista en los últimos 12 meses es el de 5 a 14 años. Este porcentaje va disminuyendo con la edad y es siempre ligeramente superior en mujeres.

En la encuesta se pregunta: "¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista, estomatólogo o higienista dental para usted mismo/a (es decir, no solo como acompañante de un niño, de su pareja, etc.?)"

Vacunación antigripal

Últimos 12 meses. Población de 65 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la proporción de la población de 65+ años que refiere haberse vacunado contra la gripe en la última campaña, según sexo y año de encuesta (1993-2017).

En España continúa cayendo la cobertura de la vacunación antigripal en hombres y mujeres del grupo poblacional en el que está recomendado. Desde 2006, año que alcanzó el 67,14%, continúa bajando, primero bruscamente y más despacio en 2014 y 2017, a 66,01% en 2009, 58,35% en 2011/12 y 56,67% en 2014.

En 2017 alcanza a la mitad de la población en el grupo en que está recomendada. El 53,72% de la población de 65+ años refirió haberse vacunado contra la gripe en la última campaña.

La cobertura siempre es algo mayor en hombres, 55,33% de los hombres y 52,46% de las mujeres.

La Comisión Nacional de Salud Pública recomienda la vacunación antigripal con carácter poblacional en personas mayores de 64 años.

En la encuesta se pregunta: “¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?” Y si la respuesta es afirmativa “¿Cuándo se vacunó?” (año y mes).

Programas de detección precoz de cáncer Evolución de la cobertura 2009-2017



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución de la cobertura de las distintas pruebas de detección precoz de cáncer (de mama, de cuello de útero y colorrectal) en la edades y frecuencias recomendadas por la Estrategia Nacional de Cáncer.

Continúa el incremento de la cobertura de las pruebas de detección precoz de cáncer. Ocho de cada 10 mujeres se han realizado las pruebas de detección de cáncer de mama y de cuello de útero en el plazo recomendado, y más de dos de cada 10 personas se ha hecho la prueba recomendada para la detección precoz del cáncer de colon en el período indicado (PSOH- prueba de sangre oculta en heces).

Se observan diferencias territoriales en la cobertura de las pruebas de detección precoz de cáncer. El gradiente social es muy marcado en la citología vaginal y en la PSOH en hombres.

Recomendación mamografía cada 2 años en mujeres de 50-69 años.

Recomendación de citología cada 5 años en mujeres de 25 a 64 años (en algunas CCAA y países UE, cada 3 años).

Recomendación de la PSOH cada 2 años en población de 50-69 años (en algunos países UE, cada 5-10 años colonoscopia de 50-74 años)

Estrategia en cáncer del SNS, MSSSI, 2010.

En la encuesta se pregunta: “¿Le han hecho alguna vez una mamografía?” Y si la respuesta es afirmativa: “¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía? ... en los últimos 12 meses, hace un año o más pero menos de 2 años, hace 2 años o más pero menos de 3 años, hace 3 años o más.”

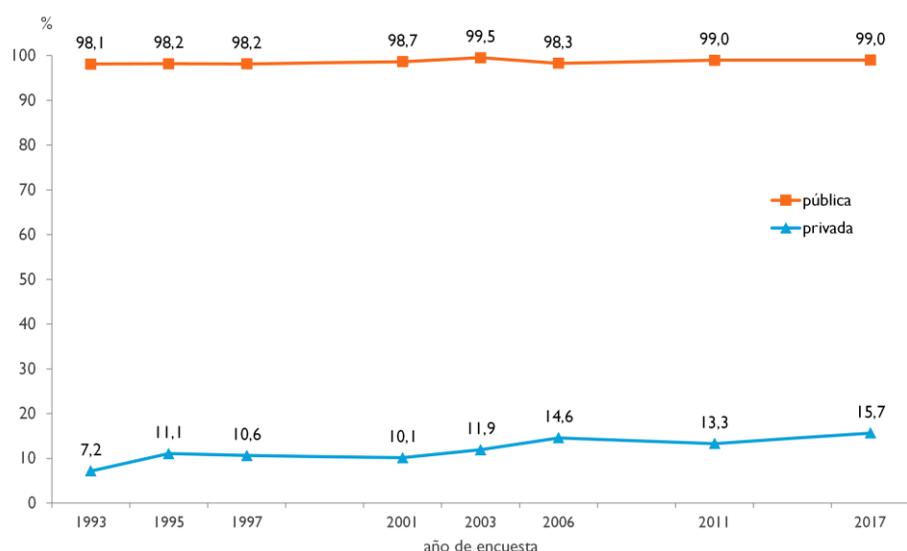
En la encuesta se pregunta: “¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal?” Y si la

respuesta es afirmativa: “¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología vaginal? ... en los últimos 12 meses, hace un año o más pero menos de 2 años, hace 2 años o más pero menos de 3 años, hace 3 años o más pero menos de 5 años, hace 5 años o más.”

En la encuesta se pregunta: “¿Alguna vez le han hecho una prueba de sangre oculta en heces?” Y si la respuesta es afirmativa: “¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de sangre oculta en heces? ... en los últimos 12 meses, hace un año o más pero menos de 2 años, hace 2 años o más pero menos de 3 años, hace 3 años o más pero menos de 5 años, hace 5 años o más.”

Cobertura sanitaria pública y privada 1993-2017

Población 0 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución de la proporción de la población de 0 y más años que dispone de cobertura pública y de la proporción que dispone de cobertura privada.

La cobertura sanitaria pública se mantiene estable desde 1993, en torno al 99%.

La cobertura privada aumenta escalonadamente, 8pp desde el 7,2% en 1993 hasta 15,7% en 2017.

[NOTA - La pregunta es de respuesta múltiple excepto la modalidad “no tiene seguro”, por lo que los porcentajes no suman 100.]

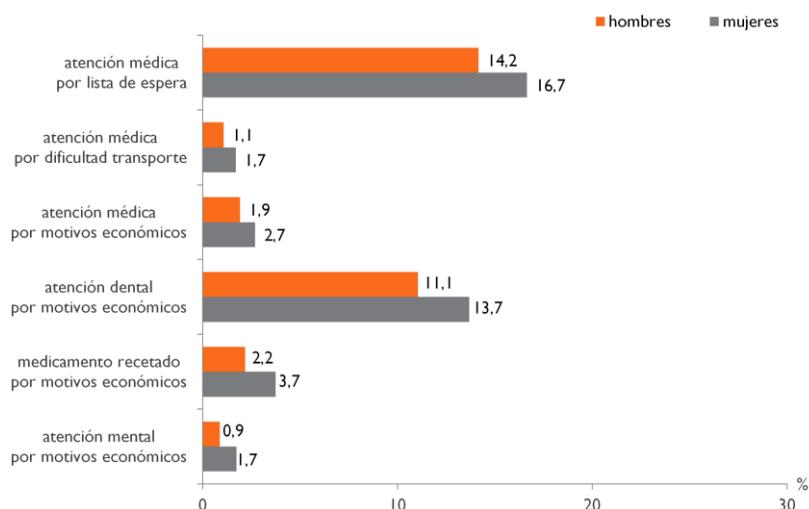
En 2017, el 99,02% de la población declara tener cobertura pública, un 16,53% cobertura privada, un 0,06% no tiene seguro médico y un 0,29% declara estar en otras situaciones.

Si analizamos cada una de las modalidades de financiación pública incluidas en la pregunta: el 95,92% declara tener sanidad pública (seguridad social), el 1,82% refiere alguna mutualidad del estado acogida a la sanidad pública (seguridad social), y el 3,07% alguna mutualidad del estado acogida a seguro privado.

En cuanto a la cobertura privada, un 12,59% de la población refiere tener un seguro privado concertado individualmente, y un 3,99% dice tenerlo concertado por la empresa. No hay apenas diferencias por sexo excepto en los seguros privados. Las mujeres refieren con mayor frecuencia los seguros privados concertados individualmente que los hombres (13,42% vs 11,74%), mientras que lo contrario ocurre en el caso de seguros privados concertados por la empresa (2,87% y 5,15% en los hombres).

En la encuesta se pregunta: “¿Podría decirme ahora, de cuál o cuales de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es titular o beneficiario/a?”

Inaccessibilidad percibida a distintos tipos de atención sanitaria Últimos 12 meses. Población de 15 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la proporción de la población de 15+ años que refiere que sus necesidades de atención sanitaria no estuvieron cubiertas alguna vez en el último año, según el sexo y el tipo de atención sanitaria.

La lista de espera es el motivo más frecuente de inaccesibilidad percibida en España. El 15,43% de la población de 15+ años refiere haber sufrido una demora excesiva en la asistencia médica debida a la lista de espera, y este tipo de inaccesibilidad percibida presenta un gradiente (9pp) según el nivel de ingresos del hogar.

La inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte tiene escasa entidad en España (1,40%).

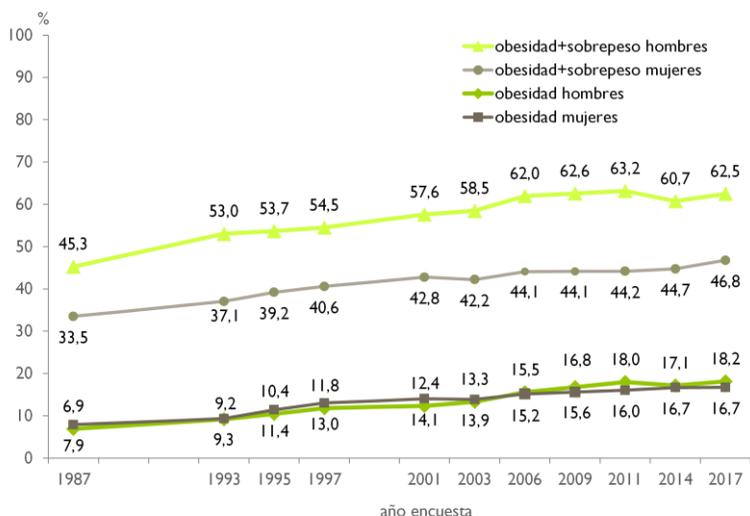
- La atención dental fue la que con mayor frecuencia no pudo ser recibida por motivos económicos (12,40%).
- La causa económica fue la aducida también en el 2,98% de la población que refirió no haber podido permitirse los medicamentos que le habían sido recetados.
- El 2,32% no se pudo permitir la atención médica que necesitaba,
- Y el 1,32% la atención de salud mental.

La inaccesibilidad percibida es algo más frecuente en mujeres en todos los subgrupos analizados.

En la encuesta se pregunta: “¿En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tardado demasiado en recibir asistencia médica por una lista de espera demasiado larga?” y a continuación “¿En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tardado demasiado en recibir o ha carecido de asistencia médica por dificultades relacionadas con el transporte o la distancia?”, y a continuación “¿En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria (atención médica, atención dental, algún medicamento que le habían recetado, atención de salud mental-consulta al psicólogo o psiquiatra por ejemplo) y no se lo pudo permitir por motivos económicos?”

Obesidad y sobrepeso adultos 1987-2017

Población de 18 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución 1987-2017 del porcentaje de la población adulta (18+ años) que padece obesidad y el que presenta exceso de peso (obesidad + sobrepeso) según sexo y año de encuesta.

Continúa aumentando la obesidad y el sobrepeso en hombres y en mujeres. En los últimos 30 años la prevalencia de obesidad en España se ha multiplicado por 2,4. Los datos de 2014 parecían indicar que la tendencia al aumento de las prevalencias de obesidad y sobrepeso podría estar frenándose. Sin embargo los resultados de esta encuesta no lo confirman.

Con respecto a 2014, en 2017 ha aumentado tanto el sobrepeso (de 35,74% a 37,07%) como la obesidad (de 16,91% a 17,43%) en ambos sexos. Esto es especialmente marcado en mujeres.

La diferencia entre hombres y mujeres es muy pequeña en el caso de la obesidad pero muy importante y con tendencia creciente en el caso del sobrepeso.

La tendencia es consistente en todas las clases sociales excepto la I, donde baja en hombres.

En la encuesta se pregunta: “¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? , ¿Y cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?”

$IMC = \text{peso declarado (en kg)} / \text{talla declarada (en metros)}^2$

En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías:

peso insuficiente

$IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$

normopeso

$18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$

sobrepeso

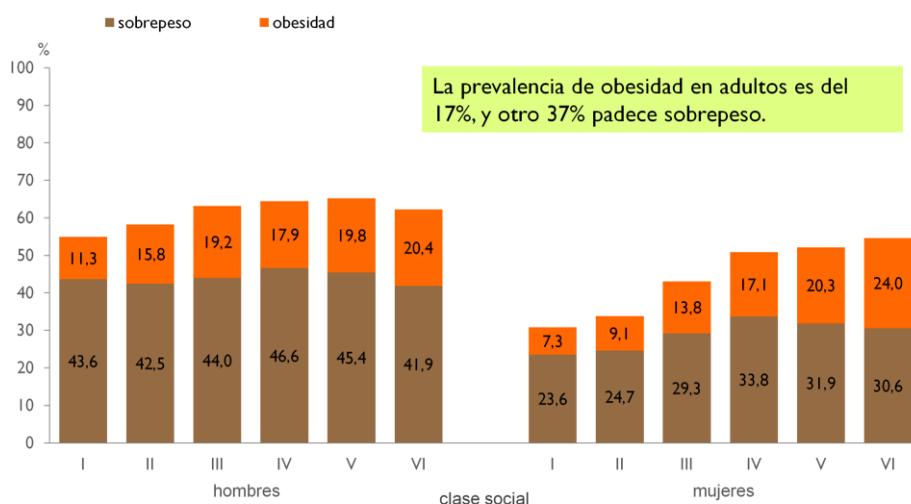
$25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$

obesidad

$IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Obesidad y sobrepeso en adultos por clase social

Población 18 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra el porcentaje de la población adulta (18+ años) que padece obesidad y sobrepeso según sexo y clase social.

El 17,4% de los adultos (18+ años) padece obesidad. La obesidad es más frecuente en hombres (18,15%) que en mujeres (16,68%).

El 37,10% padece sobrepeso. Al igual que la obesidad, es más frecuente en hombres, pero la diferencia es mucho mayor (44,31% hombres vs 30,04% mujeres).

Hay un gradiente por clase social en la prevalencia conjunta de obesidad más sobrepeso. La prevalencia es más baja en las clases sociales más altas y los valores más altos se dan en las tres clases sociales más bajas, sin que existan muchas diferencias dentro de ellas (casi 17 pp de diferencia entre las prevalencias de estas clases IV, V y VI y la de la clase I).

El patrón es más evidente en mujeres, donde se produce una subida de prevalencia en cada clase social, pasando de 30,81% en la clase I a 50,56% en la clase VI.

Los patrones de variación de prevalencia con la clase social son muy claros en el caso de la obesidad y especialmente en mujeres (7,26% en clase I a 23,98% en clase VI). En el caso del sobrepeso las diferencias por clase social solo se observan en mujeres, superando las clases IV, V y VI el 30%.

En la encuesta se pregunta: “¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? , ¿Y cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?” $IMC = \text{peso declarado (en kg)} / \text{talla declarada (en metros)}^2$

En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías:

peso insuficiente

$IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$

normopeso

$18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$

sobrepeso

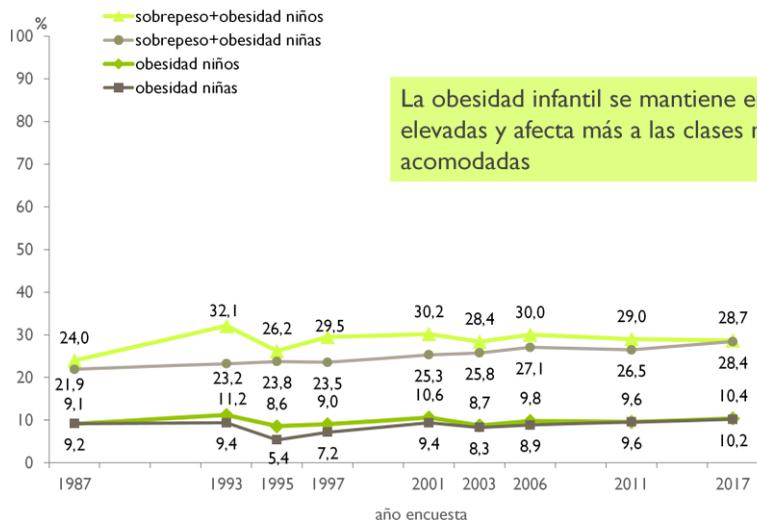
$25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$

obesidad

$IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Obesidad y sobrepeso infantil 1987-2017

Población 2 a 17 años



La obesidad infantil se mantiene en cifras elevadas y afecta más a las clases menos acomodadas



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución 1987-2017 del porcentaje de la población infantil (2-17 años) que padece obesidad y el que presenta exceso de peso (obesidad + sobrepeso) según sexo y año de encuesta.

La prevalencia de obesidad infantil se mantiene en cifras elevadas con un suave incremento entre 2003 y 2017. El porcentaje de la población de 2 a 17 años con obesidad (10,30%) es ligeramente superior al de 2011 (9,56%). Desde 2003, en cada edición de la encuesta se ha producido un leve incremento.

En la población entre 2 y 17 años no existen diferencias entre niños (10,40%) y niñas (10,20%) en la prevalencia de obesidad.

El 18,26% de la población entre 2 y 17 años de edad tiene sobrepeso, cifra idéntica a la encontrada en 2011. Tampoco existen diferencias entre sexos aunque en el caso de las niñas, la cifra es mayor que la de 2011 mientras que en los niños es menor. En las niñas el sobrepeso ha aumentado con respecto a la edición anterior, aunque la serie temporal presenta cierta irregularidad.

La sobrecarga ponderal (obesidad + sobrepeso) afecta al 28,56%, 28,7% de los varones y 28,4% de las mujeres.

En población infantil las clases altas presentan prevalencias más bajas a lo largo de 2001-2017 en ambos sexos. En este último año es de 5,41% en clase I y de 15,37% en clase VI.

La obesidad infantil se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. La obesidad puede afectar a la salud del niño o niña por causas cardiovasculares, endocrinas o pulmonares, y a la salud mental por baja autoestima, trastornos de la alimentación o depresión (Inchley et al., 2016). Además es predictora de obesidad en adultos.

En la encuesta se pregunta: “¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? , ¿Y cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?”

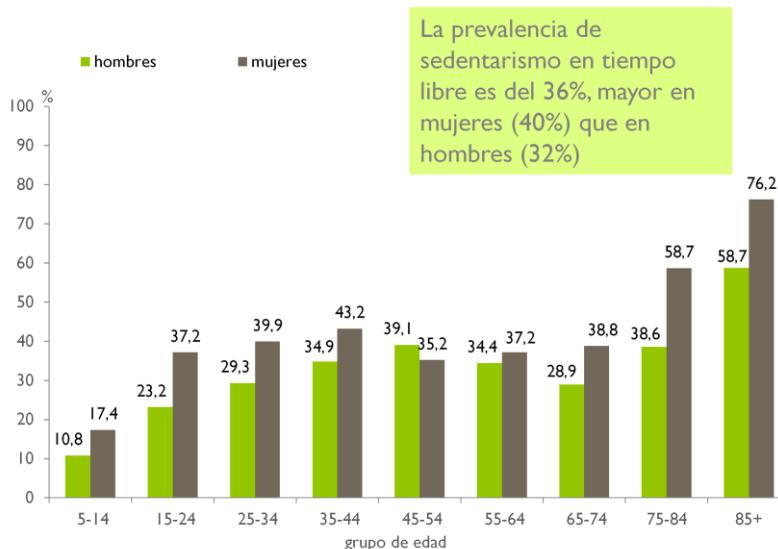
Para valorar la relación peso-talla en la población infantil con un criterio cuantitativo hay distintas aproximaciones. En la ENSE se utiliza la definición de la IOTF (hoy WOF) (Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: an international survey. BMJ 2000; 320(7211): 1240-1243). Aunque la estimación de la magnitud de la obesidad infantil referida tenga algunas limitaciones, disponer de una serie temporal permite conocer la evolución y la tendencia de la obesidad y del sobrepeso infantil en España.

El estudio ALADINO (AECOSAN) , que en 2015 pesó y talló 10.899 niños y niñas de 6-9 años, observa una disminución en la prevalencia de sobrepeso en 2011-13-15 , con prevalencias de obesidad estabilizadas tanto en niños como en niñas. La prevalencia de sobrepeso fue 23,2% (22,4% en niños y 23,9% en niñas), y la prevalencia de obesidad fue del 18,1% (20,4% en niños y 15,8% en niñas), utilizando los estándares de crecimiento de la OMS (aparte de que el grupo de edad es aquí 6-9 años vs 2-17 de la ENSE, las prevalencias de sobrepeso y obesidad varían considerablemente en función de los puntos de corte empleados).

En comparación con otros países, España ocupa una posición media o media-alta en cifras de obesidad infantil.

Sedentarismo en tiempo de ocio

Población de 5 y más años



La prevalencia de sedentarismo en tiempo libre es del 36%, mayor en mujeres (40%) que en hombres (32%)



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra el porcentaje de la población que refiere que su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.), según sexo y grupo de edad.

El 36,04% de la población (de 0 y más años) refiere que su tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.).

La prevalencia de sedentarismo en tiempo de ocio es mayor en mujeres (40%) que en hombres (31,94%), con 8 pp de diferencia. Esto ocurre en todos los grupos de edad excepto el de 45 a 54 años, y este menor sedentarismo en un grupo es la primera vez que se observa en la serie ENSE. Destaca el grupo de 15-24 años donde la diferencia es de 14pp. y el de 75+, con casi 20pp.

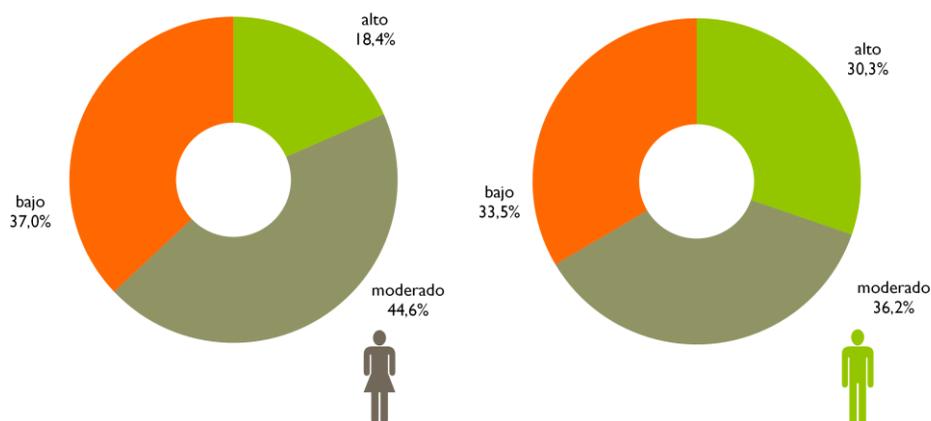
El sedentarismo aumenta con la edad, con un patrón semejante en ambos sexos. Aumenta hasta el grupo de 35-44 años, disminuye ligeramente entre 45 y 74, y sufre un brusco incremento a partir de los 75.

El dato global corresponde a población total (0+ años). En el gráfico no se ha incluido al grupo de 0-4 años por inadecuación del indicador en este grupo de edad.

A efectos de este informe se define sedentarismo en tiempo de ocio a aquellos que a la pregunta '¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?' contestan: 'No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc).'

Nivel de actividad física

Cuestionario Internacional de Actividad Física. Población de 15 a 69 años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la distribución de la población adulta (de 15 a 69 años) en función del nivel de actividad física que realiza habitualmente, en hombres y en mujeres.

El 35,28% de la población entre 15 y 69 años tiene un nivel de actividad física (AF) que se califica como “bajo”, lo que constituye una aproximación a la población que no cumple las recomendaciones de la OMS sobre actividad física. Este porcentaje es mayor en mujeres (37,04%) que en hombres (33,51%). Esto indicaría que cumple con lo recomendado el 64,7% de la población estudiada.*

Las principales diferencias por sexo se observan en la actividad física de nivel alto (intenso o vigoroso). El 24,33% de la población de 15 a 69 años refiere un nivel de actividad física alto, 30,29% de los hombres y 18,41% de las mujeres. Las diferencias por sexo son mayores entre los más jóvenes.

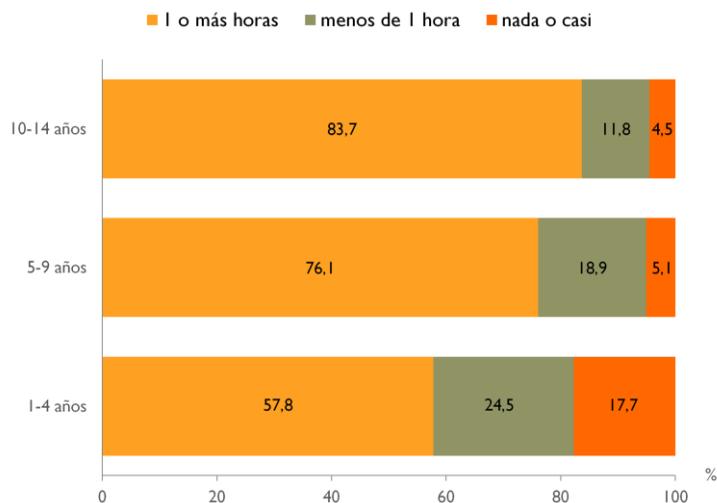
Al contrario que con la actividad física de nivel alto, la actividad moderada es más frecuente en mujeres en todos los grupos de edad. El 40,39% de la población de 15 a 69 años refiere un nivel de actividad física moderado, 36,20% de los hombres y 44,55% de las mujeres.

Estimaciones de actividad física realizadas con el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). El nivel bajo es una estimación de la población de 15-69 años que no cumple las recomendaciones de la OMS sobre actividad física.

**Los resultados sobre el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS son muy diferentes dependiendo del instrumento utilizado para medir la AF. Con las estimaciones que hace Eurostat combinando EU-PAQ y la AF en el trabajo, la población que cumple las recomendaciones OMS (al menos 150' semanales de actividad física moderada) en España está en 48%, muy por debajo del 64% de media UE (EHIS 2014). Mientras que con IPAQ, en ENSE 2017 los resultados indican que cumple con lo recomendado el 64,7% (IPAQ recoge todo tipo de actividad (en el trabajo, en el transporte y en tiempo de ocio) en los últimos 7 días, siempre que dure 10+ minutos, incluyendo caminar).*

Tiempo libre frente a la pantalla*

Población de 1 a 14 años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra el tiempo libre que pasa diariamente frente a una pantalla (incluyendo ordenador, tablet, TV, vídeos, videojuegos o la pantalla del teléfono móvil) la población infantil (1-14 años), según el sexo y el grupo de edad.

El 73,87% de la población de 1-14 años pasa a diario una hora o más de su tiempo libre los días de entresemana frente a una pantalla, incluyendo ordenador, tablet, TV, vídeos, videojuegos o la pantalla del teléfono móvil. El porcentaje es semejante en niños (74,30%) y en niñas (73,41%).

El tiempo libre frente a la pantalla es mayor a mayor edad. En el grupo de 10 a 14 fue por encima del 80% entresemana y por encima del 90% los fines de semana.

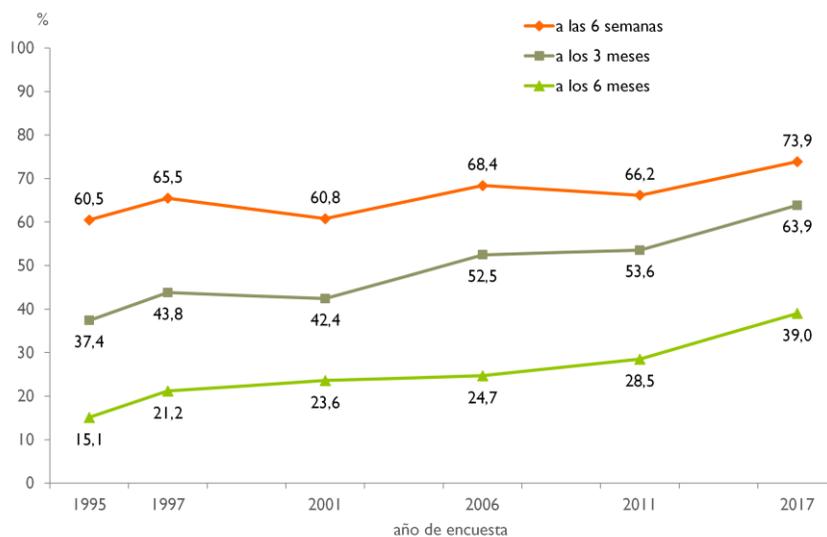
En el grupo de 5 a 9 años >75% pasaron 1+ horas al día entresemana y >85% los fines de semana. Finalmente, en el grupo de 1 a 4 años, más del 55% está 1+ horas al día frente a la pantalla los días de entresemana (57,79%), y más del 60% los fines de semana (62,58%).

En la encuesta se pregunta: “[...] en su tiempo libre. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo suele pasar [nombre del niño/a] un día de entresemana frente a una pantalla, incluyendo el ordenador, la tablet, la televisión, los vídeos, los videojuegos o la pantalla del teléfono móvil?”

Recomendaciones - En el grupo de 1-4 años se recomienda no superar la hora diaria [Canadian Physical Activity Guidelines for Children and Youth, 2012].

Lactancia materna exclusiva 1995-2017

Población de 6 meses a 4 años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En este gráfico se muestra la evolución de la duración de la lactancia natural exclusiva entre 1995 y 2017.

Se observa una evolución favorable en los patrones de lactancia en España en los últimos 20 años. Cabe destacar que el mayor incremento de la lactancia materna se produce en los últimos años, sobre todo en la lactancia exclusiva a los 6 meses.

Hay un claro incremento de la duración de la lactancia natural, tanto en frecuencia como en duración. A los 6 meses casi el 40% de las mujeres continua con lactancia materna exclusiva, lo que supone un incremento continuado desde 1995, con mayor pendiente entre 2011 y 2017 y más de 10pp de aumento.

A los 3 meses continúa con lactancia materna exclusiva el 63,9%, habiéndose acentuado también el incremento –de 10pp–, entre 2011 y 2017.

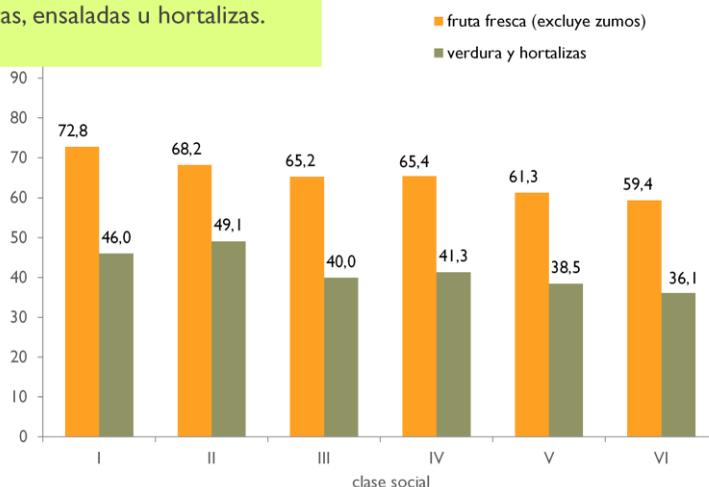
A las 6 semanas el 73,9% de los bebés está con lactancia natural, habiendo aumentado desde 2011.

En la encuesta, a quienes contestan afirmativamente a las preguntas “¿Ha recibido [nombre del niño/a mayor de 6 meses y menor de 5 años] lactancia materna durante los primeros meses de vida?” y “¿Ha recibido [nombre del niño/a] durante algún tiempo leche materna como único alimento y bebida (excluye agua, zumos, leches artificiales y cualquier alimento. Solo incluye vitaminas, minerales y medicamento)?”, se les pregunta: “¿Durante cuánto tiempo ha recibido exclusivamente lactancia materna?”

Consumo diario de fruta y verdura por clase social

Población de 1 y más años

El 64% come fruta fresca a diario, y el 45% verduras, ensaladas u hortalizas.



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la proporción de la población de 1 y más años que consume a diario fruta fresca (excluyendo zumos) y verduras, ensaladas u hortalizas, según la clase social.

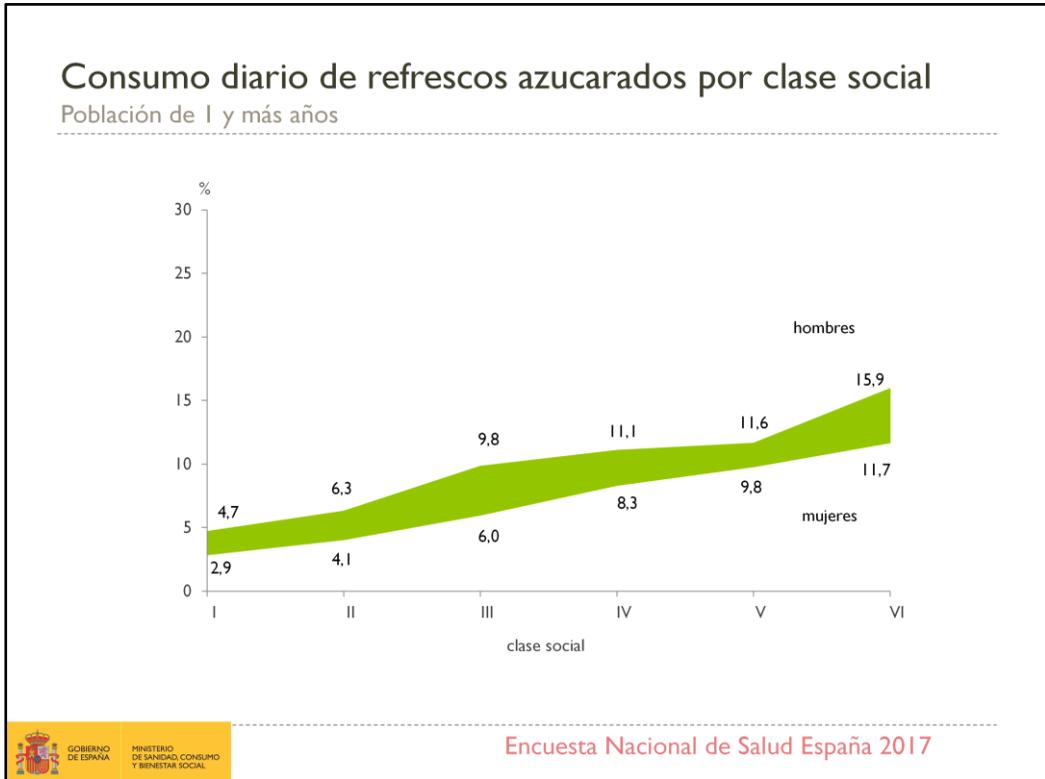
El 64,22% de la población de 1 o más años come fruta fresca a diario, y el 45,27% verduras, ensaladas u hortalizas. El 69% de las mujeres y el 58% de los hombres consume fruta fresca a diario y el 46% de las mujeres y el 35% de los hombres, verduras, ensaladas u hortalizas.

Tanto en el consumo diario de frutas frescas (excluyendo zumos) como de zumo natural, se observa un gradiente por clase social.

En el caso del consumo de verduras, ensaladas y hortalizas lo que ocurre es distinto en hombres y mujeres; en el caso de las mujeres el gradiente según clase social es claro, mientras que en el de los hombres sería más adecuado hablar de dos estratos uno con las clases I y II donde el consumo diario es más frecuente y otro formado por el resto con una frecuencia de consumo ligeramente más baja (unos 5 pp de diferencia).

La OMS recomienda, en adultos, al menos 400g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día (sin incluir patatas).

En la encuesta se pregunta: “¿Con qué frecuencia consume [nombre del niño/a] los siguientes alimentos?” Se considera consumo diario a quienes en el ítem “frutas frescas (excluyendo zumos)” contesta “Una o más veces al día”. Del mismo modo se considera consumo diario a quienes en el ítem “Verduras, ensaladas u hortalizas” contesta “Una o más veces al día”.



En esta gráfica se muestra la proporción de la población de 1 y más años que consume refrescos azucarados a diario, según la clase social, destacando las diferencias entre hombres y mujeres.

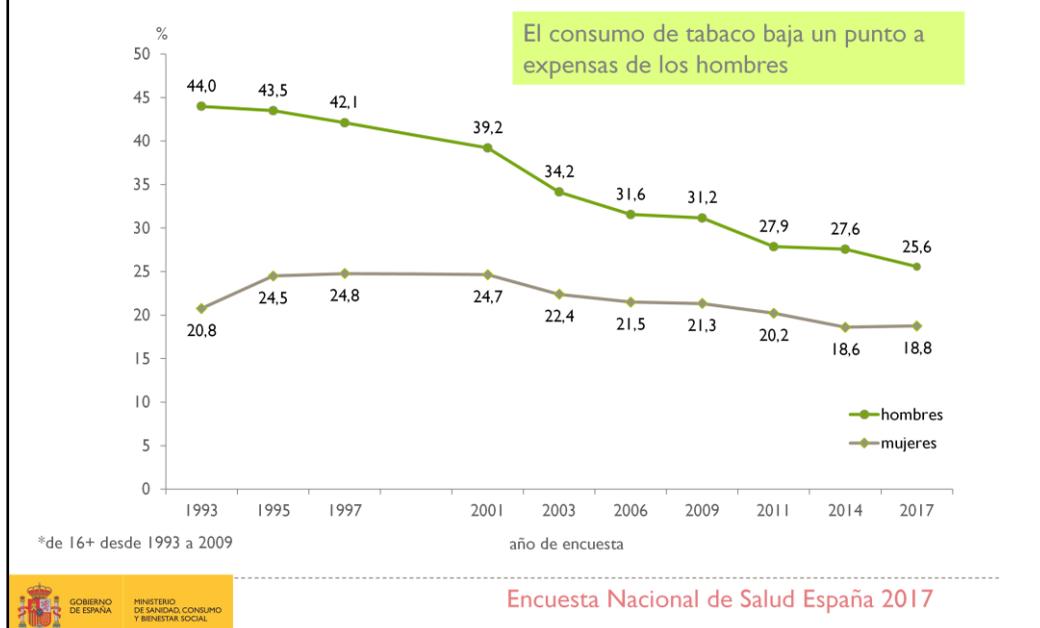
El consumo de refrescos azucarados perfila un gradiente perfecto por clase social, con mayor consumo en las clases más desfavorecidas tanto en hombres como en mujeres. El 3,78% de la población de 1+ años de clase I bebe refrescos azucarados a diario, y esta proporción aumenta escalonadamente hasta el 13,64% en la clase VI.

El gradiente se observa en ambos sexos, pero el consumo es mayor en hombres en todas las clases sociales, y especialmente en la clase VI, donde la diferencia es algo mayor (4pp).

En la encuesta se pregunta: “¿Con qué frecuencia consume [nombre del niño/a] los siguientes alimentos?” Se considera consumo diario a quienes en el ítem “Refrescos con azúcar” contesta “Una o más veces al día”

Consumo diario de tabaco 1993-2017

Población de 15 y más años*



En esta gráfica se muestra la evolución 1993-2017 de la prevalencia de fumadores diarios en población de 15 y más años según el sexo.

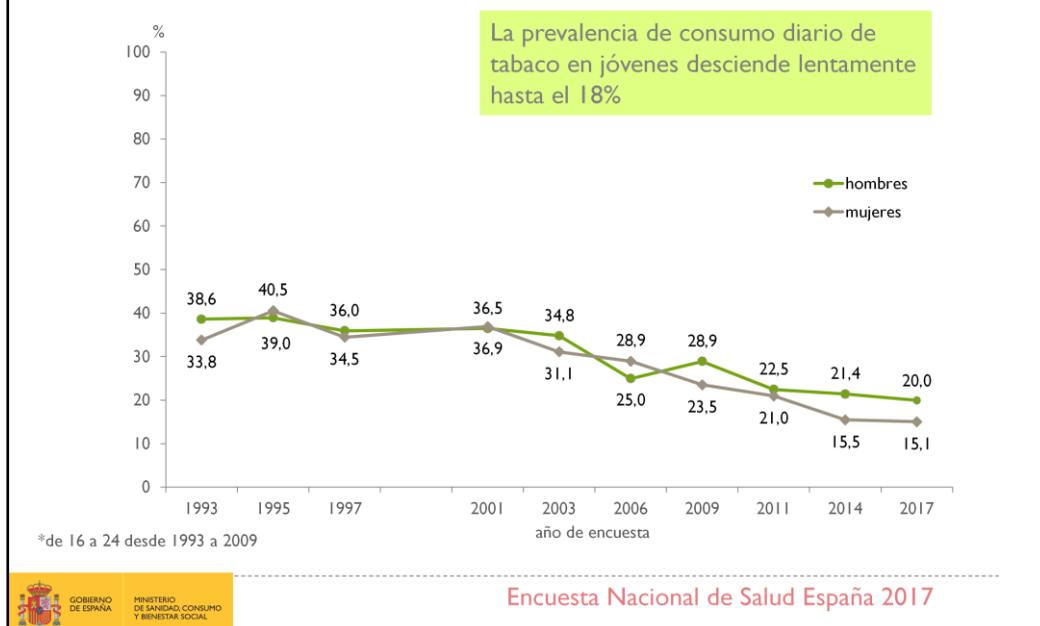
La prevalencia de fumadores diarios continuó descendiendo pero muy lentamente. La caída es de 10 puntos desde 1993 hasta 2017, pero con respecto a 2014, en 2017 fue menos de un punto porcentual más baja (22,08% vs 22,98%), lo mismo que descendió entre 2011 y 2014. Desde 2006 el descenso siempre ha estado por debajo de un pp.

El comportamiento es distinto en hombres y en mujeres. Entre 1993 y 2017, la proporción de hombres que fuma a diario ha caído 18 puntos, mientras que la proporción de mujeres ha caído 2pp. Mientras que en los hombres el año 2017 parece confirmar la tendencia a la baja que se había ralentizado en 2014 (27,6% en 2014 y 25,58% en 2017), en las mujeres no se observa mejora (18,6% en 2014 y 18,76% en 2017). En mujeres es la primera vez que no desciende este indicador desde 1997.

En la encuesta se pregunta: “¿Podría decirme si fuma?” Se considera “fumador/a diario a quien contesta “Sí, fumo a diario”.

Consumo diario de tabaco 1993-2017

Población de 15 a 24 años*



En esta gráfica se muestra la evolución 1993-2017 de la prevalencia de fumadores diarios en población de 15 a 24 años según el sexo.

La tendencia en la frecuencia de jóvenes fumadores diarios desciende de forma continuada, más lentamente en los últimos años.

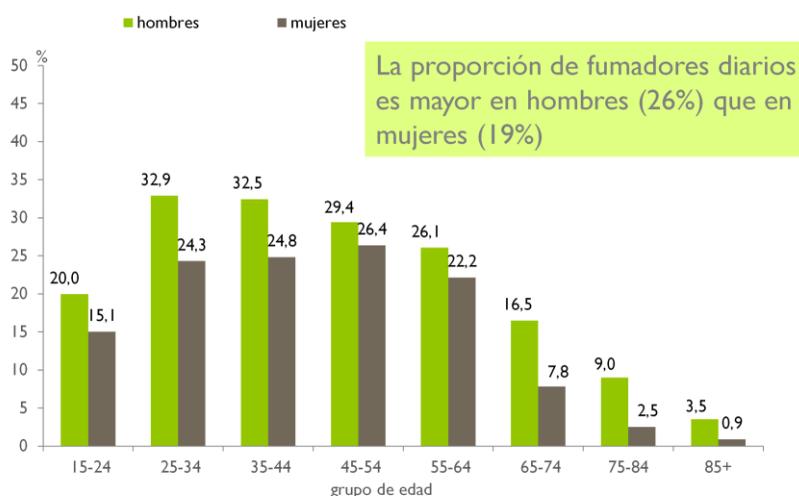
Desde 36,23% en 1993 ha descendido hasta 17,56% en 2017, casi 20pp este periodo. Los mayores caídas se han producido entre 2003 y 2006 (de 32,99% a 26,89%) y entre 2009 y 2011 (de 26,26% a 21,73%). A partir de entonces parece haberse ralentizado.

En el grupo de jóvenes de 15 a 24 años la evolución tampoco es igual en ambos sexos, aunque no presenta las grandes diferencias que se aprecian en la población general. Aunque el descenso en 2017 con respecto a 2014 es de un punto y medio en hombres y no llega a medio punto en mujeres, la tendencia al descenso desde 2006 es más acusada en ellas, estando ahora 5pp por debajo de los hombres de este grupo de edad.

En la encuesta se pregunta: “¿Podría decirme si fuma?” Se considera “fumador/a diario a quien contesta “Sí, fumo a diario”.

Consumo diario de tabaco

Población de 15 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la prevalencia de fumadores diarios en España en población de 15 y más años en 2017, según el sexo y grupo de edad.

La proporción de fumadores diarios fue de 22,08%, mayor en hombres (25,58%) que en mujeres (18,76%).

La prevalencia de fumadores diarios aumenta bruscamente con la edad en los grupos más jóvenes, para luego descender lentamente. En hombres se detiene este incremento o empieza a disminuir en el grupo de 35-44 y en mujeres más tarde, en el de 55-64 años, aunque siempre desde niveles más bajos que los hombres.

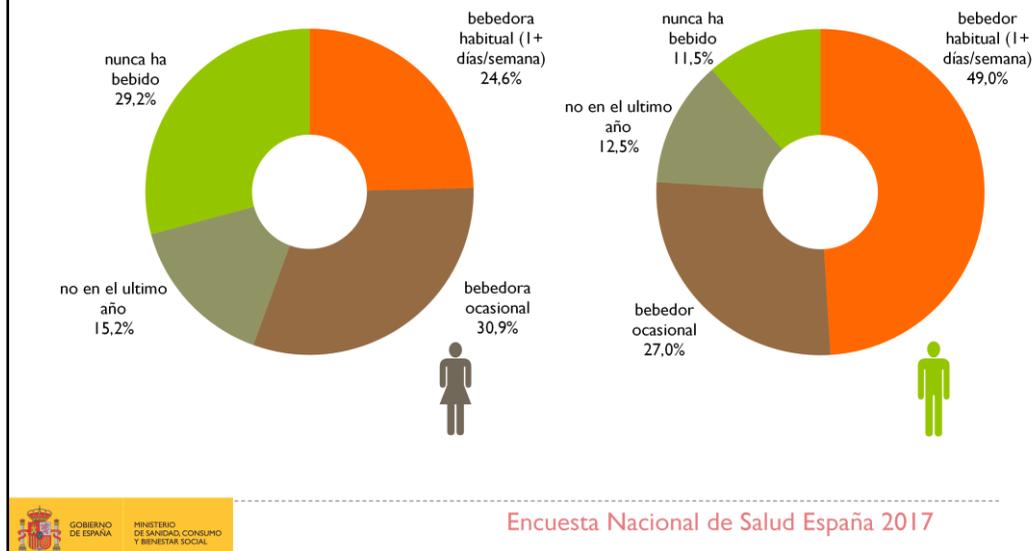
En el grupo de 15 a 24 años la prevalencia de fumadores diarios fue 17,56%, 19,96% en hombres y 15,05% en mujeres. Añadiendo los fumadores ocasionales, que en este grupo de edad son de particular interés, las prevalencias fueron 20,66%, 23,56% y 17,63% respectivamente.

En EDADES 2015 la prevalencia es mayor (31%), lo cual es coherente teniendo en cuenta que la edad que estudia es 18-64 años.

En la encuesta se pregunta: "¿Podría decirme si fuma?" Se considera "fumador/a diario a quien contesta "Sí, fumo a diario".

Frecuencia de consumo de alcohol

Población de 15 y más años



En esta gráfica se muestra el patrón de frecuencia de consumo de alcohol de la población de 15 y más años en 2017, según el sexo.

En resumen, un tercio de la población de 15+ años bebe habitualmente (al menos una vez a la semana), otro no bebe nunca (nunca ha bebido o no lo ha hecho en el último año) y casi otro tanto lo hace solo ocasionalmente (menos de una vez a la semana).

El 14,72% de la población de 15+ años consume alcohol a diario, el 21,78% al menos una vez a la semana (pero no a diario), el 17,84% al menos una vez al mes (pero no todas las semanas), el 11,16% lo hace con frecuencia inferior a 1 vez/ mes, el 13,91% no ha bebido en el último año y el 20,59% no lo ha hecho nunca.

Esta distribución es muy diferente al observarla según el sexo. Los hombres beben con mayor frecuencia.

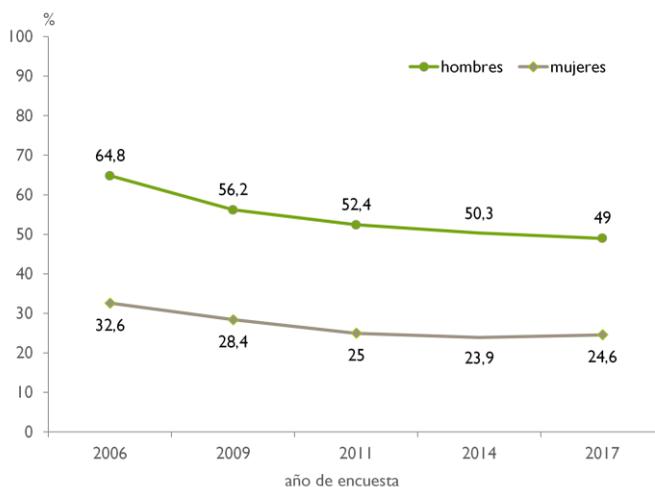
La principal diferencia entre hombres y mujeres se observa en los bebedores habituales, uno de cada dos hombres y una de cada cuatro mujeres bebe habitualmente, es decir, son el doble en hombres que en mujeres.

Entre las mujeres, el 29,20% es abstemia, mientras que solo el 11,5% de los hombres lo es (nunca han bebido).

En la encuesta se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?”. Las opciones de respuesta son: a diario o casi a diario, 5-6 días por semana, 3-4 días por semana, 1-2 días por semana, 2-3 días en un mes, una vez al mes, menos de una vez al mes, no en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol, nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida. Las respuestas se han agrupado en “al menos una vez a la semana (bebedor habitual)”, “menos de una vez a la semana (bebedor ocasional)”, “no en el último año” y “nunca ha bebido”.

Consumo habitual* de alcohol 2006-2017

Población de 15 y más años**



*consumo habitual = al menos un día a la semana

**16+ en 2006 y en 2009



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra la evolución 2006-2017 de la prevalencia de bebedores habituales (consumo al menos una vez por semana) en población de 15 y más años según el sexo.

El indicador de prevalencia de consumo habitual de alcohol desciende en el último decenio, de 48,4% en 2006 a 36,5% en 2017, 12pp. El descenso se observa en ambos sexos.

La pendiente casi desaparece entre 2014 y 2017, pasando de 36,8% a 36,5%, y la estabilización se produce a expensas de las mujeres, en las que aumenta levemente.

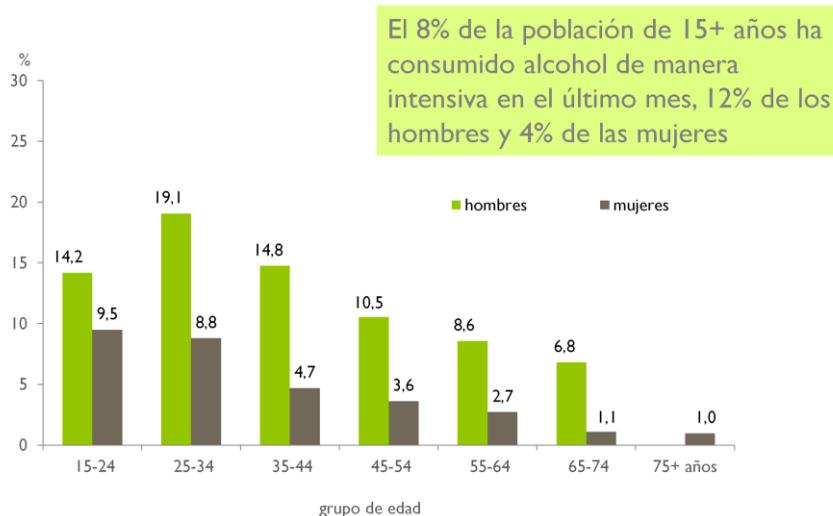
En términos absolutos disminuye la diferencia por sexo, que pasa de 32pp en 2006 a 24pp en 2017. En términos relativos en cambio los bebedores habituales siguen siendo el doble que las bebedoras habituales.

Estos resultados son coherentes con los de la encuesta EDADES 2015-16, que señalan un descenso en los consumidores diarios de alcohol hasta el mínimo histórico de la serie.

En la encuesta se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?”. Las opciones de respuesta: a diario o casi a diario, 5-6 días por semana, 3-4 días por semana y 1-2 días por semana, se han agrupado en “al menos una vez a la semana (bebedor habitual)”.

Consumo intensivo episódico de alcohol

Población de 15 y más años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

En esta gráfica se muestra el patrón de frecuencia de consumo intensivo episódico de alcohol, también denominado consumo en atracón o *binge drinking*, de la población de 15 y más años en 2017 y su distribución por sexo y grupo de edad.

El 35,65% de la población de 15 y más años refirió que no había consumido nunca alcohol de manera intensiva, 21,87% de los hombres y 48,70% de las mujeres. Otro 50,94% de los hombres y el 39,71% de las mujeres no lo había hecho en el último año. En total el 80,82% de la población de 15+ no había bebido de manera intensiva en los últimos 12 meses.

El 7,96% de la población de 15 y más años había hecho un consumo intensivo episódico de alcohol al menos 1 vez al mes, más del doble en hombres que en mujeres (11,71% en hombres y 4,41% en mujeres).

La proporción más alta se observa en hombres de 25 a 34 años (19,06%). En mujeres se ve en el grupo de 15 a 24 años (9,50%).

Entre 15 y 24 años el 14,2% de los chicos y el 9,5% de las chicas refiere haber consumido alcohol de manera intensiva en el último mes. En las mujeres el consumo desciende a partir del grupo de edad más joven, mientras que en hombres persiste en valores elevados durante más años.

A efectos de esta encuesta se considera consumo intensivo de alcohol cuando, en un intervalo de 4-6 horas, un hombre consume 6 o más unidades de bebida estándar (≥ 60 g de alcohol puro) o una mujer consume 5 o más unidades de bebida estándar (≥ 50 g de alcohol puro). Una unidad de bebida estándar son 10 gramos de alcohol puro, y equivale aproximadamente a dos copas de vino o cerveza o a una copa de licores o destilados.