

# Nota Técnica

## Encuesta Nacional de Salud. España 2017

### Principales resultados

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Desde hace 30 años recoge información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales de la salud y el uso y el acceso a los servicios sanitarios.

La ENSE se realiza con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE). Tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud. Ambas encuestas comparten un núcleo común que permite las comparaciones internacionales, ampliado en la versión española para poder responder a las necesidades de información de la administración sanitaria nacional y autonómica.

Los datos que se presentan corresponden a 29.195 entrevistas realizadas entre octubre de 2016 y octubre de 2018, 23.089 en adultos (15 y más años) y 6106 en menores (0-14 años).

Se pueden consultar con más detalle las características de la ENSE en la nota metodológica anexa.

### Conclusiones generales

La ENSE 2017 refleja el envejecimiento de la población residente en España. En los últimos 30 años la valoración positiva de la salud en el conjunto de la población apenas ha variado. Sin embargo, el análisis por edad muestra cómo casi en todos los grupos se ha producido un aumento marcado de la población que valora positivamente su salud. La mejora se observa en ambos sexos y en todos los grupos de edad excepto en el de 75 y más años, y es particularmente acusada entre los 65 y los 74, donde alcanza los 15 puntos porcentuales, pero no se aprecia en el conjunto de la población por el desplazamiento hacia edades más avanzadas.

Aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, los factores de riesgo cardiovascular metabólicos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad...), y las enfermedades del aparato locomotor (artrosis, dolor lumbar), y también se incrementa la población con limitaciones y discapacidad funcional.

Igualmente aumenta el uso de servicios sanitarios, que ha de interpretarse en este contexto de aumento de la esperanza de vida. La consulta médica de atención primaria, las urgencias, el uso del hospital de día, las visitas al fisioterapeuta, a la enfermera y al dentista, todos ellos se incrementan, y también quienes refieren inaccesibilidad a la atención médica por lista de espera.

En cambio, los determinantes de la salud en general mejoran suavemente o, al menos, lo hacen en los grupos de posición socioeconómica más favorecida (mejora el tabaquismo, se reduce el consumo de alcohol, aumenta la actividad física y también la lactancia natural y el consumo de fruta), aunque otros no (consumo de verduras, de refrescos azucarados).

Las diferencias de problemas crónicos entre hombres y mujeres son sustanciales, generalmente ellas con peor salud (trastornos musculo esqueléticos, del estado de ánimo, asma...) y mayor uso de servicios, aunque en lo referente a estilos de vida presentan mejores indicadores (tabaco, alcohol, sobrepeso...). Las diferencias se igualan a los 85 y más años.

La mayoría de los indicadores presenta un claro gradiente social, generalmente más acentuado en mujeres. Empezando por la salud percibida positiva, la limitación funcional, la obesidad y, sobre todo, los determinantes de la salud.

## Salud percibida

En España el 74% de la población valoró su salud positivamente (muy buena o buena) en 2017.

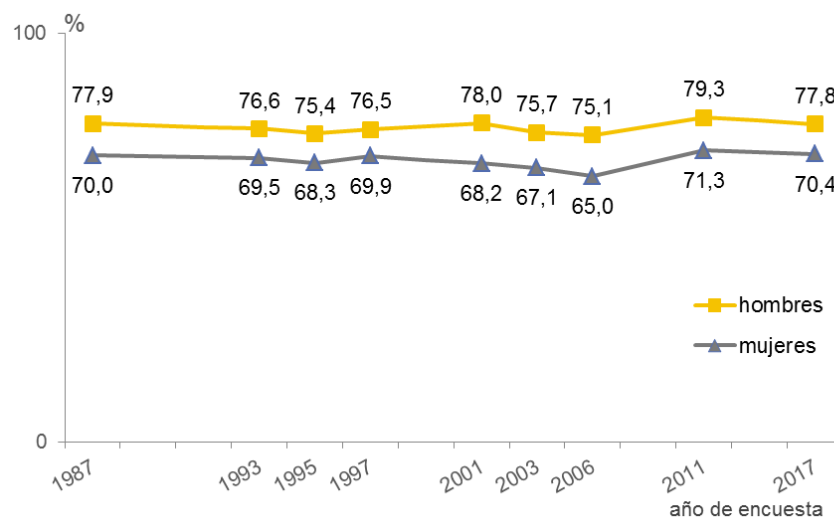
La percepción favorable se mantiene en niveles altos a pesar del aumento de esperanza de vida y consiguiente envejecimiento de la población. Pierde un punto desde 2011, pero mejora en la última década, desde el 70% en 2006 al 74% en 2017.

Los hombres valoran su salud favorablemente (78%) con mayor frecuencia que las mujeres (70%), y esta diferencia por sexo se mantiene. Al igual que muchas otras variables de salud, la brecha se ensancha según se desciende en la escala social.

La percepción positiva de la salud disminuye con la edad. La caída más brusca con respecto al grupo decenal anterior se produce en el grupo de 75-84 años.

Al observar la evolución de la percepción favorable en cada grupo de edad se aprecia una mejora en todos ellos excepto el de 75 y más años. Esta mejora en cada grupo queda enmascarada en el total de la población por el peso creciente de los grupos de mayor edad (la edad media de la población ha pasado de 35,5 a 43 años en el período 1987-2017).

En estos 30 años el incremento de la proporción de la población que valora positivamente su salud es muy notable, por encima de 5 puntos porcentuales en menores de 5 años y por encima de los 10 puntos porcentuales entre los 45 y los 75 años. Destaca la mejora en el grupo de 65-74 años, 15 puntos porcentuales entre 1987 y 2017. La mejora es algo mayor en mujeres.



Se observa una gran heterogeneidad social en la valoración positiva de la salud. Persisten las diferencias entre la clase social más favorecida, en la que el 85,1% percibe su salud como buena o muy buena, frente al 67% de la menos favorecida. También entre el grupo de mayores ingresos y el de menores ingresos hay grandes diferencias, pero en este caso la brecha se reduce tanto en hombres (del 29,2% en 2006 al 22,4% en 2017) como en mujeres (del 38,4% al 28,4% respectivamente).

## Obesidad, alimentación y actividad física

Continúa aumentando la obesidad en España, que afecta ya al 17,4% de la población adulta (18 y más años). Considerando la obesidad y el sobrepeso conjuntamente, más de la mitad (54,5%) de los adultos tiene exceso de peso.

En los últimos 30 años la prevalencia de obesidad en adultos se ha multiplicado por 2,4, del 7,4% en 1987 al 17,4% en 2017.

La obesidad es más frecuente en hombres (18,2%) que en mujeres (16,7%). La diferencia por sexo en adultos es a expensas de los menores de 65 años, superando las mujeres a los hombres a partir de esa edad.

El sobrepeso, al igual que la obesidad, es más frecuente en hombres, pero la diferencia es mucho mayor (44,3% hombres vs 30% mujeres) y se mantiene en todos los grupos de edad.

La obesidad refleja una gran disparidad social. Los patrones de variación de prevalencia con la clase social son particularmente acusados en mujeres, de 7,3% en clase I a 24% en clase VI.

En 2017 también continúa el aumento paulatino de la prevalencia de la obesidad infantil, que alcanza ya a más de uno de cada diez menores (10,3% en 2-17 años), ligeramente superior a la de 2011 (9,6%). Desde 2003, en cada edición de la encuesta se ha producido un leve incremento. La obesidad infantil presenta un claro gradiente social. Mientras que en la clase VI el 15,4% de los menores padecen obesidad, la proporción es del 5,4% en la clase I.

La alimentación es uno de los principales factores relacionados con la obesidad. En España, el 69% de las mujeres y el 58% de los hombres consumen a diario fruta fresca y el 46% de las mujeres y el 35% de los hombres, verduras, ensaladas u hortalizas. El 44,4% de la población de 1-14 años consume dulces a diario, y el 5,6% toma refrescos con azúcar con esa frecuencia. El consumo diario de refrescos con azúcar alcanza su máximo entre los 15-24 años en ambos sexos, más elevado en hombres (22,9%) que en mujeres (13,8%).

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 continúa 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.

En España la vida laboral es ya principalmente sedentaria. Hombres y mujeres refieren que pasan la mayor parte de su actividad principal sentados, en proporciones similares (38%). El aumento en las actividades principales mayoritariamente sedentes que se observó en 2011 se mantiene.

En el tiempo libre, el 37,8% de la población de 15 y más años refiere que lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.), aunque en conjunto parece observarse una tendencia descendente. El sedentarismo en tiempo de ocio es mayor en mujeres (41,9%) que en hombres (33,5%). Esta diferencia a favor de los hombres ocurre en todos los grupos de edad excepto el de 45 a 54 años, y este menor sedentarismo en las mujeres de este grupo es la primera vez que se observa en la serie ENSE. El sedentarismo es más frecuente en las clases sociales menos favorecidas, pasando de un 24,3% en la clase I a un 46,7% en la clase VI. Esto ocurre tanto en hombres como en mujeres aunque es más acusado en estas últimas.

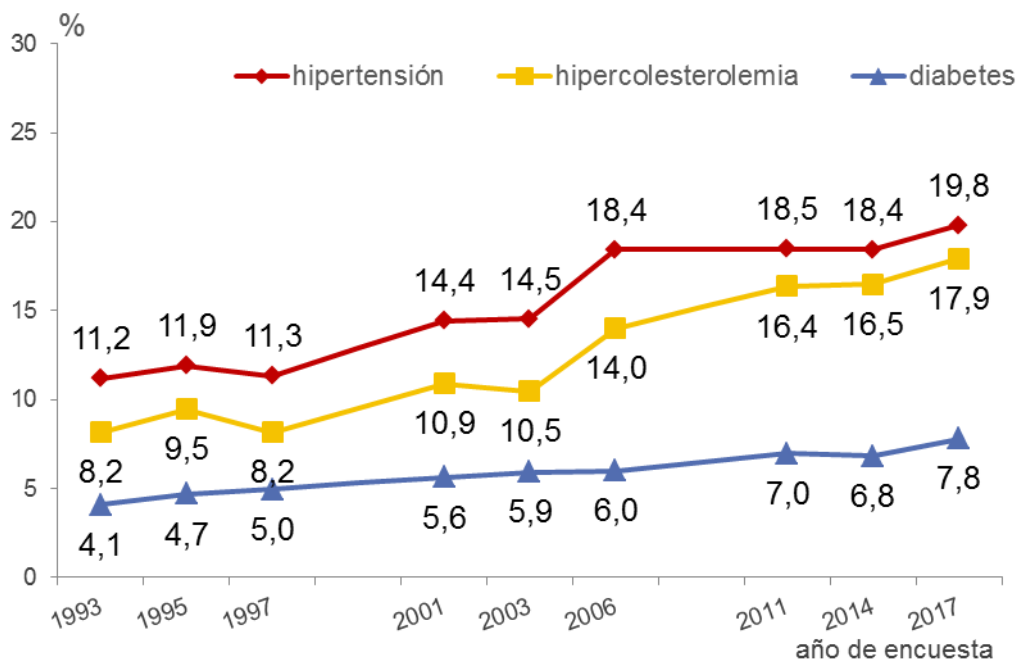
El 35,3% de la población entre 15 y 69 años no alcanza el nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS. El incumplimiento de las recomendaciones es mayor en mujeres (37%) que en hombres (33,5%) y en las clases sociales menos acomodadas (39% en clase VI vs 30,1% en clase I), y las diferencias por clase social son mayores en las mujeres que en los hombres.

El tiempo medio diario que se pasa sentado es de 5 horas, algo mayor en hombres (5,2) que en mujeres (4,8). Es muy similar en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 15 a 24 años, mucho más elevado (6,4). Disminuye conforme desciende la clase social, de forma muy acusada en hombres.

El 73,9% de la población infantil (1-14 años) pasa a diario una hora o más de su tiempo libre entre semana frente a una pantalla, incluyendo ordenador, tablet, TV, vídeos, videojuegos o la pantalla del teléfono móvil. Más de uno de cada dos pequeños de 1 a 4 años pasa más de una hora.

### Enfermedades crónicas. Aumento de los factores de riesgo cardiovascular

Continúa aumentando la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular metabólicos y de otras enfermedades crónicas: hipertensión arterial (19,8%), colesterol elevado (17,9%), obesidad (17,4%) y diabetes (7,8%). Todos ellos presentaron en 2017 un aumento igual o superior a un punto porcentual, confirmando la tendencia observada desde 1993.



La hipertensión es el problema de salud más frecuente, referido por el 19,8% de la población. Continúa su curso ascendente en ambos sexos, ya sin diferencias entre ellos. No se ha reducido la brecha entre la clase social más alta y la más desfavorecida, que se mantiene en 12 puntos porcentuales. Como en tantas otras variables del estado de salud el gradiente social es a expensas de las mujeres.

La prevalencia de diabetes casi se ha doblado en España entre 1993 (4,1%) y 2017 (7,8%). El incremento se ha producido en hombres a partir de los 55 años y en mujeres de los 75 en adelante. Las personas en la clase social menos acomodada tienen una probabilidad dos veces mayor (9,4%) de declarar diabetes que las de la clase más alta (4,3%). Las diferencias por clase social son más marcadas en mujeres que en hombres en toda la serie, manteniéndose en torno a 6 puntos la diferencia entre la clase I y la clase VI en mujeres y en torno a 2-3 puntos en hombres.

También en el caso del colesterol alto se ha duplicado la prevalencia entre 1993 (8,2%) y 2017 (17,9%). Las diferencias por sexo siempre han sido pequeñas, pero a lo largo de toda la serie se mantiene el gradiente social en mujeres, con una diferencia en torno a los 6 puntos entre las clases sociales extremas.

Por otra parte, en el apartado de prácticas preventivas, en 2017 se observa cómo aumenta la proporción de la población que se ha medido en el último año la tensión arterial, y lo mismo sucede en el caso del colesterol y de la glucemia. La cobertura es semejante para las tres pruebas, más de 7 de cada 10 personas de 15 y más años y más de 9 de cada 10 a partir de los 65. El acceso a estas pruebas es igualitario con independencia del sexo y la posición socioeconómica.

## Salud mental

La salud mental es un factor clave para el bienestar y representa una carga de enfermedad importante para la sociedad. Una de cada diez personas de 15 y más años declaró haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental. Entre las enfermedades o problemas de salud más frecuentes están también la ansiedad y la depresión. El 6,7% de los adultos refiere padecer ansiedad crónica, 4,3% de los hombres y 9,1% de las mujeres. La depresión se declara en la misma proporción (6,7%). Al igual que la ansiedad, la depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).

La prevalencia de depresión es el doble entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) y los que están trabajando (3,1%), al igual que en el caso de la ansiedad crónica (9,4% vs 4,4%).

En población infantil la prevalencia de trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) fue de 1,8%, de trastornos mentales (depresión, ansiedad) 0,6%, la misma que de autismo o trastornos del espectro autista (solo de 3-14 años), 0,6%, que se recoge por primera vez.

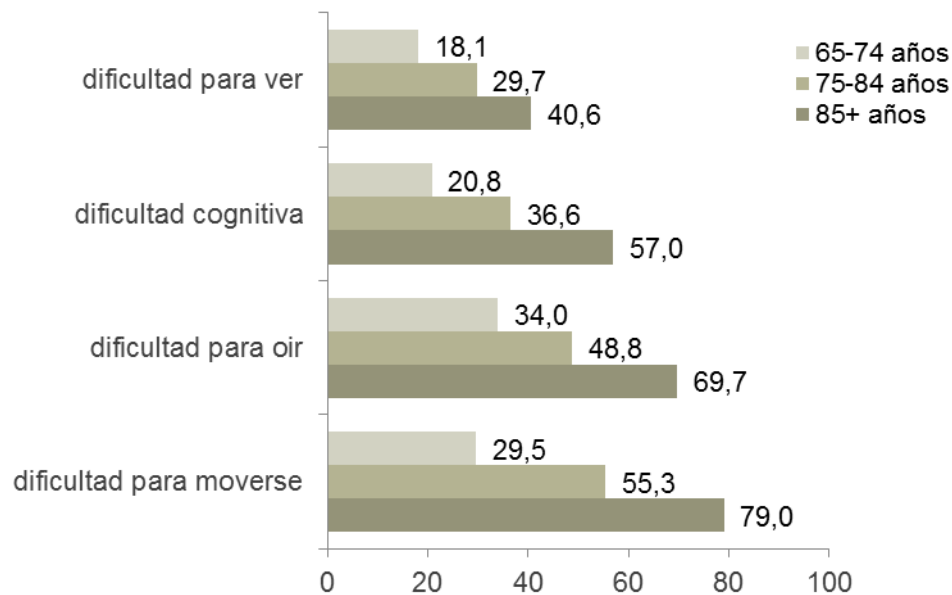
El 10,7% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres y 7,4% de los hombres), y el 4,8% antidepressivos o estimulantes (6,7% de las mujeres y 2,7% de los hombres).

Un 5,4% de la población refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres.

## Tres de cada diez personas de 65 y más años (no institucionalizadas) refieren algún grado de deterioro cognitivo

La limitación de la movilidad es la principal causa de discapacidad. En mayores de 64 años afecta al 45,3%. En este mismo grupo de edad, el 44,1% refirió dificultades auditivas, algo por encima del 41,7% de 2014, y el 24,3% dificultades visuales, semejante a años anteriores. Por primera vez se explora la dificultad cognitiva, que alcanza al 31,3% de la población de 65 y más años.

La mayor diferencia por sexo se dio en la movilidad (18pp). La diferencia entre hombres y mujeres fue menor en la limitación visual (8pp) y en el deterioro cognitivo (7pp), y desaparece en la auditiva.



La ENSE hace una valoración básica de la prevalencia de discapacidad en la población no institucionalizada de 65 y más años preguntando por la funcionalidad para 5 actividades de cuidado personal y 7 tareas domésticas, así como por la ayuda que se recibe para realizarlas y la que se requeriría.

El perfil es el mismo en hombres y en mujeres, pero los primeros tienen un riesgo menor y más tardío de discapacidad.

Dos de cada diez mayores (19,6%) refiere algún grado de dificultad para alguna actividad de cuidado personal (alimentarse, sentarse y levantarse, vestirse, ir al servicio, ducharse), con mayor frecuencia las mujeres (24,5%) que los hombres (13,2%). De las personas con dificultad, el 84,9% dispone de ayudas técnicas o personales al menos para una de las actividades, pero el 57,7% necesita ayuda o más ayuda de la que dispone.

En el caso de las actividades domésticas (preparar la comida, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, tareas domésticas ligeras y pesadas, administrar el dinero), una de cada dos personas de 65 y más años (52,4%), presenta algún grado de dificultad para alguna de ellas, con mayor frecuencia las mujeres (64,1%) que los hombres (37,3%). De ellas, el 80,4% dispone de ayuda técnica o personal para realizar al menos una de las actividades y el 43,4% necesita ayuda o más ayuda de la que dispone.

Los cuidadores informales de personas mayores con problemas de salud o con alguna dolencia crónica proporcionan información indirecta de posibles carencias de servicios de cuidados de larga duración. Según los datos de la ENSE 2017, se mantienen estables con respecto a 2014. El 11,2% de los entrevistados declaró prestar cuidados al menos una vez a la semana, con mayor frecuencia las mujeres (12,9%) que los hombres (9,5%). Entre los 45 y los 64 años es cuando se prestan cuidados a personas mayores o enfermas con mayor frecuencia. El 27,1% de las personas cuidadoras informales de clase I declara que dedica 20 o más horas semanales, frente al 55% de clase VI.

## **Crece el uso de los servicios sanitarios**

La utilización de los servicios sanitarios ha evolucionado a lo largo de las últimas dos décadas de manera incremental y ha experimentado crecimiento desde 1987, con una tendencia a la estabilización o ligero descenso entre 2003 y 2011 para las consultas y la hospitalización.

El 86,8% de la población refiere 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). Consultaron más las mujeres (91,4%) que los hombres (82,1%), principalmente en edad fértil: las diferencias son pequeñas en los menores de 15 años y a partir de los 65 años. Menos de uno de cada 10 estuvo hospitalizado (8%), y casi otros tantos tuvieron que acudir al hospital de día (7,6%). Casi un tercio (31,3%) acudió a urgencias en el último año.

Una de cada dos personas ha ido al dentista en el último año. El 50,3% de la población ha consultado al dentista en los últimos 12 meses (47,7% de los hombres y 52,9% de las mujeres).

En los servicios sanitarios ambulatorios el último médico consultado fue de la sanidad pública en el 86,4% y, a partir de los 75 años, por encima del 92%. De los ingresos hospitalarios, el 83,6% fue financiado por la sanidad pública y otro 3,6% por una mutualidad del estado.

La igualdad de acceso a la atención sanitaria es un objetivo fundamental de la política sanitaria. La lista de espera es el motivo más frecuente de inaccesibilidad en España. Algo menos de una de cada seis personas de 15 y más años (15,4%) 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. De los distintos tipos de necesidad de atención sanitaria que no fueron atendidos por motivos económicos el referido con mayor frecuencia fue la atención dental (12,4%), seguido de los medicamentos recetados (3%) y la atención médica (2,3%).

## **Sigue cayendo la población protegida por la vacuna antigripal**

En 2017 la vacunación antigripal alcanza a la mitad de la población del grupo en que está recomendada. El 53,7% de la población de 65 y más años refirió haberse vacunado contra la gripe en la última campaña.

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 67,1%, continúa bajando la proporción de la población de 65 y más años que refiere haberse vacunado en la última campaña. Primero descendió bruscamente y luego más despacio, a 58,4% en 2011 y 56,7% en 2014.

## **Programas de detección precoz 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 periodo indicado (PSOH- prueba de sangre oculta en heces).



## Baja el consumo de tabaco pero cada vez más despacio. El entretencimiento se debe a las mujeres

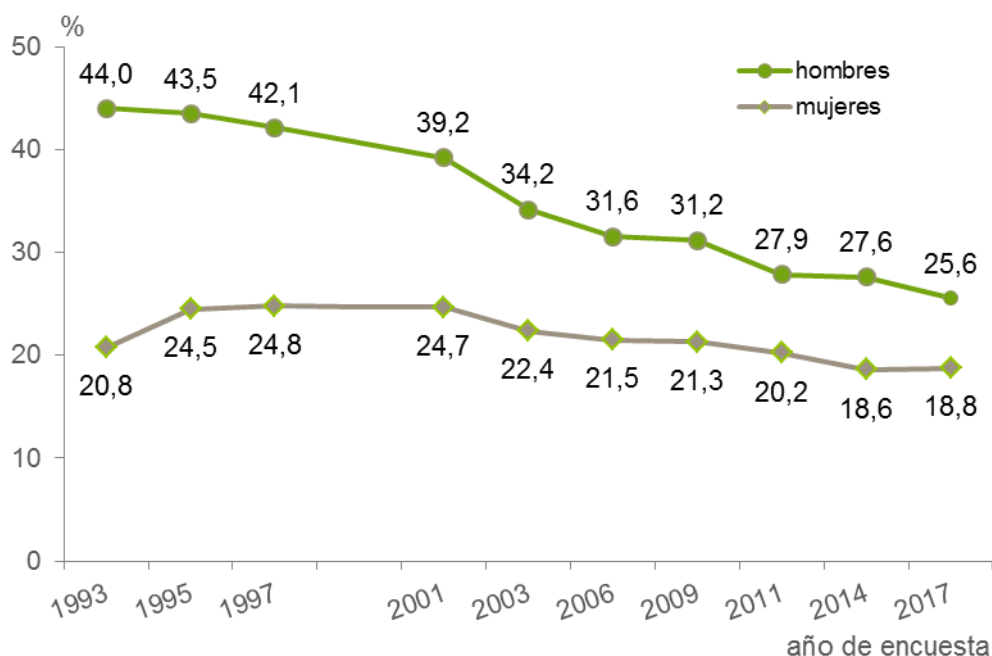
El 22,1% de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 2,3% es fumador ocasional, el 24,9% se declara exfumador y el 50,7% nunca ha fumado.

Siguen fumando más los hombres, aunque las diferencias son menores entre los jóvenes. El porcentaje de fumadores es del 25,6% en hombres y del 18,8% en mujeres. Seis de cada 10 mujeres nunca han fumado, mientras que en hombres esta proporción es de 4 de cada 10. Son menores las diferencias por sexo entre los exfumadores, 3/10 hombres y 2/10 mujeres.

El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 17,6%, acentuándose levemente la diferencia por sexo (20% de los hombres frente al 15,1% de las mujeres).

La prevalencia de fumadores diarios continuó descendiendo pero más 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 (22,1% vs 23%), 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 2. 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 25,6% en 2017), en las mujeres no se observa mejora (18,6% en 2014 y 18,8% en 2017). En mujeres es la primera vez que no desciende este indicador desde 1997.



En 2017 la población que refirió no haber estado expuesta nunca o casi nunca al humo del tabaco en lugares cerrados fue algo mayor que en 2014 (86,2% frente a 84,5%).



## **Desciende el consumo habitual de alcohol y destaca el consumo intensivo de riesgo entre los jóvenes**

Un tercio de la población de 15 y más años bebe habitualmente (al menos una vez por semana), otro tercio no bebe nunca y casi otro tanto lo hace solo ocasionalmente, según los datos de la encuesta. Los bebedores habituales son el doble en hombres –uno de cada dos-, que en mujeres –una de cada cuatro.

En 2017 la prevalencia de bebedores habituales (36,5%) es semejante a la de 2014 (36,8%) y parece mantenerse la tendencia levemente descendente observada desde 2006, más evidente en jóvenes.

Entre jóvenes el patrón de consumo es diferente. La prevalencia de consumo intensivo ocasional de alcohol es elevada, pero muestra un pequeño descenso. El 11,9% de los de 15-24 años refiere al menos un episodio en el último mes, 14,2% de los hombres (18% en 2014) y 9,5% de las mujeres (10% en 2014). La proporción más alta se observa en hombres de 25 a 34 años (19,1%) y en mujeres el grupo de 15 a 24 años. La distribución por clase social de quienes declararon haber hecho *binge drinking* en el último mes mostró un patrón irregular.

## Nota metodológica

La ENSE 2017 la realiza el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística, en virtud del Convenio de colaboración suscrito entre ambos organismos.

La ENSE 2017 tiene como objetivo principal monitorizar la salud de la población residente en España mediante la recopilación y el análisis de un conjunto amplio de aspectos de la salud desagregados según sus características demográficas y socioeconómicas, y por comunidad autónoma. Contribuye a la toma de decisiones y la evaluación de políticas sanitarias y proporciona material para estudios de investigación sobre el estado de salud de los españoles.

La ENSE está diseñada para:

- Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general, física y psíquica, e identificar los principales problemas que sienten los ciudadanos (enfermedades crónicas, dolencias, accidentes, limitaciones funcionales).
- Conocer el grado de acceso y utilización de los servicios de salud y sus características.
- Conocer los factores determinantes de la salud: características del medio ambiente (físico y social) y hábitos de vida que suponen riesgo para la salud.

### Ámbito de la encuesta

La investigación se dirige al conjunto de personas que reside en viviendas familiares principales de todo el territorio nacional. La recogida de la información se ha realizado a lo largo de un año, desde octubre de 2016 a octubre de 2017.

Se realizaron entrevistas en 23.860 hogares, a 23.089 adultos (de 15 y más años) y a 6106 menores de 15 años a través de entrevista a la madre, padre o tutor. Se han realizado en total 29.195 entrevistas.

### Diseño muestral y participación

El tipo de muestreo utilizado es trietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Dentro de las viviendas se investigan todos los hogares que tienen su residencia habitual en ellas. Dentro de cada hogar se selecciona a una persona adulta (de 15 y más años) para cumplimentar el cuestionario individual. En el caso de que hubiera menores (de 0 a 14 años) se selecciona además un menor para cumplimentar el cuestionario de menores.

Se ha seleccionado una muestra de 37.500 viviendas distribuidas en 2.500 secciones censales. La muestra se distribuye entre comunidades autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la comunidad, de manera que, además de ser representativa a nivel nacional, también lo es a nivel de comunidad autónoma al menos para las principales variables.

El número de hogares encuestados sobre el total de hogares encuestables alcanzó el 72,2%.

Para estimar las características poblacionales se han utilizado estimadores a los que se han aplicado técnicas de reponderación, tomando como variables auxiliares los grupos de edad, sexo y nacionalidad de la población de cada comunidad autónoma.

## Recogida de información

La encuesta consta de tres cuestionarios: Cuestionario de Hogar, Cuestionario de Adultos y Cuestionario de Menores. El método de recogida de información es el de entrevista personal asistida por ordenador (CAPI), directa en el caso de los adultos, y a la madre, padre o tutor en el caso de los menores de 15 años.

El cuestionario consta de cuatro grandes bloques, sociodemográfico, estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de la salud.

## Difusión de los resultados

Se publican los resultados en resumen acompañado de gráficos. Se proporcionan las tablas estadísticas completas de las variables de salud investigadas, clasificadas por las siguientes características sociodemográficas: sexo, grupo de edad, clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, país de nacimiento, comunidad autónoma, nivel de estudios, relación con la actividad económica actual e ingresos mensuales netos del hogar. Se publican también las tablas de errores de muestreo de las principales variables, las características metodológicas y el análisis de la falta de respuesta. Igualmente están disponibles los ficheros finales de microdatos, los cuestionarios, la definición de las variables compuestas y los metadatos en:

<http://www.ine.es>  
<http://www.msssi.es>

## Glosario

**Clase social:** se ha obtenido según la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), adaptada para la ENSE. Es una agrupación de ocupaciones, actuales o anteriores, codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11).

- 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 semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

**Nivel educativo:** El nivel de formación máximo alcanzado por la persona entrevistada se codificó según la Clasificación Nacional de Educación CNED-2014-A.

- Básico e inferior. Hasta la educación secundaria de 1ª etapa inclusive.
- Intermedio. Hasta bachillerato o enseñanzas profesionales de grado medio inclusive.
- Superior. Enseñanzas profesionales de grado superior o universitarios.

## ESTADO DE SALUD

**Estado de salud general:** percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de salud.

**Problemas de salud:** considera una serie de enfermedades o problemas de salud crónicos o de larga duración diagnosticados por un médico y padecidos en los últimos 12 meses.

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o de cuidado personal:** evaluación básica primaria de la prevalencia de discapacidad en la población, en términos de desempeño de las actividades de cuidado personal, considerando alimentarse, sentarse y levantarse de una silla o cama, vestirse y desvestirse, ir al servicio, y ducharse o bañarse.

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) o tareas domésticas:** segunda evaluación básica de la prevalencia de discapacidad en la población, en términos de desempeño de las siguientes actividades del hogar, preparar las comidas, utilizar el teléfono, realizar compras, tomar medicamentos, realizar tareas domésticas ligeras, realizar tareas domésticas pesadas y administración del dinero.

## UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

**Hospital de día:** Población admitida en un hospital de día, ocupando una cama o sillón-cama del hospital, para la realización de pruebas diagnósticas o intervenciones que no requieren pasar la noche en el hospital.

**Prueba de sangre oculta en heces (PSOH):** análisis de una muestra de heces para el diagnóstico precoz de cáncer colorrectal.

**Mamografía:** radiografía de las mamas para el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

**Citología vaginal:** toma de una muestra de células para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero o de vagina y para determinadas infecciones.

## DETERMINANTES DE LA SALUD

**Determinantes de la salud:** conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

**Factor de riesgo:** cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad.

**Índice de Masa Corporal (IMC):** Se define como la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros).  $IMC = \text{kg} / \text{m}^2$ . A partir de este índice, se define, para la población de 18 y más años:

- 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 ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

Para la población de 2 y 17 años, existen puntos de corte específicos.

**Sedentarismo:** no hace ejercicio en el tiempo libre, ocupando el tiempo de manera casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine etc.).

**Actividad física moderada o intensa– Cuestionario IPAQ:** recoge el tiempo destinado en los últimos 7 días a 3 tipos de actividad física (intensa, moderada o caminar), -siempre que sea al menos 10 minutos seguidos-, en el trabajo, la casa, los desplazamientos y el tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte. El nivel de actividad física bajo constituye una estimación de la población de 15 a 69 años que no cumple las recomendaciones de la OMS (al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o equivalente).

**Consumo de frutas y verduras:** considera tanto las frutas frescas como las congeladas, las frutas en conserva o las frutas secas. No se incluyen los zumos. Las verduras excluyen patatas y zumos de verduras.

**Consumo de comida rápida:** pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas...

**Consumo habitual de alcohol:** consumo de bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana en el último año.

**Consumo intensivo episódico de alcohol:** 6 o más bebidas alcohólicas estándar en los hombres y 5 o más en las mujeres en un intervalo de 4-6 horas. La formulación de las preguntas y la categorización de frecuencias pueden diferir de las utilizadas en otras encuestas que exploran el consumo de alcohol.

**Cuidadores informales:** cuidadores no profesionales (no pagados) que dedican parte de su tiempo a cuidar de una persona mayor o con una dolencia crónica (familiares o no) al menos una vez a la semana.