

Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12

Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Mercedes Vinuesa

Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación

Mercedes Alfaro

Responsables de la edición

Enrique Regidor

Juan L. Gutiérrez-Fisac

Mónica Suárez

Montse Neira

Cita sugerida:

Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

Niño en línea: 680-14-133-9

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12



Índice

Resumen	7
Principales hallazgos	7
Introducción	9
Metodología	10
Tabaquismo	11
Inactividad física	16
Obesidad	19
Consumo insuficiente de frutas y verduras	22
Consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud	25
Referencias bibliográficas	29
Listado de tablas	31
Apéndice de tablas	33

Resumen

En las estrategias de salud de muchos países se persigue la reducción de la ocurrencia de enfermedades crónicas, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Entre los objetivos propuestos se encuentran la eliminación del tabaquismo, el aumento de la proporción de población físicamente activa, la adopción de dietas que contengan menos cantidad de grasas y más cantidad de frutas y verduras y la disminución de la proporción de población que consume alcohol en cantidades de riesgo para la salud. En la mayoría de los países es posible monitorizar estos factores de riesgo en la población a partir de encuestas de salud por entrevista de base poblacional.

Este informe presenta la evolución de la prevalencia de tabaquismo, inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras (FV) y consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud en España. Para ello se ha utilizado la información de las encuestas nacionales de salud realizadas entre 2001 y 2011/12. Concretamente se han analizado los datos obtenidos de los entrevistados de 16 años de edad y mayores. Se ha considerado fumador a aquellos entrevistados que declaran consumir tabaco diariamente o de manera ocasional. Un individuo se ha considerado con inactividad física cuando declara no realizar ejercicio físico alguno en su tiempo libre y dedicarlo a actividades sedentarias como leer, ir al cine, ver la televisión, etc. La obesidad se ha definido como un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m², y se han tenido en cuenta los individuos de 18 años de edad y mayores. Se ha considerado consumo insuficiente de FV cuando es un consumo con una frecuencia menor que diaria. Se ha definido consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud cuando el consumo medio es superior

de 40 gramos en hombres y a 30 gramos en mujeres.

Los resultados muestran un importante descenso en el porcentaje de población fumadora a lo largo de esa década –excepto en mujeres de 45 a 64 años- y un descenso en el porcentaje de población que fuma 20 y más cigarrillos –excepto en mujeres de 45 a 64 años-. El porcentaje de población con inactividad física ha disminuido desde 2001 a 2011/12, si bien, ese último año, más de un 40% de la población adulta se declaró inactiva. La frecuencia de obesidad aumentó en la población adulta española entre 2001 y 2011/12, excepto en las mujeres de 45 a 64 años, en las que se redujo un 2,6%. El consumo insuficiente de FV aumentó entre 2001 y 2011/12 en los sujetos de 16 a 24 años de edad, mientras que en el resto de grupos, la tendencia fue descendente. Finalmente, se ha encontrado una importante disminución en el porcentaje de bebedores de riesgo para la salud.

Principales hallazgos

- El porcentaje de fumadores en España era 34,5% en 2001 y 27,1% en 2011/12. El porcentaje de mujeres fumadoras se redujo de 27,3% en 2001 a 22,9% en 2011/12, mientras que en hombres el porcentaje de fumadores se redujo de 42,2% a 31,6%, respectivamente. Esa tendencia descendente se observó a lo largo de toda la década, excepto entre 2006 y 2009: en uno y otro año el porcentaje de población fumadora fue similar.
- En hombres, la tendencia descendente en el porcentaje de fumadores se observó en todos los grupos de edad. En mujeres, esa tendencia descendente se observó en aquellas con una edad inferior a los 45 años, ya que en las mujeres de 45 a 64 años la tendencia en el porcentaje de fumadores fue ascendente. En las mujeres

de 65 años de edad y mayores, el porcentaje de fumadores fue de escasa magnitud y mostró una tendencia estable.

- El porcentaje de grandes fumadores (20 o más cigarrillos al día) experimentó un descenso paulatino entre 2001 y 2011/12: de 11,0% a 8,3%. Sin embargo, entre 2009 y 2011/12 se observó un pequeño incremento en mujeres de 25 a 64 años.
- El porcentaje de hombres fumadores presenta un gradiente inverso con el nivel de estudios: aquellos con menor nivel de estudios muestran el porcentaje de fumadores más alto. En mujeres, ese patrón es diferente dependiendo de la edad: en las mujeres menores de 45 años, el porcentaje de fumadoras más bajo se observó en aquellas con estudios altos, mientras que en las mayores de 45 años el porcentaje de fumadoras más bajo se observó en aquellas con estudios bajos.
- En 2011/12, más del 40% de la población adulta española (39,0% en hombres y 49,9% en mujeres) se declaró inactiva en su tiempo libre.
- La frecuencia de inactividad física fue mayor en las mujeres que en los hombres, siendo esas diferencias de mayor magnitud en los grupos de edad más joven (16 a 24) y más avanzado (65 y más años).
- La prevalencia de inactividad física en el tiempo libre en 2011/12 fue de alrededor de un 60% mayor en los individuos con menor nivel de estudios que en aquellos otros con el nivel de estudios más elevado. Esa diferencia en 2001 era de alrededor del 70%. Este gradiente se observó tanto en hombres como en mujeres, si bien las diferencias en la prevalencia entre el grupo con mayor y con menor nivel de estudios fue ligeramente superior en hombres.
- En 2011/12, la diferencia absoluta entre las comunidades autónomas con mayor

–Cantabria y Murcia– y con menor prevalencia de inactividad física –Navarra, Rioja, o Asturias– fue de más del 31%. Este amplio rango observado entre las comunidades autónomas ha venido aumentando desde el año 2001, cuando era de alrededor del 22%.

- La frecuencia de la obesidad en la población adulta española aumentó en términos absolutos en un 3,8% (2% en mujeres y 5,7% en hombres) desde 2001 a 2011/12. Esta tendencia ascendente se observó de forma continuada durante toda la década, excepto en las mujeres, entre las que se observó un ligero descenso entre 2006 y 2009.
- La tendencia creciente que experimentó la prevalencia de obesidad entre 2001 y 2011/12 se observó en todos los grupos de edad y sexo estudiados, excepto en las mujeres de 45 a 64 años, en las que la prevalencia de obesidad se redujo un 2,6% en la década estudiada.
- Los individuos con un menor nivel de estudios muestran una mayor prevalencia de obesidad. Este gradiente inverso se observó tanto en uno como en otro sexo, pero mientras que la prevalencia de obesidad en las mujeres con estudios primarios o inferiores fue 4 veces superior a la de aquellas con estudios universitarios, en los hombres fue aproximadamente 2 veces superior.
- El gradiente que la obesidad presenta según el tamaño del municipio de residencia se invirtió durante la década estudiada: si en el año 2001 la prevalencia de obesidad era mayor cuanto menor era el tamaño del municipio, en 2011/12 ocurrió justamente lo contrario.
- En 2011/12, el 28,6% de la población adulta española declaró un consumo insuficiente de frutas y verduras (FV). Ese porcentaje fue del 30,5%, 22,4%, y 24,1% en 2001, 2003 y 2006 respectivamente.

- El consumo insuficiente de FV fue mayor en hombres que en mujeres: en 2011/12, dicho consumo fue del 33,0% y del 24,4% en uno y otro sexo respectivamente.
- El consumo insuficiente de FV sigue un gradiente inverso con la edad, siendo casi del doble en los individuos de 16 a 24 años que en los de 65 y más años. En ese grupo de edad más joven, el consumo insuficiente de FV aumentó entre 2001 a 2011/12 en un 8% y un 1,4% en hombres y mujeres, respectivamente. En el resto de los grupos de edad, la tendencia en el consumo insuficiente de FV fue descendente.
- El consumo insuficiente de FV fue mayor en los individuos con menor nivel de estudios. La diferencia en el consumo insuficiente entre el mayor y el menor nivel de educación fue de mayor magnitud en los individuos más jóvenes. Además, el mayor incremento en el porcentaje de personas con un consumo insuficiente de FV se produjo en los sujetos de 16 a 24 años con menor nivel de estudios.
- El porcentaje de consumidores de una cantidad de alcohol que supone un riesgo crónico para la salud era 4,1% en 2003 y 1,2% en 2011/12. El porcentaje de mujeres bebedoras de riesgo se redujo de 1,5% en 2003 a 0,3% en 2011/12, mientras que en hombres esos porcentajes fueron 6,9% y 2,1%, respectivamente.
- En hombres entre 25 y 64 años se observó un importante descenso en términos absolutos en el porcentaje de bebedores de riesgo. En 2003, casi un 10% de los hombres de 45 a 64 años eran bebedores de riesgo, mientras que en 2011/12 esa cifra era el 3,0%.
- En hombres, la proporción de bebedores de riesgo para la salud muestra un gradiente inverso con el nivel de estudios. En 2003, el porcentaje de consumidores de una cantidad de alcohol que supone

un riesgo para la salud fue 8,8% en aquellos con estudios primarios o inferiores y 4,6% en los universitarios. En 2011/12 esos porcentajes fueron 4,3% y 1,6%, respectivamente. En cambio en mujeres ese patrón de las bebedoras de riesgo para la salud según el nivel de estudios no se observó.

Introducción

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración que se desarrollan lentamente con el paso del tiempo. En los países ricos constituyen las principales causas de muerte y de incapacidad¹. Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades que incluye, entre otras, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. En España, un 60% de las defunciones están causadas por el cáncer, las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes². La adopción de conductas de riesgo saludables, como la reducción o eliminación del tabaquismo, el consumo moderado de alcohol, la práctica de actividad física o una dieta adecuada, pueden reducir la morbilidad y la mortalidad prematura por las enfermedades crónicas³. Esa es la razón por la que, en muchos países, las prioridades en el ámbito de las enfermedades crónicas se centran en la eliminación del tabaquismo, el aumento de la proporción de población físicamente activa, la adopción de dietas que contengan menos cantidad de grasas y más cantidad de frutas y verduras y la disminución de la proporción de población que consume alcohol en cantidades de riesgo para la salud.

En la mayor parte de los países es posible monitorizar estos factores de riesgo en la población, a partir de la información

que proporcionan las encuestas nacionales de salud. Los cuestionarios de esas encuestas suelen incluir preguntas que permiten estimar la frecuencia de todos o de la mayoría de esos factores de riesgo. En España se dispone de las encuestas nacionales de salud por entrevista, realizadas sobre una muestra representativa de la población residente no institucionalizada. En este informe se presenta la evolución de la prevalencia de varios de estos factores de riesgo a lo largo de la primera década de la presente centuria.

Metodología

Los datos utilizados para este estudio han sido obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) correspondientes a los años 2001, 2003, 2006 y 2011/12 y de la Encuesta Europea de Salud (EES) en España de 2009. Las ENSE han sido elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tanto el diseño muestral como el trabajo de campo de la encuesta de 2001 fue realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas. Sin embargo, las encuestas de 2003, 2006 y 2011/12 se realizaron mediante un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). Las materias que recogen las ENSE se agrupan en cuatro grandes bloques: el estado de salud percibida por los ciudadanos, sus estilos de vida o conductas relacionadas con la salud, las características del medio ambiente en el que se desenvuelven y la utilización que hacen estos ciudadanos de los servicios sanitarios; además, se obtiene información sobre diversas características sociodemográficas y geográficas de la población. Por su parte, la EES en España 2009, realizada en el marco del sistema de encuestas europeas de salud, tiene como objetivo obtener datos sobre el estado de

salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, de manera armonizada y comparable a nivel europeo. La EES de 2009 se realizó en 18 países de la Unión Europea. En España fue realizada por el INE en virtud del convenio de colaboración establecido entre el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las estimaciones para este informe proceden de las entrevistas realizadas a las personas adultas de 16 y más años de edad incluidas en las muestras seleccionadas. El tamaño muestral de cada uno de esas encuestas fue 21.067 en 2001, 21.650 en 2003, 29.478 en 2006, 22.188 en 2009 y 21.007 en 2011/12. En 2011/12 también se incluyó en la muestra a los sujetos de 15 años de edad, si bien en las estimaciones totales y en las correspondientes al grupo de edad más joven –16 a 24 años– fueron eliminados de los análisis. El procedimiento de muestreo en 2001 fue polietápico, estratificado, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones censales) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad. Los estratos se formaron por el cruce de las 17 comunidades autónomas con el tamaño del municipio dividido en siete categorías según su tamaño poblacional. En los restantes años se utilizó un muestreo polietápico estratificado probabilístico en tres etapas. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales. Las unidades de segunda etapa fueron las viviendas familiares principales. Dentro de cada hogar se seleccionó a un adulto para cumplimentar el cuestionario. El marco utilizado para la selección de la muestra de unidades de primera etapa fue un marco de áreas formado por la relación de secciones censales. Para las unidades de segunda etapa se utilizó la relación de

viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra. Las unidades de tercera etapa se seleccionan a partir de la relación de personas entrevistables en la vivienda en el momento de la realización de la entrevista. Las unidades de primera etapa se agrupan en siete estratos de acuerdo con el tamaño poblacional del municipio al que pertenecen las secciones. Para cada comunidad autónoma se diseñó en todas las encuestas una muestra independiente que la representa.

A partir de cada encuesta se estimó la prevalencia, en porcentaje, del factor de riesgo objeto de análisis. Esas estimaciones fueron ponderadas por el coeficiente de ponderación en cada encuesta a fin de tener en cuenta la diferente probabilidad de selección de cada entrevistado en base al diseño muestral. En algunos casos se ha estimado la prevalencia ajustada por edad. La comparación de la prevalencia bruta puede ofrecer resultados distorsionados si la estructura por edad de las poblaciones o subgrupos de población objeto de comparación es diferente. Esto sucede, sobre todo, cuando se compara las estimaciones en grupos de población con diferente nivel de estudios, ya que la estructura por edad de la población varía con los años y es diferentes en el grupo de la población con estudios altos que en el grupo de población con estudios bajos.

Tabaquismo

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa evitable de muerte y enfermedad. Está ampliamente demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de aparición de un gran número de enfermedades y que los fumadores mueren en media 10 años antes que los no fumadores⁴. Las consecuencias para la salud del consumo de ta-

baco incluyen enfermedades del corazón, varios tipos de cáncer, enfermedad pulmonar, efectos adversos en la reproducción y la exacerbación de enfermedades crónicas⁵. En España, algo más de 50.000 personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el tabaquismo⁶.

En todas las encuestas es posible identificar a las personas que eran fumadoras en el momento de responder al cuestionario. A los entrevistados se les preguntó su relación con el consumo de tabaco y tenían que responder alguna de las siguientes cuatro alternativas: a) fumadores diarios, b) fumadores ocasionales, c) en la actualidad no fuman, pero han fumado alguna vez en su vida y d) nunca han fumado. Para el presente informe se consideran fumadores los sujetos que declaran que son fumadores diarios o fumadores ocasionales. De acuerdo con esa definición, el porcentaje de fumadores en España era 34,5% en 2001 y 27,1% de 2011/12 (tabla 1). Es decir, a lo largo de 10 años, la prevalencia de fumadores se redujo en términos absolutos en 7,4%. Esos porcentajes reflejan que en 2001 había alrededor de doce millones de personas fumadoras en España, mientras que en 2011/12 el número de personas fumadoras era de diez millones y medio.

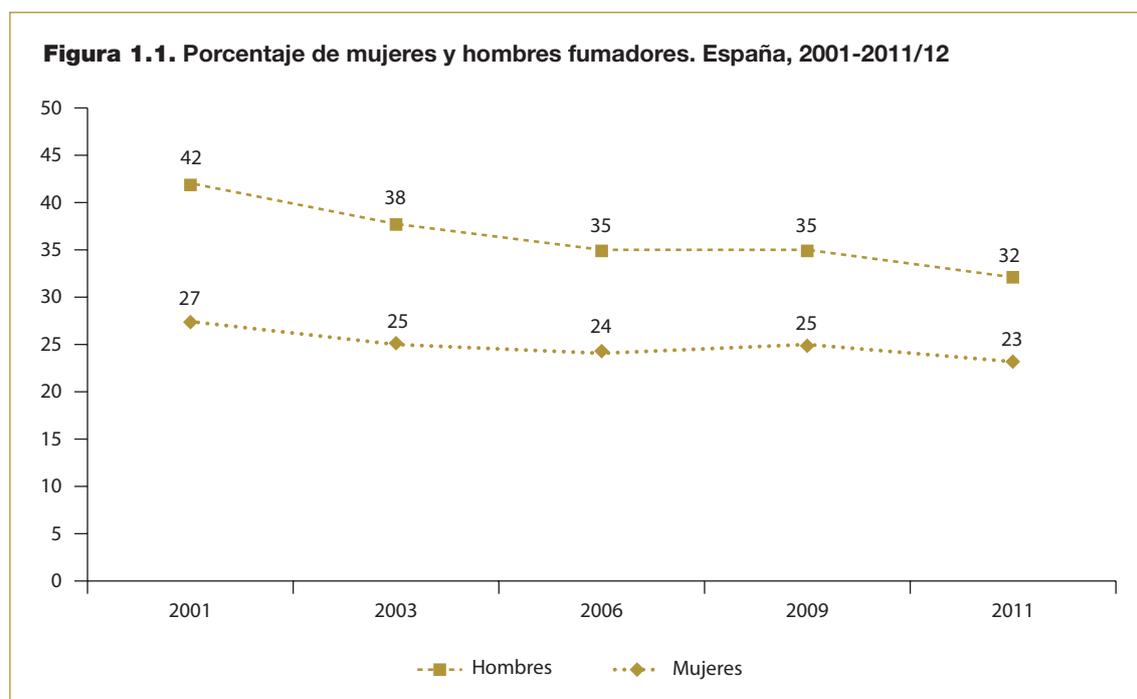
Un hecho destacable que se observa es la ausencia de variación en el porcentaje de población fumadora entre 2006 y 2009, mostrando a partir de 2009 el descenso que se venía observando antes de 2006. El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco⁷. Dicha ley prohibía la publicidad del tabaco y limitaba el consumo en centros de trabajo y espacios públicos cerrados. Diversos estudios han evaluado los efectos de este tipo de leyes, favorecedora

de los espacios libres de humo, sobre la prevalencia de tabaquismo en la población general. En algunas de esas investigaciones se ha constatado un importante descenso en la prevalencia de tabaquismo en el año siguiente a la implantación de la ley y, tras ese periodo, en los dos años siguientes, se ha observado un ascenso hasta que de nuevo se inicia la tendencia descendente que venía produciéndose en el periodo previo⁸⁻¹⁰. La implementación de una ley favorecedora de ambientes libres de humo puede proporcionar un fuerte incentivo para dejar de fumar. Sin embargo, el repunte en la frecuencia de fumadores los dos años posteriores refleja una vuelta al hábito tabáquico en algunas de las personas que abandonaron este hábito tras la implantación de la ley.

El porcentaje de mujeres fumadoras se redujo de 27,3% en 2001 a 22,98% en 2011/12, mientras que en hombres el porcentaje de fumadores se redujo de 42,2% a 31,6% (figura 1.1 y tablas 2 y 3). La reducción en términos absolutos entre uno

y otro año fue menor en mujeres -4,4%- que en hombres -10,6%-. Esta diferencia en la magnitud de la reducción se debió a la evolución del tabaquismo en mujeres de 45 a 64 años. Mientras que en hombres la tendencia descendente en el porcentaje de fumadores se observó en todos los grupos de edad, en mujeres esa tendencia descendente se observó en aquellas con una edad inferior a los 45 años, ya que en las mujeres de 45 a 64 años el porcentaje de fumadoras mostró una tendencia ascendente. Por su parte, en las mujeres de 65 años de edad y mayores el porcentaje de fumadores fue de escasa magnitud y con una tendencia estable a lo largo del periodo analizado.

Otro hecho de gran trascendencia es la gran reducción en el porcentaje de fumadores jóvenes. Este indicador es una medida indirecta de la iniciación al consumo. El grupo de 16 a 24 años fue el grupo de edad que experimentó mayor reducción, tanto en términos absolutos como relativos, en la prevalencia de tabaquismo.



El porcentaje de fumadores en este grupo de edad era 41,8% en 2001 y 27,7% en 2011/12, lo que supone una reducción absoluta de 14,1% y una reducción de un tercio en términos relativos en 2011/12 con respecto a 2001. Este importante descenso se observó tanto en mujeres como en hombres jóvenes (tablas 2 y 3).

La magnitud de la relación del tabaquismo con los problemas de salud muestra un gradiente que se incrementa con la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente. En algunos problemas de salud, como el cáncer de pulmón o la enfermedad pulmonar crónica, el gradiente muestra una relación exponencial⁴. Por ello es preciso monitorizar la prevalencia de grandes fumadores, aquellos que consumen 20 o más

cigarrillos al día. El porcentaje de grandes fumadores experimentó en España un descenso paulatino entre 2001 y 2011/12: de 15,0% en 2001 se pasó a 8,3% en 2011/12. Sin embargo, entre 2009 y 2011/12 el porcentaje de grandes fumadores se estabilizó en los grupos de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64 años. Este hecho se debió al aumento observado en mujeres en estos grupos de edad, que compensó el descenso observado en hombres. La tendencia en el porcentaje de fumadoras excesivas por grupos de edad se observa en la figura 1.2. En el futuro habrá que poner énfasis en la monitorización del porcentaje de mujeres grandes fumadores, sobre todo en el grupo de 25 a 44 años, cuya tendencia en los años previos era descendente.

Figura 1.2. Porcentaje de mujeres fumadoras de 20 y más cigarrillos al día, según la edad. España, 2001-2011/12

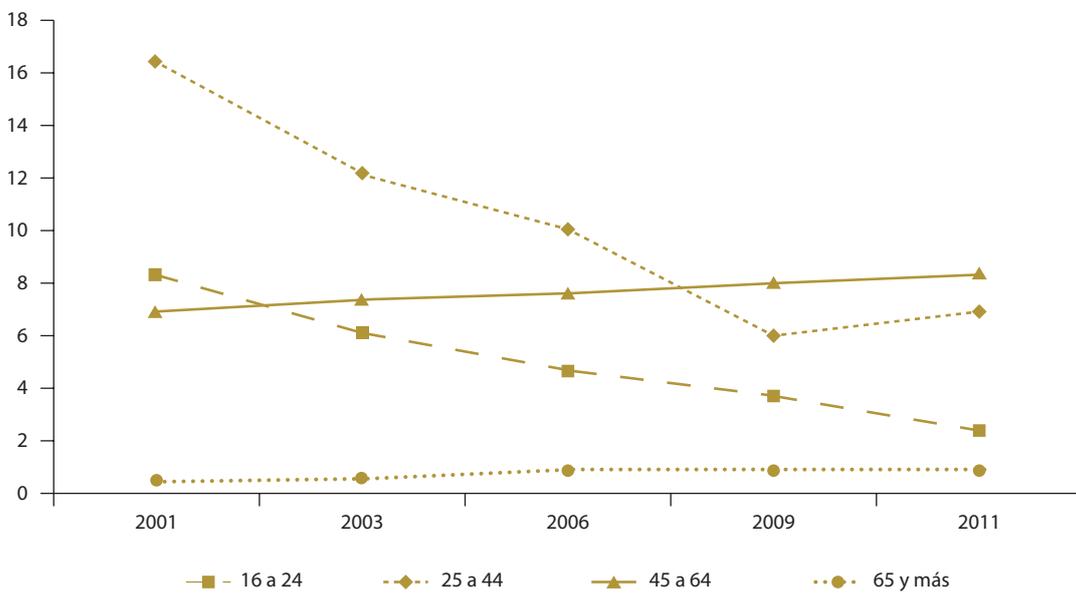


Tabla I. Porcentaje de fumadores según edad y nivel de estudios, España, 2001 y 2011/12

Edad y nivel de estudios	Mujeres		Hombres	
	2001	2011/12	2001	2011/12
16 a 24 años				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	47,2	27,3	45,5	34,7
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	38,3	24,8	35,6	20,9
25 a 44 años				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	46,8	39,4	59,5	48,1
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	39,5	27,0	45,7	30,4
45 a 64 años				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	14,0	24,5	43,7	36,9
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	35,6	29,4	40,3	30,6
65 años y más				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	1,8	2,2	19,2	13,4
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	5,1	7,7	19,2	16,3

Otro hallazgo remarcable es la diferencia en la prevalencia de tabaquismo según el nivel de estudios. Para ello es preciso estimar el porcentaje ajustado por edad de personas fumadoras, ya que la distribución por edad es distinta en cada categoría de nivel de estudios. O bien mostrar las estimaciones por grupos de edad en diferentes categorías de nivel de estudios. El porcentaje ajustado por edad de hombres fumadores presenta un gradiente inverso con el nivel de estudios. En 2001, el porcentaje de fumadores ajustado por edad era 49,9% en aquellos con educación primaria o inferior; 45,0% en aquellos con educación secundaria, primer ciclo; 42,3% en aquellos con educación secundaria, segundo ciclo y 33,6% en aquellos con estudios universitarios. Por su parte, estos porcentajes en 2011/12 eran 39,7%, 37,0%, 30,1% y 23,7%, respectivamente. En cambio, en mujeres ese patrón no se presenta, ya que en las mujeres menores de 45 años el porcentaje de fumadoras más bajo se observó en aquellas con estudios altos, mientras que en las mayores de 45 años el porcentaje de fumadoras más bajo se observó en aquellas con

estudios bajos. En la tabla I puede observarse la prevalencia en los diferentes grupos de edad y nivel de estudios en mujeres y hombres en 2001 y 2011/12. En mujeres, el porcentaje más alto de fumadoras se observaba en aquellas con menor nivel de estudios en las menores de 45 años, pero en aquellas con mayor nivel de estudios en las de 45 años de edad y mayores. En cambio, tanto en 2001 como en 2011/12 el porcentaje de hombres fumadores era más alto en aquellos con menor nivel de estudios en cualquier grupo de edad.

La tabla I también muestra que entre las mujeres de 45 a 64 años, el porcentaje de fumadoras aumentó entre 2001 y 2011/12 en aquellas con menor nivel de estudios –de 14,0% pasó a 24,5%–, pero se redujo en aquellas con mayor nivel de estudios –de 35,5% pasó a 29,4%–. Esto indica que la epidemia de tabaquismo está llegando a la última fase en España y que, previsiblemente, en los próximos años también disminuirá en aquellas con nivel de estudios más bajo y, como consecuencia, el descenso en el porcentaje de fumadoras se observará en todos los grupos de edad. Diversos

autores han señalado que la difusión de la epidemia de tabaquismo en los países desarrollados ha seguido más o menos cuatro etapas¹¹⁻¹⁴. Durante la primera etapa, el hábito de fumar era infrecuente en la población y afectaba fundamentalmente a los hombres de los estratos socioeconómicos altos. Durante la segunda etapa, el tabaquismo en los hombres va aumentando hasta superar el 50% y su magnitud es similar en los distintos grupos socioeconómicos o quizá algo superior en los grupos socioeconómicos altos. La difusión del tabaquismo en las mujeres se retrasa entre 10 y 20 años con respecto a los hombres y es adoptado en primer lugar por las mujeres de los estratos socioeconómicos altos. Durante la tercera etapa, el tabaquismo en los hombres desciende hasta el 40% debido a que disminuye el consumo de tabaco, sobre todo en los hombres de los grupos socioeconómicos altos y en los hombres de edad media y mayores, muchos de los cuales han pasado a ser exfumadores. En esta etapa, las mujeres alcanzan su techo de prevalencia de fumadoras con el 35-45%, si bien la prevalencia es muy baja en las mayores de 60 años. Al final de esta etapa se inicia el descenso del tabaquismo en las mujeres. Finalmente, en la cuarta etapa, el tabaquismo desciende lentamente, tanto

en hombres como en mujeres, y se convierte en un hábito fundamentalmente de los grupos socioeconómicos bajos. En España, al igual que en otros países del sur de Europa, como Francia o Italia, la epidemia del tabaquismo está llegando esa cuarta etapa, que ya se ha observado en otros países del norte de Europa.

La prevalencia de tabaquismo según el lugar de residencia muestra escasa variación cuando se analiza en función del tamaño poblacional del municipio de residencia (tablas 1-3). En cambio, cuando se analiza según la comunidad autónoma de residencia se observa una diferencia absoluta de alrededor de un 10% entre las comunidades con menor y mayor prevalencia de tabaquismo (tabla 4). Por ejemplo, en 2001, el porcentaje de persona fumadoras oscilaba entre el 30% de Galicia y Asturias y el 38% de Murcia y Madrid. Por su parte, en 2011/12, el porcentaje de personas fumadoras oscilaba entre el 21% de Ceuta y Melilla y el 31% de Murcia. Entre 2001 y 2011/12 se observó una importante reducción en la prevalencia de tabaquismo en Ceuta y Melilla, Madrid, Canarias y Cantabria, de tal forma que en 2011/12 esas comunidades se encuentran entre las que presentan menor porcentaje de personas fumadoras.

- El porcentaje de mujeres fumadoras se redujo de 27,3% en 2001 a 22,9% en 2011/12, mientras que el de hombres se redujo de 42,2% a 31,6%, respectivamente.
- En hombres, la tendencia descendente en el porcentaje de fumadores entre 2001 y 2011/12 se observó en todos los grupos de edad, mientras que en las mujeres solamente se observó en aquellas con una edad inferior a los 45 años.
- El porcentaje de grandes fumadores (20 o más cigarrillos al día) experimentó un descenso paulatino entre 2001 y 2011/12: de 11,0% a 8,3%. Sin embargo, entre 2009 y 2011/12 se observó un pequeño incremento en mujeres de 25 a 64 años.
- El porcentaje de hombres fumadores presenta un gradiente inverso con el nivel de estudios. En mujeres, en cambio, ese patrón depende de la edad: en las menores de 45 años el porcentaje de fumadoras más bajo se observa en aquellas con estudios altos, mientras que en las mayores de 45 años ocurre lo contrario.

Inactividad física

La inactividad física está considerada, por detrás del tabaquismo, la hipertensión arterial y el exceso de azúcar en la sangre, como el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo, causando el 6% del conjunto de las defunciones¹⁵. Hay evidencia de que la inactividad física incrementa el riesgo de diversos problemas de salud, incluyendo algunas de las principales enfermedades crónicas como la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial o el cáncer de colon¹⁶. Aunque la relación entre el beneficio potencial para la salud de la actividad física y la frecuencia, duración o intensidad de la misma es muy compleja y existen todavía algunas lagunas¹⁷ hay acuerdo en que la mayoría del efecto beneficioso sobre la salud en la población adulta se obtiene con la práctica regular de al menos 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada¹⁵.

La medición de la actividad física en poblaciones humanas es un asunto de cierta complejidad. Según el contexto de las estimaciones, la actividad física puede medirse de manera más o menos exhaustiva y varía mucho entre unos estudios y otros. En las encuestas generales de salud como las que analizamos en el presente trabajo, suelen emplearse cuestiones sencillas que reflejan de una manera general los hábitos de actividad física de la población. En las encuestas analizadas, para clasificar a los individuos como inactivos se utilizó la pregunta del cuestionario dirigida a investigar la actividad física que se realiza habitualmente en el tiempo libre. Si bien dicha pregunta varió ligeramente de unos años a otros, el sujeto inactivo se definió en todas las encuestas como aquel que declaró no realizar ejercicio físico alguno en su tiempo libre y dedicarlo a actividades sedenta-

rias como leer, ir al cine, ver la televisión, etc. Sin embargo, hay que señalar que la EES del año 2009 utilizó un instrumento de medida de la actividad física realizada por el individuo bien distinto a los demás, motivo por el cual no se incluyen en el presente análisis las estimaciones de inactividad física procedentes de esa encuesta.

La tabla 5 muestra la frecuencia de inactividad física en el conjunto de la población adulta española en el periodo de estudio. El porcentaje de personas inactivas fue del 46,8% en 2001 y del 44,6% en 2011/12, lo que supuso una reducción en términos absolutos de algo más del 2% durante la década estudiada. La tendencia de la prevalencia de inactividad física en los años intermedios fue desigual, aumentando entre 2001 y 2003 pero reduciéndose hasta el 39,4% en 2006. De esta manera, aunque el conjunto del periodo estudiado se observó una reducción en el porcentaje de personas inactivas, dicho porcentaje aumentó desde el año 2006. Este patrón de tendencia se observó en los cuatro grupos de edad analizados, aunque la magnitud de la prevalencia de inactividad física aumentó, en términos generales, con la edad, llegando a ser en las personas de más de 64 años superior al 50% en gran parte del periodo analizado.

En relación a las diferencias entre uno y otro sexo (tablas 6 y 7), en cualquiera de los años estudiados, la inactividad física fue más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, pero el patrón de tendencia comentado más arriba para el conjunto de la población se mantuvo tanto en uno como en otro sexo. Mientras que en 2011/12 el 39,0% de los hombres y el 49,9% de las mujeres fueron considerados inactivos, en 2001 estos porcentajes fueron del 41,2% y 52,2% respectivamente, lo que supuso un descenso absoluto durante ese periodo del 2,4% tanto en hombres como en mujeres.

Tabla II. Porcentaje de personas con inactividad física según edad y sexo, España, 2001 y 2011/12

Edad y sexo	2001	2011/12
16 a 24 años		
Hombres	25,9	21,9
Mujeres	49,9	50,7
25 a 44 años		
Hombres	42,9	37,1
Mujeres	50,2	49,2
45 a 64 años		
Hombres	48,0	44,9
Mujeres	48,0	44,7
65 años y más		
Hombres	41,7	43,9
Mujeres	61,9	57,6

En el análisis de las diferencias entre uno y otro sexo según la edad, destacan dos hallazgos (tabla II). Por un lado, el hecho de que las mayores prevalencias de inactividad física entre las mujeres en relación a los hombres se observen en los grupos de edad más joven (16 a 24) y más avanzado (65 y más años), y en mucha menor medida en el grupo de edad de 25 a 44. En el grupo de 45 a 64 años, la prevalencia de inactividad física fue muy similar en uno y otro sexo, e incluso llegó a ser mayor en los hombres que en las mujeres en alguno de los años estudiados. Por otro lado, se observaron ligeras diferencias entre uno y otro sexo en relación a la tendencia entre 2001 y 2011/12 de la prevalencia de inactividad física según la edad: mientras que entre las mujeres solamente se observó una tendencia ligeramente ascendente de dicha prevalencia en el grupo de edad de 16 a 24 años, entre los hombres fueron los de 65 y más años los que mostraron cierto incremento en la frecuencia de inactividad física entre 2001 y 2011/12. En ambos casos, no obstante, la magnitud del cambio fue pequeña.

En 2011/12, la prevalencia de inactividad física en el tiempo libre fue de alrededor de un 60% mayor en los sujetos con el menor nivel de educación que en aquellos otros con el nivel de estudios más elevado (tabla 5). Esta diferencia se ha reducido ligeramente desde el año 2001, cuando ese porcentaje era de alrededor del 70%. Esta disminución de las diferencias posiblemente se deba, como puede observarse en la figura 2.1, tanto a una disminución muy ligera de la prevalencia de inactividad física en los sujetos con estudios primarios o inferiores, que pasó de 56,3% en 2001 a 56,1 en 2011/12, como a un aumento, algo más significativo, de la prevalencia durante ese mismo periodo en los sujetos con estudios universitarios, en los que pasó de 32,2% a 34,7%. La prevalencia también aumentó durante la década estudiada en los sujetos con estudios secundarios de segundo ciclo, en los que pasó de 37,1% a 39,8%.

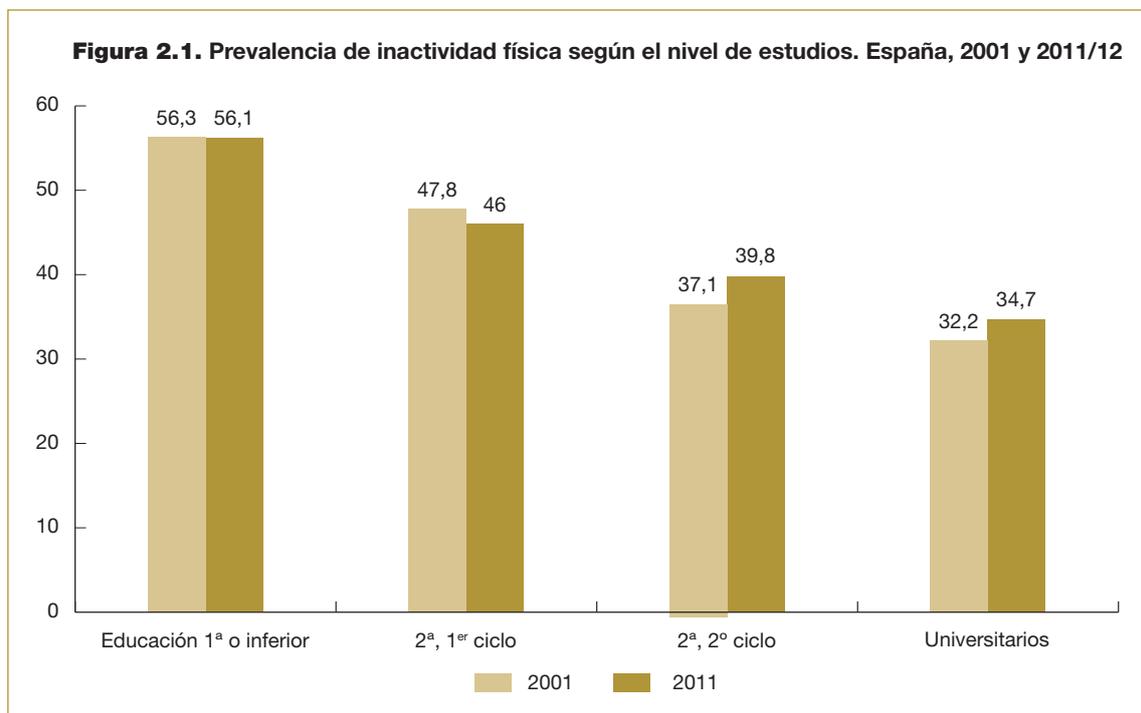
El gradiente inverso en la inactividad física según el nivel de estudios se observó tanto en hombres como en mujeres (tablas 6 y 7), si bien la diferencia entre los individuos con el mayor y el menor grado

de educación fue ligeramente superior en los hombres que en las mujeres: mientras que en aquellos la razón de prevalencias entre el menor y el mayor nivel de educación en 2011/12 fue de 1,74 (lo que indica que el porcentaje de inactivos fue de alrededor de un 70% superior en los de menor nivel de estudios), en las mujeres fue de 1,51. Este mayor gradiente según el nivel de estudios que se observa en los hombres ya se observaba en 2001, si bien desde ese año dichas diferencias han venido reduciéndose.

Como ocurre en el tabaquismo, las diferencias en la prevalencia de inactividad física según el tamaño poblacional del municipio de residencia son pequeñas (tabla 5). En cambio, el análisis según la comunidad autónoma de residencia (tabla 8) sí muestra algunas diferencias dignas de mención. En 2011/12, la diferencia absoluta entre las

comunidades autónomas con mayor –Cantabria y Murcia– y con menor prevalencia –Navarra, Rioja, o Asturias– fue de más del 31%. Este rango observado entre las comunidades autónomas ha venido aumentando desde el año 2001, cuando era de alrededor del 22%.

Entre 2001 y 2011/12, la prevalencia de inactividad física se redujo en la mayoría de las comunidades autónomas. Esta reducción fue especialmente llamativa en Ceuta y Melilla, donde la prevalencia se redujo en más de un 12% en términos absolutos, La Rioja (donde descendió en un 10,8%), y Canarias (10,6%). En cambio, la prevalencia de inactividad física aumentó en algunas otras comunidades autónomas, como Cantabria, donde el porcentaje de personas inactivas se incrementó en más de un 20% entre 2001 y 2011/12, Baleares y Cataluña.



- En 2011/12, más del 40% de la población adulta española (39,0% en hombres y 49,9% en mujeres) se declaró inactiva en su tiempo libre.
- La frecuencia de inactividad física fue mayor en las mujeres que en los hombres, siendo esas diferencias de mayor magnitud en los grupos de edad más joven (16 a 24) y más avanzado (65 y más años).
- La prevalencia de inactividad física en 2011/12 fue, en términos relativos, un 60% mayor en los individuos con el nivel de estudios más bajo que en aquellos con el nivel de estudios más elevado, diferencia que se ha venido reduciendo ligeramente desde el año 2001, cuando era de alrededor del 70%.
- En 2011/12, la diferencia absoluta entre las comunidades autónomas con mayor y con menor prevalencia de inactividad física fue de más del 31%. Este amplio rango observado entre las comunidades autónomas ha venido aumentando desde el año 2001, cuando era de alrededor del 22%.

Obesidad

La obesidad está considerada como uno de los principales factores de riesgo de un buen número de condiciones crónicas y problemas de salud, incluyendo la enfermedad coronaria y cerebrovascular, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer¹⁸. Se ha estimado que la obesidad es responsable del 80% de los casos de diabetes del adulto, del 55% de los de hipertensión arterial en adultos y del 35% de los casos de la enfermedad coronaria¹⁹.

Los sujetos obesos muestran un incremento en el riesgo de mortalidad y mortalidad prematura y se ha estimado que en Europa, al menos una de cada 13 muertes podría estar asociada a la obesidad²⁰. Este aumento del riesgo de mortalidad observado en sujetos obesos respecto a sujetos con un peso normal, que es de mayor magnitud para las enfermedades cardiovasculares, no sólo se debe al efecto directo de la presencia de un alto nivel de ácidos grasos libres circulantes en los individuos obesos, sino que está también mediado por un perfil metabólico alterado en el que destacan la resistencia a la insulina y la elevación de

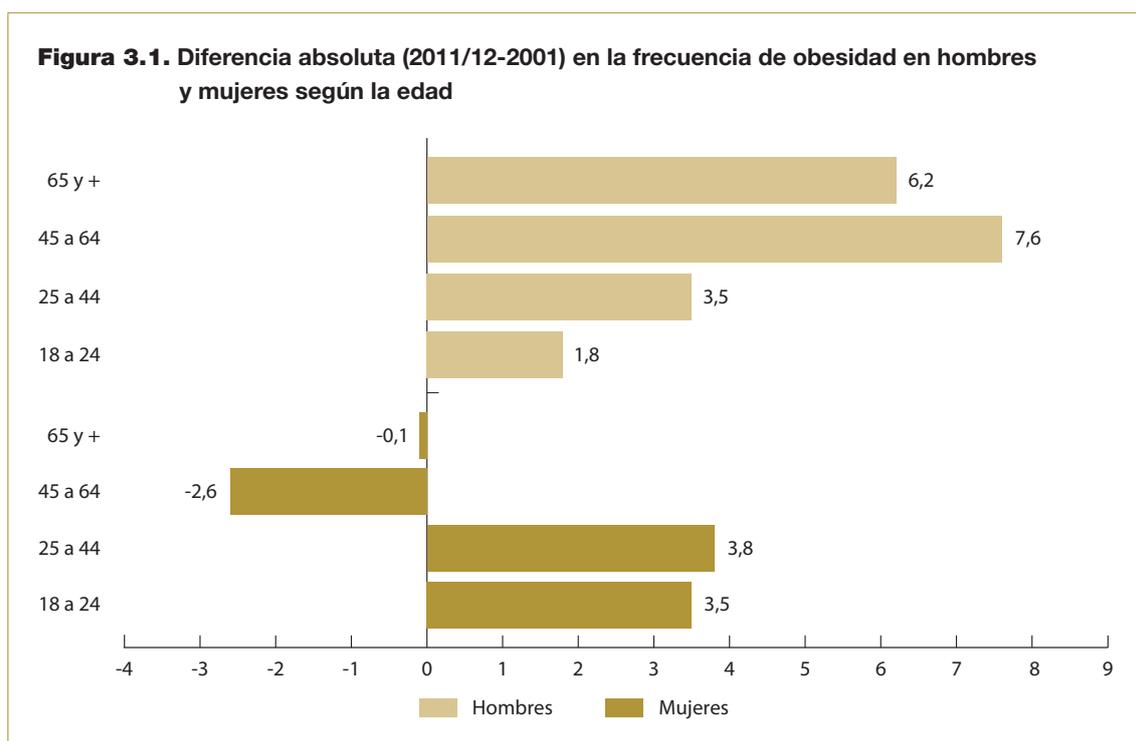
los lípidos plasmáticos, y por el aumento de la presión arterial, circunstancias todas ellas que se encuentran presentes con mayor frecuencia en los sujetos obesos que en aquellos con un peso relativo normal²¹.

La definición de obesidad viene dada por una masa corporal grasa que supere un 25 y un 33% de la masa corporal total en hombres y mujeres respectivamente. La imposibilidad de utilizar en estudios poblacionales las técnicas más adecuadas para estimar la importancia relativa de los distintos componentes corporales obliga al uso de la antropometría, indicadores indirectos del exceso de grasa corporal. Según el índice de masa corporal (IMC), que es el indicador más utilizado, se define obesidad cuando el IMC es $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, tanto en hombres como en mujeres. En las encuestas analizadas en el presente trabajo, que recogieron la información sobre el peso y la talla declarados por el entrevistado, se utilizó ese criterio para identificar a los sujetos obesos. Se analizaron los individuos de 18 años de edad y mayores. En 2011/12, la prevalencia de obesidad en la población adulta española fue del 17,0%, porcentaje que ha venido aumentando ininterrumpidamente desde 2001, año en el que un 13,2% de la

población adulta española fue considerada obesa (tabla 9).

En 2011/12, la frecuencia de obesidad fue mayor en los hombres (18,0%) que en las mujeres (16,0%). Esa mayor frecuencia de la obesidad en los hombres se viene observando desde 2006. Con anterioridad a ese año, la obesidad era más frecuente en las mujeres. Este patrón, que se observa sis-

temáticamente en muchas poblaciones occidentales, se debe posiblemente a que, por razones no bien conocidas, la obesidad aumentó más durante los últimos años en los hombres que en las mujeres: mientras que en éstas, la prevalencia creció en términos absolutos en un 2% entre 2001 y 2011/12, en los hombres aumentó, durante ese mismo periodo, en un 5,7% (tablas 10 y 11).



Otro fenómeno que se observa en muchas poblaciones es el incremento significativo que la prevalencia de la obesidad presenta con la edad. En 2011/12, por ejemplo, la frecuencia de la obesidad en la población española fue de 5,5% en los más jóvenes, de 12,4% en los individuos de 25 a 44 años,

21,3% en los de 45 a 64 años y 25,3% en los de 65 y más años (tabla 9). Este gradiente se mantuvo presente en el periodo sometido a estudio, y fue evidente tanto en hombres como, sobre todo, en mujeres, en las que las diferencias en la prevalencia de obesidad según la edad fueron aún mayores.

Tabla III. Porcentaje de personas con obesidad según el tamaño del municipio de residencia, España, 2001 y 2011/12.

Tamaño municipio de residencia	2001	2011/12
Menos de 10.000	14,9	15,6
10.001 a 50.000	13,5	17,2
50.001 a 100.000	12,3	18,0
100.001 a 400.000	11,7	16,9
Más de 400.000	12,8	19,5

Durante la década estudiada, la frecuencia de obesidad aumentó en los hombres en todos los grupos de edad, y especialmente en el grupo de 45 a 64 años, en el que la obesidad creció en términos absolutos un 7,6% entre 2001 y 2011/12. En las mujeres, en cambio, la frecuencia de la obesidad aumentó en los dos grupos de edad más jóvenes pero se redujo un 2,6% en el grupo de 45 a 64 años, manteniéndose prácticamente estable en el grupo de más avanzada edad (figura 3.1). Este descenso continuado de la frecuencia de la obesidad en las mujeres de 45 a 64 años, junto al incremento en los hombres de cualquier edad, es posiblemente responsable de que la frecuencia de obesidad sea, desde hace unos años, menor en las mujeres que en los hombres.

La frecuencia de obesidad presenta un gradiente inverso según el nivel de estudios. En 2011/12, mientras que el 26,7% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje fue del 19,0% y del 13,3% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo respectivamente, y del 9,8% en los de estudios universitarios (tabla 9). Este gradiente se viene observando continuamente desde el inicio de la década estudiada, si bien las diferencias parecen haberse reducido ligeramente. Aunque este patrón se presenta tanto en hombres como en mujeres, en éstas la magnitud del gradiente es mayor: en 2011/12, por ejemplo, la prevalencia de

obesidad en las mujeres con estudios primarios o inferiores fue 4 veces superior a la de las mujeres con estudios universitarios, mientras que en los hombres fue aproximadamente 2 veces superior.

Entre 2001 y 2011/12, la frecuencia de la obesidad aumentó en todos los grupos de nivel de estudios. Dicho aumento fue de mayor magnitud en los individuos con educación secundaria, en quienes la prevalencia de la obesidad se multiplicó por dos durante la década estudiada. Este patrón se observó tanto en hombres como en mujeres, y se mantuvo incluso teniendo en cuenta la distribución de la edad en los distintos grupos de nivel de estudios.

La frecuencia de la obesidad no varió mucho en función del tamaño del municipio de residencia, si bien se produjo un fenómeno digno de mención: el gradiente que la obesidad presenta según el tamaño del municipio de residencia se invirtió durante la década estudiada: si en el año 2001 la prevalencia era mayor cuanto menor era el tamaño del municipio, en 2011/12 ocurrió justamente lo contrario (tabla III). Ello se debe, como se aprecia en la tabla 9, a que la frecuencia de la obesidad aumentó más en las ciudades de más de 400.000 habitantes que en los municipios de menos de 10.000.

En 2011/12, la diferencia entre las comunidades autónomas con mayor prevalencia de obesidad –Extremadura, Andalucía o Castilla–La Mancha– y aquellas

otras con menor prevalencia –Cantabria, Navarra o Castilla y León– fue de alrededor del 10%. Este rango se mantuvo relativamente constante desde el año 2001. Por su parte, la prevalencia de obesidad aumentó entre 2001 y 2011/12 en todas las comunidades autónomas excepto en Can-

tabria, donde la frecuencia de obesidad se redujo en términos absolutos un 3% entre esos dos años. Las comunidades autónomas en las que la obesidad creció más (por encima de un 6% en términos absolutos) fueron Galicia, La Rioja, País Vasco y Extremadura (tabla 12).

- La frecuencia de obesidad en la población adulta española aumentó en términos absolutos en un 3,8% (2% en mujeres y 5,7% en hombres) desde 2001 a 2011/12.
- La tendencia creciente que experimentó la prevalencia de obesidad entre 2001 y 2011/12 se observó en todos los grupos de edad y sexo estudiados, excepto en las mujeres de 45 a 64 años, en las que la prevalencia de obesidad se redujo un 2,6% en la década estudiada.
- La obesidad presenta un gradiente inverso con el nivel de estudios que es de mayor magnitud en las mujeres que en los hombres.
- El gradiente que la obesidad presenta según el tamaño del municipio de residencia se invirtió durante la década estudiada: si en el año 2001 la prevalencia de obesidad era mayor cuanto menor era el tamaño del municipio, en 2011/12 ocurrió justamente lo contrario.

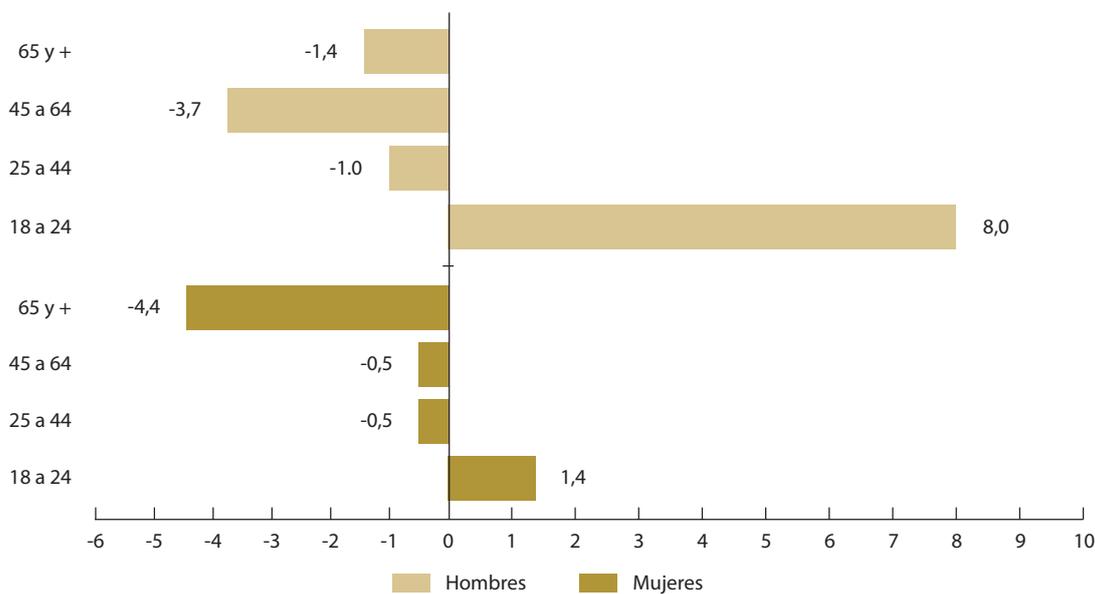
Consumo insuficiente de frutas y verduras

El número de estudios de investigación que muestran que el consumo de frutas y verduras (FV) podría reducir el riesgo de algunas las principales enfermedades crónicas es cada vez mayor. Esos estudios sugieren que el efecto beneficioso podría deberse a varios nutrientes y componentes de las FV que reducirían la oxidación, inflamación, proliferación celular y otros importantes procesos relacionados con la génesis de la enfermedad²². Hay evidencia de que el consumo elevado de FV reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular: en comparación con un consumo bajo de FV, la ingesta diaria de 5 o más raciones (que corresponde a unos 400 gramos) reduciría el riesgo de enfermedad coronaria en un 17%²³⁻²⁴.

Además, se ha sugerido un efecto protector del consumo de FV sobre la hipertensión arterial, la diabetes o la función pulmonar, aunque son necesarios más estudios. Por su parte, recientes investigaciones califican como “probable” la asociación inversa entre el consumo de FV y el riesgo de cáncer, incluyendo cáncer de boca y faringe, esófago, estómago, colon y recto y pulmón²⁵.

Aunque gran parte de las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora ponen el énfasis en la cantidad ingerida, nuevas miradas están señalando que la variedad de FV consumidas podría ser tan importante como la cantidad. Ello, unido a que la mayoría de los estudios sobre el efecto del consumo de FV es de carácter observacional, y además de una gran heterogeneidad entre ellos, señala la necesidad de realizar más estudios controlados sobre el efecto del consumo de FV sobre la enfermedad crónica.

Figura 4.1. Diferencia absoluta (2011/12-2001) en la frecuencia de consumo insuficiente de frutas y verduras según la edad en hombres y mujeres



La medición de los factores relacionados con la alimentación y la dieta es de una extraordinaria complejidad. En las encuestas generales de salud como las que analizamos en el presente trabajo, suelen emplearse cuestiones muy sencillas que recogen, generalmente, la frecuencia del consumo de algunos de los principales grupos de alimentos. Excepto en la EES de 2009, en la que se recogió de forma distinta (motivo por el que no se incluyen sus estimaciones), las ENSE incluidas en este análisis obtuvieron información sobre la frecuencia habitual de consumo de FV. En base a ello, se ha definido el consumo insuficiente de FV como aquel consumo inferior al diario. Según esta definición, en 2011/12, el 28,6% de la población adulta declaró un consumo insuficiente de FV. Ese porcentaje fue del 30,5%, 22,4%, y 24,1% en 2001, 2003 y 2006 respectivamente (tabla 13).

El consumo insuficiente de FV fue mayor en hombres que en mujeres. En 2011/12, dicho consumo fue del 33,0% en los hombres y del 24,4% en las mujeres (tablas 14 y

15). La diferencia entre uno y otro sexo aumentó ligeramente desde 2001, cuando esos porcentajes fueron de 34,5% y 26,7% en hombres y mujeres respectivamente.

Un hecho significativo es la variación del consumo de FV con la edad: el consumo insuficiente fue más del doble en el grupo de edad más joven que en el de más avanzada edad. En 2011/12, por ejemplo, los porcentajes de consumo insuficiente fueron 47,1%, 34,2%, 23,3% y 16,3% en los grupos de edad de 16 a 24, 25 a 44, 45 a 64 y 65 y más respectivamente. Ese gradiente se observó tanto en hombres como en mujeres y en cualquiera de los años estudiados. En cuanto a la tendencia entre 2001 y 2011/12, el consumo insuficiente de FV descendió en todos los grupos de edad excepto en el de 16 a 24 años, donde aumentó un 8% en hombres y un 1,4% en mujeres (figura 4.1). El grupo de edad en el que el consumo insuficiente de FV descendió en mayor grado en la década estudiada fue el de las mujeres de 65 y más años (4,4%) y el de los hombres de 45 a 64 (3,7%).

Tabla IV. Porcentaje de personas con consumo insuficiente de frutas y verduras según edad y nivel de estudios, España, 2001-2011/12.

Edad y nivel de estudios	2001	2003	2006	2011/12
16 a 24 años				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	43,8	46,1	47,7	50,1
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	40,9	34,9	42,1	43,5
25 a 44 años				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	36,2	30,1	32,9	38,5
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	33,2	25,8	29,3	31,4
45 a 64 años				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	26,3	15,5	15,4	25,1
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	21,9	13,7	15,4	20,9
65 años y más				
Secundaria, 1 ^{er} ciclo o inferior	20,0	9,9	10,6	16,7
Secundaria, 2 ^o ciclo o superior	12,3	5,3	8,2	15,4

Otro hallazgo digno de mención es la diferencia en la frecuencia del consumo de FV según el nivel de estudios. Para estudiar esto, dada la enorme influencia de la edad en la ingesta de FV y la distinta distribución por edad de la población de cada categoría de nivel de estudios, es preciso estimar el porcentaje de consumo insuficiente de FV ajustado por edad o bien mostrar, como hace la tabla IV, las estimaciones por grupos de edad en diferentes categorías de nivel de estudios. En todos grupos de edad, el porcentaje de personas con un consumo insuficiente de FV fue mayor en los sujetos con un nivel de estudios menor, si bien las diferencias entre uno y otro nivel de estudios fueron mayores en los grupos de edad más jóvenes: en 2011/12, en los sujetos de 16 a 24 años, esos porcentajes fueron del 50,1% en los de estudios secundarios de primer ciclo o inferiores y del 43,5% en los de estudios secundarios de segundo ciclo o superiores, mientras que en los sujetos del grupo de edad de 65 y más años, fueron del 16,7% y 15,4% en los de menor y mayor nivel de estudios respectivamente (tabla IV).

La tabla IV muestra también que la tendencia en el porcentaje de personas con un consumo insuficiente de FV entre 2001 y 2011/12 según el nivel de estudios depende de la edad. En el grupo de edad más joven, el consumo insuficiente de FV, que en 2001 fue de 43,8% y 40,9% en los sujetos de menor y mayor nivel de estudios respectivamente, pasó a ser en 2011/12 de 50,1% y 43,5% respectivamente. Ese incremento se observó también en el grupo de edad de 25 a 44 años, aunque solamente en los individuos con menor nivel de educación (en los que aumentó un 2,3% entre 2001 y 2011/12) pero no en los de mayor nivel de estudios, en quienes se redujo casi un 2%. En los sujetos de 45 a 64 años, tanto en un grupo de nivel de estudios como en el otro, el consumo insuficiente de FV se redujo en la década estudiada; y por fin, en el grupo de edad más avanzada, mientras que el consumo insuficiente se redujo entre 2001 y 2011/12 en los de menor nivel de estudios (en quienes pasó de 20% a 16,7%), aumentó en los de mayor nivel de educación, pasando de 12,3% a 15,4%. Es decir: entre 2001 y

2011/12, las diferencias según el nivel de estudios en la frecuencia del consumo insuficiente de FV aumentaron en los grupos de edad más jóvenes, mientras que se redujeron en los de edad más avanzada.

El consumo insuficiente de FV varió poco en función del tamaño del municipio de residencia. Los menores porcentajes de personas con consumo insuficiente se observaron tanto en los municipios menores de 10.000 habitantes como en los de más de 400.000. En cambio, el consumo de FV sí varió en mayor medida según la comunidad autónoma de residencia. En 2011/12, la diferencia entre las comunida-

des con mayor y menor consumo insuficiente de FV fue del 23%. Este rango se mantuvo relativamente constante desde 2001, año en que fue de 21,3%.

Entre 2001 y 2011/12, el consumo insuficiente de FV aumentó en cuatro comunidades autónomas: Murcia (donde creció un 14,5%), Cataluña (13,7%), Castilla-La Mancha (3,6%) y Andalucía (2,1%). En el resto de comunidades, el consumo insuficiente de FV se redujo en la década estudiada, reducción que fue de mayor magnitud en La Rioja y Navarra, donde el porcentaje descendió en un 18% entre 2001 y 2011/12.

- En 2011/12, el 28,6% de la población adulta española declaró un consumo insuficiente de frutas y verduras (FV). Ese porcentaje fue del 30,5%, 22,4%, y 24,1% en 2001, 2003 y 2006 respectivamente.
- El consumo insuficiente de FV fue mayor en hombres (33,0% en 2011/12) que en mujeres (24,4%) y presenta un gradiente inverso con la edad, siendo casi del doble en los individuos de 16 a 24 años que en los de 65 y más años.
- En el grupo de edad más joven, el consumo insuficiente de FV aumentó entre 2001 a 2011/12 en un 8% y un 1,4% en hombres y mujeres respectivamente. En el resto de los grupos de edad, la tendencia en el consumo insuficiente fue descendente.
- El consumo insuficiente de FV fue mayor en los individuos con menor nivel de estudios. Esta diferencia fue de mayor magnitud en los individuos más jóvenes.

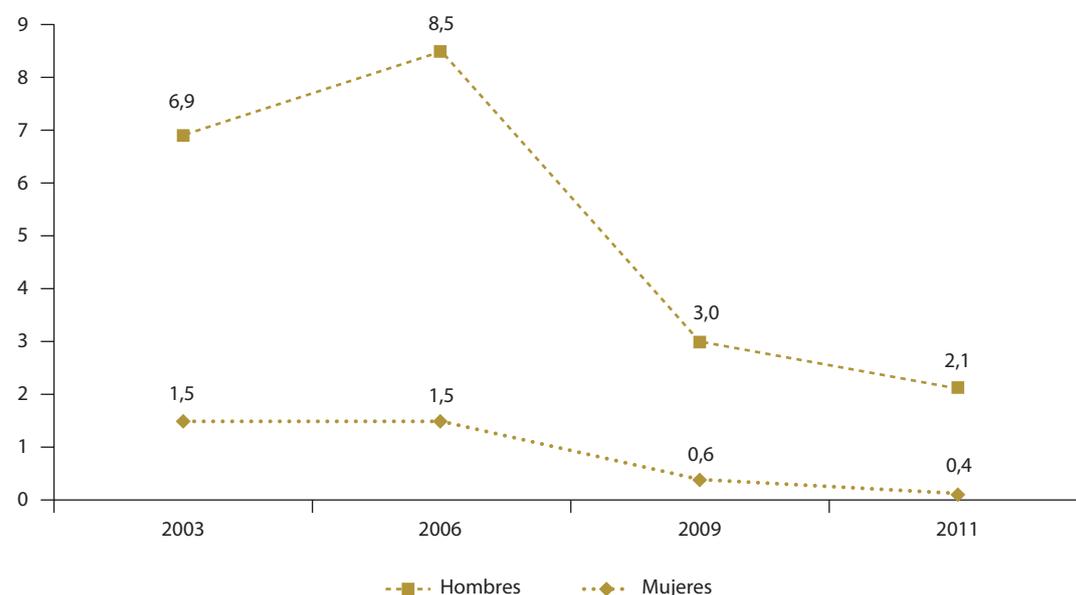
Consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud

Según la Organización Mundial para la Salud, la región europea es una de las zonas del mundo con mayores niveles de consumo de alcohol y de daños relacionados con ese consumo²⁶. En esta región, el 40% de los problemas de salud y muertes prematuras se deben al tabaquismo, al consumo de alcohol y a los accidentes de tráfico.

El consumo de alcohol puede no ser problemático, pero el consumo en una can-

tidad excesiva puede tener consecuencias negativas para la salud. Esas consecuencias pueden ser de tres tipos. En primer lugar, las consecuencias agudas originadas por la ingesta de grandes dosis de alcohol en un periodo corto de tiempo, tales como las lesiones y fallecimientos por accidentes de tráfico. Diversos estudios atribuyen al alcohol entre un 30 y un 50% de los accidentes de tráfico. En segundo lugar, enfermedades crónicas, como enfermedades del hígado –fundamentalmente hepatitis alcohólica y cirrosis hepática–, cardiomiopatía alcohólica y diversas localizaciones de cáncer del tracto respiratorio superior y del aparato digestivo.

Figura 5.1. Porcentaje de hombres y mujeres bebedores de riesgo. España, 2003, 2006, 2009 y 2011/12



Se estima que las defunciones por cáncer atribuibles al alcohol contribuyen al 3% a la mortalidad por cáncer en el mundo desarrollado²⁷. Y, en tercer lugar, el síndrome de dependencia alcohólica, caracterizado por una compulsión a ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con la finalidad de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia. Además, el alcohol daña a las personas del entorno del bebedor, ya sea a través de la violencia en la calle, la violencia doméstica en la familia, o simplemente el uso de los recursos públicos, en particular a través de los costos de la prestación de atención de salud y hacer frente a la delincuencia y el desorden.

Existen diversas formas de aproximarse a la monitorización del consumo excesivo de alcohol en la población. Una de ellas es a través del consumo per cápita de alcohol, ya que está relacionado con el porcentaje de bebedores excesivos de una población, según el modelo descrito por Lederman hace varias décadas²⁸. Por ello, el seguimiento de

la tendencia temporal del consumo per cápita de alcohol absoluto es una herramienta útil para conocer la evolución de bebedores de riesgo en la población. Para el cálculo del consumo per cápita de alcohol absoluto se utiliza el modelo disponibilidad-utilización, que asume que el alcohol disponible en una población es consumido por esa población en un periodo de tiempo concreto, generalmente un año. Lamentablemente, la ausencia de información rutinaria sobre producción, importaciones, exportaciones y proporción de alcohol destinado al uso humano, junto a la imposibilidad de desagregar esas estimaciones por diversas características sociales y demográficas de la población, resta utilidad a este indicador para la monitorización del consumo problemático de alcohol en la población.

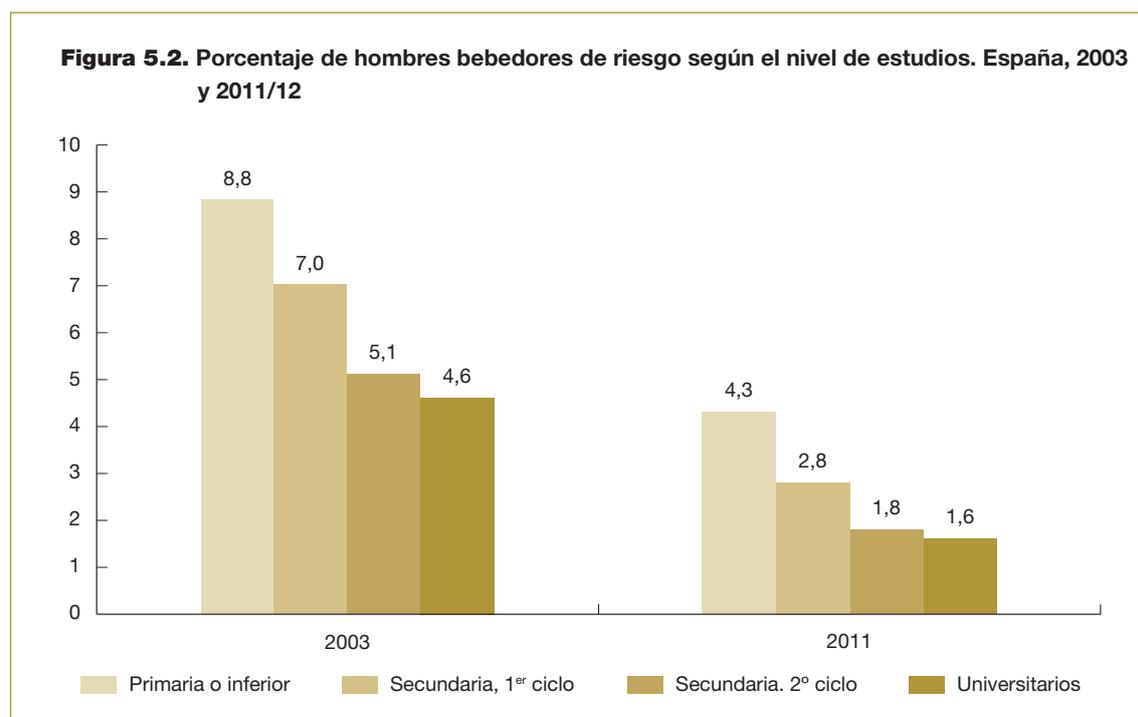
Por esa razón, la mejor forma de aproximarse al patrón de consumo de bebidas alcohólicas en una comunidad es mediante la realización de encuestas por entrevista de base poblacional. De esta forma es posible caracteri-

zar ampliamente el problema, detectando aquellos grupos de población más afectados. En este sentido, las encuestas de salud permiten conocer la evolución de la proporción de personas que consumen una cantidad de alcohol que supone un riesgo para la salud. Para calcular la cantidad de alcohol consumida, el cuestionario de las encuestas utiliza el método de cantidad-frecuencia, de tal forma que para cada tipo de bebida se pregunta a los entrevistados por la frecuencia de su consumo y la cantidad consumida cada vez. No se presentan las estimaciones de la encuesta realizada en 2001 porque se utilizaron unas categorías de frecuencia de consumo distintas al de resto de las encuestas. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud²⁶, en este trabajo se han considerado los siguientes límites de consumo de riesgo alto: consumo medio diario de más de 40 gramos en hombres y de más de 30 gramos en mujeres.

La proporción de bebedores de riesgo para la salud ha disminuido en España. Mientras que en 2003 el 4,1% de la pobla-

ción consumía alcohol en cantidad de riesgo para la salud, ese porcentaje en 2011/12 era 1,2%, si bien entre 2003 y 2006 se observó un pequeño incremento (tabla 17). Este descenso observado en el porcentaje de personas que beben una cantidad de alcohol que supone un riesgo para la salud refleja la disminución del consumo medio de alcohol en la población española. Según la Encuesta Domiciliara sobre Alcohol y Drogas realizada periódicamente por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el porcentaje de personas de 15 a 64 años que consume diariamente bebidas alcohólicas se ha reducido del 15,7% en 2001 al 10,2% en 2011/12²⁹. Por otro lado, esa disminución del porcentaje de bebedores de riesgo también se confirma por indicadores indirectos del consumo de alcohol, como la mortalidad por cirrosis hepática, cuya tasa de mortalidad descendió un 22% en ese mismo intervalo de tiempo.

El descenso en el porcentaje de consumidores de una cantidad de alcohol que supone un riesgo para la salud se observó tanto



en mujeres - de 1,5% en 2003 se pasó a 0,3% en 2011/12 (tabla 18)- como en hombres -de 6,9% en 2003 se pasó a 1,2% en 2011/12 (tabla 18). Esa tendencia descendente en hombres y en mujeres puede observarse en la figura 5.1. En la figura también se observa como entre 2003 y 2006 ese porcentaje permaneció estabilizado en mujeres y aumentó ligeramente en hombres. Otro hecho de gran trascendencia es el importante descenso en términos absolutos que se produjo en el porcentaje de bebedores de riesgo en hombres en 25 a 64 años. Entre 2003 y 2011/12, el porcentaje se redujo en un 6% en términos absolutos. Por ejemplo, en el grupo de 45 a 64 años se redujo de 9,4% en 2003 a 3,0% en 2011/12. Así mismo hay que resaltar que en los hombres se ha producido un desplazamiento hacia edades más avanzadas de los bebedores de riesgo. Mientras que en 2003 el mayor porcentaje de bebedores de riesgo se encontraba entre los 25 y los 64 años, en 2011/12 el mayor porcentaje se observó entre los mayores de 45 años (tabla 19).

En hombres, la proporción de bebedores de riesgo para la salud muestra un gradiente inverso con el nivel de estudios: la magnitud mayor y menor se observa en los hombres con menor y mayor nivel de estudios, respectivamente (figura 5.2). En 2003, el porcentaje de consumidores de una cantidad de alcohol que supone un riesgo para la salud fue 8,8% en aquellos con estudios primarios o inferiores y 4,6% en los univer-

sitarios. En 2011/12 esos porcentajes fueron 4,3% y 1,6%, respectivamente. Puede observarse que la reducción relativa fue mayor en los universitarios que en aquellos con estudios primarios o inferiores: en los primeros la magnitud del porcentaje en 2011/12 fue un tercio de la magnitud del porcentaje de 2003, mientras que en los segundos la magnitud en 2011/12 fue la mitad que en 2003.

Por lo que se refiere al porcentaje de consumidores según el tamaño poblacional del municipio de residencia, los hallazgos en mujeres no muestran un patrón claro. Y en hombres los hallazgos son inconsistentes: unos años se observa el mayor porcentaje en los municipios con menor población y otros años en los municipios más poblados.

En 2003, las comunidades con mayor porcentaje de bebedores de riesgo para la salud eran Murcia, Extremadura y Galicia, donde un 6% o más de la población era consumidora de una cantidad de alcohol que supone un riesgo para la salud. Mientras que Ceuta y Melilla, Canarias, la Rioja y Baleares eran las comunidades con menor porcentaje: menos de un 2%. Como ha sucedido con otras características de análisis, en 2011/12 las diferencias entre unas comunidades y otras fueron muy pequeñas por el bajo porcentaje de bebedores de riesgo para la salud: el mayor porcentaje –alrededor de un 3%- se observó Castilla y León y Asturias, y el menor porcentaje –alrededor de un 0,5% o menos– en Murcia, Cantabria y Cataluña.

- El porcentaje de consumidores de una cantidad de alcohol que supone un riesgo para la salud en la población adulta española pasó de 4,1% en 2003 a 1,2% en 2011/12.
- Esa tendencia descendente entre 2003 y 2011/12 se observó tanto en mujeres (1,5% y 0,3% en esos años respectivamente) como en hombres (6,9% y 2,1%).
- En 2003, el 10% de los hombres de 45 a 64 años eran bebedores de riesgo, mientras que en 2011/12 esa cifra era 3,0%.
- En hombres, la proporción de bebedores de riesgo para la salud muestra un gradiente inverso con el nivel de estudios. En cambio, en mujeres ese patrón de las bebedoras de riesgo para la salud según el nivel de estudios no se observó.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment, Geneva, World Health Organization, 2005.
2. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL: Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington: The World Bank, 2006.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519-28.
5. US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2010.
6. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, Córdoba-García R, Pérez-Trullén A, Jiménez-Ruiz C. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006 *Med Clin (Barc)* 2011; 136:97-102.
7. Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado* 309 de 27 de diciembre de 2005; 42241-50.
8. Office of Tobacco Control. Cigarette Smoking Trends. <http://www.otc.ie/research.asp>.
9. Regidor E, de Mateo S, Ronda E, Sanchez-Payá J, Gutierrez-Fisac JL, de la Fuente L, Pascual C. Heterogeneous trend in smoking prevalence by sex and age group following the implementation of a national smoke-free law. *J Epidemiol Commun Health* 2011/12; 65: 702-8.
10. Federico B, Mackenbach JP, Eikemo TA, Kunst AE. Impact of the 2005 smoke-free policy in Italy on prevalence, cessation and intensity of smoking in the overall population and by educational group. *Addiction* 2012;107:1677
11. Pierce JP. Progress and problems in international public health efforts to reduce tobacco usage. *Ann Rev Public Health* 1991; 12: 383-400.
12. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Soc Sci Med* 1991; 32: 989-1005.
13. Chollat-Traquet C. Evaluating tobacco control activities. Geneva: World Health Organization, 1996.
14. Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. *Soc Sci Med* 1996; 43: 243-54.
15. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS, Ginebra, 2010.
16. Lee I-Min, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT et al. Effect of physical inactivity on mayor non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219-29.
17. Kokkinos P, Myers J. Exercise and physical activity. Clinical outcomes and applications. *Circulation* 2010; 122: 1637-48.
18. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2001. Available from: www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/. (Acceso, 9 de octubre de 2013)
19. Tsigosa C, Hainerb V, Basdevantc A, Mathus-Vliegenf L, Miciog D, Maislosh M et al. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines *Obesity Facts* 2008;1:106-116.
20. Banegas JR, López-Harcía E, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. *E J Clin Nutr* 2003;57:201-208.
21. Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease risk factor, paradox, and impact of weight loss. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:1925-32.
22. Hyson DA. Fruits, vegetables and health: a scientific overview, 2011/12. Produce for Better Health Foundation, 2011. <http://www.pbhfoundation.org> (acceso 10 octubre 2013)
23. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Human Hypertension* 2007; 21: 717-728.

24. Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J* 2011;32:1235-43.
25. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington, DC: AICR, 2007.
26. Regional Committee for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. EUR/RC61/13. Copenhagen: World Health Organization, 2011/12.
27. Doll R, Peto R. *The causes of cancer. Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States Today*. New York, NY: Oxford University Press, 1981.
28. Lederman S. *Alcohol, Alcoholism, Alcoholisation*. Cahier 29, Institut National d'Études Démographiques Paris: Presses Universitaires de France, 1956
29. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. *Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España*. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011/12.pdf>

Listado de tablas

Tabla 1.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que fuman, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 2.- Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores que fuman, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 3.- Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores que fuman, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 4.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que fuman, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 5.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 6.- Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 7.- Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 8.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 9.- Porcentaje de personas de 18 años de edad y mayores con obesidad, según

grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 10.- Porcentaje de mujeres de 18 años de edad y mayores con obesidad, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 11.- Porcentaje de hombres de 18 años de edad y mayores con obesidad, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 12.- Porcentaje de personas de 18 años de edad y mayores con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 13.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 14.- Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 15.- Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 16.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12.

Tabla 17.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la sa-

lud, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2003-2011/12.

Tabla 18.- Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2003-2011/12.

Tabla 19.- Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2003-2011/12.

Tabla 20.- Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2003-2011/12.

Apéndice de tablas

Tabla 1. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que fuman, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Total	34,5	31,0	29,5	29,6	27,1
Grupo de edad (años)					
16 a 24	41,8	37,0	31,9	32,5	27,7
25 a 44	48,2	42,0	38,9	37,9	34,9
45 a 64	29,8	28,5	29,8	30,7	30,2
65 y más	9,3	8,1	8,3	10,0	7,7
Nivel de estudios					
Educación primaria o inferior	21,8	24,6	24,4	25,0	17,1
Secundaria, primer ciclo	45,1	39,3	35,6	37,7	33,7
Secundaria, segundo ciclo	42,2	39,0	34,6	34,7	30,3
Estudios universitarios	34,9	30,4	30,4	26,3	24,1
Tamaño municipio (habitantes)					
Menos de 10.000	30,6	27,9	30,1	29,9	26,1
10.001 a 50.000	36,3	33,2	30,5	31,3	28,8
50.001 a 100.000	34,5	31,8	30,5	31,0	28,7
100.001 a 400.000	36,3	32,1	29,4	29,0	28,7
Más de 400.000	35,0	29,8	27,3	28,0	27,1

Tabla 2. Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores que fuman, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Total	27,3	24,7	23,9	24,6	22,9
Grupo de edad (años)					
16 a 24	42,7	35,3	32,7	29,8	26,1
25 a 44	43,6	38,2	33,9	33,4	31,4
45 a 64	17,5	19,4	22,8	25,0	26,5
65 y más	2,0	1,7	3,1	4,2	2,9
Nivel de estudios					
Primaria o inferior	10,8	14,6	16,2	15,0	8,9
Secundaria, primer ciclo	40,4	34,1	30,7	33,4	29,0
Secundaria, segundo ciclo	39,4	37,8	31,5	31,5	28,9
Universitarios	34,1	28,9	28,5	26,4	23,5
Tamaño municipio (habitantes)					
Menos de 10.000	20,4	21,0	24,9	24,0	22,3
10.001 a 50.000	29,3	25,5	24,9	26,0	25,6
50.001 a 100.000	28,6	26,8	26,8	24,9	24,8
100.001 a 400.000	30,7	26,5	22,1	24,2	23,4
Más de 400.000	29,0	24,7	20,1	23,6	21,6

Tabla 3. Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores que fuman, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Total	42,2	37,6	35,3	35,3	31,6
Grupo de edad (años)					
16 a 24	40,9	38,5	31,1	35,2	29,3
25 a 44	52,8	45,7	43,6	42,2	38,2
45 a 64	42,8	37,9	37,0	36,7	34,1
65 y más	19,2	16,8	15,4	15,2	14,0
Nivel de estudios					
Primaria o inferior	36,4	36,4	34,4	36,1	27,2
Secundaria, primer ciclo	50,0	43,9	40,3	41,7	38,2
Secundaria, segundo ciclo	44,7	40,2	37,5	38,0	31,7
Universitarios	35,5	31,9	32,0	26,2	24,8
Tamaño municipio (habitantes)					
Menos de 10.000	41,4	35,3	35,3	35,6	30,2
10.001 a 50.000	47,7	40,9	36,4	36,5	32,1
50.001 a 100.000	40,8	36,9	34,4	37,2	32,7
100.001 a 400.000	42,5	37,9	36,7	34,1	34,7
Más de 400.000	41,5	35,6	35,1	33,2	32,5

Tabla 4. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que fuman, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Andalucía	34,7	32,7	31,0	30,9	30,5
Aragón	31,7	30,2	28,5	26,7	27,2
Asturias	29,8	28,9	27,8	30,2	26,2
Baleares	35,3	33,0	30,3	30,7	25,8
Canarias	37,1	31,9	32,7	30,7	25,1
Cantabria	35,6	30,3	33,9	30,0	24,7
Castilla-La Mancha	32,5	27,9	29,7	32,8	27,3
Castilla y León	31,3	28,2	24,7	30,6	26,0
Cataluña	34,4	31,6	28,2	27,6	25,4
Comunidad Valenciana	36,2	33,5	34,0	32,9	30,2
Extremadura	33,1	30,6	26,9	31,6	27,8
Galicia	29,6	25,2	25,3	25,5	24,4
Madrid	38,2	31,3	30,0	28,7	24,3
Murcia	38,1	32,3	33,9	31,8	31,2
Navarra	32,8	31,6	28,4	30,2	26,1
País Vasco	34,7	30,5	24,3	30,5	27,3
La Rioja	33,0	29,2	30,1	33,3	26,9
Ceuta y Melilla	36,5	27,6	28,3	23,1	20,9

Tabla 5. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2011/12
Total	46,8	58,4	39,4	44,6
Grupo de edad (años)				
16 a 24	37,6	49,3	36,1	36,0
25 a 44	46,5	58,0	42,2	43,0
45 a 64	48,0	60,1	38,5	44,8
65 y más	53,3	63,3	37,3	51,7
Nivel de estudios				
Educación primaria o inferior	56,3	67,5	45,1	56,1
Secundaria, primer ciclo	47,8	56,9	38,8	46,0
Secundaria, segundo ciclo	37,1	53,3	38,5	39,8
Estudios universitarios	32,2	45,2	30,6	34,7
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	49,6	59,9	37,7	43,7
10.001 a 50.000	46,9	59,3	38,7	44,0
50.001 a 100.000	43,0	55,4	39,7	42,4
100.001 a 400.000	49,0	58,0	43,2	46,0
Más de 400.000	42,3	57,9	42,0	47,8

Tabla 6. Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2011/12
Total	52,2	62,9	42,4	49,9
Grupo de edad (años)				
16 a 24	49,9	61,5	44,5	50,7
25 a 44	50,2	63,0	45,1	49,2
45 a 64	48,0	59,5	36,8	44,7
65 y más	61,9	67,8	43,9	57,6
Nivel de estudios				
Educación primaria o inferior	59,8	68,5	46,2	60,8
Secundaria, primer ciclo	52,2	62,3	41,0	51,5
Secundaria, segundo ciclo	44,6	60,6	43,0	44,6
Estudios universitarios	37,0	52,6	34,5	40,3
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	52,6	63,2	41,8	49,1
10.001 a 50.000	51,8	63,6	43,8	50,4
50.001 a 100.000	49,3	58,6	43,2	48,2
100.001 a 400.000	55,8	63,8	44,5	49,3
Más de 400.000	49,0	63,1	42,8	52,6

Tabla 7. Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

	2001	2003	2006	2011/12
Total	41,2	53,7	36,4	39,0
Grupo de edad (años)				
16 a 24	25,9	37,7	28,2	21,9
25 a 44	42,9	53,2	39,5	37,1
45 a 64	48,0	60,7	40,2	44,9
65 y más	41,7	57,3	28,6	43,9
Nivel de estudios				
Educación primaria o inferior	51,7	66,3	43,8	50,3
Secundaria, primer ciclo	43,1	52,0	36,6	40,9
Secundaria, segundo ciclo	30,8	45,8	34,1	34,8
Estudios universitarios	27,9	37,9	27,0	28,9
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	46,5	56,3	33,7	38,0
10.001 a 50.000	41,7	54,9	33,5	37,5
50.001 a 100.000	36,3	52,1	36,1	36,6
100.001 a 400.000	41,6	52,0	42,0	42,3
Más de 400.000	35,1	51,9	41,0	43,0

Tabla 8. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que declaran inactividad física, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12.

	2001	2003	2006	2011/12
Andalucía	55,4	69,7	46,3	49,6
Aragón	46,2	57,3	33,5	45,7
Asturias	38,2	69,4	34,8	37,4
Baleares	37,3	60,5	42,8	47,3
Canarias	49,0	59,6	40,5	38,5
Cantabria	42,8	52,2	41,1	64,3
Castilla-La Mancha	56,0	60,2	42,6	49,8
Castilla y León	43,0	50,7	34,1	43,9
Cataluña	41,0	48,9	37,2	45,2
Comunidad Valenciana	46,7	64,3	33,4	38,8
Extremadura	50,0	54,1	45,9	42,3
Galicia	54,4	63,2	40,5	50,1
Madrid	41,7	57,0	37,6	40,6
Murcia	55,9	61,1	48,7	54,1
Navarra	33,6	47,5	29,7	32,6
País Vasco	39,8	41,1	34,6	38,9
La Rioja	44,8	54,7	59,3	33,1
Ceuta y Melilla	56,0	63,7	60,1	43,3

Tabla 9. Porcentaje de personas de 18 años de edad y mayores con obesidad, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Total	13,2	13,6	15,3	15,8	17,0
Grupo de edad (años)					
18 a 24	2,9	2,9	5,4	5,2	5,5
25 a 44	8,7	9,4	11,1	12,1	12,4
45 a 64	18,8	18,8	20,1	19,5	21,3
65 y más	22,3	21,0	23,5	23,2	25,3
Nivel de estudios					
Educación primaria o inferior	22,5	20,9	22,0	24,1	26,7
Secundaria, primer ciclo	10,1	11,0	13,7	14,6	19,0
Secundaria, segundo ciclo	6,6	7,6	11,3	10,5	13,3
Estudios universitarios	6,1	5,8	9,5	9,5	9,8
Tamaño municipio (habitantes)					
Menos de 10.000	14,9	15,9	14,4	18,2	15,6
10.001 a 50.000	13,5	15,2	16,7	16,9	17,2
50.001 a 100.000	12,3	12,4	15,9	13,7	18,0
100.001 a 400.000	11,7	12,4	16,0	15,4	16,9
Más de 400.000	12,8	10,8	17,4	13,8	19,5

Tabla 10. Porcentaje de mujeres de 18 años de edad y mayores con obesidad, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Total	14,0	13,9	15,1	14,5	16,0
Grupo de edad (años)					
18 a 24	2,1	2,7	5,3	4,4	5,5
25 a 44	7,0	7,8	10,0	9,3	10,8
45 a 64	21,4	20,0	18,9	17,1	18,8
65 y más	26,9	22,4	25,9	25,2	26,8
Nivel de estudios					
Educación primaria o inferior	26,1	22,5	23,7	24,9	29,4
Secundaria, primer ciclo	9,6	9,7	12,8	12,6	17,5
Secundaria, segundo ciclo	4,3	6,0	9,1	8,3	11,1
Estudios universitarios	3,9	4,2	7,1	6,0	7,3
Tamaño municipio (habitantes)					
Menos de 10.000	16,3	16,5	13,9	17,4	15,3
10.001 a 50.000	13,6	16,2	16,7	15,1	15,3
50.001 a 100.000	13,4	12,5	15,2	11,7	17,1
100.001 a 400.000	12,9	11,7	15,5	14,1	14,8
Más de 400.000	13,5	11,0	17,2	13,3	19,3

Tabla 11. Porcentaje de hombres de 18 años de edad y mayores con obesidad, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Total	12,3	13,3	15,5	17,1	18,0
Grupo de edad (años)					
18 a 24	3,7	3,1	5,4	5,9	5,5
25 a 44	10,4	10,9	12,1	14,7	13,9
45 a 64	16,2	17,6	21,3	21,8	23,8
65 y más	17,4	19,2	21,0	20,7	23,6
Nivel de estudios					
Educación primaria o inferior	18,4	19,0	20,1	23,4	23,7
Secundaria, primer ciclo	10,6	12,1	14,6	16,5	20,3
Secundaria, segundo ciclo	8,4	9,2	13,2	12,8	15,6
Estudios universitarios	8,1	7,4	11,5	13,0	12,5
Tamaño municipio (habitantes)					
Menos de 10.000	13,6	15,2	14,8	19,0	15,8
10.001 a 50.000	13,4	14,2	16,7	18,6	18,9
50.001 a 100.000	11,2	12,3	16,6	15,6	18,9
100.001 a 400.000	10,5	13,0	16,4	16,7	19,1
Más de 400.000	12,2	10,6	17,6	14,3	19,6

Tabla 12. Porcentaje de personas de 18 años de edad y mayores con obesidad, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2009	2011/12
Andalucía	18,0	17,6	17,9	19,5	21,2
Aragón	12,0	12,4	15,4	15,5	15,7
Asturias	14,1	13,3	14,1	21,6	18,7
Baleares	12,6	12,6	12,1	14,1	15,1
Canarias	14,9	14,6	16,0	15,2	18,2
Cantabria	14,1	12,0	14,0	12,1	11,1
Castilla-La Mancha	15,2	17,1	17,2	18,3	20,6
Castilla y León	10,7	12,0	13,7	12,5	13,8
Cataluña	10,5	11,5	14,5	13,8	14,3
Comunidad Valenciana	13,6	14,6	15,7	15,2	17,3
Extremadura	15,4	19,0	17,4	21,2	21,6
Galicia	11,0	14,4	16,9	16,6	19,2
Madrid	11,5	9,7	12,0	13,5	14,2
Murcia	14,5	15,7	19,3	22,1	20,2
Navarra	7,8	13,7	14,7	11,0	11,2
País Vasco	8,0	10,4	15,6	13,8	15,3
La Rioja	7,2	10,5	11,0	14,5	14,9
Ceuta y Melilla	14,3	12,8	17,4	17,4	19,2

Tabla 13. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2011/12
Total	30,5	22,4	24,1	28,6
Grupo de edad (años)				
16 a 24	42,4	40,3	44,5	47,1
25 a 44	34,9	27,7	30,7	34,2
45 a 64	25,3	15,0	15,4	23,3
65 y más	19,4	9,5	10,2	16,3
Nivel de estudios				
Educación primaria o inferior	26,2	18,0	19,0	24,4
Secundaria, primer ciclo	34,0	30,1	31,5	32,2
Secundaria, segundo ciclo	34,7	25,9	29,3	29,5
Estudios universitarios	28,2	22,3	24,4	27,3
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	27,9	18,6	24,6	27,8
10.001 a 50.000	31,5	23,4	26,3	29,9
50.001 a 100.000	30,5	25,6	25,4	29,2
100.001 a 400.000	36,7	24,9	25,7	28,2
Más de 400.000	24,6	20,8	22,8	23,4

Tabla 14. Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12

	2001	2003	2006	2011/12
Total	26,7	18,2	19,3	24,4
Grupo de edad (años)				
16 a 24	42,6	37,0	43,7	44,0
25 a 44	29,8	22,7	23,8	29,3
45 a 64	20,0	10,4	11,2	19,5
65 y más	18,6	8,7	8,5	14,3
Nivel de estudios				
Educación primaria o inferior	22,6	13,9	14,3	20,4
Secundaria, primer ciclo	30,3	25,5	27,3	27,0
Secundaria, segundo ciclo	31,2	22,4	24,9	26,1
Estudios universitarios	25,4	18,6	19,8	24,0
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	23,8	14,8	20,5	23,3
10.001 a 50.000	27,3	19,0	21,8	24,5
50.001 a 100.000	28,9	21,9	21,5	25,0
100.001 a 400.000	33,2	19,6	20,7	24,3
Más de 400.000	20,1	17,7	17,1	18,4

Tabla 15. Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2001-2011/12.

	2001	2003	2006	2011/12
Total	34,5	26,8	29,1	33,0
Grupo de edad (años)				
16 a 24	42,3	43,4	45,2	50,2
25 a 44	39,9	32,6	37,3	38,9
45 a 64	30,9	19,6	19,7	27,2
65 y más	20,5	10,4	12,4	19,1
Nivel de estudios				
Educación primaria o inferior	31,0	22,8	24,8	29,5
Secundaria, primer ciclo	37,8	34,2	35,6	37,1
Secundaria, segundo ciclo	37,7	29,5	33,4	32,9
Estudios universitarios	30,7	25,8	28,5	30,8
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	32,2	22,7	28,6	32,6
10.001 a 50.000	36,0	27,8	31,0	35,3
50.001 a 100.000	32,1	29,4	29,6	33,5
100.001 a 400.000	40,4	30,4	30,6	32,6
Más de 400.000	29,4	24,2	29,0	28,3

Tabla 16. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores con un consumo insuficiente de frutas y verduras, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2001-2011/12.

	2001	2003	2006	2011/12
Andalucía	33,0	24,4	26,8	35,0
Aragón	24,1	15,9	15,6	22,0
Asturias	37,1	26,4	26,2	24,6
Baleares	31,3	28,4	22,9	23,6
Canarias	43,0	39,1	33,2	37,3
Cantabria	37,5	33,6	34,0	23,6
Castilla-La Mancha	21,8	20,1	18,3	25,2
Castilla y León	23,4	15,9	15,3	16,6
Cataluña	26,5	18,5	26,7	39,1
Comunidad Valenciana	25,4	18,9	19,1	16,6
Extremadura	39,0	19,4	25,7	37,2
Galicia	41,2	25,4	30,1	28,5
Madrid	28,0	23,1	21,0	23,7
Murcia	25,6	22,0	27,9	39,6
Navarra	40,7	17,9	19,3	22,8
País Vasco	33,4	23,6	26,8	21,5
La Rioja	40,0	19,4	20,7	21,4
Ceuta y Melilla	33,3	38,2	29,4	32,0

Tabla 17. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2003-2011/12.

	2003	2006	2009	2011/12
Total	4,1	4,9	1,8	1,2
Grupo de edad (años)				
16 a 24	1,4	2,2	1,0	0,9
25 a 44	4,7	4,6	1,3	0,8
45 a 64	5,6	7,0	2,8	1,7
65 y más	3,0	4,4	1,6	1,2
Nivel de estudios				
Primaria o inferior	4,7	5,3	1,7	2,0
Secundaria, primer ciclo	4,5	5,5	1,5	1,8
Secundaria, segundo ciclo	3,5	4,4	1,9	1,1
Universitarios	3,3	4,5	1,9	1,0
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	4,8	4,4	2,8	1,3
10.001 a 50.000	4,6	4,4	1,7	1,6
50.001 a 100.000	4,1	4,6	1,4	1,4
100.001 a 400.000	4,3	5,5	1,4	1,7
Más de 400.000	2,5	5,9	1,4	2,0

Tabla 18. Porcentaje de mujeres de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2003-2011/12.

	2003	2006	2009	2011/12
Total	1,5	1,5	0,6	0,3
Grupo de edad (años)				
16 a 24	0,5	1,2	1,4	0,7
25 a 44	2,1	1,8	0,6	0,2
45 a 64	1,9	1,9	0,4	0,3
65 y más	0,8	0,9	0,4	0,2
Nivel de estudios				
Primaria o inferior	1,1	1,3	0,2	0,1
Secundaria, primer ciclo	1,8	1,6	0,6	0,7
Secundaria, segundo ciclo	1,9	1,8	0,8	0,3
Universitarios	1,9	1,9	1,0	0,5
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	1,2	1,5	0,8	0,3
10.001 a 50.000	1,9	1,6	0,4	0,9
50.001 a 100.000	1,2	1,4	0,6	0,4
100.001 a 400.000	1,9	1,5	0,4	0,2
Más de 400.000	1,2	1,3	0,7	0,3

Tabla 19. Porcentaje de hombres de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según grupo de edad, nivel de estudios y tamaño poblacional del municipio de residencia. España, 2003-2011/12.

	2003	2006	2009	2011/12
Total	6,9	8,5	3,0	2,1
Grupo de edad (años)				
16 a 24	2,3	3,2	0,6	1,2
25 a 44	7,2	7,3	2,0	1,3
45 a 64	9,4	12,2	5,3	3,0
65 y más	6,0	9,0	3,2	2,6
Nivel de estudios				
Primaria o inferior	8,8	10,2	3,4	4,3
Secundaria, primer ciclo	7,0	9,2	2,4	2,8
Secundaria, segundo ciclo	5,1	6,8	3,1	1,8
Universitarios	4,6	6,8	2,9	1,6
Tamaño municipio (habitantes)				
Menos de 10.000	8,5	7,2	4,8	2,4
10.001 a 50.000	7,4	7,4	3,0	2,4
50.001 a 100.000	7,0	8,0	2,3	2,3
100.001 a 400.000	6,7	9,5	2,5	3,3
Más de 400.000	3,9	11,0	2,2	3,7

Tabla 20. Porcentaje de personas de 16 años de edad y mayores que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud, según la comunidad autónoma de residencia. España, 2003-2011/12.

	2003	2006	2009	2011/12
Andalucía	5,8	5,1	1,9	1,2
Aragón	3,1	2,6	1,1	2,6
Asturias	3,4	6,4	2,1	3,5
Baleares	3,7	3,6	0,9	1,1
Canarias	1,0	2,2	0,6	2,0
Cantabria	3,2	3,5	4,6	0,4
Castilla-La Mancha	5,1	8,9	2,5	2,1
Castilla y León	4,0	3,8	2,9	3,3
Cataluña	3,3	4,4	1,2	0,8
Comunidad Valenciana	1,9	5,2	1,4	1,9
Extremadura	6,5	4,1	2,4	1,0
Galicia	6,4	7,4	1,7	0,5
Madrid	2,5	5,0	1,4	1,3
Murcia	11,9	4,2	1,9	0,1
Navarra	3,8	6,1	2,0	1,6
País Vasco	5,6	5,0	3,8	2,6
La Rioja	1,4	3,1	0,7	1,9
Ceuta y Melilla	0,2	5,1	0,0	0,7

Las enfermedades crónicas, grupo heterogéneo de enfermedades que incluye, entre otras, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas o la diabetes, causan en España la mayor parte de las defunciones. La adopción de conductas de riesgo saludables, como la reducción o eliminación del tabaquismo, el consumo moderado de alcohol, la actividad física o una dieta adecuada pueden reducir la morbilidad y mortalidad por esas enfermedades. En España es posible monitorizar esas conductas de riesgo en la población a partir de la información que proporcionan las encuestas nacionales de salud por entrevista. Este informe presenta la evolución de la prevalencia de varios de los principales factores de riesgo de enfermedad crónica en la población adulta española a lo largo de la primera década de la presente centuria.

