



Sobrepeso y obesidad en población infantil y adolescente: análisis evolutivo y de desigualdades sociales a partir de la *Encuesta Andaluza de Salud*

Overweight and obesity in children and adolescents: an evolutionary analysis and social inequalities based on the *Andalusian Health Survey*

AUTORES

- (1,2) Ainhoa Rodríguez-García-de-Cortázar [ORCID: 0000-0003-3037-8883]
(1) Berta Ruiz Benítez [ORCID: 0009-0009-9559-3833]
(3,4,5) Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido [ORCID: 0000-0002-3600-7007]
(5,6,7) Andrés Cabrera-León [ORCID: 0000-0002-4812-1026]

FILIACIONES

- (1) Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. GRANADA. ESPAÑA.
(2) Departamento de Sociología. Universidad de Granada. GRANADA. ESPAÑA.
(3) Escuela Andaluza de Salud Pública. GRANADA. ESPAÑA.
(4) CIBERESP. Centro de investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública. MADRID. ESPAÑA.
(5) Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. GRANADA. ESPAÑA.
(6) Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. MADRID. ESPAÑA.
(7) Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada. GRANADA. ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

No se recibió.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN: A Rodríguez-García-de-Cortázar, B Ruiz Benítez, A Cabrera-León, C Sánchez-Cantalejo Garrido.

METODOLOGÍA: A Cabrera-León, C Sánchez-Cantalejo Garrido.

INVESTIGACIÓN: A Rodríguez-García-de-Cortázar, A Cabrera-León, C Sánchez-Cantalejo Garrido.

PREPARACIÓN DE GRÁFICOS: C Sánchez-Cantalejo Garrido.

ESCRITURA DE PRIMERA VERSIÓN: A Rodríguez-García-de-Cortázar, B Ruiz Benítez, C Sánchez-Cantalejo Garrido.

REVISIÓN Y EDICIÓN: A Rodríguez-García-de-Cortázar, B Ruiz Benítez, A Cabrera-León, C Sánchez-Cantalejo Garrido.

CORRESPONDENCIA

Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido carmen.sanchezcantalejo.easp@juntadeandalucia.es
Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuesta del Observatorio, 4. Campus Universitario de Cartuja. CP 18011. Granada. España.

CITA SUGERIDA

Rodríguez-García-de-Cortázar A, Ruiz Benítez B, Cabrera-León A, Sánchez-Cantalejo Garrido C. Sobrepeso y obesidad en población infantil y adolescente: análisis evolutivo y de desigualdades sociales a partir de la *Encuesta Andaluza de Salud*. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 30 de septiembre e202609065.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La obesidad infantil y adolescente constituye un problema relevante de Salud Pública por su elevada prevalencia, por sus posibles consecuencias presentes y futuras, y por su asociación con desigualdades sociales. El objetivo de este trabajo fue conocer la evolución temporal del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente en Andalucía y analizar su distribución según los principales ejes de desigualdad (sexo, grupos de edad y posición socioeconómica familiar) a partir de la *Encuesta Andaluza de Salud*.

MÉTODOS // Se analizaron las bases de datos de la *Encuesta Andaluza de Salud* en sus últimas cuatro ediciones sobre menores de dieciséis años (2007, 2011/2012, 2015/2016 y 2022/2023). Cada edición contó con aproximadamente 2.100 participantes. Se realizó un análisis evolutivo de las estimaciones calibradas de las proporciones y sus intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS // En 2023, el 34,3% de la población infantil andaluza presentaba sobrepeso u obesidad, descendiendo desde 2012. Los niños mostraron prevalencias más altas que las niñas durante todo el periodo analizado. Los menores de doce a quince años y aquellos de familias con estudios universitarios registraron los porcentajes más bajos. La obesidad infantil alcanzó el 14,2% en 2023, manteniendo una tendencia también descendente desde 2012. Se repitieron desigualdades por sexo y nivel socioeconómico con porcentajes más altos en niños y en hogares con menos ingresos.

CONCLUSIONES // Aunque la obesidad infantil en Andalucía ha disminuido desde 2012, este descenso se observa con mayor claridad en los grupos socialmente más favorecidos. Se mantienen desigualdades sociales y de género, observándose una relación inversa estable entre obesidad y posición socioeconómica familiar.

PALABRAS CLAVE // Infancia; Adolescencia; Obesidad; Sobrepeso; Desigualdades sociales; Encuestas de Salud; Análisis evolutivo; Factores Socioeconómicos; Disparidades en el estado de salud; Clase social; Perspectiva de género; Grupos de edad.

ABSTRACT

BACKGROUND // Childhood and adolescent obesity are a significant Public Health problem due to its high prevalence, its potential present and future consequences, and its association with social inequalities. The objective of this study was to understand the temporal evolution of overweight and obesity in the child and adolescent population of Andalusia and to analyze its distribution according to the main axes of inequality (sex, age group, and family socioeconomic status), based on data from the *Andalusian Health Survey*.

METHODS // The databases of the *Andalusian Health Survey* were analysed for the four most recent waves covering individuals under sixteen years of age (2007, 2011/12, 2015/16 and 2022/23). Each wave included approximately 2,100 participants. An evolutionary analysis was conducted of the calibrated estimates of proportions and their corresponding 95% confidence intervals.

RESULTS // In 2023, 34.3% of the Andalusian child population was affected by overweight or obesity, showing a decline since 2012. Boys exhibited higher prevalence rates than girls throughout the entire study period. Children aged twelve-fifteen years and those from families with university-level education recorded the lowest percentages. Childhood obesity reached 14.2% in 2023, maintaining also a downward trend since 2012. Sex-related and socioeconomic inequalities were observed, with higher prevalence among boys, and in less advantaged households.

CONCLUSIONS // Since 2012, there has been a general decline in childhood obesity in Andalusia, which appears more clearly among the most socially advantaged groups. However, the inverse relationship between obesity and family socioeconomic position remains consistent over time, and sex-related inequalities persist.

KEYWORDS // Child; Adolescent; Pediatric obesity; Overweight; Social inequalities; Health surveys; Evolutionary analysis; Socioeconomic factors; Health inequities; Social class; Gender inequity; Age factors.

INTRODUCCIÓN

La obesidad en la población infantil y adolescente constituye un fenómeno ampliamente estudiado debido a su impacto multidimensional sobre la salud física y mental, así como sobre el desarrollo psicosocial, el rendimiento académico y la calidad de vida. Más allá de sus consecuencias inmediatas en estas etapas, la evidencia procedente de estudios longitudinales muestra que la obesidad en edades tempranas se asocia con una mayor persistencia en la edad adulta y con un incremento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2 y otros trastornos metabólicos, lo que refuerza la idea de que es uno de los principales desafíos de Salud Pública a nivel global (1-5).

En las últimas décadas, los estudios longitudinales han puesto de manifiesto una elevada prevalencia de la obesidad en la infancia y la adolescencia en Europa, con una clara evidencia de desigualdades territoriales y sociales, estrechamente vinculadas a la posición socioeconómica de las familias y a la clase social de origen. Los datos más recientes de la *Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil* (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative* o COSI, por sus siglas en inglés), referidos al periodo 2022-2024, indican que uno de cada cuatro niños y niñas de entre seis y nueve años presenta sobrepeso y obesidad, y que alrededor de uno de cada diez obesidad. En este escenario, la compara-

ción entre periodos muestra una evolución heterogénea del sobrepeso infantil en Europa. Los países del sur de Europa se sitúan de forma recurrente entre aquellos con mayores prevalencias, pese a que en los últimos años se haya observado una cierta estabilización o incluso descensos puntuales de la obesidad. En España este descenso es de unos cinco puntos porcentuales, al igual que en países europeos como Grecia o Italia (2).

En el contexto español, los resultados de la encuesta *Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados* (*Health Behaviour in School-aged Children* o HBSC, por sus siglas en inglés) de 2022 estiman que una cuarta parte de la población adolescente, entre once y dieciocho años, presenta obesidad y sobrepeso, con una distribución desigual según sexo, edad y posición económica. Estos datos confirman la magnitud del problema en población infantil y adolescente, y resultan coherentes con otros sistemas de vigilancia nacionales. Además, el análisis comparativo de las distintas ediciones de este estudio muestra que, pese a cierta estabilización, la obesidad en la adolescencia se mantiene en niveles elevados y que se incrementa en contextos con mayor vulnerabilidad social (5). El *Estudio PASOS*, referido a población entre ocho y dieciséis años en el periodo 2000-2022 encuentra, por un lado, una mayor prevalencia de obesidad en niños que en niñas y, por otro, que dicha prevalencia se ha duplicado en chicas mientras que en chicos se ha

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

mantenido prácticamente estable (3). Estas diferencias podrían estar relacionadas con roles y normas de género, como las presiones estéticas vinculadas a la delgadez en las chicas (preferencia por raciones pequeñas y alimentos poco calóricos) y a la musculación en los chicos (preferencia por carne y alimentos calóricos asociados al rendimiento físico). En un sentido opuesto, el mayor sedentarismo en las chicas podría contribuir (junto con otros factores, como el menor número de horas de sueño) al incremento de su prevalencia de obesidad (3,6).

La evidencia disponible coincide en señalar que estas desigualdades no pueden interpretarse al margen del contexto social. La obesidad infantil no constituye un fenómeno exclusivamente individual, sino que responde a la interacción de múltiples determinantes estructurales que configuran entornos obesogénicos desde edades tempranas. Entre ellos destacan la posición socioeconómica familiar, el nivel educativo de madres y padres, las desigualdades territoriales, las normas culturales y las condiciones del entorno físico y alimentario, factores que influyen de manera decisiva en los patrones de alimentación, la actividad física y el sedentarismo. En este sentido, como venimos advirtiendo, diversos estudios han documentado mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad en los grupos donde hay mayor carencia económica y vulnerabilidad social (1,2,4,7,8).

Junto a estos determinantes estructurales, los cambios en los estilos de vida de chicos y chicas han reforzado algunos factores de riesgo asociados al incremento de la obesidad, como el aumento de comportamientos sedentarios, especialmente el uso de panta-

llas, y la menor adherencia a patrones dietéticos saludables, como la dieta mediterránea, unido a una mayor exposición a entornos alimentarios caracterizados por la elevada disponibilidad y promoción de alimentos ultraprocesados (3,4,9). Asimismo, la pandemia por la COVID-19 ha introducido una alteración relevante en las trayectorias recientes, intensificando desigualdades preexistentes y afectando de forma más acusada a los grupos socialmente desfavorecidos, lo que debe ser tenido en cuenta en la interpretación de los análisis evolutivos (1,2,10).

Andalucía es la tercera comunidad autónoma en porcentaje de personas de entre dos a diecisiete años con obesidad en 2023 (11). La principal fuente de información poblacional sobre el estado de salud y sus determinantes es la *Encuesta Andaluza de Salud* (EAS), una operación estadística oficial incluida en el *Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2023-2029* (12), que cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación Biomédica en Andalucía (código 01/22) y con su correspondiente evaluación del impacto en protección de datos mediante la herramienta de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), con resultado de riesgo aceptable que garantiza el correcto tratamiento de la información recogida (13,14). Desde su primera edición en 1999, la EAS ha incorporado de manera sistemática información sobre condiciones de salud, determinantes sociales y estilos de vida, incluyendo a la población infantil y adolescente en su diseño muestral. Esta característica la convierte en una herramienta especialmente adecuada para examinar la evolución de la obesidad desde una perspectiva de Salud Pública. En su análisis incorpora el análisis interseccional de

la variable sexo con otros cinco ejes de desigualdad: edad; nivel de estudios de progenitores; clase social del hogar; dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio, algo que no suelen incorporar los resultados publicados de otras encuestas de salud poblacionales (15,16).

En línea con el enfoque del monográfico de la Revista Española de Salud Pública (17) y teniendo en cuenta que la generación de evidencia en este ámbito resulta fundamental para orientar el diseño y la evaluación de estrategias preventivas adaptadas al contexto autonómico, el presente artículo tuvo como objetivo analizar la evolución temporal del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente en Andalucía a partir de las distintas ediciones de la *Encuesta Andaluza de Salud* con un enfoque interseccional, prestando especial atención a la relación de los factores sociales y contextuales y a la existencia de desigualdades a lo largo del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Para este trabajo se realizó un análisis descriptivo observacional de series repetidas de corte transversal con los datos de la muestra de menores de dieciséis años de la *Encuesta Andaluza de Salud* (18), analizando la evolución del sobrepeso y la obesidad en sus últimas cuatro ediciones y las diferencias de prevalencias entre ejes de desigualdad en salud.

Ámbito. El ámbito geográfico y poblacional de la EAS fue la Comunidad Autónoma de Andalucía desde el año 2007 hasta el año 2023.

Fuentes primarias. El diseño muestral de la EAS de personas menores de die-

ciséis años fue semiprobabilístico hasta la V EAS (2015/2016) y probabilístico en la VI EAS (2022/2023), polietápico con cuatro etapas hasta la V EAS (municipios, secciones, viviendas y personas) y tres en la VI EAS (eliminando los municipios), estratificado (provincia, tamaño de municipio y oleadas) y por conglomerados. La unidad de análisis es cada individuo incluido en la muestra seleccionada de personas menores de dieciséis años registradas en la Base de Datos Longitudinal de Población de Andalucía (BDLPA) (19).

Tamaño de muestra. La EAS ha venido teniendo un tamaño total de muestra efectiva de alrededor de 2.100 personas. Esos tamaños de muestra efectiva garantizan una precisión para estimaciones globales de $\pm 3,4$ puntos porcentuales, bajo los supuestos de un nivel de confianza del 95%, máxima variabilidad en la respuesta ($p=q$), y un efecto del diseño de 2,5. En relación con la VI EAS, se contó con una muestra teórica de 22.770 viviendas al disponer de un marco poblacional (BDLPA) (18).

En 6.092 de esas viviendas (26,8%) hubo un total de 9.323 menores de dieciséis años según la BDLPA (26,43%), proporción muy similar a la que se da en la población (26,5%). Dentro de cada vivienda, se eligió a una persona menor de dieciséis años mediante cuotas aleatorias de sexo y grupos de edad (cero-cuatro, cinco-nueve, diez-quince). El número de menores participantes en esta investigación fue de 6.588.

Trabajo de campo. La entrevista se realizó presencialmente en el domicilio con los cuestionarios en papel hasta la V EAS (2015/2016), mientras que se introdujo el sistema CAPI en la VI EAS (2022/2023).

Las entrevistas de la muestra de menores de dieciséis años fueron realizadas por sus padres, madres, tutores o tutoras en las variables que nos ocupa en este artículo. La tasa de respuesta global (calculada con respecto a las entrevistas negativas) en la EAS fue superior al 60%, alcanzando la mayor tasa en la VI EAS con un 73,8%. El análisis se realizó exclusivamente sobre microdatos anonimizados procedentes de una encuesta oficial de salud, sin posibilidad de identificación individual.

Variables. Este artículo analizó el porcentaje de obesidad de la muestra de menores de dieciséis años de la EAS, tal y como se define la obesidad por la OMS en la actualidad (20). Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), definido como la división del peso en kg entre la talla en metros al cuadrado. Ambas variables son declaradas por las personas adultas tutoras (generalmente madres o padres) y se recodificó teniendo en cuenta las tablas de puntos de corte de cero a dos años (solo contempló los datos de niños y niñas con dos años cumplidos por no tener datos por meses en bebés), de dos a cinco y de cinco a diecinueve años por sexo. Se categorizó el IMC en función de las siguientes categorías: Obesidad, mayor de 2 DE (desviación estándar); Sobrepeso, mayor de 1 DE; Delgadez, menor de 2 DE; Delgadez severa, menor de 3DE, y se recodificó la variable según las categorías de sobrepeso y obesidad para obtener los resultados de este trabajo.

Como variables independientes o de segmentación se seleccionaron el sexo, la edad (dos, tres-siete, ocho-once, doce-quince años), el nivel de estudios de las personas tutoras (hasta Primarios, Secundarios y Universitarios), la clase social del hogar (calculada a partir de la

ocupación según criterios de la Sociedad Española de Epidemiología (21)), la dificultad para llegar a fin de mes (escala de seis categorías que va desde mucha dificultad a mucha facilidad) y el tamaño de municipio (menos de 2.000 habitantes, 2.000-10.000, 10.000-50.000, más de 50.000 y capitales).

Análisis estadísticos. Para inferir los resultados de la muestra de niñas y niños de la EAS se estandarizó la ponderación muestral, es decir, se consideraron los mismos criterios para su cálculo en cada una de las ediciones de la EAS. Estos se basaron en un diseño muestral estratificado con afijación proporcional a partir del cruce de las variables nivel de hábitat y provincia.

Las estimaciones de proporciones poblacionales se calcularon mediante el estimador de Horvitz-Thompson con los pesos muestrales unificados. Se ajustaron las estimaciones utilizando el método de calibración *raking*, mediante la función *calib* del paquete *Sampling* del software *R*. Como información auxiliar se utilizan los marginales de población en Andalucía por sexo y grupos de edad (cero-cuatro, cinco-nueve, diez-quince), sexo y provincia, y sexo y nivel de hábitat, a partir del padrón municipal de habitantes del año correspondiente a cada edición de la EAS. Con respecto a la VI EAS, previamente a la calibración, se realizó un ajuste de pesos muestrales mediante la aplicación de *Propensity Score Adjustment* con *XGBoost* y optimización de hiperparámetros (22).

Se representaron los resultados de las estimaciones de proporciones (totales y según las variables de segmentación), así como de sus intervalos de confianza al 95% en gráficos de barras y de evolución en función del estimador.

RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados de prevalencias de las categorías del sobrepeso y la obesidad de manera conjunta y los resultados de la categoría obesidad del IMC. Todos los resultados se obtuvieron segmentados por sexo de manera interseccional con las demás variables.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad.

En 2023, el 34,3% de la población andaluza menor de dieciséis años presentó exceso de peso (sobrepeso u obesidad) a partir del índice de masa corporal declarado por las personas adultas tutoras, siendo la menor prevalencia observada desde 2012 (46,4%). Este descenso se observó también al segmentar los datos por sexo, siendo los niños los que mostraron un mayor porcentaje de este indicador en toda la serie (en 2023, 39,4% en niños frente a 28,5% en niñas). Estas diferencias entre niños y niñas fueron estadísticamente significativas para todo el periodo de estudio [Figura 1].

Con relación al resto de variables de segmentación, no se encontraron diferencias estadísticas significativas por tamaño de municipio ni por clase social o dificultad para llegar a fin de mes, aunque sí se vieron diferencias en los porcentajes de niños y niñas con exceso de peso por los distintos grupos de edad, siendo los del grupo de edad entre doce y quince años los que mostraron valores más bajos (en 2023, un 26,6% de niños y niñas frente al 38,6% y 42,4% de los grupos entre ocho y once y entre tres y siete años, respectivamente). Las diferencias entre niños y niñas fueron mayores en el grupo de edad entre doce y quince años [Figura 2].

Analizando los porcentajes de exceso de peso por nivel de estudios, se observó la tendencia decreciente en todos los niveles. Además, en 2023, un 26,7% de niños y niñas con padres y madres con Estudios Universitarios presentaron sobrepeso u obesidad; este fue el valor más bajo del resto de grupos (36,7% en el nivel de Estudios

Figura 1
 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas entre dos y quince años por sexo y edición de la Encuesta Andaluza de Salud.

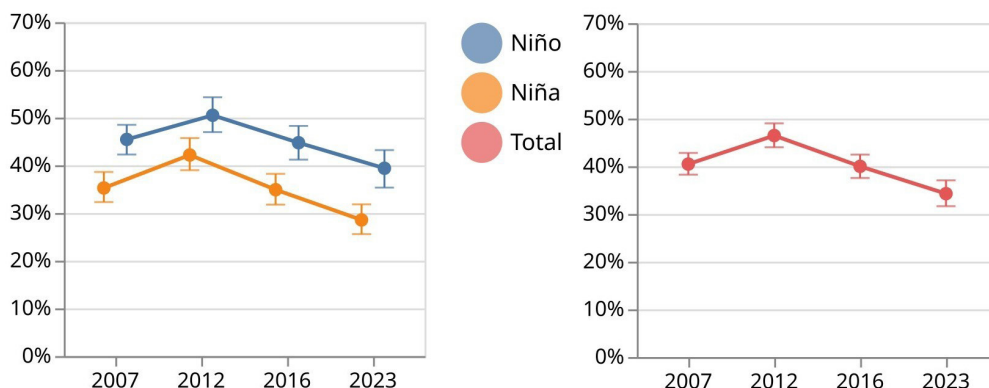
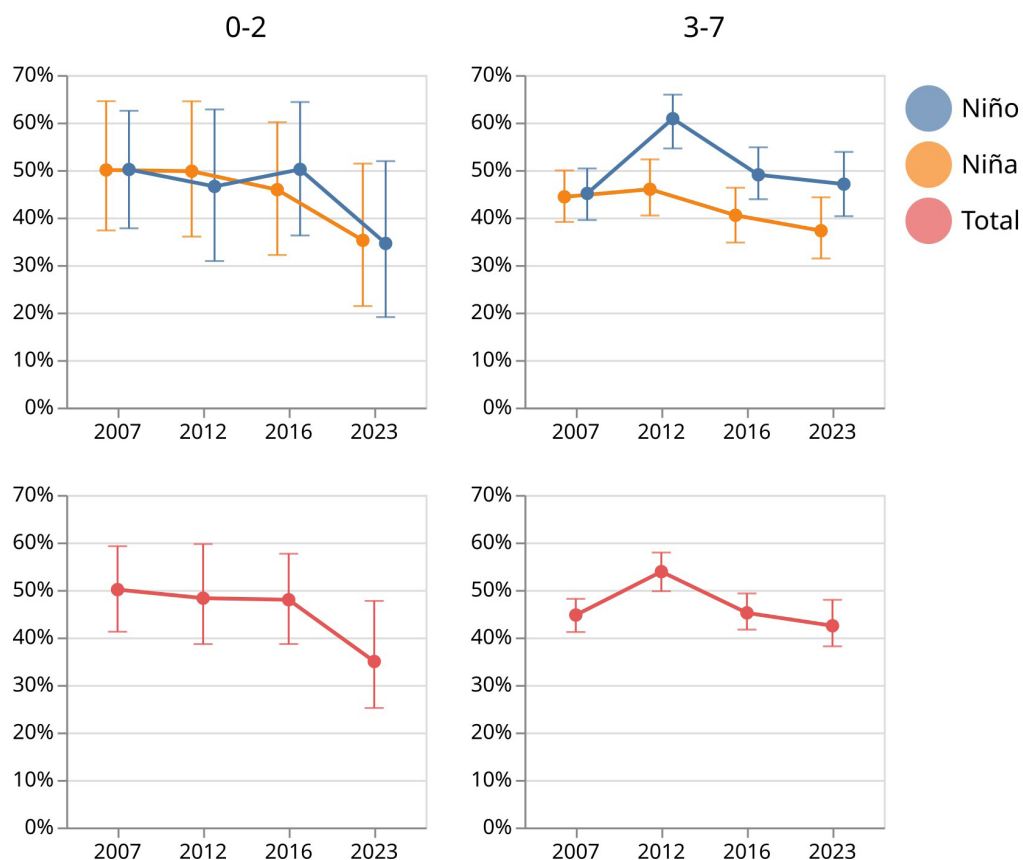
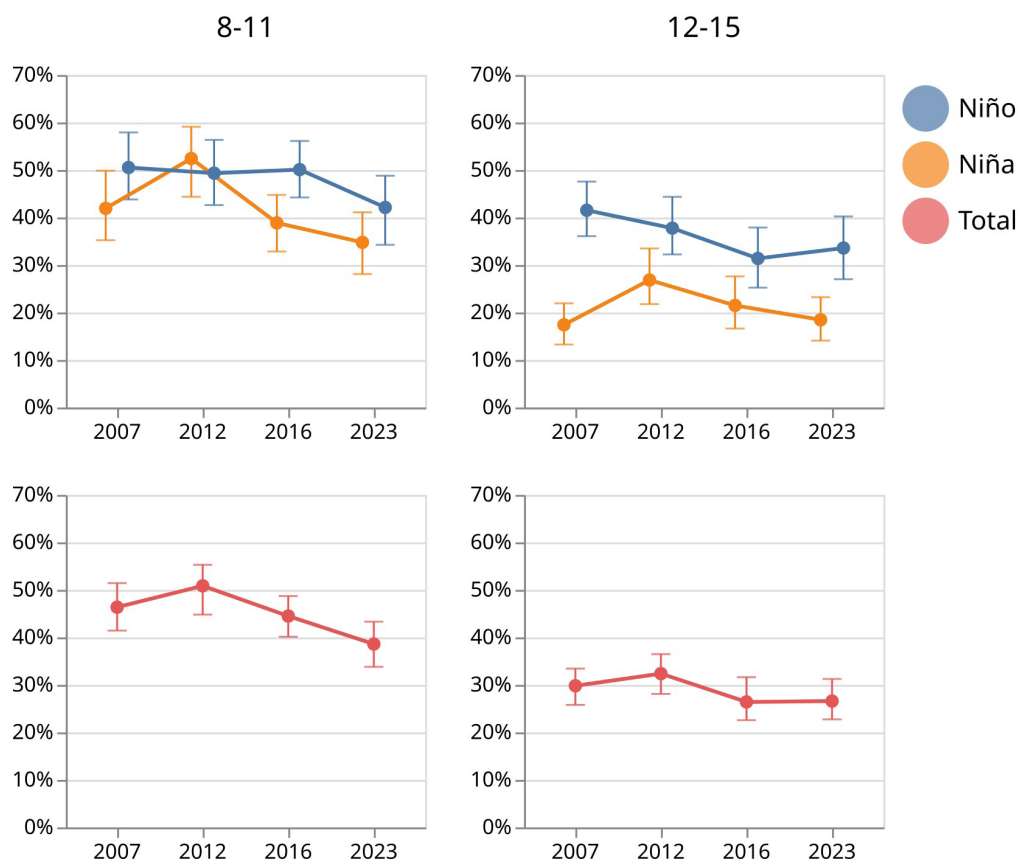


Figura 2A
 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, grupo de edad y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.



CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Figura 2B
 Prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, grupo de edad y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.



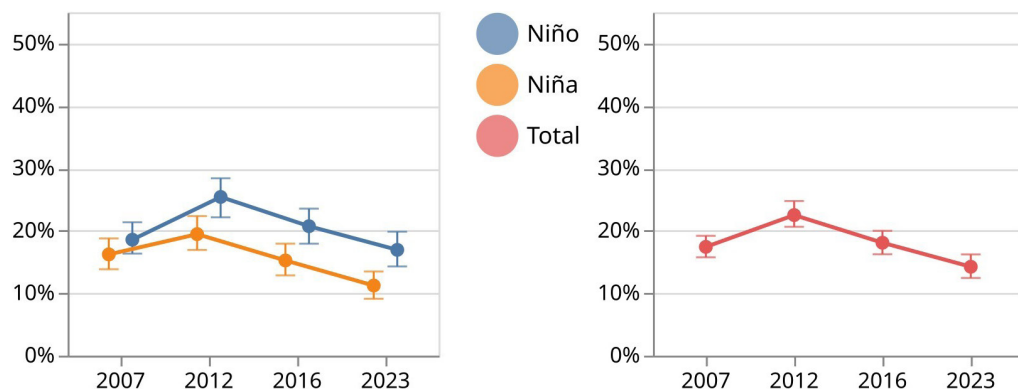
Secundarios y 35,6% en el de Estudios Primarios).

Prevalencia de obesidad. En 2023, la prevalencia de obesidad en la población andaluza menor de dieciséis años fue del 14,2%, observándose una tendencia decreciente desde 2012, cuando la prevalencia superaba el 22%, siendo las diferencias entre ediciones de la EAS estadísticamente significativas. Desde entonces, el porcentaje de niños con

obesidad ha sido superior al de las niñas y estable a lo largo de las ediciones de la EAS, siendo la diferencia de casi 6 puntos porcentuales en 2023 (16,9% en niños frente 11,2% en niñas) **[Figura 3]**.

Analizando la tendencia de la prevalencia de obesidad en función de edad y sexo, su descenso solo se observó para niñas y niños de dos años y para niñas entre ocho y once años. En el grupo entre doce y quince años apa-

Figura 3
 Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.



reció una tendencia estable en niñas y un ligero aumento en niños, aunque sin diferencias estadísticamente significativas **[Figura 4]**.

La prevalencia de obesidad disminuyó conforme aumentaba la edad, siendo el grupo entre doce y quince años el que presentó porcentajes más bajos (en 2023, 4,5% en niñas y 7,8% en niños) **[Figura 4]**.

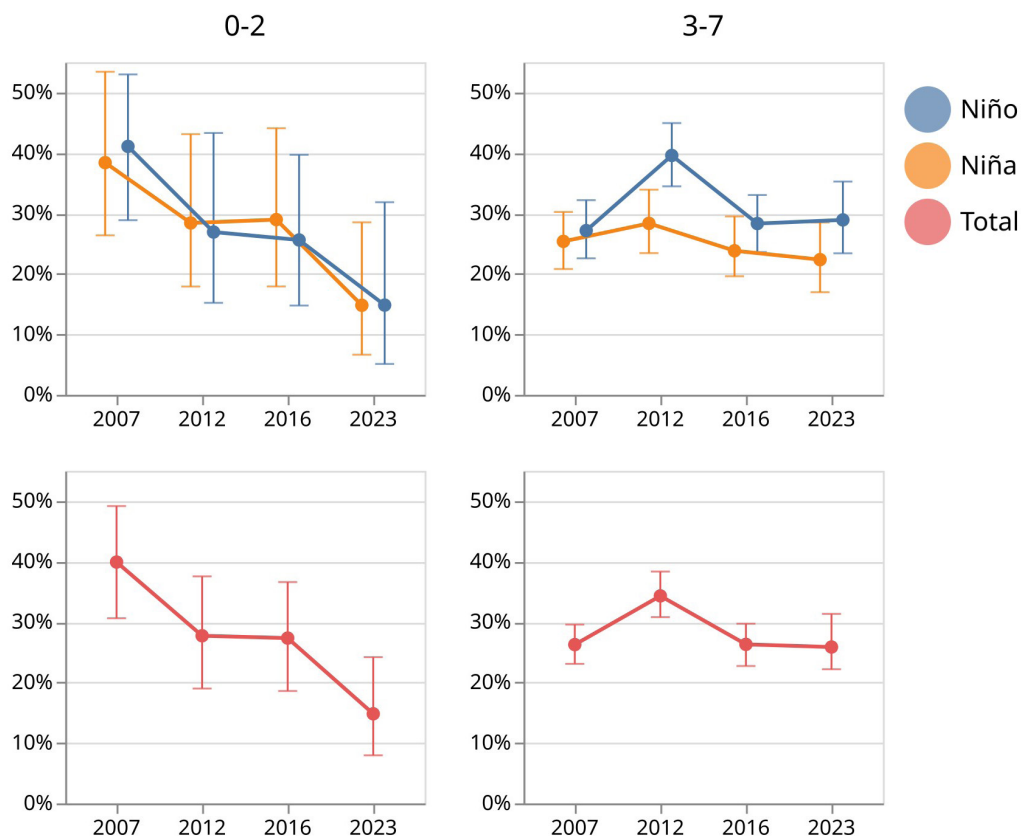
Analizando las diferencias por nivel de estudios, el menor porcentaje de obesidad infantil se observó en familias con nivel de Estudios Universitarios, siendo de 9,3% en 2023 frente a 15,7% de las familias con Estudios Secundarios o 16,3% con Estudios Primarios. Por sexo, nuevamente se encontraron los valores más bajos en hijos e hijas de personas más con Estudios Universitarios (9,7% de niños y 8,9% de niñas, en 2023). También se hallaron diferencias por sexo en niños y niñas con padres/madres/tutores con Estudios Secundarios a partir de la edición de 2011/2012,

siendo las niñas las que mostraron un porcentaje más bajo respecto a los niños. En cuanto a la evolución de la obesidad en la infancia y adolescencia según nivel de estudios, esta fue claramente descendente en Estudios Secundarios y Universitarios; sin embargo, no fue así en el nivel de estudios más bajo (Primarios) **[Figura 5]**.

En relación con el porcentaje de obesidad infantil por clase social, se observó la tendencia decreciente en todos los grupos desde 2012. En ninguno de ellos se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Tampoco se observaron diferencias entre los grupos de clase social, aunque fueron los grupos de posición más alta (Grupo I y II, y Grupo III) los que mostraron porcentajes de obesidad infantil más bajos.

También en los hogares con más facilidad para llegar a fin de mes se encontraron las prevalencias de obesidad infantil más bajas (11,2% frente a 19,1% de los

Figura 4A
 Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, edad y edición de la Encuesta Andaluza de Salud.



CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Figura 4B
 Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, edad y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.

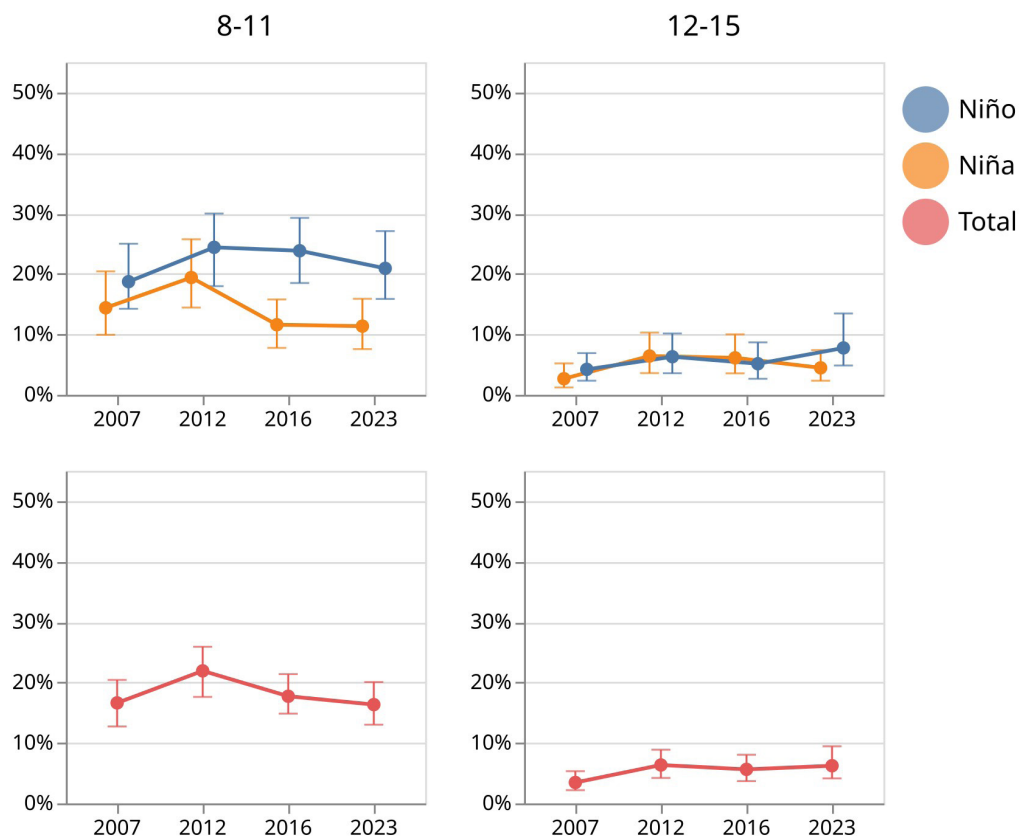
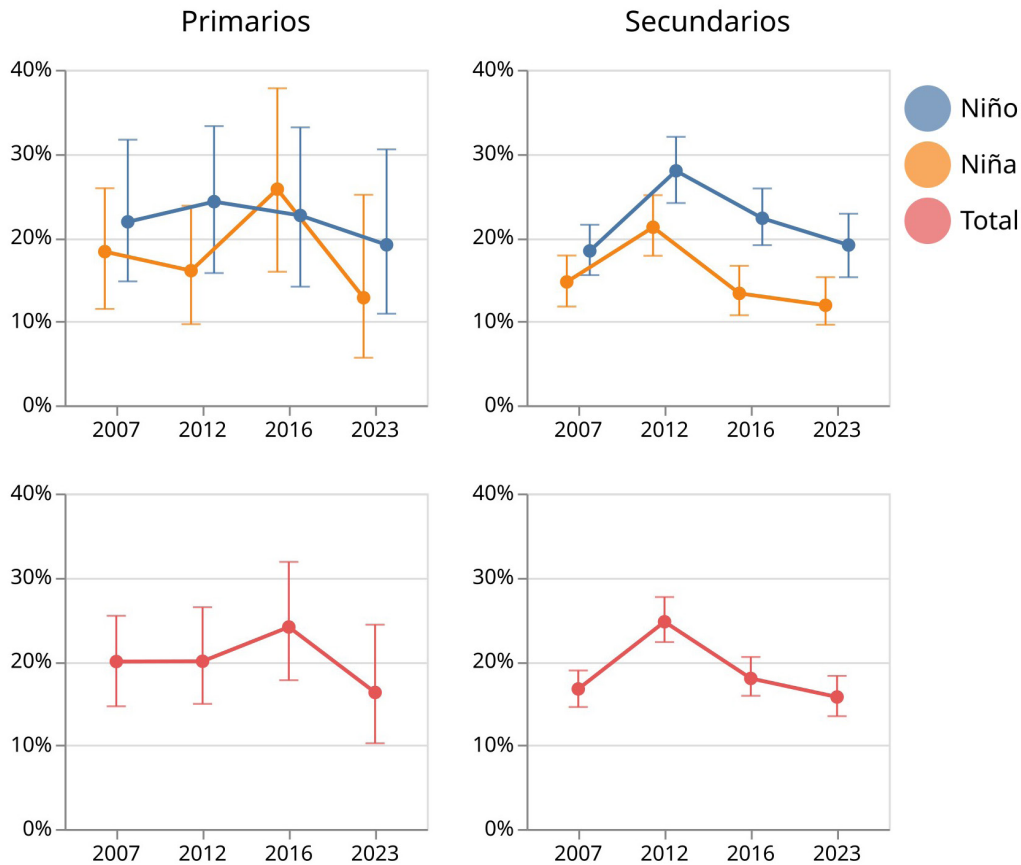
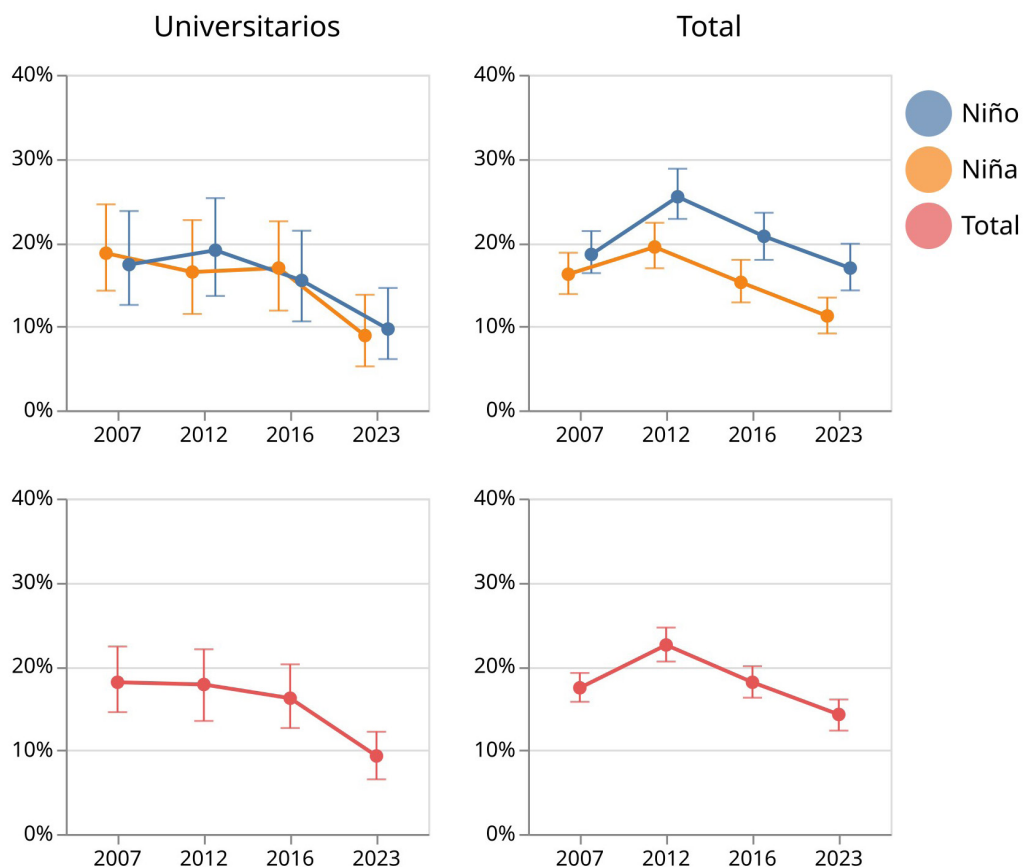


Figura 5A
Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, nivel de estudios y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.



CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Figura 5B
 Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, nivel de estudios
 y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.



hogares con mayor dificultad para llegar a fin de mes en 2023) **[FIGURA 6]**. En este grupo poblacional se observó una evolución de la obesidad claramente descendente, no siendo así en el resto de grupos con mayores dificultades económicas.

Por último, no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de población infantil y adolescente con obesidad en Andalucía por tamaño de municipio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Este artículo estudia la evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia en Andalucía desde 2007 a 2023 y analiza su distribución desde un enfoque interseccional en función de la clase social (dificultad para llegar a fin de mes, nivel de estudios y ocupación de padres/madres), el sexo, la edad y el tamaño del municipio.

A partir de 2012 se observa una tendencia general descendente en el porcentaje de niños y niñas con obesidad en Andalucía, como ocurre en el estudio PASOS a nivel estatal **(3)**, no extensible a la población adolescente, que presenta cifras más bajas de obesidad, pero más estables en el tiempo, lo que también se refleja en los análisis evolutivos de la encuesta HBSC **(5)**. Las distintas ediciones de la EAS coinciden con dichos trabajos en mostrar mayores porcentajes de sobrepeso y de obesidad en niños que en niñas. Sin embargo, el estudio PASOS encuentra un incremento sostenido de la obesidad en niñas y una tendencia a la estabilización en niños **(3)**, algo que no se refleja en Andalucía, si bien hay que tener en cuenta las diferencias metodológicas que limitan la comparabilidad de los resultados **(23)**.

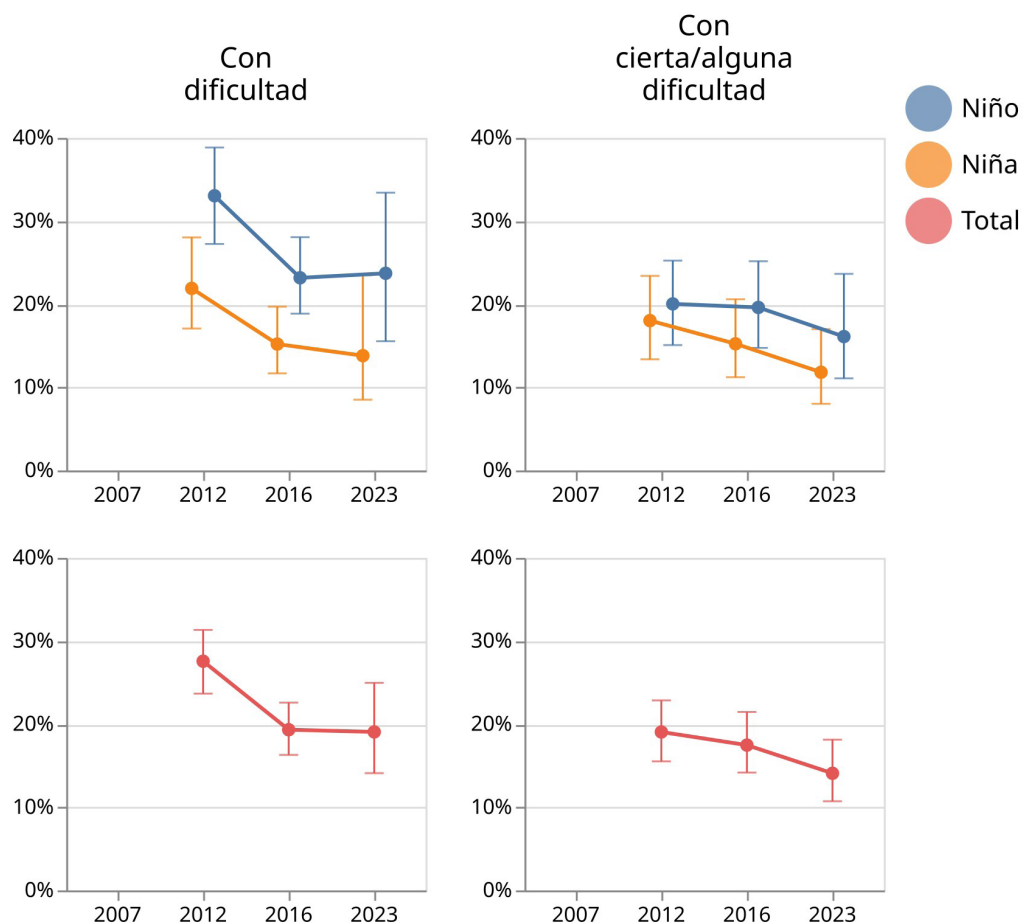
El cambio de diseño muestral en la VII edición de la EAS en 2023 (probabilístico frente a semiprobabilístico) es una de las limitaciones más señaladas del estudio, ya que afectó a la comparabilidad de variables como la nacionalidad de las personas entrevistadas. Sin embargo, este cambio metodológico incorporó mejoras como la disponibilidad de la fecha de nacimiento, lo que permitirá desde la edición de 2023, calcular el IMC para toda la muestra y no solo para los mayores de dos años, como es el caso de este trabajo.

Además del diseño observacional de series repetidas de corte transversal, que no permite establecer relaciones causales, debe señalarse que el IMC se calcula a partir del peso y la talla declarados por progenitores o tutores, lo que puede infraestimar la prevalencia absoluta de obesidad. No obstante, al tratarse de un procedimiento homogéneo en todas las ediciones analizadas, esta limitación afecta previsiblemente más a la estimación puntual que a la comparación evolutiva entre periodos. La EAS dispone, además, de una submuestra con medidas antropométricas objetivas, cuyo análisis complementario cuantifica la diferencia entre los datos reportados y los medidos, siendo un 10% de registros los que mostraban diferencias en la clasificación del IMC en 2023; también se comprueba que no había diferencias en la distribución global del IMC para todo el periodo, debido a que las diferencias no se muestran siempre en el mismo sentido. Esto explica que se haya preferido emplear en el análisis peso y talla declarados.

Asimismo, la tasa de no respuesta y el cambio de diseño muestral en 2022/2023 podrían afectar a la comparabilidad temporal, si bien se aplican

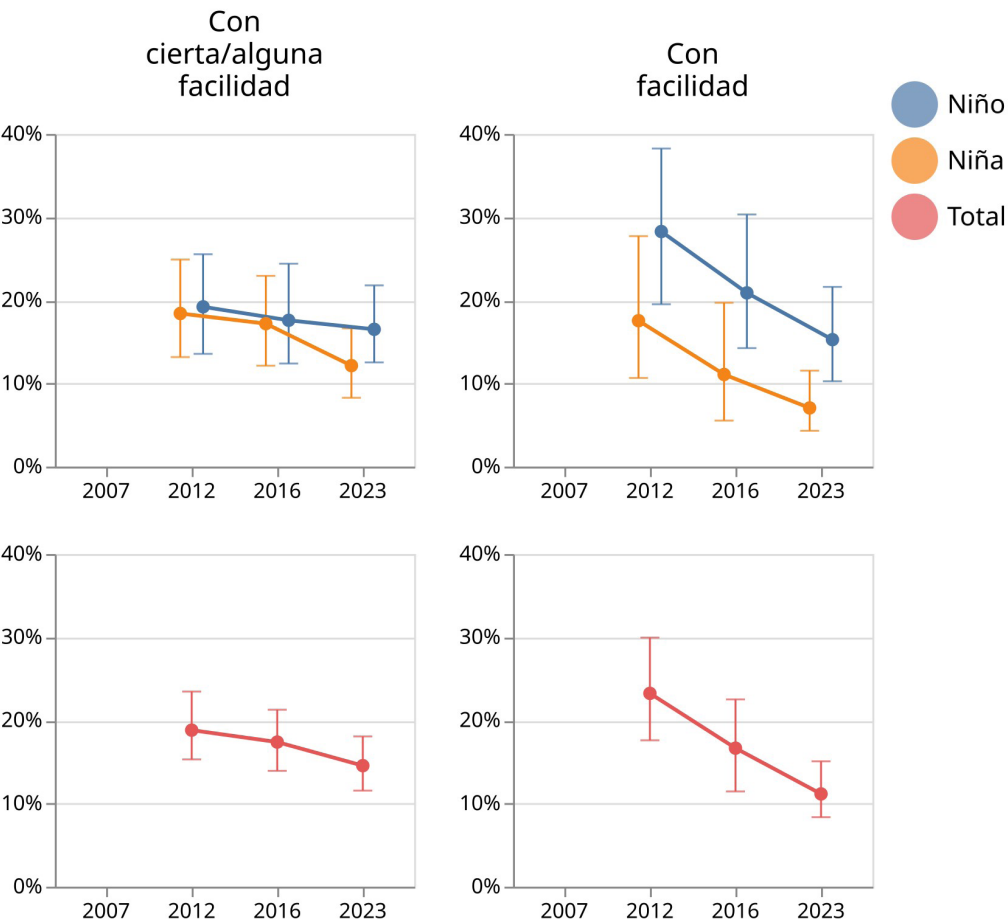
Figura 6A

Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, dificultad para llegar a fin de mes y edición de la *Encuesta Andaluza de Salud*.



CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Figura 6B
Prevalencia de obesidad en personas entre dos y quince años por sexo, dificultad para llegar a fin de mes y edición de la Encuesta Andaluza de Salud.



procedimientos específicos de ajuste y calibración (22,24,25). Finalmente, la exclusión de menores de dos años y la ausencia de variables étnicas limitan el análisis de una etapa de especial interés y de otros ejes de desigualdad. Futuros estudios mediante modelos multivariantes y términos de interacción entre las variables de estratificación, como el sexo y el tiempo con la posición socioeconómica, permitirán evaluar formalmente la evolución del gradiente social y complementar los hallazgos descriptivos de este trabajo.

Los análisis de la EAS muestran un gradiente social entre la clase ocupacional o las dificultades familiares para llegar a fin de mes y la obesidad en la infancia, común a otros países con altos ingresos (7,26), donde niñas y niños con sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de vivir en barrios empobrecidos (27), con altas tasas de desempleo y bajas de matriculación preescolar (26). En línea con otras investigaciones (7,27,28), la obesidad infantil en Andalucía se relaciona con el nivel de estudios de los padres/madres. Si bien para Barriuso et al. (28), este es el indicador de posición socioeconómica con más influencia en la obesidad infantil en países ricos, para Inoue et al. (29) es la pobreza la que media entre el nivel de estudios de padres/madres y la obesidad infantil, independientemente de su edad, género o etnia. Además, esa asociación tiene un impacto poblacional relevante al observarse una evolución más claramente descendente de la obesidad en los niveles de estudios más altos y en los hogares con mayor facilidad para llegar a fin de mes, mientras que en el resto de los niveles y en los hogares más desfavorecidos o vulnerables no se aprecia un patrón de mejora igualmente consistente.

La literatura identifica mayor riesgo de obesidad infantil en familias que carecen de redes y apoyos formales o informales, pertenecientes a minorías o con experiencias adversas; los bajos niveles de salud mental consecuencia de sus condiciones socioeconómicas afectan negativamente al sueño, al sedentarismo y a la dieta (30,31). En la EAS de 2023 el sedentarismo o la adherencia a la dieta mediterránea no difiere según clase social, si bien el porcentaje de niñas (no de niños) que toman diariamente bebidas azucaradas aparece relacionado con las dificultades familiares para llegar a fin de mes (18), bebidas que aumentan el riesgo de obesidad infantil (32). Los mecanismos parentales que influyen en la obesidad infantil no están del todo estudiados (33); en familias con bajos ingresos aparecen relacionados con síntomas depresivos maternos (34) o con la propia obesidad parental (35). En futuros trabajos convendría investigar la influencia de los hábitos y el estado de salud de madres/padres andaluces en la obesidad de sus hijos o hijas.

Como en muchos países ricos (6), los porcentajes de obesidad en Andalucía resultan más elevados en niños que en niñas. Estas diferencias son más notables en familias con dificultades para llegar a fin de mes e inexistentes entre quienes tienen padres/madres con estudios universitarios. En España, la *Encuesta de Salud de 2017* muestra un aumento de obesidad en las niñas con edades entre diez y quince años, particularmente de familias desfavorecidas (36), un incremento que no se ha observado en la EAS. La transmisión intergeneracional de la obesidad parece mayor en niños que en niñas; para ellas la obesidad se suele explicar por una menor actividad física, más aún si tienen dificultades de acceso a ▶

instalaciones deportivas (37). Por otro lado, el ideal de la delgadez, que condiciona más a las niñas (y a sus madres), se refleja en sus prácticas culinarias o en el menor tamaño de sus raciones (6); en contextos de sexismo estructural, las niñas corren más riesgo de comer en exceso o de hacer dieta crónica, atracones y purgas (38).

De la consistencia metodológica y muestral de este estudio con enfoque evolutivo deriva su aportación más novedosa: mostrar que el descenso global de la obesidad en la infancia y adolescencia de Andalucía entre 2012 y 2023 no se aprecia con la misma claridad en todos los estratos sociales, al tiempo que persiste la relación inversa entre obesidad infantil y posición socioeconómica. Este hallazgo es fundamental para el diseño de políticas de prevención, que deberán tener en cuenta las desigualdades socioeconómicas, de edad y de género en la obesidad infantil para garantizar su efectividad.

Prevenir la obesidad infantil es tan necesario como evitar la estigmatización de niñas y niños con obesidad y/o en situaciones de pobreza. La gordofobia y la aporofobia coinciden en responsabilizarles de su condición, invisibilizando las desigualdades sociales que hay detrás (39). Las intervenciones

son más efectivas si tienen en cuenta los mecanismos o factores específicos que interfieren en la obesidad infantil en poblaciones desfavorecidas (34), cuando profundizan en las diferencias de género alimentarias (40), se centran en los padres o madres (33) e incluso en los estilos de vida de mujeres en edad fértil (32). En el contexto español, si bien se cuenta con el *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030)* (1), la atención a esta problemática parece requerir cierta homogeneización entre comunidades autónomas y una mayor dotación de recursos profesionales, dadas las elevadas cifras de niños y niñas en situaciones de pobreza (41,42).

En conclusión, a partir de 2012 se observa una tendencia descendente de la prevalencia de obesidad en la infancia y la adolescencia en Andalucía, especialmente visible en los grupos más favorecidos, mientras que en aquellos más desfavorecidos o en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica (dificultad para llegar a fin de mes, nivel de estudios y ocupación de padres/madres) no se aprecia un patrón de mejora igualmente consistente. Esto viene a sumarse a que en clases medias y bajas son significativamente más elevadas las prevalencias de obesidad en niños que en niñas, diferencias que no se encuentran en clases altas. ②

BIBLIOGRAFÍA

1. Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030)*. Madrid: Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil; 2022. Disponible en: <https://www.comisionadodopobrezainfantil.gob.es/es/plan-estrategico-nacional-para-la-reduccion-de-la-obesidad-infantil>. [Consultado febrero de 2026].
2. WHO Regional Office for Europe. *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022-2024*. Copenhagen: WHO; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8ee17a15-aa52-421e-94d1-892c3cf191e8/content>. [Consultado febrero de 2026].
3. Gómez S, Ribes C, Farreras Q, Ródenas J, Berrueto P, Torres S et al. *Estudio PASOS longitudinal 2022-2025*. Sant Boi de Llobregat: Gasol Foundation Europa; 2025. Disponible en: <https://gasolfoundation.org/es/estudio-pasos/>. [Consultado febrero de 2026].
4. Cockerham WC. *Theoretical approaches to research on the social determinants of obesity*. Am J Prev Med. [Internet]. 2022 [Consultado 3 febrero 2026]; 63(Suppl1):S8-S17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.01.030>
5. Moreno C, Rivera F, Sánchez-Queija I. *Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018-2022 del estudio HBSC en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/edicionesAnteriores/estudiosComparativos/2002_2006_2010_2014_2018.htm. [Consultado febrero de 2026].
6. Shah B, Tombeau Cost K, Fuller A, Birken CS, Anderson LN. *Sex and gender differences in childhood obesity: contributing to the research agenda*. BMJ Nutr Prev Health. [Internet]. 2020 [Consultado 3 febrero 2026]; 3(2):387-390. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjnp-2020-000074>
7. Vazquez CE, Cubbin C. *Socioeconomic Status and Childhood Obesity: a Review of Literature from the Past Decade to Inform Intervention Research*. Curr Obes Rep. [Internet]. 2020 [Consultado 3 febrero 2026 Feb 3]; 9(4):562-570. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00400-2>
8. Zhang X, Liu J, Ni Y, Yi C, Fang Y, Ning Q et al. *Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*. JAMA Pediatr. [Internet]. 2024 [Consultado 2026 Feb 3]; 178; (8):800-813. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.1576>
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Alimentando el negocio. Cómo los entornos alimentarios ponen en peligro el bienestar de la infancia. Informe sobre nutrición infantil*. Nueva York: UNICEF; 2025. Disponible en: <https://www.unicef.org/sites/unicef/files/communication/Resumen-informe-nutricion-infantil-2025.pdf>. [Consultado febrero de 2026].
10. Boutari C, Mantzoros CS. *A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on*. Metabolism. [Internet]. 2022 [Consultado 2026 Feb 3]; 133:155217. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2022.155217>
11. Ministerio de Sanidad. *Sanidad en Datos: Porcentaje de personas con obesidad, por sexo según comunidad autónoma*. Gob.es. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla10.htm> [Consultado julio de 2026].
12. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. BOJA. *Ley 9/2023, de 25 de septiembre, por la que se aprueba el Plan Estadístico y Cartográfico de Andalucía 2023-2029*. BOJA num. 187, de 28/09/2023. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2023/187/>. [Consultado julio de 2026].
13. García-León FJ, Villegas-Portero R, Goicoechea-Salazar JA, Muñozerro D, Muñozerro-Muñoz M, Muñoz M et al. *Impact assessment on data protection in research projects*. Gac Sanit [Internet]. 2020 [Consultado 10 julio 2026]; 34(5):521-523. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.006>
14. European Commission. *Horizon 2020 Programme Guidance How to complete your ethics self-assessment*. 2021. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/docs/2021-2027/common/guidance/how-to-complete-your-ethics-self-assessment_en.pdf [Consultado julio de 2026].
15. Ministerio de Sanidad. *Sanidad en datos: Encuestas de Salud de las comunidades autónomas en la red*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestasCCAA.htm>. [Consultado julio de 2026].
16. Sánchez-Cantalejo Garrido C, Neira León M, Cabrera-León A, Zoni Matta AC, Grupo Técnico de Encuestas de Salud del Ministerio de Sanidad. *Encuestas Poblacionales de Salud en España: descripción de metodologías y contenidos*. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2025 [Consultado 10 julio 2026]; 99(1):e202509054. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1090>

17. Gullón Tosio P, Terol Claramonte M, Rollán Gordo A, Honorato Chullán MA, Hernando Freile Álvaro, Montes Bentura D et al. *Prevención y abordaje de la obesidad en la infancia y la adolescencia: construyendo bienestar social desde la acción pública sobre los determinantes de la salud*. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2025 [Consultado 2026 Feb 5];99(1):e202504023. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1257>

18. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. *Encuesta Andaluza de Salud, ediciones 2007, 2012, 2016, 2023*. Disponible en: <https://easp.es/info/eas/el-proyecto/>. [Consultado febrero de 2026].

19. Junta de Andalucía, IECA. *Base de Datos Longitudinal de la Población de Andalucía (BDLPA)*. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/protecciondatos/detalle/187464.html>. [Consultado febrero de 2026].

20. WHO. *Body mass index-for-age (BMI-for-age)*. Disponible en: <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/body-mass-index-for-age-bmi-for-age>. [Consultado febrero de 2026].

21. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. *Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011*. Gac Sanit [Internet]. 2013 [Consultado 2026 Feb 5];27(3):263-272. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/en-propuestas-clase-social-neoweberiana-neomarxista-articulo-S021391112003457>

22. Castro L, Del Mar Rueda M, Sánchez-Cantalejo C, Ferri R, Cabrera-León A. *Calibration and XGBoost reweighting to reduce coverage and non-response biases in overlapping panel surveys: Application to the Healthcare and Social Survey*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-024-02171-z>. [Consultado febrero de 2026].

23. Cabrera-León A, Recuero Carretero C, Felipe Gómez S, Neira León M, Zoni Matta A, García F. *Obesidad en la infancia y la adolescencia: características metodológicas de los estudios con estimaciones para España*. Rev Esp Salud Pública. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/1716>. 2026.

24. Cabrera León A. *Nuevas técnicas de investigación por muestreo aplicadas a encuestas de salud: Calibración de estimadores* [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2016 (231 p.).

25. Sánchez Cantalejo-Garrido C. *Encuestas poblacionales de salud en España. Estado de situación y propuesta metodológica* [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2024 (213 p.).

26. Gupta M, Phan TLT, Lê-Scherban F, Eckrich D, Bunnell HT, Beheshti R. *Associations of Longitudinal BMI-Percentile Classification Patterns in Early Childhood with Neighborhood-Level Social Determinants of Health*. Child Obes. [Internet]. 2025 [Consultado 10 febrero 2026];21(1):65-75. DOI: <https://doi.org/10.1101/2023.06.08.23291145>

27. Kranjac AW, Boyd C, Kimbro RT, Moffett BS, Lopez KN. *Neighborhoods matter; but for whom? Heterogeneity of neighborhood disadvantage on child obesity by sex*. Health Place. [Internet]. 2021 [Consultado 10 febrero 2026];68:102534. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102534>

28. Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, Villanueva R, Santos JM, Regidor E. *Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990-2013*. BMC Pediatr. [Internet]. 2015 [Consultado 10 febrero 2026];15(1):129. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0443-3>

29. Inoue K, Seeman TE, Nianogo R, Okubo Y. *The effect of poverty on the relationship between household education levels and obesity in U.S. children and adolescents: an observational study*. Lancet Reg Health Americas. [Internet]. 2023 [Consultado 10 febrero 2026];25:100506. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100506>

30. Cameron AJ, Spence AC, Laws R, Hesketh KD, Lioert S, Campbell KJ. *A Review of the Relationship Between Socioeconomic Position and the Early-Life Predictors of Obesity*. Curr Obes Rep. [Internet]. 2015 [Consultado 10 febrero 2026];4(3):350-362. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0168-5>

31. Iguacel I, Gasch-Gallén Á, Ayala-Marín AM, De Miguel-Etayo P, Moreno LA. *Social vulnerabilities as risk factor of childhood obesity development and their role in prevention programs*. Int J Obes. [Internet]. 2021 [Consultado 10 febrero 2026]; 45(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00697-y>

32. Liu XT, Wang YD, Xu YJ, Wang XY, Shan SF, Xiong JY et al. *The divergent association of diet intake, parental education, and nutrition policy with childhood overweight and obesity from low- to high-income countries: A meta-analysis*. J Glob Health. [Internet]. 2024 [Consultado 10 febrero 2026];14:04215. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04215>

33. Harakeh Z, Otten W, Van Empelen P. *Determinants Associated With Obesity in Children of Low Socioeconomic Status Families: A Narrative Review*. J Obes. [Internet]. 2025 [Consultado 10 febrero 2026];(1):4992624. DOI: <https://doi.org/10.1155/jobe/4992624>

- 34.** Mech P, Hooley M, Skouteris H, Williams J. *Parent-related mechanisms underlying the social gradient of childhood overweight and obesity: a systematic review*. Child Care Health Dev. [Internet]. 2016 [Consultado 10 febrero 2026];42(5):603-624. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12356>
- 35.** Wang Y, Min J, Khuri J, Li M. *A Systematic Examination of the Association between Parental and Child Obesity across Countries*. Adv Nutr. [Internet]. 2017 [Consultado 10 febrero 2026];8(3):436-448. DOI: <https://doi.org/10.3945/advn.116.013235>
- 36.** Albaladejo-Vicente R, Villanueva-Orbaiz R, Carabantes-Alarcon D, Santos-Sancho J, Jiménez-García R, Regidor E. *Reversal of the Upward Trend of Obesity in Boys, but Not in Girls, in Spain*. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2021 [Consultado 10 febrero 2026];18(4):1842. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041842>
- 37.** Gutiérrez-González E, Sánchez Arenas F, López-Sobaler AM, Andreu Ivorra B, Rollán Gordo A, García-Solano M. *Desigualdades socioeconómicas y de género en la obesidad infantil en España*. An Pediatr (Barc). [Internet]. 2023 [Consultado 10 febrero 2026];99(2):111-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.05.013>
- 38.** Beccia AL, Austin SB, Baek J, Agenor M, Forrester S, Ding EY et al. *Cumulative exposure to state-level structural sexism and risk of disordered eating: Results from a 20-year prospective cohort study*. Soc Sci Med. [Internet]. 2022 [Consultado 10 febrero 2026];301:114956. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114956>
- 39.** Energici Sprovera MAE, Gonzáles EA, Grancelli FB, Paredes MH. *Gordura, discriminación y clasismo: un estudio en jóvenes de Santiago de Chile*. Psicología & Sociedad [Internet]. 2017 [Consultado 2026 Feb 2];29:e164178. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i64178>
- 40.** Bouhlal S, McBride CM, Ward DS, Persky S. *Drivers of overweight mothers' food choice behaviors depend on child gender*. Appetite [Internet]. 2015 [Consultado 10 febrero 2026];84:154-160. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.024>
- 41.** Ataz R, Kiwitt J, Parra MD. *Abordaje de la obesidad infantil. Comparativa entre comunidades autónomas*. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2024 [Consultado 10 febrero 2026];98(e202402003). Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/218>
- 42.** Rodríguez-García-de-Cortázar A. *Pobreza y Desigualdad. Informe OIAA 2024*. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8741 [Consultado febrero de 2026].

Anexo I

Porcentaje de menores con sobrepeso u obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio).

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC
0-2	2007	50,%	37,27%	64,49%	50,1%	37,71%	62,47%	50,06%	41,19%	59,2%
	2012	49,74%	35,96%	64,46%	46,53%	30,83%	62,75%	48,25%	38,58%	59,65%
	2016	45,84%	32,09%	60,05%	50,13%	36,21%	64,3%	47,93%	38,59%	57,61%
	2023	35,19%	21,34%	51,34%	34,53%	19,03%	51,86%	34,93%	25,14%	47,69%
3-7	2007	44,35%	39,06%	49,91%	45,06%	39,46%	50,32%	44,71%	41,12%	48,11%
	2012	45,95%	40,42%	52,24%	60,81%	54,54%	65,86%	53,84%	49,73%	57,86%
	2016	40,46%	34,72%	46,26%	48,98%	43,85%	54,77%	45,15%	41,63%	49,26%
	2023	37,2%	31,36%	44,25%	47,02%	40,27%	53,8%	42,44%	38,11%	47,91%
Edad 8-11	2007	41,92%	35,21%	49,85%	50,52%	43,8%	57,9%	46,36%	41,43%	51,42%
	2012	52,41%	44,35%	59,1%	49,33%	42,6%	56,33%	50,85%	44,8%	55,28%
	2016	38,86%	32,84%	44,75%	50,08%	44,22%	56,11%	44,49%	40,12%	48,7%
	2023	34,76%	28,08%	41,07%	42,11%	34,24%	48,79%	38,6%	33,8%	43,31%
12-15	2007	17,41%	13,25%	21,93%	41,52%	36,06%	47,55%	29,81%	25,78%	33,42%
	2012	26,83%	21,77%	33,48%	37,75%	32,22%	44,34%	32,37%	28,09%	36,48%
	2016	21,48%	16,63%	27,6%	31,38%	25,23%	37,89%	26,41%	22,57%	31,62%
	2023	18,46%	14,09%	23,22%	33,57%	26,99%	40,23%	26,59%	22,74%	31,25%
Total	2007	35,24%	32,29%	38,59%	45,42%	42,26%	48,48%	40,45%	38,23%	42,79%
	2012	42,15%	38,97%	45,71%	50,48%	46,95%	54,25%	46,43%	43,98%	49,%
	2016	34,88%	31,75%	38,2%	44,73%	41,18%	48,25%	39,97%	37,53%	42,44%
	2023	28,54%	25,56%	31,81%	39,37%	35,32%	43,18%	34,25%	31,62%	37,04%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Porcentaje de menores con sobrepeso u obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio).

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC
<10.000 hab	2007	33,26%	26,51%	40,99%	47,1%	39,69%	54,1%	40,6%	35,9%	46,24%
	2012	42,29%	33,92%	49,82%	49,48%	40,83%	57,54%	46,03%	40,43%	52,26%
	2016	42,13%	33,05%	49,75%	50,15%	41,73%	58,49%	46,27%	40,47%	52,37%
	2023	29,7%	22,57%	36,82%	40,15%	30,09%	49,72%	35,16%	29,21%	41,5%
10.000-50.000 hab	2007	37,72%	31,95%	43,58%	48,54%	42,61%	54,27%	43,28%	39,22%	47,49%
	2012	40,95%	34,62%	46,98%	55,69%	49,29%	61,84%	48,58%	44,32%	53,36%
	2016	28,55%	23,56%	34,85%	45,12%	38,78%	51,61%	37,27%	33,04%	41,49%
	2023	28,33%	22,98%	34,96%	41,27%	35,29%	48,59%	35,49%	31,2%	40,49%
Tamaño de municipio >50.000 hab	2007	33,35%	27,36%	41,41%	44,99%	38,06%	52,29%	39,35%	34,7%	44,4%
	2012	40,98%	34,46%	48,39%	47,22%	40,37%	54,47%	44,19%	39,24%	49,47%
	2016	33,96%	28,04%	40,83%	38,7%	32,07%	46,97%	36,43%	31,34%	41,18%
	2023	30,2%	23,55%	36,9%	39,14%	31,12%	48,05%	34,91%	29,68%	40,77%
Capitales	2007	35,39%	29,48%	42,21%	41,11%	35,2%	47,%	38,21%	33,83%	42,59%
	2012	44,19%	37,61%	50,92%	48,19%	41,77%	54,8%	46,2%	41,63%	50,94%
	2016	37,47%	30,96%	44,11%	45,71%	39,01%	52,03%	41,65%	37,05%	46,16%
	2023	26,39%	20,27%	32,67%	36,28%	29,92%	43,29%	31,3%	26,85%	36,02%
Total	2007	35,24%	32,29%	38,59%	45,42%	42,26%	48,48%	40,45%	38,23%	42,79%
	2012	42,15%	38,97%	45,71%	50,48%	46,95%	54,25%	46,43%	43,98%	49,%
	2016	34,88%	31,75%	38,2%	44,73%	41,18%	48,25%	39,97%	37,53%	42,44%
	2023	28,54%	25,56%	31,81%	39,37%	35,32%	43,18%	34,25%	31,62%	37,04%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Porcentaje de menores con sobrepeso u obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio).

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC
Primarios	2007	31,01%	22,65%	39,5%	50,04%	40,72%	59,26%	39,84%	33,2%	45,79%
	2012	44,36%	34,43%	54,56%	46,84%	36,21%	56,71%	45,55%	38,63%	52,88%
	2016	58,25%	46,21%	68,61%	52,48%	41,54%	63,51%	55,16%	47,1%	63,79%
	2023	35,27%	21,95%	49,24%	35,85%	24,9%	49,11%	35,59%	26,52%	44,75%
Secundarios	2007	35,72%	31,81%	40,11%	48,33%	44,44%	52,36%	42,51%	39,55%	45,16%
	2012	42,67%	38,1%	46,87%	51,66%	47,05%	55,9%	47,33%	44,32%	50,32%
	2016	34,11%	30,27%	38,36%	43,92%	39,25%	47,89%	39,16%	36,24%	42,1%
	2023	29,98%	26,24%	34,07%	42,6%	37,69%	48,26%	36,69%	33,66%	40,43%
Univer-sitarios	2007	36,39%	30,08%	42,75%	33,48%	27,49%	40,66%	35,04%	30,66%	39,95%
	2012	39,5%	31,52%	47,1%	49,2%	42,33%	56,55%	44,52%	39,52%	49,63%
	2016	28,46%	22,39%	35,48%	43,99%	36,89%	51,45%	36,5%	31,63%	41,36%
	2023	22,33%	16,58%	29,34%	30,87%	24,85%	38,69%	26,66%	22,29%	31,09%
Total	2007	35,24%	32,29%	38,59%	45,42%	42,26%	48,48%	40,45%	38,23%	42,79%
	2012	42,15%	38,97%	45,71%	50,54%	47,22%	54,2%	46,46%	44,01%	48,95%
	2016	34,88%	31,75%	38,2%	44,73%	41,18%	48,25%	39,97%	37,53%	42,44%
	2023	28,47%	25,21%	31,88%	39,37%	35,32%	43,18%	34,22%	31,59%	36,91%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)

Porcentaje de menores con sobrepeso u obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio).

Variables		Niña			Niño			Total			
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	
Grupo I y II	2007	35,13%	27,57%	44,08%	36,28%	28,19%	44,41%	35,69%	29,65%	41,26%	
	2012	44,37%	34,52%	54,44%	49,04%	38,94%	58,36%	46,59%	39,62%	54,65%	
	2016	31,52%	21,9%	41,57%	45,69%	36,96%	54,51%	39,39%	32,9%	46,84%	
	2023	23,%	16,34%	30,31%	28,68%	20,74%	36,92%	25,98%	21,01%	32,14%	
Grupo III	2007	32,81%	24,96%	41,81%	38,14%	30,1%	48,48%	35,37%	29,49%	42,19%	
	2012	33,66%	24,76%	43,42%	55,79%	46,45%	64,46%	45,29%	38,48%	52,11%	
	2016	23,16%	16,08%	31,54%	38,03%	29,74%	46,66%	31,14%	25,61%	37,01%	
	2023	29,71%	21,58%	38,76%	41,7%	32,63%	51,35%	35,64%	29,09%	41,76%	
Grupo IV y V	2007	32,38%	23,04%	42,95%	50,55%	42,03%	58,9%	43,45%	36,84%	50,66%	
	2012	34,66%	25,54%	45,72%	49,22%	39,42%	59,72%	41,83%	34,18%	48,76%	
	2016	30,01%	20,3%	42,15%	46,36%	37,52%	57,99%	39,1%	31,34%	47,44%	
	2023	34,06%	23,14%	46,89%	44,39%	33,21%	57,66%	39,62%	31,4%	48,86%	
Clase social	Grupo VI	2007	38,09%	32,07%	44,19%	48,48%	42,25%	54,62%	43,28%	39,48%	47,87%
	2012	43,41%	37,11%	50,6%	54,28%	47,66%	60,64%	49,35%	44,7%	54,25%	
	2016	40,87%	34,95%	47,35%	40,69%	34,61%	47,19%	40,78%	36,53%	45,18%	
	2023	33,45%	27,16%	39,94%	44,29%	37,13%	52,22%	39,05%	33,99%	44,64%	
Grupo VII	2007	42,88%	34,72%	51,76%	42,74%	34,99%	49,68%	42,8%	37,83%	48,85%	
	2012	48,77%	40,26%	56,3%	42,96%	35,59%	51,71%	46,09%	40,11%	52,%	
	2016	36,86%	29,55%	43,86%	47,83%	39,81%	55,54%	42,42%	37,11%	48,09%	
	2023	31,69%	23,98%	40,37%	38,83%	29,22%	47,64%	35,77%	29,76%	41,99%	
No ha trabajado	2007	26,87%	19,21%	36,39%	55,73%	44,45%	65,56%	40,15%	33,23%	47,53%	
	2012	44,17%	32,58%	56,59%	51,01%	40,31%	62,76%	48,15%	39,14%	56,55%	
	2016	34,1%	23,5%	46,79%	48,66%	36,57%	59,23%	41,88%	33,74%	50,52%	
	2023	15,65%	8,84%	25,22%	37,29%	26,68%	49,79%	26,64%	19,65%	34,18%	
Total Clase social	2007	35,69%	31,94%	38,86%	45,4%	41,75%	48,77%	40,69%	38,37%	43,12%	
	2012	42,35%	38,71%	45,72%	50,83%	47,54%	54,72%	46,71%	44,16%	49,16%	
	2016	34,52%	31,06%	37,91%	43,78%	40,39%	47,5%	39,32%	37,01%	41,66%	
	2023	28,78%	25,41%	32,18%	39,39%	35,56%	43,31%	34,36%	31,99%	37%	

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE



Anexo I (continuación)

Porcentaje de menores con sobrepeso u obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio).

Variables		Niña			Niño			Total			
		Estimación	Lím	Lím	Estimación	Lím	Lím	Estimación	Lím	Lím	
		puntual	inf	sup	puntual	inf	sup	puntual	inf	sup	
Dificultad para llegar a fin de mes	Con dificultad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-	
		2012	46,22%	40,12%	51,88%	51,41%	44,74%	57,34%	48,86%	44,71%	53,19%
		2016	38,78%	33,72%	44,44%	47,75%	42,61%	52,97%	43,42%	39,38%	47,38%
		2023	33,23%	24,06%	44,22%	45,6%	34,69%	54,95%	39,79%	32,8%	46,89%
	Con cierta/ alguna dificultad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	38,92%	31,67%	44,95%	50,95%	44,51%	57,4%	45,09%	40,26%	49,45%
		2016	32,4%	26,92%	39,06%	40,92%	34,64%	47,02%	36,76%	32,51%	41,08%
		2023	27,02%	21,24%	33,12%	39,64%	31,39%	47,95%	33,7%	28,98%	39,49%
	Con cierta/ alguna facilidad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	40,3%	33,66%	47,8%	49,69%	42,52%	57,76%	45,11%	39,97%	50,5%
		2016	33,28%	26,19%	40,23%	44,25%	36,71%	51,87%	38,79%	33,72%	43,89%
		2023	29,72%	24,73%	36,28%	39,91%	33,62%	45,58%	35,35%	30,61%	39,57%
	Con facilidad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	41,96%	31,84%	53,11%	45,93%	34,8%	55,37%	44,07%	37,1%	51,32%
		2016	31,42%	21,33%	41,64%	45,52%	35,85%	55,66%	39,44%	31,76%	46,16%
		2023	26,28%	20,09%	33,19%	32,99%	25,27%	42,43%	29,62%	24,33%	35,33%
	Total dificultad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	42,1%	38,72%	46,01%	50,19%	46,31%	53,41%	46,26%	43,88%	49,13%
		2016	34,89%	31,48%	37,82%	44,75%	41,66%	48,37%	40,01%	37,72%	42,48%
		2023	28,53%	25,16%	32,14%	39,15%	35,45%	43,17%	34,16%	31,56%	37,1%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

Anexo II

Porcentaje de menores con obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio)

Variables		Niña			Niño			Total			
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	
Edad	0-2	2007	38,38%	26,36%	53,42%	41,07%	28,87%	52,98%	39,9%	30,61%	49,17%
		2012	28,41%	17,9%	43,09%	26,91%	15,2%	43,29%	27,72%	18,99%	37,54%
		2016	28,97%	17,91%	44,07%	25,6%	14,76%	39,69%	27,33%	18,58%	36,6%
		2023	14,8%	6,63%	28,52%	14,83%	5,1%	31,85%	14,81%	7,95%	24,17%
	3-7	2007	25,37%	20,79%	30,23%	27,15%	22,56%	32,18%	26,25%	23,08%	29,57%
		2012	28,35%	23,43%	33,92%	39,58%	34,47%	44,93%	34,31%	30,79%	38,34%
		2016	23,81%	19,6%	29,5%	28,32%	23,6%	33,04%	26,29%	22,72%	29,72%
		2023	22,35%	16,96%	28,5%	28,92%	23,4%	35,26%	25,86%	22,18%	31,34%
	8-11	2007	14,38%	9,92%	20,41%	18,7%	14,22%	24,97%	16,62%	12,71%	20,41%
		2012	19,39%	14,43%	25,72%	24,38%	17,96%	29,97%	21,91%	17,61%	25,91%
		2016	11,58%	7,75%	15,76%	23,82%	18,48%	29,25%	17,72%	14,85%	21,37%
		2023	11,35%	7,56%	15,87%	20,91%	15,85%	27,07%	16,34%	13,02%	20,06%
	12-15	2007	2,66%	1,21%	5,19%	4,2%	2,33%	6,89%	3,45%	2,19%	5,32%
		2012	6,41%	3,59%	10,28%	6,29%	3,56%	10,14%	6,35%	4,21%	8,87%
		2016	6,11%	3,55%	9,99%	5,14%	2,65%	8,66%	5,62%	3,68%	8,04%
		2023	4,46%	2,33%	7,39%	7,75%	4,84%	13,45%	6,23%	4,14%	9,44%
Total	2007	16,21%	13,84%	18,77%	18,57%	16,34%	21,36%	17,42%	15,75%	19,19%	
	2012	19,46%	16,92%	22,34%	25,41%	22,15%	28,41%	22,52%	20,64%	24,76%	
	2016	15,24%	12,85%	17,92%	20,73%	17,92%	23,54%	18,08%	16,25%	20,%	
	2023	11,22%	9,11%	13,47%	16,94%	14,29%	19,85%	14,24%	12,44%	16,22%	

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

Anexo II (continuación)

Porcentaje de menores con obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio)

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC
<10.000 hab	2007	13,54%	9,55%	19,17%	17,47%	12,28%	22,87%	15,63%	12,45%	19,66%
	2012	18,22%	11,81%	25,3%	26,51%	19,52%	34,11%	22,54%	18,03%	27,79%
	2016	18,98%	13,18%	26,23%	24,27%	17,56%	32,01%	21,71%	17,2%	27,22%
	2023	18,16%	12,94%	24,98%	16,84%	10,77%	24,4%	17,47%	13,76%	22,35%
10.000-50.000 hab	2007	16,59%	12,79%	21,08%	20,13%	15,85%	25,15%	18,41%	15,08%	21,81%
	2012	18,02%	13,08%	23,51%	26,%	20,67%	32,05%	22,15%	18,83%	26,4%
	2016	9,94%	6,68%	13,75%	19,31%	15,13%	25,39%	14,87%	12,32%	18,38%
	2023	9,35%	6,23%	13,5%	18,51%	14,24%	24,57%	14,42%	11,31%	17,88%
Tamaño de municipio >50.000 hab	2007	18,83%	13,98%	24,97%	21,48%	16,3%	27,59%	20,19%	16,39%	24,16%
	2012	21,68%	15,79%	28,12%	27,6%	21,01%	33,7%	24,73%	20,46%	29,36%
	2016	17,42%	12,64%	23,25%	20,93%	15,28%	27,69%	19,25%	15,21%	23,4%
	2023	10,19%	6,32%	15,42%	16,81%	11,26%	26,07%	13,68%	10,04%	18,38%
Capitales	2007	15,96%	11,34%	21,3%	15,75%	11,52%	20,4%	15,85%	12,47%	19,27%
	2012	20,03%	14,94%	25,66%	22,28%	17,27%	29,05%	21,16%	17,42%	25,29%
	2016	16,6%	11,92%	22,54%	19,83%	15,12%	25,51%	18,24%	14,84%	21,88%
	2023	9,44%	6,%	13,98%	14,9%	10,54%	21,15%	12,15%	9,22%	15,99%
Total	2007	16,21%	13,84%	18,77%	18,57%	16,34%	21,36%	17,42%	15,75%	19,19%
	2012	19,46%	16,92%	22,34%	25,41%	22,15%	28,41%	22,52%	20,64%	24,76%
	2016	15,24%	12,85%	17,92%	20,73%	17,92%	23,54%	18,08%	16,25%	20,%
	2023	11,22%	9,11%	13,47%	16,94%	14,29%	19,85%	14,24%	12,44%	16,22%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

Anexo II (continuación)

Porcentaje de menores con obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio)

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC
Primarios	2007	18,31%	11,47%	25,87%	21,86%	14,76%	31,65%	19,96%	14,62%	25,41%
	2012	16,04%	9,67%	23,79%	24,27%	15,76%	33,27%	19,99%	14,91%	26,43%
	2016	25,75%	15,91%	37,78%	22,62%	14,14%	33,12%	24,08%	17,74%	31,83%
	2023	12,81%	5,66%	25,08%	19,12%	10,91%	30,5%	16,27%	10,21%	24,36%
Secundarios	2007	14,7%	11,76%	17,85%	18,4%	15,51%	21,52%	16,69%	14,54%	18,89%
	2012	21,22%	17,81%	25,04%	27,94%	24,1%	31,99%	24,7%	22,28%	27,65%
	2016	13,33%	10,72%	16,62%	22,29%	19,08%	25,84%	17,95%	15,87%	20,51%
	2023	11,91%	9,6%	15,26%	19,09%	15,26%	22,83%	15,73%	13,44%	18,25%
Univer-sitarios	2007	18,71%	14,25%	24,54%	17,36%	12,55%	23,74%	18,09%	14,53%	22,34%
	2012	16,47%	11,47%	22,67%	19,07%	13,62%	25,28%	17,82%	13,48%	22,02%
	2016	16,95%	11,88%	22,52%	15,47%	10,59%	21,4%	16,18%	12,63%	20,22%
	2023	8,9%	5,23%	13,77%	9,68%	6,1%	14,58%	9,3%	6,51%	12,19%
Total	2007	16,21%	13,84%	18,77%	18,57%	16,34%	21,36%	17,42%	15,75%	19,19%
	2012	19,46%	16,92%	22,34%	25,44%	22,81%	28,79%	22,53%	20,55%	24,61%
	2016	15,24%	12,85%	17,92%	20,73%	17,92%	23,54%	18,08%	16,25%	20,%
	2023	11,23%	9,15%	13,43%	16,94%	14,29%	19,85%	14,24%	12,33%	16,03%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

Anexo II (continuación)

Porcentaje de menores con obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio)

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC	Estimación puntual	Lím inf IC	Lím sup IC
Grupo I y II	2007	14,72%	9,49%	21,51%	16,1%	10,32%	23,22%	15,4%	11,49%	19,89%
	2012	19,6%	12,21%	28,17%	17,91%	10,38%	27,06%	18,8%	13,83%	25,03%
	2016	17,58%	10,44%	27,7%	16,14%	10,09%	23,44%	16,78%	11,98%	22,64%
	2023	9,47%	5,18%	15,64%	10,95%	6,55%	17,09%	10,25%	7,24%	14,56%
Grupo III	2007	11,32%	6,27%	18,33%	17,03%	10,86%	24,75%	14,07%	9,99%	18,93%
	2012	13,53%	8,39%	22,75%	27,15%	19,28%	35,42%	20,69%	15,76%	26,9%
	2016	11,04%	6,12%	17,92%	15,92%	10,46%	24,%	13,66%	9,97%	18,3%
	2023	8,16%	4,15%	14,03%	13,29%	7,67%	20,62%	10,7%	6,96%	15,29%
Grupo IV y V	2007	17,39%	10,32%	27,09%	15,21%	9,67%	22,5%	16,06%	11,68%	21,78%
	2012	22,16%	14,86%	32,93%	23,36%	15,54%	33,45%	22,75%	17,08%	29,34%
	2016	11,65%	5,93%	21,32%	29,54%	21,89%	40,7%	21,6%	15,86%	28,57%
	2023	11,39%	5,47%	20,72%	21,94%	13,62%	32,32%	17,07%	11,44%	25,42%
Clase social Grupo VI	2007	18,84%	14,02%	23,54%	19,87%	15,59%	25,31%	19,36%	16,44%	23,25%
	2012	18,35%	13,63%	23,65%	29,06%	23,36%	35,51%	24,2%	20,31%	28,29%
	2016	16,37%	12,28%	21,5%	21,41%	16,34%	27,31%	18,82%	15,54%	22,69%
	2023	14,78%	10,71%	20,06%	20,02%	14,59%	28,37%	17,49%	13,79%	22,37%
Grupo VII	2007	22,%	14,95%	29,63%	21,58%	16,14%	28,05%	21,77%	17,32%	27,02%
	2012	21,07%	15,14%	27,81%	26,22%	19,48%	33,67%	23,44%	17,98%	28,31%
	2016	16,45%	11,8%	23,81%	21,08%	15,53%	28,44%	18,8%	15,03%	23,49%
	2023	12,14%	7,08%	19,05%	18,63%	12,64%	25,33%	15,84%	12,47%	20,79%
No ha trabajado	2007	11,45%	6,16%	19,77%	17,44%	10,56%	25,84%	14,21%	9,67%	19,83%
	2012	23,07%	13,83%	34,96%	23,84%	14,95%	33,77%	23,52%	16,42%	31,92%
	2016	14,96%	7,82%	24,76%	19,39%	12,12%	30,37%	17,33%	11,85%	24,3%
	2023	7,72%	3,17%	15,52%	14,14%	7,6%	24,65%	10,98%	6,23%	16,36%
Total Clase social	2007	16,6%	13,94%	19,2%	18,36%	15,77%	21,1%	17,5%	15,69%	19,26%
	2012	19,36%	16,33%	22,43%	25,7%	22,2%	28,55%	22,61%	20,43%	24,83%
	2016	15,11%	12,8%	17,76%	20,43%	17,88%	23,57%	17,87%	16,%	19,81%
	2023	11,27%	9,29%	13,89%	16,78%	14,17%	20,15%	14,17%	12,31%	15,96%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes

Anexo II (continuación)

Porcentaje de menores con obesidad, declarado por madres/padres por sexo, edición y resto de ejes de desigualdad (edad, nivel de estudios, clase social, dificultad para llegar a fin de mes y tamaño de municipio)

Variables		Niña			Niño			Total		
		Estimación	Lím	Lím	Estimación	Lím	Lím	Estimación	Lím	Lím
		puntual	inf IC	sup IC	puntual	inf IC	sup IC	puntual	inf IC	sup IC
Dificultad para llegar a fin de mes	Con dificultad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	21,89%	17,07%	28,03%	33,04%	27,24%	38,84%	27,57%	31,33%
		2016	15,2%	11,68%	19,7%	23,17%	18,86%	28,06%	19,32%	22,59%
		2023	13,8%	8,5%	23,48%	23,71%	15,54%	33,41%	19,06%	24,96%
	Con cierta/ alguna dificultad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	18,02%	13,36%	23,4%	20,03%	15,08%	25,24%	19,05%	22,86%
		2016	15,23%	11,21%	20,59%	19,61%	14,74%	25,17%	17,47%	21,46%
		2023	11,81%	8,02%	16,99%	16,1%	11,08%	23,64%	14,08%	18,13%
	Con cierta/ alguna facilidad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	18,41%	13,17%	24,89%	19,21%	13,55%	25,53%	18,82%	23,46%
		2016	17,19%	12,13%	22,94%	17,59%	12,39%	24,4%	17,39%	21,28%
		2023	12,14%	8,27%	16,62%	16,5%	12,53%	21,79%	14,55%	18,06%
	Con facilidad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	17,54%	10,66%	27,71%	28,26%	19,52%	38,24%	23,24%	29,94%
		2016	11,07%	5,53%	19,7%	20,89%	14,25%	30,31%	16,66%	22,52%
		2023	7,05%	4,3%	11,54%	15,26%	10,26%	21,61%	11,15%	15,08%
	Total dificultad	2007	-	-	-	-	-	-	-	-
		2012	19,38%	16,54%	22,22%	25,27%	22,22%	28,67%	22,41%	24,66%
		2016	15,23%	12,96%	17,94%	20,68%	18,02%	23,75%	18,05%	19,97%
		2023	11,06%	9,%	13,43%	17,09%	14,33%	20,2%	14,26%	16,11%

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (menores).

Nota: En la edición de 2007 no se recogió la variable de dificultad para llegar a fin de mes