

**EUSKAL
OSASUN
INKESTA**

**ENCUESTA DE
SALUD DEL
PAÍS VASCO**

2007



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Euskal Osasun Inkesta 2007

Encuesta de Salud del País Vasco 2007

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2010

Lan honen bibliografia-erregistroa Eusko Jaurlaritzako Liburutegi Nagusiaren katalogoan aurki daiteke: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteka>

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteka>

Egileak / Autores:

Yolanda Perez, Santiago Esnaola, Rosa Ruiz, Maite de Diego, Elena Aldasoro, Montse Calvo, Amaia Bacigalupe, Josu Llano

Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco

Unai Martín

Soziologia 2 Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea / Departamento de Sociología 2. Universidad del País Vasco

Itzulpena / Traducción:

Alfredo Hurtado de Saratxo, Ana Isabel Martín

Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco

Argitalpen laguntza / Colaboración en la edición:

M.ª Puy Esparza

Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco

Iradokitako aipua / Cita sugerida:

Perez Y, Esnaola S, Ruiz R, de Diego M, Aldasoro E, Calvo M, Bacigalupe A, Llano J, Martín U.

Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco 2007.

Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo, 2010

Argitaraldia: 1.a, 2010eko abendua
Edición: 1.ª Diciembre 2010

Ale-kopurua: 500 ale
Tirada: 500 ejemplares

© Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa
Osasun eta Kontsumo Saila
Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: www.euskadi.net

Argitaratzailea: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Edita: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotokonposaketa: Composiciones RALI, S. A.
Fotocomposición: Particular de Costa, 8-10, 7.ª planta - 48010 BILBAO

Imprimaketa: Estudios Gráficos ZURE, S. A.
Impresión: Carretera Lurtxana-Asua, 24-A
48950 Erandio-Goikoa (Bizkaia)

ISBN: 978-84-457-3095-9

L.G./D.L.: BI 3366-2010

Esker ona:

Liburu hau egin ahal izan da aurreko Osasun Inkestatetan –1986tik hona egindakoetan– jardun duten profesionalek esker; batez ere Osasuna Hobetuz-Osasun Inkesta 1997 (ESCAV'97) izeneko txostena egin zutenei ester. Orain argitaratu den liburua ESCAV'97arekin eta ESCAV'02arekin egindako lanean oinarritu da, lan hori ESCAV'07an bildutako informazioaren bidez eguneratu eta gero.

Agradecimientos:

Este libro ha sido posible gracias a los numerosos profesionales que han trabajado en las anteriores Encuestas de Salud, que se han venido realizando desde 1986. Y muy especialmente a los que elaboraron el informe Mejorando la salud-Encuesta de Salud 1997 (ESCAV'97). El libro que ahora se ha editado se ha basado en el trabajo de análisis realizado con la ESCAV'97 y la ESCAV'02 y que ahora se ha actualizado con la información recogida en la ESCAV'07.

AURKEZPENA PRESENTACIÓN

2007ko azken hiruhilekoan Euskal Autonomia Erkidegoan egindako Osasun Inkestaren (EAEIOI'07) emaitzak jaso dira liburu honetan. Liburuko kapituluak 2008az geroztik Osasun eta Kontsumo Sailaren webgunean azterketari buruz argitaratu den informazioa osatzen dute.

Osasun-egoeraren eta haren determinatzaileen ikuspegia ematen digu inkestak, herritarren ikuspuntuak. Horretaz gain, gure erkidegoko osasunak azken urteetan izan duen bilakaera deskribatzen du, eta etorkizunean nolakoa izan daitekeen iradokitzen du. Nabarmentzekoa da Osasun Inkestak gaixotasun kronikoek gure erkidegoan dituzten ondorioak ezagutzeko balio digula. Horrenbestez, balio handia du dokumentu honetan jaso den informazioak, bideratu egiten gaituelako eta osasun-politikak ebaluatzeko gidaliburu gisa balio digulako.

2002-2007 aldian gora egin du ezintasunik gabeko bizi-itxaropenak, bai gizonetan bai emakumeetan, nahiz eta jarduera kronikoki mugatuta izatearen prebalentziak egonkor iraun duen bi sexuetan. Tabakismoak behera egiten jarraitu du gizonetan, baina mantendu egin da emakumeetan. Gauza bera esan daiteke edari alkoholduen kontsumoari buruz: normalean edari alkoholduak kontsumitzen dituzten gizonen proportzioak behera egiten jarraitu du, baina emakumeenak ez du aldaketarik izan. Bi sexuetakoek jarduera fisiko gehiago egiten dute aisialdian, 2002an baino. Hala ere, obesitate-kasuak ugariatu egin dira. Nabarmentzekoa da gizonen %30ek eta emakumeen %65ek soilik jaten dituztela barazkiak eta fruta, egunero.

2007ko inkestak erakusten digu iraun egin dutela gizarte- eta genero-desberdintasunek osasunean eta haren determinatzaileetan. Gizarte desberdintasunek erakusten dute bizi-ohituretan portaera ez-osasungarriak izatea ez dela beti norberaren aukera izaten, pertsonak bizi dituen egoerei ematen dien erantzunaren ondorio direla baizik. Agerian jartzen da, beraz, inguru ekonomiko, sozial eta kulturalak duen garrantzia osasun-portaerak gartzeko, eta horrek osasun arlotik harantzagoko jarduera-eremuak behar direla nabarmentzen du. Gogoeta horiek garrantzi berezia dute EAEn gaixotasun kronikoen zama gutxitzeko esku-hartzeak diseinatzeko eta ebaluatzeko.

Eskerrak eman nahi dizkiegu EAEIOI'07ko galderasortari adeitsuki erantzun dieten guztiei. Haien laguntzarik gabe ezingo genukeen liburu hau egin.

RAFAEL BENGOA RENTERIA jauna
Osasun eta Kontsumo sailburua

Este libro recoge los resultados de la Encuesta de Salud (ESCAV'07) realizada en la Comunidad Autónoma de Euskadi durante el último trimestre de 2007. Los capítulos del libro complementan la información que desde 2008 se ha venido publicando en la página web del Departamento de Sanidad y Consumo sobre el estudio.

La Encuesta nos da una visión del estado de salud y de sus determinantes desde la perspectiva de la población. Además, describe la evolución en los últimos años de la salud de nuestra comunidad, y sugiere cómo puede ser en un futuro. Merece especial mención el papel que la Encuesta de Salud significa para conocer la incidencia que las enfermedades crónicas suponen para nuestra comunidad. De ahí el gran valor de la información que se recoge en este documento que nos orienta y sirve de guía para evaluar las políticas de salud.

En el periodo 2002-2007 ha aumentado la esperanza de vida libre de discapacidad, tanto para los hombres como para las mujeres, aun cuando la prevalencia de limitación crónica de la actividad se ha mantenido estable en ambos sexos. El tabaquismo ha seguido descendiendo entre los hombres, pero se ha mantenido en las mujeres. De la misma manera, la proporción de hombres que consumen habitualmente bebidas alcohólicas ha ido disminuyendo y se ha mantenido invariable en la de mujeres. En ambos sexos ha aumentado la práctica de actividad física en el tiempo libre con respecto al 2002. Sin embargo, han aumentado los casos de obesidad. Destaca que sólo el 30% de los hombres y el 65% de las mujeres comen a diario verdura y fruta.

La Encuesta de 2007 muestra que persisten las desigualdades sociales y de género en la salud y en sus determinantes. Las desigualdades sociales en los hábitos de vida muestran que la adopción de conductas no saludables no siempre es una elección libre, sino fruto de la respuesta de la persona a las circunstancias en las que vive. Se evidencia así la gran importancia del entorno económico, social y cultural en el desarrollo de las conductas saludables, lo que señala a ámbitos de actuación que trascienden de lo netamente sanitario. Estas consideraciones adquieren una especial relevancia a la hora de diseñar y evaluar las intervenciones para reducir la carga de las enfermedades crónicas en la CAPV.

Queremos agradecer la colaboración de todas aquellas personas que amablemente respondieron a los cuestionarios de la ESCAV'07. Sin su participación hubiera sido imposible la elaboración de este libro.

D. RAFAEL BENGOA RENTERÍA
Consejero de Sanidad y Consumo

Índice

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	11
MÉTODOS	15
I. RESULTADOS	25
1. Indicadores de salud	27
1.1. Autovaloración de la salud	27
1.2. Calidad de vida relacionada con la salud	33
1.3. Limitación temporal de la actividad	39
1.4. Limitación crónica de la actividad	45
1.5. Esperanza de vida libre de discapacidad	52
1.6. Morbilidad crónica	55
1.7. Salud mental	63
1.8. Lesiones no intencionadas	72
2. Determinantes de salud	83
2.0. Determinantes sociales de la salud	83
2.1. Consumo de alcohol	89
2.2. Consumo de tabaco	103
2.3. Peso corporal	119
2.4. Actividad física	131
2.5. Hábitos alimentarios	142
2.6. Apoyo social	154
2.7. Condiciones de trabajo	161
3. Prácticas preventivas	171
3.1. Vacunación antigripal	171
3.2. Tensión arterial	175
3.3. Hipercolesterolemia	180
3.4. Mamografía	185
3.5. Citologías	189
3.6. Consejo médico preventivo	193
3.7. Seguridad vial	199
4. Servicios Sanitarios	203
4.1. Consultas médicas	203
4.2. Atención urgente	216
4.3. Atención hospitalaria	224
5. Actualización de los Indicadores utilizados en el Plan de Salud 2002-2010, con los datos de la Encuesta de Salud 2007	231
6. Bibliografía	235
II. ANEXOS	237
1. Cuestionarios	239
2. Definiciones	333

Aurkibidea

JUSTIFIKAZIOA ETA HELBURUAK	11
METODOAK	15
I. EMAITZAK	25
1. Osasun-maila	27
1.1. Osasunaren autobalorazioa	27
1.2. Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea	33
1.3. Jardueraren aldi baterako mugapena	39
1.4. Jardueraren mugapen kronikoa	45
1.5. Ezintasunik gabeko bizi-itzaropena	52
1.6. Erikortasun kronikoa	55
1.7. Osasun mentala	63
1.8. Nahitakoak ez diren lesioak	72
2. Osasun eragileak	83
2.0. Osasunaren gizarte-mugatzailak	83
2.1. Alkoholarekin kontsumoa	89
2.2. Tabakoaren kontsumoa	103
2.3. Gorputz-pisua	119
2.4. Jarduera fisikoa	131
2.5. Elikadura-ohiturak	142
2.6. Gizarte-laguntza	154
2.7. Lan-baldintzak	161
3. Prebentzio-jardunbideak	171
3.1. Gripearekin aurkako txertaketa	171
3.2. Tentsio arteriala	175
3.3. Hiperkolesterolemia	180
3.4. Mamografia	185
3.5. Zitologiak	189
3.6. Prebentziozko aholku medikoa	193
3.7. Bide segurtasuna	199
4. Osasun-zerbitzuak	203
4.1. Kontsulta medikoak	203
4.2. Atentzio urgentea	216
4.3. Ospitaleko atentzioa	224
5. 2002-2010 Osasun-planean erabilitako adierazleak eguneratzea, 2007ko osasun inkestako datuak kontuan hartuta	231
6. Bibliografia	235
II. ERANSKINAK	237
1. Galde-sortak	239
2. Definizioak	333

JUSTIFIKAZIOA ETA HELBURUAK

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

SARRERA

2007ko Osasun-inkesta (EAEOI'07), gure Erkidegoan egiten den bosgarrena da. Lehenengoa, 1986an egin zen, eta 1992tik aurrera bost urtez behin egin izan da. Urte horietan, EAEOI Euskal Autonomia Erkidegoko osasunaren informazio-sistemari dagokion elementu ordezkazina bihurtu da.

Lehen inkestako analisiak kontuan hartuz, erabaki garrantzitsuak hartu ziren. Erabaki horien artean azpimarratzekoak dira, besteak beste: Asistentzia Sanitarioaren unibertsalizazioa eta Haurren Hortz-osasunaren Programa. Bigarren edizioa 1992an egin zen, eta osasun-zerbitzuen plangintza eta kudeaketarako zuzendu zen (erref.). Horren adibide ona dugu titietako minbizia goiz detektatzeko programa martxan jartzeAa. 1992tik aurrera, EAEOI bere informazioaren erabiltzaile potentzialen arteko kontsulta-prozesu bat sortu zuen, gure Erkidegoan osasun-plangintzarako informazio-beharrak kontuan hartu eta haietara moldatzeko asmoz. 1997ko edizioak panel bat sartu zuen eta 1992ko laginaren zati handi bat 1997an elkarrizketatua izan zen. Berrikuntza horrek, datuei indar eta balio handiagoa eman die, aztertutako adierazle nagusietan gertatutako aldaketa indibidualak aztertu ahal direlako. 2002an, informazioaren erabiltzaileen artean egindako kontsulta-prozesuaren ondorioz, laginaren tamaina gehitu egin da eta beste arlo batzuk sartu ere bai. 2007ko inkestan atal berri batzuk gehitu ez ezik, galdera batzuk ere aldatu egin dira (Helburuak ikus).

JUSTIFIKAZIOA

Osasun-inkestak, osasun-plangintzari buruzko erabakiak hartzeko orduan (WHO, 1990), kontuan hartu beharreko oinarritzko elementuak dira. Izan ere, euren bidez jakin dezakegu zeintzuk diren osasunaren tamaina, banaketa eta joerak, zeintzuk diren bizi-azturak eta zerbitzu sanitarioen erabilera, biztanleen ikuspuntutik ikusita. Inkestek, bestalde, osasunaren arazo nagusiak identifikatzen uzten digute, bai lehenetsiak identifikatzeko, bai plangintzaren interbentzio-estrategiak diseinatu eta garatzeko (Patrick eta Bergner, 1990), eta baita baliabideen esleipena ebaluatzeko ere (Patrick eta Erikson, 1993). Euren bidez ere, arrisku-talde na-

INTRODUCCIÓN

La Encuesta de Salud de la CAPV de 2007 (ESCAV'07) es la quinta Encuesta de Salud realizada en nuestra comunidad. La primera se hizo en 1986, y a partir de 1992 ha tenido una periodicidad quinquenal. A lo largo de estos años, la ESCAV se ha convertido en un elemento insustituible del sistema de información de salud de la CAPV.

A partir del análisis de la primera encuesta se tomaron decisiones de gran relevancia, entre las que destacan la universalización de la Asistencia Sanitaria y el Programa de Salud Dental Infantil. La segunda edición se hizo en 1992, y tuvo una orientación preferente hacia la planificación y gestión de los servicios de salud. Un buen ejemplo ha sido la puesta en marcha del Programa de detección precoz del cáncer de mama. A partir de 1992, la ESCAV ha incorporado un proceso de consulta entre los potenciales usuarios de su información para adaptarse a las necesidades de información en la planificación sanitaria de nuestra comunidad. La edición de 1997 introdujo un panel, de manera que parte de la muestra de 1992 fue de nuevo entrevistada en 1997. Ello aumentó aún más la potencia y validez de sus datos, al hacer posible el estudio del cambio individual de los principales indicadores estudiados. En 2002, como consecuencia del proceso de consulta entre los usuarios de la información, se aumentó el tamaño muestral y se introdujeron nuevos apartados. En 2007, se han incorporado nuevas secciones en la encuesta y se han realizado modificaciones en algunas preguntas (Véase en Objetivos).

JUSTIFICACIÓN

Las encuestas de salud son un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación de salud (WHO 1990). Proporcionan conocimiento sobre la magnitud, distribución y tendencias de la salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, desde el punto de vista de la ciudadanía. Permiten identificar los principales problemas para la identificación de prioridades, para el diseño y desarrollo de estrategias de intervención en la planificación (Patrick y Bergner 1990), y para la evaluación la asignación de recursos (Patrick y Erikson 1993). Permiten también identificar los principales grupos a riesgo con respecto a la salud,

gusiak identifika daitezke bai osasunari dagokionez, bai bizi-azturei dagokionez eta bai zerbitzu sanitarioez baliatzeari dagokionez. Beraz, osasun-inkestak osasuna planifikatzeko orduan lanabes oso garrantzitsu bihurtu dira eta, hori dela eta, herrialde garatu gehienek euren osasun-inkesta propioa dute.

EAEko Osasun-inkestak (EAEOL) jasotako informazioaren baliorik handiena da, izan, azpimarratu beharreko ezaugarri batzuetan oinarritzen dela. Beste osasun-inkesta batzuetan gertatzen den bezala, EAEOLk biztanleetatik ateratako ikuspegia ematen du, biztanleria-taldeari buruzko informazioa jasotzen duelako, biztanleria horrek osasun-zerbitzuak erabili edo ez erabili arren. Horrez gain, gure komunitatearen osasuna baloratzen du pertsonen, euren, alderditik ikusita. EAEOLk ematen digun informazioaren bidez, jakin dezakegu nola sumatzen duten euskal herritarrek euren osasuna eta nola baloratzen duten euren osasuna eta euren gaitasun funtzionala. Horrela, bada, zerbitzu sanitarioek erabiltzen dituzten datuetan oinarritutako informazio-sistemetatik lortutakoaren ikuspuntu osagarri bat eskaintzen du. Azken datu horiek ematen diguten informazioa osasun-zerbitzuen pertsona erabiltzaileetara mugatuta dago eta profesional sanitarioen alderditik ikusita. Eta osasunari buruz hitz egiterakoan, EAEOLk dimentsio askotako ikuspuntua inorporatzen du, honako hauek barne hartzen dituelarik: osasunaren autobalorazioa, osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea, morbiditate kronikoa eta desgaitasuna.

EAEOLk osasun-zerbitzu publiko eta pribatuaren erabilaren maiztasunari eta ezaugarriei buruzko informazioa ere ematen digu. Horrela, osasun-zerbitzuen erabilera beste hauekin erlazionatzen uzten du: ezaugarri demografikoak, familia-determinatzaile sozioekonomikoak, bizi-azturak eta haute-mandako osasunaren egoera. Horrez gain, familia bakoitzak daukan gastu sanitario pribatuari buruzko informazioa ematen digu, eta hori beharrezkoa da gastu sanitarioaren azterketarako.

Azpimarratzeko da EAEOLren zeregina bai osasundesberdintasun sozialen ezaugarri eta monitorizazioan, eta bai atentzio sanitarioan ere. EAEOLren bidez, guk erlaziona dezakegu osasunaren zenbait determinatzaile sozialen informazioa (e.b.: maila ekonomikoa, lan-egoera, lan-baldintzak, etxeko lanen banaketa, bizilekua, jatorrizko herria) haute-mandako osasunarekin, bizimoduekin eta osasun-zerbitzuen erabilarekin.

Azkenik esan behar da, EAEOLren bidez hautemandako osasunaren adierazle nagusien, osasunarekin

a los hábitos de vida y al acceso a los servicios sanitarios. Las encuestas de salud se han convertido, así, en un instrumento muy relevante en la planificación sanitaria y, por ello, la mayoría de los países desarrollados cuentan con su propia encuesta de salud.

El gran valor de la información recogida por la Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) se basa en algunas características que conviene resaltar. Al igual que otras encuestas de salud, la ESCAV tiene una perspectiva poblacional: recoge información relativa al conjunto de la población, utilicen o no los servicios de salud. Además, valora la salud de nuestra comunidad desde el punto de vista de las propias personas. La ESCAV nos informa sobre cómo percibe la población su salud, cómo valora su salud y su capacidad funcional. Ofrece, así, una visión complementaria a la obtenida a partir de los sistemas de información basados en los datos de utilización de servicios sanitarios. Estos últimos nos dan información limitada a las personas usuarias de los servicios de salud, y desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Y al hablar de la salud, la ESCAV incorpora una visión multidimensional, que incluye la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud, la morbilidad crónica y la discapacidad.

La ESCAV nos informa también sobre la frecuencia y características de la utilización de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Permite así relacionar la utilización de servicios de salud con la información sobre las características demográficas, los determinantes socioeconómicos familiares, los hábitos de vida y el estado de salud percibida. Nos aporta además información sobre el gasto sanitario privado de cada familia, necesario para el estudio del gasto sanitario.

Es de resaltar el papel de la ESCAV en el conocimiento y monitorización de las desigualdades sociales en salud y en la atención sanitaria. La ESCAV, permite relacionar la información sobre ciertos determinantes sociales de la salud (como la posición socioeconómica, la situación laboral, las condiciones de trabajo, la distribución de las tareas domésticas, el lugar de residencia o el país de origen) con la salud percibida, los estilos de vida y el uso de los servicios de salud.

Finalmente, la ESCAV nos permite seguir la evolución temporal de los principales indicadores de sa-

zerikusia duten bizi-azturen eta osasunean gizarte-desberdintasunen denbora-eboluzioa jarraitu ahal dela. Eta hori guztia, urteen bidez konpara daitezkeen eta kalitate handikoak diren datuetatik abiatuz.

HELBURUAK

Honako hauek dira Osasun-inkestak dauzkan helburu orokorrak:

1. Hautemandako osasunean, bizi-azturetan eta zerbitzu sanitarioen erabileran dauden joerak monitorizatzea.
2. Hautemandako osasunean, bizi-azturetan eta zerbitzuen erabileran dauden desberdintasun sozialak monitorizatzea.
3. Osasunari, bizi-azturei eta osasun-zerbitzuen erabilerari dagokienez, arrisku-talde nagusiak identifikatzea.

EAEOI'07ren edukia Euskadiko Sistema Sanitarioaren informazio-beharrizan berrietara moldatu da. Hori lortzeko, EAEOIk honako informazio-arloak inkorporatu edo moldatu ditu:

- Desgaitasun-atalak ondoko hauei buruzko informazioa sartu du: lan-egoera, lan-istripu eta lanetik eratorritako gaixotasunei buruzkoa, desgaitasunaren zio posible gisa. Gainera, Barthel Adierazlea gehitu zaio, pertsona ezinduen menpetasun-maila neurtzeko. Mendeko pertsonen zaintzaileei buruzko galderak ere sartu dira bertan.
- Arazo kronikoko zerrenda aldatu egin da, antsietate/depresioko arazo kronikoaren prebalentziaren informazio banakatua lortzeko.
- *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* delako galdesorta sartu egin da, jarduera fisikoa neurtzeko.
- Aseguramendu sanitarioaren hedapenari buruzko galdera bat gehitu da.
- Atal batzuk sartu dira jan-aztura, etxebizitza-ingurumen, agresio edo tratu txarreko egoerei buruz.
- Pertsona bakoitzari Wright¹ delako gizarte-maila esleitzen dion informazioa gehitu da

lud percibida, de los hábitos de vida relacionados con la salud y de las desigualdades sociales en salud. Y todo ello, a partir de datos comparables a través de los años, y de gran calidad.

OBJETIVOS

Los objetivos generales de la Encuesta de Salud son:

1. Monitorizar las tendencias en la salud percibida, los hábitos de vida y la utilización de servicios sanitarios.
2. Monitorizar las desigualdades sociales en la salud percibida, los hábitos de vida y la utilización de servicios.
3. Identificar los principales grupos a riesgo con respecto a la salud, los hábitos de vida y el acceso a los servicios de salud.

El contenido de la ESCAV de 2007 se ha adaptado a las nuevas necesidades de información del Sistema Sanitario de Euskadi. Para lograrlo la ESCAV ha incorporado o adaptado las siguientes áreas de información:

- La sección de discapacidad ha incluido información sobre la situación laboral, los accidentes laborales y las enfermedades derivadas del trabajo como posibles causas de la discapacidad. Además, se ha añadido el Índice Barthel para medir el grado de dependencia de las personas discapacitadas, y preguntas sobre las personas que cuidan a personas dependientes.
- Se ha modificado la lista de problemas crónicos con el fin de obtener información desglosada de la prevalencia del problema crónico de ansiedad-depresión.
- Para la medida de la actividad física, se ha incluido el cuestionario *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*.
- Se ha añadido una pregunta sobre la cobertura del aseguramiento sanitario.
- Se han añadido secciones relativas a los hábitos alimentarios, el entorno ambiental de la vivienda y las situaciones de agresión y/o maltrato.
- Se ha añadido la información que permite asignar a cada persona la clase social de Wright¹

¹ Wright EO. *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000

¹ Wright EO. *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000

METODOAK

MÉTODOS

HELBURU DIREN BIZTANLEAK

Aurreko inkestetan bezala, helburu-biztanleria EAEko familia-etxebizitzetan, inkesta egin zen urtean zehar, bizi ziren pertsonen osatu zuten, 2007ko urtean. Etxe kolektiboetan edo erakundeeetan bizi zirenak ez ziren laginean sartu.

LAGINAREN DISEINUA

Laginaren familia-unitateen sakabanatze geografikoa saihesteko asmoz, laginketa hiru etapetan egin zen (1. taula). Lehenengo etapan, pilaketen ausazko laginketa geruzatua egin zen. Laginketa-ren lehen mailako unitatetzat zentsu-atala erabili zen, bi abantaila eskaintzen zituelako: batetik, bere kopurua nahiko handia izatearen abantaila; eta bestetik, ondo mugatuta eta iraunkorrak diren administrazio-unitateak izatearen abantaila. Gainera, atalen barne-homogeneotasuna orekatzeko, azpilaginketa geruzatua ere egin zen. Atalen lehenengo estratifikazioa geografikoa izan zen eta 3 estratu mugatu zituen, osasun-arlo bakoitzeko bat. Estratifikazio horretan laginketa-esleipena proporzionala izan zen, hots, 2005eko Etxebizitza-Direktorioaren erabera okupatu zen etxebizitza-kopuruaren erro karratuaren proporzionala. Jarraian, zentsu-atal geruzatuak proporzionaliki zozketatu ziren, osasun-arlo bakoitzaren barruan 7 osasun-eskualdeen eta 9 tipologia soziodemografikoen arabera. Lehenengo etapa horretan 650 zentsu-atal hautatu ziren.

Bigarren etapan, atal bakoitzaren barruan okupatutako 8 etxebizitza zozketatu ziren, laginketa sistematiko zirkularren bidez, eskualde-kokapenarekin korrelazioan dagoen estratifikazio soziodemografikoa jasotzeko asmotan. Laginketa-etxebizitzaren kopurua 8koa izan zen atal guztietan, ataleko etxebizitza-kopurua edozein izanda ere. Kopuru horrek orekatu zituen lehenengo eta bigarren etapetako hautapen-probabilitateak, eta, bestetik, landa-lana eta ordezkapenak erraztu zituen. Bigarren etapa horretan aukeratu ziren etxebizitzetako pertsona guztiei datuak jaso zitzaizkien, familiagaldesortaren bidez. Hirugarren etapan, aleatoriki etxebizitza bakoitzean 16 urte eta hortik gorako hiru pertsonetatik bi hautatu ziren; eta eurengan-

POBLACIÓN OBJETIVO

Al igual que en las encuestas anteriores, en 2007 la población objetivo la formaron las personas residentes en las viviendas familiares de la CAPV durante el año en que se realizó la encuesta. Se excluyeron las personas que se encontraban viviendo en hogares colectivos o instituciones.

DISEÑO MUESTRAL

Con el fin de evitar la excesiva dispersión geográfica de las unidades familiares de la muestra se recurrió a un muestreo en tres etapas (Tabla 1). En la primera etapa se realizó un muestreo aleatorio estratificado de conglomerados. Como unidad primaria de muestreo se recurrió a la sección censal, por la doble ventaja de que su número es razonablemente grande y de que se trata de unidades administrativas bien delimitadas y estables. Con el fin de compensar el efecto de homogeneidad interna de las secciones se procedió además a un submuestreo estratificado. La primera estratificación de las secciones fue geográfica y delimitó tres estratos, uno por área sanitaria. La afijación de la muestra en esta estratificación fue proporcional a la raíz cuadrada del número de viviendas ocupadas según el Directorio de Viviendas del 2005. A continuación, se sortearon las secciones censales estratificadas proporcionalmente dentro de cada área sanitaria según las siete comarcas sanitarias y nueve tipologías socio-demográficas elaboradas con la información del Censo de Población y Viviendas de 2001. En esta primera etapa se seleccionaron 650 secciones censales.

En una segunda etapa se sortearon ocho viviendas ocupadas dentro de cada sección, por muestreo sistemático circular, con el fin de recoger la estratificación sociodemográfica correlacionada con la ubicación regional. El número de viviendas muestrales fue en todas las secciones de ocho, independientemente del número de viviendas por sección. Esto compensó las probabilidades de selección de la primera y segunda etapa, y facilitó el trabajo de campo y las sustituciones. Todas las personas de las viviendas seleccionadas en esta segunda etapa fueron objeto de la recogida de datos mediante el cuestionario familiar. En una tercera etapa se seleccionaron aleatoriamente dentro de cada vivienda dos de cada tres personas de 16 y más años, de

dik jaso zen informazioa galdesorta indibidualaren bidez jaso zen (aurrerago ikus).

quienes se recogió la información mediante el cuestionario individual (véase más adelante).

1. taula / tabla 1

Osasun Inkesta 2007aren lagin-diseinua: etapa askotako ausazko laginketa
Diseño muestral de la Encuesta de Salud 2007: muestreo aleatorio multietápico

1. ETAPA: AUSAZKO LAGINKETA GERUZATU PROPORTZIONALA

1.ª ETAPA: MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO PROPORCIONAL

- **Lehen mailako unitateak:** zentsu-atalak (pilaketa ezberdinak).
Unidades primarias: secciones censales (conglomerados desiguales).
- **Laginaren tamaina:** 650 zentsu-atal.
Tamaño de la muestra: 650 secciones censales.
- **1. estratifikazioa:** geografikoa, osasun-arloen arabera, estratu bakoitzaren tamainaren erro karratuaren esleipen proportzionalarekin.
1.ª estratificación: geográfica, por áreas sanitarias, con afijación proporcional a la raíz cuadrada del tamaño de cada estrato.
- **2. estratifikazioa:** sozioekonomikoa, osasun-eskualdearen arabera, esleipen hertsiki proportzionalarekin.
2.ª estratificación: socioeconómica, por comarca sanitaria, con afijación estrictamente proporcional.
- **Atalaren tamainaren esleipen proportzionala,** itzultzerik gabekoa.
Afijación proporcional al tamaño de la sección y sin restitución.

2. ETAPA: AUSAZKO LAGINKETA SISTEMATIKO UNIFORMEA

2.ª ETAPA: MUESTREO ALEATORIO SISTEMÁTICO UNIFORME

- **Bigarren mailako unitateak:** familia-etxebizitzak.
Unidades secundarias: las viviendas familiares.
- **Laginaren tamaina:** bigarren mailako 5.200 unitate edo laginketa-etxebizitzak.
Tamaño de muestra: 5.200 unidades secundarias o viviendas muestrales.
- **Esleipen uniforme:** 8 familia-etxebizitza, zentsu-atal bakoitzeko.
Afijación uniforme: 8 viviendas familiares por sección censal.

3. ETAPA: AUSAZKO LAGINKETA BAKUNA

3.ª ETAPA: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE

- **Unitatea :** etxean bizi den 16 urteko eta hortik goragoko pertsona.
Unidad : el sujeto que reside en la vivienda de 16 y más años.
- **Laginaren tamaina:** 7.410 pertsona.
Tamaño de muestra: 7.410 personas.
- **Ausazko laginketa:** 16 eta goragoko urteko 3 pertsonetatik bi, etxebizitza bakoitzeko.
Muestreo aleatorio: dos de cada tres personas de 16 y más años por vivienda.

Laginketa-tamaina 5.200 etxebizitzatan jarri zen; horren ondorioz, 13.555 pertsonako lagina atera zen familiarentzako galdesortarako eta 7.410 pertsonako lagina galdesorta indibidualarentzako.

Se determinó un tamaño muestral de 5.200 viviendas, lo que supuso una muestra de 13.555 personas que respondieron al cuestionario familiar y de 7.410 personas que contestaron al cuestionario individual.

1997ko EAEOIk luzetarako panel bat erabili zuen, eta 1997ko EAEOIko laginaren %70k 1992ko inkestan ere parte hartu zuen. 2002an, 1997arekiko zati komuna %62koa izan zen; aldiz, 2007an, 2002arekiko zati komuna 2.917 familiatakoa izan zen (%56).

El 70% de la muestra de la ESCAV de 1997 también participó en la encuesta de 1992. En 2002 se mantuvo el panel, resultando una muestra común del 62% con respecto a la de 1997. En 2007 se mantuvo un panel común con respecto a 2002 de 2.917 viviendas, en las que coincidió la persona de referencia en el 72% de los casos.

2. taula / tabla 2

Etxebizitza-laginaren esleipena, osasun-arloen arabera
Afijación de la muestra de viviendas por áreas sanitarias

Osasun-arloak Áreas Sanitarias	Okupatutako etxebizitzak Viviendas ocupadas	Etxebizitza- kopuruaren erro karratua Raíz cuadrada del número de viviendas	Etxebizitzen laginaren banaketa Distribución de la muestra de viviendas	
			K / N	%
Araba / Álava	99.971	316	1.107	21,3
Bizkaia	431.944	657	2.301	44,3
Gipuzkoa	262.084	512	1.792	34,5
Euskal AE / C.A. de Euskadi	793.999	1.485	5.200	100,0

3. taula / tabla 3

Etxebizitza-laginaren esleipena osasun-eskualdeen arabera
Afijación de la muestra de viviendas por comarcas sanitarias

Osasun-eskualdeak Comarcas sanitarias	Okupatutako etxebizitzak Viviendas ocupadas	Laginketa-atalak Secciones muestrales	Laginketa- etxebizitzak Viviendas muestrales
Araba / Álava	99.971	139	1.112
Gipuzkoa-Mendebaldea / Gipuzkoa-Oeste	104.220	89	712
Gipuzkoa-Ekialdea / Gipuzkoa-Este	157.864	134	1.072
Bilbao	137.734	92	736
Barrualdea / Interior	108.796	73	584
Uribe-Kosta	72.285	48	384
Ezkerraldea-Enkarterri	113.129	75	600
Euskal AE / C.A. de Euskadi	793.999	650	5.200

INFORMAZIOA JASOTZEKO PROZEDURAK, AZTERTZEKO ALDAGAIK ETA NEURTZEKO TRESNAK

Datuak biltzeko galdesortak, Osasun Sailak egin zituen. Erabilitako tresneetako batzuk, nazioarteko eskaletatik gaztelerara eta euskarara egindako moldatzeak dira, «Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey)» delakoaren edo DUKE-indizearen kasuan gertatzen den bezala. Hau horrela egiten da, beste eremu batzuetan egindako beste inkesta batzuekin konparatu ahal den neurketa bat lortzeko. Oro har, galderek aurreko datu-bilketen formulazio berbera gorde dute, urteetan zehar datuak konparatu ahal izango direla ziurtatzeko asmoz. 2007ko urtean, aldatu egin dira osasunaren autoebaluazio-galdera bietako bati erantzuteko «item»ak; izan ere, Galdesorta indibidualeko 17.b) galderan, hots, «Zure osasuna nolakoa dela esangu zenuke, oro har?», eta aurreko urteetako aukera bat zen: «normala»; orain, berriz, «hala-holakoa» jarri da, Beraz, erantzuteko «item»etan ditugu: «Oso ona, Ona, Hala-holakoa, Txarra eta Oso

INSTRUMENTOS DE MEDIDA, VARIABLES DE ESTUDIO Y PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Los cuestionarios de recogida de datos fueron elaborados por el Departamento de Sanidad. Algunos de los instrumentos utilizados son adaptaciones al castellano y al euskera de escalas internacionales, como es el caso del Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey) o el índice de DUKE, para permitir una medición comparable con otras encuestas realizadas en otros ámbitos. En general, con el fin de asegurar la comparabilidad de los datos a través de los años, las preguntas han conservado la formulación exacta de las recogidas de datos anteriores. En 2007, se han cambiando los ítems de respuesta a una de las dos preguntas de autovaloración de la salud. En la pregunta 17.b) del cuestionario individual «¿Considera que su salud en general es...?», la opción de respuesta que en años anteriores se definía como 'normal' ha pasado a 'regular', de manera que los ítems de respuesta son: «Muy buena, Buena, Regular, Mala y Muy

txarra». Aldaketa horren ondorioz, 2007ko emaitzen konparabilitatea txikiagoa izango da, aurreko urteetako EAEOIarekin konparatuta; baina, era berean, konparabilitatea hobea da, beste lurralde-esparruetako osasun-inkestak ikusita. Osasunaren autoebaluazio-emaitzak aurreko urteetakoekin konparatzerakoan, galdesorta indibidualeko 4gn. galdera erabiliko da, hots, SF-36 Osasun Galdesortan sartuta dagoena.

4. taulak EAEOIko eduki nagusiak batzen ditu. Edukiok, hiru atal handitan banatzen dira. Kapitulu

mala». Como resultado de este cambio, la comparabilidad de los resultados de 2007 será menor respecto a años anteriores de la ESCAV, si bien se gana en comparabilidad con las encuestas de salud de otros ámbitos territoriales. A la hora de comparar los resultados de autovaloración de la salud con los de años anteriores, se utilizará la pregunta 4. del cuestionario individual, incluida en el Cuestionario de Salud SF-36.

La Tabla 4 recoge los principales contenidos de la ESCAV, divididos en tres grandes apartados. En

4. taula / tabla 4

EAEOko Osasun-inkestaren edukia
Contenido de la Encuesta de Salud de la CAPV

Osasun-adierazleak Indicadores de salud	Osasunaren faktore determinatzaileak Factores determinantes de la salud	Ondorioak Consecuencias
HAUTEMANDAKO OSASUNA (F) SALUD PERCIBIDA (F)	BIZI-AZTURAK (I) HABITOS DE VIDA (I)	OSASUN ZERBITZUEN ERABILERA (F) USO DE SERVICIOS DE SALUD (F)
Osasunaren autobalorazioa Autovaloración de la salud	Alkoholaren kontsumoa Consumo de alcohol	Anbulatorio-zerbitzuen erabilera Consultas ambulatorias
Osasun mentala / Salud mental	Tabakoaren kontsumoa Consumo de tabaco	Ospitalizazioak / Hospitalizaciones
Osasun soziala / Salud social	Jarduera fisikoa / Actividad física	Larrialdiak / Urgencias
Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea Calidad de vida relacionada con la salud	Gorputz-pisua / Peso corporal	MEDIKAMENTUEN KONTSUMOA (F) CONSUMO DE MEDICAMENTOS (F)
Jardueraren aldi baterako mugapena Restricción temporal de la actividad	Loaldia / Sueño	
Jardueraren mugapen kronikoa Limitación crónica de la actividad	Elikadura-Ohiturak Hábitos alimentarios	
Mobilitate kronikoak / Morbilidad crónica	PREBENTZIO PRAKTIKAK (I) PRACTICAS PREVENTIVAS (I)	OSASUN GASTU FAMILIARRA (F) GASTO SANITARIO FAMILIAR (F)
Istripuak / Accidentes	Mamografiak / Mamografías	
	Zitologiak / Citologías	
	Gripearen kontrako txertaketa Vacunación antigripal	
	Kolesterolaren analisisa Análisis de colesterol	
	Tentsio arterialaren neurketa Medida de tensión arterial	
	INGURUNEA (F) / ENTORNO (F)	
	Familia-egitura Estructura familiar	
	Ikasketa-maila Nivel de instrucción	
	Lan-egoera / Situación laboral	
	Lanbidea / Ocupación	
	Lan-baldintzak Condiciones de trabajo	
	Soziala eta Ingurunekoa Socio-ambiental	

(F) daramaten atalak, familiei egindako galdesortaren barruan daude. (I) daramatenak, berriz, galdesorta indibidualean agertzen dira. Las secciones marcadas con una (F) son incluidas en el cuestionario familiar, y las marcadas por una (I) en el individual.

bakoitzean eduki-atal bakoitzaren adierazle nagusiak deskribatzen dira.

EAEOI bi galdesorta erabiltzen ditu. Lehenengo galdesortaren bitartez (familiarra) familia-unitatearen kide bakoitzari buruzko informazioa jaso da, bizilekuan egindako elkarriketa pertsonalaren bidez. Oro har, pertsonak dira galdesorta erantzuten dutenak, hirugarren pertsonak emandako erantzunak ere onartzen diren arren, baldin eta pertsona horiek informazioa eskatzen zaion pertsonaren egoera ezagutzen badute (pertsonal zaintzailea edo bikoteak). Galdesorta horrek arlo hauei buruzko informazioa batzen du: desgaitasunak, gaixotasun kronikoak, osasun-zerbitzuen erabilera, medikamentuen kontsumoa eta ezaugarri soziodemografikoak. Bigarren galdesorta (indibiduala) norberak betetzekoa izan zen, eta etxe bakoitzeko 16 urte edo gehiago zeukan hirutik bi pertsona zuzendutakoa zen. Norberak betetzeko galdesorta horretan gai hauei buruzko galderak egin ziren: osasunaren autobalorazioa, osasun mentala eta soziala, osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea, bizi-azturak, prebentzio-praktikak, lan-baldintzak, jateko ohiturak eta ingurumena. Inkesta bete zuten pertsonak, galdesorta elkarriketatzailearen aurrean edo beste momentu batean egin zezaketen.

Elkarriketak elkarriketatzaile profesionalak egin zituzten. Elkarriketatzaileok, EAEOIren helburuei, erabilitako tresnei, aldagaien definizioei eta prozedurei buruzko prestakuntza eta entrenamendua jaso zuten. Inkestatzaileak sar zezakeen soslaia gutxitzeko, inkestatzaile berak bakarrik zona bera egitea ebitatu zen. Horretarako, 50 inkestatzaile kontratatu ziren eta haietako bakoitzari agindutako lagina geografikoki sakabanatu zen. Eremu-buruen gainbegiratzearen eta kontrolaren menpe zeuden, hiru eremu-talde eratu ziren, bat Lurralde Historiko bakoitzeko. Eremu-buruen betebeharrak hauek izan ziren: inkestak gainbegiratzea, eremuko lana koordinatzea, ez-erantzuna egiaztatzea eta inkestatzaileak etengabe prestatzea.

Datuak, 2007ko irailetik abendura bitartean bildu ziren. Hil horietan, 1992ko, 1997ko eta 2002ko inkestetako datuak bildu ziren. 1986ko inkestaren datuak, berriz, 1985eko maiatzetik 1986ko maiatzera bitartean bildu ziren.

Inkestako erantzunen tasa %78,5koa izan zen, familia-galdesortetako. Aukeratutako eta kontaktatu gabeko etxebizitzaren kopurua 938koa izan zen. Etxebizitza aukeragarri guztien artean, ezezekoak %7,4 izan ziren.

cada uno de los capítulos se describen los principales indicadores de cada sección de contenido.

La ESCAV utiliza dos cuestionarios. Mediante un primer cuestionario (familiar) se recoge información de todos y cada uno de los miembros de la unidad familiar, por entrevista personal en el domicilio. En general son las propias personas las que responden al cuestionario, si bien se admiten las respuestas dadas por terceras personas que estén informadas de la situación de la persona de la que se solicita información, por ejemplo, personal cuidador o parejas. Este cuestionario recoge información sobre discapacidad, enfermedades crónicas, accidentes, utilización de servicios de salud, consumo de medicamentos y características sociodemográficas. El segundo cuestionario (individual) fue autorrellenado, y dirigido a dos de cada tres personas de 16 y más años de cada hogar. En este cuestionario autorrellenado se incluyeron las preguntas sobre la autovaloración de la salud, la salud mental y social, la calidad de vida relacionada con la salud, los hábitos de vida, las prácticas preventivas, las condiciones de trabajo, los hábitos alimentarios, y el entorno medioambiental. Las personas encuestadas pudieron rellenar el cuestionario en presencia del entrevistador, o bien hacerlo en otro momento.

Las entrevistas las realizaron entrevistadores/as profesionales, quienes recibieron formación y entrenamiento específicos sobre los objetivos, los instrumentos utilizados, las definiciones de las variables y el procedimientos de la ESCAV. Para minimizar el sesgo que pudiera introducir la persona encuestadora se evitó que ninguna hiciera sólo una misma zona. Para ello se contrató a 50 encuestadores y se dispersó geográficamente la muestra encomendada a cada uno de ellas. Se formaron tres equipos de campo, uno para cada Territorio Histórico, bajo la supervisión y el control de sendos jefes de campo, quienes se encargaron de la supervisión de las encuestas, la coordinación del trabajo de campo, la verificación de la no respuesta, y la formación continua de los encuestadores.

Los datos fueron recogidos entre los meses de septiembre y diciembre de 2007. Durante esos mismos meses se recogieron los datos de las encuestas de 1992, 1997 y 2002. Los datos de la encuesta de 1986 fueron recogidos de mayo de 1985 a mayo de 1986.

La tasa de respuesta de la encuesta fue para el cuestionario familiar del 78,5%. El número de viviendas elegidas y no contactadas fue 938 viviendas. Las negativas representaron el 7,4% del total de viviendas elegibles.

5. taula / tabla 5

Erantzun- eta intzidentzia-tasa, informazioa biltzerakoan
Tasa de respuesta e incidencias en la recogida de información

	K / N	%
Etxebizitza inkestatuak / Viviendas encuestadas	5.231	78,5
Ezezkoak (Errefusa) / Negativas (Rechazo)	493	7,4
Ausentziak / Ausencias	938	14,1
Guztira (Aukeragarriak) / Total (Elegibles)	6.662	100,0

GALDESORTEN EGIAZTAPENA ETA GRABAZIOA

Informazioa kodetu eta grabatu aurretik, eta horrez gain, jasotako informazioaren kalitatea bermatzeko, bi prozesu ezberdin antolatu ziren: galdesorten arazketa eta baliozkotze sistematikoa. Arazketa-fasean, eremu-buruek galdesorta guztiak berrikusi zituzten, galdesorta ondo beteta zegoela egiaztatzeko asmoz. Baliozkotze-fasea, berriz, galdesorten %15ari telefonoz elkarrizketak eginez gauzatu zen eta inkestaren adierazle nagusien erantzunak egiaztatu ziren. Adierazle horien artean, ezintasun iraunkorra duten eta jardueraren aldi baterako mugapena daukaten pertsonen buruzko informazio berretsi zen, ezintasun hori sortu zuten osasun-arazoak zeintzuk diren, osasunerbitzuen erabilera eta medikamentuen kontsumoa ere zehaztuz.

Galdesorten grabazioa pakete integratu (Blaise) baten bidez egin zen, elkarrizketa egin eta hurrengo 48 orduren buruan. Tresna hori erabiliz, grabazio-programa bat eratu zen trinkotasun-arazo logikoak identifikatzeko eta galdesortaren alderdi ezberdinen arteko barne-trinkotasuna nolakoa zen ikusteko; era berean, programa horri esker, grabazioan eta galdesorta betetzean egindako akatsak azkar detektatu eta zuzendu ahal ziren.

Galdesortak grabatu eta gero, eta datuen bilketan soslaiak identifikatzeko, inkestako adierazle nagusien azterketa bat egiten zen. Datuen bilketan arazoren bat detektatuz gero, konpondu egingo zen aldi laburrean prozedura horren bidez. Gainera, bi galdesorta-moten (familiarren eta indibidualaren) informazioa biltzerakoan gertatzen ziren erantzun-tasak eta intzidentziak aztertu egiten ziren astero.

Osasun-arazoen kodeketa aditu batek egin zuen, Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren Bedertzigarren Berrikuspenerako lehenengo hiru digituak erabiliz.

VERIFICACIÓN Y GRABACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Con carácter previo a la codificación y grabación de la información, y para garantizar la calidad de la información recogida, se articularon dos procesos diferenciados: la depuración y la validación sistemática de los cuestionarios. En la fase de depuración todos los cuestionarios fueron revisados por los jefes de campo, con el fin de verificar la correcta cumplimentación del cuestionario. La fase de validación se llevó a cabo mediante una entrevista telefónica del 15% de los cuestionarios, en la que se verificaron las respuestas de los principales indicadores de la encuesta. Entre estos indicadores se confirmó la información de las personas con restricción temporal de la actividad, con incapacidad permanente, los problemas de salud que produjeron esa incapacidad, la utilización de servicios sanitarios y el consumo de medicamentos.

La grabación de los cuestionarios se realizó a través de un paquete integrado (Blaise) y dentro de las 48 horas siguientes a la entrevista. Usando esa herramienta, se construyó un programa de grabación que permitió identificar problemas de consistencia lógicos, y poner a prueba la consistencia interna entre las diferentes partes del cuestionario. Así mismo, ese programa posibilitó la rápida detección y corrección de los errores de cumplimentación y de grabación.

Una vez grabados los cuestionarios, semanalmente y con la finalidad de identificar sesgos en la recogida de datos, se realizaba un análisis de los indicadores principales de la encuesta. En caso de detectar algún problema en la recogida de datos, este procedimiento hubiera permitido subsanarlo en un breve espacio de tiempo. Semanalmente, además, se analizaban las tasas de respuesta e incidencias en la recogida de la información de ambos tipos de cuestionarios (familiar e individual).

La codificación de los problemas de salud la realizó una persona experta, utilizando los tres primeros dígitos de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

ESTUDIO PILOTUA

2007ko apiril eta maiatzan estudio pilotu bat egin zen, 10 zentsu-ataletako 100 etxebizitza familiar barruan sartuz. Estudioan inkestaren faseak probatu ziren eskala txikian, bertan sartuz: inkesta-tzaileen formazioa, datuen bilketa, galdesorten grabazioa eta balidazioa, eta datuen prozesamendu eta analisia.

Estudio pilotuaren helburu espezifikoak izan ziren:

- Eremuko buruak izango zirenak prestatzea.
- Galdesortetako galderen enuntziatuen egokitasuna konprobatzea.
- Arazo logikoak detektatzea galdesorten antolakuntzan.
- Arazoak detektatzea datuen grabazio-programan.
- Galdesorta indibidualaren erantzun-tasa baloratzea.
- Datu-bilketaren lan-zama neurtzea.
- Prozesamendu-programak eta datuen analisia probatzea.
- Bestelako arazo eta gatazkak detektatzea inkestaren garapenean.

PONDERAZIOA: JASOGAILUEN KALKULUA

Ponderazioa, inkestatu bakoitzari balio bat (pisu bat) ematean datza. Balio hori zerari dagokio, helburu-biztanlerian inkestatuak irudikatzen duen pertsona kopuruari. Inkestatu bakoitzak ponderazio ezberdina izan zuen familiaren galdesortarentzako eta indibidualarentzako. Horrez gain, familia-aldagaien (familiako osasun-gastua) estimazioak egiteko pisuak kalkulatu ziren. Laginketa-datuak halako moduz ponderatu dira, non biztanleen ezaugarriak ahalik eta ondoen adierazten dituzten, Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Estatistika 2006 delakoa erreferentziatzat hartuta.

Datu indibidualentzako pisuak edo jasogailuak

Lehenengo ponderazioa galdesorta familiarraren erantzuleentzat kalkulatu zen, eta aldagai indibidualei zegokien. Estratuen formazio-aldagaiak hauek izan ziren: osasun-eskualdea, adina eta sexua. Eraikitako estratu-kopurua 84koa izan zen: 7 osasun-eskualde, 6 adin-talde (0-16; 16-24, 25-

ESTUDIO PILOTO

Durante los meses de abril y mayo de 2007 se realizó un estudio piloto que incluyó a 100 viviendas familiares de 10 secciones censales. En este estudio se pusieron a prueba a pequeña escala las fases de la encuesta, incluyendo la formación de las personas encuestadoras, la recogida de datos, la grabación y validación de los cuestionarios, y el procesamiento y análisis de los datos.

Los objetivos específicos del estudio piloto fueron:

- Formar a los futuros jefes de campo.
- Comprobar la idoneidad de los enunciados de las preguntas de los cuestionarios.
- Detectar problemas lógicos en la organización de los cuestionarios.
- Detectar problemas en el programa de grabación de los datos.
- Valorar la tasa de respuesta del cuestionario individual.
- Medir la carga de trabajo de la recogida de datos.
- Probar los programas de procesamiento y análisis de los datos.
- Detectar otros problemas y dificultades en el desarrollo de la encuesta.

PONDERACIÓN: CÁLCULO DE LOS ELEVADORES

La ponderación consiste en atribuir a cada encuestado un valor (un peso) que corresponde al número de personas a las que representa en la población objetivo. Cada encuestado tuvo una ponderación diferente para el cuestionario familiar y el individual. Además se calcularon pesos para las estimaciones de las variables familiares (gasto sanitario familiar). Los datos muestrales se han ponderado de forma que reflejen más fielmente las características de la población tomando como referencia la Estadística de Población y Viviendas de 2006.

Pesos o elevadores para los datos individuales

La primera ponderación se calculó para las personas que respondieron al cuestionario familiar y referido a las variables individuales. Las variables de formación de los estratos fueron la comarca sanitaria, la edad y el sexo. El número de estratos consuetos fue de 84: siete comarcas sanitarias, seis

44, 45-64, 65-74, 75 eta gehiagokoa) eta sexu biak. Estratu bakoitzerako jasogailu bat lortu zen. Jasogailu hori ratio bat da: biztanleriako pertsona-kopuruaren eta laginaren estratu bakoitzeko pertsonen kopuruaren artekoa (Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Estatistika 2006 delakoaren arabera). Galdesorta indibidualleko aldagaietarako jasogailuak zatiketa eginez lortu ziren: eskualde bakoitzeko 15 urtetik gorako pertsonen kopurua –adintaldean (16-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 eta gehiagoko taldeen) eta sexuaren arabera sailkatuazati laginaren estratu bereko pertsonen kopurua.

Familia-datuentzako pisuak edo jasogailuak

Familia-datuentzako jasogailuak, familiaren hiru aldagairen kalkulu interaktiboaren emaitza dira; hona aldagaiak: familiaren tamaina, familia-buruaren adina eta lan-egoera. SPAD.Na erabili da, hiru aldagaiekin aldibereko egokiera egiten uzten baitu.

N_{garren} aldiko L_{garren} pertsonarentzako egokiera-formula ondoko kalkulu interaktiboaren bidez lortzen da:

$$Peso_{i,n} = \frac{Peso_{i,n-1} \times \sum_j PTEO_{j,k} / POB_{j,k,n-1}}{NVRED}$$

Horiek dira:

$\sum_j$: j indizean batukaria.

PTEO (j,k): portzentaje teorikoa, j aldagaia-
ren k modalitateko.

NVRED: ponderazioan erabilitako aldagai-
kopurua.

POBS (j,k,n-1): aurreko etapan lortutako
portzentaje teorikoa, j aldagaia-
ren k modalitateko.

N=1 denean, Pisu(1) guztiak =1 dira.
POBS(j,k,n-1)k hasierako portzentajeak ditu.

ANÁLISI ESTATISTIKOA

Emaitzen anlisia, sexu biak bananduta egin zen. Oro har, adierazleak adin-taldeak eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuz kalkulatu ziren. Horrez gain, 2007ko adierazleak hartu eta 1997an eta 2002an lortutakoekin konparatu ziren.

Adierazle-mota nagusi bi kalkulatu ziren. Aldagai dikotomikoentzat (esaterako, ezaugarri bat izatea edo ez izatea), ezaugarriaren prebalentzia aintzat

grupos de edad (0-16, 16-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 y más años) y ambos sexos. Para cada uno de ellos se obtuvo un elevador. Este elevador es el ratio entre el número de personas en la población (según la Estadística de Población y Viviendas de 2006) y el número de personas de cada estrato de la muestra. Los elevadores para las variables del cuestionario individual se obtuvieron por la relación entre el número de personas mayores de 15 años en cada comarca, grupo de edad (16-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75 y más años), y sexo en los datos censales, respecto al número de personas de ese mismo estrato en la muestra.

Pesos o elevadores para los datos familiares

Los elevadores para los datos familiares fueron el resultado del cálculo interactivo de tres variables de la familia: tamaño familiar, edad y situación laboral del cabeza de familia. Se ha utilizado el programa SPAD.N ya que permite realizar el ajuste simultáneo por las tres variables.

La fórmula de ajuste para el individuo i-ésimo en la etapa n-ésima, se obtiene mediante el siguiente cálculo iterativo:

$$Peso_{i,n} = \frac{Peso_{i,n-1} \times \sum_j PTEO_{j,k} / POB_{j,k,n-1}}{NVRED}$$

siendo,

$\sum_j$: sumatorio en el índice j

PTEO (j,k):porcentaje teórico para la moda-
lidad k de la variable j.

NVRED: número de variables utilizadas en la
ponderación.

POBS (j,k,n-1): porcentaje teórico obtenido
para la modalidad k de la variables j en la
etapa anterior.

Si n=1 todos los Peso(i) son iguales a 1 y
POBS(j,k,n-1) contiene los porcentajes iniciales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los resultados se realizó por separado para cada sexo. De manera general, los indicadores fueron calculados por grupos de edad y grupo socioeconómico. Además, se compararon los indicadores de 2007 con los obtenidos en 1997 y 2002.

Se calcularon dos grandes tipos de indicadores. Para las variables dicotómicas (por ejemplo, ausencia o presencia de un atributo) se estimó la preva-

hartu zen. Aldagai kuantitatiboentzat, batezbestekoa edo erdiko balioa aintzat hartu ziren, erdia adierazteko neurri gisa, eta desbiderapen estandarra edo 25 eta 75 pertzentilak, berriz, sakabana-tze-neurri gisa aukeratu ziren. Talde ezberdinen artean (sozioekonomikoak, denboraldia, eguraldia, etab.) adierazleen konparazioa distorsionatu ahal da, konparatzen diren taldeen adin-egituran dauden ezberdintasunengatik. Itxuraldatze hori ebitatzeko, adierazleak adinaren arabera estandarizatu dira, erreferentzia-biztanleriatzat EAEkoa hartuz, Biztanleriaren eta Etxebizitzaren Estatistika 2006 delakoari jarraituz.

Aldagai dikotomikoen kasuan (prebalentzia), erregresio logistikoen eredua erabili zen, hirugarren aldagai baten eraginak aintzat hartzeko. Kasu batzuetan, log-binomial erregresio-eredua (arriku erlatiboa daukan erregresioa) erabili zen, odds ratioak sortutako arriku erlatiboaren gainestimazioa saihesteko. Bestetik, odds ratio hori erregresio logistikoko ereduak ebaluatzen dute, arriskua erlatiboki altua denean.

Laginketa-diseinuaren konplexutasunak, emaitzetan eragina izan dezake. Laginketa-diseinuaren eraginak, tamaina bereko ausazko laginketa bakun bati egotzi ahal zaion doitasunaren galera edo irabazia neurtzen du. Diseinuaren eragin horiek, 1997ko EAEOI-rako kalkulatuak izan ziren. Aztertutako fenomeno gehienei ezartzen zaion, laginketa-diseinuko eraginaren erdiko balioa, 1,02koa izan zen galdesorta familiarrarentzako eta 1,09koa galdesorta indibidualarentzako². Diseinuaren eragin hori txikia denez, ez dago zehaztu beharrik emaitzak aurkezterako orduan, ausazko laginketa bakun bat bezala aintzat har daitekeelako; eta horrek, datuen analisia ikaragarri errazten du.

lencia del atributo. Para las variables cuantitativas, se estimaron la media o la mediana, como medidas de tendencia central, y la desviación estándar o los percentiles 25 y 75 como medidas de dispersión. La comparación de los indicadores entre distintos grupos (socioeconómicos, periodo calendario, etc) puede distorsionarse por las diferencias en la estructura de edad de los grupos comparados. Para evitar esta distorsión, los indicadores se han estandarizado por edad, tomando como población de referencia la de la CAPV según la Estadística de Población y Vivienda de 2006.

En el caso de los indicadores dicotómicos (prevalencia), se utilizó el modelo de regresión logística para estimar efectos de una variable ajustados por terceras variables. En algunos casos, se utilizó el modelo de regresión log-binomial (regresión de riesgo relativo) para evitar la sobreestimación del riesgo relativo producida por la odds ratio, estimada por los modelos de regresión logística, cuando el riesgo es relativamente alto.

La complejidad del diseño muestral podría influenciar los resultados. El efecto del diseño muestral mide la pérdida o ganancia de la precisión atribuible a lo que hubiera sido un muestreo aleatorio simple del mismo tamaño. Estos efectos de diseño fueron calculados para la ESCAV de 1997. La mediana de los efectos del diseño muestral que se aplica a la mayoría de los fenómenos estudiados fue de 1,02 para el cuestionario familiar y 1,09 para el cuestionario individual². Este pequeño efecto de diseño hace que no haga falta especificarlo en la presentación de los resultados, ya que se puede estimar como si fuese un muestreo aleatorio simple, lo que facilita enormemente el análisis de los datos.

² Anitua C, Ayestarán M, Iztueta A, Pérez Y. I.Métodos. En: Anitua C, Aizpuru F, Sanzo JM. Encuesta de Salud 1997. Mejorando la salud. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, 1999.

² Anitua C, Ayestarán M, Iztueta A, Pérez Y. I.Métodos. En: Anitua C, Aizpuru F, Sanzo JM. Encuesta de Salud 1997. Mejorando la salud. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, 1999.



I

Emaizak **Resultados**

OSASUN-MAILA

INDICADORES DE SALUD

1

1.1

OSASUNAREN AUTOBALORAZIOA

AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD

DEFINIZIOA

Osasunaren autobalorazioa oso adierazle garrantzitsua da populazio baten osasun egoera deskribatzeko, pertsonen beren osasunaren gainean daukaten irizpidea islatzen duelako eta hainbat alderdi subjektibo zein objektibo laburbiltzen dituelako. Adierazle hau hein batean sinplea den arren, frogaturik dago pertsonen beren osasunari buruz daukaten irizpidea, galdera bakar baten erantzunean islatzen dena, hilkortasunaren iragarle ona dela, bai eta beste hainbat arrisku faktore kontuan hartu ondoren ere, esate baterako tabako kontsumoa, odoleko kolesterolaren maila, etab. Jarraian aurkeztzen diren emaitzak elaboratzeko, honako galdera hau erabili da: Oro har, nolakoa dela esango zenuke zeure osasuna: bikaina, oso ona, ona, ez hain ona ala txarra?

2007KO OSASUN INKESTA

2007an, Euskal Autonomia Erkidegoan bizi ziren gizonezkoen %83k eta emakumezkoen %77k osasun ona zeukatela deklaratu zuten; eta gizonezkoen %17k eta emakumezkoen %23k ez hain ona edo txarra zeukatela deklaratu zuten. Emakumeek hautemandako osasun txarragoa aurkeztu zuten gizonezkoek baino. Lau gaztetik batek osasun bikaina zeukatela deklaratu zuten, portzentaje hau emakume gazteena baino bi bider altuagoa delarik.

DEFINICIÓN

La autovaloración de la salud es un indicador muy relevante para describir el estado de salud de una población, porque refleja la apreciación global que las personas hacen de su propia salud y sintetiza diferentes aspectos subjetivos y objetivos. A pesar de la relativa simplicidad de este indicador, se ha demostrado que la opinión de las personas sobre su propia salud, reflejada en la respuesta a una sola pregunta, es un buen predictor de la mortalidad, incluso tras tener en cuenta otros factores de riesgo como el consumo de tabaco, el nivel de colesterol sanguíneo, etc. Para elaborar los resultados que siguen, se ha utilizado la pregunta: En general, usted diría que su salud es: excelente, muy buena, buena, regular o mala.

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007 el 83% de los hombres y el 77% de las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma han declarado buena salud, mientras que el 17% de los hombres y 23% de las mujeres la ha valorado como regular o mala. Las mujeres han tenido peor salud percibida que los hombres. Uno de cada cuatro jóvenes manifiesta que su salud es excelente, proporción dos veces mayor que en las mujeres jóvenes.

1.1.1. taula / tabla 1.1.1

Populazioaren banaketa (%) hautemandako osasun orokorrari dagokionez, sexuaren eta adinaren arabera, 2007ko EAEI (Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta)

Distribución de la población (%) según la percepción de la salud general por sexo y edad, ESCAV 2007

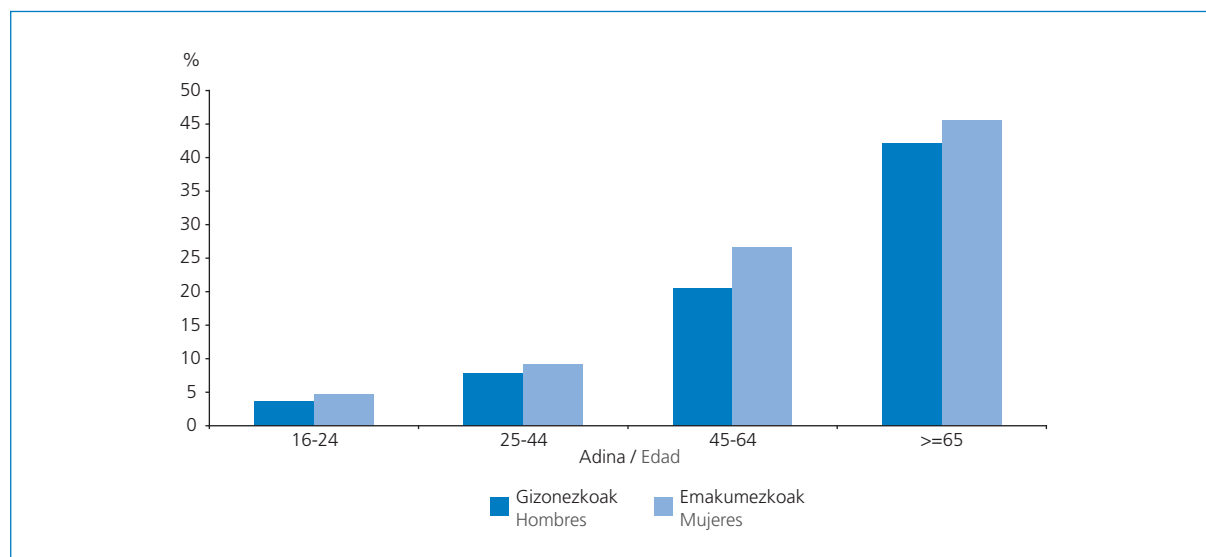
		Bikaina Excelente	Oso ona Muy buena	Ona Buena	Hala- holakoa Regular	Txarra Mala	GUZTIRA TOTAL
Gizona Hombre	16-24	23,8	39,9	32,8	2,4	1,0	100,0
	25-44	9,6	32,9	49,6	7,2	0,6	100,0
	45-64	3,7	15,4	60,5	17,7	2,8	100,0
	>=65	2,1	9,8	46,0	35,9	6,2	100,0
	GUZTIRA / TOTAL	7,9	24,0	50,6	15,1	2,3	100,0
Emakumea Mujer	16-24	9,8	39,1	46,9	4,2	–	100,0
	25-44	7,8	30,9	51,9	8,4	1,1	100,0
	45-64	3,4	15,1	55,0	23,4	3,2	100,0
	>=65	2,3	7,9	44,2	35,7	9,9	100,0
	GUZTIRA / TOTAL	5,3	21,4	50,6	19,1	3,7	100,0
Bi sexuak Ambos sexos	16-24	17,1	39,5	39,5	3,3	0,5	100,0
	25-44	8,7	31,9	50,7	7,8	0,8	100,0
	45-64	3,5	15,2	57,7	20,6	3,0	100,0
	>=65	2,2	8,7	45,0	35,8	8,4	100,0
	GUZTIRA / TOTAL	6,6	22,7	50,6	17,2	3,0	100,0

Hautemandako osasunak txarrera egiten du adinean aurrera egin ahala bi sexuetan. Adin talde guztietan emakumeek osasun txarragoa deklaratu dute gizonezkoek baino. 65 urte edo gehiagoko gizonezkoen %42k eta emakumezkoen %46k osasun ez hain ona edo txarra daukatela deklaratu dute (1.1.1. irudia).

La salud percibida empeora a medida que aumenta la edad en ambos sexos. En todos los grupos de edad las mujeres han declarado peor salud que los hombres. El 42% de los hombres y el 46% de las mujeres de 65 y más años han declarado tener una salud regular o mala (Figura 1.1.1).

1.1.1. irudia / figura 1.1.1

Hautemandako osasun txarraren prebalentzia (%), adinaren eta sexuaren arabera. 2007
Prevalencia (%) de mala salud percibida por edad y sexo, 2007



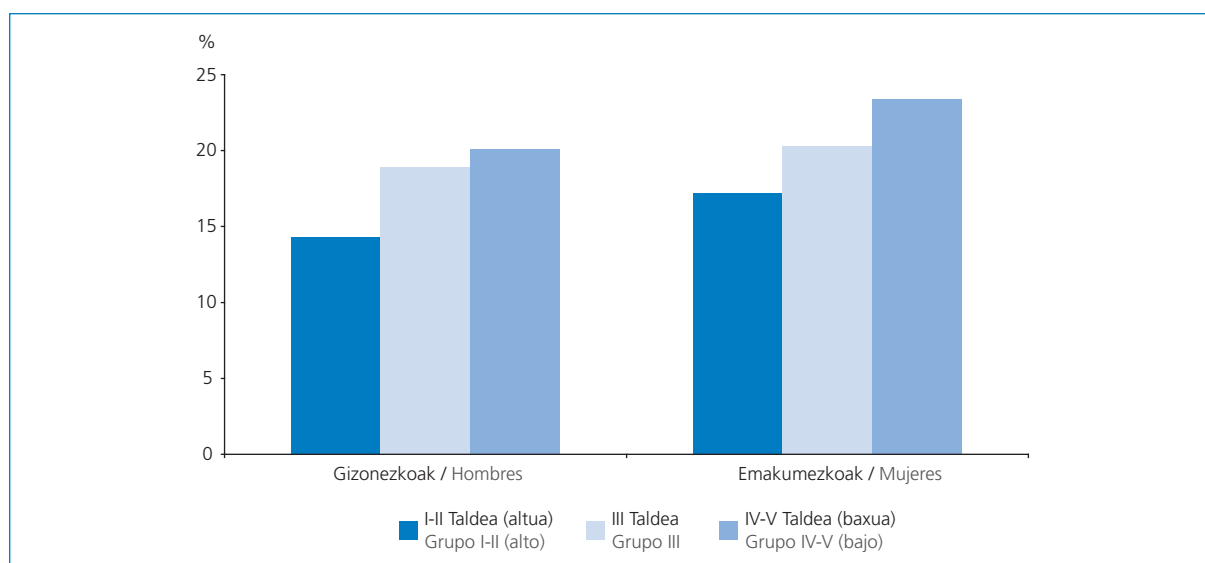
Talde sozioekonomiko apalenei dagozkien pertsonen osasun txarragoa daukatela adierazi dute talde aberatsei dagozkienek baino. Gainera, erlazio gradual bat sumatzen da gizarte klasearen eta hautemandako osasunaren artean, alegia, hautemandako osasunak txarrera egiten du gizarte eskalan behera egin ahala (1.1.2. irudia). Gizarte desberdintasun hauek nabarmenagoak izan ziren adin handiagoko pertsonen artean: gizarte maila apaleneko 65 urte edo gehiagoko gizonezkoen %43k eta emakumezkoen %47k osasun txarra zeukatala deklaratu zuten, gizarte talde aberatseneko portzentajeak, hurrenez hurren, %35 eta %39 izan ziren bitartean.

Las personas pertenecientes a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos han manifestado tener peor salud que las de los grupos más ricos. Además, se observa una relación gradual entre la clase social y la salud percibida, de manera que la salud percibida empeora al bajar en la escala social (Figura 1.1.2). Estas desigualdades sociales fueron mayores en las personas de más edad: el 43% de los hombres y el 47% de las mujeres de 65 y más años del nivel social más desfavorecido han declarado tener mala salud, frente al 35% y 39% respectivamente en el grupo social más favorecido.

1.1.2. irudia / figura 1.1.2

Adinari dagokionez, hautemandako osasun txarraren prebalentzia sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 2007

Prevalencia estandarizada por edad de mala salud percibida por sexo y grupo socioeconómico, 2007



Lan egoera, maila sozioekonomikoa eta hautemandako osasuna emakumeen artean

Emakumeek gizonezkoek baino hautemandako osasun txarragoa edukitzea sexu bakoitzari esleitzen zaizkion gizarte rol desberdinekin erlazionatu izan da, batez ere lan eta famili bizitzari eta maila sozioekonomikoari dagokionez³. 2007an EAEko 16tik 64 urtera bitarteko emakumeen %50ek etxean eta

Situación laboral, posición socioeconómica y salud percibida en las mujeres

El hecho de que las mujeres tengan peor salud percibida que los hombres se ha relacionado con los distintos roles sociales asignados a cada sexo, especialmente en lo que respecta a la vida laboral y familiar, y la posición socioeconómica³. En 2007, la mitad de las mujeres de 16 a 64 años de la CAPV

³ Artazcoz I, Borrell C, Merino J, García MM, Sánchez JJ, Daponte A, Cabrera A, Esnaola S, Ramos JL, Anitua C, Rohlfs I. «Osasuneko genero desberdintasunak: lantegiko eta familiako bizitzaren adostea». Lekua: Cabasés J, Villalbí JR, Aibar C, Koordinatzaileak. *SESPAS 2002 Txostena. Osasuna eta Osasun Sistema Espainian. Osasunean inbertitzea. Osasun Publikorako lehenetsunak Espainian*. Valentzia: Consellería de Sanitat, 2002.

³ Artazcoz I, Borrell C, Merino J, García MM, Sánchez JJ, Daponte A, Cabrera A, Esnaola S, Ramos JL, Anitua C, Rohlfs I. «Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar». En: Cabasés J, Villalbí JR, Aibar C, Coordinadores. *Informe SESPAS 2002. La salud y el sistema sanitario en España. Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España*. Valencia: Consellería de Sanitat, 2002.

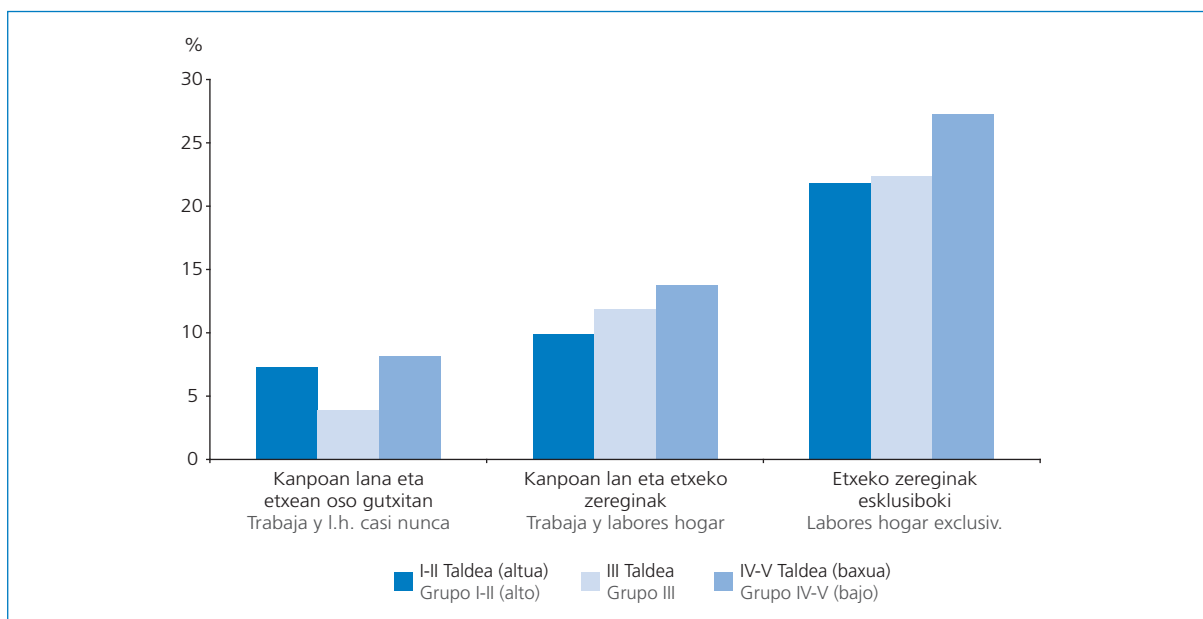
etxetik kanpo lan egiten zuten, horietako bostetik batek era eskusiboan jarduten zuen lan merkatuan, eta hirutik bat etxeko zereginetara dedikatzen zen. 16tik 65 urtera bitarteko emakumeen osasuna lan egoeraren eta gizarte mailaren arabera baloratzean ikusi zen osasun onena etxetik kanpo lan egin eta etxeko zereginetan batere ez edo oso denbora gutxi ematen zutenek aurkezten zutela, eta alderantziz, osasun txarra eskusiboki etxeko zereginetara dedikatzen zirenek. Gainera, jardura kategoriaz guztietan, osasunak okerragora egiten zuen gizarte maila apaltzen zen heinean; hala, gizarte maila apaleneko eta eskusiboki etxeko zereginetan jarduten zutenen %27k osasun txarra zeukatela deklaratu zuten, eta alderantziz, etxetik kanpo eskusiboki lan egiten zuten eta gizarte maila aberatsenekoak zeren artean %7k bakarrik deklaratu zuen osasun txarra zeukala (1.1.3. irudia).

simultaneaba el trabajo dentro y fuera del hogar, una de cada cinco trabajaba en el mercado laboral de manera exclusiva, y una de cada tres se dedicaba al mantenimiento del hogar. Al valorar la salud en las mujeres de 16 a 64 años según la situación laboral y la posición socioeconómica, la mejor salud se observaba en las que trabajaban y dedicaban poco tiempo o nada a las labores del hogar, mientras que la peor salud se observaba en las que se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar. Además, en todas las categorías de actividad, la salud empeoraba a medida que descendía la escala social, de manera que el 27% del grupo social más desfavorecido y que se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar declaraban mala salud frente el 7% de las del grupo más favorecido que sólo trabajaban fuera de casa (Figura 1.1.3).

1.1.3. irudia / figura 1.1.3

Hautemandako osasun txarra daukaten 16 urtetik 64ra bitarteko emakumeen prebalentzia (%) lan egoera eta talde sozioekonomikoaren arabera. 2007

Prevalencia (%) de mujeres de 16 a 64 años con mala salud percibida según la situación laboral y el grupo socioeconómico, 2007



1997TIK AURRERAKO EBOLUZIOA

Hamar urte horietan hautemandako osasunean sumatu den eboluzioa desberdina izan da sexuaren arabera. Hautemandako osasun txarraren prebalentzia 1997tik 2002ra gizonezkoen artean gutxitu egin zen bitartean, emakumeetan ia ez zen gertatu aldaketarik denboraldi horretan guztian (1.1.4. irudia).

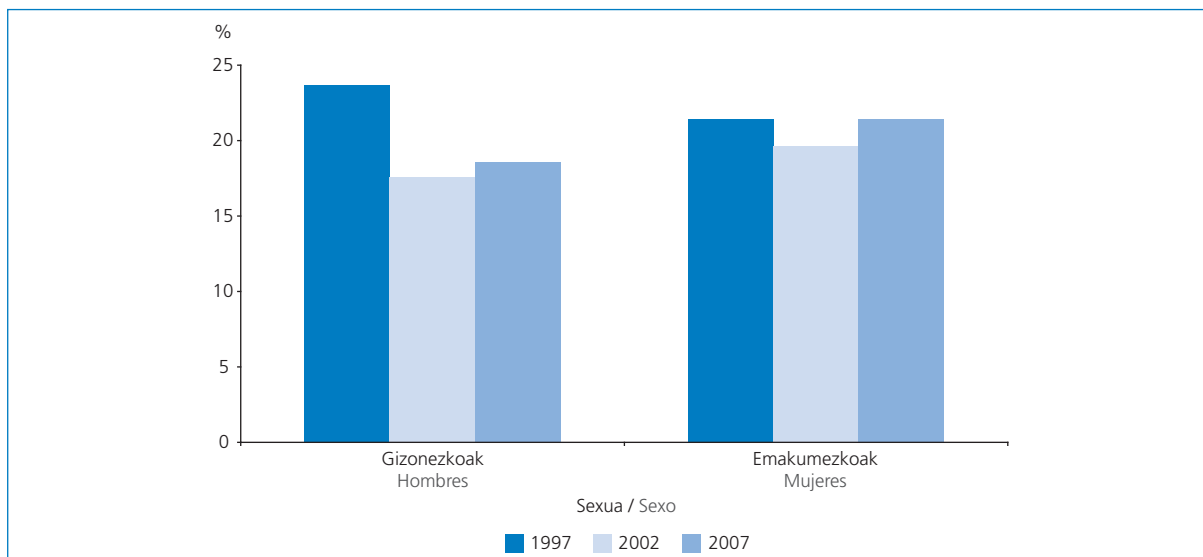
EVOLUCIÓN DESDE 1997

La evolución de la salud percibida en esos diez años ha sido distinta según el sexo. Mientras que en los hombres la prevalencia de mala salud percibida disminuyó entre 1997 y 2002, en las mujeres apenas se han producido cambios en todo el periodo (Figura 1.1.4).

1.1.4. irudia / figura 1.1.4

Adinari dagokionez, hautemandako osasun txarraren prebalentzia estandarizatu, sexuen arabera.1997-2007

Prevalencia estandarizada por edad de mala salud percibida por sexo, 1997-2007



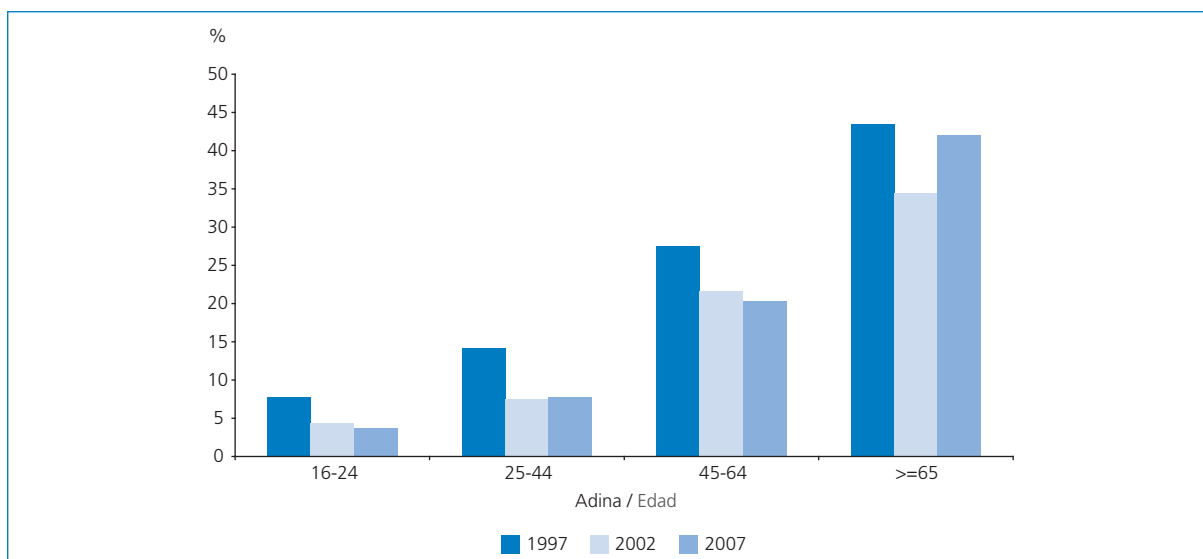
Adin taldeka, gizonezkoen artean eboluzioa hobetarakoa izan da 65 urtetik beherakoentzat; adin handiagoetan, ordea, hautemandako osasun txarraren prebalentzia gehitu egin da.

Por grupos de edad, en los hombres, la evolución ha sido favorable para los menores de 65 años, mientras que la prevalencia de mala salud percibida ha aumentado en los de edad más avanzada.

1.1.5. irudia / figura 1.1.5

Hautemandako osasun txarraren prebalentzia gizonezkoen artean adin taldeen arabera, 1997-2007

Prevalencia de mala salud percibida en los hombres por grupos de edad, 1997-2007

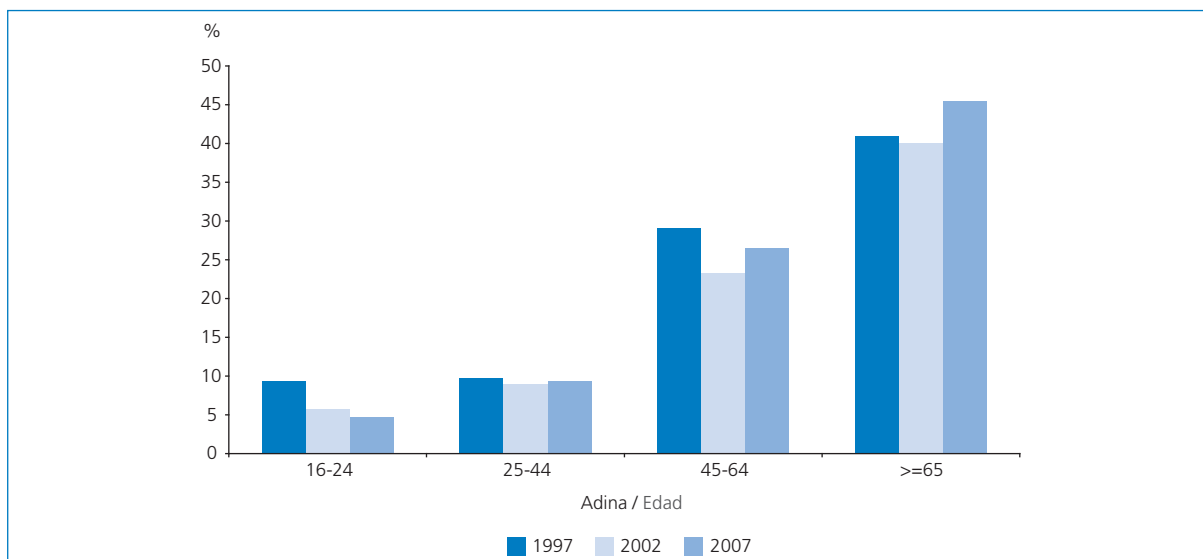


Emakumeen artean antzeko fenomeno sumatzen da, baina 45 urteko adinetik aurrera hasten da hautemandako osasun txarraren prebalentzia areagotzen.

En las mujeres se observa un fenómeno similar, pero se adelanta a 45 años la edad a partir de la cual se incrementa la prevalencia de mala salud percibida.

1.1.6. irudia / figura 1.1.6

Hautemandako osasun txarraren prebalentzia emakumeen artean, adin taldeen arabera. 1997-2007
Prevalencia de mala salud percibida en las mujeres por grupos de edad, 1997-2007



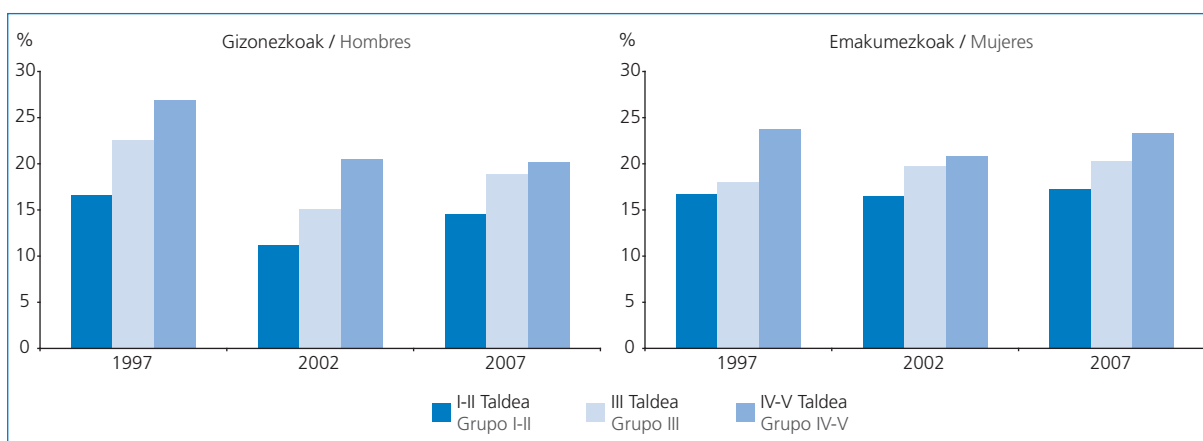
Hautemandako osasunean, desberdintasun sozioekonomikoen eboluzioa ere desberdina izan da sexuen arabera. Azken urteetan, gizonezkoen artean desberdintasun absolutu eta erlatiboaren gutxiagotze bat sumatzen da osasun txarraren prebalentzian, aldi berean gertatu baitira talde apalenen osasunak hobera egitea eta talde aberatsenen osasunak txarrera egitea. Emakumeen artean, ordea, desberdintasun erlatiboaren gutxiagotze bat sumatzen da, baina horrekin batera, desberdintasun absolutuen areagotze etengabe bat (1.1.7 irudia).

También la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la salud percibida ha sido distinta según el sexo. En los últimos años, en los hombres se aprecia una disminución de las diferencias absolutas y relativas en la prevalencia de mala salud, como consecuencia de la coincidencia de la mejora de la salud en los grupos más desfavorecidos con el empeoramiento en los más favorecidos. Por el contrario, en las mujeres se observa una disminución de las desigualdades relativas que se acompaña de un aumento sostenido de las absolutas (Figura 1.1.7).

1.1.7. irudia / figura 1.1.7

Adinaren arabera estandarizaturiko osasun txarreko populazioaren prebalentzia, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera. 1997-2007

Prevalencia estandarizada por edad de población con mala salud por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



1.2

OSASUNAREKIN ZERIKUSIA DUEN BIZI-KALITATEA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

DEFINIZIOA

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea (OZBK), osasunaren dimentsiorik nagusietako bat da. Osasunaren autobalorazioarekin gertatzen den bezala, OZBK delakoa hilkortasunaren eta osasun-zerbitzuen erabileraren iragarle bat da. Populazioaren ikuspuntutik, OZBK delakoak erabilgarritasun handia du biztanleriaren osasuna baloratu eta monitorizatzeko orduan. Gainera, OZBK horrek azken urteetan geroz eta handiagoa den garrantzia eskuratu du esparru klinikoan. Bere neurriak, adierazle fisiopatologikoei eskainitakoaren balorazio osagarri bat ematen du. Hori dela eta, zenbait gaixotasunetan, helburu terapeutiko bihurtu da⁴.

Osasun Inkestak, 1997. urtean, OZBK neurtzeko atal bat gehitu zuen. Espainian erabiltzeko egokitutako «Cuestionario de Salud SF-36» (SF-36 Health Survey) delakoaren espainiar bertsioa erabili zen. 2002. urtean, halaber, euskarazko bertsioa (SF-36 Osasun Galdesorta) gaineratu zen, berau Euskal Autonomia Erkidegoan (ref) erabiltzeko egokituta zegoena. SF-36 Osasun Galdesorta horrek 36 item ditu, eta item horiek hautemandako osasunaren 8 dimentsio barne hartzen dituzte. Dimentsio bakoitzarentzat, Oitk (osasun-egoerarik txarrenea) 100era (osasun-egoerarik hobereena) doan balio-escala batean kodetu, erantsi eta aldatu ziren itemak.

OSASUN INKESTA 2007

1.2.1. taulak SF-36 Osasun Galdesortaren zortzi dimentsioen balioak, sexuaren arabera, erakusten ditu. Gizonezkoek emakumezkoek baino osasun-egoera hobea izan zuten dimentsio guztietan. Desberdintasunik handienak gorputz-minean nabaritu ziren, eta ondoren bizitasun eta rol emozionalean. Gizonezkoen baliorik hoberenek lehenean jarraitzen zuten adinaren arabera doitzean.

⁴ Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995; 104:771-776.

DEFINICIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una de las dimensiones principales de la salud. Al igual que sucede con la autovaloración de la salud, la CVRS es un predictor de la mortalidad y la utilización de servicios de salud. Desde el punto de vista poblacional, la CVRS es de gran utilidad para valorar y monitorizar la salud de una población. Además, la CVRS ha adquirido en los últimos años una importancia creciente en el ámbito clínico. Su medida ofrece una valoración complementaria a la ofrecida por los indicadores fisiopatológicos. De ahí que, en algunas enfermedades, se haya convertido en un objetivo terapéutico⁴.

La Encuesta de Salud incorporó en 1997 una sección de medida de la CVRS. Se utilizó la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey), adaptada para su uso en España. En el año 2002 se incorporó además la versión en euskera, adaptada para su uso en el País Vasco (ref). El Cuestionario de Salud SF-36 contiene 36 items que cubren ocho dimensiones de la salud percibida. Para cada dimensión, los items se codificaron, agregaron y transformaron en una escala con valores que van de cero (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).

ENCUESTA DE SALUD 2007

La Tabla 1.2.1 muestra los valores de las ocho dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 por sexos. Los hombres tuvieron un mejor estado de salud que las mujeres en todas las dimensiones. Las mayores diferencias se observaron en el dolor corporal, seguido de la vitalidad y el rol emocional. Los mejores valores de los hombres persistían al ajustar por edad.

⁴ Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995; 104:771-776.

1.2.1. taula / tabla 1.2.1

SF-36 Osasun Galdesortako puntuazioen banaketa, sexua kontuan hartuta, 2007
Distribución de las puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 según el sexo, 2007

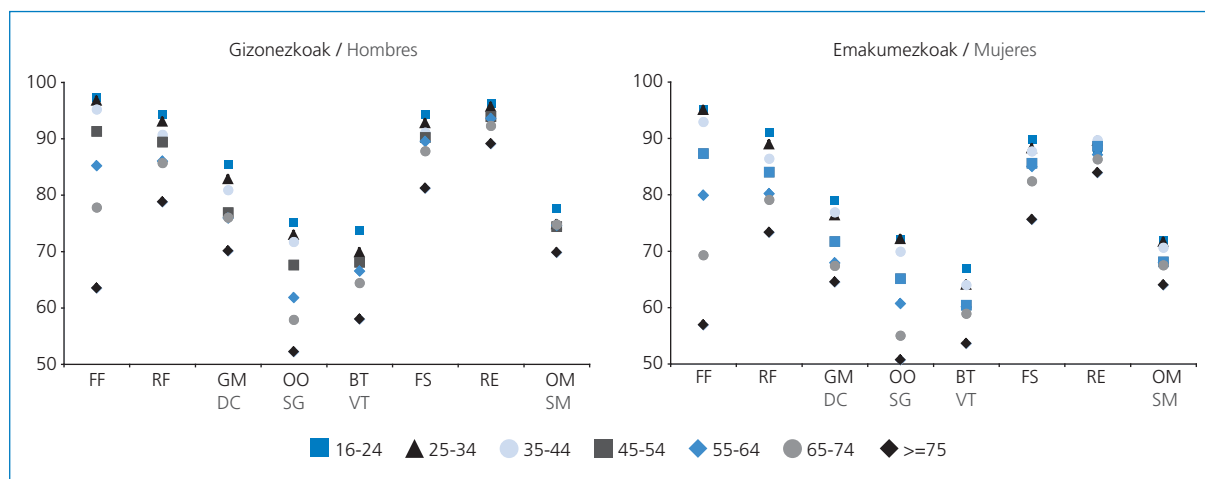
	Guztira Total			Gizona Hombre			Emakumea Mujer		
	Batez best. Media	DE	Mediana	Batez best. Media	DE	Mediana	Batez best. Media	DE	Mediana
Funtzio fisikoa (ff) Función física	86,5	21,4	95	89,4	19,6	100	83,7	22,6	95
Rol fisikoa (rf) Rol físico	86,4	31,0	100	89,3	28,4	100	83,6	32,8	100
Gorputz-mina (gm) Dolor corporal	75,6	25,7	84	79,1	24,5	84	72,3	26,2	74
Osasun orokorra (oo) Salud general	65,8	19,8	67	67,3	19,8	72	64,4	19,8	67
Bizitasuna (bt) Vitalidad	64,4	19,4	65	67,7	18,6	70	61,3	19,7	65
Funtzio soziala (fs) Función social	87,7	20,1	100	90,4	18,0	100	85,2	21,5	100
Rol emozionala (re) Rol emocional	90,8	26,1	100	93,9	21,6	100	87,9	29,3	100
Osasun mentala (om) Salud mental	71,7	17,5	72	74,6	16,4	76	69,0	17,9	72

Dimentsio bakoitzeko, puntuazioek txarrera egin zuten adinarekin (1.2.1. irudia). Adina kontuan hartuta puntuazioan murrizketarik handiena dimentsio fisikoetan eman zen, bereziki funtzio fisikoaren, osasun orokorraren eta rol fisikoaren kasuan; eta txikiena osasun mentalean eta rol emozionalean, bi sexuetan. Eranskinean biltzen dira, adin-taldeak kontuan hartuta, populazioaren erreferentziak balioak.

Para cada una de las dimensiones, las puntuaciones empeoraron con la edad (Figura 1.2.1). La mayor disminución en la puntuación con la edad se dio en las dimensiones físicas, especialmente para la función física, la salud general y el rol físico, y la menor en la salud mental y el rol emocional, en ambos sexos. En el Anexo se recogen los valores de referencia poblacionales por grupos de edad.

1.2.1. irudia / figura 1.2.1

SF-36 Osasun Galdesortako eskalen batez besteko balioak, adina kontuan hartuta, 2007
Valores promedio de las escalas del Cuestionario de Salud SF-36 por edad, 2007

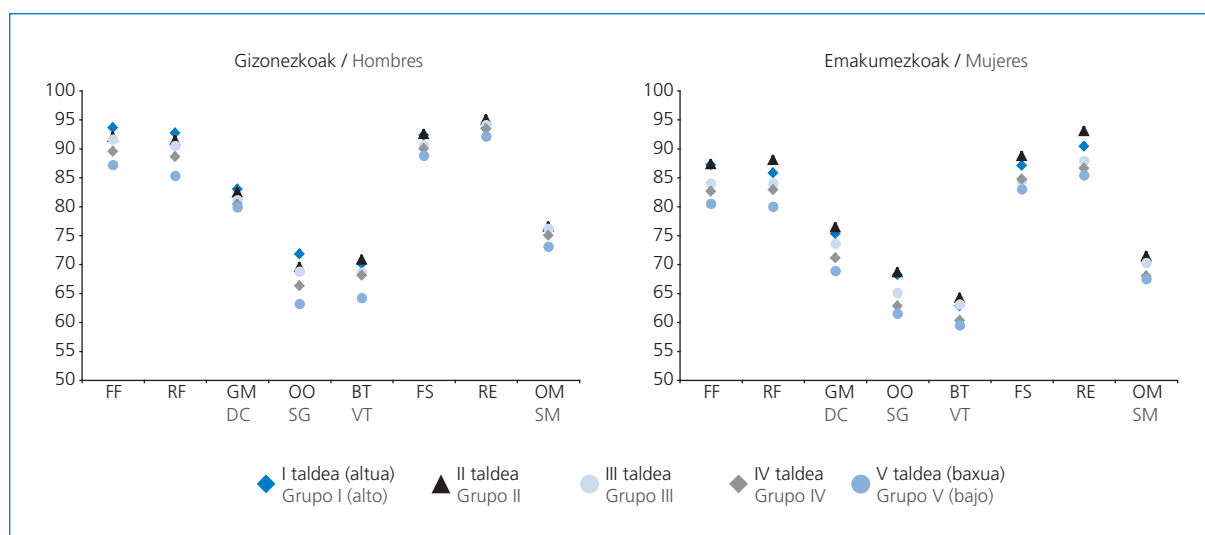


Emakumezkoetan, zortzi dimentsioen balioek gradiente sozioekonomiko bat jarraitzen dute, eta osasun txarragoa agertzen da eskala sozialean behera egiten den heinean (1.2.2. irudia). Desberdintasun sozioekonomikoen garrantzia, dimentsio guztietan, gizonezkoen kasuan baino nabarmenagoa eta handiagoa izan zen. Emakumezkoengan, ezberdintasunik handienak honako hauetan erreparatu ziren: rol emozionala, gorputz-mina eta osasun orokorra. Gizonezkoetan ere, desberdintasun sozioekonomikoak nabaritu ziren funtzio fisikoan, gorputz-minean, osasun orokorrean eta bizitasunean.

En las mujeres, los valores de las ocho dimensiones siguen un gradiente socioeconómico, indicando una peor salud a medida que se desciende en la escala social (Figura 1.2.2). La magnitud de las desigualdades socioeconómicas en todas las dimensiones fue relevante y mayor a las de los hombres. En las mujeres, las mayores diferencias se observaron en el rol emocional, el dolor corporal y la salud general. En los hombres, también se observaron desigualdades socioeconómicas en la función física, el dolor corporal, la salud general y la vitalidad.

1.2.2. irudia / figura 1.2.2

SF-36 Osasun Galdesortako eskalen batez besteko balioak, talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007
Valores promedio de las escalas del Cuestionario de Salud SF-36 por grupo socioeconómico, 2007



2002TIK 2007RA ARTEKO EBOLUZIOA

SF-36 Osasun Galdesortako dimentsioen puntuazioetan nabaritutako aldaketak, diferentzia absolutuaren bitartez baloratu ziren, 2002ko batez besteko balioa 2007an erreparatutakotik kenduz, eta estandarizatutako diferentziagatik biderkatuz (diferentzia absolutuaren zatidura bider desbiderapen estandarra). Bi sexuetan, dimentsio gehienen puntuazioek txarrera egin zuten kontuan hartutako bosturtekoan, nahiz eta diferentzien garrantziak ezberdinak izan gizonezkoengan eta emakumezkoengan. Gizonezkoen kasuan, puntuazioen murrizketarik handiena gorputz-minaren kasuan gertatu zen, aldaketa guztiak garrantzi gutxiakoak izan ziren (%10 baino gutxiago). Murrizketarik handiena gorputz-minean gertatu zen. Emakumezkoen artean, osasun mentalak eta bizitasunak hobera egin zuten, baina beste hauek txarrera egin zuten: osasun orokorra, gorputz-mina, funtzio soziala eta rol emozionala.

EVOLUCIÓN 2002 A 2007

Los cambios observados en las puntuaciones de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 fueron valorados mediante la diferencia absoluta, restando el valor medio de 2002 del observado en 2007, y por la diferencia estandarizada (cociente de la diferencia absoluta por la desviación estándar). En ambos sexos las puntuaciones de la mayor parte de las dimensiones empeoraron en el quinquenio considerado, si bien la magnitud de las diferencias fueron distintas en hombres y en mujeres. En los hombres la mayor disminución en las puntuaciones se produjo en la del dolor corporal todos los cambios fueron de muy pequeña magnitud, menores del 10%. La mayor disminución se produjo en el dolor corporal. Entre las mujeres, mejoraron la salud mental y la vitalidad, mientras que empeoraron la salud general, el dolor corporal, la función social y el rol emocional.

1.2.2. taula / tabla 1.2.2

SF-36 Osasun Galdesortako puntuazioetan gertatutako aldaketak, 2002-2007
Cambios en las puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36, 2002-2007

	Gizona Hombre		Emakumea Mujer	
	Diferentzia absolutua Diferencia absoluta	Diferentzia estandarizatua (%) Diferencia estandarizada (%)	Diferentzia absolutua Diferencia absoluta	Diferentzia estandarizatua (%) Diferencia estandarizada (%)
ff / pf	-1,0	-5,1	-2,4	-10,4
rf / rp	-0,2	-0,7	-1,3	-3,9
gm / bp	-1,9	-7,8	-3,3	-12,5
oo / gh	-0,2	-1,0	-1,4	-7,0
bt/ vt	-0,7	-3,7	-2,8	-13,8
fs / sf	-0,2	-1,1	-2,5	-11,6
re / re	0,3	1,4	-1,8	-6,2
om / mh	-0,7	-4,2	-2,0	-10,9

ERANSKINA / ANEXO

1. taula / tabla 1

SF-36 Osasun Galdesortako puntuazioen pertzentilak gizonezkoengan, adina kontuan hartuta, 2007
 Percentiles de las puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 por edad en los varones, 2007

		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>=75
Funtzio fisikoa	5 pertzentila / Percentil 5	85	85	80	60	40	20	0
Función física	25 pertzentila / Percentil 25	100	95	95	90	80	70	45
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	95	95	85	75
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	95	85
	Batez best. / Media	97,4	96,7	95,2	91,3	85,2	77,8	63,5
	DE	8,6	12,1	13,1	15,3	19,4	20,9	25,9
Rol fisikoa	5 pertzentila / Percentil 5	50	25	0	0	0	0	0
Rol físico	25 pertzentila / Percentil 25	100	100	100	100	100	100	75
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	100	100	100	100
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	94,3	93,0	90,7	89,4	86,0	85,7	78,8
	DE	19,4	25,9	30,6	26,7	30,2	27,5	33,9
Gorputz-mina	5 pertzentila / Percentil 5	41	41	32	31	22	22	22
Dolor corporal	25 pertzentila / Percentil 25	72	72	72	62	61	62	51
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	84	84	84	84	72
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	85,5	82,8	80,9	76,9	75,9	76,0	70,1
	DE	22,5	26,0	25,7	22,7	25,0	22,2	24,4
Osasun orokorra	5 pertzentila / Percentil 5	42	45	40	35	25	25	12
Salud general	25 pertzentila / Percentil 25	62	62	62	57	52	45	40
	50 pertzentila / Percentil 50	77	72	75	72	62	60	52
	75 pertzentila / Percentil 75	90	87	85	82	77	72	67
	Batez best. / Media	75,2	72,9	71,7	67,6	61,8	57,9	52,2
	DE	18,6	19,4	19,3	17,0	18,6	17,8	18,7
Bizitasuna	5 pertzentila / Percentil 5	45	40	40	35	30	35	25
Vitalidad	25 pertzentila / Percentil 25	60	60	55	55	55	50	45
	50 pertzentila / Percentil 50	75	70	70	70	70	65	60
	75 pertzentila / Percentil 75	85	80	80	80	80	80	70
	Batez best. / Media	73,7	69,8	68,0	68,1	66,5	64,4	58,0
	DE	17,8	19,9	19,9	16,6	18,7	16,2	17,7
Funtzio soziala	5 pertzentila / Percentil 5	63	63	50	50	50	50	13
Función Social	25 pertzentila / Percentil 25	100	88	88	88	88	75	75
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	100	100	100	100
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	94,3	92,7	91,1	90,2	89,5	87,8	81,2
	DE	13,5	17,3	18,9	16,9	17,5	16,1	23,7
Rol emozionala	5 pertzentila / Percentil 5	67	67	33	33	33	0	0
Rol emocional	25 pertzentila / Percentil 25	100	100	100	100	100	100	100
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	100	100	100	100
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	96,2	95,6	93,8	93,9	93,6	92,3	89,1
	DE	15,9	20,1	24,4	19,9	21,5	22,0	25,9
Osasun mentala	5 pertzentila / Percentil 5	52	48	48	40	44	48	40
Salud mental	25 pertzentila / Percentil 25	68	68	64	64	64	64	60
	50 pertzentila / Percentil 50	80	76	76	76	76	76	72
	75 pertzentila / Percentil 75	88	88	84	88	88	88	84
	Batez best. / Media	77,6	74,8	74,5	74,4	74,6	74,8	69,8
	DE	16,4	18,4	17,5	15,9	16,4	13,6	15,0

2. taula / tabla 2

SF-36 Osasun Galdesortako puntuazioen pertzentilak emakumezkoengan,
adina kontuan hartuta, 2007

Percentiles de las puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 por edad en las mujeres, 2007

		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>=75
Funtzio fisikoa	5 pertzentila / Percentil 5	80	75	65	50	30	20	0
Función física	25 pertzentila / Percentil 25	95	95	95	85	70	55	35
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	95	90	75	65
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	95	90	80
	Batez best. / Media	95,1	95,0	92,9	87,3	79,9	69,3	56,9
	DE	13,0	12,2	15,5	15,9	19,8	22,5	26,6
Rol fisikoa	5 pertzentila / Percentil 5	25	0	0	0	0	0	0
Rol físico	25 pertzentila / Percentil 25	100	100	100	100	75	75	50
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	100	100	100	100
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	91,0	88,9	86,4	84,0	80,2	79,1	73,3
	DE	24,4	31,5	35,1	29,4	32,5	32,5	38,5
Gorputz-mina	5 pertzentila / Percentil 5	32	31	22	22	22	22	21
Dolor corporal	25 pertzentila / Percentil 25	62	62	62	52	51	42	42
	50 pertzentila / Percentil 50	84	74	84	74	72	72	62
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	79,0	76,3	76,9	71,7	67,9	67,4	64,5
	DE	24,6	26,9	28,2	23,8	25,3	25,2	26,4
Osasun orokorra	5 pertzentila / Percentil 5	40	42	37	30	25	20	15
Salud general	25 pertzentila / Percentil 25	62	62	57	52	47	40	35
	50 pertzentila / Percentil 50	72	72	72	67	62	57	52
	75 pertzentila / Percentil 75	87	87	82	77	72	72	67
	Batez best. / Media	72,1	72,1	69,9	65,1	60,7	55,0	50,7
	DE	18,0	19,7	20,8	16,6	17,0	18,2	19,1
Bizitasuna	5 pertzentila / Percentil 5	35	30	30	20	20	20	20
Vitalidad	25 pertzentila / Percentil 25	55	50	50	50	50	45	40
	50 pertzentila / Percentil 50	70	65	65	60	60	60	50
	75 pertzentila / Percentil 75	80	75	80	75	75	75	70
	Batez best. / Media	66,9	64,0	64,0	60,4	60,1	58,9	53,6
	DE	18,7	21,2	21,9	18,1	19,1	18,4	18,1
Funtzio soziala	5 pertzentila / Percentil 5	50	50	38	38	38	38	25
Función Social	25 pertzentila / Percentil 25	88	75	75	75	75	63	63
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	100	100	100	88
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	89,9	88,2	87,7	85,6	85,0	82,4	75,6
	DE	16,8	22,0	23,0	19,4	19,9	20,7	25,0
Rol emozionala	5 pertzentila / Percentil 5	0	0	0	0	0	0	0
Rol emocional	25 pertzentila / Percentil 25	100	100	100	100	100	100	100
	50 pertzentila / Percentil 50	100	100	100	100	100	100	100
	75 pertzentila / Percentil 75	100	100	100	100	100	100	100
	Batez best. / Media	88,1	89,5	89,7	88,6	87,1	86,3	83,9
	DE	28,8	31,0	31,0	25,7	27,4	28,9	32,9
Osasun mentala	5 pertzentila / Percentil 5	40	40	36	32	32	32	32
Salud mental	25 pertzentila / Percentil 25	64	60	60	56	56	56	52
	50 pertzentila / Percentil 50	72	72	72	72	72	68	64
	75 pertzentila / Percentil 75	84	84	84	84	80	80	76
	Batez best. / Media	72,0	71,6	70,6	68,1	67,9	67,5	64,0
	DE	17,6	19,3	20,1	16,5	17,5	16,9	16,5

1.3

JARDUERAREN ALDI BATERAKO MUGAPENA

LIMITACIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD

DEFINIZIOA

Jardueraren aldi baterako mugapenak, erikortasun akutuaren ondorioak islatzen ditu, batez ere. Osasun inkestan galdetu zen, ea inkesta egin aurreko bi asteetan osasun-arazo batek jarduerak ohiko mailatik behera murriztea (ohean geratzea, etxeko lanak murriztea, eskolara edo lanera ez joatea) eragin zuen. Horrez gain, beste hauei buruz galdetu zen: mugapen-egunen kopurua, jardueren murrizketa sortu zuen osasun-arazoa eta aipatutako arazoaren jatorria, istripu eta gaixotasun moten arteko bereizketa eginez.

DEFINICIÓN

La limitación temporal de la actividad refleja sobre todo las consecuencias de la morbilidad aguda. En la encuesta de salud se preguntó si en las dos semanas anteriores a la fecha de encuestación un problema de salud había llevado a reducir las actividades por debajo del nivel habitual (quedarse en la cama, reducción de las labores del hogar, dejar de ir al colegio o al trabajo). También se preguntó por el número de días de limitación, por el problema de salud que produjo la reducción de las actividades, y cual fue el origen del citado problema distinguiendo por tipos de accidente y de enfermedades.

OSASUN INKESTA 2007

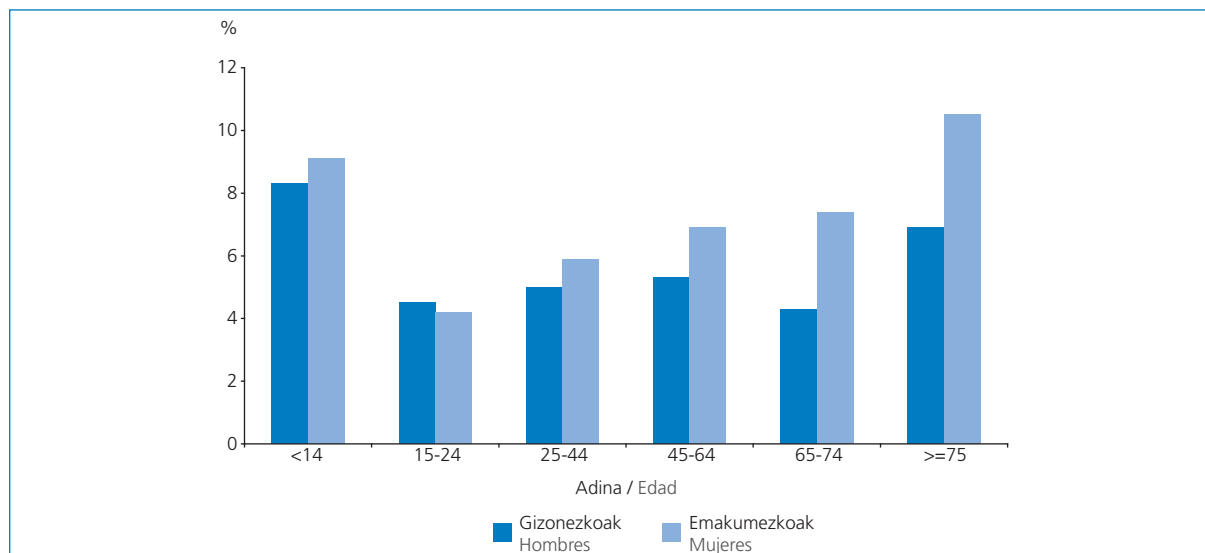
2007an, Euskal Autonomia Erkidegoan bizi ziren gizonezkoen %5,5ak eta emakumezkoen %7,0k aitortu zuten osasun-arazo batengatik haien ohiko jarduerak murriztu zituztela, inkesta egin aurreko 15 egunetan. Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia, altuagoa izan zen edozein adineko emakumezkoengan, 15-24 urtekoen kasuan izan ezik. (1.3.1. irudia).

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007 el 5,5% de los hombres y el 7,0% de las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma declararon haber reducido sus actividades habituales por un problema de salud en los 15 días anteriores a la realización de la encuesta. La prevalencia de restricción temporal de la actividad fue más elevada en las mujeres de cualquier edad, con la excepción de las de 15-24 años. (Figura 1.3.1).

1.3.1. irudia / figura 1.3.1

Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (%) de la restricción temporal de la actividad según el sexo y la edad, 2007



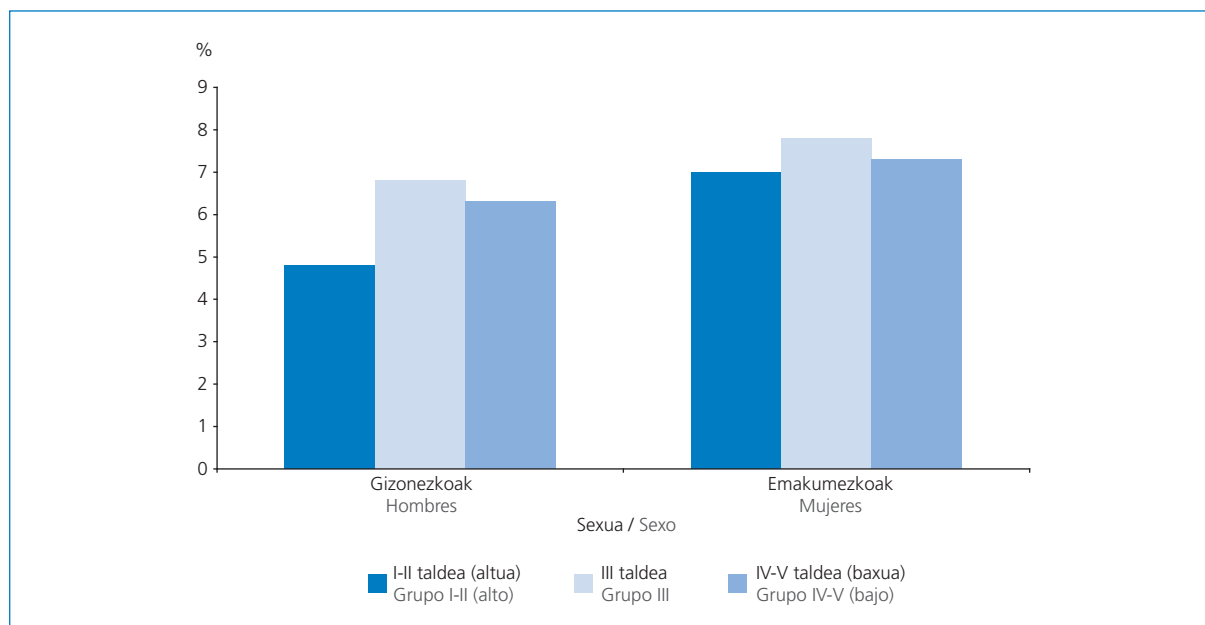
Egoera txarragoan dauden talde sozioekonomikoe-tako pertsonak, jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia handiagoa izan dute, baina 2007. urtean ezin daiteke esan desberdintasunak esanguratsuak direnik (1.3.2. irudia).

Las personas pertenecientes a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos han presentado mayor prevalencia de restricción temporal de la actividad, pero en 2007 no se puede decir que las diferencias sean significativas (Figura 1.3.2).

1.3.2. irudia / figura 1.3.2

Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Prevalencia de restricción temporal de la actividad (% estandarizada por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 2007



Pertsona bakoitzak, batez beste, urtean 7,3 egunetan murriztu zituen bere ohiko jarduerak, osasun-arazo batengatik. Ez zen sexuen arabera desberdintasun esanguratsurik egon murrizketa-egunen kantitatean, hala ere, mugapen-egunen kopurua gehitu egiten zen adinak gora egin ahala; 14 urte-tik beherako biztanlerian batez bestekoa 5 egunetakoa zen, eta 45 urtetik gorako pertsonengan 8 murrizketa-egunetik gora egiten zuen.

De media cada persona restringió durante 7,3 días al año sus actividades habituales por un problema de salud. No hubo diferencias significativas por sexos en la cantidad de días de restricción, sin embargo, el número de días de limitación aumentaba con la edad, en la población menor de 14 años la media era de cinco días y en las personas mayores de 45 años superaba los ocho días de restricción.

Biztanleria okupatua eta jardueraren aldi baterako murrizketa

Okupatutako gizonezkoen %4,9k eta emakumezkoen %5,9k haien ohiko jarduerak murriztu egin zituzten osasun-arazo batengatik, inkesta egin aurreko 15 egunetan. Beste zerbitzu batzuetan (administrazio publikoa, profesional liberalak, eta merkataritza kanpoan geratzen dira), administrazio publikoan (honako hauek barne hartzen ditu: autonomikoa, tokian tokikoa, zentrala, irakaskuntza, polizia-talde ezberdinak), eta industrian lan egiten

Población ocupada y restricción temporal de la actividad

Un 4,9% de los hombres y un 5,9% de las mujeres ocupadas redujeron sus actividades habituales por un problema de salud en los 15 días previos a la encuesta. La población ocupada en otros servicios (queda excluida la administración pública, profesionales liberales, y comercio), en la administración pública (incluye autónoma, local, central, enseñanza, diferentes cuerpos policiales), y en la industria presentan las prevalencias más elevadas de restric-

zutenak izan ziren jardueraren murrizketaren prebalentziarik altuenak izan zituztenak; baxuenak nekazaritzan lan egiten zutenei eta lanbide liberalak zituztenei dagozkie (1.3.1. taula).

ción temporal de la actividad; las más bajas corresponden a la población trabajadora en la agricultura y a profesionales liberales (Tabla 1.3.1).

1.3.1. taula / tabla 1.3.1

16 urte eta gehiago duten biztanleria okupatuaren jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (%), jarduera-sektorea eta sexua kontuan hartuta, 2007

Prevalencia (%) de restricción temporal de la actividad de la población ocupada de 16 y más años por sector de actividad y sexo, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Guztira Total
Nekazaritza / Agricultura	0,9	10,2	3,2
Industria / Industria	5,5	5,6	5,5
Eraikuntza / Construcción	3,8	7,7	4,1
Administrazioa / Administración	6,1	5,7	5,8
Lanb. liberalak / Prof. liberal	2,9	3,8	3,4
Merkataritza / Comercio	5,1	4,9	4,9
Best. zerbitzuak / Otros servicios	5,0	7,1	6,1
Guztira / Total	4,9	5,9	5,3

Jarduera-sektore ezberdinen arabera okupatutako biztanlerian jardueraren aldi baterako murrizketa-egunen kopuruari dagokionez, ez da batez besteko egun-kopuruan, sexuen arteko desberdintasun esanguratsurik nabaritu.

En cuanto al número de días de restricción temporal de la actividad en la población ocupada según los distintos sectores de actividad, no se han apreciado diferencias significativas entre ambos sexos en el número de días de media.

Administrazio publikoetan okupatutako pertsonen kasuan, jardueren murrizketa-iraupena luzeagoa da (batez beste 8,4 egun); eta laburrena eraikuntzan lan egiten duten pertsonena da, 6,9 egunekoa baita (1.3.2. taula).

Las personas ocupadas en administraciones públicas tienen la duración más larga de restricción de actividades, 8,4 días de media, y la más corta corresponde a la población trabajadora en la construcción, 6,9 días (Tabla 1.3.2.).

1.3.2. taula / tabla 1.3.2

16 urte eta gehiago duten biztanleria okupatuaren jardueraren aldi baterako murrizketa-egunak (batez bestekoa), jarduera-sektorea eta sexua kontuan hartuta, 2007

Días (media) de restricción temporal de la actividad de la población ocupada de 16 y más años por sector de actividad y sexo, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Bi sexuak Ambos sexos	Estimaturako bizt. okupatua Pob. ocupada estimada
Nekazaritza / Agricultura	7,0	7,9	7,7	16.668
Industria / Industria	8,6	5,9	8,1	259.084
Eraikuntza / Construcción	7,7	1,9	6,9	77.849
Administrazioa / Administración	8,1	8,6	8,4	125.169
Liberala / Liberal	8,6	7,4	7,9	67.793
Merkataritza / Comercio	5,2	8,6	7,2	159.510
Best. zerbitzuak / Otros servicios	8,4	7,8	8,0	259.954
EAE / CAPV	8,0	7,8	7,9	966.027

2007ko osasun-inkestan sartu den alderdi bat, arazoaren jatorriaren arabera jarduerak geldiarazi edo moteltzera behartu zuten osasun-arazoaren sailkapena da, hau da, ea honako hauek eragin dituzten: lan-istripuak, trafikoko istripuak, etxeko istripuak, bestelako istripu-motak, gaixotasun arruntak, lanak, indarkeria fisikoak edo beste arrazoi batzuek eragindakoak.

Langileen artean, aldi baterako murrizketen %70,6 gaixotasun arruntek eragiten dute, arrazoi hori merkataritzan lan egiten duten pertsonengan nabarmentzen delarik. Murrizketen %8,8 lan-istripuek eragiten dute, eta eraikuntza eta industriako sektoreetan lan egiten dutenak dira kaltetuenak. Murrizketen %5,4k euren jatorria lanak berak eragindako gaixotasunetan dute, administrazio publikoetan lan egiten duten pertsonengan nabarmenduz (1.3.3. taula).

Un aspecto que se ha incorporado a la encuesta de salud de 2007 es la clasificación de los problemas de salud que obligaron a suspender o moderar las actividades según el origen del problema, es decir, si son debidos a accidentes laborales, de tráfico, domésticos, otros tipos de accidente, enfermedades comunes, derivadas del trabajo, violencia física u otras causas.

En la población trabajadora el 70,6% de las restricciones temporales se deben a enfermedades comunes, destacando esta causa en las personas que trabajan en comercio. El 8,8% de las restricciones son causadas por accidentes laborales, la población trabajadora en los sectores de construcción e industria son los más afectados. El 5,4% de las restricciones tienen su origen en enfermedades derivadas del propio trabajo, destacando en las personas que trabajan en las administraciones públicas. (Tabla 1.3.3.)

1.3.3. taula / tabla 1.3.3

Biztanleria okupatua, jardueraren aldi baterako murrizketa eragin duen osasun-arazoaren jatorriaren arabera, 2007

Población ocupada según el origen del problema de salud que le ha causado la restricción temporal de la actividad, 2007

	Lan-istripua Accidente laboral	Trafikoko istripua Accidente tráfico	Etxeko istripua Accidente doméstico	Best. istripuak Otro accidente	Gaixotasun arrunta Enfermedad común	Laneko gaixotasuna Enfermedad laboral	Best. arrazoiak Otras causas	EAE CAPV
Nekazaritza / Agricultura	–	–	–	–	100,0	–	–	100,0
Industria / Industria	12,7	3,7	0,6	5,3	70,9	3,5	3,4	100,0
Eraikuntza / Construcción	34,7	–	–	–	59,0	2,6	3,8	100,0
Administrazioa / Administración	2,8	3,2	2,4	1,1	71,8	12,7	6,0	100,0
Liberala / Liberal	–	9,7	–	9,1	75,8	5,3	–	100,0
Merkataritza / Comercio	3,1	1,6	2,1	3,6	78,2	6,7	4,7	100,0
Best. zerbitzuak / Otros servicios	7,4	2,9	2,8	6,4	66,7	3,9	10,0	100,0
Guztira / Total	8,8	3,0	1,7	4,6	70,6	5,4	5,9	100,0

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Azken urteetan, jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia, gizonezkoengan egonkor mantendu da. Hala ere, emakumezkoen kasuan 1997. urteaz geroztik aldi baterako mugapenaren gehikuntza nabaritu da (1.3.3. irudia).

Gizonezkoen kasuan, azken urte horietan, adinen arabera jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentziek ez dute aldaketa aipagarriak erakutsi, 1.3.4. irudian ikusten den bezala, portzentajezko aldaketak oso txikiak direlako.

EVOLUCIÓN DESDE 1997

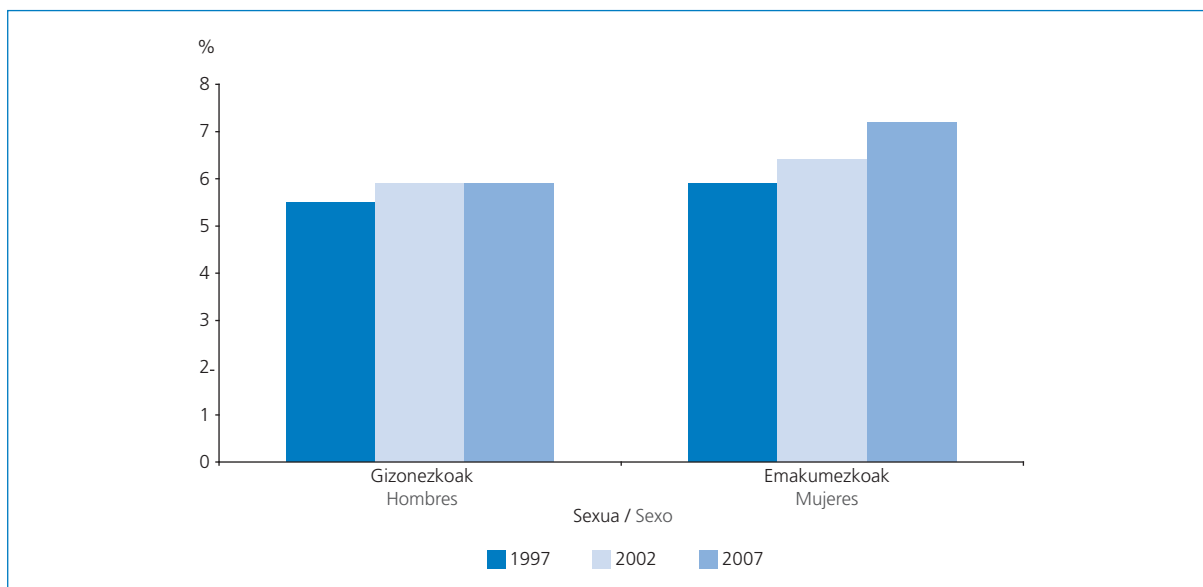
En los últimos años en los hombres se ha mantenido estable la prevalencia de restricción temporal de la actividad. Sin embargo, en las mujeres se ha apreciado un incremento de la limitación temporal desde 1997. (Figura 1.3.3).

En los hombres en estos últimos años las prevalencias de restricción temporal de la actividad por edades no han manifestado cambios relevantes, ya que como se aprecia en la figura 1.3.4 los cambios porcentuales son muy pequeños.

1.3.3. irudia / figura 1.3.3

Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua),
sexua kontuan hartuta, 1997-2007

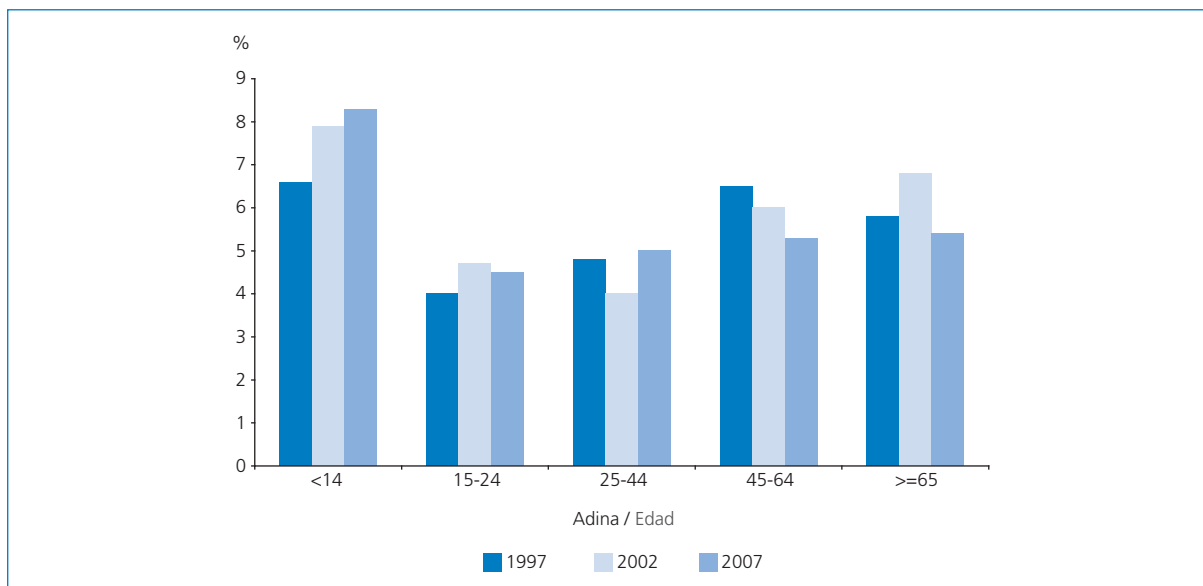
Prevalencia (% estandarizada por edad) de restricción temporal de la actividad
por sexo, 1997-2007



1.3.4. irudia / figura 1.3.4

Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (%) gizonezkoengan, adina kontuan hartuta,
1997-2007

Prevalencia (%) de restricción temporal de la actividad en hombres por edad, 1997-2007



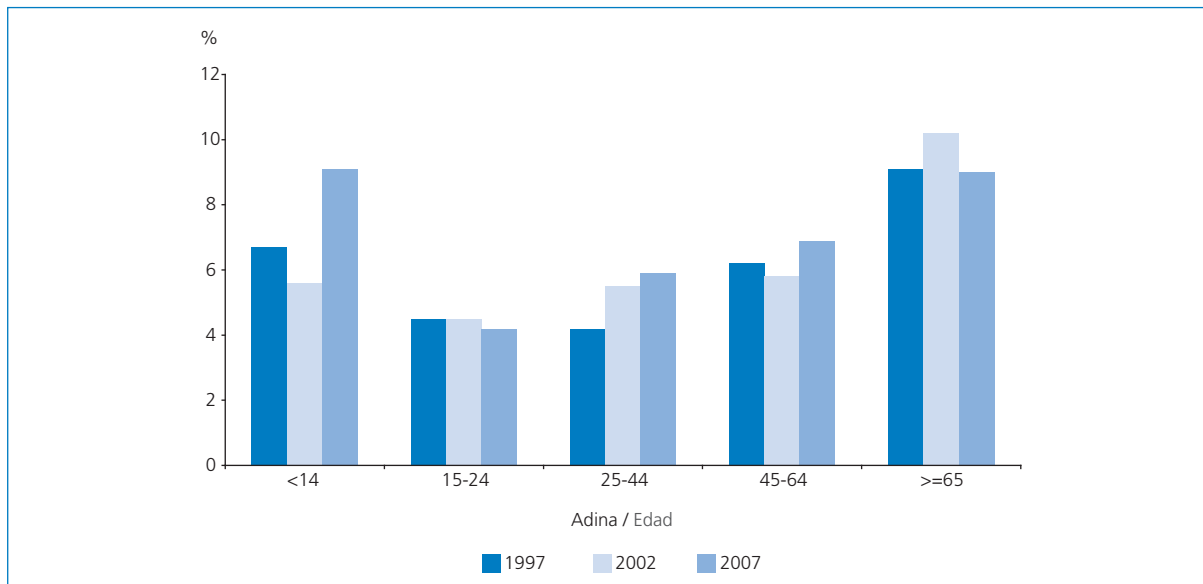
Emakumezkoen, adin-taldeak kontuan hartuta, jardueraren aldi baterako murrizketak aldaketa txikiak aurkezten ditu, azken inkesta honetan 14 urtetik beherakoengan baino ez da agertzen gehikuntza prebalentzian (1.3.5. irudia).

En las mujeres por grupos de edad la restricción temporal de la actividad presenta pequeñas variaciones, sólo en las menores de 14 años aparece en esta última encuesta un incremento en la prevalencia (Figura 1.3.5).

1.3.5. irudia / figura 1.3.5

Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (%) emakumezkoengan,
adina kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (%) de restricción temporal de la actividad en mujeres por edad, 1997-2007



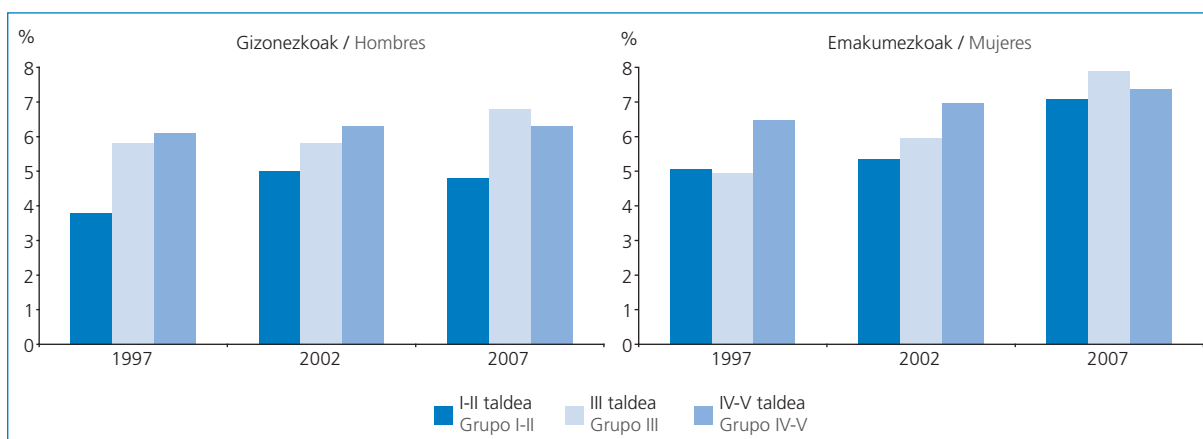
Azken urteetan gizonezkoengan, jardueraren aldi baterako murrizketan, talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, desberdintasuna mantendu egin da. Hala ere, emakumezkoen kasuan desberdintasunak behera egin du, aldi baterako mugapenaren prebalentziak talde sozioekonomiko ezberdinetan oso antzekoak izan baitira. Gizonezkoengan, ia egonkor mantendu da. Talde sozioekonomiko guztietako emakumezkoen kasuan, gora egin du jardueraren aldi baterako murrizketak (1.3.6. irudia).

En los últimos años en los hombres se ha mantenido la desigualdad por grupo socioeconómico en la restricción temporal de la actividad. Sin embargo, en las mujeres ha disminuido la desigualdad, siendo las prevalencias de limitación temporal muy parecidas en los distintos grupos socioeconómicos. En los hombres se ha mantenido prácticamente estable. En las mujeres de todos los grupos socioeconómicos ha aumentado la restricción temporal de la actividad (Figura 1.3.6).

1.3.6. irudia / figura 1.3.6

Jardueraren aldi baterako murrizketaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua),
sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia de restricción temporal de la actividad (% estandarizada por edad)
por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



1.4

JARDUERAREN MUGAPEN KRONIKOA

LIMITACIÓN CRÓNICA DE LA ACTIVIDAD

DEFINIZIOA

Jardueraren mugapen kronikoak, erikortasun kronikoaren eta pertsonen gaitasun funtzionalean dauden ezintasunen ondorioak islatzen du. EAEko Osasun Inkestak, adin eta sexu bakoitzean arruntak diren zereginak egiteko mugapen kroniko bat izatea edo ez izatea biltzen du, baita iraupena eta bere jatorria ere. Gainera, jardueraren mugapen kronikoa duten pertsonen kasuan, pertsonaren mendekotasuna eta zainketen beharra aintzat hartzeko aukera ematen duten zenbait neurri sartzen dira.

OSASUN INKESTA 2007

2007an, gizonezkoen %8,2ak eta emakumezkoen %8,5ak euren gaitasun funtzionala mugatzen zuten osasun-arazoak zituztela aitortu zuten; eta horrek, 85.700 gizonezko eta 92.500 emakumeren biztanleria estimatua adierazi zuen. Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia gehitu egin zen adinak gora egin ahala, bai gizonezkoengan eta emakumezkoengan. 75 urtetik gorako pertsonen artean, mugapen kronikoaren prebalentzia %25ekoa izan zen gizonezkoen kasuan eta %28koa emakumezkoengan (1.4.1. irudia).

DEFINICIÓN

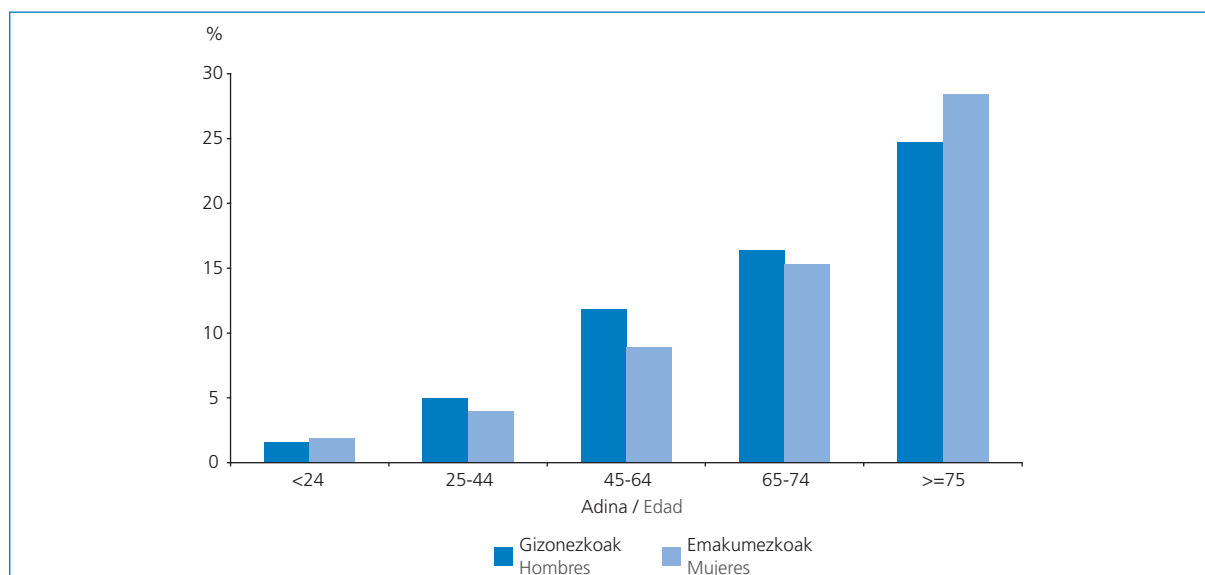
La limitación crónica de la actividad refleja las consecuencias de la morbilidad crónica y de las discapacidades en la capacidad funcional de las personas. La Encuesta de Salud de la CAPV recoge la existencia o no de una limitación crónica para realizar las funciones normales en cada edad y sexo, así como la duración, y el origen de la misma. Además, en las personas con limitación crónica de la actividad se introducen varias medidas que permiten valorar la dependencia de la persona, así como la necesidad de cuidados.

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007 el 8,2% de los hombres y el 8,5% de las mujeres declararon tener problemas de salud que limitaban su capacidad funcional, lo que supuso una población estimada de 85.700 hombres y 92.500 mujeres. La prevalencia de limitación crónica de la actividad aumentó con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Entre las personas mayores de 75 años la prevalencia de limitación crónica fue del 25% en el caso de los hombres y del 28% en el de las mujeres (Figura 1.4.1).

1.4.1. irudia / figura 1.4.1

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (%) de la limitación crónica de la actividad según el sexo y la edad, 2007



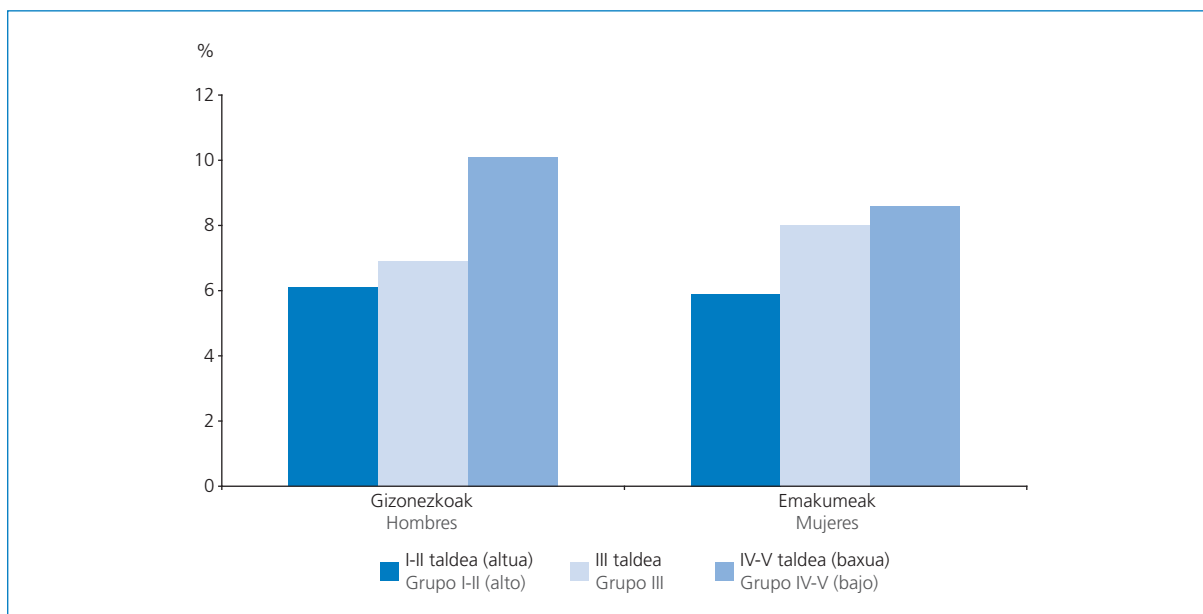
Jardueraren mugapen kronikoak gora egin zuen, maila sozioekonomikoak txarrera egiten zuen heinean. Erlazio hori, gizonezkoengan emakumezkoengan baino modu argiagoan gertatu zen (1.4.2. irudia).

La limitación crónica de la actividad aumentó a medida que empeoraba el nivel socioeconómico. Esta relación se produjo de una manera más clara en hombres que en mujeres (Figura 1.4.2).

1.4.2. irudia / figura 1.4.2

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Prevalencia (% estandarizada por edad) de limitación crónica de la actividad por sexo y grupo socioeconómico, 2007



Gizonezkoengan zein emakumezkoengan, mugapen gehienak gaixotasun arrunt batek eragin zituen; nahiz eta arrazoi horrek emakumezkoengan (%83,0) gizonezkoengan (%70,6) baino garrantzi handiagoa izan. Lan-istripuak gizonezkoengan bigarren arrazoa (%11,0) izan ziren, baina emakumezkoengan garrantzi handiena izan zuen bigarren arrazoa lanak eragindako gaixotasunak (%2,6) izan ziren. Gizonezko eta emakumezkoen arteko desberdintasunak, neurri handi batean, batzuek eta besteek betetzen dituzten rol eta lan desberdinen ondorio izan ziren. Horiek horrela, laneko istripuek, trafikoko istripuek eta lanak eragindako gaixotasunek garrantzia handiagoa izan zen gizonezkoen kasuan; eta emakumezkoengan etxeko istripuak izan ziren garrantzi handiagoa hartu zutenak (1.4.1. taula).

Mugapen kronikoa eragiten duten gaixotasun-taldeak aintzat hartuta, honako hauek izan ziren, bai gizonezkoengan eta bai emakumezkoengan, garrantzirik handiena izan zutenak: gaixotasun muskulu eskeletikoak. Horiek izan ziren gizonezkoengan mugapen kronikoen %26,6aren eta

Tanto en hombres como en mujeres, la mayor parte de las limitaciones fueron consecuencia de una enfermedad común, si bien esta causa tuvo en ellas un mayor peso (83,0%) que en ellos (70,6%). Los accidentes laborales supusieron la segunda causa en hombres (11,0%) mientras que en mujeres la segunda causa con mayor importancia fueron las enfermedades derivadas del trabajo (2,6%). Las diferencias entre hombres y mujeres se debieron, en gran parte, a los diferentes roles y trabajos que desempeñan unos y otras. De esta forma, el peso de los accidentes de trabajo, de tráfico y de las enfermedades derivadas del trabajo fue mayor en hombres, mientras que en mujeres tuvo un mayor peso los accidentes domésticos (Tabla 1.4.1).

Atendiendo a los grupos de enfermedades causantes de la limitación crónica, el mayor peso lo tuvieron, tanto en hombres como en mujeres, las enfermedades musculoesqueléticas. Éstas fueron señaladas como causa en el 26,6% de las limitaciones crónicas en los hombres y en el 45,2% en

1.4.1. taula / tabla 1.4.1

Jardueraren mugapen kronikoaren arrazoiak, sexua kontuan hartuta. EAE, 2007
Causas de limitación crónica de la actividad por sexo. CAPV 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	EAE CAPV
Lan-istripua / Accidente laboral	11,0	2,1	6,4
Trafikoko istripua / Accidente de tráfico	3,0	1,3	2,1
Etxeko istripua / Accidente doméstico	1,2	1,9	1,6
Beste motatako istripuak / Otro tipo de accidente	1,6	2,1	1,9
Gaixotasun arrunta / Enfermedad común	70,6	83,0	77,0
Lanak eragindako gaixotasuna / Enfermedad derivada del trabajo	4,3	2,6	3,4
Indarkeria fisika / Violencia física	–	0,4	0,2
Beste arrazoi batzuk / Otras causas	8,2	6,6	7,3
Guztira / Total	100,0	100,0	100,0

emakumezkoengan %45,2aren arrazoitzat jo zirenak. Arrazoi horren atzetik, garrantzia kontuan hartuta, beste hauek joan ziren: zirkulazio-aparatuko gaixotasunak gizonezkoen kasuan; eta nerbio-sistemako eta zentzumen-organoetako gaixotasunak emakumezkoengan (1.4.2. taula).

las mujeres. A esta causa le siguieron en orden de importancia las enfermedades del aparato circulatorio en hombres, y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos en mujeres (Tabla 1.4.2).

1.4.2. taula / tabla 1.4.2

Haien ezintasunaren arrazoitzat* gaixotasunen bat seinatu zuten mugapen kronikoa duten pertsonen proportzioa (%), 2007

Proporción (%) de personas con limitación crónica que señalaron alguna de las enfermedades como causa de su discapacidad*, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
Tumoreak / Tumores	5,90	6,88
Odolaren eta organo hematopoietikoen gaixotasunak, immunitatearen mekanismoaren eragina duten trastorno batzuk Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	0,20	0,16
Gaixotasun endokrino, nutrizional eta metabolikoak Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,35	2,38
Buru eta portaeraren trastornoak Trastornos mentales y del comportamiento	14,99	11,69
Nerbio-sistema eta zentzumen-organoetako gaixotasunak Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	15,38	18,39
Zirkulazio-sistemako gaixotasunak / Enfermedades del sistema circulatorio	20,99	10,43
Arnas sistemako gaixotasunak / Enfermedades del sistema respiratorio	6,04	3,20
Digestio-sistemako gaixotasunak / Enfermedades del sistema digestivo	3,80	2,16
Larruazaleko eta larruazalpeko ehuneko gaixotasunak Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	0,59	0,82
Sistema osteomuskular eta ehun konjuntiboko gaixotasunak Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	26,64	45,21
Sistema genitourinarioko gaixotasunak / Enfermedades del sistema genitourinario	0,47	0,30

* EAEI delakoak ezintasunaren jatorri gisa hiru arrazoi nabarmentzeko aukera ematen du, horregatik portzentajeak ez dira 100era iristen. Gainera, portzentajeak mugapen kronikoa duten pertsona guztiak kontuan hartuta kalkulatu dira, mugapen horrek gaixotasun bat jatorritzat duenean.

La ESCAV permite señalar tres causas como origen de la discapacidad, por eso los porcentajes no suman 100. Además, los porcentajes se han calculados sobre el total de personas con limitación crónica, tenga ésta como origen una enfermedad.

Jardueraren mugapen kronikoa duten pertsonentzat EAEOI delakoak, bere mendekotasuna baloratzeko aukera ematen duen eskala (Barthel) bat sartzen du. 2007an, jardueraren mugapen kronikoa duten pertsonen erdia baino gehiago (gizonezkoen %65,8 eta emakumezkoen %55,9) independenteak izan ziren. Erabateko mendekotasuna, emakumezkoengan (%3,2) gizonezkoengan (%2,5) baino zertxobait altuagoa izan zen; eta adinak gora egin ahala handiago egiten zen. Ia 30.000 gizonezko eta 40.000 emakumezko baino gehiagok, mendekotasun-motaren bat erakutsi zuten (1.4.3. taula).

Eguneroko bizitzako jarduerak egiteko laguntza-motaren bat behar izateari dagokionez, aintzat hartu zen jardueraren mugapen kronikoa duten

La ESCAV introduce para las personas con limitación crónica de la actividad una escala (Barthel) que permite valorar su dependencia. En 2007, más de la mitad de las personas con limitación crónica de la actividad fueron independientes (el 65,8% de los hombres y el 55,9% de las mujeres). La dependencia total, fue ligeramente mayor en mujeres (3,2%) que en hombres (2,5%), y aumentaba con la edad. Casi 30.000 hombres y algo más de 40.000 mujeres presentaron algún tipo de dependencia (Tabla 1.4.3).

Respecto a la necesidad de algún tipo de ayuda para la realización de las actividades de la vida cotidiana, se estimó que 104.000 personas con limi-

1.4.3. taula / tabla 1.4.3

Jardueraren mugapen kronikoa duten pertsonak, mendekotasun-mailaren arabera, sexua kontuan hartuta. EAE, 2007

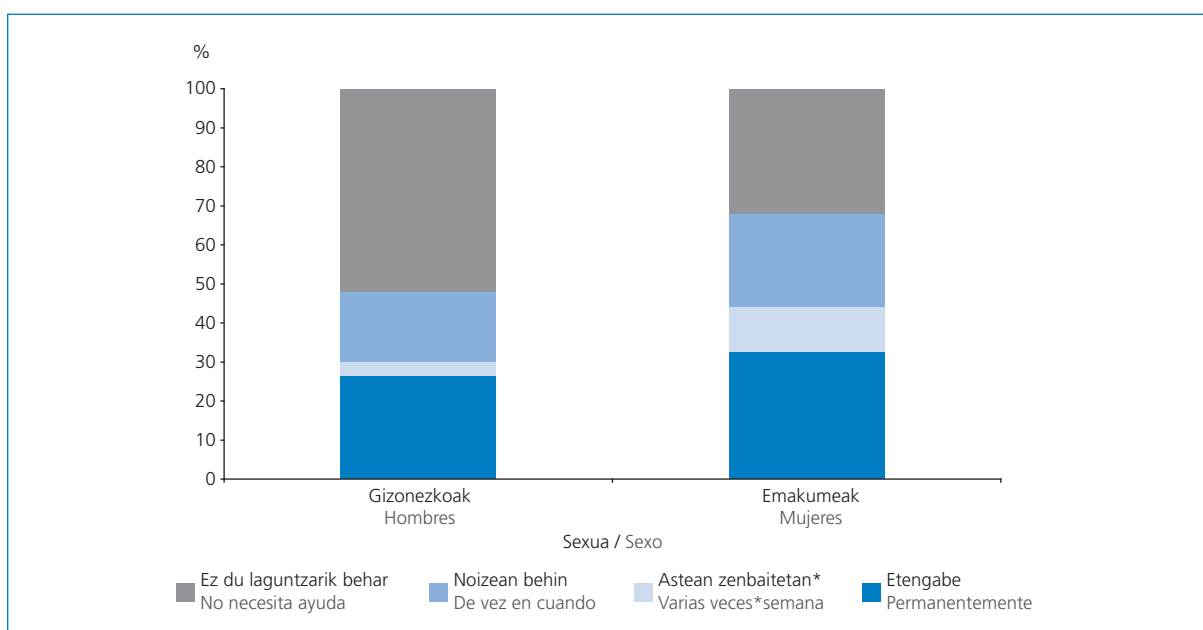
Personas con limitación crónica de la actividad según grado de dependencia por sexo. CAPV 2007

	Erabateko mendekotasuna Dependencia total	Mendekotasun larria Dependencia grave	Mendekotasun moderatua Dependencia moderada	Mendekotasun urria Dependencia escasa	Independentzia Independencia
Gizona / Hombre	2,5	7,0	16,7	8,0	65,8
Emakumea / Mujer	3,2	6,7	24,5	9,7	55,9

1.4.3. irudia / figura 1.4.3

Jardueraren mugapen kronikoa duen biztanleriaren banaketa (%), laguntzaren beharra eta sexua kontuan hartuta, 2007

Distribución (%) de la población con limitación crónica de la actividad según la necesidad de ayuda y el sexo, 2007



104.000 pertsonak, EAEn mota horretako laguntzaren bat behar zutela. Horietatik, erdiak laguntza etengabe behar zuen, %13k astean zenbaitetan eta %36k noizean behin. Inkesta egin zen momentuan, laguntza hori funtsean honako hauek ematen zuten: haiekin bizi diren senideak (%74), haiekin bizi ez diren senideak (%21), zerbitzu sanitarioak (%3,5), gizarte-zerbitzuak (%9), eta kontratatutako pertsonak (%15). Laguntza hori behar zutela aditzera ematen zuten pertsonen %2k, inork ez ziola laguntzarik ematen adierazi zuen (1.4.3. irudia).

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentziak behera egin du azken hamar urteetan, gizonezkoengan nahiz emakumezkoengan. Beherakadatik handiena 2002an gertatu zen, urte hartan mugapenaren prebalentzia 1997an baino bi puntu baino baxuagoa izan baitzen. 2007. urtean, prebalentziak egonkor mantendu dira 2002ko datuekin konparatzen badira (1.4.4. irudia).

tación crónica de la actividad necesitan alguna ayuda de este tipo en la CAPV. De ellas, la mitad la necesitaba permanentemente, un 13 % varias veces por semana y un 36 % de vez en cuando. En el momento de la encuesta, esta ayuda era prestada fundamentalmente por familiares con los que convive (74%), familiares con los que no media convivencia (21%), servicios sanitarios (3,5%) sociales (9%), y personas contratadas (15%). Un 2 % de las personas que manifestaba necesitar esa ayuda señaló no recibirla de nadie. (Figura 1.4.3).

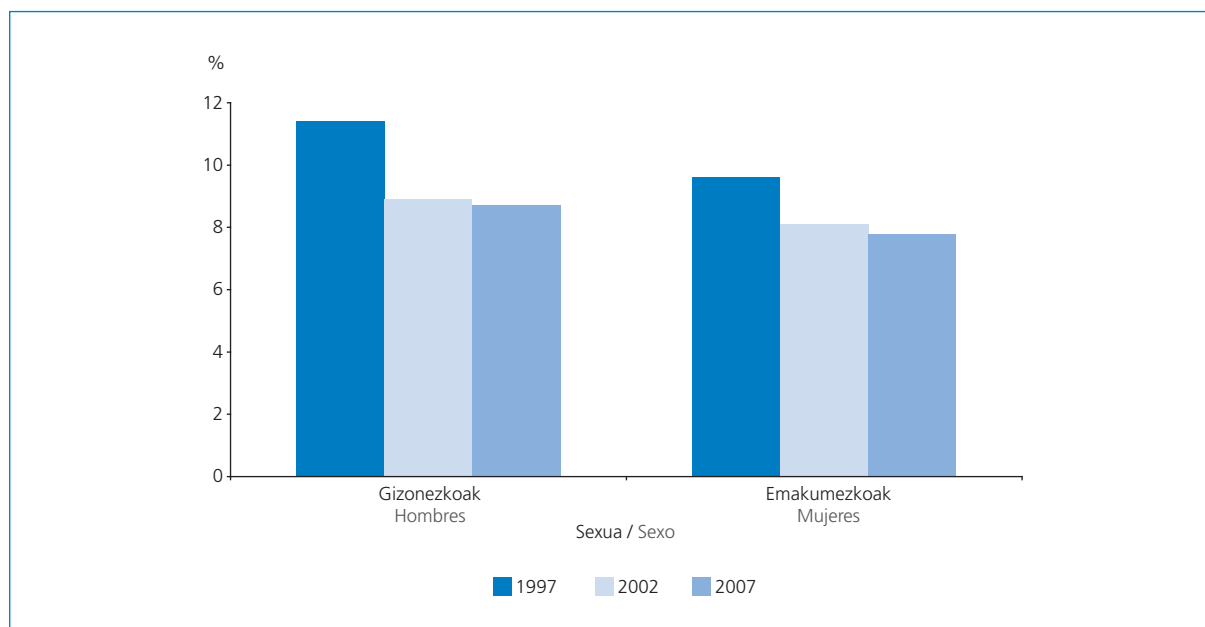
EVOLUCIÓN DESDE 1997

La prevalencia de limitación crónica de la actividad se ha reducido en los últimos diez años tanto en hombres como en mujeres. El mayor descenso se produjo en 2002, año en el que la prevalencia de limitación fue más de dos puntos inferior que en 1997. En 2007, las prevalencias se han mantenido estables respecto a 2002 (Figura 1.4.4).

1.4.4. irudia / figura 1.4.4

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (% estandarizada por edad) de limitación crónica de la actividad por sexo, 1997-2007

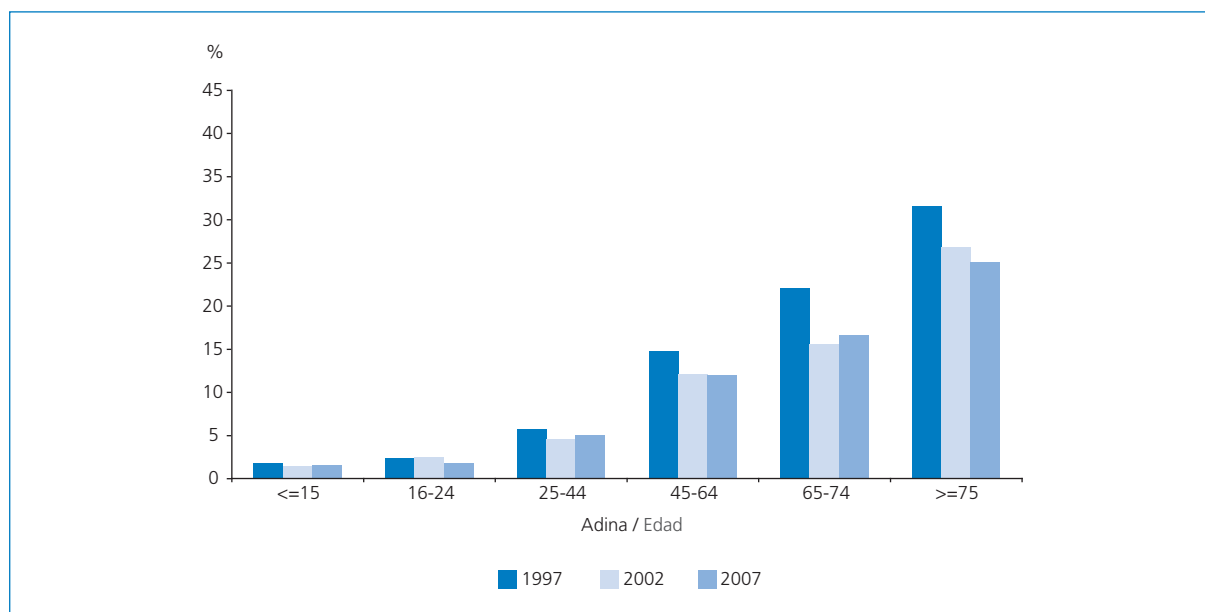


Mugapen kronikoaren prebalentziak, oro har, behera egin zuen adin guztietan, gizonezkoengan zein emakumezkoengan. Gizonezkoen kasuan, beherakada adin aurreratuagoetan nabarmenagoa izan zen eta 2002. urtean 2007ko datuekiko (1.4.5. irudia).

La prevalencia de la limitación crónica descendió, de manera general, en todas las edades, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres el descenso fue más acusado en las edades más avanzadas y en 2002 respecto a 2007 (Figura 1.4.5).

1.4.5. irudia / figura 1.4.5

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (%) gizonezkoengan, adina kontuan hartuta, 1997-2007
Prevalencia (%) de limitación crónica de la actividad en hombres por edad, 1997-2007

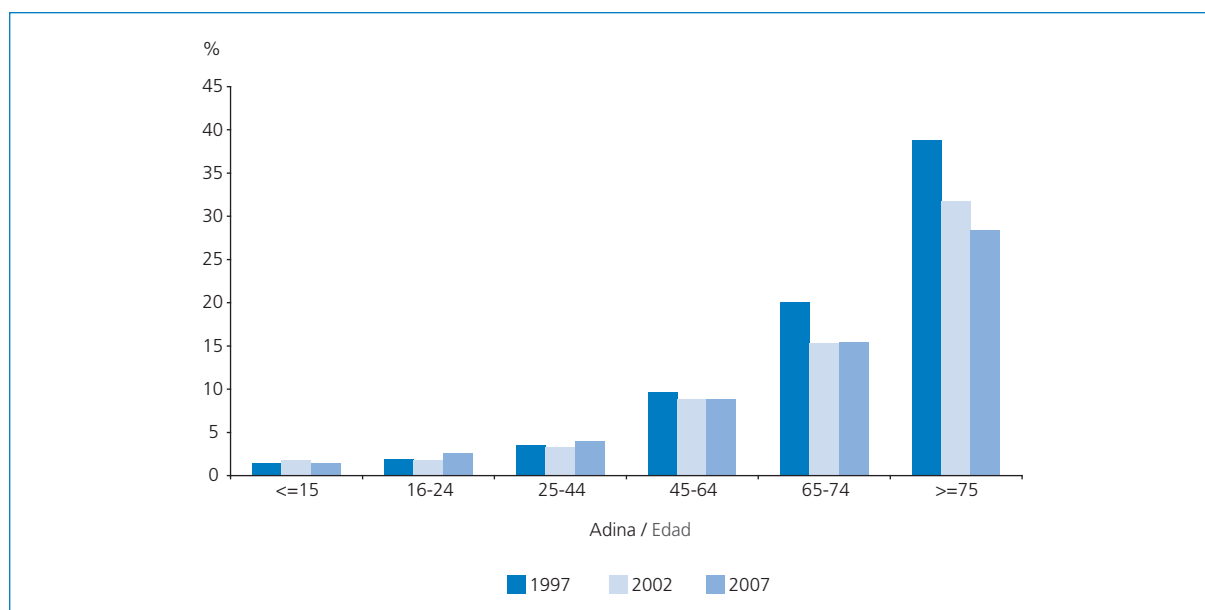


Emakumezkoengan ere, beherakada nabarmenagoa izan zen adin aurreratuagoetan, eta 2002. urtean 2007ko datuekiko. Hala ere, 75 urtetik gorako emakumezkoen kasuan 2007ko inkestan, 2002koarekin alderatuta, mugapen kronikoaren beherakada gertatu zela nabaritu zen (1.4.6. irudia).

En las mujeres, el descenso también se produjo de una manera más acusada en las edades más avanzadas y en 2002 respecto a 2007. Sin embargo, en las mayores de 75 años se apreció también un descenso de la limitación crónica en la encuesta de 2007 respecto a la de 2002 (Figura 1.4.6).

1.4.6. irudia / figura 1.4.6

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (%) emakumezkoengan, adina kontuan hartuta, 1997-2007
Prevalencia (%) de limitación crónica de la actividad en mujeres por edad, 1997-2007



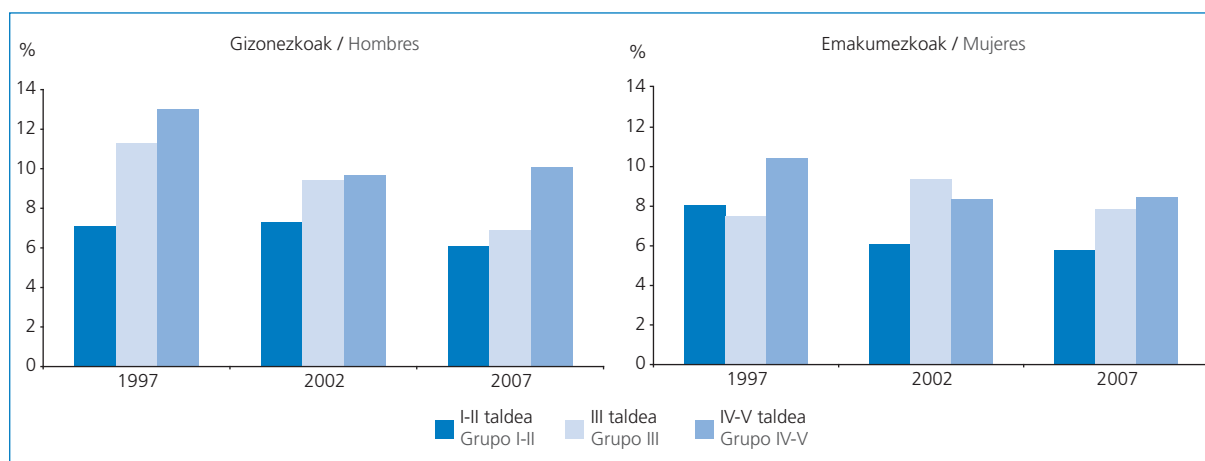
Azkenik, talde sozioekonomiko ezberdinen arteko desberdintasunei dagokienez, gizonezkoen kasuan gutxiagotze bat nabaritu zen. Beraz, egoera txarrean zegoen taldeko prebalentziek nabariki behera egiten zuten, baina egoera hobetoagoan zegoen taldearen kasuan prebalentziak egonkor mantendu ziren. Emakumezkoen kasuan, berriz, muturreko talde sozioekonomikoen arteko desberdintasunak gutxi gorabehera egonkor mantendu ziren (1.4.7. irudia).

Por último, respecto a las desigualdades entre los diferentes grupos socioeconómicos se observó una disminución en el caso de los hombres. De esta forma, mientras que las prevalencias del grupo menos favorecido descendían notablemente, en el caso de las del grupo más favorecido se mantuvieron estables. En el caso de las mujeres, las desigualdades entre los grupos socioeconómicos extremos se mantuvieron más o menos estables (Figura 1.4.7).

1.4.7. irudia / figura 1.4.7

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (% estandarizada por edad) de la limitación crónica de la actividad por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



1.5

EZINTASUNIK GABEKO BIZI-ITXAROPENA

ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD

DEFINIZIOA

Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI) adierazle sintetiko bat da, hilkortasun-datuak eta ezintasun-datuak konbinatzen dituena. Bizi-itxaropena kalkulatzeko logika erabiliz, adin jakin bat duen pertsona batek ezintasunik gabe bizitzea esperoko lukeen urte-kopurua kalkulatu du, baldin eta garai jakin horretako hilkortasun-tasek eta ezintasun-prebalentziek, sexuaren eta adinaren arabera, bere horretan egonkor iraungo balute, bizitzea geratzen zaion denboran.

EAEOn, zenbait berezitasun izan zituen EGBI: kalkulatzeko, inkestako urte bakoitzeko hilkortasun-datuak eta EAEOn edizio bakoitzeko gaitasun funtzionalari buruzkoak erabili ziren. Osasun-baldintza guztien eragina kontuan hartzeko, aintzat hartu ziren bai mugaketa kronikoa bai jardueraren aldi baterako murrizketa. Bizi-itxaropena (BI) Chiang-metodoaren bidez kalkulatu zen, eta gaitasun funtzionalaren datuak bizi-taulan sartzeko Sullivan-metodoa erabili zen.

DEFINICIÓN

La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) es un indicador sintético que combina datos de mortalidad y discapacidad. Siguiendo la lógica del cálculo de la esperanza de vida, estima el número de años que una persona de una determinada edad esperaría vivir libre de discapacidad si las tasas de mortalidad y las prevalencias de discapacidad por sexo y edad de la época se mantuvieran estables durante lo que le resta de vida.

En el caso de la ESCAV, la EVLD presentó algunas peculiaridades: en su cálculo se utilizaron los datos de mortalidad de cada año de la encuesta y los relativos a la capacidad funcional de cada edición de la ESCAV. Para tener en cuenta el impacto total de las condiciones de salud, se consideraron la limitación crónica como la restricción temporal de la actividad. La esperanza de vida (EV) se calculó siguiendo el método Chiang y la integración de los datos de capacidad funcional en la tabla de vida a partir del método Sullivan.

2007KO OSASUN-INKESTA

78,2 urteko bizi-itxaropena zuten gizonek jaiotzerakoan. Urte horietatik 69,6 ezintasunik gabe

ENCUESTA DE SALUD 2007

La EV al nacer en hombres fue de 78,2 años. 69,6 de esos años se esperaron vivir libres de discapaci-

1.5.1. taula / tabla 1.5.1

Bizi-itxaropena (BI), ezintasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI), bizi-itxaropena ezintasunarekin (BIE), eta ezintasunik gabe bizitzea espero den bizi-itxaropenaren ehunekoa, adinaren eta sexuaren arabera. EAE, 2007

Esperanza de vida (EV), esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), esperanza de vida con discapacidad (EVD) y porcentaje de esperanza de vida que se espera vivir libre de discapacidad según edad y sexo. CAPV 2007

	Gizona / Hombre				Emakumea / Mujer			
	BI EV	EGBI EVLD	BIE EVD	Bizi-itxaropena ezintasunarekin (%) % EV con Discapacidad	BI EV	EGBI EVLD	BIE EVD	Bizi-itxaropena ezintasunarekin (%) % EV con Discapacidad
Jaiotzean / Nacer	78,2	69,6	8,6	89,0	85,1	74,9	10,2	88,0
15-19	63,7	55,9	7,8	87,8	70,6	61,1	9,5	86,5
45-49	34,8	29,2	5,6	83,9	41,3	33,8	7,5	81,8
65-69	18,1	14,5	3,6	80,1	22,9	17,2	5,7	75,1

bizitza espero zuten (%89,0), eta 8,6 ezintasunen batekin. Emakumeek, berriz, ia 7 urte gehiagoko bizi-itxaropena zuten: 85,1 urte, alegia. Sexuen arteko aldeak gutxitu egiten dira EGBIn, emakumeek 74,9 urte espero baitzuten bizitza ezintasunik gabe, hau da, bizi-urte guztien %88,0. Emakumeek, jaiotzerakoan, 10,2 urte espero zuten bizitza ezintasunen batekin.

Ezintasunik gabe bizitza espero zen bizi-ehuneak behera egiten du, adinak gora egin ahala. 65 urterekin, gizonek 18,1 urteko bizi-itxaropena zuten; horietatik %80,1 ezintasunik gabe bizitza espero zuten (14,5 urte). Emakumeek, berriz, 22,9 urteko bizi-itxaropena zuten adin horretan, eta horietatik %75,1 ezintasunik gabe bizitza espero zuten (17,2 urte).

2002TIK IZAN DEN BILAKAERA

Azken hamar urteetan gora egin du EGBIk, bai gizonetan (3,7 urte) bai emakumeetan (3,0 urte). Blk baino gehiago egin du gora, bi kasuetan (3,0 urte egin du gora gizonen Blak, eta 1,7 emakumeenak). Horrenbestez, konprimitu egin da ezintasunen batekin bizitza espero zen urte-kopurua (0,7 urte gutxiago gizonen, eta 1,3 gutxiago emakumeen), eta gora egin du ezintasunik gabe bizitza esperotako bizi-ehuneak. Bizi-itxaropenak gora egin du, eta gora egin du, halaber, ezintasunik gabe bizitzeko urte-kopuruak ere, eta horrenbestez, konprimitu egin da.

dad (89,0%) y 8,6 con alguna discapacidad. En el caso de las mujeres, la EV fue casi siete años mayor, 85,1 años. Las diferencias entre sexos se redujeron en la EVLD, que en el caso de las mujeres fue de 74,9, es decir, el 88,0% del total de años de vida. Las mujeres esperaban vivir 10,2 años con alguna discapacidad al nacer.

El porcentaje de vida que se esperaba vivir libre de incapacidad fue menor a medida que aumentó la edad. A los 65 años los hombres tuvieron una esperanza de vida de 18,1 años, de los cuales el 80,1%, lo esperaban vivir libres de discapacidad (14,5). En el caso de las mujeres, la esperanza de vida fue de 22,9 años, de los cuales el 75,1% (17,2) fueron libres de discapacidad.

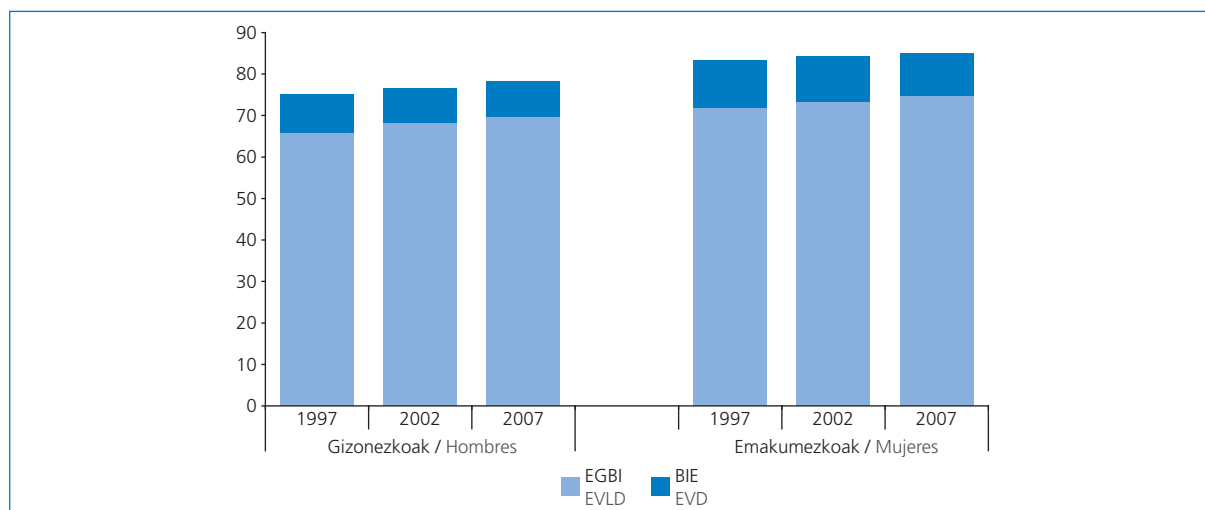
EVOLUCIÓN DESDE 2002

Durante los últimos diez años, la EVLD ha aumentado tanto en hombres (3,7 años) como en mujeres (3,0 años). El aumento fue, en ambos casos, superior al experimentado en la EV (3,0 años en hombres y 1,7 en mujeres). De esta forma, se comprimió el número de años que se esperaba vivir con alguna discapacidad (reducción de 0,7 años en hombres y 1,3 en mujeres), y aumentó el porcentaje de vida que se esperaba vivir libre de alguna discapacidad. Es decir, el aumento de la esperanza de vida ha venido acompañado de un mayor aumento de los años vividos libres de discapacidad y, por tanto, de una compresión de la misma.

1.5.1. irudia / figura 1.5.1

Ezintasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI), bizi-itxaropena ezintasunarekin (BIE), eta bizi-itxaropena guztira (barra guztia hartuta), aldiaren eta sexuaren arabera. EAE, 1997-2007

Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) esperanza de vida con discapacidad (EVD) y esperanza de vida total (total de la barra) según periodo y sexo. CAPV 1997-2007



Hala ere, 2002-2007 aldian, joera alderantzikatu egin da gizonetan, eta izandako hobekuntza moteldu egin da emakumeetan. Gizonetan, EGBIk 1,3 urte egin badu ere gora, gorakada hori guztizko urte kopurua (1,5) baino txikiagoa izan da. Hala, ezintasunen batekin bizitzea esperotako urte-kopuruak gora egin du pixka bat (0,2), eta gutxitu egin da ezintasunik gabeko bizi-ehunekoa. Emakumeetan ere konprimitu egin da ezintasuna azken aldi honetan, baina prozesua moteldu egin da. Hala, 2002tik 2007ra Bla baino gehiago igo da EGBla, baina aldea aurreko aldian baino txikiagoa izan da.

Durante el periodo 2002-2007, sin embargo, la tendencia se ha invertido en los hombres y la mejora experimentada se ha suavizado en las mujeres. Aunque la EVLD aumentó en los hombres 1,3 años, este aumento fue menor que el del número total de años, 1,5. De esta forma, aumentó ligeramente el número de años (0,2) que esperaban vivir con una discapacidad, y se redujo el porcentaje de vida que libre de discapacidad. En las mujeres la discapacidad también se ha comprimido durante este último periodo, aunque el proceso se ha ralentizado. De esta forma, la EVLD ha aumentado más que la EV de 2002 a 2007, pero esta diferencia fue menor que en el periodo anterior.

1.6

ERIKORTASUN KRONIKOA

MORBILIDAD CRÓNICA

DEFINIZIOA

Atal honetan, adinaren, sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia deskribatzen da. Emaita horiek, komunitateak erikortasun kronikoa nola hautematen duen ikusteko modua ematen digute. Arazo kronikoak jasotzerakoan, maiztasun mediko handiagoa eragiten dutenak barne hartzen dituen zerrenda bat hartu zen abiapuntutzat. Datu-bilketa horretan, inkestatzaileek osasun-arazoak banan-banan zerrendatzen zituzten. Galdera hori familia osatzen zuten guztiei egin zitzaion. Familiako kideren bat ez zegoenean edo 14 urtetik beherako kasuan, hirugarren pertsona batek erantzutea onartu zen. Hirugarren pertsona hori, normalean, ezkontidea edo ama izan zen. Prozedura hori jarraitzeagatik, osasun-arazo kronikoak izendatzeko erabilitako hitzek ez dute, nahitaez, bat egiten profesional sanitarioek erabilitakoekin. 2007ko inkestari dagokionez, arazo kronikoen zerrenda aldatu egin zen, eta 'nerbio-arazoak' aukera 'herstura-depresioa' delakoak ordezkatu zuen.

OSASUN INKESTA 2007

2007an gizonezkoen %41,5ak eta emakumezkoen %46,3k gutxienez osasun-arazo kroniko bat zutela aitortu zuten. Arazo kronikoen prebalentzia emakumezkoengan gizonezkoengan baino handiagoa izan zen, eta adinak gora egin ahala handiagotu egiten zen. 65 urtetik gorakoen artean, prebalentzia %83,5koa izan zen gizonezkoen kasuan, eta %86,1koa emakumezkoengan (1.6.1. irudia).

2007an, honako hauek izan ziren gizonezkoengan sarrien gertatu ziren arazo kronikoak: hipertentsioa (%11,1), kolesterol altua (%6,5), bihotzarekin zerikusia zuten arazoak (%5,1), eta ziatika eta bizkarreko minak (%4,7). Emakumezkoengan, berriz, beste hauek: hipertentsioa (%12,0), artrosia (%9,0), kolesterol altua (%6,6), eta ziatika eta bizkarreko minak (%6,1) (1.6.2. irudia).

Arazo kronikoen maiztasuna eta mota, adinaren arabera, desberdina izan zen. 18 urtetik beherakoen artean, bi sexuetan sarrien gertatu ziren arazoak asma eta alergia izan ziren. Bi arazo horien prebalentzia mutikoengan neskengan baino altuagoa izan

DEFINICIÓN

En este apartado se describe la prevalencia de los problemas crónicos más frecuentes según la edad, el sexo y el grupo socioeconómico. Estos resultados nos acercan al conocimiento de la morbilidad crónica, tal como es percibida por la comunidad. Los problemas crónicos se recogieron a partir de una lista que incluye aquellos que producen una mayor frecuentación médica. Durante la recogida de datos, los encuestadores iban enumerando uno a uno los problemas de salud. Esta pregunta se realizó a todos los integrantes de la familia. En caso de ausencia de algún miembro o de menores de 14 años se admitió la respuesta de una tercera persona, que generalmente fue el cónyuge o la madre. Este procedimiento explica que los términos utilizados para denominar los problemas crónicos de salud no coincidan necesariamente con los utilizados por profesionales sanitarios. En lo que respecta a la encuesta de 2007 se modificó el listado de problemas crónicos, sustituyendo la opción 'problemas de nervios' por 'ansiedad-depresión'.

ENCUESTA DE SALUD 2007

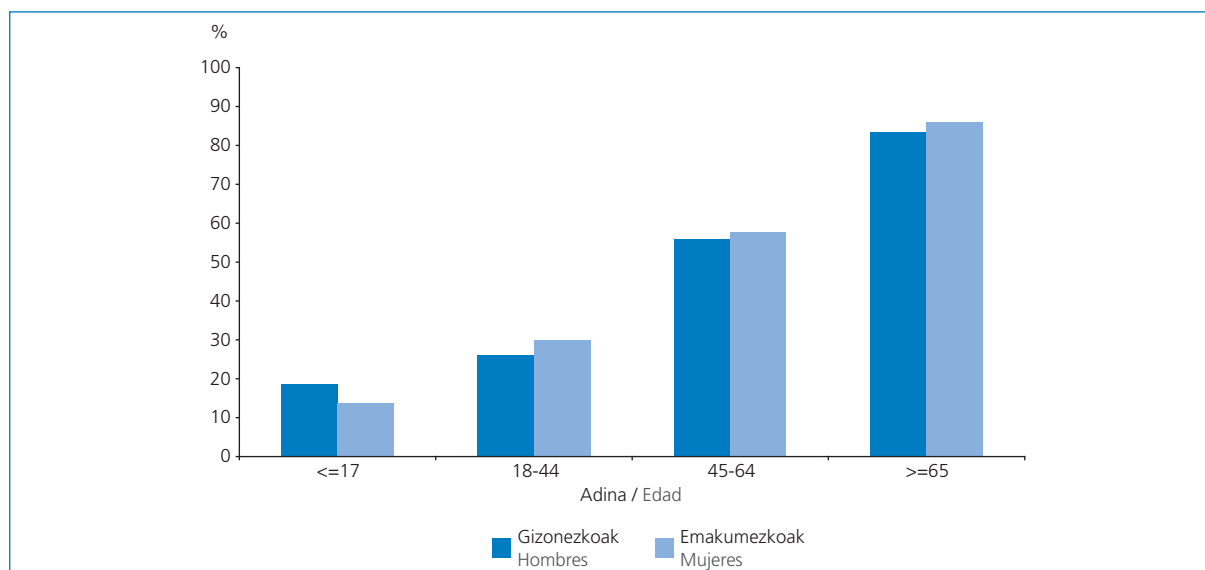
En 2007 el 41,5% de los hombres y el 46,3% de las mujeres declararon al menos un problema crónico de salud. La prevalencia de problemas crónicos fue mayor en las mujeres que en los hombres y aumentaba con la edad. Entre los mayores de 65 años, la prevalencia fue del 83,5% en los hombres y del 86,1% en las mujeres (Figura 1.6.1).

En 2007 los problemas crónicos más frecuentes en los hombres fueron la hipertensión (11,1%), el colesterol elevado (6,5%), los problemas relacionados con el corazón (5,1%), y la ciática y dolores de espalda (4,7%); en las mujeres, la hipertensión (12,0%), la artrosis (9,0%), el colesterol elevado (6,6%), y la ciática y dolores de espalda (6,1%) (Figura 1.6.2).

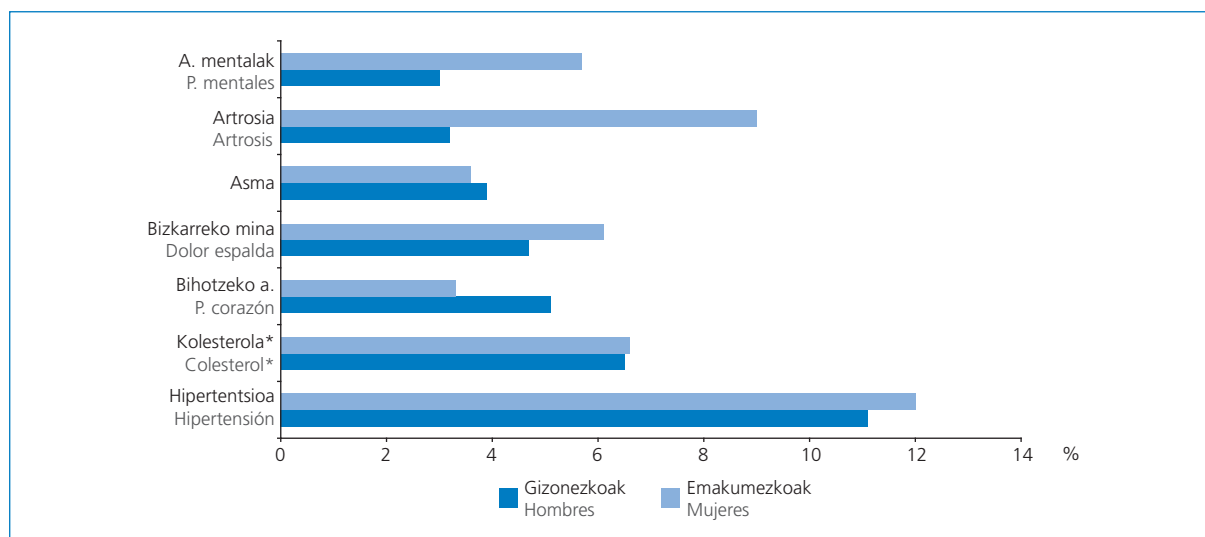
La frecuencia y tipo de problemas crónicos fue distinta según la edad. Entre los menores de 18 años, los problemas más frecuentes en ambos sexos fueron el asma y la alergia. La prevalencia de estos dos problemas fue mayor en los chicos que en las chi-

1.6.1. irudia / figura 1.6.1

Arazo kronikoen prebalentzia (%), adina eta sexua kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo, 2007

**1.6.2. irudia / figura 1.6.2**

Sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), sexua kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (%) de los problemas crónicos más frecuentes por sexo, 2007



zen: asmaren prebalentzia %9,1koa izan zen mutikoen kasuan, eta %4,6koa nesken; eta alergiari dagokionez %6,7koa eta %4,2koa, hurrenez hurren. 18 urtetik 44 urtera arteko pertsonengan, sexu bietan sarrien gertatu ziren arazoak, behearazko maiztasun-ordena aintzat hartuta, alergia, bizkarreko mina eta asma izan ziren; eta horiei migraína gaineratu behar zaie, adin-talde horretako emakumezkoengan duen garrantziagatik. 45 urtetik 64 urtera arteko pertsonen kasuan, bi sexuetan sarrien gertatu ziren arazoak hipertentsioa, koleste-

cas: la prevalencia del asma fue de 9,1% en los chicos y de 4,6% en las chicas, y de la alergia de 6,7 y 4,2% respectivamente. En las personas de 18 a 44 años los problemas más frecuentes en ambos sexos, en orden descendente de frecuencia, fueron la alergia, el dolor de espalda y el asma, a los que hay que añadir la migraña por su importancia en las mujeres de este grupo de edad. En las personas de 45 a 64 años los problemas más frecuentes en ambos sexos fueron la hipertensión, el colesterol elevado, y el dolor de espalda, a los que se añaden,

rol altua eta bizkarreko mina izan ziren; eta horiei hauek gehitzen zaizkie: gizezkoen kasuan, bihotzarekin zerikusia zuten arazoak; eta emakumezkoen kasuan, artrosia. 65 urte eta gehiago zuten gizezkoen kasuan, honako hauek nabarmendu ziren: hipertentsioa (%39), bihotzarekin zerikusia zuten arazoak (%22), kolesterol altua (%17), eta prostatako arazoak (%14); eta adin-talde horretako emakumezkoen kasuan, hauek izan ziren sarrien gertatu ziren arazoak: hipertentsioa (%40), artrosia (%28), kolesterol altua (%19) eta bihotzarekin zerikusia zuten arazoak (%13).

Osasun-arazo kroniko batzuek, berezki emakumezkoen eragiten diete. Horiek horrela, osteoporosiak adin guztietako emakumezkoengan %3,7ko prebalentzia erakutsi zuen, 65 urte eta gehiagokoan %11rengan eragina izanez; tiroideetako arazoak %3,6ko prebalentzia izan zuten, eta %7ra igotzen zen 45 eta 64 urtekoen artean. Beste arazo batzuen prebalentzia (esaterako: migraina, idorreria edo anemia), ez zen hain garrantzitsua izan (1.6.3. irudia).

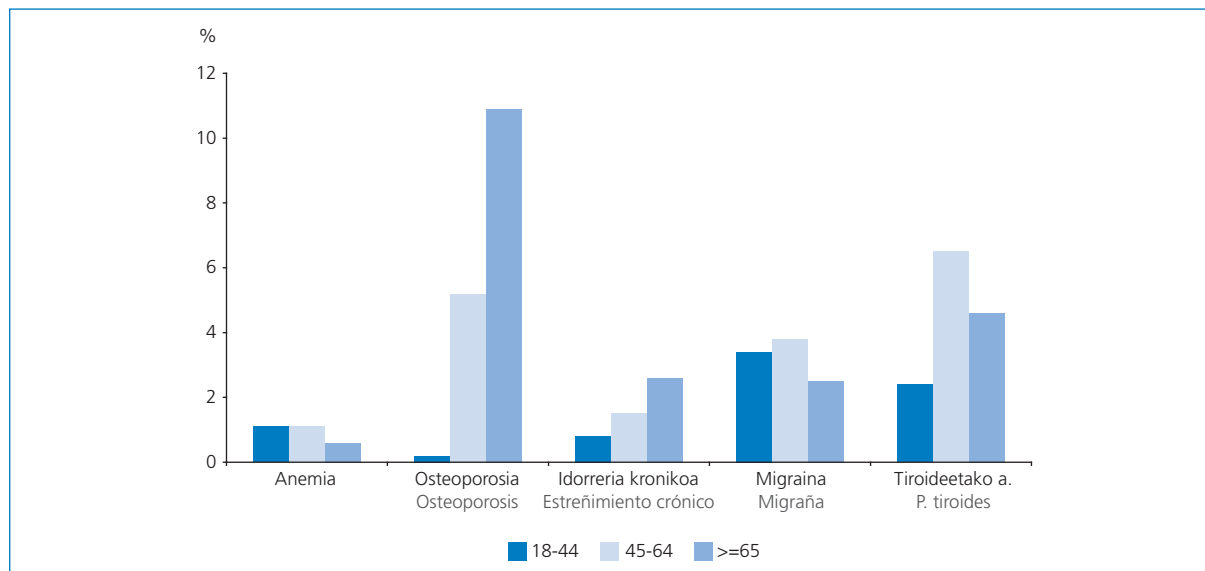
en los hombres, los problemas relacionados con el corazón y, en las mujeres, la artrosis. En los hombres de 65 y más años destacaron la hipertensión (39%), los problemas relacionados con el corazón (22%), el colesterol elevado (17%), y los problemas de próstata (14%); en las mujeres de este grupo de edad tuvieron como problemas más frecuentes la hipertensión (40%), la artrosis (28%), el colesterol elevado (19%) y los problemas relacionados con el corazón (13%).

Algunos problemas crónicos de salud afecta de manera especial a las mujeres. Así, la osteoporosis mostró una prevalencia del 3,7% en las mujeres de todas las edades, afectando al 11% de las de 65 y más años; los problemas de tiroides tuvieron una prevalencia del 3,6%, que aumentaba al 7% entre las de 45 y 64 años. La prevalencia de otros problemas, como la migraña, el estreñimiento o la anemia fue menos relevante (Figura 1.6.3).

1.6.3. irudia / figura 1.6.3

Emakumezkoengan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), adina kontuan hartuta, 2007

Prevalencia (%) de los problemas crónicos más frecuentes en las mujeres por edad, 2007



Egoera txarreneko gizarte-taldeetako emakumezkoak izan ziren, arazo kronikoen berri emateko aukera handiagoa izan zutenak. Gizezkoengan, berriz, arazo kronikoen multzoaren prebalentziak ez zuen eredu sozioekonomikorik jarraitu (1.6.4. irudia). Hala ere, desberdintasun sozioekonomikoak agertu ziren arazo kroniko espezifikoetan (hala nola: bizkarreko mina, bihotzarekin zerikusia zuten arazoak, artrosia eta diabetesa); eta horien maiztasuna handiagoa zen eskala sozialean behera egitean (1.6.5.

Las mujeres de los grupos sociales más desfavorecidos tuvieron mayor probabilidad de reportar problemas crónicos. En los hombres, en cambio, la prevalencia del conjunto de problemas crónicos no siguió un patrón socioeconómico (Figura 1.6.4). Sin embargo, sí se dieron desigualdades socioeconómicas en problemas crónicos específicos como el dolor de espalda, los problemas relacionados con el corazón, la artrosis y la diabetes, cuya frecuencia era mayor al descender en la escala social (Figura

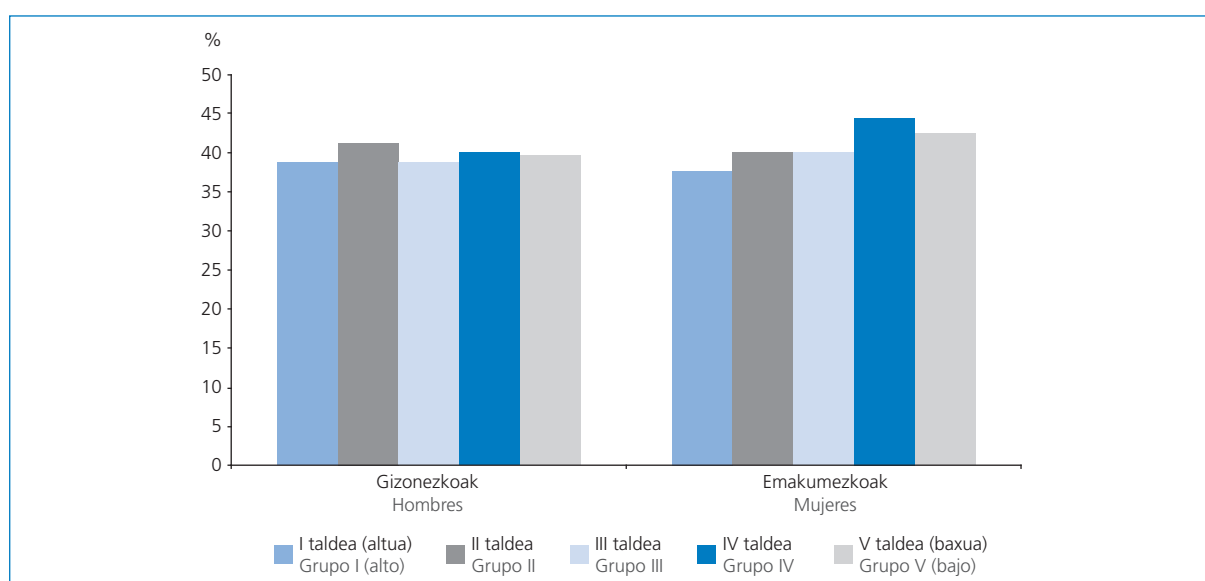
irudia). Emakumezkoen kasuan, desberdintasun sozioekonomikoak arazo kroniko nagusietan gradiente sozial argia erakutsi zuten; beraz, prebalentzia handiagoa egiten zen eskala sozialean behera egiten zenean. Desberdintasun sozioekonomikoen garrantzia, emakumezkoengan, handiagoa izan zen honako hauen kasuan: hipertentsioa, artrosia, kolesterol altua eta herxura/depresioa (1.6.6. irudia).

1.6.5). En las mujeres, las desigualdades socioeconómicas en los principales problemas crónicos mostraron un claro gradiente social, de manera que la prevalencia aumentaba al descender en la escala social. La magnitud de las desigualdades socioeconómicas en las mujeres fue mayor en la hipertensión, la artrosis, el colesterol elevado y la ansiedad/depresión (Figura 1.6.6).

1.6.4. irudia / figura 1.6.4

Arazo kronikoen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), talde sozioekonomikoa eta sexua kontuan hartuta, 2007

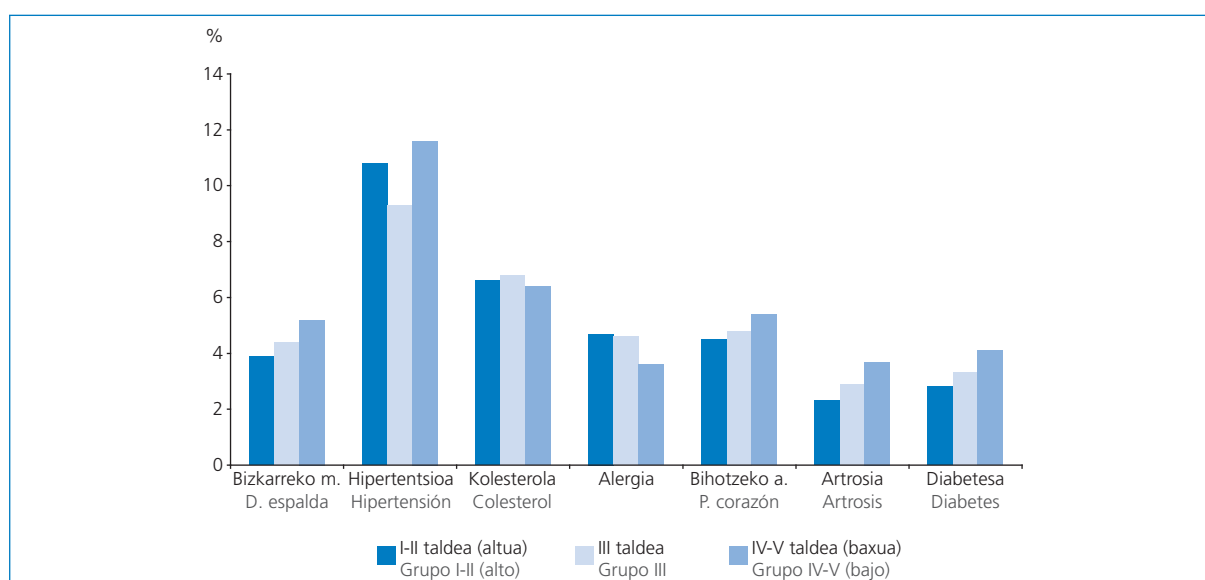
Prevalencia (% estandarizada por edad) de problemas crónicos por grupo socioeconómico y sexo, 2007



1.6.5. irudia / figura 1.6.5

Gizonezkoengan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

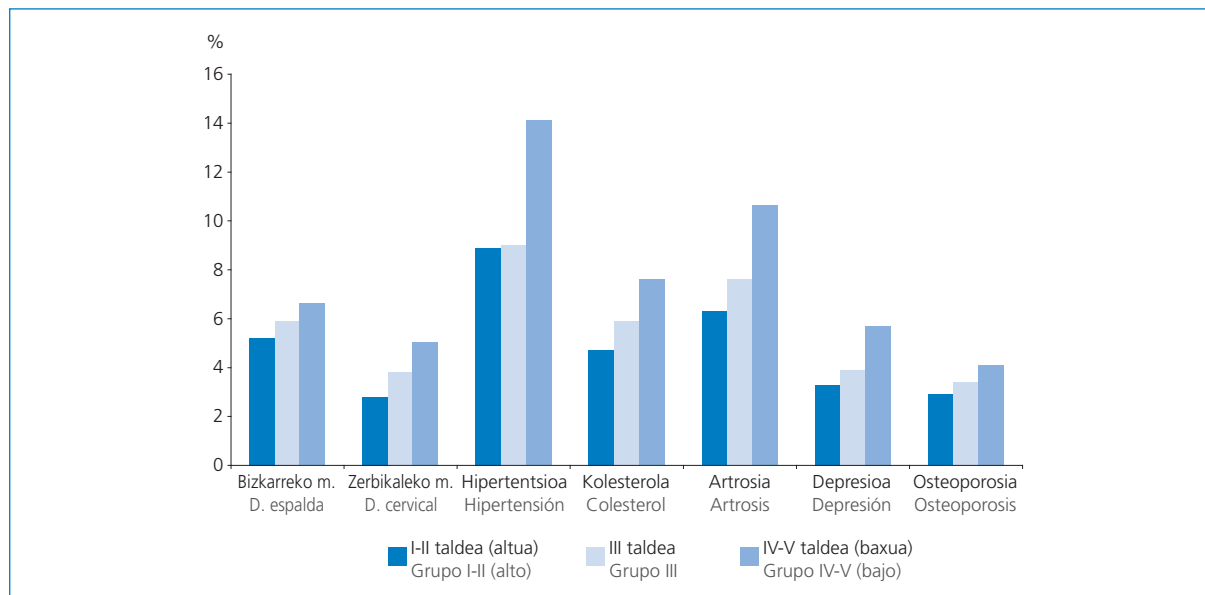
Prevalencia (%) de problemas crónicos más frecuentes en hombres por grupo socioeconómico, 2007



1.6.6. irudia / figura 1.6.6

Emakumezkoengan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia (%), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Prevalencia (%) de problemas crónicos más frecuentes en mujeres por grupo socioeconómico, 2007



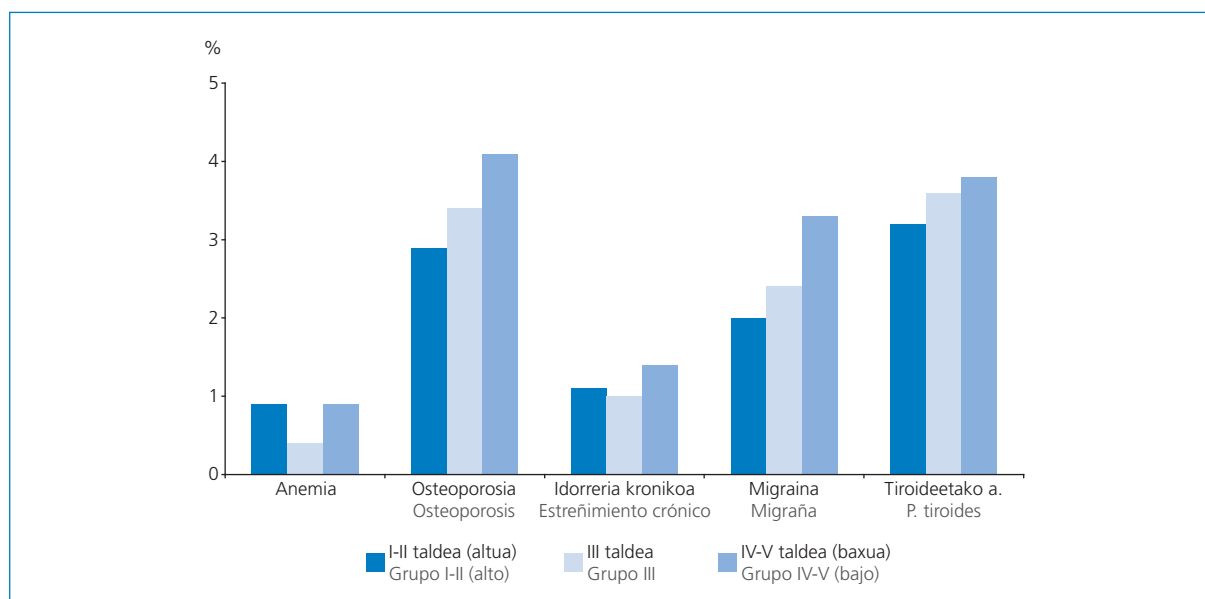
Emakumezkoengan esangura berezia duten osasun-arazoei dagokienez, anemiaren kasuan izan ezik, gainerako kasuetan gradiente sozioekonomiko argia agerian jarri zen, eta prebalentzia handiagoa zen eskala sozialean behera egitean; nahiz eta desberdintasunen garrantzia termino absolutuetan oso nabarmena ez izan (1.6.7. irudia).

En lo que respecta a los problemas de salud con especial significación en las mujeres, salvo en el caso de la anemia, en el resto de los casos se evidenció un claro gradiente socioeconómico, con mayor prevalencia al bajar en la escala social, si bien la magnitud de las desigualdades en términos absolutos fue poco relevante (Figura 1.6.7).

1.6.7. irudia / figura 1.6.7

Emakumezkoengan zenbait arazo kronikoren prebalentzia (%), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Prevalencia (%) de ciertos problemas crónicos en las mujeres por grupo socioeconómico, 2007



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

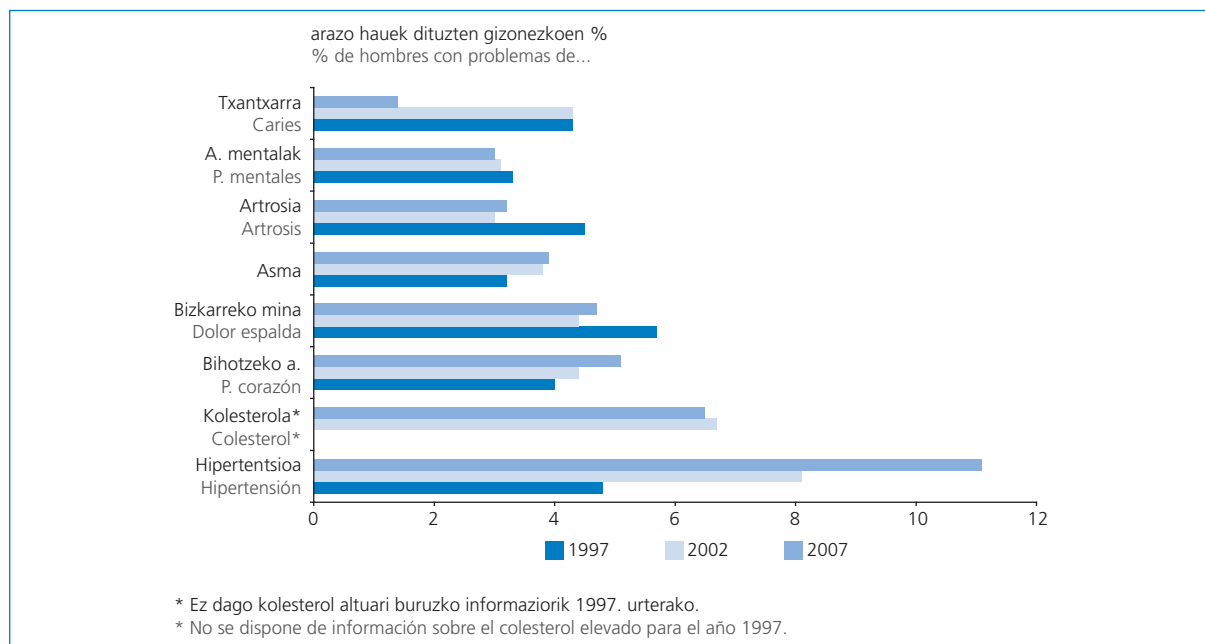
Osasun-arazo kronikoak euren osotasunean aintzat hartuta, 1997-2007 denboraldian zehar prebalentzia gordinak gora egin duela ikusten da. Igoera

EVOLUCIÓN DESDE 1997

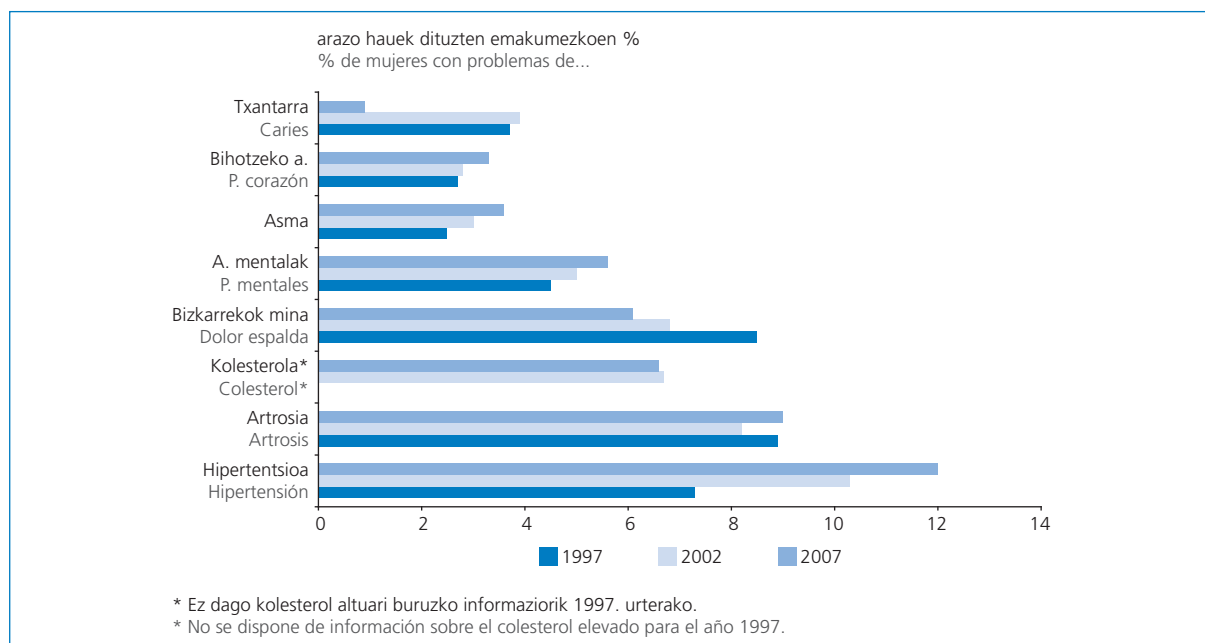
Al considerar los problemas crónicos de salud en su conjunto, durante el periodo 1997-2007 se observa un aumento de la prevalencia bruta. Este

1.6.8. irudia / figura 1.6.8**Gizonezkoengan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia, 1997-2007**

Prevalencia de problemas crónicos más frecuentes en hombres, 1997-2007

**1.6.9. irudia / figura 1.6.9****Emakumezkoengan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia, 1997-2007**

Prevalencia de problemas crónicos más frecuentes en mujeres, 1997-2007



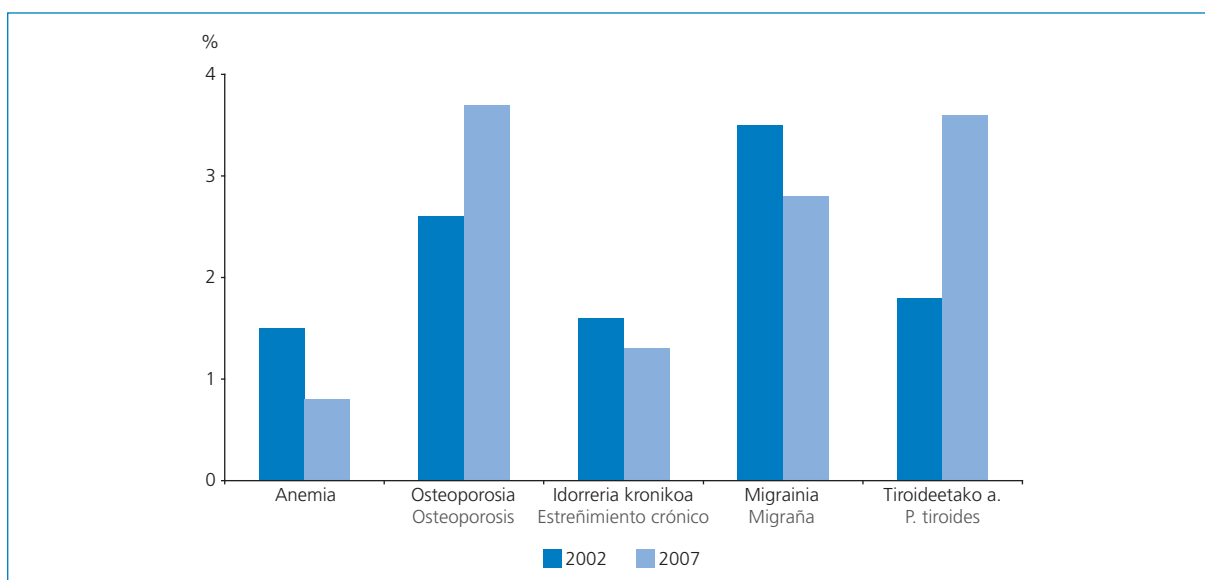
horrek biztanleriaren zahartzearekin zerikusia zuen, eta desagertu egin zen prebalentziak adinaren arabera doitzean. Hala ere, aldaketak nabaritu ziren sarrien gertatzen diren arazo kronikoetan. Gizonezkoen kasuan ikusi zen, txantxarren, hortzetako arazoen eta artrosiaren prebalentziaren beherakada gertatu zela; eta hipertentsioak gora egin zuela. Emakumezkoen kasuan, txantxarren eta bizkarreko minaren prebalentziak behera egin zuen; baina hipertentsioa ere areagotu egin zen. Aipatzekoa da txantxarren prebalentziak, bi sexuetan, izan duen beherakada handia (1.6.8. eta 1.6.9. irudiak).

aumento estuvo ligado al envejecimiento de la población y desapareció al ajustar las prevalencias por edad. Sin embargo, sí se apreciaron cambios en los problemas crónicos más frecuentes. En los hombres, se observó una disminución de la prevalencia de caries y problemas dentales, y de artrosis, y un aumento de la hipertensión. En las mujeres, disminuyó la prevalencia de caries y el dolor de espalda, pero también se incrementó la hipertensión. Es de notar que la notable disminución de la prevalencia de caries en ambos sexos (Figura 1.6.8 y 1.6.9).

1.6.10. irudia / figura 1.6.10

Emakumezkoengan sarrien gertatzen diren arazo kronikoen prebalentzia, 2002-2007

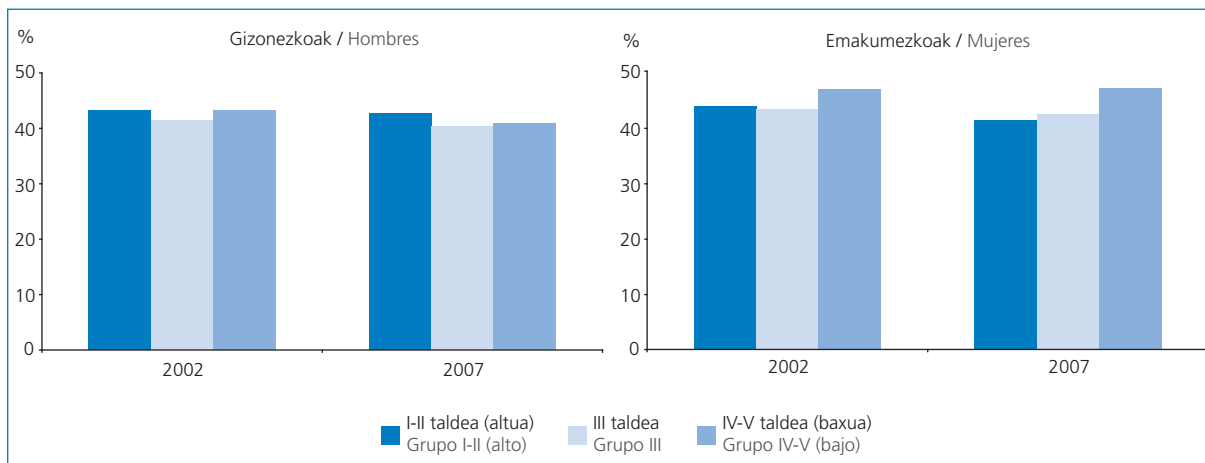
Prevalencia de problemas crónicos más frecuentes en mujeres, 2002-2007



1.6.11. irudia / figura 1.6.11

Arazo kronikoen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2002-2007

Prevalencia (% estandarizada por edad) de problemas crónicos por sexo y grupo socioeconómico, 2002-2007



Emakumezkoengan esangura berezia duten arazo kronikoei dagokienez, azken bost urteetan osteoporosiaren eta tiroideetako arazoen prebalentzia gehitu egin da; eta beste hauek behera egin dute: anemia, idorreria kronikoa eta migraina (1.6.10. irudia).

2002-2007 bosturtekoan, gizonezkoengan ez da aldaketarik nabaritzen ezberdintasun sozioekonomikoetan, arazo kronikoren baten prebalentzian. Emakumezkoen kasuan, ordea, desberdintasunek gora egin dute, eta gradiente sozioekonomiko markatuagoa agertzen da (1.6.11. irudia).

En cuanto a los problemas crónicos con especial significación en las mujeres, en los últimos cinco años se ha incrementado la prevalencia de osteoporosis y de problemas de tiroides, y ha descendido la de anemia, estreñimiento crónico y migraña (Figura 1.6.10).

Durante el quinquenio 2002-2007, en los hombres no se aprecian cambios en las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de algún problema crónico. En las mujeres, por el contrario, las desigualdades han aumentado y aparece un gradiente socioeconómico más marcado (Figura 1.6.11).

1.7

OSASUN MENTALA

SALUD MENTAL

DEFINIZIOA

EAEOn osasun mentala baloratzeko, bost item dituen *Cuestionario de Salud SF-36*⁵ delakoan sartutako MHI-5 eskala erabiltzen da. MHI-5 hori, bere aldetik, 38 item dituen MHI (*Mental Health Inventory*) eskalatik hartutakoa da. Eskala hori garatu zen, batetik, populazioaren inkestetarako; eta bestetik, ongizate eta distress (sufrimendu) psikologikoak neurtzeko, egoera afektiboetan⁶ arreta berezia jarri. MHI-5ak, honako hauekin zerikusia duten itemak barne hartzen ditu: herostura, depresioa, emozioen kontrola eta ongizate psikologikoa. Balioen tartea 0tik 100era doa. Balio altuagoek osasun mental hobea adierazten dute. MHI-5 horrek, afektibitatearekin eta herosturarekin zerikusia duten trastornoak detektatzeko gaitasun auresale bat duela erakutsi du, honako hauen antzekoa dena: 18 item dituen MHI eta GHQ-30 (30 item dituen *General Health Questionnaire*)⁷. EAEOn, MHI-5 horren puntuazioan 52ko ebaketa-puntu bat erabili zen, herostura eta depresio sintomen presentzia zehazteko.

Gainera, suizidioaren fenomenora hurbiltzeko ahal-egina bat eginez, EAEOnk ideia suizidei buruzko galderak sartu zituen. Hauxe izan zen sartu zen galdera: «Zure bizitzako unerik batean, bene-benetan inoiz bururatu al zaizu zeure buruaz beste egitea?».

OSASUN INKESTA 2007

Erabilitako osasun mentalaren indizearen arabera, 2007an gizonezkoen osasun mentala emakumezkoena baino hobea zen. Fenomeno hori biztanleria osoan erreparatu zen, eta adin-talde bakoitzean; nahiz eta sexuen arteko desberdintasunak areagotu adinak gora egin ahala. Era berean, bi sexuetan osasun mentalak behera egiten zuen adi-

DEFINICIÓN

En la ESCAV la salud mental se valora utilizando la escala de cinco ítems MHI-5, incluida en el *Cuestionario de Salud SF-36*⁵. El MHI-5 procede a su vez de la escala MHI (*Mental Health Inventory*) de 38 ítems, que fue desarrollada para encuestas poblacionales y para medir el bienestar y el distress (sufrimiento,) psicológicos, con especial atención a los estados afectivos⁶. El MHI-5 incluye ítems relacionados con la ansiedad, la depresión, el control emocional y el bienestar psicológico. El rango de valores va de 0 a 100. Mayores valores indican una mejor salud mental. El MHI-5 ha mostrado una capacidad predictiva para detectar trastornos afectivos y de ansiedad similar a la de la versión del MHI de 18 ítems y a la del GHQ-30 (*General Health Questionnaire* de 30 ítems)⁷. En la ESCAV, se utilizó un punto de corte en la puntuación del MHI-5 de 52 para determinar la presencia síntomas de ansiedad y depresión.

Además, en un intento de aproximación al fenómeno del suicidio, la ESCAV incluyó preguntas acerca de las ideas suicidas. La pregunta incluida fue: «En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?».

ENCUESTA DE SALUD 2007

De acuerdo con el índice de salud mental utilizado, en 2007 los hombres tenían una salud mental mejor que las mujeres, fenómeno que se observó en el conjunto de la población y en cada grupo de edad, si bien las diferencias entre sexos aumentaban con la edad. Así mismo, en ambos sexos la salud mental disminuía con la edad, aunque la dis-

⁵ Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.

⁶ Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:730-742.

⁷ Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE Jr, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care*. 1991 Feb;29(2):169-76.

⁵ Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.

⁶ Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51:730-742.

⁷ Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE Jr, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care*. 1991 Feb;29(2):169-76

nak gora egin ahala, nahiz eta zahartzeari lotutako beherakada emakumezkoengan gizonezkoengan baino handiagoa izan (1.7.1. taula).

minución asociada al envejecimiento fue mayor en las mujeres que los hombres (Tabla 1.7.1).

1.7.1. taula / tabla 1.7.1

Osasun mentalaren MHI-5 indizearen batez besteko balioa, adina eta sexua kontuan hartuta, 2007

Valor promedio del índice de salud mental MHI-5 por edad y sexo, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
< 25	77,6	72,0
25-44	74,7	71,1
45-64	74,6	68,1
>=65	72,7	65,7
Guztira / Total	74,6	69,0

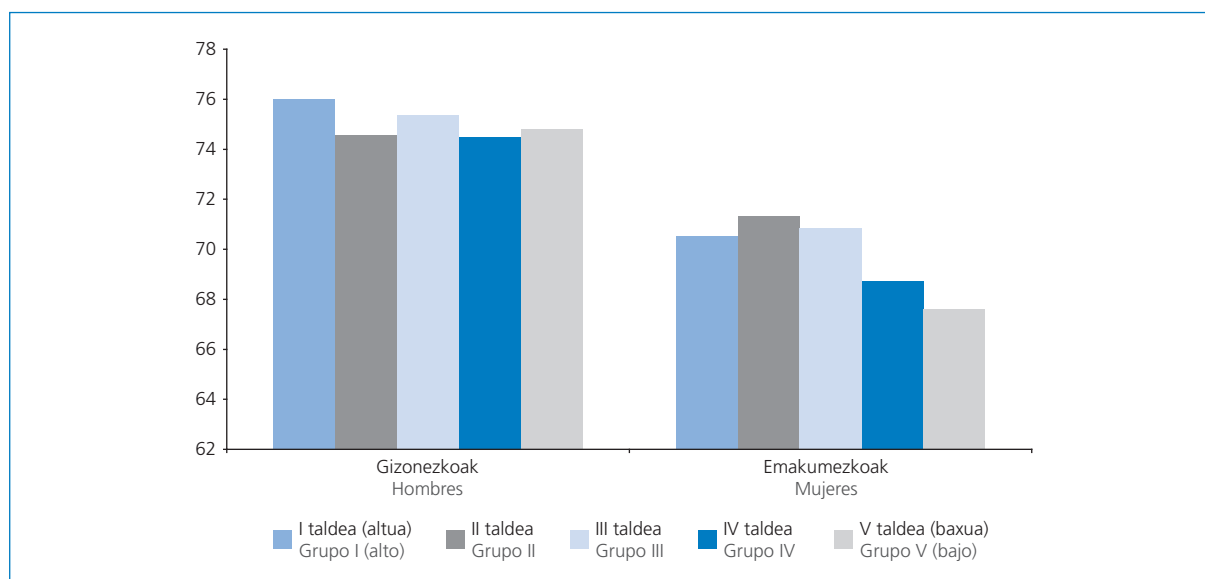
Bi sexuetan, osasun mentalaren eta talde sozioekonomikoaren artean mailakako erlazioa zegoela nabaritu zen; beraz, osasun mentalak txarrera egiten zuen eskala sozialean behera egitean. Desberdintasunak emakumezkoengan gizonezkoengan baino handiagoak izan ziren (1.7.1. irudia).

En ambos sexos se observó una relación gradual entre la salud mental y el grupo socioeconómico, de manera que la salud mental empeoraba al descender en la escala social. Las desigualdades fueron mayores en las mujeres que en los hombres (Figura 1.7.1).

1.7.1. irudia / figura 1.7.1

MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa, talde sozioekonomikoa eta sexua kontuan hartuta, 2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 por grupo socioeconómico y sexo, 2007



Osasun mentala hobea izan zen lanean zeuden personen kasuan, eta beheranzko ordenean beste hauek agertzen ziren: langabezia-egoeran zeuden pertsonak, etxeko lanak egiten zituzten emaku-

La salud mental fue mejor en las personas empleadas, seguidas en orden descendente por las personas en situación de desempleo, las mujeres dedicadas a las labores del hogar y las personas de ambos

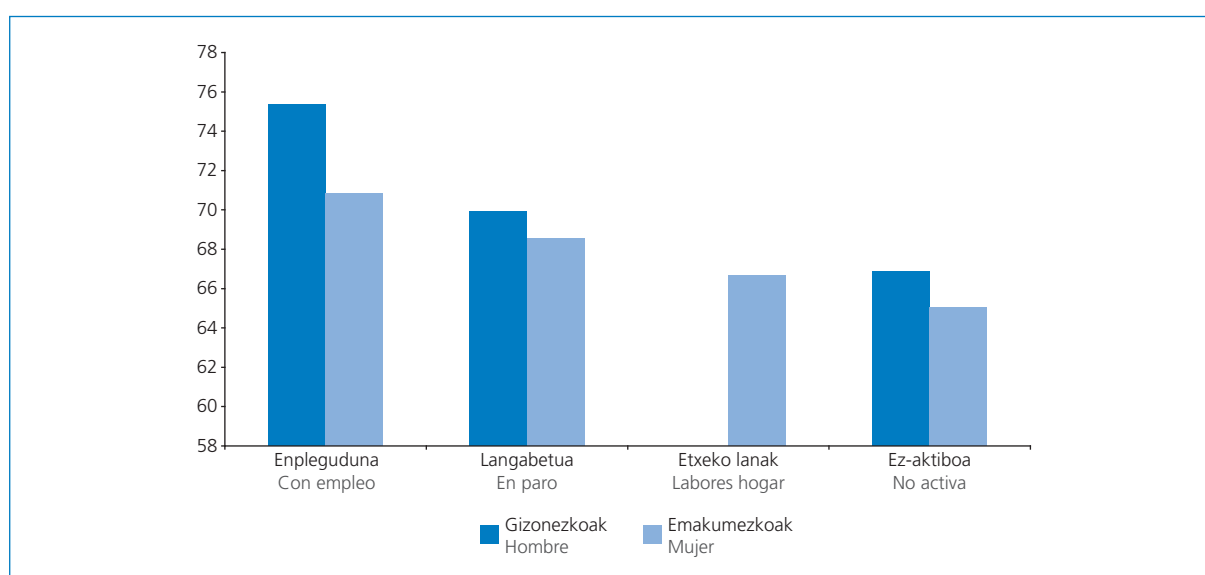
mezkoak eta lanaren aldetik ez-aktiboak diren bi sexuetako pertsonak. Katēgoria horietako bakoitzean, osasun mentala gizezkoengan emakumezkoengan baino hobea izan zen. Etxeko lanak egiten dituzten gizezkoen kopurua baxua denez, ezin izan da aztertu jarduera hori egiten duten gizezkoen osasuna (1.7.2. irudia).

sexos laboralmente no activas. En cada una de esas categorías, la salud mental fue mejor en los hombres que en las mujeres. El bajo número de hombres dedicados a las labores del hogar no ha permitido estudiar la salud de los hombres con esta actividad (Figura 1.7.2).

1.7.2. irudia / figura 1.7.2

MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa, lan-egoera eta sexua kontuan hartuta, 2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 según la situación laboral y sexo, 2007



Lan-egoeraren eta osasun mentalaren arteko erlazioa desberdina izan zen, talde sozioekonomikoa eta sexua kontuan hartzen zenean. Horiek horrela, lanean ari ziren gizezkoen osasun mentala handiagoa izan zen egoera hobean zeuden talde sozioekonomikoetan (eskulanetan aritzen ez zirenetan). Enplegurik gabe edo lan-egoera ez-aktiboan zeuden gizezkoen kasuan, berriz, alderantzizko fenomeno gertatzen zen. Emakumezkoengan eredu homogeneoagoa izan zen, hortaz, lan-egoerako katēgoria guztietan osasun mentala hobea izan zen egoera hobeagoko klaseetako emakumezkoengan (1.7.3. irudia).

Eguneroko jarduera ez da lan-esparru bakar batera mugatzen. Emakumezkoen kasuan, sarri askotan, aldi berean egiten dute lana etxe barruan eta etxetik kanpo; eta horrek euren osasunean eta oreka mentalean eragina dauka. Gainera, haien lan-jardueraren eta osasunaren arteko erlazioa klase sozialak baldintza dezake. 2007an, etxeko lanetara eskusiboki dedikatzen ziren eskulanetako klase sozialetako emakumezkoak izan ziren, osasun

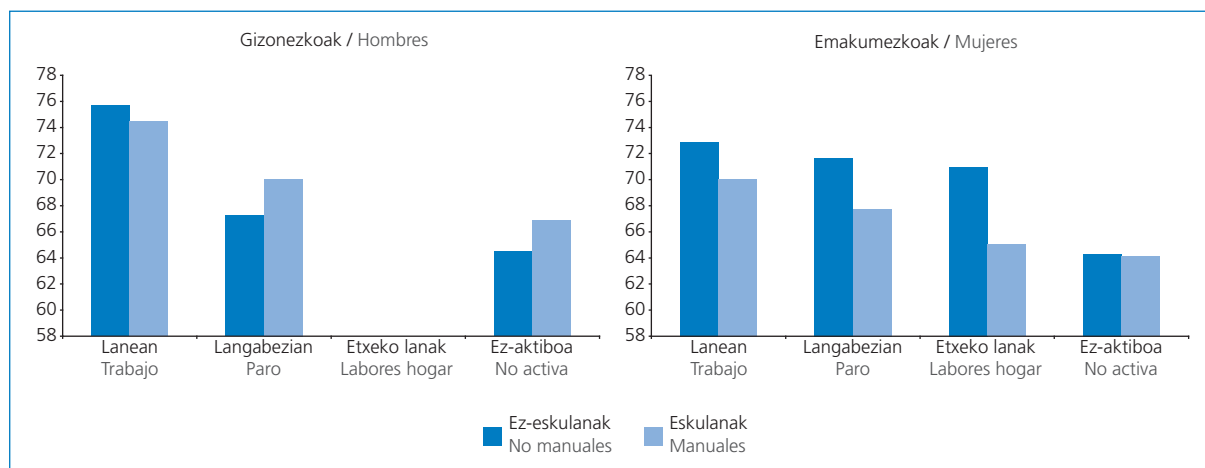
La relación entre la situación laboral y la salud mental fue distinta según el grupo socioeconómico y el sexo. Así, en los hombres empleados la salud mental fue mayor en los grupos socioeconómicos más favorecidos (con trabajos no manuales), mientras que se deba el fenómeno inverso en el caso de los hombres desempleados o en situación laboral no activa. El patrón en las mujeres fue más homogéneo, de manera que en todas las categorías de situación laboral la salud mental fue mejor en las mujeres de clases más favorecidas (Figura 1.7.3).

La actividad diaria no suele limitarse a un solo ámbito de trabajo. En el caso de las mujeres, con mucha frecuencia, simultanean el trabajo dentro y fuera de casa, lo que influye en su salud y equilibrio mental. Además, la relación entre su actividad laboral y la salud puede estar condicionada por la clase social. En 2007, fueron las mujeres de clases sociales manuales que se dedican con exclusividad a las labores del hogar las que tuvieron peor salud

1.7.3. irudia / figura 1.7.3

MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa, lan-egoera eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 según la situación laboral y el grupo socioeconómico, 2007



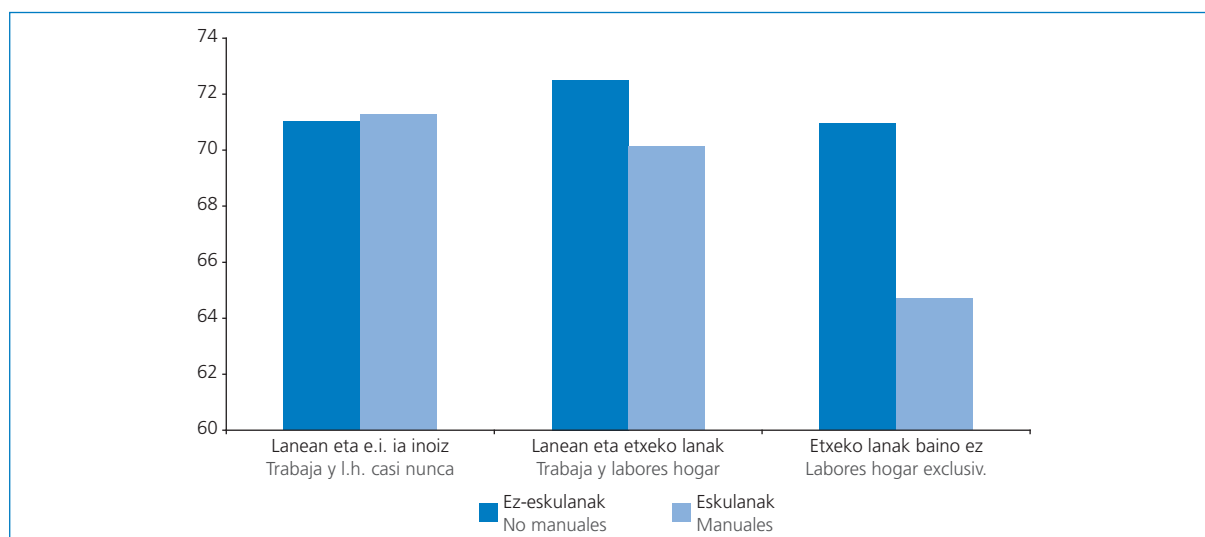
mental txarrena izan zutenak. Eskulanekin zerikusirik ez zuten taldeetakoak izan eta aldi berean lana etxe barruan eta kanpoan egiten zutenek, ostera, osasun mentalaren indizeak hoberenak izan zituzten. Eskulanekin zerikusirik ez zuten talde sozioekonomikoetako emakumezkoen osasun mentala, eskulanetan ari zirenean baino hobea izan zen, lana etxe barruan eta etxetik kanpo aldi berean egiten zutenen artean, eta etxeko lanak eskusiboki egiten zituztenengan (1.7.4. irudia).

mental, mientras que aquellas pertenecientes a los grupos no manuales y que simultanean el trabajo dentro y fuera de casa tuvieron los mejores índices de salud mental. La salud mental de las mujeres de grupos socioeconómicos no manuales fue mejor que la de los manuales en aquellas que simultaneaban el trabajo dentro y fuera de casa, y en las dedicadas exclusivamente a las labores del hogar (Figura 1.7.4).

1.7.4. irudia / figura 1.7.4

MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa adin aktiboan dauden emakumezkoengan, lan-egoera eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MH5 en las mujeres en edad activa según la situación laboral y el grupo socioeconómico, 2007



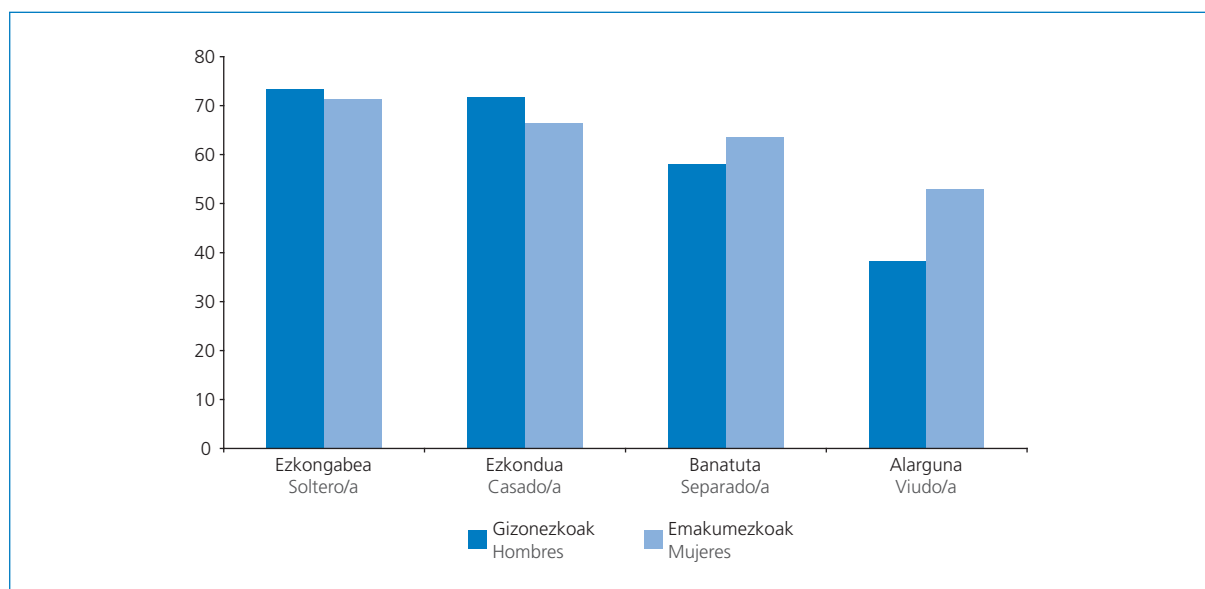
Egoera zibilari dagokionez, ezkongabeak eta, jarraian, ezkonduak izan ziren osasun mentalaren indizerik altuenak azaldu zituztenak. Bananduta edo dibortziatuta zeuden pertsonen artean eta alargunengan, emakumezkoek gizonezkoek baino osasun mental hobea izan zuten; eta alargun zeuden gizonezkoak izan ziren osasun-indizerik baxuenak erakutsi zituztenak (1.7.5. irudia).

En lo que respecta al estado civil, las personas solteras y, a continuación, las casadas tuvieron los índices más altos de salud mental. Entre las personas separadas o divorciadas y en las viudas, las mujeres tuvieron mejor salud mental que los hombres, y fueron los hombres viudos los que mostraron los índices de salud más bajos (Figura 1.7.5).

1.7.5. irudia / figura 1.7.5

MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa, egoera zibila eta sexua kontuan hartuta, 2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 según estado civil y sexo, 2007



Herstura eta depresio sintomak

Emakumezkoen %20k eta gizonezkoen %11k herstura edota depresio sintomak aurkeztu zituzten, 2007an. Prebalentzia hori gehitu egin zen adinak gora egin ahala eta, batez ere, 45 urtetik aurrera. Herstura eta depresio sintomen prebalentzia, emakumezkoen kasuan gizonezkoengan baino ia bikoitza zen adin-talde guztietan (1.7.6. irudia).

Emakumezkoengan, herstura eta depresio prebalentziak gora egiten zuen, eskala sozialean behera egin ahala; beraz, egoerarik hoberenean zeuden taldeko emakumezkoen %17k eta egoera txarragoan zeudenen %22k herstura eta depresio sintomak azaldu zituzten. Gizonezkoen kasuan, ez zen talde sozioekonomikoaren eta herstura eta depresio prebalentziaren arteko erlazio sistematikoa eredurik nabaritu (1.7.7. irudia).

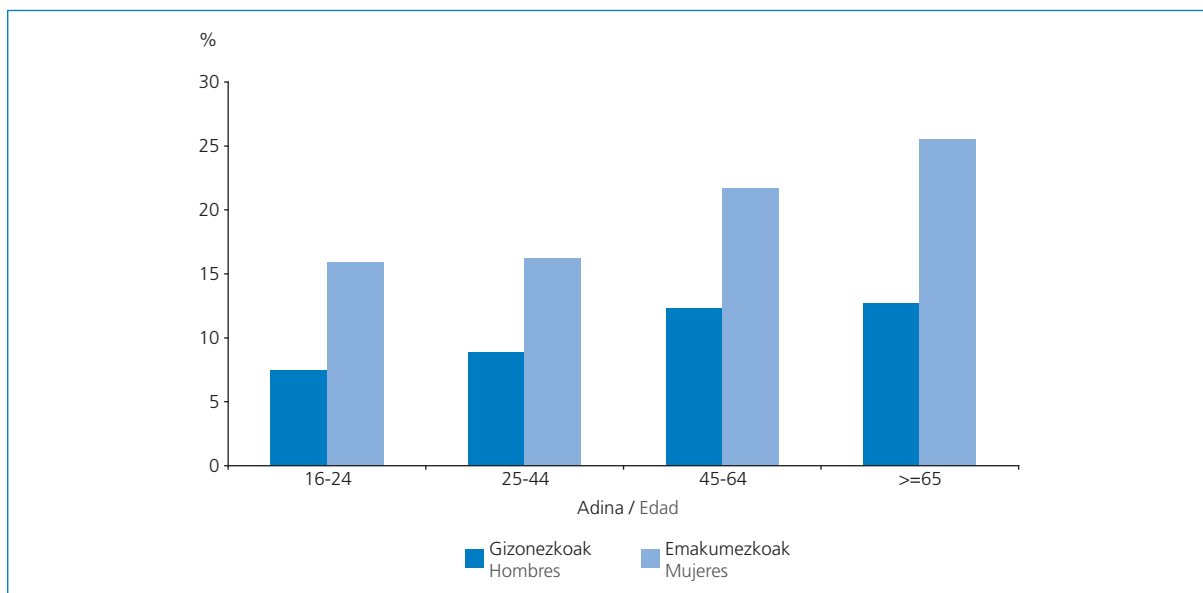
Síntomas de ansiedad y depresión

El 20% de mujeres y el 11% de los hombres presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión en 2007. Esta prevalencia aumentó con la edad y sobre todo a partir de los 45 años. La prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión era prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad (Figura 1.7.6.).

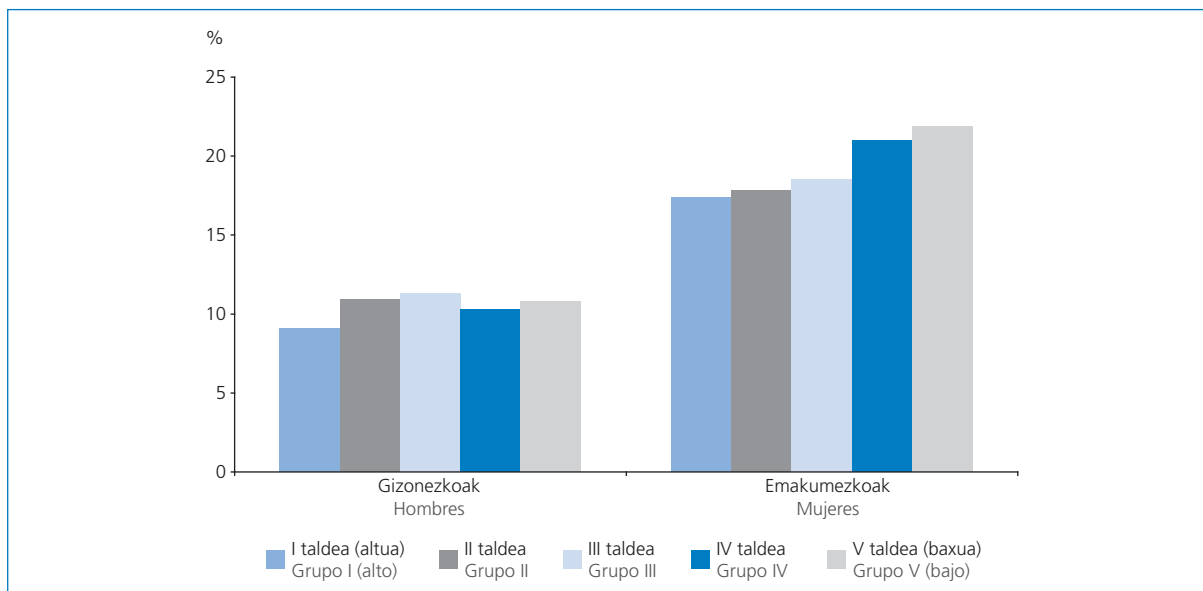
En las mujeres, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentaba al descender en la escala social, de manera que el 17% de las mujeres del grupo más favorecido y el 22% de las del menos favorecido presentaron síntomas de ansiedad y depresión. En los hombres no se observó un patrón de relación sistemático entre el grupo socioeconómico y la prevalencia de ansiedad y depresión. (Figura 1.7.7).

1.7.6. irudia / figura 1.7.6

Herstura eta depresio sintomen prebalentzia, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión por sexo y edad, 2007

**1.7.7. irudia / figura 1.7.7**

Herstura eta depresio sintomen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), talde sozioekonomikoa eta sexua kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (% estandarizada por edad) de síntomas de ansiedad y depresión por grupo socioeconómico y sexo, 2007

**Ideia suizidak**

2007an gizonezko %3,9k eta emakumezkoen %4,4k bene-benetan pentsatu izan du, bizitzaren momenturen batean, euren buruaz beste egiteko

Ideas suicidas

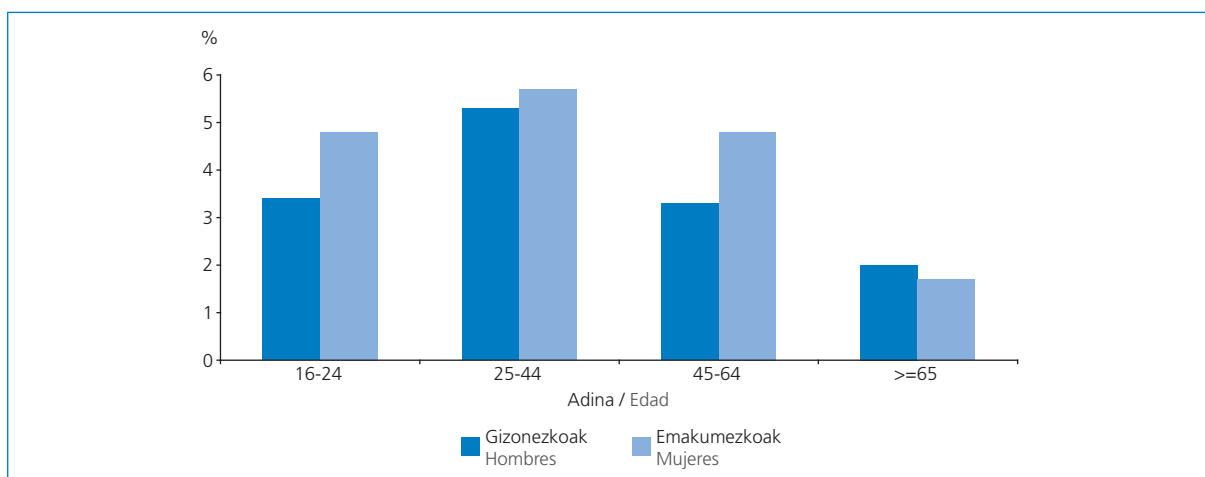
En 2007 el 3,9% de los hombres y el 4,4% de las mujeres habían pensado seriamente en algún momento de su vida en la posibilidad de suicidarse. La

aukeran. Ideia suiziden prebalentziarik handiena 25 urtetik 44 urtera arteko pertsonengan erreparatu zen, eta txikiena 65 urtetik gorakoengan. Nagusien kasuan izan ezik, ideia suiziden prebalentzia emakumezkoengan gizonetzkoengan baino handiagoa izan zen (1.7.8. irudia). Ideia suiziden prebalentziak, emakumezkoen kasuan, eredu sozioekonomiko bat (prebalentzia handiagoa eskala sozialean behera egitean) jarraitu zuen. Gizonezkoengan ez zen eredu sozi hori gertatu (1.7.9. irudia).

mayor prevalencia de ideas suicidas se observó en las personas de 25 a 44 años, y la menor en las mayores de 65 años. Salvo en los mayores, la prevalencia de ideas suicidas fue mayor en las mujeres que en los hombres (Figura 1.7.8). La prevalencia de ideas suicidas siguió un patrón socioeconómico (con mayor prevalencia al descender en la escala social) en las mujeres. En los hombres no existió esa pauta social (Figura 1.7.9).

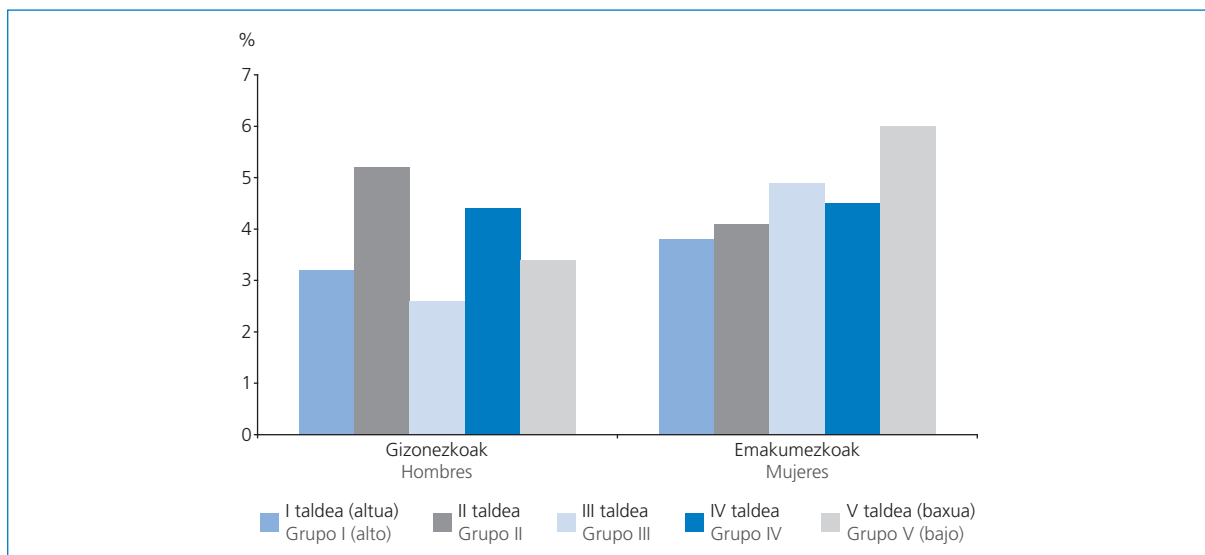
1.7.8. irudia / figura 1.7.8

Ideia suiziden prebalentzia (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (%) de ideas suicidas por sexo y edad, 2007



1.7.9. irudia / figura 1.7.9

Ideia suiziden prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), talde sozioekonomikoa eta sexua kontuan hartuta, 2007
Prevalencia (% estandarizada por edad) de ideas suicidas por grupo socioeconómico y sexo, 2007



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Bi sexuetan, osasun mentalaren indizeak 2007. urtean izan zituen balioak, 2002koak baino zertxobait baxuagoak izan ziren, eta 1997an ikusitakoetara hurbildu ziren (1.7.10. irudia).

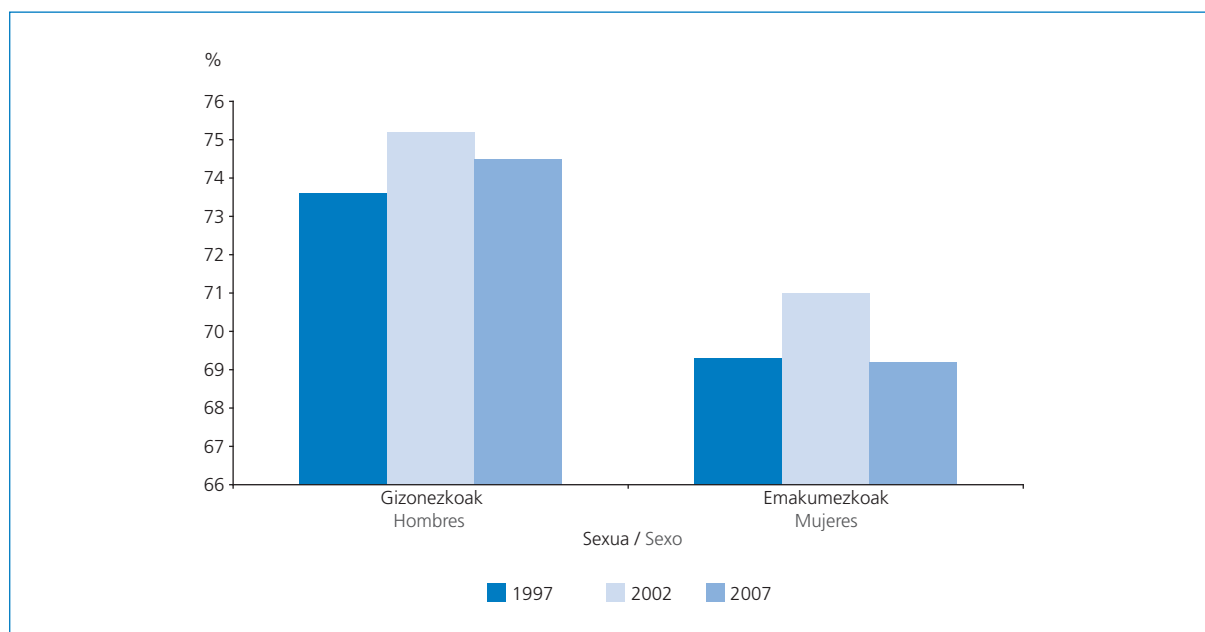
EVOLUCIÓN DESDE 1997

En ambos sexos, el índice de salud mental en 2007 tuvo valores algo menores a los de 2002, acercándose a los observados en 1997 (Figura 1.7.10).

1.7.10. irudia / figura 1.7.10

MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa, sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 por sexo, 1997-2007



Urteek aurrera egin ahala, osasun mentalaren indizean eredu sozioekonomikoa mantendu egin da, eta osasun mental txarragoa adierazi du eskala sozialean behera egiten den heinean; nahiz eta desberdintasunen garrantziak azken urteetan behera egin duela iruditu. Gizonezkoen kasuan, desberdintasun sozioekonomikoen beherakada egoera hoberenean dauden osasun mentalaren hobekuntzarekin lotzen da; baina emakumezkoengan, egoera hoberenean dauden emakumezkoek okerrera egitearen emaitza da (1.7.11. irudia).

Herstura eta depresio sintomen prebalentziaren eboluzioa, sexua eta adinaren arabera, desberdina izan da. Gizonezkoengan, prebalentziak behera egin du adin-talde guztietan, gazteenen kasuan izan ezik. Emakumezkoen kasuan, 1997. urteaz geroztik, herstura eta depresio sintomen prebalentziak gora egin du 45 urtetik beherakoengan, eta jaitsi egin da adin horretatik aurrera (1.7.12. irudia).

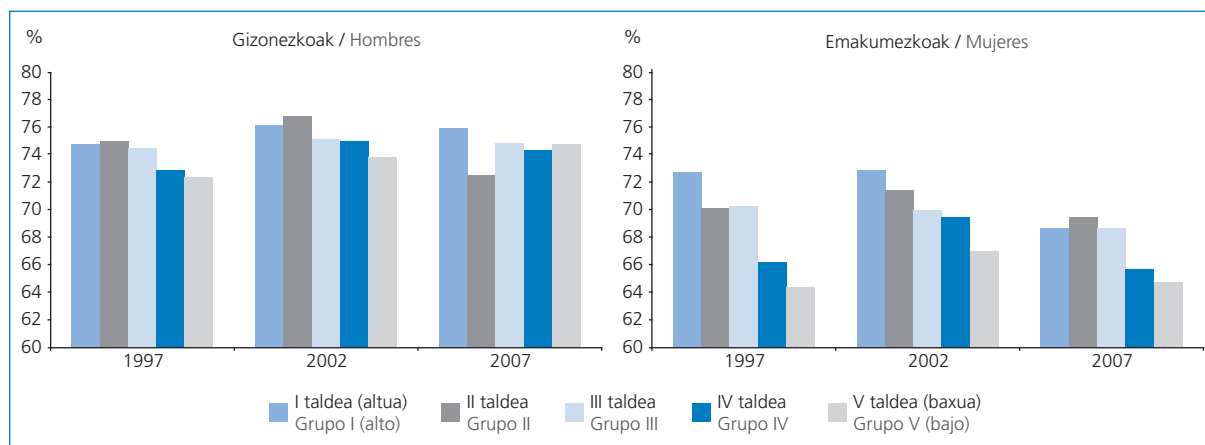
A lo largo de los años se ha mantenido el patrón socioeconómico en el índice de salud mental, indicando una peor salud mental a medida que se descende en la escala social, si bien la magnitud de las diferencias parece haber disminuido en los últimos años. En los hombres, la disminución de las desigualdades socioeconómicas se asocia a una mejora de la salud mental de los más favorecidos, mientras que en las mujeres, es fruto del empeoramiento en las mujeres más favorecidas (Figura 1.7.11).

La evolución de la prevalencia en los síntomas de ansiedad y depresión ha sido distinta según el sexo y la edad. En los hombres, la prevalencia ha disminuido en todos los grupos de edad, excepto en los más jóvenes. En las mujeres, desde 1997 la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión ha aumentado en las menores de 45 años, y ha disminuido a partir de esa edad (Figura 1.7.12).

1.7.11. irudia / figura 1.7.11

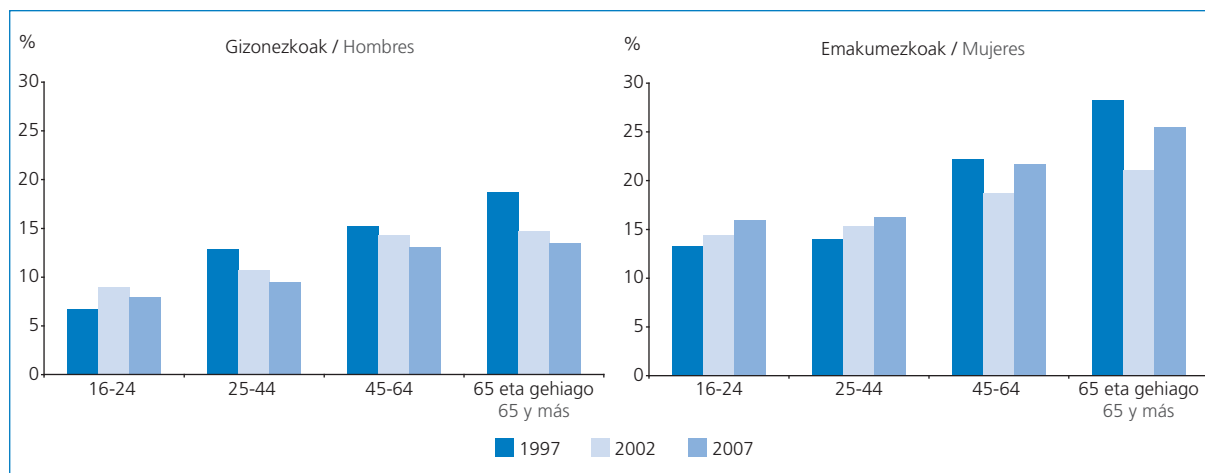
MHI-5 osasun mentalaren indizearen adinaren arabera estandarizatutako batez besteko balioa, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007

**1.7.12. irudia / figura 1.7.12**

Depresio eta herstura sintomen prebalentzia (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (%) de síntomas de depresión y ansiedad por sexo y grupos de edad, 1997-2007

**Ideia suizidak**

Azken hamar urteetan ez da aldaketa esanguratsurik gertatu ideia suiziden prebalentzian (1.7.2. taula).

Ideas suicidas

En los últimos diez años no se han producido cambios significativos en la prevalencia de ideas suicidas (Tabla 1.7.2).

1.7.2. taula / tabla 1.7.2

Ideia suiziden prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatu), sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (% estandarizada por edad) de ideas suicidas por sexo, 1997-2007

	Gizona / Hombre	Emakumea / Mujer
1997	4,6	5,4
2002	3,3	4,6
2007	3,9	4,6

1.8

NAHITAKOAK EZ DIREN LESIOAK

LESIONES NO INTENCIONADAS

DEFINIZIOA

Kapitulu honetan, elkarriketa egindako data baino hamabi hilabete lehenago gertatutako istripuek eragindako nahitakoak ez diren lesioen maiztasuna deskribatzen da. Honako puntu hauetan arreta jarri da: zein tokitan gertatu ziren istripuak, zein gorputz-atal kaltetu ziren eta zeintzuk izan diren ondorioak ohiko jardueretan eta zerbitzu sanitarioen erabileran.

DEFINICIÓN

En este capítulo se describe la frecuencia de lesiones no intencionadas, producidas por accidentes, ocurridas en los doce meses anteriores a la fecha de la entrevista. Se presta atención al lugar en que ocurrieron los accidentes, las partes del cuerpo que se vieron afectadas, así como las consecuencias en las actividades habituales y en el uso de los servicios sanitarios.

OSASUN INKESTA 2007

2007an, gizonezkoen %7k eta emakumezkoen %6k nahitakoa ez zen lesioren bat jasan zuten, azken urtean. Gizonezkoen kasuan, istripurik gehien 15 urtetik 24 urtera arteko adin-taldekoek izan zuten; eta adin horretatik aurrera, istripuen maiztasuna behera egiten hasi zen, adinak gora egin ahala. Emakumezkoen artean, 65 urte eta gehiago zutenak izan ziren maiztasun handiena izan zutenak (1.8.1. irudia).

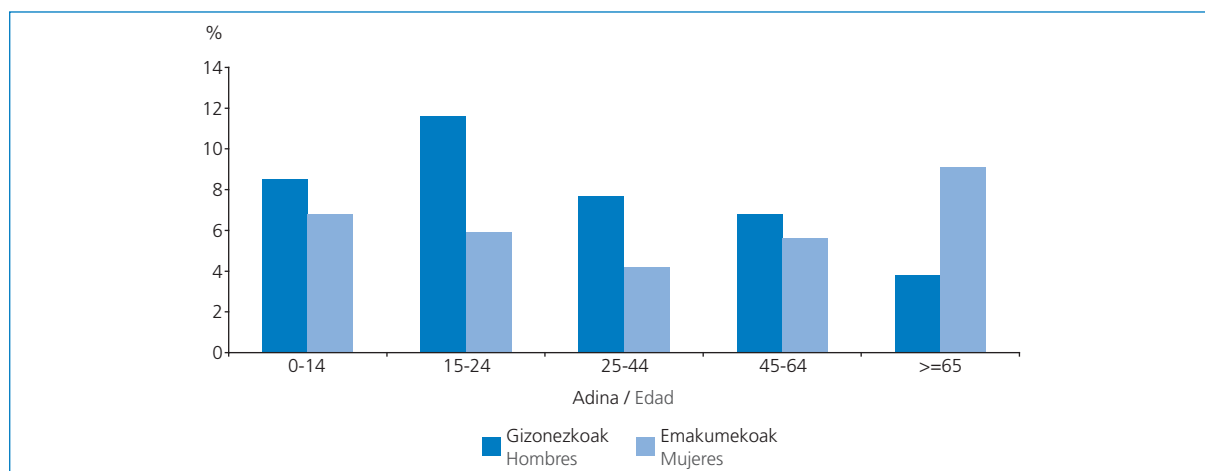
ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007, el 7% de los hombres y el 6% de las mujeres sufrieron alguna lesión no intencionada en el último año. En los hombres, la mayor frecuencia de accidentes la tuvo el grupo de edad de 15 a 24 años; a partir de esa edad, la frecuencia de accidentes disminuía con la edad. Entre las mujeres, fueron las de 65 y más años las que tuvieron una mayor frecuencia (Figura 1.8.1).

1.8.1. irudia / figura 1.8.1

Istripuak izandako pertsonako urteko tasa, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Tasa anual de personas accidentadas por sexo y edad, 2007



Istripuaren lekua

Istripuaren lekuak, pertsonen haien jarduera nagusiak egiten dituzten tokiarekin edo ordu gehien

Lugar del accidente

El lugar de accidente está directamente relacionado con el lugar dónde las personas realizan sus activi-

egoten diren tokiarekin zerikusi zuzena dauka; eta horrek azaltzen du, istripuaren lekuan sexu eta adinaren arabera ezberdintasunak nabaritzea. Gizonezkoek izan zituzten istripuen laurdena baino gehiago (%26) lantokian gertatu ziren, %24 toki publiko batean (esaterako: kalea, denda edo parke publikoa), eta %20 jolasteko edo kirola egiteko toki batean. Trafikoko istripuak eta etxean gertatutakoak ez ziren hain sarri gertatu (%15 eta %13, hurrenez hurren). Emakumezkoen kasuan, etxea izan zen istripua sarrien gertatu zen tokia (%36); eta ondoren beste hauek zetozen: leku publikoak (%28), trafikoko istripuak (%14), jolastu edo kirola egiteko tokiak (%11) eta lantokia (%9).

Adinari dagokionez, 15 urtetik beherako gizonezkoengan istripu gehienak jolasteko tokietan edo beste toki publiko batzuetan gertatu ziren; 15 urtetik 24 urtera arteko gazteengan trafikoko istripuak izan ziren nagusi; 45 urtetik 64 urtera artekoengan istripuak lanean; eta 65 urte eta gehiago zutenengan etxean gertatutakoak eta oinezko gisa trafikoarekin zerikusia zutenak. 14 urtetik beherako neskek, istripu gehienak ikastetxean edo jolasteko tokian izan zituzten; 15 urtetik 24 urtera arteko gazteek leku publiko batean; 25 urtetik 44 urtera artekoek trafikoko istripuak edo lan-istripuak; eta 45 urte eta gehiago zituztenen kasuan etxean gertatu ziren.

Istripuaren mekanismoa

Sarrien gertatu ziren istripuak, erorikoek eta talka edo kolpeek sortutakoak izan ziren. Mekanismo horiek, sexua eta adinaren arabera, aldatu egin ziren. Beraz, erorikoa emakumezkoengan (istripuen %61) gizonezkoengan (%44) baino sarriago gertatu zen; talka edo kolpeen kasuan, berriz, kontrako gertatu zen, gizonezkoengan istripuen %29 eta emakumezkoengan %19 eragin zutelako. Erorikoek eragindako istripuak ohikoagoak izan ziren haurtzaroan eta zahartzaroan; talka edo kolpeek eragindakoak, aldiz, 15 eta 44 urte artean gertatu ziren.

Istripuagatik jasandako lesioak

Goiko gorputz-adarrak (istripuen %37) eta behekoak (%35), sarrien kaltetu ziren gorputz-atalak izan ziren; nahiz eta adinaren eta sexuaren arabera aldaketak egon. Beheko gorputz-adarrak, haur eta gazteen kasuan eta adineko pertsonengan gehien kaltetu zirenak izan ziren. Beheko gorputz-adarretako kalteek behera egin zuten adinak gora egin ahala, eta toraxekoak izan ziren areagotu zirenak. Goiko gorputz-adarrak, bi sexuetan, 25 urtetik 64 urtera artekoengan gehien kaltetu zirenak izan ziren (1.8.2. irudia).

dades principales o permanecen más horas, lo que explica que se apreciaran diferencias en el lugar del accidente por sexo y edad. Más de la cuarta parte (26%) de los accidentes que sufrieron los hombres sucedieron en el lugar de trabajo, el 24% en un sitio público (como la calle, comercio, o parque público), y el 20% en un lugar de recreo o deporte; los accidentes de tráfico y los producidos en el domicilio fueron los menos frecuentes (15 y 13% respectivamente). En las mujeres, el hogar fue el lugar más frecuente (36%), seguido de los lugares públicos (28%), los accidentes de tráfico (14%), los lugares de recreo o deporte (11%) y el lugar de trabajo (9%).

En lo que respecta la edad, la mayor frecuencia de accidentes en los varones menores de 15 años se produjo en lugares de recreo u otros lugares públicos; en los jóvenes de 15 a 24 años los más frecuentes fueron los accidentes de tráfico, en los de 45 a 64 años los accidentes en el trabajo, y los de 65 y más años los ocurridos en el hogar y los relacionados con el tráfico como peatones. Las niñas menores de 14 años sufrieron con mayor frecuencia accidentes en el colegio o lugar de recreo, las jóvenes de 15 a 24 años en un lugar público, las de 25 a 44 años accidentes de tráfico o laborales, y las de 45 y más años tuvieron lugar en el domicilio.

Mecanismo del accidente

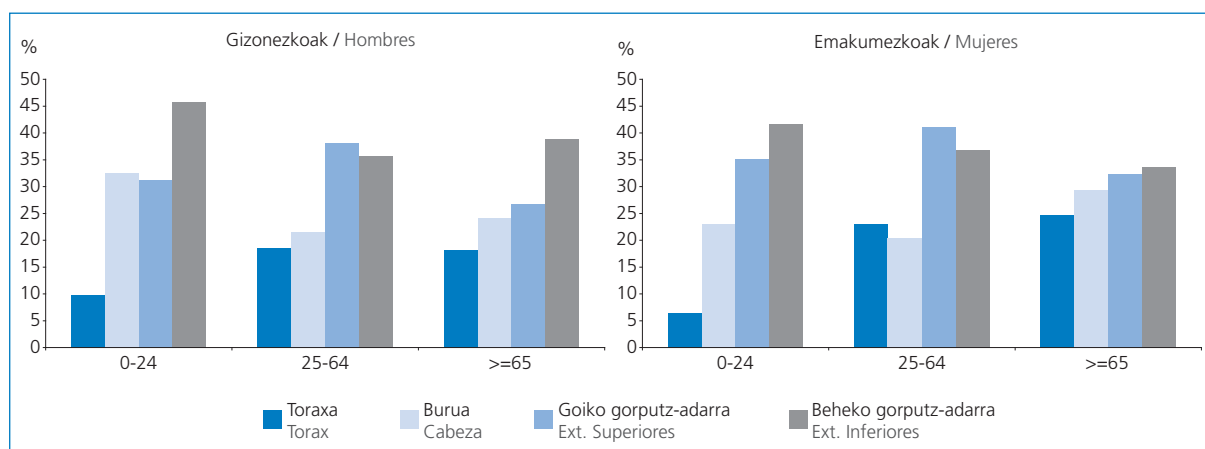
Los accidentes más frecuentes fueron los producidos por caídas y por choque o colisión. Estos mecanismos variaron según el sexo y la edad. Así, la caída fue más frecuente en las mujeres (61% de los accidentes) que en los hombres (44%), mientras que en el caso de los choques o colisiones ocurría lo contrario, produciendo 29% de los accidentes en los hombres y el 19% en las mujeres. Los accidentes por caída fueron los más habituales en la infancia y en la vejez, mientras que los producidos por choque o colisión lo fueron entre los 15 y 44 años.

Lesiones sufridas a causa del accidente

Las extremidades superiores, en el 37% de los accidentes, e inferiores (35%) fueron las partes del cuerpo afectadas con mayor frecuencia, aunque estas variaron según la edad y el sexo. Las extremidades inferiores fueron las más afectadas en la población infanto-juvenil y en las personas mayores. Las afecciones en las extremidades inferiores disminuyeron con la edad y aumentaron las del torax. Las extremidades superiores fueron más afectadas en las edades de 25 a 64 años en ambos sexos (Figura 1.8.2).

1.8.2. irudia / figura 1.8.2

Istripuen banaketa (%) kaltetutako atalen arabera, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) de los accidentes según las partes afectadas por sexo y edad, 2007

**Istripuaren ondorioak**

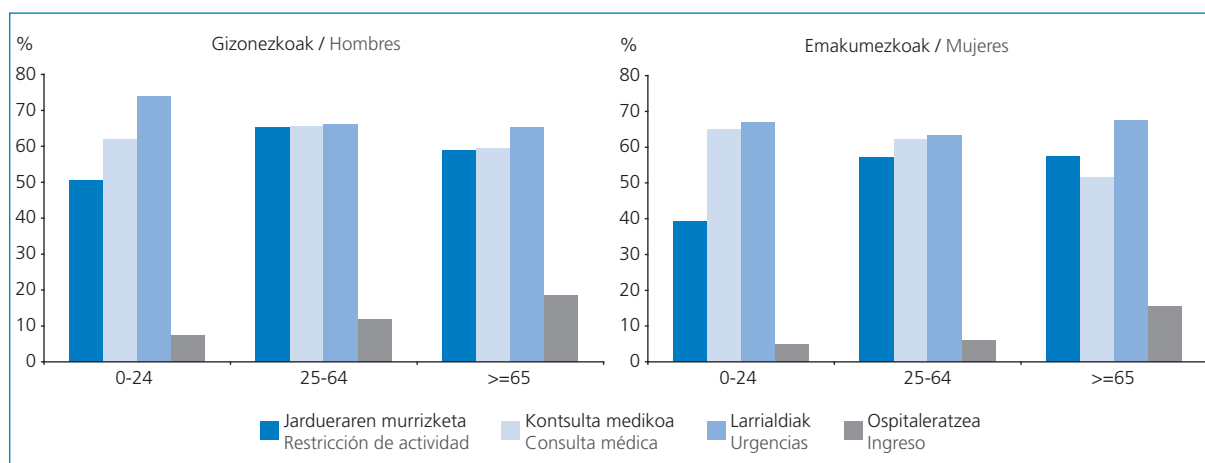
Istripuzko lesioen %67 larrialdietako zerbitzu batek atenditu zituen, %62k pertsonal medikoari galdetu behar izan zion, %57k euren ohiko jarduerak eten edo gutxitu behar izan zituen, %21ari istripuaren ondorio fisikoak edo mentalak geratu zitzaizkion, %10 ospitaleratu behar izan zen; eta azkenik, %1,4 Zainketa Intentsiboetako Unitatean (ZIU) egon zen. Istripuaren ondorioak ezberdinak izan ziren adina eta sexuaren arabera. Ospitalean edo ZIUan ingresatzeko probabilitatea gehitu egin zen adinak gora egin ahal, eta gizonezkoengan emakumezkoengan baino altuagoa izan zen. Larrialdietako zerbitzu batean atenditu zen gizonezkoen proportzioak, halere, behera egin zuen adinak gora egiten zuen heinean. Emakumezkoek gizonezkoek baino neurri txikiagoan

Consecuencias del accidente

El 67% de las lesiones accidentales fueron atendidos por un servicio de urgencias, el 62% tuvo que consultar a personal médico, el 57% tuvo que suspender o disminuir sus actividades habituales, a un 21% le quedaron secuelas del accidente o físicas o mentales, un 10% tuvo que ser ingresado en un hospital y, por último, un 1,4% estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las consecuencias de los accidentes variaron con la edad y el sexo. La probabilidad de ser ingresado en el hospital o en la UCI aumentó con la edad y fue más elevada en los hombres que en las mujeres. La proporción de hombres que fue atendido en un servicio de urgencias, sin embargo, disminuyó con la edad. Las mujeres restringieron o suspendieron en menor medi-

1.8.3. irudia / figura 1.8.3

Istripuen banaketa ondorioen arabera, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Distribución de los accidentes según las consecuencias por sexo y edad, 2007



murriztu edo eten zituzten haien ohiko lan edo aisialdiko jarduerak (1.8.3. irudia).

da que los hombres sus actividades habituales de trabajo o de ocio (Figura 1.8.3).

Lan-istripuak

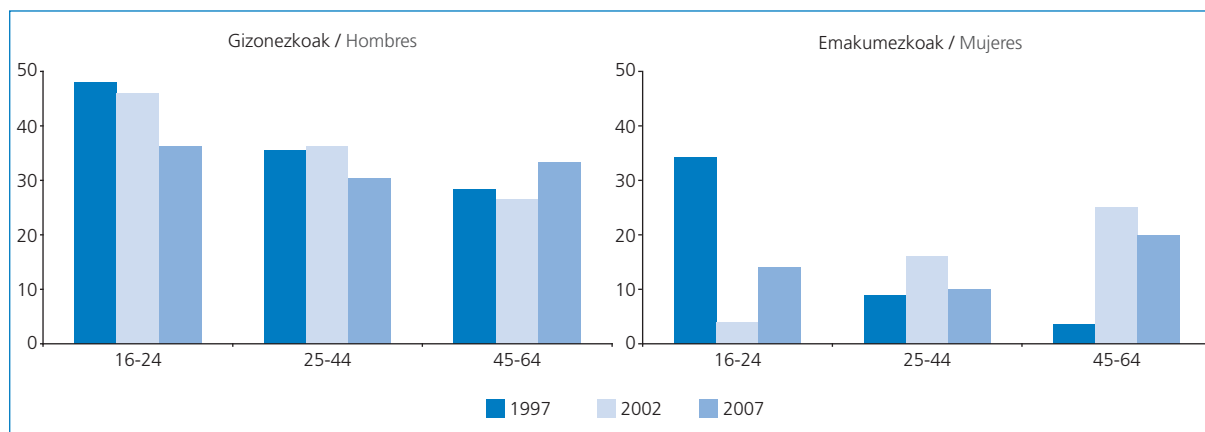
Biztanleria aktiboaren %2,4k (gizonezkoen %3,2 eta emakumezkoen %1,4), lan-istripuaren bat izan zuen inkestaren aurreko hamabi hilabeteetan. Istripuak gizonezkoengan emakumezkoengan baino sarriago gertatu ziren. Gizonezkoen kasuan, gazteengan istripuen proportzioa altuagoa zela nabaritu zen; emakumezkoengan, berriz, kontrako egoera gertatu zen, adinak gora egin ahala istripuak gehitu zirelako (1.8.4. irudia). Aurreko inkestarekiko, gizonezkoengan zein emakumezkoengan, lan-istripuen tasan jaitsiera bat antzeman zen.

Accidentes laborales

El 2,4% de la población activa (3,2% de los hombres y el 1,4% de las mujeres) sufrió algún accidente laboral durante los doce meses anteriores a la encuesta. Los accidentes fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres. En los hombres se apreció una proporción más alta de accidentes en los jóvenes; en las mujeres la situación fue la contraria, aumentaron los accidentes con el aumento de edad (Figura 1.8.4). Con respecto a la anterior encuesta se notó un descenso en la tasa de accidentes laborales, tanto en hombres como en mujeres.

1.8.4. irudia / figura 1.8.4

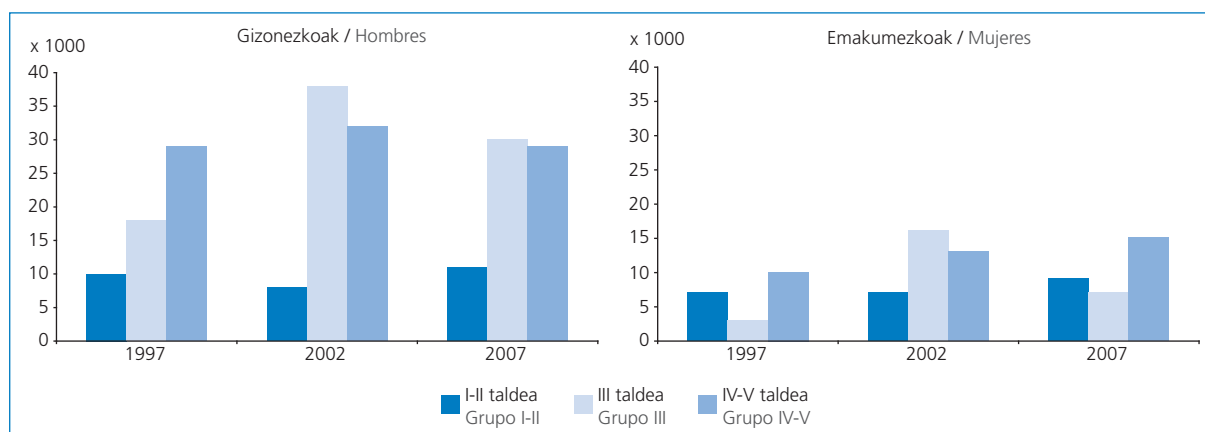
Lan-istripuen urteko tasa (1.000 pertsona aktiboko), adina kontuan hartuta, 1997-2007
Tasa anual (por 1.000 personas activas) de accidentes laborales por edad, 1997-2007



1.8.5. irudia / figura 1.8.5

Lan-istripuen urteko tasa (1.000 pertsona aktiboko, adinaren arabera estandarizatua), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (por 1.000 personas activas estandarizada por edad) de accidentes de trabajo según el grupo socioeconómico, 1997-2007



Gizonezkoegan lan-istripu bat izateko probabilitatea handiagoa da, talde sozioekonomikoa egoera txarragokoa den heinean; eta hori, talde sozioekonomiko bakoitzak dituen lan-baldintzak desberdinak izateak eragin lezake. Emakumezkoen kasuan, ezberdintasun sozial horiek nabaritu ziren, baina intentsitatea txikiagoa izan zen. Gizonezkoegan, egoera txarragoan dauden taldeen istripuak izateko tasak behera egin du; baina emakumezkoengan kontrakoa gertatu da gora egin baitu (1.8.5. irudia).

En los hombres la probabilidad de tener un accidente laboral es mayor a medida que el grupo socioeconómico es más desfavorecido, lo que podría deberse a las distintas condiciones laborales de cada grupo socioeconómico. En las mujeres estas diferencias sociales también se notaron aunque con menos intensidad. En los hombres ha disminuido la tasa de accidentalidad de los grupos menos favorecidos, al contrario de lo que ha ocurrido entre las mujeres que ha aumentado (Figura 1.8.5).

Trafikoko istripuak

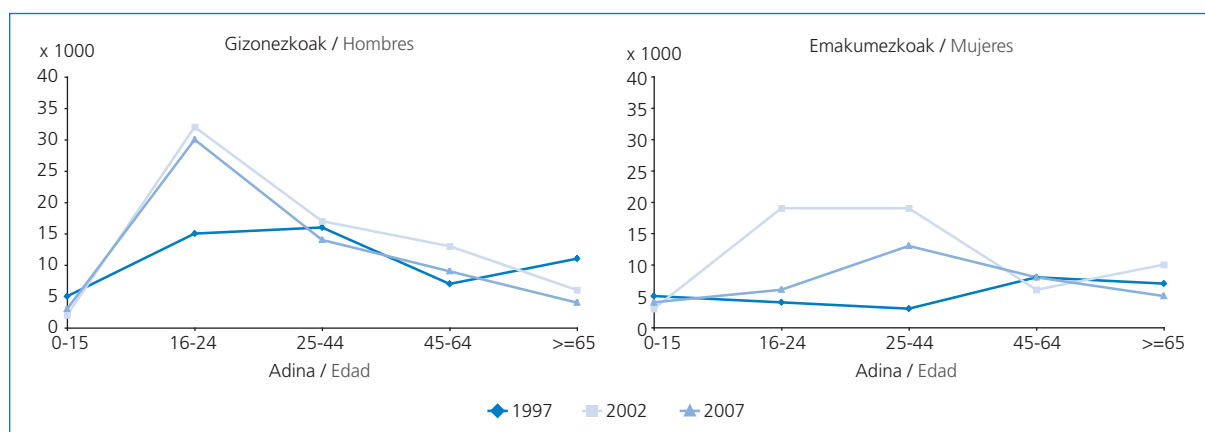
Trafikoko istripuak lesioek eragindako heriotza-kausa nagusia dira, eta bereziki gazteengan dute

Accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte por lesiones, y afectan especialmente a los

1.8.6. irudia / figura 1.8.6

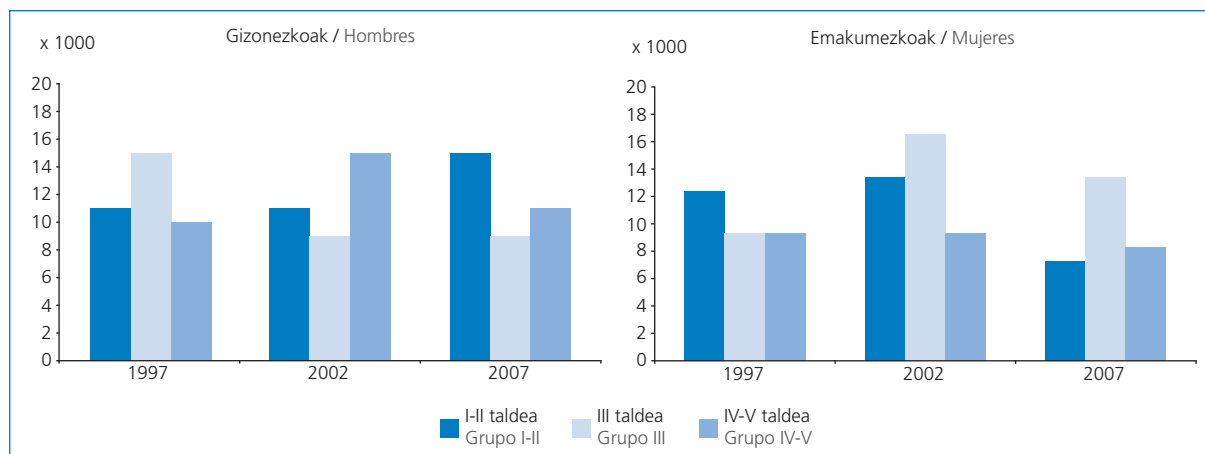
Trafikoko istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako), adina kontuan hartuta, 1997-2007
Tasa anual (por 1.000 personas) de accidentes tráfico por edad, 1997-2007



1.8.7. irudia / figura 1.8.7

Trafikoko istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako, adinaren arabera Gizonezkoak estandarizatua), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (por 1.000 personas estandarizada por edad) de accidentes de tráfico según el grupo socioeconómico, 1997-2007



eragina; bi sexuetan, 15 urtetik 24 urtera arteko gazteengan heriotza-kausa nagusia baitira. 2007an, inkesta egin zitzaien hamaika mila gizonezko eta zortzi mila emakumezko trafikoko istripu bat izan zutela aitortu zuten. 16 urtetik 24 urtera arteko gizonezkoak izan ziren istripu-mota hauek pairatzeko probabilitate handiagoa izan zutenak; emakumezkoen kasuan 25 urtetik 44 urtera arteko adin-taldean, baina probabilitatea askoz baxuagoa izan zen. 2002ko aurreko inkestarekiko, beheara egin du trafikoko istripuen tasak bi sexuetan eta adin-talde guztietan (1.8.6. irudia).

Etxeko istripuak

Istripu-mota hau, emakumezkoengan (22 bider mila) gizonezkoengan (10 bider mila) baino sarriagoa izan zen. Emakumezkoen kasuan, istripu horiek esponenzialki gehitu egin ziren adinak gora egin ahala, 65 urtekoak gainditzen zituzten berrogeita hamabost milako tasara iritsi arte. Gizonezkoengan, azken inkestan nabaritu da muturreko adinetan, haurrengan eta 45 urtetik aurrera, istripuak izateko aukera handiagoa dagoela (1.8.8. irudia).

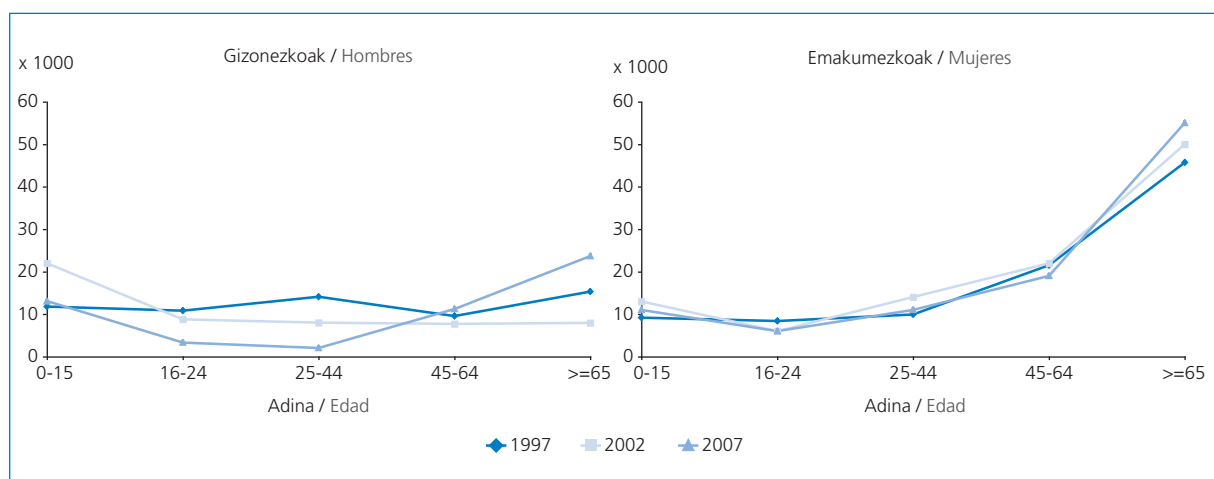
jóvenes, siendo la principal causa de muerte en los jóvenes de 15 a 24 años de ambos sexos. En 2007, el 11 por mil de los hombres y el 8 por mil de las mujeres encuestadas declararon haber sufrido un accidente de tráfico. Los hombres de 16 a 24 años fueron los que mayor probabilidad tuvieron de sufrir este tipo de accidentes; en las mujeres a la edad de 25 a 44 años, pero con una probabilidad mucho más baja. Con respecto a la anterior encuesta de 2002 ha disminuido la tasa de accidentes de tráfico en ambos sexos y en todos los grupos de edad (Figura 1.8.6).

Accidentes domésticos

Este tipo de accidentes fue más frecuente en las mujeres (22 por mil) que en los hombres (10 por mil). En las mujeres estos accidentes aumentaron exponencialmente con la edad hasta alcanzar una tasa del 55 por mil en las que superaban los 65 años. En los hombres, en la última encuesta se ha apreciado la mayor accidentalidad en las edades extremas, en los niños y a partir de los 45 años. (Figura 1.8.8).

1.8.8. irudia / figura 1.8.8

Etxeko istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako), adina kontuan hartuta, 1997-2002
Tasa anual (por 1.000 personas) de accidentes domésticos por edad, 1997-2002



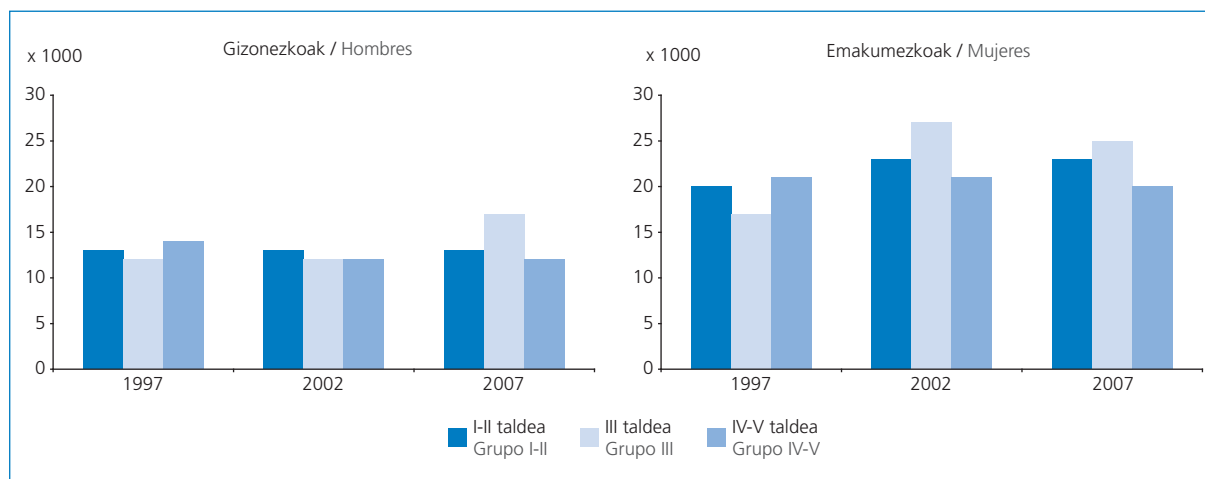
2007an, etxeko istripu bat izateko probabilitatean ez zen ezberdintasun sozialik egon (1.8.9. irudia). Gizonezkoen kasuan, ez zen ezberdintasun esanguratsurik hauteman. Emakumezkoengan, egoera txarreko taldekoetan gainerakoetan baino tasa zertxobait baxuagoa zela nabaritu zen; eta tarteko taldeko emakumezkoak etxeko istripu gehien izan zutenak izan ziren.

En 2007 no hubo diferencias sociales en la probabilidad de tener un accidente doméstico (Figura 1.8.9). En los hombres no se apreciaron diferencias significativas. En las mujeres, en las del grupo más desfavorecido se notó una tasa un poco más baja que en el resto, siendo las mujeres del grupo intermedio fueron las que presentaron mayor accidentalidad doméstica.

1.8.9. irudia / figura 1.8.9

Etxeko istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako, adinaren arabera estandarizaturik), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (por 1.000 personas estandarizada por edad) de accidentes domésticos según el grupo socioeconómico, 1997-2007

**Kirol-istripuak**

Kirol-istripuen maiztasuna, gizonezkoengan (14 bider mila) emakumezkoengan (7 bider mil) handiagoa izan zen; eta ezberdintasun hori gazteagoen artean handiagoa izan zen (1.8.10. irudia). Gizonezkoen kasuan, maiztasunik handiena 16 urtetik 24 urtera artekoengan nabaritu zen; eta adin-talde horretatik aurrera, adinak gora egin ahala behera egin zuen. Emakumezkoengan, maiztasunak adinarekin gora egiten zuen; eta maiztasunik handiena 16 urtetik beherakoek erakusten zuten.

Kirol-istripuen maiztasuna, bi sexuetan, egoera hobetoan zeuden taldekoengan handiagoa izan

Accidentes deportivos

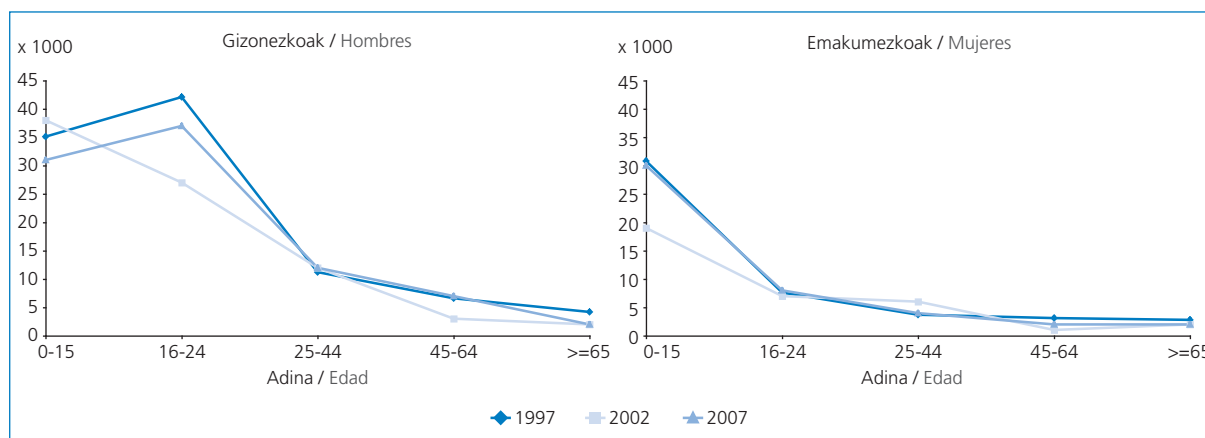
La frecuencia accidente deportivo fue mayor en los hombres (14 por mil) que en las mujeres (7 por mil), siendo esa diferencia mayor entre los más jóvenes (Figura 1.8.10). En los hombres, la frecuencia fue máxima en los de 16 a 24 años, disminuyendo con los años a partir de ese grupo de edad. En las mujeres, la frecuencia también aumentaba con la edad, siendo la mayor frecuencia en las menores de 16 años.

La frecuencia de accidente deportivo fue mayor en los grupos socioeconómicos más favorecidos en

1.8.10. irudia / figura 1.8.10

Kirol-istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako), adina kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (por 1.000 personas) de accidentes deportivos por edad, 1997-2007



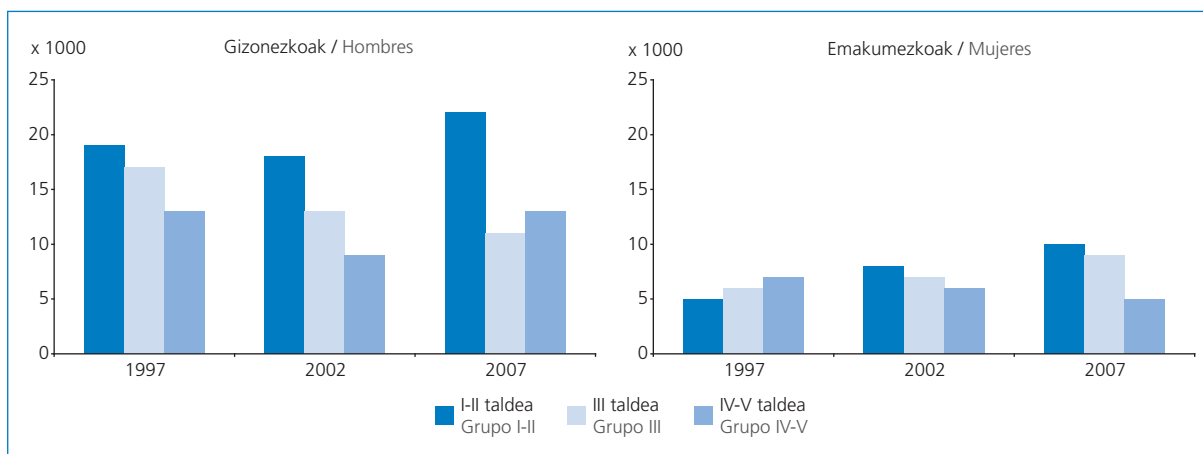
zen. Azken urteetan, maiztasun hori areagotu egin da talde sozial horietan, gizonetzkoengan nahiz emakumetzkoengan (1.8.11. irudia).

ambos sexos. En los últimos años esa frecuencia ha ido aumentando en esos grupos sociales, tanto en los hombres como en las mujeres (Figura 1.8.11).

1.8.11. irudia / figura 1.8.11

Kirol-istripuen urteko tasa (1.000 pertsonako, adinaren arabera estandarizaturik), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (por 1.000 personas estandarizada por edad) de accidentes deportivos según el grupo socioeconómico, 1997-2007



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Istripuen maiztasuna, gizonetzkoengan zein emakumetzkoengan, apenas aldatu da azken hamar urteetan (1.8.12. irudia).

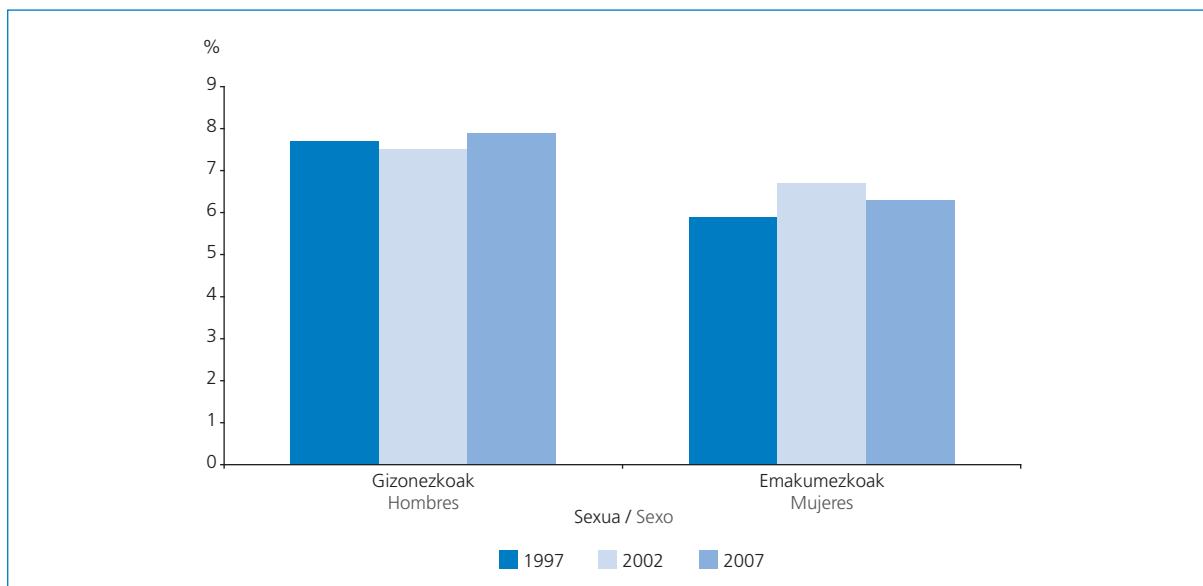
EVOLUCIÓN DESDE 1997

La frecuencia de accidentes apenas ha cambiado en el conjunto de hombres y mujeres en los últimos diez años (Figura 1.8.12).

1.8.12. irudia / figura 1.8.12

Istripuen urteko tasa (% adinaren arabera estandarizaturik), sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (% estandarizada por edad) de accidentes por sexo, 1997-2007



Adin-taldeen arabera, gizonezkoengan istripuen maiztasunak behera egin zuen haurrengan; 15 urtetik 44 urtera artekoengan jaitsiera txiki bat nabaritu zen; eta 45 urtetik aurrera pixka bat gora egin zuen (1.8.13. irudia).

Emakumezkoen kasuan, adin-taldeen araberako istripuen maiztasunak aldaketa gutxi izan ditu: gazteenengan 2002an behera egin ondoren, aldaketa

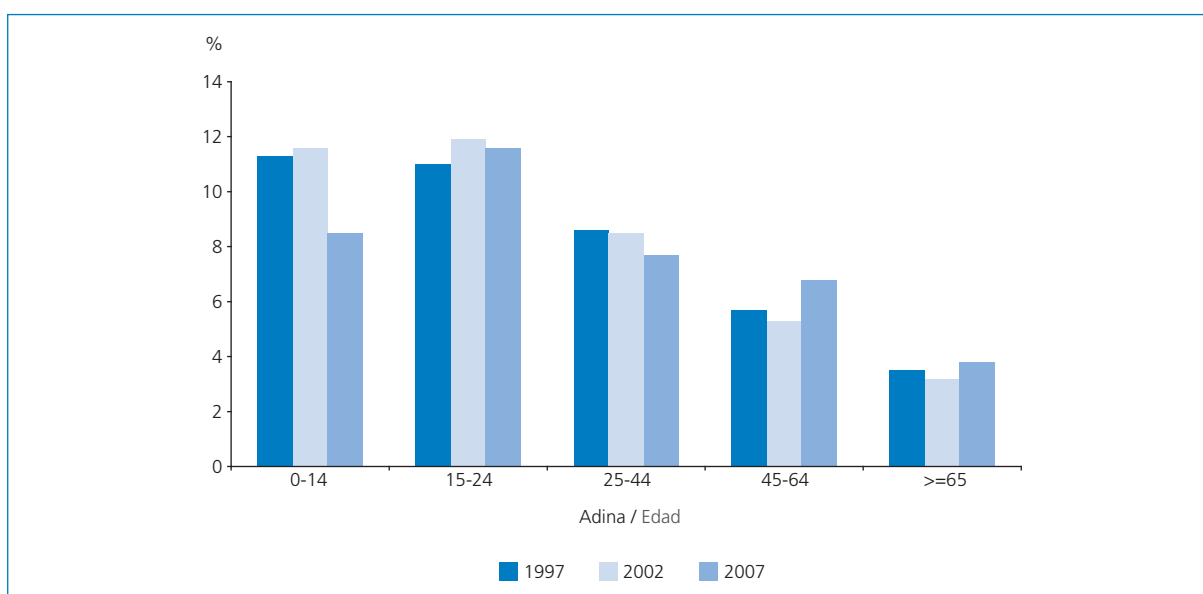
Por grupos de edad, en los hombres la frecuencia de accidentes disminuyó en los niños, en los de 15 a 44 años se dio una pequeña disminución, y a partir de los 45 años un ligero aumento (Figura 1.8.13).

En las mujeres, la frecuencia de accidentes por grupos de edad ha tenido pocos cambios: En las más jóvenes, tras disminuir en 2002 los cambios han

1.8.13. irudia / figura 1.8.13

Istripuren bat izan duten gizonezkoen urteko tasa (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007

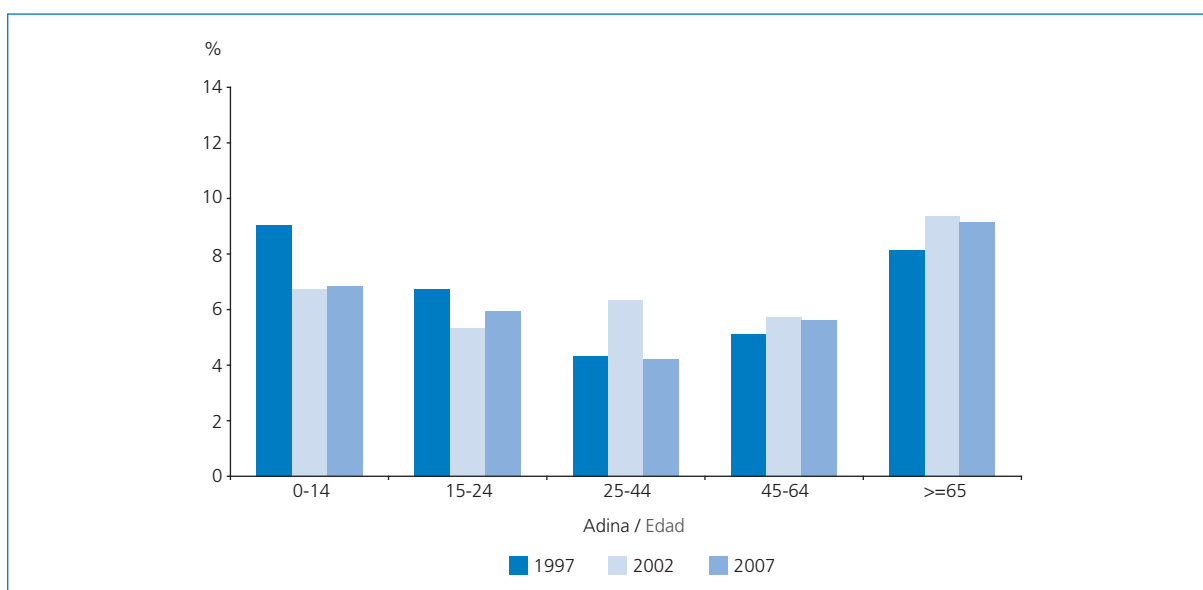
Tasa anual (%) de hombres que han sufrido algún accidente por edad, 1997-2007



1.8.14. irudia / figura 1.8.14

Istripuren bat izan duten emakumezkoen urteko tasa (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual (%) de mujeres que han sufrido algún accidente por edad, 1997-2007



oso txikiak gertatu dira; 65 urtetik gorakoengan 2002an gora egin zuen eta 2007an ia ez zen aldatu (1.8.14. irudia).

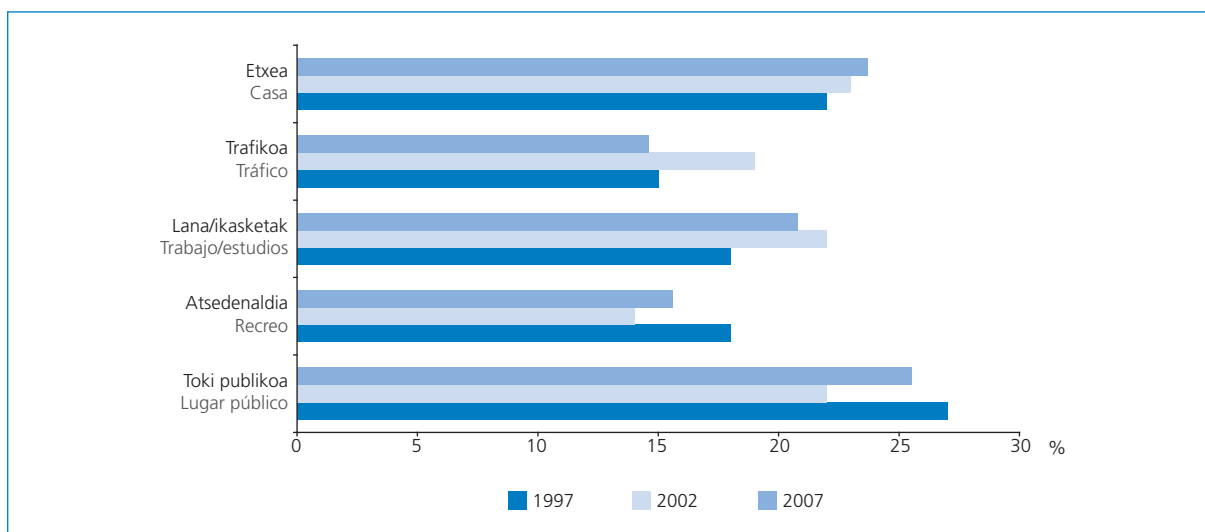
Aldaketak garrantzi txikikoak izan diren arren, etxean gertatutako istripuek gora egin dute, eta 2002 urtearekiko toki publikoetan eta kalean edo aisialdiko tokietan jazotakoek ere gora egin dute. Bestalde, honako hauek dira behera egin dutenak: batetik, trafikoko istripuak; eta bestetik, ikasketa eta lan tokietan gertatutakoak (1.8.15. irudia).

sido pequeños; en las mayores de 65, aumentó en 2002, y apenas se modificó en 2007 (Figura 1.8.14).

Si bien los cambios han sido de pequeña magnitud, los accidentes ocurridos en el hogar han aumentado, y con respecto al 2002 también ha aumentado los que acontecen en lugares públicos y en la calle, o en lugares de ocio. Han disminuido los de tráfico, y los ocurridos en lugares de estudio y trabajo (Figura 1.8.15).

1.8.15. irudia / figura 1.8.15

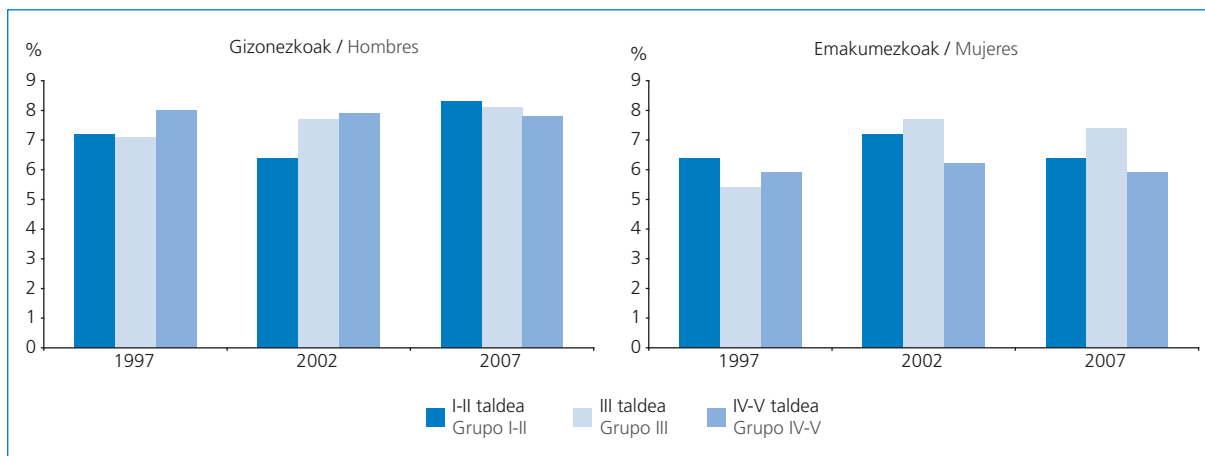
Istripuak, gertatzen diren lekua kontuan hartuta, 1997-2007
Accidentes por lugar donde ocurren, 1997-2007



1.8.16. irudia / figura 1.8.16

Istripuak izandako biztanleen urteko tasa (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Tasa anual de población accidentada (% estandarizada por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



1997an eta 2002an istripuak izateko aukera egoera hobean zeuden taldeetako gizonezkoengan pixka bat baxuagoa bazen, 2007. urtean, egoera hobean dauden taldeetako gizonezkoek istripuak izateko tasak altuak direnez, ia ez zen ezberdintasun sozialik nabaritu. Emakumezkoen kasuan, ezberdintasun sozioekonomikoen garrantzia oso txikia izan zen kontuan hartutako denboraldi osoan (1.8.16. irudia).

Si en 1997 y 2002 la accidentalidad era un poco inferior en los hombres de los grupos más favorecidos, en 2007, dada la elevación de las tasas de accidentalidad de los hombres de los grupos mejor situados, apenas se observaron diferencias sociales. En las mujeres la magnitud de las diferencias socioeconómicas fue muy pequeña en todo el periodo considerado (Figura 1.8.16).

OSASUN ERAGILEAK

DETERMINANTES DE SALUD

2

2.0

OSASUNAREN GIZARTE-MUGATZAILEAK

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

SARRERA

Kapitulu honetan gizarte mugatzaileei buruzko adierazleak deskribatzen dira. Horiek, gizarte maila, jaioterria edo etxebizitza-ingurunea bezala, ez dira kapitulu zehatzetan aztertu. Adierazle horiek deskribatzeko iturri nagusia da Osasun Inkesta. Horietaz gain, Eustaten Biztanleriari eta Etxebizitzari buruz egindako estatistiken edo Estatistikako Institutu Nazionalaren (EIN) udal erroldako errebisioaren datuak erabili dira. Datu horiek guztiek Osasun Inkestak baino zehatzago deskribatzen dituzte ikasketa-mailari edo jaioterriari dagozkion atalak.

IKASKETA-MAILA

2007. urtean, lehen mailako ikasketak zituen bai gizonen bai emakumeen erdiek, baina bosten batek bakarrik unibertsitate-ikasketak. Ikasketa-maila baxuagokoan artean emakumeak gehiago ziren gizonezkoak baino, baina unibertsitate-ikasketak ziztuzten artean eredu aurrakoa zen (2.0.1. irudia). Nabarmentzekoa da 1997tik lehen mailako ikasketak soilik dituzten pertsonen proportzioa gehiago jaitsi dela emakumeetan (10 puntu) gizonezkoetan (8 puntu) baino, eta unibertsitate-mailako ikasketak ziztuzten pertsonen proportzioa ere gehiago hazi dela emakumeetan gizonetan baino.

INTRODUCCIÓN

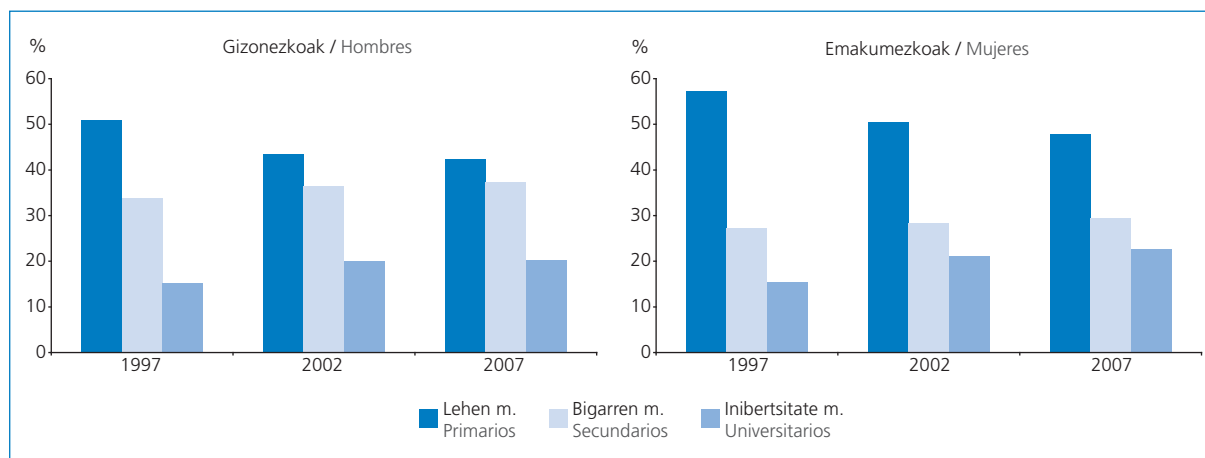
En este capítulo se describen indicadores relativos a determinantes sociales que, como la clase social, el lugar de nacimiento, las condiciones de trabajo, o el entorno de la vivienda no son objeto de capítulos específicos. La Encuesta de Salud es la fuente principal para describir estos indicadores. Además, se han utilizado datos provenientes de las Estadísticas de Población y Viviendas de Eustat o de la revisión del Padrón municipal del INE, que describen con más precisión que la Encuesta de Salud lo relativo al nivel de estudios o el lugar de nacimiento.

NIVEL DE ESTUDIOS

En 2007, cerca de la mitad de la población de ambos sexos tenía estudios primarios, y sólo cerca de la quinta parte estudios universitarios. La proporción de personas con menos estudios era mayor en las mujeres que en los hombres, mientras que en el caso de los estudios universitarios el patrón era el contrario (Figura 2.0.1). Es importante señalar que desde 1997, la proporción de personas con sólo estudios primarios ha descendido más en las mujeres (10 puntos) que en los hombres (8 puntos), y que el aumento de las que tenían estudios universitarios también ha sido mayor en las mujeres que en los hombres.

2.0.1. irudia / figura 2.0.1

Ikasketa-mailaren (%) banaketa, sexuaren arabera, 1997-2007
Distribución (%) del nivel de estudios por sexo, 1997-2007



Iturria: EUSTAT. Biztanleriaren eta etxebizitzaren estatistikak.
Fuente: EUSTAT. Estadísticas de población y vivienda.

TALDE SOZIOEKONOMIKOA

2007. urtean IV. taldea da Euskal Autonomia Erkidegoan nagusitzen den talde-sozio ekonomikoa⁸, bai gizonezkoetan (%48,6) bai emakumezkoetan (%45,4). Industria, merkataritza eta zerbitzuetako eskulangile gaituek eta erdi gaituek osatzen dute talde hori (2.0.2. irudia). Bigarren garrantzi-taldea (hurrengo taldeetatik ez hain urrun eta talde nagusitik tarte handira) I. taldea da, bai emakumezkoetan (%15,2) eta bai gizonezkoetan (%14,5). Talde horretan sartzen dira administrazioak eta enpresak zuzendariak, goi funtzionarioak, profesional liberalak eta goi mailako teknikariak.

Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleriaren egitura sozioekonomikoa nabarmen aldatu da 1997. urteetik. Urteetan zehar IV. taldea gailendu bada ere, nabarmen egin du bera talde sozio-ekonomiko baxuenak (V.ak), hau da, gaitu gabeko langileen taldeak, eta horregatik gora egin du IV. taldearen garrantziak. Gauza bera gertatu da II. taldean (merkataritzako eta zerbitzu pertsonaletako zuzendariak eta jabe kudeatzaileak, goi mailakoa ez diren bestelako teknikariak, artistak eta kirolariak) txikitu egin baita, nahiz eta V. taldea baino gutxiago, eta horrenbestez, garrantzia irabazi, I. taldeak.

⁸ Talde sozio-ekonomikoa familia-unitateko kide guztiei esleitzen zaie, familia-buruaren lanbidearen arabera, eta hiru galderetan oinarrituta zehazten da: Zer lan-harreman duzu lanean ari zaren edo urte gehien lan egin duzun enpresarekin? Zer kargu edo maila duzu enpresan? Zer jardura garatzen edo garatu du lanean ari zaren edo aritu zaren enpresak? Galderak konbinazio horren emaitzen arabera 5 maila ezartzen dira: I. taldea da altuena, eta V.a, berriz, baxuena.

GRUPO SOCIOECONÓMICO

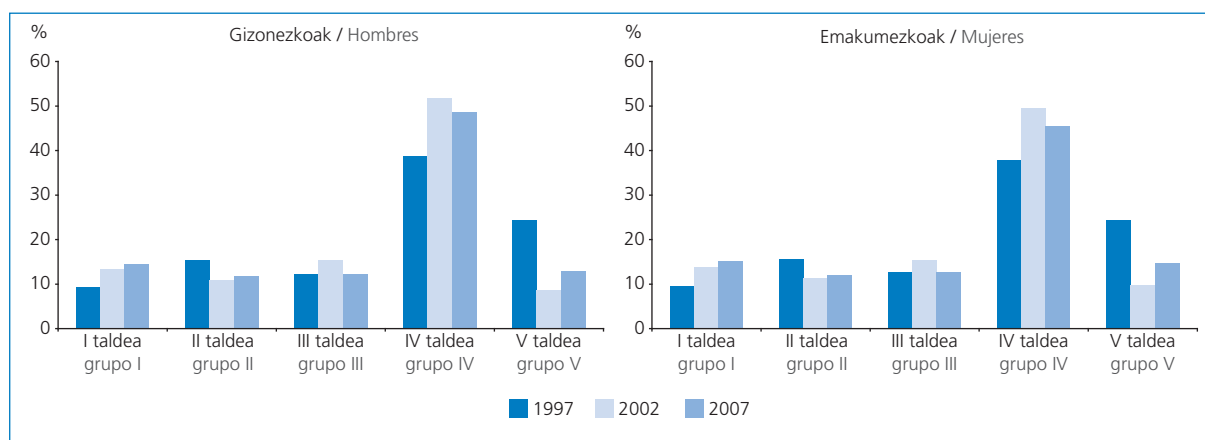
El grupo socioeconómico⁸ que prevalece en 2007 en la Comunidad Autónoma de Euskadi es el IV, tanto para varones (48,6%) como para mujeres (45,4%). Este grupo lo integran trabajadores manuales cualificados y semicualificados de la industria, comercio y servicios (Figura 2.0.2). El siguiente grupo en importancia, aunque ya sin sobresalir a penas de los siguientes grupos y a gran distancia del grupo prevalente, es el I, tanto en mujeres (15,2%) como en varones (14,5%). Aquí se agrupan Directivos de la administración y de las empresas, altos funcionarios y funcionarias, profesionales liberales y técnicos superiores.

La estructura socioeconómica de la población en la C.A. de Euskadi ha variado considerablemente desde el año 1997. Aunque predominando a lo largo de los años el grupo IV, ha disminuido sustancialmente el grupo socioeconómico más bajo (V), compuesto por trabajadores y trabajadoras no cualificados, a favor de un aumento del grupo IV, lo mismo que ha ocurrido con el grupo II (personal directivo y propietario gerente del comercio y de los servicios personales, otro personal técnico no superior, artistas y deportistas), que ha disminuido, aunque en menor medida, a favor del grupo más alto.

⁸ El grupo socioeconómico es asignado a todos los miembros de la unidad familiar en función de la ocupación del cabeza de familia y se determina en base a tres preguntas: ¿Cuál es su relación laboral con la empresa en que trabaja o ha trabajado más años? ¿Qué cargo o categoría tiene en la empresa? Y ¿Qué actividad realiza o ha realizado la empresa donde trabaja o trabajaba? Con los resultados de esta combinación de preguntas se establecen cinco categorías, yendo del grupo I, el más alto, al grupo V el más bajo.

2.0.2. irudia / figura 2.0.2

Talde sozioekonomikoaren banaketa (%), adinaren arabera estandarizatua, sexuko, 1997-2007
Distribución (%), estandarizada por edad, del grupo socioeconómico por sexo, 1997-2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. EAEOI.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. ESCAV.

JAIIOTERRIA

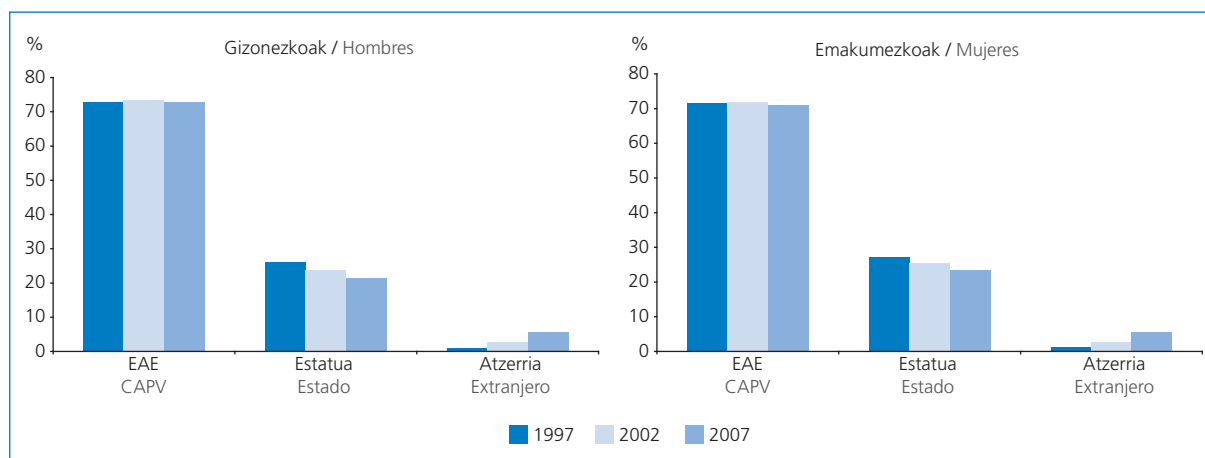
Bi milioi ehun eta berrogeita hamar mila lagun ingurura iritsi zen Euskal Autonomia Erkidegoan erroldatutako biztanleria, 2007. urtean. Horietatik, gizonen %73 eta emakumeen %71 erkidegoan bertan jaio dira (2.0.3. irudia).

LUGAR DE NACIMIENTO

La población censada de la Comunidad Autónoma de Euskadi alcanzó en 2007 la cifra de casi dos millones ciento cincuenta mil personas. De ellas, el 73% de los varones y el 71% de las mujeres han nacido en la propia Comunidad (Figura 2.0.3).

2.0.3. irudia / figura 2.0.3

Jaioterriaren banaketa (%), sexuaren arabera, 1997-2007
Distribución (%) del lugar de nacimiento por sexo, 1997-2007



Iturria: EIN. Udal Erroldaren Erreberioa.

Fuente: INE. Revisión del Padrón municipal.

2007. urtean Euskal Autonomia Erkidegoan bizi ziren 5 biztanleetatik 1 beste autonomia erkidego batzuetan jaio zen, eta %6 soilik, atzerrian. Gure erkidegoan jaiotakoen ehunekoa ez da aldatu azken 10 urteetan, bai, ordea, beste autonomia

Aproximadamente, una de cada cinco personas que vivían en el País Vasco en 2007 ha nacido en otras comunidades autónomas y un 6% lo ha hecho en el extranjero. El porcentaje de población nacida en nuestra Comunidad no ha variado en los últimos 10 años,

erkidego batzuetan jaiotakoena, 4 puntu inguru egin baitu behera, eta, gutxi gorabehera, proportzio berean hazi da atzerrian jaio direnen ehunekoa.

ETXEBIZITZA-INGURUNEA

Zarata-maila handia jasan behar izatea da EAEko langileek duten arrisku handienetako bat. Gauza bera gertatzen da etxebizitza-ingurunean ere.

Batez beste, 2007. urtean Euskal Autonomia Erkidegoan bizi ziren emakumeen %23,1k eta gizonen %21ek uste du bere etxebizitza-inguruneak kanpo-zarata jasaten duela. Berdegune (parke, lorategi eta abar) gutxi izatea da, biztanleen %18ren arabera, gure inguruneak duen bigarren gabezia handiena. Horrez gain, emakumeen %15,2 eta gizonen %13,2 beren etxebizitzaren inguruetan industriak eta zirkulazioak eragindako kutsadura eta kiratsa nabari dela kexatzen da (2.0.4. irudia).

Nabarmentzekoa da gaur egun, oraindik ere, gure erkidegoan etxebizitzaren %1ek ez duela komunzerbitzurik.

pero si lo ha hecho el porcentaje de los nacidos en otras CCAA, bajando en unos cuatro puntos, y aumentando, más o menos en esa misma proporción, el porcentaje de población nacida en el extranjero.

ENTORNO DE LA VIVIENDA

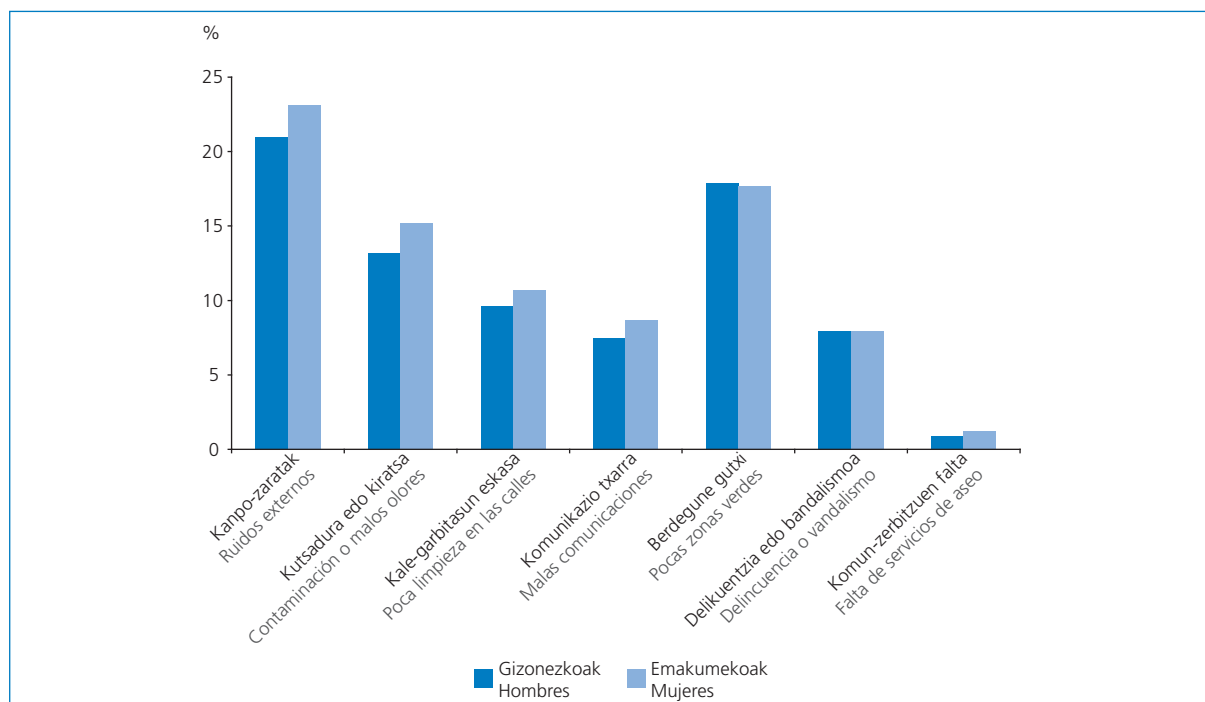
Uno de los mayores riesgos a los que está expuesta la población trabajadora vasca es soportar un nivel de ruido elevado, pues bien, este hecho se repite en el entorno de la vivienda.

De media, el 23,1% de las mujeres y el 21% de los varones que viven en la Comunidad Autónoma de Euskadi en el año 2007 consideran que el entorno de su vivienda padece un problema de ruidos exteriores. La segunda carencia que aqueja a nuestro entorno, según el 18% de la población es la escasez de zonas verdes (parques, jardines etc.). Además el 15,2% de las mujeres y el 13,2% de los varones se lamentan de la contaminación y los malos olores, provocados por la industria o el tráfico, que rodean a sus viviendas (Figura 2.0.4).

Resulta destacable que hoy en día sigan existiendo en nuestra Comunidad un 1% de viviendas con falta de servicios de aseo dentro de las mismas.

2.0.4. irudia / figura 2.0.4

Etxebizitza-ingurune arazoaren banaketa (%), adinaren arabera estandarizatua, sexua kontuan hartuta, 2007
Distribución (%), estandarizada por edad, de los problemas en el entorno de la vivienda por sexo, 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. EAEOL.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. ESCAV.

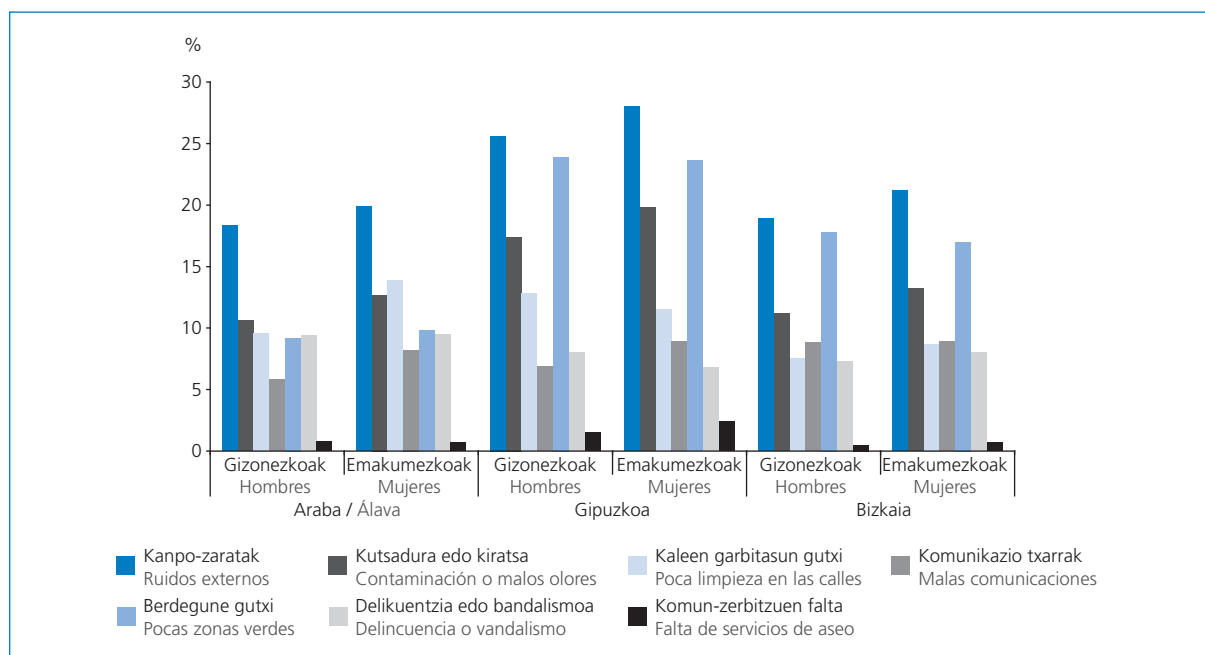
Biztanleek lurralde historikoaren arabera erantzun digutena egiaztatzen badugu, alde handiak ikusiko ditugu. Biztanle guztiak kanpo-zaratez kexatzen badira ere, Gipuzkoako biztanleak dira gehien kexatzen direnak: emakumeen %28 eta gizonen %25,6, Arabako gizonen %18,3ren aldean, esate baterako. Berdeguneen eskasiari dagokionez, aldeak handiagoak dira; hala, Gipuzkoako gizonen %23,9k eta emakumeen %23,6k berdegune falta dela aipatzen du haien etxebizitza-inguruneke arazoa; Araban, berriz, emakumeen %9,8k eta gizonen %9,2k soilik (2.0.5. irudia).

Si comprobamos lo que nos ha contestado la población por Territorio Histórico observamos grandes diferencias. Aunque toda la ciudadanía se queja de ruidos externos, es la población de Gipuzkoa la que más se lamenta, 28% de las mujeres y 25,6% de los varones, frente a, por ejemplo, solo el 18,3% de los varones de Álava. En el tema de la escasez de zonas verdes, hay, todavía, mayores diferencias, así el 23,9% y el 23,6% de los varones y mujeres guipuzcoanos respectivamente mencionan ésta como un problema del entorno de su vivienda, significándolo, solo, un 9,8% de las mujeres y un 9,2% de los varones de Álava (Figura 2.0.5)

2.0.5. irudia / figura 2.0.5

Etxebizitzaren inguruko arazoen banaketa (%), adinaren arabera estandarizatua, lurralde historikoa eta sexua kontuan hartuta, 2007

Distribución (%), estandarizada por edad, de los problemas en el entorno de la vivienda por Territorio Histórico y sexo, 2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. EAEOI.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. ESCAV.

ETXEKO LANAK

Emakumeek jarraitzen duten etxeko lanak egiten, nahiz eta gizonek geroz eta parte gehiago hartu.

2007. urtean, emakumeen %65,2k egiten ditu etxeko lanak, etxeko lanak egiten diren bakoitzean. Ehuneko hori %30,6ra jaisten da gizonetan. Beste muturrera joz, gizonen %35,5ek ez du sekula etxeko lanik egiten, emakumeen %16,6ren aldean. Aipatutakoa alde batera utzita, azken 5 urteetan,

TAREAS DOMÉSTICAS

La realización habitual de las labores del hogar sigue siendo una tarea femenina aunque cada vez más compartida con los varones.

En el año 2007 el 65,2% de las mujeres llevan a cabo las labores del hogar habitualmente siempre que se realizan, porcentaje que baja al 30,6% en el caso de los varones. En el otro extremo, un 35,5% de éstos no realiza dichas tareas nunca frente a un 16,6% de las mujeres. A pesar de lo men-

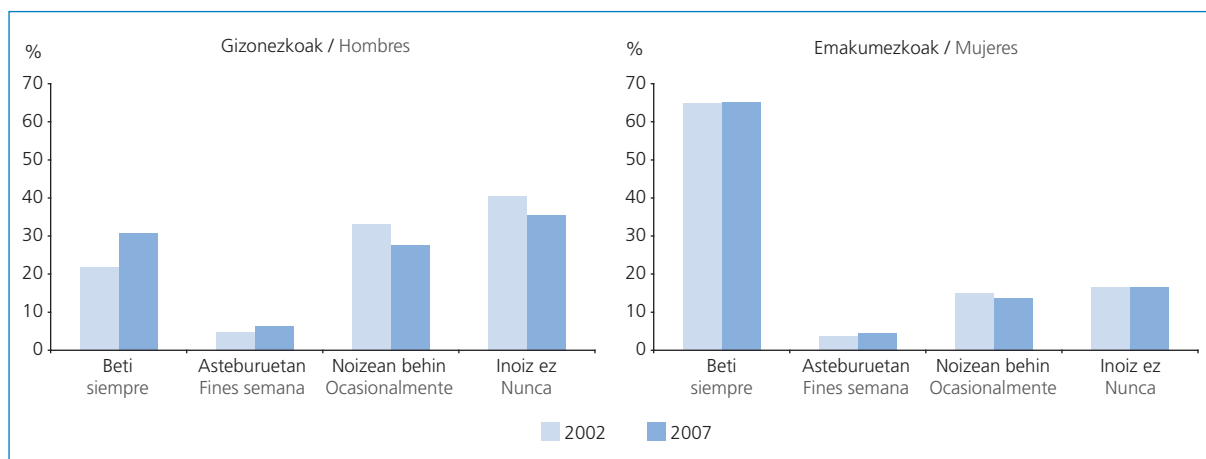
gizonen %9 hasi da etxeko lanak egiten; horrek sekula etxeko lanik egiten ez dituztenen edo noiz-zean behin egiten dituztenen ehunekoa jaitsi egin du (2.0.6. irudia).

cionado, en los últimos cinco años, se ha incorporado a la realización habitual de las labores del hogar un 9% de varones, disminuyendo el porcentaje de los que no realizaban nunca las tareas domésticas o lo hacían ocasionalmente (Figura 2.0.6).

2.0.6. irudia / figura 2.0.6

Etxeko lanak egiteko maiztasunaren banaketa (%), adinaren arabera estandarizatua, sexua kontuan hartuta, 2002-2007

Distribución (%), estandarizada por edad, de la frecuencia de realización de las labores del hogar por sexo, 2002-2007



Iturria: Osasun eta Kontsumo Saila. EAEOI.

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo. ESCAV.

2.1

ALKOHOLAREN KONTSUMOA

CONSUMO DE ALCOHOL

DEFINIZIOA

Alkoholaren erabilera kaltegarriaren aurkako borroka, osasun publikoaren arloan lehentasuna duen gai bat da. Alkoholaren gehiegizko kontsumoak honako hauek pairatzeko arriskua gehitzen du: gibelako zirrrosia, minbizi-mota jakin batzuk, hipertentsio arteriala, gaixotasun zerebrobaskularra, sortzetiko malformazioen agerpena bultzatuz gain. Era berean, familiarekin, lanarekin eta gizartearekin zerikusia duten arazoak sortzen ditu; eta istripuen (batez ere trafikoko istripuen) zati handi baten erantzulea da.

OSASUN INKESTA 2007

2007an, EAEn bizi ziren gizonezkoen %59 eta emakumezkoen %30 edari alkoholadunen ohiko kontsumitzaileak izan ziren, inkesta egin aurreko 12 hilabeteetan, gutxienez, astean behin alkohola kontsumitu zutela adierazi baitzuten. Gizonezko gehienek kontsumo moderatuak egin zituzten; emakumezkoen artean, berriz, alkoholaren noizbehinkako kontsumoa zen nagusi. Gizonezkoen %6k eta emakumezkoen %22k abstentzioa zirela aitortu zuten. Aitzitik, gizonezkoen %11,7 eta emakumezkoen %4,8 arriskuko kontsumitzaileak ziren; eta talde horrek edale handiak eta gehiegizko edaleak barne hartzen ditu.

Alkoholaren kontsumoa, adin-taldeak kontuan hartuta

Alkoholaren kontsumoan sexuaren eta adinaren arabera desberdintasun aipagarriak nabaritu ziren. 45 urtetik 64 urtera arteko gizonezkoengan, edale moderatu (%49) eta arriskuko edaleen (%22) proportzioa handiagoa zela nabarmendu zen. 65 urte baino gehiago zutenen kasuan, arriskuko edaleen proportzioak behera egin zuen: %15ean kokatu zen, eta noizbehinkako edaleek garrantzia hartu zuten (2.1.1. irudia).

Emakumezkoen kasuan, 65 urte eta gehiago zutenen %41ak ez zuen edari alkoholadun kontsumitu; eta 25 urtetik 44 urtera artekoen erdia baino zertxobait gehiago (%53) noizbehinkako edaleak izan ziren. Edale handiak 45 urtetik 64 urtera arteko adin-taldean (%6) nabarmendu ziren (2.1.2. irudia).

DEFINICIÓN

La lucha contra el uso nocivo del alcohol constituye una prioridad en materia de salud pública. El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cirrosis hepática, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y favorece la aparición de malformaciones congénitas. Además, genera problemas de tipo familiar, laboral y social, y es el responsable de una parte importante de los accidentes, principalmente de tráfico.

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007 el 59% de los hombres y el 30% de las mujeres residentes en la CAE fueron consumidores habituales de bebidas alcohólicas, refiriendo consumos de alcohol en los 12 meses previos a la realización de la encuesta de, al menos, una vez por semana. Mientras que la mayor parte de los hombres realizaron consumos moderados, entre las mujeres predominaba el consumo ocasional de alcohol. El 6% de los hombres y el 22% de las mujeres se declararon abstemios. Por el contrario, el 11,7% de los hombres y el 4,8% de las mujeres eran consumidores de riesgo, grupo que engloba a los grandes bebedores y bebedores excesivos.

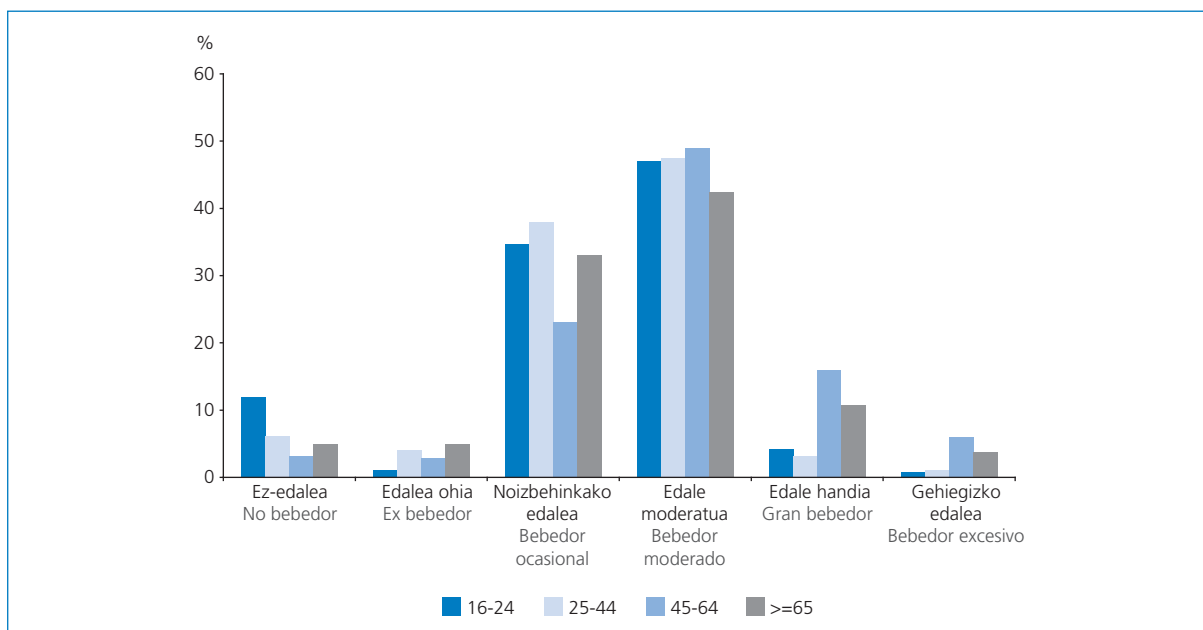
Consumo de alcohol por grupos de edad

Se apreciaron diferencias relevantes por sexo y edad en el consumo de alcohol. En los hombres de 45 a 64 años destacó la mayor proporción de bebedores moderados (49%) y de bebedores de riesgo (22%). En los de más de 65 años la proporción de bebedores de riesgo descendió situándose en el 15%, tomando importancia los bebedores ocasionales (Figura 2.1.1).

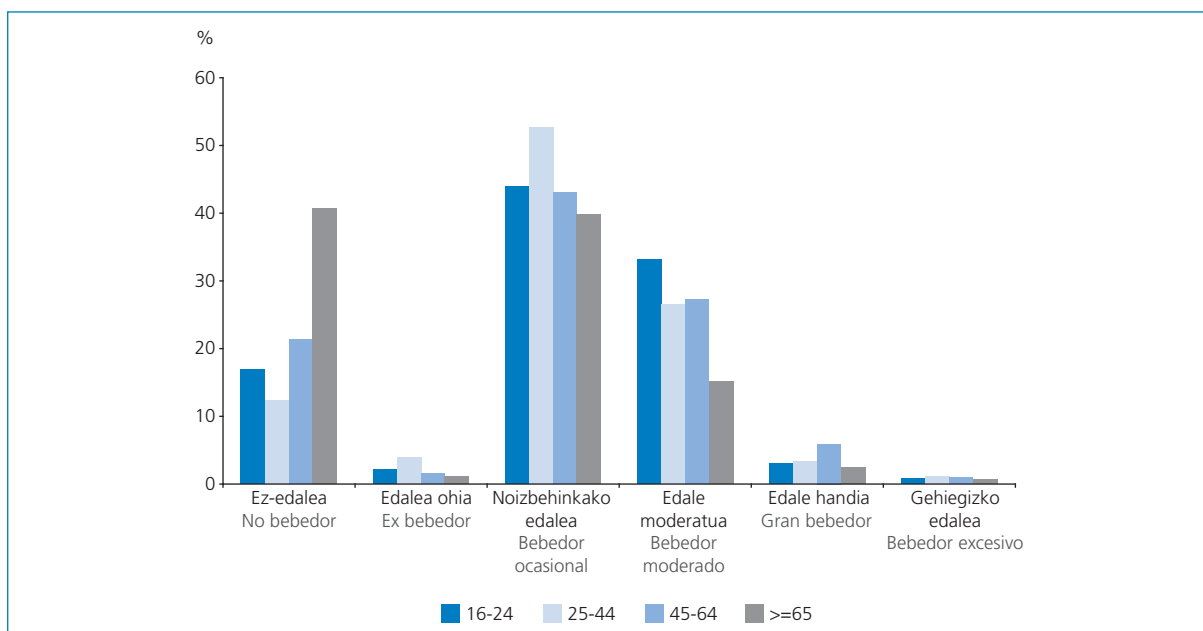
En el caso de las mujeres, el 41% de las de 65 y más años no consumió bebidas alcohólicas y algo más de la mitad (53%) de las de 25 a 44 años fueron bebedoras ocasionales. Las grandes bebedoras destacaron en el grupo de edad de 45 a 64 años (6%). (Figura 2.1.2)

2.1.1. irudia / figura 2.1.1

Gizonezkoak (%), alkoholaren kontsumoaren arabera, adina kontuan hartuta, 2007
Hombres (%) según el consumo de alcohol por edad, 2007

**2.1.2. irudia / figura 2.1.2**

Emakumezkoak (%), alkoholaren kontsumoaren arabera, adina kontuan hartuta, 2007
Mujeres (%) según el consumo de alcohol por edad, 2007



Alkoholaren kontsumoa, asteko eguna kontuan hartuta

Alkoholaren kontsumoaren eredua, asteko egunaren arabera, oso desberdina izan zen. Asteburuetan kontsumoaren maiztasunak nabariki egin zuen gora. Ezaugarri hori bereziki agerikoa izan zen gizonezko

Consumo de alcohol en función del día de la semana

El patrón del consumo de alcohol fue muy diferente según el día de la semana. En los fines de semana aumentó la frecuencia del consumo considerablemente. Esta característica fue especialmente evidente

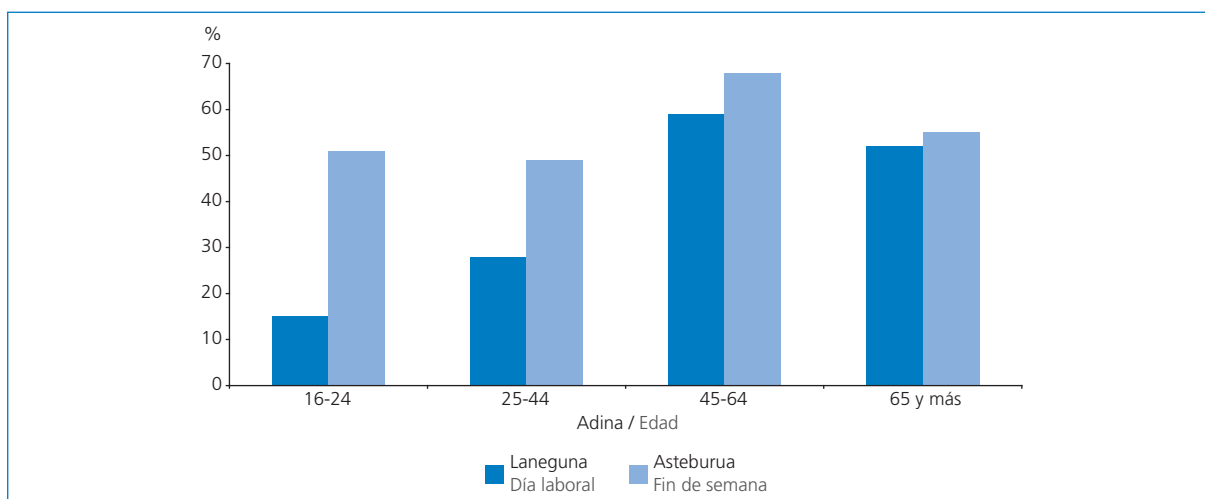
gazteengan. Beraz, 16 urtetik 24 urtera arteko gizonezkoen %15ak alkohola lanegunetan kontsumitu zuen, eta %50ak jaiegunetan. Emakumezko gazteen kasuan, antzeko eredua erreparatu zen: %8k alkohola lanegunetan baino ez zuen kontsumitu, baina proportzioa %33ra igo zen asteburuan zehar. Adinak gora egin ahala, alkoholaren kontsumoan zegoen ezberdintasuna, asteko egunaren arabera, parekatzen joan zen. 65 urtetik gorako pertsonen alkoholaren kontsumo berdina izan zuten asteko eguna edozein izanda ere (2.1.3. eta 2.1.4. irudiak).

en los hombres jóvenes. Así, el 15% de los hombres de 16 a 24 años consumió alcohol los días laborales y un 50% en los días festivos. En el caso de las mujeres jóvenes, se observó un patrón similar: mientras sólo el 8% consumió alcohol en días laborales, la proporción aumentó al 33% durante el fin de semana. A medida que aumentaba la edad, la diferencia en el consumo de alcohol según el día de la semana se fue igualando. Las personas mayores de 65 años mantuvieron el mismo consumo de alcohol indistintamente del día de la semana (Figura 2.1.3 y 2.1.4).

2.1.3. irudia / figura 2.1.3

Alkohola kontsumitzen duten 16 urte eta gehiago duten gizonezkoen proportzioa (%), asteko eguna eta adina kontuan hartuta, 2007

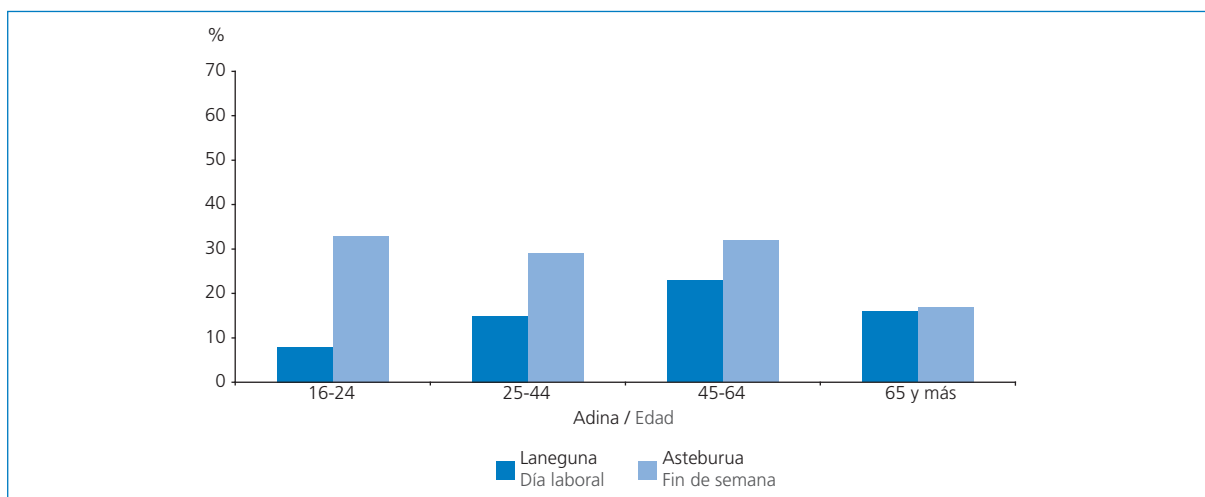
Proporción (%) de hombres de 16 y más años consumidores de alcohol según el día de la semana y la edad, 2007



2.1.4. irudia / figura 2.1.4

Alkohola kontsumitzen duten 16 urte eta gehiago duten emakumezkoen proportzioa (%), asteko eguna eta adina kontuan hartuta, 2007

Proporción (%) de mujeres de 16 y más años consumidoras de alcohol según el día de la semana y la edad, 2007



Alkoholaren kontsumoa, talde sozioekonomikoak kontuan hartuta

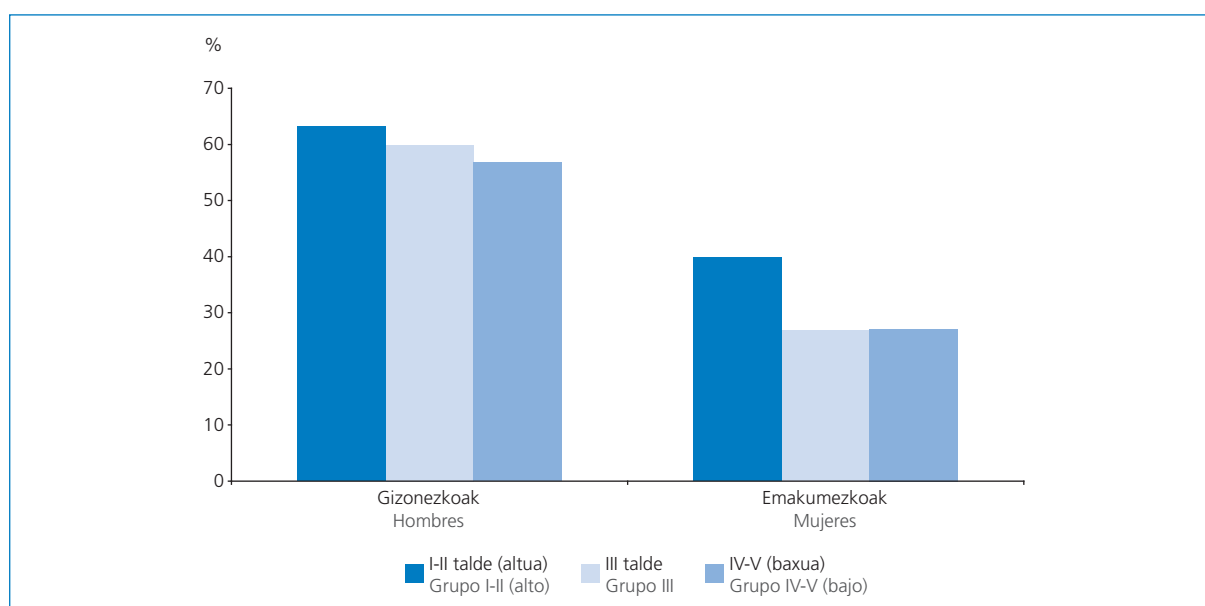
Edari alkoholadunen ohiko kontsumoa sarriagoa izan zen egoera hoberenean zeuden talde soziale-tan, gizonezkoengan zein emakumezkoengan. Emakumezkoen kasuan, alkoholaren kontsumoari dagokionez, ezberdintasun handiak nabaritu ziren egoera hoberenean zeuden talde sozioekonomikoaren eta gainerakoaren artean (2.1.5. irudia).

Consumo de alcohol por grupos socioeconómicos

El consumo habitual de bebidas alcohólicas fue más frecuente en los grupos sociales más favorecidos, tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres se apreciaron mayores diferencias entre el grupo socioeconómico más favorecido y el resto en relación al consumo de alcohol (Figura 2.1.5.).

2.1.5. irudia / figura 2.1.5

Ohiko edaleak (% adinaren arabera estandarizatu), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007
Población bebedora habitual (% estandarizado por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 2007

**Ohiko kontsumoaren hasierako adina**

Alkoholaren ohiko kontsumoaren hasierako batez besteko adina 18,6 urtekoa izan zen gizonezkoengan, eta 20,8 urtekoa emakumezkoen kasuan. 16 urterekin, gizonezkoen %25,2k eta emakumezkoen %20,3k nolabaiteko erregularitasunez edaten zuten.

Edad de inicio de consumo habitual

La edad media de inicio en el consumo habitual de alcohol fue de 18,6 años en los hombres y de 20,8 años en las mujeres. A los 16 años, el 25,2% de los hombres y el 20,3% de las mujeres bebían con cierta regularidad.

Egunero edaten den alkoholaren batez besteko kantitatea, ohituraz kontsumitzen duten pertsonengan

Egunero hartzen den alkoholaren batez besteko kontsumoa zentimetro kubikotan (cc), 33,6 cc-koa zen gizonezkoengan eta 19,1 cc-koa emakumezkoengan. Kantitate hori nabariki aldatu egin zen, aitortutako alkoholaren kontsumoaren arabera ohiko edaleak ziren pertsonak sailkatzen ziren kategorian kontuan hartuta. Horiek horrela, gizonezkoengan kantitatea honako hauen artean ibili

Cantidad media de alcohol diaria en las personas que lo consumen habitualmente

El consumo medio de alcohol diario medido en centímetros cúbicos (cc) era de 33,6 cc en los hombres y 19,1 cc en las mujeres. Esta cantidad varió de manera considerable en función de la categoría en la que se clasificaban las personas bebedoras habituales según el consumo de alcohol declarado. Así, en los hombres la cantidad osciló desde los 21,7 cc de los bebedores moderados hasta los

zen: edale moderatuen 21,7 cc-tik hasi eta gehiegizko edaleen 105,5 cc-ra arte. Emakumezkoen kasuan, tarte ez zen hain zabala izan, baina 13,5 cc-tik 70,6 cc-ra arteko desberdintasun handiak agertu zituen, kontsumo-kategoriaren arabera, hurrenez hurren (2.1.1. taula).

105,5 cc de los bebedores excesivos. En las mujeres, el intervalo, aunque menos amplio, también presentó grandes diferencias de 13,5 cc a 70,6 cc. según la categoría de consumo respectivamente. (Tabla 2.1.1).

2.1.1. taula / tabla 2.1.1

Ohiko edaleek egunero hartutako alkoholaren batez besteko kantitatea (cc),
aitortutako alkoholaren kontsumoaren arabera

Cantidad de alcohol media diaria (c.c.) en la población bebedora habitual
según el consumo de alcohol declarado

	Gizona / Hombre	Emakumea / Mujer
Edale moderatua / Bebedor moderado	21,7	13,5
Edale handia / Gran bebedor	65,3	40,2
Gehiegizko edalea / Bebedor excesivo	105,5	70,6

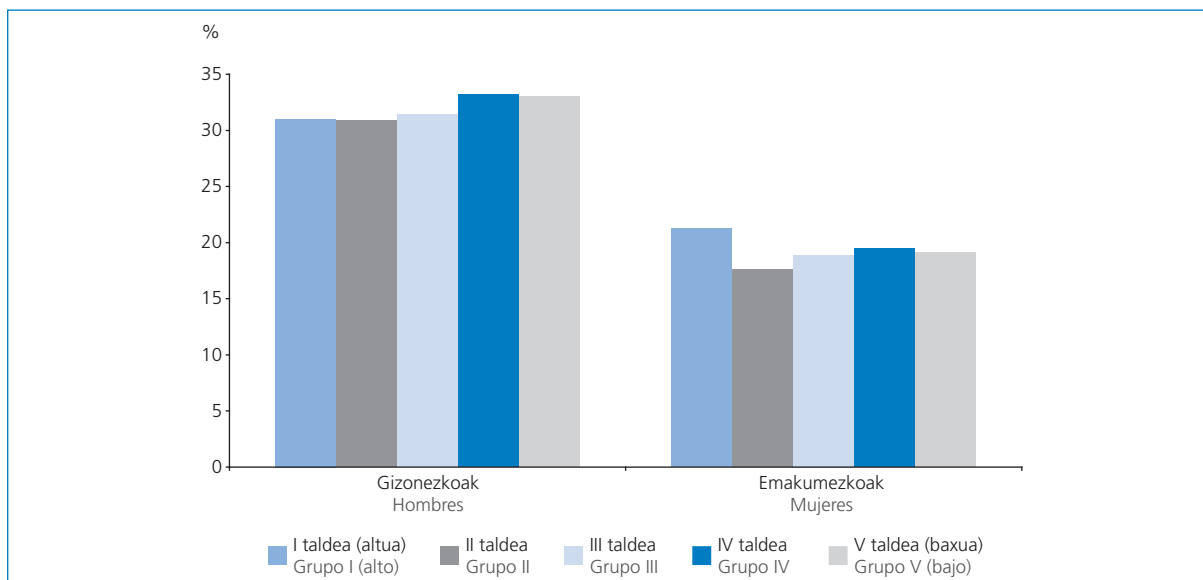
Maila sozioekonomikoa kontuan hartuta, egunero kontsumitutako alkoholaren batez besteko kantitatean ez zen gehiegizko aldaketarik nabaritu; nahiz eta kontsumoa ezberdina izan sexuaren arabera. Egoerarik hoberenean zeuden taldeko gizonezkoek (31 cc), egoera txarragoko taldekoek (33 cc) baino alkohol-kantitate gutxiago kontsumitu zuten. Emakumezkoen kasuan, berriz, alderantzizko eredu ikusi zen: talderik hoberenekoak izan ziren (21,3 cc), egoera txarragokoek (19,1 cc) baino alkohol-kantitate gehiago edaten zutenak (2.1.6. irudia).

Por nivel socioeconómico la cantidad media diaria de alcohol consumida no varió excesivamente, aunque el consumo fue distinto en función del sexo. Los hombres del grupo más favorecido consumieron menos cantidad de alcohol (31 cc) que los del grupo menos favorecido (33 cc), mientras que las mujeres presentaron una pauta inversa: fueron las del grupo más favorecido las que bebieron más cantidad de alcohol (21,3 cc) respecto a las del más desfavorecido (19,1 cc) (Figura 2.1.6).

2.1.6. irudia / figura 2.1.6

16 urte eta gehiago duten ohiko edaleen alkoholaren kontsumoaren eguneroko batez besteko kantitatea (adinararen arabera estandarizatutako cc-ak), talde sozioekonomikoa eta sexua kontuan hartuta, 2007

Cantidad media diaria de consumo de alcohol de la población bebedora habitual de 16 y más años
(c.c. estandarizados por edad) por grupo socioeconómico y sexo, 2007



Edale handiak diren pertsonen kontsumitutako alkoholaren kantiata honako tarte hauetan ibili zen gizonezkoen kasuan: maila hoberenean zutuenen 62,5 cc-tik, egoera ez hain ona zutenen 65,4 cc-ra. Emakumezkoen kasuan kantitate hori aldatu egin zen: 41,4 cc-tik 40 cc-ra, hurrenez hurren. Hala ere, gehiegizko edaleek egunero kontsumitutako alkoholaren cc-ak neurtu zirenean, gizonezkoen artean cc-ak 79,6tik 104,2ra nabariki aldatu ziren; eta emakumezkoengan kantitate altua mantendu zen, baina ia ez zen maila sozioekonomikoaren arabera desberdintasunik nabaritu (52,3 eta 50,7 cc, hurrenez hurren).

Alkoholismo-susmoa

Gizonezkoen %6,9 eta emakumezkoen %1,7 alkoholismoaren susmopekoak izan ziren, CAGE testaren bi edo hiru galderetan baietz erantzun zutelako. Gizonezkoen artean, proportzio hori handiagoa izan zen 45 urtetik 64 urtera artekoengan; emakumezkoengan, oster, proportziorik altuena gazteenen artean gertatu zen, aurreko osasun-inkestetan deskribatutako antzeko egoera.

Talde sozioekonomikoen arabera, alkoholismoaren susmoa antzekoa izan zen, bai gizonezkoengan eta bai emakumezkoengan.

La cantidad de alcohol consumida por las personas grandes bebedoras osciló en los hombres de los 62,5 cc. entre los de nivel más favorecido a los 65,4 cc entre los menos favorecidos. En las mujeres esta cantidad varió de los 41,4 cc. a los 40 cc. respectivamente. Sin embargo, cuando se midieron los cc. de alcohol diario consumido por las personas bebedoras excesivas, entre los hombres los cc. variaron considerablemente de 79,6 a 104,2 y en las mujeres se mantuvo en una cantidad elevada pero sin apenas desigualdades por el nivel socioeconómico (52,3 y 50,7 cc. respectivamente).

Sospecha de alcoholismo

Un 6,9% de los hombres y un 1,7% de las mujeres fueron sospechosos de alcoholismo al responder dos o más preguntas del test CAGE de manera afirmativa. Entre los hombres esa proporción fue mayor en los de 45 a 64 años mientras que entre las mujeres la proporción más elevada se encontró entre las más jóvenes, situación similar a la descrita en las anteriores encuestas de salud.

Por grupos socioeconómicos, la sospecha de alcoholismo fue similar, tanto hombres como en mujeres.

2.1.2. taula / tabla 2.1.2

Alkoholismoaren susmopekoak diren 16 urte eta gehiago duten biztanleak (%), sexua, adina eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población sospechosa de alcoholismo (%) de 16 y más años por sexo, edad y grupo socioeconómico, 2007

Adina Edad	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
16-24	2,7	3,9
25-44	6,3	2,1
45-64	9,5	1,6
>=65	6,0	0,1
Talde sozioekonomikoa		
Grupo socioeconómico		
I-II taldea / Grupo I-II	6,9	1,8
III taldea / Grupo III	5,9	0,9
IV-V taldea / Grupo IV-V	7,0	1,8
Guztira / Total	6,9	1,7

Alkoholaren kontsumoa eta tabakoaren arteko erlazioa

Aipatu beharreko beste alderdi bat da, osasun-erriak ez diren bizitza-ohituren (esaterako: alkoholaren kontsumo ez-moderatua) eta tabakismoaren artean dagoen erlazio sendoa. Beraz, arriskuko

Asociación consumo de alcohol y tabaco

Otro aspecto a destacar es la fuerte relación existente entre hábitos de vida no saludables como el consumo no moderado de alcohol y el tabaquismo. Así, el 43% de las personas bebedoras de riesgo

edaleen (edale handia eta gehiegizko edalea) %43k ohituraz erretzen zuen, eta proportzio hori alkohola zuhurki edaten zuten gainerako pertsonengan baxuagoa izan zen, horietatik %30ak erretzen baitzuen, eta %12a baino ez ziren pertsona abstemioak.

Edari alkoholodunak hartzeari utzi dioten pertsonak

Hamabost egunetan behin baino gutxiagotan edari alkoholodunak edan edo abstemioak direla erantzun zuten pertsonak, euren bizitzan zehar izandako kontsumoari buruz galdetu zitzaizkien. 31.500 gizonezkoak eta 22.500 emakumezkoak erregularitasunez edaten zutela adierazi zuten, baina gaur egun ez zuten edaten edo noiz edo noiz edaten zuten. Dagoeneko alkoholik edaten ez zuten gizonezkoak, batez beste 18,3 urterekin hasi ziren erregularitasunez edaten, eta 38 urterekin kontsumitzeari utzi zioten. Emakumezkoak 18 urterekin hasi ziren, eta edari alkoholodunen kontsumo erregularra gizonezkoek baino arinago (31 urterekin) baztertu zuten.

Edateari utzi zioten gizonezkoen %43k, edari alkoholodunak asteen 4 aldiz edo gehiagotan kontsumitzen zituen. Edari alkoholodunen kontsumoa alde batera utzi zuten emakumezkoen %18ak baino ez zuten asteen 4 aldiz edo gehiagotan edan.

Kontsumitutako alkoholaren kantitatea ezberdina izan zen sexuaren arabera. Gizonezko gehienek edaten zuten bakoitzean bi edari baino gehiago hartzen zituzten, eta %25ak zazpi edari baino gehiago edaten zituen. Emakumezkoen kasuan kantitate horiek txikiagoak izan ziren, %31k edari bat hartzen zuelako eta %38ak bi edo hiru edari hartzen zituelako. Horiek baino kontsumo altuagoak ez ziren maiz gertatzen.

Edari-mota ohikoena ardoa edo garagardoa izaten zen (gizonezkoen %74 eta emakumezkoen %55). Emakumezkoen %18k konbinatuak edaten zituela adierazi zuen.

Honako hauek izan ziren, gizonezkoen kasuan edateari uzteko arrazoi nagusiak: arrazoi medikoak edo osasunarekin zerikusia dutenak (%41,6), behar ez zutelako eta ez zutelako garrantzitsutzat hartzen (%33). Edateari utzi zioten emakumezkoek horrela justifikatu zuten: lehenengo eta behin, behar ez zutelako eta ez zutelako garrantzitsutzat jotzen (%50,4), arrazoi medikoak edo osasunarekin zerikusia dutenak direla-medio (%16), eta ez zitzaileko gustatzen (%8).

(gran bebedor y bebedor excesivo) también fumó habitualmente, proporción que fue menor en el resto de las personas que bebían alcohol de manera moderada, ya que de éstas fumaron el 30%, y sólo el 12% de las personas abstemias.

Personas que han dejado de tomar bebidas alcohólicas

A las personas que contestaron que habían consumido bebidas alcohólicas con una frecuencia inferior a una vez en quince días hasta las abstemias, se les preguntó sobre su consumo a lo largo de su vida. Hubo 31.500 hombres y 22.500 mujeres que manifestaron haber bebido con regularidad pero no hacerlo o hacerlo ocasionalmente en la actualidad. Los hombres que ya no bebían alcohol, empezaron a beber con regularidad a los 18,3 años de media y abandonaron el consumo a los 38 años. Las mujeres empezaron a los 18 años y dejaron el consumo regular de bebidas alcohólicas antes que los hombres, a los 31 años.

El 43% de los hombres que habían dejado de beber, consumían bebidas alcohólicas con una frecuencia de cuatro o más veces por semana. De las mujeres que habían abandonado el consumo de bebidas alcohólicas sólo el 18% había bebido cuatro o más veces a la semana.

La cantidad de alcohol consumida también varió según el sexo. La mayoría de los hombres superaba las dos consumiciones en cada ocasión que bebían e incluso un 25% bebía más de siete consumiciones. En las mujeres esas cantidades fueron menores, ya que el 31% tomaba una consumición y otro 38% dos o tres consumiciones. Los consumos mayores eran poco frecuentes.

El tipo de bebida más habitual era el vino o la cerveza (74% en los hombres y 55% en las mujeres). Un 18% de las mujeres afirmó tomar combinados.

Las razones principales por las que los hombres dejaron de beber fueron razones médicas o de salud (41,6%) y porque no lo necesitaban, ni lo consideraban importante (33%). Las mujeres que dejaron de beber lo justificaron, en primer lugar, porque no lo necesitaban, ni lo consideraban importante (50,4%), por razones médicas o de salud (16%) y porque no les gustaba (8%).

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Azken hamar urteetan, gizonezkoengan alkohola-ren ohiko kontsumoan beherakada txiki bat nabaritu da; emakumezkoengan, berriz, kontsumoa egonkortu egin da (2.1.7. irudia).

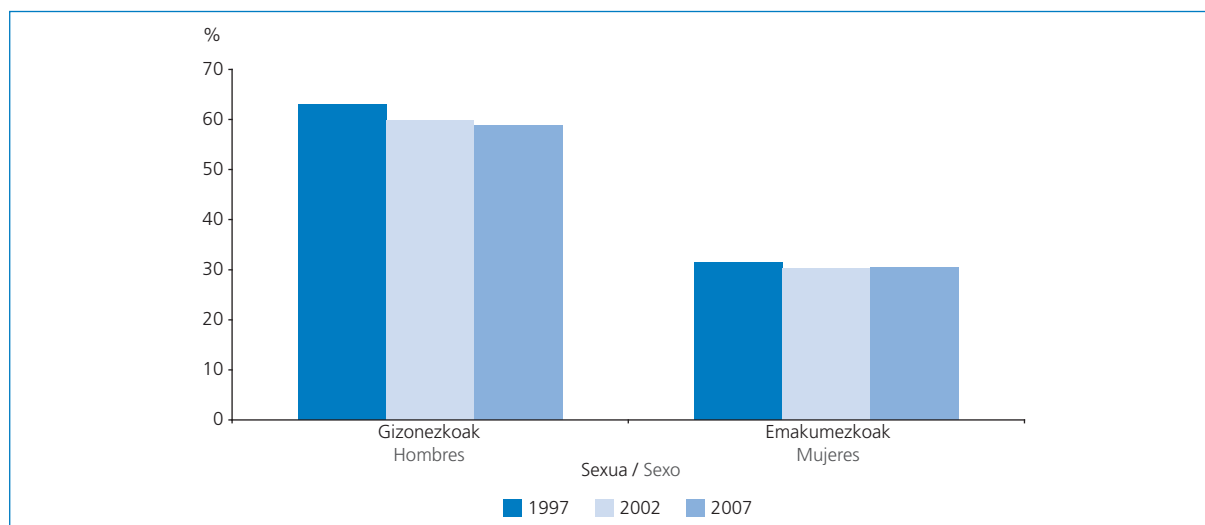
EVOLUCIÓN DESDE 1997

En los últimos diez años, se ha apreciado un pequeño descenso del consumo habitual de alcohol en los hombres mientras que se ha estabilizado en las mujeres (Figura 2.1.7.).

2.1.7. irudia / figura 2.1.7

Ohiko edaleak (% adinaren arabera estandarizaturik), sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Población bebedora habitual (% estandarizado por edad) por sexo, 1997-2007



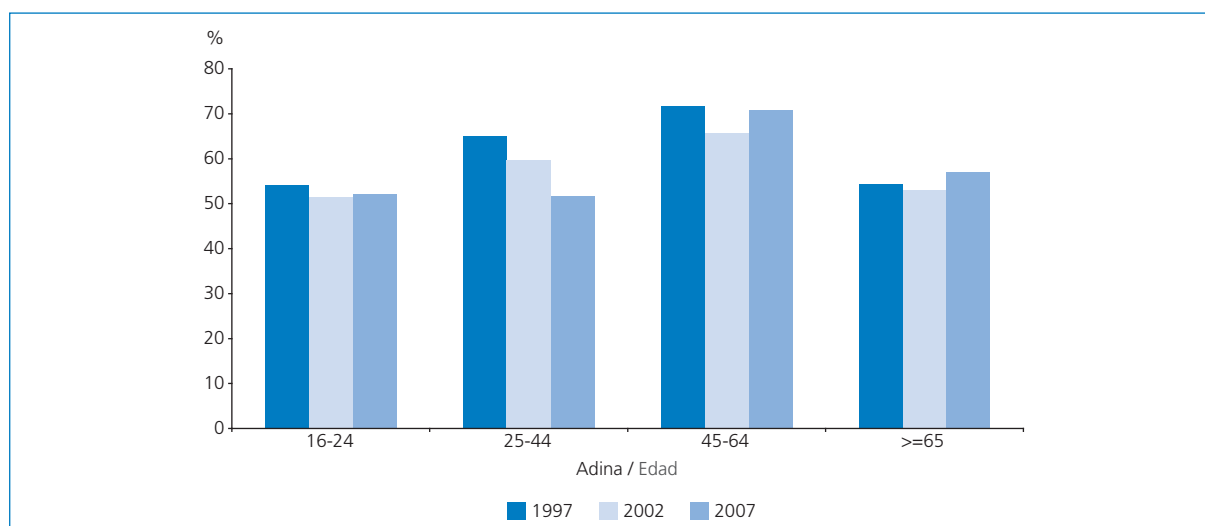
Ohiko edaleak diren gizonezkoen proportzioak nabarmen egin du behera 25 urtetik 44 urtera arteko adin-taldean, gazteenen artean egonkortu egin da, eta gora egin du 45 urtetik gorakoetan (2.1.8. irudia).

La proporción de hombres bebedores habituales ha descendido de forma relevante en el grupo de edad de 25 a 44 años, estabilizándose en los más jóvenes e incrementándose en los mayores de 45 años (Figura 2.1.8).

2.1.8. irudia / figura 2.1.8

Ohiko edaleak diren gizonezkoak (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 1997-2007

Hombres bebedores habituales (%) por grupos de edad, 1997-2007

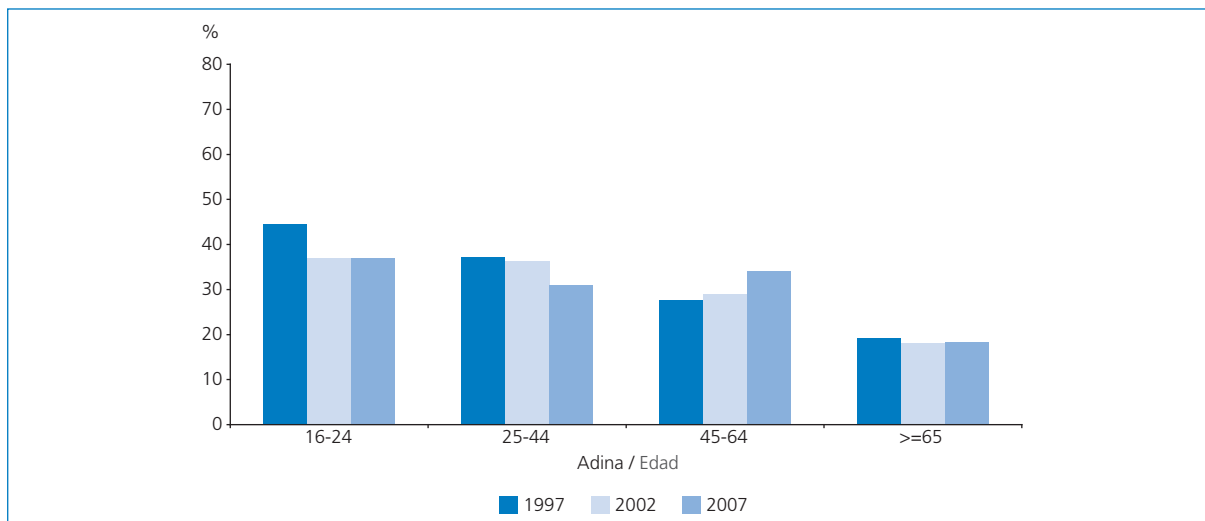


Emakumezkoen kasuan, 25 urtetik 44 urtera arteko ohiko edaleen proportzioak ere behera egin du, gazteenen artean eta nagusiagoak direnen artean mantendu egin da, eta gora egin du 45 urtetik 64 urtera artekoengan.

En las mujeres la proporción de bebedoras habituales de 25 a 44 años también ha descendido, mientras que se ha mantenido entre las más jóvenes y las de mayor edad, y se ha incrementado en las de 45 a 64 años.

2.1.9. irudia / figura 2.1.9

Ohiko edaleak diren emakumezkoak (%), adin-taldeak kontuan hartuta. 1997-2007
Mujeres bebedoras habituales (%) por grupos de edad, 1997-2007



Alkoholaren kontsumoa, asteko eguna kontuan hartuta

Azken bost urteetan, asteko egunaren arabera kontsumoan aldaketa oso handia gertatu dela nabaritu da. 2002an, edari alkoholodunak astegunean

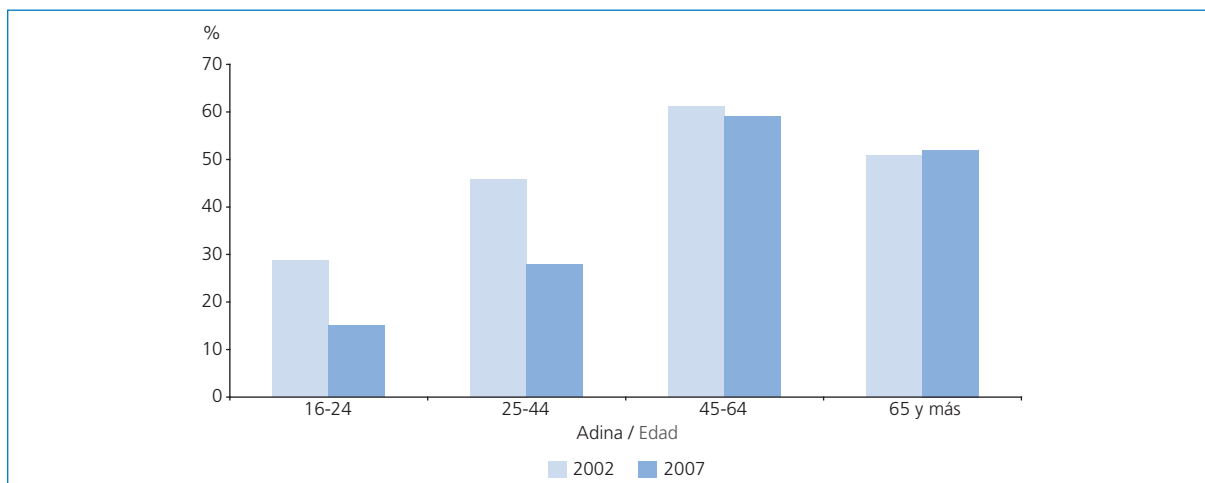
Consumo de alcohol según día de la semana

En los últimos cinco años se ha apreciado un cambio muy notable en el consumo según el día de la semana. En 2002 la proporción de hombres de 16

2.1.10. irudia / figura 2.1.10

Alkohola lanegunetan ohituraz kontsumitzen duten 16 urte eta gehiago duten gizonezkoak (%), adina kontuan hartuta, 2002-2007

Hombres de 16 y más años (%) que consumen habitualmente alcohol en día laboral por edad, 2002-2007



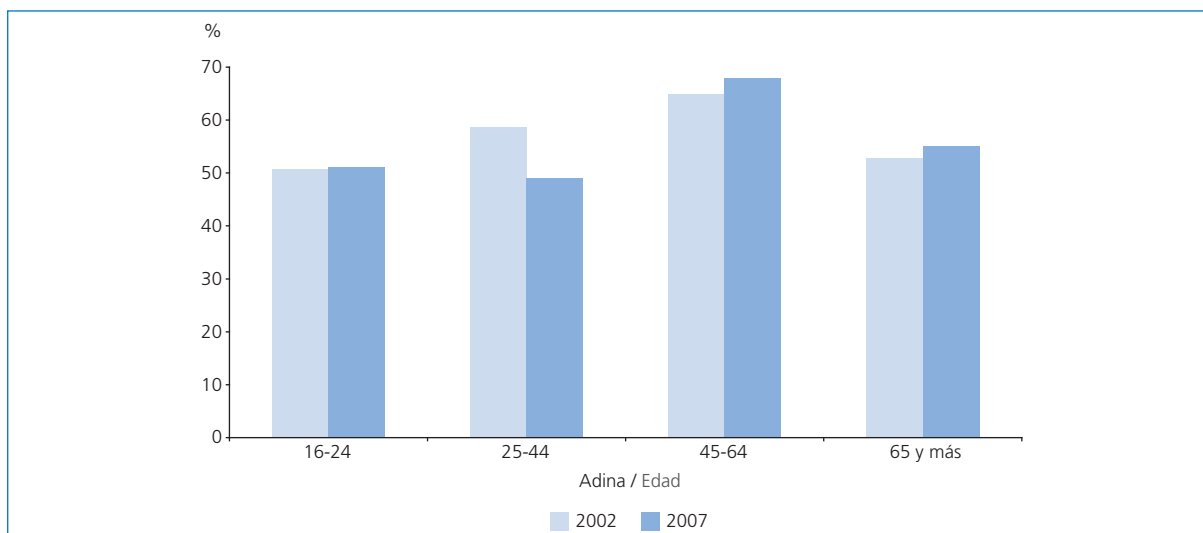
hartzen zituen 16 urtetik 44 urtera arteko gizonezkoen proportzioa, 2007. urtean baino ia bikoitza zen. Adin hori gaingitu zutenen artean, kontsumoa egonkor mantendu da. Asteburuetan ere, 25 urtetik 44 urtera arteko gizonezkoen artean kontsumoak behera egin duela antzeman da; baina gainerako adinetan, alkoholaren kontsumo mantendu egin da, edo pixka bat gora egin du.

a 44 años que tomaba bebidas alcohólicas en día laboral era prácticamente el doble que en 2007. En los que superaron esta edad el consumo se ha mantenido estable. En los fines de semana también se ha notado un descenso en el consumo entre los hombres de 25 a 44 años mientras que, en el resto de las edades, el consumo de alcohol se ha mantenido o ha aumentado levemente.

2.1.11. irudia / figura 2.1.11

Alkohola asteburuan ohituraz kontsumitzen duten 16 urte eta gehiago duten gizonezkoak (%), adina kontuan hartuta, 2002-2007

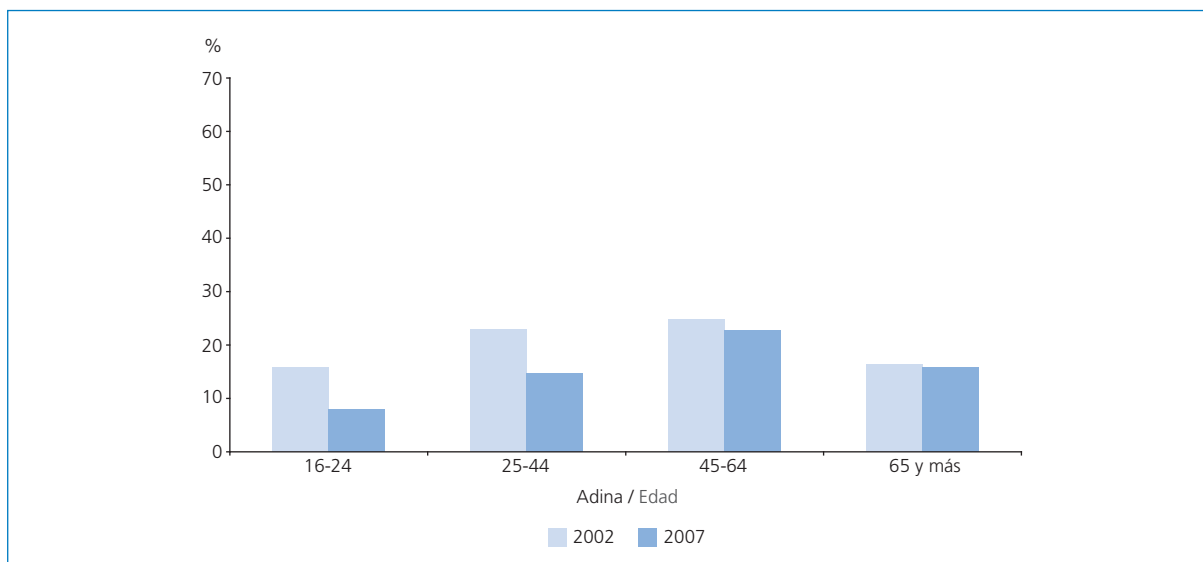
Hombres de 16 y más años (%) que consumen habitualmente alcohol en fin de semana por edad, 2002-2007



2.1.12. irudia / figura 2.1.12

Alkohola lanegunetan ohituraz kontsumitzen duten 16 urte eta gehiago duten emakumezkoak (%), adina kontuan hartuta, 2002-2007

Mujeres de 16 y más años (%) que consumen habitualmente alcohol en día laboral por edad, 2002-2007



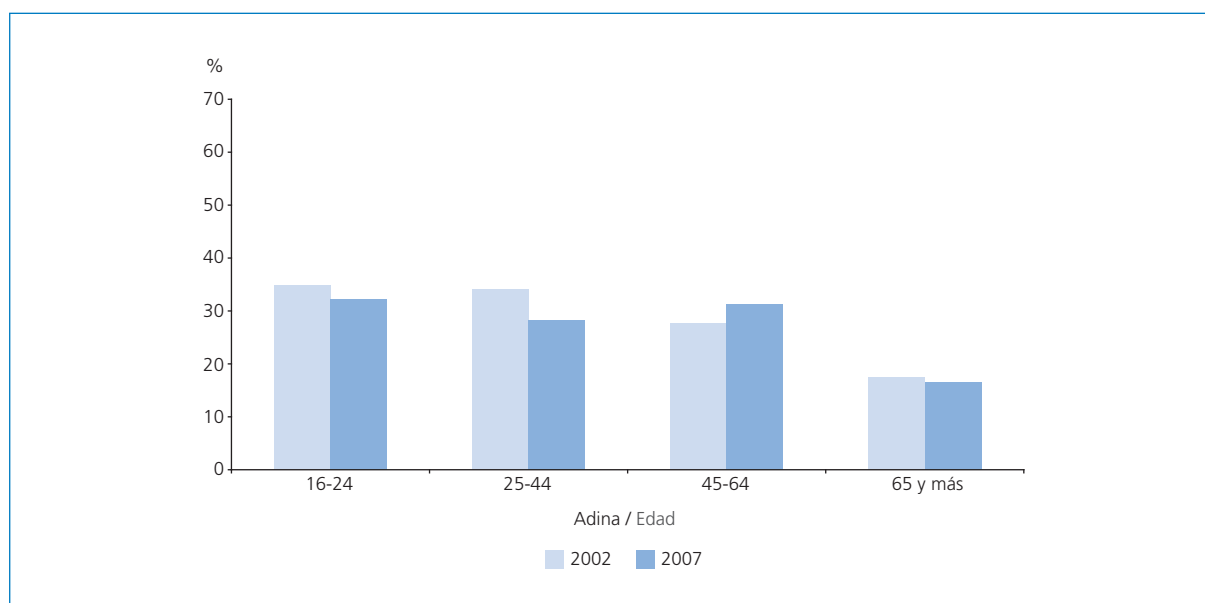
Astegunetan alkohola edaten zuten 44 urtetik beherako emakumezkoen proportzioak ere nabariki behera egin zuen. Adin horretatik aurrera, kontsumoan ez zen aldaketarik egon. Asteburuetak alkoholen kontsumoa ere gutxitu egin zen gazteen artean, eta gora egin zuen 45 urtetik 64 urtera artekoengan.

La proporción de mujeres de menos de 44 años que bebía alcohol los días laborales también disminuyó de forma considerable. A partir de esta edad no hubo cambios en el consumo. El consumo de alcohol durante los fines de semana también se redujo entre las más jóvenes y aumentó en las de 45 a 64 años.

2.1.13. irudia / figura 2.1.13

Alkohola asteburuan ohituraz kontsumitzen duten 16 urte eta gehiago duten emakumezkoak (%), adina kontuan hartuta, 2002-2007

Mujeres de 16 y más años (%) que consumen habitualmente alcohol en fin de semana por edad, 2002-2007



Edari alkoholdunen ohiko kontsumoaren hasierako adina

Edari alkoholdunak ohituraz kontsumitzen hasitako adinari dagokionez, aurreko inkestarekin alderatuta, hauxe nabaritu da: gizonezkoengan egonkortze bat gertatu da (18,4 urte 2002an eta 18,6 urte 2007an), eta emakumezkoengan atzerapena (19,8 eta 20,8 urte, hurrenez hurren). 16 urterekin ohiko edaleak ziren pertsonen proportzioari dagokionez, gizonezkoengan %27,3tik %25,2ra jaitsi zen, eta emakumezkoen kasuan %18tik %20,3ra igo zen, azken bost urte hauetan.

Edad de inicio de consumo habitual de bebidas alcohólicas

En cuanto a la edad de inicio en el consumo habitual de bebidas alcohólicas, en los hombres se ha apreciado una estabilización desde la anterior encuesta (18,4 años en 2002 y 18,6 años en 2007) y un retraso en la de las mujeres (19,8 y 20,8 años respectivamente). En cuanto a la proporción de personas bebedoras habituales a los 16 años, disminuyó en los hombres de 27,3% a 25,2% y aumentó en las mujeres de 18% a 20,3% en estos cinco últimos años.

Alcoholismo-susmoa

Azken urteetan ez da aldatu, CAGE testaren arabera alkoholismoaren susmopekoak diren pertsonen proportzioa.

Sospecha de alcoholismo

En los últimos años no ha variado la proporción de personas sospechosas de alcoholismo según el test CAGE.

Arriskuko edaleak (edale handiak eta gehiegizko edaleak)

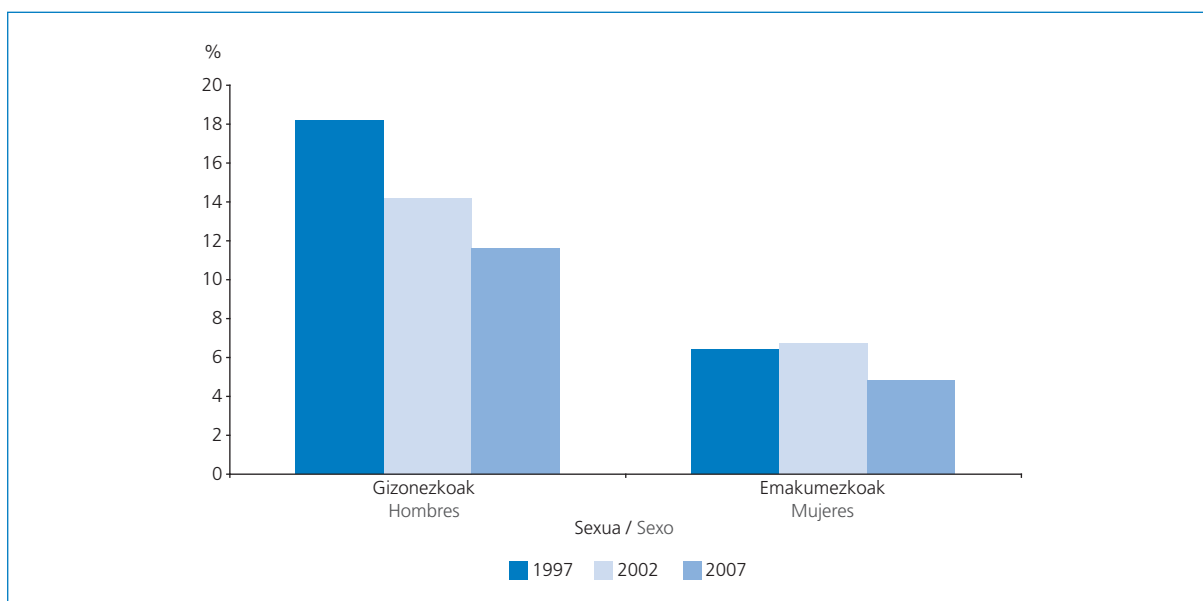
Azken hamar urteetan, arriskuko edaleak diren gizonezkoen proportzioa murriztu egin da. Emakumezkoen kasuan ere joera hori nabaritu zen, hain nabarmena ez izan arren.

Personas bebedoras de riesgo (grandes bebedores y bebedores excesivos)

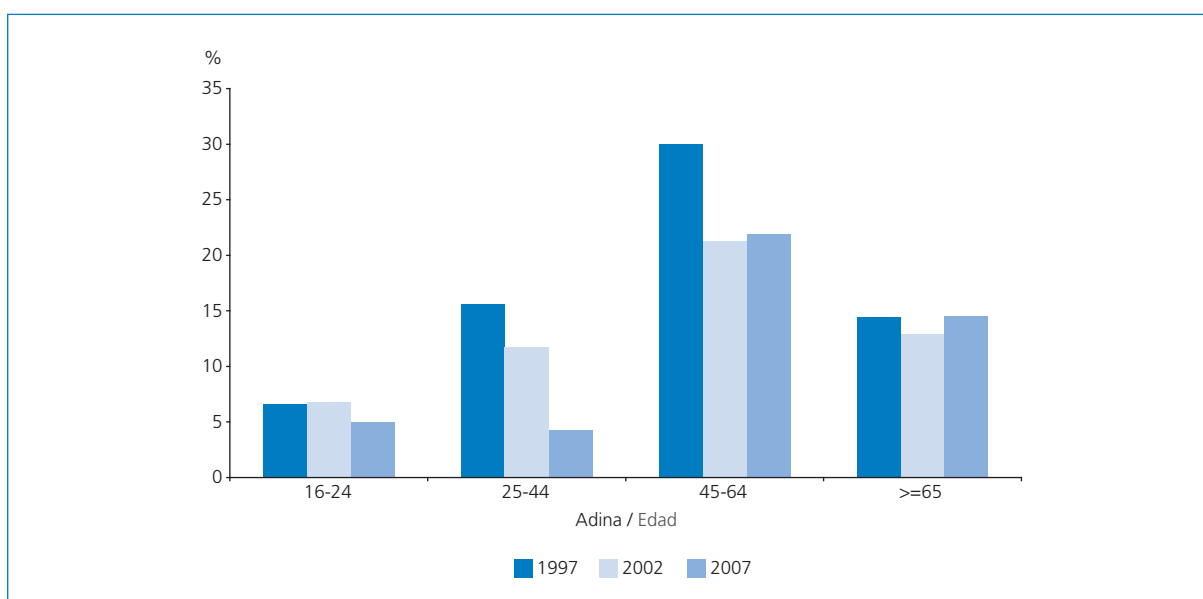
En los últimos diez años, se ha reducido la proporción de hombres bebedores de riesgo. En las mujeres también se notó esta tendencia aunque de forma menos acusada.

2.1.14. irudia / figura 2.1.14

Arriskuko edaleak (% adinaren arabera estandarizatua), sexua kontuan hartuta, 1997-2007
Población bebedora de riesgo (% estandarizado por edad) por sexo, 1997-2007

**2.1.15. irudia / figura 2.1.15**

Arriskuko edaleak diren gizonezkoak (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007
Hombres bebedores de riesgo (%) por edad, 1997-2007

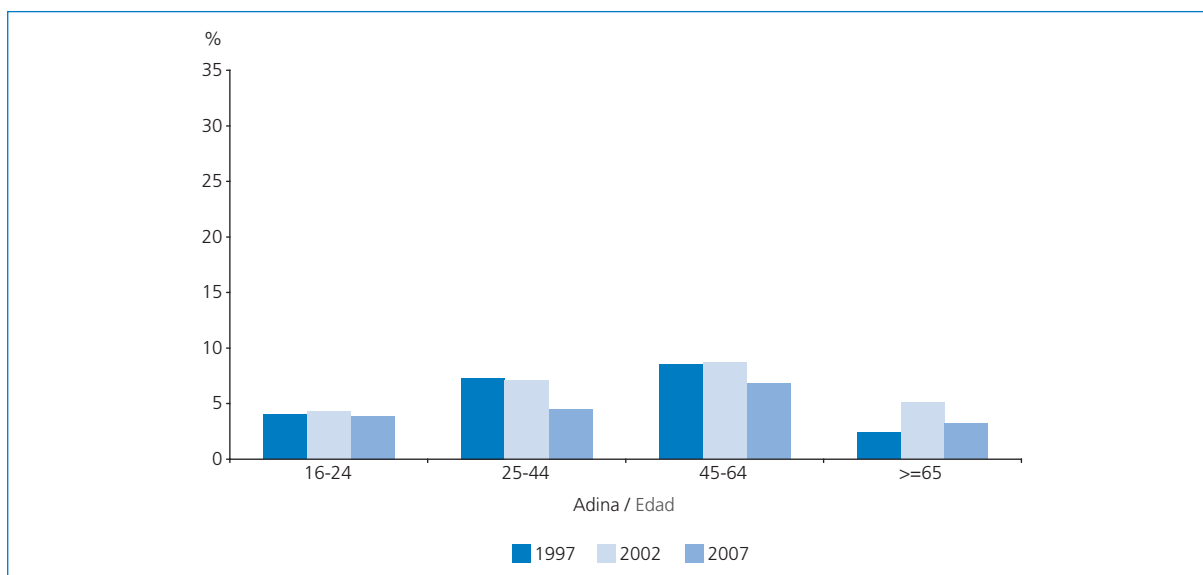


Gizonezkoen kasuan, arriskuko edaleen beherakada edo egonkortzea adin-talde guztietan gertatu da eta, bereziki, 45 urtetik beherakoengan. 45 urtetik gorako biztanleengan proportzio hori, 2002. urteaz geroztik, egonkortu egin da. Emakumezkoengan, arriskuko edaleen beherakada adin guztietan nabaritu zen, gazteenen kasuan izan ezik.

En los hombres, el descenso o estabilización de los bebedores de riesgo se ha dado en todos los grupos de edad y especialmente en los menores de 45 años. En la población mayor de 45 años esta proporción se ha estabilizado desde 2002. En las mujeres, el descenso de bebedoras de riesgo se apreció en todas las edades a excepción de las más jóvenes.

2.1.16. irudia / figura 2.1.16

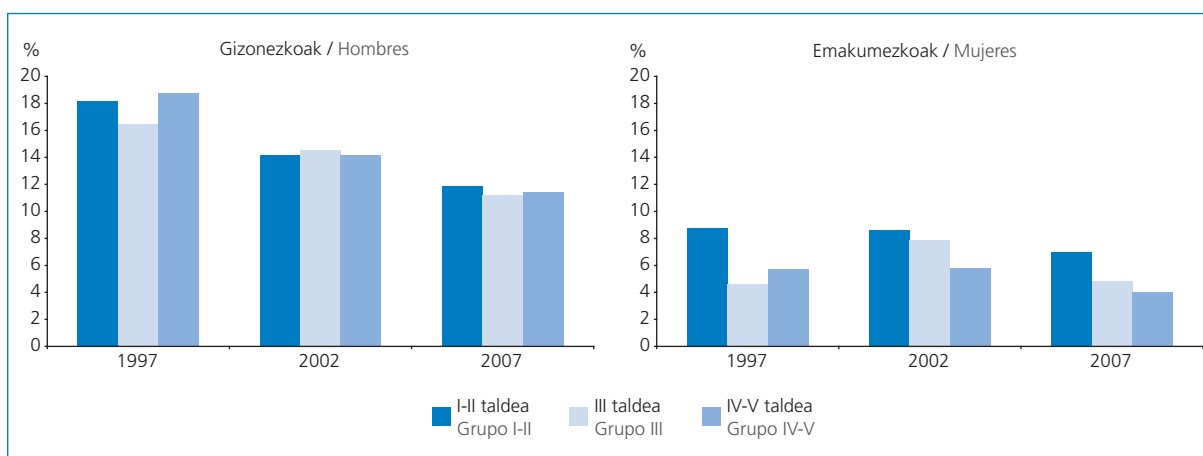
Arriskuko edaleak diren emakumezkoak (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007
Mujeres bebedoras de riesgo (%) por edad, 1997-2007



2.1.17. irudia / figura 2.1.17

Arriskuko edaleak (% adinaren arabera estandarizatu), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Población bebedora de riesgo (% estandarizado por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



1997an gizonetzkoengan ezberdintasun sozioekonomikoak zeuden alkoholaren arriskuko kontsumoan, egoera txarragoan zeuden taldeetan

Si en 1997 en los hombres existían diferencias socioeconómicas en el consumo de alcohol de riesgo con una mayor proporción de bebedores de riesgo

arriskuko edaleen proportzioa handiagoa zelako. 2007. urtean, ordea, ez zen desberdintasun esanguratsurik nabaritu. Hala ere, emakumezkoen kasuan talde sozialaren arabera desberdintasunak mantendu egin ziren, egoera hobetoagoan zeuden talde sozialetako emakumezkoak arriskuko edaleen proportzio handiagoa agertu baitzuten.

en los grupos más desfavorecidos, en 2007 no se apreciaron diferencias significativas. Sin embargo, en las mujeres se mantuvieron las diferencias en relación al grupo social ya que las mujeres que pertenecían a los grupos sociales más favorecidos presentaron una mayor proporción de bebedoras de riesgo.

2.2 TABAKOAREN KONTSUMOA CONSUMO DE TABACO

DEFINIZIOA

Tabakoaren kontsumoa, gaixotasun eta heriotzaren arrisku-faktore garrantzitsu bat da. 2007. urtean, EAEn hildako gizonezkoen %23 eta hildako emakumezkoen %3 tabakoaren kontsumoari egotzi zitzaizkion. Aintzat hartzen da sarritan erretzen duten pertsonen erdia tabakoaren ondorioz hiltzen dela, haietako %75a, 35 eta 64 urte artean; eta gainerakoak zaharragoak direnean. Bestalde, gaixotu baino lehen erretzeari uzten dioten pertsonen, heriotza-arrisku gehienak saihestea lortzen dute.

DEFINICIÓN

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte. En 2007 en la CAPV el 23% de los fallecimientos de los hombres y el 3% de los de las mujeres fueron atribuibles al consumo de tabaco. Se estima que la mitad de las personas que fuman habitualmente mueren a causa del tabaco, el 75% de ellas entre los 35 y 64 años de edad, y las restantes a edad más avanzada. Por otra parte, las personas que dejan de fumar antes de caer enfermas consiguen evitar la mayoría de los riesgos de muerte.

OSASUN INKESTA 2007

2007. urtean, gizonezkoen %29k eta emakumezkoen %21ak sarritan erretzen zuten. Gizonezkoen %45a eta emakumezkoen %63a ez-erretzaileak ziren. Erretzaile ohien proportzioa gizonezkoengan emakumezkoengan baino altuagoa zen (2.2.1. irudia).

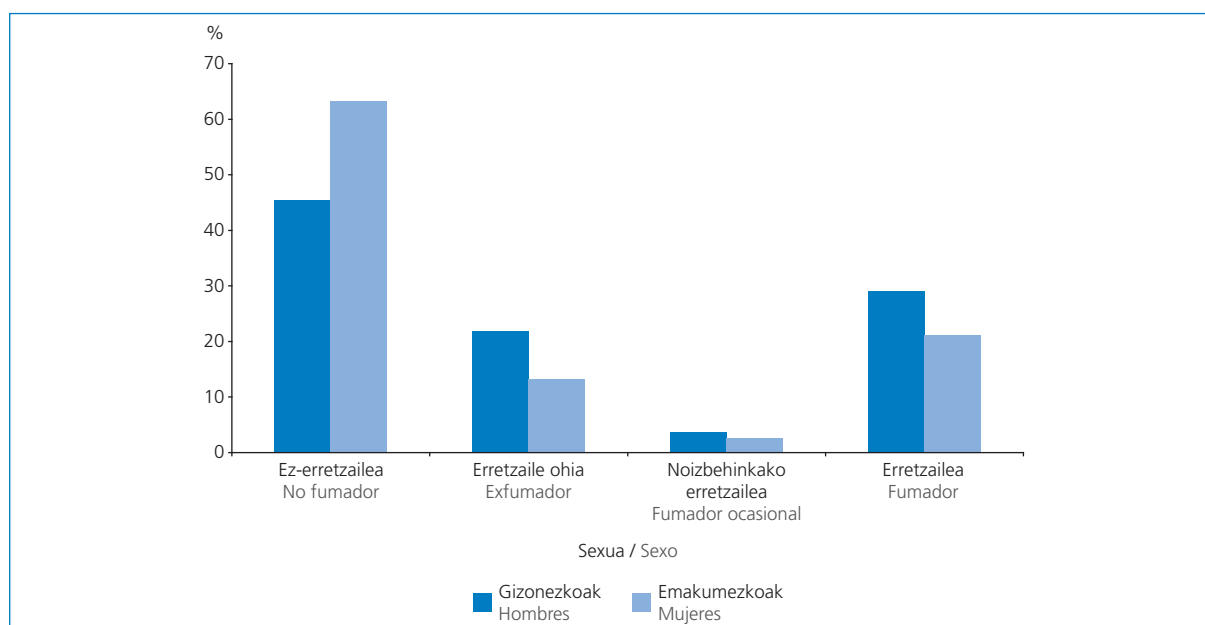
ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007, el 29% de los hombres y el 21% de las mujeres fumaban habitualmente. El 45% de los hombres y el 63% de las mujeres eran no fumadores. La proporción de ex fumadores era más alta en los hombres que en las mujeres (Figura 2.2.1).

2.2.1. irudia / figura 2.2.1

16 urte eta gehiago duten biztanleen proportzioa (%), tabakoaren kontsumoaren arabera eta sexua kontuan hartuta, 2007

Proporción (%) de población de 16 y más años según el consumo de tabaco por sexo, 2007



Erretzaileen proportzioak 25 urtetik 44 urtera arteko taldean maximo bat lortzen zuen, eta adin horretatik aurrera behera egiten zuen 65 urtetik goragoko biztanlerian, eta bereziki adin horretako emakumezkoen artean, prebalentziarik baxuenetara iritsi arte. Adin-talde guztietan, gizonezko erretzaileen proportzioa emakumezkoena baino altua goa zen, gazteagoak zirenen kasuan (16 urtetik 24 urtera artekoa) izan ezik, non emakumezkoek gizonezkoek baino gehiago erretzen zuten. Nabaritu behar da, lehenengo aldiz, tabakoaren kontsumoaren prebalentzia emakumezkoengan gizonezkoengan baino handiagoa dela adin-talde batzuetan (2.2.2. irudia eta 2.2.1. taula).

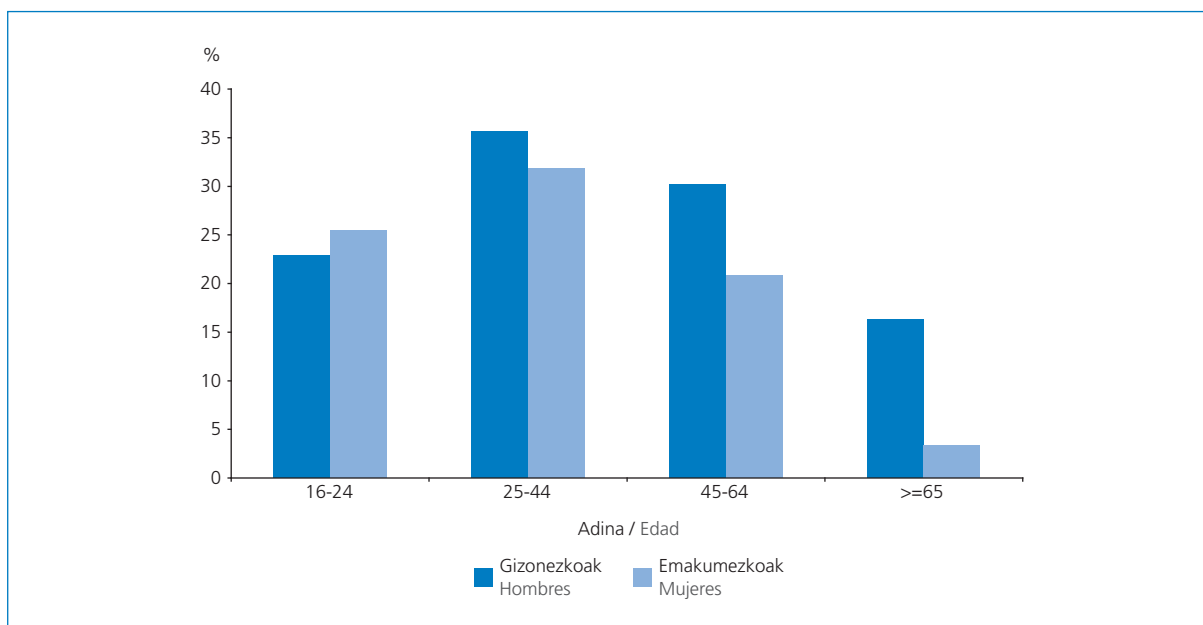
Erretzeari utzi dioten gizonezkoen proportziorik altuenak 45 urtetik gorakoan artean aurkitzen dira, eta 65 urte eta gehiago dituzten gizonezkoen %38,6a erretzaile ohiak dira. Emakumezkoengan, erretzeari uztea arinago hasten da: 25 urtetik aurrera, erretzaile ohiaren proportzio altua hauteman zen (2.2.1. taula).

La proporción de personas fumadoras alcanzaba un máximo en el grupo de 25 a 44 años, edad a partir de la cual disminuía hasta alcanzar las prevalencias más bajas en la población mayor de 65 años, y especialmente entre las mujeres de esta edad. En todos los grupos de edad, la proporción de hombres fumadores era más elevada que la de mujeres, a excepción de la población más joven, de 16 a 24 años, en que las mujeres fumaban más que los hombres. Es de notar que, por primera vez, la prevalencia de consumo de tabaco es mayor en las mujeres que en los hombres en algún grupo de edad (Figura 2.2.2 y Tabla 2.2.1).

Las proporciones más altas de hombres que han dejado de fumar se encuentran en edades que superan los 45 años, siendo el 38,6% de los hombres de 65 y más años ex fumadores. En las mujeres, el abandono empieza antes: a partir de los 25 años se apreció una proporción alta de ex fumadoras (Tabla 2.2.1).

2.2.2. irudia / figura 2.2.2

16 urte eta gehiago duten erretzaileen proportzioa (%), adina eta sexua kontuan hartuta, 2007
Proporción (%) de población fumadora de 16 y más años según la edad y el sexo, 2007



Tabakoaren kontsumoan dauden desberdintasun sozioekonomikoei dagokienez, maila sozioekonomikoaren eta tabakoaren kontsumoaren arteko mailaz mailako erlazio bat nabaritu zen; beraz, tabakoaren kontsumoa handiagoa zen maila sozioekonomikoak behera egin ahala: hortaz, egoera txarragoko talde sozialean zeuden gizonezkoen %31 ohiko erretzailea zen, eta egoera hobeagoko

En lo que respecta a las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, se observó una relación gradual entre el nivel socioeconómico y el consumo de tabaco, de manera que el consumo de tabaco era mayor al descender en el nivel socioeconómico: así el 31% de los hombres que pertenecen al grupo social más desfavorecido era fumador habitual frente al 23% de los del grupo social más

2.2.1. taula / tabla 2.2.1

Tabakoaren kontsumoaren arabera biztanleriaren banaketa (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) de la población según el consumo de tabaco por sexo y edad, 2007

		Ez du inoiz erre Nunca ha fumado	Erretzaile ohia Ex-Fumador	Noizbehinkakoa Ocasional	Erretzailea Fumador	GUZTIRA TOTAL	Biztanleria estimatu Población estimada
Gizona Hombre	16-24	68,9	3,4	4,8	22,9	100,0	100.953
	25-44	48,4	11,8	4,2	35,6	100,0	354.233
	45-64	35,0	31,9	3,0	30,2	100,0	276.947
	>=65	42,2	38,6	2,9	16,3	100,0	156.577
	Guztira / Total	45,4	21,8	3,7	29,1	100,0	888.710
Emakumea Mujer	16-24	67,6	3,5	3,4	25,5	100,0	96.662
	25-44	46,7	17,2	4,3	31,8	100,0	340.289
	45-64	59,0	18,1	2,1	20,8	100,0	285.561
	>=65	91,7	4,8	0,2	3,3	100,0	222.174
	Guztira / Total	63,2	13,2	2,6	21,1	100,0	944.686

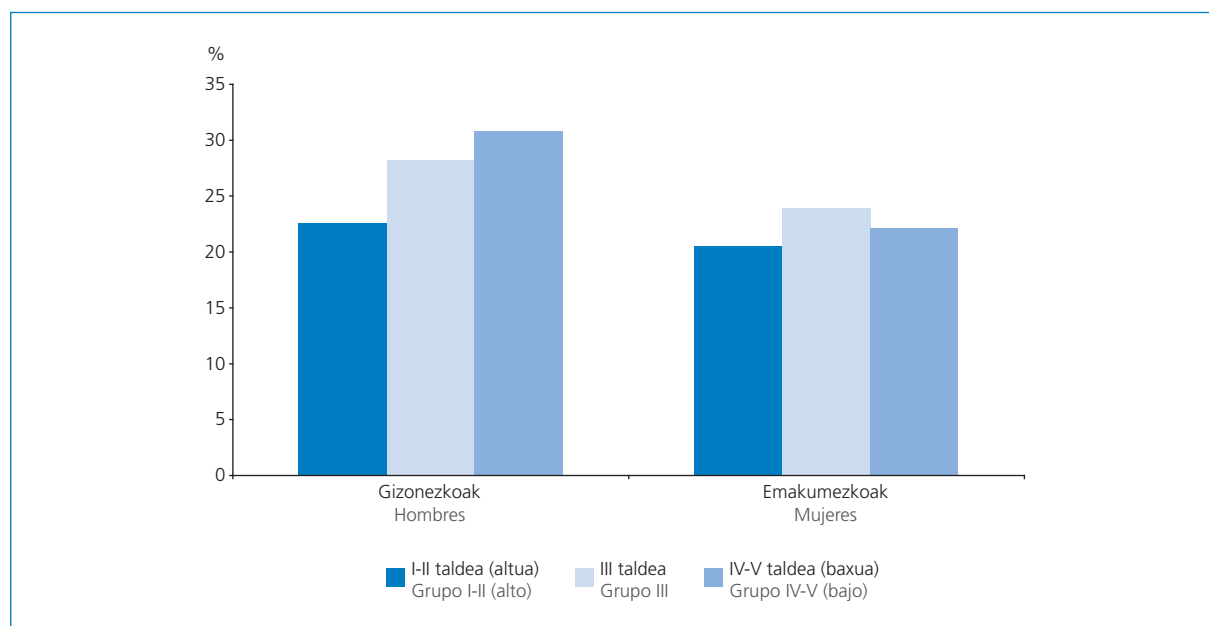
talde sozialean zeuden %23 ohiko erretzaileak zen. Emakumezkoen kasuan erdia ez dago hain markatua, nahiz eta egoera txarragoko taldeetan kontsumoaren maiztasuna handiagoa dela nabaritu (2.2.3. irudia).

favorecido; en las mujeres aparece un patrón menos marcado, si bien también se observa una mayor frecuencia de consumo en los grupos más desfavorecidos (Figura 2.2.3).

2.2.3. irudia / figura 2.2.3

Erretzaileen proportzioa (adinen arabera estandarizatu %), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Proporción (% estandarizada por edad) de población fumadora por sexo y grupo socioeconómico, 2007



Heziketa-mailaren arabera tabakoaren kontsumoan dauden desberdintasunak nabarmenagoak izan ziren. Maila sozioekonomikoarekin

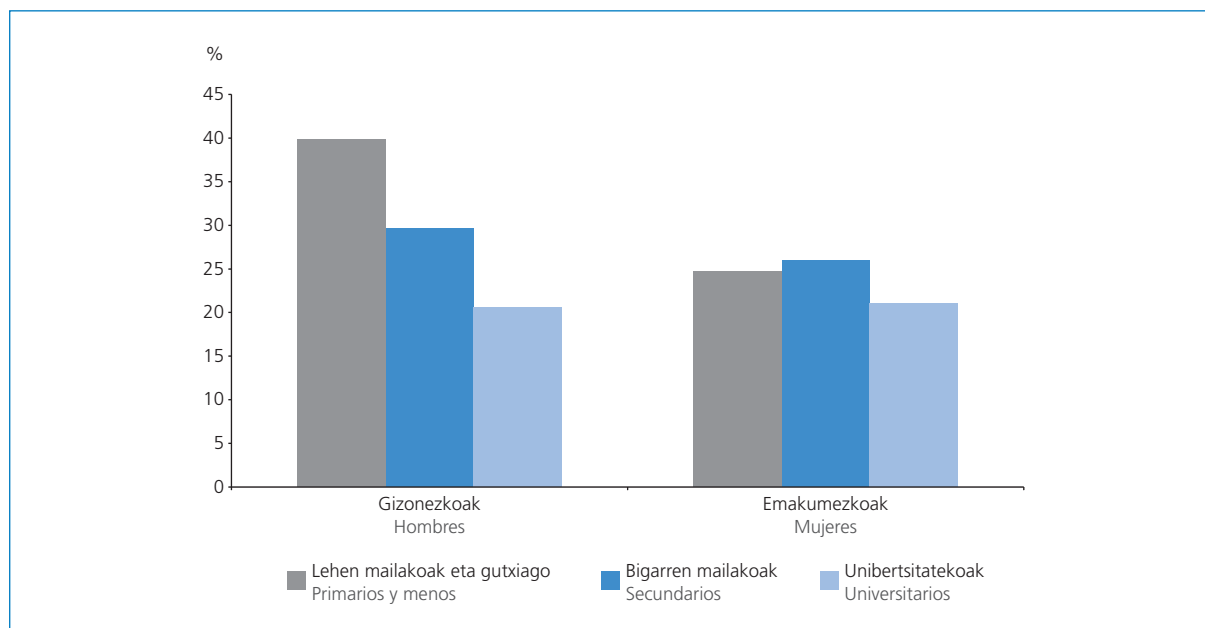
Las desigualdades en el consumo de tabaco por nivel de instrucción fueron más acusadas. Al igual que ocurría con el nivel socioeconómico, a mayor

gertatzen zen bezala, zenbat eta hezkuntza-maila altuagoan egon (egoera hobea), orduan eta baxuagoa zen tabakoaren kontsumoa. 2007. urtean, gizonezkoengan heziketa-maila baxuagoa zen heinean tabakismoa sarriagoa izaten zen; eta emakumezkoengan eredu berbera eman zen, baina ez hain nabaria. Lehen mailako ikasketak edo beharagokoak zituzten gizonezkoen %40 erretzailea zen. Hala ere, proportzio hori %21era murriztu egin zen unibertsitateko ikasketak zituztenen kasuan. Emakumezkoen kasuan, lehen mailako ikasketak zituztenen %25a eta unibertsitateko ikasketak zituzten %21a erretzaileak ziren. Unibertsitateko ikasleak ziren gizonezko eta emakumezkoen artean ez zegoen desberdintasunik tabakoaren kontsumoan (21%), baina gainerako ikasketak-mailetan tabakismoa emakumezkoengan gizonezkoengan baino baxuagoa izan zen (2.2.4. irudia).

nivel educativo (más favorecido) el consumo de tabaco fue menor. En 2007, en los hombres a medida que el nivel de instrucción era más bajo el tabaquismo fue más frecuente; en las mujeres se dio el mismo patrón pero menos acusado. El 40% de los hombres con estudios primarios o inferiores era fumador. Sin embargo, esta proporción se redujo al 21% en los que tenían estudios universitarios. En las mujeres, el 25% de las que tenían estudios primarios y el 21% de las universitarias eran fumadoras. Entre los hombres y mujeres universitarias no existían diferencias en el consumo de tabaco (21%), mientras que en el resto de los niveles de estudios el tabaquismo en las mujeres fue inferior al de los hombres (Figura 2.2.4).

2.2.4. irudia / figura 2.2.4

Erretzaileen proportzioa (adinaren arabera estandarizaturik %), sexua eta heziketa-maila kontuan hartuta, 2007
Proporción (% estandarizada por edad) de población fumadora por sexo y nivel de instrucción, 2007.

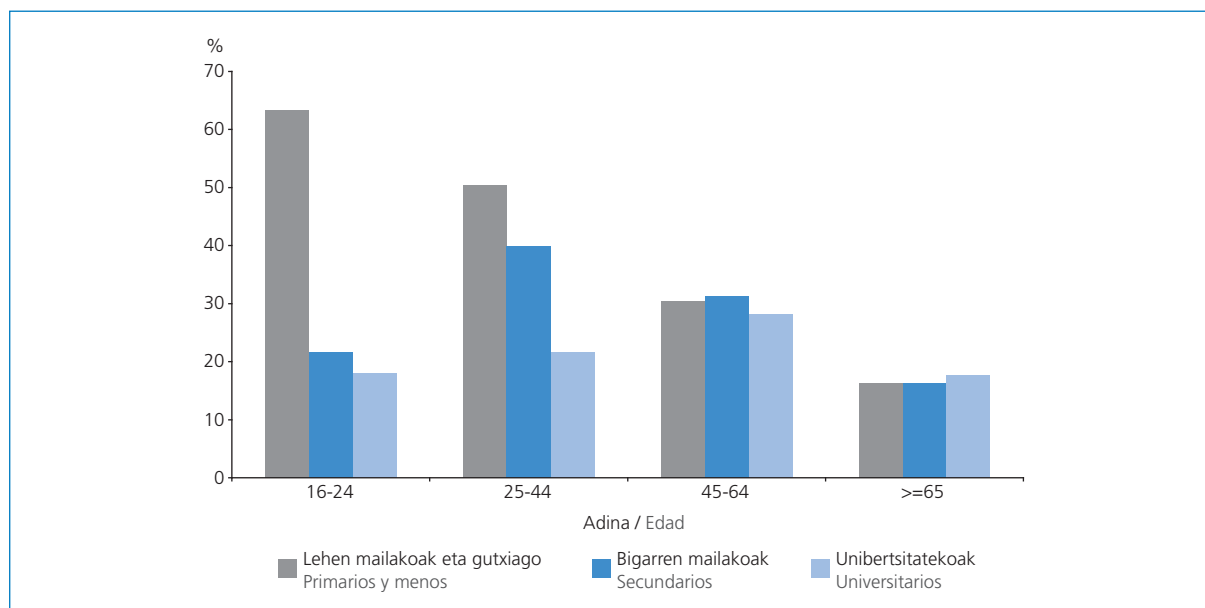


Heziketa-mailaren arabera, gizonezkoen artean tabakismoaren prebalentzia desberdintasunik nabariena 44 urtetik beharagoan errepertatu ziren, lehen mailako ikasketak edo gutxiago zituzten 16 urtetik 24 urtera arteko gazteen %63a ohiko erretzaileak baitziren, eta %18 unibertsitateko ikasleak. 45 urtetik aurrera desberdintasunak behera egin zuten, 45 urtetik 64 urtera arteko gizonezkoen %30ak erretzen zuelako beren hezkuntza-maila edozein izanik ere (2.2.5. irudia).

Según el nivel de instrucción, entre los hombres las desigualdades más acusadas en la prevalencia de tabaquismo se apreciaron en menores de 44 años, ya que el 63% de los jóvenes de 16 a 24 años con estudios primarios o menos eran fumadores habituales frente a un 18% en los universitarios. A partir de los 45 años las desigualdades disminuyeron, ya que el 30% de los hombres de 45 a 64 años fumaban independientemente del nivel educativo que tuvieran (Figura 2.2.5).

2.2.5. irudia / figura 2.2.5

Gizonezko erretzaileen proportzioa (%), adina eta heziketa-maila kontuan hartuta, 2007
Proporción (%) de hombres fumadores por edad y nivel de instrucción, 2007.



Emakumezkoengan, adin-taldean arabera eredu sozioekonomikoa ezberdina eta oso adierazgarria zen. 45 urtetik goragokoen artean, tabakismoaren prebalentzia altuagoa izan zen bigarren mailako ikasketak eta goi-mailakoak zituzten emakumezkoengan, eta gazteagoak diren artean, eredu alderantziz hasi da. Hortaz, 25 urtetik 44 urtera artekoetan, unibertsitateko ikasleek tabakoaren kontsumoa gainerakoena baino askoz baxuagoa izan zen, nahiz eta bigarren mailako ikasketak zituztenek lehen mailakoak zituztenek baino zertxobait gehiago erre. Adin gazteagoetan, ikasketak gutxiago zituzten emakumeek gainerakoek baino argiago gehiago erretzen zuten, eta eredu hori gizonezkoen ereduaren antza hartzen ari da. Ikasketak-mailarekin dagoen erlazio hori, tabakismoa kontrolatzeko programak bideratzeko oso garrantzitsua da (2.2.6. irudia).

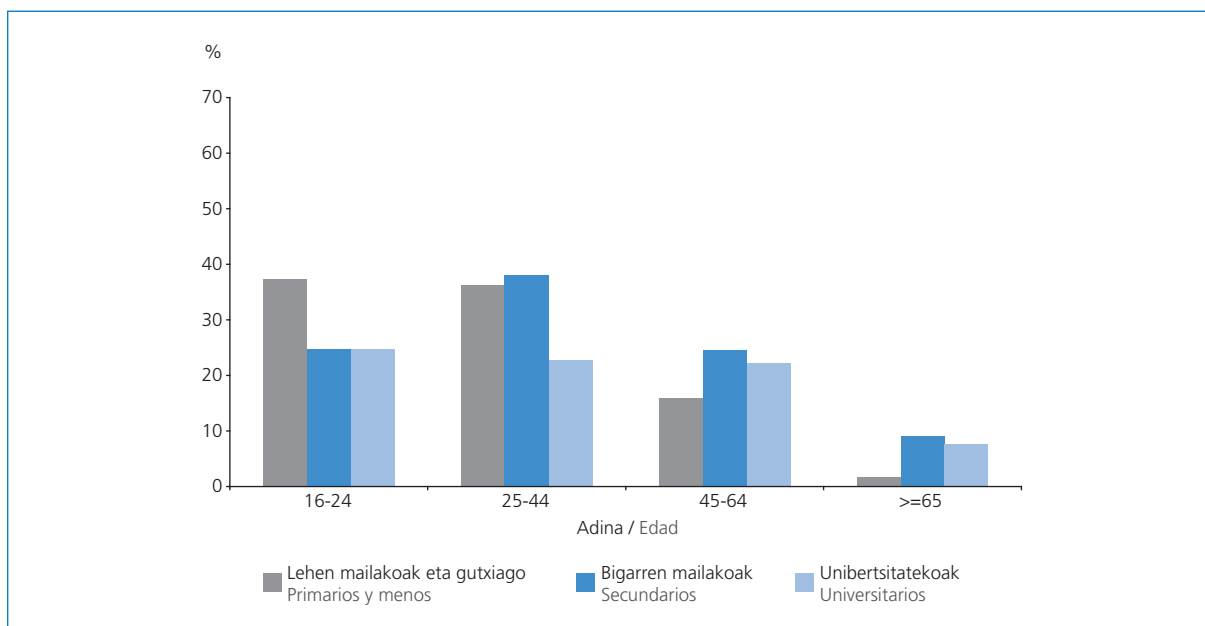
Tabakismoaren txanponaren beste aldea adizio hori uztea da. Kasu honetan, egoerarik hoberean dauden taldeak dira erretzeari sarriago uzten diotenak. Unibertsitateko ikasketak zituen 65 urte eta gehiagoko gizonezkoen %42a erretzaile ohia zen, eta adin horretan izan zen gizonezkoek tabakismoa uzteari dagokionez proportziorik altuenak lortu zituzten momentua. Heziketa-maila kontuan hartzen bada, erretzaile ohien arteko desberdintasunik handienak 45 urtetik 64 urtera arteko adin-taldean nabaritu ziren, lehen mailako ikasketak zituztenen %27a eta unibertsitateko ikasketak zituztenen %35a erretzaile ohiak baitziren (2.2.7. irudia).

En las mujeres, el patrón socioeconómico por grupos de edad era distinto y muy ilustrativo. Mientras que entre las de más de 45 años, la prevalencia de tabaquismo fue superior en las mujeres con estudios secundarios y superiores, en las edades más jóvenes, el patrón comienza a invertirse. Así, entre las de 25 a 44 años, el consumo de tabaco de las universitarias fue marcadamente inferior al resto, aunque las de nivel de estudios secundario fumaban ligeramente más que las de nivel primario. En las edades más jóvenes, las mujeres con menos estudios fumaban claramente más que el resto, con un patrón que comienza a asemejarse al de los hombres. Esta relación con el nivel de estudios es de gran relevancia para orientar los programas de control del tabaquismo (Figura 2.2.6).

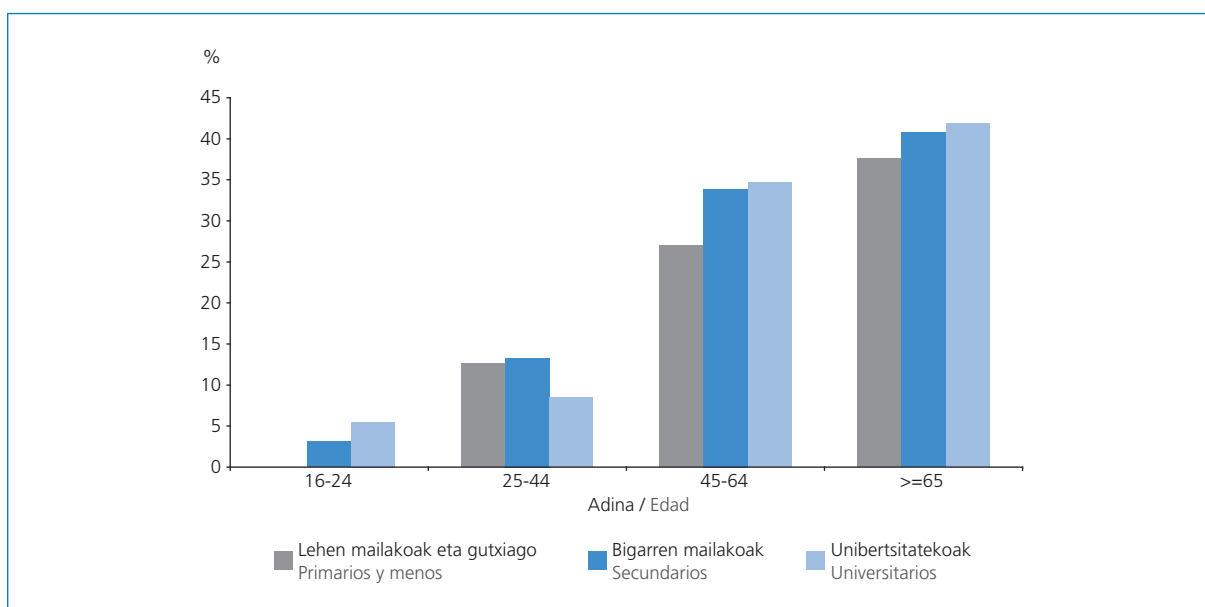
La otra cara de la moneda del tabaquismo es el abandono de esta adicción. En este caso, son los grupos más favorecidos los que dejan con más frecuencia de fumar. El 42% de los hombres universitarios de 65 y más años era ex fumador, siendo a esa edad cuando los hombres alcanzaron las proporciones más altas de abandono del tabaquismo. Las mayores desigualdades entre ex fumadores por nivel de instrucción se apreciaron a la edad de 45 a 64 años, ya que el 27% de los que tenían estudios primarios y el 35% de los que tenían estudios universitarios eran ex fumadores (Figura 2.2.7).

2.2.6. irudia / figura 2.2.6

Emakumezko erretzaileen proportzioa (%), adina eta heziketa-maila kontuan hartuta, 2007
 Proporción (%) de mujeres fumadoras por edad y nivel de instrucción, 2007

**2.2.7. irudia / figura 2.2.7**

Gizonezko erretzaile ohien proportzioa (%), adina eta heziketa-maila kontuan hartuta, 2007
 Proporción (%) de hombres ex fumadores por edad y nivel de instrucción, 2007

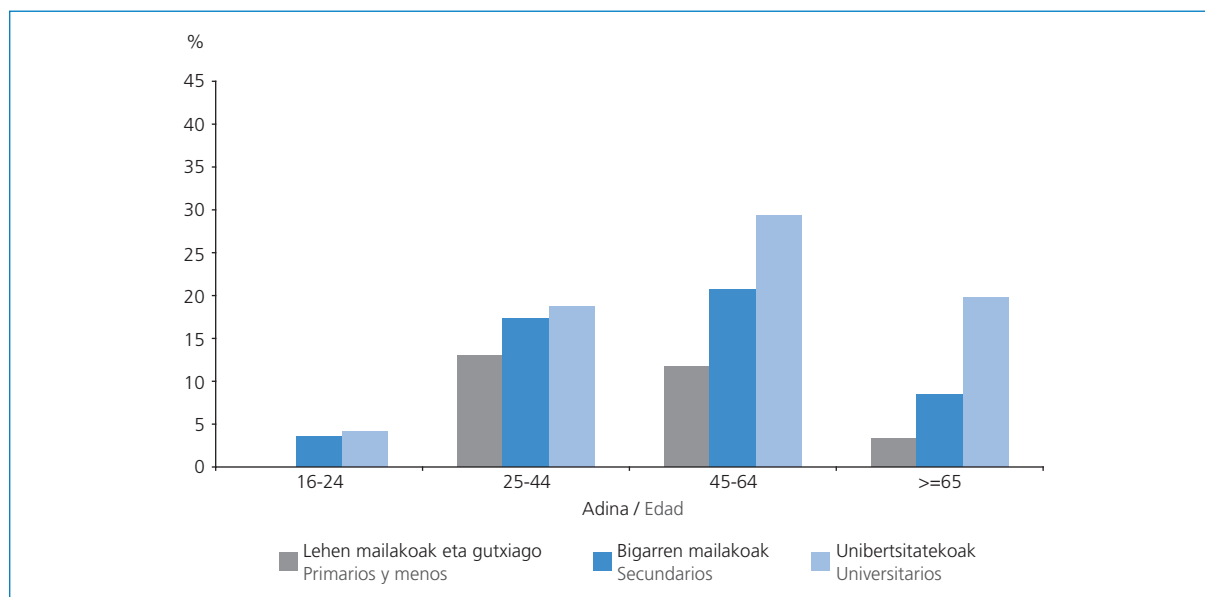


Erretzaile ohien proportziorik altuena, unibertsitateko ikasketak dituzten 45 urtetik 64 urtera arteko emakumezkoengan aurkitzen da (2.2.8. irudia). Heziketa-maila kontuan hartzen bada, erretzaile ohien arteko desberdintasunik handienak adin aurreratuenetan nabaritu ziren, batez ere 65 urtetik gorakoan.

La proporción más alta de ex fumadoras se encuentra en las mujeres universitarias de 45 a 64 años (Figura 2.2.8). Las mayores desigualdades entre ex fumadoras por nivel de instrucción se apreciaron en las edades más avanzadas, especialmente entre las mayores de 65 años.

2.2.8. irudia / figura 2.2.8

Emakumezko erretzaile ohien proportzioa (%), adina eta heziketa-maila kontuan hartuta, 2007
Proporción (%) de mujeres ex fumadoras por edad y nivel de instrucción, 2007



Kontsumitutako zigarro-kantitatea

Ohiko erretzaileak ziren gizonezkoen %13,5ak eta emakumezkoen %6,5ak egunean 20 zigarro baino gehiago kontsumitzen zituzten. Eta 45 urtetik 64 urtera arteko adin-taldean gertatzen zen kontsumorik altuena. Adin horretan erretzen zuten gizonezkoen %20ak eta emakumezkoen %10,7ak eguneko 20 zigarroak gainditzen zituzten.

Maila sozioekonomikoaren arabera ere desberdintasunak nabaritu ziren, egoera txarreko taldeetako pertsonak tabako-kantitate gehiago erretzen

Cantidad de cigarrillos consumida

El 13,5% de los hombres y el 6,5 % de las mujeres fumadoras habituales consumían más de 20 cigarrillos al día. En el grupo de edad de 45 a 64 años se producía el consumo más elevado. De esta edad el 20% de los hombres y el 10,7% de las mujeres que fumaban superaban los 20 cigarrillos diarios.

Por nivel socioeconómico también se apreciaron diferencias, ya que fumaban más cantidad de tabaco las personas de los grupos más desfavoreci-

2.2.2. taula / tabla 2.2.2

Ohiko erretzaileak (%) egunean erretako zigarro-kopuruaren arabera, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Población (%) fumadora habitual según el número de cigarrillos al día por sexo y edad, 2007

		Zigarro-kopurua egunean Número de cigarrillos al día			GUZTIRA TOTAL	Biztanleria estimatu Población estimada
		1-10	11-20	>20		
Gizona Hombre	16-24	52,6	46,5	0,9	100,0	23.146
	25-44	37,8	48,8	13,4	100,0	125.999
	45-64	41,7	38,4	20,0	100,0	83.683
	>=65	59,8	36,4	3,8	100,0	25.520
	Guztira / Total	42,6	44,0	13,5	100,0	258.348
Emakumea Mujer	16-24	62,2	34,5	3,3	100,0	24.634
	25-44	48,9	45,9	5,2	100,0	108.111
	45-64	44,1	45,2	10,7	100,0	59.305
	>=65	54,5	42,8	2,8	100,0	7.305
	Guztira / Total	49,3	44,2	6,5	100,0	199.355

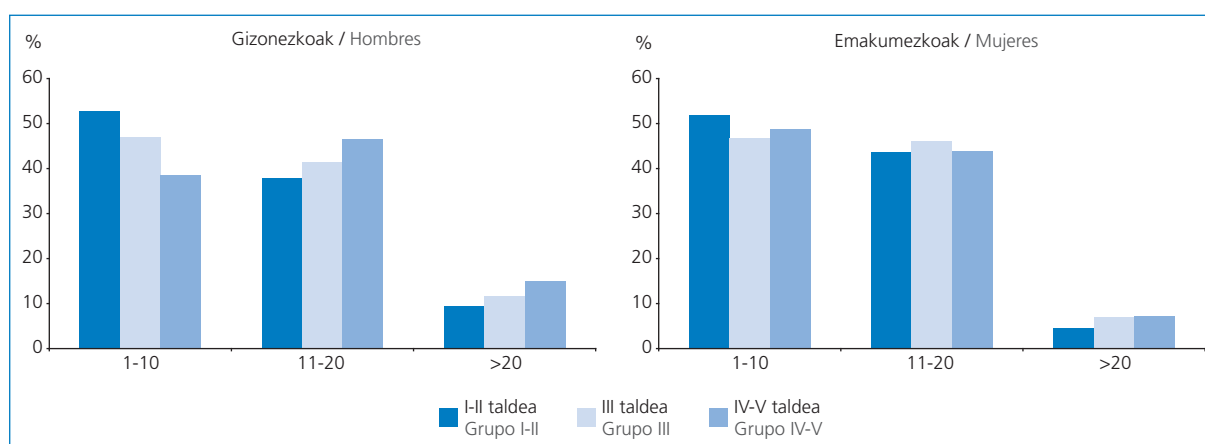
zutelako. Hau da, tabakismoaren arazoa areagotu egin zen eskala sozialeko talderik baxuenetan, gehiago erre eta kantitatea ugariagoa izan zelako. Egoera txarragoetako taldeetako gizonetzkoen %15,1ak eta egoera hobeagoko taldeetako gizonetzkoen %9,5ak, 20 zigarro baino gehiago erretzen zituzten. Emakumezkoengan, egoera errepikatu egin zen: %7,3 eta %4,6, hurrenez hurren.

dos. Es decir que el problema del tabaquismo se acrecentó en los grupos más bajos de la escala social ya que fumaron más y en mayor cantidad. El 15,1% de los hombres de grupos más desfavorecidos frente al 9,5% de los pertenecientes a grupos más favorecidos superaban los 20 cigarrillos. En las mujeres, se repitió la situación con un 7,3% y un 4,6% respectivamente.

2.2.9. irudia / figura 2.2.9

Ohiko erretzaileak (%) egunean erretako zigarro-kopuruaren arabera, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población (%) fumadores habituales según el número de cigarrillos al día por sexo y grupo socioeconómico, 2007



Hasierako adina tabakoaren kontsumoan

Tabakoaren ohiko kontsumoaren batez besteko adina 17,3 urtetan kokatu zen gizonetzkoengan,

Edad de inicio en el consumo de tabaco

La edad media de inicio en el consumo habitual de tabaco se situó en 17,3 años en los hombres y 18,0

2.2.3. taula / tabla 2.2.3

Ohiko erretzaileak (%) tabakoa kontsumitzen hasitako adinaren arabera, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Población (%) fumadora habitual según la edad de inicio en el consumo de tabaco por sexo y edad, 2007

		Hasierako adina Edad de inicio				GUZTIRA TOTAL	Biztanleria estimatu Población estimada
		10-14 urte 10-14 años	15-16 urte 15-16 años	17-19 urte 17-19 años	20 eta gehiago 20 y más		
Gizona Hombre	16-24	15,7	36,5	41,4	6,4	100,0	23.146
	25-44	13,3	31,2	35,5	20,0	100,0	125.999
	45-64	17,6	24,8	36,4	21,1	100,0	83.683
	>=65	24,7	13,6	23,5	38,2	100,0	25.520
	Guztira / Total	16,1	27,9	35,1	20,9	100,0	258.348
Emakumea Mujer	16-24	17,6	44,0	33,4	5,0	100,0	24.634
	25-44	13,5	30,4	37,2	18,9	100,0	108.111
	45-64	10,2	22,3	35,5	32,0	100,0	59.305
	>=65	11,7	19,4	10,6	58,3	100,0	7.305
	Guztira / Total	13,0	29,3	35,2	22,5	100,0	199.355

eta 18,0 urtetan emakumezkoen kasuan. 16 urte-
rekin, erretzen zuten gizonezkoen %43,9k eta
emakumezkoen %42,2k dagoeneko erregularta-
sunez egiten zuten.

Tabakoaren aurrean izandako jarrerak azken urtean

Azken urtean zehar ohiko erretzaileek izan zuten jokabideari dagokionez, nabarmendu zen erre-
tzaileak ziren gizonezkoen %25ak eta emaku-
mezkoen %27ak gutxiago erretzen zutela edo
suabeagoak ziren tabako-markak erretzen zituzte-
la. Hala eta guztiz ere, erretzaileak ziren gizo-
nezkoen %18ak eta emakumezkoen %19ak esan
zuten gehiago erretzen zutela edo gogorragoa zen
marka bat kontsumitzen zutela. Gainerako erre-
tzaileek aurreko urtean beste kontsumitzen zuten.

años en las mujeres. A los 16 años, un 43,9% de
los hombres y un 42,2% de las mujeres que fuma-
ban, ya lo hacían con regularidad.

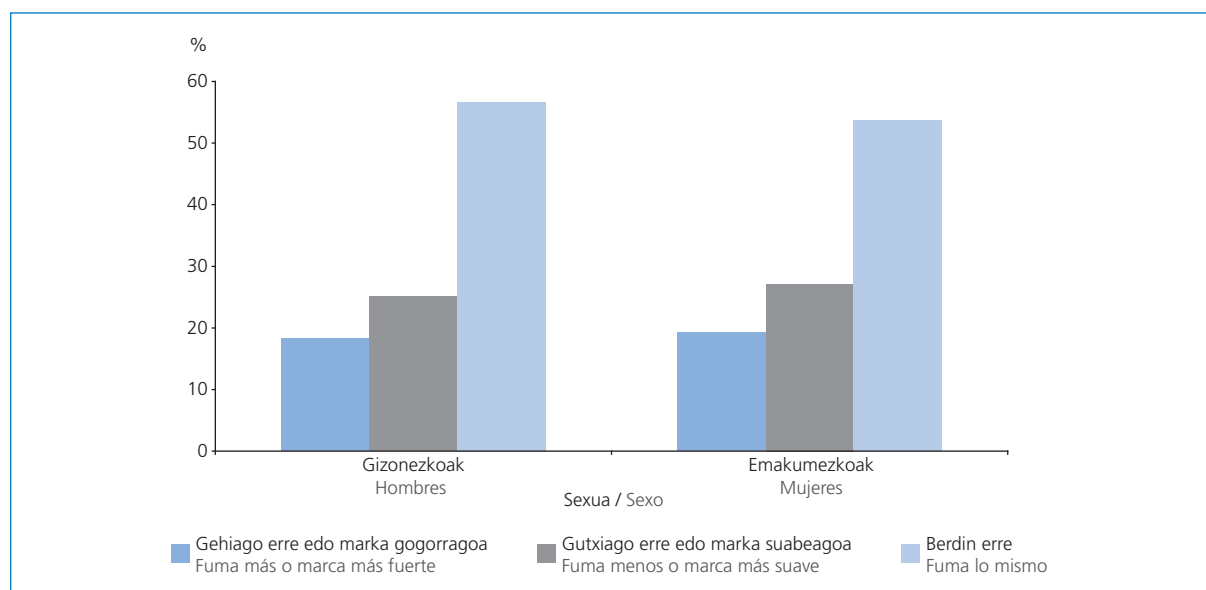
Actitudes ante el tabaco en el último año

En cuanto al comportamiento que tuvo la pobla-
ción fumadora habitual a lo largo del último año,
destacó que el 25% de los hombres y el 27% de
las mujeres fumadoras fumaban menos o marcas
de tabaco más suave. Sin embargo, el 18% de los
hombres y el 19% de las mujeres fumadoras dije-
ron fumar más o consumir una marca más fuerte.
El resto de las personas fumadoras consumía lo
mismo que el año anterior.

2.2.10. irudia / figura 2.2.10

Ohiko erretzaileak (%) azken urtean tabakoaren kontsumoari dagokionez duten jokabidearen arabera, sexua kontuan hartuta, 2007

Población (%) fumadores habituales según su comportamiento respecto al consumo de tabaco en el último año por sexo, 2007



Adinak gora egiten zuen neurrian, gutxiago edo
marka suabeagoa erretzen zuten erretzaileen
proportzioak gora egiten zuen. Proportziorik altue-
na 65 urte eta gehiago zuten erretzaileek eskura-
tzen zuten, hala nola: gizonezkoen %39 eta
emakumezkoen %35,1.

Gizonezkoen %26k eta emakumezkoen %29k erre-
tzeari uzten saiatu ziren 2007an. Bi sexuetan, taba-
kismoa bertan behera uzteko ahaleginak areagotu

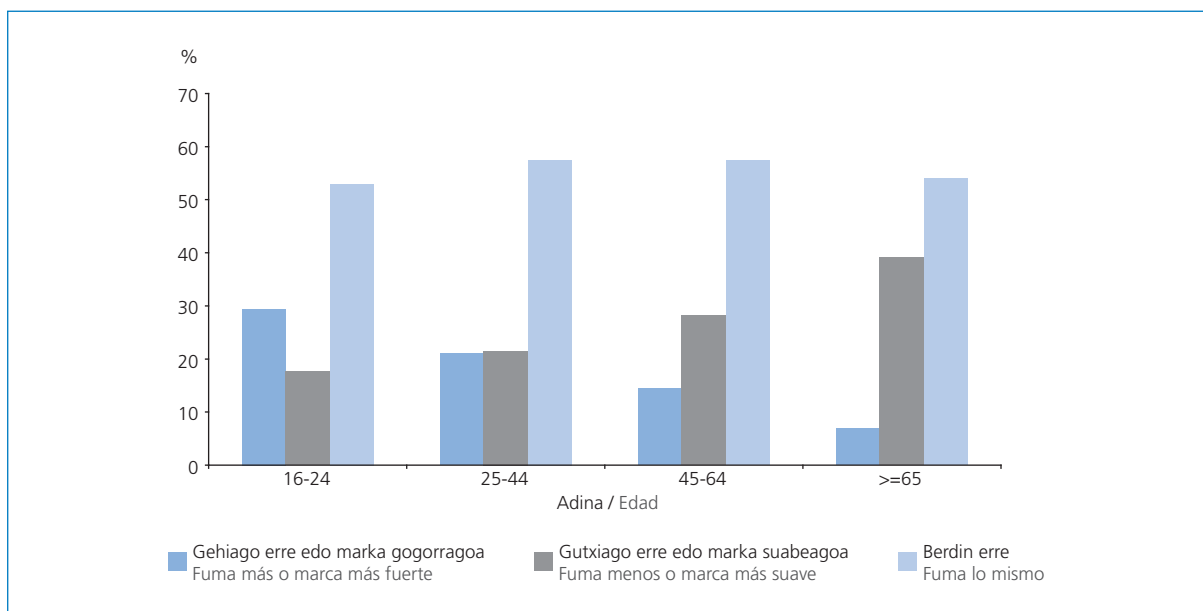
A medida que aumentaba la edad aumentaba la
proporción de personas fumadoras que decían fu-
mar menos o una marca más suave. La proporción
más alta la alcanzaban los hombres (39%) y las
mujeres (35,1%) fumadoras de 65 y más años.

El 26% de los hombres y el 29% de las mujeres
intentaron dejar de fumar en 2007. En ambos
sexos los intentos de abandono del tabaquismo se

2.2.11. irudia / figura 2.2.11

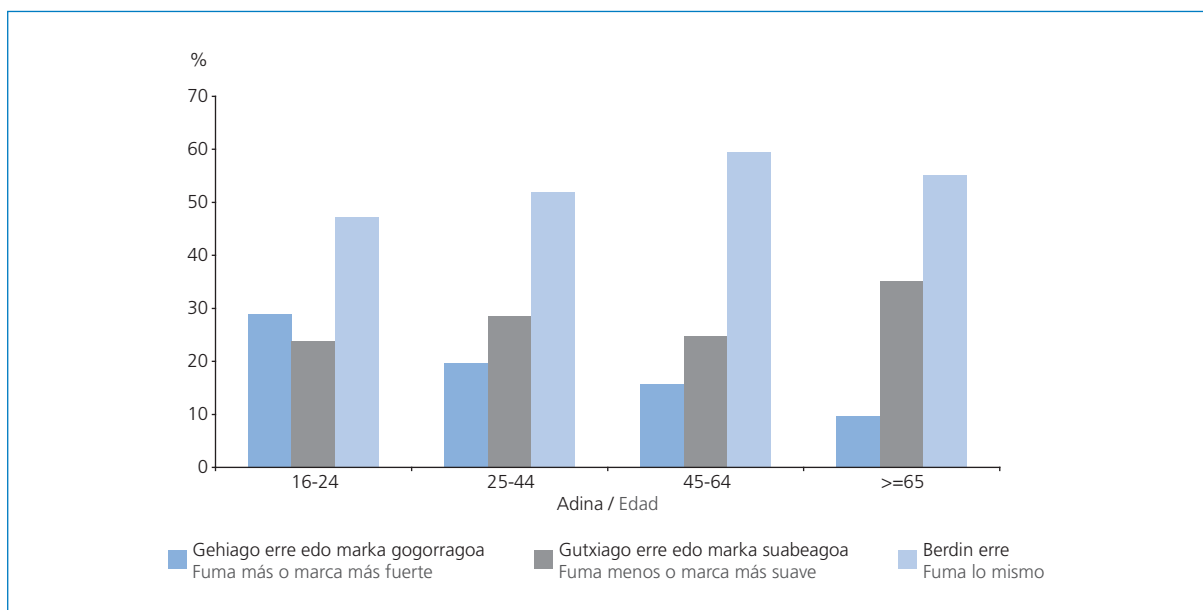
Ohiko erretzaileak diren gizonezkoak (%) azken urtean tabakoaren kontsumoari dagokionez duten jokabidearen arabera%, adina kontuan hartuta, 2007

Hombres (%) fumadores habituales según su comportamiento respecto al consumo de tabaco en el último año por edad, 2007

**2.2.12. irudia / figura 2.2.12**

Ohiko erretzaileak diren emakumezkoak (%) azken urtean tabakoaren kontsumoari dagokionez duten jokabidearen arabera, adina kontuan hartuta, 2007

Mujeres (%) fumadores habituales según su comportamiento respecto al consumo de tabaco en el último año por edad, 2007



egin ziren adinak gora egin ahala, azken urtean tabakoa uzten saiatu ziren 65 urte eta gehiagoko emakumezko erretzaileen %40ra iritsi arte.

incrementaron con la edad, hasta alcanzar al 40% de las mujeres fumadoras de 65 y más años que intentaron dejar el tabaco en el último año.

2.2.4. taula / tabla 2.2.4

Azken urtean erretzeari uzten saiatu diren ohiko erretzaileak (%), sexua, adina eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población (%) fumadora habitual que ha intentado dejar de fumar en el último año por sexo, edad y grupo socioeconómico, 2007

		I-II taldea Grupo I-II	III taldea Grupo III	IV-V taldea Grupo IV-V	GUZTIRA TOTAL	Biztanleria estimatu Población estimada
Gizona Hombre	16-24	5,4	19,5	30,2	22,6	5.240
	25-44	18,5	19,9	22,9	21,7	27.339
	45-64	30,3	20,7	31,5	29,9	24.981
	>=65	37,0	44,8	31,3	34,3	8.751
	Guztira / Total	23,1	22,9	27,0	25,7	66.311
Emakumea Mujer	16-24	17,4	29,6	22,5	23,1	5.694
	25-44	36,5	25,1	25,5	28,2	30.499
	45-64	30,4	29,8	33,3	31,8	18.885
	>=65	45,3	21,5	42,2	40,4	2.952
	Guztira / Total	33,1	27,1	27,7	29,1	58.030

Egoera txarreneko taldeetako gizonezkoak izan ziren proportzio handiagoan saiatu zirenak tabakismoa bertan behera uzten, baina emakumezkoen kasuan egoera hobereeneko taldeetakoak izan ziren proportzio handiengan ahalegindu zirenak.

Los hombres de los grupos más desfavorecidos intentaron en mayor proporción el abandono del tabaquismo, mientras que en las mujeres fueron las de los grupos más favorecidos las que lo intentaron en mayor proporción.

Erretzeari uzteko nahia dagokionez, gizonezkoen %65ari eta emakumezkoen %72ri erretzeari uztea gustatuko litzaieke. Kopuru horiek gora egin zuten 45 urtetik 64 urtera arte, eta gero nagusien artean behera egin zuten.

En cuanto al deseo de dejar de fumar, al 65% de los hombres y al 72% de las mujeres les hubiera gustado dejar de fumar. Esas cantidades fueron aumentando hasta la edad de 45 a 64 años para disminuir entre los más mayores.

2.2.5. taula / tabla 2.2.5

Azken urtean erretzeari uztea gustatuko litzaiekeen ohiko erretzaileak (%), sexua, adina eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población (%) fumadora habitual que le gustaría dejar de fumar en el último año por sexo, edad y grupo socioeconómico, 2007

		I-II taldea Grupo I-II	III taldea Grupo III	IV-V taldea Grupo IV-V	GUZTIRA TOTAL	Biztanleria estimatu Población estimada
Gizona Hombre	16-24	26,7	45,1	60,4	50,1	11.588
	25-44	69,6	64,3	68,0	67,9	85.556
	45-64	71,5	64,0	72,0	70,9	59.330
	>=65	57,8	62,0	39,8	46,5	11.864
	Guztira / Total	64,8	62,0	65,8	65,2	168.338
Emakumea Mujer	16-24	67,9	72,8	73,8	72,5	17.869
	25-44	73,7	73,2	67,8	69,9	75.606
	45-64	77,3	65,0	78,6	76,6	45.424
	>=65	63,5	87,7	47,8	59,8	4.370
	Guztira / Total	74,1	71,6	70,9	71,9	143.269

Gizonezkoengan maila sozioekonomikoaren arabera ia desberdintasunik egon ez bazen ere, egoera sozioekonomiko hobea zuten emakumezkoengan erretzeari utzi nahi ziotenen proportzioa handiagoa izan zen.

Si en los hombres apenas hubo diferencias por nivel socioeconómico, en las mujeres con mejor situación socioeconómica hubo mayor proporción de las que deseaban dejar de fumar.

Tabakismo pasiboa

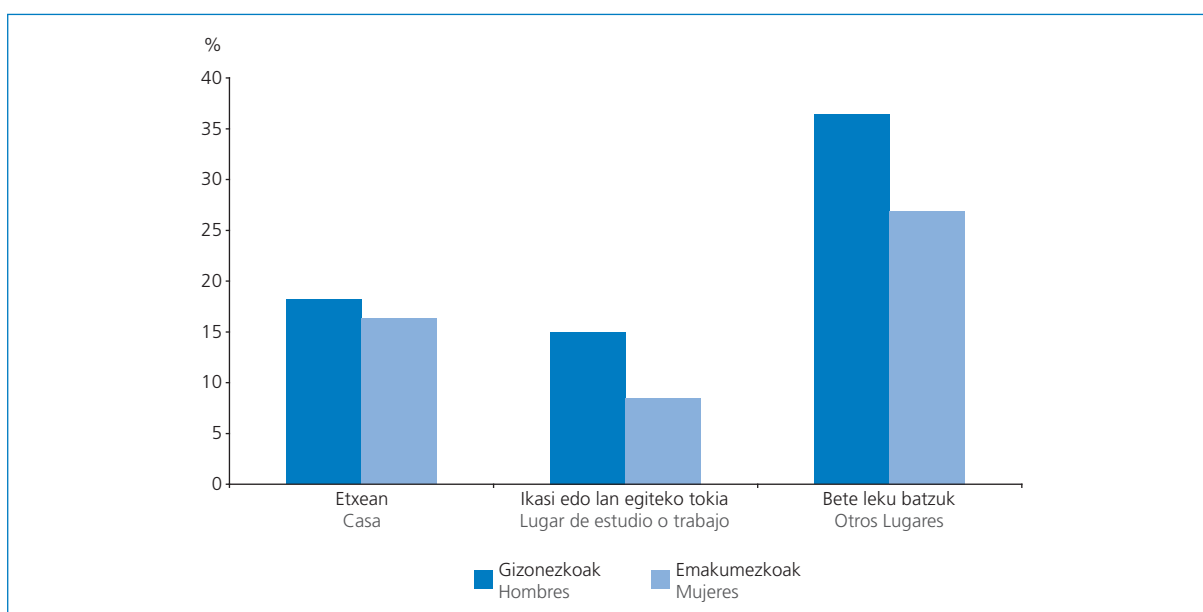
Gizonezkoen %18k eta emakumezkoen %16k airtortu zuten haien etxeetan, egunero edo sarritan, beste pertsona batzuek erretako tabakoaren kearen esposizio pasiboa pairatzen zutela. Ez zen maila sozioekonomikoaren arabera ezberdintasunik egon etxean tabakoaren kearen eraginpean egoteari dagokionez. Toki publikoetan eta lantokietan tabakoaren kontsumoaren murrizketari buruzko araudia dagoen arren, oraindik gizonezkoen %15ak eta emakumezkoen %9k aditzera eman zuten lanean edo ikasten ari diren tokietan tabakoaren kearen eraginpean zeudela. Tabakoaren kearekiko esposizio pasiborik handiena beste toki itxi batzuetan gertatu zen, hala nola: taberna, jatetxe eta aisialdiko beste leku batzuk, eta gizonezkoen %36 eta emakumezkoen %27rengan eragina izan zuen (2.2.13. irudia). Azpimarratu behar dira adin-taldearen arabera dauden desberdintasunak tabakismo pasiboari dagokionez beste toki itxi horietan (tabernak, jatetxeak, eta abar). Esposizio horren maiztasunak behera egiten zuen adinarekin, %45etik, bi sexuetan 16 urtetik 24 urtera arteko gazteenetan, %18 eta %6ra 65 urte baino gehiagoko gizonezkoengan eta emakumezkoengan, hurrenez hurren (2.2.14. irudia).

Tabaquismo pasivo

El 18% de los hombres y el 16% de las mujeres declararon que en su casa sufrían la exposición pasiva al humo del tabaco fumado por otra persona a diario o frecuentemente. No existieron diferencias en la exposición en casa al humo de tabaco por nivel socioeconómico. A pesar de la normativa sobre la restricción del consumo de tabaco en lugares públicos y de trabajo, todavía un 15% de los hombres y un 9% de las mujeres manifestaron estar expuestos/as en el trabajo o lugar de estudios al humo de tabaco. La mayor frecuencia de exposición pasiva al humo del tabaco se produjo en otros lugares cerrados, como bares, restaurantes y otros lugares de ocio, que afectó al 36% de los hombres y al 27% de las mujeres (Figura 2.2.13). Son de resaltar las diferencias por grupos de edad en el tabaquismo pasivo en esos otros lugares cerrados (bares, restaurantes, etc.). La frecuencia de esa exposición bajaba con la edad, desde el 45%, en los más jóvenes de 16 a 24 años de ambos sexos, hasta el 18 y 6% en los hombres y mujeres mayores de 65 años respectivamente (Figura 2.2.14).

2.2.13. irudia / figura 2.2.13

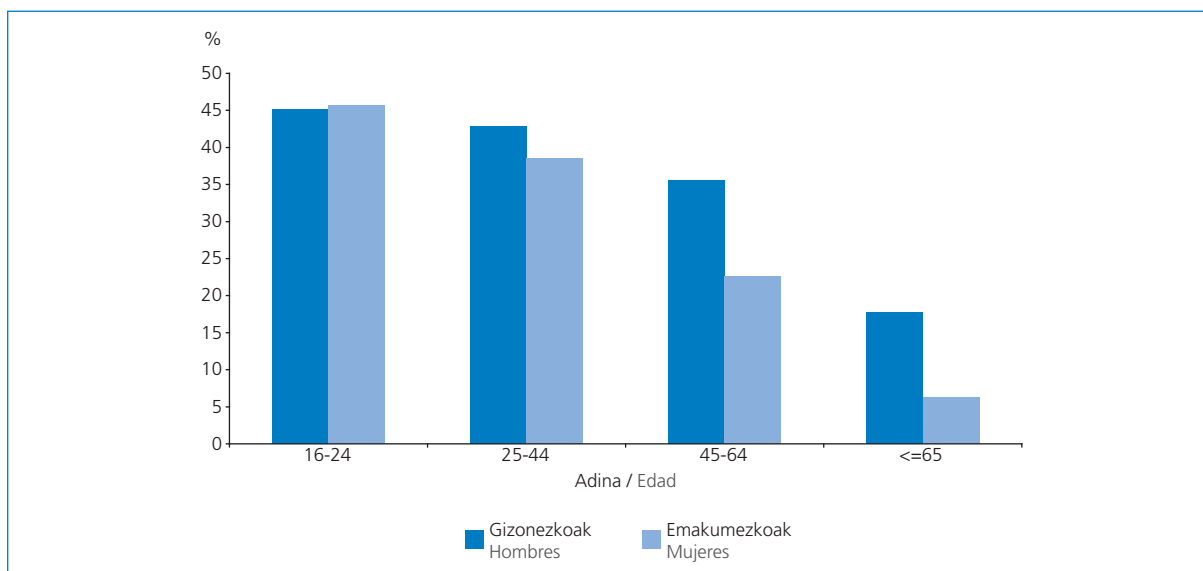
Tabakoaren kearen eraginpean modu pasiboan dauden pertsonen proportzioa (%), 2007
Proporción (%) de personas expuestas de forma pasiva al humo del tabaco, 2007



2.2.14. irudia / figura 2.2.14

Taberna, jatetxe eta aisialdiko tokietan tabakoaren kearen eraginpean modu pasiboan dauden pertsonen proportzioa (%), adina eta sexua kontuan hartuta, 2007

Proporción (%) de personas expuestas de forma pasiva al humo del tabaco en bares, restaurantes y lugares de ocio por edad y sexo, 2007

**1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA**

Azken urteetan tabakismoak gizonezkoen artean gutxitze nabaria izan du (2.2.15. irudia). 1997. urtean, %33a ohiko erretzaileak baziren, 2007an proportzioa %28ra jaitsi da. Emakumezkoen artean, halere, 1997. urtetik egonkor mantentzen da. Horrek, dirudienez, adierazten du tabakis-

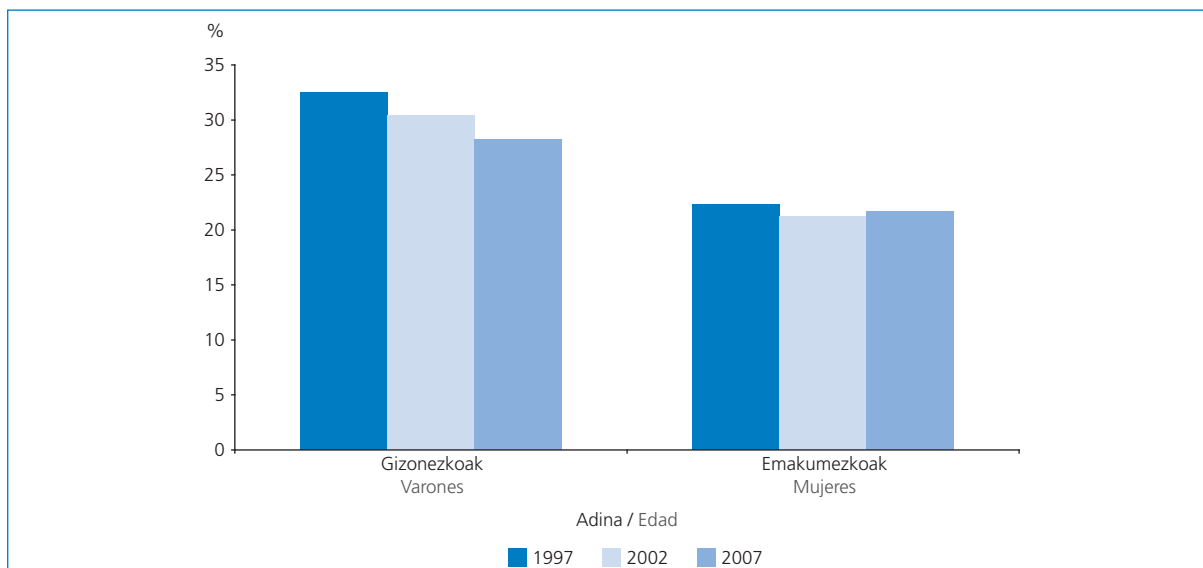
EVOLUCIÓN DESDE 1997

En los últimos años el tabaquismo entre los hombres ha experimentado una sensible disminución (Figura 2.2.15). Si en 1997, el 33% eran fumadores habituales, en 2007 la proporción se ha reducido al 28%. Entre las mujeres, sin embargo, se mantiene estable desde 1997. Ello parece indicar que la

2.2.15. irudia / figura 2.2.15

Erretzaileak (adinaren arabera estandarizatua %), sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Población fumadora (% estandarizada por edad) por sexo, 1997-2007



moaren epidemiak emakumezkoengan punturik altuenera heldu dela, eta hurrengo urteetan behera egiten hasiko dela espero daiteke.

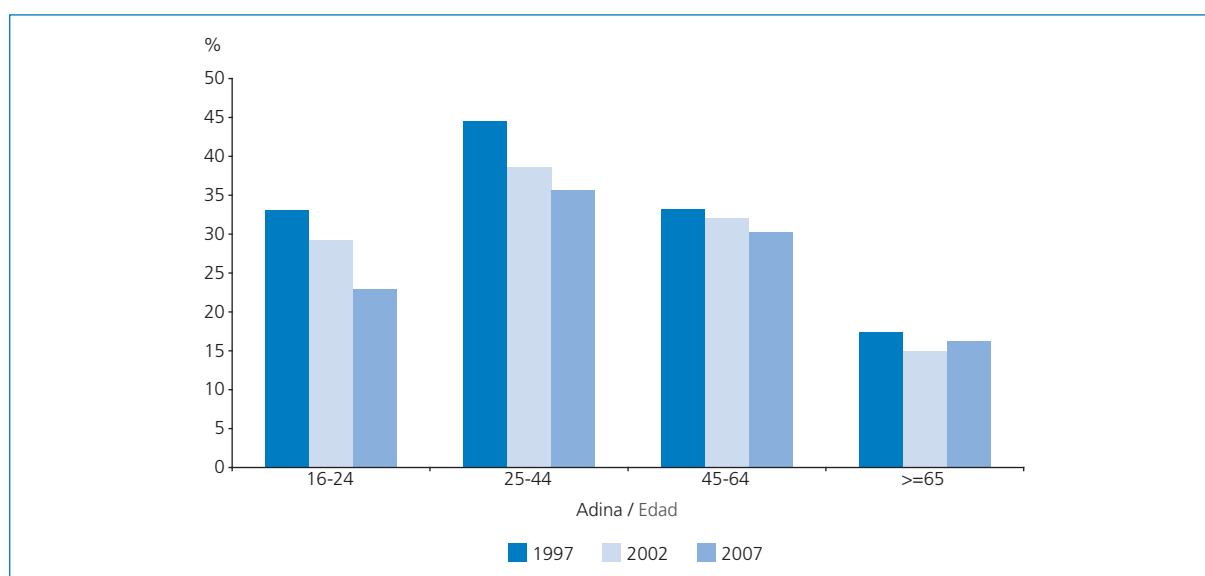
Gizonezkoengan tabakismoaren beherakada adintalde guztietan nabaritu zen. Gutxitze hori adintalde gazteagoetan handiagoa izan zen, eta adinak gora egin ahala, tabakismoaren prebalentzien beherakadak intentsitatea galtzen zuen (2.2.16. irudia).

epidemia del tabaquismo en las mujeres ha llegado al punto más alto y es esperable que en los próximos años empiece a descender.

En los hombres el descenso del tabaquismo se apreció en todos los grupos de edad. La disminución fue más intensa en los grupos de edad más jóvenes y a medida que aumentaba la edad, el descenso de las prevalencias de tabaquismo perdía intensidad (Figura 2.2.16).

2.2.16. irudia / figura 2.2.16

Gizonezko erretzaileen proportzioa (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007
Proportión (%) de hombres fumadores por edad, 1997-2007



Tabakismoaren prebalentzia emakumezkoengan egonkor mantendu den arren, 44 urtetik beherakoen pixkanakako jaitsiera eta 45 urtetik 64 urtera artekoen gehikuntza azpimarratu behar dira (2.2.17. irudia).

Gizonezkoengan desberdintasunek, tabakoaren kontsumoan, gora egin dute. 1997. urtean talde sozioekonomikoen arteko prebalentziak antzekoak baziren, 2007an gora egin dute egoera txarreneko taldeetako gizonezkoek ia ez dutelako kontsumoa murriztu. Hala ere, egoera hobereneko taldeetakoek, urte horietan, haien kontsumoa %33tik %22ra jaitsi egin dute.

Emakumezkoengan ere desberdintasunek gora egin zuten, baina gizonezkoengan baino intentsitate baxuagoan. 1997. urtearekiko, talde sozial hoberenetakoak zirenek baino ez dute murriztu tabakoaren kontsumoa, gainerako maila soziale-tako emakumezkoak duela 10 urteko prebalentzia berdinetan mantendu baitziren (2.2.18. irudia).

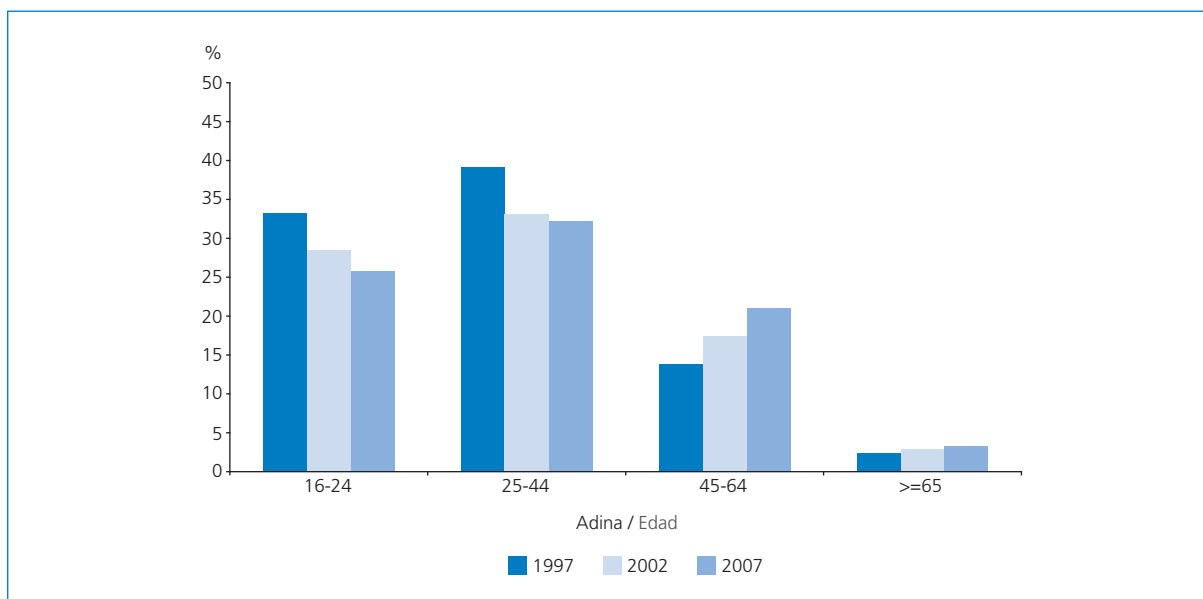
Aunque la prevalencia del tabaquismo en las mujeres se ha mantenido estable, hay que destacar el paulatino descenso en las de menos de 44 años y el incremento en las de 45 a 64 años (Figura 2.2.17).

En los hombres han aumentado las desigualdades en el consumo de tabaco. Si en 1997 las prevalencias entre grupos socioeconómicos eran semejantes, en 2007 se han incrementado debido a que los hombres de los grupos más desfavorecidos apenas han reducido el consumo y, sin embargo, los de los más favorecidos han rebajado su consumo de un 33% a un 22% en esos años.

En las mujeres también aumentaron las desigualdades aunque con menos intensidad que en los hombres. Con respecto a 1997, sólo las que pertenecían a los grupos sociales más favorecidos ha disminuido el consumo de tabaco ya que las mujeres del resto de los niveles sociales se mantuvieron en las mismas prevalencias que hace 10 años (Figura 2.2.18).

2.2.17. irudia / figura 2.2.17

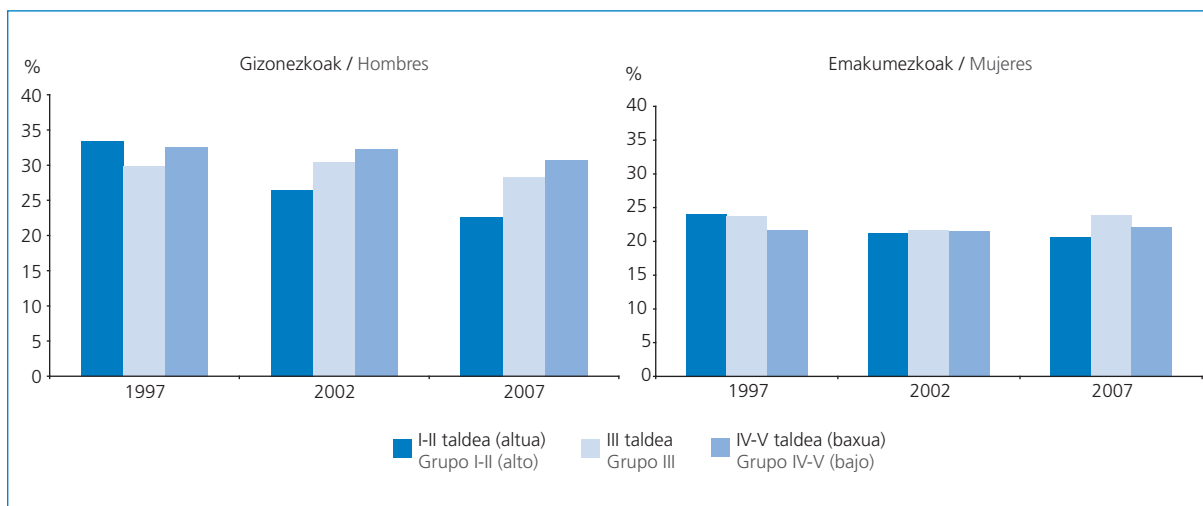
Emakumezko erretzaileen proportzioa (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007
Proportión (%) de mujeres fumadoras por edad, 1997-2007



2.2.18. irudia / figura 2.2.18

Erretzaileen prebalentzia (adinaren arabera estandarizaturik %), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (% estandarizada por edad) de población fumadora por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



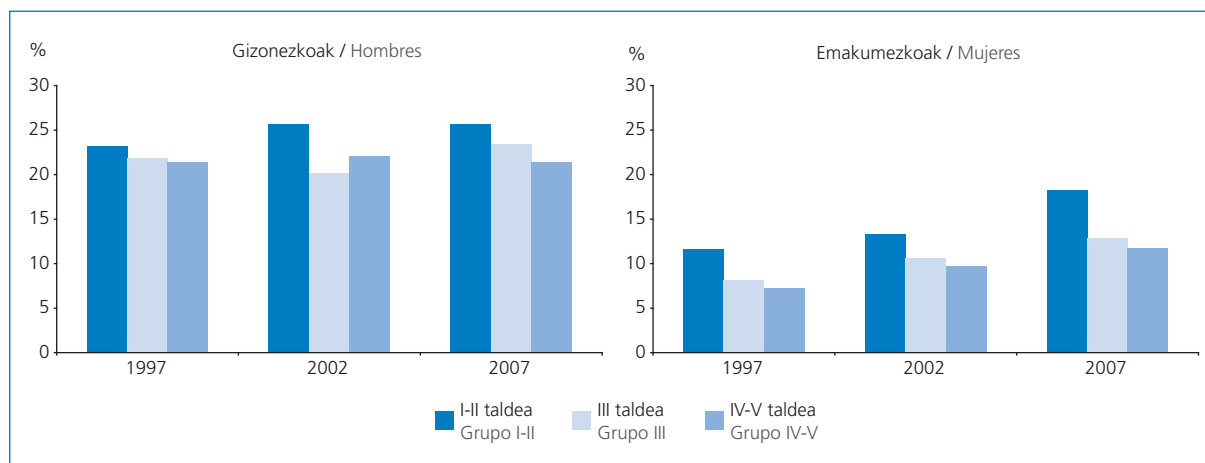
Azken hamar urteetan, gizonezko erretzaile ohien proportzioak gora egin du %21,8tik %22,7ra; eta emakumezko erretzaile ohiena %8,5etik %13,5ra igaro da. Egoera hobereneko talde sozioekonomikoetako pertsonak, tabakismoa bertan behar uzteko joera gogorragoa erakutsi zuten. Intensitatea baxuagoa izan zen arren, emakumezkoen artean, erretzeko ohitura bertan behar uztea talde sozial guztietan gertatu zen (2.2.19. irudia).

En los últimos diez años la proporción de ex fumadores se ha incrementado de un 21,8% a un 22,7%, mientras que la de mujeres ex fumadoras ha pasado de 8,5% a 13,5%. Las personas de los grupos socioeconómicos más favorecidos presentaron una tendencia más fuerte de abandono del tabaquismo. Aunque con menos intensidad, entre las mujeres, el abandono del hábito tabáquico se produjo en todos los grupos sociales (Figura 2.2.19).

2.2.19. irudia / figura 2.2.19

Erretzaile ohien (%) prebalentzia (adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia (estandarizada por edad) de población ex fumadora (%) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



Egunero erretako zigarro-kopuruari dagokionez, azken hamar urteetan ere behera egin du egunean 20 zigarro baino gehiago erretzen zuten biztanleen proportzioak. 2002. urtean ohiko erretzaileen %16,5ak egunean 20 zigarro baino gehiago erretzen bazuen, 2007. urtean proportzio hori %13,5era arte murriztu egin zen. Emakumezkoen artean, 2002. urtean hamar erretzailetatik batek pakete bat baino gehiago erretzen zuen; baina 2007an, erretzaileen %6,5a baino ez zen kopuru hori gaititzen zuena.

En relación al número de cigarrillo diarios fumados, en los últimos años también ha disminuido la proporción de la población que fumaba más de 20 cigarrillos al día. Si bien en 2002 el 16,5% de los fumadores habituales fumaban más de 20 cigarrillos diarios, en 2007 esta proporción se redujo hasta el 13,5%. Entre las mujeres, en 2002 una de cada diez fumadoras fumaba más de un paquete mientras que en 2007, sólo el 6,5% de las de fumadoras superaba esta cantidad.

2.3

GORPUTZ-PISUA

PESO CORPORAL

DEFINIZIOA

Gorputz-pisuak hilkortasun-kausa guztiekin eta honako hauen prebalentziarekin zerikusia duela frogatu da: gaixotasun kardiobaskularrak, hipertentsioa, diabetesa, bularreko, endometrioko, koloneko eta prostatako minbiziak.

Osasun-arazo bat izateko probabilitatea gehiegizko pisua duten pertsonentzako pisu normala duten pertsonentzako baino handiagoa da, eta are handiagoa gizenegi badaude.

Gorputz-pisua, gehiegizko pisuarekin zein gutxiagizko pisuarekin zerikusia daukan arazo gisa planteatzen da. Bi egoera horietan, pertsonen osasun-egoeran ondorio kaltegarriak gertatzen dira.

DEFINICIÓN

El peso corporal se ha mostrado asociado a todas las causas de mortalidad y a la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer de mama, de endometrio, de colon y de próstata.

La probabilidad de desarrollar un problema de salud es mayor para las personas que tienen sobrepeso que para las que tienen un peso normal, y aun mayor si son obesas.

El peso corporal se plantea como un problema tanto en relación al exceso de peso, como al peso insuficiente. En ambas situaciones se producen efectos perniciosos sobre el estado de salud de las personas.

OSASUN INKESTA 2007

Osasun-inkestan, gorputz-masaren indizea (GMI) gorputz-pisuaren adierazle gisa erabili zen. Adierazle horrek, gizabanakoaren pisua bere altuerarekin erlazionatzen du, eta emaitza gisa ateratzen den balioak adierazten du pertsona hori bere ezaugarri antropometrikoetarako normaltzat ezarritako pisuaren azpitik, barruan edo gainetik dagoen. Horrela sailkatzen dira herri bateko gizabanakoak: gutxiagizko pisua ($GMI < 18,5$), pisu normala ($GMI 18,5-24,9$), gehiegizko pisua ($GMI 25-29,9$) eta obesitatea ($GMI \geq 30$) dutenak.

ENCUESTA DE SALUD 2007

En la encuesta de salud se utilizó como indicador del peso corporal el índice de masa corporal (IMC). Este indicador pone en relación el peso del individuo con su altura y da como resultado un valor que indica si la persona se encuentra por debajo, dentro o por encima del peso establecido como normal para sus características antropométricas. Se clasifica así a los individuos de una población en aquéllos con peso insuficiente ($IMC < 18,5$), normal ($IMC 18,5-24,9$), sobrepeso ($IMC 25-29,9$) y obesidad ($IMC \geq 30$).

Gorputz-masaren indizea

Gorputz-masaren indizearen (GMI) batez bestekoa 26,0koa izan zen gizonezkoengan, eta 24,7koa emakumezkoen kasuan. 54 urtera arte batez besteko GMIa gizonezkoengan emakumezkoengan baino, gutxi gorabehera, 2 unitate altuagoa izan zen. Adin horretatik aurrera, ezberdintasunak murrizten hasi ziren. 74 urtera arte GMIa areagotu egin zen, adinak gora egin ahala, bi sexuetan; 75 urtetik aurrera behera egin zuen arren.

Gizonezkoen kasuan, 45 urtetik aurrera, intentsitate gutxiagorekin gora egin zuen eta emaku-

Índice de masa corporal

La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 26,0 en los hombres y de 24,7 en las mujeres. Hasta los 54 años el IMC medio fue aproximadamente dos unidades mayor en los hombres que en las mujeres. A partir de esta edad las diferencias se fueron reduciendo. Hasta los 74 años el IMC aumentó con la edad en ambos sexos, aunque a partir de los 75 años disminuyó.

En los hombres aumentó con menos intensidad a partir de los 45 años y en las mujeres a partir de los

mezkoengan 55 urtetik aurrera. Bi sexuetan, 65 urtetik 74 urtera bitartean gehienezko GMIa lortu zen (2.3.1. taula).

55. En ambos sexos se alcanzó el máximo IMC a la edad de 65 a 74 años (Tabla 2.3.1).

2.3.1. taula / tabla 2.3.1

Gorputz-masaren indizea (batez bestekoa), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Índice de masa corporal (media) por sexo y edad, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
16-24	23,5	21,9
25-34	24,9	23,2
35-44	26,0	23,7
45-54	27,0	25,0
55-64	27,3	26,3
65-74	27,5	26,7
>=75	26,6	26,5
Guztira / Total	26,0	24,7

Osasun ona zeukan biztanleriak gorputz-masaren indize baxuagoa zuen eta, norberak hautemandako osasunak txarrera egiten zuen heinean, gora egin zuen gorputz-masaren indizearen batez bestekoak. Osasun bikaina zutela aitortu zuten 65 urte eta gehiagoko gizonezkoek 26,5eko gorputz-masaren indizea zuten; osasun txarra zutela adierazi zutenek, berriz, 28,1eko GMIa izan zuten. Osasun bikaina zutela aitortu zuten 65 urtetik gorako emakumezkoen kasuan GMIa 25ekoa izan zen, eta 27,6koa haien osasuna txartzat baloratu zutenen artean (2.3.2. taula).

La población con buena salud tenía un índice de masa corporal más bajo y, a medida que la salud autopercebida empeoraba, aumentó la media del índice de masa corporal. Los hombres de 65 y más años que declararon tener una salud excelente tenían un índice de masa corporal de 26,5 mientras que los que la declararon mala, tuvieron un IMC de 28,1. En las mujeres de más de 65 años que declararon tener una salud excelente, el IMC fue de 25 y de 27,6 en aquellas que valoraron su salud como mala (Tabla 2.3.2).

2.3.1. irudian ikusten da gorputz-masaren indizea areagotu egin zela, hezkuntza-mailak behera egiten

En la Figura 2.3.1. se aprecia que el índice de masa corporal aumentó a medida que disminuyó el nivel

2.3.2. taula / tabla 2.3.2

Gorputz-masaren indizea (batez bestekoa), sexua eta adina kontuan hartuta, hautamendako osasunaren arabera, 2007

Índice de masa corporal (media) por sexo y edad según la salud percibida, 2007

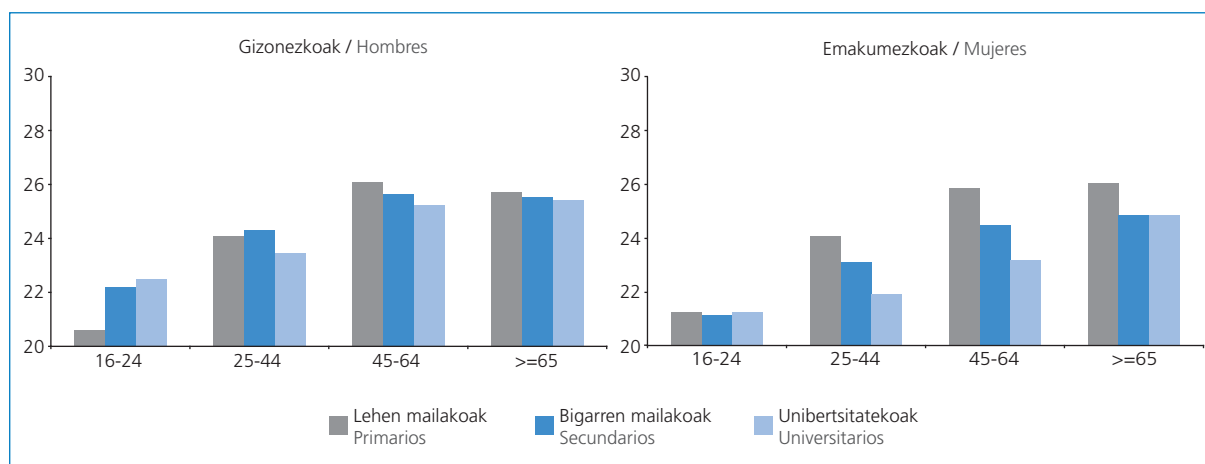
		Bikaina Excelente	Oso ona Muy buena	Ona Buena	Hala- moduzkoa Regular	Txarra Mala
Gizona Hombre	16-24	23,9	23,4	23,3	22,9	23,7
	25-44	25,1	25,2	25,6	25,7	25,0
	45-64	26,0	26,5	27,2	27,9	27,3
	>=65	26,5	26,3	27,3	27,1	28,1
	Guztira / Total	24,9	25,2	26,3	27,0	27,3
Emakumea Mujer	16-24	21,2	21,7	22,3	22,4	–
	25-44	23,0	23,2	23,5	23,9	27,2
	45-64	24,1	24,6	25,4	26,8	26,7
	>=65	25,0	26,2	26,4	26,9	27,6
	Guztira / Total	23,0	23,5	24,6	26,3	27,3

zuen neurrian, bai gizonezkoengan eta bai emakumezkoengan. Lehen mailako ikasketak zituzten gizonezkoen GMIa 27koa izan zen, eta unibertsitateko ikasketak egin zituztenena 25,5koa. Emakumezkoen kasuan, ikasketa-mailaren arabera indize horiek 26,6 eta 23 izan ziren, hurrenez hurren; beraz, gorputz-masaren indizean ikasketa-mailaren arabera agertutako desberdintasunak nabariagoak izan ziren. 16 urtetik 24 urtera arteko gizonezkoak salbuespena izan ziren, GMIrik baxuena erakutsi zutelako; nahiz eta adinak gora egiten zuen heinean GMI horien desberdintasunak behera egin. Emakumezko gazteak antzeko GMI batetik abiatu ziren, baina adinak gora egin ahala desberdintzen joan zen, eta hezkuntza-mailarik baxuena eta mailarik altuena zutenen arteko GMIan, gutxienez, 3 puntuko ezberdintasuna azaldu zen.

educativo, tanto en hombres como en mujeres. El IMC de los hombres con nivel de estudios primarios fue 27 y el de quienes habían cursado estudios universitarios fue de 25,5. En las mujeres estos índices por nivel de estudios fueron respectivamente 26,6 y 23 con lo cual las desigualdades por nivel de estudios en el índice de masa corporal fueron más acusadas. Los hombres de 16 a 24 años fueron la excepción ya que presentaron el IMC más bajo, aunque a medida que aumentó la edad disminuyeron las diferencias en los IMC. Las mujeres jóvenes partieron de un IMC similar que fue diferenciándose a medida que aumentó la edad con una diferencia de, al menos, tres puntos entre los IMC de las del nivel educativo más bajo y más elevado.

2.3.1. irudia / figura 2.3.1

Gorputz-masaren indizea (batez bestekoa), sexua eta heziketa-maila kontuan hartuta, 2007
Índice de masa corporal (media) por sexo y nivel de instrucción, 2007



Gehiegizko pisua

Gehiegizko pisutzat jotzen da, pertsona baten gorputz-masaren indizea 25koa edo hortik gorakoa denean. 2007an, gizonezkoen %58,1ak eta emakumezkoen %41,6k gehiegizko pisua zeukaten. Gehiegizko pisua gehitu egin zen adinak gora egin ahala: 25 urtetik 44 urtera arteko gizonezkoen erdiak, eta 45 eta 64 urte arteko emakumezkoen erdiak dagoeneko gehiegizko pisua zeukaten. 65 urte eta gehiago zeukaten gizonezkoen %72,8k eta emakumezkoen %63,3k jadanik gehiegizko pisua zeukaten, eta handiagoa zen adin-talde guztietako gizonezkoengan (2.3.3. taula).

Gehiegizko pisuan dauden desberdintasun sozialei dagokienez, maila sozioekonomiko baxuagoko emakumezkoen kausan, gehiegizko pisuaren

Exceso de peso

Se considera exceso de peso cuando el índice de masa corporal de una persona es igual o mayor de 25. En 2007, el 58,1% de los hombres y el 41,6% de las mujeres tenían un peso excesivo. El exceso de peso aumentó con la edad: la mitad de los hombres de 25 a 44 años tenían ya exceso de peso y la mitad de las mujeres de entre 45 y 64 años. El 72,8% de los hombres y el 63,3% de las mujeres de 65 y más años tenían exceso de peso, siendo mayor en los hombres en todos los grupos de edad (Tabla 2.3.3).

En relación a las desigualdades sociales en el exceso de peso, en las mujeres de nivel socioeconómico más bajo la prevalencia de exceso de peso fue de

2.3.3. taula / tabla 2.3.3

Gehiegizko pisua* (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Exceso de peso* (%) por sexo y edad, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
16-24	25,4	13,9
25-44	50,2	27,5
45-64	71,8	51,0
>=65	72,8	63,3
Guztira / Total	58,1	41,6

* Gehiegizko pisua eta obesitatea / Sobre peso y obesidad.

prebalentzia %46,6koa izan zen, hobeto kokatu-tako taldekoena baino 15,5 puntu gehiago. Gizonezkoengan, berriz, maila sozioekonomikoaren arabera zegoen pisu-ezberdintasuna txikiagoa izan zen (2.3.4. taula).

46,6%, 15,5 puntos más que el de las del grupo mejor situado. En los hombres la diferencia de peso en relación al nivel socioeconómico fue menor. (Tabla 2.3.4).

2.3.4. taula / tabla 2.3.4

Gehiegizko pisua* (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007
Exceso de peso* (%) por sexo y grupo socioeconómico, 2007

Talde sozioekonomikoa Grupo socioeconómico	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
I taldea (altua) / Grupo I (alta)	51,1	31,1
II taldea / Grupo II	59,3	33,1
III taldea / Grupo III	61,3	41,7
IV taldea / Grupo IV	60,2	45,5
V taldea (baxua) / Grupo V (baja)	53,4	46,6
Guztira / Total	58,1	41,6

* Gehiegizko pisua eta obesitatea / Sobre peso y obesidad.

Obesitatea

Gizenegi dagoen biztanleriak, GMIko eskalaren goreneko muga (≥ 30) aurkitzen den taldea osatzen du.

2007an, gizonen %13,3k eta emakumeen %11,8k obesitatea zeukaten. 45 urtetik 64 urtera arteko gizonen eta 65 urte eta gehiago duten emakumeen obesitatearen prebalentziarik handienak azaldu zituzten. Gainerako adin-taldeetan, gizonen prebalentziek emakumeenak gainditu zituzten (2.3.5. taula).

Egoera txarrean zeuden talde sozioekonomikoen obesitatearen prebalentzia handiagoa izan zuten, bereziki emakumeen artean. Maila sozioekonomiko baxuko emakumeen %13 gizenegi zeuden, eta maila altuagoko artean prebalentzia %8koa izan zen (2.3.2. irudia).

Obesidad

La población obesa compone el grupo que se encuentra en el límite superior de la escala del IMC (≥ 30).

En 2007, el 13,3% de los hombres y el 11,8% de las mujeres padecía obesidad. Los hombres de 45 a 64 años y las mujeres de 65 y más años presentaron las mayores prevalencias de obesidad. En el resto de los grupos de edad las prevalencias de los hombres superaron a las mujeres (Tabla 2.3.5).

Los grupos socioeconómicos más desfavorecidos tuvieron mayor prevalencia de obesidad, especialmente entre las mujeres. Mientras que el 13% de las mujeres de menor nivel socioeconómico eran obesas, la prevalencia entre las de mayor nivel fue del 8%. (Figura 2.3.2).

2.3.5. taula / tabla 2.3.5

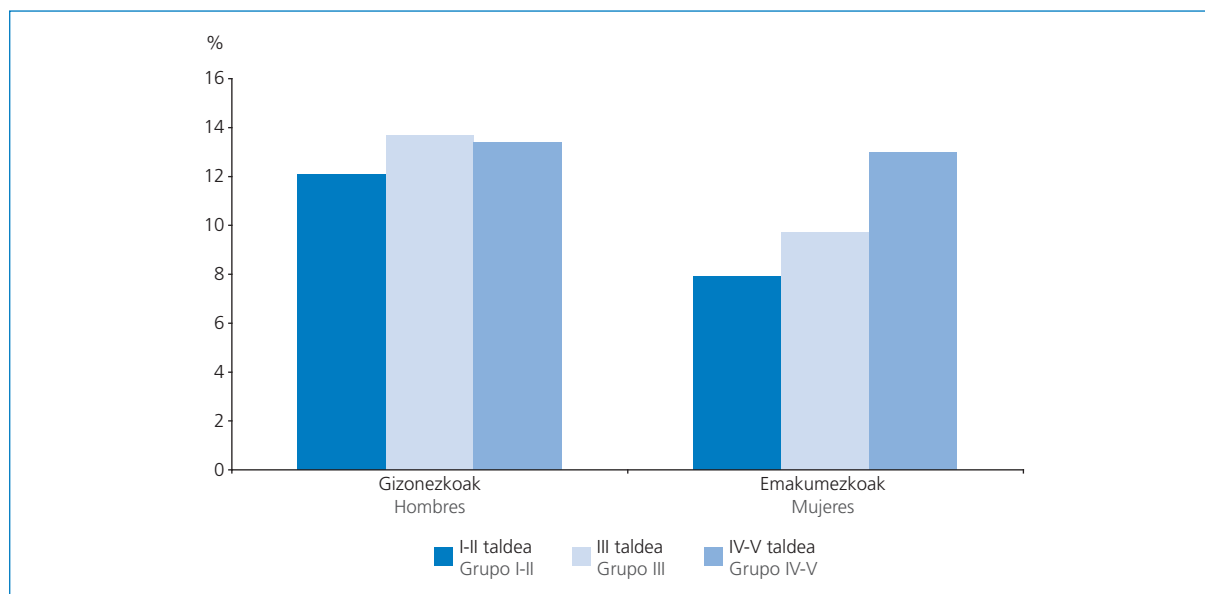
Obesitatea (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Obesidad (%) por sexo y edad, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
16-24	4,4	3,5
25-44	8,9	6,6
45-64	19,6	14,7
>=65	18,0	19,6
Guztira / Total	13,3	11,8

2.3.2. irudia / figura 2.3.2

Obesitatea duen biztanleria (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población con obesidad (% estandarizado por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 2007

**Gutxiezigko pisua**

Pertsona batek gutxiezigko pisua duela esaten da, bere gorputz-masaren indizea 18,5etik behera da-goenean.

2007an, gizonezkoen %0,8k eta emakumezkoen %3,1ak gutxiezigko pisua izan zuten. Gazteengan sarriago gertatzen den arazo bat da eta, bereziki, emakumezkoengan du eragina. 16 urtetik 24 urtera arteko emakumezkoen %9,2k gutxiezigko pisua zuen, eta adin horretako gizonezkoen kasuan %3,1eko portzentajea agertzen zen (2.3.6. taula).

Gizonezkoen artean gutxiezigko pisuaren prebalentziarik altuena, egoera txarrean zeuden talde sozioekonomikoan zeudenen artean kontzentratu zen; emakumezkoen artean, ordea, maila sozioeko-

Peso insuficiente

Se considera que una persona presenta peso insuficiente cuando su índice de masa corporal es inferior a 18,5.

En 2007, el 0,8% de los hombres y el 3,1% de las mujeres tuvieron peso insuficiente. Es un problema que afecta con mayor frecuencia a la población joven y especialmente a las mujeres. El 9,2% de las mujeres de 16 a 24 años tenía peso insuficiente frente al 3,1% de los hombres de esta edad (Tabla 2.3.6).

Entre los hombres la prevalencia más alta de peso insuficiente se concentró en los del grupo socioeconómico más desfavorecido, mientras que entre las mujeres a medida que el nivel socioeconómico era

nomikoa altuagoa zen heinean, gora egiten zuen gutxieigizko pisuaren prebalentziak (2.3.7. taula).

más elevado aumentaba la prevalencia de peso insuficiente (Tabla 2.3.7).

2.3.6. taula / tabla 2.3.6

Gutxieigizko pisua (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Peso insuficiente (%) por sexo y edad, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
16-24	3,1	9,2
25-44	0,5	4,0
45-64	0,4	1,6
>=65	0,8	1,0
Guztira / Total	0,8	3,1

2.3.7. taula / tabla 2.3.7

Gutxieigizko pisuaren prebalentzia, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007
Prevalencia de peso insuficiente por sexo y grupo socioeconómico, 2007

Talde sozioekonomikoa Grupo socioeconómico	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
I taldea (altua) / Grupo I (alta)	0,8	5,4
II taldea / Grupo II	0,7	2,1
III taldea / Grupo III	0,4	3,4
IV taldea / Grupo IV	0,7	3,1
V taldea (baxua) / Grupo V (baja)	1,7	1,5
Guztira / Total	0,8	3,1

Irudiaren pertzepzioa gorputz-pisuari dagokionez

Gizonezkoen %31,1ak eta emakumezkoen %34,1ak euren pisua gehiegizkoa zela uste zuten. %65,1ak eta %62,5ak hurrenez hurren, beren pisua normaltzat jotzen zuten, eta %3,8k eta %3,4k, hurrenez hurren, eskasa zela uste zuen. Adinak gora egiten zuen neurrian, euren pisua gehiegizkoa zela uste zuten pertsonen proportzioak ere gora egin zuen. 45 urtetik 64 urtera arteko adin-taldean kontzentratu zen euren pisua gehiegizkoa zela uste zuten pertsonen proportziorik handiena. Pisu eskasaren kasuan, 16 urtetik 24 urtera arteko biztanleen artean (gizonezkoen %7,5 eta emakumezkoen %4,3) sarrien hautematen zen.

Gorputz-masaren indizea kontuan hartuta, gutxieigizko pisua zuten emakumezkoen %69,3ak haien pisua normaltzat ikusi zuten, eta gainerakoek eskastzat jo zuten. Gizonezkoen kasuan, GMIren eta pisuarekin zegoen gogobetetzearen arteko korrespondentzia handiagoa izan zen, gutxieigizko pisua zeukaten gizonezkoen %78,8k euren pisua eskasa zela uste zutelako.

Percepción de la imagen en relación con el peso corporal

El 31,1% de los hombres y el 34,1% de las mujeres consideraban su peso excesivo. El 65,1% y 62,5% respectivamente, opinaban que era normal, y el 3,8% y el 3,4% respectivamente que era escaso. A medida que aumentaba la edad también aumentó la proporción de personas que consideraba su peso excesivo. En el grupo de edad de 45 a 64 años se concentró la mayor proporción de personas que consideraba su peso excesivo. El peso escaso era percibido con mayor frecuencia entre la población de 16 a 24 años (el 7,5% de los hombres y el 4,3% de las mujeres).

Teniendo en cuenta el índice de masa corporal, el 69,3% de las mujeres con peso insuficiente vieron normal su peso mientras que el resto lo consideraron escaso. En los hombres la correspondencia entre el IMC y la satisfacción con el peso fue mayor, puesto que hasta un 78,8% de los varones con peso insuficiente consideraron su peso como escaso.

Gainera, pisu normala zeukaten emakumezkoen %11,9k gehiegizkotzat jotzen zuen, eta pisu normala zuten gizonezkoen %7,4k haien pisua eskasa zela uste zuen.

Gehiegizko pisua zeukan biztanleriaren artean, gizonetzkoen %59,6k eta emakumezkoen %41,5ak euren pisua normala zela uste zuten; gehiegizkotzat jo zutenen portzentajea, bereziki emakumezkoen artean, altua izan zen arren. Obesitatea zuten pertsonen taldean GMIaren eta gorputzirudiaren arteko korrelazio handiagoa egon zen, gizenegi zeuden gizonetzkoen %84,5ak eta emakumezkoen %86,3k euren pisua gehiegizkoa zela uste baitzuten (2.3.8. taula).

Además, hubo un 11,9% de mujeres con peso normal que lo consideraban excesivo mientras que un 7,4% de los hombres con peso normal lo percibían como escaso.

Entre la población con sobrepeso, el 59,6% de los hombres y el 41,5% de las mujeres consideraron su peso normal, aunque existió también un alto porcentaje, especialmente entre las mujeres, que lo consideró excesivo. Existió mayor correlación entre el IMC y la imagen corporal en el grupo de las personas que sufrían obesidad ya que el 84,5% de los hombres y el 86,3% de las mujeres obesas opinaban que su peso era excesivo (Tabla 2.3.8).

2.3.8. taula / tabla 2.3.8

Gorputz-masaren indizea eta gorputz-pisuarekin zegoen gogobetetzea, sexua kontuan hartuta, 2007
Índice de masa corporal y satisfacción con el peso corporal según el sexo, 2007

		Gehiegizkoa Excesivo	Normala Normal	Eskasa Escaso	Guztira Total
Gutxiegiakoa Insuficiente	Gizona / Hombre	–	21,2	78,8	100,0
	Emakumea / Mujer	–	69,3	30,7	100,0
Normala Normal	Gizona / Hombre	5,0	87,6	7,4	100,0
	Emakumea / Mujer	11,9	84,1	4,1	100,0
Gehiegizko pisua Sobrepeso	Gizona / Hombre	40,2	59,6	0,3	100,0
	Emakumea / Mujer	58,0	41,5	0,3	100,0
Obesitatea Obesidad	Gizona / Hombre	84,5	15,1	0,1	100,0
	Emakumea / Mujer	86,3	12,9	0,6	100,0

Gorputz-pisuaren pertzepzioarekin zerikusia daukan beste alderdi bat, norberaren pisuarekin pozik egotea da. Gizonezkoak emakumezkoak baino pozago egon ziren haien pisuarekin, emakumezkoen %48,8k eta gizonetzkoen %40,5ak pisua galdu nahi zutelako. Gizonezkoen %4,3k eta emakumezkoen %2,8k baino ez zuten loditu nahi.

Otro aspecto relacionado con la percepción del peso corporal es la satisfacción con el propio peso. Los hombres estuvieron más satisfechos con su peso que las mujeres, ya que el 48,8% de ellas y el 40,5% de ellos deseaban perder peso. Sólo el 4,3% de los hombres y el 2,8% de las mujeres querían ganar peso.

Gutxiegiakoa pisua zeukaten gizonetzkoetatik, hiru-tik bik loditu nahi zuten eta gainerakoak pozik zeuden. Gutxiegiakoa pisua zeukaten emakumezkoetatik, laurik hiru pisu baxuarekin pozik zeuden. Pisu normala zeukaten pertsona gehienak euren pisuarekin pozik zeuden, nahiz eta pisu normala zeukaten emakumezkoen %31k pisua galdu nahi izan. Gehiegizko pisua duten pertsonetatik, gizonetzkoak (%46,6) emakumezkoak (%29,1) baino pozago zeuden euren pisuarekin, emakume gehienek pisua galdu nahi baitzuten. Obesitatea zeukaten pertsonengan, ia ez zen sexuaren araberrako desberdintasunik nabaritu: gehienek pisua galdu nahi zuten, eta gizenegi zeuden hamar pertsonatik bakar bat zegoen pozik bere pisuarekin (2.3.9. taula).

De los hombres con peso insuficiente, dos de cada tres deseaban ganar peso mientras que el resto se mostraba satisfecho. De las mujeres con peso insuficiente, tres de cada cuatro estaban satisfechas con el bajo peso. La mayoría de las personas con peso normal estuvieron satisfechas con su peso, aunque un 31% de las mujeres con peso normal quería perder peso. De las personas con sobrepeso, los hombres estuvieron más satisfechos (46,6%) con su peso que las mujeres (29,1%), ya que la mayoría de ellas deseaba perder peso. En las personas con obesidad apenas hubo diferencias por sexo: la mayoría quería perder peso y sólo una de cada diez personas obesas estaba satisfecha con su peso (Tabla 2.3.9).

2.3.9. taula / tabla 2.3.9

Gorputz-masaren indizea eta gorputz-pisuarekin zegoen gogobetetzea, sexua kontuan hartuta, 2007
Índice de masa corporal y satisfacción con el peso corporal según el sexo, 2007

		Pozik Satisfecho	Galdu Perder	Loditu Ganar	Guztira Total
Gutxiezigkoa	Gizona / Hombre	36,7	–	63,3	100,0
Insuficiente	Emakumea / Mujer	75,7	4,2	20,1	100,0
Normala	Gizona / Hombre	78,8	12,5	8,6	100,0
Normal	Emakumea / Mujer	65,2	31,0	3,8	100,0
Gehiegizko pisua	Gizona / Hombre	46,6	52,8	0,6	100,0
Sobrepeso	Emakumea / Mujer	29,1	70,9	0,1	100,0
Obesitatea	Gizona / Hombre	11,8	88,2	–	100,0
Obesidad	Emakumea / Mujer	11,9	87,7	0,4	100,0
Guztira	Gizona / Hombre	55,1	40,6	4,3	100,0
Total	Emakumea / Mujer	48,4	48,8	2,8	100,0

GMIri eta osasunaren autobalorazioari dagokionez, gutxiezigko pisua zeukaten gizonezkoen %35,3k eta emakumezkoen %18,7k euren osasuna hala-moduzkoa edo txarra zela hauteman zuten. Gutxiezigko pisua zenean, gizonezkoek euren osasuna emakumezkoek baino txarrago baloratu zuten. Osasunaren pertzepzioak ere txarrera egin zuen gorputz-masaren indizeak gora egiten zuen heinean, gizonezkoengan zein emakumezkoengan. Horiek horrela, obesitatea zeukaten gizonezkoen %29,7k eta emakumezkoen %46,8k euren osasuna hala-moduzkoa edo txarra zela uste zuten. Obesitatea izan zuten emakumezkoek, gizenegi zeuden gizonezkoek baino hein handiagoan adierazi zuten euren osasuna txarra zela (2.3.10. taula).

Con respecto al IMC y la autovaloración de la salud, el 35,3% de los hombres y el 18,7% de las mujeres con peso insuficiente percibieron su salud como regular o mala. Cuando el peso era insuficiente los hombres valoraron peor su salud que las mujeres. La percepción de la salud también fue empeorando a medida que aumentó el índice de masa corporal, tanto en hombres como en mujeres. Así, el 29,7% de los hombres y 46,8% de las mujeres con obesidad consideraron su salud regular o mala. Las mujeres que sufrieron obesidad valoraron mal su salud en mayor medida que los hombres obesos (Tabla 2.3.10).

2.3.10. taula / tabla 2.3.10

Gorputz-masaren indizea eta osasunaren autobalorazioa, sexua kontuan hartuta, 2007
Índice de masa corporal y autovaloración de la salud según el sexo, 2007

		Oso ona Muy buena	Ona Buena	Hala- moduzkoa Regular	Txarra/Oso txarra Mala/Muy mala	Guztira Total
Gutxiezigkoa	Gizona / Hombre	21,8	42,9	21,1	14,2	100,0
Insuficiente	Emakumea / Mujer	25,1	56,4	13,4	5,2	100,0
Normala	Gizona / Hombre	24,5	61,7	11,3	2,4	100,0
Normal	Emakumea / Mujer	20,4	61,1	15,5	3,1	100,0
Gehiegizko pisua	Gizona / Hombre	15,4	61,9	19,5	3,3	100,0
Sobrepeso	Emakumea / Mujer	10,4	56,2	26,8	6,6	100,0
Obesitatea	Gizona / Hombre	12,1	58,3	23,3	6,4	100,0
Obesidad	Emakumea / Mujer	6,1	47,1	34,6	12,2	100,0

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

1997tik 2007ra, GMIren batez bestekoa gizonezkoengan 25,3tik 26,0ra igo da, eta emaku-

EVOLUCIÓN DESDE 1997

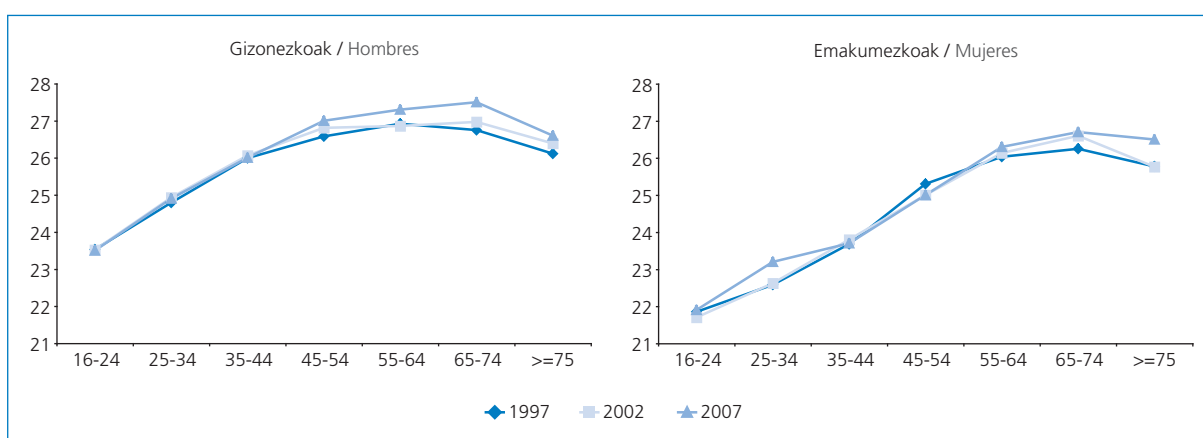
De 1997 a 2007 la media del IMC ha aumentado en los hombres de 25,3 a 26,0, y en las mujeres de

mezkoengan 24,3tik 24,7ra. Gizonezkoen kasuan 44 urtera arte, GMIa antzera mantendu da informazioa hartu den hiru momentuetan; baina 45 urtetik aurrera gehikuntza bat nabaritu zen, 65 urtetik 74 urtera arteko adin-taldean garrantzitsuagoa izan zena. Adin horretatik aurrera, GMIa jaitsi egin zen hiru urteetan. Emakumezkoengan, igoera 25 urtetik 34 urtera arteko adin-taldean gertatu zen, eta 55 urtetik aurrera, nagusiagoetan biziagoa izan zen (2.3.3. irudia).

24,3 a 24,7. En los hombres hasta los 44 años, el IMC se ha mantenido semejante en las tres tomas de información y es a partir de los 45 años cuando se apreció un incremento, que fue más importante en el grupo de edad de 65 a 74 años. A partir de esa edad, el IMC disminuyó en los tres años. En las mujeres, el aumento se produjo en el grupo de edad de 25 a 34 años y a partir de los 55 años, siendo más intenso en las mayores (Figura 2.3.3).

2.3.3. irudia / figura 2.3.3

Gorputz-masaren indizea (batez bestekoa) pertsonengan, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2002-2007
Índice de masa corporal (media) en las personas por sexo y grupos de edad, 2002-2007



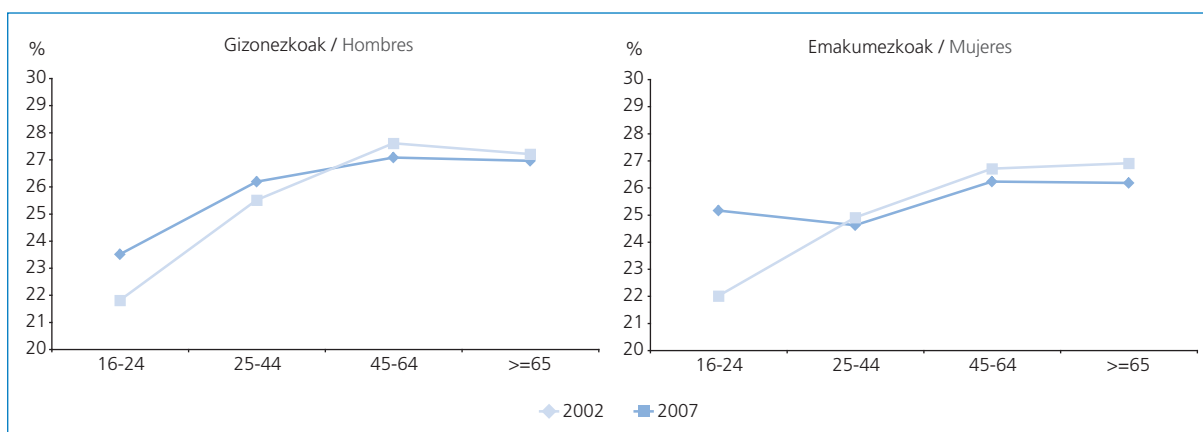
2002tik 2007ra, GMIak behera egin du lehen mailako ikasketak zituzten gazteengan, eta gehitu egin da 45 urtetik gorako gizonezkoengan eta 25 urtetik gorako emakumezkoen kasuan (2.3.4. irudia).

De 2002 a 2007, el IMC en los jóvenes con estudios primarios ha descendido y ha aumentado en los hombres que superan los 45 años y en las mujeres que superan los 25 años. (Figura 2.3.4).

2.3.4. irudia / figura 2.3.4

Gorputz-masaren indizea (batez bestekoa) lehen mailako ikasketak edo gutxiago duten pertsonengan, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2002-2007

Índice de masa corporal (media) en las personas con estudios primarios o menos por sexo y grupos de edad, 2002-2007



Gutxiezigko pisua

1997tik 2007ra, gutxiezigko pisuaren prebalentziak aldaketa txikiak izan ditu. 16 urtetik 24 urtera arteko gizonezkoengan %2,6tik %3,1erako igoera gertatu da, eta emakumezkoengan %10,8tik %9,2rako jaitsiera. Gainerako adin-taldeetan, gutxiezigko pisuaren prebalentzia hain txikia izan zenez, ezin izan zen bere aldaketa fidagarritasunez aintzat hartu. Oro har esanda, gutxiezigko pisuaren prebalentzian igoerarik nabaritu ez zela baieztatu daiteke (2.3.11. taula).

Peso insuficiente

De 1997 a 2007, la prevalencia de peso insuficiente ha presentado pequeñas variaciones. En los hombres de 16 a 24 años se ha producido un aumento del 2,6% al 3,1%, y en las mujeres una disminución del 10,8% al 9,2%. En el resto de grupos de edad, la prevalencia de peso insuficiente fue tan pequeña que no se pudo estimar con fiabilidad la variación del mismo. En términos generales se puede afirmar que no se apreció un aumento de la prevalencia de peso insuficiente. (Tabla 2.3.11).

2.3.11. taula / tabla 2.3.11

Gutxiezigko pisua (GMI<18,5) (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 1997-2007

Peso insuficiente (IMC<18,5) (%) según sexo y edad, 1997-2007

	Gizona Hombre			Emakumea Mujer		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
16-24	2,6	2,0	3,1	10,8	11,0	9,2
25-44	0,3	0,3	0,5	4,9	4,0	4,0
45-64	0,0	0,3	0,4	0,9	1,0	1,6
>=65	0,0	0,3	0,8	1,5	1,5	1,0
Guztira / Total	0,6	0,5	0,8	4,1	3,6	3,1

Gehiezigko pisua

Azken bost urte hauetan, gehiezigko pisuaren prebalentziak gora egin du. Gizonezkoengan sarriago izaten jarraitzen duen arren, gehikuntza emakumezkoengan (3,8 puntu gehiago) gizonezkoengan (2,3 puntu gehiago) baino handiagoa izan da.

Exceso de peso

En estos últimos cinco años ha aumentado la prevalencia del exceso de peso. Aunque sigue siendo más frecuente en los hombres, el incremento ha sido mayor en las mujeres (3,8 puntos más) que en los hombres (2,3 puntos más).

Obesitatea

Azken hamar urteetan, gora egin du obesitatearen prebalentziak, gizonezkoengan emakumezkoengan baino zertxobait gehiago (2.3.5. irudia).

Obesidad

En los últimos diez años ha aumentado la prevalencia de obesidad, algo más en los hombres que en las mujeres (Figura 2.3.5).

Gizonezkoen kasuan, obesitatearen igoera, bereziki 45 urtetik gorakoengan nabaritu da. Gazteenengan ere gehikuntza txiki bat nabaritu zen (2.3.6. irudia).

En los hombres el aumento de la obesidad se ha apreciado especialmente entre los que superaban los 45 años. En los más jóvenes también se apreció un pequeño incremento (Figura 2.3.6).

Emakumezkoen kasuan, obesitatearen gehikuntza adin guztietan gertatu da (2.3.7. irudia).

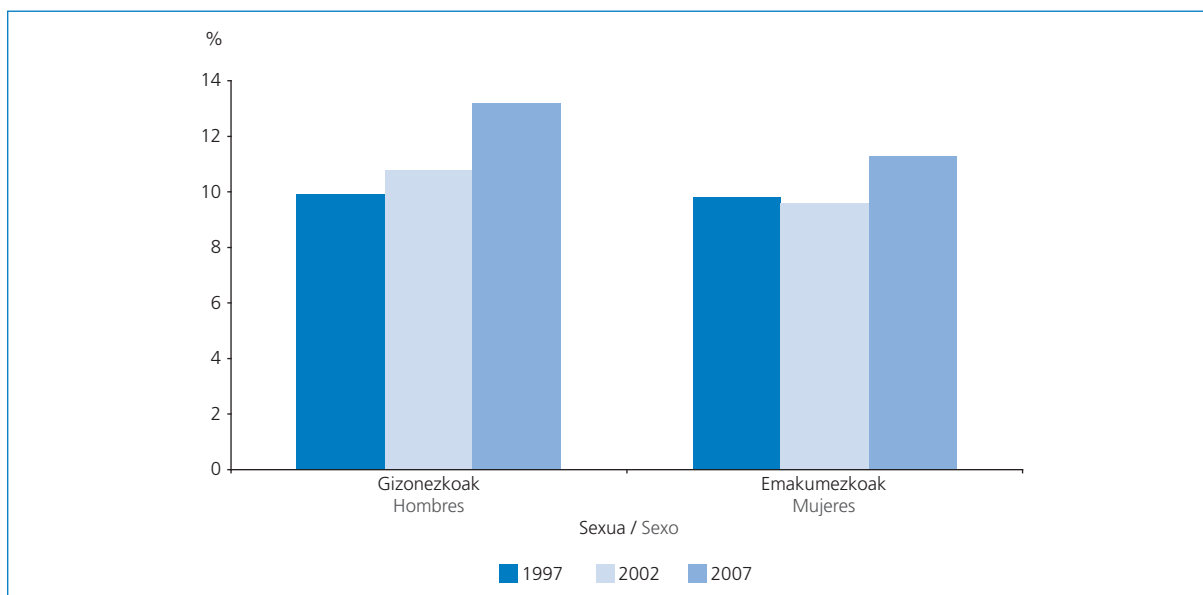
En las mujeres el incremento de la obesidad se ha producido en todas las edades (Figura 2.3.7).

Obesitateak, gizonezkoengan, gora egin du talde sozioekonomiko guztietan, eta euren arteko ezberdintasunak gutxiagotu egin dira, egoera hoberean dauden gizonezkoengan obesitateak izandako igoera handiagoa izan delako. Emakumezkoengan

La obesidad en los hombres ha aumentado en todos los grupos socioeconómicos, disminuyendo las diferencias entre ellos, debido al mayor aumento de la obesidad en los hombres del grupo más favorecido. En las mujeres se han mantenido las des-

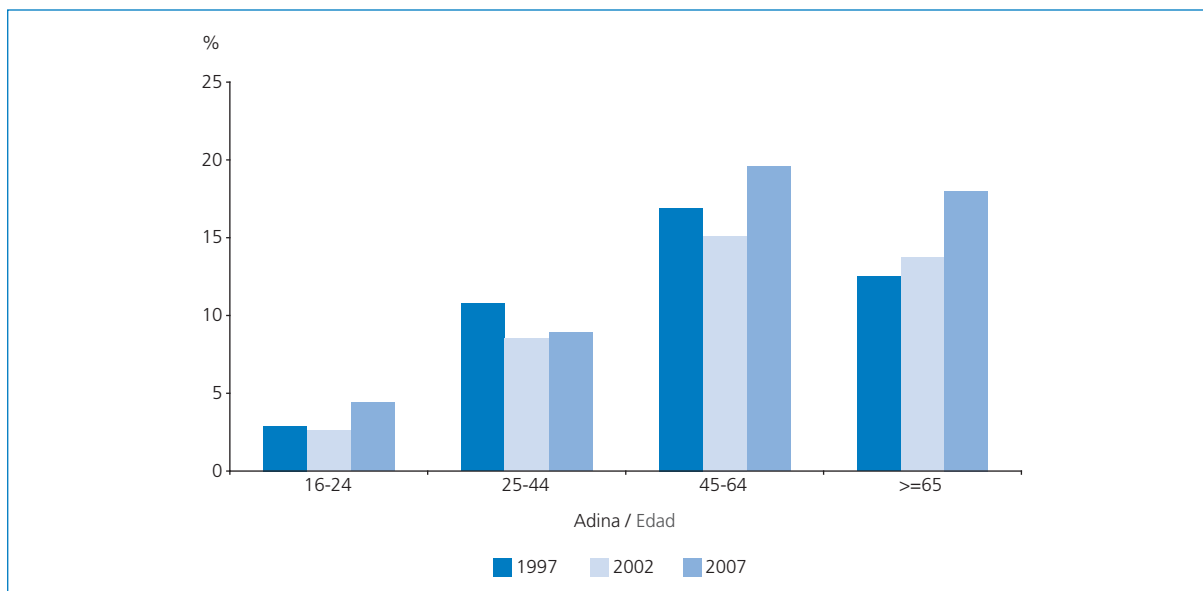
2.3.5. irudia / figura 2.3.5

Obesitatea duen biztanleria (% adinaren arabera estandarizatua), sexua kontuan hartuta, 1997-2007
Población con obesidad (% estandarizado por edad) por sexo, 1997-2007



2.3.6. irudia / figura 2.3.6

Obesitatea duten gizonezkoak (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 1997-2007
Hombres con obesidad (%) por grupos de edad, 1997-2007

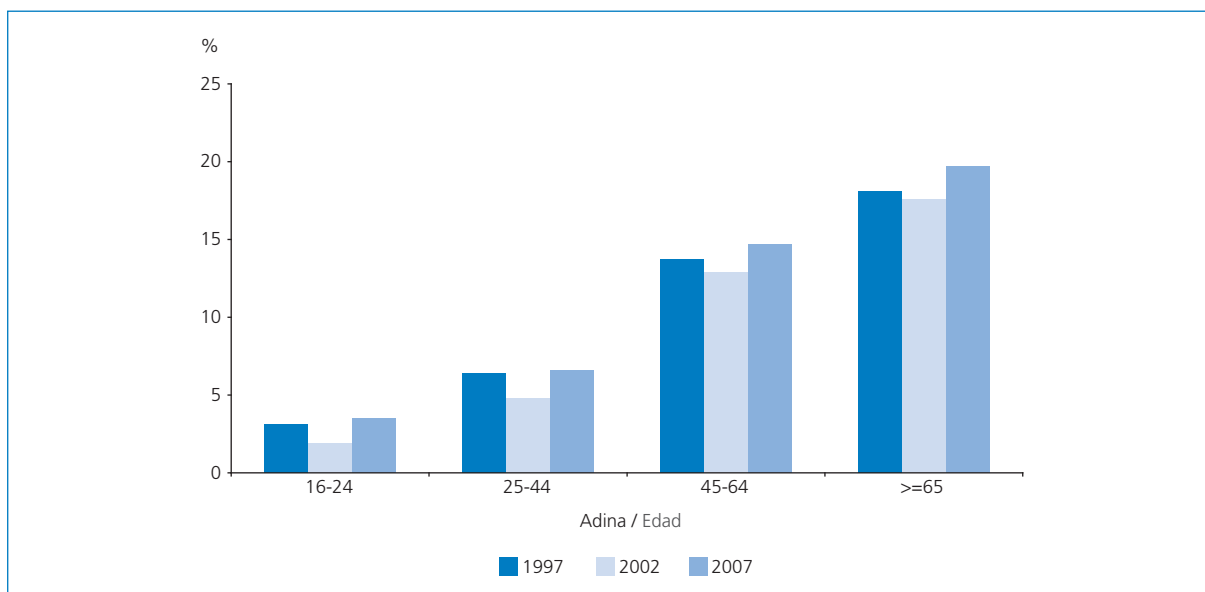


obesitatean zeuden desberdintasunak mantendu egin dira, talde sozioekonomiko guztietan antzeko igoera gertatu delako (2.3.8. irudia).

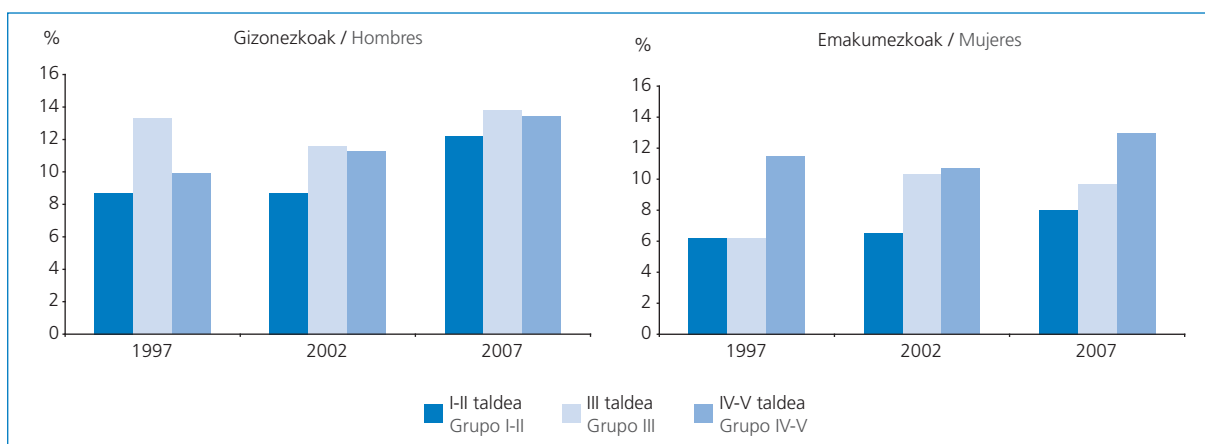
igualdades en la obesidad, ya que ha aumentado de forma semejante en todos los grupos socioeconómicos (Figura 2.3.8).

2.3.7. irudia / figura 2.3.7

Obesitatea duten emakumezkoak (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 1997-2007
Mujeres con obesidad (%) por grupos de edad, 1997-2007

**2.3.8. irudia / figura 2.3.8**

Obesitatea duen biztanleria (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007
Población con obesidad (% estandarizado por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



2.4

JARDUERA FISIkoa

ACTIVIDAD FÍSICA

DEFINIZIOA

Begien bistakoa da jarduera fisikoak, gutxienez, bost baldintza kroniko hauen erikortasuna eta hilkortasuna murrizten dituela: gaixotasun koronarioa, hipertentsioa, diabetesa, osteoporosia eta trastorno mentalak. Bestalde, herritarrek egiten duten energia-gastuaren ezagutza handiagoak edo txikiagoak, gehiegizko pisuaren eta obesitatearen prebalentziaren igoerarekiko informazio interesgarria eman dezake. Azkenaldian lan-baldintzetan gertatu diren aldaketek eta astialdirako denbora gehiago izateak eraginda, tradizioz jarduera fisiko handikotzat hartutako inguruneak, eta beraz energia-kontsumo handiago dutenak, aldatuz joan dira. Bi ingurune horien ezaguera hobeak, lanean egiten den jarduera fisikoa edo ohiko jarduera, aisialdian egiten den jardueratik bereizteko interes epidemiologikoa areagotzen du, EAEOI'07an egin den moduan.

OSASUN INKESTA 2007

Jarduera fisikoa jarduera nagusian

Gizonezkoen %40,9k eta emakumezkoen %44,2k euren ohiko jarduerak eserita egin zituzten egunaren zatirik handienean edo oso gutxitan mugitu ziren. %38,6k eta %43,6k hurrenez hurren, zutik edota askotan joan-etorriak egiten egon ziren, baina pisurik altxatu gabe. Gizonezkoen %12,4k eta emakumezkoen %9,2k zama arinak garraiatzen zituzten edo eskailerak edo aldapak behin eta berriro igo eta jaitsi behar zituzten eta; azkenik, gizonezkoen %8,2k eta emakumezkoen %3,1ak zama astunak garraiatu behar zituzten edota esfortzu fisiko handia eskatzen zuten jarduera edo lana zeukaten. Ikusten da jarduera biziagoa zen heinean, egiten zuten gizonezkoen proportzioak gora egiten zuela.

Bi sexuetan, gazteagoak ziren pertsonek eta adin nagusikoa zutenek euren lana edo ohiko jarduera sarriago eserita egin zuten. 16 urtetik 24 urtera arteko emakumezkoek, ohiko jardueran sedentarismoaren proportziorik altuena (%59,6) izan zuten. Kontrako egoeran 25 urtetik 44 urtera arteko gizonezkoak zeuden, lan gogorrak egiten, zamak

DEFINICIÓN

Existe evidencia de que la actividad física reduce la morbilidad y mortalidad para, al menos, cinco condiciones crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes, osteoporosis y trastornos mentales. Por otro lado, el conocimiento del mayor o menor gasto energético que realiza la población puede aportar información de interés con respecto al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Los cambios de las condiciones de trabajo en los últimos tiempos así como el aumento del tiempo de ocio han hecho que los entornos considerados tradicionalmente como de mayor actividad física, y por lo tanto con mayor consumo energético, se vayan modificando. El mejor conocimiento de ambos entornos aumenta el interés epidemiológico de diferenciar la actividad física que se realiza en el trabajo o actividad habitual de aquella que se realiza en el tiempo libre, tal y como se ha hecho en la ESCAV'07.

ENCUESTA DE SALUD 2007

Actividad física en la actividad principal

El 40,9% de los hombres y el 44,2% de las mujeres realizaron sus actividades habituales sentados durante la mayor parte del día o desplazándose en muy pocas ocasiones. El 38,6% y el 43,6% respectivamente estuvieron de pie y/o desplazándose a menudo pero sin tener que levantar pesos. El 12,4% de los hombres y el 9,2% de las mujeres transportaban cargas ligeras o debían bajar y subir escaleras o cuestas frecuentemente y, por último, el 8,2% de los hombres y el 3,1% de las mujeres tenían una actividad o trabajo en el que transportaban cargas pesadas y/o requería un esfuerzo físico importante. Se observa que a medida que era más intensa la actividad aumentaba la proporción de hombres que la realizaban.

En ambos sexos, las personas más jóvenes y las de mayor edad fueron las que realizaron su trabajo o actividad habitual con más frecuencia sentadas. Las mujeres de 16 a 24 años presentaron la proporción más elevada de sedentarismo en la actividad habitual (59,6%). En la posición opuesta se encontraron los hombres de 25 a 44 años, que destacaron

garraiatzen eta esfortzu fisiko nabarmena egiten egoteagatik bereizi zirelako. 25 urtetik 64 urtera arteko emakumezkoek joan-etorriak sarritan egin zituzten, eta zutik egon ziren euren ohiko jardueran. Gizonezkoengan zein emakumezkoengan jarduerak behera egin zuen 65 urtetik aurrera, eta sedentarismoa areagotu egin zen.

en la realización de trabajos duros, transportando cargas y realizando un esfuerzo físico notable. Las mujeres de 25 a 64 años se desplazaron frecuentemente y permanecieron de pie en su actividad habitual. Tanto en hombres como en mujeres disminuyó la actividad a partir de los 65 años, aumentando el sedentarismo.

2.4.1. taula / tabla 2.4.1

Jarduera nagusian egindako jarduera fisikoaren araberako biztanleria (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Población (%) según la actividad física en la actividad principal por sexo y edad, 2007

		Eserita Sentado	Mugitzen naiz Me desplazo	Zamak hartzen ditut Cojo cargas	Lan gogorra Trabajo duro	Guztira Total
Gizona Hombre	16-24	52,9	28,1	12,9	6,1	100,0
	25-44	34,4	39,2	14,3	12,0	100,0
	45-64	37,0	42,7	12,4	7,8	100,0
	>=65	54,7	36,8	7,3	1,3	100,0
	Guztira / Total	40,9	38,6	12,4	8,2	100,0
Emakumea Mujer	16-24	59,6	29,9	8,1	2,4	100,0
	25-44	41,2	43,2	10,3	5,3	100,0
	45-64	31,5	54,7	11,1	2,7	100,0
	>=65	58,4	35,7	5,5	0,3	100,0
	Guztira / Total	44,2	43,6	9,2	3,1	100,0

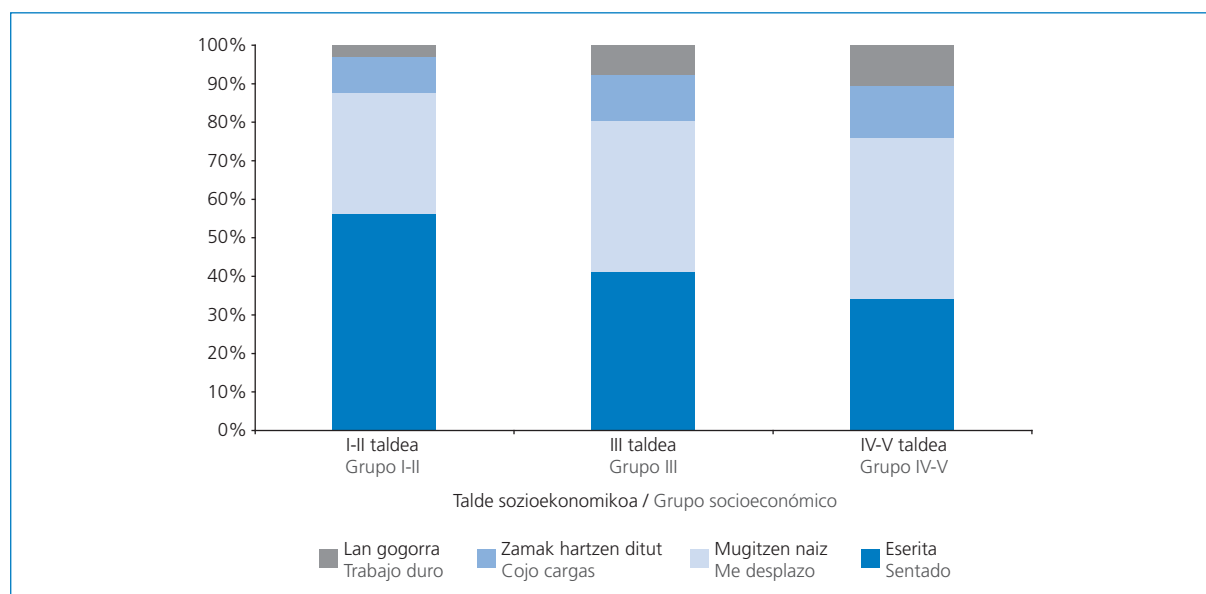
Maila sozioekonomikoak behera egiten zuen neurrian, egiten ziren ohiko jarduerak astunagoak eta biziagoak ziren. Gizonezkoen kasuan, maila so-

A medida que descendía el nivel socioeconómico las actividades habituales que se realizaban eran más pesadas e intensas. En los hombres las diferen-

2.4.1. irudia / figura 2.4.1

Gizonezkoen jarduera fisikoa ohiko jardueran, talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Actividad física de los hombres en la actividad habitual por grupo socioeconómico, 2007

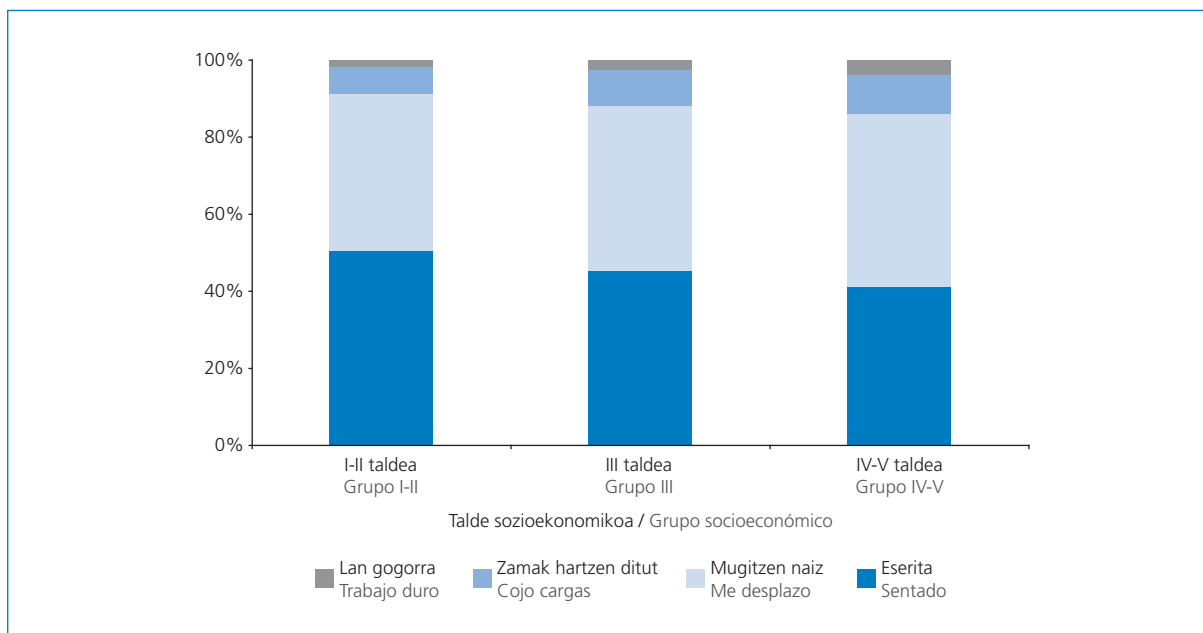


zioekonomikoaren araberako desberdintasunak emakumezkoengan baino handiagoak izan ziren. Egoera hobereneko taldekoak ziren gizonezkoen %56,2k euren jarduera nagusia eserita egin zuten, eta egoera txarragoko taldeetakoen kasuan %34,2 izan ziren (2.4.1. irudia). Kontrakoa gertatu zen lan gogorrek egiteari dagokionez: egoera hobeagoko taldeetakoen %2,9k egin zuen jarduera hori, eta egoera txarragoko kasuan %10,5 izan ziren. Emakumezkoen kasuan desberdintasun gutxiago egon ziren, nahiz eta egoera hobeagoko taldeetakoek egoera txarragokoek baino sarriago eserita egin, eta azken horiek joan-etorri eta esfortzu gehiago egin behar izan (2.4.2. irudia).

cias por nivel socioeconómico fueron mayores que en las mujeres. El 56,2% de los hombres de los grupos más favorecidos realizaron su actividad principal sentados, frente al 34,2% de los pertenecientes a los grupos menos favorecidos (Figura 2.4.1). Ocurrió lo contrario con la realización de trabajos duros: el 2,9% de los de grupos más favorecidos realizaron esta actividad frente al 10,5% de los de grupos menos favorecidos. En las mujeres hubo menos diferencias aunque las de grupos más favorecidos las hicieron con mayor frecuencia sentadas que las de menos favorecidos, quienes tuvieron que realizar mayor número de desplazamientos y esfuerzos (Figura 2.4.2).

2.4.2. irudia / figura 2.4.2

Emakumezkoen jarduera fisikoa ohiko jardueran, talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007
Actividad física de las mujeres en la actividad habitual por grupo socioeconómico, 2007



Jarduera fisikoa aisialdian

Sedentarismoa aisialdian, emakumezkoengan (%57,2) gizonezkoengan (%48,5) baino sarriago eman zen. Gizonezko gazteenak eta 65 urtetik gorakoak izan ziren sedentarismoaren proportziorik baxuenak izan zituztenak. Emakumezkoen artean, 45 urtetik 64 urtera artekoak izan ziren aktiboak aisialdian.

Azpimarratu behar da gizonezkoen %29,2 eta emakumezkoen %20,9 aktiboak izan zirela aisialdian, eta horrek esan nahi du aisialdian ariketa fisikoa egitea haien eguneroko bizitzan ohiko praktika izan zela (2.4.2. taula).

Actividad física en el tiempo libre

El sedentarismo en el tiempo libre fue más frecuente en las mujeres (57,2%) que en los hombres (48,5%). Los hombres más jóvenes y los que superaron los 65 años tuvieron las proporciones más bajas de sedentarismo. Entre las mujeres, las de 45 a 64 años fueron las más activas en el tiempo libre.

Hay que destacar que el 29,2% de los hombres y el 20,9% de las mujeres fueron activos/as en el tiempo libre, lo que significó que la realización de ejercicio físico en el tiempo libre fue una práctica habitual en su vida diaria (Tabla 2.4.2).

2.4.2. taula / tabla 2.4.2

Aisialdian egindako jarduera fisikoaren arabera biztanleria (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Población (%) según la actividad física en el tiempo libre por sexo y edad, 2007

		Sedentarioa Sedentario	Moderatua Moderado	Aktiboa Activo	Guztira Total
Gizona Hombre	16-24	39,5	24,1	36,3	100,0
	25-44	52,5	22,7	24,8	100,0
	45-64	49,8	21,1	29,1	100,0
	>=65	42,7	22,3	35,0	100,0
	Guztira / Total	48,5	22,3	29,2	100,0
Emakumea Mujer	16-24	58,5	23,7	17,9	100,0
	25-44	58,1	21,3	20,6	100,0
	45-64	53,5	22,4	24,1	100,0
	>=65	60,2	21,0	18,8	100,0
	Guztira / Total	57,2	21,8	20,9	100,0

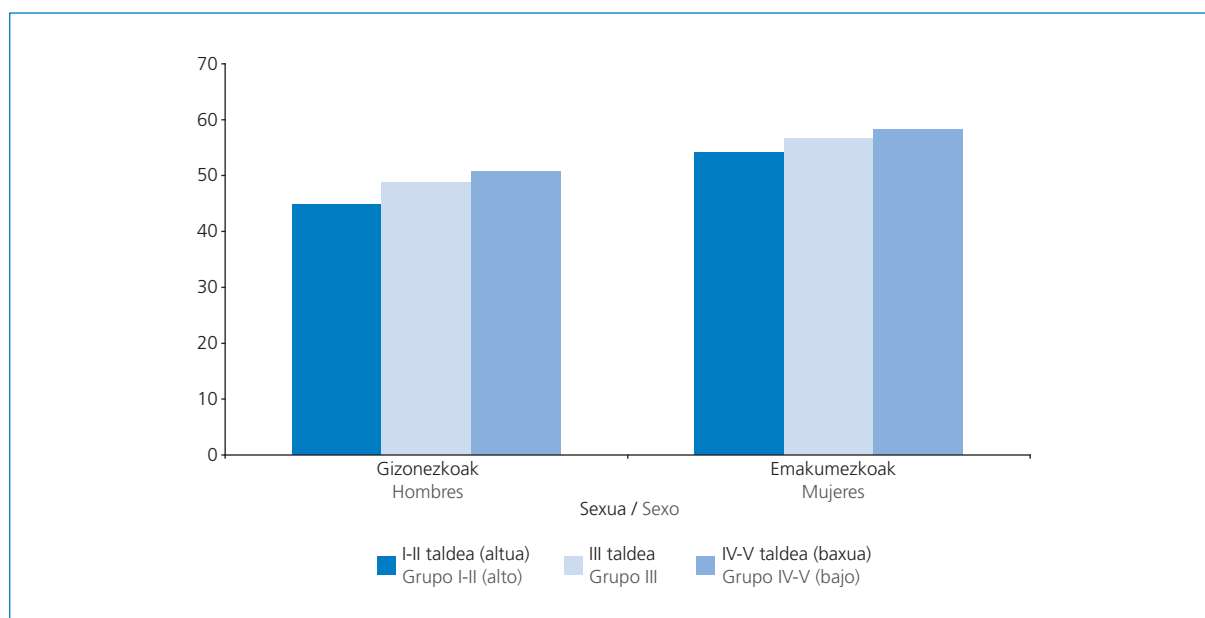
Sedentarismoa sarriagoa izan zen egoera txarragoan zeuden talde sozialetan, bereziki gizonetakoengan (2.4.3. irudia).

El sedentarismo fue más frecuente en los grupos sociales más desfavorecidos, especialmente en los hombres (Figura 2.4.3).

2.4.3. irudia / figura 2.4.3

Aisialdian sedentarioak diren biztanleak (% adinaren arabera estandarizatua), adina, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población sedentaria (% estandarizado por edad) en el tiempo libre por edad por sexo y grupo socioeconómico, 2007



Aisialdian jarduera fisikoa egiteari dagokionez, gizonetako %55,1ak eta emakumeetako %62,8k ez zuten nahi beste ariketa fisiko egin. 25 urtetik 44 urtera artekoengan, nahi zuten ariketa egiterik izan ez zuten pertsonen proportzioa handiagoa izan zen. Momenturik egokiena 65 urtetik aurrera

En relación con la práctica de actividad física en el tiempo libre, el 55,1% de los hombres y el 62,8% de las mujeres no hicieron todo el ejercicio físico que hubieran deseado. A la edad de 25 a 44 años hubo más proporción de personas que no pudieron hacer el ejercicio deseado. El momento más favo-

izan zen, gizonetzkoen %61,8k eta emakumezkoen %48,5ak nahi zuten ariketa fisikoa egiten zutela adierazi baitzuten. Adin guztietan, euren aisialdian nahi zuten ariketa fisikoa egiten zuten pertsonen proportzioa, gizonetakoengan emakumezkoen baino altuagoa izan zen.

Egoera hobean zeuden talde sozialetako pertsonen, proportzio handiagoan ezin zuten nahi beste ariketa fisikoa, baina ezberdintasunak ez ziren nabarmenak izan. Egoera hobean zeuden taldeetako gizonetzkoen %46,6k eta emakumezkoen %38,8k nahi zuten ariketa egin ahal izan zuten; egoera txarragoan zeudenen kasuan, berriz, hauxe izan zen portzentajea: %43,7 eta %36,2, hurrenez hurren.

Aisialdian nahi beste ariketa fisikoa ez egitearen arrazoiak, sexuaren arabera, ezberdinak izan ziren: gizonetakoengan denborarik eza nagusitu zen (%40,9), gero borondate falta (%33,7), osasun-arazoak izatea (%12,7), beste arrazoi batzuk (%11,4) eta, azkenik, toki egokirik ez izatea (%1,4) zetozen. Emakumezkoen kasuan, borondate (%38,5) eta denbora falta (%36,2), lehenengo bi arrazoiak izan ziren, eta atzetik beste hauek zeuden: osasun-arazoak (%16,4) eta beste arrazoi batzuk (%8,2). Borondate eta denbora falta izan ziren, bi sexuetan, sarrien agertu ziren arrazoiak, eta emakumezkoengan osasun-arazoak zertxobait sarriagoak izan ziren.

Borondate falta izan zen gazteengan sarrien eman zena, 16 urtetik 24 urtera arteko gizonetzkoen %40 eta emakumezkoen %53,7, hain zuzen ere. Denborarik eza, 25 urtetik 44 urtera arteko pertsonen gehien erabili zuten arrazoiak izan zen. Osasun-arazoak, biztanleria nagusian oinarritzko arrazoiak izan ziren, 65 urte eta gehiago zituzten gizonetzkoen %50,3 eta emakumezkoen %51,1, zehazki esateko.

Egoera hobean zeuden talde sozialetako pertsonen sarriago eman zuten denborarik ezaren arrazoiak, eta egoera txarragoko taldeetakoengan artean, osasun-arazoak gailendu ziren. Gainerako arrazoiak ez zuten eredu sozialik jarraitu.

Aisialdian sarrien praktikatzaren diren jarduerak fisikoak

Aisialdian egin ziren jarduerak fisikoak, sexuaren eta adinaren arabera, aldatu egiten ziren. Oro har biztanleria hartuta, paseatzea lehenengo eta behin, eta gero pauso arinean ibiltzea izan ziren nagusitu ziren jarduerak. Gizonetako gazteen kasuan, talde-

ablea fue a partir de los 65 años, en el que el 61,8% de los hombres y el 48,5% de las mujeres manifestaron realizar el ejercicio físico que deseaban. En todas las edades, la proporción de personas que realizan el ejercicio físico que desean durante su tiempo libre fue más elevada en los hombres que en las mujeres.

Las personas pertenecientes a los grupos sociales más favorecidos hicieron en mayor proporción el ejercicio físico que deseaban, pero las diferencias no fueron acusadas. El 46,6% de los hombres y el 38,8% de las mujeres de los grupos más favorecidos pudieron hacer el ejercicio deseado, frente al 43,7% y el 36,2% respectivamente de los grupos menos favorecidos.

Las razones por las que no hicieron el ejercicio físico en el tiempo libre que deseaban variaron según el sexo: en los hombres predominó la falta de tiempo (40,9%) seguido de la falta de voluntad (33,7%), del padecimiento de problemas de salud (12,7%), de otras razones (11,4%) y, por último, de no disponer de un lugar adecuado (1,4%). En las mujeres, la falta de voluntad (38,5%) y de tiempo (36,2%), fueron las dos primeras razones, seguidas de los problemas de salud (16,4%) y otras razones (8,2%). La falta de tiempo y de voluntad fueron las razones más frecuentes en ambos sexos, y los problemas de salud fueron algo más frecuentes en las mujeres.

La falta de voluntad fue más frecuente en la población joven, un 40% entre los hombres y un 53,7% entre las mujeres de 16 a 24 años. La falta de tiempo fue la razón más esgrimida por las personas de 25 a 44 años. Los problemas de salud fue la razón primordial en la población mayor, con un 50,3% de los hombres y un 51,1% de las mujeres de 65 y más años.

Las personas pertenecientes a los grupos sociales más favorecidos dieron más frecuentemente la razón de falta de tiempo, y entre las de los grupos menos favorecidos, los problemas de salud. El resto de las razones no siguieron una pauta social.

Actividades físicas en el tiempo libre practicadas con mayor frecuencia

Las actividades físicas que se realizaron en el tiempo libre variaron en función del sexo y la edad. En el conjunto de la población, la actividad que predominó fue la de pasear, seguida por la de andar a paso ligero. En los hombres jóvenes destacó la rea-

kirolak egitea nabarmendu zen, eta emakumezko gazteengan paseatzea eta pauso arinean ibiltzea, gimnasia edo aerobik-ak ere garrantzia izan zuten arren. Bi sexuetan, paseatzeko maiztasuna gehitu egin zen adinean gora egin ahala (2.4.3. taula).

lización de deportes de equipo y en las mujeres jóvenes pasear y andar a paso ligero aunque también tuvieron importancia la gimnasia o el aerobio. En ambos sexos, la frecuencia de pasear aumentó con la edad (Tabla 2.4.3).

2.4.3. taula / tabla 2.4.3

Aisialdian egindako jardueraren arabera biztanleria (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Población (%) según la actividad en el tiempo libre por sexo y edad, 2007

	16-24		25-44		45-64		>=65		Guztira Total	
	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Paseatzea	30,1	43,4	34,7	46,1	48,6	50,3	67,8	56,8	44,3	49,6
Pasear										
Pauso arinean	19,6	27,8	17,5	26,0	24,8	31,0	17,4	13,0	20,0	24,6
ibiltzea										
Andar paso ligero										
Footing-a	13,4	8,8	12,7	2,8	3,8	1,1	1,0	0,3	7,9	2,3
Footing										
Talde-kirolak										
(futbola, saskibaloia)	39,2	8,6	11,5	1,2	1,8	0,3	–	–	9,6	1,4
Deportes de equipo										
(futbol, baloncesto)										
Gimnasia, aerobik-a	10,3	22,2	5,1	11,6	4,0	8,2	2,6	5,1	4,9	10,2
Gimnasia, aerobio										
Bizikleta, igeriketa	23,9	15,7	20,9	13,8	13,4	8,2	5,3	3,4	16,1	9,8
Bicicleta, natación										
Pala eta erraketa										
kirolak	6,7	2,1	8,5	2,3	3,2	0,7	0,2	0,2	5,2	1,3
Deportes de pala y										
raqueta										
Muskulugintza,										
borroka, judoa,	12,5	3,7	7,3	1,9	1,9	0,6	0,3	0,1	5,0	1,3
karatea										
Musculación, lucha,										
judo, karate										
Mendizaletasuna,										
mendi-ibiliak egitea	9,8	6,2	12,7	8,6	13,3	5,7	3,2	0,4	10,9	5,5
Montañismo,										
senderismo										

Inkesta egin aurreko bi asteetan, batez beste, sarrien egin ziren jarduerak paseatzea eta pauso arinean ibiltzea izan ziren. Bi jarduera horiek, halaber, gehitu egin ziren adinean gora egin ahala. Oro har, adinak gora egiten zuen heinean, aisialdiko jarduera fisiko bat egiten zen maiztasuna gehitu egin zen. Pertsona nagusiek, denbora gehiago zuten, sarriago egin ahal izan zituzten (2.4.4. taula).

Las actividades que por término medio se realizaron con mayor frecuencia en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta fueron pasear y andar a paso ligero. Ambas se incrementaron con la edad. En general, a medida que aumentó la edad, se incrementó el número de veces que se realizaba una actividad física de tiempo libre. Las personas mayores, al disponer de más tiempo, pudieron realizarlas con mayor frecuencia (Tabla 2.4.4).

2.4.4. taula / tabla 2.4.4

Jarduera fisikoak aisialdian (%), azken bi asteetan praktikatu diren batez besteko kopuruaren arabera, adina eta sexua kontuan hartuta

Actividades físicas en el tiempo libre (%) según el número medio de veces que son practicadas en las dos últimas semanas, por edad y sexo

	16-24		25-44		45-64		>=65		Guztira Total	
	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea	Gizona	Emakumea
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media	Bat. best. Media
Paseatzea Pasear	7,8	7,0	6,8	7,4	8,2	8,0	10,7	9,7	7,8	7,0
Pauso arinean ibiltzea Andar paso ligero	8,5	7,0	7,9	7,6	7,7	8,3	10,8	10,1	8,5	7,0
Footing-a Footing	4,5	4,0	4,2	5,1	4,5	6,3	4,3	6,9	4,5	4,0
Talde-kirolak (futbola, saskibaloia) Deportes de equipo (futbol, baloncesto)	4,2	3,3	3,1	5,6	3,5	4,9	–	–	4,2	3,3
Gimnasia, aerobik-a Gimnasia, aerobio	4,5	3,8	4,7	4,8	6,4	4,7	9,3	5,1	4,5	3,8
Bizikleta, igeriketa Bicicleta, natación	5,0	3,9	4,1	4,5	4,8	5,4	7,3	7,0	5,0	3,9
Pala eta erraketa kirolak Deportes de pala y raqueta	2,7	3,2	3,0	2,4	3,8	3,9	2,8	2,9	2,7	3,2
Muskulugintza, borroka, judoa, karatea Musculación, lucha, judo, karate	5,2	2,8	4,5	5,9	4,5	6,2	5,3	2,0	5,2	2,8
Mendizaletasuna, mendi-ibiliak egitea Montañismo, senderismo	1,8	1,5	2,8	2,2	2,9	2,6	4,9	4,1	1,8	1,5

Jarduera fisiko globala ohiko jardueraren arabera eta aisialdian

Sailkapen honek, aisialdian zein ohiko jardueran egiten den jarduera bateratzen dituen ikuspuntua dakar. Horrek biztanleria hiru jarduera-mailatan sailkatzeko aukera ematen du: sedentarioa, moderatua eta aktiboa. Horiek horrela, bere ohiko jardueran zama astunak garraiatzen lan gogorra egin edo esfortzu handia egiten duen pertsona aurki dezakegu eta, bere aisialdian, aisia sedentarioa nahiago duena egunero egiten duen esfortzua konpentsatzeko; eta bestetik, kontrako muturrean, lan sedentarioa egiten duen pertsona egon daiteke, ariketa egiterik eza bere aisialdian jarduera fisiko bizia egitearekin konpentsatzen duena.

Actividad física global según la actividad habitual y en el tiempo libre

Esta clasificación aporta un punto de vista que combina la actividad realizada tanto durante el tiempo libre como durante la actividad habitual. Ello permite clasificar a la población en tres niveles de actividad: sedentaria, moderada y activa. Así, podemos encontrar aquella persona que soporta un trabajo duro basado en el transporte de cargas pesadas o de gran esfuerzo en su actividad habitual y que, en su tiempo libre, prefiere un ocio sedentario con el fin de compensar el esfuerzo cotidiano o en el extremo opuesto, la persona que realiza un trabajo sedentario y compensa la falta de ejercicio con actividad física intensa en su tiempo de ocio.

Jardueraren bi sailkapenak (ohikoa eta aisialdian) bat egiten badira, pertsona sedentariotzat jotzen da bere ohiko jardueran denborarik gehien eserita egon eta aisialdian sedentarioa dena. Jarduera global moderatua duen biztanleria izango da, euren ohiko jardueran sedentarioak izan arren, aisialdian jarduera moderatua egiten dutenak. Era berean, jarduera global moderatutzat hartzen da, baldin eta joan-etorri sarriak egiten badira edo zama arinak garraiatzen badira ohiko jardueran eta, aisialdian, sedentarioa bada edo jarduera moderatua egiten bada. Azkenik, haxe izango da orokorrean aktiboa den biztanleria: bere ohiko jardueran eserita dagoena, joan-etorriak sarritan egiten dituen edo zama arinak daramatzana eta, bere aisialdian aktiboa dena. Era berean, orokorrean aktibotzat jotzen dira euren ohiko jardueran esfortzu fisiko handia eskatzen duen lan gogorra egiten duten pertsonak edo aisialdian oso aktiboak direnak.

Oro har emakumezkoek gizonezkoek baino sedentarismo edo jarduera moderatu maila altuagoa daukate. Gizonezkoen %20,2 eta emakumezkoen %26,9 sedentarioak dira haien eguneroko bizitzan, bai ohiko jardueran eta bai aisialdian. Aurkako egoeran, gizonezkoen %35,3 eta emakumezkoen %23,5 aktiboak dira euren jarduerak osotasunean hartuta.

Gizonezkoen kasuan, sedentarismoaren proportziorik altuena 65 urtetik aurrera (%28,6) ematen da, eta jarduera handienaren proportzioa gazteenengan (%41,2) ikus daiteke. Emakumezkoengan, sedentarismoa gutxiagotzen joan zen adinarekin 64 urtera arte, eta adin horretatik aurrera nabariki gora egin zuen. Sedentarismoaren prebalentziarik altuenak gazteenengan (%33,3) eta nagusiengan (%40,5) aurkitu ziren (2.4.5. taula).

Aunando las dos clasificaciones de actividad, habitual y en el tiempo libre, se considera a una persona sedentaria cuando permanece la mayor parte del tiempo sentada en su actividad habitual y es sedentaria en el tiempo libre. La población con una actividad global moderada será aquella que, aunque en su actividad habitual sea sedentaria, realiza una actividad moderada en el tiempo libre. Asimismo, se considerará actividad global moderada si se realizan desplazamientos frecuentes o se transportan cargas ligeras en la actividad habitual y, en el tiempo libre, se es sedentaria o se realiza una actividad moderada. Por último, la población activa globalmente será aquella que, en su actividad habitual, esté sentada, haga desplazamientos frecuente o lleve cargas ligeras y, en su tiempo libre, sea activa. Asimismo, se consideran activas globalmente aquellas personas que en su actividad habitual hacen un trabajo duro con esfuerzo físico importante o bien son muy activas en el tiempo libre.

Globalmente las mujeres presentan mayor grado de sedentarismo o actividad moderada que los hombres. El 20,2% de los hombres y el 26,9% de las mujeres son sedentarios/as en su vida diaria, tanto en la actividad habitual como en el tiempo libre. En la situación contraria, el 35,3% de los hombres y el 23,5% de las mujeres son activos/as en el conjunto de sus actividades.

En los hombres la proporción más elevada de sedentarismo se da a partir de los 65 años (28,6%), y la proporción de mayor actividad en los jóvenes (41,2%). En las mujeres, el sedentarismo fue disminuyendo con la edad hasta los 64 años, para aumentar considerablemente a partir de esta edad. Las prevalencias más altas de sedentarismo en ellas se encontraron en las más jóvenes (33,3%) y en las mayores (40,5%). (Tabla 2.4.5.)

2.4.5. taula / tabla 2.4.5

16 urte eta gehiago duen biztanleria (%) jarduera fisiko globalaren (ohikoa eta aisialdian) arabera, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Población de 16 y más años (%) según la actividad física global (habitual y en el tiempo libre) por sexo y edad, 2007

		Sedentarioa Sedentario	Moderatua Moderado	Aktiboa Activo	Guztira Total
Gizona Hombre	16-24	19,9	38,9	41,2	100,0
	25-44	18,5	47,9	33,6	100,0
	45-64	17,8	47,3	34,9	100,0
	>=65	28,6	35,1	36,3	100,0
	Guztira / Total	20,2	44,5	35,3	100,0
Emakumea Mujer	16-24	33,3	46,4	20,4	100,0
	25-44	23,4	51,5	25,1	100,0
	45-64	18,3	55,7	26,0	100,0
	>=65	40,5	40,2	19,3	100,0
	Guztira / Total	26,9	49,6	23,5	100,0

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Jarduera fisikoa jardueran nagusian

Etxean nahiz etxetik kanpo egindako lan-motak aldatzen joan dira azken urteetan, lan-baldintzen hobekuntza nabaria izanik. Esfortzu fisiko handiago eskatzen zuten eskuz egiten ziren zereginak pixkanaka-pixkanaka alde batera uzten joan dira lan-esparruan zein etxean, batez ere tresna eta teknologia berriak sartu direlako; eta horri esker, euren lan edo ohiko jardueran eserita egin zuen biztanleriaren portzentajeak igoera gertatu da.

Adin-taldeak kontuan hartuta, gizonezkoen kasuan ohiko jardueran gertatutako sedentaris- moaren igoera hori adin-talde guztietan ikus daite- ke, 45 urtetik 64 urtera arteko adin-taldean izan ezik, funtsean 2002ko maila berdinetan manten- tzen baita. Emakumezkoen kasuan, ohiko jardue- ran izandako sedentaris- mailak zertxobait behe- ra egiten du adin-talde gazteenean (16 urtetik 24 urtera), eta argi gehitzen da gainerako adin-tal- deetan.

Jarduera fisikoa aisialdian

1997. urteaz geroztik sedentaris- moak, bi sexuetan, behera egin du; nahiz eta gizonezkoengan propor- tzioa handiagoa izan.

EVOLUCIÓN DESDE 1997

Actividad física en la actividad principal

Los tipos de trabajo tanto dentro como fuera del hogar han ido cambiando en los últimos años hacia una mejora de las condiciones del trabajo. El aban- dono progresivo de tareas manuales que requerían un mayor esfuerzo físico tanto en el ámbito laboral como en el hogar, debido principalmente a la in- troducción de nuevas herramientas y tecnologías, han producido un aumento porcentual de la pobla- ción que realizó su trabajo o actividad habitual sentada.

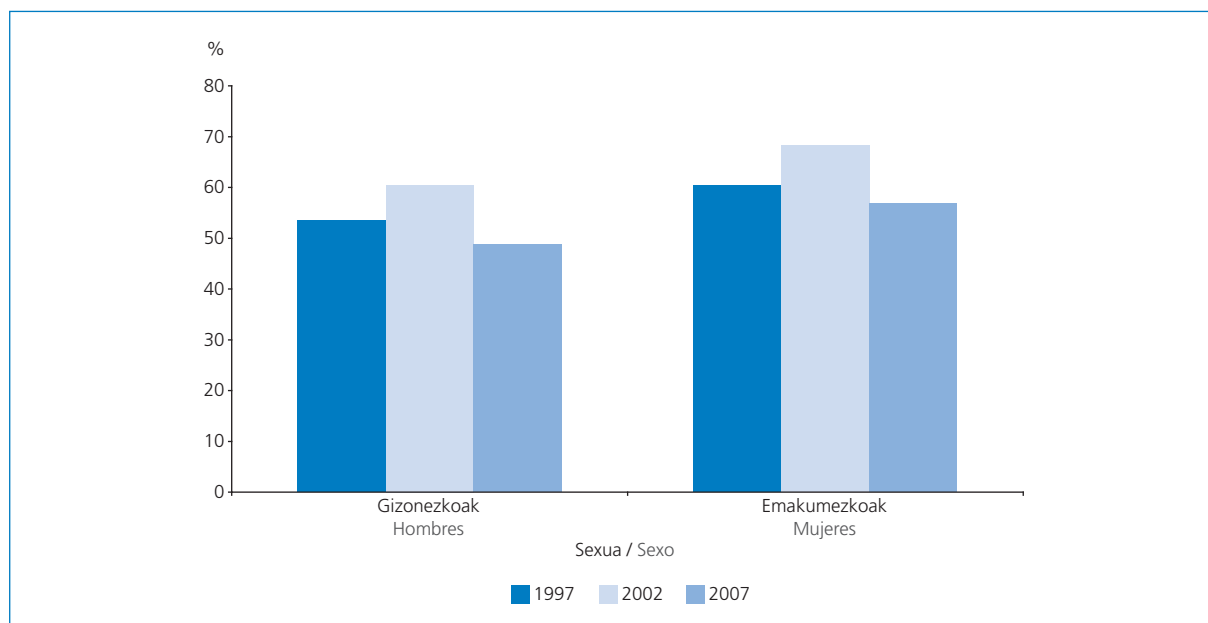
Por grupos de edad, en el caso de los hombres este aumento del sedentarismo en la actividad habitual se produce en todos los grupos de edad excepto en el de 45 a 64 años, que se mantiene básicamen- te en los mismos niveles que en 2002. En el caso de las mujeres, el nivel de sedentarismo en la acti- vidad habitual desciende ligeramente en el grupo de edad más joven, de 16 a 24 años, y aumenta claramente en el resto de los grupos de edad.

Actividad física en el tiempo libre

Desde 1997 ha disminuido el sedentarismo en am- bos sexos, aunque en mayor proporción en los hombres.

2.4.4. irudia / figura 2.4.4

Biztanleria sedentarioa (% adinaren arabera estandarizatua) aisialdian, sexua kontuan hartuta, 1997-2007
Población sedentaria (% estandarizado por edad) en el tiempo libre por sexo, 1997-2007



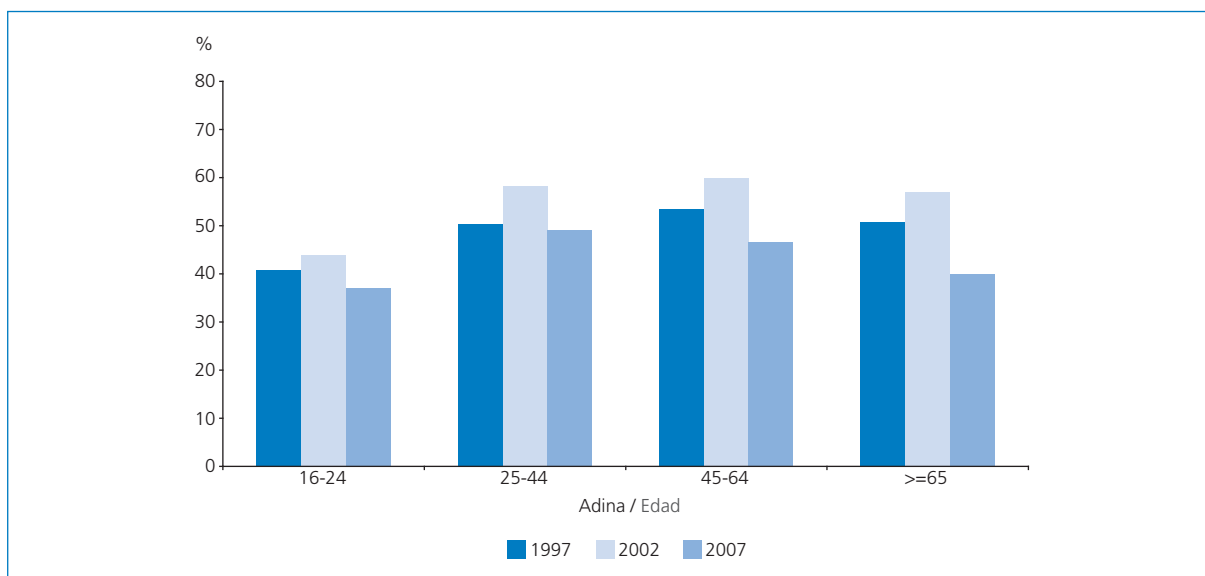
Gizonezkoengan sedentarismoaren gutxiagotzea adin-talde guztietan nabaritu da, gutxitze hori 45 urtetik gorakoengan biziagoa izan da, eta are nabariagoa 65 urte eta gehiagokoen kasuan.

La disminución del sedentarismo en los hombres se ha apreciado en todos los grupos de edad, siendo ésta más intensa en los que han superado los 45 años, y aún mayor en los de 65 y más años.

2.4.5. irudia / figura 2.4.5

Aisialdian sedentarioak diren gizonenak (%), adina kontuan hartuta, 1997-2007

Hombres sedentarios (%) en el tiempo libre por edad, 1997-2007



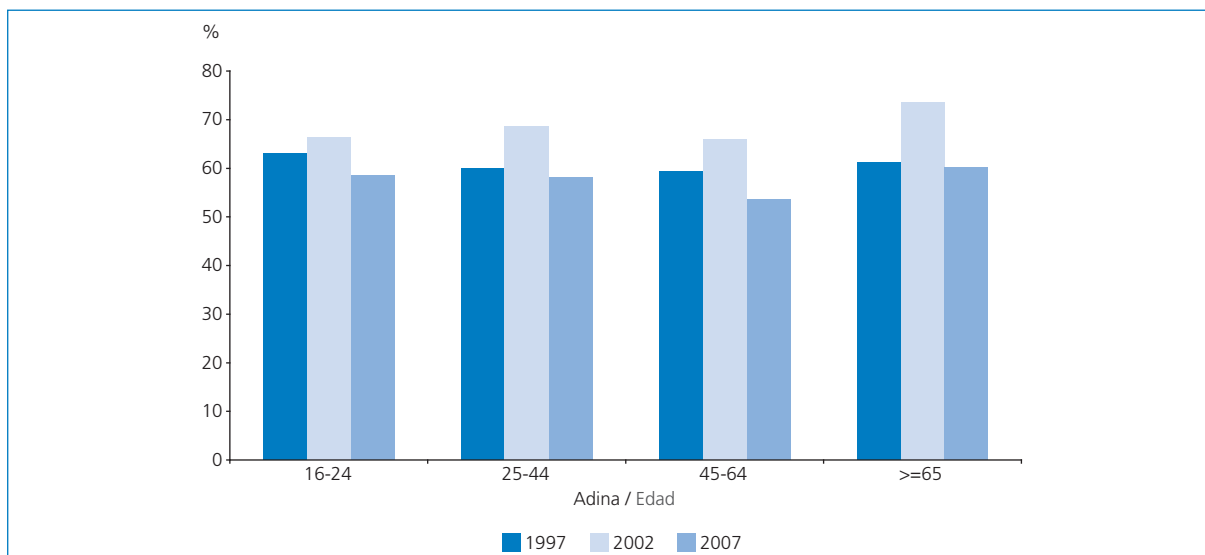
Emakumezkoen kasuan ere behera egin zuen sedentarismoak, 1997ko datuekin konparatuz. Sedentarismo-mailarik baxuena 45 urtetik 64 urtera artekoek izan zuten.

En las mujeres también disminuyó el sedentarismo con respecto a 1997. El nivel más bajo de sedentarismo lo tuvieron las de 45 a 64 años.

2.4.6. irudia / figura 2.4.6

Emakumezko sedentarioak (%) aisialdian, adina kontuan hartuta, 1997-2007

Mujeres sedentarias (%) en el tiempo libre por edad, 1997-2007



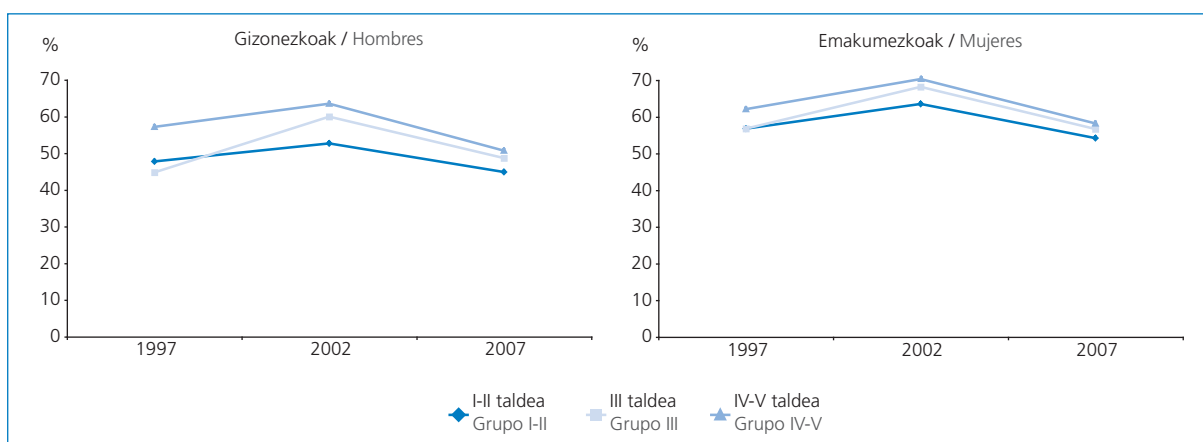
Azken urte hauetan, eskala sozialeko muturreneko taldeetan gizonezkoen sedentarismoak behera egin du, desberdintasunek behera egin dute eta jaitiera handiagoa izan da egoera txarreanean zeuden taldeetan. Sedentarismoan desberdintasunen gutxitze hori emakumezkoengan ere nabaritu da.

En estos últimos años ha disminuido el sedentarismo de los hombres en los grupos más extremos de la escala social, produciéndose una disminución de las desigualdades por el mayor descenso en los grupos menos favorecidos. Esta disminución de las desigualdades en el sedentarismo se ha observado también en las mujeres.

2.4.7. irudia / figura 2.4.7

Aisialdian sedentarioak diren biztanleen prebalentzia (% adinaren arabera estandarizatua), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Prevalencia de población sedentaria en el tiempo libre (%estandarizado por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007



Jarduera fisiko globala (ohiko jarduera eta aisialdia)

2007. urtean, 25 urtetik gorako gizonezkoek sedentarismo globalaren mailarik baxuenak lortu zituzten, bai ohiko jardueran eta bai aisialdian. 2002. urtearekiko, emakumezkoengan ere sedentarismo globalak behera egin zuen adin-talde guztietan.

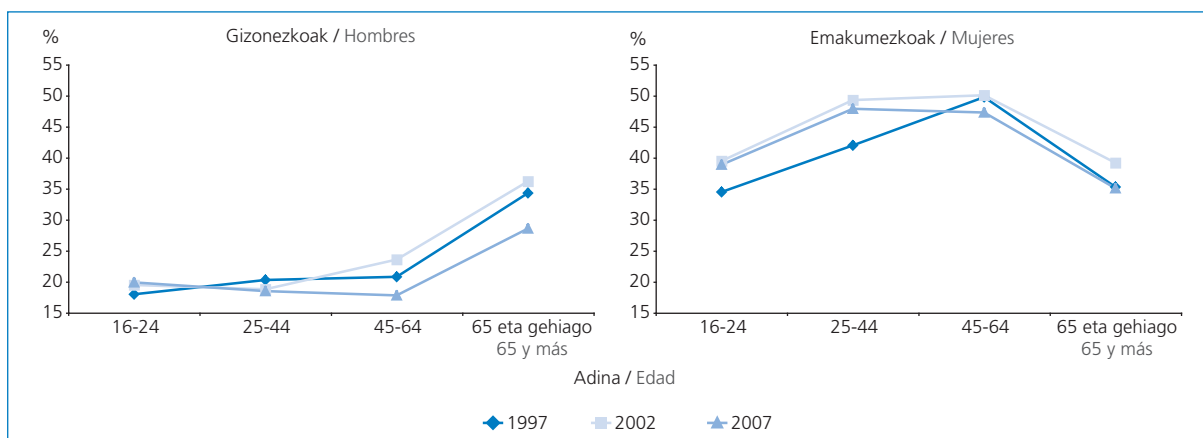
Actividad Física Global (actividad habitual y tiempo libre)

En 2007, los hombres mayores de 25 años alcanzaron los niveles más bajos de sedentarismo global, tanto en la actividad habitual como en el tiempo libre. Con respecto a 2002, en las mujeres también bajó el sedentarismo global en todos los grupos de edad.

2.4.8. irudia / figura 2.4.8

Sedentarismoa (%) ohiko jardueran eta aisialdian, sexua eta adina kontuan hartuta, 1997-2007

Sedentarismo (%) en la actividad habitual y en el tiempo libre, por sexo y edad, 1997-2007



2.5

ELIKADURA-OHITURAK

HÁBITOS ALIMENTARIOS

DEFINIZIOA

Nutrizio Komunitarioko Espainiako Elkartek (SENC) Elikadura Piramide berria egin zuen 2004. urtean, eta Piramide hori erreferentzia bihurtu da nutrizio-arloan. Piramidearen oinarrian, egunero hartu behar diren elikagaiak agertzen dira, hala nola zerealen deribatuak, patatak, barazkiak, fruitak, esnea, esnekiak eta oliba-olioa. Beste elikagai batzuk (lekaleak, fruitu lehorrak, arraina, arrautzak eta haragi giharrek) astean zenbaitetan hartu behar dira. Azkenik, piramidearen tontorrean, neurrian hartu beharreko elikagaiak agertzen dira: haragi gantzatsuak, pastelak, opilak, azukreak eta edari freskagarriak. SENC elkarteak, halaber, egunero gutxienez bi litro ur edatea eta gutxienez 30 minutuko jarduera fisikoa egitea gomendatzen du.

DEFINICIÓN

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) elaboró en 2004 una nueva Pirámide de Alimentación, la cual se ha convertido en referencia en materia nutricional. La Pirámide muestra en la base los alimentos que deben ser ingeridos diariamente como son los derivados de los cereales y patatas, verduras, hortalizas, frutas, leche y derivados lácteos y aceite de oliva. Otros alimentos, concretamente, legumbres, frutos secos, pescados, huevos y carnes magras, se deben tomar alternativamente varias veces a la semana. Por último y en la cúspide de la pirámide, se aconseja moderar el consumo de carnes grasas, pastelería, bollería, azúcares y bebidas refrescantes. La SENC también recomienda ingerir como mínimo dos litros de agua diarios y la realización de, al menos, 30 minutos de actividad física.

2007KO OSASUN-INKESTA

Fruten kontsumoa

Fruten eguneroko kontsumoa handiagoa zen emakumezkoengan gizonezkoengan baino, adin

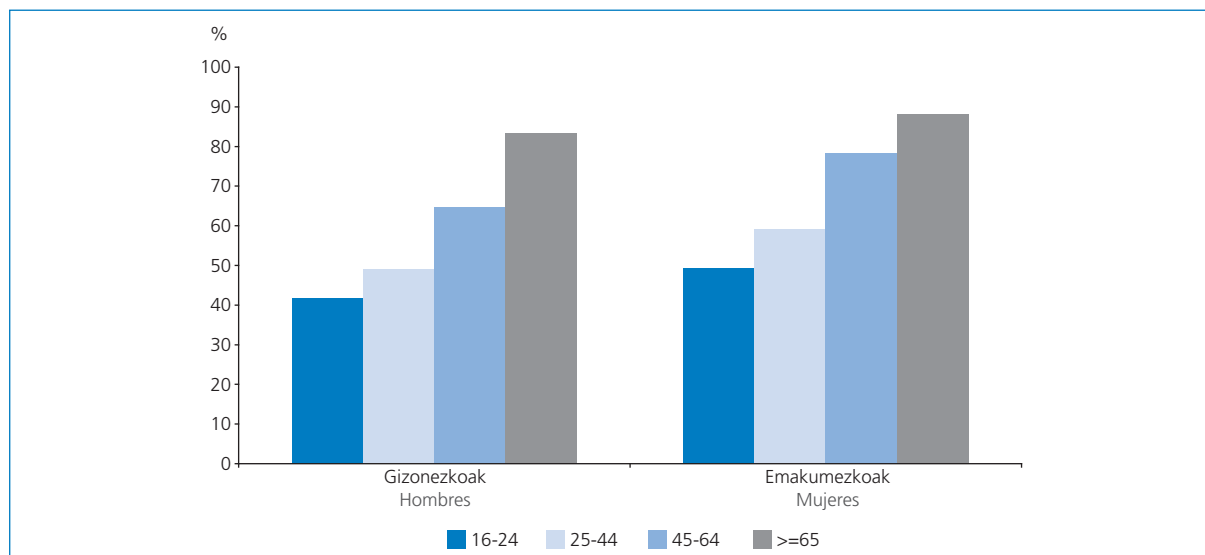
ENCUESTA DE SALUD 2007

Consumo de fruta

El consumo diario de fruta en las mujeres (70,7%) era más elevado que en los hombres (59,2%), en

2.5.1. irudia / figura 2.5.1

Fruta egunero kontsumitzen duen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007
Población (%) que consume fruta a diario por sexo y edad, 2007



guztietan gainera (%70,7 eta %59,2, hurrenez hurren). Adinean aurrera egin ahala, kontsumo hori areagotu egiten zen, bi sexuetan. 16-24 urteko gizonezkoen %42k eta 65 urteko eta hortik gorako gizonezkoen %83k jaten zuen fruta egunero. Emakumezkoen kasuan, berriz, 16-24 urtekoen %49k eta 65 urtekoen eta hortik gorakoen %88k jaten zuen fruta egunero (2.5.1 irudia).

Barazkien kontsumoa

Barazkien eguneroko kontsumoa handiagoa izan zen emakumezkoengan gizonezkoengan baino (%35,7 eta %24,9, hurrenez hurren), eta handiagoa, halaber, adinean aurrera egin ahala, bi sexuetan. 16-24 urteko gizonezkoen %13k eta emakumezkoen %19k jaten zituen barazkiak egunero. 65 urtekoen edo hortik gorako kasuan, berriz, gizonezkoen proportzioa %37ra iristen zen, eta emakumezkoena %44ra (2.5.2 irudia).

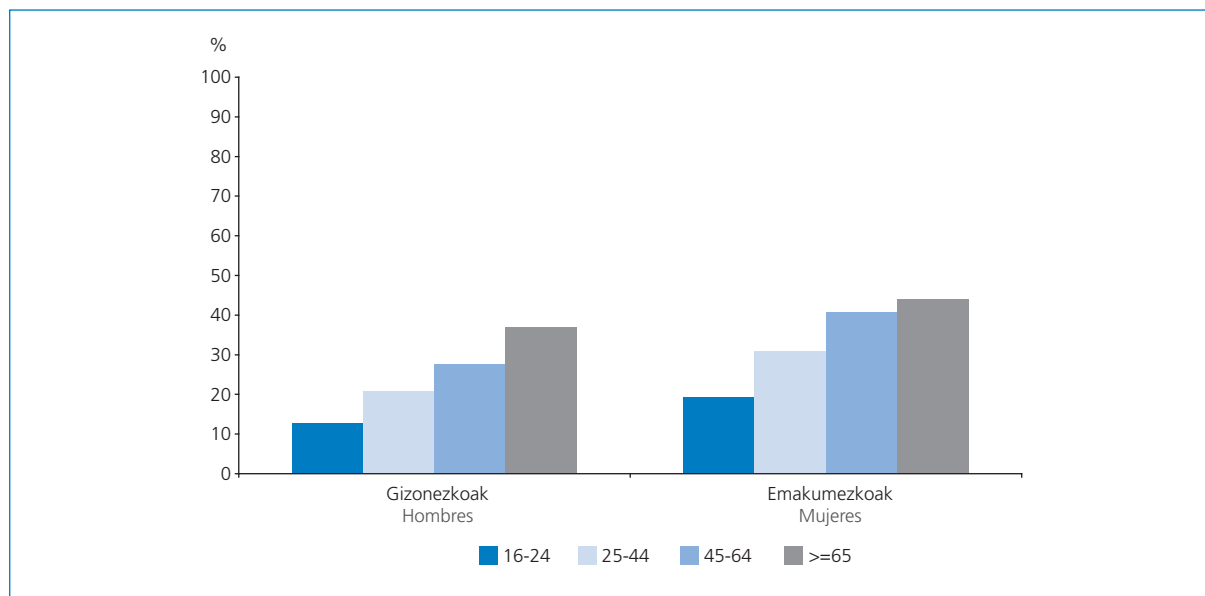
todas las edades. Este consumo se duplicaba con la edad, en ambos sexos. El 42% de los hombres de 16 a 24 años comía fruta a diario y el 83% de los de 65 y más años. El 49% de las mujeres de 16 a 24 años tomaba fruta a diario mientras que en las mujeres de 65 y más años aumentaba hasta el 88% (Figura 2.5.1).

Consumo de verdura

El consumo diario de verdura fue más habitual en las mujeres (35,7%) que en los hombres (24,9%) y en ambos sexos aumentaba con la edad. Sólo el 13% de los hombres y el 19% de las mujeres de 16 a 24 años comían verdura a diario. Esta proporción se elevaba al 37% en los varones y al 44% en las mujeres de 65 y más años (Figura 2.5.2).

2.5.2. irudia / figura 2.5.2

Barazkiak egunero kontsumitzen dituen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007
Población (%) que consume verdura a diario por sexo y edad, 2007



Lekaleen kontsumoa

Lekaleak astean gutxienez 1 edo 2 aldiz kontsumitzen zituztenei dagokienez, gizonezkoak emakumezkoak baino gehiago ziren (%91 eta %87,3, hurrenez hurren), eta adinekoak gazteak baino gehiago (%89,6 eta %85,3, hurrenez hurren). Elikagai horren kontsumoa oso orokorra da (2.5.3 irudia).

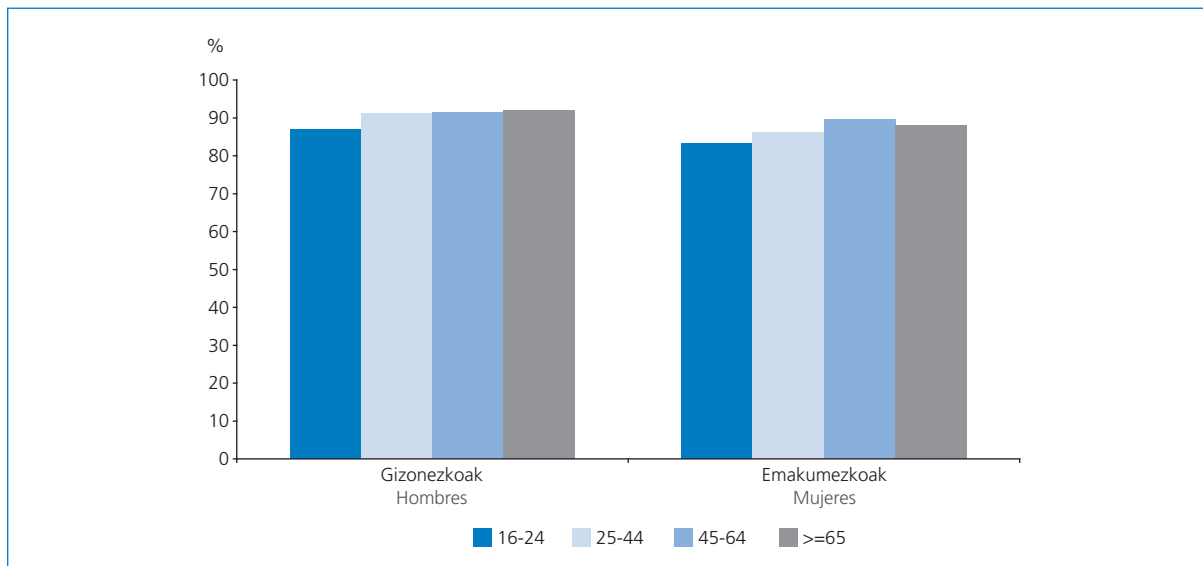
Consumo de legumbres

El consumo de legumbres al menos una o dos veces a la semana era un poco más frecuente en los hombres (91%) que en las mujeres (87,3%) y en las personas de mayor edad (89,6%) que en las jóvenes (85,3%). Se trata de un alimento que sigue teniendo un consumo muy generalizado (Figura 2.5.3).

2.5.3. irudia / figura 2.5.3

Lekaleak astean gutxienez 1 edo 2 aldiz kontsumitzen dituen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población (%) que consume legumbre al menos una o dos veces por semana por sexo y edad, 2007


Pastaren, arrozaren eta pataten kontsumoa astean 3 alditan edo gehiagotan

Pasta, arroza eta patatak astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen zituzten gizonezkoen proportzioa emakumezkoena baino handiagoa zen (%58 eta %53, hurrenez hurren), adin guztietan.

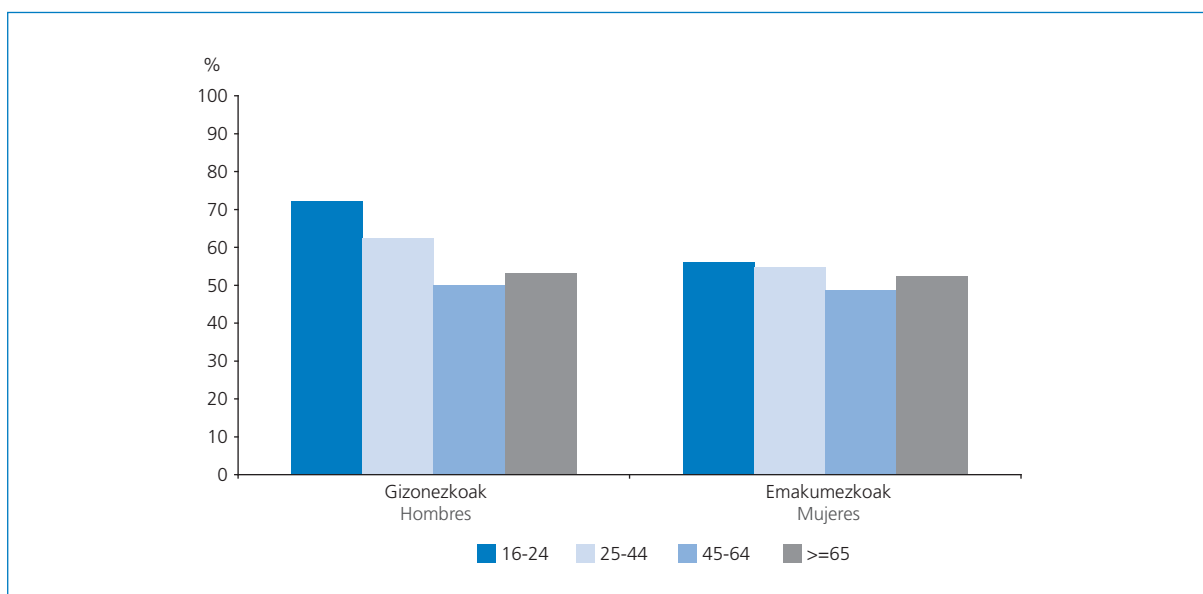
Consumo de pasta, arroz y patatas tres o más veces por semana

La proporción de hombres que consumían pasta, arroz y patatas tres o más veces por semana (58%) era más elevada que la de las mujeres (53%), en todas las edades.

2.5.4. irudia / figura 2.5.4

Pasta, arroza eta patatak astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen dituen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población (%) que consume pasta, arroz y patatas tres o más veces por semana por sexo y edad, 2007



Pasta, arroza eta patatak astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen zituztenen proportzioak behera egiten zuen adinean aurrera egin ahala, are beherago gizonezkoen kasuan. 16-24 urteko gizonezkoen %72k jaten zituen patatak, pasta eta arroza astean 3 alditan edo gehiagotan. 65 urtekoen eta hortik gorakoen kasuan, berriz, proportzio hori %53ra jaisten zen. Emakumezkoek dagokienez, 16-24 urtekoen %56k kontsumitzen zituen patatak, pasta eta arroza astean 3 alditan edo gehiagotan; 65 urtekoen eta hortik gorakoek kasuan, berriz, proportzioa %53ra jaisten zen. Bestalde, emakumezkoen kasuan, elikagai talde horren kontsumoa bizitza osoan ia egonkorra zela esan daiteke (2.5.4 irudia).

Haragiaren kontsumoa

Gizonezkoen %68,1ek eta emakumezkoen %56,6k jan zuen haragia astean 3 alditan edo gehiagotan. Eguneroko kontsumoa, berriz, %15,4ra eta %9,3ra iritsi zen, hurrenez hurren.

Haragia egunero jaten zutenen artean, proportziorik handiena 16-24 urteko gizonezkoena zen (%21,1). Bi sexuetan, eguneroko kontsumoak behera egiten zuen adinean aurrera egin ahala, eta gizonezkoengan emakumezkoengan baino handiagoa zen (2.5.5 irudia).

El consumo de pasta, arroz y patatas tres o más veces por semana disminuía con la edad, de forma más acusada en los hombres. El 72% de los hombres de 16 a 24 años tomaba pasta, arroz y patatas tres o más veces por semana, mientras que esta proporción se situaba en el 53% en los de 65 y más años. Sin embargo, el 56% de las mujeres de 16 a 24 años comía pasta, arroz y patatas tres o más veces por semana, mientras que en las de 65 y más años disminuía al 53%. Se puede decir que el consumo de este grupo de alimentos en las mujeres permanecía casi estable a lo largo de la vida (Figura 2.5.4).

Consumo de carne

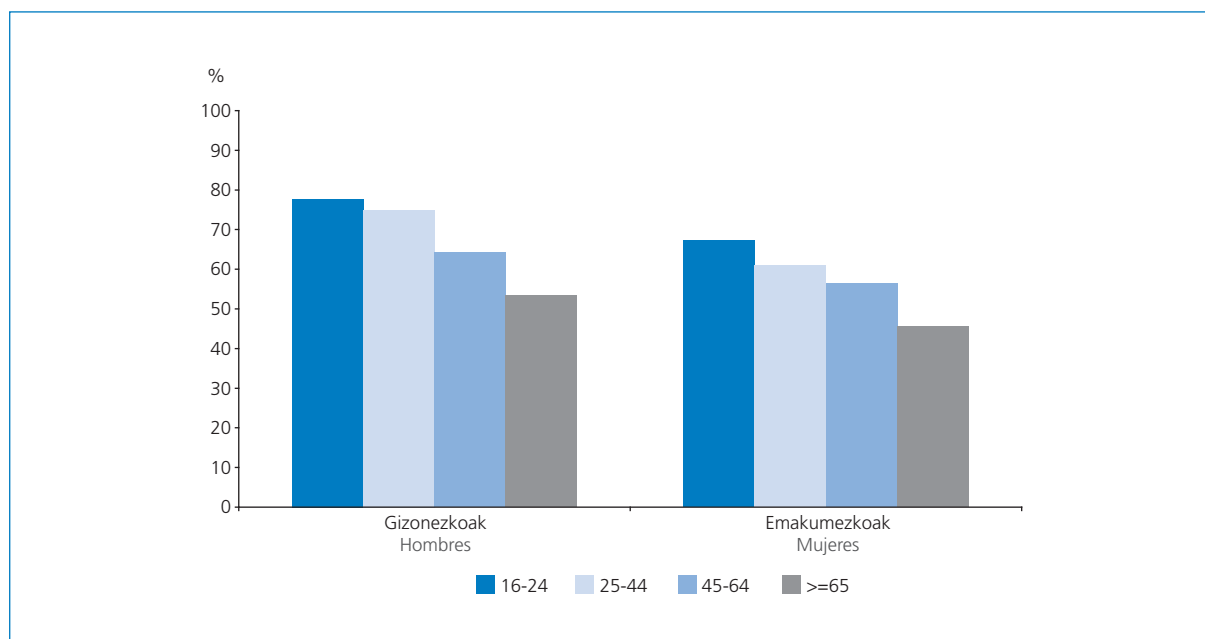
El 68,1% de los hombres y el 56,6% de las mujeres comieron carne tres o más veces a la semana, mientras que el consumo diario se redujo a un 15,4% y un 9,3% respectivamente.

Los hombres de 16 a 24 años fueron los que comían con mayor frecuencia carne a diario (21,1%). En ambos sexos el consumo frecuente de carne disminuía con la edad, y era más habitual en los hombres que en las mujeres (Figura 2.5.5).

2.5.5. irudia / figura 2.5.5

Haragia astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen duen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población (%) que consume carne tres o más veces por semana por sexo y edad, 2007



Arrainaren kontsumoa

Gizonezkoen %43,2k eta emakumezkoen %49,1ek jan zuen arraina astean 3 alditan edo gehiagotan. Arrainaren maizko kontsumoa areagotu egiten zen adinean aurrera egin ahala, eta emakumezkoena gizonezkoena baino handixeagoa zen (2.5.6 irudia).

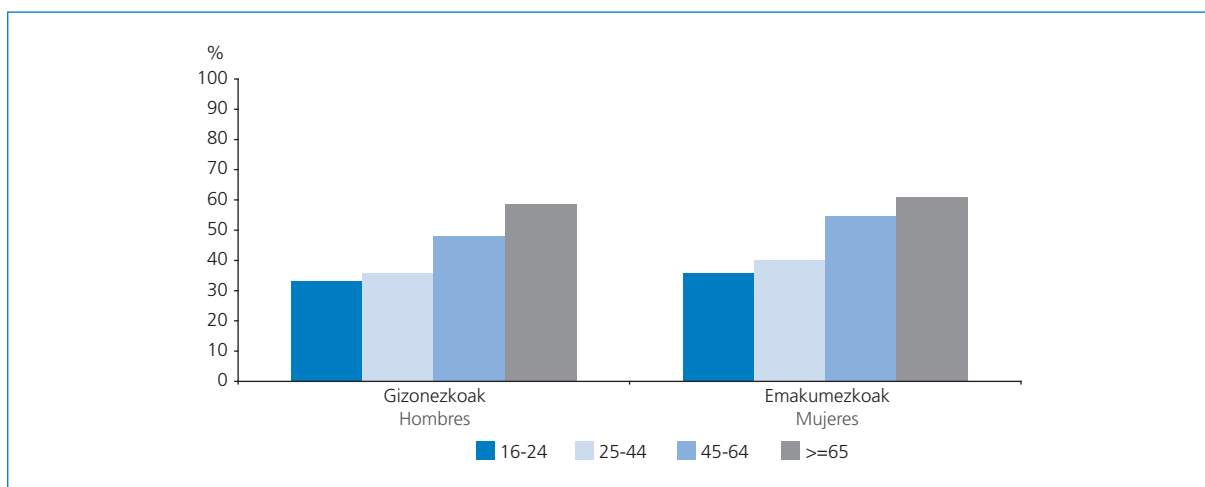
Consumo de pescado

El 43,2 % de los hombres y el 49,1 % de las mujeres tomaron pescado tres o más veces por semana. El consumo frecuente de pescado se duplicaba con la edad, y era algo superior en las mujeres que en los hombres (Figura 2.5.6).

2.5.6. irudia / figura 2.5.6

Arraina astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen duen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población (%) que consume pescado tres o más veces por semana por sexo y edad, 2007

**Hestebeteen kontsumoa**

Hestebeteak astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitu zituztenen artean, gizonezkoak emaku-

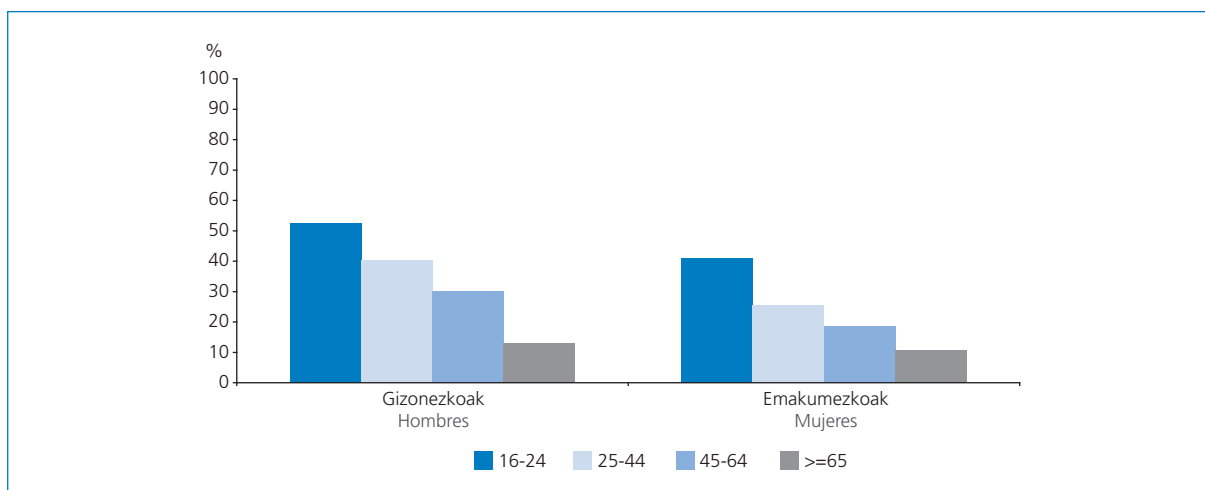
Consumo de embutidos

El consumo de embutidos tres o más veces por semana fue más frecuente en los hombres que en

2.5.7. irudia / figura 2.5.7

Hestebeteak astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen dituen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población (%) que consume embutidos tres o más veces por semana por sexo y edad, 2007



mezkoak baino gehiago ziren, eta gazteen proportzioa adinekoena baino handiagoa zen (%45,2 eta %11,7, hurrenez hurren). Proportzio horrek behera egiten zuen adinean aurrera egin ahala (2.5.7 irudia).

Gozokien kontsumoa

Gozokien eguneroko kontsumoa berdintsua izan zen gizonezkoengan eta emakumezkoengan (%29,7 eta %30,5, hurrenez hurren), eta handiagoa gazteengan adinekoengan baino (%38,1 eta %25,7, hurrenez hurren). Gazteen %5ek baino ez zuen adierazi inoiz edo ia inoiz ez zuela gozokirik jaten. Adinekoen kasuan, berriz, proportzioa %18,9ra iristen zen (2.5.8 irudia).

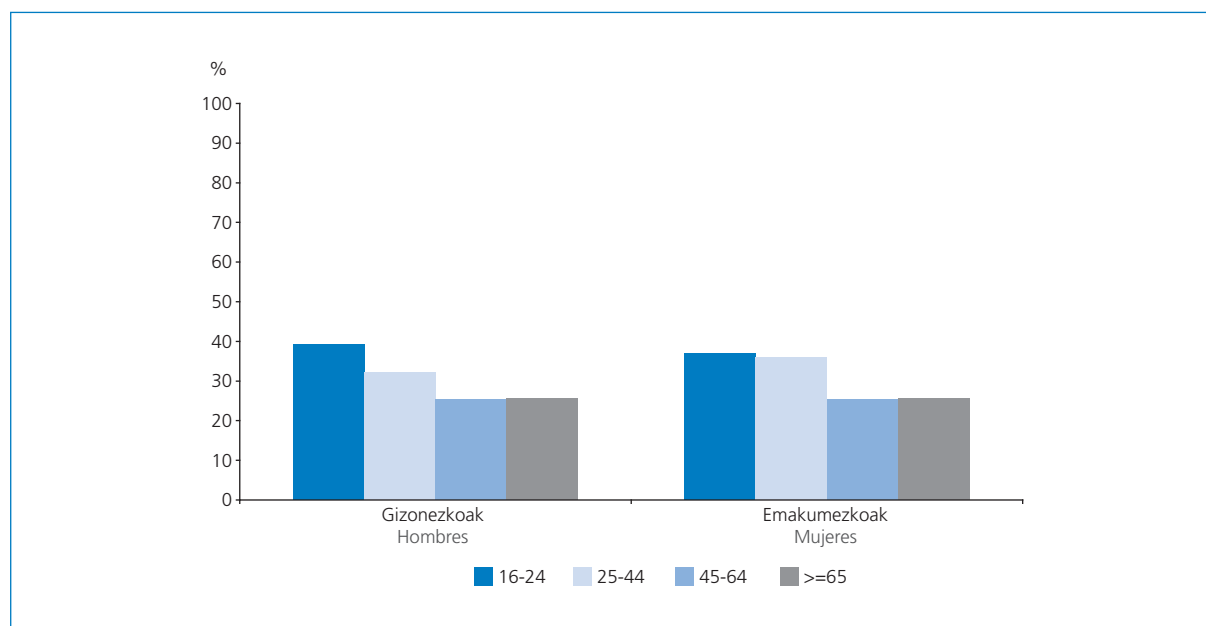
las mujeres, pero fue un tipo de alimento consumido más por población joven (45,2%) que por personas mayores (11,7%) y disminuía paulatinamente con la edad (Figura 2.5.7).

Consumo de dulces

El consumo diario de dulces fue igual en hombres (29,7%) que en mujeres (30,5%), y más habitual en la población joven (38,1%) que en las personas mayores (25,7%). Sólo un 5% de la juventud afirmó que nunca o casi nunca tomaba dulces mientras que en las personas mayores se situaba en un 18,9% (Figura 2.5.8).

2.5.8. irudia / figura 2.5.8

Gozokiak egunero kontsumitzen dituen populazioa (%), sexuaren eta adinaren arabera, 2007
Población (%) que consume dulces a diario por sexo y edad, 2007



Laburbilduz, frutak eta barazkiak egunero eta arraina astean 3 alditan edo gehiagotan kontsumitzen zituztenen artean, emakumezkoak gizonezkoak baino gehiago ziren. Gizonezkoek, berriz, maizago jaten dituzte hestebeteak eta haragia. Lekaleen eta gozokien kontsumoa oso antzekoa izan zen bi sexuetan (2.5.9 irudia).

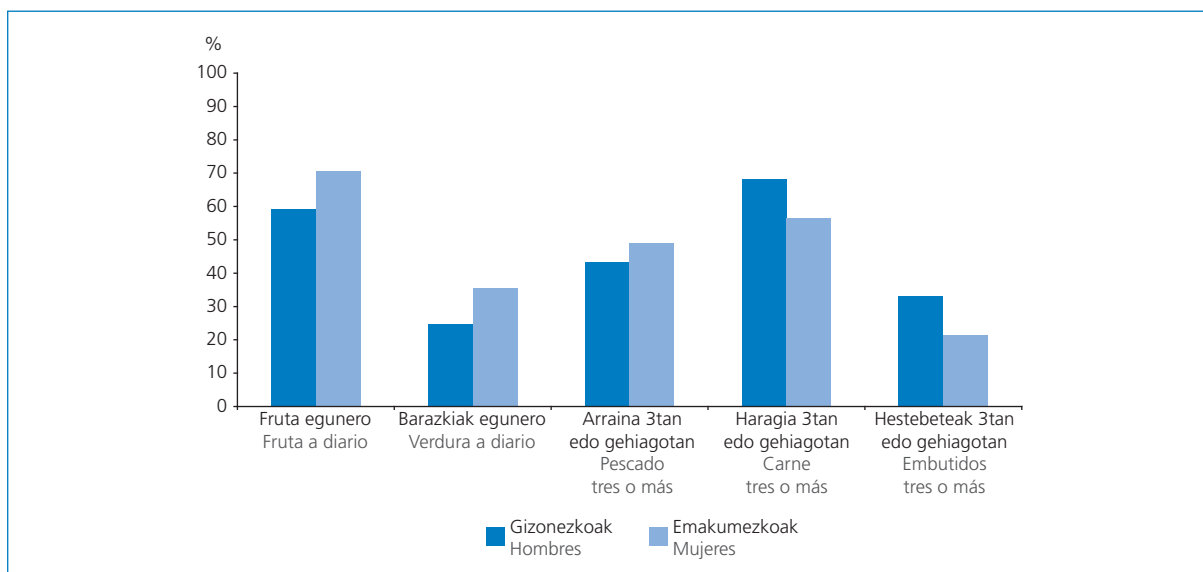
Adinean aurrera egin ahala, behera egiten du haragiaren, pastaren, arrozaren, pataten, gozokien eta, batez ere, hestebeteen kontsumoak; frutaren, barazkien, arrainaren eta, neurri txikiagoan, lekaleen kontsumoak, berriz, gora egiten du.

En resumen, el consumo de frutas y verdura a diario y pescado tres o más veces por semana es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Ellos comen con mayor frecuencia carne y embutidos. El consumo de legumbres y dulces es muy similar en ambos sexos (Figura 2.5.9).

Con la edad disminuye el consumo de carne, pasta, arroz y patatas, dulces y sobretodo, de embutidos; y aumenta el consumo de fruta, verdura, pescado y en menor medida el de legumbre.

2.5.9. irudia / figura 2.5.9

Elikagaien kontsumoa (%), maiztasunaren eta sexuaren arabera, 2007
Consumo de alimentos (%) por frecuencia y sexo, 2007



Elikadura-ohiturak talde sozioekonomikoaren arabera

Gizonezkoen artean, arrainaren kontsumoa handiagoa da egoerarik onenean dauden taldeetan, eta haragiaren eta hestebeteen kontsumoa, berriz, handiagoa egoerarik okerrenean dauden taldeetan (2.5.10 irudia).

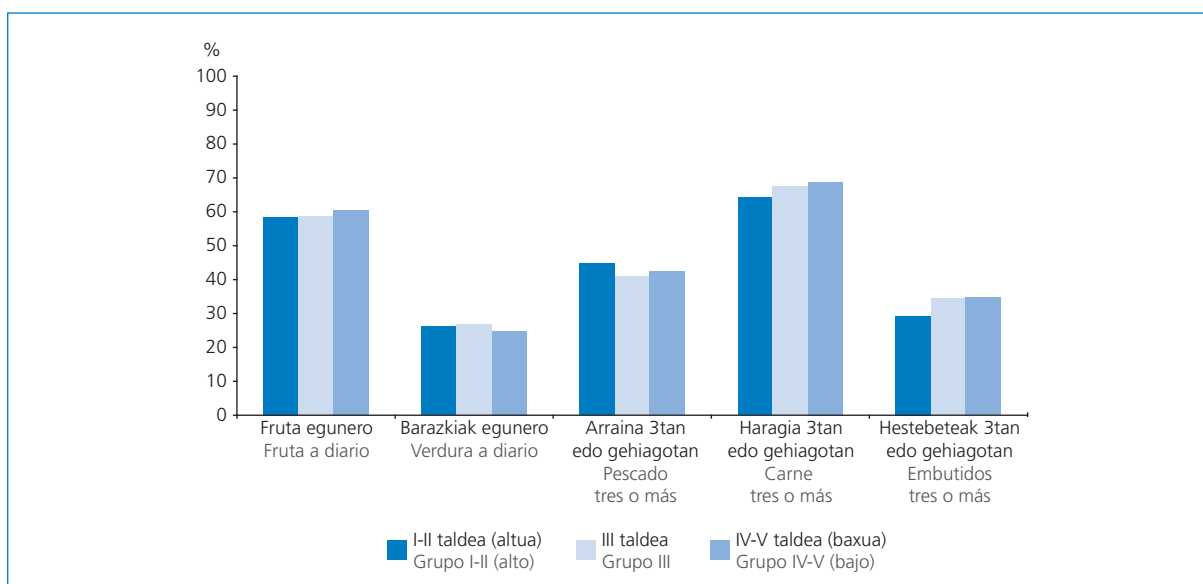
Hábitos alimentarios por grupo socioeconómico

En los hombres se aprecia un mayor consumo de pescado en los grupos más favorecidos, y un mayor consumo de carne y embutidos en los más desfavorecidos (Figura 2.5.10).

2.5.10. irudia / figura 2.5.10

Elikagaien kontsumoa gizonezkoen kasuan (%), adinean estandarizatua), talde sozioekonomikoaren arabera, 2007

Consumo de alimentos (% estandarizada por edad) en hombres por grupo socioeconómico, 2007



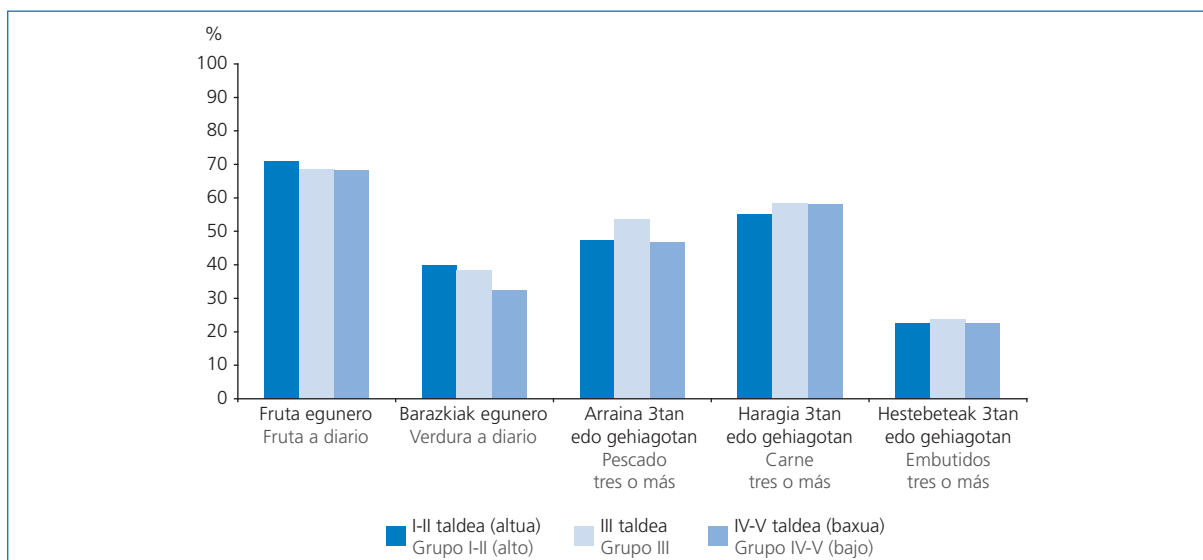
Emakumezkoen artean, fruten eta barazkien eguneroko kontsumoa handiagoa da egoerarik onenean dauden taldeetan; haragiaren kontsumoa, berriz, handiagoa da egoerarik txarrean dauden taldeetan. (2.5.11 irudia).

En las mujeres se aprecia un mayor consumo diario de frutas y verdura en las de los grupos más favorecidos, y también mayor consumo de carne en las de los más desfavorecidos. (Figura 2.5.11).

2.5.11. irudia / figura 2.5.11

Elikagaien kontsumoa emakumezkoen kasuan (% adinean estandarizaturik), talde sozioekonomikoaren arabera, 2007

Consumo de alimentos (% estandarizada por edad) en mujeres por grupo socioeconómico, 2007



Elikadura-ohiturak heziketa-mailaren arabera

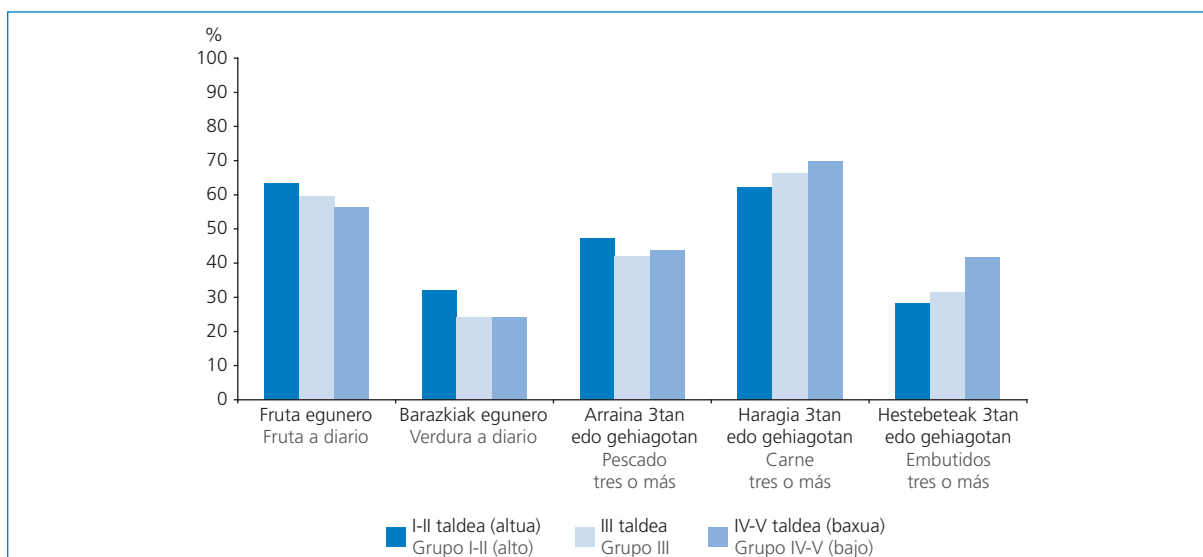
Gizonezkoen artean, heziketa-maila zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta txikiagoa zen fruten, ba-

Hábitos alimentarios por nivel de instrucción

En los hombres, a menor nivel de instrucción hubo menor consumo de fruta, verdura y pescado, y

2.5.12. irudia / figura 2.5.12

Elikagaien kontsumoa gizonezkoen kasuan (% adinean estandarizaturik), heziketa-mailaren arabera, 2007



razkien eta arrainaren kontsumoa, eta orduan eta handiagoa haragiarena eta hestebeteena. Heziketa-mailari dagokionez, alderik handienak hestebeteen kontsumoan agertu ziren. (2.5.12 irudia).

Heziketa-mailarik txikieneko emakumezkoek barazki gutxiago eta arrain eta hestebete gehiago kontsumitu zituzten. Frutaren eta haragiaren kontsumoan, aldeak oso txikiak izan ziren. (2.5.13 irudia).

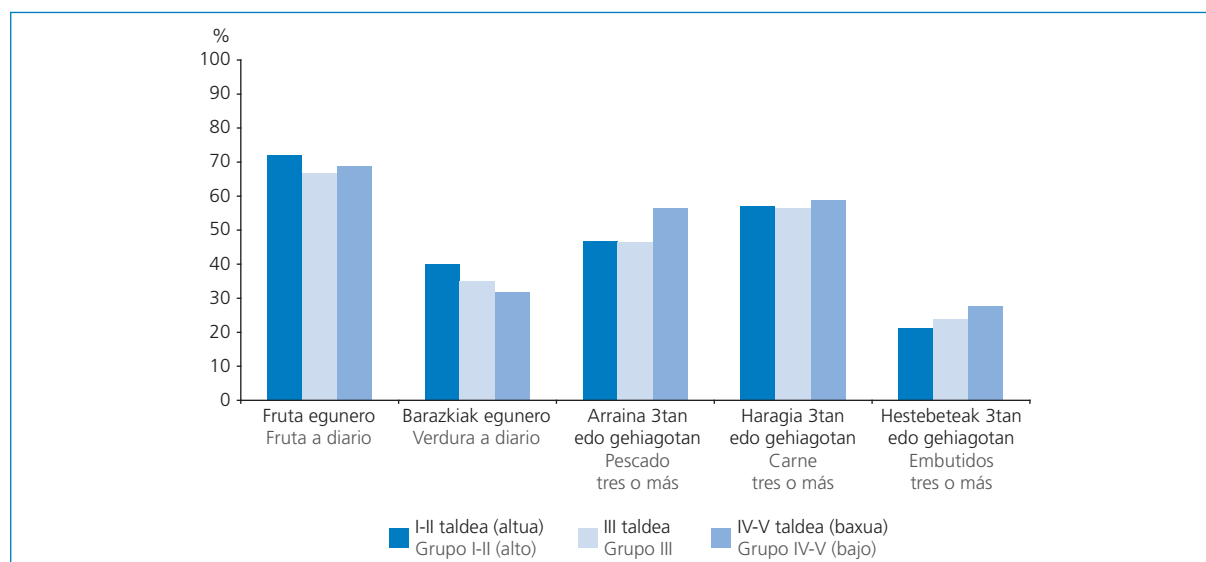
mayor consumo de carne y embutido. Las desigualdades mayores entre los niveles de instrucción se observaron en el consumo de embutidos. (Figura 2.5.12).

Las mujeres de menor nivel de instrucción hicieron menor consumo de verdura y mayor consumo de pescado y embutido. Las desigualdades en el consumo de fruta y carne fueron muy pequeñas. (Figura 2.5.13.).

2.5.13. irudia / figura 2.5.13

Elikagaien kontsumoa emakumezkoen kasuan (% adinean estandarizatua), heziketa-mailaren arabera, 2007

Consumo de alimentos (% estandarizado por edad) en mujeres por nivel de instrucción, 2007



Azken urtean elikadura-ohituretan izandako aldaketak

2003an dietari, nutrizioari eta gaixotasun kronikoen prebentzioari buruz OME eta FAO erakundeentzat egindako txostenak koipe saturatu, azukre eta gatz gutxiago eta fruta, barazki eta jarduera fisiko gehiago gomendatzen zuen gaixotasun kardiobaskularreri, minbiziari, diabetesari eta obesitateari aurrea hartzeko.

Txosten horretan, halaber, eguneroko dieta aldatzeko eta energia-gastua areagotzeko iradokizunak agertzen ziren. Hona hemen batzuk:

- koipe saturatu eta azukre asko duten elikagai energetiko gutxiago kontsumitzea;
- dietan gatz kantitatea murriztea;
- fruta eta barazki fresko gehiago kontsumitzea;

Cambios realizados en los hábitos alimentarios en el último año

El informe sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas realizado para la OMS y la FAO en 2003 recomendaba el consumo de menos grasas saturadas, azúcar y sal y más frutas, hortalizas y actividad física para prevenir las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la obesidad.

En el informe figuraban sugerencias para modificar la dieta cotidiana y aumentar el gasto de energía mediante:

- la reducción de los alimentos muy energéticos ricos en grasas saturadas y azúcar;
- la disminución de la cantidad de sal en la dieta;
- el aumento de la ingesta de frutas y hortalizas frescas;

- neurrizko jarduera fisikoa egitea, egunean ordubetean gutxienez.

Gizonezkoen %14k eta emakumezkoen %16k egin zituen aldaketak elikaduran, azken 12 hilabeteetan. Eta 16-64 urtekoen % 16k eta 65 urtetik gorakoen %10ek egin zituen aldaketak dietan, azken urtean.

Elikaduran izandako aldaketa nagusia koipe gutxiago, fruta gehiago, ur gehiago eta gozoki gutxiago kontsumitu izana da; biztanleen %1,2k baino ez zuen kaloria gehiago hartu. Aldaketa hori emakumezkoengan gertatu zen batez ere, alkoholaren kontsumoaren murrizketan izan ezik. Kasu horretan, gizonezkoek proportzio handiagoan murriztu zuten kontsumoa. Nolanahi ere, kontuan hartu behar da edari alkoholikoen kontsumoa handiagoa dela gizonezkoengan. (2.5.1 taula).

- la práctica de actividad física moderada durante, por lo menos, una hora al día.

El 14% de los hombres y el 16% de las mujeres han realizado cambios en su alimentación en los últimos 12 meses. El 16% de la población de 16 a 64 años y el 10% de la que superaba los 65 años ha realizado cambios en su dieta en el último año.

El consumo de menos grasas, más fruta, más agua y menos dulces fueron los cambios alimentarios más prevalentes, sólo un 1,2% de la población señaló un aumento de las calorías ingeridas. Estos cambios fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción de la disminución del consumo de alcohol que fue más frecuente en los hombres. Esta situación se relaciona con el consumo más habitual de bebidas alcohólicas en los hombres. (Tabla 2.5.1).

2.5.1. taula / tabla 2.5.1

Azken urtean elikaduran aldaketak egin dituen 16 urteko eta hortik gorako populazioa (%), aldaketa motaren, sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población de 16 y más años (%) que ha realizado cambios en su alimentación en el último año por tipo de cambio, sexo y edad, 2007

		Kaloria gutxiago Menos calorías	Fruta gehiago Más fruta	Koipe gutxiago Menos grasas	Haragi gutxiago Menos carne	Gatz gutxiago Menos sal	Gozoki gutxiago Menos dulce	Alkohol gutxiago Menos alcohol	Ur gehiago Más agua	Populazioa (gutx. gorabehera) Población estimada
Gizona Hombre	16-24	6,3	6,2	5,2	2,1	3,2	6,4	3,3	4,9	101.156
	25-44	6,8	7,7	8,3	4,7	3,7	6,9	5,2	7,0	354.691
	45-64	6,6	7,8	9,4	3,8	7,0	7,0	6,3	7,5	276.947
	>=65	4,4	6,5	6,9	3,0	6,2	4,4	4,7	6,4	156.770
	Guztira / Total	6,3	7,4	8,1	3,8	5,1	6,4	5,3	6,8	889.564
Emakumea Mujer	16-24	9,9	10,6	9,8	3,7	5,7	11,9	4,1	12,5	96.824
	25-44	9,3	10,5	9,9	4,5	3,7	9,0	5,1	10,7	340.854
	45-64	9,7	10,4	11,9	6,3	7,9	9,5	3,5	10,4	286.248
	>=65	3,5	5,4	6	2,8	6,0	5,4	1,4	5,3	222.616
	Guztira / Total	8,1	9,3	9,6	4,6	5,7	8,6	3,6	9,5	946.542
Bi sexuak Ambos sexos	16-24	8,1	8,4	7,5	2,9	4,4	9,1	3,7	8,6	197.980
	25-44	8,1	9,1	9,1	4,6	3,7	7,9	5,2	8,8	695.545
	45-64	8,2	9,1	10,6	5,1	7,5	8,3	4,9	9,0	563.195
	>=65	3,8	5,9	6,4	2,9	6,1	5,0	2,7	5,8	379.386
	Guztira / Total	7,2	8,3	8,9	4,2	5,4	7,6	4,4	8,2	1.836.106

16-24 urteko populazioari dagokionez, azpimarritu beharra dago gozoki gutxiago, ur eta fruta gehiago eta kaloria gutxiago kontsumitu dituela.

25-44 urteko populazioak, berriz, honako aldaketa hauek egin zituen, ordena honetan: fruta gehiago, koipe gutxiago eta ur gehiago.

La población de 16 a 24 años destacaba por la reducción del consumo de dulces, el aumento del consumo de agua y de fruta y la disminución de las calorías.

La población que se encontraba entre los 25 y 44 años ha realizado cambios en este orden de preferencia: más fruta, menos grasa y más agua.

45-64 urteko populazioak koipe gutxiago eta fruta eta ur gehiago kontsumitu zuen.

Azkenik, 65 urtetik gorako populazioaren kasuan, koipearen eta gatzaren kontsumo txikiagoa eta frutaren eta uraren kontsumo handiagoa azpimarratu behar dira. Adin-talde horretan, nabarmena da gatzaren kontsumoaren murrizketa.

La población que tenía entre 45 y 64 años ha hecho un menor consumo de grasas, más fruta y agua.

En la población que superaba los 65 años, destacaba el menor consumo de grasa, sal y mayor consumo de fruta y agua. En este grupo de edad, se incorpora la reducción del consumo de sal.

Elikadura-ohituren aldaketak eta osasunaren autobalioespena

Dietan izandako aldaketak populazioak osasuna nola hautematen zuen kontuan hartuta aztertuz gero, adierazi beharra dago osasun ona zutela adierazi zutenen %14k eta osasun txarra zutela adierazi zutenen %18k aldatu zituela elikadura-ohiturak. Azpimarratu beharra dago osasun txarra zutela zioten 16-24 urtekoek elikadura-ohituretan egin zuten aldaketa (2.5.2 taula). Adierazitako bi kasu horietan, koipe gutxiagoren, fruta gehiagoren, ur gehiagoren eta gozoki gutxiagoren kontsumoa izan da nagusi.

Cambios en los hábitos alimentarios y autovaloración de la salud

Si se analizan los cambios en la dieta en función de la salud percibida de la población, el 14% de las personas que declararon tener buena salud y el 18% de las que manifestaron tenerla mala han modificado sus hábitos alimentarios. Destaca el cambio en la alimentación experimentado por las personas pertenecientes al grupo de edad de 16 a 24 años que consideraban tener mala salud (Tabla 2.5.2). En ambas situaciones, ha predominado la elección de menos grasa, más fruta, más agua y menos dulce.

2.5.2. taula / tabla 2.5.2

Azken urtean elikaduran aldaketak egin dituen 16 urteko eta hortik gorako populazioa (%), sexuaren, adinaren eta osasunaren autobalioespenaren arabera, 2007
Población de 16 y más años (%) que ha realizado cambios en su alimentación en el último año por sexo, edad y autovaloración de la salud, 2007

		Osasun ona Buena salud	Osasun txarra Mala salud
Gizona Hombre	16-24	11,6	31,9
	25-44	13,9	21,1
	45-64	12,9	20,5
	>=65	10,1	12,2
	Guztira / Total	12,8	17,4
Emakumea Mujer	16-24	18,2	38,7
	25-44	16,4	25,5
	45-64	16,3	23,5
	>=65	7,0	11,4
	Guztira / Total	15,0	18,4
Bi sexuak Ambos sexos	16-24	14,8	35,6
	25-44	15,1	23,5
	45-64	14,6	22,2
	>=65	8,3	11,7
	Guztira / Total	13,9	18,0

Elikadura-ohituren aldaketak eta gorputzaren pisua

Gorputz-masaren indize normala zuten pertsonen %13k egin zituen elikadura-aldaketak azken ur-

Cambios en los hábitos alimentarios y el peso corporal

El 13% de las personas con índice de masa corporal normal han realizado cambios alimentarios en

tean. Obesitatea zuten pertsonen kasuan, %18k egin zituen elikadura-aldaketak (koipe gutxiago, fruta gehiago, gozoki gutxiago eta kaloria gutxiago). Aldaketa hori oso garrantzitsua izan zen obesitatea zuten pertsonengan, 44 urtetik beharakeen kasuan batez ere (2.5.3 taula).

el último año. En las personas con obesidad, aumentaron los cambios en su alimentación al 18% con un menor consumo de grasas, más fruta, menos dulces y menos calorías. De hecho, este cambio ha sido muy importante en las personas con obesidad, sobre todo en las menores de 44 años (Tabla 2.5.3).

2.5.3. taula / tabla 2.5.3

Azken urtean elikaduran aldaketak egin dituen 16 urteko eta hortik gorako populazioa (%), gorputz-masaren indizearen, sexuaren eta adinaren arabera, 2007

Población de 16 y más años (%) que ha realizado cambios en su alimentación en el último año según su índice de masa corporal por sexo y edad, 2007

		Normala Normal	Obesitatea Obesidad
Gizona Hombre	16-24	12,8	21,0
	25-44	12,1	25,4
	45-64	10,3	16,1
	>=65	10,3	11,4
	Guztira / Total	11,7	17,6
Emakumea Mujer	16-24	19,1	51,3
	25-44	14,7	33,1
	45-64	14,1	22,3
	>=65	8,9	6,8
	Guztira / Total	14,1	19,3
Bi sexuak Ambos sexos	16-24	15,7	34,7
	25-44	13,5	28,6
	45-64	12,7	18,8
	>=65	9,4	8,6
	Guztira / Total	13,1	18,4

2.6

GIZARTE-LAGUNTZA

APOYO SOCIAL

DEFINIZIOA

Gizarte-laguntza horrela defini daiteke: ezegonkortasun psikiko, ahulezia fisiko edo urrakortasun pertsonal edo sozialeko uneetan laguntza emateko prest egon eta esanguratsuak diren pertsonen sare bat (familia, lagunak, auzokoak, komunitateko ki-deak...) izatea. Sare horri esker, pertsonak gizabakako gisa maitatuak eta baloratuak sentitzen dira, eta haien gogo-aldarte eta inguruaz duten haute-matea hobetu egiten da.

Azterlan ezberdinetan metatutako ebidentziak, gizarte-laguntzaren eta ongizate indibidualaren arteko harreman positibo bat dagoela egiaztatzeko aukera ematen digu; jarduteko dituzten mekanismoak zeintzuk diren argi egon ez arren. Gizarte-laguntza egokia izatea, zenbait patologia eta urrakortasun-egoeren aurrean faktore babesgarri batekin erlazionatu da; eta laguntza hori jasotzen duenaren bizi-kalitatean hobekuntza nabaria gertatzen da. Gainera, gizarte-laguntza funtsezko elementu bat da sistema sanitarioarentzat, osasun-arazo ezberdinen esku-hartze prebentiboan, terapeutikoan eta errehabilitatzailean eragina daukalako.

1997an, lehenengo aldiz, DUKE izeneko gizarte-laguntzaren eskala EAEOlko galdesorta indibidualan sartu zen. Eskala horrek, laguntzen alderdi kualitatiboak eta funtzionalak neurtzen ditu; laguntza-sarearen zenbatekoa eta hedadura, ordea, ez ditu hainbeste neurtzen. Bereziki, laguntza emozionalaren bi dimentsio neurtzen ditu: laguntza konfidentziala (komunikatzeko pertsonak izateko aukera) eta laguntza afektiboa (maitasunaren, laztanaren eta enpatiaren demostrazioak). Gizarte-laguntzaren bi dimentsioetan erantzen diren 8 item ditu. Item bakoitza 1etik 5era puntuatzen da.

Zehaztu da 10 pertzentiletik beherako puntuazioek, eskala bakoitzean, gizarte-laguntzarik ez duten pertsonak mugatzen dituztela. Puntuazio horiek 50 izan dira laguntza konfidentzialaren eskalarentzat, eta 58 laguntza afektiboaren eskalarentzat. EAEolan erabilitako bertsioa gaztelaniara balidatu da.

DEFINICIÓN

El apoyo social puede ser definido como la existencia de una red de personas significativas (familia, amigos, vecinos, miembros de la comunidad...) dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social. La existencia de esta red permite a las personas sentirse queridas y valoradas como individuos mejorando su estado de ánimo y su percepción del entorno.

La evidencia acumulada en diversos estudios permiten confirmar la existencia de una relación positiva entre el apoyo social y el bienestar individual, aunque no están claros sus mecanismos de actuación. La existencia de un apoyo social adecuado se ha relacionado con un factor protector frente a diversas patologías y situaciones de vulnerabilidad, produciendo una mejora evidente de la calidad de vida en quien lo recibe. Además, para el sistema sanitario el apoyo social es un elemento esencial, ya que influye en la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de los diferentes problemas de salud.

En 1997 se introdujo por primera vez en el cuestionario individual de la ESCAV la escala de apoyo social de DUKE. Esta escala mide los aspectos cualitativos y funcionales de los apoyos, y no tanto el número y la extensión de la red de apoyo. En especial mide dos dimensiones del apoyo emocional: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía). Consta de 8 ítems que se agregan en dos dimensiones del apoyo social. Cada ítem se puntúa de 1 a 5.

Se ha determinado que las puntuaciones inferiores al percentil 10, en cada escala, delimitan las personas con falta de apoyo social. Estas puntuaciones han sido 50 para la escala de apoyo confidencial y 58 para la escala de apoyo afectivo. La versión utilizada en la ESCAV ha sido validada al castellano.

OSASUN INKESTA 2007

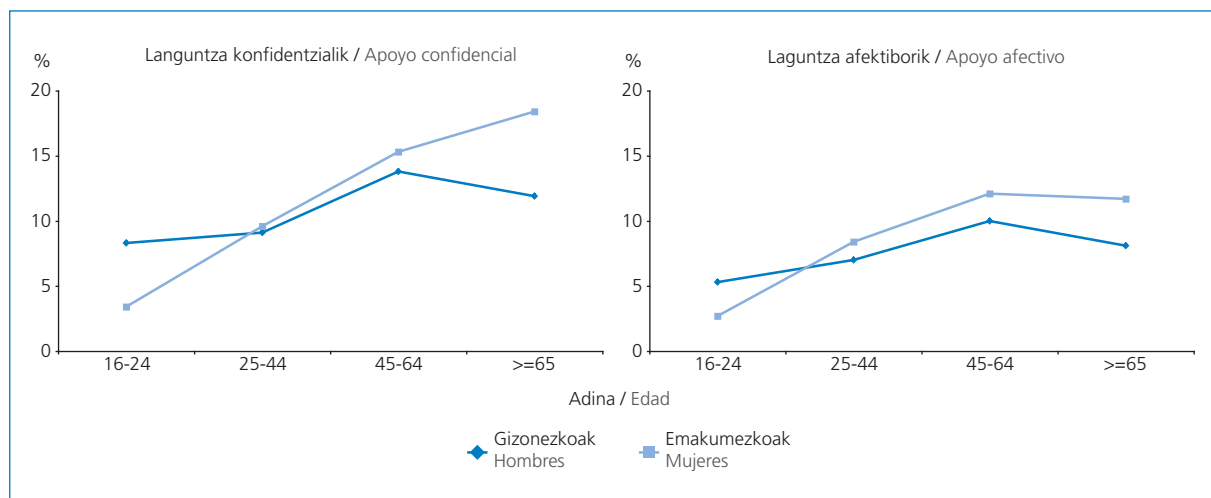
2007an, gizonezkoen %11k eta emakumezkoen %12,8k laguntza konfidentzial falta izan zuten. Bestalde, gizonezkoen %7,9k eta emakumezkoen %9,7k laguntza afektiborik eza nabaritu zuten. Bi dimentsioetan, gizarte-laguntzarik eza emakumezkoengan gizonezkoengan baino handiagoa izan zen. Gizarte-laguntza falta hori areagotu egin zen, adinak gora egin ahala. 6 urtetik 24 urtera arteko emakumezkoek, adin horietako gizonezkoek baino gizarte-laguntza handiagoa izan zuten. 65 urte eta gehiagoko gizonezkoengan laguntzarik ezak behera egin zuela hauteman zen, dimentsio konfidentzialean zein dimentsio afektiboan. Emakumezkoen kasuan, adinak gora egin ahala, laguntza konfidentzial falta areagotu egin zen, eta laguntza afektiborik eza egonkortu egin zen (2.6.1. irudia).

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007, el 11% de los hombres y el 12,8% de las mujeres tuvieron falta de apoyo confidencial. Por su parte, el 7,9% de los hombres y el 9,7% de las mujeres notaron falta de apoyo afectivo. En ambas dimensiones la carencia de apoyo social fue mayor en las mujeres que en los hombres. Esta falta de apoyo social aumentó con la edad. Las mujeres de 16 a 24 años tuvieron mayor apoyo social que los hombres de esa edad. Se apreció que en los hombres de 65 y más años disminuyó la falta de apoyo, tanto en la dimensión confidencial como en la dimensión afectiva. En las mujeres, con la edad aumentó la falta de apoyo confidencial y se estableció la falta de apoyo afectivo (Figura 2.6.1).

2.6.1. irudia / figura 2.6.1

Gizarte-laguntzarik gabeko pertsonak (%), adina eta sexua kontuan hartuta, 2007
Personas (%) con falta de apoyo social por edad y sexo, 2007



Egoera zibilaren arabera, gizonezkoen artean gizarte-laguntza konfidentzialik eza agerikoagoa izan zen banandutakoen taldean, eta ondoren alargunengan. Emakumezkoen kasuan, laguntzarik eza bi talde horietan ezkontutakoen edo ezkongabeen artean baino altuagoa izan zen; nahiz eta banandutakoek eta alargunek laguntzarik eza proportzio berebetean adierazi (2.6.2. irudia).

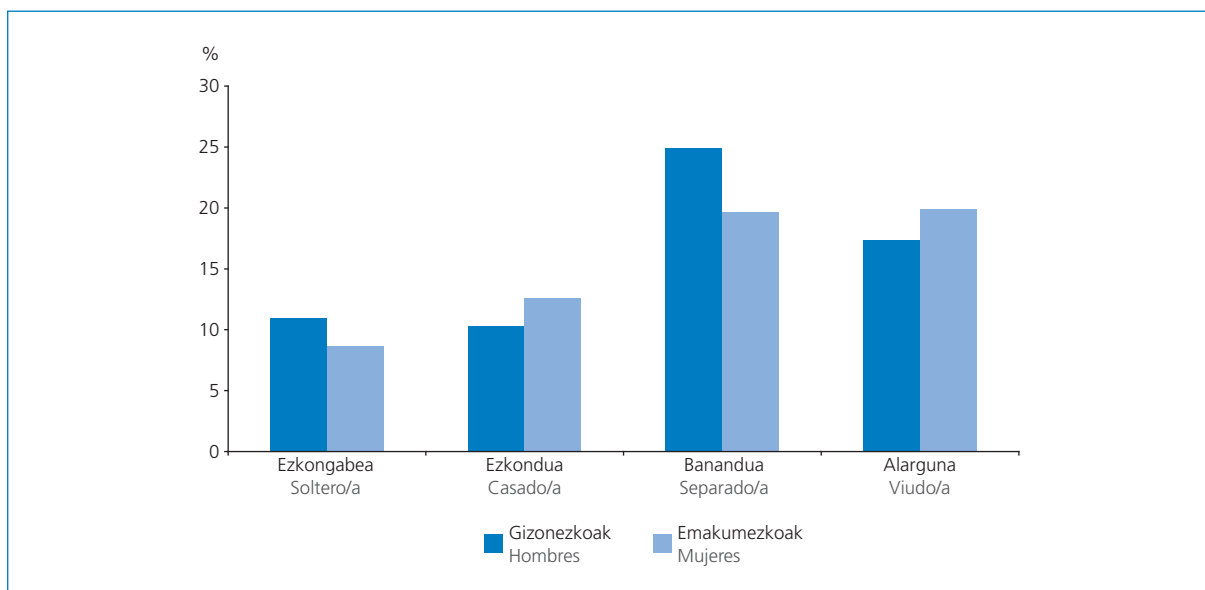
Gizonezko ezinduek zein emakumezko ezinduek izan ziren, gizarte-laguntza konfidentzialik eza proportzio handiengan adierazi zuten taldeak, beste hauekin alderatuta: pertsona okupatuak, langabezian daudenak, erretiratuak, ikasleak edo etxeko lanak egiten dituztenak (2.6.3. irudia).

Según el estado civil, la falta de apoyo social confidencial entre los hombres fue más evidente en el grupo de los separados seguidos de los viudos. En el caso de las mujeres, la falta de apoyo fue también superior en estos dos grupos que en las casadas o solteras, aunque las separadas y viudas refirieron la falta de apoyo en la misma proporción (Figura 2.6.2).

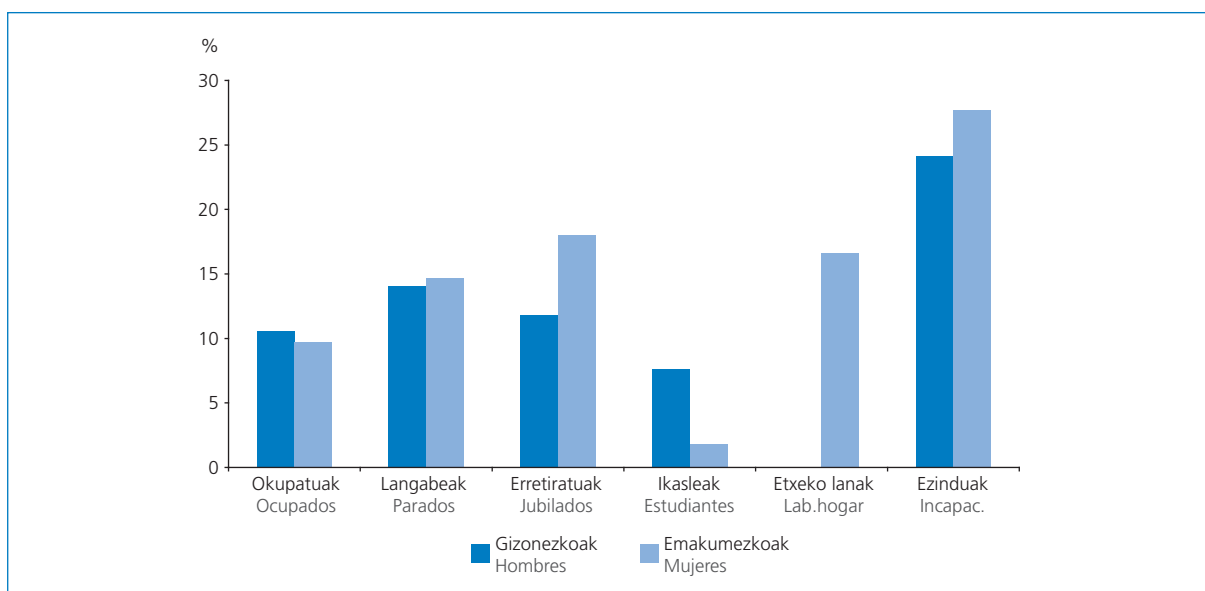
Tanto los hombres incapacitados como las mujeres incapacitadas fueron los grupos que refirieron en mayor proporción la falta de apoyo social confidencial en relación a las personas ocupadas, paradas, jubiladas, estudiantes o que realizan las labores del hogar (Figura 2.6.3).

2.6.2. irudia / figura 2.6.2

Gizarte-laguntza konfidentzialik gabeko pertsonak (%), egoera zibila eta sexua kontuan hartuta, 2007
Personas (%) con falta de apoyo social confidencial según estado civil y sexo, 2007

**2.6.3. irudia / figura 2.6.3**

Gizarte-laguntza konfidentzialik ez duten pertsonak (%), jarduerarekin duten harremana eta sexua kontuan hartuta, 2007
Personas (%) con falta de apoyo social confidencial según relación con la actividad y sexo, 2007



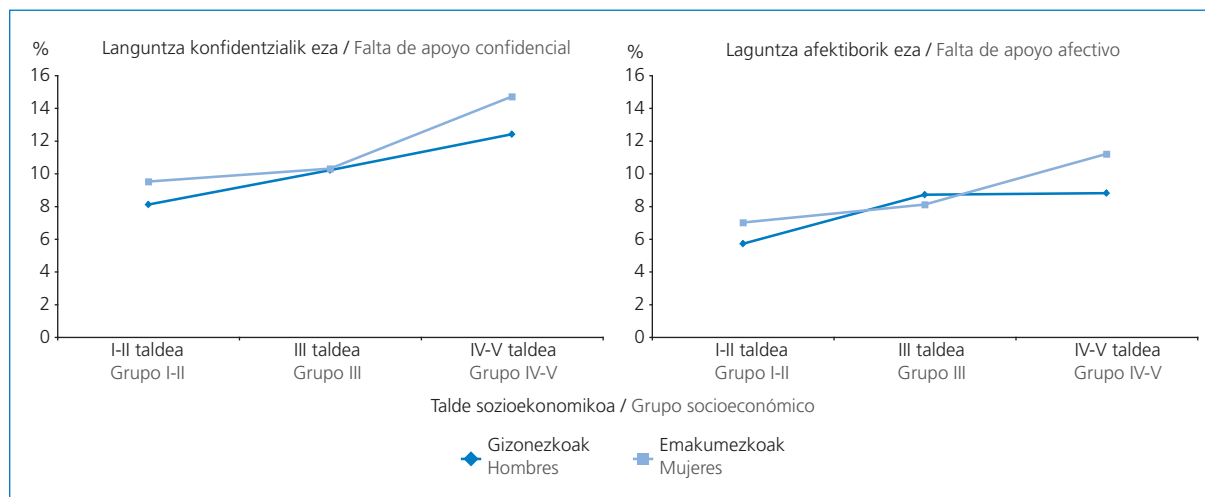
Egoera txarragoko taldeetakoek gizarte-laguntza gutxiago izan zuten. Egoerak eskala sozialean txarrera egiten zuen heinean, gizarte-laguntzarik eza handiagoa izan zen. Egoera txarreneko talde sozioekonomikoko emakumezkoak izan ziren, gizarte-laguntzarik ezaren prebalentziarik altuenak aurkeztu zituztenak (2.6.4. irudia).

Los grupos más desfavorecidos tuvieron menor apoyo social. A medida que empeoró la situación en la escala social, la falta de apoyo social fue mayor. Las mujeres de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos fueron las que presentaron las prevalencias más elevadas de falta de apoyo social (Figura 2.6.4).

2.6.4. irudia / figura 2.6.4

Gizarte-laguntza konfidentzial eta afektiborik ez duten pertsonak (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Personas (%) con falta de apoyo social confidencial y afectivo por sexo y grupo socioeconómico, 2007

**Gizarte-laguntza eta osasunaren autobalorazioa**

Osasunaren hautemateak txarrera egin zuen heinean, laguntza konfidentzialik ezak gora egin zuen. Osasun txarra zutela aitortu zuten gizonezkoen %26k eta emakumezkoen %31,6k isilpeko laguntzarik eza nabaritu zuten. Egoera berbera ematen da laguntza emozionalik ezarekin: osasunaren hautematea txarra bada, laguntza afektiborik eza handiagoa da. Osasun bikaina duen biztanleriaren kasuan, gizarte-laguntza konfidentzial eta afektiborik eza ez zen garrantzitsua izan (2.6.1. taula).

Apoyo social y autovaloración de la salud

A medida que la percepción de la salud empeoró aumentó la falta de apoyo confidencial. El 26% de los hombres y el 31,6% de las mujeres que declararon mala salud notaron falta de apoyo confidencial. La misma situación se da con la falta de apoyo emocional, a peor percepción de la salud mayor falta de apoyo afectivo. En la población con salud excelente la falta de apoyo social confidencial y afectivo fue irrelevante (Tabla 2.6.1).

2.6.1. taula / tabla 2.6.1

Laguntza konfidentzial eta afektiborik ez duten pertsonak (%), osasunaren autobalorazioa eta sexua kontuan hartuta, 2007

Personas (%) con falta de Apoyo confidencial y afectivo por autovaloración de la salud y sexo, 2007

	Bikaina Excelente	Oso ona Muy buena	Ona Buena	Erregularra Regular	Txarra Mala	Guztira Total
Laguntza konfidentzialik eza						
Falta de apoyo confidencial						
Gizona / Hombre	3,5	4,6	11,5	19,2	26,0	10,7
Emakumea / Mujer	3,8	4,9	11,1	23,5	31,6	12,4
Sexu biak / Ambos sexos	3,6	4,7	11,3	21,7	29,5	11,6
Laguntza afektiborik eza						
Falta de apoyo afectivo						
Gizona / Hombre	2,7	4,4	7,4	15,5	12,0	7,6
Emakumea / Mujer	4,5	3,3	8,9	17,1	18,8	9,4
Sexu biak / Ambos sexos	3,5	3,8	8,2	16,4	16,3	8,5

Gizarte-laguntza eta alkoholaren kontsumoa

Gizarte-laguntzarik eza, edari alkoholaren gehiago kontsumitzearekin erlazionatu da. Gizonezkoen kasuan, alkoholaren batez besteko kontsumoa 33,1 cc-koa izan zen laguntza konfidentzialik eza aitortu ez zutenen kasuan; eta 38,1 cc-koa aitortu zutenengan. Laguntza konfidentzialik gabeko emakumezkoek ere edari alkoholaren gehiago kontsumitu zituzten (21,3 cc), baina ezberdintasuna txikiagoa izan zen.

Talde sozioekonomikoak kontuan hartuta, sexua-
ren arabera portaera bereizgarriak nabaritu ziren alkoholaren kontsumoari eta laguntzarik ezari dagokionean. Laguntzarik gabeko gizonezkoek laguntza dutela aitortu zutenek baino alkohol gehiago edan zuten, baina egoera hobeagoko taldeetakoek ez zuten gehiago kontsumitu; laguntza konfidentzial falta izan arren (31,5 cc). Laguntza konfidentzial falta zuten egoera hobeko taldeetako emakumezkoak izan ziren alkohol-kantitate gehien edan zutenak (25,6 cc); egoera txarragoko taldeetako artean, aldiz, ez zen ezberdintasunik nabaritu kontsumoan, emakumeek zuten laguntza konfidentzialaren arabera (2.6.2. taula).

Apoyo social y consumo de alcohol

La falta de apoyo social se ha relacionado con un mayor consumo de bebidas alcohólicas. En los hombres el consumo medio de alcohol fue de 33,1 cc en los que no declararon falta de apoyo confidencial y de 38,1 cc en los que sí lo declararon. Las mujeres con falta de apoyo confidencial también consumieron más bebidas alcohólicas (21,3 cc), pero la diferencia fue menor.

Por grupos socioeconómicos se observaron comportamientos diferenciales según el sexo en relación al consumo de alcohol y la falta de apoyo. Mientras que los hombres con falta de apoyo bebieron alcohol en mayor proporción que los que declararon tener apoyo, los de los grupos más favorecidos no realizaron mayor consumo aunque tuvieran falta de apoyo confidencial (31,5 cc). Las mujeres de los grupos más favorecidos con falta de apoyo confidencial fueron las que tomaron mayores cantidades de alcohol (25,6 cc) mientras que entre las de grupos más desfavorecidos no se observaron diferencias en el consumo en función del apoyo confidencial disponible (Tabla 2.6.2).

2.6.2. taula / tabla 2.6.2

Alkoholaren batez besteko kontsumoa (cc) eta laguntza konfidentziala, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Consumo medio de alcohol (cc) y apoyo confidencial por sexo y grupo socioeconómico, 2007

	Gizona Hombre				Emakumea Mujer			
	Laguntza dago No falta apoyo		Laguntzarik ez Falta apoyo		Laguntza dago No falta apoyo		Laguntzarik ez Falta apoyo	
	Batbest. Media	STD	Batbest. Media	STD	Batbest. Media	STD	Batbest. Media	STD
I-II taldea / Grupo I-II	32,3	29,0	31,5	20,8	18,3	14,9	25,6	25,8
III taldea / Grupo III	33,4	36,0	31,1	26,5	18,9	15,7	21,7	10,5
IV-V taldea / Grupo IV-V	33,4	29,3	41,8	36,5	19,3	15,9	19,1	16,2
Guztira / Total	33,1	30,2	38,1	32,8	18,9	15,5	21,3	19,6

Laguntza afektiboaren kasuan ere, alkoholaren kontsumoaren eta laguntza afektiboaren faltaren arteko erlazioa hauteman zen. Gizonezkoen kasuan, egoera laguntza konfidentzialerako deskribatutakoaren antzekoa izan zen; emakumezkoengan, berriz, ez zen alkohol-kontsumo handiagoa nabaritu laguntza afektiborik ez zutenengan (2.6.3. taula).

En el caso del apoyo afectivo, también se apreció la relación entre el consumo de alcohol y la falta de apoyo afectivo. En los hombres la situación fue similar a la descrita para el apoyo confidencial, mientras que en las mujeres no se apreció un mayor consumo de alcohol en aquellas que tuvieron falta de apoyo afectivo (Tabla 2.6.3).

2.6.3. taula / tabla 2.6.3

Alkoholaren batez besteko kontsumoa (cc) eta laguntza afektiboa, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Consumo medio de alcohol (cc) y apoyo afectivo por sexo y grupo socioeconómico, 2007

	Gizona / Hombre				Emakumea / Mujer			
	Laguntza dago No falta apoyo		Laguntzarik ez Falta apoyo		Laguntza dago No falta apoyo		Laguntzarik ez Falta apoyo	
	Batbest. Media	STD	Batbest. Media	STD	Batbest. Media	STD	Batbest. Media	STD
I-II taldea / Grupo I-II	32,2	28,7	32,7	22,4	18,8	16,5	21,0	15,3
III taldea / Grupo III	32,3	34,8	40,1	36,0	19,0	15,7	19,8	11,1
IV-V taldea / Grupo IV-V	33,7	29,8	42,1	36,7	19,0	15,8	21,1	17,2
Guztira / Total	33,1	30,1	39,8	34,2	19,0	16,0	21,0	16,2

Gizarte-laguntza eta eraso edota tratatu txarreko egoerak

Badirudi laguntza konfidentzialik ezaren eta eraso edota tratatu txar egoeren artean, emakumezkoengan bereziki, elkartze bat dagoela. Eraso edo tratatu txar bat jasan duten gizonezkoen %1,2k eta emakumezkoen %2,8k, laguntza konfidentzialik gabeko testuinguru batean izan zuten. Erasoak edota tratatu txarrak %0,7ra jaitsi ziren laguntza konfidentziala zuten biztanleengan.

Apoyo social y situaciones de agresión y/o maltrato

Parece existir una asociación entre la falta de apoyo confidencial y las situaciones de agresión y/o maltrato, especialmente entre las mujeres. El 1,2% de los hombres y el 2,8% de las mujeres que han sufrido una agresión o maltrato lo tuvieron en un contexto de falta de apoyo confidencial. Las agresiones y/o maltratos se redujeron a un 0,7% en la población con apoyo confidencial.

2.6.4. taula / tabla 2.6.4

Eraso edota tratatu txarra jasan duten pertsonak (%), sexua eta laguntza konfidentziala kontuan hartuta, 2007

Personas (%) que han sufrido agresión y/o maltrato por sexo y apoyo confidencial, 2007

Gizona	Laguntza dago / No falta apoyo	0,7
Hombre	Laguntzarik ez / Falta apoyo	1,2
Emakumea	Laguntza dago / No falta apoyo	0,8
Mujer	Laguntzarik ez / Falta apoyo	2,8
Guztira	Laguntza dago / No falta apoyo	0,7
Total	Laguntzarik ez / Falta apoyo	2,1

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Gizarte-laguntzaren indizean okerragotze orokor bat gertatu zela ikusi zen, konfidentziari zein afektuari zegokienean. Okerragotze hori sexu bietan eta adin-talde guztietan gertatu zen, 65 urtetik gorako gizonezko eta emakumezkoengan izan ezik; adin-talde horretan gizarte-laguntza afektiboaren indizea 2002koarekiko pixka bat hobetu baitzen. Hala ere, adinarekin eta sexu bietan, Duke eskalarekin neurtutako gizarte-laguntzak azken hamarkadan behera egiteko joera izan du (2.6.5. taula).

EVOLUCIÓN DESDE 1997

Se apreció un empeoramiento general en el índice de apoyo social, tanto en el componente de confidencia como en el de afecto. Este empeoramiento se produjo en ambos sexos y en todos los grupos de edad excepto en los hombres mayores de 65 años y las mujeres del mismo grupo de edad, donde el índice de apoyo social afectivo mejoró ligeramente con respecto a 2002. No obstante, la tendencia es que con la edad y en ambos sexos, en la última década disminuye el apoyo social, medido con la escala de Duke (Tabla 2.6.5).

2.6.5. taula / tabla 2.6.5

Gizarte-laguntzaren indizea, sexua eta adina kontuan hartuta, 1997-2007
Índice de apoyo social por sexo y edad, 1997-2007

		Konfidentziala Confidencial			Afektiboa Afectivo		
		1997	2002	2007	1997	2002	2007
Gizona Hombre	16-24	84,6	87,2	84,7	88,7	89,8	88,1
	25-44	83,5	85,5	82,6	87,2	89,5	86,4
	45-64	81,1	83,6	80,0	85,6	87,6	84,9
	>=65	79,8	81,5	80,3	85,5	86,9	87,4
Guztira / Total		82,5	84,6	81,6	86,8	88,6	86,3
Emakumea Mujer	16-24	89,0	88,2	86,5	91,7	91,0	89,8
	25-44	85,7	87,1	83,4	87,8	88,8	85,8
	45-64	81,3	83,2	79,3	84,3	86,2	82,4
	>=65	76,0	79,2	76,9	80,0	84,7	85,0
Guztira / Total		83,1	84,4	80,9	85,9	87,4	85,0

2.7

LAN-BALDINTZAK

CONDICIONES DE TRABAJO

DEFINIZIOA

Lan-jarduerek pertsonen bizitzaren tarte handia hartzen dute, eta horiek garatzen diren baldintzek osasunean eragin zuzena daukate; batzuetan berehala nabaritzen dena, eta beste batzuetan langilean bizitzan zehar. Horregatik, baldintza horien hobekuntzak osasunean inbertitzea inplikatzeko du. Edozein administrazioren helburuetako bat, lan-istripuak edo lanak eragindako gaixotasunak murriztea da. Izan ere, enpresetan produkzioaren kalitate eta hobekuntzaren adierazle bat lan-istripurik gabeko egun-kopurua da; eta horrek, istripuek eta lan-gaixotasunek daukaten giza kostua eta diru-kostua zein den ikusteko aukera ematen digu. Gainera, kontua ez da lan-baldintzak hobetzea soilik, baizik eta haiengatik ondoriozta daitezkeen osasun-arazoak prebenitzea.

DEFINICIÓN

Las actividades laborales ocupan gran parte de la vida de las personas y las condiciones en que se desarrollan influyen directamente en la salud, en algunas ocasiones de manera inmediata y en otras a lo largo de la vida de la población trabajadora. Por ello, la mejora de estas condiciones implica una inversión en salud. Uno de los objetivos de cualquier administración es la disminución de los accidentes laborales o las enfermedades derivadas del trabajo. De hecho, un indicador de calidad y de mejora de la producción en las empresas es el número de días sin accidentes laborales, lo que nos da una idea del coste humano y monetario que tienen los accidentes y las enfermedades laborales. Además, no sólo se trata de mejorar las condiciones de trabajo sino de prevenir los problemas de salud que pueden derivarse de ellas.

OSASUN INKESTA 2007

Gogobetetzea lanean

Gizonezkoen %88,6 eta emakumezkoen %88,3 haien lanean pozik egon ziren.

ENCUESTA DE SALUD 2007

Satisfacción en el trabajo

El 88,6% de los hombres y el 88,3% de las mujeres estuvieron satisfechos/as con su trabajo.

2.7.1. taula / tabla 2.7.1

Biztanleria okupatuak bere ohiko lanean duen gogobetetze-maila (%), sexua kontuan hartuta, 2007
Grado de satisfacción (%) con su trabajo habitual de la población ocupada, según el sexo, 2007

	Gizona / Hombre	Emakumea / Mujer
Oso pozik / Muy satisfecho/a	17,0	18,2
Pozik / Satisfecho/a	71,6	70,1
Ase gabe / Insatisfecho/a	9,8	10,4
Oso ase gabe / Muy insatisfecho/a	1,5	1,4
Guztira / Total	100,0	100,0

Asegabetasunak lanean, antzemandako osasun txarrarekin zerikusia zeukala azaldu zen. Euren lanean pozik ez zeuden gizonezkoen %26,8k, antzemandako osasun txarra aitortu zuten; emakumezkoen kasuan, berriz, %12,1 pozik zegoen. Emakumezkoen artean, pozik ez zeuden %30,8k osasun txarra izan zuten; eta %12,8 pozik zegoen.

La insatisfacción en el trabajo se mostró asociada a la mala salud percibida. El 26,8% de los hombres insatisfechos con su trabajo declararon mala salud percibida frente al 12,1% de los satisfechos. Entre las mujeres, el 30,8% de las insatisfechas tuvieron mala salud frente al 12,8% de las satisfechas.

2.7.2. taula / tabla 2.7.2

Bere lanarekin pozik ez dagoen biztanleria okupatuaren proportzioa (%) adinaren arabera, sexua kontuan hartuta, 2007

Proporción (%) de población ocupada insatisfecha con su trabajo actual por edad según el sexo, 2007

	Gizona / Hombre	Emakumea / Mujer
16-24	15,3	11,7
25-44	12,2	13,1
45-64	9,4	9,2
Guztira / Total	11,4	11,7

Arrisku ergonomikoak

Hauek izan ziren, gizonezkoengan zein emakumezkoengan, sarrien gertatu ziren arrisku ergonomikoak: kontzentrazio edo atentzio etengabea, denbora luzez zutik egotea eta mugimendu errepikakorak egitea. Gizonezkoek zama astunekin joan-etorriak egin eta bibrazioak edo astinaldiak jasaten zituzten; emakumezkoek, aldiz, ordenagailuko pantailen aurrean lan egiteak dituen arriskuak gehiago pairatzen zituzten (2.7.3. taula).

Erretiratutako pertsonak eta gaur egun lanean ari direnak zein arrisku ergonomikoren menpe egon ziren konparatzean, ikusten da, bi sexuetan, honako hauek behera egin zutela: zutik egotea, jarrera de-

Riesgos ergonómicos

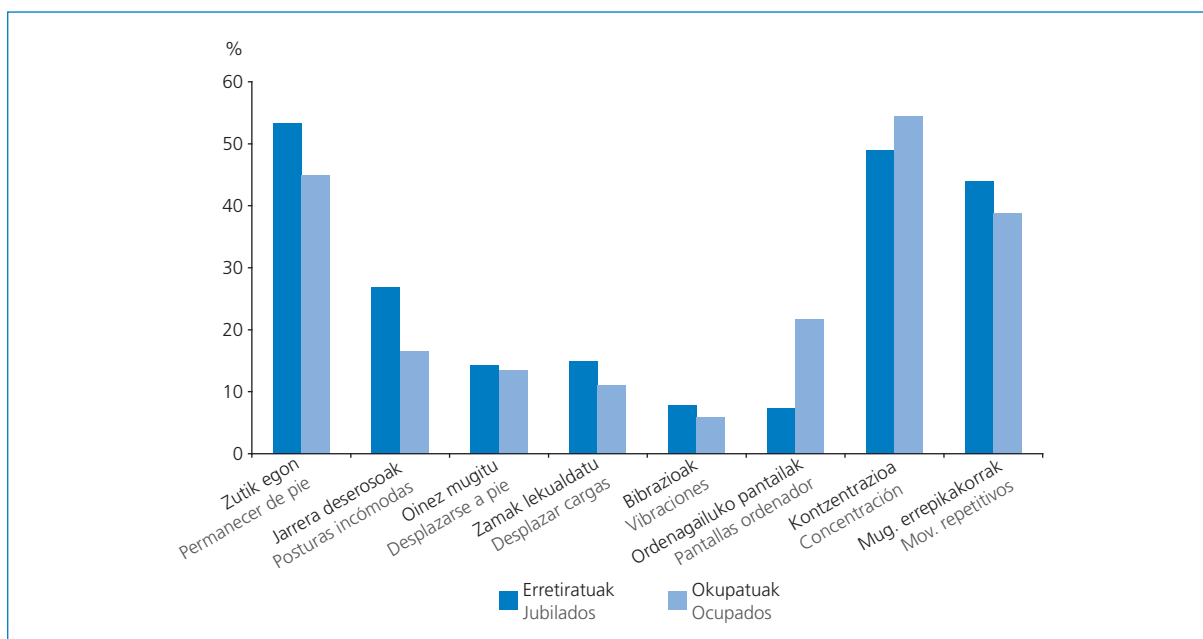
Los riesgos ergonómicos más frecuentes tanto para hombres como para mujeres fueron la concentración o atención continuada, permanecer de pie durante mucho tiempo y la realización de movimientos repetitivos. Los hombres estuvieron más expuestos a realizar desplazamientos de cargas pesadas y a sufrir vibraciones o sacudidas, mientras que las mujeres estuvieron más expuestas al trabajo ante pantallas de ordenador (Tabla 2.7.3).

Comparando los riesgos ergonómicos a los que estuvieron expuestas las personas jubiladas y a los que están expuestas las actualmente ocupadas, se aprecia, en ambos sexos, una disminución en la perma-

2.7.1. irudia / figura 2.7.1

Gizonezkoak (%), lanean egitera etengabe behartuta dauden edo egon diren jarduerarekiko duten harremanaren arabera, 2007

Hombres (%) según su relación con la actividad que están o han estado continuamente obligados en el trabajo a, 2007



2.7.3. taula / tabla 2.7.3

Lanean ari den edo lan egin duen biztanleria (%), lanean izandako baldintza ergonomikoen arabera, sexua kontuan hartuta, 2007

Población que trabaja o ha trabajado (%) por las condiciones ergonómicas en el trabajo según el sexo, 2007

Arrisku-mota Espozizioaren maiztasuna Tipo de riesgo Frecuencia de exposición	Okupatua / Ocupado/a		Erretiratua / Jubilado/a	
	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
Zutik egotea				
Permanecer de pie				
Etengabe / Continuada	45,0	47,1	53,3	53,5
Sarri / Frecuente	13,7	9,2	14,9	8,9
Noiz edo noiz / Ocasional	28,1	25,6	20,2	22,0
Inoiz ez / Nunca	13,1	18,1	11,5	15,5
Jarrera deseroso edo nekagarriak				
Posturas incómodas o cansadas				
Etengabe / Continuada	16,5	17,7	26,9	24,6
Sarri / Frecuente	14,0	12,5	15,4	16,1
Noiz edo noiz / Ocasional	44,9	38,4	34,3	34,1
Inoiz ez / Nunca	24,6	31,4	23,3	25,2
Oinez lekualdatze luze eta sarriak egitea				
Desplazamientos a pie largos y frecuentes				
Etengabe / Continuada	13,5	12,1	14,2	12,8
Sarri / Frecuente	8,8	8,6	9,3	9,2
Noiz edo noiz / Ocasional	43,9	31,2	42,5	34,1
Inoiz ez / Nunca	33,8	48,1	33,9	43,9
Zama astunak lekualdatzea				
Desplazar cargas pesadas				
Etengabe / Continuada	11,0	6,5	14,9	11,1
Sarri / Frecuente	9,1	6,3	13,1	8,5
Noiz edo noiz / Ocasional	40,7	34,1	33,9	30,1
Inoiz ez / Nunca	39,3	53,1	38,2	50,4
Bibrazio edo astinaldiak pairatzea				
Sufrir vibraciones o sacudidas				
Etengabe / Continuada	5,8	1,6	7,8	1,7
Sarri / Frecuente	5,1	1,7	6,8	2,2
Noiz edo noiz / Ocasional	25,5	7,0	25,0	10,4
Inoiz ez / Nunca	63,5	89,7	60,4	85,8
Ordenagailuko pantailak				
Pantallas de ordenador				
Etengabe / Continuada	21,7	31,3	7,4	4,5
Sarri / Frecuente	10,8	8,0	4,8	3,3
Noiz edo noiz / Ocasional	19,3	18,5	10,7	6,5
Inoiz ez / Nunca	48,2	42,3	77,1	85,7
Kontzentrazio edo atentzio etengabeak				
Concentración o atención continuadas				
Etengabe / Continuada	54,5	54,4	49,0	41,5
Sarri / Frecuente	19,9	14,7	19,1	17,7
Noiz edo noiz / Ocasional	18,9	17,0	19,5	17,1
Inoiz ez / Nunca	6,8	13,9	12,5	23,7
Mugimendu errepikakorrak				
Movimientos repetitivos				
Etengabe / Continuada	38,8	41,7	44,0	46,5
Sarri / Frecuente	22,5	18,6	23,6	18,3
Noiz edo noiz / Ocasional	25,4	22,8	21,0	18,2
Inoiz ez / Nunca	13,3	16,9	11,4	17,0

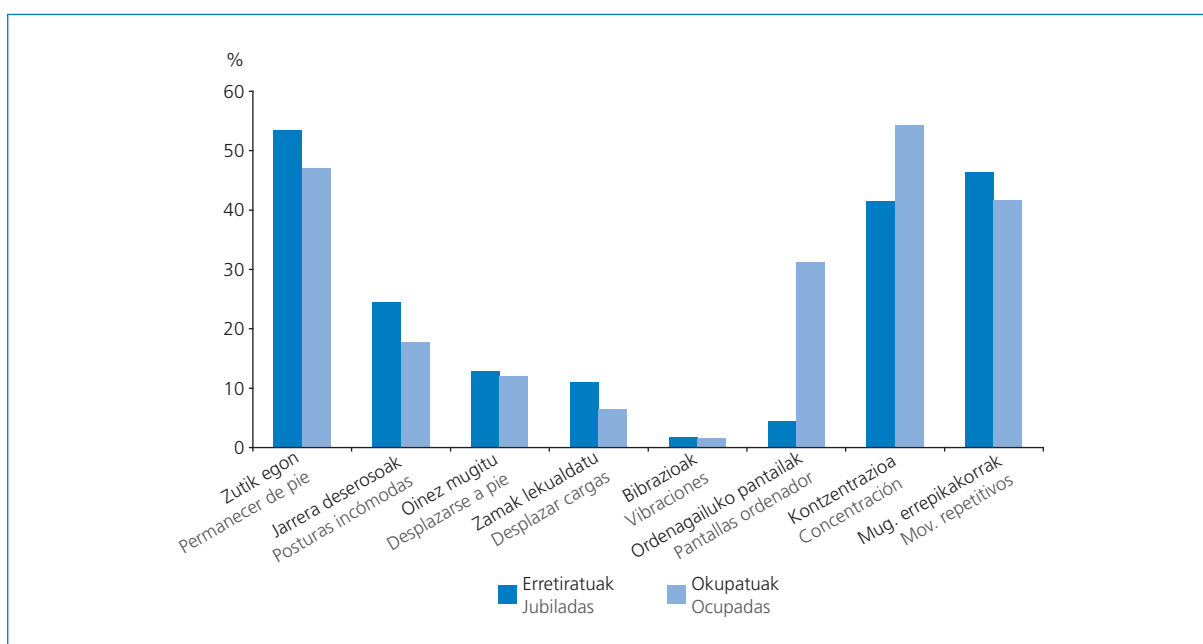
serosoetan egotea, zama astunak lekualdatzea, bi-brazioak pairatzea eta mugimendu errepikakorrak egitea. Hala ere, beste hauek gora egin zuten: ordenagailuko pantailen aurrean lan egitea eta kontzentrazio edo atentzio etengabe gehiago behar izatea. Neke fisikoa eragiten duten arrisku guztiek behera egiten dute, baina kontzentrazio handiagoa behar dutenen ioera nabari da.

nencia de pie, el estar en posturas incómodas, el desplazamiento de cargas pesadas, sufrir vibraciones y realizar movimientos repetitivos, pero hay un aumento de trabajos ante pantallas de ordenador y una mayor necesidad de concentración o atención continuada. Disminuyen todos los riesgos que producen un cansancio físico pero aumentan aquellos que implican una mayor concentración.

2.7.2. irudia / figura 2.7.2

Emakumezkoak (%), lanean egitera etengabe behartuta dauden edo egon diren jarduerarekiko duten harremanaren arabera, 2007

Mujeres (%) según su relación con la actividad que están o han estado continuamente obligados en el trabajo a, 2007



Arrisku fisiko-kimikoak

Honako hauek izan ziren, gizonezkoengan sarrien gertatu ziren arrisku fisiko-kimikoak: keak, hautsa edo produktu toxikoak arnastea, zarata handiaren eraginpean egotea eta zirkulazio-istripuak. Emakumezkoen artean, honako hauek nabarmendu ziren: batetik, keak, hautsa edo produktu toxikoak arnastea; eta bestetik, bakterioek, birusek eta beste agente biologikoen sortutako kutsapena (2.7.4. taula). Arrisku fisiko-kimikoei dagokienez, gizonezkoak emakumezkoak baino proportzio handiagoan egon ziren haien eraginpean; nahiz eta salbuespena mikrobiogenteek sortutako kutsapenaren eraginpean gertatu.

Arrisku fisiko-kimikoen eraginpean egotean agertzen ziren sexuen arteko ezberdintasunak, baldintza ergonomikoetan zeudenak baino nabarmenagoak ziren.

Riesgos físico-químicos

Los riesgos físico-químicos más frecuentes entre los hombres fueron la inhalación de humos, polvo o productos tóxicos, la exposición a ruido elevado y los accidentes de circulación. Entre las mujeres destacaron la inhalación de humos, polvo o productos tóxicos y el contagio por bacterias, virus u otros agentes biológicos (tabla 2.7.4). Los hombres estuvieron más expuestos que las mujeres a riesgos físico-químicos, si bien la excepción se dio en la exposición al contagio por agentes microbianos.

Las diferencias entre sexos eran más acusadas en la exposición a riesgos físico-químicos que en las condiciones ergonómicas.

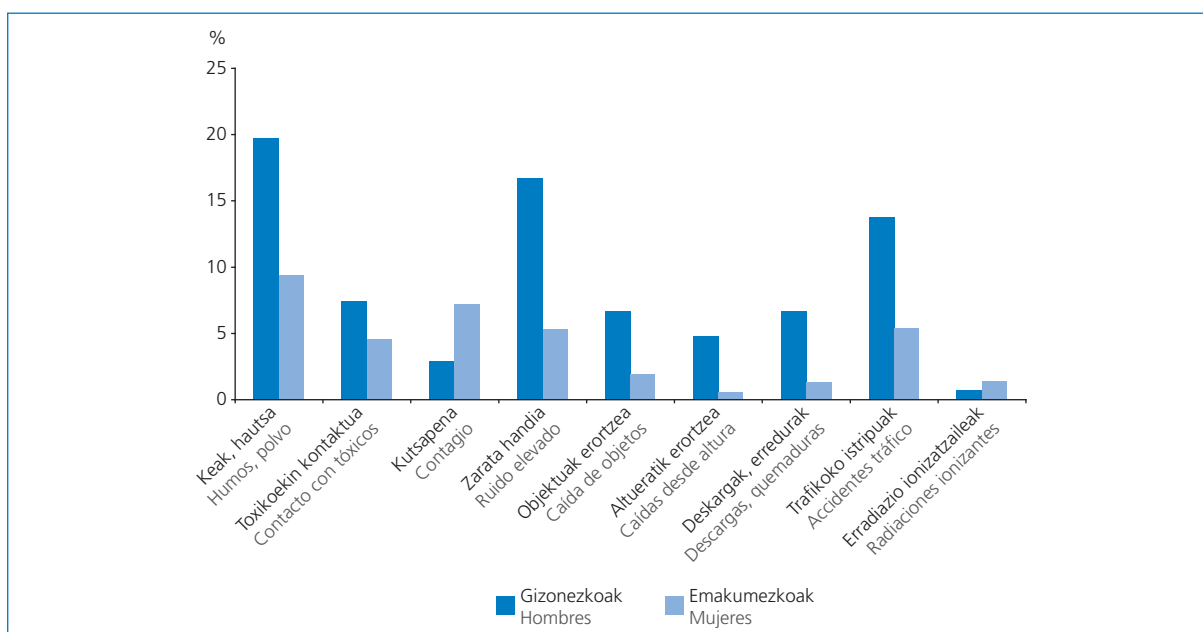
2.7.4. taula / tabla 2.7.4

Arrisku fisiko-kimikoen eraginpean lanean ari den edo egon den biztanleria (%), sexua kontuan hartuta, 2007
Población que trabaja o ha trabajado (%) por exposición a riesgos físico-químicos en el trabajo,
según el sexo, 2007

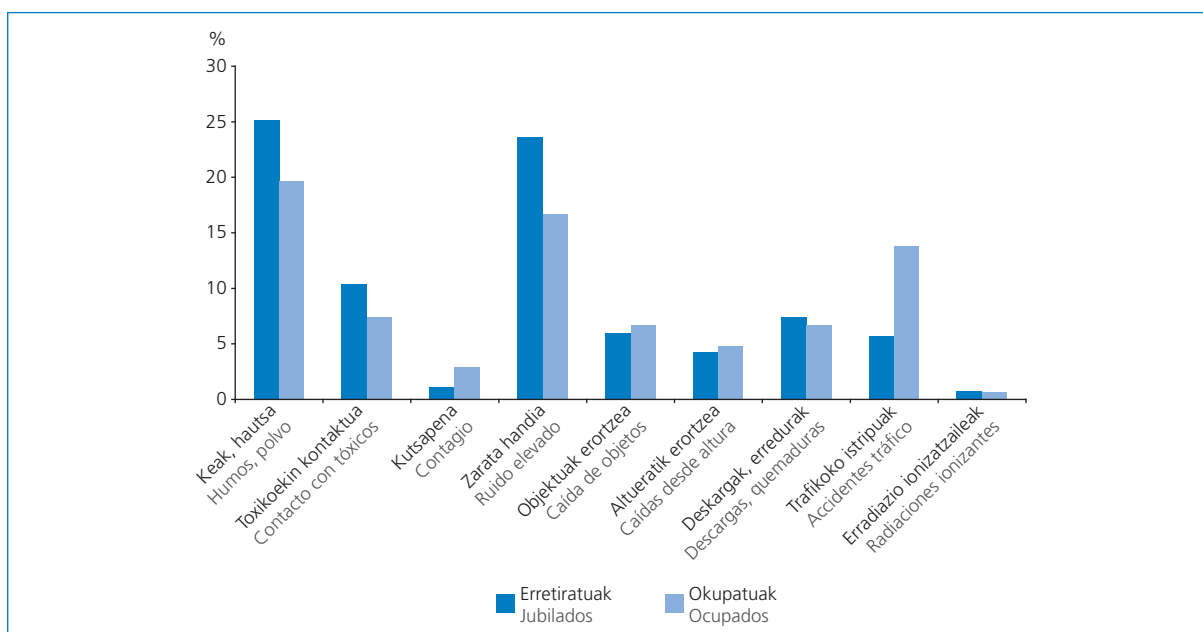
	Okupatua / Ocupado/a		Erretiratua / Jubilado/a	
	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
Keak, hautsa eta toxikoak arnastea				
Inhalación de humos, polvo y tóxicos				
Etengabe / Continuada	19,7	9,4	25,2	9,3
Sarri / Frecuente	10,3	3,8	11,2	5,7
Noiz edo noiz / Ocasional	29,6	21,4	23,6	14,9
Inoiz ez / Nunca	40,5	65,4	40,1	70,0
Toxikoekin kontaktua edo manipulazioa				
Manipulación o contacto con tóxicos				
Etengabe / Continuada	7,4	4,6	10,4	5,1
Sarri / Frecuente	5,1	2,8	6,3	3,6
Noiz edo noiz / Ocasional	28,0	17,1	24,3	13,7
Inoiz ez / Nunca	59,5	75,5	59,1	77,6
Mikrobio-agenteeek sortutako kutsapena				
Contagio por agentes microbianos				
Etengabe / Continuada	2,9	7,2	1,1	2,3
Sarri / Frecuente	2,2	4,9	0,6	1,2
Noiz edo noiz / Ocasional	14,4	14,5	12,0	9,1
Inoiz ez / Nunca	80,4	73,5	86,3	87,4
Zarata handia / Ruido elevado				
Etengabe / Continuada	16,7	5,3	23,6	7,8
Sarri / Frecuente	10,5	4,1	11,3	3,7
Noiz edo noiz / Ocasional	29,4	19,2	20,7	13,7
Inoiz ez / Nunca	43,4	71,4	44,5	74,7
Lesioak objektuak erortzeagatik				
Lesiones por caída de objetos				
Etengabe / Continuada	6,7	1,9	6,0	2,1
Sarri / Frecuente	5,7	2,0	5,8	0,9
Noiz edo noiz / Ocasional	31,7	15,0	27,2	11,8
Inoiz ez / Nunca	55,9	81,2	61,0	85,2
Altueratik erortzea / Caídas desde una altura				
Etengabe / Continuada	4,8	0,6	4,3	0,7
Sarri / Frecuente	3,7	0,5	3,3	0,2
Noiz edo noiz / Ocasional	22,9	9,7	21,4	8,2
Inoiz ez / Nunca	68,6	89,2	71,0	90,9
Deskarga elektrikoa, erredurak				
Descarga eléctrica, quemaduras				
Etengabe / Continuada	6,7	1,3	7,4	2,5
Sarri / Frecuente	4,8	1,9	5,3	2,5
Noiz edo noiz / Ocasional	26,3	12,5	20,9	8,2
Inoiz ez / Nunca	62,3	84,2	66,4	86,9
Zirkulazio-istripuak / Accidentes de circulación				
Etengabe / Continuada	13,8	5,4	5,7	0,4
Sarri / Frecuente	5,9	2,6	2,7	0,8
Noiz edo noiz / Ocasional	24,7	12,9	16,6	5,2
Inoiz ez / Nunca	55,7	79,1	75,0	93,6
Erradiazio ionizatzaileak / Radiaciones ionizantes				
Etengabe / Continuada	0,7	1,4	0,8	0,2
Sarri / Frecuente	0,7	1,0	0,7	0,7
Noiz edo noiz / Ocasional	4,0	4,3	2,7	2,6
Inoiz ez / Nunca	94,6	93,3	95,9	96,5

2.7.3. irudia / figura 2.7.3

Lanean etengabe ren eraginpean dagoen biztanleria okupatua (%), 2007
Población ocupada (%) que está continuamente expuesta en el trabajo a, 2007

**2.7.4. irudia / figura 2.7.4**

Gizonezkoak (%), lanean etengabe ren eraginpean dauden edo egon diren jarduerarekiko duten harremanaren arabera, 2007
Hombres (%) según su relación con la actividad que están o han estado continuamente expuestos en el trabajo a, 2007



Erretiratutako pertsonak eta gaur egun lanean ari direnak zein arriskuren menpe egon ziren konparatzen bada, ikusten da arrisku fisiko-kimikoen eraginpean egondako maiztasunak behera egin duela;

Comparando los riesgos a los que estuvieron expuestas las personas jubiladas y a los que están expuestas las actualmente ocupadas, ha disminuido la frecuencia de exposición a riesgos físico-químicos.

baina trafikoko istripu bat izateko arriskuak gora egin du. Gutxiagotze nabarmenenak honako haue-
tan hauteman ziren: keak, hautsa eta toxikoa ar-
nastea, zarata handiaren eraginpean egotea eta
toxikoekin kontaktuan egotea. Gainerako arriskue-
tan aldaketak ez ziren garrantzitsuak izan.

Gaur egun lanean ari diren emakumeak erretiratu-
ta daudenekin alderatzen badira, lehenengoen lan-
baldintzak txarragoak direla nabaritzen da, mikro-
bio-agenteei sortutako kutsapenaren eta trafikoko
istripuen eraginpean daudelako. Gainerako arris-
kuei dagokienez, egoera hobetu egin da (keak,
hautsa eta toxikoak arnastea eta zarata handia)
edo arrisku-maiztasun berberak mantendu dira.

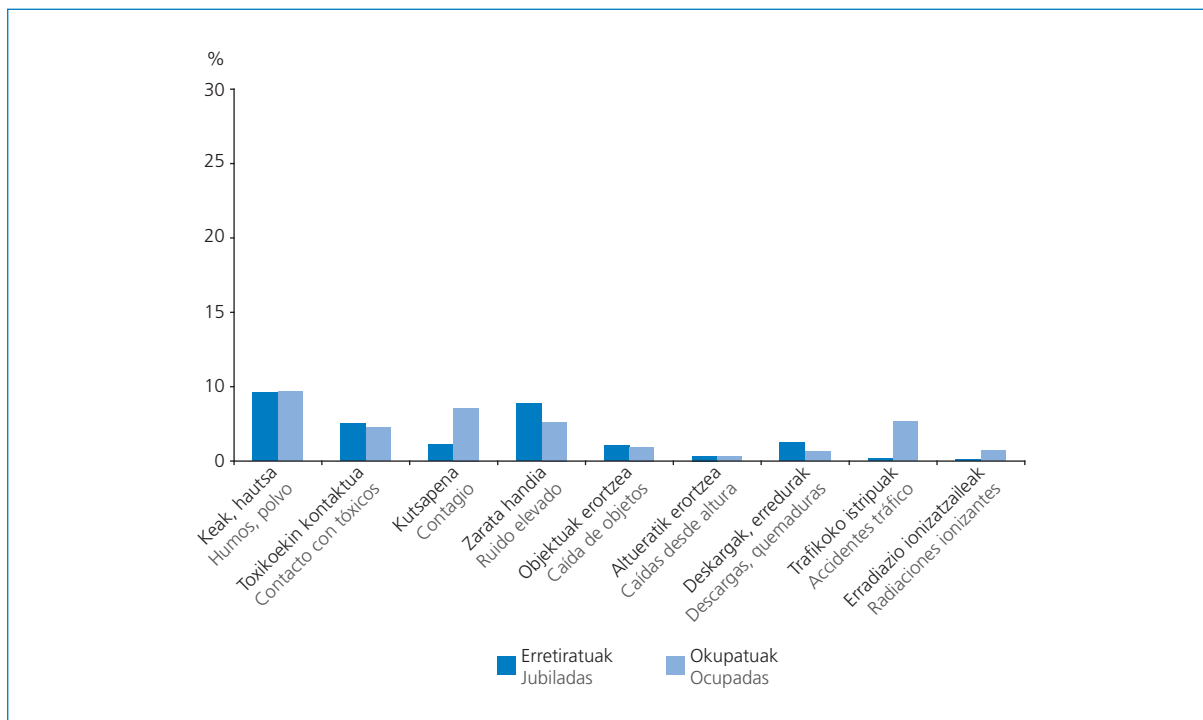
micos pero ha aumentado el riesgo de sufrir un
accidente de tráfico. Las disminuciones más nota-
bles se apreciaron en la inhalación de humos, polvo
y tóxico, en la exposición a ruido elevado y el con-
tacto con tóxicos. En el resto de los riesgos las va-
riaciones fueron irrelevantes.

Las mujeres actualmente ocupadas con respecto a
las jubiladas empeoraron sus condiciones de traba-
jo por la exposición a contagio por agentes micro-
bianos y a los accidentes de tráfico. Respecto al
resto de los riesgos, han mejorado (inhalación de
humos, polvo y tóxicos, ruido elevado) o han man-
tenido las mismas frecuencias de riesgo.

2.7.5. irudia / figura 2.7.5

Emakumezkoak (%), lanean etengabe ren eraginpean dauden edo egon diren jarduerarekiko duten
harremanaren arabera, 2007

Mujeres (%) según su relación con la actividad que están o han estado continuamente expuestas en el
trabajo a, 2007



2002. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Arrisku ergonomikoak

Gizonezkoengan, arrisku ergonomikoen artean or-
denagailuko pantailen aurrean lan egiten zutenen
maiztasunak baino ez zuen gora egin. Aitzitik, bes-
te egoera hauetan zeuden proportzioak behera
egin zuen: zutik egon, jarrera deserosoan egon eta
mugimendu errepikakorrek egin.

EVOLUCIÓN DESDE 2002

Riesgos ergonómicos

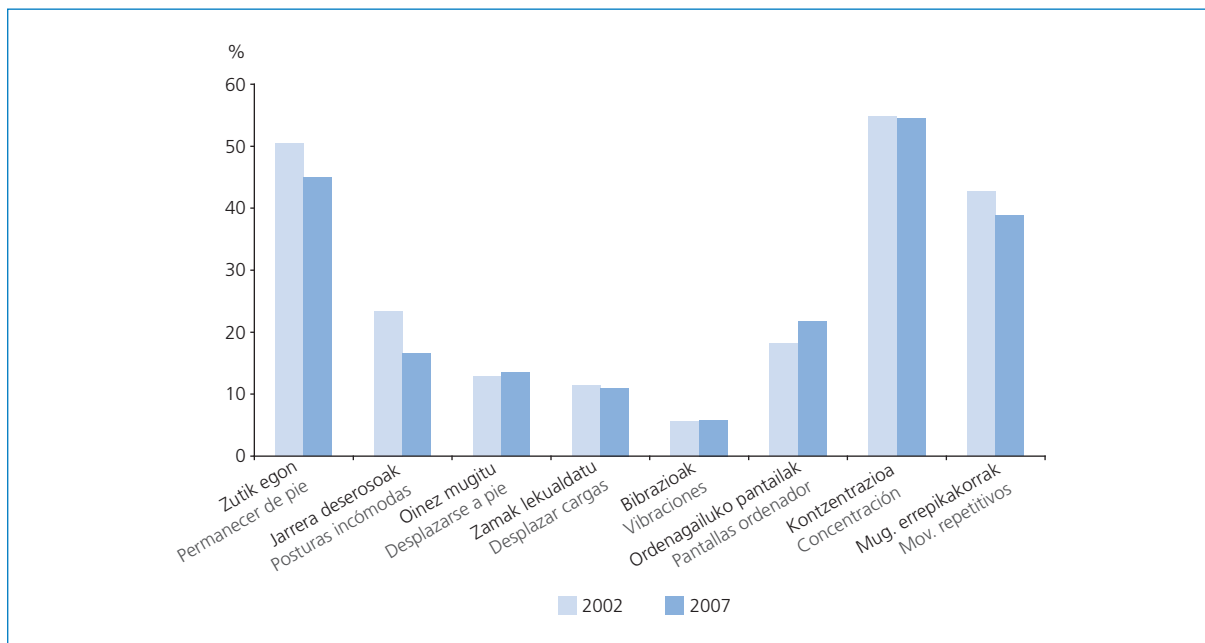
Entre los riesgos ergonómicos en los hombres sólo
aumentó la frecuencia de los que trabajaron frente
a pantallas de ordenador mientras que disminuyó
la proporción de los que tuvieron que permanecer
de pie, estar en posturas incómodas y realizar mo-
vimientos repetitivos.

Emakumezkoen kasuan, ordenagailuen aurrean lan egiten zutenen proportzioak gora egin zuen, baita atentzio edo kontzentrazio etengabea behar zutenak ere. Aitzitik, zutik egon eta mugimendu errepikakorak egiten zutenen kopuruak behera egin zuen.

En las mujeres aumentó la proporción de las que trabajaron ante pantallas de ordenador y las que precisaron una atención o concentración continuadas mientras que disminuyó la permanencia de pie y los movimientos repetitivos.

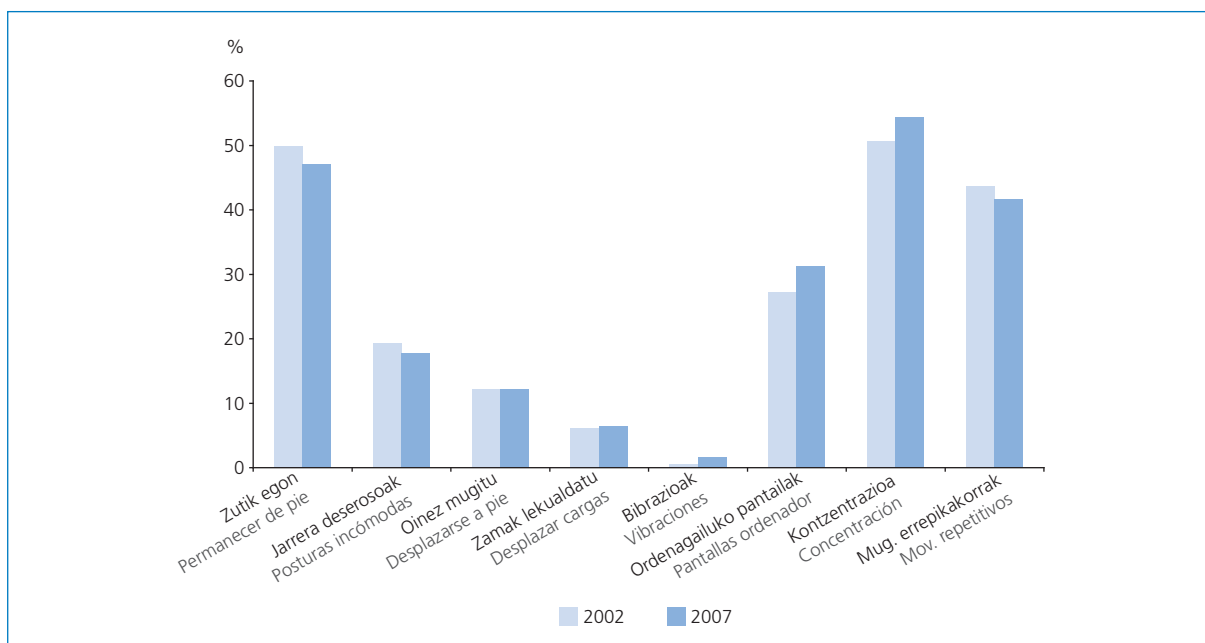
2.7.6. irudia / figura 2.7.6

Lanean egitera etengabe behartuta dauden gizonezko okupatuak (%), 2002-2007
Hombres ocupados (%) que están continuamente obligados en el trabajo a, 2002-2007



2.7.7. irudia / figura 2.7.7

Lanean egitera etengabe behartuta dauden emakumezko okupatuak (%), 2002-2007
Mujeres ocupadas (%) que están continuamente obligadas en el trabajo a, 2002-2007



Arrisku fisiko-kimikoak

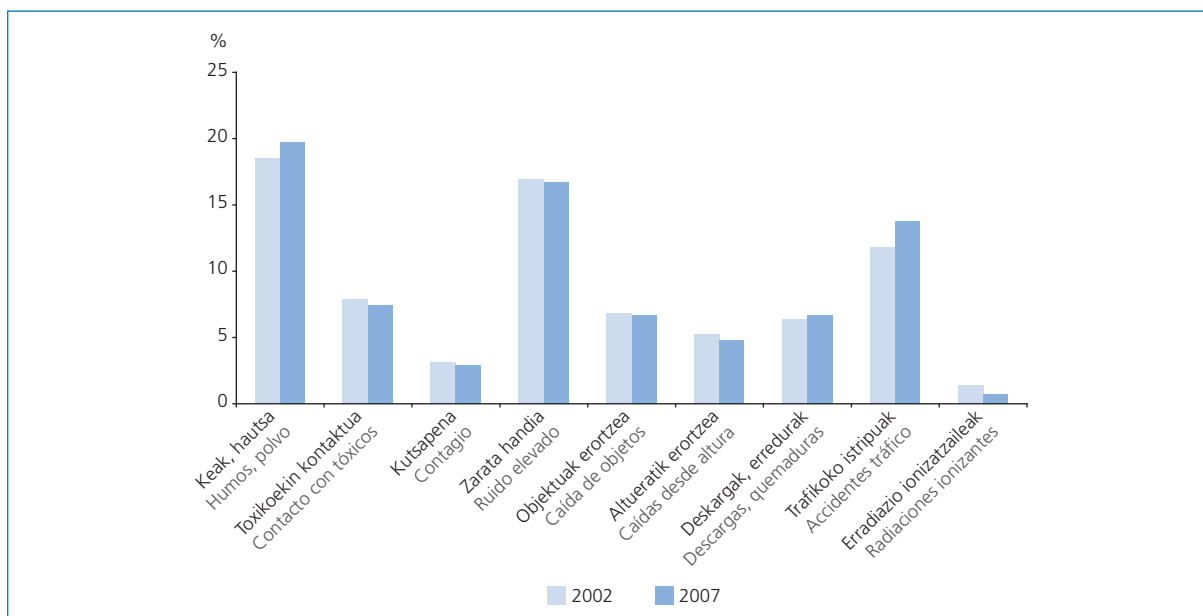
Gizonezkoengan, azken urte hauetan ez zen igorarik nabaritu arrisku fisiko-kimikoen eraginpean; baina beste hauen eraginpean egotea pixka bat areagotu egin zen: batetik, trafikoko istripuak; eta bestetik, keak, hautsa eta toxikoak arnastea.

Riesgos físico-químicos

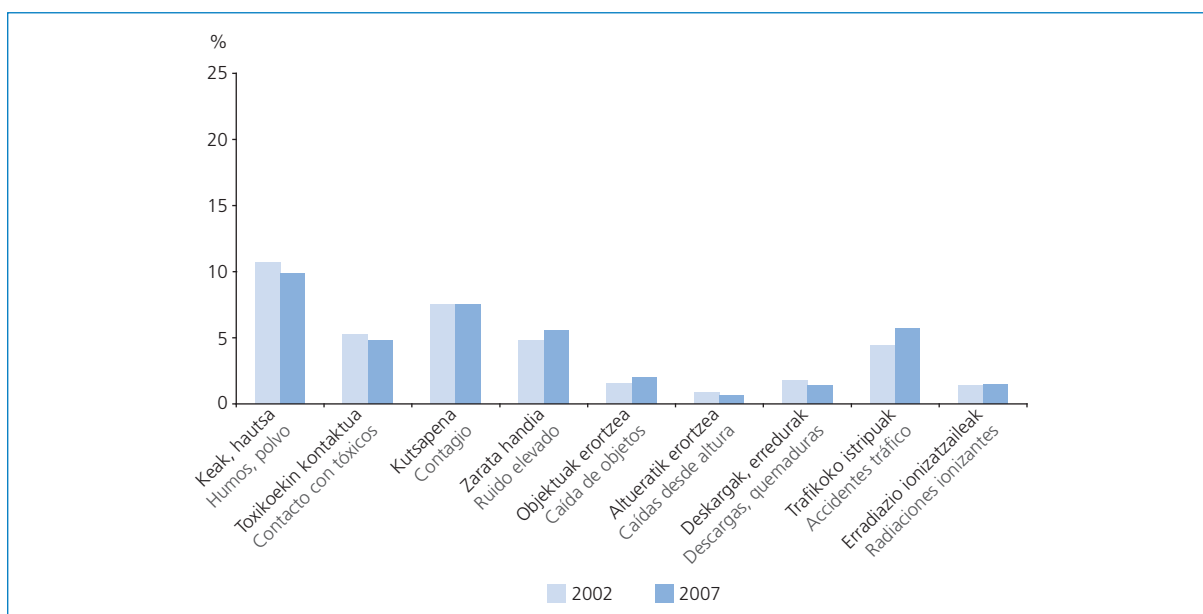
En los hombres, en estos últimos cinco años no se apreció un aumento de la exposición a riesgos físico-químicos mientras que sí aumentó ligeramente la exposición a accidentes de tráfico y a la inhalación de humos, polvo y tóxicos.

2.7.8. irudia / figura 2.7.8

Lanean ren eraginpean etengabe dauden gizonezko okupatuak (%), 2002-2007
Hombres ocupados (%) que están continuamente expuestos en el trabajo a, 2002-2007

**2.7.9. irudia / figura 2.7.9**

Lanean ren eraginpean etengabe dauden emakumezko okupatuak (%), 2002-2007
Mujeres ocupadas (%) que están continuamente expuestas en el trabajo a, 2002-2007



2002. urteaz geroztik, emakumezkoek ez zuten 1997ko datuekiko aldaketa aipagarriarik azaldu, lanarekin zerikusia zuten arrisku fisiko-kimikoen eraginpean egoteari dagokionez.

Desde 2002 las mujeres no manifestaron cambios relevantes en la exposición a riesgos físico-químicos relacionados con el trabajo con respecto a 1997.

PREBENTZIO-JARDUNBIDEAK

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

3

3.1

GRIPLEAREN AURKAKO TXERTAKETA

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

DEFINIZIOA

Gripea, egun batzuetarako ezgaitasuna sortu, eta biztanleen erikortasuna eta asistentzia-eskaria gehitzen duen gaixotasun bat da. Horrez gain, aldi epidemikoetan produkzio-galera esanguratsuak eragiten ditu. Bestalde, 65 urtetik gorako pertsonen eta patologia kronikoak dituzten edozein adinetakoek, ospitalizazioa eta heriotza ekar ditzaketen konplikazio larriak izateko arrisku handiagoa daukate. Gripearen eragina murrizteko asmoz, azterlan batzuek arrisku-taldeei zuzendutako gripearen aurkako txertaketa-kanpainen eraginkortasuna nabarmendu dute. Hori dela eta, 65 urtetik gorako pertsonen eta arazo kronikoak dituztenei, urtero gripear aurre egiteko txertoa jartzea gomendatzen zaie. Era berean, arrisku-talde horiei gripea transmititu diezaieketen pertsonen txertaketa gomendatzen da, hala nola: pertsonal sanitarioa, geriatriko edo adineko egoitzetako eta etxez etxeko laguntzako gizarte-zerbitzuetako dena.

OSASUN INKESTA 2007

Gizonezkoak dira, prebentziozko neurri hori emakumezkoek baino sarriago hartzen dutenak. Horiek horrela, 65 urte eta gehiago zituzten gizonezkoen %78k eta emakumezkoen %73k, urtero gripearen kontrako txertoa jarri zutela aitortu zuten.

DEFINICIÓN

La gripe es una enfermedad que causa incapacidad durante varios días, incrementa la morbilidad y la demanda asistencial de la población y, además, ocasiona pérdidas productivas significativas durante los periodos epidémicos. Por otro lado, las personas mayores de 65 años, así como las personas de cualquier edad que padecen patologías crónicas, tienen un riesgo más elevado de complicaciones graves que pueden conllevar hospitalización y fallecimiento. Con el fin de disminuir el impacto de la gripe, diversos estudios han señalado la eficacia de las campañas de vacunación antigripal dirigidas a los grupos de riesgo. Por esta razón se recomienda la vacunación anual frente a la gripe de todas las personas mayores de 65 años y de aquellas con problemas crónicos. Asimismo se recomienda la vacunación de personas que pueden transmitir la gripe a estos grupos de riesgo, como el personal sanitario, el de residencias de la 3ª edad o geriátricos y el perteneciente a los servicios sociales de ayuda a domicilio.

ENCUESTA DE SALUD 2007

Los hombres adoptan esta medida preventiva con mayor frecuencia que las mujeres. Así, el 78% de los hombres y el 73% de las mujeres de 65 y más años declararon haberse vacunado anualmente contra la gripe.

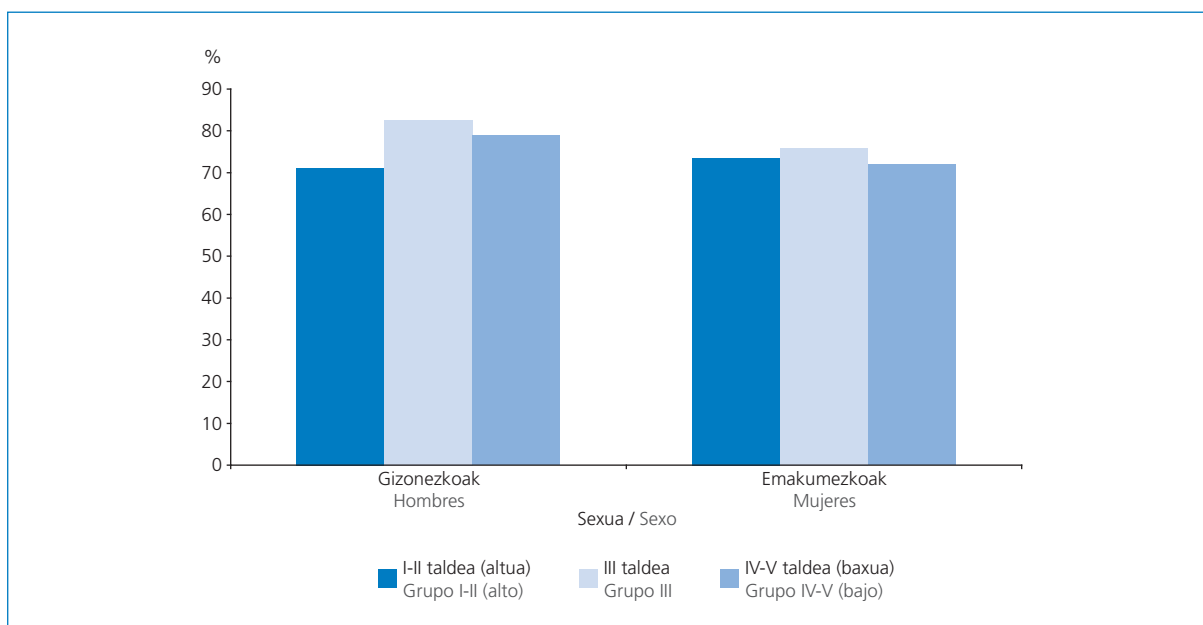
Talde sozioekonomikoen arabera emaitzek erakusten dute, egoera hobereeneko taldeetako 65 urte eta gehiagoko gizonezkoak direla proportzio txikiagoan (%71) txertatzen direnak. Emakumezkoen artean, maila sozioekonomikoaren arabera ezberdintasun txikiagoak daude, eta 65 urte eta gehiagoko emakumezkoen kasuan, egoera txarragoko taldekoak dira gutxien txertatu direnak (3.1.1. irudia).

Los resultados por grupos socioeconómicos muestran que los hombres de 65 y más años de los grupos más favorecidos son los que se vacunan en menor proporción (71%). Entre las mujeres existen menores diferencias por nivel socioeconómico y entre las mujeres de 65 y más años, son las del grupo menos favorecido quienes menos se vacunan (Figura 3.1.1).

3.1.1. irudia / figura 3.1.1

Gripearen aurkako txertoa jartzen duen 65 urte eta gehiagoko biztanleriaren proportzioa (%), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta

Proporción (%) de población de 65 y más años que se vacuna contra la gripe, por grupo socioeconómico



Honako hauek izan ziren, 65 urte eta gehiagoko pertsonen gripearen aurkako txertoa ez jartzeko arrazoirik adierazgarrienak: %27,6k pentsatu zuen txertoak ez zuela ezertarako balio, %22,4k aitortu zuen ez zekiela zergatik ez zuen txertoa jartzen, %19,9k ez zuen uste txertaketa gomendatzen zaien taldekoak zirenik, %11,5ak pentsatzen zuen txertatzeak konplikazioak ekarriko zizkiola, %10,1ak erantzun zuen kalte egiten ziola, %4,7ari ahaztu egiten zitzaion txertatzera joatea, %3,1ak kontra-indikazio medikoagatik eta %0,7ak ez zuelako izan gripearen aurkako txertoa jartzeko gomendioaren berririk.

Txertoa ez jartzeko arrazoiei dagokienez, gizonezkoen eta emakumezkoen artean zenbait ezberdintasun egon zen: gizonezkoek sarriago aipatu zuten gripearen aurkako txertoak ez zuela ezertarako balio, eta txertoa jartzera joatea ahazten zitzaizela. Emakumezkoen kasuan, proportzio handia-

Los motivos más destacables por los que las personas de 65 y más años no se vacunaron contra la gripe fueron los siguientes: el 27,6% pensó que la vacuna no servía para nada, el 22,4% declaró no saber cuál era el motivo por el que no se vacunaba, el 19,9% no se consideraba que pertenecía a ninguno de los grupos a los que se recomienda la vacunación, el 11,5% pensaba que le podía traer complicaciones, el 10,1% respondió que le sentaba mal, el 4,7% por no acordarse de ir, el 3,1% por contraindicación médica y el 0,7% porque no conocía la recomendación de vacunarse contra la gripe.

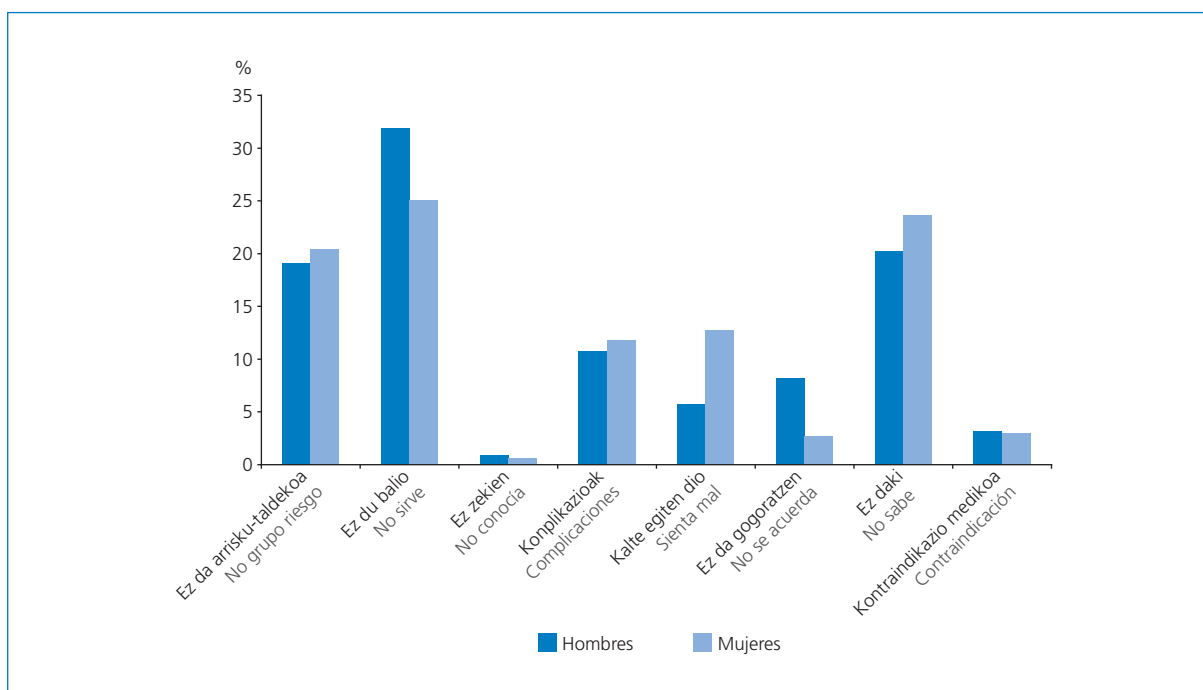
Hubo algunas diferencias entre hombres y mujeres en relación a los motivos de la no vacunación: los hombres mencionaron con mayor frecuencia que la vacuna antigripal no servía para nada y que no se acordaban de ir a ponérsela mientras que las mujeres destacaron en mayor proporción que

goan azpimarratu zuten txertoak kalte egiten ziela, eta ez zekitela zergatik ez zuten txertoa jartzen (3.1.2. irudia).

les sentaba mal y que no sabían el motivo por el que no se vacunaban (Figura 3.1.2).

3.1.2. irudia / figura 3.1.2

Gripearen aurkako txertoa ez jartzeko arrazoiak, 65 urte eta gehiagoko gizonezko eta emakumezkoengan
Motivos de no vacunación contra la gripe en hombres y mujeres de 65 y más años



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Hauxe izan da, urtero gripearen aurkako txertoa jartzen duten 65 urtetik beherako pertsonen proportzioa: %8 ingurukoa 50 urte bete ez dituzten pertsonen artean, eta %20 ingurukoa 50 urtetik 64 urtera arteko adin-taldean. 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, halere, urteroko txertaketaren proportzioak gora egin duela ikusten da, azken bost urteetan %69,4koa izatetik %74,8koa izatera igaro baita. Igoera hori, 65 urtetik 74 urtera arteko taldekoengan nabarmenagoa izan da (3.1.3. irudia).

Txertoa ez jartzeko arrazoiaren eboluzioari dagokionez, prebentziozko neurri horren eragingaritasunarekiko mesfidantzaren gehikuntza azpimarratu behar da, 2002an %22koa izatetik 2007an %28koa izatera igo baita. Bestetik, erantzun posibleen artean portzentajezko garrantzia txikiagoa izan arren, konplikazioen igoera ere aipatu behar da, 10 urteetan %5etik %12ra gehitu delako. Txertoa ez jartzeko gainerako arrazoiak garrantzia galdu dute, edo ia aldaketarik gabe mantentzen dira (3.1.4. irudia).

EVOLUCIÓN DESDE 1997

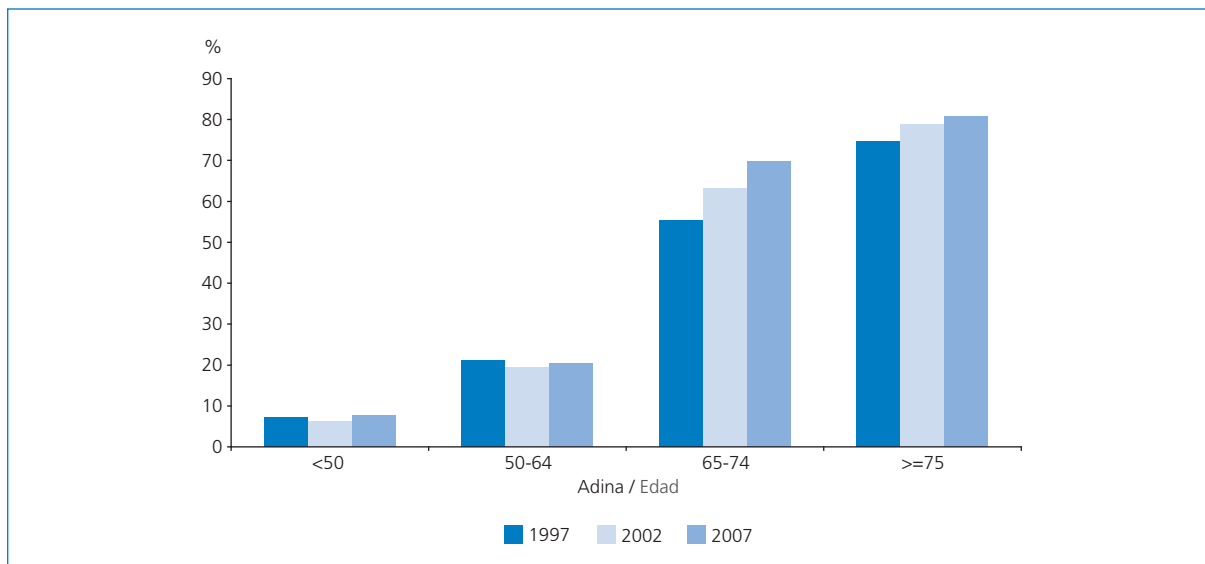
La proporción de personas menores de 65 años que se vacunan anualmente contra la gripe se mantiene en torno al 8% entre las personas que no han cumplido los 50 años y en torno al 20% del grupo de edad de 50 a 64 años. En la población de 65 y más años, sin embargo, se observa un aumento de la proporción de la vacunación anual, que en los últimos cinco años ha pasado del 69,4% al 74,8%, siendo el aumento más notable el del grupo de 65 a 74 años (Figura 3.1.3).

Con respecto a la evolución de los motivos de no vacunación, caben destacar el incremento de la desconfianza hacia la efectividad de esta medida preventiva, que ha pasado del 22% en 2002 al 28% en 2007 y, aunque con un peso porcentual menor dentro de las posibles respuestas, el aumento de las complicaciones que pasan en 10 años del 5% al 12%. El resto de los motivos de no vacunación han perdido importancia o se mantienen sin apenas cambios (Figura 3.1.4).

3.1.3. irudia / figura 3.1.3

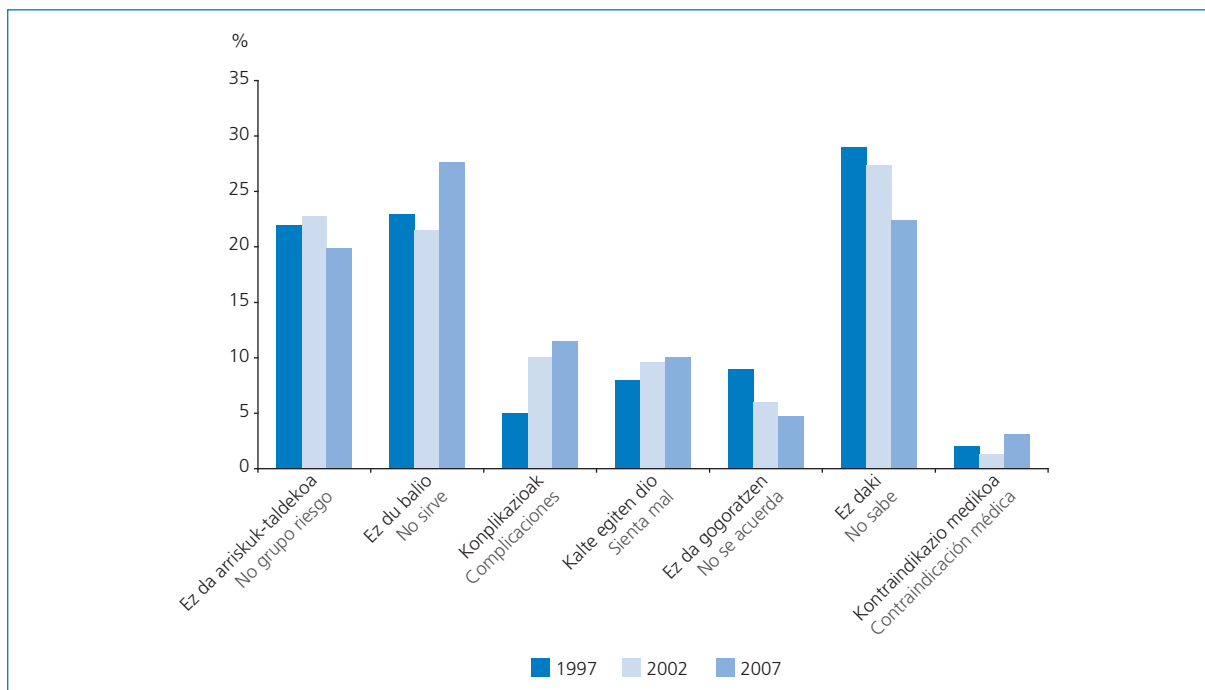
Gripearen aurkako txertoa urtero jartzen duen biztanleriaren eboluzioa (%), adin-taldeak kontuan hartuta.
1997-2007

Evolución de la población (%) que se vacuna anualmente contra la gripe por grupos de edad 1997-2007

**3.1.4. irudia / figura 3.1.4**

65 urte eta gehiagoko biztanleriak % gripearen aurkako txertoa ez jartzeko arrazoiak, 1997-2007

Motivos por los que la población de 65 y más años no se vacuna contra la gripe, 1997-2007



3.2

TENTSIO ARTERIALA

TENSIÓN ARTERIAL

DEFINIZIOA

Hipertentsio arteriala, EAEI 2007 delakoaren arabera, lehenetsun handiena duen arazo kronikoa da. Era askotako etiologia duen arazo bat da, eta presio arteriala aldizka hartuta erraz detektatzen da; gainera, normalean sintomarik gabe eboluzionatzen du konplikazio larriak gertatzen diren arte. Hauxe da bereizten duena: presio arteriala adinaren arabera normalizat hartutako mailak baino altuagoa izatea. Oro har estimatzen da, bigarren mailako kalteak pairatzeko arriskua areagotzen duten presio arterialaren zifrak, denboran modu etengabe honako hauek gainditzen dituztenak direla: 140 mmHg presio sistolikorako eta 90 mmHg presio diastolikorako.

Hasiera batean, paziente pre-hipertentsoen kasuan tentsio arterialaren zifrak maila normaletan mantentzeko, posible da aldaketak egitea bizitzeko eretan. Neurri horien artean, honako hauek ditugu: gorputzaren pisu egokia mantentzea, edari alkoholduen kontsumoa moderatua izatea, sodioaren hartzea murriztea edo tabakoa erretzeko ohitura bertan behera uztea.

OSASUN INKESTA 2007

Tentsio-hartzearen aldizkakotasuna

16 urte edo gehiago dituen biztanleriaren %73,4k, tentsio arteriala urtean gutxienez behin hartu zuela adierazi zuen. Adin-taldeak kontuan hartzen badira, ikus dezakegu adinak gora egiten duen heinean, tentsio arteriala gehiago hartzen dela; eta adin-talde guztietan, gizonezkoek emakumezkoek baino zertxobait proportzioa handiagoan kontrolatu dute tentsio arteriala (3.2.1. irudia).

Tentsio arterialaren aldizkako kontrolari dagokionez, erreparatutako eredu sozioekonomikoak erakusten digu, egoera txarragoan dauden taldeetako pertsonak direla proportzio handiagoan tentsioa urtero hartzen dutenak (%74,4), egoera hobegoan daudenekin alderatuta (%70,4).

Tentsioa azken aldiz zein momentutan hartu den kontuan hartzen bada, 16 urte eta gehiago duen

DEFINICIÓN

La hipertensión arterial es el problema crónico más prevalente según la ESCAV 2007. Es un problema de etiología variada, fácil de detectar mediante mediciones regulares de la presión arterial y que, habitualmente, evoluciona sin síntomas hasta que se producen complicaciones graves. Se caracteriza por una presión arterial mayor que los niveles considerados como normales de acuerdo con la edad. En general se estima que las cifras de presión arterial que aumentan el riesgo de sufrir daños secundarios son las que superan de manera continuada en el tiempo los 140 mmHg para la presión sistólica y 90 mmHg para la presión diastólica.

Inicialmente, en pacientes pre-hipertensos es posible realizar cambios en los estilos de vida para mantener cifras de tensión arterial dentro de niveles normales. Entre estas medidas se encuentran el mantenimiento de un peso corporal adecuado, el consumo moderado de bebidas alcohólicas, la reducción de la ingesta de sodio o el abandono del hábito tabáquico.

ENCUESTA DE SALUD 2007

Periodicidad de toma de tensión

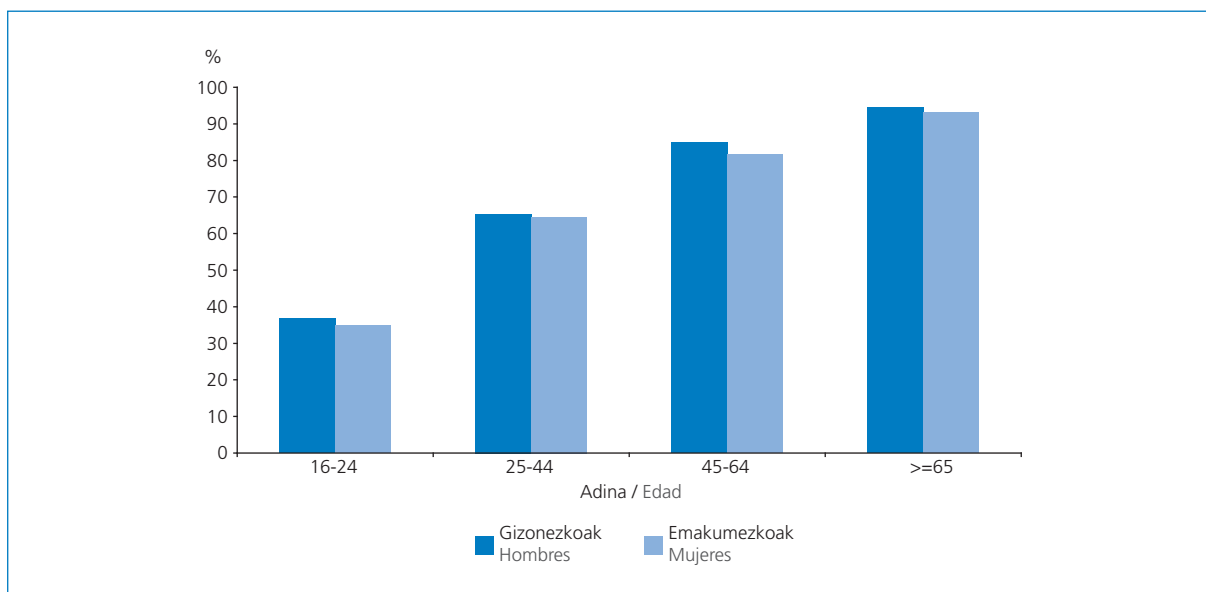
El 73,4% de la población de 16 y más años refirió tomarse la tensión arterial al menos una vez al año. Por grupos de edad observamos que a medida que aumenta la edad, se mide en mayor proporción la tensión arterial y, en todos los grupos de edad, los hombres se controlan la tensión arterial en una proporción ligeramente superior que las mujeres. (Figura 3.2.1).

El patrón socioeconómico observado con respecto al control periódico de la tensión arterial nos muestra que son las personas pertenecientes a los grupos más desfavorecidos las que en mayor proporción se toman la tensión anualmente (74,4%) frente a los más favorecidos (70,4%).

En cuanto al momento en que se tomó la tensión por última vez, teniendo en cuenta a toda la pobla-

3.2.1. irudia / figura 3.2.1

Tentsio arteriala urtero hartzen duen biztanleria (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007
Población (%) que se toma anualmente la tensión arterial por sexo y grupos de edad, 2007



biztanleriaren kasuan, ikus daiteke %87,6k tentsio arteriala azken bi urteetan hartu zuela. Portzentaje horiek, 45 urtetik aurrera, igoera handiagoa jasan zuten. Adin horretatik aurrera, ia biztanleria osoak adierazi zuten tentsio arteriala aldez aurretiko bi urteetan hartu zuela.

ción de 16 y más años, se observa que el 87,6% se habían tomado la tensión arterial en los últimos dos años. Estos porcentajes aumentaron aún más a partir de los 45 años. Por encima de esta edad prácticamente la totalidad de la población refirió haberse tomado la tensión arterial en los dos años previos.

3.2.1. taula / tabla 3.2.1

Tentsio arterialaren azken hartzearen maiztasunaren banaketa (%), adin-taldea eta sexua kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) de la frecuencia de la última toma de tensión arterial según grupo de edad y sexo, 2007

		Inoiz ez Nunca	< urte 1 <1 año	1-2 urte 1-2 años	2-4 urte 2-4 años	>4 urte >4 años
Gizona Hombre	16-24	28,9	43,1	18,1	5,1	4,8
	25-44	6,6	67,5	15,9	6,8	3,1
	45-64	1,5	84,7	9,0	3,7	1,2
	≥65	0,7	93,5	3,3	2,0	0,5
	Guztira / Total	6,5	74,7	11,8	4,8	2,3
Emakumea Mujer	16-24	19,8	44,7	18,7	13,2	3,6
	25-44	3,8	69,8	16,8	6,9	2,7
	45-64	0,5	81,9	11,1	4,6	1,9
	≥65	0,2	93,0	4,6	1,3	0,9
	Guztira / Total	3,6	76,3	12,4	5,5	2,1

Adierazitako hipertentsioa

16 urte eta gehiago duen biztanleriaren %20,9ri, profesional sanitario batek noiz edo noiz esan dio hipertentsioa daukala. 2007an ez zen bi sexuen arteko desberdintasunik egon, adierazitako hiperten-

Hipertensión referida

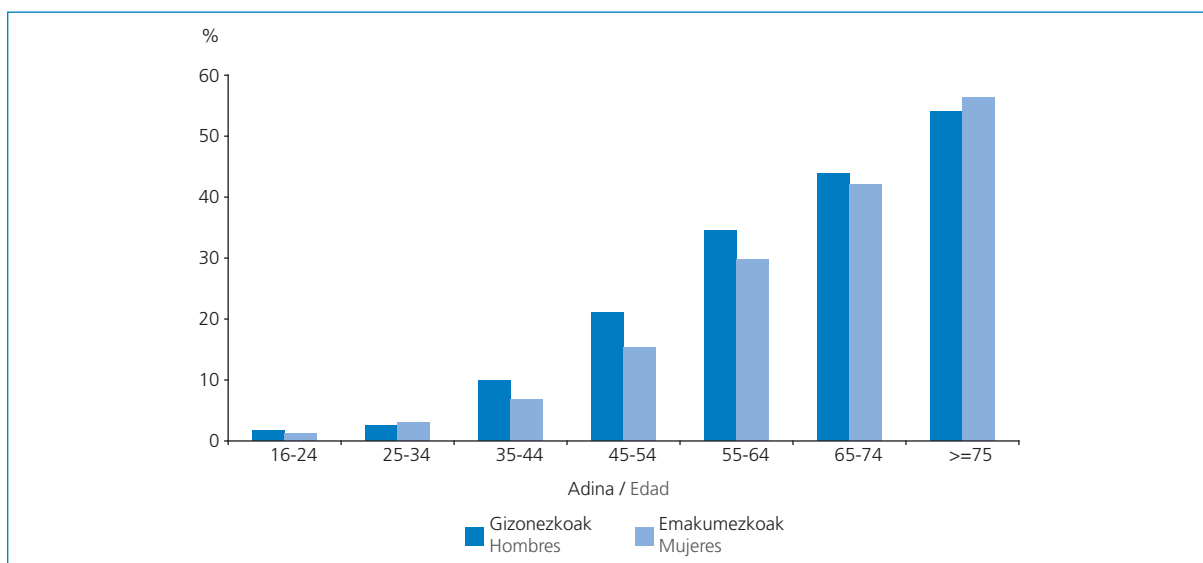
Al 20,9% de la población de 16 y más años un profesional sanitario le ha dicho en alguna ocasión que tiene hipertensión. En 2007 no hubo diferencias entre ambos sexos en el total de la prevalencia

tsioaren prebalentzia guztira hartu zenean. Hala ere, adin-taldean arabera, gizonezkoek aitortu zuten, 75 urtera arte, proportzio handiagoan pertsona sanitarioak jakinarazi zuela hipertentsioa pairatzen zutela. Adin horretatik aurrera, emakumezkoak izan ziren egoera horren berri, pertsona sanitarioaren bitartez, sarriago zutela aditzera eman zutenak.

de hipertensión referida. Sin embargo, por grupos de edad, los hombres declararon haber sido informados de padecer hipertensión por el personal sanitario en mayor proporción hasta los 75 años. A partir de esta edad fueron las mujeres las que manifestaron conocer esta situación a través del personal sanitario más frecuentemente.

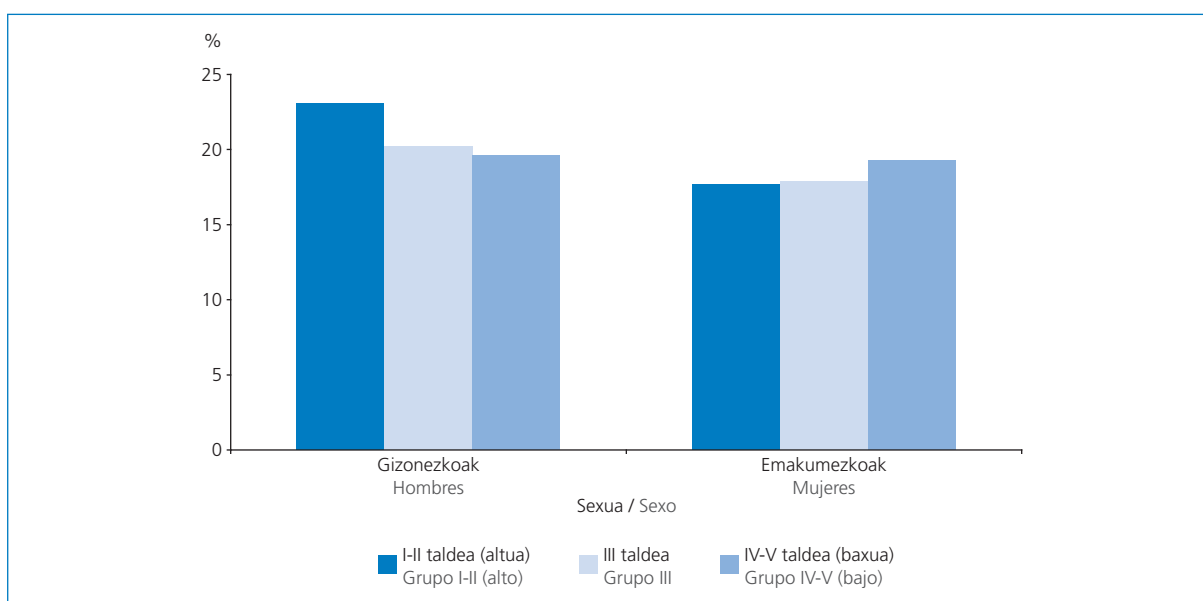
3.2.2. irudia / figura 3.2.2

Hipertentsioa dutela esan zaien biztanle-kopurua (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007
Población (%) a la que le habían referido tener hipertensión por sexo y grupos de edad, 2007



3.2.3. irudia / figura 3.2.3

Hipertentsioa dutela aitortzen duten pertsonak, sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007.
(adinaren arabera estandarizaturak %)
Personas que declaran tener hipertensión por sexo y grupo socioeconómico, 2007.
(% estandarizada por edad)



Egoera hobeagoan dauden taldekoak diren gizonezkoen hipertentsioaren prebalentzia, beste taldeetakoena baino zertxobait handiagoa izan zen. Emakumezkoen kasuan, aldiz, ez zen maila sozioekonomikoaren arabera desberdintasun nabarmenik nabaritu.

Hipertentsioa duten biztanleek jarraitutako tratamenduak

45 urtetik gorako biztanle hipertentsoek haien hipertentsioa kontrolatzeko, batez ere hipotentsoreak erabili zituzten eta gatzaren kontsumoa murriztu zuten. Aitzitik, ariketa fisikoa egitea eta pisua galtzea adin-talde horretan gutxien jarraitu ziren praktikak izan ziren. Gazteengan, pisua galtzea eta gatzaren kontsumoa gutxiagotzea izan ziren sarrien hartu ziren neurriak.

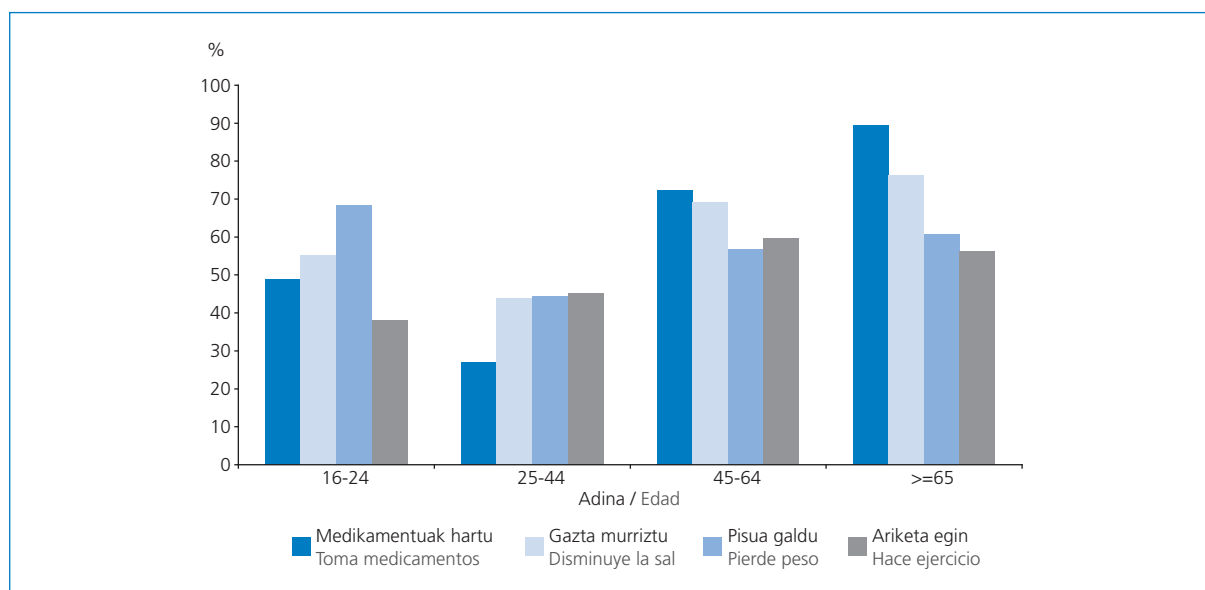
Los hombres pertenecientes a los grupos más favorecidos mostraron una prevalencia de hipertensión algo mayor que los de los otros grupos, mientras que en las mujeres no se apreciaron diferencias relevantes por nivel socioeconómico.

Tratamientos seguidos por la población hipertensa

La población hipertensa mayor de 45 años controló su hipertensión principalmente mediante el uso de hipotensores y la disminución del consumo de sal. Por el contrario, la realización de ejercicio físico y la pérdida de peso fueron las prácticas menos seguidas en este grupo de edad. En los jóvenes, la pérdida de peso y la disminución del consumo de sal fueron las medidas más frecuentes.

3.2.4. irudia / figura 3.2.4

Tratamentu ohikoenak hipertentsioa duten pertsonengan (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 2007
Tratamientos más habituales (%) en la población hipertensa por grupos de edad, 2007



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Azken hamar urteetan osasunean nabaritutako eboluzioa, ezberdina izan da sexua kontuan hartzen bada. Gizonezkoengan hautemandako osasun txarraren prebalentziak behera egin zuen 1997 eta 2002 urteen artean, baina emakumezkoen kasuan ia ez da aldaketarik gertatu denboraldi osoan (1.1.4. irudia).

Adierazitako hipertentsioaren prebalentziaren egoera horrekin batera, gora egin du urtero tentsio

EVOLUCIÓN DESDE 1997

La evolución de la salud percibida en esos diez años ha sido distinta según el sexo. Mientras que en los hombres la prevalencia de mala salud percibida disminuyó entre 1997 y 2002, en las mujeres apenas se han producido cambios en todo el periodo (Figura 1.1.4).

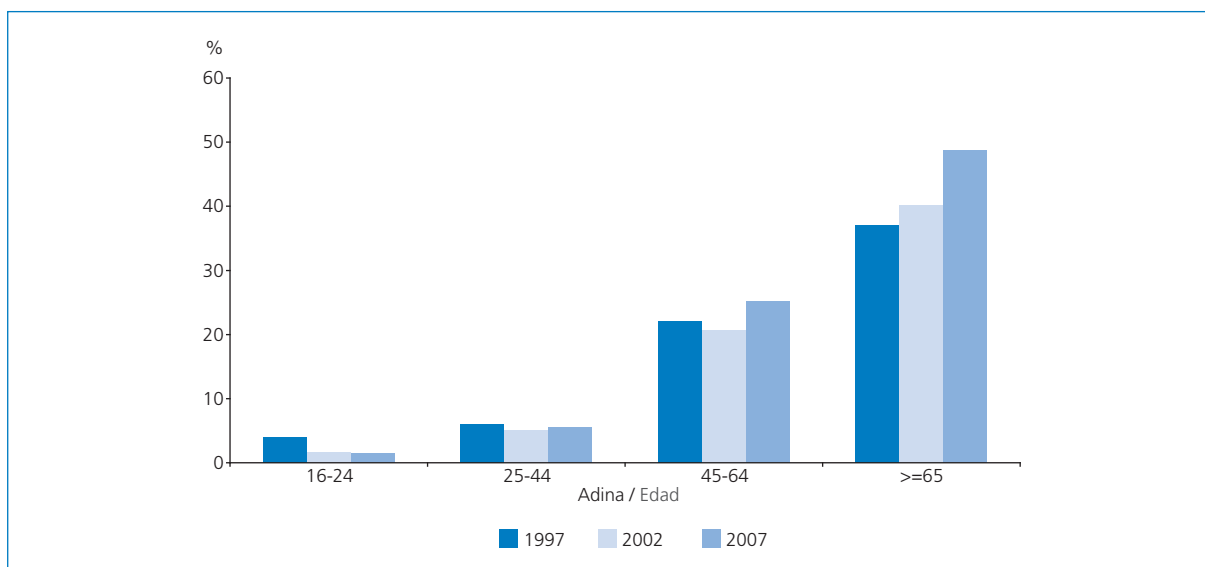
Este aumento de la prevalencia de la hipertensión referida ha ido acompañado de una mayor frecuen-

arteriala hartzeko maiztasunak, adin guztietan. Ez zen gizonezkoen eta emakumezkoen arteko ezberdintasunik egon.

cia de la toma anual de la tensión arterial en todas las edades. No existieron diferencias entre hombres y mujeres.

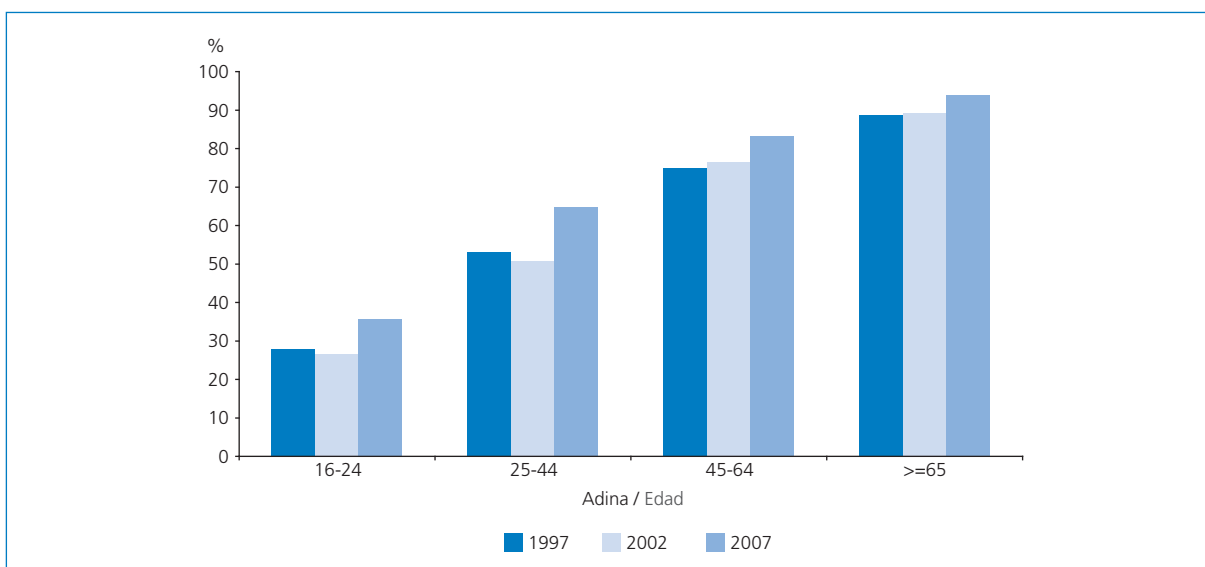
3.2.5. irudia / figura 3.2.5

Hipertentsioa dutela adierazten duten biztanleen eboluzioa (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 1997-2007
Evolución de la población (%) que refiere ser hipertensa por grupos de edad, 1997-2007



3.2.6. irudia / figura 3.2.6

Tentsio arteriala urtero hartzen duen biztanleria (%)
Población (%) que se toma anualmente la tensión arterial



3.3

HIPERKOLESTEROLEMIA

HIPERCOLESTEROLEMIA

DEFINIZIOA

Hiperkolesterolemia, kolesterola odolean normalizat hartutako maila baino altuagoan agertzea da. Kolesterol-maila handia zenbait faktoreren esku dago; eta faktore horietako batzuk alda daitezke (herentzia-faktoreak esaterako), eta beste batzuren (dieta, jarduera fisikoa edo gehiegizko pisua) eragin dezakegu.

Hiperkolesterolemia, gaixotasun koronarioaren arrisku-faktore nagusietako bat da. Hasiera batean, hiperkolesterolemiaren tratamendua honako hauek oinarritzen da: dieta aldatzea, jarduera fisikoa gehitzea eta gorputz-pisu egokia mantentzea. Tratamendu farmakologikoa gaixotasun kardiobaskularrak izateko arrisku altua duten pazienteekin erabiltzen da, edo bizitzeko era aldatu arren eragirik ez duten hiperkolesterolemiaren kasu larriak direnean.

2007an, kolesterola gizonetzkoen artean gehien nabarmendu den bigarren arazo kronikoa izan zen, hipertentsioaren atzetik. Emakumezkoen artean, ordea, hirugarrena izan zen, hipertentsioaren eta artrosiaren atzetik baitzihoan.

OSASUN INKESTA 2007

Kolesterol-analisiaren aldizkakotasuna

Gizonetzkoen eta emakumezkoen %82k, azken bi urteetan, kolesterol-analisi bat egin zuen. Adinak gora egiten zuen heinean, analisi hori sarriago egiten zen, hala nola: 16 urtetik 24 urtera arteko biztanlerian %45,3tik, 65 urte eta gehiagokoengan %93,3ra. Sexua kontuan hartzean, ez zen desberdintasun aipagarriarik agertu proba hori egitean (3.3.1. irudia).

Analisi hori egitean maila sozioekonomikoaren arabera desberdintasunak txikiak izan ziren, kolesterolen analisi bat inoiz egin ez zuten pertsonen proportzioa antzekoa izan zelako maila sozial gutxietan. Hala ere, ikus daiteke zertxobait handiagoa izan zela talde sozial hobereenetan (%11,7), txarragoekin alderatuta (%9,7).

DEFINICIÓN

La hipercolesterolemia es la presencia de colesterol en sangre en niveles superiores a los considerados como normales. Los niveles elevados de colesterol dependen de diversos factores, algunos no modificables, como los factores hereditarios, y otros sobre los que podemos actuar, como la dieta, la actividad física o el sobrepeso.

La hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria. Inicialmente el tratamiento de la hipercolesterolemia, se basa en modificaciones de la dieta, aumento de la actividad física y el mantenimiento de un peso corporal adecuado. El tratamiento farmacológico está reservado para pacientes con alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o en formas graves de hipercolesterolemia, que no responden a cambios en los estilos de vida.

En 2007 el colesterol fue el segundo problema crónico más prevalente entre los hombres, por detrás de la hipertensión, y el tercero en las mujeres, por detrás de la hipertensión y de la artrosis.

ENCUESTA DE SALUD 2007

Periodicidad de análisis de colesterol

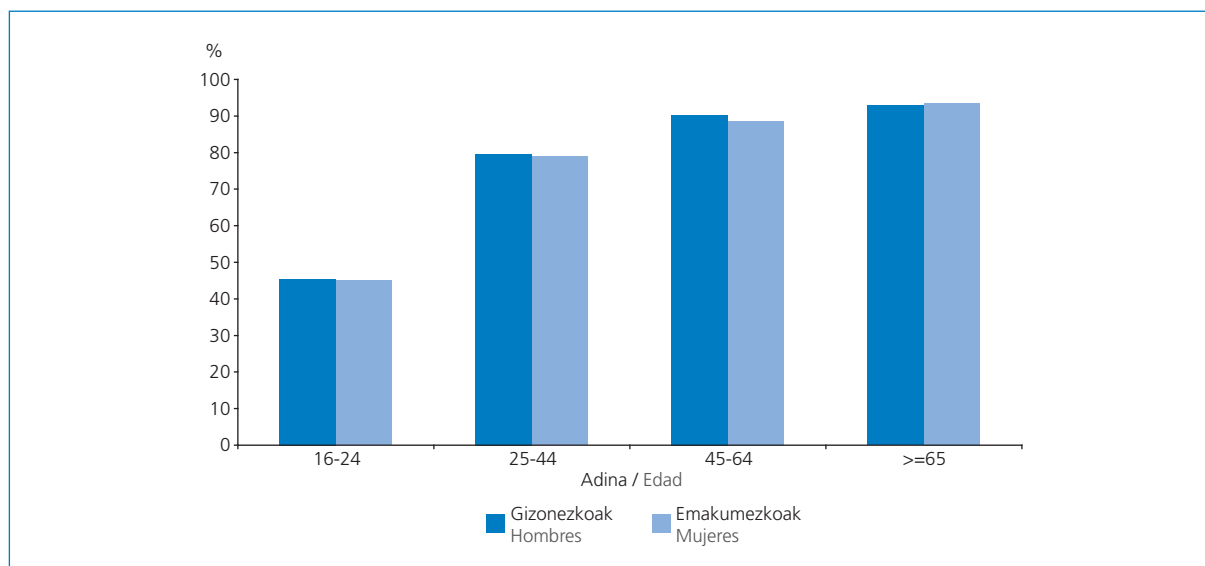
El 82% de los hombres y de las mujeres se hicieron un análisis de colesterol en los últimos dos años. A medida que aumentó la edad fue más frecuente la realización de este análisis: de un 45,3% en la población de 16 a 24 años a un 93,3% en la de 65 y más años. No existieron diferencias relevantes por sexo en la realización de esta prueba (Figura 3.3.1).

Las diferencias por nivel socioeconómico en la realización de este análisis fueron pequeñas, ya que la proporción de personas que nunca se había hecho un análisis de colesterol fue similar en todos los niveles sociales, incluso un poco mayor en los grupos sociales más favorecidos (11,7%) que en los más desfavorecidos (9,7%).

3.3.1. irudia / figura 3.3.1

Duela 2 urte baino gutxiago kolesterolaren analisi bat egin duen biztanleria (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Población (%) que se ha realizado un análisis de colesterol hace menos de dos años por sexo y grupos de edad, 2007

**3.3.1. taula / tabla 3.3.1**

Kolesterolaren azken analisiaren maiztasunaren banaketa (%), sexua eta adin-taldea kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) de la frecuencia del último análisis de colesterol por sexo y grupo de edad, 2007

		Inoiz ez Nunca	< urte 1 <1 año	1-2 urte 1-2 años	2-4 urte 2-4 años	>4 urte >4 años
Gizona Hombre	16-24	42,9	30,8	14,6	8,2	3,5
	25-44	10,9	63,4	16,1	6,6	2,9
	45-64	3,5	77,8	12,4	4,3	1,9
	≥65	3,4	85,8	7,0	2,2	1,6
	Guztira / Total	10,9	68,2	13,2	5,3	2,5
Emakumea Mujer	16-24	41,5	32,1	12,9	10,7	2,8
	25-44	11,1	62,0	17,0	7,5	2,4
	45-64	4,5	72,8	16,0	5,2	1,5
	≥65	3,1	83,5	10,1	2,0	1,2
	Guztira / Total	10,3	67,3	14,6	5,9	1,9

Adierazitako hiperkolesterolemia

Gizonezkoen %19,7k eta emakumezkoen %18,4k hiperkolesterolemia zutela aitortu zuten. Adinak gora egin zuen neurrian, kolesterol altuaren prebalentziak ere gora egin zuen. 35 urtera arte kolesterol altuaren prebalentziak antzekoak izan ziren gizonezkoengan eta emakumezkoengan, 35 urtetik 54 urtera kolesterol altuaren proportzioak nabariki gora egin zuen gizonezkoengan; eta prebalentzia hori berdindu egin zen bi sexuetan 55 eta 65 urtekoen artean. Adin horretatik aurrera, kolesterol altua jaisten hasi zen gizonezkoengan, baina

Hiperkolesterolemia referida

El 19,7% de los hombres y el 18,4% de las mujeres declararon tener hiperkolesterolemia. A medida que aumentó la edad también se incrementó la prevalencia de colesterol alto. Hasta los 35 años las prevalencias de colesterol alto fueron similares en hombres y mujeres, de los 35 a 54 años la proporción de colesterol alto aumentó considerablemente en los hombres, igualándose esta prevalencia en ambos sexos entre los 55 y 65 años. A partir de esta edad el colesterol elevado fue disminuyendo en los hombres, pero en las mujeres alcanzó el punto más

emakumezkoengan punturik altuena lortu zuen 65 urtetik 74 urtera arteko adin-taldean (%35), adin horretatik aurrera gutxiagotzen hasteko (3.3.2. irudia).

Egoera hobeagoko taldeetako gizonezkoek, kolesterol altuaren prebalentzia beste taldeetakoena baino zertxobait altuagoa izan zuten. Hala ere,

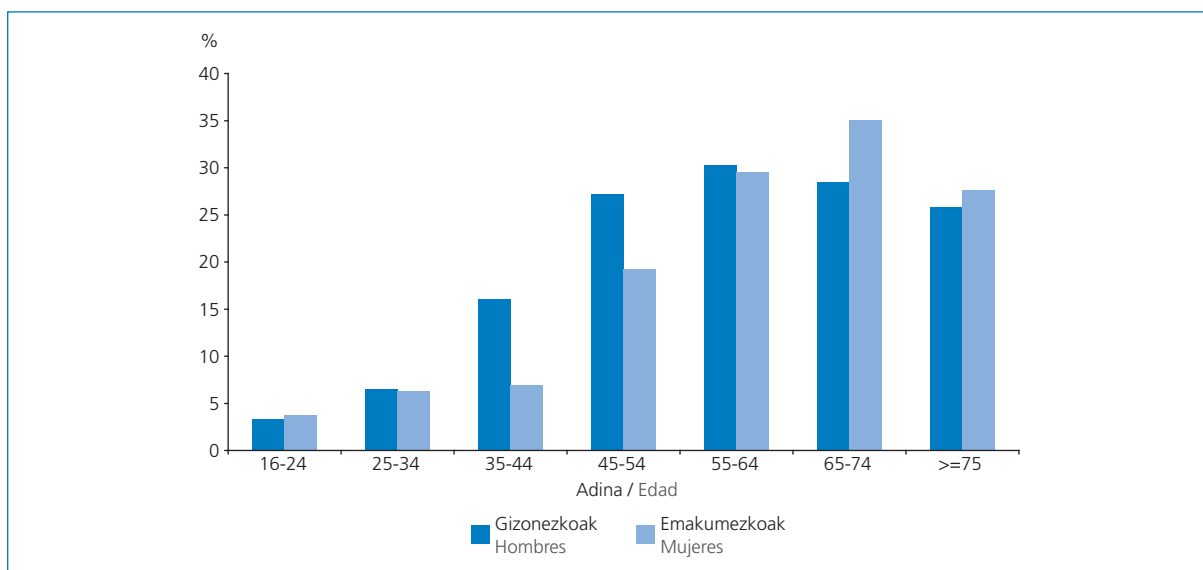
alto en el grupo de edad de 65 a 74 años (35%), para empezar a disminuir a partir de esa edad (Figura 3.3.2).

Los hombres pertenecientes a los grupos más favorecidos tuvieron una prevalencia de colesterol elevado algo mayor que los de los otros grupos. Sin

3.3.2. irudia / figura 3.3.2

Kolesterol altua duela dioen biztanleria (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

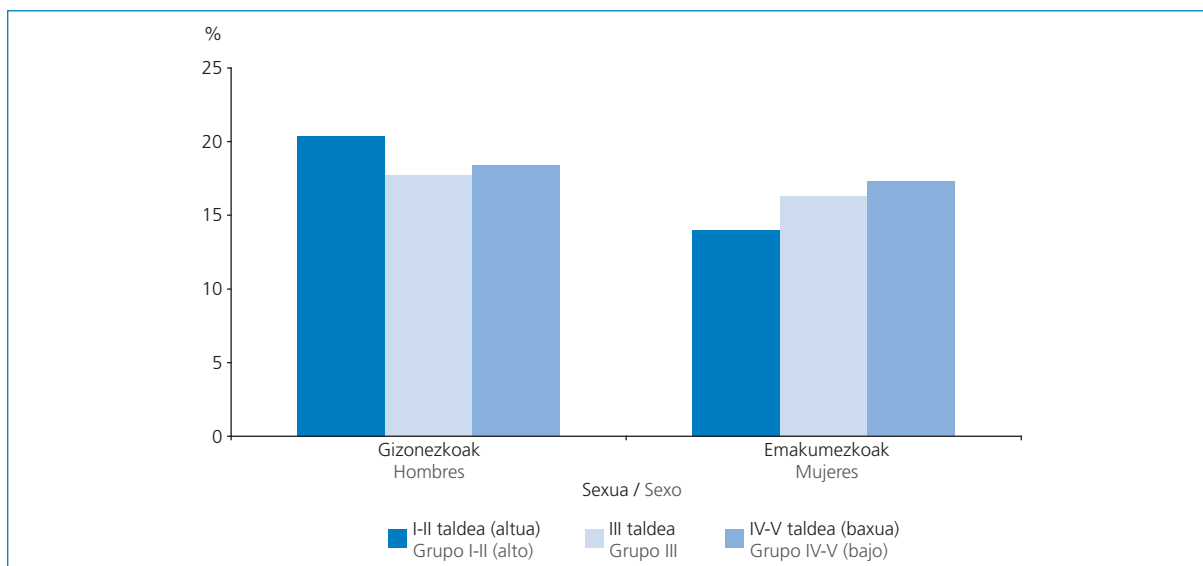
Población (%) que refiere colesterol alto por sexo y grupos de edad, 2007



3.3.3. irudia / figura 3.3.3

Hiperkolesterolemia dutela aitortzen duten pertsonak (adinaren arabera estandarizatua %), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Personas (% estandarizada por edad) que declaran tener hipercolesterolemia por sexo y grupo socioeconómico, 2007



emakumezkoen kasuan haien maila sozioekonomikoak txarrera egin zuen heinean, hiperkolesterolemiak gora egin zuen (3.3.3. irudia).

Hiperkolesterolemia duen biztakeriak jarraitutako tratamenduak

Odolean kolesterol-mailak kontrolatzeko neurri-hartzeak areagotu egin ziren, pertsonen adinak gora egin ahala. Beraz, 65 urtera arte ariketa fisikoa egitea izan zen nagusitu zen jarduera, eta adin horretatik aurrera kolesterol altua zuen biztanleriaren bi herenak berau kontrolatzeko medikamentuak hartu zituen.

embargo, en las mujeres a medida que empeoró su nivel socioeconómico aumentó la hipercolesterolemia (Figura 3.3.3).

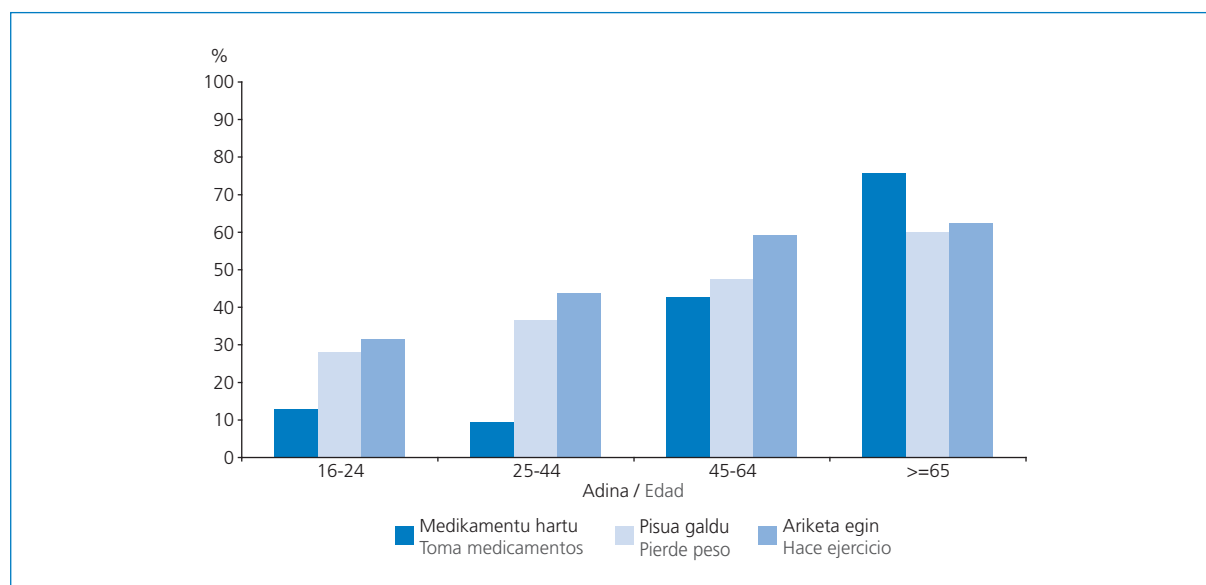
Tratamientos seguidos por la población con hipercolesterolemia

La toma de medidas para controlar los niveles de colesterol en sangre se intensificaron con el aumento de la edad de las personas. Así, hasta los 65 años la realización de ejercicio físico fue la actuación predominante, y a partir de esa edad las dos terceras partes de la población con colesterol alto tomaron medicamentos para controlarlo.

3.3.4. irudia / figura 3.3.4

Kolesterol altua dutela aitortzen duten pertsonen erabilitako portzentajezko tratamenduen banaketa, adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Distribución porcentual de los tratamientos empleados por las personas que declaran tener colesterol elevado, por grupos de edad, 2007



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

1997. urteaz geroztik, adin-talde guztietan gora egin du azken bi urteetan kolesterolaren analisi bat egin duten pertsonen proportzioak. Proba hori sarriago egin da adinak gora egiten zuen neurrian.

Kolesterolaren probak egin dituzten pertsonen artean, halaber, kolesterol-maila altuak dituztela jakinarazi zaiela aitortu zuten pertsonen prebalentziak gora egin zuela ikusi zen (3.3.6. irudia).

EVOLUCIÓN DESDE 1997

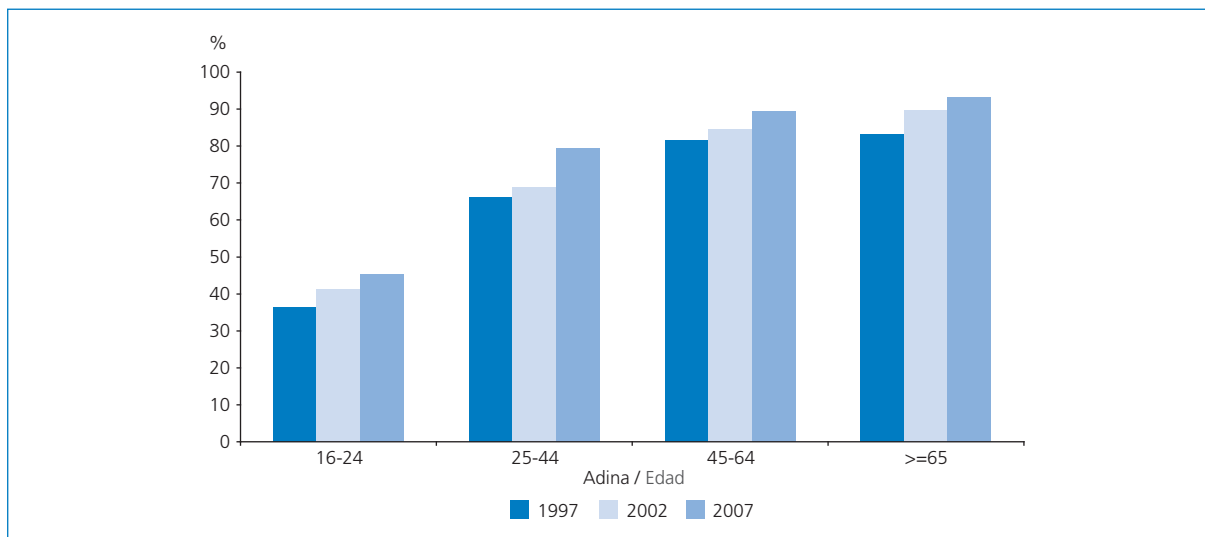
Desde 1997, en todos los grupos de edad ha aumentado la proporción de personas que se han hecho un análisis de colesterol en los últimos dos años. Esta prueba se ha realizado con mayor frecuencia a medida que aumentaba la edad.

Entre las personas que se han realizado pruebas de colesterol, también se observó un aumento de la prevalencia de personas que declararon haber sido informadas de tener unos niveles de colesterol alto (Figura 3.3.6).

3.3.5. irudia / figura 3.3.5

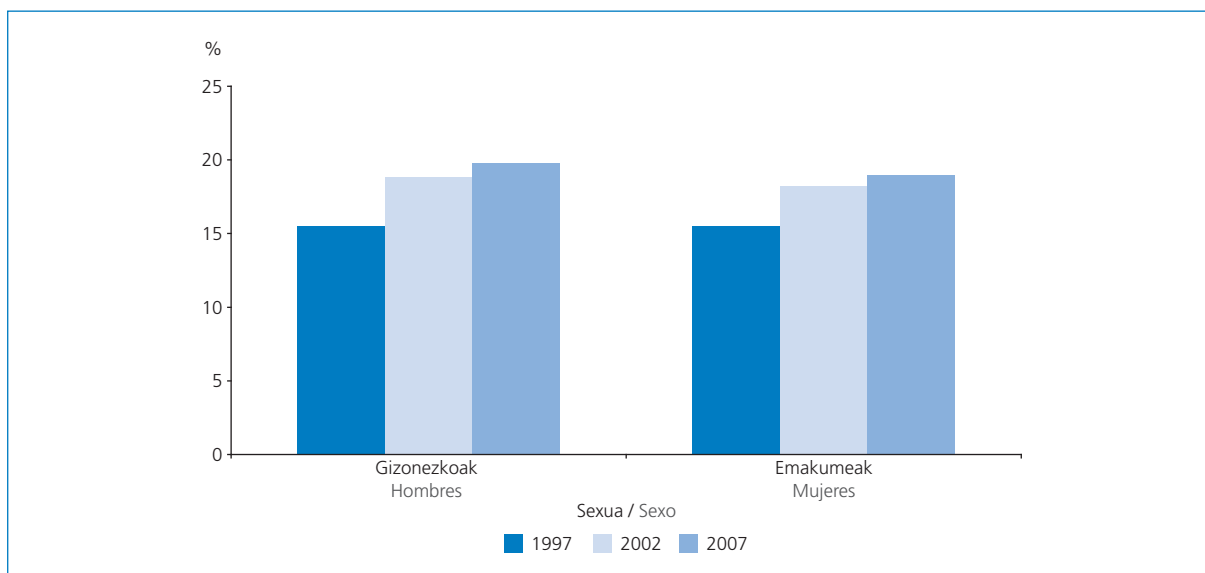
Duela 2 urte baino gutxiago kolesterolaren analisi bat egin duten pertsonak (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 1997-2007

Personas (%) que se han hecho un análisis de colesterol hace menos de dos años por grupos de edad, 1997-2007

**3.3.6. irudia / figura 3.3.6**

Kolesterol altua (adinaren arabera estandarizatua %) dutela aitortzen duten pertsonen portzentajeazko eboluzioa, sexua kontuan hartuta, 1997-2007

Evolución porcentual de las personas que declaran tener colesterol alto (% estandarizada por edad) por sexo, 1997-2007



3.4

MAMOGRAFIA

MAMOGRAFÍA

DEFINIZIOA

Bularreko minbizia, euskal emakumeen artean sarrien gertatzen den tumore gaiztoa da. Bere detekzio goiztiarra garrantzi handiko faktorea da, eraginkorrakoak eta ez hain gogorrek diren tratamenduak jartzeko aukera ematen dutelako; eta horri esker, biziraupen-tasa hobeak eta bizi-kalitate hobeak lortzen dira. Euskal Autonomia Erkidegoak, 1997. urteaz geroztik, Osakidetza eskaintzen duen «Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa» (TMGDP) bat dauka, 2006. urtean 50 urtetik 69 urtera arteko emakumeentzat hedatu zena. Programa horrek, bi urtero mamografia bat egitea proposatzen du. Honako hauek dira, arrazoi horrek eragindako hilkortasuna gutxiagotzen saiatzeko baldintzetako batzuk: titietako minbizia goiz detektatzeko programan parte-hartze altua lortzea, eta gomendatutako maiztasunarekin mamografiak egitea. EAEOI07 delakoan zera jasotzen da: emakumeek proba horri buruz duten ezagueramaila, Osakidetza goiz detektatzeko programan izan duten parte-hartzea, mamografien aldizkotasuna eta proba egiteko indikazioaren jatorria.

OSASUN INKESTA 2007

2007an, 16 urte eta hortik gora zuten emakumezkoen %96,7ak mamografiari buruz entzun zuen, eta 40 urtetik 74 urtera arteko emakumezkoen artean %1a baino ez zen titietako minbizia goiz detektatzeko programaz ezer entzun ez zuena.

Emakumezkoen %53,7ak noiz edo noiz mamografia bat egin zuen, eta kasuen %41,5ean, egindako azken mamografiatik 3 urte baino gutxiago igaro zen.

2006. urtean, «Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa» delakoaren xede-taldea 69 urtera arte luzatu zen. 50 urtetik 64 urtera arteko emakumezkoen %91,1ak orain dela 3 urte baino gutxiago mamografia bat eginda zeukan. Proporzio hori %53koa izan zen 40 urtetik 49 urtera artekoen eta 65 urtetik 74 urtera artekoen kasuan; eta adin horretatik aurrera nabariki behera egin zuen (3.4.1. irudia).

DEFINICIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres vascas. Su detección precoz es un factor de gran importancia que permite tratamientos más eficaces y menos agresivos, consiguiendo así mejores tasas de supervivencia y mejor calidad de vida. La Comunidad Autónoma del País Vasco cuenta desde 1997 con un «Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama» (PDP-CM) ofertado por Osakidetza, que en el año 2006 se amplió a las mujeres de 50 a 69 años. Este programa propone la realización de una mamografía cada dos años. Conseguir una alta participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama así como la realización de las mamografías con la frecuencia recomendada son algunas de las condiciones para intentar disminuir la mortalidad por esta causa. En la ESCAV07 se recoge el grado de conocimiento de esta prueba entre mujeres, la participación en el programa de detección precoz de Osakidetza, la periodicidad de las mamografías y el origen de la indicación para la realización de la prueba.

ENCUESTA DE SALUD 2007

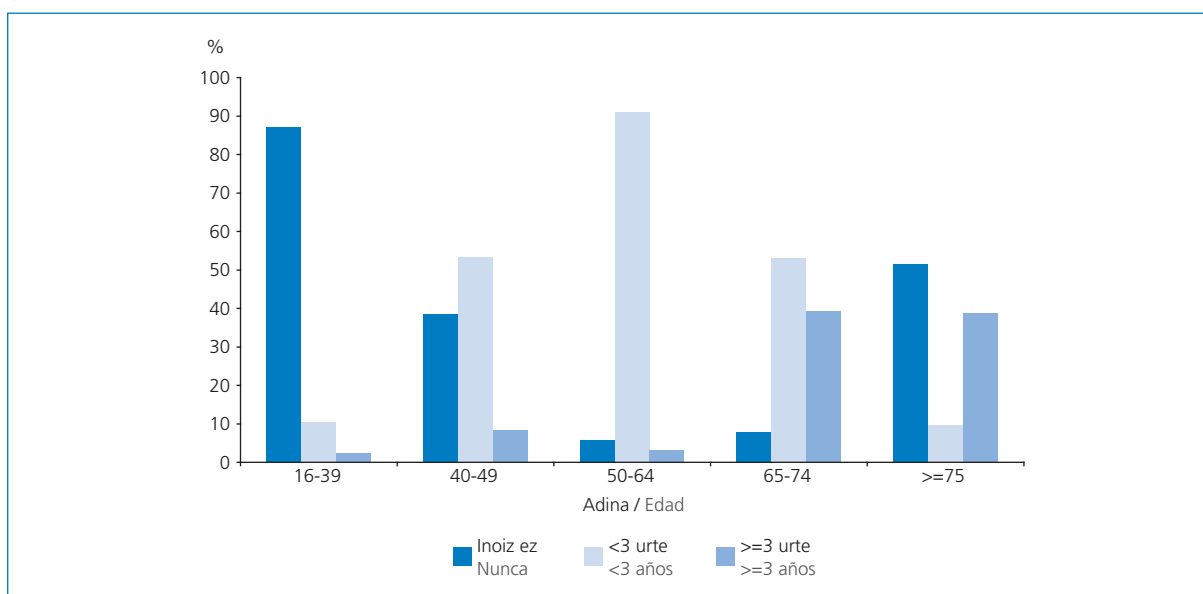
En 2007 el 96,7% de las mujeres de 16 y más años había oído hablar de la mamografía y entre las mujeres de 40 a 74 años sólo el 1% no había oído hablar del programa de detección precoz de cáncer de mama.

El 53,7% de las mujeres se había hecho una mamografía en alguna ocasión, y en un 41,5% de los casos había transcurrido menos de tres años desde la última realizada.

En 2006, se amplió el grupo diana del «Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama» hasta los 69 años. El 91,1% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía hacía menos de tres años. Esta proporción fue del 53% en las de 40 a 49 años y de 65 a 74 años, disminuyendo considerablemente a partir de esta edad (Figura 3.4.1).

3.4.1. irudia / figura 3.4.1

Emakumeak (%), mamografiaren aldizkakotasunaren arabera adin-taldeka, 2007
Mujeres (%) según la periodicidad de la mamografía por grupos de edad, 2007



Osakidetzaren baheketa-programaren bidez kontaktatutako emakumezkoen %84,0 zita guztietara joan zen, %9,3 zita batzuetara baino ez zen joan, eta %5,8a baino ez zen izan programan parte hartu ez zuena. Parte ez hartzeko arrazoiaren artean, honako hauek azpimarra daitezke: emakumezkoen %63ari zentro pribatu batean oraintsu proba bat egin behar zioten edo egin zioten, %9ak adierazi zuen eguna edo ordua ez zetorkiola ondo, %8,4ak ez zuen zitazio-gutuna garaiz jaso, eta %7,7ak probari beldur izateagatik joan ez zela esan zuen.

Konsulta mediko pribatu batean agindutako mamografiaren proportzioak behera egin zuen adinarekin. Beraz, 50 urtetik beherako emakumeen artean, mamografiaren %44,2 mediku pribatu batek eskatu zituen, eta %45,2 Osakidetzako medikuak.

El 84,0% de las mujeres contactadas por el programa de cribado de Osakidetza acudió a todas las citas, un 9,3% acudió a algunas de las citas, y sólo un 5,8% no llegó a participar en el programa. Entre las razones para no participar destacaron las siguientes: al 63% de las mujeres le iban a realizar o le habían realizado recientemente esta prueba en un centro privado, el 9% declaró que no le venía bien el día o la hora, el 8,4% no recibió la carta de citación a tiempo y el 7,7% dijo no haber acudido por tener temor a la prueba.

La proporción de mamografías prescritas en una consulta médica privada disminuyó con la edad. Así, entre las mujeres menores de 50 años, el 44,2% de las mamografías fueron indicadas por un médico privado y el 45,2% por un médico de Osakidetza.

3.4.1. taula / tabla 3.4.1

Azken mamografiaren preskripzioaren jatorria adin-taldeka, 2007
Origen de la prescripción de la última mamografía por grupos de edad, 2007

	TMGDP* PDPCM*	Osakidetzako medikua Médico Osakidetza	Mediku pribatua Médico privado
<50	10,6	45,2	44,2
50-64	73,7	13,8	12,5
65-74	71,0	20,4	8,6
>=75	38,1	42,9	19,0
Guztira / Total	50,8	27,5	21,7

* Osakidetzaren Titietako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa.

* Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Osakidetza.

Proportzio hori modu esanguratusan aldatu egin zen, TMGDP delakoaren baheketa-adinean sartzean. 50 urtetik aurrera, mamografia bat egiteko gomendioa batez ere programatik beratik etorri zen. Horiek horrela, baheketa-programaren xedetaldeko emakumezkoei egindako lau mamografiatatik hiru, programak berak agindutakoak izan ziren (3.4.1. taula).

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

2002an emakumezkoen %49,4k noiz edo noiz mamografia bat egin bazuen, 2007. urtean proportzio hori %53,7ra gehitu zen.

Goiz detektatzeko programaren xede-taldea osatzen duten emakumezkoen artean, aldez aurretiko hiru urteetan mamografia bat eginda duten emakumezkoen proportzioak gorakada garrantzitsua jasandu 1997. urteaz geroztik, urte hartan %69 izatetik, 2002an %89 eta 2007an %91 izatera igaro baita. Horrez gain, 65-74 urteko adin-taldean proportzioa horrek gora egin du, 1997. urtean %39 izatetik 2007an %53 izatera, hain zuzen ere. Bestalde, 50 urte baino gutxiago duten adin-taldeetan mamografia egin duten emakumezkoen portzentajeak behera egin du (3.4.2. irudia).

Talde sozioekonomikoen artean zeuden ezberdintasunak laburtu egin dira, egoera txarreneko tal-

kidetza. Esta proporción cambió de forma muy significativa en el momento de entrada a la edad de cribado del PDPCM. A partir de los 50 años la recomendación de realización de una mamografía procedió principalmente del propio programa. Así, tres de cada cuatro mamografías realizadas en las mujeres del grupo diana del programa de cribado fueron indicadas desde el propio programa (Tabla 3.4.1).

EVOLUCIÓN DESDE 1997

Si en 2002 el 49,4% de las mujeres se había realizado una mamografía en alguna ocasión, en 2007 esa proporción se ha incrementado al 53,7%.

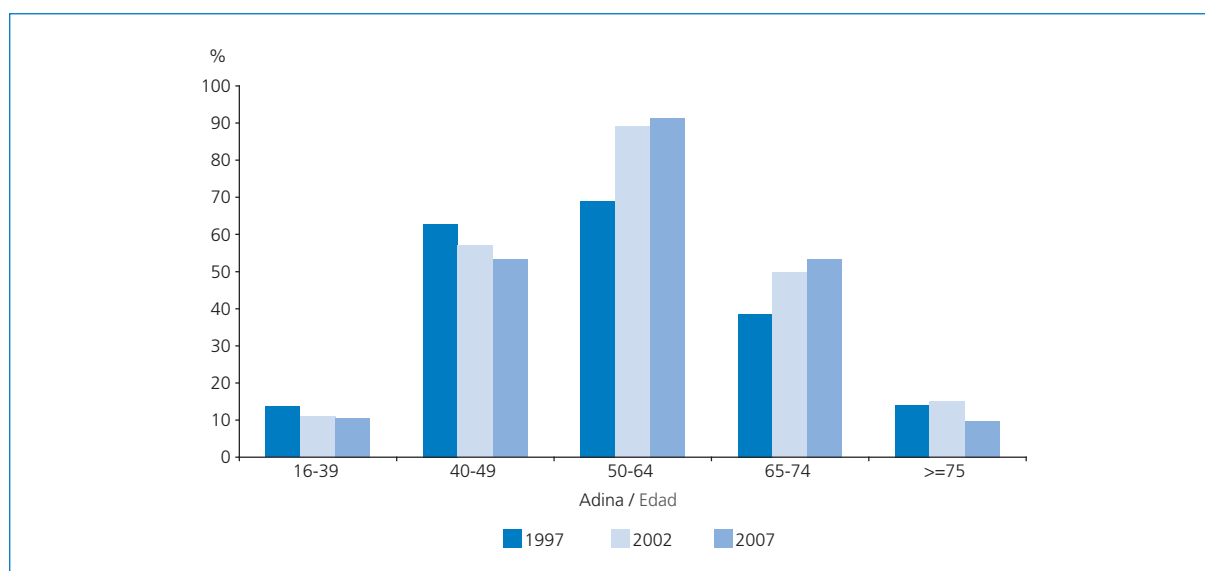
Entre las mujeres que forman el grupo diana del programa de detección precoz, la proporción de mujeres con una mamografía realizada en los tres años previos ha aumentado de manera importante desde el año 1997, pasando del 69% ese año, al 89% en 2002 y al 91% en 2007. También ha aumentado esta proporción en el grupo de edad de 65-74 años, pasando de un 39% en 1997 a un 53% en 2007. Por otro lado, ha disminuido el porcentaje de mujeres con una mamografía realizada en los grupos de edad menores de 50 años (Figura 3.4.2).

Se han ido acortando las diferencias existentes entre grupos socioeconómicos, aunque se sigue man-

3.4.2. irudia / figura 3.4.2

Aldez aurreko hiru urteetan mamografia bat egin duten emakumezkoen portzentajearen eboluzioa adin-taldeka, 1997-2007

Evolución del porcentaje de mujeres que se han hecho una mamografía en los tres años previos por grupos de edad, 1997-2007



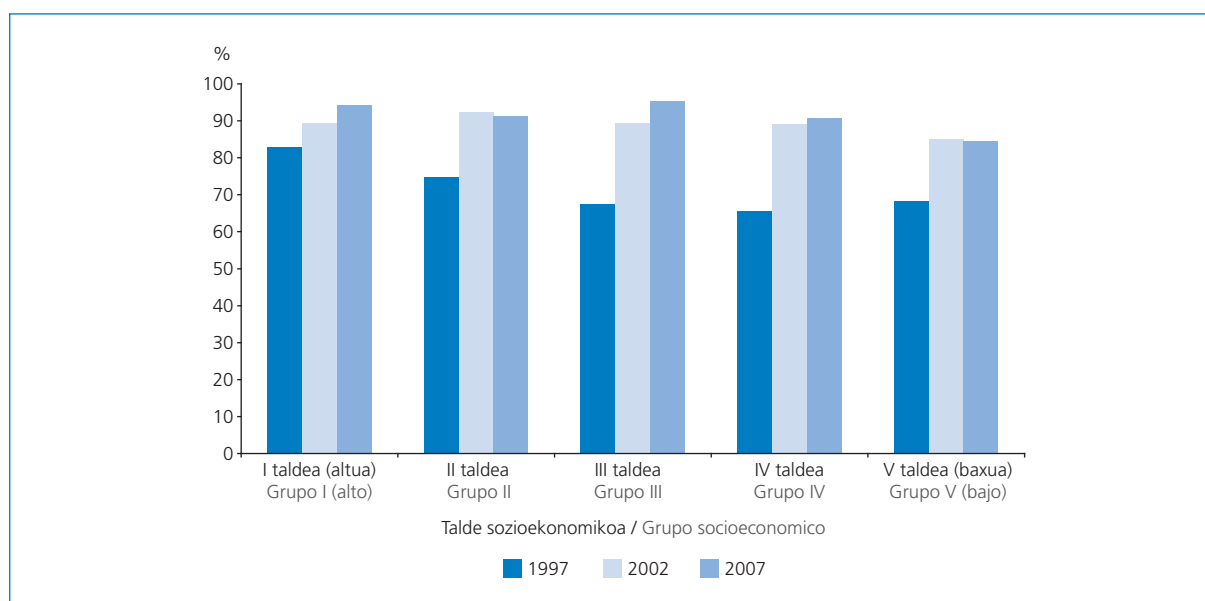
dean dauden emakumeen artean baheketa-estaldura txarragoa oraindik mantentzen den arren, 2002. urtean zuten proportzio berbera (%85) baitute (3.4.3. irudia).

teniendo una peor cobertura de cribado entre las mujeres pertenecientes al grupo más desfavorecido, que mantienen la misma proporción (85%) que en 2002 (Figura 3.4.3).

3.4.3. irudia / figura 3.4.3

Aldez aurreko hiru urteetan mamografia bat egin duten 50-64 urteko emakumezkoen proportzioaren eboluzioa talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Evolución de la proporción de mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos por grupo socioeconómico, 1997-2007



3.5

ZITOLOGIAK

CITOLOGÍAS

DEFINIZIOA

Umetoki-lepoko minbizia, EAEn intzidentzia baxua duen neoplasia bat da. Zehazki, 2004. urtean 87 kasu berri diagnostikatu ziren; eta 2006. urtean, 29 emakume hil ziren arrazoi hori zela-eta. Gainera, goiz diagnostikatzeko bada senda daitekeen neoplasia bat da. Patologia horren diagnostiko goiztiarra, sexu-harremanak izan edo izan dituzten emakumeei zitologiak aldizka egitean oinarritzen da. Banakako ikuspuntutik, garrantzitsua da zitologiak egiten hasten den adina eta haien aldizkakotasuna. Populazioaren ikuspuntutik, berriz, zerbixeko minbizia goiz detektatzeko programek emaitza hobereak eskuratzen dituzte xede-populazioaren estaldura altuak lortzen direnean. Euskal sistema publikoan, 1999. urteaz geroztik, baheketa oportunistak egiten ari da; eta duela gutxi, baheketa-programa antolatu bihurtzeko zenbait aldaketa proposatu dira. Oro har, lotura duten arrisku-faktorerik ez duten emakumeentzat, erakunde nazional eta nazioarteko erakundeek gomendio berriak jarraiki aipatutako programak, zera gomendatzen du: zitologia bat egitea hiru urtean behin 25 urtetik aurrera edo sexu-harremanak hasi eta hiru urtera. Esandakoaz gain, 65 urterekin baheketa bukatzea gomendatzen da.

OSASUN INKESTA 2007

25 urtetik 64 urtera arteko emakumeen %63,6k zitologia bat egin zuen azken 2 urteetan, eta adin horretako emakumeen %13,4k ez zuen inoiz prebentziozko proba hori egin. Estaldura altu horiekin konparatzean, deigarria da zitologia bat inoiz egin ez duen 65 urtetik gorako emakumeen porzentajea (%45) (3.5.1. irudia).

Zitologiak egitean oraindik gradiente sozioekonomikoa dagoela nabaritzen da. Beraz, egoera txarrean dauden taldeetako emakumeak izan ziren proportzio handiagoan (%15,4) zitologia bat inoiz egin ez zutenak; egoera hori, halaber, nabarmenagoa izan zen 65 urtetik gorako emakumezkoen kasuan (%47,8) (3.5.2. irudia).

DEFINICIÓN

El cáncer de cuello de útero es una neoplasia que presenta una baja incidencia en la CAPV. Concretamente en el año 2004 se diagnosticaron 87 nuevos casos y 29 mujeres fallecieron por esta causa en el año 2006. Además, es una neoplasia que puede ser curada si se diagnostica precozmente. El diagnóstico precoz de esta patología se basa en la realización de citologías regulares a las mujeres que mantienen o han mantenido relaciones sexuales. Desde un punto de vista individual, es importante la edad de comienzo de realización de las citologías y su periodicidad. Desde un punto de vista poblacional, los programas de detección precoz de cáncer de cérvix obtienen los mejores resultados cuando se consiguen altas coberturas de la población diana. En el sistema público vasco se venía realizando desde el año 1999 un cribado oportunista para el que recientemente se han propuesto diversas modificaciones que lo convierten en un programa de cribado organizado. De forma general, para las mujeres sin factores de riesgo asociados, dicho programa recomienda, en línea con la recomendaciones más recientes de organismos nacionales e internacionales, la realización de una citología cada tres años a partir de los 25 años de edad o a los tres años del inicio de las relaciones sexuales y asimismo recomienda la finalización del cribado a la edad de 65 años.

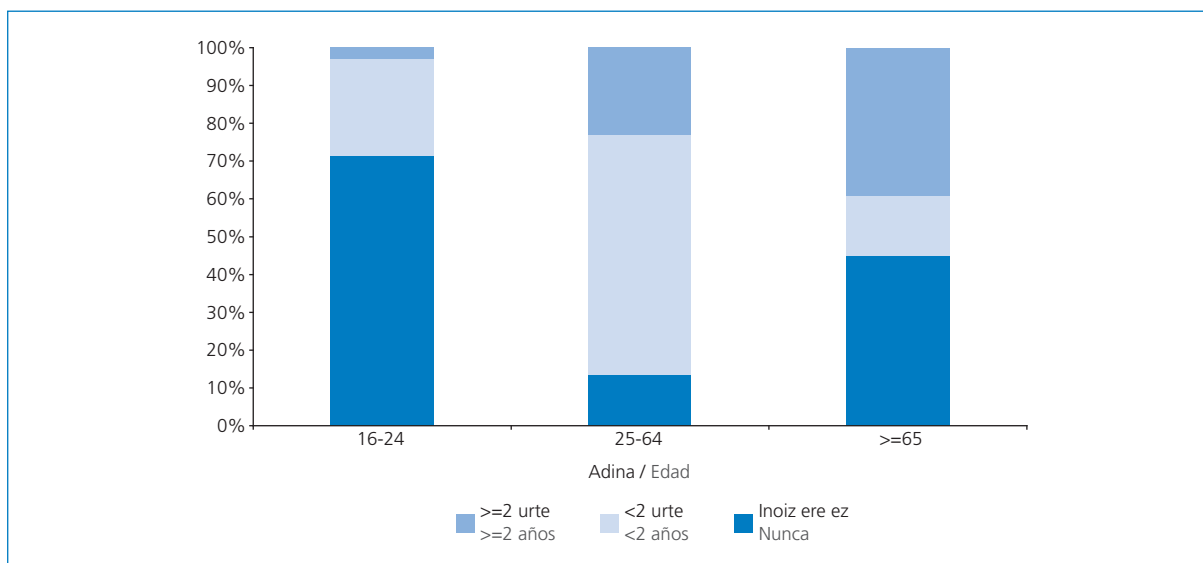
ENCUESTA DE SALUD 2007

El 63,6% de las mujeres de 25 a 64 se realizó una citología en los dos últimos años y un 13,4% de las mujeres de esta edad nunca se habían realizado esta prueba preventiva. Comparativamente con estas altas coberturas, resulta llamativo el porcentaje de mujeres mayores de 65 años que nunca se habían realizado una citología (45%) (Figura 3.5.1).

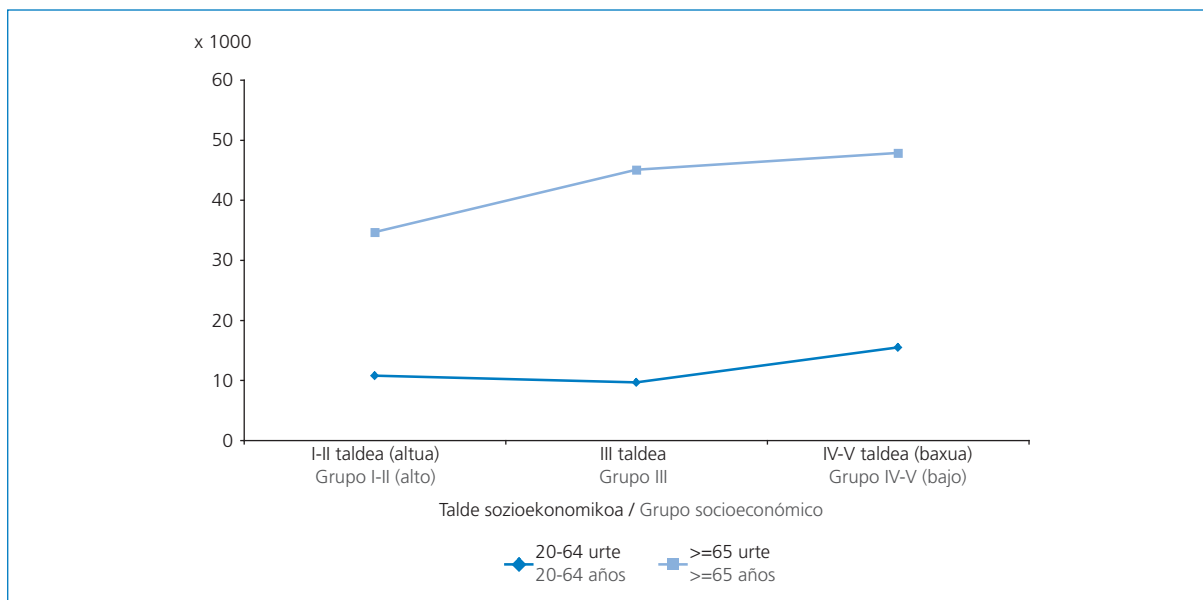
Sigue existiendo un gradiente socioeconómico en la realización de las citologías. Así, las mujeres de los grupos más desfavorecidos fueron las que nunca se habían realizado una citología en mayor proporción (15,4%), situación que se hizo más acusada en las mujeres mayores de 65 años (47,8%) (Fig. 3.5.2.).

3.5.1. irudia / figura 3.5.1

Emakumeak (%), zitologiaren aldizkakotasunaren arabera eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007
Mujeres (%) según la periodicidad de la citología por grupos de edad, 2007

**3.5.2. irudia / figura 3.5.2**

Zitologia bat inoiz egin ez duten emakumeak (%), adina eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007
Mujeres (%) que nunca se han realizado una citología por edad y grupo socioeconómico, 2007

**1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA**

1997. urteaz geroztik, adin-talde guztietan gora egin du aldez aurretiko bi urteetan zitologia bat egin duten emakumeen proportzioak. Hortaz, umetoki-lepoko minbizia goiz detektatzeko programaren xedetaldetan (25 urtetik 64 urtera), aldez aurretiko bi urteetan zitologia bat egin duten emakumeen proportzioa 2002an %57koa izatetik, 2007. urtean

EVOLUCIÓN DESDE 1997

Desde 1997 ha aumentado la proporción de mujeres que se han realizado una citología en los dos años previos en todos los grupos de edad. Así, en el grupo diana del programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero (25 a 64 años), la proporción de mujeres que se habían realizado una citología en los dos años previos ha pasado del 57% en 2002, al

%64koa izatera igaro da. 2002an, 25 urtetik 64 urtera arteko emakumeen %21,7k aitortu zuen ez zuela inoiz zitologia bat egin; eta 2007. urtean proportzio hori %13,4ra murriztu egin da (3.5.3. irudia).

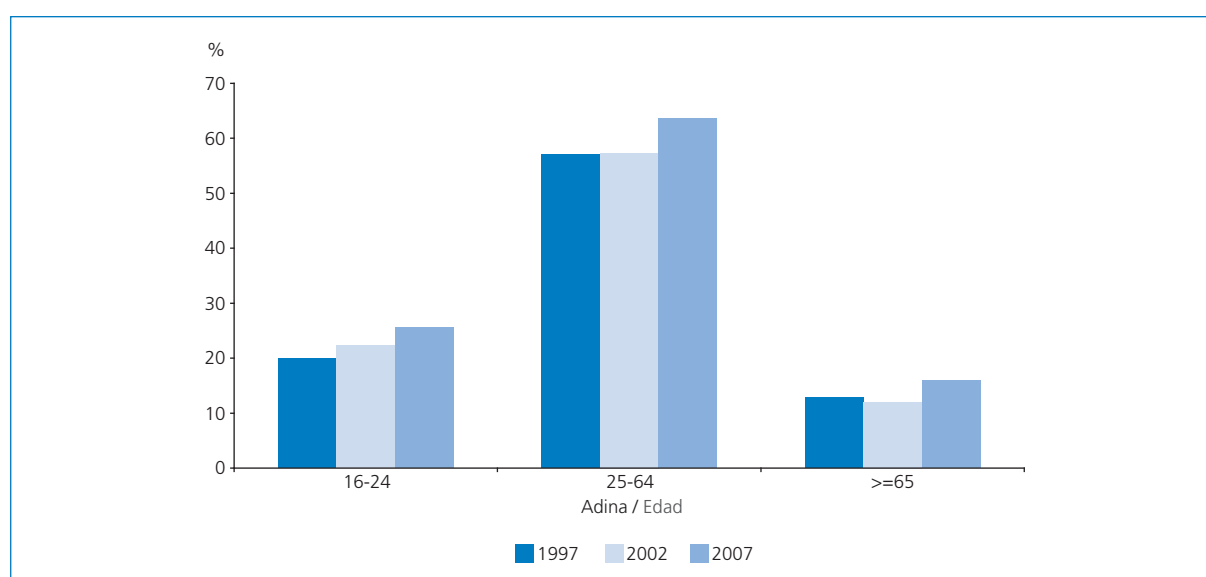
2007an, 25 urtetik 64 urtera arteko emakumeen %87k noiz edo noiz zitologia bat egin zuen. 2002ko datuei dagokienez, proportzio horrek 9 puntuko gehikuntza bat adierazten du (3.5.4. irudia).

64% en 2007. En 2002, el 21,7% de las mujeres de 25 a 64 años declararon no haberse realizado nunca una citología, mientras que en 2007 esta proporción se ha reducido al 13,4% (Figura 3.5.3).

En 2007, el 87% de las mujeres de entre 25 y 64 años se había realizado una citología en alguna ocasión. Con respecto a los datos de 2002, esta proporción supone un incremento de nueve puntos (Figura 3.5.4).

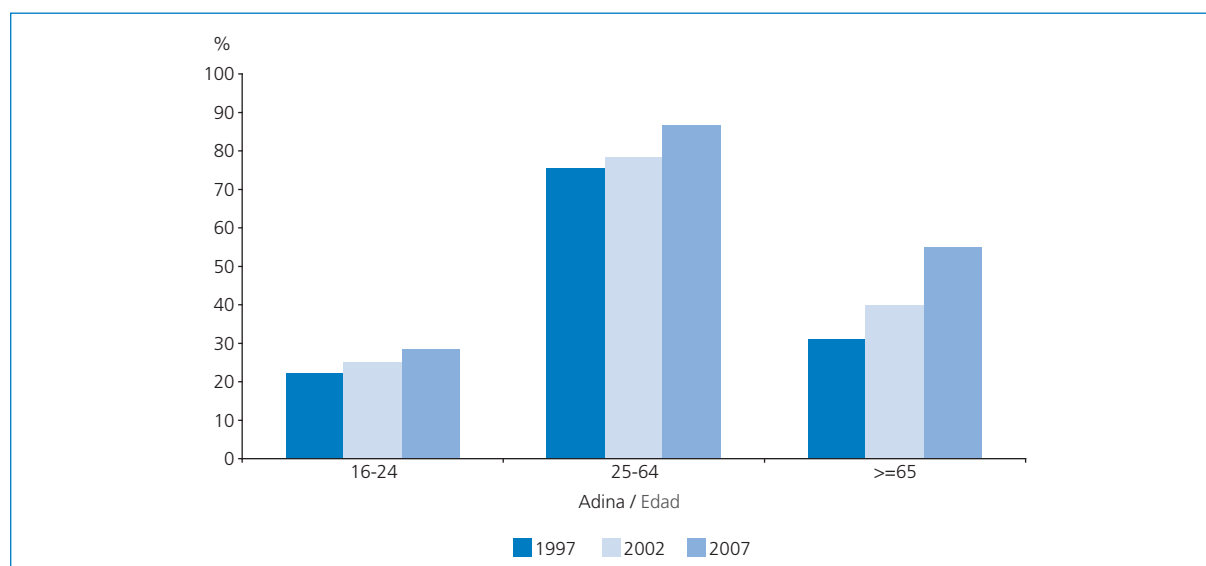
3.5.3. irudia / figura 3.5.3

Aldez aurretiko bi urteetan zitologia bat egin duten emakumeak, adin-taldea kontuan hartuta, 1997-2007
Mujeres que se han hecho una citología en los dos años previos por grupos de edad, 1997-2007



3.5.4. irudia / figura 3.5.4

Noiz edo noiz zitologia bat egiten duten emakumeak, adin-taldea kontuan hartuta, 1997-2007
Mujeres que se han hecho en alguna ocasión una citología por grupo de edad, 1997-2007



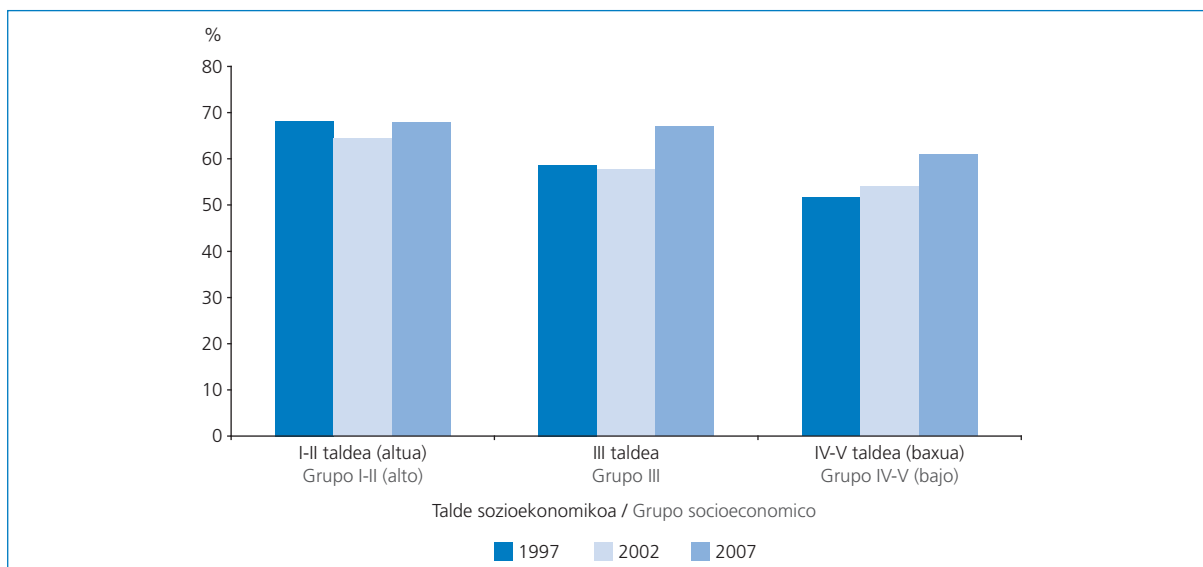
Era berean, gora egin du azken bi urteetan zitologia bat egin duten talderik txarrenetako 25 urtetik 64 urtera arteko emakumeen proportzioak, eta desberdintasuna murriztu egin da prebentziozko praktika horretan. 1997an talderik txarrenetako %52k zitologia bat egin zuen, baina 2007. urtean proportzio horrek %61eko igoera izan du. Talderik txarrenean dauden artean, proportzioa orain dela 10 urtekoaren antzekoa izan da (%68) (3.5.5. irudia).

De la misma manera, ha aumentado la proporción de mujeres de 25 a 64 años de los grupos más desfavorecidos que se han hecho una citología en los últimos dos años, disminuyendo la desigualdad en esta práctica preventiva. En 1997 el 52% de aquéllas de grupos más desfavorecidos se había hecho una citología, mientras que en 2007 esta proporción ha aumentado hasta el 61%. Entre las de los grupos más favorecidos, la proporción se ha mantenido similar a la de hace 10 años (68%) (Figura 3.5.5).

3.5.5. irudia / figura 3.5.5

Aldez aurretiko bi urteetan zitologia bat egin duten 25 urtetik 64 urtera arteko emakumeak, talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 1997-2007

Mujeres de 25 a 64 años que se han hecho una citología en los dos años previos por grupo socioeconómico, 1997-2007



3.6

PREBENTZIOZKO AHOLKU MEDIKOA

CONSEJO MÉDICO PREVENTIVO

DEFINIZIOA

2002. urtean EAEOLren atal berri gisa prebentziozko aholku medikoaren analisisa sartu zen, pertsonal sanitarioak kontsultetan prebentziozko aholkuak zenbateko maiztasunaz ematen dituen ezagutzeko asmoz.

Aski ezagunak dira bizitzeko erak eta ohiturak aldatzeak osasunerako dakartzan onurak. OMEk uste du gaixotasun kardiobaskular gehienak, 2 motako diabetesa eta minbiziak prebenitu ahal izango zirela, biztanleriak dieta osasungarri bat jarraitu, jarduera fisiko maila egokia izan eta erretzeari utziko balio. Zentzu horretan, lehen mailako atentzioko profesionalak prebentzio-ahalmen handia daukate, biztanleria orokorrera iritsi ahal direlako eta gizartearen sortzen duten konfiantzagatik. Haien gomendioek gizabanakoengan dituzten ondorioen baturak, biztanleria guztirako osasunean onura nabariak izateko bidea eman lezake.

Badirudi eraginkorra dela lehen mailako atentzioko profesionalen aholkua tabakoaren kontsumoa bertan behera uztean eta alkoholaren kontsumoa murriztean eta, aholku medikoaren eraginkortasunari dagokionez jarduera fisikoa egitearen gehikuntzaren kasuan ebidentzia nahikoa ez dagoen arren, gutxienez epe laburrera emaitza positiboak ikusten dira.

Bestalde, Sexu Transmisiozko Infekzioak (STI), biztanleriaren gehiengoak iragandako denboretako arazotzat hautematen ditu. Hala ere, STI delakoen intzidentziak jasandako eboluzioa (90eko hamarkadaren erdialdetik hona gehikuntza iraunkorra) ikusita, litekeena da babes-sentsazio faltsua eta bere transmisioa saihesteko alerta-mailan jaitsiera bat gertatzea. Zentzu horretan, globalagoa den jarduketa-esparru baten barruan, esate baterako biztanleria orokorrarentzako prebentzio-programen garapenaren bitartez edo STI zerbitzuak bultzatuz, profesional sanitarioek Lehen Mailako Atentzioko zentroetara doazen biztanleei emandako aholkuak prebentziozko interesik handiena dauka.

DEFINICIÓN

El año 2002 se incluyó como nuevo apartado de la ESCAV el análisis del consejo médico preventivo, con el fin de conocer la frecuencia con que el personal sanitario da consejos preventivos durante las consultas.

Son de sobra conocidos los beneficios para la salud que conlleva la modificación de los hábitos y estilos de vida. La OMS estima que podrían ser prevenidas la gran mayoría de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y los cánceres, si la población siguiera una dieta saludable, con un adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar. En este sentido, los profesionales de atención primaria tienen un alto potencial preventivo por su accesibilidad a la población general y por la confianza que generan en la sociedad. La suma del efecto de sus recomendaciones sobre los individuos puede dar lugar a evidentes beneficios en la salud para toda la población.

El consejo de los profesionales de atención primaria parece ser efectivo en el abandono del consumo de tabaco y en la reducción del consumo de alcohol y, aunque no existe suficiente evidencia con respecto a la efectividad del consejo médico para incrementar la realización de actividad física, se observan al menos resultados positivos a corto plazo.

Por otro lado las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son percibidas por la gran mayoría de la población como un problema de tiempos pasados. Sin embargo, a la vista de la evolución de la incidencia de las ITS, que presenta un incremento constante desde mediados de los años 90, es probable que se haya producido una falsa sensación de protección y un descenso en el nivel de alerta para evitar su transmisión. En este sentido, dentro de un marco de actuación más global, por ejemplo mediante el desarrollo de programas de prevención para la población general o la potenciación de los servicios de ITS, el consejo realizado por profesionales sanitarios a la población que acude a los centros de Atención Primaria resulta de máximo interés preventivo.

OSASUN INKESTA 2007

2007. urtean, lehen mailako atentzioko profesional sanitarioek euren tabako-ohiturari, alkoholaren kontsumoari eta jarduera fisikoa egiteari buruz galdetu zitzaizela aipatu zuten gizonezkoen kopurua emakumezkoena baino altuagoa izan zen. Sexu-ohiturei dagokienez, halere, lehen mailako atentzioarekin izandako euren kontsultetan galdetu zitzaizen emakumezkoen proportzioa, gizonezkoen kasuan baino zertxobait altuagoa izan zen.

Gizonezkoen kasuan, %71,7k gogoratzen zuten ea erretzen zuen ala ez galdetu ziotela, eta ohiko erretzaileen %58,1ari erretzeari uzteko aholkua eman zitzaizen. Gizonezkoen bi herenei (%64,4) alkoholaren kontsumoari buruz galdetu zitzaizen, eta ohiko edaleen %44,2k gogoratzen zuten alkoholaren gehiegizko kontsumoak osasunerako dakartzan kalteei buruzko informazioa eman zitzaizela.

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007 una mayor proporción de hombres que de mujeres refirió haber sido preguntada por profesionales sanitarios de atención primaria sobre su hábito tabáquico, el consumo de alcohol y la práctica de actividad física. En lo relativo a los hábitos sexuales, sin embargo, la proporción de mujeres que fueron preguntadas en sus consultas con atención primaria, fue algo mayor que en los hombres.

En el caso de los hombres, el 71,7% recordaba haber sido preguntado si fumaba y de los fumadores habituales al 58,1% le habían aconsejado que dejara de fumar. A las dos terceras partes de los hombres (64,4%) se les había preguntado sobre el consumo de alcohol y el 44,2% de los bebedores habituales recordaba que había sido informado sobre los perjuicios para la salud que acarrea el consumo excesivo de alcohol.

3.6.1. taula / tabla 3.6.1

Osasunarekin zerikusia duten bizi-aztura batzuei buruz galdetutako biztanleak (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Población (%) que ha sido preguntada sobre ciertos hábitos de vida relacionados con la salud por sexo y grupos de edad, 2007

	Gizona / Hombre					Emakumea / Mujer				
	16-24	25-44	45-64	>=65	Guztira Total	16-24	25-44	45-64	>=65	Guztira Total
Erretzen duen ala ez Si fuma	63,7	73,7	78,8	61,0	71,7	68,6	76,4	63,0	32,0	60,2
Alkohol-kopurua Cuánto alcohol bebe	52,3	64,5	73,1	56,3	64,4	51,1	61,1	51,8	27,8	48,8
Ariketarik egiten duen Si hace ejercicio	57,0	59,8	70,1	63,5	63,7	49,7	54,1	59,1	51,0	54,4
Bere sexu-ohiturak Sus hábitos sexuales	17,6	10,2	8,5	6,5	9,6	25,4	16,0	8,2	4,5	11,5

Gizonezkoen %63,7ri egiten zuen ariketa fisikoari buruz galdetu zitzaion, eta horietako %38,5ari euren egoera berezian zein ariketa fisiko izango litzatekeen egokiena aholkatu zitzaizen. Era berean, gizonezkoen %40,1ari bere gorputz-pisuari buruzko aholkuak eman zitzaion.

Sexu-ohiturei dagokienez, gizonezkoen %9,6ak adierazi zuten euren buruz galdetu zitzaizela, eta %8,3k HIESari buruzko informazioa jaso zuten.

Emakumezkoen kasuan, %60,2k adierazi zuten tabakoaren ohituraz galdetu zitzaizela, eta ohiko erretzaileen %61,7k erretzeari uzteko gomendioa jaso

El 63,7% de los hombres fue preguntado sobre el ejercicio físico que realizaba y el 38,5% de los mismos fue aconsejado sobre ejercicio físico adecuado a su situación particular. De la misma forma, el 40,1% de los hombres fueron aconsejados sobre su peso corporal.

Con respecto a los hábitos sexuales, el 9,6% de los hombres refirió haber sido preguntado sobre los mismos y el 8,3% recibió información sobre el SIDA.

En el caso de las mujeres, el 60,2% refirió haber sido preguntada sobre el hábito tabáquico y el 61,7%, de las fumadoras habituales, recibió la re-

3.6.2. taula / tabla 3.6.2

Osasunarekin zerikusia duten bizi-aztura batzuei buruzko aholkuak eman zaizkien biztanleak (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Población (%) que ha sido aconsejada sobre ciertos hábitos de vida relacionados con la salud por sexo y grupos de edad, 2007

	Gizona / Hombre					Emakumea / Mujer				
	16-24	25-44	45-64	>=65	Guztira Total	16-24	25-44	45-64	>=65	Guztira Total
Bere pisua Su peso	28,9	32,4	47,0	47,7	40,1	27,5	30,7	41,2	44,5	37,2
Ariketa fisikoa El ejercicio físico	25,6	29,1	43,9	52,6	38,5	25,1	30,7	45,8	47,7	39,2
HIESa El SIDA	16,5	8,6	7,4	5,2	8,3	17,7	9,3	9,8	4,7	9,0
Erretzeari uztea* Dejar de fumar*	41,6	51,1	68,1	74,1	58,1	56,4	61,5	63,5	66,9	61,7
Alkoholaren kontsumoa* El consumo de alcohol*	31,3	35,9	52,3	51,1	44,2	30,9	29,2	30,5	32,7	30,4

* Proportzio horien izendatzailea erretzeari uztearen kasuan ohiko erretzaileak dira, eta alkoholaren kontsumorako ohiko edaleak.

* El denominador de esas proporciones son en el caso de dejar de fumar la población fumadora habitual, para el consumo de alcohol la población bebedora habitual.

zuen. %48,8k gogoratu zuen alkoholaren kontsumoari buruz galdetu zitzaizela, eta ohiko edaleen %30,4ri alkoholaren gehiegizko kontsumoak osasunean dituen kalteei buruzko informazioa eman zitzaion. Emakumezkoen %54,4k gogoratu zuten ariketa egiteari buruz galdetu zitzaizela, eta %39,2k ariketa egiteko praktika egokiari buruzko aholkua jaso zuen. Emakumezkoen %37,2ri haien gorputz-pisu egokiari buruz aholkatu zitzaion.

Sexu-ohiturei dagokienez, lehen mailako atenzioko kontsultetara joan ziren emakumezkoen %11,5ari euren sexu-ohiturei buruz galdetu zitzaion, eta %9ri HIESari buruzko aholkuak eman zitzaion.

Talde sozioekonomikoaren arabera, bizi-azturei buruz galdetutako pazienteen proportzioan zenbait desberdintasun nabaritu ziren. Beraz, bai gizonezkoen kasuan bai emakumezkoen kasuan, tabakoaren eta alkoholaren kontsumoaz eta jarduera fisikoaz maiztasun gutxiagorekin galdetu zitzaion egoera txarragoan zeuden taldekoei. Sexu-ohiturei dagokienez, egoera txarragoan zeuden taldeetako gizonezkoen gutxiago galdetu zitzaion, eta egoera hori emakumezkoen kasuan alderantzikatu egiten da (3.6.3. taula).

3.6.4. taulan jasotako emaitzetan ikusten den moduan, gomendioen kasuan, nabaritu zen egoera hobeagoan dauden taldeak (HIESaren kasuan izan ezik, emakumezkoetan) direla proportzio handia-

comendación de dejar de fumar. El 48,8% recordó haber sido preguntada sobre el consumo de alcohol y el 30,4% de las bebedoras habituales, recibió información sobre los perjuicios en la salud del consumo excesivo de alcohol. El 54,4% de las mujeres recordaron haber sido preguntadas sobre la realización de ejercicio y el 39,2% recibió consejo sobre la práctica adecuada del mismo. El 37,2% de las mujeres recibieron consejo sobre su peso corporal adecuado

Con respecto a los hábitos sexuales, el 11,5% de las mujeres que acudieron a las consultas de atención primaria fueron preguntadas sobre sus hábitos sexuales y el 9% recibió consejo sobre el SIDA.

Por grupo socioeconómico se observaron algunas diferencias en cuanto a la proporción de pacientes preguntados/as por los hábitos de vida. Así, tanto en los hombres como en las mujeres se preguntó con menor frecuencia a los grupos menos favorecidos por el consumo de tabaco, alcohol y actividad física. Con respecto a los hábitos sexuales, los hombres de los grupos más favorecidos fueron preguntados en menor proporción, situación que se invierte en el caso de las mujeres (Tabla 3.6.3.).

Tal y como se observa en los resultados recogidos en la tabla 3.6.4., en el caso de las recomendaciones, se observó que son los grupos menos favorecidos (excepto en el SIDA para las mujeres) quienes

3.6.3. taula / tabla 3.6.3

Osasunarekin zerikusia duten bizi-aztura batzuei buruz galdetutako biztanleak (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población (%) que ha sido preguntada sobre ciertos hábitos de vida relacionados con la salud por sexo y grupo socioeconómico, 2007

	Gizona / Hombre				Emakumea / Mujer			
	I-II taldea Grupo I-II	III taldea Grupo III	IV-V taldea Grupo IV-V	Guztira Total	I-II taldea Grupo I-II	III taldea Grupo III	IV-V taldea Grupo IV-V	Guztira Total
Erretzen duen ala ez Si fuma	73,4	71,3	71,1	71,7	64,0	58,7	59,0	60,2
Alkohol-kopurua Cuánto alcohol bebe	65,6	61,1	64,6	64,4	53,1	46,3	47,6	48,8
Ariketarik egiten duen Si hace ejercicio	65,5	63,8	62,9	63,7	57,4	56,5	52,9	54,4
Bere sexu-ohiturak Sus hábitos sexuales	8,7	9,9	9,9	9,6	13,8	10,2	10,9	11,5

3.6.4. taula / tabla 3.6.4

Osasunarekin zerikusia duten bizi-aztura batzuei buruzko aholkuak eman zaizkien biztanleak (%), sexua eta talde sozioekonomikoa kontuan hartuta, 2007

Población (%) que ha sido aconsejada sobre ciertos hábitos de vida relacionados con la salud por sexo y grupos socioeconómico, 2007

	Gizona / Hombre				Emakumea / Mujer			
	I-II taldea Grupo I-II	III taldea Grupo III	IV-V taldea Grupo IV-V	Guztira Total	I-II taldea Grupo I-II	III taldea Grupo III	IV-V taldea Grupo IV-V	Guztira Total
Bere pisua Su peso	38,9	39,1	40,7	40,1	35,9	32,9	38,5	37,2
Ariketa fisikoa El ejercicio físico	37,4	37,3	39,2	38,5	37,5	36,4	40,3	39,2
HIESa El SIDA	8,1	8,1	8,3	8,3	10,0	7,0	9,0	9,0
Erretzeari uztea* Dejar de fumar*	55,6	55,2	59,4	58,1	61,8	58,1	62,4	61,7
Alkoholaren kontsumoa* El consumo de alcohol *	40,3	42,1	46,5	44,2	29,9	28,2	31,1	30,4

* Proportzio horien izendatzailea erretzeari uztearen kasuan ohiko erretzaileak dira, eta alkoholaren kontsumorako ohiko edaleak.

* El denominador de esas proporciones son en el caso de dejar de fumar la población fumadora habitual, para el consumo de alcohol la población bebedora habitual.

goan honako aholku hauek jasotzen dituztenak: erretzeari uztea, alkoholaren kontsumoa murriztea, euren egoerarako egokia den jarduera fisikoa egitea edo gorputz-pisu egokia mantentzea.

en mayor proporción reciben consejo para dejar de fumar, disminuir el consumo de alcohol, realizar actividad física adecuada a su situación o mantener un peso corporal adecuado.

EBOLUZIOA 2002-2007

Azken bi inkestek hartzen duten denboraldian, gora egin du medikuaren kontsultan edo erizain-

EVOLUCIÓN 2002-2007

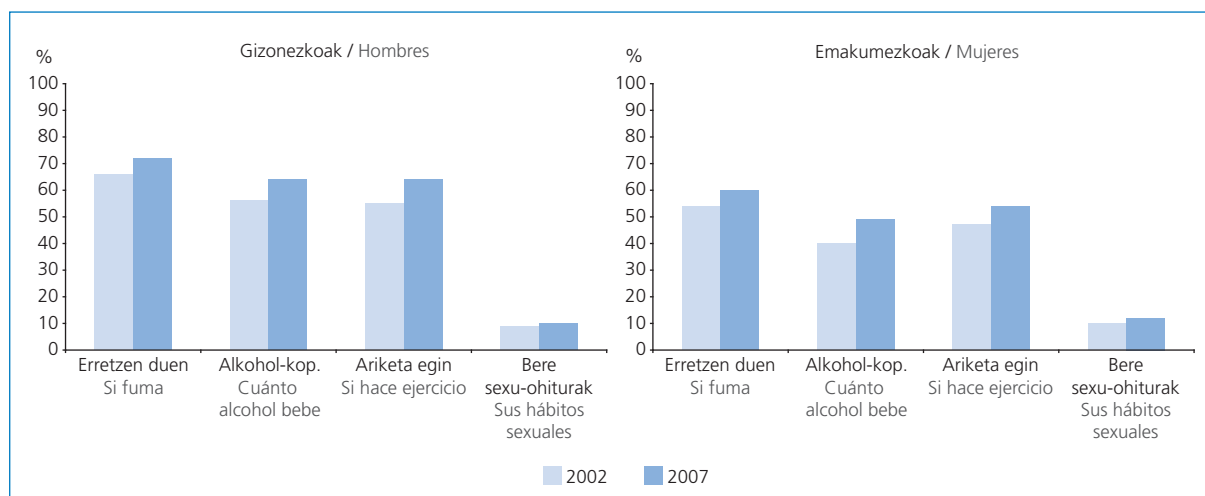
En el periodo recogido por las dos últimas encuestas, ha aumentado la proporción de población que

tzakoan osasunarekin zerikusia duten bizi-azturei buruz galdetutako biztanleriaren proportzioak, gizonezkoen zein emakumezkoen kasuan. Hain garrantzitsuak ez diren igorak sexu-ohituren arloan gertatu dira, eta gehikuntzarik handienak jarri duera fisikoa gizonezkoen kasuan eta alkoholaren kontsumoan emakumezkoen kasuan.

ha sido preguntada en la consulta médica o de enfermería sobre los hábitos de vida relacionados con la salud tanto en hombres como en mujeres. Los aumentos menos importantes se han producido en relación a los hábitos sexuales y los mayores incrementos en relación a la actividad física en el caso de los hombres y al consumo de alcohol en el caso de las mujeres.

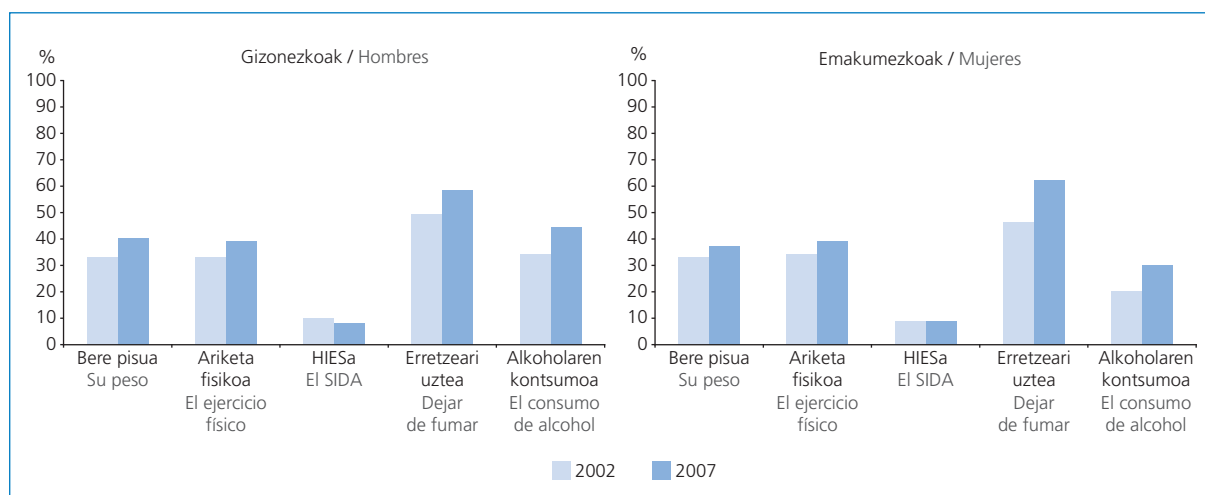
3.6.1. irudia / figura 3.6.1

Euren mediku edo erizainen kontsultetan honako gai hauei buruz galdetu zaien biztanleak (%):
Población (%) que en las consultas de su médico/a o enfermero/a han sido preguntados por:



3.6.2. irudia / figura 3.6.2

Euren mediku edo erizainen kontsultetan honako aholku hauek eman zaizkien biztanleak (%):
Población (%) que en las consultas de su médico/a o enfermero/a han sido aconsejados sobre:



Osasunarekin zerikusia duten bizi-azturei buruz jasotako aholkuak emateko joerak ere gora egin du gizonezko eta emakumezkoetan, gai hauei buruz hitz egin delarik: erretzeari uztea, alkoholaren kon-

Los consejos recibidos sobre hábitos de vida relacionados con la salud se han visto también incrementados en hombres y mujeres con respecto al abandono del hábito tabáquico, el consumo de

tsumoa, gorputz-pisu egokia eta jarduera fisikoa egitea. Azken bost urte hauetan, gizonezkoetan nahiz emakumezkoetan, behera egin du HIESaren prebentzioari buruz aholkatutako pertsonen proportzioak.

Datuak talde sozioekonomikoa kontuan hartuta aztertzen baditugu, ikusten da, sexu-ohituren kasuan salbuespenen bat egon arren, talde sozioekonomiko guztietan eta arrazoi guztien arabera, osasunarekin zerikusia duten bizi-azturei buruz galdetu zaien pertsonen portzentajeak igoera esanguratsua izan duela.

Bizi-azturei buruzko aholkua jaso duten pertsonen portzentajeari dagokionez, talde sozioekonomiko guztietan igoera gertatu zela ikusi zen, gizonezkoetan zein emakumezkoetan, gai hauek kontuan hartu zirenean: erretzeari uztea, alkoholaren kontsumoaren murrizketa, jarduera fisikoa egitea eta gorputz-pisu egokia mantentzeko gomendioa. Hala ere, HIESaren kasuan informazio gutxiago eman da edozein talde sozioekonomikoko gizonezkoetan eta III. taldeko emakumezkoetan.

alcohol, sobre el peso corporal adecuado y la realización de actividad física. En estos últimos cinco años, tanto en hombres como en mujeres, ha disminuido la proporción de personas aconsejadas sobre prevención del SIDA

Si analizamos los datos por grupo socioeconómico, se observa que, con alguna excepción en el caso de los hábitos sexuales, en todos los grupos socioeconómicos y por todas las causas se ha producido un aumento significativo del porcentaje de personas que han sido preguntadas por hábitos de vida relacionados con la salud.

Con respecto al porcentaje de personas que han recibido consejo sobre hábitos de vida, se observó un aumento en todos los grupos socioeconómicos tanto en hombres como en mujeres con respecto al abandono del hábito tabáquico, la disminución del consumo de alcohol, la práctica de actividad física y la recomendación de mantener un peso corporal adecuado. Sin embargo, en el caso del SIDA se ha dado algo menos información en los hombres de cualquier grupo socioeconómico y en las mujeres del grupo III.

3.7

BIDE SEGURTASUNA

SEGURIDAD VIAL

DEFINIZIOA

Ibilgailuetan egiten diren joan-etorrietan segurtasun-neurriak hartzea, istripuzko lesioen murrizketan eraginkorra dela frogatu da. Gaur egun legez araututako neurrien artean, honako hauek nabarmen-tzen dira: segurtasun-uhalaren eta adin txikikoei eusteko sistemen erabilera automobilen kasuan; eta kaskoaren erabilera motozikleta eta bizikletetan. Neurri horiek hiriko zein herriz kanpoko ibilbideetan erabili beharko lirатеke, eta ibilgailuak gidatzen dituztenek eta gainerako bidaiariek jarraitu beharko lituzkete.

DEFINICIÓN

La adopción de medidas de seguridad en los desplazamientos en vehículos ha demostrado su efectividad en la reducción de las lesiones accidentales. Entre las medidas actualmente reguladas por ley destacan el uso del cinturón de seguridad y los sistemas de sujeción de menores en automóviles, y el uso de casco en motocicletas y bicicletas. Estas medidas deberían ser utilizadas tanto en trayectos urbanos como interurbanos, y tanto para las personas conductoras de vehículos como para el resto de personas viajeras.

OSASUN INKESTA 2007

Segurtasun-uhalaren erabilera gidarien kasuan

Hiritik gidatzen duten gizonezkoen %91,4k eta emakumezkoen %95,4k aditzera eman zuten, haien joan-etorrietan beti erabiltzen zutela segurtasun-uhala. Errepidetik ibiltzean, proportzio horiek areagotu egin ziren ia guztiek erabiltzen baitute:

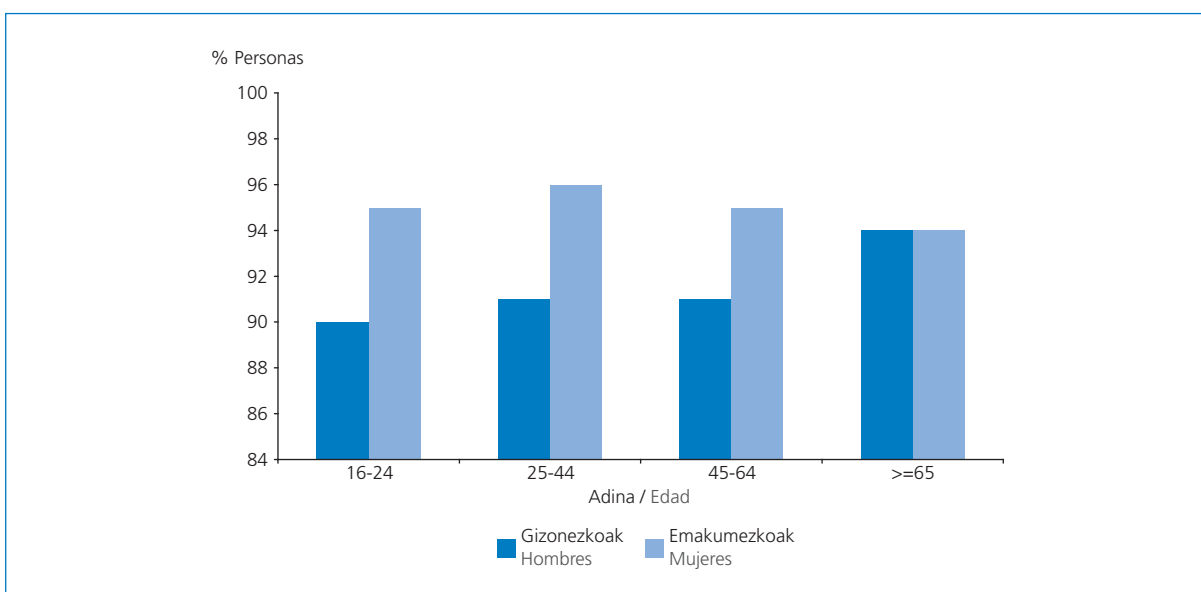
ENCUESTA DE SALUD 2007

Uso de cinturón de seguridad en las personas conductoras

El 91,4% de los hombres y el 95,4% de las mujeres que conducen por ciudad manifestaron utilizar siempre el cinturón de seguridad en sus desplazamientos. Al circular por carretera, estas proporciones se incrementaron hasta alcanzar la práctica

3.7.1. irudia / figura 3.7.1

Hiritik gidatzen dutenean segurtasun-uhala beti jartzen duten pertsonak, sexua eta adina kontuan hartuta
Personas que siempre se ponen el cinturón de seguridad cuando conducen por ciudad. Por sexo y edad



%96,1 eta %98,2, hurrenez hurren. Gizonezkoen kasuan, adinak gora egin ahala segurtasun-uhalaren erabilera gehitu egin zen hirian zein errepidean, bere erabilera dagoeneko orokortuta zegoen arren. Emakumezkoetan, berriz, ez zen erabileran ezberdintasunik nabaritu adina kontuan hartuta. 16 urtetik 24 urtera arteko gizonezkoak izan ziren segurtasun-uhala gutxien (%90) erabili zutenak, kasu honetan neurri horien erabilera altua izan zela azpimarratu behar den arren.

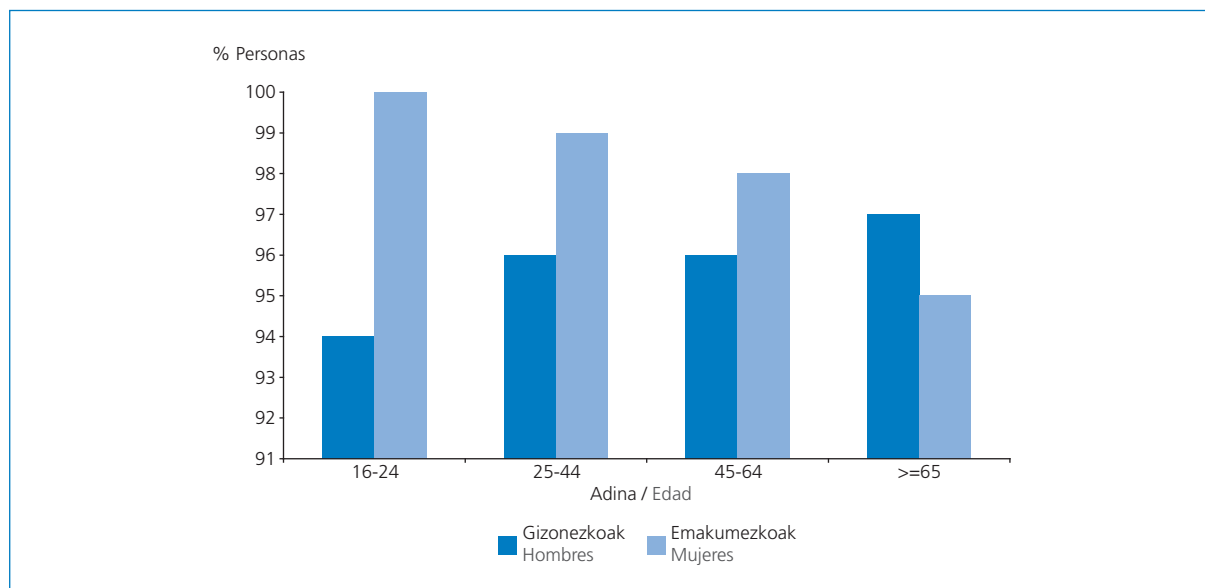
Segurtasun-uhalaren erabilerari dagokionez, ez zen maila sozioekonomikoarekin zerikusia zuen ezberdintasunik egon.

totalidad, el 96,1% y el 98,2% respectivamente. En los hombres a medida que aumentaba la edad se incrementó el uso del cinturón de seguridad tanto en ciudad como en carretera, aunque su uso era ya generalizado. En las mujeres no se apreciaron diferencias en su uso por edad. Fueron los hombres de 16 a 24 años los que con menor frecuencia utilizaron el cinturón de seguridad (90%) aunque en esta ocasión hay que destacar el elevado uso de estas medidas.

No existieron diferencias relacionadas con el nivel socioeconómico en cuanto a la utilización del cinturón de seguridad.

3.7.2. irudia / figura 3.7.2

Errepidetik gidatzen dutenean segurtasun-uhala beti jartzen duten pertsonak, sexua eta adina kontuan hartuta
Personas que siempre se ponen el cinturón de seguridad cuando conducen por carretera. Por sexo y edad



Segurtasun-uhalaren erabilera gidari-lagunen kasuan

Hiritik gidari-lagun gisa bidaiatzen zuten pertsonen segurtasun-uhalaren erabilera, gidatzen zuten pertsonenaren antzekoa izan zen. Kasu honetan, gainera, emakumezkoek (%95,4) gizonezkoek (%91,9) baino gehiago erabiltzen zutela ikusi zen; eta erabilera handiagoa izan zen pertsona nagusien kasuan (%96,5), gazteen erabilerarekin (%89,6) alderatzean ikusi zen moduan.

Errepidetik egindako joan-etorrietan, gidari-lagunek segurtasun-uhala proportzio altuan erabili zuten, zehazki esateko: gizonezkoen %95,5 eta emakumezkoen %97,3.

Uso de cinturón de seguridad en acompañantes

Las personas que viajaban como acompañantes por ciudad manifestaron una utilización del cinturón de seguridad similar a la de las personas que conducían. En este caso también se observó un mayor uso en las mujeres (95,4%) que en los hombres (91,9%), y también mayor en las personas mayores (96,5%) que en las jóvenes (89,6%).

En los desplazamientos por carretera los acompañantes también utilizaron el cinturón de seguridad en una alta proporción, concretamente el 95,5% en el caso de los hombres y el 97,3% en el caso de las mujeres.

Kaskoaren erabilera motozikletaz egindako joan-etorrietan

Emakumezkoen kasuan segurtasun-uhalaren erabilera zifrak gizonezkoengan baino altuagoak izan arren, ez da gauza bera gertatzen kaskoaren erabilera dagokionez. Hortaz, hiritik motozikletaz bidaiatzen zuten gizonezkoen %95,3k eta emakumezkoen %90,5ak kaskoa erabili zuten. Joan-etorriak errepidetik zirenean, kaskoaren erabilera gora egin zuen: gizonezkoengan %95,5 eta emakumezkoengan %92,8, hain zuzen ere.

Kaskoaren erabilera bizikletaz egindako joan-etorrietan

Erabilitako segurtasun-neurri guztietatik, oraindik ez da kaskoaren erabilera orokortua lortu bizikleta erabiltzen dutenen artean, gizonezkoen %43,9k eta emakumezkoen %22k baino ez zutelako erabiltzen hiritik bizikletan joan-etorriak egiten zituztenean. Errepidez egindako joan-etorrien kasuan, bere erabilera areagotu egin zen: %54 eta %27,4, hurrenez hurren.

Segurtasun-sistemen erabilera 14 urtetik beherakoentzat automobiletan

14 urtetik beherakoentzat segurtasun-sistemaren bat erabiltzeari dagokionez, aita edo amen %91,7k aitortu zuen beti erabiltzen zituztela euren seme-alabekin hiritik bidaiatzen zutenean. Joan-etorria errepidetik zenean, proportzio hori %96,7ra igo zen.

Maila sozioekonomikoa kontuan hartuta ez zen ezberdintasun esanguratsurik nabaritu segurtasun-sistemen erabilera, 14 urtetik beherakoekin ibilgailuetan egindako joan-etorrietan.

2002. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Azken bost urte horietan segurtasun-uhalaren erabilera, hirian zein errepidean, igoera handia gertatu dela hauteman da, bai gidari gisa bidaiatzen duen pertsonaren kasuan, baita bere gidari-lagunaren kasuan ere. 2002an, hiritik gidatzen zuen biztanleriaren %68,4k baino ez zuen beti segurtasun-uhala erabiltzen; baina 2007. urtean proportzio hori %93raino igo da. Errepidean neurri horren erabilera gehikuntza txikiagoa izan da, proportzio altuagoetatik abiatzen baitzen (%87,1), baina biztanleria osoan erabilera %97koa izan da. Gainera, 2002an joan-etorria hirian edo errepidean

Uso del casco en desplazamientos en motocicleta

Si bien en la utilización del cinturón de seguridad las mujeres alcanzaban mayores cifras que los hombres, no ocurre lo mismo con el uso del casco. Así, el 95,3% de los hombres y el 90,5% de las mujeres que viajaban por ciudad en motocicleta utilizaron casco. Si los desplazamientos eran por carretera su uso aumentó hasta el 95,5% de los hombres y el 92,8% de las mujeres.

Uso del casco en desplazamientos en bicicleta

De todas las medidas de seguridad utilizadas, aún no se ha conseguido un uso generalizado del casco por los usuarios de la bicicleta, ya que sólo el 43,9% de los hombres y el 22% de las mujeres que se desplazaban en bicicleta por la ciudad lo utilizaban. En el caso de desplazamientos por carretera, su uso se incrementó al 54% y el 27,4%, respectivamente.

Uso de sistemas de seguridad para menores de 14 años en automóviles

En cuanto a la utilización de algún sistema de seguridad para los menores de 14 años, el 91,7% de los padres o madres declararon que siempre los utilizaban cuando viajaban con sus hijos/as menores por ciudad. En el caso de que el desplazamiento tuviera lugar por carretera esa proporción aumentaba al 96,7%.

Por nivel socioeconómico no se apreciaron diferencias significativas en el uso de sistemas de seguridad en desplazamientos en vehículos con menores de 14 años.

EVOLUCIÓN DESDE 2002

En estos últimos cinco años se ha apreciado un gran aumento en el uso del cinturón de seguridad tanto en ciudad como en carretera, y tanto para quien viaja como conductor/a como para su acompañante. Si bien en 2002 sólo el 68,4% de la población que conducía por ciudad hacía siempre uso del cinturón de seguridad, en 2007 esta proporción ha aumentado al 93%. El incremento de uso de esta medida en carretera ha sido menor, ya que se partía de proporciones más elevadas, 87,1%, pero se ha alcanzado el 97% de uso en toda la población. Además, si bien en 2002 se observaron dife-

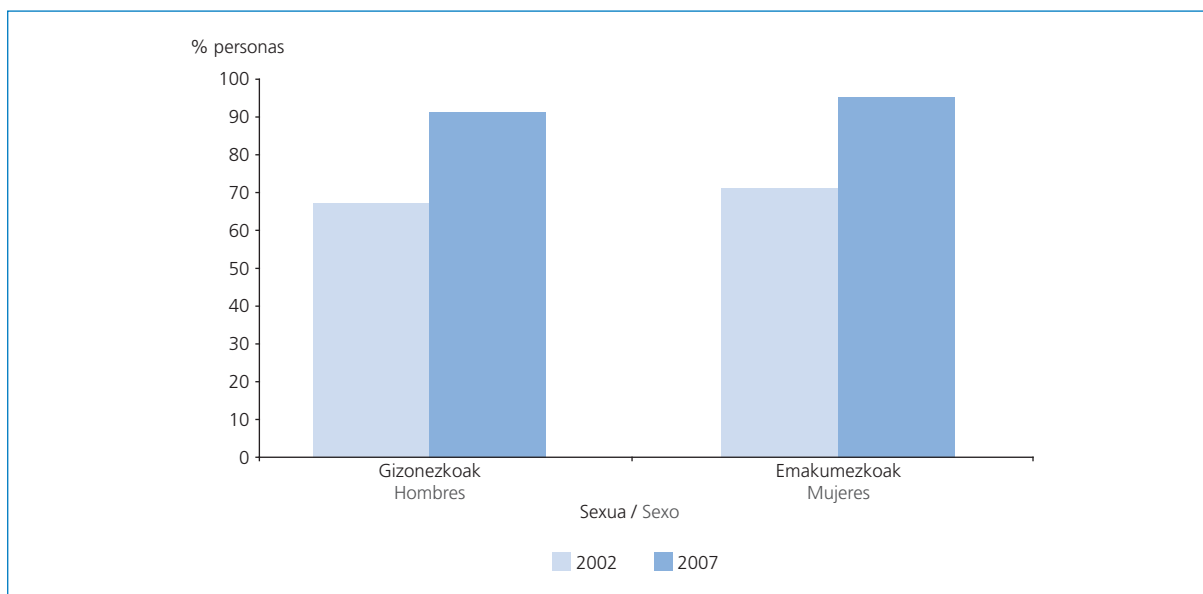
izan segurtasun-uhalaren erabileran desberdintasunak nabaritu baziren ere, 2007. urtean ezberdintasun horiek minimoak izan ziren.

rencias en el uso del cinturón según fueran desplazamientos en ciudad o en carretera, en 2007 estas diferencias fueron mínimas.

3.7.3. irudia / figura 3.7.3

Hiritik gidatzen dutenean segurtasun-uhala beti jartzen duten pertsonak, sexua kontuan hartuta

Personas que siempre se ponen el cinturón de seguridad cuando conducen por ciudad. Por sexo



Bizikletaz ibiltzean kaskoa erabiltzeak ere gora egin du 2002. urteaz geroztik, %20,6tik %37,6ra joan-etorria hirian zehar zenean; eta %29,2tik %46,3ra joan-etorria errepidez zenean.

El uso del casco cuando se circula en bicicleta ha aumentado también desde 2002, del 20,6 al 37,6% cuando el desplazamiento era por ciudad, y del 29,2 al 46,3% cuando el desplazamiento era por carretera.

OSASUN-ZERBITZUAK SERVICIOS SANITARIOS

4

4.1 KONTSULTA MEDIKOAK CONSULTAS MÉDICAS

DEFINIZIOA

Zerbitzu sanitarioen erabilera biztanleriaren osasun-egoerak zehazten du. Osasun-egoera horrek, halaber, honako faktore hauekin zerikusia dauka: adina, sexua, ikasketa-maila, bizilekua, talde sozioekonomikoa, ingurune kulturala edo pertsonen zerbitzu horietarako duten irisgarritasuna.

Atentzio mediko ambulatorioa

Atal honetan, lehen mailako atentzioko eta atentzio espezializatuko kontsultei buruzko datuak sar-tzen dira. Inkesta egin aurreko 14 egunetako aten-tzio urgentea eta ospitalizazioak baztertu egin ziren. Espezialitate mediko ezberdin edo medikun-tza osagarrietako (homeopatia, akupuntura, medikuntza alternatiboa, etab.) profesionalei egin-dako kontsulta-kopuruari buruzko datuak bildu ziren, eta egindako azken kontsulta nabarmendu zen.

OSASUN INKESTA 2007

2007an, kontsulten urteko batez bestekoa 7,3koa izan zen gizonezkoen kasuan, eta 8,8koa emaku-mezkoengan. 0 urtetik 14 urtera arteko adin-tarte-an izan ezik, kontsulta-kopurua gehitu egiten zen adinak gora egin ahala, bi sexuetan. 65 urtera arte,

DEFINICIÓN

La utilización de los servicios sanitarios viene deter-minada por el estado de salud de la población, que se relaciona con factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el lugar de residencia, el grupo socioeconómico, el entorno cultural o la accesibili-dad de la personas a dichos servicios.

Atención médica ambulatoria

En este apartado se incluyen los datos correspon-dientes a la realización de consultas de atención primaria y especializada, excluyendo la atención urgente y las hospitalizaciones, en los 14 días an-teriores a la realización de la encuesta. Se recogie-ron datos sobre el número de consultas efectuadas a profesionales de las distintas especialidades mé-dicas o de medicinas complementarias (homeopa-tía, acupuntura, medicina alternativa, etc.), hacien-do hincapié en la última de las consultas realizadas.

ENCUESTA DE SALUD 2007

En 2007, la media anual de consultas fue de 7,3 en los hombres y de 8,8 en las mujeres. A excepción del tramo de edad de 0 a 14 años, el número de consultas aumentaba con la edad en los dos sexos. Hasta la edad de 65 años, fueron las mujeres las

emakumezkoak izan ziren kontsulta gehiago egin zutenak; eta adin horretatik aurrera, sexu bien batez bestekoa berdindu egiten zen (13 kontsulta/urteko) (4.1.1. taula).

que realizaron un mayor número de consultas, y a partir de esta edad la media de ambos sexos se igualaba (13 consultas/año) (Tabla 4.1.1).

4.1.1. taula / tabla 4.1.1

Pertsonal medikoari egindako kontsulta anbulatorioen urteko batez bestekoa, adin-taldea eta sexua kontuan hartuta, 2007

Media anual de consultas ambulatorias al personal médico por grupo de edad y sexo, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Sexu biak Ambos sexos
0-14	7,7	8,9	8,3
15-24	4,0	4,2	4,1
25-44	4,4	6,2	5,3
45-64	8,9	10,1	9,5
>= 65	13,3	13,2	13,3
Guztira / Total	7,3	8,8	8,1

Biztanleriaren %14,7 baino ez zen izan (gizonezkoen %17,5 eta emakumezkoen %12,1), azken urtean kontsulta medikoren bat egin ez zuena. %40ak kontsulta medikoa urtean behin edo bi aldiz bisitatu zuen, eta %10 kontsultara hamar aldiz edo gehiagotan joan zen. «Sarritzaile handiak» izeneko pertsonen talde hori, 224.000 pertsona inguruko populazio-tamainari dagokio. Erdiko tartean, urteko hiru eta bederatzi kontsultaren artean, gutxi gorabehera biztanleriaren herena kokatu zen (4.1.2. taula).

Sólo un 14,7% de la población (17,5% de los hombres y 12,1% de las mujeres) no realizó ninguna consulta médica en el último año. Un 40% visitó la consulta médica una o dos veces al año, y un 10% acudió a la consulta diez o más veces. Este grupo de personas, denominado de «grandes frequentadoras», se corresponde con un tamaño poblacional cercano a 224.000 personas. En el intervalo intermedio, entre tres y nueve consultas anuales, se situó aproximadamente la tercera parte de la población (Tabla 4.1.2).

4.1.2. taula / tabla 4.1.2

Azken urtean egindako kontsulta-kopuruaren arabera biztanleria (%), sexua kontuan hartuta, 2007

Población (%) por el número de consultas realizadas en el último año según el sexo, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Sexu biak Ambos sexos
Kontsulta-kopurua: / Número de consultas:			
Bat ere ez / Ninguna	17,5	12,1	14,7
Bat edo bi / Una o dos	43,4	38,3	40,8
Hirutik bederatzira / Tres a nueve	29,8	38,0	34,0
Hamar eta gehiago / Diez y más	9,4	11,6	10,5
Guztira / Total	100,0	100,0	100,0

25 urtetik aurrera, sarritzaile handien proportzioa gehitu egiten zen, adinak gora egin ahala; eta igoera nabarmenagoa zen emakumezkoengan 65 urtera arte. Adin horretatik aurrera, proportzioa zertxobait altuagoa izan zen gizonezkoen artean, beheerako adin-taldearekiko gehikuntza %100koa izan baitzen. Profil hori sarriagoa izan zen egoera txarragoan zeuden talde sozioekonomikoetan (4.1.3. taula).

A partir de los 25 años, la proporción de grandes frequentadores aumentaba con la edad, y el aumento era más acusado en las mujeres hasta los 65 años. A partir de esta edad la proporción fue algo superior entre los hombres porque el incremento con respecto al grupo de edad inferior fue del 100%. Este perfil era más frecuente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (Tabla 4.1.3).

4.1.3. taula / tabla 4.1.3

Sarritzaile handiak diren biztanleak (%), adin-taldea eta sexua kontuan hartuta, 2007
Población (%) gran frecuentadora por grupo de edad y sexo, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Sexu biak Ambos sexos
0-14	9,4	9,6	9,5
15-24	3,3	3,0	3,1
25-44	5,7	8,9	7,2
45-64	10,2	13,2	11,7
>= 65	20,7	19,3	19,9
Guztira / Total	9,4	11,6	10,5

Egindako kontsultaren emaitzari dagokionez, ikusten da kontsulta mediko batera joan ziren pertsonen ia erdiari botikak errezetatu zitzaizkiela, %42k aztertzen jarraitu eta osasun-arazoaren eboluzioa ikusteko zita berria jaso zuen; eta heren bati ohitura osasungarriari (dieta, ariketa fisikoa, etab.) buruzko aholkuak eman zitzaizkion. Lau pertsonatik bati proba osagarriak (analitika, erradiografiak, espirometria, elektrokardiograma, etab.) egiteko agindu zitzaion, %20,6 beste kontsulta mediko batera bidali zen, eta hamarretik bat erizaintzako kontsultara bere asistentzia osatzeko edo bere arazoaren jarraipena egiteko. Azkenik, kontsulta mediko anbulatorio bat egin zuten pertsonen %1 baino ez ziren ospitalera bidaliak izan.

Adinak gora egiten zuen heinean, beste hauen maiztasunak ere gora egiten zuen: arazoaren jarraipena egiteko azterketak eta kontsultak, proba osagarriak egitea, beste kontsulta mediko batera edo erizaintzako kontsultara bidaltzea. Aitzitik, osasun-aholkuak eta botikak errezetatzea sarriagoak izan ziren gazteagoak ziren pertsonen artean (4.1.4. taula).

Con respecto al resultado de la consulta realizada, se observa que a casi la mitad de las personas que acudieron a una consulta médica se le recetaron medicamentos, un 42% recibió nueva cita para seguir el estudio u observar la evolución del problema de salud, a una tercera parte se le dieron consejos sobre hábitos saludables (dieta, ejercicio físico, etc.). A una de cada cuatro personas se le indicó la realización de pruebas complementarias (analítica, radiografías, espirometría, electrocardiograma, etc.), el 20,6% fue derivado a otra consulta médica, y una de cada diez a la consulta de enfermería para completar su asistencia o hacer seguimiento de su problema. Por último, sólo el 1% de las personas que realizaron una consulta médica ambulatoria fueron remitidas al hospital.

A medida que aumentaba la edad aumentaba también la frecuencia de revisiones o consultas de seguimiento del problema, la realización de pruebas complementarias, la derivación a otra consulta médica o de enfermería. Por el contrario, los consejos de salud y la receta de medicamentos fueron más frecuentes entre las personas más jóvenes (Tabla 4.1.4).

4.1.4. taula / tabla 4.1.4

Kontsulta medikoen emaitzen banaketa (%), adin-taldeak kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) de los resultados de las consultas médicas por grupos de edad, 2007

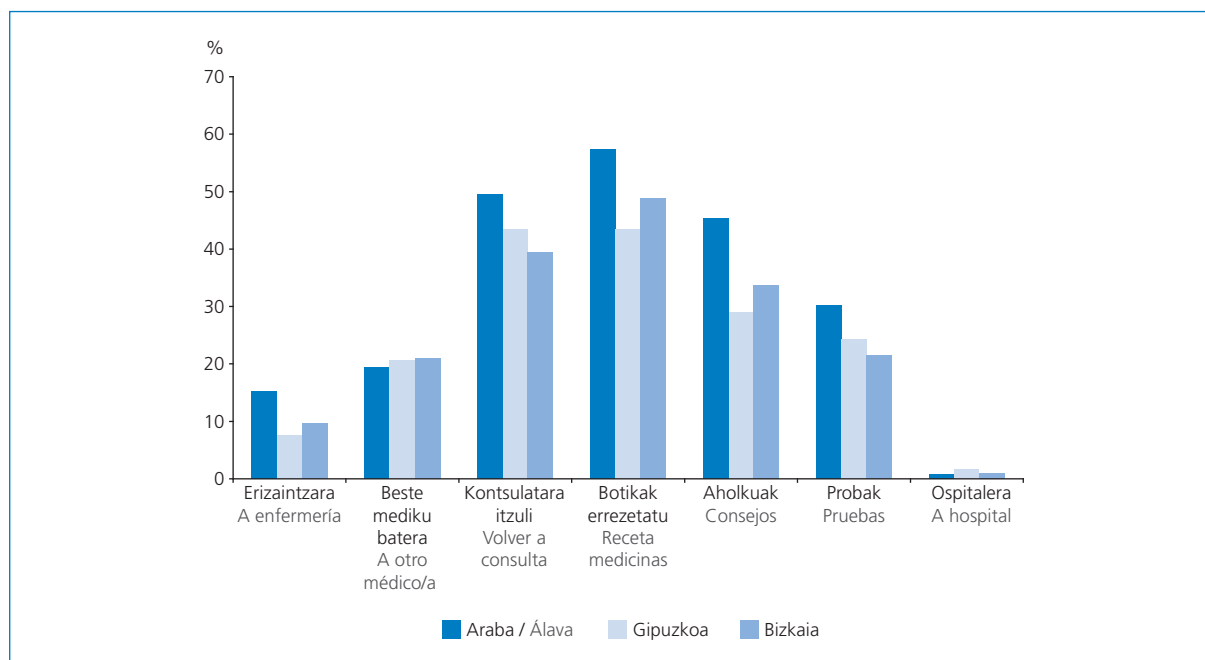
	Erizaintzara bidalia Remitido a enfermera		Beste mediku batera bidalia Remitido a otro médico		Itzultzeko esan zion Le dijo que volviese		Botikak errezetatzeko Receta medicamentos		Aholkuak eman zizkion Le dio consejos		Probak agindu zituen Mandó pruebas		Ospitalera bidalia Remitido a hospital	
	Bai / Sí	Ez / No	Bai / Sí	Ez / No	Bai / Sí	Ez / No	Bai / Sí	Ez / No	Bai / Sí	Ez / No	Bai / Sí	Ez / No	Bai / Sí	Ez / No
0-14	9,8	90,2	12,6	87,4	34,1	65,9	54,9	45,1	41,4	58,6	16,7	83,3	1,4	98,6
15-24	6,3	93,7	16,0	84,0	42,6	57,4	58,2	41,8	33,4	66,6	20,8	79,2	0,8	99,2
25-44	8,7	91,3	20,7	79,3	38,2	61,8	46,6	53,4	34,8	65,2	23,1	76,9	1,2	98,8
45-64	10,6	89,4	24,8	75,2	44,4	55,6	45,8	54,2	32,2	67,8	25,4	74,6	0,8	99,2
>= 65	10,9	89,1	21,3	78,7	48,1	51,9	46,9	53,1	30,9	69,1	27,3	72,7	1,4	98,6
Guztira / Total	9,9	90,1	20,6	79,4	42,3	57,7	48,4	51,6	33,9	66,1	23,8	76,2	1,1	98,9

Ezberdintasunak nabaritu ziren, Lurralde Historikoen arabera, pertsonal medikoak bere eskura zituen baliabideak erabiltzeko moduan. Horiek horrela, Arabakoak erizaintzara bidaltzen zuen, ara-

Se observaron diferencias por Territorio Histórico en la utilización que hacía el personal médico de los recursos a su alcance. Así, el de Álava derivaba a enfermería, volvía a revisar el problema, receta-

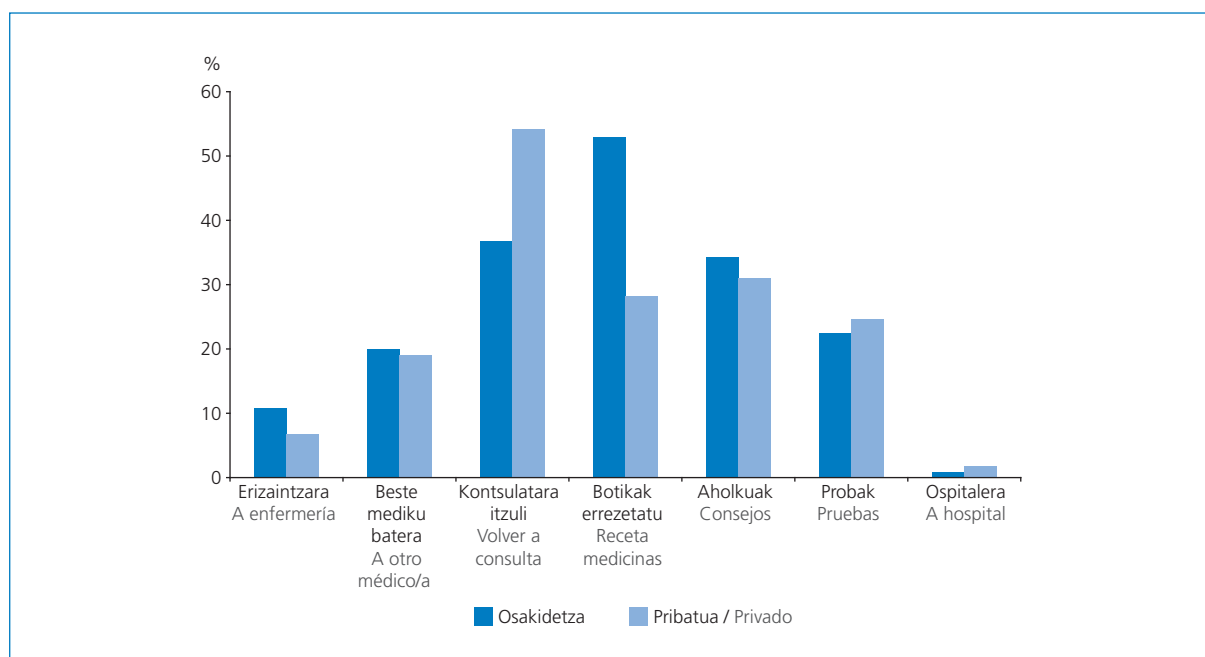
4.1.1. irudia / figura 4.1.1

Kontsultetako emaitzen banaketa (%), Lurralde Historikoa kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) de los resultados de las consultas por Territorio Histórico, 2007



4.1.2. irudia / figura 4.1.2

Kontsultako emaitzaren banaketa (%), zerbitzua ematen duen enpresa-mota kontuan hartuta, 2007
Distribución (%) del resultado de la consulta por tipo de empresa proveedora del servicio, 2007



zoa berriz aztertzen zuen, botikak errezetatzen zituen, aholkuak ematen zituen eta proba osagarriak eskatzen zituen, Bizkaiko eta Gipuzkoako pertsonal medikoak baino proportzio handiagoan. Neurri txikiagoan botikak errezetatu eta osasunarekin zerikusia zuten aholkuak ematen zituen pertsonal medikoa Gipuzkoakoa zen, eta kontsultetara itzultzea eta proba osagarriak gutxien eskatzen zituen Bizkaikoa zen. Medikuntzaren beste profesional batengana bideratzen zen kontsulten proportzioa, antzekoa izan zen hiru lurraldeetan (4.1.1. irudia).

Osakidetzako pertsonal medikoak, asistentzia pribatukoak baino proportzio handiagoan errezetatu zituen botikak; eta kontsulta sarriago bideratu zuen erizaintzako pertsonalera. Hala ere, asistentzia pribatuko pertsonal medikoak sarriago gomen datu zuen arazoa berrikusteko itzultzea. Kontsultaren gainerako emaitzetan, zerbitzuaren hornitzaile ezberdinen arteko desberdintasunak ez ziren garrantzitsuak izan (4.1.2. irudia).

Irisgarritasuna: Hurbiltasuna eta ordutegiaren egokitzapena

Bizi diren tokitik kontsulta medikoko zentrorako distantziaz biztanleriak duen iritziari dagokionez, %13k uste zuen zentroa urrun zegoela eta %3,5ak aditzera eman zuen oso urrun zegoela. Gainerakoei hurbil zegoela (%54,3) edo oso hurbil (%29,2) iruditzen zitzairen. Ez zen eredu bat ezartzeko besteko ezberdintasun esanguratsurik egon, sexua edo adin taldea kontuan hartu zenean (4.1.5. taula).

Osasun-eskualdeka, Bilboko eta Arabako biztanleak izan ziren euren osasun-zentroa hurbilen zegoela uste zutenak; Uribe Kosta eta Gipuzkoa Ekialdeko eskualdeetan, berriz, osasun-zentroa urrun edo oso urrun zegoela usten zuten pertsonen proportziorik altuenak lortu ziren.

Zentro pribatueta joaten diren pertsonen artean, zentroaren urruntasunaren hautematea sarriagoa izan zen (%28,2), Osakidetzako zentroetara zihoaztenekin alderatuta (%11,7).

Ordutegiaren egokitzapenari dagokionez, biztanleriaren %5,2k baino ez zuen uste ordutegia ez zela hain egokia edo ez zela batere egokia; eta nagusiagoek proportzio altuagoan uste zuten ordutegia oso egokia zela (4.1.6. taula).

Ordutegia desagokia zela uste zuten biztanleengan antzeko proportzioak ikusi ziren sektore pribatuan (%4) eta Osakidetzan (%5).

ba medicinas, daba consejos y solicitaba pruebas complementarias en mayor proporción que el personal médico de Bizkaia y Gipuzkoa. El personal médico que recetaba medicinas y daba consejos relacionados con la salud en menor medida era el de Gipuzkoa, y el que menos pedía volver a las consultas y hacer pruebas complementarias era el de Bizkaia. La proporción de consultas en las que se derivaba a otro profesional de la medicina fue similar en los tres territorios (Figura 4.1.1).

El personal médico de Osakidetza recetó medicamentos en mayor proporción que el de asistencia privada y también derivó con mayor frecuencia la consulta a personal de enfermería. Sin embargo, el personal médico de la asistencia privada recomendó con mayor frecuencia volver a revisión del problema. En el resto de los resultados de la consulta las diferencias entre los diferentes proveedores del servicio no fueron relevantes (Figura 4.1.2).

Accesibilidad: Proximidad y adecuación horaria

En cuanto a la opinión que tiene la población de la distancia del domicilio al centro de consulta médica, el 13% consideró que el centro estaba lejos y un 3,5% manifestaba que muy lejos, el resto opinaba que se encontraba cerca (54,3%) o incluso muy cerca (29,2%). No hubo diferencias significativas ni por sexo ni por grupo de edad como para establecer un patrón (Tabla 4.1.5).

Por comarcas sanitarias, la población de Bilbao y Álava fue la que consideró más cercano su centro de salud, en la comarca de Uribe Kosta y Gipuzkoa. Este se obtuvieron las proporciones más altas de personas que consideraban que el centro de salud se situaba lejos o muy lejos.

Entre las personas que acuden a centros privados la percepción de lejanía del centro fue más frecuente (28,2%) que entre las que van a centros de Osakidetza (11,7%).

Por lo que respecta a la adecuación horaria, sólo el 5,2% de la población opinaba que el horario era poco o nada apropiado, y era la de mayor edad la que en mayor proporción lo consideraba muy apropiado (Tabla 4.1.6).

Se observaron proporciones similares de población que opinó que el horario era inadecuado en el sector privado (4%) y en Osakidetza (5%).

4.1.5. taula / tabla 4.1.5

Bizi diren tokitik kontsulta medikoko zentzura dagoen distantziaz duten iritziaren arabera biztanleria (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Población (%) según la opinión de la distancia del domicilio al centro de consulta médica por sexo y edad, 2007

		Hurbiltasuna / Proximidad				GUZTIRA TOTAL
		Oso hurbil Muy cerca	Hurbil Cerca	Urrun Lejos	Oso urrun Muy lejos	
Gizona Hombre	0-14	32,2	56,9	8,8	2,1	100,0
	15-24	30,7	45,1	20,0	4,1	100,0
	25-44	27,5	55,7	14,6	2,2	100,0
	45-64	25,6	59,9	11,6	2,9	100,0
	>= 65	28,7	52,2	14,2	5,0	100,0
	Guztira / Total	28,2	55,6	13,0	3,3	100,0
Emakumea Mujer	0-14	30,9	54,3	13,5	1,3	100,0
	15-24	31,7	56,3	7,0	5,0	100,0
	25-44	27,0	55,8	13,7	3,5	100,0
	45-64	29,0	54,9	12,6	3,6	100,0
	>= 65	32,6	49,0	13,7	4,7	100,0
	Guztira / Total	29,9	53,3	13,0	3,7	100,0
Sexu biak Ambos sexos	0-14	31,5	55,6	11,1	1,7	100,0
	15-24	31,2	50,7	13,6	4,5	100,0
	25-44	27,2	55,8	14,1	3,0	100,0
	45-64	27,4	57,1	12,1	3,3	100,0
	>= 65	31,0	50,3	13,9	4,8	100,0
	Guztira / Total	29,2	54,3	13,0	3,5	100,0

4.1.6. taula / tabla 4.1.6

Kontsulta medikoaren ordutegiaz duten iritziaren arabera biztanleria (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Población (%) según la opinión del horario de la consulta médica por sexo y edad, 2007

		Ordutegiaren egokitzapena / Adecuación horaria				GUZTIRA TOTAL
		Oso egokia Muy apropiado	Nahiko egokia Algo apropiado	Ez oso egokia Poco apropiado	Batere egokia Nada apropiado	
Gizona Hombre	0-14	60,2	35,4	4,4	—	100,0
	15-24	55,8	34,6	6,9	2,7	100,0
	25-44	51,9	41,4	5,6	1,0	100,0
	45-64	55,6	38,7	5,6	0,2	100,0
	>= 65	61,5	35,6	2,2	0,7	100,0
	Guztira / Total	57,1	37,7	4,6	0,6	100,0
Emakumea Mujer	0-14	54,5	39,3	4,0	2,2	100,0
	15-24	55,8	31,9	11,1	1,2	100,0
	25-44	55,2	39,1	4,6	1,1	100,0
	45-64	60,0	34,5	4,2	1,2	100,0
	>= 65	65,8	30,7	2,7	0,8	100,0
	Guztira / Total	59,8	34,9	4,2	1,2	100,0
Sexu biak Ambos sexos	0-14	57,3	37,4	4,2	1,1	100,0
	15-24	55,8	33,2	9,0	1,9	100,0
	25-44	53,9	40,0	5,0	1,1	100,0
	45-64	58,0	36,4	4,8	0,8	100,0
	>= 65	64,1	32,7	2,5	0,7	100,0
	Guztira / Total	58,6	36,1	4,3	0,9	100,0

Kontulta medikoak espezialitate-motaren arabera

Egindako kontulta medikoen %63,5 medikuntza orokorrekoak izan ziren, eta %15,3 dentistara joan ziren. Garrantzia kontuan hartuta, atzetik pediatria (%8,9) eta traumatologiara (%6,3) egindako kontulta-kopurua dago.

Consultas médicas por tipo de especialidad

El 63,5% de las consultas médicas realizadas fueron a medicina general y un 15,3% al dentista. Le siguen en orden de importancia el número de consultas hechas a pediatría (8,9%) y a traumatología (6,3%).

4.1.7. taula / tabla 4.1.7

Kontulta medikoak (%), espezialitate-mota, sexua eta adina kontuan hartuta, 2007
Consultas médicas (%) por tipo de especialidad por sexo y edad, 2007

Gizona Hombre	<=14	15-24	25-44	45-64	>=65	Guztira Total
Dentista / Dentista	24,8	13,2	24,7	27,1	10,2	100,0
Medikuntza orokorra / Medicina general	18,7	4,9	19,1	30,3	26,9	100,0
Ginekologia / Ginecología	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oftalmologia / Oftalmología	5,7	5,2	12,1	28,9	48,0	100,0
Otorrinolaringologia / Otorrinolaringología	12,7	0,0	29,9	40,1	17,4	100,0
Traumatologia / Traumatología	8,3	10,6	27,5	37,5	16,0	100,0
Arnasa / Respiratorio	25,7	0,0	16,9	28,2	29,3	100,0
Dermatologia / Dermatología	23,1	18,5	29,1	12,1	17,2	100,0
Erradiologia / Radiología	3,6	8,2	19,2	45,8	23,1	100,0
Barne-medikuntza / Medicina Interna	0,0	8,1	24,5	33,5	33,8	100,0
Kardiologia / Cardiología	0,0	5,0	6,0	30,7	58,3	100,0
Kirurgia / Cirugía	0,0	0,0	14,2	53,9	32,0	100,0
Urologia / Urología	0,0	4,5	9,7	35,5	50,3	100,0
Endokrinologia / Endocrinología	0,0	17,9	13,5	34,1	34,4	100,0
Onkologia / Oncología	0,0	0,0	15,4	48,0	36,7	100,0
Neurologia / Neurología	0,0	7,7	15,4	59,2	17,7	100,0
Digestiboa / Digestivo	3,2	3,3	61,2	20,8	11,5	100,0
Psikiatria / Psiquiatría	0,0	8,4	25,4	35,9	30,3	100,0
Errehabilitazioa / Rehabilitación	0,0	4,6	16,8	49,6	29,0	100,0
Beste batzuk / Otras	7,2	13,3	28,9	35,2	15,3	100,0

Emakumea Mujer	<=14	15-24	25-44	45-64	>=65	Guztira Total
Dentista / Dentista	11,5	8,6	31,6	31,5	16,8	100,0
Medikuntza orokorra / Medicina general	16,6	4,8	19,6	27,1	31,8	100,0
Ginekologia / Ginecología	0,7	4,5	59,6	25,4	9,7	100,0
Oftalmologia / Oftalmología	2,5	8,8	9,5	26,3	52,9	100,0
Otorrinolaringologia / Otorrinolaringología	21,4	2,2	16,6	31,0	28,9	100,0
Traumatologia / Traumatología	5,6	4,2	15,2	40,9	34,2	100,0
Arnasa / Respiratorio	19,9	0,0	33,7	22,5	23,9	100,0
Dermatologia / Dermatología	2,9	7,1	43,0	23,1	23,9	100,0
Erradiologia / Radiología	14,0	2,8	14,7	33,9	34,6	100,0
Barne-medikuntza / Medicina Interna	4,4	0,0	29,2	28,7	37,8	100,0
Kardiologia / Cardiología	1,7	0,0	4,9	31,0	62,5	100,0
Kirurgia / Cirugía	0,0	0,0	18,0	57,9	24,1	100,0
Urologia / Urología	0,0	9,2	23,3	38,7	28,8	100,0
Endokrinologia / Endocrinología	4,6	2,5	20,3	37,1	35,5	100,0
Onkologia / Oncología	10,8	0,0	41,5	38,3	9,4	100,0
Neurologia / Neurología	8,9	5,9	7,8	27,0	50,4	100,0
Digestiboa / Digestivo	0,0	4,6	25,8	36,5	33,1	100,0
Psikiatria / Psiquiatría	0,0	12,3	43,9	36,9	7,0	100,0
Errehabilitazioa / Rehabilitación	0,0	0,0	11,3	68,8	19,9	100,0
Beste batzuk / Otras	5,1	3,2	16,1	48,1	27,6	100,0

Adinak gora egin ahala kardiologia, oftalmologia eta urologiako kontsulta-kopuruak gora egiten zuen. 25 urtetik 44 urtera arteko emakumezkoak dira ginekologia eta digestiboko kontsulta gehiago egiten zutenak. Errehabilitazioa eta kirurgia izan ziren, 45 eta 64 urte artekoek gehien bisitatu zituzten kontsultak (4.1.7. taula).

Talde sozial guztietan medikuntza orokorra, odontologia eta traumatologia izan ziren gehien bisitatu ziren kontsultak. Egoerarik hobereneko taldeak egindako kontsulta guztiak kontuan hartzen badi-ra, ikusten da beste taldeetan baino portzentaje handiagoan joan direla ginekologiara. Egoerarik txarrean dagoen talde sozialekoek sarriago joaten ziren oftalmologiako kontsultetara.

Osakidetza eta traumatologia, oftalmologia eta ginekologiako kontsultetara joateko itxaronaldi-egunen batez bestekoa, altuena izan zen espezialisten bisiten artean. Espezialitate horietan sektore pribatu itxaronaldia 5 egunekoa izan zen.

Medikuntza orokorreko eta pediatriako kontsulten itxaronaldi-egunetan ez zen ia ezberdintasunik egon Osakidetza eta sektore pribatuaren artean (4.1.3. irudia).

Con la edad aumentaba el número de consultas a cardiología, oftalmología y urología. Las mujeres de 25 a 44 años son las que realizaban más consultas a ginecología y digestivo. Rehabilitación y cirugía fueron las consultas más visitadas por las personas de edades comprendidas entre 45 y 64 años (Tabla 4.1.7).

En todos los grupos sociales la medicina general, odontología y traumatología fueron las consultas más visitadas. Dentro del total de consultas realizadas por el grupo más favorecido hay un mayor porcentaje de las mismas a ginecología que en los otros grupos. La población del grupo social más desfavorecido acudía con mayor frecuencia a las consultas de oftalmología.

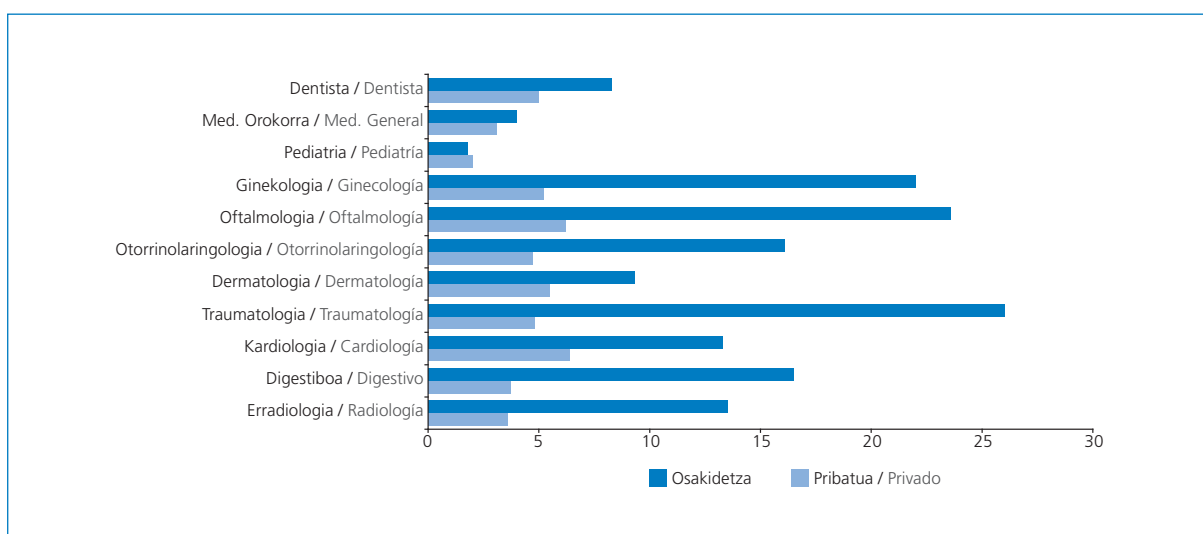
La media de días de espera para acudir a consultas de traumatología, oftalmología y ginecología de Osakidetza fueron las más elevadas entre las visitas a especialistas. En estas especialidades en el sector privado la espera fue de cinco días.

En los días de espera de las consultas de medicina general y pediatría apenas hubo diferencia entre Osakidetza y el sector privado (Figura 4.1.3).

4.1.3. irudia / figura 4.1.3

Espezialitate mediko batzuen kontsultarako itxaronaldiaren iraupena (batez bestekoa egunetan), sektore publiko edo pribatuaren arabera, 2007

Duración (media en días) de espera para la consulta de ciertas especialidades médicas según sector público o privado, 2007



Espezialitate mediko guztietan batez besteko iraupena, sektore pribatuan Osakidetza baino handiagoa izan zen. Horiek horrela, sektore publikoan kontsultaren batez besteko iraupena tarte hauetan

En todas las especialidades médicas la duración media del tiempo de consulta fue mayor en el sector privado que en Osakidetza. Así, si en el sector público la duración media de la consulta se encon-

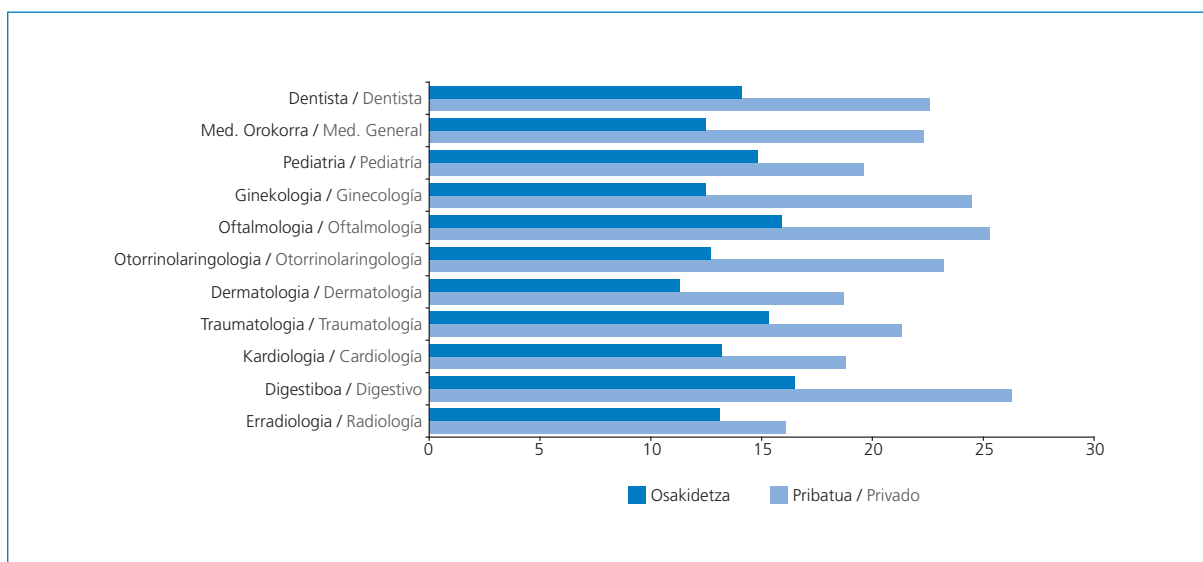
zegoen: dermatologian 11 minutu eta digestiboan 17. Sektore pribatuan, ordea, hauexen: 16 minutu erradiologiako kontsultetan eta 26 digestibokoe-tan. Osakidetza eta sektore pribatuaren arteko kontsultaren iraupenean zeuden ezberdintasun txikiak, honako espezialitate hauetan kokatu ziren: erradiologia, pediatria, traumatologia eta kardiologia. Gainerakoetan 9 edo minutu gehiagoko aldea zegoen (4.1.4. irudia).

traba entre los 11 minutos de dermatología y los 17 de digestivo, el intervalo en el sector privado oscilaba entre los 16 minutos de las consultas de radiología y los 26 de las de digestivo. Las menores diferencias en duración de consulta entre Osakidetza y el sector privado se situaron en las siguientes especialidades: radiología, pediatría, traumatología y cardiología y. En el resto existía una diferencia de nueve o más minutos (Figura 4.1.4).

4.1.4. irudia / figura 4.1.4

Espezialitate mediko batzuen kontsulten denboraren batez besteko iraupena (minutuak), sektore publiko edo pribatuaren arabera, 2007

Duración media (minutos) del tiempo de consulta de ciertas especialidades médicas según sector público o privado, 2007



1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

1997, 2002 eta 2007 urteetako inkestaren emaitzak ikusita, pertsona eta urte bakoitzeko kontsultetan gehikuntza txiki bat gertatu dela ikusten da; 1997an 7,0 kontsulta eta 2002an 7,3 kontsulta izatetik 2007an 8,1 izatera igaro baita. Adin-taldean arabera, gehikuntza 45 urtetik gorako biztanleengan neurri handiagoan gertatu da (4.1.5. irudia).

Kontsulten batez bestekoak gora egin zuen azken urtean, 14 urtetik beherako eta 45 urtetik gorako gizonezkoengan. Emakumezkoen kasuan, antzeko profila ikusi zen, 65 urtetik gorakoengan kasuan izan ezik; azken horiek 2002ko inkestarekiko jaitiera jasan baitzuten (4.1.8. taula).

Edozein adin-taldetan, urtean 10 edo kontsulta mediko gehiago egin zituzten pertsonen proportzioa, gutxi gorabehera, egonkor mantendu da azken urteetan (4.1.6. irudia).

EVOLUCIÓN DESDE 1997

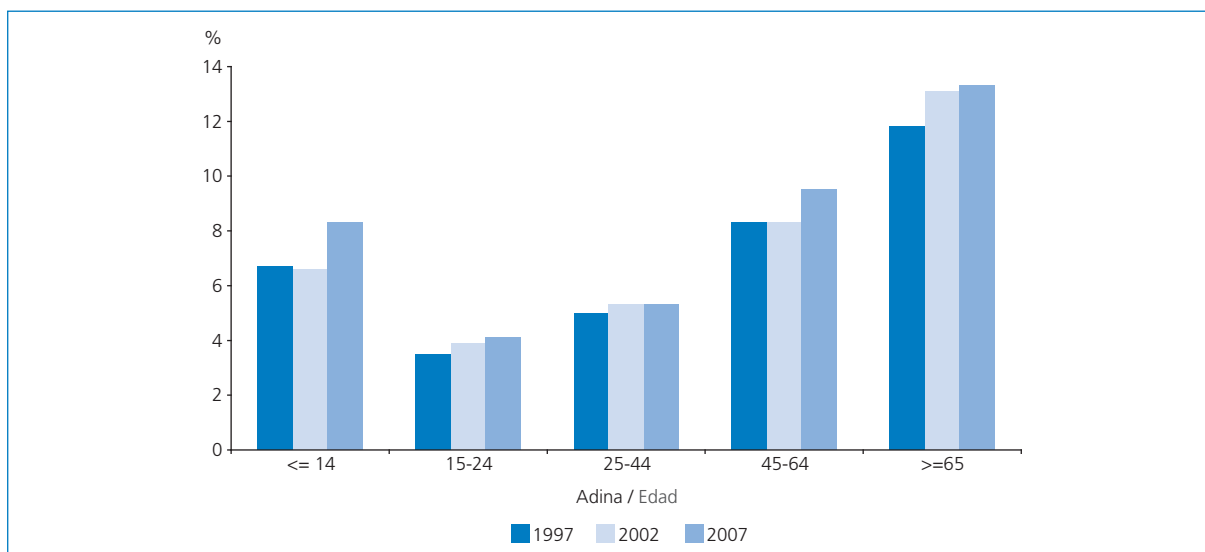
A la vista de los resultados de la Encuesta en los años 1997, 2002 y 2007 se observa un ligero incremento de las consultas por persona y año, pasando de 7,0 consultas en 1997 y 7,3 consultas en 2002 a 8,1 en 2007. Por grupos de edad, el incremento se ha producido en mayor medida en la población que supera los 45 años (Figura 4.1.5).

La media de consultas aumento en el último año en los hombres menores de 14 años y en los mayores de 45. En las mujeres se observó un perfil similar excepto en las mayores de 65 años que experimentaron una disminución con respecto a la encuesta de 2002 (Tabla 4.1.8).

La proporción de personas que realizaron 10 o más consultas médicas anuales en cualquiera de los grupos de edad, se ha mantenido más o menos estable en los últimos años (Figura 4.1.6).

4.1.5. irudia / figura 4.1.5

Pertsona eta urteen araberako kontsulten batez bestekoa, adin-taldeak kontuan hartuta. 1997-2007
Media de consultas por persona y año por grupos de edad. 1997-2007

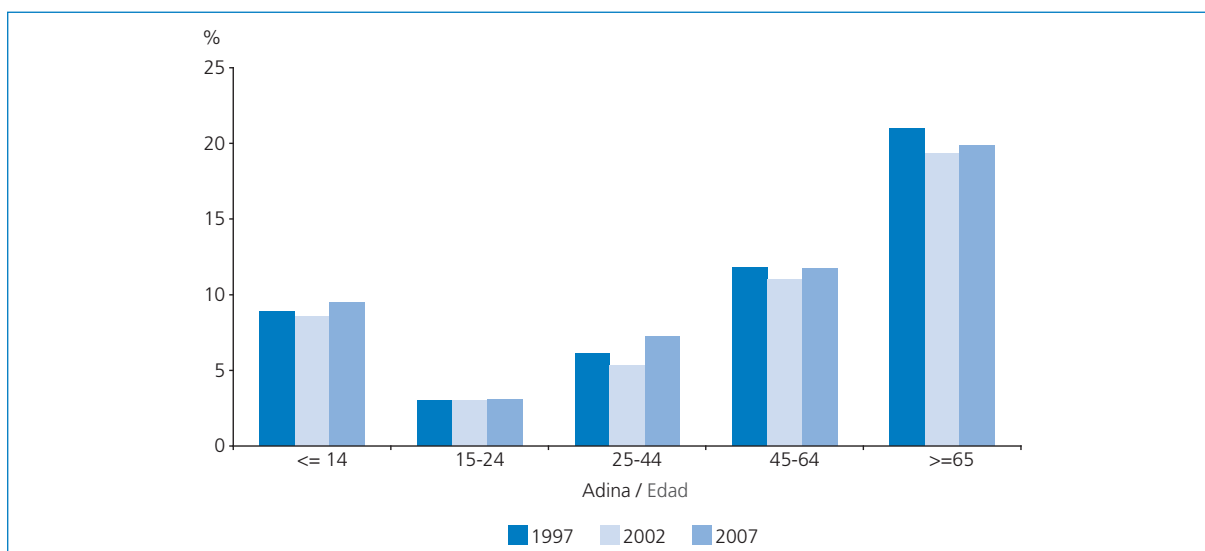
**4.1.8. taula / tabla 4.1.8**

Kontsulta medikoen batez bestekoa, adina eta sexua kontuan hartuta. 1997-2007
Media de consultas médicas por edad y sexo. 1997-2007

	Gizona / Hombre			Emakumea / Mujer		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
<=14	7,0	7,5	7,7	6,5	5,7	8,9
15-24	3,2	3,6	4,0	4,0	4,3	4,2
25-44	4,7	4,5	4,4	5,5	6,2	6,2
45-64	7,3	7,3	8,9	9,4	9,2	10,1
>=65	11,3	11,3	13,3	12,2	14,3	13,2

4.1.6. irudia / figura 4.1.6

Sarritzaile handiak diren biztanleak (%), adin-taldea kontuan hartuta. 1997-2007
Población (%) gran frecuentadora por grupo de edad. 1997-2007

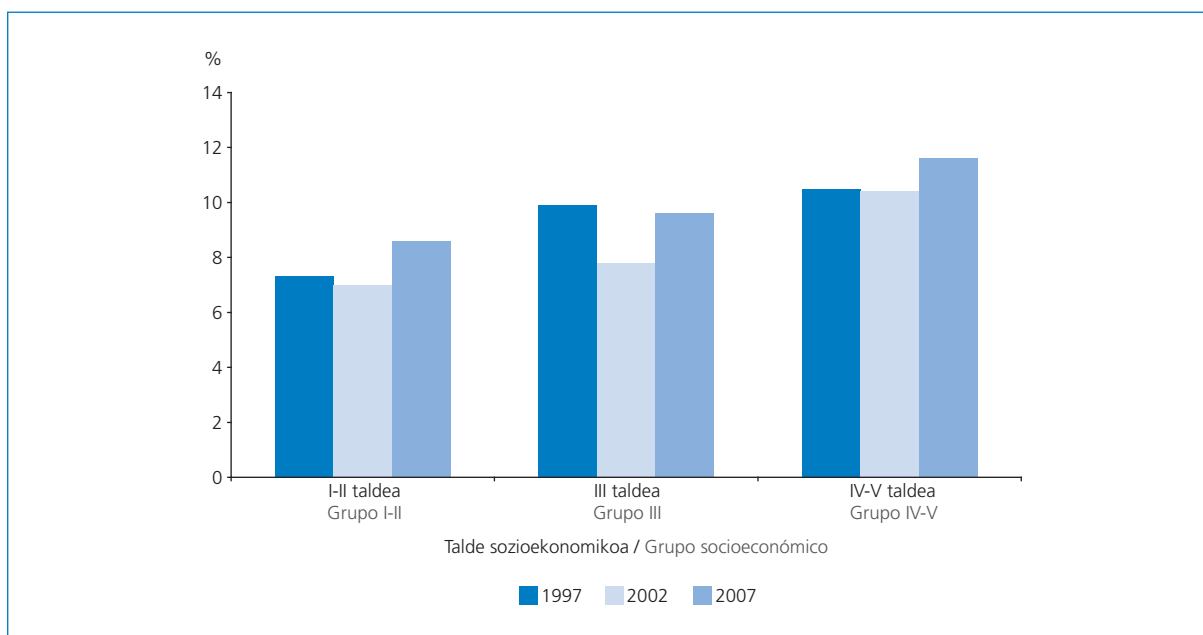


Talde sozioekonomikoaren arabera ikusten da, 2002. urtean sarritzaile handiak diren pertsonen proportzioan jaitsiera txiki bat egon ondoren, 2007. urtean igoera bat gertatzen dela talde sozioekonomiko guztietan. Gainera, egoera txarreneko taldeenengan proportzio handiagoa mantentzen da (4.1.7. irudia).

Por grupo socioeconómico se observa que tras un ligero descenso de la proporción de personas grandes frecuentadoras en el año 2002, en el año 2007 se produce un aumento en todos los grupos socioeconómicos. Además se mantienen los grupos más desfavorecidos con una mayor proporción (Figura 4.1.7).

4.1.7. irudia / figura 4.1.7

Sarritzaile handiak diren biztanleak (%), talde sozioekonomikoa kontuan hartuta. 1997-2007
Población (%) gran frecuentadora por grupo socioeconómico. 1997-2007



Osasun-zentroak edo anbulatorioak, argi eta garbi, kontsulta mediko gehienak egiten ziren tokia izaten jarraitzen dute. Aurreko urteekiko aldaketa garrantzitsurik nabaritu ez zen arren, emaitzek iradokitzen dute Osakidetzaaren saretik kanpo egindako kontsultetan jaitsiera eta kanpoko kontsultetan igoera gertatu dela (4.1.8. irudia).

Osasun-arazo bat diagnostikatu, tratatu edo berrikusteko egindako kontsulta medikoen proportzioak behera egin zuen; baina haurdunaldia eta ama-haurrentzako kontrolarekin zerikusia zeukaten kontsulten proportzioak gora egin zuen. Prebentziozko prozedurekin zerikusia dutenak egonkor mantendu ziren, eta botikak lortzeko zirenak pixka bat jaitsi ziren, azken urtean (4.1.9. irudia).

Kontsulta medikoen emaitzei dagokienez, azken hamarkadan gora egin zuen kontsulta medikotik erizaintzako kontsultara bideratzeak, eta neurri handiagoan beste kontsulta mediko batera bidaltzeak. Botikak errezetatzeko eta osasunarekin ze-

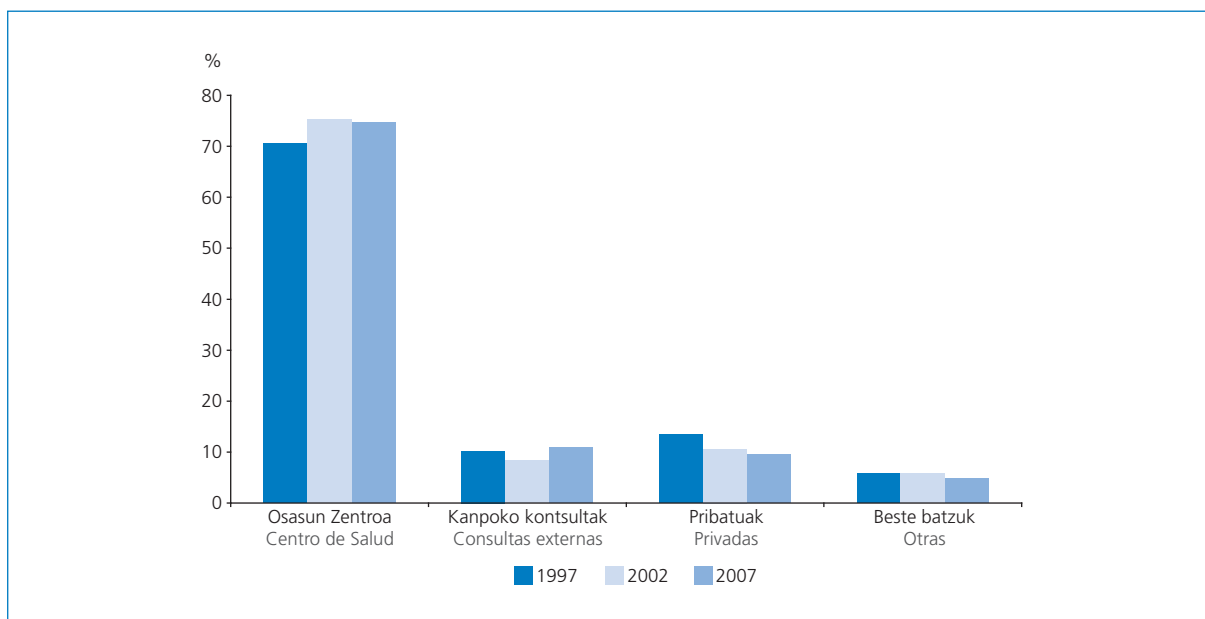
El centro de salud o ambulatorio continuaba siendo claramente el lugar donde se realizaban la mayoría de las consultas médicas. Aunque no se observaron cambios importantes con respecto a los años anteriores, los resultados sugieren una disminución de las consultas realizadas fuera de la red de Osakidetza y un aumento de las consultas externas (Figura 4.1.8).

La proporción de consultas médicas cuyo motivo fue el diagnóstico, tratamiento o revisión de un problema de salud disminuyó, mientras aumentaba la proporción de las consultas relacionadas con el embarazo y el control materno-infantil. Las relacionadas con procedimientos preventivos se mantuvieron estables y las destinadas a obtener medicamentos disminuyeron ligeramente el último año (Figura 4.1.9).

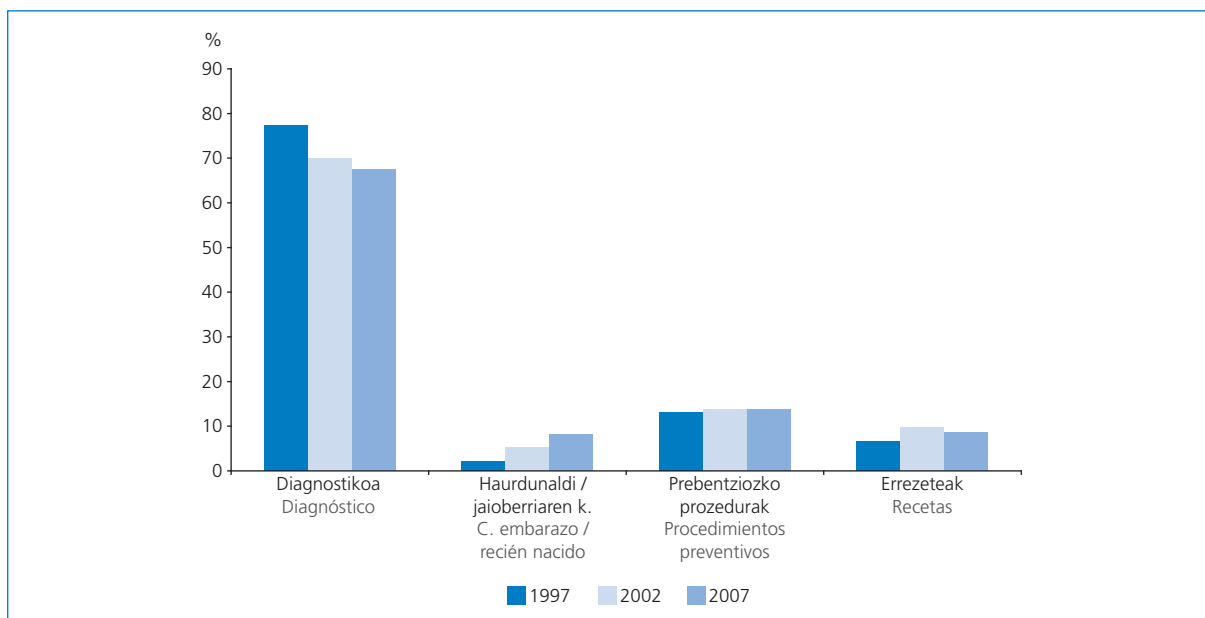
En cuanto a los resultados de las consultas médicas, en el último decenio aumentó la derivación de la consulta médica hacia la consulta de enfermería y en mayor medida la remisión a otra consulta médica. Apenas hubo variaciones en la frecuencia de

4.1.8. irudia / figura 4.1.8

Kontsulta mediko bat egin zuen biztanleria (%), egin zuen tokiaren arabera, 1997-2007
Población (%) que realizó una consulta médica según el lugar de realización, 1997-2007

**4.1.9. irudia / figura 4.1.9**

Kontsulta mediko bat egin zuen biztanleria (%), kontsultaren arrazoiaren arabera, 1997-2007
Población (%) que realizó una consulta médica según el motivo de la consulta, 1997-2007



rikusia zuten aholkuak emateko maiztasunean aldaketa gutxi egon zen. Hala ere, pixkanakako igoera txiki bat nabaritzen da proba osagarriak egitean (4.1.9. taula).

Sektore publiko eta pribatuaren artean kontsulta medikoaren iraupenean dagoen ezberdintasunak

la receta de medicamentos y en la de los consejos relacionados con la salud. Sin embargo, se aprecia un ligero aumento paulatino en la realización de pruebas complementarias (Tabla 4.1.9).

Ha aumentado la diferencia en la duración de la consulta médica entre el sector público y privado.

4.1.9. taula / tabla 4.1.9**Kontsulta medikoetako emaitzen banaketa (%), 1997-2007**

Distribución (%) de los resultados de las consultas médicas, 1997-2007

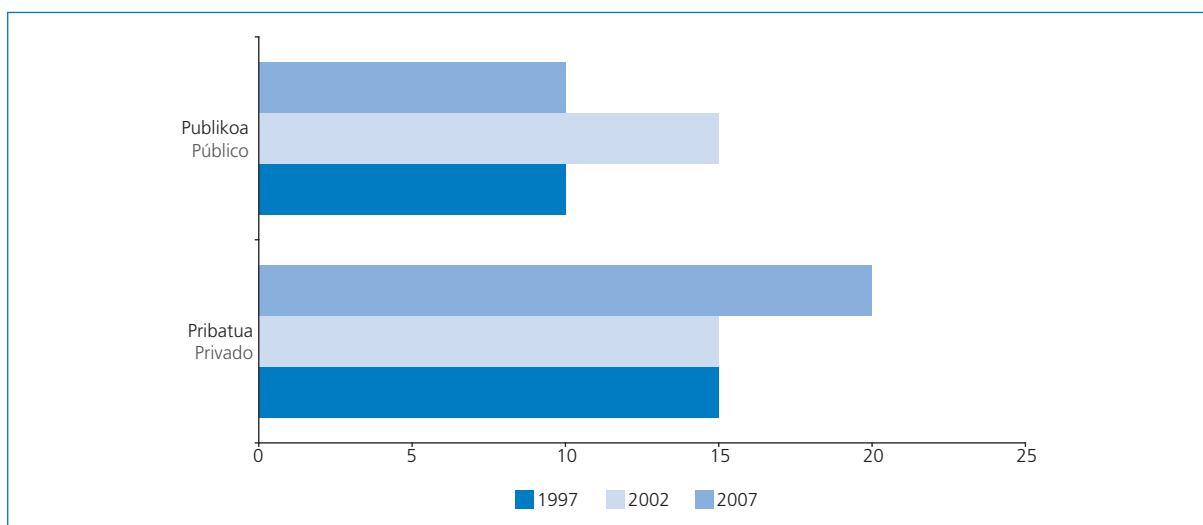
	1997	2002	2007
Erizaintzara bidalia / Remitido a enfermería	5,2	5,3	9,9
Beste mediku batera bidalia / Remitido a otro medico/a	8,9	12,5	20,6
Botikak errezetatzea / Receta de medicamentos	49,2	47,8	48,4
Probak / Pruebas	20,4	20,6	23,8
Osasun-aholkua / Consejos de salud	31,9	30,0	33,9

gora egin du. 2007an, Osakidetzako kontsulta medikoen %50ak 10 minutu edo gehiago iraun zuen; sektore pribatuan, berriz, kontsultaren iraupena 20 minutu edo gehiagokoa izan zen (4.1.10. irudia).

En 2007, el 50% de las consultas médicas en Osakidetza duraron 10 o más minutos, mientras que en el sector privado la duración de la consulta fue de 20 o más minutos (Figura 4.1.10).

4.1.10. irudia / figura 4.1.10**Kontsulta medikoaren iraupenaren mediana (minutuak), hornitzailearen arabera, 1997-2007**

Mediana (minutos) de la duración de la consulta médica según proveedor, 1997-2007



4.2

ATENTZIO URGENTEA

ATENCIÓN URGENTE

DEFINIZIOA

Inkesta egin zitzaizen pertsonen galdetzen zitzaizen, inkesta egin aurreko sei hilabeteetan zehar atentzio sanitario urgenterik eskatu zuten ala ez, ohikoa ez zen zentro batean edo ohiko zentroan, baina kontsulta-orduetatik kanpo. Noiz edo noiz zerbitzu horiek eskatu zituztenei honako gai hauei buruz galdetzen zitzaizen: urgentziaren arrazoia, urgentzia sortu zuen osasun-arazoa, asistentzia-tokia, asistentzia eman arte igarotako itxarote-denbora, emaitza –ospitaleratzea, etxera itzultzea, beste zentro batera bidaltzea– eta horri buruzko alderdi desberdinei buruzko iritzia.

DEFINICIÓN

Se preguntaba a las personas encuestadas sobre si, durante los seis meses anteriores a la encuesta, habían solicitado atención sanitaria urgente, en un centro distinto del habitual o en el centro habitual pero fuera de las horas de consulta. A las que habían solicitado alguna vez dichos servicios se les preguntaba por una batería de cuestiones incluyendo: el motivo de la urgencia, problema de salud que la originó, lugar de la asistencia, tiempo de espera transcurrido hasta obtener la asistencia, resultado –ingreso hospitalario, vuelta a domicilio, derivación a otro centro– y opinión sobre distintos aspectos de la misma.

OSASUN INKESTA 2007

Inkesta hau egin aurreko sei hilabeteetan, EAEko 303.095 pertsonak atentzio sanitario urgentea eskatu zuten. %52,4 emakumezkoak izan ziren. Biztanleria osoa kontuan hartuta, gizonezkoen %14,0 eta emakumezkoen %14,6 izan ziren.

Gizonezkoen artean, atentzio urgenterik gehien eskatu zuen adin-taldea 15 urtetik beherakoena izan zen, batez ere umeak; eta ondoren, 65 urtetik gorakoak izan ziren. Emakumezkoetan, muturretako adin-taldeek asistentzien proportzio ia bera (%19) erakusten zuten (4.2.1. taula).

ENCUESTA DE SALUD 2007

En los seis meses anteriores a la realización de esta encuesta, 303.095 personas de la CAE solicitaron atención sanitaria urgente. El 52,4% fueron mujeres. Teniendo en cuenta la población total, representaban el 14,0% de los hombres y el 14,6% de las mujeres.

Entre los hombres, el grupo de edad que más atención urgente solicitó fue el de los menores de 15 años, especialmente los niños, seguido del de mayores de 65 años. En las mujeres, los grupos de edad de los extremos presentaban casi la misma proporción de asistencias (19%) (Tabla 4.2.1).

4.2.1. taula / tabla 4.2.1

Azken sei hilabeteetan asistentzia urgentea jaso duten biztanleen banaketa (%),
sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Distribución de la población (%) que ha recibido asistencia urgente en los últimos seis meses por sexo y edad, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer
0-14	22,3	19,0
15-24	13,9	14,7
25-44	12,3	12,4
45-64	11,1	12,1
>= 65	15,4	18,5
Guztira / Total	14,0	14,6

Atentzio urgentera egindako bisita-kopurua

Azken sei hilabeteetan urgentziatzko kontsultetara joandako pertsonen %81,6k behin egin zuten, %15,4k 2 edo 3 aldiz, eta %3k 4 aldiz edo gehiagotan egin zuten. Emakumezkoak izan ziren, aztertutako denboraldian, gizonezkoek baino sarriago bisitak errepikatu zituztenak (%20,4 eta %16,3, hurrenez hurren). Gizonezkoen artean 4 edo gehiagotan errepikatutako bisitak sarriagoak izan ziren, baina ezberdinak ziren 15 urtetik beherako kasuan (%5,3), eta 15 urtetik 44 urtera arteko taldean (%2,4). Emakumezkoen kasuan tarte hori %4,8koa zen 25 urtetik 44 urtera arteko taldean, eta %0,8koa 0 eta 14 urte bitartekoentzat. Hala ere, 2 edo 3 bisiten maiztasuna emakumezkoengan gizonezkoengan baino sarriago ematen zen (4.2.2. taula).

Número de visitas realizadas a atención urgente

El 81,6% de las personas que acudieron a consultas de urgencia en los últimos seis meses lo hicieron una vez, el 15,4% dos o tres veces y el 3% acudió cuatro o más veces. Las mujeres, repitieron las visitas en el periodo observado con más frecuencia que los hombres (20,4% versus 16,3% respectivamente). Entre los hombres fueron más frecuentes las visitas repetidas cuatro o más veces, que variaban del 5,3% en los menores de 15 años al 2,4% en el grupo de 15 a 44 años. En las mujeres este rango era del 4,8% para el grupo de 25 a 44 años al 0,8% para las comprendidas entre 0 y 14 años. Sin embargo una frecuencia de dos o tres visitas caracterizaba más a las mujeres que a los hombres (Tabla 4.2.2).

4.2.2. taula / tabla 4.2.2

Azken sei hilabeteetan asistentzia urgentea jaso duten biztanleen banaketa (%), asistentzia-mota horretara zenbatetan joan den kontuan hartuta, sexu eta adinaren arabera, 2007

Distribución de la población (%) que ha recibido asistencia urgente en los últimos seis meses por el número de veces que ha acudido a este tipo de asistencia, sexo y edad, 2007

		1	2-3	>=4	Guztira Total
Gizona Hombre	0-14	79,4	15,3	5,3	100,0
	15-24	88,1	9,5	2,4	100,0
	25-44	88,1	8,3	3,6	100,0
	45-64	84,7	11,3	4,0	100,0
	>= 65	77,5	19,8	2,7	100,0
	Guztira / Total	83,7	12,5	3,8	100,0
Emakumea Mujer	0-14	73,6	25,6	0,8	100,0
	15-24	86,0	12,2	1,8	100,0
	25-44	78,2	17,0	4,8	100,0
	45-64	80,3	18,5	1,2	100,0
	>= 65	81,9	16,5	1,7	100,0
	Guztira / Total	79,6	18,1	2,3	100,0

Urgentziaren arrazoia

Urgentziatzko zerbitzuetara joan ziren pertsonen %43,8k, berehalako atentzioa behar zuten osasun-arazo arin bat zuela pentsatu zuten. %23,4k uste zuten osasun-arazo larria zuela, %17,1ak ez zekien zein zen arazoaren garrantzia; eta azkenik, %15,7k uste zuten haien arazoa arina izan arren, erosoagoa zela urgentzietara joatea. Gizonezkoen artean, osasun-arazo larria zutela pentsatzen zutenen proportzioa handiagoa zen (%25,8); emakumezkoen kasuan, berriz, arazoa konpontzeko berehalakotasuna nagusitu zen (%45,2). Gainerako aukeretan ez zen sexuaren arabera desberdintasunik egon (4.2.1. irudia).

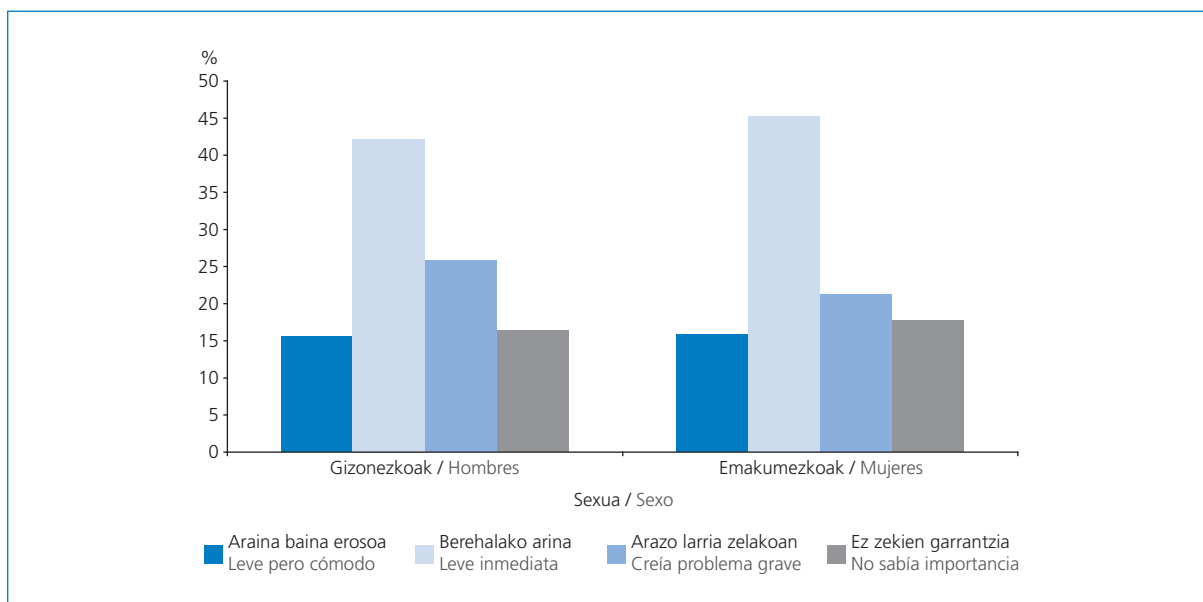
Motivo de la urgencia

El 43,8% de las personas que acudieron a los servicios de urgencia consideraron que tenían un problema de salud leve que necesitaba atención inmediata. Un 23,4% creía tener un problema de salud grave, un 17,1% tenían un problema del que no sabían su importancia y por último, un 15,7% consideraron que aunque su problema era leve, era más cómodo ir a urgencias. Entre los hombres hubo una mayor proporción de los que consideraron que tenían un problema de salud grave 25,8%, mientras que en las mujeres primó la inmediatez en la resolución del problema (45,2%). En el resto de las opciones no hubo diferencias por sexo (Figura 4.2.1).

4.2.1. irudia / figura 4.2.1

Urgentziazko zerbitzuetara egindako kontsulten banaketa (%), arazoaren larritasunaren hautematearen arabera, azken sei hilabeteetan, sexua kontuan hartuta. 2007

Distribución de las consultas (%) a los servicios de urgencia según percepción de la gravedad del problema, en los últimos seis meses, por sexo. 2007



Umeak eta gazteak izan ziren proportzio handiagoan joan zirenak urgentziazko zerbitzuetara arazo arinengatik eta erosoagoa zelako. Nagusiagoen artean, ordea, proportziorik handiena haien osasun-arazoa larria zelako pentsatzeagatik kontsulta egitera joan zen. Gizarte-klasearen araberrako desberdintasunei dagokienez, egoerarik txarrean dauden taldeetako biztanleria izan zen urgentziazko zerbitzuetara arazo arinengatik eta erosoagoa zelako sarrien joan zena; egoera hobean daudenen kasuan, batez ere, arazoa larria zenean eta berehalako atentzioa lortzeko, arazoa arina izan arren, joan ziren.

Lurralde historikoak kontuan hartzen badira, Bizkaiko biztanleak izan ziren urgentziazko zerbitzuetara arazo arinengatik eta erosoagoa zelako sarrien joan zirenak.

La población infantil y juvenil se dirigió en mayor proporción a los servicios de urgencia ante problemas leves y comodidad, mientras que la población mayor fue la de mayor proporción en consultar por creer que el problema de salud era grave. En cuanto a las diferencias por clase social, la población de los grupos más favorecidos fue la que acudió más frecuentemente a los servicios de urgencia por problemas leves y comodidad, mientras que la de los menos favorecidos acudió principalmente por creer que el problema era grave y por conseguir una atención inmediata aunque el problema fuera leve.

Con respecto a los Territorios Históricos, la población de Bizkaia fue la que acudió con más frecuencia a los servicios de urgencia por problemas leves y por comodidad.

Urgentzia atenditutako tokia

Urgentzien %75,7 ospitale batean atenditu ziren, %20,5 anbulatorioetan edo osasun-zentroetan eta %1,5 etxean bertan. Telefono bidez %0,4 baino ez zen atenditu, eta %1,9 beste batzuk atalean sailkatu zen (4.2.2. irudia).

Adinak gora egin ahala, gehiago jotzen zen ospitaleko urgentzietara, batez ere gizonezkoen kasuan, 65 urtetik gorakoak %83 ospitaleetan atendituak izan baitziren.

Lugar donde fue atendida la urgencia

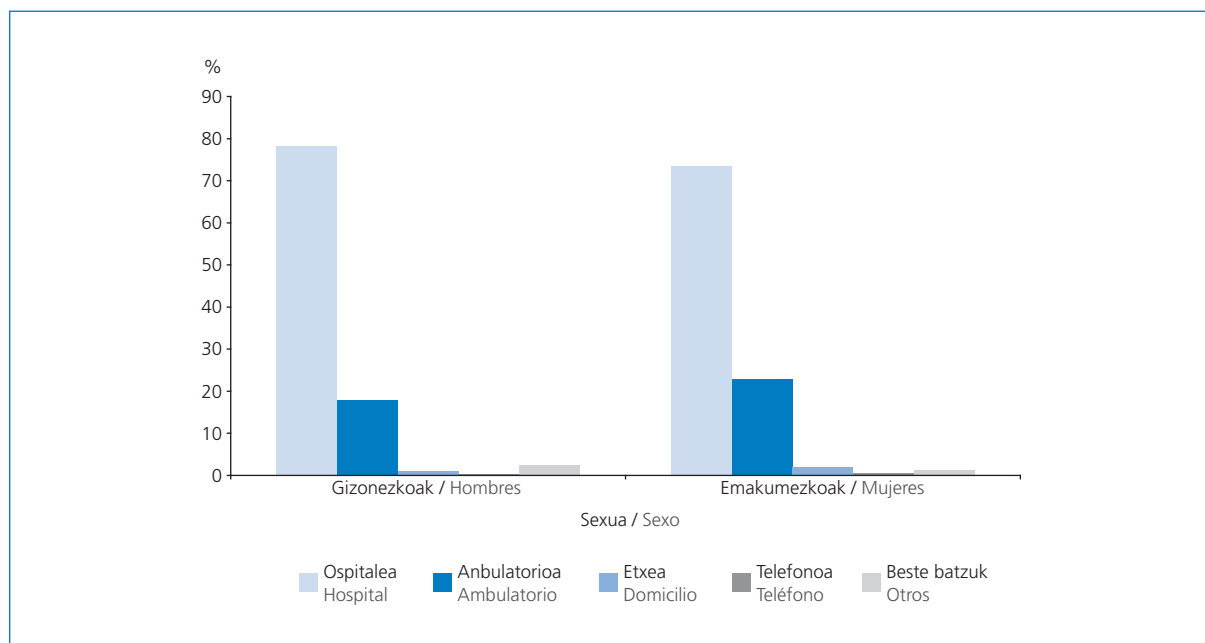
El 75,7% de las urgencias se atendieron en un hospital, el 20,5% en ambulatorios o centros de salud y el 1,5 en el domicilio. Por teléfono sólo se atendió el 0,4% de las urgencias y un 1,9% se clasificó en el apartado de otros (Figura 4.2.2).

A medida que aumentaba la edad, se recurría más a las urgencias hospitalarias, especialmente en los hombres donde el 83% de los mayores de 65 años fueron atendidos en hospitales.

4.2.2. irudia / figura 4.2.2

Asistentzia-tokiaren arabera urgentziatzko zerbitzuetan, azken sei hilabeteetan, egindako kontsulten banaketa (%), sexua kontuan hartuta. 2007

Distribución de las consultas (%) a los servicios de urgencia según el lugar de la asistencia, en los últimos seis meses, por sexo. 2007

**Asistentzia lortu arte igarotako itxarote-denbora**

Urgentziatzko zerbitzu batera joan ziren gizonezkoen %70,0k eta emakumezkoen %68,1k uste izan zuten, asistentzia lortu arte igarotako itxarote-denbora egokia izan zela. Luze edo gehiegizkotzat baloratua izan zen kasuetan 14 urtetik beherakoak taldea nabarmentzen zen gizonezkoen artean, eta 15 urtetik 44 urtera artekoak emakumezkoen artean (4.2.3. taula).

Tiempo de espera transcurrido hasta obtener asistencia

El 70,0% de los hombres y el 68,1% de las mujeres que acudieron a un servicio de urgencias consideraron adecuado el tiempo de espera transcurrido hasta obtener asistencia. En los casos en que fue valorado como largo o excesivo destacaban el grupo de menores de 14 años entre los hombres y las de 15 a 44 años entre las mujeres (Tabla 4.2.3).

4.2.3. taula / tabla 4.2.3

Asistentzia urgentea lortu arte igarotako itxarote-denborari buruzko iritzia banaketa (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Distribución de la opinión (%) sobre el tiempo de espera transcurrido hasta obtener la asistencia urgente por sexo y edad, 2007

	Gizona Hombre				Emakumea Mujer			
	Egokia Adecuado	Luzea Largo	Gehiegizkoa Excesivo	Guztira Total	Egokia Adecuado	Luzea Largo	Gehiegizkoa Excesivo	Guztira Total
0-14	60,7	29,7	9,6	100,0	73,8	19,6	6,6	100,0
15-24	75,6	13,1	11,3	100,0	59,6	29,5	10,9	100,0
25-44	69,2	19,6	11,1	100,0	59,8	26,4	13,7	100,0
45-64	75,1	15,3	9,6	100,0	66,8	20,5	12,6	100,0
>= 65	73,2	16,0	10,8	100,0	77,5	13,0	9,5	100,0
Guztira / Total	70,0	19,6	10,4	100,0	68,1	20,9	11,0	100,0

Itxarote-denborari buruzko baloraziorik txarrena ospitaleetako kontsulta urgenteei izan zuten, gizonen %65,5ak eta emakumeen %61,5ak baino ez zutelako egokitzat hartu. Aitzitik, ambulatorioan edo osasun-zentroan kontsulta egin zuten biztanleriaren %85ak itxarote-denbora egokia izan zela aitortu zuen (4.2.4. taula).

La peor valoración sobre el tiempo de espera se obtuvo en las consultas urgentes de los hospitales, donde solo el 65,5% de los hombres y el 61,5% de las mujeres lo consideraron adecuado. Por el contrario, el 85% de la población que realizó la consulta en un ambulatorio o centro de salud consideró la espera adecuada (Tabla 4.2.4).

4.2.4. taula / tabla 4.2.4

Asistentzia urgentea lortu arte igarotako itxarote-denborari buruzko iritzia banaketa (%),
asistentzia-tokia eta sexua kontuan hartuta, 2007

Distribución de la opinión (%) sobre el tiempo de espera trascurrido hasta obtener la asistencia urgente por lugar la asistencia y sexo, 2007

	Gizona Hombre				Emakumea Mujer			
	Egokia Adecuado	Luzea Largo	Gehiegizkoa Excesivo	Guztira Total	Egokia Adecuado	Luzea Largo	Gehiegizkoa Excesivo	Guztira Total
Ospitalea / Hospital	65,5	22,3	12,2	100,0	61,5	24,6	13,9	100,0
Ambulatorioa / Ambulatorio	84,8	10,7	4,6	100,0	85,7	11,1	3,2	100,0
Etxea / Domicilio	88,0	12,0	–	100,0	88,9	8,7	2,4	100,0
Telefonoa / Teléfono	100,0	–	–	100,0	100,0	–	–	100,0
Beste batzuk / Otros	90,6	5,7	3,6	100,0	92,6	7,4	–	100,0
Guztira / Total	70,0	19,6	10,4	100,0	68,1	20,9	11,0	100,0

Kontsulta urgentearen ondoren ospitaleratu zituzten gizonen %74,7k itxarote-denbora egokitzat jo zuten, eta talde hau izan zen balorazio horren portzentajerik handiena izan zuena. Emakumeen kasuan, balorazio horren proportzio handiena beste zentro batera bidalitako artean nabaritu zen (%79,7), eta txikiena euren etxeetara itzuli eta lehen mailako atentzioko haien medikuen zainketak behar izan zituzten artean (%62,3) zegoela ikusi zen (4.2.5. taula).

El 74,7% de los hombres que a continuación de la consulta urgente fueron ingresados en un hospital valoraron el tiempo de espera adecuado, siendo el grupo con un mayor porcentaje de esta valoración. En las mujeres la mayor proporción de esta valoración se observó entre las derivadas a otro centro (79,7%), y la menor entre las que las que volvieron a su domicilio y necesitaron los cuidados de su médico de atención primaria 62,3% (Tabla 4.2.5).

4.2.5. taula / tabla 4.2.5

Asistentzia urgentea lortu arte igarotako itxarote-denborari buruzko iritzia banaketa (%), asistentziaren emaitza eta sexua kontuan hartuta, 2007

Distribución de la opinión (%) sobre el tiempo de espera trascurrido hasta obtener la asistencia urgente por resultado de la asistencia y sexo, 2007

	Gizona Hombre				Emakumea Mujer			
	Egokia Adecuado	Luzea Largo	Gehiegizkoa Excesivo	Guztira Total	Egokia Adecuado	Luzea Largo	Gehiegizkoa Excesivo	Guztira Total
Ospitalea / Hospital	74,7	16,2	9,1	100,0	69,4	19,3	11,3	100,0
Beste zentro bat / A otro centro	65,6	18,9	15,5	100,0	79,7	9,5	10,8	100,0
Etxea / Domicilio	71,5	18,6	9,9	100,0	70,3	19,2	10,5	100,0
Etxea LMAko medikua Domicilio Med. Primaria	65,6	23,2	11,2	100,0	62,3	25,9	11,8	100,0
Guztira / Total	70,1	19,5	10,4	100,0	68,1	20,9	11,0	100,0

Asistentzia urgentearen emaitza

Urgentziatzko zerbitzu batean atenditutako pertsonen %15,8 ospitale batean ingresatu zituzten, %3,7 beste zentro batera bidali zituzten, erdia baino zertxobait gehiago euren etxeetara itzuli zen arazoa konpondu ostean, eta herenak lehen mailako atentzioko bere medikuaren zainketak edo jarraipena behar izan zituen. Emakumezkoak gizonezkoak baino proportzio txikiagoan ospitaleratu zituzten, %13,9 eta %18, hurrenez hurren. Ospitaleratzeek gora egiten zuten adinak gora egiten zuen heinean, 65 urte eta gehiago zituzten gizonezkoek gehienez %30,6ra iritsi baitziren. Gizonezkoekin alderatuta, emakumezko gehiago izan ziren arazoa konpondu ta euren etxeetara itzuli zirenak, baina bi sexuetan egoera horrek behera egiten zuen, adinak gora egiten zuten neurrian (4.2.6. taula).

Resultado de la asistencia urgente

El 15,8% de las personas que fueron atendidas en un servicio de urgencias fueron ingresadas en un hospital, el 3,7% fueron enviados a otro centro, algo más de la mitad volvió a su domicilio con el problema resuelto, y una tercera parte necesitó de los cuidados o el seguimiento de su médico o médica de atención primaria. Las mujeres quedaron ingresadas en menor proporción que los hombres, 13,9% y 18% respectivamente. Los ingresos en un hospital aumentaban con la edad, hasta el máximo del 30,6% alcanzado por los hombres de 65 y más años. Las mujeres volvieron a su domicilio con el problema resuelto en mayor proporción que los hombres, pero en ambos sexos disminuía esta situación a medida que aumentaba la edad (Tabla 4.2.6).

4.2.6. taula / tabla 4.2.6

Asistentziaren emaitzaren arabera urgentziatzko zerbitzuetara joan diren biztanleen banaketa (%), sexua eta adina kontuan hartuta, 2007

Distribución de la población (%) que ha acudido a servicios de urgencia según el resultado de la asistencia por sexo y edad, 2007

		Ospitalea Hospital	Beste zentro bat A otro centro	Etxea Domicilio	Etxea LMAko medikua Domicilio Medico primar.	Guztira Total
Gizona Hombre	0-14	7,3	4,9	60,6	27,2	100,0
	15-24	13,1	4,4	51,1	31,4	100,0
	25-44	14,7	3,7	48,9	32,7	100,0
	45-64	26,0	5,7	42,8	25,5	100,0
	>= 65	30,6	3,7	39,7	25,9	100,0
	Guztira / Total	18,0	4,5	48,9	28,7	100,0
Emakumea Mujer	0-14	7,8	1,2	63,0	28,0	100,0
	15-24	5,9	2,9	59,9	31,3	100,0
	25-44	14,5	3,2	53,3	29,0	100,0
	45-64	10,4	3,5	53,5	32,6	100,0
	>= 65	23,1	3,2	46,6	27,1	100,0
	Guztira / Total	13,9	2,9	53,8	29,4	100,0

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Azken 10 urteetan gora egin du atentzio urgentearen eskariak, batez ere emakumezkoen artean (4.2.3. irudia). Izan ere, 1997. urtean atentzio urgentea jaso zuten 235 mila pertsonetatik, 2007an 303 mila atenditzera igaro gara.

Gizonezkoengan atentzio urgenteak gora egin du adin-talde guztietan, umeen kasuan izan ezik; azken hauen taldea baita asistentzia-mota horretara gehien joaten dena (4.2.4. irudia).

EVOLUCIÓN DESDE 1997

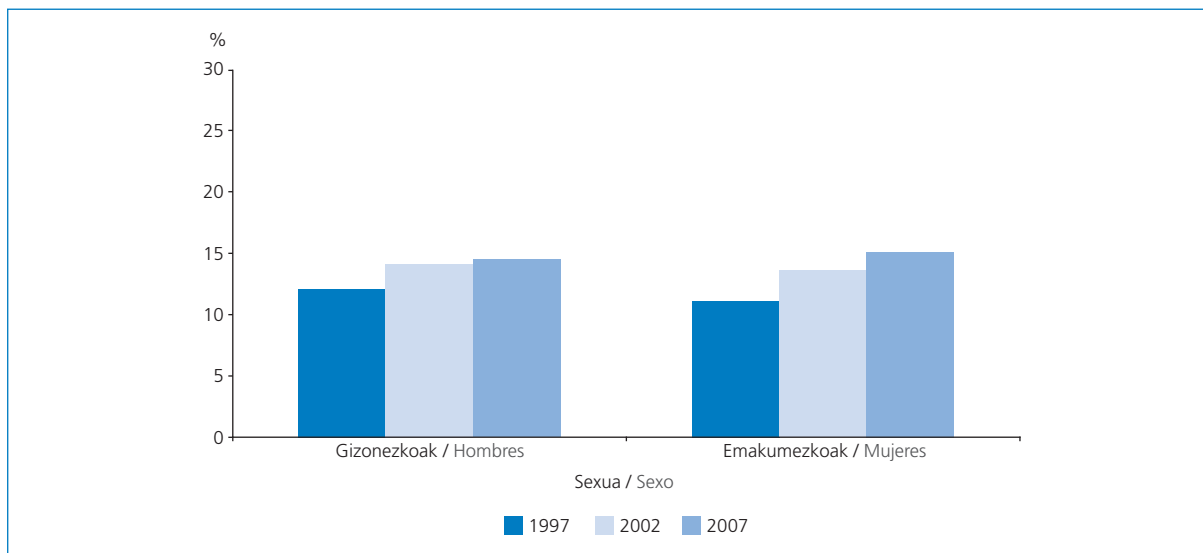
En los últimos 10 años ha aumentado la demanda de atención urgente, principalmente entre las mujeres (Figura 4.2.3). De hecho, de las 235 mil personas que recibieron atención urgente en 1997 hemos pasado a 303 mil atendidas en 2007.

En los hombres ha aumentado la atención urgente en todos los grupos de edad excepto en el de los niños, que a su vez es el de mayor frecuencia de este tipo de asistencia (Figura 4.2.4).

4.2.3. irudia / figura 4.2.3

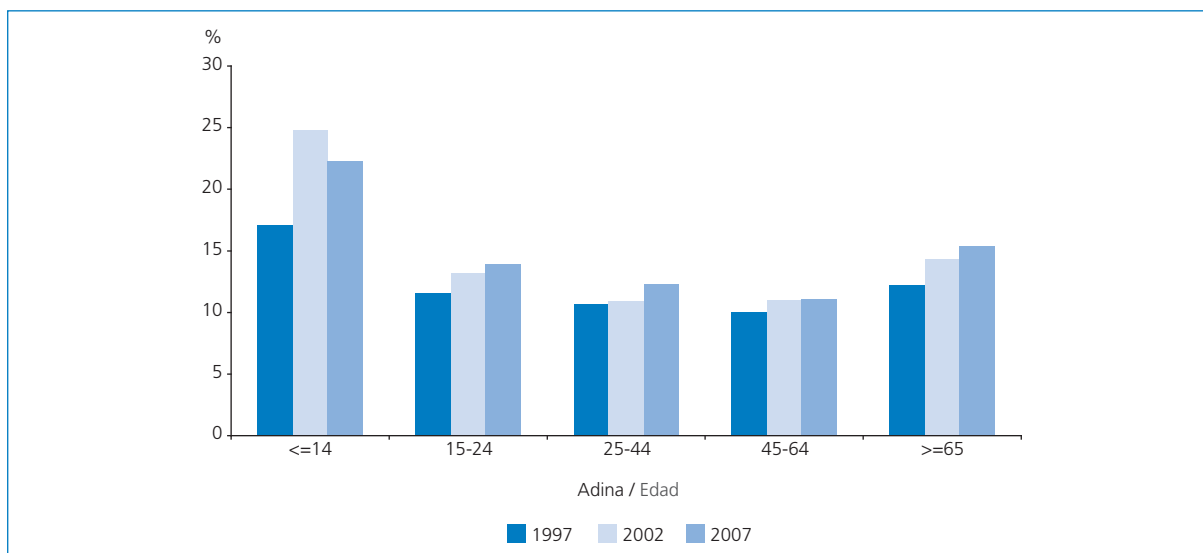
Azken sei hilabeteetan asistentzia urgentea jaso duen biztanleriaren adinaren arabera proportzio estandarizatua (%), 1997-2007

Proportión (%) estandarizada por edad de la población que ha recibido asistencia urgente en los últimos seis meses, 1997-2007

**4.2.4. irudia / figura 4.2.4**

Azken sei hilabeteetan asistentzia urgentea jaso duten gizonezkoen proportzioa (%), 1997-2007

Proportión (%) de hombres que han recibido asistencia urgente en los últimos seis meses, 1997-2007



Emakumezkoengan atentzio urgenteak gora egin du adin-talde guztietan, eta neskatoen kontsultak adinez nagusiagoak diren emakumezkoenekin berdindu egin dira (4.2.5. irudia).

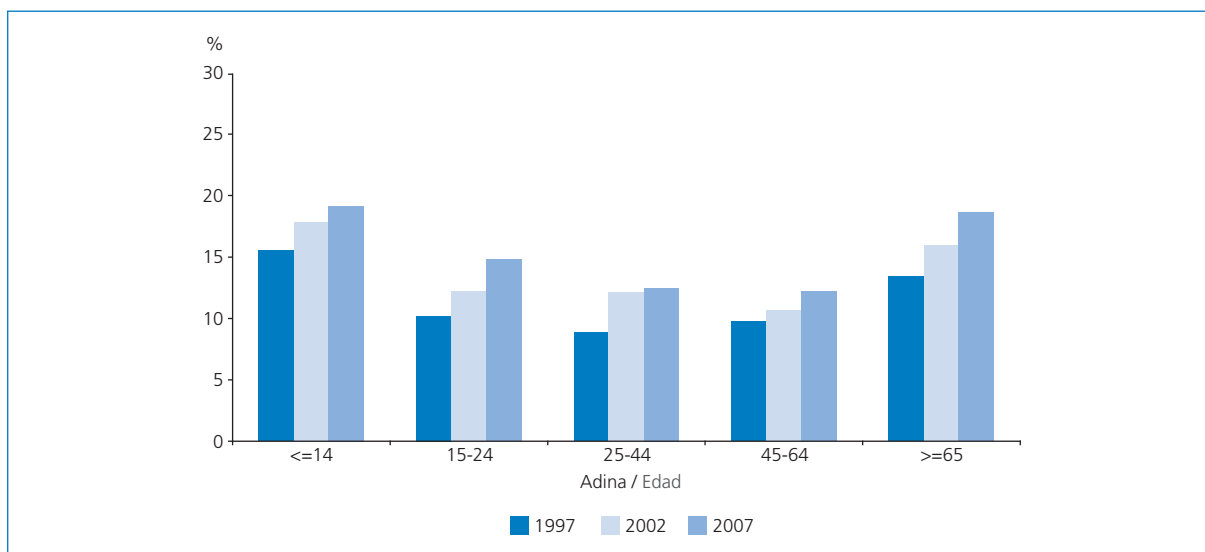
Osasun-arazoa arina izan arren erosoagoa delako urgentzietara doazen pertsonen proportzioak gora egiten jarraitzen du. 2002. urteko datuekin alderatuta, arazo larri bat zutela uste zutelako joaten zi-

En las mujeres la atención urgente ha aumentado en todos los grupos de edad, hasta igualarse las consultas de las niñas con la de las mujeres de mayor edad (Figura 4.2.5).

Sigue aumentando la proporción de personas que van a urgencias por un problema de salud leve porque les resulta más cómodo. Con respecto a 2002, también ha aumentado la de las que acuden

4.2.5. irudia / figura 4.2.5

Azken sei hilabeteetan asistentzia urgentea jaso duten emakumezkoen proportzioa (%) 1997-2007
Proporción (%) de mujeres que han recibido asistencia urgente en los últimos seis meses, 1997-2007

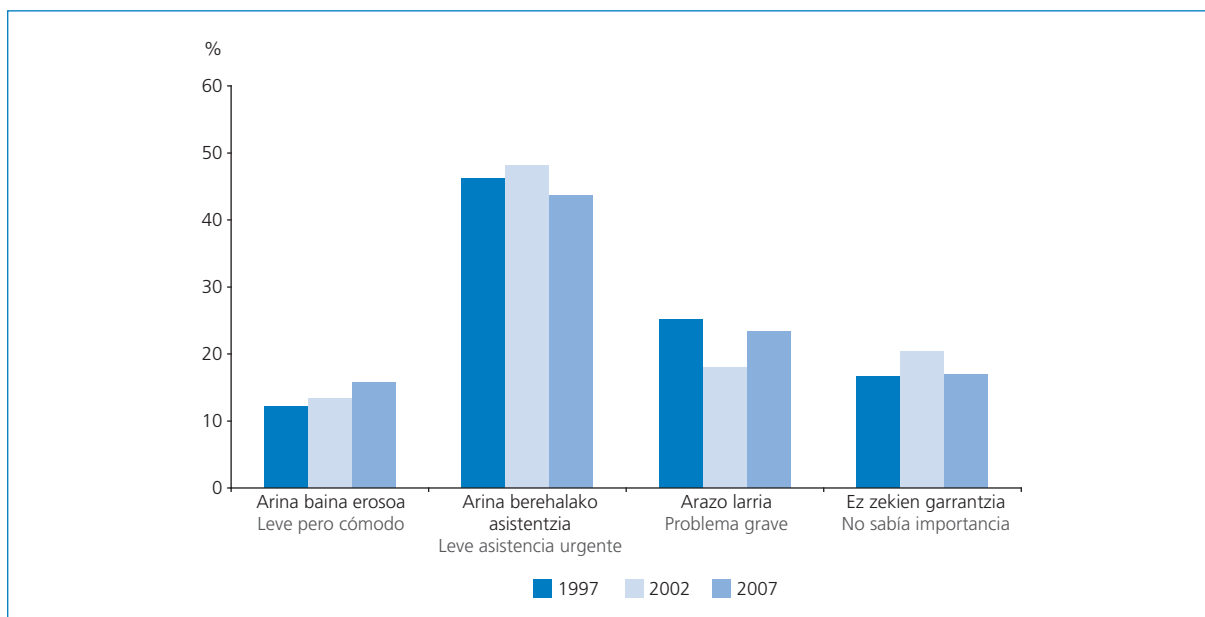


renen proportzioak ere gora egin du. Hala ere, urgentzietara joandakoen ia erdiak pentsatzen zuen arazo arinak zituela, baina berehalako asistentzia behar zutela (4.2.6. irudia).

porque creían tener un problema grave. No obstante, casi la mitad de los asistentes a urgencias pensaban que tenían problemas leves pero que necesitaban asistencia inmediata (Figura 4.2.6).

4.2.6. irudia / figura 4.2.6

Larritasunaren hautematea dela-eta urgentzietako kontsulten proportzioa (%), 1997-2007
Proporción (%) de consultas a urgencias por percepción de la gravedad, 1997-2007



4.3

OSPITALEKO ATENTZIOA ATENCION HOSPITALARIA

DEFINIZIOA

Inkesta egin aurreko 12 hilabeteetan jasotako ospitaleko atentzioari buruzko informazioa biltzen da. Zehazki esateko, hauxe da biltzen dena: ospitalizazio-kopurua, ospitalizazio-gertakari bakoi-tzean egindako gauen kopurua, sortu zuen osasun-arrazoia, ondorengo jarraipen sozio sanitarioa, kostuen ardura hartu zuen entitatea, eta ospitalizazioaren alderdi desberdinei buruzko iritzia.

DEFINICIÓN

Se recoge información sobre la atención hospitalaria recibida en los 12 meses anteriores a la fecha de realización de la encuesta. En concreto, el número de hospitalizaciones, el número de noches en cada episodio de hospitalización, el motivo de salud que la originó, el seguimiento socio sanitario posterior, la entidad que se hizo cargo de los costes, y la opinión sobre diversos aspectos de la hospitalización.

OSASUN INKESTA 2007

Inkesta egin aurreko urtean, gizonezkoen %8,2k eta emakumezkoen %8,7k ospitaleratzerean bat izan zuten. Inkestako laginean agertzen diren ospitalizatutako pertsonak, guztira, 180.500 pertsona izan zirela estimatzen da. Ospitalizazio-gertakariak adin-taldearen arabera aldatu egiten ziren, eta 65 urte edo gehiagokoena izan zen proportzio handiena izan zuena. Jarraian 45 urtetik 64 urtera artekoa kokatu zen, eta 14 urtetik beherakoan antzeko portzentajea izan zuen. Emakumezkoen kasuan, 64 urtetik gorakoan taldeaz gain, 25 eta 44 urte artekoak nabarmendu ziren, segur aski erdiztearen atentzioa dela eta. Gizonezkoen artean, bigarren talderik ugariena 45 urtetik 64 urtera artekoa izan zen (4.3.1. taula).

ENCUESTA DE SALUD 2007

En el año anterior a la realización de la encuesta el 8,2% de los hombres y el 8,7% de las mujeres tuvieron algún ingreso hospitalario. El total de personas hospitalizadas en la muestra de la encuesta se corresponde con una población estimada de 180.500 personas. Los episodios de hospitalización variaban en función del grupo de edad, siendo el de 65 o más años el de mayor proporción. Seguidamente se situaba el de 45 a 64, con un porcentaje similar al de menores de 14 años. En las mujeres, además del grupo de mayores de 64 años, destacaban las que tenían entre 25 y 44 años, probablemente debido a la atención al parto. Entre los hombres, el segundo grupo más numeroso fue el de 45 a 64 años (Tabla 4.3.1).

4.3.1. taula / tabla 4.3.1

Azken urtean ospitalizatuta egon den biztanleriaren banaketa (%),
sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Distribución de la población (%) que ha estado hospitalizada en el último año
por sexo y grupos de edad, 2007

	Gizona Hombre	Emakumea Mujer	Guztira Total
0-14	8,1	8,3	8,2
15-24	5,1	2,7	3,9
25-44	5,1	9,1	7,1
45-64	9,3	7,5	8,4
>=65	15,7	12,7	13,9
Guztira / Total	8,2	8,7	8,5

Ospitalizazio-kopurua

Azken urtean ospitaleratzeen errepikapena gizonezkoengan emakumezkoengan baino handiagoa izan zen, gizonezkoen %16,7 bitan edo gehiagotan ospitalizatuta egon zelako; eta emakumezkoen kasuan %12,8ko kopurua izan zutelako. 64 urtetik gorako gizonezkoak eta 25 urtetik 44 urtera artekoak, urte batean ospitaleratze errepikatu gehien izan zituztenak izan ziren. Hala ere, emakumezkoengan adin-taldeak arteko aldakortasuna txikiagoa zen, eta 65 urte edo gehiago zituzten emakumezkoak maiztasun-ordenari dagokionez bigarrenak ziren, 45 urtetik 64 urtera arteko taldekoen atzetik (4.3.2. taula).

Número de hospitalizaciones

La repetición de los ingresos en el último año fue mayor en los hombres que en las mujeres, de modo que el 16,7% de los primeros estuvo hospitalizado en 2 o más ocasiones frente al 12,8% de las mujeres. Los hombres mayores de 64 y los de 25 a 44 años fueron los que más ingresos repetidos tuvieron en un año. Sin embargo, en las mujeres la variabilidad entre los grupos de edad era inferior, y las mujeres de 65 o más años eran las segundas en orden de frecuencia detrás del grupo de 45 a 64 años. (Tabla 4.3.2)

4.3.2. taula / tabla 4.3.2

Azken urtean ospitalizatuta egon den biztanleriaren banaketa (%) ospitalizazio-kopuruaren arabera, sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Distribución de la población (%) que ha estado hospitalizada en el último año según el número de hospitalizaciones por sexo y grupos de edad, 2007

		1	2-3	>=4	Guztira Total
Gizona Hombre	0-14	91,6	8,4	–	100,0
	15-24	95,9	4,1	–	100,0
	25-44	79,5	19,2	1,2	100,0
	45-64	87,0	10,8	2,1	100,0
	>= 65	75,2	21,6	3,3	100,0
	Guztira / Total	83,2	14,9	1,8	100,0
Emakumea Mujer	0-14	97,0	2,0	1,0	100,0
	15-24	92,6	7,4	–	100,0
	25-44	86,3	10,2	3,5	100,0
	45-64	84,8	13,4	1,8	100,0
	>= 65	85,6	12,4	2,0	100,0
	Guztira / Total	87,2	10,5	2,3	100,0

Ospitalean egondako gauen batez bestekoa

Ospitalizatutako pertsonen ospitalean egondako gauen batez bestekoa 6,4koa izan da, EAE osoa kontuan hartzen bada. Iraupen hori ez zen berdina izan lurralde historiko guztietan, altuena Gipuzkoan izan baitzen (7,1 gau), eta txikiena Bizkaian (5,6 gau).

Ospitalizazio-gertakari bakoitzeko ospitalean igarotako gauen batez bestekoa gizonezkoengan (%6,9) emakumezkoengan (%5,9) baino altuagoa izan zen, eta adin-taldeak arabera estratifikazioan eredu berbera 25 urtetik aurrera betetzen zela ikusten zen (4.3.3. taula).

Media de noches de permanencia en el hospital

La media de noches de permanencia en el hospital de las personas hospitalizadas ha sido de 6,4 noches para el conjunto de la CAE. Esta duración varió por territorios históricos siendo la más elevada en Gipuzkoa (7,1 noches), y la más reducida en Bizkaia (5,6 noches).

El promedio de noches por episodio de hospitalización fue mayor en los hombres (6,9%) que en las mujeres (5,9%), y en la estratificación por grupos de edad se observaba que este mismo patrón se cumplía a partir de los 25 años (Tabla 4.3.3).

4.3.3. taula / tabla 4.3.3

Azken urtean ospitalizatuta egon den biztanleriaren ospitalizazio-iraupena (gauen batez bestekoa), sexua, adina eta lurralde historikoa kontuan hartuta, 2007

Duración de la hospitalización (media de noches) de la población que ha estado hospitalizada en el último año por sexo, edad y Territorio Histórico, 2007

		Araba Álava	Gipuzkoa	Bizkaia	EAE CAPV
Gizona Hombre	0-14	3,8	3,5	2,4	3,1
	15-24	5,0	3,5	1,9	2,6
	25-44	5,5	8,0	4,9	6,0
	45-64	8,8	9,7	7,5	8,6
	>= 65	7,1	10,1	8,1	8,7
	Guztira / Total	6,7	8,2	6,1	6,9
Emakumea Mujer	0-14	5,7	3,3	2,7	3,6
	15-24	3,0	2,0	3,8	2,9
	25-44	7,4	4,8	6,0	5,8
	45-64	7,6	5,8	4,0	5,1
	>= 65	8,2	9,1	6,6	7,7
	Guztira / Total	7,3	6,1	5,2	5,9
Bi sexuak Ambos sexos	0-14	5,0	3,4	2,6	3,3
	15-24	4,2	2,9	2,4	2,7
	25-44	6,6	5,9	5,6	5,9
	45-64	8,3	8,0	5,8	7,0
	>= 65	7,7	9,5	7,3	8,2
	Guztira / Total	7,0	7,1	5,6	6,4

Ospitalizazioaren finantzaketa

Osakidetza/EOZ izan zen ospitalizazioen %84,3 ordaindu zuena, %5,7 afiliazio pribatuko mutuen kontura izan zen, %5,5 finantzaketa partikularren kontura eta %4 afiliazio kolektiboko mutuen kontura (4.3.1. irudia).

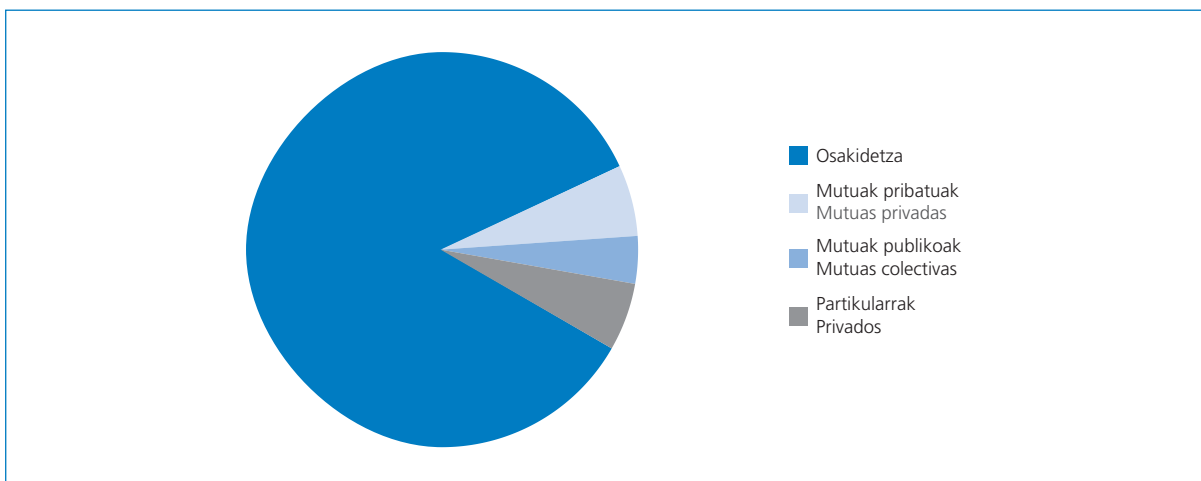
Financiación de la hospitalización

El 84,3% de las hospitalizaciones fueron a cargo de Osakidetza/Svs, el 5,7% de mutuas de afiliación privadas, el 5,5% de financiación particular y el 4% de mutuas de afiliación colectivas (Figura 4.3.1).

4.3.1. irudia / figura 4.3.1

Ospitalizazioak (%), kostuen ardura hartu zuen entitatearen arabera, 2007

Hospitalizaciones (%) según que Entidad se hizo cargo de los costes, 2007



Egoera hobeagoan zeuden talde sozialetan, ospitalizazioen %70,2 Osakidetza/EOZren kontura izan zen, %12,5 afiliazio pribatuko mutuen kontura, %4,4 afiliazio kolektiboko mutuen kontura eta %3 finantzaketa partikularrak ordaindu zuen. Egoera txarrean zeuden kasuan, ospitalizazioen %90 Osakidetza ordaindu zuen.

En los grupos sociales más favorecidos el 70,2% de las hospitalizaciones fueron a cargo de Osakidetza/SVS, un 12,5% fue a cargo de mutuas de afiliación privada, un 4,4% a mutuas de afiliación colectiva y un 3% por financiación particular. En los más desfavorecidos el 90% de las hospitalizaciones fueron a cargo de Osakidetza.

Ospitalizazioaren iraupenari buruzko iritzia

Egonaldiaren iraupenari dagokionez, antzeko proportzioan egokitzen jotzen zuten emakumezkoek (%72,7) zein gizonezkoek (%71,8). Hala ere, sexu bakoitzean ezberdintasunak zeudela nabaritu zen, adina kontuan hartzen zenean. 64 urtetik gorakoengan, emakumezkoen %5,1 baino ez zen egonaldia luzea izan zela uste zuena; eta gizonezkoen kasuan %13. Alabaina, 25 eta 44 urteren artean, emakumezkoen %18,4 luzea zela hautematen zuten, eta berdin pentsatzen zuten gizonezkoen kopurua %6,5ekoa baino ez zen (4.3.4. taula).

Gizonezkoengan nahiz emakumezkoengan, ospitalizazioaren iraupen egokiaren proportziorik handie-

Opinión sobre la duración de la hospitalización

La duración de la estancia se percibía adecuada en una proporción similar de mujeres (72,7%) que de hombres (71,8%). Sin embargo se observaron diferencias en cada sexo en función de la edad. En mayores de 64 años solamente un 5,1% de las mujeres opinaban que la estancia era larga, frente al 13% de los hombres. Sin embargo, entre los 25 y 44 años el 18,4% de las mujeres la percibía larga y solamente opinaba lo mismo el 6,5% de los hombres (Tabla 4.3.4).

Tanto en hombres como en mujeres la mayor proporción de duración adecuada de la hospitalización

4.3.4. taula / tabla 4.3.4

Azken urtean ospitalizatuta egon den biztanleriaren banaketa (%), sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta, 2007

Distribución de la población (%) que ha estado hospitalizada en el último año según su opinión sobre la duración de la misma por sexo y grupos de edad, 2007

	Gizona / Hombre				Emakumea / Mujer			
	Laburra Corta	Egokia Adecuada	Luzea Larga	Guztira Total	Laburra Corta	Egokia Adecuada	Luzea Larga	Guztira Total
0-14	15,1	78,5	6,4	100,0	21,7	66,2	12,1	100,0
15-24	21,3	61,1	17,6	100,0	26,0	64,0	10,0	100,0
25-44	28,0	65,5	6,5	100,0	15,8	65,8	18,4	100,0
45-64	20,0	71,2	8,9	100,0	14,2	73,4	12,4	100,0
>= 65	10,1	76,9	13,0	100,0	14,8	80,0	5,1	100,0
Guztira / Total	18,4	71,8	9,9	100,0	16,2	72,7	11,1	100,0

4.3.5. taula / tabla 4.3.5

Azken urtean ospitalizatuta egon den biztanleriaren banaketa (%), haren iraupenari buruz duten iritzia arabera, finantzaketa-mota eta sexua kontuan hartuta, 2007

Distribución de la población (%) que ha estado hospitalizada en el último año según su opinión sobre la duración de la misma, por tipo de financiación y sexo, 2007

	Gizona / Hombre				Emakumea / Mujer			
	Laburra Corta	Egokia Adecuada	Luzea Larga	Guztira Total	Laburra Corta	Egokia Adecuada	Luzea Larga	Guztira Total
Osakidetza / Osakidetza	19,2	71,7	9,1	100,0	21,1	71,1	7,7	100,0
Mutua kolektiboa / Mutua Colectiva	16,0	80,9	3,1	100,0	4,9	95,1	–	100,0
Partikularra / Particular	29,0	57,0	14,1	100,0	9,6	68,1	22,3	100,0
Mutua pribatua / Mutua Privada	26,9	69,6	3,6	100,0	10,3	89,7	–	100,0
Guztira / Total	20,0	71,1	8,9	100,0	19,4	73,1	7,6	100,0

na, afiliazio kolektiboko mutuetan zegoela ikusi zen. Finantzaketa-mota bakoitzarentzako iraupenaren egokitzapena ezberdin hautematen zen sexu bakoitzean, Osakidetza/EOZen balorazioa izan ezik, nahiko homogeneoa izan baitzen (4.3.5. taula).

Ospitaleko asistentziaren alderdi ezberdinekiko asegabetasuna

Ospitalizatutako pertsonen %5,4k ospitalizazioan zehar jasotako asistentziarekin gustura ez zegoela adierazi zuten, eta proportziorik altuena Bizkaian (%6,4) aurkitu zen. Ospitaleratze-tramiteei dagokien ez zen ia ezberdintasunik egon asegabetasunean, pertsonal medikoak emandako informazioan eta pertsonal medikoak zituen baliabideetan. Sexuen arabera ospitaleko asistentzian, asegabetasunean ez zen desberdintasun esanguratsurik nabaritu, asegabetasun hori emakumezkoengan (%5,6) gizonezkoengan (%5,1) baino zertxobait handiagoa izan arren. Hala ere, adina erabakigarria izan zen asegabetasunean, eta 25 urtetik 44 urtera arteko pertsonen kasuan asegabetasunaren batez besteko zifra bikoiztu egin zen (%10). Egoera txarragoko taldeetako pertsonak izan ziren asegabetasun-maila altuagoa erakutsi zutenak, ospitaleratze-tramiteei eta pertsonal medikoak emandako informazioari zegozkionean.

se observaba en las mutuas de afiliación colectiva. La adecuación de la duración para cada tipo de financiación se percibía diferente en cada sexo, excepto la valoración de Osakidetza/Svs, que fue bastante homogénea (Tabla 4.3.5).

Insatisfacción con diferentes aspectos de la asistencia hospitalaria

Un 5,4% de las personas hospitalizadas se mostraron insatisfechas con la asistencia recibida durante la hospitalización, y la proporción más elevada se encontró en Bizkaia (6,4%). No hubo apenas diferencias en la insatisfacción en cuanto a los trámites de ingreso, información recibida del personal médico, y medios de los que dispone el personal médico. Tampoco se apreciaron diferencias significativas en la insatisfacción en la asistencia hospitalaria por sexos, aunque esta fuera un poco mayor en las mujeres (5,6%) que en los hombres (5,1%). Sin embargo, la edad sí fue un determinante de la insatisfacción, y en las personas de 25 a 44 años se duplicaba la cifra media de insatisfacción (10%). Las personas de los grupos más desfavorecidos mostraron unos niveles mayores de insatisfacción con los trámites de ingresos y con la información recibida del personal médico.

1997. URTEAZ GEROZTIKO EBOLUZIOA

Ospitalean atenditutako pertsonen proportzioak gora egin du azken urteetan (4.3.2. irudia).

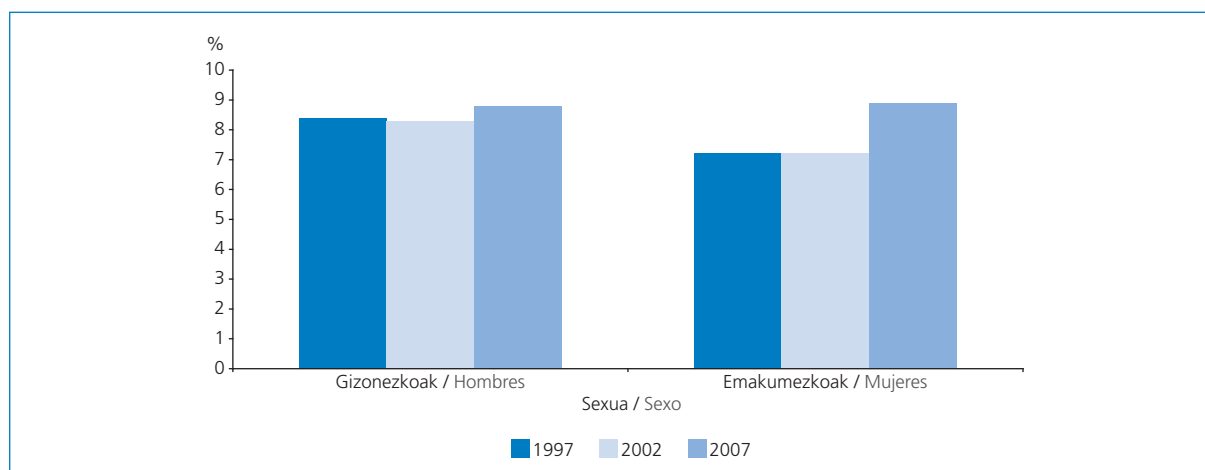
EVOLUCIÓN DESDE 1997

La proporción de personas atendidas en el ámbito hospitalario ha aumentado en los últimos años (Figura 4.3.2).

4.3.2. irudia / figura 4.3.2

Erreferentziaren aurreko azken urtean ospitalean egondako biztanleriaren adinaren araberako proportzio (%) estandarizatua. 1997-2007

Proporción (%) estandarizada por edad de población hospitalizada en el último año anterior al de referencia. 1997-2007

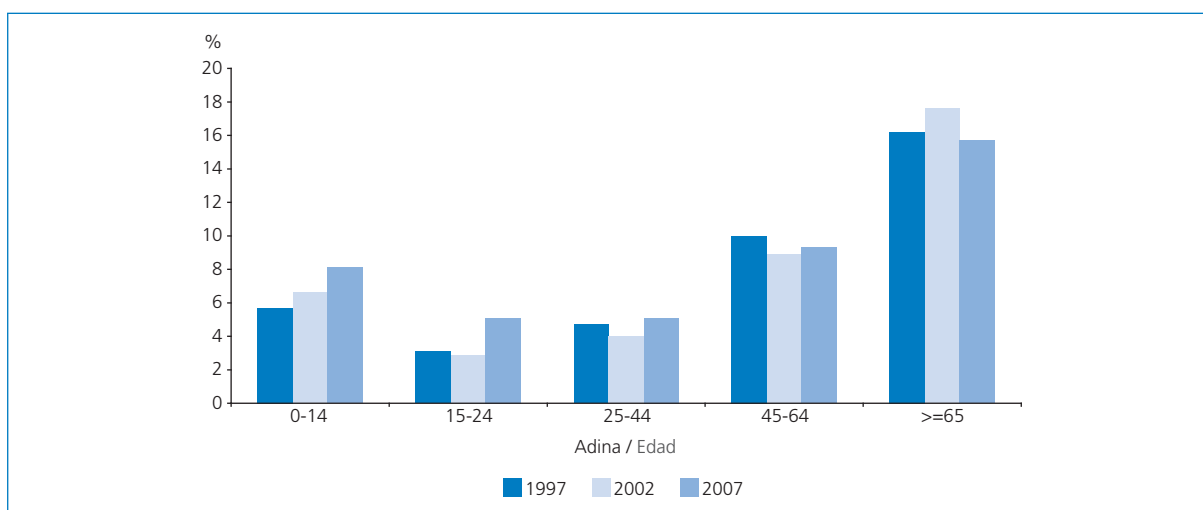


Gizonezkoen kasuan, 14 urtetik beherakoen ospitalizazioak gradualki gora egin du; eta 14 urtetik 25 urtera artekoek, azken bost urteetan, igoera jasan dute. Hala ere, 64 urtetik gorakoengan behera egin du azken bost urte horietan, eta 1997ko portzentaje berean kokatu dira (4.3.3. irudia).

En los hombres ha aumentado gradualmente la hospitalización de los menores de 14 años y entre los de 14 a 25 años se ha experimentado un aumento en los últimos cinco años. Sin embargo, en los mayores de 64 años han descendido en estos cinco últimos años y se han situado en el mismo porcentaje que en 1997 (Figura 4.3.3).

4.3.3. irudia / figura 4.3.3

Erreferentziaren aurreko azken urtean ospitalean egondako gizonezkoen proportzioa (%). 1997-2007
Proporción (%) de hombres hospitalizados en el último año anterior al de referencia. 1997-2007

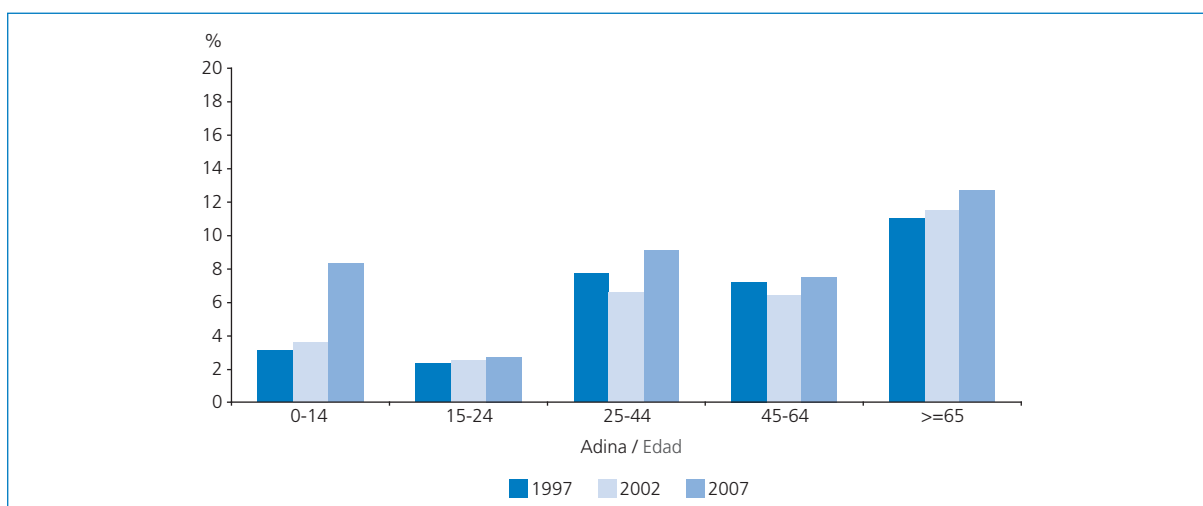


Emakumezkoengan ere, 14 urtetik beherakoengan igoera gertatu dela ikusi da; baina 2002 eta 2007 arteko ezberdintasuna aurreko bosturtekoarena baino adierazgarriagoa da. Era berean, 25 urtetik 44 urtera artekoengan eta 64 urtetik gorakoengan izandako ospitaleratzeek gora egin dute (4.3.4. irudia).

En las mujeres también se ha observado un aumento en las menores de 14 años, pero la diferencia entre 2002 y 2007 es más destacable que la del quinquenio anterior. También han aumentado los ingresos entre las de 25 a 44 años y en las mayores de 64 (Figura 4.3.4).

4.3.4. irudia / figura 4.3.4

Erreferentziaren aurreko azken urtean ospitalean egondako emakumezkoen proportzioa (%). 1997-2007
Proporción (%) de mujeres hospitalizadas en el último año anterior al de referencia. 1997-2007



2002-2010 OSASUN-PLANEAN ERABILITAKO ADIERAZLEAK EGUNERATZEA, 2007KO OSASUN INKESTAKO DATUAK KONTUAN HARTUTA ACTUALIZACIÓN DE LOS INDICADORES UTILIZADOS EN EL PLAN DE SALUD 2002-2010, CON LOS DATOS DE LA ENCUESTA DE SALUD 2007

5

DEFINIZIOA

5.1. taulan Osasun Inkestan oinarritutako Osasun Planaren adierazleak ageri dira. 1997ko inkestaren datuak abiatze-egoera baloratzeko kalkulatu ziren. 2010. urteari dagokion zutabearen helburu horietarako lortu beharreko balioak jaso dira.

DEFINICIÓN

La Tabla 5.1. muestra los indicadores del Plan de Salud basados en la Encuesta de Salud. Los datos de la Encuesta de 1997 fueron calculados para valorar la situación de partida. En la columna correspondiente al año 2010 se recogen los valores a alcanzar en esos objetivos.

5.1. taula / tabla 5.1

EAEko 2002-2010 Osasun Planaren adierazleak
Indicadores del Plan Vasco de Salud 2002-2010

Helburuak Objetivos	2010eko helburua Objetivo 2010	1997ko egoera Situación 1997	2002ko egoera Situación 2002	2007ko egoera Situación 2007	2010eko egoera Situación 2010
Ez-erretzaileen proportzioa Proporción de no fumadores	%80ra iristea Aumentar al 80%	%71	%74	%75	%80
Inoren tabako-kearen eraginpean dagoen jendearen proportzioa Proporción de personas expuestas al humo de tabaco ajeno	%10era jaistea Disminuir al 10%	%39	%32	%21	%10
Tabako-kontsumoan dauden gizarte- desberdintasunak *	%25 gutxitzea Disminuirlas un 25%	%43	%77	%60	%32
16-65 urte bitarteko neurriz gainera edaleen proportzioa Proporción de bebedores excesivos entre los 16 y los 65 años	%3,5era jaistea Disminuir a 3,5%	%4	%3	%2	%4
16 urtetik gorako batez besteko alkohol-kontsumoa eguneko Consumo de alcohol medio diario por personas mayores de 16 años	%15 gutxitzea Disminuirlo un 15%	13 gr	11 gr	10 gr	11 gr
Aisialdian jarduera fisikoa egiten duten 15 urtetik gorako proportzioa Proporción de mayores de 15 años que realizan actividad física durante su tiempo libre	%32ra iristea Aumentar al 32%	%24	%19	%25	%32
16 urtetik gorako obesoan proportzioa Proporción de personas obesas de 16 y más años	%20 gutxitzea Disminuirla un 20%	%10	%10	%13	%8
16 urtetik gorako obesoan propor- tzioan dauden gizarte- desberdintasunak Diferencias sociales en la proporción de personas obesas de 16 y más años	%25 gutxitzea Disminuirlas un 25%	%223	%56	%35	%167
Gizonen osasunaren autobalorazioan dauden gizarte-desberdintasunak Diferencias sociales en la autovaloración en salud en varones	%25 gutxitzea Disminuirlas un 25%	%193	%237	%59	%145
Emakumeen osasunaren autobalorazioan dauden gizarte- desberdintasunak Diferencias sociales en la autovaloración en salud en mujeres	%25 gutxitzea Disminuirlas un 25%	%62	%61	%116	%46
Etxeke istripu, aisialdiko istripu eta kirol-istripuen morbiditatea Morbilidad por accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte	%20 gutxitzea Disminuirla un 20%	%5	%5	%4	%4

* 16-74 urte bitarteko gizonen eta 16-44 urte bitarteko emakumeen tabako-kontsumoan dauden desberdintasunak, ikasketa-mailaren arabera. Talde horiek arrisku gutxiago dute erretzaile izateko, eskola graduatua baino ikasketa-maila handiagoa badute.

* Diferencias en el consumo de tabaco según nivel educativo para varones de 16-74 años y mujeres de 16-44 años. Estos grupos tienen un menor riesgo de ser fumadores en el caso de que su nivel de estudios sea superior al graduado escolar.

Tabako-kontsumoa

Ez erretzaileen proportzioarekin eta inoren tabako-kearen eraginpean dagoen jendearen proportzioarekin erlazionatutako adierazleak eboluzionatzen ari dira, eta une honetan esan daiteke posible dela 2010erako ezarritako helburura iristea. Ezin da gauza bera esan tabako-kontsumoan dauden desberdintasun sozioekonomikoak kontuan hartzen dituen helburuari buruz, desberdintasun sozioekonomikoak areagotu egin baitira 2007an, 1997an zeuden aldean. Normalean erretzen dutenen arteko aldeak areagotu egin dira, ikasketamailaren arabera; hala, eskola graduatua baino goragoko ikasketamaila duten pertsonak gutxi egin dute tabako-kontsumoa, eta eskola graduatua baino beheagoko ikasketak dituztenek, apenas gutxi egin dute. Hala ere, desberdintasun gutxiago dago 2007an 2002an baino, baina oraindik ere asko falta da 2010erako proposatutako helburuetara iristeko.

Alkohol-kontsumoa

Neurriz gainekeo edaleen proportzioak behera egin du, eta 2010erako ezarritako helburuko kotatik behera geratu da. Horrekin batera 16 urtetik gorako pertsonako eta eguneko batez besteko alkohol-kontsumoa ere gutxi egin da, eta, beraz, 2010erako proposatutako helburua hobetu.

Jarduera fisikoa aisialdian

Aisialdian jarduera fisikoa egiten duten 15 urtetik gorako pertsonen proportzioak, hau da, pertsona aktibo edo oso aktiboen proportzioak, 1997an zuen mailari eutsi dio, eta urrun dago oraindik ere 2010erako proposatutako helburutik. Hala eta guztiz ere, garrantzitsua da nabarmentzea 1997tik gutxi egin dela sedentarismoa bi sexuetan; gehiago, dena den, gizonetan, eta, halaber, gutxi egin dira sedentarismoan zeuden desberdintasun sozioekonomikoak.

Obesitatea

16 urtetik gorakoen obesitate-prebalentziak, behera egin ordez, eta Osasun Planean ezarritako datuetara iritsi ordez, gora egin du, eta urrundu egin da 2010erako lortu nahi zen helburutik. Horrek pentsarazten digu elikadura-ohiturei buruzko osasun-politikak eta -hezkuntza are gehiago indartu beharko lirakeela oraindik ere herritarren artean. Horretaz gain, obesoen proportzioak gora egin du

Consumo de tabaco

Los indicadores relacionados con la proporción de no fumadores y la proporción de personas expuestas al humo del tabaco ajeno evolucionan de manera que en estos momentos se puede considerar posible alcanzar el objetivo marcado para el 2010. No ocurre así con el objetivo que se refiere a las diferencias socioeconómicas en el consumo de tabaco, ya que las mismas se han incrementado en el 2007 con respecto a las existentes en 1997. Se ha agrandado la diferencia entre los que fuman habitualmente según su nivel de estudios; las personas con nivel de estudios superiores al graduado escolar han disminuido el consumo de tabaco y las personas con estudios inferiores al graduado apenas han reducido su consumo. No obstante, las diferencias son menores en 2007 que en 2002, pero muy alejadas aún de los objetivos planteados para 2010.

Consumo de alcohol

La proporción de bebedores excesivos ha ido disminuyendo hasta alcanzar una cota inferior a la marcada como objetivo para el año 2010. Esta disminución ha ido acompañada, a su vez, con un decremento en el consumo de alcohol medio diario por persona mayor de 16 años, logrando, también, mejorar el objetivo planteado para 2010.

Actividad física en el tiempo libre

La proporción de personas mayores de 15 años que realizan actividad física durante su tiempo libre, es decir, personas activas o muy activas, se mantiene al mismo nivel que en 1997, alejada aún del objetivo planteado para 2010. A pesar de lo dicho, es importante destacar que desde 1997 ha habido una disminución del sedentarismo en ambos sexos, aunque en mayor proporción en los hombres, produciéndose, a su vez, una disminución en las desigualdades socioeconómicas en el sedentarismo.

Obesidad

La prevalencia de obesidad en personas de 16 y más años, lejos de disminuir y acercarse a los datos que se presentan en el Plan de Salud, ha aumentado alejándose del objetivo deseado para 2010, lo que hace pensar que puede ser uno de los aspectos en los que hay que reforzar más aún si cabe las políticas y la educación sanitaria en la población sobre los hábitos alimentarios. Además, el aumen-

egoerarik onenean daudenen artean, eta, horrenbestez, gutxitu egin dira obesitatean ematen diren desberdintasun sozioekonomikoak.

Hautemandako osasuna

Hautemandako osasunean edo osasunaren auto-balarazioan izaten diren desberdintasun sozioekonomikoak gutxitu egin dira nabarmen gizonen artean, eta asko hobetu da 2010erako proposatutako egoera. Baina emakumeetan justu kontrakoa gertatu da, desberdintasunek nabarmen egin baitute gora, lortu nahi zen helburutik urrunduz.

Istripuak

2002-2010eko Osasun Planean helburu hau proposatu zen: etxeko istripuen, aisialdiko istripuen eta kirol-istripuen morbiditatearen prebalentzia % 4ra jaitea. Iritsi gara dagoeneko helburu horretara, 2007ko Osasun Inkestako datuetan jasotakoaren arabera.

to en la proporción de personas obesas en los grupos más favorecidos ha provocado una disminución en las diferencias socioeconómicas en la obesidad.

Salud percibida

Las desigualdades socioeconómicas en la salud percibida o autovaloración de la salud han disminuido drásticamente entre los varones, mejorando con mucho la situación propuesta para el 2010. Sin embargo, en las mujeres ha ocurrido exactamente lo contrario, aumentando de forma considerable las desigualdades, alejándose así del objetivo deseado.

Accidentes

En el Plan de Salud 2002-2010 se planteó como objetivo que la prevalencia de la morbilidad por accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte se rebajara hasta el 4%, objetivo que se ha conseguido ya según los datos de la Encuesta de Salud de 2007.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

6

Ware JE, Brook RH, et al. Choosing Measures of Health Status for individuals in General Population. *AJPH* June 1981, Vol 71, No 6.

McWhinnie. *Mesure de L'incapacité*. Organisation de coopération et de développement économiques. OCDE. Paris 1982.

Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. *Measures of need and outcome for primary helth care*. Oxford Medical publications 1992.

Idler EI, Ronald JA. Self-rated Health: and Mortality in th NHAMES-I Epidemiologic follow-up study. *AJPH* 1990; 80:446-452.

Mossey JM, Shapiro E. Self-rated Health: A predictor of mortality among the elderly. *AJPH* 1982, 72:800-808.

Segovia J, Bartlett RF, Edwards Ac. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989, 29:761-768.

Berwick DM, Murphy JM, Goldmasn PA, et al. Performance of a five-item, mental health screening test. *Med Care* 1991, 29:169-176.

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med care* 1993; 3:247-263.

Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993, 306:1437-1440.

Bray GA. Overweight is risking fate:definition, classification, prevalence, and risks. *Ann Ny Acad Sci* 1987; 499:14-28.

Taylor H, Jacob D, et al. A questionnaire for the assement of leisure time physical activities. *J. Chron Dis* 1978; 31:741-55.

LaPorte RE, Montoye HJ, Caspersen CJ. Assessment of physical epidemiologic research: problems and prospects. *Public health Rep* 1985, 100: 131-47.

Chyba MM, Washington LR. Questionnaires from the National Health Interview, 1980-1984. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1 (24). 1990.

Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26:393-402.

Liberatos P, Link PG, Kelsey J. The measurement of social class in epidemiology Rev. 1988;87-121.

Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. Gac Sanit 1989;3:320-326.



Eranskinak
ERANSKINAK
Anexos
ANEXOS

GALDE-SORTAK CUESTIONARIOS

1

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

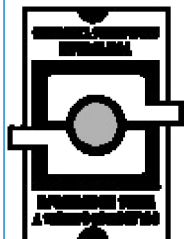
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

GALDERA-SORTA ZK.:

ORDENAKETA:

OSASUN INKESTA 2007

FAMILIARENTZAKO GALDERA-SORTA



EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO 4/1986 ESTATISTIKA-LEGEA:

- 9tik 16ra bitarteko artikulua: pertsona edo entitateek eskatzen zaien informazio estatistikoa emateko obligazioa dute, beren izaera fisiko edo juridikoa, publiko edo pribatua aparte utzita.
- 19tik 23ra bitarteko artikulua: emandako informazio oro sekretu estatistikopean geratu da, eta inola ere ez zaio emango inolako pertsona edo entitate pribatu nahiz publikori.

ESTATISTIKA SEKREITUPEKO INFORMAZIOA.

IDENTIFIKAZIO-ATALA.

1 a).- Etxe honetan bizi zaretenok nola duzue izena eta abizenak? Hasi, mesedez, etxeko buruaren izenarekin.

1 b).- Honako hauek idatzi ditut (INKESTATZAILEak izenak eta abizenak irakurriko ditu). Ahaztu egin al zait

. haurren bat?

. enplegaturen bat?

. bertan bizi, baina kanpoan (bidaiairen bat egiten edo ospitalean) dagoen bat?

2.- Zenbat urtetakoak dira?

IZENA ETA ABIZENAK:
(01)

ADINA:

ATALAREN KODEA

GAKOA

GALDERA-SORTA ZK.

KIDEEN KOP.

INKESTATZAILEA

DATA

HILA

EGUNA

EUSKARA

BAI

EZ

1

2

ERREFERENTZIAZKO PERTSONAREN DATUAK:

IZENA _____

1. ABIZENA _____ 2. ABIZENA _____

1. HELBIDEA

2.- Helbide honetan bizi zineten 2002. urtean?

Bai 1

Ez 2

TELEFONOA 1 _____

TELEFONOA 2 _____

OHARRAK

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IRAUPENA _____ MINUTU

“JARDUERAREN ALDI BATEKO MURRIZKETA”

ERREFERENTZIA-ALDIA: 14 EGUN.

OSASUN ADIERAZLEEN ATALA.

Hurrengo galderak egunetik atzora arte izan duzun osasun-egoerari dagozkio.
ELKARRIZKETAREN EGUTEGIA ERAKUTSI.

1. galdera azken 14 egunetako jarduera ezagutzeko da.

3.-(r)en jarduera zein izan da egunetik atzora arte?

. Lana ala baxa	1	. Eskolatu gabeko ading.	4	. Beste batzuk (Amatasun-baxa, ohean	
. Etxeko lanak	2	. Langabeak	5	gaixotasun kronikoagatik,...)	7
. Eskolako eta Haurtzaindegia	3	. Jubilatua edo pentsionistak	6	. Ed/Ee	0

3.- JARDUERA.

Lana	1
Etxeko lanak	2
Eskolakoak	3
Eskolatu gabeko adingabeak	4
Langabeak	5
Jubilatuak, pentsionistak	6
Beste batzuk	7
Ed/Ee	0

4.a)egunetik atzora arte, osasuna dela eta,(e)k ohean, etxean edo ospitalean, geratu beharrik izan al du? Oheratu kronikoa bada, ipini “Ez”.

4. a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
---	---	---

4.b) Zenbat egunetan geratu behar izan du (e)k ohean egunaren aldirik gehienez (gutxienez egun erdian)?

4. b) EGUNAK:

(3 GALDERAN: 1, 2 EDO 3 ERANTZUN DUTENEK)

5.a)egunetik atzora arte, utzi dio(e)k lan egiteari, etxeko lanak egiteari, eskolara joateari, lanegun erdian gutxienez, osasuna dela eta?

5. a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
---	---	---

(6) (6)

5.b)egunetik, eta lanera joan, etxeko lanak egin, eskolara joan..... behar izan dituen egunetatik, zenbatetan egin du huts... (e)k, lanegun erdiz, gutxienez, osasuna dela eta?

5. b) EGUNAK:

5.c)(e)k lan egin, etxeko lanak egin, eskolara joan... ezin izan dituen egunetatik zenbatetan geratu da etxean, egunaren aldirik gehienez (egun erdian gutxienez), ospitalean emandako egunak ere sartuta?

5. c) EGUNAK:

(INKESTA EGIN ZAIEN GUZTIENTZAT)

GOGORATU OHIKO ETA AISIAKO JARDUERA, EZAUGARRI PERTSONALEN ARABERA.

KONTUZ: 4.a) edo 5.a) GALDERAK “BAI” IZAN BADIRA, ZIURTATU EGUN DESBERDINAK DIRELA. JOLASTEA, TABERNARA JOATEA, ZINERA JOATEA, KLUBERA JOATEA, MEZATARA JOATEA, IRAKURTZEA, TELEBISTA IKUSTEA, KIROLA EGITEA, IKASTEA...

6.a) Aurretiaz adierazitako egunak kontatu gabe. egunetik atzora arte, utzi edo gutxitu. behar izan al ditu (e)k bere ohiko jarduerak, osasun-arazoak direla eta?

GUZTIENTZAT.

6. a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
---	---	---

6. b) EGUNAK:

6.b) Zenbat egunetan gutxitu edo murriztu behar izan ditu(e)k bere ohiko jarduerak?

MURRIZKETA-EGUNAK DITUZTEN GUZTIEI EGIN.

7.- Zein edo zeintzuk izan dira osasun-arazoak (e)k bere ohiko jarduerak utzi edo gutxitzeko?

7.-

.....
.....

7.a) Honako hauek eragin dute..... -(r) bere jarduerak eten edo murriztera behartu dioten osasun-egoera:

. Laneko istripua	1	. Bestelako istripu bat	4		
. Trafikoko istripua	2	. Gaixotasun arrunta	5	. Indarkeria fisikoa	7
. Etxeko istripua	3	. Lanetik eratorritako gaixotasuna	6	. Beste arrazoi batzuk	8

7.a)

Laneko istripua	1
Trafikoko istripua	2
Etxeko istripua	3
Bestelako istripu bat	4
Gaixotasun arrunta	5
Lanetik eratorritako gaixotasuna	6
Indarkeria fisikoa	7
Beste arrazoi batzuk	8

“EZINTASUN IRAUNKORRA”

Hurrengo galderetan, jarduera-mailan osasun-egoerak ezartzen dizkion mugapenak aipatuko dira.
(Jarduera modu iraunkor edo kronikoan mugatzen duten osasun-arazoak)

8.- INKESTATZAILEA: EGIN GALDERAK ADINAREN ARABERA.

. 0-4 urtekoentzat	9 gald.	. 18-69 urtekoentzat	11 gald.
. 5-17 urtekoentzat	10 gald.	. 70 urtetik gorakoentzat	12 gald.

EZINTASUNA.

8.-		
0-4	1	9 gald.
5-17	2	10 gald.
18-69	3	11 gald.
70 eta +	4	12 gald.

9.- 0-4 URTE BITARTEKOENTZAT.

9.a) Bere osasun-egoerak edo urritasunen batek **ez dio uzten**(r)i parte hartzen beste haurren ohiko jolasetan?

0-4 URTE BITARTEKOAK.

9.a)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)		

9.b) **Mugarik al du**(e)k jolas-mota batzuetarako edo parte har dezakeen jolas-kantitatetarako osasuna dela-eta?

9.b)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)	(13)	(13)

10.- 5-17 URTE BITARTEKOENTZAT.

10.a) Bere osasun-egoera edo urritasunen bat dela eta, **ezin al du**(e)k joan eskolara edo ikastetxera?

5-17 URTE BITARTEKOAK.

10.a)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)		

10.b) **Ikastetxe bereziren batera** edo klase berezietara **joan beharra al du**(e)k osasun-arazo edo urritasunen batengatik?

10.b)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)		

10.c) Osasun-arazoren batek ipintzen al dizkio **mugak** (r)i ikastetxera joateko?

10.c)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)	(13)	(13)

11.- 18-69 URTE BITARTEKOENTZAT.

11.a) Gaur egun(e)k **lan egiten du?**

18-69 URTE BITARTEKOAK.

11.a)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(11c)		

11.b) **Ikastetxe bereziren batera** edo klase berezietara **joan beharra al du**(e)k osasun-arazo edo urritasunen batengatik?

11.b)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)		

11.c) Osasun-arazoren batek ipintzen al dizkio **mugak** (r)i ikastetxera joateko?

11.c)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)	(13)	(13)

12.- 70 URTE EDO HORTIK GORAKOENTZAT.

12.a) Osasun-arazoren baten ondorioz, **inoren laguntza behar al du**(e)k jarduera pertsonalak egiteko, hots, jan,bainatu, duxatu, jantzi edota etxean mugitzeko?

70 URTE EDO GEHIAGO.

12.a)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)	(12b)	

12.b) Osasun-arazoren baten ondorioz, **inoren laguntza behar al du**(e)k **etxeko lanak egiteko**, hots, arropak lisatu, garbitu edo etxeko garbitasuna nahiz jatekoa, edota beste arlo batean, kontuak egin, pentsioa kobratu, paper-arazoak bete nahiz erosketak egiteko?

12.b)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14)	(13)	(13)

13.- Nolabaiteko **mugarik** al du (e)k urritasun edo osasun-arazoren bat dela eta, bere adin eta sexu bereko pertsonen ohiko jardueraren bat egiteko?

13)	Bai	Ez	Ed/Ee
	1	2	0
	(14a)	(21)	(21)

14.a) Noiztik dago mugatuta? GOGORATU, GUTXI GORABEHERA MUGAPENA HASI ZEN URTEA. HILA ez badaki, 6 bat ipini.	14.a) HILA URTEA																																																																
14.b) Zein edo zeintzuk izan dira mugapen hori ekarri dizuten osasun-arazoak?	14.b)																																																																
14.c) Honako hauek eragin dute mugapen kroniko hori sorrarazi dion osasun-arazoa: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">. Laneko istripua</td><td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 25%;">. Bestelako istripu bat</td><td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%;">. Indarkeria fisikoa</td><td style="width: 5%; text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>. Trafikoko istripua</td><td style="text-align: center;">2</td> <td>. Gaixotasun arrunta</td><td style="text-align: center;">5</td> <td>. Beste arrazoi batzuk</td><td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>. Etxeko istripua</td><td style="text-align: center;">3</td> <td>. Lanetik eratorritako gaixotasuna</td><td style="text-align: center;">6</td> <td></td><td></td> </tr> </table>	. Laneko istripua	1	. Bestelako istripu bat	4	. Indarkeria fisikoa	7	. Trafikoko istripua	2	. Gaixotasun arrunta	5	. Beste arrazoi batzuk	8	. Etxeko istripua	3	. Lanetik eratorritako gaixotasuna	6			14.c) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Laneko istripua</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>Trafikoko istripua</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Etxeko istripua</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Bestelako istripu bat</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Gaixotasun arrunta</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td>Lanetik eratorritako gaixotasuna</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>Indarkeria fisikoa</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td>Beste arrazoi batzuk</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </table>	Laneko istripua	1	Trafikoko istripua	2	Etxeko istripua	3	Bestelako istripu bat	4	Gaixotasun arrunta	5	Lanetik eratorritako gaixotasuna	6	Indarkeria fisikoa	7	Beste arrazoi batzuk	8																														
. Laneko istripua	1	. Bestelako istripu bat	4	. Indarkeria fisikoa	7																																																												
. Trafikoko istripua	2	. Gaixotasun arrunta	5	. Beste arrazoi batzuk	8																																																												
. Etxeko istripua	3	. Lanetik eratorritako gaixotasuna	6																																																														
Laneko istripua	1																																																																
Trafikoko istripua	2																																																																
Etxeko istripua	3																																																																
Bestelako istripu bat	4																																																																
Gaixotasun arrunta	5																																																																
Lanetik eratorritako gaixotasuna	6																																																																
Indarkeria fisikoa	7																																																																
Beste arrazoi batzuk	8																																																																
15 - Jarraian galdera batzuk egingo dizkizut edozein pertsonaren eguneroko bizitzan ohikoak diren jarduera batzuen gainean eta jakin nahiko nuke ea zeu gai zaren jarduera hauek egiteko laguntza gabe, laguntzarekin, ala inola ere ez zaren gai. (INKESTATZAILEA: arazoa ez da egiten badakizun ala ez dakizun, baizik jarduera hori egiteko gaitasuna daukazun ala ez momentu jakin batean. a) Jateko gai zara (gurina ebaki, banatu,...) b) Aulki eta ohearen artean lekualdatzeko gai zara c) Zeure garbiketa pertsonala egiteko gai zara (aurpegia, eskuak eta hortzak garbitu, orraztu eta bizarra moztu) d) Komuna erabiltzeko gai zara (sartu eta irten, garbitu, jantzi) e) Bainatzeko edo dutxatzeko gai zara f) 50 metro bide lauan ibiltzeko gai zara g) Eskailera-atal bat igotzeko eta jaisteko gai zara h) Arropak janzteko eta eranzteko (botoiak, kremaierak, lokarriak... barne) gai zara i) Eginkariak kontrolatzeko gai zara j) Txiza kontrolatzeko gai zara k) Gai zara otorduak prestatzeko l) Gai zara telefonoa erabiltzeko, zenbakiak bilatu eta deitzeko m) Gai zara autobusa, trenara edo taxia hartzeko edo automobila gidatzeko n) Gai zara arropa edo janaria erosteko o) Gai zara zeure dirua ondo administratzeko p) Gai zara etxeko lanak egiteko (oheak egin, lisatu, harrikoa egin, eskobatu)	15.- JARDUERAK. Gai Lagunduta Ezgai <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Jan</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Leku aldatu</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Garbiketa pert.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Komuna</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Bainatu</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Lauan ibili</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Eskailera</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Jantzi</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Eginkariak</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Txiza</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Ortoduak</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Telefonoa</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Autobusa</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Erosketak</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Dirua</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Etxeko lanak</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	Jan	1	2	3	Leku aldatu	1	2	3	Garbiketa pert.	1	2	3	Komuna	1	2	3	Bainatu	1	2	3	Lauan ibili	1	2	3	Eskailera	1	2	3	Jantzi	1	2	3	Eginkariak	1	2	3	Txiza	1	2	3	Ortoduak	1	2	3	Telefonoa	1	2	3	Autobusa	1	2	3	Erosketak	1	2	3	Dirua	1	2	3	Etxeko lanak	1	2	3
Jan	1	2	3																																																														
Leku aldatu	1	2	3																																																														
Garbiketa pert.	1	2	3																																																														
Komuna	1	2	3																																																														
Bainatu	1	2	3																																																														
Lauan ibili	1	2	3																																																														
Eskailera	1	2	3																																																														
Jantzi	1	2	3																																																														
Eginkariak	1	2	3																																																														
Txiza	1	2	3																																																														
Ortoduak	1	2	3																																																														
Telefonoa	1	2	3																																																														
Autobusa	1	2	3																																																														
Erosketak	1	2	3																																																														
Dirua	1	2	3																																																														
Etxeko lanak	1	2	3																																																														
16.- Zenbateko maiztasunaz behar duzu laguntza hau? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">. Etengabe</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>. Astean hainbat bider</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>. Noizbehinka</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>. Ez du laguntzarik behar</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>. Ed/Ed</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	. Etengabe	1	. Astean hainbat bider	2	. Noizbehinka	3	. Ez du laguntzarik behar	4	. Ed/Ed	0	16. MAIZTASUNA. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Etengabe</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Astean hainbat bider</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Noizbehinka</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Ez du laguntzarik behar</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Ed/Ed</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	Etengabe	1	Astean hainbat bider	2	Noizbehinka	3	Ez du laguntzarik behar	4	Ed/Ed	0																																												
. Etengabe	1																																																																
. Astean hainbat bider	2																																																																
. Noizbehinka	3																																																																
. Ez du laguntzarik behar	4																																																																
. Ed/Ed	0																																																																
Etengabe	1																																																																
Astean hainbat bider	2																																																																
Noizbehinka	3																																																																
Ez du laguntzarik behar	4																																																																
Ed/Ed	0																																																																

17 - Nork laguntzen dizu? (INKESTATZAILEA: BEHAR DIREN ERANTZUN-AUKERA GUZTIAK IDATZIZ)

	Bai	Ez
. Zurekin bizi den familiarteko batek. Adierazi gehien laguntzen duena (ahaidetasun kodeko zerrenda).....	1	2
. Zurekin bizi ez den familiarteko batek. Adierazi gehien laguntzen duena (ahaidetasun kodeko zerrenda).....	1	2
. Zerbitzu sozial publikoak, Udala, Foru Aldundia	1	2
. Osasun Zerbitzu publikoak, anbulatorioa, osasun-zentroa.....	1	2
. Ordaintzen zaion pertsona kontratatu batek	1	2
. Boluntario batek (Cáritas...).....	1	2
. Auzokideak	1	2
. Inork ez.....	1	2
. Beste norbaitek.....	1	2

AHAIDETASUN KODEKO ZERRENDA: (ERAKUTSI 1 ZK.DUN TXARTELA)

. Ezkontidea edo nire bikotea	1	. Nire anaia/neba	9
. Ama	2	. Nire biloba (emak.).....	10
. Aita.....	3	. Nire biloba (giz.).....	11
. Nire alaba	4	. Amona.....	12
. Nire semea.....	5	. Aitona.....	13
. Nire erraina.....	6	. Familiarteko beste emakume bat	14
. Nire suhia.....	7	. Familiarteko beste gizonezko bat	15
. Nire arreba/ahizpa.....	8	. Beste norbait	16

(13. GALDERARI "EZ" ERANTZUN DIOTENEN BAKARRIK)

21 - "Zeure kabuz baliatzeko gauza ez bazina eta laguntza beharko bazenu", zein zentro, erakunde edo pertsonarengana joko zenuke dauden laguntzei buruz informatzeko?: bat bakarrik hautatu, garrantzitsuen deritzozuna

- Udala.....	1
- Foru Aldundia.....	2
- Herriko/auzuneko gizarte-laguntzailea.....	3
- Etxeko/familiako medikua edo osasun-zentroko erizaina.....	4
- Elkarteak (jubilatua, GKE...).....	5
- Erljio erakunde edo kongregazioak, parroikia.....	6
- Ez nuke jakingo nora jo.....	7

22 - (65 URTE ETA GEHIAGOKOENTZAT)

Jarraian, galdera erraz batzuk egingo dizkizut. Pertsona gehienek ez dute galdera horiek erantzuteko zailtasunik izaten, baina zuk zailtasunen bat baduzu, ez zaitetz kezkatu.

	Ondo erantzuten du	Oker erantzuten du	Ed/Ee
a) Zein da gaurko data?	1	2	3
b) Asteko zein egun da gaur?	1	2	3
c) Zein da leku honen izena?	1	2	3
d) Zein da zure helbidea?	1	2	3
e) Zenbat urte daukazu?	1	2	3
f) Non jaio zinen?	1	2	3
g) Nola du izena egungo Lehendakariak?	1	2	3
h) Nola du izena egungo Aita Santuak?	1	2	3
i) Zer deitura du/zu zure amak?	1	2	3
j) Esan itzazu asteko egunak atzetik aurrera	1	2	3

17. NORK LAGUNDU.

	Bai	Ez	Ahaidetasuna
Fam. Bizikidea	1	2	☐
Fam. Ez bizikidea	1	2	☐
Zerb. Sozial publik	1	2	
Osasun Zerb. publ.	1	2	
Pertsona kontratat.	1	2	
Bolunt.	1	2	
Auzokidea	1	2	
Inork ez	1	2	
Beste norbait	1	2	

13. galderari "EZ"

21. -

Udala	1
Foru Aldundia	2
Gizarte-laguntzailea	3
Etxeko medikua	4
Elkarteak	5
Erakundeak	6
Ez nuke jakingo	7

65 URTE ETA GEHIAGOKOENTZAT.

22. -

Ondo erantz. Oler erantz. Ed/Ee

	1	2	3
Data	1	2	3
Asteko eguna	1	2	3
Leku honen izena	1	2	3
Helbidea	1	2	3
Adina	1	2	3
Jaioterria	1	2	3
Egungo Lehend.	1	2	3
Aita Santuaren iz.	1	2	3
Amaren deitura	1	2	3
Asteko egunak	1	2	3

“KONTSULTAK”

ERREFERENTZIA-ALDIA: 14 EGUN**OSASUN-ZERBITZUEN ERABILERAREN ATALA.**

Hurrengo galderak osasuneko profesionalenegunetik atzora arte egindako kontsultei dagozkie.

23.a) Azken 14 egunotan, badago zure familiako inor, telefonoz baino ez bada ere, ondoko osasun-profesionalatariko bati kontsultarik egin diona? INKESTATZAILEAK: 2 ZK.DUN TXARTELA ERAKUTSI ETA IRAKURRI

BAI → NOR? ZENBAT ALDIZ?

EZ → (27.a GALDERARA PASA)

KONTUZ: Interesatuaren zutabea idatzi. Kontsultak, mediku berberari edo beste batzuei egindakoak izan daitezke, kontsulta-kopuru osoaren zenbakia jarri.

01 Haginlaria eta Ortodontista	10 Dermatologia	19 Erradiologia
02 Mediku Orokorra (Errezetak)	11 Kardiologia	20 Errehabilitazioa
03 Pediatria	12 Kirurgia	21 Beste espezialitate batzuk
04 Ginekologia	13 Urologia	22 Homeopatia, Akupuntura, Aukerako Med.
05 Oftalmologia	14 Endokrinologia	23 Erizaintza, Emagina, Fisioterapeuta
06 Otorrinolaringologia	15 Onkologia	24 Sasimedikuak, Belagileak
07 Traumatologia	16 Neurologia	25 Psikologia
08 Arnas ap.	17 Digestiboa	26 Farmazia
09 Barne Medikuntza	18 Psikiatria	27 Beste batzuk, (Gizarte-laguntzailea)

23.b) 14 egun horietan zenbat aldiz jo du (e)k rengana ?

Si en P.23.a): 01 → P.25 a)
02-21 → P.24 a)
23 → P.26 a)
22, 24 - 27 → P.27 a)

23.a) Kodea
23.b) Zenbat bider

MEDIKUARI KONTSULTATU DIOTENENTZAT (02-21 KODEAK) (HAGINLARI EDO ORTODONTISTARI IZAN EZIK) BESTELA 25 a galderara

24.a) Zein izan da(e)k izan duen azken kontsulta medikoa?

24.a) Kodea:

24.b) Zein lekutan egin zen kontsulta?

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| . Anbul. edo osasun-zentro publikoan | 1 | → dagokion galderara pasa
(25 edo 26 edo 27) |
| . Pazientearen etxean | 2 | |
| . Kontsulta pribatua | 3 | |
| . Larrialdietako zerbitzu batean | 4 | |
| . Telefonoz (ZITA ez dago barruan) | 5 | |
| . Ospitaleko kanpo-konsultan | 6 | |
| . Lantoki edo ikastetxean | 7 | |
| . Ed/Ee | 0 | |

24.b) LEKUA.

Anbulatorioa	1	→ (25-27)
Etxea	2	
Pribatua	3	
Larrialdiak	4	
Telefonia	5	
Ospitaletik k.	6	
Lantokia	7	
Ed/Ee	0	

24.c) Zein edo zeintzuk izan ziren osasun-arazoak, azken kontsulta hori egiteko?

24.c) ARAZOAK.

.....				
.....				
.....				

24.d) Zenbat egun igaro ziren zita eskatu zenuenetik kontsulta medikoa eduki zenuen arte?

(ZITA PRESKRIPZIO MEDIKOAGATIK ESKATU BAZEN, JARRI 0)

24.d) ZITA-DENBORA.

EGUNAK

24.e) Zein izan zen kontsultara joateko arrazoirik nagusia?

- | | |
|---|---|
| . Osasun-arazo baten diagnostiko , tratamendu eta berrikusketa. | 1 |
| . Haurdun eta jaioberriaren kontrola . | 2 |
| . Osasun-arazorik gabeko berrikusketa eta prebentziozko prozedurak . | 3 |
| . Errezet(ar)en bila bakarrik. | 4 |
| . Alta/baxa/baieztapen- partearen bila. | 5 |
| . Ed/Ee | 0 |

24.e) KONTSULTA-ARRAZOIA.

Diagnostikoa	1
Kontrola	2
Prebentz.-proz.	3
Errezetak	4
Parteak	5
Ed/Ee	0

24.f) Zenbat denboratakoa izan zen kontsulta?

(Ez hartu kontuan X-izpi, analisi eta abarren denbora)

24.f) KONTSULTA-DENBORA.MINUTUAK **24.g) Kontsulta hori egin ondoren medikuak:**

- . Erizaintzara bidali zintuen
- . Beste kontsulta mediko batera bidali zintuen
- . Osasun-arazo hori berrikusteko berriro bere kontsultara joateko esan zizun
- . Medikamentu batzuk errezetatu zizkizun
- . Aholkuak (elikadura, tabakoa erretzea, kirola...) eman zizkizun
- . Proba batzuk (analisiak, erradiografiak) egitea agindu zizun
- . Ospitalizatu egin zintuen

24.g) EMAITZAK.

	Bai	Ez	Ee/Ed
Erizaina	1	2	0
Medikua	1	2	0
Berkontsulta	1	2	0
Medikamentuak	1	2	0
Aholkuak	1	2	0
Probak	1	2	0
Ospitalizazioa	1	2	0

24.h) Ondoren, egindako bisita medikoarekin erlazionatutako zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut.

Lehenengo, medikuari egindako kontsultaren zenbait alderdiri buruz duzun iritzia jakin nahi nuke.

Zer iruditu zitzaizun (Ezin hobe, Oso ona, Ona, Hala-holakoa, Txarra)

- . Medikuen gaitasuna eta trebetasun profesionala?
- . Medikuen emandako tratua?
- . Jaso zenuen informazioa?
- . Medikuen dituen baliabide materialak edo teknikoak?

Azkenik, kontsultaren balorazio orokorra egitea nahiko nuke.

Zer iruditu zitzaizun

. Oro har jasotako asistentziak?

24.h) GOGOBEKETASUNA.

	B	Oo	O	E	Tx	Ed/Ee
Kontsulta						
Gait.	1	2	3	4	5	0
Med.	1	2	3	4	5	0
Inform.	1	2	3	4	5	0
Baliabideak	1	2	3	4	5	0

Asistentzia

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

24.i) Zentro edo kontsulta hori, nola dagoela iruditzen zaizu:

- | | |
|----------------------------|---|
| . Zure etxetik oso hurbil? | 1 |
| . Zure etxetik hurbil? | 2 |
| . Lejos de su domicilio? | 3 |
| . Zure etxetik urrun? | 4 |

24.i) KOKALEKUA.

Oso hurbil	1
Hurbil	2
Urrun	3
Oso urrun	4
Ed/Ee	0

24.j) Dagoen ordutegiari zer deritzozu?

- | | |
|----------------------|---|
| . Oso aproposa. | 1 |
| . Apur bat aproposa. | 2 |
| . Ez hain aproposa. | 3 |
| . Guztiz desegokia. | 4 |

24.j) ORDUTEGIAREN EGOKITASUNA.

Oso aproposa	1
Aproposa	2
Ez hain aproposa	3
Gustiz desegokia	4
Ed/Ee	0

24.k) Nork leporatu zuen kontsultaren kostuaren zatirik handiena?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| . Osakidetza-Seguridad Social | 1 | . Afiliatio pribatuko mutuak (borondatezkoa) | 4 |
| . Afiliatio kolektiboko mutuak (nahitaezkoa) | 2 | . Gizarte-ongizateak | 5 |
| . Partikularrak | 3 | . Ed/Ee | 0 |

24.k) KONTSULTA-GASTUA.

Osakidetza	1
Mutua kolektiboa	2
Partikularra	3
Mutua pribatua	4
Giz. Ongizatea	5
Ed/Ee	0

“HAGINLARIAREN KONTSULTA”

HAGINLARIARI KONTSULTATU DIOTENENTZAT [23.a] GALDERAN 01 KODEA]

25.a) Non egin zen haginlariaren kontsulta?

- . Ambulatorio edo Osasun Zentro Publikoan. 1
 . Kontsulta pribatua. 2

HAGINLARIA.

25.a) LEKUA.

- . Ambulatorioa 1
 . Pribatua 2

25.b) Zein izan zen kontsulta horretara joateko arrazoi nagusia?

- . Errutinazko edota prebentziozko azterketa. 1
 . Tratamendua. 2
 . Mina. 3
 . Ortodontzia. 4

25.b) ZERGATIA.

- . Preb.-azterk. 1
 . Tratamendua 2
 . Mina 3
 . Ortodontzia 4
 . Ed/Ee 0

25.c) Nork leporatu zuen kontsultaren kostuaren zatirik handiena?

- . Haurren hortz programak (PADI). 1
 . Osakidetza-Gizarte-Segurantzak. 2
 . Afiliazio kolektiboko mutuak (nahitaezkoa). 3
 . Partikularrak. 4
 . Afiliazio pribatuko mutuak (borondatezkoa). 5
 . Gizarte Ongizateak. 6
 . Ed/Ee 0

25.c) KOSTUA.

- . Haurren H.-Prog. 1
 . Osakidetza 2
 . Mutua kolektiboa 3
 . Partikularra 4
 . Mutua pribatua 5
 . Giz. Ongiz. 6
 . Ed/Ee 0

25.d) Ondoren, haginlariari egindako bisitarekin zerikusia duten zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut. Lehenengo eta behin, egindako kontsultaren zenbait alderdiri buruz duzun iritzia jakin nahi nuke

Zer iruditu zitzaizun (Ezin hobea, Oso ona, Ona, Hala-holakoa, Txarra)

- . Haginlariak emandako tratua?
 . Jaso zenuen informazioa?

Azkenik, balorazio orokorra egitea nahiko nuke

Zer iruditu zitzaizun . . .

- . Oro har jasotako asistentziak?

25.d) GOGOBETETASUNA.

B Oo N E Tx Ed/Ee

- Tratua 1 2 3 4 5 0
 Inf. 1 2 3 4 5 0

- Asist. 1 2 3 4 5 0

“ERIZAIN, EMAGIN edo FISIOTERAPEUTARI EGINDAKO KONTSULTA”

26.a) Kontsulta honetara joan zen:

[.23. a) GALDERAN 23 KODEA]

. Medikua aginduta.	1
. Erizainak, aurreko kontsultan zita emanda.	2
. Norberaren kabuz, gauza horiek erizainek daramatzatelako.	3
. Errezetak hartzeko.	4
. Analisiak egiteko.	5
. Ed/Ee	0

ERIZAINA EDO EMAGINA.
26.a)

Medikua	1
Erizaina	2
Norberaren kabuz	3
Errezetak	4
Analisiak	5
Ed/Ee	0

26.b) Zein lekutan egin zen kontsulta?

. Anbulatorio edo osasun-zentro publikoan.	1
. Pazientearen etxean.	2
. Kontsulta pribatuan.	3
. Urgentzi zerbitzu batean.	4 → p. 27
. Telefonoz.	5
. Lantoki edo ikastetxean.	6
. Kanpo-kontsultetan.	7
. Ed/Ee	0

26.b) LEKUA.

Anbulatorioa	1
Etxea	2
Pribatua	3
Urgentziak	4 → 27. gald.
Telefonia	5
Lantokia	6
Kanpo-kontsultak	7
Ed/Ee	0

26.c) Zein izan zen kontsultara joateko arrazoi nagusia?

. Haurduna eta jaioberriaren kontrola.	1
. Hezkuntza sanitarioko saioaldiak: erditzeko prestakuntza,....	2
. Administrazio-prozedurak.	3
. Gaixotasun kronikoaren ohiko kontrola.	4
. Osasun-arazorik gabeko berrikusketa.	5
. Prozedura terapeutikoak (injekzioak, etab.).	6
. Masajeak, errehabilitazioa.	7
. Ed/Ee	0

26.c) ZERGATIA.

Haurduna	1
Hezkuntza sanitarioa	2
Adminis.	3
Gaix. kronikoa	4
Berrikusketa	5
Injekzioak	6
Masajeak	7
Ed/Ee	0

26.d) Nork leporatu zuen kontsultaren kostuaren zatirik handiena?

. Osakidetza-Gizarte-Segurantzak	1	. Afiliazio pribatuko mutuak (borondatezkoa)	4
. Afiliazio kolektiboko mutuak (nahitaezkoa)	2	. Gizarte-ongizateak	5
. Partikularrak	3	. Ed/Ee	0

26.d) KOSTUAK.

Osakidetza	1
Kolektiboko mutuak	2
Partikularrak	3
Pribatuko mutuak	4
Gizarte ongizateak	5
Ed/Ee	0

26.e) Ondoren, erizain, emagin edo fisioterapeutari egindako bisitarekin zerikusia duten zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut.

Ondoren, erizain, emagin edo fisioterapeutari egindako bisitarekin zerikusia duten zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut.

¿ Nolakoa iruditu zitzaizun (Ezin hobea, Oso ona, Ona, Hala-holakoa, Txarra)

. Erizainak emandako tratua?

. Erizainaren gaitasun eta trebetasun profesionala?

. Jaso zenuen informazioa ?

. Han dauden baliabideak?

Azkenik, kontsultaren balorazio orokorra egitea nahi nuke.

Nolakoa iruditu zitzaizun

. Oro har jasotako asistentziak?

26.e) GOGOBETETASUNA.

B Oo N E Tx Ed/Ee

Tratua	1	2	3	4	5	0
Gait.	1	2	3	4	5	0
Txostena	1	2	3	4	5	0
Baliabideak	1	2	3	4	5	0

Asist.

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

**“PERTSONA GUZTIENTZAT”
KONTSULTAK.**

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE.

HURRENGO GALDERAK, EGUNETIK ATZORA ARTE OSASUN-PROFESIONALEI EGINDAKO KONTSULTEI DAGOZKIE.

INKESTATZAILEOK: DATA GOGORATU.

MEDIKUEI EGINDAKO KONTSULTAK (02-22ra arteko kodeak)

27.a) egunetik atzora arte, zenbat bider kontsultatu dio(e)k medikuari?

MEDIKUAK.

27.a) ZENBAT BIDER

27.b) Noiz kontsultatu zuen ... (e)k azkenengo aldiz? [gogora 24.a) galdera]

. 6 hilabetetik behera	1	. 2 urte baino gehiagotik 5 urtera	4	. Ed/Ee	0
. 6 hilabetetik urtebetera	2	. 5 urtetik gora	5		
. . Urtebete baino gehiagotik 2 urtera	3	. Inoiz ere ez	6		

27.b) AZKEN KONTSULTA.

6 hil.tik behera	
6 hil.tik urte 1era	
+ 1 < 2 urtera	
+ 2 < 5 urtera	
5 urtetik +	
Inoiz ere ez	
Ed/Ee	

HAGINLARIEI EGINDAKO KONTSULTAK.

28.a) egunetik atzora arte, zenbat bider kontsultatu dio (e)k haginlariari?

HAGINLARIAK.

28.a) ZENBAT BIDER

28.b) Noiz kontsultatu zuen (e)k azkenengo aldiz? [gogora 25.a) galdera]

. 6 hilabetetik behera	1	. 2 urte baino gehiagotik 5 urtera	4	. Ed/Ee	0
. 6 hilabetetik urtebetera	2	. 5 urtetik gora	5		
. Urtebete baino gehiagotik 2 urtera	3	. Inoiz ere ez	6		

28.b) AZKEN KONTSULTA.

6 hil.tik behera	
6 hil.tik urte 1era	
+ 1 < 2 urtera	
+ 2 < 5 urtera	
5 urtetik +	
Inoiz ere ez	
Ed/Ee	

ERIZAINZAKO KONTSULTAK.

29.a) egunetik atzora arte, zenbat bider kontsultatu dio (e)k erizainari?

ERIZAINZA.

29.a) ZENBAT BIDER

29.b) Noiz kontsultatu zuen (e)k azkenengo aldiz?

. 6 hilabetetik behera	1	. 2 urte baino gehiagotik 5 urtera	4	. Ed/Ee	0
. 6 hilabetetik urtebetera	2	. 5 urtetik gora	5		
. Urtebete baino gehiagotik 2 urtera	3	. Inoiz ere ez	6		

29.b) AZKEN KONTSULTA.

6 hil.tik behera	
6 hil.tik urte 1era	
+ 1 < 2 urtera	
+ 2 < 5 urtera	
5 urtetik +	
Inoiz ere ez	
Ed/Ee	

URGENTZIAK.

ERREFERENTZIA-ALDIA: 6 HILABETE.

Hurrengo galderak, egunetik atzora arte gertatutako osasun-urgentziei dagozkie.

30.a) egunetik atzora arte inoiz eskatu al duzu urgentziako osasun-atentziorik (ohikoa ez den zentroren batean, edo ohiko zentroan baina kontsultatik kanpoko orduetan (17etatik aurrera))?

30.b) Zenbat bider?

GALDETU AZKENENGOZ ESKATU BEHAR IZAN ZEN URGENTZIAKO ASISTENTZIARI BURUZ (Erantzun bakarra jarri).

30.c) (e)k urgentziako asistentzia eskatu zuen honako arrazoiren bat zuelako:

- . Osasun-arazo arina zuen, baina erosoagoa da urgentzietara joatea. 1
- . Osasun-arazoa arina zen, baina berehalako asistentzia behar zuen. 2
- . Osasun-arazo larria zuelakoan zegoen. 3
- . Arazoa zeukan eta ez zekien garrantzitsua zen ala ez. 4
- . Ed/Ee 0

30.d) Zein izan zen urgentzietara joateko osasun-arazoa?

HITZEZ HITZ IDATZI:

30.e) Non hartu zuen asistentzia?

- . Ospitalean 1
 - . Anbulatorio edo kontsult. publikoan 2
 - . Etxean 3
 - . Telefonoz 4
 - . Beste batzuk (zehaztu) 5
 - . Ed/Ee 0
- (30.g. galderara pasa)

30.f) Zein zentroan gertatu zen urgentzia?

30.g) Asistentzia eskatu zenuenetik eman zizutenera arte igarotako denbora zera izan da:

- . Egokia 1
- . Luzea 2
- . Luzeegia 3

30.h) Asistentziaren ondoren...

- . Ospitalean ingresatu zintuzten 1
 - . Beste zentro batera joan zinen edo bidali zintuzten 2
 - . Etxera itzuli zinen arazoa konponduta 3
 - . zainketak behar izan zenituen 4
 - . Ed/Ee 0
- (31.b galderara pasa)

30.i) Ondoren, urgentziako zure asistentziaren inguruko zerbitzuei buruz duzun iritzia galdetuko dizut.

Lehenengo, atenditu zintuen pertsonalak emandako tratua aipatuko dut.

Nolako iruditu zitzaizun . . . (Ezin hobea, Oso ona, Ona, Hala-holakoa, Txarra)

. Harrera, argibide eta zitetako pertsonalak (administrazio-langileek, mendeokoe, telefonistek . . . eta abarrek) emandako tratua?

Bigarren, asistentziaren alderdi batzuei buruz duzun iritzia nahi dut.

Nolako iruditu zitzaizun . . .

- . Pertsonal medikoaren gaitasun eta trebetasun profesionala?
- . Medikuek emandako tratua?
- . Urgentziako asistentzian jasotako informazioa?
- . Alta hartzerakoan jasotako informazioa?
- . Bertan dauden baliabideak?

Azkenik, urgentziako asistentziaren balorazio orokorra egitea nahiko nuke.

Nolako iruditu zitzaizun . . .

Oro har jasotako asistentziak?

URGENTZIAK.

30.a) Bai Ez Ed/Ee

1	2	0
(31)	(31)	

30.b) ZENBAT BIDER:

--	--	--	--

30.c) AZKENENGO ALDIZ:

Arina	1
Berehalako asist.	2
Larria	3
Garrantzia	4
Ed/Ee	0

30.d) OS.-ARAZOA.

--	--	--	--

30.e) LEKUA.

Ospitalea	1
Anbulatorioa	2
Etxea	3
Telefonoa	4
Beste batzuk	5
Ed/Ee	0

30.g. galderara

30.f) Zentroaren izena.

30.g) ITXARONALDIA.

Egokia	1
Luzea	2
Luzeegia	3

30.h)

Ospitalea	1
Beste zentro bat	2
Etxea	3
Etxea F.M.	4
Ed/Ee	0

31.b gald.

30.i) GOGOBETETASUNA.

B	Oo	O	Err	Tx	Ed/Ee
1	2	3	4	5	0

Harrera

Kontsulta

Gait.

Medikua

Inform.

Alta-inform.

Baliabideak

Asistentzia

1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

“OSPITALIZAZIOAK”

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILATETE

OSPITALIZAZIOA.																																									
Hurrengo galderak, egunetik atzora arte gertatutako ospitalizazioei dagozkie. 31.a) egunetik atzora arte, egon al da ospitalizatuta? (erditzeak kontuan hartu)	31.a) Bai Ez Ed/Ee <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>(32)</td> <td>(32)</td> <td></td> </tr> </table>	1	2	0	(32)	(32)																																			
1	2	0																																							
(32)	(32)																																								
31.b) egunetik atzora arte zenbatetan, guztira, egon da ospitalizatuta?	31.b) ZENBAT BIDER: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																								
31.c) egunetik atzora arte, zenbat gau, guztira, egon da ospitalizatuta?	31.c) GAUAK: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																								
(INGRESATUTA JARRAITZEN DUTENEI IZAN EZIK) 31.e) Jaso al zuen alta-txostena? (Kontuan izan bi aukerak: eskuan ala etxera bidaltuta) 1. Bai, eskuan 2. Bai, postaz 3. Ez	31.e) Bai, eskuan <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> Bai, postaz <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Ez <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> Ed/Ee <table border="1"><tr><td>0</td></tr></table>	1	2	3	0																																				
1																																									
2																																									
3																																									
0																																									
31.f) Erakutsi al diezadakezu alta-txostena? Hitzez hitz idatzi. (Alta-txostena jaso ez badu, ospitalizazioa eragin zuen osasun-arazoa idatzi)	31.f) ALTA. <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																								
31.g) Zein zentroan egin zen ospitalizazioa?	31.g) OSPITALEA. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																								
31.h) Ondoren, ospitaleko ingresoarekin zerikusia duten zerbitzuei buruzko galderak egingo dizkizut, duzun iritzia jakiteko. Lehenengo, harrerako edota argibideetako pertsonalak emandako zerbitzuak aipatuko ditut. Nolakoak iruditu zitzaizun (Ezin hobea, Oso ona, Ona, Hala-holakoa, Txarra) ingresorako egin behar diren tramiteak? Bigarren, pertsonal medikoak emandako zerbitzuak aipatuko ditut. Nolakoak iruditu zitzaizun Pertsonal medikoak emandako informazioa? Pertsonal medikoak dituen baliabideak? Azkenik, balorazio orokorra egitea nahiko nuke. Nolakoak iruditu zitzaizun Oro har jasotako asistentziak?	31.h) GOGOBBETETASUNA. <table border="1"> <tr> <td></td> <td>B</td> <td>O</td> <td>o</td> <td>O</td> <td>Err</td> <td>Tx</td> <td>Ed/Ee</td> </tr> <tr> <td>Tramiteak</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Informazioa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Baliabideak</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Asistentzia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>0</td> </tr> </table>		B	O	o	O	Err	Tx	Ed/Ee	Tramiteak	1	2	3	4	5	0		Informazioa	1	2	3	4	5	0	Baliabideak	1	2	3	4	5	0	Asistentzia	1	2	3	4	5	0			
	B	O	o	O	Err	Tx	Ed/Ee																																		
Tramiteak	1	2	3	4	5	0																																			
Informazioa	1	2	3	4	5	0																																			
Baliabideak	1	2	3	4	5	0																																			
Asistentzia	1	2	3	4	5	0																																			
31.i) Nork hartu zituen bere gain ospitaleratzearen kostu gehienak? Osakidetza-Gizarte Segurantzak 1 Mutua Afiliazio Kolektiboak (nahitaezkoa) 2 Partikularrak 3 Afiliazio Pribatuko Mutuak (borondatezkoa) 4 Gizarte Ongizateak 5 Ed/Ee 0	31.i) KOSTUAK: Osakidetza <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> M. kolektiboak <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Partikularra <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> M. Pribatua <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> Gizarte Ongizatea <table border="1"><tr><td>5</td></tr></table> Ed/Ee <table border="1"><tr><td>0</td></tr></table>	1	2	3	4	5	0																																		
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
0																																									
31.j) Zer iruditu zitzaizun ospitaleratua egon zinen denbora? Laburra, zure osasun-arazoak egonaldi luzeagoa behar zuen. 1 Zure osasun-arazoari zegokiona. 2 Luzea, lehenago eman zitekeen alta. 3	31.j) DENBORA. Laburra <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> Egokia <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> Luzea <table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	1	2	3																																					
1																																									
2																																									
3																																									

32.b) ZIGILUA		32.C) ERREZETA	
Bai	1	Medikua	1
Ez	2	Erizaina	2
Kaxarik ez	3	Berak	3
		Botikaria.	4
		Beste Batzuk	5
		Ed/Fe	0

“ARAZO KRONIKOAK”

Hurrengo gaia, luzaroko edo behin eta berriz azaltzen diren osasun-arazoei dagokie.

INKESTATZAILEA: Eman familiari arazo kronikoen txartela, irakurri arretaz eurekin eta idatzi arazoaren kodeak euren laukitxoetan.

4 ZK.DUN TXARTELA

33.a) Zure familiaren batek ba al du honelakorik?

01 Kariesak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
02 Beste hortz-arazo batzuk	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
03 Ziatika, lunbago eta bizkarreko mina	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
04 Bizkarreko min kroniko zerbikala	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
05 Gortasuna	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
06 Hipertentsioa	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
07 Kolesterol-maila altua	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
08 Asma	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
09 Alergia kronikoa	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
10 Minbizia	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
11 Arterioesklerosia	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
12 Barizeak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
13 Bronkitis kronikoa	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
14 Giltzurrunetako harriak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
15 Itsutasun partziala edo osoa, kataratak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
16 Bihotzeko arazo kronikoak, miokardioko infartua	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
17 Urdail eta duodenoko ultzera	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
18 Artrosia nahiz bestelako erreumatismoak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
19 Larrazaleko arazo kronikoak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
20 Behazuneko harriak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
21 Diabetesa	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
22 Tronbosi, enbolia edo odoljario zerebralak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
23 Prostataren alterazioak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
24 Gernu-inkontinentzia	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
25 Antsia-Depresio	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
26 Beste arazo mental batzuk	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
27 Anemia	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
28 Osteoporosia	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
29 Idorreria kronikoa	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
30 Migraia edo buruko min sarriak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
31 Tiroidetako arazoak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
32 Hemorroideak, odoluzkiak	EZ	BAI → Nork? Beste inork?
33 Beste batzuk	EZ	BAI → Nork? Beste inork?

34 gald.

ARAZO KRONIKORIK EZ BADUTE, HURRENGO ATALERA PASA.

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE

AITORTUTAKO ARAZO KRONIKO BAKOITZARENTZAT

33.b) egunetik atzora arte, kontsultatu al dio (e)k mediku edo erizainari ri buruz?

. BAI	1	→ (34. GALDERARA PASA)
. EZ	2	
. Ed/Ee	0	→ (33 d GALDERARA PASA)

33.c) Arazo hori edukita, zergatik ez zara joan mediku edo erizainarengana?

1. Badakit nola tratatu, tratamenduan nago
2. Oso urrun dago, hara joateko arazoak izaten ditut...
3. Ezin diot lanari utzi
4. Denbora asko galtzen dut
5. Ez dut konfiantzarik mediku profesionalengan, ezta erizainengan ere
6. Ez du erremediorik
7. Garestia da niretzat
8. Ez dut uste garrantzarik duenik
9. Beste batzuk

5 ZK.DUN TXARTELA

33.d) Zenbat urte dira(e)k mediku edo erizainari kontsultatu zeniola ... ri buruz?

(Medikuari edo erizainari inoiz ere EZ badio kontsultatu, jarri 25)

ARAZO KRONIKOAK.

33.- ARAZOA 1

a) KODEA

Bai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(34) (33c) (33d)

c) ARRAZOA

d) URTEAK

33.- ARAZOA 2

a) KODEA

Bai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(34) (33c) (33d)

c) ARRAZOA

d) URTEAK

33.- ARAZOA 3

a) KODEA

Bai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(34) (33c) (33d)

c) ARRAZOA

d) URTEAK

33.- ARAZOA 4

a) KODEA

Bai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(34) (33c) (33d)

c) ARRAZOA

d) URTEAK

33.- ARAZOA 5

a) KODEA

Bai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(34) (33c) (33d)

c) ARRAZOA

d) URTEAK

33.- ARAZOA 6

a) KODEA

Bai Ez Ed/Ee

b) KONTSULTA

(34) (33c) (33d)

c) ARRAZOA

d) URTEAK

“ISTRIPUAK”

ERREFERENTZIA-ALDIA: 12 HILABETE

Hurrengo galderak azken 12 hilabeteetako istripuei dagozkie, baldin eta istripuen ondorioz honako lesioen bat izatea gertatu bazen: hezur edo lokailuen apurketa nahiz dislokazioa, zaintiratuak; ebaketa sakonak; anputazioak nahiz zauriak; erredurak; intoxikazioak...

34.a) egunetik atzora arte, zure familiako inork izan du bere osasunean eraginik izan duen honako istripuren bat: jausteak, erredurak, kolpeak, intoxikazioak?

	Ez	Bai	→ Nork?	Zenbat?
. Hezur nahiz lokailuen haustura edo apurketak edo dislokazioak	2	1	_____	_____
. Ebaketa sakonak, anputazioak edo zauriak	2	1	_____	_____
. Kontusioak (kolpeak), hematoma	2	1	_____	_____
. Kontrako ezarritik sartzea, ia itotzea, asfixia	2	1	_____	_____
. Erredurak	2	1	_____	_____
. Intoxikazioak	2	1	_____	_____

(INKESTATZAILEA: GALDERA GUZTIAK “EZ” IZAN BADIRA, PASA 35.a GALDERARA)

ISTRIPUAK.

34.a)

Bai	Ez	Ed/Ee
1	2	0

(35a)

34.b) Zenbat?

Hurrengo galderak azken istripuari dagozkio

34.c) Non izan zuen (e)k azken istripua?

. Etxean	1
. Trafikoko istripua, oinezko bezala	2
. Trafikoko istripua, bidaia edo gidari bezala	3
. Lanean	4
. Ikastetxean	5
. Jolas-edo kirol-tokian	6
. Leku publikoan: kalean, dendan, bankuan, tabernan, parke publikoan	7
. Ed/Ee	0

34.c) AZKEN ISTRIPUA.

. Etxea	1
. Oinezkoa	2
. Gidaria	3
. Lana	4
. Ikasketak	5
. Jolasaldia	6
. Leku publikoa	7
. Ed/Ee	0

34.d) Nola gertatu zen istripu hori?

. Jaustea	1
. Txoke edo kolisioa	2
. Tresna zorrotza	3
. Sua, likido beroak	4
. Elektrizitatea	5
. Produktu toxikoak irenstea	6
. Medikamentuak irenstea	7
. Gorputz arrotzak arnastea	8
. Beste batzuk	9
. Ed/Ee	0

34.d) MEKANISMOA.

. Jaustea	1
. Talka, kolisioa	2
. Ebaketa	3
. Sua	4
. Elektrizitatea	5
. Intoxikazioak	6
. Medikam. irenstea	7
. Gorputz arrotzak arnastea	8
. Beste batzuk	9
. Ed/Ee	0

34.e) Istripuaren ondorioz lesionatuta geratu al zen...?

	Bai	Ez
. Burua, aurpegia eta lepoa?	1	2
. Toraxa, abdomena, bizkarra?	1	2
. Goiko gorputz-adarrak?	1	2
. Beheko gorputz-adarrak?	1	2

34.e) KOKAPENA.

Bai Ez Ed/Ee

. Burua, aurpegia eta lepoa	1	2	0
. Toraxa, abdomena, bizkarra	1	2	0
. Goiko gorputz-adarrak	1	2	0
. Beheko gorputz-adarrak	1	2	0

34.f) Istripu horren ondorioz

- . Lanean edo aisialdian beti egiten dituzun jarduerak eten edo murriztu beharra izan al zenituen?
- . Zure betiko medikuari kontsultatu beharra izan al zenuen?
- . Urgentzietako zerbitzuren batean atenditu beharra izan al zenuen?
- . Gutxienez gau batean ingresatu behar izan zenuen?
- . ZIUn ingresatu behar izan zintuzten?
- . Arazo fisikorik edo mentalik geratu al zaizu?

34.f) ONDORIOAK.

Bai Ez Ed/Ee

Jarduera eten	1	2	0
Medikoari kontsul.	1	2	0
Urgentz. Zerb.	1	2	0
Ingresatzea	1	2	0
ZIUn ingresatzea	1	2	0
Arazoak	1	2	0

“INFORMAZIO PERTSONALA”

Hurrengo galderak datu pertsonalei dagozkie.
INKESTATZAILEA: IDATZI HEMEN ADINAK

35.a) Jaioteguna (urtea, hila, eguna).

PERTSONA ZK.:
35.a) urtea hila eguna

35.b) ADINA

35.c) Sexua:

. Gizonezkoa 1
. Emakumezkoa 2

35.c) SEXUA.

. Gizonezkoa 1
. Emakumezkoa 2

35.d) INKESTATZAILEA: Idatzi zeintzuk izan ziren elkarriketan egon ziren familiako kideak, eta zeintzuk egon ez zirenak.

. Ez zen egon 1
. Egon zen 2

35.d) PRESENTZIA.

. Ez aurrean 1
. Aurrean 2

35.e) Non jaio zinen?

. EAE 1 → (35.g. galderara pasa)
. EAEtik kanpo 2
. Atzerrian, Europako Erkidegoko herrialdea 3
. Atzerrian, Europako Erkidegoko ez dena 4 → Zehaztu herrialdea.

35.e) JAIROLEKUA.

. EAE 1 → 35.g
. EAEtik kanpo. 2
. Atzer. Eur. Erk. 3
. Atzer. ez Eur. Erk. 4

Zehaztu herrialdea

35.e.1) Zein da zure naziotasuna?

. Espainiarra 1
. Espainiarra eta beste bat 2 → Idatzi.
. Atzerritarra 3

35.e.1)

. Espainiarra 1
. Espainiarra eta beste bat 2
. Atzerritarra 3

Idatzi naziotasuna

35.f) Zein urtetan heldu zinen Euskal autonomia Erkidegora? (urtebete baino gutxiago bada, jarri 01)

35.f) EGONALDIA URTEAK:

35.g) Zein da zure legezko edo egitatezko egoera zibila?

. Ezkongabea 1
. Ezkondua edo bikotekidea 2
. Banandua, Dibortziatua 3
. Alarguna 4

35.g) IZATEZKO EGOERA ZIBILA:

. Ezkongabea 1
. Ezkondua edo bik. 2
. Banan./Dibortz. 3
. Alarguna 4
. Ed/Ee 0

35.h) Zein da ...(e)k erreferentziatzeko pertsonarekin duen ahaidetasuna?

. Erreferentziatzeko pertsona 1
. Ezkontidea edo bikotea 2
. Seme/alaba, Seme/alabaordea 3
. Aita, ama, aita/amaginarreba 4
. Suhia, erraina 5
. Bestelako senideak 6
. Senidetasuk gabekoak 7

35.h) SENIDETASUNA:

. Erreferentziatzeko perts. 1
. Ezkontidea 2
. Seme/alaba 3
. Guraso, aita/amag. 4
. Suhia/erraina 5
. Beste senideak 6
. Ez senideak 7
. Ed/Ee 0

35.i) Etxeko lanek dagokienez, noizero ekiten diezu ?

. Lanak egiten diren guztietan, ia-ia 1
. Asteburuetan ia beti 2
. Ia inoiz ere ez 3
. Inoiz ere ez 4 → (36.a galderara pasa)

35.i) SARRITASUNA:

Beti 1
Asteburuetan 2
Ia inoiz 3
Inoiz 4 → 36.a

35.j) Zenbat ordu ematen diezu egunero etxeko lanek? (ordu kopuru idatzi)

	Astegunak	Asteburuak
. Ordu kopuru		
. Ordu 1 baino gutxiago	1	1
. 1-3 ordu	2	2
. 4-5 ordu	3	3
. 6-8 ordu	4	4
. 8 ordutik gora	5	5

35. j) ETXeko LAN ORDUAK.

	Astegunak	Asteburuak
. Ordu kopuru		
. < 1 ordu	1	1
. 1-3 ordu	2	2
. 4-5 ordu	3	3
. 6-8 ordu	4	4
. > 8 ordu	5	5

(14 URTE EDO GEHIAGO DITUZTENENTZAT) 36.a) Zein ikasketa ditu ... (e)k? (Bukatutako ikasketak bakarrik hartuko dira kontuan) <table><tr><td>. Ez daki ez irakurtzen ez idazten</td><td>1</td></tr><tr><td>. Ikasketarik gabekoa</td><td>2</td></tr><tr><td>. Lehen mailako ikasketak</td><td>3</td></tr><tr><td>. Oinarrizko Batxilergoa, Eskola Graduata, 8. arteko OHO, DBH 1. zikloa</td><td>4</td></tr><tr><td>. BBB, Lanbide Heziketa, Goi mailako Batxilergoa, DBH osoa</td><td>5</td></tr><tr><td>. DBH 2, Goi mailako Heziketa Zikloa</td><td>6</td></tr><tr><td>. Erdi mailako Unibertsitateko eskola teknikoak</td><td>7</td></tr><tr><td>. Unibertsitateko Fakultateak, Goi mailako Eskola Teknikoak</td><td>8</td></tr></table>	. Ez daki ez irakurtzen ez idazten	1	. Ikasketarik gabekoa	2	. Lehen mailako ikasketak	3	. Oinarrizko Batxilergoa, Eskola Graduata, 8. arteko OHO, DBH 1. zikloa	4	. BBB, Lanbide Heziketa, Goi mailako Batxilergoa, DBH osoa	5	. DBH 2, Goi mailako Heziketa Zikloa	6	. Erdi mailako Unibertsitateko eskola teknikoak	7	. Unibertsitateko Fakultateak, Goi mailako Eskola Teknikoak	8	14 URTE EDO GEHIAGO DUTENAK. 36.a) IKASKETAK: <table><tr><td>. Analfabetoak</td><td>1</td></tr><tr><td>. Ikasketarik gabekoa</td><td>2</td></tr><tr><td>. Lehen mailakoak</td><td>3</td></tr><tr><td>. Eskola-graduata</td><td>4</td></tr><tr><td>. BBB</td><td>5</td></tr><tr><td>. LH 2</td><td>6</td></tr><tr><td>. E. Teknikoak</td><td>7</td></tr><tr><td>. Uniberts. Fakult.</td><td>8</td></tr></table>	. Analfabetoak	1	. Ikasketarik gabekoa	2	. Lehen mailakoak	3	. Eskola-graduata	4	. BBB	5	. LH 2	6	. E. Teknikoak	7	. Uniberts. Fakult.	8					
. Ez daki ez irakurtzen ez idazten	1																																					
. Ikasketarik gabekoa	2																																					
. Lehen mailako ikasketak	3																																					
. Oinarrizko Batxilergoa, Eskola Graduata, 8. arteko OHO, DBH 1. zikloa	4																																					
. BBB, Lanbide Heziketa, Goi mailako Batxilergoa, DBH osoa	5																																					
. DBH 2, Goi mailako Heziketa Zikloa	6																																					
. Erdi mailako Unibertsitateko eskola teknikoak	7																																					
. Unibertsitateko Fakultateak, Goi mailako Eskola Teknikoak	8																																					
. Analfabetoak	1																																					
. Ikasketarik gabekoa	2																																					
. Lehen mailakoak	3																																					
. Eskola-graduata	4																																					
. BBB	5																																					
. LH 2	6																																					
. E. Teknikoak	7																																					
. Uniberts. Fakult.	8																																					
16 URTE EDO GEHIAGO ERREFERENTZIA-ALDIA: ASTE BAT 36.b) Zein izan zen zure egoera nagusia inkesta egin aurreko astean? (16 urte eta gehiago duten pertsonak) <table><tr><td>. Lan egiten (bekadunak, BAME egiten ari direnak... barne</td><td>1</td><td rowspan="3">] → 37.a</td></tr><tr><td>. Langabezian, baina aurretik lan eginda</td><td>2</td></tr><tr><td>. Lehenengo lanaren bila</td><td>3</td></tr><tr><td>. Jubilatua, erretiratua, pentsionista edo errentaduna</td><td>4</td><td rowspan="4">] → 37.a</td></tr><tr><td>. Ikaslea</td><td>5</td></tr><tr><td>. Etxeko lanak</td><td>6</td></tr><tr><td>. Ezintasun iraunkorra</td><td>7</td></tr><tr><td>. Beste batzuk</td><td>8</td><td></td></tr></table>	. Lan egiten (bekadunak, BAME egiten ari direnak... barne	1	] → 37.a	. Langabezian, baina aurretik lan eginda	2	. Lehenengo lanaren bila	3	. Jubilatua, erretiratua, pentsionista edo errentaduna	4	] → 37.a	. Ikaslea	5	. Etxeko lanak	6	. Ezintasun iraunkorra	7	. Beste batzuk	8		16 URTE EDO GEHIAGO. 36.b) LAN-EGOERA: <table><tr><td>. Lanean</td><td>1</td></tr><tr><td>. Langabezian</td><td>2</td></tr><tr><td>. Lehen lana</td><td>3</td></tr><tr><td>. Jubilatua</td><td>4</td></tr><tr><td>. Ikaslea</td><td>5</td></tr><tr><td>. Etxeko lanak</td><td>6</td></tr><tr><td>. Ezintasun iraunk.</td><td>7</td></tr><tr><td>. Beste batzuk</td><td>8</td></tr><tr><td>. Ed/Ee</td><td>0</td></tr></table>	. Lanean	1	. Langabezian	2	. Lehen lana	3	. Jubilatua	4	. Ikaslea	5	. Etxeko lanak	6	. Ezintasun iraunk.	7	. Beste batzuk	8	. Ed/Ee	0
. Lan egiten (bekadunak, BAME egiten ari direnak... barne	1	] → 37.a																																				
. Langabezian, baina aurretik lan eginda	2																																					
. Lehenengo lanaren bila	3																																					
. Jubilatua, erretiratua, pentsionista edo errentaduna	4	] → 37.a																																				
. Ikaslea	5																																					
. Etxeko lanak	6																																					
. Ezintasun iraunkorra	7																																					
. Beste batzuk	8																																					
. Lanean	1																																					
. Langabezian	2																																					
. Lehen lana	3																																					
. Jubilatua	4																																					
. Ikaslea	5																																					
. Etxeko lanak	6																																					
. Ezintasun iraunk.	7																																					
. Beste batzuk	8																																					
. Ed/Ee	0																																					
36.c) Zenbat denbora darama langabezian? (hilabeteak)	36.c) LANGABE DENBORA (HILAK) _____																																					
INKESTATZAILEA: EZINBESTEKOA DA GALDERA HAUEK (37.a-37.g) BETETZEA. PENSIONISTA BADA EDO LANGABEZIAN BADAGO, DENBORA GEHIEN IZAN DUEN LANBIDEAZ GALDETU. ETXETIK KANPO INOIZ LANIK EGIN EZ DUEN ETXKO ANDREA BADA, DIRU-SARRERAK EDO PENTSIOA JASOTZEN DUEN PERTSONAREN (SENAR, AITA EDO BESTE EDOZEINEN) LANBIDEAZ GALDETU. (EZ KODERIK JARRI, ERANTZUNA IPINI) 37.a) Zelako kargu edo kategoria du enpresan? <table><tr><td>. Zuzendari, Zuzendariorde, Gerente eta Enpresariak</td><td>1</td></tr><tr><td>. Goi-mailako teknikaria</td><td>2</td></tr><tr><td>. Teknikari Ertainak (OLT, Maisuak, Kontulariak, Perituak)</td><td>3</td></tr><tr><td>. Langileburu, Kargudunak eta Saltzaile bidaariak</td><td>4</td></tr><tr><td>. Teknikari espezialistak, Ofizialak, Administrazioak</td><td>5</td></tr><tr><td>. Teknikari laguntzaileak, Klinika-lag., Administrazio-lag., Saltzaileak</td><td>6</td></tr><tr><td>. Atezainak, Ordenantzak, Peoiak, Apendizak, Laguntzaileak</td><td>7</td></tr><tr><td>. Ed/Ee</td><td>0</td></tr></table>	. Zuzendari, Zuzendariorde, Gerente eta Enpresariak	1	. Goi-mailako teknikaria	2	. Teknikari Ertainak (OLT, Maisuak, Kontulariak, Perituak)	3	. Langileburu, Kargudunak eta Saltzaile bidaariak	4	. Teknikari espezialistak, Ofizialak, Administrazioak	5	. Teknikari laguntzaileak, Klinika-lag., Administrazio-lag., Saltzaileak	6	. Atezainak, Ordenantzak, Peoiak, Apendizak, Laguntzaileak	7	. Ed/Ee	0	37.a) KARGUA: <table><tr><td>. Zuzend., Zuzendariorde</td><td>1</td></tr><tr><td>. Goi-mail. tekn.</td><td>2</td></tr><tr><td>. Tekn. ertainak</td><td>3</td></tr><tr><td>. Langileburuak</td><td>4</td></tr><tr><td>. Ofiz. admin.</td><td>5</td></tr><tr><td>. Admin. Lag.</td><td>6</td></tr><tr><td>. Apend., Laguntz.</td><td>7</td></tr><tr><td>. Ed/Ee</td><td>0</td></tr></table> 	. Zuzend., Zuzendariorde	1	. Goi-mail. tekn.	2	. Tekn. ertainak	3	. Langileburuak	4	. Ofiz. admin.	5	. Admin. Lag.	6	. Apend., Laguntz.	7	. Ed/Ee	0					
. Zuzendari, Zuzendariorde, Gerente eta Enpresariak	1																																					
. Goi-mailako teknikaria	2																																					
. Teknikari Ertainak (OLT, Maisuak, Kontulariak, Perituak)	3																																					
. Langileburu, Kargudunak eta Saltzaile bidaariak	4																																					
. Teknikari espezialistak, Ofizialak, Administrazioak	5																																					
. Teknikari laguntzaileak, Klinika-lag., Administrazio-lag., Saltzaileak	6																																					
. Atezainak, Ordenantzak, Peoiak, Apendizak, Laguntzaileak	7																																					
. Ed/Ee	0																																					
. Zuzend., Zuzendariorde	1																																					
. Goi-mail. tekn.	2																																					
. Tekn. ertainak	3																																					
. Langileburuak	4																																					
. Ofiz. admin.	5																																					
. Admin. Lag.	6																																					
. Apend., Laguntz.	7																																					
. Ed/Ee	0																																					
37.b) Mesedez, zehaztu diezadakezu zein den gaur egun duzun edo izan duzun lanbidea? ERAKUTSI 6. ZK.DUN TXARTELA (9 TALDE) JARRI TALDE BAKOITZEKO ADIBIDEAK LANBIDEAREN KODEA ZEHAZTU ARTE	37.b) LANBIDEA. Lanbide-kodea _____																																					
37.c.1) Zein da edo izan zen zure lan-harremana urte gehien lanean ari zaren/zinen enpresarekin? <table><tr><td>. Enpresaria edo enplegatzailea 10 langile baino gutxiagorekin.</td><td>1</td></tr><tr><td>. Enpresaria edo enplegatzailea 10 langile edo gehiagorekin.</td><td>2</td></tr><tr><td>. Norberaren konturako langilea, autonomia.</td><td>3</td></tr><tr><td>. Kooperatibista.</td><td>4</td></tr><tr><td>. Alokatu finkoa.</td><td>5</td></tr><tr><td>. Noizbehinkako alokatua.</td><td>6</td></tr><tr><td>. Famili Laguntza.</td><td>7</td></tr><tr><td>. Beste batzuk (Zehaztu).</td><td>8</td></tr></table>	. Enpresaria edo enplegatzailea 10 langile baino gutxiagorekin.	1	. Enpresaria edo enplegatzailea 10 langile edo gehiagorekin.	2	. Norberaren konturako langilea, autonomia.	3	. Kooperatibista.	4	. Alokatu finkoa.	5	. Noizbehinkako alokatua.	6	. Famili Laguntza.	7	. Beste batzuk (Zehaztu).	8	37.c.1) HARREMANA: <table><tr><td>. Enplegatzailea - 10 langile</td><td>1</td></tr><tr><td>. Enplegatzailea 10 edo + lan.</td><td>2</td></tr><tr><td>. Autonomia</td><td>3</td></tr><tr><td>. Kooperatibista</td><td>4</td></tr><tr><td>. Alok. finkoa</td><td>5</td></tr><tr><td>. Noizbeh. alok.</td><td>6</td></tr><tr><td>. Famili Lag.</td><td>7</td></tr><tr><td>. Beste batzuk</td><td>8</td></tr></table>	. Enplegatzailea - 10 langile	1	. Enplegatzailea 10 edo + lan.	2	. Autonomia	3	. Kooperatibista	4	. Alok. finkoa	5	. Noizbeh. alok.	6	. Famili Lag.	7	. Beste batzuk	8					
. Enpresaria edo enplegatzailea 10 langile baino gutxiagorekin.	1																																					
. Enpresaria edo enplegatzailea 10 langile edo gehiagorekin.	2																																					
. Norberaren konturako langilea, autonomia.	3																																					
. Kooperatibista.	4																																					
. Alokatu finkoa.	5																																					
. Noizbehinkako alokatua.	6																																					
. Famili Laguntza.	7																																					
. Beste batzuk (Zehaztu).	8																																					
. Enplegatzailea - 10 langile	1																																					
. Enplegatzailea 10 edo + lan.	2																																					
. Autonomia	3																																					
. Kooperatibista	4																																					
. Alok. finkoa	5																																					
. Noizbeh. alok.	6																																					
. Famili Lag.	7																																					
. Beste batzuk	8																																					
37.c.2) Ba al dituzu (edo izan dituzu zure azken lanpostuan) langileak zure arduraean? Zenbat? <table><tr><td>. Ez</td><td>1</td></tr><tr><td>. Bai, 1-4 pertsona</td><td>2</td></tr><tr><td>. Bai, 5-10 pertsona</td><td>3</td></tr><tr><td>. Bai, 11-20 pertsona</td><td>4</td></tr><tr><td>. Bai, 20tik gora</td><td>5</td></tr></table>	. Ez	1	. Bai, 1-4 pertsona	2	. Bai, 5-10 pertsona	3	. Bai, 11-20 pertsona	4	. Bai, 20tik gora	5	37.c.2) LANGILEAK ARDURAEAN <table><tr><td>. Ez</td><td>1</td></tr><tr><td>. Bai, 1-4 pertsona</td><td>2</td></tr><tr><td>. Bai, 5-10 pertsona</td><td>3</td></tr><tr><td>. Bai, 11-20 pertsona</td><td>4</td></tr><tr><td>. Bai, 20tik gora</td><td>5</td></tr></table>	. Ez	1	. Bai, 1-4 pertsona	2	. Bai, 5-10 pertsona	3	. Bai, 11-20 pertsona	4	. Bai, 20tik gora	5																	
. Ez	1																																					
. Bai, 1-4 pertsona	2																																					
. Bai, 5-10 pertsona	3																																					
. Bai, 11-20 pertsona	4																																					
. Bai, 20tik gora	5																																					
. Ez	1																																					
. Bai, 1-4 pertsona	2																																					
. Bai, 5-10 pertsona	3																																					
. Bai, 11-20 pertsona	4																																					
. Bai, 20tik gora	5																																					

37.d) Lanean ari den/zen enpresak zer jarduera du/zuen?

. Nekazaritza, Meataritza, Abeltzaintza, Arrantza	1	. Zerbitzuetako Lanbide Liberalak	5
. Industria	2	. Merkataritza eta Ostalaritza	6
. Eraikuntza	3	. Beste zerbitz.: Garraioa, Aseguruak, Banka.	7
. Administrazio Publikoa (Lokala, Autonomikoa, Estatala)	4		

37.d) JARDUERA.

. Nekaz., Meatz., Arrantza	1
. Industria	2
. Eraikuntza	3
. Admin. Publikoa	4
. Profesionalak	5
. Merkataritza	6
. Beste Zerbitzuak	7
. Ed/Ee	0

LANEAN DIHARDUTEN PERTSONENTZAT**37.e) Zenbat ordu eman dituzu astebate osoa lan egin duzun azkeneko astean ordaindutako lana egiten, gutxienez dela ere?**

. 5 ordu baino gutxiago	1
. 5etik 15era	2
. 16tik 25era	3
. 26tik 40ra	4
. 40tik gora	5

LANEAN DIHARDUTE.**37.e) DEDIKAZIOA:**

. 5 baino gutxiago	1
. 5etik 15era	2
. 16tik 25era	3
. 26tik 40ra	4
. 40tik gora	5

37.f) Zein lanaldi-mota daukazu?

. Lanaldi zatitua (goiz eta arratsalde)	1
. Goizeko lanaldi etengabea	2
. Arratsaldeko lanaldi etengabea	3
. Gaueko lanaldi etengabea	4
. Goiz eta arratsaldeko txandak	5
. Gauak barne hartzen dituzten txandak	6
. Lanaldi irregular edo aldagarriak egunen arabera	7

37.f) LANALDI-MOTA:

. L. zatitua	1
. G. lanaldi eteng.	2
. A. lanaldi eteng.	3
. G. lanaldi eteng.	4
. Tx. goiz eta arrats.	5
. Tx. gauez	6
. L. irregular edo aldag.	7

37.g) Zein kontratu-mota daukazu lan egiten duzun enpresan? (SOLDATAPEKOENTZAT, 37.C GALDERAN 3, 4 EDO 5 ERANTZUN DUTENENTZAT)

. Iraupen mugagabekoa	1
. 3 hilabete baino gutxiagoko behin-behinekoa	2
. 3 hilabetetik 6 hilabeterako behin-behinekoa	3
. 6 hilabetetik urtebeterako behin-behinekoa	4
. Urtebete baino gehiagoko behin-behinekoa	5
. Kontratu gabe	6

37.g) KONTRATU-MOTA:

. Iraupen mugagabea	1
. Beh. 3 hil. baino gutxiago	2
. Beh. 3 hiletik 6 hilera	3
. Beh. 6 hiletik urte 1era	4
. Beh. Urte 1etik gora.	5
. Kontratu gabe	6

(GUZTIENTZAT)**38.a) Zein entitate edo entitatetan aseguraturata dago? (galdera desberdinak onartzen dira ANIZKOITZA)**

. Gizarte Segurantzza	1	
. Afiliazio pribatuko mutua	2	
. Afiliazio kolektiboko mutua	3	
. Gizarte Ongizatea	4	
. Iguala Medikoa	5	
. Beste batzuk (zehaztu)	6	→ Zehaztu
. Bat ere ez	7	
. Ed/Ee	0	

GUZTIENTZAT.**38.a) ENTITATE ASEURANTZAILE:**

. Gizarte Segurantzza	1
. Afiliazio pribatuko mutua	2
. Afiliazio kolektiboko mutua	3
. Gizarte Ongizatea	4
. Iguala Medikoa	5
. Beste batzuk	6
. Bat ere ez	7
. Ed/Ee	0

38.b) Zeintzuk izan ziren pasa den hilabetean familiak izan zituen diru-sarrera orokor garbiak (eurotan)?**(7 ZK.DUN TXARTELA)**

500 € baino gutxiago	1
501 – 1.000 €	2
1.001 – 1.500 €	3
1.501 – 2.000 €	4
2.001 – 2.500 €	5
2.501 – 3.500 €	6
3.501 – 5.000 €	7
5.000 € tik gora	8

38. b) SARRERAK:

500 € baino gutxiago	1
501 – 1.000 €	2
1.001 – 1.500 €	3
1.501 – 2.000 €	4
2.001 – 2.500 €	5
2.501 – 3.500 €	6
3.501 – 5.000 €	7
5.000 € tik gora	8

GASTU SANITARIO PRIVATUEN ATALA.

- 39.a) Azken 15 egunetan zenbat gastatu du zure familiak osasu-arazoren batekin erlazio zuzena duen farmaziako produktuetan, gastuak berriz jaso gabe dituela?
- 39.b) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak aparatu eta material terapeutikoetan? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 39.c) Azken hilabete honetan, zenbat gastatu du zure familiak pertsonal medikoaren zerbitzuak direla eta, (haginlariaren alde batera utzita)? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 39.d) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak pertsonal medikoaren zerbitzuak direla eta, (haginlariaren alde batera utzita)? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 39.e) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak haginlariaren zerbitzuengatik? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 39.f) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak pertsonal sanitarioak (ez medikoak) emandako osasun-zerbitzuengatik? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 39.g) Azken 12 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak ospitalizazioak direla eta? Gastu hauetatik zenbat jaso edo jasoko ditu berriro?
- 39.h) Azken 12 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak Asistentzia Sanitarioko Aseguru Pribatuak primetan, oraindik gastuak bueltan jaso gabe dituela?
- 39.i) Azken 6 hilabeteetan, zenbat gastatu du zure familiak Entitatei Asistentziako Txartel, Tiket edo Txekeak ordaintzeagatik, oraindik gastuak bueltan jaso gabe dituela?

EUROTAN		ORDAINKETA ZUZENA	ITZULTZEAK	GUZTIRA
a)	FARMAZIAKO PRODUKTUAK (azken 15 egunetan)			
b)	APARATU ETA MATERIAL TERAPEUTIKOA (azken 6 hilabeteetan)			
c)	ZERBITZU MEDIKOAK (ez haginlariak) (azken hilabeteetan)			
d)	ZERBITZU MEDIKOAK (ez haginlariak) (azken 6 hilabeteetan)			
e)	HAGINLARIAK (azken 6 hilabeteetan)			
f)	OSASUN-ZERBITZU EZ-MEDIKOAK (azken 6 hilabeteetan)			
g)	OSPITALIZAZIOAK (azken 12 hilabeteetan)			
h)	ASEGURU	PRIMAK (azken 12 hilabeteetan)		
i)	PRIBATUAK	TXARTELAK (azken 6 hilabeteetan)		

GALDERA-SORTA INDIBIDUALA HARTU:

EGUNA:

ORDUA:

--	--

--	--

GALDERA-SORTA INDIBIDUALA HAUTATZEKO TAULA.**Inkestatu beharreko pertsonen kopurua**

Etxean dauden 16 urte eta gehiago duten pertsonen kopurua					
etxebizitza-mota	1	2	3	4	>=5
A	inor ere ez	1	2, 3	1, 2, 4	1, 2, 3, 4
B	1	2	1, 3	1, 3, 4	>=5, 1, 2
C	1	1, 2	1, 2	2, 3	3, 4, >=5

- Begiratu etxe horri zerrendan zer letra dagokion.
- Identifikatu etxean bizi diren 16 urteko eta gehiagoko pertsona-kopurua .
- Ordena-zenbaki bat jarri honako erregela honen arabera:

1.- Inkestatzaileak, familiari galdera-sorta egiten amaitutakoan, fitxa batean jaso behar ditu familia unitatean bizi diren 16 urteko eta gehiagoko kideak, honela ordenaturik:

- 1.: Familiaburua
- 2.: Aurrekoaren ezkontidea
- 3.: Seme-alabak (zaharrenetik gazteenera)
- 4.: Aita /Aitaginarreba
- 5.: Suhia, erraina
- 6.: Beste familiartekoak
- 7.: Familiarteko ez direnak

Adibidez: C letra esleitu zaion etxebizitza batean bizi dira: Juan, erreferentziako pertsona, beronen emazte Carmen, eta seme-alabak: Isabel (20 urte), Pilar (25) eta Andres (15).

1. Inkestatzaileak 16 urteko eta gehiagoko pertsonak hautatu eta ordenatuko ditu, eta honela geratuko da:

Juan (1), Carmen (2), Pilar (3), Isabel (4).

2. Taulan begiratu, eta ikusiko du C letra egokitu eta lau pertsona hauta daitezkeen etxebizitza batean, 2 eta 3 ordena-zenbakiak dituztenak direla hautatu behar diren pertsonak, kasu honetan Carmen eta Pilar.

IZENA ETA ABIZENAK: (02) ADINA	IZENA ETA ABIZENAK: (03) ADINA	IZENA ETA ABIZENAK: (04) ADINA	IZENA ETA ABIZENAK: (05) ADINA

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Nº . CUESTIONARIO :

ORDEN:

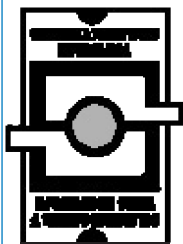
ENCUESTA

DE

SALUD

2007

CUESTIONARIO FAMILIAR



LEY 4/1986 DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: Las personas o entidades tienen obligación de suministrar la información estadística que les sea requerida con independencia de su naturaleza física, jurídica, pública o privada.
- Artículos 19 al 23: Toda información proporcionada estará sometida al secreto estadístico y bajo ningún concepto podrá ser facilitada con carácter individual a ninguna persona o entidad, ya sea pública o privada.

INFORMACIÓN SUJETA A SECRETO ESTADÍSTICO.

SECCIÓN DE IDENTIFICACIÓN.

1 a).- ¿Cuáles son los nombres y apellidos de las personas que viven en esta vivienda? Empiece por favor por el nombre del o de la cabeza de familia.

1 b).- He apuntado a (Encuestador lee los nombres) ¿He olvidado

. algún bebé?

. algún empleado?

. alguien que viva aquí pero que esté fuera (de viaje o en el hospital) ?

2.- ¿Qué edades tienen?

NOMBRE Y APELLIDOS:
(01)

EDAD:

CÓDIGO SECCIÓN

KEY

Nº CUESTIONARIO

Nº MIEMBROS

ENCUESTADOR

FECHA:

MES

DÍA

EUSKERA

SÍ
NO

1
2

DATOS DE LA PERSONA DE REFERENCIA:

NOMBRE _____

APELLIDO 1º _____ APELLIDO 2º _____

1. DIRECCIÓN

2.- ¿Vivían Uds. en esta dirección en el año 2002?

Sí..... 1

No..... 2

TELÉFONO 1 _____

TELÉFONO 2 _____

COMENTARIOS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DURACIÓN: _____

MINUTOS

“RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD”

PERIODO DE REFERENCIA 14 DÍAS

SECCIÓN DE INDICADORES DE SALUD.

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud desde el día hasta ayer.
ENSEÑAR EL CALENDARIO DE LA ENTREVISTA.

La 1ª pregunta es para conocer la actividad en los últimos 14 días.

3.- ¿Cuál ha sido la actividad de desde el día hasta ayer?

- | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| . Trabajo o baja | 1 | . Menores no escolarizados | 4 | . Otros (Baja maternal, en cama por | |
| . Labores de hogar | 2 | . En paro | 5 | enfermedad crónica,...) | 7 |
| . Escolar y Guardería | 3 | . En jubilación o pensionistas | 6 | . Ns/Nc | 0 |

3. ACTIVIDAD.

- | | |
|----------------------------|---|
| Trabajo | 1 |
| L. hogar | 2 |
| Escolar | 3 |
| Menores no escolarizados | 4 |
| En paro | 5 |
| En jubilación, pensionista | 6 |
| Otros | 7 |
| Ns/Nc | 0 |

4.a) Desde el día hasta ayer ¿..... ha tenido que quedarse en la cama, en casa, o en el hospital, por algún motivo de salud? Si es una persona encamada crónica marque “No”.

- | 4. a) | Sí | No | Ns/Nc |
|-------|----|----|-------|
| | 1 | 2 | 0 |

4.b) ¿Cuántos días ha tenido que quedarse en la cama durante la mayor parte del día (al menos ½ día)?

4. b) DÍAS:

(PERSONAS CUYA RESPUESTA A LA P.3 HAYA SIDO: 1, 2 ó 3)

5.a) Desde el día hasta ayer ¿ha dejado de: trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio, al menos la mitad de la jornada por algún motivo de salud?

Si en P.3 valores 1, 2, o 3.

- | 5. a) | Sí | No | Ns/Nc |
|-------|-----|-----|-------|
| | 1 | 2 | 0 |
| | (6) | (6) | |

5.b) Desde el día de los días que debería haber: ido al trabajo, hecho las labores del hogar, ido al colegio... ¿Cuántos días no ha podido hacerlo al menos la ½ de la jornada por motivos de salud?

5. b) DÍAS:

5.c) ¿De los que no ha podido, trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio,... ¿cuántos días se ha quedado en la cama durante la mayor parte del día (al menos ½ día) contando también los días pasados en el hospital?

5. c) DÍAS:

(PARA TODAS LAS PERSONAS ENCUESTADAS)

OJO: SI LAS PREGUNTAS 4a) 5a) SON SÍ, ASEGURESE DE QUE SE TRATA DE DIFERENTES DÍAS.
RECORDAR ACTIVIDAD HABITUAL Y DE OCIO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES JUGAR, IR AL BAR, IR AL CINE, IR AL CLUB, IR A MISA, LEER, VER LA TELEVISIÓN, HACER DEPORTE, ESTUDIAR ...

6.a) Sin contar los días indicados anteriormente. Desde el día hasta ayer.

¿Ha tenido que suspender o moderar sus actividades habituales por motivos de salud?

PARA TODOS.

- | 6. a) | Sí | No | Ns/Nc |
|-------|----|----|-------|
| | 1 | 2 | 0 |

6.b) ¿Cuántos días ha tenido que moderar o suspender sus actividades habituales?

6. b) DÍAS:

HACER QUIENES TENGAN DÍAS DE RESTRICCIÓN.

7.- ¿Cuál o cuales han sido los problemas de salud que obligaron a a suspender o moderar sus actividades habituales?

- 7.-

7.a) El problema de salud que obligó a a suspender o moderar sus actividades ha sido causado por:

- | | | | | | |
|------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------|---|
| . Accidente laboral | 1 | . Otro tipo de accidente | 4 | | |
| . Accidente de tráfico | 2 | . Enfermedad común | 5 | . Violencia física | 7 |
| . Accidente doméstico | 3 | . Enfermedad derivada del trabajo | 6 | . Otras causas | 8 |

- | | |
|---------------------------------|---|
| 7.a) | |
| Accidente laboral | 1 |
| Accidente de tráfico | 2 |
| Accidente doméstico | 3 |
| Otro tipo de accidente | 4 |
| Enfermedad común | 5 |
| Enfermedad derivada del trabajo | 6 |
| Violencia física | 7 |
| Otras causas | 8 |

“INCAPACIDAD PERMANENTE”

Las siguientes preguntas se refieren a las limitaciones que su estado de salud le impone en el plano de la actividad.
(Problemas de salud que limiten de forma permanente o de forma crónica la actividad)

8.- ENCUESTADOR, HACER LAS PREGUNTAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

. De 0 a 4 años p.9 . De 18 a 69 p.11
. De 5 a 17 años p.10 . 70 años en adelante p.12

INCAPACIDAD.

8.-
0-4 1 p.9
5-17 2 p.10
18-69 3 p.11
70 y + 4 p.12

9.- DE 0 A 4 AÑOS.

9.a) ¿Su estado de salud o alguna deficiencia le imposibilita a participar en los juegos habituales de los otros niños y niñas?

DE 0 A 4 AÑOS.

9.a) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14)

9.b) ¿..... tiene alguna limitación en el tipo de cantidad de juego en el que puede participar por motivos de salud?

9.b) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14) (13) (13)

10.- DE 5 A 17 AÑOS.

10.a) Su estado de salud o alguna deficiencia, le imposibilita a ir a un colegio o centro educativo?

DE 5 A 17 AÑOS.

10.a) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14)

10.b) ¿Necesita ir a un centro educativo especial o a clases especiales por alguna deficiencia o problema de salud?

10.b) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14)

10.c) La asistencia de al centro educativo ¿Se ve limitada por algún problema de salud?

10.c) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14) (13) (13)

11.- DE 18 A 69 AÑOS.

11.a) Actualmente trabaja?

DE 18 A 69 AÑOS.

11.a) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(11c)

11.b) Su estado de salud. ¿Le imposibilita o le imposibilitaría a actualmente trabajar?

11.b) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14)

11.c) Se encuentra con alguna limitación en el tipo o cantidad de trabajo que puede o podría hacer, por motivos de salud?

11.c) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14) (13) (13)

12.- DE 70 AÑOS MÁS.

12.a) ¿..... necesita la ayuda de otras personas para realizar actividades personales como comer, bañarse o ducharse, vestirse o moverse por la casa como consecuencia de algún problema de salud?

DE 70 O MÁS.

12.a) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14) (12b)

12.b) ¿..... necesita la ayuda de otras personas para realizar las labores de casa como: planchar, lavar, limpiar, cocinar, o llevar sus asuntos como: hacer las cuentas, cobrar la pensión, hacer los papeleos o ir a la compra como consecuencia de algún problema de salud?

12.b) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14) (13) (13)

13.- ¿Se encuentra limitado/a de alguna forma por su deficiencia o problema de salud para realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad o sexo?

13) Sí No Ns/Nc
1 2 0
(14a) (21) (21)

14.a) ¿Desde cuando?

RECORDAR, AÑO QUE EMPEZÓ LA LIMITACIÓN APROXIMÁDAMENTE.

Si se desconoce el MES, anote un 6.

14.a)

MES

AÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14.b) ¿Cuál o cuales son los problemas de salud que le han causado esta limitación?

14.b)

.....

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14.c) El problema de salud que le ha causado esta limitación crónica ha sido causado por:

- | | | | | | |
|------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------|---|
| . Accidente laboral | 1 | . Otro tipo de accidente | 4 | . Violencia física | 7 |
| . Accidente de tráfico | 2 | . Enfermedad común | 5 | . Otras causas | 8 |
| . Accidente doméstico | 3 | . Enfermedad derivada del trabajo | 6 | | |

14.c)

- | | |
|---------------------------------|---|
| Accidente laboral | 1 |
| Accidente de tráfico | 2 |
| Accidente doméstico | 3 |
| Otro tipo de accidente | 4 |
| Enfermedad común | 5 |
| Enfermedad derivada del trabajo | 6 |
| Violencia física | 7 |
| Otras causas | 8 |

15- A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera. (ENCUESTADOR: no se trata del hecho material de saber o no saber hacerlo, sino de la posibilidad de realizar la actividad en algún momento determinado).

- a) Es Vd. capaz de **comer** (cortar, extender mantequilla,...)
- b) Es Vd. capaz de **trasladarse** entre la silla y la cama
- c) Es Vd. capaz de hacer su **aseo personal** (lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse y afeitarse)
- d) Es Vd. capaz de **usar el retrete** (entrar y salir, limpiarse, vestirse)
- e) Es Vd. capaz de bañarse o **ducharse**
- f) Es Vd. capaz de **andar 50 metros en llano**
- g) Es Vd. capaz de **subir y bajar** un tramo de escaleras
- h) Es Vd. capaz de **vestirse y desvestirse** (incluyendo botones, cremalleras, cordones,)
- i) Es Vd. capaz de controlar las **heces**
- j) Es Vd. capaz de controlar la **orina**
- k) Puede Vd. **preparar** la comida
- l) Puede Vd. usar el **teléfono**, buscar un número y llamar
- m) Puede Vd. **coger el autobús**, tren, taxi o conducir el coche
- n) Puede Vd. **comprar** ropa o comida
- o) Puede Vd. **administrar** su propio dinero
- p) Puede Vd. hacer el **trabajo de casa** (hacer camas, planchar, lavar platos, barrer)

15.- ACTIVIDADES.

	Capaz	Con ayuda	Incapaz
Comer	1	2	3
Trasl.d.silla/cama	1	2	3
Aseo pers.	1	2	3
Usar retrete	1	2	3
Bañarse	1	2	3
Andar en. llano	1	2	3
Sub./Baj. esc.	1	2	3
Vestirse/Desvest.	1	2	3
Heces	1	2	3
Orina	1	2	3

	Puede sin ayuda	Puede con ayuda	De ninguna manera
Preparar comida	1	2	3
Usar teléfono	1	2	3
Coger autobús	1	2	3
Comprar ropa	1	2	3
Administrar	1	2	3
Trabajo casa	1	2	3

16.- ¿Con que frecuencia necesita esta ayuda?

- | | |
|---------------------------|---|
| . Permanentemente | 1 |
| . Varias veces por semana | 2 |
| . De vez en cuando | 3 |
| . No necesita ayuda | 4 |
| . Ns/Nc 0 | |

16. FRECUENCIA.

- | | |
|-------------------------|---|
| Permanentemente | 1 |
| Varias veces por semana | 2 |
| De vez en cuando | 3 |
| No necesita ayuda | 4 |
| Ns/Nc | 0 |

17 - ¿Quién le presta la ayuda? (ENCUESTADOR: ANOTAR LAS OPCIONES DE RESPUESTA NECESARIAS)

	Sí	No
. Un familiar con el que convive. Indicar cuidador principal (relación de códigos de parentesco).....	1	2
. Un familiar que no convive. Indicar cuidador principal (relación de códigos de parentesco)	1	2
. Servicios sociales públicos, Ayuntamiento, Diputación.	1	2
. Servicios sanitarios públicos, ambulatorio, centro de salud.....	1	2
. Persona contratada a la que se le paga.....	1	2
. Voluntariado. (Cáritas...)	1	2
. Vecino/a	1	2
. Nadie.	1	2
. Otros.....	1	2

RELACIÓN CÓDIGOS DE PARENTESCO: (MOSTRAR TARJETA Nº 1)

. Esposo/a o pareja	1	. Mi hermano	9
. Madre	2	. Mi nieta	10
. Padre	3	. Mi nieto	11
. Mi hija	4	. Abuela	12
. Mi hijo	5	. Abuelo	13
. Mi nuera	6	. Otra mujer que sea familiar	14
. Mi yerno	7	. Otro hombre que sea familiar	15
. Mi hermana	8	. Otras personas	16

17. QUIEN AYUDA.

	Sí	No	Parentesco
Fam convive	1	2	☐
Fam. no convive	1	2	☐
Serv. Sociales púb.	1	2	
Ser. Sanit. Púb.	1	2	
Persona contratada	1	2	
Volunt.	1	2	
Vecino/a	1	2	
Nadie	1	2	
Otros	1	2	

(SÓLO A LOS QUE HAN CONTESTADO "NO" A LA PREGUNTA 13)

21 - En caso de que Vd. "no pudiera valerse por sí mismo/a y necesitara asistencia o ayuda" ¿a qué centros, instituciones o personas acudiría para informarse de las ayudas existentes?: Elegir uno sólo el que considera más importante

- Ayuntamiento
- Diputación
- Asistenta social del municipio/barrio.....
- Médico de cabecera/familia o enfermera/o del centro de salud.....
- Asociaciones (jubilados, ONG...)
- Entidades o congregaciones religiosas, parroquia.
- No sabría dónde tendría que ir

SI P.13 = NO

21. -

Ayuntamiento	1
Diputación	2
Asistenta Social	3
Médico Cabecera	4
Asociaciones	5
Entidades	6
No sabría	7

22 - (PARA TODOS LOS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS)

A continuación le voy a hacer unas preguntas sencillas. La mayoría de las personas no encuentran dificultad para contestarlas, pero si la tiene no se preocupe por ello.

	Responde bien	Responde equivocadamente	Ns/Nc
a) ¿Cuál es la fecha de hoy?	1	2	3
b) ¿Qué día de la semana es hoy?	1	2	3
c) ¿Cuál es el nombre de este sitio?	1	2	3
d) ¿Cuál es su dirección?	1	2	3
e) ¿Qué edad tiene usted?	1	2	3
f) ¿Dónde ha nacido usted?	1	2	3
g) ¿Cuál es el nombre del actual Lehendakari (presidente del Gobierno Vasco)?	1	2	3
h) ¿Cuál es el nombre del Papa?	1	2	3
i) ¿Cuál es el apellido de su madre?	1	2	3
j) Enumere los días de la semana en orden inverso	1	2	3

PARA TODOS DE 65 Y MÁS AÑOS.

22. - Resp. bien Resp. mal Ns/Nc

Fecha	1	2	3
Día semana	1	2	3
Nombre sitio	1	2	3
Dirección	1	2	3
Edad	1	2	3
Dónde ha nacido	1	2	3
Actual Lehen.	1	2	3
Nombre Papa	1	2	3
Apellido madre	1	2	3
Enum. días sem.	1	2	3

“CONSULTAS”

PERIODO DE REFERENCIA: 14 DIAS.**SECCIÓN DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.**

Las siguientes preguntas se refieren a las consultas hechas a profesionales de la salud desde el día hasta ayer.

23.a) Durante los últimos 14 días. ¿Hay alguien de su familia que haya consultado, aunque sea por teléfono, a alguno de los siguientes profesionales de la salud? ENCUESTADOR MOSTRAR TARJETA N° 2 Y LEER

SI → ¿QUIÉN? ¿CUÁNTAS VECES?

NO → PASAR A LA PREGUNTA 27.a)

ATENCIÓN: Anotar en la columna del interesado/a. Las consultas pueden ser al mismo o a diferentes profesionales de la salud, poner el n° total de consultas.

01 Dentista y Ortodoncista	10 Dermatología	19 Radiología
02 Medicina General (Recetas)	11 Cardiología	20 Rehabilitación
03 Pediatría	12 Cirugía	21 Otras especialidades
04 Ginecología	13 Urología	22 Homeopatía, Acupuntura, Med. altern.
05 Oftalmología	14 Endocrinología	23 Enfermería, Matrona, Fisioterapeuta
06 Otorrinolaringología	15 Oncología	24 Curanderos/as, Brujos/as
07 Traumatología	16 Neurología	25 Psicología
08 A. Respiratorio	17 Digestivo	26 Farmacia
09 Medicina Interna	18 Psiquiatría	27 Otros, (Asistente social)

23.b) En estos catorce días ¿cuántas veces acudió al ?

Si en P.23.a): 01 → P.25 a)
02-21 → P.24 a)
23 → P.26 a)
22, 24 - 27 → P.27 a)

23.a)	23.b)
Código	Veces

PARA QUIENES HAN CONSULTADO AL MÉDICO CÓDIGOS DE 02 A 21 (SALVO DENTISTA U ORTODONCISTA)

24.a) ¿Cuál ha sido la última consulta médica que ha tenido?

24.b) ¿Dónde tuvo lugar la consulta?

- . Ambulatorio o centro de salud público 1
- . En el domicilio del o de la paciente 2
- . Consulta privada 3
- . En un servicio de urgencias 4 → pasar a la pregunta correspondiente.
- . Por teléfono (no incluye CITA) 5 (25 ó 26 ó 27)
- . En consulta externa de hospital 6
- . En el centro de trabajo o estudio 7
- . Ns/Nc 0

24.a) Código:

24.b) LUGAR.

Ambulatorio	1
Domicilio	2
Privada	3
Urgencias	4 → (25-27)
Teléfono	5
Ext. hospital	6
Trabajo	7
Ns/Nc	0

24.c) ¿Cuál o cuáles fueron los problemas de salud que motivaron esta última consulta?

24.c) PROBLEMAS.

.....

.....

.....

.....

24.d) ¿Cuántos días transcurrieron desde el día para el que pidió la cita hasta que tuvo la consulta médica?

(SI LA CITA FUÉ SOLICITADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, PONGA 0)

24.d) TIEMPO CITA.

DÍAS

24.e) ¿Cuál fue el motivo principal por el que acudió a la consulta?

- | | |
|---|---|
| . Diagnóstico, tratamiento y revisión de un problema de salud. | 1 |
| . Control de la embarazada y del o la recién nacida. | 2 |
| . Revisión sin problemas de salud y procedimientos preventivos. | 3 |
| . Sólo a buscar receta/s. | 4 |
| . Sólo a buscar parte de alta/baja/confirmación. | 5 |
| . Ns./Nc. | 0 |

24.e) MOTIVO CONSULTA.

Diagnóstico	1
Control	2
P. preventivo	3
Recetas	4
Partes	5
Ns/Nc	0

24.f) ¿Cuánto tiempo duró la consulta?

(No tener en cuenta el tiempo de: rayos X, análisis,)

24.f) TIEMPO CONSULTA.

MINUTOS:

--	--	--

24.g) Como resultado de esta consulta el o la médica:

- . Le remitió a la consulta de enfermería.
- . Le remitió a otra consulta médica.
- . Le dijo que volviese a su consulta para la revisión de este problema de salud.
- . Le recetó unos medicamentos.
- . Le dio unos consejos (alimentación, fumar, ejercicio. . .).
- . Le mandó hacerse unas pruebas (análisis, radiografías).
- . Le hospitalizó.

24.g) RESULTADOS.

	Sí	No	Ns/Nc
Enfermera	1	2	0
Médico	1	2	0
Reconsulta	1	2	0
Medicamentos	1	2	0
Consejos	1	2	0
Pruebas	1	2	0
Hospitalización	1	2	0

24.h) A continuación le voy a preguntar su opinión acerca de los servicios relacionados con la visita médica realizada.

En primer lugar me interesa su opinión acerca de algunos aspectos de su consulta al médico

¿Cómo le pareció . . . (excelente, muy buena, buena, regular, mala)

- . La competencia y habilidad profesional del o la médica?
- . El trato dado por el o la médica?
- . La información que recibió?
- . Los medios materiales o técnicos de los que dispone el o la médica?

Por último, me gustaría que hiciera una valoración global de la consulta.

¿Cómo le pareció . . .

La asistencia recibida en general?

24.h) SATISFACCIÓN.

	Ex	Mb	B	R	M	Ns/Nc
Consulta						
Competc.	1	2	3	4	5	0
Medico/a.	1	2	3	4	5	0
Informac.	1	2	3	4	5	0
Medios	1	2	3	4	5	0
Asistencia						
	1	2	3	4	5	0

24.i) Este centro o consulta, ¿le parece que está

- | | |
|------------------------------|---|
| . Muy cerca de su domicilio? | 1 |
| . Cerca de su domicilio? | 2 |
| . Lejos de su domicilio? | 3 |
| . Muy lejos de su domicilio? | 4 |

24.i) SITUACIÓN.

Muy cerca	1
Cerca	2
Lejos	3
Muy lejos	4
Ns/Nc	0

24.j) Este horario ¿Cómo le parece?

- | | |
|-------------------|---|
| . Muy apropiado. | 1 |
| . Algo apropiado. | 2 |
| . Poco apropiado. | 3 |
| . Nada apropiado. | 4 |

24.j) ADECUACIÓN HORARIO.

Muy apropiado	1
Algo apropiado	2
Poco apropiado	3
Nada apropiado	4
Ns/Nc	0

24.k) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| . Osakidetza-Seguridad Social | 1 | . Mutua de afiliación privada (voluntaria) | 4 |
| . Mutua de afiliación colectiva (obligatoria) | 2 | . Bienestar social | 5 |
| . Particular | 3 | . Ns/Nc | 0 |

24.k) COSTE CONSULTA.

Osakidetza	1
Mutua colectiva	2
Particular	3
Mutua privada	4
Bien. Social	5
Ns/Nc	0

“CONSULTAS AL DENTISTA”

PARA QUIENES HAN CONSULTADO AL DENTISTA. [CÓDIGO 01 EN LA P.23.a)]

25.a) ¿Dónde tuvo lugar la consulta al dentista?

- . Ambulatorio o Centro de Salud Pública. 1
 . Consulta privada. 2

DENTISTA.

25.a) LUGAR.

- Ambulatorio 1
 Privada 2

25.b) ¿Cuál fue el motivo principal por el que acudió a esta consulta?

- . Examen rutinario y/o preventivo. 1
 . Tratamiento. 2
 . Dolor. 3
 . Ortodoncia. 4

25.b) MOTIVO.

- Examen prev. 1
 Tratamiento 2
 Dolor 3
 Ortodoncia 4
 Ns/Nc 0

25.c) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?

- . Programa dental infantil (PADI). 1
 . Osakidetza-Seguridad Social. 2
 . Mutua de afiliación colectiva (obligatoria). 3
 . Particular. 4
 . Mutua de afiliación privada (voluntaria). 5
 . Bienestar Social. 6
 . Ns/Nc. 0

25.c) COSTE.

- Pr. Den. Inf. 1
 Osakidetza 2
 Mutua colectiva 3
 Particular 4
 Mutua privada 5
 Bien. Social 6
 Ns/Nc 0

25.d) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión sobre los servicios relacionados con su visita al o a la dentista.

En primer lugar me interesa su opinión acerca de algunos aspectos de su consulta.

¿Cómo le pareció (excelente, muy buena, buena, regular, mala)

- . El trato dado por el o la dentista?
 . La información que recibió ?

Por último, me gustaría que hiciera una valoración global.

¿Cómo le pareció

- . La asistencia recibida en general?

25.d) SATISFACCIÓN.

	Ex	Mb	B	R	M	Ns/Nc
Trato	1	2	3	4	5	0
Inform.	1	2	3	4	5	0
Asistencia	1	2	3	4	5	0

“CONSULTA A: ENFERMERÍA, MATRONA o FISIOTERAPEUTA”

26.a) Acudió a esta consulta:	[CÓDIGO 23 EN LA p.23. a)]	ENFERMERA O MATRONA.
. Por indicación del médico/a.	1	26.a)
. Citada por el o la enfermera, en una consulta anterior.	2	Médico
. Por propia iniciativa, pues estas cosas las llevan los o las enfermeras.	3	Enfermera
. Para recetas.	4	Iniciativa propia
. Para hacer análisis.	5	Recetas
. Ns/Nc0		Análisis
		Ns/Nc
26.b) ¿Dónde tuvo lugar la consulta?		26.b) LUGAR.
. Ambulatorio o centro de salud Público.	1	Ambulatorio
. En el domicilio del o la paciente.	2	Domicilio
. Consulta privada.	3	Privada
. En un servicio de urgencias.	4 → p. 27	Urgencias
. Por teléfono.	5	Teléfono
. En el centro de trabajo o estudio.	6	Trabajo
. En consultas externas de hospital.	7	Consultas externas
. Ns/Nc0		Ns/Nc
26.c) ¿Cuál fue el motivo principal por el que acudió a esta consulta?		26.c) MOTIVO.
. Control de la embarazada y del o la recién nacida.	1	Embarazada
. Sesiones de educación sanitaria: preparación al parto,...	2	Educación sanitaria
. Procedimientos administrativos.	3	Adminis.
. Control habitual de una enfermedad crónica.	4	Enf. crónica
. Revisión sin problema de salud.	5	Revisión
. Procedimientos terapéuticos (inyecciones, etc).	6	Inyecciones
. Masaje, rehabilitación.	7	Masajes
. Ns/Nc0		Ns/Nc
26.d) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de la consulta?		26.d) COSTES.
. Osakidetza-Seguridad Social	1	Osakidetza
. Mutua de afiliación colectiva (obligatoria)	2	Mutua colectiva
. Particular	3	Particular
. Mutua de afiliación privada (voluntaria)	4	Mutua privada
. Bienestar social	5	Bienestar Social
. Ns/Nc	0	Ns/Nc
26.e) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión sobre los servicios relacionados con su visita a la consulta de enfermería, matrona o fisioterapeuta		26.e) SATISFACCIÓN.
. En primer lugar me interesa su opinión acerca de algunos aspectos de su consulta.		Ex Mb B R M Ns/Nc
¿Cómo le pareció ... (excelente, muy buena, buena, regular, mala)		
. El trato dado por el o la enfermera?		Trato
. La competencia y habilidad profesional del o la enfermera?		Compet.
. La información que recibió ?		Informe
. Los medios de los que dispone?		Medios
Por último, me gustaría que hiciera una valoración global de la consulta.		
¿Cómo le pareció ...		Asistencia
. La asistencia recibida en general?		

**“PARA TODAS LAS PERSONAS”
CONSULTAS.****PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES.**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS CONSULTAS A LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD REALIZADAS DESDE EL DÍA..... HASTA AYER

ENCUESTADORES RECORDAR LA FECHA.

CONSULTAS A MÉDICOS. (Códigos del 02 al 22)

27.a) Desde ... hasta ayer. ¿Cuántas veces ... ha consultado a un médico o médica?

MÉDICOS.27.a) VECES

27.b) ¿Cuándo consultó ... por última vez? [recordar la p.24 a)]

. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0
. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5		
. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6		

27.b) ÚLTIMA CONSULTA.

Menos de 6 meses	
6 meses a 1 año	
+ 1 < de 2 años	
+ 2 < de 5 años	
+ de 5 años	
Nunca	
Ns/Nc	

CONSULTAS A DENTISTAS.

28.a) Desde ... hasta ayer. ¿Cuántas veces ... ha consultado a un o una dentista?

DENTISTAS.28.a) VECES

28.b) ¿Cuándo consultó ... por última vez? [recordar la p.25 a)]

. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0
. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5		
. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6		

28.b) ÚLTIMA CONSULTA.

Menos de 6 meses	
6 meses a 1 año	
+ 1 < de 2 años	
+ 2 < de 5 años	
+ de 5 años	
Nunca	
Ns/Nc	

CONSULTAS DE ENFERMERÍA:

29.a) Desde ... hasta ayer. ¿Cuántas veces ... ha consultado a un o una enfermera?

ENFERMERÍA.29.a) VECES

29.b) ¿Cuándo consultó ... por última vez? [recordar la p.26 a)]

. Hace menos de 6 meses	1	. De más de 2 años a 5 años	4	. Ns/Nc	0
. De 6 meses a 1 año	2	. Más de 5 años	5		
. De más de 1 año a 2 años	3	. Nunca	6		

29.b) ÚLTIMA CONSULTA.

Menos de 6 meses	
6 meses a 1 año	
+ 1 < de 2 años	
+ 2 < de 5 años	
+ de 5 años	
Nunca	
Ns/Nc	

URGENCIAS.

PERIODO DE REFERENCIA: 6 MESES.

Las siguientes preguntas se refieren a las urgencias sanitarias desde el día hasta ayer.

30.a) Desde . . . hasta ayer ¿ ha solicitado alguna vez atención sanitaria urgente (en un centro distinto del habitual o en el centro habitual pero fuera de las horas de consulta) (A partir de las 17 h.)?

URGENCIAS.

30.a) Sí No Ns/Nc

1	2	0
---	---	---

(31) (31)**30.b) ¿Cuántas veces?**30.b) VECES:

--	--	--

PREGUNTAR POR LA ULTIMA VEZ QUE SE NECESITO ASISTENCIA URGENTE (Indique una sólo respuesta)

30.c) Solicitó . . . asistencia urgente porque . . .

- . Tenía un problema de salud leve pero es más cómodo ir a urgencias. 1
- . Tenía un problema de salud leve que necesitaba asistencia inmediata. 2
- . Creía tener un problema de salud grave. 3
- . Tenía un problema y no sabía su importancia. 4
- . Ns/Nc 0

30.c) ÚLTIMA VEZ.

Leve	1
Asist. Inmediata	2
Grave	3
Importancia	4
Ns/Nc	0

30.d) ¿Cuál fue el problema de salud que motivó la urgencia?

ANOTAR LITERALMENTE.

30.d) PROB. SALUD:

--	--	--	--

30.e) ¿Dónde tuvo lugar la asistencia?

- . Hospital 1
 - . Ambulatorio o consultorio público 2
 - . Domicilio 3
 - . Por teléfono 4
 - . Otros (especificar) 5
 - . Ns/Nc 0
- pasará a p.30.g

30.e) LUGAR.

Hospital	1
Ambulatorio	2
Domicilio	3
Teléfono	4
Otros	5
Ns/Nc	0

p. 30.g

30.f) ¿En qué centro tuvo lugar la urgencia?

30.f) Nombre del centro.

--	--	--	--

30.g) El tiempo transcurrido desde que solicitó la asistencia hasta que le atendieron fue...

- . Adecuado 1
- . Largo 2
- . Excesivo 3

30.g) TIEMPO DE ESPERA.

Adecuado	1
Largo	2
Excesivo	3

30.h) A continuación de la asistencia . . .

- . Ingresó en un hospital 1
 - . Acudió o le enviaron a otro centro 2
 - . Volvió a su domicilio con el problema resuelto 3
 - . Volvió a su domicilio y necesitó los cuidados de su médico de cabecera 4
 - . Ns/Nc 0
- (pasar a p. 31.b)

30.h)

Hospital	1
Otro Centro	2
Domicilio	3
Domic. M.C.	4
Ns/Nc	0

p. 31.b

30.i) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión sobre los servicios relacionados con su asistencia urgente.

En primer lugar me referiré al trato recibido por el personal que le atendió.

¿Cómo le pareció . . . (excelente, muy buena, buena, regular, mala)

- . El trato recibido por el personal de recepción, información y citas (personal administrativo, subalterno, telefonistas..)

En segundo lugar me interesa su opinión acerca de algunos aspectos de su asistencia.

¿Cómo le pareció . . .

- . La competencia y habilidad profesional del personal médico?
- . El trato dado por el médico o la médica?
- . La información que recibió durante la asistencia urgente?
- . La información al alta?
- . Los medios de los que dispone ?

Por último, me gustaría que hiciera una valoración global de la asistencia urgente.

¿Cómo le pareció . . .

- . La asistencia recibida en general?

30.i) SATISFACCIÓN.

	Ex	Mb	B	R	M	Ns/Nc
Recep.	1	2	3	4	5	0
Consulta						
Competenc	1	2	3	4	5	0
Trato	1	2	3	4	5	0
Información	1	2	3	4	5	0
Inform. alta	1	2	3	4	5	0
Medios	1	2	3	4	5	0
Asistencia	1	2	3	4	5	0

“HOSPITALIZACIONES”

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

“HOSPITALIZACIONES”		PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES																																									
Las siguientes preguntas se refieren a las hospitalizaciones ocurridas desde el día hasta ayer 31.a) Desde hasta ayer, ¿. . . . ha estado hospitalizado/a alguna vez? (recordar partos)		HOSPITALIZACIÓN. 31.a) Si No Ns/Nc <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>(32)</td> <td>(32)</td> <td></td> </tr> </table>		1	2	0	(32)	(32)																																			
1	2	0																																									
(32)	(32)																																										
31.b) Desde hasta ayer. ¿Cuántas veces . . . ha estado hospitalizado/a en total?		31.b) VECES: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																									
31.c) Desde hasta ayer. ¿Cuántas noches . . . ha estado hospitalizado/a en total?		31.c) NOCHES: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																									
(EXCEPTO A LOS QUE SIGUEN INGRESADOS/AS) 31.e) ¿ Recibió el informe de alta? (Tener en cuenta las dos posibilidades: en mano o envío a domicilio) 1. Sí, en mano. 2. Sí, por correo. 3. No.		31.e) <table border="1"> <tr> <td>Sí, en mano</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sí, por correo</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ns/Nc</td> <td>0</td> </tr> </table>		Sí, en mano	1	Sí, por correo	2	No	3	Ns/Nc	0																																
Sí, en mano	1																																										
Sí, por correo	2																																										
No	3																																										
Ns/Nc	0																																										
31.f) ¿Me podría enseñar el informe de alta? Anotar literalmente (Si no recibió el informe de alta, anotar el motivo de salud que originó la hospitalización)		31.f) ALTA. <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																									
31.g) ¿En qué centro tuvo lugar la hospitalización?		31.g) HOSPITAL. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 																																									
31.h) A continuación le voy a preguntar acerca de su opinión con los servicios relacionados con su ingreso en el hospital En primer lugar me referiré a los servicios prestados por el personal de recepción y/o información ¿Cómo le parecieron. . . . (excelente, muy buena, regular, mala) . los tramites necesarios para el ingreso? En segundo lugar, me referiré a los servicios prestados por el personal médico ¿Cómo le pareció La información que recibió del personal médico? . Los medios de los que dispone el personal médico? Por último, me gustaría que hiciera una valoración global ¿Cómo le pareció La asistencia recibida en general ?		31.h) SATISFACCIÓN. Ex Mb B R M Ns/Nc Trámites <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr></table> Información <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr></table> Medios <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr></table> Asistencia <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>0</td></tr></table>		1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0																
1	2	3	4	5	0																																						
1	2	3	4	5	0																																						
1	2	3	4	5	0																																						
1	2	3	4	5	0																																						
31.i) ¿Quién se hizo cargo de la mayor parte de los costes de hospitalización? . Osakidetza-Seguridad Social 1 . Mutua Afiliación Colectiva (obligatoria) 2 . Particular 3 . Mutua Afiliación Privada (voluntaria) 4 . Bienestar Social 5 . Ns/Nc 0		31.i) COSTES. <table border="1"> <tr> <td>Osakidetza</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>M.Colectiva</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Particular</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>M.Privada</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bienestar Social</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ns/Nc</td> <td>0</td> </tr> </table>		Osakidetza	1	M.Colectiva	2	Particular	3	M.Privada	4	Bienestar Social	5	Ns/Nc	0																												
Osakidetza	1																																										
M.Colectiva	2																																										
Particular	3																																										
M.Privada	4																																										
Bienestar Social	5																																										
Ns/Nc	0																																										
31.j) ¿Cómo le pareció el tiempo que estuvo ingresado/a en el hospital ? . Corto, su problema de salud requería que su estancia hubiese sido más larga 1 . Adecuado a las necesidades de su salud 2 . Largo, le pudieron haber dado el alta antes 3		31.j) TIEMPO. <table border="1"> <tr> <td>Corto</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Adecuado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Largo</td> <td>3</td> </tr> </table>		Corto	1	Adecuado	2	Largo	3																																		
Corto	1																																										
Adecuado	2																																										
Largo	3																																										

32.b) PRECINTO		32.c) RECETO	
Sí	1	Médico	1
No	2	Enfermera	2
No Caja	3	Inic. Prop.	3
		Farmac.	4
		Otros	5
		Ns/Nc	0

“PROBLEMAS CRÓNICOS”

La siguiente cuestión se refiere a problemas de salud de larga duración o que puedan repetirse con frecuencia.
ENCUESTADOR: DAR LA TARJETA DE PROBLEMAS CRÓNICOS A LA FAMILIA, LEER DETENIDAMENTE CON ELLOS Y ANOTAR LOS CÓDIGOS DE LOS PROBLEMAS EN LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES.

TARJETA Nº.4

33.a) ¿Hay alguien en de su familia que tenga?

01 Caries	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
02 Otros problemas dentales	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
03 Ciática, lumbago y dolores de espalda	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
04 Dolor de espalda crónico cervical	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
05 Sordera	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
06 Hipertensión	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
07 Colesterol elevado	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
08 Asma	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
09 Alergia crónica	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
10 Cáncer	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
11 Arteriosclerosis	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
12 Varices	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
13 Bronquitis crónica	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
14 Piedras en el riñón	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
15 Ceguera parcial o total, cataratas	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
16 Prob. Crónicos de corazón, infarto de miocardio	NO	➤ P.34 SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
17 Úlcera de estómago y duodeno	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
18 Artrosis y otros reumatismos	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
19 Problemas crónicos de la piel	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
20 Piedras en la vesícula biliar	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
21 Diabetes	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
22 Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
23 Alteraciones de la próstata	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
24 Incontinencia urinaria	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
25 Ansiedad y/o depresión	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
26 Otros problemas mentales	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
27 Anemia	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
28 Osteoporosis	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
29 Estreñimiento crónico	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
30 Migraña o dolores de cabeza frecuentes	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
31 Problemas de tiroides	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
32 Hemorroides, almorranas	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?
33 Otros	NO	SÍ → ¿Quién? ¿Alguien más?

SI NO TIENEN PROBLEMAS CRÓNICOS PASAR A LA SIGUIENTE SECCIÓN

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

PARA CADA PROBLEMA CRÓNICO DECLARADO

33.b) Desde hasta ayer ¿Ha consultado . . . al o la médica o a personal de enfermería acerca de . . . ?

- . Sí 1 → (PASAR A LA PREG. 34)
 . No 2
 . Ns/Nc 0 → (PASAR A LA PREG. 33.d)

33.c) ¿Cuál es la razón principal por la que teniendo este problema no ha acudido a la consulta médica o de enfermería?

- Sé como tratarlo, estoy en tratamiento.
- Está muy lejos, tengo problemas para desplazarme....
- No puedo abandonar el trabajo.
- Pierdo mucho tiempo.
- No confío en los médicos, profesionales de la medicina, ni de la enfermería.
- No tiene remedio
- Me resulta caro
- No lo considero importante
- Otros

TARJETA Nº.5

33.d) ¿Hace cuántos años que consultó . . . al o a la médica o al personal de enfermería?
(SI NO HA CONSULTADO NUNCA AL MÉDICO A LA ENFERMERA, ANOTE 25)

PROBLEMAS CRÓNICOS.

33.- PROBLEMA 1

a) CÓDIGO
 Si No Ns/Nc
 b) CONSULTA
 (34) (33c) (33d)
 c) RAZÓN
 d) AÑOS

33.- PROBLEMA 2

a) CÓDIGO
 Si No Ns/Nc
 b) CONSULTA
 (34) (33c) (33d)
 c) RAZÓN
 d) AÑOS

33.- PROBLEMA 3

a) CÓDIGO
 Si No Ns/Nc
 b) CONSULTA
 (34) (33c) (33d)
 c) RAZÓN
 d) AÑOS

33.- PROBLEMA 4

a) CÓDIGO
 Si No Ns/Nc
 b) CONSULTA
 (34) (33c) (33d)
 c) RAZÓN
 d) AÑOS

33.- PROBLEMA 5

a) CÓDIGO
 Si No Ns/Nc
 b) CONSULTA
 (34) (33c) (33d)
 c) RAZÓN
 d) AÑOS

33.- PROBLEMA 6

a) CÓDIGO
 Si No Ns/Nc
 b) CONSULTA
 (34) (33c) (33d)
 c) RAZÓN
 d) AÑOS

“ACCIDENTES”

PERIODO DE REFERENCIA: 12 MESES

Las siguientes preguntas se refieren a los accidentes que le causaron alguna lesión como rotura de huesos, ligamentos o dislocaciones, esguinces; cortes profundos, amputaciones o heridas; quemaduras; intoxicaciones, ocurridos en los últimos 12 meses.

34.a) Desde hasta ayer, ¿Hay alguien de su familia que haya tenido alguno de los siguientes accidentes con consecuencias en su salud como: caídas, quemaduras, golpes, intoxicaciones?

	No	Sí	→ ¿Quién?	¿Cuántos?
.Fracturas o roturas de huesos, ligamentos o dislocaciones	2	1	_____	_____
.Cortes profundos, amputaciones o heridas	2	1	_____	_____
.Contusiones (golpes), hematomas	2	1	_____	_____
.Atragantamiento, casi ahogamiento, asfixia	2	1	_____	_____
.Quemaduras	2	1	_____	_____
.Intoxicaciones	2	1	_____	_____

(ENCUESTADOR, SI TODAS LAS PREGUNTAS SON “NO”, SALTE A LA PREG. 35.a)

Las siguientes preguntas se refieren al último accidente

34.c) ¿Dónde sufrió el último accidente?

. En casa	1
. De tráfico como peatón	2
. De tráfico como pasajero/a o conductor/a	3
. En el trabajo	4
. En el centro de estudios	5
. En un lugar de recreo o deporte	6
. En un lugar público: calle, comercio, banco, bar, parque público	7
. Ns/Nc	0

ACCIDENTES.

34.a)

Sí	No	Ns/Nc
1	2	0
(35a)		

34.b) ¿Cuántos?

34.c) ÚLTIMO ACCIDENTE.

. Casa	1
. Peatón	2
. Conductor	3
. Trabajo	4
. Estudios	5
. Recreo	6
. Lug. público	7
. Ns/Nc	0

34.d) ¿Cómo se produjo este accidente?

. Caída	1
. Choque o colisión	2
. Objeto cortante	3
. Fuego, líquidos calientes	4
. Electricidad	5
. Ingestión de productos tóxicos	6
. Ingestión de medicamentos	7
. Aspiración de cuerpos extraños	8
. Otros	9
. Ns/Nc	0

34.d) MECANISMO.

. Caída	1
. Choque, colisión	2
. Corte	3
. Fuego	4
. Electricidad	5
. Intoxicaciones	6
. Ingest. medicamentos	7
. Aspiración cuerpo	8
. Otros	9
. Ns/Nc	0

34.e) Como resultado del accidente, ¿se lesionó...

	Sí	No
.Cabeza, cara y cuello?	1	2
.Tórax, abdomen, espalda?	1	2
.Ext. superiores?	1	2
.Ext. inferiores?	1	2

34.e) LOCALIZACIÓN.

Sí No Ns/Nc

. Cabeza, cara y cuello	1	2	0
. Tórax, abdomen, espalda	1	2	0
. Ext. superiores	1	2	0
. Ext. inferiores	1	2	0

34.f) Como consecuencia de este accidente

- . ¿Tuvo Vd. que suspender o disminuir sus actividades habituales de trabajo, o de ocio?
- . ¿Tuvo Vd. que consultar al o a la médica habitual?
- . ¿Tuvo que ser atendido/a por un servicio de urgencias?
- . ¿Tuvo que ingresar al menos una noche?
- . ¿Tuvo que ser ingresado en la U.C.I.?
- . ¿Le han quedado problemas físicos o mentales?

34.f) CONSECUENCIAS.

Sí No Ns/Nc

. Suspender activid.	1	2	0
. Consultar médico	1	2	0
. Servicio urgencias	1	2	0
. Ingreso	1	2	0
. Ingreso en la UCI	1	2	0
. Problemas	1	2	0

“INFORMACIÓN PERSONAL”

Las siguientes preguntas se refieren a datos personales.
ENCUESTADOR ANOTAR AQUI LAS EDADES

35.a) Fecha de nacimiento (día, mes, años)

N. PERSONA
35.a) día mes año

35.c) Sexo:

. Varón 1
. Mujer 2

35.b) EDAD

35.c) SEXO.

. Varón
. Mujer

35.d) ENCUESTADOR: Anotar presencia o ausencia de cada uno de los miembros de la familia en la entrevista..

. Ausente 1
. Presente 2

35.d) PRESENCIA.

. Ausente
. Presente

35.e) ¿Dónde nació Ud.?

. C.A.P.V 1 (pasar a p. 35.g)
. Fuera de C.A.P.V 2
. En el extranjero, país de la Unión Europea 3 Especificar país
. En el extranjero, país no incluido en la Unión Europea 4

35.e) NACIMIENTO.

. C.A.P.V 35.g
. Fuera C.A.P.V.
. Extr. País U.E.
. Extr. País no U.E.
Especificar país

35.e.1) ¿Cuál es su nacionalidad?

. Española 1
. Española y otra 2 Especificar
. Extranjera 3

35.e.1)

. Española
. Española y otra
. Extranjera
Especificar nacionalidad

35.f) ¿En que año llegó a la C.A. de Euskadi?

35.f) AÑO DE LLEGADA:

35.g) ¿Cuál es el estado civil legal o de hecho?

. Soltero 1
. Casado/a o en pareja 2
. Separado/a, Divorciado/a 3
. Viudo/a 4

35.g) ESTADO CIVIL DE HECHO:

. Soltero
. Casado/a o en pareja
. Sepa. / Divorc.
. Viudo/a
. Ns/Nc

35.h) ¿Cual es el parentesco de ... en relación con la persona de referencia?

. Persona de referencia 1
. Cónyuge o pareja 2
. Hijo/a, hijastro/a 3
. Padre, madre, suegro/a 4
. Yerno, nuera 5
. Otros parientes 6
. No emparentados 7

35.h) PARENTESCO:

. Persona referencia.
. Cónyuge o pareja
. Hijo/a, hijastro
. Padre, madre, sueg.
. Yerno, nuera
. O. parientes
. No emparentados
. Ns/Nc

35.i) ¿Respecto a las labores del hogar con que frecuencia las realiza?

. Habitualmente siempre que se realizan 1
. Habitualmente los fines de semana 2
. En raras ocasiones 3
. Nunca 4 pasar a p. 36 a

35.i) FRECUENCIA:

. Siempre
. Los fines de semana
. Ocasional
. Nunca p. 36a

35.j) ¿Cuántas horas dedica diariamente a las labores del hogar?(apuntar el nº de horas)

	Laborables	Fines de semana
nº de horas		
. Menos de 1 hora	1	1
. De 1 a 3 horas	2	2
. De 4 a 5 horas	3	3
. De 6 a 8 horas	4	4
. Más de 8 horas	5	5

35. j) HORAS LABORES HOGAR.

	Laborables	Fin semana
nº de horas		
< 1 h.	1	1
1-3 h.	2	2
4-5 h.	3	3
6-8 h.	4	4
> 8 h.	5	5

(PARA QUIENES TENGAN 14 O MÁS AÑOS) 36.a) ¿Qué estudios ha realizado ... ?(sólo se contabilizarán los estudios terminados) <table><tr><td>. No sabe leer ni escribir</td><td>1</td></tr><tr><td>. Sin estudios</td><td>2</td></tr><tr><td>. Estudios primarios</td><td>3</td></tr><tr><td>. Bachiller elemental, graduado escolar, E.G.B. hasta 8º, ESO 1º ciclo</td><td>4</td></tr><tr><td>. B.U.P., Formación profesional, Bachiller Superior, ESO completo</td><td>5</td></tr><tr><td>. F.P.2, Ciclo Formativo de Grado Superior.</td><td>6</td></tr><tr><td>. Escuelas técnicas universitarias de grado medio</td><td>7</td></tr><tr><td>. Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores</td><td>8</td></tr></table>		. No sabe leer ni escribir	1	. Sin estudios	2	. Estudios primarios	3	. Bachiller elemental, graduado escolar, E.G.B. hasta 8º, ESO 1º ciclo	4	. B.U.P., Formación profesional, Bachiller Superior, ESO completo	5	. F.P.2, Ciclo Formativo de Grado Superior.	6	. Escuelas técnicas universitarias de grado medio	7	. Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores	8	PARA 14 O MÁS AÑOS. 36.a) ESTUDIOS: <table><tr><td>. Analfabetos</td><td>1</td></tr><tr><td>. Sin estudios</td><td>2</td></tr><tr><td>. Primarios</td><td>3</td></tr><tr><td>. Graduado escolar</td><td>4</td></tr><tr><td>. B.U.P.</td><td>5</td></tr><tr><td>. F.P.2</td><td>6</td></tr><tr><td>. E. Técnicas</td><td>7</td></tr><tr><td>. F. Universit.</td><td>8</td></tr></table>	. Analfabetos	1	. Sin estudios	2	. Primarios	3	. Graduado escolar	4	. B.U.P.	5	. F.P.2	6	. E. Técnicas	7	. F. Universit.	8						
. No sabe leer ni escribir	1																																							
. Sin estudios	2																																							
. Estudios primarios	3																																							
. Bachiller elemental, graduado escolar, E.G.B. hasta 8º, ESO 1º ciclo	4																																							
. B.U.P., Formación profesional, Bachiller Superior, ESO completo	5																																							
. F.P.2, Ciclo Formativo de Grado Superior.	6																																							
. Escuelas técnicas universitarias de grado medio	7																																							
. Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores	8																																							
. Analfabetos	1																																							
. Sin estudios	2																																							
. Primarios	3																																							
. Graduado escolar	4																																							
. B.U.P.	5																																							
. F.P.2	6																																							
. E. Técnicas	7																																							
. F. Universit.	8																																							
PERSONAS DE 16 Y MÁS AÑOS PERIODO DE REFERENCIA : 1 SEMANA 36.b) ¿Cuál fue su situación principal durante la semana anterior a la encuesta? <table><tr><td>. Ocupado</td><td>1</td><td rowspan="3">} → 37.a</td></tr><tr><td>. Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente</td><td>2</td></tr><tr><td>. Buscando el primer empleo</td><td>3</td></tr><tr><td>. Jubilado, retirado, pensionista o rentista</td><td>4</td><td rowspan="4">} → 37.a</td></tr><tr><td>. Estudiando</td><td>5</td></tr><tr><td>. Tareas del hogar</td><td>6</td></tr><tr><td>. Incapacitado</td><td>7</td></tr><tr><td>. Otras situaciones</td><td>8</td><td></td></tr></table>		. Ocupado	1	} → 37.a	. Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente	2	. Buscando el primer empleo	3	. Jubilado, retirado, pensionista o rentista	4	} → 37.a	. Estudiando	5	. Tareas del hogar	6	. Incapacitado	7	. Otras situaciones	8		PERSONAS DE 16 Y MÁS AÑOS. 36.b) S. LABORAL: <table><tr><td>. Ocupado</td><td>1</td></tr><tr><td>. En paro</td><td>2</td></tr><tr><td>. 1. empleo</td><td>3</td></tr><tr><td>. Jubilado</td><td>4</td></tr><tr><td>. Estudiando</td><td>5</td></tr><tr><td>. Tareas del hogar</td><td>6</td></tr><tr><td>. Incapacitado</td><td>7</td></tr><tr><td>. Otros</td><td>8</td></tr><tr><td>. Ns/Nc</td><td>0</td></tr></table>	. Ocupado	1	. En paro	2	. 1. empleo	3	. Jubilado	4	. Estudiando	5	. Tareas del hogar	6	. Incapacitado	7	. Otros	8	. Ns/Nc	0	
. Ocupado	1	} → 37.a																																						
. Estoy en paro, habiendo trabajado anteriormente	2																																							
. Buscando el primer empleo	3																																							
. Jubilado, retirado, pensionista o rentista	4	} → 37.a																																						
. Estudiando	5																																							
. Tareas del hogar	6																																							
. Incapacitado	7																																							
. Otras situaciones	8																																							
. Ocupado	1																																							
. En paro	2																																							
. 1. empleo	3																																							
. Jubilado	4																																							
. Estudiando	5																																							
. Tareas del hogar	6																																							
. Incapacitado	7																																							
. Otros	8																																							
. Ns/Nc	0																																							
36.c) ¿Cuánto tiempo lleva en el paro? (meses)		36.c) TIEMPO EN PARO (MESES) _____																																						
ENCUESTADOR: ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR ESTAS PREGUNTAS (37.a-37.g). SÍ ES PENSIONISTA O ESTÁ EN PARO PREGUNTAR POR LA OCUPACIÓN QUE HA EJERCIDO MÁS TIEMPO. SÍ ES AMA DE CASA SIN HABER TRABAJADO NUNCA FUERA DE CASA, POR LA DE SU MARIDO, PADRE O PERSONA QUE APOORTE LOS INGRESOS ECONÓMICOS O DE LA QUE RECIBA LA PENSIÓN (NO CODIFICAR, ANOTAR RESPUESTA) 37.a) ¿Qué cargo o categoría tiene en la empresa? <table><tr><td>. Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as</td><td>1</td></tr><tr><td>. Técnico Superior</td><td>2</td></tr><tr><td>. Técnicos medios (ATS, Maestros, Contables, Peritos)</td><td>3</td></tr><tr><td>. Capataces, Encargados/as, Viajantes</td><td>4</td></tr><tr><td>. Técnicos especialistas, Oficiales, Administrativos/as</td><td>5</td></tr><tr><td>. Técnicos auxiliares, Aux. clínica, Aux. Administrativo, Dependientes</td><td>6</td></tr><tr><td>. Conserjes, Ordenanza, Peones, Aprendices, Ayudantes</td><td>7</td></tr><tr><td>. Ns/Nc</td><td>0</td></tr></table>		. Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as	1	. Técnico Superior	2	. Técnicos medios (ATS, Maestros, Contables, Peritos)	3	. Capataces, Encargados/as, Viajantes	4	. Técnicos especialistas, Oficiales, Administrativos/as	5	. Técnicos auxiliares, Aux. clínica, Aux. Administrativo, Dependientes	6	. Conserjes, Ordenanza, Peones, Aprendices, Ayudantes	7	. Ns/Nc	0	37.a) CARGO: <table><tr><td>. Dir. Subdir.</td><td>1</td></tr><tr><td>. Téc. Superior</td><td>2</td></tr><tr><td>. Téc. Medios</td><td>3</td></tr><tr><td>. Capataces</td><td>4</td></tr><tr><td>. Ofi. Admin.</td><td>5</td></tr><tr><td>. Aux. Admin.</td><td>6</td></tr><tr><td>. Aprend. Ayud.</td><td>7</td></tr><tr><td>. Ns/Nc</td><td>0</td></tr><tr><td>.....</td><td></td></tr><tr><td>.....</td><td></td></tr><tr><td>.....</td><td></td></tr></table>	. Dir. Subdir.	1	. Téc. Superior	2	. Téc. Medios	3	. Capataces	4	. Ofi. Admin.	5	. Aux. Admin.	6	. Aprend. Ayud.	7	. Ns/Nc	0						
. Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes, Empresarios/as	1																																							
. Técnico Superior	2																																							
. Técnicos medios (ATS, Maestros, Contables, Peritos)	3																																							
. Capataces, Encargados/as, Viajantes	4																																							
. Técnicos especialistas, Oficiales, Administrativos/as	5																																							
. Técnicos auxiliares, Aux. clínica, Aux. Administrativo, Dependientes	6																																							
. Conserjes, Ordenanza, Peones, Aprendices, Ayudantes	7																																							
. Ns/Nc	0																																							
. Dir. Subdir.	1																																							
. Téc. Superior	2																																							
. Téc. Medios	3																																							
. Capataces	4																																							
. Ofi. Admin.	5																																							
. Aux. Admin.	6																																							
. Aprend. Ayud.	7																																							
. Ns/Nc	0																																							
.....																																								
.....																																								
.....																																								
37.b) ¿Me podría especificar más la ocupación que desempeña actualmente o ha desempeñado? MOstrar TARJETA N° 6 (9 GRUPOS) PONGA EJEMPLOS DE CADA GRUPO HASTA DETERMINAR EL CÓDIGO DE LA OCUPACIÓN.		37.b) OCUPACIÓN. Código de ocupación _____																																						
37.c.1) ¿Cuál es o ha sido su relación laboral con la empresa en la que trabaja o ha trabajado más años? <table><tr><td>. Empresario/a o empleador/a con menos de 10 trabajadores</td><td>1</td></tr><tr><td>. Empresario/a o empleador/a con 10 o más trabajadores</td><td>2</td></tr><tr><td>. Trabajador/a por cuenta propia, autónomo</td><td>3</td></tr><tr><td>. Cooperativista</td><td>4</td></tr><tr><td>. Asalariado/a fijo/a</td><td>5</td></tr><tr><td>. Asalariado/a eventual</td><td>6</td></tr><tr><td>. Ayuda familiar</td><td>7</td></tr><tr><td>. Otras (Especificar)</td><td>8</td></tr></table>		. Empresario/a o empleador/a con menos de 10 trabajadores	1	. Empresario/a o empleador/a con 10 o más trabajadores	2	. Trabajador/a por cuenta propia, autónomo	3	. Cooperativista	4	. Asalariado/a fijo/a	5	. Asalariado/a eventual	6	. Ayuda familiar	7	. Otras (Especificar)	8	37.c.1) RELACIÓN: <table><tr><td>. Empleador – 10 trb.</td><td>1</td></tr><tr><td>. Empleador 10 o más trb</td><td>2</td></tr><tr><td>. Autónomo</td><td>3</td></tr><tr><td>. Cooperativista</td><td>4</td></tr><tr><td>. Asal. fijo</td><td>5</td></tr><tr><td>. Asal. eventual</td><td>6</td></tr><tr><td>. Ayuda familiar</td><td>7</td></tr><tr><td>. Otras</td><td>8</td></tr></table>	. Empleador – 10 trb.	1	. Empleador 10 o más trb	2	. Autónomo	3	. Cooperativista	4	. Asal. fijo	5	. Asal. eventual	6	. Ayuda familiar	7	. Otras	8						
. Empresario/a o empleador/a con menos de 10 trabajadores	1																																							
. Empresario/a o empleador/a con 10 o más trabajadores	2																																							
. Trabajador/a por cuenta propia, autónomo	3																																							
. Cooperativista	4																																							
. Asalariado/a fijo/a	5																																							
. Asalariado/a eventual	6																																							
. Ayuda familiar	7																																							
. Otras (Especificar)	8																																							
. Empleador – 10 trb.	1																																							
. Empleador 10 o más trb	2																																							
. Autónomo	3																																							
. Cooperativista	4																																							
. Asal. fijo	5																																							
. Asal. eventual	6																																							
. Ayuda familiar	7																																							
. Otras	8																																							
37.c.2) ¿Tiene (o tenía en su último trabajo) trabajadores a su cargo? ¿Cuántos? <table><tr><td>. No</td><td>1</td></tr><tr><td>. Sí, de 1 a 4 personas</td><td>2</td></tr><tr><td>. Sí, de 5 a 10 personas</td><td>3</td></tr><tr><td>. Sí, de 11 a 20 personas</td><td>4</td></tr><tr><td>. Sí, más de 20 personas</td><td>5</td></tr></table>		. No	1	. Sí, de 1 a 4 personas	2	. Sí, de 5 a 10 personas	3	. Sí, de 11 a 20 personas	4	. Sí, más de 20 personas	5	37.c.2) TRABAJADORES A CARGO: <table><tr><td>. No</td><td>1</td></tr><tr><td>. Sí, de 1 a 4 personas</td><td>2</td></tr><tr><td>. Sí, de 5 a 10 personas</td><td>3</td></tr><tr><td>. Sí, de 11 a 20 personas</td><td>4</td></tr><tr><td>. Sí, más de 20 personas</td><td>5</td></tr></table>	. No	1	. Sí, de 1 a 4 personas	2	. Sí, de 5 a 10 personas	3	. Sí, de 11 a 20 personas	4	. Sí, más de 20 personas	5																		
. No	1																																							
. Sí, de 1 a 4 personas	2																																							
. Sí, de 5 a 10 personas	3																																							
. Sí, de 11 a 20 personas	4																																							
. Sí, más de 20 personas	5																																							
. No	1																																							
. Sí, de 1 a 4 personas	2																																							
. Sí, de 5 a 10 personas	3																																							
. Sí, de 11 a 20 personas	4																																							
. Sí, más de 20 personas	5																																							

37.d) ¿Qué actividad realiza o ha realizado la empresa donde trabaja o trabajaba?

. Agricultura, Minería, Ganadería, Pesca	1	. Profesiones liberales de servicios	5
. Industria	2	. Comercio y Hostelería	6
. Construcción	3	. Otros servicios: Transportes, Seguros, Banca.	7
. Administración Pública (Local, Autonómica, Estatal)	4		

37.d) ACTIVIDAD:

. Agri., Mine., Pesca	1
. Industria	2
. Construcción	3
. Ad. Pública	4
. Profesionales	5
. Comercio	6
. O. Servicios	7
. Ns/Nc	0

PARA LAS PERSONAS QUE ESTÁN TRABAJANDO**37.e) ¿Cuántas horas ha dedicado en la última semana que ha trabajado completa, en trabajo remunerado por muy pequeño que este fuera?**

. Menos de 5 horas	1
. De 5 a 15 horas	2
. De 16 a 25 horas	3
. De 26 a 40 horas	4
. Más de 40 horas	5

ESTÁN TRABAJANDO.**37.e) DEDICACIÓN:**

Menos de 5	1
De 5 a 15	2
De 16 a 25	3
De 26 a 40	4
Más de 40	5

37.f) ¿Qué tipo de jornada laboral tiene Vd.?

. Jornada partida (mañana y tarde)	1
. Jornada continua de mañana	2
. Jornada continua de tarde	3
. Jornada continua de noche	4
. Turnos de mañana y tarde	5
. Turnos que incluyen noches	6
. Jornada irregular o variables según los días	7

37.f) TIPO JORNADA:

J. partida	1
J. cont. mañana	2
J. cont. tarde	3
J. cont. noche	4
T. mañana y tarde	5
T. incluyen noches	6
J. irregular o variable	7

37.g) ¿Qué tipo de contrato tiene con la empresa en que trabaja? (PARA LOS ASALARIADOS, LOS QUE EN LA P. 37.e) HAN RESPONDIDO A LAS 3,4 Ó 5)

. De duración indefinida	1
. Temporal menos de 3 meses	2
. Temporal de 3 meses a 6 meses	3
. Temporal de 6 meses a 1 año	4
. Temporal de más de 1 año	5
. Sin contrato	6

37.g) TIPO CONTRATO:

Duración indefinida	1
Temp. menos 3 meses	2
Temp. 3 meses a 6 meses	3
Temp. 6 meses a 1 año	4
Temporal mas de 1año	5
Sin contrato	6

(PARA TODOS)**38.a) ¿En que entidad o entidades está asegurado/a? Se admiten varias respuestas MULTIPLE**

. Seguridad Social	1
. Mutua de afiliación privada	2
. Mutua de afiliación colectiva	3
. Bienestar Social	4
. Iguala Médica	5
. Otras	6
. Ninguna	7
. Ns/Nc	0

→ Especificar

PARA TODOS.**38.a) ENTIDAD ASEGURADORA:**

Seguridad Social	1
Mútua privada	2
Mútua colectiva	3
Bienestar Social	4
Iguala	5
Otras	6
Ninguna	7
Ns/Nc	0

38.b) ¿Cuáles fueron los ingresos familiares globales netos del mes pasado (en euros)?. (TARJETA N°7)

Hasta 500 €	1
501 – 1.000 €	2
1.001 – 1.500 €	3
1.501 – 2.000 €	4
2.001 – 2.500 €	5
2.501 – 3.500 €	6
3.501 – 5.000 €	7
Más de 5.000 €	8

38. b) INGRESOS:

Hasta 500 €	1
501 – 1.000 €	2
1.001 – 1.500 €	3
1.501 – 2.000 €	4
2.001 – 2.500 €	5
2.501 – 3.500 €	6
3.501 – 5.000 €	7
Más de 5.000 €	8

SECCIÓN GASTOS SANITARIOS PRIVADOS.

- 39.a) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 15 días en productos farmacéuticos, que tienen alguna relación directa con problemas de salud, sin que le hayan sido reembolsados los gastos?
- 39.b) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses en aparatos y material terapéutico?. ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 39.c) ¿Cuánto ha gastado su familia en el último mes por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 39.d) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos del personal médico (excepto dentistas)? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 39.e) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios recibidos de los y las dentistas?. ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 39.f) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por los servicios sanitarios no médicos recibidos del personal sanitario (no médico)?. ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 39.g) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 12 meses como consecuencia del internamiento en un centro hospitalario? ¿Qué parte de estos gastos han sido o van a ser reembolsados?
- 39.h) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 12 meses en primas de Seguros Privados de Asistencia Sanitaria sin que le hayan sido reembolsados los gastos?
- 39.i) ¿Cuánto ha gastado su familia en los últimos 6 meses por el pago de Volantes, Tickets o Cheques de Asistencia a Entidades, sin que le hayan sido reembolsados los gastos?

EN EUROS		PAGO DIRECTO	REINTEGROS	TOTAL
a)	PRODUCTOS FARMACEUTICOS (últimos 15 días)			
b)	APARATOS Y MATERIAL TERAPEUTICO (últimos 6 meses)			
c)	SERVICIOS MEDICOS (no dentistas) (último mes)			
d)	SERVICIOS MEDICOS (no dentistas) (últimos 6 meses)			
e)	DENTISTAS (últimos 6 meses)			
f)	SERVICIOS SANITARIOS NO MEDICOS (últimos 6 meses)			
g)	HOSPITALIZACIONES (últimos 12 meses)			
h)	SEGUROS PRIMAS (últimos 12 meses)			
i)	PRIVADOS VOLANTES (últimos 6 meses)			

RECOGER EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL:

DÍA:

--	--

HORA:

--	--

TABLA DE SELECCIÓN DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL.**nº de la persona/s a encuestar**

tipo de vivienda	nº de personas de 16 y más años en la vivienda				
	1	2	3	4	>=5
A	ninguna	1	2, 3	1, 2, 4	1, 2, 3, 4
B	1	2	1, 3	1, 3, 4	>=5, 1, 2
C	1	1, 2	1, 2	2, 3	3, 4, >=5

- Comprobar la letra que le corresponde a esa vivienda en el listado.
- Identificar el número de personas de 16 y más años residentes en la vivienda.
- Ponerles un número de orden en función de la siguiente regla:

1.- El encuestador, al finalizar el cuestionario familiar, anotará en una ficha los miembros de la unidad familiar de 16 años y más, por el siguiente orden:

- 1ª: Cabeza de familia
- 2ª: Cónyuge del anterior
- 3ª: Hijo/a (ordenados por edad)
- 4ª: Padre/Suegro
- 5ª: Yerno, nuera
- 6ª: Otros parientes
- 7ª: No parientes

Ejemplo: Una vivienda que tiene asignado la letra C, en la que habitan: Juan, persona de referencia, su mujer Carmen, y sus hijos Isabel (20 años), Pilar (25) y Andrés (15).

1. El encuestador selecciona y ordena las personas de 16 años y más, resultando:

Juan (1), Carmen (2,) Pilar (3), Isabel (4).

2. Mira la tabla y ve que en una vivienda con la letra C y con cuatro personas seleccionables, la persona seleccionada es la que le ha correspondido el número de orden 2 y 3, en este caso Carmen y Pilar.

NOMBRE Y APELLIDOS: (02) EDAD:	NOMBRE Y APELLIDOS: (03) EDAD:	NOMBRE Y APELLIDOS: (04) EDAD:	NOMBRE Y APELLIDOS: (05) EDAD:



GALDERA-SORTA ZK.:

PERTSONA ZK.:

2007KO OSASUN-INKESTA

Galdera-sorta honen helburua, gure Komunitateko osasun-araso inportanteenak ezagutzea da. Informazio honi esker, osasun-zerbitzuak hobeto planifikatuko dira, guztion onerako.

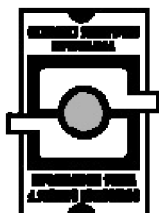
Zure lankidetzaz ezinbestekoa dugu; beraz, eskertuko genizuke galdera-sorta osoa betetzea hurrengo orrialdiko azalpenei jarraituz.

INFORMAZIO HAU ANONIMOA ETA KONFIDENTZIALA IZANGO DA. ZURI DAGOZKIZUN GALDERA GUZTIEI ERANTZUN.

GALDERAK ULERTZEKO ARAZO EDO PROBLEMARIK BADUZU, ETA INFORMAZIO GEHIAGO NAHI IZANEZ GERO, DEITU GURI. HONA HEMEN GURE DOHANIKO TELEFONOAREN ZENBAKIA:

900-50.48.37

ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK.



EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO 4/1986 ESTATISTIKA-LEGEA:

- 9tik 16ra bitarteko artikulak: pertsona edo entitateek eskatzen zaien informazio estatistikoa emateko obligazioa dute, beren izaera fisiko edo juridikoa, publiko edo pribatua aparte utzita.
- 19tik 23ra bitarteko artikulak: emandako informazio oro sekretu estatistikopean geratu da, eta inola ere ez zaio emango inolako pertsona edo entitate pribatu nahiz publikori.

ESTATISTIKA SEKRETUPEKO INFORMAZIOA.

AZALPENAK.

Hurrengo galderek erantzun ezberdinak dituzte, eta gehien komeni zaizuna, ez besterik, aukeratu behar duzu. Kontrakorik esaten ez bada, erantzun bakarra seinalatu galdera bakoitzeko. Ordenari jarraituz erantzun beharko diezu galdera guztiei, galderaren bat saltatzeko oharrik ez badago, behintzat. Ez dago erantzun onik ez txarrik.

Galdera-sorta nola bete jakiteko, hona hemen lau adibide, laguntza moduan:

1. adibidea: Egin zirkulutxo bat aukeratutako erantzunaren zenbakian.

1. Galdera

Oro har, zelakoa da zure osasuna?

- Bikaina. (1)
Oso ona. 2
Ona. 3
Hala-holakoa. 4
Txarra. 5

2. adibidea: Idatzi zenbaki bat

2. Galdera

Idatzi zenbatekoa. Gutxi gorabehera

Zenbat zigarro erretzen dituzu egunean?	30
Zenbat puru erretzen dituzu egunean?	0
Zenbat pipa erretzen dituzu egunean?	0

3. adibidea: Egin zirkulu bat aukeratutako erantzunaren zenbakian.

Azken hamabi hilabeteetan, zenbatetan edan dituzu alkoholdun edariak?

1. Hilean behin baino gutxiagotan.
2. Hilean behin.
3. Hamabost egunean behin.

B ALDEA.

4. Astean behin.
5. Astean 2tik 3ra bider.
6. Astean 4tik 6ra bider.
7. Egunero (egunean-egunean)

A ALDEA.

Kasu honetan, bete beharreko hurrengo galderak, B aldekoak izango lirateke.

4. adibidea: Egin zirkulu bat aukeratutako erantzunaren zenbakian.

Joan den urtearekin konparatuz, gaur egun...

	Bai	Ez
a) Gehiago erretzen duzu	1	(2)
b) Gutxiago erretzen duzu	(1)	2
c) Marka gogorragoa erretzen duzu	1	(2)
d) Marka suabeagoa erretzen duzu	(1)	2

Galdera-sorta Zk.

PERTSONA ZK.

IZENA

1. DEITURAK

2. DEITURAK

SISTEMA SANITARIOA.

Hurrengo galderak, egungo sistema sanitarioari buruz (osasun-zentroak, ospitaleak, etab.) daukazu iritzia ezagutzeko dira. Egin zirkulu bat zure erantzunari, eta erantzun galdera guztiei ordenari jarraituz, kontrakorik adierazten denean izan ezik.

1. **Oro har, pozik al zaude azken urtean zuk eta zure familiak erabili dituzuen osasun-zerbitzuekin? Zer esango zenuke, oso pozik, nahiko pozik, ez hain pozik ala ez zaudela batere pozik? Adierazi horietariko bat.**

Oso pozik 1
Nahiko pozik 2
Ez hain pozik 3
Batere pozik 4

2. **Zure osasun-arazoak eta beharrianak bakarrik kontuan hartuta, zure ustez euskal osasun-sistemak zure osasun-beharrian guztiak ondo betetzen ditu?**

Pozik nago, nire beharrian guztiak betetzen ditu 1
Nire beharrianak nahiko ondo betetzen ditu, baina uste dut beste zenbait atentzio sartu beharko liratekeela 2
Ez ditu nire osasun-beharrianak betetzen 3

3. **Nola ordaindu beharko litzateke etorkizunean osasun-asistentzia?**

Zergen bidez guztia, eta hiritar guztiak estal dístala 1
Zati bat zergen bidez, eta beste zatia hiritar bakoitzak ordainduta 2
Hiritar bakoitzak bere asistentzia medikoa ordaindu beharko luke 3

OSASUNA.

Jarraian, zure osasunari buruzko galdera batzuk egingo dizkizugu.

Egin zirkulutxo bat zure erantzunari dagokion zenbakian (erantzun bat baino ez galdera bakoitzeko).

Hurrengo galderak, zuk zeure osasunari deritzozunari dagozkio. Zure erantzunak, nola zauden eta zure ohiko jarduerak egiteko gai zaren jakiteko dira. Erantzun galdera bakoitzari adierazten den moduan. Galderaren bat erantzuteko seguru ez bazaude, mesedez, erantzun egiagotzat jotzen duzuna.

4. **Oro har, zure ustez nolako osasuna daukazu?**

Bikaina 1
Oso ona 2
Ona 3
Hala-holako 4
Txarra 5

5. **Orain dela urtebetekoaz konparatuta, nolako dela esango zenuke zure osasuna orain?**

Oraingoa, orain dela urtebetekoa baino askoz hobea 1
Oraingoa, orain dela urtebetekoa baino zertxobait hobea 2
Oraingoa, orain dela urtebetekoaren berdin antzekoa 3
Oraingoa, orain dela urtebetekoaren berdin antzekoa 4
Oraingoa, orain dela urtebetekoa baino askoz txarragoa 5

6. Ondoko galderak, zeuk **edozein egunetan** egin ditzakezun jarduera edo gauzei buruzkoak dira. **Jarduera edo gauza horiek egiteko, zenbateraino mugatzen zaitu orain zure osasunak?**

JARDUERAK	Bai, asko mugatzen nau	Bai, zertxobait mugatzen nau	Ez, ez nau inola ere mugatzen
a) <u>Ahalegin handia eskatzen duten zereginetan</u> , esate baterako, korrika egiteko, gauza astunak altxatzeko edo kirol nekagarrietan parte hartzeko.	1	2	3
b) <u>Nolabaiteko ahalegina eskatzen duten zereginetan</u> , esate baterako, mahai bat tokiz aldatzeko, xurgagailua erabiltzeko, bola-jokoan jarduteko edo ordubete baino gehiago ibiltzeko.	1	2	3
c) <u>Erosketen poltsa hartu edo eramateko.</u>	1	2	3
d) <u>Eskaileratan gora solairu batzuk igotzeko.</u>	1	2	3
e) <u>Eskaileratan gora solairu <u>bakar bat</u> igotzeko.</u>	1	2	3
f) <u>Makurtu edo belauniko jartzeko.</u>	1	2	3
g) <u>Kilometro bat edo <u>gehiago</u> ibiltzeko.</u>	1	2	3
h) <u>Zenbait etxe-uharte</u> ibiltzeko (ehunka metro).	1	2	3
i) <u>Etxe-uharte bakar bat</u> ibiltzeko (100 metro).	1	2	3
j) <u>Zure kabuz bainua hartu edo janzteko.</u>	1	2	3

7. Ondoren arazo batzuk azalduko dizkizugu zeuk izan dituzun ala ez esateko. Azken 4 asteotan, eduki duzu horrelako arazorik zure lanean edo eguneroko zereginetan, osasun fisikoaren ondorioz?

	Bai	Ez
a) Lanean edo ohiko jardueretan pasatzen zenuen <u>denbora laburtu</u> behar izan duzu?	1	2
b) Nahi baino <u>gutxiago egin</u> duzu?	1	2
c) Zure lanean edo ohiko jardueretan <u>zereginen batzuk egiteari utzi</u> behar izan al diezu?	1	2
d) <u>Trabarik</u> izan duzu lanean edo ohiko jardueretan (aparteko ahalegina egin beharra, esate baterako)?	1	2

8. **Azken 4 asteotan**, izan duzu horrelako arazorik zure lanean edo ohiko jardueretan, **emozio-arazoren baten ondorioz** (triste, deprimituta edo urduri sentitzeagatik, esate baterako)?

	Bai	Ez
a) Lanean edo ohiko jardueretan pasatzen zenuen <u>denbora laburtu</u> behar izan duzu, <u>emozio-arazoren batengatik</u> ?	1	2
b) Nahi baino <u>gutxiago egin</u> duzu, <u>emozio-arazoren batengatik</u> ?	1	2
c) Normalean baino <u>arreta</u> gutxiagoz egin dituzu lana edo ohiko jarduerak, <u>emozio-arazoren batengatik</u> ?	1	2

9. **Azken 4 asteotan**, zure osasun fisikoak edo emozio-arazoez, zenbateraino oztopatu dituzte eguneroko zure gizarte-harremanak, familia, lagun auzoko edo beste pertsonekin?

Bat ere ez..... 1
Zertxobait 2
Nahikoa 3
Askotxo 4
Ikragarri 5

10. Minik izan al duzu gorputzaren zatiren batean azken 4 asteotan?

- Bat ere ez 1
Bai, oso txikia 2
Bai, pixka bat 3
Bai, nahiko handia 4
Bai, handia 5
Bai, oso handia 6

11. Azken 4 asteotan, zenbateraino oztopatu du minak zure eguneroko lana (etxetik kanpo egiten den lana eta etxeko lanak barne)?

- Ez, bat ere ez 1
Zertxobait 2
Nahikoa 3
Askotxo 4
Ikaragarri 5

12. Ondoko galderekin, jakin nahi dugu azken 4 asteotan nola sentitu zaren eta gauzak nola joan zaizkizun. Galdera bakoitzari, emaitza mesedez zu sentitu zarenetik hurbilen dagoen erantzuna. Azken 4 asteotan zenbat aldiz...

	Beti	Gehienetan	Askotan	Batzuetan	Gutxitan	Inoiz ere ez
a) ..bizitasunez beteta sentitu zara?	1	2	3	4	5	6
b) ..oso urduri egon zara?	1	2	3	4	5	6
c) ..lur jota, inon animurik aurkitu ezinik sentitu zara?	1	2	3	4	5	6
d) ..lasai eta bakean egon zara?	1	2	3	4	5	6
e) ..oso adoretu egon zara?	1	2	3	4	5	6
f) ..gogorik gabe eta triste sentitu zara?	1	2	3	4	5	6
g) ..neke-neke eginda egon zara?	1	2	3	4	5	6
h) ..zoriontsu izan zara?	1	2	3	4	5	6
i) ..nekatuta egon zara?	1	2	3	4	5	6

13. Azken 4 asteotan, osasun fisikoak edo emozio-arazoez zenbat aldiz oztopatu dituzte zure bizitza sozialeko jarduerak (lagunak edo senitarteak bisitatzea, esate baterako)?

- Beti 1
Ia beti 2
Batzuetan 3
Gutxitan 4
Inoiz ere ez 5

14. Mesedez, esan ondoko baieztapen bakoitza zenbateraino den egiazkoa edo gezurrezkoa.

	Erabat egiazkoa	Nahiko egiazkoa	Ez dakit	Nahiko gezurrezkoa	Erabat gezurrezkoa
a) Uste dut beste pertsona batzuk baino zertxobait errazago gaixotzen naizela.	1	2	3	4	5
b) Nik ezagutzen ditudan beste guztiak bezain osasuntsu nago.	1	2	3	4	5
c) Nire osasunak okerrera egingo duela uste dut.	1	2	3	4	5
d) Nire osasuna ezin hobea da.	1	2	3	4	5

15. Zure bizitzako unerene batean, bene-benetan inoiz bururatu al zaizu zeure buruaz beste egitea?

Bai 1
 Ez 2 → 17.a) galderara pasa

16. Halako pentsamendurik izan al duzu azken 12 hilabeteetan?

Bai 1
 Ez 2

17.a) Zure ustez, nolakoa da zure gizarte-bizitza?

Oso atsegina 1
 Nahiko atsegina 2
 Atsegin gutxiakoa 3
 Bat ere ez atsegina 4

17.b) Zure osasuna nolakoa dela esango zenuke, oro har?

Oso ona 1
 Ona 2
 Hala-holakoa 3
 Txarra 4
 Oso txarra 5

Jarraian, bizitzan egunero ematen diren egoera batzuren zerrenda daukazu. Egoera horietan deskribatzen da beste pertsonen guri laguntza emateko egiten dutena edo egin dezaketena.

18. Egin zirkulu bat zure ustez ondo datorkizun laukitxoan. Suposatu egoera horietatik onenean zaudela, beraz, “Nahi dudana beste” hartzen duzula; **orduan**, “Nahi dudana beste” **1 zenbakian zirkulu bat egingo zenuke**. Egoera horietatik txarrean “Nahi dudana baino gutxiago” hartzea da. Egoera horretan bazaude, **egin zirkulua 5 zenbakian**. Baina, mutur bi horietan ez bazaude, egin zirkulu bat zure egoera hobeto adierazten duen tartetxoan.

	Nahi dudan beste				Nahi dudana baino gutxiago
a) Inbitazioak izaten ditut, denbora eman eta beste pertsonekin irteteko.	1	2	3	4	5
b) Maitasuna eta afektua ematen dizkirate.	1	2	3	4	5
c) Nire arazoei buruz beste batekin hitz egiteko aukera dut, lanean edota etxean.	1	2	3	4	5
d) Nire arazo pertsonal eta familiarrei buruz beste batekin hitz egiteko aukera dut.	1	2	3	4	5
e) Nire arazo ekonomikoez beste batekin hitz egiteko aukera dut.	1	2	3	4	5
f) Niri gertatzen zaidanaz kezkatzen diren pertsonak ditut.	1	2	3	4	5
g) Aholku onak izaten ditut, nire bizitzan jazoera garrantzitsuren bat gertatzen zaidanean.	1	2	3	4	5
h) Laguntza izaten dut, ohean gaixorik nagoenean.	1	2	3	4	5
i) Nire lagunak eta senideak bisitatzen naute.	1	2	3	4	5
j) Nire etxearekin zerikusia daukaten kontuekin laguntzen didate.	1	2	3	4	5
k) Nire lana ondo egiten dudanean goraipamenak eta esker onak ematen dizkirate.	1	2	3	4	5

19. Zifra bat idatzi

Gutxi gorabehera, zein da zure pisua oinetakorik gabe? kilo

20. Zifra bat idatzi

Gutxi gorabehera, zein da zure altuera oinetakorik gabe? zentimetro

21.a) Zure altueraren arabera, zure ustez, nolakoa da orain duzun pisua?

Gehiegizkoa..... 1
Normala..... 2
Eskasa..... 3

21.b) Pozik al zaude zure pisuarekin ala orain duzuna baino gehiago edo gutxiago edukitzea gustatuko litzaizuke?

Pozik nago orain dudana pisuarekin..... 1
Pisua galtzea gustatuko litzaizuke..... 2
Pisua irabaztea gustatuko litzaizuke..... 3
Ed/Ee..... 4

22. Gutxi gorabehera, normalean zenbat ordu egiten duzu lo?

 ordu.

23. Zure etxean bizi al dira 15 urtetik beherako pertsonak, 64 urtetik gorakoak, edo ezgaitasun edo mugaren bat duten pertsonak?

	Bai	Ez	
. 15 urtetik beherako pertsonak.	1	2	→ Erantzuk guztiak "EZ" badira, joan 26gn. galderara.
. 64 urtetik gorako pertsonak.	1	2	
. Ezgaitasunedo mugaren bat duten pertsonak.	1	2	

24. Nor arduratzen da, nagusiki, zu zaintzeaz? (Erantzun bat zirkulu batez inguratu, hurrengo laukiko behar dituzun zutabeetan)

	15 urtetik beherakoak	64 urtetik gorakoak	Ezgaituak
Zu bakarrik bizi zara (elkarriketatutako pertsona).	1	2	3
Zu zeure bikotearen laguntzarekin.	1	2	3
Zu zeure bikotea ez den beste pertsona baten laguntzarekin.	1	2	3
Zu horretarako kontratatutako pertsonarekin.	1	2	3
Zure bikotea bakarrik.	1	2	3
Zure bikotea ez den etxeko beste pertsona bat.	1	2	3
Horretarako kontratatutako pertsona.	1	2	3
Haiek euren kabuz.	1	2	3
Gizarte-zerbitzuak.	1	2	3
Beste egoera bat.	1	2	3

25. Egunero eta eskusiboki, zenbat ordu jarduten duzu zeure burua zaintzen? (Hurrengo laukiaren dagozkion zutabeak bete, norbait zaintzen jarduten baduzu, bestela 26. galderara pasa)

	15 urtetik beherakoak	64 urtetik gorakoak	Ezgaituak
Astelehenetik ostiralera	 Ordu.	 Ordu.	 Ordu.
Larunbata eta Igandea	 Ordu.	 Ordu.	 Ordu.

PREBENTZIOKO PRAKTIKAK.

Hurrengo galderak prebentzioari buruz egin ditzakezun zainketa eta jarduera batzuei dagozkie. Egin zirkulu bat zure erantzunaren zenbakian.

26. Hartzen al duzu (edo hartzen al dizute) tentsio arteriala gutxienez urtean behin?

Bai..... 1
Ez..... 2

27. Noiz hartu duzu (edo hartu dizute) tentsio arteriala azkenengo aldiz?

Inoiz ere ez 1 → (30. galderara pasa)
Duela urtebete baino gutxiago 2
Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago 3
Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago 4
3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago 5
Duela lau urte baino gehiago 6

28. Inoiz esan al dizute hipertentsioa duzula?

Bai..... 1
Ez..... 2 → (30. galderara pasa)

29. Gaur egun, egiten al duzu ezer zure tentsio arteriala kontrolatzeko? Adibidez:
(Egin ezazu zirkulu bat hautatutako erantzunen honako aukera bakoitzean).

	Bai	Ez
Medikamentuak hartu.	1	2
Pisua kontrolatu.	1	2
Gatza gutxitu.	1	2
Ariketa fisikoa egin.	1	2
Beste batzuk.	1	2

30. Noiz egin dizute kolesterolaren azken analisia?

Inoiz ere ez 1 → (33 galderara pasa)
Duela urtebete baino gutxiago 2
Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago 3
Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago 4
3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago 5
Duela lau urte baino gehiago 6

31. Kolesterolu altu duzula esan al dizute?

Bai..... 1
Ez..... 2 → (33 galderara pasa)

32. Gaur egun, egiten al duzu ezer zure kolesterol-maila kontrolatzeko? Adibidez:

	Bai	Ez
Medikamentuak hartu.	1	2
Pisua kontrolatu.	1	2
Ariketa fisikoa egin.	1	2
Beste batzuk.	1	2

Hurrengo galderak, errepidean edo kalean istripuak saihesteko edo gutxitzeko har daitezkeen neurriei dagozkie.

33. Ipintzen al duzu segurtasun-uhala gidatzeko?

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizik behin	Inoiz	Ez dut inoiz gidatzen
a) hirian?	1	2	3	4	5	6	7
b) errepidean?	1	2	3	4	5	6	7

34. Ipintzen al duzu segurtasun-uhala automobilean, gidatzen ez zoazenean?

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizik behin	Inoiz	Inoiz ez naiz joaten gidari moduan ez bada
a) hirian?	1	2	3	4	5	6	7
b) errepidean?	1	2	3	4	5	6	7

35. Motorrean ibiltzen al zara?

Bai..... 1
Ez..... 2 → (37. galderara pasa)

36. Motorrean zabiltzanean, ipintzen al duzu kaskoa?

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizean behin bakarrik	Inoiz ez
a) hirian?	1	2	3	4	5	6
b) errepidean?	1	2	3	4	5	6

37. Bizikletan ibiltzen al zara?

Bai..... 1
Ez..... 2 → (39. galderara pasa)

38. Bizikletan zabiltzanean, ipintzen al duzu kaskoa?

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizean behin bakarrik	Inoiz ez
a) hirian?	1	2	3	4	5	6
b) errepidean?	1	2	3	4	5	6

14 URTETIK BEHERAKO SEME-ALABAK DITUZTENENTZAT BAKARRIK; ezezko kasuan, joan 40. galderara.

39. Automobilean dabilenean, 14 urtetik beherako zure semea/alaba bere adinari dagokion segurtasun-sistemaren batekin lotuta ibiltzen al da, hala nola, kukoa, jarlekutxoa, kuxin jasotzailea, segurtasun-uhala?

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizean behin bakarrik	Inoiz ez
a) hirian?	1	2	3	4	5	6
b) errepidean?	1	2	3	4	5	6

PERTSONA GUZTIENTZAT.

Urtero, sasoi honetan, gripearen kontra txertatzeko kanpaina egiten da, biztanle-talde zehatz batzuei zuzenduta (gaixotasun kronikoak dituztenei, 65 urtetik gorakoei,...).

40. Txertatzen al zara zu urtero gripearen kontra?

Bai..... 1 → (42. galderara pasa)
Ez..... 2

41. Zergatik ez zara txertatzen gripearen kontra? Aukeratu arrazoi bat bakarrik, garrantzitsuenak.

Ez nago gomendatzen zaien taldeen artean 1
Ez dut uste ezertarako balio duenik 2
Ez nekien gripearen kontra txertatzeko gomendiorik zegoenik 3
Konplikazioak egon daitezke 4
Ez dakit nora jo behar den 5
Kalte egiten dit 6
Ahaztu egiten zait joatea 7
Ez dakit 8
Kontraindikazio medikoa 9

42. Joan al zara zeure familiako medikuarengana edo zeure osasun-zentrora azken 12 hilabete hauetan?

Bai..... 1
Ez..... 2 → (44. galderara pasa)

43. Zeure medikuarekin edo erizainarekin izan dituzun kontsultetan, inoiz...

	Bai	Ez	Ez naiz oroitzen
a) Galdetu al dizute erretzen duzun?	1	2	3
b) Galdetu al dizute zenbat alkohol edaten duzun?	1	2	3
c) Galdetu al dizute zein ariketa fisiko egiten duzun?	1	2	3
d) Galdetu al dizute ezer zeure sexu-ohiturei buruz?	1	2	3
e) Pisatu al zaituzte?	1	2	3
f) Esan al dizute zein litzatekeen zure gorputz-pisu egokiena?	1	2	3
g) Esan al dizute zein ariketa fisiko diren egokiak zuretzat?	1	2	3
h) Hitz egin al dizute HIESari buruz?	1	2	3

EMAKUMEENTZAT BAKARRIK. (GIZONAK 53. GALDERARA PASA)

Mamografia bularren erradiografia bat da, konkorrak detektatzeko gero, sasoz tratatzeko.

44. Inoiz entzun al duzu ezer mamografiari buruz?

Bai..... 1
Ez..... 2

45. Inoiz deitu al dizute, gutun bidez, Osakidetzako Bularreko Minbiziaren Detekzio Goiztiarreko Programatik, mamografia bat egiteko?

Bai..... 1
Ez..... 2 → 48. galderara pasa

46. Joan al zinen mamografia egitera deitu zintuztenean?

Bai, zita guztietan 1
Bai, baina ez zita guztietan 2
Inoiz ez 3

→ 48. galderara pasa

47. Adierazi, mesedez, zergatik ez zinen joan. Aukeratu erantzun bakar bat, garrantzitsuena deritzozuna

- . Gutuna ez nuen garaiz jaso 1
- . Gaizki zetorkidan eguna edo ordua 2
- . Probaren beldur nintzen 3
- . Ez dut uste ezertarako balio duenik 4
- . Kaltegarria dela uste dut 5
- . Laster beste bat egin behar zidaten edo egin berri zidaten Osakidetzan 6
- . Laster beste bat egin behar zidaten edo egin berri zidaten zentro pribatu batean 7

48. Noiz egin dizute azken mamografia?

Inoiz ere ez 1 → (50. galderara pasa)
Urtebete baino gutxiago 2
Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago 3
Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago 4
3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago 5
4 urte baino gehiago eta 5 baino gutxiago 6
5 urte baino gehiago 7

49. Nola iritsi zinen azken mamografia egitera?

Osakidetzako Bularreko Minbiziaren Detekzio Goiztiarreko Programaren bitartez 1
Osakidetzako nire medikuak aginduta 2
Nire mediku pribatuak aginduta 3

Baginako zitologia esaten zaio baginako zelulen lagin bat hartzeari, eta gaixotasun batzuk prebenitu ahal izateko egiten da.

50. Inoiz entzun al duzu ezer baginako zitologiari buruz?

Bai..... 1
Ez..... 2

51. Noiz egin dizute azken baginako zitologia?

Inoiz ere ez 1 → 53. galderara pasa
Duela urtebete baino gutxiago 2
Urtebete baino gehiago eta bi baino gutxiago 3
Urte bi baino gehiago eta hiru baino gutxiago 4
3 urte baino gehiago eta 4 baino gutxiago 5
4 urte baino gehiago eta 5 baino gutxiago 6
Duela 5 urte baino gehiago 7

52. Non egin zizuten azken baginako zitologia?

Osakidetzako (Gizarte Segurantzako) asistentzia-zentro batean 1
Konsulta pribatuan 2

JARDUERA FISIKOA EDO ARIKETA FISIKOA.

Hurrengo galderak, lanean edo denbora librean egiten duzun jarduera edo ariketa fisikoari dagozkio.

53. Zein esaldik adierazten du hobeto zure eguneroko lana edo ohituraz egiten duzun jarduera?

- Eserita egoten naiz egun osoan eta oso joan-etorri gutxi egiten ditut. 1
 Zutik egiten dut lan edota joan-etorri asko egiten ditut, baina ez dut pisurik jaso beharrik. 2
 Zama arinak eramaten ditut, edota, sarritan ibili behar izaten dut eskaileretan edo maldetan gora eta behera. 3
 Lan neketsua dut, pisu handiko zamak eraman edota esfortzu fisiko handiak egin behar baititut. 4

54. Zure denbora librean, egiten al duzu normalean nahi izango zenukeen ariketa fisiko guztia?

- Bai 1
 Ez 2

55.a) Zergatik?

- Ez dudalako denborarik 1
 Nire osasun-arazoez galarazten didatelako 2
 Borondate faltagatik 3
 Toki egokirik ez daukadalako 4
 Beste arrazoi batzuk 5

55.b) galderara pasa

55.b) Azken bi asteetan, horrelako jarduera fisikoren bat egin al duzu astia izan duzunean: azkar ibili, paseatu, kirola egin, korrika egin, igeri egin, bizikletan ibili, gimnasia egin...?

- Bai 1
 Ez 2

55.d) galderara pasa

55.c) Azken bi asteetan zenbat bider eta zenbat denboratan egin dituzu ondoko taulan adierazitako jarduerak?

Idatzi azken bi asteetan jarduerok zenbat bider praktikatu dituzun, eta aldi bakoitzean ematen duzun batezbesteko denbora (denbora aldakorra izan bada, egin batezbesteko bat).

Jarduera	Zenbat bider	Aldi bakoitzeko batezbesteko denb. (minutuetan)
Ibiltzea.		
Pauso arinaz ibiltzea.		
Footinga.		
Talde-kirolak. (futbola, saski-baloia . . .)		
Gimnasia, Aerobica.		
Bizikleta, Igeriketa.		
Pala- eta erraketa-kirolak. (squasha, frontoia, tenisa . . .)		
Muskulazioa, borroka, judoa, karatea.		
Mendizaletasuna, senderismoa.		
Beste batzuk. (zehaztu):		
.....		
.....		

55.d) Jarduera fisikoaren zatia bukatzeko eta alderdi horrek osasunean duen garrantzia dela-eta, azken 7 egunetan jarduera fisikoari eskaini diozun denborari buruzko hurrengo galderak ere betetzeko eskatzen dizugu. Pentsatu zein jarduera egiten dituzun lanean, edo toki batetik bestera mugitzen, edo astialdian aisia jolaserako, zein ariketa edo kirol egiten duzun.

Pentsatu **azken 7 egunetan** egin zenituen **jarduera bizietan**. Jarduera fisiko biziak esaterakoan, esfortzu fisiko bizia inplikatzeko dutenak eta normalean baino bizikiago arnasaraztea eragiten dituztenak esan nahi da. Pentsatu, gutxienez, 10 minututan jarraian egin dituzunetan bakarrik.

Azken 7 egunetan, zenbat egunetan egin zenituen horrelako jarduera fisiko **biziak**: objektu astunak altxatzea, aitzurtzea, ariketa aerobikoak egitea, bizikletan azkar ibiltzea?

..... egun asteko

Inolako jarduera bizirik ☐ 55.e) galderara joan

Normalean, guztira zenbat denbora jardun zenuen jarduera fisiko **bizi** bat egiten egun horietako batean?

.....ordu eguneko

.....minutu eguneko

55.e) Pentsatu **azken 7 egunetan** egin zenituen **jarduera moderatu**etan. Jarduera fisiko **moderatuak** dira, esfortzu fisiko moderatua eskatzen dutenak eta normalean baino zertxobait bizikiago arnasaraztea eragiten dizutenak. Pentsatu, gutxienez, 10 minututan jarraian egin dituzunetan bakarrik.

Azken 7 egunetan, zenbat egunetan egin zenuen jarduera fisiko **moderatu** bat, esaterako: pisu arinak eramatea, bizikletan abiadura erregularrean ibiltzea, edo tenisean binaka jolastea? Mesedez, ez sartu oinez ibiltzea.

..... egun

Inolako jarduera moderaturik ☐ $\longrightarrow$ **55.f)** galderara joan

Normalean, guztira zenbat denbora jardun duzu jarduera fisiko **moderatu**ren bat egiten egun horietako batean?

.....ordu eguneko

.....minutu eguneko

55.f) Pentsatu azken 7 egunetan **oinetz ibiltzen** jardun duzun denboran. Honako hauek barne hartzen ditu: lanean ibiltzea, etxean, toki batetik bestera joatea, edo kirola egiteko, aisialdirako edo ariketa fisikoa egiteagatik egiten dituzun ibilaldiak.

Azken 7 egunetan, zenbat egunetan **oinetz ibili zara** gutxienez **10 minutu** jarraian, ibili zaren bakoitzean?

..... egun

Ibilaldi bat bera ere ez ☐ $\longrightarrow$ **55.g)** galderara joan

Normalean, guztira zenbat denbora jardun duzu oinez ibiltzen egun horietako batean?

.....ordu eguneko

.....minutu eguneko

55.g) Azken galdera eserita igaro zenuen denborari buruzkoa da, eta lanean, etxean, ikasgelan eta astialdian eserita egondako denbora barne hartzen du.

Azken 7 egunetan, zenbat denbora egon zara **eserita** egun normal batean? Bulegoan, lagunak bisitatzen, irakurtzen, bidaiatzen, ikasten edo telebista ikusten emandako denbora sartu behar duzu.

.....ordu eguneko

.....minutu eguneko

55. h) Normalean, nola egiten duzu zeure etxetik lantokirako edo ikastetxerako joan-etorria?
(erantzun bide hori norbaiti lagunduz egiten baduzu ere, adibidez haurrak eskolara eramateko).

Oinez 1

Bizikletan 2

Ibilgailu partikularrean (automobila, motozikleta) 3

Garraio publikoan 4

Mistoa (garraio publikoa eta beste ibilgailu bat konbinatuz) 5

Ez ditu ibilbide horiek egiten 6 $\longrightarrow$ **56.** galderara pasa

55.i) Oro har, zenbat denborako bidea daukazu zeure etxetik lantokira edo ikastetxera?

15 minutu edo gutxiago 1

16tik 30 minutura 2

31tik 60 minutura 3

Ordu batetik 1:30era 4

1:31tik 2 ordura 5

2 ordu baino gehiago 6

55. j) Egunean zenbat aldiz egiten duzu bide hori, astegunetan?

2 aldiz (joan eta etorri) 1

4 aldiz (2 joan-etorri) 2

4 aldiz baino gehiagotan 3

LANEKO BALDINTZAK. (LAN EGITEN DUTEN EDO LAN EGIN DUTENENTZAT)

Laneko baldintzek zerikusi handia izan dezakete pertsonen osasunarekin. Hurrengo galderak, zure laneko baldintzak zeintzuk diren edo izan diren jakiteko dira.

Jubilatuak eta lanerako ezintasun iraunkorra dutenek galdera hauei erantzun behar diete. **(Ez daude hemen sartuta ez etxeko lanak baino besterik egiten ez dutenak, ez ikasleak, ezta lehen enpleguaren bila dabiltzatenak ere → 60. galderara pasa).**

56. Zenbateraino zaude pozik zeure lanean?

- Oso pozik..... 1
 Pozik 2
 Ez hain pozik 3
 Batere pozik..... 4

57. Mesedez, erantzun galdera guzti hauei, eta adierazi zure lana dela/zela-eta, zenbatetan egon behar zaren....

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizean behin bakarrik	Inoiz ere ez
a) Zutik denbora luzcan.	1	2	3	4	5	6
b) Denbora luzean, zaila, deserosoa edo luzaro nekagarria izan daitekeen posturan.	1	2	3	4	5	6
c) Joan-etorri luzeak oinez edo sarritan egiten dituzula.	1	2	3	4	5	6
d) Zama astunak aldean daramatzazula.	1	2	3	4	5	6
e) Bibrazio edo astindurak jasaten dituzula.	1	2	3	4	5	6
f) Lanean ordenadore-pantailari begira.	1	2	3	4	5	6
g) Etenik gabeko kontzentrazio edo atentzioa jartzen duzula.	1	2	3	4	5	6
h) Mugimendu berberak behin eta berriz egiten dituzula.	1	2	3	4	5	6

58. Zure lanpostuan, zelako maiztasunarekin izaten dituzu ondoko arriskuak?:

	Beti	Ia beti	Askotan	Batzuetan	Noizean behin bakarrik	Inoiz ere ez
a) Kea, hautsa edo produktu toxikoak arnastea.	1	2	3	4	5	6
b) Produktu toxiko edo kaltegarriak manipulaztea edo haiekin kontaktuan egotea.	1	2	3	4	5	6
c) Bakterio, birus edo beste agente biologiko batzuek eraginiko kutsadura.	1	2	3	4	5	6
d) Maila altuko zarata, 3 metrora dagoen lankide batekin hartzetan jardutea eragozten duena.	1	2	3	4	5	6
e) Material eta objektuen jaurtiketa edo erorketetatik lesioak jasatea.	1	2	3	4	5	6
f) Altueratik jaustea.	1	2	3	4	5	6
g) Deskarga elektriko handia jasatea, erredurak edo makinak zein materialak direla-eta zauriak izatea.	1	2	3	4	5	6
h) Zirkulazioko istripua izatea.	1	2	3	4	5	6
g) Erradiazio ionizatzaileak. (X izpiak, gamma)	1	2	3	4	5	6

59. Zure gaur egungo lanari dagokionez, mesedez adierazi zein neurritan zauden ados esaldi hauetako bakoitzarekin.

Jubilatuak eta lanerako ezintasun iraunkorra dutenek galdera hauetaz erantzun behar diete, denbora gehienez egindako edo garrantzi handiena izan duen lanari buruz.

	Ez nago batere ados	Ez nago ados	Ados nago	Gutxi ados nago
a) Nire lanean gauza berriak ikasi behar izaten ditut.	1	2	3	4
b) Nire lanean askotan errepikatzen diren egitekoak izaten ditut.	1	2	3	4
c) Nire lana dela-eta sormena landu behar izaten dut.	1	2	3	4
d) Nire lanak aukera ematen dit hainbat erabaki neure kasa hartzeko.	1	2	3	4
e) Nire lanak trebakuntza-maila altua eskatzen du.	1	2	3	4
f) Nire lanean oso askatasun gutxi daukat gauzak nola egin behar ditudan erabakitzeko.	1	2	3	4
g) Nire lanean gauza desberdin asko egin ditzaket.	1	2	3	4
h) Eragin handia dut nire lanean gertatzen diren gauzetan.	1	2	3	4
i) Nire lanak modua ematen dit neure trebetasun bereziak garatzeko.	1	2	3	4
j) Lana oso azkar egin behar izaten dut.	1	2	3	4
k) Lana oso gogor egin behar izaten dut.	1	2	3	4
l) Ez didate lan askorik ematen egiteko.	1	2	3	4
m) Lana ganoraz egiteko behar beste denbora izaten dut.	1	2	3	4
n) Ez dut hartzen inorengandiko agindu kontrajarririk.	1	2	3	4

TABAKOA.

Hurrengo galderak tabako-kontsumoari buruzkoak dira.

Modu pasiboan edo "nahitaez" erretzea esaten zaio besteek erretzen dituzten zigarroen kea arnasteari. Zuk erre zein ez-erre kontuan hartu gabe....

60. Erantzun, mesedez, galdera guzti hauek, eta adierazi zenbateko maiztasunaz egoten zaren besteek erretzen duten tabakoaren kea arnasten...

	Bai, egun guztietan	Bai, sarri askotan	Bai, noizean behin	Bai, baina gutxitan	Inoiz ere ez
a) Zeure etxean.	1	2	3	4	5
b) Zeure lantoki edo ikaslekuan. (jubilatuak eta langabetuak egunaren zati handiena igarotzen duten lekuan pentsatuz erantzun behar dute)	1	2	3	4	5
c) Beste leku itxi batzuetan, adibidez, kafetegi, jatetxe, klub, automobil, eta abarretan.	1	2	3	4	5

61. Zure bizitzan zehar, erre al dituzu gutxienez 100 zigarro (5 pakete)?

Bai..... 1
Ez..... 2

—————> **HURRENGO ORRIALDERA PASA, 75. GALDERARA (ALKOHOLARI DAGOKION ATALERA)**

62. Egunero erretzen al duzu?

Bai
1Ez
2

A ALDEA.

B ALDEA.

63. Zenbat urterekin hasi zinen egunero erretzen?
(Idatzi urteak)

_____ urterekin.

64. Idatzi zenbatekoa gutxi gorabehera
(Idatzi zenbatekoa)

Zenbat zigarro erretzen duzu egunean? _____ zigarro.

Zenbat puru erretzen duzu egunean? _____ puru.

Zenbat pipa erretzen duzu egunean? _____ pipa.

65. Irensten al duzu kea?

Bai 1
Ez 266. Joan den urtearekin konparatuz, gaur egun...
Seinalatu zirkuluaz galdera (a-d) bakoitzaren erantzuna.

	Bai	Ez
a) Gehiago erretzen duzu.	1	2
b) Gutxiago erretzen duzu.	1	2
c) Marka gogorragoa erretzen duzu.	1	2
d) Marka suabeagoa erretzen duzu.	1	2

67. Azken 12 hilabeteetan saiatu al zara erretzeari uzten?

Bai 1
Ez 2

68. Erretzeari uztea gustatuko litzaizuke?

Bai 1
Ez 269. Ondoko esaldien artean, zeinek deskribatzen du
tabakoarekin duzun portaera?

Noizean behin baino ez dut erretzen. 1
 Lehen, noizean behin erretzen nuen. 2
 Lehen, egunero erretzen nuen. 3

75 galderara pasa.
hurrengo orrialdera

70. Zenbat denbora da erretzeari utzi zeniola?

Urte 1 baino gutxiago 1
 1-2 urte 2
 2-5 urte 3
 5-10 urte 4
 10 urte baino gehiago 5

71. Zenbat urterekin hasi zinen egunero erretzen?

_____ urterekin.

72. Gutxi gorabehera:

Zenbat zigarro erretzen zenuen egunero? _____ zigarro.

Zenbat puru erretzen zenuen egunero? _____ puru.

Zenbat pipa erretzen zenuen egunero? _____ pipa.

73. Irensten al zenuen kea?

Bai 1
Ez 2

74. Zeure familiako medikuaren kontsultan, medikuak edo erizainak aholkatu al dizute inoiz erretzeari uzteko?

Bai 1
 Ez 2
 Ez naiz oroitzen 3
 Ez naiz inoiz joan neure familiako medikuarengana 4

ALKOHOLA.

Hurrengo galderak alkoholaren kontsumoari buruzkoak dira.

Egin zirkulu bat zure erantzunaren zenbakian eta jarraitu geziari, honek seinalatuko baitizu bete behar duzun galdera-sortaren atala.

75. Inoiz pentsatu al duzu gutxiago edan beharko zenukeela?

Bai 1
Ez 2

76. Molestatu al zaitu, zure edateko modua dela-eta jendearen kritikak izateak?

Bai..... 1
Ez 2

77. Txarto edo errudun sentitu al zara zure edateko modua dela eta?

Bai..... 1
Ez 2

78. Inoiz edan al duzu goizean goiz, nerbioak lasaitzeko edo biharamunekoa kentzeko?

Bai..... 1
Ez 2

79. Azken hamabi hilabeteetan, sarri kontsumitu dituzu alkoholodun edariak (ardoa, sagardoa, garagardoa, brandya...)?

1. Egunero.
2. Astean 4-6 aldiz.
3. Astean 2-3 aldiz.
4. Astean behin.



A ALDEA.

80. GALDERA ETA HURRENGOAK.

5. Hamabost egunean behin.
6. Hilean behin.
7. Hilean behin baino gutxiagotan.
8. Ez dut edan azken 12 hilabeteetan.



B ALDEA.

85. GALDERA ETA HURRENGOAK.

A ALDEA.

80. Alkoholodun edariren bat ustekabeen probatzea kontuan hartu barik, zenbat urterekin hasi zinen ohituraz edaten?

Adina idatzi.

_____ urterekin.

EDARI ALKOHOLDUNEN KONTSUMOA ASTEGUN BATEAN.

81. Kontuan hartu jatorduetan edaten dena (gosari, hamaiketako, bazkari eta afarian) eta jatorduetatik kanpo edaten dena (txikiteoa, ardoak, aperitiboak eta kopak). (Inkesta betetzen denean astelehena bada, idatzi azken ostegunean edandakoa).

Atzo ...

Idatzi zenbatekoa.

. Zenbat baso sagardo edan zenuen?

_____ baso sagardo.

. Zenbat baso ardo edan zenuen (tabernako 2 txikito = baso 1)

_____ baso ardo.

. Zenbat kaina garagardo edan zenuen (2 labur edo zurito = kaina 1)

_____ kaina garagardo.

. Zenbat kopa (anisa, whiskia, patxarana, brandya. . .) edan zenuen?

_____ kopa.

. Zenbat konbinatu (kubak, gin-tonikak, gin-kasak. . .) edan zenuen?

_____ konbinatu.

. Zenbat kalimotxo edan zenuen?

_____ kalimotxo.

. Zenbat bermut, bitter, fino, edan zenuen? (2 marianito = berm. 1)

_____ bermut.

. Zenbat likore-txupito edan zenuen?

_____ txupito.

EDARI ALKOHOLDUNEN KONTSUMOA ASTEBURUAN.

82. Kontuan hartu jatorduetan edaten dena (gosari, hamaiketako, bazkari eta afarian) eta jatorduetatik kanpo edaten dena (txikiteoa, ardoak, aperitiboak eta kopak). (Idatzi ostiral, larunbat eta igandean edandakoa).

Eta joan den asteburuan:

	Zenbatekoa idatzi.		
	<u>OSTIRALEAN</u>	<u>LARUNBATEAN</u>	<u>IGANDEAN</u>
. Zenbat baso sagardo edan zenuen?			
. Zenbat baso ardo edan zenuen (tabernako 2 txikito = baso 1)			
. Zenbat kaina garagardo edan zenuen (2 labur edo zurito = kaina 1)			
. Zenbat kopa (anisa, whiskia, patxarana, brandya. . .) edan zenuen?			
. Zenbat konbinatu (kubak, gin-tonikak, gin-kasak. . .) edan zenuen?			
. Zenbat kalimotxo edan zenuen?			
. Zenbat bermut, bitter, fino, edan zenuen? (2 marianito = berm. 1)			
. Zenbat likor-txupito edan zenuen?			

83. Azken 12 hilabeteen arabera, zer esango zenuke:

Lehen baino gehiago edaten dut 1
 Lehen baino gutxiago edaten dut 2
 Azken 12 hilabeteetan nire kontsumoak ez du aldaketarik izan 3

84. Zeure familiako medikuaren kontsultan, medikuak edo erizainak jakinarazi al dizute gehiegizko alkohol kontsumoa kaltegarria dela osasunerako?

Bai 1
 Ez 2
 Ez naiz oroitzen 3
 Ez naiz inoiz joan neure familiako medikuarengana 4

92. galderara pasatu
JATEKO OHITURAK.

B ALDEA. (A ALDEA ERANTZUN EZ DUTENENTZAT)

85. Esaldi hauen artean zeinek adierazten du hobeto bizitzan zehar izan duzun alkohol-kontsumoa?

Ez dut inoiz edan 1
Noizean behin edaten dut..... 2
Edateko ohitura izan dut, baina orain ez dut edaten, edo noizean behin baino ez..... 3

92.galderara pasatu
JATEKO OHITURAK.

86. Zenbat urterekin hasi zinen ohituraz edaten?

_____ urterekin.

87. Zenbat urterekin utzi zenion ohituraz edateari?

_____ urterekin.

88. Sarritan edaten al zenuen?

Hilean 1-4 bider..... 1
Astean 2-3 bider 2
Astean 4-6 bider 3
Egunero 4

89. Zenbat edaten zenuen une bakoitzean?

Kontsumizio bat..... 1
2 edo 3 kontsumizio..... 2
4 edo 5 kontsumizio..... 3
6 edo 7 kontsumizio..... 4
7 kontsumizio baino gehiago..... 5

90. ¿ Zein edari-mota edaten zenuen sarrien?

(Aukeratu bat bakarrik, gehien kontsumitzen zenuena)

Ardoa..... 1
Garagardoa 2
Likoreak..... 3
Konbinatuak 4
Beste batzuk 5
Denetarioak 6

91. Zein izan da arrazoirik handiena edateari uzteko?

Ez dut horren beharizanik, eta ez dut garrantzitsutzat jotzen 1
Ez zait gustatzen 2
Arrazoi medikoak edo osasun-arrazoiak direla-eta..... 3
Arrazoi moral edo erlijiosoak direla-eta 4
Larregi edaten nuelako 5
Garestia zen niretzat 6
Nire familian norbaitek alkoholarekin problemak zituen 7
Beste batzuk (zehaztu) 8

JATEKO OHITURAK.

92. Zein maiztasunarekin jaten dituzu honako elikagaietako bakoitza? (bete ezazu hurrengo taula errenkadaz)

	Egunero	3 edo gehiagotan astero	1 edo 2 aldiz astero	1 baino gutxiagotan astero	Inoiz ez edo ia inoiz
a) Fruta freskoa.	1	2	3	4	5
b) Okela.	1	2	3	4	5
c) Arraina.	1	2	3	4	5
d) Pasta, arroza, patatak.	1	2	3	4	5
e) Ogia, zerealak.	1	2	3	4	5
f) Berdura.	1	2	3	4	5
g) Lekaleak.	1	2	3	4	5
h) Hestebeteak.	1	2	3	4	5
i) Esnea, gazta, jogurta.	1	2	3	4	5
j) Gozokiak (galletak...).	1	2	3	4	5

93. Azken 12 hilabetetan jan edo edan duzuna aldatu egin dela esango al zenuke?

Bai 1
Ez 2 ➔ 95. galderara pasatu

94. Zein aldaketa egin dituzu? (Erantzun bat baino gehiago aukera dezakezu)

Kaloria gutxiago 1
Kaloria gehiago 2
Fruta eta berdura gehiago 3
Fruta eta berdura gutxiago 4
Koipe gutxiago 5
Koipe gehiago 6
Okela gutxiago 7
Okela gehiago 8
Gatz gutxiago 9
Gatz gehiago 10
Gozoki edo azukre gutxiago jatea 11
Gozoki edo azukre gehiago jatea 12
Alkohol gutxiago 13
Alkohol gehiago 14
Ur gehiago edatea 15
Ur gutxiago edatea 16
Beste bat (idatzi) 17

ETXEBIZITZAREN INGURUA

95. Zure etxebizitzak honako arazoetako bat al du?

	Bai	Ez
1. Kanpoko zaratak.....	☐	☐
2. Kutsadura edo usain txarrak (industria, trafikoa...)	☐	☐
3. Kaleen garbiketa urria	☐	☐
4. Komunikazio txarrak	☐	☐
5. Berdegune (parkeak, lorategiak...) gutxi.....	☐	☐
6. Delinkuentzia, bandalismoa inguruan	☐	☐
7. Garbitzeko zerbitzurik ez etxebizitzaren barruan	☐	☐

Bukatzeko, hurrengo galdera hauei erantzuteko eskatzen dizugu. Galderokin, gure gizartean eragina duen eta pertsona askok isilean gordeta egotea nahi duten arazo baten maiztasuna jakin nahi dugu. Gogorarazten dizugu informazioa konfidentzialki tratatuko dela.

96. Azken hamabi hilabetetan, eraso edo tratu txarren bat sufritu al duzu?

Bai..... 1
Ez 2

INKESTA AMAITU DA
ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK.

97. Zenbatetan?

Behin..... 1
Noizbehinka 2
Askotan 3

98. **Non** gertatu zen eraso edo tratu txarra? (azken hilabeteetan zenbait sufritu badituzu **larriena aipatu**)

Aisiako toki batean..... 1
Lanean edo ikasgelan 2
Kalean 3
Etxean 4
Bizi zaren eraikinean 5
Kirol-eremu batean 6
Beste leku batzuetan 7

99. Hauxe izan da tratu txarra eman edo eraso egin dizun pertsona:

Ezezagun bat (gizonezkoa)..... 1
Ezezagun bat (emakumezkoa)..... 2
Zure bikotea 3
Familiako beste pertsona bat 4
Zure bikote ohia 5
Emakume ezezagun bat (zure bikotea ez dena)..... 6
Gizon ezezagun bat (zure bikotea ez dena) 7

INKESTA AMAITU DA.
ESKERRIK ASKO ZURE LAGUNTZAGATIK.



Nº. CUESTIONARIO:

Nº. PERSONA:

ENCUESTA DE SALUD 2007

El objetivo de este cuestionario es conocer los problemas sanitarios más importantes de nuestra Comunidad. Esta información va a servir para una mejor planificación de los servicios de salud, repercutiendo en beneficio de todos.

Su colaboración es esencial e insustituible, por lo que le agradeceríamos rellene todo el cuestionario, siguiendo las instrucciones que aparecen en la página siguiente.

**ESTA INFORMACIÓN SE TRATARÁ DE FORMA ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL.
RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE CORRESPONDAN.**

**SI TIENE PROBLEMAS O DIFICULTADES PARA COMPRENDER LAS PREGUNTAS Y
DESEA MÁS INFORMACIÓN PUEDE COMUNICARSE CON NOSOTROS EN ESTE
NÚMERO DE TELÉFONO GRATUITO:**

900-50.48.37

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



LEY 4/1986 DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: Las personas o entidades tienen obligación de suministrar la información estadística que les sea requerida con independencia de su naturaleza física, jurídica, pública o privada.
- Artículos 19 al 23: Toda información proporcionada estará sometida al secreto estadístico y bajo ningún concepto podrá ser facilitada con carácter individual a ninguna persona o entidad, ya sea pública o privada.

INFORMACIÓN SUJETA A SECRETO ESTADÍSTICO.

INSTRUCCIONES.

Las siguientes preguntas tienen diferentes respuestas posibles y usted debe escoger únicamente aquella que le convenga más. Marque una sola respuesta a cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario. Deberá contestar a todas las preguntas en orden, a menos que haya una indicación para saltarse alguna pregunta. No hay buenas ni malas respuestas.

Estas preguntas son tres ejemplos que le pueden ayudar a comprender la forma de llenar el cuestionario:

Ejemplo 1: Haga un círculo en el número correspondiente a la respuesta elegida.

Pregunta 1.

En general, usted diría que su salud es

Excelente.	☒ 1
Muy buena.	2
Buena.	3
Regular.	4
Mala.	5

Ejemplo 2: Escriba una cifra.

Pregunta 2.

Escriba la cantidad. Aproximadamente

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	30
¿Cuántos puros fuma al día?	0
¿Cuántas pipas fuma al día?	0

Ejemplo 3: Haga un círculo en el número correspondiente a la respuesta elegida.

Durante los últimos doce meses ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas que contengan alcohol?

1.	Menos de una vez al mes.
☒ 2	Una vez al mes.
	Una vez cada quince días.

PARTE B.

4.	Una vez por semana.
5.	De 2 a 3 veces por semana.
6.	De 4 a 6 veces por semana.
7.	Diariamente (cada día.)

PARTE A.

En este caso las siguientes preguntas a cumplimentar serían las de la parte B.

Ejemplo 4: Haga un círculo en cada una de las opciones siguientes a la respuesta elegida.

Me podría decir si con respecto al año pasado actualmente...

	Sí	No
a) Fuma más	☐ 1	☒ 2
b) Fuma menos	☒ 1	2
c) Fuma una marca más fuerte	1	☒ 2
d) Fuma una marca más suave	☒ 1	2

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año.....	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

6. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuanto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a) <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b) <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3
c) <u>Coger o llevar la bolsa de la compra</u> .	1	2	3
d) Subir <u>varios pisos</u> por la escalera.	1	2	3
e) Subir <u>un solo</u> piso por la escalera.	1	2	3
f) <u>Agacharse o arrodillarse</u> .	1	2	3
g) Caminar <u>un kilómetro o más</u> .	1	2	3
h) Caminar <u>varias manzanas</u> (varios centenares de metros).	1	2	3
i) Caminar <u>una sola manzana</u> (100 metros).	1	2	3
j) <u>Bañarse o vestirse por sus propios medios</u> .	1	2	3

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Sí	No
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c) ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d) ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?(por ejemplo, le costó más de lo normal).	1	2

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Sí	No
a) ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>por algún problema emocional</u> ?	1	2
b) ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer, <u>por algún problema emocional</u> ?	1	2
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <u>cuidadosamente</u> como de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	1	2

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada 1
 Un poco 2
 Regular 3
 Bastante 4
 Mucho..... 5

10. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno 1
Sí, muy poco 2
Sí, un poco 3
Sí, moderado 4
Sí, mucho 5
Sí, muchísimo 6

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
Un poco 2
Regular 3
Bastante 4
Mucho 5

12. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ..se sintió lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b) ..estuvo muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c) ..se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d) ..se sintió en calma y con gran tranquilidad?	1	2	3	4	5	6
e) ..tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f) ..se sintió con desánimo y tristeza?	1	2	3	4	5	6
g) ..se sintió con agotamiento?	1	2	3	4	5	6
h) ..se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i) ..se sintió con cansancio?	1	2	3	4	5	6

13. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a las amistades o familiares)?

- Siempre 1
Casi siempre 2
Algunas veces 3
Solo alguna vez 4
Nunca 5

14. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b) Tengo tanta salud como cualquiera.	1	2	3	4	5
c) Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d) Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

15. En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?

Sí 1
 No 2 → (pase a la pregunta 17.a))

16. Estos pensamientos, ¿los ha tenido en los últimos 12 meses?

Sí 1
 No 2

17.a) ¿Cómo piensa que es su vida social?

Muy satisfactoria 1
 Más bien satisfactoria 2
 Más bien insatisfactoria 3
 Muy insatisfactoria 4

17.b) ¿Considera que su salud en general es...?

Muy buena 1
 Buena 2
 Regular 3
 Mala 4
 Muy mala 5

A continuación tiene una lista de situaciones que se producen en la vida cotidiana y que otras personas hacen o pueden hacer para ayudarnos.

18. Le pedimos que haga un círculo en la casilla en la que crea que se encuentra usted. Si su situación es la mejor, y por lo tanto recibe “Tanto como deseo”, entonces haría un círculo al número 1 “Tanto como deseo”. La situación peor sería cuando usted “recibe” menos que lo que usted querría “Menos de lo que deseo”, entonces haría un círculo al número 5. Si usted no se encuentra en los extremos, haga un círculo en el espacio que cree que mejor se adecua a su situación.

	Tanto como deseo			Menos de lo que deseo		
a) Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras persona.s	1	2	3	4	5	
b) Recibo amor y afecto.	1	2	3	4	5	
c) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa.	1	2	3	4	5	
d) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5	
e) Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5	
f) Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede a mí.	1	2	3	4	5	
g) Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1	2	3	4	5	
h) Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama.	1	2	3	4	5	
i) Recibo visitas de mis amigos y familiares.	1	2	3	4	5	
j) Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1	2	3	4	5	
k) Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.	1	2	3	4	5	

19. Escriba una cifra

Aproximadamente: ¿Cuánto pesa sin zapatos? kilogramos.

20. Escriba una cifra

Aproximadamente: ¿Cuánto mide sin zapatos? centímetros.

21.a) Según su estatura, ¿cree usted que su peso actual es...?

- . Excesivo 1
. Normal 2
. Escaso 3

21.b) ¿Está Vd. satisfecho/a con su peso o le gustaría pesar más o menos que lo que pesa actualmente?

- . Estoy satisfecho/a con mi peso actual 1
. Me gustaría perder peso 2
. Me gustaría ganar peso 3
. Ns/Nc 4

22. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme usted habitualmente?

 Horas.

23. ¿En su hogar viven personas menores de 15 años, mayores de 64 años y personas con alguna discapacidad o limitación?

- | | Sí | No | |
|----------------------------------|----|----|---|
| . Menores de 15 años. | 1 | 2 | ☐ → Si todas las respuestas son NO pase a la pregunta 26. |
| . Mayores de 64 años. | 1 | 2 | |
| . Con discapacidad o limitación. | 1 | 2 | |

24. ¿Quién se ocupa de su cuidado principalmente? (Rodee con un círculo una respuesta, en las columnas que necesite del cuadro siguiente)

	Menores de 15 años	Mayores de 64 años	Discapacitados/as
Vd. solo/a (persona entrevistada).	1	2	3
Vd. con la ayuda de su pareja.	1	2	3
Vd. con la ayuda de otra persona que no es su pareja.	1	2	3
Vd. con una persona contratada para ello.	1	2	3
Su pareja sola.	1	2	3
Otra persona de la casa que no es su pareja.	1	2	3
Una persona contratada para ello.	1	2	3
Ellas mismas.	1	2	3
Los servicios sociales.	1	2	3
Otra situación.	1	2	3

25. ¿A diario y de forma exclusiva, cuántas horas dedica Vd. a su cuidado? (Rellene las columnas correspondientes del cuadro siguiente si dedica tiempo a cuidar a alguien, sino pase a la pregunta 26)

	Menores de 15 años	Mayores de 64 años	Discapacitados/as
De lunes a viernes	 horas.	 horas.	 horas.
Sábado y Domingo	 horas.	 horas.	 horas.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS.

Las siguientes preguntas se refieren a una serie de cuidados o actividades preventivas que usted puede realizar. Haga un círculo en el número correspondiente a su respuesta.

26. ¿Se toma (o le toman) la tensión arterial al menos una vez al año?

Sí 1
No 2

27. ¿Cuándo se ha tomado (o le han tomado) la tensión por última vez?

Nunca 1 → (pase a la pregunta 30)
Hace menos de un año 2
Hace más de un año y menos de dos 3
Hace más de dos y menos de tres años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de cuatro años 6

28. ¿Le han dicho alguna vez que tiene hipertensión?

Sí 1
No 2 → (pase a la pregunta 30)

29. Actualmente ¿está haciendo alguna cosa para controlar su tensión arterial como:
(Haga un círculo en cada una de las opciones siguientes a la respuesta elegida)

	Sí	No
Tomar medicamentos.	1	2
Control de peso.	1	2
Disminuir la sal.	1	2
Hacer ejercicio.	1	2
Otros.	1	2

30. ¿Cuándo le han hecho el último análisis de colesterol?

Nunca 1 → (pase a la pregunta 33)
Hace menos de 1 año 2
Hace más de 1 año y menos de dos 3
Hace más de dos y menos de tres años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de cuatro años 6

31. Le han dicho que tiene el colesterol alto?

Sí 1
No 2 → (pase a la pregunta 33)

32. Actualmente ¿está haciendo alguna cosa para controlar su nivel de colesterol como:

	Sí	No
Tomar medicamentos.	1	2
Control de peso.	1	2
Hacer ejercicio.	1	2
Otros.	1	2

Las siguientes preguntas tratan sobre medidas que se pueden tomar para evitar o disminuir los accidentes en la carretera o en la calle.

33. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando conduce...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	Nunca conduzco
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6	7
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6	7

34. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando va en coche como acompañante...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	Nunca voy como acompañante
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6	7
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6	7

35. ¿Suele viajar en motocicleta?

Si 1
No 2 → (pase a la pregunta 37)

36. Cuando viaja en motocicleta, ¿suele usar casco....

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6

37. ¿Suele desplazarse en bicicleta?

Si 1
No 2 → (pase a la pregunta 39)

38. Cuando viaja en bicicleta, ¿suele usar el casco...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6

SÓLO PARA QUIENES TENGAN HIJOS/AS MENORES DE 14 AÑOS; en caso contrario, pase a la pregunta 40.

39. Cuando va en automóvil, ¿su hijo/a menor de 14 años va sujeto/a con algún sistema de seguridad adecuado a su edad como el cuco, la sillita, el cojín-elevador, el cinturón de seguridad?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) por ciudad?	1	2	3	4	5	6
b) por carretera?	1	2	3	4	5	6

PARA TODAS LAS PERSONAS.

Todos los años por esta época, hay una campaña de vacunación antigripal dirigida a ciertos grupos de población (personas enfermas crónicas, mayores de 65 años, . . .).

40. ¿Suele usted vacunarse contra la gripe cada año?

Sí 1 → (pase a pregunta 42)
No 2

41. ¿Por qué motivo no suele vacunarse contra la gripe? Elija uno sólo, el más importante.

No pertenezco a ninguno de los grupos a los que se recomienda 1
Creo que no sirve para nada 2
No conocía la recomendación de vacunarse contra la gripe 3
Porque puede traer complicaciones 4
No sé dónde hay que acudir 5
Porque me sienta mal 6
No me suelo acordar de ir 7
No sé 8
Contraindicación médica 9

42. ¿Ha acudido a su médico/a de cabecera o a su centro de salud en los últimos 12 meses?

Sí 1
No 2 → (pase a la pregunta 44)

43. En las consultas que ha tenido con su médico/a o enfermero/a, en alguna ocasión...

	Sí	No	No recuerda
a) ¿Le han preguntado si fuma?	1	2	3
b) ¿Le han preguntado cuánto alcohol bebe?	1	2	3
c) ¿Le han preguntado sobre el ejercicio físico que hace?	1	2	3
d) ¿Le han preguntado sobre sus hábitos sexuales?	1	2	3
e) ¿Le han pesado?	1	2	3
f) ¿Le han aconsejado sobre cuál es su peso corporal adecuado?	1	2	3
g) ¿Le han aconsejado sobre el ejercicio físico adecuado para usted?	1	2	3
h) ¿Le han hablado sobre el SIDA?	1	2	3

SÓLO PARA MUJERES. (HOMBRES PASAR A PREGUNTA 53)

Una mamografía es una radiografía de los pechos para detectar bultos y poder tratarlos a tiempo.

44. ¿Había oído alguna vez hablar de la mamografía?

Sí 1
No 2

45. ¿Ha sido citada alguna vez por carta, desde el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Osakidetza, para hacerse una mamografía?

Sí 1
No 2 (pase a la pregunta 48)

46. ¿Acudió a hacerse las mamografías cuando le citaron?

Sí, en todas las citas. 1
Sí, pero no en todas las citas. 2 (pase a la pregunta 48)
Nunca. 3

47. Señale, por favor, el motivo por el que no acudió. Elija uno sólo, el más importante.

No recibí la carta a tiempo 1
No venía bien el día o la hora 2
Tenía temor a la prueba 3
Creo que no sirve para nada 4
Creo que es perjudicial 5
Iban a hacerme o me habían hecho recientemente en Osakidetza 6
Iban a hacerme o me habían hecho recientemente en un centro privado 7

48. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?

Nunca 1 (pase a la pregunta 50)
Hace menos de 1 año 2
Hace más de 1 y menos de 2 años 3
Hace más de 2 y menos de 3 años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de 4 y menos de 5 años 6
Hace más de 5 años 7

49. ¿Cómo llegó a hacerse la última mamografía?

A través de la cita del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama 1
Por indicación de mi médico de Osakidetza 2
Por indicación de mi médico privado 3

Una citología vaginal consiste en recoger una muestra de células de la vagina para poder prevenir algunas enfermedades.

50. ¿Había oído alguna vez hablar de la citología vaginal?

Sí 1
No 2

51. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?

Nunca 1 (pase a la pregunta 53)
Hace menos de 1 año 2
Hace más de 1 y menos de 2 años 3
Hace más de 2 y menos de 3 años 4
Hace más de 3 y menos de 4 años 5
Hace más de 4 y menos de 5 años 6
Hace más de 5 años 7

52. ¿Dónde le hicieron la última citología vaginal?

En un centro asistencial de Osakidetza (Seguridad Social) 1
En una consulta privada 2

ACTIVIDAD FÍSICA O EJERCICIO FÍSICO.

Las siguientes preguntas se refieren a la actividad o ejercicio físico que usted realiza en el trabajo y en su tiempo libre.

53. ¿Qué frase describe mejor el trabajo que usted realiza, o la actividad que usted desarrolla habitualmente?

- Estoy habitualmente sentado/a durante todo el día y me desplazo en muy pocas ocasiones. 1
 Trabajo de pie y/o me desplazo a menudo pero no tengo que levantar pesos. 2
 Transporte cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestas frecuentemente. 3
 Tengo un trabajo en el que transporto cargas muy pesadas y/o requiere un esfuerzo físico importante 4

54. Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?

- Sí 1
 No 2

55.a) ¿Por qué?

- Por falta de tiempo..... 1
 Porque me lo impide mis problemas de salud..... 2
 Por falta de voluntad..... 3
 Porque no dispongo de un lugar adecuado..... 4
 Por otras razones..... 5

(pase a la pregunta 55.b))

55.b) Durante las dos últimas semanas, ¿ha realizado alguna actividad física en su tiempo libre como andar ligero, pasear, hacer deporte, correr, nadar, andar en bicicleta, hacer gimnasia...?

- Sí 1
 No 2

(pase a la pregunta 55.d))

55.c) Durante las dos últimas semanas ¿cuántas veces, y durante cuánto tiempo, ha practicado las actividades que aparecen en la tabla?

Escriba el número de veces y el tiempo medio que hace cada vez (si el tiempo es variable hacer una media) en las dos últimas semanas.

Actividad	N. de veces	Tiempo medio (minutos) /cada vez
Pasear.		
Andar a paso ligero.		
Footing.		
Deportes de equipo(fútbol, baloncesto . . .).		
Gimnasia, Aerobic.		
Bicicleta, Natación.		
Deporte de pala y raqueta (squash, frontón, tenis . . .).		
Musculación, lucha, judo, kárate.		
Montañismo, senderismo.		
Otros (especificar):		
.....		
.....		

55.d) Para concluir la parte de actividad física y debido a la importancia que tiene este aspecto en la salud le pedimos que rellene también las siguientes preguntas que se refieren al tiempo que usted dedica a actividades físicas en los últimos 7 días. Piense en las actividades en el trabajo, o moviéndose de un sitio a otro, o en el tiempo libre para el ocio, recreo, el ejercicio o el deporte.

Piense en **las actividades intensas** que usted realizó **en los últimos 7 días**. Las actividades físicas intensas se refieren a las que implican un esfuerzo físico intenso y que le hace respirar mucho más intensamente de lo normal.
 Piense sólo en aquellas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

En los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas **intensas** como levantar objetos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos, andar rápido en bicicleta?

..... días por semana.

Ninguna actividad intensa. ☐ (pase la pregunta 55.e))

Habitualmente ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

.....horas por día.

.....minutos por día.

55.e Piense en **las actividades moderadas** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y que le hace respirar algo más intensamente de lo normal. Piense sólo en aquellas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

En los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó actividades físicas **moderadas** como llevar pesos ligeros, andar en bici a velocidad regular, o jugar dobles de tenis? Por favor **no incluya caminar**.

..... días.

Ninguna actividad moderada. ☐ → (pase a la pregunta 55.f)

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

.....horas por día.minutos por día.

55.f Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los últimos 7 días. Incluye caminar en el trabajo, en casa, para trasladarse de un lugar a otro, o caminatas que hace por deporte, ocio o ejercicio.

En los últimos 7 días, ¿cuántos días **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos cada vez?

..... días.

Ninguna caminata. ☐ → (pase a la pregunta 55.g)

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

.....horas por día.minutos por día.

55.g La última pregunta es acerca del tiempo que pasó sentado, incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en clase y durante el tiempo libre.

En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó **sentado** en un día normal? Debe incluir el tiempo en la oficina, visitando amigos, leyendo, viajando, estudiando o viendo la televisión.

.....horas por día.minutos por día.

55. h) ¿Cómo realiza habitualmente el trayecto desde su casa al lugar de trabajo o al centro de estudio?

(responda también si realiza estos trayectos acompañando a alguna persona por ejemplo niños/as escolarizados)

Andando 1

En bicicleta 2

En vehículo particular (automóvil, motocicleta) 3

En transporte público 4

Mixto (combina transporte público y otro vehículo) 5

No realiza estos trayectos 6 → (pase a pregunta 56)

55. i) En general, ¿cuál es la duración del trayecto desde su domicilio a su lugar de trabajo o centro de estudio?

15 minutos o menos 1

De 16 a 30 minutos 2

De 31 a 60 minutos 3

De 1 hora a 1,30 horas 4

De 1,31 a 2 horas 5

Más de 2 horas 6

55. j) ¿Cuántas veces realiza este trayecto diariamente, en los días laborables?

2 veces (ida y vuelta) 1

4 veces (2 idas y vueltas) 2

Más de 4 veces 3

CONDICIONES DE TRABAJO. (PARA QUIENES TRABAJAN O HAN TRABAJADO)

Las condiciones de trabajo pueden estar muy relacionadas con la salud de las personas. Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son o han sido las condiciones de su trabajo.

Los/as jubilados/as y personas con una incapacidad laboral permanente deben contestar a estas preguntas, refiriéndose al trabajo principal o que les haya ocupado más tiempo. (Se excluyen aquellos/as que estén realizando como única ocupación las labores del hogar, los/as estudiantes y quienes busquen su primer empleo → (pase a la p.60))

56. ¿Hasta qué punto está usted satisfecho/a con su trabajo?

- Muy satisfecho/a..... 1
Satisfecho/a 2
Insatisfecho/a..... 3
Muy insatisfecho/a..... 4

57. Por favor, conteste a todas estas preguntas indicando con qué frecuencia su trabajo le obliga, o le obligaba a

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Permanecer mucho tiempo de pie.	1	2	3	4	5	6
b) Permanecer mucho tiempo en una postura difícil, incómoda o cansada a la larga.	1	2	3	4	5	6
c) Efectuar desplazamientos a pie, largos o frecuentes.	1	2	3	4	5	6
d) Llevar o desplazar cargas pesadas.	1	2	3	4	5	6
e) Sufrir vibraciones o sacudidas.	1	2	3	4	5	6
f) Trabajar mirando a una pantalla de ordenador.	1	2	3	4	5	6
g) Prestar concentración o atención continuada.	1	2	3	4	5	6
h) Repetir los mismos movimientos una y otra vez.	1	2	3	4	5	6

58. En su puesto de trabajo, ¿con qué frecuencia se expone o se ha expuesto a:

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Respirar humos, polvo o productos tóxicos?	1	2	3	4	5	6
b) Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos?	1	2	3	4	5	6
c) Contagio por bacterias, virus u otros agentes biológicos.	1	2	3	4	5	6
d) Ruido de nivel elevado, que no permite seguir una conversación con otro compañero/a que esté a 3 Metros.	1	2	3	4	5	6
e) Sufrir lesiones por el lanzamiento o caída de materiales y objetos.	1	2	3	4	5	6
f) Sufrir una caída de altura.	1	2	3	4	5	6
g) Sufrir una descarga eléctrica fuerte, quemaduras o herirse por las máquinas o materiales.	1	2	3	4	5	6
h) Sufrir un accidente de circulación.	1	2	3	4	5	6
i) Radiaciones ionizantes (rayos X, gamma).	1	2	3	4	5	6

59. Por favor, en relación a su trabajo actual, responda el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases:
Los/as jubilados/as y personas con una incapacidad laboral permanente deben de contestar a estas preguntas, refiriéndose al trabajo que han realizado durante mayor tiempo o que consideran de mayor relevancia.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
a) En mi trabajo tengo que aprender cosas nuevas.	1	2	3	4
b) En mi trabajo realizo muchas tareas repetitivas.	1	2	3	4
c) Mi trabajo requiere que sea creativo/a.	1	2	3	4
d) Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mí mismo/a.	1	2	3	4
e) Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación.	1	2	3	4
f) Tengo muy poca libertad para decidir cómo realizar mi trabajo.	1	2	3	4
g) En mi trabajo puedo hacer muchas tareas distintas.	1	2	3	4
h) Tengo mucha influencia en lo que me ocurre en mi trabajo.	1	2	3	4
i) En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales.	1	2	3	4
j) Mi trabajo requiere trabajar muy rápido.	1	2	3	4
k) Mi trabajo requiere trabajar muy duro.	1	2	3	4
l) No tengo que realizar una cantidad excesiva de trabajo.	1	2	3	4
m) Tengo tiempo suficiente para realizar mi trabajo.	1	2	3	4
n) No recibe órdenes contradictorias dadas por otros.	1	2	3	4

TABACO.

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco.

Se llama fumar de forma pasiva o “involuntaria” a estar expuesto al humo de los cigarrillos que fuman los demás. Independientemente de que usted fume o no...

60.- Conteste, por favor, a todas las preguntas indicando con qué frecuencia suele estar usted expuesto/a al humo del tabaco de los demás...

	Sí, todos los días	Sí, con mucha frecuencia	Sí, de vez en cuando	Sí, pero raras veces	Nunca
a) En su casa.	1	2	3	4	5
b) En su lugar de trabajo o estudio (los jubilados, parados, deben responder pensando en el lugar donde pasan la mayor parte de la jornada).	1	2	3	4	5
c) En otros lugares cerrados como cafeterías, restaurantes, clubs, automóviles, etc.	1	2	3	4	5

61. A lo largo de su vida ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos (5 paquetes)?

Sí 1

No 2

—————> (PASE A LA PAGINA SIGUIENTE, PREGUNTA 75 (APARTADO RELATIVO AL ALCOHOL))

62. ¿Fuma usted todos los días?

Sí
1No
2

PARTE A.

PARTE B.

63. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?

(Escriba la edad)

A la edad de años

64. Escriba la cantidad aproximadamente.

(Anoté la cantidad)

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? cigarrillos.¿Cuántos puros fuma al día? puros.¿Cuántas pipas fuma al día? pipas.

65. ¿Traga usted el humo?

Sí..... 1

No 2

66. Me podría decir si con respecto al año pasado actualmente...

Señale con un círculo a cada pregunta (a-d).

	Sí	No
a) Fuma más.	1	2
b) Fuma menos.	1	2
c) Fuma una marca más fuerte.	1	2
d) Fuma una marca más suave.	1	2

67. ¿Ha intentado usted dejar de fumar en los últimos 12 meses?

Sí..... 1

No 2

68. ¿Le gustaría dejar de fumar?

Sí..... 1

No 2

69. ¿Cuál de las frases siguientes describiría su comportamiento respecto al tabaco?

Fumo sólo en ocasiones..... 1 ☐ pasar a la p.75
 Antes fumaba en ocasiones..... 2 ☐ página siguiente
 Antes fumaba todos los días..... 3 ☐

70. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?

Menos de 1 año.... 1

De 1 a 2 años 2

De 2 a 5 años 3

De 5 a 10 años 4

Más de 10 años 5

71. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?

A la edad de años.

72. Aproximadamente:

¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? cigarrillos.¿Cuántos puros fumaba al día? puros.¿Cuántas pipas fumaba al día? pipas.

73. ¿Tragaba usted el humo?

Sí 1

No 2

74. En la consulta de su médico de cabecera, ¿el médico o la enfermera le han aconsejado alguna vez que deje de fumar?

Sí 1

No 2

No lo recuerdo..... 3

No he ido a mi médico de cabecera 4

ALCOHOL.

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol.

Haga un círculo en el número correspondiente a su respuesta y siga la flecha que le indica la parte del cuestionario que debe realizar.

75. ¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?

Sí..... 1

No 2

76. ¿Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?

Sí..... 1
No 2

77. ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

Sí..... 1
No 2

78. ¿Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o evitar la resaca?

Sí..... 1
No 2

79. Durante los últimos doce meses, ¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas que contengan alcohol (vino, sidra, cerveza, brandy...)?

1. Diariamente.
2. De 4 a 6 veces por semana.
3. De 2 a 3 veces por semana.
4. Una vez por semana.



PARTE A.
PREGUNTA 80 y SIGUIENTES.

5. Una vez cada quince días.
6. Una vez al mes.
7. Menos de una vez al mes.
8. No he bebido en los últimos 12 meses.



PARTE B.
PREGUNTA 85 y SIGUIENTES.

PARTE A.

80. Sin contar las veces en las que usted probó ocasionalmente el alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente?

Escriba la edad.

A la edad de años.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN UN DIA LABORAL

81. Tenga en cuenta lo consumido durante las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) así como fuera de las mismas (txikiteo, vinos, aperitivos, copas). (Si en el momento de rellenar la encuesta es lunes, anotar lo bebido el último jueves)

Durante el día de ayer ...

Escriba la cantidad.

- | | | |
|---|----------------------|-------------------|
| ¿Cuántos vasos de sidra bebió Vd.? | <input type="text"/> | vasos de sidra. |
| ¿Cuántos vasos de vino bebió Vd. (2 chiquitos de bar = 1 vaso) | <input type="text"/> | vasos de vino. |
| ¿Cuántas cañas de cerveza bebió Vd. (2 cortos o zuritos = 1 caña) | <input type="text"/> | cañas de cerveza. |
| ¿Cuántas copas (de anís, Whisky, pacharán, de brandy. . .) bebió Vd.? | <input type="text"/> | copas. |
| ¿Cuántos combinados (cubas, gin-tonics, gin-kas. . .) bebió Vd.? | <input type="text"/> | combinados. |
| ¿Cuántos kalimotxos bebió Vd.? | <input type="text"/> | kalimotxos. |
| ¿Cuántos vermouths, bitters, finos, bebió Vd. (2 marianitos = 1 vermut) | <input type="text"/> | vermouths. |
| ¿Cuántos chupitos de licor bebió Vd.? | <input type="text"/> | chupitos. |

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN EL FIN DE SEMANA.

82. Tenga en cuenta lo consumido durante las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) así como fuera de las mismas (txikiteo, vinos, aperitivos, copas). (Anotar lo consumido el Viernes, el Sábado y el Domingo)

Y durante el pasado Fin de semana:

Escriba la cantidad.

	<u>VIERNES</u>	<u>SÁBADO</u>	<u>DOMINGO</u>
¿Cuántos vasos de sidra bebió Vd.?			
¿Cuántos vasos de vino bebió Vd.? (2 chiquitos de bar = 1 vaso)			
¿Cuántas cañas de cerveza bebió Vd.? (2 cortos o zuritos = 1 caña)			
¿Cuántas copas (de anís, Whisky, pacharán, de brandy . . .) bebió Vd.?			
¿Cuántos combinados (cubas, gin-tonics, gin-kas. . .) bebió Vd.?			
¿Cuántos kalimotxos bebió Vd.?			
¿Cuántos vermouths, bitters, finos, bebió Vd.? (2 marianitos =1 vermut)			
¿Cuántos chupitos de licor bebió Vd.?			

83. Durante los últimos 12 meses, diría que...

Bebo más que antes 1
 Bebo menos que antes 2
 Mi consumo no ha variado en los últimos 12 meses 3

84. En la consulta de su médico de cabecera, ¿el médico o la enfermera le han informado que el consumo de excesivo de alcohol es perjudicial para su salud?

Sí 1
 No 2
 No lo recuerdo 3
 No he ido a mi médico de cabecera 4

CONTINUE EN LA PREGUNTA 92
REFERIDA A HÁBITOS ALIMENTARIOS.

PARTE B. (PARA QUIENES NO HAN CONTESTADO LA PARTE A)

85. ¿Qué frase describiría mejor su consumo de alcohol a lo largo de su vida?

No he bebido jamás 1

Bebo ocasionalmente 2

He bebido con regularidad pero ahora no bebo o lo hago ocasionalmente 3

CONTINUE EN LA PREGUNTA 92
REFERIDA A HÁBITOS ALIMENTARIOS.

86. ¿A qué edad comenzó a beber con regularidad?

A la edad de _____ años.

87. ¿A qué edad dejó de beber alcohol con regularidad?

A la edad de _____ años.

88. ¿Con qué frecuencia bebía Vd.?

1-4 veces al mes 1

2-3 veces a la semana 2

4-6 veces a la semana 3

Diariamente 4

89. ¿Qué cantidad bebía en cada ocasión?

Una consumición 1

2 ó 3 consumiciones 2

4 ó 5 consumiciones 3

6 ó 7 consumiciones 4

Más de 7 consumiciones 5

90. ¿Qué tipo de bebida consumía con mayor frecuencia?

(Elija sólo una, la de mayor consumo)

Vino 1

Cerveza 2

Licores 3

Combinados 4

Otros 5

Indistintamente 6

91. ¿Cuál es la razón principal por la que dejó de beber?

No lo necesito, ni lo considero importante 1

No me gusta 2

Por razones médicas o de salud 3

Por razones morales o religiosas 4

Porque bebía demasiado 5

Me resultaba caro 6

En mi familia había alguien con problemas con el alcohol 7

Otras (especificar) 8

HÁBITOS ALIMENTARIOS.

92. ¿Con qué frecuencia come cada uno de los siguientes alimentos? (rellene la siguiente tabla por filas)

	A diario	3 o más veces por semana	1 o 2 veces por semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca o casi nunca
a) Fruta fresca.	1	2	3	4	5
b) Carne.	1	2	3	4	5
c) Pescado.	1	2	3	4	5
d) Pasta, arroz, patatas.	1	2	3	4	5
e) Pan, cereales.	1	2	3	4	5
f) Verdura.	1	2	3	4	5
g) Legumbres.	1	2	3	4	5
h) Embutidos.	1	2	3	4	5
i) Leche, queso, yogur.	1	2	3	4	5
j) Dulces (galletas).	1	2	3	4	5

93. Durante los últimos 12 meses, diría que ha cambiado lo que usted come o bebe?

Sí 1
No 2 → (pasar a la pregunta 95)

94. ¿Qué cambios ha realizado? (Puede elegir más de una respuesta)

- Menos calorías..... 1
- Más calorías..... 2
- Más frutas y verduras 3
- Menos frutas y verduras..... 4
- Menos grasas 5
- Más grasas 6
- Menos carne 7
- Más carne 8
- Menos sal..... 9
- Más sal..... 10
- Comer menos dulces o azúcar 11
- Comer más dulces o azúcar 12
- Menos alcohol 13
- Más alcohol 14
- Beber más agua..... 15
- Beber menos agua..... 16
- Otra (apuntar) 17

ENTORNO DE LA VIVIENDA.

95. ¿Tiene su vivienda alguno de los siguientes problemas?

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ruidos exteriores..... | ☐ | ☐ |
| 2. Contaminación o malos olores (industria, tráfico..) | ☐ | ☐ |
| 3. Poca limpieza en las calles..... | ☐ | ☐ |
| 4. Malas comunicaciones..... | ☐ | ☐ |
| 5. Pocas zonas verdes (parques, jardines...) | ☐ | ☐ |
| 6. Delincuencia, vandalismo en la zona..... | ☐ | ☐ |
| 7. Falta de servicios de aseo dentro de la vivienda..... | ☐ | ☐ |

Para finalizar, le pedimos responda a las preguntas siguientes. Con ellas queremos conocer la frecuencia de un problema que sabemos afecta a nuestra sociedad y que muchas personas prefieren silenciarlo. Le recordamos que la información se tratará de forma confidencial.

96. En los últimos doce meses, ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato?

Sí 1
No 2

**FIN DE LA ENCUESTA.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

97. ¿Con qué frecuencia?

En una ocasión 1
De forma esporádica 2
Frecuentemente 3

98. ¿Dónde tuvo lugar la agresión o maltrato? (si es que ha sufrido varias en los últimos meses **refiérase a la más grave**)

En un lugar de ocio 1
En el trabajo o lugar de estudios 2
En la calle 3
En su hogar 4
En el edificio donde vive 5
En una zona deportiva 6
Otros lugares 7

99. La persona que le ha maltratado o agredido ha sido:

Un desconocido (hombre) 1
Una desconocida (mujer) 2
Su pareja 3
Otra persona de la familia 4
Su ex pareja 5
Una mujer conocida (diferente de su pareja) 6
Un hombre conocido (diferente de su pareja) 7

**FIN DE LA ENCUESTA.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

DEFINIZIOAK

DEFINICIONES

2

1. OSASUN MAILAREN ALDAGAIAK

Osasun oneko bizi-itxaropena

Adierazle honek, biztanleriaren gaitasun funtzionalean eragina izan dezaketen osasun-arazorik gabe bizitzeko urteak adierazten ditu. Adierazle sintetikoa da, eta adierazle hori lortzeko, hilkortasunaren datuak eta osasun-inkestatik lortutako ezintasunari buruzko datuak elkartu behar dira.

Osasunaren autobalorazioa

Osasun-neurririk sinpleenatariko bat da, gehien erabiltzen denetarikoa; gainera, zerbitzuen erabilerarekin eta hilkortasunarekin duen erlazioa azterlan askotan ezarri da (Mossey 1982, Idler 1990, Segovia 1989). Item bakar baten bidez bildutako neurria bada ere, osasuna oro har neurtzeko ere balio du, eta gaixotasunari eta osasunaren balorazio subjektiboko osagaiei lotuta agertu da.

OMEaren 2. konferentzia (1990ko Voorburg-ko konferentzia) osasun-inkestetarako metodo eta lanabes komunak lortzeko izan zen. Konferentzia horren gomendioei jarraituz, honako galdera hau egin zen:

Zer deritzozu, oro har, zure osasunari:

- ☐ Oso ona ☐ Ona ☐ Hala-moduzkoa
☐ Txarra ☐ Oso txarra

Galdera oso subjektiboa zenez, eta beste inoren erantzunik onartzen ez zuenez, 16 urtekoei eta 16 urtetik gorakoei zuzenduriko galde-sorta indibiduallean sartu zen.

1. VARIABLES DEL NIVEL DE SALUD

Esperanza de vida en buena salud

Indica los años que vive la población sin problemas de salud que afectan a su capacidad funcional. Es un índice sintético que se obtiene de la combinación de los datos de la Mortalidad del año de la encuesta y los datos de la incapacidad obtenidos de la encuesta de salud.

Autovaloración de la salud

Es una de las medidas de la salud más sencillas, de las más utilizadas y cuya relación con la utilización de servicios y la mortalidad ha sido establecida en numerosos estudios (Mossey 1982, Idler 1990, Segovia 1989). A pesar de ser una medida recogida mediante un solo ítem, es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud.

La pregunta fue formulada siguiendo las recomendaciones de la 2ª Conferencia de la OMS para lograr métodos e instrumentos comunes para las encuestas de salud (Conferencia de Voorburg 1990):

Considera que su salud en general es:

- ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular
☐ Mala ☐ Muy mala

Al ser una respuesta muy subjetiva y no admitir respuesta de terceros, se incluyó en el cuestionario individual dirigido a las personas de 16 y más años.

Osasun mentalaren indizea

«Mental Health Inventory» delakoa aukeratu genuen, bere 5 item-eko bertsioan; batetik, lanabes sinple eta laburra delako; eta bestetik, arazo psikiatrikoak dituzten pertsonak hautemateko lanabes ona delako, 18 item-eko «Mental Health Inventory» delakoa edo 30 item-eko «General Health Questionnaire» bezain baliagarria baita (Berwick D.M., 1991); eta azkenik, biztanleriaren osasun mentala neurtzeko neurri ona delako (Ware J.E., 1994, MdHorney C.A., 1993, Jenkinson C., 1993, McHorney C., 1995). Antsietatea, depresioa, emozioen kontrola afektu-oreka baloratzeko diseinatu zen. Honako galdera hauek egin ziren:

- Azken hilabete honetan Zenbat aldiz ...?
 - (i12b) Aurkitu zara oso urduri?
 - (i12c) Egon zara adorerik gabe, ezerk ere animatu ezin zintuela?
 - (i12d) Aurkitu zara lasai eta lasaitasun osoz?
 - (i12f) Aurkitu zara gogorik gabe eta triste?
 - (i12h) Sentitu zara zoriontsu?

Erantzunen kategoriak beti izan ziren berberak: Denbora guztian (1), gehienetan (2), sarri askotan (3), batzuetan (4), noizean behin bakarrik (5), inoiz ere ez (6).

Indizea honela kalkulatu zen:

$$MI = 100 - (((7 - i12b) + (7 - i12c) + i12d + (7 - i12f) + i12h) - 5) * 4,$$

Oetik 100erainoko balioak hartu genituen aintzat.

Neurri estatistiko deskribatzaileak aurkezten dira (batez bestekoa eta desbi-derapen tipikoa) Erkidego osorako eta biztanleriaren azpitalde ezberdinetarako.

Osasun sozialaren indizea

Osasun sozialaren indizea kalkulatzeko Duke eskala erabili da. Eskala hori alderdi funtzionalak edo kualitatiboak neurtzeko diseinatu zen eta ez gizarte-harremanak ezta gizarte-sarearen tamaina neurtzeko. 8 item-eko eskala erabili da. Eskala horrek konfiantza-dimentsioak (komunikatzeko pertsonak edukitzeko aukera: 5 item) eta laguntza afektiboaren dimentsioak (laguntza- eta maita-sun-

Índice de salud mental

Elegimos el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve, un buen instrumento para el despistaje de personas con problemas psiquiátricos, tan válido como el «Mental Health Inventory» de 18 ítems o el «General Health Questionnaire» de 30 ítems (Berwick D.M., 1991), y una buena medida de la salud mental de la población (Ware J.E., 1994, MdHorney C.A., 1993, Jenkinson C., 1993, McHorney C., 1995). Fue diseñado para valorar la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo. Las preguntas formuladas fueron:

- Durante el último mes ¿Cuánto tiempo ...?
 - (i12b) Estuvo muy nervioso/a.
 - (i12c) Se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle.
 - (i12d) Se sintió en calma y con gran tranquilidad.
 - (i12f) Se sintió con desánimo y tristeza.
 - (i12h) Se sintió feliz.

Las categorías de respuestas siempre fueron las mismas: siempre (1), casi siempre (2), muchas veces (3), algunas veces (4), sólo alguna vez (5), nunca (6).

El índice se calculó así:

$$MI = 100 - (((7 - i12b) + (7 - i12c) + i12d + (7 - i12f) + i12h) - 5) * 4,$$

Siendo el rango de valores de 0 a 100.

Se presentan las medidas estadísticas descriptivas (la media y la desviación típica) para la población de la Comunidad en su conjunto y los diferentes subgrupos de población.

Índice de salud social

Se ha utilizado la escala de Duke para calcular el índice de salud social. Esta escala ha sido diseñada para medir los aspectos funcionales o cualitativos y no el número de relaciones sociales ni el tamaño de la red social. Se ha utilizado la escala de 8 ítem que mide las dimensiones de confianza (posibilidad de contar con personas para comunicarse: 5 ítems) y de apoyo efectivo (demostraciones de apoyo y

agerraldiak: 3 item) neurtzen ditu. Item bakoitza 1etik 5era baloratzen da, Likert mota-ko erantzuna erabiliz. Laguntza konfidentzialera-ko eta laguntza afektiborako puntuazio ezberdi-nak eratu dira. Honako item hauek adierazi ziren:

- i18a. Beste pertsona batzuekin ateratzeko eta dibertitzeko gonbidapenak jasotzen ditut.
- i18b. Maitasuna eta afektua jasotzen dut.
- i18c. Lanean edota etxean dauzkadan arazoei buruz norbaitekin hitz egiteko aukera daukat.
- i18d. Nire arazo pertsonalei eta familiarrei buruz norbaitekin hitz egiteko aukera daukat.
- i18e. Nire arazo ekonomikoei buruz norbaitekin hitz egiteko aukera daukat.
- i18f. Niri gertatzen zaidanaz arduratzen diren pertsonak inguruan dauzkatz.
- i18g. Nire bizitzan gertakizun garrantzitsuren bat gertatzen zaidanean aholku baliagarriak jasotzen ditut.
- i18h. Ohean gaixorik nagoenean laguntza ematen didate.

Erantzun-kategoriak bost kategoriadun eskala bat izan ziren. Eskala horretako mugak edo muturrak hauek izan ziren: nahi adina edo nahi dudana baino gutxiago.

Horrela kalkulatu ziren indizeak:

$$\text{Konfiantza} = 100 - ((i18a + i18c + i18d + i18e + i18g) - 5) * 5$$

$$\text{Afektua} = 100 - ((i18b + i18f + i18h) - 3) * 8,33$$

Ezintasuna

Arazo kroniko edo larri baten ondorioz jarduera murrizteari dagokion termino orokor bat da. Beraz, jarduera-murrizketa eta ezintasuna terminoak barne hartzen ditu. Ezintasunari buruzko galderak familiarentzako galde-sortaren barruan zeuden (Chyba M., 1990).

Jardueraren aldi baterako mugapena

Petsona batek, bere gaitasun normalaren azpitik normalean egiten duen jardueraren murrizketari dagokio. Jarduera-murrizketa hori iraupen laburre-

cariño: 3 ítems). Cada ítem es valorado de 1 a 5 usando una respuesta tipo Likert. Se han construido puntuaciones diferentes para el apoyo confidencial y el afectivo. Los ítems se formularon:

- i18a. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
- i18b. Recibo amor y afecto.
- i18c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa.
- i18d. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
- i18e. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
- i18f. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede a mí.
- i18g. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante de mi vida.
- i18h. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.

Las categorías de respuesta fueron una escala de cinco categorías, siendo tanto como deseo o menos de lo que deseo los límites o extremos de la escala.

Los índices se calcularon:

$$\text{Confidencia} = 100 - ((i18a + i18c + i18d + i18e + i18g) - 5) * 5$$

$$\text{Afecto} = 100 - ((i18b + i18f + i18h) - 3) * 8,33$$

Incapacidad

Es un término general que se refiere a una reducción de la actividad como resultado de un problema crónico o agudo. Incluye, por tanto, los términos de reducción de la actividad e incapacidad. Las preguntas de la incapacidad estaban incluidas en el cuestionario familiar (Chyba M., 1990).

Restricción temporal de la actividad

Se refiere a la reducción de la actividad, debida a problemas de corta o larga duración, que realiza normalmente una persona por debajo de su capa-

ko edo luzeko arazoak direla medio gertatzen da. Hiru murriztapen-egun ezberdin bereizten dira: egunak ohean, lan-egunak edo eskola-egunak eta murriztapen-egunak.

- Jardueraren aldi baterako murriztapen-egunak: pertsona batek, osasun-arazo bat dela eta ohiko diren jarduerak egin ez dituenean. Murriztapen-egunak guztira (ohea, lana eta beste jarduera batzuk) biltzen ditu. Xehetasun gutxien ematen duen murriztapen-neurria da, jardueraren aldi baterako 4 murriztapen-egun 4 egun ohean egotea edo beste jarduera batzuk egin gabe egotea (esate baterako futboleak ez jolastea) adierazi ahal duelako.
- Egunk ohean: osasun-arazo bat dela eta pertsona gutxienez egun erdi ohean geratu denean. Ospitalizazio-egun guztiak ohean egondako eguntzat hartzen dira.
- Eskola egunak: osasun-arazo bat dela eta, pertsona eskolatua edo haurtzaindegian daudenak euren ikastetxera joan ez direnean.
- Lan egunak: osasun-arazo bat dela eta, lana daukaten pertsonak edo etxeko lanak egiten dituztenak lanera joan ez direnean edo etxeko lanak egin ez dituztenean.

Jardueraren mugapen kronikoa edo iraunkorra

Iraupen luzeko aztarnak edo mugapenak sortzen dituen, edozein osasun-arazo kroniko-koren ondorioz sortutako mugapena da. Osasun-neurri horrek status funtzionalaren dimentsioa neurtzen du: pertsona batek egin dezakeena neurtzen du. Status funtzionalaren neurriak, biztanleria ezberdinetan gaixotasunen gogortasunen ondorioak konparatzeko eta biztanleriak behar dituen zerbitzuak zeintzuk diren identifikatzeko modurik objektiboena eta ko-menigarrienak dira. Status funtzionala zerari dagokio: osasun fisiko ona duten pertsonentzat normalak diren jarduerak egiteari edo jarduerok egiteko gaitasunari (McWhinnie, 1982; Wilkins, 1992).

EAEOI'07an erabilitako status funtzionalaren neurriak, jardueraren mugapen kronikoan hiru gogortasun-maila ezberdin bereizteko aukera eman ziren.

- Jarduera nagusiaren erabateko mugapena: euren adinerako eta sexurako pertsonetan ohikoak diren jarduerak egiteko betiko mugatuta dauden

cidade normal. Se distinguen tres tipos de días de restricción: días-cama, días de trabajo o de colegio y días de restricción.

- Días de restricción temporal de la actividad: aquellos en los que la persona no realizó sus actividades habituales por un problema de salud. Es el total de días de restricción (cama, trabajo y otras actividades). Es la medida de restricción menos descriptiva, ya que cuatro días de restricción temporal de la actividad pueden significar cuatro días cama o bien días de restricción de otras actividades, como jugar al fútbol.
- Días cama: aquellos en los que la persona se quedó en la cama al menos medio día por un problema de salud. Todos los días de hospitalización son considerados días cama.
- Días de colegio: aquellos en los que las personas escolarizadas o en guardería dejaron de ir a su centro por un problema de salud.
- Días trabajo: aquellos en los que las personas con trabajo o que realizan las actividades domésticas dejaron de ir al trabajo o de realizar las actividades de trabajo doméstico por un problema de salud.

Limitación crónica o permanente de la actividad

Es aquella limitación, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico, que origina secuelas o limitaciones de larga duración. Es una medida de la salud que mide la dimensión del estatus funcional: lo que una persona es capaz de hacer. Las medidas del estatus funcional se presentan como una de las formas más objetivas y más convenientes de comparar las repercusiones de las diferentes severidades de las enfermedades en diferentes poblaciones y de identificar las necesidades de servicios por parte de la población. El estatus funcional se refiere a la realización o a la capacidad de realizar una variedad de actividades que son normales en personas con buena salud física (McWhinnie, 1982; Wilkins, 1992).

La medida de estatus funcional utilizada en la ESCAV'07 nos permitió distinguir diferentes grados de severidad en la limitación crónica de la actividad.

- Limitación total de la actividad principal: se refiere a las personas limitadas de forma permanente para la realización de las actividades habituales

pertsonei dagokie. Kategoria honetan honako hauek sartu ziren: beste neska-mutilentzat ohikoak diren jokuetan parte hartu ezin duten 4 urte baino gutxiagoko haurrak; ikastetxe batera joan ezin diren 5 urtetik 17 urtera arteko pertsonak; lanik egin ezin duten 18 urtetik 69 urtera arteko pertsonak eta, azkenik, eguneroko bizitzan oinarritzekoak diren zereginetarako laguntza behar duten 70 urtetik gorako pertsonak.

- Jarduera nagusiaren mugapen partziala: jarduera-motaren eta kantitatearen arabera euren ohiko jardueran mugatuta dauden pertsonei dagokie. Kategoria honetan honako hauek sartu ziren: parte hartu ahal zuten jokuen mota edo kantitatea mugatzen dien osasun-arazoa duten 4 urte baino gutxiagoko haurrak; osasun-arazoak direla eta ikastetxe berezi bat edo eskola bereziak behar dituzten 5 urtetik 17 urtera arteko pertsonak; egin ahal duten lan-mota eta kantitatea mugatzen dieten osasun-arazoa daukaten 18 urtetik 69 urtera arteko pertsonak eta, azkenik, bakarrik bizi ahal izateko laguntza behar duten 70 urtetik gorako pertsonak.
- Beste jarduera batzuetan mugatuak: beste jarduera batzuk egiteko (gizarte-, kirol-jarduerak, etab.) mugatuta dauden pertsonei dagozkie.
- Oinarritzeko zereginak egiteko laguntzaren beharrik: osasun-arazoren baten ondorioz, eguneroko bizitzako oinarritzeko jarduerak egiteko (bainatzea, dutxatzea, janatzea edo etxetik mugitzea) beste pertsona batzuen laguntza behar dutenei dagokie.
- Independenteki bizi ahal izateko laguntzaren beharrik: independenteki bizitzeko aukera ematen dieten jarduerak egiteko laguntza behar dituztenei dagokie. Laguntza izan daiteke etxeko lanak egiterakoan (lissatzea, ikuztea, garbitzea edo janaria prestatzea) edo euren gaiak eramateko orduan (kontabilitatea eramatea, izapidetza egitea edo erosketak egitea joatea). Zeregin horiek ohiz egiten ez zituen pertsonari, egingo nahiko balitu laguntzarik beharko lukeen ala ez galdetzen zitzaion.

Osasun-arazoa

Edozein anomalia, inkestan egiterakoan adierazia izan den pertsonaren osasun-egoeran. Pertsona batek gutxiagotatu funtzional bat zuela, bere jarduera murriztu zuela, medikuari zerbait kontsultatu ziola edo medikamentuak kontsumitu zituela adierazi zuenean, jokaera hori eragiten zuen arazoa zein zen galdetzen zitzaion.

en las personas de su edad y sexo. Se incluyó en esta categoría a los menores de cuatro años imposibilitados en participar en los juegos habituales de los otros niños; las personas de 5 a 17 años imposibilitadas para ir a un centro educativo; las personas de 18 a 69 imposibilitadas para trabajar y, por último, los mayores de 70 años con necesidades de ayuda para las tareas básicas de la vida diaria.

- Limitación parcial de la actividad principal: se refiere a las personas limitadas en el tipo y cantidad que pueden hacer en su actividad habitual. Se incluyó en esta categoría a los menores de cuatro años cuya salud les limitaba en el tipo o cantidad de juegos en los que podían participar; las personas de 5 a 17 años que necesitaban ir a un centro educativo especial o a clases especiales por motivos de salud; las personas de 18 a 69 años cuya salud les limitaba el tipo o cantidad de trabajo que pueden realizar y, por último, los mayores de 70 años con necesidades de ayuda para vivir de forma independiente.
- Limitados en otras actividades: se refiere a las personas limitadas en otras actividades (sociales, deportivas, etc.).
- Necesidades de ayuda para la realización de tareas básicas: se refiere a las necesidades de ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria como comer, bañarse o ducharse, vestirse o moverse por la casa como consecuencia de algún problema de salud.
- Necesidades de ayuda para vivir de forma independiente: se refiere a las necesidades de ayuda para realizar actividades que les permitiesen vivir de forma independiente, bien realizando las labores de casa como: planchar lavar, limpiar o cocinar, o llevar sus asuntos como: hacer las cuentas, hacer los papeleos o ir a la compra. A la persona que no realizaba estas tareas habitualmente se le preguntaba si en el caso de querer hacerlo necesitaban o no la ayuda.

Problema de salud

Cualquier anomalía en el estado de salud del individuo que haya sido declarada a lo largo de la encuesta. Cuando una persona declaró tener una incapacidad funcional, haber restringido su actividad, consultado al médico o consumido medicamentos se le preguntaba cuál era el problema que motivaba este comportamiento.

Arazo kronikoen prebalentzia

Arazo kronikoen zerrenda bat hautatu zen eta inkesta egin zitzaienei eurentakoren bat bazuten galdetu zitzairen. Kontsulta-kopuru handirik sortzen ez duten prebalentzia altudun beste arazo kroniko batzuk eta, beraz, zerrendan sartu ez direnak egon daitezke.

2. OSASUN EGOERAREN DETERMINATZAILEEN ALDAGAIK

Istripuak

Lesioren bat eragin zuten istripuak bakarrik kontuan hartu dira: hezur-apurketa, intoxikazioak, orkatilako zaintiratuak, kontusioak, urradurak, ebaikiak edo erredura larriak. Azken 12 hilabe-teetan gertatutako istripuei buruz galdetu zen.

Gorputz-masaren adhiérasela

Pertsonak kategoriatan batean edo bestean sartzea Gorputz-masaren adierazlearen (GMA) arabera egin zen, Bray-ren (Bray GA 1987) irizpidea jarraituz. GMA honako formula hau erabiliz kalkulatu zen:

- Gutxiegiakoa: $GMA < 18,5$ baino baxuagoa duen pertsona.
- Normala: $GMA 18,5$ edo altuagoa eta 25 baino baxuagoa duen pertsona.
- Gainpisua: $GMA 25$ edo altuagoa eta 30 baino baxuagoa duen pertsona.
- Obesoa: $GMA 30$ edo altuagoa duen pertsona.

Jarduera fisikoa lanean edo etxeko lanetan

Jarduera nagusia burutzen denean egiten den jardueraren motari dagokio. Inkesta egin zitzaionari galdetu zitzaion, honako hauen artean, lanean edo etxeko lanetan bere jardueraren fisikoa ondoen adierazten zuen kategoriatan aukeratzeko (Enquête de Canada, 1981-Enquête de Santé Québec, 1987):

- Ez aktiboa: ia beti eserita nago egun guztian zehar eta oso gutxitan mugitzen naiz.

* $GMA = \text{aitortutako pisua (kg-tan)} / \text{aitortutako altuera (metro kuadroetan)}$

Prevalencia de problemas crónicos

Se seleccionó una lista de los problemas crónicos y se preguntó a los encuestados si se presentaban o no alguno de ellos. Pudiera ser que existan otros problemas crónicos con una prevalencia alta, que no den lugar a gran número de consultas y, por lo tanto, no hayan sido incluidos en la lista.

2. VARIABLES DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

Accidentes

Se ha considerado aquellos accidentes que causaron alguna lesión, como rotura de huesos, intoxicaciones, esguinces de tobillo, contusiones, laceraciones, cortes o quemaduras graves. Se preguntó por los accidentes ocurridos en los últimos 12 meses.

Índice de masa corporal

Se incluyó a las personas en una u otra categoría en función del Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo el criterio de Bray (Bray GA 1987). El IMC se calculó según la siguiente fórmula:

- Insuficiente: aquella persona cuyo $IMC < 18,5$.
- Normal: aquella persona cuyo IMC es igual o superior a $18,5$ e inferior a 25 .
- Sobrepeso: aquella persona cuyo IMC igual o superior a 25 e inferior a 30 .
- Obeso: aquella persona con un IMC igual o superior a 30 .

Actividad física o en el trabajo o en las actividades domésticas

Se refiere al tipo de actividad física que se realiza durante el desempeño de la actividad principal. Se pidió al encuestado que eligiese la categoría que mejor reflejase su actividad física en el trabajo o en las actividades domésticas entre las siguientes (Enquête de Canada, 1981-Enquête de Santé Québec, 1987):

- Inactiva: estoy habitualmente sentado durante todo el día y me desplazo sólo en muy pocas ocasiones.

* $IMC = \text{Peso declarado (en kg.)} / \text{Altura declarada (en m}^2\text{)}$

- Arina: zutik lan egiten dut edota askotan mugitzen naiz, baina ez dut pisurik altxatzen.
- Neurritzkoa: zama arinak garraiatzen ditut edota askotan eskailerak edo aldapak igo eta jaitsi behar ditut.
- Handia: lan gogorra daukat edota oso astunak diren zamak garraiatzen ditut.
- Liger: trabajo de pie y/o me desplazo a menudo, pero no tengo que levantar pesos.
- Moderada: transporte cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestas frecuentemente.
- Intensa: tengo un trabajo duro y/o transporte cargas muy pesadas.

Aisialdiko edo denbora libreko jarduera fisikoa

Jarduera fisikoa inkesta bidez neurtzeak zenbait arazo metodologiko ditu; honako hauek dira arazoon zergaitiak: galdera erretrospektibo-ei erantzuteko memoriaren hutsuneak, jarduera bakoitzari intentsitatea egokitze saikapena ugaria izatea, jarduera nola egin den kontuan hartu gabe jardueraren bakoitzari intentsitate berbera (METak) ezartzea, eta azkenik, egiten duen jardueraren arabera biztanleria kategorizatze saikapen onak aurkitze saikapena (La Porte, RE 1985). Hala ere, biztanleria orokorraren jarduera neurtzeko sarri erabiltzen den metodoetarikoa bat da. Jardueraren indizea kalkulatzeko aldagai hauek erabiltzen dira: maiztasuna, jardueraren intentsitatea eta iraupena.

Jardueraren intentsitatea METetan neurtzen da. Met bat eta geldiuenean egiten den gastu energetikoa balio berekoak dira, eta kg/min.-ko 3,5 ml oxigeno kontsumitzea dagokio. METak geldiuenean baliokide horren multiploak dira. Egindako jardueraren bakoitzari METen kopuru jakin bat egokitzen zaio (Taylor HL 1978). Zenbait jardueratan (ibiltzean, esaterako), taulak zenbait aukera eskaintzen zituen jardueraren burutzeko moduen arabera, eta horietan batez besteko balioa lortu zen pertsonen adinen arabera. Hala, 65 urte baino gehiago izanik ibiltzean zela adierazten zuenari 2,5 MET esleitu genizkion. 65 urte baino gutxiago zituela adierazten bazuen, aldiz, 4 MET. METen esleipena jardueraren arabera, honako hau izan da (Enquête de Canada, 1981-Enquête de Santé Québec, 1987):

METS	JARDUERAK
2,5	Paseatzea.
4	Ibiltzea, dantzan egitea, golfean aritzea, gimnasia arina, zaldi gainean ibiltzea.
6	Pala-kirolak (tenisa, pala, paddle-a), bizikleta, talde-kirola (volleyball-a, saskibaloia, eskubaloia, futbola), irristatzea (izotz gainetik, gurpilekin), monopatina, eskia, aerobic-a.
8	Korrika egitea, mendizaleatasuna, squash-a eta kirol guztiak, intentsitate handiarekin egiten direnean.

Actividad física de ocio o de tiempo libre

La medida de la actividad física mediante encuesta tiene algunos problemas metodológicos derivados de los fallos de memoria de la respuesta a preguntas retrospectivas, de la diversidad de clasificaciones para asignar la intensidad a cada actividad, de la aplicación uniforme de la misma intensidad (METS) a cada actividad independientemente de como haya sido realizada y, por último, para encontrar clasificaciones satisfactorias para categorizar a la población según la actividad que realiza (La Porte, RE 1985). No obstante, es uno de los métodos más frecuentes para medir la actividad en población general, utilizándose las variables de frecuencia, intensidad de la actividad y duración para el cálculo del índice de actividad.

La intensidad de la actividad se mide en METS. Un met representa el equivalente al gasto energético en reposo y corresponde a un consumo de 3,5 ml. de oxígeno por kg. minuto. Los METS son múltiplos de este equivalente en reposo. A cada actividad física realizada se le asigna un número determinado de METS (Taylor HL 1978). En algunas actividades, como andar, para la que la tabla ofrecía diversas posibilidades según como fuese ejecutada la actividad, se llegó a un valor medio en función de la edad de las personas. Así, si la persona era mayor de 65 años y declaraba andar se le asignaba 2,5 METS, mientras que si era menor de 65 años se le asignaba 4 METS. La asignación de METS según las actividades ha sido la siguiente (Enquête de Canada, 1981-Enquête de Santé Québec, 1987):

METS	ACTIVIDADES
2,5	Pasear.
4	Andar, bailar, golf, gimnasia suave, montar a caballo.
6	Deportes de pala (Tenis, pala, paddle), bicicleta, deportes de equipo (Volleyball, Baloncesto, balonmano, fútbol), patinar, (hielo, ruedas), monopatin, esquí, aeróbic.
8	Correr, montañismo, squash y todos los deportes cuando estén realizados con mucha intensidad.

Energia-indizearen kalkulua horrela ateratzen da:

El cálculo del índice energético se obtiene de la siguiente forma:

Jarduera Actividad	Maiztasuna (14 agun) Frecuencia (14 días)	Iraupena (minutuak) Duración (minutos)	Intentsitatea (Met-ak) Intensidad (Mets.)	Guztira Total
Ibiltzea / Andar	10	60	4	2.400
Futbolal / Fútbol	4	60	6	1.440
Guztira / Total				3.840

Aisialdian egindako energia-gastuaren arabera pertsonak honako kategoria hauetan sailkatu ziren:

- Oso aktiboak: 5.500 MET edo gehiagoko energia-gastua izan zuten pertsonak.
- Aktiboak: 3.000 eta 5.499 MET bitarteko energia-gastua izan zuten pertsonak.
- Aktibo moderatuak: 1.250 eta 2.999 MET bitarteko energia-gastua izan zuten pertsonak.
- Sedentarioak: 1.250 MET baino energia-gastu baxuagoa izan zuten pertsonak.

Jarduera fisikoa oro har: astialdian eta lan-jardueran

Astiaidiko jardueraren eta jardueraren orokorraren kategoriak konbinatu genituen Welshen inkestaren jarraibideei jarraiki, honela:

- Oso aktiboak: Astialdian oso aktiboak direnak; intentsitate handiko lana edo etxeko lana izaki, astialdian aktiboak direnak.
- Aktiboak: Intentsitate handiko lan-jardueraren edo etxeko lana egiten dutenak; lan edo etxeko lan neurrizkoa izanik, astialdian neurrian jarduten dutenak; lanean edo etxean neurrizko jardueraren bat edo jardueraren arin bat egin ondoren astialdian aktiboak direnak;
- Aktibo moderatuak: Laneko edo etxeko jardueraren neurrizkoa izanik, astialdian egonean egoten direnak. Laneko edo etxeko jardueraren arina izanik, astialdian aktiboak –edo aktiboak neurri batean– direnak.
- Sedentarioak: Laneko edo etxeko jardueraren arina edo ez-aktiboa izanik, astialdian neurrian jarduten dutenak edo egonean egoten direnak.

Se clasificó las personas según el gasto energético realizado en el tiempo libre en las siguientes categorías:

- Muy activos: aquellas personas que tuvieron un gasto energético igual o superior a 5.500 METS.
- Activos: aquellas personas que tuvieron un gasto energético entre 3.000 y 5.499 METS.
- Moderadamente activos: aquellas personas que tuvieron un gasto energético entre 1.250 y 2.999 METS.
- Sedentarios: aquellas personas que tuvieron un gasto energético menor de 1.250 METS.

Actividad física global: en el tiempo libre y en la actividad laboral

Se combinaron las categorías de actividad en el tiempo libre y en la actividad global siguiendo las pautas de la Encuesta de Welsh de la siguiente forma:

- Muy activos: Las personas que son muy activas en el tiempo libre; las personas que realizan una actividad laboral o doméstica intensa y que son activas en su tiempo libre.
- Activos: Las personas que realizan una actividad laboral o doméstica intensa; Las personas que realizan una actividad laboral o doméstica moderada y son moderadamente activas en su tiempo libre; Las personas que realizan una actividad laboral o doméstica moderada o ligera y son activas en su tiempo libre.
- Moderadamente activos: Las personas que realizan una actividad laboral o doméstica moderada y son sedentarios en su tiempo libre. Las personas que realizan una actividad laboral o doméstica ligera y son activas o moderadamente activas en su tiempo libre.
- Sedentarios: Las personas que realizan una actividad laboral o doméstica ligera o inactiva y son moderadamente activas o sedentarias en su tiempo libre.

Ariketa fisiko osasungarria

Gutxienez astean hiru aldiz gutxienez hogeita minutu egindakoa da ariketa fisiko osasungarria.

Alkoholaren kontsumoa

Alkoholaren kontsumoa neurtzeko erabili den teknika, alkohola kontsumitzearen oroitza erretrospektiboarena izan da. Oroitzapena errazteko galdera itxi bat egin zen: ea zenbat kantitate kontsumitzen zen alkoholdun edarien zerrenda nahiko luze batetik. Galdera horiek azken lanegunari zegozkion zehazki, baita elkarriketaren aurreko ostiralari, larunbatari eta igandeari ere, lanegun bateko kontsumoa eta asteburu batekoa bereizteko.

Alkoholarekiko daukan portaeraren arabera, horrela sailkatu da biztanleria:

- Ez edalea: edari alkoholdunak edaten ez dituela eta inoiz edan ez dituela aitortu duen pertsona.
- Edale ohia: gutxienez astean behin edan izan duela aitortu duen pertsona, baina azken urtean edan ez duena edo astero aldizkakotasunarekin edan ez duena.
- Noizbehinkako edalea: azken urtean edan duela aitortu duen pertsona, baina astean behin baino gutxiagotan.
- Ohiko edalea: azken urtean edari alkoholdunak astean behin gutxienez edan dituela aitortu duen pertsona. Ohiko edaleak diren biztanleak, berriz, horrela sailkatu ziren (Altisent R, 1992):
 - Edale moderatua: egunero 50 cm³ alkohol (40 gr) baino gutxiago edaten duela aitortu duen ohiko edalea (gizonezkoa) eta egunero 30 cm³ alkohol (24 gr) baino gutxiago edaten duela aitortu duen ohiko edalea (emakumezkoa).
 - Edale handia: egunero 51tik 90 cm³-ra alkohol (41etik 72 gr-ra) edaten duela aitortzen duen ohiko edalea (gizonezkoa) eta egunero 31tik 54 cm³-ra alkohol (25etik 42 gr-ra) edaten duela aitortu duen ohiko edalea (emakumezkoa).
 - Gehiegizko edalea: egunero 91 cm³ edo alkohol gehiago (72 gr.) edaten duela aitortzen duen ohiko edalea (gizonezkoa) eta egunero 55 cm³ edo alkohol gehiago (42 gr baino gehiago) edaten duela aitortzen duen ohiko edalea (emakumezkoa).

Ejercicio físico saludable

Se ha considerado ejercicio físico saludable el ejercicio físico realizado al menos tres veces por semana durante al menos veinte minutos.

Consumo de alcohol

La medida del consumo de alcohol se ha hecho mediante la técnica del recuerdo retrospectivo del consumo de alcohol. El recuerdo se facilitó utilizando una pregunta cerrada en la que se preguntaba por la cantidad consumida de una lista bastante extensa de bebidas alcohólicas. Estas preguntas se refirieron específicamente al último día laboral, y al viernes, al sábado y al domingo anterior a la entrevista para diferenciar el consumo en un día laboral del consumo en un fin de semana.

Se ha clasificado a la población según su comportamiento respecto del alcohol en:

- No bebedor: la persona que declaró no beber bebidas alcohólicas y que no lo ha hecho jamás.
- Ex-bebedor: la persona que declaró haber bebido al menos una vez por semana, pero que durante el último año no ha bebido o lo ha hecho con una periodicidad inferior a la semanal.
- Bebedor ocasional: la persona que declaró haber bebido durante el último año, pero menos de una vez por semana.
- Bebedor habitual: la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año. La población bebedora habitual se clasificó a su vez en (Altisent R, 1992):
 - Bebedor moderado: el hombre bebedor habitual que declaró consumir menos de 50 cm³ de alcohol diarios (40 gr) y la mujer bebedora habitual que declaró consumir menos de 30 cm³ de alcohol diarios (24 gr).
 - Gran bebedor: el hombre bebedor habitual que declaró consumir de 51 a 90 cm³ de alcohol diarios (41 a 72 gr) y la mujer bebedora habitual que declaró de 31 a 54 cm³ de alcohol diarios (25 a 42 gr).
 - Bebedor excesivo: el hombre bebedor habitual que declaró consumir 91 cm³ o más de alcohol diarios (72 gr) y la mujer habitual que declaró 55 cm³ o más de alcohol diarios (más de 42 gr).

Kontsumitutako alkohol-kantitatearen kalkulua horrela egin zen:

El cálculo de la cantidad de alcohol consumida se hizo de la forma siguiente:

Eraria Bebida	Kantitatea Cantidad	Neurria Medida	Graduazioa Graduación	C. Cubikoak/alkohola C. Cúbicos/alcohol
Sagardoa / Sidra	1 vaso	100 cm ³	5	5 cm ³
Ardoa / Vino	1 vaso	100 cm ³	12	12 cm ³
Garagardoa / Cerveza	1 caña	170 cm ³	5	8,5 cm ³
Whiskya, brandya, anisa, pacharana Whisky, brandy, anis, pacharan	1 copa	45 cm ³	40	18 cm ³
Combinatuak (Gin-tonic-a) / Combinados (Gin-tonic)		70 cm ³	40	28 cm ³
Kalimotxoak / Kalimotxos	1 vaso	100 cm ³	12	12 cm ³
Bermutak, finak, bitter / Vermouth, finos, bitter	1	70 cm ³	17	17 cm ³
Likortxoak / Chupitos de licor	1	23 cm ³	40	9 cm ³

Ohiko edalea zen biztanleria lanegunean, asteburuan eta astean batezbeste kontsumitutakoa kontuan hartuz sailkatu zen. Eguneroko alkoholaren kontsumoaren batez bestekoa, laneguneko kontsumoa eta asteburuko egunetan egindako kontsumoaren batez bestekoa eginez kalkulatu zen. Asteburuko eguneroko alkoholaren kontsumoaren batez bestekoa, ostiraleko, larunbateko eta igandeko kontsumoaren batez bestekoa eginez kalkulatu zen.

La población bebedora habitual se clasificó según consumo durante un día laboral, el fin de semana y la media semanal. El consumo de alcohol diario medio se estimó promediando el consumo del día laboral y de los días del fin de semana. El consumo de alcohol medio diario del fin de semana se estimó promediando el consumo del viernes, sábado y domingo.

- Alkoholismoaren susmopekua: CAGE testaren bi edo galdera gehiagori baiezkotik erantzuna eman zion ohiko edalea zen biztanleriari horrela deitu zitzaion. Galderok honako hauek dira:

- Inoiz pentsatu ahal duzu gutxiago edan beharko zenukeela?
- Zure edateko modua kritikatu duen jendeak gogaitu egin ahal zaitu?
- Txarto edo errudun sentitu ahal zara daukazun edateko moduagatik?
- Lasaitzeko edo biharamunekoa saihas-tekotik goizeko lehenengo orduan edan ahal duzu inoiz?

- Sospechoso de alcoholismo: Se definió así a la población bebedora habitual con dos o más respuestas afirmativas a las preguntas del test CAGE. Estas preguntas son las siguientes:

- Ha pensado alguna vez que debería beber menos.
- Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber.
- Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber.
- Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o evitar resaca.

CAGE testa (Mayfield D) oso laburra eta sinplea den screening-metodo bat da. Alkoholarekiko mendekotasuna duten pertsonak bereizten ditu eta gaztelan frogatutako bertsio bat badago (Rz-Martos Dauer A). CAGE 2 puntutako ebaki-puntu batekin (baiezkotik 2 erantzun), %100aren espezifikotasuna eta %96ko sentibiltasuna daukara dirudi.

El Test CAGE (Mayfield D) es un método de screening muy breve y sencillo para discriminar sujetos con una dependencia respecto al alcohol y del cual existe una versión validada en español (Rz-Martos Dauer A). El CAGE con un punto de corte de dos puntos (dos respuestas afirmativas), parece tener una especificidad del 100% y una sensibilidad del 96%.

Tabakoaren kontsumoa

- Ohiko erretzaile: egunero zigarreta bat gutxienez erretzen zuela aitortu zuen pertsona.

Consumo de tabaco

- Fumador habitual: la persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario.

- Erretzaile ohia: egunero erretzen zuela baina erretzeari utzi diola aitortu zuen pertsona.
- Ez erretzailea: bere bizi guztian 100 zigarreta baino gutxiago erre zituela aitortu zuen pertsona.
- Noizbehinkako erretzailea: egunero erretzen ez zuela eta bere bizi guztian 100 zigarreta baino gutxiago erre zituela aitortu zuen pertsona.

- Ex-fumador: la persona que declaró haber fumado diariamente pero que ha dejado de fumar.
- No fumador: la persona que declaró haber fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.
- Fumador ocasional: la persona que declaró no fumar diariamente y haber fumado a lo largo de su vida al menos 100 cigarrillos.

3. ZERBITZU SANITARIOEN ERABILERAREN ALDAGAIK

Medikuari kontsultak egitea

Kontsultatzat hartzen da: osasuna dela eta, medikuarekin izandako edozein kontaktu, bisita pertsonal zein telefonoaren bidez egindakoa, aholkuak, diagnostikoak, errezetak edo tratamenduak lortzeko asmoz, edo edozein motatako «kontsumoa» sortzen duen azterketa bat nahiz bestelako izapideak egiteko. Medikua etxe batera joan zenean pertsona bat baino gehiago ikustera, zenbatze-modua haxe izan da: zenbat pertsona tratatu, horrenbeste bisita. Medikuari bisita bat egitea, bisita hori behar izan zuen pertsonarekin elkartu zen, pertsona hori kontsultara joan ez arren. Adibidez, ama batek bere haurrarentzat kontsulta bat egin bazuen, kontsulta hori haurrari adskribatu zitzaion.

Azken urtean medikuari egindako kontsulten maiztasuna

Inkestan galdetu zen ea zenbat kontaktu izan ziren mediku batekin azken 12 hilabeteetan, azken 14 egunetan egindako kontaktuak ere barne zeudelarik. Datu horiek gogoratzeko, oso oroitzapenaldi luzea (azken 12 hilabeteko aldia) duen galderatik datoz. Datu horiek memoriaren hutsuneei lotuta egon daitezkeen arren, galdera oso interesgarria da zerbitzuak planifikatzeko; izan ere, lehen mailako atentzioko osasun-zerbitzuen hipererabiltzailearen edo hipoerabiltzailearen ezaugarriak jakinarazten dizkigute.

Medikuari egindako azken kontsultatik dagoen tarte

Azken kontsultatik dagoen tarte haxe da: medikuari zuzenean edo telefono bidez, tratamenduari edo edozein motako aholku bati buruzko kontsulta egin zitzaionetik igarotako denboraldia.

3. VARIABLES DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Consultas al médico

Es cualquier contacto con un médico realizado por motivos de salud, mediante visita personal o telefónica, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, recetas, tratamientos o para que se realice un examen u otros trámites, que dan lugar a un «consumo» de cualquier tipo. Cuando un médico acudió a una casa a ver a más de una persona se consideraron tantas visitas como personas hubiese tratado. Una visita al médico se asoció con la persona que lo necesitó aunque esta persona no acudiera a consulta. Por ejemplo, si una madre consultó por su hijo esta consulta se adscribió al niño.

Frecuencia de consulta al médico en el último año

A los encuestados se les preguntó por el número de contactos con un médico ocurridos en los últimos 12 meses, incluyendo los contactos realizados en los últimos 14 días. Estos datos provienen de una pregunta con un período de recuerdo muy largo: los últimos 12 meses. A pesar de que estos datos pueden estar sujetos a errores de memoria, es una pregunta muy interesante para la planificación de los servicios ya que permite conocer las características del hiperutilizador o hipoutilizador de los servicios sanitarios de atención primaria.

Intervalo desde la última consulta al médico

El intervalo desde la última consulta es el período de tiempo transcurrido desde que el médico fue consultado en persona o por teléfono para tratamiento o consejo de cualquier tipo.

Kontsultaren lekua

Informazio hori lortzeko, inkesta egin zen egunaren aurreko 14 egunetan egindako kontsultak izan ziren kontuan. Honako kategoría hauek ezarri ziren:

- Ambulatorioa edo osasun zentroa: anbulatorioetan, osasun zentroetan edo kontsultategietan, sistema sanitario publikoko edozein medikuk egindako kontsulta.
- Kontsulta pribatua: klinika, ospitale nahiz kontsultategi pribatuan, edozein medikuk egindako kontsulta.
- Kanpoko kontsultak: ospitale publikoko dependenzietan egindako kontsultak dira.
- Bestelakoak: lantokian edo ikastetxeetan telefonoz egindako kontsultak barne hartu ziren.

Kontsultaren arrazoa

Informazio hori lortzeko, inkesta egin zen egunaren aurreko 14 egunetan egindako kontsultak izan ziren kontuan. Honako kategoría hauek ezarri ziren:

- Osasun arazoa: hor sartu ziren diagnos-tikatzeko, tratamendurako edo osasun-arazo bat ikuskatzeko egin ziren kontsulta guztiak.
- Prebentzioko prozedurak: azterketa medikoa egitea, lehenago osasun-arazorik egon gabe, eta egon litekeen susmorik gabe. Gaixotasunak prebenitzeko eta goiz diagnostikatzeko erabiltzen diren prozedurak sartu ziren hor.
- Errezetak: medikuarekin edo erizainarekin kontaktu bakarra errezeta bat luzatzeko egiten denean (auskultaziorik gabe, arazoaz hitzik egin gabe).

Kontsultak urgentzietako zerbitzuetan

Urgentzia baterako ez ohiko zentroan edo ohiko zentroan, baina kontsultaren orduetatik kanpo, eskatzen den asistentzia da. Galde-sortako galderak elkarrizketan aurreko sei hilabeteetan gertatutako urgentzia-asistentziei zegozkien. Aurkezten diren datuak urteko/100 pertsonako kontsultakopuruaren estimazioak dira eta horrela kalkulatu ziren:

$$((\text{kontsulta-kop.})/(\text{lagin kop.})) \times 2 \times 100$$

Lugar de la consulta

Esta información se obtuvo de las consultas realizadas los 14 días anteriores a la realización de la encuesta. Se establecieron las siguientes categorías:

- Ambulatorio o centro de salud: consulta que se realizó en ambulatorios, centros de salud o consultorios por parte de cualquier médico del sistema sanitario público.
- Consulta privada: consultas realizadas por cualquier médico en clínica, hospital o consultorio privado.
- Consultas externas: son las consultas que se realizaron en las dependencias de un hospital público.
- Otros: se incluyeron las consultas efectuadas por teléfono, en el centro de trabajo, o en el centro escolar.

Motivo de la consulta

Esta información se obtuvo de las consultas realizadas los 14 días anteriores a la realización de la encuesta. Se establecieron las siguientes categorías:

- Problema de salud: se englobaron aquí todas las consultas realizadas para el diagnóstico, tratamiento o revisión de un problema de salud.
- Procedimientos preventivos: examen médico sin que haya un problema de salud preexistente ni sospecha de ninguno. Se incluyeron los procedimientos utilizados para la prevención y el diagnóstico precoz de las enfermedades.
- Recetas: consultas en las que el único contacto con el médico o la enfermera fuera la extensión de una receta (sin auscultación, ni hablar del problema).

Consultas en los servicios de urgencias

Es la asistencia solicitada con carácter urgente en un centro distinto del habitual o en el centro habitual, pero fuera de horas de consulta. En el cuestionario se preguntó por las asistencias urgentes ocurridas en los seis meses anteriores a la entrevista. Los datos que se presentan son las estimaciones del número de consultas por 100 personas /año y se calcularon:

$$[(\text{n}^\circ \text{ veces})/(\text{n muestral})] \times 2 \times 100$$

Zerbitzu sanitarioekin deskontentu daudenak

Aipatu zerbitzuak (lehen mailako asistentzia, ospitaleko asistentzia, urgentziako asistentzia) erabili zituztela aitortu zuten pertsonen galdetu zitzaizen ea zerbitzu sanitarioekin gustura zeuden ala ez. Oroitzapeneko aldiak ezberdinak izan ziren kasu bakoitzean. Lehen mailako atentzioko eta atentzio espezializatuetako zerbitzuen kasuan, azken 14 egunak izan ziren; urgentzietako zerbitzuen kasuan, azken 6 hilabeteak; eta ospitaleko asistentziaren kasuan, azken 12 hilabeteak.

Honako galdera hauek egin ziren:

- LEHEN MAILAKO ARRETA-zerbitzuetari

Zer iruditu zitzaizun...

- Medikuaren gaitasun eta trebetasun profesionalak?
- Jasotako informazioa?
- Medikuegangandik jasotako tratua?
- Erabil daitezkeen baliabideak?
- Oro har jasotako asistentzia?

- DENTISTAREN kontsultan:

- Dentistak emandako tratua?
- Jasotako informazioa?
- Oro har jasotako asistentzia?

- ERIZAINZAKO kontsultan:

- Erizainak emandako tratua?
- Erizainaren gaitasun eta trebetasun profesionalak?
- Jasotako informazioa?
- Erabil daitezkeen baliabideak?
- Oro har jasotako asistentzia?

- URGENTZIETAKO ZERBITZUETAN:

- Harrera egin, informazioa eta ordua ematen dutenlangileengandik jasotako tratua?
- Artatua zen bitartean jasotako informazioa?
- Altan jasotako informazioa?
- Medikuek emandako tratua?
- Erabil daitezkeen baliabideak?
- Oro har jasotako asistentzia?

- OSPITALEKO ASISTENTZIAKO ZERBITZUETAN:

- Ingresatzeko beharrezkoak diren izapideak?
- Medikuek emandako informazioa?
- Medikuek dauzkaten baliabideak?
- Oro har jasotako asistentzia?

Insatisfechos con los servicios sanitarios

Las preguntas acerca de la satisfacción con los servicios sanitarios fueron realizadas a aquellas personas que habían declarado ser usuarios de dichos servicios (asistencia primaria, asistencia hospitalaria, asistencia urgente). Los períodos de recuerdo fueron diferentes en cada caso. En el caso de los servicios de atención primaria y especializada fueron los últimos 14 días; los últimos seis meses para los servicios de urgencia y los últimos 12 meses para la asistencia hospitalaria.

Se realizaron la preguntas siguientes:

- En los servicios de ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo le pareció...

- La competencia y habilidad profesionales del médico/a?
- La información que recibió?
- El trato recibido por el médico/a. Los medios de los que se dispone?
- La asistencia recibida en general?

- En la consulta del DENTISTA:

- El trato recibido por el o la dentista?
- La información que recibió.?
- La asistencia recibida en general?

- En la consulta de ENFERMERÍA:

- El trato recibido por el/la enfermero/a?
- La competencia y habilidad profesional del enfermero/a?
- La información que recibió?
- Los medios de los que se dispone?
- La asistencia recibida en general?

- En los SERVICIOS DE URGENCIAS:

- El trato recibido por el personal de recepción, información y citas?
- La información que recibía mientras era atendido?
- La información recibida al alta?
- El trato dado por el personal médico?
- Los medios de los que se dispone?
- La asistencia recibida en general?

- En los SERVICIOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA:

- Los trámites necesarios para el ingreso?
- La información que recibió del personal médico?
- Los medios de los que se dispone el personal médico?
- La asistencia recibida en general?

Erantzun-kategoriak berberak izan ziren beti (Ware JE 1988):

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ Bikaina | ☐ Oso ona | ☐ Ona |
| ☐ Hala moduzka | ☐ Txarra | |

Gogobetetasunaren informazioa neurri bakarrean laburtzeko, asistentziaren alderdi bakoitzarekin deskontentu zeuden pertsonen portzentajea aurkeztu zen. Deskontentutzat jo ziren hala-moduzkoa edo txarra aukeratu zutenak.

4. ALDAGAI SOZIODEMOGRAFIKOAK

Adina

Pertsona bakoitzarentzat bildutako adina inkesta betetzeko momentuan zeukan adina izan zen. Betetako adinetan bildu ziren eta taularen asmoaren arabera banaketa-barietate batean taldekatu ziren.

Grupo socioeconómico

Familia-unitateko kide guztiei talde sozio-ekonomikoa egokitu zaie, familiako buruaren lanbidearen arabera. Lanbidea lortzeko 3 galdera hauek hartu dira oinarri:

- Lan harremana:

Zein da lan egiten duzun edo urterik gehienak eman dituzun enpresarekin duzun lan-harremana?

1. Enpresaria edo enplegu-emailea (enplegatuekin).
2. Langile autonomoa.
3. Bere konturako langilea.
4. Kooperatibista.
5. Soldatuko langile finkoa.
6. Behin-behineko soldatuko langilea.
7. Familia-laguntza.

- Kargua edo kategoria:

Zein kargu edo kategoria duzu enpresan?

1. Zuzendariak, zuzendariordeak, gerenteak edo enpresariak.
2. Goi-mailako teknikaria.
3. Teknikari ertainak (OLT, maisuak, kontulariak, perituak).
4. Langile-buruak, arduradunak edo bidaiariak.
5. Teknikari espezialistak, ofizialak, administrazioariak.
6. Teknikari laguntzaileak, klinika-lag., administrari-lag., saltzaileak.

Las categorías de respuesta siempre fueron las mismas (Ware JE 1988):

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Excelente | ☐ Muy buena | ☐ Buena |
| ☐ Regular | ☐ Mala | |

Para resumir la información de la satisfacción en una medida única se optó por presentar el porcentaje de insatisfechos con cada uno de los aspectos de la asistencia. Se consideró insatisfechos a aquellas personas que eligieron las respuestas de regular o mala.

4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad

La edad recogida para cada persona fue la que tenía en el momento de la encuesta. Se recogieron en años cumplidos y se agruparon en una variedad de distribuciones en función del propósito de la tabla.

Grupo socioeconómico

El grupo socioeconómico se ha asignado a todos los miembros de la unidad familiar en función de la ocupación del cabeza de familia. La ocupación se ha obtenido en base a estas tres preguntas:

- Relación laboral:

¿Cuál es su relación laboral con la empresa en que trabaja o ha trabajado más años?

1. Empresario o empleador (con empleados).
2. Trabajador autónomo.
3. Trabajador por cuenta propia.
4. Cooperativista.
5. Asalariado fijo.
6. Asalariado eventual.
7. Ayuda familiar.

- Cargo o categoría:

¿Qué cargo o categoría tiene en la empresa?

1. Directores/as, Subdirectores/as, Gerentes o Empresarios/as.
2. Técnico superior.
3. Técnicos medios (ATS, Maestros/as, Contables, Peritos).
4. Capataces, Encargados/as o Viajantes.
5. Técnicos especialistas, Oficiales, Administrativos/as.
6. Técnicos auxiliares, Aux. Clínica, Aux. Administrativo/a, Dependientes/as.

7. Atezainak, ordenantzak, peoi ikastunak, laguntzaileak.

- Jardueraren sektorea:

Zein jarduera egiten du edo egiten zuen zuk lan egiten duzun edo zenuen enpresak?

1. Nekazaritza, meatzaritza, abeltzaintza, arrantza.
2. Industria.
3. Eraikuntza.
4. Administrazio publikoa (lokala, autonomikoa, estatukoa).
5. Profesional liberalak.
6. Merkataritza eta ostalaritza.
7. Bestelako zerbitzuak: garraioak, aseguruak, bankua...

Jubilatuei eta langabetuei talde sozioe-konomikoa egokitzeko azken lanbidea hartu zen kontuan. 5 kategoria ezarri ziren, eta lan-harremanari, karguari eta jardueraren sektoreari buruzko galderak honela erabili ziren:

- I. taldea: Administrazioako eta enpresetako zuzendariak. Goi-funtzionarioak. Profesional liberalak. Goi-mailako teknikariak.

Langileak dituen enpresaria, bere enpresan teknikari ertainaren lerro bereko edo goragoko kargua zuenean; zuzendariak, gerenteak edo goi-mailako teknikariak, euren lan-harremana eta jardueraren sektorea alde batera utzita.

- II. taldea: Merkataritza eta zerbitzu pertso-naletako zuzendariak eta jabe-gerenteak. Bestelako teknikariak (ez goi-mailakoak). Artistak eta kirolariak.

Erdi-mailako titulua daukaten eta kategoria baxuagoko kargua duten enpresariak eta nekazaritza-sektorekoak ez direnak; lehen sektoreko (nekazaritza, arrantza...) enpresariak; enpresan duten kargua alde batera utzita; teknikari ertainak; arduradun lanpostua duten autonomoak.

- III. taldea: Erdi-mailako agintariak eta arduradunak. Administrazioariak eta funtzionarioak. Babes eta segurtasun zerbitzuetako langileak.

Arduradun-kategoria duten kooperatibistak, soldatako langile finkoak edo behin-behinekoak; merkataritza edo ostalaritza sektoreko administrazio-kategoria duten autonomoak; administrazio publikoko sektorekoak diren eta arduradun edo administrazio kategoria duten kooperatibistak, soldatako finkoak edo behin-behinekoak.

7 Conserjes, Ordenanzas, Peones Aprendices, Ayudantes.

- Sector de la actividad:

¿Qué actividad realiza o ha realizado la empresa donde trabaja o trabajaba?

1. Agricultura, Minería, Ganadería, Pesca.
2. Industria.
3. Construcción.
4. Administración pública (local, autónoma, estatal).
5. Profesionales liberales.
6. Comercios y Hostelería.
7. Otros servicios: transportes, seguros, banca...

A los jubilados/as o parados/as se les asignó el grupo socioeconómico de acuerdo con la última profesión. Se establecieron cinco categorías, utilizando las preguntas de la relación laboral, el cargo y el sector de la actividad de la forma siguiente:

- Grupo I: Directivos/as de la administración y de las empresas. Altos funcionarios/as. Profesionales liberales. Técnicos superiores.

Empresario/a con trabajadores, que ocupaba en su empresa un cargo superior o igual al de técnico medio; directores/as, gerentes o técnicos superiores, independientemente de su relación laboral y del sector de la actividad.

- Grupo II: Directivos/as y propietarios/as gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos (no superiores). Artistas y deportistas.

Empresarios/as con un cargo de menor categoría que titulado medio y de un sector que no fuera la agricultura, empresarios/as del sector primario (agricultura, pesca...), independientemente de su cargo en la empresa; técnicos medios; autónomos con un puesto de encargado.

- Grupo III: Cuadros y mandos intermedios. Administrativos/as y funcionarios/as. Personal de los servicios de protección y seguridad.

Cooperativistas, asalariados/as fijos/as o eventuales con categoría de encargado; autónomos con categoría de administrativo/a del sector comercio-hostelería; cooperativistas, asalariados/as fijos/as o eventuales con categoría de encargado/a o administrativo/a y del sector de la administración pública.

- IV. taldea: Industria, merkataritza eta zerbitzuetako eskulangile kualifikatuak eta erdikualifikatuak.

Administrari-kategoria duten autonomoak, baldin eta lehen sektorean, industrian edo eraikuntzan diharduten enpresetakoak badira. Teknikari espezializatu kategoria edo teknikari laguntzaile kategoria duten kategoriako koope-ratibistak, soldatako langile finkoak edo behin-behinekoak. Administrazio publikoko atezain kategoriako soldatako langile finkoak. Teknikari laguntzaile edo ikastun kategoriako auto-nomoak.

- V. taldea: Kualifikazio gabeko langileak.

Administraziokoa ez den sektorean diharduten ikastun edo peoi kategoriako kooperatibistak, soldatako langile finkoak edo behin-behinekoak.

- Grupo IV: Trabajadores/as manuales cualificados/as y semicualificados/as de la industria, comercio y servicios.

Autónomos con categoría de administrativo en una empresa cuya actividad es del sector primario o industria o construcción, cooperativistas, asalariados/as fijos/as o eventuales con categoría de técnico especialista o técnico auxiliar, asalariados/as fijos/as con categoría de conserje de la administración pública, autónomos con categoría de técnicos auxiliares o aprendices.

- Grupo V: Trabajadores/as no cualificados/as.

Cooperativistas, asalariados/as fijos/as o eventuales con categoría de aprendices o peones en un sector distinto a la administración.

