

2013

DATOS RELEVANTES

ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO



Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko zuzendaria / Directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria
Maria Luisa Arteagoitia González

Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua / Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria
Santiago Esnaola, Maite de Diego, Estibaliz Elorriaga, Montse Calvo, Elena Aldasoro, Belén Pardillo

EUSTAT. Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística
Anjeles Iztueta, Elena Goni, Inmaculada Gil

Soziologia 2 Saila. Euskal Herriko Unibertsitatea / Departamento de Sociología 2. Universidad del País Vasco
Unai Martín, Amaia Bacigalupe

Itzulpena / Traducción: IVAP. Herri Arduralaritzaren Euskal Erakundea. Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO). Servicio Oficial de Traductores

Landa-lana egin duen enpresa / Empresa encargada de la realización del trabajo de campo:
Ikertalde Grupo Consultor, S.A.

Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación:
Diagonal, M&P S.L.

Erabiltzeko baimena / Autorización de uso:
Argitalpen hau osorik edo zati batean erreproduzitzea onartzen da, merkataritza erabilera egiten ez bada, eta beti dokumentu honen aipua egiten bada. Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Iradokitako aipua / Cita sugerida:

Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, Aldasoro E, Pardillo B.
Datu garrantzitsuak 2013ko Euskal Osasun Inkesta. Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua 2013 / Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2013.

Argitaraldia: 1.a, 2014ko urtarila
Edición: 1.a Enero 2014

© Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa
Osasun Saila
Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet:

https://www.euskadi.net/r85-ckosag01/eu/contenido/informacion/encuesta_salud/eu_eaeoi/osasun_inkesta.html

https://www.euskadi.net/r85-ckosag01/es/contenido/informacion/encuesta_salud/es_escav/encuesta_salud.html



01

INTRODUCCIÓN04

02

ESTADO DE SALUD06

Resumen06

I. Esperanza de vida libre de discapacidad	07
II. Autovaloración de la salud	08
III. Calidad de vida relacionada con la salud	10
IV. Salud mental	12
V. Discapacidad	14
VI. Problemas crónicos	16

03

DETERMINANTES DE LA SALUD19

Resumen19

A) CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

I. Condiciones de empleo y de trabajo	20
II. Ingresos y situación económica	26
III. Trabajo doméstico y de cuidado	27
IV. Entorno de la vivienda	29

B) FACTORES PSICOSOCIALES

I. Apoyo social	30
-----------------------	----

C) CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

I. Consumo de tabaco	32
II. Tabaquismo pasivo	34
III. Consumo de alcohol	36
IV. Peso corporal	40
V. Actividad física	42
VI. Hábitos alimentarios	44

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS46

Resumen46

I. Valoración del sistema sanitario	47
II. Modalidad de cobertura de aseguramiento	48
III. Continuidad asistencial	49
IV. Programas de cribado del cáncer	51
V. Vacunación contra la gripe	57
VI. Consultas de medicina general y pediatría	59
VII. Consultas de enfermería	61
VIII. Consultas dentista	63
IX. Consultas medicina especializada	65
X. Urgencias	67
XI. Hospitalización	69
XII. Hospital de día	71
XIII. Servicios de salud no presenciales (Osarean)	73

05

METODOLOGÍA75

06

DEFINICIONES76

07

BIBLIOGRAFÍA82

01

INTRODUCCIÓN

En este documento se presenta una visión panorámica de los principales indicadores de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) de 2013, y se muestra la evolución de la salud y de sus determinantes entre los años 2002 y 2013. La ESCAV 2013 es la sexta encuesta de salud realizada en nuestra Comunidad; actualiza los datos que comenzaron a recogerse en 1986 y que, desde 1992, se renuevan con una periodicidad quinquenal.

La ESCAV es una parte fundamental del sistema de información de salud de Euskadi, que nutre e informa la toma de decisiones en el ámbito del Sistema de Salud de Euskadi, y muy especialmente en lo que se refiere al Plan de Salud. Además, es el principal instrumento para monitorizar las desigualdades sociales en salud.

La ESCAV refleja la naturaleza multidimensional de la salud, ofrece la visión que las personas tienen de su propia salud, estudia un amplio abanico de determinantes de la salud (condiciones de empleo y de trabajo, el entorno residencial, los factores psicosociales, el trabajo de cuidados y doméstico, la posición socioeconómica, las conductas relacionadas con la salud, etc.), así como el uso de los servicios de salud y de cuidados. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud ha guiado la selección de los determinantes estudiados así como la presentación de los resultados.



01

INTRODUCCIÓN

La ESCAV 2013 ha incorporado avances metodológicos, y modificaciones para adaptar esta herramienta a las nuevas necesidades en planificación y gestión de la salud poblacional. En este sentido es de resaltar la ampliación de las secciones relativas a capital social, cuidado de menores, consumo de alcohol en cortos periodos de tiempo, diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, integración de niveles asistenciales y continuidad de cuidados de salud, necesidades de atención sanitaria u hospitalización no cubiertas, y servicios de Osakidetza basados en la utilización de las nuevas tecnologías de la información (OSAREAN).

La recogida de datos de la ESCAV 2013 se realizó entre diciembre de 2012 y mayo de 2013. Para llevar a cabo esta labor se determinó un tamaño muestral de 5.300 familias, lo que supuso entrevistar a 12.995 personas. Para conocer más detalles sobre la metodología, véase el capítulo 5.

La ESCAV 2013 no hubiera sido posible sin la ayuda de muchas personas a quienes el Departamento de Salud quiere agradecer su colaboración. Cabe destacar a las personas encuestadas, que han aportado su tiempo y han contestado a las preguntas. Además, queremos agradecer a todos los y las profesionales que han colaborado y que han facilitado la mejora de este trabajo.



02

ESTADO DE SALUD

Resumen

- La esperanza de vida libre de discapacidad, respecto al año 2007, se ha mantenido estable en los hombres y ha disminuido en las mujeres. Los años vividos con discapacidad han aumentado tanto en los hombres como en las mujeres.
- La proporción de personas que perciben su salud como buena o muy buena ha aumentado tanto respecto a 2002 como a 2007. La proporción de mujeres que perciben su salud como buena es inferior a la de los hombres.
- La proporción de personas que perciben su salud como buena desciende a medida que bajamos en la escala social.
- La calidad de vida en relación con la salud es peor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad; esta diferencia se acentúa a medida que avanza en la edad y en los grupos con menor nivel de estudios.
- La salud mental de la población vasca, expresada por la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, ha empeorado muy significativamente. Han aumentado las desigualdades socioeconómicas en la salud mental de los hombres.
- Se mantiene estable la prevalencia de limitación crónica de la actividad en los hombres y se ha producido un aumento en las mujeres, tanto si se compara con 2002 como con 2007.
- Cerca de la mitad de la población vasca padece algún problema de salud crónico.

02

ESTADO DE SALUD

I. Esperanza de vida libre de discapacidad

• FIGURA 1

La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) es un indicador sintético de la salud poblacional, que combina la visión aportada por los datos de la mortalidad con los de la discapacidad.

Con respecto a 2007, la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) ha disminuido 0,3 años en los hombres y 1,8 años en las mujeres. Los años vividos con discapacidad (AVD) han aumentado, tanto en los hombres como en las mujeres.

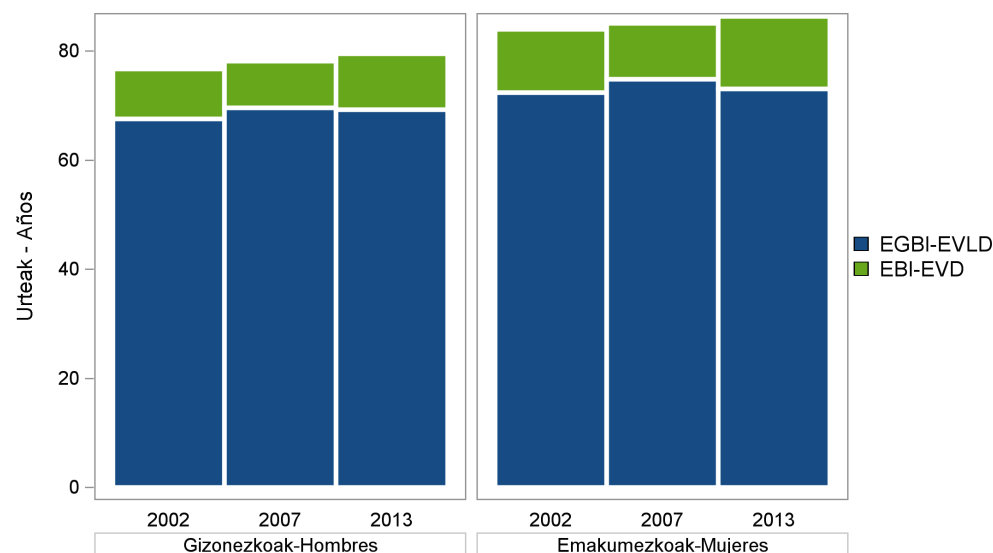
Con respecto a 2002, la EVLD ha aumentado 1,7 años en los hombres y 0,7 años en las mujeres. Sin embargo, se ha dado un aumento de los años vividos con discapacidad: 1,2 y 1,6 años en los hombres y en las mujeres respectivamente.

Tanto la esperanza de vida total como la libre de discapacidad son mayores en las mujeres que en los hombres.

FIGURA 1

Ezintasunik gabeko (EGBI) eta ezintasunarekin (EBI) bizi-itxaropenaren bilakaera, 2002-2013

Evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) y con discapacidad (EVD), 2002-2013



02

ESTADO DE SALUD

II. Autovaloración de la salud

• FIGURA 2

La proporción de mujeres que perciben su salud como buena es inferior a la de los hombres. En 2013, el 78% de las mujeres y el 82% de los hombres perciben su salud como buena o muy buena. Estas proporciones han aumentado un 30% respecto a 2002 y un 5% respecto a 2007.

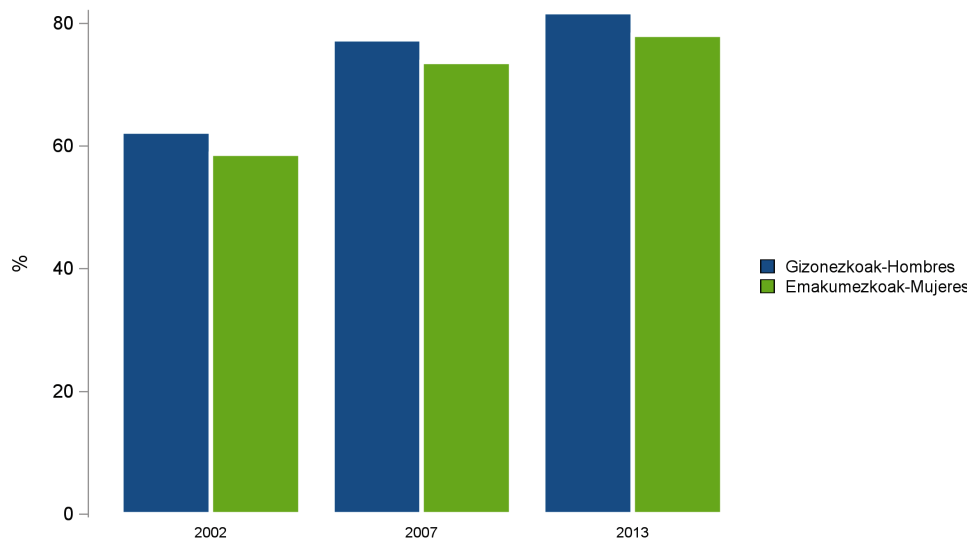
• FIGURA 3

La percepción de la salud empeora con la edad, tanto en hombres como en mujeres. En el último decenio, la proporción de personas con buena salud ha aumentado en todos los grupos de edad, salvo en las mujeres de 75 y más años, en quienes ha disminuido respecto a 2007.

FIGURA 2

Osasunaren pertzepzioaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la percepción de la salud, 2002-2013

Osasun onaren prebalentzia*
Prevalencia de buena salud*

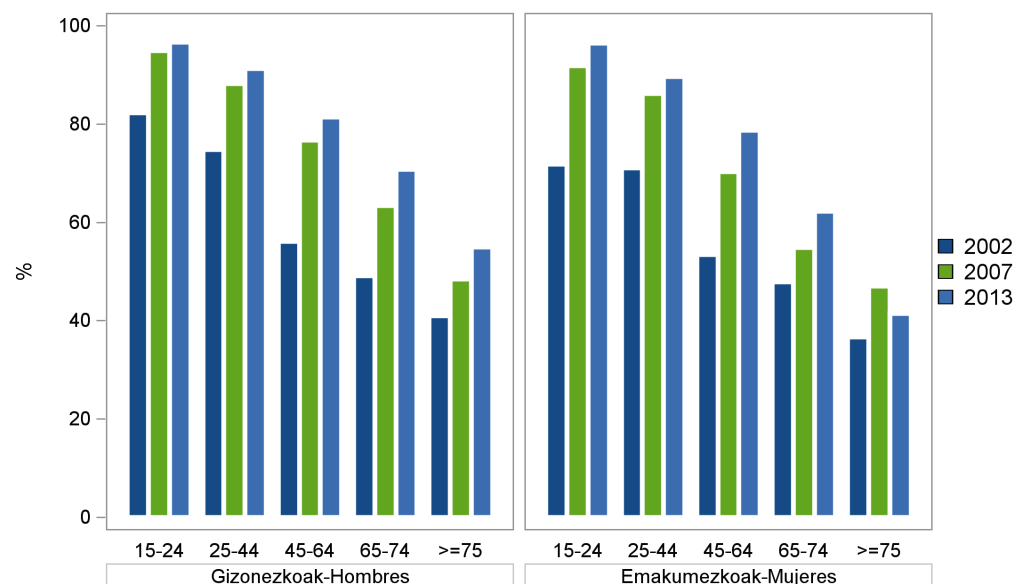


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 3

Osasunaren pertzepzioaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución de la percepción de la salud según la edad, 2002-2013

Osasun onaren prebalentzia
Prevalencia de buena salud



02

ESTADO DE SALUD

II. Autovaloración de la salud

• FIGURA 4

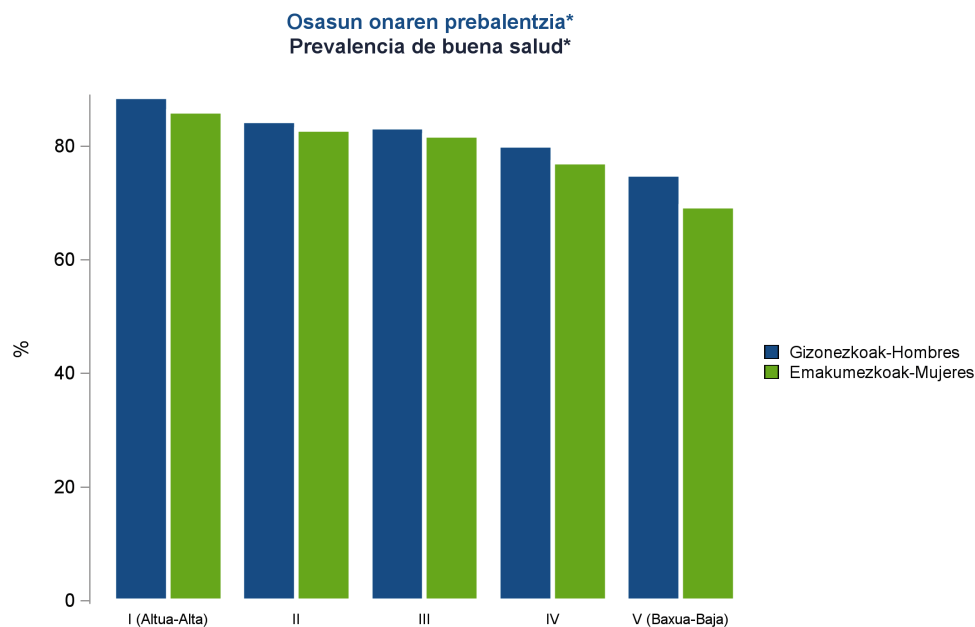
En ambos sexos la buena salud percibida disminuye a medida que bajamos en la clase social, con una diferencia máxima del grupo V (de trabajadores/as manuales no cualificados/as) respecto al grupo I (de directivos/as, gerentes, técnicos/as superiores, etc.) de 17 puntos porcentuales en las mujeres y 14 en los hombres.

• FIGURA 5

Así mismo, a medida que aumenta el nivel de estudios aumenta la percepción de buena salud, tanto en los hombres como en las mujeres.

FIGURA 4

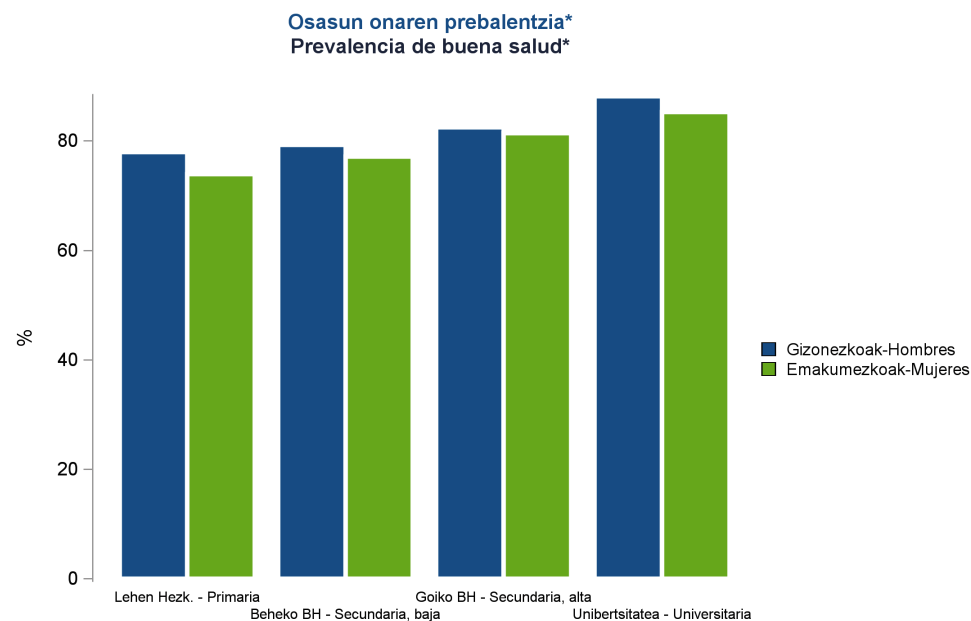
Osasunaren pertzepzioaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la percepción de la salud por clase social, 2013



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 5

Osasunaren pertzepzioaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la percepción de la salud por nivel de estudios, 2013



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

III. Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido medida mediante la Escala Analógica Visual Euroqol (EAV-EQ), cuyos valores pueden ir de 0 a 100. Estos puntos extremos representan la peor y la mejor salud imaginables respectivamente.

• FIGURA 6

La calidad de vida relacionada con la salud disminuye de forma gradual con la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres. Además, la diferencia entre ambos sexos aumenta con la edad. Así, mientras en las personas de 25 a 44 años de edad la puntuación media fue de 83 en los hombres y de 81 en las mujeres, en las de 75 y más años era de 63 y 58 respectivamente.

• FIGURA 7

La pertenencia a uno u otro grupo socioeconómico también influye en la calidad de vida relacionada con la salud. Los valores promedio de la EAV-EQ disminuyen a medida que bajamos en la escala social.

FIGURA 6

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea adinaren arabera, 2013
Calidad de vida relacionada con la salud según la edad, 2013

AEB-EQaren batez besteko puntuazioa
Media de la puntuación EAV-EQ

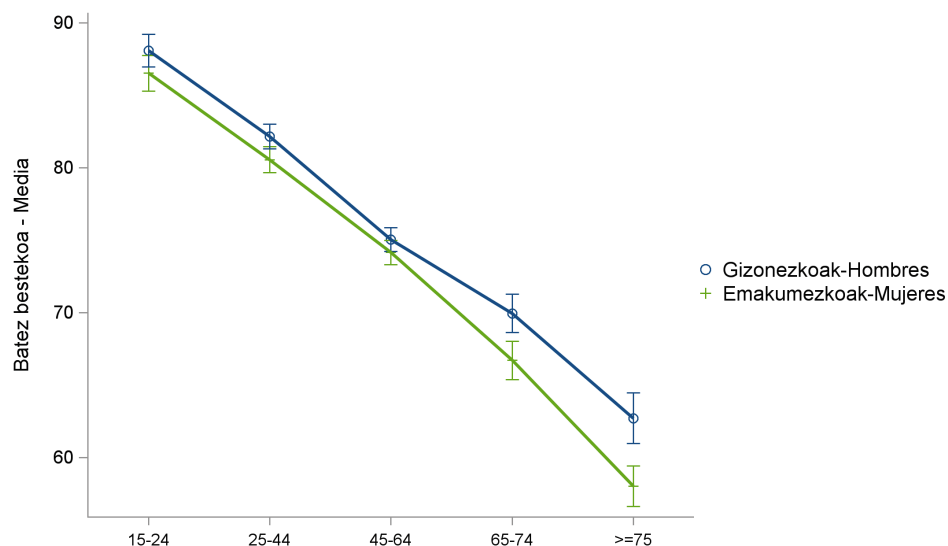
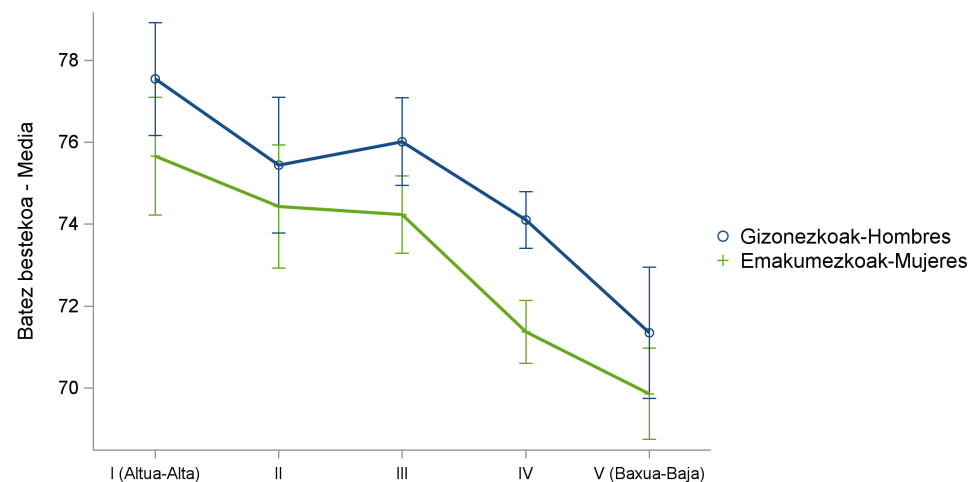


FIGURA 7

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por clase social, 2013

EAB-EQaren batez besteko puntuazioa*
Media de la puntuación EAV-EQ*



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad

02

ESTADO DE SALUD

III. Calidad de vida relacionada con la salud

• FIGURA 8

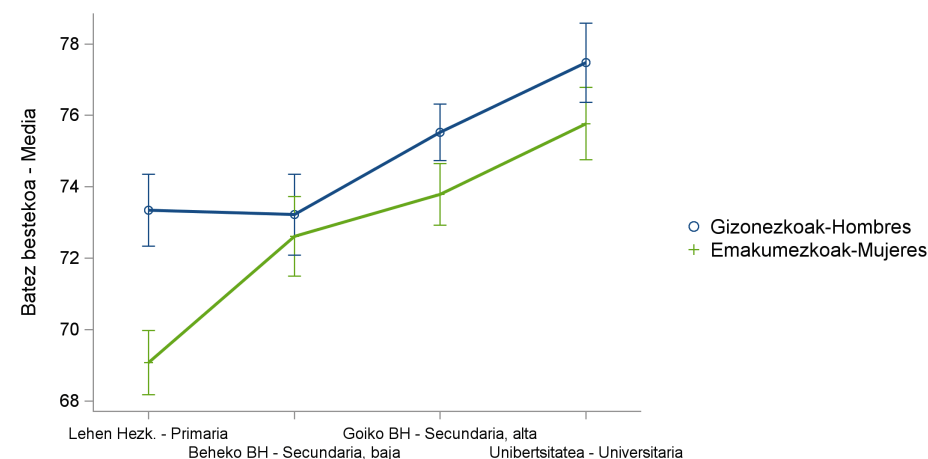
De manera similar a lo que ocurre con el grupo socioeconómico, las personas con un nivel de estudios más elevado valoraron su salud con una puntuación mayor que las de estudios inferiores. La pendiente de desigualdad es más pronunciada en las mujeres. La diferencia entre hombres y mujeres en la EAV-EQ es máxima en las personas con primaria o sin estudios formales.

FIGURA 8

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por nivel de estudios, 2013

EAB-EQaren batez besteko puntuazioa*
Media de la puntuación EAV-EQ*



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad

02

ESTADO DE SALUD

IV. Salud mental

• FIGURA 9

La salud mental, expresada por la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, ha empeorado muy significativamente en las mujeres, pasando del 18% en 2002 al 24% en 2013. En los hombres, la prevalencia apenas cambió entre 2002 y 2007, pero sí ha aumentado desde entonces, subiendo del 11 al 16%.

• FIGURA 10

La proporción de personas con síntomas de ansiedad y depresión aumenta con la edad. Esta proporción, en todos los grupos de edad, es mayor en las mujeres. La evolución de la prevalencia de esos síntomas ha sido similar en todos los grupos de edad en ambos sexos.

FIGURA 9

Osasun mentalaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la salud mental, 2002-2013

Antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia*
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión*

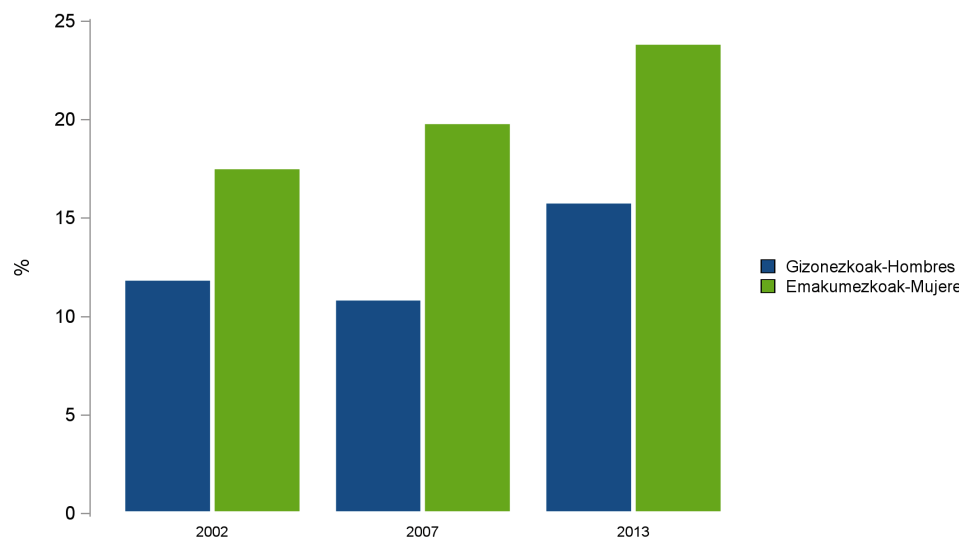
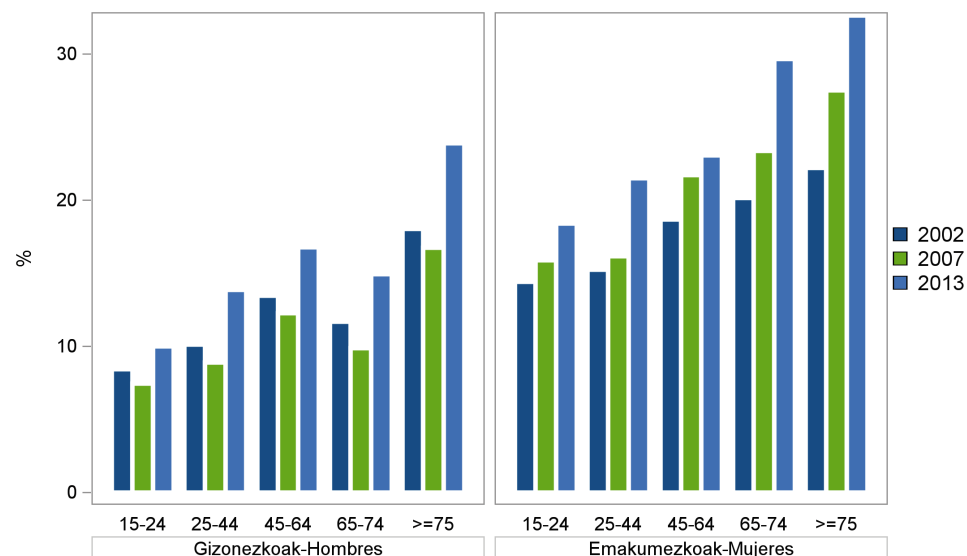


FIGURA 10

Osasun mentalaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución de la salud mental según la edad, 2002-2013

Antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

IV. Salud mental

• FIGURA 11

La salud mental empeora al descender en la clase social. En 2013, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los hombres del grupo I es del 10%, mientras que en el grupo V sube al 20%. En las mujeres va del 19% (grupo I) al 28% (grupo V). Estas desigualdades han aumentado en los hombres y se han mantenido estables en las mujeres.

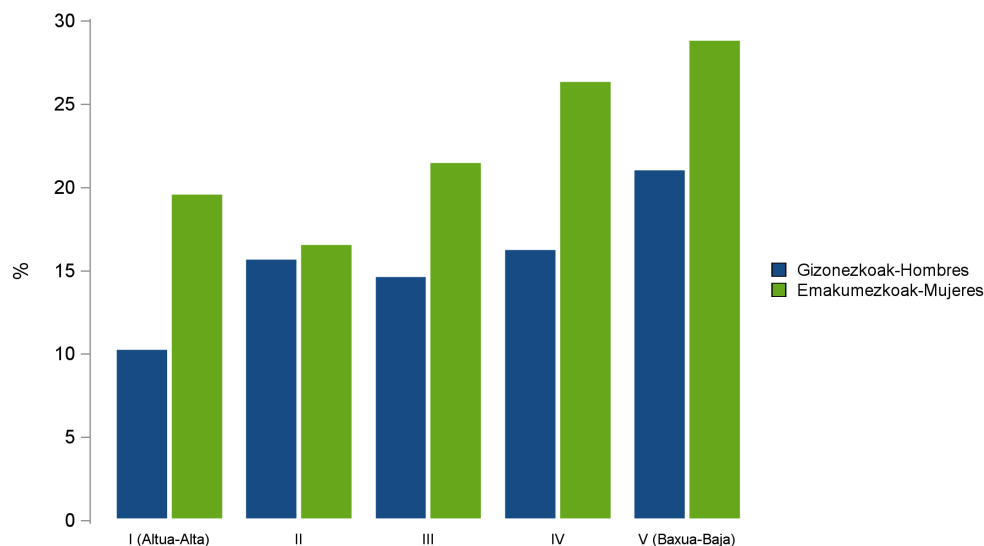
• FIGURA 12

El gradiente por nivel de estudios en la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es más acentuado en las mujeres que en los hombres. La diferencia entre ambos sexos es mayor en las personas con educación primaria o sin estudios formales.

FIGURA 11

Osasun mentalaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la salud mental por clase social, 2013

Antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia*
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión*

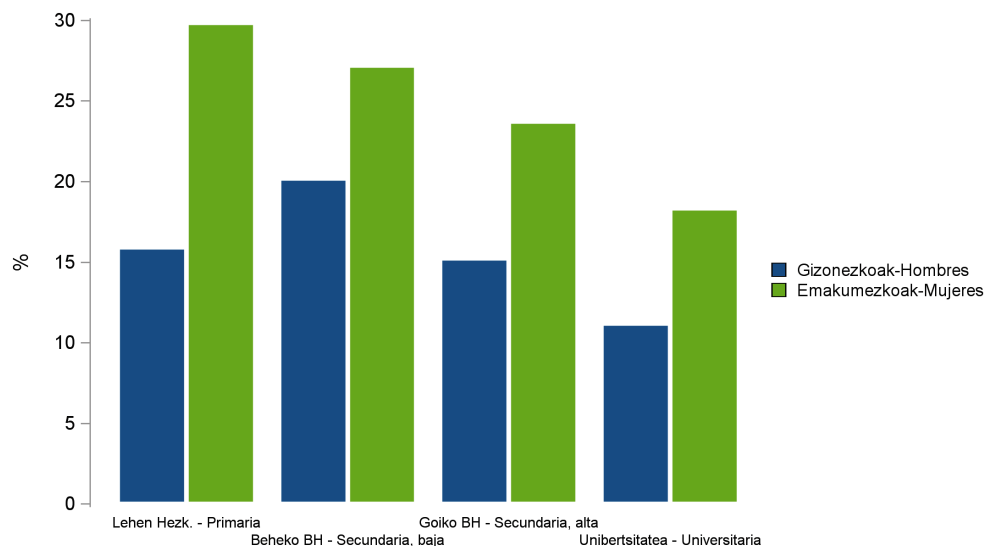


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 12

Osasun mentalaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la salud mental por nivel de estudios, 2013

Antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia*
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

V. Discapacidad

• FIGURA 13

A diferencia de años anteriores, en 2013 la prevalencia de discapacidad, medida como limitación crónica de la actividad (la limitación en realizar las actividades de la vida cotidiana), es más frecuente en las mujeres que en los hombres. La prevalencia de discapacidad en las mujeres fue de un 9% en 2002 y 2007, y de un 10% en 2013. En los hombres, esa prevalencia ha pasado de ser cercana al 10% en 2002 al 9% en 2013.

• FIGURA 14

La discapacidad aumenta considerablemente con la edad, alcanzando al 36% de las mujeres y al 22% de los hombres de 75 y más años. Llama la atención la distinta evolución de hombres y mujeres en ese grupo de edad. Mientras en los hombres la prevalencia de discapacidad ha disminuido desde 2002, en las mujeres, tras disminuir en 2007, ha aumentado de forma apreciable en 2013.

FIGURA 13

Ezintasunaren bilakaera, 2002-2013 Evolución de la discapacidad, 2002-2013

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia*
Prevalencia de limitación crónica de la actividad*

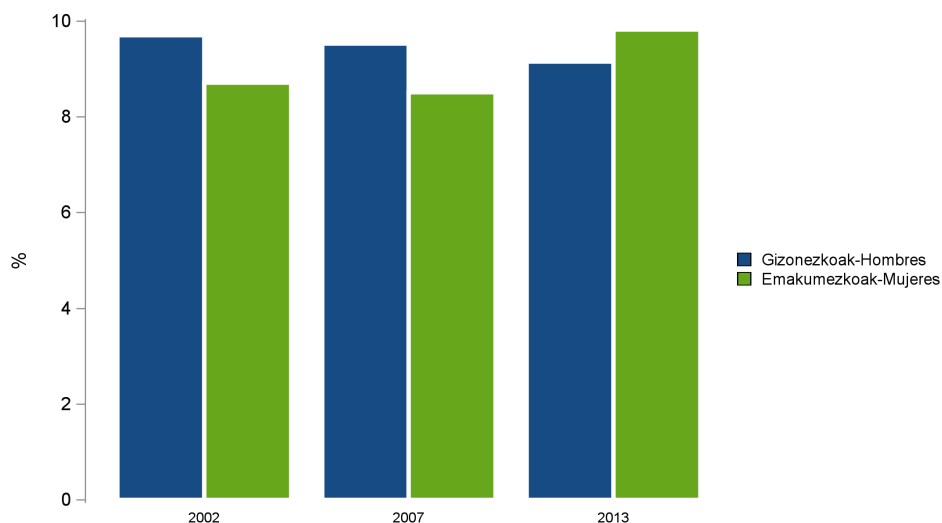
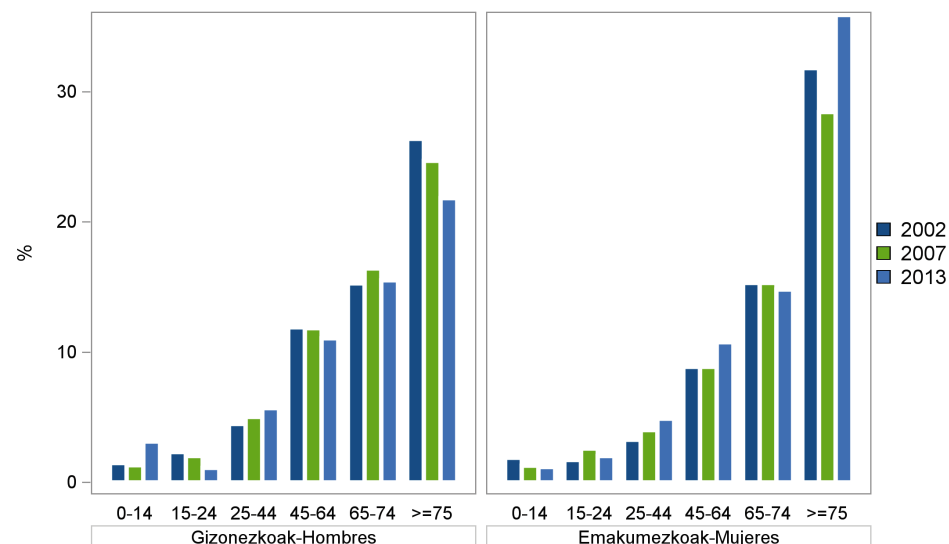


FIGURA 14

Ezintasunaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013 Evolución de la discapacidad según la edad, 2002-2013

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia
Prevalencia de limitación crónica de la actividad



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

V. Discapacidad

• FIGURA 15

En ambos sexos, la frecuencia de discapacidad aumenta de forma gradual al bajar en la escala social, con un salto pronunciado al pasar de la clase IV a la V que es mayor en los hombres. Así, el 5% de los hombres y el 7% de las mujeres del grupo I presentan problemas de discapacidad, frente al 15% de los hombres y el 13% de las mujeres del grupo V. Es de notar que la prevalencia de discapacidad es mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos, excepto en la clase V de trabajadores/as manuales no cualificados/as.

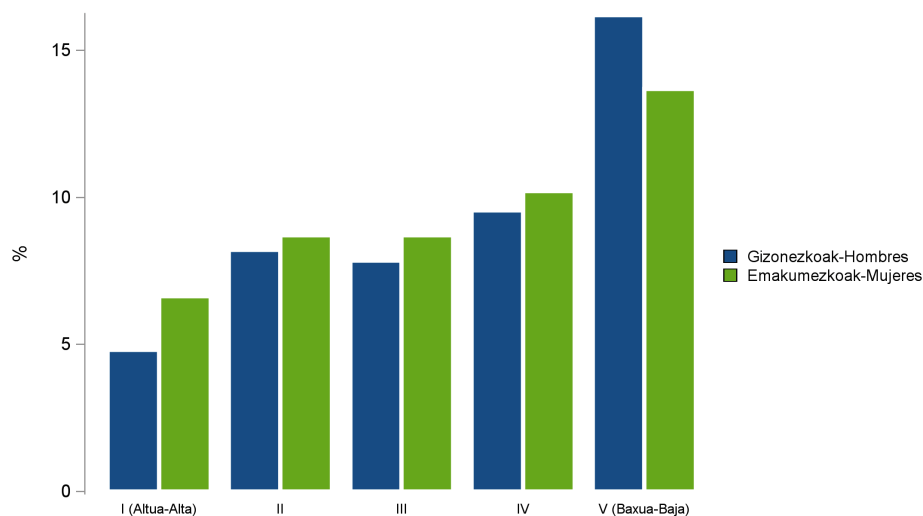
• FIGURA 16

La prevalencia de discapacidad aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios. El 4% de los hombres y el 6% de las mujeres con estudios universitarios presentan discapacidad, frente al 14% y 16% de los hombres y las mujeres, respectivamente, sin estudios formales o con estudios primarios.

FIGURA 15

Ezintasunaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la discapacidad por clase social, 2013

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia*
Prevalencia de limitación crónica de la actividad*

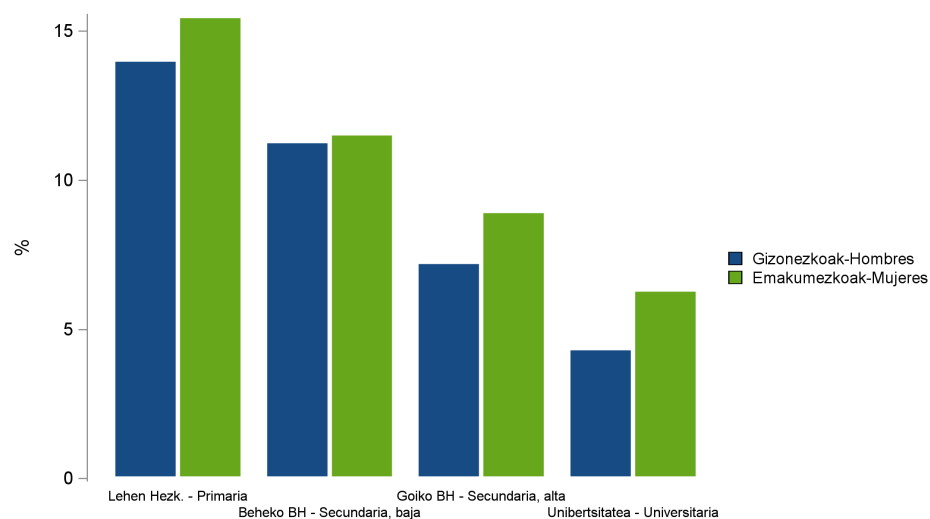


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 16

Ezintasunaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la discapacidad por nivel de estudios, 2013

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia*
Prevalencia de limitación crónica de la actividad*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

• FIGURA 17

El 46% de los hombres y el 47% de las mujeres padecen algún problema de salud crónico. La proporción aumenta con la edad, y supera el 80% en las personas de 65 y más años.

• FIGURA 18

La frecuencia de problemas crónicos de salud aumenta al descender en la escala social, de manera que el 52% de los hombres y 54% de las mujeres de grupo V presentan algún problema crónico.

FIGURA 17

Morbilitate kronikoa adinaren arabera, 2002-2013
Morbilidad crónica según la edad, 2002-2013

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos

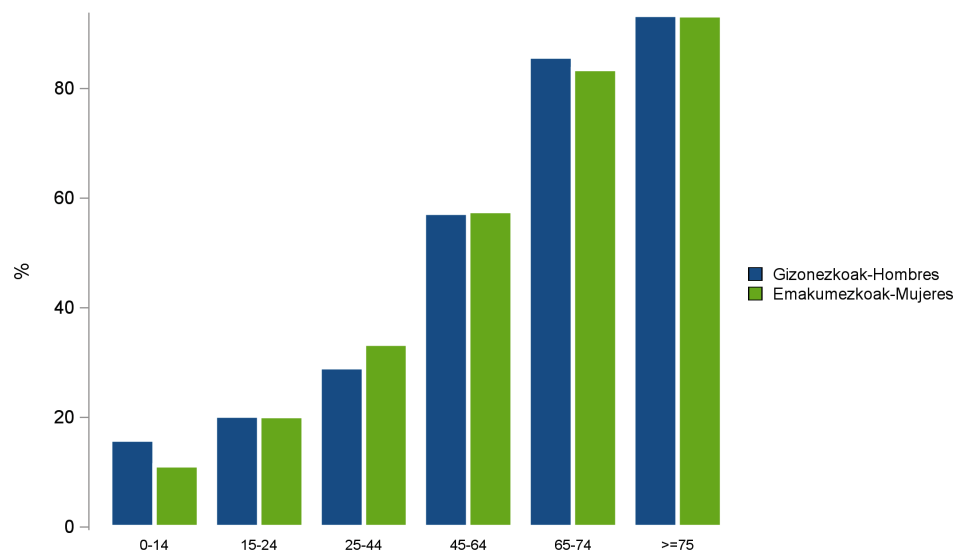
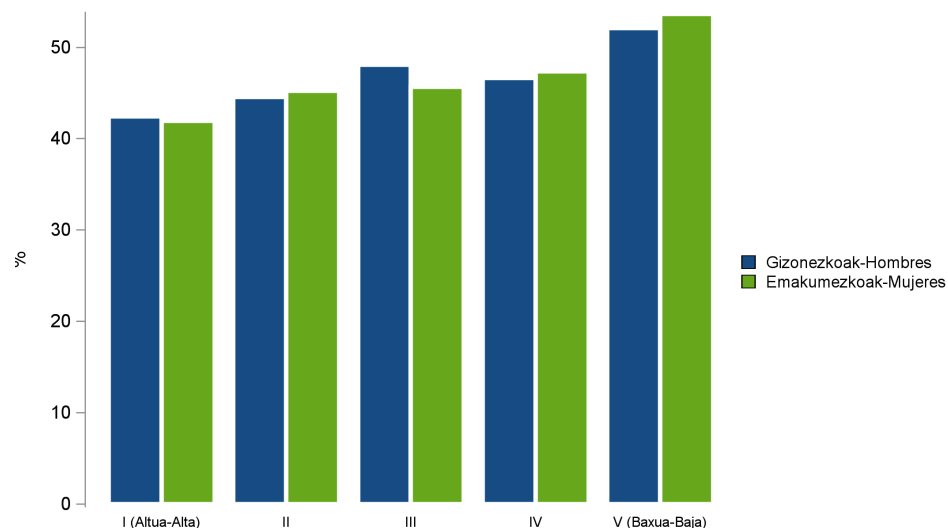


FIGURA 18

Morbilitate kronikoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la morbilidad crónica por clase social, 2013

Arazo kronikoen prebalentzia*
Prevalencia de problemas crónicos*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

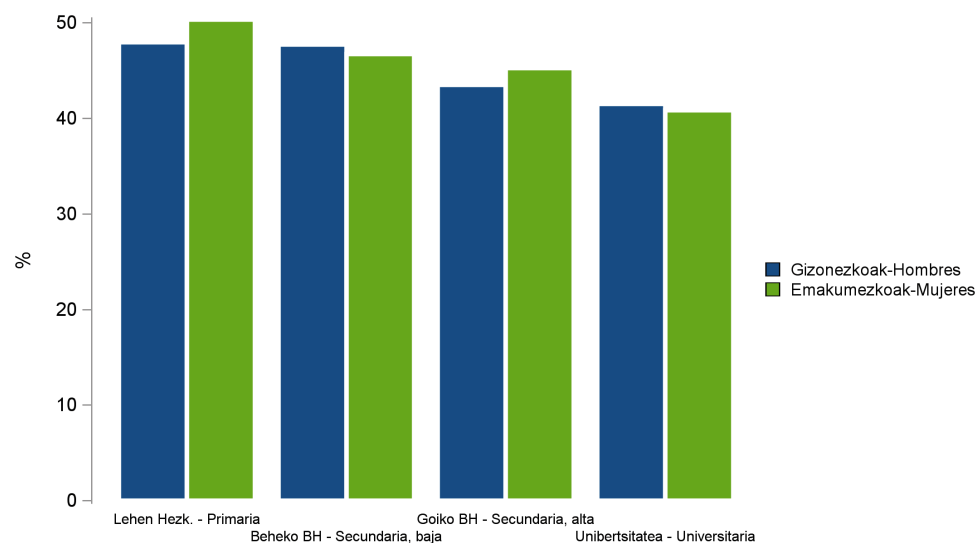
• FIGURA 19

El nivel de estudios también se asocia a la prevalencia de problemas crónicos. Fruto del gradiente social en la frecuencia de estos problemas, mientras el 42% de los hombres y el 41% de las mujeres con educación universitaria padecen problemas crónicos, la proporción se eleva al 48% en los hombres y el 50% de las mujeres con educación primaria.

FIGURA 19

Morbilitate kronikoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013 Desigualdades en la morbilidad crónica por nivel de estudios, 2013

Arazo kronikoen prebalentzia*
Prevalencia de problemas crónicos*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

02

ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

• FIGURA 20

La hipertensión y el colesterol elevado son los dos problemas crónicos más frecuentes de la población vasca; en los hombres, les siguen en frecuencia el dolor dorsal, la diabetes y problemas cardíacos distintos al infarto agudo de miocardio.

• FIGURA 21

En las mujeres, tras la hipertensión y el colesterol elevado, los problemas más frecuentes son la artrosis, el dolor dorsal y el dolor cervical.

FIGURA 20

Gizonezkoengan sarrienak diren arazo kronikoak, 2013
Problemas crónicos más frecuentes en los hombres, 2013

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos

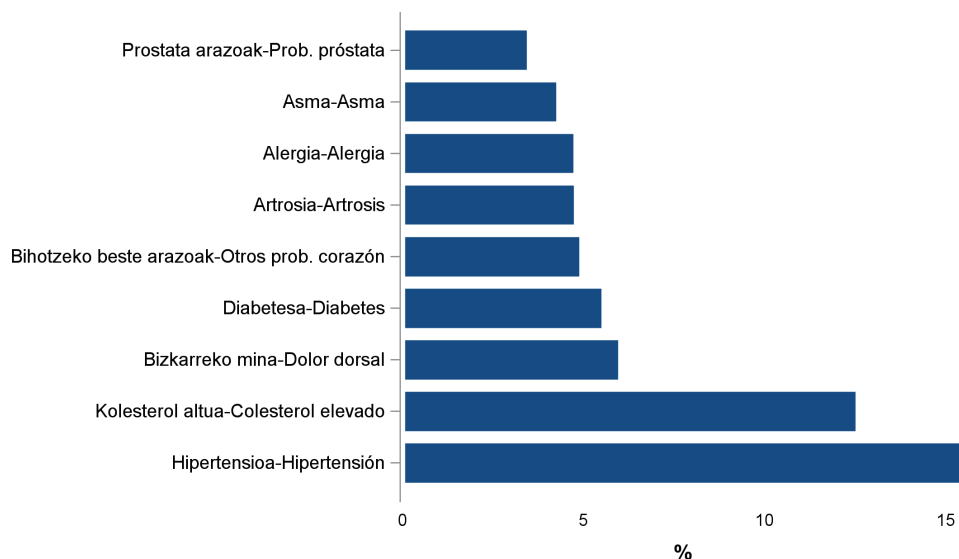
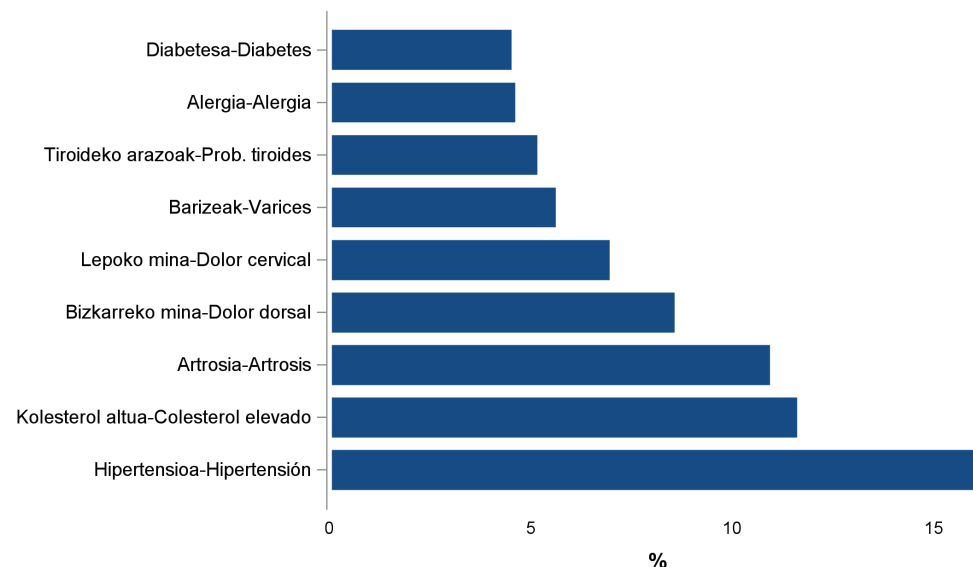


FIGURA 21

Emakumezkoengan sarrienak diren arazo kronikoak, 2013
Problemas crónicos más frecuentes en las mujeres, 2013

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos



03

DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

A) Condiciones de vida y de trabajo.

- En los últimos años se ha producido un gran aumento de la población en situación de desempleo.
- La insatisfacción con el trabajo, en general, ha ido disminuyendo en los últimos años, sobre todo en las mujeres.
- Prestar concentración o atención continuada y los movimientos repetitivos son los riesgos ergonómicos más habituales a los que están expuestos/as en el trabajo de manera frecuente (siempre, casi siempre o muchas veces) tanto mujeres como hombres.
- El ruido de nivel elevado y el contagio por bacterias, virus u otros agentes biológicos son los riesgos físico-químicos más habituales a los que están expuestos/as en el trabajo de manera frecuente los hombres y las mujeres respectivamente.
- Más del 40% de los hogares tiene dificultades para llegar a fin de mes.
- Las mujeres de cualquier edad dedican más horas semanales que los hombres a la realización de los trabajos domésticos y el cuidado de personas.
- El problema más frecuente (8%) en el entorno de la vivienda es la presencia de animales que provocan molestias.

B) Factores psicosociales.

- En ambos sexos, la falta de apoyo social, afectivo o confidencial, (red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social) aumenta al descender en la clase social.

- En ambos sexos, la falta de apoyo afectivo es mucho más frecuente que la de apoyo confidencial.

C) Conductas relacionadas con la salud.

- El consumo de tabaco ha disminuido de forma muy considerable.
- La exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) ha disminuido también de forma muy relevante.
- En 2013, la prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud es del 25% en los hombres y del 15% en las mujeres. Respecto a 2007, en los hombres la prevalencia ha bajado en un 15% y en las mujeres ha aumentado en un 22%.
- El 12% de los hombres y el 5% de las mujeres, consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes.
- La prevalencia de obesidad en el conjunto de la CAPV se ha estabilizado.
- La proporción de personas con obesidad aumenta con la edad. Alrededor del 20% de la población vasca mayor de 65 años la padece.
- Se ha considerado población físicamente activa a aquella que realiza ejercicio físico saludable. La proporción de personas activas ha aumentado en los hombres y apenas ha cambiado en las mujeres.
- La proporción de mujeres que come fruta y verdura a diario es mayor que la de hombres.

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 22

Entre los años 2007 y 2013 se ha producido un fuerte aumento en la proporción de la población desempleada. El aumento ha sido mayor en los hombres.

• FIGURA 23

El aumento de población desempleada se ha producido en todos los tramos de edad, pero más significativamente en los hombres y mujeres de 15 a 24 años.

FIGURA 22

Langabeziaren bilakaera, 2002-2013
Evolución del desempleo, 2002-2013

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*

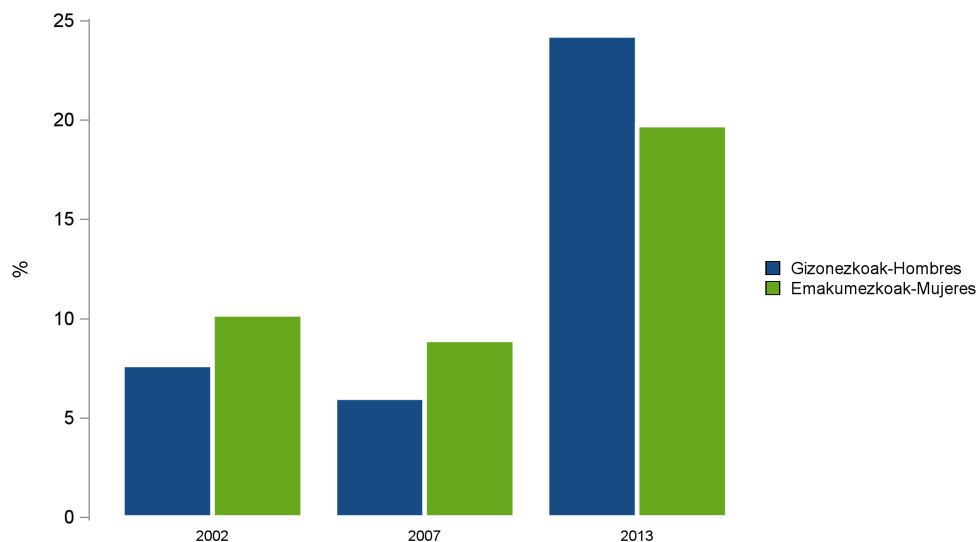
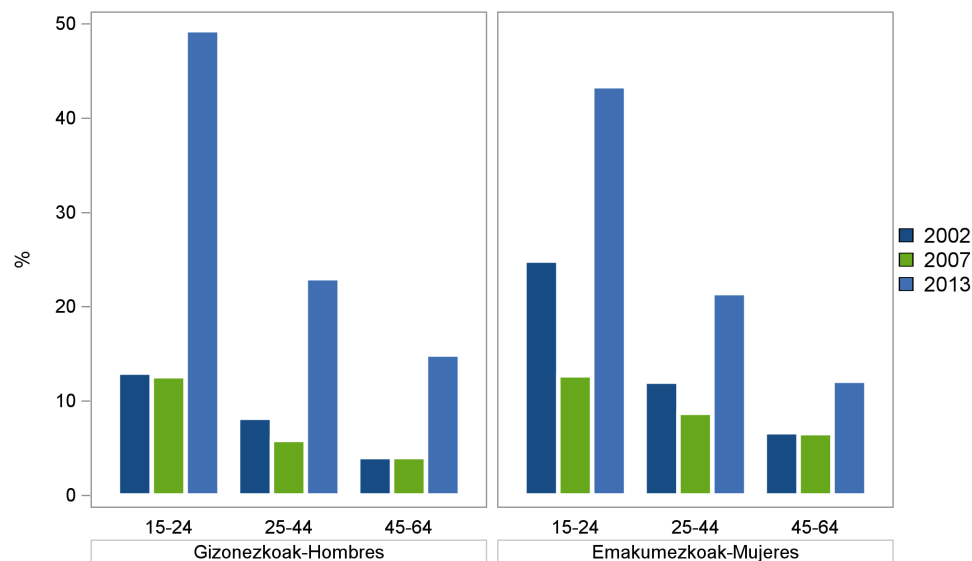


FIGURA 23

Langabeziaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del desempleo según la edad, 2002-2013

Langabeziaren prebalentzia
Prevalencia de desempleo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 24

Las desigualdades en la proporción de personas desempleadas según la clase social son muy evidentes, pero especialmente pronunciadas en los hombres.

• FIGURA 25

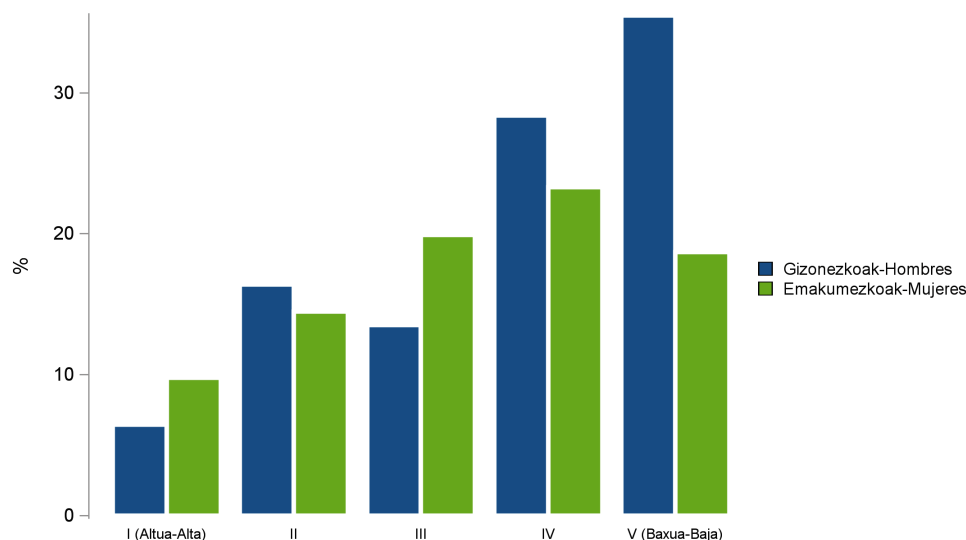
La proporción de hombres desempleados es alrededor de 4 veces superior en los que tienen estudios primarios que en los que tienen universitarios; en las mujeres, la proporción de desempleadas fue dos veces mayor.

FIGURA 24

FIGURA 25

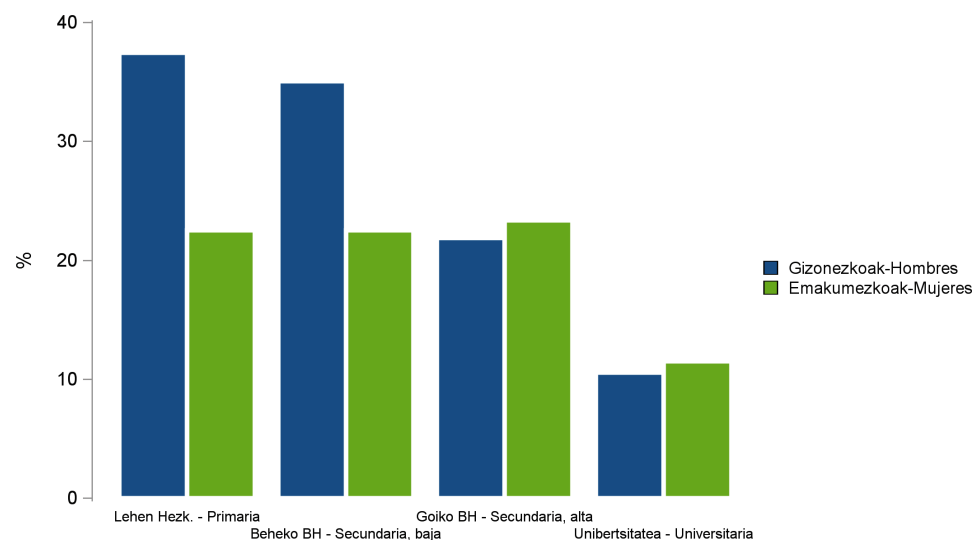
Langabeziaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el desempleo por clase social, 2013

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*



Langabeziaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el desempleo por nivel de estudios, 2013

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 26

En general, la insatisfacción con el trabajo ha disminuido en los últimos años, sobre todo en las mujeres. En 2013, el 10% de los hombres y el 8% de las mujeres se manifiestan insatisfechas con su trabajo.

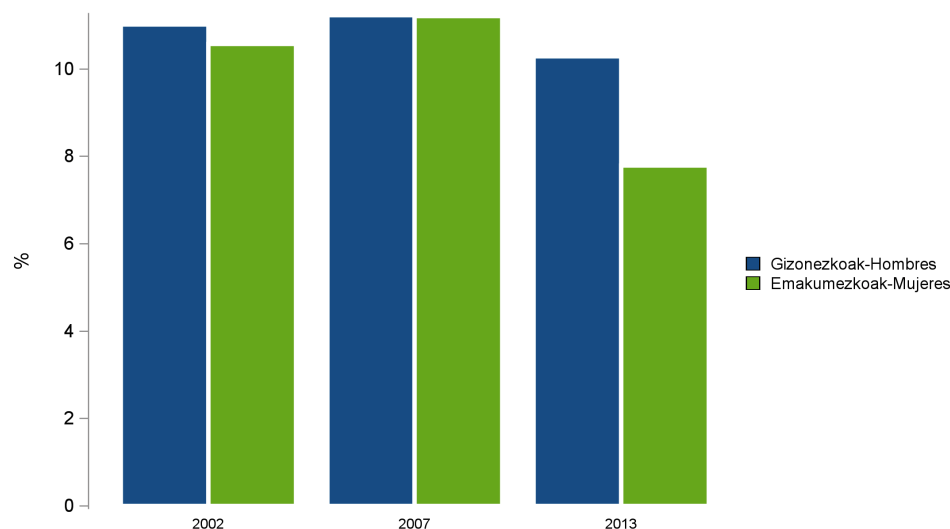
• FIGURA 27

Si tenemos en cuenta la edad, respecto a 2007, en el tramo de 45 y más años ha aumentado la proporción de personas insatisfechas con su trabajo, alcanzando al 10% de los hombres y el 9% de las mujeres.

FIGURA 26

Laneko asegabetasunaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la insatisfacción en el trabajo, 2002-2013

Asegabetasunaren prebalentzia landunaren biztanlerian*
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada*

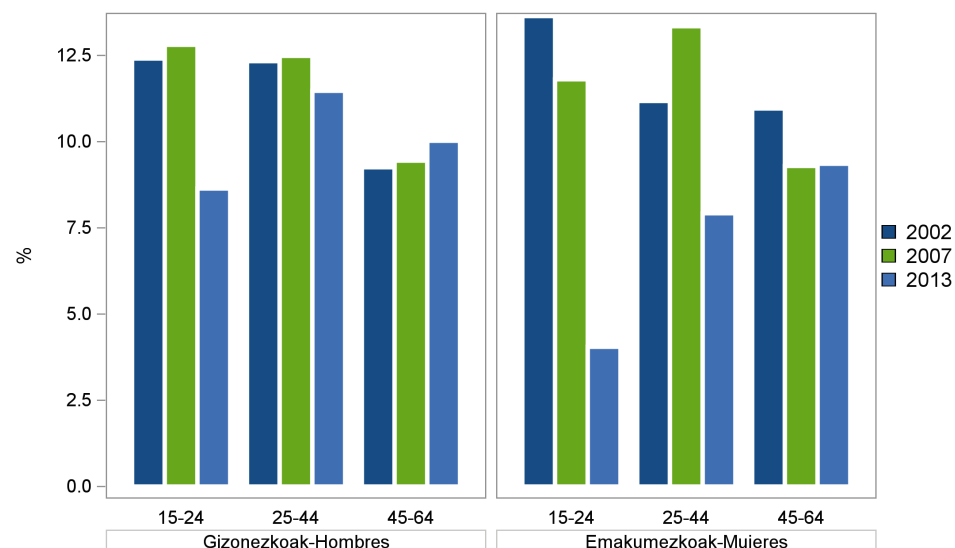


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 27

Laneko asegabetasunaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución de la insatisfacción en el trabajo según la edad, 2002-2013

Asegabetasunaren prebalentzia landunaren biztanlerian
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada



03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 28

Se observa una relación gradual entre la clase social y la insatisfacción en el trabajo, de manera que la frecuencia de insatisfacción aumenta al descender en la clase social. La brecha social en la insatisfacción es especialmente relevante en los hombres: el 5% de los hombres y 7% de las mujeres de la clase I se declaran insatisfechos/as, frente al 16% de los hombres y 11% de las mujeres de la clase V.

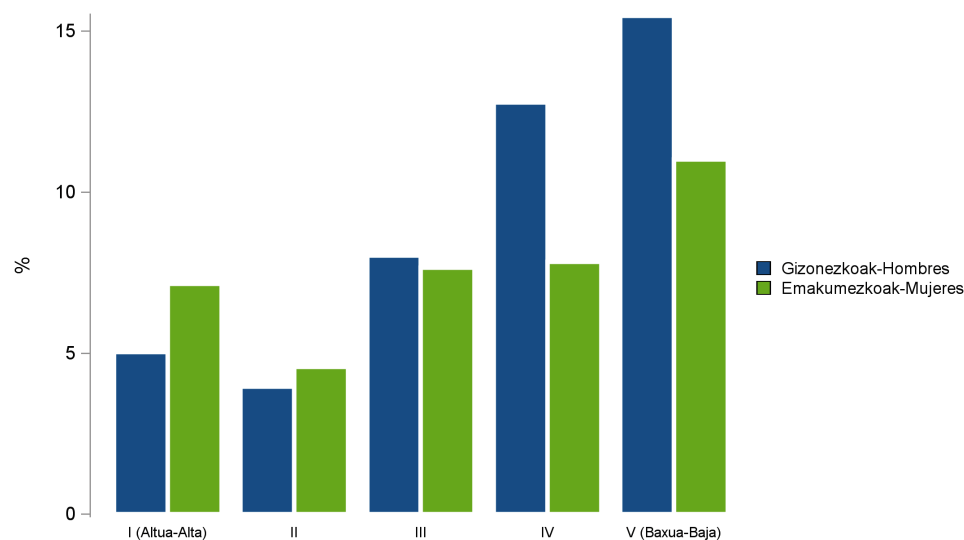
• FIGURA 29

En lo que respecta al nivel de estudios, los hombres con estudios secundarios son quienes manifiestan una mayor insatisfacción en el trabajo (entre el 11 y 13%). En el caso de las mujeres, la mayor proporción (12%) se observa entre las que tienen estudios primarios.

FIGURA 28

Laneko asegabetasunaren derberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la insatisfacción en el trabajo por clase social, 2013

Asegabetasunaren prebalentzia landunaren biztanlerian*
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada*

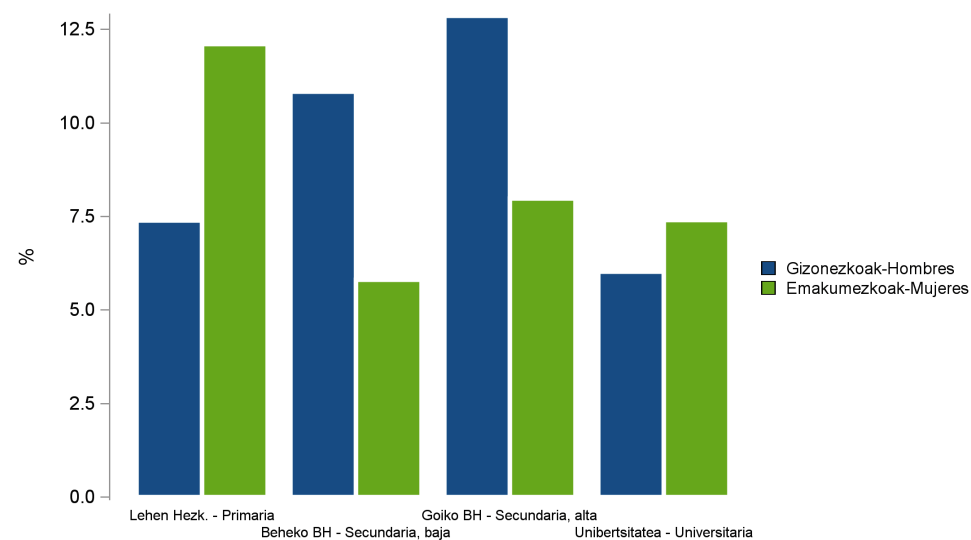


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 29

Laneko asegabetasunaren derberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la insatisfacción en el trabajo por nivel de estudios, 2013

Asegabetasunaren prebalentzia landunaren biztanlerian*
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

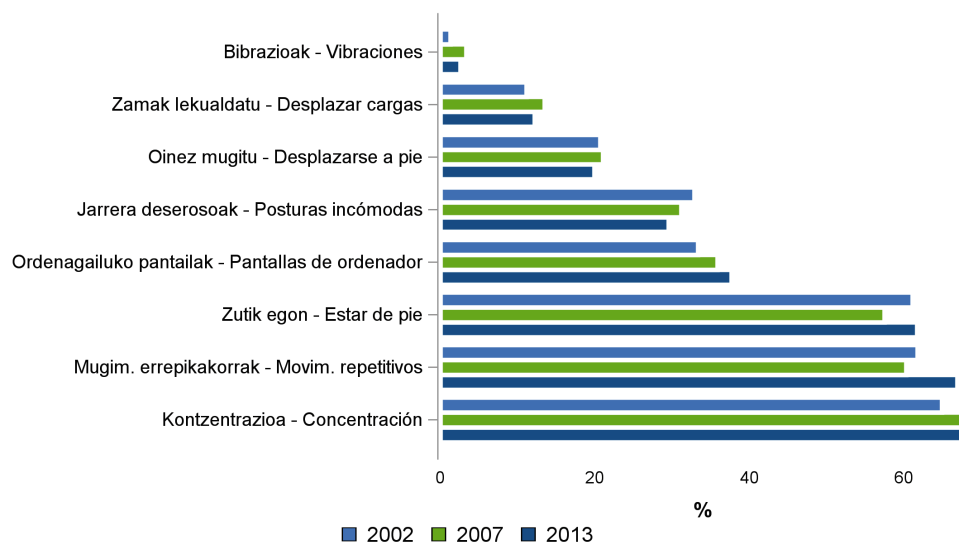
• FIGURA 30 y 31

Prestar concentración o atención continuada (68% de las mujeres y 78% de los hombres en el año 2013), repetir los mismos movimientos una y otra vez (67% de las mujeres y 66% de los hombres en el año 2013) y permanecer mucho tiempo de pie (62% de las mujeres y 61% de los hombres en el año 2013) son desde hace años, y sin grandes cambios, los riesgos ergonómicos más habituales a los que están expuestos/as en el trabajo de manera frecuente (siempre, casi siempre o muchas veces) tanto mujeres como hombres.

FIGURA 30

Lan-inguruan arrisku ergonomikoen esposizioaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la exposición en el trabajo a riesgos ergonómicos, 2002-2013

Ohiko esposizioaren prebalentzia emakumezkoetan*
Prevalencia de exposición frecuente en las mujeres*

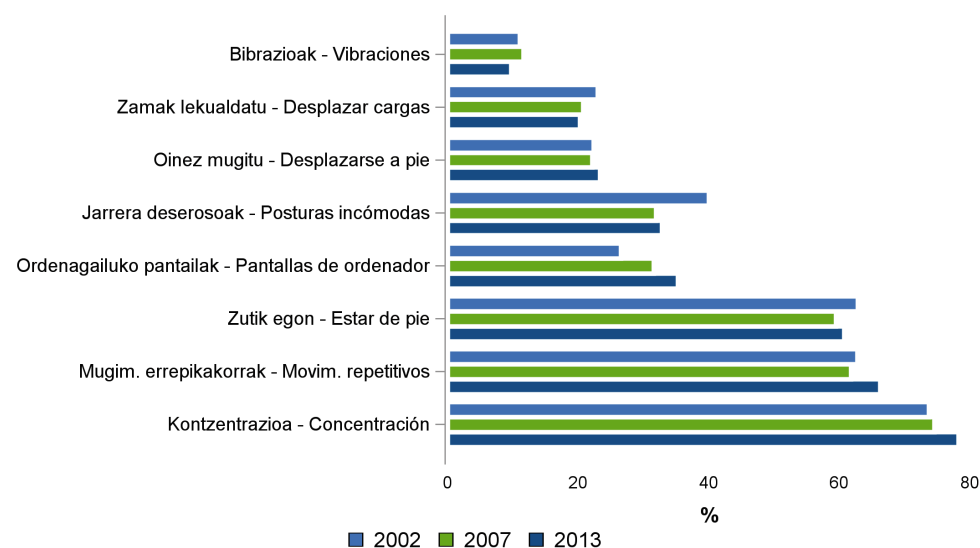


*Biztanleria okupatuta/Población ocupada

FIGURA 31

Lan-inguruan arrisku ergonomikoen esposizioaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la exposición en el trabajo a riesgos ergonómicos, 2002-2013

Ohiko esposizioaren prebalentzia gizonezkoetan*
Prevalencia de exposición frecuente en los hombres*



*Biztanleria okupatuta/Población ocupada

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 32

El contagio por bacterias, virus u otros agentes biológicos, respirar humos, polvo o productos tóxicos y el ruido elevado son los riesgos físico-químicos más habituales a los que las mujeres están expuestas en el trabajo de manera frecuente. Desde el año 2002 se ha producido un incremento en el riesgo por contagio (del 10% en 2002 al 13% en 2013) y una disminución en la respiración de humos, etc. (del 15% en 2002 al 13% en 2013).

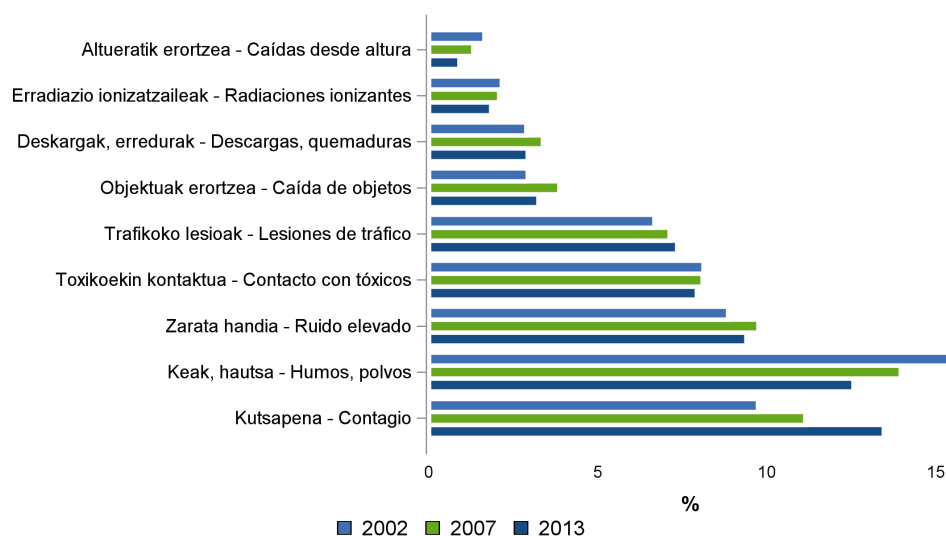
• FIGURA 33

El ruido elevado, respirar humos, polvo o productos tóxicos y las lesiones de tráfico son los riesgos físico-químicos más habituales a los que los hombres están expuestos en el trabajo de manera frecuente. Desde el año 2002 se ha producido una disminución en la exposición a respirar humos, polvo, etc. (del 30% en 2002 al 23% en 2013) y al ruido elevado (del 28% en 2002 al 23% en 2013).

FIGURA 32

Lan-inguruan arrisku fisiko-kimikoen esposizioaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la exposición en el trabajo a riesgos físico-químicos, 2002-2013

Ohiko esposizioaren prebalentzia emakumezkoetan*
Prevalencia de exposición frecuente en las mujeres*

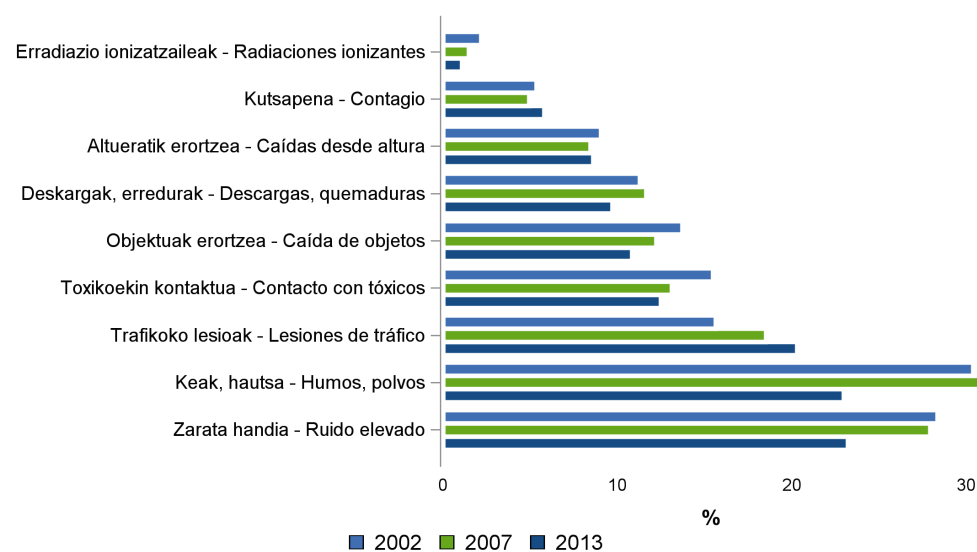


*Biztanleria okupatuta/Población ocupada

FIGURA 33

Lan-inguruan arrisku fisiko-kimikoen esposizioaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la exposición en el trabajo a riesgos físico-químicos, 2002-2013

Ohiko esposizioaren prebalentzia gizonezkoetan*
Prevalencia de exposición frecuente en los hombres*



*Biztanleria okupatuta/Población ocupada

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

II. Ingresos y situación económica

• FIGURA 34

Más del 40% de los hogares tiene dificultades para llegar a fin de mes. Esa proporción es algo mayor cuando la persona de referencia del hogar es una mujer (44%) que cuando es un hombre (41%).

• FIGURA 35

De acuerdo con la percepción de la persona de referencia del hogar, el 7% (en el caso de los hombres) y el 8% (en el de las mujeres) de los hogares son pobres o muy pobres. En el 57% de los hogares en los que la persona de referencia es una mujer la situación económica percibida está por debajo de la media, mientras que esa proporción es del 49% si la persona de referencia es un hombre.

FIGURA 34

Hilaren amaierara iristeko familiako zailtasunak, 2013
Dificultades de los hogares para llegar a fin de mes, 2013

Erreferentziazko pertsonaren sexuaren arabera banaketa
Distribución según el sexo de la persona de referencia

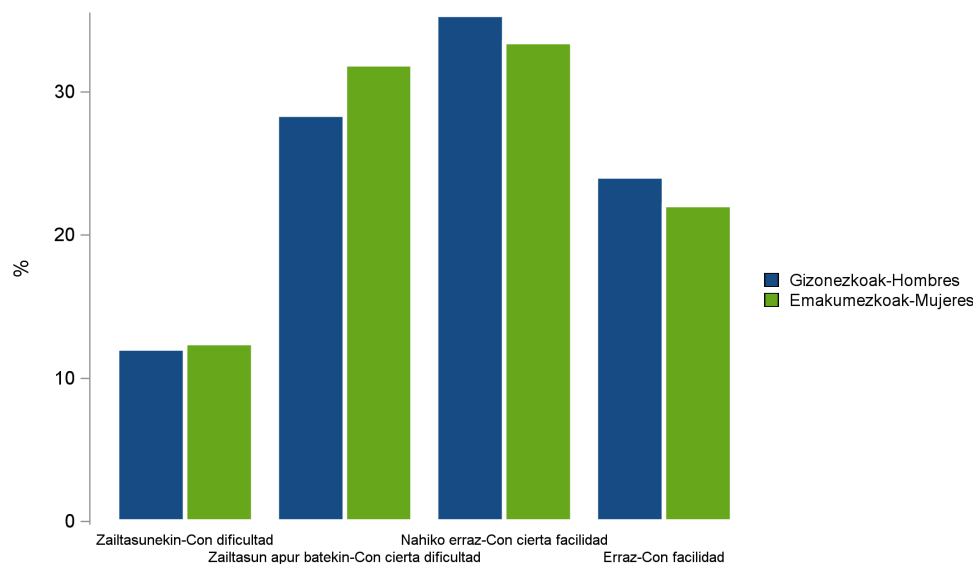
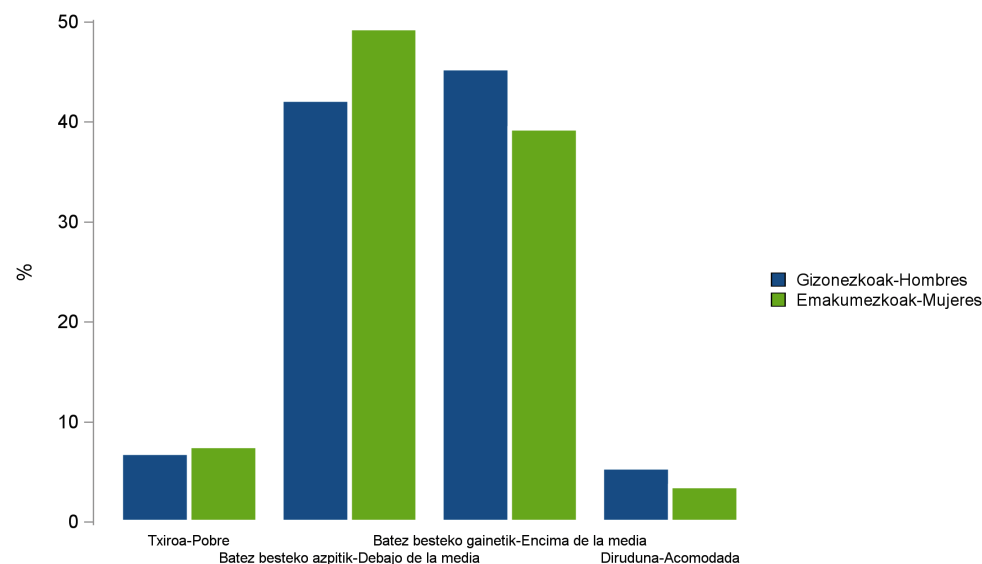


FIGURA 35

Familiaren egoera ekonomikoari buruzko iritzia, 2013
Situación económica percibida de los hogares, 2013

Erreferentziazko pertsonaren sexuaren arabera banaketa
Distribución según el sexo de la persona de referencia



03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

III. Trabajo doméstico y de cuidado

• FIGURA 36

Las mujeres de cualquier edad dedican más horas semanales que los hombres a la realización de los trabajos domésticos y al cuidado de personas. Tanto mujeres como hombres de 25 a 44 años son los/as que dedican más horas a estas tareas: 34 horas semanales las mujeres y 16 horas los hombres.

• FIGURA 37

El grupo socioeconómico no influye en el trabajo doméstico y de cuidados que realizan los hombres, quienes dedican una media de 12 horas semanales independientemente del grupo al que pertenezcan. Sin embargo, en las mujeres el número de horas aumenta al descender en la clase social: las mujeres del grupo I dedican 18 horas semanales a estas tareas y las del grupo V, más desfavorecido, 26.

FIGURA 36

Etxeko eta zainketa lanak adinaren arabera, 2013
Trabajo doméstico y de cuidados según la edad, 2013

Asteko lan orduen batez bestekoa
Media de horas de trabajo semanales

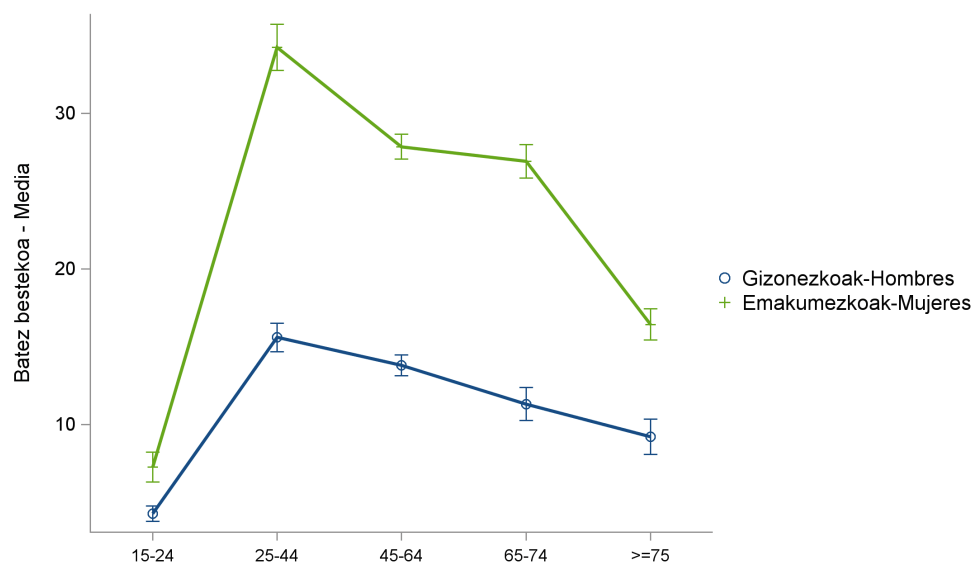
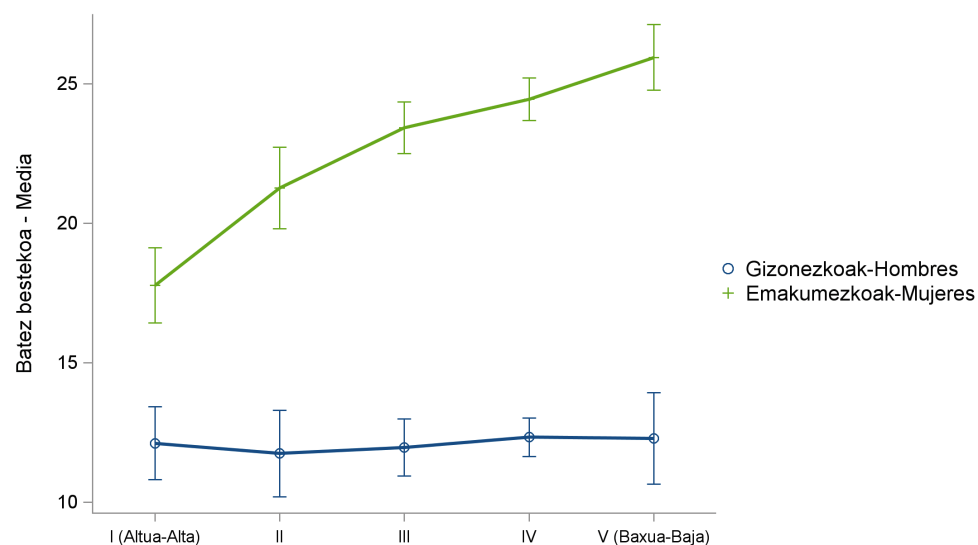


FIGURA 37

Etxeko eta zainketa lanaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por clase social, 2013

Asteko lan orduen batez bestekoa*
Media de horas de trabajo semanales*



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

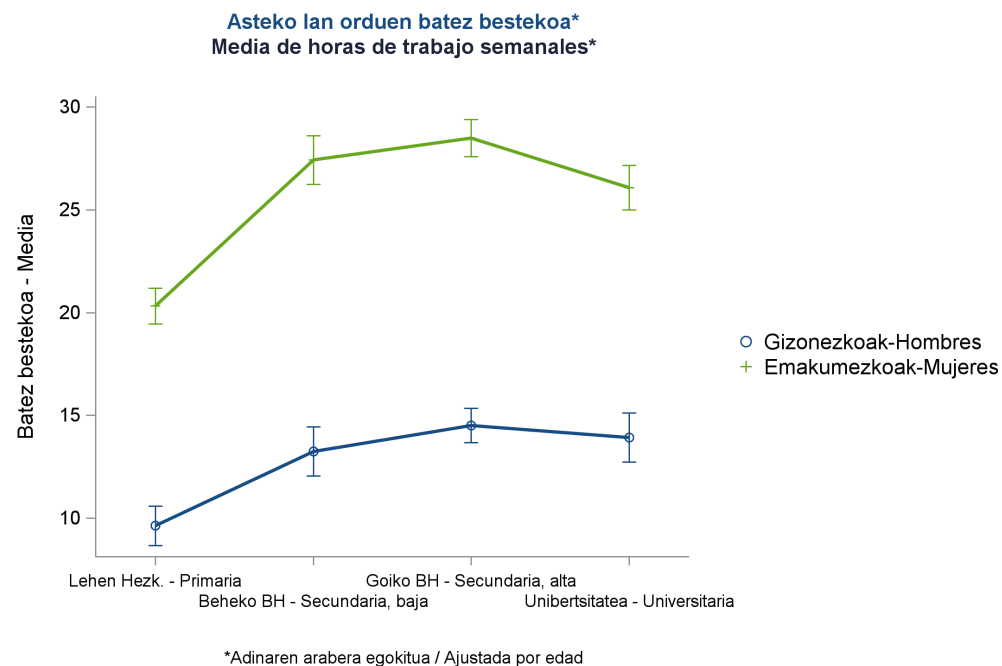
III. Trabajo doméstico y de cuidado

• FIGURA 38

Las personas con estudios primarios son las que dedican menos horas semanales al trabajo doméstico y de cuidados.

FIGURA 38

Etxeko eta zainketa lanaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por nivel de estudios, 2013



03

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

IV. Entorno de la vivienda

• FIGURA 39

El problema más frecuente (8%) en el entorno de la vivienda es la presencia de animales que provocan molestias. En orden de frecuencia, le siguen la escasez de zonas verdes (5% de los hombres y 6% de las mujeres) y los ruidos procedentes del exterior de la vivienda (5%).

• FIGURA 40

Más del 80% de la población considera que el entorno de su vivienda dispone de instalaciones o lugares al aire libre para realizar ejercicio físico. La misma proporción de personas dispone de una amplia oferta para comprar frutas y verduras. Llama la atención que más del 60% de las personas tenga acceso a establecimientos de comida rápida en el entorno de su vivienda.

FIGURA 39

Etxebizitzaren inguruaren arazoak, 2013
Problemas en el entorno de la vivienda, 2013

Arazoen prebalentzia
Prevalencia de problemas

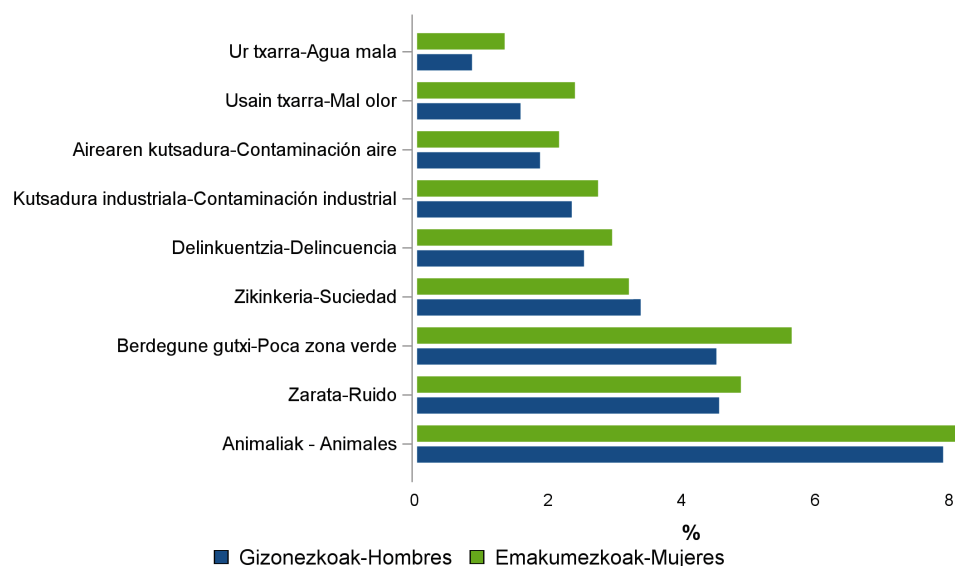
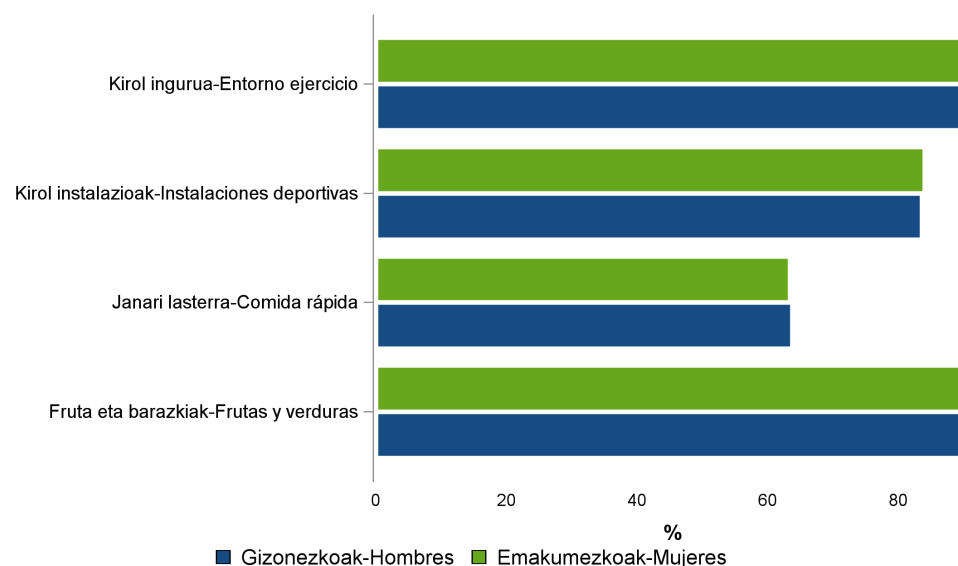


FIGURA 40

Etxebizitzaren inguruaren baliabideak, 2013
Recursos en el entorno de la vivienda, 2013

Baliabidearen prebalentzia
Prevalencia del recurso



DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

• FIGURA 41 y 42

En ambos sexos, la falta de apoyo afectivo es mucho más frecuente que la de apoyo confidencial. La percepción del apoyo social afectivo ha mejorado en las mujeres (la falta de apoyo afectivo ha pasado del 27% al 24%) y empeorado en los hombres (del 24% al 25%). Al 5% de la población vasca le falta apoyo confidencial.

La falta de apoyo social afectivo, aumenta con la edad hasta la edad media de la vida, y posteriormente desciende en los grupos de edad más avanzados.

FIGURA 41

Gizarte-laguntzaren bilakaera adinaren arabera gizonezkoetan, 2002-2013
Evolución del apoyo social según la edad en los hombres, 2002-2013

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia
Prevalencia de falta de apoyo social

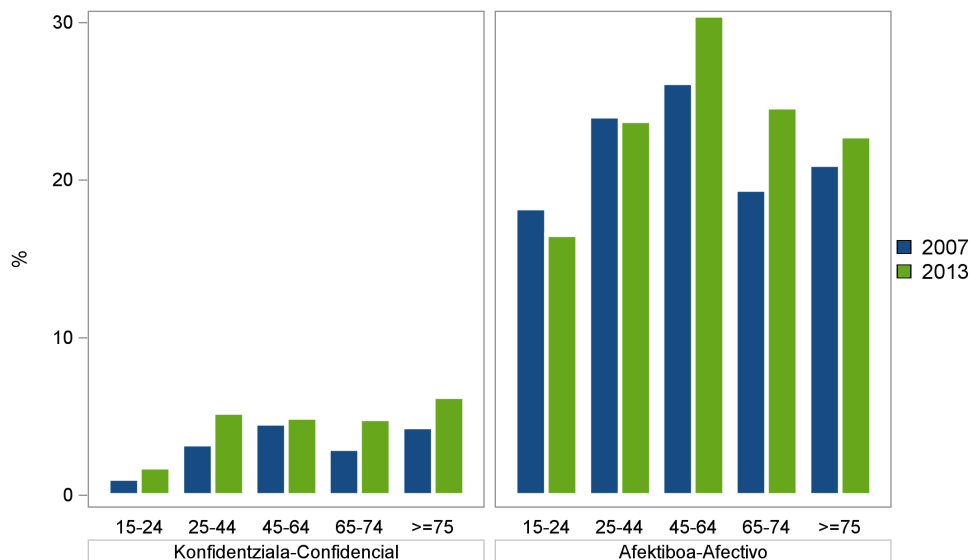
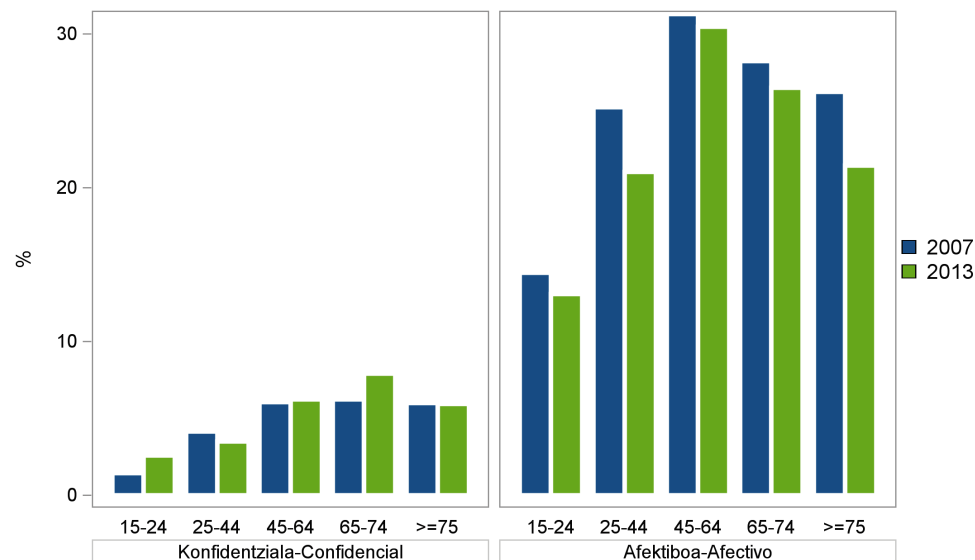


FIGURA 42

Gizarte-laguntzaren bilakaera adinaren arabera emakumezkoetan, 2002-2013
Evolución del apoyo social según la edad en las mujeres, 2002-2013

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia
Prevalencia de falta de apoyo social



03

DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

• FIGURA 43

En ambos sexos, la falta de apoyo social, afectivo o confidencial, aumenta al descender en la clase social. El gradiente es más pronunciado en el caso del apoyo afectivo que en el del confidencial.

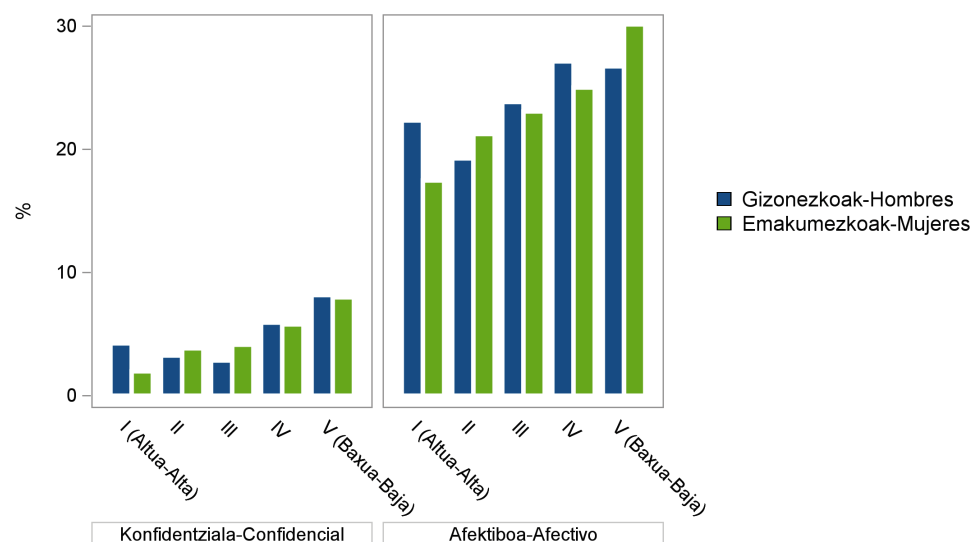
• FIGURA 44

La prevalencia de falta de apoyo social, afectivo o confidencial, es menor en las personas con mayor nivel de estudios.

FIGURA 43

Gizarte-laguntzaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el apoyo social por clase social, 2013

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de falta de apoyo social*

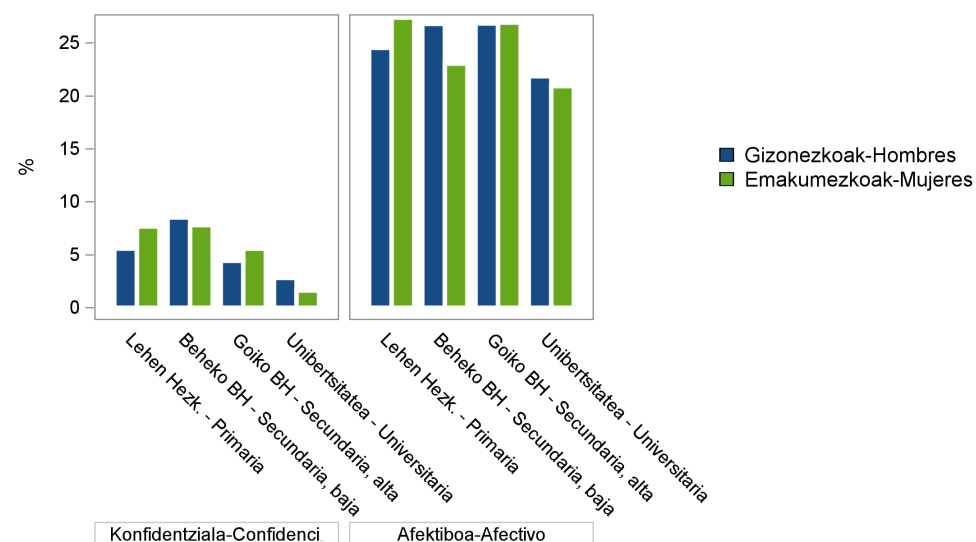


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 44

Gizarte-laguntzaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el apoyo social por nivel de estudios, 2013

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de falta de apoyo social*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

I. Consumo de tabaco

• FIGURA 45

El consumo de tabaco ha disminuido de forma muy relevante en los últimos años. En los hombres ha pasado de un 30%, en 2002, a un 28% en 2007 y un 24% en 2013. En las mujeres, por primera vez desde 1997, se ha producido una disminución en el consumo de tabaco. En 2007 fumaba el 21% de las mujeres y en 2013 el 19%.

• FIGURA 46

La proporción de personas que fuma varía mucho en función de la edad. En los hombres el mayor consumo se da entre los de 25 a 64 años de edad; en las mujeres, en las de 25 a 44 años de edad. En 2013, fumaba alrededor del 30% los hombres de 25-64 años y el 26% de las mujeres 25-44 años. Llama la atención que el consumo haya descendido en todos los grupos de edad, salvo en las mujeres de 45 a 64 años, en las que se ha producido un aumento sostenido desde 2002.

FIGURA 45

Tabakoaren kontsumoaren bilakaera, 2002-2013
Evolución del consumo de tabaco, 2002-2013

Erretzaileen prebalentzia*
Prevalencia de población fumadora*

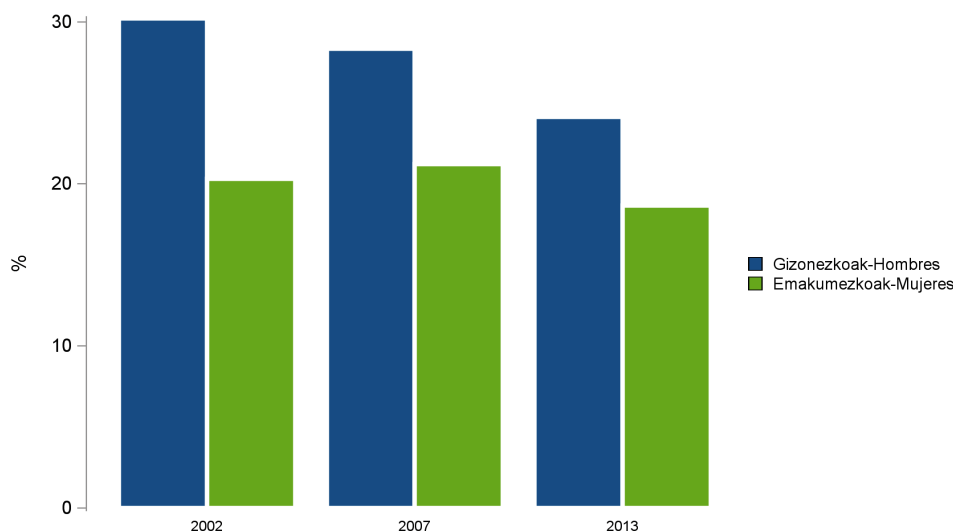
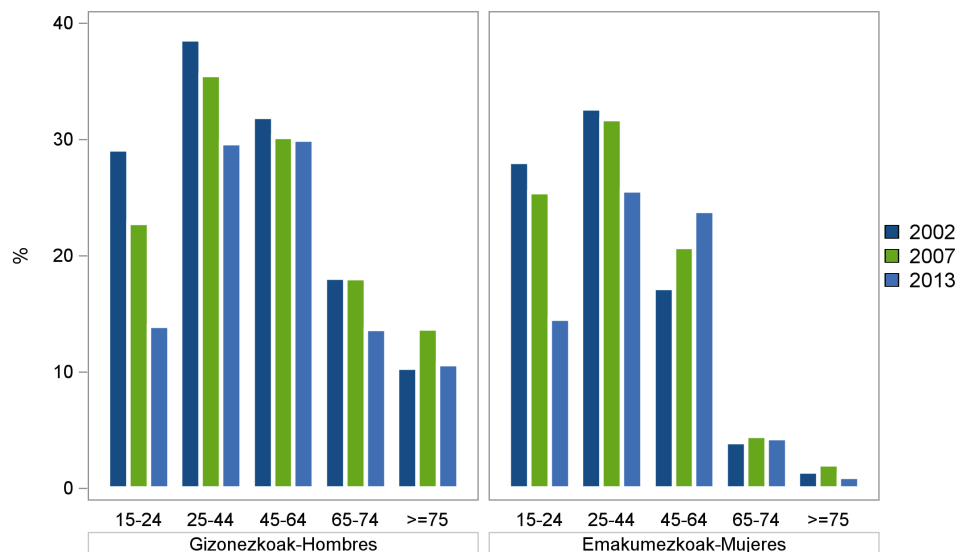


FIGURA 46

Tabakoaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del consumo de tabaco según la edad, 2002-2013

Erretzaileen prebalentzia
Prevalencia de población fumadora



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

I. Consumo de tabaco

• FIGURA 47

El patrón de desigualdades sociales en el consumo de tabaco es distinto según la edad. En las personas menores a los 45 años, en ambos sexos, el consumo aumenta al descender la clase social; en las personas de 45 y más años, en los hombres se da el mismo patrón que en los jóvenes, mientras que en las mujeres no se observa un patrón gradual y son las de la clase II las que más consumen.

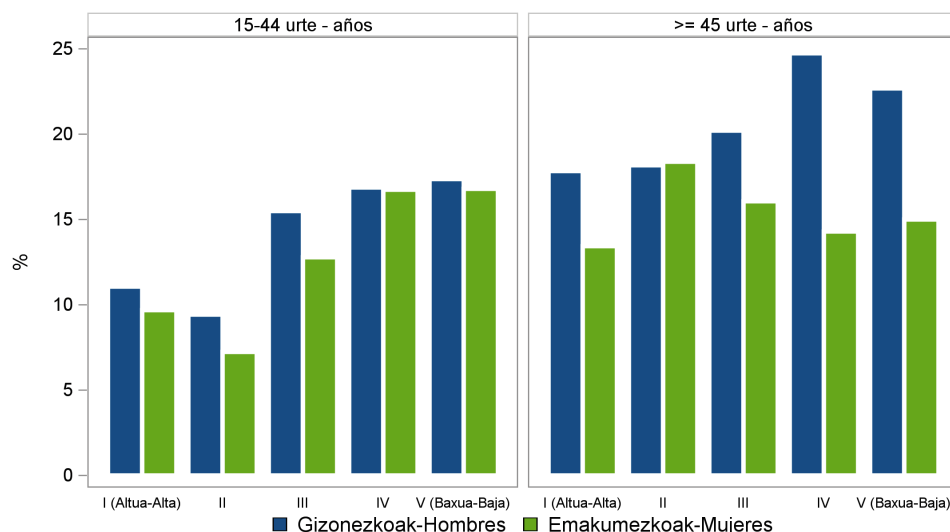
• FIGURA 48

El patrón del consumo de tabaco según el nivel de estudios también es distinto según la edad. En las personas más jóvenes de ambos sexos, el consumo aumenta al disminuir el nivel de estudios, con un gradiente muy pronunciado; en las personas de 45 y más años, en los hombres el consumo aumenta al disminuir el nivel de estudios, y en las mujeres no se observan diferencias relevantes.

FIGURA 47

Tabakoaren kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo de tabaco por clase social, 2013

Erretzaileen prebalentzia*
Prevalencia de población fumadora*

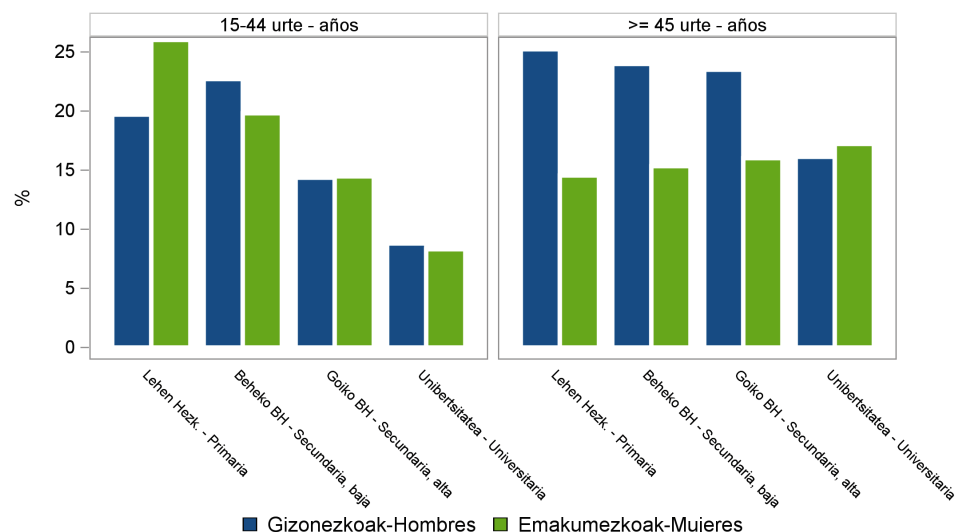


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 48

Tabakoaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo de tabaco por nivel de estudios, 2013

Erretzaileen prebalentzia*
Prevalencia de población fumadora*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

II. Tabaquismo pasivo

• FIGURA 49

La exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) ha disminuido también de forma muy relevante, a más de la mitad respecto a 2007 y en más del 60% respecto a 2002. La disminución se ha dado de forma similar (en términos relativos) en ambos sexos, aunque en términos absolutos ha sido algo mayor en los hombres. Las diferencias entre sexos han disminuido, aunque persiste mayor exposición en los hombres respecto a las mujeres.

• FIGURA 50

En ambos sexos, la prevalencia de tabaquismo pasivo disminuye de manera muy marcada con la edad. La disminución de la prevalencia observada en estos años se ha producido en todos los grupos de edad.

FIGURA 49

Tabakismo pasiboaren bilakaera, 2002-2013
Evolución del tabaquismo pasivo, 2002-2013

Tabakoaren kearen esposizio pasiboaren prebalentzia*
Prevalencia de exposición pasiva al humo del tabaco*

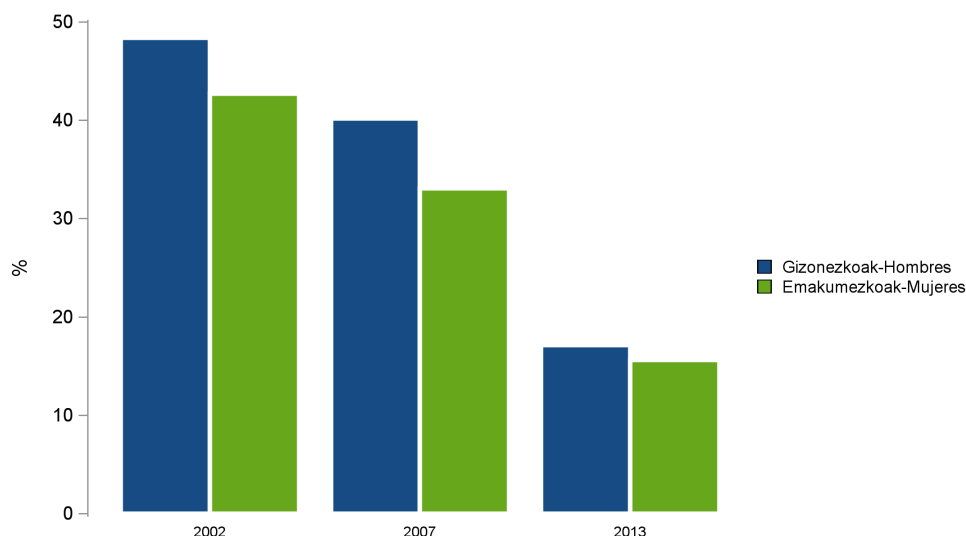
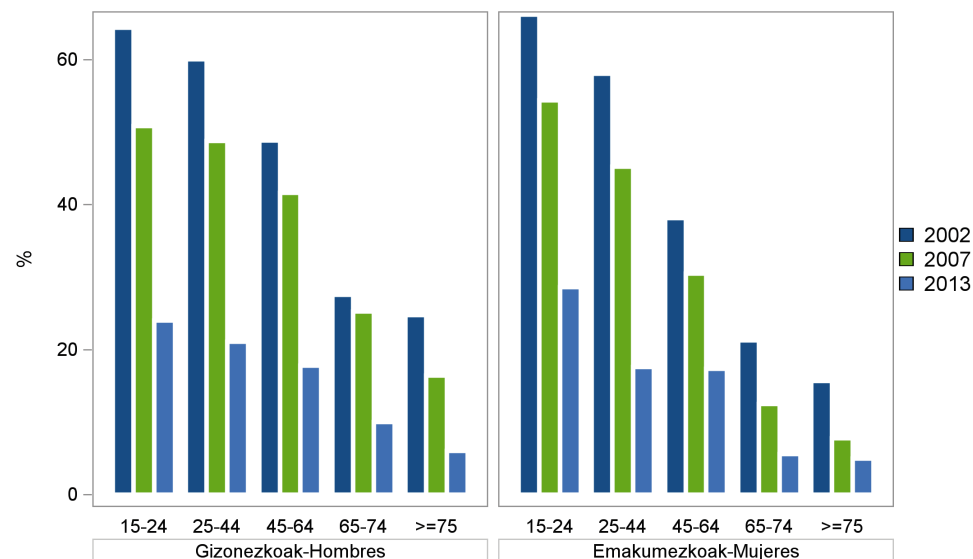


FIGURA 50

Tabakismo pasiboaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del tabaquismo pasivo según la edad, 2002-2013

Tabakoaren kearen esposizio pasiboaren prebalentzia*
Prevalencia de exposición pasiva al humo del tabaco*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

II. Tabaquismo pasivo

• FIGURA 51

En ambos sexos, a medida que el nivel socioeconómico es más bajo el tabaquismo pasivo es más frecuente.

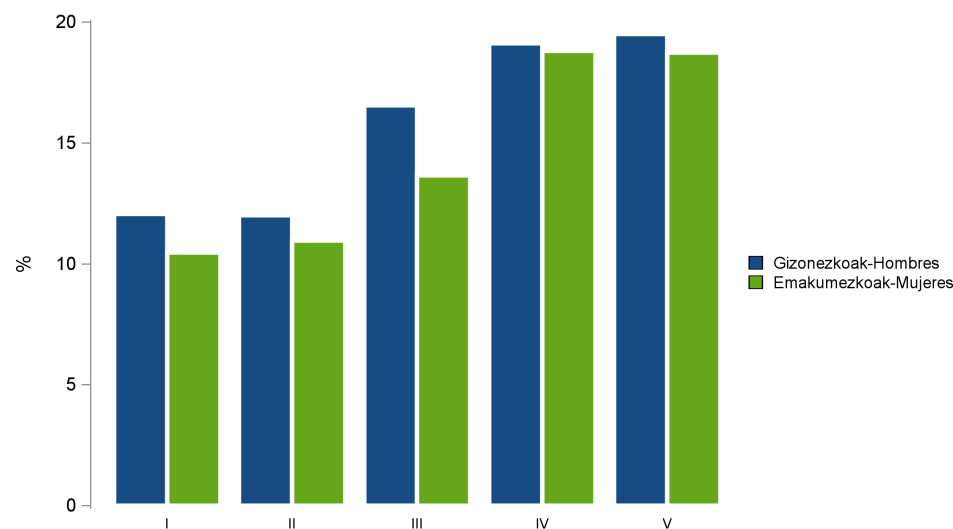
• FIGURA 52

De manera similar, la prevalencia aumenta al disminuir el nivel de estudios, especialmente en hombres.

FIGURA 51

Tabakismo pasiboaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el tabaquismo pasivo por clase social, 2013

Tabakoaren kearen esposizio pasiboaren prebalentzia*
Prevalencia de exposición pasiva al humo del tabaco*

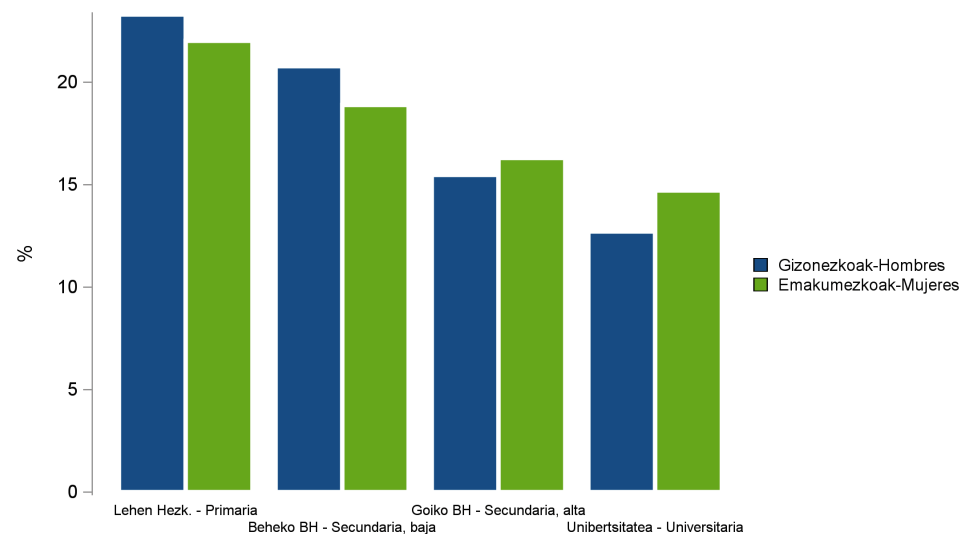


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 52

Tabakismo pasiboaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el tabaquismo pasivo por nivel de estudios, 2013

Tabakoaren kearen esposizio pasiboaren prebalentzia*
Prevalencia de exposición pasiva al humo del tabaco*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 53

En esta Encuesta se ha valorado el patrón del consumo de alcohol teniendo en cuenta el riesgo a largo plazo de sufrir problemas de salud asociado a su consumo. En 2013, la prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud es del 25% en los hombres y del 15% en las mujeres. Sin embargo, la evolución ha sido peor en las mujeres. Mientras en los hombres, respecto a 2007, la prevalencia ha bajado en un 15%, en las mujeres ha aumentado en un 22%.

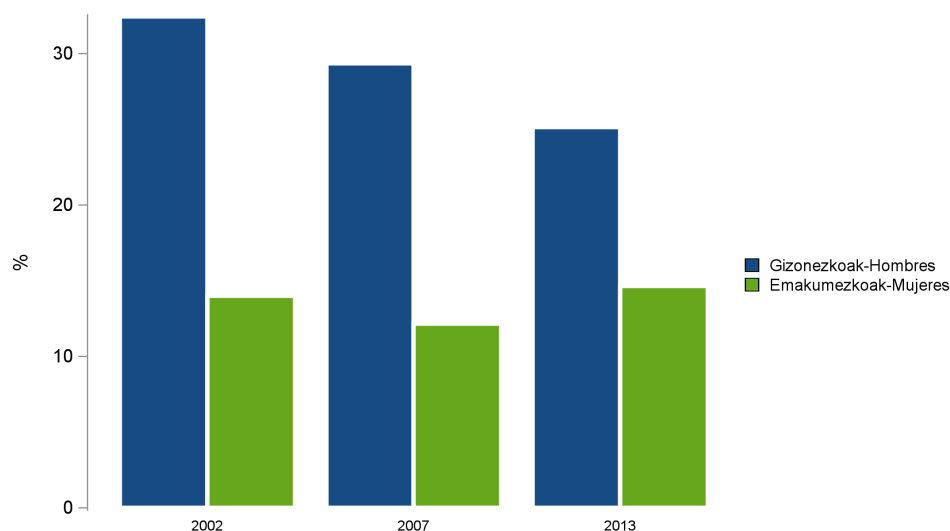
• FIGURA 54

El consumo de alto riesgo ha disminuido muy significativamente en las personas menores de 25 años. Sin embargo, respecto a 2007, ha aumentado en los demás grupos de edad en las mujeres y en los hombres de 65-74 años. Fruto de esta evolución, en 2013 la mayor prevalencia de consumo de alto riesgo se daba en los hombres de 45 a 74 años; en las mujeres, en las de 45-64 años y en las menores de 25 años.

FIGURA 53

Alkoholaren kontsumoaren bilakaera, 2002-2013
Evolución del consumo de alcohol, 2002-2013

Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo*

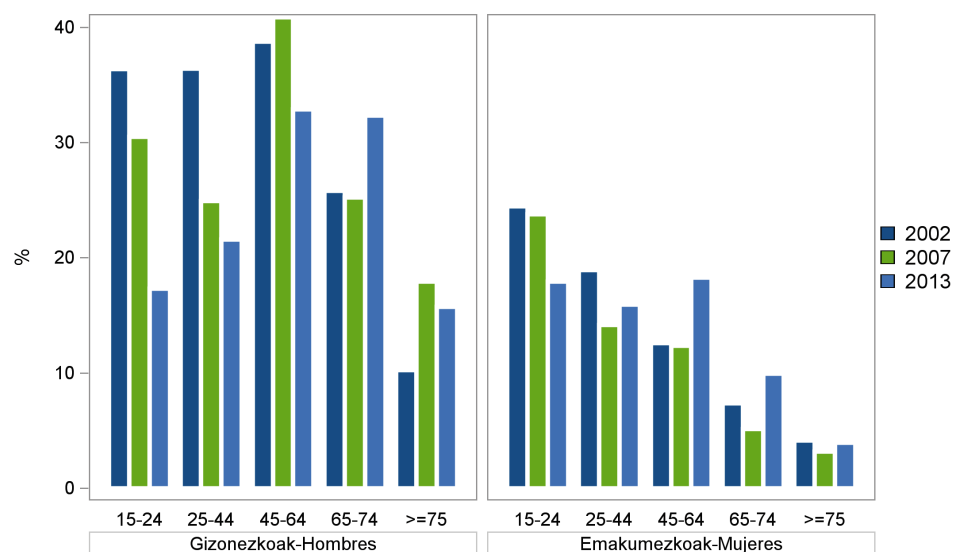


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 54

Alkoholaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del consumo de alcohol según la edad, 2002-2013

Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo*



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 55

El consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud es mayor en las clases sociales más favorecidas y disminuye al bajar en la clase social.

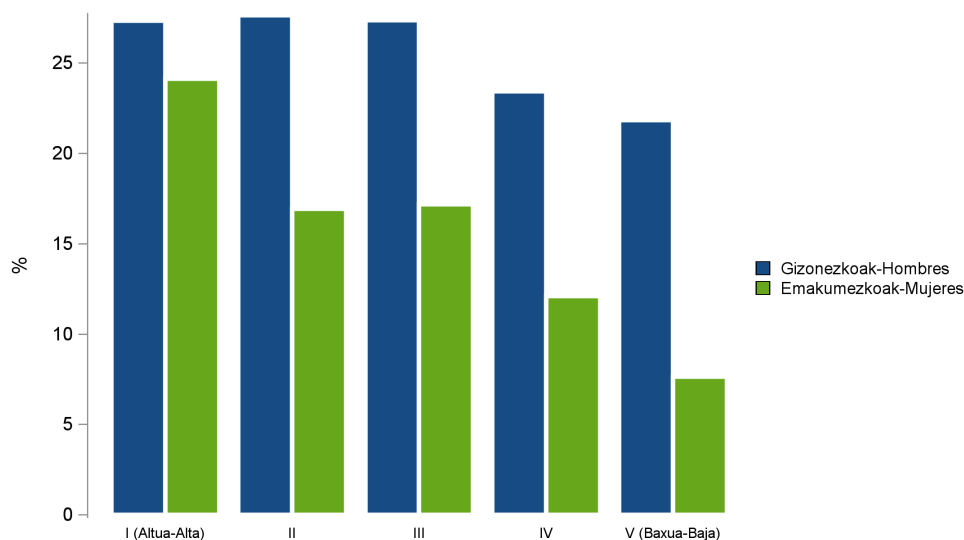
• FIGURA 56

De manera similar, el consumo de alcohol de alto riesgo aumenta con el nivel de estudios.

FIGURA 55

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo de alcohol por clase social, 2013

Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo*

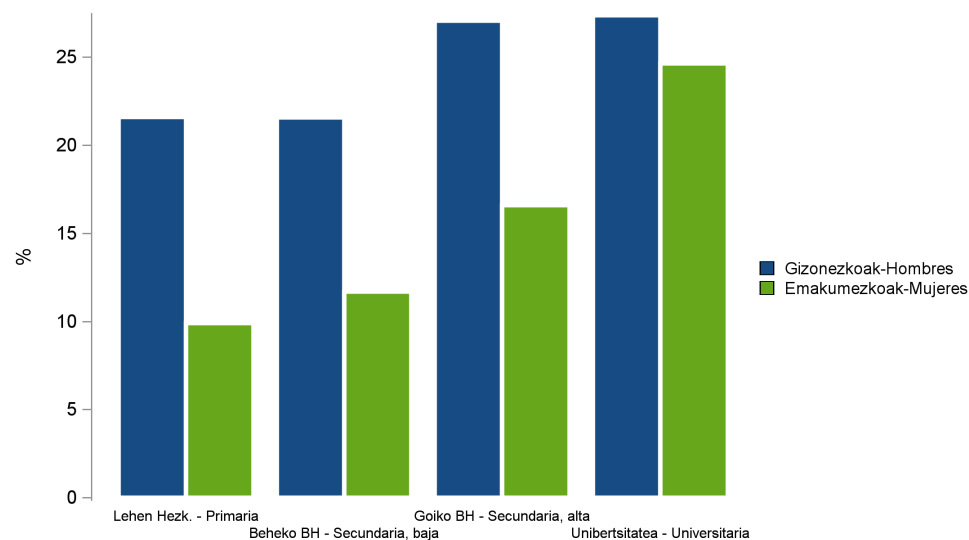


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 56

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo de alcohol por nivel de estudios, 2013

Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 57

El 12% de los hombres y el 5% de las mujeres consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes. Esta forma de consumo disminuye con la edad, y destacan los y las jóvenes, con una prevalencia del 18% en los hombres y del 9% en las mujeres.

• FIGURA 58

La prevalencia de consumo intensivo de alcohol es máxima en las personas de ambos sexos de la clase social más favorecida (clase I) y disminuye al descender en la clase social.

FIGURA 57

Alkoholaren kontsumo trinkoa adinaren arabera, 2013
Consumo intensivo de alcohol según la edad, 2013

Hilean behin eta sarriago egindako kontsumo trinkoaren prebalentzia
Prevalencia del consumo intensivo mensual o más frecuente

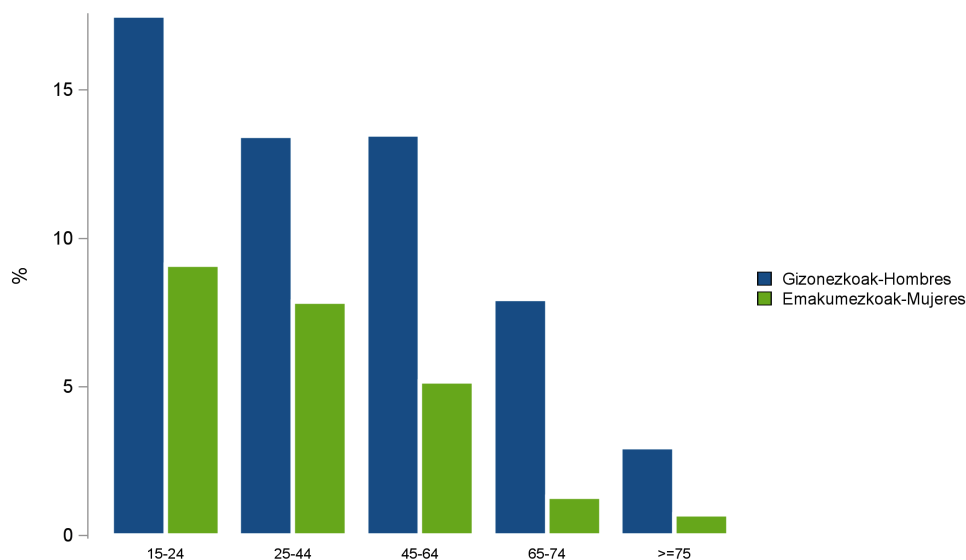
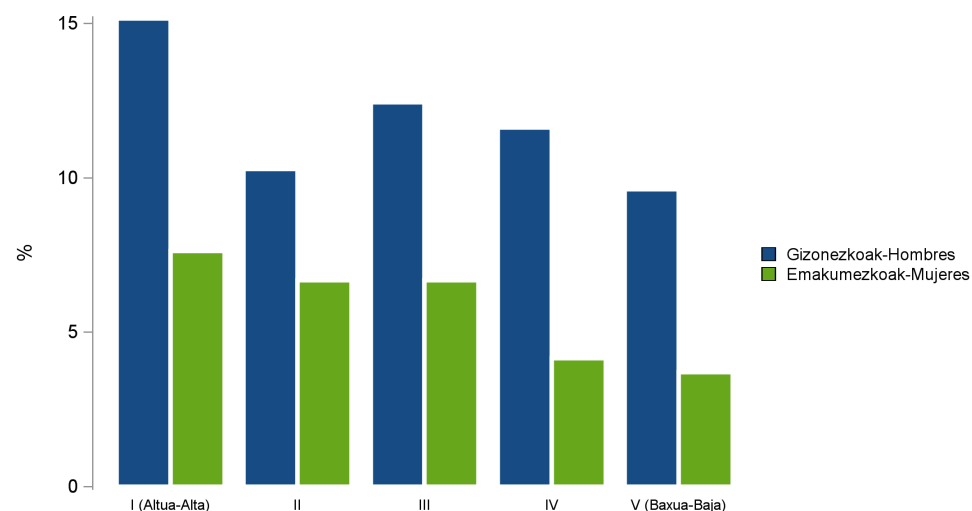


FIGURA 58

Alkoholaren kontsumo trinkoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo intensivo de alcohol por clase social, 2013

Hilean behin eta sarriago egindako kontsumo trinkoaren prebalentzia*

Prevalencia del consumo intensivo mensual o más frecuente*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 59

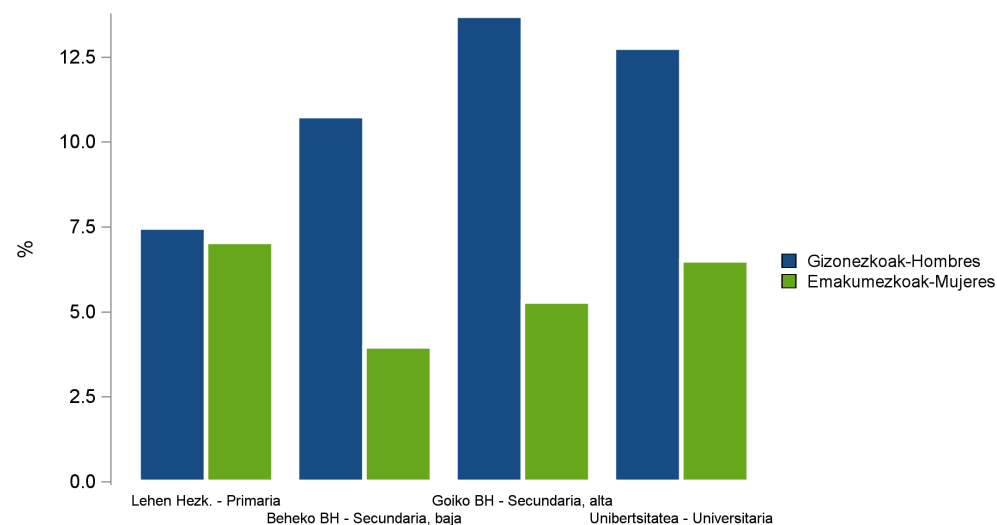
En las mujeres, el consumo intensivo de alcohol es más frecuente en aquellas con estudios primarios; en el resto de mujeres y en los hombres, la prevalencia crece al aumentar el nivel de estudios.

FIGURA 59

Alkoholaren kontsumo trinkoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en el consumo intensivo de alcohol por nivel de estudios, 2013

Hilean behin eta sarriago egindako kontsumo trinkoaren prebalentzia*
Prevalencia del consumo intensivo mensual o más frecuente*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAeko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

IV. Peso corporal

• FIGURA 60

Tras el aumento producido entre 2002 y 2007, la prevalencia de obesidad en el conjunto de la CAPV se ha estabilizado. En 2013 el 14% de los hombres y el 12% de las mujeres son considerado/as obeso/as.

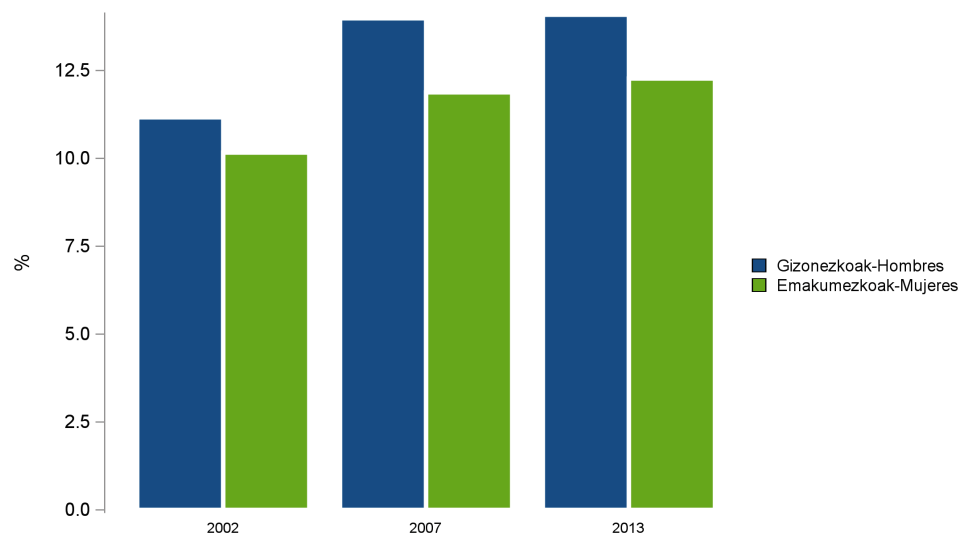
• FIGURA 61

La proporción de personas con obesidad aumenta con la edad. Alrededor del 20% de la población vasca mayor de 65 años la padece. La prevalencia de obesidad ha aumentado de forma notable en las mujeres más jóvenes, y en los hombres de 25-44 años y de 75 y más años.

FIGURA 60

Obesitatearen bilakaera, 2002-2013
Evolución de la obesidad, 2002-2013

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*

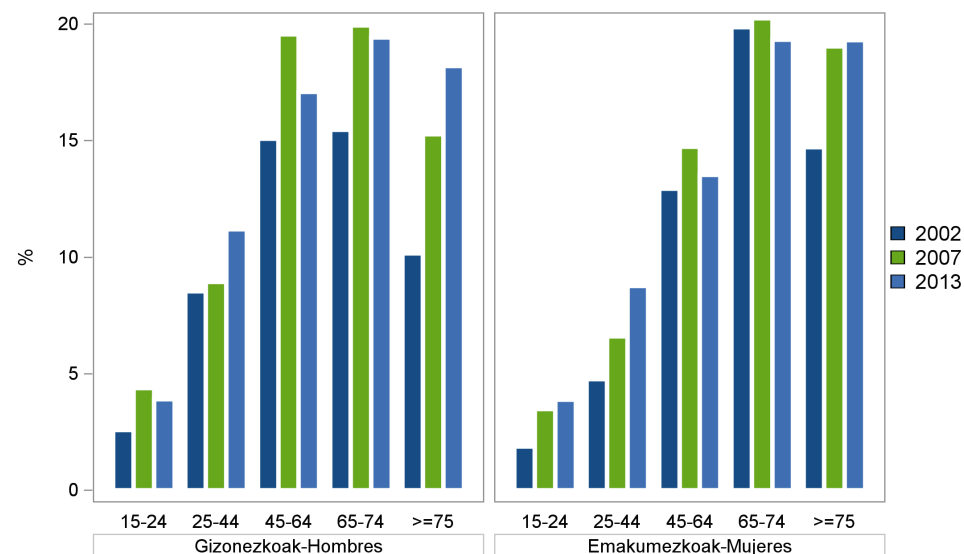


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 61

Obesitatearen bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución la obesidad según la edad, 2002-2013

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia
Prevalencia de población obesa



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

IV. Peso corporal

• FIGURA 62

Las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de obesidad son muy relevantes en ambos sexos, y mayores en las mujeres. La prevalencia aumenta al descender en la clase social. El 16% de las mujeres del grupo más desfavorecido son obesas frente al 6% de las de la clase I.

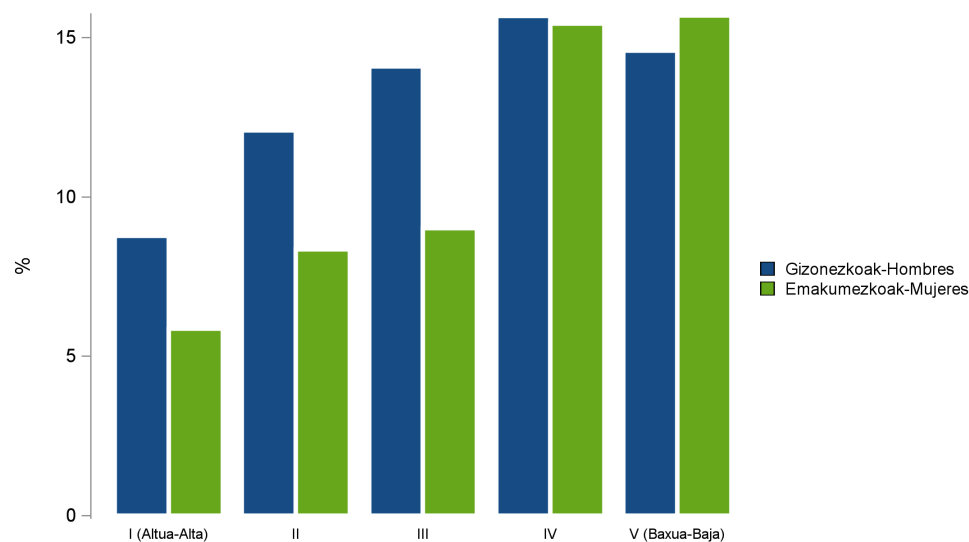
• FIGURA 63

De manera similar, la obesidad aumenta al disminuir el nivel de estudios. El 18% de los hombres y 15% de las mujeres con estudios primarios son obesos frente al 8% de los hombres y el 6% de las mujeres con estudios universitarios.

FIGURA 62

Obesitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la obesidad por clase social, 2013

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*

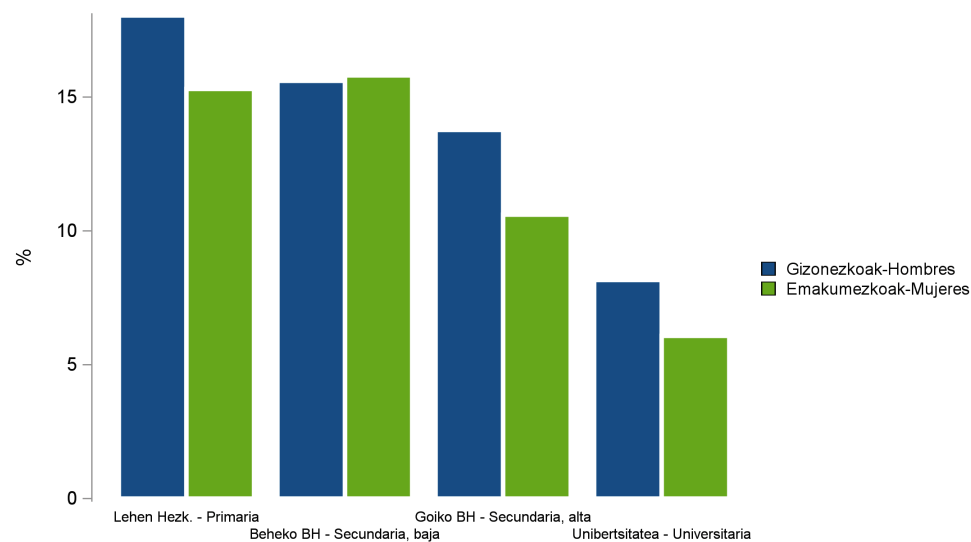


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 63

Obesitatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la obesidad por nivel de estudios, 2013

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

03

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

V. Actividad física

• FIGURA 64

Se ha considerado población físicamente activa a aquella que realiza ejercicio físico saludable. La proporción de personas activas ha aumentado en los hombres (de un 68% en 2007 al 73% en 2013) y apenas ha cambiado en las mujeres (65% en 2007 y 66% en 2013). Fruto de esta evolución, han aumentado las diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de actividad física saludable.

• FIGURA 65

Salvo en las personas de avanzada edad, la actividad física ha aumentado en los hombres, y ha aumentado o se ha mantenido en las mujeres.

FIGURA 64

Jarduera fisikoaren bilakaera, 2007-2013
Evolución de la actividad física, 2007-2013

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*

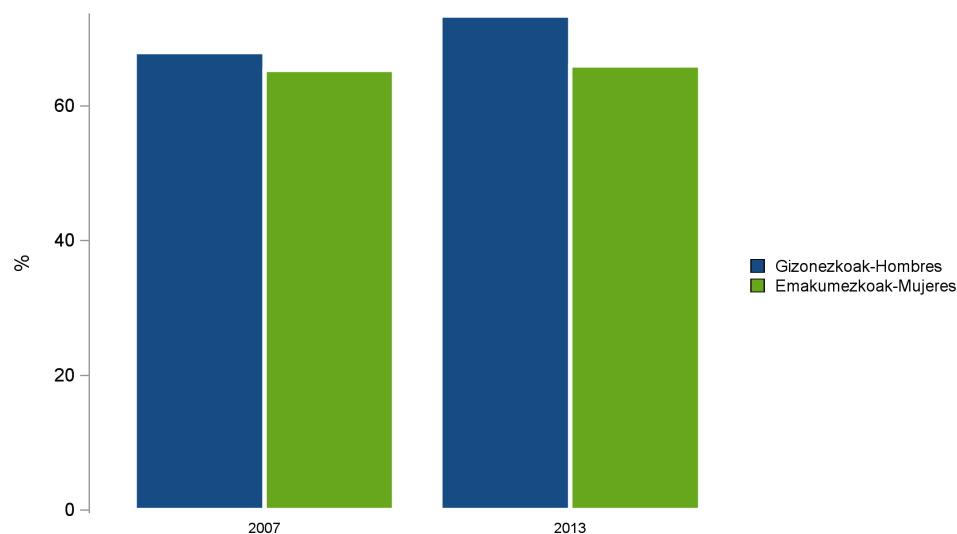
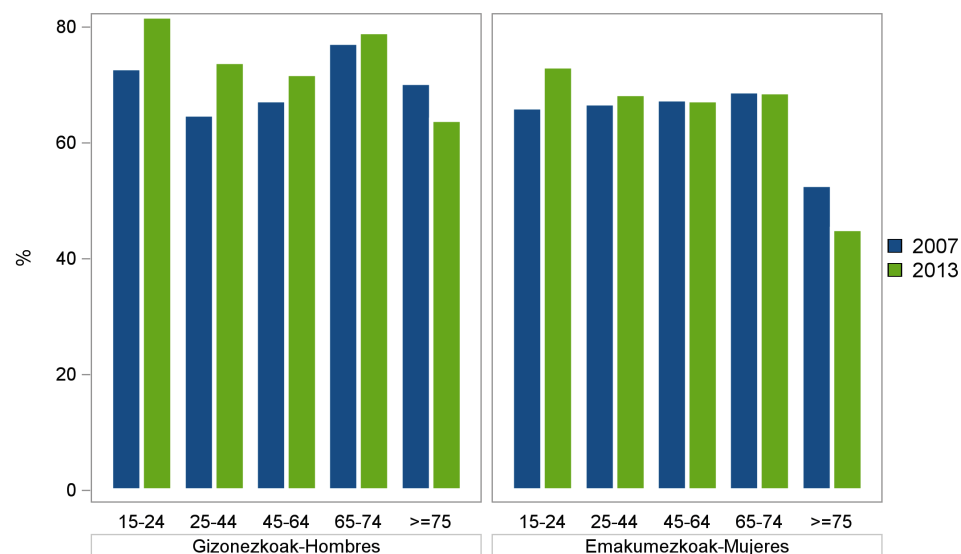


FIGURA 65

Jarduera fisikoaren bilakaera adinaren arabera, 2007-2013
Evolución la actividad física según la edad, 2007-2013

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia
Prevalencia de población activa



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

V. Actividad física

• FIGURA 66

La proporción de personas activas disminuye al descender en la clase social. El 78% de los hombres y 71% de las mujeres del grupo más favorecido son activos/as, proporción que baja al 73% en los hombres y al 65% en las mujeres del grupo V.

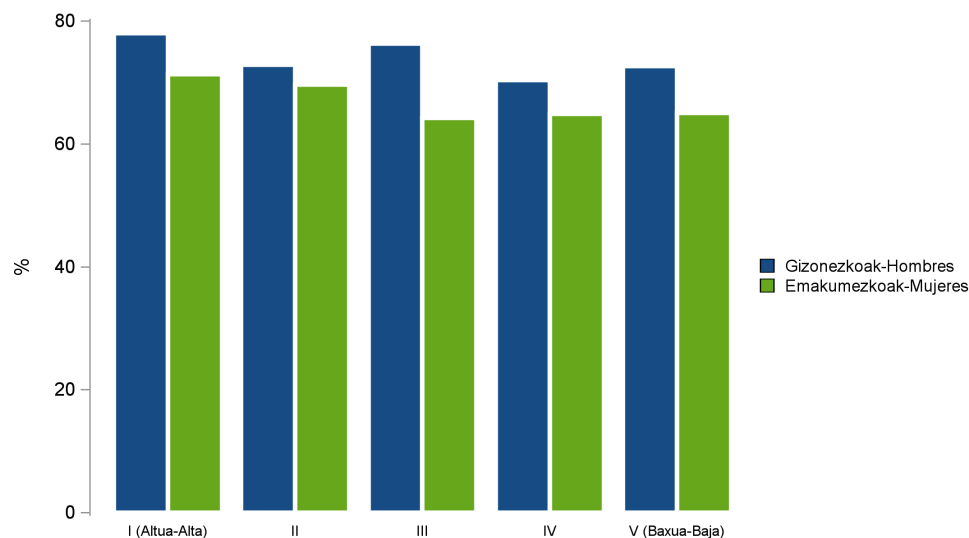
• FIGURA 67

Las personas con estudios universitarios son más activas que las que tienen estudios primarios. El 79% de los hombres y 71% de las mujeres con estudios universitarios son activos/as, frente al 71% y 65% de los hombres y las mujeres, respectivamente, con estudios primarios.

FIGURA 66

Jarduera fisikoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la actividad física por clase social, 2013

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*

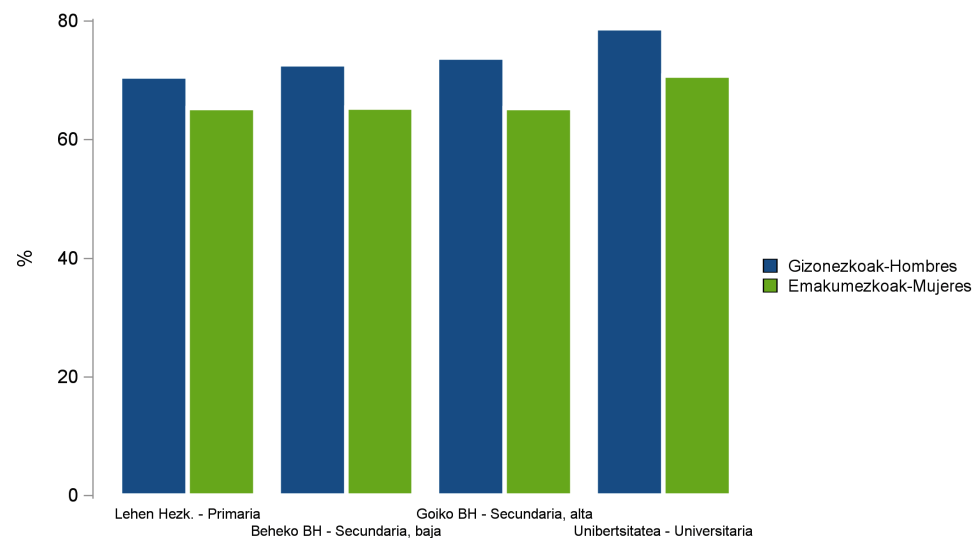


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 67

Jarduera fisikoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la actividad física por nivel de estudios, 2013

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VI. Hábitos alimentarios

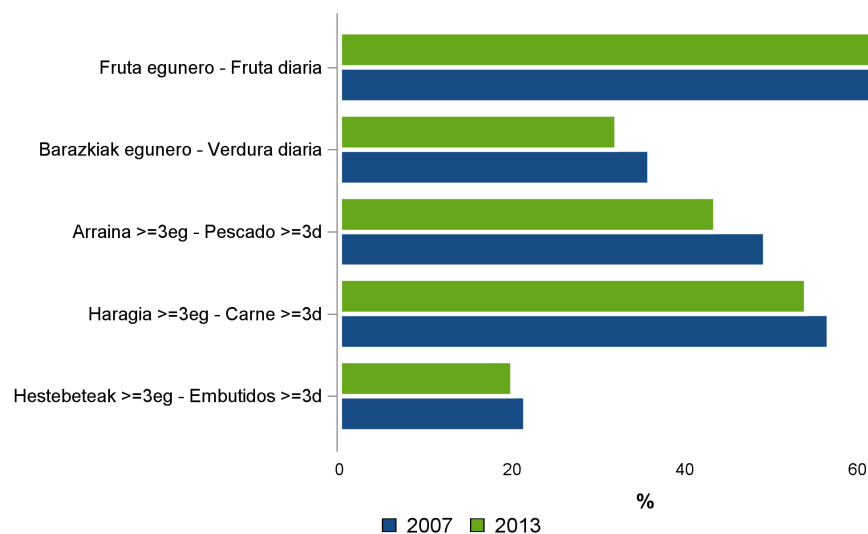
• FIGURA 68 y 69

La proporción de mujeres que come fruta y verdura a diario es mayor que la de hombres. Éstos comen más carne y embutido que las mujeres. Esta situación no ha variado en los últimos años.

FIGURA 68

Zenbait elikagaien kontsumoa emakumezkoengan, 2007-2013
Consumo de ciertos alimentos en las mujeres, 2007-2013

Asteroko kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia de consumo semanal*

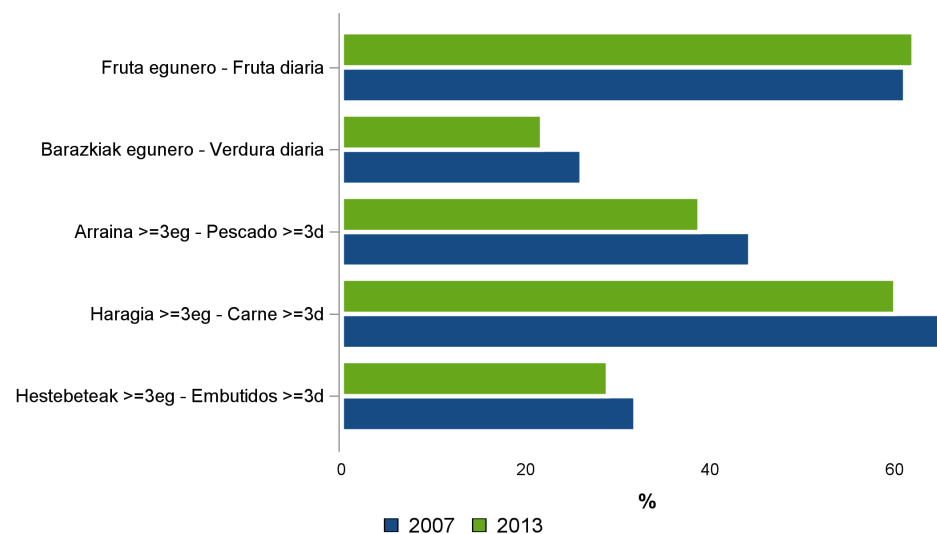


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 69

Zenbait elikagaien kontsumoa gizonezkoengan, 2007-2013
Consumo de ciertos alimentos en los hombres, 2007-2013

Asteroko kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia de consumo semanal*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VI. Hábitos alimentarios

• FIGURA 70

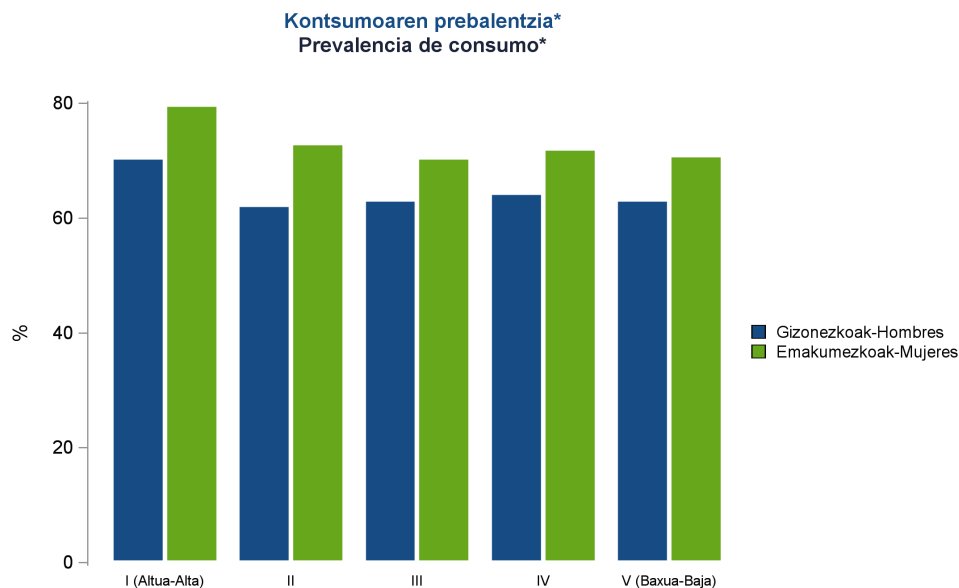
El 71% de los hombres y 80% de las mujeres del grupo I comen fruta y/o verdura a diario. Estas proporciones bajan al 63 y el 71% de los hombres y las mujeres, respectivamente, del grupo V. En todas las clases sociales, la prevalencia de consumo de fruta y/o verdura diaria es mayor en las mujeres que en los hombres

• FIGURA 71

En las mujeres, la prevalencia de consumo de frutas y/o verduras diarias aumenta con el nivel de estudios: el 77% de las que tienen estudios universitarios come fruta y/o verdura a diario frente al 70% de las que tienen estudios primarios. En todos los niveles de estudios, la frecuencia es mayor en las mujeres que en los hombres.

FIGURA 70

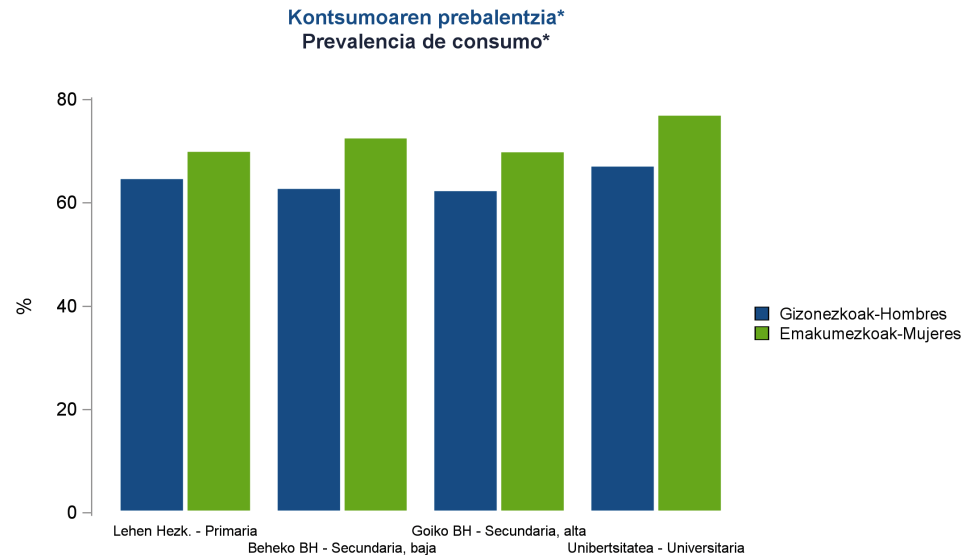
Eguneroko fruta edo barazkien kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo diario de frutas o verduras por clase social, 2013



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 71

Eguneroko fruta edo barazkien kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo diario de frutas o verduras por nivel de estudios, 2013



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

Resumen

- Cerca del 90% de la población se siente satisfecha o muy satisfecha con el sistema sanitario.
- Alrededor del 95% de las personas consideran que el sistema sanitario cubre bien sus necesidades de atención sanitaria.
- El 99% de la población vasca está asegurada en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.
- El 70% de la población vasca cree que la atención que recibe por parte del/la médico/a de cabecera y del/la especialista está siempre o muchas veces coordinada.
- La proporción de mujeres de 50-64 años (grupo diana del programa de cribado de cáncer de mama, ampliado recientemente hasta los 69 años) que se han realizado una mamografía en los tres años previos ha seguido aumentando desde 2002 hasta superar en 2013 el 90%. Además, se han eliminado las desigualdades socioeconómicas.
- No se observan desigualdades socioeconómicas en la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal.
- El 72% de las mujeres de 25 a 64 años se realiza una citología cada tres años o menos, lo que supone una disminución del 4% respecto a 2007. La frecuencia de la citología disminuye al descender en la escala social.
- Ha disminuido la proporción de personas de 65 y más años que se han vacunado de la gripe.
- El 74% de los hombres y 80% de las mujeres han hecho alguna consulta a medicina general o pediatría en los doce meses previos.
- Las consultas de enfermería aumentan considerablemente con la edad.
- La proporción de personas que ha acudido al/la dentista en el año previo disminuye claramente según disminuye el nivel socioeconómico.
- El 45% de los hombres y 57% de las mujeres han hecho alguna consulta médica especializada en el año previo. A medida que avanza la edad aumenta la proporción de personas que realiza estas consultas.
- El 13 y el 14% de los hombres y las mujeres respectivamente han utilizado los servicios de urgencia en los seis meses previos.
- Respecto a 2007, ha disminuido la proporción de personas que fueron hospitalizadas en el año previo.
- En 2013, el 6% de la población vasca acudió a un hospital de día en los doce meses previos.
- Osakidetza ha puesto en marcha una serie de servicios no presenciales, basados en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). El conocimiento de estos servicios por parte de la población varía según el tipo de servicio. El más conocido es la solicitud de cita previa telefónica automatizada.

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

I. Valoración del sistema sanitario

• FIGURA 72

El 91% de los hombres y 89% de las mujeres se sienten satisfechos/as o muy satisfechos/as con el sistema sanitario. La proporción de personas satisfechas con el sistema sanitario ha aumentado en un 5% respecto a 2007.

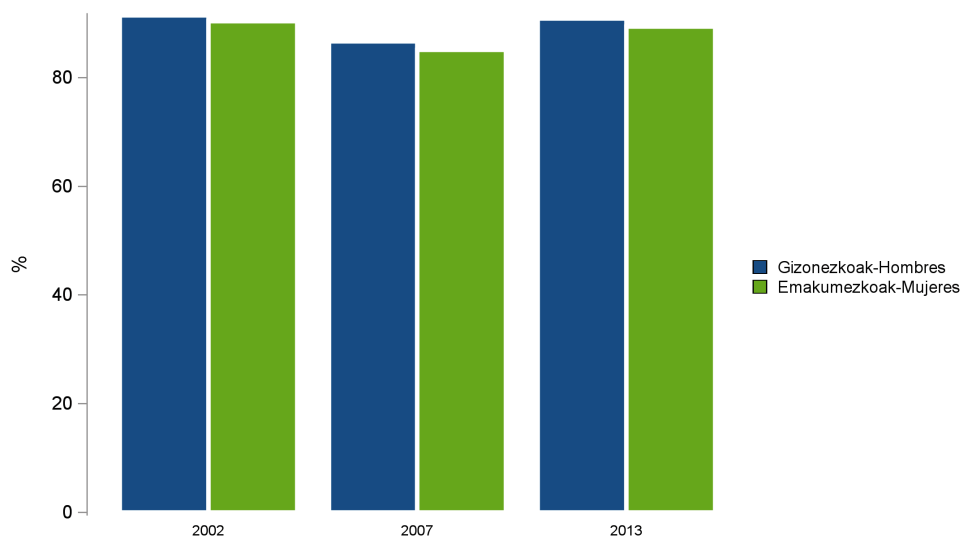
• FIGURA 73

El 96% de los hombres y el 95% de las mujeres consideran que el sistema sanitario cubre bien sus necesidades de atención sanitaria. Esa proporción ha aumentado en un 3% desde 2007.

FIGURA 72

Osasun sistemarekiko gogobetetasunaren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la satisfacción con el sistema sanitario, 2002-2013

Pozik dauden pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas satisfechas*

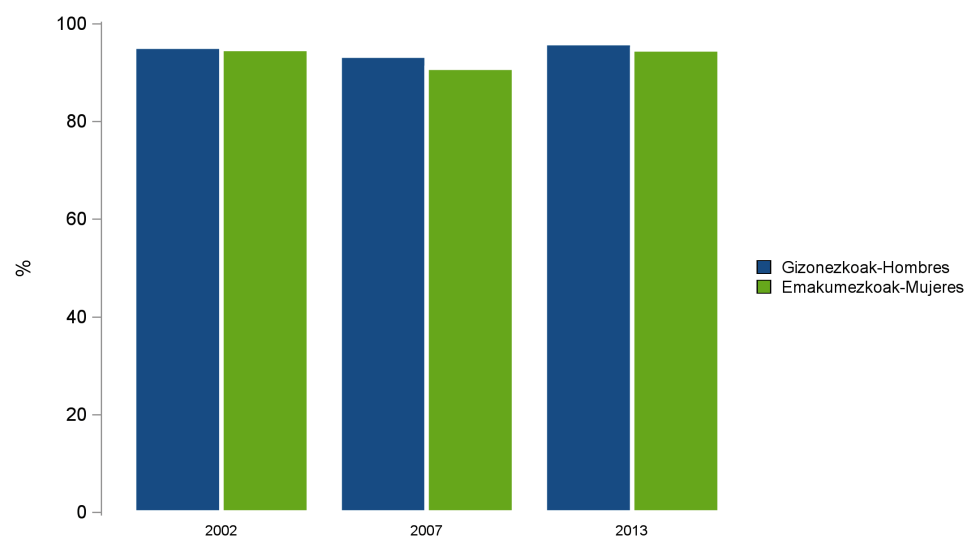


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 73

Osasun arretaren beharren estalduraren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la cobertura de las necesidades de atención sanitaria, 2002-2013

Bere beharrak beteta dauzkaten pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas con necesidades cubiertas*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

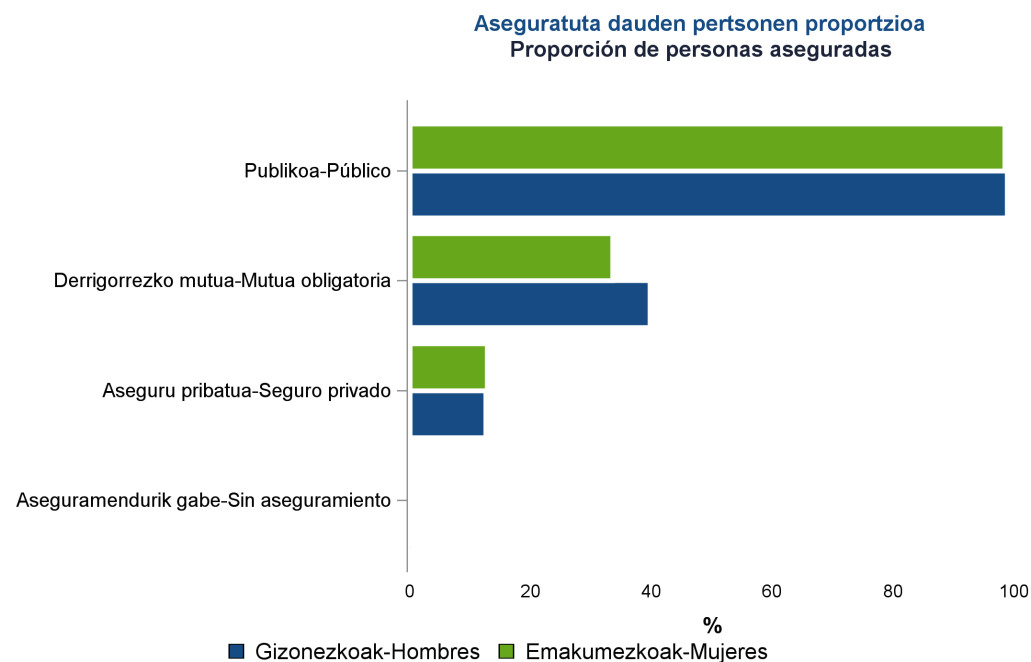
II. Modalidad de cobertura de aseguramiento

• FIGURA 74

El 99% de la población vasca tiene la asistencia sanitaria asegurada por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. El 41% de los hombres y el 33% de las mujeres están incluidos en alguna mutua de afiliación obligatoria (como MUFACE, etc.), mientras que el 13% de las personas de ambos sexos están cubiertas por alguna aseguradora privada.

FIGURA 74

Osasun-aseguramenduaren banaketa*, 2013
Distribución del aseguramiento sanitario*, 2013



*Aukera ez-baztertzailak/Categorías no excluyentes

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Continuidad asistencial

• FIGURA 75

El 70% de la población vasca con algún problema de salud crónico, habiendo consultado o no por ese motivo en los últimos 12 meses, cree que la atención que recibe por parte del/la médico/a de cabecera y del/la especialista está siempre o muchas veces coordinada.

• FIGURA 76

La percepción de que la atención primaria y especializada está siempre o muchas veces coordinada es similar en ambos sexos y aumenta con la edad, hasta llegar a cerca del 80% en la población de 65 y más años, que considera que ambos niveles de atención están coordinados.

FIGURA 75

Asistentziaren jarraitutasuna, 2013
Continuidad asistencial, 2013

Lehen mailako familia-medikuaren asistentzia eta mediku espezialistarena koordinatuta daude
La atención médica primaria y especializada están coordinadas

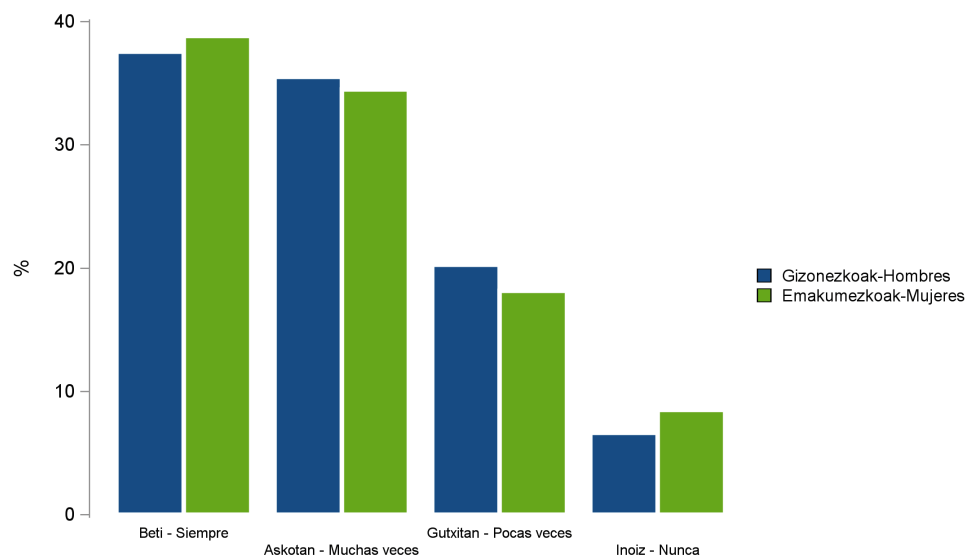
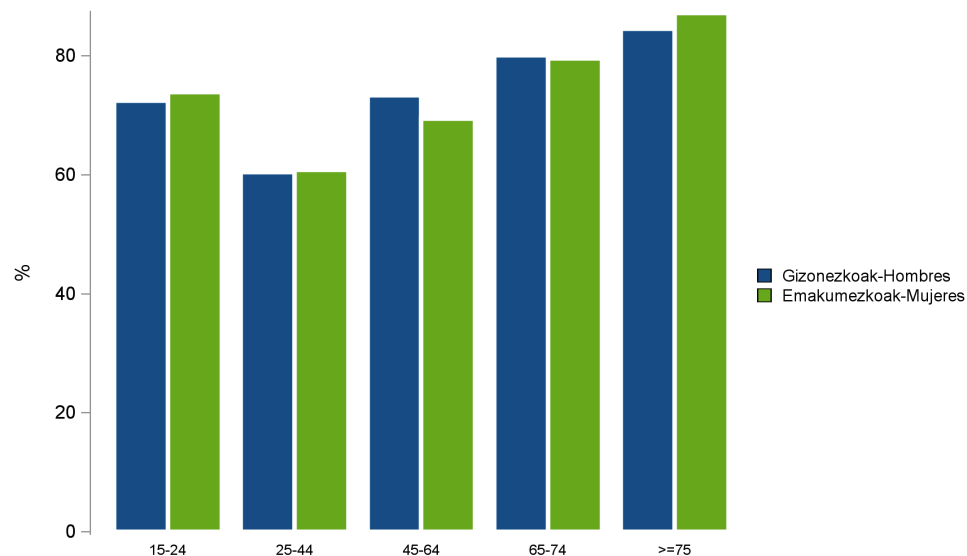


FIGURA 76

Asistentziaren jarraitutasuna adinaren arabera, 2013
Continuidad asistencial según la edad, 2013

Lehen mailako familia-medikuaren asistentzia eta mediku espezialistarena koordinatuta daude
La atención médica primaria y especializada están coordinadas



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Continuidad asistencial

• FIGURA 77

El 96% de las personas con algún problema de salud crónico acuden, siempre o muchas veces, al mismo sitio cuando tiene un problema de salud o necesita consejo sobre su enfermedad.

• FIGURA 78

La edad apenas influye en la continuidad del lugar de atención o consejo sanitarios.

FIGURA 77

Asistentziaren jarraitutasuna, 2013 Continuidad asistencial, 2013

Toki berera jotzen dute asistentzia edo aholku bila
Acuden al mismo lugar en busca de atención o consejo

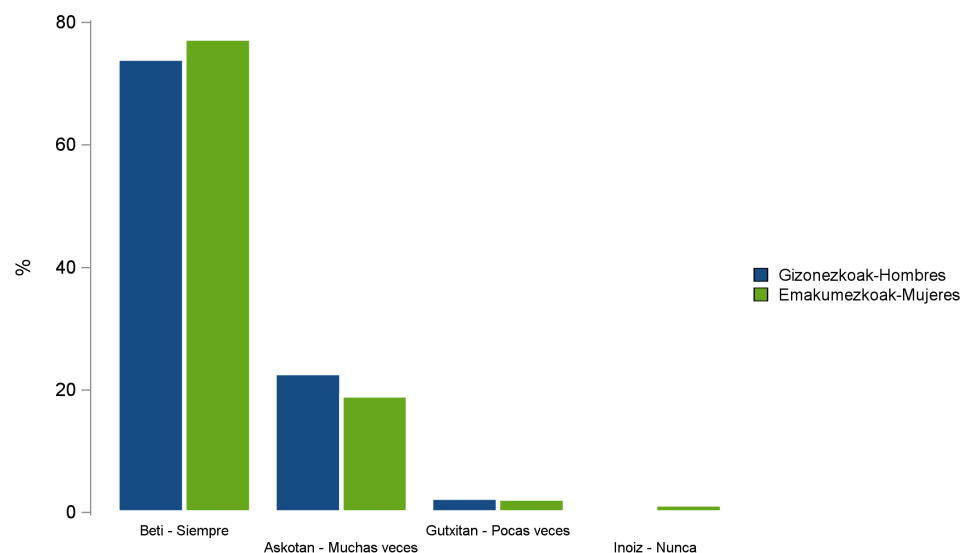
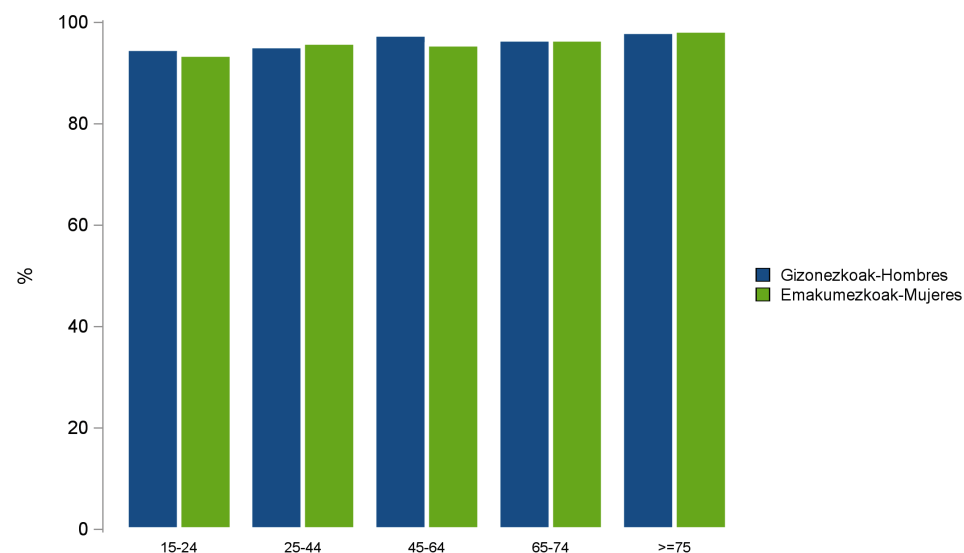


FIGURA 78

Asistentziaren jarraitutasuna adinaren arabera, 2013 Continuidad asistencial según la edad, 2013

Toki berera jotzen dute asistentzia edo aholku bila
Acuden al mismo lugar en busca de atención o consejo



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado del cáncer

• FIGURA 79

La proporción de mujeres de 50-64 años¹ que se han realizado una mamografía en los tres años previos ha seguido aumentando en los últimos años hasta superar el 90%.

• FIGURA 80

La proporción de mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos apenas varía por grupos de edad.

¹ Grupo diana del programa de Detección precoz del cáncer de mama hasta recientemente, en que se ha ampliado hasta los 69 años.

FIGURA 79

Titietako minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera, 2002-2013
Evolución de la Detección precoz del cáncer de mama, 2002-2013

Aldez aurreko hiru urteetan mamografia egin duten 50-64 urteko emakumeak
Mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos

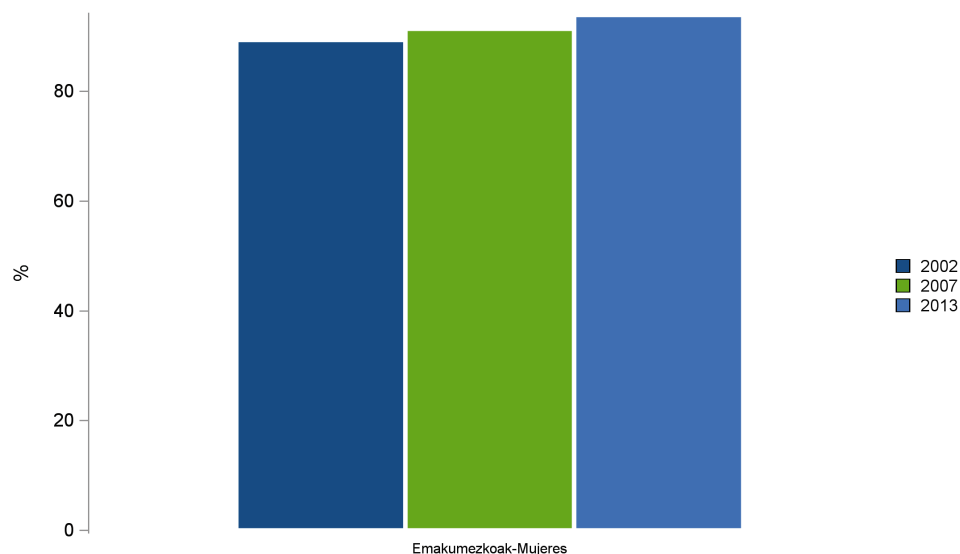
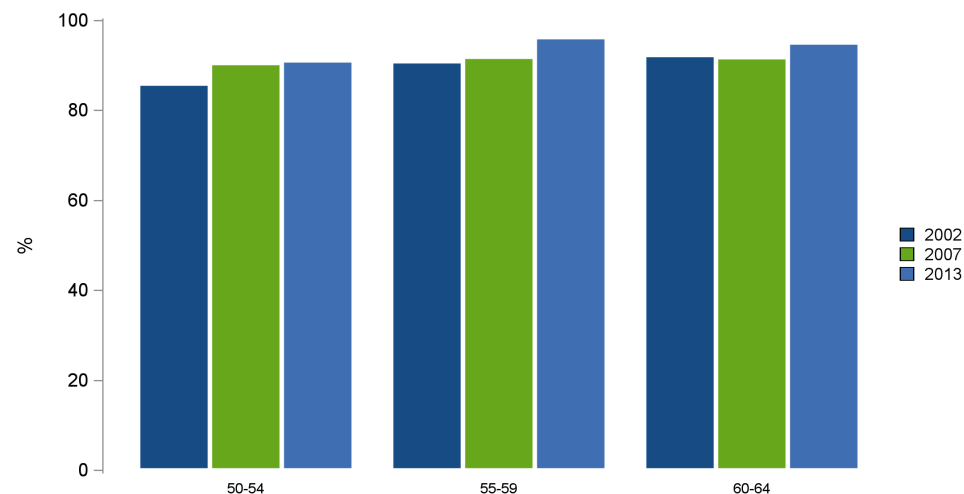


FIGURA 80

Titietako minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera adin-taldearen arabera, 2002-2013
Evolución de la Detección precoz del cáncer de mama por grupos de edad, 2002-2013

Aldez aurreko hiru urteetan mamografia egin duten 50-64 urteko emakumeak
Mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado del cáncer

• FIGURA 81

No existen desigualdades socioeconómicas en la proporción de mujeres de 50-64 años de edad que se han hecho una mamografía en los tres años previos.

• FIGURA 82

Tampoco existen desigualdades según el nivel de estudios en la proporción de mujeres que se han hecho una mamografía en los tres años previos.

FIGURA 81

Titietako minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de mama por clase social, 2013

Aldez aurreko hiru urteetan mamografia egin duten 50-64 urteko emakumeak
Mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos

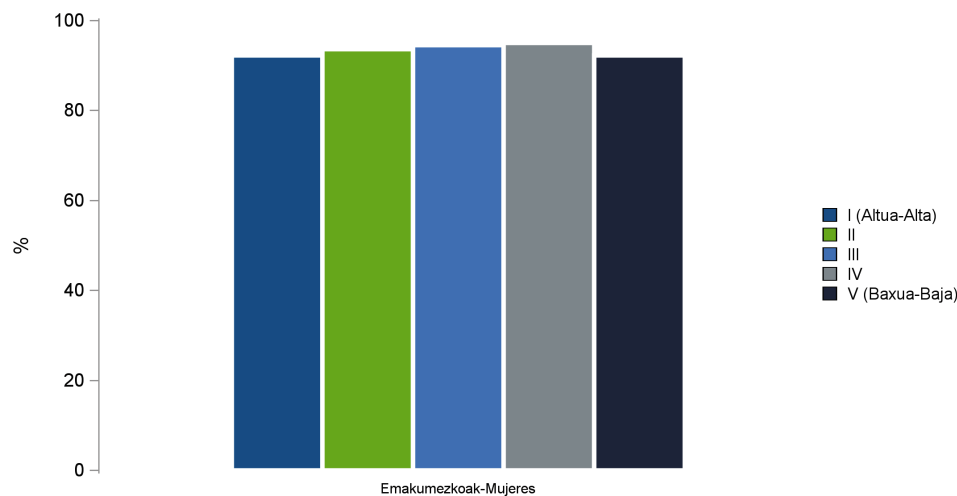
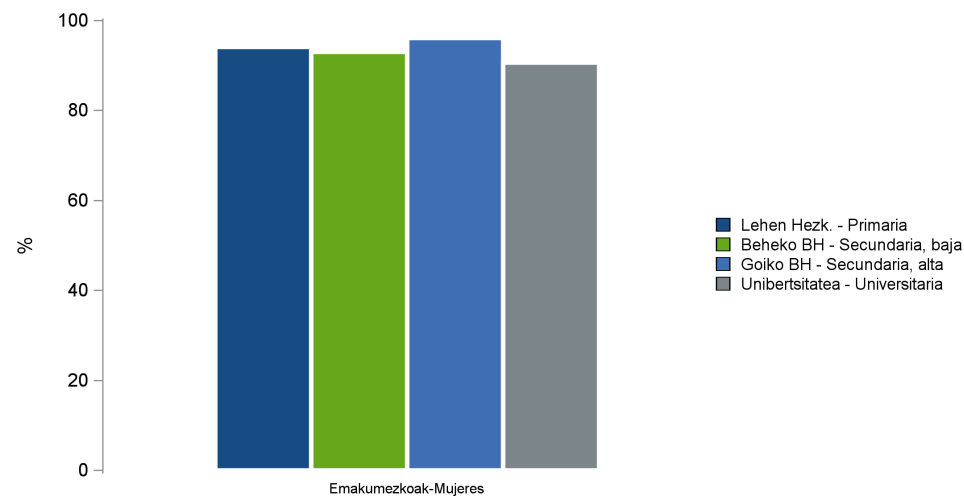


FIGURA 82

Titietako minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de mama por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko hiru urteetan mamografia egin duten 50-64 urteko emakumeak
Mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado del cáncer

• FIGURA 83

Cerca del 80% de la población diana, de 50 a 69 años de edad de ambos sexos, ha participado en el programa de diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, sin que se observen diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni por grupos de edad.

• FIGURA 84

No se observan desigualdades socioeconómicas por clase social en la participación en el programa de diagnóstico precoz del cáncer colorrectal.

FIGURA 83

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goiztiarra adin-taldean arabera, 2013
Detección precoz del cáncer colorrectal por grupos edad, 2013

Programan parte hartu duten 50-69 urteko pertsonak
Personas de 50-69 años que han participado en el programa

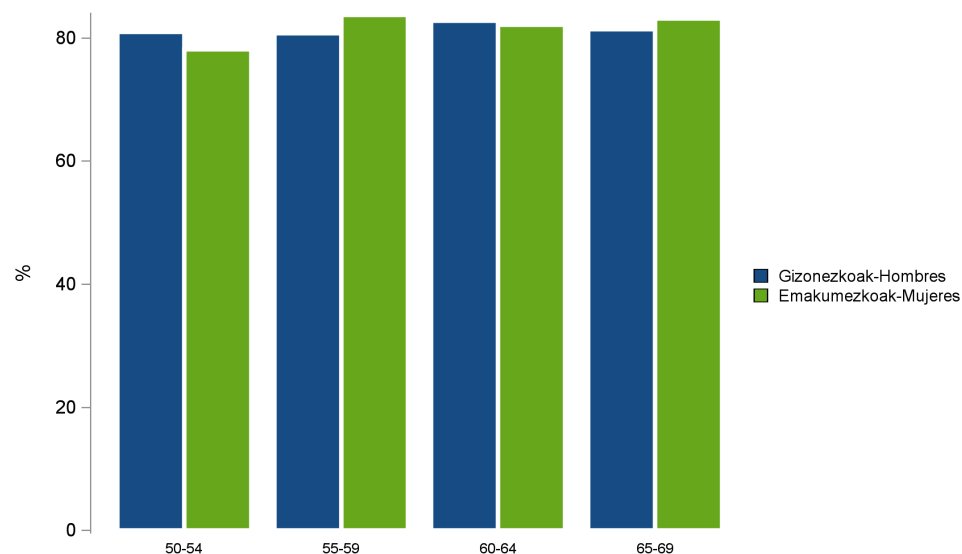
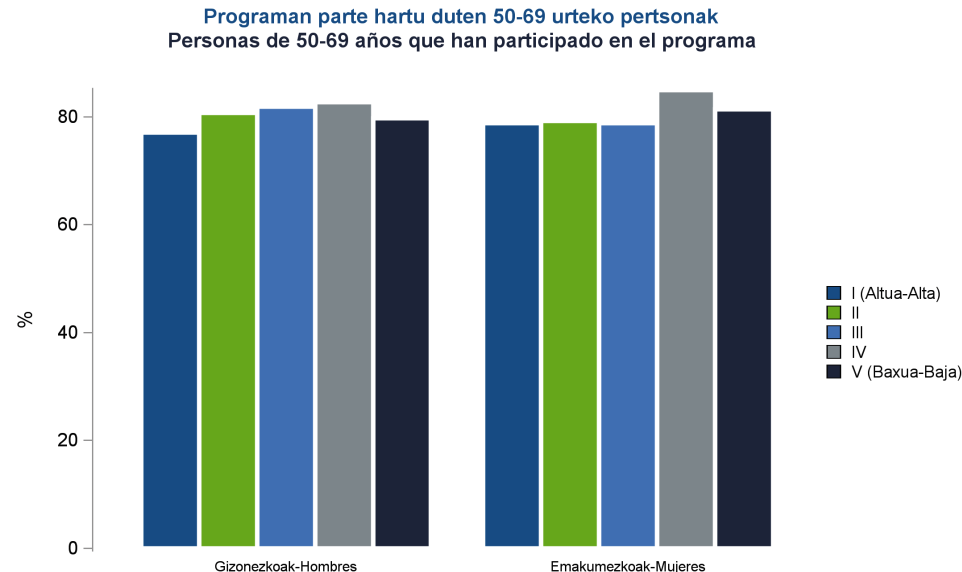


FIGURA 84

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goitiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la detección precoz del cáncer colorrectal por clase social, 2013

Programan parte hartu duten 50-69 urteko pertsonak
Personas de 50-69 años que han participado en el programa



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado del cáncer

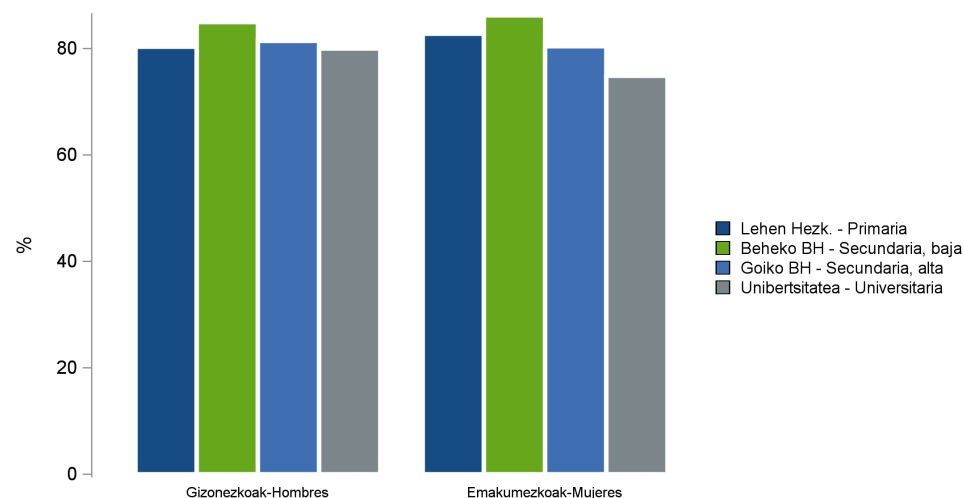
• FIGURA 85

Si bien la proporción de mujeres universitarias que han participado en el programa de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal es algo más bajo que la del resto de personas, no existen diferencias significativas según el nivel de estudios en la participación en el programa.

FIGURA 85

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goitiarraren desberdintasunak
ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la detección precoz del cáncer colorrectal por nivel de
estudios, 2013

Programan parte hartu duten 50-69 urteko pertsonak
Personas de 50-69 años que han participado en el programa



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado del cáncer

• FIGURA 86

En el año 2013, el 72% de las mujeres de 25 a 64 años de edad¹ se ha realizado una citología en los tres años previos como método de diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero. Esa proporción ha disminuido en un 4% respecto a 2007.

• FIGURA 87

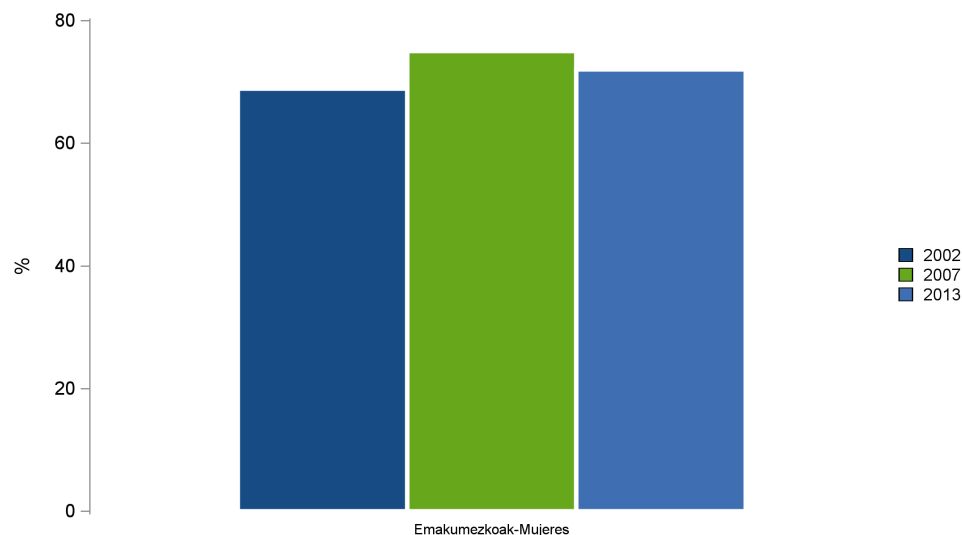
Ha habido un aumento continuado en el porcentaje de mujeres de 15-24 y de 65-74 años que se han hecho una citología en los tres años previos; 10 puntos porcentuales desde el año 2002 en las primeras, y 12 puntos en las segundas. En 2013, el 74% de las mujeres de 25-49 años y el 68% de las de 50-64 se han realizado esta prueba en los tres años previos.

¹ Grupo de edad de la población diana de los programas de cribado del cáncer de cuello uterino.

FIGURA 86

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera, 2002-2013 Evolución de la detección precoz del cáncer de cuello de útero, 2002-2013

Aldez aurreko hiru urteetan zitologia egin duten 25-64 urteko emakumeak*
Mujeres de 25-64 años que se han hecho una citología en los tres años previos*

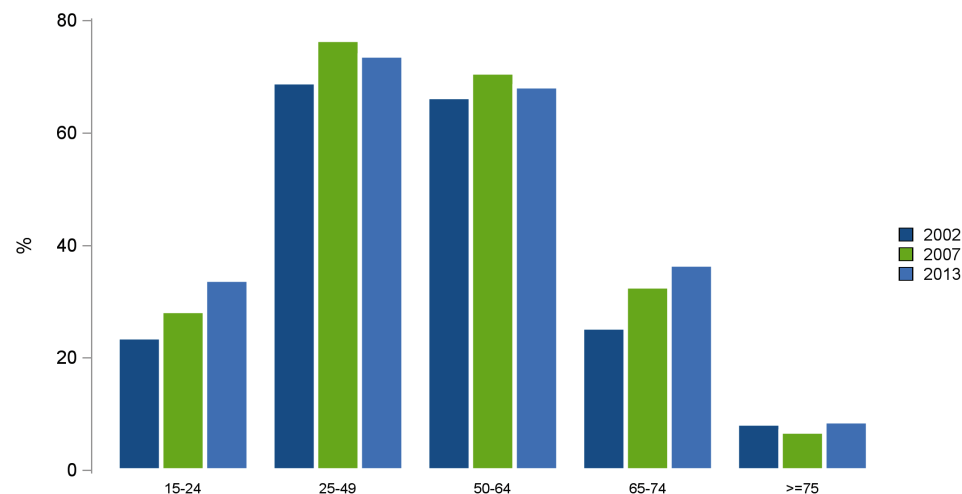


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 87

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera adin-taldean arabera, 2002-2013 Evolución de la detección precoz del cáncer de cuello de útero por grupos edad, 2002-2013

Aldez aurreko hiru urteetan zitologia egin duten emakumeak
Mujeres que se han hecho una citología en los tres años previos



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado del cáncer

• FIGURA 88

A medida que disminuye el grupo socioeconómico disminuye la proporción de mujeres que se han hecho una citología en los tres años previos. En el año 2013 el 76% de las mujeres de la clase I, la más favorecida, se han hecho la prueba, frente al 71% de las mujeres pertenecientes a la clase V, la más desfavorecida.

• FIGURA 89

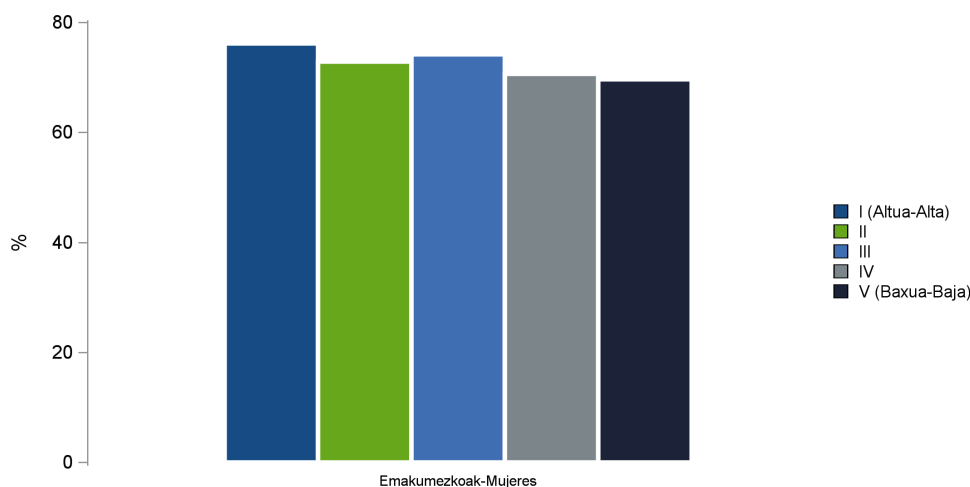
Así mismo, a medida que aumenta el nivel de estudios aumenta la proporción de mujeres que se ha hecho una citología en los tres años previos, pasando del 62% de las mujeres con estudios primarios al 75% de las universitarias.

FIGURA 88

FIGURA 89

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en la detección precoz del cáncer de cuello de útero por clase social, 2013

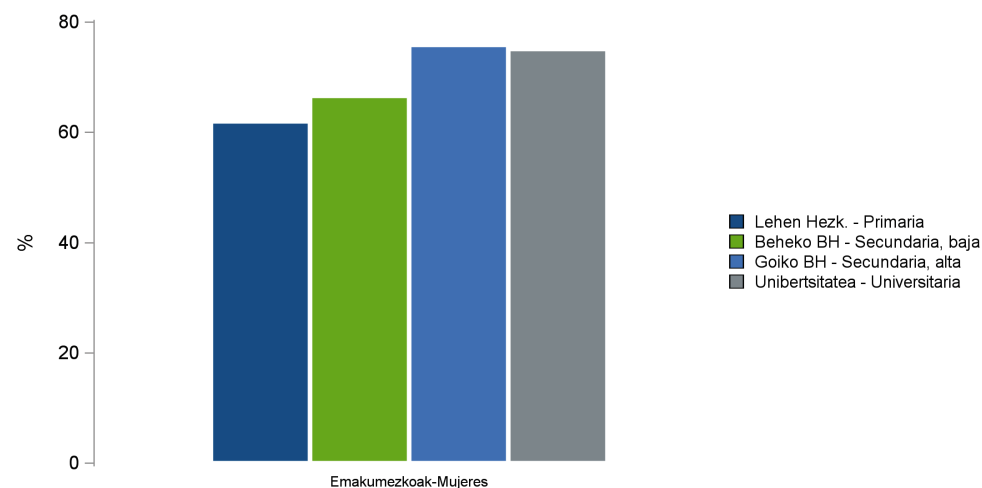
Aldez aurreko hiru urteetan zitologia egin duten 25-64 urteko emakumeak*
Mujeres de 25-64 años que se han hecho una citología en los tres años previos*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en la detección precoz del cáncer de cuello de útero por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko hiru urteetan zitologia egin duten 25-64 urteko emakumeak*
Mujeres de 25-64 años que se han hecho una citología en los tres años previos*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

V. Vacunación antigripal

• FIGURA 90

En todos los grupos de edad, y tanto en hombres como en mujeres, ha habido una disminución de la proporción de personas que se han vacunado contra la gripe. La mayor disminución se ha producido en las mujeres de 65 a 74 años, pasando del 68% de mujeres vacunadas en 2007 al 55% en el año 2013.

• FIGURA 91

Respecto a 2007, ha disminuido en 5 puntos porcentuales la proporción de personas de 65 y más años que se han vacunado contra la gripe. En 2013 se han vacunado el 73% de los hombres y el 68% de las mujeres, porcentajes similares a los del año 2002 (70% de los hombres y 69% de las mujeres).

FIGURA 90

Gripearen aurkako txertoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución de la vacunación contra la gripe según la edad, 2002-2013

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas vacunadas

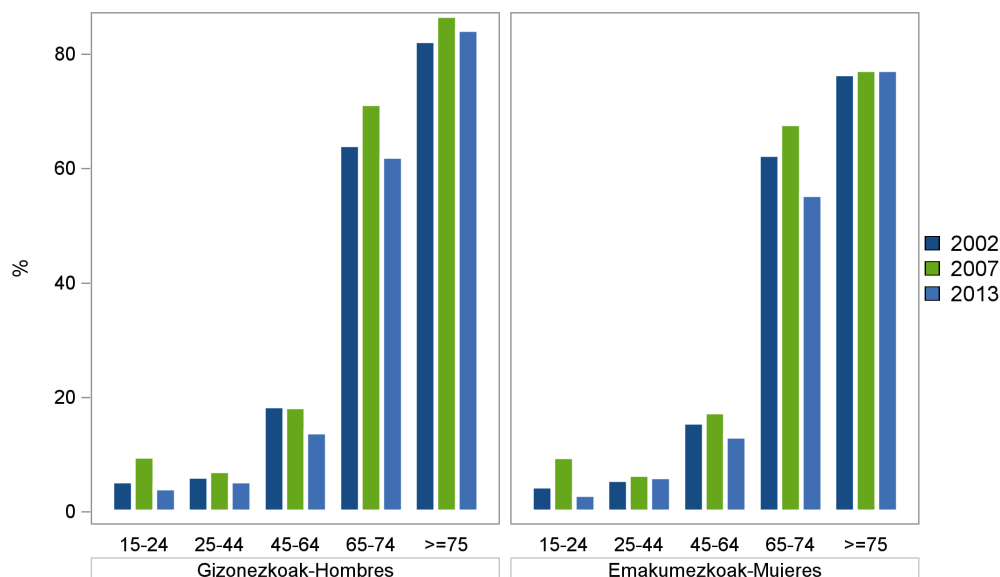
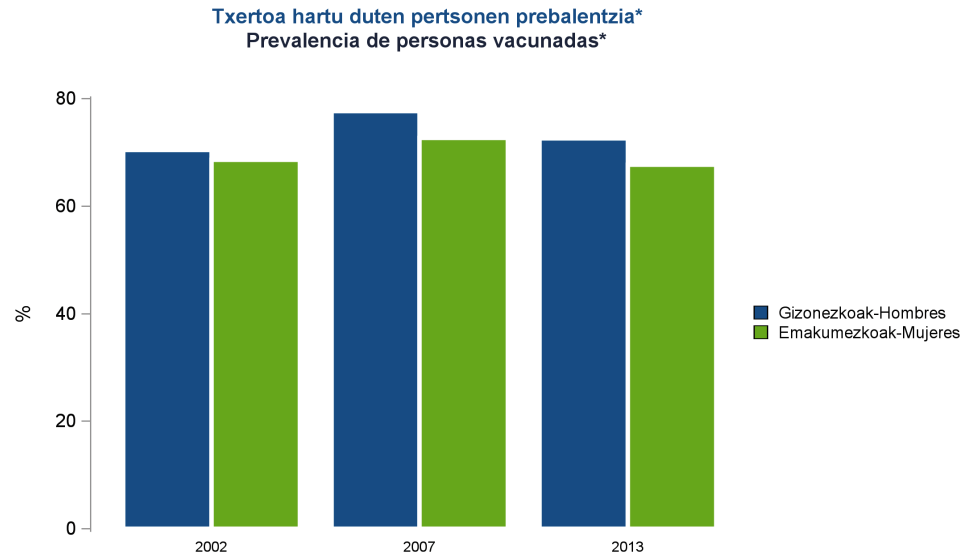


FIGURA 91

Gripearen aurkako txertoaren bilakaera 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, 2002-2013
Evolución de la vacunación contra la gripe en la población de 65 y más años, 2002-2013

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas vacunadas*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

V. Vacunación antigripal

• FIGURA 92

La prevalencia de vacunación contra la gripe en las personas de 65 y más años aumenta al descender en la escala social. Así, en 2013 se vacunó el 81% de los hombres de la clase V, más desfavorecida, frente al 56% en la clase I, más favorecida.

• FIGURA 93

Respecto al nivel de estudios, en ambos sexos se observa un patrón de desigualdad inverso en la vacunación contra la gripe de las personas de 65 y más años: son las personas con estudios primarios las que más se vacunan, llegando al 77% en los hombres y al 70% en las mujeres.

FIGURA 92

Gripearen aurkako txertoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, 2013

Desigualdades en la vacunación contra la gripe en la población de 65 y más años por clase social, 2013

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas vacunadas

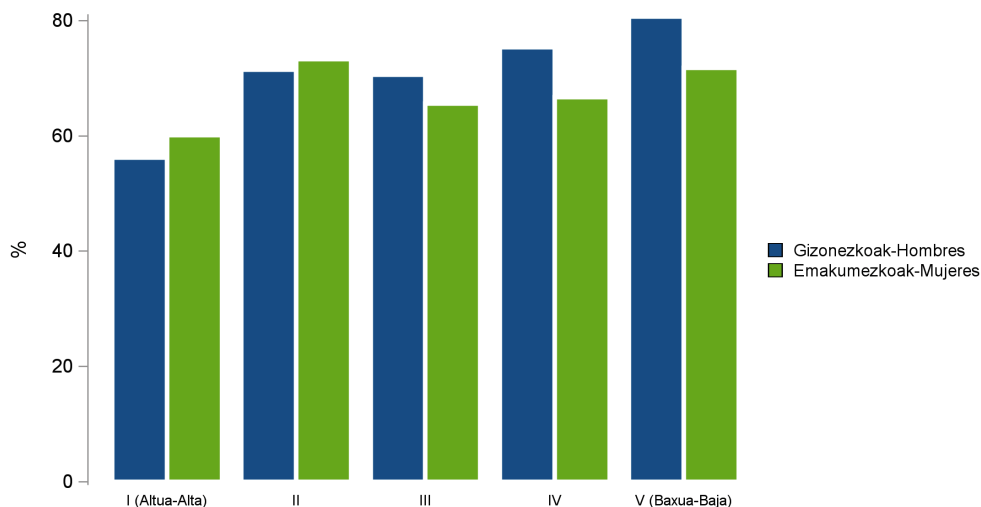
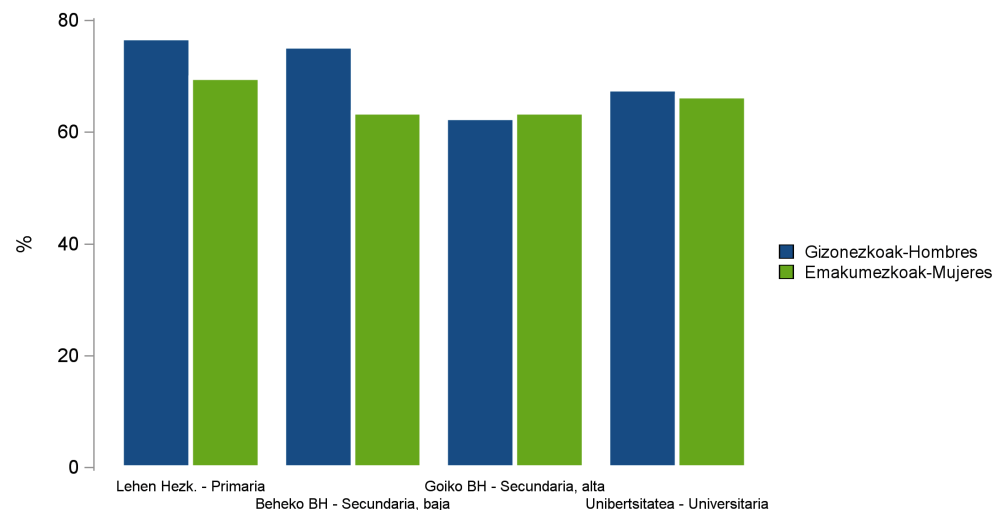


FIGURA 93

Gripearen aurkako txertoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, 2013

Desigualdades en la vacunación contra la gripe en la población de 65 y más años por nivel de estudios, 2013

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas vacunadas



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VI. Consultas de medicina general y pediatría

• FIGURA 94

El 74% de los hombres y 80% de las mujeres han hecho alguna consulta a medicina general o pediatría en el año previo. Según avanza la edad, aumenta la proporción de personas que ha consultado. En todas las edades, la proporción de personas que han consultado es mayor en las mujeres que en los hombres.

• FIGURA 95

En ambos sexos, la proporción de personas que han consultado a medicina general o a pediatría aumenta al descender en la clase social.

FIGURA 94

Mediku orokorren eta pediatren kontsulten erabilera adinaren arabera, 2013
Uso de consultas de medicina general y de pediatría, según la edad, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo

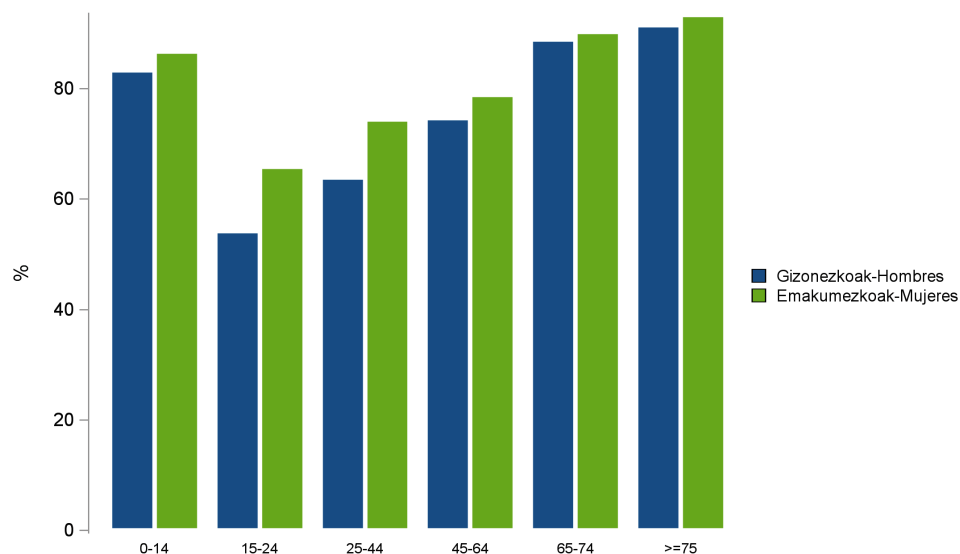
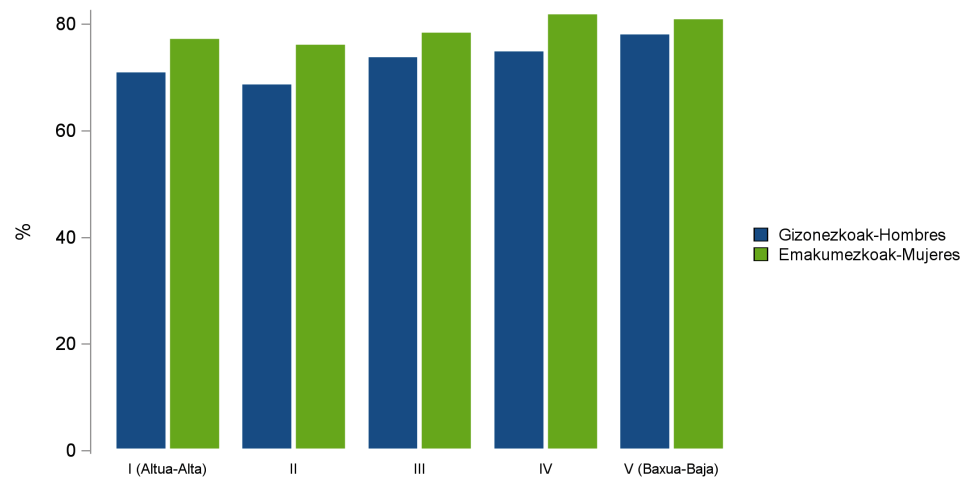


FIGURA 95

Mediku orokorren eta pediatren kontsulten erabilerearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el uso de consultas de medicina general y de pediatría, por clase social, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VI. Consultas de medicina general y pediatría

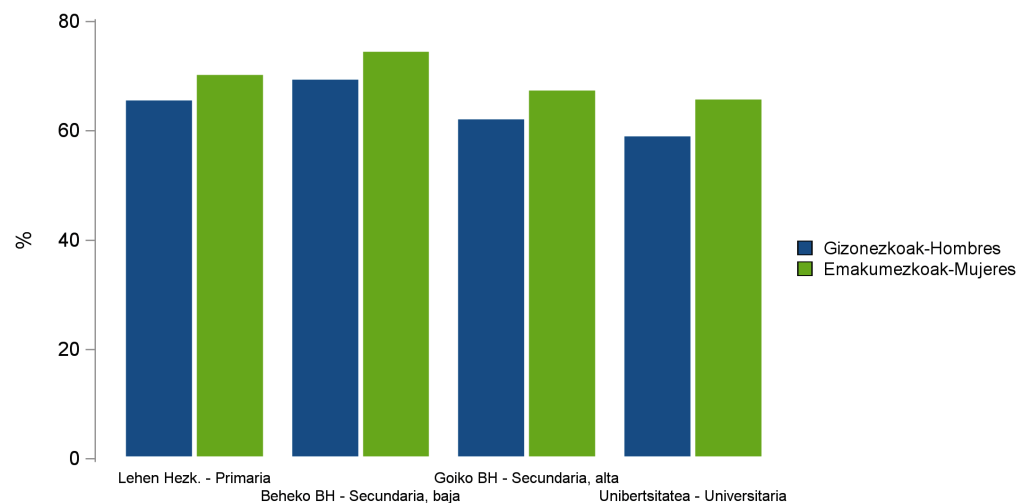
• FIGURA 96

De manera similar, el uso de las consultas de medicina general y pediatría disminuye al aumentar el nivel de estudios.

FIGURA 96

**Mediku orokorren eta pediatren kontsulten erabileraren desberdintasunak
ikasketa mailaren arabera, 2013**
Desigualdades en el uso de consultas de medicina general y de pediatría, por
nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VII. Consultas de enfermería

• FIGURA 97

El 44% de los hombres y 48% de las mujeres ha hecho alguna consulta a enfermería. Estas consultas aumentan considerablemente con la edad. A partir de los 65 años, más del 75% de los hombres y del 70% de las mujeres han consultado en el año previo.

• FIGURA 98

La proporción de mujeres que acude a las consultas de enfermería aumenta al descender en la clase social, y pasa del 45% en la clase I al 53% en la clase V. En los hombres no se advierte desigualdad en el uso de estas consultas.

FIGURA 97

Erizainen kontsulten erabilera adinaren arabera, 2013
Uso de consultas de enfermería según la edad, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo

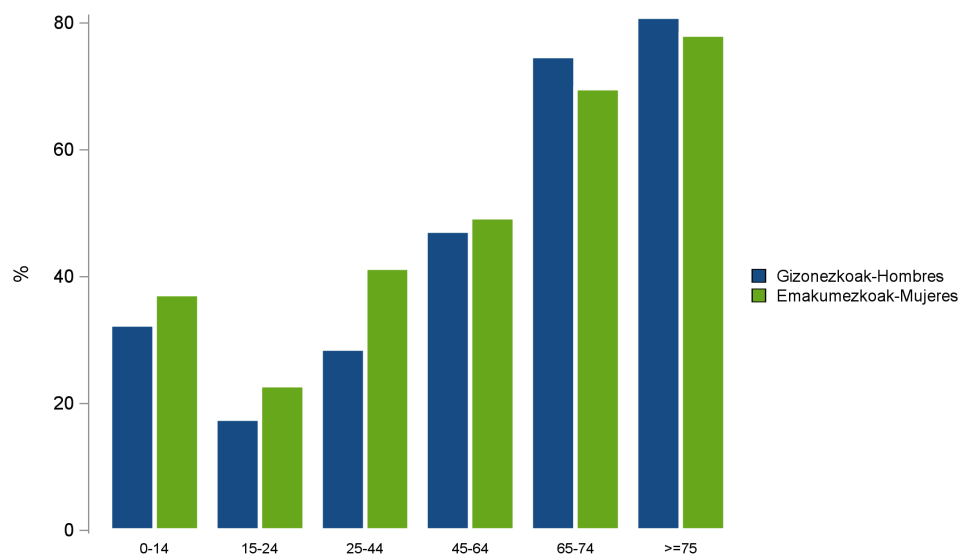
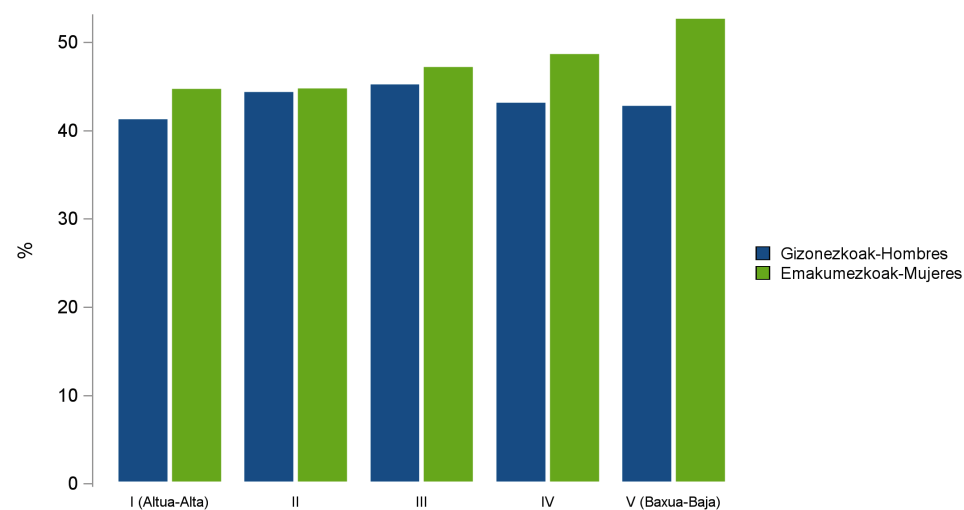


FIGURA 98

Erizainen kontsulten erabilaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el uso de consultas de enfermería por clase social, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VII. Consultas de enfermería

• FIGURA 99

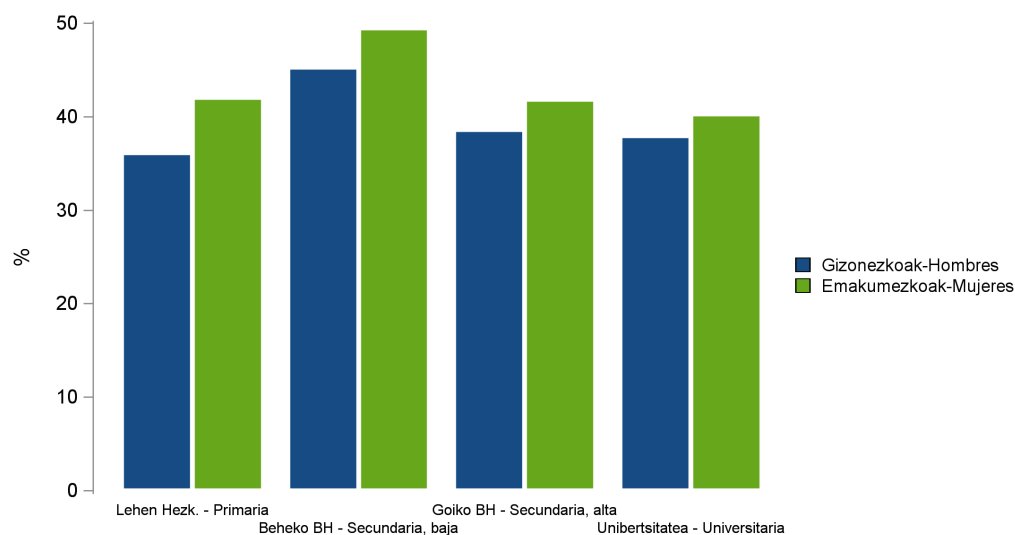
No se observa un patrón sistemático de desigualdades en el uso de las consultas de enfermería por nivel de estudios.

FIGURA 99

Erizainen kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en el uso de consultas de enfermería por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VIII. Consultas dentista

• FIGURA 100

El 47% de los hombres y el 53% de las mujeres ha consultado al/la dentista en el año previo. Las diferencias en el uso de estas consultas entre hombres y mujeres son mayores entre los 15 y 64 años de edad. Con la edad disminuyen las consultas hasta llegar al 30% en las personas de 75 y más años.

• FIGURA 101

La proporción de personas que ha acudido al/la dentista en el año previo disminuye claramente según disminuye el nivel socioeconómico. El 58% de los hombres y 63% de las mujeres de la clase I han acudido al/la dentista, frente al 38% de los hombres y 41% de las mujeres de la clase V.

FIGURA 100

Dentisten kontsulten erabilera adinaren arabera, 2013
Uso de consultas al/la dentista según la edad, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo

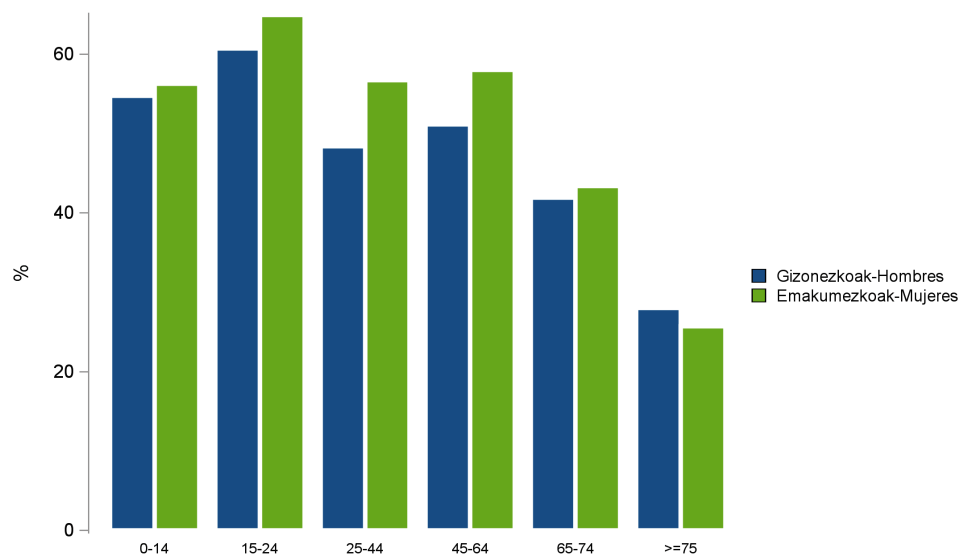
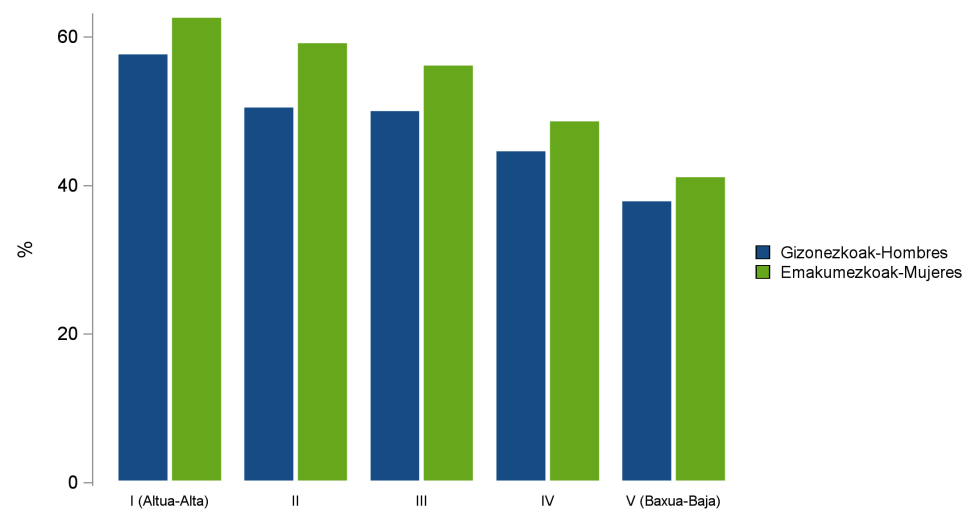


FIGURA 101

Dentisten kontsulten erabilaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el uso de consultas al/la dentista por clase social, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VIII. Consultas dentista

• FIGURA 102

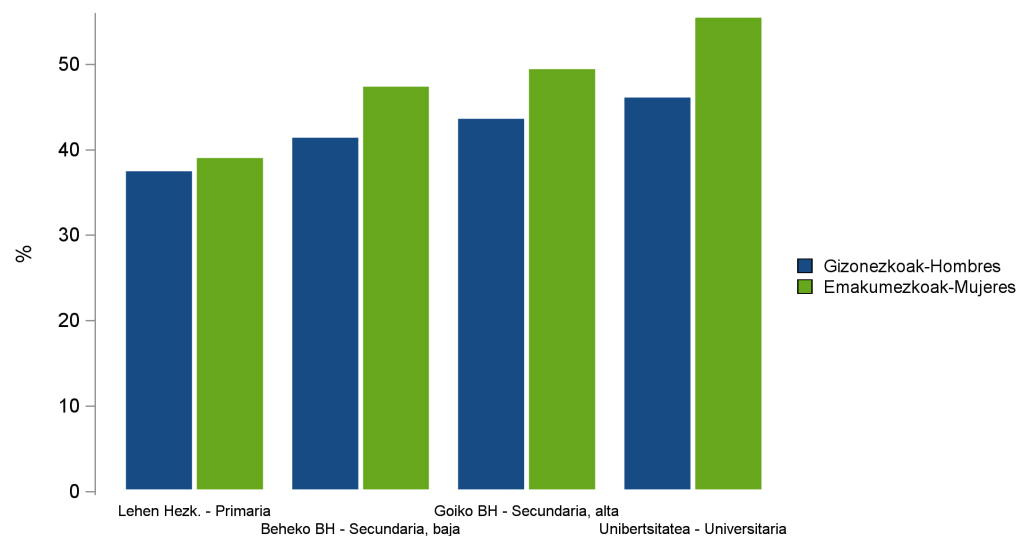
También se observa un patrón gradual en el uso de las consultas al/la dentista por nivel de estudios, que aumenta con el nivel de estudios: el 38% de los hombres y el 39% de las mujeres con estudios primarios ha acudido a la consulta, frente al 46% de los hombres y 56% de las mujeres con estudios universitarios.

FIGURA 102

Dentisten kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en el uso de consultas al/la dentista por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IX. Consultas medicina especializada

• FIGURA 103

El 45% de los hombres y el 57% de las mujeres han hecho alguna consulta al/la médico/a especialista en los doce meses previos. A medida que avanza la edad aumenta la proporción de personas que realiza estas consultas, pasando del 37 y 35% de los menores de 15 años (niños y niñas respectivamente) al 75% de los hombres y 69% de las mujeres de 75 y más años.

• FIGURA 104

En general, no se aprecia un patrón sistemático de desigualdad por clase social en el uso de estas consultas, aunque la proporción de mujeres del grupo I que ha realizado estas consultas es la más elevada (63%).

FIGURA 103

Mediku espezialisten kontsulten erabilera adinaren arabera, 2013
Uso de consultas al/la médico/a especialista según la edad, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo

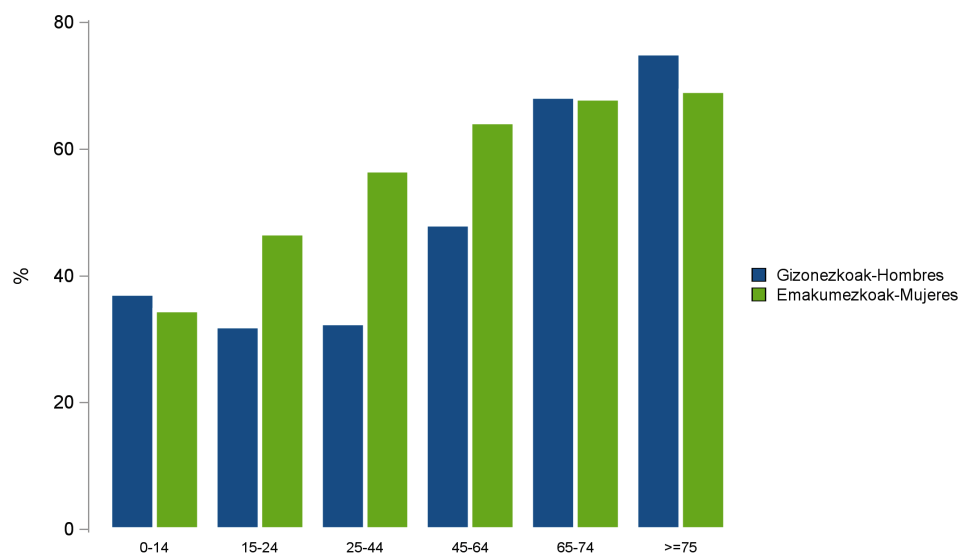
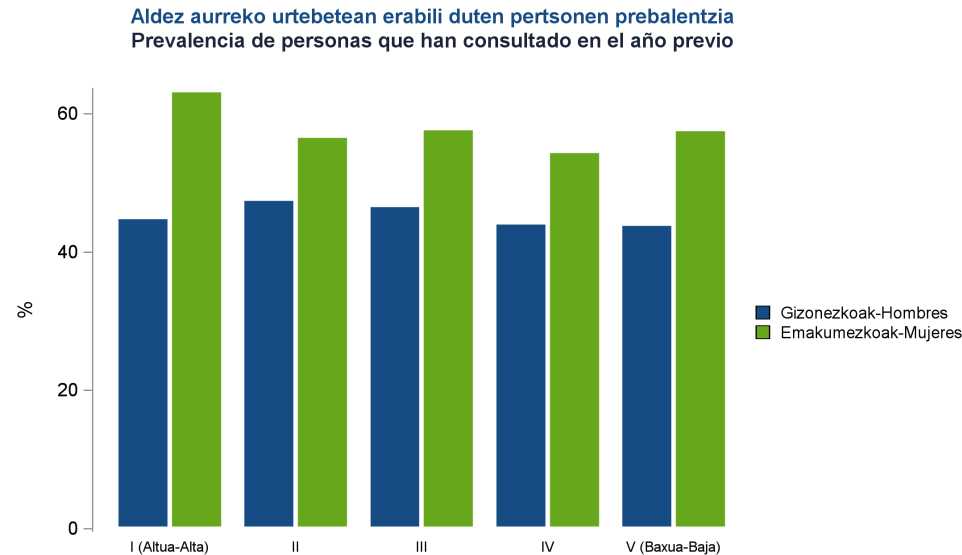


FIGURA 104

Mediku espezialisten kontsulten erabilerearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el uso de consultas al/la médico/a especialista por clase social, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IX. Consultas medicina especializada

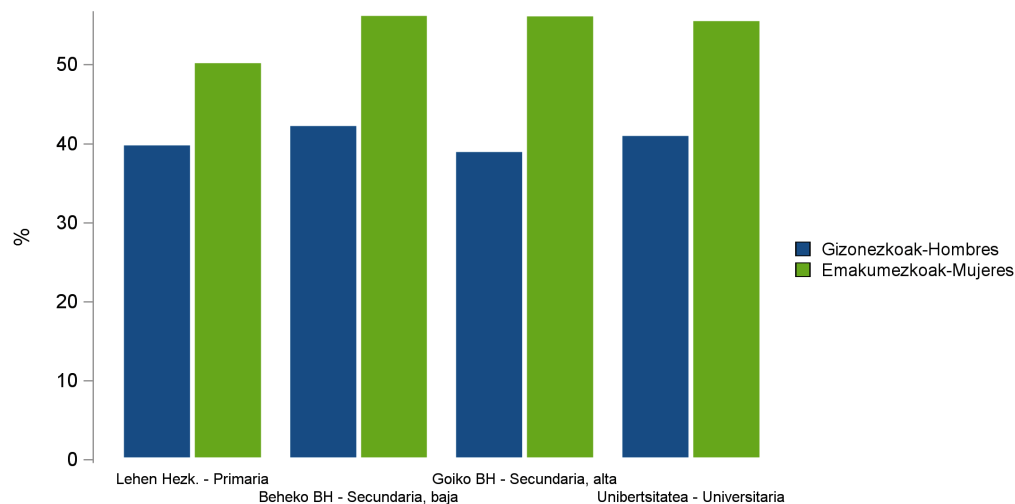
• FIGURA 105

De manera similar, tampoco se observa un patrón sistemático en el uso de las consultas al/la médico/a especialista por nivel de estudios, si bien cabe destacar que la proporción de mujeres con estudios primarios que ha realizado estas consultas es la más baja (51%), frente al resto de mujeres con nivel de estudios superiores (56%).

FIGURA 105

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el uso de consultas al/la médico/a especialista por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

X. Urgencias

• FIGURA 106

El 13 y el 14% de los hombres y las mujeres respectivamente han utilizado los servicios de urgencia en los seis meses previos. Esa proporción ha descendido respecto a 2007, aunque no de forma estadísticamente significativa.

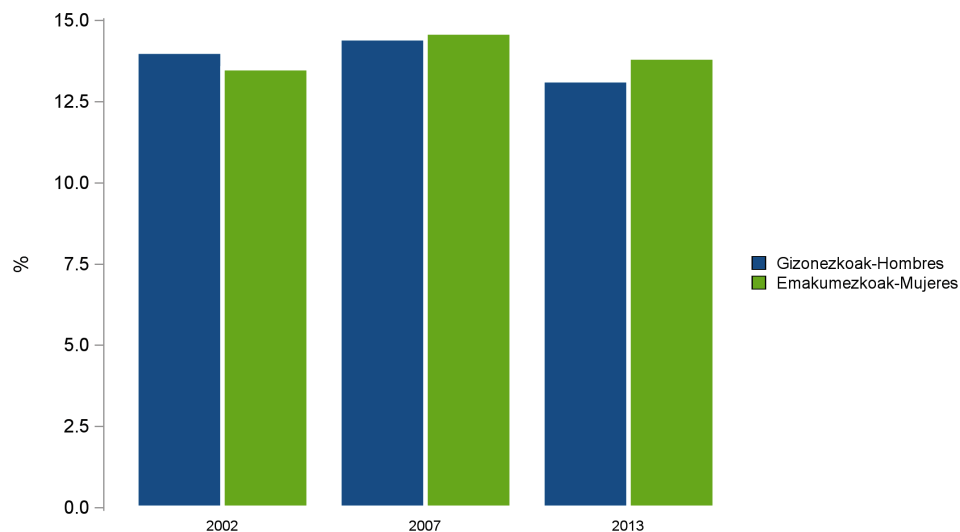
• FIGURA 107

Las personas con mayor y menor edad son las que más uso hacen de los servicios de urgencia. En 2013, la proporción de hombres y mujeres menores de 15 años que usaron las urgencias en los seis meses previos fue del 20 y del 18%, respectivamente; en las de 75 y más años, el 20 y el 22% respectivamente.

FIGURA 106

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren bilakaera, 2002-2013
Evolución del uso de los servicios de salud de urgencia, 2002-2013

Aldez aurreko sei hilabeteetan erabili duten pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas que han consultado en los seis meses previos*

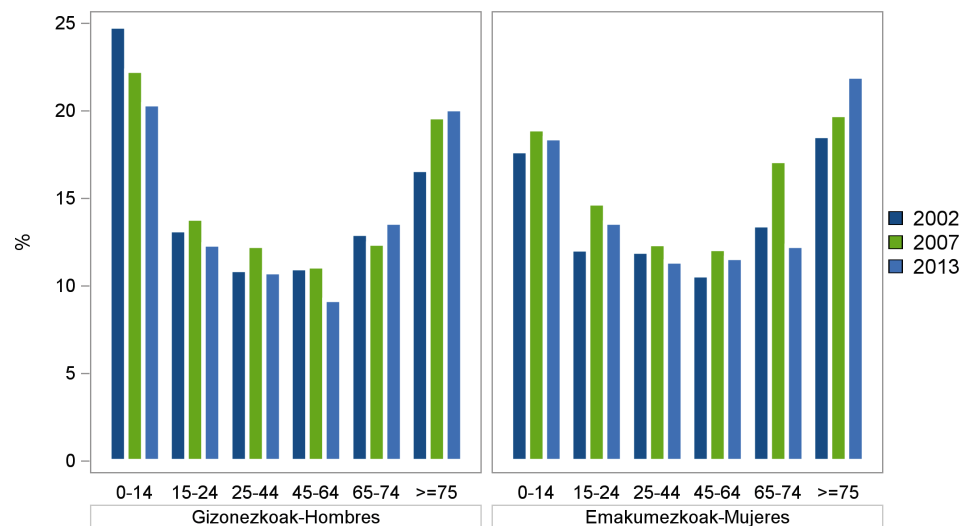


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 107

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del uso de los servicios de salud de urgencia según la edad, 2002-2013

Aldez aurreko sei hilabeteetan erabili duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas que han consultado en los seis meses previos



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

X. Urgencias

• FIGURA 108

En las mujeres, el uso de los servicios de urgencia aumenta al descender en la clase social: han utilizado las urgencias en los seis meses previos el 18% de las mujeres de la clase social menos favorecida frente al 11% de clase más favorecida. En los hombres no hay diferencias significativas por clase social.

• FIGURA 109

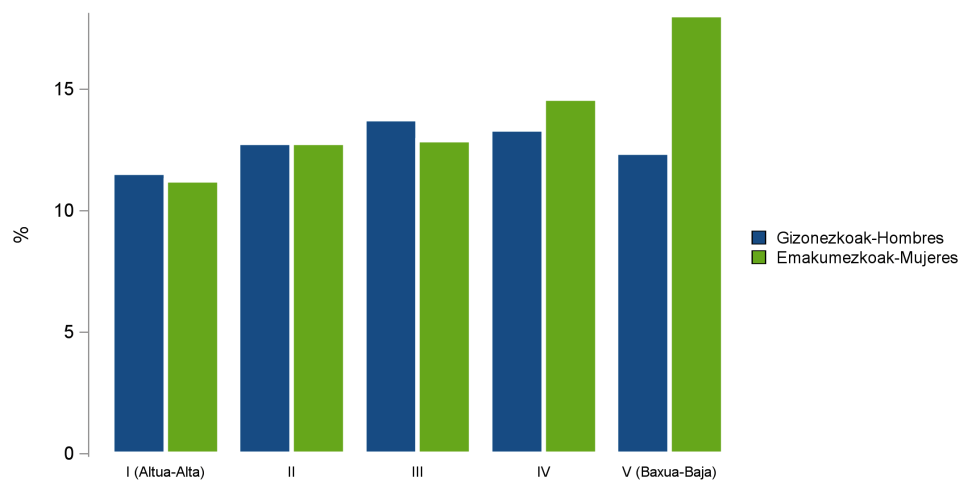
La proporción de personas que han utilizado los servicios de urgencia en los seis meses previos descende al aumentar el nivel de estudios: el 12% de los hombres y el 13% de las mujeres con estudios primarios han utilizado un servicio de salud de urgencias, frente al 7% de los hombres y el 9% de las mujeres con estudios universitarios.

FIGURA 108

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013

Desigualdades en el uso de los servicios de salud de urgencia por clase social, 2013

Aldez aurreko sei hilabeteetan erabili duten pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas que han consultado en los seis meses previos*



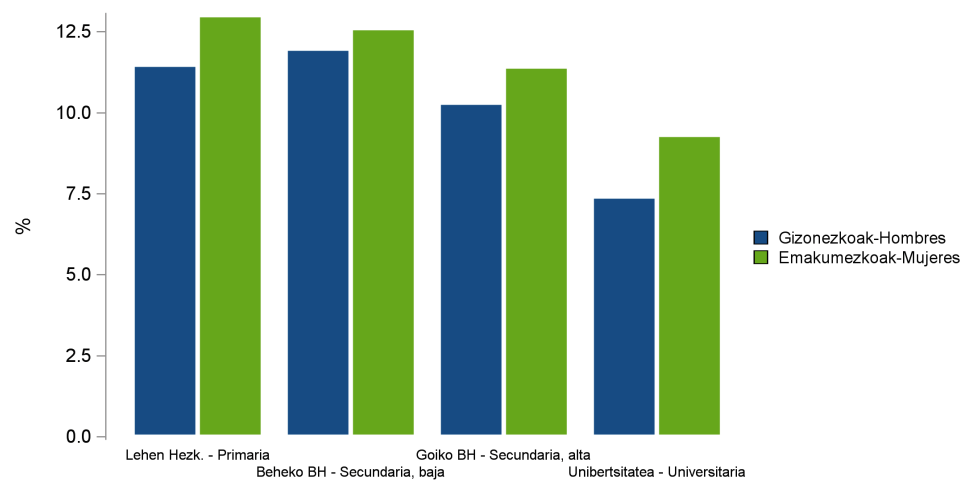
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 109

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en el uso de los servicios de salud de urgencia por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko sei hilabeteetan erabili duten pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas que han consultado en los seis meses previos*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XI. Hospitalización

• FIGURA 110

En 2013, el 8% de los hombres y mujeres habían sido hospitalizados en los 12 meses previos. Respecto a 2007, esa proporción ha descendido en ambos sexos en un 15%.

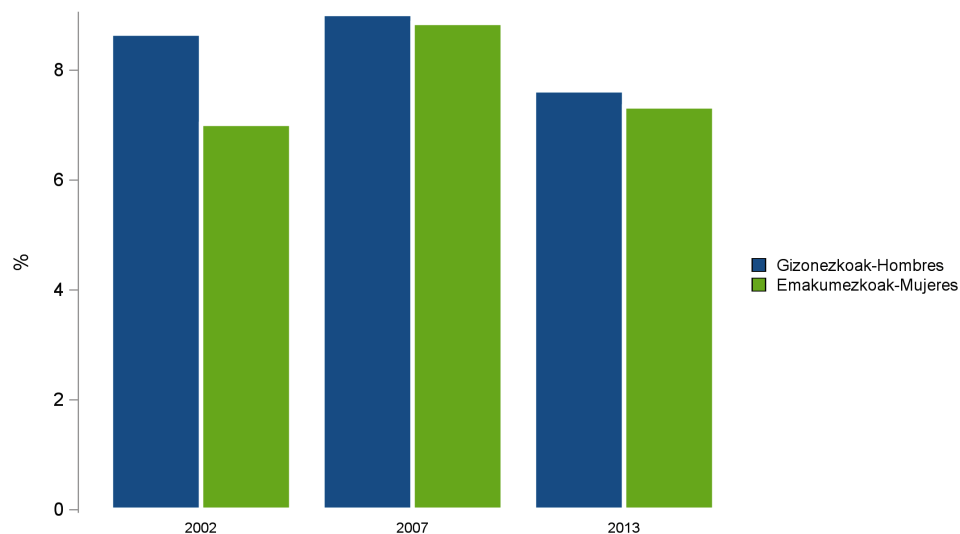
• FIGURA 111

Las hospitalizaciones en el año previo aumentan con la edad, alcanzando en 2013 al 19% de los hombres y al 18% de las mujeres de 75 y más años.

FIGURA 110

Ospitaleen erabileraren bilakaera, 2002-2013
Evolución del uso de servicios hospitalarios, 2002-2013

Aldez aurreko urtebetean ospitaleratzearen prebalentzia*
Prevalencia de hospitalización en el año previo*

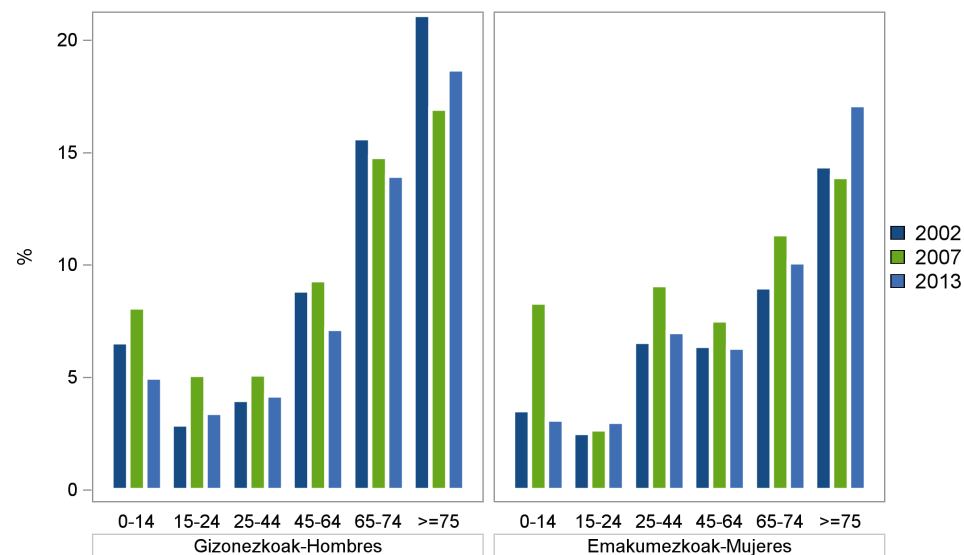


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 111

Ospitaleen erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del uso de servicios hospitalarios según la edad, 2002-2013

Aldez aurreko urtebetean ospitaleratzearen prebalentzia
Prevalencia de hospitalización en el año previo



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XI. Hospitalización

• FIGURA 112

Los hombres y las mujeres del grupo I presentan la proporción más baja de hospitalizaciones en el año previo, sin que las diferencias sean significativas.

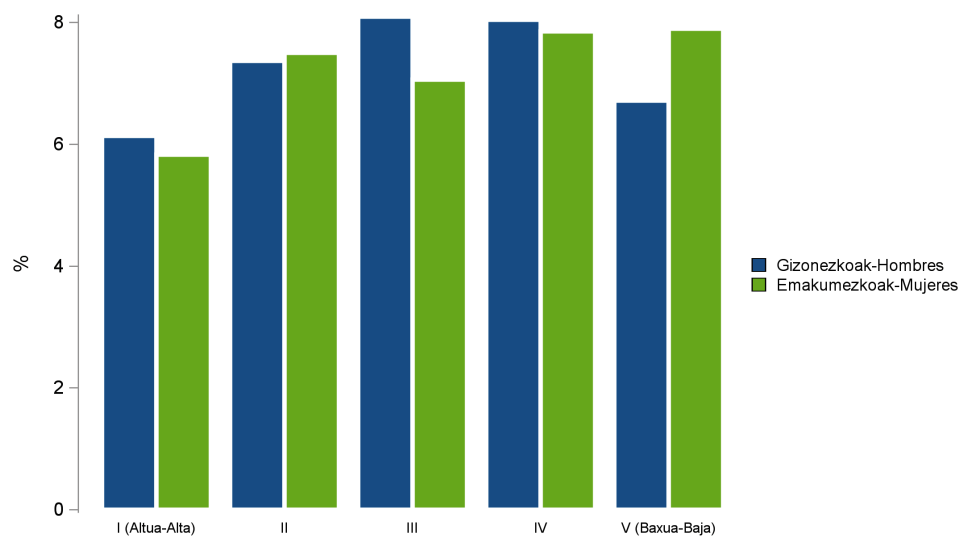
• FIGURA 113

En las mujeres, la hospitalización en el año previo ha sido menos frecuente al aumentar el nivel de estudios.

FIGURA 112

Ospitaleen erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdes en el uso de servicios hospitalarios por clase social, 2013

Aldez aurreko urtebetean ospitaleratzearen prebalentzia*
Prevalencia de hospitalización en el año previo*

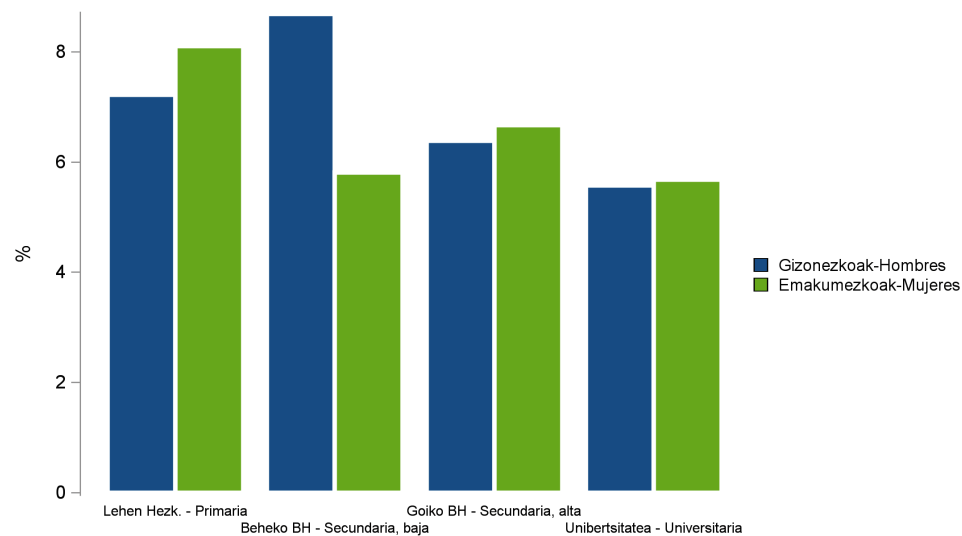


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 113

Ospitaleen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdes en el uso de servicios hospitalarios por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko urtebetean ospitaleratzearen prebalentzia*
Prevalencia de hospitalización en el año previo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XII. Hospital de día

• FIGURA 114

En 2013, el 6% de la población vasca acudió a un hospital de día en los doce meses previos. El uso del hospital de día aumenta con la edad hasta los 65 años. Los hombres a partir de los 65 años de edad y las mujeres en la franja de edad de 65 a 74 años son las personas que más han usado este servicio en el año previo (10 y 9% respectivamente).

• FIGURA 115

No se aprecia una relación entre la clase social y el uso del hospital de día en el año previo.

FIGURA 114

Eguneko ospitalearen erabilera adinaren arabera, 2013
Uso del hospital de día según la edad, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabilera prebalentzia
Prevalencia de uso en el año previo

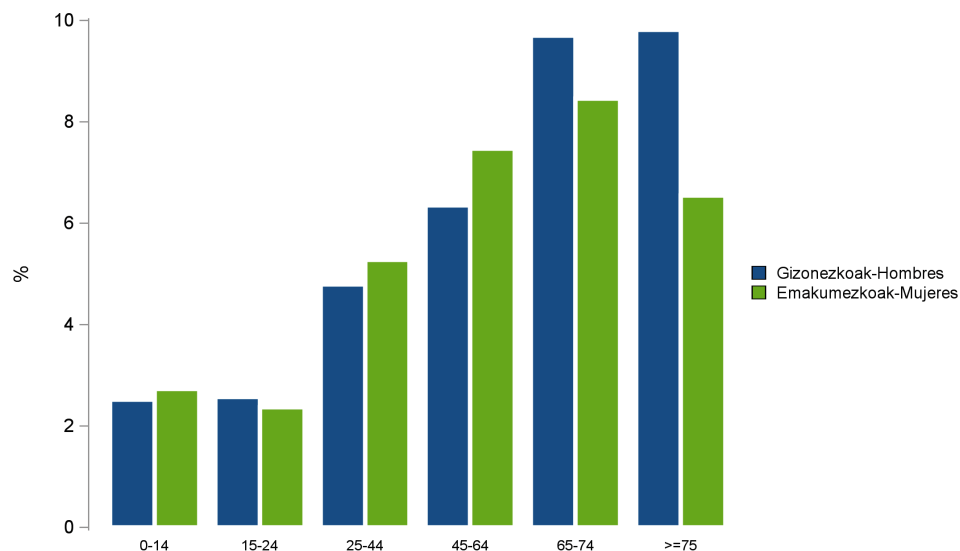
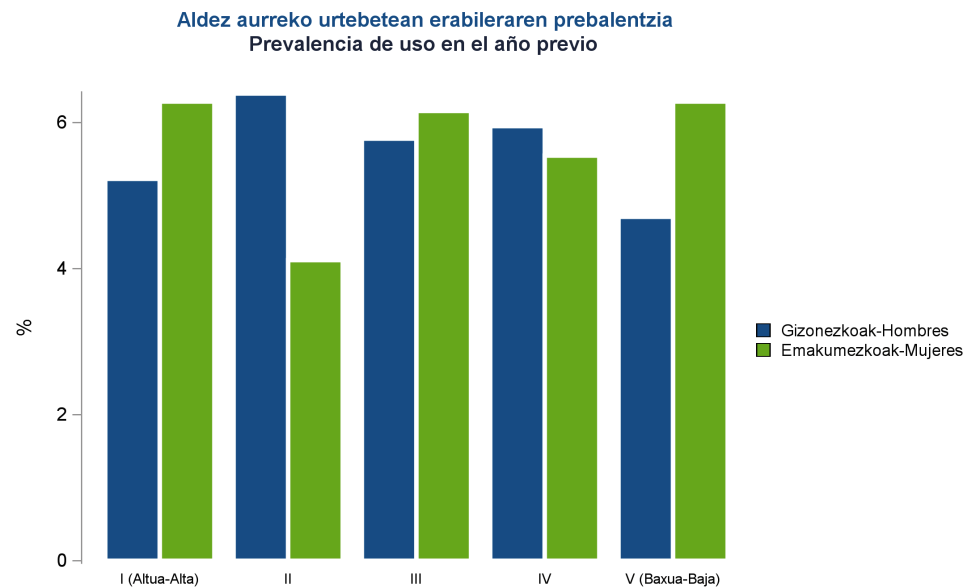


FIGURA 115

Eguneko ospitalearen erabilera desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2013
Desigualdades en el uso del hospital de día por clase social, 2013

Aldez aurreko urtebetean erabilera prebalentzia
Prevalencia de uso en el año previo



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XII. Hospital de día

• FIGURA 116

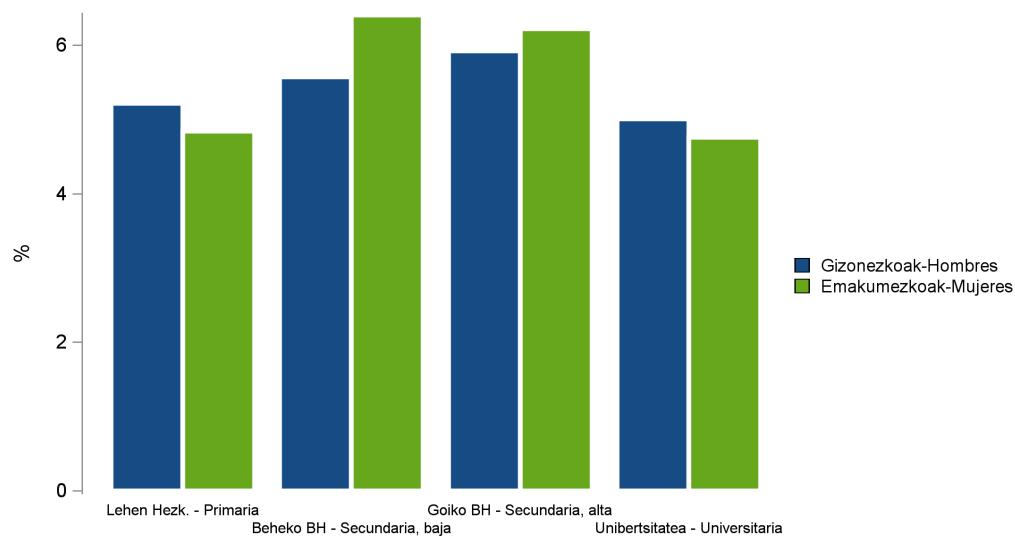
Tampoco se observa un patrón sistemático en la utilización del hospital de día por nivel de estudios.

FIGURA 116

Eguneko ospitalearen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013

Desigualdades en el uso del hospital de día por nivel de estudios, 2013

Aldez aurreko urtebetean ospitalaratzearen prebalentzia*
Prevalencia de hospitalización en el año previo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XIII. Servicios de salud no presenciales (Osarean)

• FIGURA 117

El conocimiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación de Osakidetza (TIC) por parte de la población varía según el tipo de servicio. El más conocido es la solicitud de cita previa telefónica automatizada (77% de los hombres y 84% de las mujeres); el menos conocido es el de telemedicina (tratamiento y control de enfermedades crónicas sin necesidad de acudir al hospital o al centro de salud), conocimiento que alcanza al 9% de las personas.

• FIGURA 118

La solicitud de cita previa telefónica automatizada es también el servicio más usado: lo utilizan el 53% de los hombres y el 62% de las mujeres. En el otro extremo, apenas el 1% de la población ha usado la telemedicina.

FIGURA 117

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuen ezaguera, 2013
Conocimiento de los servicios de salud no presenciales, 2013

Ezagutzen duten pertsonen proportzioa
Proporción de personas que lo conocen

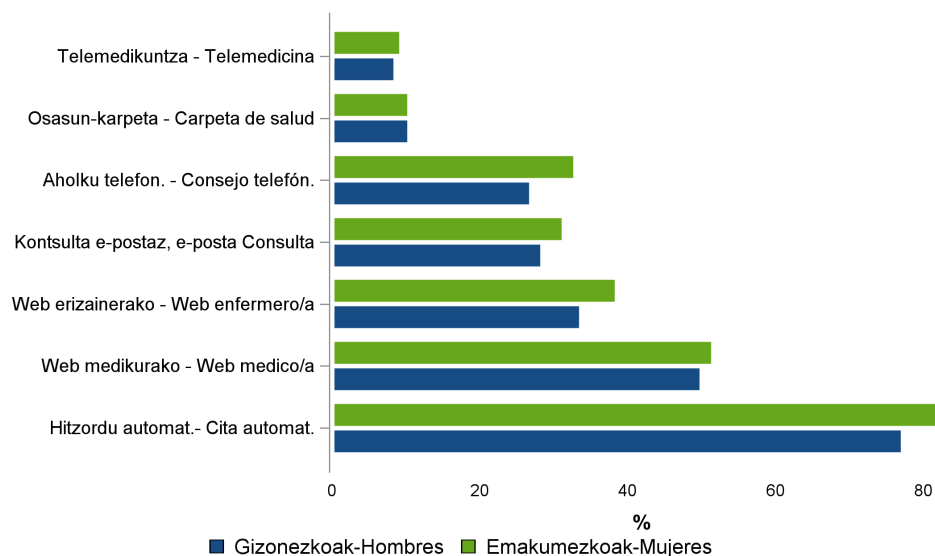
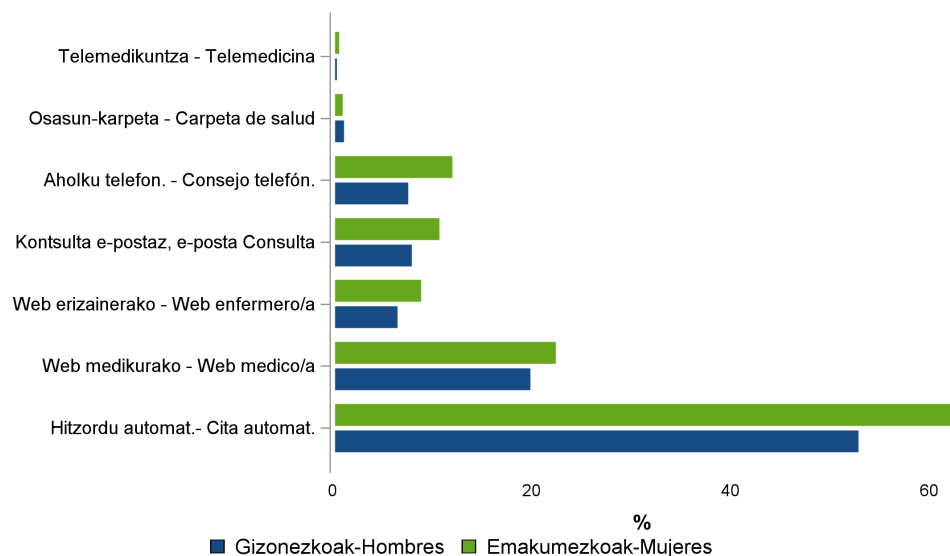


FIGURA 118

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuen erabilera, 2013
Uso de los servicios de salud no presenciales, 2013

Erabiltzen duten pertsonen proportzioa
Proporción de personas que lo usan



04

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XIII. Servicios de salud no presenciales (Osarean)

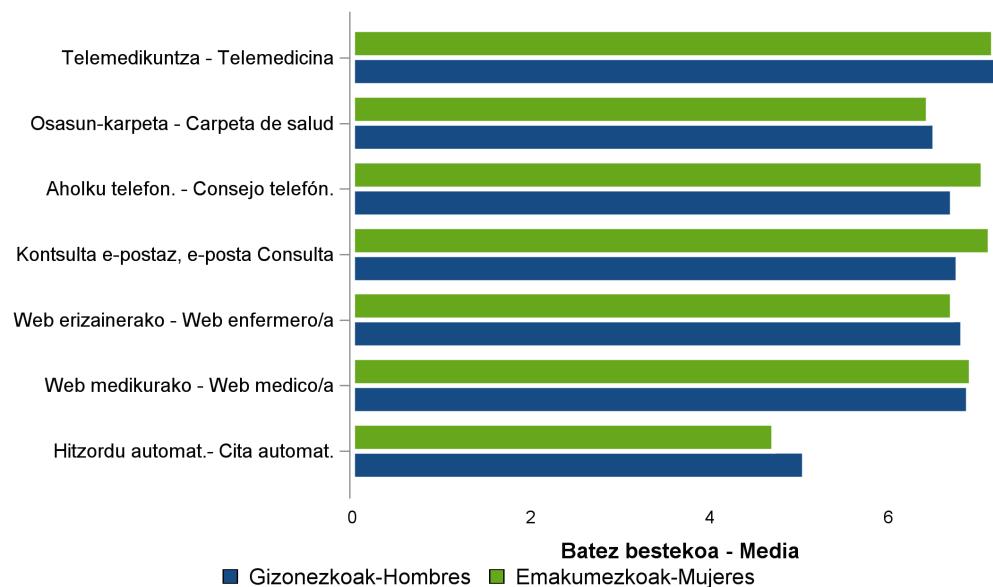
• FIGURA 119

El servicio relacionado con las TIC más conocido y usado, la cita telefónica automatizada, es también el peor valorado, con una nota promedio de 5 (de 0 a 10). La puntuación media dada al resto de los servicios está alrededor del 7.

FIGURA 119

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuarekiko gogobetetasuna, 2013 Satisfacción con los servicios de salud no presenciales, 2013

Batez besteko puntuazioa
Valor promedio puntuación



05

METODOLOGÍA

La ESCAV es una encuesta transversal sobre la salud y sus determinantes, de la población no institucionalizada residente en la CAPV. Los datos fueron recogidos durante el periodo que va de diciembre de 2012 a mayo de 2013, ambos inclusive.

Para obtener la muestra, se seleccionaron 5.300 viviendas por muestreo aleatorio estratificado de las viviendas ocupadas del Directorio de Viviendas (DV) de 2010; en una segunda etapa, usando el método de Kish, se seleccionaron las personas a contestar el cuestionario individual. Se obtuvo información relativa a 12.995 personas, para el cuestionario familiar, y 8.036, para el individual. La tasa de respuesta fue del 86%.

La encuesta se realizó en el domicilio de las personas entrevistadas, utilizando dos tipos de cuestionarios. Mediante un primer cuestionario (familiar), por entrevista personal se recogió información de todos y cada uno de los miembros de la unidad familiar. En general fueron las propias personas las que respondieron, si bien se admitió las respuestas dadas por terceras personas. Este primer cuestionario recoge información sobre la discapacidad, enfermedades crónicas, lesiones no intencionadas, uso de servicios de salud, consumo de medicamentos y características sociodemográficas. El segundo cuestionario (individual) fue autorrellenado, e incluye preguntas sobre la autovaloración de la salud, la salud mental y social, la calidad de vida relacionada con la salud, las conductas, las prácticas preventivas, las condiciones de trabajo, los hábitos alimentarios, el entorno medioambiental y el uso de los servicios de salud a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

El cálculo de indicadores y el análisis estadístico se han realizado por separado para cada sexo. En este documento se presentan prevalencias brutas y estandarizadas por edad, mediante el método directo, usando como población de referencia la de la CAPV de 2011. Para las variables cuantitativas, las medias fueron ajustadas por edad usando el análisis de covarianza. En este documento, la interpretación de los resultados se ha alimentado de un análisis previo, en el que de forma sistemática se estudió la evolución temporal de los indicadores, así como la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en salud. En ese análisis sistemático, para las variables dicotómicas se usaron modelos de regresión de Poisson con varianza de error robusta, y para las variables cuantitativas, modelos de regresión lineal múltiple; las desigualdades socioeconómicas fueron valoradas mediante el índice de la pendiente de desigualdad y el índice relativo de desigualdad.

06

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Esperanza de vida libre de discapacidad

Es una estimación de los años que se viven sin problemas de salud que afecten a la capacidad funcional. Es un índice sintético que se obtiene de la combinación de los datos de la mortalidad y de los datos de limitación de la actividad (crónica o temporal) obtenidos de la Encuesta de Salud (Sullivan DF 1971, Murray JL et al. 2002). Para los resultados relativos al año 2013, se han utilizado los datos de mortalidad de 2011.

Autovaloración de la salud: buena salud percibida

La autovaloración de salud es una de las medidas de la salud más sencilla disponible, y cuya relación con la utilización de servicios y la mortalidad ha sido establecida en numerosos estudios (Idler 1990, Jylha M 2009). A pesar de ser 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 de autovaloración de la salud fue formulada siguiendo las recomendaciones de la 2ª Conferencia de la OMS para lograr métodos e instrumentos comunes para las encuestas de salud:

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 15 y más años. En este documento, cuando se habla de buena salud percibida se refiere a la proporción de personas que definen su salud como buena o muy buena.

Calidad de vida relacionada con la salud

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población, y analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias.

En la ESCAV13 se ha utilizado el instrumento Euroqol-5D-5L para medir la calidad de vida en personas de 15 y más años (Herdman M et al. 2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013). Es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EAV). En este documento se presentan los resultados de la EAV. En la EAV la persona puntúa su estado de salud en una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Salud mental

Se valoró la salud mental en función de la presencia o no de síntomas de ansiedad y depresión. Para ello se utilizó el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve que revela si existen dichos síntomas (Berwick DM et al. 1991). Las preguntas formuladas en este instrumento son: Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo...? – (i5a) Estuvo muy nervioso/a. – (i5b) Se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle. – (i5c) Se sintió en calma y con gran tranquilidad. – (i5d) Se sintió con desánimo y tristeza. – (i5e) 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 mediante la fórmula $MHI5 = (7 - i5a) + (7 - i5b) + i5c + (7 - i5d) + i5e$, siendo el rango de valores de 5 a 30. Se consideró que una persona presentaba síntomas de ansiedad y depresión cuando su puntuación superaba el valor 16.

06

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Discapacidad

Es aquella limitación de larga duración, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico. Es una medida de la salud que mide la dimensión del estatus funcional: lo que una persona es capaz de hacer. 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 JR 1982, Chyba MM 1990).

Problemas crónicos

Se incluyen problemas de salud crónicos, continuos, de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia.

En 2013 se incluyeron los problemas crónicos siguientes:

- Caries
- Otros problemas bucodentales
- Hipertensión
- Diabetes
- Colesterol elevado
- Fibromialgia
- Artrosis, artritis o reumatismo
- Dolor de espalda crónico cervical
- Dolor de espalda crónico dorsal o lumbar, ciática
- Asma
- Varices en las piernas
- Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales

- Infarto agudo de miocardio
- Otros problemas crónicos de corazón
- Alergia crónica
- Bronquitis crónica (EPOC, enfisema)
- Úlcera de estómago o duodeno
- Hemorroides, almorranas
- Cáncer
- Ceguera parcial o total
- Cataratas
- Sordera
- Problemas crónicos de piel
- Problemas de tiroides
- Alteraciones de la próstata
- Incontinencia urinaria
- Demencia, deterioro cognitivo
- Ansiedad crónica
- Depresión crónica
- Otros problemas mentales
- Migraña o dolores de cabeza frecuentes
- Osteoporosis
- Anemia
- Estreñimiento crónico
- Pie diabético
- Otros

06

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

Condiciones de empleo y de trabajo

Engloba la satisfacción y el nivel de estrés del trabajo remunerado, así como la frecuencia con la que las personas encuestadas están expuestas a determinados riesgos físicos y ergonómicos.

Trabajo doméstico y de cuidado

Trabajo no remunerado en el que se realizan tareas relacionadas con las labores del hogar y el mantenimiento del bienestar y cuidado de las personas.

Apoyo Social

El apoyo social hace alusión a la red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física, o vulnerabilidad personal o social. Para medir el apoyo social se ha utilizado la escala de Duke (Broadhead WE et al 1988), en su versión española (Bellón JA et al. 1996), y se han distinguido dos dimensiones: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse), y al apoyo afectivo (posibilidad de contar con personas que demuestren apoyo y cariño).

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se midió mediante el recuerdo del consumo previo. El recuerdo se facilitó utilizando una pregunta cerrada en la que se preguntaba por la cantidad consumida de una lista extensa de bebidas alcohólicas. Estas preguntas se refirieron específicamente al último día laboral, al viernes, al sábado y al domingo anterior a la entrevista, para así diferenciar el consumo en un día laboral del consumo en un fin de semana.

Se ha definido como bebedor habitual: la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.

En la ESCAV 2013 se ha creado una nueva variable de consumo de alcohol, basándose en las recomendaciones del Centro canadiense de lucha contra las toxicomanías (Butt P et al. 2011). Los puntos de corte se han adaptado a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV. Dicha variable cuenta con tres categorías, en función del riesgo del consumo de alcohol a largo plazo sobre la salud:

1. Personas no bebedoras, ex bebedoras y bebedoras ocasionales
2. Personas que consumen alcohol de manera habitual (al menos una vez por semana)

A. 15-17 años, ambos sexos:

- Consumo de **alto riesgo**: si consumen alcohol más de 3 días por semana, o si consumen más de 30 g de alcohol en un solo día.
- Consumo de **bajo riesgo**: consumen alcohol sin cumplir las condiciones anteriores.

B. 18 y más años:

I. Hombres:

- Consumo de **alto riesgo**: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 30 g o consumo de más de 40 g en un solo día.
- Consumo de **bajo riesgo**: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

II. Mujeres

- Consumo de **alto riesgo**: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 20 g o consumo de más de 30 g en un solo día.
- Consumo de **bajo riesgo**: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

06

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

En este documento se reporta la prevalencia del consumo de alto riesgo.

En la ESCAV13 también se han recogido datos sobre la ingesta de gran cantidad de alcohol en cortos periodos de tiempo (binge drinking). Binge drinking es el consumo intensivo de alcohol en una sola ocasión. Se han realizado equivalencias entre las bebida alcohólicas más comunes con la llamada Unidad de Bebida Estándar para medir la cantidad que una persona ha consumido en un periodo de 4-6 horas, diferenciando la cantidad de alcohol consumida por los hombres y las mujeres (Encuesta Nacional de Salud 2011).

Consumo de tabaco y tabaquismo pasivo

Se ha considerado fumador/a a la persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario. Se entiende por tabaquismo pasivo o fumar de forma pasiva, involuntaria, el estar expuesto/a al humo del tabaco que fuman los/as demás, en cualquier lugar, independientemente de que la persona que lo sufre sea fumadora o no.

Actividad física

La actividad física se midió mediante el cuestionario IPAQ (IPAQ 2005). Este cuestionario pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que ha dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada y caminar durante al menos 10 minutos en los últimos 7 días, tanto si se ha hecho en el tiempo libre o de ocio como en las tareas domésticas, en el trabajo o en los traslados. Basándose en las respuestas obtenidas se identificó a las personas que realizan una actividad física o ejercicio físico saludable (OMS 2010).

Peso corporal

Se definió a las personas como obesas en función del Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo el criterio de Bray (Bray GA 1987, OMS 2013). El IMC se calculó según la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso declarado (en Kg.)} / \text{altura declarada (en metros al cuadrado)}$. En función del valor del IMC, se construyeron las categorías siguientes:

A. Insuficiente: IMC es inferior a 18,5

B. Normal: IMC es igual o superior a 18,5 e inferior a 25

C. Sobrepeso: IMC igual o superior a 25 e inferior a 30

D. Obesidad: IMC igual o superior a 30

06

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y de cuidados

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para realizar un diagnóstico precoz del cáncer de diversas localizaciones, entre los que se incluyen el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal y el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama.

Continuidad asistencial

Se refiere a la percepción, por parte de los usuarios con enfermedades crónicas, de las características de la asistencia recibida en los servicios de salud, en lo que se refiere a la comunicación y transferencia de información entre los diferentes niveles de asistencia (primaria y especializada), y a la coherencia del cuidado (coordinación) (Aller MB et al. 2013). En este documento hemos hecho referencia a la coherencia de cuidados en dos aspectos: coordinación entre niveles de asistencia y lugar donde recibe la asistencia.

Consultas de medicina general

Se ha considerado como consulta a todo contacto con un/a médico/a de atención primaria (medicina de familia y pediatría) realizado por motivos de salud, mediante visita personal, consulta telefónica o a través de la web, 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/a médico/a acudió a una casa a ver a más de una persona se consideraron tantas visitas como personas hubiese tratado. Una visita al/la médico/a se asoció con la persona que lo necesitó aunque esta persona no acudiera a consulta.

Por ejemplo, si una persona consultó por su hijo/a esta consulta se adscribió al niño/a.

Consultas en los servicios de urgencias

Se incluyeron las consultas solicitadas 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.

Hospital de día

Un hospital de día es una unidad funcional, compuesta por varios Servicios, ubicada en el hospital, a la que los/as pacientes acuden para ser atendidos/as o tratados/as de su proceso a lo largo del día, sin pasar la noche. En esta unidad el/la paciente es internado/a por un plazo de horas, durante el cual recibe tratamiento médico, como por ejemplo transfusiones de sangre, quimioterapia o fármacos que necesitan un especial cuidado, tratamiento quirúrgico, como por ejemplo cataratas, en los que los/as pacientes son operados/as y enviados/as a casa en el mismo día, o pruebas diagnósticas, como por ejemplo las colonoscopias.

Servicios de salud no presenciales

Son servicios relacionados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) puestos en marcha por Osakidetza, y que sirven para facilitar el acceso de la ciudadanía al sistema sanitario y para la prevención y el tratamiento de enfermedades: cita previa telefónica, cita previa a través de la Web, consultas telefónicas o a través de la Web, consejo sanitario telefónico, carpeta personal de salud y telemedicina.

06

DEFINICIONES

IV. Variables sociodemográficas

Edad

La edad recogida para cada persona es la que tenía en el momento de la encuesta.

Clase social (grupo socioeconómico)

La clase social se ha asignado en función de la ocupación laboral remunerada presente o pasada (personas que tuvieron un empleo remunerado en algún momento de su vida). Las personas que nunca hayan tenido una ocupación de este tipo tienen asignado el grupo socioeconómico que le corresponda a la persona de la que dependan económicamente (parejas, padres, madres etc.).

La asignación en cada uno de los cinco grupos se realiza a partir de la codificación a tres dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones, que entró en vigor en 2011 (CNO-11), según la propuesta del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo- Salvany A et al. 2012).

Se ha utilizado la clasificación agrupada en 5 categorías

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.

V. Trabajadores/as no cualificados/as.

Nivel de estudios

El nivel de estudios asignado a cada persona de 10 y más años ha sido el mayor nivel obtenido. Se ha encuadrado a las personas en 4 categorías: Primaria, personas que no saben leer ni escribir o con estudios primarios, o equivalentes, completos o no; Secundaria baja, personas con educación secundaria de 1ª etapa; Secundaria alta, personas con estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de cualquier grado o equivalentes; universitaria, personas con estudios universitarios de cualquier ciclo, doctorado o equivalente.

V. Otras definiciones

Prevalencia

Es la proporción de personas con una característica o problema de salud.

Estandarización y ajuste de los indicadores por edad

La comparación de los indicadores entre distintos grupos puede distorsionarse por las diferencias en la estructura de edad de los grupos comparados. Para evitar esta distorsión, las prevalencias se han estandarizado por edad, tomando como población de referencia la de la CAPV según la Estadística de Población y Vivienda de 2011. Las medias se han ajustado por edad mediante el análisis de covarianza.

07

BIBLIOGRAFÍA

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé L, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul; 25(3):291-9. Doi: 10.1093/intqhc/mzt010. Epub 2013 Feb 19.

Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.

Berwick DM, Murphy JM, Goldmasn PA, et al. Performance of a five-item, mental health screening test. *Med Care* 1991, 29:169-176.

Bray GA. Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks. *Ann Ny Acad Sci* 1987; 499:14-28.

Broadhead WE, Gehlbach SH, DeGruy FV y Kaplan B H. The Duke- UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care* 1988; 26:709-723.

Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2011.

Chyba MM, Washington LR. Questionnaires from the National Health Interview, 1980-1984. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1 (24). 1990.

Dolan TA., Peek CW., Stuckm AE. Beck JC. Three years changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1998; vol.26 (, No.1): 62-69.

Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, J.Ferrando J y Borrell C, del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit*. 2013. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>

Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011/2012) realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). [Consultado el 10 de diciembre de 2013]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Herdman M, X Badia X, S Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28 (6): 425-429.

Idler EL, Ronald JA. Self-rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic follow-up study. *AJPH* 1990; 80:446-452

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)–. Short and Long Forms; November 2005. [Consultado el 10 de diciembre de 2013]. Disponible en <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69: 307-316.

Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010; 24(4): 339-346.

07

BIBLIOGRAFÍA

Liberatos P, Link PG, Kelsey J. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Rev.* 1988; 10: 87-121.

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.

McWhinnie JR. Mesure de L'incapacité. Organisation de coopération et de développement économiques. OCDE. Paris; 1982.

Murray JL y col. Health gaps: An overview and critical appraisal. En: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (ed). Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurements and applications. Geneva: World Health Organization 2002.

Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; [Consultado el 9 de diciembre de 2013]. Disponible en http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf

Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010.

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. 2012; [Consultado el 11 de diciembre de 2013]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports* 1971; 86:347-54.

The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of healthrelated quality of life. *Health Policy* 1990; 16(3):199-208.

Ware JE Brook RH, et al. Choosing Measures of Health Status for individuals in General Population. *AJPH* June 1981, Vol 71, No 6.

Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford Medical publications; 1992.