

2018

DATOS RELEVANTES

ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO



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

Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko zuzendaria / Director de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias
Mikel Sánchez Fernández

Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua / Servicio de Estudios e Investigación Sanitarias
Maider Mateos, Maite de Diego, Jose Antonio Martín, Montse Calvo, Estibaliz Elorriaga, Santiago Esnaola

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

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

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: Quor, S.L.

Diseinua / Diseño: Diagonal, M&P S.L.

Maketazioa / Maquetación: Marta Sáez

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:

Mateos M, de Diego M, Martín JA, Calvo M, Elorriaga E, Esnaola S. Datu garrantzitsuak 2018ko Euskal Osasun Inkesta. Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua 2018ko / Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2018.

Argitaraldia: 1.a, 2019ko ekaina
Edición: 1.a Junio 2019

© 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/contenidos/informacion/encuesta_salud/eu_eaeoi/osasun_inkesta.html

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





01

AGRADECIMIENTOS04

02

INTRODUCCIÓN05

03

METODOLOGÍA07

04

ESTADO DE SALUD08

Resumen08

I. Esperanza de vida libre de discapacidad	09
II. Autovaloración de la salud	10
III. Calidad de vida relacionada con la salud	12
IV. Salud mental	14
V. Discapacidad	16
VI. Problemas crónicos	18

05

DETERMINANTES DE LA SALUD21

Resumen21

A) CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

I. Condiciones de empleo y de trabajo	24
II. Ingresos y situación económica	31
III. Trabajo doméstico y de cuidado	32
IV. Entorno y condiciones de la vivienda	34

B) FACTORES PSICOSOCIALES

I. Apoyo social	37
-----------------	----

C) CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

I. Consumo de tabaco	39
II. Tabaquismo pasivo	41
III. Consumo de alcohol	43
IV. Peso corporal	47
V. Actividad física	49
VI. Hábitos alimentarios	51

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS53

Resumen53

I. Valoración del sistema sanitario	55
II. Modalidad de cobertura de aseguramiento	56
III. Continuidad asistencial	57
IV. Programas de cribado del cáncer	60
V. Vacunación contra la gripe	66
VI. Consultas de medicina general y pediatría	68
VII. Consultas de enfermería	70
VIII. Consultas dentista	72
IX. Consultas medicina especializada	74
X. Urgencias	76
XI. Hospitalización	78
XII. Hospital de día	80
XIII. Servicios de salud no presenciales (Osarean)	82

07

DEFINICIONES84

08

BIBLIOGRAFÍA96

01

AGRADECIMIENTOS

La ESCAV 2018 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

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 2018, y se muestra la evolución de la salud y de sus determinantes entre los años 2002 y 2018. La ESCAV 2018 es la séptima 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, entorno residencial, factores psicosociales, trabajo de cuidados y doméstico, posición socioeconómica, 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.



02

INTRODUCCIÓN

La ESCAV 2018 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 inclusión de un nuevo módulo de condiciones de empleo y trabajo (Mini Epres) en el apartado de determinantes sociales de la salud. Al mismo tiempo, se ha eliminado el apartado relativo a riesgos ergonómicos y físico-químicos y se ha añadido un módulo de factores psicosociales en el trabajo, relacionado con las condiciones en las que éste se desarrolla. Se ha incluido un nuevo módulo relativo a la lactancia materna. En el apartado de servicios de salud y de cuidados, se ha sustituido al apartado relativo a cronicidad y continuidad asistencial por el cuestionario IEXPAC que mide la experiencia del paciente crónico con respecto a la atención que recibe. También en el apartado de servicios de salud y de cuidados se ha explorado el grado de conocimiento de los/las pacientes sobre el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) o Testamento Vital.

La recogida de datos de la ESCAV 2018 se realizó entre octubre de 2017 y mayo de 2018. Para llevar a cabo esta labor se determinó un tamaño muestral de 5.302 familias, lo que supuso entrevistar a 12.071 personas.



03

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 octubre de 2017 a mayo de 2018, ambos inclusive.

Para obtener la muestra, se seleccionaron 5.302 viviendas por muestreo aleatorio estratificado de las viviendas ocupadas del Directorio de Viviendas (DV) de 2015. En una segunda etapa, usando el método de Kish, se seleccionaron las personas a contestar el cuestionario individual. Se obtuvo información relativa a 12.071 personas, para el cuestionario familiar, y 8.014, para el individual. La tasa de respuesta fue del 79%.

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 admitieron las respuestas dadas por terceras personas. Este primer cuestionario recoge información sobre 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 autovaloración de la salud, salud mental y social, calidad de vida relacionada con la salud, conductas relacionadas con la salud, prácticas preventivas, condiciones de trabajo, hábitos alimentarios, entorno medioambiental y 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. Se estudió la evolución temporal de los indicadores, así como la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en salud. 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 desigualdad de la pendiente y el índice relativo de desigualdad.



04

ESTADO DE SALUD

Resumen

- La esperanza de vida libre de discapacidad respecto al año 2013 ha aumentado en los hombres y ha disminuido en las mujeres. Los años vividos con discapacidad, por el contrario, aumentaron en las mujeres y disminuyeron en los hombres.
- La proporción de personas que perciben su salud como buena o muy buena ha aumentado de forma ininterrumpida en ambos sexos desde 2002. La prevalencia de mujeres que perciben su salud como buena es siempre inferior a la de los hombres, en todos los grupos de edad.
- 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 aumenta 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 mejorado notablemente en ambos sexos y para todos los grupos de edad respecto a 2013.
- Se mantiene estable la prevalencia de limitación crónica de la actividad en los hombres y cae ligeramente en las mujeres respecto a 2013. Se aprecia un aumento importante de la prevalencia de cronicidad en los hombres de edad superior a los 74 años de edad y una caída en los grupos de edad centrales.
- El 42% de los hombres y el 43% de las mujeres padecen algún problema de salud crónico.



04

ESTADO DE SALUD

I. Esperanza de vida libre de discapacidad

• FIGURA 1

La esperanza de vida, en 2018, se situó en 86,5 y 80,3 años en mujeres y hombres respectivamente.

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 mortalidad con los de discapacidad.

Con respecto a 2013, la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) presenta una evolución discrepante según el sexo: mientras que en los hombres aumentó 1,2 años, en las mujeres cayó 0,3 años. Los años vividos con discapacidad (AVD), sin embargo, aumentaron en las mujeres 0,5 años, igual cuantía que cayeron en los hombres..

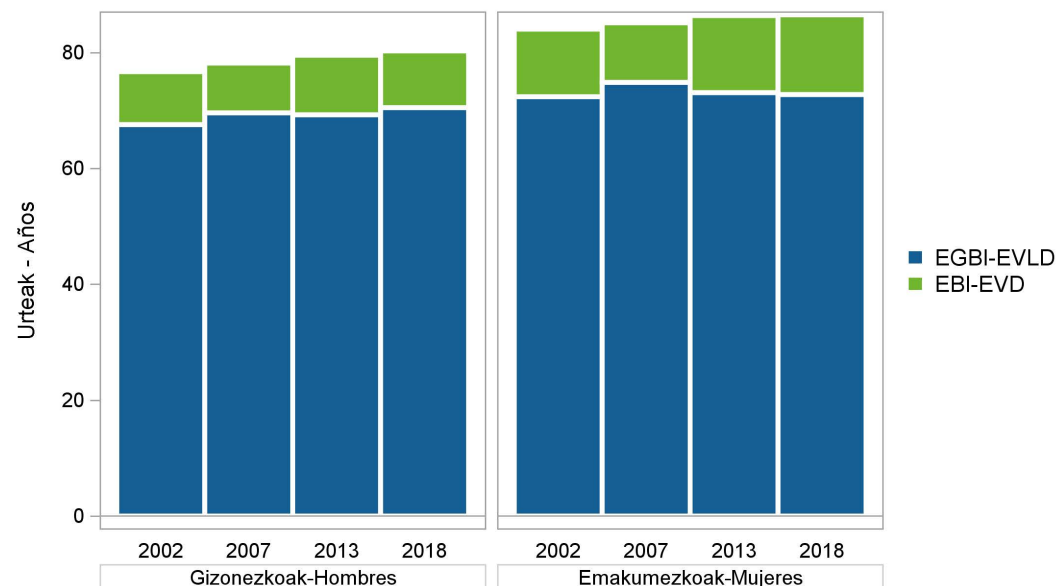
Con respecto a 2007, la EVLD aumentó 0,9 años en los hombres y cayó 2,1 años en las mujeres. Los años vividos con discapacidad aumentaron en ambos sexos, 1,2 años en los hombres y 3,5 años en las mujeres.

Tanto la esperanza de vida total como la libre de discapacidad, así como los años vividos con discapacidad fueron mayores en las mujeres que en los hombres. La esperanza de vida ha registrado un aumento progresivo desde 2002.

FIGURA 1

Ezintasunik gabeko (EGBI) eta ezintasunarekin (EBI) bizi-itxaropenaren bilakaera, 2002-2018

Evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) y con discapacidad (EVD), 2002-2018



04

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 2018, el 84% de las mujeres y el 87% de los hombres perciben su salud como buena o muy buena. Estas proporciones han aumentado un 13% respecto a 2007 y un 7% respecto a 2013, en ambos sexos.

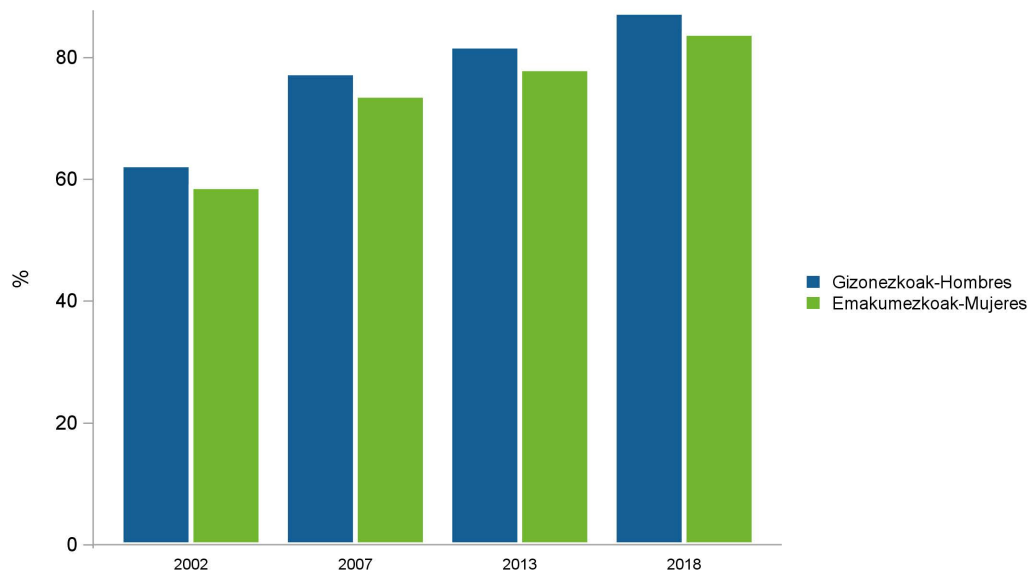
• FIGURA 3

La percepción de la salud empeora con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Desde el año 2002, 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 2013 respecto a 2007.

FIGURA 2

Osasunaren pertzepzioaren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la percepción de la salud, 2002-2018

Osasun onaren prebalentzia*
Prevalencia de buena salud*

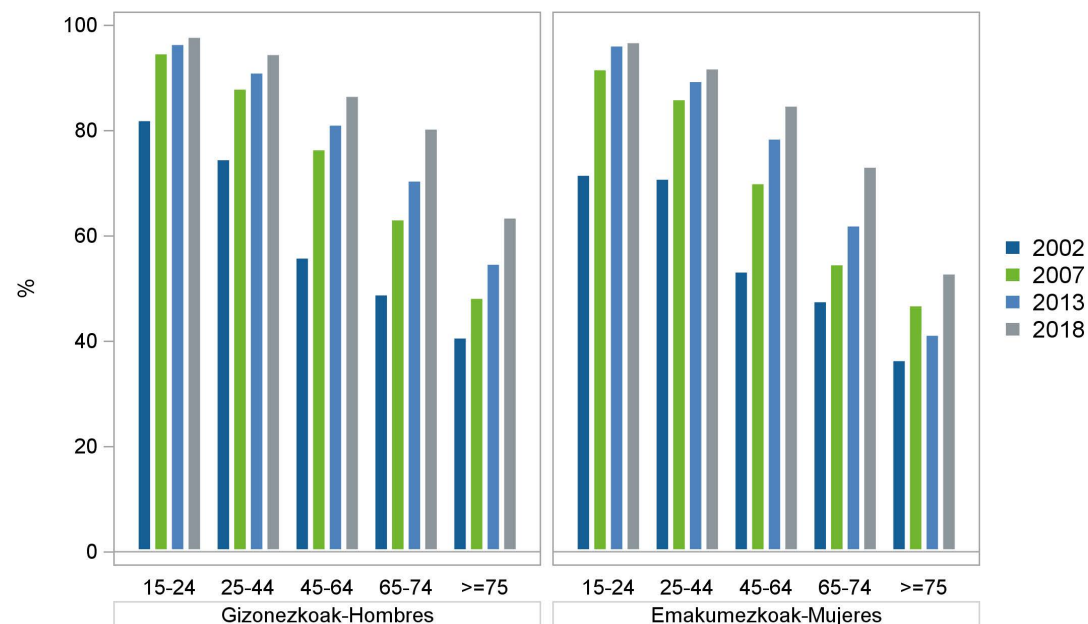


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 3

Osasunaren pertzepzioaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución de la percepción de la salud según la edad, 2002-2018

Osasun onaren prebalentzia
Prevalencia de buena salud



04

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 11 puntos porcentuales en las mujeres y 9 en los hombres.

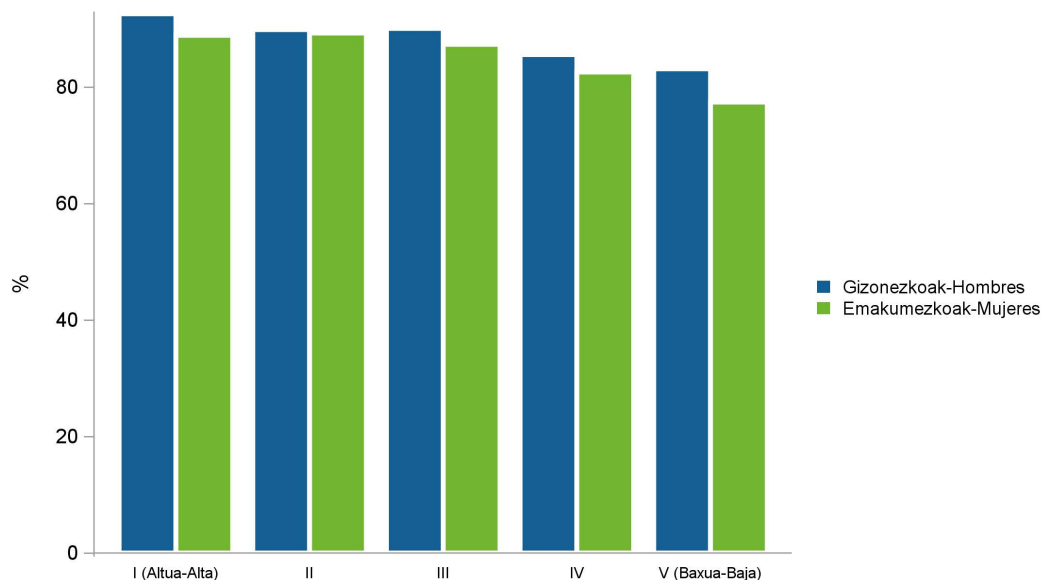
• FIGURA 5

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, 2018
Desigualdades en la percepción de la salud por clase social, 2018

Osasun onaren prebalentzia*
Prevalencia de buena salud*

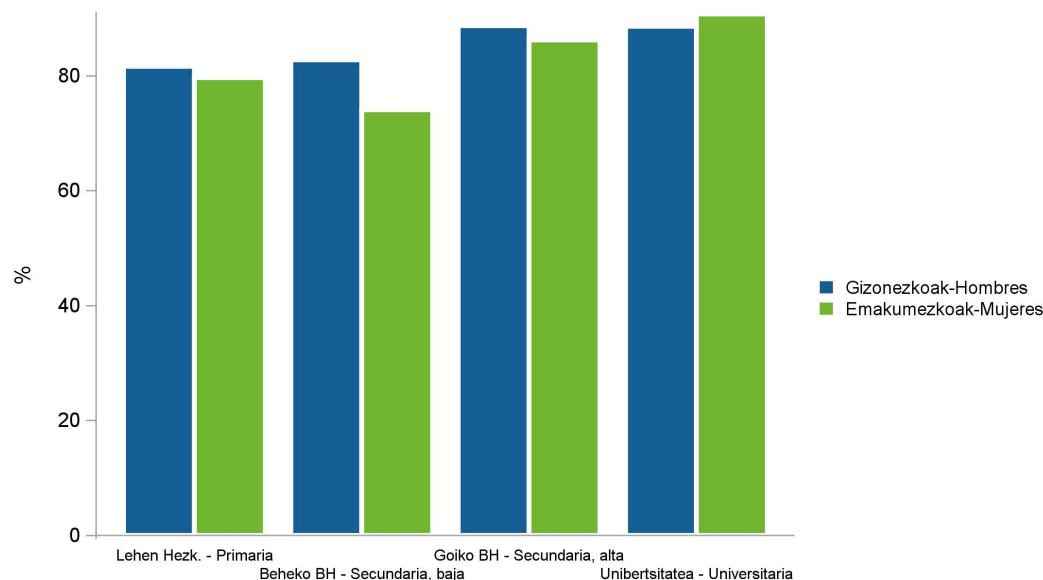


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 5

Osasunaren pertzepzioaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la percepción de la salud por nivel de estudios, 2018

Osasun onaren prebalentzia*
Prevalencia de buena salud*



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



04

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 Visual Analógica Euroqol (EVA-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. Mientras en las personas de 15 a 24 años de edad la puntuación media fue de 89 en los hombres y de 87 en las mujeres, en las de 75 y más años fue de 66 y 64 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 EVA-EQ disminuyen, en general, a medida que se desciende en la escala social.

FIGURA 6

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea adinaren arabera, 2018
Calidad de vida relacionada con la salud según la edad, 2018

EAB-EQaren batez besteko puntuazioa
Media de la puntuación EVA-EQ

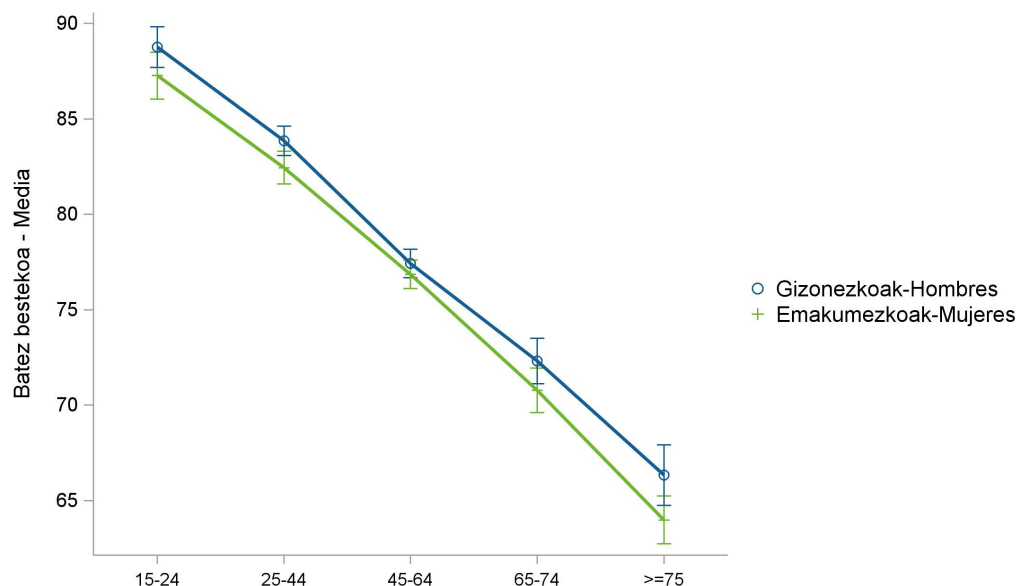
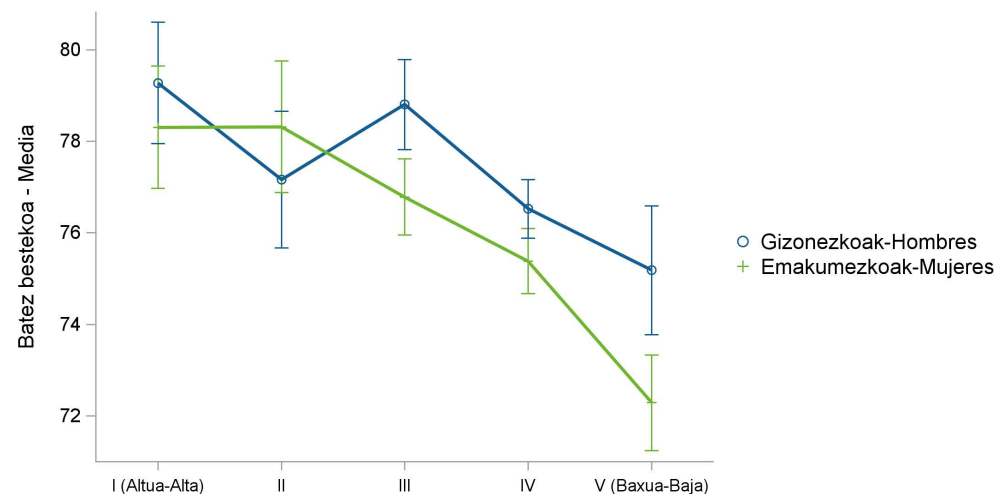


FIGURA 7

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por clase social, 2018

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



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad



ESTADO DE SALUD

III. Calidad de vida relacionada con la salud

• FIGURA 8

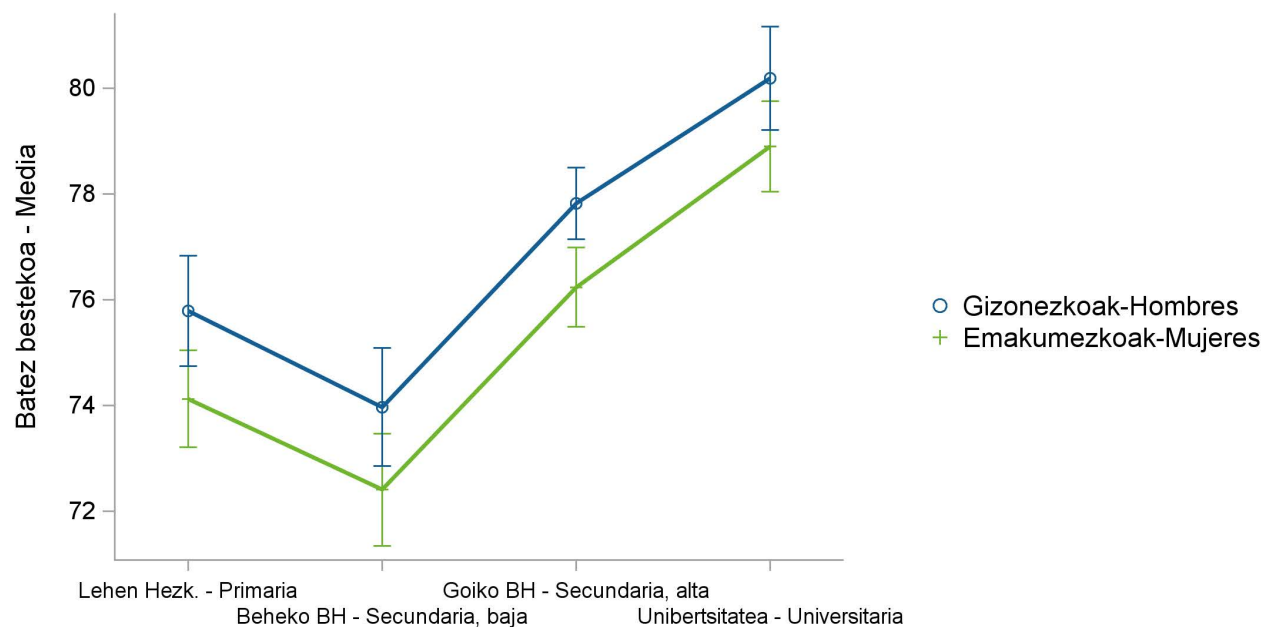
De manera similar a lo que ocurre con el grupo socioeconómico, las personas con un nivel de estudios más elevado valoraron su salud con una puntuación mayor que las de estudios inferiores. La diferencia entre hombres y mujeres en la EVA-EQ es máxima en las personas con educación primaria o sin estudios formales, aunque esas diferencias solo fueron estadísticamente significativas en el nivel de educación secundaria alta.

FIGURA 8

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por nivel de estudios, 2018

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



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad



04

ESTADO DE SALUD

IV. Salud mental

• FIGURA 9

La salud mental, expresada por la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, ha mejorado de forma relevante en ambos sexos: en mujeres, la prevalencia de mala salud mental cayó un 34% entre 2013 y 2018, del 24% al 16%; en hombres, la prevalencia se redujo un 41%, del 16% al 9%, entre esos mismos años.

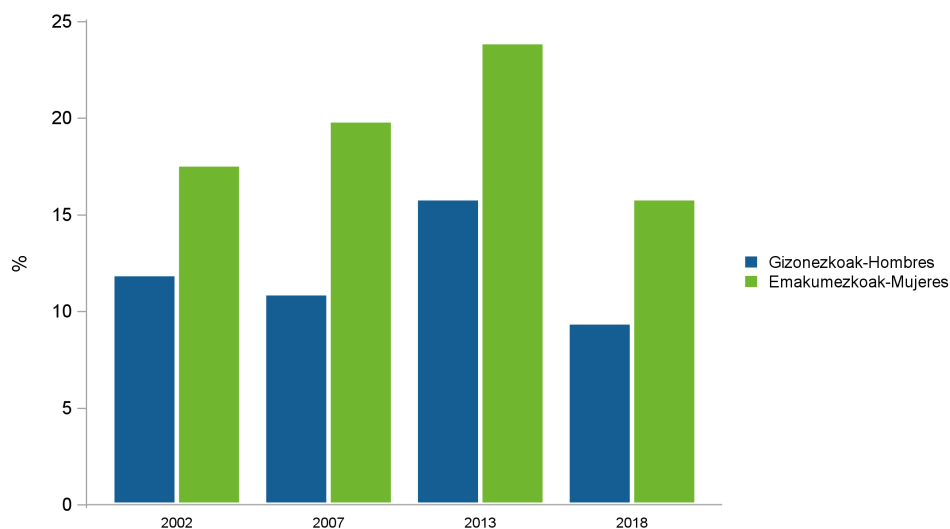
• FIGURA 10

La proporción de personas con síntomas de ansiedad y depresión aumenta con la edad. Esta proporción es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad. La prevalencia de esos síntomas es la menor de las registradas en ambos sexos desde que se dispone de datos, excepto en las mujeres de 75 y más años.

FIGURA 9

Osasun mentalaren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la salud mental, 2002-2018

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

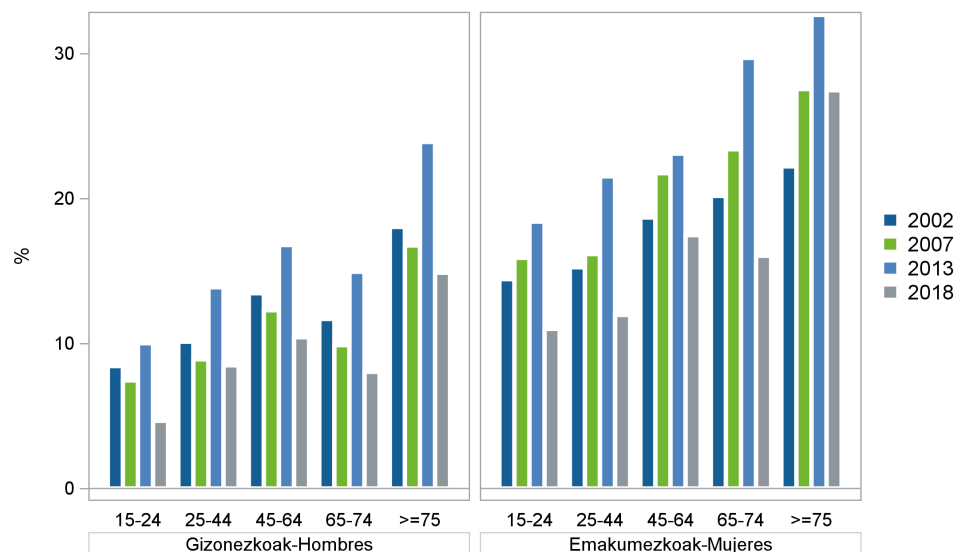


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 10

Osasun mentalaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución de la salud mental según la edad, 2002-2018

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



04

ESTADO DE SALUD

IV. Salud mental

FIGURA 11

La salud mental empeora al descender en la clase social. En 2018, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los hombres del grupo I es del 7%, la mitad que en el grupo V, el 14%. En las mujeres existe una brecha de 15 puntos porcentuales entre las clases sociales extremas, con una prevalencia del 11% (grupo I) y del 26% (grupo V).

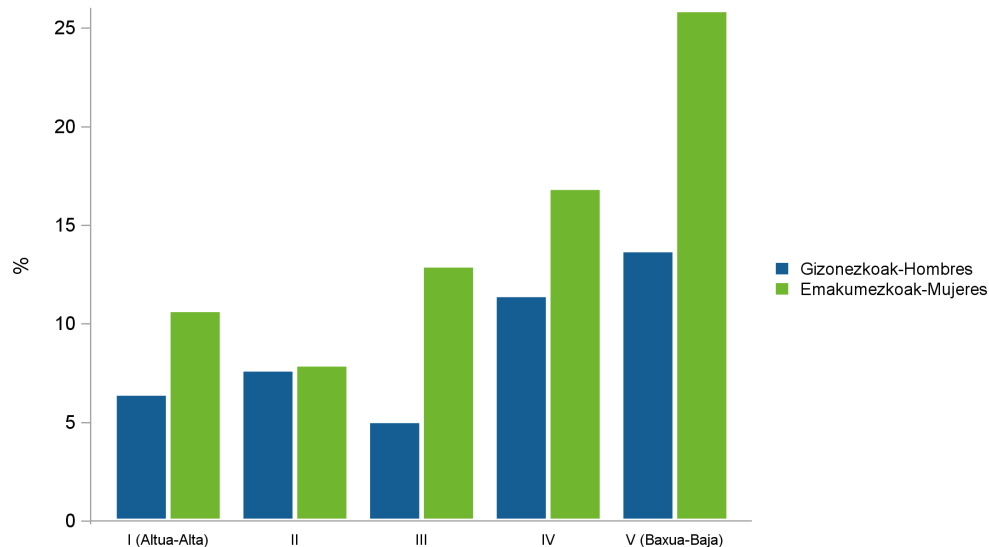
FIGURA 12

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 menor nivel educativo.

FIGURA 11

Osasun mentalaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la salud mental por clase social, 2018

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

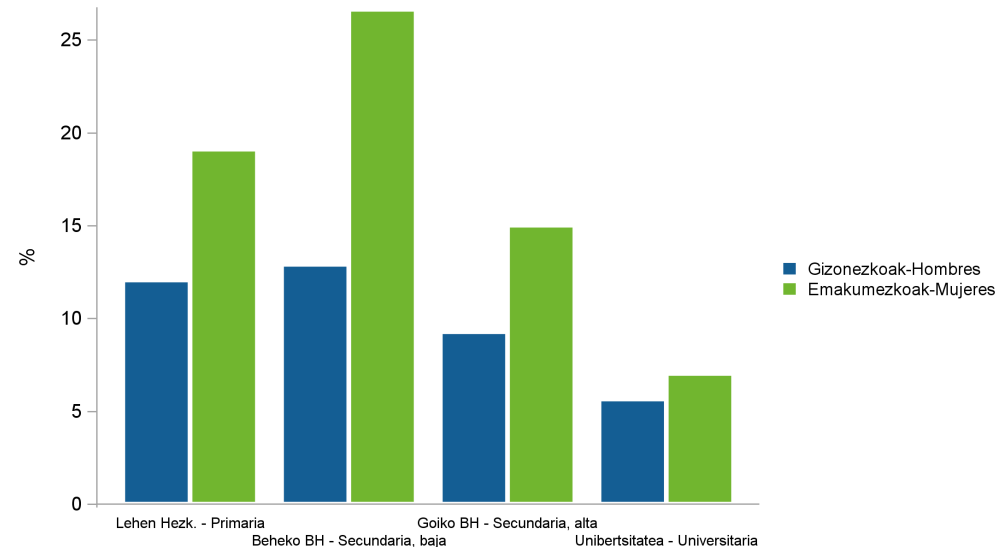


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 12

Osasun mentalaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la salud mental por nivel de estudios, 2018

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



04

ESTADO DE SALUD

V. Discapacidad

• FIGURA 13

Como ya sucedió en 2013, en 2018 la prevalencia de discapacidad medida como limitación crónica de la actividad (limitación al realizar las actividades de la vida cotidiana) es mayor en las mujeres que en los hombres. La prevalencia de discapacidad en las mujeres cae un punto porcentual respecto a 2013 para situarse en un 9%. En los hombres, en 2018, la prevalencia se mantiene estable, también en torno al 9%.

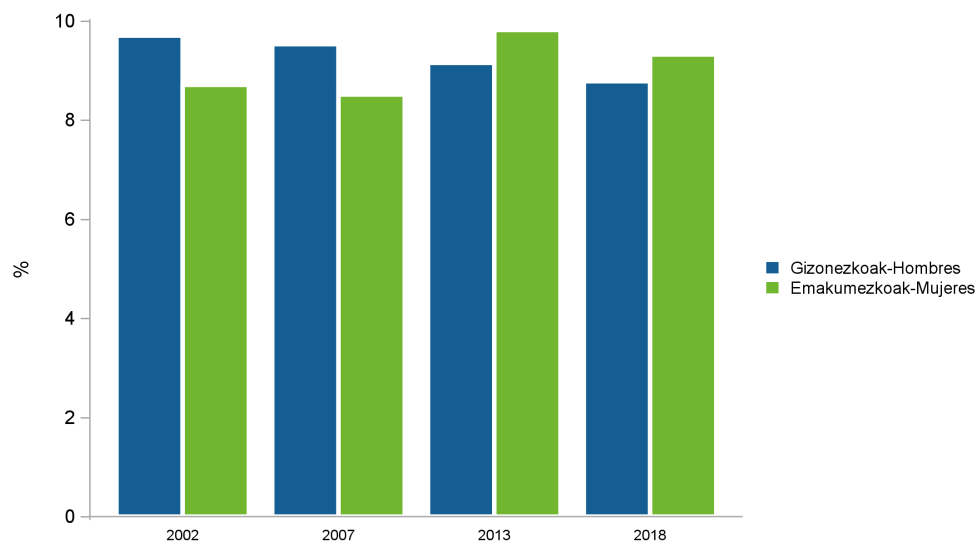
• FIGURA 14

La discapacidad aumenta considerablemente con la edad y afecta, en el grupo de edad de 75 y más años, al 36% de las mujeres y al 26% de los hombres. Es de destacar la divergente evolución en hombres y mujeres en ese mismo grupo de edad: mientras en las mujeres la prevalencia de discapacidad no ha variado respecto a 2013, en los hombres ha aumentado 4 puntos porcentuales.

FIGURA 13

Ezintasunaren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la discapacidad, 2002-2018

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

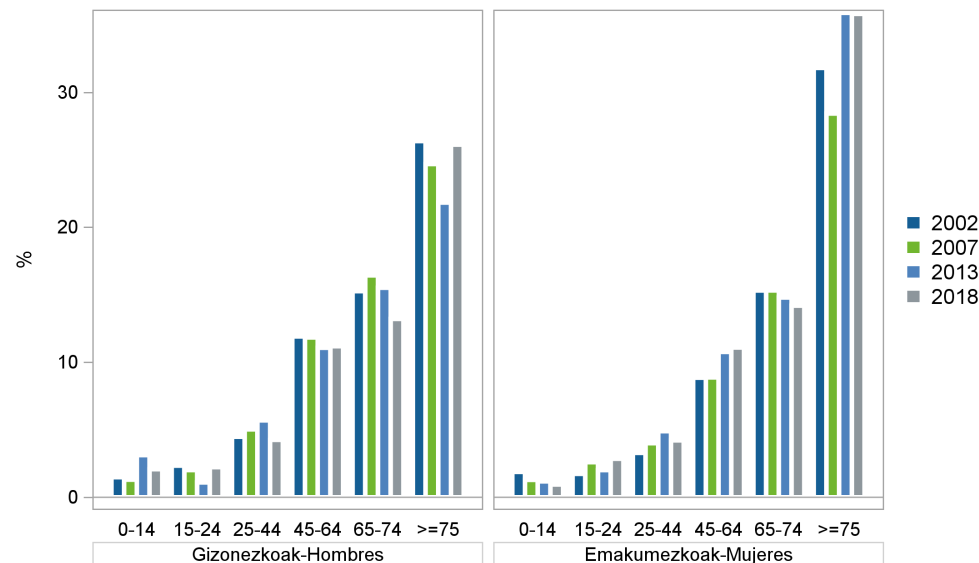


*Adinaren arabera estandarizata, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 14

Ezintasunaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución de la discapacidad según la edad, 2002-2018

Jardueraren mugapen kronikoaren prebalentzia
Prevalencia de limitación crónica de la actividad



04

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 6% de las mujeres del grupo I presentan problemas de discapacidad, frente al 13% de los hombres y al 11% 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.

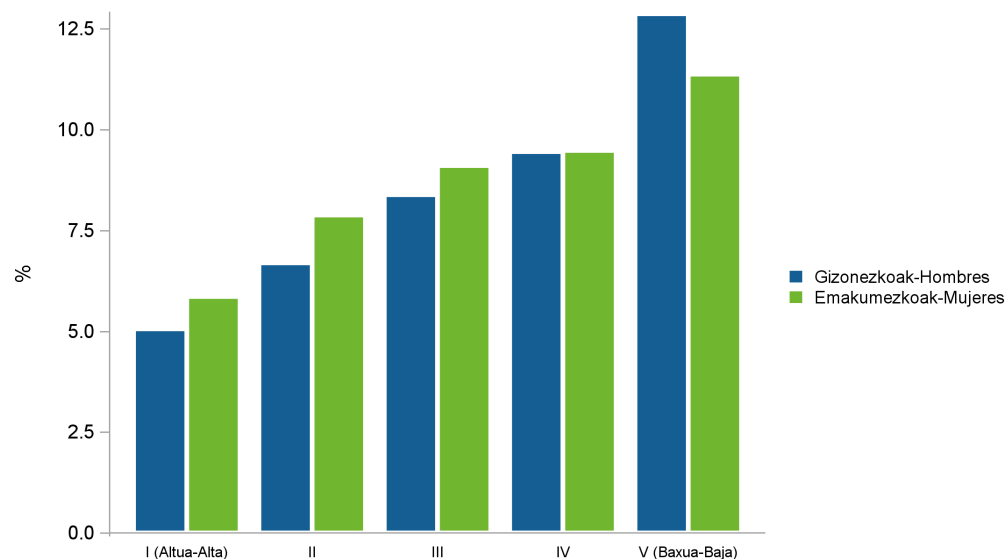
• FIGURA 16

La prevalencia de discapacidad aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios. El 5% de los hombres y el 7% de las mujeres con estudios universitarios presentan discapacidad, frente al 12% y 13% de los hombres y las mujeres, respectivamente, sin estudios formales o con estudios primarios.

FIGURA 15

Ezintasunaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la discapacidad por clase social, 2018

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

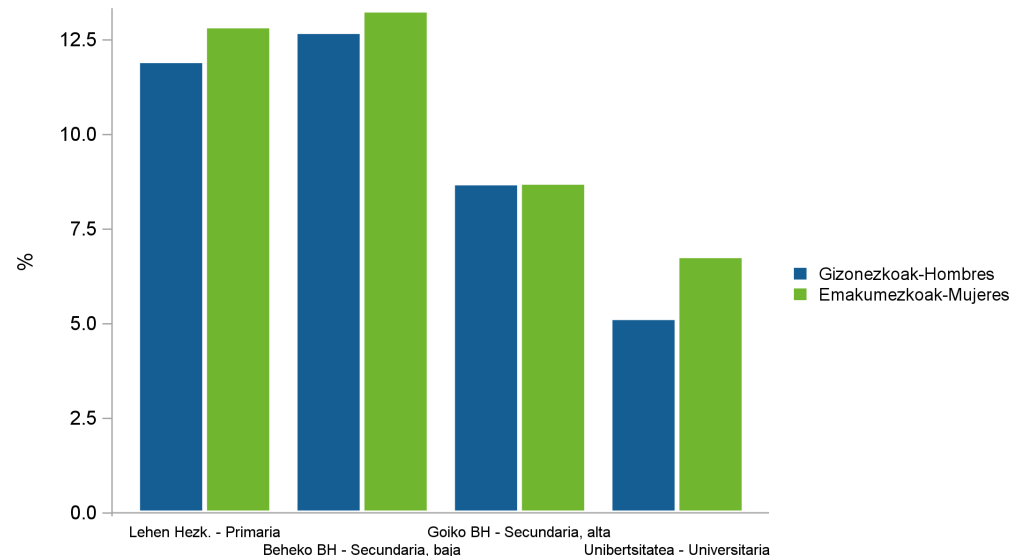


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 16

Ezintasunaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la discapacidad por nivel de estudios, 2018

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



04

ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

• FIGURA 17

El 42% de los hombres y el 43% de las mujeres padecen algún problema de salud crónico. La prevalencia de cronicidad aumenta con la edad, y supera el 80% en las personas de 65 y más años, y el 90% en las de 75 y más años.

• FIGURA 18

La frecuencia de problemas de salud crónicos aumenta al descender en la escala social, de manera que el 46% de los hombres y el 50% de las mujeres del grupo V presentan algún problema crónico, por tan solo el 37% y el 36%, respectivamente, de los hombres y mujeres del grupo I.

FIGURA 17

Morbilitate kronikoa adinaren arabera, 2018
Morbilidad crónica según la edad, 2018

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos

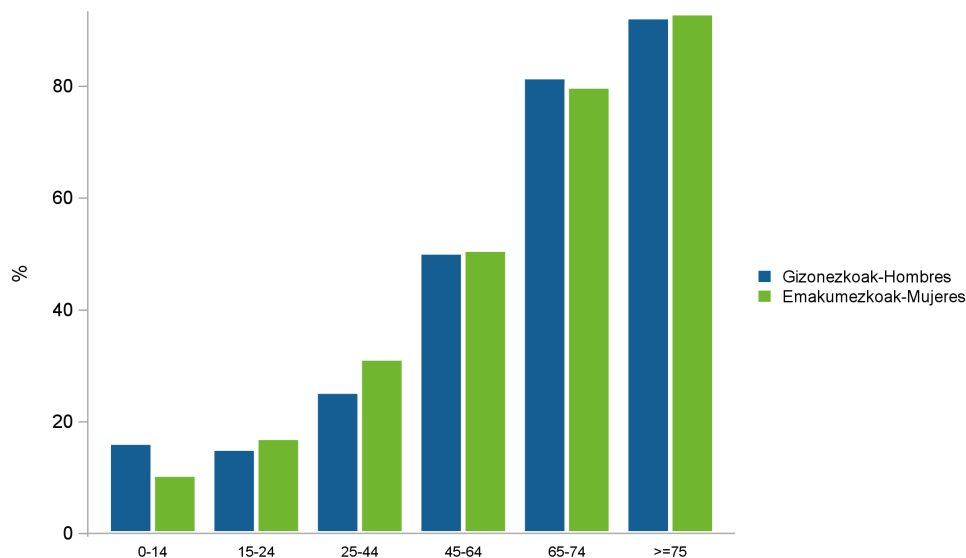
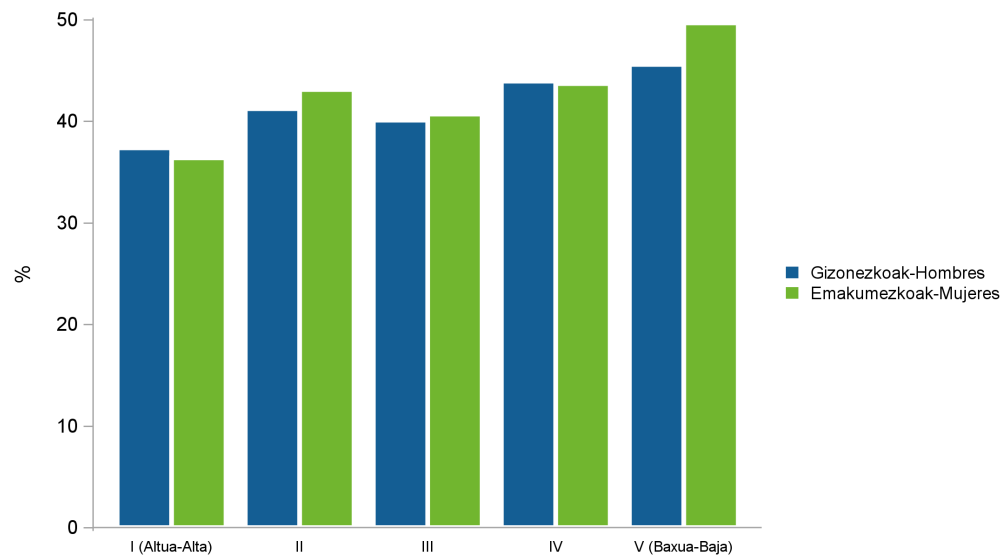


FIGURA 18

Morbilitate kronikoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la morbilidad crónica por clase social, 2018

Arazo kronikoen prebalentzia*
Prevalencia de problemas crónicos*



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



ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

• FIGURA 19

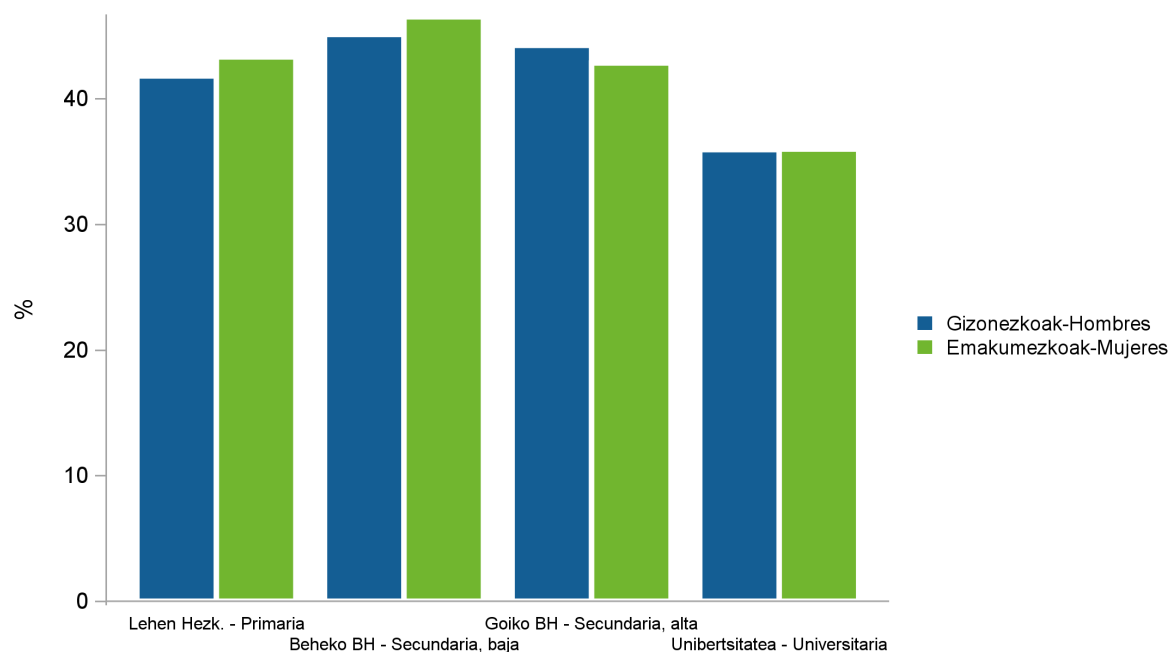
El nivel de estudios también se asocia a la prevalencia de problemas crónicos: mientras el 36% de los hombres y de las mujeres con educación universitaria padecen problemas crónicos, la proporción se eleva al 42% de los hombres y al 43% de las mujeres con educación primaria.

FIGURA 19

Morbilitate kronikoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en la morbilidad crónica por nivel de estudios, 2018

Arazo kronikoen prebalentzia*
Prevalencia de problemas crónicos*



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



04

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 las mujeres, le siguen en frecuencia la artrosis, el dolor dorsal y los problemas de tiroides.

• FIGURA 21

En los hombres, tras la hipertensión y el colesterol elevado, los problemas más frecuentes son la diabetes, el dolor dorsal y los problemas cardíacos distintos al infarto agudo de miocardio.

FIGURA 20

Emakumezkoengan sarrienak diren arazo kronikoak, 2018
Problemas crónicos más frecuentes en las mujeres, 2018

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos

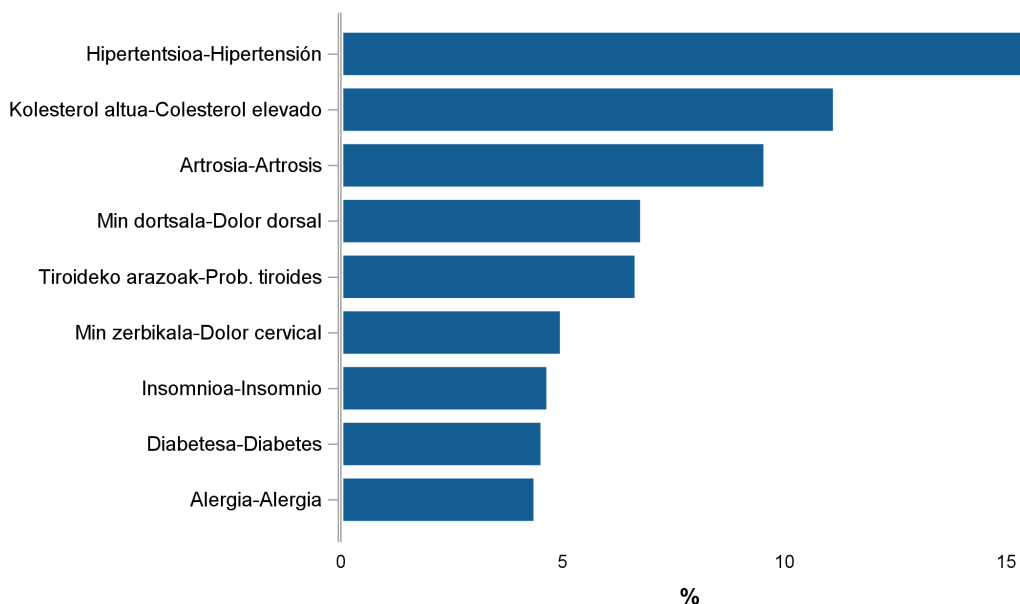
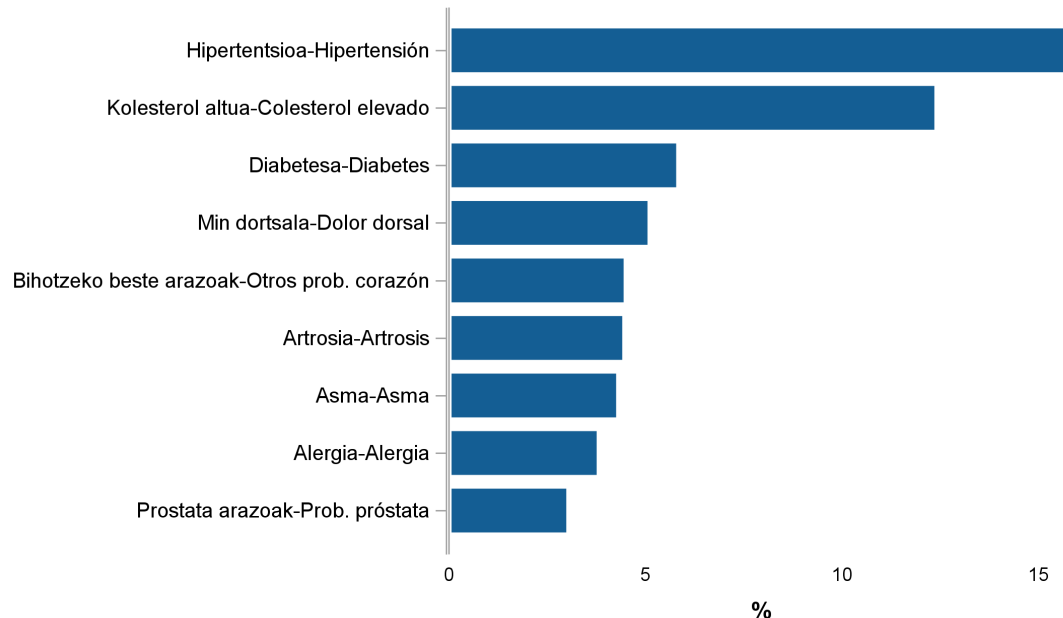


FIGURA 21

Gizonezkoengan sarrienak diren arazo kronikoak, 2018
Problemas crónicos más frecuentes en los hombres, 2018

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos



DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

A) Condiciones de vida y de trabajo.

- A pesar de la disminución del desempleo registrada en los últimos años, éste sigue afectando en mayor medida a las clases sociales más desfavorecidas y a aquellas personas con niveles educativos inferiores.
 - La insatisfacción con el trabajo ha disminuido ininterrumpidamente desde 2007 en ambos sexos, salvo en las mujeres del grupo de edad más joven.
 - Nueve de cada diez hombres y mujeres tienen la sensación de realizar un trabajo útil, al menos el 85% de las personas tiene relaciones adecuadas con sus compañeros/as de trabajo y más del 70% manifiestan que su trabajo les exige un gran nivel de concentración.
 - Una gran precariedad laboral afecta en mayor medida a las mujeres, a las personas más jóvenes, a las personas en las clases sociales más bajas y a las personas con menor nivel de estudios.
- Más del 36% de los hogares tiene dificultades para llegar a fin de mes.
 - Independientemente de su edad las mujeres dedican más horas semanales que los hombres a la realización de los trabajos domésticos y al cuidado de personas.
 - Ambos sexos reportan una mejora de todos los problemas relacionados con el entorno de la vivienda respecto al año 2013. En las condiciones propias de la vivienda, el 8% de los hogares presenta goteras o humedades y el 5% de los hombres y el 7% de las mujeres responden que sus hogares no presentan una temperatura adecuada.



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

B) Factores psicosociales.

- En ambos sexos, se constata una disminución de la falta de apoyo tanto confidencial como afectivo respecto a 2013 en todas las edades y de forma más intensa en los grupos de mayor edad.
- En líneas generales, 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 la clase social en ambos sexos.
- De manera global, las mujeres tienden a reportar niveles de falta de apoyo confidencial y afectivo ligeramente superiores a los hombres.



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

C) Conductas relacionadas con la salud

- La prevalencia del consumo de tabaco continúa cayendo de forma ininterrumpida desde 2007.
- El consumo de tabaco en hombres, a grandes rasgos, aumenta según empeora la posición socioeconómica y disminuye el nivel de estudios. En las mujeres no se advierte este tipo de relación.
- La prevalencia de exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) cae ininterrumpidamente desde 2002. La exposición es más frecuente entre las personas más jóvenes y entre los grupos socioeconómicos menos privilegiados.
- En 2018, la prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud cae en ambos sexos respecto a 2013.
- El consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo es más prevalente en hombres que en mujeres. También es más prevalente en las clases sociales más favorecidas y en las personas con mayor nivel de estudios.
- El 7% de los hombres y el 2% de las mujeres consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes.
- El consumo intensivo de alcohol mensual o más frecuente es más prevalente en hombres que en mujeres y más frecuente entre las personas más jóvenes, en las clases sociales más favorecidas y entre las personas con mayor nivel educativo.
- La prevalencia de obesidad en el conjunto de la CAPV se ha estabilizado, aunque resulta relevante el aumento que se da en determinados estratos, como en las mujeres entre 25 y 44 años.
- La obesidad es más prevalente entre las personas en clases sociales más bajas y con niveles educativos más bajos, y aumenta con la edad, en ambos sexos.
- Se ha considerado población físicamente activa a aquella que realiza actividad física saludable. La proporción de personas activas ha aumentado en ambos sexos y son ya 4 de cada 5 hombres y 3 de cada 4 mujeres en 2018.
- La actividad física saludable es más prevalente en hombres, en los estratos de edad más jóvenes, en las clases sociales más favorecidas y entre las personas con mayor nivel educativo.
- La prevalencia de mujeres que come fruta, verdura y pescado a diario es mayor que la de hombres. La prevalencia de consumo de carnes y embutidos es mayor en hombres.
- Pese al leve repunte del consumo de carne en hombres respecto a 2013, por lo general, disminuye la ingesta diaria de productos de origen animal y aumenta la de productos vegetales.



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 22

Entre los años 2013 y 2018 la población desempleada se ha reducido, si bien la caída ha sido más intensa en los hombres que en las mujeres.

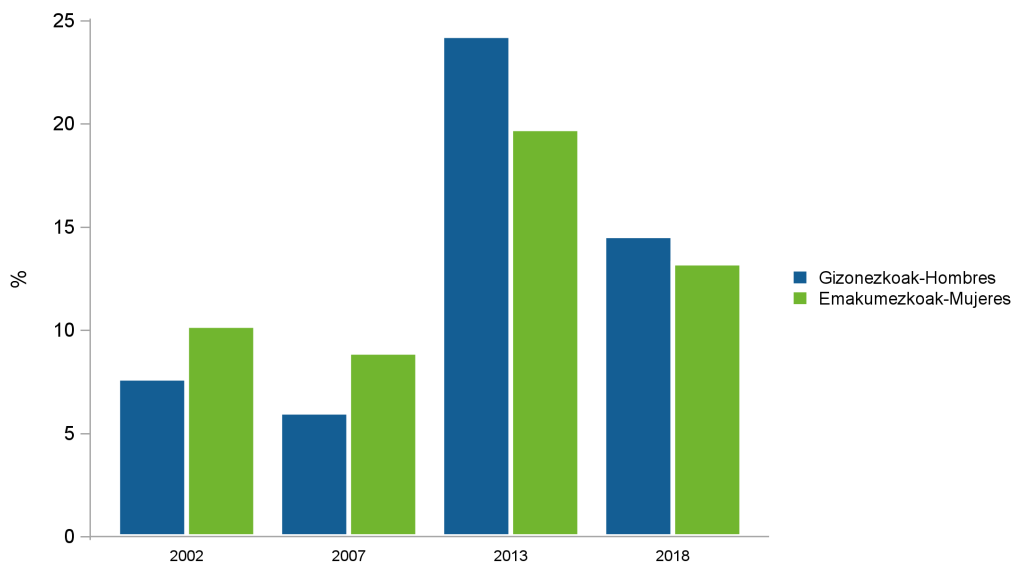
• FIGURA 23

La caída de población desempleada se ha producido en todos los tramos de edad en ambos sexos. El desempleo es menor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad.

FIGURA 22

Langabeziaren bilakaera, 2002-2018
Evolución del desempleo, 2002-2018

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*

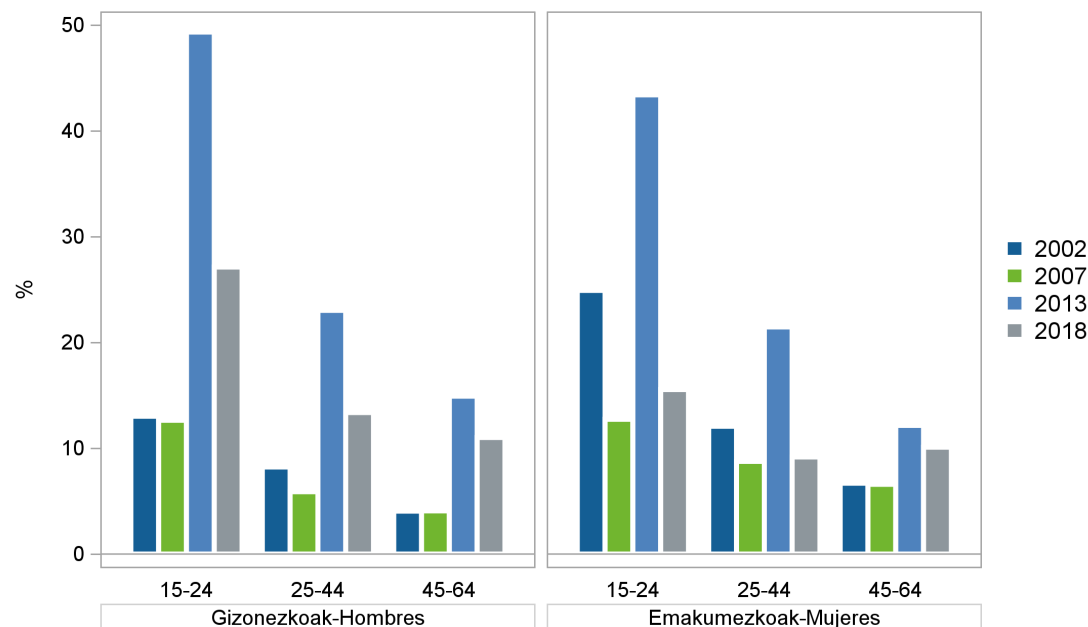


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 23

Langabeziaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución del desempleo según la edad, 2002-2018

Langabeziaren prebalentzia
Prevalencia de desempleo



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 y especialmente pronunciadas en los hombres.

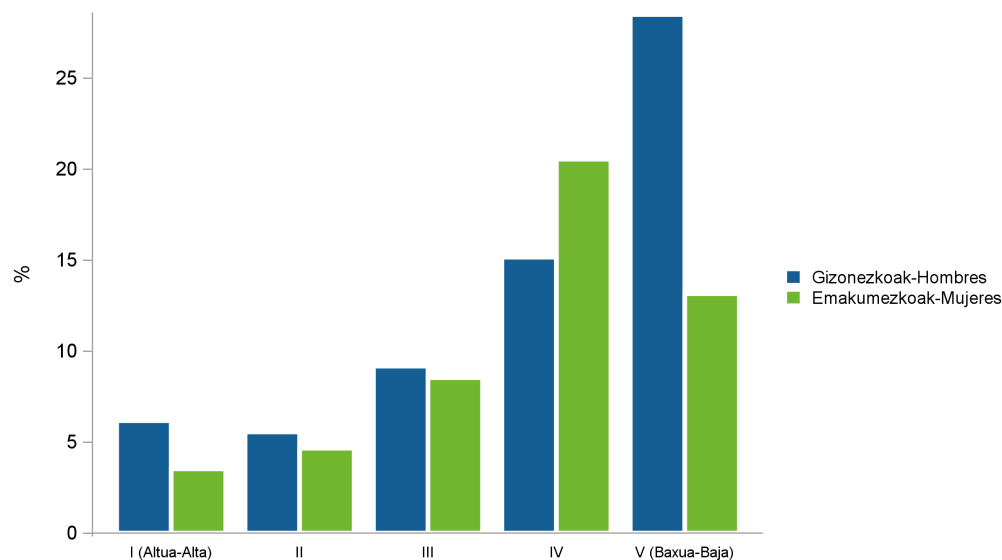
• FIGURA 25

La proporción de personas desempleadas es alrededor de 2,5 veces superior en las personas que tienen estudios primarios que en las que tienen estudios universitarios.

FIGURA 24

Langabeziaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el desempleo por clase social, 2018

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*

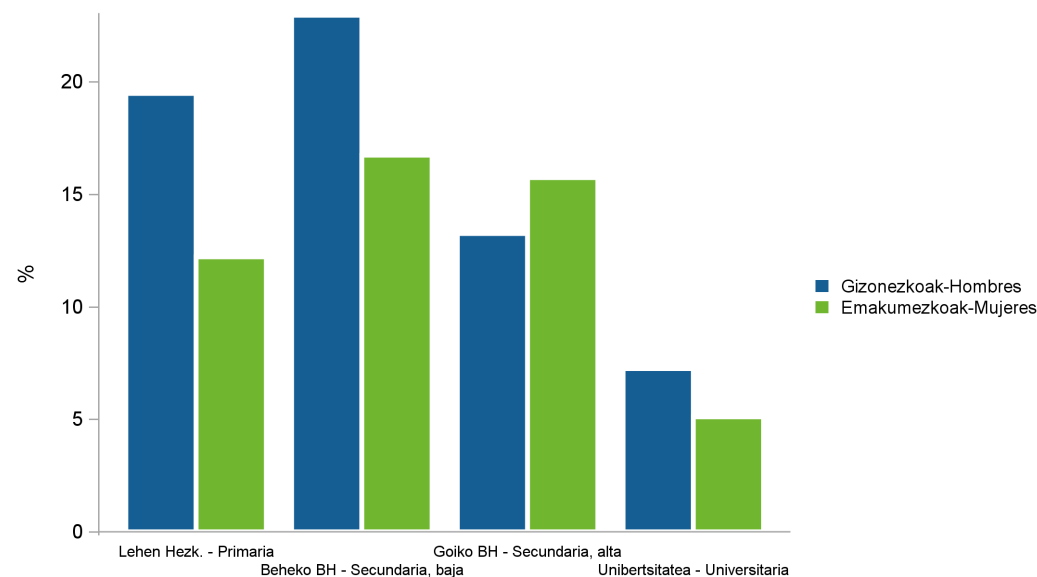


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 25

Langabeziaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el desempleo por nivel de estudios, 2018

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*



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



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 26

La insatisfacción con el trabajo ha disminuido ininterrumpidamente desde 2007 en ambos sexos, pero más intensamente en hombres que en mujeres. Por primera vez, en 2018, las mujeres manifiestan más insatisfacción en el trabajo que los hombres. En 2018, el 6% de los hombres y el 7% de las mujeres se manifiestan insatisfechas con su trabajo.

• FIGURA 27

La proporción de personas insatisfechas con su trabajo en 2018 es la menor de los datos reportados desde 2002 en todos los grupos de edad, a excepción de las mujeres más jóvenes, entre las que la insatisfacción respecto a 2013 se ha multiplicado por 7, afectando al 12% de las trabajadoras de entre 15 y 24 años.

FIGURA 26

Laneko asegabetasunaren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la insatisfacción en el trabajo, 2002-2018

Asegabetasunaren prebalentzia biztanleria landunean*
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada*

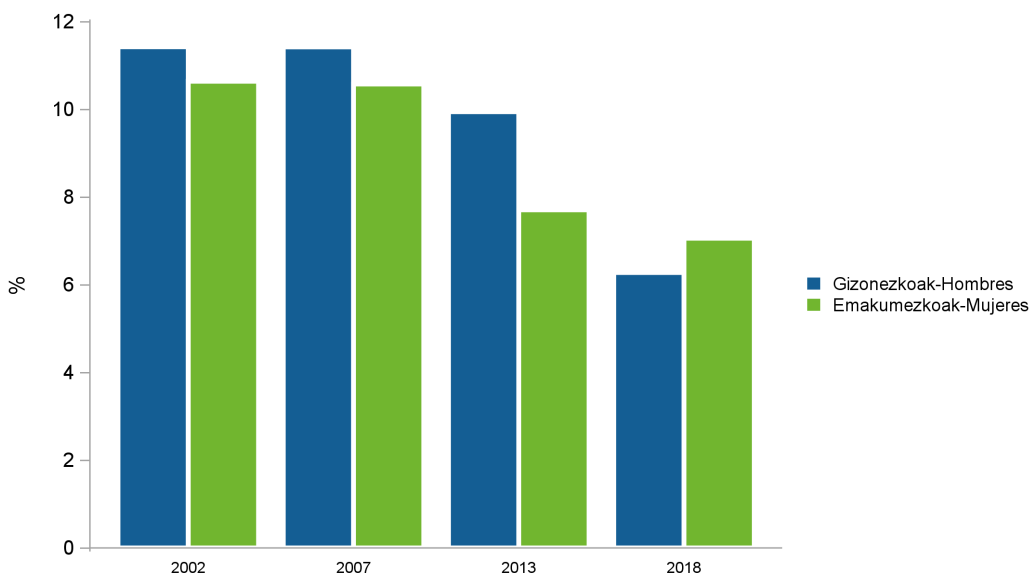
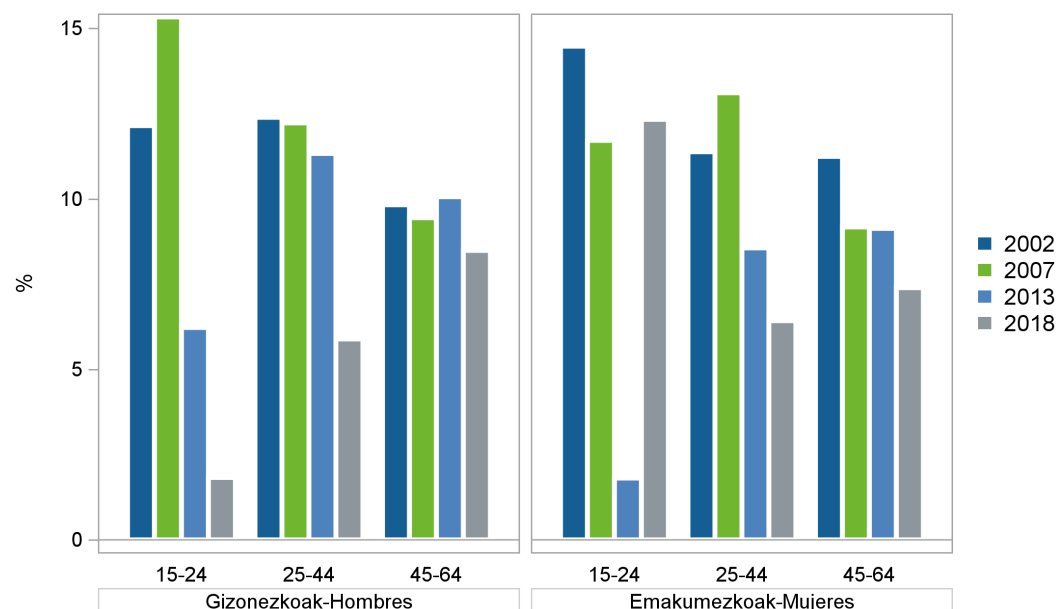


FIGURA 27

Laneko asegabetasunaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución de la insatisfacción en el trabajo según la edad, 2002-2018

Asegabetasunaren prebalentzia biztanleria landunean
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada



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



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 28

Se observa, en general, una relación 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 de insatisfacción entre los grupos extremos se sitúa en torno a 5 puntos porcentuales en ambos sexos.

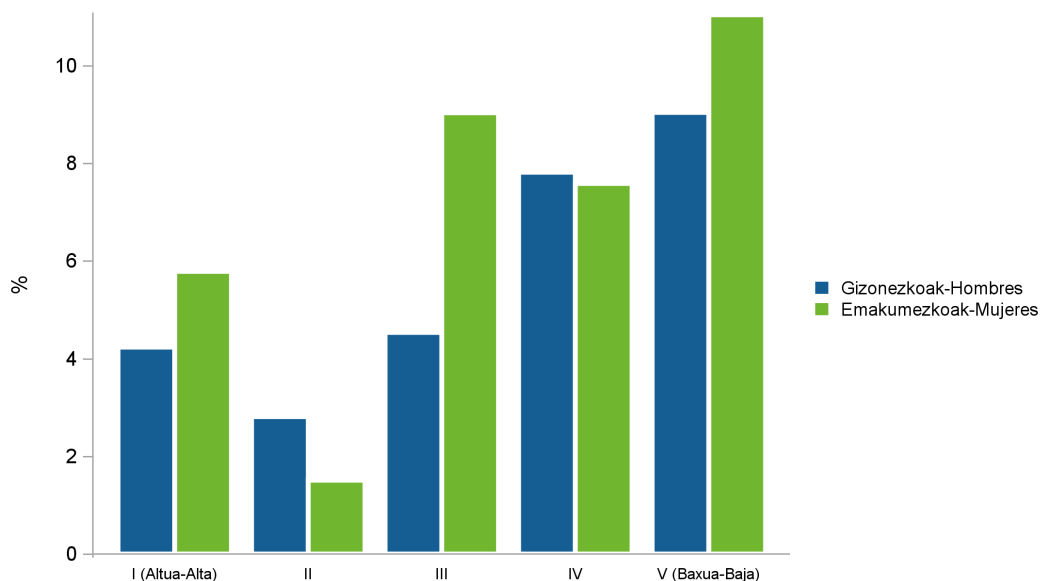
• FIGURA 29

En los hombres existe una diferencia en el nivel de insatisfacción en el trabajo entre los trabajadores con estudios universitarios (4%) y los hombres con estudios primarios (7%) de 3 puntos porcentuales. En las mujeres no se encontró una relación entre el nivel de estudios y la insatisfacción en el trabajo, siendo esta última en torno al 6-7%.

FIGURA 28

Laneko asegabetasunaren derberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la insatisfacción en el trabajo por clase social, 2018

Asegabetasunaren prebalentzia biztanleria landunean*
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada*

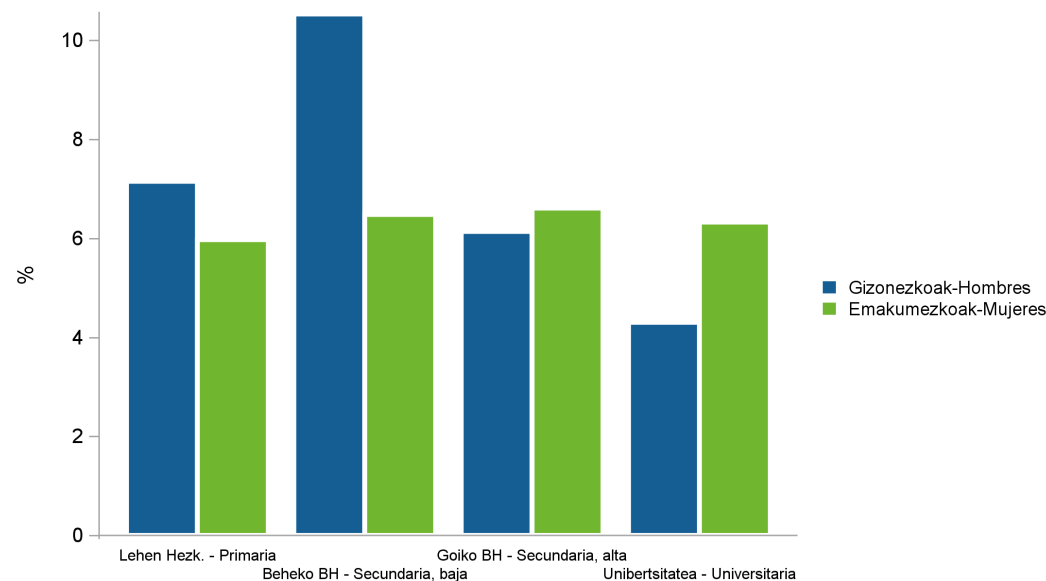


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 29

Laneko asegabetasunaren derberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la insatisfacción en el trabajo por nivel de estudios, 2018

Asegabetasunaren prebalentzia biztanleria landunean*
Prevalencia de insatisfacción en la población ocupada*



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



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 30

El 90% de las mujeres manifiesta tener la sensación de realizar un trabajo útil, el 87% afirma tener relaciones adecuadas con sus compañeros/as de trabajo y el 72% que su trabajo le requiere un alto nivel de atención. En el otro extremo, solo el 8% admite tener conflictos con otros compañeros/as.

• FIGURA 31

De manera similar el 90% de los hombres manifiesta tener la sensación de realizar un trabajo útil, el 85% afirma tener relaciones adecuadas con sus compañeros/as de trabajo y el 78% que su trabajo le requiere un alto nivel de atención. En el otro extremo, solo el 7% admite tener conflictos con otros compañeros/as.

FIGURA 30

Emakumezkoetan laneko maizko baldintzak, 2018
Condiciones de trabajo más frecuentes en las mujeres, 2018

Laneko baldintzen prebalentzia
Prevalencia de condiciones de trabajo

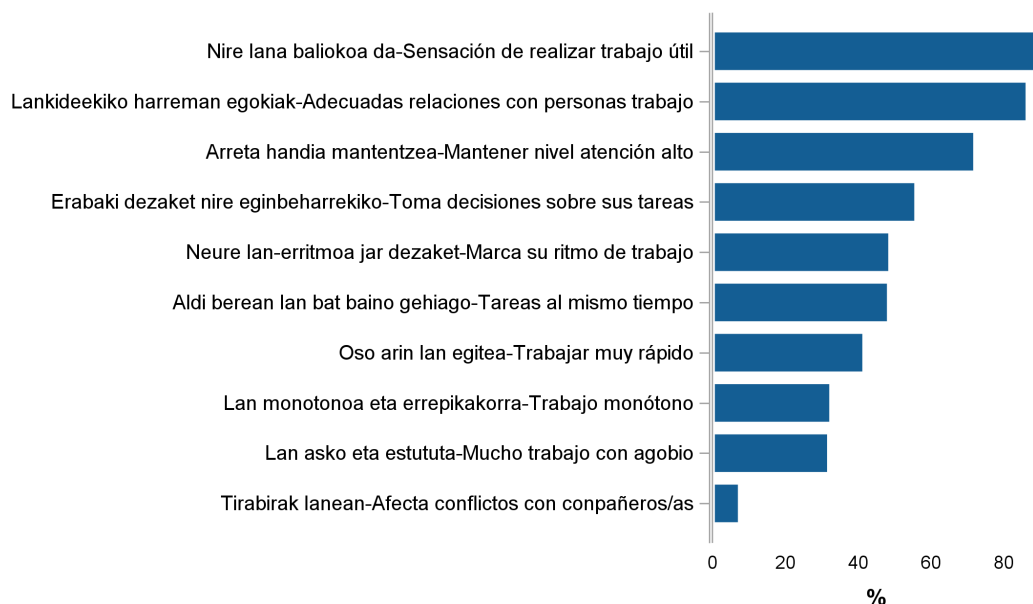
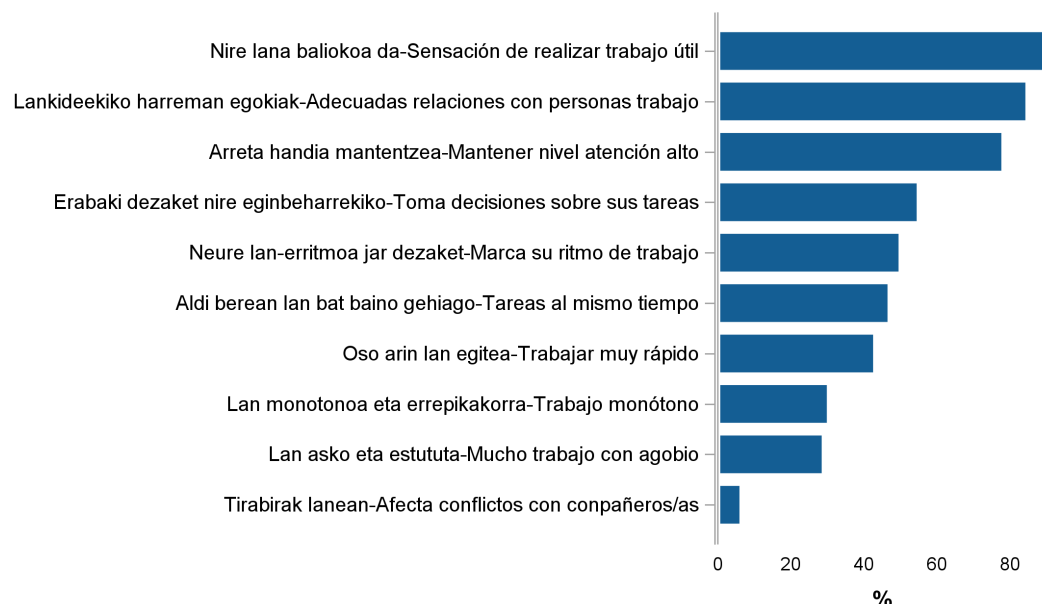


FIGURA 31

Gizonezkoetan laneko maizko baldintzak, 2018
Condiciones de trabajo más frecuentes en los hombres, 2018

Laneko baldintzen prebalentzia
Prevalencia de condiciones de trabajo



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

• FIGURA 32

El 20% de los hombres y el 24% de las mujeres con edad comprendida entre los 15 y los 24 años manifiestan padecer una gran precariedad laboral. La gran precariedad laboral se reduce con la edad y es superior en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad.

• FIGURA 33

La gran precariedad laboral es más prevalente en las mujeres que en los hombres, excepto en la clase I. La brecha entre las categorías extremas es de 15 puntos porcentuales en mujeres y de tan solo 4 puntos en hombres, siendo la precariedad mayor en la categoría social V.

FIGURA 32

Lan-prekarietate handia adinaren arabera, 2018
Gran precariedad laboral según la edad, 2018

Lan-prekarietate handiaren prebalentzia
Prevalencia de gran precariedad laboral

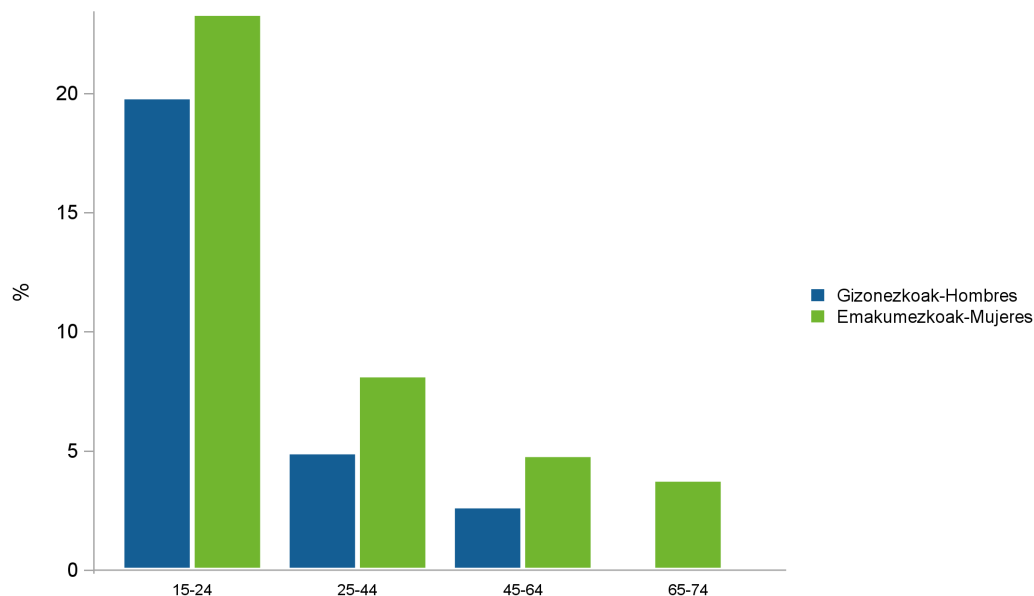
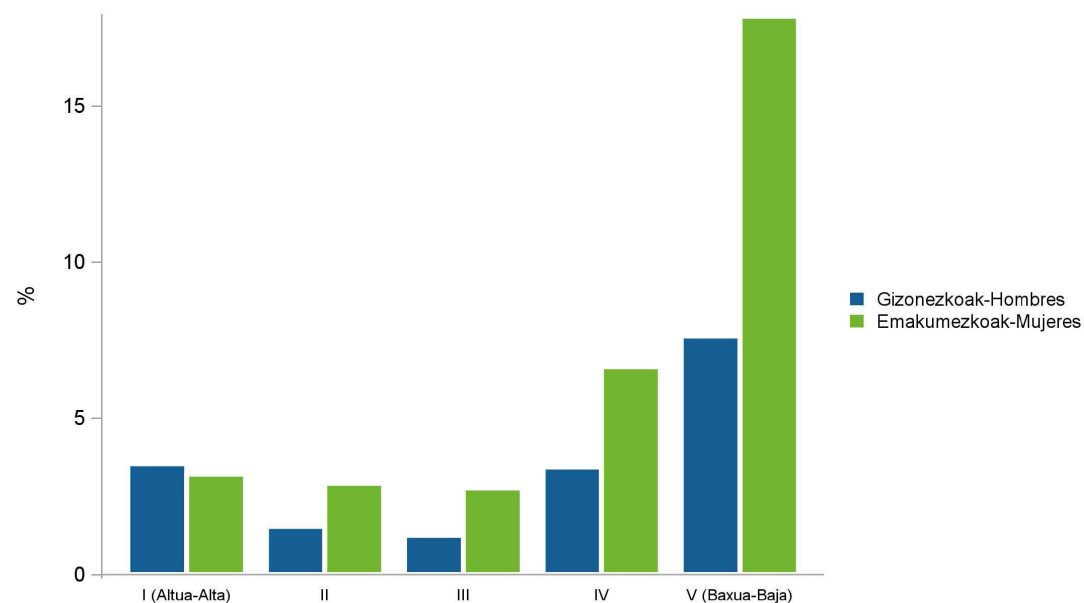


FIGURA 33

Lan-prekarietate handiaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la gran precariedad laboral por clase social, 2018

Lan-prekarietate handiaren prebalentzia*
Prevalencia de gran precariedad laboral*



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



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

I. Condiciones de empleo y de trabajo

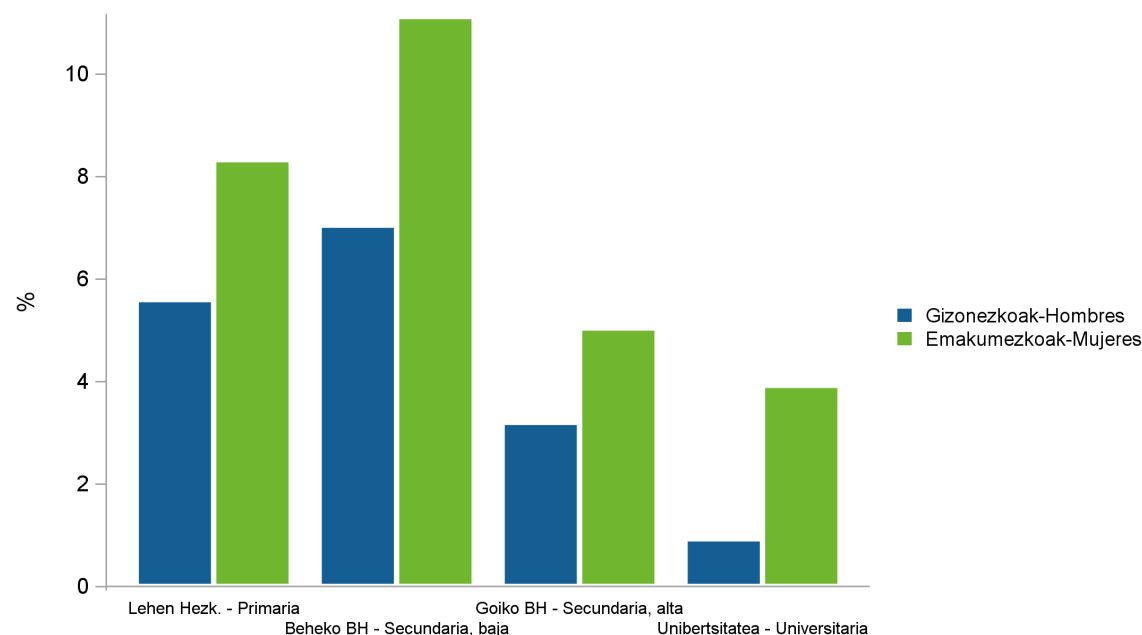
• FIGURA 34

La prevalencia de gran precariedad laboral según nivel de estudios es siempre superior en mujeres que en hombres y la diferencia entre ambos sexos oscila entre los 2 y los 4 puntos porcentuales. La precariedad se manifiesta máxima en ambos sexos en el grupo de las personas con estudios secundarios bajos y disminuye conforme aumenta el nivel de estudios. La brecha en la prevalencia de gran precariedad entre las categorías extremas es de 5 puntos porcentuales en hombres y 4 puntos en mujeres.

FIGURA 34

Lan-prekarietate handiaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018 Desigualdades en la gran precariedad laboral por nivel de estudios, 2018

Lan-prekarietate handiaren prebalentzia*
Prevalencia de gran precariedad laboral*



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



DETERMINANTES DE LA SALUD

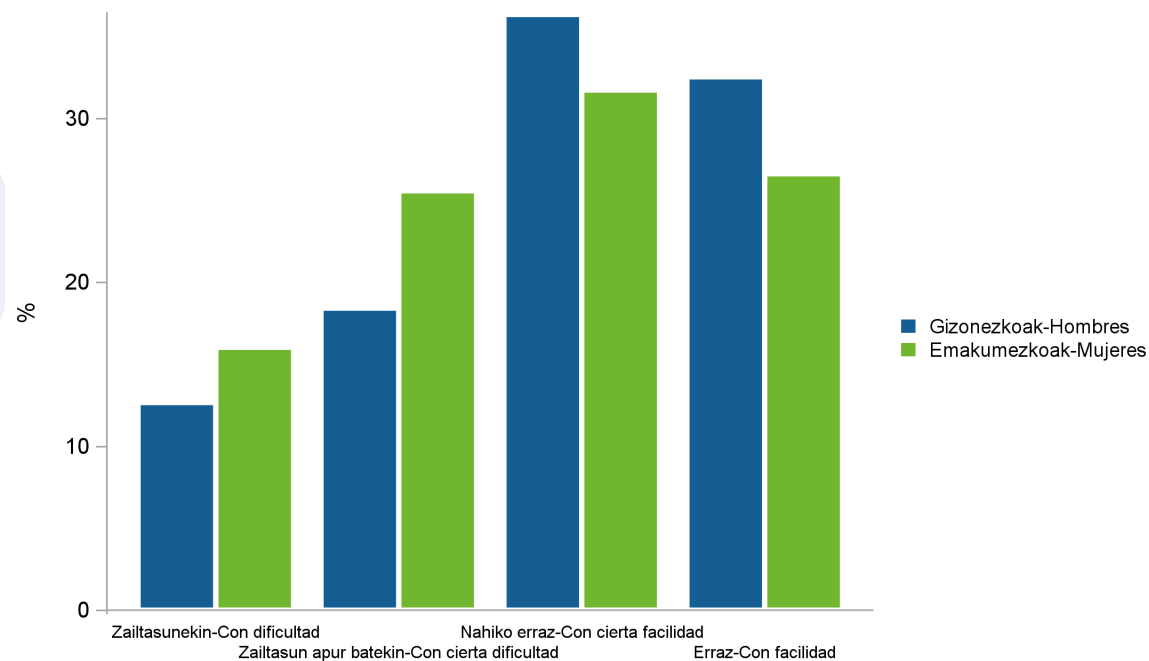
A) Condiciones de vida y de trabajo

II. Ingresos y situación económica

• FIGURA 35

El 36% de los hogares tiene dificultades para llegar a fin de mes. Esa proporción es mayor cuando la persona de referencia del hogar es una mujer (42%) que cuando es un hombre (31%).

FIGURA 35



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: 37 horas semanales las mujeres y 20 horas los hombres.

• FIGURA 37

El grupo socioeconómico no influye apenas en el trabajo doméstico y de cuidados que realizan los hombres, quienes dedican una media de 13 horas semanales independientemente del grupo al que pertenezcan. En las mujeres, que en media dedican 22 horas semanales a trabajos domésticos y de cuidados, sin embargo, el número de horas dedicado por las que están en mejor posición social (grupo I) es significativamente inferior al del resto de grupos. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en todas las clases sociales.

FIGURA 36

Etxeko eta zainketa lanak adinaren arabera, 2018
Trabajo doméstico y de cuidados según la edad, 2018

Asteko lan orduen batez bestekoa
Media de horas de trabajo semanales

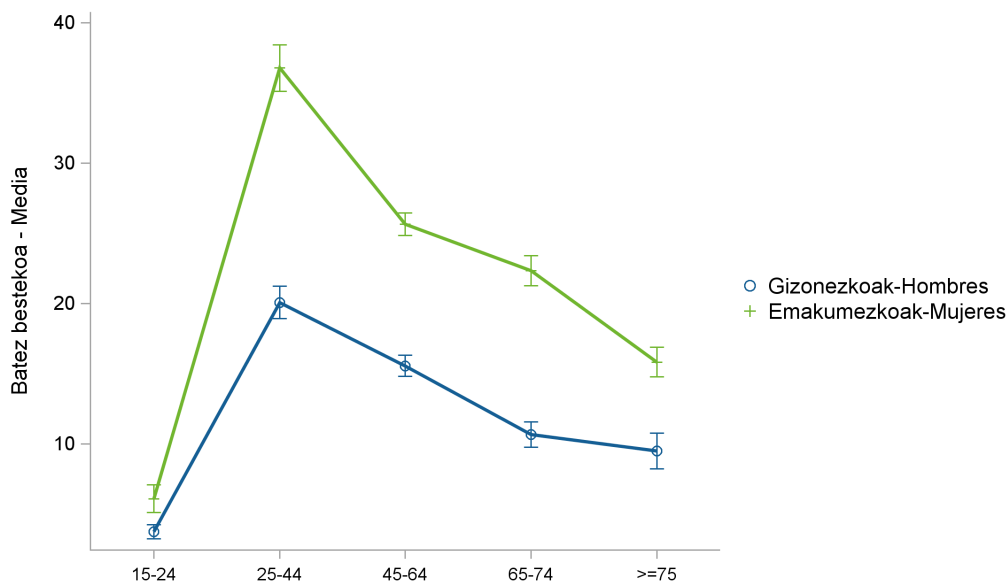
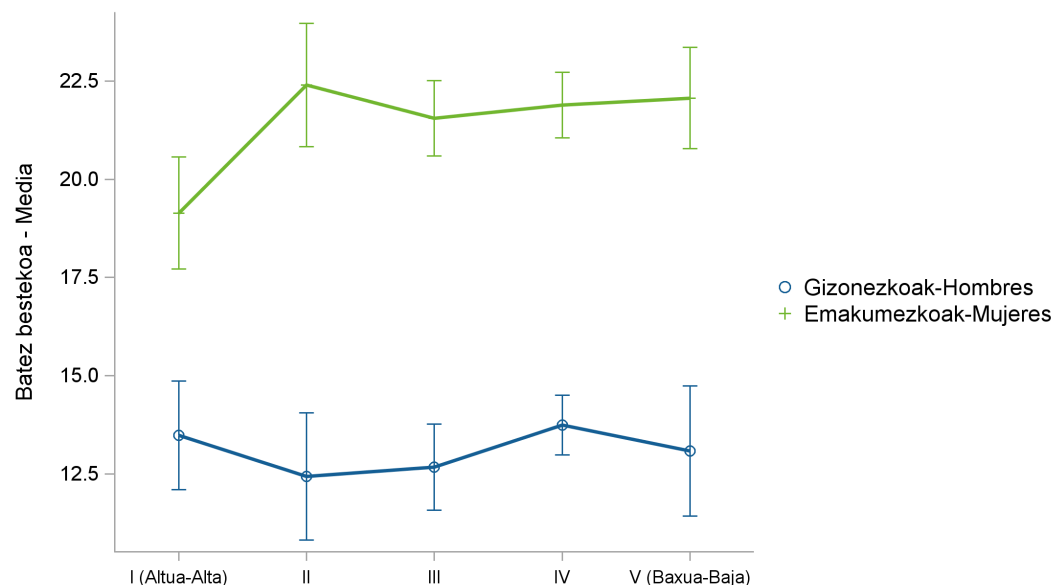


FIGURA 37

Etxeko eta zainketa lanaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por clase social, 2018

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



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

III. Trabajo doméstico y de cuidado

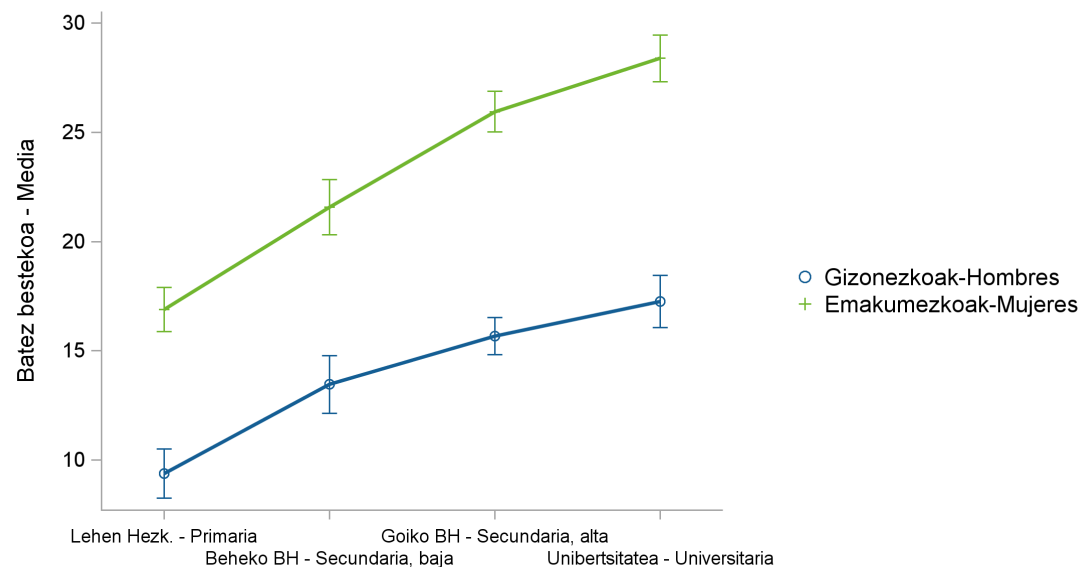
• FIGURA 38

A mayor nivel de estudios, mayor es el número de horas dedicado al trabajo doméstico y de cuidados en ambos sexos. Las horas dedicadas por las mujeres son significativamente superiores a las dedicadas por los hombres, en todos los niveles de estudios.

FIGURA 38

Etxeko eta zainketa lanaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por nivel de estudios, 2018

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



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

IV. Entorno y condiciones de la vivienda

• FIGURAS 39 y 40

El problema más frecuente (6% de mujeres y 5% de hombres) relativo al entorno de la vivienda es la presencia de animales que provocan molestias, por delante de molestias por ruido (4% y 5% de mujeres y hombres respectivamente). En orden de frecuencia, le siguen la escasez de zonas verdes (4% de mujeres y 3% de hombres) y la delincuencia en los hombres (2%) y la escasa limpieza (2%) en las mujeres. En general, se advierten mejoras en todas estas problemáticas respecto al año 2013 en ambos sexos.

FIGURA 39

Etxebizitzaren inguruaren arazoek bilakaera, 2013-2018
Evolución de los problemas en el entorno de la vivienda, 2013-2018

Arazoen prebalentzia emakumezkoetan
Prevalencia de problemas en las mujeres

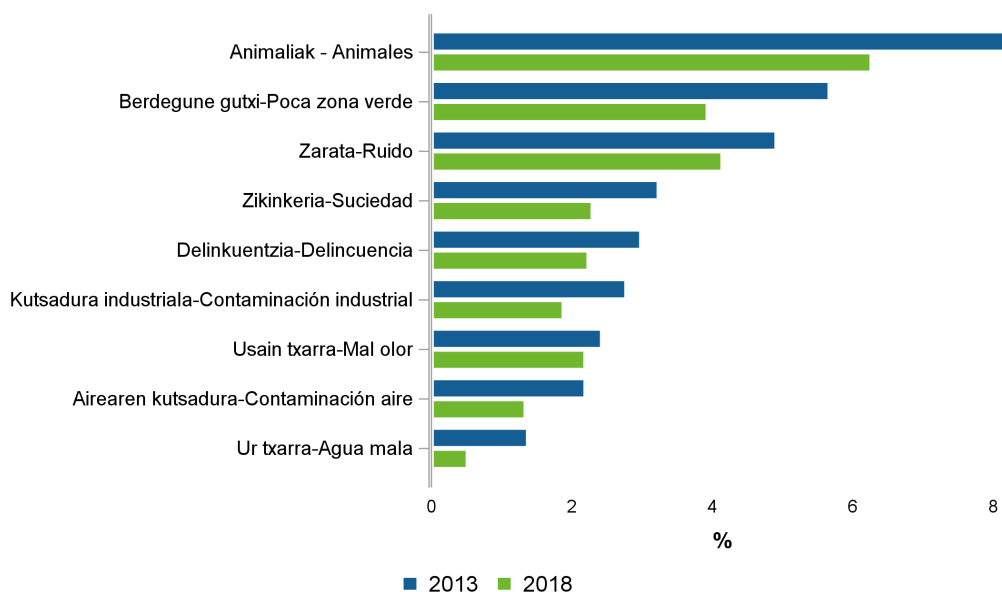
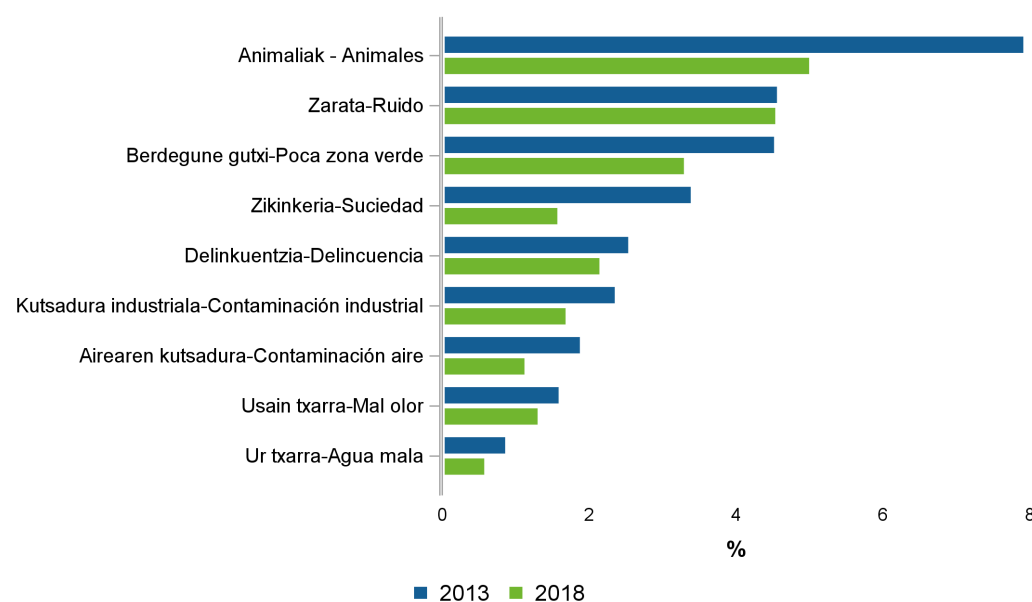


FIGURA 40

Etxebizitzaren inguruaren arazoek bilakaera, 2013-2018
Evolución de los problemas en el entorno de la vivienda, 2013-2018

Arazoen prebalentzia gizonezkoetan
Prevalencia de problemas en los hombres



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

IV. Entorno y condiciones de la vivienda

• FIGURAS 41 y 42

Se aprecia un aumento de todos los recursos en el entorno de la vivienda con leves diferencias por sexos respecto a 2013. El recurso que más aumenta es la presencia de establecimientos de comida rápida, entre un 17% referido por las mujeres y un 20% por los hombres. Ello hace que el 77% de los hombres y el 74% de las mujeres manifiesten tener acceso a establecimientos de comida rápida en el entorno de su vivienda en 2018. El 94% de hombres y mujeres afirman tener un entorno adecuado para la práctica de ejercicio físico y más de un 90% disponen de establecimientos donde comprar fruta y verdura.

FIGURA 41

Etxebizitzaren inguruaren baliabideen bilakaera, 2013-2018
Evolución de los recursos en el entorno de la vivienda, 2013-2018

Baliabidearen prebalentzia emakumezkoetan
Prevalencia del recurso en las mujeres

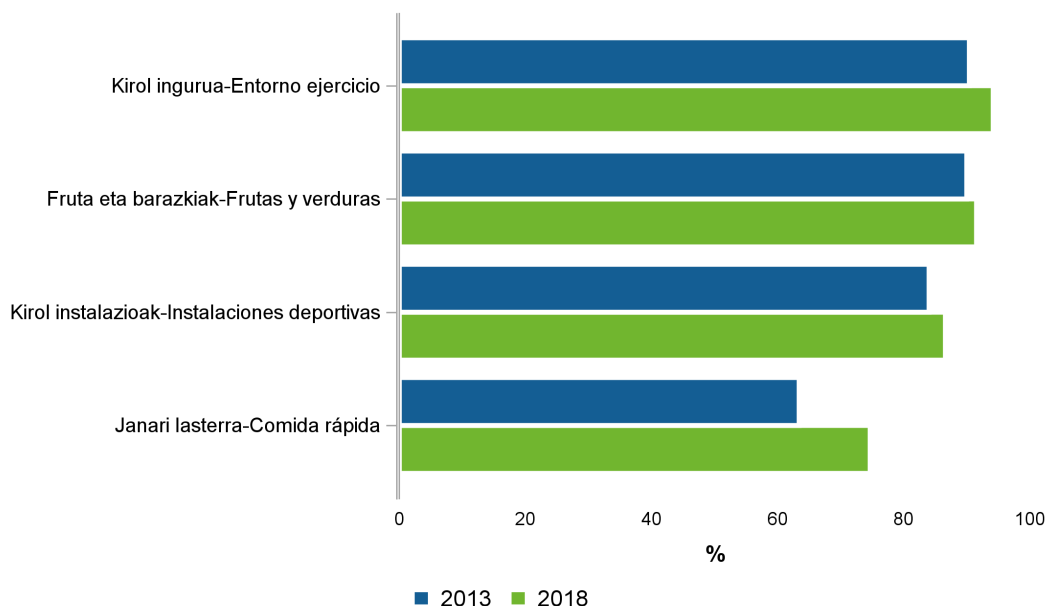
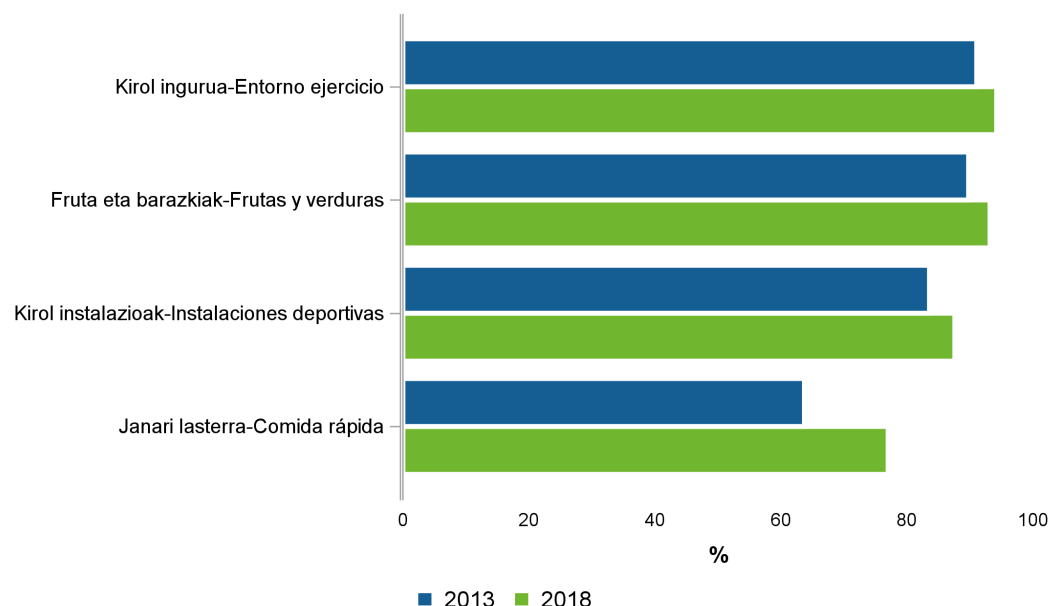


FIGURA 42

Etxebizitzaren inguruaren baliabideen bilakaera, 2013-2018
Evolución de los recursos en el entorno de la vivienda, 2013-2018

Baliabidearen prebalentzia gizonezkoetan
Prevalencia del recurso en los hombres



DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y de trabajo

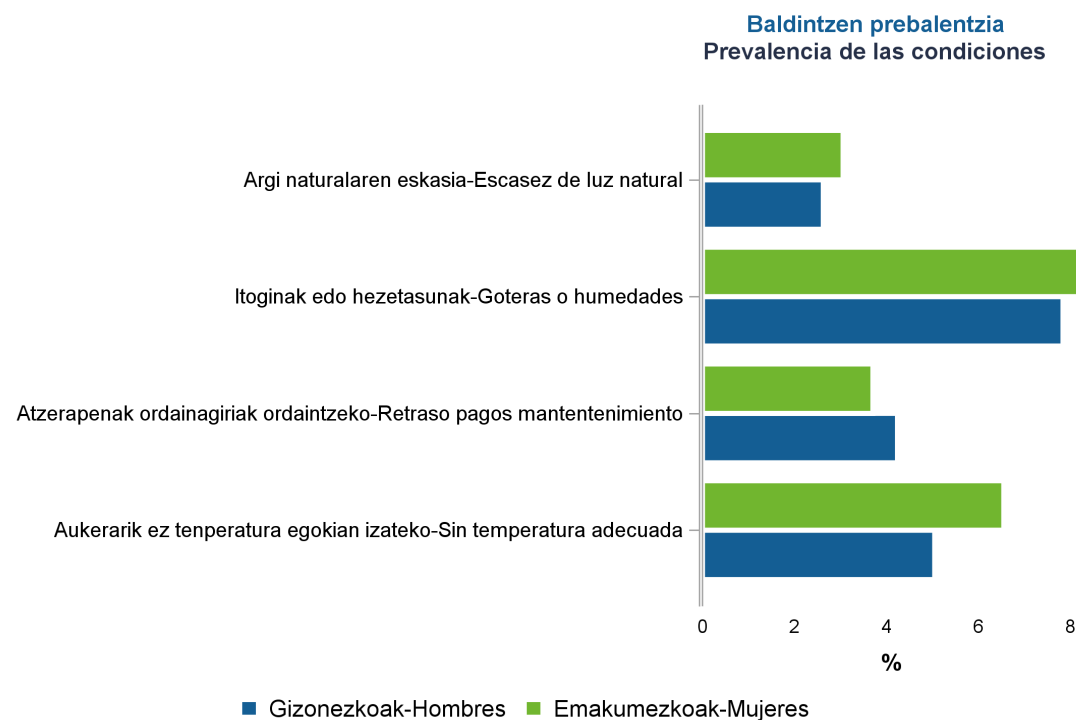
IV. Entorno y condiciones de la vivienda

• FIGURA 43

En lo que respecta a las condiciones de la vivienda, el 8% de las personas entrevistadas afirma tener goteras y/o humedades. El 7% de las mujeres afirma no poder mantener su vivienda a temperatura adecuada, por el 5% de los hombres. En el resto condiciones no se observan grandes diferencias, el 4% de hombres y mujeres afirma tener retrasos en el pago de facturas de mantenimiento y el 3% escasez de luz natural en la vivienda.

FIGURA 43

Etxebizitzaren baldintzak, 2018 Condiciones de la vivienda, 2018



DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

• FIGURA 44

Se constata una disminución de la falta de apoyo social, tanto confidencial como afectivo, en las mujeres de todas las edades respecto al año 2013 siendo la prevalencia de 2018 la menor registrada desde el año 2007. Excepto en las mujeres de 15 a 24 años, la falta de apoyo confidencial se impone a la falta de apoyo afectivo.

• FIGURA 45

Del mismo modo, entre los hombres, se constata una disminución de la falta de apoyo social, tanto confidencial como afectivo, respecto al año 2013 siendo la prevalencia de 2018 la menor registrada desde el año 2007. En líneas generales, las mujeres tienden a reportar niveles de falta de apoyo confidencial y afectivo ligeramente superiores a los hombres.

FIGURA 44

Gizarte-laguntzaren bilakaera adinaren arabera emakumezkoetan, 2007-2018
Evolución del apoyo social según la edad en las mujeres, 2007-2018

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia
Prevalencia de falta de apoyo social

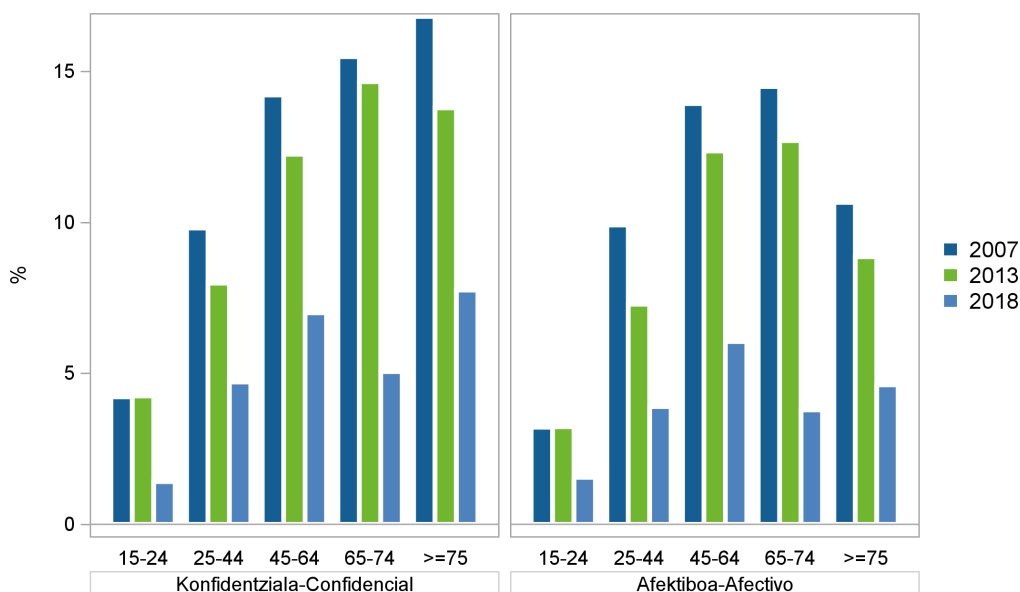
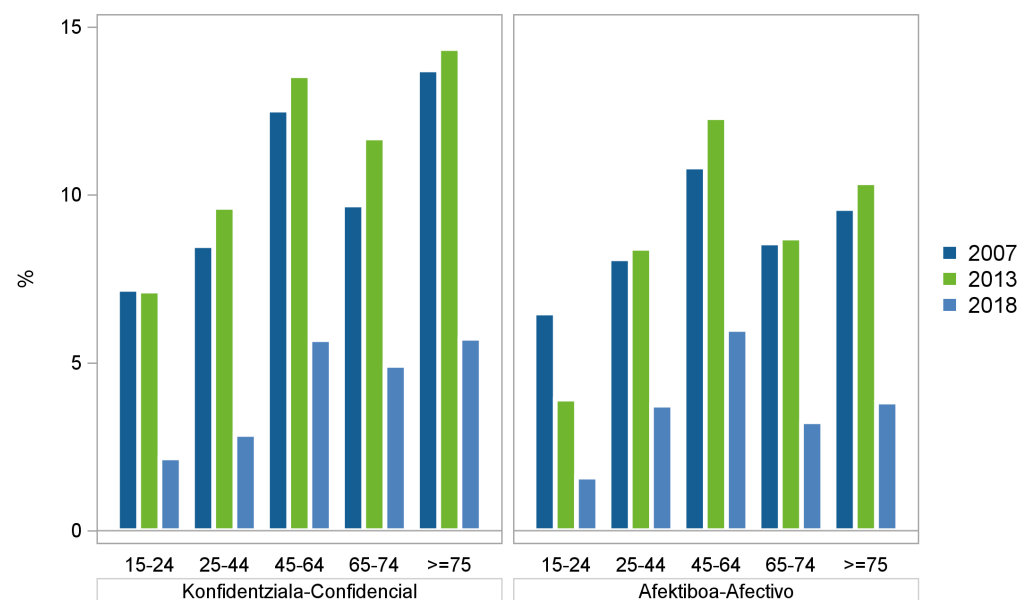


FIGURA 45

Gizarte-laguntzaren bilakaera adinaren arabera gizonezkoetan, 2007-2018
Evolución del apoyo social según la edad en los hombres, 2007-2018

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia
Prevalencia de falta de apoyo social



DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

• FIGURA 46

Las mujeres reportan mayor o igual nivel de falta de apoyo confidencial que los hombres en todas las clases sociales. En líneas generales, los niveles de la falta de apoyo social, confidencial y afectivo, aumentan al disminuir la clase social.

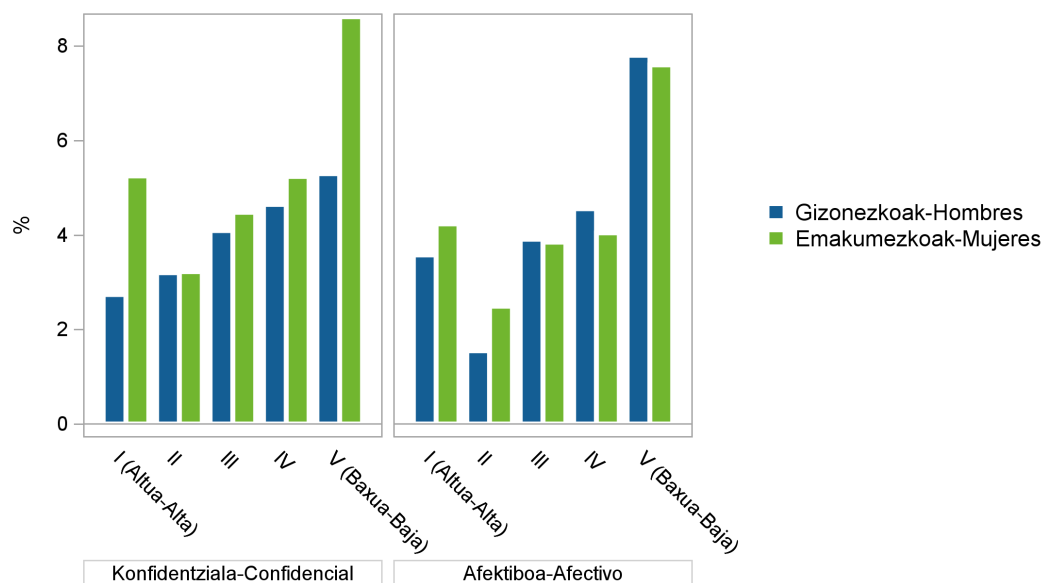
• FIGURA 47

En ambos sexos, la percepción de falta de apoyo social, tanto confidencial como afectivo, disminuye conforme aumenta el nivel de estudios de la persona.

FIGURA 46

Gizarte-laguntzaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el apoyo social por clase social, 2018

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

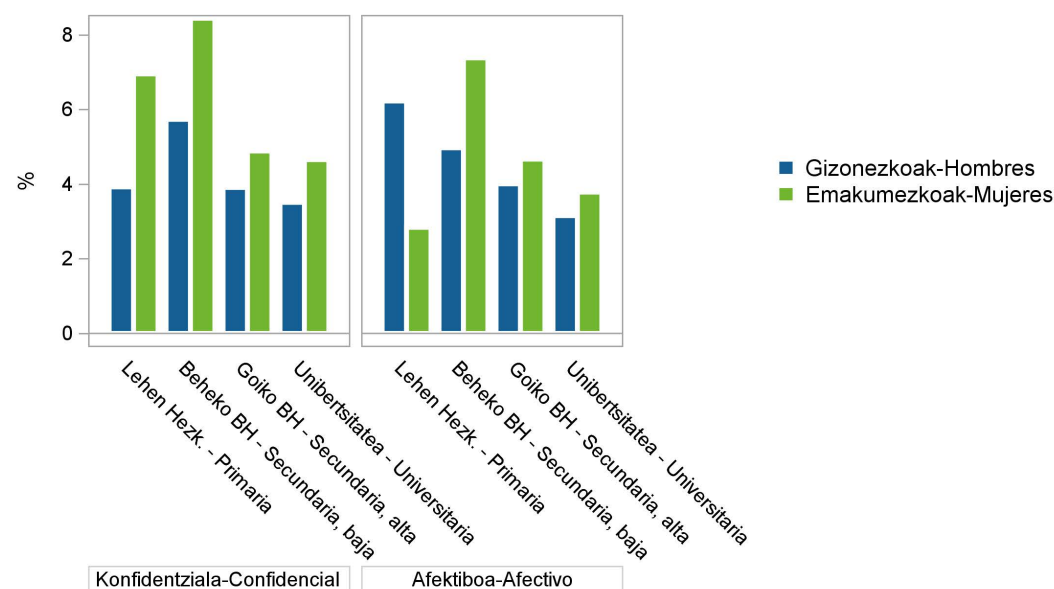


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 47

Gizarte-laguntzaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el apoyo social por nivel de estudios, 2018

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 48

El consumo de tabaco ha disminuido de forma continuada en hombres desde 2002 y en mujeres desde 2007. La caída acumulada en la prevalencia de consumo de tabaco entre 2002 y 2018 ha sido más intensa en hombres (33%) que en mujeres (31%), pero la prevalencia de tabaquismo en 2018 sigue siendo superior en hombres (20%) que en mujeres (14%).

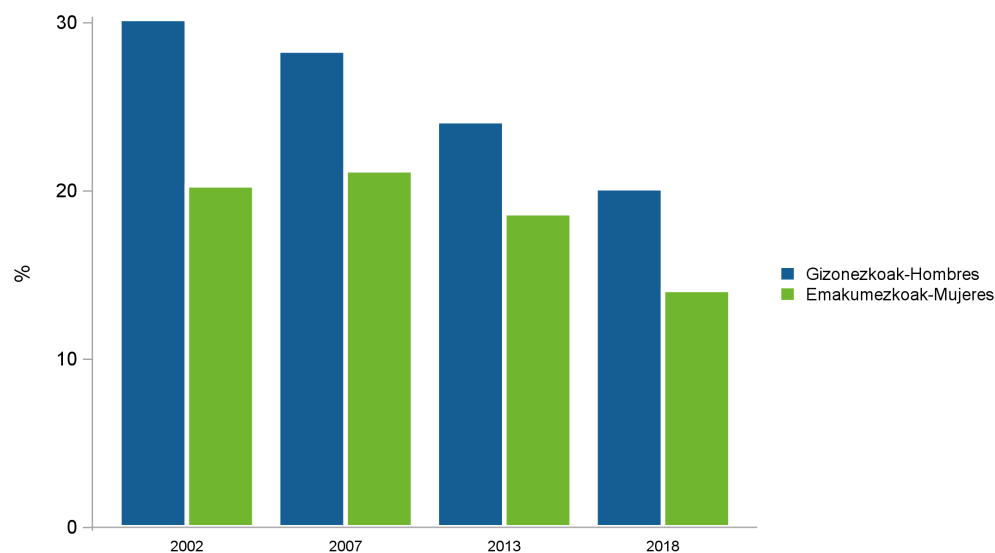
• FIGURA 49

En los hombres a partir de los 25 años de edad, el consumo de tabaco no solo disminuye respecto a 2013, si no que registra el nivel menor desde que se dispone de datos. Entre los 14 y 25 años, no obstante, se advierte un ligero repunte en el consumo de tabaco. En las mujeres, el consumo de tabaco cae en todos los grupos de edad hasta los 64 años, y es el más bajo de los registrados entre los 15 y los 44 años. Por el contrario, el consumo entre las de 65 y 74 años se duplica (del 4 a 8%) entre 2013 y 2018.

FIGURA 48

Tabakoaren kontsumoaren bilakaera, 2002-2018
Evolución del consumo de tabaco, 2002-2018

Erretzaileen prebalentzia*
Prevalencia de población fumadora*

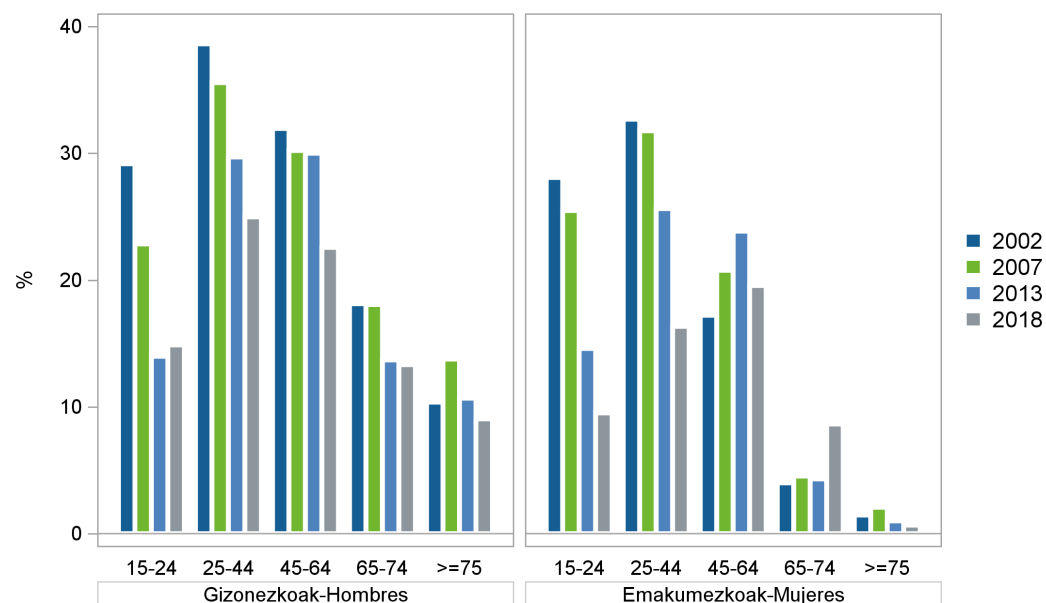


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 49

Tabakoaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución del consumo de tabaco según la edad, 2002-2018

Erretzaileen prebalentzia
Prevalencia de población fumadora



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

I. Consumo de tabaco

• FIGURA 50

El consumo de tabaco en hombres aumenta según desciende la clase social, con la excepción de aquellos menores de 45 años en el grupo II. La clase V determina efectos opuestos según el sexo: la prevalencia de consumo de tabaco en hombres alcanza el máximo, tanto en mayores como en menores de 45 años. La prevalencia de consumo de tabaco en hombres es más del doble que en las mujeres, entre las que las restricciones económicas sí parecen limitar el consumo.

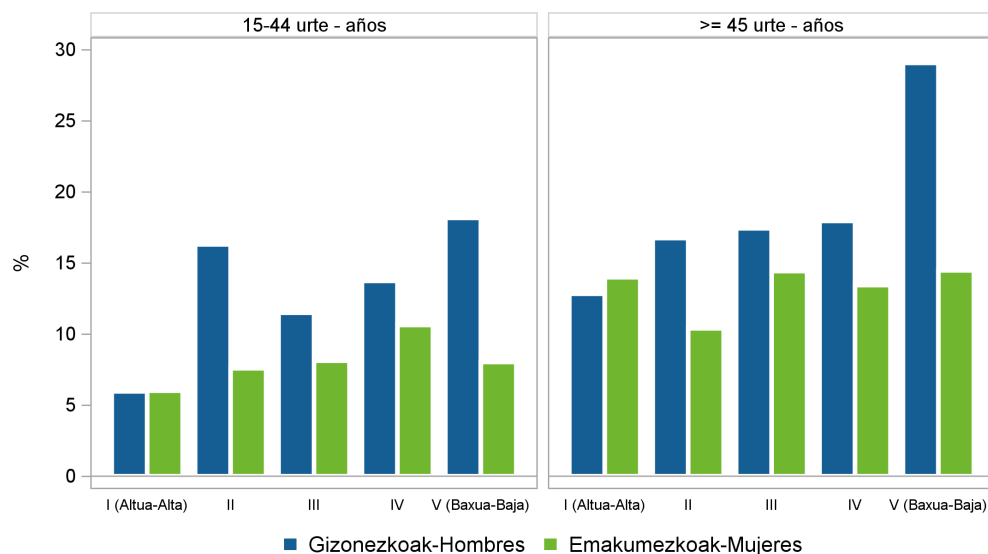
• FIGURA 51

El consumo de tabaco en hombres, tanto en mayores como en menores de 45 años, describe un gradiente inverso, de forma que aumenta conforme disminuye el nivel de estudios. En las mujeres, el mayor consumo de tabaco tiende a concentrarse en los niveles de estudios intermedios, sobre todo a partir de los 45 años.

FIGURA 50

Tabakoaren kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el consumo de tabaco por clase social, 2018

Erretzaileen prebalentzia*
Prevalencia de población fumadora*

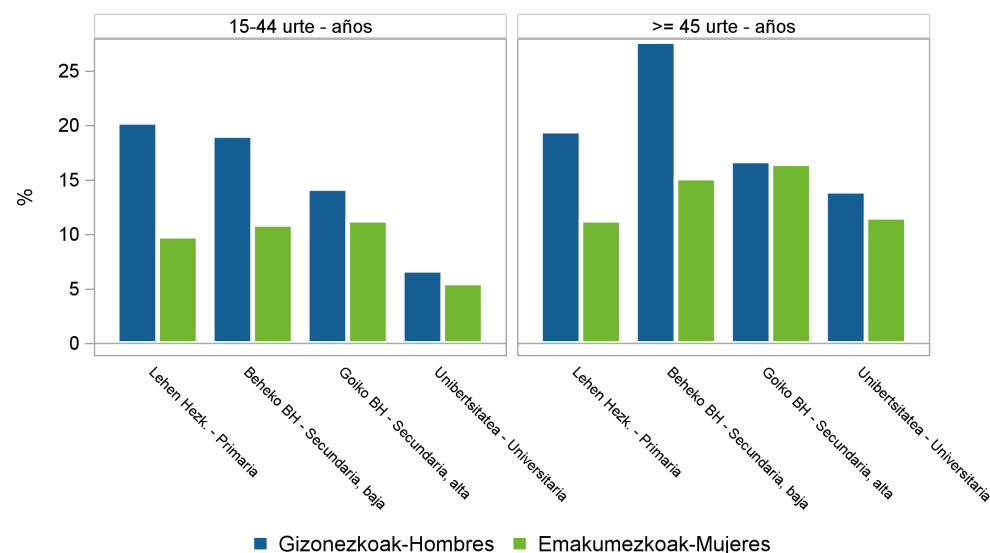


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 51

Tabakoaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el consumo de tabaco por nivel de estudios, 2018

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 52

La exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) ha disminuido también de forma muy relevante, en ambos sexos, en más de un 15% desde 2013 y en más del 70% respecto a 2002. Las diferencias entre sexos han disminuido, aunque persiste mayor exposición en los hombres que en las mujeres.

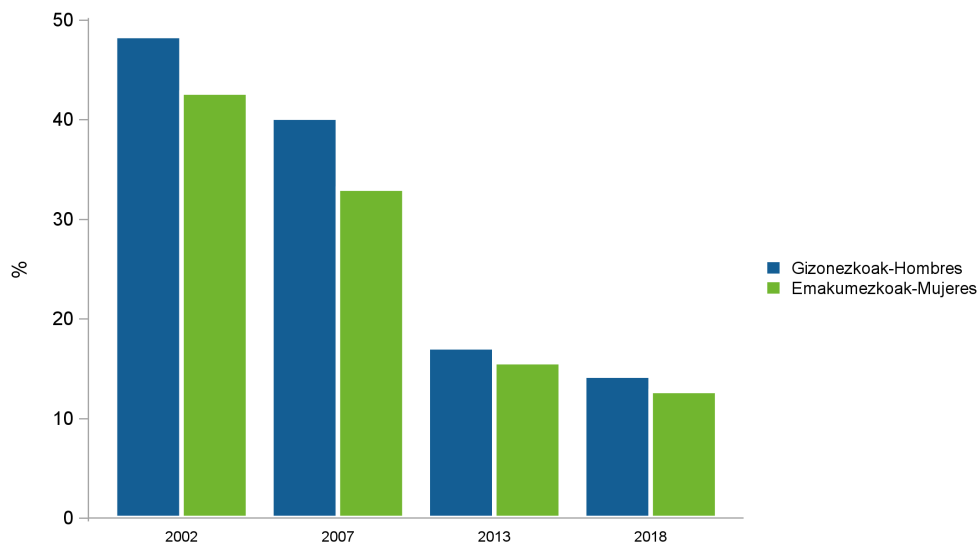
• FIGURA 53

En ambos sexos, la prevalencia de tabaquismo pasivo disminuye con la edad. La prevalencia disminuye en ambos sexos respecto a 2013 y es la menor de las registradas desde 2002 en todos los grupos de edad, excepto en las mujeres de 65 a 74 años.

FIGURA 52

Tabakismo pasiboaren bilakaera, 2002-2018
Evolución del tabaquismo pasivo, 2002-2018

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

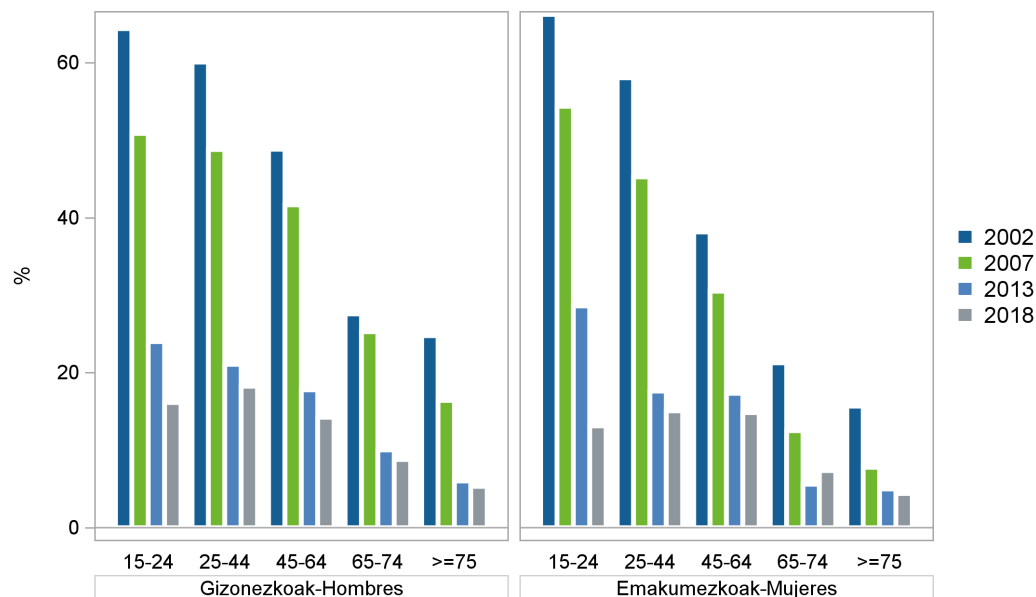


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 53

Tabakismo pasiboaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución del tabaquismo pasivo según la edad, 2002-2018

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



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

II. Tabaquismo pasivo

• FIGURA 54

En ambos sexos, la exposición pasiva al tabaco aumenta al descender la clase social. Las mujeres presentan mayor exposición que los hombres en las posiciones extremas de la clase social.

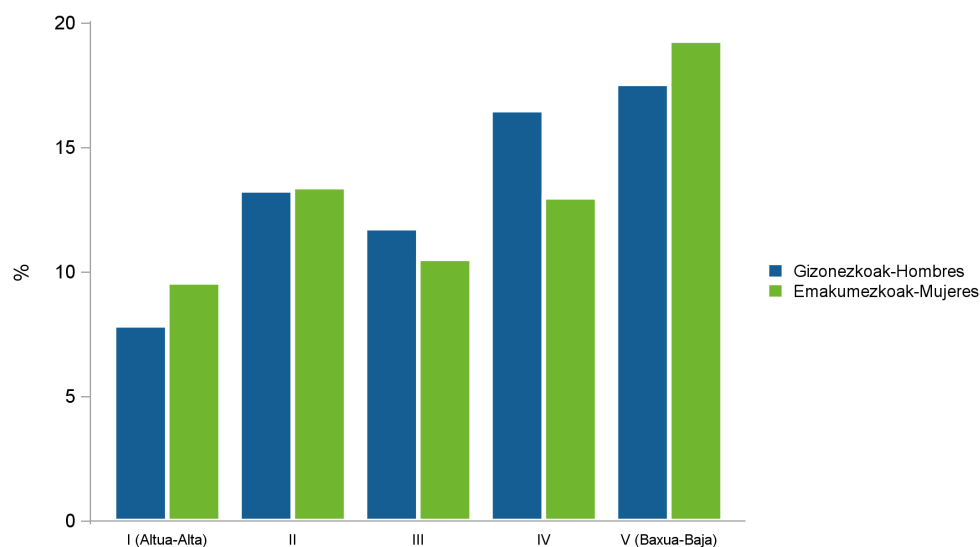
• FIGURA 55

De manera similar, la prevalencia de tabaquismo pasivo aumenta al disminuir el nivel de estudios, especialmente en hombres. Los hombres presentan prevalencias muy superiores a las mujeres en los niveles bajos de estudio; las mujeres se imponen en los niveles de estudio más elevados.

FIGURA 54

Tabakismo pasiboaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el tabaquismo pasivo por clase social, 2018

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

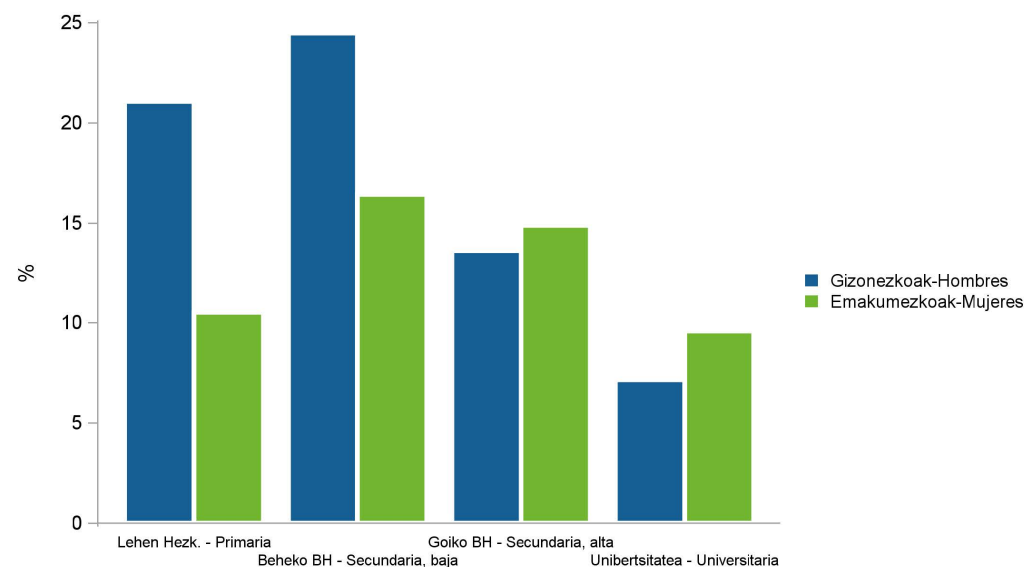


*Adinaren arabera estandarizaturik, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 55

Tabakismo pasiboaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el tabaquismo pasivo por nivel de estudios, 2018

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



*Adinaren arabera estandarizaturik, 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 56

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 2018, la prevalencia de este consumo de alcohol es del 17% en los hombres y del 11% en las mujeres, 8 y 4 puntos porcentuales inferiores, respectivamente, en hombres y en mujeres a 2013. La evolución desde 2002 es más favorable en hombres que en mujeres: la prevalencia en hombres en 2018 es la mitad de la que se dio en 2002; en mujeres la caída es de un 21%.

• FIGURA 57

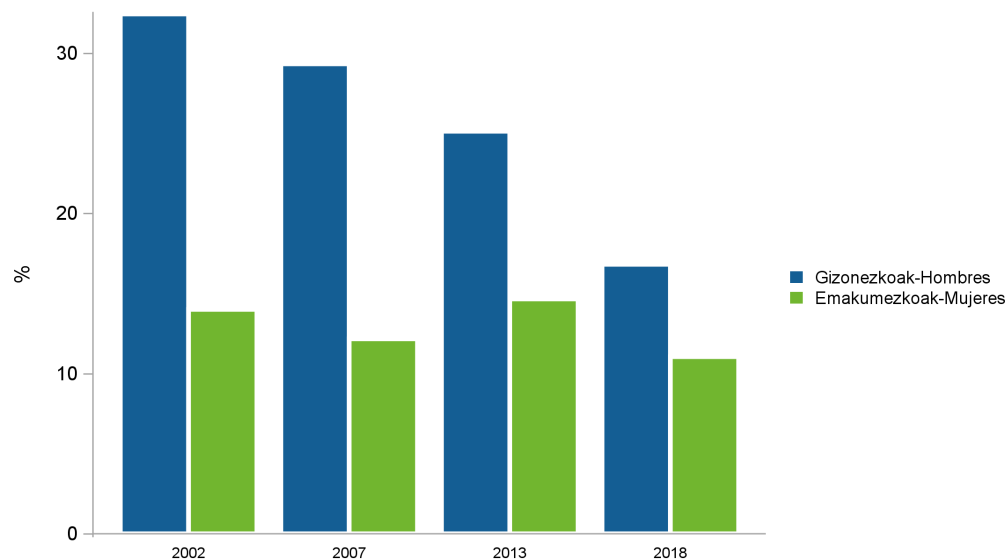
El consumo de alcohol de alto riesgo cae en ambos sexos y en todos los grupos de edad respecto a 2013. Hasta los 64 años, la prevalencia de consumo de alto riesgo aumenta progresivamente en los hombres, en tanto que en las mujeres se mantiene estable. En 2018 los hombres y las mujeres entre los 15 y 24 años presentan similar prevalencia de consumo de riesgo a largo plazo.

FIGURA 56

Alkoholaren kontsumoaren bilakaera, 2002-2018

Evolución del consumo de alcohol, 2002-2018

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



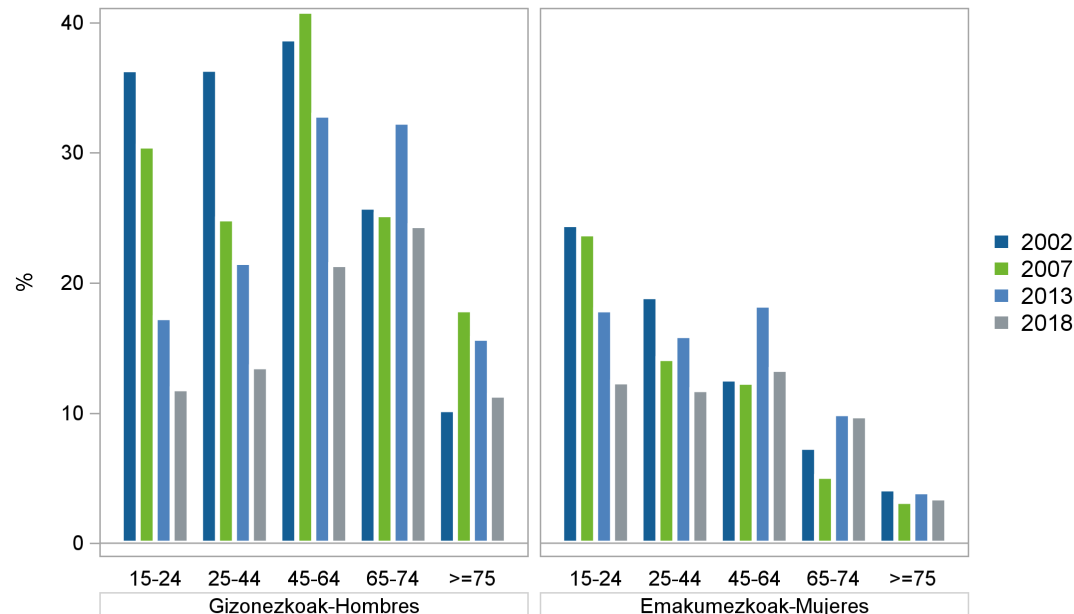
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 57

Alkoholaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018

Evolución del consumo de alcohol según la edad, 2002-2018

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 58

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.

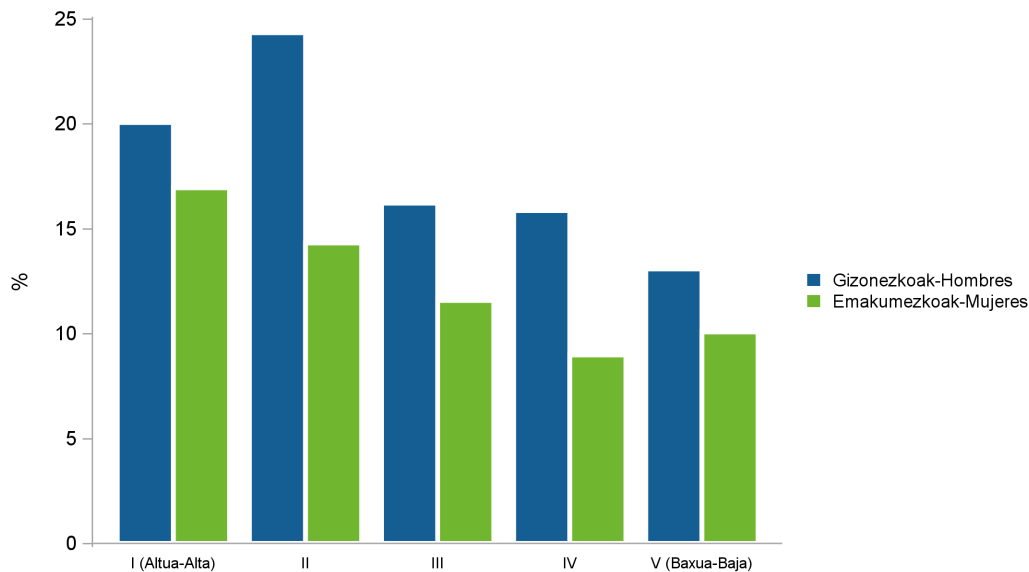
• FIGURA 59

De manera similar, el consumo de alcohol de alto riesgo aumenta con el nivel de estudios. La brecha en el consumo de riesgo entre sexo disminuye conforme aumenta el nivel de estudios.

FIGURA 58

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el consumo de alcohol por clase social, 2018

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

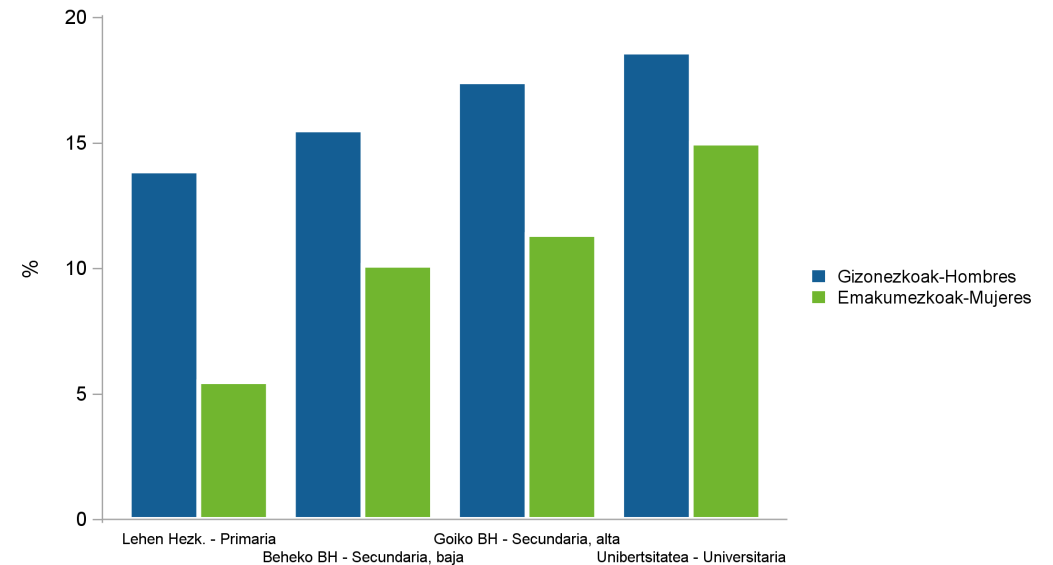


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 59

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el consumo de alcohol por nivel de estudios, 2018

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



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 60

El 7% de los hombres y el 2% de las mujeres consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes. Este tipo de consumo cae de forma importante respecto al año 2013 en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Entre las personas de mayor edad la caída está por encima del 85%. Entre los más jóvenes, la caída es del 34% en hombres y del 47% en mujeres, registrándose prevalencias del 12% en hombres y del 5% en mujeres.

• FIGURA 61

El consumo intensivo de alcohol mensual o más frecuente es más prevalente entre las clases sociales más favorecidas (grupos I y II), alrededor del doble del consumo que se da en las clases sociales menos favorecidas.

FIGURA 60

Alkoholaren kontsumo trinkoaren bilakaera adinaren arabera, 2013-2018 Evolución del consumo intensivo de alcohol según la edad, 2013-2018

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

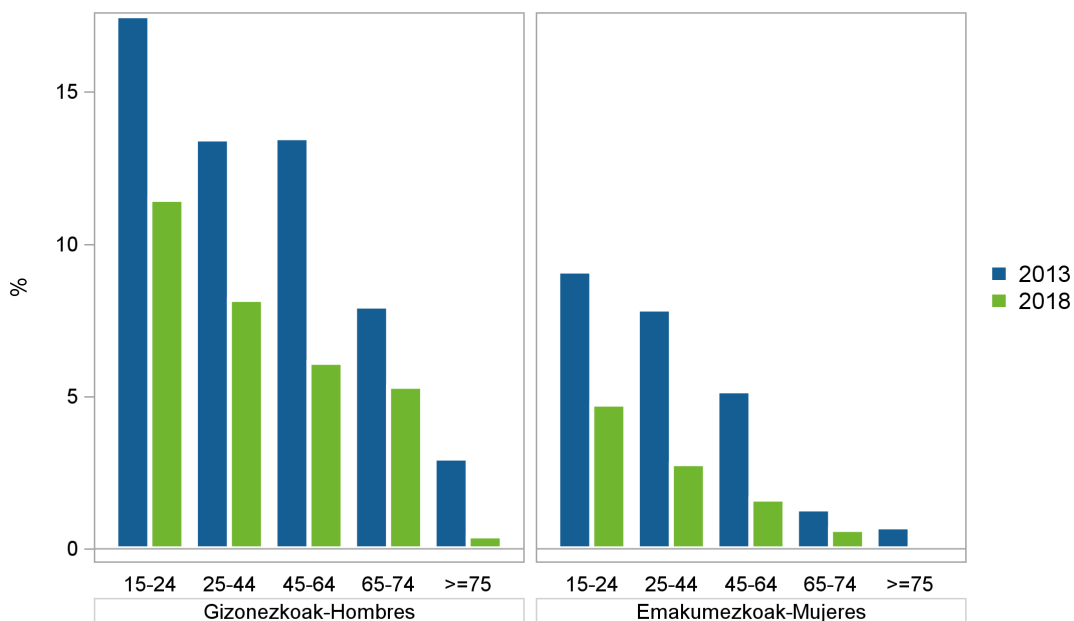
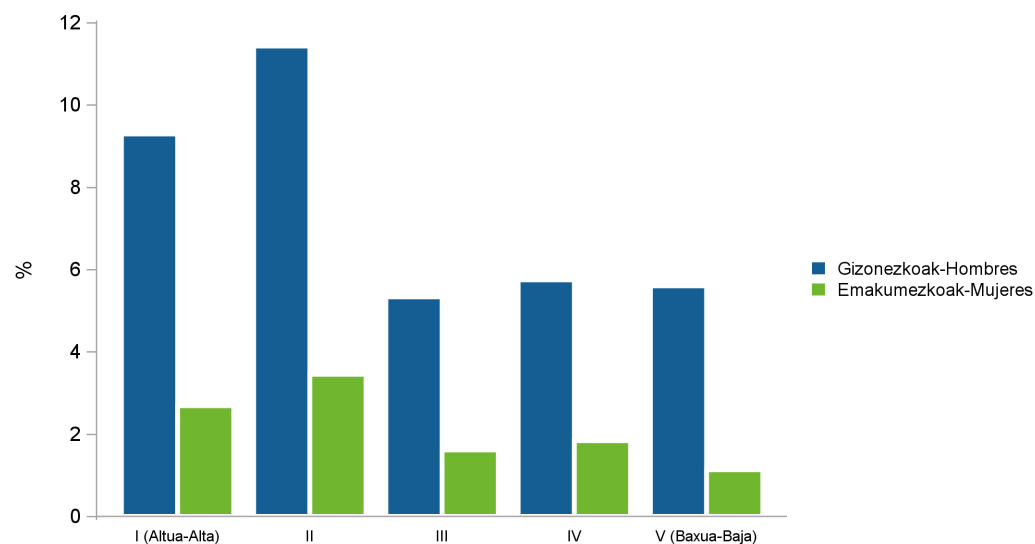


FIGURA 61

Alkoholaren kontsumo trinkoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en el consumo intensivo de alcohol por clase social, 2018

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

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 62

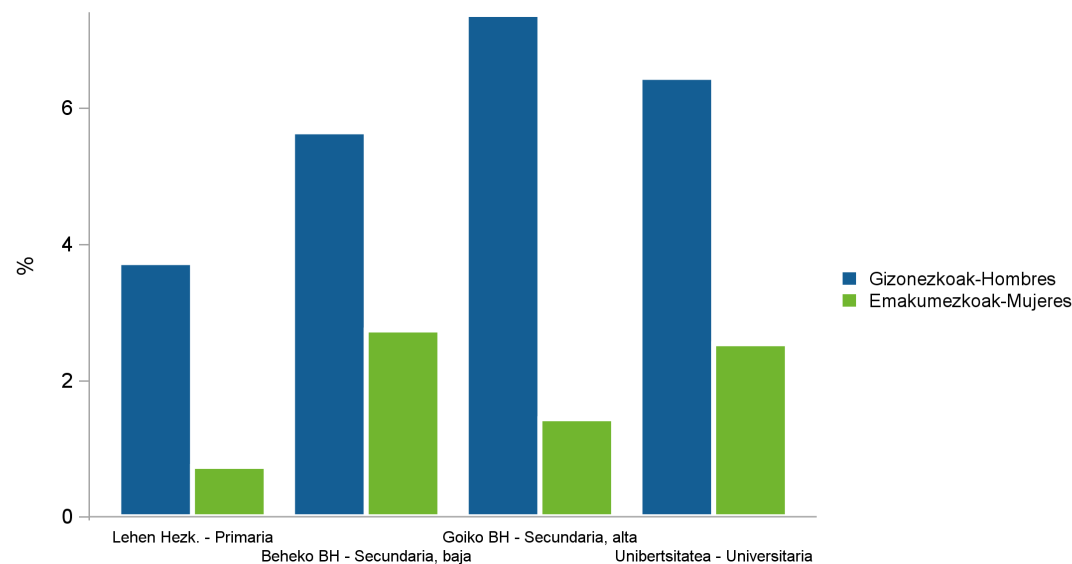
En los hombres, el consumo intensivo de alcohol mensual o más frecuente parece aumentar con el nivel de estudios. En mujeres no existe una relación clara entre el nivel de estudios y este tipo de consumo, si bien la prevalencia mínima se da entre las mujeres de menor nivel educativo.

FIGURA 62

Alkoholaren kontsumo trinkoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en el consumo intensivo de alcohol por nivel de estudios, 2018

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 63

Tras el aumento entre 2002 y 2007, la prevalencia de obesidad en hombres se ha estabilizado en los últimos años en el 14%. En las mujeres se aprecia una ligera caída (12%) en la prevalencia de obesidad respecto a 2013 para situarse en el 11% en 2018.

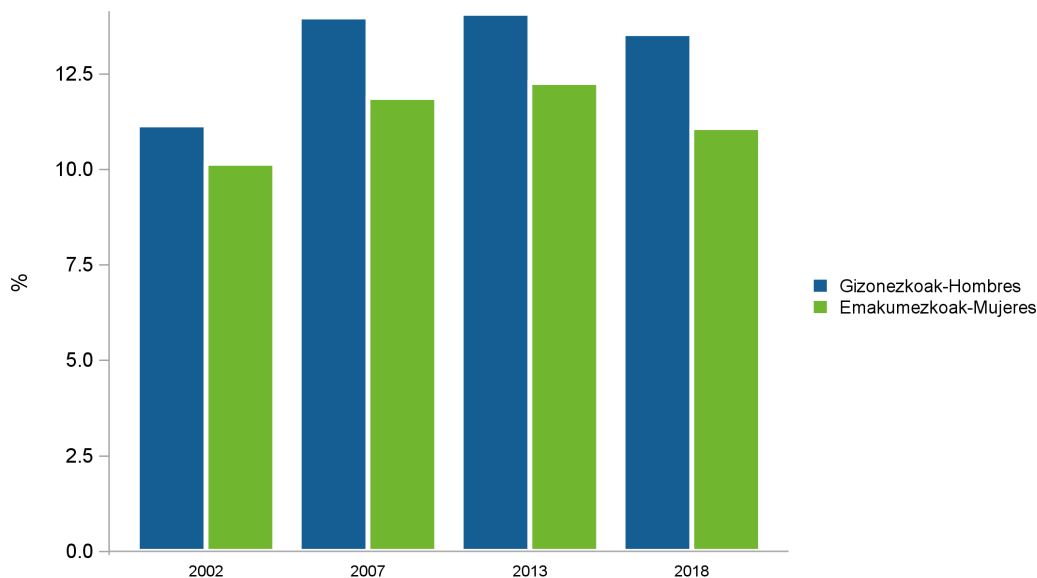
• FIGURA 64

La proporción de personas con obesidad aumenta con la edad. La prevalencia de obesidad en hombres respecto a 2013 cae en todos los grupos de edad excepto entre los de 65 a 74 años. Destaca la divergente evolución de la prevalencia de obesidad en mujeres en los dos grupos de edad más jóvenes: entre las de 15 a 24 años la prevalencia de obesidad, el 1%, es residual, en tanto que entre las de 25 a 44 años la prevalencia de obesidad, el 10%, se ha duplicado respecto a 2002.

FIGURA 63

Obesitatearen bilakaera, 2002-2018
Evolución de la obesidad, 2002-2018

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*

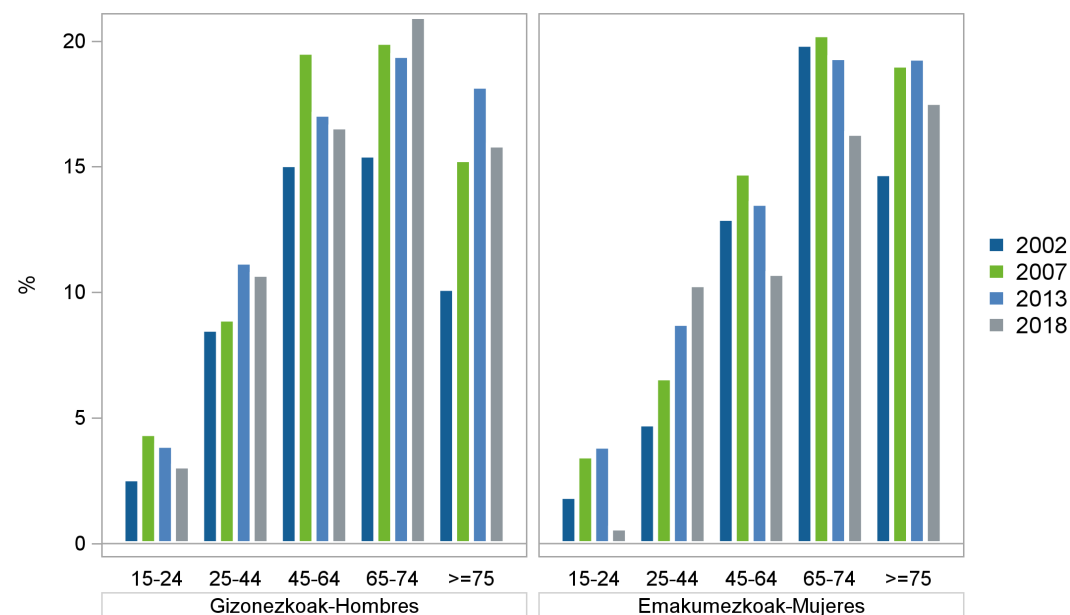


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 64

Obesitatearen bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución la obesidad según la edad, 2002-2018

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia
Prevalencia de población obesa



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

IV. Peso corporal

• FIGURA 65

Las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de obesidad son muy relevantes en ambos sexos. En las mujeres, la relación entre la clase social y la obesidad es más gradual y aumenta según disminuye la clase social, en tanto que en hombres las desigualdades son más patentes entre la clase I y la clase V.

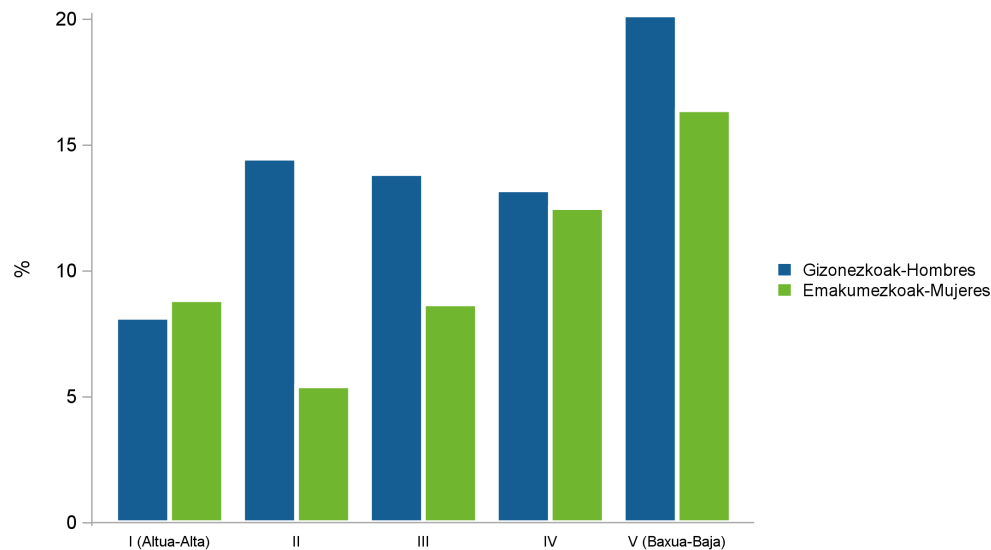
• FIGURA 66

La obesidad aumenta al disminuir el nivel de estudios. El 18% de los hombres y el 14% de las mujeres con estudios primarios son obesos frente al 8% de los hombres y el 7% de las mujeres con estudios universitarios.

FIGURA 65

Obesitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la obesidad por clase social, 2018

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*

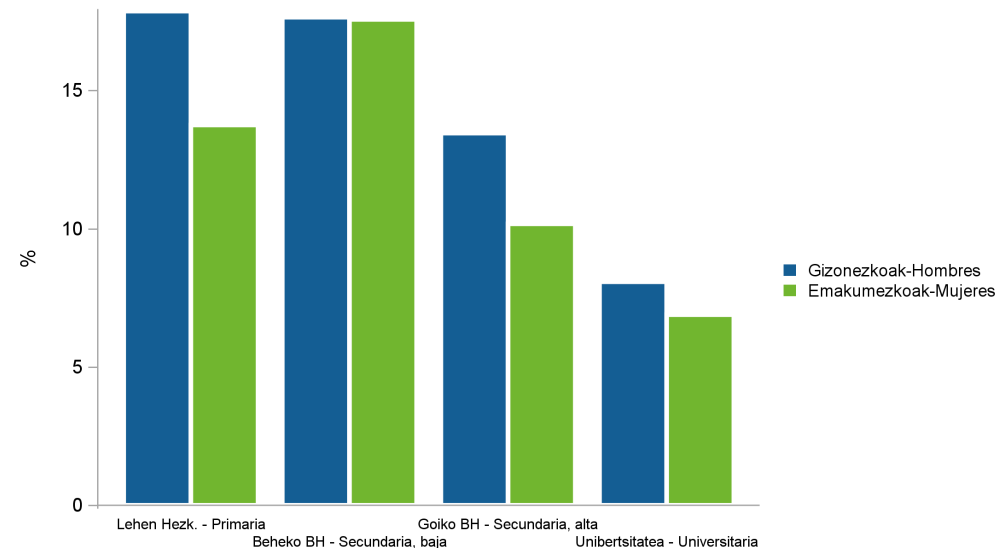


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 66

Obesitatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la obesidad por nivel de estudios, 2018

Obesitatea duen biztanleriaren prebalentzia*
Prevalencia de población obesa*



*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 67

Se ha considerado población físicamente activa a aquélla que realiza actividad física saludable. La prevalencia de hombres activos ha aumentado, de un 73% en 2013 a un 80% en 2018; más aún ha crecido la prevalencia de mujeres activas, de un 66% en 2013 a un 75% en 2018.

• FIGURA 68

En ambos sexos y en todos los grupos de edad crece la prevalencia de personas que realizan actividad física saludable.

FIGURA 67

Jarduera fisikoaren bilakaera, 2007-2018
Evolución de la actividad física, 2007-2018

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*

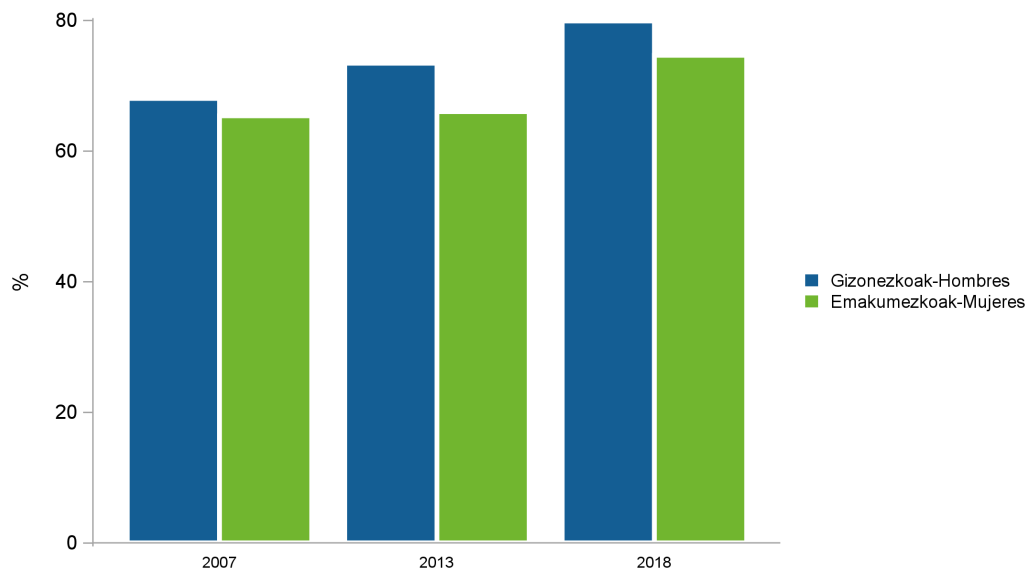
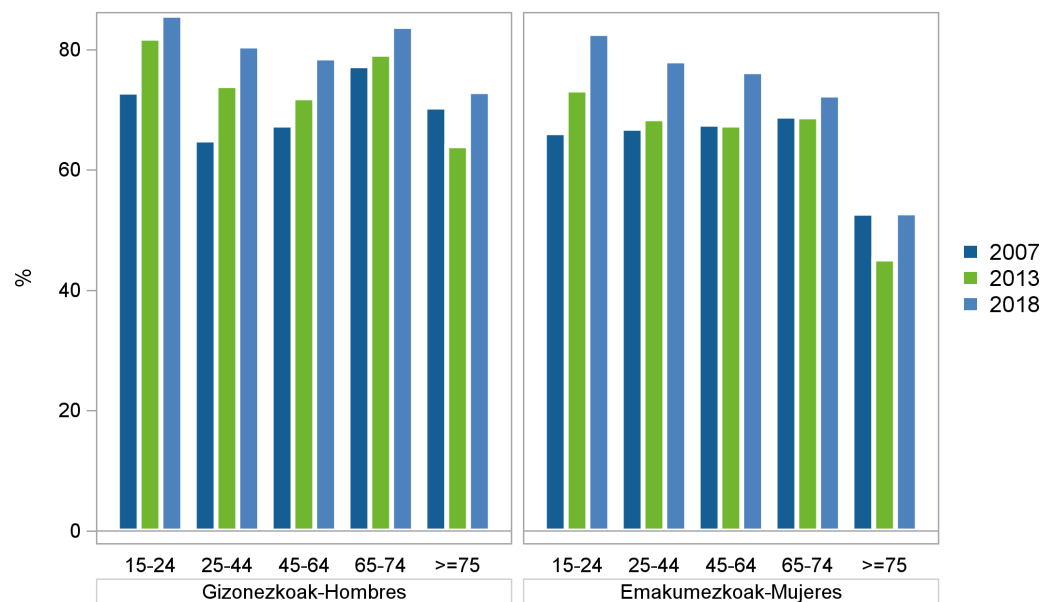


FIGURA 68

Jarduera fisikoaren bilakaera adinaren arabera, 2007-2018
Evolución la actividad física según la edad, 2007-2018

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia
Prevalencia de población activa



*Adinaren arabera estandarizata, 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 69

La proporción de personas activas disminuye ligeramente al descender en la clase social. El 84% de los hombres y 75% de las mujeres del grupo más favorecido son activos/as, proporción que baja al 80% en los hombres y al 70% en las mujeres del grupo V.

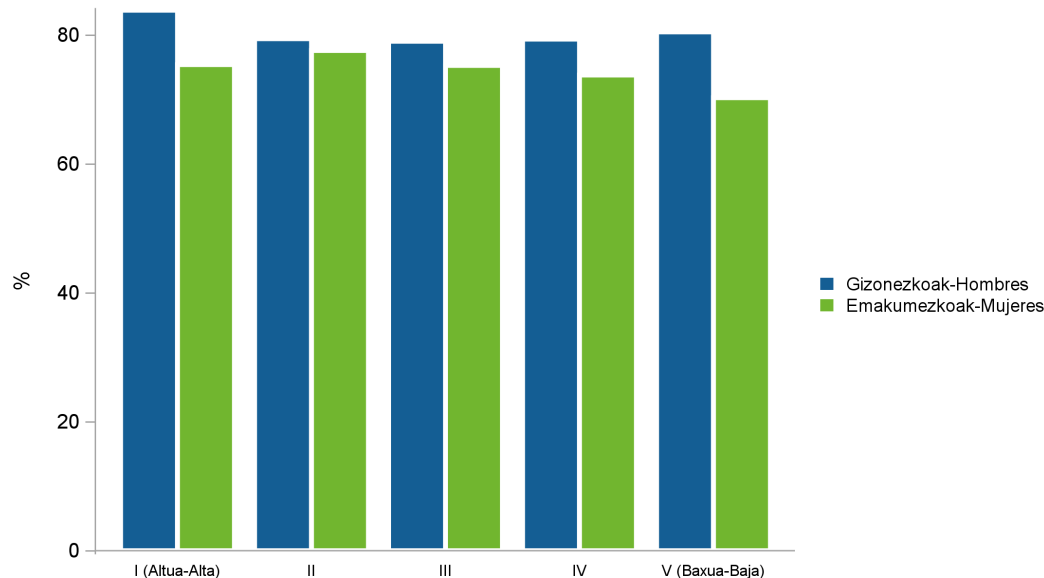
• FIGURA 70

Las personas con estudios universitarios son más activas que las que tienen estudios primarios: el 79% de los hombres y 81% de las mujeres con estudios universitarios son activos/as, frente al 73% de los hombres y de las mujeres con estudios primarios.

FIGURA 69

Jarduera fisikoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en la actividad física por clase social, 2018

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*

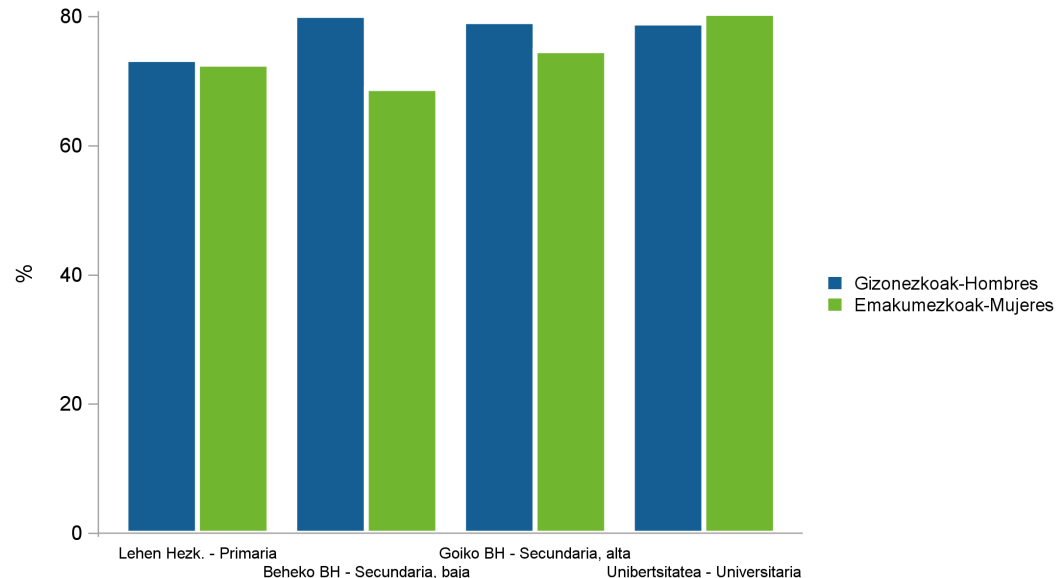


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 70

Jarduera fisikoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la actividad física por nivel de estudios, 2018

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 71 y 72

La proporción de mujeres que come fruta, verdura y pescado a diario es mayor que la de hombres. Éstos comen más carne y embutido que las mujeres. Aumenta el consumo de productos de origen vegetal en ambos sexos respecto a 2013. A su vez, cae el consumo de alimentos de origen animal, excepto el consumo de carnes en hombres.

FIGURA 71

Zenbait elikagaien kontsumoa emakumezkoengan, 2007-2018
Consumo de ciertos alimentos en las mujeres, 2007-2018

Asteroko kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia de consumo semanal*

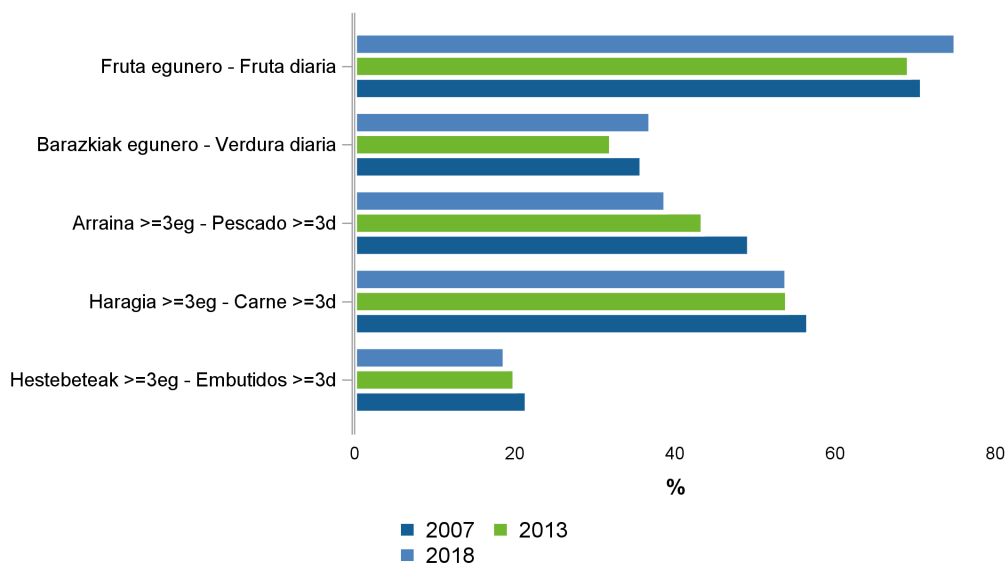
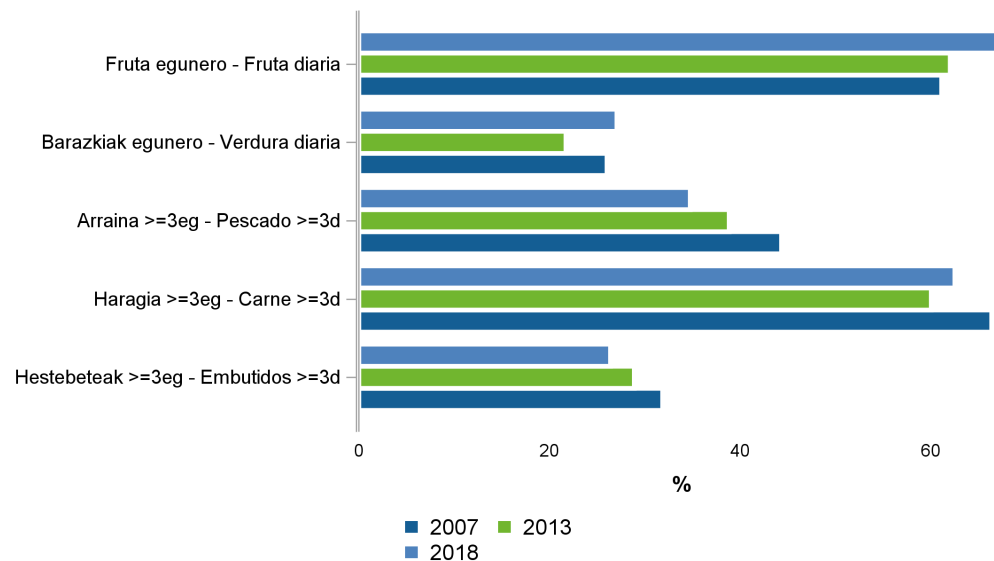


FIGURA 72

Zenbait elikagaien kontsumoa gizonezkoengan, 2007-2018
Consumo de ciertos alimentos en los hombres, 2007-2018

Asteroko kontsumoaren prebalentzia*
Prevalencia de consumo semanal*



*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



DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VI. Hábitos alimentarios

• FIGURA 73

El 76% de los hombres y 80% de las mujeres del grupo I comen fruta y/o verdura a diario, por el 66% y el 79% de los hombres y de 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

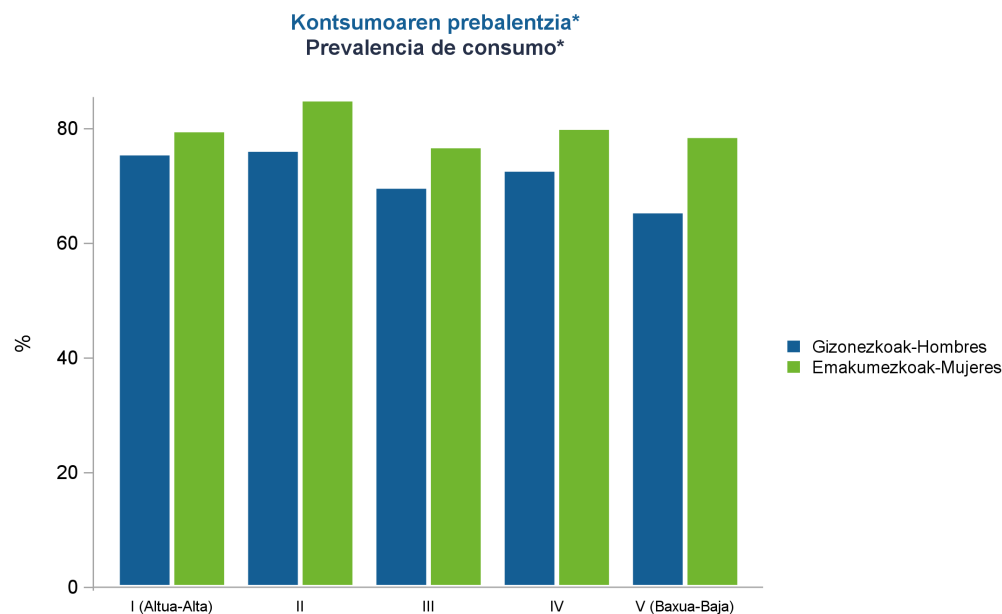
• FIGURA 74

La prevalencia de consumo de frutas y/o verduras diarias aumenta con el nivel de estudios en ambos sexos: el 72% de los hombres y el 84% de las mujeres universitarios/as come fruta y/o verdura a diario frente al 67 y al 81%, respectivamente, de los hombres y de las mujeres con estudios primarios. En todos los niveles de estudios, la frecuencia es mayor en las mujeres que en los hombres.

FIGURA 73

Eguneroko fruta edo barazkien kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en el consumo diario de frutas o verduras por clase social, 2018

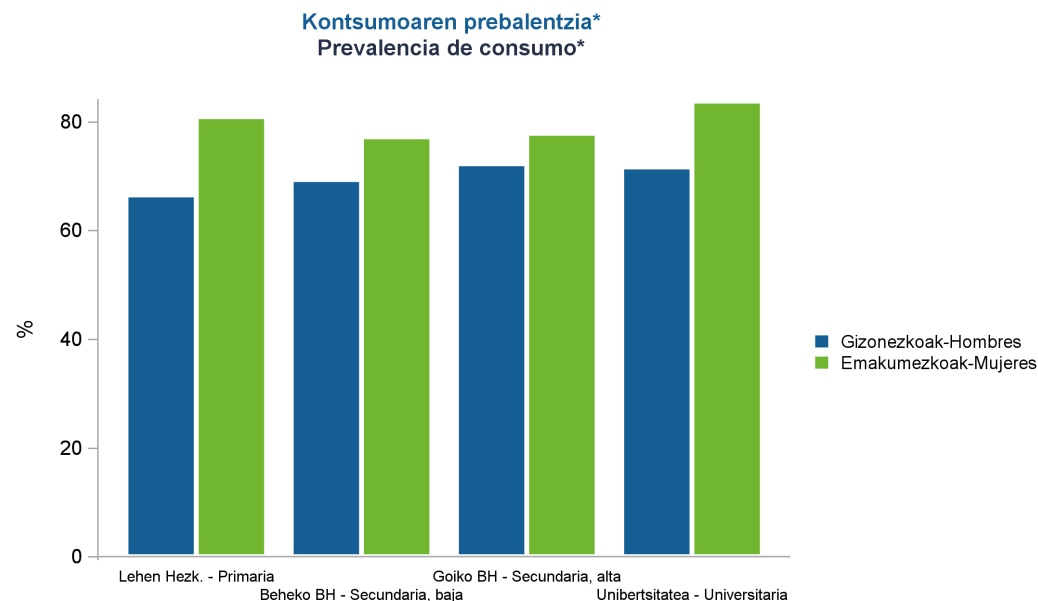


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 74

Eguneroko fruta edo barazkien kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en el consumo diario de frutas o verduras por nivel de estudios, 2018



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



Resumen

- 

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

Resumen

- Respecto a 2013 ha disminuido la proporción de personas de 65 y más años que se han vacunado contra la gripe.
- El 72% de los hombres y el 79% de las mujeres han hecho alguna consulta a medicina general o pediatría en los doce meses previos.
- Las consultas de enfermería han aumentado considerablemente respecto a 2013, un 17% en hombres y un 13% en mujeres.
- La proporción de personas que ha acudido al/la dentista en el año previo se reduce claramente según disminuye el nivel socioeconómico.
- El 46% de los hombres y 57% de las mujeres han hecho alguna consulta médica especializada en el año previo, no habiendo diferencias relevantes respecto a 2013. La prevalencia de consultas a especializada aumenta con la edad.
- El 16% de los hombres y el 18% de las mujeres han utilizado los servicios de urgencia en los seis meses previos, habiendo aumentado su uso desde 2013.
- En 2018, el 7% de los hombres y mujeres habían sido hospitalizados en los 12 meses previos. No existen cambios relevantes en la prevalencia de hospitalización el año previo respecto a 2013 en ningún sexo.
- En 2018, en torno al 6% de la población vasca acudió a un hospital de día en los doce meses previos.
- Osakidetza dispone de una serie de servicios no presenciales, basados en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Los más conocidos son la solicitud de cita previa a través de la Web de Osakidetza y el consejo sanitario telefónico. Estos servicios son también los más usados y los que más satisfacción proporcionan. La valoración media de los mismos se sitúa en 8 puntos sobre 10.



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

I. Valoración del sistema sanitario

• FIGURA 75

El 93% de los hombres y 90% 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 respecto a 2013 en 1 y 2 puntos porcentuales en mujeres y hombres, respectivamente.

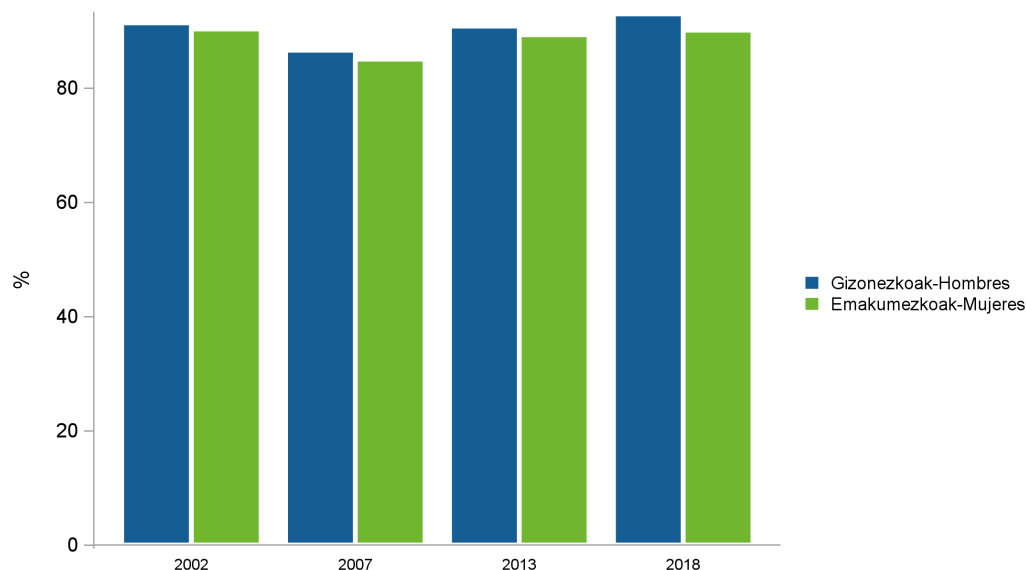
• FIGURA 76

El 95% de los hombres y el 93% de las mujeres consideran que el sistema sanitario cubre bien sus necesidades de atención sanitaria. Esa proporción ha disminuido en 1 y 2 puntos en hombres y en mujeres, respectivamente, respecto a 2013.

FIGURA 75

Osasun sistemarekiko gogobetetasunaren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la satisfacción con el sistema sanitario, 2002-2018

Pozik dauden pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas satisfechas*

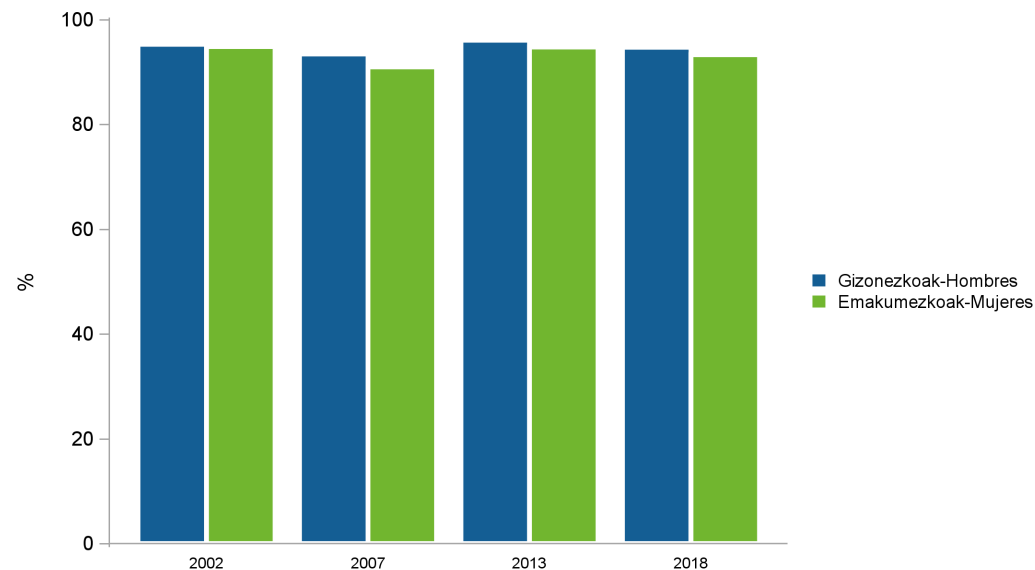


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 76

Osasun arretaren beharren estalduraren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la cobertura de las necesidades de atención sanitaria, 2002-2018

Beren 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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

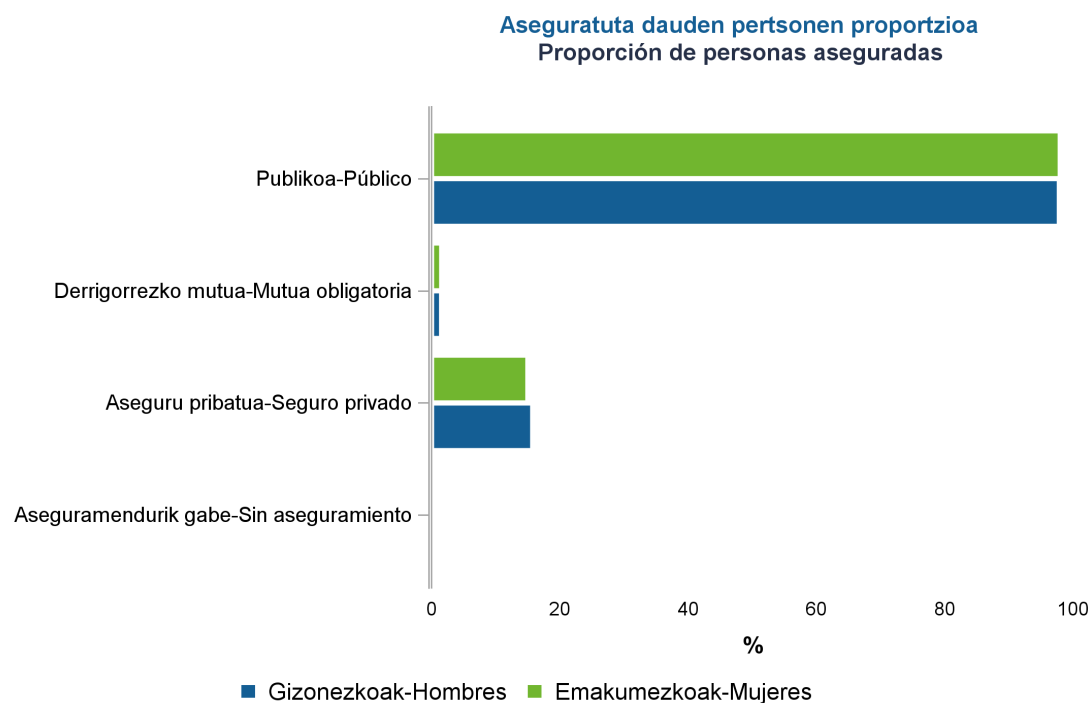
II. Modalidad de cobertura de aseguramiento

• FIGURA 77

El 98% de la población vasca tiene la asistencia sanitaria asegurada por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, un punto menos que en 2013. El 16% de los hombres y el 15% de las mujeres tienen aseguramiento sanitario privado. Alrededor de un 2%, en ambos sexos, tiene mutua obligatoria, y no existen apenas personas que no disfruten de alguna modalidad de aseguramiento sanitario.

FIGURA 77

Osasun-aseguramenduaren banaketa*, 2018
Distribución del aseguramiento sanitario*, 2018



*Aukera ez-baztertzailerak/Categorías no excluyentes



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Continuidad asistencial

• FIGURA 78

El 70% de los hombres y el 68% de las mujeres con algún problema de salud crónico que han consultado por ese motivo en los últimos 12 meses creen que los servicios sanitarios y sociales se coordinan siempre o casi siempre para mejorar su bienestar y calidad de vida. Las valoraciones de esta coordinación son ligeramente peores por parte de las mujeres.

• FIGURA 79

La percepción de que los servicios sanitarios y sociales están siempre o casi siempre coordinados es inferior en las mujeres que en los hombres, excepto entre aquellas con mayor edad. La mayor prevalencia de percepción de buena coordinación en hombres se da en el grupo de edad más joven, el 79%, y en el de edad más elevado en mujeres, el 77%.

FIGURA 78

Asistentziaren jarraitutasuna, 2018
Continuidad asistencial, 2018

Osasun- eta gizarte-zerbitzuak nire ongizatea eta bizi-kalitatea hobetzeko koordinatzen dira
Los servicios sanitarios y sociales se coordinan para mejorar mi bienestar y calidad de vida

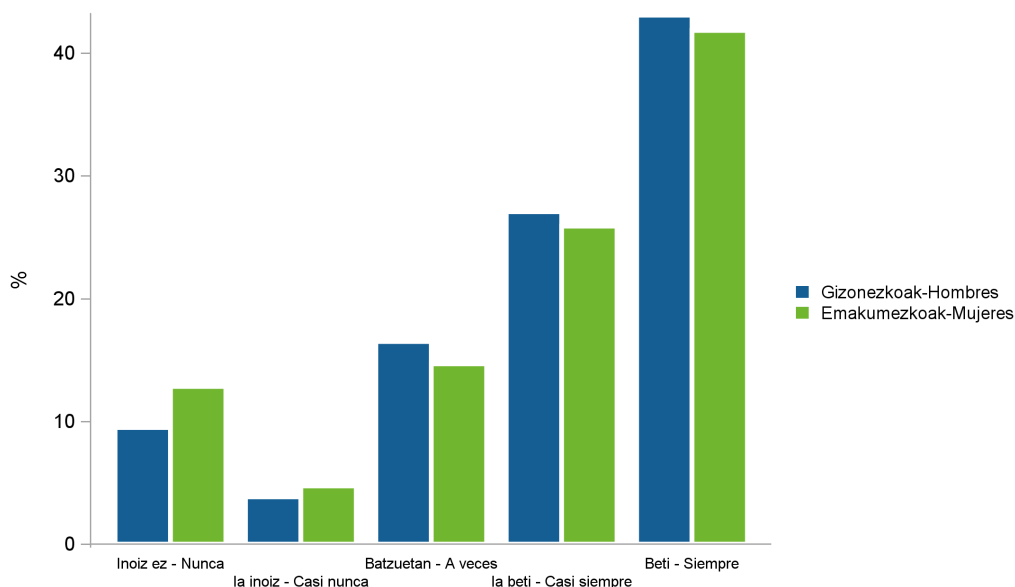
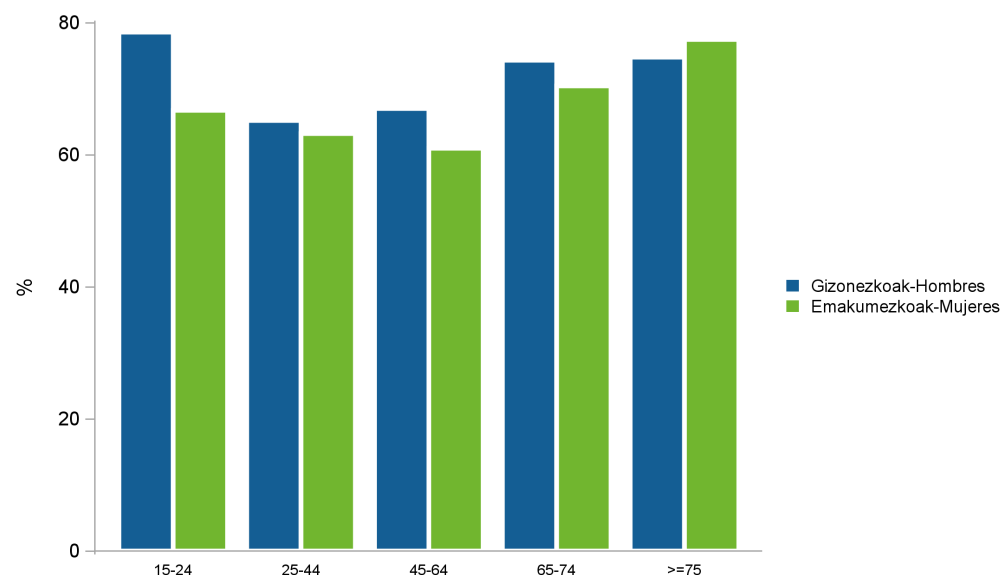


FIGURA 79

Asistentziaren jarraitutasuna adinaren arabera, 2018
Continuidad asistencial según la edad, 2018

Osasun- eta gizarte-zerbitzuak koordinatuta daude
Los servicios sanitarios y sociales están coordinados



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Continuidad asistencial

• FIGURA 80

Dos terceras partes de los hombres y mujeres con problemas crónicos de salud opinan que han podido acordar objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor su enfermedad con los y las profesionales sanitarios/as. Un 16% de los hombres y un 19% de las mujeres opinan que ello no fue posible nunca o casi nunca. Las mujeres realizan una valoración más crítica de esta forma de continuidad asistencial.

• FIGURA 81

La percepción de las personas con problemas crónicos de salud de haber podido acordar objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor su enfermedad con los y las profesionales sanitarios/as es inferior en los grupos intermedios de edad, entre los 25 y los 64 años.

FIGURA 80

Asistentziaren jarraitutasuna, 2018 Continuidad asistencial, 2018

Bizimodu osasuntsuagoa izateko eta nire gaixotasuna hobeto kontrolatzeko helburuak finkatzen ditugu

Fijamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad

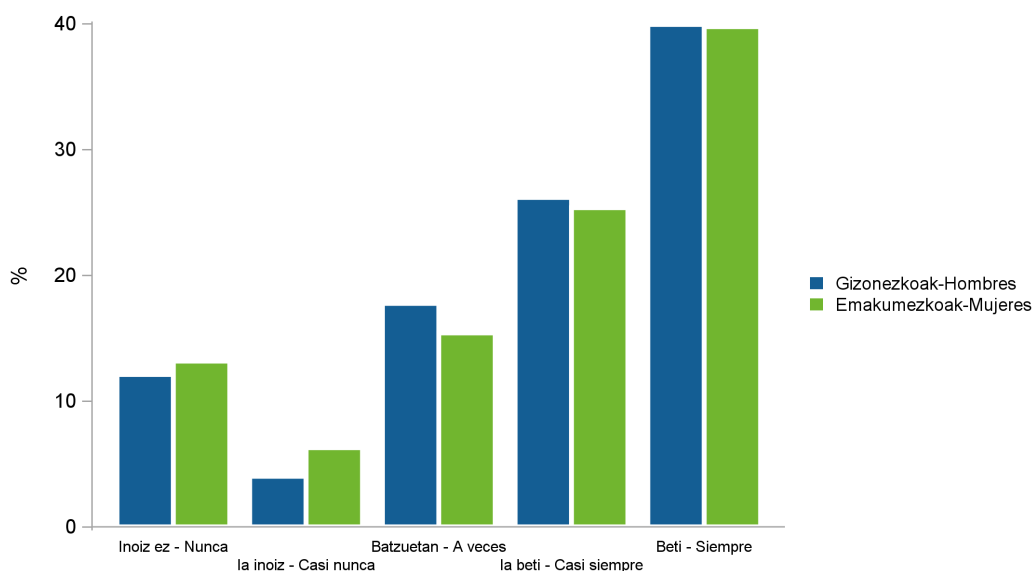
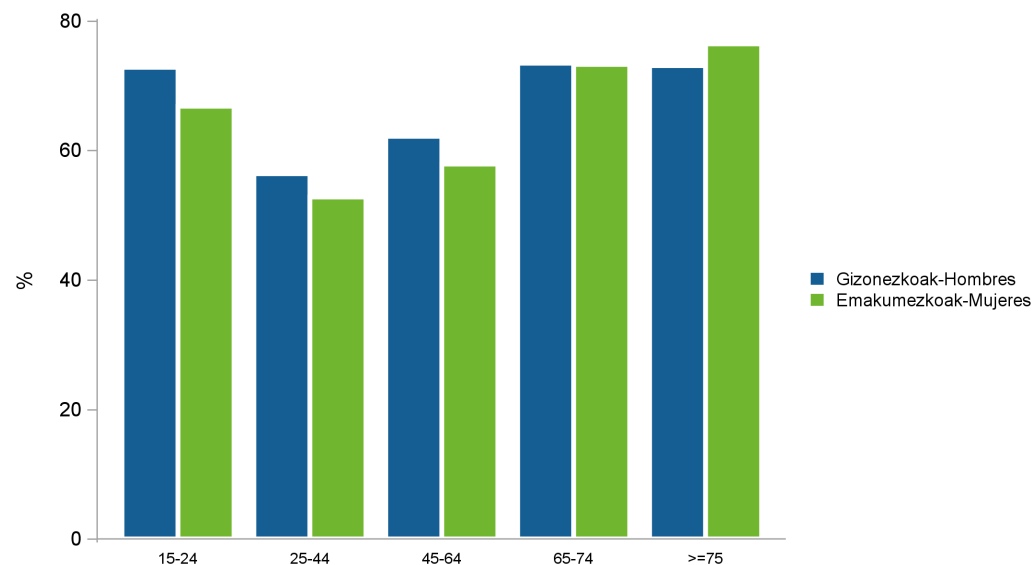


FIGURA 81

Asistentziaren jarraitutasuna adinaren arabera, 2018 Continuidad asistencial según la edad, 2018

Bizimodu osasuntsuagoa izateko eta nire gaixotasuna hobeto kontrolatzeko helburuak finkatzen ditugu

Fijamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Continuidad asistencial

• FIGURA 82

El 61% de las mujeres y el 59% de los hombres que fueron hospitalizados el año previo piensa que los y las profesionales sanitarios/as se preocuparon siempre o casi siempre por su estado de salud al llegar a su casa; el 32% de las mujeres y el 34% de los hombres piensa que eso no se produjo nunca o casi nunca.

• FIGURA 83

La prevalencia de mujeres hospitalizadas el año previo que piensan que los y las profesionales sanitarios/as se preocuparon siempre o casi siempre por su estado de salud al llegar a su casa aumenta con la edad y es más del doble a partir de los 74 años, 64%, que entre los 15 y 25 años, 31%. En los hombres la mejor percepción se da a partir de los 74 años, 66%, y la menor entre los 45 y 74 años, 54%.

FIGURA 82

Asistentziaren jarraitutasuna, 2018 Continuidad asistencial, 2018

Nitaz arduratzten dira ospitalean egon ostean etxera heltzen naizenean
Se preocupan por mi al llegar a casa tras estar en el hospital

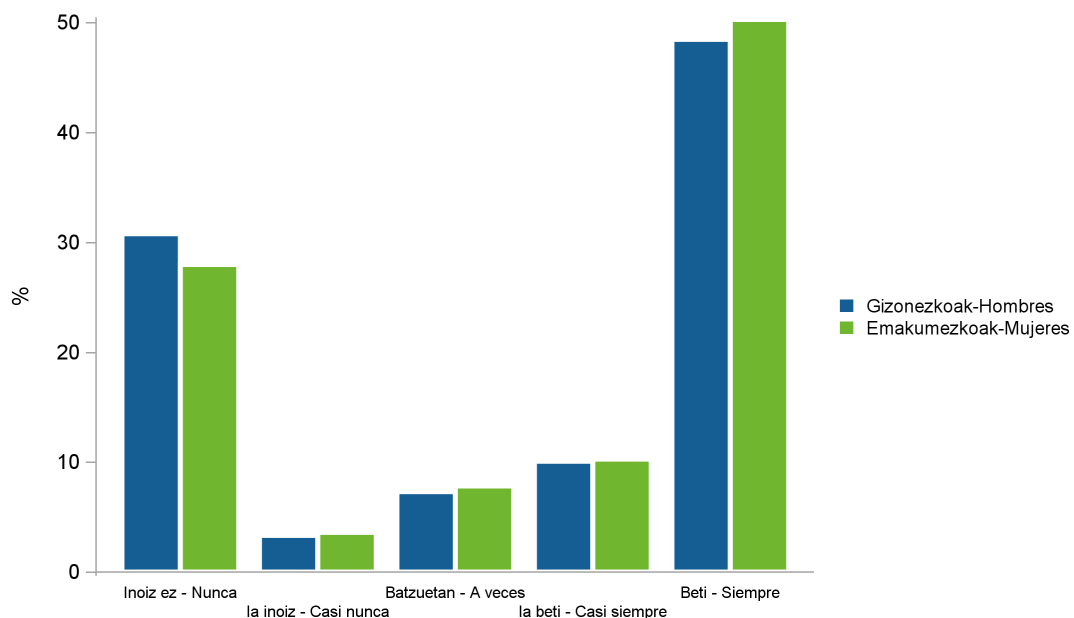
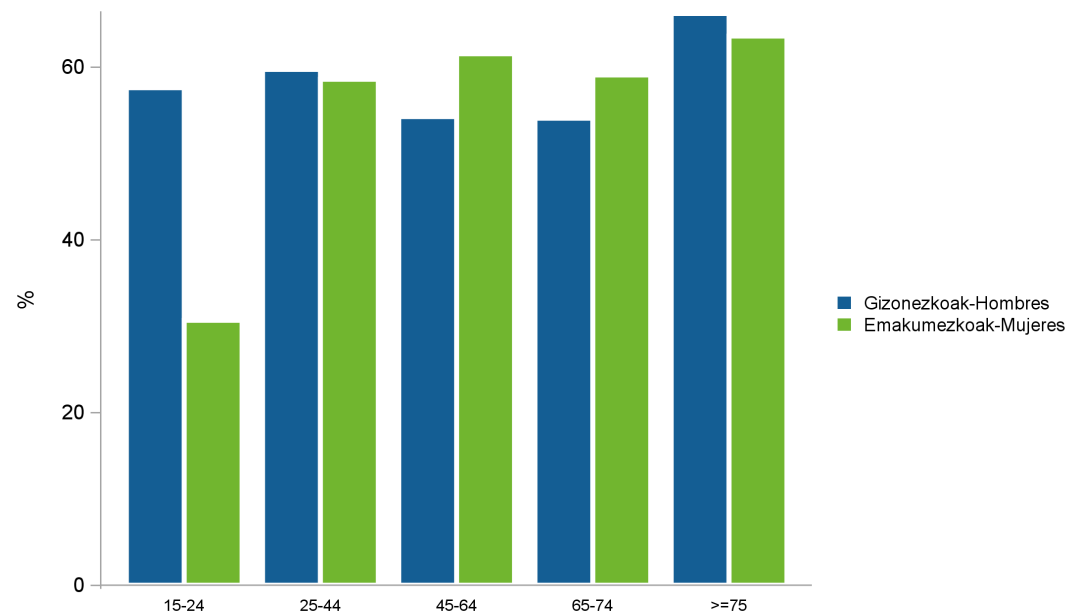


FIGURA 83

Asistentziaren jarraitutasuna adinaren arabera, 2018 Continuidad asistencial según la edad, 2018

Nitaz arduratzten dira ospitalean egon ostean etxera heltzen naizenean
Se preocupan por mi al llegar a casa tras estar en el hospital



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado de cáncer

• FIGURA 84

La proporción de mujeres de 50 a 69 años (población diana del programa de cribado de cáncer de mama) que se han realizado una mamografía en los dos años previos ha disminuido 3 puntos porcentuales respecto a 2013, para situarse en el 82% en 2018.

• FIGURA 85

La proporción de mujeres de 50 a 69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos cae en todos los subgrupos de edad contemplados respecto a 2013, excepto entre las mujeres de 60 a 64 años.

FIGURA 84

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la detección precoz del cáncer de mama, 2002-2018

Aldez aurreko bi urteetan mamografia egin duten 50-69 urteko emakumeak
Mujeres de 50-69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos

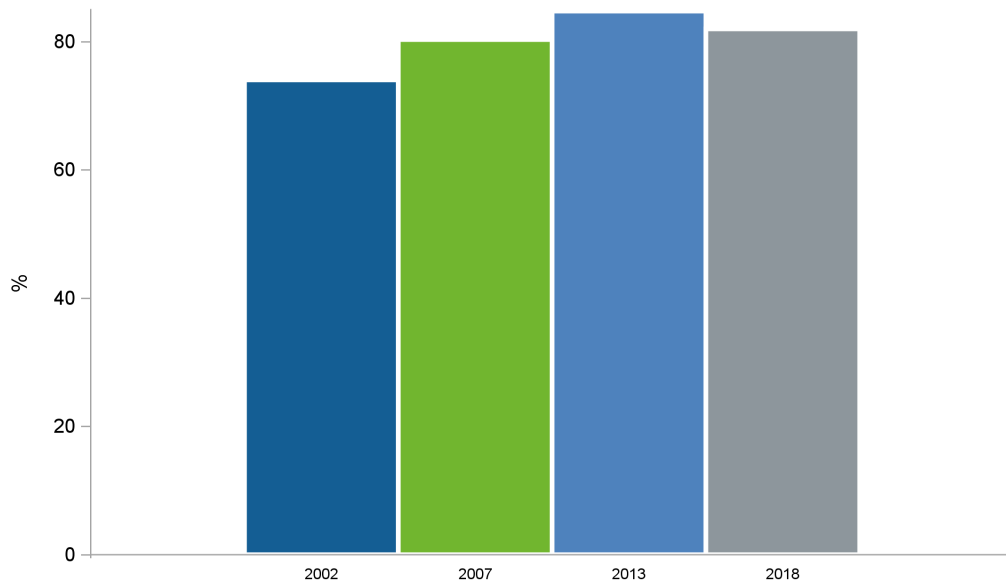
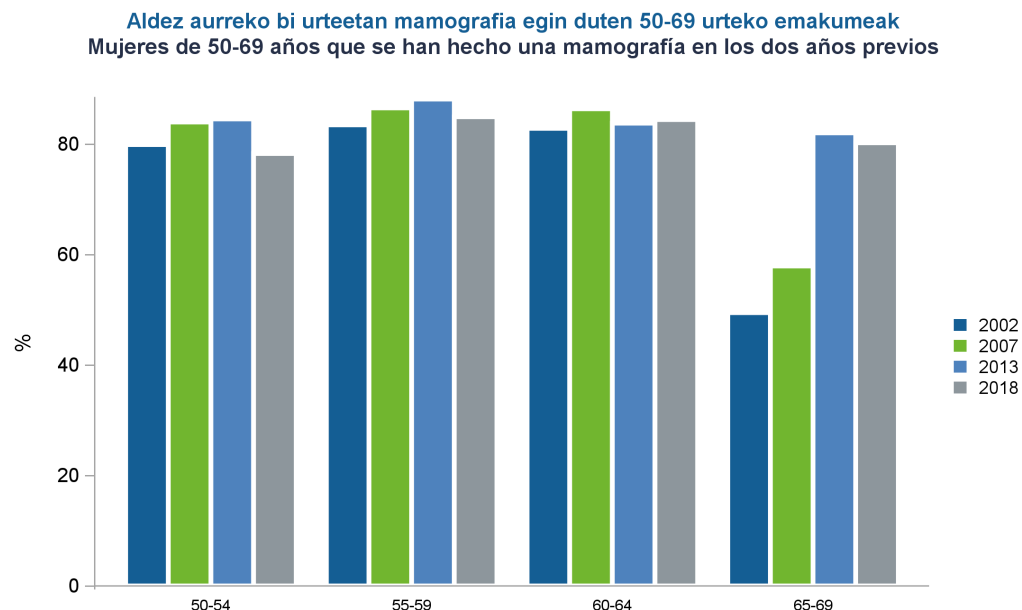


FIGURA 85

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera adin-taldean arabera, 2002-2018
Evolución de la detección precoz del cáncer de mama por grupos de edad, 2002-2018

Aldez aurreko bi urteetan mamografia egin duten 50-69 urteko emakumeak
Mujeres de 50-69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado de cáncer

• FIGURA 86

Existen desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de mujeres de 50 a 69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos de aquellas mujeres en peor posición socioeconómica, respecto del resto de clases sociales, que oscilan entre los 2 y los 8 puntos porcentuales.

• FIGURA 87

Existen una brecha en la prevalencia de mujeres de 50 a 69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos de las tituladas universitarias, 85%, respecto de las mujeres con estudios primarios, 81%.

FIGURA 86

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de mama por clase social, 2018

Aldez aurreko bi urteetan mamografia egin duten 50-69 urteko emakumeak
Mujeres de 50-69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos

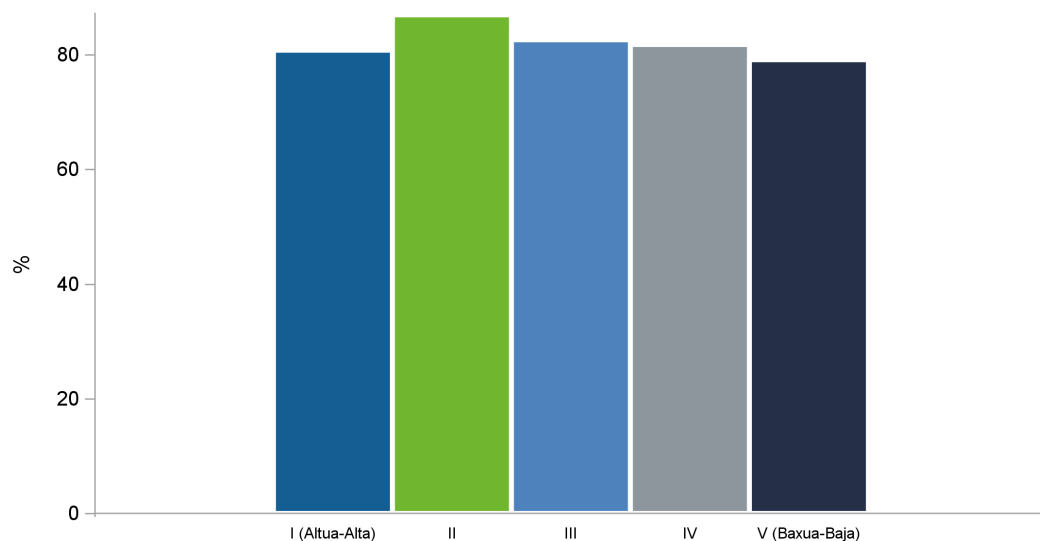
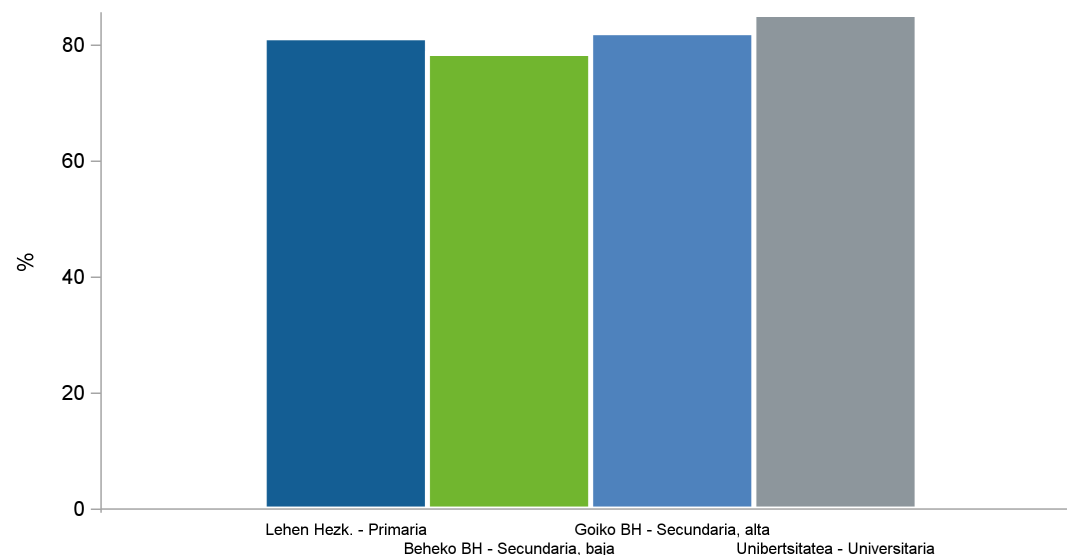


FIGURA 87

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de mama por nivel de estudios, 2018

Aldez aurreko bi urteetan mamografia egin duten 50-69 urteko emakumeak
Mujeres de 50-69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado de cáncer

• FIGURA 88

La prevalencia de personas que participaron en el programa de cribado de cáncer colorrectal aumentó en todos los grupos de edad respecto a 2013. En mujeres existen prevalencias mayores o iguales al 90% en todos los grupos de edad, y en hombres es de mencionar una diferencia en las prevalencias entre los más jóvenes, el 81%, y los mayores, el 91%, de 10 puntos porcentuales.

• FIGURA 89

No se advierte una relación clara entre clase social y prevalencia de participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal.

FIGURA 88

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera adinaren arabera, 2013-2018

Evolución de la detección precoz del cáncer colorrectal por grupos de edad, 2013-2018

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

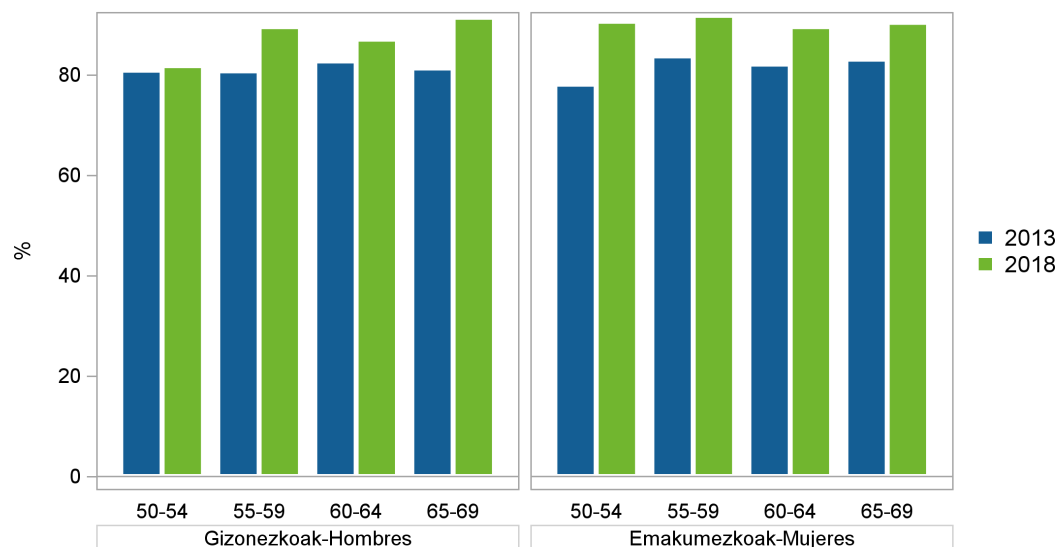
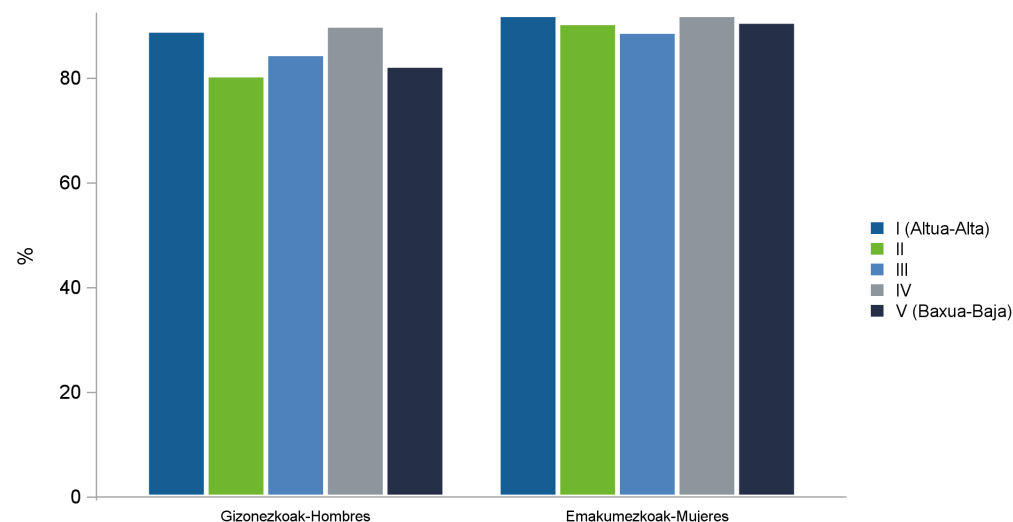


FIGURA 89

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en la detección precoz del cáncer colorrectal por clase social, 2018

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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado de cáncer

• FIGURA 90

Si bien en mujeres la mayor participación en el cribado colorrectal se da en los grupos centrales de estudios, en tanto que en hombres se da en los niveles de estudios extremos, no existen diferencias significativas según el nivel de estudios en la participación en el programa.

• FIGURA 91

En el año 2018, la prevalencia de mujeres de 25 a 64 años de edad que se ha realizado una citología en los tres años previos como método de diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero ha sido del 78%, 6 puntos porcentuales superior que en 2013.

FIGURA 90

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en la detección precoz del cáncer colorrectal por nivel de estudios, 2018

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

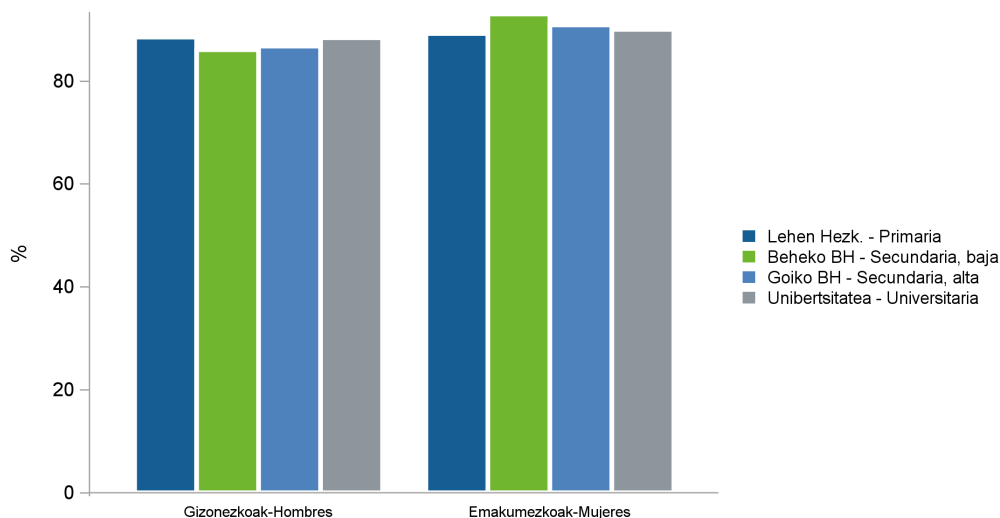
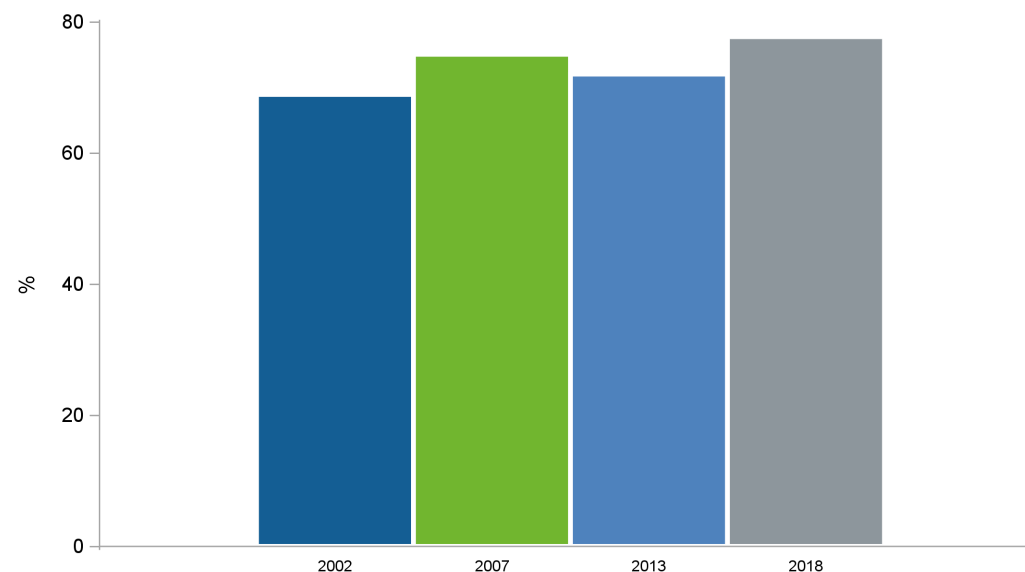


FIGURA 91

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera, 2002-2018
Evolución de la detección precoz del cáncer de cuello de útero, 2002-2018

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado de cáncer

• FIGURA 92

Aumenta la prevalencia de mujeres que han tomado parte en el cribado de cáncer de cuello de útero en todos los grupos de edad, excepto entre las más jóvenes.

• FIGURA 93

A medida que disminuye el grupo socioeconómico disminuye la proporción de mujeres, de 15 y más años, que se han hecho una citología en los tres años previos. En el año 2018 el 63% de las mujeres de la clase I, la más favorecida, se han hecho la prueba, frente al 55% de las mujeres pertenecientes a la clase V, la más desfavorecida.

FIGURA 92

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera adin-taldean arabera, 2002-2018

Evolución de la detección precoz del cáncer de cuello de útero por grupos de edad, 2002-2018

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

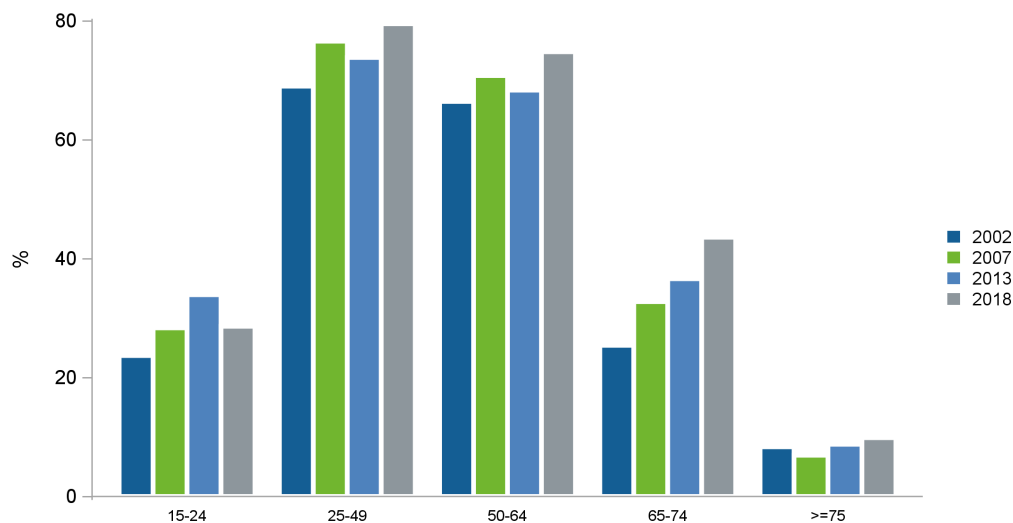
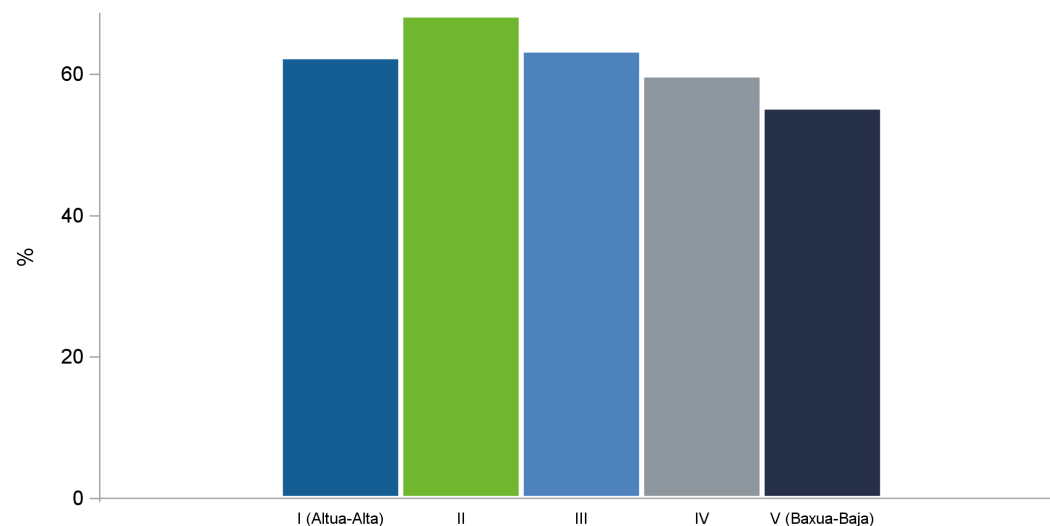


FIGURA 93

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de cuello de útero por clase social, 2018

Aldez aurreko hiru urteetan zitologia egin duten emakumeak
Mujeres 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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Programas de cribado de cáncer

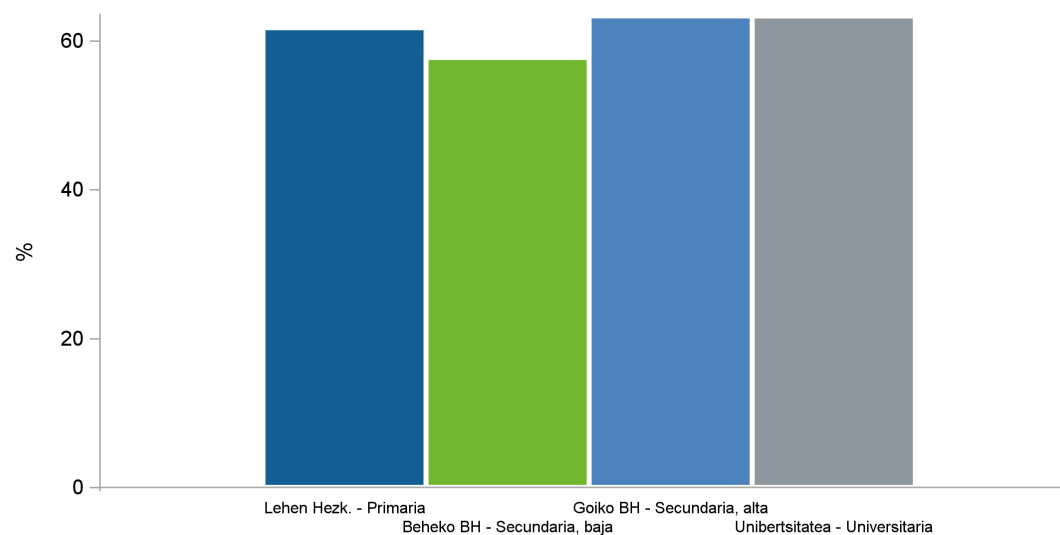
• FIGURA 94

Aunque la participación más baja en el cribado de cáncer de cérvix se da en los niveles educativos más bajos, el nivel de estudios no parece establecer diferencias relevantes en la participación de las mujeres en el mencionado programa.

FIGURA 94

Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en la detección precoz del cáncer de cuello de útero por nivel de estudios, 2018

Aldez aurreko hiru urteetan zitologia egin duten emakumeak
Mujeres 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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

V. Vacunación antigripal

• FIGURA 95

En los hombres, cae la prevalencia de vacunación contra la gripe en todos los grupos de edad salvo entre los de 25 a 44 años. En mujeres, cae la prevalencia de vacunación en los grupos extremos de edad. La brecha entre sexos en la prevalencia de vacunación es máxima en el grupo de mayor edad, el 82% en hombres y el 77% en mujeres.

• FIGURA 96

La prevalencia de personas de 65 y más años vacunadas es la mínima desde el año 2002, el 69% en hombres, 4 puntos menos que en 2013, y el 67% en mujeres, al mismo nivel que en 2013.

FIGURA 95

Gripearen aurkako txertoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución de la vacunación contra la gripe según la edad, 2002-2018

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas vacunadas

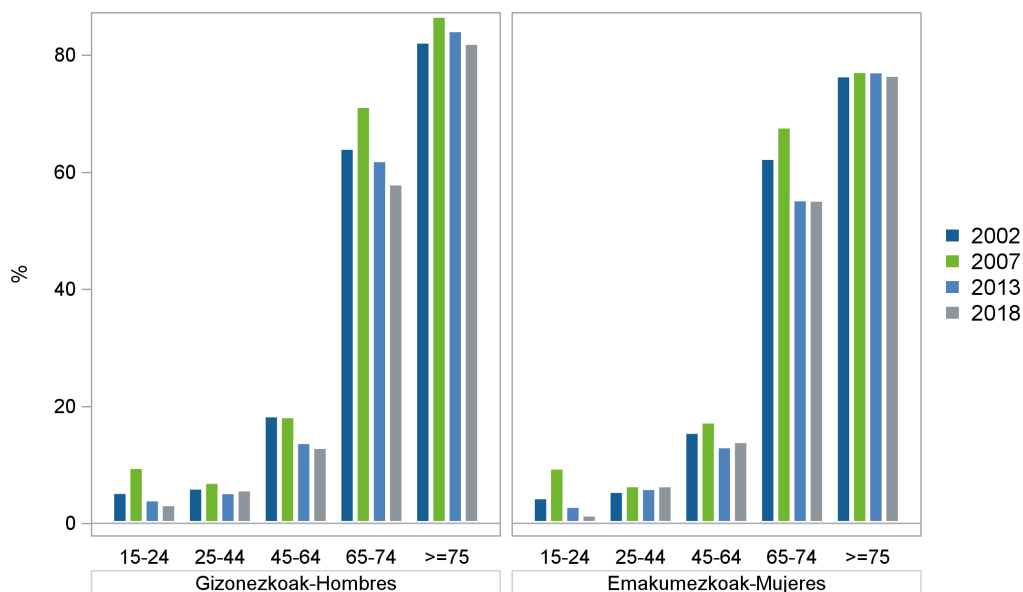
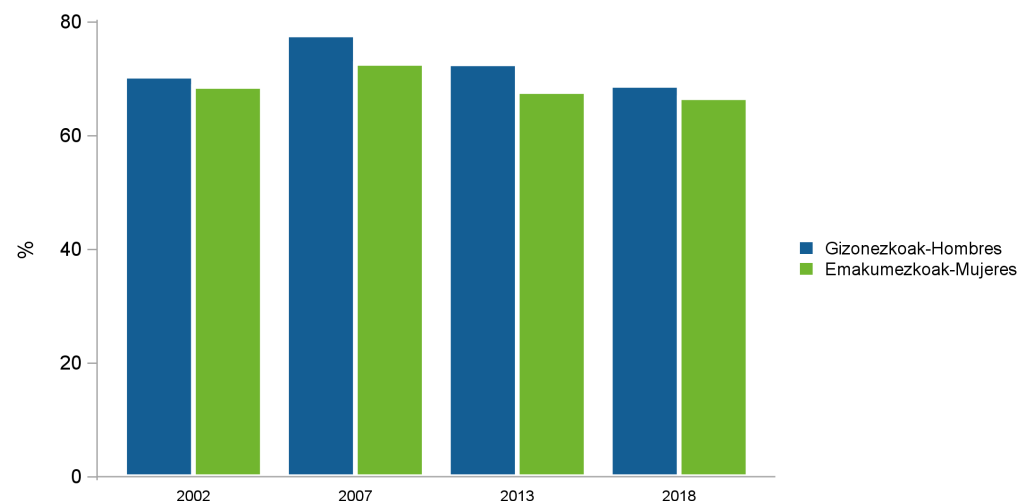


FIGURA 96

Gripearen aurkako txertoaren bilakaera 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, 2002-2018
Evolución de la vacunación contra la gripe en la población de 65 y más años, 2002-2018

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas vacunadas*



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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

V. Vacunación antigripal

• FIGURA 97

La prevalencia de vacunación contra la gripe en las personas de 65 y más años aumenta al descender en la escala social. La brecha en prevalencias de vacunación entre las clases extremas es de 13 puntos porcentuales en hombres y 12 en mujeres.

• FIGURA 98

En ambos sexos la vacunación contra la gripe de las personas de 65 y más años cae conforme aumenta el nivel de estudios. La prevalencia de vacunación entre las personas con estudios primarios es del 76% en los hombres y del 71% en las mujeres, por un 60% y un 59% entre los hombres y mujeres, respectivamente, con estudios universitarios.

FIGURA 97

Gripearen aurkako txertoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, 2018

Desigualdades en la vacunación contra la gripe en la población de 65 y más años por clase social, 2018

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas vacunadas

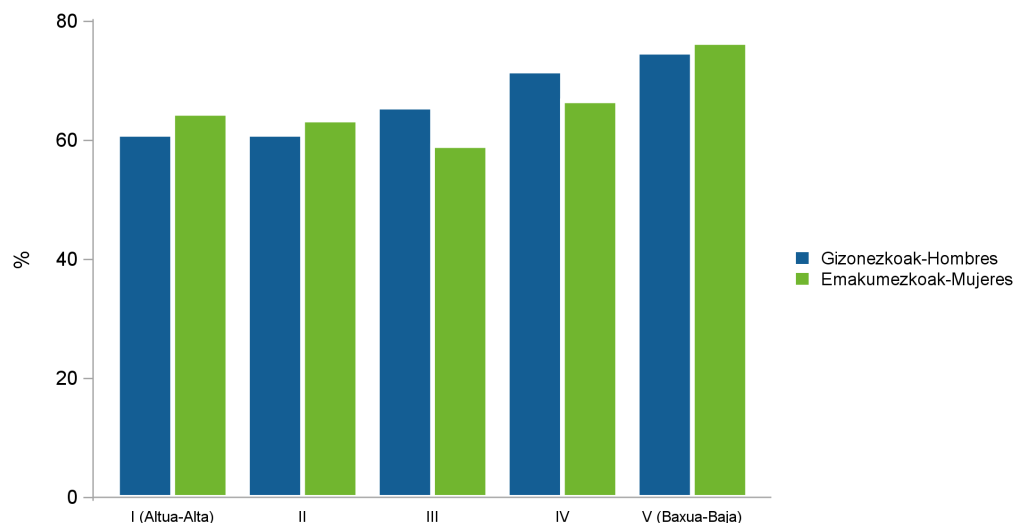
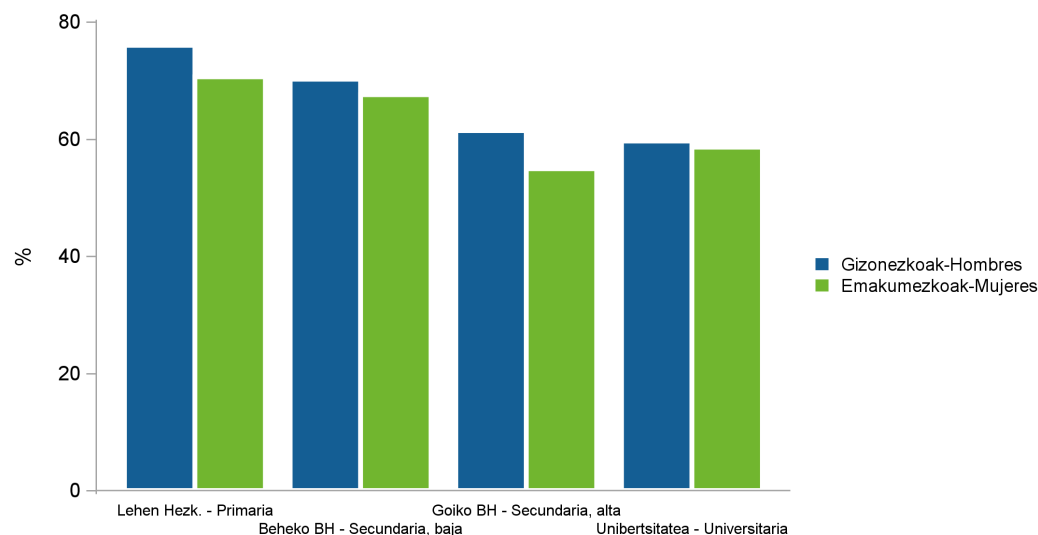


FIGURA 98

Gripearen aurkako txertoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera 65 urte eta gehiagoko biztanlerian, 2018

Desigualdades en la vacunación contra la gripe en la población de 65 y más años por nivel de estudios, 2018

Txertoa hartu duten pertsonen prebalentzia
Prevalencia de personas vacunadas



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VI. Consultas de medicina general y pediatria

• FIGURA 99

El 72% de los hombres y 79% de las mujeres han hecho alguna consulta a medicina general o pediatria en los doce meses previos. Se advierte una caída en la prevalencia de consulta en todos los grupos de edad, excepto entre los hombres de 75 y más años, y las mujeres de 25 a 44. En este último grupo de edad la brecha en la prevalencia de consultas entre sexos es máxima, un 61% en hombres y un 75% en mujeres.

• FIGURA 100

En ambos sexos, la proporción de personas que han consultado a medicina general o a pediatria aumenta al descender en la clase social. La brecha en la prevalencia de consultas entre sexos es máxima en la clase social V, 15 puntos porcentuales, un 73% en hombres y un 88% en mujeres,

FIGURA 99

Mediku orokorren eta pediaren kontsulten erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2013-2018
Evolución del uso de consultas de medicina general y de pediatria, según la edad, 2013-2018

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

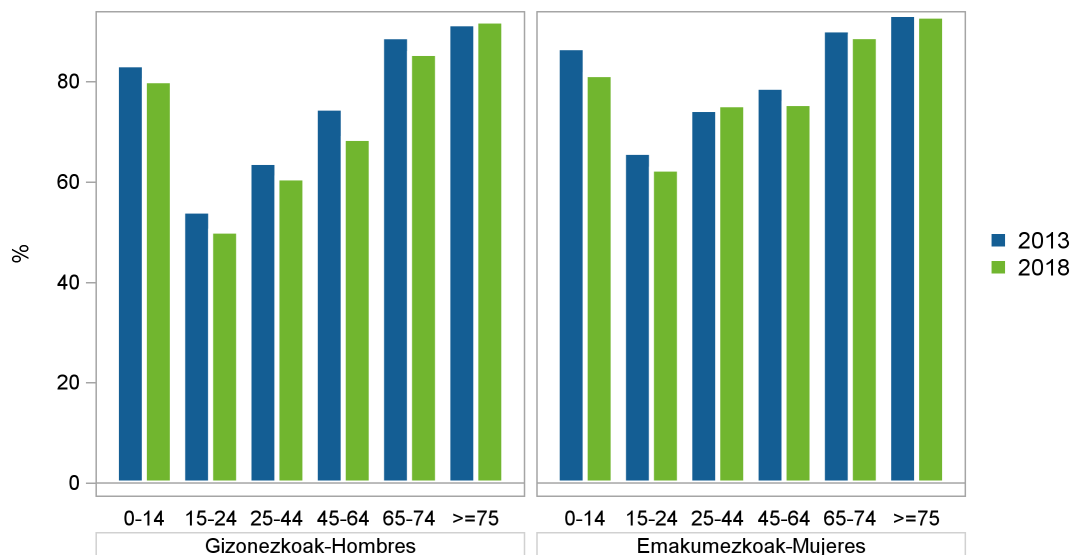
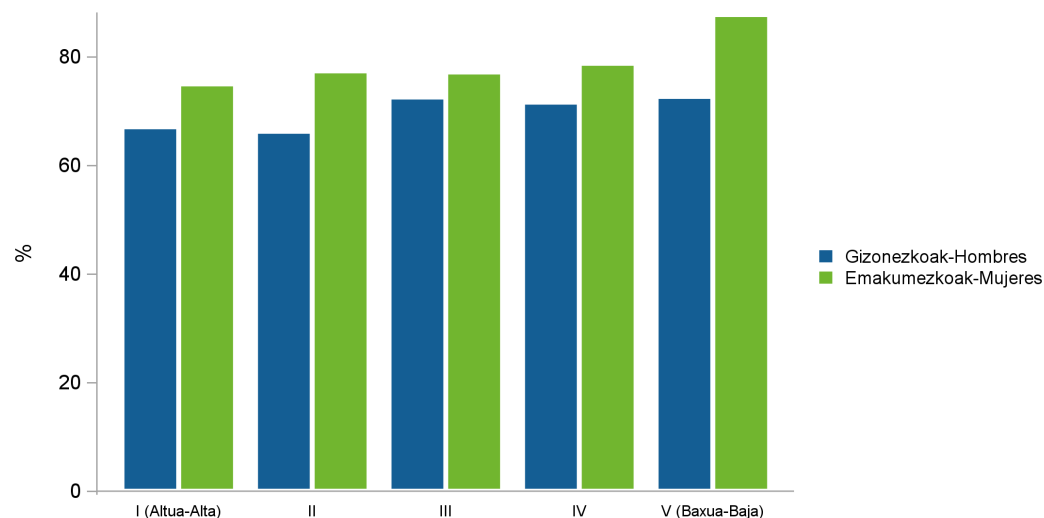


FIGURA 100

Mediku orokorren eta pediaren kontsulten erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el uso de consultas de medicina general y de pediatria, por clase social, 2018

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



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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VI. Consultas de medicina general y pediatría

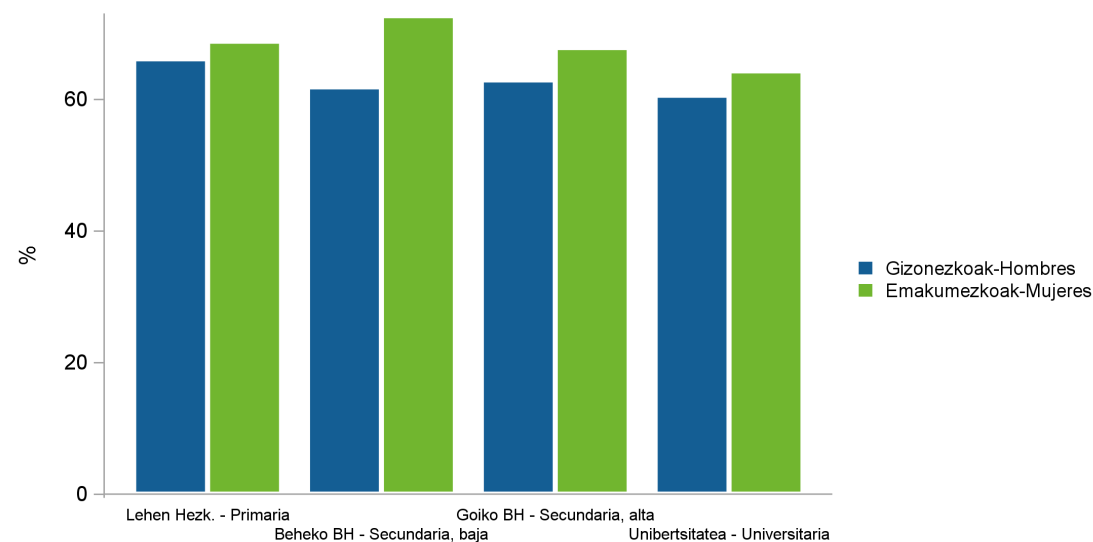
• FIGURA 101

La prevalencia del uso de consultas de medicina general o pediatría el año previo es superior en ambos sexos en los niveles de estudios inferiores.

FIGURA 101

Mediku orokorren eta pediatriren kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el uso de consultas de medicina general y de pediatría, por nivel de estudios, 2018

Aldez aurreko urtebeteen 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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VII. Consultas de enfermería

• FIGURA 102

El 51% de los hombres y 55% de las mujeres ha realizado alguna consulta a enfermería en 2018. Estas consultas han aumentado considerablemente respecto a 2013, un 17% en hombres y un 13% en mujeres. También aumentan con la edad: a partir de los 65 años, más del 71% de los hombres y del 69% de las mujeres han consultado en el año previo.

• FIGURA 103

No existe una relación clara entre el uso de las consultas de enfermería y la clase social.

FIGURA 102

Erizainen kontsulten erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2013-2018
Evolución del uso de consultas de enfermería según la edad, 2013-2018

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

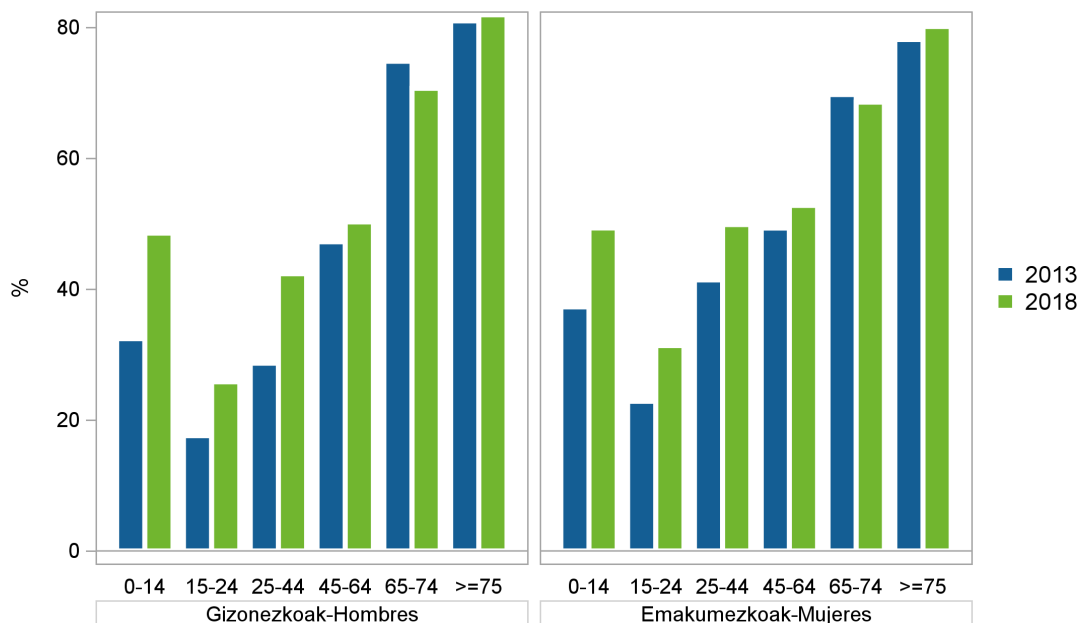
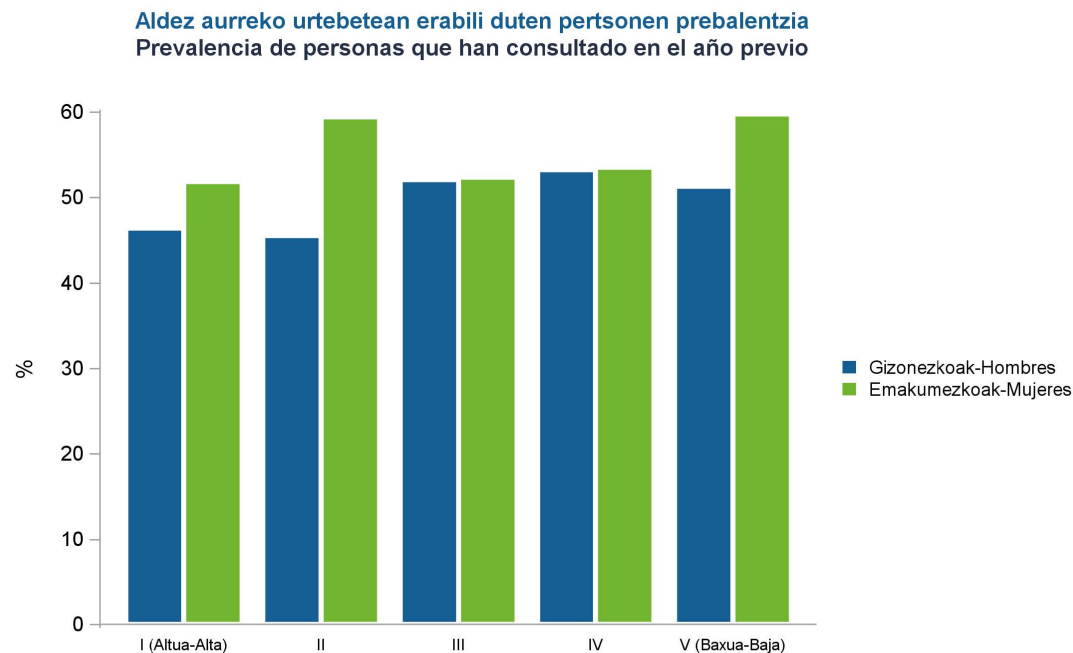


FIGURA 103

Erizainen kontsulten erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el uso de consultas de enfermería por clase social, 2018

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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VII. Consultas de enfermería

• FIGURA 104

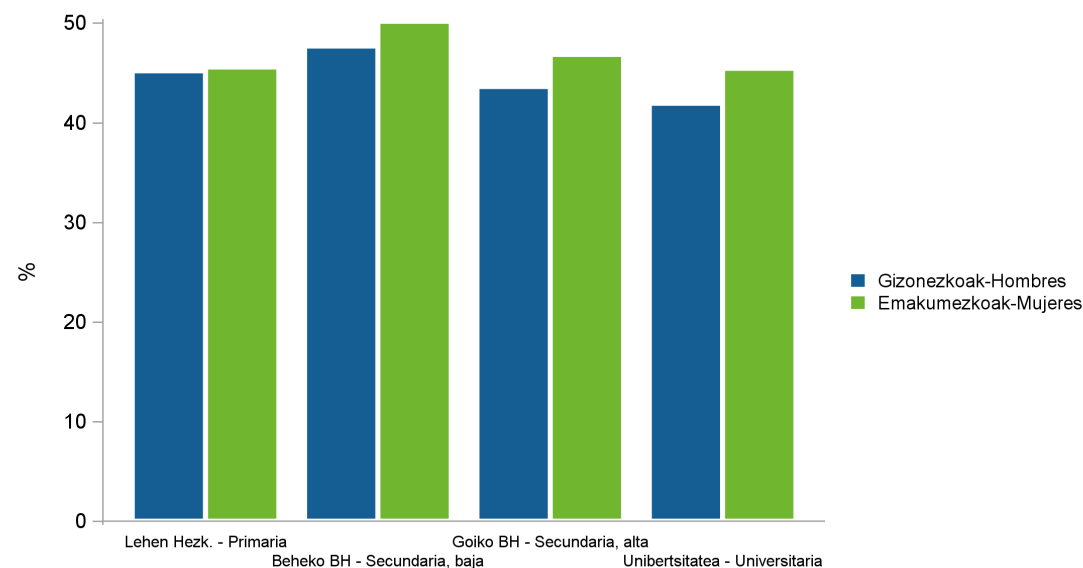
No se observa un patrón sistemático de desigualdades en el uso de las consultas de enfermería por nivel de estudios en mujeres. La prevalencia en consultas es siempre superior en mujeres, y la brecha entre sexos crece con el nivel de estudios.

FIGURA 104

Erizainen kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso de consultas de enfermería por nivel de estudios, 2018

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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VIII. Consultas de dentista

• FIGURA 105

En 2018, el 48% de los hombres y el 54% de las mujeres ha consultado al/la dentista en el año previo, un punto más que en 2013. Cae el uso de consultas en ambos sexos entre los 15 y 25 años y aumenta de forma importante, también en ambos sexos, a partir de los 64 años. Las consultas caen gradualmente con la edad en ambos sexos.

• FIGURA 106

La proporción de personas que ha acudido al/la dentista en el año previo se reduce claramente según disminuye el nivel socioeconómico. El 60% de los hombres y 63% de las mujeres de la clase I han acudido al/la dentista, frente al 36% de los hombres y 44% de las mujeres de la clase V.

FIGURA 105

Dentisten kontsulten erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución del uso de consultas al/la dentista según la edad, 2002-2018

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

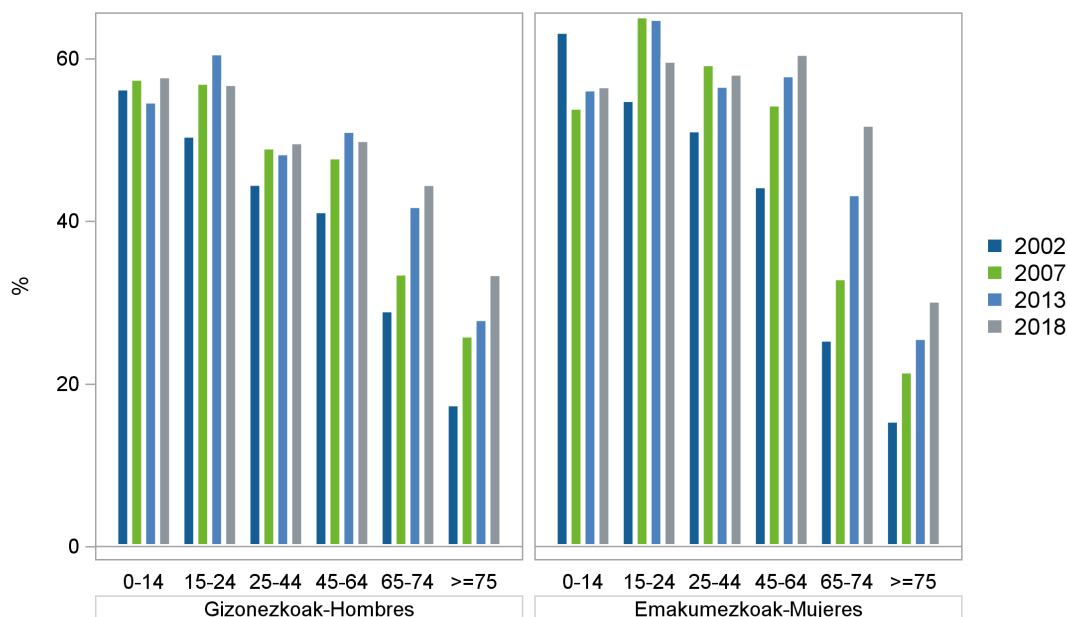
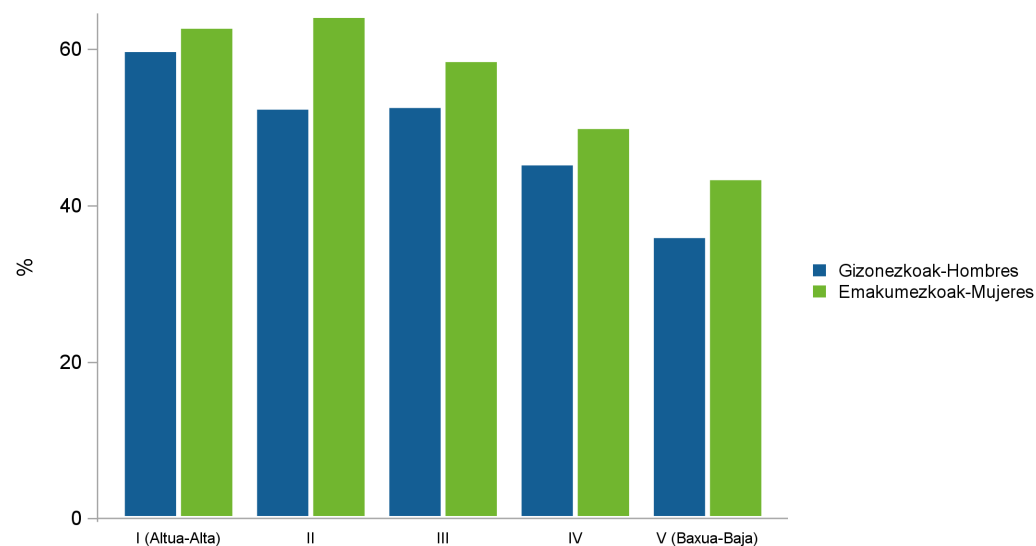


FIGURA 106

Dentisten kontsulten erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso de consultas al/la dentista por clase social, 2018

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



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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VIII. Consultas de dentista

• FIGURA 107

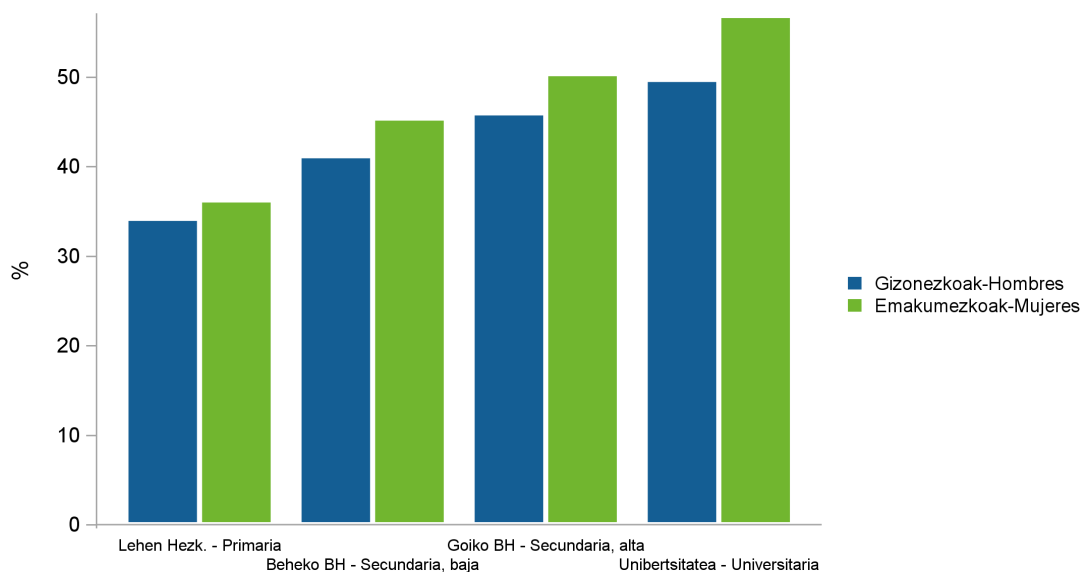
Se observa un patrón gradual en el uso de las consultas al/la dentista que aumenta con el nivel de estudios: el 34% de los hombres y el 36% de las mujeres con estudios primarios ha acudido a la consulta, frente al 50% de los hombres y 57% de las mujeres con estudios universitarios. La brecha en la prevalencia entre sexos aumenta con el nivel de estudios.

FIGURA 107

Dentisten kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso de consultas al/la dentista por nivel de estudios, 2018

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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IX. Consultas medicina especializada

• FIGURA 108

El 46% de los hombres y el 57% de las mujeres han hecho alguna consulta al/la médico/a especialista en los doce meses previos según la encuesta de 2018, dato similar al de la encuesta de 2013. La proporción de personas que ha realizado estas consultas aumenta con la edad: el 36% de los y las menores de 15 años ha consultado al/la especialista, frente al 75% de los hombres y 73% de las mujeres de 75 y más años.

• FIGURA 109

En general, en las mujeres la prevalencia de consultas al/la especialista cae conforme aumenta la privación socioeconómica mientras que esta relación no se advierte en los hombres. La mayor brecha entre sexos en la prevalencia de consultas se da en las clases sociales más privilegiadas, 17 puntos en la clase I. La prevalencia es siempre superior en mujeres.

FIGURA 108

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2013-2018

Evolución del uso de consultas al/la médico/a especialista según la edad, 2013-2018

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

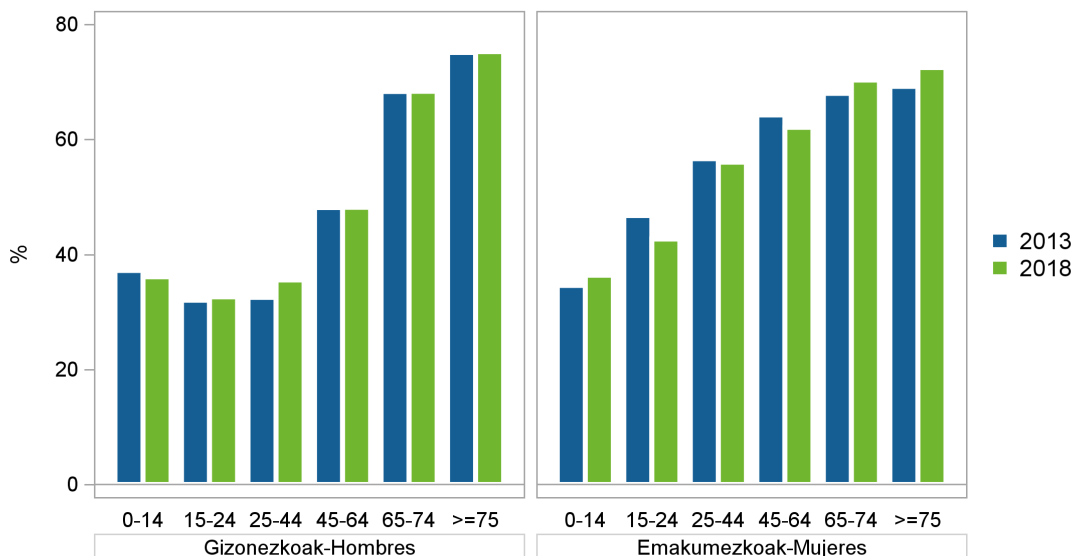
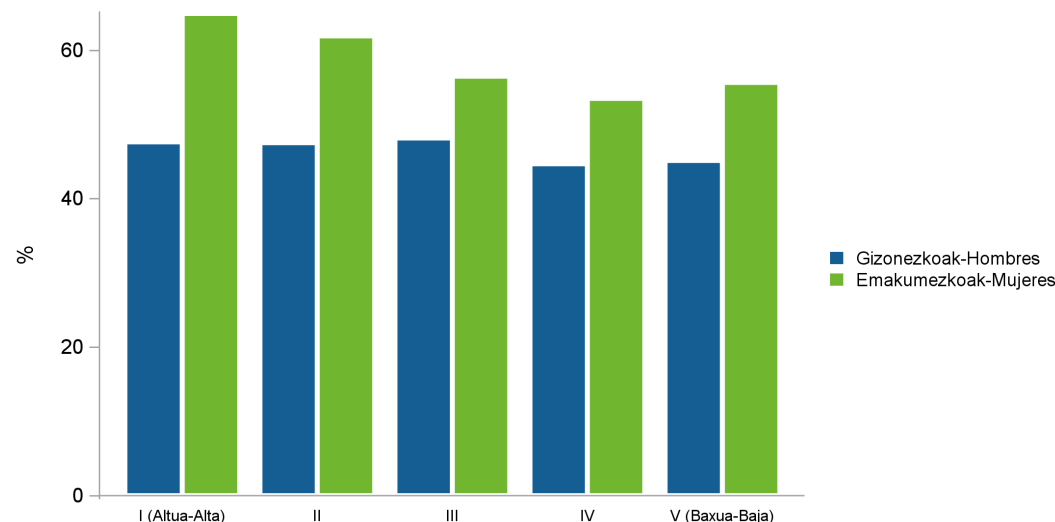


FIGURA 109

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso de consultas al/la médico/a especialista por clase social, 2018

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IX. Consultas medicina especializada

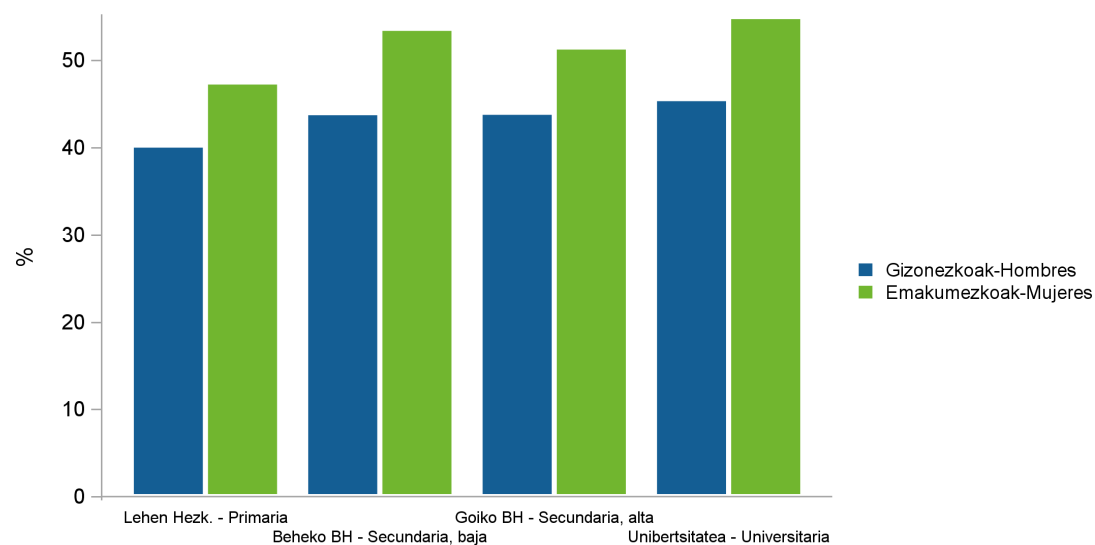
FIGURA110

La prevalencia de consultas a especialista en los niveles de estudio superiores es mayor que en los niveles de estudio inferior, aunque con un patrón más claro en hombres. Las mujeres siempre consultan más que los hombres en cualquier nivel de estudios.

FIGURA110

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdades en el uso de consultas al/la médico/a especialista por nivel de estudios, 2018

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

X. Urgencias

• FIGURA 111

El 16 y el 18% de los hombres y las mujeres, respectivamente, han utilizado los servicios de urgencia en los seis meses previos, lo que supone un aumento respectivo de 3 y 4 puntos porcentuales respecto a 2013.

• FIGURA 112

Las personas con mayor y menor edad son las que más uso hacen de los servicios de urgencia. En 2018, la proporción de hombres y mujeres menores de 15 años que usaron las urgencias en los seis meses previos fue del 23% y del 22%, respectivamente. En las personas de 75 y más años, la proporción fue del 23% y el 25%, respectivamente. Aumenta el uso de servicios de urgencia en todos los grupos de edad en ambos sexos respecto a 2013.

FIGURA 111

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren bilakaera, 2002-2018
Evolución del uso de los servicios de salud de urgencia, 2002-2018

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

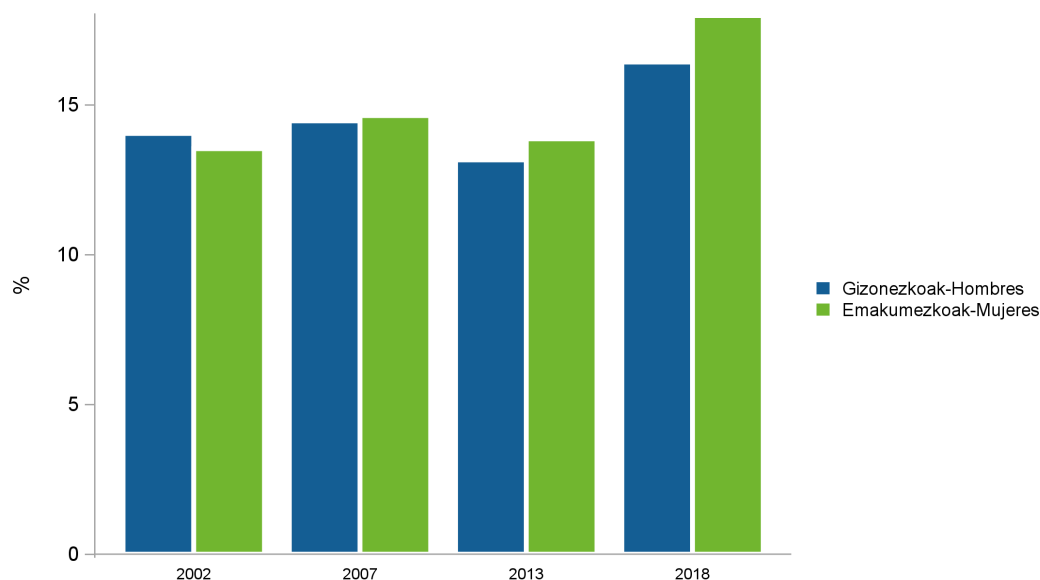
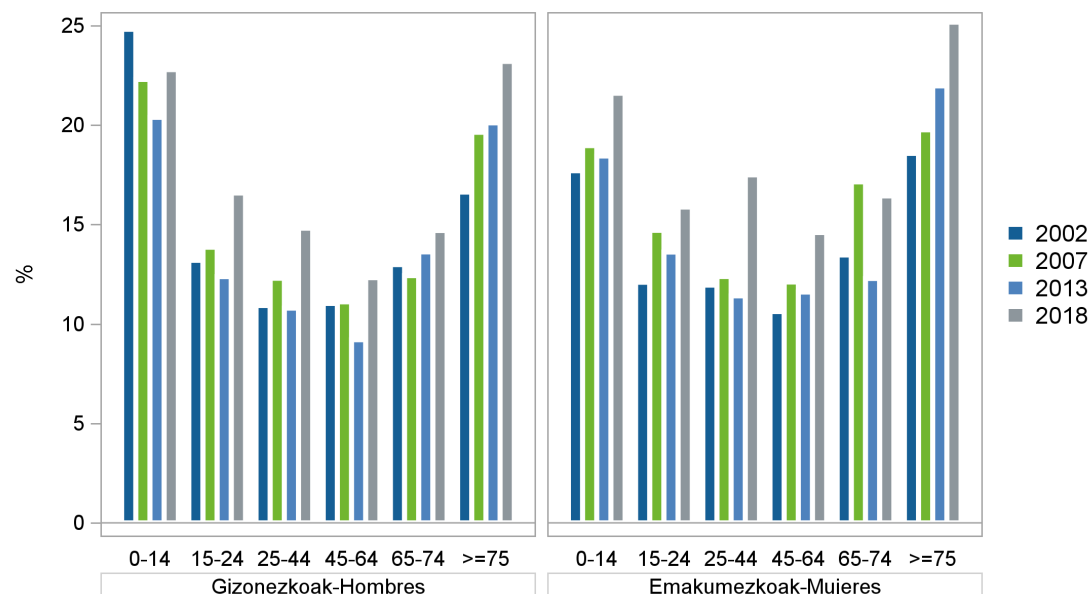


FIGURA 112

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución del uso de los servicios de salud de urgencia según la edad, 2002-2018

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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

X. Urgencias

• FIGURA 113

En los hombres, el uso de los servicios de urgencia aumenta al descender en la clase social: han utilizado las urgencias en los seis meses previos el 20% de los hombres de la clase social menos favorecida frente al 15% de clase más favorecida. En las mujeres el patrón no es tan claro, aunque existen diferencias entre las posiciones extremas, con una prevalencia del 17% en la clase I, por una prevalencia del 21% en la clase V.

• FIGURA 114

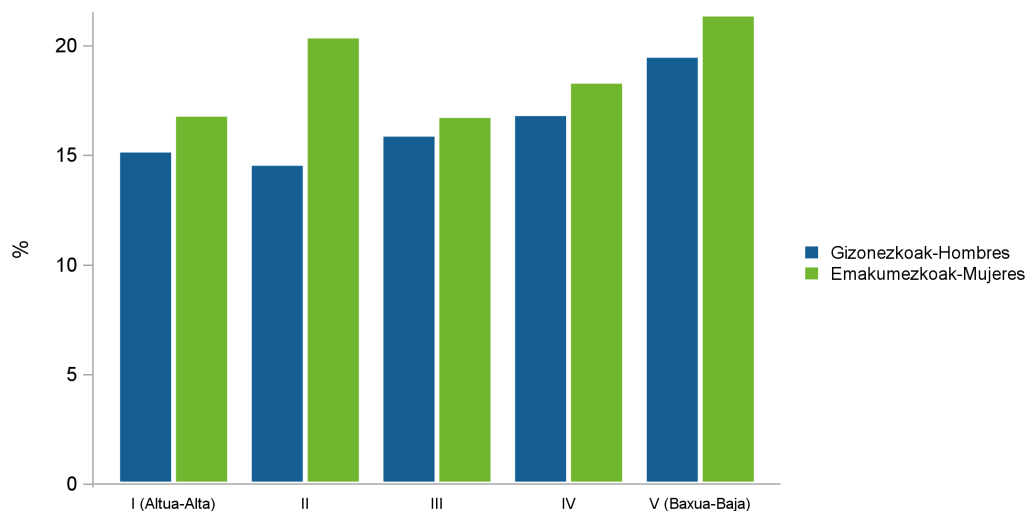
La prevalencia de uso de los servicios de urgencia en los seis meses previos en hombres desciende al aumentar el nivel de estudios. En mujeres, el uso más intensivo de urgencias se concentra en los niveles de estudio intermedios, no existiendo diferencias sustanciales entre los niveles extremos de estudios.

FIGURA 113

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabilaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso de los servicios de salud de urgencia por clase social, 2018

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



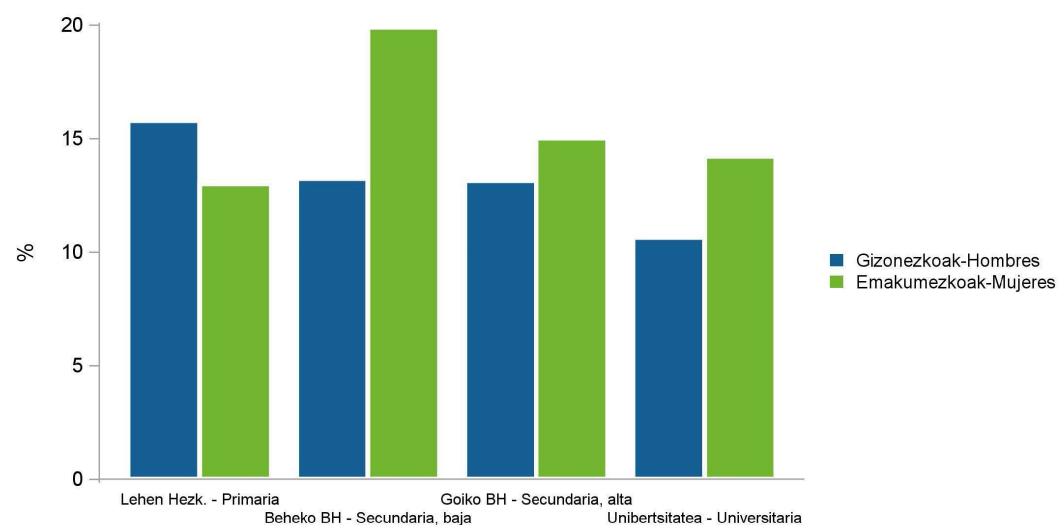
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 114

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabilaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso de los servicios de salud de urgencia por nivel de estudios, 2018

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XI. Hospitalización

• FIGURA 115

En 2018, el 7% de los hombres y mujeres habían sido hospitalizados en los 12 meses previos, proporciones muy similares a las de 2013. No existen diferencias relevantes en el uso de estos servicios entre sexos.

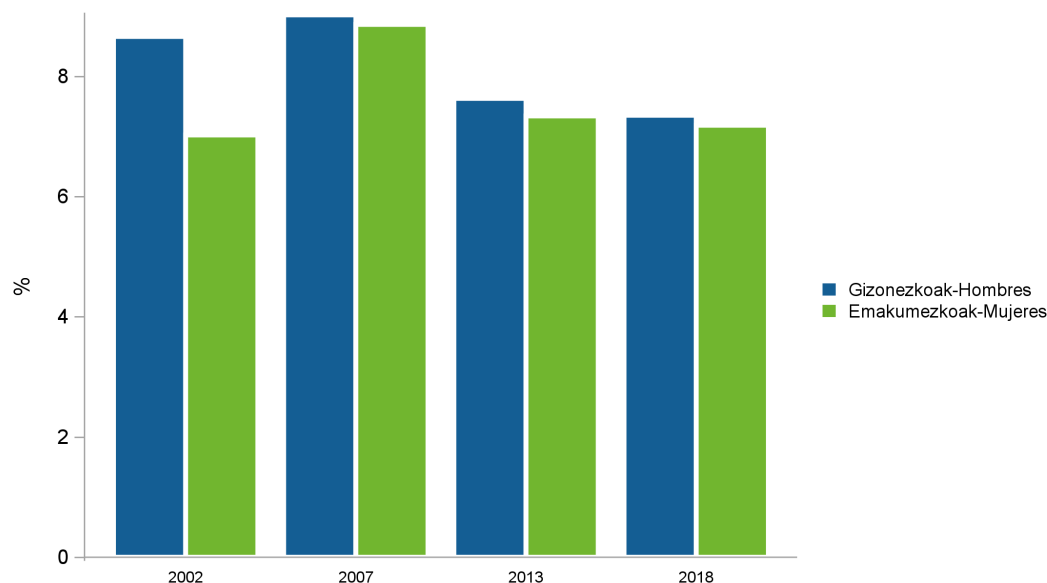
• FIGURA 116

Las hospitalizaciones en el año previo aumentan con la edad, alcanzando en 2018 al 20% de los hombres y al 18% de las mujeres de 75 y más años. En las mujeres de 25 a 44 años se aprecia una mayor prevalencia de hospitalizaciones probablemente relacionada con la maternidad.

FIGURA 115

Ospitaleen erabileraren bilakaera, 2002-2018
Evolución del uso de servicios hospitalarios, 2002-2018

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

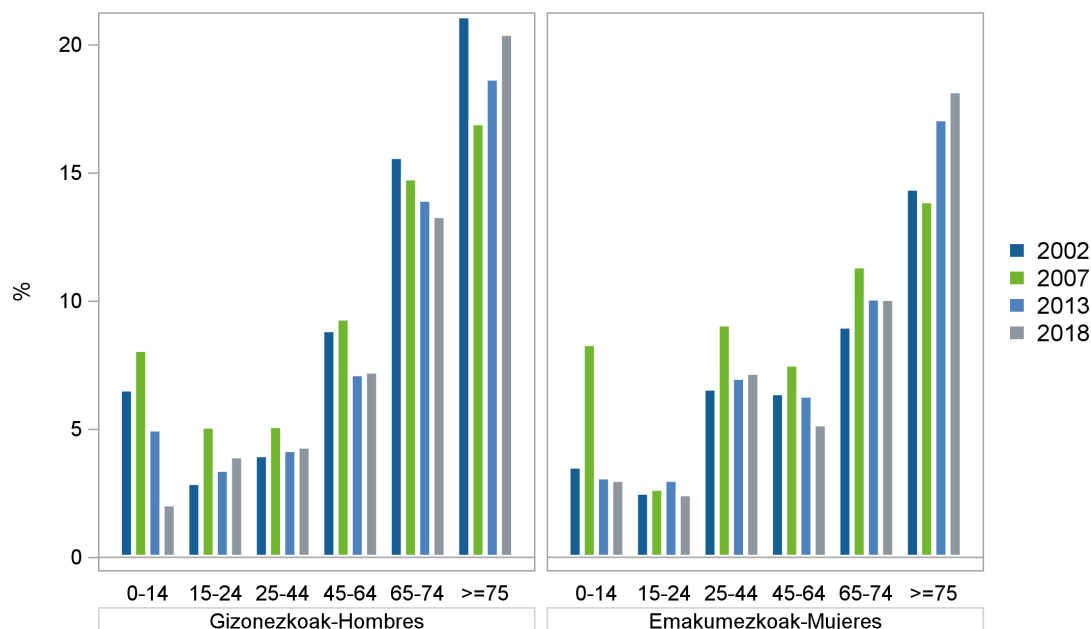


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011

FIGURA 116

Ospitaleen erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2002-2018
Evolución del uso de servicios hospitalarios según la edad, 2002-2018

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XI. Hospitalización

• FIGURA 117

La prevalencia del uso de servicios hospitalarios es ligeramente mayor en los hombres de clases sociales más bajas y en las mujeres de clases sociales más altas.

• FIGURA 118

En hombres, la hospitalización en el año previo ha sido menos frecuente al aumentar el nivel de estudios: la hospitalización entre aquellos con estudios primarios es un 62% superior a la de aquellos con estudios universitarios. En mujeres, no existe un patrón en el uso de servicios de hospitalización tan claro según el nivel de estudios.

FIGURA 117

Ospitaleen erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdes en el uso de servicios hospitalarios por clase social, 2018

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

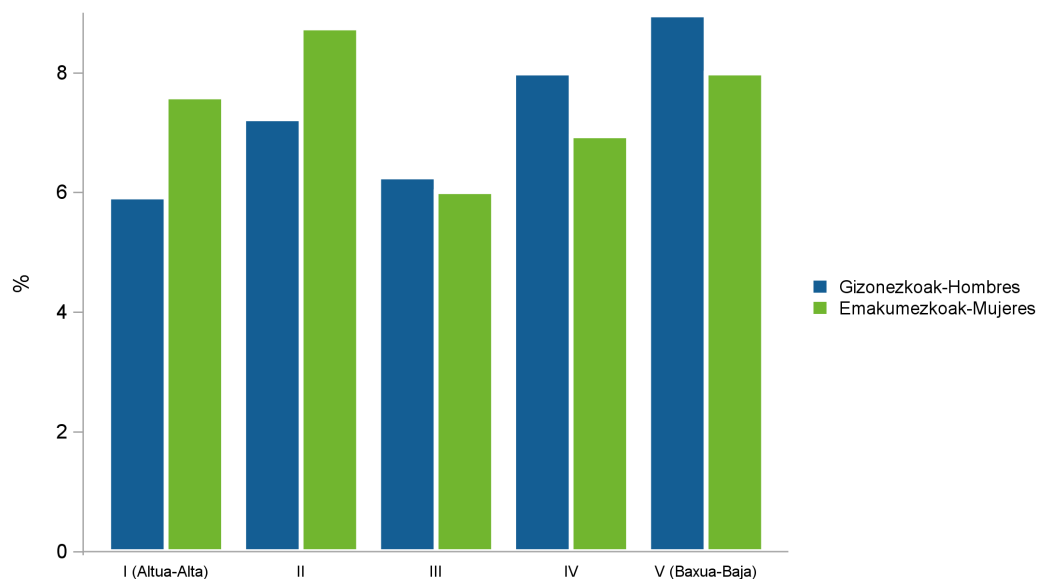
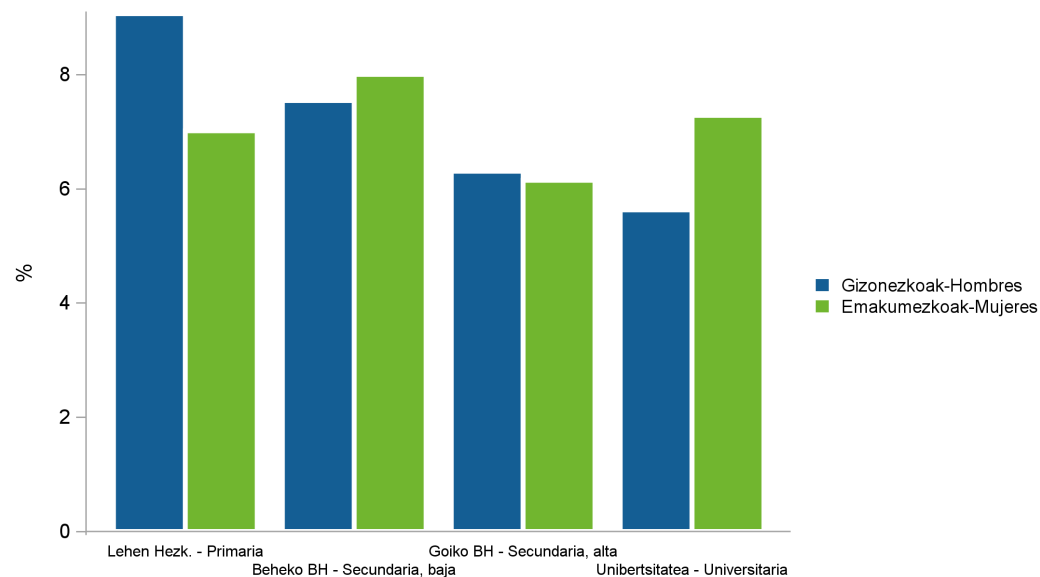


FIGURA 118

Ospitaleen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018
Desigualdes en el uso de servicios hospitalarios por nivel de estudios, 2018

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



*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



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XII. Hospital de día

• FIGURA 119

En 2018, el 6% de la población vasca acudió a un hospital de día en los doce meses previos, mismo porcentaje que en 2013. El uso del hospital de día aumenta con la edad. Las personas de más de 65 años son las que más han usado este servicio durante el año previo, en torno a un 9%.

• FIGURA 120

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

FIGURA 119

Eguneko ospitalearen erabileraren arabera, 2018
Uso del hospital de día según la edad, 2018

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

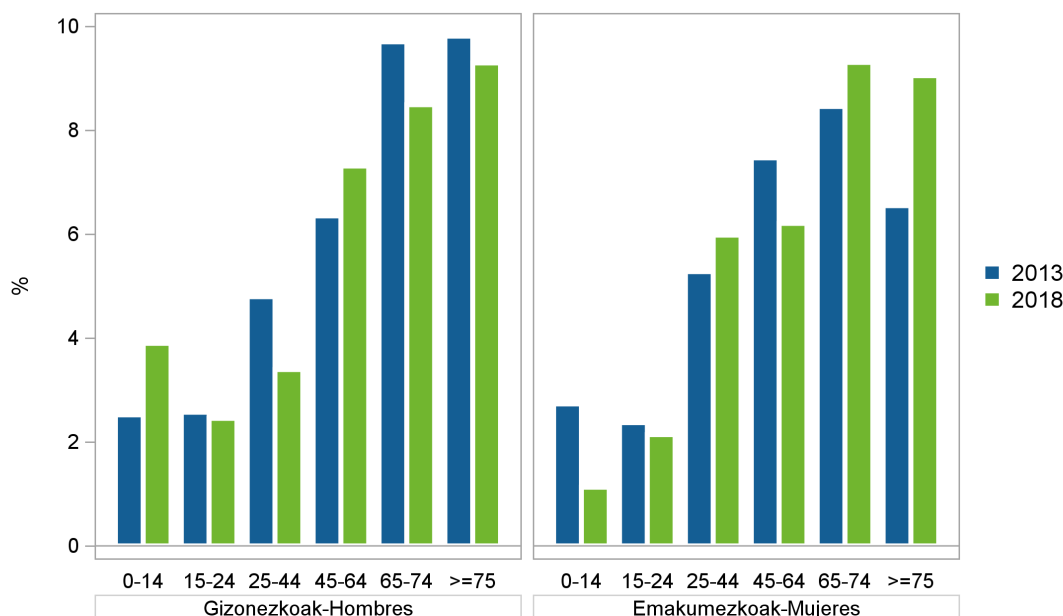
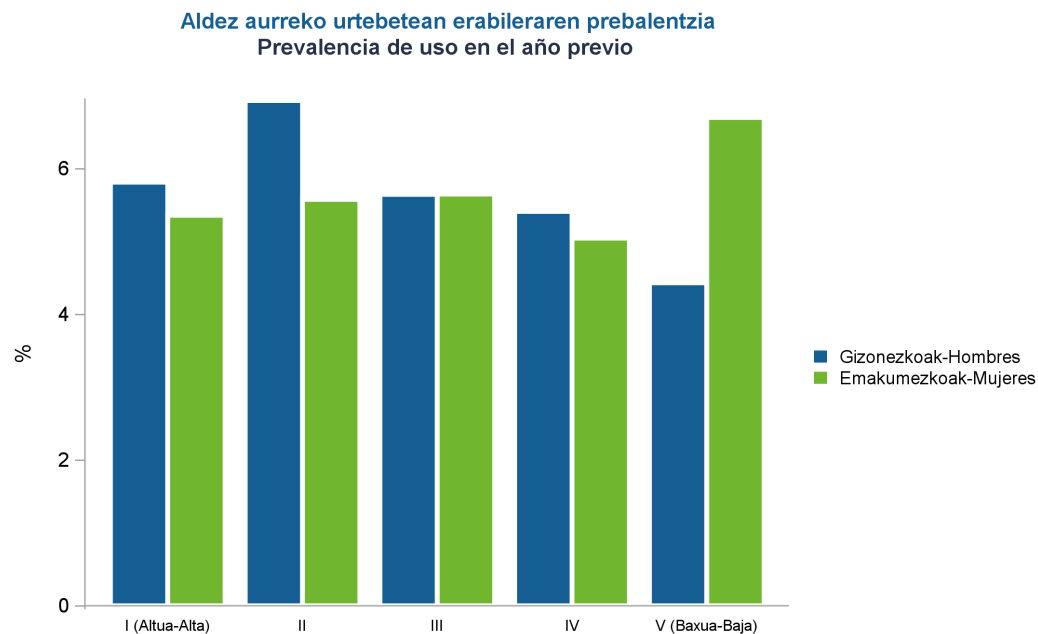


FIGURA 120

Eguneko ospitalearen erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2018
Desigualdades en el uso del hospital de día por clase social, 2018

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



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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XII. Hospital de día

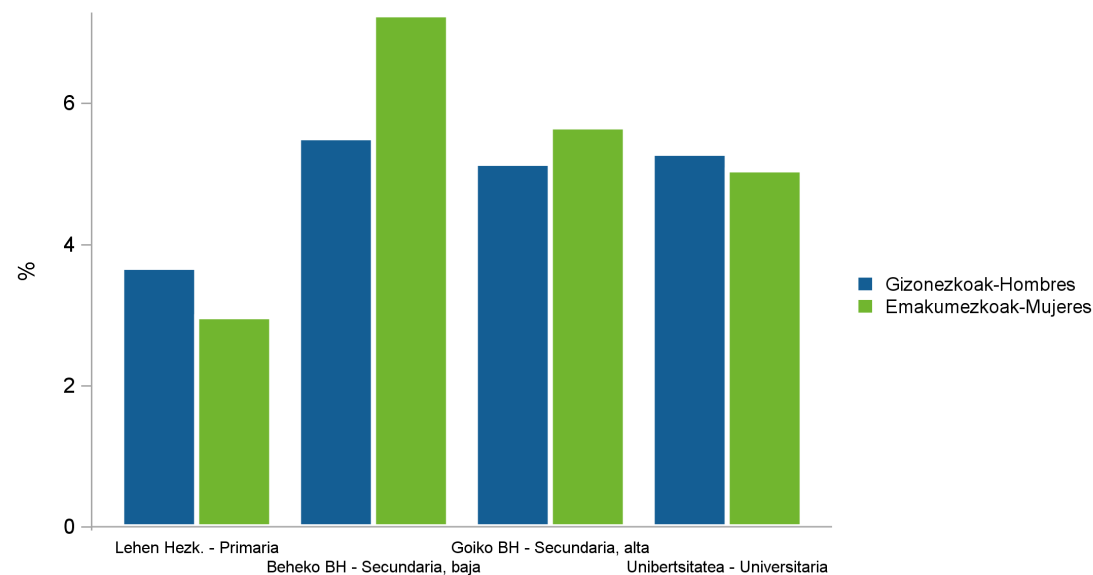
FIGURA 121

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

Eguneko ospitalearen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2018

Desigualdades en el uso del hospital de día por nivel de estudios, 2018

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

FIGURA 121



SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XIII. Servicios de salud no presenciales (Osarean)

• FIGURA 122

El conocimiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación de Osakidetza (TIC) por parte de la población varían según el tipo de servicio. El más conocido es la solicitud de cita previa a través de la Web de Osakidetza, 67% de los hombres y 72% de las mujeres, seguido por la consulta por email al médico/a o enfermero/a, 59% y 65%, respectivamente; el menos conocido es la carpeta de salud electrónica. Es mayor el conocimiento de todos los servicios en mujeres.

• FIGURA 123

La solicitud de cita previa a través de la Web de Osakidetza es también el servicio más usado: lo utilizan el 32% de los hombres y el 40% de las mujeres. En el otro extremo, apenas el 3% de los hombres y el 4% de las mujeres ha usado la carpeta de salud electrónica. Es mayor el uso de todos los servicios en mujeres.

FIGURA 122

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuen ezaguera, 2018
Conocimiento de los servicios de salud no presenciales, 2018

Ezagutzen duten pertsonen proportzioa
Proporción de personas que lo conocen

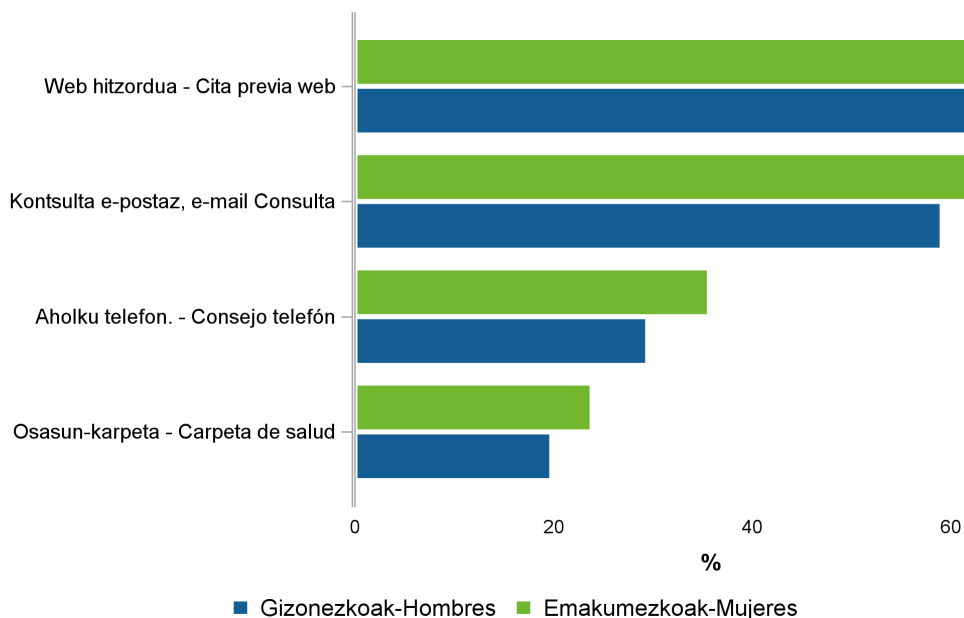
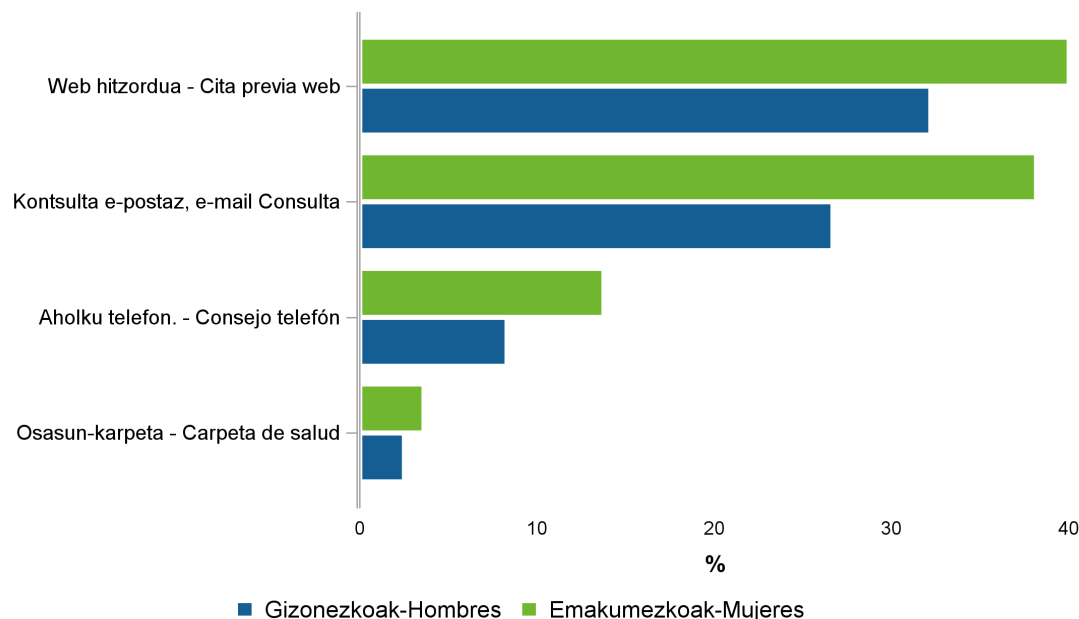


FIGURA 123

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuen erabilera, 2018
Uso de los servicios de salud no presenciales, 2018

Erabiltzen duten pertsonen proportzioa
Proporción de personas que lo usan



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

XIII. Servicios de salud no presenciales (Osarean)

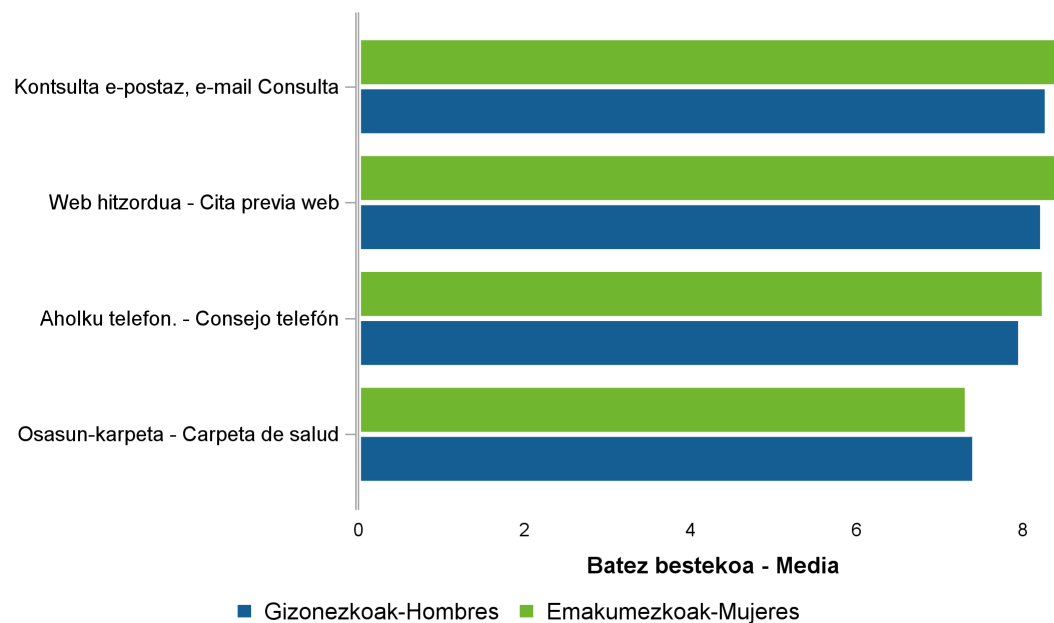
FIGURA 124

La satisfacción media de la cita previa a través de la Web de Osakidetza, de la consulta por email al médico/a o enfermero/a y del consejo telefónico es al menos de un 8 sobre 10 en ambos sexos. El servicio que ofrece menos satisfacción, la carpeta de salud, que es también el menos conocido y usado, tiene una valoración media de 7.

FIGURA 124

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuarekiko gogobetetasuna, 2018 Satisfacción con los servicios de salud no presenciales, 2018

Batez besteko puntuazioa
Valor promedio puntuación



07

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 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 2018, se han utilizado los datos de mortalidad de 2015.

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.

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: el sistema descriptivo de 5 ítems y la Escala Visual Analógica (EVA). En este documento se presentan los resultados de la EVA. En la EVA 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.



07

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 2018 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
- Problemas de audición (incluye 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
- Mala circulación de la sangre
- Insomnio
- Problemas del riñón
- Otros



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

A) CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

Condiciones de empleo y de trabajo

Engloba la satisfacción y condiciones de trabajo del empleo remunerado y la precariedad laboral en el desempeño del mismo.

Desempleo

Son aquellas personas que manifiestan no haber tenido un empleo, aunque solo fuese de una hora semanal, durante la semana anterior a la realización de la encuesta.

(In)Satisfacción en el trabajo

La (in)satisfacción en el trabajo se mide a través de la pregunta: "hasta qué punto está satisfecho con su puesto de trabajo" con las siguientes opciones de respuesta:

- a) Muy satisfecho/a
- b) Satisfecho/a
- c) Insatisfecho/a
- d) Muy insatisfecho/a

La prevalencia de personas satisfechas o de satisfacción en el trabajo corresponde a la suma de respuestas a) y b); la prevalencia de personas insatisfechas o de insatisfacción en el trabajo se construye a partir de las respuestas c) y d).

Factores de riesgo psicosocial

Entendemos por factores psicosociales aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, susceptibles de afectar tanto al bienestar y salud (física, psíquica o social) de los trabajadores y trabajadoras como al desarrollo del trabajo.

Se ha elaborado un pequeño instrumento no validado o baremado, que contiene una sencilla recopilación de preguntas, por las que se va a poder obtener información de los trabajadores y trabajadoras sobre las condiciones organizacionales. En el cuestionario se han diferenciado tres bloques:

1) Exigencias de trabajo. Tienen una doble vertiente:

1.1) Exigencias cuantitativas, relación entre la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo: volumen, ritmo, interrupciones e intensidad de trabajo para hacerlo.

(Carga de trabajo –presiones de tiempo, esfuerzo de atención, cantidad y dificultad de la tarea- etc.).

1.2) Demandas psicológicas refiriéndose a la naturaleza de las distintas exigencias a las que se ha de hacer frente en el trabajo. Suelen ser de naturaleza cognitiva y de naturaleza emocional. Las exigencias cognitivas se definen según el grado de movilización y de esfuerzo intelectual al que debe hacer frente el trabajador o la trabajadora en el desempeño de sus tareas, y las emocionales, en aquellas situaciones en las que el desempeño de la tarea conlleva un esfuerzo que afecta a las emociones que el trabajador o la trabajadora puede sentir.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

2) Autonomía. Capacidad del trabajador o trabajadora para gestionar y tomar decisiones tanto sobre aspectos de la estructuración temporal de la actividad laboral como sobre cuestiones de procedimientos y organización del trabajo (distribución de pausas, del propio ritmo de trabajo, etc.)

3) Apoyo social, reconocimiento y situaciones de violencia laboral:

3.1) El factor sobre relaciones y apoyo social se refiere a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno de trabajo. Este apoyo social puede provenir tanto de los compañeros como de los superiores.

3.2) El reconocimiento: la estima, el apoyo adecuado y el trato justo que recibimos a cambio del esfuerzo invertido en el trabajo.

3.3) Violencia laboral, incluyendo en este punto las malas relaciones entre empleados, empleados y dirección, conflictos interpersonales, clima social laboral negativo, etc.

Precariedad laboral

Para medir la precariedad laboral en la ESCAV 2018 se utilizó el cuestionario Mini EPRES, versión reducida del cuestionario EPRES (Amable, M. et al. 2004. Health Inequalities Research Group (GREDS-EMCONET)). La escala de precariedad laboral EPRES se diseñó para medir la precariedad en el empleo para la investigación epidemiológica. Mide la precariedad laboral como la combinación de las seis dimensiones que conforman el constructo. En el cuestionario Mini EPRES cada una de las seis dimensiones de la precariedad laboral se mide mediante uno, dos o tres

ítems. La escala EPRES está diseñada específicamente para personas trabajadoras empleadas con contrato. En particular, debido a su enfoque en ciertos aspectos contractuales, como la duración del contrato, EPRES en su forma actual, está limitado en su aplicabilidad a otras poblaciones trabajadoras, como las personas trabajadoras informales (sin contrato formal) y las personas trabajadoras dependientes autónomas. Las dimensiones del constructo “precariedad laboral” son 6 con los siguientes ítems:

1. Temporalidad:

- Ítem 1: Duración del contrato actual
- Ítem 2: Tiempo total trabajando para esta empresa

2. Salario:

- Ítem 1: En qué medida su salario le permite cubrir los gastos imprevistos de importancia

3. Desempoderamiento:

- Ítem 1: Forma en la que se decidieron las condiciones de trabajo en relación a su salario

4. Vulnerabilidad:

- Ítem 1: Tiene miedo de reclamar mejores condiciones de trabajo sin verse expuesto a represalias
- Ítem 2: Está indefenso/a ante el trato injusto de sus superiores
- Ítem 3: Le despedirían de su trabajo si no hiciera todo lo que le piden

5. Derechos:

- Ítem 1: Derecho a indemnización por despido

6. Ejercer derechos

- Ítem 1: Hacer los días de fiesta semanales sin problemas
- Ítem 2: Coger un día de permiso por motivos personales



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

Ingresos y situación económica

Dificultades de los hogares para llegar a fin de mes.

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.

Entorno y condiciones de la vivienda

El entorno y las condiciones de la vivienda se analizan en una triple dimensión:

- **Problemas en el entorno de la vivienda** como ruido, malos olores, contaminación del aire, escasez de zonas verdes, delincuencia, violencia o vandalismo, etc.
- **Recursos en el entorno de la vivienda**, como la presencia de establecimientos para comprar comida fresca, comida rápida, instalaciones deportivas o la idoneidad del entorno para practicar ejercicio físico, etc.
- **Condiciones de la vivienda**, que hace referencia al estado de la vivienda de la persona encuestada, como la presencia de goteras, humedades, escasez de luz natural.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

B) FACTORES PSICOSOCIALES

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).

C) CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

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 a la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.

Consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo

En la ESCAV 2013 se creó 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 adaptaron a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV. Dicha variable se sigue manteniendo en la ESCAV18 y cuenta con tres categorías, en función del consumo de alcohol de riesgo a largo plazo sobre la salud:



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de 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.

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

Consumo de alcohol intensivo mensual o más frecuente

En la ESCAV18 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 bebidas 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

Se ha considerado fumador/a a la persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario.

Tabaquismo pasivo

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.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

Actividad física

La actividad física saludable, 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 saludable (OMS 2010).

Hábitos alimentarios

Hace referencia a la frecuencia con la que se ingieren determinados alimentos, como fruta, verdura, carnes, pescados, etc.

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



07

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y de cuidados

Valoración del sistema sanitario

La valoración del sistema sanitario vasco de salud se realiza a partir de la pregunta 1 del cuestionario individual, en el apartado “el sistema sanitario”, que recaba información sobre el grado de satisfacción con los servicios de salud de la persona encuestada y su familia durante el último año. Las opciones de respuesta son:

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Insatisfecho/a
- Muy insatisfecho/a

La prevalencia de personas satisfechas o de satisfacción corresponde a la suma de respuestas a) y b); la prevalencia de personas insatisfechas o de insatisfacción se construye a partir de las respuestas c) y d).

Modalidad de cobertura de aseguramiento

Se registra en qué modalidad o modalidades de seguro de asistencia sanitaria está asegurada cada persona, siendo las opciones:

- Cobertura pública
- Mutua obligatoria
- Seguro privado
- Sin aseguramiento

Las primeras tres opciones de respuesta no son mutuamente excluyentes.

Continuidad asistencial

Para medir la continuidad asistencial se ha utilizado por primera vez el cuestionario IEXPAC. El Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico (IEXPAC © 2015) es una escala de 11+1 elementos que, de forma sencilla, directa y rápida, da respuesta a la necesidad de las organizaciones sanitarias y sociales de incorporar la experiencia y la vivencia de los/as pacientes para transformar el modelo de atención y obtener mejores resultados (para los/as pacientes y para la organización). El IEXPAC define la “Experiencia del Paciente Crónico” como la información que proporciona la persona sobre lo que (le) ha sucedido en la interacción continuada con los/as profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados de la misma.

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.

Vacunación contra la gripe

Prevalencia de personas vacunadas cada año.



07

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y de cuidados

Consultas de medicina general y pediatría

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 (transfusiones de sangre, quimioterapia o fármacos que necesitan un especial cuidado, etc.), tratamiento quirúrgico en los que los/as pacientes son operados/as y enviados/as a casa en el mismo día (intervenciones oftalmológicas, dermatológicas, etc.), o pruebas diagnósticas (colonoscopias, gastroscopias, etc.).

Servicios de salud no presenciales

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 la prevención y tratamiento de enfermedades: cita previa a través de la Web, consultas telefónicas o a través de la Web, consejo sanitario telefónico o carpeta personal de salud.



07

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 a 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.



07

DEFINICIONES

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.



08

BIBLIOGRAFIA

- 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.
- Amable, M., Vives V, A., Benach, J., & Julià, M. Employment Precariousness Scale (EPRES) (2004) Basic Pack. Health Inequalities Research Group (GREDS-EMCONET).
- 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 Dentristry and Oral Epidemiology* 1998; vol.26 (, No.1): 62-69.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrascof 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 neweberiana 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). Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- La Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017) realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>



08

BIBLIOGRAFÍA

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

IEXPAC ©2015: Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico: www.iexpac.org; www.iemac.org/iexpac

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)–. Short and Long Forms.; November 2005. Disponible en: www.ipaq.ki.se

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.

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. Disponible en: <https://euroqol.org/>

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. 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 health-related 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.

