

2023

DATOS RELEVANTES

ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO



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

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

Osasun-Azterlan eta Ikerkuntza Zerbitzua / Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria
Imanol Montoya, Montse Calvo, Carla Echeverría, Belén Pardillo, Cristina Velasco, Inés Sánchez.

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

Landa-lana egin duen enpresa / Empresa encargada de la realización del trabajo de campo: Demometrica S.L.

Maketazioa / Maquetación: Inés Sánchez

Erabiltzeko baimena / Autorización de uso:

Argitalpen hau osorik edo zati batean erreproduzitza 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: Montoya I, Calvo M, Echeverría C, Pardillo B, Velasco C y Sánchez I. Datu garrantzitsuak 2023ko Euskal Osasun Inkesta. Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Zerbitzua 2023. / Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2023. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación 2023.

1. Argitaraldia / 1.era edición: 2024ko otsaila/ febrero 2024
Azken eguneratzea / Última actualización: 2024ko maiatz / mayo 2024

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

Internet:

[Datu garrantzitsuen txostenerako esteka](#)
[Link al informe de datos relevantes](#)

Taulak / tablas:

[Txosteneko tauletarako esteka](#)
[Link a las tablas del informe](#)



Índice

01

AGRADECIMIENTOS

04

02

INTRODUCCIÓN

05

03

METODOLOGÍA

06

04

ESTADO DE SALUD	07
Resumen	07
I. Esperanza de vida libre de discapacidad	08
II. Autovaloración de la salud	09
III. Calidad de vida relacionada con la salud	11
IV. Salud mental	14
V. Discapacidad	16
VI. Problemas crónicos	18

05

DETERMINANTES DE LA SALUD	21
Resumen	21
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	36
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 CUIDADOS	57
Resumen	57
I. Valoración del sistema sanitario	58
II. Modalidad de cobertura de aseguramiento	59
III. Programa de cribado: cáncer de mama	60
III. Programa de cribado: cáncer colorrectal	62
III. Programa de cribado: cáncer de cuello de útero	64
IV. Consultas de medicina general y pediatría	66
V. Consultas de enfermería	68
VI. Consultas de dentista	70
VII. Consultas de medicina especializada	72
VIII. Urgencias	74
IX. Hospitalización	76
X. Servicios de salud no presenciales (Osarean)	78

07

DEFINICIONES	79
I. Estado de Salud	79
II. Determinantes de salud	81
III. Servicios de salud y cuidados	85
IV. Variables sociodemográficas	86
V. Otras definiciones	87

08

BIBLIOGRAFÍA	88
--------------	----



01

AGRADECIMIENTOS

La ESCAV 2023 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.



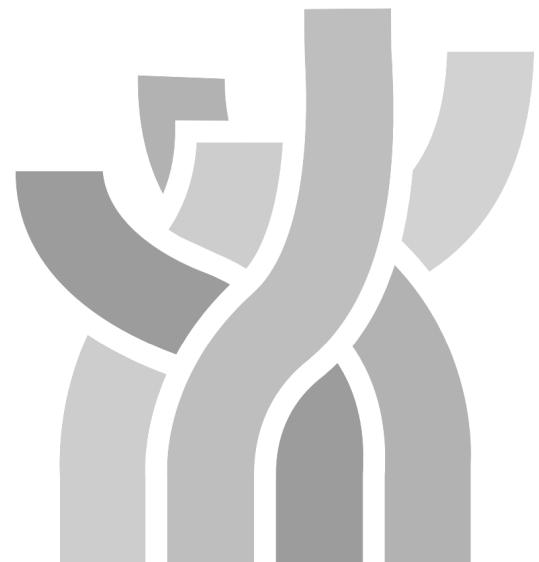
02

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 2023, y se muestra la evolución de la salud y de sus determinantes entre los años 2007 y 2023.

La ESCAV 2023 es la octava 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.



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 2022 a mayo de 2023, ambos inclusive.

Para obtener la muestra, se seleccionaron 5.790 viviendas por muestreo aleatorio estratificado de las viviendas ocupadas del Directorio de Viviendas de 2022. En una segunda etapa, usando el método de Kish, se seleccionaron las personas a contestar el cuestionario individual. Se obtuvo información relativa a 5.688 hogares, 12.729 personas, para el cuestionario familiar, y 5.858, para el individual. La tasa de respuesta fue del 76%.

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 autoadministrado, 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 2022. 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.

En esta edición se publican además las tablas de datos correspondientes a cada una de las figuras que aparecen en este documento. Se puede descargar toda esta información en [este link](#).



04

ESTADO DE SALUD

Resumen

- La esperanza de vida en 2023 se situó en 86,3 y en 80,6 en mujeres y hombres respectivamente.
- La esperanza de vida libre de discapacidad respecto al año 2018 ha disminuido en ambos sexos. Los años vividos con discapacidad, por el contrario, aumentaron tanto en mujeres como en hombres.
- El porcentaje de personas que perciben su salud como buena o muy buena ha disminuido respecto a 2018. La prevalencia de mujeres que perciben su salud como buena es siempre inferior a la de los hombres, en todos los grupos de edad.
- El porcentaje de personas que perciben su salud como buena desciende a medida que se baja 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 o cuando se desciende en la escala social o en el nivel de estudios.
- La salud mental, expresada por la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, ha empeorado de forma relevante en ambos sexos: en mujeres, la prevalencia de mala salud mental aumentó hasta situarse en un 26,5% en 2023; en los hombres, la prevalencia fue de un 17,7% en 2023.

- La salud mental empeora al descender la clase social, y en las mujeres a menor nivel de estudios.
- En 2023 la prevalencia de limitación crónica de la actividad aumenta en ambos sexos respecto a 2018.
- La prevalencia de limitación crónica de la actividad aumenta a medida que aumenta la edad o cuando se baja en la escala social o en el nivel de estudios.
- La prevalencia de problemas crónicos de salud ha disminuido en ambos sexos.
- La prevalencia de problemas crónicos también aumenta a mayor edad o cuando se desciende en la escala social o en el nivel de estudios.



04

ESTADO DE SALUD

I. Esperanza de vida libre de discapacidad

• FIGURA 1

La esperanza de vida en 2023 se situó en 86,3 y en 80,6 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 2018, la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), presenta en ambos sexos una evolución negativa. En los hombres disminuyó 1,3 años, mientras que en las mujeres la esperanza de vida cayó 1,5 años. Los años vividos con discapacidad aumentaron en ambos sexos, 1,2 años en los hombres y 1,0 año en las mujeres.

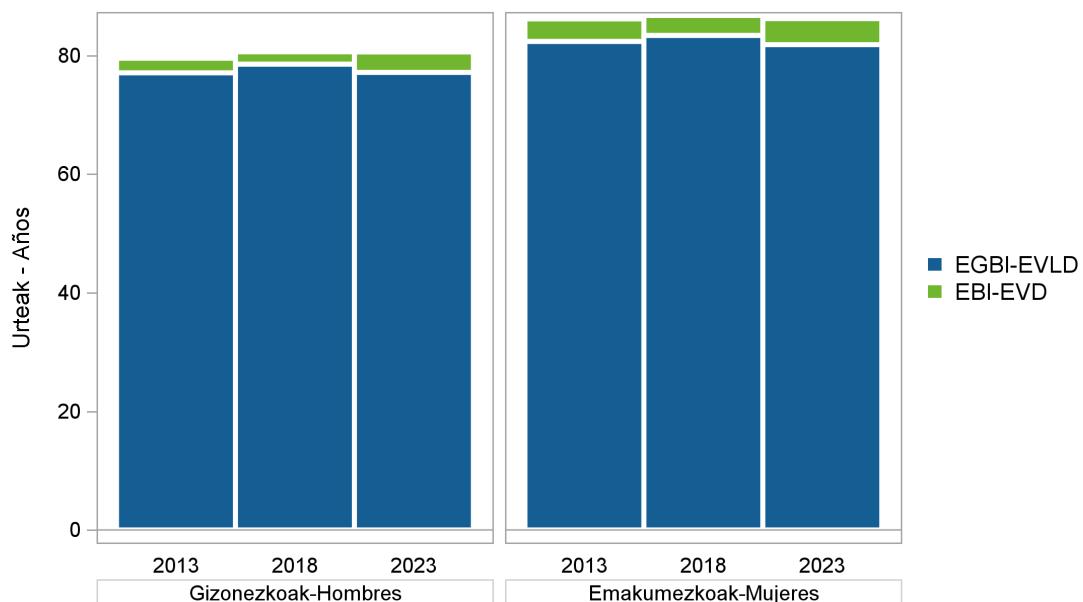
Con respecto a 2013, la EVLD aumentó en 0,2 años en los hombres y cayó 0,5 años en las mujeres. Los años vividos con discapacidad aumentaron en ambos sexos, 0,8 años en los hombres y 0,6 años en las mujeres.

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.

FIGURA 1

Ezintasunik gabeko (EGBI) eta ezintasunarekin (EBI) bizi-itxaropenaren bilakaera, 2013-2023

Evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) y con discapacidad (EVD), 2013-2023

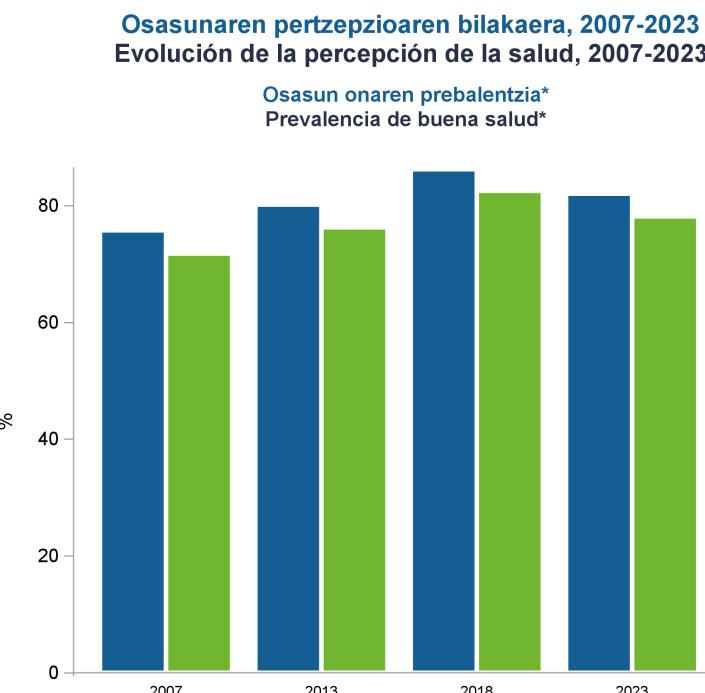


04

ESTADO DE SALUD

II. Autovaloración de la salud

FIGURA 2



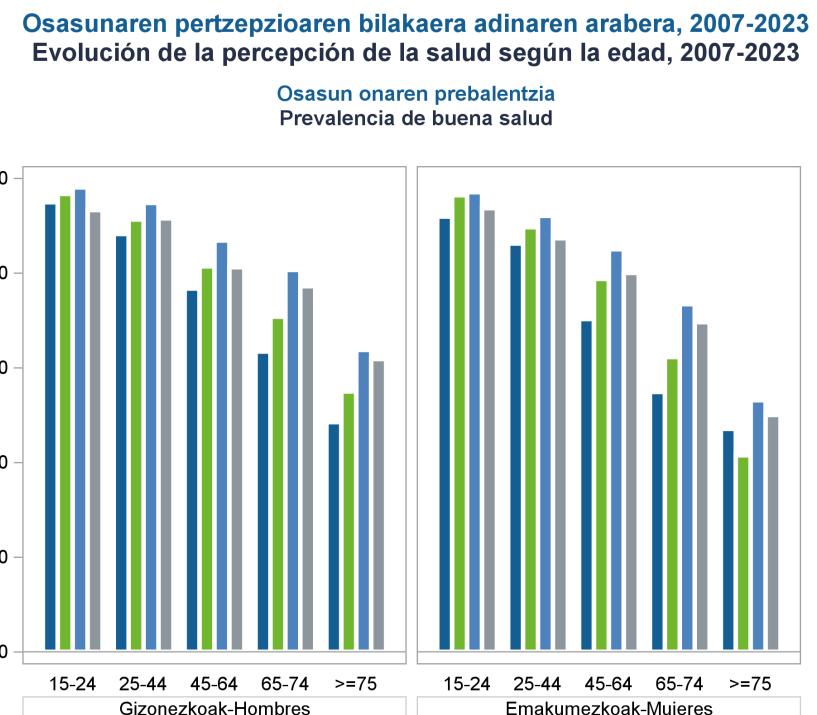
• FIGURA 2

El porcentaje de mujeres que perciben su salud como buena es inferior a la de los hombres. En 2023, el 78,1% de las mujeres y el 82,0% de los hombres perciben su salud como buena o muy buena. Estas proporciones han disminuido más de un 4% respecto al 2018, en ambos sexos. En cambio, respecto al 2013 han aumentado cerca de un 2%, tanto en hombres como mujeres.

• FIGURA 3

La percepción de la salud empeora con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Respecto a 2018, en 2023 el porcentaje de personas con buena salud ha disminuido en todos los grupos de edad, en ambos sexos.

FIGURA 3



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

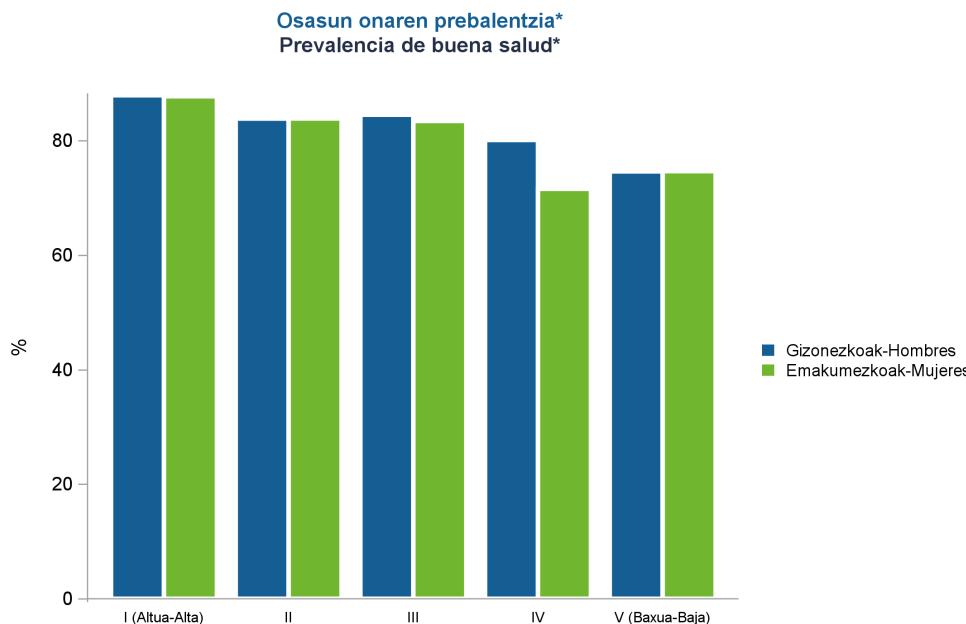
04

ESTADO DE SALUD

II. Autovaloración de la salud

FIGURA 4

Osasunaren pertzepzioaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la percepción de la salud por clase social, 2023



• FIGURA 4

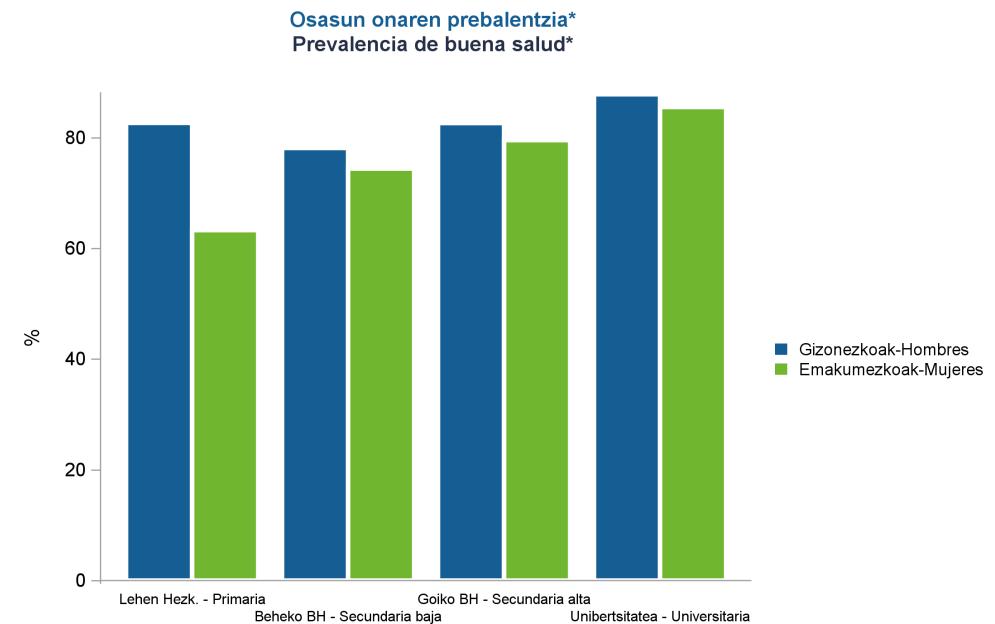
En ambos sexos la buena salud percibida disminuye a medida que bajamos en la clase social, a excepción de las mujeres del grupo V (de trabajadores manuales no cualificados/as) cuya percepción respecto al grupo anterior aumenta ligeramente. La diferencia máxima del grupo V respecto al grupo I (de directivos, gerentes, técnicos/as superiores, etc..) es de 13,3 puntos porcentuales en los hombres y 13,1 en las mujeres.

• FIGURA 5

A medida que aumenta el nivel de estudios, aumenta la percepción de buena salud, principalmente en las mujeres.

FIGURA 5

Osasunaren pertzepzioaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la percepción de la salud por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

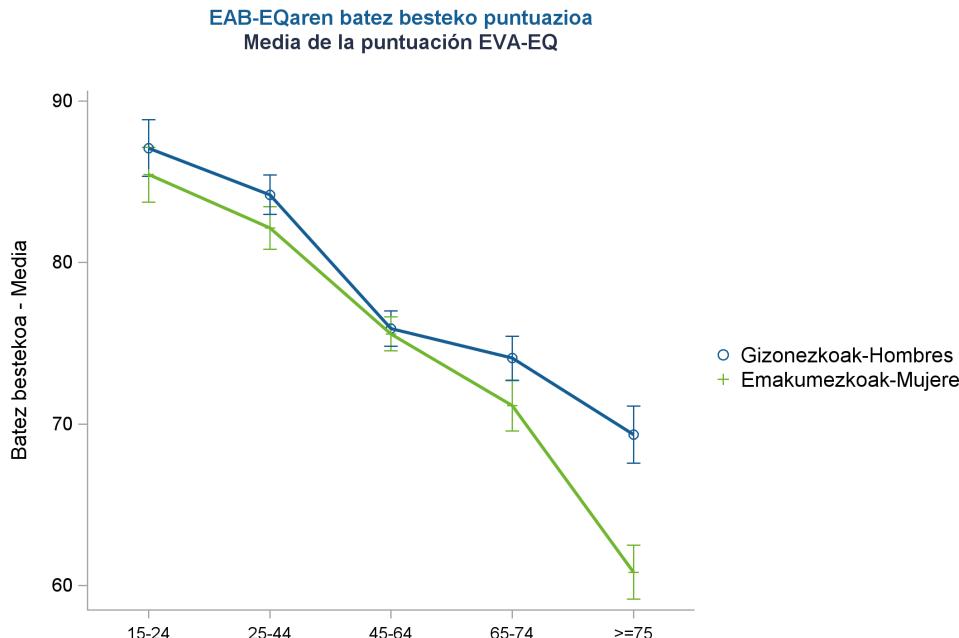
04

ESTADO DE SALUD

III. Calidad de vida relacionada con la salud

FIGURA 6

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea adinaren arabera, 2023
Calidad de vida relacionada con la salud según la edad, 2023



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

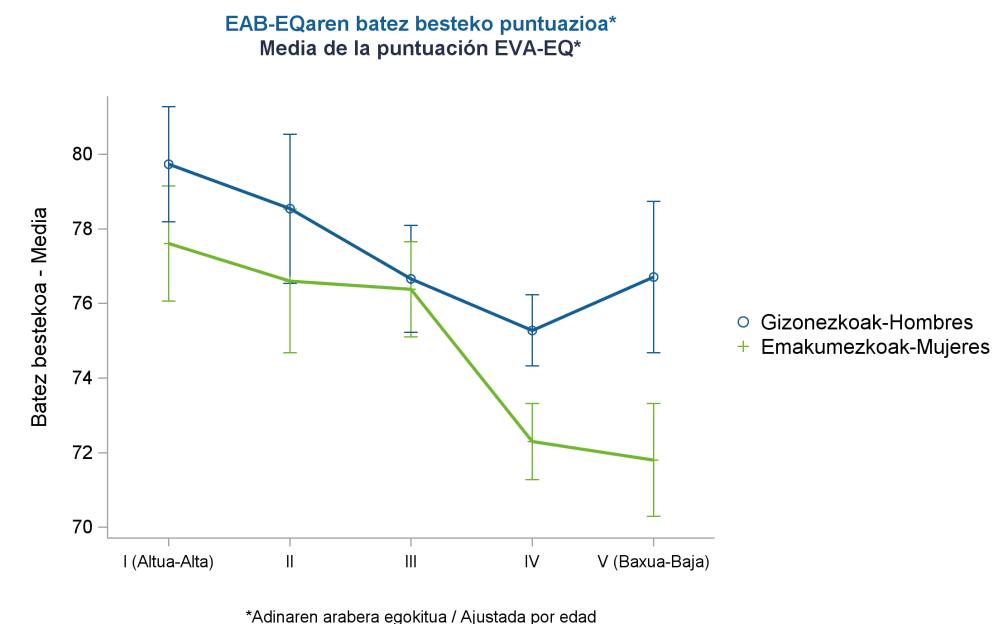
La calidad de vida relacionada con la salud disminuye de forma gradual con la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres. Mientras en las personas de 15 a 24 años de edad la puntuación media fue de 87,1 en los hombres y 85,4 en las mujeres, en las de 75 y más años fue de 69,3 y 60,8 respectivamente.

• 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 7

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por clase social, 2023



04

ESTADO DE SALUD

III. Calidad de vida relacionada con la salud

• FIGURA 8

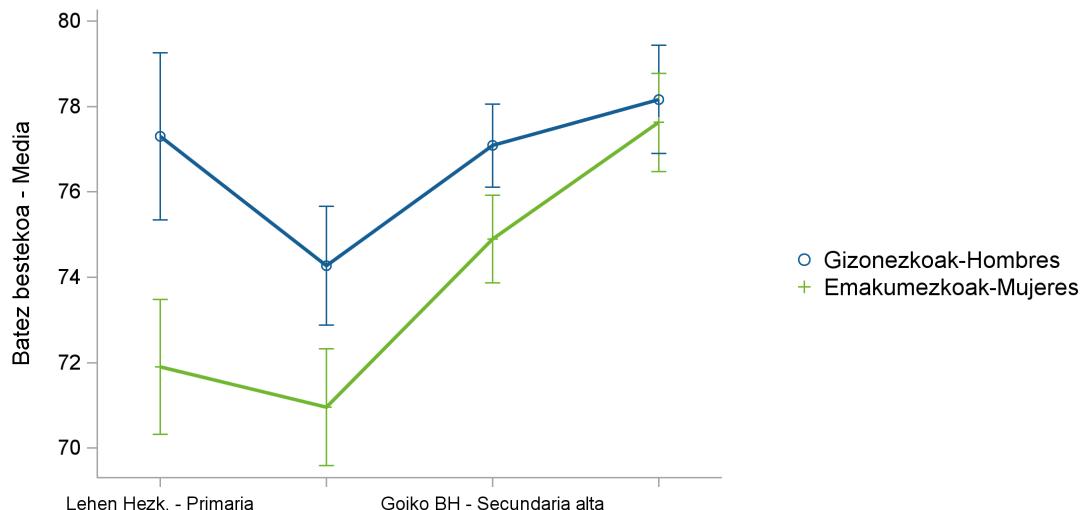
De manera similar a lo que ocurre con el grupo socioeconómico, las personas con un nivel de estudios más elevado valoraron su salud con una puntuación mayor que las de estudios inferiores.

La diferencia entre hombres y mujeres en la EVA-EQ es además significativa en todos los niveles educativos menos en el grupo universitario.

FIGURA 8

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatearen desberdintasunak ikasketa
mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud por nivel de
estudios, 2023

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



*Adinaren arabera egokitua / Ajustada por edad



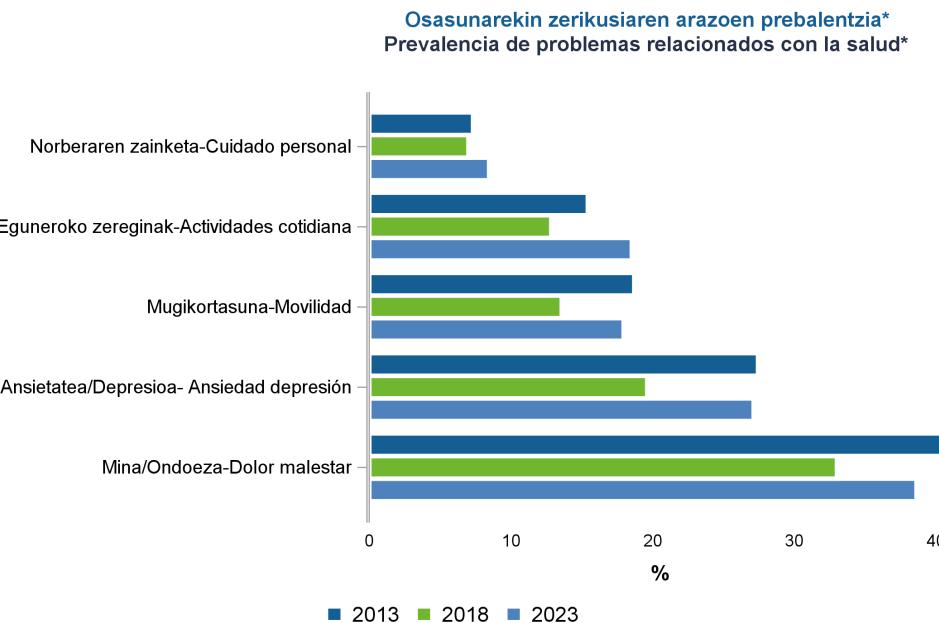
04

ESTADO DE SALUD

III. Calidad de vida relacionada con la salud

FIGURA 9

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea emakumezkoengan, 2013-2023
Calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres, 2013-2023



• FIGURA 9

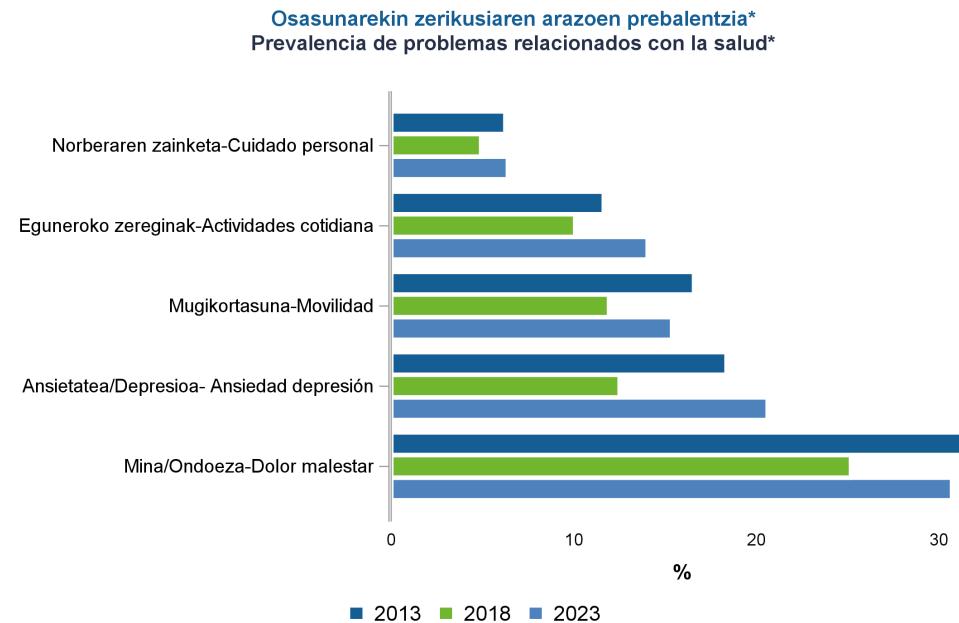
Los problemas que más afectan a la salud de las mujeres en relación a la calidad de vida son el dolor, la ansiedad y la depresión y la movilidad. Los valores de 2023 vuelven a ser similares a los de 2013. La prevalencia de estos problemas en las mujeres es mayor que la de los hombres en cada una de las categorías.

• FIGURA 10

Los problemas que más afectan a la salud de los hombres en relación a la calidad de vida son el dolor, la ansiedad y la depresión y la movilidad. Los valores de 2023 vuelven a ser similares a los de 2013. La prevalencia de estos problemas en los hombres es menor que la de las mujeres en cada una de las categorías.

FIGURA 10

Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea gizonezkoengan, 2013-2023
Calidad de vida relacionada con la salud en los hombres, 2013-2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

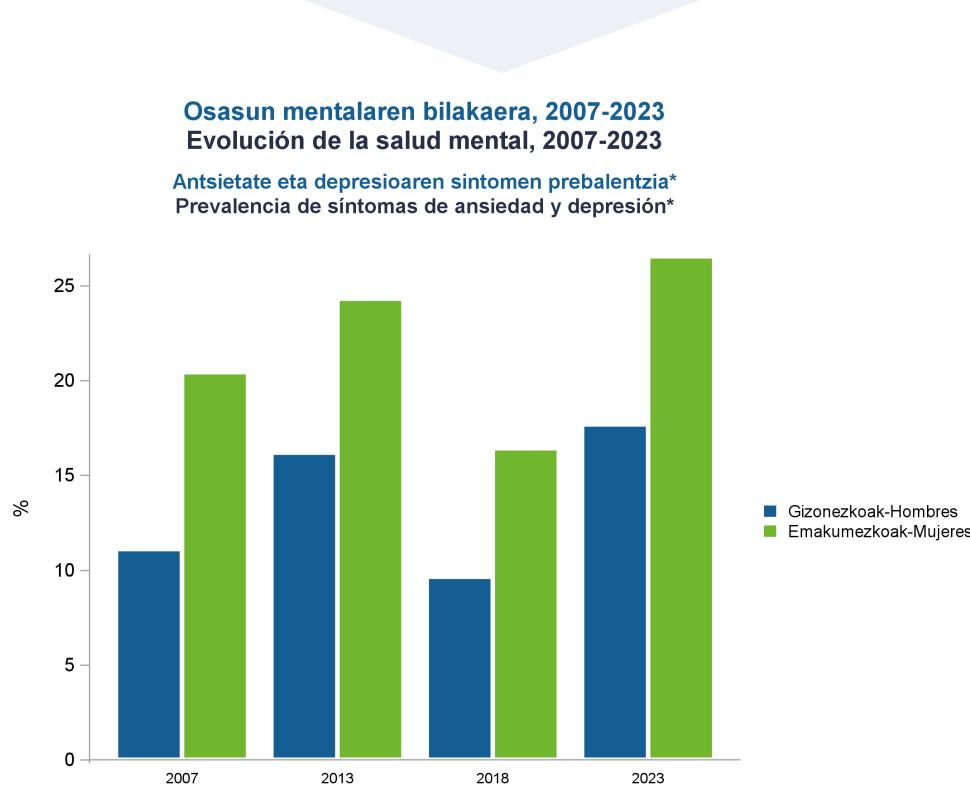
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

04

ESTADO DE SALUD

IV. Salud mental

FIGURA 11



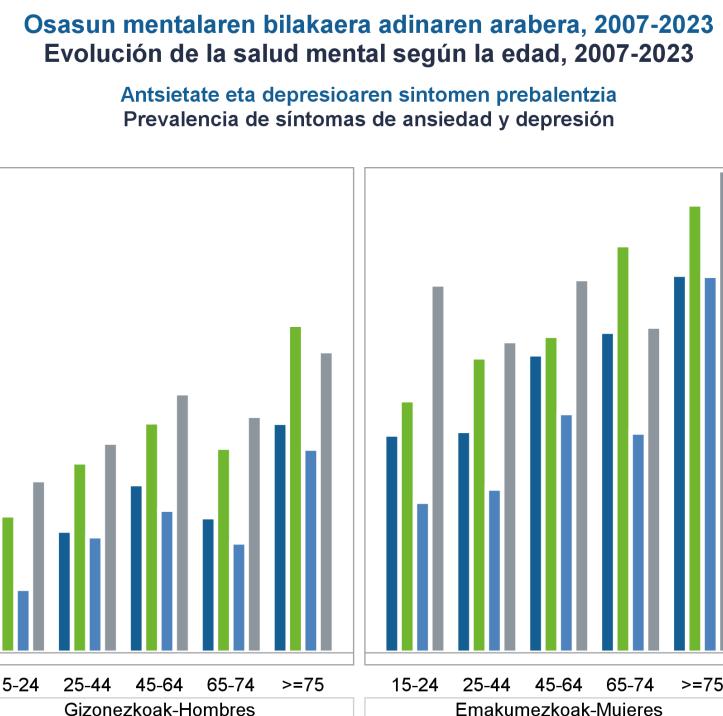
• FIGURA 11

La salud mental, expresada por la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, ha empeorado de forma relevante en ambos sexos: en mujeres, la prevalencia de mala salud mental aumentó hasta situarse en un 26,5% en 2023; en los hombres, la prevalencia fue de un 17,7% en 2023.

FIGURA 12

El porcentaje de personas con síntomas de ansiedad y depresión aumenta con la edad. Este porcentaje es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad.

FIGURA 12



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

04

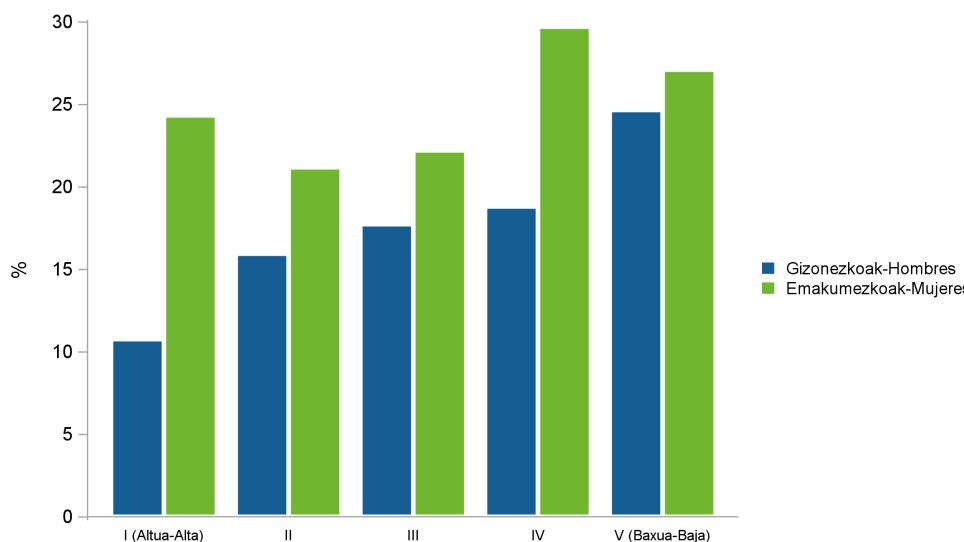
ESTADO DE SALUD

IV. Salud mental

FIGURA 13

Osasun mentalaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la salud mental por clase social, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 13

La salud mental empeora al descender la clase social. La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es mayor en mujeres que en hombres, en todos los grupos socioeconómicos.

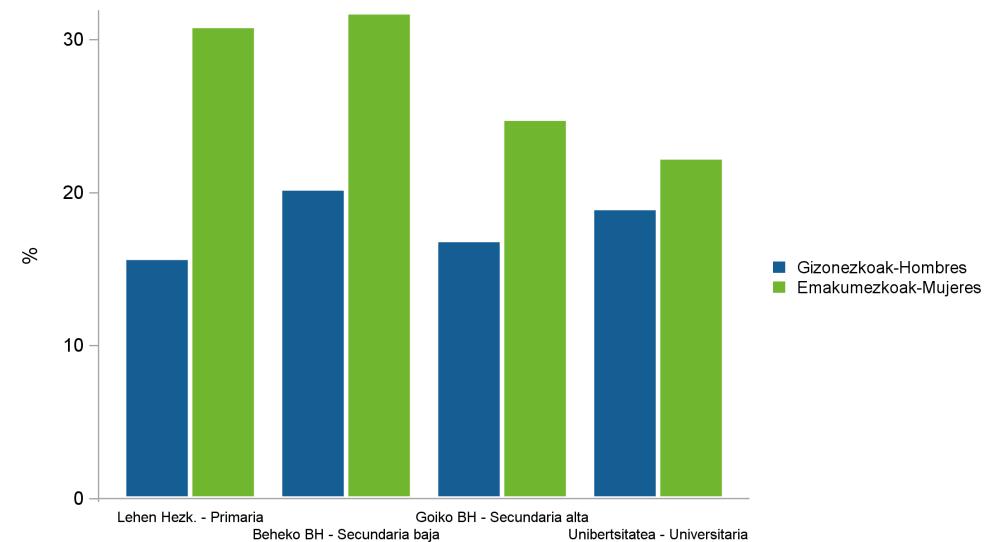
• FIGURA 14

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 14

Osasun mentalaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la salud mental por nivel de estudios, 2023

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



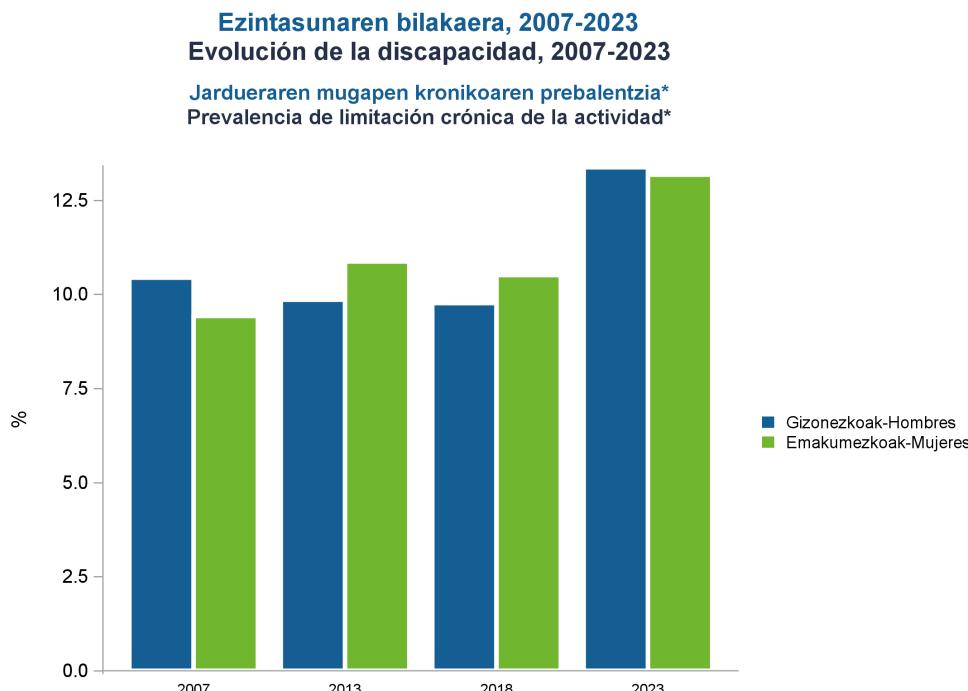
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

04

ESTADO DE SALUD

V. Discapacidad

FIGURA 15



• FIGURA 15

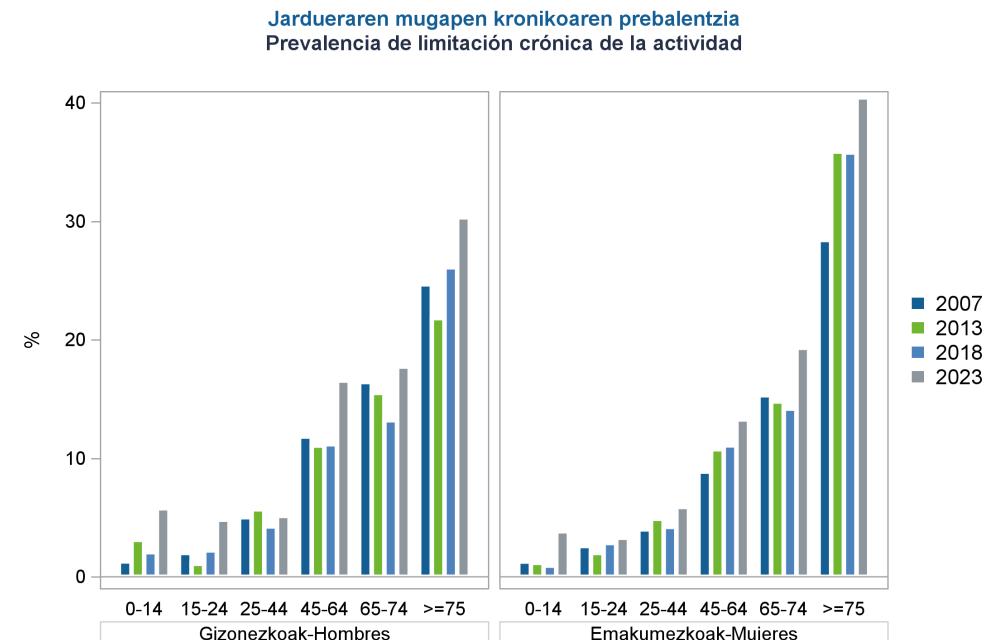
En 2023 la prevalencia de discapacidad medida como limitación crónica de la actividad (limitación al realizar las actividades de la vida cotidiana) es similar en ambos sexos, situándose en 13,4% en los hombres y en 13,2% en las mujeres.

• FIGURA 16

La discapacidad aumenta considerablemente con la edad y afecta, en el grupo de edad de 75 y más años, al 40,5% de las mujeres y al 30,3% de los hombres. La prevalencia de discapacidad, ha aumentado en el 2023, respecto al 2018 en ambos sexos y para todos los grupos de edad.

FIGURA 16

Ezintasunaren bilakaera adinaren arabera, 2007-2023
Evolución de la discapacidad según la edad, 2007-2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

04

ESTADO DE SALUD

V. Discapacidad

• FIGURA 17

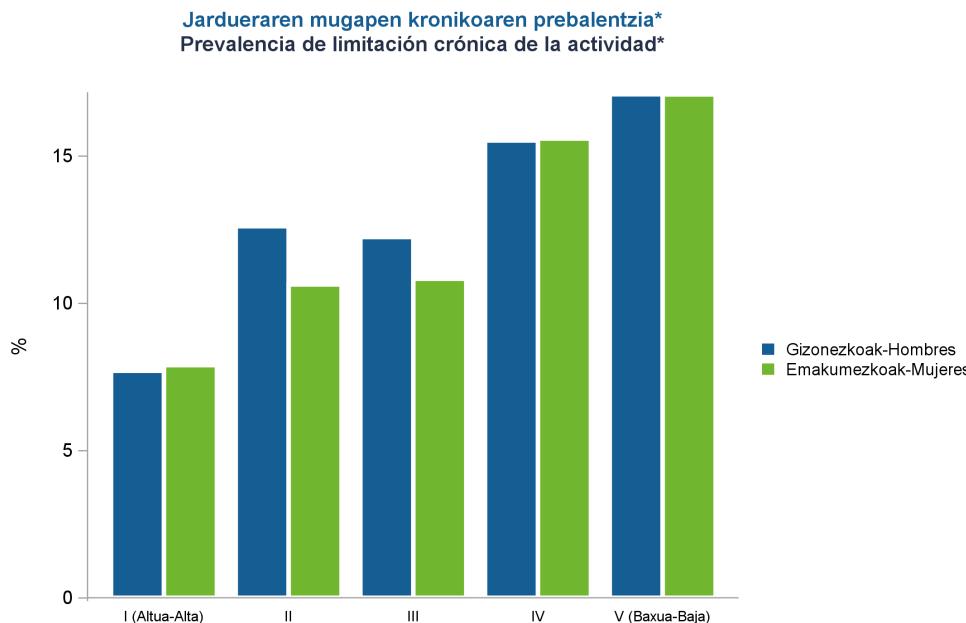
En ambos sexos, la frecuencia de discapacidad aumenta de forma gradual al bajar en la escala social. En el grupo I, el 7,7% de los hombres y el 7,9% de las mujeres presentan problemas de discapacidad, frente al 17,1% en ambos性os, del grupo V.

• FIGURA 18

La prevalencia de discapacidad disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios. El 9,0% de los hombres y el 10,3% de las mujeres con estudios universitarios presentan discapacidad, frente al 19,9% y 18,6% de los hombres y mujeres, respectivamente, sin estudios formales o con estudios primarios.

FIGURA 17

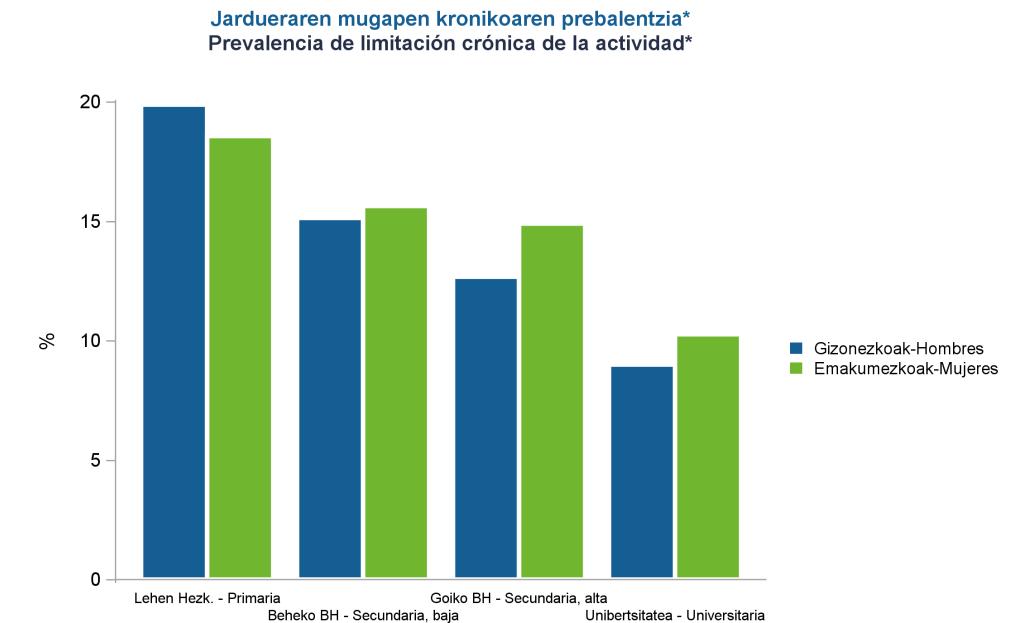
Ezintasunaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la discapacidad por clase social, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

FIGURA 18

Ezintasunaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la discapacidad por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

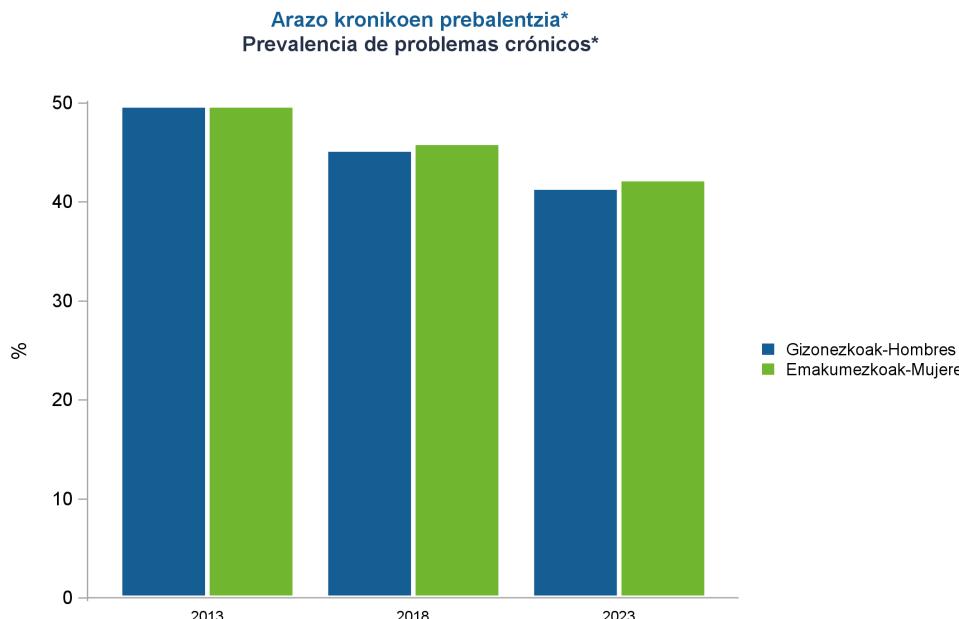
04

ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

FIGURA 19

Oasun arazo kronikoen bilakaera, 2013-2023
Evolución de problemas crónicos de salud, 2013-2023



• FIGURA 19

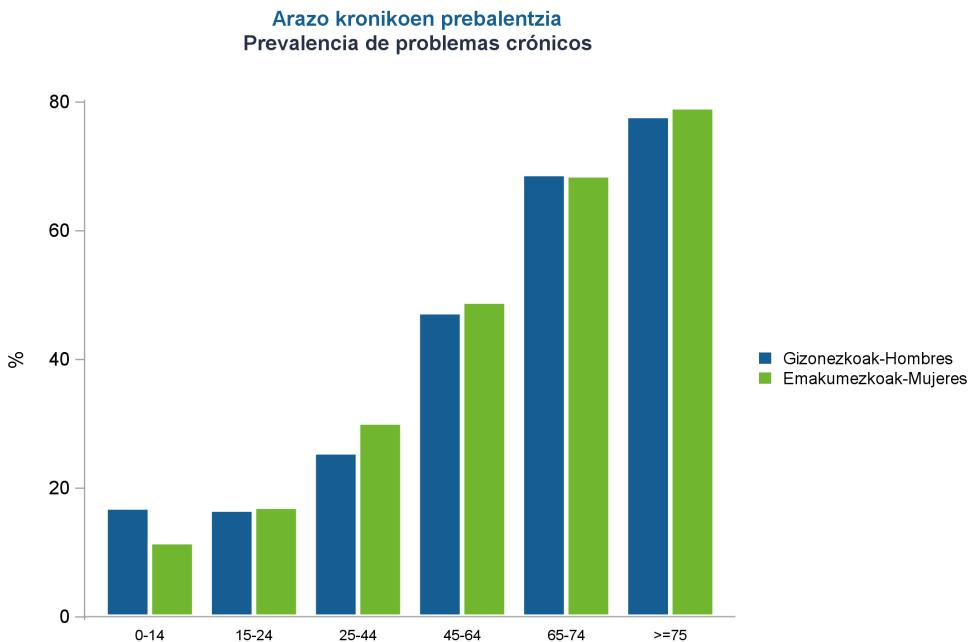
En 2023, la prevalencia de problemas crónicos ha disminuido en ambos sexos. En los hombres, la prevalencia se sitúa en 41,4% con una disminución de 3,9% respecto al 2018. Las mujeres, en 2023, caen 3,7 puntos porcentuales respecto a 2018 con un 42,3%.

FIGURA 20

La prevalencia de cronicidad aumenta con la edad y supera el 68% en las personas de entre 65 y 74 años y el 77% en las de 75 y más años.

FIGURA 20

Morbilitate kronikoa adinaren arabera, 2023
Morbilidad crónica según la edad, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

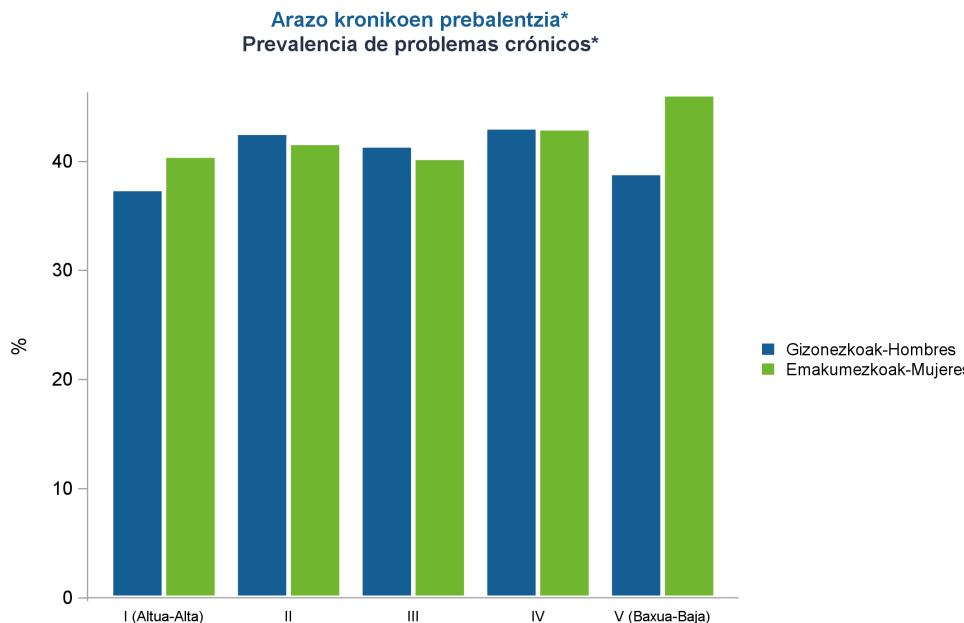
04

ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

FIGURA 21

Morbilitate kronikoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la morbilidad crónica por clase social, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 21

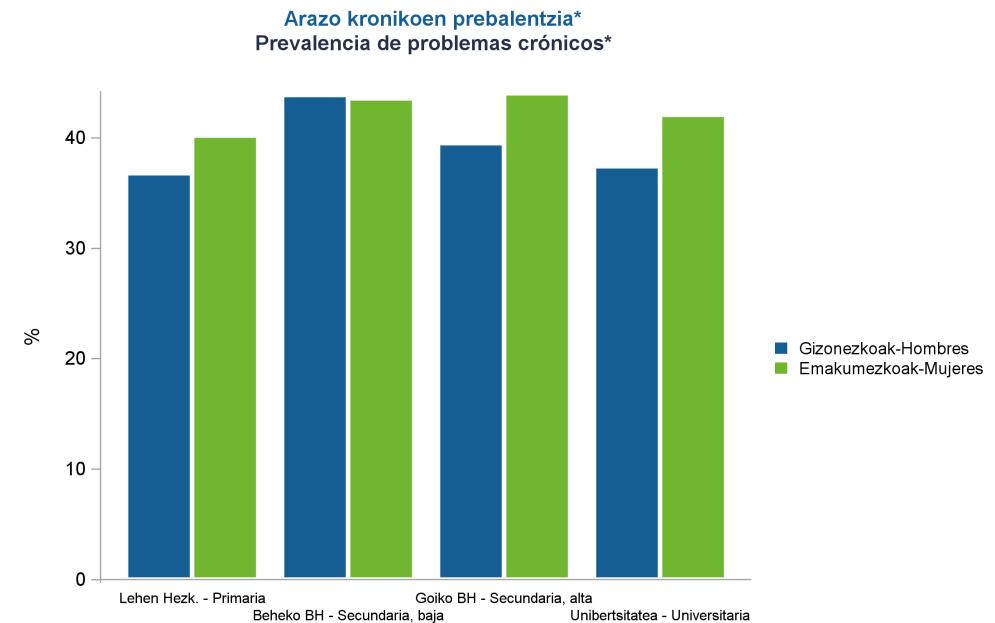
La frecuencia de problemas de salud crónicos es algo menor en los grupos socioeconómicos más altos que en los más bajos, de manera que el 46,1% de las mujeres y el 38,9% de los hombres del grupo V presentan algún problema crónico, frente al 40,5% y el 37,5%, respectivamente, de las mujeres y hombres del grupo I.

• FIGURA 22

Respecto al nivel de estudios, los dos grupos de secundaria tienen una mayor prevalencia de problemas crónicos respecto al grupo de educación universitaria.

FIGURA 22

Morbilitate kronikoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la morbilidad crónica por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

04

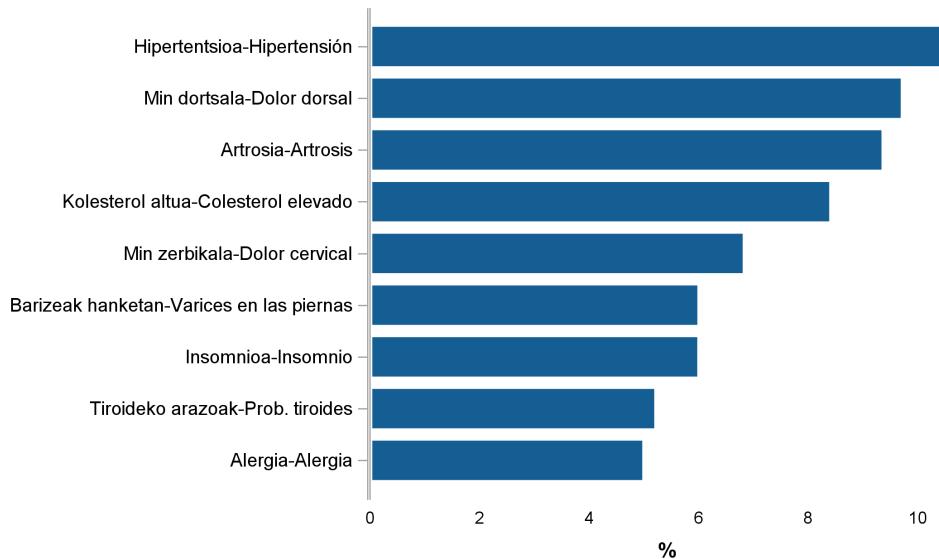
ESTADO DE SALUD

VI. Problemas crónicos

FIGURA 23

Emakumezkoengan sarrienak diren arazo kronikoak, 2023
Problemas crónicos más frecuentes en las mujeres, 2023

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos



• FIGURA 23

En las mujeres la hipertensión y el dolor dorsal son dos de los problemas crónicos más frecuentes. Le siguen en frecuencia la artrosis, el colesterol elevado y el dolor cervical.

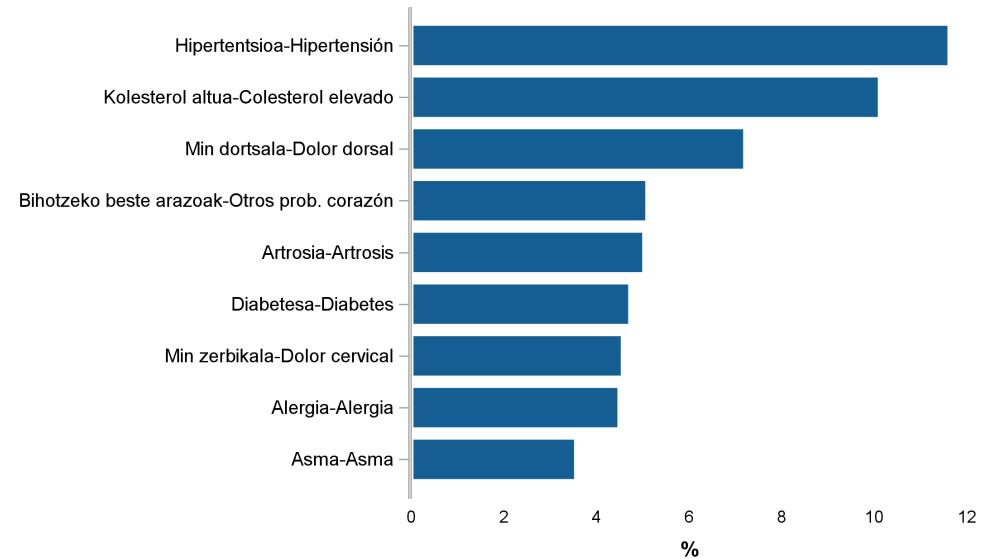
• FIGURA 24

En los hombres la hipertensión y el colesterol elevado son dos de los problemas crónicos más frecuentes. Le siguen en frecuencia el dolor dorsal, otros problemas de corazón y la artrosis.

FIGURA 24

Gizonezkoengan sarrienak diren arazo kronikoak, 2023
Problemas crónicos más frecuentes en los hombres, 2023

Arazo kronikoen prebalentzia
Prevalencia de problemas crónicos



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

A) Condiciones de vida y trabajo

- Las desigualdades en el porcentaje de personas desempleadas según la clase social son evidentes. A mayor clase social menor prevalencia de desempleo.
- Existe un gradiente claro respecto al porcentaje de personas desempleadas y el nivel de estudios. Tanto en hombres como en mujeres, a mayor nivel educativo menor desempleo.
- En 2023 un 8,1% de las mujeres y un 8,2% de los hombres se manifiestan insatisfechas/os con su trabajo.
- El 5,5% de las mujeres y el 7,8% de los hombres admite tener conflictos con otros compañeras/as.
- La precariedad laboral ha aumentado respecto al 2018. En 2023, un 31,6% de las mujeres y un 27,6% de los hombres manifiestan tener precariedad laboral. Por sexos, es mayor en mujeres que en hombres, la brecha es de 4 puntos porcentuales.
- El 11,8% de los hogares declara tener dificultades para llegar a fin de mes. El porcentaje similar a los datos recogidos en el 2018 y 2013.
- En Euskadi, el 29,4% de los hogares de clase social baja tiene dificultades para llegar a fin de mes.
- Las mujeres de cualquier edad dedican más horas semanales que los hombres a la realización de trabajos domésticos y al cuidado de las personas.
- En lo que respecta a las condiciones de la vivienda, el 11% de los hogares encuestados afirma tener goteras y/o humedades y no poder mantener su vivienda a temperatura adecuada.
- El problema más frecuente relativo al entorno de la vivienda es la molestia por ruido (8,1%), seguido de la escasez de zonas verdes (6,8%) y la delincuencia (5,4%).
- El 94,0% de las personas afirma tener un lugar adecuado para la práctica de ejercicio físico en el entorno de su vivienda: más del 86% dispone de instalaciones deportivas. En cuanto a los recursos de alimentación, el 88,0% disponen de establecimientos donde comprar fruta y verdura.



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

B) Factores psicosociales

- 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. En la ESCAV se han distinguido dos dimensiones: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo afectivo (posibilidad de contar con personas que demuestren apoyo y cariño).
- En el 2023 se aprecia que la prevalencia de falta de apoyo social vuelve a valores similares a los de 2013 y 2007 tanto en hombres como en mujeres.
- La falta de apoyo es algo superior en los hombres respecto a las mujeres, tanto en apoyo confidencial como en apoyo afectivo.
- En líneas generales, la falta de apoyo social aumenta al disminuir el nivel educativo o la clase social. La falta de apoyo social no se relaciona de forma clara con la edad.

05

DETERMINANTES DE LA SALUD

Resumen

C) Conductas relacionadas con la salud

- El consumo de tabaco ha disminuido de forma continua en hombres y mujeres desde 2007. La prevalencia de tabaquismo sigue siendo superior en hombres (17,2%) que en mujeres (13,8%).
- El consumo de tabaco tanto en hombres como en mujeres es menor en los estudios superiores.
- La exposición pasiva al humo de tabaco es de un 15,2% en las mujeres y un 16,0% en los hombres. Esta exposición se acentúa a medida que desciende la edad, cuando se desciende en la escala social o, también, en el nivel de estudios.
- Respecto al consumo de alcohol de alto riesgo, el que tiene en cuenta el riesgo a largo plazo de sufrir problemas de salud, la prevalencia apenas ha cambiado respecto a 2018 situándose en un 16,7% en los hombres y en un 11,0% en las mujeres.
- Es reseñable que las mujeres menores de 45 años presentan valores similares e incluso peores a los hombres.
- 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 la clase social. Este patrón también se ve en el nivel educativo.
- El 9,1% de los hombres y el 14,3% de mujeres, de entre 15 y 24 años consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes. Este consumo no muestra un patrón claro respecto a la clase social ni tampoco respecto al nivel de estudios.
- La prevalencia de obesidad en hombres se mantiene en niveles similares a ediciones anteriores. En las mujeres un 13,2% sufre obesidad y en los hombres un 14,2%. La obesidad aumenta según disminuye la clase social.
- La prevalencia de personas activas ha seguido aumentando, situándose en los hombres en un 84,3% y en un 80,0% en las mujeres.
- Respecto a los hábitos alimentarios de la población vasca, en 2023 un 45,7% de las mujeres y un 41,5% de los hombres tienen una buena adherencia a la dieta mediterránea. Existe un claro gradiente social y educativo respecto a tener hábitos alimentarios saludables. Las personas de los grupos socioeconómicos más bajos o con menor educación muestran peor adherencia a la dieta mediterránea.
- La prevalencia de insatisfacción con el sueño es mayor en mujeres que en hombres: el 15,9% de las mujeres frente al 11,9% de los hombres. La insatisfacción con el sueño es en general mayor cuanto menor es la clase social.



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

• FIGURA 25

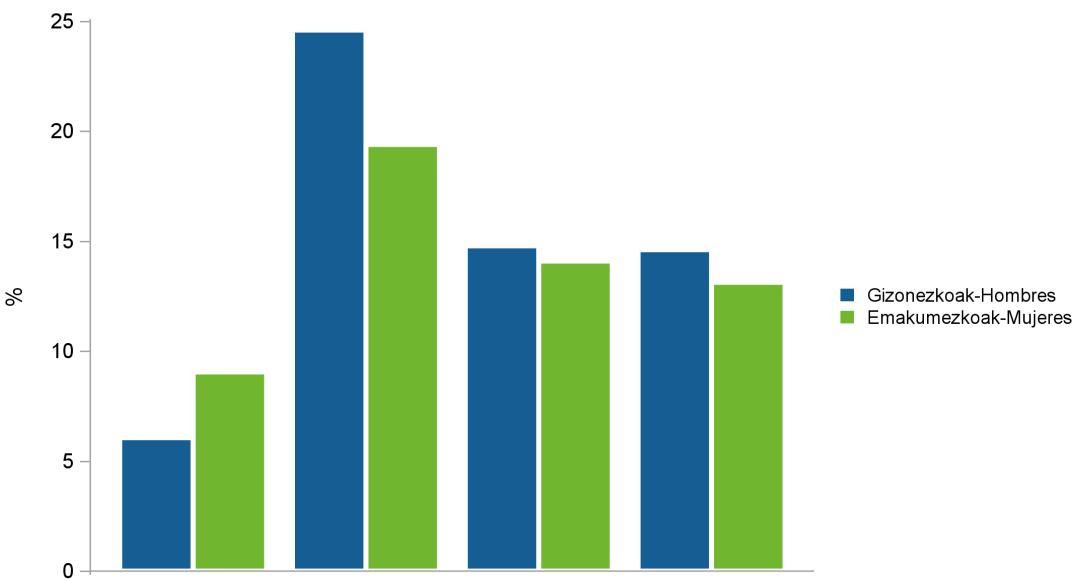
Entre los años 2013 y 2023 la población desempleada se ha reducido. Desde 2013 el porcentaje de desempleo es menor en mujeres que en hombres.

En 2023 respecto a 2018 el desempleo en mujeres ha caído un punto porcentual, mientras que en el caso de los hombres la disminución ha sido de 0,2 puntos.

FIGURA 25

Langabeziaren bilakaera, 2007-2023
Evolución del desempleo, 2007-2023

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

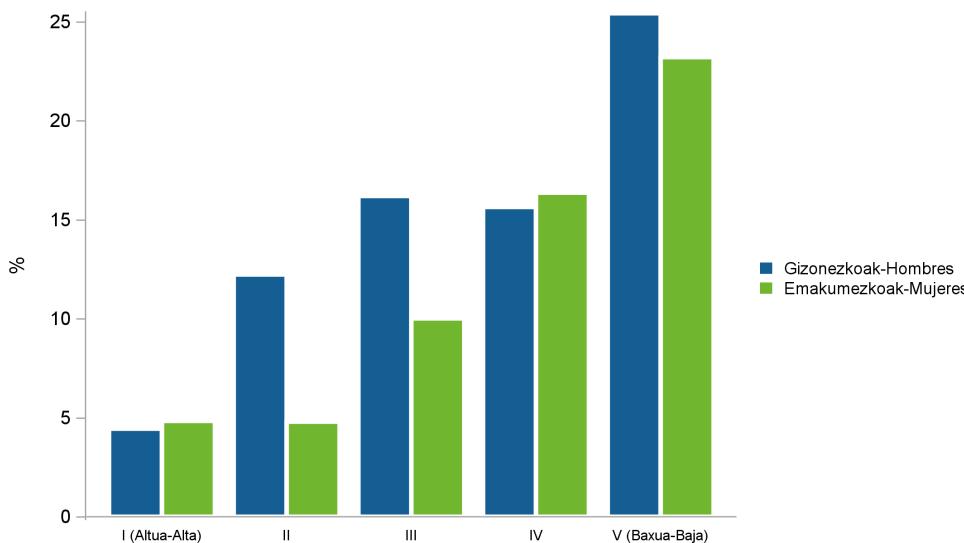
A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

FIGURA 26

Langabeziaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en el desempleo por clase social, 2023

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 26

Las desigualdades en el porcentaje de personas desempleadas según la clase social son evidentes. A mayor clase social menor prevalencia de desempleo. Las mayores disparidades entre mujeres y hombres se producen en los grupos II y III.

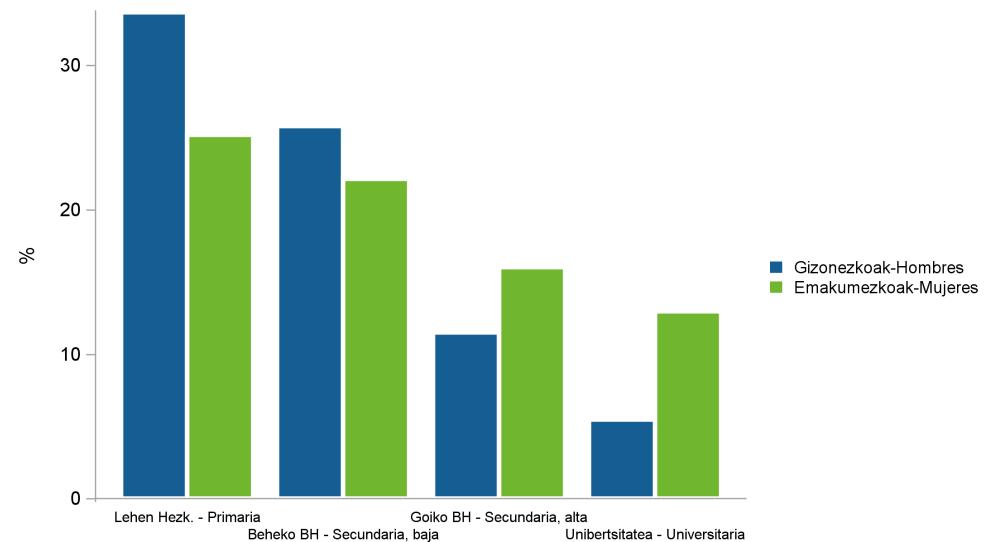
• FIGURA 27

Existe un gradiente claro respecto a el porcentaje de personas desempleadas y el nivel de estudios. Tanto en hombres como en mujeres, a mayor nivel educativo menor desempleo.

FIGURA 27

Langabeziaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en el desempleo por nivel de estudios, 2023

Langabeziaren prebalentzia*
Prevalencia de desempleo*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

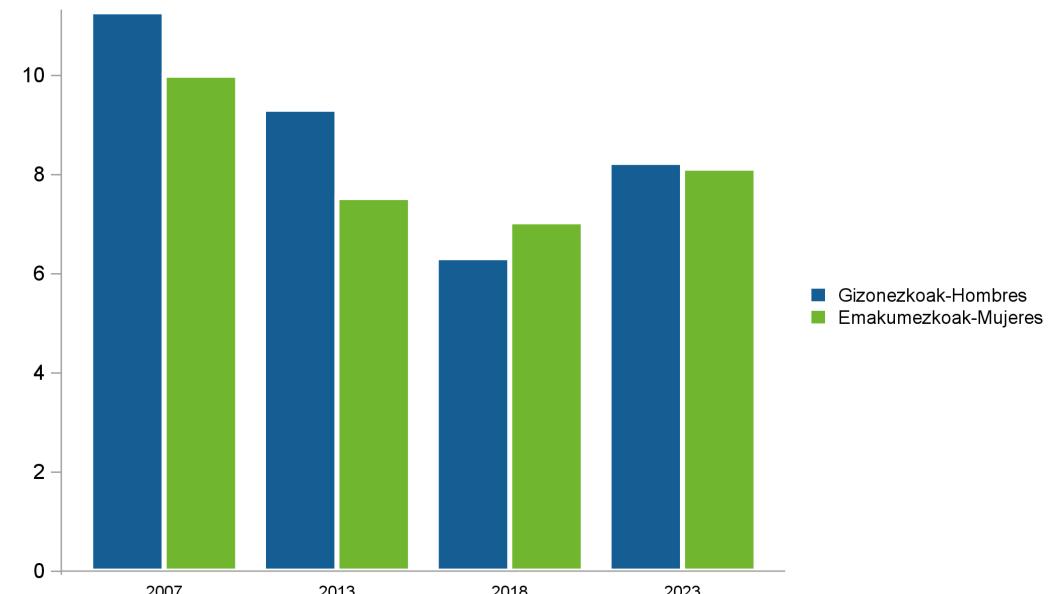
• FIGURA 28

En 2023 un 8,1% de las mujeres y un 8,2% de los hombres se manifiestan insatisfechas/os con su trabajo. Respecto a 2018 se ha producido un incremento de un punto en las mujeres y 2 puntos en los hombres.

FIGURA 28

Laneko asegabetasunaren bilakaera, 2007-2023 Evolución de la insatisfacción en el trabajo, 2007-2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

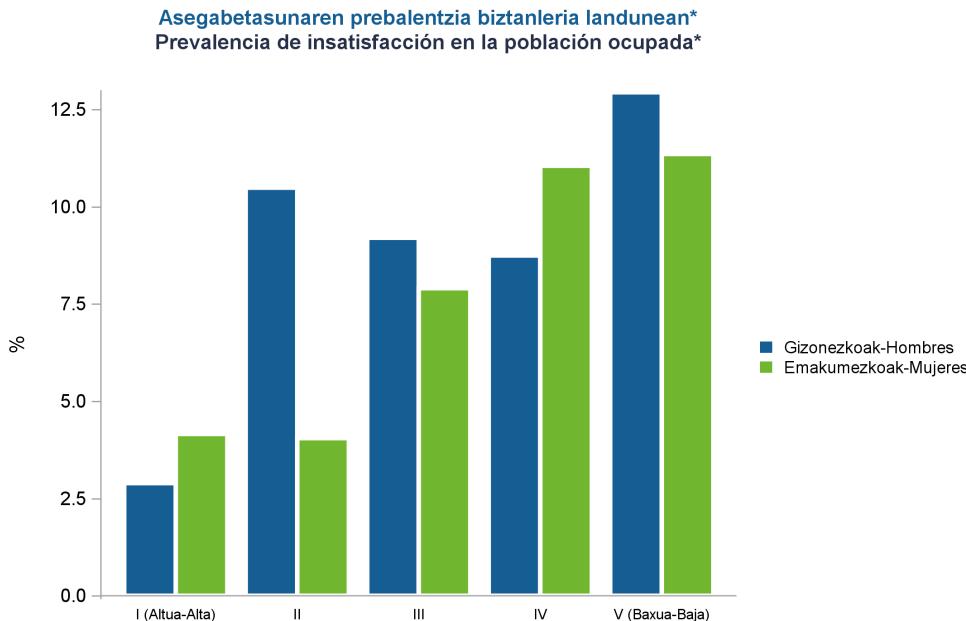
DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

FIGURA 29

Laneko asegabetasunaren derberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la insatisfacción en el trabajo por clase social, 2023



• FIGURA 29

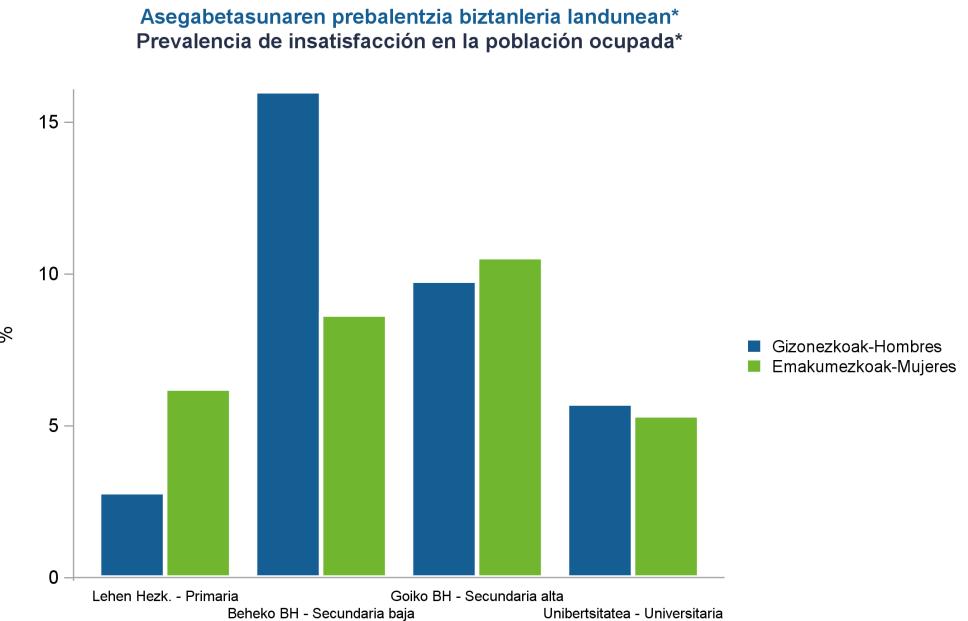
Se observa, en general, una relación entre la clase social y la insatisfacción en el trabajo, de manera que la frecuencia de insatisfacción aumenta al descender la clase social. La brecha de insatisfacción entre los grupos extremos se sitúa en torno a 7 puntos porcentuales para las mujeres y 10 puntos para los hombres.

• FIGURA 30

Para ambos sexos, no se encuentra una relación clara entre la insatisfacción en el trabajo y el nivel de estudios.

FIGURA 30

Laneko asegabetasunaren derberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la insatisfacción en el trabajo por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

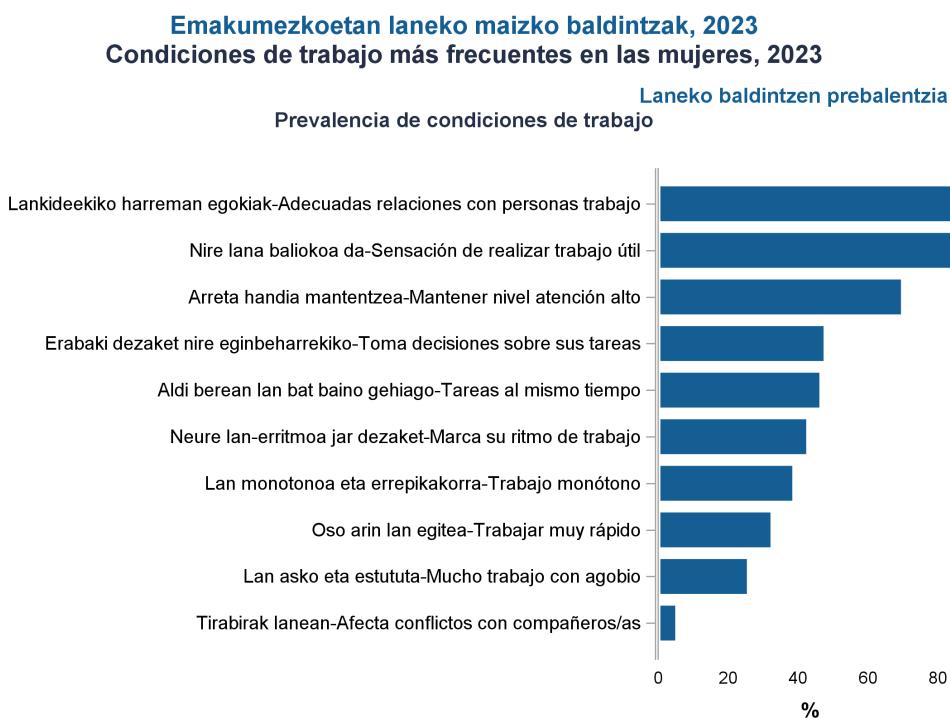
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

FIGURA 31



• FIGURA 31

El 87,1% de las mujeres afirma tener adecuadas relaciones con personas de su trabajo, el 85,7% manifiesta tener la sensación de un trabajo útil y el 70,0% sostiene que el trabajo le requiere un nivel alto de atención. En el extremo opuesto, el 5,5% admite tener conflictos con otros compañeros/as.

FIGURA 32

De manera similar, el 88,1% de los hombres afirma tener relaciones adecuadas con sus compañeros/as de trabajo, el 85,9% manifiesta tener la sensación de un trabajo útil y el 71,5% sostiene que el trabajo le requiere un nivel alto de atención. En el extremo opuesto, el 7,8% admite tener conflictos con otros compañeros/as.

FIGURA 32



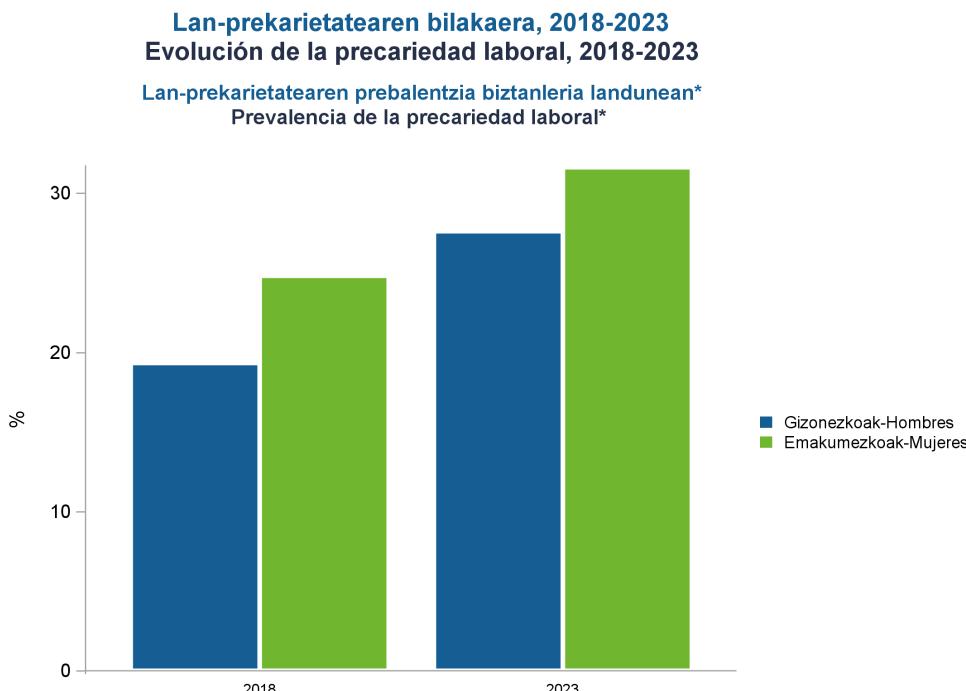
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

FIGURA 33



*Adinaren arabera estandarizada, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 33

La precariedad laboral ha aumentado respecto al 2018. En 2023, un 31,6% de las mujeres y un 27,6% de los hombres manifiestan tener precariedad laboral. Por sexos, es mayor en mujeres que en hombres, la brecha es de 4 puntos porcentuales.

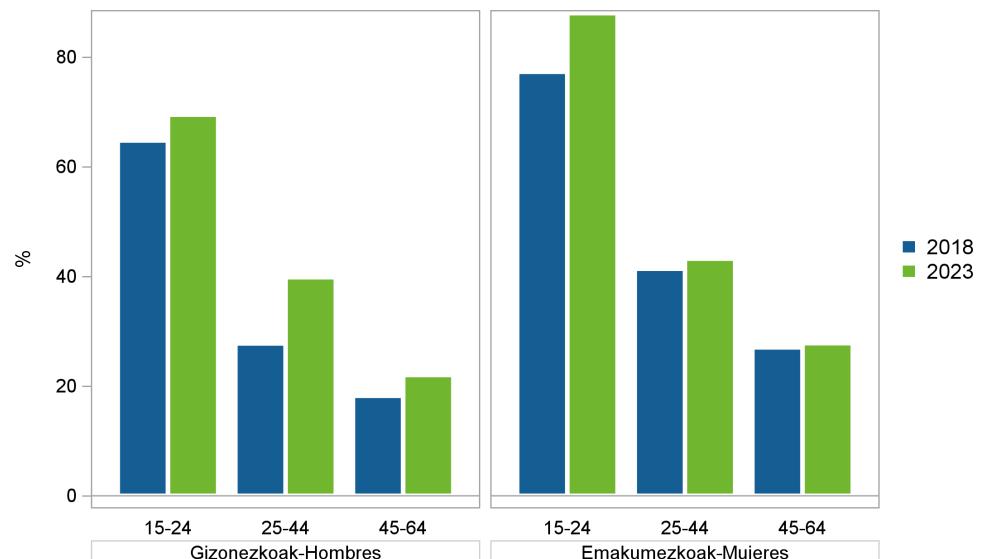
• FIGURA 34

En 2023 el 88,0% de las mujeres y el 69,5% de los hombres con edad comprendida entre 15 y 24 años manifiestan tener precariedad laboral. La precariedad laboral se reduce con la edad y es superior en mujeres que en hombres tanto en el 2018 como en el 2023 para todos los grupos de edad.

FIGURA 34

Lan-prekariatatearen bilakaera adinaren arabera, 2018-2023
Evolución de la precariedad laboral según la edad 2018-2023

Lan-prekariatatearen prebalentzia biztanleria landunean
Prevalencia de precariedad laboral



05

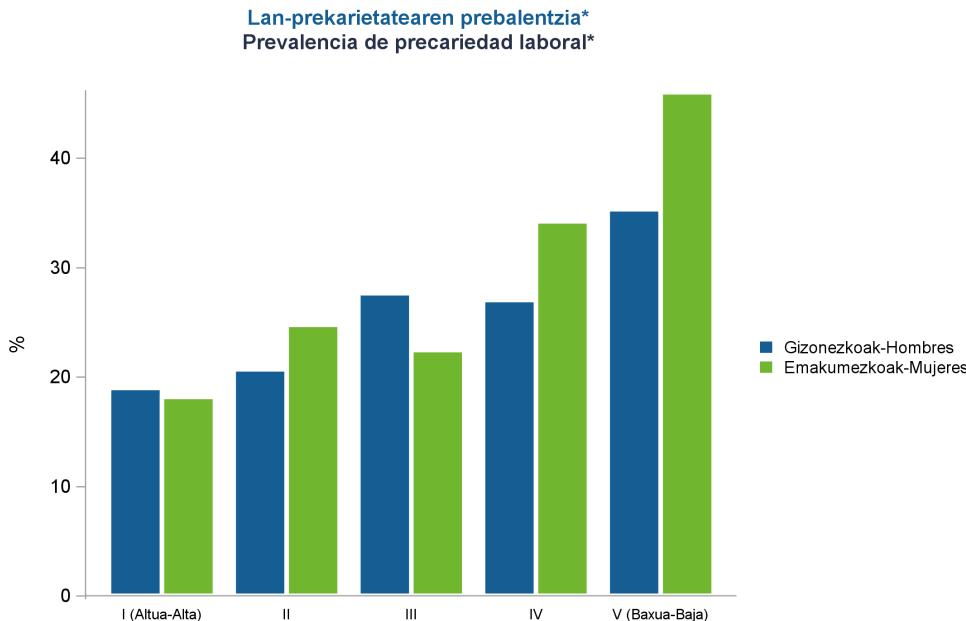
DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

I. Condiciones de empleo y trabajo

FIGURA 35

Lan-prekariatatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la precariedad laboral por clase social, 2023



• FIGURA 35

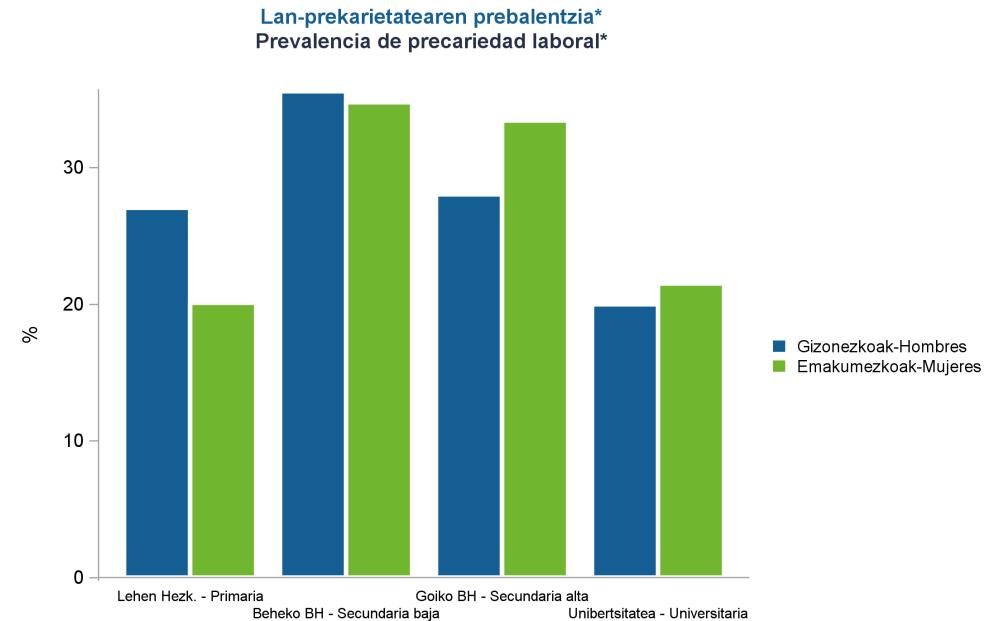
Existe gradiente entre la clase social y la precariedad laboral. La brecha entre las categorías extremas es de 16,3 puntos porcentuales en los hombres y 27,8 en las mujeres. La precariedad laboral es más prevalente en las mujeres que en los hombres en los grupos socioeconómicos más bajos.

• FIGURA 36

La prevalencia de precariedad laboral es menor en las enseñanzas universitarias que en las enseñanzas secundarias, tanto en hombres como en mujeres.

FIGURA 36

Lan-prekariatatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la precariedad laboral por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

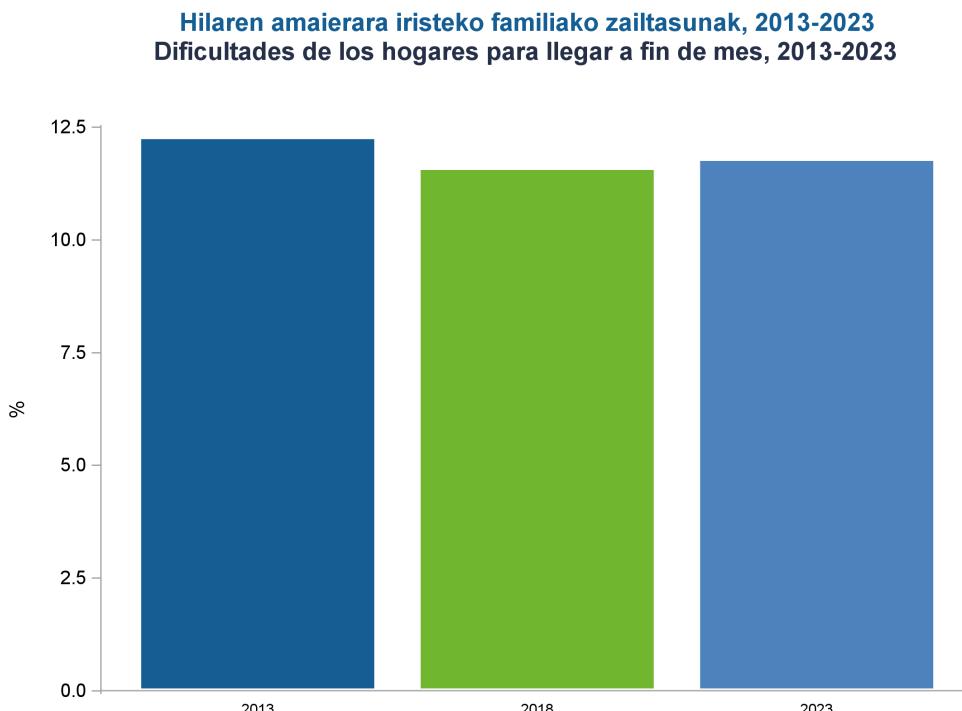
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

II. Ingresos y situación económica

FIGURA 37



• FIGURA 37

El 11,8% de los hogares declara tener dificultades para llegar a fin de mes. El porcentaje es similar a los datos recogidos en el 2018 (11,6%) y 2013 (12,3%).

• FIGURA 38

El 29,4% de los hogares de clase social baja tiene dificultades para llegar a fin de mes, frente al 3,8% de los hogares del grupo I, lo cual supone una brecha de 25,6 puntos porcentuales entre los dos extremos.

FIGURA 38



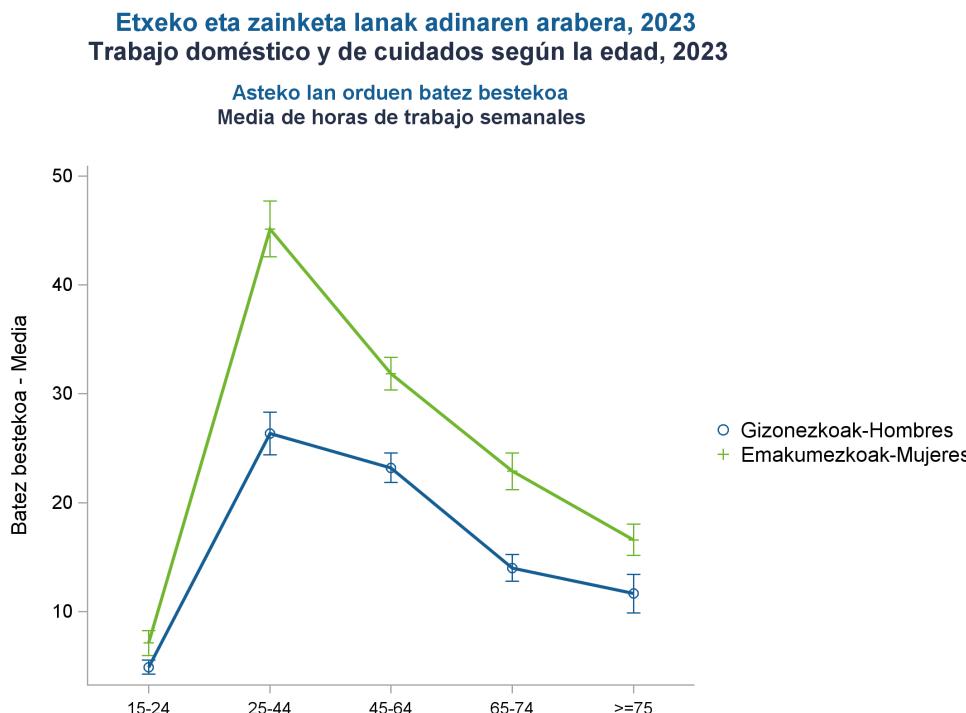
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

III. Trabajo doméstico y de cuidado

FIGURA 39



• FIGURA 39

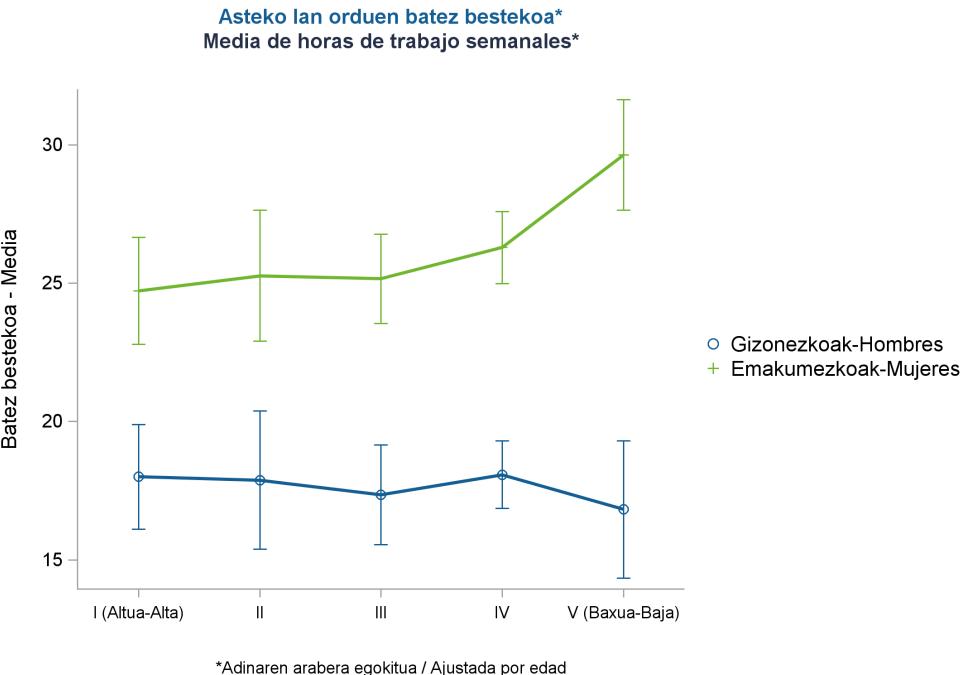
Las mujeres de cualquier edad dedican más horas semanales que los hombres a la realización de trabajos domésticos y al cuidado de las personas. Tanto mujeres como hombres de 25 a 44 años son las/los que dedican más horas a estas tareas: 45,1 horas semanales las mujeres y 26,3 horas los hombres.

• FIGURA 40

El grupo socioeconómico no influye apenas en el trabajo doméstico y de cuidados que realizan los hombres, quienes dedican una media de 17 horas semanales independientemente del grupo al que pertenezcan. En las mujeres, que de media dedican 26 horas semanales a trabajos domésticos y de cuidados, sin embargo, el número de horas dedicado por las que están en peor posición social (grupo V) es superior al resto de grupos. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en todas las clases sociales.

FIGURA 40

Etxeko eta zainketa lanaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por clase social, 2023



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

III. Trabajo doméstico y de cuidado

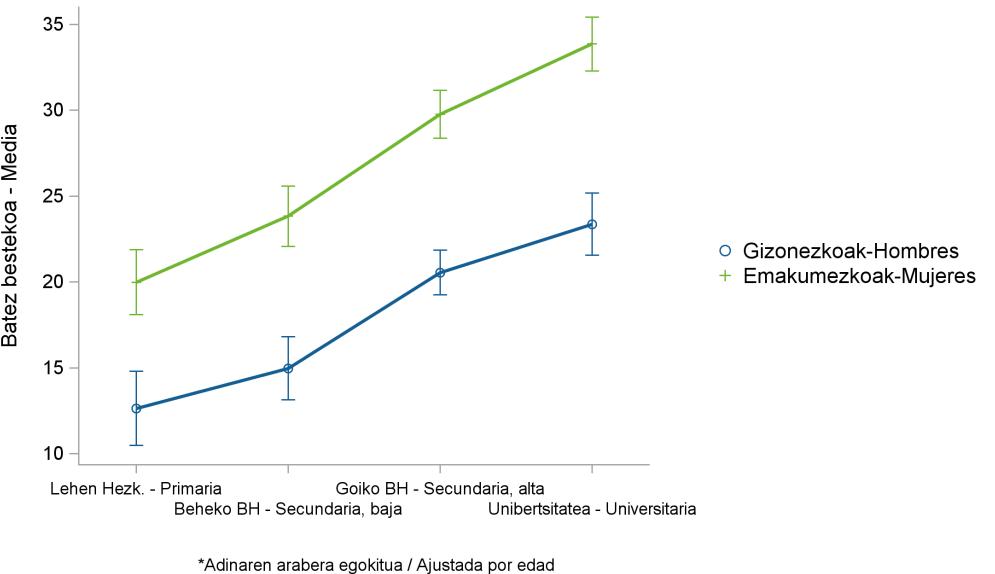
• FIGURA 41

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

FIGURA 41

Etxeko eta zainketa lanaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por nivel de estudios,
2023

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



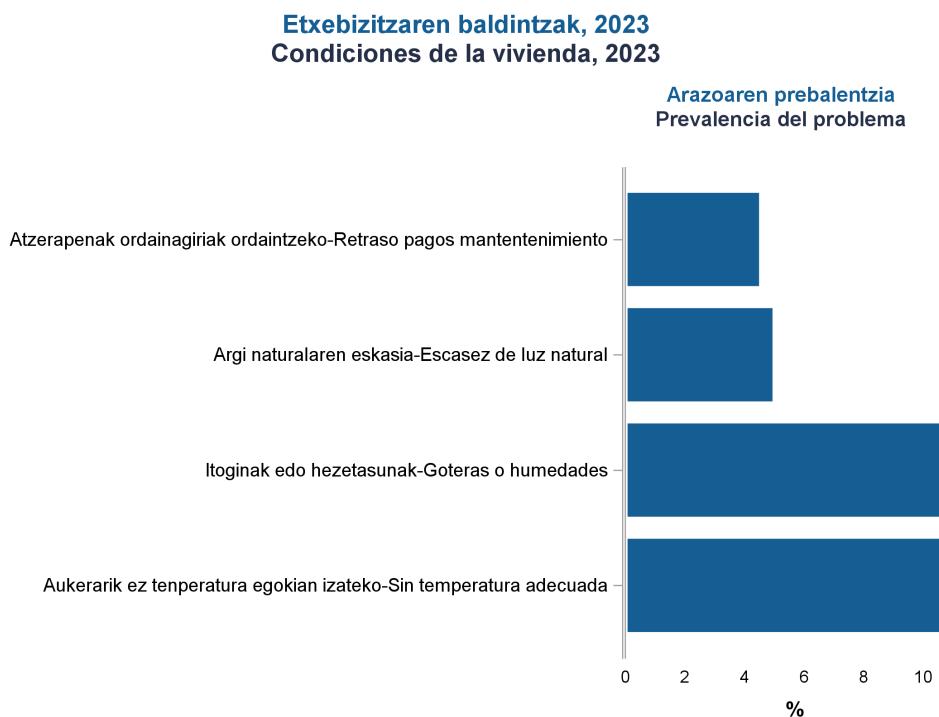
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

IV. Entorno y condiciones de la vivienda

FIGURA 42



• FIGURA 42

En lo que respecta a las condiciones de la vivienda, 11% de los hogares entrevistados afirma tener goteras y/o humedades y no poder mantener su vivienda a una temperatura adecuada. El 5,0% confirma que no tiene suficiente luz natural y el 4,6% afirma tener retrasos en el pago de facturas de mantenimiento.

• FIGURA 43

El problema más frecuente relativo al entorno de la vivienda es la molestia por ruido (8,1%), seguido de la escasez de zonas verdes (6,8%) y la delincuencia (5,4%).

FIGURA 43



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

A) Condiciones de vida y trabajo

IV. Entorno y condiciones de la vivienda

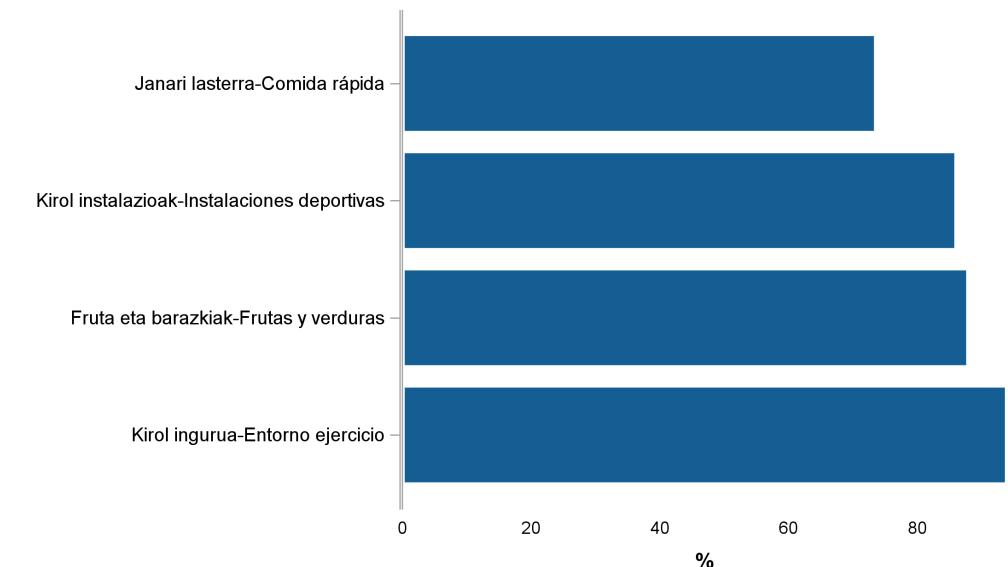
• FIGURA 44

El 94,0% de las personas afirma tener un lugar adecuado para la práctica de ejercicio físico en el entorno de su vivienda: más del 86% dispone de instalaciones deportivas. En cuanto a los recursos de alimentación, el 88,0% disponen de establecimientos donde comprar fruta y verdura y más del 73% manifiesta tener acceso a establecimientos de comida rápida.

FIGURA 44

Etxebizitzaren inguruaren baliabideak, 2023
Recursos en el entorno de la vivienda, 2023

Baliabideen prebalentzia
Prevalencia de recursos



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

• FIGURA 45

En el 2023 se aprecia que la prevalencia de falta de apoyo social vuelve a valores similares a los de 2013 y 2007 tanto en hombres como en mujeres. La falta de apoyo confidencial es 0,1 punto porcentual mayor en los hombres que en las mujeres (10,7% frente a 10,6%), mientras que, en el caso de la falta de apoyo afectivo, es en las mujeres mayor que en los hombres en la misma proporción que el anterior (9,2% frente a 9,1%).

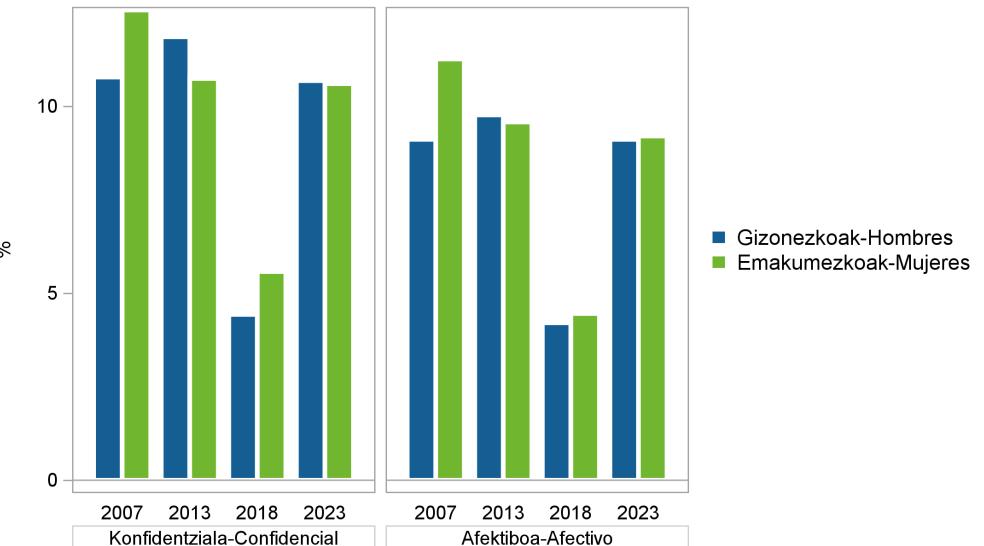
FIGURA 45

Gizarte-laguntzaren bilakaera, 2007-2023

Evolución del apoyo social, 2007-2023

Gizarte-laguntzaren gabeziaren prebalentzia*

Prevalencia de falta de apoyo social*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

• FIGURA 46

A diferencia de lo que ocurría en ediciones anteriores, la falta de apoyo social entre las mujeres no se relaciona de forma clara con la edad. Respecto a 2018, todos los grupos de edad han empeorado tanto en apoyo social como en apoyo afectivo

• FIGURA 47

Del mismo modo entre los hombres, la falta de apoyo social no se relaciona de forma clara con la edad.

FIGURA 46

Gizarte-laguntzaren bilakaera adinaren arabera emakumezkoetan, 2007-2023
Evolución del apoyo social según la edad en las mujeres, 2007-2023

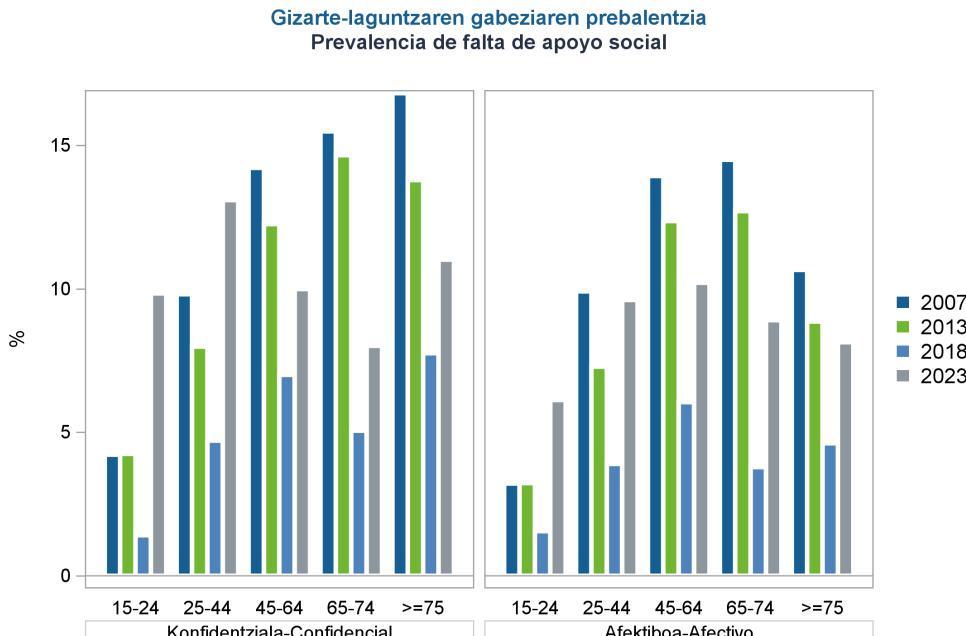
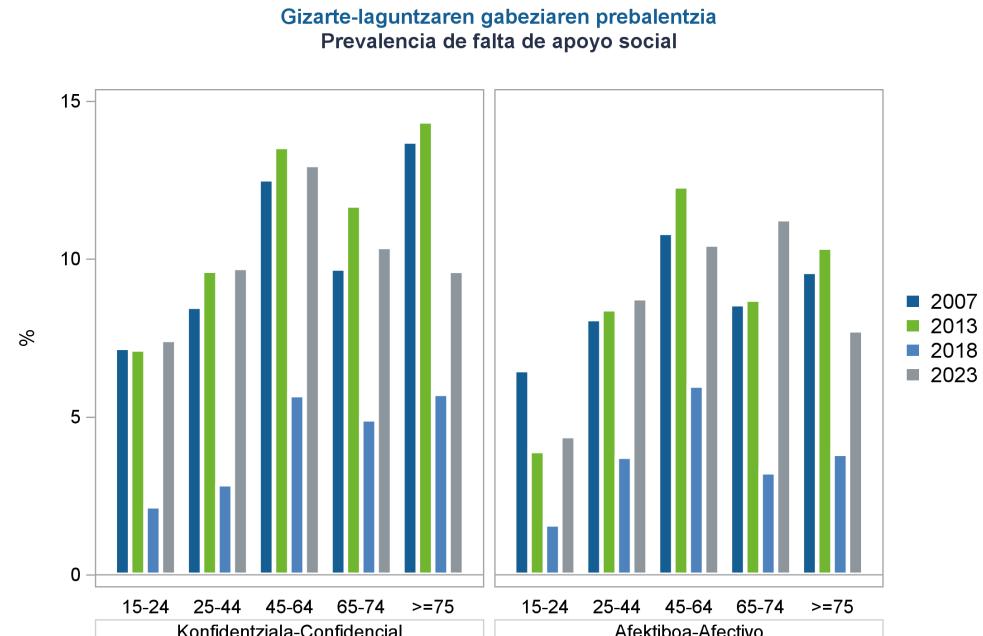


FIGURA 47

Gizarte-laguntzaren bilakaera adinaren arabera gizonezkoetan, 2007-2023
Evolución del apoyo social según la edad en los hombres, 2007-2023



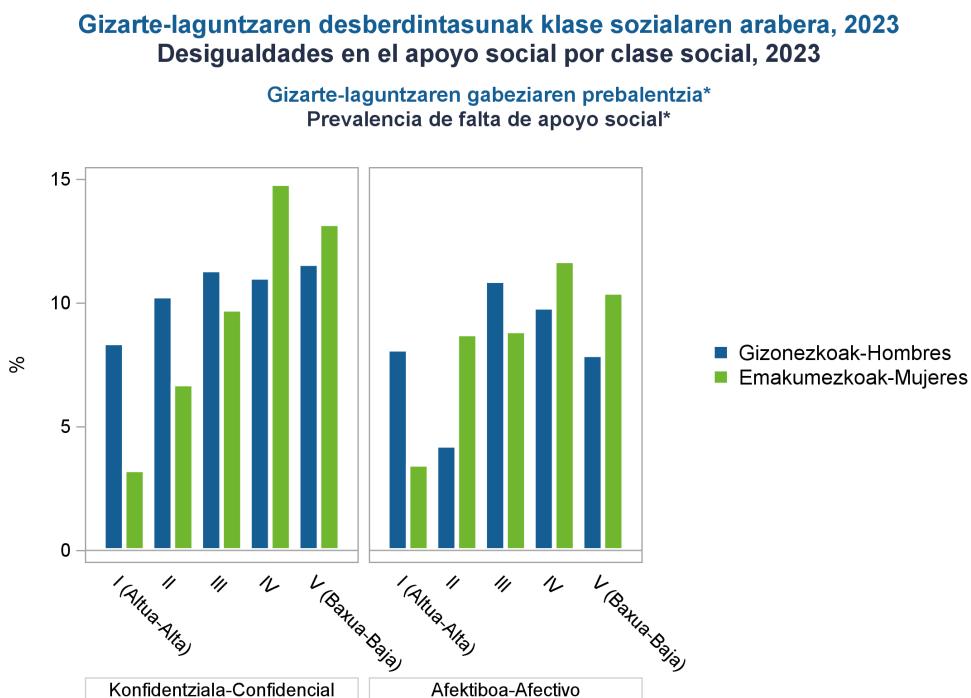
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

B) Factores psicosociales

I. Apoyo social

FIGURA 48



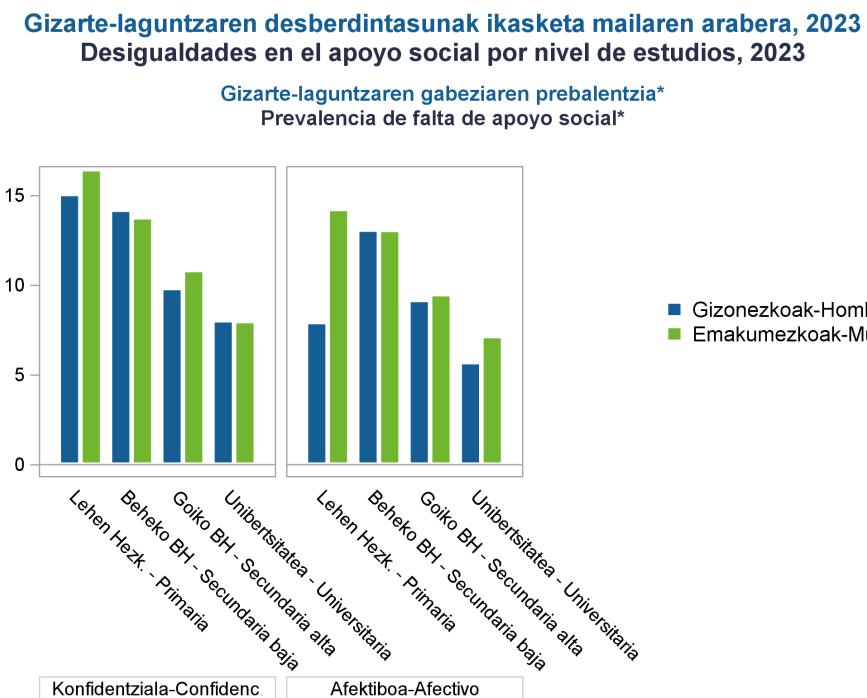
• FIGURA 48

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

• FIGURA 49

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 49



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

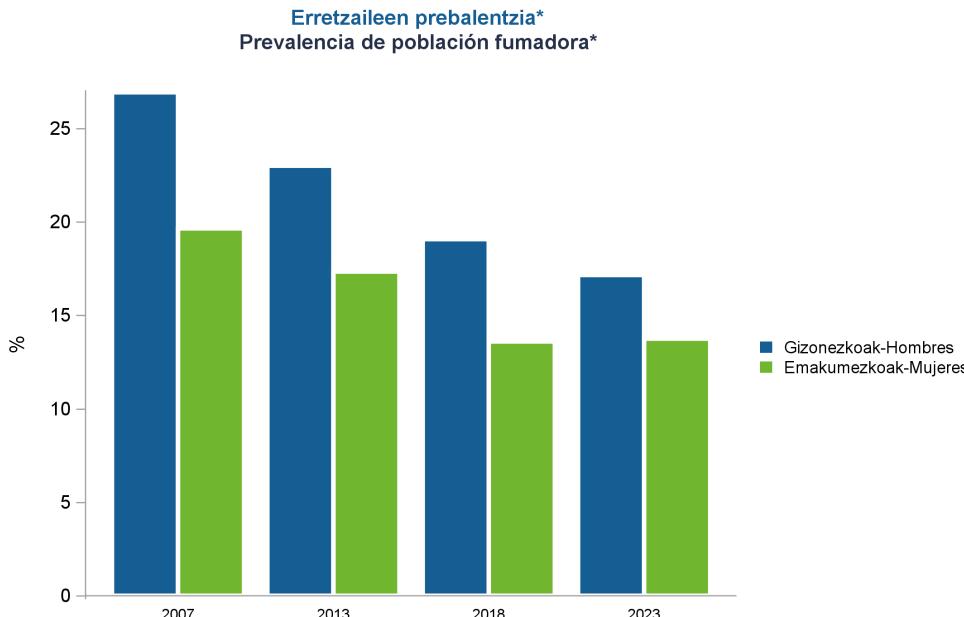
DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

I. Consumo de tabaco

FIGURA 50

Tabakoaren kontsumoaren bilakaera, 2007-2023
Evolución del consumo de tabaco, 2007-2023



• FIGURA 50

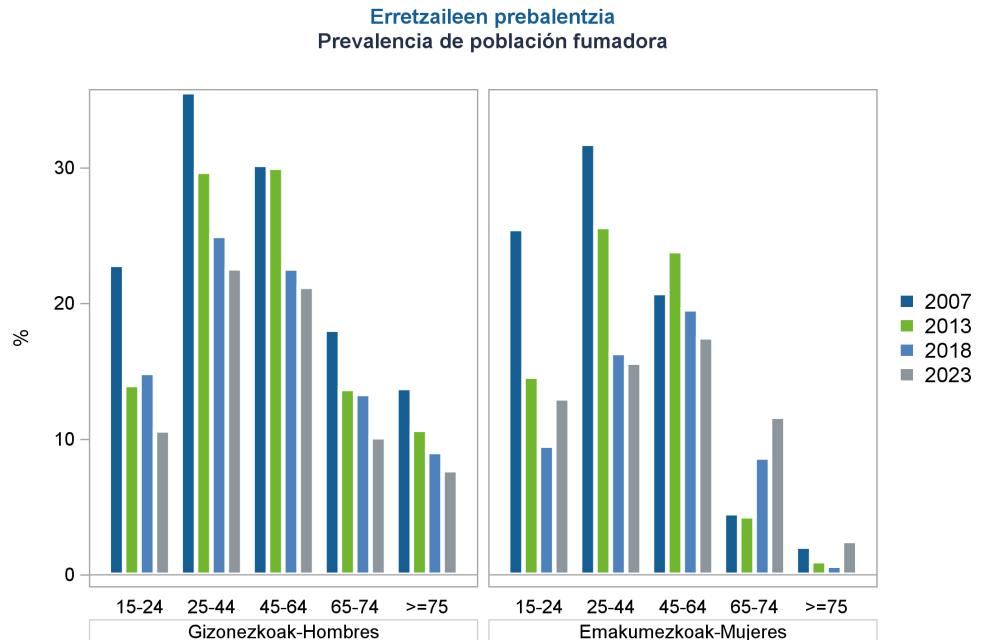
El consumo de tabaco ha disminuido de forma continuada en hombres desde 2007. La caída acumulada en la prevalencia de consumo de tabaco entre 2007 y 2023 ha sido más intensa en hombres que en mujeres, pero la prevalencia de tabaquismo sigue siendo superior en hombres (17,2%) que en mujeres (13,8%).

• FIGURA 51

Al analizar el cambio entre 2023 y 2018 por grupos de edad, el consumo de tabaco en las mujeres ha disminuido sólo en los grupos de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64. En los hombres el consumo de tabaco en el 2023 se reduce respecto a 2018 para todos los grupos de edad, registrándose los niveles más bajos desde 2007.

FIGURA 51

Tabakoaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2007-2023
Evolución del consumo de tabaco según la edad, 2007-2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

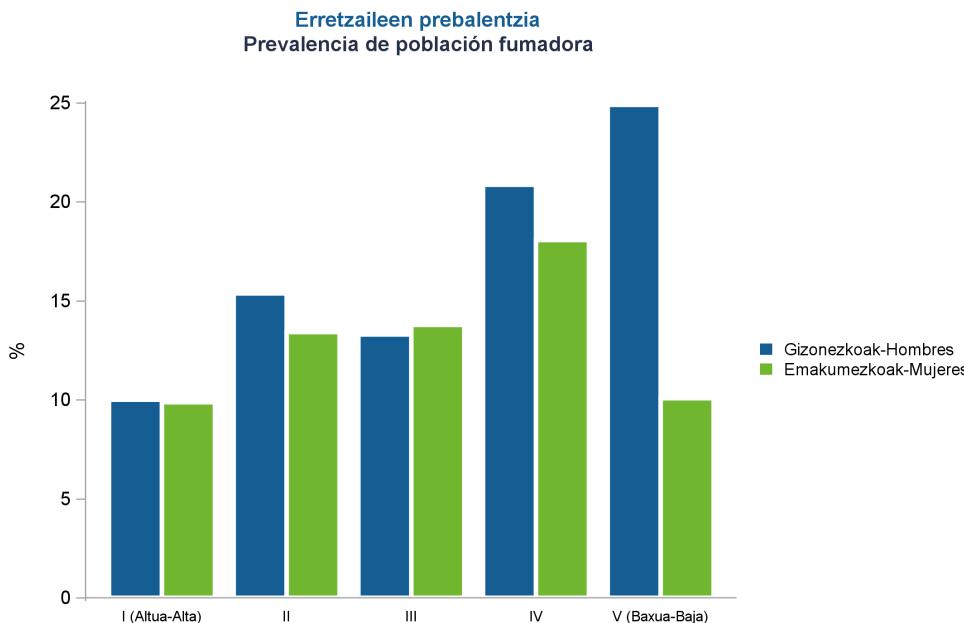
DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

I. Consumo de tabaco

FIGURA 52

Tabakoaren kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en el consumo de tabaco por clase social, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 52

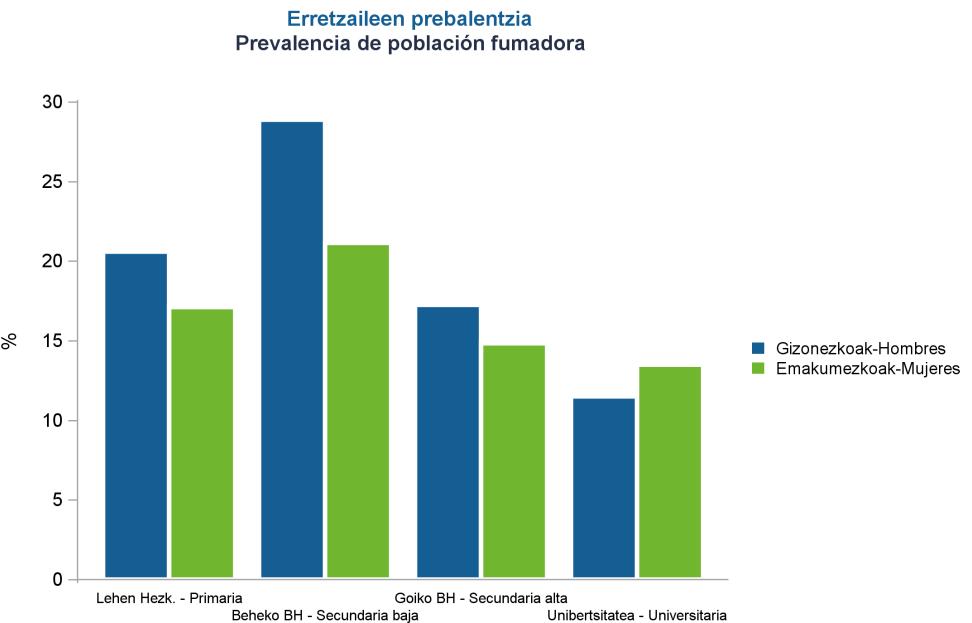
El consumo de tabaco en hombres aumenta según desciende la clase social. En las mujeres no se observa una relación entre el consumo de tabaco y la clase social.

• FIGURA 53

El consumo de tabaco tanto en hombres como en mujeres es menor en los estudios superiores.

FIGURA 53

Tabakoaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en el consumo de tabaco por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

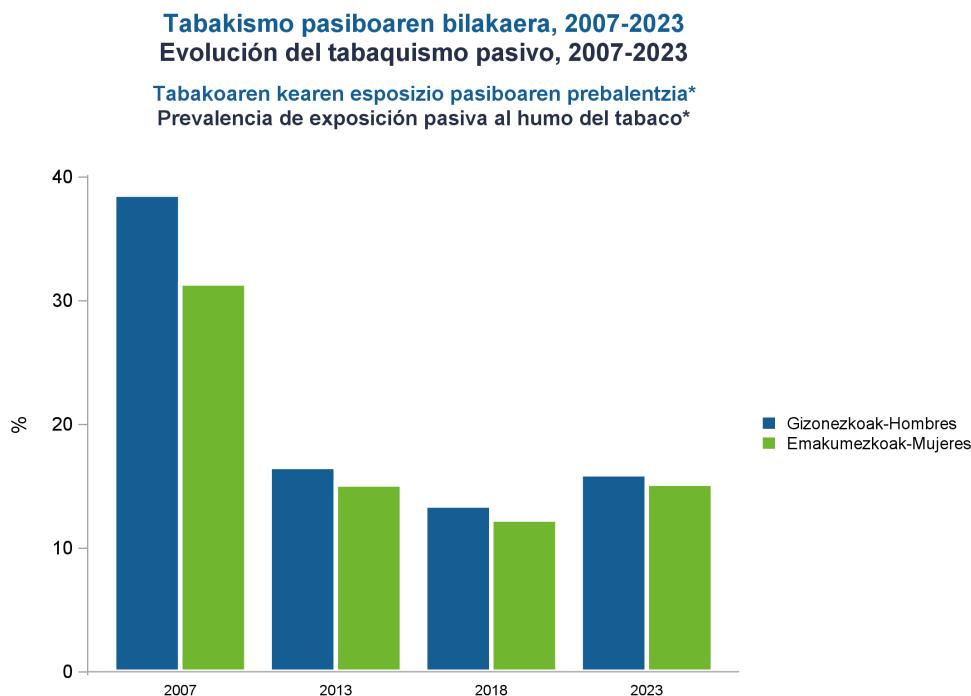
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

II. Tabaquismo pasivo

FIGURA 54



• FIGURA 54

La exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) ha aumentado respecto al 2018, tomando valores similares a los de 2013, un 15,2% en las mujeres y un 16,0% en los hombres. Entre sexos, persiste una mayor exposición en los hombres que en las mujeres.

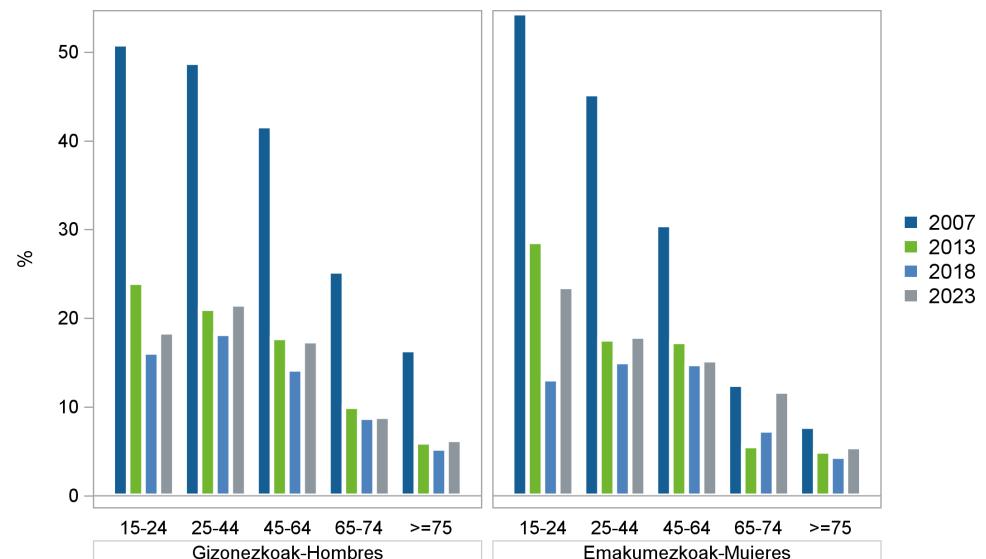
• FIGURA 55

Por grupos de edad, a menor edad mayor exposición pasiva al humo de tabaco tanto en mujeres como en hombres.

FIGURA 55

Tabakismo pasiboaren bilakaera adinaren arabera, 2007-2023
Evolución del tabaquismo pasivo según la edad, 2007-2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

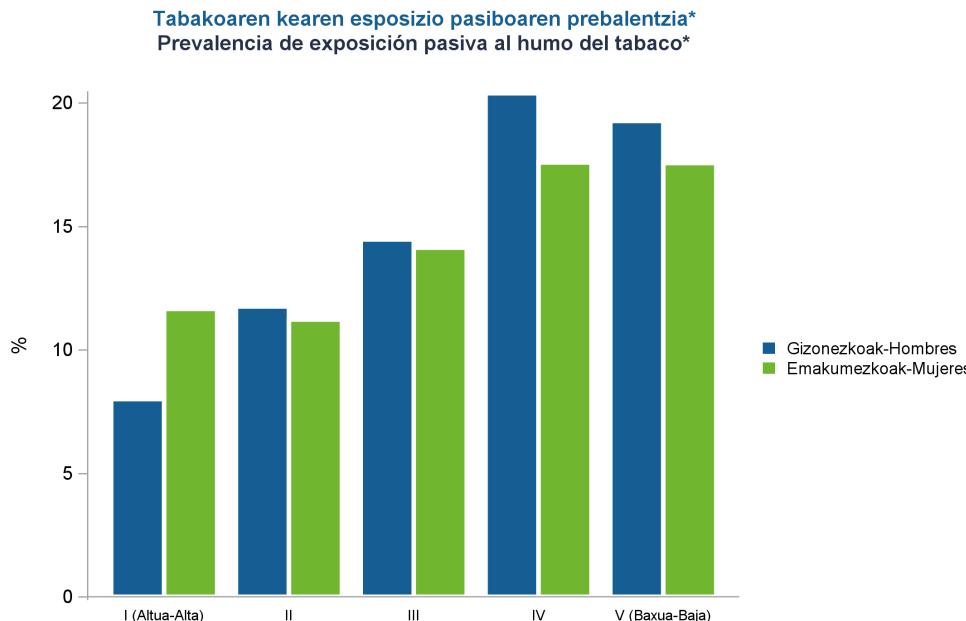
DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

II. Tabaquismo pasivo

FIGURA 56

Tabakismo pasiboaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en el tabaquismo pasivo por clase social, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 56

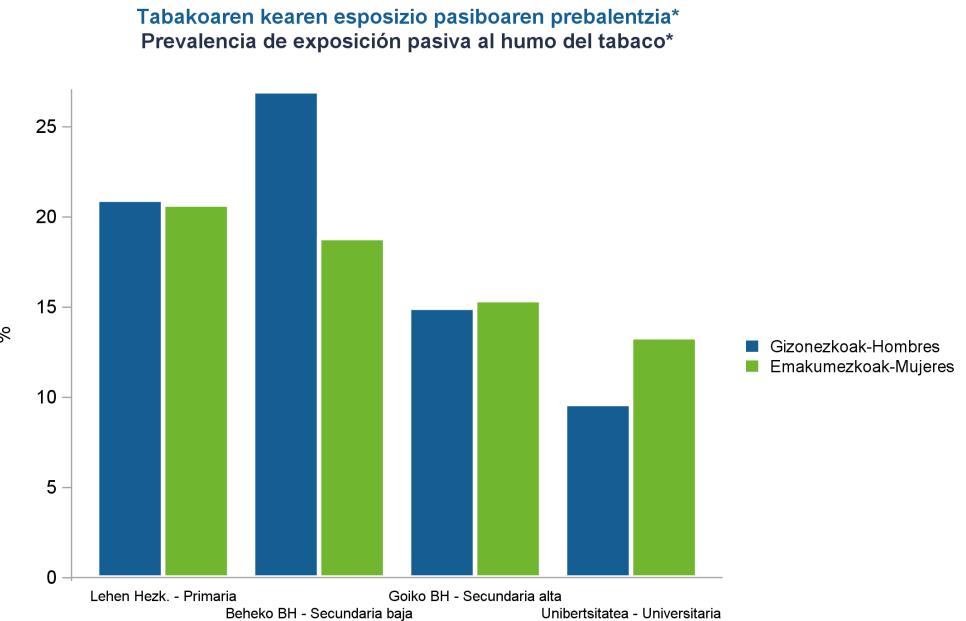
En los grupos socioeconómicos más bajos, para ambos性, la exposición pasiva del tabaco es mayor que los más altos. En los hombres la mayor prevalencia se da en el grupo IV (20,4%) y en las mujeres en el grupo IV y V (17,6%). Los valores mínimos se alcanzan en el grupo I de los hombres (8,0%) y grupo II de las mujeres (11,2%).

• FIGURA 57

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

FIGURA 57

Tabakismo pasiboaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en el tabaquismo pasivo por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

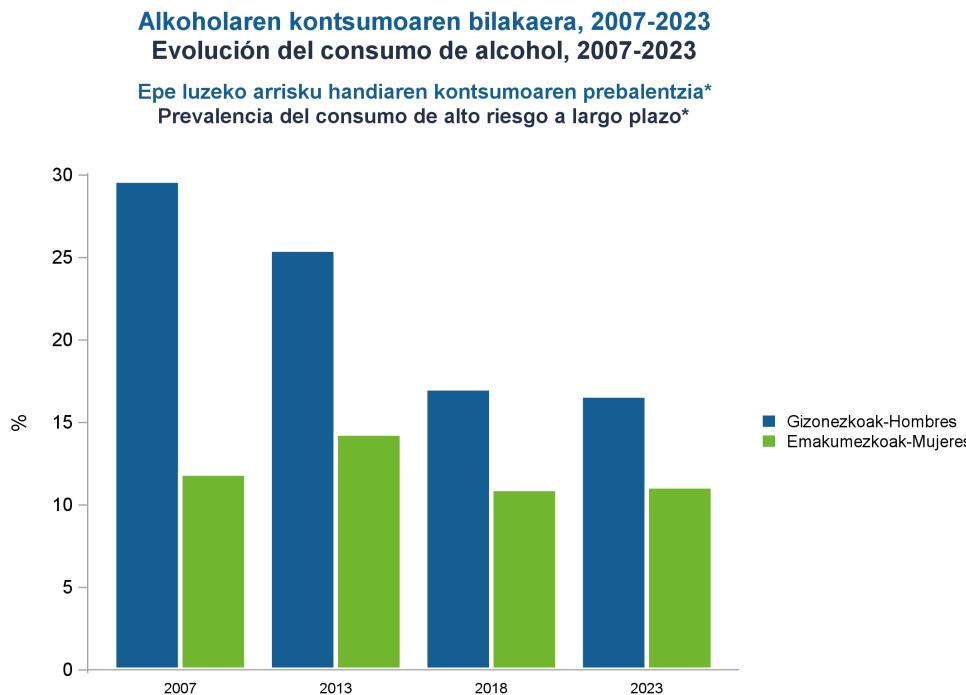
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

FIGURA 58



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

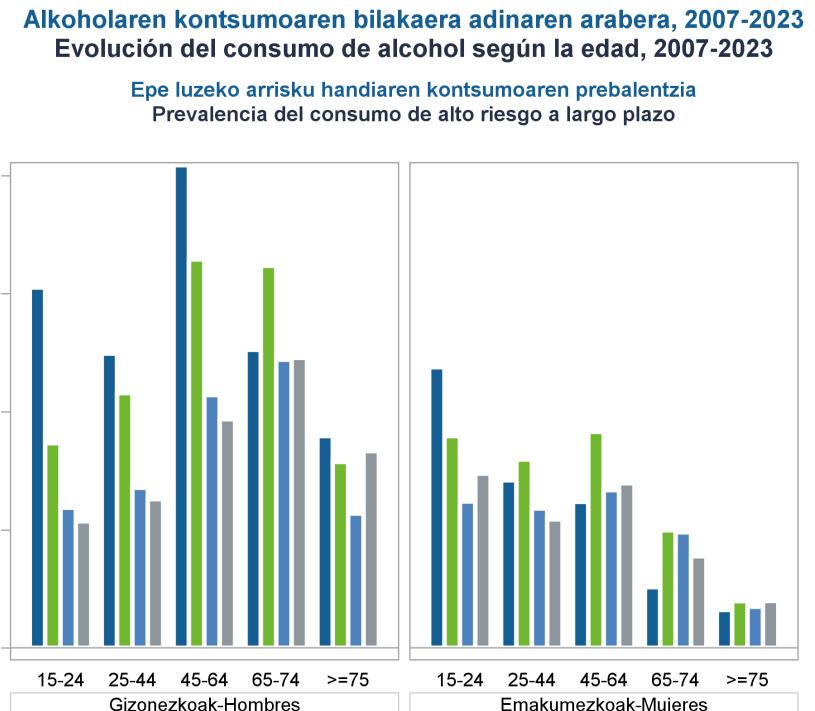
• FIGURA 58

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 2023 la prevalencia apenas ha cambiado respecto a 2018 situándose en un 16,6% en los hombres y en un 11,1% en las mujeres.

• FIGURA 59

Respecto a la edad, en las mujeres son las mayores de 65 las que menor consumo de alto riesgo muestran. En los hombres, sin embargo, son los grupos más jóvenes los que tienen menor consumo de alcohol de alto riesgo. Es reseñable que las mujeres menores de 45 años presentan valores similares e incluso peores a los hombres.

FIGURA 59



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

• FIGURA 60

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

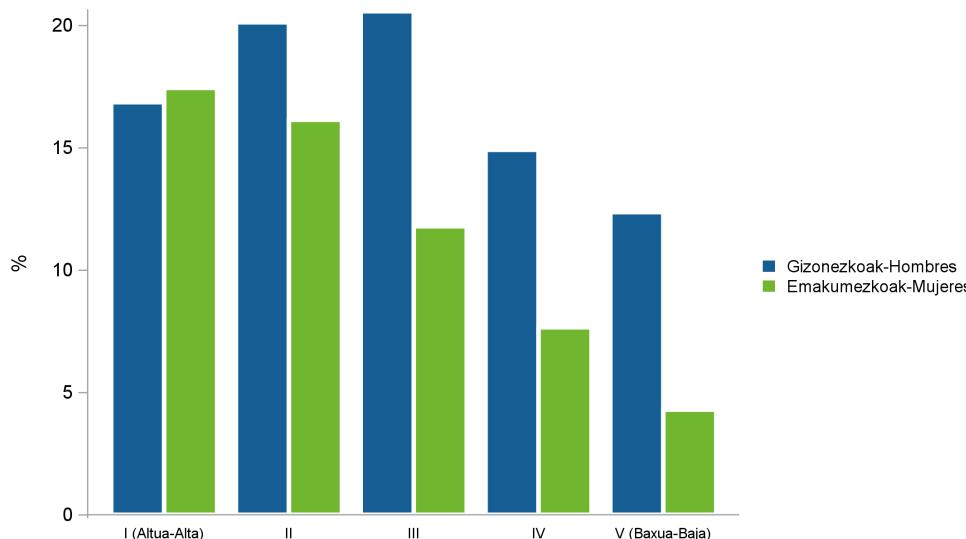
• FIGURA 61

De manera similar, el consumo de alcohol de alto riesgo aumenta con el nivel de estudios. Existe una brecha en el consumo de riesgo entre sexos.

FIGURA 60

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en el consumo de alcohol por clase social, 2023

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

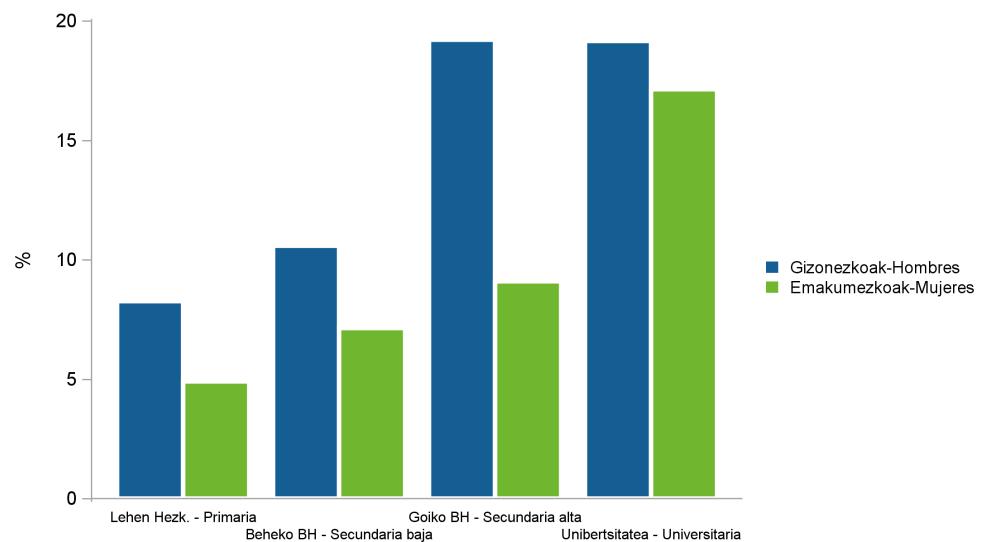


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

FIGURA 61

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en el consumo de alcohol por nivel de estudios, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

III. Consumo de alcohol

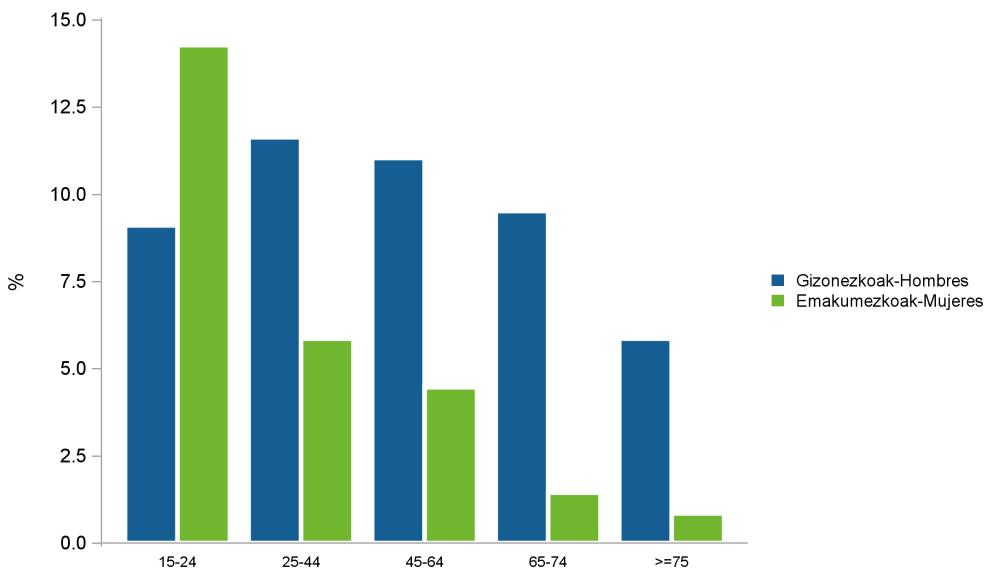
• FIGURA 62

El 9,1% de los hombres y el 14,3% de mujeres entre 15 y 24 años consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes. Este tipo de consumo es mucho mayor en hombres que en mujeres a partir de los 25 años. En las mujeres a partir de los 25 años el consumo se reduce de forma progresiva; en los hombres el descenso se registra a partir de los 45.

FIGURA 62

Alkoholaren kontsumo trinkoa adinaren arabera, 2023
Consumo intensivo de alcohol según la edad, 2023

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



05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

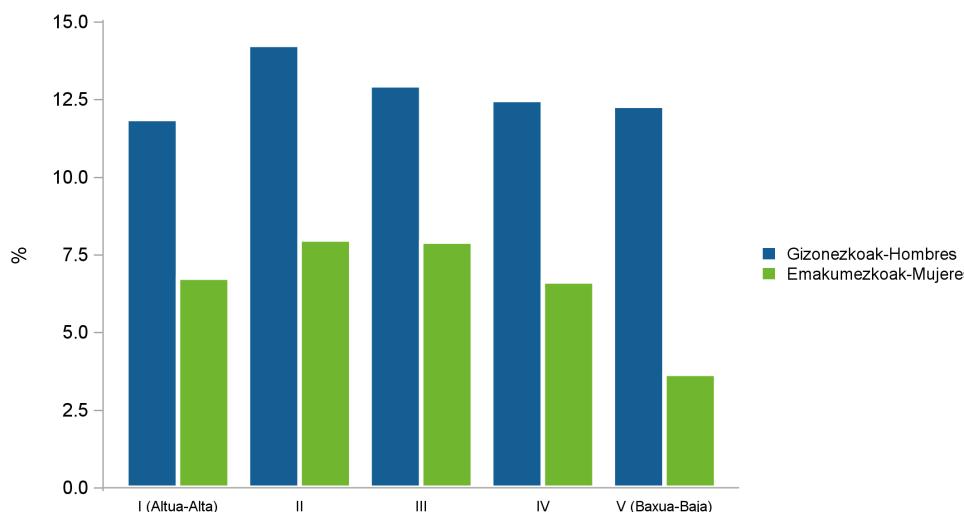
III. Consumo de alcohol

FIGURA 63

Alcoholare kontsumo trinkoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en el consumo intensivo de alcohol por clase social, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 63

El consumo intensivo de alcohol mensual o más frecuente no muestra un patrón claro respecto a la clase social. La brecha para todas las clases sociales, entre hombres y mujeres para este tipo de consumo es elevada, alcanzado en las clases más bajas más del triple.

• FIGURA 64

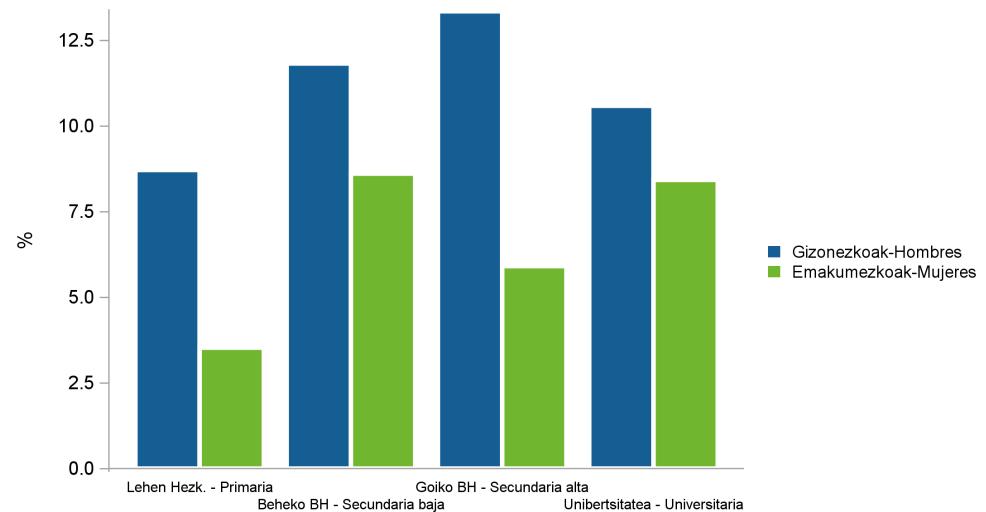
No existe una relación clara entre el nivel de estudios y el consumo intensivo mensual o más frecuente.

FIGURA 64

Alcoholare kontsumo trinkoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en el consumo intensivo de alcohol por nivel de estudios, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

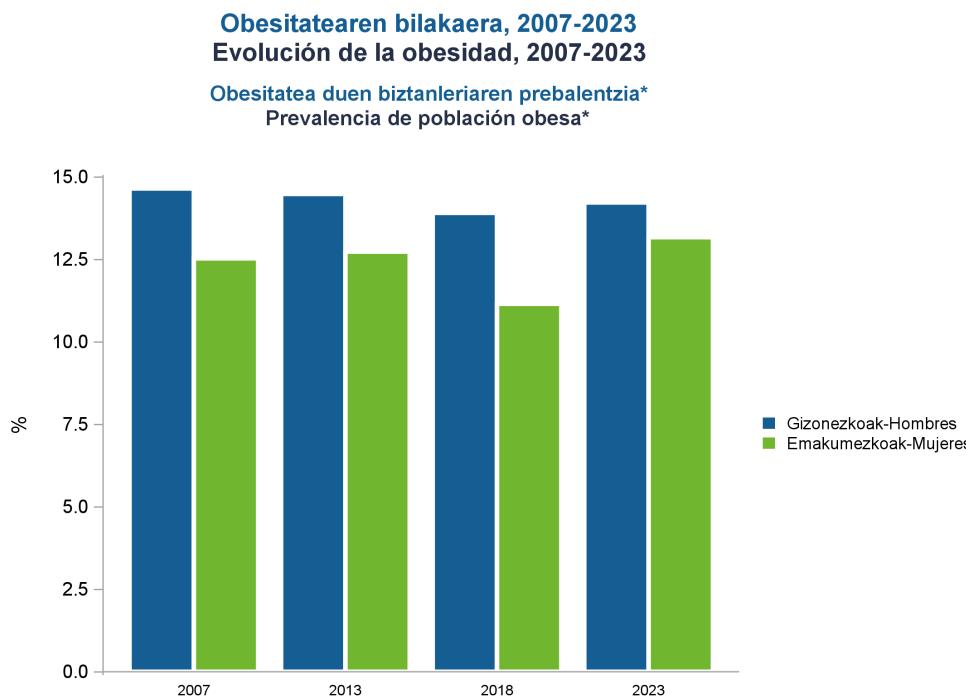
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

IV. Peso corporal

FIGURA 65



• FIGURA 65

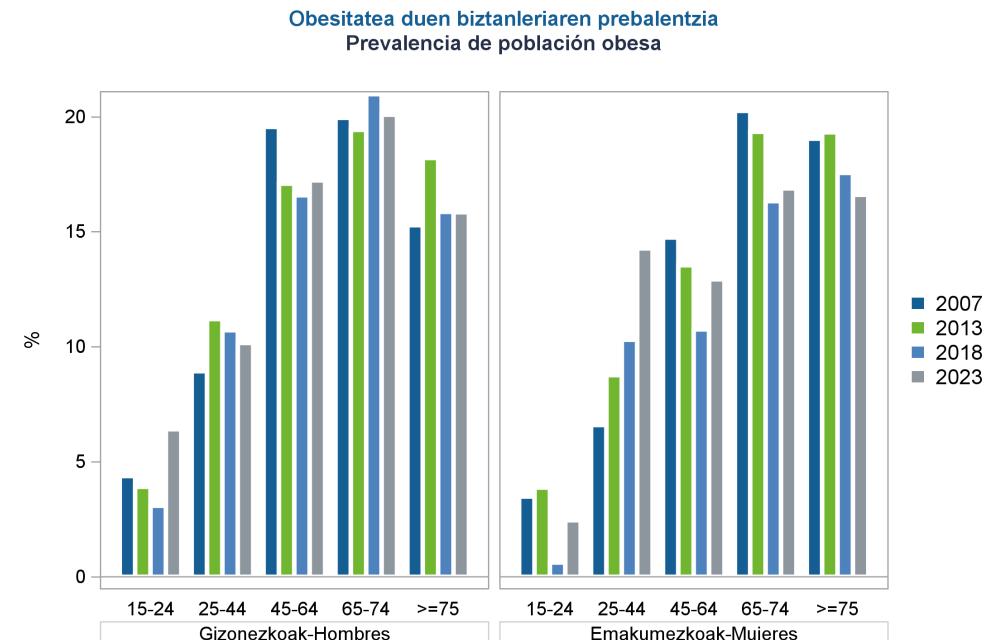
La prevalencia de obesidad en hombres se mantiene en niveles similares a ediciones anteriores. En las mujeres un 13,2% sufre obesidad y en los hombres un 14,2%.

• FIGURA 66

La prevalencia de personas con obesidad aumenta con la edad tanto en las mujeres como en los hombres, aunque en estos últimos se da un descenso en el grupo de edad de 75 o más años.

FIGURA 66

Obesitatearen bilakaera adinaren arabera, 2007-2023
Evolución la obesidad según la edad, 2007-2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



05

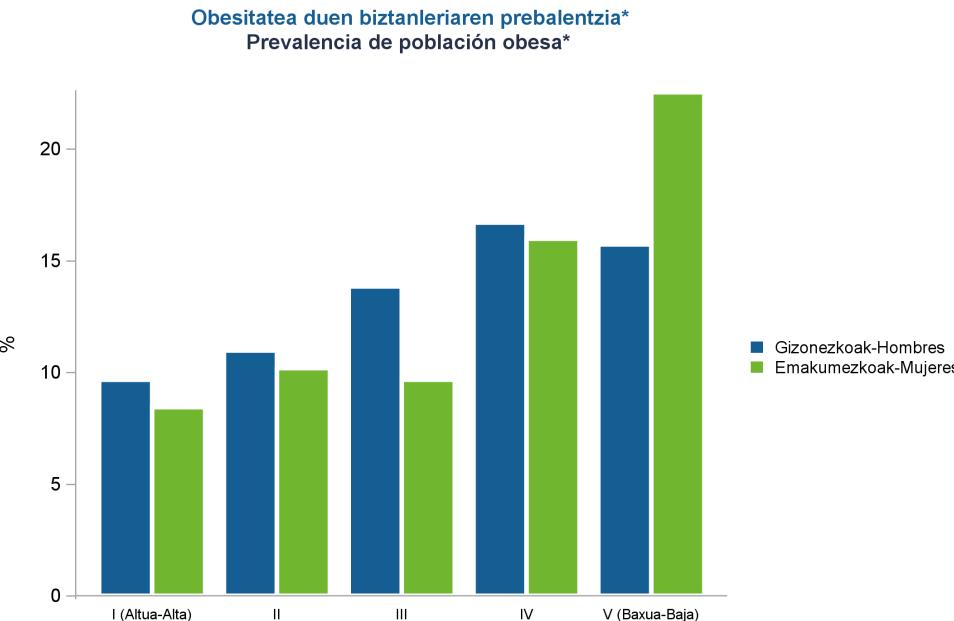
DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

IV. Peso corporal

FIGURA 67

Obesitatearen desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la obesidad por clase social, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 67

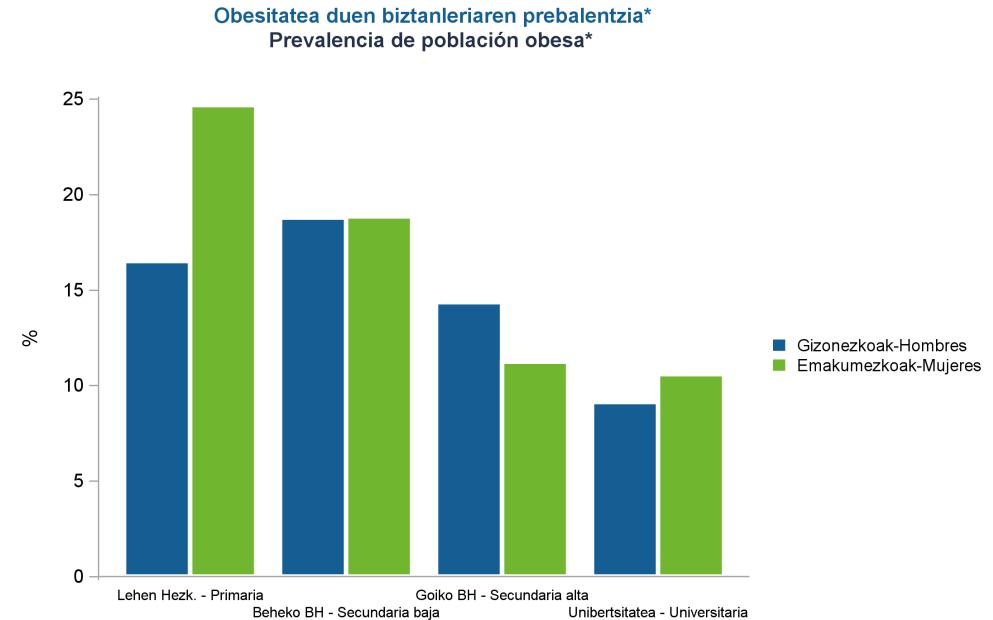
La obesidad aumenta según disminuye la clase social. Un 22,5% de las mujeres de clase social baja sufren obesidad frente al 8,4% de la clase social más alta.

• FIGURA 68

La obesidad aumenta al disminuir el nivel de estudios. El 16,5% de los hombres y el 24,7% de las mujeres con estudios primarios son obesos frente al 9,1% de los hombres y el 10,6% de las mujeres con estudios universitarios.

FIGURA 68

Obesitatearen desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la obesidad por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

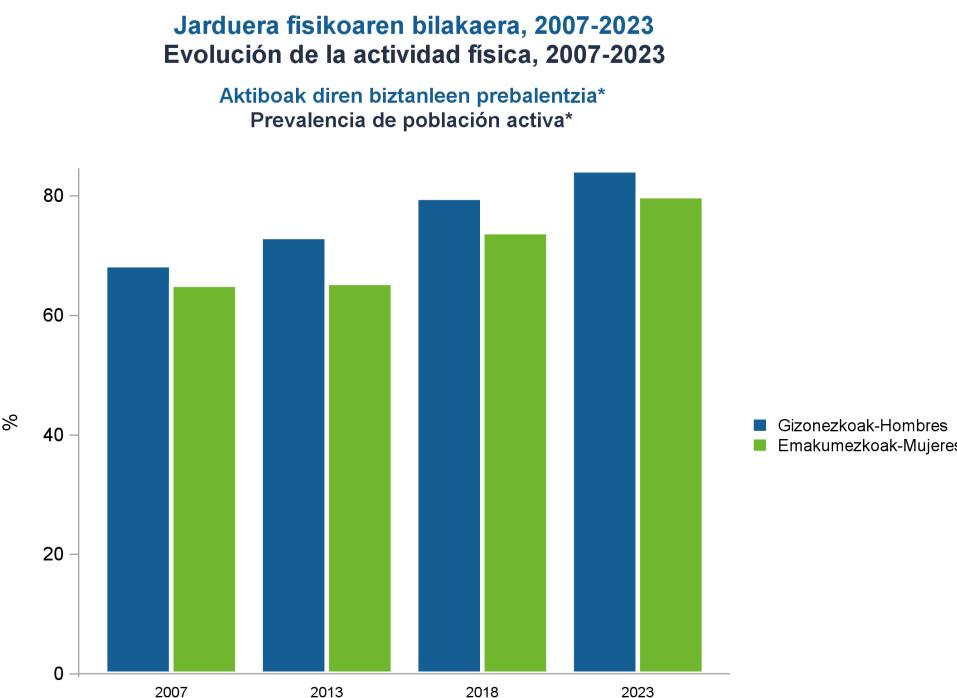
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

V. Actividad física

FIGURA 69



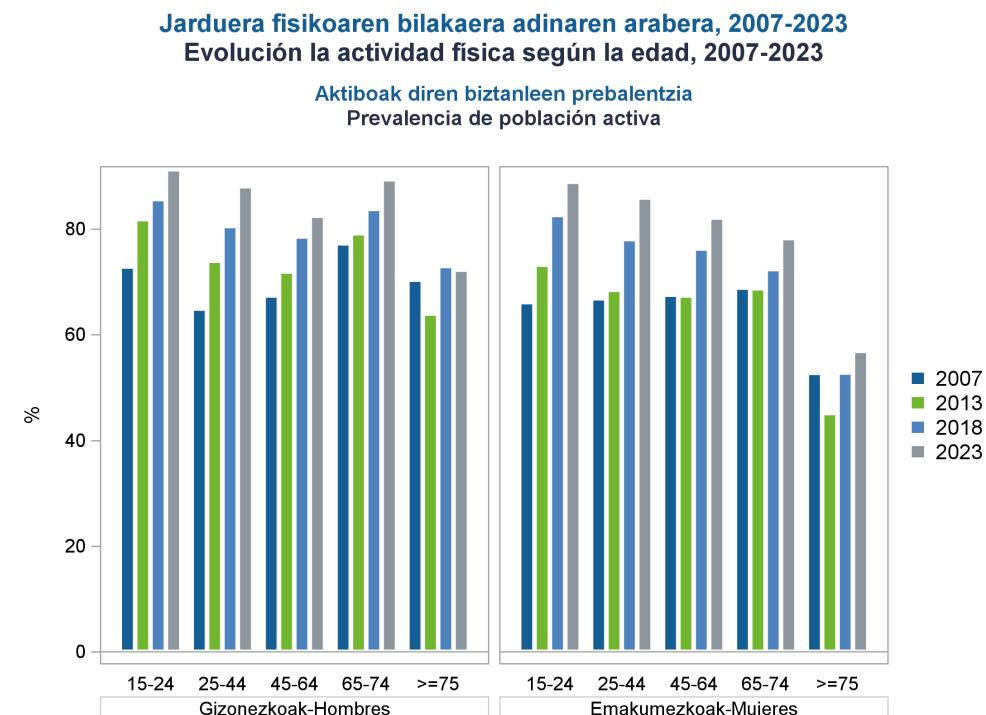
• FIGURA 69

La prevalencia de hombres activos ha aumentado de un 79,7% en 2018 a un 84,3% en el 2023; más aún ha crecido la prevalencia de mujeres activas, de un 73,9% a un 80,0%.

• FIGURA 70

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

FIGURA 70



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

DETERMINANTES DE LA SALUD

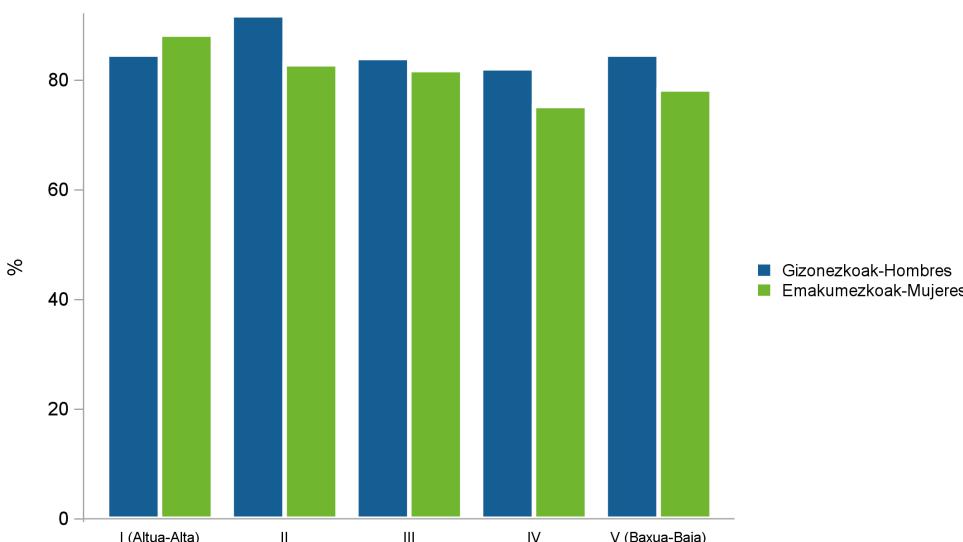
C) Conductas relacionadas con la salud

V. Actividad física

FIGURA 71

Jarduera fisikoaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en la actividad física por clase social, 2023

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*



• FIGURA 71

Entre las mujeres, la prevalencia de personas activas se incrementa al aumentar la clase social. El 78,3% de las mujeres del grupo V, el grupo más desfavorecido, son activas frente al 88,3% de las del grupo I, el más favorecido.

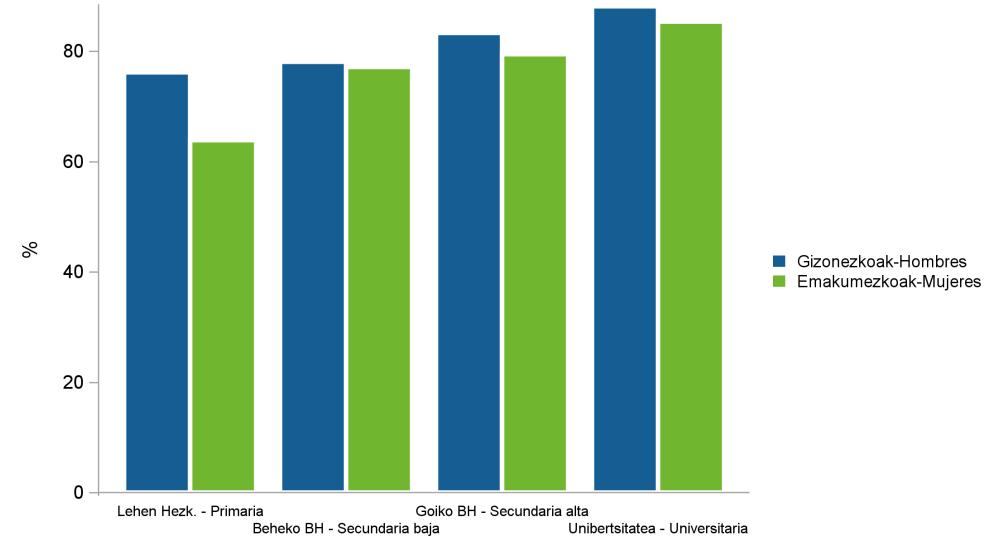
• FIGURA 72

La prevalencia de personas activas aumenta al mayor nivel de estudios, tanto en hombres como en mujeres, siendo las personas con estudios universitarios las más activas.

FIGURA 72

Jarduera fisikoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en la actividad física por nivel de estudios, 2023

Aktiboak diren biztanleen prebalentzia*
Prevalencia de población activa*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

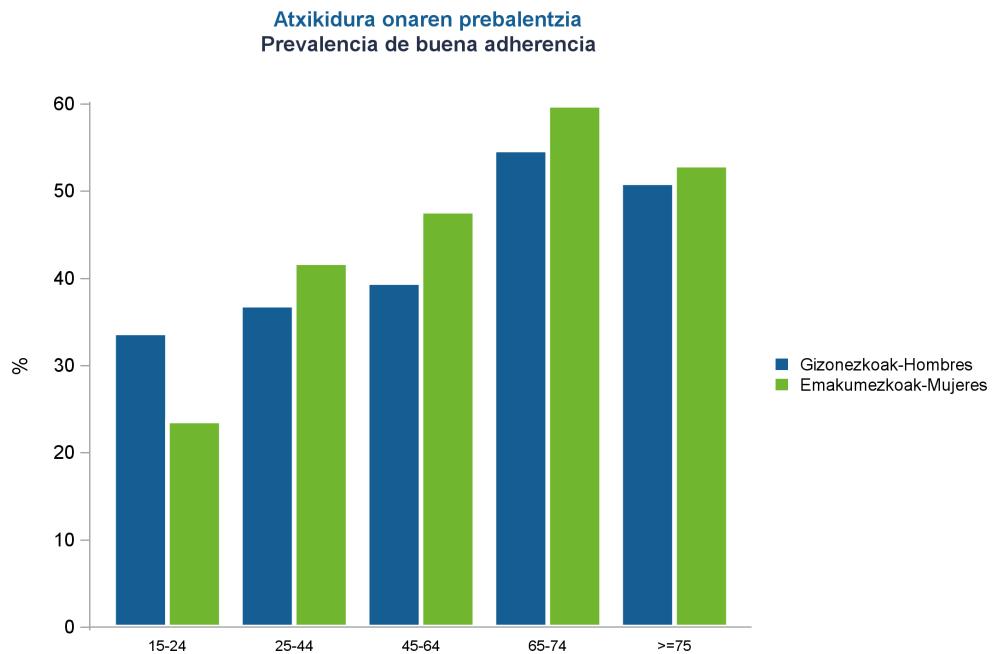
VI. Hábitos alimentarios

• FIGURA 73

Respecto a los hábitos alimentarios de la población vasca, en 2023 un 45,7% de las mujeres y un 41,5% de los hombres tienen una buena adherencia a la dieta mediterránea. A mayor edad aumenta la prevalencia de buena adherencia, menos en las personas de 75 o más años.

FIGURA 73

Dieta mediterraneoarekiko atxikidura adinaren arabera, 2023
Adherencia a la dieta mediterránea según la edad, 2023



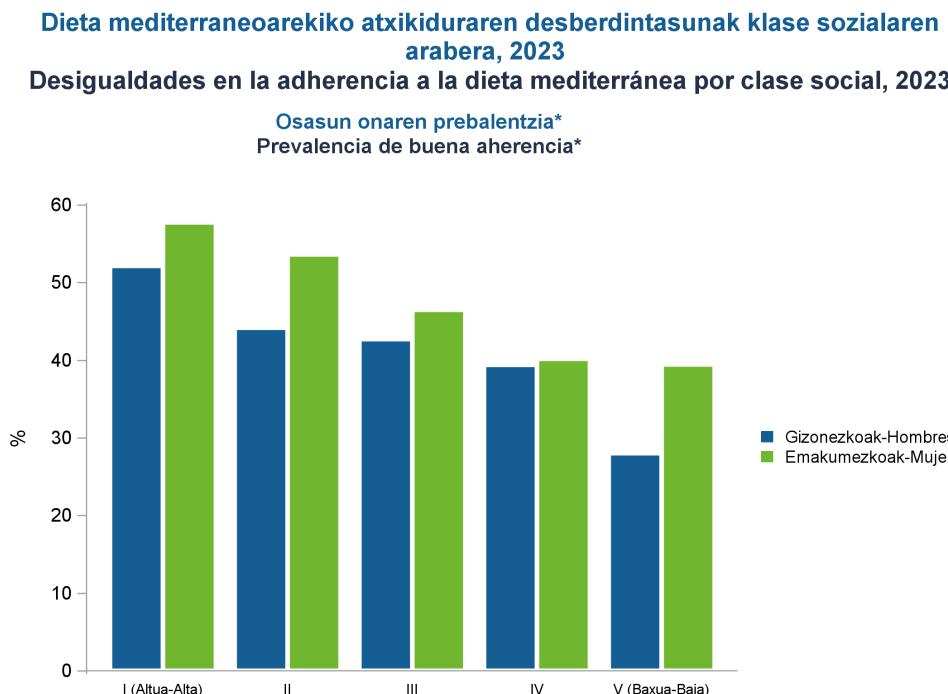
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VI. Hábitos alimentarios

FIGURA 74



• FIGURA 74

En relación a los hábitos alimentarios saludables, existe un claro gradiente social respecto a la adherencia a la dieta mediterránea. Las personas de los grupos socioeconómicos más bajos muestran peor adherencia a la dieta mediterránea.

• FIGURA 75

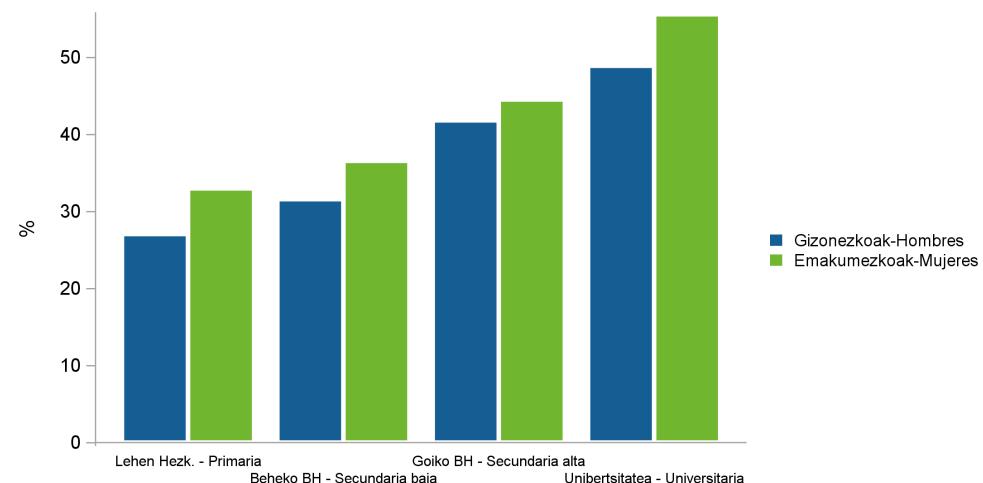
Existe una relación entre el nivel de estudios y la adherencia a la dieta mediterránea. Las personas de ambos sexos con estudios universitarios muestran una prevalencia mayor 48,9% en hombres y 55,6% en mujeres, frente a los de estudios primarios: 27,1% y 33,0% respectivamente.

FIGURA 75

Dieta mediterraneoarekiko atxikiduraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en la adherencia a la dieta mediterránea por nivel de estudios, 2023

Atxikidura onaren prebalentzia
Prevalencia de buena adherencia*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

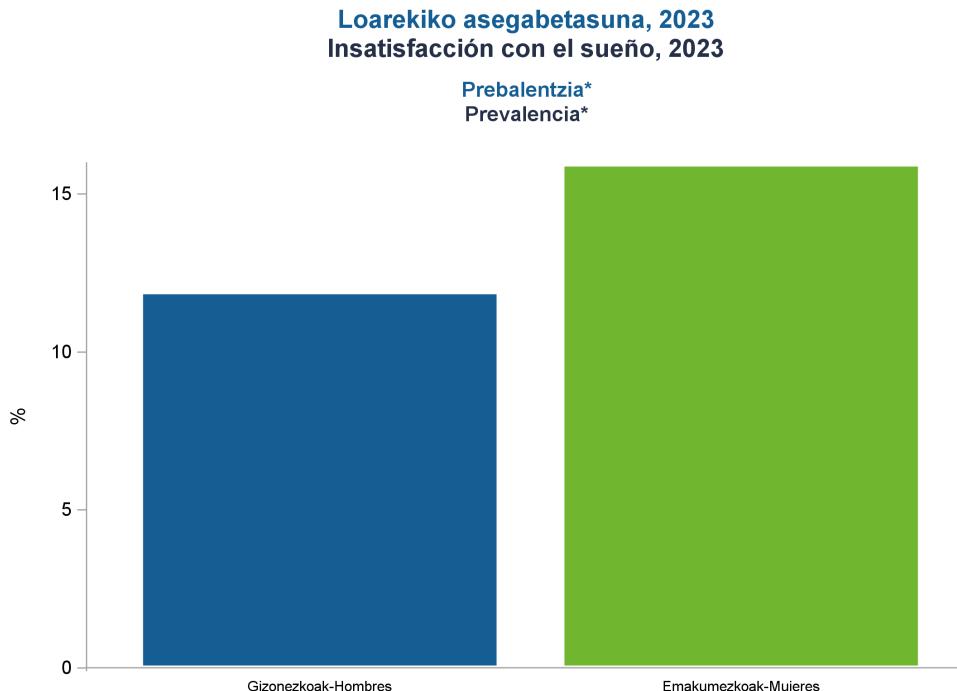
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VII. Sueño

FIGURA 76



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 76

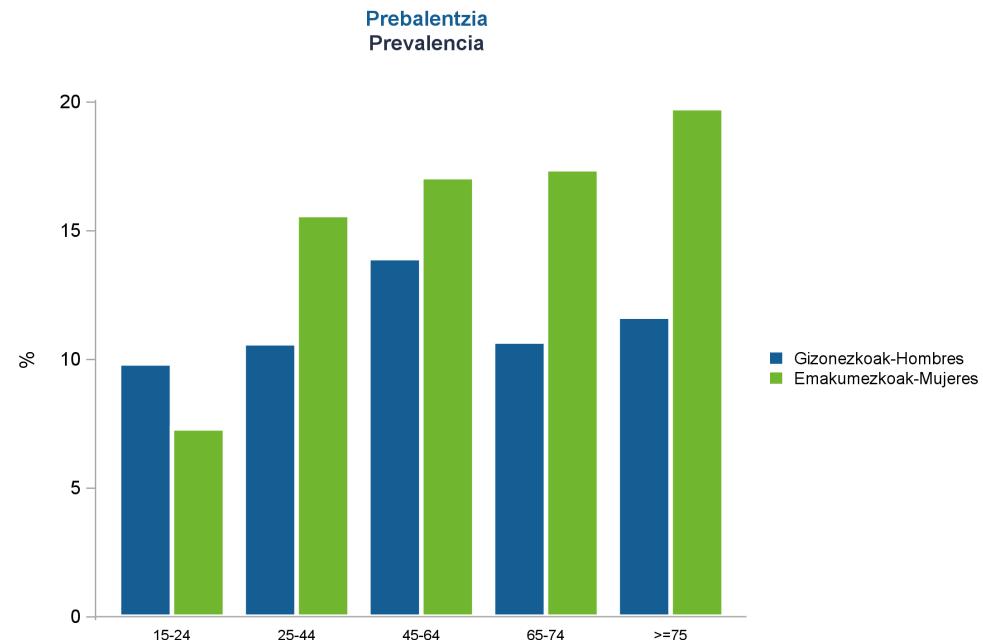
En 2023 la prevalencia de insatisfacción con el sueño es mayor en mujeres que en hombres: el 15,9% de las mujeres frente al 11,9% de los hombres.

• FIGURA 77

La prevalencia de insatisfacción con el sueño de las mujeres aumenta conforme aumenta la edad. Las mujeres muestran más insatisfacción con el sueño que los hombres en todos los grupos de edad, salvo en los de 15 a 24 años. En el caso de los hombres ésta se mantiene estable, en torno al 10%, salvo en el tramo de 45 a 64 años donde asciende a un 13,9%.

FIGURA 77

Loarekiko asegabetasuna adinaren arabera, 2023
Insatisfacción con el sueño según la edad, 2023



Gizonezkoak-Hombres
Emakumezkoak-Mujeres

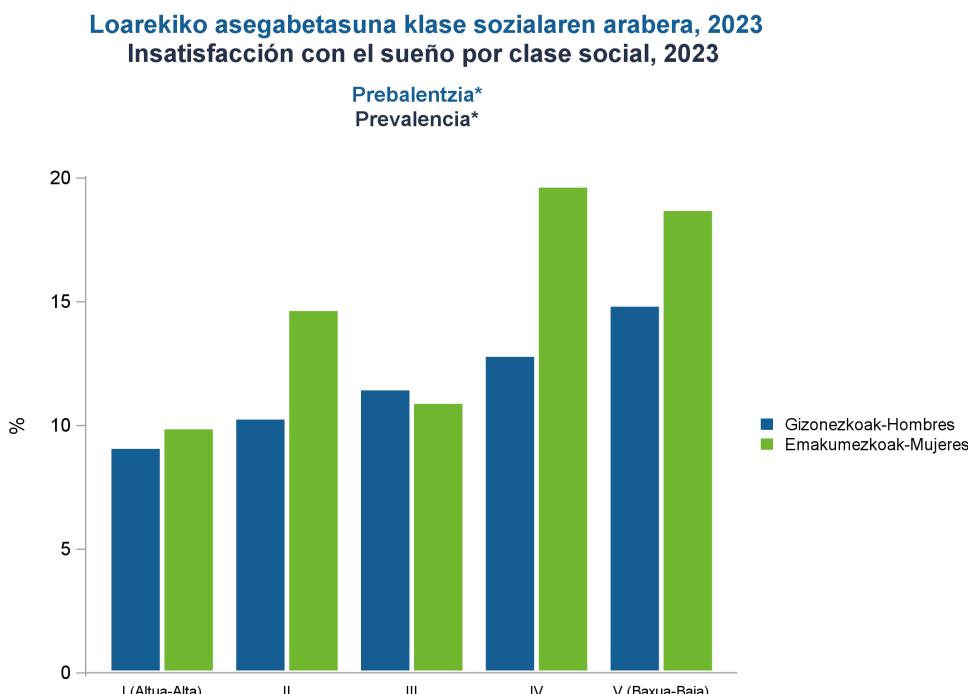
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VII. Sueño

FIGURA 78



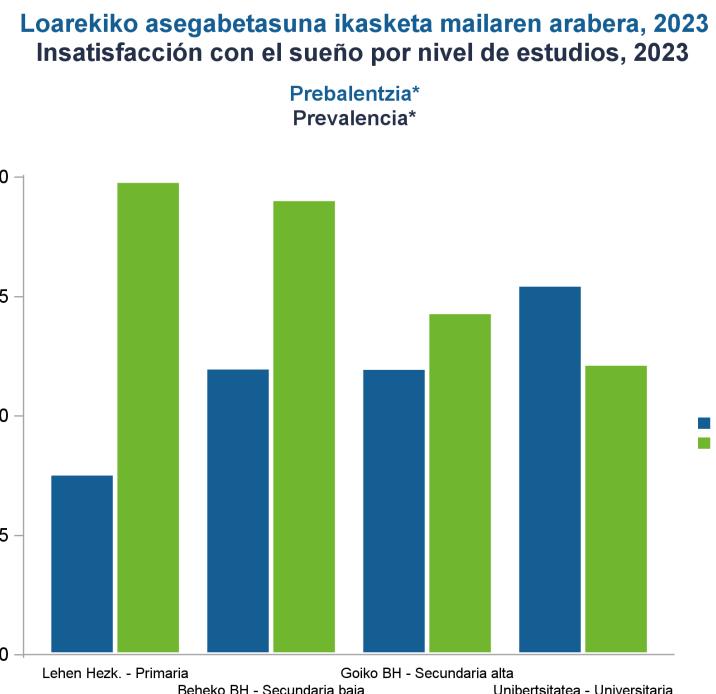
• FIGURA 78

La insatisfacción con el sueño es en general mayor cuanto menor es la clase social.

• FIGURA 79

Respecto al nivel de estudios, parece que hay un efecto inverso en la prevalencia de insatisfacción con el sueño por sexo. En los hombres, a mayor nivel educativo mayor insatisfacción. En las mujeres, sin embargo, a menor nivel educativo mayor insatisfacción.

FIGURA 79



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

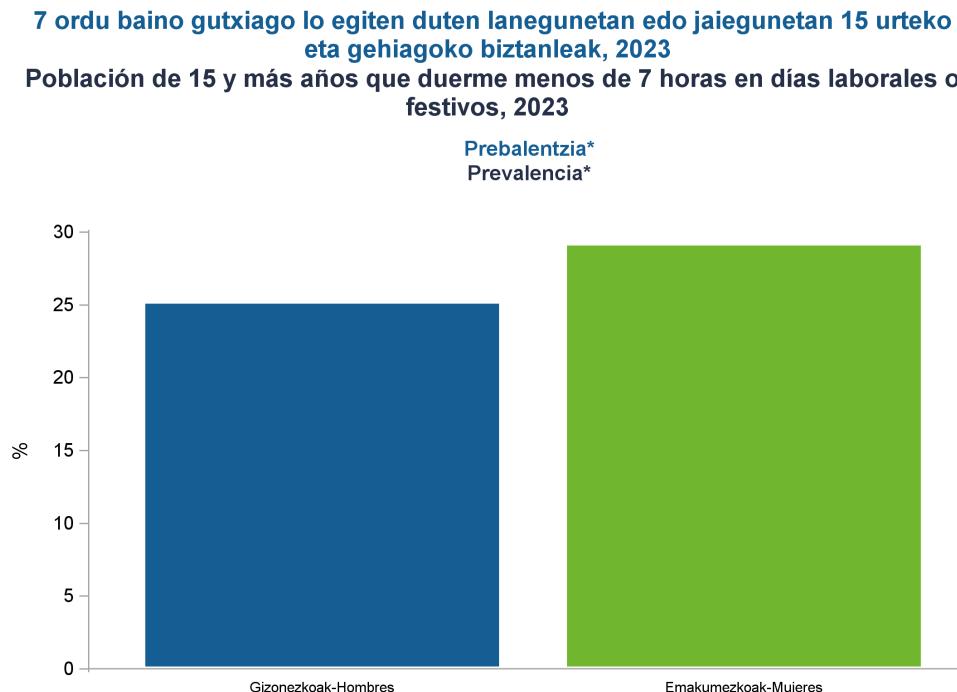
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VII. Sueño

FIGURA 80



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

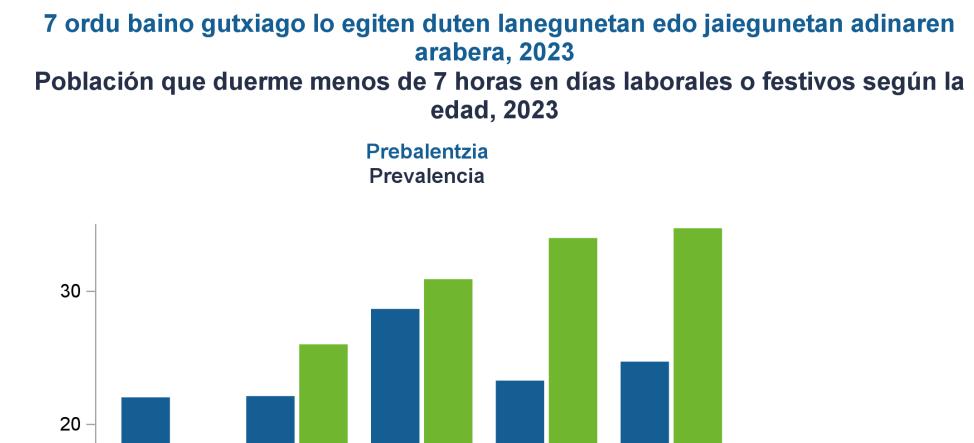
• FIGURA 80

El 29,2% de las mujeres y el 25,2% de los hombres de 15 años o más duerme menos de 7 horas.

• FIGURA 81

En las mujeres, a medida que aumenta la edad, se eleva la prevalencia que duerme menos de 7 horas. En los hombres no se ve un patrón claro respecto a la edad.

FIGURA 81



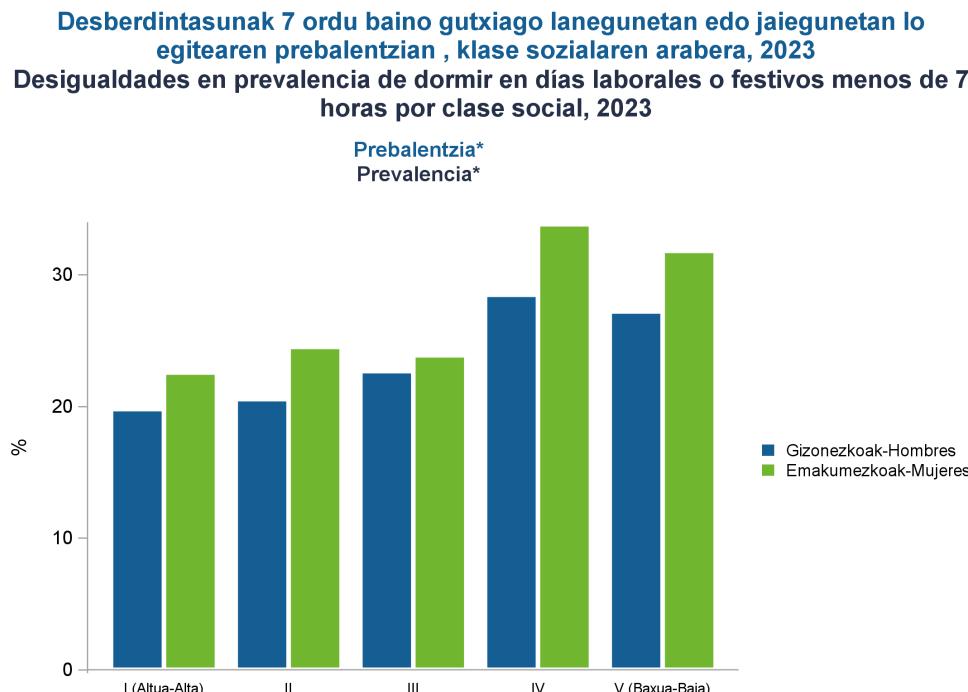
05

DETERMINANTES DE LA SALUD

C) Conductas relacionadas con la salud

VII. Sueño

FIGURA 82



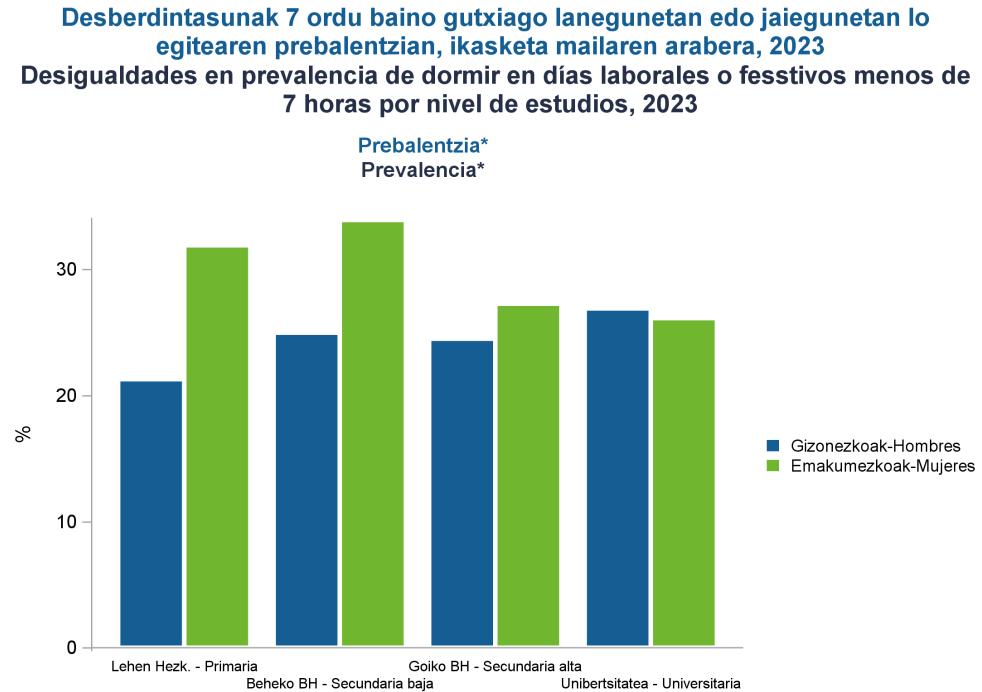
• FIGURA 82

La prevalencia de personas que duerme menos de 7 horas es mayor cuanto menor es la clase social. En todas las clases sociales, son más las mujeres que duermen menos de 7 horas.

• FIGURA 83

En las mujeres, a medida que disminuye su nivel educativo, se eleva la prevalencia que duerme menos de 7 horas. En los hombres no se ve un patrón claro respecto a la nivel de estudios.

FIGURA 83



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

Resumen

- La prevalencia de personas satisfechas con el sistema sanitario ha disminuido respecto al 2018 en 11,8 y 10,4 puntos porcentuales en mujeres y hombres, respectivamente, siendo el 78,7% en las mujeres y el 82,5% en los hombres.
- El 98% de la población vasca tiene la asistencia sanitaria asegurada por Osakidetza. A su vez, sigue aumentando el porcentaje de población con seguro privado, más de un 19%, lo que supone 4 puntos porcentuales más que en 2018.
- El porcentaje 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 14,9 puntos porcentuales respecto al 2018, situándose en el 67,1% en 2023.
- El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se han realizado una mamografía en los dos años previos es mayor en las clases sociales más favorecidas y disminuye al bajar la clase social. Este patrón también se ve en el nivel educativo, a mayor nivel educativo mayor prevalencia.
- En el 2023 la prevalencia de personas de 50 a 69 años que se han realizado alguna prueba para detectar cáncer colorrectal se sitúa en un 87,3% tanto en hombres como en mujeres, valores similares a los de 2018.
- Los hombres de clase social baja o los de menor nivel educativo presentan prevalencias especialmente bajas respecto a la participación en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal

- El porcentaje de mujeres que en los últimos tres años se ha realizado pruebas para detectar cáncer de cérvix aumenta a mayor nivel de estudios.
- En el 2023 el 68,4% de los hombres y el 75,1% de las mujeres han hecho alguna consulta a medicina general y pediatría en los doce meses previos.
- La prevalencia del uso de consultas de medicina general y pediatría el año previo es superior en ambos sexos en los niveles de estudios inferiores.
- Respecto al uso de consultas de enfermería en el 2023 se observa una disminución en ambos sexos. No se observa un patrón claro respecto al uso de consultas de enfermería y las clase social o el nivel de estudios.
- El porcentaje de personas que ha acudido al/a la dentista en el año previo aumenta en mujeres y en hombres.
- Se observa un patrón gradual entre las visitas al dentista en ambos sexos y la clase social o el nivel de estudios, siendo las personas más desfavorecidas o con menor nivel educativo las que menos acuden al dentista.
- El número de consultas al/a la médico/a especialista en el año previo y el número de consultas a urgencias los seis meses previos se ha reducido en hombres y en mujeres, siendo estas últimas las que más acuden.
- En 2023 el 7,3% de los hombres y el 7,0% de las mujeres habían sido hospitalizados en el año previo. Este porcentaje ha ido disminuyendo desde 2007.
- El conocimiento y uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación de Osakidetza por parte de la población varían según el tipo de servicio.



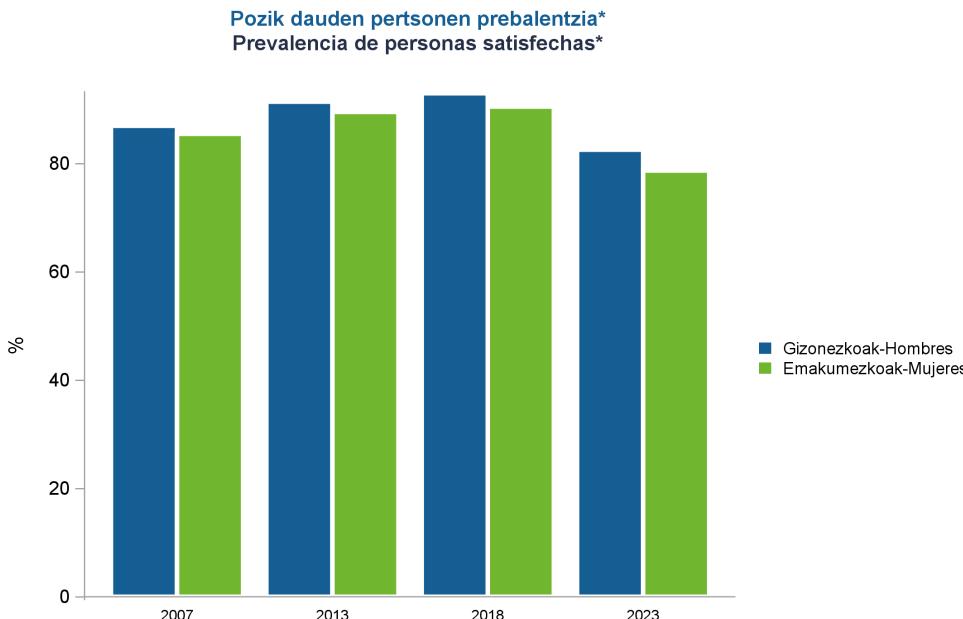
06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

I. Valoración del sistema sanitario

FIGURA 84

Ocasun sistemarekiko gogobetetasunaren bilakaera, 2007-2023
Evolución de la satisfacción con el sistema sanitario, 2007-2023



• FIGURA 84

El 78,7% de las mujeres y el 82,5% de los hombres se sienten satisfechas/os o muy satisfechas/os con el sistema sanitario. La prevalencia de personas satisfechas con el sistema sanitario ha disminuido respecto al 2018 en 11,8 y 10,4 puntos porcentuales en mujeres y hombres, respectivamente.

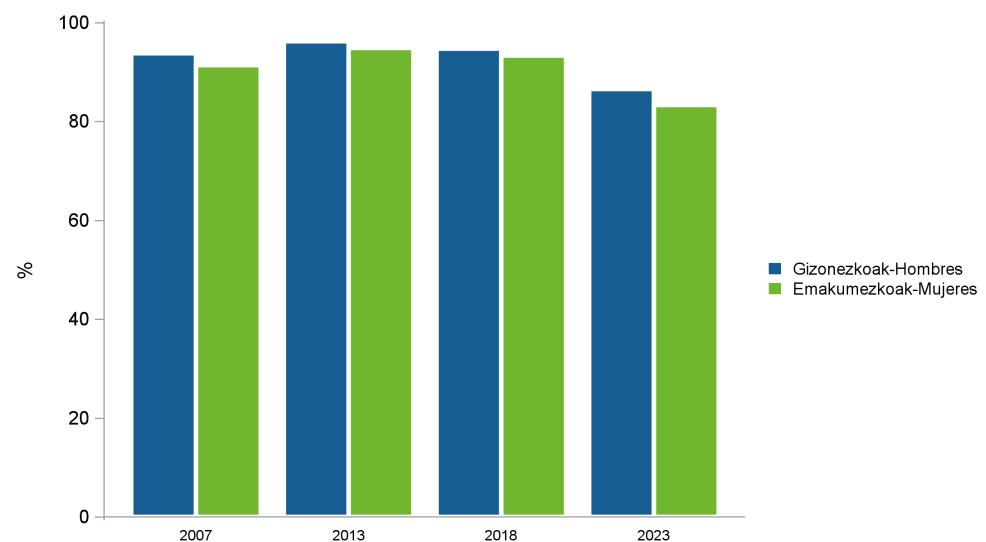
• FIGURA 85

El 83,3% de las mujeres y el 86,6% de los hombres consideran que el sistema sanitario cubre bien sus necesidades de atención sanitaria. Esa prevalencia ha disminuido en 10,0 y 8,1 puntos porcentuales, en mujeres y hombres respectivamente, respecto al 2018.

FIGURA 85

Ocasun arretaren beharren estalduraren bilakaera, 2007-2023
Evolución de la cobertura de las necesidades de atención sanitaria, 2007-2023

Beren beharrak beteta dauzkan pertsonen prebalentzia*
Prevalencia de personas con necesidades cubiertas*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

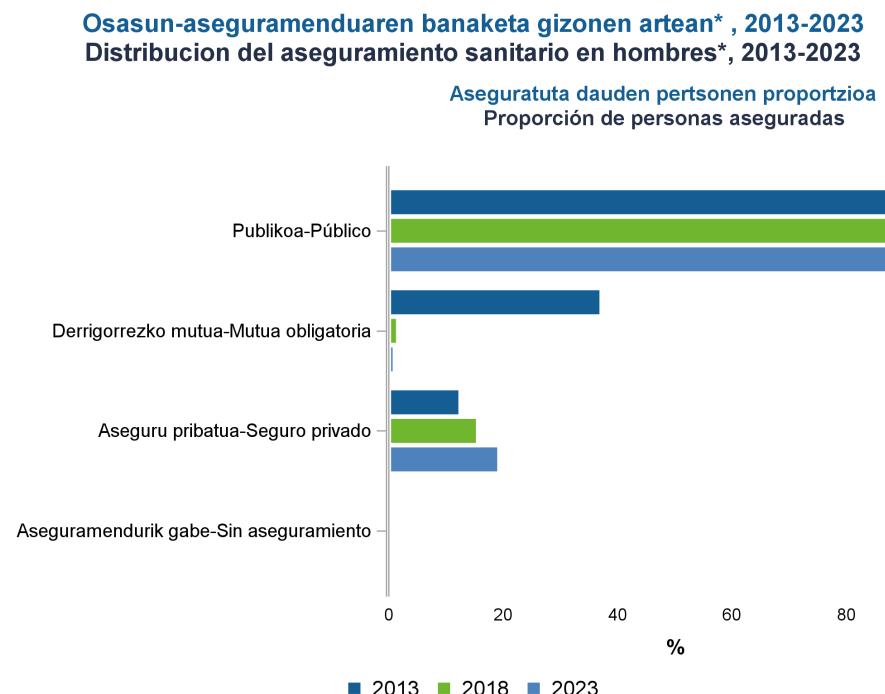
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

II. Modalidad de cobertura de aseguramiento

FIGURA 86



*Aukera ez-bazterzaileak/Categorías no excluyentes

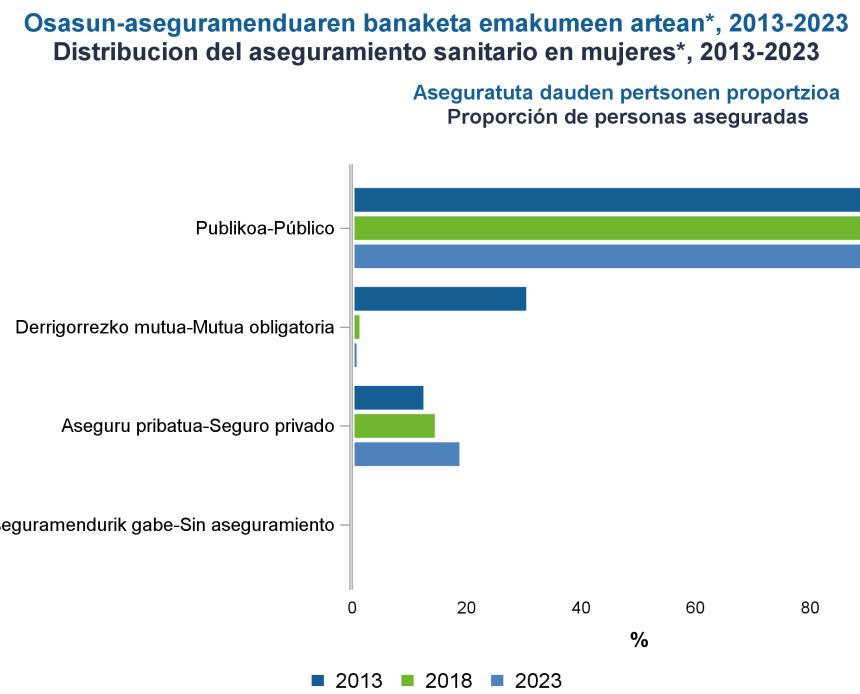
• FIGURA 86

En los hombres, el 98,2% tiene la asistencia sanitaria asegurada por Osakidetza, 0,4 puntos porcentuales más que en 2018. El 19,4% de los hombres tiene seguro privado, 3,8 puntos porcentuales más que en 2018.

• FIGURA 87

El 98,0% de las mujeres tiene la asistencia sanitaria asegurada por Osakidetza, dato similar a 2018. El 19,1% de las mujeres tiene seguro privado; porcentaje que ha ido en aumento desde el 2013, con un incremento de 4,3 puntos porcentuales desde 2018.

FIGURA 87



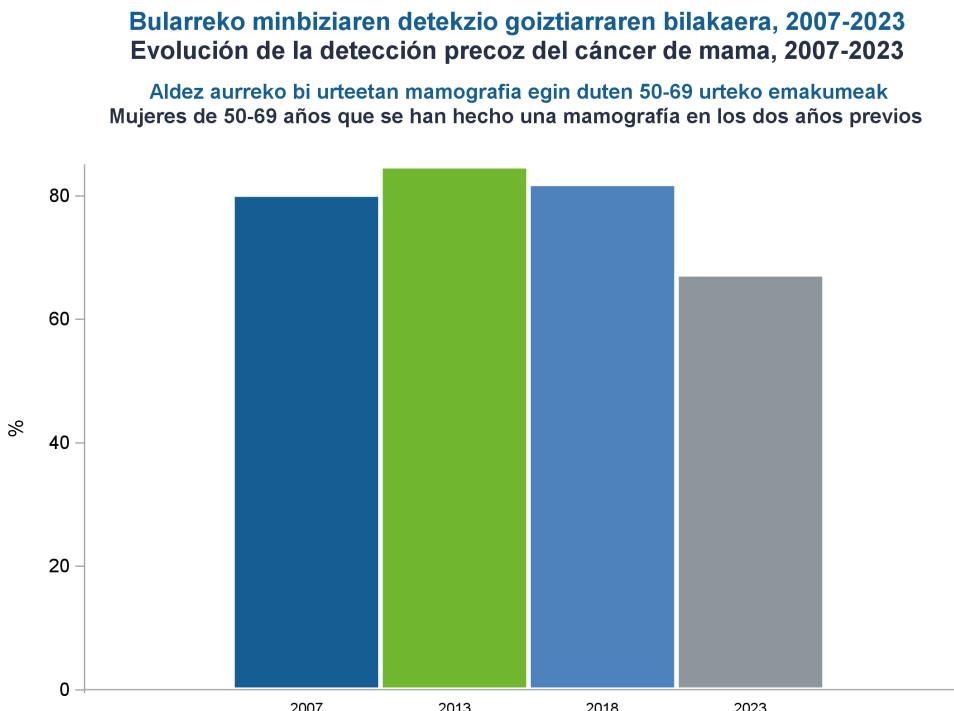
*Aukera ez-bazterzaileak/Categorías no excluyentes

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Programas de cribado: cáncer de mama

FIGURA 88



• FIGURA 88

El porcentaje 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 14,9 puntos porcentuales respecto al 2018, situándose en el 67,1% en 2023.

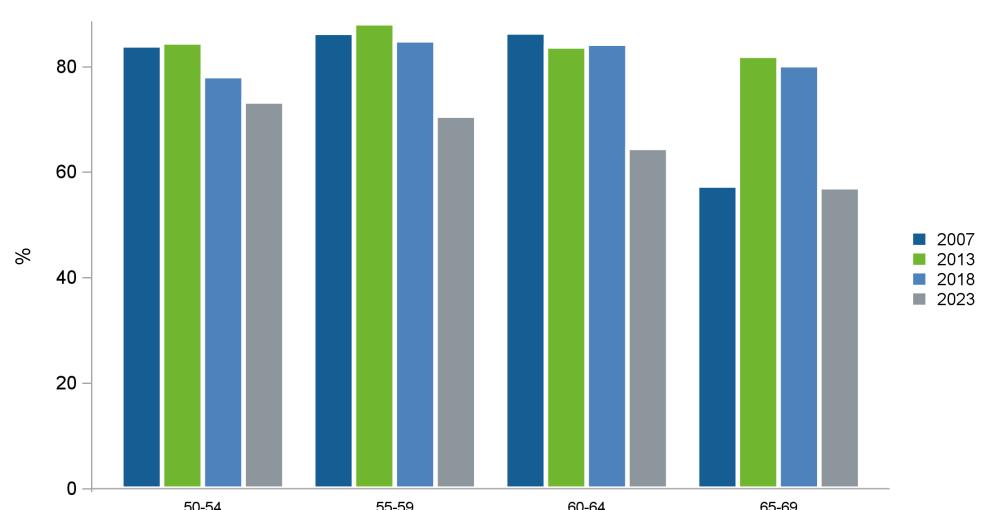
• FIGURA 89

El porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se han hecho una mamografía en los dos años previos cae en todos los grupos de edad respecto a 2018, siendo el grupo de las más mayores donde más ha descendido este porcentaje, pasando de un 80,3% a un 57,1%.

FIGURA 89



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

III. Programas de cribado: cáncer de mama

• FIGURA 90

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 8,2 y los 19,3 puntos porcentuales.

• FIGURA 91

Existe una brecha de 8,2 puntos porcentuales en la prevalencia de mujeres de 50 a 69 años que se han hecho una mamografía en los años previos de las tituladas universitarias (72,0%), respecto de las mujeres con estudios primarios (63,8%).

FIGURA 90

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de mama por clase social, 2023

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

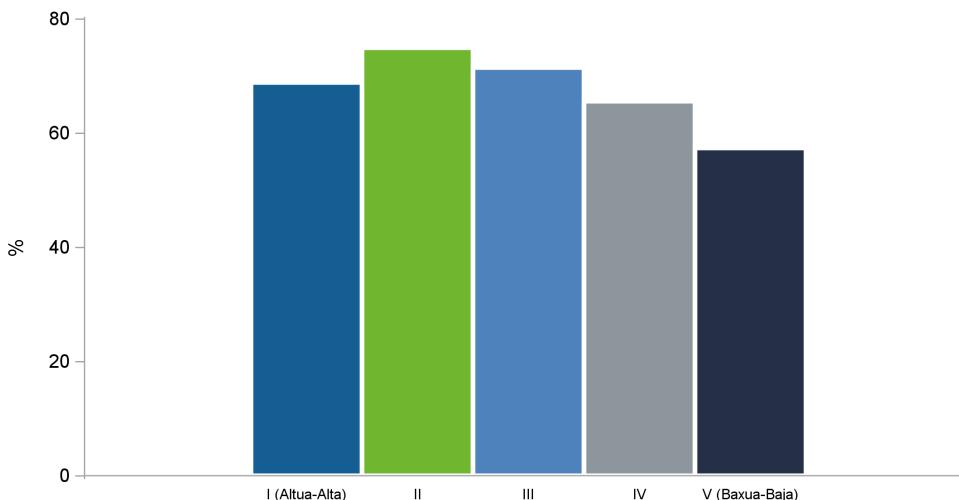
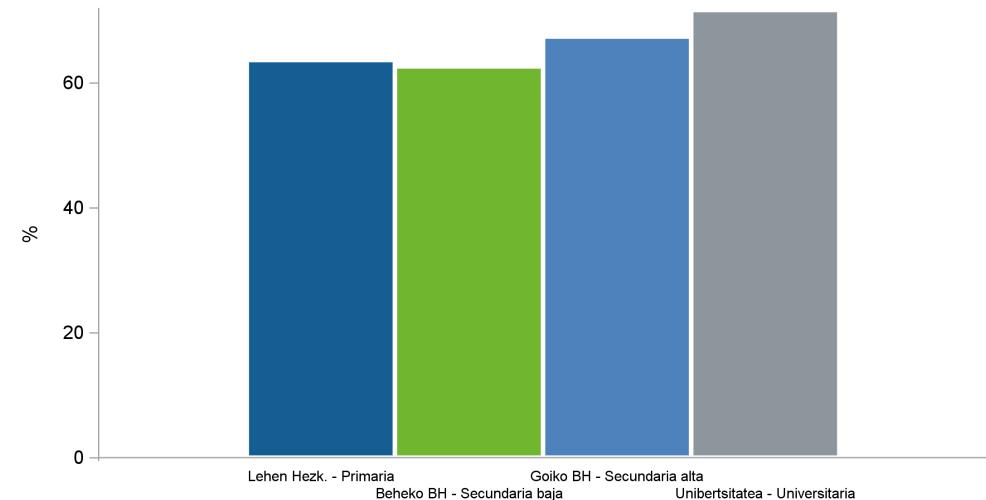


FIGURA 91

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en la detección precoz del cáncer de mama por nivel de estudios, 2023

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

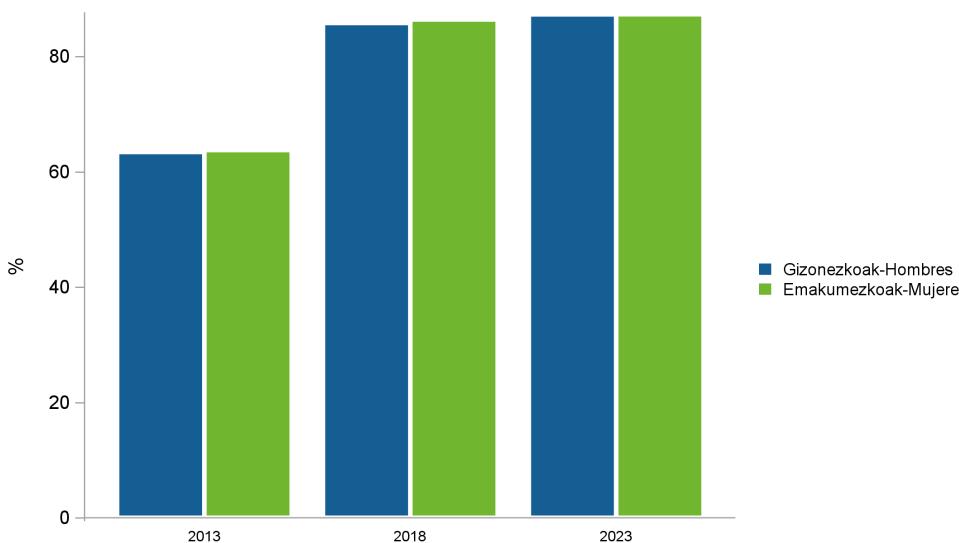
SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Programas de cribado: cáncer colorrectal

FIGURA 92

Kolon eta ondoesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera, 2013-2023 Evolución en la detección precoz del cáncer colorrectal, 2013-2023

50-69 urte arteko goiz detektatzeko proba egin dutenak*
Personas de 50 a 69 años que se han hecho una prueba preventiva*



• FIGURA 92

En el 2023 la prevalencia de personas de 50 a 69 años que han participado en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal se sitúa en un 87,3% tanto en hombres como en mujeres, valores similares a los de 2018.

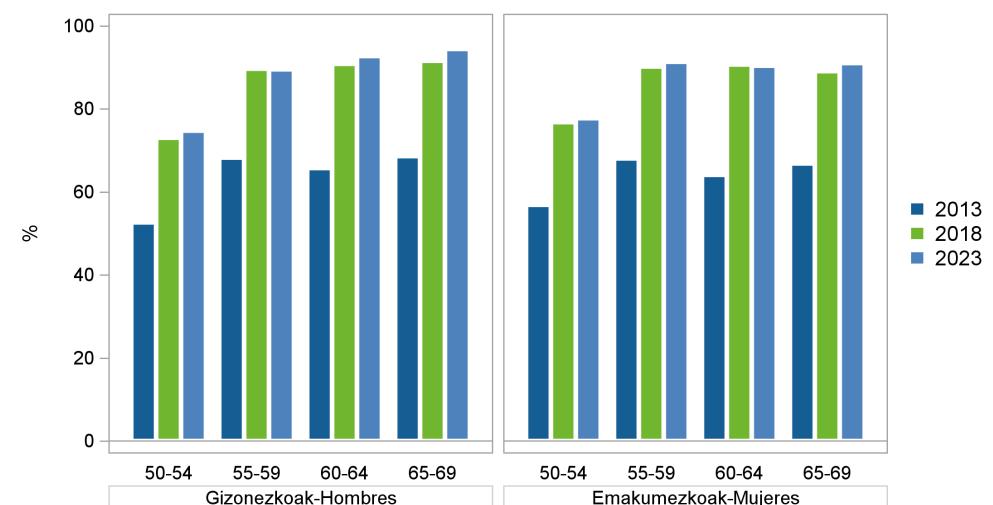
• FIGURA 93

Respecto a la edad, son las personas de 50 a 54 años las que menos participaron en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el 2023, tanto en hombres como en mujeres.

FIGURA 93

Kolon eta ondesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera adinaren arabera, 2013-2023 Evolución en la detección precoz del cáncer colorrectal según la edad, 2013-2023

50-69 urte arteko goiz detektatzeko proba egin dutenak*
Personas de 50 a 69 años que se han hecho una prueba preventiva*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Programas de cribado: cáncer colorrectal

• FIGURA 94

En principio no se advierten desigualdades respecto a la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal por clase social. Sin embargo, en los hombres de clase social más desfavorable se observa una prevalencia menor: un 71,2% , mientras el resto de las clases supera en 87,5%.

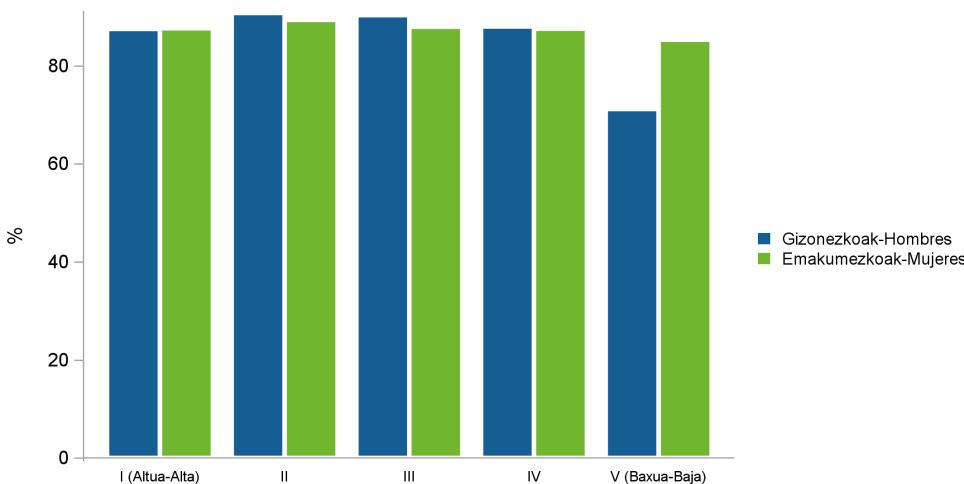
FIGURA 94

Kolon eta ondesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en la detección precoz del cáncer colorrectal por clase social, 2023

50-69 urte arteko goiz detektatzeko proba egin dutenak*

Personas de 50 a 69 años que se han hecho una prueba preventiva*



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 95

De igual manera no se advierten desigualdades claras respecto a la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal por nivel educativo. Sin embargo, los hombres con menor nivel educativo presentan una prevalencia menor, con un 65,2% , mientras que en el resto de niveles educativos supera el 87,7%.

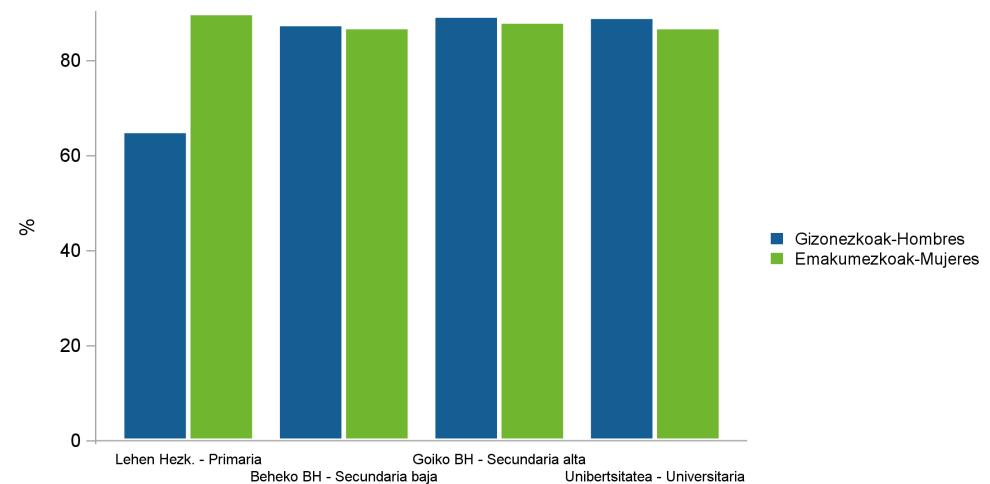
FIGURA 95

Kolon eta ondesteko minbiziaren detekzio goiztiarraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en la detección precoz del cáncer colorrectal por nivel de estudios, 2023

50-69 urte arteko goiz detektatzeko proba egin dutenak*

Personas de 50 a 69 años que se han hecho una prueba preventiva*



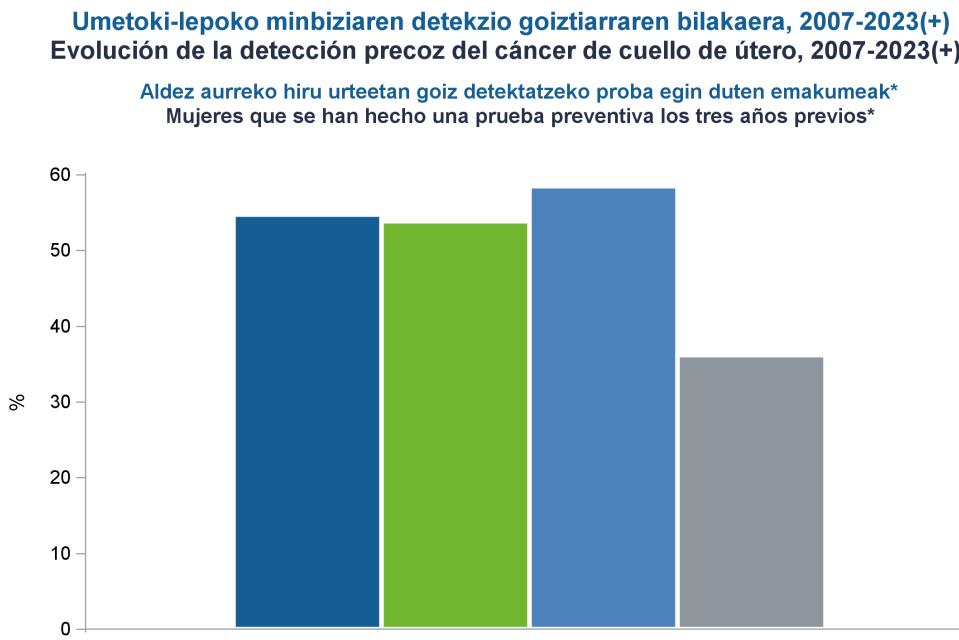
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Programas de cribado: cáncer de cuello de útero

FIGURA 96



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

+2023an, umetoki-lepoko minbizia goiz detektatzeko probari buruzko galdera aldatu zen. / En 2023 se modificó la pregunta sobre la prueba de detección precoz del cáncer de cérvix.

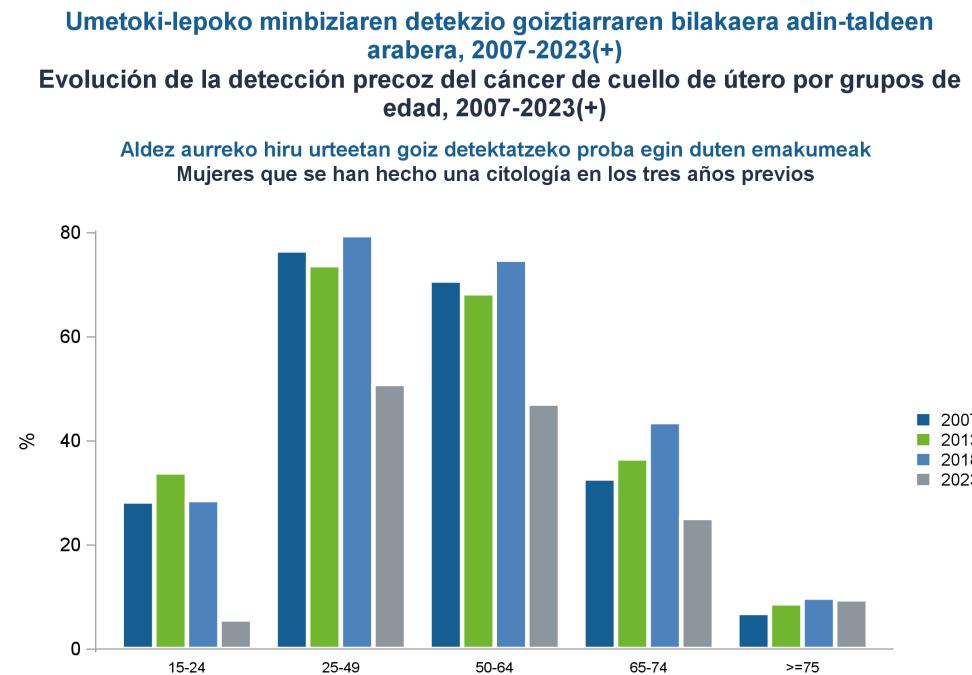
• FIGURA 96

Disminuye la prevalencia de mujeres que se han hecho una prueba preventiva del cáncer de cuello de útero en los tres años previos. En el 2023 un 36,2% frente a un 58,5% del 2018. A destacar que en 2023 se modificó la pregunta y los resultados no son totalmente comparables.

• FIGURA 97

Los grupos de edad 25-49 y 50-64 años son los que muestran un mayor porcentaje de mujeres que se han hecho una prueba preventiva del cáncer de cuello de útero en los tres años previos.

FIGURA 97



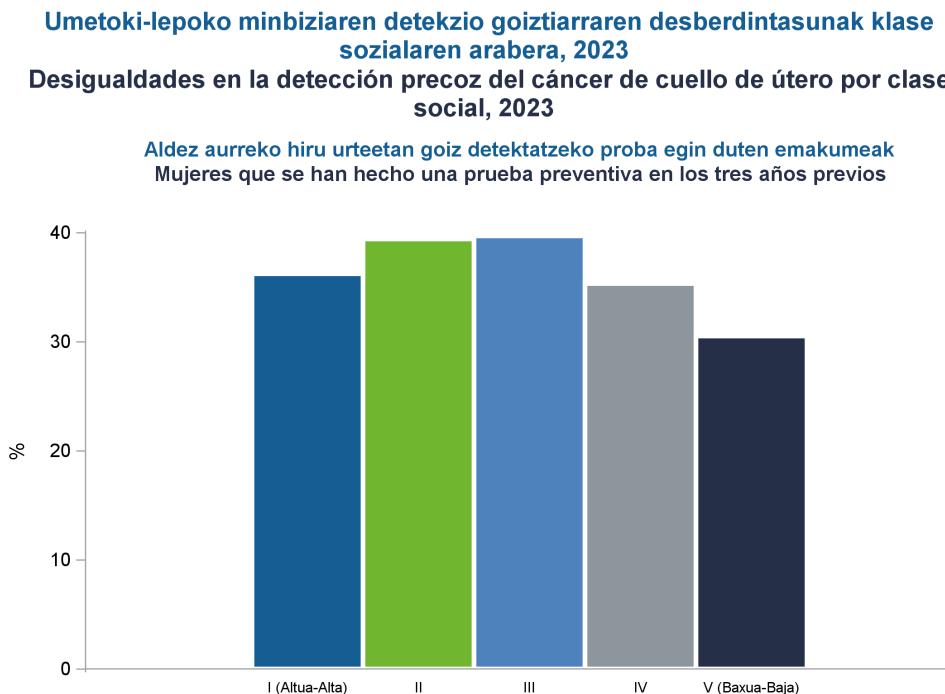
+2023an, umetoki-lepoko minbizia goiz detektatzeko probari buruzko galdera aldatu zen. / En 2023 se modificó la pregunta sobre la prueba de detección precoz del cáncer de cérvix.

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

III. Programas de cribado: cáncer de cuello de útero

FIGURA 98



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 98

Parece que existe asociación entre la clase social y el porcentaje de mujeres que se han hecho una citología en los tres años previos, siendo la clase social más desfavorecida la que menor porcentaje tiene, un 30,5%.

• FIGURA 99

La participación de las mujeres en el programa de cribado de cáncer de cérvix aumenta con el nivel de estudios.

FIGURA 99



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Consultas de medicina general y pediatría

• FIGURA 100

En el 2023 el 68,4% de los hombres y el 75,1% de las mujeres han hecho alguna consulta a medicina general y pediatría en los doce meses previos; respecto a 2018 se ha reducido 3 puntos porcentuales en ambos sexos.

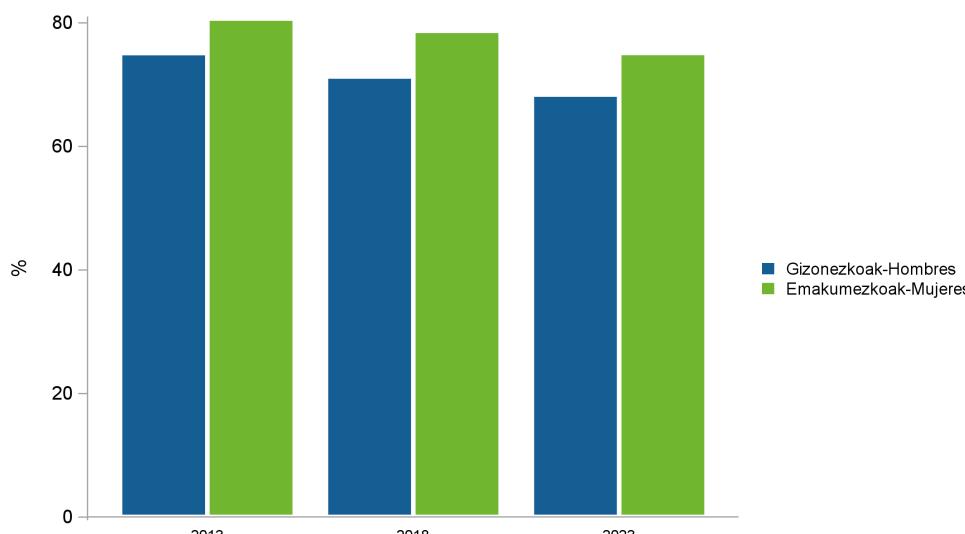
• FIGURA 101

En el 2023 se advierte una caída en la prevalencia de consulta a medicina general y pediatría en todos los grupos de edad, para ambos性, excepto en los menores de 0 a 14 años. Existe una clara relación a partir de los 15 años entre la edad y el número de consultas realizadas.

FIGURA 100

Mediku orokoren eta pediatren kontsulten erabilera bilakaera, 2013-2023 Evolución del uso de consultas de medicina general y de pediatría, 2013-2023

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

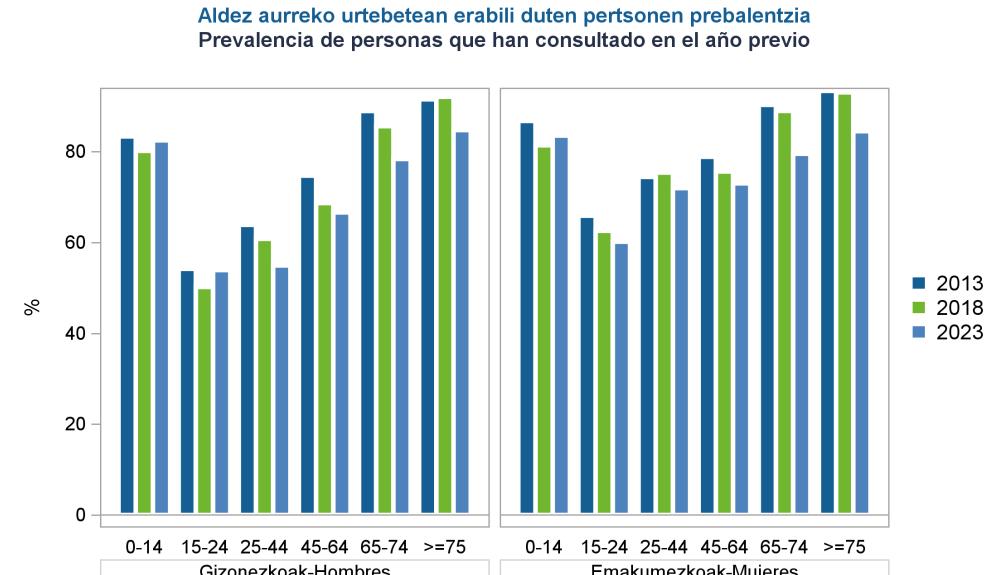


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

FIGURA 101

Mediku orokoren eta pediatren kontsulten erabilera adinaren arabera, 2013-2023 Evolución del uso de consultas de medicina general y de pediatría, según la edad, 2013-2023

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

IV. Consultas de medicina general y pediatría

• FIGURA 102

En ambos sexos, el porcentaje de personas que han consultado a medicina general y a pediatría aumenta al descender en la clase social. La mayor prevalencia de consultas se da en la clase más desfavorecida, 77,7% en mujeres y 70,2% en hombres.

• FIGURA 103

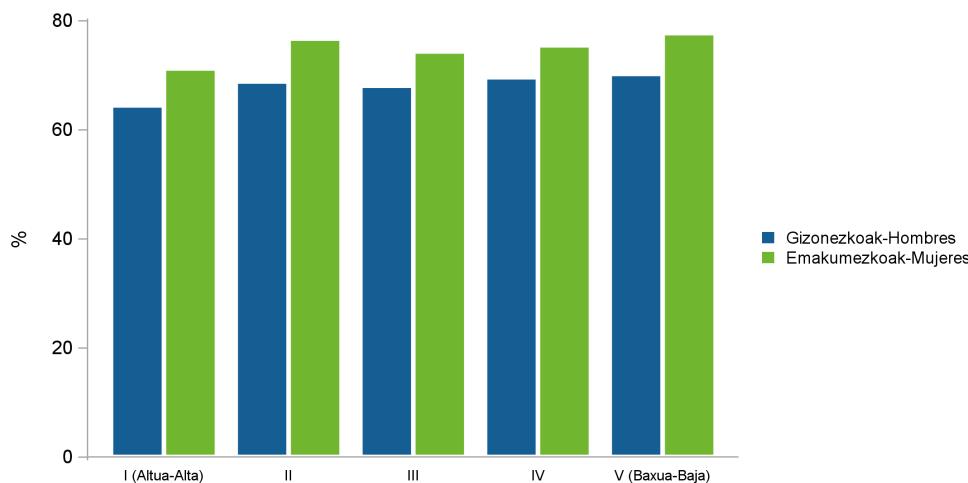
La prevalencia del uso de consultas de medicina general y pediatría el año previo es superior en ambos性 en los niveles de estudios inferiores.

FIGURA 102

Mediku orokoren eta pediatren kontsulten erabileraaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas de medicina general y de pediatría, por clase social, 2023

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



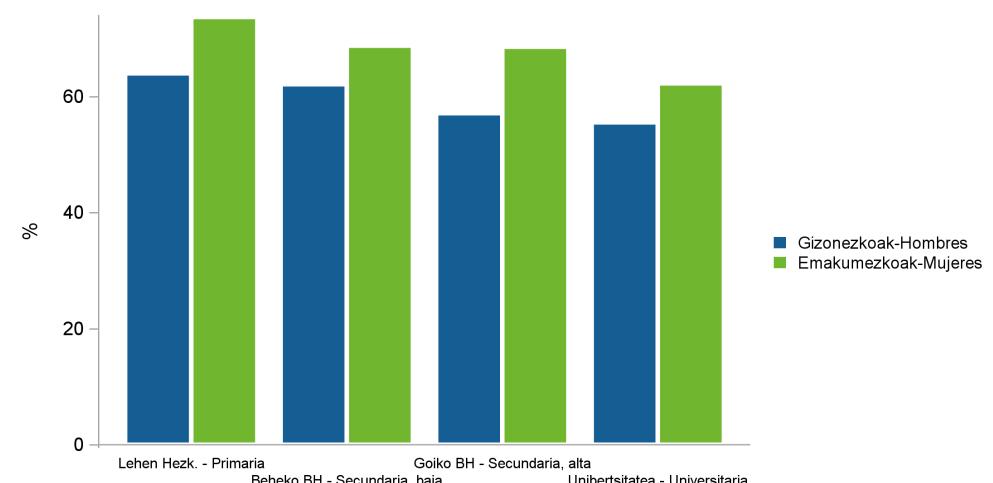
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

FIGURA 103

Mediku orokoren eta pediatren kontsulten erabileraaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas de medicina general y de pediatría, por nivel de estudios, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

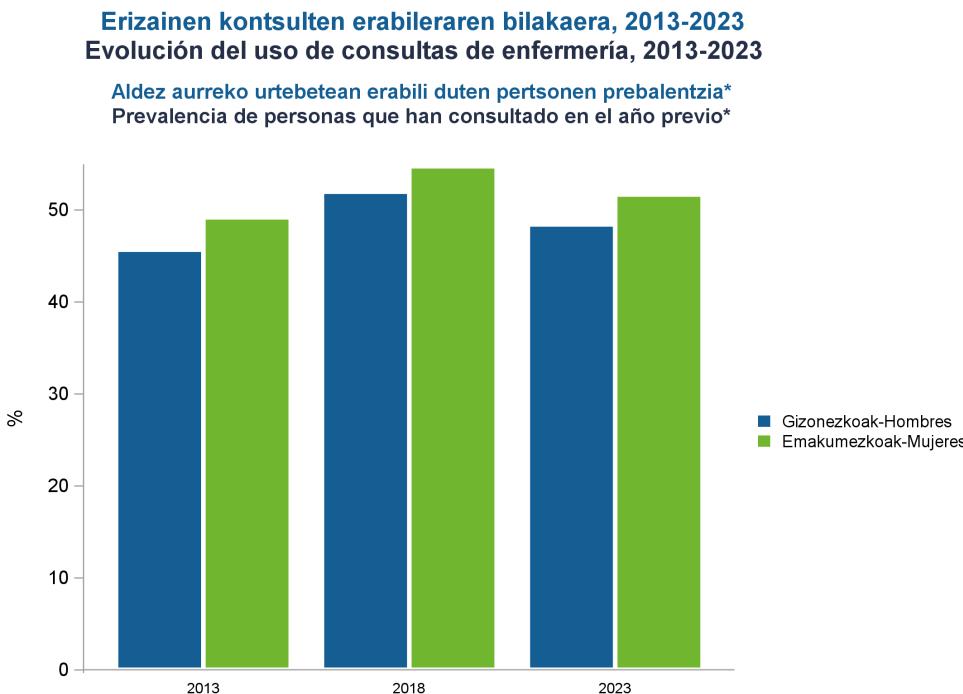


06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

V. Consultas de enfermería

FIGURA 104



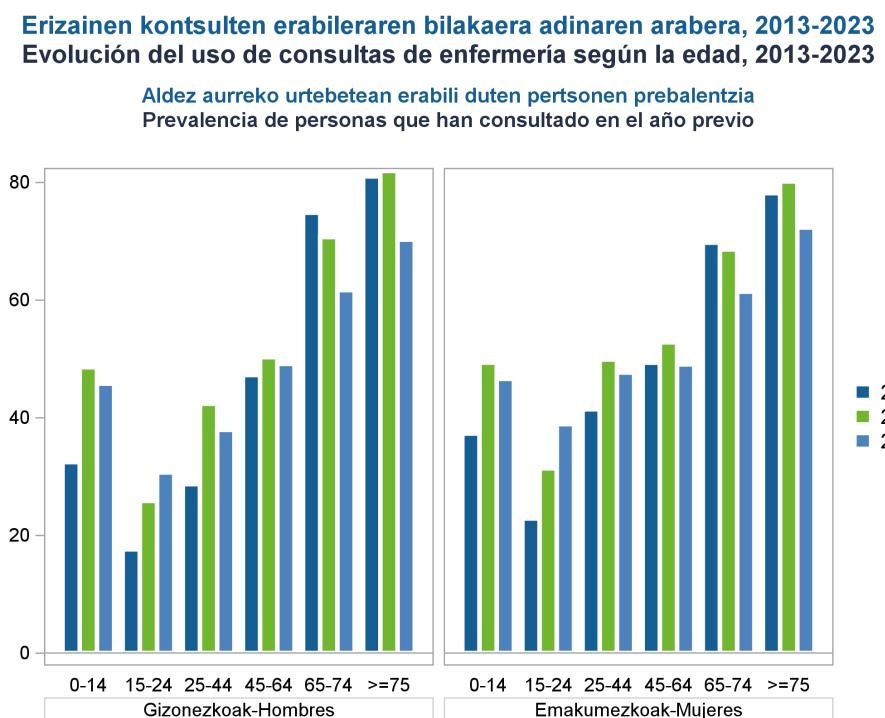
• FIGURA 104

Se observa una disminución del uso de consultas de enfermería en el 2023, 51,7% de las mujeres y 48,4% de los hombres, respecto al 54,7% y 52,0% respectivamente, en el 2018.

FIGURA 105

Respecto a la edad, en ambos sexos aumenta la prevalencia de personas que han consultado enfermería el año previo, exceptuando en el grupo de 0-14 años que presenta valores mayores a los del grupo 15-24.

FIGURA 105



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

V. Consultas de enfermería

• FIGURA 106

No se ve una relación clara entre el uso de consultas de enfermería y la clase social, ni en hombres ni en mujeres.

• FIGURA 107

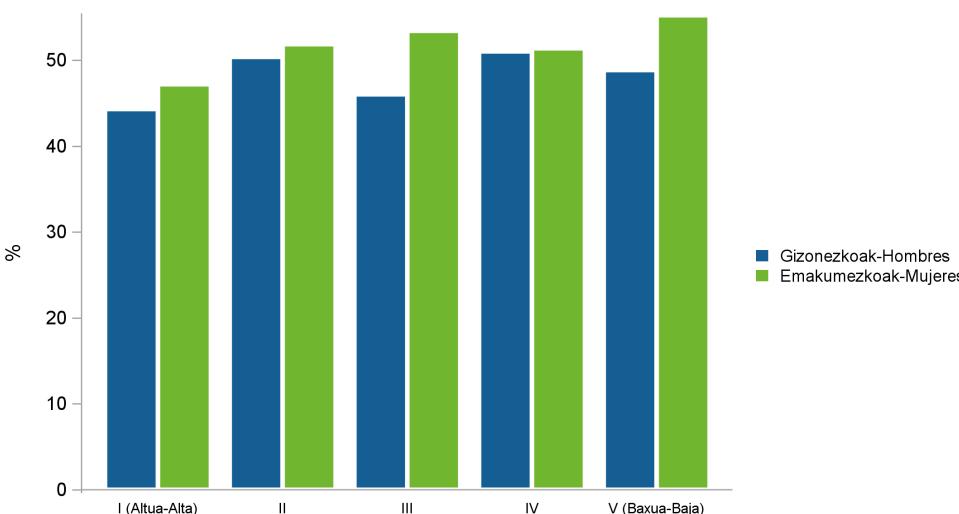
No se observa un patrón claro en el uso de las consultas de enfermería por nivel de estudios. La prevalencia en consultas es siempre superior en las mujeres en todos los niveles de estudios.

FIGURA 106

Erizainen konsulten erabileraaren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas de enfermería por clase social, 2023

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



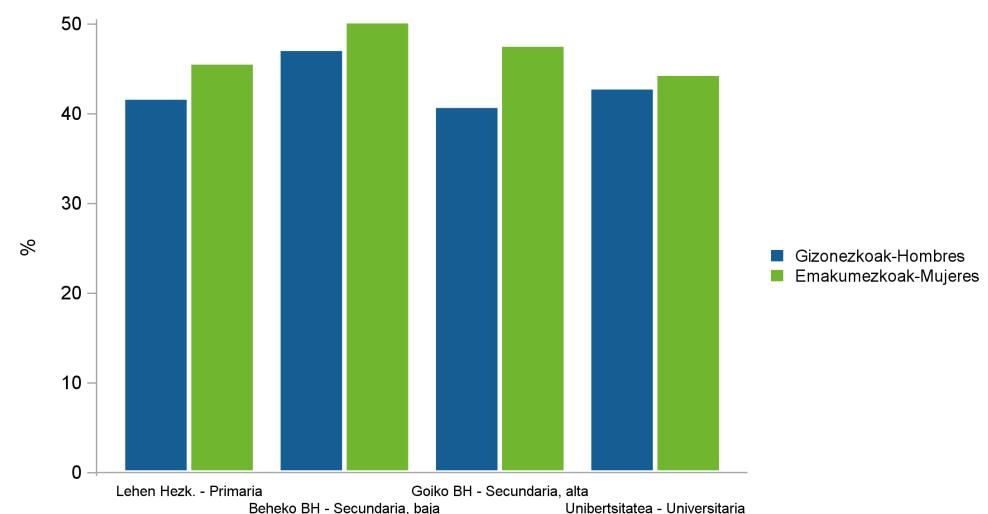
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

FIGURA 107

Erizainen konsulten erabileraaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas de enfermería por nivel de estudios, 2023

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



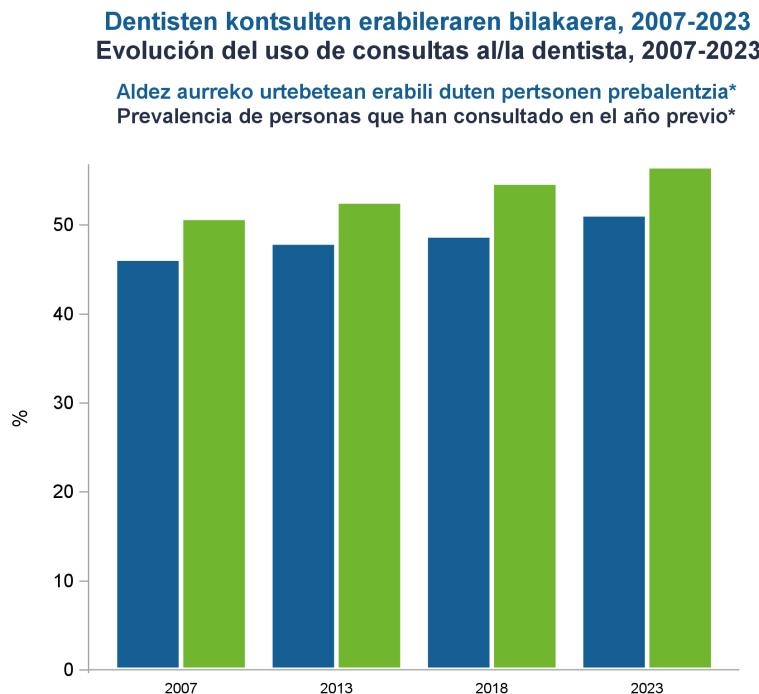
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VI. Consultas de dentista

FIGURA 108



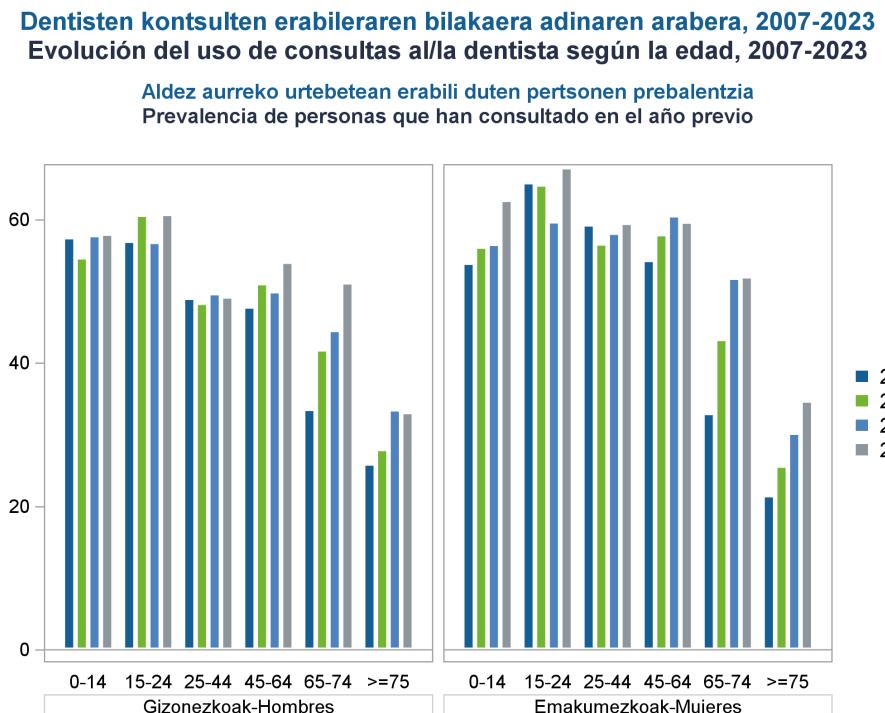
• FIGURA 108

El porcentaje de personas que ha acudido al/a la dentista en el año previo aumenta en 2023, situándose en un 51,2% en hombres y un 56,6% en mujeres.

• FIGURA 109

El porcentaje de personas que ha acudido al/a la dentista en el año previo en general aumenta para en cada tramos de edad. Las consultas caen gradualmente con la edad en ambos sexos.

FIGURA 109



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

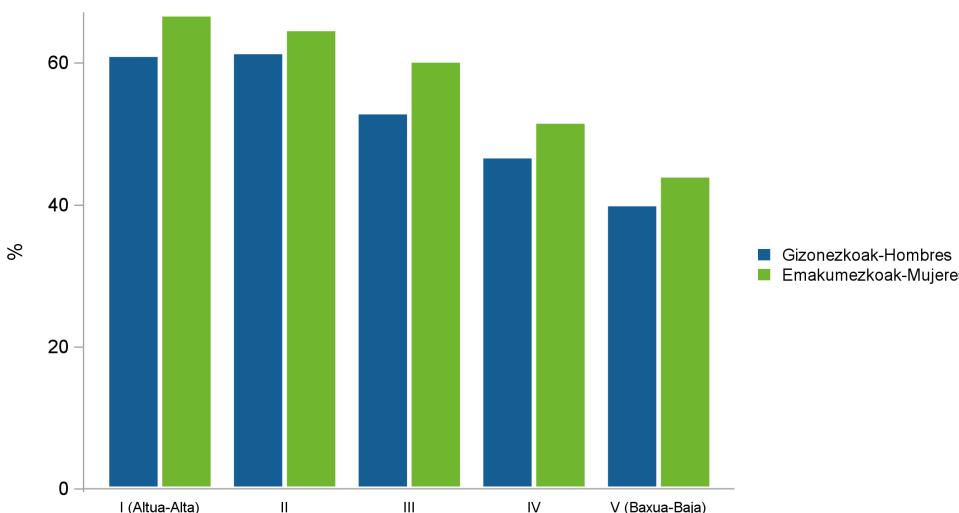
VI. Consultas de dentista

FIGURA 110

Dentisten kontsulten erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas al/la dentista por clase social, 2023

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



• FIGURA 110

Se observa una reducción de las visitas al/a la dentista a medida que disminuye el nivel socioeconómico. El 61,2% de los hombres y el 66,9% de las mujeres de la clase I han acudido al/a la dentista, frente al 40,1% y 44,2% respectivamente de la clase V.

• FIGURA 111

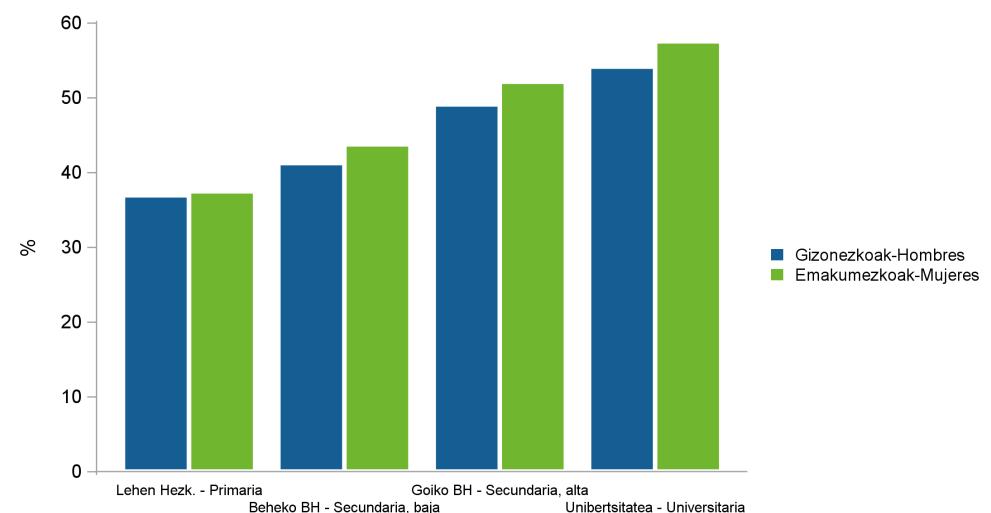
Se observa un patrón gradual entre el nivel de estudios y las visitas al/a la dentista en ambos sexos. El 57,5% de las mujeres universitarias acuden al/a la dentista en el 2023 frente al 37,5% de las de estudios primarios. En el caso de los hombres los porcentajes se reducen del 54,1% con estudios universitarios al 36,9% con estudios primarios.

FIGURA 111

Dentisten kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas al/la dentista por nivel de estudios, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

06

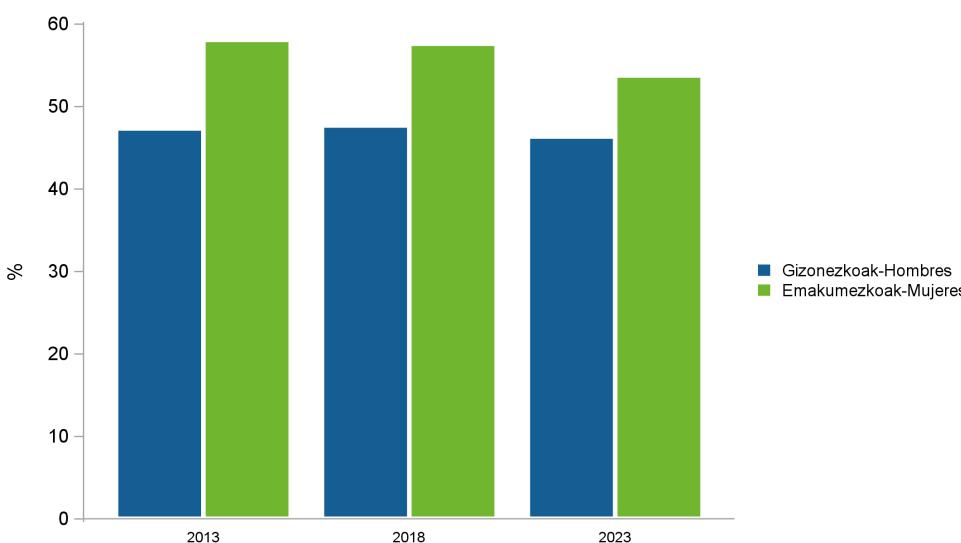
SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VII. Consultas de medicina especializada

FIGURA 112

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren bilakaera, 2013-2023
Evolución del uso de consultas al/la médico/a especialista, 2013-2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 112

En el 2023 el porcentaje de personas que han realizado consultas al/la médico/a especialista ha sido de un 46,3% en los hombres y un 53,7% en las mujeres, porcentajes inferiores a los de 2018.

• FIGURA 113

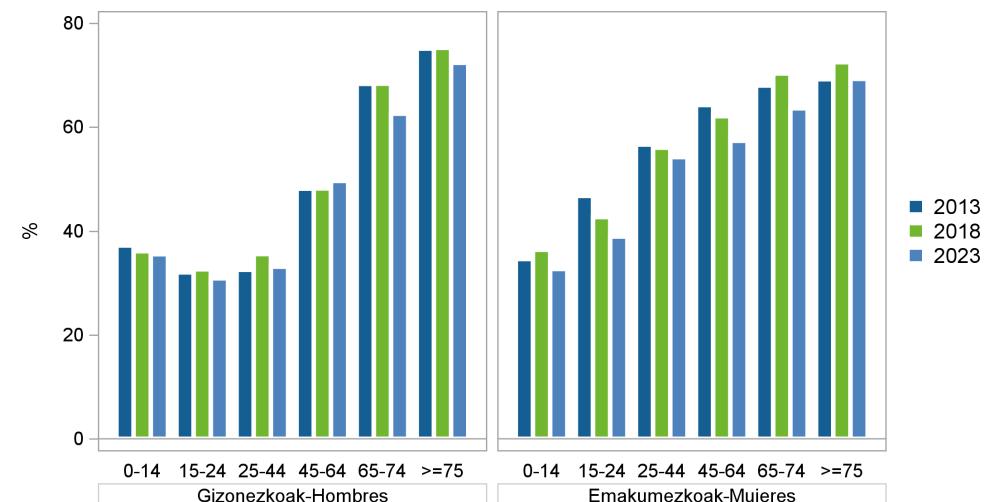
Existe un patrón entre la edad y el uso de consultas al/la médico/a especialista, siendo los grupos de mayor edad los que más uso realizan.

FIGURA 113

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren bilakaera adinaren arabera, 2013-2023

Evolución del uso de consultas al/la médico/a especialista según la edad, 2013-2023

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



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

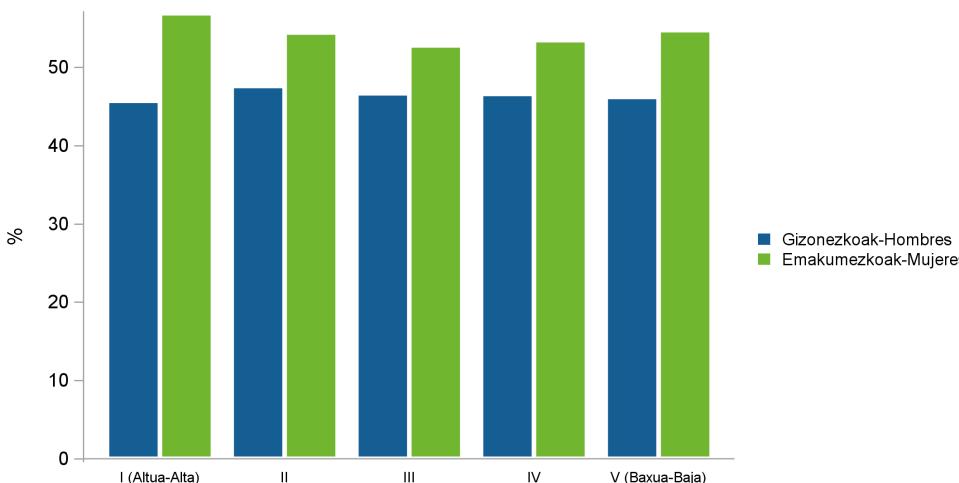
VII. Consultas de medicina especializada

FIGURA 114

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas al/a médico/a especialista por clase social, 2023

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



• FIGURA 114

No se aprecia una relación clara entre el uso de consultas al/a la médico/a especialista y el grupo socioeconómico. La prevalencia de consultas es en todos los grupos superior en mujeres.

• FIGURA 115

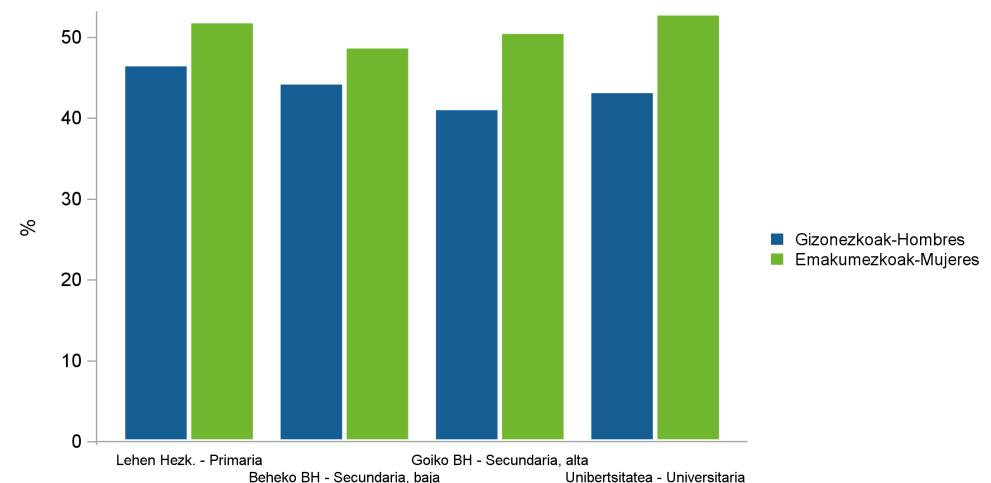
No se observa un patrón sistemático de desigualdades en el uso de las consultas al/a la médico/a especialista por nivel de estudios. La prevalencia en mujeres es mayor que en hombres para todos los niveles de estudios.

FIGURA 115

Mediku espezialisten kontsulten erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de consultas al/a médico/a especialista por nivel de estudios, 2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

06

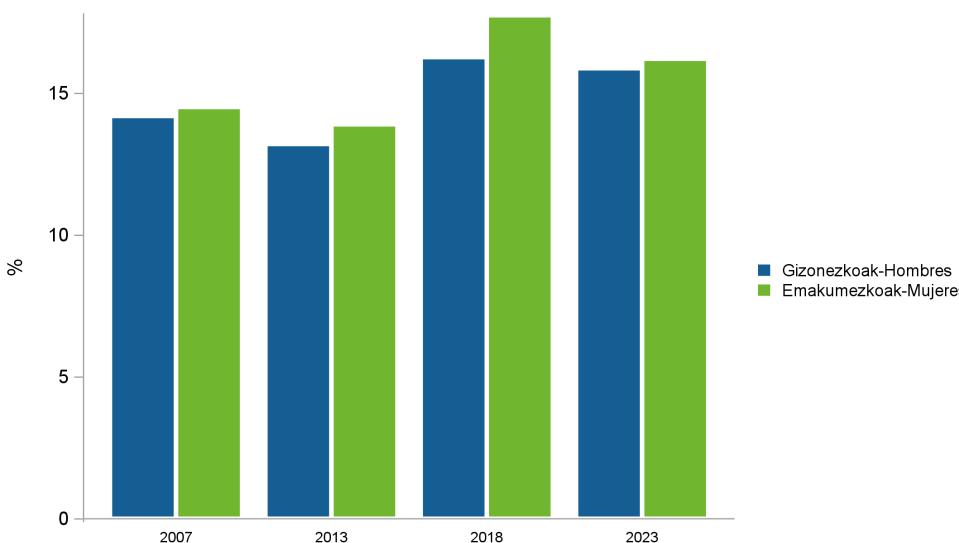
SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VIII. Urgencias

FIGURA 116

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraaren bilakaera, 2007-2023 Evolución del uso de los servicios de salud de urgencia, 2007-2023

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



• FIGURA 116

El 15,9% y el 16,2% de los hombres y las mujeres, respectivamente, han utilizado los servicios de urgencia en los seis meses previos, lo cual supone una disminución de 0,4 puntos porcentuales en los hombres y 1,5 puntos en las mujeres respecto al 2018.

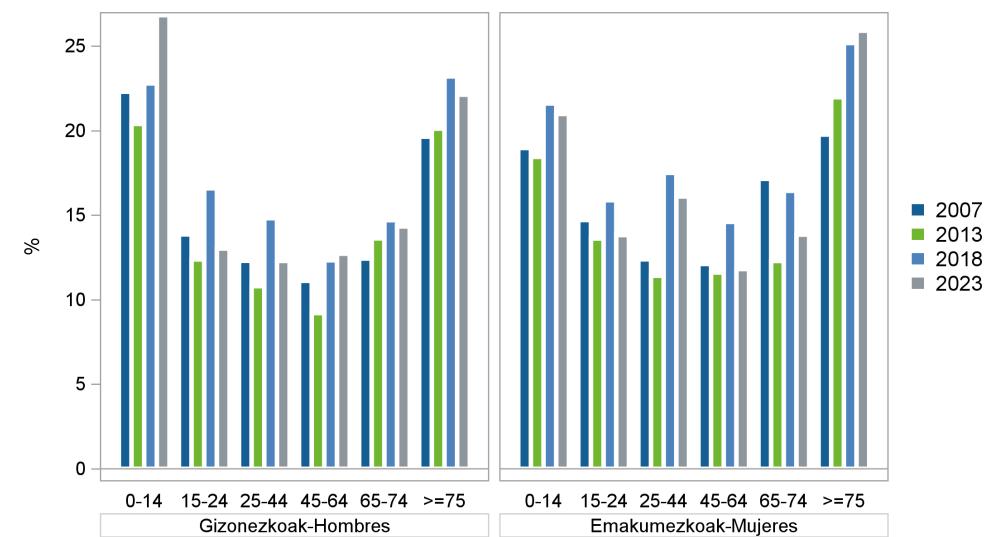
• FIGURA 117

Las personas con mayor y menor edad son las que más uso hacen de los servicios de urgencia. En 2023, la proporción de niños y niñas menores de 15 años es de 26,8% y 21,0% respectivamente. En las personas de más de 75 años la proporción es del 22,1% en los hombres y 25,9% en las mujeres.

FIGURA 117

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraaren bilakaera adinaren arabera, 2007-2023 Evolución del uso de los servicios de salud de urgencia según la edad, 2007-2023

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



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

VIII. Urgencias

• FIGURA 118

No se observa una relación clara entre el uso de los servicios de urgencia y los grupos socioeconómicos.

• FIGURA 119

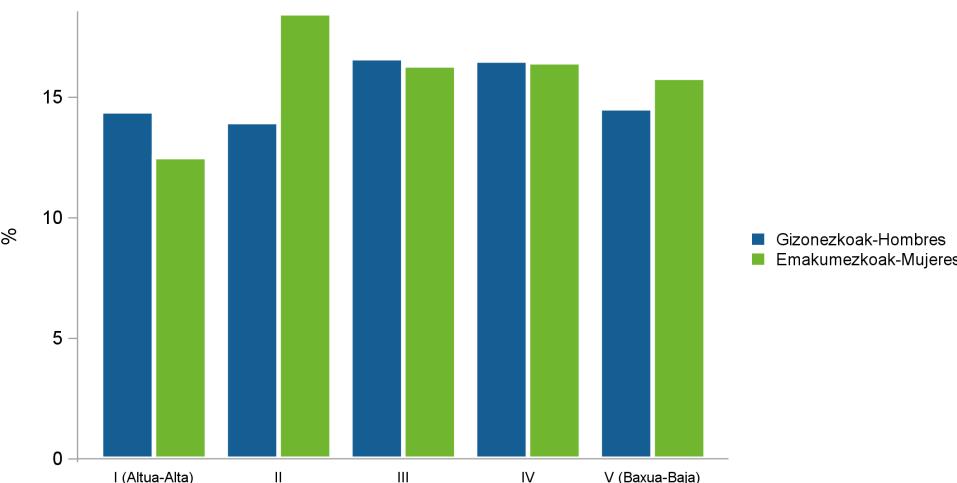
En los hombres parece que la prevalencia de uso de los servicios de urgencia en los seis meses previos desciende al aumentar el nivel de estudios. En las mujeres no se ve este patrón de forma tan clara, aunque la prevalencia más baja en el uso de los servicios de urgencia se da también en las mujeres con estudios universitarios.

FIGURA 118

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de los servicios de salud de urgencia por clase social, 2023

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



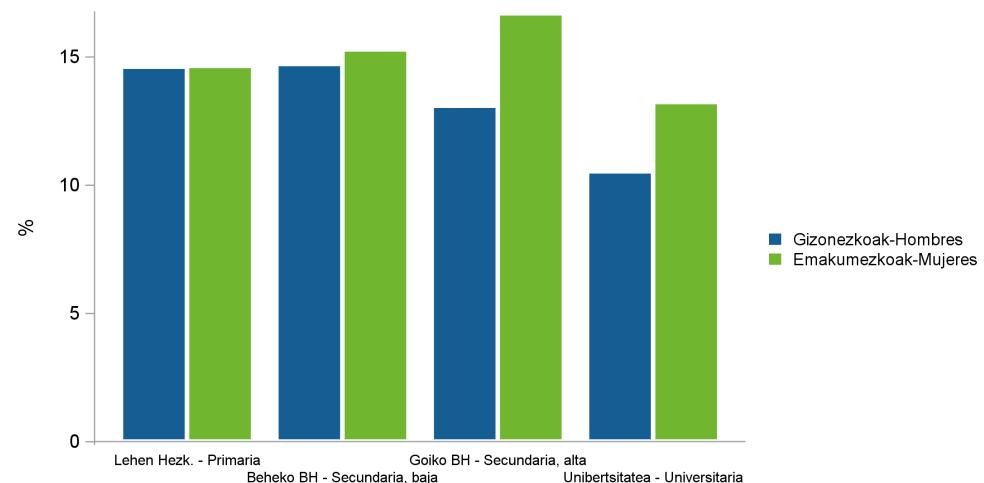
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

FIGURA 119

Osasun larrialdi-zerbitzuen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023

Desigualdades en el uso de los servicios de salud de urgencia por nivel de estudios, 2023

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



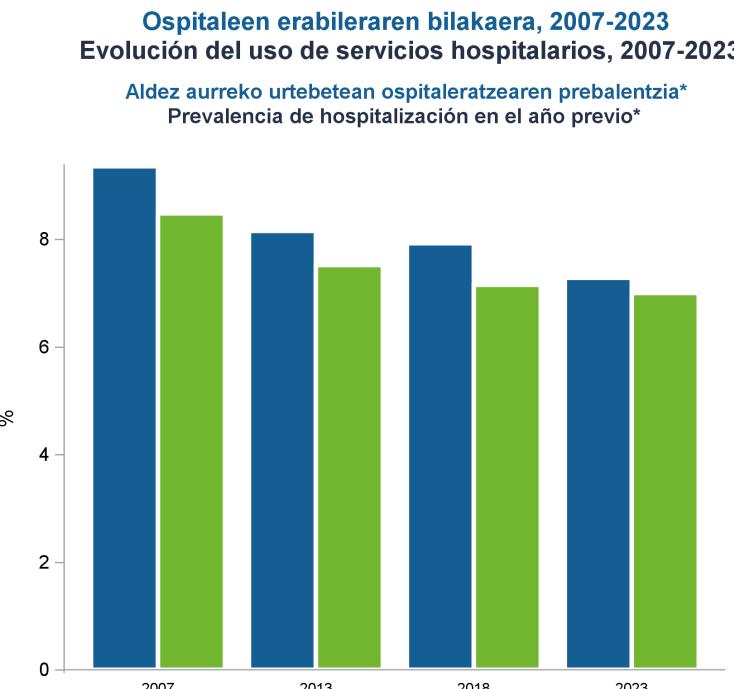
*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS IX. Hospitalización

FIGURA 120



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

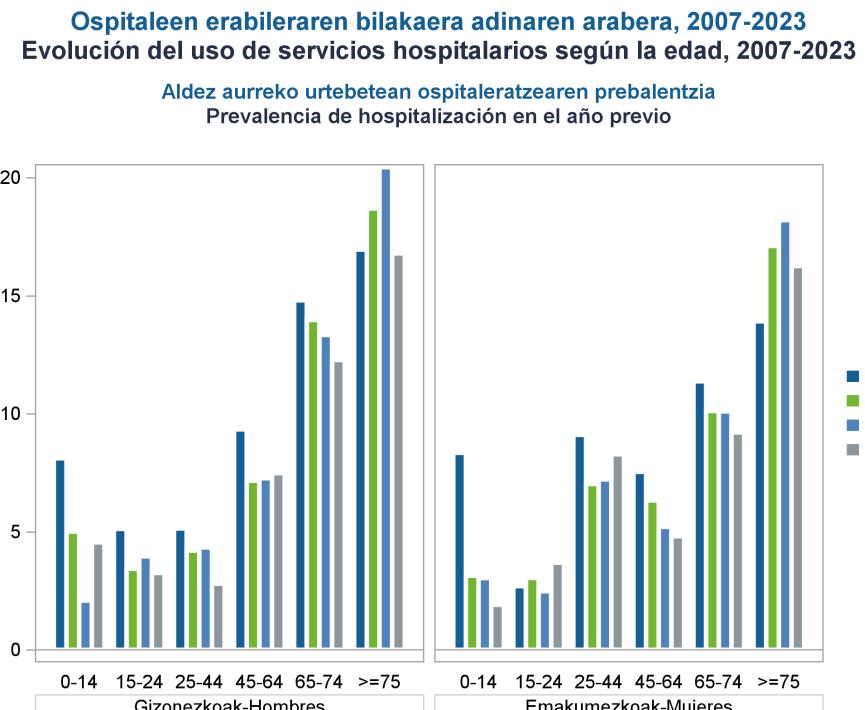
• FIGURA 120

En 2023 el 7,3% de los hombres y el 7,0% de las mujeres habían sido hospitalizados en el año previo. Este porcentaje ha ido disminuyendo desde 2007.

• FIGURA 121

Las hospitalizaciones en el año previo aumenta con la edad, alcanzando en el 2023 el 16,8% de los hombres y el 16,3% de las mujeres de 75 y más años.

FIGURA 121

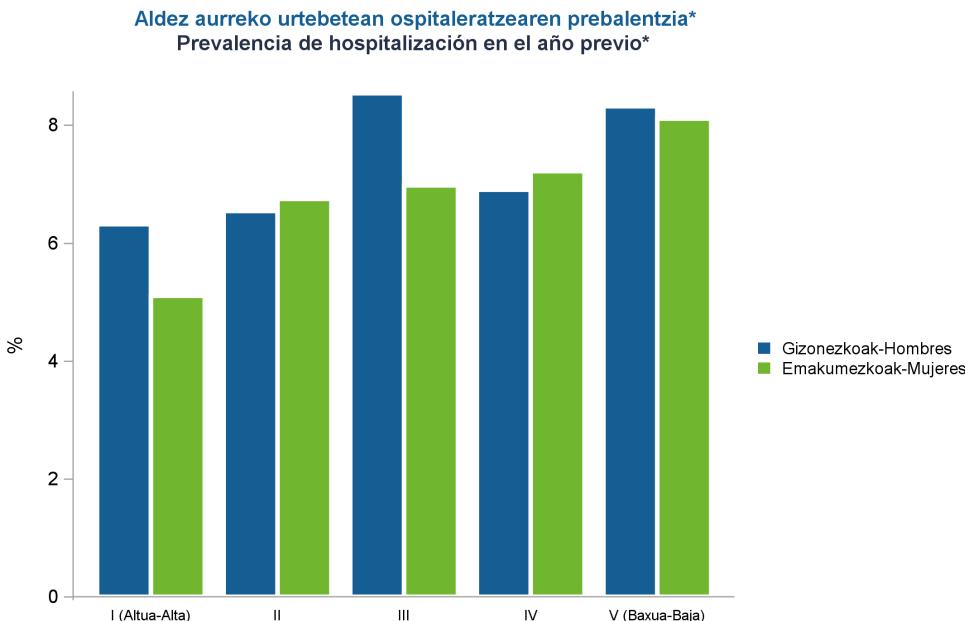


06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS IX. Hospitalización

FIGURA 122

Ospitaleen erabileraren desberdintasunak klase sozialaren arabera, 2023
Desigualdades en el uso de servicios hospitalarios por clase social, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022

• FIGURA 122

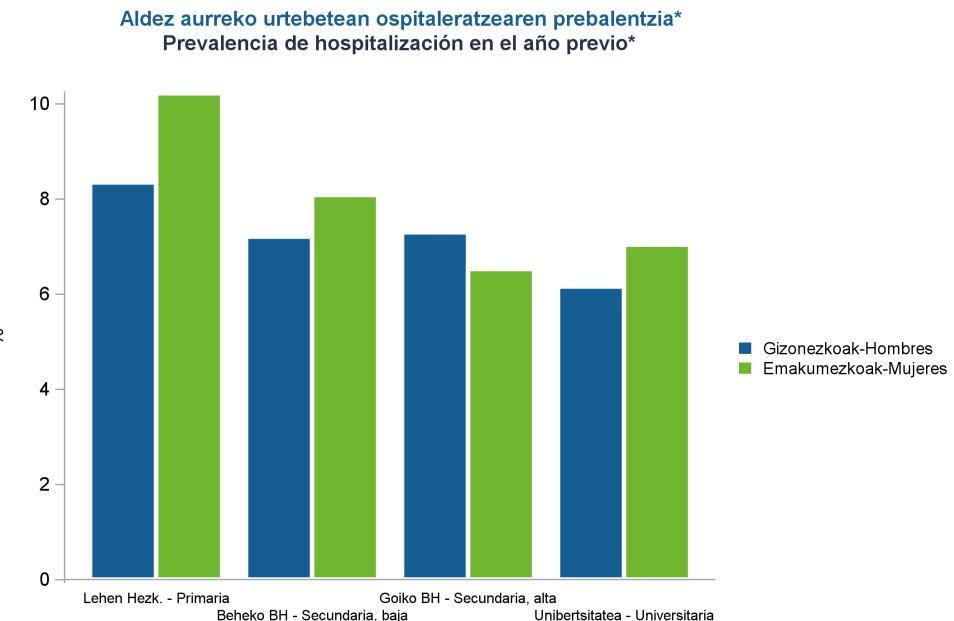
La prevalencia de uso de los servicios hospitalarios en el año previo es más elevada a medida que disminuye la clase social.

• FIGURA 123

La hospitalización en el año previo ha sido menos frecuente al aumentar el nivel de estudios: la brecha entre los estudios primarios y los universitarios es de 2,1 puntos porcentuales en los hombres y 3,2 puntos en las mujeres.

FIGURA 123

Ospitaleen erabileraren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2023
Desigualdades en el uso de servicios hospitalarios por nivel de estudios, 2023



*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2022 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2022



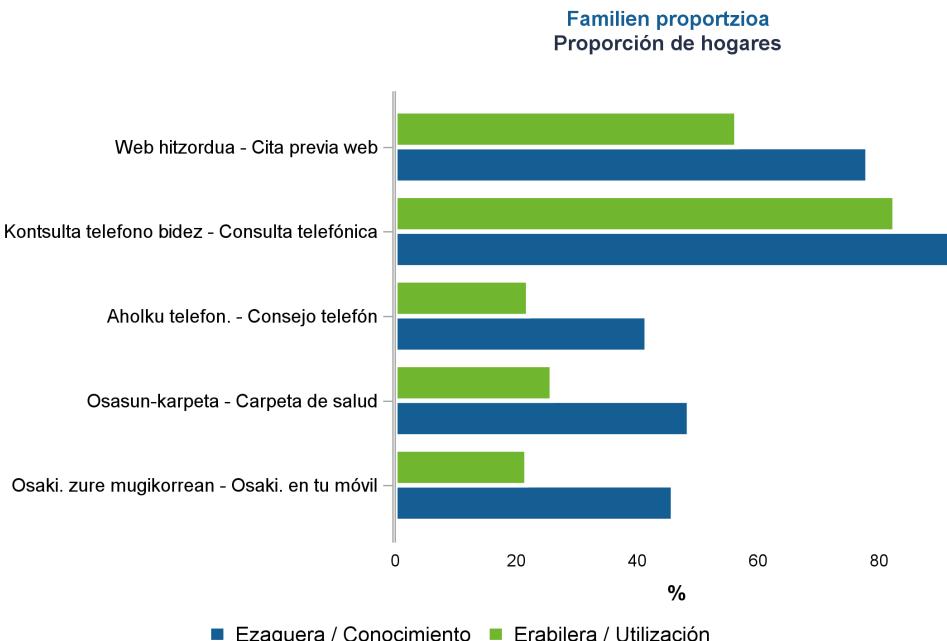
06

SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS

X. Servicios de salud no presenciales (Osarean)

FIGURA 124

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuen ezagueraren eta erabilieraren arabera, 2023
Conocimiento y uso de los servicios de salud no presenciales, 2023



• FIGURA 124

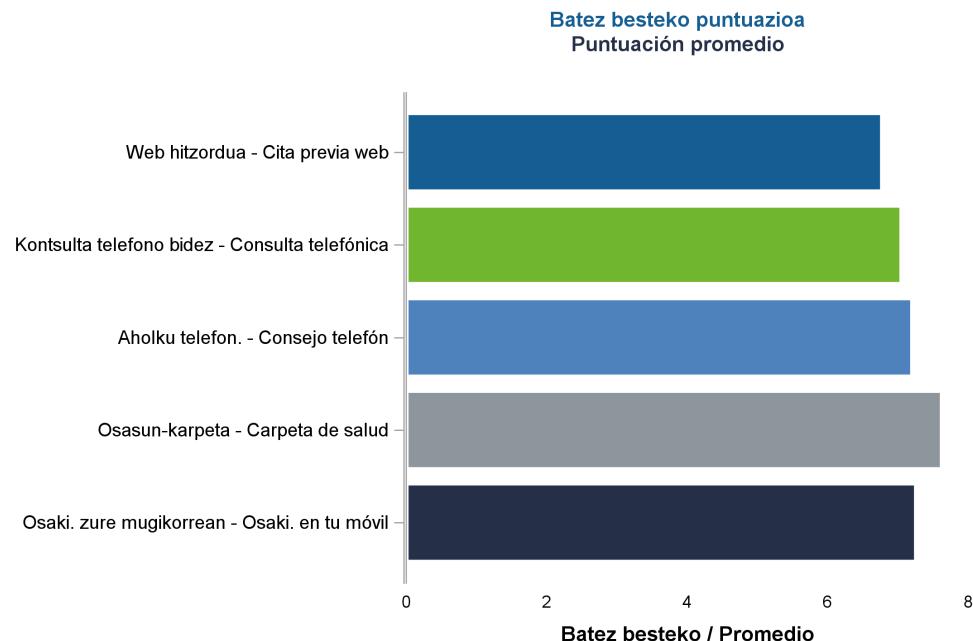
El conocimiento y uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación de Osakidetza por parte de la población varían según el tipo de servicio. El más conocido y el más utilizado es la consulta telefónica: el 93,2%, afirman conocerlo y el 82,6% lo utilizan; seguido de la solicitud de cita previa a través de la web de Osakidetza.

• FIGURA 125

La satisfacción media de los servicios de salud no presenciales es de 7,2 puntos. La mayor puntuación la obtiene el servicio de la carpeta de salud con una valoración media de 7,6, a pesar de que solo lo utiliza un 25,9 % de los hogares y el servicio que menos satisfacción ofrece es el de cita previa a través de la web que es a su vez el segundo más conocido y utilizado, después de la consulta telefónica.

FIGURA 125

Bertaratu gabeko osasun zerbitzuarekiko gogobetetasuna, 2023
Satisfacción con los servicios de salud no presenciales, 2023



07

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Esperanza de vida libre de discapacidad

Indica los años que vive la población sin problemas de salud que afecten a su 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 2023, la variable de salud utilizada para el cálculo se deriva de la pregunta 12 del cuestionario individual, considerándose la categoría de respuesta "Gravemente limitado/a". En cuanto a los datos de mortalidad, proceden del Registro de Mortalidad de 2021.

Autovaloración de la salud: salud percibida

La pregunta se formula siguiendo las recomendaciones de la 2^a Conferencia de la OMS para lograr métodos e instrumentos comunes para las encuestas de salud (Conferencia de Voorburg 1990):

Considera que su salud en general es:

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala

Al ser una respuesta muy subjetiva y no admitir respuesta de terceros, se incluye en el cuestionario individual dirigido a las personas de 15 y más años.

Es una de las medidas de la salud más sencillas de las utilizadas 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 una medida recogida mediante un solo ítem, es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud.

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 utiliza el instrumento Euroqol-5D-5L-EAV, estandarizado y validado, para medir la calidad de vida en personas de 15 y más años (Herdman M et al. 2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013). Es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EAV). El sistema descriptivo, evalúa cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Las opciones de respuesta de cada dimensión son: sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y con problemas extremos.

En la EAV la persona debe puntuar su estado de salud en una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Índice de salud mental

Elegimos el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve, un buen instrumento para el despistaje de personas con problemas psiquiátricos, tan válido como el «Mental Health Inventory» de 18 ítems o el «General Health Questionnaire» de 30 ítems (Berwick DM et al. 1991), y una buena medida de la salud mental de la población (McHorney C.A., 1993).



07

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Fue diseñado para valorar la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo. Las preguntas formuladas fueron:

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 así:

MI = $100 - ((7 - i5a) + (7 - i5b) + i5c + (7 - i5d) + i5e) / 5 * 4$, siendo el rango de valores de 0 a 100. Mayores valores indican mejor salud mental.

Se consideró que una persona presentaba síntomas de ansiedad y depresión cuando su puntuación era inferior a 56.

Discapacidad

La discapacidad es aquella limitación de larga duración, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico. Es una medida de la salud que evalúa 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 de salud

Se incluyen problemas de salud crónicos autodeclarados, continuos, de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia, hayan sido o no diagnosticados por un/a profesional de salud, tengan o no un tratamiento.

07

DEFINICIONES

II. Determinantes de Salud

A) CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

Desempleo

Se considera persona desempleada a la persona que manifiesta 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

Se entiende 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 usado batería de preguntas para estudiar estos factores de riesgo psicosociales.

Precariedad laboral

Para medir la precariedad laboral, desde la ESCAV 2018, se ha utilizado 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.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de 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 la familia.

Entorno y condiciones de la vivienda

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

- **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.
- **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.

B) FACTORES PSICOSOCIALES

Apoyo Social

El apoyo social se mide por la red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social.

Se utiliza la escala de Duke-UNC-11 para calcular los índices de salud social. Esta escala ha sido diseñada para medir los aspectos funcionales o cualitativos y no el número de relaciones sociales, ni el tamaño de la red social. Se ha utilizado la escala de 11 ítems. Cada ítem es valorado de 1 a 5 usando una respuesta tipo Likert. Se han construido dos puntuaciones diferentes para el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el afectivo (posibilidad de contar con personas que demuestren apoyo y cariño).



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de Salud

C) CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

Consumo de tabaco

Se considera fumador/a a la persona que declara 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.

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 han adaptado a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV. El consumo de alto riesgo se clasifica de la siguiente manera:

- Personas de 15-17 años, ambos sexos. Se considera 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.
- Personas de 18 y más años. En los hombres se considera consumo de alto riesgo si la 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.

- En las mujeres, se considera consumo de alto riesgo si la 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 alcohol intensivo

A partir de la ESCAV 2013 también se recogen datos sobre la ingesta de gran cantidad de alcohol en cortos períodos de tiempo (binge drinking). Se han realizado equivalencias entre las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada Unidad de Bebida Estándar para medir la cantidad que la persona ha consumido en un periodo de 4-6 horas, diferenciando la cantidad de alcohol consumida por los hombres y las mujeres.

Peso corporal

Se define 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 calcula según la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso declarado (en Kg.)} / \text{altura declarada (en metros al cuadrado)}$ En función de dicha fórmula se define el peso de las personas mayores de 18 años:

- a. Insuficiente: Aquella persona cuyo IMC es inferior a 18,5
- b. Normal: Aquella persona cuyo IMC es igual o superior a 18,5 e inferior a 25
- c. Sobre peso: Aquella persona cuyo IMC igual o superior a 25 e inferior a 30
- d. Obeso es aquella persona con un IMC igual o superior a 30



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de Salud

Actividad física

La actividad física se mide con un cuestionario, IPAQ (IPAQ 2005), estandarizado y validado. Este cuestionario pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que han dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada o 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. Las respuestas darán un perfil de personas sedentarias o personas que realizan una actividad física o ejercicio saludable.

Hábitos alimentarios

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

Se ha utilizado el PREDIMED como método de estudio de hábitos alimentarios en personas adultas. Es una herramienta útil en estudios poblacionales que mide el grado de adherencia al patrón de la dieta mediterránea basado en 14 preguntas.

Para la ESCAV23 se ha seguido las recomendaciones de la Guía "Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria" de la Junta de Andalucía 2020, las cuales permiten obtener un índice que va de 0 a 13 puntos para analizar la adherencia a la dieta mediterránea:

- Buena adherencia: igual o superior a 8 puntos.
- Adherencia baja: inferior a 8 puntos.

Sueño

Se mide mediante el Cuestionario de Calidad del Sueño del instrumento SATED (Satisfaction Alertness Timing Efficiency and Duration) (Buysse DJ 2014, Dalmases et al 2019).



07

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y 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:

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

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza como el Programa de prevención del cáncer colorrectal, el Programa de detección precoz del cáncer de mama o el Programa de cribado de cáncer de cérvix.

Consultas de medicina general y pediatría, enfermería, dentista y medicina especializada

Se ha considerado como consulta cualquier contacto 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 realizar un examen u otros trámites, que dan lugar a un "consumo" de cualquier tipo.

Consultas en los servicios de urgencias

Es la asistencia solicitada con carácter urgente en un centro distinto del habitual o en el centro habitual, pero fuera de horas de consulta. En el cuestionario se pregunta por las asistencias urgentes ocurridas en los seis meses anteriores a la entrevista.

Servicios de salud no presenciales

Servicios relacionados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación puestas 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, consejo sanitario telefónico, carpeta personal de salud o la App de Osakidetza.

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 asigna a todas las personas en función de su 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 valor que le corresponda a la persona de la que dependan económicamente (padres, madres etc.) o el de la persona de la unidad familiar con una clase social más alta. La asignación en cada uno de los cinco grupos se realiza a partir de la codificación a tres dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11) propuesta en por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany A et al. 2012).

Se utiliza 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 es el mayor nivel obtenido. Se encuadra a las personas en 4 categorías:

- Primaria: personas que no saben leer ni escribir o con estudios primarios o equivalentes (Educación Primaria, EGB primera etapa, Educación Básica en centros de Educación Especial) completos o no.
- Secundaria baja: personas con educación secundaria de 1a etapa (ESO, EGB, Graduado escolar, Certificado de estudios primarios).
- Secundaria alta: personas con estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de cualquier grado o equivalentes.
- Universitaria: personas con estudios universitarios de cualquier ciclo, grado, 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 de 2022.



08

BIBLIOGRAFÍA

- Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomés L, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Qual Health Care.* 2013 Jul; 25(3):291-9. Doi: 10.1093/intqhc/mzt010. Epub 2013 Feb 19.
- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria,* 1996; 18: 153-63.
- Berwick DM, Murphy JM, Goldmasn PA, et al. Performance of a five-item, mental health screening test. *Med Care* 1991, 29:169-176.
- Bray GA. Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks. *Ann Ny Acad Sci* 1987; 499:14-28.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, DeGruy FV y Kaplan B H. The Duke- UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care* 1988; 26:709-723.
- Buysse DJ. Sleep health: ¿can we define it. Does it matter? *Sleep.* 2014; 37(1):9-17.
- 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.
- Dalmases M, Benítez I, Sapiña-Beltran E et al. Impact of sleep health on selfperceived health status. *Scientific Report.* 2019 9:7284
- Dolan TA, Peek CW, Stuckm AE. Beck JC. Three years changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1998; vol.26 (, No.1): 62-69.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, 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 neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>
- Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de Crecimiento de Bilbao: Curvas y tablas de crecimiento (Estudio transversal). Faustino Orbegozo Eizagirre Fundazioa, 2011.
- 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.

08

BIBLIOGRAFÍA

- Idler EL, Ronald JA. Self-rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic follow-up study. *AJPH* 1990; 80:446-452.
- IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)– Short and Long Forms.; November 2005.
- 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.
- Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974 Oct;131(10):1121-3.
- 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;
- 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;
- PREDIMED (Estruch et al, 2006; Zazpe et al, 2008; Martínez-González et al, 2012; Estruch et al, 2013).
- Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios CBA y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11, 4, 132-139.
- SAUTORY, Olivier La macro CALMAR. INSEE. Serie des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. 1993.
- Serra Majem LA & J B (2004) Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In *Aliment. Infant. y Juv.*, pp. 51–59.



08

BIBLIOGRAFÍA

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.

Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Med Care 1988; 26:393-402.

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

Willis GB. Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design. Thousands Oaks, CA: Sage, 2005.

