



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2006 Navarra

(Edición corregida)

2012 CONTIGO
AVANZAMOS



Gobierno
de Navarra

Departamento de Salud

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2006. Navarra

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitario.
Sección de Planificación de Salud

ANÁLISIS Y REDACCIÓN

M^a Jesús Guembe Suescun, Directora Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitario
Ander Arrazola Aranzadi, Jefe Sección de Planificación y Evaluación
Isabel Sobejano Tornos, Jefa Negociado Planificación
Itxaso Mugarra Bidea, Sección de Planificación
Inés Sáenz de Pipaón Martínez de Virgala, Sección de Planificación
Estefanía Toledo Atucha, MIR Servicio Docencia y Desarrollo Sanitario

AGRADECIMIENTOS

Joaquín Artazcoz Osés, Dirección de Atención Primaria de Salud
Marga Echaury Ozkoidi, Instituto de Salud Pública
Juan Erviti López, Dirección de Atención Primaria de Salud
Manuela Sánchez Echenique, Dirección de Atención Primaria de Salud
A los profesionales responsables de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
Al Instituto Navarro de Estadística

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
SÍNTESIS DE RESULTADOS	7
METODOLOGÍA.....	13
ESTADO DE SALUD	17
• Percepción del estado de salud	17
• Calidad de vida.....	20
• Enfermedades y problemas crónicos de salud.....	22
• Accidentabilidad.....	30
• Agresiones.....	34
• Estado de Salud Mental.....	35
• Restricción temporal de la actividad.....	41
• Discapacidad: Limitación de visión y audición, limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana y autonomía y dependencia funcional.....	46
DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD	53
• Apoyo social.....	55
• Función familiar.....	58
• Discriminación.....	61
• Trabajo reproductivo.....	64
• Trabajo remunerado.....	70
• Vivienda.....	74
ESTILOS DE VIDA	77
• Consumo de tabaco.....	77
• Consumo de alcohol.....	82
• Descanso, actividad física y tiempo libre.....	87
• Alimentación.....	91
• Sobrepeso y obesidad.....	101
• Prácticas preventivas: vacunaciones, medición de la tensión arterial, medición del colesterol, higiene dental, seguridad vial, prácticas preventivas específicas de las mujeres.....	105
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	111
• Cobertura sanitaria.....	111
• Consumo de medicamentos.....	115
• Consulta médica	125
• Consulta al dentista.....	129
• Consulta a otros profesionales de la salud.....	133
• Hospitalizaciones.....	135
• Hospital de día.....	137
• Servicios de urgencia.....	139
•	

ANEXO: RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

PRESENTACION

La información es la base para el análisis y la formulación de estrategias, objetivos y decisiones en la salud pública. Por ello es tarea de la administración sanitaria el mantenimiento y la mejora de las fuentes de información, entre las que se encuentra la Encuesta de Salud.

La Encuesta de Salud es una fuente de datos inestimable, un importante instrumento para la planificación y la evaluación en materia de salud. Entre sus virtudes destacan las siguientes:

- Ser un trabajo de base poblacional
- Proporcionar información sobre todos los subgrupos de población incluidos los más desfavorecidos y los que no acuden a los servicios sanitarios.
- Ser si no la única, al menos una muy apreciable fuente de información sobre salud percibida, estilos de vida, repercusión de los problemas de salud en el funcionamiento diario y en el bienestar y sobre calidad de vida.
- Integrar información sobre: estado de salud, estilos de vida, factores socioeconómicos, uso de servicios sanitarios, factores demográficos.
- Posibilitar la identificación de desigualdades en salud

Además, la utilidad de la Encuesta de Salud como sistema de información, se ve incrementada si se repiten periódicamente porque esta periodicidad aunque sea variable, facilita la evaluación de las estrategias de salud y de su impacto en los indicadores de salud. Por este motivo las encuestas de salud nacen con vocación de continuidad.

En Navarra, se han hecho dos encuestas de salud, en 1991 y 2000 respectivamente, financiadas en ambos casos por el Departamento de Salud.

En el año 2006, en el marco de la realización de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENS-06), a instancia del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, se firmó un convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Estadística y el Instituto de Estadística de Navarra, con la colaboración del Ministerio de Sanidad, con el fin de obtener información detallada en el ámbito de Navarra, mediante el diseño de una muestra ampliada para la realización de la ENS en el ámbito territorial de Navarra. La financiación fue a cargo del Departamento de Salud.

Es preciso resaltar el valor añadido que la ENS-06 tiene, por las mejoras introducidas, respecto a las anteriores. Una novedad es que su formato se adapta a los requerimientos del proyecto europeo de encuesta de salud. También, introduce mejoras para medir desigualdades en salud especialmente en relación con el género y la clase social e incluye dimensiones anteriormente no exploradas como la salud mental, la dependencia y nuevos determinantes socioeconómicos de la salud: violencia, discriminación, apoyo social y afectivo, percepción de la función familiar, estrés laboral, entre otros.

Los resultados de este trabajo se presentan a continuación con el propósito de que permitan enriquecer el conocimiento existente sobre las necesidades y el estado de salud de la población, de cara al diseño de la política sanitaria de Navarra.

Pamplona, Junio 2010

Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitarios
Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

SÍNTESIS DE RESULTADOS

Estado de salud

- Tres de cada cuatro personas residentes en Navarra, declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno en el último año. La percepción del estado de salud es mejor en los hombres que en las mujeres y en ambos sexos, empeora a partir de los 45 años.

Respecto a las encuestas de salud de Navarra de 1991 y de 2000, la percepción del estado de salud en población adulta ha empeorado.

Respecto a las demás CCAA, la percepción positiva de la salud ocupa un lugar intermedio, siendo la diferencia entre hombres y mujeres en Navarra menor a la de otras CCAA.
- Tres de cada cuatro personas adultas manifiestan haber padecido alguna vez en la vida, al menos un problema de salud crónico. La prevalencia de problemas de salud crónicos es mayor en mujeres que en hombres y en ambos sexos aumentan con la edad. En los mayores de 65 años, esta prevalencia se duplica respecto a la de los jóvenes de 16 a 24 años.

El dolor de espalda es el problema crónico más frecuente en los hombres, en las mujeres ocupa el segundo lugar tras las varices.

En la población menor de 16 años, el 16,6% ha tenido alguna vez en la vida un problema de salud crónico siendo los más frecuentes la alergia crónica y el asma.
- El 11,8% de la población ha tenido algún accidente en el último año. Los hombres se accidentan más que las mujeres. Entre ellos la mayor accidentabilidad se da en los menores de 45 años, especialmente en los jóvenes de 16 a 24 años. Entre las mujeres, las mayores de 64 años son las que más se accidentan.

Los accidentes más frecuentes son la caída a nivel del suelo y los golpes.

Navarra se sitúa entre las CCAA con mayor porcentaje de población que ha sufrido algún accidente, por encima de la media estatal.
- El porcentaje de población que ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato en el último año es el 1,8%, por debajo de la media estatal (2,9%).
- La prevalencia de “riesgo de mala salud mental” en población adulta es del 13,0% en los hombres y 25,2% en las mujeres. Las mujeres de 65 y más años son las de mayor riesgo de mala salud mental, en los hombres el riesgo aumenta gradualmente con la edad.

El rango de valores del estado de salud mental entre las CCAA se sitúa entre 0,9 y 1,9 (de mejor a peor salud mental). Navarra con 1,8 presenta peor estado de salud mental que la media nacional (1,5) en población adulta.

El 8,1% de la población de 4 a 15 años presenta “riesgo de mala salud mental” siendo los problemas de conducta y la hiperactividad los más prevalentes. Navarra se sitúa entre las CCAA con menor riesgo de mala salud mental en menores (media estatal del 12%).

- Una de cada cinco personas de 0 y más años ha tenido dificultad, en los últimos seis meses debido a un problema de salud, para hacer alguna actividad de la vida cotidiana, si bien la limitación grave afecta al 4,8% de la población. El porcentaje de personas afectadas por la limitación aumenta con la edad. Casi la mitad de las personas mayores de 65 años tienen dependencia para realizar al menos una actividad de la vida cotidiana. La proporción de personas con dependencia en la población mayor de 75 años duplica a la de 65-74 años (63,3% vs 33,4%). La dependencia más frecuente se da en las actividades de cuidado personal y en las labores domésticas.
- Las personas pertenecientes a las clases sociales más favorecidas parecen tener mejor estado de salud, que se refleja en los siguientes indicadores:
 - Los hombres de clase social alta tienen mejor percepción del estado de salud y menor prevalencia de accidentes.
 - A medida que la clase social es más favorecida disminuye la prevalencia de limitación para las actividades de la vida cotidiana debido a un problema de salud, tanto en su forma grave como en la no grave y se reduce el riesgo de mala salud mental en las mujeres y en los menores de 4 a 15 años.

Determinantes socioeconómicos de la salud

- El 96,7% de la población adulta tiene un apoyo social normal. Las personas que perciben peor nivel de apoyo social son las mayores de 65 años. El 91,5% de la población adulta tiene una función familiar buena, siendo mejor en las mujeres que en los hombres.
- El 5,3% de la población ha sufrido discriminación en el último año. El motivo más frecuente es la etnia. Donde más se manifiesta la discriminación en la población adulta es en el ámbito laboral, ya sea buscando trabajo o en el desarrollo del mismo. En el caso de la población de menores, la discriminación se da en el colegio.
- El trabajo reproductivo recae fundamentalmente en las mujeres, hay más mujeres que hombres haciendo este trabajo y además le dedican más tiempo. La tarea del cuidado de menores es la más compartida por ambos sexos. En el colectivo de personas ocupadas que viven en pareja, se reproduce el mismo patrón si bien se constata una mayor participación de los hombres en la realización de las tareas.

El cuidado de personas discapacitadas es el que genera mayor número de horas de trabajo reproductivo.

- El nivel de estrés laboral en población ocupada, sobre una puntuación máxima de 7 que representa el máximo nivel de estrés, tiene un valor medio y una mediana de 4,0. Es mayor en las personas con contrato estable y autónomas respecto a las que tienen contrato no estable. No se relaciona con el tipo de jornada.
- El nivel de satisfacción laboral, sobre una puntuación máxima de 7, que representa el mayor nivel de satisfacción laboral tiene un valor medio y una mediana de 5,0. Entre los hombres se asocia con el tipo de jornada y entre las mujeres con el tipo de contrato.
- La relación entre clase social y determinantes de salud socioeconómicos ofrece resultados variables, a medida que la clase social es más favorecida aumenta el nivel satisfacción con el trabajo pero también el estrés laboral.

Estilos de vida

- El 30,6% de los hombres y el 20,6% de las mujeres de 16 y más años fuman a diario. El consumo diario de tabaco es similar en hombres y mujeres hasta los 45 años, por encima de esa edad la proporción de hombres fumadores es mayor. La exposición pasiva al humo de tabaco en la vivienda habitual afecta al 22% de la población adulta y al 18% de los menores de 15 años. Los indicadores de consumo de tabaco en ambos sexos han experimentado una evolución favorable respecto a las anteriores encuestas de salud de Navarra de 1991 y de 2000. La prevalencia de consumo diario de tabaco en Navarra es similar al promedio de España, pero respecto a otros países ocupa un lugar desfavorecido.
- En población adulta, aproximadamente tres de cada cuatro hombres y una de cada cuatro mujeres son bebedores habituales. Un 9,7% y un 5,7% respectivamente tienen un consumo de riesgo. Casi la mitad de los bebedores habituales, beben exclusivamente durante el fin de semana. Este tipo de consumo es el más frecuente en los menores de 44 años, sobre todo en los más jóvenes (16-24 años). La prevalencia de bebedores habituales y ocasionales, considerados conjuntamente, es la más alta junto con Aragón de todas las CCAA. A nivel internacional, ocupa un lugar intermedio.
- El 85,4% de los hombres y el 74,3% de las mujeres consideran que duermen lo suficiente, siendo la media de horas de sueño de la población adulta de 7,6 horas al día.

- El 70,2% de la población adulta declara que hace actividad física en su tiempo libre de manera regular. Es la prevalencia más alta de todas las CCAA.
- Las mujeres adultas tienen hábitos alimenticios más saludables que los hombres y las personas más mayores mejores que las más jóvenes. En población menor de 16 años, los hábitos alimentarios son igualmente saludables o mejores que en adultos exceptuando un menor consumo diario de frutas, verduras y hortalizas. Los indicadores de consumo saludable, consumo excesivo y consumo deficiente de alimentos presentan valores bastante similares a la media estatal, exceptuando un mayor consumo diario de verduras (56% vs 40,6) y de carne (26,5% vs 17,4%).
El 21,9% de las mujeres y el 12,3% de los hombres de la población adulta, así como el 15,9% de los menores, realizan habitualmente un desayuno completo (un lácteo, un cereal y una fruta o zumo de frutas). El 11% de las mujeres más jóvenes es el que con mayor frecuencia no desayuna.
El 89% de los niños reciben lactancia materna los primeros meses de su vida y el 78,2% reciben lactancia materna exclusiva.
- Más de la mitad de los hombres y una de cada tres mujeres adultas tienen un peso por encima de lo normal para su talla. El 15,9% y el 11,6% respectivamente presentan obesidad.
Aproximadamente una cuarta parte de los menores (2-17 años) tienen el peso elevado, un 8,2% tiene obesidad.
Las prevalencias de sobrepeso y de obesidad en población infantil son similares a la media de España. En las mujeres adultas la obesidad es inferior a la media estatal.
Ha aumentado la prevalencia de obesidad en ambos sexos de población adulta, respecto a la Encuesta de Salud de Navarra de 2000,
- El 68,2% de las personas mayores de 65 años se vacunaron de la gripe en la última campaña.
Durante el último año, a siete de cada diez personas adultas le han tomado la tensión y a seis de cada diez le han medido el colesterol.
El 59,4% de las mujeres de 20 y más años se ha hecho alguna vez en la vida una mamografía (53% es el promedio de España). En las mujeres de 45 a 69 años que son objeto del programa de prevención de cáncer de mama este porcentaje alcanza el 96,7%.
El 72,2% de las mujeres se ha hecho alguna vez en la vida una citología vaginal.
El 61,5% de las mujeres se las hace de manera regular y su intervalo más frecuente es el anual.
- La relación entre clase social y estilos de vida ofrece resultados variables:
 - A medida que la clase social es más favorecida disminuye la prevalencia de consumo diario de tabaco en los hombres, mientras que el consumo habitual de alcohol aumenta en las mujeres.

- Los varones de la clase social alta tienen mayor prevalencia de actividad física en tiempo libre y menor obesidad.

Utilización de servicios sanitarios

- El 98,6% de las personas residentes en Navarra son beneficiarias de una cobertura sanitaria pública. El 4,2% de la población tiene una cobertura sanitaria mixta.
Navarra se sitúa entre las CCAA con mayor porcentaje de cobertura exclusivamente pública.
- Seis de cada diez personas han consumido algún medicamento en las dos semanas previas a la realización de la encuesta.
El consumo de medicamentos aumenta con la edad. Este aumento se produce tanto en el porcentaje de personas que los toman como en el número de medicamentos por persona. El 28,8% de las personas mayores de 65 años han consumido más de cinco medicamentos en las dos últimas semanas.
Los medicamentos para el dolor son los más consumidos en la población adulta. El 12,2% de los medicamentos han sido consumidos sin receta médica, siendo los más frecuentes los anticatarrales y los analgésicos.
Entre CCAA, Navarra ocupa la primera posición en consumo de medicamentos para el estómago. El consumo de tranquilizantes y productos homeopáticos está por encima y el consumo de fármacos antihipertensivos se sitúa por debajo de la media de España.
- El 35,3% de la población ha consultado con un profesional médico en las 4 semanas anteriores a la realización de la encuesta. El 81,1% ha consultado en el último año.
Siete de cada 10 consultas fueron realizadas a un profesional de medicina de familia o pediatría y tres a otros especialistas. El 54,2% y el 41,5% de las consultas de medicina de familia o pediatría y de otros especialistas respectivamente, fueron para diagnóstico de un problema de salud.
La prevalencia de asistencia a consulta médica en el último año en Navarra se sitúa entre las más bajas de las CCAA.
- El 43,0% de la población ha acudido al dentista o higienista dental en el último año. El 7,8% no ha ido nunca. El motivo más frecuente de consulta es la revisión.
La prevalencia de asistencia a consulta del dentista en un año ha aumentado respecto a la Encuesta de Salud Navarra 1991 y han desaparecido las diferencias por sexo.
La prevalencia de asistencia al dentista en el último año en Navarra se sitúa entre las más altas de las CCAA.

- El 9,1% de la población ha consultado a personal de enfermería en las 4 semanas anteriores a la realización de la encuesta.
Respecto a la Encuesta de Salud Navarra 1991 ha aumentado de manera considerable.
La prevalencia de Navarra es la mayor de todas las CCAA.
- En el año anterior a la realización de la encuesta, el 7,6% de la población ha sido hospitalizada y el 28,7% ha acudido a un servicio de urgencias. La frecuentación a los servicios de urgencias ha aumentado de manera considerable en los últimos años.
- Las personas pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas hacen una mayor utilización de los servicios sanitarios de cobertura pública y menor de los privados. Esto se refleja en los indicadores siguientes:
 - Las personas de clase social baja son las que en mayor proporción han ido a urgencias en el último año. A medida que la clase social es más desfavorecida aumenta la proporción de personas que han sido hospitalizadas o han acudido a consulta médica.
 - Las personas de clase social alta son las de mayor proporción de cobertura sanitaria mixta. A medida que la clase social es más alta aumenta la proporción de población que ha acudido al dentista en el último año.

METODOLOGIA

Se presenta la información metodológica más relevante de la Encuesta Nacional de Salud y la específica para comprender el análisis de datos para Navarra. Se incluye también en cada capítulo de resultados un apartado de metodología.

Muestra

La muestra se obtuvo mediante muestreo polietápico estratificado cuyo marco muestral fueron las secciones censales del Padrón de Habitantes de 2006.

En una primera etapa la unidad de selección fueron las secciones censales que se seleccionaron con probabilidad proporcional a su tamaño. En la segunda etapa, en cada sección se seleccionaron las viviendas familiares principales con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

En cada vivienda se cumplimentó el Cuestionario del Hogar y mediante procedimiento aleatorio se seleccionó un adulto que cumplimentó el Cuestionario de Adultos y un menor, si los hubiera, para cumplimentar el Cuestionario de Menores.

La muestra para Navarra fue de 1.635 personas adultas de 16 y más años (681 hombres y 954 mujeres) y 480 de 0-15 años, menores (253 niños y 227 niñas).

Trabajo de campo

El trabajo de campo fue organizado a través del Instituto de Estadística de Navarra (IEN), desarrollándose entre junio de 2006 y enero de 2007.

Documentación básica de recogida de datos. Los cuestionarios

La recogida de información fue mediante entrevista personal con cuestionarios estructurados.

Cuestionario del hogar. Se considera hogar la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar o parte de ella y comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. El cuestionario se cumplimentó para el hogar u hogares que habitan la vivienda seleccionada. Recoge información sobre características sociodemográficas de todos sus miembros, ingresos del hogar y sobre las condiciones y entorno físico de la vivienda.

Cuestionario de adultos recoge información relativa a personas de 16 y más años sobre las dimensiones y determinantes de la salud que son objeto de investigación.

Cuestionario de menores: recoge información relativa a personas de 0 a 15 años sobre las dimensiones y determinantes de la salud que son objeto de investigación. Es

cumplimentado por una persona adulta del hogar suficientemente bien informada. Las áreas de estudio son en unos casos compartidas y en otros diferenciadas de las de adultos.

Variables y definiciones

La definición de variables, utilizada en el análisis, es la elaborada por el Ministerio de Sanidad y Política Social a la que se puede acceder en su página web tal como se describe al final de este apartado.

En cada uno de los apartados del informe se incluye la definición de sus variables.

Para este análisis se ha utilizado la variable *clase social* de la persona que más ingresos aporta a la unidad familiar, agrupada en tres categorías:

- clase alta (Grupo I profesionales y Grupo II intermedios),
- clase media (Grupo III trabajadores cualificados no manuales)
- clase baja (Grupo IV.A trabajadores manuales cualificados, Grupo IV.B trabajadores manuales semicualificados y Grupo V trabajadores manuales sin cualificar)

Análisis de datos

Las estimaciones se han ajustado a la población navarra. La información que se presenta por clase social se hace siempre con datos estandarizados por edad y sexo.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS para Windows versión 17.0. En todos los tests utilizados, el umbral de significación se ha estimado con una probabilidad de error de $p \leq 0,05$.

Se presenta la distribución de las variables según edad, sexo y clase social basada en la ocupación.

La comparación de prevalencias entre sexos y entre grupos de edad se ha realizado con el test Chi-cuadrado. Para la comparación de medias se han utilizado las pruebas T de Student y el ANOVA. En los casos en que la distribución de la variable no era normal se han usado los tests de Mann-Witney y de Kuskal-Wallis.

Evolución temporal: el análisis se ha efectuado cuando se disponía de información en las encuestas de salud anteriores. En otras ocasiones se ha comparado con los datos de las Encuestas de condiciones de vida de Navarra realizadas por el Instituto de Estadística de Navarra con periodicidad bienal en cuyo apartado de salud se recoge información referida al estado de salud y estilos de vida.

Comparación nacional e internacional: todos los resultados se han comparado con los de otras Comunidades Autónomas o el promedio nacional aportado por la propia Encuesta Nacional de Salud 2006 y siempre que se disponía de indicadores comunes se presentan comparaciones internacionales.

Información metodológica adicional

El Ministerio de Sanidad y Política Social ofrece en su página web, información exhaustiva de la Encuesta Nacional de Salud e incluye los siguientes documentos de metodología:

- Anexo Informativo: repaso histórico, metodología y glosario de términos.
- Descripción de las variables compuestas: clase social, calidad de vida, salud mental, dependencia funcional, apoyo social, función familiar, índice de masa corporal, puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades. (<http://peestadistico.msc.es/PEMSC25/Docs>).
- Metodología detallada con el diseño muestral, el proceso de recogida de información y las variables y definiciones.
- Cuestionarios: Adultos, Menores y Hogar.

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

ESTADO DE SALUD

Se analiza en este apartado el estado de salud de la población residente en Navarra.

Se consideran las siguientes áreas:

- Percepción del estado de salud
- Calidad de vida
- Enfermedades y problemas crónicos de salud
- Accidentabilidad
- Agresiones
- Estado de Salud Mental
- Restricción temporal de la actividad
- Discapacidad
 - Limitación de visión y audición
 - Limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana
 - Autonomía y dependencia funcional

Para cada área se presenta la distribución global del factor que se estudia según edad y sexo y según clase social. Siempre que ha sido posible se ha analizado su evolución temporal y se ha hecho una comparación nacional e internacional del mismo.

La metodología específica de cada una de las áreas estudiadas se presenta en cada apartado así como el colectivo de población (adulta, menores o ambos) sobre el que se ha estudiado. El intervalo de edad del grupo de menores que se ha estudiado varía en función de las características del instrumento de medición utilizado.

Percepción del estado de salud (población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

Se trata de medir la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. Se utiliza una escala de 5 puntos: muy buena, buena, regular, mala y muy mala, que se agrupa en tres categorías: valoración positiva (muy buena y buena), regular y mala (mala y muy mala).

Resultados

Casi tres de cada cuatro personas, un 71,8% de la población, declara tener un estado de salud bueno o muy bueno en el último año.

La percepción del estado de salud es mejor en los hombres que en las mujeres (74,2% valoración positiva versus 69,5%). Analizando por grupos de edad, la diferencia por sexo es estadísticamente significativa únicamente en el grupo de 25 a 44 años (Figura 1).

Entre los hombres, la percepción de la salud es similar hasta los 45 años, a partir de esa edad empeora progresivamente con la edad.

En el caso de las mujeres, la mejor percepción de la salud se da en las menores de 16 años, le siguen las jóvenes adultas de 16 a 44 años y a partir de esa edad, como en los hombres, disminuye progresivamente con la edad.

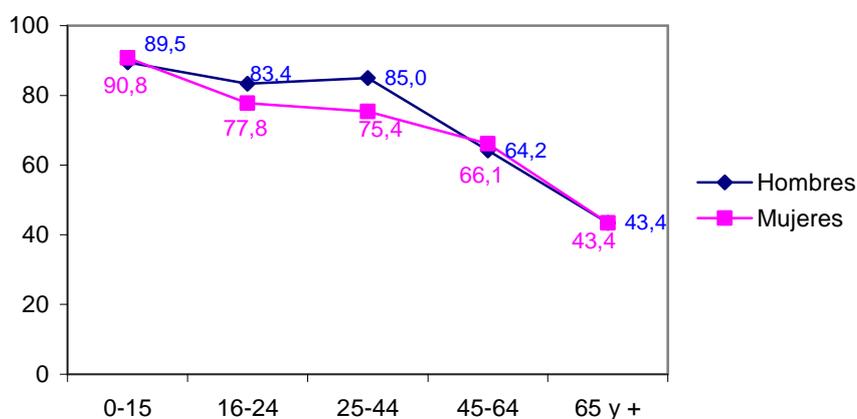


Figura 1. Porcentaje de población con percepción positiva del estado de salud en los últimos doce meses por edad y sexo.

Clase social

No se observa relación lineal entre la clase social y la valoración positiva del estado de salud ni en hombres ni en mujeres, una vez estandarizados los datos por edad. Se detecta una mayor percepción positiva en los hombres de clase alta respecto a los de clase media y baja (Figura 2).

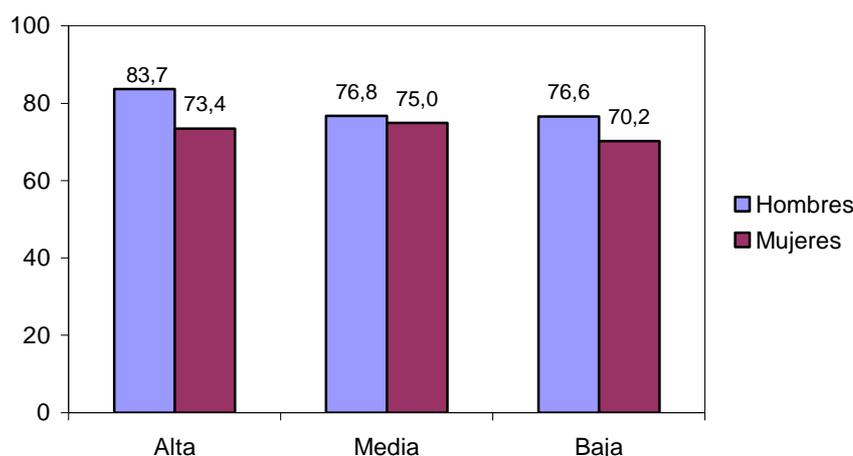


Figura 2. Porcentaje de población con percepción positiva del estado de salud en los últimos doce meses por clase social y sexo. Datos estandarizados por edad.

Evolución temporal

Respecto a las anteriores encuestas de salud de Navarra de 1991 y de 2000, la percepción del estado de salud, en población adulta, ha empeorado. Ha disminuido la percepción positiva y ha aumentado la percepción regular y la negativa (Figura 3).

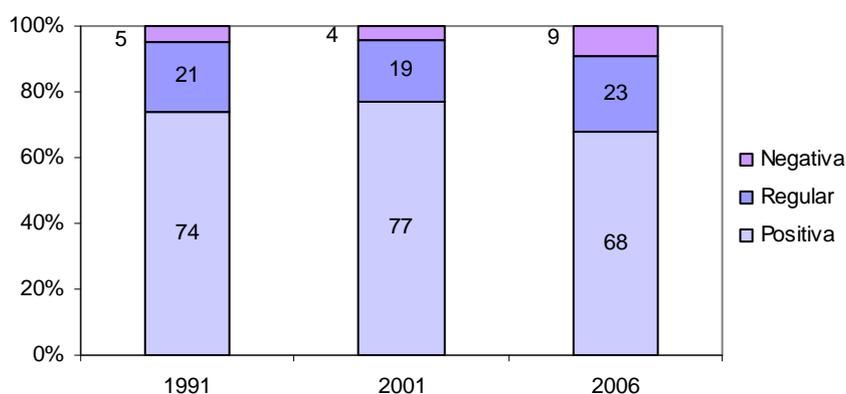
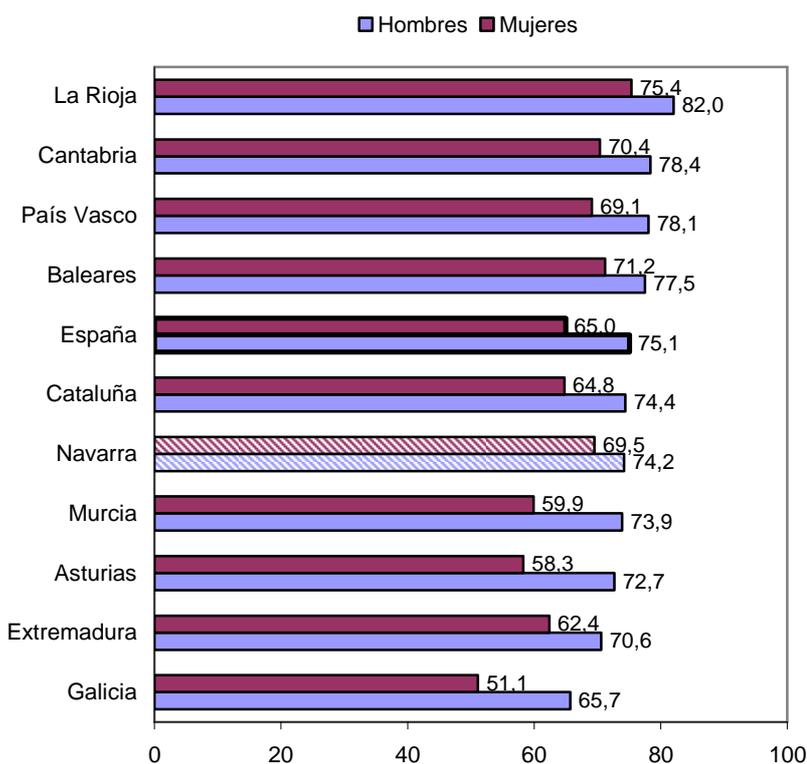


Figura 3. Distribución de la población (%) según su percepción del estado de salud en los últimos doce meses en población adulta. Evolución temporal 1991-2006.

Comparación nacional

Navarra ocupa un lugar intermedio en la percepción positiva del estado de salud, por debajo del valor global de España en los hombres y algo por encima en el caso de las mujeres. La diferencia en la percepción positiva de la salud entre hombres y mujeres en Navarra es pequeña en relación a lo que ocurre en otras CCAA (Figura 4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 4. Porcentaje de población con percepción positiva del estado de salud en los últimos doce meses, según sexo. Comparación nacional.

Calidad de vida (población de 8 a 15 años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza la calidad de vida relacionada con la salud en menores de 8 a 15 años. Se utiliza el índice “Kidscreen-10”¹, instrumento desarrollado dentro de un proyecto financiado por la Comisión Europea, que valora la calidad de vida desde la perspectiva del menor en términos de su bienestar físico, mental y social, y permite identificar la población infanto-juvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva.

La respuesta la proporciona el padre, madre, tutor o persona bien informada, y debe reflejar la perspectiva del menor. Las puntuaciones se calculan a partir de la media de los datos europeos. Los valores obtenidos están estandarizados con media=50 y desviación típica (DE)=10; así una puntuación de 45, se encuentra a 0,5 DE por debajo (peor calidad de vida) de la media europea.

¹ The KIDSCREEN Group, www.kidscreen.org

Resultados

El valor medio de la calidad de vida relacionada con la salud que refiere la población de 8 a 15 años es de 57,6 (Valor medio estandar europeo 50).

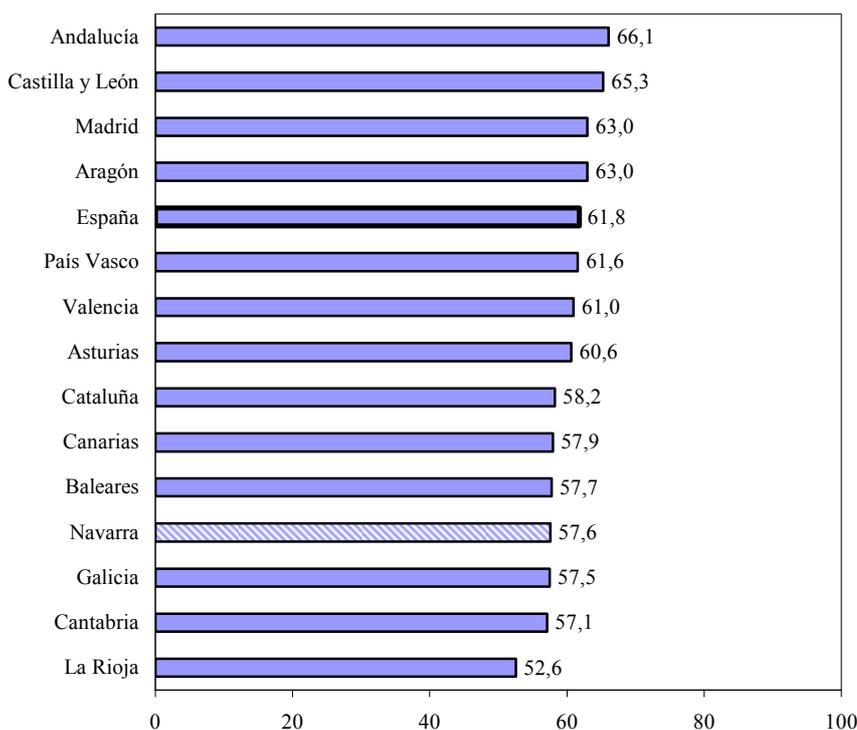
No hay diferencias por sexo.

Clase social

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por clase social.

Comparación nacional

Navarra se sitúa entre las CCAA con menor valor medio en calidad de vida en población de 8 a 15 años y por debajo de la media estatal (Figura 5).



Fuente: Encuesta Nacional de salud 2006

Figura 5. Media de calidad de vida relacionada con la salud en población de 8 a 15 años*. Comparación nacional.

* El valor medio estándar europeo está en 50, con una desviación típica (DE) de 10; así por ejemplo, si una CCAA puntúa 60, se encuentra a una DE por encima de la media europea, y por tanto mejor calidad de vida.

Enfermedades y problemas crónicos de salud (población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza si han padecido alguno de los veintisiete problemas de salud listados y, en caso afirmativo, si lo han padecido en los doce meses previos a la realización de la encuesta, si les ha dicho un médico que lo padecían y si están tomando o han tomado medicación en los doce meses previos a la encuesta por el problema en cuestión.

Los veintisiete problemas de salud indagados en adultos son:

1. tensión alta
2. infarto de miocardio
3. otras enfermedades del corazón
4. varices en las piernas
5. artrosis, artritis o reumatismo
6. dolor de espalda crónico (cervical)
7. dolor de espalda crónico (lumbar)
8. alergia crónica
9. asma
10. bronquitis crónica
11. diabetes
12. úlcera de estómago o duodeno
13. incontinencia urinaria
14. colesterol alto
15. cataratas
16. problemas crónicos de piel
17. estreñimiento crónico
18. depresión ansiedad y otros trastornos mentales
19. embolia
20. migraña o dolor de cabeza frecuente
21. hemorroides
22. tumores malignos
23. osteoporosis
24. anemia
25. problemas de tiroides
26. problemas de próstata (sólo hombres)
27. problemas del periodo menopáusico (sólo mujeres)

Los problemas de salud indagados en menores de 16 años son:

1. alergia crónica
2. asma

3. diabetes
4. tumores malignos (incluye linfoma y leucemia)
5. epilepsia
6. trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)
7. trastornos mentales (depresión, ansiedad,...)

Se ha calculado el número de problemas de salud crónicos y se ha categorizado en ninguno, uno, dos y tres o más.

Resultados

Población adulta (16 ó más años)

El 80,8% de las mujeres frente al 70,2% de los hombres refieren haber padecido alguna vez un problema de salud crónico. El 29,8% de los hombres y el 19,2% de las mujeres declaran no haber tenido nunca ningún problema de salud crónico mientras que un tercio de los hombres y la mitad de las mujeres refieren haber tenido tres o más problemas de salud crónicos (Figura 6).

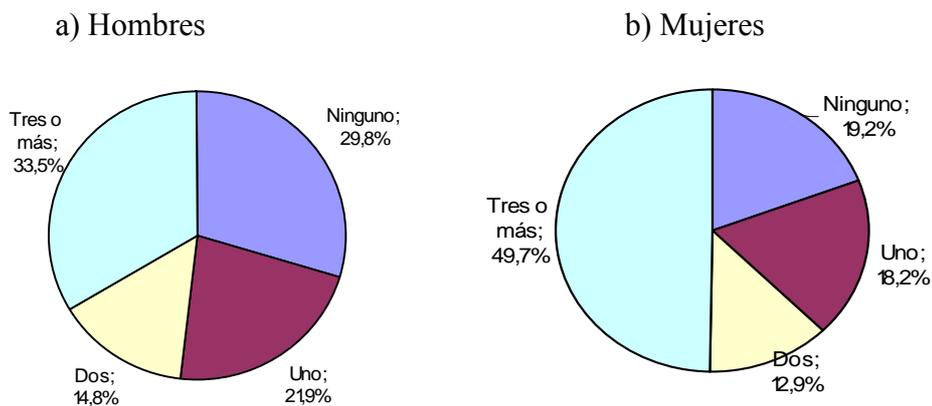


Figura 6. Prevalencia (%) de haber padecido alguna vez en la vida cero, uno, dos o tres o más problemas de salud crónicos.

El porcentaje de hombres y mujeres que refieren haber padecido alguna vez en la vida al menos un problema de salud crónico aumenta con la edad (Figura 7).

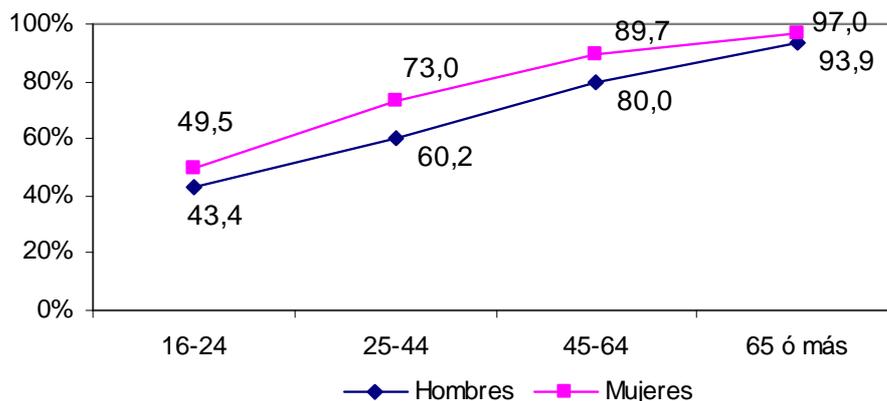


Figura 7. Porcentaje de población que refiere haber padecido alguna vez en la vida al menos un problema de salud crónico por sexo y edad.

Clase social

No se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de haber sido diagnosticado alguna vez de algún problema de salud crónico, ni entre hombres ni entre mujeres (Figura 8).

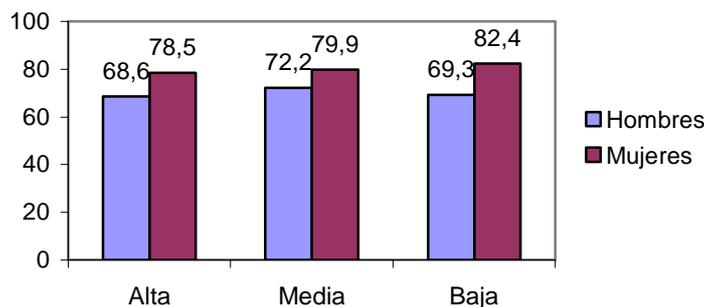


Figura 8. Porcentaje de población que refiere haber padecido al menos un problema de salud crónico alguna vez en la vida por sexo y clase social. Datos estandarizados por edad.

Tipo de problema

En la Figura 9 se muestra la prevalencia de las enfermedades y problemas crónicos de salud autorreferidos por sexo. Se señala mediante un asterisco los casos en los que existe una diferencia estadísticamente significativa por sexo y se muestran en orden ascendente de prevalencia global. Sin diferenciar por sexo, el problema más prevalente es el dolor de espalda crónico lumbar. En hombres, el problema de salud crónico más prevalente es también el dolor de espalda crónico lumbar, si bien en las mujeres el problema más prevalente son las varices en las piernas.

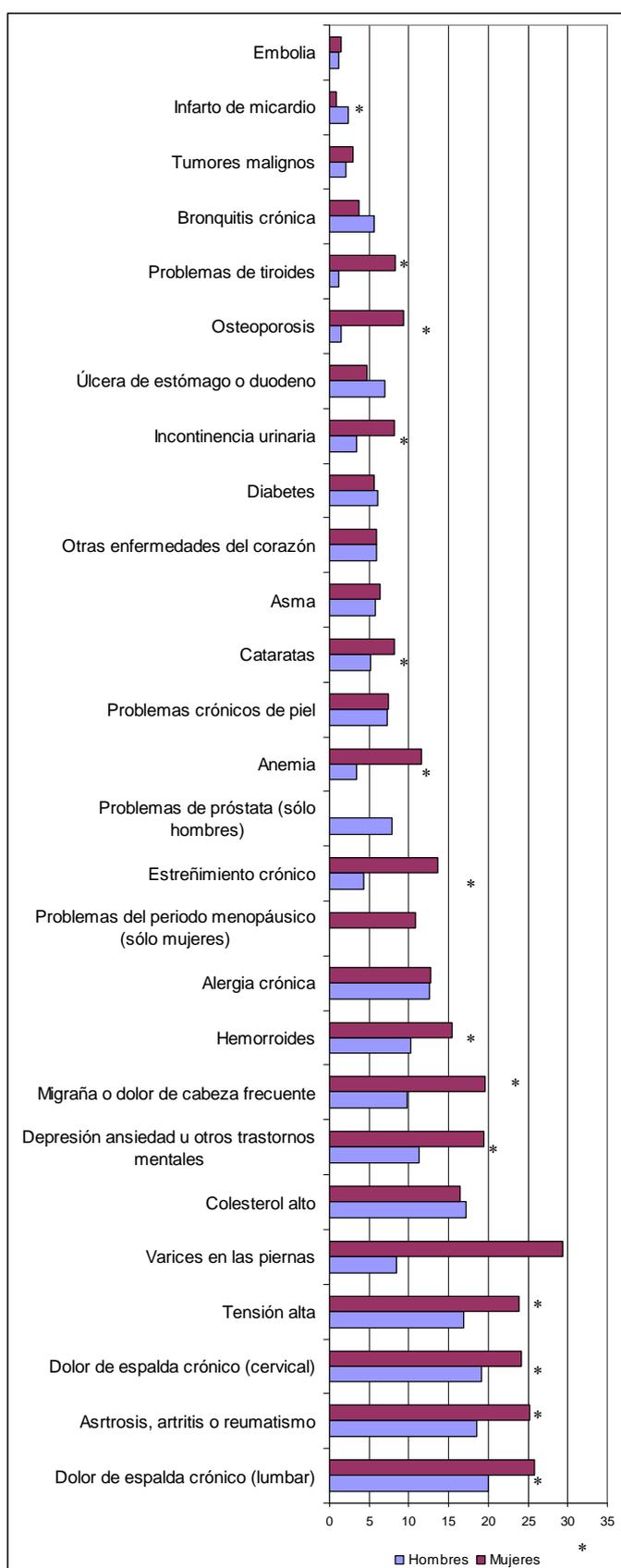


Figura 9. Prevalencia de haber padecido alguna enfermedad o problema crónico de salud alguna vez en la vida por sexo. *: valor $p < 0,05$

Entre las personas que refieren haber tenido alguna vez alguna enfermedad o problema crónico de salud, el 27,8% afirma que esa/s enfermedad/es o problema/s de salud le ha limitado de alguna forma sus actividades habituales en los doce meses anteriores a la encuesta. Existe una asociación directa con la edad (Figura 10). No hay diferencias por clase social.

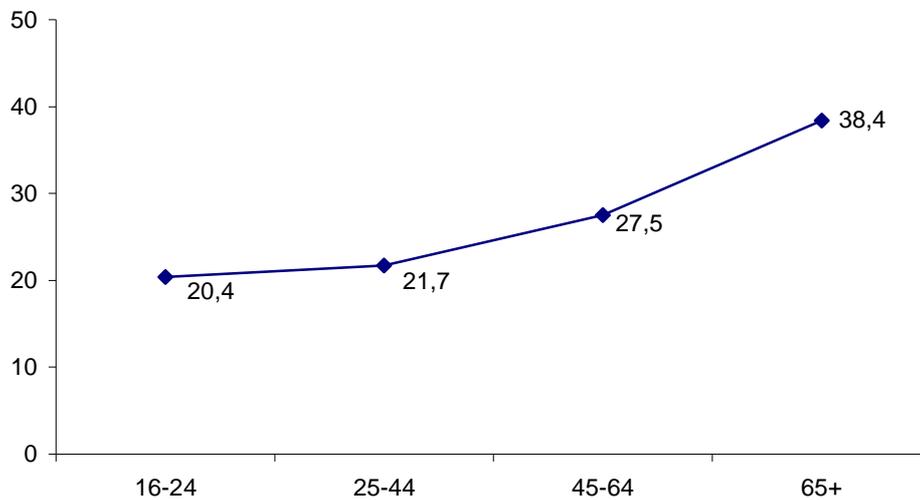


Figura 10. Porcentaje de personas con alguna enfermedad o problema crónico de salud que refiere que las mismas le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales durante los doce meses previos a la encuesta por edad.

Menores (0 a 16 años)

En el caso de los menores de 16 años, el 22,8% de los niños y el 12,7% de las niñas han padecido alguna vez alguna enfermedad crónica (Figura 11).

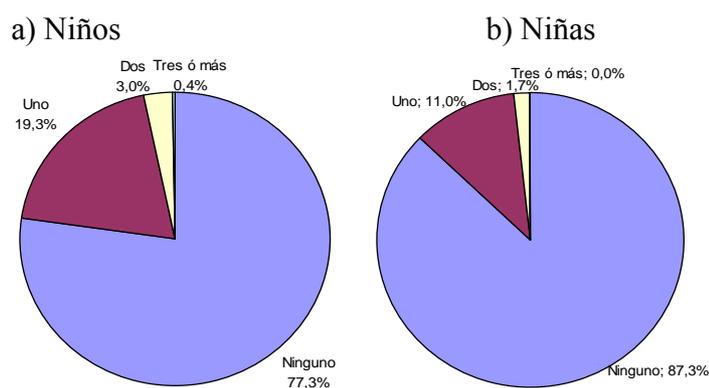


Figura 11. Prevalencia de haber padecido alguna vez cero, uno, dos o tres o más problemas de salud crónicos en menores de 16 años por sexo.

La enfermedad o problema crónico de salud más prevalente entre los menores de 0 a 16 años, tanto niños como niñas, es la alergia crónica. Sólo se observan diferencias estadísticamente significativas, según sexo, en la epilepsia (Figura 12).

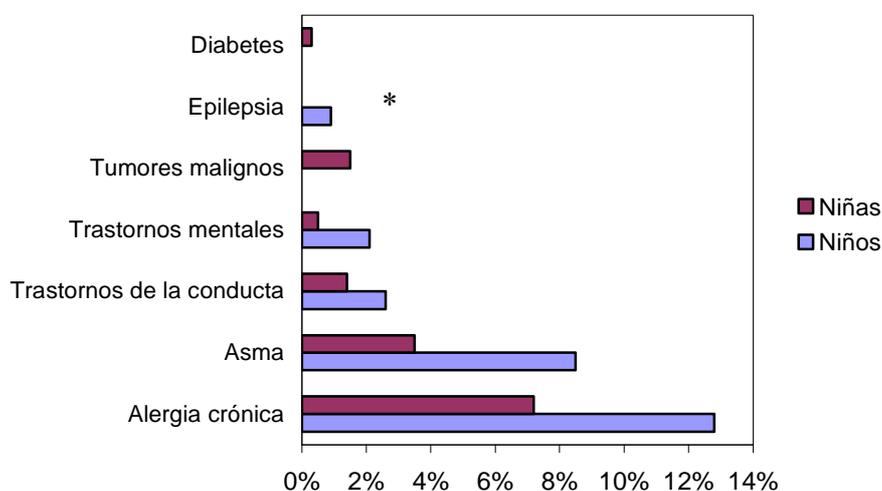


Figura 12. Prevalencia de haber padecido problemas o enfermedades crónicas de salud alguna vez en la vida por sexo. *: valor $p < 0,05$

En las Tablas 1 y 2 se presentan los porcentajes de población adulta e infantil que declaran haber tenido alguno de las enfermedades o problemas crónicos de salud preguntados por la Encuesta Nacional de Salud y, en caso afirmativo, si la han padecido en los doce meses previos a la encuesta, si les ha dicho un médico que la padecen y si están tomando o han tomado medicación en los doce meses previos a la encuesta.

ESTADO DE SALUD

Tabla 1. Porcentaje de la población adulta (16 ó más años) que declara haber tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas crónicos de salud alguna vez y, en caso afirmativo, si la han padecido en los doce meses previos a la encuesta, si les ha dicho un médico que la padecen y si están tomando o han tomado medicación en los doce meses previos a la encuesta.

	¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de haber padecido alguna vez alguna de ellas...					
			¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		¿Le ha dicho un médico que la padece?		¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?	
	Hombres (n)	Mujeres (n)	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Tensión alta	16,9 (128)	23,8 (266)	89,1	84,4	96,2	95,3	74,0	78,3
2. Infarto de miocardio	2,4 (16)	0,8 (10)	69,4	50,9	100	68,7	88,3	68,7
3. Otras enfermedades del corazón	6,0 (49)	6,0 (75)	92,7	88,8	93,4	98,7	69,8	69,4
4. Varices en las piernas	8,5 (65)	29,4 (300)	84,2	89,2	77,4	67,2	23,3	15,9
5. Artrosis, artritis o reumatismo	18,5 (140)	25,2 (281)	90,4	97,9	91,5	91,9	54,8	61,9
6. Dolor de espalda crónico (cervical)	19,1 (133)	24,2 (251)	93,4	96,8	84,3	81,6	52,8	61,0
7. Dolor de espalda crónico (lumbar)	20,0 (147)	25,8 (258)	92,9	95,6	89,9	89,0	55,5	60,7
8. Alergia crónica	12,7 (75)	12,8 (122)	89,8	79,7	92,8	90,1	51,5	48,3
9. Asma	5,8 (32)	6,4 (59)	70,3	72,3	97,7	98,7	68,7	55,4
10. Bronquitis crónica	5,6 (36)	3,7 (43)	85,1	86,8	98,6	89,2	65,5	66,6
11. Diabetes	6,0 (43)	5,7 (58)	97,2	92,5	99,1	98,6	86,8	73,7
12. Úlcera de estómago o duodeno	6,9 (49)	4,7 (48)	56,6	65,2	89,1	100	50,9	63,5
13. Incontinencia urinaria	3,4 (27)	8,2 (92)	86,2	92,1	75,6	76,7	36,9	23,1
14. Colesterol alto	17,3 (123)	16,5 (180)	82,8	90,8	98,0	97,7	39,6	56,2
15. Cataratas	5,2 (41)	8,1 (96)	72,1	71,6	95,5	95,5	7,6	27,9
16. Problemas crónicos de piel	7,3 (43)	7,4 (69)	90,9	91,8	98,0	86,4	57,4	42,7
17. Estreñimiento crónico	4,3 (34)	13,6 (132)	76,9	93,3	72,0	72,0	40,8	53,5
18. Depresión ansiedad y otros trastornos mentales	11,2 (81)	19,4 (213)	84,0	87,8	88,4	89,9	59,0	66,2
19. Embolia	1,3 (12)	1,5 (16)	52,0	61,6	85,3	100	94,7	73,1
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente	9,7 (67)	19,6 (189)	89,4	92,1	83,6	78,3	55,6	74,9
21. Hemorroides	10,2 (74)	15,5 (160)	77,8	78,5	76,4	78,8	39,9	33,1
22. Tumores malignos	2,1 (16)	2,9 (36)	59,4	44,9	100	94,1	48,8	28,4
23. Osteoporosis	1,6 (13)	9,3 (109)	100	98,6	100	94,2	84,5	74,9
24. Anemia	3,3 (22)	11,5 (101)	79,3	59,6	94,1	98,8	50,1	47,5
25. Problemas de tiroides	1,1 (6)	8,2 (81)	88,3	87,4	100	99,4	26,3	72,6
26. Problemas de Próstata	7,9 (65)	-	84,4	-	95,0	-	57,3	-
27. Problemas del periodo menopáusico	-	10,8 (112)	-	67,5	-	89,6	-	29,1

Tabla 2. Porcentaje de la población menor de edad (0 a 16 años) que declara haber tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas crónicos de salud alguna vez y, en caso afirmativo, si la han padecido en los doce meses previos a la encuesta, si les ha dicho un médico que la padecen y si están tomando o han tomado medicación en los doce meses previos a la encuesta.

	¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de haber padecido alguna vez alguna de ellas...					
			¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		¿Le ha dicho un médico que la padece?		¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por este problema?	
	Niños (n)	Niñas (n)	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
1. Alergia crónica	12,8 (26)	7,2 (17)	69,8	96,0	94,3	87,7	53,2	55,7
2. Asma	8,5 (20)	3,5 (9)	66,1	50,4	100	100	60,5	50,4
3. Diabetes	0 (0)	0,3 (1)	-	100	-	100	-	100
4. Tumores malignos (incl. leucemia y linfoma)	0 (0)	1,5 (2)	-	60,0	-	100	-	0
5. Epilepsia	0,9 (3)	0 (0)	76,1	-	100	-	76,1	-
6. Trastornos de la conducta (incl. hiperactividad)	2,6 (8)	1,4 (3)	92,0	100	82,1	100	81,2	0
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad...)	2,1 (6)	0,5 (1)	50,0	100	56,1	0	33,2	0

Accidentalidad (Población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza la accidentalidad tanto en población adulta como infantil.

Se pregunta si ha padecido algún accidente de cualquier tipo en el último año, incluyendo las intoxicaciones y quemaduras. En los casos en los que responden que sí, se estudia la frecuencia, tipo y lugar del accidente, si consultó a algún profesional sanitario como consecuencia del mismo y el efecto o daño si lo hubiera.

Resultados

El 13,7% de los hombres y 10,0% de las mujeres han tenido algún accidente, en el último año. En su mayor parte tuvieron un solo accidente en el último año.

La mayor accidentalidad en los hombres se da en los menores de 45 años, especialmente en los jóvenes de 16 a 24 años (21,5%)

En las mujeres, la prevalencia aumenta con la edad, alcanzando su frecuencia máxima en las mayores de 64 años (Figura 13).

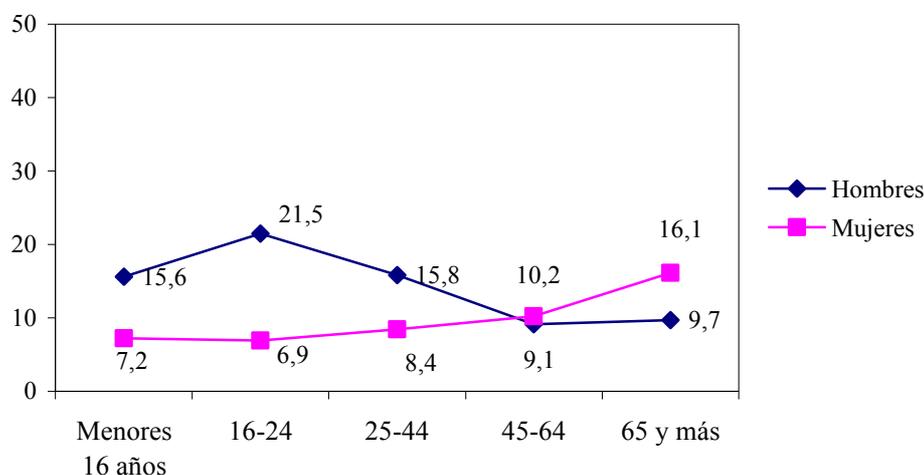


Figura 13. Población (%) que ha sufrido algún accidente en el último año según sexo y edad.

Clase social

Los hombres de las clases sociales más desfavorecidas se accidentan más. Entre las mujeres no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por clase social (Figura 14).

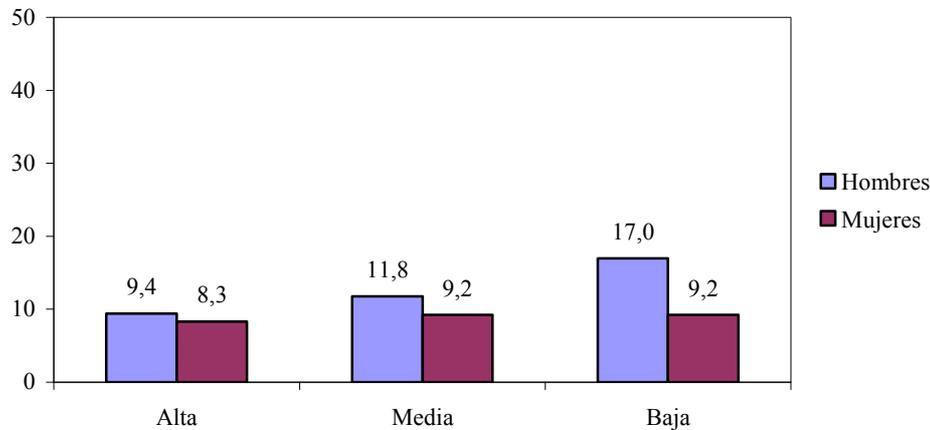


Figura 14. Población (%) que ha sufrido algún accidente en el último año según sexo y clase social. Datos estandarizados por edad.

Tipo de accidente

Los tipos de accidente más frecuentes son la caída a nivel del suelo y los golpes (Figura 15). El tercer tipo de accidente más frecuente es la caída a desnivel en menores, y los accidentes de tráfico como conductor o pasajero en adultos.

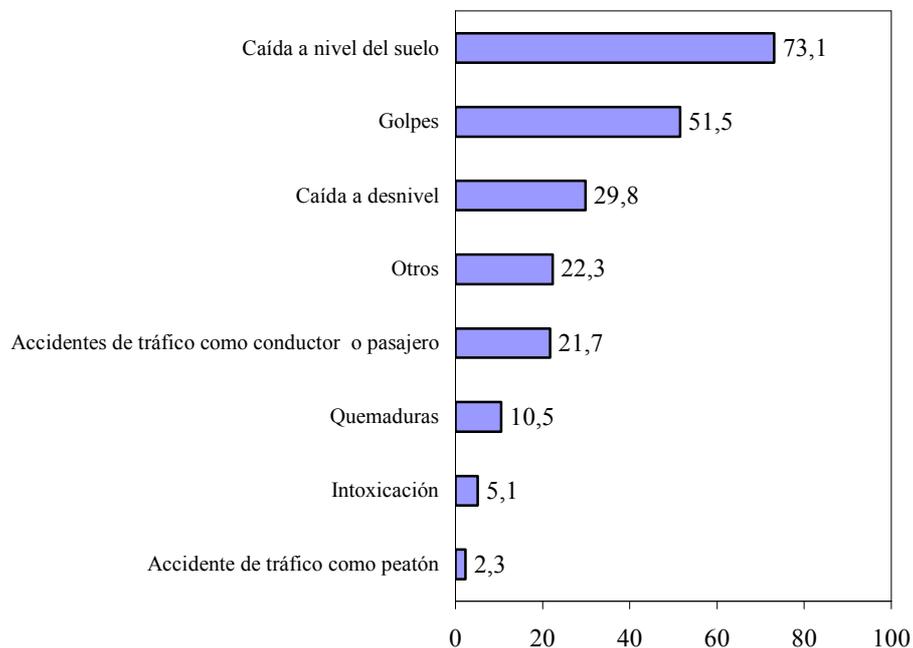


Figura 15. Distribución de la población (%) que ha sufrido algún accidente en el último año por tipo de accidente.

Lugar del accidente

Los adultos se accidentan con más frecuencia en el hogar y en el trabajo (Figura 16); los menores de 16 años en la calle (21,9%), en una instalación deportiva (19,9%), y en la escuela, colegio, guardería o instituto (18,9%) (Figura 17).

Las mujeres adultas se accidentan más que los hombres en el hogar y menos en el trabajo.

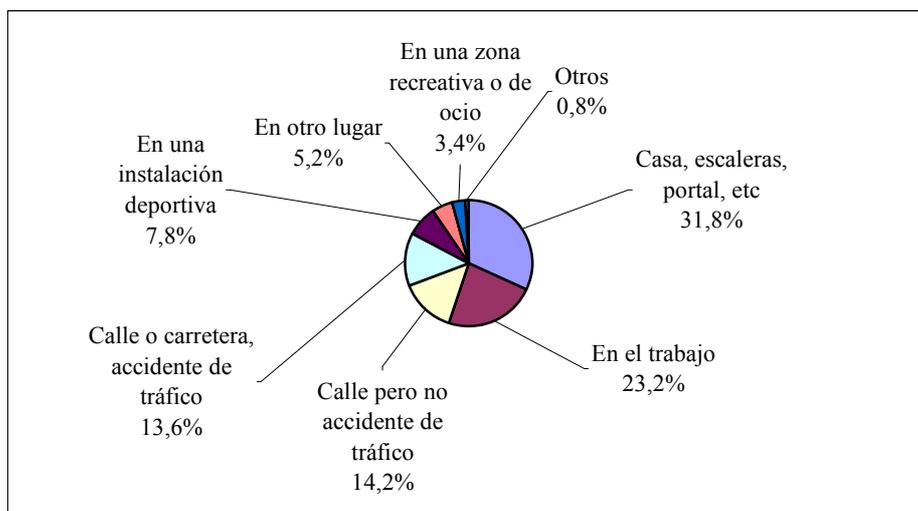


Figura 16. Distribución de la población (%) que ha sufrido algún accidente en el último año, según el lugar del accidente. Población de 16 y más años.

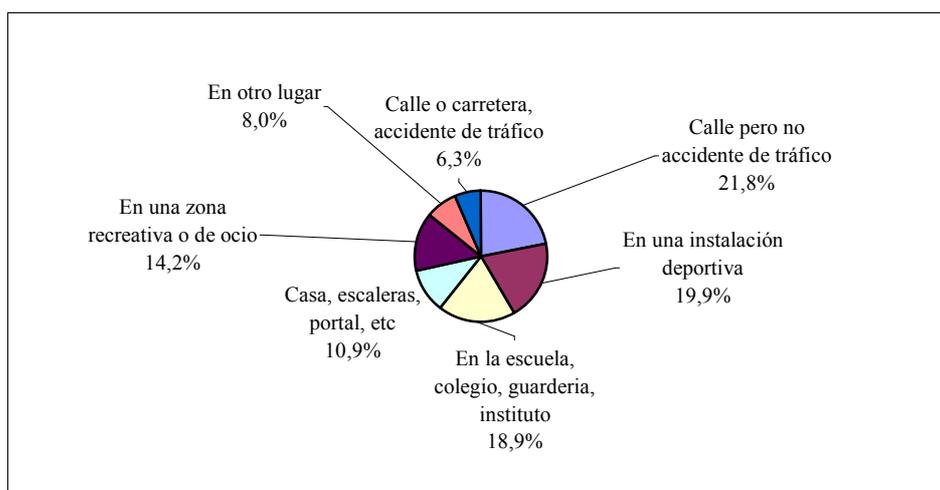


Figura 17. Distribución de la población (%) que ha sufrido algún accidente en el último año, según el lugar del accidente. Población menor de 16 años.

Atención sanitaria

El 48,9% de los accidentados acudió a un centro de urgencias, el 35,1% a un centro de salud, y el 0,9% ingresó en un hospital. El 15,1% no realizó ninguna consulta ni intervención sanitaria.

Efecto o daño

Casi la mitad (47,3%) de las personas que han tenido algún accidente, sufrieron como consecuencia de éste contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales (Figura 18).

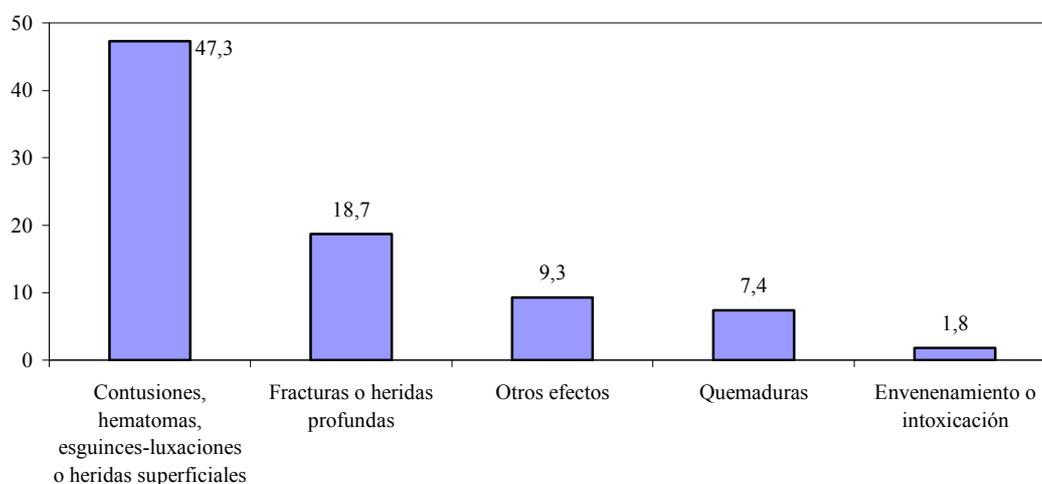
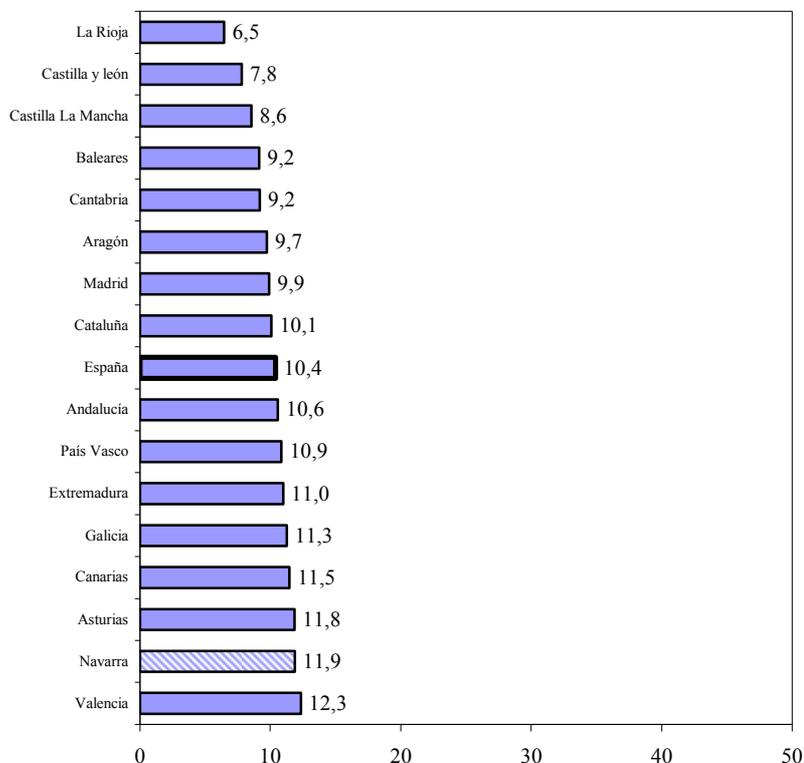


Figura 18. Distribución de la población (%) que ha sufrido algún accidente en el último año según los efectos o daños causados por el mismo.

Comparación nacional

Navarra tras Valencia se sitúa entre las CCAA con mayor porcentaje de población que ha sufrido algún accidente, por encima de la media estatal (Figura 19)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 19. Porcentaje de la población de 0 y más años que ha sufrido algún accidente en el último año. Comparación nacional.

Agresiones (población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza la prevalencia de agresión o maltrato sufrido en el último año, tanto en población adulta como infantil.

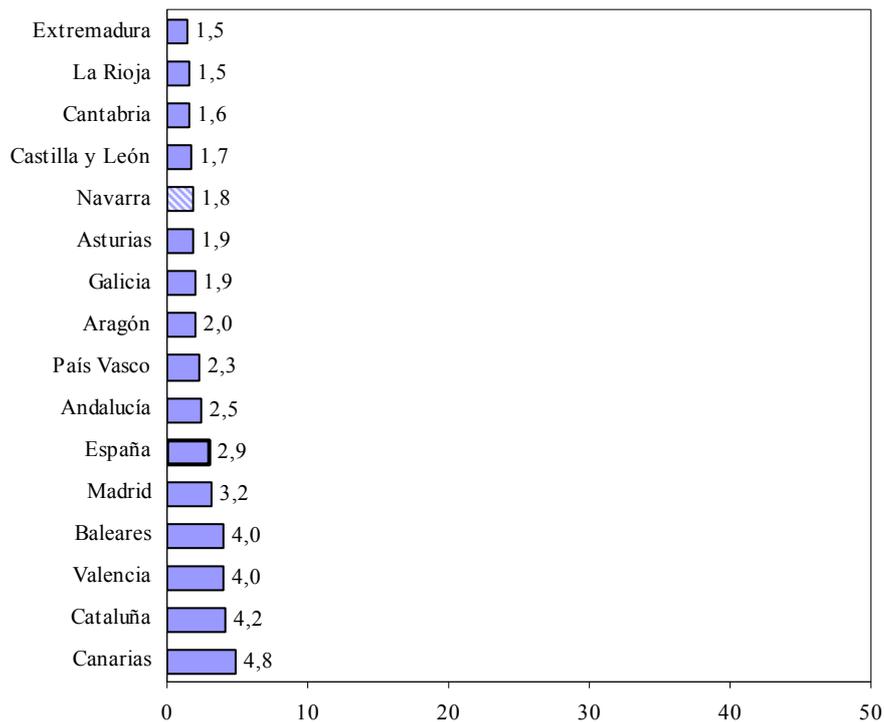
El número de casos de agresiones no es suficiente para realizar un análisis por grupos de edad ni sexo, ni por clase social. Tampoco permite analizar el lugar donde se produjo la agresión ni el tipo de agresor. Se solicitó consentimiento antes de formular la pregunta, y respondieron en este apartado el 96,6% de quienes cumplimentaron el cuestionario.

Resultados

El 1,8% de las personas ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato en el último año, sin diferencias en población adulta e infantil.

Comparación nacional

Navarra está por debajo de la media estatal, y se sitúa en el tercio inferior en el conjunto de las CCAA (Figura 20).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 20. Prevalencia (%) de personas que han sufrido algún tipo de maltrato o agresión en el último año. Población de 0 y más años. Comparación nacional.

Estado de salud mental (población de 4 y más años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza por separado la salud mental de la población adulta (16 y más años) y de los menores (4 a 15 años), ya que se utilizan diferentes instrumentos de medida.

Salud mental en población adulta (16 y más años):

Se utiliza el Cuestionario de Salud General de 12 preguntas (GHQ-12). Es un instrumento que permite hacer un cribado poblacional, detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico; para ello explora el estado de la persona durante las últimas semanas respecto a su estado habitual.

Consta de 12 preguntas con cuatro respuestas posibles, según una escala de Likert, sobre si ha experimentado en las últimas semanas algún síntoma o cambio en su comportamiento. La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. El punto de corte, para considerar que una persona tiene “riesgo de mala salud mental”, es de cuatro o más.²

Salud mental en menores (4-15 años):

Se utiliza el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), que permite detectar casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en población de 4 a 15 años. Se realiza el análisis por grupos de edad, de 4 a 9 y de 10 a 15 años.

El instrumento consta de 25 ítems que se agrupan en cinco categorías de problemas de salud mental de cinco ítems cada una:

1. Síntomas emocionales: la puntuación oscila de 0 a 10, de mejor a peor salud mental. El punto de corte a partir del cual se considera que existe riesgo de mala salud mental por síntomas emocionales es de cinco o más.
2. Problemas de conducta: la puntuación oscila de 0 a 10, de mejor a peor salud mental. El punto de corte a partir del cual se considera que existe riesgo de mala salud mental por problemas de conducta es de cuatro o más.
3. Hiperactividad: la puntuación oscila de 0 a 10, de mejor a peor salud mental. El punto de corte a partir del cual se considera que existe riesgo de mala salud mental por problemas de hiperactividad es de siete o más.
4. Problemas con compañeros: la puntuación oscila de 0 a 10, de mejor a peor salud mental. El punto de corte a partir del cual se considera que existe riesgo de mala salud mental por problemas con compañeros es de cuatro o más.
5. Conducta prosocial: la puntuación oscila de 0 a 10, de peor a mejor salud mental. El punto de corte a partir del cual se considera que existe riesgo de mala salud mental por conducta prosocial es de cuatro o menos.

Con las cuatro primeras escalas se calcula el “riesgo de mala salud mental”. La puntuación total va de 0 a 40, de mejor a peor salud mental. El punto de corte a partir del cual se considera que existe riesgo de mala salud mental, se establece en 17 o más³.

Resultados

² T.Fryers, T.Brugha, Z.Morgan, et al. “Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis” Soc.Psychiatry Epidemiol.(2004)39:899-905

³ Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Población adulta (16 y más años)

Las mujeres tienen peor salud mental que los hombres. La puntuación media de la variable salud mental es de 2,5 en las mujeres y 1,7 en los hombres, sobre una escala de 0 a 12, de mejor a peor salud mental.

El peor estado de salud mental en las mujeres se mantiene en todos los grupos de edad, aunque en el grupo de 45 a 64 años las diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Salud mental en población adulta por edad y sexo. Media y desviación estándar*

	HOMBRES		MUJERES	
	Media	(DE)	Media	(DE)
16-24	0,8	(1,2)	1,7	(2,2)
25-44	1,1	(2,0)	2,2	(5,9)
45-64	1,8	(6,3)	2,1	(5,7)
65 y más	2,6	(3,7)	3,4	(3,7)
Población total	1,7	(4,6)	2,5	(5,3)

* Los valores de la variable “Salud mental en población adulta” (Media) oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental

La prevalencia de “riesgo de mala salud mental” es del 13,0% en los hombres y 25,2% en las mujeres.

En las mujeres es el grupo de 65 y más años el que mayor riesgo de mala salud mental presenta; y en los hombres aumenta este riesgo gradualmente con la edad (Figura 21).

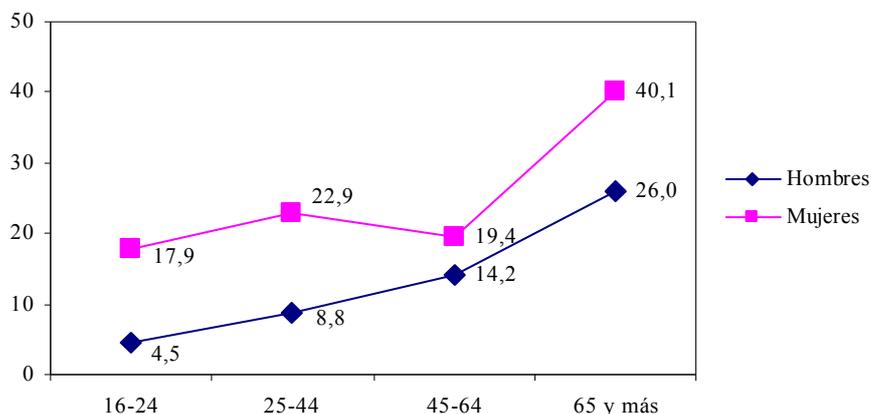


Figura 21. Población en riesgo de mala salud mental (%) por grupos de edad y sexo. Población de 16 y más años.

Clase social

A medida que la clase social es más desfavorecida, aumenta el riesgo de mala salud mental, pero solo se ha encontrado una tendencia estadísticamente significativa en el caso de las mujeres (Figura 22).

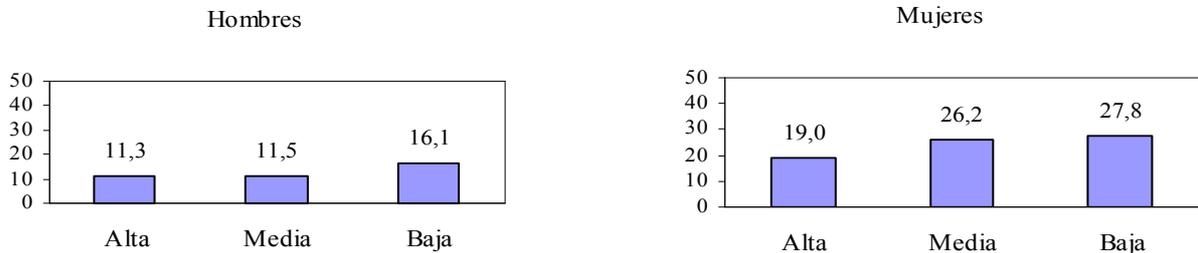
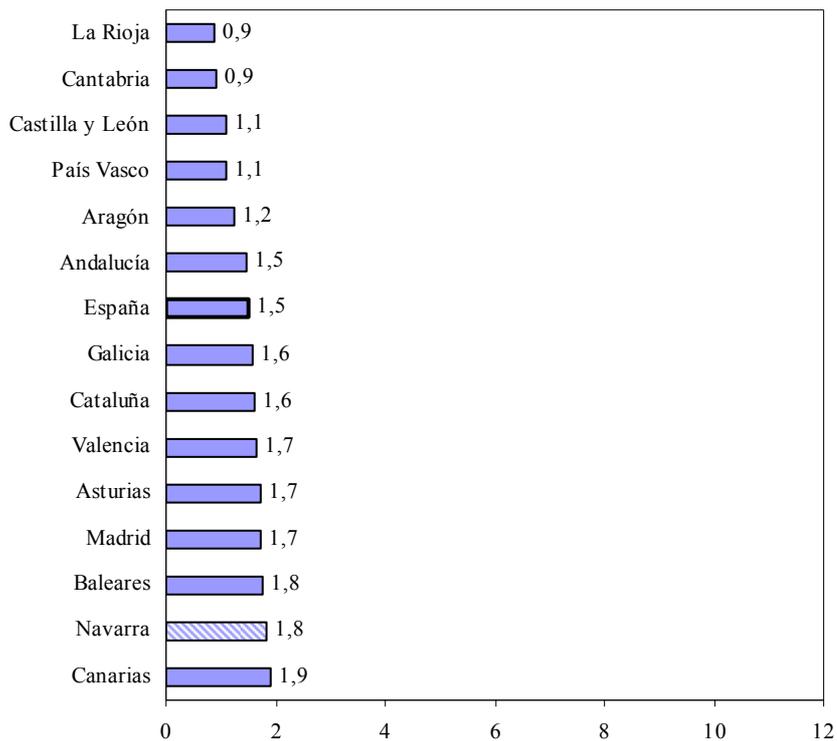


Figura 22. Prevalencia (%) de riesgo de mala salud mental según clase social. Población de 16 y más años. Datos estandarizados por edad.

Comparación nacional

El rango de valores del estado de salud mental se sitúa entre 0,9 y 1,9 en un rango total de 0-12 de mejor a peor salud mental. Navarra con 1,8 se sitúa por encima de la media nacional de 1,5 (Figura 23).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 23. Salud mental en población adulta. Valor promedio. Población de 16 y más años. Comparación nacional*.

* Los valores de la variable "Salud mental en población adulta" oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental.

Menores (4-15 años)

La puntuación media de la salud mental en población de 4 a 15 años es de 8,5 (DE = 5,4) sobre una escala de 0 a 40 de mejor a peor salud mental. El 8,1% de la población de 4 a 15 años presenta “riesgo de mala salud mental”. No se han encontrado diferencias de riesgo por sexo ni por grupos de edad.

Según categorías de problemas, la de hiperactividad es la que presenta mayor puntuación media, por tanto la que más contribuye a un peor nivel de salud mental infantil (tabla 4).

Tabla 4. Salud mental en población de 4 a 15 años por categorías de problemas de salud mental. Media y desviación estándar*

Categorías de problemas de salud mental	Media	(DE)
Hiperactividad	3,7	(2,7)
Síntomas emocionales	1,9	(2,0)
Problemas de conducta	1,8	(1,7)
Problemas con compañeros	1,1	(1,5)
Conducta prosocial	8,6	(1,7)

* Los valores de cada categoría de la variable salud mental en población infantil oscilan entre 0 y 10 puntos, de mejor a peor salud mental, para todas las escalas excepto para la “conducta prosocial” que va de peor a mejor.

No se han encontrado diferencias por sexo.

Únicamente se han encontrado diferencias significativas por grupos de edad en los síntomas emocionales, siendo los de mayor edad (10 a 15 años) quienes presentan peor nivel de salud mental.

La mayor prevalencia de población en “riesgo de mala salud mental” se observa en las categorías de problemas de conducta y de hiperactividad (Figura 24). No hay diferencias por sexo. Por grupos de edad, sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la categoría “síntomas emocionales”, donde a mayor edad aumenta el riesgo de mala salud mental.

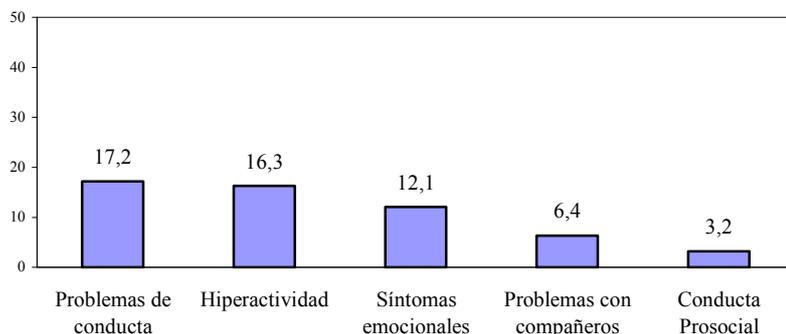


Figura 24. Prevalencia (%) de población de 4 a 15 años a riesgo de mala salud mental por tipo de problema.

Clase social

A medida que la clase social es más desfavorecida, la población de 4 a 15 años tiene peor estado de salud mental (tabla 5). Los problemas de hiperactividad mantienen la misma relación con la clase social.

Tabla 5. Salud mental en población de 4 a 15 años por clase social. Media y desviación estándar*. Datos estandarizados por edad y sexo.

	Alta		Media		Baja	
	Media	(DE)	Media	(DE)	Media	(DE)
Estado de salud mental	6,7	(5,2)	8,4	(5,1)	9,4	(5,5)
Hiperactividad	2,5	(2,2)	3,7	(2,7)	4,3	(2,7)

* Los valores de "Hiperactividad" oscilan entre 0 y 10 puntos, y los de "Estado de salud mental" entre 0 y 40, ambos de mejor a peor salud mental.

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la prevalencia de "riesgo de mala salud mental" y la clase social. Analizando por categorías de problemas de salud mental, la prevalencia de riesgo por hiperactividad es mayor a medida que la clase social es más desfavorecida (Figura 25).

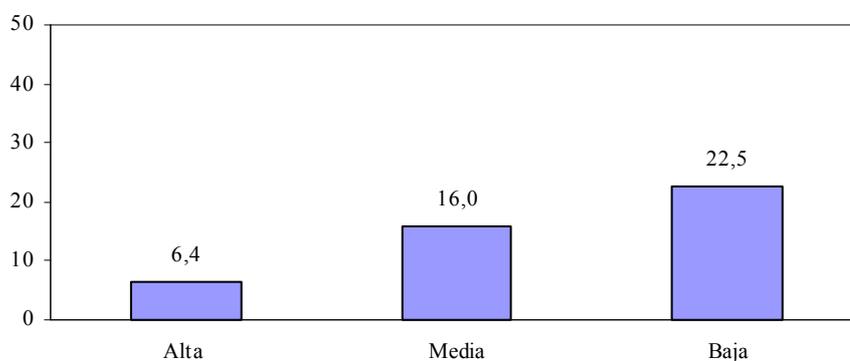
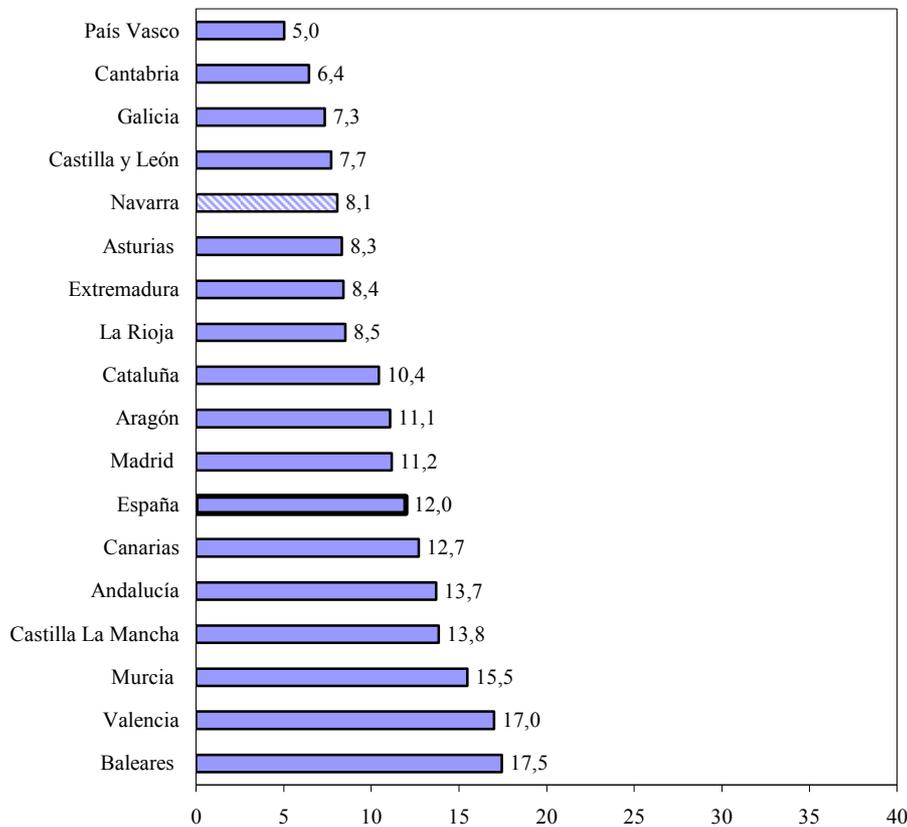


Figura 25. Población a riesgo de problemas de hiperactividad (%) por clase social. Población de 4 a 15 años. Datos estandarizados por edad y sexo.

Comparación nacional

Navarra con un 8,1% se sitúa entre las CCAA con menor riesgo de mala salud mental en población de 4 a 15 años, siendo la media estatal del 12% (Figura 26).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 26. Prevalencia (%) de riesgo de mala salud mental en población de 4 a 15 años*. Comparación nacional.

* Los valores de la variable “Salud mental en menores” oscilan entre 0 y 40 puntos, de mejor a peor salud mental, situando el punto de corte en 17.

Restricción temporal de la actividad (población adulta y menores, 0 y mas años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza la restricción de las actividades habituales y la permanencia en cama por motivos de salud durante al menos medio día, en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta y la causa que provocó dicha restricción.

Resultados

Restricción temporal de las actividades habituales

El 17,7% de las mujeres y el 14,8% de los hombres han limitado su actividad habitual al menos medio día en el periodo estudiado. Esta prevalencia varía con la edad tanto en mujeres como en hombres, alcanzando su máximo valor en los mayores de 65 años. Una de cada cuatro personas de este grupo de edad, ha limitado su actividad habitual (Figura 27). En el análisis por grupos de edad y sexo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo en ningún grupo de edad.

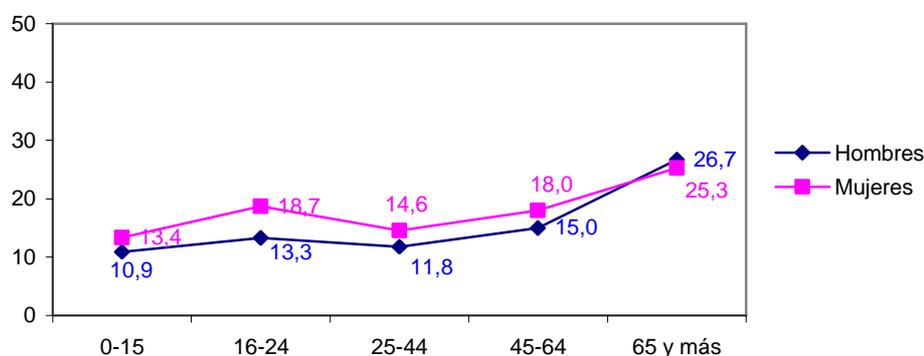


Figura 27. Prevalencia (%) de restricción temporal de las actividades habituales por edad y sexo. Últimas dos semanas.

El número de días de limitación varía con la edad, siendo máximo en las personas mayores de 65 años (Tabla 6). No se ha encontrado asociación con el sexo.

Tabla 6. Distribución del número de días de restricción temporal de las actividades habituales, en población que ha sufrido dicha restricción, según edad. Últimas dos semanas.

	Media (DE)	Percentiles		
		25	50	75
0-16 años	3 (2)	2	3	4
16-24 años	6 (3)	2	5	7
25-44 años	5 (4)	2	3	7
45-64 años	6 (5)	3	5	7
65 y más años	7 (5)	3	6	14

Días de permanencia en cama

El 6,3% de la población ha guardado cama al menos medio día, por motivos de salud. No hay diferencias por sexo ni por edad.

De manera similar al número de días de limitación, el número de días de permanencia en cama varía con la edad, siendo máximo en los mayores de 65 años (Tabla 7). No se ha encontrado asociación con el sexo.

Tabla 7. Distribución del número de días de permanencia en cama por problemas de salud, en población que ha sufrido algún día de permanencia en cama, según edad. Últimas dos semanas.

	Media (DE)	Percentiles		
		25	50	75
0-16 años	3 (2)	2	2	4
16-24 años	3 (1)	2	3	3
25-44 años	3 (2)	1	2	3
45-64 años	4 (3)	2	2	4
65 y más años	6 (4)	3	6	7

Causas de restricción de la actividad

En población adulta, los dolores o síntomas que con mayor frecuencia han producido una limitación de la actividad habitual son “dolores de hueso, espalda o articulaciones”, “problemas de garganta, tos, catarro, gripe”, “dolor de cabeza”, “problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir” y “cansancio sin motivo aparente”. El peso relativo de cada uno de estos problemas varía con la edad (Tabla 8). No se analiza el grupo de edad de 16 a 24 años porque el número de personas con restricción de la incapacidad es muy reducido en ese tramo de edad.

Tabla 8. Motivos más frecuentes de limitación temporal de la actividad habitual (% respecto al total de personas con limitación) por grupos de edad. Población 25 y más años. Últimas dos semanas.

	25-44 (n=79)	45-64 ¹ (n=82)	>=65 ² (n=112)
Dolor de huesos, espalda o articulaciones	34,2	67,6	68,5
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe.	28,0	17,2	19,3
Dolor de cabeza	22,0	15,2	14,2
Prob. nervios, depresión, dificultad para dormir	13,1	12,1	21,7
Cansancio sin razón aparente	10,0	8,5	21,3

¹ Los “problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar” (9,7%) ocupan el 5º lugar por orden de frecuencia. En los otros grupos de edad, ocupa un nº de orden de frecuencia más bajo.

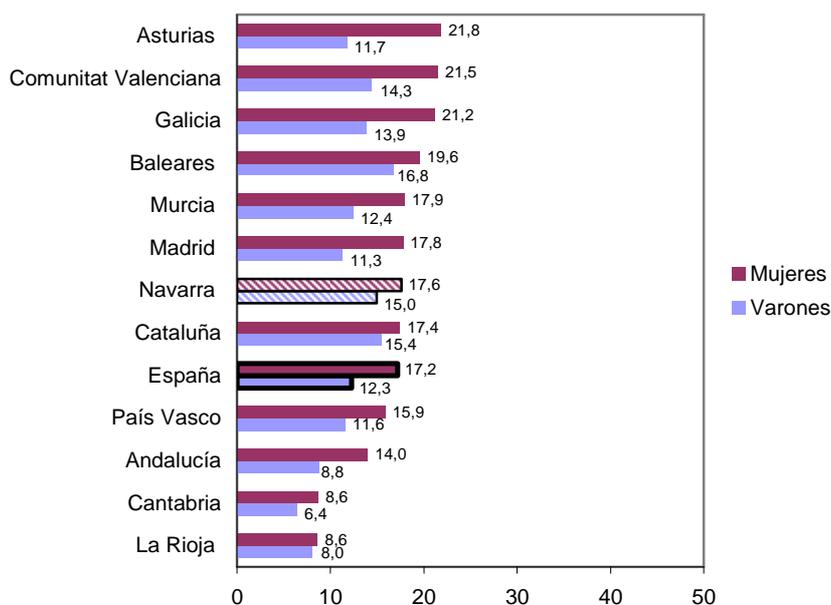
² El “ahogo, dificultad para respirar” (15,1%) ocupa el 5º lugar por orden de frecuencia. En los otros grupos de edad, ocupa un nº de orden de frecuencia más bajo.

Los tres problemas que con mayor frecuencia han producido limitación de la actividad habitual en población adulta, también son los que, con mayor frecuencia, han motivado que las personas tuvieran que quedarse en cama: “dolores de hueso, espalda o articulaciones”, “problemas de garganta, tos, catarro, gripe” y “dolor de cabeza”.

En los menores de 16 años, hay dos motivos que agrupan la mayor parte de los casos de limitación de la actividad y de permanencia en cama, son los “problemas de garganta, tos, catarro, gripe” responsables del 51,4% de los casos de limitación de la actividad y la “fiebre” responsable del 31% de los casos.

Comparación nacional

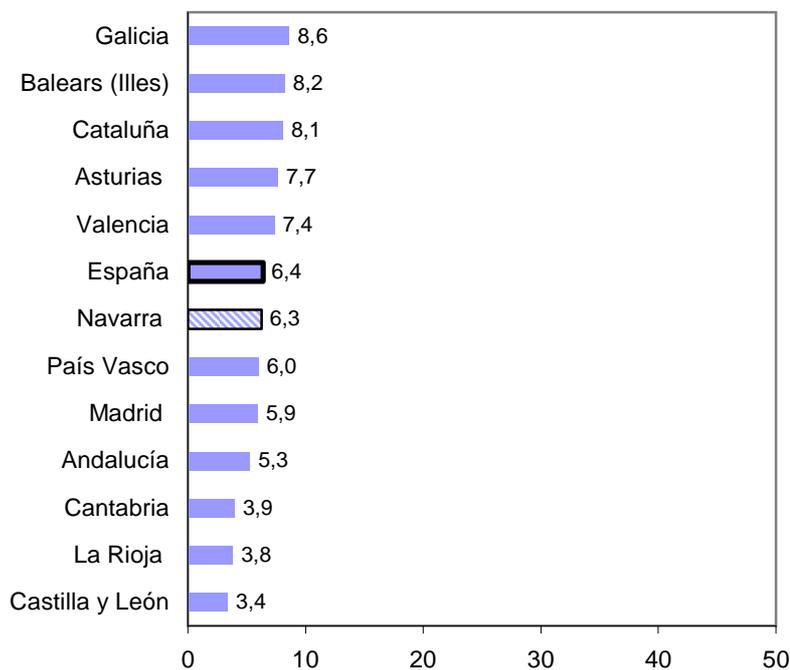
Navarra se sitúa en una posición intermedia respecto a las demás CCAA en el caso de las mujeres, con una prevalencia similar a la del Estado. En el caso de los hombres, la prevalencia de restricción temporal de la actividad es de las más elevadas (Figura 28).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 28. Prevalencia (%) de restricción temporal de las actividades habituales en las últimas dos semanas, según sexo. Comparación nacional. Población 1 y más años.

La prevalencia de personas que ha guardado cama en los últimos 15 días, en Navarra, es similar a la global de España (Figura 29).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 29. Prevalencia (%) de permanencia en cama por problemas de salud en las últimas dos semanas. Comparación nacional. Población 1 y más años.

Discapacidad

El apartado de discapacidad recoge los aspectos siguientes:

- Limitación de visión y limitación de audición.
- Limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana (AVC).
- Autonomía y dependencia funcional de las personas de 65 y más años.

Limitación de visión y limitación de audición (población adulta, 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

Se pregunta a las personas encuestadas si tienen limitaciones de visión y audición. En el caso de portar prótesis auditiva, audífono, gafas o lentillas, las preguntas se refieren a las situaciones en que la persona las utiliza.

Resultados

Un 12,9% de la población no puede oír la televisión al volumen que otros consideran normal, un 0,8% no la puede oír aunque la suba de volumen. No se han observado diferencias por sexo.

Un 5,8% de población, predominantemente mujeres (7,3% versus 4,4%) no reconoce a una persona al otro lado de la calle. Un 1,2% no reconoce a una persona a una distancia de un metro.

Las dos limitaciones analizadas aumentan con la edad. Un 33,9% de los mayores de 65 años no oye la televisión a volumen “normal” y un 9,2% no la oye aún subiendo el volumen. Un 15,2% de las personas de esa edad no reconoce a alguien al otro lado de la calle, un 25,5% no lo reconoce a una distancia de un metro (Figura 30).

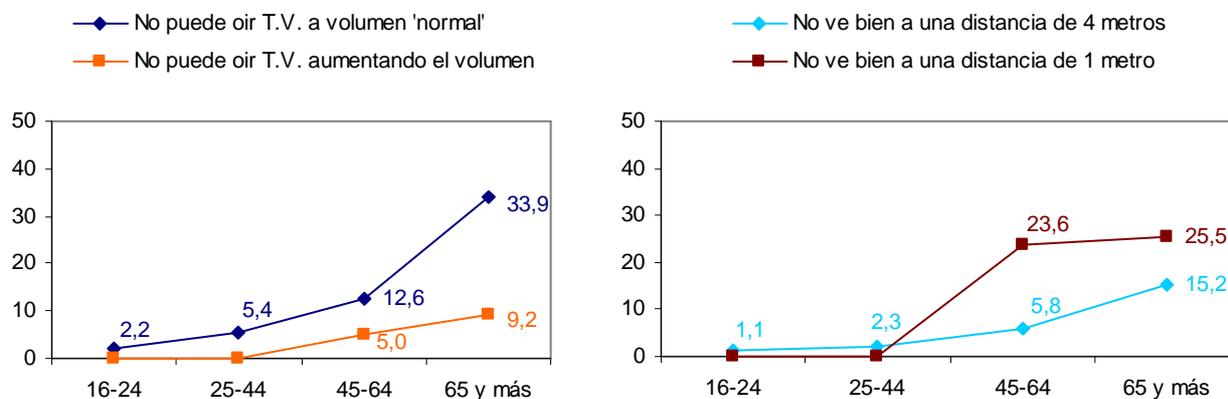


Figura 30. Prevalencia (%) de personas con problemas de visión y audición según edad.

Comparación nacional

La prevalencia en Navarra de personas con dificultades para oír la T.V. aunque se suba el volumen, es similar a la global de España. La mayor prevalencia de este problema se da en Andalucía con un 1,3% y la mínima en Cataluña con un 0,2%.

Respecto a las dificultades para reconocer a una persona a una distancia de un metro, la prevalencia en Navarra de un 1,2% se sitúa por encima del 0,9 global del Estado. La mayor prevalencia de este problema se da en Extremadura y Cantabria con un 1,3% y la mínima en Asturias con un 0,3%.

Limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana (población adulta y menores, 0 y más años).

Anotaciones metodológicas

Se pregunta en qué medida se ha visto la persona limitada, durante al menos los últimos seis meses, debido a un problema de salud, para realizar las actividades que la gente habitualmente hace (actividades de la vida cotidiana AVC). La cuestión es si puede o no realizar la actividad, independiente de que sepa o no realizarla.

Las posibilidades de respuesta son tres: gravemente limitada, limitada pero no gravemente y nada limitada. Para el análisis, en algunos casos, se agrupan las respuestas en dos categorías: tener limitación (grave y no grave) y no tener limitación. Además se pregunta si el tipo de problema que causa su dificultad es físico, psíquico o ambos.

Resultados

El 21,6% de la población total ha tenido dificultad, en los últimos seis meses, para el desempeño de las actividades en su entorno real, debido a un problema de salud. El 16,8% de las personas se han visto limitadas pero no gravemente y el 4,8% gravemente limitadas.

No hay diferencias por sexo incluso analizando la limitación globalmente (grave y no grave).

Las personas afectadas por la limitación aumentan con la edad. La limitación grave aumenta desde el 1,1% en el grupo de 0-15 años hasta el 14,8% en el de 65 y más años. Y la no grave con similar pauta de crecimiento, entre el 10,3% y el 30,2%. (Figura 31).

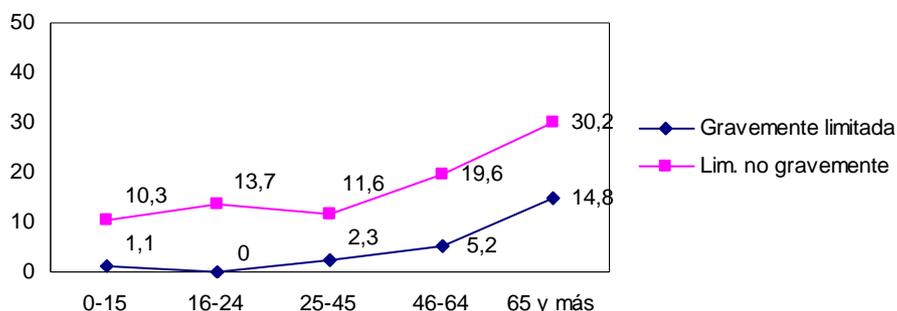


Figura 31. Prevalencia (%) de personas con limitación grave y no grave para las AVC, por un problema de salud en los últimos seis meses, según grupos de edad.

La limitación en su conjunto (grave y no grave) va del 11,8% en la población de 0-15 años hasta el 45% del grupo 65 y más años.

La mitad de los casos de limitación grave (53%) se dan a partir de los 65 años mientras que los casos de limitación no grave se distribuyen de forma uniforme por los diferentes grupos de edad.

Clase social

Se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la clase social y la limitación para la realización de las AVC por problemas de salud. A mayor estatus socioeconómico se observa una menor prevalencia de la limitación tanto grave como no grave. (Figura 32)

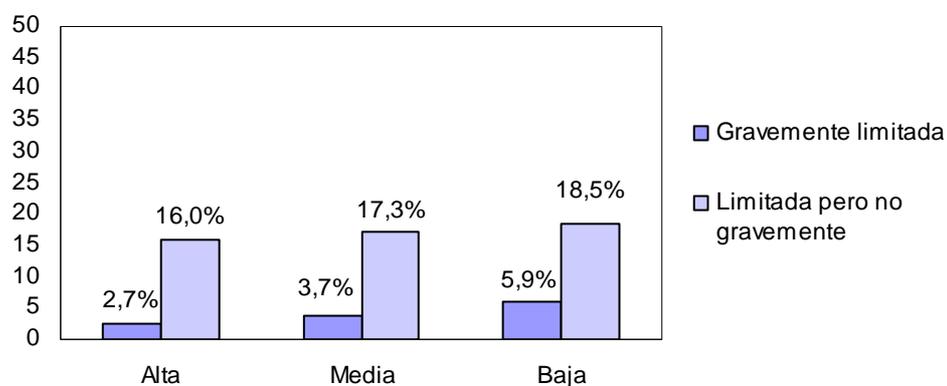


Figura 32. Prevalencia (%) de personas con limitación para la realización de las AVC según clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

Tipo de problema de salud que causa la limitación

La mayor parte de los problemas de salud que causan alguna limitación son de tipo físico (80,5%). De tipo mental son en el 5,5% y ambos (físico y mental) están presentes en el 14% de las personas con limitación (Figura 33).

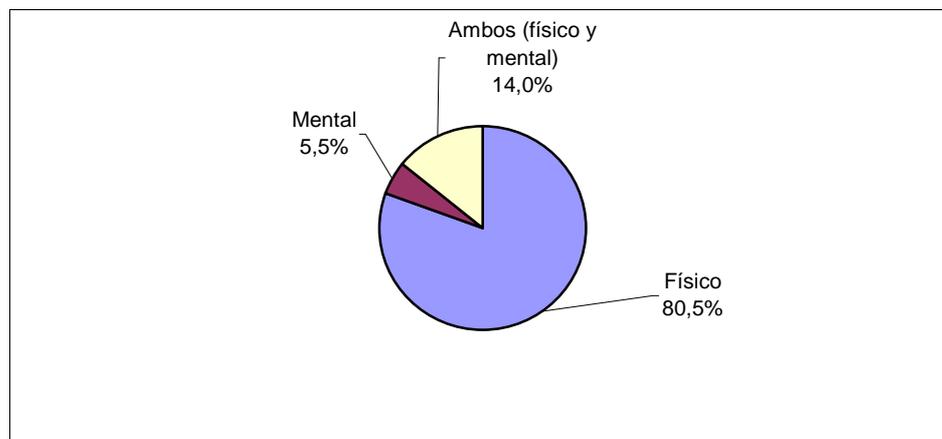


Figura 33. Distribución (%) de la población con limitación para la realización de las AVC según tipo de problema de salud que causa la limitación.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el tipo de problema de salud limitante (físico, mental o ambos) por grupos de edad ni por la clase social.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre el tipo de problema de salud que causa la dificultad y el grado de limitación en las AVC. En los dos grados de limitación (grave y no grave) el problema de salud físico es el que ocupa el primer lugar y el problema mental y ambos (físico y mental) son más frecuentes en la limitación grave que en la no grave. (Figura 34)

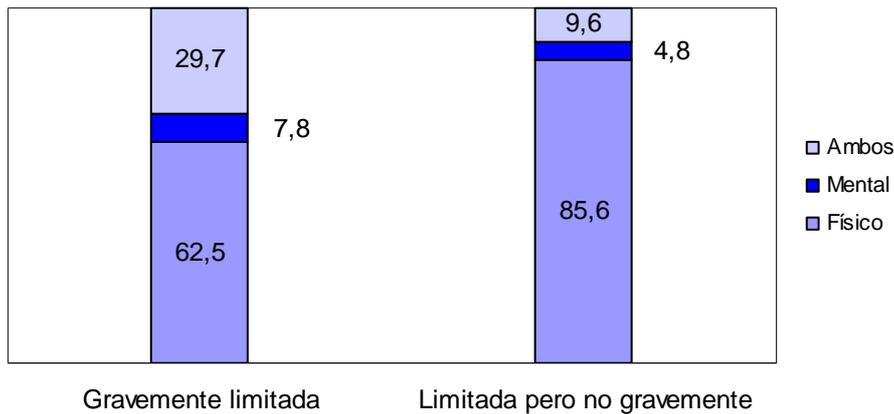
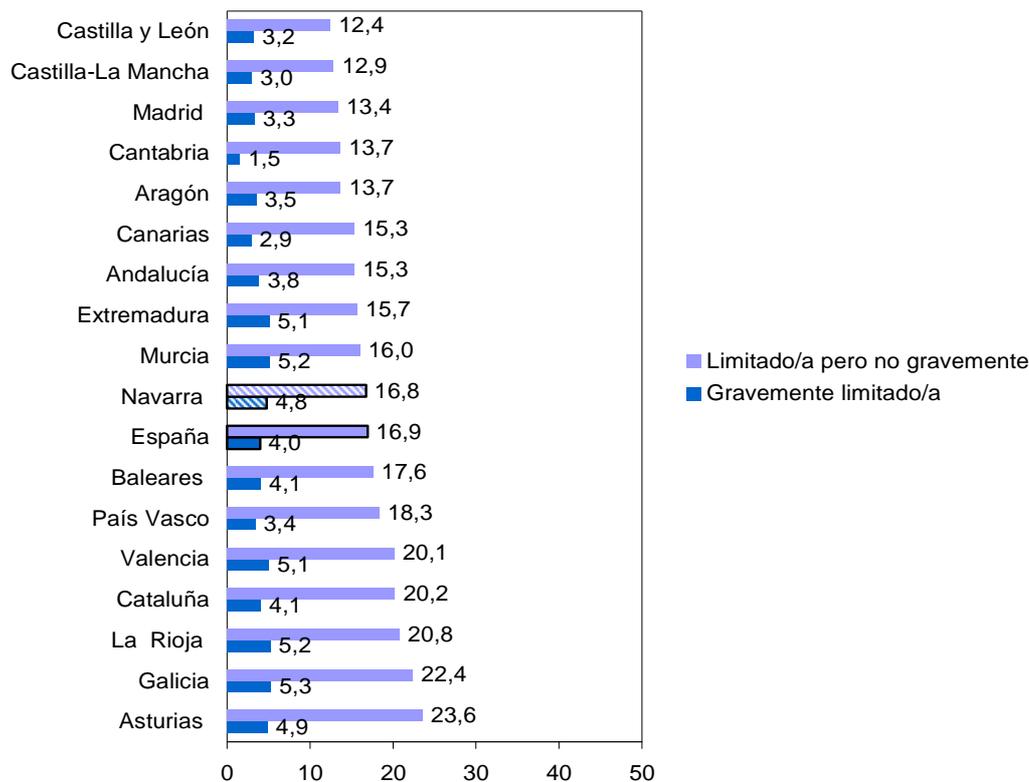


Figura 34. Distribución (%) de la población con limitación para la realización de las AVC según grado de limitación y tipo de problema de salud que la causa.

Comparación nacional

Los valores que presenta Navarra en el grado de limitación para las AVC en los últimos seis meses por un problema de salud, son similares a la media estatal (4,8% grave, 16,8% menos grave y 4,0 % grave, 16,9% menos grave, respectivamente) (Figura 35).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 35. Población (%) con limitación para las AVC según grado de limitación. Comparación nacional. (Población 0 y más años)

Autonomía y Dependencia funcional (población de 65 y más años).

Anotaciones metodológicas

Se estudia la posibilidad de realizar las actividades de la vida cotidiana (AVC), con o sin ayuda, es decir aspectos de la autonomía y dependencia funcional en las personas de 65 y más años.

Se pregunta si puede realizar (no si sabe hacer) una serie de actividades concretas, por sí misma, si puede con ayuda o si no puede realizarlas de ninguna manera. Las actividades sobre las que se pregunta son 27 y se agrupan para su análisis en tres categorías:

- Cuidados personales (autocuidados): tomar medicinas; comer; vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse; peinarse o afeitarse; cortarse las uñas de los pies; lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba; ducharse y bañarse; quedarse solo/a durante toda la noche.

- Labores domésticas: utilizar el teléfono; comprar comida o ropa; preparar su propio desayuno; preparar su propia comida; cortar una rebanada de pan; fregar los platos; hacer la cama; cambiar las sábanas de la cama; lavar ropa ligera a mano; lavar ropa a máquina; limpiar la casa o el piso; limpiar una mancha del suelo; coser un botón.
- Movilidad: coger el autobús, metro, taxi...; administrar su propio dinero; andar; levantarse de la cama y acostarse; subir diez escalones; andar durante una hora seguida.

Se considera “dependencia funcional” para cada una de las categorías de actividad, si la persona entrevistada responde que puede realizarlo con ayuda o que no puede realizar de ninguna manera, en al menos una de las AVC preguntadas en esa categoría.

El análisis se ha realizado sobre los grupos de edad de 65 a 74 (N=209) y más de 74 años (N=226).

Resultados

El 48,1% de las personas mayores de 65 años no institucionalizadas no pueden realizar por sí mismas al menos una AVC y requieren de algún tipo de ayuda personal.

Según las tres categorías de análisis, tienen dependencia funcional el 37,1% en cuidado personal o autocuidado, el 35,5% en labores domésticas y el 30,1% en movilidad (Figura 36)

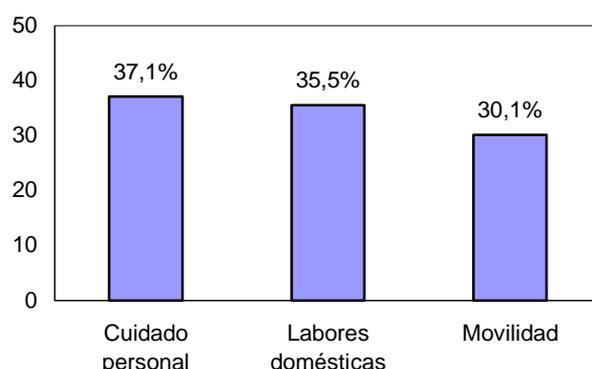


Figura 36. Distribución (%) de la población de 65 y más años con dependencia funcional según categoría de AVC. (Categorías no excluyentes).

No se han encontrado diferencias significativas según sexo en el total de la limitación ni en cada una de las tres categorías de actividades de la vida diaria.

Según la edad, se da casi el doble de dependencia entre las personas de 75 y más años que entre las de 65-74 años (63,3% vs 33,4%). (Figura 37).

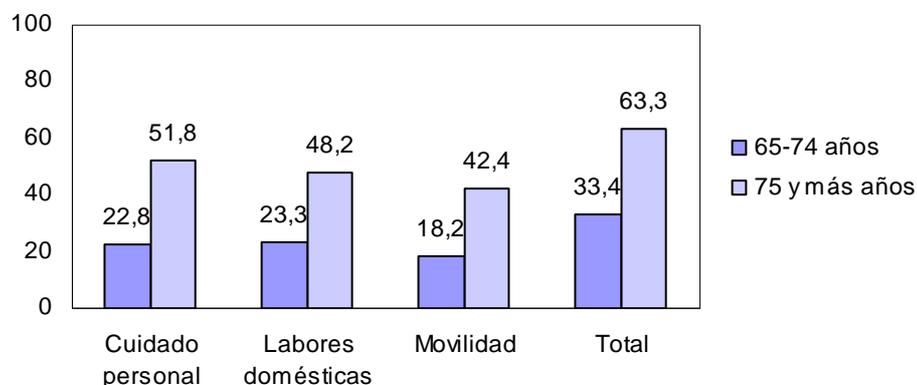


Figura 37. Población de 65 y más años (%) con dependencia funcional según categorías de AVC y total. (Categorías no excluyentes).

Por cada persona del grupo 65-74 años que “no puede” realizar alguna actividad de su cuidado personal y de labores domésticas, hay tres personas en el grupo de 75 y más años en la misma situación (Tabla 9). La diferencia es menor en las actividades de movilidad.

Tabla 9. Población de 65 y más años (%) con dependencia funcional por categoría de actividad, según grado de dependencia y grupos de edad.

Actividad	Grupo de edad	Puede hacerlo SIN ayuda	Puede hacerlo CON ayuda	NO puede hacerlo de ninguna manera
Cuidado personal	65-74 años	77,2	9,7	13,1
	75 y más	48,2	14,1	37,7
	Total	63,0	11,9	25,2
Labores domésticas	65-74 años	76,6	10,3	13,0
	75 y más	51,8	11,4	36,8
	Total	64,4	10,8	24,7
Movilidad	65-74 años	81,8	6,1	12,1
	75 y más	57,6	11,3	31,1
	Total	69,9	8,7	21,4

Clase social

La limitación para la realización de AVC se asocia con la clase social únicamente en las actividades de labores domésticas. (Figura 38). Se observa una asociación inversa: a clase social más alta menor prevalencia de dependencia. Esto se presenta más evidente al analizarlo con dos categorías (dependencia: si, no) que por las tres del tipo de limitación (total, parcial y nada)

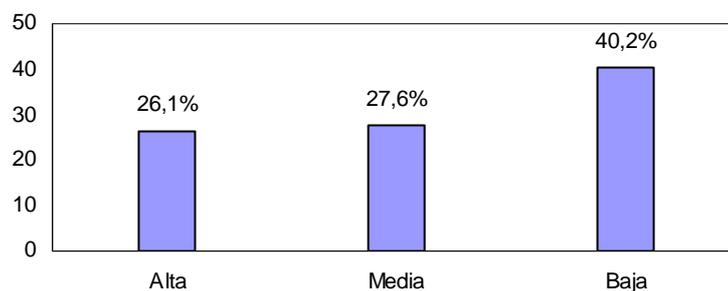
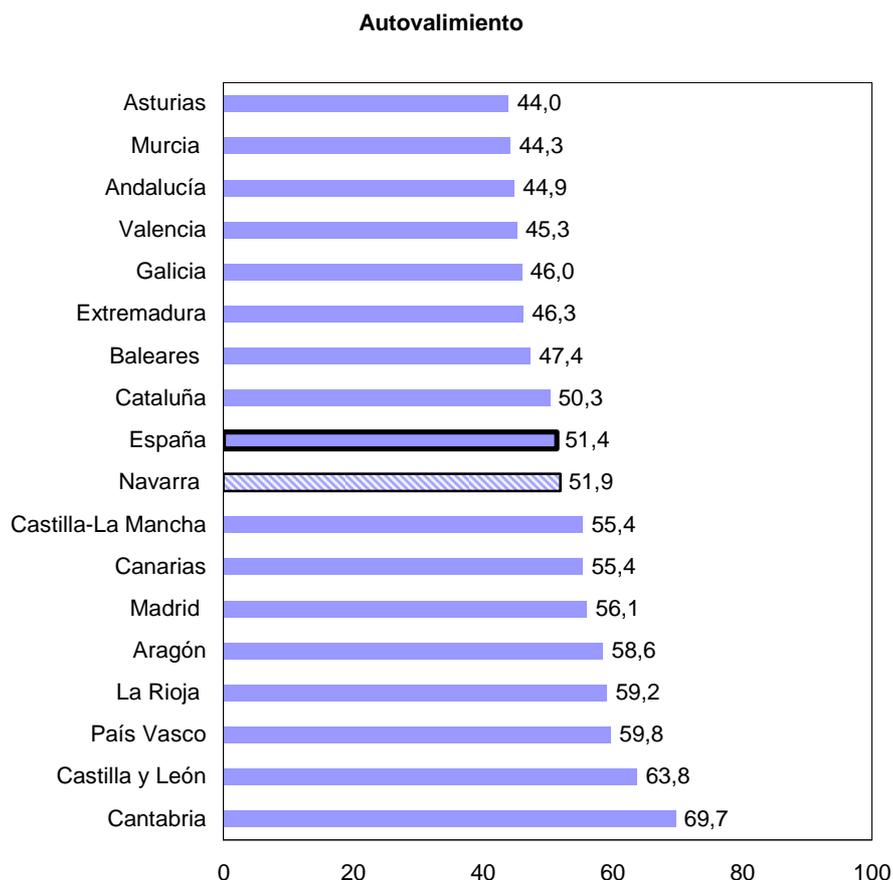


Figura 38. Población de 65 y más años (%) con dependencia funcional en actividades de labores domésticas, según clase social.

Comparación nacional

En Navarra el 51,9% de las personas de 65 y más años no tienen dependencia funcional o dicho en positivo están en situación de autovalimiento. Esta prevalencia es similar a la media de España (51,4%) (Figura 39).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 39. Población de 65 y más años (%) que no tienen dependencia funcional (autonomía) según Comunidad Autónoma.

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD

Se analiza en este apartado la distribución de los determinantes socioeconómicos de la salud en la población residente en Navarra. Los factores tenidos en cuenta en la Encuesta de Salud y analizados en esta sección corresponden a los de mayor impacto sobre la salud en unos casos, y en otros, a factores sobre cuya distribución se tenía escaso conocimiento.

Las áreas analizadas son las siguientes:

- Apoyo social
- Función familiar
- Discriminación
- Trabajo reproductivo
- Trabajo remunerado
- Características de la vivienda

Como en el apartado anterior se presenta en cada caso la distribución global del factor que se estudia según edad y sexo y según clase social. Siempre que ha sido posible se ha analizado su evolución temporal y se ha hecho una comparación nacional e internacional del mismo.

La metodología específica de cada una de las áreas estudiadas se presenta en cada apartado así como el colectivo de población (adulta, menores o ambos) sobre el que se ha estudiado.

Apoyo Social (población adulta 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

Se analiza la percepción que tiene la persona ante las diversas situaciones de apoyo social que suelen producirse en la vida cotidiana.

El apoyo social se considera un buen predictor de salud y bienestar. Para medirlo se utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC⁴.

Este cuestionario utiliza una escala de 11 ítems, donde cada ítem admite cinco posibles respuestas en una escala Likert (desde “mucho menos de lo que deseo” hasta “tanto como deseo”). La suma de puntuaciones da lugar al indicador de apoyo social funcional percibido. El rango de puntuación del citado indicador oscila de 11 a 55 puntos. A menor puntuación, menos apoyo, estableciendo el punto de corte en el percentil 15 que corresponde a la puntuación 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo “normal”, mientras una menor a 32 significa un apoyo social percibido “bajo”.

⁴ Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. “The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients” . Med Care. 1988 Jul;26(7):709-23

Se han calculado además dos subescalas: la subescala confidencial, que mide la posibilidad de contar con personas para comunicarse, reagrupando las preguntas con los ítems 1, 2, y 6 al 10, con un rango entre 7 y 35 puntos; y la subescala afectiva que mide las demostraciones de amor, cariño, y empatía, mediante la reagrupación de los ítems 3 a 5 y 11, con un rango de puntuación entre 4 y 20. Se muestra la distribución de las puntuaciones de las dos subescalas obtenidas en cada subgrupo de población, mediante la mediana y la amplitud intercuartil.

Resultados

El 96,7% de la población navarra tiene un apoyo social normal. El 3,5% de las mujeres y 1,2% de los hombres refieren un apoyo social bajo. Por grupos de edad, los mayores de 65 años son los que perciben peor nivel de apoyo social, y los jóvenes de 16 a 24 años los que refieren mejor nivel.

Si bien estas diferencias por edad no son significativas en los hombres, sí lo son en las mujeres, en las cuales conforme aumenta la edad se reduce el apoyo social (Figura 40).

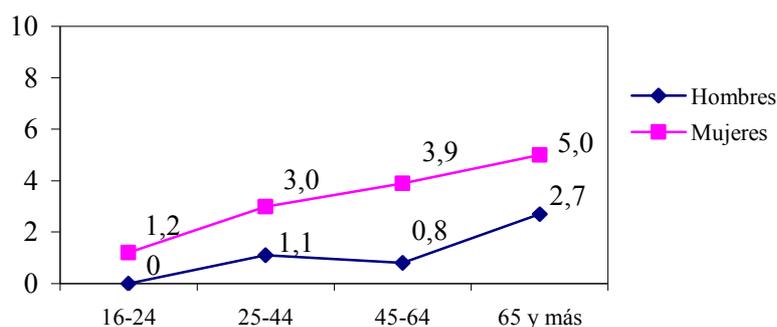


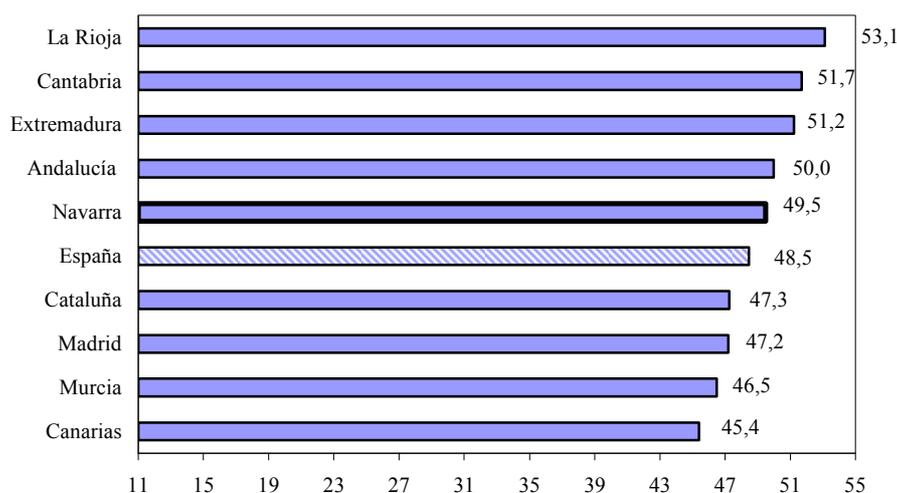
Figura 40. Prevalencia (%) de apoyo social bajo, por edad y sexo en población de 16 y más años.

Clase social

No se han encontrado diferencias en el apoyo social entre las diferentes clases sociales.

Comparación nacional e internacional

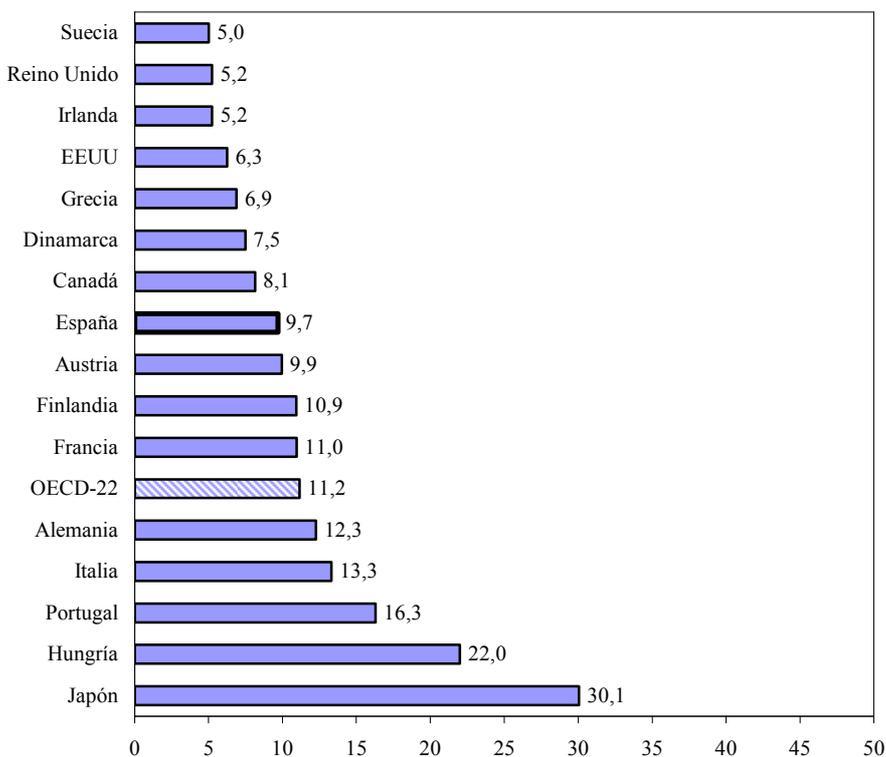
El indicador de apoyo social funcional de Navarra es similar a la media estatal, y ocupa un lugar intermedio entre las CCAA (Figura 41).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 41. Indicador de apoyo social funcional percibido (Escala de 11 a 55, a más puntuación más apoyo).

En la comparación con otros países, no disponemos del mismo indicador. En un estudio publicado en el 2004, España se sitúa mejor que la media de los países de la OCDE en cuanto a prevalencia de personas que raramente quedan con amigos (Figura 42).



Fuente: www.OCDE.org: World Values Survey 1999-2002, Inglehart et al.2004.

Figura 42. Prevalencia (%) de personas que raramente o nunca quedan con amigos, 1999-2002.

Apoyo social afectivo y confidencial

El 50% de la población tiene un apoyo social afectivo de al menos 19 puntos en una escala de 4 a 20. El apoyo social afectivo disminuye con la edad (Tabla 10).

El 50% de la población tiene un apoyo social confidencial de al menos 33 puntos en una escala de 7 a 35. Al igual que el anterior indicador, disminuye con la edad.

No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo en el apoyo social afectivo ni en el confidencial.

El apoyo social afectivo no está asociado a la clase social, pero sí el confidencial, en el sentido de un menor apoyo social confidencial en los grupos socialmente más desfavorecidos.

Tabla 10. Apoyo social afectivo y confidencial por grupos de edad *

APOYO SOCIAL AFECTIVO (4 a 20)	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total Población
Percentil 25	18	17	17	17	17
Percentil 50	20	19	18	18	19
Percentil 75	20	20	20	20	20
APOYO SOCIAL CONFIDENCIAL (7 a 35)					
Percentil 25	32	30	29	28	29
Percentil 50	34	33	33	32	33
Percentil 75	35	35	35	35	35

* Rango de puntuación entre 7 y 35 puntos en la subescala confidencial; y entre 4 y 20 en la afectiva, de menor a mayor apoyo social

Función familiar (población adulta 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza la percepción personal sobre la función de la familia. Se ha utilizado el cuestionario APGAR Familiar, diseñado en 1978 por Smilkstein⁵ para explorar la funcionalidad familiar, y detectar disfunción familiar. El acrónimo APGAR responde a los cinco componentes de la función familiar (cinco ítems):

1) A (adaptabilidad, adaptability). Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

2) P (cooperación, partnertship). Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; cómo comparten los problemas y cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.

⁵ Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam Pract 1978; 6: 1231-9

3) G (desarrollo, growth). Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo.

4) A (afectividad, affection). Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos.

5) R (capacidad resolutive, resolve). Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos para apoyar a todos los miembros de la familia.

Cada ítem admite tres posibles respuestas: casi nunca, a veces, y casi siempre. Los resultados se categorizan en función de la puntuación “disfunción familiar grave” (0 a 3 puntos); “disfunción familiar moderada” (4 a 6 puntos) y “función familiar buena” (7 a 10 puntos).

Resultados

El 91,5% de la población de Navarra tiene una función familiar buena, el 6,8% una disfunción familiar moderada y el 1,5% disfunción familiar grave.

Las mujeres tienen mejor función familiar que los hombres (Figura 43). En el análisis por grupos de edad y sexo, solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las mujeres de 25 a 44 años, cuya función familiar es mejor que en los hombres.

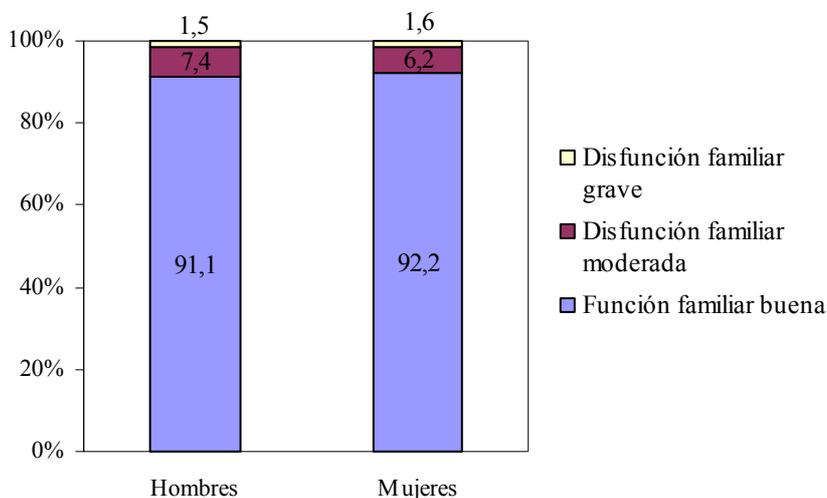


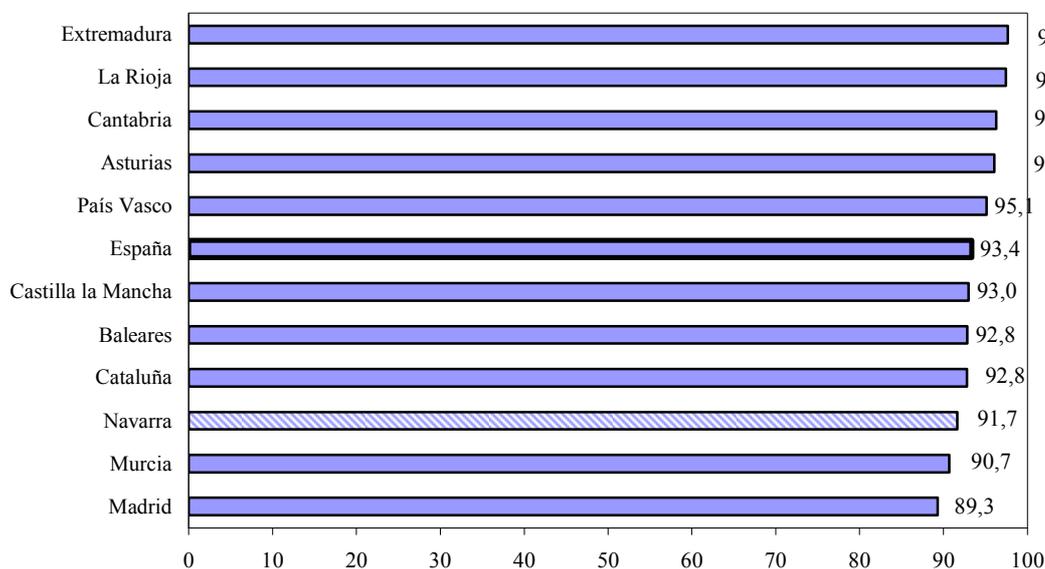
Figura 43. Prevalencia (%) de función familiar por sexo

Clase social

No se ha encontrado asociación entre la función familiar y la clase social.

Comparación nacional e internacional

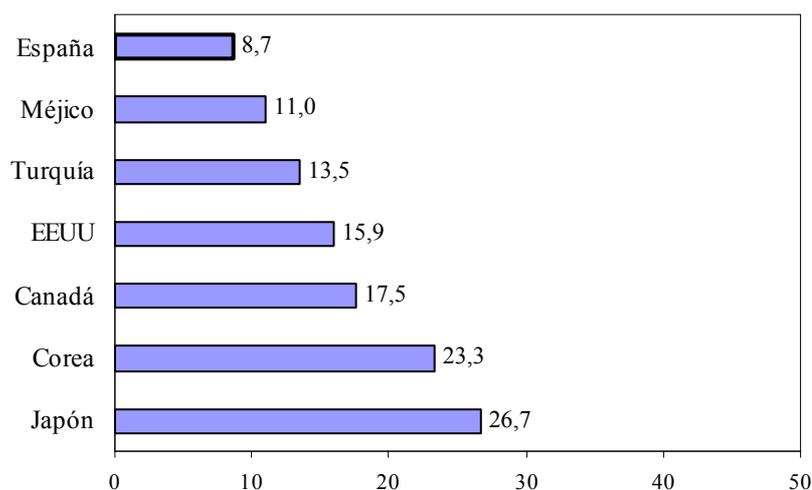
Navarra se sitúa por debajo de la media estatal en prevalencia de función familiar buena (Figura 44).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 44. Prevalencia (%) de función familiar buena. Comparación nacional.

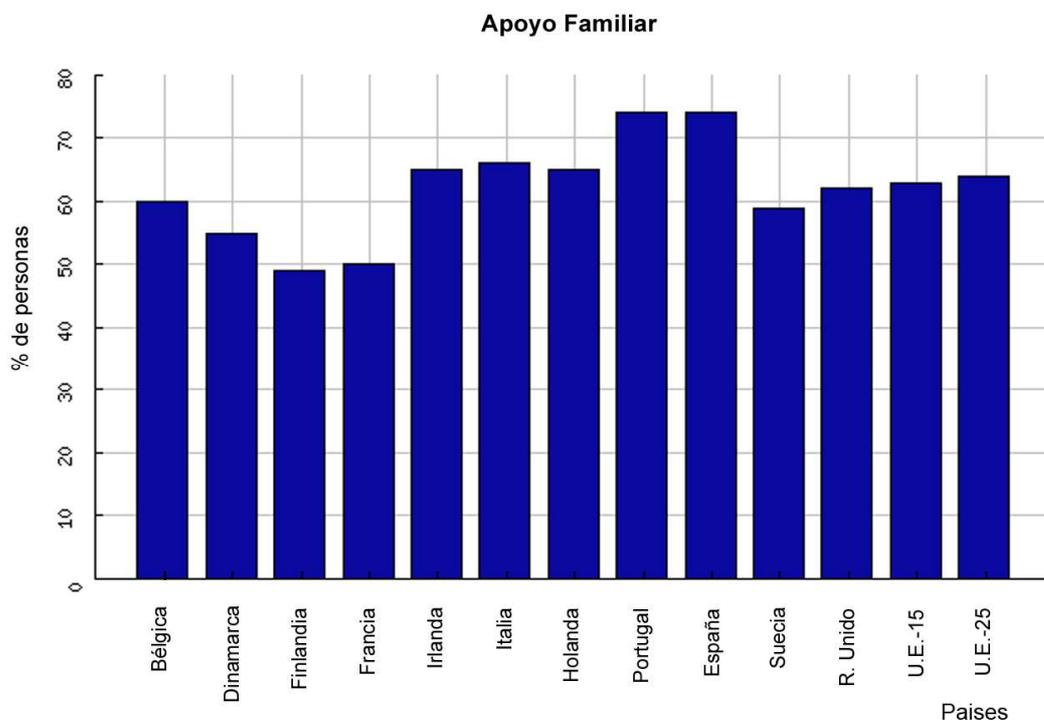
Respecto a otros países, se utilizan dos indicadores diferentes en la comparación con la Unión Europea y la OCDE. Para compararnos con la OCDE, se utiliza el indicador de personas que raramente tienen contacto con la familia. En el período 1999-2002, España se situaba en una buena posición respecto a los países de la OCDE que disponen de esta información (Figura 45).



Fuente: www.OCDE.org; World Values Survey 1999-2002, Inglehart R. et al. (2004).

Figura 45. Prevalencia (%) de personas que raramente o nunca tienen contacto con la familia, 1999- 2002.

Según la encuesta europea “European Quality of Life Survey 2003”, España se encuentra en las mejores posiciones y por encima de la media de la Unión Europea (UE-15 y UE-25) en porcentaje de personas de 18 y más años que reciben apoyo de un familiar por lo menos en tres de cuatro situaciones (Figura 46).



Fuente: European Quality of Life Survey 2003

Figura 46. Prevalencia (%) de personas que reciben apoyo de un familiar por lo menos en tres de cuatro situaciones.

Discriminación (población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

Para medir la discriminación se utiliza el instrumento, “la medida de experiencia de discriminación” (EDO) de Nancy Krieger⁶ ampliado. Se mide la frecuencia de la exposición a la discriminación así como el dominio y la forma de la misma.

Se considera que una persona ha sufrido discriminación si no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen,

⁶ Krieger, Smith K, Naishdham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine* 61(2005) 1576-96

nivel de estudios, clase social, preferencias sexuales o religión. El periodo de recuerdo es de 1 año.

El dominio de la discriminación se refiere a su ámbito público o privado: en casa (por la pareja o por otra persona), en el trabajo (en el colegio en el caso de los menores), buscando trabajo, en un lugar público y al recibir asistencia sanitaria.

La forma de discriminación se refiere al motivo de la misma: sexo, etnia o país, clase social y religión. En población adulta (16 y más años) se añade la discriminación por preferencias sexuales.

Resultados

El 5,3% de la población ha sufrido discriminación en el último año.

Las personas mayores de 65 años son las que con menor frecuencia refieren haber sufrido discriminación. No se han encontrado diferencias por sexo.

Ámbito de la discriminación

Una de cada dos personas adultas (16 y más años) que dice haber sentido discriminación la ha sufrido en el propio trabajo y una de cada cuatro buscando trabajo. Todos los menores de 16 años que han sentido discriminación la han sufrido en el colegio. Un 27,2% de las personas que se han sentido discriminadas la han experimentado en más de un ámbito (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución porcentual de la población que ha sufrido discriminación* según ámbito de la misma.

	Porcentaje (adultos 16 y más años)	Porcentaje (menores 0-15 años)
Buscando trabajo	23,3	--
En el trabajo	50,1	--
En el colegio	--	100
En casa por la pareja	7,5	--
En casa por alguien que no es la pareja	7,6	--
Al recibir asistencia sanitaria	12,5	0,0
En un sitio público	37,9	37,6

*Una misma persona puede haber sufrido discriminación en más de un ámbito

No se ha encontrado asociación entre el ámbito donde se vive la discriminación y la edad o el sexo si exceptuamos a las personas mayores de 65 que son las que con mayor frecuencia refieren discriminación en casa por parte de la pareja, y a las mujeres que sufren con mayor frecuencia discriminación en casa por parte de otras personas (no pareja).

Motivo de la discriminación

El motivo de discriminación más frecuente ha sido la etnia, presente en casi la mitad de las personas que se han sentido discriminadas (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución porcentual de la población que ha sufrido discriminación según motivo de la misma.

	Porcentaje
Discriminación por etnia	45,9
Discriminación por clase social	37,6
Discriminación por sexo	36,3
Discriminación por religión	11,3
Discriminación por preferencias sexuales*	7,6

*población adulta 16 y más años

La discriminación por sexo la viven con más frecuencia las mujeres y por religión los hombres.

Todas las formas de discriminación analizadas se manifiestan con mayor frecuencia en el ámbito laboral, ya sea buscando trabajo o en el desarrollo del mismo. El segundo ámbito en frecuencia es el espacio público (Tabla 13).

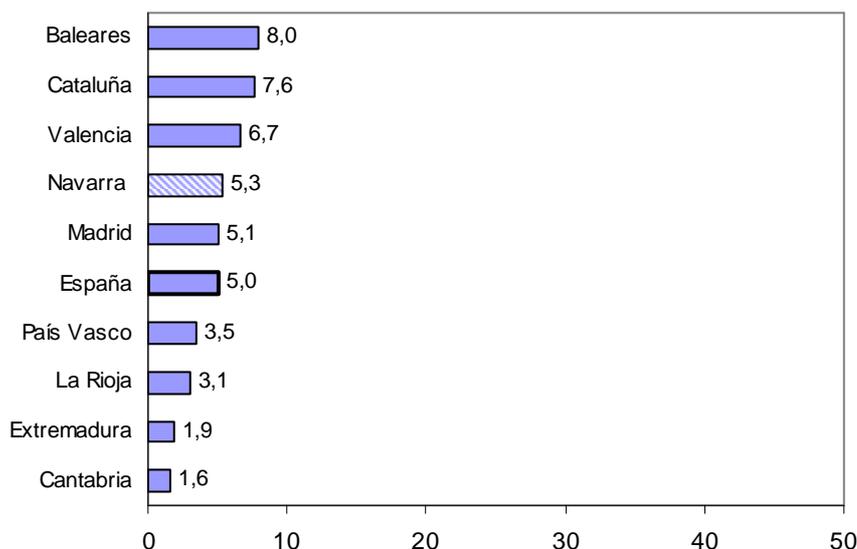
Tabla 13. Distribución porcentual de la población que ha sufrido discriminación* según ámbito y motivo de la misma (porcentaje de columna).

	Discriminación por sexo(n=38)	Discriminación por etnia (n=42)	Discriminación por clase social (n=41)
Ámbito laboral (16 y más años)	68,2	71,6	66,9
En casa (16 y más años)	28,9	5,3	13,1
Espacio público (0 y más años)	37,7	46,1	26,1
Servicios sanitarios (0 y más años)	8,4	10,4	4,3

*Una misma persona puede haber sufrido discriminación en más de un ámbito

Comparación nacional

La frecuencia de discriminación en Navarra es similar a la global del Estado, si bien ocupa el cuarto lugar según orden de frecuencia (Figura 47).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 47. Prevalencia de población (%) que ha sufrido discriminación el último año. Comparación nacional.

Trabajo reproductivo (población adulta 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

El trabajo reproductivo hace referencia al trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con el mantenimiento del bienestar y el cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar. La cuantificación del tiempo dedicado a este trabajo, su valor promedio, es el indicador más frecuentemente utilizado para su conocimiento.

Se utilizan cuatro indicadores de trabajo reproductivo: realización de las tareas del hogar, cuidado de los menores de 15 años, cuidado de los mayores de 74 y cuidado de las personas con discapacidad. Las preguntas referentes a la realización de las tareas del hogar se han hecho a todas las personas entrevistadas y las relativas a cuidados de menores, mayores y discapacitados a los que conviven en el hogar con estas personas y la persona entrevistada ha considerado que requieren cuidados.

El análisis se ha hecho en población general y en población ocupada (tiene un trabajo remunerado) que además vive en pareja, por ser este último el colectivo en el que cabría esperar una mayor corresponsabilidad de los dos miembros de la pareja en la realización del trabajo reproductivo.

Resultados

En el 34,1% de los hogares de las personas entrevistadas, existe al menos una persona que requiere cuidados. En un 70,4% de estos hogares (24,0% del total de hogares) la persona dependiente es un menor de 15 años, en un 21,8% (7,4% del total de hogares), es una persona mayor de 74 años y en un 13,9% (4,7% del total) una persona con discapacidad.

El cuidado de menores y las tareas del hogar son las tareas en las que más personas, tanto hombres como mujeres, están implicadas.

Estructura familiar, edad y sexo

Población general

La distribución del trabajo reproductivo entre las personas entrevistadas es desigual según el sexo de las mismas. Hay mayor proporción de mujeres (ya sea solas o junto a otra persona que no es remunerada por ello) que de hombres haciendo este trabajo (Figura 48).

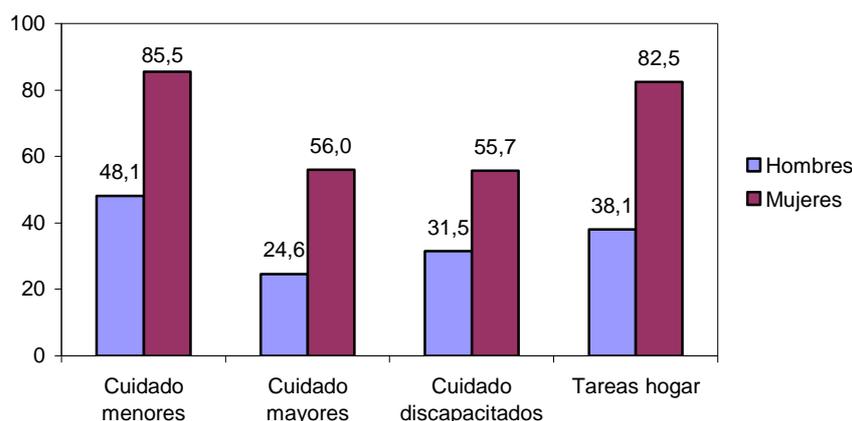


Figura 48. Porcentaje de población que realiza trabajo reproductivo, según tipo de tarea y sexo. (N específica para cada tipo de tarea).

El trabajo reproductivo recae fundamentalmente en las personas que viven en el hogar. El cuidado de menores es la tarea más compartida con la pareja, tanto si los entrevistados son hombres como si son mujeres. La siguiente actividad más compartida son las tareas del hogar (Tabla 14).

El papel de las personas remuneradas como cuidadoras principales tiene su máximo peso en los hogares con personas mayores y en los hogares con discapacitados (8,8% en ambos casos). Los servicios sociales se ocupan de los cuidados de manera predominante, en el 1,5% de los hogares con personas mayores dependientes y en el 2,4% de aquellos en los que viven discapacitados.

Tabla 14. Distribución (%) de la población que realiza trabajo reproductivo según tipo de tarea, relación de convivencia y sexo.

	Cuidado menores		Cuidado mayores		Cuidado discapacitados		Tareas del hogar	
	H n=154	M n=209	H n=25	M n=83	H n=26	M n=52	H n=681	M n=954
Entrevistado solo	2,7	40,3	8,6	39,5	11,6	43,0	9,7	50,3
Entrevistado y su pareja	42,7	35,6	0	4,4	3,6	8,8	21,0	17,0
Entrevistado y otra persona	2,7	9,6	16,0	12,1	16,3	3,9	7,4	15,2
Su pareja sola	30,2	1,4	36,9	2,1	37,3	1,9	32,0	0,7
Otra persona de la casa (no pareja)	15,2	12,6	17,9	24,0	20,3	14,1	23,3	12,2
Persona de fuera de la casa	0,0	0,5	8,5	8,4	4,1	11,5	1,4	0,8
Persona remunerada	5,3	0	9,2	8,5	3,0	12,9	4,8	2,9
Servicios sociales	0,0	0	2,9	1,0	3,8	1,5	0,2	0,1
Otros	1,2	0	0	0	0	2,4	0,2	0,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

El análisis de la distribución del trabajo reproductivo según sexo y edad, se ha centrado en las labores del hogar debido al escaso número de efectivos muestrales en otras tareas (tabla 15).

Tabla 15. Distribución (%) de la población que realiza tareas del hogar según relación de convivencia, edad y sexo.

	16-24 años		25-44 años		45-64 años		65 y más años	
	H	M	H	M	H	M	H	M
	n=57	n=66	n=268	n=337	n=209	n=262	n=147	n=289
Entrevistado solo	4,3	6,4	12,5	48,7	8,6	68,5	8,5	50,3
Entrevistado y su pareja	3,5	3,1	24,9	26,6	26,9	15,6	13,2	9,6
Entrevistado y otra persona	5,6	28,0	8,6	12,5	6,6	9,4	7,4	21,6
Su pareja sola	4,0	0	22,1	1,0	45,4	0,4	50,2	1,0
Otra persona de la casa (no pareja)	76,7	55,7	26,8	10,0	6,9	1,6	8,3	8,8
Persona remunerada	5,9	2,3	4,9	0,9	3,9	3,7	5,4	5,4
Otros	0	4,5	0,2	0,3	1,7	0,8	7,0	3,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Hay una distribución desigual de la realización de las tareas del hogar según sexo, con un predominio femenino en la realización de las mismas en todos los grupos de edad. Entre los hombres, la respuesta “su pareja sola” tiende a aumentar con la edad.

Los hombres y mujeres de 25 a 44 años son los que con mayor frecuencia comparten la tarea con su pareja.

En los más jóvenes, predomina la declaración de que el trabajo lo realiza otra persona.

Población ocupada que vive en pareja

Se repite el análisis de distribución del trabajo reproductivo, en el caso de personas que viven en pareja y que tienen un trabajo remunerado (Tabla 16). Se analiza las tareas del hogar y el cuidado de menores, esta última solo en el grupo de 25-44 años por el reducido tamaño de la muestra en los demás grupos etarios.

Tabla 16. Distribución (%) de la población que realiza tareas del hogar y cuidado de menores según relación de convivencia, edad y sexo en población ocupada que convive en pareja.

	25-44 años		45-64 años		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M
<i>Tareas del hogar (n)</i>	(138)	(167)	(112)	(87)	(250)	(254)
Entrevistado solo	2,2	47,1	0,0	53,2	1,1	49,3
Entrevistado y su pareja	48,8	41,7	33,0	27,7	41,2	36,4
Su pareja sola	43,4	1,3	57,1	1,1	50,1	1,2
Persona remunerada	3,6	1,0	5,3	7,0	4,4	3,3
Otros	2,0	8,9	4,6	11,0	3,2	9,8
Total	100	100	100	100	100	100
<i>Cuidado de menores (n)</i>	(101)	(96)	(26)	(10)	(127)	(106)
Entrevistado solo	0,0	29,6	--	--	0,0	30,1
Entrevistado y su pareja	50,3	60,8	--	--	51,5	59,6
Su pareja sola	38,0	1,9	--	--	38,5	1,7
Persona remunerada	7,4	0,0	--	--	5,8	0,0
Otros	4,3	7,7	--	--	4,2	8,6
Total	100	100	--	--	100	100

Se mantiene el patrón observado en población general: predominio femenino, menor participación de la pareja al aumentar la edad e identificación del cuidado de menores como la tarea más compartida.

Respecto a población general se constata mayor participación de los hombres en la realización del trabajo reproductivo. No obstante, en ninguno de los subgrupos analizados, superan el 60% las mujeres que dicen compartir con su pareja y el porcentaje de mujeres que declaran hacerlo solas no baja del 30%.

Tiempos de dedicación

La distribución de los tiempos de trabajo reproductivo (Tabla 17) muestra que el cuidado de personas discapacitadas es el que genera mayor número de horas de trabajo. Las mujeres dedican más tiempo que los hombres al trabajo reproductivo.

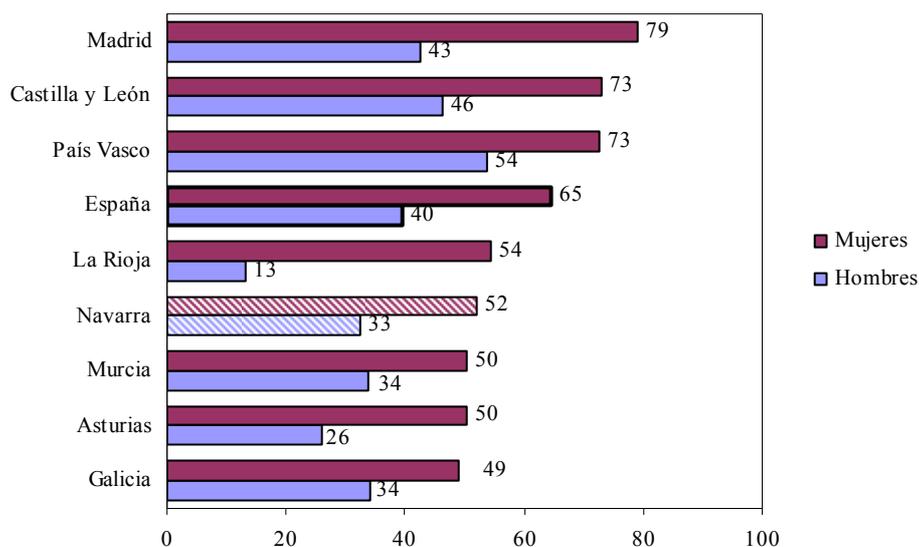
En el caso del tiempo dedicado al cuidado de personas mayores y de personas discapacitadas, sólo se presentan los datos relativos a mujeres por no haber muestra suficiente de hombres cuidadores.

Tabla 17. Distribución de los tiempos (horas semanales) de trabajo reproductivo de las personas que lo realizan, según sexo.

		Media (De)	Percentiles			
			25	50	75	90
Cuidado menores	Hombres	32 (15)	18	31	44	51
	Mujeres	52 (33)	30	45	64	84
Cuidado mayores	Hombres	--	--	--	--	--
	Mujeres	40 (40)	14	25	56	98
Cuidado discapacitados	Hombres	--	--	--	--	--
	Mujeres	57 (43)	21	42	84	128
Tareas hogar	Hombres	14 (11)	7	12	16	25
	Mujeres	28 (48)	15	22	34	42

Comparación nacional e internacional

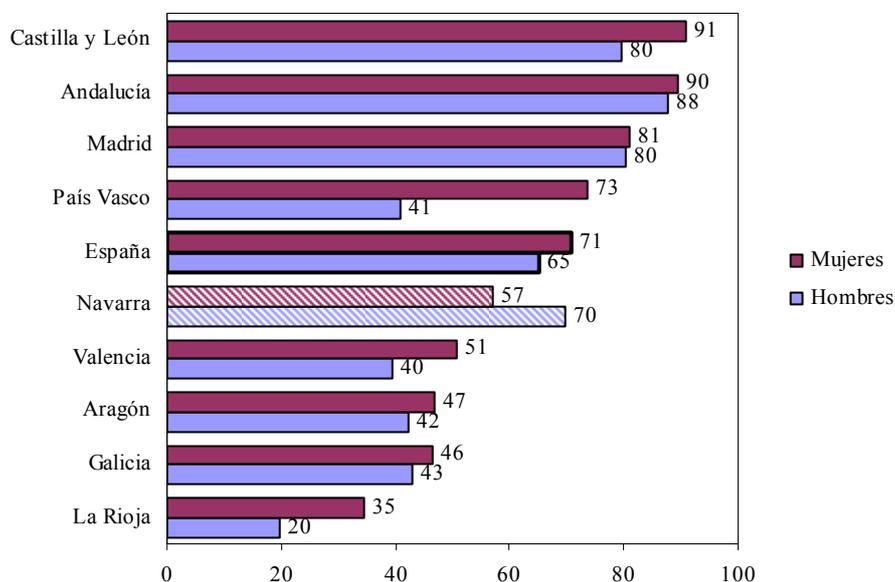
A nivel nacional, las mujeres cuidadoras dedican un promedio de 65 horas por semana, 25 horas más que los hombres, al cuidado de menores de 15 años. Navarra se encuentra por debajo de la media estatal en horas semanales dedicadas a este tipo de cuidados, tanto en hombres como en mujeres (Figura 49).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 49. Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado de menores de 15 años según sexo. Comparación nacional.

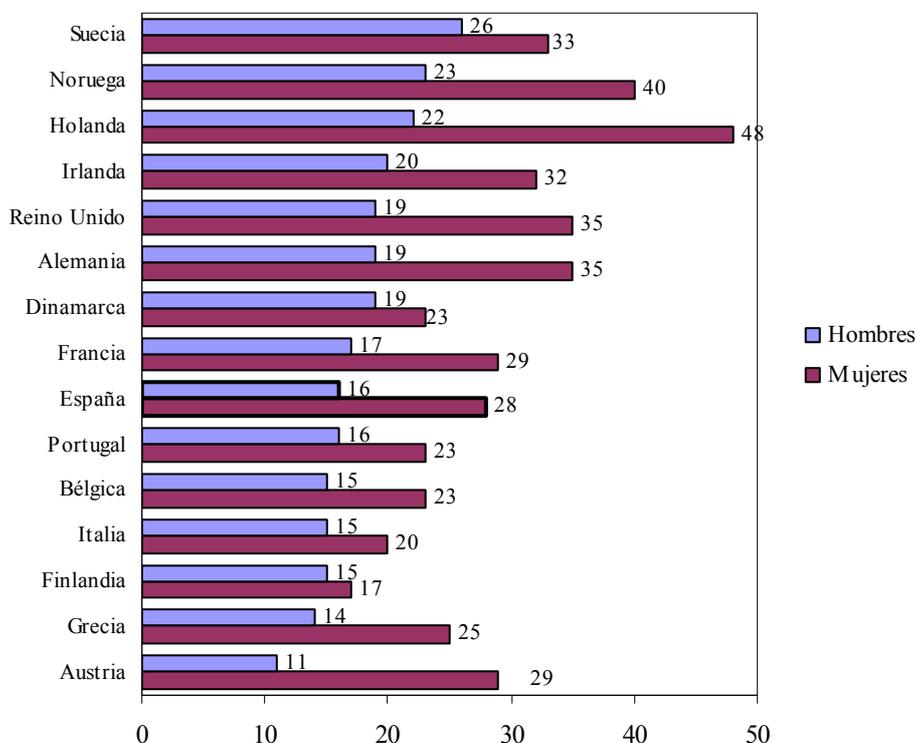
En cuanto al cuidado de personas con discapacidad, a nivel nacional las mujeres cuidadoras dedican como promedio 71 horas por semana, seis horas más que los hombres. El reparto de esta tarea según sexo en las diferentes CCAA es más uniforme que en el caso del cuidado a menores. Navarra se sitúa próxima a la media estatal (Figura 50).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 50. Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado de personas con discapacidad según sexo. Comparación nacional.

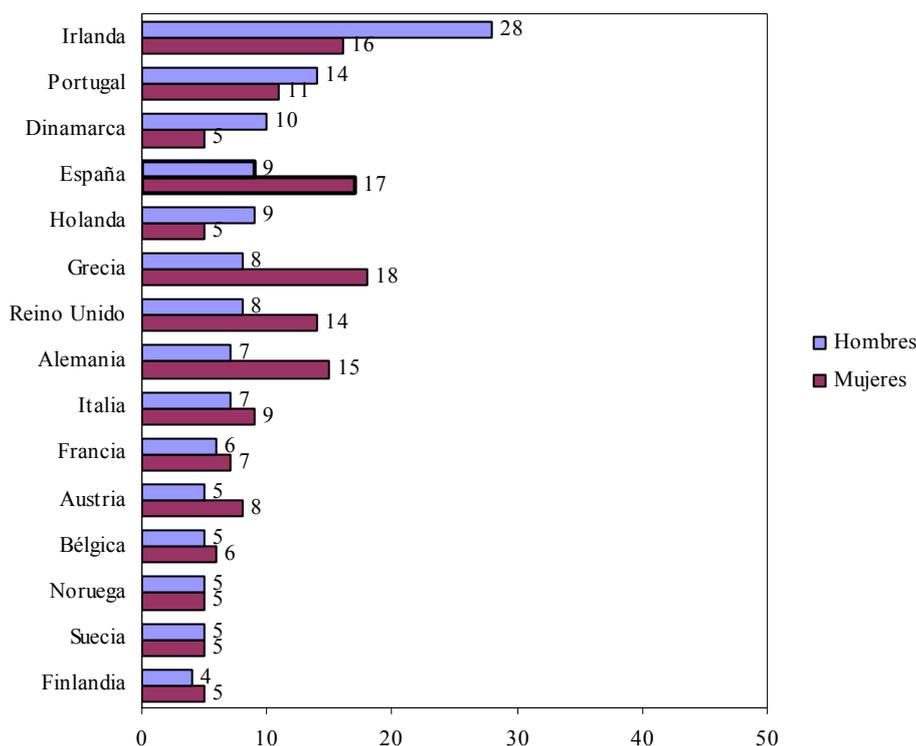
A nivel europeo las mujeres dedican más tiempo que los hombres al cuidado y educación de menores. Estas diferencias son menores en Finlandia y Dinamarca. España se sitúa entre los países donde menos horas dedican los hombres a este tipo de cuidados (Figura 51).



Fuente: Second European Quality of Life Survey, 2007, in Anderson R. et al., 2009.

Figura 51. Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado y educación de menores. Comparación internacional.

En cuanto al cuidado de familiares mayores y discapacitados, en la mayor parte de los países, las mujeres dedican más tiempo a este tipo de cuidados, excepto en Irlanda, Dinamarca, Holanda y Portugal donde dedican más tiempo los hombres. Los hombres de Irlanda y Portugal y las mujeres de Grecia y España, son los que más horas semanales dedican a este tipo de cuidados (Figura 52).



Fuente: Second European Quality of Life Survey, 2007, in Anderson R. et al., 2009

Figura 52. Promedio de horas semanales dedicadas al cuidado de familiares mayores y discapacitados. Comparación internacional.

Trabajo remunerado (población adulta 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

Se analiza la información referente a la actividad económica de las personas a las que se realiza la encuesta.

Se caracteriza la situación laboral la semana anterior a la realización de la encuesta. Se utiliza el término de población ocupada para referirse a la población que en esa fecha está trabajando o de baja y población económicamente activa al conjunto formado por la población ocupada y la que está en paro.

En la categoría labores de hogar se incluyen las personas que se dedican “principalmente” a esta tarea. La pueden compaginar con estudiar o trabajar algunas horas al día, siempre que a esta otra actividad le dedique menos tiempo que a las labores del hogar.

En la categoría jubilado/pensionista, se consideran las personas cuyo medio de vida es la pensión obtenida con motivo de la actividad anterior. Se incluye también a las

personas que reciben una pensión derivada de la cotización de otra persona (viudedad, orfandad)

Se pregunta también sobre el tipo de contrato y de jornada laboral.

Se mide el nivel de estrés laboral y de satisfacción en el trabajo mediante una escala que va de 1 (nada estresante/nada satisfactorio) a 7 (muy estresante/muy satisfactorio). Se analiza la relación de estos dos indicadores con la clase social basada en la ocupación de la persona entrevistada.

En el colectivo de personas que no trabajan en la actualidad pero lo hicieron alguna vez en la vida, se analiza el motivo por el que dejaron de trabajar.

Resultados

Situación laboral

El 66,8% de los hombres y el 46,1% de las mujeres estaban trabajando la semana anterior a la realización de la encuesta. El 4,2% de la población (5,9% de la población económicamente activa) estaba en paro sin diferencia de sexo.

El 24,2% de las mujeres frente al 0,2% de los hombres se dedicaban principalmente a las labores del hogar (Tabla 18).

Tabla 18. Distribución de la población (%) según su situación laboral por sexo.

	Hombres	Mujeres
Ocupada	66,8	46,1
En paro	4,0	4,4
Jubilado o pensionista	22,1	17,4
Labores de hogar	0,2	24,2
Estudiante	6,3	6,4
Otros	0,6	1,5
Total	100	100

La población estudiante se concentra en el colectivo más joven de 16-24 años, aproximadamente la mitad de los chicos y de las chicas de este grupo de edad son estudiantes. Los pensionistas y jubilados son más frecuentes entre los mayores de 65, si bien, el 16,6% de los hombres y el 9,4% de las mujeres de 45-64 años están en esta situación (Figura 53).

En todos los grupos de edad, la proporción de población ocupada es mayor en hombres que en mujeres.

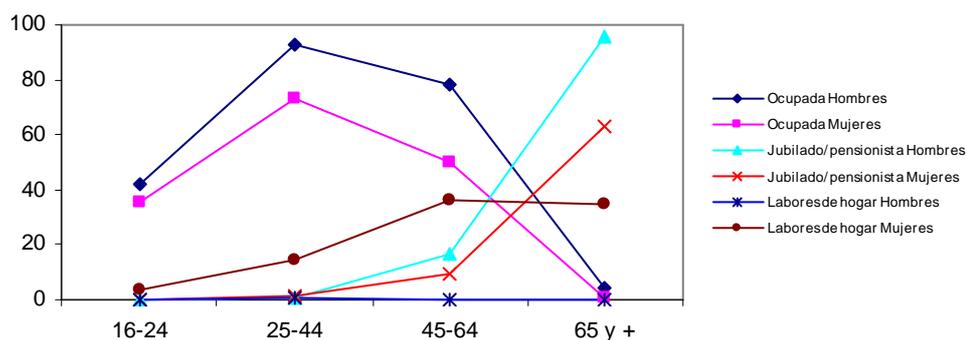


Figura 53. Población (%) ocupada, jubilada/pensionista y dedicada a labores de hogar según edad y sexo.

Tipo de contrato

Aproximadamente un 60% de las personas ocupadas, tanto en hombres como en mujeres, tenían un contrato estable de trabajo (funcionarios o contrato indefinido).

La diferente distribución por sexo del otro 40% muestra una mayor precariedad en el empleo en las mujeres: un 20,7% de la mujeres tenían contrato temporal y un 6% verbal, frente al 14,7% y 1,1% respectivamente de los hombres. El 21,6% de los hombres y el 11,1% de las mujeres eran trabajadores autónomos.

La precariedad en el empleo era mayor en los más jóvenes, la mitad de las personas de 16-24 años tenían un contrato temporal o verbal. Esta situación se acentúa en las chicas, un 69,3% sufrían esta situación frente a un 34,1% de los chicos. En el grupo de edad de 45-64 años, también la inestabilidad en el empleo era mayor en las mujeres que en los hombres (Figura 54).

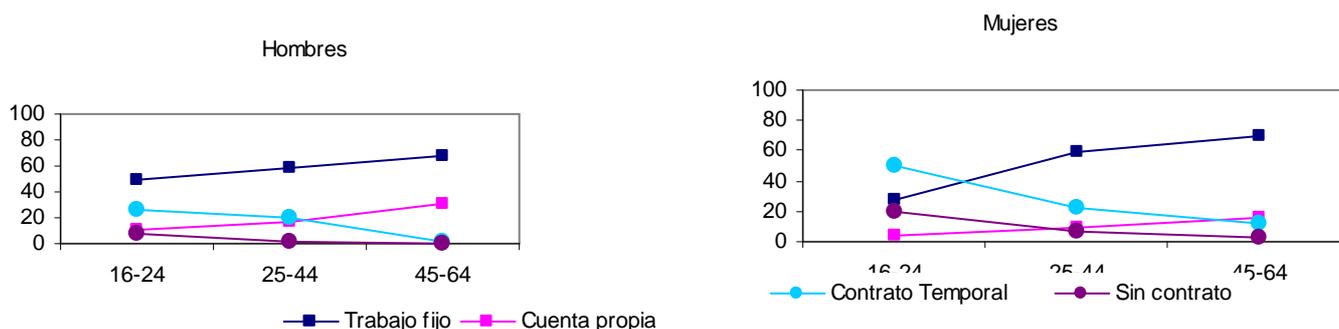


Figura 54. Población ocupada (%) según tipo de contrato, edad y sexo.

Cerca de la mitad (44,1%) de las personas con contrato no estable (temporal, verbal o de otro tipo) tenían un contrato en el que la duración no está definida, una cuarta parte (24,7%) lo tenía de 6 meses a un año y un 17,4% de menos de 6 meses.

Tipo de jornada

La jornada partida era la más frecuente en la población ocupada (36,6%), seguida de la jornada continua (23,4%) y en tercer lugar el trabajo por turnos (17,1%). Entre los hombres predominaba la jornada partida y por turnos y, en las mujeres, la continua. La jornada reducida era de claro predominio femenino, 10,5% en mujeres versus 1,1% en hombres.

Estrés laboral

El nivel de estrés laboral, sobre una máxima puntuación de 7, presenta un valor medio de 3,98, la mediana es 4 (AI=2). No hay diferencias por sexo ni por edad.

El estrés laboral se relaciona con la clase social basada en la ocupación de la persona entrevistada, tiene una tendencia creciente a medida que la clase social es más favorecida.

El estrés laboral también guarda relación con el tipo de contrato en el sentido de que es mayor en las personas de contrato estable y autónomos (mediana=4; AI=2) que en las de contrato no estable (mediana =3; AI=2). No se relaciona con el tipo de jornada.

Respecto a las demás comunidades autónomas, Navarra es la que presenta el valor promedio más bajo de estrés laboral si bien la diferencia entre todas ellas es de décimas. La Rioja, con una media de 4,7, es la que tiene mayor nivel de estrés, la media nacional es 4,2.

Satisfacción laboral

El nivel de satisfacción laboral es mayor en hombres que en mujeres (5,1 y 4,9 respectivamente, sobre una máxima puntuación de 7). En ambos sexos la mediana es 5 y la amplitud intercuartil 2. No hay diferencias por edad.

La satisfacción laboral se relaciona con la clase social basada en la ocupación de la persona entrevistada. Tiene una tendencia creciente a medida que la clase social es más favorecida.

En los hombres, la satisfacción laboral se relaciona con el tipo de jornada, es mayor en aquellos que tienen jornada continua o partida frente a los de jornada nocturna, irregular y el trabajo por turnos. No se relaciona con el tipo de contrato.

Entre las mujeres, el nivel de satisfacción laboral se asocia con el tipo de contrato, siendo las mujeres autónomas las de mayor nivel de satisfacción laboral. No se asocia con el tipo de jornada.

Respecto a las demás CCAA, el nivel promedio de satisfacción laboral en los hombres es inferior al nacional (5,0), el rango oscila entre el 4,7 en Asturias y el 5,5 de Ceuta y

Melilla. En las mujeres el nivel de satisfacción es mayor que el nacional (5,1), el rango va del 4,7 de La Rioja y Andalucía al 5,5 de Extremadura.

Cese en el trabajo

Los motivos por los que dejaron de trabajar las personas que lo hacían con anterioridad son muy diferentes en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. En los hombres predominan las razones de salud o laborales y en las mujeres las razones familiares (querer dedicarse exclusivamente a la familia o dificultad para compatibilizar trabajo y responsabilidades familiares) y la propia voluntad (Tabla 19).

Tabla 19. Motivos para dejar el puesto de trabajo según edad y sexo. Distribución porcentual de la población.

	25-44 años		45-64 años		65 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cumplir edad jubilación	0	0	4,5	1,2	49,3	36,6
Razones de salud	21,4	8,1	31,4	12,8	24,2	7,2
Prejubilación	0	0	32,6	3,2	17,0	8,0
Razones familiares	0,0	39,7	2,1	41,8	0,0	24,7
Despido, fin de contrato	40,5	16,2	17,8	12,1	2,3	2,1

Características de la vivienda

Anotaciones metodológicas

Se diferencia entre vivienda y hogar. Se analizan las características del hogar: número de habitaciones y de metros cuadrados; y los siguientes problemas relacionados con la vivienda: ruido, malos olores, contaminación del aire, agua de consumo, limpieza deficiente, escasez de zonas verdes y molestias de animales.

Resultados

El 2,2% de la población vive en una vivienda en la que hay más de un hogar.

El 50% de los hogares tiene al menos 3 habitaciones (AI=1) y 94m² (AI=34).

El 30,1% de la población no tiene ninguno de los problemas considerados en su vivienda. El 27,2% tiene “mucho” problema con al menos uno de los aspectos analizados.

Los problemas relacionados con la vivienda, citados con mayor frecuencia son, problemas de ruido (28,5%), poca limpieza de las calles (25,5%) y molestias de animales (24,7%) (Tabla 20).

Tabla 20. Problemas relacionados con la vivienda. Distribución porcentual de la población.

	Mucho	Algo	Ningún problema
Ruido	7,7	20,8	71,5
Molestias de animales	8,4	16,3	75,3
Poca limpieza calles	4,9	20,6	74,5
Escasez de zonas verdes	4,9	17,2	77,9
Malos olores	4,2	16,1	79,7
Agua de mala calidad	7,0	12,0	81,0
Contaminación industrial del aire	2,5	7,6	89,9
Contaminación del aire no industrial	2,1	7,7	90,2

ESTILOS DE VIDA

Se analizan en este apartado los siguientes estilos de vida:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Descanso, actividad física y tiempo libre
- Alimentación
 - Lactancia
 - Desayuno
 - Hábitos alimenticios
- Sobrepeso y obesidad
- Prácticas preventivas:
 - Vacunaciones
 - Medición de la tensión arterial
 - Medición del colesterol
 - Higiene dental
 - Seguridad vial
 - Prácticas preventivas específicas de las mujeres

Para cada área se presenta la distribución global del factor que se estudia según edad y sexo y según clase social. Siempre que ha sido posible se ha analizado su evolución temporal y se ha hecho una comparación nacional e internacional del mismo.

La metodología específica se presenta en cada apartado y se indica el grupo de población (adulta, menores o ambos) sobre el que se ha estudiado. El intervalo de edad del grupo de menores que se ha estudiado varía en función de las características del instrumento de medición utilizado.

Consumo de tabaco (Población adulta 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

En función de la frecuencia de consumo de tabaco, las personas se clasifican en:

- Nunca ha fumado.
- Fumador ocasional: fuma pero no diariamente.
- Fumador diario: fuma al menos 1 cigarrillo/día.
- Ex fumador: ha fumado a diario o esporádicamente pero ahora no fuma.

Se pregunta también por la exposición pasiva al humo del tabaco en tiempo de ocio y en la vivienda, sobre esta última exposición se pregunta igualmente a los menores (0-15 años).

Resultados

El 30,6% de los hombres y el 20,6% de las mujeres fuman a diario. Un 35,1% y un 59,7% respectivamente, no han fumado nunca (Figura 55).



Figura 55. Prevalencia (%) de consumo de tabaco según sexo.

Entre los hombres fumadores, un 40,5% fuma 20 o más cigarrillos al día, entre las mujeres fumadoras este porcentaje es del 21,3% (Figura 56).

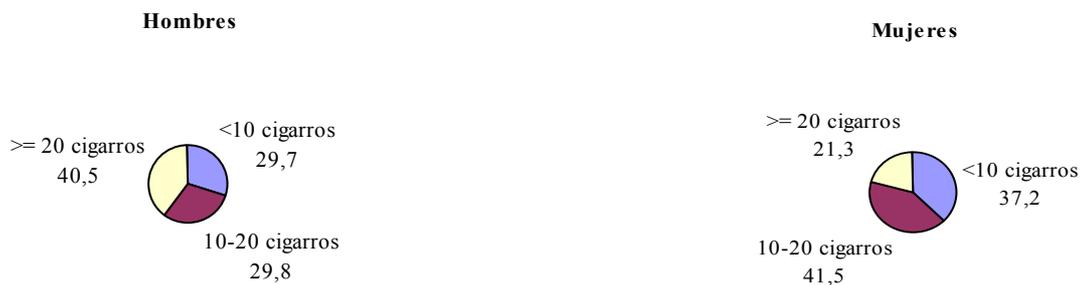


Figura 56. Intensidad de consumo de tabaco de los fumadores habituales según sexo.

En términos generales, los hombres fuman más que las mujeres: hay más hombres fumadores diarios que mujeres, y los que fuman, fuman más. Esta diferencia existe desde hace años, como refieren las primeras encuestas de salud y se refleja en un mayor porcentaje de hombres exfumadores que de mujeres.

Entre los hombres la prevalencia de consumo diario de tabaco se mantiene estable hasta los 65 años, a partir de esa edad disminuye de manera estadísticamente significativa. Entre las mujeres destaca el grupo de 25-44 años por su máxima prevalencia de consumo de tabaco y el de mayores de 65 años por la mínima (Figura 57, Tabla 21).

En el análisis por edad y sexo, se pone de manifiesto que hasta los 45 años, el consumo diario de tabaco es similar en hombres y mujeres, por encima de esa edad el consumo es

mayor en hombres. La diferencia en la prevalencia de consumo por sexo, que se observa en los más jóvenes (16-24 años), no es estadísticamente significativa, no pudiendo descartarse que esto se deba al pequeño tamaño de la muestra en ese grupo de edad (Figura 57).

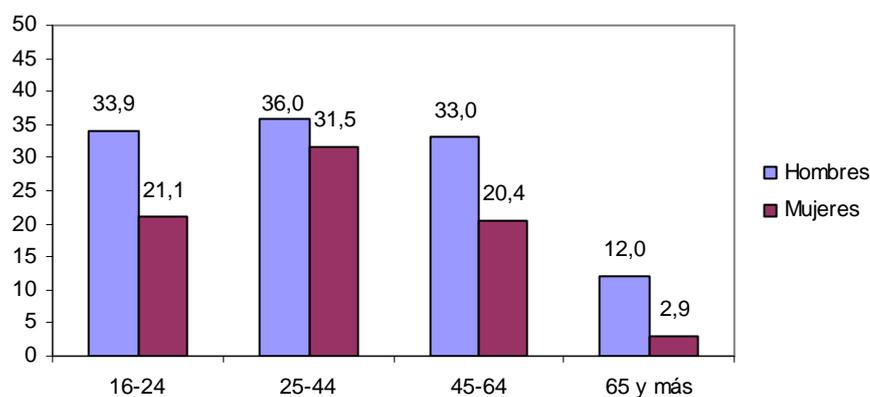


Figura 57. Prevalencia (%) de consumo diario de tabaco según edad y sexo.

Tabla 21. Prevalencia (%) de consumo de tabaco según edad y sexo.

	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más
Ambos sexos (n)	(1635)	(123)	(605)	(471)	(436)
Fumador diario	25,6	27,7	33,8	26,7	6,8
Fumador ocasional	2,8	4,2	3,5	3,0	0,5
ex-fumador	24,1	9,6	21,6	33,6	22,9
Nunca ha fumado	47,5	58,5	41,1	36,7	69,8
Total	100	100	100	100	100
Hombres (n)	(681)	(57)	(268)	(209)	(147)
Fumador diario	30,6	33,9	36,0	33,0	12,0
Fumador ocasional	4,1	5,0	4,8	4,5	1,2
ex-fumador	30,2	7,1	19,2	42,1	50,3
Nunca ha fumado	35,1	54,0	40,0	20,4	36,5
Total	100	100	100	100	100
Mujeres (n)	(954)	(66)	(337)	(262)	(289)
Fumador diario	20,6	21,1	31,5	20,4	2,9
Fumador ocasional	1,6	3,5	2,1	1,5	0,0
ex-fumador	18,1	12,2	24,2	24,9	1,8
Nunca ha fumado	59,7	63,2	42,2	53,2	95,3
Total	100	100	100	100	100

La edad media de inicio al consumo de las personas que fuman a diario es de 18,4 años. El 50% de la población adulta ya había empezado a fumar a los 16 años. No hay diferencias por sexo.

Clase social

Entre los hombres se ha observado una relación estadísticamente significativa entre consumo diario de tabaco y clase social, la prevalencia de consumo es mayor a media

que la clase social es más desfavorecida. En mujeres no se ha visto asociación (Figura 58).

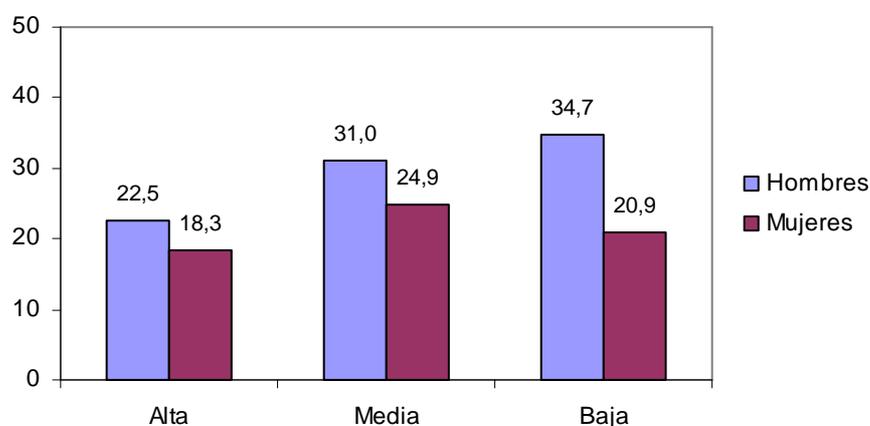


Figura 58. Prevalencia (%) de consumo diario de tabaco según sexo y clase social. Datos estandarizados por edad.

Evolución temporal

Respecto a las anteriores encuestas de salud de Navarra de 1991 y de 2000, se observa una evolución favorable de los indicadores de consumo de tabaco en ambos sexos (Figura 59).

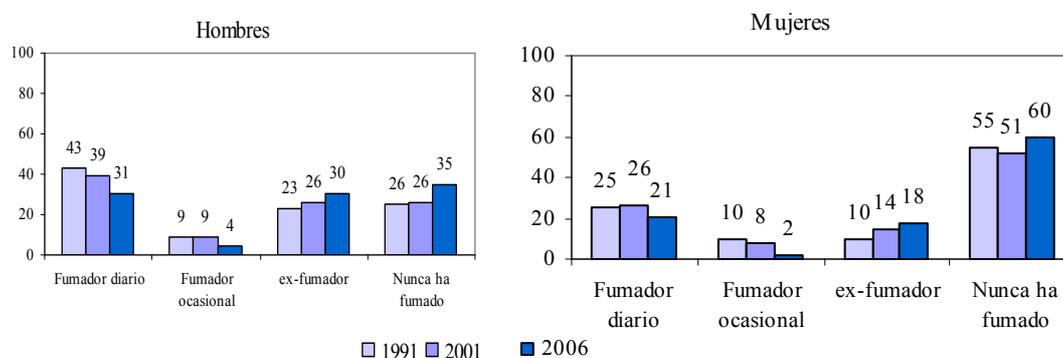


Figura 59. Evolución temporal de la prevalencia (%) de consumo de tabaco según sexo.

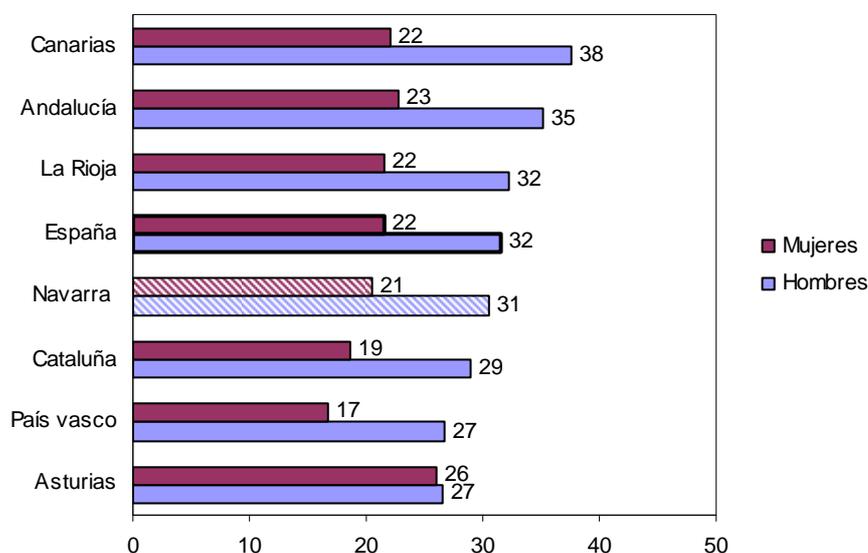
Exposición pasiva al humo del tabaco en población no fumadora

El 22% de la población adulta está expuesta al humo de tabaco en su vivienda de manera habitual. En cuanto a la exposición al humo de tabaco en lugares públicos y de ocio durante el fin de semana, el 22,2% de los adultos se expone de una a cuatro horas y el 4,5% más de cuatro horas. Un 73,3% de la población no está nada expuesto (57,8%) o lo está menos de una hora (15,5%).

En el 18,2% de población de 0-15 años alguien fuma “siempre o casi siempre” en la vivienda en su presencia. En el 69,6% de los entrevistados de este grupo de edad, nunca se fuma en su presencia.

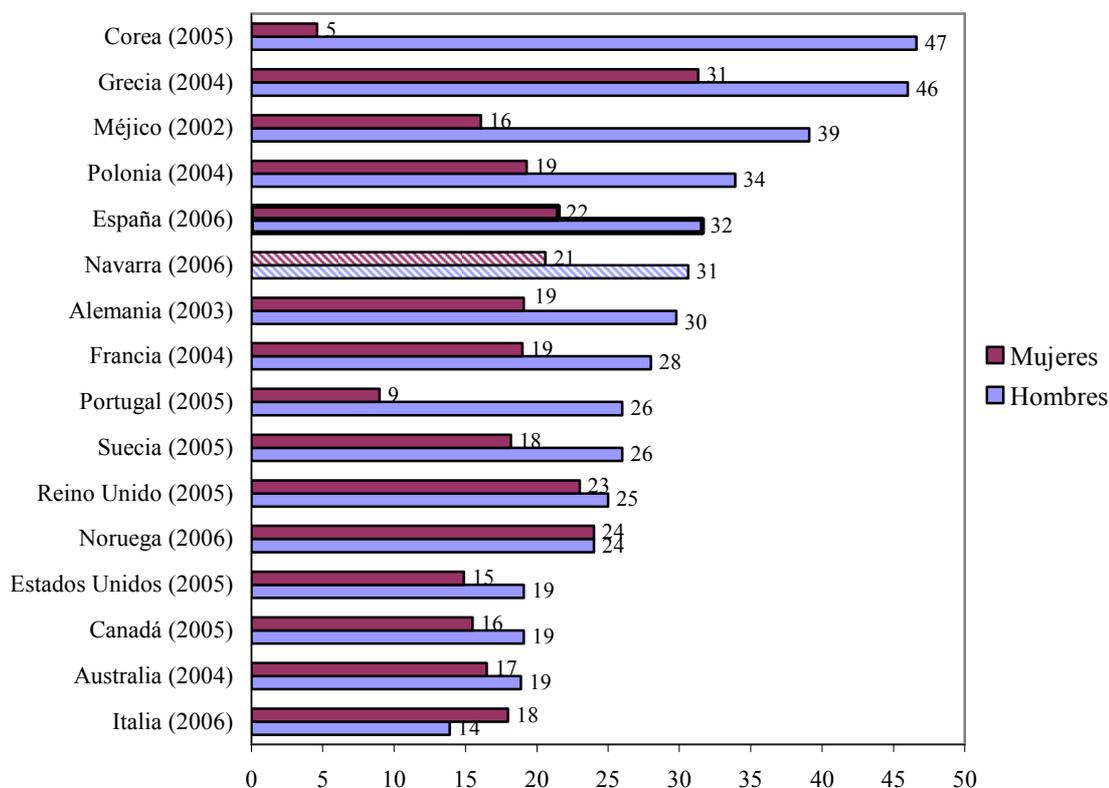
Comparación nacional e internacional

La prevalencia de consumo diario de tabaco en Navarra es similar al promedio de España (Figura 60). Respecto a otros países, Navarra ocupa un lugar desfavorecido, todavía lejos de las cifras de prevalencia de Canadá, Estados Unidos y los países escandinavos que presentan las prevalencias más bajas según la OCDE (Figura 61).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 60. Prevalencia (%) de consumo diario de tabaco según sexo. Comparación nacional.



Fuente: Eco-salud OCDE 2007

Figura 61. Prevalencia (%) de consumo diario de tabaco según sexo. Comparación internacional.

Consumo de alcohol (Población adulta 16 y más años)

Anotaciones metodológicas

En función de la frecuencia y cantidad de bebidas con alcohol consumidas, se distingue:

- No bebedor. Persona que no ha consumido bebidas alcohólicas en el último año. Incluye:
 - Abstemio o nunca bebedor. Persona que no ha consumido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida.
 - Ex-bebedor. Persona que ha consumido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida pero no en el último año.
- Bebedor ocasional. Persona que consume bebidas alcohólicas con una frecuencia inferior a cuatro ocasiones al mes.
- Bebedor habitual. Persona que consume bebidas alcohólicas cuatro o más ocasiones al mes. Se clasifica en:

- Bebedor moderado. Hasta 40 g/día (hombre) o hasta 20 g/día (mujer).
- Bebedor de riesgo. Más de 40 g/día (hombre) y más de 20 g/día (mujer).

Resultados

El 71,6% de los hombres y el 36,5% de las mujeres son bebedores habituales. Un 9,7% y un 5,7% de la población general respectivamente tienen un consumo de riesgo (Figura 62).

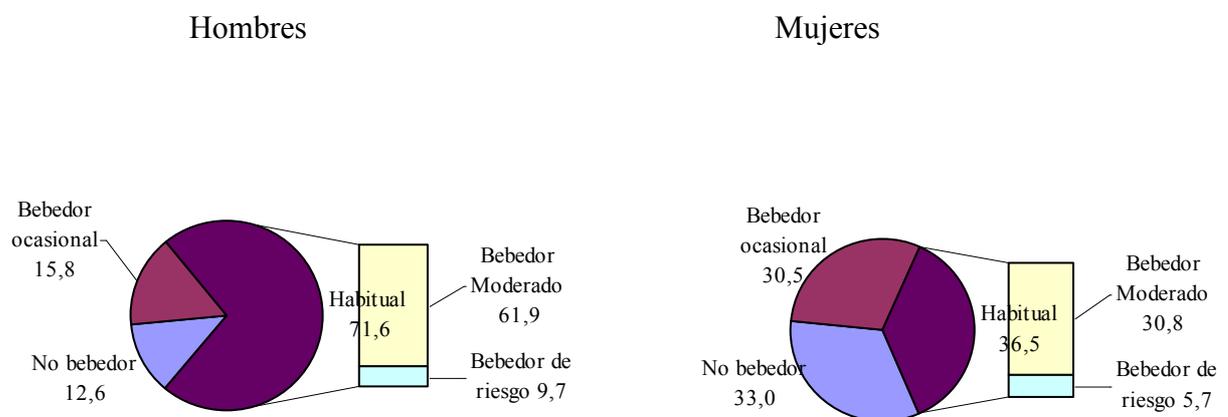


Figura 62. Prevalencia (%) de consumo de alcohol según sexo.

En los hombres no se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el consumo habitual de alcohol y la edad, si bien se observa una mayor prevalencia de no bebedores en los mayores de 65. En las mujeres destaca el menor consumo habitual en las mayores de 65 años y un incremento de la prevalencia de mujeres no bebedoras con la edad (Tabla 22).

En todos los grupos de edad el consumo de alcohol tanto el habitual como el de riesgo, es mayor en hombres que en mujeres.

Tabla 22. Prevalencia (%) de consumo de alcohol según edad y sexo.

	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más
Ambos sexos (n)	(1635)	(123)	(605)	(471)	(436)
Bebedor habitual	53,9	49,1	56,7	57,6	46,1
<i>Consumo de riesgo</i>	7,7	4,8	7,4	10,1	6,3
<i>Consumo moderado</i>	46,2	44,3	49,3	47,5	39,8
Bebedor ocasional	23,2	33,3	27,0	21,0	13,2
No bebedor	22,9	17,6	16,3	21,4	40,7
Total	100	100	100	100	100
Hombres (n)	(681)	(57)	(268)	(209)	(147)
Bebedor habitual	71,6	61,0	72,1	75,8	70,1
<i>Consumo de riesgo</i>	9,7	7,1	9,6	12,1	7,6
<i>Consumo moderado</i>	61,9	53,9	62,5	63,7	62,5
Bebedor ocasional	15,8	24,8	17,0	14,6	9,1
No bebedor	12,6	14,2	10,9	9,6	20,8
Total	100	100	100	100	100
Mujeres (n)	(954)	(66)	(337)	(262)	(289)
Bebedor habitual	36,5	36,6	40,0	39,0	27,7
<i>Consumo de riesgo</i>	5,7	2,3	5,1	8,1	5,2
<i>Consumo moderado</i>	30,8	34,3	34,9	30,9	22,5
Bebedor ocasional	30,5	42,3	37,9	27,6	16,4
No bebedor	33,0	21,1	22,1	33,4	55,9
Total	100	100	100	100	100

La edad media de inicio de consumo regular de alcohol es de 20 años en los hombres y 24 en las mujeres.

Clase social

El consumo habitual de alcohol en mujeres esta asociado de manera estadísticamente significativa con la clase social, en el sentido de un mayor consumo habitual a medida que la clase social es más favorecida. En hombres no se ha encontrado asociación (Figura 63). El consumo de riesgo no se asocia con la clase social.

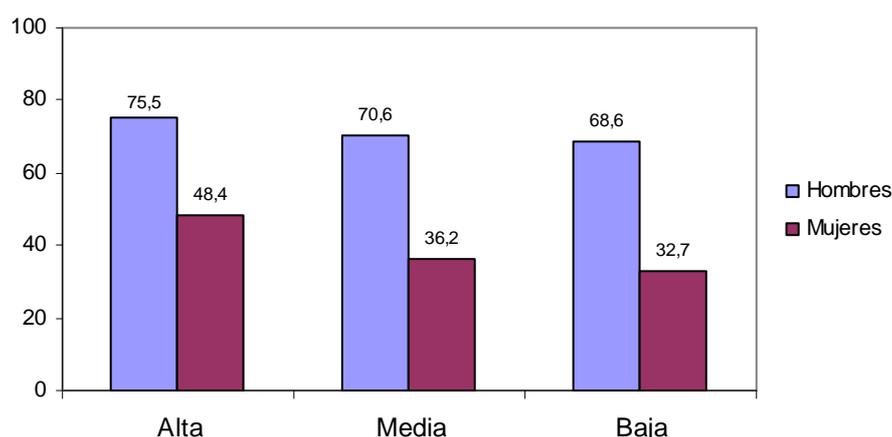


Figura 63. Prevalencia (%) de consumo habitual de alcohol según sexo y clase social. Datos estandarizados por edad.

Hábito de consumo. Bebedores de fin de semana

La mitad de las mujeres consumidoras habituales de alcohol (48,7%), consumen exclusivamente el fin de semana, en los hombres este porcentaje es el 39,6%. Los bebedores exclusivos de fin de semana se concentran en los menores de 44 años, especialmente en el grupo de edad de 16-24 años, en el que 3 de cada 4 bebedores habituales cumplen esta condición.

En todos los grupos de edad este tipo de consumo es predominante en las mujeres (Figura 64).

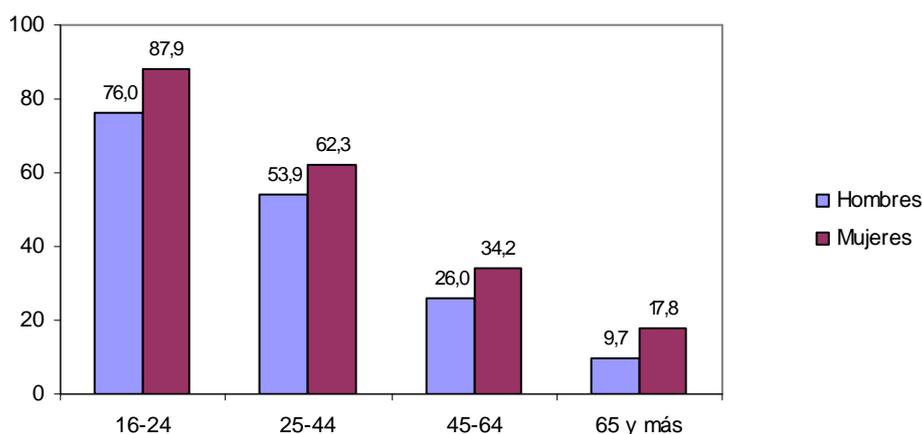


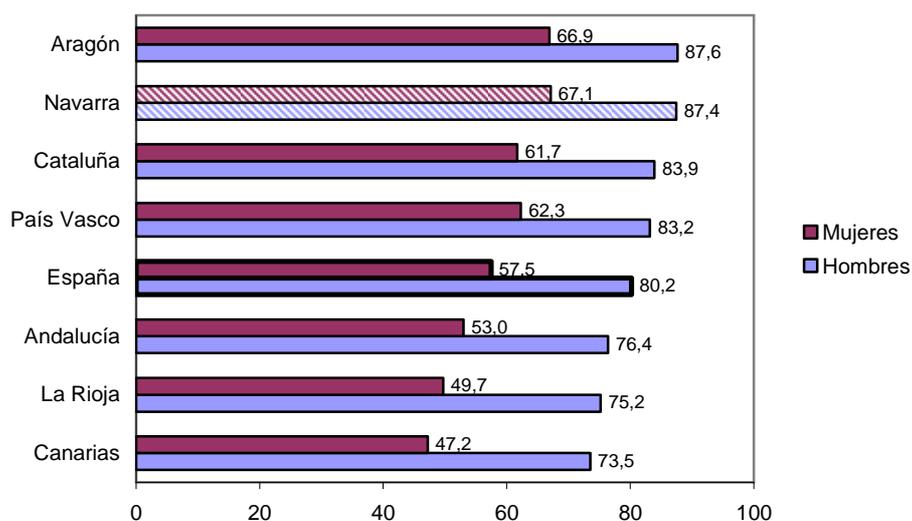
Figura 64. Peso (%) de los bebedores de fin de semana respecto al total de bebedores habituales, según edad y sexo.

Evolución temporal

Las diferencias metodológicas en la medición del consumo de alcohol respecto a las encuestas de salud anteriores, impiden su comparación.

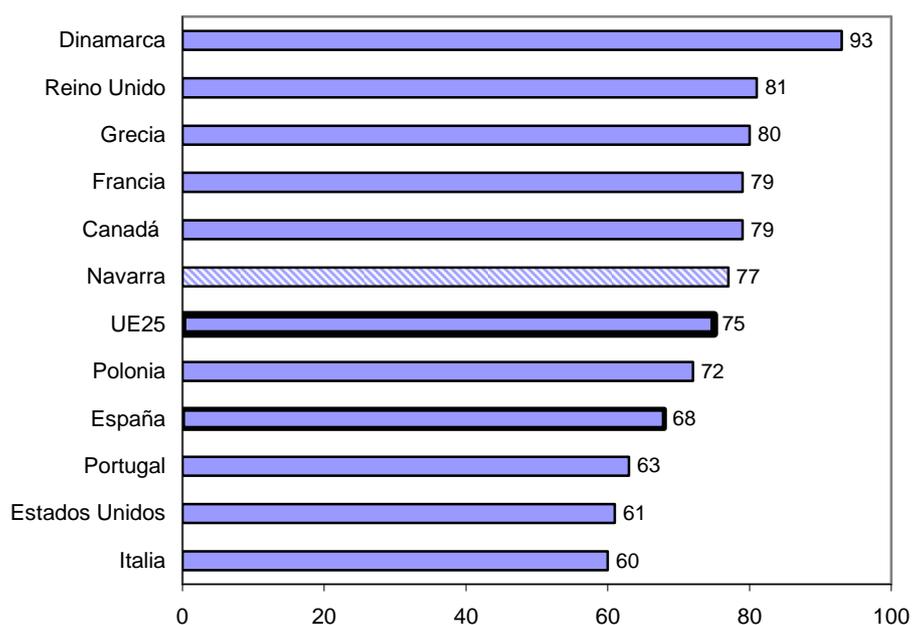
Comparación nacional e internacional

La prevalencia de consumidores de alcohol en Navarra, incluyendo bebedores habituales y ocasionales, es la más elevada de España en las mujeres, y ocupa el segundo lugar en los hombres. A nivel internacional, la prevalencia global de los dos sexos, ocupa un lugar intermedio (Figuras 65 y 66).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 65. Consumidores de alcohol (habituales y ocasionales) (%) en los últimos 12 meses, según sexo. Comparación nacional.



Fuente: Eurostat. Special Eurobarometer. Attitudes towards alcohol. 2007

Figura 66. Consumidores de alcohol (habituales y ocasionales) (%) en los últimos 12 meses. Comparación internacional

Descanso, actividad física y tiempo libre (Población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

Para valorar el descanso se analiza el número de horas diarias de sueño, incluyendo la siesta, así como la frecuencia de presentación de dificultades para dormir en las últimas cuatro semanas.

La actividad física habitual es la que ocupa la mayor parte del día (trabajo, labores del hogar etc.). Se caracteriza mediante una escala de 4 puntos que describe actividades tipo y permite clasificar a las personas en las siguientes categorías:

- Sedentario
- Moderadamente activo
- Activo
- Muy activo

La actividad física en tiempo libre se ha medido en población adulta mediante una pregunta: «Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física, como caminar, hacer algún deporte, gimnasia,...?».

En los menores de 5 a 15 años se analiza la frecuencia con la que hacen alguna actividad física en su tiempo libre.

En los menores de 1-15 años se analiza el empleo del tiempo libre en jugar con videojuegos, ordenador o internet y en ver la televisión.

Resultados

Población adulta (16 y más años)

Las personas duermen un promedio de 7,6 horas al día, sin diferencias por sexo y con pequeñas variaciones según la edad, en el sentido de que duermen más los más jóvenes y los más mayores. El 85,4 % de los hombres y el 74,3% de las mujeres consideran que descansan lo suficiente.

El 79,3% de las mujeres y el 69,8% de los hombres han tenido dificultades para dormir al menos alguna vez en las últimas 4 semanas, que incluyen dificultades para quedarse dormido, despertarse varias veces mientras dormía o despertarse demasiado pronto. En ambos sexos, el porcentaje de personas, con alguna dificultad de sueño de las señaladas, aumenta con la edad (Figura 67).

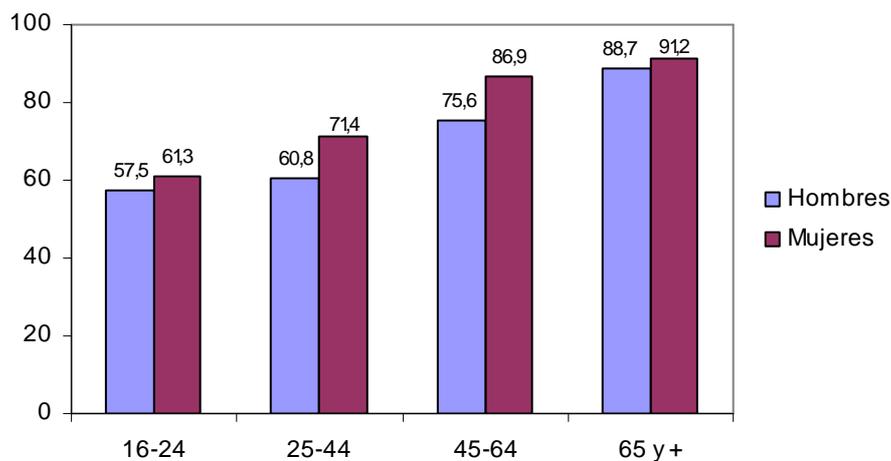


Figura 67. Prevalencia (%) de personas con dificultades de sueño según sexo y edad.

La actividad física habitual más prevalente en la población adulta es la moderadamente activa. En torno a un tercio de las personas son sedentarias (Figura 68). La población más joven y los hombres mayores de 65 años son los más sedentarios.

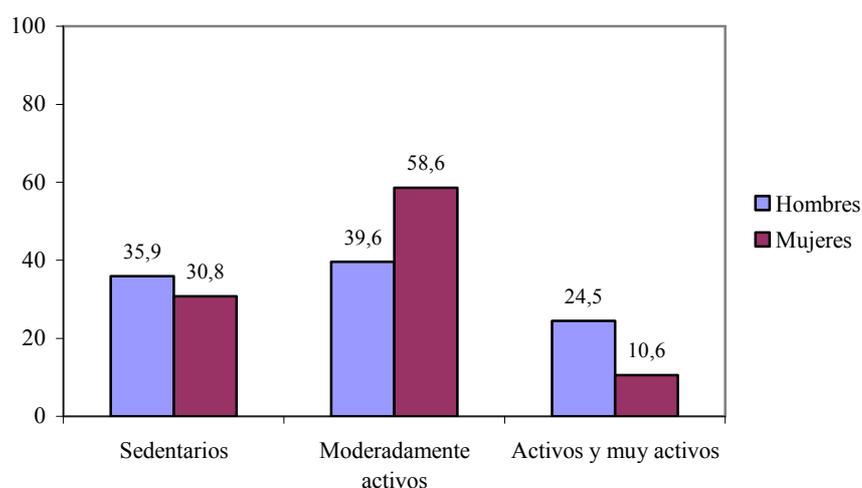


Figura 68. Prevalencia (%) de actividad física habitual según sexo.

El 70,2% de la población declara que hace actividad física en su tiempo libre de manera regular. No hay variaciones por sexo ni tendencia en relación con la edad (Figura 69).

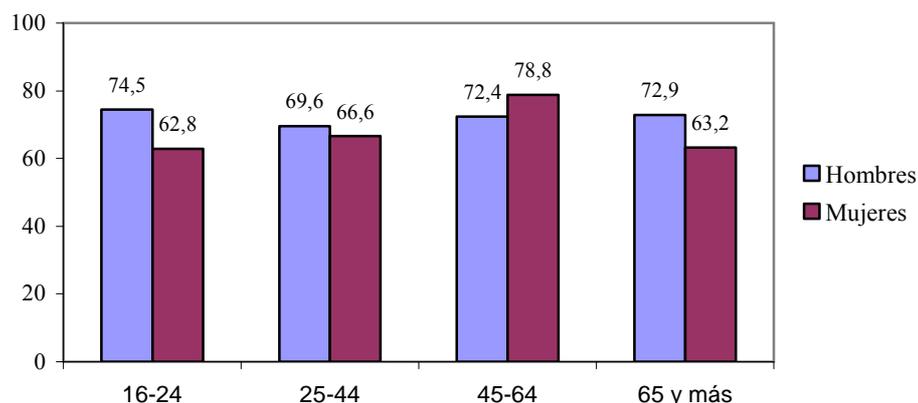


Figura 69. Prevalencia (%) de actividad física en tiempo libre según edad y sexo.

La mitad de la población, hace todo el ejercicio que desearía, los motivos más citados por aquellos que no lo hacen son la escasez de tiempo (43,1%), la falta de fuerza de voluntad (23,9%) y los problemas de salud (14,4%).

Clase social

En los hombres existe asociación estadísticamente significativa entre clase social y actividad física en tiempo libre, en el sentido de que hacen más actividad los varones de las clases más favorecidas. (Figura 70).

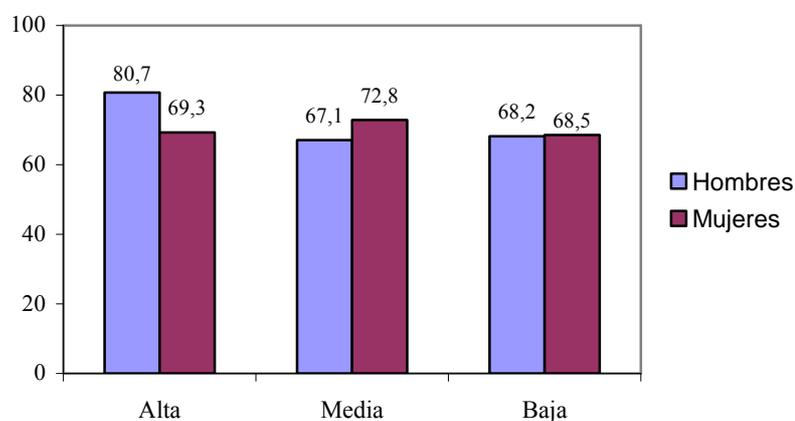


Figura 70. Prevalencia (%) de actividad física en tiempo libre según sexo y clase social. Datos estandarizados por edad.

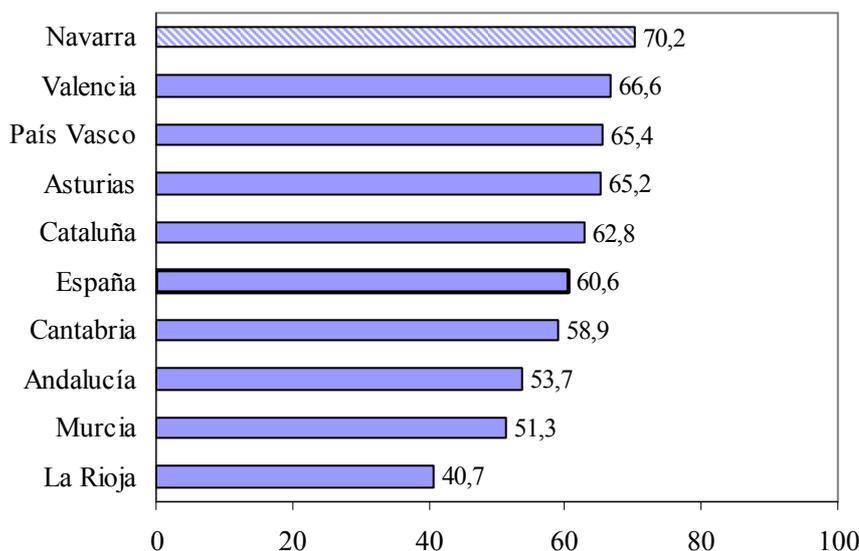
Evolución temporal

Las diferencias metodológicas en la medición de la actividad física en tiempo libre, respecto a las encuestas de salud anteriores, impiden su comparación.

Comparación nacional e internacional

Navarra es la comunidad autónoma con mayor prevalencia de práctica de actividad física en tiempo libre, 10 puntos por encima del promedio nacional (Figura 71).

A nivel internacional no hay datos comparables por las diferencias metodológicas en la medida de la actividad física.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 71. Prevalencia (%) de actividad física en tiempo libre. Comparación nacional

Menores (1-15 años)

El 37,6% de los menores de 5-15 años hace entrenamiento deportivo o físico varias veces por semana en su tiempo libre, el 28,2% hace actividad física varias veces al mes y el 28,4% la hace ocasionalmente.

Todos o casi todos los días el 82,2% de la población de 1 a 15 años ve la televisión y el 44,1% juega con videojuegos u ordenador. Los tiempos dedicados son diferentes de lunes a viernes y en fin de semana (Tabla 23).

De lunes a viernes el 43,6% dedica a ver la TV más de una hora diaria (1,9 horas de media) y el 38,6% menos de una hora. A jugar con videojuegos u ordenador el 10,6% dedica más de una hora diaria de lunes a viernes (1,5 horas de media) y el 33,5% menos de una hora.

El fin de semana el 60,8% ve la TV más de una hora (2,7 horas de media) y el 21,4% la ve menos de una hora. A jugar con videojuegos u ordenador el 21,2% dedica más de una hora (2,12 horas de media) y el 22,9% juega menos de una hora.

Tabla 23. Población de 1 a 15 años (%) que ve la televisión y juega con videojuegos, ordenador o Internet y tiempo que dedica.

TELEVISIÓN			
No la ve a diario			17,8
Sí la ve a diario:			82,2
Lunes a viernes	≤ 1 hora	38,6	
	> 1 hora	43,6	
Fin de semana	≤ 1 hora	21,4	
	> 1 hora	60,8	
			100
VIDEOJUEGO U ORDENADOR			
No juega a diario			55,9
Sí juega a diario:			44,1
Lunes a viernes	≤ 1 hora	33,5	
	> 1 hora	10,6	
Fin de semana	≤ 1 hora	22,9	
	> 1 hora	21,2	
			100

Alimentación (población adulta y menores, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

En este apartado se analiza la lactancia y los hábitos alimenticios, y en particular el tipo de desayuno.

No se realiza un análisis de evolución temporal, ya que en las encuestas de salud de Navarra anteriores (1991 y 2000) no se incluyeron preguntas relativas a lactancia ni hábitos alimenticios.

En lactancia se analiza el tipo y tiempo de lactancia de la población de seis meses a cuatro años inclusive. Se utilizan los siguientes indicadores:

- 1) Se considera “lactancia materna exclusiva” cuando la leche materna es el único alimento (excluye agua, zumos, leches artificiales y cualquier otro tipo de alimento. Sólo incluye vitaminas, minerales y medicamentos). Se mide la prevalencia en los primeros meses de vida, a las seis semanas como indicador de abandono precoz, a los tres meses como aproximación al tiempo de baja maternal, y a los seis meses por ser el período mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 2) Se define “lactancia materna” cuando se combina la leche materna con algún otro alimento- papilla de frutas, puré de verduras, etc.-, excluida la leche artificial. Se muestra la prevalencia (los primeros meses de vida), a las seis semanas y a los seis meses.
- 3) Se considera “lactancia mixta” cuando la lactancia materna se combina con lactancia artificial. Se presenta la prevalencia a los seis meses.
- 4) Se define “lactancia artificial” cuando la leche artificial es el alimento principal. Se mide la prevalencia a los seis meses.

- 5) También se muestra el indicador conjunto de lactancia materna y mixta a los seis meses, de cara a la comparación internacional.

Se considera desayuno completo cuando incluye: un lácteo (un vaso de leche, leche con cacao, café con leche, yogur); un cereal (pan, tostadas, galletas, cereales); y una fruta o zumo de frutas⁷.

El análisis de los hábitos alimenticios se realiza a través de la frecuencia de consumo de alimentos, ya que en el cuestionario no se especifican cantidades consumidas, y se ha enfocado desde el punto de vista de los consumos deficientes o excesivos, por las posibilidades de intervención para la mejora de hábitos alimenticios que este análisis puede proporcionar. Se han utilizado además indicadores de frecuencia de consumo saludable, tales como el consumo diario de fruta, y el de verduras y hortalizas.

En este sentido, se han calculado los siguientes indicadores, basados en las recomendaciones de frecuencia de consumo de alimentos del Ministerio de Sanidad y Consumo y diversas sociedades científicas: Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), entre otras:

1.- Indicadores de frecuencia de consumo saludable de fruta fresca, y de verduras y hortalizas:

- Consumo diario de fruta fresca
- Consumo diario de verduras y hortalizas

2.- Indicadores de consumo deficiente de algunos alimentos:

- Alimentos que se recomienda consumir a diario y se consumen menos de tres veces por semana: fruta fresca, verduras y hortalizas; productos lácteos, pan y cereales; pasta, arroz y patatas.
- Alimentos cuya frecuencia de consumo es menor a la recomendada: legumbres, menos de una vez por semana; y pescado, menos de tres veces por semana.

3.- Indicadores de consumo excesivo de otro tipo de alimentos:

- Consumo diario de alimentos que se recomiendan comer algunas veces por semana: carne, huevos, embutidos y fiambres (estos últimos excepto en población infantil)
- Consumo con una frecuencia de tres o más veces por semana de alimentos que se recomiendan comer ocasionalmente: refrescos con azúcar
- Pauta de consumo de comida rápida en menores.

4.- Se ha elaborado el índice “persona con hábitos alimenticios poco saludables”, definido como aquélla que tenga tres o más indicadores de consumo poco saludables, de los grupos dos y tres, excluidas las legumbres y el pescado.

⁷ Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), “Estrategia NAOS 2005”

Resultados

Lactancia

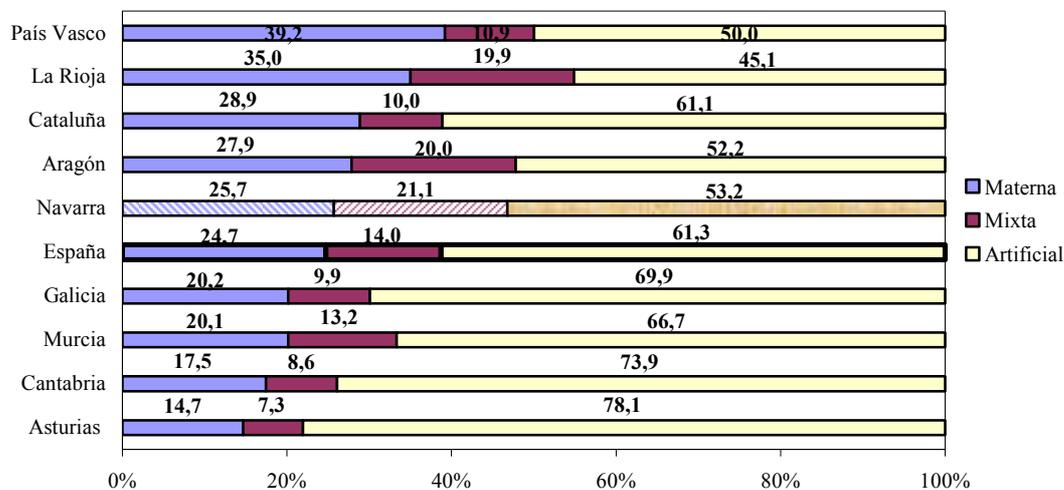
En los primeros meses de su vida, el 89% de los niños reciben lactancia materna, y el 78,2% lactancia materna exclusiva.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a las seis semanas es del 63,4%; a los tres meses del 55,4%; y a los seis meses se reduce al 14,6%. No se ha encontrado asociación entre clase social y lactancia materna.

Comparación nacional e internacional

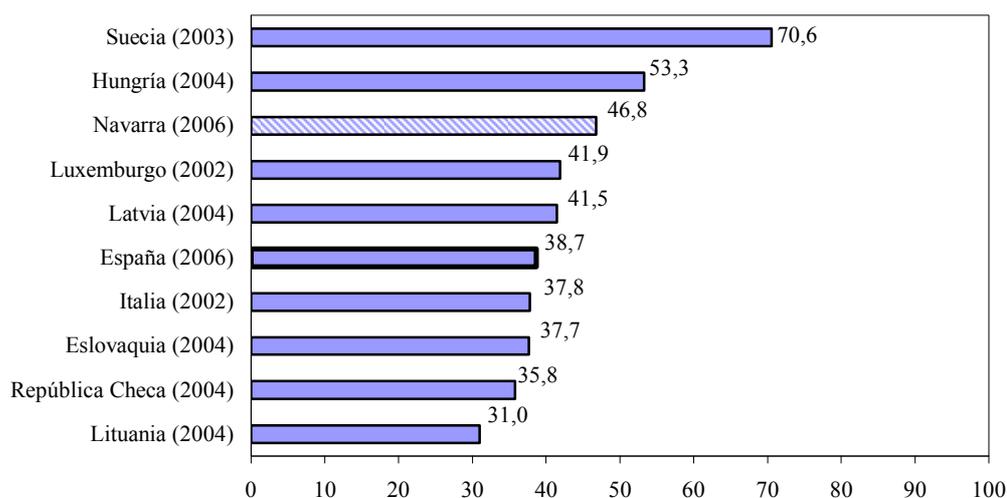
Navarra ocupa la tercera posición entre las comunidades autónomas con mayor porcentaje de lactancia materna a las seis semanas y una posición intermedia en cuanto a “lactancia materna a los 6 meses” (Figura 72).

En relación con otros países de Europa, el indicador conjunto de lactancia materna y mixta a los seis meses en Navarra ocupa una buena posición (46,8%), aunque alejado de Suecia que ocupa el primer lugar (70,6%) (Figura 73).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 72. Prevalencia (%) de lactancia materna, mixta y artificial a los seis meses. Población de seis meses a cuatro años. Comparación nacional.



Fuente: a) Navarra y España: Encuesta Nacional de Salud 2006 (Población de seis meses a cuatro años)
 b) Europa: European Union Public Health Information System (Población de un año de edad)

Figura 73. Prevalencia de lactancia materna y mixta a los seis meses (%). Comparación internacional.

Desayuno

Población adulta (16 y más años)

El 98,3% de las mujeres y 95,9% de los hombres desayunan habitualmente. En la figura 74 se recoge la distribución de la población de 16 y más años según el tipo de desayuno que realiza. El desayuno preferido por casi la mitad de la población consiste en la ingesta de algún líquido (café, leche, té, chocolate, cacao, yogur...) con algún tipo de cereal (pan, tostadas, galletas, cereales, bollería...).

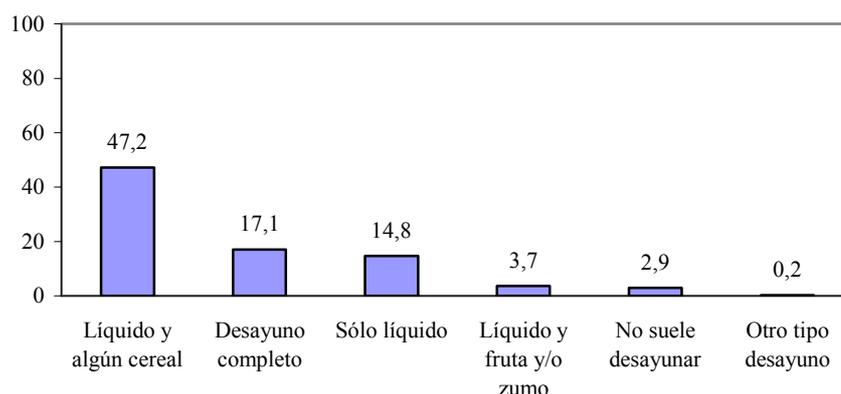


Figura 74. Distribución de la población (%) según tipo de desayuno. Población 16 y más años.

El 21,9% de las mujeres y el 12,3% de los hombres realizan habitualmente un desayuno completo. No hay diferencias por grupos de edad en ambos sexos.

El desayuno completo se asocia con la *clase social*. Tanto en hombres como en mujeres, son las clases más desfavorecidas las que tienen la prevalencia más baja de este tipo de desayuno (18,2% mujeres y 10% hombres) (Figura 75).

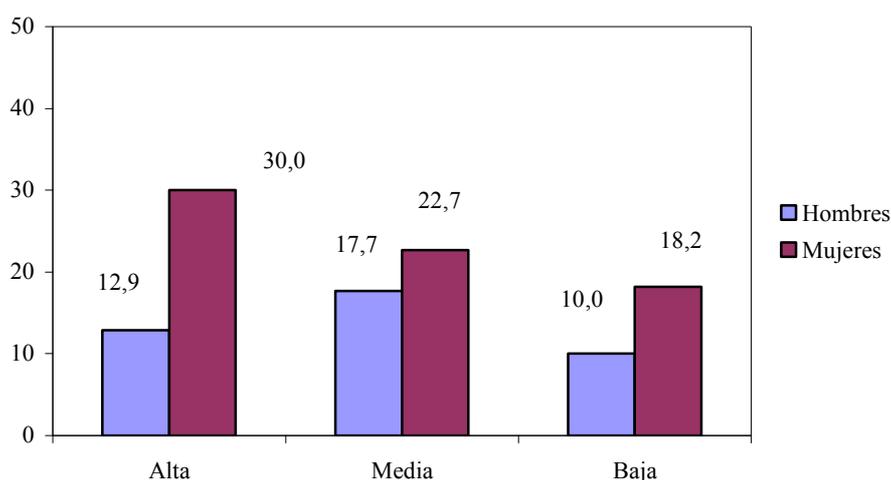


Figura 75. Prevalencia (%) de desayuno completo según sexo y clase social. Datos estandarizados por edad.

El 4,1% de los hombres y 1,7% de las mujeres no desayunan habitualmente. En mujeres hay asociación con la edad. Las mujeres más jóvenes (16 a 24 años) son las que con mayor frecuencia no desayunan (11,1%).

El 18,8% de los hombres y 10,8% de las mujeres desayunan sólo líquidos (café, leche, té, chocolate, cacao, yogur...). Tanto en hombres como en mujeres se asocia con la edad, aunque no se observa una tendencia clara. Este tipo de desayuno (sólo líquidos) es más frecuente entre los hombres más jóvenes (16 a 24 años: 23,9%) y las mujeres de 25 a 44 años (13,7%).

El desayuno preferido por la población adulta (líquido + cereal), es elegido por el 43,9% de los hombres y 50,4% de las mujeres. Por grupos de edad, entre los hombres la tendencia no es clara, pero sí en las mujeres, siendo este tipo de desayuno más frecuente a medida que avanza la edad: 43% en el grupo de 16 a 24 años y 60% en las mayores de 65 años.

Menores (1-15 años)

El 99,7% de la población infantil desayuna habitualmente. El desayuno más frecuente, al igual que en los adultos, consiste en un líquido (café con leche, té, cacao, etc.) y algún cereal (pan, tostadas, galletas, etc.). El 15,9% realiza habitualmente un desayuno completo (Figura 76). En ningún caso hay asociación con sexo, edad, ni clase social.

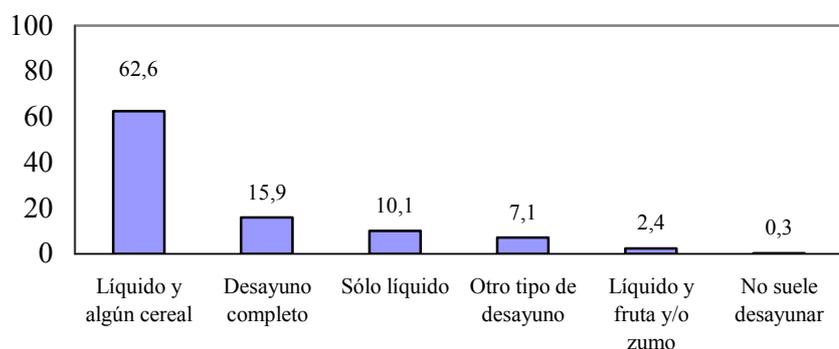
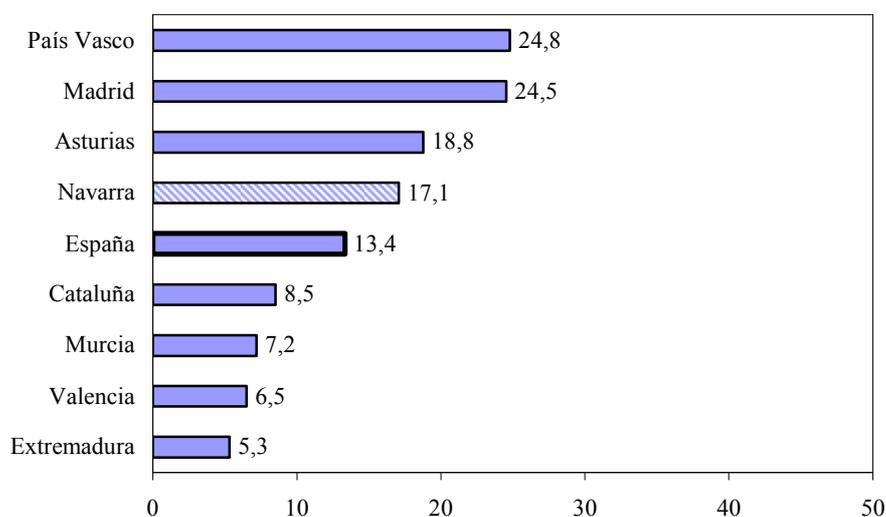


Figura 76. Distribución de la población (%) según tipo de desayuno. Población 1 a 15 años.

Comparación nacional

El 17,1% de la población navarra de uno y más años, realiza habitualmente un *desayuno completo* frente al 13,4% del promedio nacional (Figura 77).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 77. Prevalencia (%) de desayuno completo en población de uno y más años. Comparación nacional.

Hábitos Alimenticios

Población adulta (16 y más años)

Las mujeres tienen hábitos alimenticios más saludables que los hombres. El porcentaje de mujeres que consumen fruta a diario en Navarra (74,9%) es superior al de los hombres (60,2%). Algo similar ocurre con el consumo de verduras y hortalizas, donde el 64,2% de las mujeres lo consumen a diario, frente a un 53,7% de los hombres.

El consumo diario de fruta y el de verduras y hortalizas, aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres (figura 78).

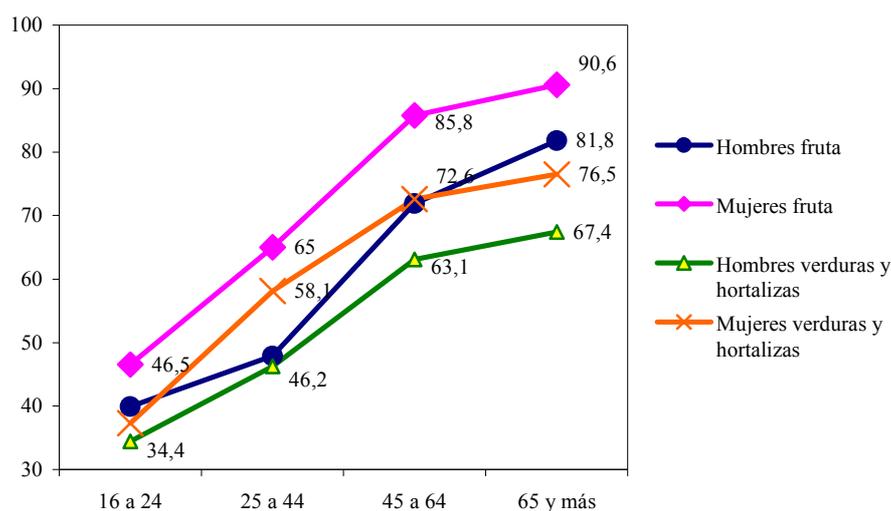


Figura 78. Prevalencia (%) de consumo diario de fruta, verduras y hortalizas según edad y sexo. Población 16 y más años.

Los hábitos alimenticios poco saludables son más frecuentes en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. En ambos sexos son los más jóvenes (16 a 24 años) los que tienen peores hábitos alimenticios, que van mejorando con la edad. (Figura 79)

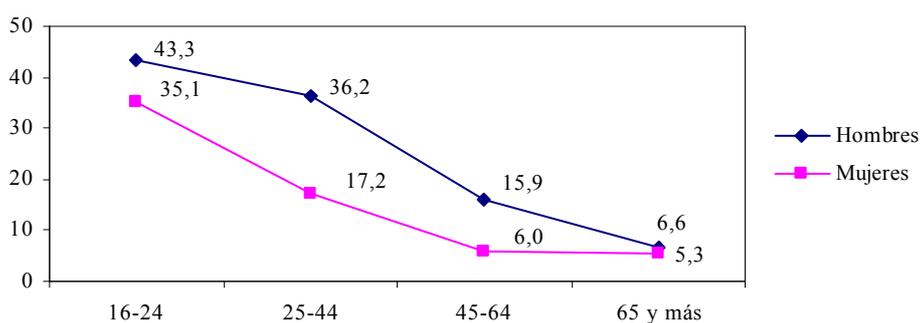


Figura 79. Índice "persona con hábitos alimenticios poco saludables" (%) por grupos de edad y sexo. Población 16 y más años.

El consumo deficiente o excesivo de determinados tipos de alimentos varía entre hombres y mujeres. (Tabla 24)

Tabla 24. Distribución de la población (%) de 16 y más años según consumo deficiente¹ o excesivo² de ciertos alimentos.

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Consumo deficiente		
Pescado*	54,4	62,1
Pasta, arroz y patatas	31,6	33,0
Fruta fresca*	25,3	13,5
Verduras y hortalizas*	14,1	9,7
Legumbres*	6,9	11,9
Productos lácteos	5,5	3,6
Pan y cereales*	3,4	6,6
Consumo excesivo		
Carne*	30,7	21,9
Refrescos con azúcar *	30,4	17,1
Embutidos y fiambres*	23,4	10,9
Huevos*	4,7	3,5

¹ Consumo deficiente (menos de tres veces por semana) excepto legumbres (menos de una vez por semana)

² Consumo excesivo (a diario) excepto refrescos con azúcar (tres o más veces por semana)

* valor $p < 0,05$

Analizando por edad estos indicadores, en la población de 16 a 24 años se observa un menor consumo de fruta y de verduras y hortalizas. Consumen menos de 3 veces por semana: frutas el 48,9% de los chicos y 30,8% de las chicas y verduras y hortalizas el 25,2% de los chicos y el 32,4% de las chicas. El mayor consumo de pan y cereales se da entre los mayores de 65 años.

El consumo de refrescos con azúcar y el de embutidos y fiambres es más frecuente en los más jóvenes (16 a 24 años). El 29% consumen refrescos con azúcar a diario y embutidos y fiambres consumen a diario en este grupo de edad el 43,8% de los chicos y el 29,8% de las chicas. El consumo de ambos indicadores disminuye con la edad.

Menores (1-15 años)

El 57,7% de la población entre 1 a 15 años realiza un consumo saludable (diario) de fruta y el 38,7% de verduras y hortalizas.

En ciertos alimentos como la fruta fresca, huevos, pescado, refrescos con azúcar y comida rápida se observan diferencias por edad. No se han encontrado diferencias por sexo en ningún alimento.

Los tipos de alimento que se consumen de manera deficiente o excesiva se recogen en la tabla 25.

Tabla 25. Distribución (%) de la población de 1 a 15 años según consumo deficiente ¹ o excesivo ² de ciertos alimentos.

	%
Consumo deficiente	
Pescado	55,9
Pasta, arroz, o patatas	25,2
Fruta fresca	20,0
Verduras y hortalizas	16,3
Legumbres	7,7
Productos lácteos	2,1
Pan y cereales	1,9
Consumo excesivo	
Comida rápida	33,0
Carne	27,9
Refrescos con azúcar	19,2
Huevos	3,7

¹ Consumo deficiente (menos de tres veces por semana) excepto legumbres (menos de una vez por semana)

² Consumo excesivo (a diario) excepto comida rápida (una o más veces por semana) y refrescos con azúcar (tres o más veces por semana)

La menor frecuencia de consumo de pescado se da entre los adolescentes (12 a 15 años). En este grupo de edad también se observa un consumo deficiente de fruta fresca: uno de cada cuatro la consumen menos de tres veces por semana.

Así mismo, el consumo de refrescos con azúcar es más frecuente en el grupo de 12 a 15 años, de los cuales el 32,2% lo consumen tres o más veces a la semana y un 18,9% a diario.

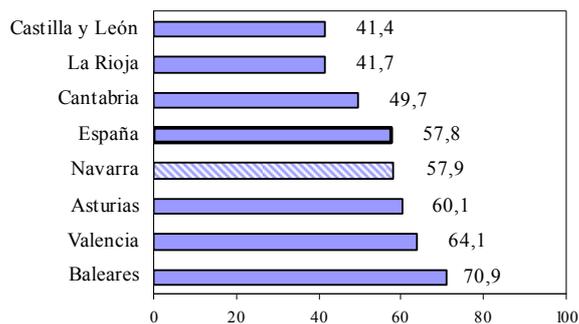
Comparación nacional

Se han analizado los indicadores de consumo saludable, deficiente, y excesivo en la comparación con otras CCAA y el promedio nacional.

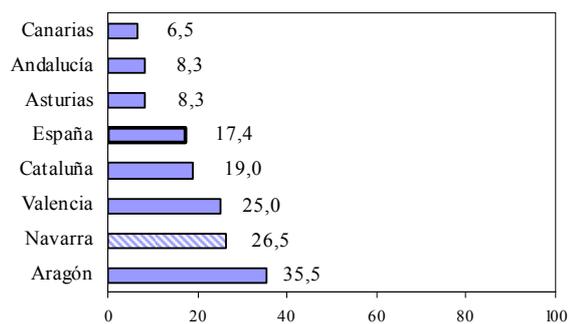
Entre los indicadores de consumo saludable, el consumo de fruta diario está cercano a la media estatal (66,1% frente al 66,8%), y por debajo de las CCAA de máximo consumo, Castilla y León (79,5%) y Aragón (74,4%).

Navarra ocupa el 2º lugar en consumo diario de verduras y hortalizas (56%), tras Aragón (61,9%), y por encima de la media estatal del 40,6%.

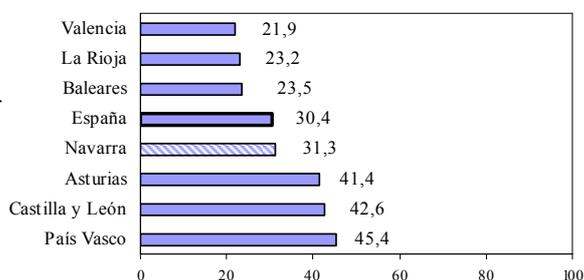
En cuanto a los indicadores de consumo deficiente o excesivo, se han seleccionado aquellos alimentos que tienen una prevalencia alta en Navarra. En cinco de los seis indicadores seleccionados, Navarra está muy cerca del promedio nacional, excepto en el consumo diario de carne (indicador de consumo excesivo), donde el porcentaje para Navarra (26,5%) es superior a la media estatal del 17,4% (Figura 80).



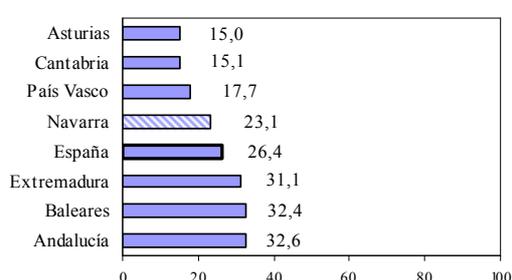
Consumo de pescado menos de 3 veces por semana



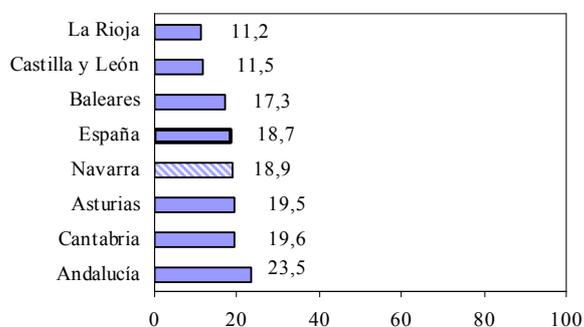
Consumo diario de carne



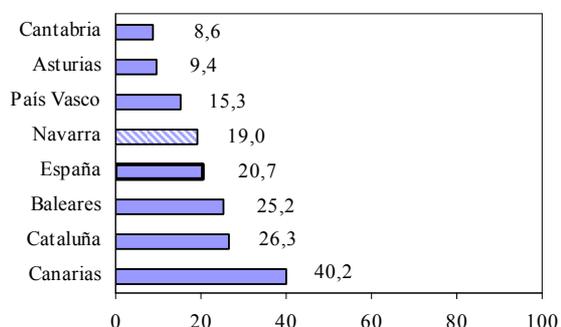
Consumo de pasta, arroz y patatas menos de 3 veces por semana.



Consumo de refrescos con azúcar 3 o más veces por semana



Consumo de fruta fresca menos de 3 veces por semana



Consumo diario de embutidos y fiambres

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 80. Principales indicadores de consumo deficiente y excesivo de alimentos. Población uno y más años. Comparación nacional

Sobrepeso y obesidad (Población adulta e infantil, 0 y más años).

Anotaciones metodológicas

Se ha preguntado a cada persona por su peso y talla y se ha calculado el índice de masa corporal (IMC = peso en Kg. /altura en metros al cuadrado). Se han definido tres categorías de personas en función de su IMC:

- Peso normal: IMC<25
- Sobrepeso: IMC=25-29,9
- Obesidad: IMC>=30

En población infantil, para la definición de sobrepeso y obesidad se han utilizado los puntos de corte del IMC propuestos por Cole Tim J et al⁸.

Resultados

Población adulta (18 y más años)

El 15,9 % de los hombres son obesos y el 41,9% tienen sobrepeso. En el caso de las mujeres estas prevalencias son menores, 11,6% y 23,7% respectivamente.

La obesidad en las mujeres aumenta progresivamente con la edad, en los hombres también se incrementa con la edad hasta los 64 años, luego disminuye y se iguala en ambos sexos. La máxima prevalencia de obesidad se da en los hombres de 45 a 64 años cuyo valor duplica al de las mujeres.

El sobrepeso se estabiliza a partir del grupo de edad de 25-44 años en los hombres y de 45 a 64 en las mujeres. Siempre se mantiene superior en los hombres (Figura 81).

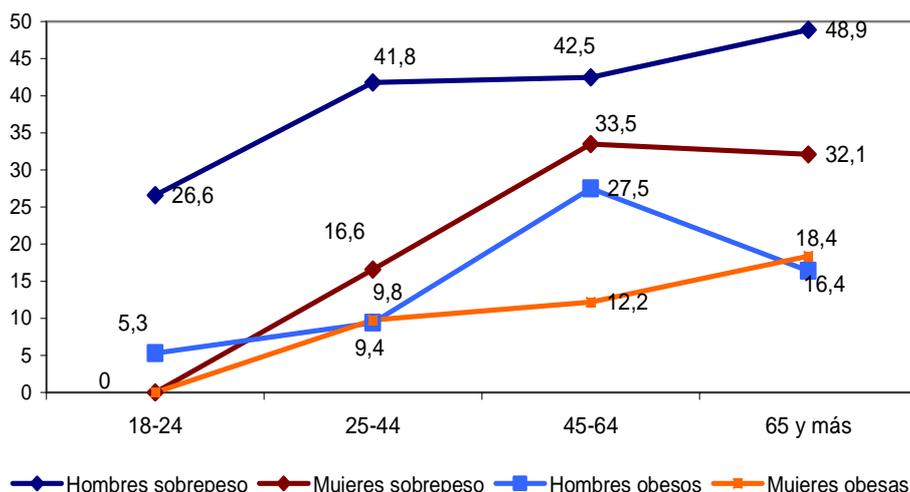


Figura 81. Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad según edad y sexo.

⁸ Cole Tim J, Bellizzi MC, Flegal Km, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal 2000;320:1240-3.

Clase social

No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre sobrepeso u obesidad y clase social ajustado por edad, excepto en el caso de la obesidad en hombres, que es menor en las clases más favorecidas (Figura 82).

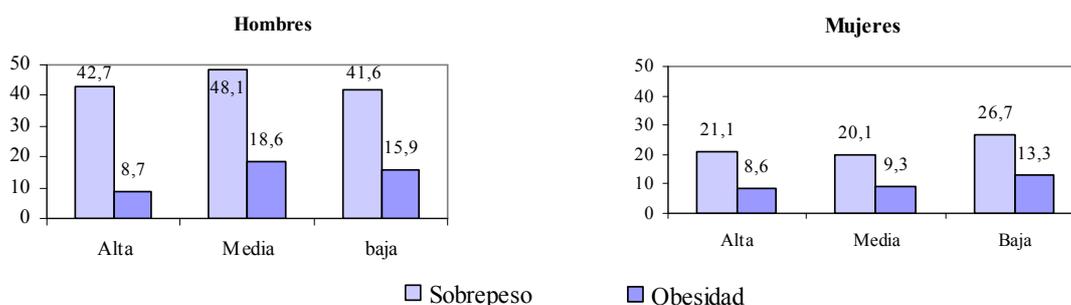


Figura 82. Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad según clase social. Datos estandarizados por edad.

Percepción del propio peso

El 93% de las personas obesas, considera que su peso es superior al normal. Un tercio de las personas con sobrepeso (41% en hombres y 21% en mujeres) cree que su peso es normal. Un 26% de las mujeres de peso normal dice que su peso es superior al normal.

Dietas para adelgazar

El 2,6 % de la población general está a dieta para perder peso. En las personas con sobrepeso u obesidad, el porcentaje es el 3,7%

Evolución temporal

Respecto a la Encuesta de Salud de Navarra de 2000, ha aumentado la prevalencia de obesidad en ambos sexos, el incremento se ha producido en los hombres de 45-64 años y en las mujeres de 25-44 (Figura 83).

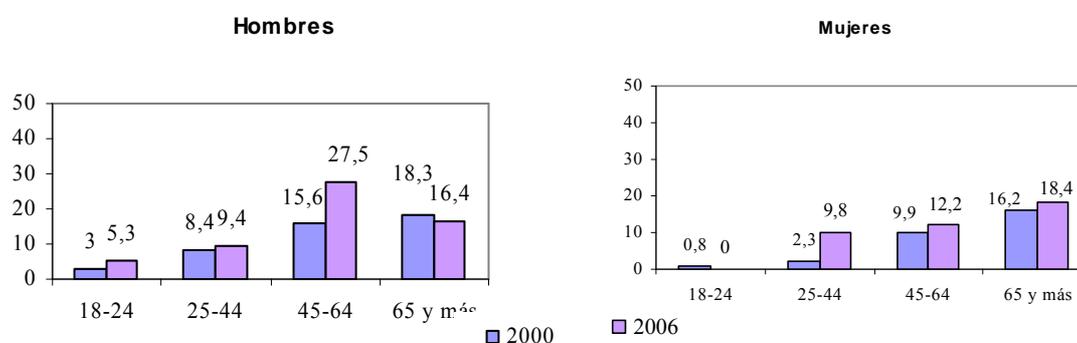
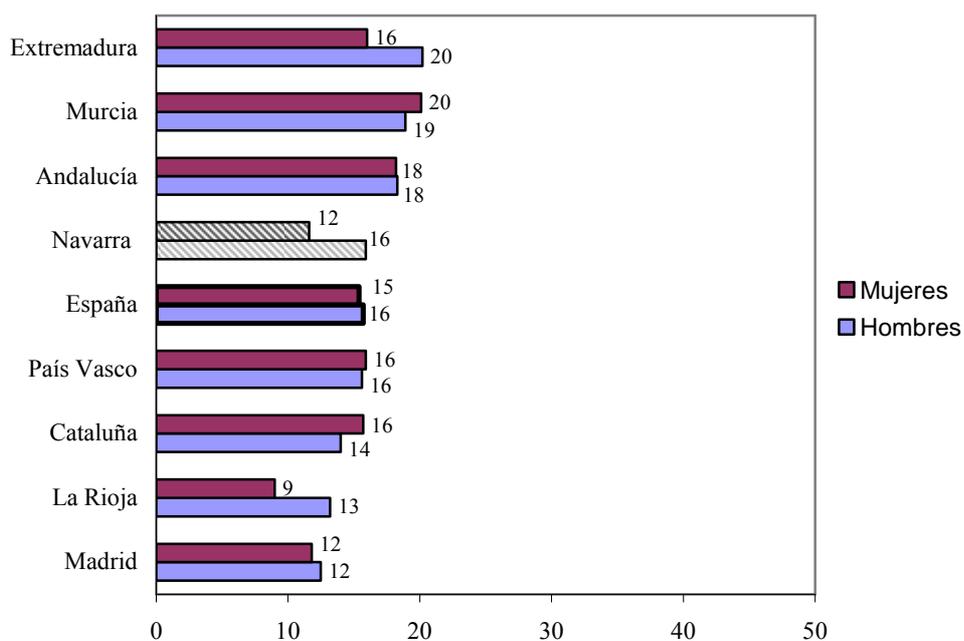


Figura 83. Prevalencia (%) de población obesa, evolución temporal

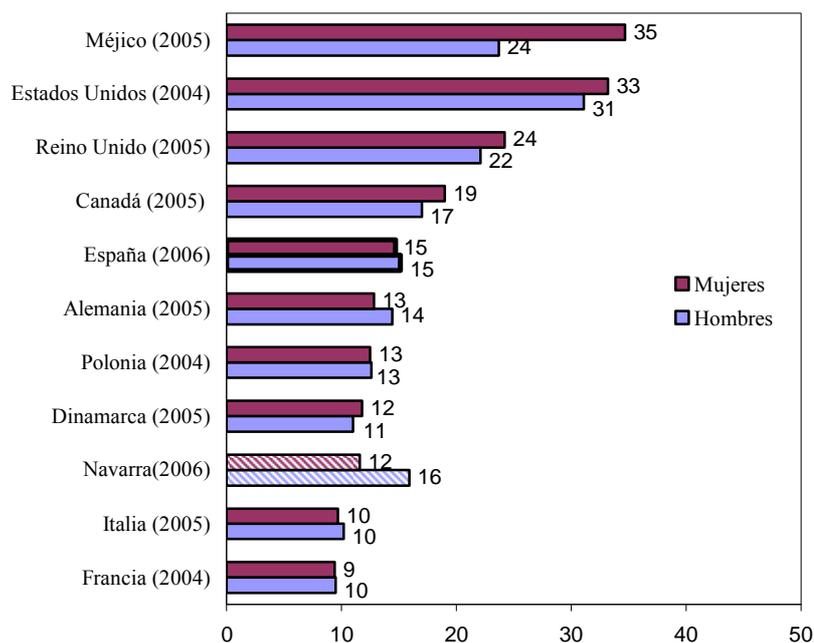
Comparación nacional e internacional

La prevalencia de obesidad en hombres en Navarra, ocupa una posición intermedia respecto a otras Comunidades Autónomas y a otros países, en el caso de las mujeres se sitúa por debajo de la media (Figuras 84 y 85).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 84. Prevalencia (%) de obesidad. Comparación nacional.



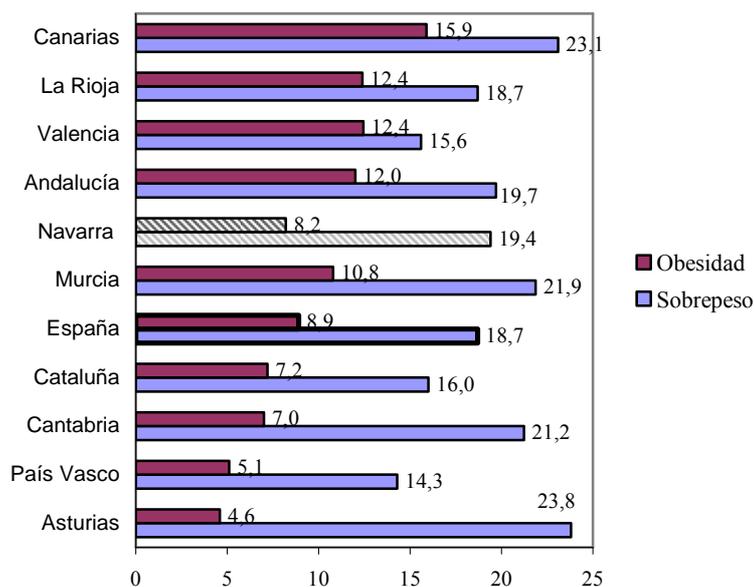
Fuente: Eco-salud 2007. Los datos de Reino Unido y Estados Unidos tienen diferente metodología
 Figura 85. Prevalencia (%) de obesidad. Comparación internacional.

Menores (2-17 años)

El 19,4% de la población infantil tiene sobrepeso y el 8,2% obesidad. No hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por clase social.

Comparación nacional

En Navarra, las prevalencias de sobrepeso y de obesidad infantil son similares a la media de España (Figura 86).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 86. Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad infantil. Comparación nacional.

Prácticas preventivas (Población adulta e infantil, 0 y más años)

Anotaciones metodológicas

Se pregunta a cada persona encuestada por la vacunación de la gripe, medición de la tensión arterial y del colesterol por personal sanitario (se excluyen las mediciones en la farmacia) y sobre sus prácticas de higiene dental y de seguridad vial. A la población infantil se le pregunta sólo sobre higiene dental y seguridad vial. En el caso de las mujeres además de lo anterior se incluyen cuestiones sobre prácticas preventivas específicas de su sexo: consulta al ginecólogo, realización de citologías vaginales y de mamografías.

Resultados

Vacunaciones (población adulta 16 y más años)

Un 72,0% de los hombres y un 64,3 de las mujeres mayores de 65 años se ha vacunado de gripe en la última campaña ($p=NS$), sin diferencias por clase social. Las cifras son bastante similares al promedio de España, un 69,6% de los hombres y un 65,7% de las mujeres.

Medición de la tensión arterial (población adulta 16 y más años)

Al 91,0% de la población, un sanitario le ha tomado la tensión alguna vez en su vida, al 74,9% en el último año.

Tanto la toma de tensión como el tiempo transcurrido desde la última toma se relaciona con la edad, la primera aumenta y el segundo disminuye a medida que se incrementa la edad. No guardan relación con el sexo. Prácticamente a la totalidad de los mayores de 65 años le han tomado la tensión alguna vez en su vida, a un 87,1% de ellos, en el último año (Figura 87).

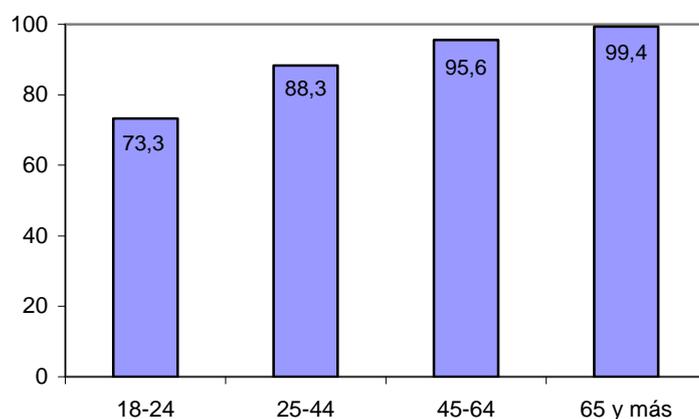


Figura 87. Toma de tensión arterial alguna vez en la vida (%) según edad.

El porcentaje de personas adultas a las que en Navarra se les ha tomado la tensión alguna vez en su vida es bastante similar al de España (89,9%).

A igualdad de edad y sexo, la toma de tensión alguna vez en la vida es más frecuente a medida que la clase social es más favorecida (Figura 88).

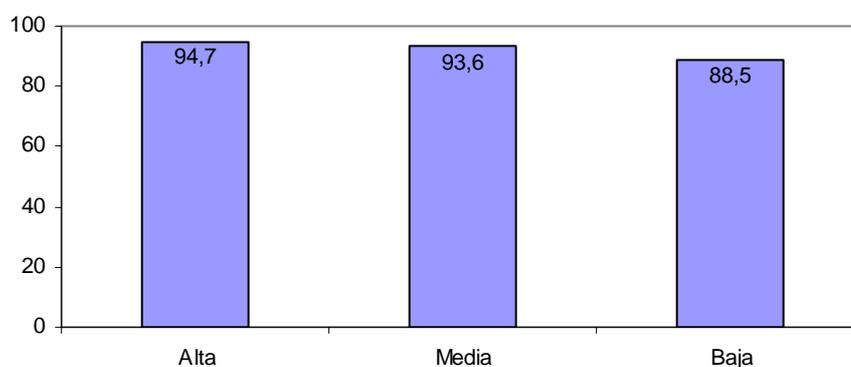


Figura 88. Toma de tensión arterial alguna vez en la vida (%) según clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

Medición del colesterol (población adulta 16 y más años)

En el caso de la medición del colesterol por prescripción facultativa, al 79,3% de la población se le ha medido en alguna ocasión en su vida. Al 56,2% se le ha medido en el último año.

Tanto la medición del colesterol como el tiempo transcurrido desde la última medición se relacionan con la edad (Figura 89). No guarda relación con el sexo ni con la clase social.

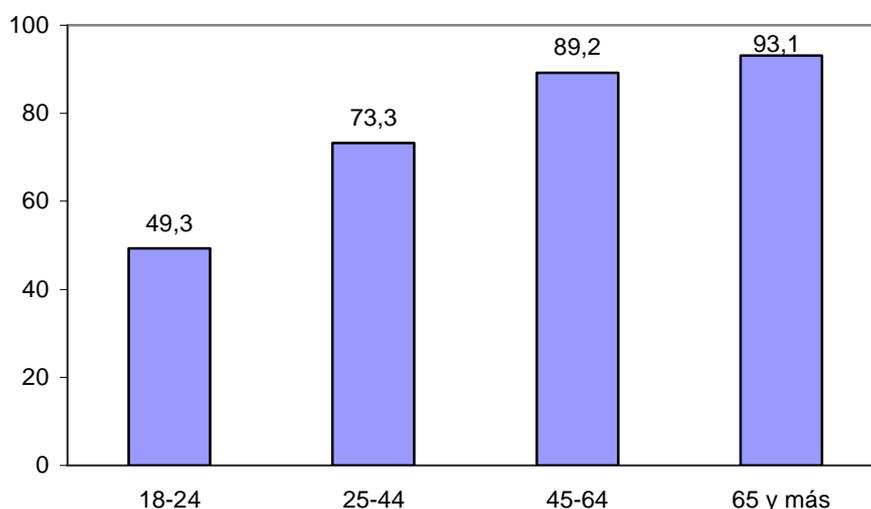


Figura 89. Medición de colesterol alguna vez en la vida (%) según edad

La proporción de personas a las que se les ha medido el colesterol alguna vez en la vida es ligeramente inferior al promedio de España (82,3%).

Higiene dental (población adulta y menores de 2 y más años)

Población adulta (16 y más años)

La frecuencia de cepillado dental tanto en hombres como en mujeres está inversamente relacionada con la edad y mantiene las diferencias por sexo en todos los grupos etarios en el sentido de una mayor higiene bucal de las mujeres (Figura 90). Uno de cada cuatro hombres adultos y una de cada dos mujeres se cepillan los dientes tres y más veces al día. El 15,3% de los hombres y el 3,3% de las mujeres no se cepillan a diario.

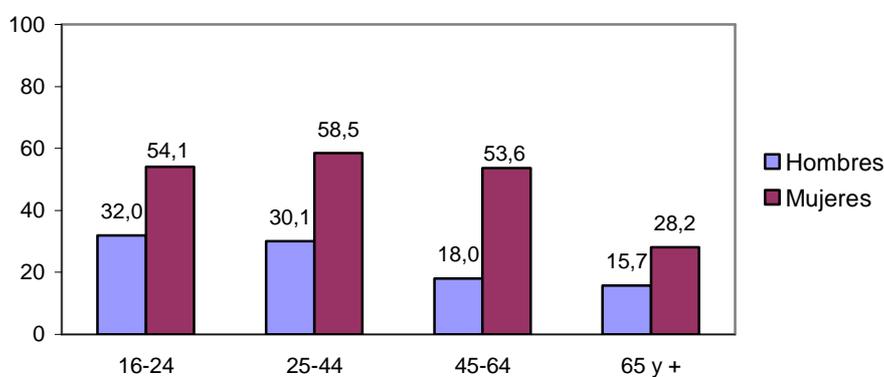


Figura 90. Cepillado dental 3 y mas veces al día (%) según edad y sexo.

Entre los hombres mayores de 65 años es más frecuente no cepillarse a diario, 25,5%, que hacerlo 3 y más veces, 15,7%. Llama la atención que un 10,5% de los varones de 16-24 años no se cepillan los dientes a diario.

Cepillarse los dientes 3 y más veces al día es más frecuente a medida que la clase social es más favorecida (Figura 91).

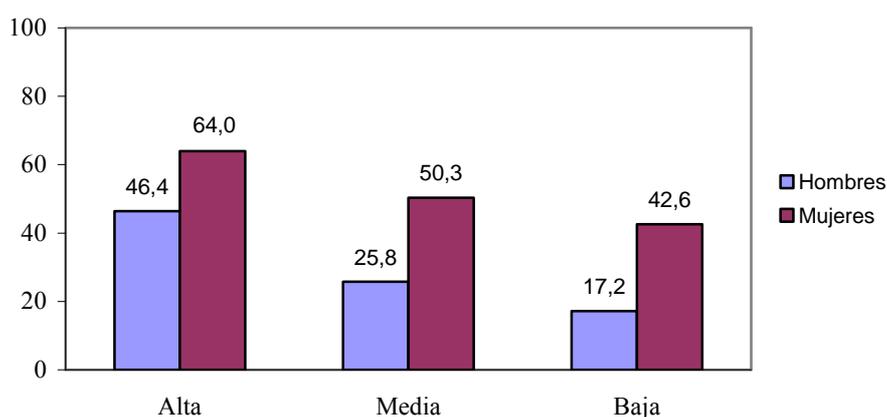


Figura 91. Cepillado dental 3 y mas veces al día (%) según clase social. Datos estandarizados por edad.

Evolución temporal

Respecto a los datos de la Encuesta de Salud de Navarra de 1991, ha mejorado la higiene bucal. En 1991, un 11% de la población adulta se cepillaba los dientes 3 y más veces por día, frente al 37% actual. Un 16% de los hombres y un 3,6% de las mujeres no se cepillaban nunca frente al 4,5% y 3,6% respectivamente actual.

Comparación nacional

Los hombres en Navarra tienen una higiene bucal semejante a la promedio de España y las mujeres mejor, ya que un 49,7% de las mujeres de Navarra frente al 36% de España, se cepillan los dientes 3 y más veces y no se cepillan a diario el 3,6% en Navarra frente al 6,1% de España.

Menores (2-15 años)

Según el Plan de Atención Dental Infantil de Navarra, se considera buena higiene dental un cepillado de al menos 2 veces diarias en los niños de 2 a 8 años y al menos 3 veces en los mayores de esa edad.

Un 69,1% de los niños de 2-8 años se cepilla al menos 2 veces al día y un 39,0 de los mayores de esa edad, se cepilla al menos 3 veces. No hay diferencias según el sexo ni la clase social.

Seguridad vial (población adulta e infantil, 0 y más años)

Más del 97% de la población que se desplaza en coche o en moto, utiliza siempre o casi siempre el cinturón de seguridad o el casco en sus desplazamientos según el caso. El mismo porcentaje de población de 0-15 años va sujeto con algún sistema de seguridad adecuado a su edad cuando circula en coche tanto por ciudad como por carretera.

La práctica preventiva de seguridad en población adulta menos extendida es el uso del casco en bicicletas, menos en ciudad que en carretera, menos en mujeres (19,7% ciudad y 25,4% carretera) que en hombres (34,6% ciudad y 43,5% carretera).

Evolución temporal

Respecto a los datos de la Encuesta de Salud de Navarra de 1991, se observa un incremento importante de estas prácticas de seguridad vial. En esa fecha, un 93% de la población utilizaba el cinturón de seguridad en sus desplazamientos en carretera y un 20% usaba el casco en sus desplazamientos en moto en la ciudad.

Prácticas preventivas específicas de las mujeres

El 83,2% de las mujeres ha acudido alguna vez en la vida a un ginecólogo, este porcentaje alcanza el 95% en las mujeres de 25-64 años. Más del 50% de las mujeres menores de 25 años y un tercio de las mayores de 65, no han ido nunca. No se relaciona con la clase social. El porcentaje total y su distribución por edad son similares al de España.

El 56,7% de las mujeres se ha hecho alguna vez en la vida una mamografía. En las mujeres de 45 a 69 años que son objeto de un programa de prevención de cáncer de mama en Navarra, este porcentaje alcanza el 96,7%. Fuera de este intervalo de edad, a un 4,1% de las mujeres su médico de cabecera les aconsejó la mamografía y a un 12,7% el ginecólogo sin que tuviese ningún problema ni antecedentes familiares.

El 59,4% de las mujeres de 20 y más años se ha hecho alguna vez en la vida una mamografía, porcentaje superior al de España (52,5%).

El 72,2% de las mujeres se ha hecho alguna vez en la vida una citología vaginal, de estas mujeres, el 85,2% se las hace de manera regular. Un 32,3% se ha hecho una citología al menos 1 vez al año. (Figura 92). En España el 69,0 % de las mujeres se ha hecho alguna vez en la vida una citología vaginal.

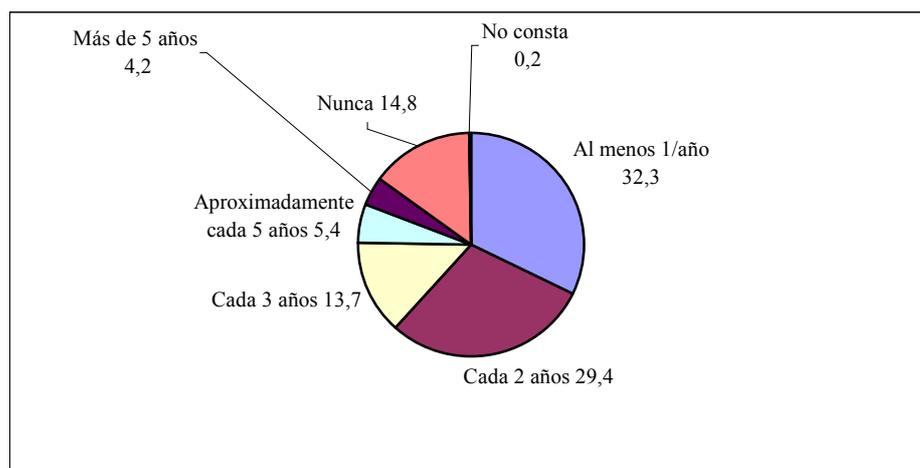


Figura 92. Periodicidad de las citologías vaginales (% de mujeres).

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (Población adulta y menores, 0 y más años)

Se analiza en este apartado la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población navarra.

Las áreas analizadas en esta sección son las siguientes:

- Cobertura sanitaria
- Consumo de medicamentos
- Consulta médica
- Consulta al dentista
- Consulta a otros profesionales de la salud
- Hospitalizaciones
- Hospital de día
- Servicios de urgencia

En cada área se presenta la distribución global de uso del servicio que se analiza, según edad y sexo y clase social y algún análisis específico que se describe en cada caso. Siempre que ha sido posible se ha analizado su evolución temporal y se ha hecho una comparación nacional e internacional del mismo.

En cada una de las áreas estudiadas se incluye su metodología específica.

Se estudia toda la población con algunas especificidades que se detallan en cada caso.

Cobertura sanitaria

Anotaciones metodológicas

Se analiza la cobertura sanitaria en Navarra y la modalidad de seguro sanitario de la que una persona es titular o beneficiaria.

Se estudian los tipos de cobertura sanitaria pública, privada y mixta. Se define como “cobertura sanitaria mixta”, la de aquellas personas que gozan de cobertura pública y privada simultáneamente.

Resultados

El 98,6% de la población navarra afirma tener cobertura sanitaria pública, el 94,4% pública exclusivamente, y el 4,2% mixta (pública y privada simultáneamente) (Figura 93).

El 5% tiene cobertura privada y el 0,8% privada exclusivamente.

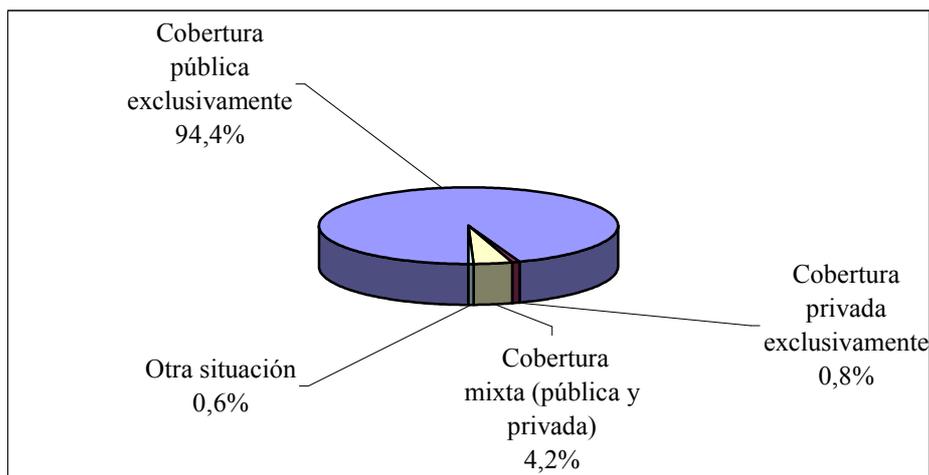


Figura 93. Distribución (%) de la población (0 y más años) según tipo de cobertura sanitaria.

No hay diferencias por sexo, pero sí por grupos de edad. La cobertura mixta es mayor en la población de 25 a 64 años.

Si analizamos las diversas *modalidades de seguro sanitario* (Tabla 26), vemos como la Seguridad Social (S.S.) y las empresas colaboradoras de la S.S. (Telefónica, BBVA, Iberdrola, etc) son el modo de acceso del 96% de la población residente en Navarra. Los sistemas de mutuas del Estado (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) cubren al 2,6% de la población. Por último, las diferentes modalidades de seguro privado cubren al 5% de la población. El 0,1% no tiene ningún tipo de seguro médico.

Tabla 26. Distribución (%) de la población (0 y más años) por tipo de seguro sanitario.*

Tipo de seguro sanitario	Porcentaje (%)
Seguridad Social y empresas colaboradoras	96
Mutuas del Estado acogidas a la seguridad social	1,2
Mutuas del Estado acogidas a un seguro privado	1,4
Seguro médico privado concertado por la empresa	2,7
Seguro médico privado concertado individualmente	2,3
No tiene seguro privado médico	0,1
Otras situaciones	0,5

* Un 4,2% de la población presenta cobertura mixta

Clase social

La cobertura sanitaria se asocia con la clase social, en el sentido de que en las clases sociales más favorecidas, la cobertura mixta es más frecuente (Figura 94).

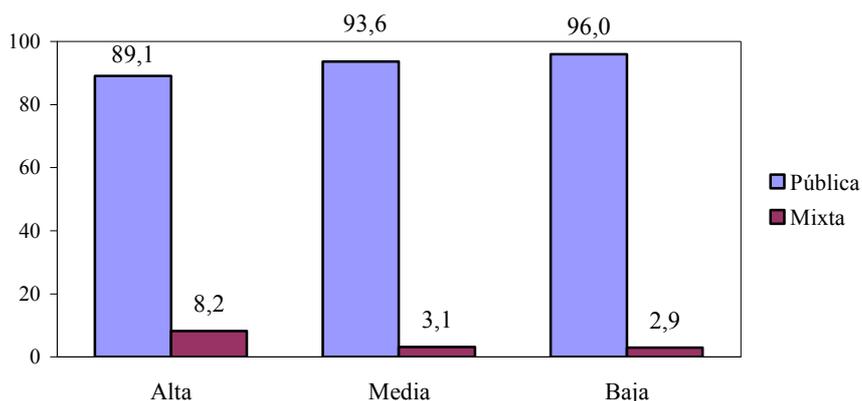


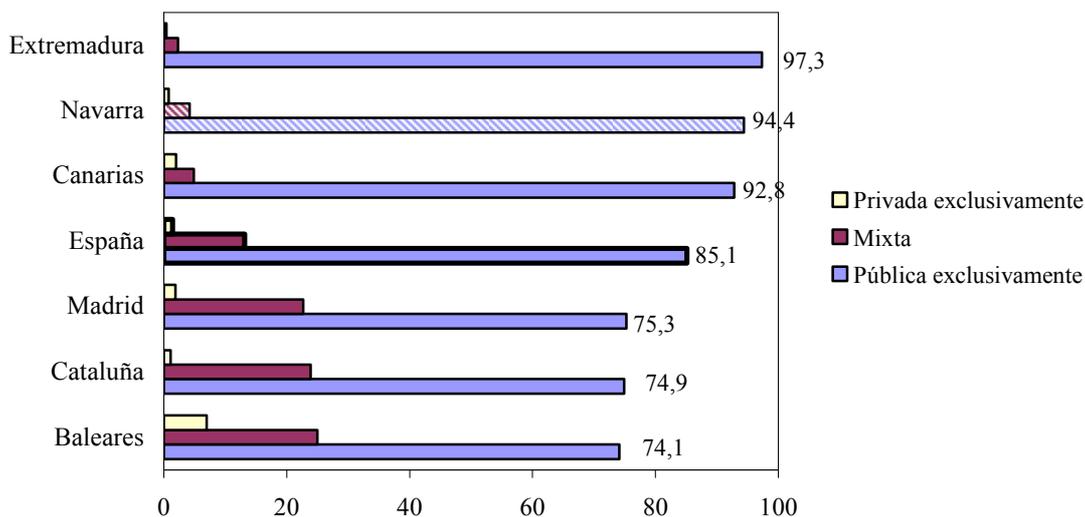
Figura 94. Distribución de la población (%) según tipo de cobertura pública o mixta y clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

Evolución temporal

Respecto a la Encuesta de Salud de 1991, ha aumentado el porcentaje de población con cobertura privada y mixta. La población con cobertura privada ha pasado del 2,8% en 1991 al 5% en el 2006, y casi se ha duplicado la población con cobertura mixta, aumentando del 2,1% al 4,1%.

Comparación nacional e internacional

Navarra figura entre las CCAA con mayor porcentaje de cobertura exclusivamente pública, tras Extremadura que ocupa el primer lugar. (Figura 95).

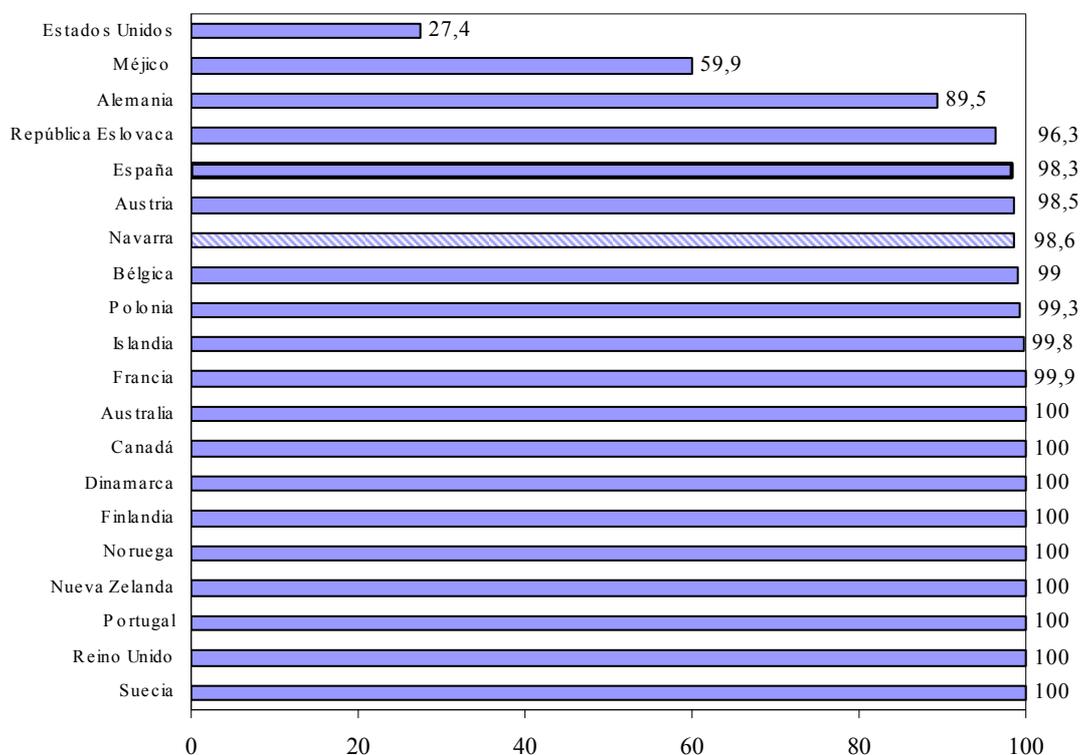


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 95. Distribución (%) según tipo de cobertura sanitaria. Comparación nacional.

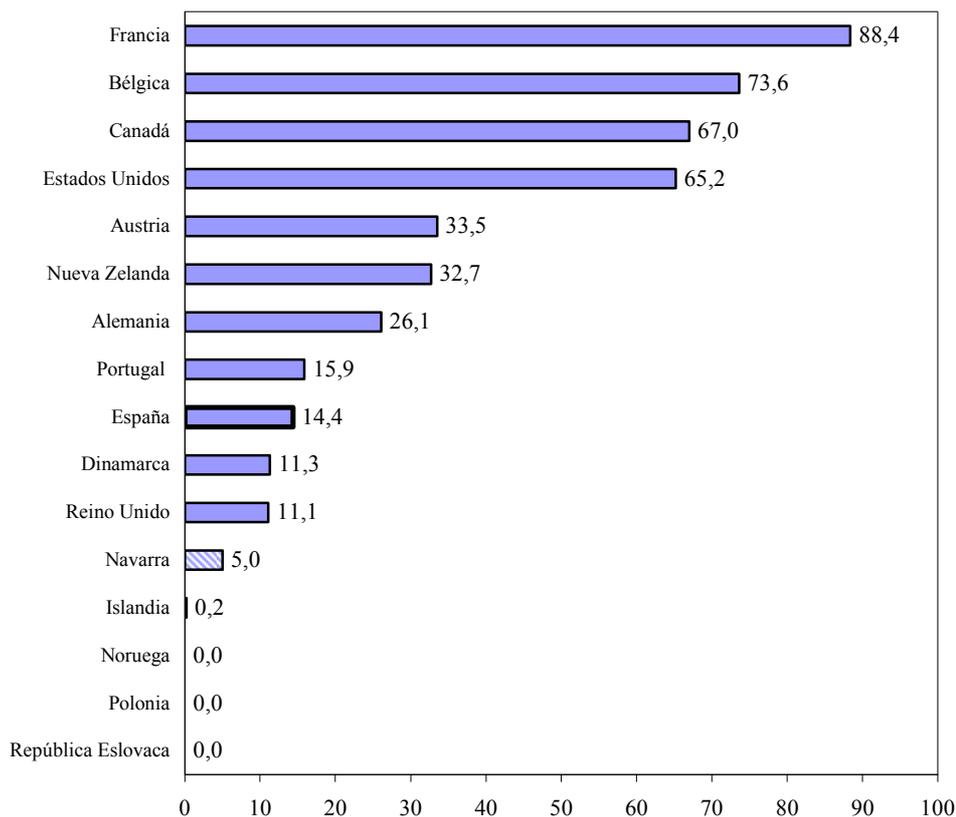
Navarra ocupa una posición próxima a la mayor parte de los países de la OCDE en porcentaje de población con cobertura sanitaria pública, y superior a países como Estados Unidos (27,4%), Méjico (59,9%) y Alemania (89,5%). Por el contrario el

porcentaje de población con cobertura sanitaria privada en Navarra (5%) es muy inferior a la mayoría de los países de la OCDE (Figuras 96 y 97)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2009

Figura 96. Porcentaje de población con cobertura sanitaria pública. Comparación internacional. Año 2006



Fuente: Eco-Salud OCDE 2009

Figura 97. Porcentaje de población con cobertura sanitaria privada. Comparación internacional. Año 2006

Consumo de medicamentos

Anotaciones metodológicas

En la encuesta se pregunta sobre el consumo de 22 grupos de medicamentos y productos homeopáticos y naturistas en mayores de 16 años, y de 13 grupos en menores de esa edad. Se definen como productos naturistas, los medicamentos con base de plantas, es decir, cuya sustancia medicinal es vegetal.

El período de recuerdo es de dos semanas anteriores a la realización de la encuesta.

Se analiza la prevalencia de consumo de medicamentos, el tipo de medicamento y si éstos han sido o no prescritos por un facultativo. Los datos se presentan de forma conjunta para adultos y menores en aquellos grupos de medicamentos coincidentes para las dos poblaciones.

Resultados

Prevalencia de consumo de medicamentos

El 61,5% de la población ha consumido algún medicamento en las últimas dos semanas.

El consumo de medicamentos aumenta con la edad en ambos sexos (Figura 98), pasando del 38,8% en menores de 16 años, al 92,5% en población de 65 y más años. Se observan diferencias por sexo a partir de los 25 años; el 76,5 % de mujeres de 25 años y más han consumido algún medicamento frente al 58,2 % de hombres. Estas diferencias son estadísticamente significativas en el grupo de 25 a 44 años y de 65 y más años.

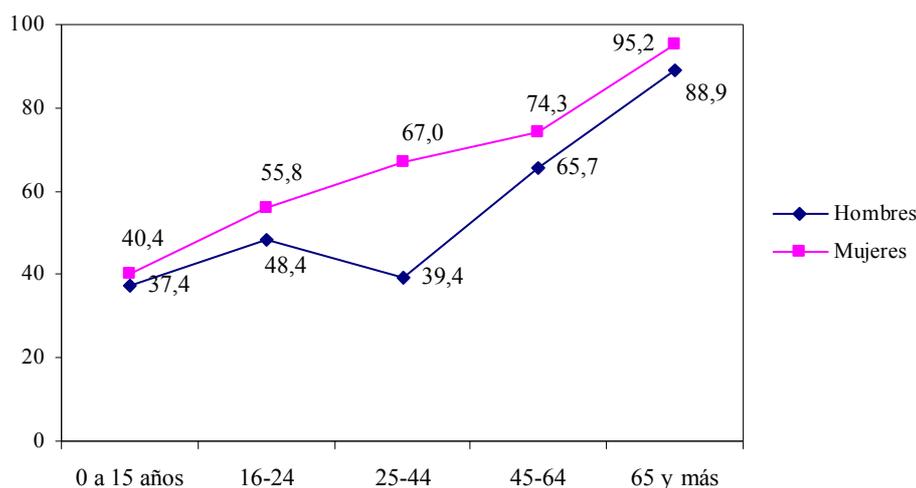


Figura 98. Prevalencia (%) de personas que han consumido medicamentos en las dos últimas semanas según sexo y edad.

Cantidad de medicamentos consumidos

El 28,5% del total de hombres y 40,6% del total de mujeres han tomado más de un tipo de medicamento en las últimas dos semanas.

De la población de 16 y más años, el 35,6% de las mujeres y el 24,7% de los hombres han tomado entre dos y cuatro medicamentos.

A medida que aumenta la edad, aumenta el número de medicamentos consumidos. El 6,9% de la población entre 45 y 64 años ha consumido entre cinco y nueve, aumentando este porcentaje al 28,4% en mayores de 64 años (Figura 99).

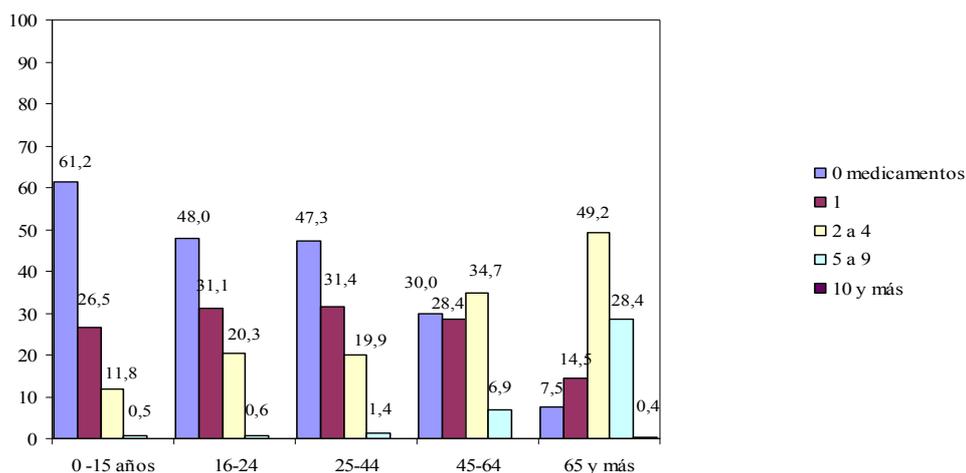


Figura 99. Prevalencia (%) de personas que han consumido medicamentos en las dos últimas semanas, según cantidad de medicamentos, sexo y edad.

Tipos de medicamentos consumidos

El 34% de la población de 16 y más años, consume medicamentos para el dolor, que son los más consumidos; un 14% toma medicamentos para la tensión arterial. Le siguen en frecuencia los siguientes: tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (13%); medicinas para el estómago (12%); para el catarro, gripe, garganta y bronquios (11%) y para el colesterol (7%).

Las diferencias de consumo observadas entre ambos sexos se deben sobre todo a los mayores consumos en mujeres de medicamentos para el dolor, para la tensión arterial, tranquilizantes, para el reuma, para el colesterol, laxantes y antidepresivos. También es mayor el consumo en mujeres de productos homeopáticos, naturistas y vitaminas (Figura 100).

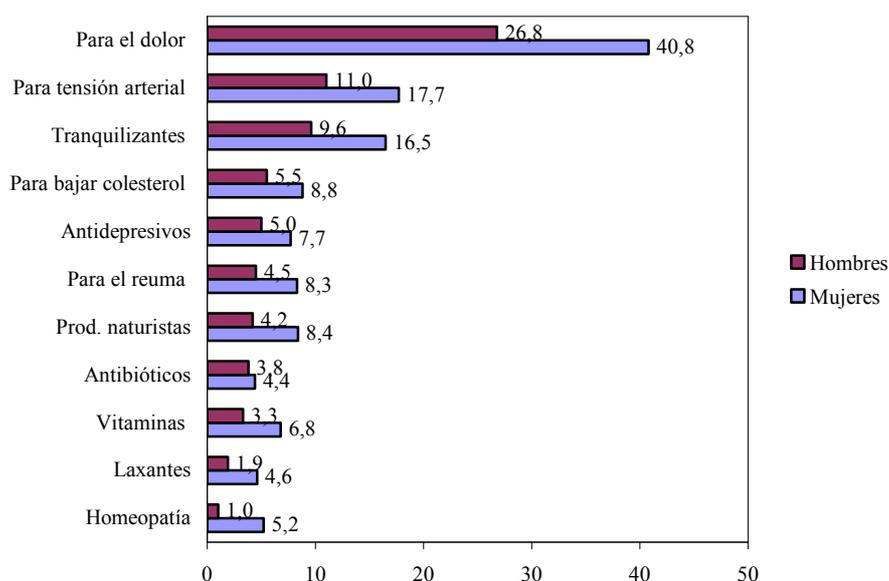


Figura 100. Prevalencia (%) de consumo de medicamentos en las dos últimas semanas por tipo de medicamento según sexo en población adulta.

Los medicamentos más consumidos en población menor de 16 años, son las medicinas para el catarro, gripe, garganta y bronquios (18%); para la fiebre (10%); para el dolor (9%); y los antibióticos (5%). No hay diferencias por sexo.

Por último en población de 65 y más años, los medicamentos más consumidos son los analgésicos (48,6%), para la tensión arterial (45,1%) y tranquilizantes (30,7%). (Figura 101).

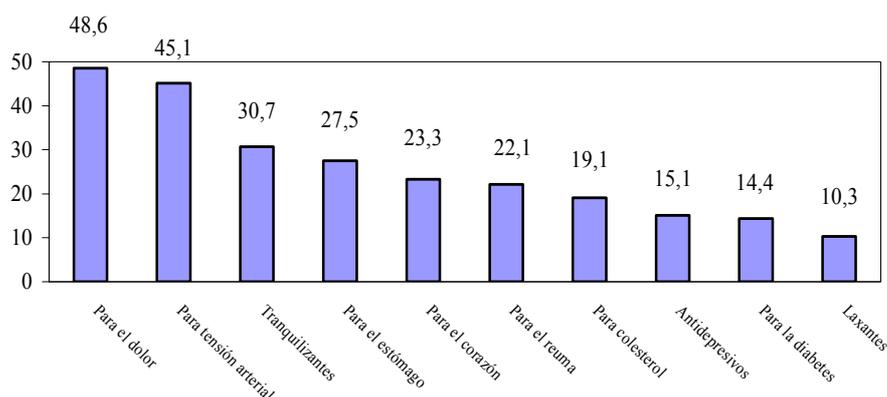


Figura 101. Prevalencia (%) de consumo de medicamentos en las dos últimas semanas, por tipo de medicamento. Mayores de 65 años.

Productos de homeopatía y naturistas

El consumo de productos de medicina alternativa (homeopatía y productos naturistas), es mayor en las mujeres. El 8,4% de las mujeres y 4,2% de los hombres mayores de 16 años consumen productos naturistas; mientras el 5,2% de las mujeres y 1% de los hombres toma homeopatía.

En población infantil, el 3,9% de los menores de 16 años toman homeopatía, y el 3,7% productos naturistas.

Medicamentos consumidos con o sin receta médica

El 12,2% de los medicamentos han sido consumidos sin receta médica. Los medicamentos que con mayor frecuencia se consumen sin receta son los del catarro, gripe, garganta y bronquios (30%) y medicinas para el dolor (28,9%). El 7,7% de los antibióticos es consumido sin receta, así como el 4,2% de tranquilizantes y pastillas para dormir (Figura 102).

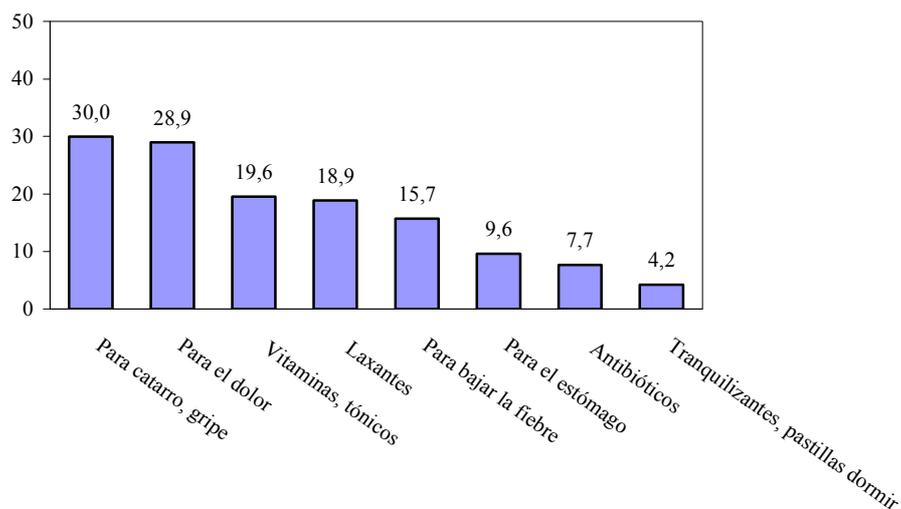


Figura 102. Frecuencia (%) de consumo de medicamentos sin receta en las dos últimas semanas, por tipo de medicamento. Población 0 y más años (excepto medicamentos exclusivos para adultos).

Clase social

No se observan diferencias significativas de consumo de medicamentos, ni de productos homeopáticos y naturistas relacionadas con la clase social.

Evolución temporal

En la Encuesta Navarra de Salud de 1991 se analizaba el consumo de medicamentos, pero la metodología era diferente tanto el método de medida como el período de recuerdo, lo que dificulta la comparación de los indicadores de consumo de fármacos.

En la Encuesta Nacional de Salud del 2003 se preguntaba por el consumo de medicamentos en las dos últimas semanas, pero la clasificación del tipo de medicamento variaba algo respecto a la del 2006, por lo que se compara la prevalencia de consumo global. Se observa que ésta es similar, las diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 27).

Tabla 27. Prevalencia (%) de consumo de medicamentos en Navarra en 2003 y 2006

	2003	2006
Población total	60,6	61,5
Menores de 16 años	33,0	38,8
65 y más años	89,8	92,5

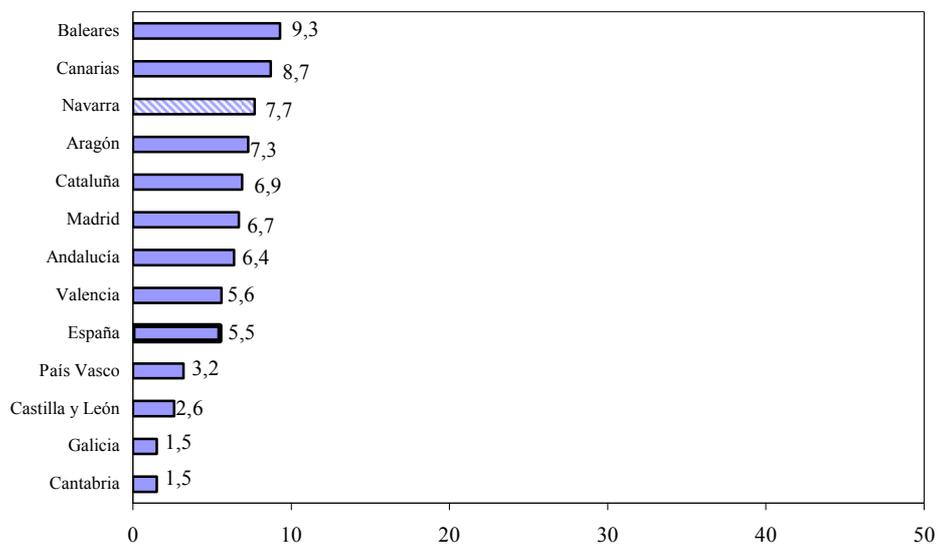
Fuente: Encuesta Nacional de salud 2003 y 2006

La prevalencia de consumo de *productos homeopáticos y naturistas* en población general en el período 2003-2006 ha aumentado del 5,3% al 9,2%.

Comparación nacional

La *prevalencia de consumo de medicamentos* en Navarra (61,5%) es similar a la media estatal del 62,2% y ocupa una posición intermedia respecto al resto de las CCAA.

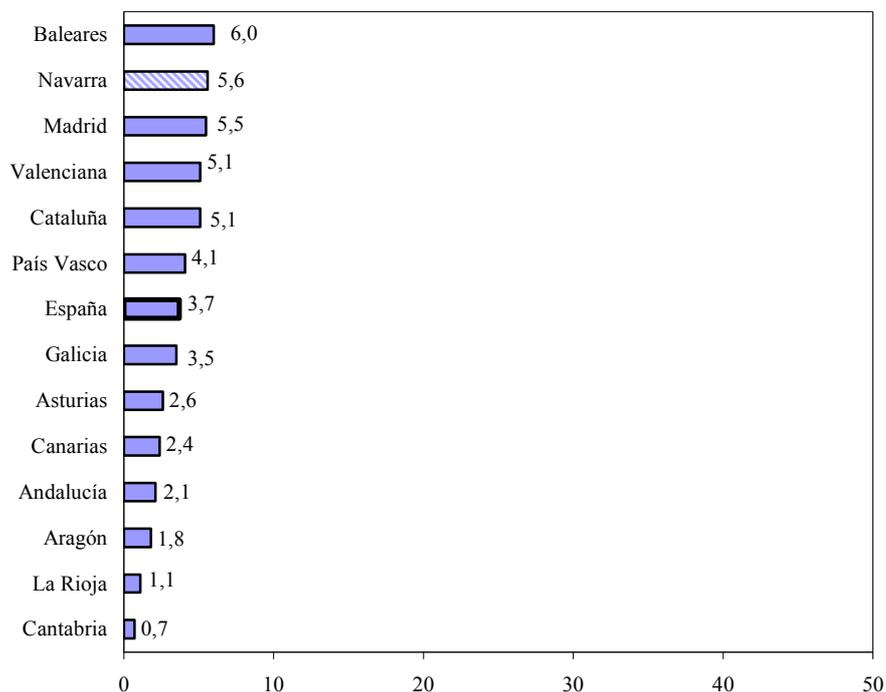
En lo que se refiere al porcentaje de población que consume antibióticos no recetados, Navarra (7,7%) ocupa el tercer lugar tras Baleares y Canarias. (Figura 103).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 103. Porcentaje de población que ha consumido antibióticos no recetados en las últimas dos semanas. Comparación nacional.

En cuanto al porcentaje de población que consume tranquilizantes no recetados, Navarra (5,6%) ocupa el segundo lugar tras Baleares. (Figura 104).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 104. Porcentaje de población que ha consumido tranquilizantes no recetados en las últimas dos semanas. Comparación nacional.

Respecto al tipo de medicamento consumido, con el fin de compararnos con otras CCAA, se han seleccionado entre los medicamentos más consumidos en Navarra, aquéllos cuya prevalencia difiere de la media estatal.

Navarra ocupa la primera posición en consumo de medicamentos para el estómago (18,9%) en población general; la tercera en consumo de tranquilizantes tras Asturias y Galicia; la cuarta posición junto con Baleares en consumo de antidepresivos; la quinta en consumo de analgésicos; y la sexta tanto en consumo de medicamentos para el corazón, como para el catarro y gripe. En cuanto al consumo de productos homeopáticos se sitúa en segundo lugar (42,1%), por encima de la media estatal del 28,4% (Figura 105).

Por otro lado, Navarra se sitúa en las últimas posiciones en consumo de medicamentos para la tensión arterial (21,9%), para la alergia, y para el colesterol. En consumo de antibióticos ocupa una posición intermedia (7%) (Figura 106)

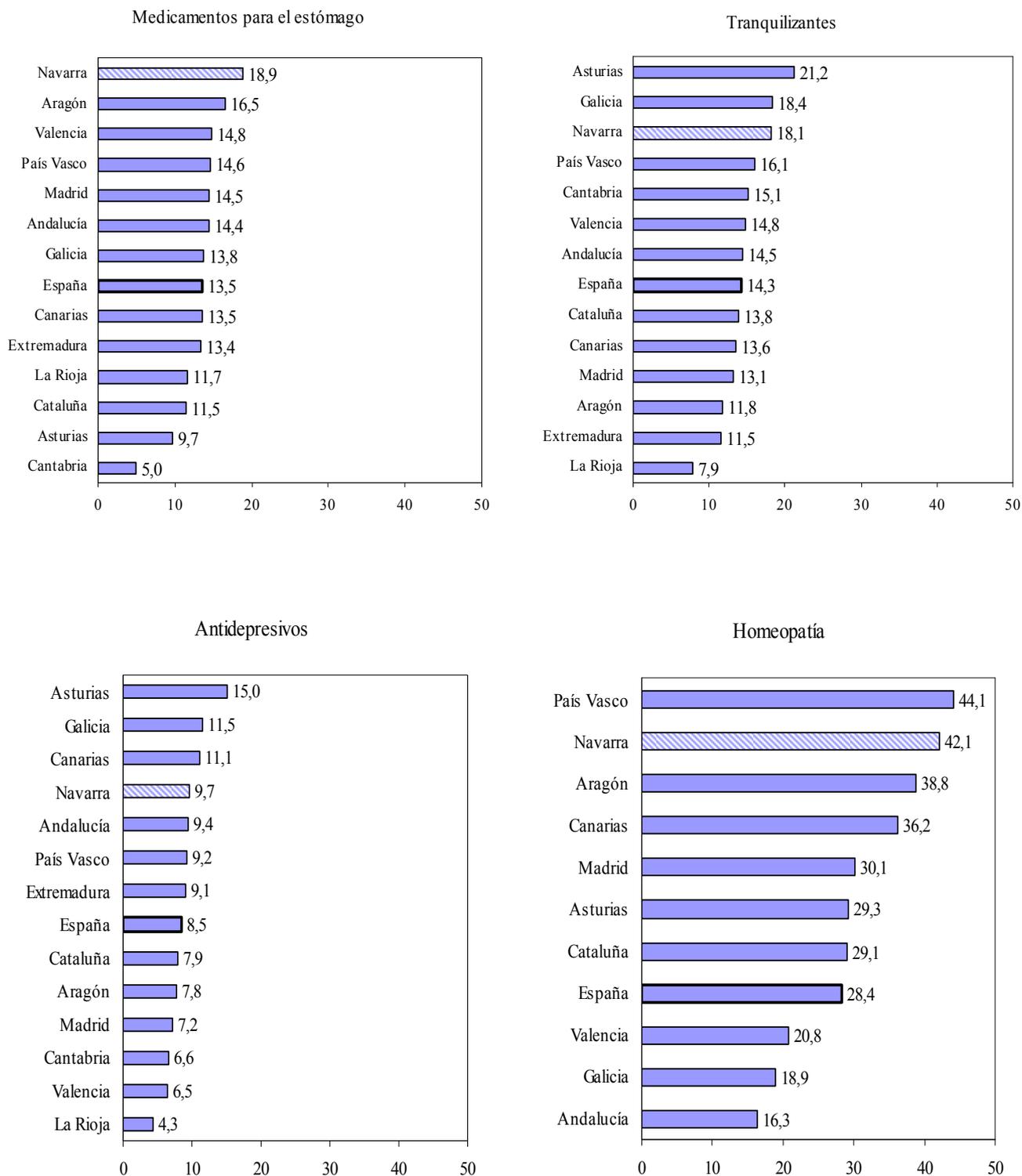
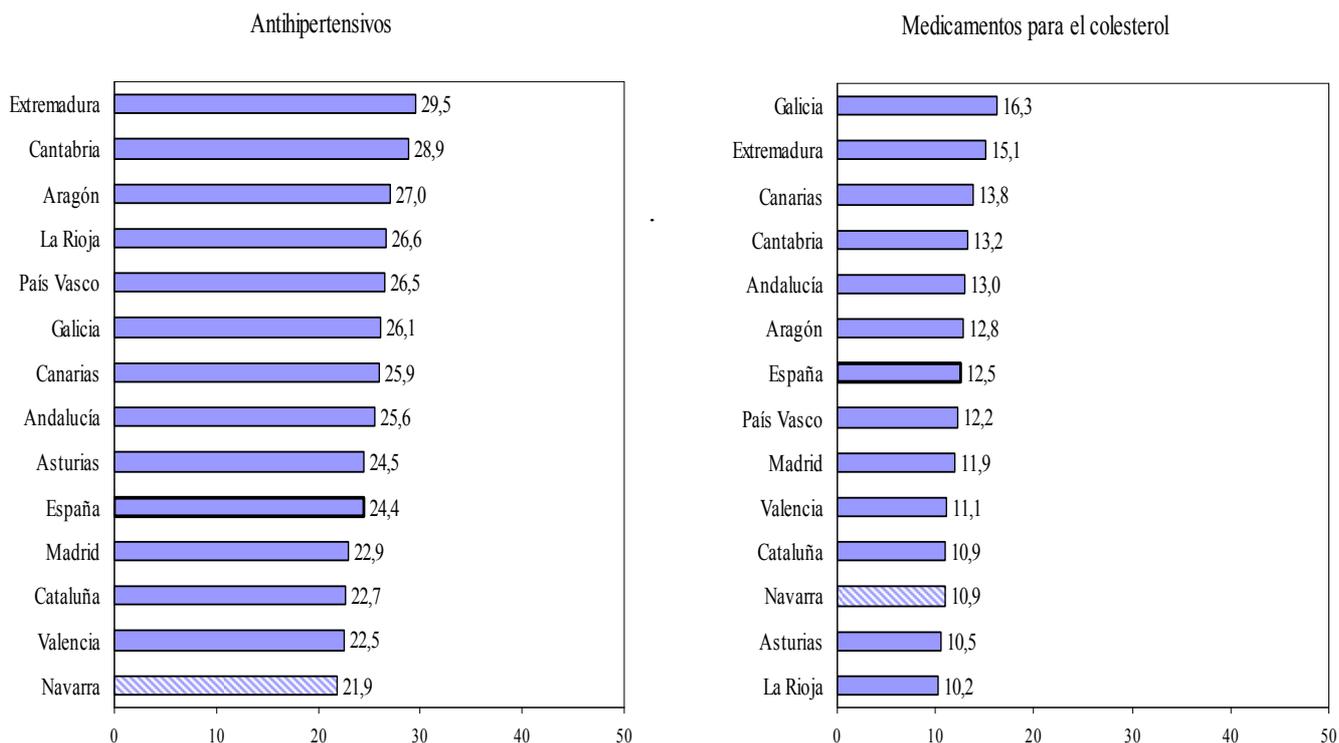


Figura 105. Porcentaje de población de 0 y más años que ha consumido medicamentos en las dos últimas semanas, por tipo de medicamento. Comparación nacional.



Antibióticos

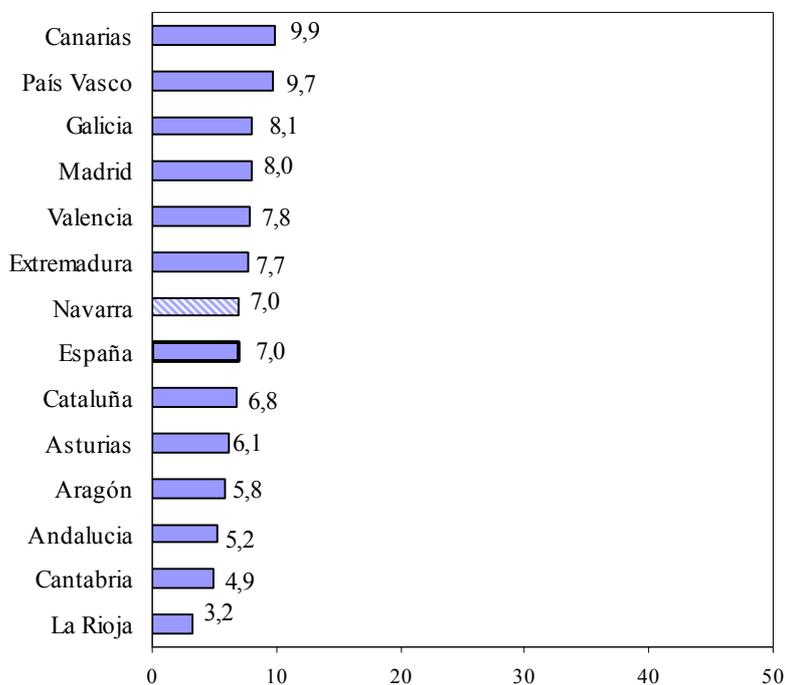
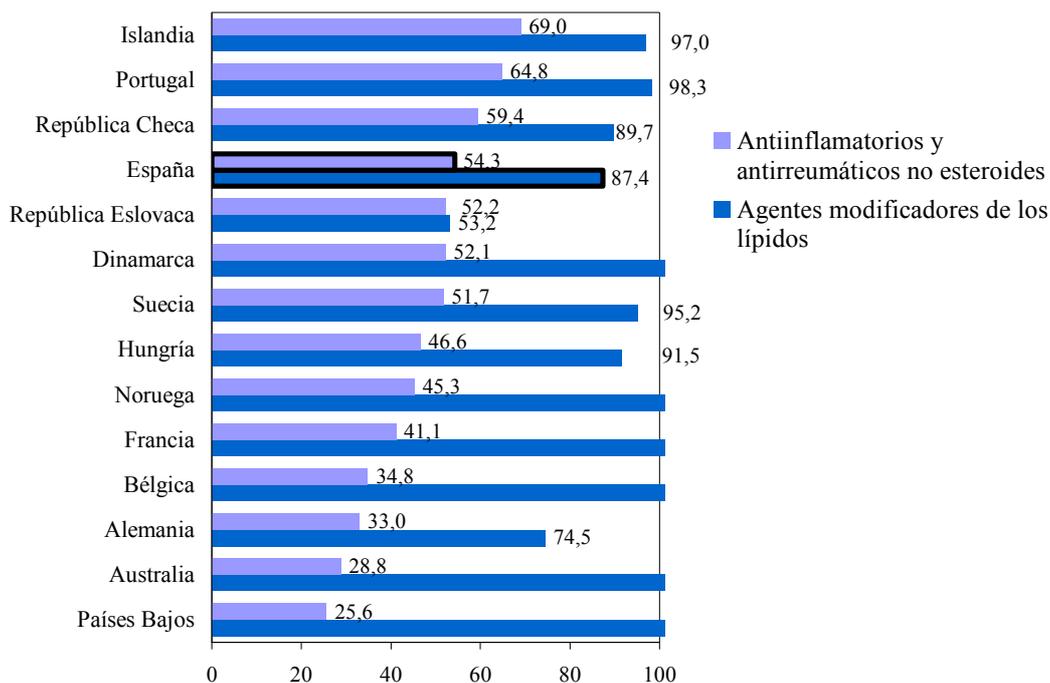


Figura 106. Población de 0 y más años (%) que ha consumido medicamentos en las dos últimas semanas, por tipo de medicamento. Comparación nacional.

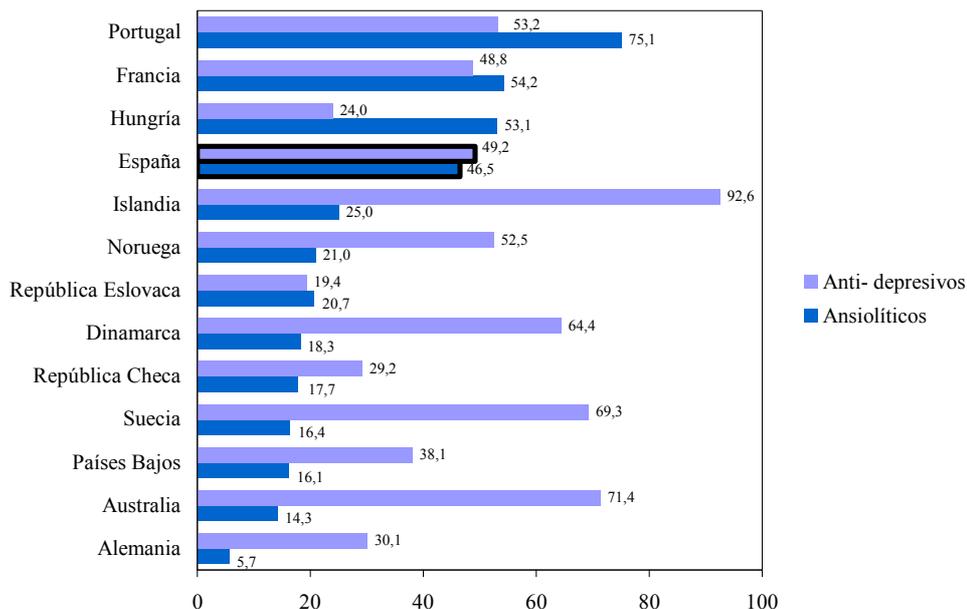
Comparación internacional

España ocupa de las primeras posiciones en consumo (Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DDD /1000 habitante - día) de ansiolíticos, y de antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroides, en relación a los países de la OCDE. Se sitúa en una posición intermedia en el consumo de antidepresivos, y en las últimas posiciones en consumo de medicamentos para reducir el nivel de colesterol (Figuras 107 y 108)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2008

Figura 107. Consumo de medicamentos (DDD /1000 habitante - día). Comparación internacional.



Fuente: Eco-Salud OCDE 2008

Figura 108. Consumo de medicamentos (DDD /1000 habitante - día). Comparación internacional.

Consulta médica

Anotaciones metodológicas

Se ha considerado consulta médica cada acto de consulta física o telefónica con un profesional médico debido a algún problema, molestia o enfermedad.

Se han utilizado dos periodos retrospectivos, 1 año ó 4 semanas, siempre anteriores a la realización de la encuesta. A partir de la información referida a ambos periodos de tiempo se ha caracterizado a la población que consulta. Las consultas hechas en las 4 últimas semanas han permitido conocer la frecuentación en ese intervalo de tiempo. A partir de la última consulta se ha estimado la especialidad del médico y su dependencia así como el lugar y el motivo de la consulta.

También se ha analizado la información sobre la realización de pruebas diagnósticas complementarias y sobre los tiempos para acceder a la consulta.

Para el análisis de la evolución temporal se ha utilizado información de la Encuesta de Salud Navarra 1991 y de las Encuestas de Condiciones de Vidas Navarra 2001 y 2003 del Instituto de Estadística de Navarra cuya metodología permite la comparabilidad de los datos.

Resultados

Un 81,1% de la población ha consultado a un profesional médico en el último año. No llega al 1%,(0,6%) quien no ha consultado nunca.

La relación entre acudir a consulta médica en el último año y la edad sigue una distribución en ‘V’, los menores de 14 años y los mayores de 65 son los que acuden con más frecuencia.

El porcentaje de mujeres que ha ido a consulta médica en el último año es mayor que el de hombres (86,5% versus 75,8%), esta diferencia por sexo es estadísticamente significativa en todos los grupos de edad excepto en los menores de 15 años y en los adultos de 45 a 64 años (Figura 109).

El 35,3% de la población ha consultado con un profesional médico en las 4 semanas anteriores a la realización de la encuesta, el 25,9% de la población consultó al médico de familia o pediatra y el 9,4% a otros especialistas. La prevalencia de personas que consultan en las últimas 4 semanas, sigue el mismo patrón respecto a la edad y el sexo que la del último año, es decir, es mayor en mujeres (38,9%) que en hombres (32,2%) y sigue una distribución en ‘V’ respecto a la edad. Las diferencias por sexo en los distintos grupos de edad no son estadísticamente significativas excepto en el grupo de 25 a 44 años (Figura 109).

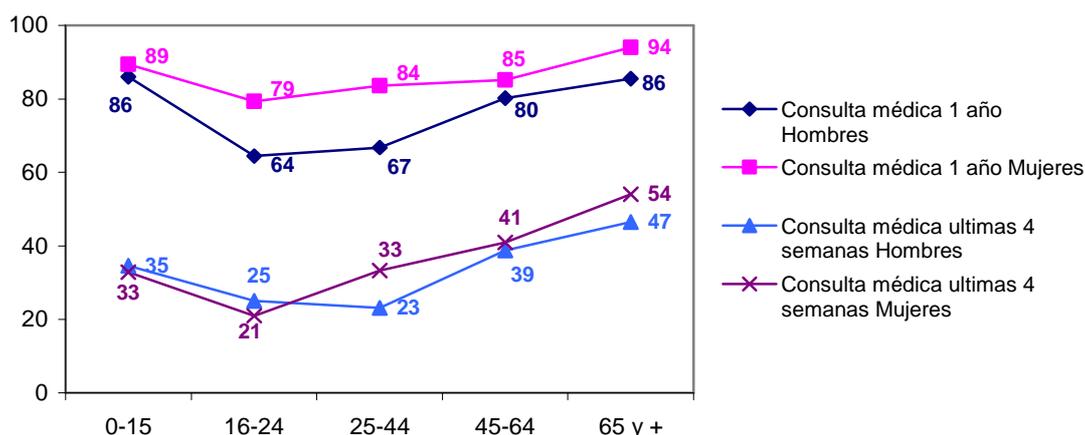


Figura 109. Porcentaje de personas que han acudido a consulta médica en el último año y en las últimas 4 semanas según edad y sexo.

Las personas que han acudido al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas han hecho como promedio 1,34 visitas en ese periodo de tiempo. Las que han ido a otros especialistas han hecho 1,38 visitas de promedio. No se han encontrado diferencias por edad ni sexo.

Clase social

La proporción de población que ha acudido a consulta médica en el último año se asocia con la clase social en el sentido de que aumenta a medida que la clase social es más desfavorecida (Figura 110).

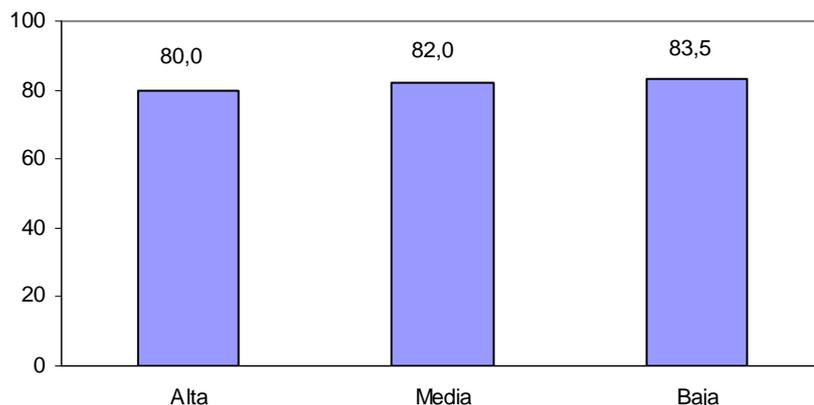


Figura 110. Porcentaje de personas que han acudido a consulta médica en el último año por clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

Especialidad médica

El 73,5% de las últimas consultas fueron realizadas a medicina de familia o pediatría, el resto a otras especialidades, destacando por su frecuencia las realizadas a traumatología (4,3%), a ginecología (4%), y a oftalmología (3%).

Lugar de consulta

El 69,7% de las últimas consultas fueron hechas en un centro de salud/consultorio, el 20,2% en un ambulatorio o consultas externas de un hospital y el 5,0% en un ámbito privado. El 1,5% de las consultas se hicieron en el domicilio del paciente, en los menores de 14 años no se hizo ninguna consulta en el domicilio (Tabla 28).

Tabla 28. Lugar de la última consulta de las cuatro semanas últimas (%)

Lugar de consulta	%
Centro de salud/consultorio	69,7
Ambulatorio/consultas externas hospital	20,2
Servicio urgencias hospital	0,4
Servicio urgencias no hospitalario	1,4
Consulta particular	3,6
Consulta sociedad médica privada	1,4
Domicilio	1,5
Otros	1,8
Total	100

Dependencia funcional del personal médico

El 92,5% de las últimas consultas, fueron atendidas por personal médico de la sanidad pública, el 4,7% por personal de consulta privada o sociedad médica y el resto por otro tipo de personal.

Motivo de consulta

El 54,2% de las últimas consultas al médico de familia o pediatra, se hicieron para diagnóstico de un problema de salud, el 26,0% para revisión y el 9,4% para dispensación de recetas. Los motivos más frecuentes de consulta a otros especialistas fueron, para revisión un 46,0% de los casos y para diagnóstico un 41,5%.

En los menores de 14 años, una cuarta parte de las consultas se debieron a una actuación preventiva.

Pruebas complementarias

Un 14,7% de la población se ha hecho una prueba complementaria no urgente en las últimas 4 semanas. Las pruebas realizadas con mayor frecuencia son analítica (10% de la población) y radiografía (5,7%).

Tiempo de espera

La mediana del tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta la solicitud de cita para consulta fue de 2 días a medicina de familia o pediatría y 21 días a otras especialidades. La mediana del tiempo transcurrido entre la petición de cita y la visita médica fue de 0,2 días para el médico de familia o pediatra y 7 para otros especialistas (Tabla 29).

Tabla 29. Tiempo transcurrido (nº días) entre el inicio de síntomas y la solicitud de cita y entre ésta y la consulta según nivel de asistencia. Percentiles

		Percentiles				
		10	25	50	75	90
Tiempo desde tener síntomas hasta pedir cita	M. Familia/Pediatra	0,04	1	2	7	43,5
	Otras especialidades	0	2,5	21	180	468
Tiempo desde pedir cita hasta la consulta	M. Familia/Pediatra	0	0,04	0,2	1	2
	Otras especialidades	0	0,04	7	37,5	120

Evolución temporal

La asistencia a consulta médica en el último año no presenta una tendencia clara en los últimos 15 años (tabla 30).

Tabla 30. Porcentaje de personas que han acudido a consulta médica en el último año. Evolución temporal

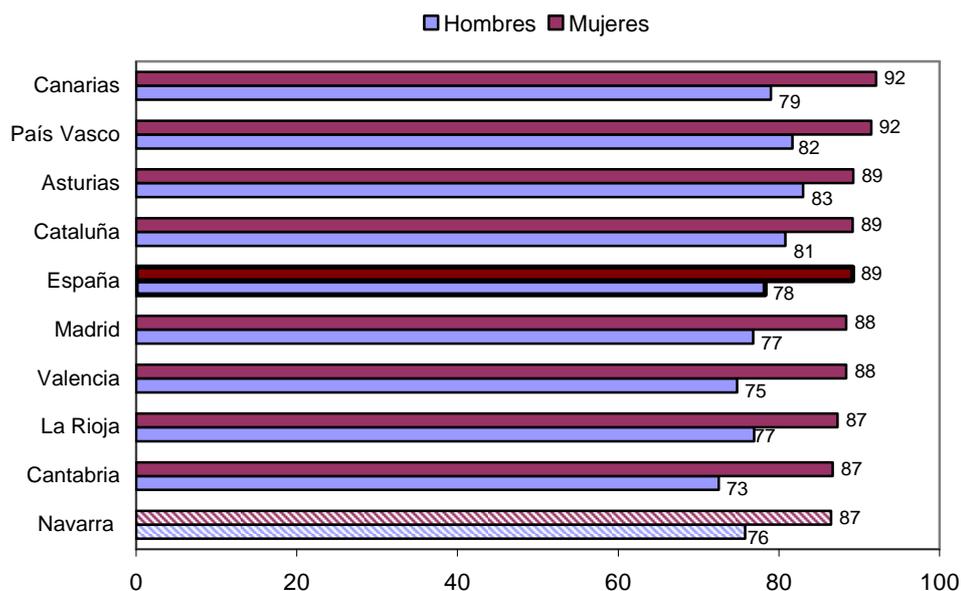
	1991 ¹	2001 ²	2003 ²	2006
Hombres	72,7	--	51,7	75,8
Mujeres	79,3	--	66,2	86,5
Total	76,0	73,9	59,0	81,1

¹Encuesta de Salud de Navarra 1991

²Encuesta de Condiciones de Vida de la población Navarra 2001 y 2003

Comparación nacional

La prevalencia de asistencia a consulta médica en el último año en Navarra se sitúa entre las más bajas de las CCAA (Figura 111).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 111. Porcentaje de personas que han acudido a consulta médica en el último año por sexo. Comparación nacional

Consulta al dentista

Anotaciones metodológicas

Se ha considerado indistintamente la consulta al dentista, estomatólogo o higienista dental.

En función de la última consulta realizada, se ha analizado la dependencia funcional del profesional así como, el motivo de consulta y el estado de salud dental, en función de un conjunto de indicadores, del usuario. Los indicadores de salud dental utilizados son en unos casos comunes a todos los grupos de edad y en otros casos, específicos de los menores de 16 años o de los mayores de esa edad.

Resultados

Un 19,0% de la población ha acudido al dentista o higienista dental en los últimos 3 meses, el 43% en el último año. El 7,8% de la población (37% en la población menor de 16 años) no ha ido nunca a un dentista.

La prevalencia de personas que consultan al dentista en el último año no varía con el sexo pero sí con la edad. Los menores de 24 años son los que acuden en mayor proporción y los mayores de 65 años los que menos van (Figura 112).

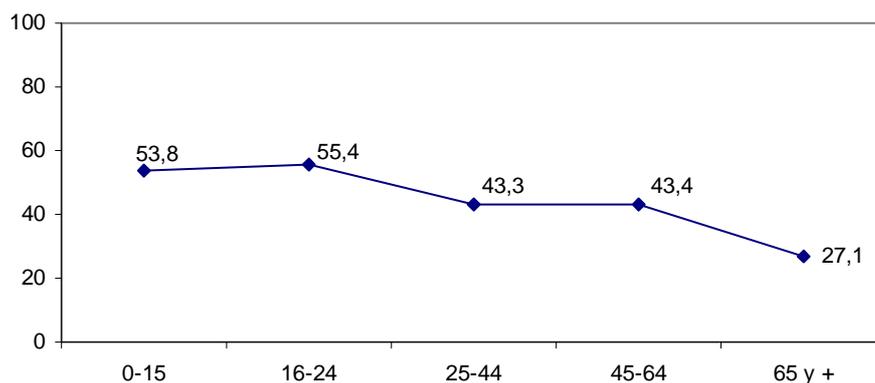


Figura 112. Prevalencia de personas que han acudido al dentista durante el último año según edad.

Las personas que han acudido al dentista o higienista dental en los últimos 3 meses han hecho como promedio 2,0 visitas en ese periodo de tiempo, sin diferencias por edad ni sexo.

Motivo de consulta

Los dos motivos más frecuentes para acudir a consulta al dentista son de tipo preventivo: la revisión y la limpieza de boca. El tercer motivo es para tratamiento reparador: la realización de obturaciones o endodoncias (Tabla 31). Los motivos varían con la edad y no se relacionan con el sexo.

Tabla 31. Motivo de la última consulta al dentista o higienista dental según edad (%).

	0-15	16-24	25-44	45-64	65 y +	Total
Revisión o chequeo	87,9	73,8	65,3	63,0	50,4	65,2
Limpieza boca	13,0	40,6	56,0	55,7	27,3	44,7
Empaste, endodoncias	18,0	23,7	41,6	35,3	13,7	30,7
Fundas, puentes, prótesis	--	3,9	7,1	21,0	50,3	17,5
Extracciones	4,7	6,6	11,3	17,1	28,3	14,8
Aplicación de fluor	5,7	6,6	2,6	2,3	--	2,8
Ortodoncias	13,8	7,4	0,4	0,1	0,2	2,4
Enfermedades encías	--	4,6	2,2	1,4	1,1	1,8
Otros tratamientos	5,2	1,8	4,1	4,8	6,9	4,7

Dependencia funcional del dentista consultado

El dentista consultado es predominantemente de la sanidad pública en los menores de 16 años (61%) y privado (91,3%) a partir de esa edad.

Estado de salud dental

La salud dental es mejor en las mujeres que en los hombres. En las mujeres la prevalencia de caries es menor y es mayor la de intervenciones reparadoras: sustitución de dientes que faltan, obturaciones, y colocación de fundas, prótesis y puentes. Solamente el sangrado de encías y el que se muevan los dientes no están asociados de manera estadísticamente significativa con el sexo. Los más jóvenes (menores de 24 años) tienen mejor salud dental que los de más edad. (Tabla 29).

Tabla 32. Indicadores de salud dental. Prevalencia (%) por edad y sexo.

	0-15	16-24	25-44	45-64	65 y +	Total
HOMBRES						
Tiene caries	8,2	22,5	32,8	25,9	17,2	24,0
Le han hecho extracciones	10,3	33,8	66,6	92,1	92,3	65,3
Le han hecho empastes	20,9	52,8	77,7	71,0	35,2	58,7
Le sangran las encías espontáneamente	3,9	26,7	23,2	19,9	17,2	18,9
Se le mueven los dientes*	--	1,9	2,5	10,5	11,6	6,4
Lleva fundas, puentes, prótesis*	--	16,8	24,5	52,7	75,0	41,0
Le faltan dientes que no han sido sustituidos*	--	23,9	46,4	66,5	57,2	51,7
Tiene todos sus dientes naturales**	--	60,7	30,1	4,2	0,0	20,5
Los dientes que tiene están sanos**	92,9	--	--	--	--	92,9
MUJERES						
Tiene caries	8,0	23,4	27,1	15,3	16,3	19,0
Le han hecho extracciones	9,7	40,1	75,7	95,0	94,6	71,6
Le han hecho empastes	27,5	64,5	89,1	82,9	41,9	67,4
Le sangran las encías espontáneamente	8,1	36,4	28,5	25,2	15,0	22,9
Se le mueven los dientes*	--	3,8	3,0	6,9	5,8	4,9
Lleva fundas, puentes, prótesis*	--	11,4	32,7	65,9	85,7	52,1
Le faltan dientes que no han sido sustituidos*	--	14,3	48,6	57,6	35,4	44,6
Tiene todos sus dientes naturales**	--	56,5	20,9	3,9	0,6	15,2
Los dientes que tiene están sanos**	90,4	--	--	--	--	90,4

*Solo en adultos (16 y más años)

**Solo en menores (0-15 años)

Clase social

La prevalencia de consulta al dentista en el último año, se relaciona con la clase social en el sentido contrario a lo que sucedía con la consulta médica, es más frecuente a medida que la clase social es más favorecida (Figura 113).

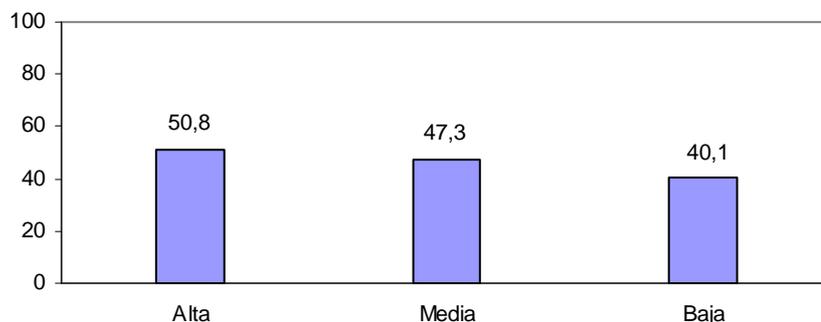


Figura 113. Personas (%) que han acudido al dentista en el último año por clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

El estado de salud dental también está relacionado con la clase social, la prevalencia de caries aumenta y la de empastes disminuye a medida que la clase social es más desfavorecida. En la clase social alta las extracciones son menos frecuentes (Tabla 33).

Tabla 33. Indicadores de salud dental. Prevalencia (%) según clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

	Clase Alta	Clase Media	Clase Baja
Tiene caries*	16,6	19,8	23,2
Le han hecho extracciones*	61,8	72,2	68,7
Le han hecho empastes*	69,0	63,9	58,6
Le sangran las encías espontáneamente	18,1	18,8	22,3
Se le mueven los dientes	5,3	5,2	6,7
Lleva fundas, puentes, prótesis	45,7	49,1	46,2

Le faltan dientes que no han sido sustituidos*	45,4	45,0	51,6
Tiene todos sus dientes naturales*	23,7	15,3	16,0
Los dientes que tiene están sanos	5,2	5,2	10,4

* valor $p < 0,05$

Evolución temporal

La prevalencia de asistencia a consulta del dentista en el último año se ha incrementado en los últimos 15 años y ha dejado de ser estadísticamente significativa la diferencia por sexo que existía en 1991 (Tabla 34).

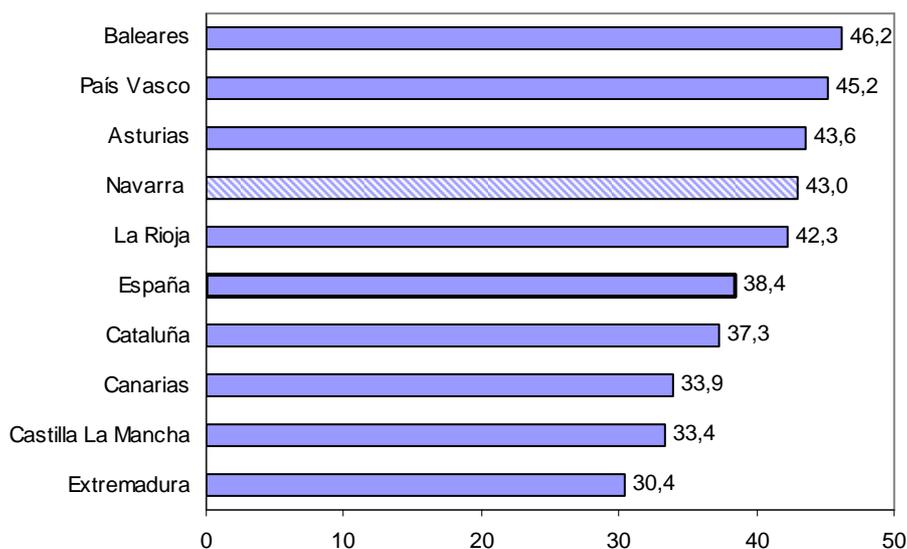
Tabla 34. Población (%) que ha acudido al dentista en el último año. Evolución temporal

	1991 ¹	2006
Hombres	31,3	42,2
Mujeres	37,5	44,4
Total	34,4	43,0

¹ Encuesta de Salud de Navarra 1991

Comparación nacional

La prevalencia de consulta al dentista en el último año en Navarra es de las más altas, solo superada por Baleares, País Vasco y Asturias (Figura 114).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 114. Porcentaje de personas que han acudido al dentista en el último año. Comparación nacional

Consulta a otros profesionales de la salud

Anotaciones metodológicas

Se han estudiado las consultas a enfermería, fisioterapia y matrona. El periodo de recuerdo considerado ha sido de 4 semanas.

Resultados

En las 4 semanas anteriores a la realización de la encuesta, el 9,1% de la población ha consultado a personal de enfermería y el 2,3% a fisioterapia. Entre las mujeres de 16 y más años, el 2,3% ha consultado a la matrona.

El promedio de visitas, de la personas que han acudido en el periodo referido, es de 1,6 para la consulta de enfermería y de 4,9 para fisioterapia.

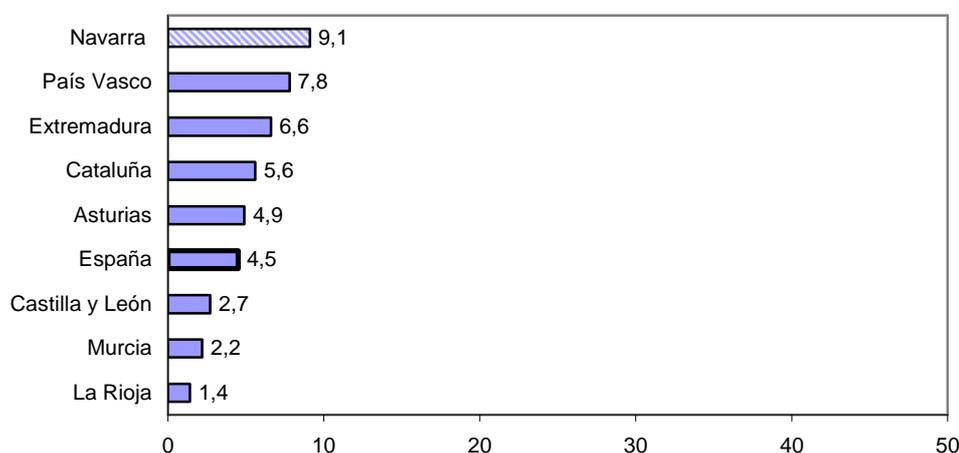
No se han encontrado diferencias por edad ni sexo y tampoco por clase social en la frecuentación a estos profesionales de la salud excepto la prevalencia de asistencia a la consulta de enfermería que se incrementa a partir del grupo de edad de 45-64 años.

Evolución temporal

La prevalencia de asistencia a consulta a enfermería ha aumentado de manera importante desde 1991. Según datos de la Encuesta de Salud de Navarra 1991, el 2,1 de la población acudió a consulta a enfermería en el último año frente al 9,1% que ha acudido en 2006 en las cuatro últimas semanas.

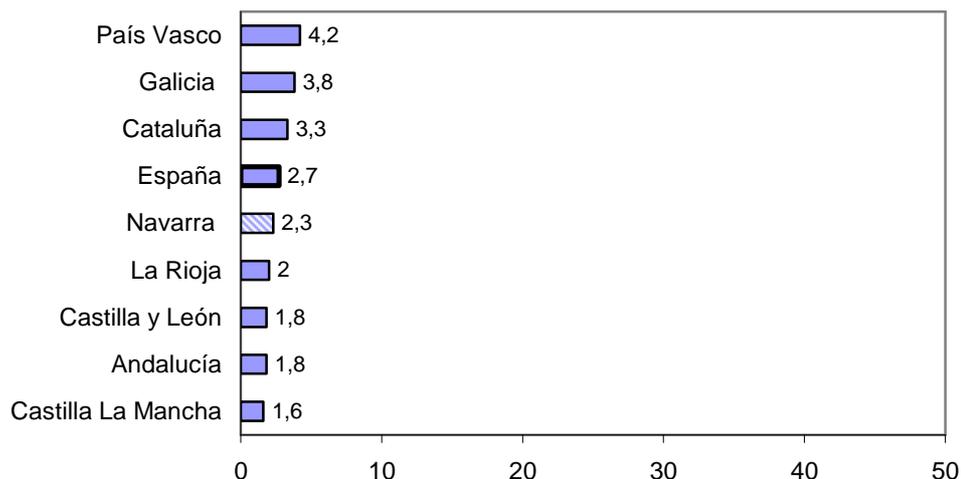
Comparación nacional

La prevalencia de asistencia a consulta de enfermería en las últimas 4 semanas es la mayor de todas las comunidades autónomas de España (Figura 115). En el caso de la consulta a fisioterapia, Navarra ocupa un lugar intermedio (Figura 116).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 115. Población (%) que ha consultado a enfermería en el último año. Comparación nacional



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 116. Población (%) que ha consultado a fisioterapia en el último año. Comparación nacional

Hospitalizaciones

Anotaciones metodológicas

Se ha considerado hospitalización cada periodo de una o más noches de ingreso en un hospital. El periodo retrospectivo es de 12 meses. A partir del último ingreso hospitalario producido en ese periodo de tiempo se ha analizado el motivo, la forma, la fuente de financiación y el tiempo de espera (tiempo transcurrido desde recibir la indicación médica hasta ser ingresado).

Resultados

El 7,1% de los hombres y el 10,1% de las mujeres (7,6 si se excluyen los ingresos por parto) han estado ingresados los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. No hay diferencia por sexo estadísticamente significativa en la tasa global pero si en algún grupo de edad. Las mujeres de 25-44 años ingresan más que los hombres, manteniéndose la diferencia estadísticamente significativa después de excluir el parto como motivo de ingreso. En los mayores de 65 son los hombres los que ingresan más que las mujeres. Respecto a la edad el mayor porcentaje de personas hospitalizadas se da en los mayores de 65 años (Figura 117).

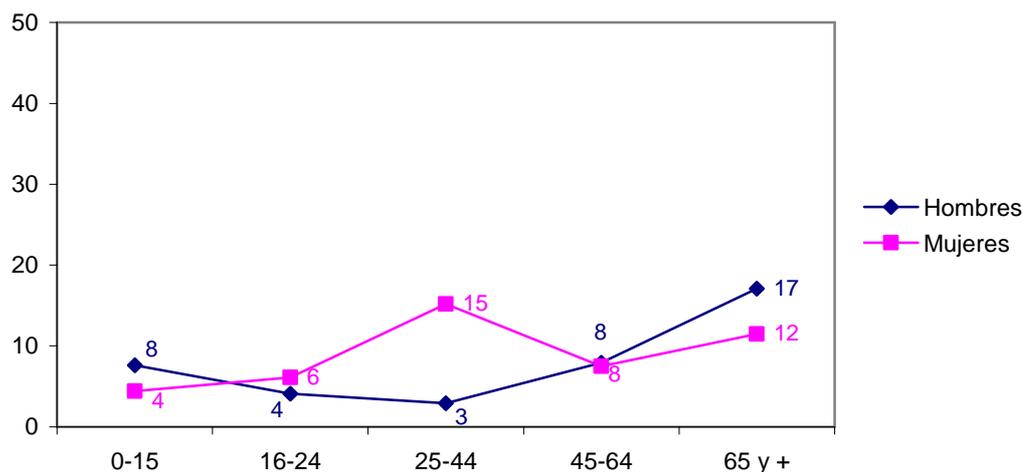


Figura 117. Prevalencia (%) de personas hospitalizadas en el último año según edad y sexo.

El 75% de las personas hospitalizadas en el último año tienen un único episodio de hospitalización. Un 16% ha sido ingresado 2 o más veces. En el conjunto de la población, resulta una frecuentación hospitalaria de 11,4 hospitalizaciones por 100 habitantes y año.

Motivo, financiación y modo de ingreso

El motivo de los últimos ingresos hospitalarios fue por orden de frecuencia respecto al total, intervención quirúrgica (45%), estudio médico para diagnóstico (23,1%), parto o cesárea (14,7%) y tratamiento médico sin cirugía (14,2%).

El 92,7% de las hospitalizaciones fueron financiados por la sanidad pública y el 4,4% por una sociedad médica privada.

Más de la mitad de las hospitalizaciones (59,1%) se hicieron a través del servicio de urgencias.

Listas de espera, informes de alta

El 31,0% de las personas hospitalizadas (55,8% de las que tuvieron una intervención quirúrgica), estuvieron en lista de espera antes de ingresar en el hospital. En ellas, la mediana del tiempo de espera fue de 5 meses (AI=9).

El 96,2% de las personas hospitalizadas, recibieron el informe de alta relativo a su hospitalización.

Clase social

La prevalencia de personas hospitalizadas en el último año se asocia con la clase social, se incrementa a medida que la clase social es más desfavorecida (Figura 118).

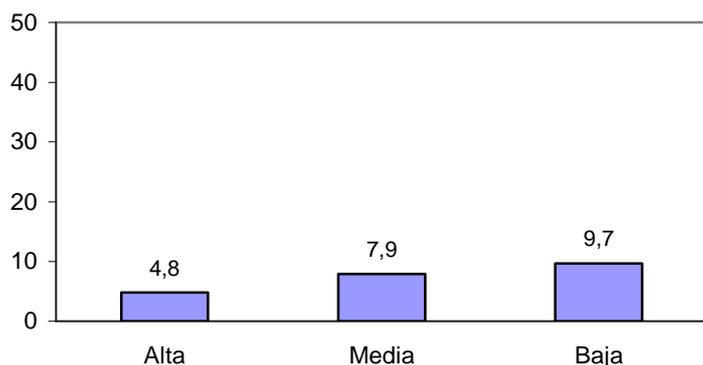


Figura 118. Prevalencia (%) de personas que son hospitalizadas en el último año según clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

Evolución temporal

La frecuentación hospitalaria ha experimentado una tendencia ascendente en los últimos 15 años (Tabla 35).

Tabla 35. Frecuentación hospitalaria en población total. Evolución temporal.

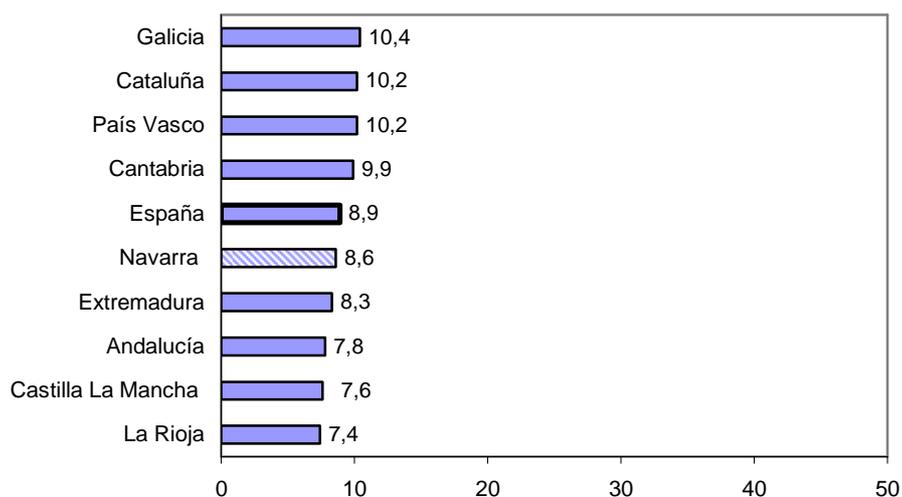
	1991 ¹	2001 ²	2003 ²	2006
Prevalencia de personas ingresadas en 1 año	5,7	9,4	8,4	8,6
Tasa de hospitalización por 100 habitantes-año	7	--	9	11,4

¹ Encuesta de Salud de Navarra 1991

² Encuesta de Condiciones de Vida de la población Navarra 2001 y 2003. Datos referidos a población adulta.

Comparación nacional

La prevalencia de personas hospitalizadas en 1 año ocupa una posición intermedia respecto a otras comunidades autónomas (Figura 119).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 119. Prevalencia (%) de personas hospitalizadas en el último año. Comparación nacional

Hospital de día

Anotaciones metodológicas

Se entiende por ingreso en hospital de día la admisión en una cama hospitalaria para diagnóstico y/o tratamiento programado que recibe el alta antes de medianoche del mismo día. No se incluyen estancias en urgencias ni en observación.

El periodo retrospectivo es de 12 meses. A partir del último ingreso producido en ese periodo de tiempo se ha analizado el motivo del ingreso.

Resultados

Un 5,3% de la población ha ingresado en un hospital de día en el último año. Estos ingresos son más frecuentes en los mayores de 65 años (Figura 120). No hay diferencias por sexo ni por clase social.

La mitad de las personas que ingresaron lo hicieron en una sola ocasión (AI=2).

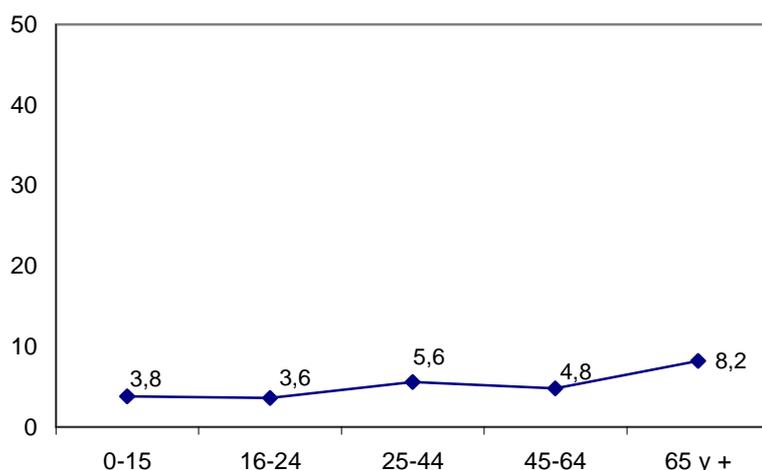
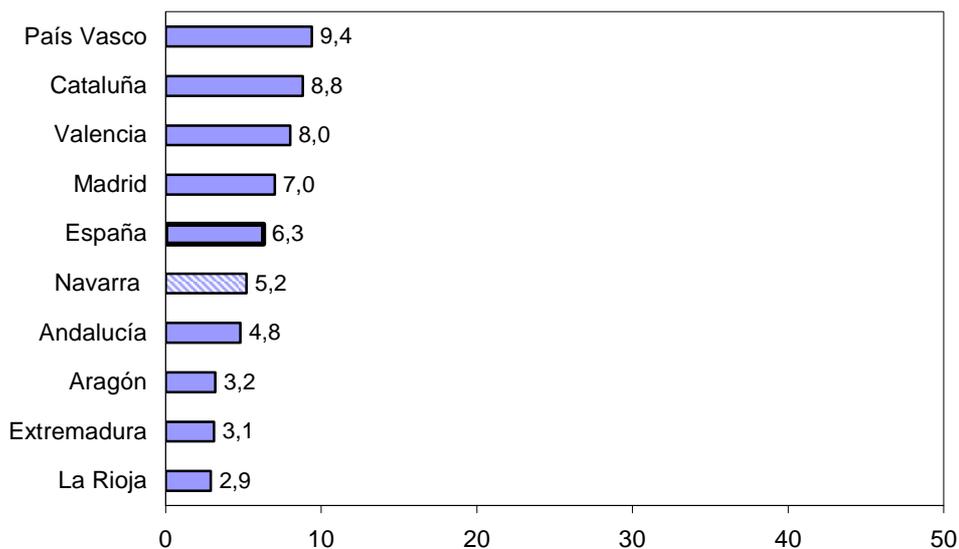


Figura 120. Prevalencia (%) de personas que ingresan en el hospital de día en el último año.

El 57,3% de los ingresos en el hospital de día fueron por intervención quirúrgica, y el 26,6% por tratamiento médico. La mitad de las personas que acudieron para recibir tratamiento médico, fueron una única vez (AI=2).

Respecto a las otras comunidades autónomas, Navarra ocupa un lugar intermedio en la prevalencia de personas ingresadas en un hospital de día (Figura 121).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 121. Prevalencia (%) de personas que han ingresado en un hospital de día en el último año

Servicios de urgencia

Anotaciones metodológicas

Se estudia la frecuencia con la que se ha utilizado algún servicio de urgencias en el último año. A partir de la última visita realizada en ese periodo de tiempo se ha analizado, el lugar donde se ha recibido la atención, el tipo de servicio que la ha prestado, indicación de la derivación a urgencias y tiempos de espera.

El lugar de atención se refiere a si ésta ha sido en un centro o servicio sanitario, en el lugar donde se encontraba la persona cuando tuvo el episodio urgente o en una unidad móvil.

El tipo de servicio se refiere a las características del servicio que presta la atención (servicio de urgencias hospitalario, no hospitalario o centro de salud) y a su titularidad (pública o privada).

La indicación de la derivación se refiere a si ha sido derivado por un médico o ha acudido por iniciativa propia.

Resultados

El 28,7% de la población ha acudido a un servicio de urgencias en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. Esta cifra varía con la edad (Figura 122), el grupo de adultos de 45-64 años es el que con menor frecuencia acude a urgencias. No hay diferencias por sexo.

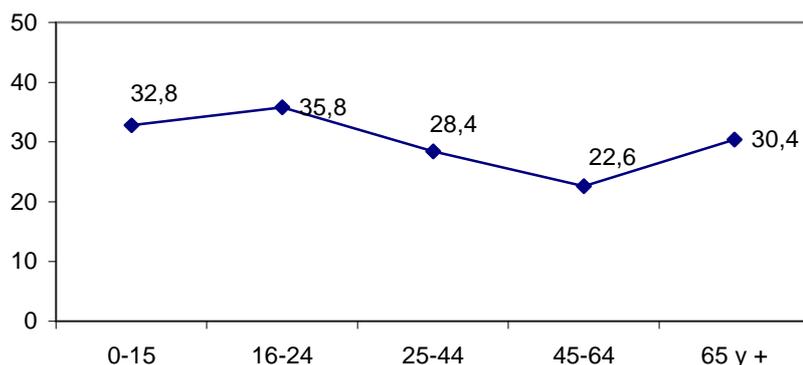


Figura 122. Prevalencia (%) de personas que han utilizado un servicio de urgencias en el último año.

El 70% de las personas que han acudido a urgencias lo han hecho en una sola ocasión (AI=1), y el resto ha ido 2 o más veces. En el conjunto de la población, la frecuentación a un servicio de urgencias es de 0,45 visitas por habitante y año.

Lugar de atención

La mayor parte de las urgencias, el 93,7% se han atendido en un centro o servicio de urgencias, el 3,4% de los casos ha sido atendido en el lugar donde se encontraba la persona y un 1,3% en una unidad móvil.

Tipo de servicio que presta la atención

El 70,0% de las urgencias han sido atendidas por el servicio de urgencias de un hospital público, un 11,7% por un servicio de urgencias extrahospitalario público y otro 11,1% por un centro de salud en su horario habitual (Figura 123).

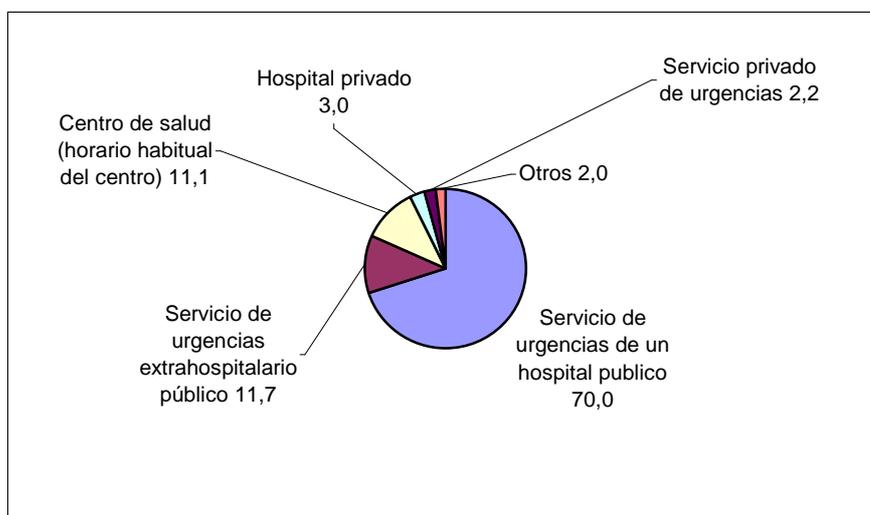


Figura 123. Tipo de servicio de atención de las urgencias (%).

Indicación de la derivación

Prácticamente 3 de cada 4 personas que acudieron a un servicio de urgencias de un hospital público lo hicieron por iniciativa propia o de sus familiares y personas cercanas.

Tiempos de espera

La mediana del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la solicitud de atención urgente fue de 4 horas (AI=47,5 horas).

La mediana del tiempo entre la petición de atención y ser atendido, fue de media hora (AI=1,98 horas). Ese tiempo varía en función del tipo de servicio de urgencias, es mínima en el centro de salud y máxima en el servicio de urgencias hospitalario (Tabla 36).

Tabla 36. Tiempo transcurrido (minutos) entre la solicitud de atención y ser atendido. Percentiles.

	10	25	50	75	90
Centro de Salud	0	1	10	30	60
S. Urgencias Extrahospitalario	0	1	15	60	120
S. Urgencias Hospitalario	0	4	30	120	240
Global	0	3	30	120	240

Clase social

La prevalencia de personas que han utilizado un servicio de urgencias el año anterior a la realización de la encuesta, se relaciona con la clase social en el sentido de que las clases más desfavorecidas utilizan más este tipo de servicio (Figura 124).

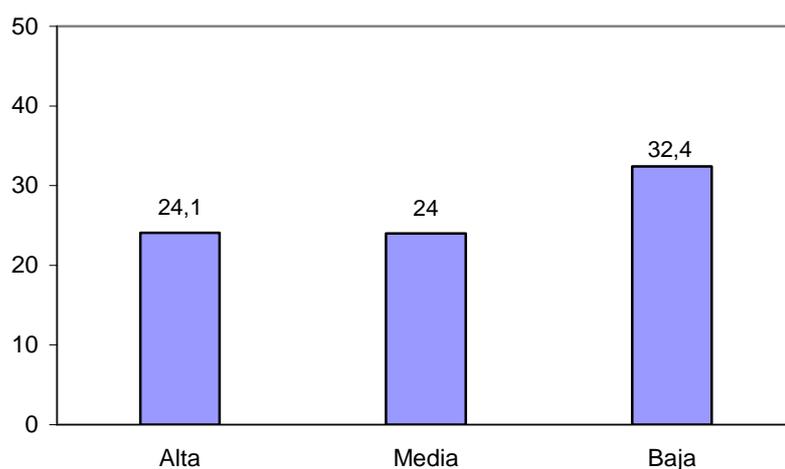


Figura 124. Prevalencia (%) de personas que utilizan un servicio de urgencias en el último año según clase social. Datos estandarizados por edad y sexo.

Evolución temporal

La frecuentación a los servicios de urgencias ha aumentado de manera considerable a partir de 2003 (Tabla 37).

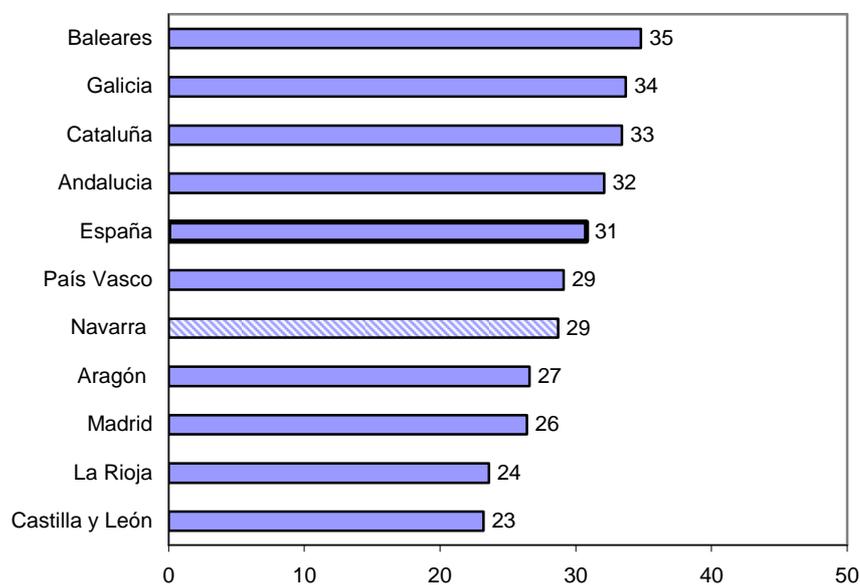
Tabla 37. Frecuentación a los servicios de urgencias. Evolución temporal.

	2001 ¹	2003 ¹	2005 ¹	2006
Prevalencia de personas que acuden a urgencias en 1 año	13,7	11,8	24,6	28,7
Nº visitas a urgencias/habitante/año	0,19	0,19	0,41	0,45

¹ Encuesta de Condiciones de Vida de la población Navarra 2001, 2003, 2005

Comparación nacional

Navarra ocupa un lugar intermedio bajo en lo que respecta a prevalencia de personas que acuden a un servicio de urgencias en el último año (Figura 125).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 125. Prevalencia (%) de personas que han acudido a un servicio de urgencias en el último año.