

¿CÓMO ESTAMOS DE SALUD 2000?

1ª Parte: Evaluación del Plan de Salud 1991-2000

2ª Parte: Encuesta de Salud 2000

¿CÓMO ESTAMOS DE SALUD 2000?

1ª Parte: Evaluación del Plan de Salud 1991-2000

Coordinación: Ander Arrazola Aranzadi
Idoia Gaminde Inda

2ª Parte: Encuesta de Salud 2000

Coordinación: Isabel Sobejano Tornos
Idoia Gaminde Inda
Ander Arrazola Aranzadi
José Javier Viñes Rueda
Inés Sáenz de Pipaón Martínez de Birgala
Itziar Lanzeta Vicente

Departamento de Salud
Servicio de Docencia, Investigación y
Desarrollo Sanitarios



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Titulo: ¿Cómo estamos de salud 2000?
1ª Parte: Evaluación del Plan de Salud 1991-2000
Coordinación: Ander Arrazola Aranzadi
 Idoia Gaminde Inda

2ª Parte: Encuesta de Salud 2000
Coordinación: Isabel Sobejano Tornos
 Idoia Gaminde Inda
 Ander Arrazola Aranzadi
 José Javier Viñes Rueda
 Inés Sáenz de Pipaón Martínez de Birgala
 Itziar Lanzeta Vicente

Edita: GOBIERNO DE NAVARRA
 Departamento de Salud. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

© Gobierno de Navarra
Composición: Página, S.L.
Impresión: IG. Castuera
Diseño de cubierta: Alberto Navarro

ISBN: 84-235-2213-X
Dep. Legal: NA. 965/2002

Promociona y distribuye: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra
 (Departamento de Presidencia, Justicia e Interior)
 C/ Navas de Tolosa, 21
 Teléfono: 948 427 121
 Fax: 948 427 123
 Correo electrónico: fpubli01@cfnavarra.es
 www.cfnavarra.es/publicaciones
 31002 PAMPLONA

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	15
--------------------	----

PRIMERA PARTE: EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 1991-2000

INTRODUCCIÓN	17
--------------------	----

RESULTADOS EN SALUD. DIEZ AÑOS DESPUÉS. ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS OBJETIVOS FORMULADOS EN EL PLAN DE SALUD DE 1991

EQUIDAD	21
MORTALIDAD	22
MORBILIDAD E INCAPACIDAD	24
Enfermedades infecciosas.....	24
Minusvalías psíquicas	27
Salud bucodental.....	27
Enfermedades cardiovasculares	28
Enfermedades respiratorias	28
Diabetes	29
Enfermedades laborales	30
Incapacidad y accidentes de tráfico.....	30
MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS.....	31
La percepción del estado de salud	31
Diagnóstico precoz	32
Eliminación de las barreras físicas	32
Obesidad	32
Servicios y atenciones a los ciudadanos desde los centros de salud.	33

RESUMEN DE LOS ESFUERZOS DESARROLLADOS

PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES.....	37
APOYO SOCIAL.....	37
EDUCACIÓN Y SALUD.....	37
PROMOCIÓN DE COMPORTAMIENTOS SALUDABLES	40
ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE SITUACIONES EVITABLES	42
SALUD LABORAL.....	42
MEDIO AMBIENTE Y POLÍTICAS MEDIOAMBIENTALES.....	44
MEJORA DEL SISTEMA DE CUIDADOS	50
ATENCIÓN PRIMARIA.....	50
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	62
A. Valoración de los objetivos formulados en el Plan de Salud 1991.....	62
B. Evolución de indicadores en los años 90	70
C. Balance de actuaciones en el decenio	81
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA.....	86
PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI).....	89
PREVENCIÓN DEL SIDA Y APOYO A PERSONAS AFECTADAS	94
PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS	98
PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL.....	99
PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX.....	103
COBERTURA DE SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 1999	109
RECURSOS HUMANOS	110
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-O.	114
APOYOS.....	117
DOCENCIA Y FORMACIÓN	117
INVESTIGACIÓN.....	122

SEGUNDA PARTE: ENCUESTA DE SALUD 2000

INTRODUCCIÓN	129
MATERIAL Y MÉTODOS	130
DETERMINANTES	134
ACTIVIDAD FÍSICA.....	134
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo).	140

EL SUEÑO	142
CONSUMO DE ALCOHOL.....	143
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	150
CONSUMO DE TABACO	152
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	165
INTERRELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO, CONSUMO DE ALCOHOL Y EJERCICIO FÍSICO.....	168
PESO Y TALLA	175
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	178
ESTADO DE SALUD.....	179
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	179
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	181
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	182
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	187
EFFECTOS.....	189
DISCAPACIDAD.....	189
ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA POR CALIDAD.....	198
LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS	203
Anexo A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo) .	207
ANEXO B. CUESTIONARIO.....	211
REFERENCIAS.....	222

PRESENTACIÓN

José Javier Viñes*

La adecuada información estadística y la elaboración de indicadores sanitarios constituyen la base para el análisis y formulación de estrategias, objetivos y decisiones en la Salud Pública, por lo que el esfuerzo de recopilación de datos y su análisis forma parte de la tarea habitual de epidemiólogos, gestores y planificadores, y es obligación de la Administración Sanitaria, el ampliar y perfeccionar tales fuentes de información.

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, creado con motivo de la incorporación competencial en materia de salud derivada de la Ley de Reintegración y Amejoramiento Foral de Navarra de 1982, asumió por primera vez, en la compleja sanidad moderna, la competencia de la administración de la salud de los navarros y la gestión de los servicios sanitarios propios y transferidos desde el Estado. Ello obligó desarrollar y potenciar los sistemas informativos partiendo de las bases limitadas heredadas de la transferida función sanitaria del Estado, situada en el ámbito de la Jefatura Provincial de Sanidad del Estado y del Instituto Provincial de Sanidad de la Diputación Provincial y Foral de Navarra. De este modo la integración funcional y orgánica de los servicios sanitarios de Navarra permitió entre otros fines, el desarrollo de una estadística sanitaria común.

A partir de ese momento se inician las publicaciones forales de las estadísticas sanitarias, constituyendo el primer esfuerzo el “*Diagnóstico de Salud, 1986*”¹ y “*La Salud en cifras en 1988*”² con datos básicos de la Sección de Epidemiología del Instituto de Salud Pública. El esfuerzo siguiente constituyó el paso cualitativo en base a los indicadores disponibles y al impulso de la Oficina Regional de la OMS y del Ministerio de Sanidad, de formular las estrategias y objetivos que deberían orientar las acciones del ya único e integrado Sistema Sanitario de Navarra (sanidad preventiva colectiva y sanidad asistencial individual) a través del “*I Plan de Salud de Navarra 1991*”³, con la perspectiva puesta en el año 2000 (Salud para todos en el año 2000), cuyo Plan, de acuerdo a las directrices indicadas y por estar dirigido a un Sistema Sanitario que iniciaba una integración de actividades

* Director del Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios.

antes desordenadas e incipientes, se centró en los derechos constitucionales individuales de los ciudadanos, en la protección de la salud y fue diseñado pensando en alcanzar la mayor cobertura de derechos del ciudadano (equidad, universalidad, disponibilidad de servicios y programas), y con un enfoque holístico de la salud (determinantes medio-ambientales y sociales).

Como complemento del diseño de los objetivos del Sistema, formulados de acuerdo a las informaciones disponibles y según las tendencias de las citadas políticas sanitarias, nacionales e internacionales, se entendió también oportuno, el iniciar el conocimiento del estado de la salud percibida en el “momento” 1990-1991, dando voz y protagonismo al ciudadano, tanto en el modo de comportarse respecto a los estilos de vida, como a la percepción de su estado de salud a través de una “*Encuesta de Salud*” que permitiera conocer el nivel de calidad de vida e incapacidad de los individuos ante la carencia de datos objetivos al respecto; y del mismo modo, se llevó a la práctica el “*Diagnóstico de Salud 1993*”⁵ considerando los indicadores de los “determinantes de la salud”, y de los “indicadores objetivos de salud” en la medida y cuantía disponible hasta el año 1993.

Sirve también al propósito del Diagnóstico de Salud, los datos actualizados de indicadores demográficos y epidemiológicos, que ha llevado a cabo el Instituto de Salud Pública de Navarra: “*INFORME 2000*”. El año 2000 ha constituido un nuevo corte de observación adecuado para volver a emprender la evaluación y el análisis de la situación sanitaria, cuyos resultados son objeto de la actual Monografía: por un lado llevando a cabo la evaluación del I Plan de salud 1991-2000, incorporando al análisis, la mejora y perfeccionamiento que el desarrollo del propio Sistema ha propiciado por sí mismo en esta década al incorporar nuevas estructuras asistenciales, gerenciales, y tecnológicas, lo que nos permite con ello evaluar, 10 años después, no solo el cumplimiento de objetivos, sino además, el diagnóstico y la nueva realidad, del constante progreso y crecimiento del sistema asistencial. Por otro lado, el año 2000 ha servido también para conocer de nuevo la evolución de las variables cualitativas que constituyen la patología sentida, a través de la percepción del propio estado de salud (capacidad y discapacidad) de los ciudadanos, y de la evolución de los estilos de vida como determinantes de la salud, asociados a la voluntad individual y a los usos y costumbres personales y culturales que ha sido realizada, por medio de la nueva “Encuesta de Salud” al filo de los años 1999-2000, y cuyos resultados publicamos así mismo en esta Monografía. Todas estas informaciones ha permitido la propuesta del **II Plan de Salud de Navarra 2001-2005**.

El propósito en fin de esta publicación (Monografía nº 4 de la Serie de Salud Pública y Administración Sanitaria de ANALES del Sistema Sanitario) es dar cuenta de manera conjunta del estado de salud de los navarros en el corte del final de la XX centuria, a través de los indicadores de

Salud alcanzados en la evaluación del **“I Plan de Salud de Navarra, 1991 10 años después”**, con los datos estadísticos y epidemiológicos, recogidos por los servicios técnicos con la mayor objetividad y rigor metodológico, que constituyen en sí mismos un nuevo Diagnostico de Salud; y a la vez, se ofrecen simultáneamente los datos subjetivos de la población de Navarra en un análisis de la patología y de su estado de salud percibido, que disponemos por la **“Encuesta de Salud 2000”** que permite valorar la incapacidad, y en consecuencia deducir la esperanza de vida libre de incapacidad de los ciudadanos, acercándonos con ambas informaciones a la valoración real de los resultados objetivos de salud alcanzados en el año 2000 y a su vez, el conocer cual es el grado de satisfacción y de bienestar de los ciudadanos de Navarra, respecto a la salud percibida.

REFERENCIAS DOCUMENTALES:

1. Diagnóstico de Salud y formulación de programas para 1986 en la Comunidad Foral de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1986
2. La Salud en cifras. Navarra 1988. Informe Técnico nº 2. Pamplona: Gobierno de Navarra. Fundación Miguel Servet, 1989
3. Plan de Salud de Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1991
4. ¿Cómo estamos de Salud?. Encuesta de Salud 1990-1991. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud 1993.
5. Diagnóstico de Salud de Navarra, 1993, Informe Técnico nº 11. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 1995
6. Informe 2000. Pamplona: Instituto de Salud Pública de Navarra, 2000.
7. Plan de Salud de Navarra 2001-2005. ANALES Sis San Navarra 2001, Vol. 24, Supl. 3.

**SEGUNDA PARTE:
ENCUESTA DE SALUD 2000**

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Salud realizó en 1991 una Encuesta de Salud con el objetivo general de conocer: el estado de salud percibido por las personas; la distribución en la población de los problemas de salud sentidos, según la percepción de cada individuo, con especial referencia a los estados de la cronicidad y a la incapacidad que de ella deriva; para conocer, así mismo, el peso de los determinantes de salud asociados a los estilos de vida de los ciudadanos; y, finalmente, hacer una aproximación a la existencia o no, de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

La utilidad de las encuestas de salud como sistema de información se ve incrementada si se repite periódicamente, aunque esta periodicidad sea variable porque permite una evaluación de la tendencia de las estrategias de salud y su impacto en los indicadores de salud. El contenido en cada caso, dependerá de los aspectos a evaluar y de las prioridades del momento. Con este planteamiento, el Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios del Departamento de Salud consideró oportuno realizar la Encuesta de Salud 2000, diez años después, para conocer la persistencia o modificación de los parámetros en estudio, y fue orientada a los siguientes objetivos:

1. Conocer el nivel de salud percibida por la población residente en Navarra.
2. Estimar la magnitud de diferentes factores de riesgo: consumo de alcohol, consumo de tabaco; realización de ejercicio físico; prácticas preventivas.
3. Evaluar los cambios producidos en los diez últimos años.
4. Estimar los niveles de discapacidad en la población.
5. Elaborar el índice de esperanza de vida en buena salud.

Determinantes y variables estudiadas en Encuesta de Salud 2000/01

Los parámetros propuestos en la encuesta son los siguientes:

DETERMINANTES	ESTADO DE SALUD	CONSECUENCIAS
de Comportamiento	en Salud Física	Consumo de recursos
Consumo de alcohol	Percepción de la salud	Prevención ginecológica
Consumo de tabaco		Uso de servicios en problemas crónicos
Actividad Física		
Sueño		
Talla y peso (IMC)		
de Persona	en Calidad de vida relacionada con la salud	Discapacidad
Edad	Movilidad	Restricción temporal
Género	Cuidados personales	Limitación Permanente
Ocupación	Actividades cotidianas	Apoyos
Nivel de estudios	Dolor/malestar	Esperanza de vida ajustada por calidad
	Ansiedad/depresión	

MATERIAL Y MÉTODOS

La Encuesta de Salud 2000 está referida a la Población de Navarra a 1/5/1996 y dirigida a toda la población no institucionalizada de 16 y más años de edad. La fuente de información utilizada para el muestreo ha sido la base de datos de la Estadística de población de Navarra, 1996 del Instituto de Estadística del Gobierno de Navarra, y cuya muestra se conformó de acuerdo a la siguiente ficha técnica*.

Universo	Población no institucionalizada mayor de 16 años y residente en Navarra
Tamaño de la muestra	1.508 entrevistas
Margen de error	± 2,8
Nivel de confianza	95%
Marco de muestreo	Estadística de población de Navarra 1996
Modo de administración	Entrevista personal en el domicilio

* Muestra elaborada por el Departamento de Estadística

El tamaño de muestra es de 1.508 entrevistas. La fracción de muestreo es del 0,3%. El error máximo esperado para una variable con una frecuencia del 50% ($\pm 2,8$). El coeficiente de variación es menor de 15% para frecuencias inferiores al 3%, como se muestra en la tabla 1, lo que se alcanza para $N \geq 45$ efectivos.

El coeficiente de variación se utiliza para expresar los errores de muestreo en porcentajes de la estimación y permite cuantificar mejor la precisión de esta.

Tabla 1. Estimación del coeficiente de variación y error absoluto máximo de la muestra.

Prevalencia teórica	Frecuencia muestral	Efectivos muestrales	Coeficiente de Variación	Error absoluto por 100
0,001	0,10%	2	81,39	0,08
0,002	0,20%	3	57,52	0,12
0,003	0,30%	5	46,94	0,14
0,004	0,40%	6	40,63	0,16
0,005	0,50%	8	36,33	0,18
0,006	0,60%	9	33,14	0,20
0,007	0,70%	11	30,67	0,21
0,008	0,80%	12	28,68	0,23
0,009	0,90%	14	27,02	0,24
0,01	1%	15	25,62	0,26
0,02	2%	30	18,03	0,36
0,03	3%	45	14,64	0,44
0,04	4%	60	12,62	0,50
0,05	5%	75	11,22	0,56
0,06	6%	90	10,19	0,61
0,07	7%	106	9,39	0,66
0,08	8%	121	8,73	0,70
0,09	9%	136	8,19	0,74
0,1	10%	151	7,73	0,77
0,2	20%	302	5,15	1,03
0,3	30%	452	3,93	1,18
0,4	40%	603	3,15	1,26
0,5	50%	754	2,58	1,29
0,6	60%	905	2,10	1,26
0,7	70%	1.056	1,69	1,18
0,8	80%	1.206	1,29	1,03
0,9	90%	1.357	0,86	0,77

En la presentación de los resultados se ha optado por sombrear todas las celdas con resultados cuyo coeficiente de variación sea superior al 15%, es decir un error relativo de $\pm 0,9\%$ (un 30%) sobre el valor estimado siempre con una confianza del 95%. Este sombreado permite una lectura más precisa y, por lo tanto, más útil del dato numérico, en el sentido de que las celdas sombreadas, dada su amplia variabilidad, no contienen resultados concluyentes.

Recopilación de datos

El trabajo de campo se realizó durante el período comprendido entre el 10 de diciembre de 1999 y 14 de enero de 2000, por medio de la em-

presa CIES. El equipo lo integraron 34 personas. Se desarrolló en dos centros de operaciones, desde Pamplona y desde Tudela. Pamplona integraba la red de campo de área rural de la mitad norte de Navarra con 7 entrevistadores, y Pamplona y su comarca con 16. Tudela integraba la red de campo de la Ribera del Ebro y la Zona Media, que incluye las comarcas de Tafalla y Estella, con 8 entrevistadores.

Selección de la muestra

Se realizó por muestreo aleatorio, estratificado y multifásico de 1.507 personas (Tabla 2). Sólo se pudo entrevistar a un 41% de las seleccionadas. El resto lo fueron del listado de las reservas: un 37% de la primera reserva, un 10% de la segunda y finalmente un 11% de la tercera.

Tabla 2. Distribución de la muestra entrevistada por edad y género (estimada proporcionalmente y ajustada a la población de Navarra 1996).

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	
16-24	128	17,3	121	16,5	249	16,5
25-44	275	37,2	265	34,5	540	35,8
45-64	205	27,7	203	26,4	408	27,1
65 y más	131	17,7	179	23,3	310	20,6
Total	739		768		1.507	

Cuestionario

Se ha utilizado el cuestionario individual que se adjunta en el Anejo, similar al de la encuesta de 1991, pero que ha sido adaptado para incluir preguntas sobre la utilización de servicios de carácter preventivo en los servicios de ginecología; y para adaptar las preguntas, que en la encuesta anterior se hacían a toda la familia, a los individuos y a su entorno familiar; también, para incorporar un instrumento de calidad de vida relacionado con la salud: EuroQuol,5 Dimensiones (EQ-5D).

Modo de administración

Las entrevistas se realizaron en el domicilio de las personas seleccionadas, tras el envío de una carta por parte del Departamento de Salud y por llamada telefónica concertando la cita.

Codificación de la Categoría Ocupacional y del Nivel de estudios

Para medir la desigualdad se han utilizado dos indicadores: clase ocupacional y nivel de estudios.

a) Categoría ocupacional: Es una de las medidas más utilizadas habitualmente, y aunque se basa en la ocupación desempeñada, resume di-

ferentes aspectos como ingresos, educación, comportamientos, prestigio, etc., aunque no mide ninguna de ellas directamente.

Para su clasificación se ha utilizado, la adaptación de la clasificación de ocupaciones británica (Golthorpe, 1970) realizada por la Sociedad Española de Epidemiología (1995).

En esta publicación se ha considerado como unidad de análisis a la unidad familiar, situando a todos los miembros de la unidad familiar en la clase social del cabeza de familia (miembro que participa activamente en el mercado de trabajo). Sin embargo, a todas las personas entrevistadas de edad igual o superior a 16 años se les pregunta primero su situación laboral y si eran activos económicamente, su ocupación. Asimismo, se ha recogido información sobre la ocupación que más años ha ejercido a lo largo de su vida, lo que permitirá posteriores explotaciones de los datos profundizando en diferentes aspectos de la clase ocupacional y el estado de salud.

Cada una de las ocupaciones se clasifica en uno de los cinco grandes grupos presentados a continuación:

- I. Profesionales.
- II. Intermedios.
- III. Trabajadores cualificados no manuales.
- IV. Trabajadores semi-cualificados manuales.
- V. Trabajadores manuales sin cualificar.

Posteriormente se ha colapsado esta clasificación en tres grandes grupos: categoría alta (clases I y II); media (III) y baja (categorías IV y V).

b) Nivel de estudios: Se consideraban los estudios terminados, siendo la unidad de análisis el individuo. La clasificación se presenta en la pregunta 4 del cuestionario (Anexo B). Por cuestiones operativas la clasificación se ha colapsado quedando como sigue:

1. Elementales (ítems 1, 2 y 3)
3. Medios (ítem 4)
4. Técnicos y superiores (ítems 5 y 6)

Estimación de los resultados

Dadas las diferencias de la estructura por edad y sexo de la muestra estudiada y la estadística de población de 1996 las estimaciones presentadas han sido ajustadas a la población de Navarra.

Los datos han sido tratados con el programa estadístico SPSS para Windows versión 9 para las siguientes funciones estadísticas: medias, proporciones, desviación estándar (DE), error estándar (EE), intervalos de confianza, y chi cuadrado.

El umbral de significación de las diferencias observadas se ha estimado con una probabilidad de error de $p \leq 0,05$.

DETERMINANTES

Pasamos a describir los resultados más sobresalientes.

ACTIVIDAD FÍSICA

Hechos sobresalientes

- Respecto a la actividad habitual, hay más personas, hombres y mujeres, sedentarias que en 1991 y, en consecuencia, menos moderadamente activas, excepto en los más jóvenes (< 24 años).
- Casi mitad de la población (46%) realiza ejercicio en su tiempo de ocio de forma habitual. Ha aumentado respecto a 1991, que era de un 37%.
- Un 20 % de la población practica el ejercicio físico con la frecuencia y duración considerado cardiovascularmente saludable (30 minutos 3 días por semana).

Método

La actividad física se recoge en dos partes:

- 1) Por un lado se mide la actividad física habitual que es aquella que ocupa la mayor parte del día como trabajo, labores del hogar etc., y que se caracteriza mediante una escala de cuatro puntos que describe actividades tipo.

Se consideran las siguientes categorías:

- sedentario
- moderadamente activo
- activo
- muy activo

- 2) Actividad física en tiempo de ocio. Se expresa de dos maneras:

- Índice de actividad física que resume la información sobre la actividad física de los sujetos durante el tiempo libre, la práctica de los deportes, etc. El índice se determina en mets a partir de la frecuencia de cada una de las actividades de los sujetos en las dos semanas anteriores a la encuesta, multiplicando la duración media (en minutos) de cada actividad por el gasto energético de la misma.

Se consideran las categorías siguientes:

- sedentario
- moderadamente inactivo
- moderado
- moderadamente activo
- muy activo

- Actividad física saludable desde el punto de vista cardiovascular. Se mide el número de personas que realizan ejercicio físico al menos 3

días a la semana con una duración mínima de 30 minutos en cada ocasión.

Resultados

A. ACTIVIDAD FÍSICA HABITUAL

¿Cuántas personas son sedentarias?

Un 37% (IC 95%=35-39) de la población es sedentaria en su actividad habitual. Un 52% es moderadamente activo y un 11% activo o muy activo (Fig. 1).

En referencia a la población de Navarra, unas 160.000 personas de 16 y más años, son sedentarias en su actividad habitual (Tabla 3).

Tabla 3. Estimación de personas sedentarias.

	% (IC 95%)	Mayores de 16 años*
Personas sedentarias	37% (35-39)	162.628

* La estimación se hace tomando como base la población de 16 y más años según la Estadística de Población de Navarra a 1/5/96.

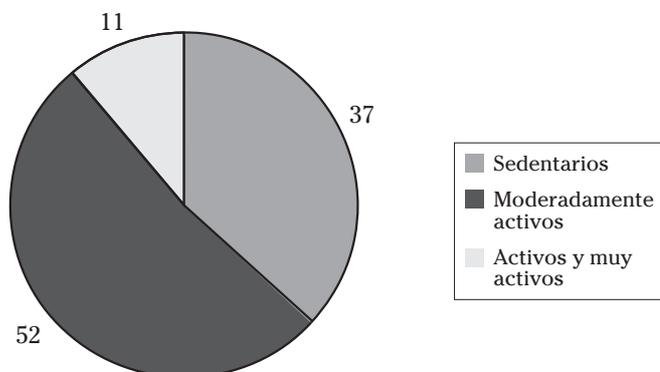


Figura 1. Prevalencia de actividad física habitual.

¿Quién es más probable que sea sedentario?

Las personas menores de 24 años y los mayores de 65 son los más sedentarios (Fig. 2).

Hay igual prevalencia de hombres y de mujeres sedentarias en su actividad habitual, sin embargo, la prevalencia de mujeres muy activas es menor que la de hombres y mayor la de moderadamente activas, previsi-

blemente, como consecuencia de la distribución social de los tipos de trabajo (Fig. 3) (Tabla 4).

Hay más personas sedentarias en su actividad habitual: en el medio urbano (Tabla A.1); en la población con más estudios que los elementales (Tabla A.2); y en hombres pertenecientes a la categoría ocupacional alta (Tabla A.3).

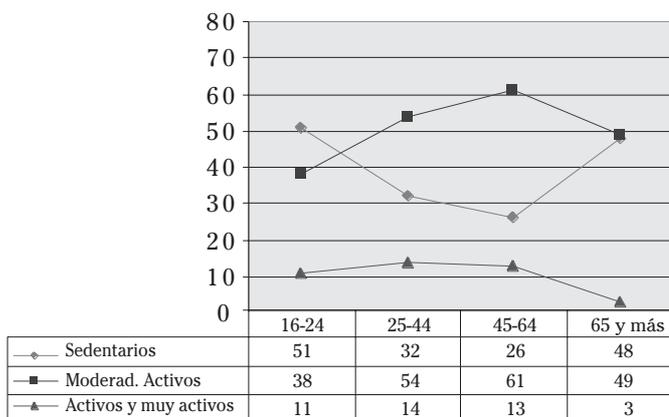


Figura 2. Prevalencia de actividad física habitual por edad (%).

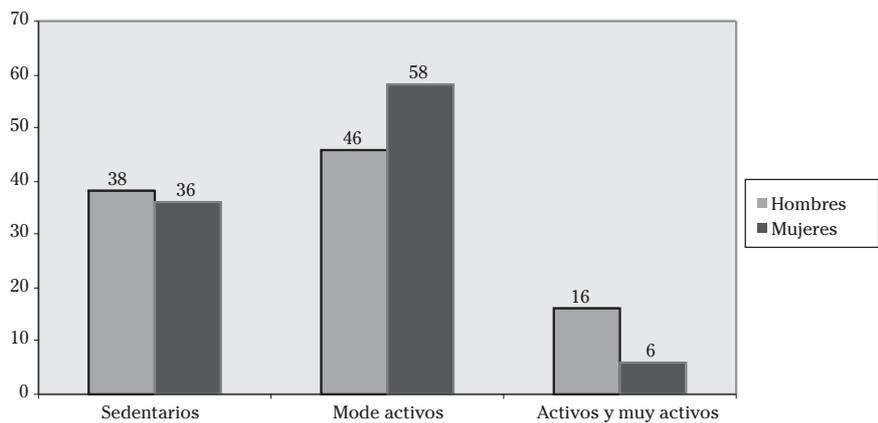


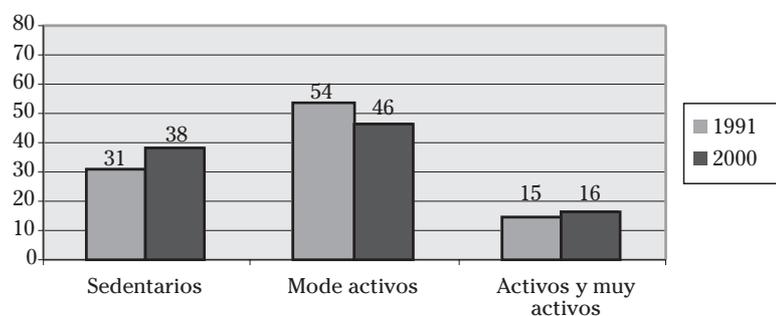
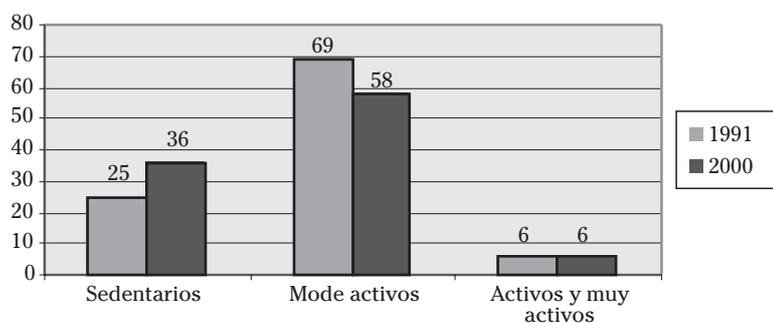
Figura 3. Prevalencia de actividad física habitual por sexo (%).

Tabla 4. Prevalencia por 100 de Actividad Física Habitual por edad y sexo (%).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total
Sedentarios	48	31	32	53	38	55	33	20	45	36
Moderadamente activos	38	48	50	46	46	39	60	72	52	58
Activos y muy activos	14	21	18	1	16	6	7	8	3	6

¿ Qué ha cambiado respecto a 1991?

Hay más personas, hombres y mujeres, sedentarias que en 1991 y menos moderadamente activos, salvo los menores de 24 años (Fig. 4 y 5).

**Figura 4.** Prevalencia de actividad física habitual en hombres. 1991-2000 (%).**Figura 5.** Prevalencia de actividad física habitual en mujeres. 1991-2000 (%).

B. ACTIVIDAD FÍSICA EN TIEMPO DE OCIO

¿Cuántas personas hacen ejercicio físico en tiempo de ocio?

La mitad de la población, 46% (IC 95%=44-49), realiza ejercicio de forma habitual durante su tiempo de ocio.

El reflejo en la población general se ve en la Tabla 5.

Tabla 5. Estimación de personas con actividad física en tiempo de ocio

	% (IC 95%)	Mayores de 16 años*
Personas que hacen ejercicio físico en tiempo de ocio	46% (44-49)	202.186

* La estimación se hace tomando como base la población de 16 y más años según la Estadística de Población de Navarra a 1/5/96.

¿Quién es más probable que haga ejercicio?

Hay más hombres que mujeres que hacen ejercicio físico en tiempo de ocio. De estas últimas, las de mayor nivel de estudios y las de clase ocupacional alta son las que más ejercicio hacen (Tablas A.4, A.5 y A.6). Por edad no hay diferencias significativas.

¿Cuándo, cuánto ejercicio se hace? Índice de actividad física

Una de cada 5 personas hace ejercicio solamente durante el fin de semana.

Un 28% de la población hace ejercicio moderado y un 16 % muy activo. Los hombres hacen una actividad física más fuerte que las mujeres (Tabla 6).

Tabla 6. Prevalencia por 100 e Índice de Actividad Física en tiempo de ocio por edad y sexo (%).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total
Sedentarios	40	52	54	52	50	61	64	54	64	61
Moderadamente inactivos	5	7	7	9	7	7	10	7	6	8
Moderados	6	8	8	9	8	5	8	7	5	7
Moderadamente activos	16	14	16	9	14	10	10	18	16	13
Muy activos	33	19	15	21	21	17	8	14	9	11

¿Qué ha cambiado respecto a 1991?

Ha aumentado 9 puntos la proporción de personas que hacen ejercicio físico en tiempo de ocio. Este incremento se manifiesta tanto en hombres como en mujeres (Fig. 6).

Se mantienen las diferencias por sexo con mayor prevalencia de hombres que hacen ejercicio y de aquellos que lo hacen muy activo. No se constatan las diferencias que había por edad.

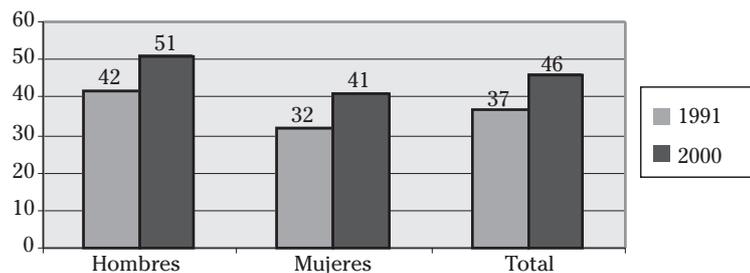


Figura 6. Prevalencia de actividad física en tiempo de ocio por sexo. 1991-2000 (%).

C. EJERCICIO FÍSICO SALUDABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA CARDIOVASCULAR

Un 20 % (IC 95%=18-22) de la población practica el ejercicio físico con la frecuencia y duración considerado cardiovascularmente saludable. Son tanto hombres como mujeres, mayoritariamente mayores de 45 años y más frecuentemente mayores de 65.

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.1.** Actividad física habitual por tipo de hábitat y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 721 hombres y 763 mujeres).

Hombres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
Sedentarios	30	45
Moderadamente activos	49	45
Activos, muy activos	21	10
Mujeres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
Sedentarios	30	40
Moderadamente activos	63	55
Activos, muy activos	7	5

Tabla A.2. Actividad física habitual por nivel de estudios y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 712 hombres y 762 mujeres).

Hombres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
Sedentarios	30	41	55
Moderadamente activos	51	42	37
Activos, muy activos	19	17	8
Mujeres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
Sedentarios	30	48	39
Moderadamente activos	65	46	57
Activos, muy activos	5	6	4

Tabla A.3. Actividad física habitual por categoría ocupacional y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 705 hombres y 755 mujeres).

Hombres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Sedentarios	66	39	27
Moderadamente activos	31	45	53
Activos, muy activos	3	16	20
Mujeres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Sedentarios	38	40	33
Moderadamente activos	58	54	61
Activos, muy activos	4	7	6

Tabla A.4. Actividad física en tiempo de ocio por tipo de hábitat y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 735 hombres y 770 mujeres).

Hombres		
Actividad física ocio	Hábitat rural	Hábitat urbano
Sí	51	48
No	49	52
Mujeres		
Actividad física ocio	Hábitat rural	Hábitat urbano
Sí	59	59
No	41	41

Tabla A.5. Actividad física en tiempo de ocio por nivel de estudios y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 733 hombres y 769 mujeres).

Hombres			
Actividad física ocio	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
Sí	54	43	50
No	46	57	50
Mujeres			
Actividad física ocio	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
Sí	63	72	42
No	37	28	58

Tabla A.6. Actividad física en tiempo de ocio por categoría ocupacional y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 720 hombres y 765 mujeres).

Hombres			
Actividad física ocio	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Sí	47	52	50
No	53	48	50
Mujeres			
Actividad física ocio	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Sí	46	61	60
No	54	39	40

EL SUEÑO

Hechos sobresalientes

- Un 69% de la población duerme la cantidad de horas recomendadas, estimadas en 7-8 horas/día.
- El patrón de sueño apenas ha cambiado respecto a 1991.

Método

Se miden las horas de sueño habituales al día incluyendo las de la siesta.

Se clasifica a la población en tres grupos:

- Falta de sueño: menos de 7 horas al día.
- Sueño recomendado: entre 7 y 9 horas.
- Exceso de sueño: 9 o más horas.

Resultados

¿Cuántas personas tienen un hábito de sueño saludable?

Un 69% de la población (IC 95%=67-71) duerme las horas recomendadas. El resto se reparte homogéneamente entre los que tienen falta de sueño y exceso de sueño (Fig. 7).

El reflejo de esto en el total de la población de Navarra se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7. Estimación de personas con horas de sueño saludable.

	% (IC 95%)	Mayores de 16 años*
Personas con hábito de sueño saludable	69% (67-71)	303.279

* La estimación se hace tomando como base la población de 16 y más años según la Estadística de Población de Navarra a 1/5/96.

El promedio de horas de sueño es de $7,6 \pm 0,06$.

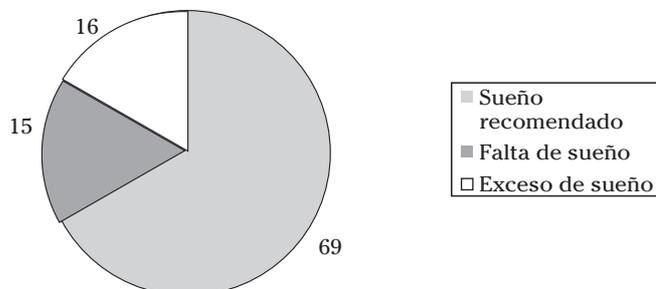


Figura 7. Patrón de sueño (%).

¿Quién es más probable que tenga un hábito de sueño saludable?

Las personas menores de 65 años son las que con mayor frecuencia tienen un patrón de sueño adecuado. Los mayores de 65 tienen un exceso de prevalencia tanto de falta como de exceso de sueño.

Al aumentar la edad se duerme menos.

Los hombres y las mujeres tienen con igual frecuencia un hábito de sueño saludable.

¿Qué ha cambiado respecto a 1991?

El patrón de sueño no ha cambiado respecto a 1991 excepto en el hecho de que no se detecta la diferencia en el número de horas de sueño por género que se veía en 1991, que era ligeramente superior en hombres que en mujeres.

CONSUMO DE ALCOHOL

Hechos sobresalientes

- El 35% de la población consume alcohol de manera habitual, y el 4% tiene un consumo alto excesivo. Ambas cifras han disminuido respecto a 1991.
- La prevalencia de consumo habitual y de consumo excesivo sigue siendo mayor en hombres que en mujeres.
- Los menores de 24 años tienen una alta prevalencia de consumidores habituales de alcohol pero hay pocos con un consumo alto excesivo. Predominantemente son consumidores de fin de semana y restringen el consumo a esos días.
- Ha aumentado 15 puntos la prevalencia de bebedores exclusivos de fin de semana.
- En los más jóvenes, 16-24 años, ha disminuido la edad de inicio al consumo habitual de alcohol de 16,4 a 15,6 años.

Método

El consumo de alcohol se mide preguntando directamente si beben o no habitualmente y si contestan afirmativamente, la cantidad consumida las 4 semanas anteriores a la realización de la encuesta.

Se consideran las categorías siguientes:

- Abstemio: no consumidor.
- Bebedor ocasional: declara haber consumido en 1-3 ocasiones durante el último mes o bebe solo en contadas ocasiones.

– Bebedor habitual: declara haber consumido en 4 o más ocasiones durante el último mes. El consumo de alcohol se resume en un índice promedio de consumo en centímetros cúbicos por día:

- Consumo bajo moderado: ≤ 60 cc/día.

- Consumo Alto: 61-99 cc/día.

- Consumo excesivo: ≥ 100 cc/día.

Resultados

¿Cuántas personas tienen un consumo alto-excesivo de alcohol?

Un 35% de la población (IC 95%=33-37) consume alcohol de manera habitual, un 4% (IC 95%=3-5) tiene un consumo alto excesivo.

En términos de población total de Navarra, 17.500 personas consumen alcohol en cantidad potencialmente peligrosa para la salud (Tabla 8).

Tabla 8. Estimación de personas consumidoras de alcohol.

	% (IC 95%)	Mayores de 16 años*
Consumidores habituales de alcohol	35% (33-37)	153.837
Consumidores con consumo alto-excesivo	4% (3-5)	17.581

* La estimación se hace tomando como base la población de 16 y más años según la Estadística de Población de Navarra a 1/5/96.

Un 40 % declara ser bebedor ocasional, un 19% no haber bebido nunca, un 6% se considera exbebedor, y el 35% bebedor habitual (Fig. 8). De éstos, la mayor parte, un 88%, tienen un consumo bajo moderado (Fig. 9).

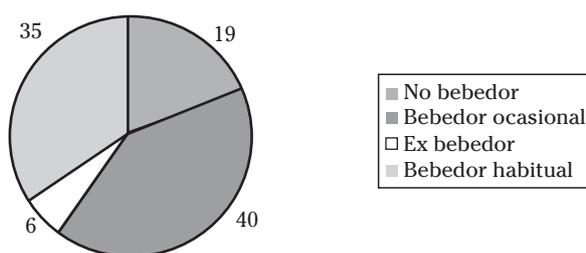


Figura 8. Prevalencia de consumo de alcohol (%).

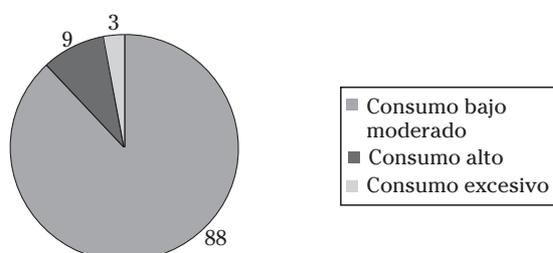


Figura 9. Distribución de los bebedores habituales (%).

¿Quién es más probable que tenga un consumo alto-excesivo de alcohol?

Hay más hombres (52%) que mujeres (19%) que consuman alcohol de manera habitual, lo que se constata en todos los grupos de edad (Fig. 10). El 8% de los hombres tiene un consumo alto excesivo mientras que en las mujeres no llega al 1.

Los más jóvenes tienen una alta prevalencia de consumidores habituales de alcohol pero hay pocos con un consumo alto excesivo (Fig. 11).

El grupo de edad de 45-65 años tiene una prevalencia de consumo alta y además es el de mayor presencia de consumidores de riesgo.

Los mayores de 65 tienen la menor prevalencia de bebedores habituales y también cuentan con pocos bebedores de consumo alto-excesivo.

No hay diferencias en la prevalencia de bebedores habituales ni en la intensidad de consumo por tipo de hábitat, nivel de estudios o clase ocupacional (Tablas A.7, A.8 y A.9).

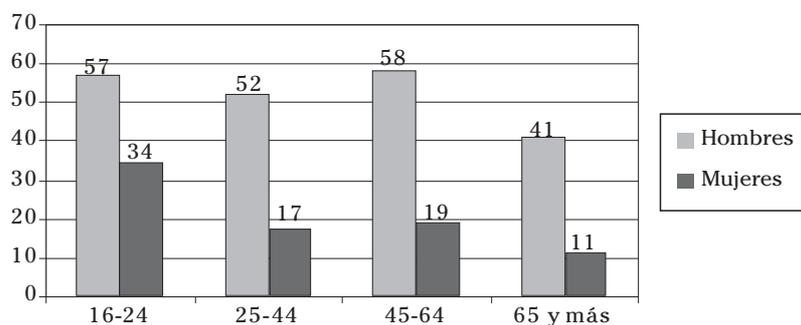


Figura 10. Distribución de consumidores habituales de alcohol por edad y sexo (%).

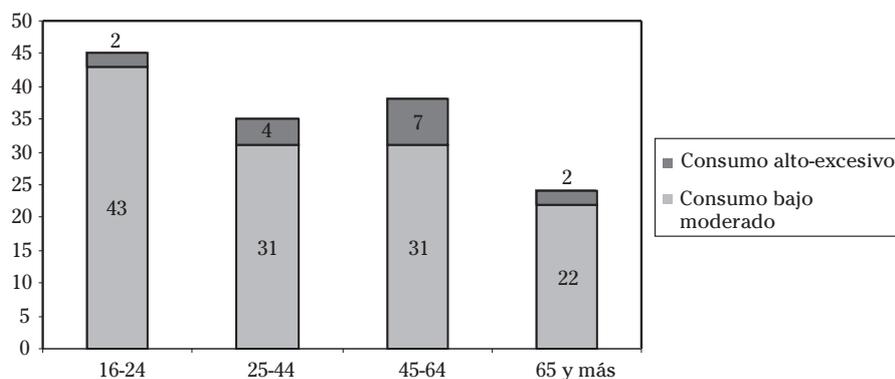


Figura 11. Distribución por edad de la prevalencia e intensidad de consumo habitual de alcohol (%).

Tabla 9. Prevalencia por 100 de consumo de alcohol por edad y sexo (%).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-24	25-44	45-64	65 y mas	Total	16-24	25-44	45-64	65 y mas	Total
No bebedor	7	6	8	11	8	8	20	37	53	31
Bebedor ocasional	35	38	24	27	31	55	59	41	31	47
Ex bebedor	2	5	10	22	9	3	3	2	4	3
Bebedor habitual	57	52	57	41	52	34	17	19	11	19
Bebedores habituales										
C. Bajo-moderado	94	85	74	89	84	98	100	100	100	99
C. Alto	3	11	21	7	12	0	0	0	0	0
C. Excesivo	3	4	5	4	4	2	0	0	0	1

¿Qué valoración hacen los consumidores de su consumo?

Hay una tendencia a valorar el consumo propio como bajo, solo una cuarta parte de los bebedores de consumo alto y excesivo consideran que su consumo es bastante o mucho.

¿A qué edad se inicia el consumo habitual de alcohol?

Las personas encuestadas menores de 45 años manifiestan haberse iniciado en el consumo de alcohol en edades equivalentes en ambos sexos; en tanto que en los mayores de 45 años las mujeres iniciaron el consumo en edades posteriores a los hombres (Fig. 12).

Al disminuir la edad del encuestado, la edad de inicio es inferior.

No hay diferencia entre ambos sexos en la edad de inicio entre los bebedores habituales de consumo bajo moderado y los de consumo alto-excesivo.

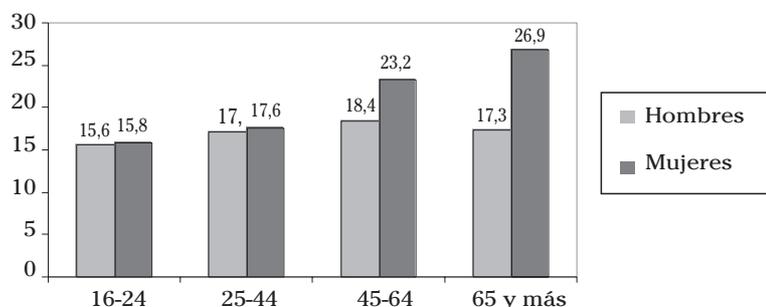


Figura 12. Edad media de inicio al consumo de Alcohol por edad y sexo(%).

Una manera diferente de beber: los consumidores de fin de semana

Hay un colectivo de la población que siendo un consumidor habitual no consume alcohol diariamente, dándose una pauta de consumo que se centra exclusivamente en el fin de semana (viernes, sábado y domingo). Un 40% de los bebedores habituales pertenece a este grupo. Es la forma de consumo predominante de los más jóvenes y casi alcanza el 50% de todas las mujeres que consumen habitualmente alcohol (Fig. 13).

La práctica totalidad tienen un consumo bajo moderado si se calcula el consumo/día con respecto a los siete días que tiene la semana; pero respecto a los tres días del fin de semana, en los que realmente se ha hecho el consumo, un 22% de estos bebedores tienen un consumo alto-excesivo.

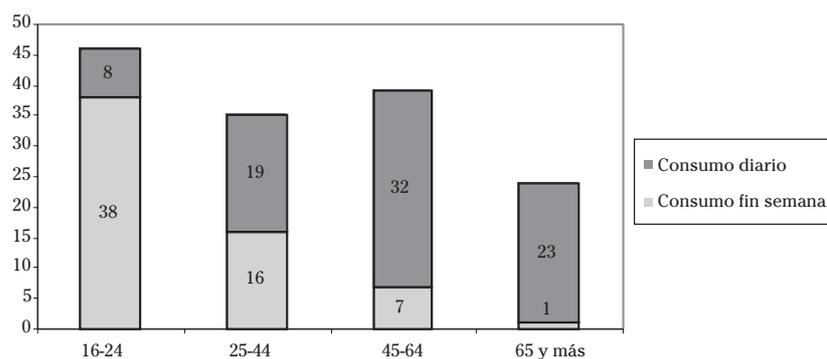


Figura 13. Distribución por edad de los bebedores habituales según su hábito de consumo sea diario o exclusivamente de fin de semana (%).

¿Qué ha cambiado respecto a 1991?

Ha disminuido el porcentaje de bebedores habituales de un 40 a un 35%. También ha bajado de 7 a 4% la prevalencia de bebedores de consumo alto excesivo. La disminución se debe al descenso producido en los hombres ya que en mujeres no se ha modificado el patrón de consumo (Figs. 14 y 15). Sin embargo, ha aumentado 15 puntos la prevalencia de bebedores exclusivos de fin de semana.

En el grupo de edad de 25 a 44 años ha decrecido tanto la prevalencia como la cantidad de consumo, y en los más jóvenes, entre 16 y 24 años, ha disminuido la edad de inicio al consumo habitual de alcohol de 16,4 a 15,6 (Figs. 16 y 17).

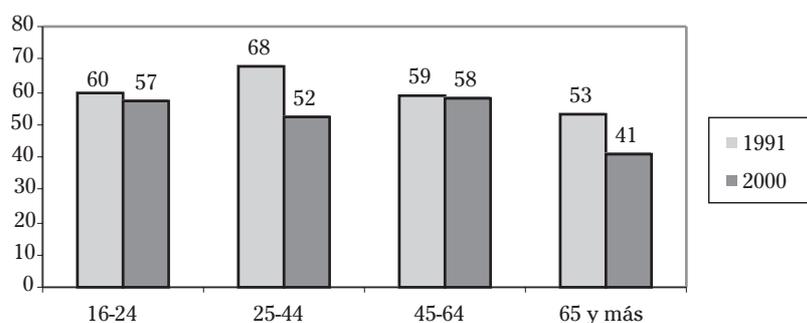


Figura 14. Prevalencia de consumo habitual de alcohol en hombres. 1991-2000 (%).

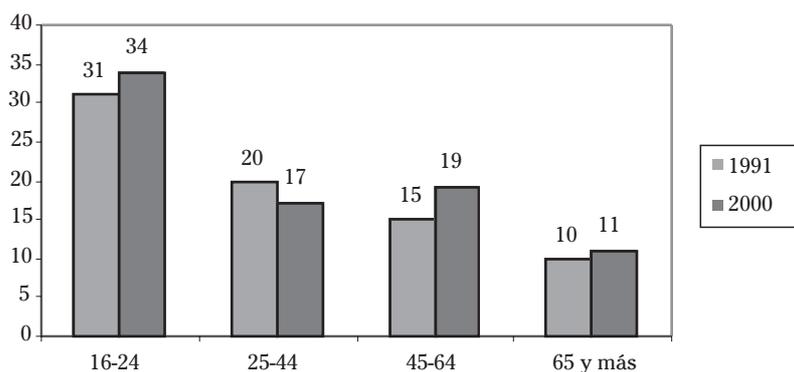


Figura 15. Prevalencia de consumo habitual de alcohol en mujeres 1991-2000 (%).

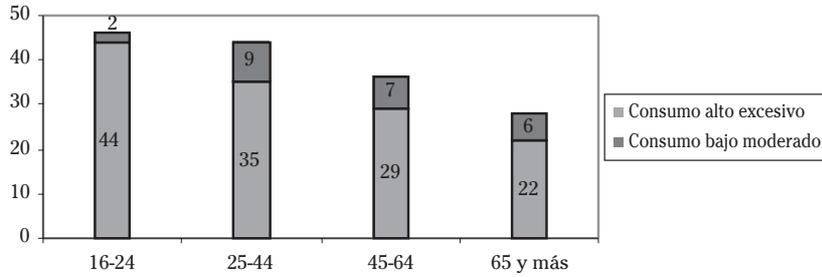


Figura 16. Distribución por edad de la prevalencia e intensidad de consumo habitual de alcohol. Año 1991 (%).

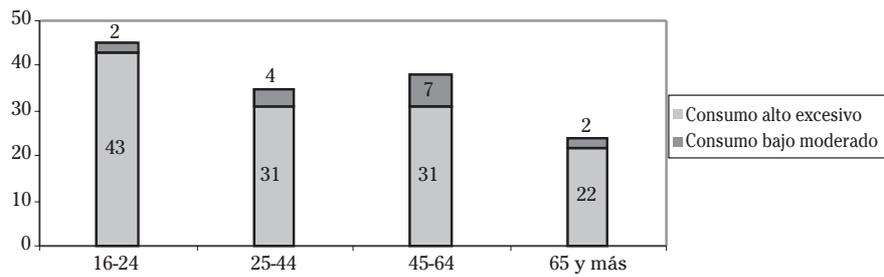


Figura 17. Distribución por edad de la prevalencia e intensidad de consumo habitual de alcohol. Año 2000 (%).

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.7.** Consumo de alcohol por tipo de hábitat y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 735 hombres y 769 mujeres).

Hombres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
No ha bebido jamás	11	5
Bebedor ocasional	28	33
Antiguo bebedor	11	8
Consumo bajo-moderado	39	47
Consumo alto	9	5
Consumo excesivo	3	2
Mujeres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
No ha bebido jamás	37	28
Bebedor ocasional	42	49
Antiguo bebedor	5	2
Consumo bajo-moderado	15	20
Consumo alto	1	-
Consumo excesivo	-	-

Tabla A.8. Consumo de alcohol por nivel de estudios y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 731 hombres y 767 mujeres).

Hombres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
No ha bebido jamás	8	7	6
Bebedor ocasional	31	30	30
Antiguo bebedor	11	8	3
Consumo bajo-moderado	39	48	56
Consumo alto	8	5	5
Consumo excesivo	3	2	-
Mujeres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
No ha bebido jamás	38	37	19
Bebedor ocasional	43	45	53
Antiguo bebedor	4	2	4
Consumo bajo-moderado	15	16	24
Consumo alto	1	-	-
Consumo excesivo	-	-	-

Tabla A.9. Consumo de alcohol por categoría ocupacional y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 720 hombres y 764 mujeres).

Hombres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
No ha bebido jamás	3	10	7
Bebedor ocasional	39	31	27
Antiguo bebedor	9	10	9
Consumo bajo-moderado	43	41	45
Consumo alto	4	6	8
Consumo excesivo	1	2	3
Mujeres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
No ha bebido jamás	18	31	34
Bebedor ocasional	53	47	46
Antiguo bebedor	2	4	4
Consumo bajo-moderado	27	18	16
Consumo alto	-	-	-
Consumo excesivo	-	-	-

CONSUMO DE TABACO

Hechos sobresalientes

- El 32% de la población mayor de 16 años consume tabaco de manera habitual
- Los hombres fuman más que las mujeres, pero en los más jóvenes la prevalencia de fumadores habituales es igual en ambos sexos.
- Hay menos hombres fumadores con estudios superiores y en la clase ocupacional alta.
- La situación de consumo de tabaco en Navarra es bastante similar a la de otras comunidades autónomas y de España en general. Respecto a otros países desarrollados ocupa una posición desfavorable.
- Dos de cada tres fumadores quiere dejar de fumar; uno de cada cuatro lo ha intentado en un promedio de dos veces durante el último año.
- Hay un 20% de ex-fumadores. El motivo principal de abandono del hábito es 'para sentirse mejor' y lo más frecuente es que dejen sin ninguna ayuda.
- No hay diferencias en el hábito tabáquico respecto a 1991, excepto un aumento de exfumadores y se ha incrementado la proporción de fumadores habituales con tentativas evidentes de abandono del hábito.
- Hay una buena aceptabilidad de las medidas restrictivas vigentes sobre consumo de tabaco.

Método

El consumo de tabaco se valora en función de si el hábito es diario o no y de la cantidad de tabaco consumida habitualmente. Las personas se clasifican en las siguientes categorías:

- No fumador: no ha fumado nunca.
- Fumador ocasional: fuma de forma esporádica.
- Ex-Fumador: ha consumido tabaco a diario o esporádicamente pero ha abandonado el hábito.
- Fumador habitual: consumidor diario de tabaco. Estos a su vez se clasifican en:
 - Consumidor moderado: menos de 10 cigarrillos/día.
 - Consumidor excesivo: 11-20 cigarrillos/día.
 - Gran fumador: 21 y más cigarros/día.

Resultados

¿Cuántas personas fuman? ¿Cuánto fuman?

El 32% (IC 95%=30-35) de la población consume tabaco de manera habitual.

En términos de la población total de Navarra, 140.000 personas fuman a diario (Tabla 10).

Tabla 10. Estimación de fumadores en Navarra

	% (IC 95%)	Mayores de 16 años*
Personas que fuman habitualmente	32% (30-35)	140.651

* La estimación se hace tomando como base la población de 16 y más años según la Estadística de Población de Navarra a 1/5/96.

El 9% fuma ocasionalmente; un 39% no ha fumado nunca; y un 20% se declara exfumador (Fig. 18). En consecuencia, entre el 59-60% se considera libre del hábito tabáquico por debajo de Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido.

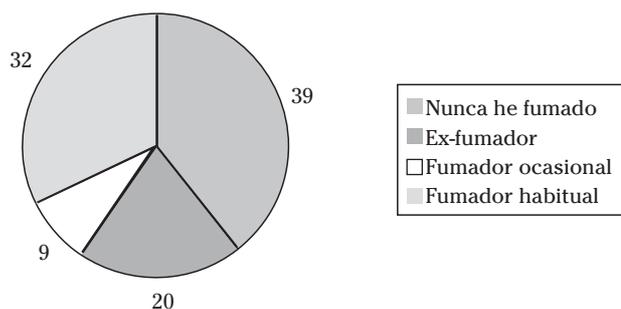


Figura 18. Prevalencia de consumo de tabaco (%).

La mitad de los fumadores, el 16% de la población, consume más de 10 cigarrillos al día. La otra mitad tiene un consumo moderado (< 10 cigarrillos). El 3,5% de la población se considera como gran fumador (21 o más cigarrillos al día) (Fig. 19).

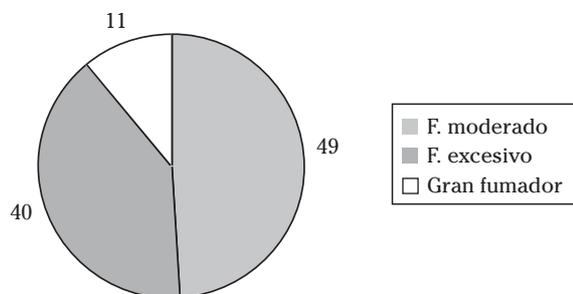


Figura 19. Distribución de los fumadores habituales (%).

Los fumadores habituales consumen como promedio 16 cigarrillos/día.

¿Quién es más probable que fume?

Los hombres fuman más que las mujeres: hay más hombres que mujeres que fuman a diario, diferencia que existe desde hace años; además los hombres que fuman, fuman más. Todo esto se refleja en los hombres respecto a las mujeres:

- Mayor presencia de fumadores habituales: 39% *versus* 26%.
- Menor porcentaje de personas que no han fumado nunca: 26% *versus* 52%.
- Mayor porcentaje de ex-fumadores: 26% frente a 14%.
- Mayor prevalencia de grandes fumadores: 14% frente a 5%.
- Mayor promedio de cigarrillos consumidos por día: 17 *versus* 12.

Siendo cierto todo lo anterior, se constata, que como ya sucedía en la Encuesta 1991, en los más jóvenes, 16-24 años, se ha igualado la prevalencia de fumadores habituales entre hombres y mujeres (Fig. 20).

La presencia de fumadores habituales disminuye al aumentar la edad.

El grupo de jóvenes y adultos jóvenes (16-44) son los de mayor porcentaje de fumadores habituales, en tanto que los mayores de 65 años tienen el porcentaje más bajo.

Hay menos hombres fumadores habituales con estudios técnicos-superiores que con estudios elementales, también hay menos hombres fumadores en la clase alta que en las otras clases ocupacionales (Tablas A.10, A.11 y A.12).

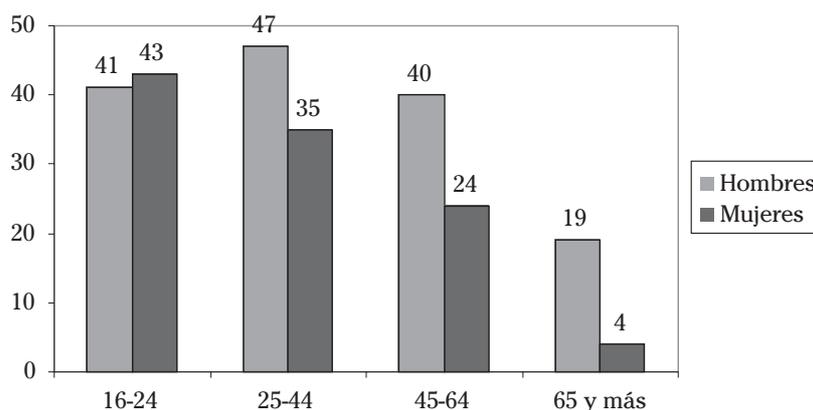


Figura 20. Distribución de los fumadores habituales por edad y sexo (%).

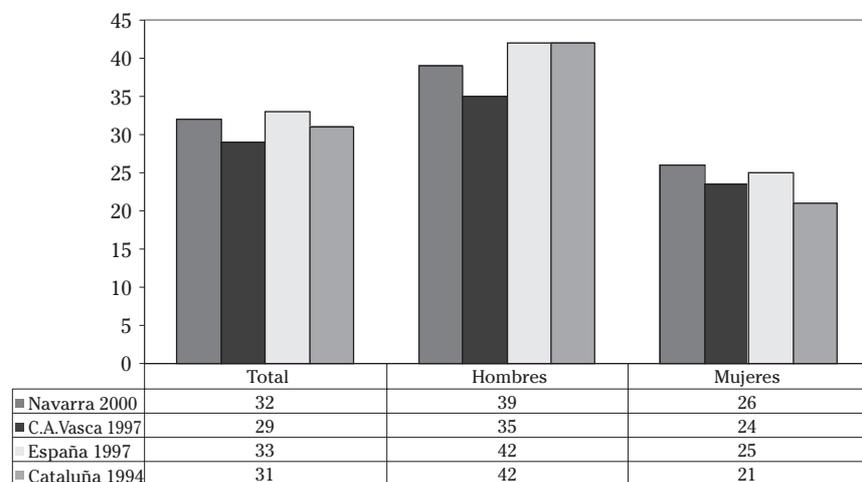
Tabla 11. Prevalencia por 100 de consumo de tabaco por edad y sexo (%).

	HOMBRES					MUJERES				
	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total
Nunca he fumado	39	26	22	21	26	34	35	53	87	52
Ex-fumador	9	17	31	54	26	4	24	17	4	14
Fumador ocasional	12	11	7	6	9	19	7	5	5	8
Fumador habitual	41	46	40	19	39	43	35	24	4	26
Fumadores habituales: 32%										
Consumidor moderado	54	37	45	76	46	77	53	43	38	56
Consumidor excesivo	44	43	40	20	40	21	37	55	62	38
Gran fumador	2	20	16	4	14	2	10	2	0	6

El 5,5% de los hombres y el 1,6% de las mujeres son grandes fumadores (Tabla 11).

¿En qué situación estamos respecto a otras comunidades autónomas y a otros países desarrollados?

Respecto a otras comunidades autónomas y a España en general, aunque las fechas de referencia en sus casos son algo más antiguas que las de Navarra, la prevalencia de consumo global y por género es similar (Fig. 21).

**Figura 21.** Prevalencia de consumo habitual (diario) de tabaco (%).

Fuente: Encuesta de Salud 1997. Gobierno Vasco.
Encuesta Nacional de Salud 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Encuesta de Salud de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Respecto a otros países desarrollados, la situación es muy desfavorable para Navarra, con mayores prevalencias de consumo habitual. Sólo en el caso de las mujeres la prevalencia es similar a la de las mujeres inglesas (Fig. 22).

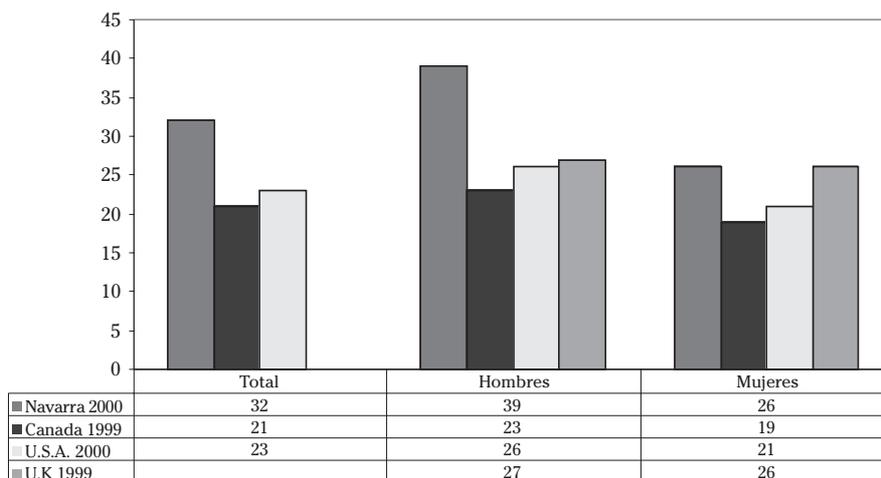


Figura 22. Prevalencia de consumo habitual de tabaco (%).

Fuente: *Canadian tobacco use monitoring survey documentation (CTUMS)*.
National Health Interview Survey (NHIS) United States.
Health Survey for England. Department of Health.

Comparando por edad, la prevalencia de consumo en Navarra es más alta que la de Canadá y similar a las del Reino Unido, excepto en los hombres en la edad de 35-54 años que también supera a las cifras inglesas y en las mujeres mayores de 55; en este caso, las navarras son las de menor prevalencia (Fig. 23 y 24).

¿A qué edad se inicia el consumo habitual?

Como promedio la edad de inicio es tanto en hombres como en mujeres de 17,5 años (IC 95%= 17,1-17,9).

Los menores de 24 años iniciaron antes el consumo habitual, a los 16 años. Los mayores de 65 son menos homogéneos en la edad de inicio al consumo (Fig. 25).

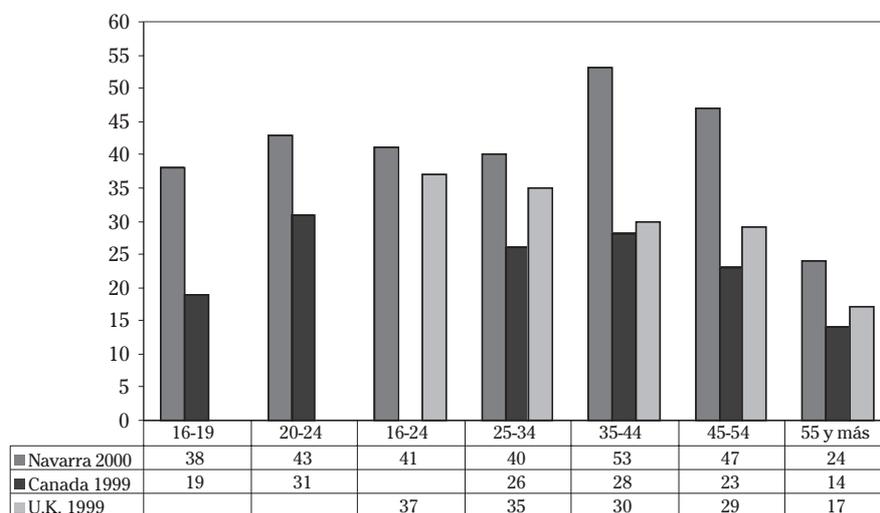


Figura 23. Prevalencia de hombres fumadores habituales según edad (%).

Fuente: Canadian tobacco use monitoring survey documentation (CTUMS)
Health Survey for England. Department of Health

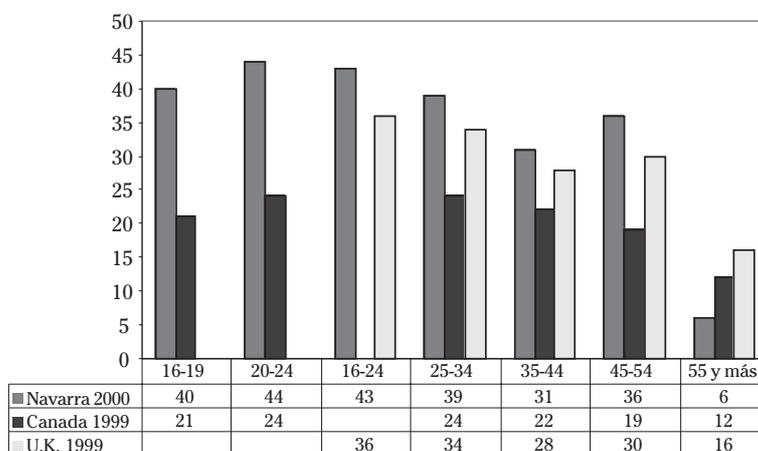


Figura 24. Prevalencia de mujeres fumadoras habituales según edad (%).

Fuente: Canadian tobacco use monitoring survey documentation (CTUMS)
National Health Interview Survey (NHIS) United States

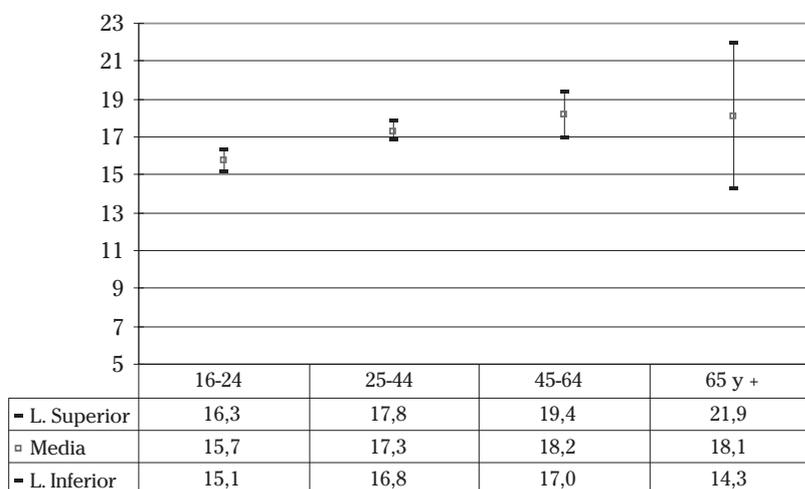


Figura 25. Edad de inicio al consumo habitual por grupos de edad (%).

¿Qué cambios se producen en el hábito de consumo?

Las modificaciones del hábito se han valorado a partir de tres preguntas referidas a los últimos 12 meses:

- Cambios en la cantidad de tabaco que se consume.
- Cambios hacia marcas más fuertes o más suaves.
- Intentos de abandono del hábito de consumo.

En base a las respuestas se han hecho dos categorías de comportamientos:

- Comportamientos negativos:
 - Actualmente fumo más.
 - Fumo una marca más fuerte.
- Comportamientos positivos:
 - Actualmente fumo menos.
 - Fumo una marca más suave.
 - He intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Su combinación permite construir una tabla de tentativas:

- Tentativas evidentes: al menos un comportamiento positivo y ninguno negativo.
- Tentativas mitigadas: Al menos uno positivo y uno negativo.
- Ninguna tentativa: ningún comportamiento positivo ni negativo.
- Tentativa negativa: ningún comportamiento positivo y alguno negativo.

Más de la mitad de los fumadores (el 58%), o no han hecho ninguna tentativa de cambio de hábito (47%), o han hecho tentativas negativas (11%). El 36% ha hecho tentativas evidentes de abandono de hábito en el último año (Fig. 26).

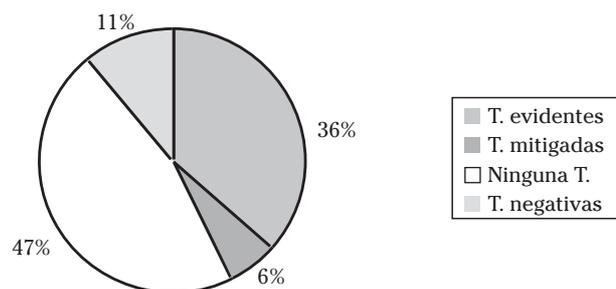


Figura 26. Distribución de fumadores habituales según tendencia de consumo (%).

Los fumadores habituales mayores de 65 hacen con más frecuencia tentativas evidentes que el resto. Por género no se ha encontrado diferencia, tampoco por tipo de hábitat, clase ocupacional ni nivel de estudios (Tablas A.13, A.14 y A.15).

Los fumadores moderados son los que con más frecuencia hacen tentativas evidentes de abandono de hábito, mientras que los grandes fumadores son los de mayor porcentaje de tentativas negativas.

Los comportamientos positivos que se intentan más frecuentemente son, fumar menos y dejar de fumar.

Un 65% de los fumadores habituales manifiesta que quiere dejar de fumar: de éstos, el 40%, alrededor de 39.000 personas en todo Navarra, lo ha intentado alguna vez durante el año anterior a la realización de la encuesta. Como promedio lo han intentado seriamente en dos ocasiones.

¿Quién ha dejado de fumar? ¿Cómo?

El 20% de la población (IC 95%=18-22) son ex-fumadores, un tercio de ellos eran fumadores ocasionales.

El ex-fumador es principalmente hombre, mayor de 45 años, con un consumo diario promedio de 22 cigarrillos; no pertenece de manera predominante a ninguna clase ocupacional ni tipo de hábitat; su motivo principal de abandono tabáquico es "para sentirse mejor" (35%); y deja de fumar sin ninguna ayuda (91%).

Los siguientes motivos en frecuencia para el abandono del hábito de tabaco son por consejo del médico (18%) y por molestias debidas al tabaco (18%).

Más de la mitad de los fumadores habituales que han acudido al centro de salud los últimos 5 años no han recibido consejo de abandono de tabaco en ninguna ocasión.

¿Cómo se acepta la legislación restrictiva sobre el tabaco?

Se pregunta directamente la opinión sobre las medidas restrictivas vigentes referidas a la prohibición de fumar en lugares destinados al público y sobre la adopción de medidas dirigidas a la delimitación de áreas específicas para fumadores.

Dos tercios de la población (63%) son bastante o muy favorable a la prohibición de consumo de tabaco en lugares destinados al público y a la delimitación de espacios en centros de trabajo y estudio. Sólo el 9 y el 6% se muestran contrarios respectivamente a cada una de las medidas restrictivas sometidas a valoración. El resto es indiferente a las medidas reguladoras.

Los más jóvenes se muestran más contrarios a estas medidas y los más mayores son menos contrarios a las mismas, no existiendo diferencias por género.

Las personas que viven en el medio urbano y las que pertenecen a la categoría ocupacional alta, se muestran más favorables a las medidas restrictivas que el resto que se muestra más indiferente. Por nivel de estudios se aprecia que a medida que aumentan los estudios realizados, se muestran en menor medida indiferentes y son más favorables a las medidas restrictivas (Tablas A.16-A.21).

La población fumadora, aunque en menor medida que la no fumadora, se muestra también mayoritariamente favorable a las medidas reguladoras (Figs. 27 y 28).

¿Qué ha cambiado en el 2000, respecto a 1991, en el consumo de tabaco?

1. Ha aumentado el porcentaje de ex-fumadores de un 16 a un 20%.
2. No hay diferencias significativas en el consumo habitual global ni tampoco por género o grupos de edad. Únicamente en el grupo de mujeres de 45-64 años, ha aumentado la prevalencia de consumo habitual (Figs. 29, 30 y 31). La prevalencia de consumo en los diferentes grupos de edad del año 91, tampoco ha cambiado (Figs. 32 y 33).
3. Se observa que ha aumentado la proporción de personas fumadoras habituales con tentativas evidentes de abandono de hábito. Este aumento se ha producido a expensas de una disminución de la proporción de fumadores que no hacen ninguna tentativa de cambio de hábito (Fig. 34).

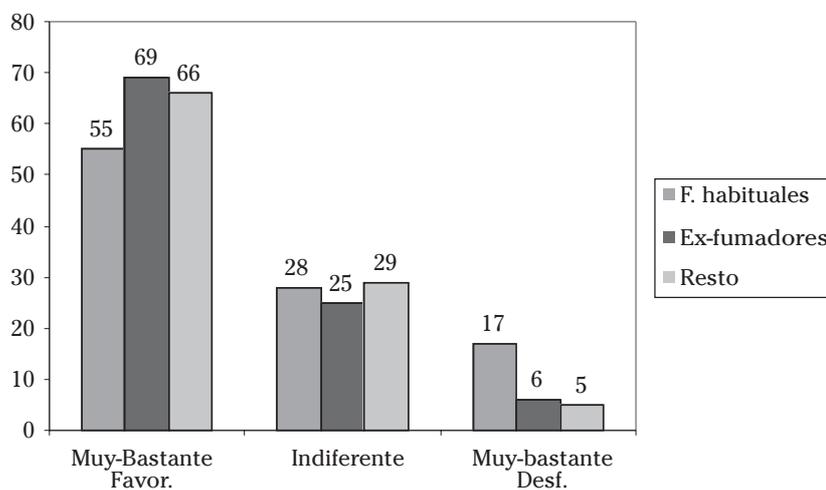


Figura 27. ¿Es Ud. partidario de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público? Según hábito de consumo (%).

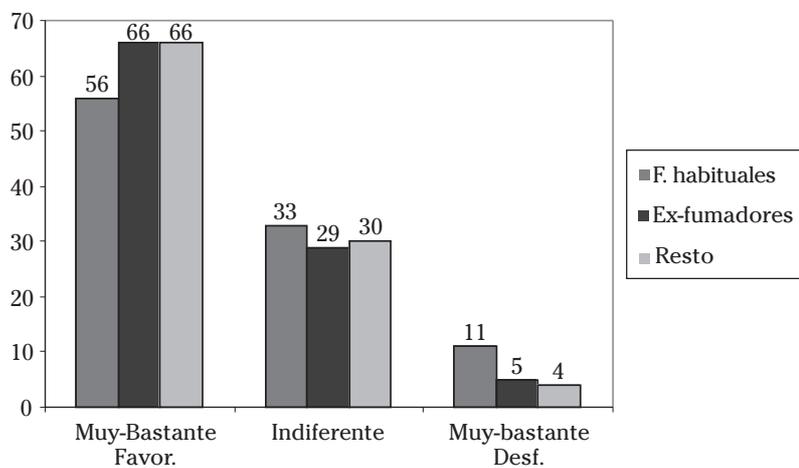


Figura 28. ¿Es Ud. partidario de una normativa que delimite zonas de fumadores en lugares de trabajo? Según hábito de consumo (%).

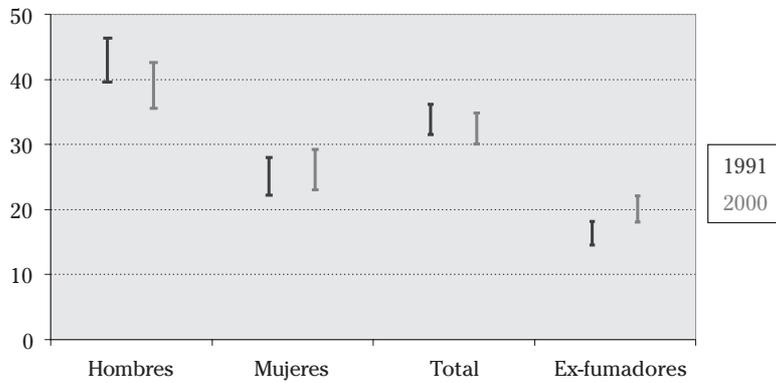


Figura 29. Prevalencia de consumo habitual y de ex-fumadores. 1991-2000 (% I.C. 95%).

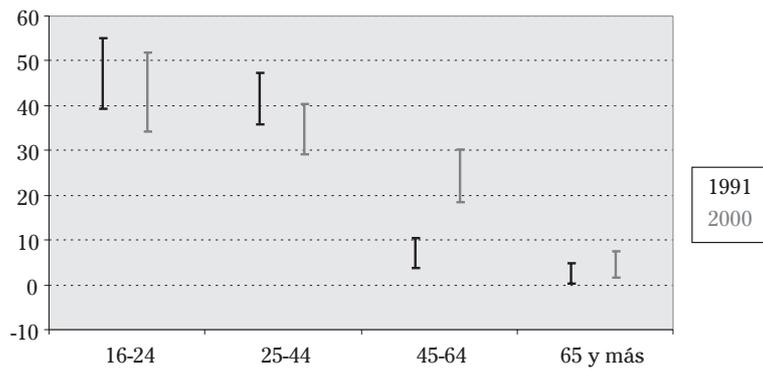


Figura 30. Distribución de consumo habitual en mujeres por edad. 1991-2000 (% I.C. 95%).

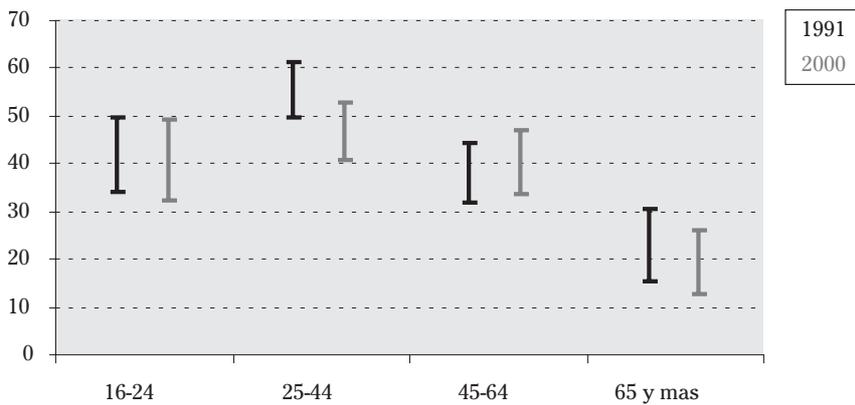


Figura 31. Distribución de consumo habitual en hombres por edad. 1991-2000 (% I.C. 95%).

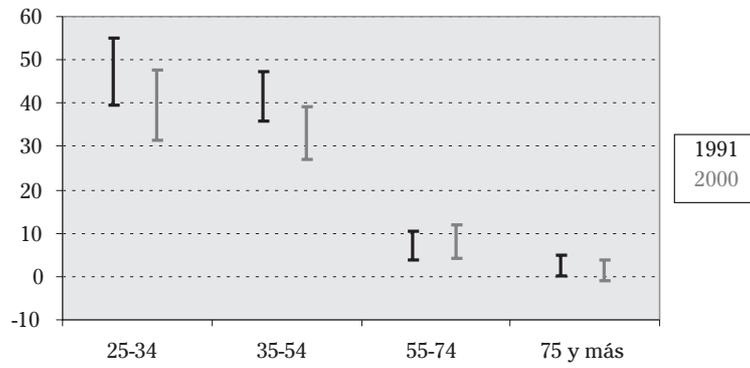


Figura 32. Prevalencia de consumo habitual en mujeres por grupos de edad. 1991-2000 (% I.C. 95%).

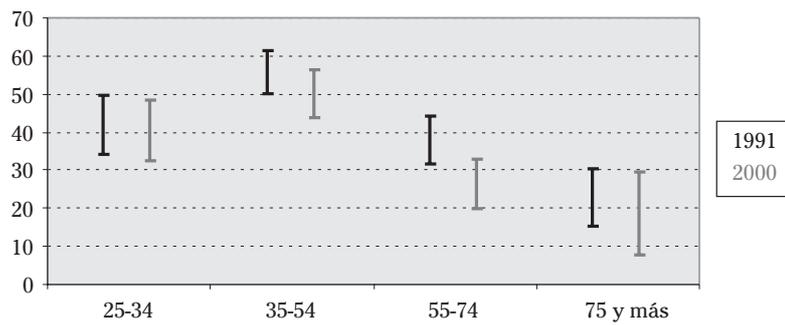


Figura 33. Prevalencia de consumo habitual en hombres por grupos de edad. 1991-2000 (% I.C. 95%).

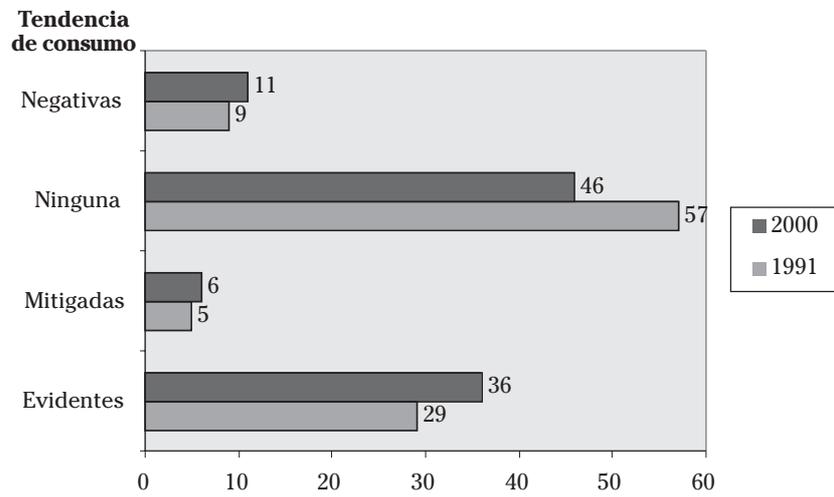


Figura 34. Distribución de fumadores habituales según tendencia de consumo. 1991-2000 (% I.C. 95%).

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.10.** Consumo de tabaco por tipo de hábitat y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 735 hombres y 770 mujeres).

Hombres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
Nunca ha fumado	25	27
Ex-fumador	27	27
Fumador ocasional	7	10
Fumador habitual	41	36
Mujeres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
Nunca ha fumado	56	51
Ex-fumador	12	15
Fumador ocasional	5	9
Fumador habitual	27	25

Tabla A.11. Consumo de tabaco por nivel de estudios y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 733 hombres y 768 mujeres).

Hombres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Nunca ha fumado	23	29	24
Ex-fumador	28	18	31
Fumador ocasional	5	9	13
Fumador habitual	44	44	31
Mujeres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Nunca ha fumado	53	50	44
Ex-fumador	16	9	15
Fumador ocasional	6	11	11
Fumador habitual	25	30	30

Tabla A.12. Consumo de tabaco por categoría ocupacional y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 719 hombres y 765 mujeres).

Hombres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Nunca ha fumado	26	27	23
Ex-fumador	34	25	28
Fumador ocasional	12	5	10
Fumador habitual	29	43	39
Mujeres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Nunca ha fumado	41	54	56
Ex-fumador	19	12	13
Fumador ocasional	10	8	8
Fumador habitual	31	26	23

Tabla A.13. Fumadores habituales con tentativas evidentes de abandono de hábito tabáquico en el último año por tipo de hábitat. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=476).

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Con tentativas evidentes	36	37
Sin tentativas evidentes	64	63

Tabla A.14. Fumadores habituales con tentativas evidentes de abandono de hábito tabáquico en el último año por nivel de estudios. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N= 510).

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Con tentativas evidentes	38	38	26
Sin tentativas evidentes	62	62	74

Tabla A.15. Fumadores habituales con tentativas evidentes de abandono de hábito tabáquico en el último año por categoría ocupacional. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N= 469).

	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Con tentativas evidentes	26	40	39
Sin tentativas evidentes	74	60	61

Tabla A.16. ¿Es Ud. partidario de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público incluidos el transporte público y las empresas? Por tipo de hábitat. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=1024).

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Muy, bastante favorable	56	75
Indiferente	38	21
Bastante, muy contrario	6	4

Tabla A.17. Cuando trabajan o estudian juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Ud. partidario de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no? Por tipo de hábitat. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=1022).

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Muy, bastante favorable	54	75
Indiferente	41	22
Bastante, muy contrario	5	3

Tabla A.18. ¿Es Ud. partidario de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público incluidos el transporte público y las empresas? Por nivel de estudios. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=987).

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Muy bastante favorable	66	64	71
Indiferente	31	29	23
Bastante, muy contrario	3	7	6

Tabla A.19. Cuando trabajan o estudian juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Ud. partidario de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no? Por nivel de estudios. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=989).

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Muy bastante favorable	63	63	76
Indiferente	34	30	21
Bastante muy contrario	3	7	3

Tabla A.20. ¿Es Ud. partidario de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público incluidos el transporte público y las empresas? Por categoría ocupacional. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=1010).

	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Muy, bastante favorable	75	62	69
Indiferente	19	33	27
Bastante, muy contrario	6	5	4

Tabla A.21. Cuando trabajan o estudian juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Ud. partidario de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no? Por categoría ocupacional. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentaje por columnas (N=1008).

	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Muy, bastante favorable	80	59	67
Indiferente	17	36	29
Bastante, muy contrario	3	5	4

INTERRELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO, DE ALCOHOL Y EJERCICIO FÍSICO

Hechos sobresalientes

- Existe un predominio del patrón de comportamientos hacia hábitos saludables de carácter positivo. Este predominio es mucho más acusado en las mujeres que en los hombres, y se ha incrementado respecto a la encuesta de 1991
- Hay una asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco que ya se daba en el año 1991.
- La asociación del ejercicio físico con los otros dos hábitos es más confusa. Tanto en hombres como en mujeres se asocia negativamente con el tabaco, y positivamente con el alcohol.

Método

Se ha considerado el consumo de alcohol y de tabaco y la práctica de ejercicio físico de manera aislada. La encuesta de Salud 1991 indagó hasta qué punto los hábitos 'no saludables' estaban asociados en el consumo personal y comprobó el grado de asociación. En la presente encuesta se intenta conocer en qué medida existen estas personas o qué proporción de la población representan, para lo cual se analiza la interrelación entre los tres hábitos descritos y su evolución respecto a la Encuesta 1991, empleando la misma metodología que la usada en la encuesta anterior para hacer comparaciones.

Se presenta en primer lugar la correlación entre los tres hábitos como indicador de la fuerza relativa de la asociación entre ellos; y en segundo lugar, se estudia cómo se combinan estos hábitos en los individuos.

Para ello se distinguen diferentes categorías entre los hábitos, siempre desde una valoración de los comportamientos positivos. La primera distinción se realiza entre fumadores y no fumadores, considerando fumadores a todos aquellos caracterizados como fumadores habituales independientemente de la cantidad consumida. En segundo lugar se considera el consumo de alcohol, dado que este es valorado como un comportamiento no saludable si no es moderado, pues no hay evidencia de que bajos niveles de consumo sean perjudiciales para la salud, se han considerado como bebedores a aquellas personas consumidoras habituales, excluyendo las que tienen un consumo bajo: menos de 7 unidades de alcohol (≤ 23 cc/día). En último lugar se ha incluido el ejercicio físico en tiempo de ocio. Dados los problemas de diferenciación, que siempre son arbitrarios, se ha considerado como variable dicotómica dividiendo la muestra entre los que realizan ejercicio físico de forma habitual, y los que no lo realizan.

Resultados

¿Qué asociación existe entre los tres hábitos?

Existe una asociación de alcohol con tabaco y con ejercicio físico. Las personas que beben son consumidoras de tabaco (0,193) y hacen ejercicio físico (0,076). Por otro lado, se observa una asociación inversa entre tabaco y ejercicio físico; esto es, las personas que fuman tienden a no hacer ejercicio físico (Tabla 12).

Estas asociaciones se observan en la población en general, y más estrechamente en el colectivo de hombres. Hace 10 años ya se daba la asociación entre consumo de alcohol y de tabaco pero no se detectó la asociación positiva entre alcohol y ejercicio físico, ni la asociación inversa entre tabaco y ejercicio físico.

En los hombres hay una relación consistente entre consumo de tabaco y de alcohol en los menores de 45 años. Además en el mismo grupo, los hombres que fuman tienden a no hacer ejercicio físico.

En las mujeres hay una relación entre consumo de alcohol y tabaco cuando se consideran globalmente, pero por grupos de edad no se pone de manifiesto la asociación, debido probablemente a la menor prevalencia de estos hábitos en los grupos etarios sobre todo el consumo de alcohol, siendo escasa la muestra para evidenciar este hecho.

¿Cuáles son los patrones de comportamiento?

La tabla 13 expresada en porcentajes, muestra las posibles combinaciones entre los hábitos en los diferentes grupos de edad y género en cada patrón de comportamiento. No parece que la población pueda clasificarse entre los que tienen hábitos saludables y los que no en el caso de los hombres; aunque en las mujeres la mayoría tienen hábitos saludables en todas las edades, excepto en las menores de 24 años, que tienen un patrón de comportamiento bastante parecido al de los hombres de esa edad.

El patrón de comportamiento más saludable (no fumar, no beber habitualmente y realizar ejercicio físico) lo tiene el 29% de la población y el más negativo (fumar, beber y no realizar ejercicio físico) el 5%, con una razón entre ambas de 5,8:1; lo que supone un predominio del patrón de comportamiento saludable. Esta diferenciación entre los dos extremos se agudiza si se considera por sexo, siendo la razón de comportamiento saludable muy grande para las mujeres 32:1 y menor para los hombres 3,1:1. Parece, por tanto, posible sugerir un predominio claro del patrón de comportamientos de carácter positivo, mucho más acusado en las mujeres que en los hombres y que además se ha incrementado respecto a la encuesta de 1991 como se puede ver en la tabla 14.

Tabla 12. Correlaciones (Rho de Spearman) entre las variables consumo de tabaco, alcohol y ejercicio físico por edad y sexo.

Hombres			
		Alcohol	Tabaco
Tabaco	16-24	0,361 **	
	25-44	0,222 **	
	45-64	0,115	
	65 y +	0,001	
	Total	0,184 **	
Ejercicio físico	16-24	- 0,068	- 0,199 *
	25-44	0,084	- 0,170 **
	45-64	0,174 *	- 0,113
	65 y +	0,206 *	- 0,139
	Total	0,087 *	- 0,165 **
Mujeres			
		Alcohol	Tabaco
Tabaco	16-24	0,048	
	25-44	0,105	
	45-64	0,065	
	65 y +	- 0,038	
	Total	0,085 *	
Ejercicio físico	16-24	- 0,053	- 0,207*
	25-44	0,092	- 0,109
	45-64	0,062	- 0,156*
	65 y +	0,006	0,030
	Total	0,033	- 0,115**
Total (Hombres y mujeres)			
		Alcohol	Tabaco
Tabaco		0,193 **	
Ejercicio físico		0,076**	- 0,121**

* La correlación es significativa al nivel 0,05

** La correlación es significativa al nivel 0,001

Tabla 13. Combinación de diferentes hábitos “saludables” y “no saludables”

		No Fumador		Fumador			
		No bebedor	Bebedor	No bebedor	Bebedor		
		E. Físico	E. Físico	E. Físico	E. Físico	Sí	No
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Porcentaje en cada categoría							
HOMBRES							
16-24	34	18	5	1	11	8	10
25-44	25	18	6	4	9	9	9
45-64	19	22	14	5	8	8	10
65 y +	28	34	13	5	11	2	2
Subtotal	25	22	9	4	9	7	8
MUJERES							
16-24	27	26	2	3	11	2	3
25-44	27	37	1	0	9	1	1
45-64	38	35	1	1	7	1	0
65 y +	35	58	1	2	2	0	0
Subtotal	32	40	1	1	7	1	1
TOTAL	29	31	5	3	8	4	5

Tabla 14. Distribución porcentual de la población según su patrón de comportamiento. Comparación 2000/1991.

	Comportamiento saludable			Comportamiento no saludable			Razón comportamiento +/-		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Encuesta 1991	20	17	22	9	16	2	2,2:1	1,1:1	11:1
Encuesta 2000	29	25	32	5	8	1	5,8:1	3,1:1	32:1

Las tablas 15 y 16 muestran las razones calculadas para la población, moviéndose de una categoría a otra, de ser un no fumador si se es mujer, o de ser un no bebedor si se es fumador o no fumador, o de hacer ejercicio físico si no se es fumador y no bebedor, etc. Las razones se presentan para cada categoría por edad y sexo.

Tabla 15. Razones entre diferentes combinaciones de hábitos en hombres.

Razón % no fumadores Sobre % fumadores			
	16-24		1,44
	25-44		1,14
	45-64		1,47
	65 y +		4,04
	TOTAL		1,55

Razón % no bebedores sobre % bebedores			
NO FUMADORES		FUMADORES	
16-24	8,38	16-24	1,26
25-44	4,37	25-44	1,59
45-64	2,13	45-64	1,18
65 y +	3,38	65 y +	3,33
TOTAL	3,56	TOTAL	1,48

Razón % ejercicio físico sobre % no ejercicio físico							
NO BEBEDORES		BEBEDORES		NO BEBEDORES		BEBEDORES	
16-24	1,89	16-24	5,00	16-24	0,92	16-24	0,80
25-44	1,39	25-44	1,50	25-44	0,47	25-44	1,00
45-64	0,86	45-64	2,80	45-64	0,57	45-64	0,80
65 y +	0,82	65 y +	2,60	65 y +	0,45	65 y +	1,00
TOTAL	1,14	TOTAL	2,25	TOTAL	0,60	TOTAL	0,88

Tabla 16. Razones entre diferentes combinaciones de hábitos en mujeres.

Razón % no fumadoras Sobre % fumadoras	
16-24	1,35
25-44	1,91
45-64	3,06
65 y +	24,57
TOTAL	2,85

Razón % no bebedoras sobre % bebedoras			
NO FUMADORAS		FUMADORAS	
16-24	10,67	16-24	7,67
25-44	42,50	25-44	14,17
45-64	29,60	45-64	15,67
65 y +	33,40	65 y +	—
TOTAL	27,45	TOTAL	12,23

Razón % ejercicio físico sobre % no ejercicio físico							
NO BEBEDORAS		BEBEDORAS		NO BEBEDORAS		BEBEDORAS	
16-24	1,04	16-24	0,67	16-24	0,41	16-24	0,67
25-44	0,73	25-44	—	25-44	0,39	25-44	1,00
45-64	1,09	45-64	1,00	45-64	0,44	45-64	—
65 y +	0,60	65 y +	0,50	65 y +	1,00	65 y +	—
TOTAL	0,80	TOTAL	1,00	TOTAL	0,41	TOTAL	1,00

Estas tablas muestran la relación entre consumo de tabaco, edad y sexo, las razones entre no fumadores y fumadores son de 2,85:1 para las mujeres y de 1,55:1 para los hombres, lo que evidencia la mayor prevalencia del hábito tabáquico entre los hombres. En todos los grupos de edad y sexo, la proporción de no fumadores es mayor. En los menores de 45 años las razones son muy parecidas a las de los hombres. Hay pocos cambios respecto a 1991; en las mujeres mayores de 45 años la razón de no fumadoras sobre fumadoras ha disminuido de manera alarmante (Tabla 17).

Tabla 17. Ratio entre porcentajes de no fumadores/fumadores. Comparación 2000/1991.

	Hombres		Mujeres	
	1991	2000	1991	2000
16-24	1,41	1,44	1,12	1,35
25-44	0,80	1,14	1,41	1,91
45-64	1,63	1,47	14,40	3,06
65 y+	3,29	4,04	40,00	24,57
Total	1,32	1,55	3,00	2,85

Tal y como sugerían las correlaciones se produce una asociación entre alcohol y tabaco, que supone que los no consumidores de alcohol, tienden a no ser consumidores de tabaco. Por este motivo, las razones entre no bebedores/bebedores son mayores en el grupo de no fumadores que en el de fumadores, excepto en los hombres mayores de 45 años que son bastante similares. A esa edad beben tanto los fumadores como los no fumadores. En todos los grupos de edad, las mujeres, fumadoras y no fumadoras, tienen mayor proporción entre no bebedoras/bebedoras que los hombres. Las no fumadoras más jóvenes (16-24 años) son las que tienen una razón más parecida a los hombres de esas mismas características.

Los hombres han mejorado en todas las edades en el hábito de no consumo de alcohol entre el año 2000 y 1991, tanto si son fumadores o no. En el mismo sentido evolucionan las mujeres, excepto las menores de 24 años (Tabla 18).

Tabla 18. Ratio entre porcentajes de no bebedores/bebedores. Comparación 2000/1991.

	Hombres				Mujeres			
	No fumadores		Fumadores		No fumadores		Fumadores	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
16-24	3,17	8,38	1,34	1,26	19,75	10,67	7,22	7,67
25-44	1,54	4,37	0,59	1,59	17,22	42,50	6,73	14,17
45-64	1,12	2,13	0,93	1,18	23,00	29,60	2,00	15,67
65 y+	1,79	3,38	0,65	3,33	39,00	33,40	1,00	—
Total	1,63	3,56	0,78	1,48	24,00	27,45	5,70	12,33

La práctica de ejercicio físico es el comportamiento positivo de menor prevalencia y queda patente al observar las ratios entre los porcentajes de realizar ejercicio sí o no. La mayor parte de los valores se sitúan por debajo de 1, y los que superan este valor lo hacen con escaso margen. Sólo el colectivo de hombres no fumadores y bebedores tiene unos valores más altos destacando sobre todos el grupo de 16-24 años. Las mujeres tienen cocientes más bajos. Respecto a 1991 hay un ligero incremento de las razones.

PESO Y TALLA

Hechos sobresalientes

- El 9% de los encuestados, según el peso y la talla que declaran, tiene una situación de obesidad.
- Los obesos son tanto hombres como mujeres, predominantemente mayores de 45 años.
- En general las personas perciben su peso de manera coherente con su realidad.

Método

Se pregunta directamente a cada persona por su peso y talla. Se calcula el Índice de Masa Corporal aplicando la siguiente fórmula:

$IMC = \text{peso declarado (en Kg)} / \text{altura declarada (en metros al cuadrado)}$

Se clasifica a las personas según su IMC en:

- Peso normal: $IMC < 25$
- Sobrepeso: $IMC = 25-30$
- Obesidad: $IMC > 30$

Se pregunta también a cada persona como percibe su peso y si realiza algún régimen para modificarlo.

Resultados

¿Cuántas personas tienen obesidad?

El 9% de la población (IC 95%= 8-11) considera que tiene una situación de obesidad. En términos de población general, se trata de cerca de 40.000 personas (Tabla 19).

Tabla 19. Estimación de personas que se consideran con sobrepeso.

	Porcentaje % (IC 95%)	Mayores de 16 años*
Personas con obesidad	9% (8-11)	39.558

* La estimación se hace tomando como base la población de 16 y más años según la Estadística de Población de Navarra a 1/5/96.

Además, un 34% está en situación de sobrepeso (Fig. 35).

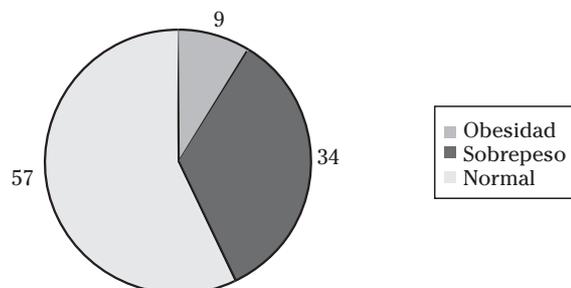


Figura 35. Distribución de la relación de la población según el índice de masa corporal.

¿Quién tiene más riesgo de ser obeso?

Las personas obesas son tanto hombres como mujeres, predominantemente mayores de 45 años (Fig. 36).

La situación de sobrepeso también es más frecuente en mayores de 45, en este caso en hombres (Tabla 20).

Tabla 20. Prevalencia por 100 de obesidad por edad y sexo.

	HOMBRES					MUJERES				
	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total	16-24	25-44	45-64	65 y más	Total
Peso normal	81	46	28	39	46	93	80	57	44	68
Sobrepeso	16	46	56	43	43	7	18	33	40	25
Obesidad	3	8	16	18	11	1	2	10	16	7

Las personas obesas, con mayor frecuencia tienen estudios elementales y en el caso de los hombres su categoría ocupacional es media o baja. No hay diferencias por tipo de hábitat (Tablas A.22, A.23 y A.24).

¿Qué percepción se tiene acerca del propio peso?

El 90% de los obesos consideran que su peso es superior al normal.

En general las personas perciben su peso de manera coherente con su realidad, si bien, un 18% de la población con peso normal considera que su peso está por encima de lo normal. Son fundamentalmente mujeres sin predominio de edad.

Un 8% de la población hace algún régimen de comidas para disminuir o mantener el peso; el 17% en el caso de los obesos y el 11% en el grupo de personas con sobrepeso.

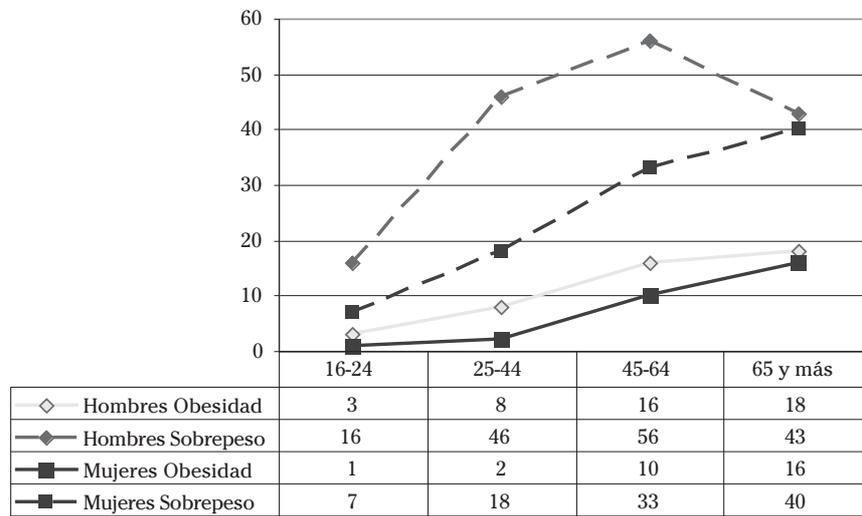


Figura 36. Prevalencia por 100 de obesidad por edad y género (%).

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.22.** Peso por tipo de hábitat y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 735 hombres y 769 mujeres).

Hombres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
Normal (IMC<25)	40	48
Sobrepeso (IMC 25-30)	45	43
Obesidad (IMC>30)	15	9
Mujeres		
	Hábitat rural	Hábitat urbano
Normal (IMC<25)	66	67
Sobrepeso (IMC 25-30)	26	25
Obesidad (IMC>30)	8	8

Tabla A.23. Peso por nivel de estudios y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 733 hombres y 767 mujeres).

Hombres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Normal (IMC<25)	41	58	54
Sobrepeso (IMC 25-30)	44	36	42
Obesidad (IMC>30)	15	6	4
Mujeres			
	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Normal (IMC<25)	60	65	85
Sobrepeso (IMC 25-30)	30	32	11
Obesidad (IMC>30)	9	3	4

Tabla A.24. Peso por categoría ocupacional y género. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas (N= 720 hombres y 764 mujeres).

Hombres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Normal (IMC<25)	50	45	41
Sobrepeso (IMC 25-30)	46	44	44
Obesidad (IMC>30)	4	11	15
Mujeres			
	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Normal (IMC<25)	75	66	64
Sobrepeso (IMC 25-30)	21	27	27
Obesidad (IMC>30)	4	7	9

ESTADO DE SALUD

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Hechos sobresalientes

- Ocho de cada 10 personas valoran como bueno su estado de salud.
- No hay diferencias con respecto a la encuesta 91.
- Hay diferencias por género con una percepción de la salud peor por parte de las mujeres.
- Por edad sólo hay diferencias con respecto al grupo de los mayores de 65 años que relatan un estado menos bueno.
- Hay diferencias en la percepción del estado de salud por categoría ocupacional, tipo de hábitat y estudios.

Método

Se valora la percepción del estado de salud de la persona entrevistada en una escala de 3 ítems: buena, regular, mala.

Resultados

En el año 2000 un 77% de la población considera que su estado de salud en los doce meses anteriores a la entrevista ha sido bueno; un 19% regular; y un 4% malo. No hay diferencias con respecto a los resultados de la encuesta de 1991 (Tabla 21).

Tabla 21. Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses en las encuestas de 1991 y 2000.

	Encuesta 2000 n=1507 % [IC 95%]	Encuesta 1991 n=1639 % [IC 95%]
Bueno	77% [74 a 79]	74% [72 a 76]
Regular	19% [17 a 21]	21% [19 a 23]
Malo	4% [3 a 5]	5% [4 a 6]
Total	100	100

Esta valoración del estado de salud presenta diferencias con respecto a la edad y al género. Por edad las diferencias fundamentales se ven en los mayores de 65 años, con respecto a los más jóvenes: sólo un 58% de los mayores de 65 años valora su estado de salud como bueno, frente al 87% de los más jóvenes. Curiosamente, sin embargo, no hay ninguna diferencia en la valoración negativa de su estado de salud (Tabla 22). Por género, son los hombres los que consideran su salud mejor que las mujeres: un 81% frente a un 74%. De nuevo, no hay diferencias en la valoración negativa (Tabla 23).

Tabla 22. Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses por edad por grupos de edad.

	16-24 n=249 % [IC 95%]	25-44 n=530 % [IC 95%]	45-64 n=408 % [IC 95%]	≥ 65 n=310 % [IC 95%]
Buena	87% [81 93]	86% [82 90]	75% [70 80]	58% [51 65]
Regular	11% [5 17]	12% [8 16]	20% [14 25]	36% [29 43]
Mala	2% [0 4]	3% [1 5]	5% [2 8]	6% [3 9]
Total	100	100	100	100

Tabla 23. Percepción del estado de salud en los últimos 12 meses por género.

	Hombre N=739 % [IC 95%]	Mujeres N=768 % [IC 95%]
Buena	81% [78 84]	74% [71 77]
Regular	16% [13 19]	22% [19 25]
Mala	3% [2 4]	4% [3 5]
Total	100	100

Percepción del estado de salud y situación social (datos estandarizados por edad)

Ajustando por edad se observan diferencias por categoría ocupacional en la percepción del estado de salud. Esta es peor en la categoría más baja ($p=0,00$) (Tabla A.25).

También hay diferencias por tipo de hábitat, con una peor percepción en el ámbito urbano ($p=0,03$) (Tabla A.26). Por nivel de estudios alcanzados hay diferencias, con peor percepción en las personas de estudios elementales ($p=0,00$); la diferencia se produce sobre todo en la categoría de estado de salud regular (Tabla A.27).

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.25.** Percepción del estado de salud en el último año por categoría ocupacional. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentajes por columnas.

	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Buena	85,6	81,3	71,3
Regular	11,8	16,1	23,6
Mala	2,7	2,7	5,0

Tabla A.26. Percepción del estado de salud por tipo de hábitat. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentajes por columnas.

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Buena	78,6%	74,8%
Regular	19,1%	20,4%
Mala	2,4%	4,8%
	100,0%	100,0%

Tabla A.27. Percepción del estado de salud por nivel de estudios. Datos estandarizados por edad y sexo. Porcentajes por columnas.

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Buena	74,3%	83,8%	85,1%
Regular	21,7%	12,0%	12,8%
Mala	4,0%	4,2%	2,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Hechos sobresalientes

- El 30% de la población describe algún tipo de problema relacionado con su estado de salud.
- La dimensión más prevalente es la de dolor malestar, que es considerada como problema por un 21% de la población.

Método

Se ha utilizado el Euroqol-5d como descriptor de la calidad de vida relacionada con la salud (Brooks 1996, Badia 1997). Es un instrumento genérico desarrollado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud. Es un cuestionario auto-administrado, que consta de dos partes:

EQ-5D auto-clasificador: Los entrevistados deben describir su estado de salud en torno a cinco dimensiones: movilidad, auto-cuidados, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión; y lo puntúan en una escala de tres niveles de intensidad (1, sin problema; 2, algunos problemas; 3, muchos problemas). El estado de salud se define por un número de 5 dígitos, uno para cada uno de los items referidos. Por ejemplo, el estado 21132 indicará: nivel 2 en movilidad: "Tengo algunos problemas..."; nivel 1: sin problemas en auto-cuidados y en actividades cotidianas; nivel 3 en dolor o malestar; y moderada ansiedad o depresión nivel 2.

EQ-5D EVA. También se les pide describir su estado de salud en el día de la entrevista mediante un termómetro (escala análogo visual) calibrado desde 0 ('peor estado de salud imaginable') a 100 ('mejor estado de salud imaginable').

Resultados

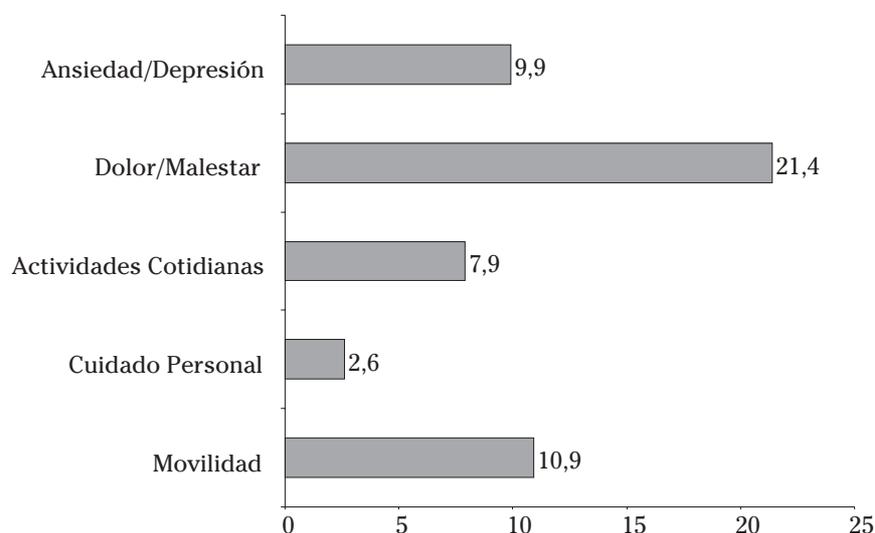
El 30% de la población relata problemas (puntuación 2 ó 3) en al menos una de las dimensiones del EQ-5D. Las dimensiones en las que más problemas se señalan son dolor/malestar (21,4% de la población), seguidos de movilidad (11%), ansiedad/depresión (9,9%), actividades cotidianas (7,9%) y cuidado personal (2,6%) (Tabla 24 y Fig. 37).

La valoración global de la salud percibida el día de la encuesta (EVA) obtiene una media de 79,8 puntos (DS 18,1) para toda la población.

La tasa de problemas declarados en todas las dimensiones estudiadas aumenta con la edad. En todas las dimensiones se produce un aumento en la presencia de problemas a medida que aumenta la edad ($p < 0,001$) (Tabla 25 y Fig. 38).

Tabla 24. Personas (porcentajes) que declaran problemas en las diferentes dimensiones del eq-5d por gravedad.

Dimensión	Moderada N (%)	Extrema N (%)	Moderada y extrema N (%)
Movilidad	160 (10,6)	5 (0,3)	165 (10,9)
Cuidado personal	32 (2,2)	7 (0,4)	39 (2,6)
Actividades cotidianas	109 (7,2)	10 (0,7)	119 (7,9)
Dolor/malestar	272 (18,1)	50 (3,3)	322 (21,4)
Ansiedad/depresión	137 (9,1)	10 (0,7)	147 (9,9)
Total			1.507 (100)

**Figura 37.** Prevalencia por 100 de problemas el día de la encuesta (Eq-5d) en la población mayor de 16 años.

El gráfico 39 muestra el intervalo de confianza para la media (95%) para cada grupo de edad, en él se puede ver cómo decrece de manera radical la percepción positiva de la salud a medida que aumenta la edad. La diferencia no es significativa entre los grupos de 16 a 24 y de 25 a 44, pero sí entre estos y los mayores. Los valores medios son de 85 puntos [IC 95%, 83,34; 86,94] para el grupo más joven; 82 puntos [IC 95%, 81,07; 83,88] para los de 25 a 44; 77 puntos [IC 95%, 75,05; 78,59] para el grupo de 45 a 64 años y 70 puntos [IC 95%, 67,75; 72,10] para los de 65 años y más.

Tabla 25. Prevalencia por 100 de problemas en las diferentes dimensiones por edad y género en porcentajes

	Total N=1.508	(16-24) H=128 M=121	(25-44) H=275 M=265	(45-64) H=205 M=203	(≥ 65) H=131 M=179
Movilidad					
Total	10,9	2,0	2,4	12,0	31,3
Hombres	10	1,6%	2,2%	11,2%	31,3%
Mujeres	12	2,5%	2,6%	12,9%	32%
Cuidado personal					
Total	2,6	0,4	0,8	0,9	9,7
Hombres	2,3	0,8%	1,4	1%	7,6%
Mujeres	2,9	0	0	1%	11,1%
Actividades cotidianas					
Total	7,9	1,6	2,8	8,3	20,7
Hombres	7,5	2,4%	3,7	9,3	17,5
Mujeres	8,4	0,8	1,9	7,9	22,8
Dolor/malestar					
Total	21,4	10,4	14,4	24,6	38,3
Hombres	19	11,7	13,8	18,5	35,1
Mujeres	24	9,1	14,7	30,5	40,2
Ansiedad/depresión					
Total	9,9	5,7	6,7	11,6	16,2
Hombres	6	4,7	5,1	7,3	8,5
Mujeres	13	6,8	8,7	15,9	21,9

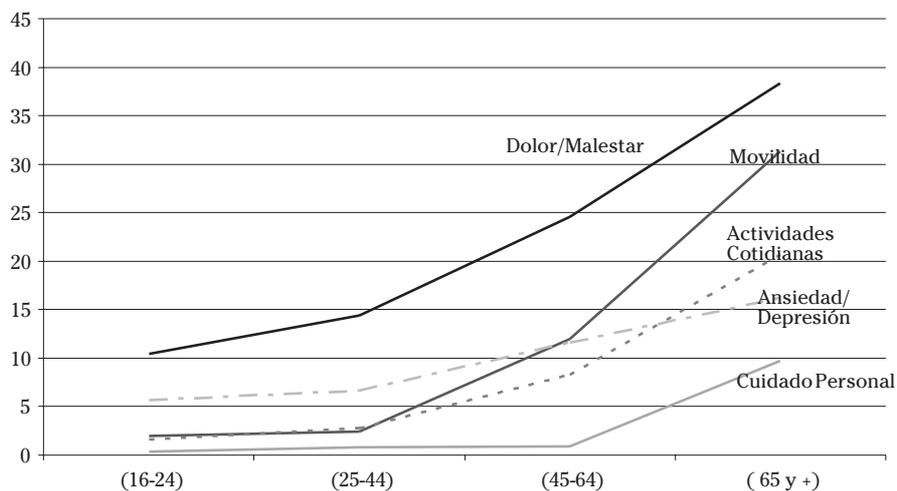


Figura 38. Prevalencia por 100 de problemas en las diferentes dimensiones por edad. (%).

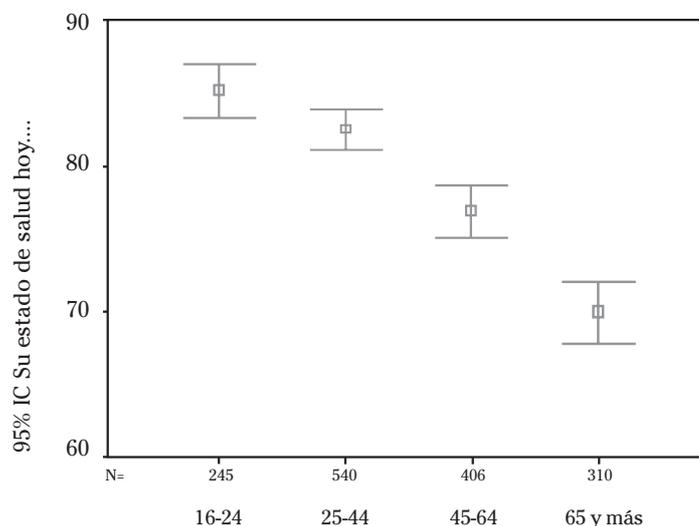


Figura 39. Intervalos de confianza de la media (IC 95%) en la percepción de la salud (VAS) por grupos de edad.

Por género, sólo se producen diferencias en dolor/malestar, con un 19% de los hombres frente a un 24% de las mujeres ($p=0,006$); y en ansiedad/depresión con un 6% de los hombres frente a un 13% de las mujeres ($p=0,000$) (Tabla 25).

La media de salud el día de la encuesta (EVA) por género es similar, de 79,7 en hombres y 77,9 en mujeres (no hay diferencias significativas).

Calidad de vida relacionada con la salud y situación social

Una vez controlado el efecto de la edad, que como ya se ha visto tiene un importante efecto en la percepción de la salud, sigue habiendo diferencias por categoría ocupacional. En las cinco dimensiones la prevalencia de los problemas relatados en las cinco dimensiones es mayor en la categoría ocupacional más baja, siendo dos veces mayor la razón de la prevalencia entre categoría baja y alta en las dimensiones de movilidad, y actividades cotidianas y de 8 en el de cuidado personal. Todas las diferencias son significativas ($p>0,05$). Por lo que se refiere a la ansiedad/depresión, la diferencia se invierte ($p=0,06$) (Tabla A.28 y Fig. A.1).

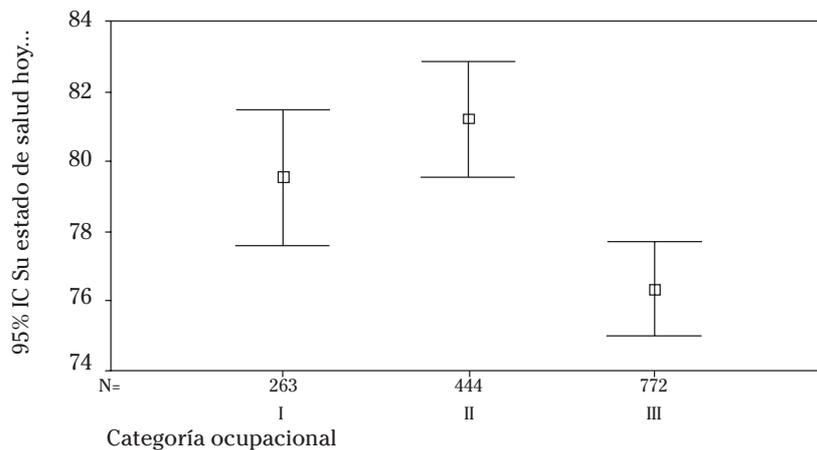
Cuando se analizan los datos de percepción medidos mediante la escala VAS, no se producen diferencias entre la clase alta y media. Las grandes diferencias aparecen entre la clase media y la baja (Tabla A.28 y fig. A.1). Con respecto al nivel de estudios, en todas las dimensiones la prevalencia de problemas es menos en el colectivo de personas con estudios

técnicos y superiores. Entre los otros dos grupos la cuestión varia en función de la dimensión estudiada (todas las diferencias son significativas ($p < 0.01$) excepto en la dimensión de dolor/malestar (n.s.). Analizando la percepción mediante la VAS se ve que la diferencia fundamental se establece entre el grupo de estudios elementales y el resto (Tabla A. 29).

Por tipo de hábitat, solo hay diferencias en la dimensión dolor/malestar, con una situación peor en el ámbito urbano ($p = 0,002$). En la escala VAS se ve que en el ámbito rural la percepción de la salud en su conjunto es mejor que en el urbano ($p = 0,00$) (Tabla A.30).

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.28.** Prevalencia por 100 de problemas por categoría ocupacional y media e intervalo de confianza de la VAS. Datos estandarizados por edad y sexo.

	Categoría Alta	Categoría Media	Categoría Baja
Movilidad	6,1	11,2	13,3
Cuidado personal	0,4	2,2	3,4
Actividades cotidianas	4,6	7,6	9,6
Dolor/malestar	17,9	19,4	24,9
Ansiedad/depresión	7,2	8,3	11,5
VAS media e IC 95%	79,54 77,6 a 81,5	81,19 79,5 a 82,8	76,36 75,0 a 77,1

**Figura A.1.** Media e IC 95% de la VAS por categoría ocupacional.**Tabla A.29.** Prevalencia de problemas de salud en las diferentes dimensiones del Eq-5d por nivel de estudios. Datos estandarizados por edad y sexo.

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios técnicos y superiores
Movilidad	12,3%	6,4%	5,7%
Cuidado personal	3,3%	,3%	,3%
Actividades cotidianas	8,9%	10,4%	4,0%
Dolor/malestar	23,2%	24,6%	17,8%
Ansiedad/depresión	10,9%	8,4%	5,8%
VAS media e IC 95%	77,7 76,4 a 79,0	81 79,4 a 82,6	82,3 80,5 a 84,2

Tabla A.30. Prevalencia por 100 de problemas de salud en las diferentes dimensiones del Eq-5d por tipo de hábitat. Datos estandarizados por edad y sexo.

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Movilidad	10,6%	12,1%
Cuidado personal	3,1%	2,5%
Actividades cotidianas	8,5%	7,9%
Dolor/malestar	18,1%	24,9%
Ansiedad/depresión	8,8%	11,0%
VAS media e IC 95%	81,2 79,9 a 82,7	76,3 75,1 77,5

EFECTOS

DISCAPACIDAD

Restricción temporal de la actividad

Hechos Sobresalientes

- No hay diferencias en la restricción temporal por grupos de edad.
- Hay mayor restricción temporal en mujeres que hombres.

Método

La restricción temporal de la actividad (RTA) pretende recoger información puntual en torno a la restricción de la actividad ya sea por permanecer en cama o por haber tenido que dejar de realizar las actividades habituales en los 14 días anteriores a la realización de la entrevista. Estima tanto cantidad de personas con RTA como número de días. Se recoge en las preguntas 102 a 107 del cuestionario. La RTA es independiente de la incapacidad temporal (IT), aunque la comprende en el caso de trabajadores por cuenta ajena.

La población se califica en:

- Población que NO ha presentado restricción temporal de la actividad en los 14 días anteriores a la entrevista.
- Población que ha presentado restricción temporal de la actividad (RTA) por algún problema de salud. Esta puede ser:
 1. RTA severa: personas que han tenido que permanecer en cama al menos medio día; se incluyen las noches pasadas en el hospital.
 2. RTA moderada, se incluyen las personas que han tenido por algún motivo de salud que dejar de ir a trabajar, hacer las labores del hogar, o dejar de ir a la escuela.
 3. TRA ligera, personas que ha tenido que dejar de realizar sus actividades no principales.

Resultados

El 14,7% de la población adulta de Navarra ha tenido algún tipo de Restricción Temporal de Actividad en los 14 días anteriores a la realización de la encuesta. Hay diferencias por género, con una prevalencia mayor en mujeres 17,4% frente a un 11,8% en hombres ($p=0,02$). No hay diferencias por grupos de edad (Tabla 26).

No hay diferencias por tipo y nivel de restricción: la prevalencia en ambos sexos es de un 8% para la severa; 7,4 para la moderada y 7% para la leve. No hay diferencias por edad pero con respecto al género, las dife-

rencias se producen no en la situación más grave (encamamiento) que es igual para los dos, sino en las situaciones leve y moderada (Tabla 27).

Tabla 26. Prevalencia de la restricción temporal de la actividad por grupos de edad

	Restricción Temporal de la Actividad			
	NO		SÍ	
	N	%	N	%
16-24	202	(81,1)	47	(18,9)
25-44	470	(87,0)	70	(13,2)
45-64	354	(86,8)	54	(13,2)
65 y más	261	(83,9)	50	(16,1)
	1.287	(85,3)	221	(14,7)

Tabla 27. RTA. Prevalencia y duración según severidad.

	Prevalencia		Días/Persona/Año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	N %	N %		
Severa	(52) 7,0	(69) 9,0	7,6	9,4
Moderada	(36) 4,9	(75) 9,8	8,2	12,4
Leve	(39) 5,3	(66) 8,6	6,8	9,7
TOTAL (1)	(87) 11,8	(134) 17,4	22,6	31,5

(1) El total no es la suma de los componentes pues en los 14 días de estudio las personas han podido estar en cualquiera de las tres posibles situaciones.

El equivalente anual de restricción temporal por persona y año en base a la observada en los 14 días anteriores a la de la encuesta es de 31 días para las mujeres y 23 días para los hombres. Estos valores, así como la comparación con las observaciones realizada en 1991 deben de tener en cuenta el impacto de la epidemia de procesos gripales con la que coincidió la realización de la encuesta reciente.

Limitación permanente de la actividad (LPA)

Hechos sobresalientes

- Un 4% de la población declara tener limitación permanente de su actividad.
- La prevalencia de LPA cambia con la edad. Es un 1% en el grupo de edad de 16-24 años y un 8% en los más mayores (65 y más). Por género, no hay diferencias.

Método

En esta encuesta se optó por resumir el apartado correspondiente a la Limitación Permanente de la Actividad del cuestionario. Por ello, los datos utilizados no son comparables con los de la encuesta de 1991. En

1991 el apartado de LPA se centraba en diferentes tipos de LP en función de la actividad principal, en el tipo y/o cantidad de la actividad principal - cuando ésta no era total- y en otras actividades diferentes a la principal. En la encuesta 2000 todo este apartado se resumía en una sola pregunta, la p108 del cuestionario (ver Anexo B).

La otra gran limitación cara a la estimación es la unidad entrevistada; en 1991 esta era la familia, y se interrogaba sobre cualquier tipo de situación que pudiera presentarse en los miembros del hogar. En el 2000 se entrevistaba de forma individual; y en esta pregunta para ampliar la muestra, se preguntaba sobre alguna persona de la familia que pudiera estar limitada. Es posible, que al ser la única pregunta del cuestionario que extendía la interrogación hacía otras personas de la familia distinta al encuestado esté sesgada en la respuesta, y por lo tanto sea difícil aproximarse al verdadero valor de la LPA.

Resultados

El 3,8% de la población entrevistada declara LPA. No hay diferencias por género, con una prevalencia de 3,8% cada uno. Las diferencias emergen por grupos de edad, pues la prevalencia aumenta a medida que aumenta al edad. Esta es de un 1,2% en el grupo de 16 a 24, de 2,4% en el de 25 a 44; de 4,2%, en el de 45 a 64 y de 7,7% en la población mayor de 65 años.

Comparando la prevalencia de la LPA observada en la presente encuesta (3,8%) con la obtenida en la encuesta de 1991 (9%), no pueden extraerse conclusiones debido a la diferencia metodológica en la recogida de información. Así, la discapacidad detectada en la encuesta 2.000 incluiría principalmente a la población con mayor discapacidad, mientras que la encuesta de 1991 además de incluir a esa población, incluiría estados de discapacidad más ligeros. De la misma manera y comparando los problemas de salud vinculados a la LPA detectados en ambas encuestas, son de destacar la menor presencia de los problemas osteoarticulares y el incremento de los cardiovasculares.

Discapacidad en Navarra

Por los problemas metodológicos presentados en la sección de discapacidad y dada la importancia del fenómeno, se introduce la información sobre la discapacidad procedente de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999. Toda la información procede de la base de datos del INE denominada INEbase en su página web (www.ine.es). Sólo permite utilizar la información tal y como se presenta. La encuesta estudia 79.000 viviendas y 220.000 personas aproximadamente; y está orientada a cubrir las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la de-

pendencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España.

Dividen a la población en dos grandes grupos de edad: población de 6 a 64 años, y población de 65 y más años.

- Personas de 6 a 64 años. La tasa de discapacidad de la población entre 6 y 64 años es de 35 por mil. El tipo de discapacidad más prevalente es el de la realización de las tareas del hogar (13 por mil), seguido de la utilización de brazos y manos (10,68 por mil); ver (9 por mil); oír (9 por mil). En función de la gravedad, imposibilidad de realizar la actividad estudiada, la tasa es de 25,64 por mil, lo que representa el 73% de las personas entre 6 y 64 años que manifiesta una discapacidad. El tipo de actividad con un peso mayor de la limitación total no se da en los grupos de actividad más prevalentes, es en el grupo “relacionarse con otras personas” donde el peso de la limitación es mayor pues un 87% de los discapacitados afirman imposibilidad para su desarrollo personal; seguido de comunicarse y realizar las tareas del hogar con un 85% cada una de ellas. En la más prevalente “desplazarse fuera del hogar” un 80% de ellos rela-ta imposibilidad total. (Tabla 28 y Fig. 40).

Tabla 28. Personas de 6 a 64 años con alguna discapacidad por grupo. Navarra 1999.

	Personas con discapacidad	Personas con discapacidad grave o total	Tasa de discapacidad por 1.000 habitantes	Tasa de discapacidad grave o total por mil habitantes
Ver	3.852	1.944	9,48	4,78
Oír	3.786	1.561	9,31	3,84
Comunicarse	1.821	1.561	4,48	3,84
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	2.659	1.518	6,54	3,73
Desplazarse	3.320	1.607	8,17	3,95
Utilizar brazos y manos	4.341	2.298	10,68	5,65
Desplazarse fuera del hogar	8.369	6.724	20,59	16,54
Cuidar de sí mismo	2.440	877	6	2,16
Realizar las tareas del hogar	5.307	4.534	13,06	11,15
Relacionarse con otras personas	1.663	1.456	4,09	3,58
Total	14.251	10.423	35,06	25,64

Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Instituto Nacional de Estadística

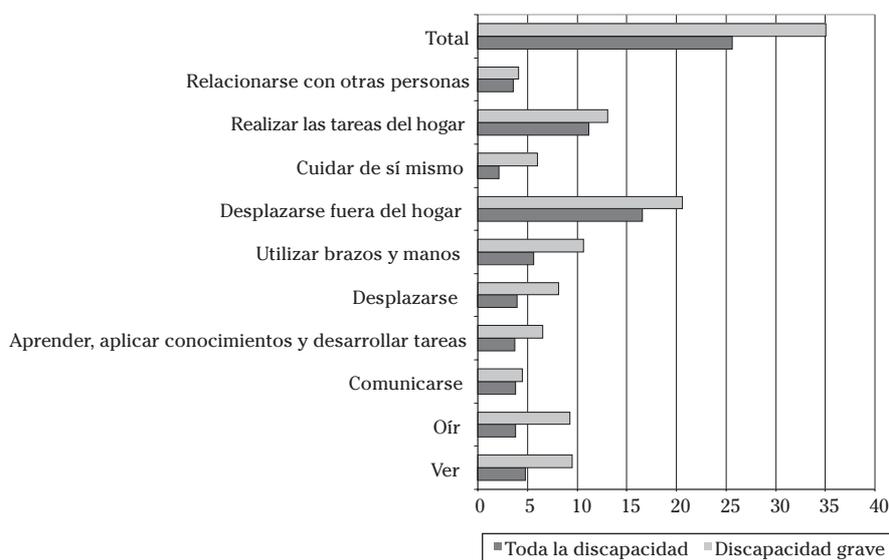


Figura 40. Prevalencia de todo tipo de discapacidad severa o total en personas entre 6 y 64 años por grupos (tasas por mil). Navarra 1999.

- Personas de 65 años y más. La discapacidad es 8 veces mayor en esta población con respecto a la de 6 a 64 años. La tasa de discapacidad de los de 65 y más años de edad es de 287,7 por mil. El tipo de discapacidad más prevalente es “desplazarse fuera del hogar (183 por mil), seguido de la “realización de las tareas del hogar” (156 por mil); “desplazarse” (102 por mil). Si tenemos en cuenta la gravedad de esta discapacidad vemos que la tasa es de 220 por mil (Tabla 29); 22 personas de cada 100 de 65 años o más no pueden realizar esa actividad. Es decir, que un 77% de las personas que relatan algún tipo de problemas, lo tienen de manera total. Son incapaces de realizar esa actividad. El grado de afectación es de un 183 por mil personas con problemas para desplazarse fuera del hogar, seguido de “realizar las tareas del hogar” con 156 por mil personas. Pero si en vez de tener en cuenta el orden de las tasas, atendemos a la relación entre la presentación de discapacidad con la de discapacidad total para realizar esas tareas se ve que hay grupos donde prácticamente todas las personas que relatan ese tipo de discapacidad, lo relatan como limitación total; este es el caso de “relacionare con otras personas” pues un 98% de las personas de 65 años y más que relatan este problema afirma una discapacidad total, seguida de “problemas para comunicarse” donde un 85% de

las personas con discapacidad consideran su limitación como total; seguido de realizar las tareas del hogar con un 83%. Parece necesario señalar que la discapacidad relatada es discapacidad total en la realización de esa actividad.

Tabla 29. Personas de 65 años y más con alguna discapacidad por grupo. Navarra 1999.

	Personas con discapacidad	Personas con discapacidad grave o total	Tasa de discapacidad por 1000 habitantes	Tasa de discapacidad grave o total por mil habitantes
Ver	8.313	4.785	91,56	52,70
Oír	7.674	3.469	84,52	38,21
Comunicarse	2.791	2.363	30,74	26,03
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	5.973	4.275	65,79	47,09
Desplazarse	9.315	5.158	102,6	56,81
Utilizar brazos y manos	6.832	4.708	75,26	51,86
Desplazarse fuera del hogar	16.629	12.488	183,16	137,55
Cuidar de sí mismo	8.242	5.458	90,75	60,12
Realizar las tareas del hogar	14.230	11.848	156,74	130,50
Relacionarse con otras personas	5.532	5.437	60,93	59,89
Total	26.124	20.013	287,75	220,43

Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Instituto Nacional de Estadística

Los apoyos a las personas con limitación permanente de actividad

Hechos sobresalientes

- Un 68% de las personas discapacitadas reciben ayuda. El resto, casi un tercio, no recibe apoyos.
- El entorno del hogar es el que con mayor frecuencia presta ayuda a la persona discapacitada, dando ayuda al 64% de los discapacitados; el entorno externo de la familia del discapacitado da apoyo al 24%; las instituciones aportan ayuda en un 11%.
- El tiempo de ayuda que la persona discapacitada recibe se sitúa predominantemente en torno a dos módulos: o todo el día o por debajo de dos horas.

Método

En la encuesta se identifica a todas las personas entrevistadas y convivientes que tienen una limitación permanente de la actividad en los

términos que en este mismo capítulo del documento se especifican (ver método de limitación permanente de la actividad).

De todas las personas identificadas se ha seleccionado a aquellas con edad igual o superior a 16 años con discapacidad, en total 200, y se les ha preguntado acerca de las ayudas que reciben por su discapacidad.

Se han considerado tres ámbitos de ayuda:

- Ayuda familiar o del hogar, que corresponde a la ayuda proporcionada por las personas que conviven con el discapacitado.
- Ayuda extrafamiliar o del entorno exterior, dada por personas cercanas no convivientes.
- Ayuda institucional y voluntariado.

Para cada uno de estos ámbitos se ha preguntado al discapacitado, quién presta la ayuda, el tipo de la misma (cuidados personales, tareas domésticas, compañía y otros) y el tiempo de ayuda que recibe.

Se ha preguntado también si son atendidos en el centro de salud como consecuencia de su incapacidad.

El tamaño reducido de la cohorte identificada ha impedido hacer un análisis más detallado de este apartado.

Resultados

¿Cuántas personas reciben ayuda?

De un total de 200 personas con discapacidad, un 68% recibe ayuda. El resto, casi un tercio, no recibe apoyos (Fig. 41).

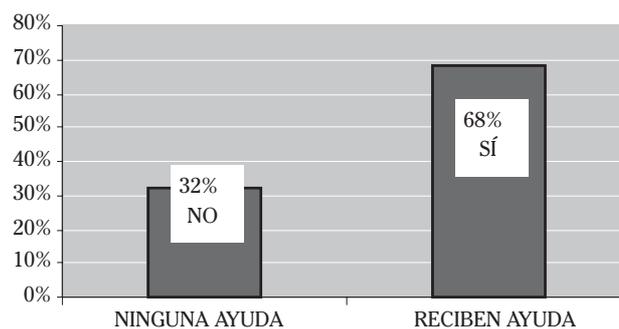


Figura 41. Ayuda a las personas con discapacidad.

El 36% de las personas recibe atención del centro de salud como consecuencia de su discapacidad de manera habitual; de ellos, uno de cada tres son atendidos en el propio domicilio por el equipo de atención primaria.

¿Desde qué ámbito reciben la ayuda?

El entorno familiar o del hogar del conviviente es el que con mayor frecuencia presta ayuda a la persona discapacitada, alcanzando el 64% de las personas discapacitadas. El 24% reciben ayuda del entorno exterior y un 11% reciben ayuda institucional (Fig. 42).

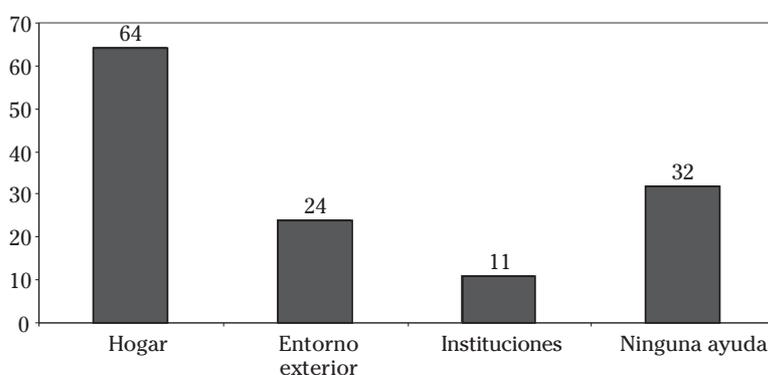


Figura 42. Ámbito de las ayudas en % (n=200).

En el conjunto de personas discapacitadas que reciben algún apoyo, un 62% reciben ayuda de un solo ámbito frente al 38% que recibe de más de uno. Un 94%, recibe el apoyo de las personas con las que conviven, un 35% del entorno exterior y un 16% recibe ayuda institucional.

¿Quién da la ayuda? ¿Cuánto tiempo? ¿Qué tipo de ayuda dan?

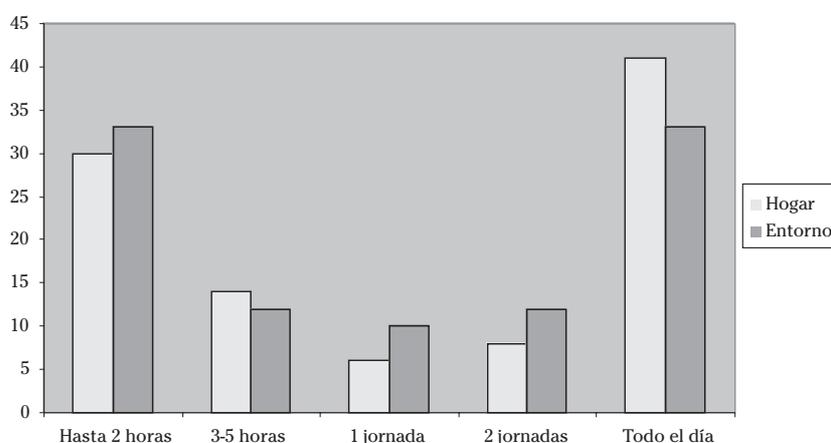
En el hogar las personas que dan la ayuda son fundamentalmente mujeres, mayores de 24 años, en la mayor parte de los casos pareja o hija de la persona incapacitada.

En el entorno externo son con mayor frecuencia mujeres adultas de 25-64 años familiares o personas contratadas.

El tiempo de ayuda dado a los discapacitados es bastante parecido tanto el prestado por las personas del propio hogar como por las del entorno externo (Tabla 30, Fig. 43). El tiempo de ayuda que la persona discapacitada recibe se sitúa predominantemente en torno a dos módulos: todo el día o por debajo de dos horas.

Tabla 30. Tiempo de ayuda dada al discapacitado por las personas del propio hogar y del entorno (horas/día).

	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75	N
Hogar	12	8	24	0,29	24	2	24	127
Entorno	11	7	24	0,70	24	2	24	42

**Figura 43.** Tiempo de ayuda dado al discapacitado por las personas del propio hogar o del entorno externo (horas/día).

En los dos ámbitos, hogar y entorno, se prestan con igual frecuencia los tres tipos de ayuda estudiados: cuidados personales, tareas domésticas y compañía.

El 76% de los discapacitados que reciben ayuda de las personas del hogar, y al menos la mitad de los que la reciben del entorno perciben varios tipos de ayuda.

¿Qué ha cambiado respecto a 1991?

De la comparación de las coberturas de los diferentes tipos de ayuda en personas con Limitación Permanente de la Actividad mayores de 45 años de las encuestas de 1991 y 2000, se observa que ha aumentado el porcentaje de personas discapacitadas que son ayudadas por alguna persona de su hogar (Tabla 31).

Por las características específicas de cada encuesta parece razonable pensar que esta diferencia se debe a que la Encuesta 1991, captó situaciones de discapacidad (LPA) de carácter leve (que no requieren apo-

yo) en mayor medida que la del año 2000. Esta respuesta podría estar sesgada por haber valorado en menor grado cualquier tipo de discapacitado de carácter leve.

Tabla 31. Cobertura de ayudas en personas discapacitadas mayores de 45 años. Encuesta de Salud 2000 y 1991. (%).

	2000 (n=159)	1991 (n=341)
Con ayuda familiar	65	37
Con ayuda extrafamiliar	26	20
Con ayuda institucional	11	9

ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA POR CALIDAD

Hechos sobresalientes

- Entre los 65 y 69 años de edad la esperanza de vida para la población adulta no institucionalizada es de 19 años de edad, pero cuando se ajusta por calidad esta se ve reducida a 15 años, con una pérdida de 4 años.
- La esperanza de vida es superior en las mujeres en todos los grupos de edad.
- La relación esperanza de vida y esperanza de vida ajusta por calidad es superior en los hombres en todos los grupos de edad.

Método

Se presenta un método de cálculo de la esperanza de vida ajustada por calidad propuesto por Williams (1977) que combina mortalidad y estado de salud. Para la medición de este se ha utilizado Euroqol-5d (Brooks, R. 1996)), validado en castellano por Badia (1999). Su cálculo se basa en la propuesta realizada en los EEUU para “Healthy people 2000” by Erickson P, Wilson R and Shannon, I (1995) denominada años de vida saludable (Years of Healthy Life).

Los datos de mortalidad proceden del Registro de Mortalidad de Navarra, que gestiona el Instituto de Salud Pública de Navarra, donde su Servicio de Epidemiología ha elaborado las tablas de mortalidad para último año en el que la mortalidad estaba disponible 1997.

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido utilizando el Eq-5d ya descrito en la sección IVB de esta publicación. Para su utilización en el cálculo se realiza una estimación basada en las utilidades que cada una de las diferentes descripciones de cada estado de salud tiene. Todos los estados de salud del Eq-5d pueden convertirse en una puntuación

(denominada tarifa, o ponderación de preferencia) que se basa en los datos obtenidos de una muestra representativa de la población catalana, utilizando la Escala Análogo Visual como método de valoración (aunque se cuenta con otra tarifa obtenida mediante el método de equivalencia temporal). (Badia X et al, 1998; Badia X et al, 1999). Estas puntuaciones de ajuste representan los ajustes de preferencia de la población para cada uno de los 243 estados de salud que se pueden describir mediante las cinco dimensiones y tres niveles del Eq-5d (más inconsciente y muerte). Los valores oscilan entre -1 y 1 (salud completa).

Cada persona entrevistada describe su salud mediante el Eq-5d en cinco dimensiones y tres niveles. Por ejemplo, una persona se describe como 11111, que es equivalente a decir que no tiene problemas en ninguna de las cinco dimensiones; o como 11112, que quiere decir que está moderadamente ansiosa o deprimido. Esta descripción se transforma en una puntuación entre -1 y 1, en función del valor que tenga en la tarifa EVA ya mencionada. Por ejemplo, si se ha descrito como 11111, su valor de ajuste será 1; y si se ha descrito como 11112 su valor de ajuste será 0,7986. Posteriormente se calculan las medias de las puntuaciones del EQ-5d para cada uno de los grupos de edad que se van a analizar. Los valores derivados se utilizan para resumir la salud de un individuo, o un grupo de individuos. Estas puntuaciones representan el nivel global de salud tanto de un individuo como de un grupo. Por ejemplo, el estado 11111 (sin problemas en ninguna dimensión) es equivalente a un año de vida completa; mientras que el estado 11112 con una valor de 0,7986 significa un 79% de función completa a lo largo un año.

Por último se combinan mortalidad y calidad de vida relacionada con la salud. Se utiliza una tabla de vida resumida y las estimaciones de calidad de vida por edad y género. Sigue, por tanto, el mismo modelo hipotético de las tablas de vida. Se supone que una cohorte hipotética está sujeta a través del resto de su vida a las tasas de mortalidad específicas por edad y al promedio de ajuste por calidad por edad para el año de estudio.

En la tabla 32 se muestra cómo se calcula la esperanza de vida ajustada por calidad para cada intervalo de edad. En primer lugar se calcula la esperanza de vida (columna 2) mediante una tabla de vida. En la columna 3 se introduce la media de la calidad de vida de las personas en cada intervalo de edad según la descripción individual en las cinco dimensiones Eq-5d y el valor de la tarifa EVA. Las columnas 4 y 5 muestran la población estacionaria ajustada por calidad. En la columna 4 se multiplican los valores promedio de la columna 3 por el número de personas-años en cada intervalo de edad (procedente de la tabla de vida), para obtener las personas-años ajustadas por calidad que se viven en cada intervalo de edad. Estas personas-años ajustados se suman de abajo arriba para obtener el número acumulado de personas-años ajustados por calidad acumulado

(columna 5). Por último, se divide las personas-años ajustadas por calidad acumuladas por el número de personas vivas al inicio de cada intervalo (l_x ; procedente de la tabla de vida) dando lugar a la esperanza de vida ajustada por calidad (columna 6, Tabla 32).

Resultados

Tabla 32. Esperanza de vida, y esperanza de vida ajustada por calidad en la población adulta no-institucionalizada de Navarra calculada para el año 2000.

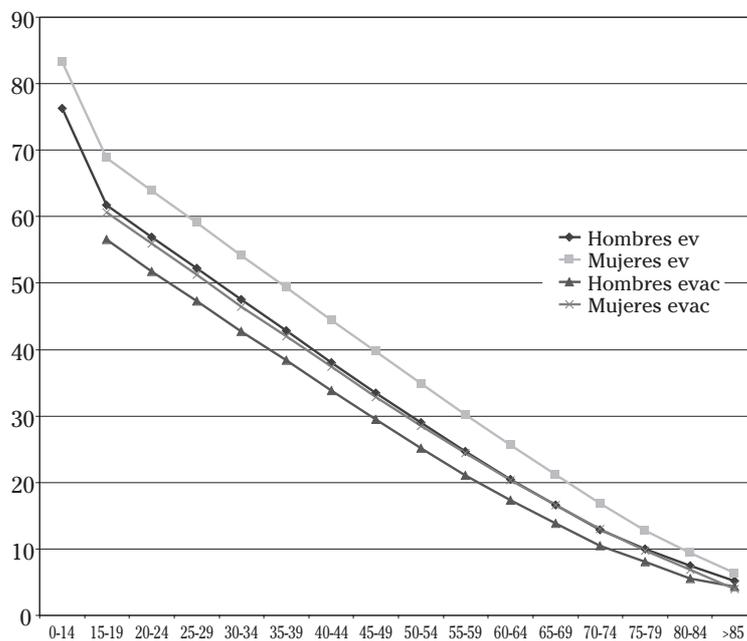
Intervalo de edad	Población estacionaria ajustada por calidad				
	Esperanza de vida	Promedio de calidad de vida relacionada con la salud de las personas en el intervalo de edad.	En el intervalo de edad.	En este y todos los años posteriores	Esperanza de vida ajustada por calidad
	e_x^0	Q_x	$Q_x \cdot nL_x$	T_x'	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
0-15	79,81				
15-20	65,33	0,967041	479.580	5.812.324	58,55
20-25	60,45	0,956116	472.954	5.332.744	53,82
25-30	55,64	0,963498	474.810	4.859.790	49,20
30-35	50,87	0,938123	460.039	4.384.979	44,59
35-40	46,13	0,940481	458.925	3.924.940	40,13
40-45	41,32	0,952093	461.612	3.466.015	35,59
45-50	36,66	0,918889	441.164	3.004.403	31,12
50-55	32,04	0,903163	427.333	2.563.239	26,84
55-60	27,58	0,896578	415.168	2.135.906	22,78
60-65	23,22	0,854184	382.467	1.720.738	18,82
65-70	19,11	0,835102	355.532	1.338.270	15,27
70-75	15,12	0,812708	317.093	982.738	11,89
75-80	11,70	0,847692	283.337	665.646	9,07
80-85	8,71	0,765562	198.731	382.309	6,34
85+	6,10	0,691212	183.578	183.578	4,21

En la tabla 33 se presentan los resultados de este indicador para la población de Navarra. A los 65 años la esperanza de vida era de 19 años, una vez que se ajusta por calidad esta queda reducida a 15 años. En la tabla se presentan los mismos datos para el total de la población y por género.

En la figura 44 se puede ver que la esperanza de vida es mayor en todos los grupos de edad para las mujeres, y que la esperanza de vida de los hombres es similar a la esperanza de vida ajustada por calidad de las mujeres. De tal manera, que los hombres sólo igualan a las mujeres una vez que se ajusta por la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 33. Esperanza de vida y esperanza de vida ajustada por calidad por género en la población adulta no institucionalizada de Navarra.

Intervalo de edad	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	Esperanza de vida	Esperanza de vida ajustada por calidad	Esperanza de vida	Esperanza de vida ajustada por calidad	Esperanza de vida	Esperanza de vida ajustada por calidad
0-15	79,81		76,30		83,25	
15-20	65,33	58,55	61,75	56,50	68,86	60,64
20-25	60,45	53,82	56,91	51,77	63,93	55,92
25-30	55,64	49,20	52,16	47,25	59,03	51,21
30-35	50,87	44,59	47,50	42,72	54,13	46,50
35-40	46,13	40,13	42,84	38,33	49,31	41,97
40-45	41,32	35,59	38,07	33,78	44,45	37,43
45-50	36,66	31,12	33,51	29,46	39,65	32,79
50-55	32,04	26,84	28,97	25,13	34,91	28,56
55-60	27,58	22,78	24,66	21,11	30,25	24,42
60-65	23,22	18,82	20,44	17,27	25,68	20,30
65-70	19,11	15,27	16,60	13,82	21,22	16,58
70-75	15,12	11,89	12,87	10,52	16,86	13,05
75-80	11,70	9,07	9,99	8,05	12,79	9,79
80-85	8,71	6,34	7,42	5,53	9,36	6,83
85+	6,10	4,21	5,23	4,32	6,35	3,93

**Figura 44.** Esperanza de vida y esperanza de vida ajustada por calidad en población adulta no institucionalizada por género.

Otra manera de valorar las diferencias es el concepto de Función Completa que es la razón entre la esperanza de vida ajustada por calidad y la esperanza de vida, con ella se ve mejor la relación entre la mortalidad y la calidad de vida. Por ejemplo, entre los 65 y 69 años los hombres tienen una esperanza de vida de 16,6 años y al ajustarla por calidad esa es de 13,8 años. En el caso de las mujeres la esperanza de vida es de 21,22 años y cuando se ajusta por calidad es de 16,5. En los dos casos las dos esperanzas de vida son superiores en las mujeres, y como se ha visto en la figura 44 los valores de la esperanza de vida de los hombres son similares a los de la esperanza de vida ajustada por calidad de las mujeres. Sin embargo, el concepto de Función Completa permite ver que en términos de calidad de vida relacionada con la salud el estado es más positivo en los hombres. Entre los 65 y 69 años de edad la función completa de los hombres es de un 83% $[(13,8/16,6*100)]$; mientras que en las mujeres es de un 78% $[(16,5/21,2*100)]$.

Como se ve en la figura 45, en todos los grupos de edad la función completa es mayor en los hombres; es decir, que a pesar de que su esperanza de vida es menor en todos los grupos de edad, cuando se ajusta con la calidad de vida relacionada con la salud, se muestra que la función completa es superior.

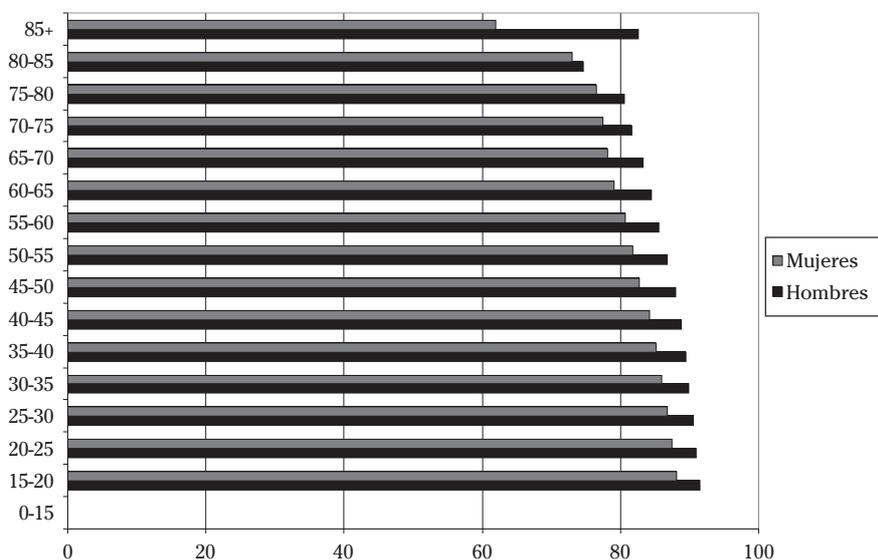


Figura 45. Porcentaje de función completa (razón evac/ev) por género en población adulta no institucionalizada.

LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

La consulta al ginecólogo

Hechos sobresalientes

- El 73% de las mujeres mayores de 16 años ha acudido alguna vez al ginecólogo para revisión. Un 56% de las mujeres declara que se les ha hecho en alguna ocasión una citología preventiva.
- Hay diferencias en la realización de estas prácticas según lugar de residencia.
- Hay concordancia entre la opinión de las mujeres y la indicación recibida de los ginecólogos en cuanto a cuál debe ser el intervalo entre las citologías preventivas.

Método

Se pregunta sobre las visitas realizadas al ginecólogo para revisión, la realización de citologías y el intervalo de las mismas.

Resultados

¿Cuántas mujeres van al ginecólogo a revisión? ¿A cuántas se les ha hecho citología? ¿Cada cuánto tiempo?

El 73% de las mujeres mayores de 16 años ha acudido alguna vez al ginecólogo para revisión, y la mitad de ellas en el último año. Un 60% de las mujeres ha ido en los últimos tres años; un 30% no ha respondido acerca del tiempo transcurrido desde la última consulta.

Un 56% de las mujeres declara que se le ha hecho en alguna ocasión una citología preventiva, como en el caso anterior a algo más de la mitad, en el último año. Casi un tercio de las mujeres, 30%, no ha declarado si se les ha hecho alguna vez una citología. Un 45% no sabe el tiempo que ha transcurrido desde la última realizada.

Al 57% de las mujeres entre 25 y 64 años, se les ha hecho en los últimos 3 años una citología, y al 60% en los últimos 5.

¿Quiénes son las mujeres que tienen estas prácticas?

Con mayor frecuencia son las mujeres de 25 a 64 años (Tabla 34).

Tabla 34. Porcentaje de utilización de servicios

	16-24	25-44	45-64	65 y +	TOTAL
Revisión alguna vez	42	89	86	54	73
Revisión en el último año	29	53	44	11	37
Citología alguna vez	18	78	73	29	56
Nº de mujeres encuestadas	120	264	201	178	763

Es superior el número de mujeres en el medio urbano que han ido en alguna ocasión al ginecólogo que en el medio rural; pero no hay diferencias significativas en el número de mujeres a las que se ha hecho citología en ambas residencias (Tabla A.31). Cuando se excluyen las mujeres mayores de 65 años, se igualan las mujeres que han acudido alguna vez al ginecólogo, si bien es mayor el porcentaje de mujeres del medio urbano a las que alguna vez se les ha hecho una citología (Tabla A.32).

Hay más mujeres con estudios técnicos y superiores que con menos estudios, que han acudido alguna vez al ginecólogo para revisión; pero no hay diferencias significativas en el número de mujeres a las que se ha hecho alguna vez una citología preventiva (Tabla A.33). Al excluir las mujeres mayores de 65 años, las diferencias desaparecen (Tabla A.34). No hay diferencias por categoría ocupacional (Tablas A.35 y A.36).

¿Qué opinan las mujeres y los profesionales sobre la periodicidad de estas prácticas?

Hay concordancia de opinión de las mujeres con la indicación recibida de los ginecólogos en cuanto al intervalo de las citologías preventivas. Así, el 71% de las mujeres refiere que su ginecólogo les indica que deben hacerse la citología cada año y el 77% de las mujeres opina de la misma manera. El 14% de las mujeres consideran que el intervalo debe ser cada dos años. El 21% refiere que su ginecólogo les indica ese intervalo.

La atención a población con problemas crónicos

Hechos sobresalientes

- Un tercio de los encuestados dice acudir al menos una vez al año a algún profesional de la salud.
- El 89% de los problemas crónicos es atendido por profesionales del sistema público.
- El 92% de la población con problemas crónicos expresa su satisfacción con la atención recibida.

Método

Existen diferentes conceptualizaciones del término “enfermedad o problema crónico”. Así, las encuestas de salud han venido utilizando listados de problemas, diferentes según las encuestas, que pasaban a la consideración de los encuestados, para así calcular las prevalencias.

En nuestra encuesta del año 2000 el propósito no ha sido tanto conocer la prevalencia específica de algunas patologías, sino relacionar los problemas por los que se consulta regularmente con los circuitos asistenciales. Por lo tanto no se han utilizado listados de problemas sino que se ha realizado una aproximación más funcional.

Se pregunta a cada encuestado por si acude a algún profesional sanitario, al menos una vez al año por alguna enfermedad o problema de salud. Dónde/Quién le controla ese problema crónico y si esta satisfecho con la atención recibida.

Resultado

Un tercio de la población declara que acude a algún profesional sanitario para atender su problema crónico. El porcentaje de personas con problema crónico aumenta con la edad, alcanzando el 57% en los mayores de 65 años. No hay diferencias por género.

Así mismo, el número de problemas de salud por los que consulta la población con problemas crónicos aumenta con la edad hasta alcanzar el valor de 1,7 problemas por persona que consulta. (Tabla 35).

Tabla 35. Problemas crónicos y edad.

	16-24	25-44	45-64	65 y +	Total
% de personas con problema	16	22	38	57	33
Nº de prob. en personas con problema	1	1,1	1,4	1,7	1,4

Los problemas de salud crónicos por los que más consulta la población son los del sistema cardiovascular que representan un tercio del total de problemas crónicos. Dicho de otra manera, el 16% de la población declara que consulta a algún profesional sanitario por un problema cardiovascular. Teniendo en cuenta los problemas específicos por los que consulta la población con problemas cardiovasculares se constata que un 69% de esta población consulta por un problema considerado factor de riesgo (hipertensión arterial o colesterol) y un 31% por un problema cardiovascular manifiesto (insuficiencia cardíaca, infarto cardíaco o ataque cerebral).

Seguidamente, en orden de frecuencia se dan los problemas osteoarticulares, representando el 15% del total de problemas crónicos. La prevalencia en la población sería del 7%. A continuación se dan los problemas endocrinológicos, siendo el 12% del total. Destaca la diabetes como problema específico, que en términos de prevalencia interesaría al 4% de la población mayor de 16 años de la comunidad. El cuarto grupo de problemas lo constituyen los problemas de salud mental (9% del total). En la mitad de los casos los problemas son depresión o de ansiedad. Estos 4 grupos de problemas de salud, agrupan al 69% de los problemas crónicos por los que consulta la población.

¿Quién atiende los problemas crónicos?

El 89% de los problemas crónicos son atendidos por profesionales de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el 9% por profesionales privados y el 2% por otros.

Aproximadamente para el 46% de los problemas referidos como crónicos, la población tiene como referente un profesional de atención primaria mientras que para el 54% restante es un especialista (Tabla 36).

Tabla 36. Ámbito de atención de los problemas crónicos.

	TOTAL	Centro de salud	Especialista SNS-O	M. gal. privado	Especialista privado	Otro
N	727	315	333	15	50	14
%	100	43	46	2	7	2

Atendiendo la satisfacción expresada por las personas con problemas crónicos respecto a la atención recibida, el porcentaje de satisfechos alcanza el 92% (Tabla 37). La insatisfacción es mayor en las personas atendidas por problemas osteoarticulares. Esta insatisfacción puede estar vinculada a características de los servicios o a la propia naturaleza y características de los problemas osteoarticulares o a las personas que los sufre.

Tabla 37. Satisfacción con la atención recibida.

	TOTAL	Centro de salud	Especialista SNS-O	M. gal. privado	Especialista privado	Otro
Satisfechos %	92	94	90	93	98	79

ANEXO A. Situación social. Tablas estandarizadas (método directo)**Tabla A.31.** Revisión ginecológica (N=765) y citología preventiva (N=531) por tipo de hábitat. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas.

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Revisión alguna vez en la vida	67	75
Citología alguna vez en la vida	74	80

Tabla A.32. Revisión ginecológica (N=561) y citología preventiva (N=433) por tipo de hábitat en mujeres de 16-65 años. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas.

	Hábitat rural	Hábitat urbano
Revisión alguna vez en la vida	77	79
Citología alguna vez en la vida	77	85

Tabla A.33. Revisión ginecológica (N=763) y citología preventiva (N=528) por nivel de estudios. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas.

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
Revisión alguna vez en la vida	71	72	85
Citología alguna vez en la vida	78	85	74

Tabla A.34. Revisión ginecológica (N=561) y citología preventiva (N=438) por nivel de estudios en mujeres de 16-65 años. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas.

	Estudios elementales	Estudios medios	Estudios Técnicos y superiores
Revisión alguna vez en la vida	78	79	84
Citología alguna vez en la vida	81	85	85

Tabla A.35. Revisión ginecológica (N=760) y citología preventiva (N=532) por categoría ocupacional. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas.

	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Revisión alguna vez en la vida	79	72	71
Citología alguna vez en la vida	85	74	77

Tabla A.36. Revisión ginecológica (N=561) y citología preventiva (N=432) por categoría ocupacional en mujeres de 16-65 años. Datos estandarizados por edad. Porcentaje por columnas.

	Categoría alta	Categoría media	Categoría baja
Revisión alguna vez en la vida	81	80	76
Citología alguna vez en la vida	90	78	81

Anexo B
CUESTIONARIO

ANEXO B. CUESTIONARIO

CIES, S.L.

ENCUESTA DE SALUD DE NAVARRA. 1999.

Realizada para el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
Pamplona, Diciembre de 1999

Nº CUESTIONARIO:

HORA DE INICIO: ,

FECHA:
Día Mes Año

Nº DE ENTREVISTADOR

CONTROL:	PERSONAL	<input type="checkbox"/>	TITULARES	<input type="checkbox"/>
	TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	1º RESERVA	<input type="checkbox"/>
	2º CONTROL	<input type="checkbox"/>	2º RESERVA	<input type="checkbox"/>
			3º RESERVA	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL ENTREVISTADO:	_____
CALLE Y Nº:	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
LOCALIDAD:	_____
TELÉFONO:	_____
ZONA:	Montaña 1 Media 2 Ribera 3 Pamplona y comarca 4
HÁBITAT:	Menos de 2.000 habitantes 1 De 2.000 a 5.000 habitantes 2 De 5.000 a 10.000 habitantes 3 De 10.000 a 50.000 habitantes 4 Capital 5
ESTOS DATOS SE TOMAN SÓLO A MODO DE COMPROBACIÓN DE LA CORRECTA REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO.	

De acuerdo con la normativa vigente, los datos que aquí se anotan serán absolutamente confidenciales estando acogidos al secreto estadístico.

SECCIÓN INFORMACIÓN PERSONAL

P.1. EDAD: AÑOS

P.2. SEXO: Hombre1
Mujer2

P.3. ¿Su estado civil actual (de hecho) es?

- Soltero/a1
- Casado/a2
- Separado/a, Divorciado/a.....3
- Viudo/a4
- Otros5
- NS/NC0

P.4. ¿Qué estudios ha realizado?. (**Sólo se contabilizarán los estudios terminados**).

- Analfabeto1
- Cultura general, saber leer y escribir, estudios primarios.....2
- Bachiller elemental, graduado escolar, E.G.B.3
- B.U.P., Formación Profesional, Bachiller Superior C.O.U.....4
- Escuelas Técnicas y equivalentes5
- Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores.....6

P.5. ¿Cuál ha sido la situación laboral en los últimos 12 meses?

- He trabajado 6 ó más meses1
- He trabajado menos de 6 meses.....2
- He estado en paro estos 12 meses, habiendo trabajado anteriormente3
- He estado buscando el primer empleo4
- Jubilado por motivos de salud.....5
- Jubilado por edad o razón laboral6
- Estudia u oposita7
- Otros8
- Labores de hogar9
- NS/NC.....0

P.6. Tiempo de paro. (**Para los parados actuales**).

P.7. ¿Cuál es la ocupación actual?

P.8. ¿Cuál es la ocupación del cabeza de familia o persona principal del hogar?

P.9. ¿Cuál es la ocupación que más años ha ejercido a lo largo de su vida?

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Nos gustaría que nos indicara cómo definiría su estado de salud en el día de HOY. Para ello, dígame qué afirmaciones describen mejor su estado de salud en el día de hoy.

P.10. Movilidad.

- No tengo problemas para caminar1
- Tengo algunos problemas para caminar2
- Tengo que estar en cama3

P.11. Cuidado Personal.

- No tengo problemas con el cuidado personal1
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo2
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo.....3

P.12. Actividades Cotidianas.

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas (ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)1
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas.....2
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas3

P.13. Dolor / Malestar.

- No tengo dolor o malestar1
- Tengo moderado dolor o malestar2
- Tengo mucho dolor o malestar3

P.14. Ansiedad / Depresión.

No estoy ansioso o deprimido1
 Estoy moderadamente ansioso o deprimido2
 Estoy muy ansioso o deprimido3

(Leer tarjeta)

P.15. Su estado de salud hoy

P.16. ¿Cómo considera que ha sido su salud durante los últimos 12 meses?.

Buena1
 Regular2
 Mala3

ACTIVIDAD FÍSICA

P.17. ¿Qué frase describe mejor el trabajo que Vd. realiza, o la actividad que Vd. desarrolla habitualmente?. (Se incluyen labores de hogar y jubilados).

Estoy habitualmente sentado/a durante todo el día y me desplazo en pocas ocasiones1
 Trabajo de pie y/o me desplazo a menudo, pero no tengo que levantar pesos2
 Transporte cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestras frecuentemente3
 Tengo un trabajo duro y/o transporto cargas muy pesadas4

P.18. ¿Habitualmente cuántas horas duerme al día (incluida la siesta)?.

P.19. a) ¿Durante las dos últimas semanas ha realizado alguna actividad física?.

No1 → PASAR A P.39
 Sí2
 NS/NC3 → PASAR A P.39

b) Habitualmente, ¿cuándo realiza el ejercicio físico?.

Fines de semana1
 Durante la semana2

c) Durante las 2 últimas semanas, ¿cuántas ocasiones y durante cuánto tiempo ha practicado las siguientes actividades físicas?.

	ACTIVIDAD	Nº OCA-SIONES	TIEMPO MEDIO (minutos)
P.20.	Andar		P.21.
P.22.	Footing		P.23.
P.24.	Deportes de equipo (fútbol, baloncesto, ...)		P.25.
P.26.	Gimnasia		P.27.
P.28.	Patinar, bicicleta		P.29.
P.30.	Deportes de pala y raqueta		P.31.
P.32.	Natación, lucha, judo, karate		P.33.
P.34.	Otros (especificar)		P.35.
P.36.			P.37.

INDICE DE ACTIVIDAD FISICA
 (No escribir)

P.38. Teniendo en cuenta su actividad principal y su tiempo libre, ¿cree Vd. que la actividad física que realiza para una persona de su edad y sexo es ...?.

Excesiva 1
 Suficiente 2
 Poca 3

TABACO

P.39. ¿Fuma Vd. todos los días?.

Sí2 → PARTE A
 No1 → PARTE B

PARTE "A"

P.40. ¿Qué fuma Vd. todos los días?. (Señale una sola respuesta).

- Pipa1
- Puro.....2
- Cigarrillo.....3
- Pipa y cigarrillo4
- Puro y cigarrillo.....5

P.41. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?.

A la edad de

--	--

 años

¿Qué cantidad fuma Vd. todos los días?.

P.42. Pipa

--	--

 Al día

P.43. Puro

--	--

 Al día

P.44. Cigarrillos

--	--

 Al día

P.45. ¿Traga Vd. el humo?: No1
Sí2

P.46. ¿Qué frases describirían mejor su consumo de tabaco en los últimos 12 meses?.

	No	Sí		
Actualmente fumo más	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Actualmente fumo menos	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Fumo una marca más fuerte	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Fumo una marca más suave	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				
Mi hábito de fumar no ha cambiado	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">1</td></tr></table>	1	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;">2</td></tr></table>	2
1				
2				

P.47. ¿Ha intentado Vd. dejar de fumar en los últimos 12 meses?.

No.....1 → **PASAR A P.49**
Sí.....2
NS/NC0

P.48. Si alguna vez ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses, ¿cuántas veces lo ha intentado seriamente?.

P.49. ¿Le gustaría dejar de fumar?.

No1
Sí.....2
NS/NC.....0

P.50. En sus visitas al Centro de Salud:

Le han aconsejado dejar de fumar con frecuencia1
Le han aconsejado dejar de fumar en alguna ocasión2
Nunca le han aconsejado dejar de fumar.....3
En los últimos 5 años no ha acudido al Centro de Salud4

P.51. ¿Es Vd. partidario/a de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público, incluidos el transporte público y las empresas?.

Soy muy favorable.....1
Soy bastante favorable2
Soy absolutamente indiferente / Me da igual.....3
Soy bastante contrario4
Soy muy contrario.....5

P.52. Cuando trabajan (o estudian) juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Vd. partidario/a de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no?.

Soy muy favorable.....1
Soy bastante favorable2
Soy absolutamente indiferente / Me da igual.....3
Soy bastante contrario4
Soy muy contrario.....5

PARTE "B"

P.53. ¿Cuál de las frases siguientes describiría su comportamiento respecto al tabaco?.

Jamás he fumado.....1 } **PASAR A**
Fumo sólo en ocasiones.....2 } **PREGUNTA**
Antes fumaba en ocasiones.....3 } **63**
Antes fumaba todos los días.....4

P.54. ¿Qué fumaba Vd. todos los días?. (Señale una sola respuesta).

- Pipa.....1
- Puro2
- Cigarrillo3
- Pipa y cigarrillo4
- Puro y cigarrillo5

P.55. ¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?.

A la edad de

--	--

 años

P.56. ¿A qué edad dejó Vd. de fumar todos los días?.

A la edad de

--	--

 años

Aproximadamente, ¿cuánto fumaba Vd. al día?.

P.57. Alrededor de

--	--

 Pipas al día

P.58. Alrededor de

--	--

 Puros al día

P.59. Alrededor de

--	--

 Cigarrillos al día

P.60. ¿Tragaba Vd. el humo?: No.....1
Sí.....2
NS/NC0

P.61. ¿Cuál fue el motivo principal que le llevó a dejar de fumar?.

- Me lo aconsejó el médico1
- Sentía molestias por causa del tabaco2
- Porque tenía/tengo una enfermedad.....3
- Aumentó mi preocupación por sus efectos nocivos (enfermedad de un familiar, ...).....4
- Por motivos económicos5
- Para sentirme mejor (no depender de algo externo para estar bien, eliminar algo que es nocivo para la salud, etc.).....6
- Otros7

P.62. ¿Cómo dejó de fumar?.

- Con ayuda del Centro de Salud.....1
- Con ayuda del Servicio Médico de la empresa.....2
- Con ayuda de otros profesionales de la salud (homeópatas, acupuntores, etc.)3
- Por mi cuenta, con chicles, con parches de nicotina u otros productos farmacéuticos4
- Por mi cuenta, yo solo, sin ninguna ayuda exterior5
- De otra manera.....6

P.63. ¿Es Vd. partidario/a de una normativa que prohíba fumar en lugares destinados al público, incluidos el transporte público y las empresas?.

- Soy muy favorable1
- Soy bastante favorable.....2
- Soy absolutamente indiferente / Me da igual..3
- Soy bastante contrario.....4
- Soy muy contrario.....5

P.64. Cuando trabajan (o estudian) juntas personas fumadoras y no fumadoras, ¿es Vd. partidario/a de adoptar medidas que delimiten claramente dónde está permitido fumar y dónde no?.

- Soy muy favorable1
- Soy bastante favorable.....2
- Soy absolutamente indiferente / Me da igual..3
- Soy bastante contrario.....4
- Soy muy contrario.....5

ALCOHOL

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SIGA LAS INDICACIONES DE LAS FLECHAS.

P.65. Durante el último mes, ¿en cuántas ocasiones ha consumido bebidas que contengan alcohol?.

- En ninguna ocasión1→**PARTE B**
- De 1 a 3 ocasiones al mes.....2→**PARTE B**
- En 4 ó más ocasiones al mes.....3→**PARTE A**

PARTE "A"

P.66. Sin contar el número de veces en las que Vd. probó ocasionalmente el alcohol, ¿a qué edad empezó a beber habitualmente?.

A la edad de

--	--

 años

- a) Durante un día laborable (preferente ayer) (lunes a jueves), ¿cuántos vasos de vino, copas y consumiciones toma de ...?. **(Señale con una cruz las casillas correspondientes).**
 b) ¿Y durante el último fin de semana?. **(Sumar lo consumido durante viernes, sábado y domingo).**

		DÍA LABORABLE (1 DÍA)							DÍA LABORABLE (1 DÍA) (VIERNES+SÁBADO+DOMINGO)				
		P.67.	P.68.	P.69.	P.70.	P.71.			P.67.	P.68.	P.69.	P.70.	P.71.
Nº de vasos o consum.	Bebidas	Vasos sidra	Cañas cerveza	Vasos Vino Txacolí Champan Calimocho	Copas Anís Coñac Pacharán Whisky Carajillo	Combin. Cuba Gin tónico Etc.	Nº de vasos o consum.	Bebidas	Vasos sidra	Cañas cerveza	Vasos Vino Txacolí Champan Calimocho	Copas Anís Coñac Pacharán Whisky Carajillo	Combin. Cuba Gin tónico Etc.
Ninguno							Ninguno						
Uno							Uno						
De 2 a 3							De 2 a 3						
De 4 a 6							De 4 a 6						
De 7 a 11							De 7 a 11						
12 y más							12 y más						

NO RELLENAR

NO RELLENAR

P.77. ¿Qué frase describiría mejor su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?. **(Elija una sola respuesta).**

- Bebo más ahora que antes1
 Bebo menos que antes2
 Mi consumo no ha variado en los últimos 12 meses3

P.78. ¿Cuál de los siguientes términos refleja mejor la cantidad de alcohol que consume habitualmente?.

- Muy poco1
 Poco2
 Moderado3
 Bastante4
 Mucho5
 NS/NC6

PARTE "B"

P.79. ¿Qué frase describiría mejor su consumo de alcohol a lo largo de su vida?.

- No he bebido jamás1
 Bebo ocasionalmente2
 He bebido con regularidad, pero ahora no bebo o lo hago ocasionalmente3

PESO Y TALLA

P.80. ¿Podría decirme cuánto pesa aproximadamente sin zapatos ni ropa?.

- kilos.

P.81. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?.

- metros.

P.82. En relación a su estatura, diría Vd. que su peso es ...

- Bastante mayor de lo normal1
 Algo mayor de lo normal2
 Normal3
 Menos de lo normal4
 NS5
 NC6

P.83. En la actualidad, ¿hace Vd. algún régimen de comidas para mantener o disminuir su peso?.

- Sí1
 No2
 NS/NC3

SÓLO MUJERES

P.84. ¿Ha acudido en alguna ocasión al ginecólogo para "revisión"?

Sí1
No2
NS/NC3

P.85. ¿Cuánto tiempo hace que acudió por ese motivo al ginecólogo?

< de 1 año1
1-2 años2
2-3 años3
> de 3 años4
NS/NC5

P.86. ¿Le han realizado en alguna ocasión una citología vaginal de forma preventiva?

Sí1
No2
NS/NC3

P.87. ¿Cuánto tiempo hace de la última?

< de 1 año1
1-2 años2
2-3 años3
3-5 años4
> de 5 años5
NS/NC6

P.88. ¿Cada cuánto tiempo le dice su ginecólogo que tiene que hacerse una citología vaginal preventiva?

Una vez al año1
Entre 1 y 2 años (cada 2 años)2
Entre 2 y 3 años (cada 3 años)3
Más de 3 años4
Ocasionalmente, sin frecuencia fija5
NS/NC6

P.89. ¿Cada cuánto tiempo cree Vd. que se debería hacer una citología vaginal preventiva?

Una vez al año1
Entre 1 y 2 años (cada 2 años)2
Entre 2 y 3 años (cada 3 años)3
Más de 3 años4
Ocasionalmente, sin frecuencia fija5
NS/NC6

PROBLEMAS DE SALUD

P.90. ¿Tiene Vd. alguna enfermedad o problema por el que acuda a algún profesional sanitario con periodicidad por lo menos una vez al año?

No1→(PASAR RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD)

Sí2
NS/NC3→(PASAR RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD)

P.91. ¿Cuál es la enfermedad o problema?
(No leer).

	No	Sí
1. Hipertensión.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Colesterol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Obesidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Diabetes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Anemia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Problema respiratorio crónico...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Infarto cardíaco anterior	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Por ataque cerebral (ictus).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Problemas de tiroides.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Insomnio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Problemas de Salud Mental:		
- Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
- Ansiedad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
- Otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Cáncer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. Otros. Especificar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

PRIMER PROBLEMA

P.92. ¿Quién le controla?

Médico/Enfermera del Centro de Salud1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.....2
Otro médico general privado.....3
Otro especialista privado.....4
Otro profesional sanitario.....5

P.93. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?

No1
Sí2
NS/NC3

SEGUNDO PROBLEMA	
P.94. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado.....	4
Otro profesional sanitario	5
P.95. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

QUINTO PROBLEMA	
P.100. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado.....	4
Otro profesional sanitario.....	5
P.101. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

TERCER PROBLEMA	
P.96. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado.....	4
Otro profesional sanitario	5
P.97. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD

P.102. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido que quedarse en la cama, contando también los días pasados en el hospital, por motivos de salud?.

No1
 Sí2
 NS/NC3

P.103. ¿Cuántos días ha tenido que quedarse en la cama durante la mayor parte del día (al menos _ día)?.

CUARTO PROBLEMA	
P.98. ¿Quién le controla?.	
Médico/Enfermera del Centro de Salud	1
Médico especialista del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	2
Otro médico general privado	3
Otro especialista privado.....	4
Otro profesional sanitario	5
P.99. ¿Está Vd. satisfecho con la atención recibida?.	
No	1
Sí	2
NS/NC	3

P.104. Sin contar los días indicados anteriormente, durante los últimos 14 días, ¿ha dejado de trabajar, hacer las labores de casa, ir al colegio por algún motivo de salud?.

No1
 Sí2
 NS/NC3

P.105. ¿Cuántos días?.

P.106. Sin contar los días indicados anteriormente, durante los últimos 14 días, ¿ha tenido que suspender o moderar sus actividades habituales por motivos de salud?.

No.....1
 Sí.....2
 NS/NC.....3

P.107. ¿Cuántos días ha tenido que moderar o suspender sus actividades habituales?.

La siguiente pregunta se dirige a Vd. y a las personas que viven con Vd., familiares o compañeros de vivienda y se refiere a la limitación crónica de la actividad.

P.108. ¿Vd. o alguna persona de su familia se encuentra limitado de alguna forma por motivos de salud para trabajar, acudir al colegio, hacer las labores del hogar o realizar alguna actividad frecuente en las personas de su edad y sexo?. (Recordar actividad según características de cada persona).

No1 →FIN ENTREVISTA. GRACIAS
 Sí.....2 POR SU COLABORACIÓN.
 NS/NC.....3

P.109. ¿Cuál o cuáles son los problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

FAMILIAR O CONVIVIENTE 1.

P.110. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: _____ años Sexo: Hombre1
 Mujer2

FAMILIAR O CONVIVIENTE 2.

P.111. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: años Sexo: Hombre1
 Mujer2

FAMILIAR O CONVIVIENTE 3.

P.112. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: años Sexo: Hombre1
 Mujer2

FAMILIAR O CONVIVIENTE 4.

P.113. ¿Cuál o cuáles son problemas de salud que le ha causado esa limitación?.

Edad: años Sexo: Hombre1
 Mujer2

APOYOS A INCAPACITADOS

Las siguientes preguntas se realizan única y exclusivamente a las personas de edad igual o superior a 16 años, que han contestado afirmativamente a la pregunta 7. (Si no están, se llamará por teléfono).

AYUDA FAMILIAR

P.114. ¿Habitualmente alguna persona de este hogar le presta ayuda por esta limitación crónica de la actividad?

- No1 **→PASAR A PREGUNTA 120**
 Sí2
 NS/NC3

P.115. ¿Quién le ayuda?

- Su pareja1
 Su hijo/a2
 Su nuera/yerno.....3
 Su hermano/a4
 Una persona contratada.....5
 Otros.....6

P.116. ¿Qué edad tiene?

años

P.117. Sexo: Hombre1
 Mujer2

P.118. ¿Qué tipo de ayuda recibe?

- Cuidados personales1
 Tareas domésticas2
 Compañía3
 Otros4

P.119. En los últimos 14 días, ¿cuánta ayuda ha recibido?. **(Transformar en horas/semana).**

AYUDA EXTRAFAMILIAR

P.120. ¿Habitualmente le prestan ayuda otras personas que no viven en este domicilio, por esta limitación crónica de la actividad?

- No1 **→PASAR A PREGUNTA 126**
 Sí2
 NS/NC3

P.121. ¿Quién le ayuda?

- Su hijo/a1
 Su nuera/yerno.....2
 Otro familiar3
 Un amigo/a o vecino/a4
 Una persona contratada.....5
 Otros.....6

P.122. ¿Qué edad tiene?

años

P.123. Sexo: Hombre1
 Mujer2

P.124. ¿Qué tipo de ayuda recibe?

- Cuidados personales1
 Tareas domésticas2
 Compañía3
 Otros4

P.125. En los últimos 14 días, ¿cuánta ayuda ha recibido?. **(Transformar en horas/semana).**

AYUDA INSTITUCIONAL Y VOLUNTARIADO

P.126. Por esta limitación crónica de la actividad, habitualmente, ¿recibe Vd. ayuda institucional por parte del Servicio de Atención al domicilio, del Gobierno de Navarra, del Ayuntamiento, INSERSO, ONCE, Cruz Roja, etc.?

- No1
 Sí2
 NS/NC3

P.127. ¿De qué tipo?.

	No	Sí
Económica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Asistencial.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

P.128. Por esta limitación crónica de la actividad, habitualmente, ¿recibe Vd. atención del Centro de Salud.?

No1→FIN DE ENTREVISTA
Sí2

P.129. ¿Dónde?.

En el Centro de Salud.....1
En el domicilio2

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

REFERENCIAS

1. ANDERSON RN (1998) United States Abridged Life Tables, 1996. National statistics Reports 47, 13. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
2. BADIA X, ROSET M et al. (1999) La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica* 112 (supl 1): 79-96.
3. BADIA X, ROSET M, MONSERRAT S, HERDMAN M. The spanish VAS tariff based on valuations of EQ-5D health states from the general population. Rabin RE, Busschbach JJV, de Charro FT, Essink-Bot ML, Bonsel GJ (eds). EuroQol Plenary Meeting, Rotterdam 1997. Discussion paper.
4. BONE MR, BEBBINGTON AC, JAGGER C, MORGAN K & NICOLAS G (1995) Health Expectancy and its uses. London: HMSO
5. BROOKS R, with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-72.
6. BROOKS RG. EuroQoL. The current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 53-7
7. Canadian tobacco use monitoring survey documentation 1999. <http://hcs-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/ctmus/index.html#survey>
8. Departamento de Economía y Hacienda. Estadística de Población de Navarra 1996. Población por edades y sexos. Volumen 1. Pamplona 1997.
9. Departamento de Salud. ¿Cómo estamos de Salud? Encuesta de Salud 1990-1991. Pamplona 1993
10. Departamento de Sanidad del Gobierno vasco. Encuesta de Salud 1997. Datos relevantes. Vitoria-Gasteiz 1998.
11. Erickson, P, Wilson, R & Shannon, I. (1995) Years of Healthy Life. Hyattsville, Maryland: US Department of Health and Human services, CDC, National Center for Health Statistics (Healthy People 2000 statistical Notes n 7)
12. Fundación Bartolomé de Carranza. Juventud en Navarra 98. Avance de contenidos y resultados de la IV encuesta sobre la juventud de Navarra. 1998
13. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SD Editores, 1995
14. Health survey for England: Trend data for adults 1993-1999. <http://www.doh.gov.uk/stats/trends1.htm>
15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. INE 2000
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo.
17. National health interview survey of United States 2000. <http://www.cdc.gov/nchs/series/sr 02/sr2 130.pdf>
18. National Population Health Survey Highlights of Canada 1996/1997. <http://www.hcs-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/nphs>
19. Robine, JM, Romieu, I. & Cambois, E. (1999) Health Expectancy Indicators. *Bulletin of the World Health Organization* 77 (2) :181-185
20. Sanders BS (1964) Measuring community health levels. *American Journal of Public Health* 54: 1063-1070.
21. Servei Catala de la Salut. Els catalans parlen de la seva salut. Enquesta de salut de Catalunya. Servei Catala de la Salut 1998.