

METODOLOGÍA

Encuesta de Salud del País Vasco

2013

13ko EAEOI ESCAV₁₃

METODOLOGÍA ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO 2013

1. [INTRODUCCIÓN](#)
2. [OBJETIVOS ESCAV13](#)
3. [AMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN](#)
4. [PLAN MUESTRAL: DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO MUESTRAL](#)
5. [PRETEST CUALITATIVO](#)
6. [DISEÑO DEL CUESTIONARIO](#)
7. [CURSO DE FORMACIÓN DE ENCUESTADORES](#)
8. [ESTUDIO PILOTO CUANTITATIVO](#)
9. [TRABAJO DE CAMPO](#)
10. [VALIDACIÓN](#)
11. [ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ESTANDARIZACIÓN](#)
12. [DEFINICIONES](#)
13. [DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS](#)
14. [BIBLIOGRAFÍA](#)



1. INTRODUCCIÓN

La Encuesta de Salud (ESCAV) es una fuente de información del estado de salud poblacional y sus determinantes, así como una herramienta insustituible para la planificación y evaluación de las actuaciones en materia social y sanitaria, y para la investigación en el ámbito de la salud.

La encuesta por entrevista es el único método capaz de superar barreras socio-económicas y culturales, y acceder a lo que piensan y al comportamiento de todos los ciudadanos y ciudadanas. La información generada en los sistemas sanitarios (mortalidad, altas hospitalarias, registros de cáncer, encuestas de satisfacción, etc.) se completa con los datos recogidos en la Encuesta de Salud, cuyo objetivo principal consiste precisamente en analizar y monitorizar el estado de salud de la población vasca y sus determinantes a partir de la información que nos proporcionan las personas sobre su salud, condiciones de vida y opinión sobre el sistema sanitario.

La encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) de 2013 (ESCAV13) es la sexta Encuesta de salud realizada en nuestra Comunidad. La primera se hizo en 1986, y a partir de 1992 ha tenido una periodicidad quinquenal. La ESCAV ha contado desde 1992 con una estructura básica, que nos permite hacer un seguimiento de la salud y sus determinantes, a la vez que se han ido añadiendo en cada edición nuevas preguntas dirigidas a satisfacer las nuevas necesidades de información surgidas tanto en el ámbito de la planificación e investigación en salud, como de otros sectores sociales.

Los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos (la importancia creciente de las enfermedades crónicas y degenerativas), los cambios en la política sanitaria y de salud pública, así como los avances metodológicos en los instrumentos de medida, han hecho necesario introducir modificaciones en los contenidos de la ESCAV para adaptarse a las nuevas necesidades de información y la adaptación de los ya existentes. En la presente edición de la Encuesta de salud se ha realizado una revisión del diseño metodológico y de los cuestionarios, resultado de la recogida de información de diversas fuentes:

- Revisión de documentos en relación a la política de salud en la CAPV.
- Entrevista con informantes claves.
- Análisis de los procesos de transformación social y epidemiológica.
- Revisión bibliográfica y de otras encuestas.
- Caracterización de los cambios en el sistema de información de salud.

En la actual Encuesta se han introducido diversos cambios respecto a la ESCAV'07, tanto en el contenido del cuestionario individual como en el familiar y en el diseño y selección de la Muestra. En la forma de administración de la encuesta, este año, por primera vez, se ha realizado la entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) y se ha ofrecido a lo/as encuestados/as la



posibilidad de rellenar el cuestionario individual mediante netbook o a través de la Web.

Además, con el objetivo de potenciar la difusión de la encuesta y la distribución de los datos, se han propuesto diversos productos de difusión y estrategias de comunicación de resultados.

2. OBJETIVOS DE LA ESCAV13

Los objetivos principales de la Encuesta de Salud de 2013 son:

- Monitorizar la magnitud y distribución de la salud, los determinantes de la salud y la utilización de los servicios de salud de la población vasca
- Analizar la relación entre el estado de salud, los determinantes de la salud y la utilización de servicios sanitarios, en el marco de los cambios sociodemográficos y de política.
- Monitorizar las desigualdades sociales en la salud percibida, en los determinantes de la salud, y en la atención sanitaria
- Identificar problemas de salud prioritarios, valorar las necesidades emergentes de atención sanitaria, y servir de base para el diseño y desarrollo de intervenciones comunitarias.
- Suministrar información sobre las necesidades de atención sanitaria y facilitar una asignación de recursos adecuada a las necesidades.

3. AMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Ámbito poblacional.** La investigación se dirige al conjunto de personas que reside en viviendas principales. Se excluyen las personas residentes en hogares colectivos e instituciones.
- **Ámbito geográfico:** La encuesta se realiza en toda la CAPV. Los resultados se describen para diferentes unidades geográficas, como el territorio histórico, las organizaciones sanitarias integradas (OSI), los municipios o la zona básicas de salud (ZBS).
- **Ámbito temporal.** La encuesta en función del tipo de información que solicita plantea fechas o períodos de referencia diferentes (12 meses, 6 meses, 4 semanas, 14 días, una semana y 2 días). De hecho, hay preguntas que hacen referencia a los últimos 14 días antes de la encuestación pero sirven para hacer una estimación anual y evitar la pérdida de información por la falta de recuerdo, por ejemplo, el número de consultas realizadas en los últimos 14 días.

4. PLAN MUESTRAL: DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO MUESTRAL. CÁLCULO DE ELEVADORES Y CALIBRACIÓN

El diseño de la ESCAV ha cambiado en 2013 respecto a ediciones anteriores. Se ha mantenido el panel de viviendas encuestadas de 2007 (que en parte se mantiene desde 1997), pero se ha renovado el diseño muestral, pasando de un diseño en 3 etapas, a un diseño en 2 etapas.

Diseño muestral.

El diseño de la muestra de la Encuesta de Salud 2013 de la C.A. de Euskadi se ha realizado en dos etapas:

- en **la primera etapa** se hizo un muestreo aleatorio estratificado de viviendas ocupadas, en los estratos que forman las zonas básicas de salud, que define el Departamento de Salud.
- en **la segunda etapa** se seleccionó las dos terceras partes de las personas residentes en la vivienda (mayores de 14 años) para recabar sus datos en el cuestionario individual.

Muy resumidamente, se ha distribuido la muestra de 5.300 viviendas en las zonas básicas de salud, atendiendo a las distribuciones de población. Para ello se ha tenido en cuenta que desde 1997 la encuesta se basa en un panel de viviendas. Para la edición de 2013, se ha tratado de adaptar las viviendas del panel de 2007 a este nuevo diseño.

Para todo ello, se ha utilizado el marco de la población y de las viviendas, es decir, el Registro Estadístico de Población (REP) y el Directorio de Viviendas (DV) de 2010.

Unidades muestrales

La unidad de encuestación ha sido la vivienda familiar, utilizándose como base poblacional de referencia el registro administrativo de población más actualizado en el momento de la obtención de la muestra (2010).

Tamaño de la muestra

La muestra total está compuesta por 5.300 unidades de encuestación, aportándose 10.000 unidades sustitutas (dos sustitutos por unidad muestral más una bolsa para algunos subestratos).

1. Primera etapa: Muestra de viviendas

En esta primera etapa, se realizó un sorteo estratificado de las 5.300 viviendas de la muestra.

▪ **Estratificación:**

Las unidades de la primera etapa se han estratificado en 123 zonas básicas de salud.

▪ **Afijación:**

La afijación de las 5.300 viviendas se ha realizado de acuerdo a los siguientes criterios:

- Reparto proporcional a la raíz cuadrada de la población de 15 y más años de las áreas sanitarias de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, que no coincidían totalmente con la población del Territorio Histórico. Se ha utilizado la población del REP de 2010.
- Reparto proporcional a la población de 15 y más años en las zonas básicas de salud.

Además, se ha exigido que el tamaño de muestra mínimo sea de 10 viviendas en las zonas básicas de salud.

Estos son los resultados de la afijación que se obtuvieron con la primera afijación:

Provsanitaria	Población 15 y más	Raíz tamaño	Muestra
Alava	302.996	550,450724	1.256
Gipuzkoa	576.768	759,452434	1.733
Bizkaia	1.026.693	1013,2586	2.311
Total	1.906.457	2323,16176	5.300

▪ **Sorteo:**

No se ha realizado un sorteo de todas las viviendas de la muestra. Partiendo del panel de las viviendas encuestadas en la operación en 2007 se ha completado la muestra eliminando o añadiendo aleatoriamente las viviendas que se precisan en cada zona sanitaria.

2. Segunda etapa: Muestra de personas

Dentro de cada vivienda para la realización del cuestionario familiar se han encuestado a todas las personas residentes en la vivienda y que formaban una unidad familiar.

Para la realización del cuestionario individual se han elegido a las dos terceras partes de lo/as residentes en la vivienda que tengan 15 o más años.

Con esta finalidad, en la muestra se ha presentado cada vivienda titular con la asignación por sorteo que determinaba el tipo de vivienda (A, B, C). Se ha realizado por sorteo aleatorio dentro del estrato-zona sanitario.

A partir de esta letra, y una vez recogida la composición familiar de la vivienda, se determinó cuántas personas de 15 y más años, y qué personas tenían que ser encuestadas en la segunda fase.



Con las instrucciones de campo, una vez ordenadas las personas de la vivienda por edad y sexo, con el tipo de vivienda (A, B, C), se hizo el sorteo de la(s) persona(s).

Marco de la muestra

El marco de la muestra estaba compuesto por las viviendas familiares ocupadas de la Comunidad Autónoma de Euskadi y sus territorios históricos.

Para ello, se obtuvo del Directorio de Viviendas de 2010, aquellas viviendas familiares en donde residía al menos una persona de acuerdo al Registro de Población (EUSTAT).

Se asignó a cada vivienda ocupada su código de zona sanitaria.

El panel de viviendas

Como parte de la operación, se ha mantenido el panel de viviendas de 2007, y se ha distribuido en las zonas sanitarias (una vez asignado el código de zona sanitaria).

Algunas viviendas han desaparecido de la muestra actual, por estar vacías según la información de 2010, o pertenecer a zonas en las que hay más viviendas de las necesarias.

Las zonas con pocas viviendas en el panel se han completado con viviendas ocupadas de la misma zona, pertenecientes al Directorio de Viviendas de 2010, con un modo de selección sistemática (ordenación por códigos de localización).

También se ha aplicado en criterio sistemático para eliminar viviendas de más en algunos estratos.

Las viviendas titulares han sido numeradas con valores del 1-5.300.

La sustitución de las viviendas

Cada vivienda titular ha tenido una vivienda suplente y otra reserva. Estas viviendas han sido elegidas por un criterio de proximidad a las de la muestra, siempre en la misma zona.

Además del estrato, se determinó que las viviendas titulares con población extranjera fueran sustituidas con otra vivienda de estas características. Se consideró que una vivienda es “extranjera” cuando alguna persona residente de 15 y más años tenía nacionalidad extranjera.

Para aplicar el criterio de nacionalidad en la sustitución, se han hecho unos dobles estratos en las zonas, con viviendas “nacionales” y viviendas “extranjeras”, que formaban un estrato separado de sustitución. Después, en cada estrato se aplicó de nuevo un criterio de proximidad.

Además las viviendas “extranjeras” han tenido una bolsa de sustitución (dos unidades más por cada titular), además de suplentes y reservas.

El fichero de la muestra

El fichero de la muestra se compone de todas las viviendas pertenecientes a ella (titulares, suplentes, reservas y bolsa), con su aproximación postal, los campos pertenecientes a la estratificación y relativos a la muestra (tipo de unidad, número de cuestionario, etc.), a la identificación en la vivienda en el Directorio de Viviendas.

Además, se han incluido todas las personas que residen en la vivienda, según el REP, con un número correlativo atendiendo a la ordenación por edad y sexo. De estas personas se han facilitado las características básicas (nombre, sexo, fecha de nacimiento, etc.) y se ha incluido la Clave UPB, que corresponde al REP.

Pretest (Prueba piloto)

Se ha seleccionado un pretest en las 10 zonas de salud indicadas por el departamento:

Territorio	Municipio	Nombre zona	ZONA
Araba	Vitoria-Gasteiz	Sansomendi	1114
		Santa Lucia	1104
		Lakuabizkarra	1110
Bizkaia	Bilbao	Iralabari	3606
	Bilbao	Otxarkoaga	3615
	Sestao	Sestao-Markonzaga-Kueto	3401
	Erandio	Erandio-Desierto	3508
Gipuzkoa	Oñati	Oñati	1203
	Azkoitia	Azkoitia	2202
	Donostia-SS	Intxaurreondo	2409

En estas zonas se han seleccionado 10 viviendas titulares, 10 suplentes y 10 reservas, y se han aplicado todos los criterios de la muestra:

- El sorteo de las viviendas es sistemático en la zona
- El criterio de selección de las sustitutas es el mismo (proximidad en la zona y nacionalidad).
- Se entregan titulares, suplentes, reservas y bolsa.
- El diseño de registro es común.

Cálculo de elevadores y calibración

Muestra de residentes en las viviendas encuestadas y muestra de familias.

Tal y como acabamos de mencionar, para estos casos, se trata de una muestra de una sola etapa estratificada.

Por lo tanto, se ha obtenido un primer estimador de expansión o Horvitz-Thompson:

$$\hat{X} = \sum_{h=1}^H w_h \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi} = \sum_{h=1}^H \frac{N_h}{n_h} \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi}$$

Donde:

h Es el estrato

w_h Es el peso inicial o inverso de la probabilidad de selección (la muestra de viviendas es autoponderada dentro de cada estrato, misma probabilidad de selección)

N_h Es el número de viviendas en la población en el estrato h

n_h Es el número de viviendas en la muestra en el estrato h

x_{hi} Es el valor de la característica a estimar en la vivienda i del estrato h

Este peso se ha ajustado a los marginales de población o de familias según el caso, calibrando la muestra sobre estos totales:

$$\hat{X}^* = \sum_{h=1}^H \hat{X}_h^* \quad \text{Con} \quad \hat{X}_h^* = \sum_{i=1}^{n_h} w_{hi}^* x_{hi}$$

Donde:

w_{hi}^* Son los pesos obtenidos a partir de los pesos iniciales $w_{hi} = w_h \forall i$ por calibración o ajuste a las variables de población o de familias.

Los cálculos de los pesos iniciales se ha realizado en la programación de SAS y el ajuste posterior, con la macro CALMAR también en SAS.

El procedimiento de cálculo ha sido común tanto para la muestra de componentes familiares como para la de familias.

Muestra de personas de 15 y más años

Para este caso, la muestra ha sido bietápica, primero de viviendas y después de personas de 15 y más años

$$\hat{X} = \sum_{h=1}^H w_h \sum_{i=1}^{n_h} x_{hi} = \sum_{h=1}^H \frac{N_h}{n_h} \sum_{i=1}^{n_h} \frac{M_i}{m_i} X_{hij}$$

Donde:

M_i Es el número de personas en la vivienda i

m_i Es el número de personas encuestadas en la vivienda i

X_{hij} Es el valor de la característica a estimar de la persona j de la vivienda i del estrato h

$$\hat{X}_h^* = \sum_{i=1}^{v_i} \sum_{j=1}^{n_{vi}} w_{hij}^* X_{hij}$$

Con:

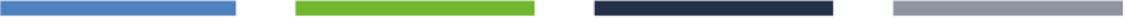
w_{hij}^* Obtenidos a partir de los factores iniciales w_{hij} aplicando post-estratificación según la variable cruce comarca sanitaria, grupo de edad (8 grupos: 15-24, 25-34, ..., 55-64, 65-74, 75-84 y ≥ 85) y sexo. Se trata de población proyectada por comarca sanitaria, grupo de edad y sexo.

Los cálculos de los pesos iniciales se han realizado en la programación de SAS y el ajuste posterior, con la macro CALMAR también en SAS.

Método de elevación

En el método de elevación se pueden distinguir en este caso dos aspectos diferentes: en primer lugar, el cálculo de los pesos iniciales y posteriormente el ajuste a los marginales.

Para el cálculo de los pesos iniciales se ha obtenido para cada persona o registro de la encuesta, la probabilidad de la selección dentro del estrato. El peso inicial es el inverso de esta probabilidad. Estos cálculos se han realizado en la programación SAS.



En segundo lugar, una vez aplicados estos pesos iniciales se ha ajustado la muestra a los valores de la población. Los totales poblacionales nos interesan para calibrar por:

- Población por comarca sanitaria, sexo y grupo de edad decenal
- Familias por comarca sanitaria y tamaño familiar

El objetivo del ajuste ha sido dar un peso a cada persona o vivienda, de manera que una vez ponderada la muestra, las distribuciones en todas las "variables de ajuste" fueran "cercanas" a las distribuciones teóricas.

El método de ajuste utilizado es el Raking Ratio. Se trata de un método iterativo que se utiliza cuando tratamos variables auxiliares cualitativas con información en las distribuciones univariantes de estas variables.

Se dice que es un método iterativo porque se hace en varios pasos. Este proceso podría explicarse de modo simplificado para dos variables auxiliares de la siguiente forma. El primer paso de la iteración es el ajuste de la muestra respecto a la primera característica auxiliar o de estratificación y en el segundo paso a la segunda variable. Como resultado, el ajuste respecto de la primera se habrá modificado, y por ello hay que realizar la segunda iteración, con los dos pasos anteriores, y así sucesivamente hasta conseguir el ajuste a ambas variables auxiliares.

El ranking ratio es un método de ajuste del que se obtienen pesos mayores que 0, únicamente. Como el resto de los métodos de este tipo, trata de buscar el conjunto de ponderaciones de ajuste más parecidas posibles a los pesos iniciales.

Proceso de calibración: Datos de entrada

Hemos utilizado tres ficheros (datasets) de entrada:

- indi_familia: reúne a todos las personas residentes en las viviendas encuestadas
- indi_individual: unidades de la muestra individual de 15 y más años
- familias: cada registro es una familia de la muestra.

Además, hacía falta un segundo fichero, en cada caso, con la información auxiliar de ajuste. En este caso, hemos utilizado las proyecciones de población y de familias del primer trimestre de 2013 y el Censo de Población y Vivienda del 2011, para calcular los porcentajes de la población en las variables de ajuste.

Variables de ajuste utilizadas

1. Fichero de personas de 15 y más años, y fichero de todos los componentes familiares: indi_individual e indi_familia, respectivamente.

Comarca sanitaria, sexo y grupo de edad:

Se calcularon las marginales sobre la población de individuos, comarca sanitaria, sexo y grupo de edad, que se han obtenido de las proyecciones de población a la fecha de referencia. Por la combinación de comarca sanitaria, sexo y grupo decenal de edad, se han obtenido 112 categorías en el caso de población de 15 y más años y 126 para el caso en el que consideramos todos los residentes de la vivienda.

Los grupos de edad se han establecido en función de la edad cumplida en el momento de la encuestación.

Se han tomado 9 grupos de edad (decenales) para el ajuste, es decir: de 0 a 14 años, de 15 a 24, ..., y de 85 y más años. En total, 18 grupos de edad y sexo para cada comarca sanitaria en el caso del fichero de todos los componentes familiares.

En el caso del fichero de personas de 15 y más años se ha omitido el primer grupo de edad quedándonos con un total de 16 grupos de edad y sexo para cada comarca sanitaria.

2. Fichero de familias: familias

Comarca sanitaria y Tamaño familiar:

Se calcularon las marginales del número de viviendas según tamaño familiar por comarca sanitaria. En primer lugar, se calculó el total de familias en la CAE, a partir de la proyección de población para la CAE y el tamaño familiar medio (obtenido del Padrón Municipal de Habitantes).

Después, con esta estimación y la distribución de familias por tamaño familiar provenientes del Censo de Población y Vivienda del 2011, se calculó el número de familias de cada tipo en cada comarca sanitaria.

Se han tomado 4 grupos de tamaño familiar; 1 persona, 2 personas, 3 personas y 4 y más personas. En total se obtuvieron 28 categorías para el cruce de comarca sanitaria y tamaño familiar.

A continuación mostramos las tablas que indican las cantidades a las que se ha ajustado.

Distribución de la población por comarca sanitaria, grupo de edad y sexo, según proyección de población 1er trimestre de la PRA 2013.

Grupo de edad	Sexo	COMARCA SANITARIA						
		Álava	Gipuzkoa oeste	Gipuzkoa este	Interior	Ezkerraldea-Enkarterri	Uribe	Bilbao
0-14 años	Hombres	20.814	22.326	31.497	22.035	18.717	15.996	22.071
	Mujeres	19.903	21.257	29.935	20.539	17.830	15.401	20.745
15-24 años	Hombres	12.860	12.987	18.784	13.041	12.031	9.764	14.991
	Mujeres	11.996	11.882	18.041	12.496	11.185	9.564	14.335
25-34 años	Hombres	21.883	20.174	28.089	21.693	21.080	14.687	23.315
	Mujeres	20.418	18.451	27.882	20.095	20.064	14.592	22.670
35-44 años	Hombres	26.032	24.998	36.732	26.432	25.525	17.919	27.751
	Mujeres	23.796	22.064	35.519	25.093	24.148	18.149	27.884
45-54 años	Hombres	21.705	22.623	32.557	24.419	23.003	16.356	27.130
	Mujeres	21.949	21.508	33.814	24.463	23.181	17.360	29.407
55-64 años	Hombres	17.452	19.084	26.639	19.306	18.595	13.608	20.179
	Mujeres	17.872	18.395	28.790	19.389	19.635	15.098	22.909
65-74 años	Hombres	12.333	13.665	19.127	13.416	13.195	9.028	14.970
	Mujeres	12.907	14.390	22.403	14.867	15.746	10.006	19.606
75-84 años	Hombres	8.169	9.707	12.346	9.893	10.260	5.374	12.645
	Mujeres	10.642	13.037	18.923	13.453	15.339	7.703	19.691
85 y más	Hombres	2.202	2.446	3.295	2.417	2.548	1.333	3.330
	Mujeres	5.027	5.405	8.827	5.576	6.067	3.596	8.578

Distribución de las familias por comarca sanitaria, y tamaño familiar, según proyección de población 1er trimestre de la PRA 2013.

Tamaño familiar	COMARCA SANITARIA						
	Álava	Gipuzkoa oeste	Gipuzkoa este	Interior	Ezkerraldea-Enkarterri	Uribe	Bilbao
1 persona	34.027	28.806	44.331	28.270	29.751	17.504	40.124
2 personas	34.662	32.917	49.167	33.996	37.893	21.464	42.598
3 personas	24.003	24.574	36.083	28.567	29.450	18.631	30.812
4 y más personas	24.928	28.570	40.965	28.835	23.823	22.044	29.699

Calidad del ajuste

El ajuste se ha realizado con el programa CALMAR y es perfecto, no habiendo diferencias en ninguna de las modalidades de ajuste (0,00%).

Los resultados obtenidos en cuanto a la relación de peso final y peso inicial son los que se detallan a continuación para cada fichero:

1. Fichero de todos los componentes familiares:

Media 1,06

Coefficiente de Variación = 28,67

2. Fichero de personas de 15 y más años:

Media: 0,99

Coefficiente de Variación = 32,86

3. Fichero de familias:

Media: 1,01

Coeficiente de Variación = 19,79

Indicar que los ficheros anteriores se han entregado con dos tipos de elevadores.

Un primer elevador que suma **N** el total de la población a la que hace referencia, ya sean personas o familias, y un segundo elevador que suma **n** el total de las unidades de la muestra que corresponda en cada caso.

Ambos elevadores se han obtenido por el mismo procedimiento de cálculo.

5. PRETEST CUALITATIVO

En la presente edición de la Encuesta, además del estudio piloto cuantitativo, se ha realizado previamente un pretest cualitativo con el objetivo de evaluar las preguntas y mejorar los cuestionarios.

Objetivos del pretest:

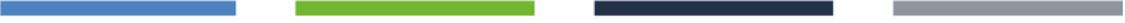
- Identificar los potenciales errores de respuesta mediante el estudio del proceso de pregunta-respuesta de los cuestionarios
- Proponer cambios en el cuestionario para evitar los posibles errores de respuesta identificados.

El pretest cualitativo se ha desarrollado en dos etapas:

- En la primera se ha realizado una revisión de los cuestionarios familiar e individual por tres personas, dos de las cuales no habían participado en la elaboración de los cuestionarios. Se ha prestado especial atención a la versión en euskara de los cuestionarios, por ser una traducción de la versión en castellano.

Como resultado de esta revisión se identificaron las preguntas target, aspectos de diseño general que pudieran dar lugar a error (conceptos ambiguos o confusos, preguntas que pudieran producir rechazo en determinados grupos de población, formulación de preguntas que requieran un gran esfuerzo de memoria o que no son interpretadas de igual manera por todas las personas o exactitud en la traducción al euskara de la encuesta), así como otros aspectos de la estructura general del cuestionario (comprensión general de las preguntas, comprensión de las instrucciones y filtros, orden de las preguntas, opinión general sobre idoneidad y utilidad de la encuesta, etc.).

- En la segunda etapa, se realizó la “entrevista cognitiva” a trece personas en dos series.



En la primera serie se realizaron dos entrevistas para contrastar los problemas más evidentes que dieron lugar a las primeras propuestas de modificación que fueron motivo de análisis y de elaboración de conclusiones.

En la segunda serie, tras incorporar algunas de las modificaciones, se realizó el resto de las entrevistas que dieron lugar a nuevas recomendaciones. A la hora de seleccionar a las personas participantes en la entrevista se ha tenido en cuenta su pertenencia a estratos o grupos de población en los que determinadas preguntas pudieran ocasionar problemas específicos o sesgos diferenciales de comprensión.

6. DISEÑO DE LOS CUESTIONARIOS

El nuevo diseño de la ESCAV13 incorpora avances metodológicos, y modificaciones que nos permiten mantener la mayoría de las series, y a la vez comparar los resultados con otras encuestas de salud.

1. Cuestionario Familiar

Estado de salud

1. Problemas crónicos

Se ha modificado la lista de problemas crónicos. Además, se amplía la información diferenciando en dos preguntas: si tiene algún problema crónico y si un/una profesional de la salud le ha diagnosticado esa enfermedad o problema de salud crónico.

2. Necesidad de cuidados

- Para todas las personas se han introducido dos preguntas:
 - Una sobre la necesidad de cuidados o ayuda de otras personas. En relación a las personas que conviven en el hogar y que prestan ayuda o cuidados, se ha ampliado a más de una persona los posibles cuidadores, se recoge el parentesco, el orden que ocupa el/la cuidadora en la familia, las horas de dedicación y si reciben la prestación económica de la Ley de Ayuda a la Dependencia .
 - Otra sobre la utilización, en el periodo de referencia de 12 meses, de algunos de los servicios asistenciales domiciliarios o de transporte adaptado a sus necesidades.

- Para todas las personas con alguna limitación crónica de la actividad:
Se ha introducido una pregunta sobre la utilización, en el periodo de referencia de 12 meses, de algunos de los servicios sociosanitarios.

3. Menores.

Se han añadido, para todos los/as menores de 15 años, preguntas relativas a su cuidado, y sobre la valoración de su estado de salud.

Determinantes de Salud

1. Determinantes sociales de la salud.

Se han recogido nueva información o información ampliada sobre variables personales y socioeconómicas en varias preguntas relativas a:

- Si vive actualmente en pareja
- Si cuentan con un/a trabajador/a del hogar
- La dedicación a la organización y planificación de las tareas del hogar.
- El lugar de nacimiento y el nivel de estudios del padre y de la madre, de personas de 25 a 50 años, en el caso de que no convivan en la familia.
- La situación principal respecto a la actividad, modifica las categorías de respuesta desagregando lo/as rentistas de los/as pensionistas.
- La percepción de prestación por desempleo u otra ayuda o subsidio y si ha tenido un empleo remunerado en algún momento de su vida.
- La situación en el hogar (percepción de prestación, pareja de o tras personas que residen dentro o fuera del hogar, hijos/as a cargo de una o varias personas del hogar) en las personas que buscan el primer empleo, o aquellas personas que no han tenido un trabajo nunca.
- El número de personas que tiene/tenía a su cargo en el último trabajo.
- Las horas trabajadas en la última semana que trabajó, que se recogen ahora la respuesta abierta.
- Las modalidades de aseguramiento sanitario se han modificado las categorías de respuesta, eliminando Bienestar Social e Igualdad Médica y añadiendo el Aseguramiento Sanitario Privado
- La percepción de la situación económica de la familia, en diferentes grados de pobreza o bienestar

- Los ingresos totales de la familia, en los que se han modificado las categorías de respuesta.
2. Menores. Se han incorporado las siguientes preguntas
- Se pregunta a los/as menores de 15 años: ¿Cuántas horas duerme al día?, ¿Cuánto pesa sin zapatos? y ¿Cuánto mide sin zapatos?
 - Se pregunta sobre la actividad física de los/as mayores de 6 años.
 - Para los/as mayores de 1 año y menores de 15 años, se pregunta sobre el tiempo dedicado a ver televisión videojuegos, ordenador o Internet y si desayuna habitualmente.
3. Sal yodada
- Por primera vez se añade una pregunta sobre el consumo de sal yodada.

Servicios de salud y de cuidados

1. Consultas

Se han desagregado las consultas a medicina general, a especialidades, a dentistas, a enfermería / matrona, a otras especialidades de la salud y a medicina complementaria. Se ha ampliado la tipología de profesionales de la salud y medicina complementaria.

Para las personas que han realizado consulta médica (general o especialista) en los últimos 14 días se han añadido las preguntas ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?

A las personas que acudieron a consulta médica especializada en los últimos 14 días se les pregunta por la especialidad a la que han consultado en la última ocasión.

Se han añadido dos nuevas opciones de respuesta (“en la Mutua de accidentes de trabajo” y “Por correo electrónico”) en las preguntas ¿Dónde tuvo lugar la consulta?, referidas a consultas de medicina general, especializada y de enfermería, realizadas durante los últimos catorce días.

En la pregunta “¿Cuál fue el motivo principal por el que consultó?” relativa a consultas a dentista, se han modificado las opciones de respuesta, incluyendo por ejemplo la limpieza de boca, la colocación de fundas, puentes, y otras prótesis.



2. Urgencias

Se ha añadido preguntas que hacen referencia al tiempo de espera desde que empezó a notar malestar hasta que pidió asistencia, y desde que pidió asistencia hasta que fue atendido.

Además se incluye una pregunta referida a quién se hizo cargo de la mayor parte del gasto de la asistencia.

3. Hospitalización

Se ha modificado la pregunta sobre el motivo del último ingreso hospitalario, que ha pasado de ser una respuesta abierta, para codificar, a una respuesta cerrada en diferentes categorías.

Se incluyen preguntas sobre si estuvo en lista de espera por el motivo de la hospitalización y cuánto tiempo en meses estuvo en la lista de espera.

4. Hospital de día

Es una sección que se introduce por primera vez en la ESCAV13, con preguntas sobre si han recibido este tipo de asistencia, cuántos ingresos en el hospital de día ha tenido en el periodo de referencia de 12 meses, y cuál fue la razón del último de ellos.

5. Necesidades no cubiertas

Esta sección es nueva en la ESCAV13. Hacen referencia a la percepción por parte de la persona de la necesidad de recibir asistencia en régimen de hospitalización tradicional o en el hospital de día o cualquier otro tipo de asistencia médica que finalmente no recibió. Se han introducido preguntas para recoger información sobre la frecuencia en la que se ha necesitado esta asistencia no satisfecha, y cuál ha sido la causa de no haber recibido dicha asistencia.

6. Consumo de medicamentos

Se ha revisado y modificado el listado de medicamentos, y se ha reformulado la pregunta relativa a si fue recetado por el /la médico/a, aconsejado por el/la farmacéutico/a o si el fármaco lo ha tomado la persona por iniciativa propia.

6. Otros datos

Se añade una pregunta para recoger el número de la TIS

2. Cuestionario individual

Estado de salud

1. Calidad de vida relacionada con la salud.

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

Para medir la CVRS en la ESCAV'07 se utilizó la versión española del cuestionario de salud SF-36. En la ESCAV13 se ha sustituido por el cuestionario de salud Euroqol-5D. El Euroqol-5D es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA). En el sistema descriptivo, la propia persona valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y posteriormente, en una escala visual analógica. En la EVA la persona debe puntuar su estado de salud en una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

2. Discapacidad

Se ha incluido en el cuestionario individual una pregunta estándar sobre la limitación crónica que permita la comparación con otras poblaciones y que actualiza la forma de medición y permite la evaluación de la medida recogida en el cuestionario familiar (limitación crónica y temporal de la actividad). Se recoge en tres niveles: Gravemente limitado/a - limitado/a pero no gravemente – Nada limitado/a.

3. Salud oral percibida

Es una medida válida y simple para evaluar resultados relacionados con la salud oral, resumir y describir la salud oral de una población y sus determinantes. Es también un buen predictor del uso de servicios dentales. La herramienta consiste en la extensión de la metodología de la autovaloración de la salud a la salud oral ¿Cómo evaluarías tu salud oral? Excelente, muy buena, buena, regular y mala.

4. Cronicidad

Se ha incluido en el cuestionario individual una pregunta global sobre problemas crónicos: “¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración?” Esta pregunta complementa la descripción de la salud, permite comparaciones con otras poblaciones y puede ser una aproximación para validar el método de recogida de la ESCAV13.

Determinantes de la salud

En este apartado se han realizado las siguientes modificaciones o inclusiones:

1. Capital Social

Se introducen preguntas y escalas para estudiar el papel del capital social como determinante de la salud y las desigualdades en salud. Incluye una pregunta sobre la participación de manera regular en las actividades de algún tipo de asociación voluntaria, que valora la participación social y cooperación. Además se han incluido tres preguntas de la ENCUESTA SOCIAL EUROPEA Versión España/Castellano (22/3/2011) de capital social que engloban las dimensiones de confianza interpersonal, confianza social, y la disponibilidad de la gente a ayudar.

2. Tabaco.

En relación a la exposición pasiva al humo de tabaco de las demás personas se ha añadido la posibilidad de responder el automóvil como lugar de exposición. Además se ha añadido la pregunta sobre la frecuentación de cafeterías, bares, etc. durante la última semana

A las personas fumadoras ocasionales se les ha preguntado la cantidad aproximada que fuma a la semana.

Además para las personas fumadoras ocasionales (“*Fumo sólo en ocasiones*”), se ha incluido la pregunta “¿Ha fumado alguna vez todos los días?” y en todas las que en algún momento hubieran fumado diariamente, se ha recogido la misma información que en personas exfumadoras .

3. Alcohol

El consumo intensivo de alcohol (binge drinking) hace referencia a la ingesta de gran cantidad de alcohol en cortos periodos de tiempo. Su análisis se ha introducido recientemente en los estudios epidemiológicos de nuestro entorno, con el fin de establecer hasta que punto se ha extendido este comportamiento en nuestra comunidad La ESCAV13 ha añadido sendas preguntas de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012), para hombres y mujeres, sobre el consumo excesivo de alcohol en cortos periodos de tiempo.

4. Hábitos alimentarios

Se modifica la tabla de consumo de alimentos para recoger la frecuencia de consumo diario de fruta fresca, de zumo natural de frutas o verduras y de verdura. Además se han incluido preguntas sobre el desayuno: ¿Dónde desayuna los días laborables? ¿Qué desayuna habitualmente?

5. Actividad Física.

Se ha incluido una pregunta para completar la información sobre la frecuencia de actividad física en el tiempo libre. Pregunta adaptada de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2011-2012).

6. Condiciones de trabajo.

Se ha añadido la pregunta sobre estrés en el trabajo extendiendo la metodología de la pregunta de satisfacción en el mismo, con una escala de 1-7 para su medida.

7. Discriminación.

La discriminación es un importante determinante de la salud. La ESCAV13 ha incluido preguntas sobre la discriminación percibida y el lugar y/o personas que han ejercido o causado esta discriminación. Pregunta adaptada de la II Encuesta de Salud para Asturias – Año 2008.

8. Entorno de la vivienda

En la recogida de información sobre los problemas en el entorno de la vivienda, se han ampliado las opciones de respuesta pasando de *'sí / no'*, a *'mucho / algo / nada'*. Se ha incluido una nueva pregunta en relación a la disponibilidad en el entorno de la vivienda de oferta de fruta y verdura fresca; comida rápida; instalaciones para el ejercicio físico; y entorno adecuado para la práctica del ejercicio físico. En relación a este último enunciado, cuando la respuesta es “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo”, además se formula una nueva pregunta sobre los impedimentos que encuentra para la práctica del ejercicio físico en su barrio/pueblo.

Servicios de salud y de cuidados

1. Continuidad asistencial.

Se han incorporado las escalas del cuestionario CCAENA relativas a la percepción de continuidad asistencial por parte de lo/as usuario/as de los servicios de salud con enfermedades crónicas. Concretamente, se ha incluido la escala relativa a la transferencia de información (dimensión de la continuidad de información) y a la coherencia del cuidado (continuidad de gestión). Adicionalmente, se han incorporado tres ítems relativos a la percepción de las personas sobre la estabilidad del equipo profesional de la atención primaria y especializada (dimensión de la continuidad de relación).

2. Actuaciones preventivas

Las modificaciones o inclusiones de preguntas en relación a las actuaciones preventivas dirigidas a obtener información sobre el cáncer y los programas de cribado de cáncer.

- Antecedentes familiares de cáncer de mama para todas las personas de 20 a 75 años: Se han incluido preguntas referidas a diagnóstico de estas patologías en familiares (padre / madre, hermano / hermana, hijo / hija) y edad al diagnóstico
- Antecedentes familiares de cáncer de colon y recto para todas las personas de 20 a 75 años: Se han incluido preguntas referidas a diagnóstico de estas patologías en familiares (padre / madre, hermano / hermana, hijo / hija) y edad al diagnóstico
- Mamografía. Para todas las mujeres que se han realizado esta prueba alguna vez se ha ampliado las opciones de respuesta, en referencia a cómo llegó a hacerse la última mamografía (a petición propia, en el ámbito del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PGP-CM), indicación médica u otros).
- A todas las personas de 50 y más años se les ha preguntado en relación a las pruebas de detección de cáncer de colon y recto. “¿Se ha realizado usted alguna de estas pruebas que se señalan a continuación con el objetivo de detectar ese tipo de cáncer? Análisis de sangre oculta en heces – Rectoscopia / Colonoscopia – Otra – No se ha realizado ninguna prueba”. A las personas que sí se han realizado alguna prueba, se les pregunta quién le recomendó dicha prueba.
- Cribados de cáncer
 - a) Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PGP-CM).
 - Mujeres de 40-49 años Se han incluido preguntas para indagar si han recibido la carta / llamada de teléfono del PGP-CM, el grado de respuesta a las preguntas sobre antecedentes familiares de cáncer de mama, y en su caso los motivos que tuvo para no responder.
 - Mamografía en las mujeres de 50 y más años. Se mantienen las preguntas sobre el cribado de cáncer de mama, y se ha ampliado las preguntas para el caso de que la mujer no haya acudido a hacerse la mamografía y han respondido que no acudió porque “*No me fue posible porque estaba ocupada*” o “*Por las características de la prueba*”, en referencia a indagar los motivos por los que estaba ocupada y qué características de la prueba le llevaron a no acudir a las citas.
 - b) Diagnóstico precoz de Cáncer de Colon y Recto
 - Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto. Se han incluido para las personas en un rango de edad entre 50-69 años, preguntas con el objetivo de conocer el grado de participación en el

programa por parte de la población, y, en su caso, las causas de no participar.

- c) Citología vaginal. Se mantienen las preguntas en referencia a cuándo le han hecho la última citología vaginal pero se modifican los intervalos de las respuestas.

3. Servicios de salud no presenciales

Se han introducido nuevas preguntas sobre el uso de las nuevas tecnologías de la información en las relaciones del usuario con el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza: cita previa telefónica, cita previa para el personal médico a través de la Web, cita previa para enfermería a través de la Web, consultas de medicina y enfermería telefónica o a través de la Web, Consejo sanitario telefónico, carpeta personal de salud y Telemedicina. Las preguntas se refieren al conocimiento, uso y grado de satisfacción con estos servicios.

4. Otros datos

Por primera vez se recogen los siguientes datos:

- Número de identificación: DNI, NIE o pasaporte
- Modo de rellenar el cuestionario: tablet /papel y persona sola o ayudada por el/la encuestador/a.

7. CURSO DE FORMACIÓN DE ENCUESTADORES/AS

El trabajo de campo lo ha realizado una empresa subcontratada para esta tarea. Dicha empresa designó una persona responsable del proyecto, inspectores/as y los/as agentes encuestadores/as encargados/as de realizar la encuesta. La formación de este personal se ha realizado en dos fases; una antes del estudio piloto y otra formación más intensiva previa al inicio de trabajo de campo. Los cursos tuvieron una duración de una semana. En la primera tanda se formó a la coordinadora-asesora del Departamento de Salud y a la jefa del proyecto de la empresa contratada, a las inspectoras y a 10 encuestadores/as; y en la segunda fase, la formación se dirigió a la totalidad de encuestadores/as.

Los contenidos de las sesiones de formación fueron de tres tipos:

- Metodología de recogida de la información e interacción con las personas entrevistadas: citación, presentación de credenciales, información sobre el contenido y los objetivos de la encuesta, forma de formular las preguntas, de sustituir negativas, etc.
- Definición y explicación de las variables de los cuestionarios,
- Explicación del manejo del CAPI (entrevista personal asistida por netbook y/o tableta), mediante el cual se rellenaron los cuestionarios.

8. ESTUDIO PILOTO CUANTITATIVO

A principios de otoño de 2012 se realizó un estudio piloto, que consistió en la administración previa de los cuestionarios a una muestra más reducida (100 familias distribuidas por toda la Comunidad Autónoma) perteneciente a la muestra. Este estudio permitió detectar errores relacionados con la duración del cuestionario, el diseño del trabajo de campo o la redacción y comprensión de las preguntas. Dichos errores fueron subsanados antes de la realización del trabajo de campo.

9. TRABAJO DE CAMPO

Los datos se han recogido mediante entrevista realizada en el domicilio, a través de encuestadores/as profesionales y entrenados/as. Se ha distribuido un equipo de trabajo por Territorio Histórico, bajo la supervisión de la jefa del proyecto, tres jefas de campo, una por Territorio, y una coordinadora del Departamento de Salud.

La recogida de la información se realizó durante los meses de diciembre de 2012 a mayo de 2013 (ambos incluidos), mediante CAPI (entrevista asistida por ordenador), sobre una muestra de 5.300 hogares seleccionados al azar y repartidos por toda la Comunidad Autónoma Vasca. Han contestado el cuestionario familiar 12.995 personas y el individual 8.036.

La participación en la encuesta ha sido muy buena, ya que la tasa de respuesta ha alcanzado el 86%. El resto, han sido familias que se han negado a contestar (8%) o familias que tras varios intentos no han podido ser finalmente encuestadas (6%) por no encontrarse en su domicilio.

La encuesta consta de 2 cuestionarios:

- El cuestionario familiar recoge información de todas las personas del hogar por entrevista personal. El cuestionario consta de 170 preguntas y ha sido administrado por el/la entrevistador/a en el domicilio. En la ESCAV13 se ha preparado un formato electrónico de recogida de la información (CAPI, netbook e internet).
- El cuestionario individual se ha distribuido a las dos terceras partes de la muestra de 15 y más años. El cuestionario individual consta de 127 preguntas, ha sido autoadministrado y se ha respondido en formato papel o electrónico (CAPI, netbook o Internet). Cada persona ha cumplimentado el cuestionario en presencia del/la encuestador/a, o bien se le ha dejado en la vivienda para que lo rellene cuando tenga tiempo, pasando a recogerlo posteriormente. En este caso junto con el cuestionario se ha entregado un sobre para que la persona encuestada pueda cerrarlo y preservar la confidencialidad de los datos. Sólo en caso de imposibilidad de ser cumplimentado por el/la entrevistado/a, la encuesta ha sido rellenada con ayuda del/la entrevistador/a y siempre a petición de los/as mismos/as.

Se describen diferentes aspectos del desarrollo del trabajo de campo:

a) Citación previa

La citación previa se ha realizado por dos vías:

1. Correo

Se utilizó un modelo de carta de presentación. Esta carta fue enviada con 14 días de antelación a la visita, y a la dirección aportada en la muestra de ESCAV13.

2. Teléfono

Se llamó por teléfono al objeto de:

- presentar la encuesta.
- concertar una cita para la entrevista.

Para cada familia se han utilizado las dos vías de contacto conjuntamente (siempre que se pudo conseguir el número de teléfono) para contactar eficazmente y poder así evitar al máximo las visitas fallidas.

b) Visita

Cada encuestador/a disponía de un talonario de "notificación de visita". En el caso de ausencia de la familia de su domicilio en el momento de la visita, y previa información por medio de vecinos/as, portero/a..., se rellenaba una "notificación de visita" en la que se comunicaba que se había realizado la visita y la nueva fecha de contacto prevista. En la "notificación de visita" se facilitaba un teléfono de contacto, al objeto de que fueran las propias familias las que pudieran llamar al/la encuestador/a o a la propia organización del trabajo de campo, y concertar una cita a su conveniencia. Una vez rellenada la notificación se dejaba en el domicilio, de la forma más adecuada para que pudiera ser leída por la familia.

Las visitas han sido concertadas previamente por carta y teléfono, o tan sólo por carta:

- Para visitas concertadas previamente (carta + teléfono).

El/la encuestador/a acudió al domicilio familiar en la fecha y hora acordadas con antelación para la celebración de la entrevista. Ésta se hizo en el lugar y momento que menos incomodaba a la familia, pero procurando reunir al máximo número de miembros de 15 y más años de edad.

- Para visitas no concertadas previamente (sólo carta).

El/la encuestador/a acudió al domicilio familiar en la fecha aproximada que se había anunciado con la carta de presentación. Se eligió la hora y momento más oportuno para poder reunir el mayor número posible de miembros de 15 y más años.

c) Actuaciones en caso de rechazo a contestar

El rechazo a contestar se ha procurado evitar de forma absoluta. A la hora de garantizar la calidad (validez) de los datos de la ESCAV13, cada persona ha sido insustituible. Hay dos elementos que van a determinar de forma clave la validez de la ESCAV13. Primero, que las personas seleccionadas para ser encuestadas finalmente lo sean. Segundo, que las respuestas a las preguntas reflejen la realidad de las personas entrevistadas. Y tan importante como lograr respuestas válidas es conseguir que respondan las personas inicialmente seleccionadas.

A pesar de los esfuerzos, no siempre se ha logrado encuestar a las personas inicialmente seleccionadas. Se han encontrado dos situaciones en presencia de una familia perfectamente contactada:

- Rechazo de la entrevista antes de comenzarla:
Se ha intentado ganar la confianza de las personas a entrevistar: presentar el carné de encuestador/a, solicitar ayuda de vecinos/as,...Al hablar con estas personas, no se ha dado por definitivo ningún rechazo: se ha dado a entender que quizás no era el momento más adecuado y que se podía realizar en otro momento, que se le volvería a llamar por teléfono, para concertar una cita en una hora más conveniente, etc. En este caso se han ofrecido todo tipo de facilidades para una nueva cita. Como norma general se han intentado rellenar las secciones que dan información sobre el tipo de persona o personas que se niegan a hacer la entrevista (Información personal y zona geográfica). Esto es muy importante a la hora de valorar los posibles sesgos de nuestra muestra.

- Abandono de la entrevista ya comenzada:
Se ha intentado realizar el cuestionario individual correspondiente. Para toda entrevista "abandonada" se han rellenado como mínimo los datos sociodemográficos y de la zona geográfica.

d) Sustituciones

Las viviendas a entrevistar han correspondido a una muestra del registro administrativo de población más actualizado en el momento de la obtención de la muestra (2010), obtenida mediante una selección aleatoria de viviendas, representativa de la población de la Comunidad Autónoma Vasca, y a una muestra, panel, de las familias entrevistadas en la anterior edición de la encuesta (2007).

Por ello ha sido muy importante, para no introducir sesgos o errores y conservar la representatividad, encuestar la primera vivienda seleccionada. Se ha insistido en que cada vivienda elegible (es decir, vivienda ocupada que ha sido seleccionada para la encuesta) es insustituible. No obstante, en algunos casos no ha sido posible y, para no perder precisión en las estimaciones (lo que ocurriría si disminuye el tamaño de la muestra), se ha optado por la sustitución de la vivienda. Esta sustitución se ha hecho en último caso y tras varios intentos de contactar con las viviendas en horas y días diferentes.

(después de cada visita fallida se ha dejado una notificación). Las sustituciones se han realizado dentro del mismo estrato (área geográfica y tipología).

e) Identificación de la familia

Las personas a encuestar han sido todas aquellas que pertenecen a una unidad familiar y ocupan una vivienda familiar principal. La muestra nos ha proporcionado la información, por orden de edad, de las personas que forman dicha unidad familiar. Aparecen:

- Nombre
- Apellidos
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Sexo

Se anotó cualquier modificación, alta o baja respecto a los datos iniciales.

Si había varias unidades familiares en el mismo domicilio se han entrevistado a todas como si fueran familias independientes que vivieran en domicilios independientes.

f) Definiciones

- Vivienda familiar principal:

Son aquellas viviendas familiares que son utilizadas durante todo el año o la mayor parte de él como residencia habitual de una o más personas.

Si en la vivienda hay, por ejemplo, una peluquería pero allí vive el/la propietario/a también se considerará vivienda familiar principal. Si en la vivienda sólo estuviera el negocio, no.

- Unidad familiar, familia:

Se define unidad familiar como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar o parte de ella y consumen alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto.

Se entiende que ocupa una vivienda toda persona que cumple los siguientes requisitos:

- a) reside en la vivienda familiar seleccionada toda o la mayor parte del año. No se consideran integrantes de la unidad familiar a las personas institucionalizadas (personas que residen habitualmente en Centros Institucionales como Hogares de Jubilado/as, Psiquiátricos, etc.).
- b) no residiendo en la vivienda seleccionada, no disponen de otra vivienda familiar principal. Excepción: El Servicio doméstico interno que trabaja en la vivienda seleccionada se considerará siempre como residente habitual de la misma.



Se considera "un mismo presupuesto" el fondo común que permite a la persona encargada de la administración de la unidad familiar, sufragar los gastos comunes de ésta.

Se incluyen:

- Las personas empadronadas en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Las personas extranjeras establecidas en la Comunidad Autónoma del País Vasco por un período superior a un año.
- Las personas jóvenes que estén estudiando fuera.

Se excluyen:

- Los/as civiles extranjeros/as que se encuentran en la Comunidad Autónoma del País Vasco por un período inferior a un año.
- Los/as diplomáticos/as que trabajen en la Comunidad Autónoma del País Vasco como tales.

En el caso de viviendas en alquiler, si es su residencia habitual aunque no estén empadronados/as en ella, se encuestará a la persona que es titular de la carta y que ha sido elegida en el sorteo, y con ella a su familia si residiera en la vivienda. Si es una vivienda compartida por varias personas y no emparentadas entre ellas, no se consideran una familia.

Cuando existan varios grupos familiares:

- Identificaremos los grupos familiares existentes.
- Se ordenan esos grupos.
- Y normalmente, el primer grupo es aquél que tiene los hijos/as en la vivienda. Puede darse el caso de abuelos/as que son los dueños/as de la vivienda. En caso de que, por ejemplo, se considere a la abuela como la persona de referencia, se pondrá al resto de la familia en relación con ella.

▪ Persona de referencia:

Es aquella persona que ella o las demás así la definen por ser capaz de responder con suficiente exactitud de los aspectos de la salud de las personas que componen la unidad familiar que no pueden responder por si mismas. Deberá tener 18 años o más.

▪ Período de retrospectión o recuerdo:

Es el período anterior al momento de la encuesta sobre el que se hacen las preguntas, y que varía de sección a sección. Termina siempre el día anterior a la fecha de la entrevista.

g) Selección de las personas a entrevistar.

El método de Kish se ha utilizado para seleccionar a 2/3 de las personas de 15 y más años que componen una familia de la muestra y que debían contestar al cuestionario individual.

A cada vivienda se le asignó una letra A, B o C aleatoriamente de forma que haya 1/3 de cada tipo.

- 1) Se han ordenado por edad las personas de 15 o más años (de mayor a menor).
- 2) Así ordenadas se les ha asignado el número de orden.
- 3) Con ayuda de la tabla de doble entrada se ha seleccionado a quienes les correspondía responder el Cuestionario Individual.

Nº de la persona/s a encuestar

tipo de vivienda	nº de personas de 15 y más años en la vivienda				
	1	2	3	4	>=5
A	ninguna	1	2, 3	1, 2, 4	1, 2, 3, 4
B	1	2	1, 3	1, 3, 4	1, 2, >=5
C	1	1, 2	1, 2	2, 3	3, 4, >=5

La muestra estaba compuesta por viviendas que participaron en la ESCAV07 (panel) y otras nuevas. Cuando se ha tratado de una vivienda panel, si la familia seguía viviendo allí y alguno de los miembros hizo el cuestionario individual en el 2007, ha vuelto a hacer dicho cuestionario y se utilizó el método Kish para completar el número de cuestionarios que le correspondían a dicha familia. Esto se ha hecho escogiendo a la primera persona que nos dice Kish, y así sucesivamente hasta completar el número de cuestionarios que le correspondían al tipo de vivienda.

h) Hoja de ruta.

En la hoja de ruta se registraron los contactos telefónicos y las visitas que el/la entrevistador/a hizo a la familia. En ella se anotaron aquellas incidencias que se consideraron oportunas en el proceso del trabajo de campo.

En esta hoja de ruta se ha incluido:

- Situación de la vivienda

Se ha considerado vivienda elegible aquella vivienda familiar principal en la que residían habitualmente la mayor parte del año.

Se han descartado aquellas viviendas de temporada por ejemplo, utilizadas en épocas vacacionales; las destinadas a otros fines, como son oficinas,



consultas...Y todas aquellas viviendas que estaban en construcción, vacías, ruinosas,... por razones de habitabilidad.

Los establecimientos colectivos también han quedado fuera de la muestra de viviendas elegibles.

Se ha considerado dirección no localizada a la de las viviendas que tenían una dirección errónea o inexistente.

▪ Resultado de la entrevista

Una vez que la vivienda resultó elegible, al intentar entrevistar a los/as residentes de ella, se han encontrado diferentes situaciones:

1) Negativa:

Es el caso de las familias que se han negado obstinadamente a responder o que han abandonado las entrevistas ya empezadas. Las negativas a cooperar han sido debidas a que:

- La persona encuestada explicó que era un mal momento o que se encontraba enferma. Se intentó concertar otra entrevista en las siguientes 24 horas.
- La persona que abre la puerta dijo que no deseaba ser entrevistada. Se insistió sobre la importancia de la encuesta en la planificación sanitaria.
- La persona encuestada dijo que no le interesaba. El/la entrevistador/a trató de averiguar las razones que estaban detrás de esta manifestación.
- La persona encuestada no estaba interesada en el tema o era reacia a las encuestas. Se destacó la importancia de la información de todo el mundo, su relevancia social y el secreto estadístico.
- La persona encuestada dijo que no sabía nada sobre el tema. Se le explicó todo lo relacionado con la encuesta.
- Porteros/as que impidieron el acceso a la vivienda. Se les recordó que los/as vecinos y vecinas tenían derecho a participar en la encuesta y que ésta es del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- La persona encuestada argumentó que era demasiado mayor. Se insistió en que interesa la opinión de todo el mundo y particularmente la situación y el estado de salud en el que se encuentran las personas mayores.

2) Ausencia prolongada:

- Incluye a las familias que no se encontraban en el domicilio familiar después de varias visitas por parte del entrevistador/a, en días y horas diferentes.

- Tras cada visita fallida el/la entrevistador/a dejaba una "notificación de visita" con el fin de facilitar que el siguiente contacto fuera eficaz.

3) Otros:

- Otros motivos que justificaron suficientemente la imposibilidad de respuesta a la encuesta.

- **Número de cuestionarios en la vivienda**

Se anotó la cantidad de cuestionarios rellenos de cada tipo de ejemplar, o bien familiar, o bien individual a las personas de 15 y más años, según el tamaño de la familia.

Una vez rellenos, se indicó el número de cada tipo que finalmente se completaron. Cada cuestionario familiar, tanto en papel como en Tablet, es para 5 personas. Cuando la familia que reside en una vivienda era de 6 o más integrantes se han utilizado dos cuestionarios, si eran más de 10 tres, etc.

- **Observaciones complementarias**

En la hoja de ruta se ha habilitado una zona para apuntar toda aquella información que el personal entrevistador ha considerado oportuno o de interés para el desarrollo de la encuesta o localización de las personas a encuestar.

10. VALIDACIÓN

El personal técnico del Departamento de Salud, con la finalidad de identificar sesgos en la recogida de datos, durante el período del trabajo de campo, cada dos semanas ha realizado un análisis de los indicadores principales de la encuesta mediante el paquete informático-estadístico SAS. Se detectaron problemas ocasionales en la recogida de datos, que por este procedimiento fueron subsanados en un breve espacio de tiempo. Además, cada 2 semanas se analizó la tasa de respuesta e incidencias en la recogida de la información de ambos tipos de cuestionarios (familiar e individual).

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ESTANDARIZACIÓN

El análisis estadístico de los resultados se ha realizado por separado para cada sexo. De manera sistemática se han calculado los indicadores por grupos de edad y grupo socioeconómico, territorio histórico y nivel de estudios.

Se han calculado dos grandes tipos de indicadores. Para las variables dicotómicas, por ejemplo, ausencia o presencia de un atributo, se estimó la prevalencia del mismo. Para las variables cuantitativas, se estimaron la media o la mediana, como medidas de tendencia central, y la desviación estándar o los percentiles 25, 75, o 95 como medidas de dispersión. La comparación de los indicadores entre distintos grupos puede distorsionarse por las diferencias en la estructura de edad de los grupos comparados. Para evitar esta distorsión, los indicadores se han estandarizado por edad. Por ello se presentan prevalencias brutas y estandarizadas por edad, mediante el método directo, usando como población de referencia la de la CAPV de 2011. Para las variables cuantitativas, las medias fueron ajustadas por edad usando el análisis de covarianza. La interpretación de los resultados se ha alimentado de un análisis previo, en el que de forma sistemática se estudió la evolución temporal de los indicadores, así como la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en salud. En ese análisis sistemático, para las variables dicotómicas se usaron modelos de regresión de Poisson con varianza de error robusta, y para las variables cuantitativas, modelos de regresión lineal múltiple; las desigualdades socioeconómicas fueron valoradas mediante el índice de desigualdad de la pendiente y el índice relativo de desigualdad.

12. DEFINICIONES.

1. Estado de salud

Esperanza de vida libre de discapacidad

Indica los años que vive la población sin problemas de salud que afectan a su capacidad funcional. Es un índice sintético que se obtiene de la combinación de los datos de la Mortalidad y de los datos de limitación de la actividad (crónica o temporal) obtenidos de la encuesta de salud (Sullivan DF 1971, Murray JL et al. 2002). Para los resultados relativos al año 2013, se han utilizado los datos de mortalidad de 2011.

Autovaloración de la salud: salud percibida

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

Considera que su salud en general es:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

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

Es una de las medidas de la salud más sencillas, de las utilizadas y cuya relación con la utilización de servicios y la mortalidad ha sido establecida en numerosos estudios (Idler 1990, Jylha M 2009). A pesar de ser una medida recogida mediante un solo ítem, es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud.

En este documento cuando se habla de mejora en la valoración de la salud percibida se refiere a que ha aumentado la proporción de personas que definen su salud como buena o muy buena.

Calidad de vida relacionada con la salud.

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

En la ESCAV13 se ha utilizado el instrumento Euroqol-5D-5L-EAV, estandarizado y validado, para medir la calidad de vida en personas de 15 y más años (Herdman M et al. 2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013). Es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EAV). El sistema descriptivo, evalúa cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Las opciones de respuesta de cada dimensión son: sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y con problemas extremos.

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

Índice de salud mental

Elegimos el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve, un buen instrumento para el despistaje de personas con problemas psiquiátricos, tan válido como el «Mental Health

Inventory» de 18 ítems o el «General Health Questionnaire» de 30 ítems (Berwick DM et al. 1991), y una buena medida de la salud mental de la población (McHorney C.A., 1993). Fue diseñado para valorar la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo. Las preguntas formuladas fueron: Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo ...? – (i5a) Estuvo muy nervioso/a. – (i5b) Se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle. – (i5c) Se sintió en calma y con gran tranquilidad. – (i5d) Se sintió con desánimo y tristeza. – (i5e) Se sintió feliz. Las categorías de respuestas siempre fueron las mismas: siempre (1), casi siempre (2), muchas veces (3), algunas veces (4), sólo alguna vez (5), nunca (6). El índice se calculó así:

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

Se presentan las medidas estadísticas descriptivas (la media, la mediana, la desviación típica, el percentil 25 y el percentil 75) para la población de la Comunidad en su conjunto y los diferentes subgrupos de población

Restricción temporal de la actividad

Se refiere a la reducción de la actividad que realiza normalmente una persona por debajo de su capacidad normal, debida a problemas de salud de corta o larga duración. Se distinguen tres tipos de días de restricción: días-cama, días de trabajo o de colegio y días de restricción.

- Días cama: aquellos en los que la persona se quedó en la cama al menos medio día por un problema de salud. Todos los días de hospitalización son considerados días cama.
- Días de colegio: aquellos en los que las personas escolarizadas o en guardería dejaron de ir a su centro por un problema de salud.
- Días trabajo: aquellos en los que las personas con trabajo o que realizan las actividades domésticas dejaron de ir al trabajo o de realizar las actividades de trabajo doméstico por un problema de salud.
- Días de restricción de otras actividades habituales y de ocio según las características personales: jugar, ir al bar, ir al cine, ir al club, ir a misa, leer, ver la televisión, hacer deporte, estudiar, etc. Aquellos en los que las personas dejaron de realizar dichas actividades por un problema de salud.

Discapacidad

La discapacidad es aquella limitación de larga duración, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico. Es una medida de la salud que mide la dimensión del estatus funcional: lo que una persona es capaz de hacer. Se refiere a la realización o a la capacidad de realizar una variedad de actividades

que son normales en personas con buena salud física (McWhinnie JR 1982, Chyba MM 1990).

La medida de estatus funcional utilizada en la ESCAV13 nos permitió distinguir diferentes grados de severidad en la limitación crónica de la actividad.

- Limitación total de la actividad principal: se refiere a las personas limitadas de forma permanente para la realización de las actividades habituales en las personas de su edad y sexo. Se incluyó en esta categoría a los menores de 4 años imposibilitados en participar en los juegos habituales de los otros niño/as; las personas de 5 a 17 años imposibilitadas para ir a un centro educativo o que necesitaban ir a un centro educativo especial o a clases especiales por motivos de salud; las personas de 18 a 69 años imposibilitadas para trabajar y, por último, lo/as mayores de 70 años con necesidades de ayuda para las tareas básicas de la vida diaria.
- Limitación parcial de la actividad principal: se refiere a las personas limitadas en el tipo y cantidad que pueden hacer en su actividad habitual. Se incluyó en esta categoría a los menores de 4 años cuya salud les limitaba en el tipo o cantidad de juegos en los que podían participar; las personas de 5 a 17 años cuya salud les limitaba para asistir al centro educativo; las personas de 18 a 69 años cuya salud les limitaba el tipo o cantidad de trabajo que pueden realizar y, por último, los mayores de 70 años con necesidades de ayuda para vivir de forma independiente.
- Limitados en otras actividades: se refiere a las personas limitadas en otras actividades (sociales, deportivas, etc.) por algún problema de salud.

Dependencia

Para la medida de dependencia se ha utilizado la escala Barthel, que utiliza preguntas para evaluar la capacidad que tiene una persona para realizar algunas actividades corrientes, como por ejemplo, comer, trasladarse entre la silla y la cama, hacer su aseo personal, etc...Las opciones de respuestas para cada ítem son: capaz, con ayuda o incapaz. En función de dichas respuestas Barthel toma un valor que si es menor que 60 de un total de 100 se considera la persona dependiente o que necesita ayuda para las actividades de la vida diaria.

Problema de salud de larga duración

Se seleccionó una lista de los problemas de salud crónicos, continuos o de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia. Se preguntó a los/as encuestados/as si presentaban o no alguno de ellos, si le ha dicho un/a profesional de la salud que padece alguno de dichos problemas y si ha acudido a consulta médica o de enfermería en los últimos 12 meses por problemas de salud de larga duración.

Lista de problemas de salud crónicos:

- Caries
- Otros problemas bucodentales
- Hipertensión
- Diabetes
- Colesterol elevado
- Fibromialgia
- Artrosis, artritis o reumatismo
- Dolor de espalda crónico cervical
- Dolor de espalda crónico dorsal o lumbar, ciática
- Asma
- Varices en las piernas
- Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales
- Infarto agudo de miocardio
- Otros problemas crónicos de corazón
- Alergia crónica
- Bronquitis crónica (EPOC, enfisema)
- Úlcera de estómago o duodeno
- Hemorroides, almorranas
- Cáncer
- Ceguera parcial o total
- Cataratas
- Sordera
- Problemas crónicos de piel
- Problemas de tiroides
- Alteraciones de la próstata
- Incontinencia urinaria
- Demencia, deterioro cognitivo
- Ansiedad crónica
- Depresión crónica
- Otros problemas mentales
- Migraña o dolores de cabeza frecuentes
- Osteoporosis
- Anemia
- Estreñimiento crónico
- Pie diabético
- Otros

Lesiones no intencionadas

En esta sección se recogen las lesiones accidentales no intencionadas que sufre la población, en los 12 meses previos, pero solo en el caso de que los accidentes tengan alguna consecuencia en la salud de las personas, como caídas, quemaduras, intoxicaciones, etc.

2. Determinantes de la salud

Condiciones de empleo y de trabajo

Se tienen en cuenta la satisfacción y el nivel de estrés del trabajo remunerado, así como la frecuencia a la que las personas encuestadas están expuestas a determinados riesgos físicos-químicos y ergonómicos.

Trabajo doméstico y de cuidado

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

Apoyo Social

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

Se ha utilizado la escala de Duke-UNC-11 para calcular los índices de salud social. Esta escala ha sido diseñada para medir los aspectos funcionales o cualitativos y no el número de relaciones sociales ni el tamaño de la red social. Se ha utilizado la escala de 11 ítems. Cada ítem es valorado de 1 a 5 usando una respuesta tipo Likert. Se han construido puntuaciones diferentes para el apoyo confidencial y el afectivo. Los ítems se formularon:

- i16e1: Recibo visitas de mis amigos/as y familiares
- i16e2: Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- i16e3: Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- i16e4: Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
- i16e5: Recibo amor y afecto
- i16e6: Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa
- i16e7: Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- i16e8: Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- i16e9: Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- i16e10: Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante de mi vida
- i16e11: Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a en la cama



Las categorías de respuesta fueron una escala de cinco categorías, siendo tanto como quiero o mucho menos de lo que quiero los límites o extremos de la escala.

Los índices se calcularon:

- $\text{confiden} = i16e1 + i16e2 + i16e6 + i16e7 + i16e8 + i16e9 + i16e10$;
- $\text{afecto} = i16e3 + i16e4 + i16e5 + i16e11$;
- $\text{duke} = \text{confiden} + \text{afecto}$;

Consumo de alcohol

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

Se ha clasificado a la población según su comportamiento respecto del alcohol en:

- **No bebedor:** la persona que declaró no beber bebidas alcohólicas y que no lo ha hecho jamás.
- **Ex-bebedor:** la persona que declaró haber bebido al menos una vez por semana, pero que durante el último año no ha bebido o lo ha hecho con una periodicidad inferior a la semanal.
- **Bebedor ocasional:** la persona que declaró haber bebido durante el último año, pero menos de una vez por semana.
- **Bebedor habitual:** la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.

La población bebedora habitual se clasificó según consumo durante un día laboral, el fin de semana y la media semanal. El consumo de alcohol diario medio se estimó promediando el consumo del día laboral y de los días del fin de semana. El consumo de alcohol medio diario del fin de semana se estimó promediando el consumo del viernes, sábado y domingo. Se ha definido como persona bebedora en un día laboral; la que declaró algún consumo de lunes a jueves; y como persona bebedora de fin de semana la que consumió al menos una bebida alcohólica el viernes, el sábado o el domingo.

El cálculo de la cantidad de alcohol consumida se hizo de la forma siguiente:

Bebida	Cantidad	Medida	Graduación	cc/alcohol	Gramos
Sidra	1 vaso	100 cc	5	5 cc	4
Vino	1 vaso	100 cc	12,5	12,5 cc	10
Cerveza	1 caña	170 cc	5	8,5 cc	6,8
Whisky, brandy, anís, pacharan	1 copa	45 cc	40	18 cc	14,4
Combinados (Gin-tonic).		70 cc	40	28 cc	22,4
Kalimotxos	1 vaso	100 cc	125	12,5 cc	10
Vermouth, finos, bitter	1	70 cc	17	17 cc	13,6
Chupitos de licor	1	23 cc	40	9 cc	7,2

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

1. Personas no bebedoras, ex bebedoras y bebedoras ocasionales
2. Personas que consumen alcohol de manera habitual (al menos una vez por semana)
 - a. 15-17 años, ambos sexos:
 - Consumo de *alto riesgo*: si consumen alcohol más de 3 días por semana¹, o si consumen más de 30 g de alcohol en un solo día.
 - Consumo de *bajo riesgo*: consumen alcohol sin cumplir las condiciones anteriores.
 - b. 18 y más años:
 - i. Hombres:
 - Consumo de *alto riesgo*: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 30 g ó consumo de más de 40 g en un solo día.
 - Consumo de *bajo riesgo*: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.
 - ii. Mujeres
 - Consumo de *alto riesgo*: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 20 g ó consumo de más de 30 g en un solo día.

¹ El cuestionario actual no permite distinguir el consumo de 2 ó 3 días.

- Consumo de *bajo riesgo*: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

El Test CAGE (Mayfield D et al. 1974) es un método de screening muy breve y sencillo para reconocer personas con una dependencia respecto al alcohol y del cual existe una versión validada en español (Rodríguez-Martos et al. 1986). Estas preguntas son las siguientes:

- ¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?
- ¿Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?
- ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?
- ¿Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o evitar resaca?

El CAGE con un punto de corte de 2 puntos (2 respuestas afirmativas), parece tener una especificidad del 100% y una sensibilidad del 96%.

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

Consumo de tabaco y tabaquismo pasivo

Se han considerado las siguientes categorías respecto al consumo de tabaco.

- Fumador habitual: la persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario.
- Ex-fumador: la persona que declaró haber fumado diariamente pero que ha dejado de fumar.
- No fumador: la persona que declaró haber fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.
- Fumador ocasional: la persona que declaró no fumar diariamente y haber fumado a lo largo de su vida al menos 100 cigarrillos.

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

Actividad física

La actividad física la hemos medido con un cuestionario, IPAQ (IPAQ 2005), estandarizado y validado. Este cuestionario pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que ha de dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada o caminar durante al menos 10 minutos en los últimos 7 días, tanto si se ha hecho en el tiempo libre o de ocio como en las tareas domésticas, en el trabajo o en los traslados. Las respuestas nos darán

un perfil de personas sedentarias o personas que realizan una actividad física o ejercicio saludable.

La intensidad de la actividad se mide en MET. Un MET representa el equivalente al gasto energético en reposo y corresponde a un consumo de 3,5 ml. de oxígeno por kg. / minuto. Los MET son múltiplos de este equivalente en reposo.

Valor del cuestionario:

- Caminar: 3,3 MET x minutos x días
- Actividad física moderada: 4 MET x minutos x días
- Actividad física vigorosa: 8 MET X minutos x días

Total: Caminar + actividad física moderada + actividad física vigorosa

Criterios de clasificación:

Actividad física Moderada:

- 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día, o
- 5 o más días de actividad física moderada y/o caminar al menos 30 minutos por día, o
- 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminar, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET

Actividad física Vigorosa:

- Actividad física vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET, o
- 7 días de cualquier combinación de caminar, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET.

Se considera una persona sedentaria la que no realiza ejercicio físico saludable, es decir que no realiza actividad física ni vigorosa ni moderada.

Peso corporal

Se definió a las personas como obesas en función del Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo el criterio de Bray (Bray GA 1987, OMS 2013). El IMC se calculó según la siguiente fórmula:

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

En función de dicha fórmula definimos el peso de las personas mayores de 18 años:

- Insuficiente: Aquella persona cuyo IMC es inferior a 18,5
- Normal: Aquella persona cuyo IMC es igual o superior a 18,5 e inferior a 25
- Sobrepeso: Aquella persona cuyo IMC igual o superior a 25 e inferior a 30
- Obeso es aquella persona con un IMC igual o superior a 30



Para el cálculo de la obesidad infantil y otras alteraciones del peso corporal de 0-18 años se han utilizado las Curvas y Tablas de Crecimiento (Fernández C, 2011) que establecen los puntos de corte de la delgadez, sobrepeso y obesidad, basándose en los criterios admitidos internacionalmente en el momento actual.

3. Servicios de salud y de cuidados

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza como el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal o el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama. En este apartado se incluyen además las pruebas de citología vaginal para detección precoz de cáncer de cuello de útero en las mujeres.

Continuidad asistencial

Se refiere a la percepción, por parte de los usuarios con enfermedades crónicas, de las características de la asistencia recibida en los servicios de salud, en lo que se refiere a la comunicación y transferencia de información entre los diferentes niveles de asistencia (primaria y especializada), y a la coherencia del cuidado (coordinación) (Aller MB et al. 2013).

Consultas de medicina general

Es cualquier contacto con un/a médico/a realizado por motivos de salud, mediante visita personal, consulta telefónica o a través de la web, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, recetas, tratamientos o para realizar un examen u otros trámites, que dan lugar a un “consumo” de cualquier tipo. Cuando un/a médico/a acudió a una casa a ver a más de una persona se consideraron tantas visitas como personas hubiese tratado. Una visita al/la médico/a se asoció con la persona que lo necesitó aunque esta persona no acudiera a consulta. Por ejemplo, si una madre consultó por su hijo/a esta consulta se adscribió al niño/a.

Consultas en los servicios de urgencias

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

Hospital de día

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

Necesidades de atención no cubiertas

Se refiere a la frecuencia con que la persona ha percibido que necesitaba asistencia médica o la necesidad de ser hospitalizada y no recibió dicha asistencia.

Servicios de salud no presenciales

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

4. Variables sociodemográficas

Edad

La edad recogida para cada persona es la que tenía en el momento de la encuesta. Se recoge en años cumplidos y se agrupa en una variedad de distribuciones en función del propósito de la tabla.

Territorio Histórico

El territorio histórico equivale actualmente al área sanitaria, unidad geográfica primaria utilizada en la gestión y planificación sanitaria.

Clase social (Grupo socioeconómico)

La clase social se ha asignado a todas las personas en función de su ocupación laboral remunerada presente o pasada (personas que tuvieron un empleo remunerado en algún momento de su vida). Las personas que nunca hayan tenido una ocupación de este tipo tienen asignado el valor que le corresponda a la persona de la que dependan económicamente (padres, madres etc.) o el de la persona de la unidad familiar con una clase social más alta. La asignación en cada uno de los cinco grupos se realiza a partir de la

codificación a tres dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11) propuesta en por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany A et al. 2012).

Se ha utilizado la clasificación agrupada en 5 categorías

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
- V. Trabajadores/as no cualificados/as.

Nivel de estudios

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

13. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la ESCAV13 se difundirán a través de la Web del Departamento de Salud y del Eustat, así como en papel. Se contestará, por correo electrónico o correo postal, a todas las peticiones expresas que se remitan al Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria de la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Entre los documentos que se van a difundir están previstos los siguientes: informe sobre primeros resultados, tablas de resultados, galería de gráficos, pentatíptico informativo, publicaciones con estudios y análisis de las variables recogidas, monográficos, etc.

14. Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Encuesta de salud para Asturias del año 2008 (II ESA 2008) Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. [Consultado el 9 de diciembre de 2013]. Disponible en <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=37a28f4f07dc7210VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=6ab008834c598210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011/2012) realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). [Consultado el 10 de diciembre de 2014]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Encuesta Social Europea. Versión España/Castellano (22/3/2011) Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. European Science Foundation elkarteko Gizarte Zientzien Batzorde Iraunkorra (Comité Permanente de Ciencias Sociales – CPCS- de la European Science Foundation). [Consultado el 9 de diciembre de 2013]. Disponible en <http://www.upf.edu/ess/presentacion/>

Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de Crecimiento de Bilbao: Curvas y tablas de crecimiento (Estudio transversal). Faustino Orbeagoiz Eizaguirre Fundazioa, 2011.

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

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

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

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

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

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

Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61.

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry. 1974 Oct;131(10):1121-3.

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 3:247-263.

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

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

Oemar M, Janssen B. *EQ-5D-5L User Guide*. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; [Consultado el 9 de diciembre de 2013]. Disponible en [http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide EQ-5D-5L v2.0 October 2013.pdf](http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf)

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

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

Rodriguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Perez R. Validación de los cuestionarios CBA y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11, 4, 132-139.

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

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

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

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

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

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

