

05

METODOLOGÍA

La ESCAV es una encuesta transversal sobre la salud y sus determinantes, de la población no institucionalizada residente en la CAPV. Los datos fueron recogidos durante el periodo que va de diciembre de 2012 a mayo de 2013, ambos inclusive.

Para obtener la muestra, se seleccionaron 5.300 viviendas por muestreo aleatorio estratificado de las viviendas ocupadas del Directorio de Viviendas (DV) de 2010; en una segunda etapa, usando el método de Kish, se seleccionaron las personas a contestar el cuestionario individual. Se obtuvo información relativa a 12.995 personas, para el cuestionario familiar, y 8.036, para el individual. La tasa de respuesta fue del 86%.

La encuesta se realizó en el domicilio de las personas entrevistadas, utilizando dos tipos de cuestionarios. Mediante un primer cuestionario (familiar), por entrevista personal se recogió información de todos y cada uno de los miembros de la unidad familiar. En general fueron las propias personas las que respondieron, si bien se admitió las respuestas dadas por terceras personas. Este primer cuestionario recoge información sobre la discapacidad, enfermedades crónicas, lesiones no intencionadas, uso de servicios de salud, consumo de medicamentos y características sociodemográficas. El segundo cuestionario (individual) fue autorrellenado, e incluye preguntas sobre la autovaloración de la salud, la salud mental y social, la calidad de vida relacionada con la salud, las conductas, las prácticas preventivas, las condiciones de trabajo, los hábitos alimentarios, el entorno medioambiental y el uso de los servicios de salud a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

El cálculo de indicadores y el análisis estadístico se han realizado por separado para cada sexo. En este documento se presentan prevalencias brutas y estandarizadas por edad, mediante el método directo, usando como población de referencia la de la CAPV de 2011. Para las variables cuantitativas, las medias fueron ajustadas por edad usando el análisis de covarianza. En este documento, 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 la pendiente de desigualdad y el índice relativo de desigualdad.

06

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Esperanza de vida libre de discapacidad

Es una estimación de los años que se viven sin problemas de salud que afecten a la capacidad funcional. Es un índice sintético que se obtiene de la combinación de los datos de 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: buena salud percibida

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

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

Considera que su salud en general es:

Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
-----------	-------	---------	------	----------

Al ser una respuesta muy subjetiva y no admitir respuesta de terceros, se incluyó en el cuestionario individual dirigido a las personas de 15 y más años. En este documento, cuando se habla de buena salud percibida se refiere a la proporción de personas que definen su salud como buena o muy buena.

Calidad de vida relacionada con la salud

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

En la ESCAV13 se ha utilizado el instrumento Euroqol-5D-5L para medir la calidad de vida en personas de 15 y más años (Herdman M et al. 2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013). Es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EAV). En este documento se presentan los resultados de la EAV. En la EAV la persona puntúa su estado de salud en una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Salud mental

Se valoró la salud mental en función de la presencia o no de síntomas de ansiedad y depresión. Para ello se utilizó el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve que revela si existen dichos síntomas (Berwick DM et al. 1991). Las preguntas formuladas en este instrumento son: Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo...? – (i5a) Estuvo muy nervioso/a. – (i5b) Se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle. – (i5c) Se sintió en calma y con gran tranquilidad. – (i5d) Se sintió con desánimo y tristeza. – (i5e) Se sintió feliz. Las categorías de respuestas siempre fueron las mismas: siempre (1), casi siempre (2), muchas veces (3), algunas veces (4), sólo alguna vez (5), nunca (6). El índice se calculó mediante la fórmula $MHI5 = (7 - i5a) + (7 - i5b) + i5c + (7 - i5d) + i5e$, siendo el rango de valores de 5 a 30. Se consideró que una persona presentaba síntomas de ansiedad y depresión cuando su puntuación superaba el valor 16.

06

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Discapacidad

Es aquella limitación de larga duración, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico. Es una medida de la salud que mide la dimensión del estatus funcional: lo que una persona es capaz de hacer. Se refiere a la realización o a la capacidad de realizar una variedad de actividades que son normales en personas con buena salud física (McWhinnie JR 1982, Chyba MM 1990).

Problemas crónicos

Se incluyen problemas de salud crónicos, continuos, de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia.

En 2013 se incluyeron los problemas crónicos siguientes:

- Caries
- Otros problemas bucodentales
- Hipertensión
- Diabetes
- Colesterol elevado
- Fibromialgia
- Artrosis, artritis o reumatismo
- Dolor de espalda crónico cervical
- Dolor de espalda crónico dorsal o lumbar, ciática
- Asma
- Varices en las piernas
- Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales

- Infarto agudo de miocardio
- Otros problemas crónicos de corazón
- Alergia crónica
- Bronquitis crónica (EPOC, enfisema)
- Úlcera de estómago o duodeno
- Hemorroides, almorranas
- Cáncer
- Ceguera parcial o total
- Cataratas
- 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

06

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

Condiciones de empleo y de trabajo

Engloba la satisfacción y el nivel de estrés del trabajo remunerado, así como la frecuencia con la que las personas encuestadas están expuestas a determinados riesgos físicos 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 las personas.

Apoyo Social

El apoyo social hace alusión a la red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física, o vulnerabilidad personal o social. Para medir el apoyo social se ha utilizado la escala de Duke (Broadhead WE et al 1988), en su versión española (Bellón JA et al. 1996), y se han distinguido dos dimensiones: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse), y al apoyo afectivo (posibilidad de contar con personas que demuestren apoyo y cariño).

Consumo de alcohol

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

Se ha definido como bebedor habitual: la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.

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 semana, o si consumen más de 30 g de alcohol en un solo día.
- Consumo de **bajo riesgo**: consumen alcohol sin cumplir las condiciones anteriores.

B. 18 y más años:

I. Hombres:

- Consumo de **alto riesgo**: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 30 g o consumo de más de 40 g en un solo día.
- Consumo de **bajo riesgo**: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

II. Mujeres

- Consumo de **alto riesgo**: media de consumo diario a lo largo de una semana mayor de 20 g o consumo de más de 30 g en un solo día.
- Consumo de **bajo riesgo**: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

06

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

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

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

Consumo de tabaco y tabaquismo pasivo

Se ha considerado fumador/a a la persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario. 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 se midió mediante el cuestionario IPAQ (IPAQ 2005). Este cuestionario pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que ha dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada y caminar durante al menos 10 minutos en los últimos 7 días, tanto si se ha hecho en el tiempo libre o de ocio como en las tareas domésticas, en el trabajo o en los traslados. Basándose en las respuestas obtenidas se identificó a las personas que realizan una actividad física o ejercicio físico saludable (OMS 2010).

Peso corporal

Se definió a las personas como obesas en función del Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo el criterio de Bray (Bray GA 1987, OMS 2013). El IMC se calculó según la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso declarado (en Kg.)} / \text{altura declarada (en metros al cuadrado)}$. En función del valor del IMC, se construyeron las categorías siguientes:

- A. Insuficiente: IMC es inferior a 18,5
- B. Normal: IMC es igual o superior a 18,5 e inferior a 25
- C. Sobrepeso: IMC igual o superior a 25 e inferior a 30
- D. Obesidad: IMC igual o superior a 30

06

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y de cuidados

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para realizar un diagnóstico precoz del cáncer de diversas localizaciones, entre los que se incluyen el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal y el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama.

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). En este documento hemos hecho referencia a la coherencia de cuidados en dos aspectos: coordinación entre niveles de asistencia y lugar donde recibe la asistencia.

Consultas de medicina general

Se ha considerado como consulta a todo contacto con un/a médico/a de atención primaria (medicina de familia y pediatría) realizado por motivos de salud, mediante visita personal, consulta telefónica o a través de la web, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, recetas, tratamientos o para que se realice un examen u otros trámites, que dan lugar a un "consumo" de cualquier tipo. Cuando un/a médico/a acudió a una casa a ver a más de una persona se consideraron tantas visitas como personas hubiese tratado. Una visita al/la médico/a se asoció con la persona que lo necesitó aunque esta persona no acudiera a consulta.

Por ejemplo, si una persona consultó por su hijo/a esta consulta se adscribió al niño/a.

Consultas en los servicios de urgencias

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

Hospital de día

Un hospital de día es una unidad funcional, compuesta por varios Servicios, ubicada en el hospital, a la que los/as pacientes acuden para ser atendidos/as o tratados/as de su proceso a lo largo del día, sin pasar la noche. En esta unidad el/la paciente es internado/a por un plazo de horas, durante el cual recibe tratamiento médico, 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.

Servicios de salud no presenciales

Son servicios relacionados con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) puestos en marcha por Osakidetza, y que sirven para facilitar el acceso de la ciudadanía al sistema sanitario y para la prevención y el 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.

06

DEFINICIONES

IV. Variables sociodemográficas

Edad

La edad recogida para cada persona es la que tenía en el momento de la encuesta.

Clase social (grupo socioeconómico)

La clase social se ha asignado en función de la ocupación laboral remunerada presente o pasada (personas que tuvieron un empleo remunerado en algún momento de su vida). Las personas que nunca hayan tenido una ocupación de este tipo tienen asignado el grupo socioeconómico que le corresponda a la persona de la que dependan económicamente (parejas, padres, madres etc.).

La asignación 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), según la propuesta del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo- Salvany A et al. 2012).

Se ha utilizado la clasificación agrupada en 5 categorías

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.

V. Trabajadores/as no cualificados/as.

Nivel de estudios

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

V. Otras definiciones

Prevalencia

Es la proporción de personas con una característica o problema de salud.

Estandarización y ajuste de los indicadores por edad

La comparación de los indicadores entre distintos grupos puede distorsionarse por las diferencias en la estructura de edad de los grupos comparados. Para evitar esta distorsión, las prevalencias se han estandarizado por edad, tomando como población de referencia la de la CAPV según la Estadística de Población y Vivienda de 2011. Las medias se han ajustado por edad mediante el análisis de covarianza.

07

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., Gliksmán, 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, Carrasco JM, Espelt A, JFerrando 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 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 2013]. Disponible en <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

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.

07

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; [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

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>

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 healthrelated quality of life. *Health Policy* 1990; 16(3):199-208.

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

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