

METODOLOGÍA

Encuesta de Salud del País Vasco 2018

ESCAV₁₈

METODOLOGÍA ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO 2018

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS DE LA ESCAV18.....	5
3. AMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
4. PLAN MUESTRAL: DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO MUESTRAL. CÁLCULO DE ELEVADORES Y CALIBRACIÓN.....	6
4.1. Marco de la muestra.....	6
4.2. Unidades muestrales.....	7
4.3. Tamaño de la muestra.....	7
4.4. Diseño muestral.....	7
4.4.1. <i>Primera etapa: Muestra de viviendas.....</i>	7
4.4.2. <i>Segunda etapa: Muestra de personas.....</i>	8
4.5. El panel de viviendas.....	9
4.6. La sustitución de las viviendas.....	9
4.7. Pretest cuantitativo (Prueba piloto).....	10
4.8. Cálculo de elevadores y calibración.....	10
4.8.1. <i>Muestra de residentes en las viviendas encuestadas y muestra de familias.....</i>	10
4.8.2. <i>Muestra de personas de 15 y más años.....</i>	11
4.8.3. <i>Método de elevación.....</i>	12
4.8.4. <i>Proceso de calibración.....</i>	12
5. PRETEST CUALITATIVO	17
6. DISEÑO DE LOS CUESTIONARIOS.....	19
6.1. Cuestionario familiar.....	20
6.1.1. <i>Estado de salud.....</i>	20
6.1.2. <i>Determinantes de salud.....</i>	21
6.1.3. <i>Servicios de salud y de cuidados.....</i>	21
6.2. Cuestionario individual.....	22
6.2.1. <i>Determinantes de la salud.....</i>	22
6.2.2. <i>Servicios de salud y de cuidados.....</i>	24
7. CURSO DE FORMACIÓN DE ENCUESTADORES/AS.....	25
8. ESTUDIO PILOTO CUANTITATIVO.....	26

9. TRABAJO DE CAMPO	26
9.1. Citación previa.....	27
9.2. Visita.....	27
9.3. Actuaciones en caso de rechazo a contestar.....	28
9.4. Sustituciones.....	28
9.5. Identificación de la familia.....	29
9.6. Definiciones.....	29
9.7. Selección de las personas a entrevistar.....	30
9.8. Hoja de ruta.....	31
10. VALIDACIÓN	33
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ESTANDARIZACIÓN	33
12. DEFINICIONES	34
12.1. Estado de salud.....	34
12.2. Determinantes de la salud.....	37
12.3. Servicios de salud y de cuidados.....	44
12.4. Variables sociodemográficas.....	45
13. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	46
14. Bibliografía	47

1. INTRODUCCIÓN

La Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (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, historia clínica electrónica, 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 Vasca de 2018 (ESCAV18) es la séptima 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, hace necesario introducir continuas modificaciones en los contenidos de la ESCAV para adaptarse a las 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.
- Consulta a 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 ESCAV13, tanto en el contenido del cuestionario individual como en el familiar. En cuanto a la forma de administración de la encuesta, como ya se hizo en la ESCAV13, se ha realizado la entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) y se ha ofrecido a los/as encuestados/as la posibilidad de llenar el cuestionario individual mediante netbook o tabletas o a través de la Web.

2. OBJETIVOS DE LA ESCAV18

Los objetivos principales de la Encuesta de Salud de 2018 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 entrevista 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 Encuesta de Salud de la C.A. de Euskadi en 2018 se ha mantenido en lo básico respecto al 2013. Resumidamente:

- Se trata de una muestra estratificada, concretamente, en Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIS) y Zona Básica de Salud (ZBS)
- Es bietápica: primero, se han seleccionado viviendas en el estrato; y segundo, individuos dentro de la vivienda
- Se ha mantenido el panel de viviendas de 2013, básicamente

Las diferencias con 2013 son las siguientes:

- Hay una reordenación de las zonas básicas de salud, que pasan a ser 135
- Hay un cambio en la asignación o reparto de las viviendas en los estratos
- Se han mantenido viviendas del panel anterior, pero con la condición de que hayan salido nuevas en las muestras de 2007 o 2013. Con ello, la renovación de la muestra es superior que en 2013.

El cambio de diseño más importante se hizo en 2013, trabajando conjuntamente los responsables estadísticos del Departamento de Salud y Eustat. Hasta entonces, el diseño se hacía en tres etapas (sección, vivienda, individuo). El diseño bietápico actual es más sencillo (se elimina una etapa) y tiene la ventaja adicional de que las zonas de salud (los estratos de la muestra) son objeto de estudio.

4.1. Marco de la muestra

El marco de la muestra lo componen las viviendas familiares ocupadas de la Comunidad Autónoma de Euskadi y sus Territorios Históricos. Concretamente 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) 31/12/2015, al que añadiremos la información códigos de Área Sanitaria (AS), Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIS) y Zona Básica de Salud (ZBS).

Consideramos las viviendas familiares ocupadas, es decir, aquellas en donde resida al menos un individuo de acuerdo al REP.

Se han eliminado del marco aquellas viviendas pertenecientes a muestras de encuestas realizadas en el año en curso.

4.2. Unidades muestrales

La unidad de encuestación es la vivienda familiar.

4.3. Tamaño de la muestra

La muestra total está compuesta por alrededor de 5.300 unidades de encuestación, aportándose un suplemento y un reserva por unidad muestral más una bolsa de reservas para los subestratos de viviendas extranjeras.

4.4. Diseño muestral

El diseño de la muestra de la Encuesta de Salud 2018 de la C.A. de Euskadi consta de dos etapas:

- en la **primera etapa** se ha hecho un muestreo aleatorio estratificado de viviendas ocupadas, en los estratos que forman las 135 zonas básicas de salud, definidas por el Departamento de Salud.
- en la **segunda etapa** se han seleccionado 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 trata de distribuir la muestra de 5.300 viviendas en las zonas básicas de salud, atendiendo a las distribuciones de población. Para ello, primero se ha distribuido el panel de viviendas, que proviene de 2013, en las ZBS o estratos. Después, teniendo en cuenta la afijación en estos mismos estratos, se ha completado la muestra de viviendas.

4.4.1. Primera etapa: Muestra de viviendas

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

○ **Estratificación:**

Las unidades de la primera etapa se han estratificado en 135 zonas básicas de salud.

○ **Afijación:**

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

1. Reparto proporcional a la raíz cuadrada de la población de 15 y más años de las OSIs.
2. Reparto proporcional a la raíz cuadrada de la población de 15 y más años de en las ZBSs.

Además, se ha exigido que el tamaño de muestra mínimo sea de 10 viviendas en cada zona básica de salud.

Estos han sido los resultados de la afijación obtenidos con la primera afijación:

ORDEN_OSI	Nombre OSI	Población de 15 y más	Afijación raíz cuadrada
01	Araba	237.149	561
02	Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	142.104	435
03	Barakaldo-Sestao	110.273	381
04	Bilbao-Basurto	307.173	638
05	Uribe	185.355	496
06	Barrualde-Galdakao	260.416	589
07	Debabarrena	62.312	287
08	Alto Deba	54.485	269
09	Goierrí-Alto Urola	79.759	324
10	Tolosaldea	53.339	267
11	Donostialdea	310.763	642
12	Bidasoa	67.205	299
13	Rioja Alavesa	9.509	112
Totales		1.879.842	5.300

Los resultados de la afijación por área sanitaria:

Área Sanitaria	Población de 15 y más	Total de la muestra
Araba	246.658	673
Bizkaia	1.005.321	2.539
Gipuzkoa	627.863	2.088
Totales	1.879.842	5.300

○ **Sorteo:**

Partiendo del panel de las viviendas encuestadas que se han seleccionado bien en 2007 o en 2013, se completa la muestra eliminando o añadiendo de forma sistemática las viviendas que se precisan en cada zona básica. Por tanto, sólo se han sorteado las que completan el panel hasta 5.300.

4.4.2. 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 formen una unidad familiar.

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

Con esta finalidad, en la muestra se ha presentado cada vivienda titular con un sorteo que ha determinado el tipo de vivienda (A, B, C). El sorteo ha sido aleatorio dentro del estrato-zona de salud.

A partir de esta letra, y una vez recogida la composición familiar de la vivienda, se ha determinado cuántas personas de 15 y más años, y qué personas han tenido que ser encuestadas en esta 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 ha hecho el sorteo de la(s) persona(s).

4.5. El panel de viviendas

Como parte de la operación, se han mantenido en el panel aquellas viviendas que se seleccionaron 2007 o 2013, y se han distribuido en las zonas básicas de salud (una vez asignado el código de zona básica de salud). Algunas viviendas han desaparecido de la muestra actual, por estar vacías según la información de 2015, o porque pertenecían a zonas en las que había 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 2015, con un modo de selección sistemática (ordenación por códigos de localización).

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

4.6. La sustitución de las viviendas

Cada vivienda titular debe tener 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 determina que las viviendas titulares con población extranjera se sustituyan con otra vivienda de estas características. Se considera que una vivienda es "extranjera" cuando alguna persona residente de 15 y más años tiene 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 forman un estrato separado de sustitución. Después, en cada estrato se ha aplicado de nuevo un criterio de proximidad. Además las viviendas "extranjeras" tienen una bolsa de sustitución (dos unidades más por cada titular), además de suplentes y reservas.

4.7. Pretest cuantitativo (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	301017
	Vitoria-Gasteiz	San Martín	301016
	Vitoria-Gasteiz	Zabalgana	301020
Bizkaia	Bilbao	Indautxu	304008
	Bilbao	Otxarkoaga	304015
	Sestao	Sestao-Kueto	303005
Gipuzkoa	Erandio	Erandio	305004
	Elgoibar	Elgoibar	307003
	Azkoitia	Azkoitia	309001
Donostia-SS	Donostia-SS	Intxaurrendo	311010

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 ha sido sistemático en cada zona
- El criterio de selección de las sustitutas ha sido el mismo (proximidad en la zona y nacionalidad).
- Se han entregado titulares, suplentes, reservas y bolsa, con una misma numeración.
- El diseño de registro ha sido común.

4.8. Cálculo de elevadores y calibración

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

Se trata de una muestra de una sola etapa estratificada. Por lo tanto, se ha obtenido un primer estimador de expansión o Horvitz-Thompson:

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

Dónde:

w_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 en el caso que corresponda, calibrando la muestra sobre estos totales:

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

Dónde:

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 han 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.

4.8.2. Muestra de personas de 15 y más años

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

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

Dónde:

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

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

con w_{hij}^* obtenidos a partir de los factores iniciales w_{hij} aplicando post-estratificación según la variable cruce de OSI, grupo de edad (8 grupos: 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84 y >=85) y sexo. Se trata de población proyectada por OSI 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.

4.8.3. Método de elevación

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

Para el cálculo de los pesos iniciales se ha obtenido para cada individuo 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 OSI, sexo y grupo de edad decenal
- Familias por OSI y tamaño familiar

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

El método de ajuste que se suele utilizar 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 raking 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.

4.8.4. Proceso de calibración

4.8.4.1. Datos de entrada

Hemos utilizado tres ficheros (datasets) de entrada:

- indi_familia: reúne a todos los individuos 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, hace falta un segundo fichero en cada caso que contiene la información auxiliar de ajuste. En este caso, hemos utilizado:

- las proyecciones de población y de familias del 4º trimestre de 2017 (revisadas) para los totales de población, y de familias; y
- la Estadística de Población y Viviendas 2016, en sus distribuciones, para calcular los marginales de la población y familias.

4.8.4.2. Variables de ajuste utilizadas

a) Fichero de personas de 15 y más años, y fichero de todos los componentes familiares: indi_individual e indi_familia, respectivamente. **Organización Sanitaria Integrada, sexo y grupo de edad:**

Se han calculado las marginales sobre la población de individuos, OSIs, sexo y grupo de edad, que se obtienen de las proyecciones de población a la fecha de referencia. Por la combinación de OSIs, sexo y grupo decenal de edad, se han obtenido 234 categorías en el caso de población de 15 y más años y 208 para el caso en el que consideramos todos los residentes de la vivienda.

Los grupos de edad se han hecho 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 OSIs 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 OSIs.

En 2017, para asegurar un mínimo de muestra en las casillas, los marginales de sexo y edad se han mantenido para todas las OSIs de modo individual, y de forma conjunta en las correspondientes a:

- Álava y Rioja Alavesa
- Donostialdea y Bidasoa
- Aplicándose también el total de población de estas 4 OSIs como condición en la calibración

Distribución de la población por Organización Sanitaria Integrada, grupo de edad y sexo, según proyección de población 4º trimestre 2017 (revisada) (1/2)

		Total	1. Araba	2. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	3. Barakaldo-Sestao	4. Bilbao-Basurto	5. Uribe
Total	Total	2.162.950	275.325	161.794	125.199	343.330	214.056
	Hombre	1.051.155	136.019	78.566	60.392	161.456	103.141
	Mujer	1.111.795	139.306	83.228	64.807	181.873	110.915
0-14 años	Total	305.969	41.949	20.735	16.479	41.841	31.829
	Hombre	156.819	21.847	10.646	8.428	21.325	16.217
	Mujer	149.150	20.101	10.089	8.051	20.515	15.612
15-24 años	Total	182.080	23.368	12.412	8.995	28.291	19.028
	Hombre	93.489	11.792	6.423	4.595	14.569	9.616
	Mujer	88.591	11.576	5.989	4.400	13.721	9.412
25-34 años	Total	227.010	30.132	16.373	13.180	37.319	22.327
	Hombre	113.706	15.038	8.274	6.568	18.530	10.958
	Mujer	113.304	15.094	8.099	6.613	18.789	11.369
35-44 años	Total	347.019	46.395	25.766	21.707	51.765	35.103
	Hombre	176.217	23.776	13.068	11.067	25.900	17.488
	Mujer	170.802	22.619	12.698	10.640	25.865	17.615
45-54 años	Total	342.705	43.326	26.520	19.428	55.335	33.637
	Hombre	170.876	21.777	13.277	9.707	26.921	16.404
	Mujer	171.828	21.549	13.244	9.720	28.414	17.232
55-64 años	Total	296.552	36.415	23.402	17.219	48.547	30.109
	Hombre	143.437	17.748	11.541	8.341	22.481	14.295
	Mujer	153.115	18.667	11.860	8.878	26.065	15.814
65-74 años	Total	233.688	28.520	18.154	13.491	36.957	23.542
	Hombre	109.076	13.649	8.401	6.171	16.265	10.898
	Mujer	124.612	14.870	9.752	7.320	20.692	12.644
75-84 años	Total	155.260	17.296	12.646	9.980	28.547	12.846
	Hombre	64.553	7.726	5.133	3.921	11.005	5.482
	Mujer	90.707	9.570	7.513	6.059	17.542	7.364
85 más y	Total	72.668	7.924	5.787	4.719	14.729	5.635
	Hombre	22.982	2.665	1.803	1.593	4.459	1.783
	Mujer	49.686	5.259	3.984	3.126	10.270	3.853

Distribución de la población por Organización Sanitaria Integrada, grupo de edad y sexo, según proyección de población 4º trimestre 2017 (revisada) (2/2)

		6. Barrualde-Galdakao	7. Debabarrena	8. Alto Deba	9. Goierri-Alto Urola	10. Tolosaldea	11. Donostialdea	12. Bidasoa	13. Rioja Alavesa
Total	Total	305.509	72.095	63.729	94.391	63.360	356.277	76.515	11.371
	Hombre	150.606	35.658	31.818	47.640	31.697	170.219	38.439	5.503
	Mujer	154.903	36.438	31.911	46.751	31.664	186.058	38.076	5.867
0-14 años	Total	44.094	10.467	9.476	15.494	10.432	47.769	13.820	1.585
	Hombre	22.673	5.346	4.852	7.989	5.371	24.137	7.341	646
	Mujer	21.421	5.122	4.624	7.505	5.061	23.632	6.479	939
15-24 años	Total	24.780	5.802	5.380	8.575	5.696	32.940	5.825	988
	Hombre	12.813	2.978	2.817	4.410	3.014	16.940	2.966	554
	Mujer	11.967	2.823	2.563	4.165	2.682	15.999	2.859	433
25-34 años	Total	31.638	7.136	6.479	9.924	6.210	32.993	11.803	1.497
	Hombre	16.062	3.681	3.377	5.169	3.134	16.274	5.966	674
	Mujer	15.576	3.454	3.102	4.755	3.077	16.719	5.837	823
35-44 años	Total	49.292	11.441	9.600	14.821	10.491	54.332	14.297	2.008
	Hombre	25.275	5.974	4.943	7.768	5.363	26.227	8.299	1.067
	Mujer	24.016	5.467	4.657	7.052	5.129	28.105	5.998	941
45-54 años	Total	49.630	10.869	9.847	14.097	9.532	57.951	10.486	2.048
	Hombre	25.026	5.537	5.123	7.350	4.900	28.773	5.104	977
	Mujer	24.604	5.332	4.724	6.747	4.632	29.178	5.382	1.070
55-64 años	Total	42.128	9.965	8.746	12.212	8.228	49.879	8.422	1.280
	Hombre	20.668	4.934	4.369	6.304	4.150	24.170	3.838	596
	Mujer	21.460	5.030	4.376	5.908	4.078	25.710	4.583	684
65-74 años	Total	32.131	8.185	7.193	9.492	6.896	41.021	6.977	1.130
	Hombre	15.431	3.957	3.527	4.653	3.367	19.008	3.116	632
	Mujer	16.701	4.228	3.665	4.839	3.529	22.013	3.861	498
75-84 años	Total	21.806	5.676	4.766	6.790	4.027	26.424	3.825	630
	Hombre	9.351	2.432	2.059	3.017	1.804	10.633	1.706	285
	Mujer	12.455	3.245	2.707	3.773	2.223	15.791	2.119	345
85 más y	Total	10.010	2.555	2.243	2.987	1.847	12.967	1.059	206
	Hombre	3.307	818	750	980	594	4.056	101	73
	Mujer	6.703	1.737	1.493	2.007	1.253	8.911	958	133

b) Fichero de familias: familias

Organización Sanitaria Integrada y tamaño familiar: Se han calculado las marginales del número de viviendas según tamaño familiar por organización sanitaria. En primer lugar, se ha calculado el total de familias en la CAE, a partir de la proyección de población para la C.A. de Euskadi y el tamaño familiar medio (obtenido del Padrón Municipal de Habitantes) en el trimestre de referencia.

Después, con esta estimación y la distribución de familias por tamaño familiar provenientes de la Estadística de Población y Viviendas 2016, se ha calculado el número de familias de cada tipo en cada OSI.

Se han tomado 4 grupos de tamaño familiar; 1 persona, 2 personas, 3 personas y 4 y más personas. En total obtenemos 52 categorías para el cruce de OSI y tamaño familiar.

A continuación se muestran las tablas que indican las cantidades a las que ha habido que ajustar.

Distribución de las familias por Organización Sanitaria Integrada, y tamaño familiar, según proyección de población 4º trimestre 2017 (revisada).

	Total	Familias de			
		1 persona	2 personas	3 personas	4 o más
Total	884.389	245.972	262.242	182.656	193.519
1. Araba	116.761	36.013	34.956	21.945	23.848
2. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	66.145	16.996	20.328	15.837	12.984
3. Barakaldo-Sestao	52.792	13.912	16.851	12.412	9.617
4. Bilbao-Basurto	144.787	43.434	44.056	29.286	28.011
5. Uribe	81.781	19.357	22.669	18.252	21.502
6. Barrualde-Galdakao	122.166	31.615	35.628	27.194	27.730
7. Debabarrena	29.882	8.470	9.073	5.957	6.382
8. Alto Deba	26.116	7.641	7.625	4.873	5.978
9. Goierri-Alto Urola	37.037	10.041	10.444	6.902	9.650
10. Tolosaldea	25.142	6.960	7.071	4.787	6.324
11. Donostialdea	146.366	41.963	43.180	28.126	33.097
12. Bidasoa	30.876	8.133	9.189	6.218	7.336
13. Rioja Alavesa	4.537	1.438	1.172	868	1.060

4.8.4.3. Calidad de 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 que se han obtenido en cuanto a la relación de peso final y peso inicial son los que se detallan a continuación para cada fichero:

a) Fichero de todos los componentes familiares:

- Media 1,085
- Coeficiente de Variación = 25,71

b) Fichero de personas de 15 y más años:

- Media: 1,037
- Coeficiente de Variación = 30,80

c) Fichero de familias:

- Media: 1,00
- Coeficiente de Variación = 18,71

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 ESCAV, además del estudio piloto cuantitativo, se realiza previamente un Pretest cualitativo con el objetivo de evaluar las preguntas y mejorar los cuestionarios y aplicabilidad de la Encuesta.

Objetivos del Pretest:

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

El Pretest cualitativo se basó en los resultados de 17 entrevistas cognitivas. Para ello se llevaron a cabo dos fases:

Primera fase:

En la primera fase se realizó una revisión de los cuestionarios por parte de cinco investigadores/as expertos/as del ámbito de las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud. Estas personas fueron seleccionadas para realizar dicha revisión por sus conocimientos y experiencia previa tanto en metodología de investigación basada en encuesta como en materia de salud y de sistema sanitario. Ninguna de las personas expertas había participado anteriormente en ninguna de las fases de elaboración del cuestionario de la ESCAV, aunque en algunos casos sí conocían la encuesta.

En base a los resultados de estas revisiones y teniendo en cuenta los objetivos de la ESCAV, su público objetivo y las características de las diferentes preguntas (novedad, dificultad etc.), dos personas del equipo investigador identificaron los bloques de preguntas o preguntas concretas sobre las que se iba a realizar especial hincapié durante las entrevistas cognitivas, y que en adelante se denominarán como preguntas-problema. Para esta identificación se tuvo en cuenta las diferentes etapas del proceso pregunta-respuesta para determinar los potenciales errores de cada etapa.

Asimismo, se identificaron los diferentes perfiles sociodemográficos que deberían cubrirse con las entrevistas. La definición de estos perfiles y del número de personas a entrevistar se realizó en base a los objetivos de la ESCAV y al tipo de preguntas-problema seleccionadas, de cara a recoger todos aquellos perfiles de personas a encuestar que por sus características sociodemográficas o de salud puedan mostrar dificultades al responder a la encuesta.

Segunda fase:

En la segunda fase se llevaron a cabo 17 entrevistas cognitivas tanto del cuestionario individual como del familiar. La metodología llevada a cabo durante las entrevistas cognitivas fue mixta. En lo que se refiere a la primera metodología, de manera general y para todas las preguntas de los dos cuestionarios, familiar e individual, se pidió a las personas entrevistadas que verbalizaran cualquier idea, duda o pensamiento que fueran teniendo en su proceso de pregunta-respuesta. Es decir, se les pidió que una vez hecha cada pregunta *pensaran en alto* su respuesta y la manera en la que habían llegado a ella. A partir de sus reflexiones la persona entrevistadora podía hacer otras preguntas añadidas para indagar los posibles errores de respuesta.

En segundo lugar, se utilizó una metodología complementaria con las preguntas-problema definidas en la primera fase. Para cada una de las preguntas-problema se diseñaron diferentes tipos de preguntas adicionales, de cara a profundizar en cada caso en la comprensión de la pregunta, la recuperación de la información, el juicio sobre la misma y la comunicación de la respuesta final. Se identificaron posibles problemas en las distintas etapas del proceso según las características de la pregunta (longitud del enunciado, variedad en las categorías de respuesta, lectura previa de

explicaciones o definiciones, etc.), el tipo de respuesta que tenían que dar las personas entrevistadas (abierta, semiabierta, cerrada, de escala), y la temática de la pregunta (recuerdo de hechos pasados, valoración de su comportamiento o del de otras personas, evaluación de servicios o recursos disponibles, etc.).

Por último, tras la finalización de los cuestionarios, se pidió una valoración general acerca de la dificultad de las preguntas, las dudas que le habían suscitado, o cualquier otro aspecto que quisiera mencionar acerca de cómo se había sentido a lo largo de la entrevista. Dos personas investigadoras realizaron tanto el contacto como las entrevistas. La mayor parte de las entrevistas tuvieron lugar en la vivienda habitual de la persona entrevistada, otras se realizaron en un bar o cafetería cercana a sus domicilios, y una entrevista se realizó en la oficina de Médicos del Mundo Bilbao, organización que ayudó a la concertación de dicha entrevista. Las entrevistas tuvieron una duración media de una hora y media y se estableció una gratificación monetaria de 25 euros a cada persona entrevistada por el esfuerzo y tiempo dedicado para la realización de la entrevista. Se solicitó a todas las personas entrevistadas el consentimiento voluntario y el permiso para la utilización de la información.

Tras la realización de las entrevistas cognitivas, se analizó su contenido pregunta a pregunta, identificando aquellas en las que al menos una persona haya tenido problemas para responder o le haya generado dudas sobre cómo hacerlo. Una vez identificadas todas las preguntas o partes del cuestionario que eran problemáticas, se realizaron **propuestas de modificación** por parte de tres miembros del equipo investigador, entre ellos las dos personas que habían realizado las entrevistas cognitivas.

6. DISEÑO DE LOS CUESTIONARIOS

Al revisar el diseño de los cuestionarios para la nueva edición de la ESCAV un objetivo básico es mantener la estabilidad de las series ya consolidadas. No obstante, se ha revisado cada módulo y las preguntas contenidas en él con el fin de confirmar su relevancia y a la vez su comparabilidad con otras encuestas de salud. Otro de los objetivos de la modificación de los cuestionarios es su "adelgazamiento", con el fin de no aumentar, o incluso disminuir, el tiempo que las familias dedican a la hora de responder a los cuestionarios. A su vez, se han eliminado preguntas encaminadas a obtener información que actualmente pudiera obtenerse por otras fuentes, o aquellas que ya cumplieron con su objetivo en el momento en el que fueron incluidas.

6.1. Cuestionario familiar

6.1.1. *Estado de salud*

a) Necesidad de cuidados

Se simplifican y se renombran las preguntas para mejorar su comprensión no perdiendo información necesaria para estudios posteriores.

b) Servicios asistenciales

Se eliminan las dos preguntas existentes sobre utilización de servicios asistenciales. Se considera que esa información ya es conocida por las personas responsables de dichos servicios en la CAPV y no aporta, en este momento, a los objetivos de la ESCAV.

c) Menores

Se elimina la pregunta existente relativa a la frecuencia del desayuno de menores. El análisis de las respuestas de la ESCAV13, muestra que el 97% afirmaba que el/la menor desayunaba siempre. Dicha respuesta puede corresponder a que efectivamente el desayuno entre menores alcanza esa prevalencia, por lo que no tendría sentido seguir manteniendo esa pregunta, o que dicha pregunta no esté recogiendo bien el fenómeno debido a un sesgo de deseabilidad social.

Se añade, sin embargo, una nueva pregunta sobre qué es lo que desayunan los/as menores.

El compromiso de la Administración vasca con la lactancia materna y la reciente creación del banco de leche para garantizar la lactancia en los recién nacidos/as prematuros/as y de bajo peso se ha traducido en una solicitud de información al respecto en la actual encuesta. En los menores de 5 años se añade una serie preguntas sobre la lactancia materna (de su madre o de banco de leche): durante cuánto tiempo la recibió, cuánto tiempo fue de forma exclusiva y la introducción de lactancia artificial y otros alimentos.

d) Problemas crónicos

Se ha revisado y modificado la lista de problemas crónicos. En este apartado se eliminan las columnas b y c. Según los datos de la ESCAV13 las prevalencias de las personas que dicen tener un problema crónico son casi idénticas con las que dicen que es un/a profesional de la salud quién les ha dicho que tienen dicho problema (columna b). Actualmente la información recogida sobre si han consultado por esos problemas de salud (columna c) no aporta a los objetivos de la ESCAV18.

6.1.2. Determinantes de salud

a) Determinantes sociales de la salud.

La información sobre variables personales y socioeconómicas se ha revisado y mantenido con pequeñas modificaciones y con dos eliminaciones:

- Pregunta sobre la actividad de la empresa en la que trabaja o trabajaba cada persona. Esta pregunta se ha utilizado en la elaboración y asignación de la clase social cuando no había datos sobre la ocupación de las personas. No obstante, analizando la ESCAV13, solo ha sido necesario recurrir a esta información en 30 ocasiones, prevalencia tan pequeña que no hace necesario hacer responder a esta pregunta a todas las personas ocupadas.
- En la ESCAV13 se incluyeron dos preguntas sobre la situación económica de las familias. Analizando la información recogida, se ve que con la pregunta sobre la dificultad de llegar a final de mes es suficiente para realizar diferentes estudios por lo que eliminamos la referida a cómo definiría a su familia respecto al grado de pobreza.

6.1.3. Servicios de salud y de cuidados

a) Consultas

Se eliminan preguntas sobre los motivos de las consultas porque esa información ya está recogida en los sistemas de información de Osakidetza. No dispondremos de esta información en el caso de personas que acuden a servicios sanitarios de aseguradoras privadas o acuden a la medicina/enfermería privada y otros (mutuas de accidentes, otros organismos e instituciones), sin embargo, son un porcentaje pequeño según los resultados de la ESCAV 2013 (el 94% de los hombres y 95% de mujeres que contestaron a estas preguntas fueron atendidas en consultas de enfermería y medicina de Osakidetza).

En todas las preguntas sobre las veces que acudió a consultas, a urgencias, al hospital de día o estuvo hospitalizado/a, hemos incluido la pregunta sobre la financiación, es decir, quién se hizo cargo de la mayor parte del coste de cada una de esas veces (Osakidetza, Mutuas de funcionarios, Mutuas de accidentes, seguros privados, otros Organismos u uno/a mismo/a).

b) Hospital de día

Se constata que las diferentes organizaciones estructurales en las que se presta asistencia en hospital de día, pueden tener diferentes denominaciones dependiendo de la unidad de la que se trate: polivalentes, especializadas, quirúrgicas (Unidad de cirugía sin ingreso, Unidad de cirugía ambulatoria, etc.). Esto puede ser fuente de error a la hora de hacer

entender a las personas encuestadas el tipo de asistencia a la que nos referimos en estas preguntas.

Por lo tanto modificamos la redacción de la pregunta:

"Las siguientes preguntas se refieren a la atención recibida en un hospital para realizar algún tipo de prueba diagnóstica, tratamiento o intervención, de cualquier especialidad, que necesite unas horas de seguimiento pero sin pasar la noche en el hospital, desde el día...hasta ayer. Incluya ingresos en cama o sillón, pero no deben incluir las camas las de urgencias o de observación".

c) Necesidades no cubiertas

Las preguntas referidas a este tema no aportaron mucha información en la ESCAV13 debido a una prevalencia muy pequeña. Se decide sustituir las pregunta por unas nuevas incluidas en la última Encuesta Europea de Salud, 2014. Se espera obtener mejores resultados a la vez que se logra una comparabilidad con datos europeos. En concreto, se pregunta sobre si sintió la necesidad de recibir asistencia sanitaria y no la recibió debido a alguna limitación o problema de salud o por problemas económicos.

d) Consumo de medicamentos

Se ha revisado y modificado el listado de medicamentos.

e) Discapacidad

Se incluyen una serie de preguntas para indagar sobre la accesibilidad de las personas con diversidad funcional a la asistencia sanitaria.

6.2. Cuestionario individual

6.2.1. Determinantes de la salud

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

a) Soledad

En la ESCAV18 se introduce una pregunta para que la persona responda si se siente sola en una gradación de frecuencias (siempre / a menudo / a veces / nunca).

b) Tabaco

Se eliminan las siguientes preguntas cuya escasa prevalencia las hace no ser significativas para los objetivos de la ESCAV18: la pregunta sobre si durante la última semana se había estado en algún lugar de ocio cerrado, que

complementaba la pregunta sobre tabaquismo pasivo y la pregunta sobre la cantidad de cigarrillos, puros o pipas que fumaba una persona no fumadora habitual cuando sí que era fumadora.

c) Alcohol

Se eliminan las preguntas del test para detectar los problemas de alcoholismo, CAGE porque ya en la ESCAV 2013 se creó una nueva variable de consumo de alcohol, basándose en las recomendaciones del Centro canadiense de lucha contra las toxicomanías (Butt P et al. 2011). Los puntos de corte se han adaptado a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV. Dicha variable permite catalogar a personas no bebedoras, ex bebedoras y bebedoras ocasionales o personas que consumen alcohol de manera habitual (al menos una vez por semana) y su riesgo a largo plazo de tener problemas de salud.

d) Hábitos alimentarios

Se eliminan las preguntas sobre el desayuno introducidas en la ESCAV 2013, (¿Dónde desayuna los días laborables? ¿Qué desayuna habitualmente?), porque ya cumplieron con el objetivo para el que fueron incluidas. Por esta misma razón, se ha eliminado la pregunta sobre el consumo de sal yodada.

e) Actividad física

Se eliminan las dos primeras y las dos últimas preguntas del módulo sobre actividad física o ejercicio físico. Estas preguntas sobre la actividad o ejercicio físico que la persona realiza en su trabajo, o en el trayecto al mismo, y su tiempo libre no aportan información significativa que pueda añadirse a la ya conseguida al incluir el IPAQ (cuestionario estandarizado y validado para medir la actividad física).

Se añade una pregunta que ahonda en la definición de sedentarismo al pedir que nos respondan si, durante el tiempo que cada persona pasa sentada en un día normal, acostumbran a hacer pausas, por lo menos cada hora, para levantarse y estirarse o caminar.

f) Condiciones de trabajo

Modificamos el módulo referido a las condiciones de trabajo con el objetivo de analizar mejor la posible precariedad laboral y relacionar la salud percibida con las condiciones de empleo. Introducimos una escala que mide la precariedad laboral, EPRES, y una batería de preguntas sobre factores de riesgo psicosociales (condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, susceptibles de afectar tanto al bienestar y salud física, psíquica o social de los trabajadores y trabajadoras como al desarrollo del trabajo).

Las preguntas existentes en esta sección eran contestadas por todas las personas que trabajaban en el momento de realizar la encuesta o habían

trabajado con anterioridad. Las nuevas preguntas son respondidas por las personas que en la semana anterior a la encuesta tenían un empleo aunque solo fuera por una hora semanal.

g) Identidad sexual y de género

Se incluye una nueva pregunta sobre aspectos relacionados con la identidad sexual y de género, así como la atracción física, sexual, emocional, afectiva o romántica. Es una pregunta de respuesta múltiple en la que cada persona debe responder lo que considere sin que los/as encuestadores/as, como siempre, influyan en sus respuestas.

h) Discriminación

La discriminación es un importante determinante de la salud. No obstante, al analizar las prevalencias obtenidas en la ESCAV13 comprobamos que no es el instrumento idóneo para medirla. Por lo tanto se mantiene una pregunta para que la persona conteste si se siente discriminada por algún motivo y una pregunta para seleccionar uno o más posibles motivos.

i) Condiciones y entorno de la vivienda

Se añaden nuevas preguntas que tienen que ver con la pobreza energética y las condiciones de la vivienda ya que están muy relacionadas con la salud. El impacto de la pobreza energética sobre la salud se da en mayor medida en grupos con mayor riesgo de vulnerabilidad como las personas mayores (hogares unipersonales), la población infantil, personas con enfermedad crónica y/o dependientes, aquellas con escasos recursos económicos (hogares con personas en desempleo o con contratos temporales), en riesgo de exclusión y contextos de infravivienda.

6.2.2. Servicios de salud y de cuidados

a) Problemas de salud crónicos y continuidad asistencial

Se incorpora un instrumento, IEXPAC, que mediante 12 preguntas mide la evaluación de la experiencia del/ la paciente crónico/a.

Si la persona que responde al cuestionario tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración (seis o más meses), o durante los últimos 12 meses ha consultado por algún motivo de salud o enfermedad a algún/a profesional sanitario (médico/a, enfermero/a, etc.), dicha persona contestará el IEXPAC ya que la experiencia del/la paciente crónico/a se está revelando fundamental para transformar las organizaciones sanitarias y sociales.

b) Actuaciones preventivas

Se eliminan preguntas que bien por su elevada prevalencia o por lo contrario, su escasa prevalencia, no son significativas para los objetivos de la ESCAV18.

- **Elevada prevalencia:** preguntas sobre medidas que se pueden tomar para evitar o disminuir los accidentes en la carretera o en las calles de la ciudad.
- **Escasa prevalencia:** preguntas sobre antecedentes de cáncer de mama y colon.

Se añade una pregunta para aquellas mujeres que no se han hecho nunca una citología vaginal sobre el motivo de esa circunstancia.

c) Voluntades anticipadas o testamento vital

Se introducen dos preguntas: una de ellas para saber si las personas conocen el Documento de Voluntades Anticipadas o Testamento Vital, y en la segunda si las personas han hablado de ello con su médico/a o enfermero/a.

7. CURSO DE FORMACIÓN DE ENCUESTADORES/AS

El trabajo de campo lo realiza una empresa subcontratada para esta tarea. Dicha empresa designa 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 realiza en dos fases; una antes del estudio piloto y otra, más intensiva, previa al inicio de trabajo de campo. Los cursos tienen una duración de una semana. En la primera tanda se forma a al/la jefe/a del proyecto de la empresa contratada, a los/as inspectores/as y a 10 encuestadores/as; y en la segunda fase, la formación se dirige a la totalidad de encuestadores/as.

Los contenidos de las sesiones de formación son 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 llenan los cuestionarios.

8. ESTUDIO PILOTO CUANTITATIVO

A principios de otoño de 2017 se realiza un estudio piloto, que consiste 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 permite detectar errores relacionados con la duración del cuestionario, el diseño del trabajo de campo o la redacción y comprensión de las preguntas. Dichos errores son 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 distribuye, al menos, un equipo de trabajo por Territorio Histórico, bajo la supervisión del/la jefe/a del proyecto, y de tres jefes/as de campo, uno/a por Territorio.

La recogida de la información se ha realizado de octubre del año 2017 a mayo del 2018, mediante CAPI (entrevista asistida por ordenador), sobre una muestra de 5.300 hogares seleccionados al azar y repartidos por toda la Comunidad Autónoma Vasca. Se han realizado alrededor de 8.000 cuestionarios individuales.

La participación en la encuesta para ser buena debe rondar el 85% de tasa de respuesta.

La encuesta consta de 2 cuestionarios:

- El cuestionario familiar recoge información de todas las personas del hogar por entrevista personal utilizando un formato electrónico de recogida de la información (CAPI, netbook e internet). Serán los/as encuestadores/as quienes irán llenando el cuestionario familiar mediante el formato electrónico CAPI a medida que van realizando las entrevistas.
- El cuestionario individual se administra a las dos terceras partes de la muestra de 15 y más años. También se realiza con un formato electrónico de recogida de la información. Cada persona puede cumplimentar el cuestionario ella misma en presencia del/la encuestador/a, o bien llenarlo el/la encuestador/a por petición de los/as entrevistados/as. Es decir, el cuestionario individual también se llenará mediante formato electrónico CAPI, pero, así como el cuestionario familiar lo llenan los/as encuestadores/as, para llenar el cuestionario individual se le dará primero la opción a las personas seleccionadas a que sean ellas mismas las que llenen la encuesta en el Tablet proporcionado por el personal de encuestación, ofreciendo siempre ayuda para cumplimentarlo. Si las personas seleccionadas

prefieren que sean los/as propios/as encuestadores/as quienes rellenen el cuestionario entonces lo harán procurando que ningún otro miembro de la familia esté presente para mantener la confidencialidad de los datos.

Se describen diferentes aspectos del desarrollo del trabajo de campo:

9.1. Citación previa

La citación previa se realiza por dos vías:

1. Correo

Se utiliza un modelo de carta de presentación. Esta carta se envía con 14 días de antelación a la visita, y a la dirección aportada en la muestra de ESCAV18.

2. Teléfono

Se llama por teléfono al objeto de:

- presentar la encuesta
- concertar una cita para la entrevista

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

9.2. Visita

Cada encuestador/a dispone 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, etc., se rellena una "notificación de visita" en la que se comunica que se ha realizado la visita y la nueva fecha de contacto prevista. En la "notificación de visita" se facilita un teléfono de contacto, al objeto de que sean las propias familias las que puedan 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 deja en el domicilio, de la forma más adecuada para que pueda 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 acude al domicilio familiar en la fecha y hora acordadas con antelación para la celebración de la entrevista. Ésta se hace en el lugar y momento que menos incomoda 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/a encuestador/a acude al domicilio familiar en la fecha aproximada que se ha anunciado con la carta de presentación. Se elige la hora y momento más oportuno para poder reunir el mayor número posible de miembros de 15 y más años.

9.3. Actuaciones en caso de rechazo a contestar

El rechazo a contestar se procura evitar de forma absoluta. A la hora de garantizar la calidad (validez) de los datos de la ESCAV18, cada persona es insustituible. Hay dos elementos que van a determinar de forma clave la validez de la ESCAV18. 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 logra encuestar a las personas inicialmente seleccionadas. Se pueden encontrar dos situaciones en presencia de una familia perfectamente contactada:

- Rechazo de la entrevista antes de comenzarla:

Se intenta ganar la confianza de las personas a entrevistar presentando el carné de encuestador/a, solicitando ayuda de vecinos/as,... Al hablar con estas personas, no se da por definitivo ningún rechazo: se expone que quizás no es el momento más adecuado y que se puede realizar en otro momento, que se le vuelve a llamar por teléfono, para concertar una cita en una hora más conveniente, etc. En este caso se ofrece todo tipo de facilidades para una nueva cita. Como norma general se intenta llenar 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 intenta realizar el cuestionario individual correspondiente. Para toda entrevista "abandonada" se llenan como mínimo los datos sociodemográficos y de la zona geográfica.

9.4. Sustituciones

Las viviendas a entrevistar corresponden a una muestra del registro administrativo de población más actualizado en el momento de la obtención de la muestra (2015), 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 (2013).

Por ello es muy importante, para no introducir sesgos o errores y conservar la representatividad, encuestar la primera vivienda seleccionada. Se insiste en que cada vivienda elegible (es decir, vivienda ocupada que ha sido seleccionada para la encuesta) es insustituible. No obstante, en algunos casos no es posible y, para no perder precisión en las estimaciones (lo que ocurriría si disminuye el tamaño de la muestra), se opta por la sustitución de la vivienda. Esta sustitución se hace en último caso y tras varios intentos de contactar con las viviendas en horas y días diferentes. (Después de cada visita fallida se deja una notificación). Las sustituciones se realizan dentro del mismo estrato (área geográfica y tipología).

9.5. Identificación de la familia

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

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

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

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

9.6. Definiciones

Vivienda familiar principal:

Son aquellas viviendas familiares 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 considera 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 encuesta 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.

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 sí mismas. Deberá tener 18 años o más.

Período de retrospección 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.

9.7. Selección de las personas a entrevistar

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

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

- 1) Se ordenan por edad las personas de 15 o más años (de mayor a menor).
- 2) Así ordenadas se les asigna el número de orden.
- 3) Con ayuda de la tabla de doble entrada se selecciona a quienes les corresponda 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 está compuesta por parte de las viviendas que participaron en ediciones anteriores de la ESCAV (panel) y otras nuevas. Cuando se trata de una vivienda panel, si la familia sigue viviendo allí y alguno de los miembros hizo el cuestionario individual en el 2013, se le hace de nuevo el cuestionario y se utiliza el método Kish para completar el número de cuestionarios que le correspondan a dicha familia. Esto se hace escogiendo a la primera persona que nos dice Kish, y así sucesivamente hasta completar el número de cuestionarios que le correspondan al tipo de vivienda.

9.8. Hoja de ruta

En la hoja de ruta se registran los contactos telefónicos y las visitas que el/la entrevistador/a hace a la familia. En ella se anotan aquellas incidencias que se consideran oportunas en el proceso del trabajo de campo.

En esta hoja de ruta se incluye:

- Situación de la vivienda

Se considera vivienda elegible aquella vivienda familiar principal en la que resida habitualmente la mayor parte del año.

Se descartan aquellas viviendas de temporada por ejemplo, utilizadas en épocas vacacionales; las destinadas a otros fines, como son oficinas, consultas, etc. Y todas aquellas viviendas que están en construcción, vacías, ruinosas,... por razones de habitabilidad.

Los establecimientos colectivos también quedan fuera de la muestra de viviendas elegibles.

Se considera dirección no localizada a la de las viviendas que tienen una dirección errónea o inexistente.

- Resultado de la entrevista

Una vez que la vivienda resulta elegible, al intentar entrevistar a los/as residentes de ella, se pueden encontrar diferentes situaciones:

1) Negativa:

Es el caso de las familias que se niegan obstinadamente a responder o que abandonan las entrevistas ya empezadas. Las negativas a cooperar pueden ser debidas a que:

- La persona encuestada explica que es un mal momento o que se encuentra enferma. Se intenta concertar otra entrevista en las siguientes 24 horas.
- La persona que abre la puerta dice que no desea ser entrevistada. Se insiste sobre la importancia de la encuesta en la planificación sanitaria.
- La persona encuestada dice que no le interesa. El/la entrevistador/a trata de averiguar las razones que están detrás de esta manifestación.
- La persona encuestada no está interesada en el tema o es reacia a las encuestas. Se destaca la importancia de la información de todo el mundo, su relevancia social y el secreto estadístico.
- La persona encuestada dice que no sabe nada sobre el tema. Se le explica todo lo relacionado con la encuesta.
- Porteros/as que impiden el acceso a la vivienda. Se les recuerda 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 argumenta que es demasiado mayor. Se insiste 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 encuentran 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 deja una "notificación de visita" con el fin de facilitar que el siguiente contacto sea eficaz.

3) Otros:

- Otros motivos que justifican suficientemente la imposibilidad de respuesta a la encuesta.
- Número de cuestionarios en la vivienda

Se anota la cantidad de cuestionarios llenados 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 llenados, se indica el número de cada tipo que finalmente se completan.

- Observaciones complementarias

En la hoja de ruta se habilita una zona para apuntar toda aquella información que el personal entrevistador considere 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 realiza un análisis de los indicadores principales de la encuesta mediante el paquete informático-estadístico SAS. Si se detectan problemas ocasionales en la recogida de datos por este procedimiento pueden ser subsanados en un breve espacio de tiempo. Además, cada 2 semanas se analiza 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 realiza por separado para cada sexo. De manera sistemática se calculan los indicadores por grupos de edad y grupo socioeconómico, territorio histórico y nivel de estudios.

Se calculan dos grandes tipos de indicadores. Para las variables dicotómicas, por ejemplo, ausencia o presencia de un atributo, se estima la prevalencia del mismo. Para las variables cuantitativas, se estiman 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 estandarizan 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 2015. Para las variables cuantitativas, las medias son ajustadas por edad usando el análisis de covarianza. La interpretación de los resultados se alimenta de un análisis previo, en el que de forma sistemática se estudia 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 usan modelos de regresión de Poisson con varianza de error robusta, y para las variables cuantitativas, modelos de regresión lineal múltiple. Las desigualdades socioeconómicas son valoradas mediante el índice de desigualdad de la pendiente y el índice relativo de desigualdad.

12. DEFINICIONES

12.1. 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 2018, se utilizarán los datos de mortalidad de 2015.

Autovaloración de la salud: salud percibida

La pregunta se formula siguiendo las recomendaciones de la 2@ 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 incluye en el cuestionario individual dirigido a las personas de 15 y más años.

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

Calidad de vida relacionada con la salud

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

Se utiliza el instrumento Euroqol-5D-5L-EAV, estandarizado y validado, para medir la calidad de vida en personas de 15 y más años (Herdman M et al.

2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013). Es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: sistema descriptivo y la Escala Analógica Visual (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 de otras actividades.

- Días cama: aquéllos 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: aquéllos en los que las personas escolarizadas o en guardería dejaron de ir a su centro por un problema de salud.
- Días trabajo: aquéllos 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. Aquéllos 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 ESCAV18 nos permite 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/as menores de 4 años imposibilitados/as en participar en los juegos habituales de los/as otros/as niños/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 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/as 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/as 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 usa 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.

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.

12.2. Determinantes de la salud

Condiciones de trabajo

CODIFICACIÓN MINI-EPRES

Dimensión (sub-escala) / ítem	Categoría de respuesta	Puntuación
Temporalidad		(0 a 8)*4/8
1. Duración del contrato actual	0: Contrato permanente 1: 1 año o más 2: Temporal, sin fecha de término 3: 6 a 12 meses 4: Menos de 6 meses	
2. ¿Cuánto tiempo en total lleva trabajando para esta empresa?	0: Más de 10 años 1: De 5 a 10 años 2: De 2 a 5 años 3: De 6 meses a 2 años 4: Menos de 6 meses	
Salario		(0 a 4)*4/4
3. Su salario... Le permite cubrir los gastos imprevistos de importancia	0: Siempre 1: Muchas veces 2: Algunas veces 3: Solo algunas veces 4: Nunca	
Desempoderamiento		(0 a 4)*4/4
4. ¿Cómo se decidieron las siguientes condiciones de trabajo en relación a su salario?	0: Se ajusta estrictamente a lo establecido en el convenio colectivo ... 1: En mi equipo de trabajo 2: Acuerdo entre mis superiores y yo 3: De forma unilateral la dirección de la empresa o mis superiores... 4: No sé	

Vulnerabilidad	(0 a 12)*4/12
5. Tiene miedo de reclamar mejores condiciones de trabajo sin verse expuesto a represalias	
6. Está indefenso ante el trato injusto de sus superiores	0: Nunca 1: Solo algunas veces 2: Algunas veces 3: Muchas veces 4: Siempre
7. Le despedirían de su trabajo si no hiciera todo lo que le piden	
Derechos	(0 a 2)*4/2
8. Derecho a indemnización por despido	0=Si 1=No 2=No sabe
Ejercer derechos	(0 a 8)*4/8
9. Hacer los días de fiesta semanales sin problemas	0: Siempre 1: Muchas veces 2: Algunas veces 3: Solo algunas veces 4: Nunca
10. Coger un día de permiso por motivos personales	
Precariedad laboral	(\sum sub-escalas)/6 (0 a 4)

Según la anterior tabla, aquellas puntuaciones obtenidas en cada sub-escala o en la media de todas ellas, nos dirán si la persona tiene o no precariedad laboral. Si la puntuación está entre 0 (rango inferior de puntuación) y 1 (inclusive) no existe precariedad laboral. Puntuaciones superiores a 1 hasta 2 (inclusive) indican una precariedad baja o moderada. Por último, las puntuaciones superiores a 2 hasta 4 (rango máximo de puntuación) representan una alta precariedad laboral.

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

- confiden=i16e1+i16e2+i16e6+i16e7+i16e8+i16e9+i16e10;
- afecto=i16e3+i16e4+i16e5+i16e11;
- duke=confiden+afecto;

Se considera apoyo bajo, cuando el indicador Duke toma un valor de 33 o menor. Este indicador está compuesto de la suma de otros dos indicadores:

- Apoyo confidencial bajo: cuando el indicador confiden toma un valor de 21 o menor.
- Apoyo afectivo bajo: cuando el indicador afecto toma un valor de 12 o menor.

Consumo de alcohol

La medida del consumo de alcohol se hace mediante la técnica del recuerdo retrospectivo del consumo de alcohol. El recuerdo se facilita utilizando una pregunta cerrada en la que se pregunta por la cantidad consumida de una lista bastante extensa de bebidas alcohólicas. Estas preguntas se refieren 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 clasifica a la población según su comportamiento respecto del alcohol en:

- No bebedor: la persona que declara no beber bebidas alcohólicas y que no lo ha hecho jamás.
- Ex-bebedor: la persona que declara 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 declara haber bebido durante el último año, pero menos de una vez por semana.
- Bebedor habitual: la persona que declara haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.

La población bebedora habitual se clasifica según consumo durante un día laboral, el fin de semana y la media semanal. El consumo de alcohol diario medio se estima 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 estima promediando el consumo del viernes, sábado y domingo. Se define como persona bebedora en un día laboral la que declara algún consumo de lunes a jueves; y como persona bebedora de fin de semana la que consume al menos una bebida alcohólica el viernes, el sábado o el domingo.

El cálculo de la cantidad de alcohol consumida se hace 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, pacharán	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
Vermut, finos, bitters	1	70 cc	17	17 cc	13,6
Chupitos de licor	1	23 cc	40	9 cc	7,2

En la ESCAV 2013 se creó una nueva variable de consumo de alcohol, basándose en las recomendaciones del Centro canadiense de lucha contra las toxicomanías (Butt P et al. 2011). Los puntos de corte se han adaptado a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV. 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 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 o consumo de más de 30 g en un solo día.
 - Consumo de *bajo riesgo*: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

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

Consumo de tabaco y tabaquismo pasivo

Se consideran las siguientes categorías respecto al consumo de tabaco.

- Fumador habitual: la persona que declara fumar al menos un cigarrillo diario.
- Ex-fumador: la persona que declara haber fumado diariamente pero que ha dejado de fumar.
- No fumador: la persona que declara haber fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.
- Fumador ocasional: la persona que declara 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 se mide con un cuestionario, IPAQ (IPAQ 2005), estandarizado y validado. Este cuestionario pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que ha dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada o caminar durante al menos 10 minutos en los últimos 7 días, tanto si se ha hecho en el tiempo libre o de ocio como en las tareas domésticas, en el trabajo o en los traslados. Las respuestas darán un perfil de personas sedentarias o personas que realizan una actividad física o ejercicio saludable.

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

IMC= peso declarado (en Kg.) / altura declarada (en metros al cuadrado)

En función de dicha fórmula se define 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 utilizan 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.

Identidad sexual y de género

Heterosexual: persona que siente únicamente atracción física, emocional, afectiva y sexual hacia personas de sexo o de género diferente con el que dicha persona se identifica.

Homosexual/gay/lesbiana: Persona que siente únicamente atracción física, emocional, afectiva y sexual hacia personas del mismo sexo o género con el que dicha persona se identifica.

Plurisexual, bisexual, pansexual, polisexual: Persona que siente atracción física, emocional, afectiva y sexual hacia personas del mismo o de distinto sexo o género con el que dicha persona se identifica, no necesariamente al mismo tiempo, de la misma manera, al mismo nivel y con la misma intensidad.

Transexual: persona que se siente y concibe como perteneciente al género opuesto al que se les asignó social y culturalmente en función del sexo biológico identificado en su nacimiento.

Transgénero: cuando la identidad de género, o vivencia interna e individual que experimenta una persona no corresponde con el sexo biológico asignado en el nacimiento.

Intersexualidad (antes conocido como hermafroditismo): consistente en que una persona presenta características de ambos sexos (masculino y femenino) existiendo una discrepancia entre su sexo cromosómico (XX/XY), sus genitales y gónadas (ovarios/testículos).

Intergénero o genderqueers: Persona que al margen de su configuración cromosómica y de características genitales, se sienta identificada con los dos géneros convencionales o con ninguno de ellos.

12.3. 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.

Problemas de salud crónicos y continuidad asistencial

IEXPAC, "Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico", es una escala de 11+1 elementos que de forma sencilla, directa y rápida, da respuesta a la necesidad de las organizaciones sanitarias y sociales de incorporar la experiencia y la vivencia de los/as pacientes para transformar el modelo de atención y obtener mejores resultados (para los/as pacientes y para la organización). El IEXPAC, define "Experiencia del Paciente" como la información que proporciona la persona sobre lo que (le) ha sucedido en la interacción continuada con los/as profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados de la misma.

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 pregunta 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, por ejemplo transfusiones de sangre, quimioterapia o fármacos que necesitan un especial cuidado, tratamiento quirúrgico (por ejemplo, operación de cataratas), en los que los/as pacientes son operados/as y enviados/as a casa en el mismo día, o pruebas diagnósticas (por ejemplo las colonoscopias).

Necesidades de atención no cubiertas

Se refiere a la frecuencia con que la persona no ha recibido asistencia sanitaria, cuando la necesitaba, por motivos económicos o por causa de algún tipo de discapacidad.

Servicios de salud no presenciales

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

12.4. 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.

Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)

Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), que agrupan en la misma organización a hospitales y centros de salud.

Clase social (Grupo socioeconómico)

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

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

Se utiliza la clasificación agrupada en 5 categorías:

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

Nivel de estudios

El nivel de estudios asignado a cada persona de 10 y más años es el mayor nivel obtenido. Se encuadra a las personas en 4 categorías:

- Primaria, personas que no saben leer ni escribir o con estudios primarios, o equivalentes, completos o no.
- Secundaria baja, personas con educación secundaria de 1@ 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 las páginas web del Departamento de Salud y del Eustat. 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, publicaciones con estudios y análisis de las variables recogidas, monográficos, etc.

14. Bibliografía

- Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomés L, Llopert 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/?vgnextoid=37a28f4f07dc7210VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnextchannel=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. Bartzelona. 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 Orbegozo 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 EL, Ronald JA. Self-rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic follow-up study. AJPH 1990; 80:446-452.

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)–. Short and Long Forms.; November 2005. [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.

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

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 Nº 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.

SAUTORY, Olivier La macro CALMAR. INSEE. Serie des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. 1993.

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.

