

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Introducción

La Encuesta de Salud de la CAPV de 2007 (Escav'07) es la quinta Encuesta de Salud realizada en nuestra comunidad. La primera se hizo en 1986, y a partir de 1992 ha tenido una periodicidad quinquenal. A lo largo de estos años, la ESCAV se ha convertido en un elemento insustituible del sistema de información de salud de la CAPV.

A partir del análisis de la primera encuesta se tomaron decisiones de gran relevancia, entre las que destacan la universalización de la Asistencia Sanitaria y el Programa de Salud Dental Infantil. La segunda edición se hizo en 1992, y tuvo una orientación preferente hacia la planificación y gestión de los servicios de salud. Un buen ejemplo ha sido la puesta en marcha del Programa de detección precoz del cáncer de mama. A partir de 1992, la ESCAV ha incorporado un proceso de consulta entre los potenciales usuarios de su información para adaptarse a las necesidades de información en la planificación sanitaria de nuestra comunidad. La edición de 1997 introdujo un panel, de manera que parte de la muestra de 1992 fue de nuevo entrevistada en 1997. Ello aumentó aún más la potencia y validez de sus datos, al hacer posible el estudio del cambio individual de los principales indicadores estudiados. En 2002, como consecuencia del proceso de consulta entre los usuarios de la información, se aumentó el tamaño muestral y se introdujeron nuevos apartados. En 2007, se han incorporado nuevas secciones en la encuesta y se han realizado modificaciones en algunas preguntas (Véase en Objetivos).

Justificación

Las encuestas de salud son un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación de salud (WHO 1990). Proporcionan conocimiento sobre la magnitud, distribución y tendencias de la salud, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, desde el punto de vista de la ciudadanía. Permiten identificar los principales problemas para la identificación de prioridades, para el diseño y desarrollo de estrategias de intervención en la planificación (Patrick y Bergner 1990), y para la evaluación la asignación de recursos (Patrick y Erikson 1993). Permiten también identificar los principales grupos a riesgo con respecto a la salud, a los hábitos de vida y al acceso a los servicios sanitarios. Las encuestas de salud se han convertido, así, en un instrumento muy relevante en la planificación sanitaria y, por ello, la mayoría de los países desarrollados cuentan con su propia encuesta de salud.

El gran valor de la información recogida por la Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) se basa en algunas características que conviene resaltar. Al igual que otras encuestas de salud, la ESCAV tiene una perspectiva poblacional: recoge información relativa al conjunto de la población, utilicen o no los servicios de salud. Además, valora la salud de nuestra comunidad desde el punto de vista de las propias personas. La ESCAV nos informa sobre cómo percibe la población su salud, cómo valora su salud y su capacidad funcional. Ofrece, así, una visión complementaria a la obtenida a partir de los sistemas de información basados en los datos de utilización de servicios sanitarios. Estos últimos nos dan información limitada a las personas usuarias de los servicios de salud, y desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Y al hablar de la salud, la ESCAV incorpora una visión multidimensional, que incluye la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud, la morbilidad crónica y la discapacidad.

La ESCAV nos informa también sobre la frecuencia y características de la utilización de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Permite así relacionar la utilización de servicios de salud con la información sobre las características demográficas, los determinantes socioeconómicos familiares, los hábitos de vida y el estado de salud percibida. Nos aporta además información sobre el gasto sanitario privado de cada familia, necesario para el estudio del gasto sanitario.

Es de resaltar el papel de la ESCAV en el conocimiento y monitorización de las desigualdades sociales en salud y en la atención sanitaria. La ESCAV, permite relacionar la información sobre ciertos determinantes sociales de la salud (como la posición socioeconómica, la situación laboral, las condiciones de trabajo, la distribución de las tareas domésticas, el lugar de residencia o el país de origen) con la salud percibida, los estilos de vida y el uso de los servicios de salud.

Finalmente, la ESCAV nos permite seguir la evolución temporal de los principales indicadores de salud percibida, de los hábitos de vida relacionados con la salud y de las desigualdades sociales en salud. Y todo ello, a partir de datos comparables a través de los años, y de gran calidad.

Objetivos

Los objetivos generales de la Encuesta de Salud son:

1. Monitorizar las tendencias en la salud percibida, los hábitos de vida y la utilización de servicios sanitarios,
2. Monitorizar las desigualdades sociales en la salud percibida, los hábitos de vida y la utilización de servicios, e
3. Identificar los principales grupos a riesgo con respecto a la salud, los hábitos de vida y el acceso a los servicios de salud.

El contenido de la ESCAV de 2007 se ha adaptado a las nuevas necesidades de información del Sistema Sanitario de Euskadi. Para lograrlo la ESCAV ha incorporado o adaptado las siguientes áreas de información:

- La sección de discapacidad ha incluido información sobre la situación laboral, los accidentes laborales y las enfermedades derivadas del trabajo como posibles causas de la discapacidad. Además, se ha añadido el Índice Barthel para medir el grado de dependencia de las personas discapacitadas, y preguntas sobre las personas que cuidan a personas dependientes.
- Se ha modificado la lista de problemas crónicos con el fin de obtener información desglosada de la prevalencia del problema crónico de ansiedad-depresión.
- Para la medida de la actividad física, se ha incluido el cuestionario *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ).
- Se ha añadido una pregunta sobre la cobertura del aseguramiento sanitario.
- Se han añadido secciones relativas a los hábitos alimentarios, el entorno ambiental de la vivienda y las situaciones de agresión y/o maltrato.
- Se ha añadido la información que permite asignar a cada persona la clase social de Wright¹

¹ Wright EO. *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000