

# METODOLOGÍA

Encuesta de Salud del País Vasco

2013

13ko EAEOI ESCAV<sub>13</sub>



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD

# METODOLOGÍA ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO 2013

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



## 1. INTRODUCCIÓN

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


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

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

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

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

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



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

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

## **2. OBJETIVOS DE LA ESCAV13**

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

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

## **3. AMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN**

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

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

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

##### **Diseño muestral.**

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

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

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

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

##### **Unidades muestrales**

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

##### **Tamaño de la muestra**

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

#### **1. Primera etapa: Muestra de viviendas**

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

##### ▪ **Estratificación:**

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



























































## 11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ESTANDARIZACIÓN

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

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

## 12. DEFINICIONES.

### 1. Estado de salud

#### **Esperanza de vida libre de discapacidad**

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







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

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

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

## **Dependencia**

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

## **Problema de salud de larga duración**

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

## Lista de problemas de salud crónicos:

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

## Lesiones no intencionadas

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

## 2. Determinantes de la salud

### Condiciones de empleo y de trabajo

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

### Trabajo doméstico y de cuidado


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

### Apoyo Social

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

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

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



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

Los índices se calcularon:

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

### Consumo de alcohol

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> El cuestionario actual no permite distinguir el consumo de 2 ó 3 días.

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

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

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

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

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

### **Consumo de tabaco y tabaquismo pasivo**

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

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

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

### **Actividad física**

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



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

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

Valor del cuestionario:

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

Total: Caminar + actividad física moderada + actividad física vigorosa

Criterios de clasificación:

Actividad física Moderada:

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

Actividad física Vigorosa:

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

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


### **Peso corporal**

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

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

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

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



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

### **3. Servicios de salud y de cuidados**

#### **Programas de cribado del cáncer**

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

#### **Continuidad asistencial**

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

#### **Consultas de medicina general**

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

#### **Consultas en los servicios de urgencias**

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

## **Hospital de día**

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

## **Necesidades de atención no cubiertas**

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

## **Servicios de salud no presenciales**

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

## **4. Variables sociodemográficas**

### **Edad**

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

### **Territorio Histórico**

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

### **Clase social (Grupo socioeconómico)**

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

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

Se ha utilizado la clasificación agrupada en 5 categorías

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

### **Nivel de estudios**

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

## **13. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

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

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

## 14. Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Oemar M, Janssen B. *EQ-5D-5L User Guide*. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; [Consultado el 9 de diciembre de 2013]. Disponible en [http://www.euroqol.org/fileadmin/user\\_upload/Documenten/PDF/Folders\\_Flyers/UserGuide\\_EQ-5D-5L\\_v2.0\\_October\\_2013.pdf](http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

