

METODOLOGÍA

Encuesta de Salud del País Vasco 2023

23ko EAEOI ESCAV₂₃



METODOLOGÍA ENCUESTA DE SALUD DEL PAÍS VASCO 2023

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS DE LA ESCAV23
3. ÁMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN
4. PLAN MUESTRAL: DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO MUESTRAL
 - 4.1. Marco de la muestra
 - 4.2. Unidades muestrales
 - 4.3. Tamaño de la muestra
 - 4.4. Diseño muestral
 - 4.5. Panel de viviendas
 - 4.6. Sustitución de las viviendas
 - 4.7. Prueba piloto
 - 4.8. Cálculo de elevadores y calibración
 - 4.9. Muestra de la ESCAV 2023
5. DISEÑO DE LOS CUESTIONARIOS
 - 5.1. Estructura de la ESCAV
 - 5.2. Pretest cualitativo
 - 5.3. Revisión de los cuestionarios
6. TRABAJO DE CAMPO
 - 6.1. Formación de encuestadores/as
 - 6.2. Estudio piloto cuantitativo
 - 6.3. Recogida de la información
 - 6.4. Validación
 - 6.5. Definiciones
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. ESTANDARIZACIÓN
8. DEFINICIONES
 - 8.1. Estado de salud
 - 8.2. Determinantes de salud
 - 8.3. Servicios de salud y de cuidados
 - 8.4. Variables sociodemográficas
9. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS
10. BIBLIOGRAFÍA

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, 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 2023 (ESCAV23) es la octava 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 ESCAV18, tanto en el contenido del cuestionario individual como en el familiar. En la forma de administración de la encuesta, como ya se hizo en la ESCAV18, se va a realizar la entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) y se ofrece a los/as encuestados/as la posibilidad de cumplimentar por sí mismos/as el cuestionario individual mediante tabletas proporcionadas por el personal encuestador o en modalidad on-line a través de Internet (CAWI).

2. OBJETIVOS DE LA ESCAV23

Los objetivos principales de la Encuesta de Salud de 2023 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. Asimismo, quedan excluidas las personas con menos de un año de residencia en la CAPV.
- 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) o la zona de salud (ZS).
- Ámbito temporal. El periodo de recogida de información se extiende desde octubre de 2022 hasta abril de 2023. Por otro lado, el periodo de referencia de la información recogida difiere según cada variable: últimos 12 meses, 6 meses, 4 semanas, 14 días, una semana o 2 días anteriores a la entrevista.

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 2023 se mantiene en lo básico respecto al 2018. Resumidamente:

- Se trata de una muestra estratificada, concretamente, en Organizaciones Sanitarias Integradas y zonas de salud.
- Es bietápica: primero, se seleccionan viviendas en el estrato; y segundo, individuos dentro de la vivienda.

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) 31/12/2020 al que añadiremos la información de las Organizaciones Sanitarias Integradas y de las zonas de salud.

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

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

4.2. Unidades muestrales

La unidad de encuestación es la vivienda familiar.

4.3. Tamaño de la muestra

La muestra total teóricamente estará compuesta por 5.790 unidades de encuestación, aportándose dos viviendas sustitutas por unidad muestral, más una bolsa de reservas para los subestratos de viviendas extranjeras.

4.4. Diseño de la muestra

El diseño de la muestra de la Encuesta de Salud 2023 de la C.A. de Euskadi consta de dos etapas:

- En la **primera etapa** se hace un muestreo aleatorio estratificado de viviendas ocupadas, en los estratos que forman las 135 zonas de salud definidas por el Departamento de Salud.
- En la **segunda etapa** se seleccionan las dos terceras partes de las personas residentes en la vivienda de 15 o más años para recabar sus datos en el cuestionario individual.

Muy resumidamente, se trata de distribuir la muestra de 5.790 viviendas en las zonas de salud, atendiendo a las distribuciones de población. Para ello, primero se distribuye el panel de viviendas, que proviene de 2017, en las ZS o estratos. Después, teniendo en cuenta la afijación en estos mismos estratos, se completa la muestra de viviendas.

4.4.1. Primera etapa: Muestra de viviendas

En esta primera etapa, se realiza un sorteo estratificado de las 5.790 viviendas de la muestra.

- **Estratificación:**

Las unidades de la primera etapa se estratifican en 135 zonas de salud.

▪ **Afijación:**

La afijación de las 5.790 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 ZS.

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

Estos son los resultados de la afijación obtenidos con la primera afijación:

Código OSI	OSI	Población de 15 y más	Afijación
01	Araba	246.081	617
02	Ezkerraldea - Enkarterri - Cruces	142.598	469
03	Barakaldo - Sestao	111.531	416
04	Bilbao - Basurto	310.043	694
05	Uribe	191.063	543
06	Barrualde - Galdakao	264.512	640
07	Debabarrena	62.575	311
08	Alto Deba	54.824	292
09	Goierrri - Alto Urola	81.356	357
10	Tolosaldea	55.201	294
11	Donostialdea	318.875	705
12	Bidasoa	69.491	330
13	Rioja Alavesa	9.596	122
TOTAL		1.917.746	5.790

Los resultados de la afijación por área de salud:

Área de Salud	Población de 15 y más	Afijación
Araba	255.677	739
Bizkaia	1.019.747	2.762
Gipuzkoa	642.322	2.289
TOTAL	1.917.746	5.790

▪ **Sorteo:**

Partiendo del panel de las viviendas encuestadas que se han seleccionado de 2017, se completa la muestra eliminando o añadiendo de forma sistemática las viviendas que se precisan en cada zona de salud. Por tanto, se sortearán 3.698 viviendas, que son las que completan el panel hasta llegar al total de 5.790.

4.4.2. Segunda etapa: Muestra de personas

Dentro de cada vivienda seleccionada, para la cumplimentación del Cuestionario Familiar, se encuestan a todas las personas residentes en la misma y que formen una unidad familiar.

Para la realización del Cuestionario Individual se eligen a las dos terceras partes de los residentes en la vivienda que tengan 15 o más años mediante el método de Kish, procedimiento aleatorio que asigna igual probabilidad a todas las personas seleccionables.

Con esta finalidad, dentro de cada estrato-zona de salud se sortea aleatoriamente una letra (A, B, C) para cada vivienda titular, que determina el tipo de vivienda.

A partir de esta letra, y una vez recogida la composición familiar de la vivienda por orden descendente de edad, se determina cuántas personas de 15 y más años y quiénes son, en función de su número de orden, las que tienen que ser encuestadas en esta segunda fase.

Nº de orden en el hogar de la persona/s a encuestar

Nº de personas de 15 o más años en la vivienda

Tipo de 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

4.5. El panel de viviendas

Se han eliminado 1.002 viviendas del panel por haber participado en las tres anteriores ediciones de la Encuesta de la Salud, con lo que partimos de un panel de 2.320 viviendas.

Posteriormente, depuramos dicho panel con la extracción de 101 viviendas por encontrarse vacías según el marco actual y otras 127 viviendas por pertenecer a muestras del año en curso, con lo que el panel final consta de 2.092 viviendas, un 35%.

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 aplica de nuevo un criterio de proximidad. Aparte, las viviendas "extranjeras" tienen una bolsa de sustitución, complementaria a sus suplentes y reservas.

4.7. Pretest cuantitativo (Prueba piloto)

Se ha seleccionado una muestra para el Pretest en las siguientes 10 zonas de salud:

Territorio	Municipio	Nombre zona	Zona
Araba	Vitoria-Gasteiz	Sansomendi	1112
	Vitoria-Gasteiz	San Martín	1104
	Vitoria-Gasteiz	Zabalgana	1114
Bizkaia	Bilbao	Indautxu	2308
	Bilbao	Otxarkoaga	2313
	Sestao	Sestao-Kueto	2201
	Erandio	Erandio	2404
Gipuzkoa	Elgoibar	Elgoibar	3103
	Azkoitia	Azkoitia	3301
	Donostia-SS	Intxaurrondo	3509

Esta muestra se compone de 10 viviendas titulares, 10 suplentes y 10 reservas y bolsa para cada zona, aplicándose todos los criterios de la muestra:

- El sorteo de las viviendas es sistemático en la zona.
- El criterio de selección de las sustitutas es el mismo (proximidad en la zona y nacionalidad).

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 obtiene 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 auto ponderada 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 ajusta 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 realizan en la programación de SAS y el ajuste posterior, con la macro CALMAR también en SAS.

El procedimiento de cálculo es 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,.., 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 realizan 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: en primer lugar, el cálculo de los pesos iniciales y posteriormente el ajuste a los marginales. Para el cálculo de los pesos iniciales hay que obtener 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 realizan en la programación SAS.

En segundo lugar, una vez aplicados estos pesos iniciales hay que ajustar 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, cuyo objetivo es buscar el conjunto de ponderaciones de ajuste más parecidas posibles a los pesos iniciales. Se trata de un método iterativo que se utiliza cuando tratamos variables auxiliares cualitativas con información en las distribuciones univariantes de estas variables y del que únicamente se obtienen pesos mayores que 0.

4.8.4. Proceso de calibración:

Datos de entrada: Se han utilizado tres ficheros (datasets) de entrada:

- fam_elev: reúne a todos los individuos residentes en las viviendas encuestadas
- indi_elev: unidades de la muestra individual de 15 y más años
- hog_elev: 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, utilizaremos:

- las proyecciones de población y de familias del 4º trimestre de 2022 (revisadas) para los totales de población, y de familias; y
- la Estadística de Población y Viviendas, con año de referencia 2022 en sus distribuciones, para calcular los marginales de la población y familias.

Variables de ajuste utilizadas

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

Organización Sanitaria Integrada, sexo y grupo de edad: Se calculan las marginales sobre la población de individuos, OSI, sexo y grupo de edad, que se obtienen de las proyecciones de población a la fecha de referencia. Por la combinación de OSI, sexo y grupo decenal de edad, se obtienen 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 hacen 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 OSI en el caso del fichero de todos los componentes familiares.

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

En 2022, 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 2022 (revisada) (1/2)

		Total	1. Araba	2. Ezkerralde a-Enkarterri-Cruces	3. Barakaldo-Sestao	4. Bilbao-Basurto	5. Uribe	6. Barrualde-Galdakao
Total	Total	2.169.271	281.120	159.613	124.761	340.004	216.868	305.854
	Hombre	1.052.162	137.837	77.176	59.959	159.920	104.435	150.298
	Mujer	1.117.109	143.284	82.437	64.802	180.084	112.433	155.556
0-14 años	Total	285.293	40.370	18.794	15.683	38.804	29.785	41.221
	Hombre	146.312	20.704	9.685	7.999	19.793	15.333	21.181
	Mujer	138.981	19.666	9.109	7.684	19.011	14.452	20.040
15-24 años	Total	206.773	26.515	14.110	10.495	30.857	21.380	28.808
	Hombre	106.313	13.532	7.279	5.391	15.855	10.847	14.955
	Mujer	100.460	12.983	6.831	5.104	15.002	10.533	13.853
25-34 años	Total	209.039	27.616	14.156	11.720	36.345	20.287	27.344
	Hombre	104.925	13.910	7.137	5.872	18.077	9.980	13.848
	Mujer	104.113	13.706	7.019	5.848	18.268	10.307	13.496
35-44 años	Total	295.352	41.013	21.326	18.450	44.907	29.825	41.989
	Hombre	148.049	20.525	10.764	9.256	22.362	14.733	21.326
	Mujer	147.303	20.488	10.562	9.194	22.545	15.092	20.663
45-54 años	Total	353.437	46.464	26.937	20.820	52.908	35.852	50.649
	Hombre	177.665	23.558	13.563	10.460	25.847	17.642	25.564
	Mujer	175.772	22.906	13.372	10.360	27.060	18.210	25.085
55-64 años	Total	321.577	39.646	25.282	18.127	53.120	31.943	46.529
	Hombre	155.611	19.044	12.337	8.758	24.845	15.274	22.868
	Mujer	165.966	20.602	12.945	9.369	28.275	16.669	23.662
65-74 años	Total	248.381	30.740	19.305	14.351	38.605	25.832	34.844
	Hombre	115.718	14.478	8.989	6.563	17.231	11.806	16.654
	Mujer	132.663	16.262	10.316	7.788	21.374	14.026	18.190
75-84 años	Total	163.455	19.548	12.794	9.571	27.241	15.164	22.615
	Hombre	69.652	8.863	5.273	3.884	10.615	6.580	9.876
	Mujer	93.803	10.685	7.521	5.687	16.626	8.584	12.739
85 y mas	Total	85.964	9.208	6.909	5.544	17.217	6.799	11.854
	Hombre	27.917	3.223	2.148	1.776	5.294	2.239	4.024
	Mujer	58.047	5.985	4.761	3.768	11.923	4.560	7.830

Distribución de la población por Organización Sanitaria Integrada, grupo de edad y sexo,
según proyección de población 4º trimestre 2022 (revisada) (2/2)

		7. Debabarrena	8. Alto Deba	9. Goierrri- Alto Urola	10. Tolosaldea	11. Donostialdea	12. Bidasoa	13. Rioja Alavesa
Total	Total	71.323	63.333	95.294	63.956	358.935	76.593	11.616
	Hombre	35.147	31.491	48.007	31.962	172.399	37.516	6.016
	Mujer	36.176	31.842	47.287	31.994	186.536	39.077	5.600
0-14 años	Total	9.762	8.734	14.698	9.600	46.174	9.919	1.749
	Hombre	5.043	4.461	7.549	4.941	23.619	5.104	901
	Mujer	4.719	4.273	7.149	4.659	22.555	4.815	848
15-24 años	Total	6.718	6.170	9.976	6.759	35.963	7.889	1.132
	Hombre	3.395	3.212	5.217	3.578	18.378	4.089	585
	Mujer	3.323	2.958	4.759	3.181	17.585	3.800	547
25-34 años	Total	6.415	5.557	9.338	5.928	35.865	7.357	1.109
	Hombre	3.269	2.927	4.782	3.030	17.798	3.722	570
	Mujer	3.146	2.630	4.556	2.898	18.067	3.635	539
35-44 años	Total	9.438	8.368	12.616	8.510	47.154	10.196	1.560
	Hombre	4.808	4.242	6.573	4.268	23.244	5.114	832
	Mujer	4.630	4.126	6.043	4.242	23.910	5.082	728
45-54 años	Total	11.410	9.840	14.774	10.435	58.436	13.010	1.901
	Hombre	5.936	5.066	7.763	5.401	29.152	6.670	1.042
	Mujer	5.474	4.774	7.011	5.034	29.284	6.339	859
55-64 años	Total	10.216	9.446	13.299	8.864	52.468	10.850	1.787
	Hombre	5.021	4.760	6.770	4.481	25.201	5.286	967
	Mujer	5.195	4.686	6.529	4.383	27.267	5.564	820
65-74 años	Total	8.510	7.481	10.083	7.131	41.489	8.802	1.207
	Hombre	4.073	3.634	5.005	3.471	19.106	4.091	615
	Mujer	4.437	3.847	5.078	3.660	22.383	4.711	592
75-84 años	Total	5.773	5.074	6.861	4.569	27.722	5.777	746
	Hombre	2.544	2.299	3.079	2.061	11.715	2.517	346
	Mujer	3.229	2.775	3.782	2.508	16.007	3.260	400
85 y más	Total	3.081	2.663	3.650	2.159	13.663	2.794	423
	Hombre	1.058	889	1.271	728	4.187	922	157
	Mujer	2.023	1.774	2.379	1.431	9.476	1.872	266

2. Fichero de familias:

Organización Sanitaria Integrada y Tamaño familiar: Se calculan las marginales del número de viviendas según tamaño familiar por organización sanitaria. En primer lugar, se calcula 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 2022, se calcula 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 hay que ajustar.

Distribución de las familias por Organización Sanitaria Integrada, y tamaño familiar, según proyección de población 4º trimestre 2022(revisada).

	Total	Familias de				
		1 persona	2 personas	3 personas	4 o más	
Total	908.253	272.907	273.745	173.381	188.219	
1. Araba	119.998	38.301	38.856	21.420	24.421	
2. Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	67.655	19.459	21.387	14.759	12.049	
3. Barakaldo-Sestao	53.947	15.709	17.365	11.434	9.439	
4. Bilbao-Basurto	148.060	48.533	45.627	27.376	26.525	
5. Uribe	85.870	22.285	25.014	17.834	20.737	
6. Barrualde-Galdakao	125.401	35.729	37.273	25.652	26.747	
7. Debabarrena	30.112	9.289	9.141	5.504	6.178	
8. Alto Deba	26.410	8.232	7.903	4.524	5.750	
9. Goierri-Alto Urola	37.884	10.953	10.776	6.358	9.617	
10. Tolosaldea	25.863	7.774	7.348	4.459	6.282	
11. Donostialdea	150.712	46.131	45.202	27.121	32.258	
12. Bidassoa	31.698	8.958	9.666	5.939	7.135	
13. Rioja Alavesa	4.642	1.553	1.188	820	1.082	

Calidad del ajuste

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

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

1. Fichero de todos los componentes familiares.

- Media 1,079
- Coeficiente de Variación = 22,25

2. Fichero de personas de 15 y más años:

- Media: 0,97
- Coeficiente de Variación = 42

3. Fichero de familias:

- Media: 1,006
- Coeficiente de Variación = 23,36

4.9. Muestra que participa en la encuesta

En la siguiente tabla se muestran las viviendas y personas que han participado en la ESCAV 2023, por Territorio Histórico, OSI y grupo de edad.

	Viviendas	Cuestionario familiar		Cuestionario individual	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
CAE	5.688	6.561	6.168	3.108	2.750
Territorio Histórico					
Araba	788	845	815	377	337
Gipuzkoa	2.199	2.575	2.400	1.115	984
Bizkaia	2.701	3.141	2.953	1.616	1.429
OSI					
Alto Deba	285	339	321	139	134
Araba	590	688	626	305	252
Barakaldo - Sestao	400	493	473	268	228
Barrualde - Galdakao	632	734	711	366	331
Bidaoa	333	383	369	167	143
Bilbao - Basurto	671	694	648	361	324
Debabarrena	303	350	337	158	162
Donostialdea	703	826	711	361	292
Ezkerraldea - Enkarterri - Cruces	460	544	539	253	239
Goierrri - Alto Urola	359	442	397	197	168
Rioja Alavesa	136	82	123	41	56
Tolosaldea	287	334	346	150	130
Uribe	529	652	567	342	291
Edad					
0-14		736	753		
15-24		551	636	213	278
25-34		468	487	226	205
35-44		724	720	391	353
45-54		1.014	1.025	534	508
55-64		1.110	958	611	514
65-74		904	860	514	490
≥75		1.054	729	619	402

5. DISEÑO DE LOS CUESTIONARIOS

5.1. Estructura de la ESCAV

La ESCAV recaba la información pertinente en dos cuestionarios diferentes:

- Cuestionario Familiar
- Cuestionario Individual

El Cuestionario Familiar recoge información de todos y cada uno de los miembros de la unidad familiar residente en la vivienda seleccionada referente al estado de salud (limitaciones, problemas crónicos, accidentalidad, ...), la necesidad de cuidados, la utilización de servicios sanitarios (consultas, hospitalizaciones, consumo de medicamentos, tipo de seguro sanitario, ...) así como datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral actual).

Por otro lado, existe información recabada de forma agregada para la unidad familiar (condiciones y entorno de la vivienda, ingresos monetarios y gastos sanitarios).

Finalmente, hay un apartado específico para las personas entre 0 y 14 años, que, aunque se halla insertado en el Cuestionario Familiar, denominamos "cuestionario de menores". Esta sección se diseñó, ya que este grupo poblacional queda excluido de responder el cuestionario individual, para obtener el tipo de información solicitada en éste adaptándola a sus características propias.

El Cuestionario Individual recoge información individual de las personas de 15 y más años que hayan resultado seleccionadas probabilísticamente entre los miembros de la unidad familiar, esto es, aproximadamente dos tercios de dichos miembros.

A través del Cuestionario Individual se quiere conocer la percepción que sobre su estado de salud posee la población vasca y su comportamiento con respecto a una serie de prácticas preventivas. Además, se pretende recabar información referente a diversos hábitos de vida que pueden afectar a la salud, conocidos como determinantes de la salud (índice de masa corporal, apoyo social, sueño, actividad física y sedentarismo, condiciones de trabajo, consumo de tabaco y alcohol, hábitos alimentarios y discriminación). Asimismo, interesa averiguar la opinión de la población sobre el sistema sanitario público, el testamento vital y la eutanasia, dada la reciente aprobación de la ley sobre esta materia.

En definitiva, se puede estructurar la información incluida en ambos cuestionarios en los siguientes cuatro grupos de contenido:

- Estado de Salud
- Determinantes de salud
- Servicios de Salud
- Variables demográficas y socioeconómicas.

5.2. Pretest cualitativo

En la ESCAV se realiza un Pretest cualitativo a fin de evaluar las preguntas y mejorar los cuestionarios y aplicabilidad de la Encuesta.

Los objetivos del Pretest se detallan a continuación:

- 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 Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico *OPIK*, adscrito a la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), se encargó de llevarlo a cabo, planteando su desarrollo en dos fases sucesivas:

- **Primera fase.** *Contraste con personas expertas acerca de la formulación, diseño y estructuración de los cuestionarios.*

En la primera fase se realizó una revisión de los cuestionarios, valorando aspectos temáticos, metodológicos y técnicos, por parte de siete investigadores/as expertos/as del ámbito de las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud. Estas personas fueron seleccionadas 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.) el equipo investigador identificó los bloques de preguntas o preguntas concretas, denominadas *preguntas-problema*, sobre las que se iba a realizar especial hincapié durante las entrevistas cognitivas. 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.** *Entrevistas cognitivas de los dos cuestionarios de la Encuesta en las dos versiones lingüísticas (euskeru y castellano).*

En la segunda fase se llevaron a cabo 15 entrevistas cognitivas tanto del cuestionario individual como del familiar en base a los perfiles marcados. Estos perfiles priorizaron aspectos como la edad, el estado de salud, el nivel socioeconómico, el idioma, el uso de servicios sanitarios, así como la relación con el trabajo remunerado y labores de cuidados.

La metodología llevada a cabo durante las entrevistas cognitivas fue mixta, utilizando tanto la técnica del *think aloud* como la del *verbal probing*.

En lo que se refiere a la primera metodología, de manera general y para todas las preguntas de los dos cuestionarios 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), 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.).

Además, tras la finalización de los cuestionarios, se pidió a la persona entrevistada 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.

Como resultado de esta fase, el equipo investigador especificó las preguntas que generaban algún tipo de error de respuesta y la correspondiente propuesta de cambios, aclaraciones o mejoras para resolver dichos errores potenciales.

5.3. Revisión 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 nos 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.

5.3.1. Estado de salud

a) Restricción temporal de la actividad

Se simplifica el apartado perteneciente al CF mediante la eliminación de preguntas y la reformulación de las dos preguntas que permanecen. A la hora de valorar si han existido limitaciones, ya no se produce la distinción entre actividades principales y de ocio, ni si el problema de salud ha provocado tener que guardar cama. Tampoco se pregunta por el problema de salud en concreto que provocó la limitación, ni por la causa del mismo.

b) Realización de actividades de la vida cotidiana

Se reformula la pregunta 9 del CF de cara a concretar el concepto de "clases especiales". Ya no se pregunta por el problema de salud en concreto que provocó la limitación de la vida cotidiana.

c) Cuidador/a informal

Al preguntar por las horas que dedica la persona cuidadora se sustituye "De lunes a viernes" por "Laborables" y "sábado y domingo" por "Festivos", para atender a las distintas jornadas laborales retribuidas que existen. Esta modificación se realiza en cualquier pregunta que hace referencia a número de horas por tipo de días.

5.3.2. Determinantes de la salud

a) Accidentes

Se valora la importancia que tiene al haber tenido algún tipo de accidente (lesión no intencionada) con consecuencias en su salud en los últimos 12 meses desechando, en esta edición, saber cuántos accidentes de cada tipo han sido dado que en las siguientes preguntas estudiamos sólo el último de dichos accidentes.

b) Sueño

Se amplía la sección sobre el sueño mediante el cuestionario de calidad del mismo (SATED). Este modelo sostiene que varias dimensiones de la función sueño-vigilia pueden afectar a la salud.

c) Menores

Se eliminan las preguntas relativas a la lactancia.

Se incluye un módulo nuevo de preguntas basadas en el cuestionario KIDMED que evalúa la adhesión a la Dieta Mediterránea en menores.

d) Capital social

Se eliminan las preguntas que tienen que ver con la confianza que tenemos en las demás personas.

e) Actividad Física y sedentarismo

Para evaluar la actividad física y el sedentarismo, aparte del cuestionario IPAQ, se ha introducido una pregunta sobre la actividad principal en el centro de trabajo, de estudios, hogar, etc. Gracias a esta pregunta sabremos la prevalencia de personas que pasan la jornada sentadas, de pie, caminando o realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico.

f) Consumo de tabaco y productos relacionados

Por primera vez se incluye una pregunta relacionada con el consumo de cigarrillos electrónicos (vapeador) o de dispositivos de tabaco calentado.

g) Hábitos alimentarios personas adultas

Se eliminan las preguntas existentes sobre hábitos alimentarios y se introduce un cuestionario sobre adhesión a la dieta mediterránea (PREDIMED).

5.3.3. Servicios de salud

a) Consultas

Se eliminan las preguntas relativas a las listas de espera. Se separan las preguntas sobre consultas a otros especialistas de salud de las terapias alternativas o complementarias relacionadas con la salud.

b) Consumo de medicamentos

Se recoge el consumo de medicamentos en los dos días anteriores a la realización de la entrevista distinguiendo únicamente si se ha consumido con receta o sin receta.

c) Hospital de día

Se eliminan la sección de preguntas sobre el 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 y, por lo tanto, obtendríamos una información difícil de analizar.

d) Continuidad asistencial

Se eliminan las preguntas sobre problemas crónicos y continuidad asistencial (IEXPAC), introducidas en la ESCAV18.

e) Prácticas preventivas

Se eliminan varias preguntas sobre prácticas preventivas como son: frecuencia de toma de tensión, medición del colesterol o del azúcar en sangre y vacuna de la gripe. También se amplían las preguntas sobre la detección precoz del cáncer de cérvix incluyendo la prueba de VPH (virus papiloma humano).

f) Eutanasia

A raíz de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia aprobada en 2021, se decide incluir varias preguntas referidas a este tema.

5.3.4. Variables demográficas y socioeconómicas

a) Características del padre y la madre no convivientes.

A las personas encuestadas entre 25 y 50 años con padre y madre no convivientes ya no se les pregunta por los estudios y lugar de nacimiento de dichos progenitores.

6. TRABAJO DE CAMPO

6.1. Formación de encuestadores/as

El trabajo de campo lo realiza la empresa adjudicataria de la licitación pública correspondiente. La formación del personal de esta empresa se lleva a cabo en dos fases; una antes del estudio piloto y otra al inicio de trabajo de campo.

En este caso, en la primera fase, a principios de septiembre, el equipo del Servicio de *"Estudios e Investigación Sanitaria"* del Departamento de Salud impartió cuatro sesiones de formación presencial, un total de 18 horas, sobre los aspectos teóricos y prácticos más relevantes de la ESCAV a miembros del equipo técnico de la empresa contratada, así como a la coordinadora general de campo, las tres jefas de campo territoriales y once agentes.

En la segunda fase, a mediados de octubre, la formación se dirigió al resto de agentes que se incorporaron al trabajo de campo en ese momento, encargándose la empresa de dicha formación.

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

- Definición y explicación de las variables de los cuestionarios.
- 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.
- Manejo del CAPI (entrevista personal asistida por tableta) en el contexto de la ESCAV.

Además, como material de apoyo, se proporciona al personal de campo el Manual de encuestación de la ESCAV23 elaborado en el Departamento donde quedan reflejados los puntos anteriores.

6.2. Estudio piloto cuantitativo

A mediados de septiembre se efectuó un estudio piloto. Este estudio consiste en la administración previa de los cuestionarios a una muestra reducida de la población y permite detectar errores relacionados con la duración del cuestionario, el diseño del trabajo de campo o la redacción y comprensión de las preguntas que son subsanados antes de la realización del trabajo de campo.

El estudio piloto cuantitativo de la ESCAV23 contó con una muestra seleccionada aleatoriamente por el EUSTAT de 100 viviendas pertenecientes a 10 zonas de salud diferentes distribuidas por toda la Comunidad Autónoma y tuvo una duración de tres semanas.

6.3. Recogida de la información

A cada vivienda seleccionada en la muestra se le envía con dos semanas de antelación una carta de presentación firmada por el Viceconsejero de Salud donde se informa sobre la Encuesta de Salud, su carácter oficial y confidencial, se solicita su colaboración y se advierte de la visita de una persona entrevistadora debidamente acreditada. Además, se acompaña la carta de un tríptico con preguntas frecuentes a cerca de la ESCAV y se pone a disposición de los residentes de esas viviendas diversos medios para solventar cualquier duda o aclaración (teléfono gratuito, dirección de correo electrónico y página web).

Las viviendas a entrevistar corresponden a una muestra del registro administrativo de población más actualizado en el momento de la obtención de la muestra (31/12/2020) y a

una muestra de las familias entrevistadas en la anterior edición de la encuesta (2018). No obstante, el personal de campo se puede encontrar con diferentes situaciones que van determinar si una vivienda seleccionada finalmente es elegible o no.

- Vivienda elegible: aquella vivienda familiar principal en la que residen habitualmente la mayor parte del año.
- Vivienda no elegible: aquellas viviendas que no cumplen la condición de vivienda elegible y, por lo tanto, deben ser sustituidas con alguna de las dos muestras aleatorias seleccionadas dentro del mismo estrato (área geográfica y tipología) a tal fin. Se engloban en esta categoría las viviendas con las siguientes características:
 - Las viviendas *vacías* o de "*temporada*"; por ejemplo, las utilizadas en épocas vacacionales.
 - Las destinadas exclusivamente a *otros fines* diferentes a residencia familiar, como son oficinas, consultas, etc.
 - Aquellas viviendas que se encuentran *en construcción, ruinosas*, etc. por razones de habitabilidad.
 - Los *establecimientos colectivos* (pensiones, hostales, casas de huéspedes, residencias, hospitales, colegios mayores, ...).
 - Las viviendas con *dirección no localizada*, esto es, que tienen una dirección errónea o inexistente.

En los casos en que se produzca una negativa por parte de la unidad familiar para colaborar, resulte imposible contactar con los residentes, siendo el criterio general cinco intentos en horas y días diferentes, o se produzca otra situación, como por ejemplo residentes extranjeros sin dominio de los idiomas de la encuesta, optamos por la sustitución de la vivienda, con el objetivo de no perder precisión en las estimaciones (lo que ocurriría si disminuyésemos el tamaño de la muestra).

En cada vivienda de la muestra, que sea elegible, se identifica el número de unidades familiares existentes, si hay varias seleccionando de forma aleatoria solo a una de ellas, y se realiza la Encuesta en dos fases, que se corresponden con cada uno de los tipos de cuestionario existentes:

- **Primera fase.** En la vivienda seleccionada el/la entrevistador/a recoge de cada miembro de la unidad familiar la información solicitada en el Cuestionario Familiar a través del método de la entrevista personal asistida por ordenador (CAPI).

Además, será preciso designar a uno de los miembros de la familia mayor de 18 años como persona de referencia. Esta elección se basará en que posea un conocimiento adecuado sobre distintos aspectos de la dinámica familiar y de sus miembros, ya que la persona de referencia deberá contestar las preguntas acerca de la *valoración de servicios no presenciales de Osakidetza*, así como las de la sección de *información sobre la unidad familiar*. Además, deberá responder este cuestionario por quienes estén ausentes, por los menores de 15 años y por las personas que, por alguna circunstancia (como, por ejemplo, deterioro cognitivo, sordera, desconocimiento de las lenguas oficiales, ...) estuvieran impedidas o incapacitadas para hacerlo por sí mismas.

- **Segunda fase.** El método de recogida de la información correspondiente al Cuestionario Individual se extiende a otras posibilidades. Se permite tanto CAPI en la misma vivienda, como que la persona entrevistada cumplimente el cuestionario a través de la web (CAWI) - por ordenador, Tablet o móvil- en un momento posterior. La diferencia estriba en que lo deberá hacer la persona que haya sido seleccionada por el método Kish y solo ella.

La empresa contratada se encarga de realizar periódicamente inspecciones de las visitas realizadas con el objetivo de comprobar la buena marcha de la recogida de la información.

6.4. 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).

6.5. Definiciones

Vivienda familiar principal:

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

Si en la misma vivienda se ejerce algún tipo de actividad económica (por ejemplo, una peluquería, una consulta de psicología, ...) y también vive el/la propietario/a, se considera igualmente vivienda familiar principal.

Se excluyen como vivienda familiar principal los pisos de estudiantes. Estas viviendas deben ser sustituidas.

Unidad familiar:

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 alguno de 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 residencias, centros psiquiátricos, prisiones, etc.).

b) no reside en el momento de la entrevista en la vivienda seleccionada, pero no dispone de otra vivienda familiar principal. Por ejemplo, las personas jóvenes que estén estudiando fuera y se alojen en dicho momento en un colegio mayor o en un piso compartido.

Se excluyen:

- Las personas extranjeras o nacionales que se encuentran en la Comunidad Autónoma del País Vasco por un período inferior a un año.
- Cuando en un domicilio (vivienda) seleccionado haya menores a cargo de un único progenitor, se excluirán si están en régimen de visita.
- Las personas que residen la mayor parte del tiempo en la vivienda seleccionada, pero disponen de una vivienda principal. Por ejemplo, el servicio doméstico interno que trabaja en la vivienda seleccionada será excluido.

Cuando en una vivienda existan varios grupos o unidades familiares, como en el caso de las viviendas compartidas, se procederá de la siguiente manera:

- Identificaremos los grupos o unidades familiares existentes.
- Se seleccionará aleatoriamente uno de esos grupos familiares.

Persona de referencia:

Es aquella persona que ella o las demás así la definen por ser capaz de responder con suficiente exactitud a los aspectos de la salud de los miembros de la unidad familiar. Deberá tener 18 años o más.

Período de referencia 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.

7. 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 2022. 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.

8. DEFINICIONES.

8.1 Estado de salud

Esperanza de vida libre de discapacidad

Indica los años que vive la población sin problemas de salud que afecten a su capacidad funcional. Es un índice sintético que se obtiene de la combinación de los datos de 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).

Se ha seguido la metodología empleada por el Ministerio de Sanidad para los resultados relativos al año 2023, recalculándose asimismo los de pasadas ediciones. De esta manera, la variable de limitación utilizada para el cálculo se deriva de la pregunta 12 del cuestionario individual:

"Podría decirme, ¿en qué medida se ha visto limitado/a, durante al menos los últimos 6 meses, debido a un problema de salud para realizar las actividades que las personas hacen habitualmente? Por ejemplo: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre."

Una persona es incapaz si declara una limitación grave para realizar las actividades que las personas hacen habitualmente y está en buena salud si se declara nada limitado o no gravemente limitado.

En cuanto a los datos de mortalidad, se utilizarán los del Registro de Mortalidad de 2021.

Autovaloración de la salud: salud percibida

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

Considera que su salud en general es:

1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. 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 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 Visual Analógica (EAV). El sistema descriptivo, evalúa cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar

y ansiedad/depresión. Las opciones de respuesta de cada dimensión son: sin problemas, con problemas leves, con problemas moderados, con problemas graves y con problemas extremos.

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

Índice de salud mental

Elegimos el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve, un buen instrumento para el despistaje de personas con problemas psiquiátricos, tan válido como el «Mental Health Inventory» de 18 ítems o el «General Health Questionnaire» de 30 ítems (Berwick DM et al. 1991), y una buena medida de la salud mental de la población (McHorney C.A., 1993). Fue diseñado para valorar la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo. Las preguntas formuladas fueron:

Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo...?

- (i5a) Estuvo muy nervioso/a.
- (i5b) Se sintió con la moral tan baja que nada podía animarle.
- (i5c) Se sintió en calma y con gran tranquilidad.
- (i5d) Se sintió con desánimo y tristeza.
- (i5e) Se sintió feliz.

Las categorías de respuestas siempre fueron las mismas: siempre (1), casi siempre (2), muchas veces (3), algunas veces (4), sólo alguna vez (5), nunca (6). El índice se calculó así:

$MI = 100 - (((7 - i5a) + (7 - i5b) + i5c + (7 - i5d) + i5e) / 5) * 4$, siendo el rango de valores de 0 a 100. Mayores valores indican mejor salud mental. Se consideró que una persona presentaba síntomas de ansiedad y depresión cuando su puntuación era inferior a 56.

Restricción temporal de la actividad

Se refiere a la reducción de la actividad que realiza habitualmente una persona por debajo de su capacidad normal, durante al menos la mitad de un día, debido a problemas de salud de corta o larga duración (problemas de salud agudos o crónicos).

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 evalúa 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 ESCAV23 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 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 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/as 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.

Problemas de salud

Se incluyen problemas de salud crónicos autodeclarados, continuos, de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia, hayan sido o no diagnosticados por un/a profesional de salud, tengan o no un tratamiento.

Accidentes - 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.

8.2 Determinantes de la salud

Desempleo

Se considera persona desempleada a la persona que manifiesta no haber tenido un empleo, aunque solo fuese de una hora semanal, durante la semana anterior a la realización de la encuesta.

(In)Satisfacción en el trabajo.

La (in)satisfacción en el trabajo se mide a través de la pregunta: "¿Hasta qué punto está satisfecho con su puesto de trabajo?" con las siguientes opciones de respuesta:

- a) Muy satisfecho/a
- b) Satisfecho/a
- c) Insatisfecho/a
- d) Muy insatisfecho/a

La prevalencia de personas satisfechas o de satisfacción en el trabajo corresponde a la suma de respuestas a) y b); la prevalencia de personas insatisfechas o de insatisfacción en el trabajo se construye a partir de las respuestas c) y d).

Factores de riesgo psicosocial

Se entiende por factores psicosociales aquellas 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.

Se ha usado batería de preguntas para estudiar estos factores de riesgo psicosociales.

Precariedad laboral

Para medir la precariedad laboral, desde la ESCAV 2018, se ha utilizado el cuestionario Mini EPRES, versión reducida del cuestionario EPRES (Amable, M. et al. 2004. Health Inequalities Research Group (GREDS-EMCONET)). La escala de precariedad laboral EPRES se diseñó para medir la precariedad en el empleo para la investigación epidemiológica. Mide la precariedad laboral como la combinación de las seis dimensiones que conforman el constructo. En el cuestionario Mini EPRES cada una de las seis dimensiones de la precariedad laboral se mide mediante uno, dos o tres ítems. La escala EPRES está diseñada específicamente para personas trabajadoras empleadas con contrato. En particular, debido a su enfoque en ciertos aspectos contractuales, como la duración del contrato, EPRES en su forma actual está limitado en su aplicabilidad a otras poblaciones trabajadoras, como las personas trabajadoras informales (sin contrato formal) y las personas trabajadoras dependientes autónomas.

CODIFICACIÓN MINI-EPRES	Categoría de respuesta	Puntuación
Dimensión (sub-escala) / Ítem		
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.

Entorno y condiciones de la vivienda

El entorno y las condiciones de la vivienda se analizan en una triple dimensión:

- Condiciones de la vivienda, que hace referencia al estado de la vivienda de la persona encuestada, como la presencia de goteras, humedades, escasez de luz natural.
- Problemas en el entorno de la vivienda como ruido, malos olores, contaminación del aire, escasez de zonas verdes, delincuencia, violencia o vandalismo, etc.
- Recursos en el entorno de la vivienda, como la presencia de establecimientos para comprar comida fresca, comida rápida, instalaciones deportivas o la idoneidad del entorno para practicar ejercicio físico, etc.

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 dos puntuaciones diferentes para el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el afectivo (posibilidad de contar con personas que demuestren apoyo y cariño). Los ítems se formularon:

- i17: Recibo visitas de mis amigos/as y familiares
- i18: Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- i19: Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- i20: Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
- i21: Recibo amor y afecto
- i22: Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa
- i23: Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- i24: Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- i25: Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- i26: Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante de mi vida
- i27: 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=i17+i18+i22+i23+i24+i25+i26;
- afecto=i19+i20+i21+i27;
- 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 tabaco y tabaquismo pasivo

Se consideran las siguientes categorías respecto al consumo de tabaco.

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

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.

En la ESCAV 2023 se pregunta también por la frecuencia de consumo de otros productos relacionados con el tabaco como el cigarrillo electrónico (vapeador) o dispositivos de tabaco calentado.

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/a*: la persona que declara no beber bebidas alcohólicas y que no lo ha hecho jamás.
- *Ex-bebedor/a*: 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/a ocasional*: la persona que declara haber bebido durante el último año, pero menos de una vez por semana.

- *Bebedor/a 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	150 cc	5	5 cc	4
Vino	1 vaso	150 cc	12,5	12,5 cc	10
Cerveza	1 caña	200 cc	5	8,5 cc	6,8
Whisky, brandy, anís, pacharán	1 copa	45 cc	40	18 cc	14,4
Combinados (Gin-tonic,...)	1	70 cc	40	28 cc	22,4
Kalimotxo	1 vaso	100 cc	12,5	12,5 cc	10
Vermut, fino, bitter	1	70 cc	17	17 cc	13,6
Chupito 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 o consumo de más de 40 g en un solo día.
 - Consumo de *bajo riesgo*: consumo por debajo de los límites de alto riesgo.

ii. Mujeres

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

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.

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 han 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 que una persona realiza ejercicio físico saludable cuando cumple los criterios de actividad física moderada o actividad física vigorosa.

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:

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

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.

Sueño

Se mide mediante el Cuestionario de Calidad del Sueño del instrumento SATED (Satisfaction Alertness Timing Efficiency and Duration) (Buysse DJ 2014, Dalmases et al 2019). Además, se agregó una sexta pregunta a petición de la Unidad del sueño del Hospital Universitario Araba relativa a la frecuencia en el roncar.

Las cinco preguntas SATED hacen referencia a las siguientes dimensiones:

1. *Satisfacción*: ¿Está satisfecho/a con su sueño? Valore la satisfacción con el sueño.
2. *Nivel de alerta*: ¿Se mantiene despierto/a todo el día sin quedarse dormido/a? Se entiende por todo el día el período que va desde el momento de levantarse hasta el momento de acostarse. Se entiende por quedarse dormido/a dar cabezazos. No incluye la siesta.
3. *Tiempo* (regularidad): ¿Duerme (o intenta dormir) entre las 2 y las 4 de la madrugada? Esta pregunta sirve para detectar la regularidad del sueño; es decir, si entre las 2 y las 4 de la madrugada la persona está en la cama durmiendo o intentando dormir o si, por el contrario, está despierta realizando otras actividades. Por eso, se equipará a las personas que duermen con las que intentan dormirse.
4. *Eficacia*: Durante la noche, ¿pasa menos de 30 minutos despierto/a? Incluye el tiempo que pasa por quedarse dormido/ay las interrupciones del sueño.
5. *Duración*: ¿Duerme entre 6 y 8 horas al día? El total de horas dormidas al día, incluida la siesta.

La escala de respuesta mide la frecuencia y es común para todas las preguntas ("Nunca", "Muy pocas veces", "Algunas veces", "A menudo", "Siempre"). Cuenta con las siguientes puntuaciones:

- 0 puntos: nunca - muy rara vez.
- 1 punto: algunas veces.
- 2 puntos: a menudo – siempre.

A partir de la suma de las puntuaciones se construye un índice de calidad del sueño que va de los 0 a los 10 puntos. Con este índice, se identifica a aquellas personas que tienen una buena calidad del sueño (puntuación superior a 7).

Queda excluida de la aplicación del instrumento la población que trabaja en turno de noche y a la población menor de 15 años.

Hábitos alimentarios

Hace referencia a la frecuencia con la que se ingieren determinados alimentos, como fruta, verduras, pescados, etc. Se han utilizado dos métodos de hábitos alimentarios:

KIDMED (niños y adolescentes)

Es el índice de calidad de adherencia a la dieta mediterránea en la infancia y en la adolescencia.

En función de las respuestas del módulo de hábitos alimentarios basado en KIDMED se puede obtener un índice que nos indique:

≤ 3, Dieta de muy baja calidad; 4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo Mediterráneo; ≥ 8: Dieta Mediterránea óptima.

ÍTEM	ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA INFANCIA KIDMED	PUNTOS
1	Desayuno un lácteo (leche, yogur, etc)	1
2	Desayuno un cereal o derivado (por ejemplo pan)	1
3	No desayuno	-1
4	Desayuno bollería industrial, galletas o pastelitos	-1
5	Tomo una fruta o un zumo natural todos los días	1
6	Tomo una segunda pieza de fruta todos los días	1
7	Tomo verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día	1
8	Tomo verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día	1
9	Tomo 2 yogures y/o 40 gr de queso al día	1
10	Tomo pescado por lo menos 2-3 veces a la semana	1
11	Voy una vez o más a la semana a un centro de comida fuera de casa (por ejemplo hamburguesería, pizzería, etc) o pedimos comida para que nos la traigan a casa	-1
12	Me gustan las legumbres (garbanzos, lentejas, etc) y las tomo 2-3 veces a la semana	1
13	Tomo pasta o arroz casi a diario (5 o más días a la semana)	1
14	En casa se utiliza el aceite de oliva	1
15	Tomo frutos secos naturales a menudo al menos 2-3 veces a la semana	1
16	Tomo chuches, caramelos, helados varias veces al día	-1
17	Picoteo entre comidas, es decir, tomo patatas fritas, bolsas de fritos, palomitas de maíz... todos los días	-1
18	Tomo refrescos, zumos envasados y/o batidos todos los días	-1
19	Bebo 3 o más vasos de agua al día	1

PREDIMED (personas adultas)

Se ha utilizado el PREDIMED como método de estudio de hábitos alimentarios en personas adultas. Es una herramienta útil en estudios poblacionales que mide el grado de adherencia al patrón de la dieta mediterránea basado en 14 preguntas.

Para la ESCAV23 se ha seguido las recomendaciones de la Guía "Recomendaciones sobre hábitos saludables en atención primaria" de la Junta de Andalucía 2020. Se ha modificado ligeramente el cuestionario. La modificación ha consistido en la eliminación del zumo natural del ítem nº 4 relacionado con el consumo de fruta y del ítem completo nº 8 relacionado con el consumo de vino, junto a leves modificaciones y añadidos de texto para facilitar su cumplimentación.

A partir de estas recomendaciones se ha obtenido un índice que va de 0 a 13 puntos para analizar la adherencia a la dieta mediterránea:

- Buena adherencia: igual o superior a 8 puntos.
- Adherencia baja: inferior a 8 puntos.

- 1.- ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar? (Sí = 1 punto)
- 2.- ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día, incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.? (se mide en cucharadas soperas de aceite) (4 o más cucharadas soperas = 1 punto)
- 3.- ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? Una ración equivale a un plato y las guarniciones y acompañamientos equivalen a media ración. (2 o más raciones = 1 punto)
- 4.- ¿Cuántas raciones de fruta (entera, troceada o triturada, no en forma de zumo) consume al día? Una ración equivale a una pieza estándar, es decir, una manzana, una pera, un par de mandarinas, un plátano, un par de tajadas de melón, un bol de fresas, etc. (3 o más raciones = 1 punto)
- 5.- ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? Una ración equivale a 100-150 gramos, la cantidad que servirían en un comedor colectivo o restaurante. Se entiende por carne roja todo tipo de carne, excepto las aves (que no sean de caza) y el conejo. También el embutido de los bocadillos, que cuentan como media ración (son carne roja procesada). (menos de 1 al día = 1 punto)
- 6.- ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? Una ración equivale a 12 gramos, la pastilla de mantequilla que sirven normalmente en restaurantes y hoteles. (menos de 1 al día = 1 punto)
- 7.- ¿Cuántas bebidas azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bíter) consume al día? Una bebida equivale a 200 ml, a un vaso o una lata. (menos de 1 al día = 1 punto)
- 8.- Si bebe vino (o bebidas fermentadas de la uva como el cava, lambrusco, etc.), ¿cuánto consume a la semana? Un vaso o una copa equivalen a 100-150 ml. (*)
- 9.- ¿Cuántas raciones de legumbres (garbanzos, lentejas, guisantes, frijoles, habas, soja, etc.) consume a la semana? Una ración equivale a un plato (unos 150 gramos). (3 o más vasos a la semana = 1 punto)
- 10.- ¿Cuántas raciones de pescado y/o mariscos consume a la semana? Una ración de pescado equivale a 100-150 gramos, y una ración de marisco a 4-5 piezas o 200 gramos. Se incluyen las latas de pescado (atún, sardinas, etc.) y los berberechos y mejillones de los vermús. (3 o más raciones a la semana = 1 punto)
- 11.- ¿Cuantas veces a la semana consume repostería no hecha en casa como galletas, dulces o pasteles (se incluyen los cereales)? (veces, sin tener en cuenta la cantidad) (menos de 2 veces a la semana = 1 punto)
- 12.- ¿Cuantas veces a la semana consume frutos secos? (veces, sin tener en cuenta la cantidad) (3 o más vasos a la semana = 1 punto)

13.- ¿Consumo usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (Sí = 1 punto; No consume carne = 1 punto)

14.- ¿Cuantas veces a la semana consume sofrito hecho en casa con vegetales cocinados (tomate, ajo, cebolla, puerro, etc. elaborados a fuego lento con aceite de oliva) para albóndigas, estofados, suquets de pescado, etc. o acompañar platos de pasta, arroz u otros? (veces, sin tener en cuenta la cantidad) (2 o más a la semana = 1 punto)

*Para evitar duplicidades, en la ESCAV23 se elimina la pregunta 8 del vino, dedicándole un apartado propio sobre consumo de alcohol.

Y se ha añadido una pregunta sobre zumos naturales: ¿Cuántos vasos de zumo natural con pulpa de frutas o verduras consume a la semana?

8.3 Servicios de salud y de cuidados

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza como el Programa de prevención del cáncer colorrectal, el Programa de detección precoz del cáncer de mama o el Programa de cribado de cáncer de cérvix.

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 acude a una casa a ver a más de una persona se consideran tantas visitas como personas trate. Una visita al/la médico/a se asocia con la persona que lo necesita, aunque esta persona no acuda a consulta. Por ejemplo, si una madre o padre consulta por su hijo/a esta consulta se adscribe 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.

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.

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, consejo sanitario telefónico, carpeta personal de salud o la App de Osakidetza.

Eutanasia

La eutanasia es el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producida por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitarle un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.

8.4 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

Territorio histórico o territorio foral es la denominación histórica de las tres provincias que integran la comunidad autónoma del País Vasco: Araba, Gipuzkoa y Bizkaia.

Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)

Organizaciones de servicios sanitarios dependientes del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud para realizar la actividad de provisión de servicios sanitarios aglutinando dispositivos y procesos asistenciales de atención primaria con los de atención hospitalaria, con el objetivo último de favorecer la integración clínica en el proceso asistencial del y de la paciente de manera que la atención sanitaria se articule en torno a la persona, que constituye el centro de la actividad asistencial.

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 en 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 (Educación Primaria, EGB primera etapa, Educación Básica en centros de Educación Especial) completos o no.
- *Secundaria baja*: personas con educación secundaria de 1@ etapa (ESO, EGB, Graduado escolar, Certificado de estudios primarios).
- *Secundaria alta*: personas con estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de cualquier grado o equivalentes.
- *Universitaria*: personas con estudios universitarios de cualquier ciclo, grado, doctorado o equivalente.

9. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la ESCAV23 se difundirán a través de la Web del Departamento de Salud y del Eustat.

Entre los documentos que se van a difundir están previstos los siguientes:

- Metodología
- Cuestionarios
- Informe sobre primeros resultados
- Tablas de resultados de los principales indicadores desglosados por sexo, edad, Territorio Histórico, grupo socioeconómico y nivel de estudios.
- Publicaciones (datos relevantes, indicadores, monografías, ...)

Además, 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.

10. 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.

Buysse DJ. Sleep health: can we define it. Does it matter? *Sleep.* 2014; 37(1):9-17.

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.

Dalmases M, Benítez I, Sapiña-Beltran E et al. Impact of sleep health on selfperceived health status. *Scientific Report.* 2019 9:7284

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/>

Estudio Predimed. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea del proyecto Predimed [citat 11 novembre 2014]. Disponible a: Estudio Predimed

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.

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

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

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

PREDIMED (Estruch et al, 2006; Zazpe et al, 2008; Martínez-González et al, 2012; Estruch et al, 2013).

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.

Serra Majem LA & J B (2004) Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In Aliment. Infant. y Juv., pp. 51–59.

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.

