

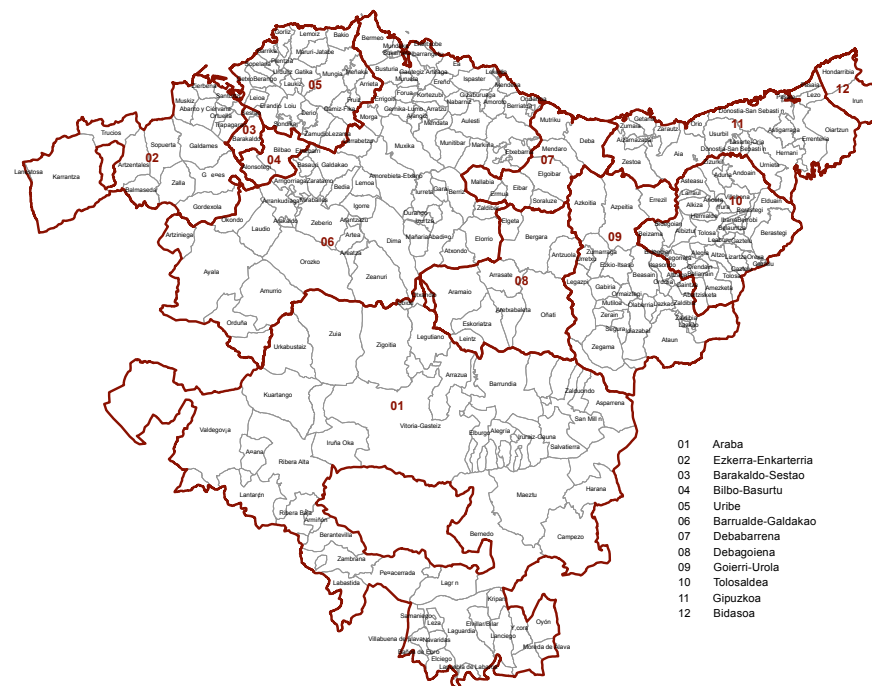
> 4. Eranskinak
Anexos



Mugaketa geografikoa eta laginaren tamaina

Delimitación geográfica y tamaño muestral

► Erakunde Sanitario Integratuen (ESI) mugaketa geografikoa / Delimitación geográfica de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)



ESI bakoitzeko udalerriz guztien zerrenda lortzeko, esteka hau erabil ezazu: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/eu_escav13/adjuntos/list_osi.pdf
 Para obtener un listado de todos los municipios por OSI utilice este enlace: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav13/adjuntos/list_osi.pdf

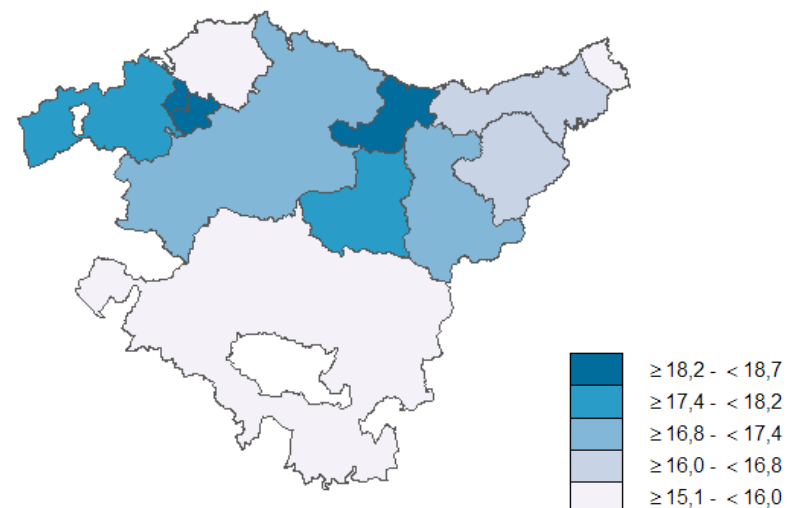
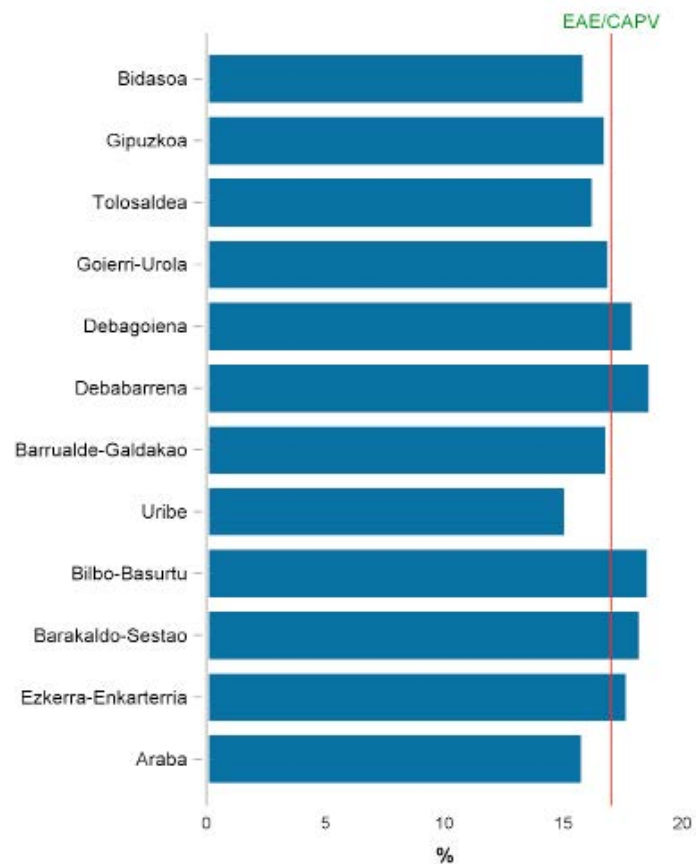
➤ Herritarren lagina, Erakunde Sanitario Integratu (ESI) bakoitzeko / Población muestral por Organización Sanitaria Integrada (OSI)

	Gizonezkoak / Hombres		Emakumezkoak / Mujeres	
	Galdeketa familiarra Cuestionario familiar	Galdeketa indibiduala Cuestionario individual	Galdeketa familiarra Cuestionario familiar	Galdeketa indibiduala Cuestionario individual
EAE/ CAPV	6.195	3.721	6.800	4.315
Araba	1.260	772	1.248	849
Ezkerra-Enkarterria	364	223	413	263
Barakaldo-Sestao	300	184	342	232
Bilbo-Basurtu	739	459	901	585
Uribe	549	316	590	364
Barrualde-Galdakao	706	418	770	455
Debarrena	210	133	246	144
Debagoiena	273	151	282	171
Goierri-Urola	316	191	327	213
Tolosaldea	207	122	210	126
Gipuzkoa	1.052	615	1.195	718
Bidasoa	219	137	276	195

➤ Herritarrak, Erakunde Sanitario Integratu (ESI) bakoitzeko / Población por Organización Sanitaria Integrada (OSI)

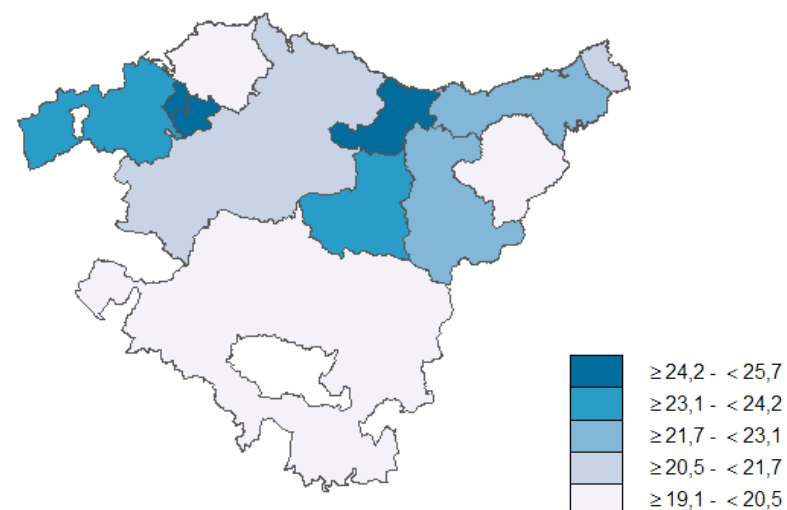
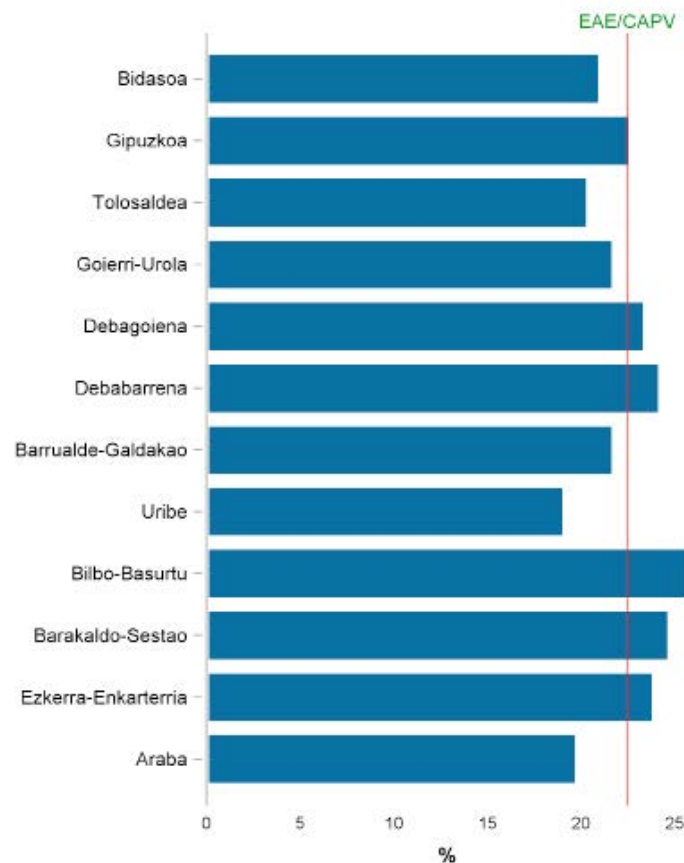
	Guztira / total	Gizonezkoak / Hombres	Emakumeak / mujeres
EAE/ CAPV	2.181.832	1.063.267	1.118.565
Araba	285.530	141.700	143.830
Ezkerra-Enkarterria	165.545	80.583	84.962
Barakaldo-Sestao	127.731	61.768	65.963
Bilbo-Basurtu	350.620	165.322	185.298
Uribe	215.002	103.785	111.217
Barrualde-Galdakao	310.528	153.473	157.055
Debarrena	72.616	35.990	36.626
Debagoiena	64.164	32.203	31.961
Goierri-Urola	94.673	47.990	46.683
Tolosaldea	63.135	31.802	31.333
Gipuzkoa	355.951	171.179	184.772
Bidasoa	76.337	37.472	38.865

➤ 65 urte eta gehiagoko herritarrak (%) / Población de 65 y más años (%)



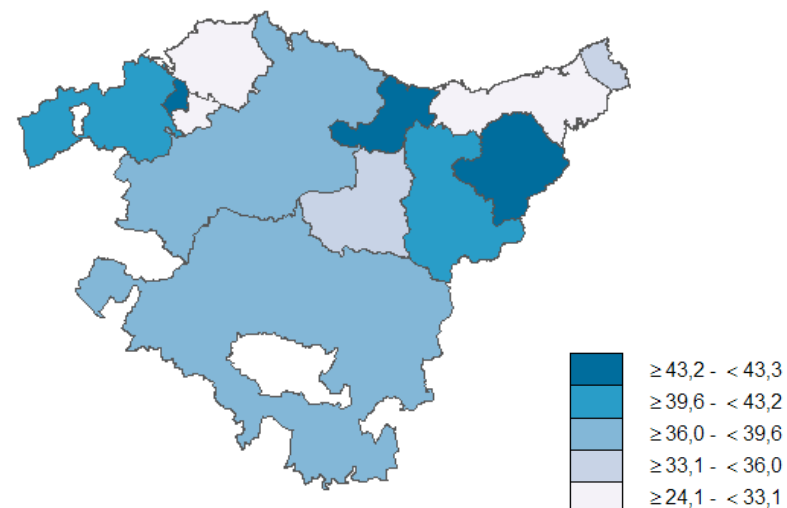
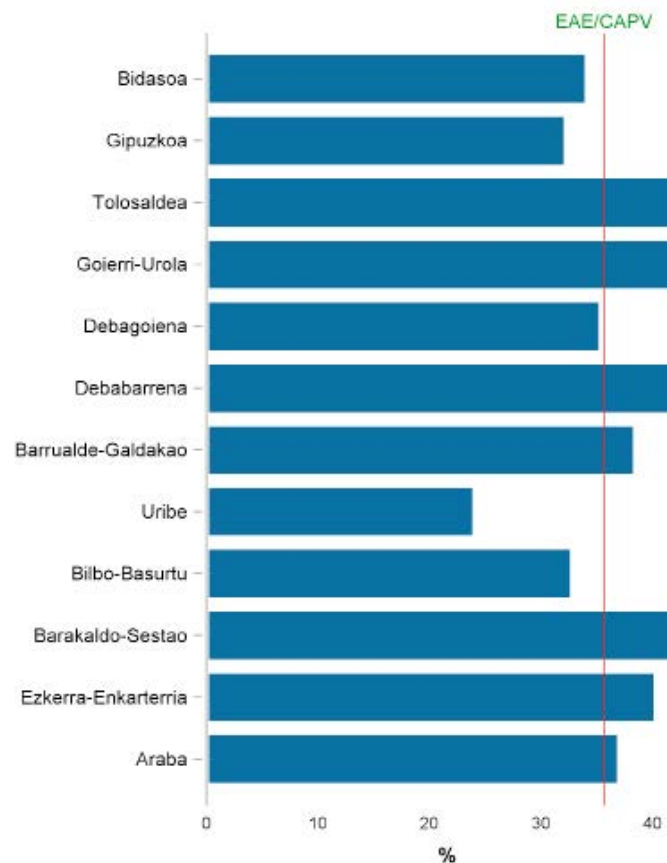
Iturria: Biztanleen eta Etxebizitzen Errolda, 2011
Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2011

➤ 65 urte eta gehiagoko herritarrak (%) / Población de 65 y más años (%)



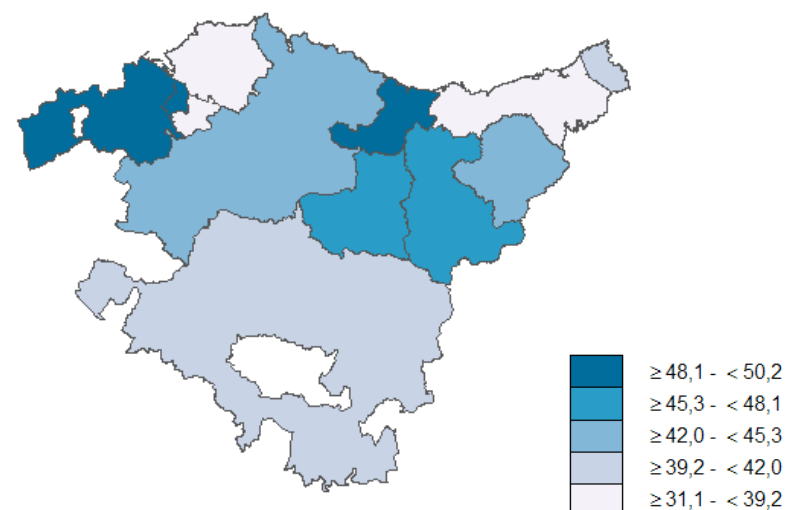
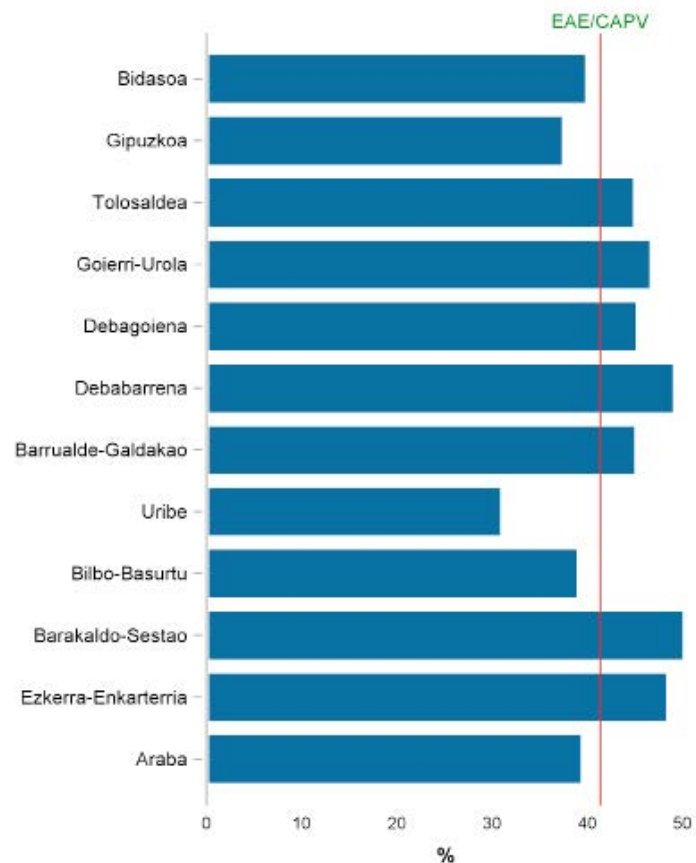
Iturria: Biztanleen eta Etxebizitzen Errolda, 2011
Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2011

➤ Heziketa nahikorik gabeko 16 urte eta gehiagoko herritarrak (%) / Instrucción insuficiente en población de 16 y más años (%)



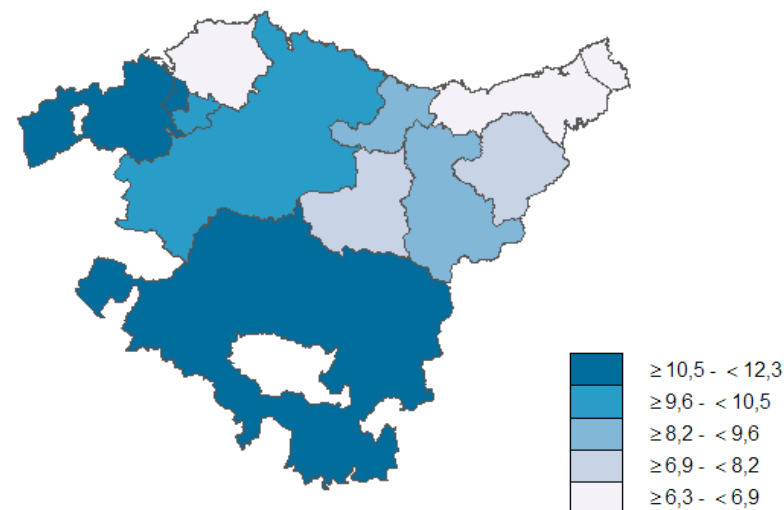
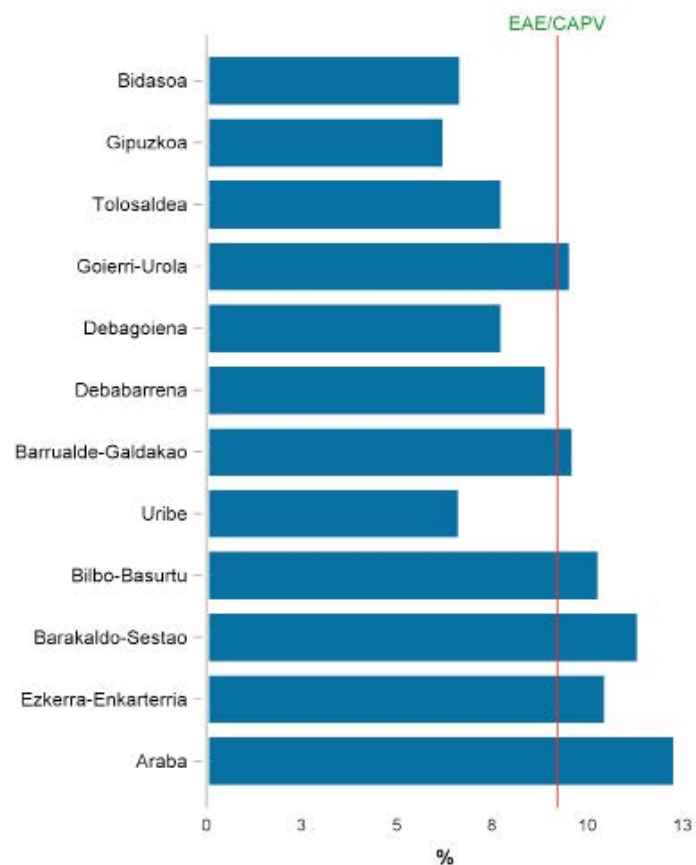
Iturria: Biztanleen eta Etxebizitzaren Errolda, 2011
Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2011

➤ Heziketa nahikorik gabeko 16 urte eta gehiagoko herritarrak (%) / Instrucción insuficiente en población de 16 y más años (%)



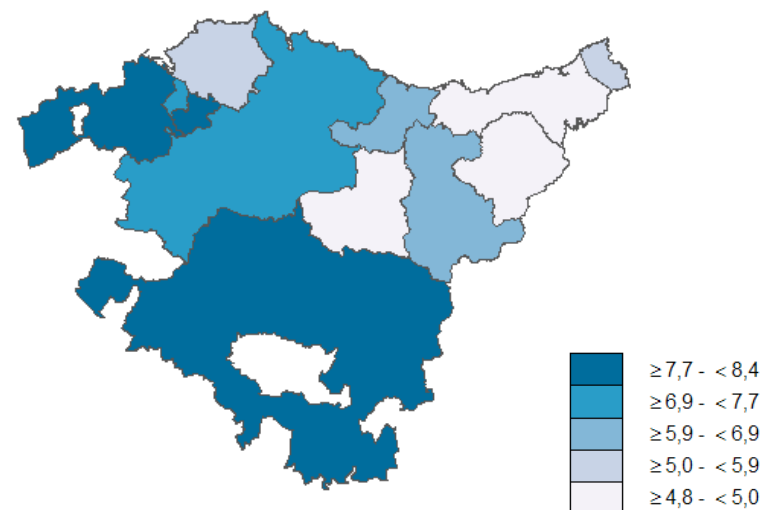
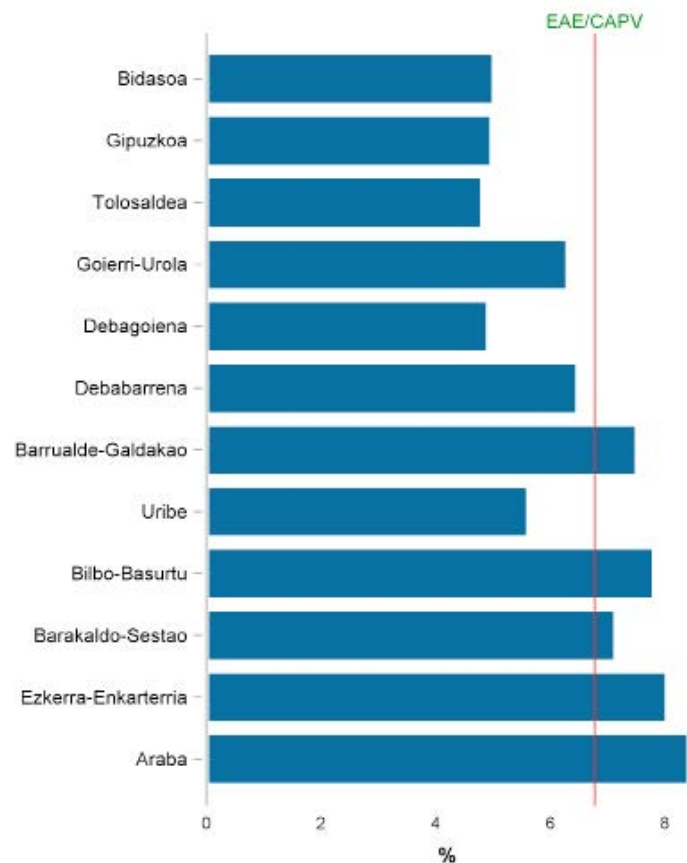
Iturria: Biztanleen eta Etxebizitzen Errolda, 2011
Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2011

- Heziketa nahikorik gabeko gazteak (16 eta 29 urte arteko herritarrak) (%)
Instrucción insuficiente en población joven (entre 16 y 29 años) (%)



Iturria: Biztanleen eta Etxebizitzen Errolda, 2011
Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2011

- Heziketa nahikorik gabeko gazteak (16 eta 29 urte arteko herritarrak) (%)
Instrucción insuficiente en población joven (entre 16 y 29 años) (%)



Iturria: Biztanleen eta Etxebizitzen Errolda, 2011
Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2011

Adierazleen definizioa

1. Osasun-egoera

Osasun txarra

Osasunaren autoebaluazioaren aldagaiak pertsona batek bere osasun-egoera orokorraren inguruan duen iritzia jasotzen du, galdera honi emandako erantzuna oinarritzat hartuta:

Oro har, zure ustez nolako osasuna daukazu?:

Bikaina Oso ona Ona Hala-holakoa Txarra

Osasun txarra aipatzen denean, osasun «hala-holakoa» edo osasun «txarra» dutela adierazi duten herritarren proportzioari erreferentzia egiten zaio.

Aho-hortzen osasun txarra

Aldagai horri buruzko informazioa galdera honi emandako erantzunaren bidez jaso da:

Zure aho-hortzen osasuna nolakoa dela esango zenuke, oro har?:

Bikaina Oso ona Ona Hala-holakoa Txarra

Aho-hortzen osasun txarra aipatzen denean, osasun «hala-holakoa» edo osasun «txarra» dutela adierazi duten herritarren proportzioari erreferentzia egiten zaio.

Osasunari lotutako bizi-kalitatea

Osasunari lotutako bizi-kalitatearen neurketak gero eta garrantzi handiagoa du, biztanleriaren osasuna ikertzeko eta osasunaren alorreko esku-hartzeen eraginkortasuna aztertzeko modua den aldetik. Dokumentu honetan Euroqol-5D-5L-EAB tresnaren eskala analogiko bisuala erabili da (Herdman M., et al., 2001; The EuroQol Group, 1990; Oemar M., et al., 2013). Eskala horretan, pertsonak bere osasun-egoera puntuatu behar du 0tik (imajina daitekeen osasun-egoera okerrera) 100era (imajina daitekeen osasun-egoera hoberena) bitarteko eskalan.

Osasun mental txarra

15 urte eta gehiagoko herritarren osasun mentala ikertzeko, «Mental Health Inventory» erabili da, zehazki, bost item dituen bertsioa, tresna erraza eta laburra delako. Indize hori tresna ona da arazo psikiatrikoak dituzten pertsonak hautemateko (Berwick, DM., 1991), bai eta herritarren osasun mentala neurtzeko ere (McHorney, C.A., 1993). Antsietatea, depresioa, emozioen kontrola eta oreka afektiboa aztertzen ditu.

Definición de indicadores

1. Estado de salud

Mala salud

La variable de autovaloración de la salud recoge la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud general, a partir de la respuesta dada a la pregunta:

En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Cuando se habla de mala salud se refiere la proporción de personas que definen su salud como 'regular' o 'mala'.

Mala salud dental

Esta variable se recoge mediante la respuesta a la pregunta:

Considera que su salud bucodental es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Cuando se habla de mala salud bucodental se refiere la proporción de personas que definen su salud como 'regular' o 'mala'.

Calidad de vida relacionada con la salud

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población y analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias. En este documento se ha utilizado la escala analógica visual del instrumento Euroqol-5D-5L-EAV (Herdman M et al. 2001, The EuroQol Group 1990, Oemar M et al. 2013), en la que 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).

Mala salud mental

Para estudiar la salud mental de la población de 15 y más años se ha utilizado el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve. Este índice es un buen instrumento para el despistaje de personas con problemas psiquiátricos (Berwick DM., 1991) y una buena medida de la salud mental de la población (McHorney C.A., 1993). El índice valora la ansiedad, la depresión, el control emocional y el equilibrio afectivo.

Jardueraren aldi baterako mugaketa

Pertsona batek bere ohiko jarduera aldi baterako mugatzea da, ohiko gaitasunaren azpitik, iraupen laburreko edo luzeko osasun-arazoaren ondorioz.

Jardueraren mugaketa kronikoa

Osasun fisiko ona duten pertsonentzat normalak diren hainbat jarduera egitea edo egin ahal izatea denbora luzerako murriztea edo mugatzea da, edozein osasun-arazo kroniko dela eta.

65 urte eta gehiagoko pertsonen mendekotasuna

Eguneroko oinarrizko jarduerak egiteko beste pertsona baten edo batzuen zaintza nahiz laguntza garrantzitsuak behar dituzten pertsonen egoera iraunkorra da. Adinak edo gaixotasun nahiz disfuncionalitate batek eragindakoa izan daiteke, eta autonomia fisiko, mental, intelektual nahiz sentsorialaren galerari lotuta egon.

Dokumentu honetan, eguneroko oinarrizko jarduerak egiteko neurrizko mendekotasun edo mendekotasun larritzat jotzen da 90 edo emaitza txikiagoa lortzea, Barthelen Indizeko puntuazioaren arabera, Shah eta beste batzuei jarraikiz (1989) kategorizatu dena.

- 0-20: Erabateko mendekotasuna
- 21-60: Mendekotasun larria
- 61-90: Neurrizko mendekotasuna
- 91-99: Mendekotasun txikia
- 100: Burujabetasuna

Arazo kronikoak

Osasun-arazo edo gaixotasun kroniko, etengabe edo luzeak dira; baita nolabaiteko maiztasunez ageri direnak ere. Horien barruan ez dira sartzen aldi baterako arazoak, baina bai urtaroen arabekoak errepikatzen direnak.

Dokumentu honetan maizago gertatzen diren arazo kronikoak hartu dira: arteria-hipertentsioa, kolesterola, artrosia, bizkarreko mina eta diabetesa.

Nahi gabeko lesioak aurreko hamabi hilabeteotan

Aurreko hamabi hilabeteetan pairatutako istripuen ondorioz herritarrek izandako nahi gabeko lesioak dira, baldin eta beren osasunean ondorioak eragin badituzte. Adibidez: erortzea, erretzea, intoxikatzea, etab.

Limitación temporal de la actividad

Se refiere a la reducción de carácter transitorio de la actividad que realiza normalmente una persona por debajo de su capacidad normal, debida a problemas de salud de corta o larga duración.

Limitación crónica de la actividad

Es la reducción o restricción de larga duración en la realización o en la capacidad de realizar una variedad de actividades que son normales en personas con buena salud física, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico.

Dependencia en personas de 65 y más años

Se refiere al estado de carácter permanente en el que se encuentran personas que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria. Puede estar producida por la edad, la enfermedad o la disfuncionalidad y ligada a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. En este documento se define como dependencia moderada o grave para las actividades básicas de la vida diaria cuando las personas han alcanzado un resultado menor o igual a 90, según la puntuación del Índice de Barthel categorizada siguiendo a Shah et al. (1989):

- 0-20: Dependencia total
- 21-60: Dependencia severa
- 61-90: Dependencia moderada
- 91-99: Dependencia escasa
- 100: Independencia

Problemas crónicos

Son enfermedades o problemas de salud crónicos, continuos o de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia. No se incluyen problemas temporales, pero sí los estacionales o recurrentes.

En este documento se han considerado los problemas crónicos declarados más frecuentemente: Hipertensión arterial, colesterol elevado, artrosis, dolor dorsal y diabetes.

Lesiones no intencionadas en los 12 meses previos

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

2. Osasunaren determinatzaileak

Hilabete amaierara iristeko zailtasunak dituzten etxeak

Etxe bakoitzean erreferentzia den pertsonaren iritzia jaso nahi du, hilabete amaierara iristeko bere familiak dituen zailtasunen inguruan.

Hori neurtzeko, galdera hauxe egin da:

Zure etxeko diru-sarrerekin, nola iristen zara edo zarete zu eta zure familia hilaren bukaerara?

- Zailtasun handiz
- Zailtasunekin
- Zailtasun apur batekin
- Nahiko erraz
- Erraz
- Oso erraz

Familia batek hilabete amaierara iristeko zailtasunak dituela jo da erantzun hauetakoren bat eman denean: «zailtasun handiz», «zailtasunekin», «zailtasun apur batekin».

Egoera ekonomiko oso txiroa, txiroa edo batez bestekotik beherakoa duten etxeak

Etxe bakoitzean erreferentzia den pertsonaren iritzia jaso nahi du, bere familiaren egoera ekonomikoaren inguruan.

Hori neurtzeko, galdera hauxe egin da:

Gaur egun, nola definituko zenuke zure familia?

- Oso txiroa
- Txiroa
- Nahiko txiroa
- Moldatuz, batez bestekoaren azpitik
- Batez bestekoaren gainetik, eroso
- Diruduna
- Aberatsa
- Oso aberatsa

2. Determinantes de la salud

Hogares con dificultades para llegar a fin de mes

Trata de medir la percepción que tiene la persona de referencia, una persona por cada hogar, de las dificultades de su familia para llegar a fin de mes.

Esta medida se recoge mediante una sola pregunta:

Con los ingresos de su hogar ¿Cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?

- Con mucha dificultad
- Con dificultad
- Con cierta/alguna dificultad
- Con cierta/alguna facilidad
- Con facilidad
- Con mucha facilidad

Se ha considerado que la familia tiene dificultades para llegar a fin de mes cuando la respuesta ha sido: 'con mucha dificultad', 'con dificultad' o 'con cierta/alguna dificultad'.

Hogares con situación económica percibida como pobre, muy pobre o por debajo de la media

Trata de medir la percepción que tiene la persona de referencia, una persona por cada hogar, sobre la situación económica de su familia.

Esta medida se recoge mediante una sola pregunta:

En el momento actual definiría a su familia como:

- Muy pobre
- Pobre
- Más bien pobre
- Apañándose las, por debajo de la media
- Por encima de la media, comfortable
- Próspera, acomodada
- Rica
- Muy rica

Lan honetan, egoera ekonomikoa txiroa, oso txiroa edo batez bestekotik beherakoa duten etxekoen aldagaia kontuan hartu da erantzuna hauetakoren bat izan denean: «oso txiroa», «txiroa», «nahiko txiroa» edo «moldatuz, batez bestekoaren azpitik».

Etxe- eta zaintza-lanetarako astean batez beste erabilitako orduak

Pertsonen etxe-lanetarako astean batez beste erabiltzen dituzten orduak neurtu nahi ditu, bai eta, hala badagokio, eguneroko bizitzako jardueraren bat egiteko laguntza behar duten beste pertsona batzuk zaintzeko eta 15 urtetik beherako adingabeak zaintzeko behar duten denbora ere.

Gizarte-babes afektiboa eta konfidentziala

Hautemandako gizarte-babesari erreferentzia egiten dio: gizarte-babes konfidentziala (komunikatzeko helburuarekin, hainbat pertsonarengana jotzeko aukera) eta gizarte-babes afektiboa (maitasun-, txera- eta empatia-adierazpenak).

Gizarte-babes subjektiboa aztertzeko, Duke-UNC-11 eskala erabili da (Broadhead, W.E., et al., 1988; Bellón, J.A., et al. 1996). Alderdi funtzional edo kualitatiboak neurtzeko diseinatuta dago, eta ez gizarte-harremanen kopurua eta gizarte-sarearen tamaina kalkulatzeko.

Tabako-kontsumoa

- Erretzailea (ohikoa): egunero zigarroak (ez elektronikoak), puruak edo pipa erretzen duela adierazi duen pertsona.
- Tabakismo pasiboa edo besteen tabako-kearen eraginpean egotea: beste pertsona batzuek erretzen duten tabakoaren eraginpean egotea nahi gabe eta edozein lekutan, erretzailea izan ala ez.

Ohiko edalea

Azken urtean astean behin, gutxienez, edari alkoholduak kontsumitu dituela adierazi duen pertsona.

Epe luzera arrisku handiak eragingo dituen alkohol-kontsumoa

2013ko EAEOIn alkohol-kontsumoaren beste aldagai bat sortu da, Kanadako Toxikomanien Aurkako Borrokarako Zentroak emandako gomendioetan oinarrituta (Butt, P., et al., 2011).

Se ha considerado en este trabajo la variable hogares en los que la situación económica percibida es de pobre, muy pobre o por debajo de la media cuando la respuesta ha sido: 'muy pobre', 'pobre', 'más bien pobre' o 'apañándose las, por debajo de la media'.

Media de horas semanales de trabajos domésticos y de cuidados

Trata de medir el trabajo en horas que las personas dedican a realizar las tareas domésticas y, en su caso, el que dedican al cuidado de otras personas que necesitan ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana y al cuidado de menores de 15 años.

Apoyo Social afectivo y confidencial

Se refiere al apoyo social percibido: apoyo social confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía).

Se ha utilizado la escala Duke-UNC-11 (Broadhead WE et al 1988, Bellón JA et al. 1996), para estudiar el apoyo social subjetivo, que mide los aspectos funcionales o cualitativos y no el número de relaciones sociales ni el tamaño de la red social.

Consumo de tabaco

- Fumador/a (habitual): la persona que declaró fumar todos los días cigarrillos (no electrónicos), puros o pipa.
- Tabaquismo pasivo o exposición pasiva al humo del tabaco y ajeno: exposición involuntaria al humo del tabaco que fuman los/as demás, en cualquier lugar, independientemente de que la persona que lo sufre sea fumadora o no.

Bebedor/a habitual:

Es la persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año.

Consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo:

En la ESCAV 2013 se ha creado una nueva variable de consumo de alcohol, basándose en las recomendaciones del Centro canadiense de lucha contra las toxicomanías (Butt P et al. 2011).

Epe luzera arrisku handiak eragingo dituen alkohol-kontsumotzat ulertzen da pertsonak alkohola ohikotasunez edaten dutenean (astean behin, gutxienez), irizpide hauek kontuan hartuta:

- 15-17 urte bitarteko pertsonak (bi sexukoak): asteen hiru egunetan baino gehiagotan alkohola kontsumitzen badute⁴, edo egun bakar batean 30 g alkohol baino gehiago edaten badute.
- 18 urte eta gehiagoko gizonak: aste batean, egunero batez beste 30 g baino gehiago kontsumitzen badute, edo egun bakar batean 40 g baino gehiago edaten badute.
- 18 urte eta gehiagoko emakumeak: aste batean, egunero batez beste 20 g baino gehiago kontsumitzen badute, edo egun bakar batean 30 g baino gehiago edaten badute.

Hilero edo maizago alkohol ugari kontsumitzea

2013ko EAEOIn, halaber, epe laburrean edandako alkohol-kantitate handiei buruzko datuak ere jaso dira (binge drinking). Baliokidetasun batzuk ezarri dira, edari alkohol-dun ohikoenen eta edari-unitate estandarra -10 gramo etanol puru- (Saunders eta beste batzuk, 1993; Socidrogalcohol-eko Lantaldea, 1996) esaten zaionaren artean, pertsona batek 4-6 orduetan kontsumitu duena neurtzeko, gizonak eta emakumeak kontsumitutako alkohola berezita (Osasun Inkesta Nazionala, 2011):

- Gizonak: sei edari estandar edo gehiago
- Emakumeak: bost edari estandar edo gehiago

Gorputz-pisua

Gorputz-masaren indizearen (GMI) arabera definitu dira pertsonak, Brayren irizpideari jarraituz (Bray, G.A., 1987; OME, 2013). Gorputz-masaren indizea bi hauen arteko erlazioa da: pisua (kilogramotan adierazita) eta neurria ber bi (metroan adierazita). Kalkulatzeko, inkestatutako pertsonak adierazitako pisua eta neurria kontuan hartu dira.

- Gehiegizko pisua. 25 edo gehiagoko GMI duen pertsona.
- Obesitatea. 30 edo gehiagoko GMI duen pertsona.

⁴ Egungo galde-sortak ez du 2 edo 3 eguneko kontsumoak bereizteko aukerarik ematen.

Se considera consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo cuando las personas consumen alcohol de manera habitual (al menos una vez por semana) con los siguientes criterios:

- Personas de 15-17 años (ambos sexos): si consumen alcohol más de 3 días por semana⁴, o si consumen más de 30 g de alcohol en un solo día.
- Hombres de 18 y más años: con una 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.
- Mujeres de 18 y más años, con una 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 intensivo de alcohol mensual o más frecuente

En la ESCAV13 también se han recogido datos sobre la ingesta de gran cantidad de alcohol en cortos periodos de tiempo (binge drinking). Se han realizado equivalencias entre las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada Unidad de Bebida Estándar, que equivale a 10 gramos de etanol puro (Saunders y cols., 1993 Grupo de trabajo de Socidrogalcohol, 1996), para medir la cantidad que la persona ha consumido en un periodo de 4-6 horas, diferenciando la cantidad de alcohol consumida por los hombres y las mujeres (Encuesta Nacional de Salud 2011):

- Hombres: 6 o más bebidas estándar
- Mujeres: 5 o más bebidas estándar

Peso corporal

Se definió a las personas en función del Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo el criterio de Bray (Bray GA 1987, OMS 2013). El IMC es la relación entre el peso (expresado en kilogramos) y la talla al cuadrado (expresado en metros). Para calcularlo se ha tomado en cuenta el peso y la talla declarados por la persona encuestada.

- Sobrepeso. Aquella persona cuyo IMC es igual o superior a 25
- Obesidad. Aquella persona cuyo IMC es igual o superior a 30

⁴ El cuestionario actual no permite distinguir el consumo de 2 ó 3 días.

Jarduera fisiko osasungarria

Jarduera fisikoa neurtzeko, herritarren inkestetarako estandarizatutako eta baliozkotutako galdetegia erabili da (2005eko IPAQaren bertsio laburra). Erantzunen bidez, jarduera edo ariketa fisiko osasungarria egiten duten pertsonak identifikatu daitezke. Jarduera fisiko osasungarria pertsona batek jarduera edo ariketa fisiko neurritsua edo bizia egitea da, irizpide hauek kontuan hartuta:

- Jarduera fisiko neurritsua:
 - 3 egun edo gehiagotan 20 minutuko jarduera fisiko bizia gutxienez, edo
 - 5 egun edo gehiagotan 30 minutuko jarduera fisiko neurritsua eta/edo oinez ibiltzea, edo
 - 5 egun edo gehiagotan oinez ibiltzea edo jarduera fisiko neurritsu zein bizia, edonolako konbinazioan, guztira 600 MET gutxienez.
- Jarduera fisiko bizia:
 - Astean 3 egun edo gehiagotan jarduera fisiko bizia, guztira 1.500 MET gutxienez, edo
 - Astean 7 egun oinez ibiltzea edo jarduera fisiko neurritsu zein bizia, edonolako konbinazioan, guztira 3000 MET gutxienez.

3. Osasun- eta zainketa-zerbitzuak

Osasun-sistemaren inguruko gogobetetzea

Pertsona bat aurreko urtean erabilitako osasun-zerbitzuekin pozik dagoela esango dugu «oso pozik» edo «nahiko pozik» dagoela erantzun duenean.

Osasun-beharrak ez estaltzea

Honela definitzen da: pertsona batek, bere osasun-arazo eta -beharrak soilik aintzat hartuta, euskal osasun-sistema publikoak bere osasun-beharrak betetzen ez dituela iriztea.

Actividad física saludable

La actividad física se ha medido con un cuestionario estandarizado y validado para encuestas poblacionales (versión corta del IPAQ, IPAQ 2005). Las respuestas permiten identificar a las personas que realizan una actividad física o ejercicio saludable. Se considera actividad física saludable cuando la persona práctica ejercicio físico o actividad física moderada o vigorosa, en base a los siguientes criterios:

- 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.

3. Servicios de salud y de cuidados

Satisfacción con el sistema sanitario

Se ha considerado que la persona está satisfecha con los servicios de salud que ha utilizado en el año previo cuando ha respondido que está 'muy satisfecho/a' o 'algo satisfecho/a'.

Necesidades en materia de salud no cubiertas

Se define esta variable cuando la persona, pensando únicamente en sus problemas y necesidades de salud, opina que el sistema sanitario público vasco no cubre sus necesidades de salud.

Laguntza-jarraitutasuna

Laguntza-jarraitutasuna balioztatzeko, pazientearen ikuspegia aintzat hartu da; honela definitu daiteke: pazienteak denboran zehar jasotako arreta-esperientzien arteko koherentzia- eta lotura-maila (Reid et al., 2002). Hiru laguntza-jarraitutasun mota daude: informazioarekin lotutakoa, kudeaketa klinikokoa eta harremanetakoa; horiek, aldi berean, hainbat dimentsiotan banatuta daude (Reid et al., 2002).

- Informazio klinikoa transferitzea: pazientearen egungo egoera eta baldintzekin bat datorren arreta emateko helburuarekin, aurreko gertakariei buruzko informazioa eskuratu, erabili eta interpretatzeko moduan inguruan pazienteak duen iritzia (Reid et al., 2002). Bi dimentsio deskribatzen dira: Informazio klinikokoaren transferentzia eta metatutako ezagutza. 2013ko EAEOIn, informazio klinikokoaren transferentzia bakarrik aztertu da. Horretan, pazienteak balioztatzen du nola eskuratu eta erabiltzen duen profesionalak berari aurrez emandako arretari (arreta-maila gorabehera) buruzko informazioa (Reid et al., 2002).
- Koherentzia zainketetan: horretan, zerbitzuak modu koordinatu, osagarri eta bikoiztasunik gabe jaso dituen balioztatzen du erabiltzaileak (Reid et al., 2002). Bi dimentsio definitzen dira: koherentzia zainketetan eta malgutasuna (Reid et al., 2002). 2013ko EAEOIn koherentzia zainketetan (edo arretaren sendotasuna) aukeratu dugu. Honela definitzen da: arreta-maila ezberdinetako profesionalen emandako tratamenduaren eta helburuen arteko koherentziaren inguruan pazienteak duen iritzia (Reid et al., 2002).
- Talde profesionalaren egonkortasuna Denboran zehar hornitzaile bat edo gehiagorekin ezarritako harremanaren inguruan pazienteak duen iritzia da. Bi dimentsio zehaztu dira: talde profesionalaren egonkortasuna eta pazientearen eta profesionalaren arteko harremana (Reid et al., 2002). 2013ko EAEOIn talde profesionalaren egonkortasunari buruzko informazioa bildu dugu; paziente batek, arreta jasotzeko, sistematikoki hornitzaile berberarengana (familia-medikua edo bestelako espezialista) jotzen duen eta leku berberera joaten den neurtzen du (Reid et al., 2002).

Continuidad asistencial

La continuidad asistencial ha sido valorada desde la perspectiva del/la paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el/la paciente a lo largo del tiempo (Reid et al., 2002). Se definen tres tipos de continuidad asistencial: de información, de gestión clínica y de relación, que a su vez se subdividen en una serie de dimensiones (Reid et al., 2002).

- Transferencia de información clínica: es la percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a su situación y circunstancias actuales (Reid et al., 2002). Se describen dos dimensiones: Transferencia de la información clínica y conocimiento acumulado. En la ESCAV 2013, se ha valorado únicamente la transferencia de información clínica, definida como la percepción del o de la paciente de que el/la profesional tuvo acceso y utiliza la información sobre la atención prestada con anterioridad, independientemente del nivel de atención en que se realizó (Reid et al., 2002).
- Coherencia en los cuidados: es la percepción del o de la usuario/a de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicidades (Reid et al., 2002). Se definen dos dimensiones: la coherencia en los cuidados y la flexibilidad (Reid et al., 2002). En la ESCAV 2013 hemos recogido la dimensión de coherencia en los cuidados (o de consistencia en la atención), definida como la percepción del o de la paciente de que existe una coherencia en los objetivos y tratamientos realizados por diferentes profesionales de los distintos niveles de atención (Reid et al., 2002).
- Estabilidad del equipo profesional. Es la percepción del o de la paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores. Se detallan dos dimensiones: la estabilidad del equipo profesional y el vínculo paciente-profesional (Reid et al., 2002). En la ESCAV 2013 hemos recogido información sobre la estabilidad del equipo profesional, definida como el grado en que el/la paciente ve al mismo/a proveedor/a sistemáticamente (mismo médico/a de familia, al o a la mismo/a especialista), y acude al mismo lugar para recibir asistencia (Reid et al., 2002).

Minbizia bahetzeko programak

Osakidetzak ezarritako jarduketak edo protokoloak dira, adibidez, Kolon eta Ondesteko Minbizia Goiz Detektatzeko Programa, Bularretako Minbizia Goiz Detektatzeko Programa eta bagina-zitologia, emakumeengan umetoki-lepoko minbizia goiz detektatzea xede duena.

- Aurreko hiru urteetan mamografia egin duten 50-64 urte arteko emakumeak
Aurreko hiru urteetan mamografia egin duten 50-64 urte arteko emakumeen proportzioa aztertu da, bai Bularretako Minbizia Goiz Detektatzeko Programaren barruan, bai beste arrazoiengatik.
- Kolon eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko programan parte hartu duten 50-69 urte arteko pertsonak
Kolon eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko programan parte hartu duten 50-69 urte arteko pertsonen proportzioa aztertu da.
- Aurreko hiru urteetan zitologia egin duten 25-64 urte arteko emakumeak
Aurreko hiru urteetan bagina-zitologia egin duten 25-64 urte arteko emakumeen proportzioa aztertu da.

Gripearen aurkako txertoa jarri duten 65 urte eta gehiagoko herritarrak

Urtero gripearen aurkako txertoa jartzen duten 65 urte eta gehiagoko pertsonen proportzioa neurtu da.

Medikuntza orokorreko eta pediatriako kontsultak aurreko urtean

Osasun-arrazoiengatik, aurreko hamabi hilabeteotan mediku orokor nahiz pediatra batekin egindako edozein hartu-eman, bai aurrez aurreko bisitak, bai telefono zein webgune bidez egindako kontsultak barne hartzen ditu; horien bidez gomendioak, diagnostikoak, errezetak zein tratamenduak lortzeko; baita azterketaren bat egiteko ere, edo beste edonolako «kontsumoa» dakarren edozein izapiderako.

Erizain edo emaginen kontsultak aurreko urtean

Osasun-arrazoiengatik, aurreko hamabi hilabeteotan erizain nahiz emagin batekin egindako edozein hartu-eman, bai aurrez aurreko bisitak (osasun-zentroan edo etxean), bai telefono zein webgune bidez egindako kontsultak barne hartzen ditu, hurrengo helburuekin, besteak beste: prozedura terapeutikoak, osasun-hezkuntza, prebentzio-kontrola eta administrazioko prozedurak.

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza como el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal, el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama, y las pruebas de citología vaginal para detección precoz de cáncer de cuello de útero en las mujeres.

- Mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos
Se ha valorado la proporción de mujeres de 50-64 años que se han hecho una mamografía en los tres años previos, ya sea dentro del Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama o por otras indicaciones.
- Personas de 50-69 años que han participado en el programa de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal
Se ha valorado la proporción de personas de 50-69 años que han participado en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal.
- Mujeres de 25-64 años que se han hecho una citología en los tres años previos
Se ha valorado la proporción de mujeres de 25 a 64 años que se han realizado citología vaginal en los tres años previos.

Población de 65 y más años que se ha vacunado contra la gripe

Se ha medido la proporción de personas de 65 y más años que se vacuna de la gripe cada año.

Consultas de medicina general y pediatría en el año previo

Es cualquier contacto en los últimos 12 meses con un/a médico/a general o pediatra 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.

Consultas de enfermería o matrona en el año previo

Es cualquier contacto en los últimos 12 meses con un/a enfermero/a o matrona realizado por motivos de salud, mediante visita personal (en el centro de salud o en el domicilio), consulta telefónica o a través de la web, con el fin de realizar procedimientos terapéuticos, educación sanitaria, control preventivo, procedimientos administrativos, etc.

Dentisten kontsultak aurreko urtean

Osasun-arrazoiengatik, aurreko hamabi hilabeteotan dentista batekin egindako edozein hartu-eman, bai aurrez aurreko bisitak, bai telefono zein webgune bidez egindako kontsultak barne hartzen ditu; horien bidez gomendioak, diagnostikoak zein tratamenduak lortzeko edota aho-hortzen ohiko azterketa zein prebentziokoa egiteko.

Medikuntza espezializatuko kontsultak aurreko urtean

Osasun-arrazoiengatik, aurreko hamabi hilabeteotan mediku espezialista batekin egindako edozein hartu-eman, bai aurrez aurreko bisitak, bai telefono zein webgune bidez egindako kontsultak barne hartzen ditu; horien bidez gomendioak, diagnostikoak zein tratamenduak lortzeko, azterketa bat egiteko, edo beste edonolako «kontsumoa» dakarren edozein izapiderako.

Osasuneko larrialdi-zerbitzuen erabilera

Urgentziaz eskatutako laguntza da, bai ohikoa ez den zentro batean, bai ohiko zentroan, baina kontsulta-orduetatik kanpo. Elkarriketa egin aurreko sei hilabeteotan larrialdi-laguntza jaso duten pertsonen proportzioa jaso da.

Ospitale-zerbitzuen erabilera

Ospitale batean arreta nahiz laguntza eman den kasuak dira, baldin eta bertan gutxienez egonaldi bat eragin badute, ohe bat okupatuta gau bat gutxienez horren ondorioz.

Eguneko ospitalea erabiltzea

Eguneko ospitaleren batean jasotako arreta, edozein espezialitateko prozedura diagnostiko, terapeutiko nahiz errehabilitaziokoa egiteko, baina gaua igaro behar izan gabe.

Laguntza-zerbitzuak erabiltzen dituzten desgaitasunen bat duten 25 urte eta gehiagoko pertsonak

Eguneroko bizitzako jarduerak egiteko mugak direla eta, hurrengo laguntza-zerbitzuren bat erabiltzea: eguneko zein gaueko zentroa, aldi baterako egoitza-zentroa, etxeko laguntza, erizain/emaginaren laguntza etxean, otorduak etxean, laguntza teknikoak eta etxearen egokitzapena, telelaguntza, garraio egokituko zerbitzuak (osasun-zerbitzuetara nahiz jolas-jardueretara joateko).

Consultas a dentistas en el año previo

Es cualquier contacto en los últimos 12 meses con un/a dentista realizado por motivos de salud, mediante visita personal, consulta telefónica o a través de la web, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, tratamientos o para realizar un examen rutinario y/o preventivo bucodental.

Consultas de medicina especializada en el año previo

Es cualquier contacto en los últimos 12 meses con un/a médico/a especialista realizado por motivos de salud, mediante visita personal, consulta telefónica o a través de la web, con el fin de obtener consejos, diagnósticos, tratamientos o para realizar un examen u otros trámites, que dan lugar a un “consumo” de cualquier tipo.

Uso de los servicios de salud 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. Se recoge la proporción de personas que han recibido asistencia urgente en los seis meses anteriores a la entrevista.

Uso de servicios hospitalarios

Se ha considerado el episodio de atención o asistencia en un hospital, que genera al menos una estancia hospitalaria, con la consiguiente ocupación de una cama.

Uso de hospital de día

Es la atención recibida en un hospital de día para realizar algún tipo de procedimiento diagnóstico, terapéutico o rehabilitación, de cualquier especialidad, sin pasar la noche.

Personas de 25 y más años con discapacidad que usan servicios asistenciales

Se refiere a la utilización, debida a alguna limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana, de alguno de los siguientes servicios asistenciales: centro de día, centro de noche, centro residencial temporal, ayuda domiciliaria, asistencia de enfermería-matrona en el domicilio, comidas a domicilio, ayudas técnicas y adaptación del domicilio, teleasistencia, servicios de transporte adaptado (para acudir a servicios sanitarios, actividades recreativas).

Osarean: Informazioaren eta Komunikazioaren Teknologia berrien erabilerarekin lotutako zerbitzuak

Atal honek Informazioaren eta Komunikazioaren Teknologien (IKT) bidez Osakidetza ematen dituen zerbitzuen ezagutza-, erabilera- eta gogobetetze-mailari erreferentzia egiten dio.

Dokumentu honetan hurrengo buruzko emaitzak aurkezten dira:

- Telefono bidezko hitzorduaren inguruko ezagutza, erabilera eta gogobetetzea
- Familia-medikuarengana edo pediatrarengana joateko Osakidetzaren webgunearen bitartez aurretiazko hitzordua eskatzeko aukeraren inguruko ezagutza, erabilera eta gogobetetzea
- Erizain/emaginarengana joateko Osakidetzaren webgunearen bitartez aurretiazko hitzordua eskatzeko aukeraren inguruko ezagutza, erabilera eta gogobetetzea

4. Erroldaren adierazle sozioekonomiko eta demografikoen deskribapena

Udalerrri bakoitzeko aldagai sozioekonomikoei dagozkien datuak sexu bakoitzeko 2011ko Biztanleen eta Etxebizitzaren Erroldatik atera dira, Euskal Estatistika Erakunde EUSTATEk egindakoa dena. Udalerrri bakoitzeko datuak taldekatu ditugu, EAEko ESletan, adierazleak sexuaren arabera lortzeko. Hona hemen adierazlearen definizioa:

65 urte eta gehiago dituzten herritarrak (%)

65 urte eta gehiagoko emakume/gizonen ehunekoa, emakume/gizonen guztizko kopuruarekiko.

Heziketa nahikorik gabeko 16 urte eta gehiagoko herritarrak (%)

16 urte eta gehiagoko emakume/gizonen guztizko kopuruarekiko, irakurtzen ez idazten ez dakiten, irakurri eta idazten jakin arren, ikasketarik amaitu ez duten edota OHO, Lehen Hezkuntza eta antzeko oinarrizko ikasketak amaitu ez dituzten emakume/gizonen ehunekoa da.

Heziketa nahikorik gabeko gazteak (16 eta 29 urte arteko herritarrak) (%)

16-29 urte arteko emakume/gizonen guztizko kopuruarekiko, irakurtzen ez idazten ez dakiten, irakurri eta idazten jakin arren, ikasketarik amaitu ez duten edota OHO, Lehen Hezkuntza eta antzeko oinarrizko ikasketak amaitu ez dituzten emakume/gizonen ehunekoa da.

Osarean: Servicios relacionados con el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación

Esta sección se refiere al nivel de conocimiento, uso, y satisfacción relativos a los servicios de Osakidetza provistos a través de las tecnologías de la Información y la comunicación (TIC).

En este documento se presentan resultados sobre:

- El conocimiento, uso y satisfacción con la cita telefónica
- El conocimiento, uso y satisfacción con la solicitud de cita previa para el/la médico/a de familia o pediatra a través de la Web de Osakidetza
- El conocimiento, uso y satisfacción con la solicitud de cita previa para enfermería-matrona a través de la Web de Osakidetza

4. Descripción de los indicadores socioeconómicos y demográficos censales

Los datos municipales y para cada sexo de las variables socioeconómicas, provienen del Censo de Población y Viviendas 2011 elaborado por el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT). Se han agrupado los datos de los municipios para obtener los indicadores en las OSIS de la CAPV, para cada sexo. La definición de estos indicadores es:

Población de 65 y más años (%)

Porcentaje de mujeres/hombres de 65 y más años respecto al total de mujeres/hombres.

Instrucción insuficiente en población de 16 y más años (%)

Porcentaje de mujeres/hombres que no saben leer ni escribir, que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, estudios primarios como la E.G.B., la Enseñanza Primaria y estudios similares, sobre el total de mujeres/hombres de 16 y más años.

Instrucción insuficiente en población joven (entre 16 y 29 años) (%)

Porcentaje de mujeres/hombres de 16 a 29 años que no saben leer ni escribir, que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, estudios primarios como la E.G.B., la Enseñanza Primaria y estudios similares, sobre el total de mujeres/hombres de 16 a 29 años.

Azterketa estatistikook egiteko metodoak

Adierazleen kalkulua eta azterketa estatistikoa sexu bakoitzaren arabera egin dira. Aldagai dikotomikoentzat, adinaren arabera estandarizatutako prebalentziak aurkezten dira, metodo zuzenaren bidez kalkulatu direnak, erreferentzia gisa EAEko 2011ko biztanleria hartuta. Aldagai kuantitatiboen kasuan, batez bestekoak adinaren arabera doitu dira, kobariantza-azterketa baliatuta.

ESI bakoitzaren balioak EAE osoari dagozkion balioekin eta emaitzarik onena lortu duen ESLari dagozkionekin alderatu dira. Konparazio horiek egiteko, aldagai dikotomikoen kasuan, prebalentziaren arrazoia (RR) eta % 95eko konfiantza-tartea kalkulatu dira, Poisson-en erregresio-ereduen bidez, errore-bariantza sendoaz. Aldagai kuantitatiboen kasuan, batez bestekoen arteko diferentzia eta % 95eko konfiantza-tartea kalkulatu dira, erregresio lineal anitzeko ereduak erabilita. Bi kasuetan, ESLari dagokion aldagaia efektu sendo gisa txertatu da ereduari, aldagai adierazgarriak erabilita.

Métodos de análisis estadístico

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

Se han comparado los valores de cada OSI con los del conjunto de la CAPV y con los de la OSI que presentaba el resultado más favorable. Para estas comparaciones, en el caso de las variables dicotómicas, se estimó la razón de prevalencia (RR) y su intervalo de confianza del 95%, mediante modelos de regresión de Poisson con varianza de error robusta. En el caso de las variables cuantitativas, se estimó la diferencia de medias y su intervalo de confianza del 95%, usando modelos de regresión lineal múltiple. En ambos casos, la variable correspondiente a la OSI se introdujo en el modelo como un efecto fijo, utilizando variables indicadoras.

Bibliografía

1. 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.
2. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE Jr, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care*. 1991 Feb;29(2):169-76
3. Bray GA. Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks. *Ann Ny Acad Sci* 1987; 499:14-28.
4. 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.
5. Butt, P, Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
6. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199-208.
7. 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.
8. <http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/documentos.html>
9. IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)--. Short and Long Forms.; November 2005. Disponible en <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
10. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61
11. 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.
12. Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; Disponible en http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf
13. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
14. Saunders JB1, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804.
15. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.

Bibliografía

1. 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.
2. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE Jr, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care*. 1991 Feb;29(2):169-76
3. Bray GA. Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence, and risks. *Ann Ny Acad Sci* 1987; 499:14-28.
4. 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.
5. Butt, P, Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
6. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199-208.
7. 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.
8. <http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/documentos.html>
9. IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)--. Short and Long Forms.; November 2005. Disponible en <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
10. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61
11. 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.
12. Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013; Disponible en http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf
13. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
14. Saunders JB1, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804.
15. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.