

07

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Esperanza de vida libre de discapacidad

Es una estimación de los años que se viven sin problemas de salud que afecten a la 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). Para los resultados relativos al año 2018, se han utilizado los datos de mortalidad de 2015.

Autovaloración de la salud: buena salud percibida

La autovaloración de salud es una de las medidas de la salud más sencilla disponible, 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 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.

La pregunta de autovaloración de la salud fue formulada siguiendo las recomendaciones de la 2^a Conferencia de la OMS para lograr métodos e instrumentos comunes para las encuestas de salud:

Considera que su salud en general es:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Al ser una respuesta muy subjetiva y no admitir respuesta de terceros, se incluyó en el cuestionario individual dirigido a las personas de 15 y más años. En este documento, cuando se habla de buena salud percibida se refiere a la proporción de personas que definen su salud como buena o muy buena.

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 ha utilizado el instrumento Euroqol-5D-5L 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: el sistema descriptivo de 5 ítems y la Escala Visual Analógica (EVA). En este documento se presentan los resultados de la EVA. En la EVA la persona puntuá su estado de salud en una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Salud mental

Se valoró la salud mental en función de la presencia o no de síntomas de ansiedad y depresión. Para ello se utilizó el «Mental Health Inventory» en la versión de 5 ítems por ser un instrumento sencillo y breve que revela si existen dichos síntomas (Berwick DM et al. 1991). Las preguntas formuladas en este instrumento son:

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 mediante la fórmula $MHI5 = (7- i5a) + (7- i5b) + i5c + (7- i5d) + i5e$, siendo el rango de valores de 5 a 30. Se consideró que una persona presentaba síntomas de ansiedad y depresión cuando su puntuación superaba el valor 16.



07

DEFINICIONES

I. Estado de salud

Discapacidad

Es aquella limitación de larga duración, secundaria a cualquier tipo de problema de salud crónico. Es una medida de la salud que mide la dimensión del estatus funcional: lo que una persona es capaz de hacer. Se refiere a la realización o a la capacidad de realizar una variedad de actividades que son normales en personas con buena salud física (McWhinnie JR 1982, Chyba MM 1990).

Problemas crónicos

Se incluyen problemas de salud crónicos, continuos, de larga duración o que se repiten con cierta frecuencia.

En 2018 se incluyeron los problemas crónicos siguientes:

- Caries
- Otros problemas bucodentales
- Hipertensión
- Diabetes
- Colesterol elevado
- Fibromialgia
- Artrosis, artritis o reumatismo
- Dolor de espalda crónico cervical
- Dolor de espalda crónico dorsal o lumbar, ciática
- Asma
- Varices en las piernas
- Trombosis, embolia o hemorragias cerebrales
- Infarto agudo de miocardio

- Otros problemas crónicos de corazón
- Alergia crónica
- Bronquitis crónica (EPOC, enfisema)
- Úlcera de estómago o duodeno
- Hemorroides, almorranas
- Cáncer
- Ceguera parcial o total
- Cataratas
- Problemas de audición (incluye sordera)
- Problemas crónicos de piel
- Problemas de tiroides
- Alteraciones de la próstata
- Incontinencia urinaria
- Demencia, deterioro cognitivo
- Ansiedad crónica
- Depresión crónica
- Otros problemas mentales
- Migraña o dolores de cabeza frecuentes
- Osteoporosis
- Anemia
- Estreñimiento crónico
- Pie diabético
- Mala circulación de la sangre
- Insomnio
- Problemas del riñón
- Otros



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

A) CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

Condiciones de empleo y de trabajo

Engloba la satisfacción y condiciones de trabajo del empleo remunerado y la precariedad laboral en el desempeño del mismo.

Desempleo

Son aquellas personas que manifiestan 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

Entendemos 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 elaborado un pequeño instrumento no validado o baremado, que contiene una sencilla recopilación de preguntas, por las que se va a poder obtener información de los trabajadores y trabajadoras sobre las condiciones organizacionales. En el cuestionario se han diferenciado tres bloques:

1) Exigencias de trabajo. Tienen una doble vertiente:

1.1) Exigencias cuantitativas, relación entre la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo: volumen, ritmo, interrupciones e intensidad de trabajo para hacerlo.

(Carga de trabajo –presiones de tiempo, esfuerzo de atención, cantidad y dificultad de la tarea- etc.).

1.2) Demandas psicológicas refiriéndose a la naturaleza de las distintas exigencias a las que se ha de hacer frente en el trabajo. Suelen ser de naturaleza cognitiva y de naturaleza emocional. Las exigencias cognitivas se definen según el grado de movilización y de esfuerzo intelectual al que debe hacer frente el trabajador o la trabajadora en el desempeño de sus tareas, y las emocionales, en aquellas situaciones en las que el desempeño de la tarea conlleva un esfuerzo que afecta a las emociones que el trabajador o la trabajadora puede sentir.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

2) Autonomía. Capacidad del trabajador o trabajadora para gestionar y tomar decisiones tanto sobre aspectos de la estructuración temporal de la actividad laboral como sobre cuestiones de procedimientos y organización del trabajo (distribución de pausas, del propio ritmo de trabajo, etc.)

3) Apoyo social, reconocimiento y situaciones de violencia laboral:

3.1) El factor sobre relaciones y apoyo social se refiere a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno de trabajo. Este apoyo social puede provenir tanto de los compañeros como de los superiores.

3.2) El reconocimiento: la estima, el apoyo adecuado y el trato justo que recibimos a cambio del esfuerzo invertido en el trabajo.

3.3) Violencia laboral, incluyendo en este punto las malas relaciones entre empleados, empleados y dirección, conflictos interpersonales, clima social laboral negativo, etc.

Precariedad laboral

Para medir la precariedad laboral en la ESCAV 2018 se utilizó 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.

Las dimensiones del constructo "precariedad laboral" son 6 con los siguientes ítems:

1. Temporalidad:

- Ítem 1: Duración del contrato actual

- Ítem 2: Tiempo total trabajando para esta empresa

2. Salario:

- Ítem 1: En qué medida su salario le permite cubrir los gastos imprevistos de importancia

3. Desempoderamiento:

- Ítem 1: Forma en la que se decidieron las condiciones de trabajo en relación a su salario

4. Vulnerabilidad:

- Ítem 1: Tiene miedo de reclamar mejores condiciones de trabajo sin verse expuesto a represalias

- Ítem 2: Está indefenso/a ante el trato injusto de sus superiores

- Ítem 3: Le despedirían de su trabajo si no hiciera todo lo que le piden

5. Derechos:

- Ítem 1: Derecho a indemnización por despido

6. Ejercer derechos

- Ítem 1: Hacer los días de fiesta semanales sin problemas

- Ítem 2: Coger un día de permiso por motivos personales



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

Ingresos y situación económica

Dificultades de los hogares para llegar a fin de mes.

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 las personas.

Entorno y condiciones de la vivienda

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

- **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.
- **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.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

B) FACTORES PSICOSOCIALES

Apoyo Social

El apoyo social hace alusión a la red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física, o vulnerabilidad personal o social. Para medir el apoyo social se ha utilizado la escala de Duke (Broadhead WE et al 1988), en su versión española (Bellón JA et al. 1996), y se han distinguido dos dimensiones: el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse), y al apoyo afectivo (posibilidad de contar con personas que demuestren apoyo y cariño).

C) CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

Consumo de alcohol

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

Se ha definido como bebedor habitual a 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 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 adaptaron a las unidades de bebida estándar usadas en la ESCAV. Dicha variable se sigue manteniendo en la ESCAV18 y cuenta con tres categorías, en función del consumo de alcohol de riesgo a largo plazo sobre la salud:



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de 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.

En este documento se reporta la prevalencia del consumo de alto riesgo.

Consumo de alcohol intensivo mensual o más frecuente

En la ESCAV18 también se han recogido datos sobre la ingesta de gran cantidad de alcohol en cortos períodos de tiempo (binge drinking). Binge drinking es el consumo intensivo de alcohol en una sola ocasión. Se han realizado equivalencias entre las bebidas alcohólicas más comunes con la llamada Unidad de Bebida Estándar para medir la cantidad que una persona ha consumido en un periodo de 4-6 horas, diferenciando la cantidad de alcohol consumida por los hombres y las mujeres (Encuesta Nacional de Salud 2011).

Consumo de tabaco

Se ha considerado fumador/a a la persona que declaró fumar al menos un cigarrillo diario.

Tabaquismo pasivo

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.



07

DEFINICIONES

II. Determinantes de la salud

Actividad física

La actividad física saludable, se midió mediante el cuestionario IPAQ (IPAQ 2005). Este cuestionario pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que ha dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada y 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. Basándose en las respuestas obtenidas se identificó a las personas que realizan una actividad física saludable (OMS 2010).

Hábitos alimentarios

Hace referencia a la frecuencia con la que se ingieren determinados alimentos, como fruta, verdura, carnes, pescados, etc.

Peso corporal

Se definió a las personas como obesas en función del Índice de Masa Corporal (IMC) siguiendo el criterio de Bray (Bray GA 1987, OMS 2013). El IMC se calculó según la siguiente fórmula: $IMC = \frac{\text{peso declarado (en Kg.)}}{\text{altura declarada (en metros al cuadrado)}}$. En función del valor del IMC, se construyeron las categorías siguientes:

- a. Insuficiente: IMC es inferior a 18,5
- b. Normal: IMC es igual o superior a 18,5 e inferior a 25
- c. Sobre peso: IMC igual o superior a 25 e inferior a 30
- d. Obesidad: IMC igual o superior a 30



07

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y de cuidados

Valoración del sistema sanitario

La valoración del sistema sanitario vasco de salud se realiza a partir de la pregunta 1 del cuestionario individual, en el apartado "el sistema sanitario", que recaba información sobre el grado de satisfacción con los servicios de salud de la persona encuestada y su familia durante el último año. Las opciones de respuesta son:

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Insatisfecho/a
- Muy insatisfecho/a

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

Modalidad de cobertura de aseguramiento

Se registra en qué modalidad o modalidades de seguro de asistencia sanitaria está asegurada cada persona, siendo las opciones:

- Cobertura pública
- Mutua obligatoria
- Seguro privado
- Sin aseguramiento

Las primeras tres opciones de respuesta no son mutuamente excluyentes.

Continuidad asistencial

Para medir la continuidad asistencial se ha utilizado por primera vez el cuestionario IEXPAC. El Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico (IEXPAC © 2015) es una escala de 11+1 elementos que, de forma sencilla, directa y rápida, da respuesta a la necesidad de las organizaciones sanitarias y sociales de incorporar la experiencia y la vivencia de los/as pacientes para transformar el modelo de atención y obtener mejores resultados (para los/as pacientes y para la organización). El IEXPAC define la "Experiencia del Paciente Crónico" como la información que proporciona la persona sobre lo que (le) ha sucedido en la interacción continuada con los/as profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados de la misma.

Programas de cribado del cáncer

Son actuaciones o protocolos establecidos por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para realizar un diagnóstico precoz del cáncer de diversas localizaciones, entre los que se incluyen el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal y el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama.

Vacunación contra la gripe

Prevalencia de personas vacunadas cada año.



07

DEFINICIONES

III. Servicios de salud y de cuidados

Consultas de medicina general y pediatría

Se ha considerado como consulta a todo contacto con un/a médico/a de atención primaria (medicina de familia y pediatría) 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 que se realice un examen u otros trámites, que dan lugar a un "consumo" de cualquier tipo. Cuando un/a médico/a acudió a una casa a ver a más de una persona se consideraron tantas visitas como personas hubiese tratado. Una visita al/la médico/a se asoció con la persona que lo necesitó, aunque esta persona no acudiera a consulta. Por ejemplo, si una persona consultó por su hijo/a esta consulta se adscribió al niño/a.

Consultas en los servicios de urgencias

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

Hospital de día

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

Servicios de salud no presenciales

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



07

DEFINICIONES

IV. Variables sociodemográficas

Edad

La edad recogida para cada persona es la que tenía en el momento de la encuesta.

Clase social (grupo socioeconómico)

La clase social se ha asignado en función de la 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 grupo socioeconómico que le corresponda a la persona de la que dependan económicamente (parejas, padres, madres etc.). La asignación a 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), según la propuesta del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany A et al. 2012).

Se ha utilizado la clasificación agrupada en 5 categorías

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

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

Nivel de estudios

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

- Primaria, personas que no saben leer ni escribir o con estudios primarios, o equivalentes, completos o no.
- Secundaria baja, personas con educación secundaria de 1@ etapa.
- Secundaria alta, personas con estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de cualquier grado o equivalentes
- Universitaria, personas con estudios universitarios de cualquier ciclo, doctorado o equivalente.



07

DEFINICIONES

V. Otras definiciones

Prevalencia

Es la proporción de personas con una característica o problema de salud.

Estandarización y ajuste de los indicadores por edad

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, las prevalencias se han estandarizado por edad, tomando como población de referencia la de la CAPV según la Estadística de Población y Vivienda de 2011. Las medias se han ajustado por edad mediante el análisis de covarianza.



08

BIBLIOGRAFÍA

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

Amable, M., Vives V, A., Benach, J., & Julià, M. Employment Precariousness Scale (EPRES) (2004) Basic Pack. Health Inequalities Research Group (GREDS-EMCONET).

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

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

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

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

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

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

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

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

Encuesta 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). Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

La Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017) realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>



08

BIBLIOGRAFIA

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

IEXPAC ©2015: Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico: www.iexpac.org; www.iemac.org/iexpac

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)—. Short and Long Forms; November 2005. Disponible en: www.ipaq.ki.se

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.

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

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

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

Oemar M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.0. October 2013. Disponible en: <https://euroqol.org/>

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. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

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.

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

