ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2009

Metodología

ESTADÍSTICAS SOCIALES

Servicio Canario de la Salud

istac INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Gobierno de Canarias

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2009

Metodología

Servicio Canario de la Salud

istac INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Gobierno de Canarias

ESTADÍSTICAS
SOCIALES

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS 2009

Metodología

Diseño, elaboración y edición:

istac INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

C/ Luis Doreste Silva 101 – Planta 7.
35004 Las Palmas de Gran Canaria.
Tlf.: 928 290 062 – Fax: 928 243 354.

Avda. Tres de Mayo, 2 – Planta 1.
38003 Santa Cruz de Tenerife.
Tlf.: 922 592 730 – Fax: 922 592 749.

Servidor Web: http://www.gobiernodecanarias.org/istac
E-mail: istac@gobiernodecanarias.org

Servicio Canario de la Salud

C/ Pérez de Rozas, nº 5.
38004 Santa Cruz de Tenerife.
Tlf: 922 475715 – Fax: 922 475768.

Servidor Web: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs
E-mail: pserrano@gobiernodecanarias.org

Depósito Legal: GC - 661 - 2010

Licencia:

Este documento se distribuye bajo Licencia de Reconocimiento 3.0 de Creative Commons.

Texto legal: http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/legalcode.es

Presentación

El Decreto 145/2007 de 24 de mayo, por el que se dispone la elaboración de determinadas estadísticas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, regula la elaboración mediante enumeración por muestreo de la Encuesta de Salud de Canarias, con el objetivo general de identificar los principales problemas de salud que afectan a la población canaria y conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud.

Esta operación estadística es llevada a cabo por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) en colaboración con el Servicio Canario de la Salud (SCS), organismos que han llevado a cabo conjuntamente las ediciones 2004 y 2009 de la Encuesta de Salud.

La Encuesta de Salud 2009 se caracteriza por incluir novedades tanto en el cuestionario de menores como en el de adultos. Para los menores se ha utilizado el instrumento Kidscreen-10 para medir la calidad de vida en relación con la salud en población infantil y el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) para medir el estado de salud mental.

En el caso de los adultos se ha potenciado el enfoque de género al considerar el trabajo reproductivo en los hogares, distinguiendo, además de las tareas del hogar, el cuidado de menores, personas mayores y personas con discapacidad.

Esther del Toro Cáceres
DIRECTORA DEL INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Sumario

Descripción de la encuesta....9
Introducción....9
Ámbitos de la encuesta....9
Diseño de la muestra....9
Recogida de la información....12
Unidades básicas....12

Conceptos y definiciones....14
Información personal....14
Trabajo reproductivo....15
Estado de salud....15
Salud mental....16
Restricción de la actividad....16
Accidentes....17
Morbilidad....17
Utilización de servicios sanitarios....17
Hospitalizaciones....18
Urgencias....18
Consumo de medicamentos....18
Visitas a consulta dental....18
Actividad física....19
Alimentación....19
Limitación de la actividad....19

Descripción de la encuesta

Introducción

La Encuesta de Salud de Canarias 2009 (ESC 2009) es una operación estadística llevada a cabo por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y el Servicio Canario de la Salud (SCS), ambos organismos dependientes del Gobierno de Canarias.

Esta encuesta es una operación estadística de carácter oficial, regulada por el Decreto 145/2007 de 24 de mayo de 2007, por el que se dispone la elaboración de determinadas estadísticas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Este estudio es continuación de la andadura iniciada con la Encuesta de Salud de Canarias, realizada en 2004. A grandes rasgos, lo que se pretende con esta operación es recoger información sobre la salud y los hábitos de vida de los canarios, así como sobre los servicios sanitarios que han recibido.

Más concretamente, esta investigación proporcionará información sobre los principales problemas de salud que afectan a los diferentes sectores de la población canaria, conociendo la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que pudieran actuar como factores de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud. También posibilitará que las distintas Administraciones Públicas planifiquen y ejecuten más eficazmente los recursos destinados a las necesidades sanitarias de la Comunidad Autónoma Canaria.

Para poder ofrecer información sobre toda la población, se recurre a la información recogida en encuestas realizadas a un determinado grupo de viviendas, que son las que forman la muestra. Con este fin se han seleccionado unas 4600 viviendas repartidas en el conjunto de las siete islas canarias. La selección de dichas viviendas se ha hecho de tal forma que estén representadas todas las islas y las grandes comarcas en Gran Canaria y Tenerife.

Objetivos de la encuesta

La ESC 2009 tiene los siguientes objetivos:

- Conocer la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida que puedan actuar como factores de riesgo para los problemas de salud más importantes que afectan a la población canaria.
- Informar sobre la autovaloración del estado de salud general (física y mental), e identificar los principales problemas que sienten los/as ciudadanos/as (enfermedades crónicas, dolencias, accidentes, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria).
- Análisis de la salud en relación a las condiciones socioeconómicas de la población canaria.
- Accesibilidad y utilización de los servicios de salud y sus características. Satisfacción con los servicios sanitarios públicos.
- Análisis de la salud desde la perspectiva de género.
- Servir de instrumento de planificación y evaluación de algunos de los objetivos del Plan de Salud de Canarias.

Ámbitos de la encuesta.

Ámbito poblacional.

El ámbito poblacional de la ESC 2009 es la población que reside en viviendas familiares principales. Éstas son las utilizadas, toda o la mayor parte del año, como residencia habitual o permanente. Se excluyen por tanto del ámbito poblacional la población residente en viviendas colectivas. Cuando una misma vivienda está formada por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar. Dentro de cada hogar serán encuestados una persona adulta (16 o más años) y, en caso de que existan menores (menos de 16 años), un menor.

Ámbito geográfico.

Esta encuesta se realiza en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Ámbito temporal.

El periodo de recogida de información ocupó desde el 26 de octubre de 2009 hasta el 10 de enero de 2010. La fecha de referencia de la encuesta es 3 de diciembre de 2009.

Diseño de la muestra.

La ESC 2009 se ha diseñado para poder aportar información para unidades territoriales inferiores a la isla pero superiores a los municipios, al menos en las islas de mayor población. Por ello utilizamos la división que denominamos comarcas, que no es más que la desagrupación para las islas mayores en tres unidades territoriales, considerando para el resto a las islas en su conjunto. La división territorial utilizada es la siguiente:

- Lanzarote.
- Fuerteventura.
- GC-Área Metropolitana: Arucas, Las Palmas de Gran Canaria, Santa Brígida, Telde.
- GC-Noroeste: Firgas, Teror, Valleseco, Vega de San Mateo, Valsequillo, Agaete, Gáldar, Moya, Santa María de Guía, Artenara, La Aldea de San Nicolás, Tejeda.
- GC-Sureste: Mogán, San Bartolomé de Tirajana, Agüimes, Ingenio, Santa Lucía de Tirajana.
- TF-Área Metropolitana: El Rosario, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, Tegueste.
- TF-Norte: El Sauzal, La Matanza de Acentejo, La Victoria de Acentejo, Santa Úrsula, Tacoronte, Buenavista del Norte, El Tanque, Garachico, Los Silos, La Guancha, Icod de los Vinos, San Juan de la Rambla, La Orotava, Los Realejos, Puerto de la Cruz.
- TF-Sur: Adeje, Arona, Guía de Isora, Santiago del Teide, Arafo, Candelaria, Güímar, Arico, Fasnia, Granadilla de Abona, San Miguel, Vilaflor.
- La Gomera.
- La Palma.
- El Hierro.

Para cada comarca se diseña una muestra independiente por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación territorial.

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo que utilizamos es el trietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales, mientras que las unidades de segunda etapa las constituyen las viviendas familiares principales. Dentro de ellas no se realiza submuestreo, investigándose a todos los hogares que tienen su residencia habitual en las mismas.

Dentro de cada hogar se selecciona a una persona adulta (16 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y en caso de que hubiera menores (menos de 16 años) se selecciona un/a menor para cumplimentar el Cuestionario de Menores.

El marco para la selección de la muestra es un marco de áreas formado por la relación de secciones censales existentes con referencia a 1 de enero de 2009. Para las unidades de segunda etapa se utiliza la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas en la muestra. Las unidades de tercera etapa se seleccionan a partir de la relación de personas encuestables en la vivienda en el momento de la entrevista.

Las secciones, unidades de primera etapa, son conglomerados sobre los que realizamos una estratificación. El criterio de estratificación utilizado ha sido el tamaño del municipio al que pertenece la sección censal.

La tipología municipal utilizada es la siguiente:

1. Capital de isla.
2. Municipios con menos de 10.000 habitantes.
3. Municipios entre 10.000 y 20.000 habitantes.
4. Municipios entre 20.000 y 50.000 habitantes.
5. Municipios con 50.000 habitantes ó más.

Todos los intervalos son cerrados por la izquierda y abiertos por la derecha.

Tamaño de la muestra y afijación

Para determinar el número n de secciones y el número m de viviendas por sección se utilizó una función de costes lineal y la expresión del coeficiente de variación de una proporción en el muestreo de conglomerados con submuestreo. Se aplicó el procedimiento de mínima varianza para coste fijo.

La función de costes es:

$$Q = n\,Q_S + nmQ_V \quad \text{con } Q_V = Q_F + dQ_D$$

donde Q es el presupuesto total del trabajo de campo, Q_S el coste por sección, Q_V el coste por vivienda, Q_F el coste fijo por sección, Q_D el coste diario de trabajo de campo y d es el número de días necesarios para el trabajo de campo.

Para calcular la función de costes se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- El organigrama del trabajo de campo se basa en un/a Jefe/a de Campo, 4 Jefes/as de Zona, 4 inspectores/as y 26 encuestadores/as.
- Los costes salariales de cada uno de ellos, incluyendo salario base, productividad, dietas, kilometraje y gastos de la Seguridad Social, se han obtenido del Convenio Colectivo Estatal de Planificación, Consultorías e Investigación de Mercados.

Los tamaños muestrales en la ESC 2009 son 230 secciones censales y 20 viviendas a encuestar en cada sección.

Los criterios para la distribución de las secciones de la muestra entre las comarcas y dentro de ellas, entre estratos, son los siguientes:

- Comarcas: afijación de compromiso, asignando a cada comarca un número mínimo de secciones que permita disponer, en cada una de ellas, de un tamaño de muestra suficiente para dar estimaciones básicas y distribuyendo el resto de secciones de forma proporcional al tamaño de la comarca.

- Estratificación: en cada comarca aplicamos una afijación proporcional para distribuir el número de secciones muestrales entre cada uno de los estratos.

La distribución de la muestra de secciones por comarca aparece en la siguiente tabla.

	Secciones	Viviendas
CANARIAS	230	4.600
Lanzarote	18	360
Fuerteventura	15	300
Gran Canaria	80	1.600
GC-Área Metropolitana	43	860
GC-Noroeste	16	320
GC-Sureste	21	420
Tenerife	83	1.660
TF-Área Metropolitana	34	680
TF-Norte	23	460
TF-Sur	26	520
La Gomera	10	200
La Palma	14	280
El Hierro	10	200

Selección de la muestra.

Como hemos mencionado el tipo de diseño que utilizamos es trietápico de conglomerados. Los criterios de selección en cada una de las etapas persiguen conseguir muestras de viviendas autoponderadas por estrato.

Las secciones censales se seleccionan independientemente en cada estrato sin reposición y mediante muestreo proporcional al tamaño, medido en número de viviendas familiares. En la segunda etapa, seleccionamos las viviendas familiares en cada sección mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Con estos criterios de selección en cada una de las dos primeras etapas se consigue que dentro de cada estrato cualquier vivienda familiar tenga la misma probabilidad de ser seleccionada; es decir, se obtendrían muestras autoponderadas dentro de cada estrato.

En tercera etapa seleccionamos, mediante muestreo aleatorio simple, a una persona adulta entre todas las personas adultas de cada hogar. Si existen menores, también se seleccionará a uno de ellos para completar el cuestionario específico de menores.

Distribución en el tiempo de la muestra.

Se ha distribuido la muestra a lo largo del periodo de trabajo de campo, de tal manera que se recogieron datos en cada una de las comarcas durante la mayor cantidad de semanas posibles de las fijadas para el trabajo de recogida de datos. Con ello se pretende evitar la concentración del trabajo por zona y tiempo, lo que provoca un claro efecto de éste último sobre la información recogida.

Imputación.

El método de imputación utilizado es el de registro donante aportado por el propio fichero de datos, lo que se conoce como imputación *hot-deck*. Son procedimientos que asignan a los campos a imputar el valor que tiene otro registro de la encuesta con características similares.

Por parte del ISTAC se viene implantando dicha metodología en un programa propio denominado TEIDE (Técnicas de Edición e Imputación de Datos Estadísticos), que aplicamos en la fase de depuración de datos de la encuesta.

Elevación y reponderación.

Los pesos de diseño, deducidos del tipo de muestreo, se han calibrado utilizando técnicas de reponderación aplicadas mediante la macro CALMAR, programada en SAS por el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos francés (INSEE).

Se ha utilizado la estructura de la población por sexo y grupos de edad en la reponderación, realizándose de forma independiente en cada comarca. Esta información auxiliar la hemos tomado a partir de las cifras oficiales de población a 1 enero de 2009, estimando la población a la fecha de referencia de la encuesta. También se ha tenido en cuenta la población con nacionalidad española y extranjera por comarca.

Recogida de la información.

Método de recogida

El tiempo de trabajo de campo fue aproximadamente de 2 meses, siendo necesario un equipo de 26 encuestadores/as.

El método de recogida de información es el de entrevista personal mediante el sistema CAPI (entrevista personal asistida por ordenador). Los instrumentos de recogida de información son los cuestionarios de adultos y de menores.

Para su trabajo los/as encuestadores/as disponían de un ordenador pen-tablet, que incorpora tanto los cuestionarios como la cartografía digital. El uso de este tipo de ordenador supone un gran avance respecto al uso de cuestionarios en papel. Por un lado, permiten un control más eficiente del flujo en el cuestionario, y por otro, tienen incorporadas reglas de validación que evitan muchos de los errores que pueden darse en la recogida de datos en papel.

Además, la cartografía digital presente en el pen-tablet está complementada con un sistema GPS que permite la localización de las viviendas a encuestar, así como la situación del encuestador en el mapa.

Una vez recogidos los datos de cada sección se envían vía telefonía móvil a la base de datos central. De esta manera se evitan desplazamientos de los/as encuestadores/as y los trabajos de inspección, seguimiento y control de la información pueden empezar de manera casi inmediata a la recogida de la misma.

Unidades básicas

Vivienda familiar

Se considera vivienda familiar a toda habitación o conjunto de habitaciones y sus dependencias que ocupen un edificio o una parte estructuralmente separada del mismo y que, por la forma en que han sido construidas, reconstruidas o transformadas, están destinadas a ser habitadas por una o varias familias o personas individuales y que en la fecha de la entrevista no se utilizan para otros fines (despachos de profesionales, comercios, empresas, etc.)

También se incluyen en esta definición:

- Los alojamientos fijos: recintos semipermanentes o improvisados con materiales de desecho (latas, cajas, etc.) pero que constituyen una residencia principal (barracas o cabañas, chabolas o chozas, cuadras, pajares, molinos, garajes, almacenes, cuevas o refugios naturales).
- Las viviendas de carácter familiar existentes dentro de viviendas colectivas, siempre que estén destinadas al personal directivo, administrativo o de servicio del establecimiento colectivo (por ejemplo, el/la conserje de un colegio).

Dentro de las viviendas familiares, podemos distinguir dos categorías: las principales y las secundarias. Para esta encuesta, sólo son de interés las viviendas familiares principales.

- Vivienda familiar principal: se considera vivienda familiar principal a toda vivienda familiar que es utilizada como residencia habitual.
- Vivienda familiar secundaria: se considera vivienda familiar secundaria a toda vivienda familiar no principal, disponible durante todo el año, cuyo fin primordial es ser utilizada para esparcimiento de los miembros de la vivienda.

No son de interés para esta encuesta los establecimientos colectivos tales como hoteles, pensiones, residencias, asilos, pisos de estudiantes, etc.

Hogar

Se considera hogar privado a la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal o parte de ella, que juntan total o parcialmente sus riquezas y que consumen colectivamente ciertos tipos de bienes y servicios, sobre todo relativos a la alimentación y alojamiento, a cargo de un mismo presupuesto. De acuerdo con esta definición debe tenerse en cuenta que:

- Un hogar privado puede estar constituido por una sola persona o por varias.
- Las personas que forman el hogar pueden o no estar unidas por vínculos de parentesco.
- El conjunto de personas que habitan en un establecimiento colectivo (hospital, hotel, colegio mayor, etc.) no constituyen un hogar privado. Sin embargo, dentro de un establecimiento colectivo si puede existir un hogar, como por ejemplo, el/la directora/a de una cárcel que vive en ella.
- No se considera que formen distintos hogares las personas que tengan una economía parcialmente independiente, si comparten la mayor parte de los gastos fundamentales (vivienda y/o alimentación)

con los demás miembros del hogar. Se entiende en general que tienen una economía común, tanto quienes aportan recursos a ella colaborando a sufragar los gastos comunes, como los que no aportando recursos, dependen de la economía común.

Se define hogar colectivo al conjunto de personas que residen en un establecimiento colectivo no institucional (pensiones, hoteles, casas de huéspedes, residencias, residencias militares, residencias de estudiantes, colegios mayores y otros centros de enseñanzas en régimen de internado) así como aquellas que residen en una vivienda familiar compartida por más de cinco personas independientes entre sí, que utilizan una habitación a título exclusivo y no tienen un presupuesto en común.

Miembros del hogar

Las condiciones que se establecen para determinar si una persona es o no miembro de un hogar tratan de evitar la posibilidad de que dicha persona pueda ser clasificada en más de un hogar, o por el contrario no pueda clasificarse en ninguno.

En consecuencia definimos miembro de un hogar privado a aquellas personas que sin ocupar otra vivienda familiar principal, dependen económicamente del presupuesto del mismo. Por tanto los miembros del hogar cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Residentes habituales y emparentados con otros miembros del hogar.
- Residentes habituales y no emparentados con otros miembros del hogar.
- Residentes internos, huéspedes, inquilinos, sin dirección privada en otro lugar, que actualmente viven o tienen intención de residir en él un año o más, siempre que el número de huéspedes no supere los 6, en cuyo caso se considera establecimiento colectivo.
- Personas, sin otra dirección privada, que actualmente viven o tienen intención de residir en la vivienda seleccionada un año o más.
- Servicio doméstico interno, au-pairs, etc., sin otra dirección privada, que actualmente viven o tienen intención de residir en la vivienda seleccionada un año o más.
- Personas que residen habitualmente en la vivienda seleccionada, pero que están temporalmente ausentes (por razones de viaje de vacaciones, trabajo, estudios o similar), sin otra dirección privada, que actualmente viven o tienen intención de residir en la vivienda seleccionada un año o más.
- Personas ausentes durante largos periodos pero que tienen lazos de unión con el hogar (por ejemplo, personas que trabajan en otra ciudad o país), hijo/a o pareja de otro miembro del hogar, sin dirección privada en otro lugar, que continúan manteniendo lazos de unión con el hogar.
- Personas temporalmente ausentes pero con lazos de unión con el hogar (por ejemplo, personas ingresadas en hospitales u otras instituciones), siempre que la ausencia sea inferior a un año.
- Como caso especial, aquellas personas que residan en varios hogares, pero en ninguno de ellos la mayor parte del año, se consideran miembros del hogar en el que están residiendo en el momento de la encuesta (por ejemplo, personas mayores que alternen su residencia viviendo con distintos/as hijos/as u otros/as parientes a lo largo del año).

Una persona será considerada residente habitual si pasa la mayor parte de su vida diaria allí, evaluada sobre el año anterior a la entrevista.

Características que se investigan en esta encuesta

La ESC 2009 proporciona información esencial sobre el estado de salud y enfermedades crónicas, accidentes, restricción de la actividad, trabajo reproductivo, consumo de medicamentos, salud mental, acceso y utilización de los servicios sanitarios, consumo de alcohol y tabaco, alimentación, actividad física, salud bucodental, prácticas preventivas, riesgos y limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria.

Para menores de 16 años se obtiene información sobre calidad de vida relacionada con la salud, lactancia, tiempo dedicado a actividades como ver la televisión, Internet, videojuegos y lectura.

Además se obtiene información sobre características sociodemográficas de la persona entrevistada.

Cuestionario de adultos

El cuestionario de adultos recoge información relativa a personas de 16 y más años. Se entrevista sólo a una persona adulta por hogar y es la persona seleccionada quién debe responder al cuestionario.

Se establece como excepción el caso en que la persona seleccionada no pueda contestar por enfermedad, discapacidad o porque vaya a estar ausente durante el periodo de trabajo en la sección por encontrarse hospitalizada. En estas situaciones se permite que otra persona residente en el hogar aporte los datos requeridos.

Cuestionario de menores

El cuestionario de menores permite recoger información relativa a personas de 0 a 15 años. Se selecciona un/a menor con este rango de edad entre los que residan en el hogar. La persona que responde a este cuestionario es la que conozca mejor los aspectos referidos al estado de salud y atención sanitaria del/de la menor, generalmente madre, padre o tutor/a legal.

Conceptos y definiciones

Información personal

Se investigan características sociodemográficas de la persona seleccionada, relacionadas con su nivel de estudios y su relación con la actividad.

Respecto al nivel de estudios se recoge el nivel más alto de enseñanza reglada que han completado. Las personas que hayan cursado un cierto nivel sin haber llegado a finalizarlo son consideradas en el nivel anterior. Si han completado más de un tipo de estudios, se tiene en cuenta el de mayor nivel.

Para averiguar la relación con la actividad de la persona seleccionada se le pregunta en qué situación de las siguientes se encontraba la semana anterior a la entrevista: trabajando, trabajando pero con baja de 3 meses o superior, desempleado/a, cobrando una pensión, cobrando la jubilación, recibiendo algún tipo de enseñanza, dedicado/a principalmente a las tareas del hogar, realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas u otra situación.

Trabajando: dentro de este grupo se incluyen todas aquellas personas que durante la semana previa a la entrevista estuvieron trabajando, como mínimo, una hora en la semana, por un sueldo, salario u otra forma de retribución en metálico o en especie. También se incluyen aquellas personas que tienen trabajo pero están temporalmente ausentes de su trabajo (por ejemplo, por estar de vacaciones, o por tener una baja con una duración inferior a tres meses).

Trabajando pero con baja de 3 meses o superior: incluye aquellas personas con trabajo pero que en la semana de referencia se encuentran de baja desde hace 3 meses o más y aquellas que están de baja con una duración prevista de 3 meses o más.

Desempleado/a*:* incluye a aquellas personas que estando paradas en la semana previa a la entrevista, estuviesen disponibles para trabajar en el plazo de dos semanas a partir de la fecha de la entrevista y buscasen empleo, es decir, hubieran tomado durante las últimas cuatro semanas medidas concretas para encontrar trabajo por cuenta ajena o para establecerse por su cuenta.

Cobrando una pensión (de incapacidad permanente o invalidez): incluye a aquellas personas que trabajaban previamente pero, debido a haber padecido un problema de salud que les ha limitado o anulado su capacidad laboral, se encontraban cobrando una pensión por este motivo en la semana previa a la entrevista.

Cobrando una pensión de jubilación o prejubilación: se refiere a los jubilados/as, es decir, las personas que han tenido una actividad económica anterior y que, por edad u otras causas, la han abandonado, y en la semana previa a la encuesta estaban percibiendo una pensión (o ingresos de jubilación o prejubilación) con motivo de su actividad previa. Se consideran también los que reciben una pensión derivada de la cotización de otra persona (viudedad, orfandad, etc.).

Recibiendo algún tipo de enseñanza o formación práctica no remunerada: se incluyen personas que reciben una instrucción en cualquier grado de formación.

Dedicado/a principalmente a las tareas del hogar: se refiere a aquellas personas dedicadas principalmente, sin remuneración, a las tareas de su hogar, bien de forma única o compartiendo una parte importante de dichas tareas con otras.

Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas: incluye aquellas personas que, por voluntad propia y de forma desinteresada, están realizando actividades de acción social, sin recibir contraprestación monetaria alguna.

Otra situación: en esta categoría se incluirán todas aquellas personas que no se puedan clasificar en ninguno de los grupos anteriores, como por ejemplo, porque tengan un tipo de inactividad distinta (por ejemplo, los/as rentistas).

Se investiga también la cuantía general de los ingresos monetarios mensuales regulares del hogar.

Se consideran ingresos monetarios los percibidos regularmente por el hogar y/o por los miembros del hogar, en el momento actual, cualquiera que sea su origen, una vez descontados, en los casos en que proceda, los pagos satisfechos en concepto de retenciones a cuenta (IRPF), pagos a la seguridad social (cotizaciones), otros pagos asimilados, gastos deducibles y retenciones a cuenta.

En el caso de ingresos regulares que no tengan periodicidad mensual (pagas extraordinarias, prestaciones sociales regulares, etc.), el cálculo de estos ingresos mensuales se realiza por prorrateo mensual de la totalidad de los ingresos regulares que perciben al año.

En el caso que se haya dado recientemente un cambio sustancial en el nivel de ingresos (cambio de relación con la actividad económica, cambio de trabajo, etc.), el prorrateo mensual se realiza sobre los ingresos percibidos en la nueva situación.

No se incluyen las prestaciones sociales extraordinarias (indemnizaciones, ayudas por pagos sanitarios como: vehículos de inválidos, ayudas al estudio distintas de las becas, etc.), ni las transferencias extraordinarias (premios de loterías, becas de estudio, herencias monetarias, regalos en metálico, etc.), ni cualquier otro tipo de ingreso considerado no periódico.

Para los ingresos de trabajo por cuenta ajena, se deberá sumar al importe mensual, el prorrateo de los ingresos regulares que no tengan periodicidad mensual (pagas extraordinarias, prestaciones sociales regulares y otros ingresos extraordinarios que se perciban regularmente).

Para los ingresos de trabajo por cuenta propia se deberá descontar de los ingresos mensuales el importe de los gastos deducibles. Se consideran gastos deducibles los siguientes: gastos de personal (sueldos y salarios, cotizaciones a la Seguridad Social, indemnizaciones y otros gastos de personal); compra de materiales y materias primas; alquileres; primas de seguros; gastos corrientes; gastos financieros; impuestos; servicios de profesionales independientes, etc.

Para los ingresos por rentas del capital y la propiedad, se deberá descontar del importe de los ingresos mensuales percibidos, los gastos deducibles de forma prorrateada. Se consideran gastos deducibles los siguientes: gastos de reparaciones, mantenimiento y seguros de la vivienda; gastos comunitarios; Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI) u otros tributos locales; intereses de préstamos hipotecarios y gastos de administración y custodia de valores, etc.

Trabajo reproductivo

El trabajo reproductivo es el trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con el mantenimiento del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar.

Estado de salud

Este conjunto de preguntas hace referencia al estado de salud de la persona entrevistada en el día de la entrevista. Las preguntas se corresponden con un instrumento, el EQ-5D, que es utilizado para medir el estado de salud general de las personas atendiendo a cinco dimensiones diferentes: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión. Cada una de las preguntas evalúa una dimensión determinada y constan de tres opciones de respuestas, ordenadas de mayor a menor nivel de calidad de vida.

El instrumento incluye, además, una escala visual analógica o “termómetro” en el que la persona encuestada señala, en una escala de 0 a 100, su estado de salud en el momento de la entrevista, correspondiendo el mejor estado de salud a la puntuación 100.

En este bloque de estado de salud se incluye además una pregunta sobre la percepción que tiene la persona entrevistada sobre su estado de salud general en los últimos 12 meses. Se establecen 5 niveles para esta autovaloración del estado de salud: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

Para evaluar el estado de salud en menores (8 a 15 años) se dispone del instrumento KIDSCREEN, que ha sido diseñado y validado para niños/as y adolescentes en diferentes países europeos, basándose en los conceptos de salud y bienestar relevantes para este grupo de edad. Este cuestionario valora la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) según la perspectiva del/de la menor en términos de su bienestar físico, mental y social y se puede utilizar como instrumento de cribado, monitorización y evaluación en las encuestas de salud representativas nacionales y europeas, permitiendo identificar la población infanto-juvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva.

Existen varias versiones de este instrumento y en la ESC 2009 se ha utilizado el Índice KIDSCREEN-10 como puntuación global unidimensional de CVRS que consiste en 10 ítems, con referencia a los últimos 7 días, que representan suficientemente a los perfiles más extensos del KIDSCREEN (bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo,

autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, amigos/as y apoyo social, entorno escolar, aceptación social y recursos económicos). Los valores obtenidos están estandarizados con media 50 y desviación típica (DT) 10; así, si un grupo puntúa 45, se encuentra a 0,5 DT por debajo (peor calidad de vida) de la media europea.

Salud mental

Para personas de 16 y más años se utiliza el cuestionario GHQ12 que corresponde a la forma abreviada de 12 ítems del Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire). Es un instrumento diseñado y validado para ser autoadministrado. Tiene como finalidad cribar los trastornos mentales actuales, no para realizar diagnósticos clínicos ni valorar trastornos crónicos. Principalmente detecta la presencia de depresión, ansiedad, desajuste social e hipocondría. No sirve, por tanto, para el cribado de psicosis funcionales.

La aplicación de este instrumento de medida sirve para conocer la situación actual de la salud mental de la persona, en el momento de la realización de la encuesta, respecto a su situación habitual. Se pregunta, con referencia a los últimos 30 días, en forma de escala de Likert de 4 categorías si la persona ha experimentado recientemente un síntoma en particular o un tipo de comportamiento. A las 4 categorías de respuesta se les adjudica el valor 0 (respuestas 1 y 2) o 1 (respuestas 3 y 4). Se suman los valores obtenidos de las 12 preguntas y se considera como punto de corte para considerar un posible trastorno mental la puntuación mayor o igual a 3. Este punto de corte ha sido validado en la población de Cataluña.

Para la valoración de la salud mental de la población infanto-juvenil (entre 4 y 15 años de edad) residente en Canarias se ha utilizado el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ), que ha mostrado ser un instrumento bien aceptado y fácil de utilizar en estudios de cribado de patología psiquiátrica en la edad pediátrica. Es el cuestionario de cribado más utilizado en los últimos años en los países occidentales y ha sido recientemente validado con población infanto-juvenil de Canarias en su versión para padres, madres y profesores/as.

En la ESC 2009 se ha utilizado la versión para padres y madres de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas. Cuatro escalas miden conductas problemáticas y hacen referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los/as compañeros/as. Estas cuatro escalas miden problemas del comportamiento, mientras que la quinta escala mide una cualidad del comportamiento, que sirve para disminuir el sesgo que crea el denominado “efecto halo”, que es la tendencia, cuando se juzga una característica de una persona, a dejarse influenciar por otra característica o por la impresión general de la persona, denominada conducta positiva de socialización.

Los ítems presentan tres posibilidades de puntuación: no es cierto, un tanto cierto y es absolutamente cierto, que se puntúan: 0, 1 o 2. Para prevenir sesgos en la contestación, existen 5 ítems “inversos”, en los que la contestación “no es cierto” no constituye un fin positivo sino negativo, y la contestación “absolutamente cierto” traduce un efecto positivo. El punto de corte para la escala general es de 19, de 5 para la escala de síntomas emocionales, de 4 para la escala de problemas de conducta, de 8 para la escala de hiperactividad, y de 3 para la escala de problemas con los compañeros, siendo normales las puntuaciones que se obtengan por debajo de estos valores. Para la escala prosocial el punto de corte es 4 y se consideran normales las puntuaciones superiores a este valor.

Restricción de la actividad

Se investiga la restricción de la actividad habitual en las últimas 2 semanas por padecer algún dolor u otro síntoma, cuántos días y las causas de la restricción.

Por dolor o síntoma se entiende cualquier anomalía en el estado de salud de la persona.

Problema de salud con restricción de actividad en las últimas 2 semanas es aquél que aparece en las 2 semanas anteriores a la entrevista y que causa una restricción de la actividad de al menos la mitad de un día.

Se consideran actividades habituales aquellas realizadas tanto en el ámbito laboral, como trabajo doméstico o asistencia a centros de enseñanza o formación, actividades desarrolladas en el tiempo libre y que normalmente comprenden relaciones con amigos/as y familiares, práctica de deportes, asistencia a espectáculos, etc.

La limitación de la actividad debe ser al menos de la mitad de un día.

En domingos y festivos las actividades habituales son las que la persona hace habitualmente en estos días (por ejemplo, visitar amigos/as, quedarse en casa leyendo, oyendo la radio, viendo la televisión, etc.).

Se debe diferenciar la restricción de la actividad durante las últimas 2 semanas de la restricción en la actividad como consecuencia de una condición crónica. Las personas que reducen permanentemente sus actividades habituales por causa de una condición crónica no declararán ningún día de restricción durante el período de 2 semanas.

La restricción de actividad que se pretende explorar no exige una completa inactividad, sino la reducción de las actividades habituales.

Dentro de las causas de restricción la opción fiebre incluye las situaciones de fiebre asociadas a enfermedades infectocontagiosas tales como varicela, sarampión, rubéola, paperas, neumonía, meningitis, encefalitis, abscesos, y fiebres de otra causa que no se hayan contemplado en otras categorías como:

- Problemas de garganta, tos, catarro o gripe.
- Dolor de oídos, otitis.
- Molestias de riñón o urinarias.
- Problemas con los dientes o encías.

Accidentes.

Se estudian los posibles accidentes que haya tenido la persona entrevistada en los últimos 12 meses, incluyendo intoxicaciones o quemaduras. Se incluyen accidentes de tráfico, accidentes en el centro de trabajos, de estudios o en casa.

En el caso de que haya tenido algún accidente se pregunta si acudió a urgencias, si consultó a un/a médico/a o enfermero/a o si no fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención.

Se entiende por accidente todo aquel acontecimiento fortuito e imprevisto que sobreviene a una persona y le produce un daño corporal identificable.

Una intoxicación es una alteración del estado de salud de una persona producida por la ingestión de drogas y/o medicamentos (incluye la intoxicación producida por el alcohol), ingestión de productos corrosivos, cáusticos, pinturas, barnices y otras sustancias tóxicas bien sean sólidas, líquidas o gaseosas o ingestión de otros productos tóxicos.

Morbilidad

Se investiga qué enfermedades crónicas o de larga evolución ha padecido la persona entrevistada alguna vez, cuáles las ha padecido en los últimos 12 meses y si ésas enfermedades han sido diagnosticas por un/a médico/a.

Se entiende por enfermedad crónica aquélla que es persistente o que continúa durante un período de tiempo prolongado.

Utilización de servicios sanitarios

Se recoge información sobre el tipo de servicios sanitarios que se han utilizado: consultas médicas, hospitalizaciones y utilización de los servicios de urgencias.

Una consulta médica es cualquier acto de consultar con un/a profesional médico/a tanto de manera presencial (visita) como telefónicamente para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite.

Se excluye todo aquel consumo de servicios que no implique acto de consulta, aunque haya sido indicado por un/a profesional sanitario/a: contacto con el/la farmacéutico/a para la compra de medicamentos que otro/a profesional haya recetado, contacto con un/a óptico/a para la realización de gafas por indicación del/de la oculista, contacto con un/a especialista en prótesis auditivas para la realización de un audífono, por indicación del/de la otorrinolaringólogo/a.

También se excluyen las consultas a estomatólogo/a, dentista o higienista dental y la realización de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos indicados por un/a médico/a.

Se pregunta por la última vez que se realizó una consulta médica, y en el caso de que fuese en las últimas 4 semanas, cuántas consultas se realizaron.

En cuanto al lugar de la consulta médica se consideran por separado las consultas de medicina general en los centros de salud del SCS, de medicina general en consultas privadas, las consultas médicas a domicilio, las consultas a especialistas en ambulatorios, clínicas u hospitales públicos o concertados, y las consultas a especialistas en clínicas u hospitales privados no concertados.

En el caso de las consultas en los Centros de Salud del SCS y en los centros de especialidades públicos se pregunta por la calidad de la atención recibida.

Hospitalizaciones

En este apartado se investiga si la persona entrevistada ha estado hospitalizada al menos una noche, el número de ingresos, el número de días ingresado, el motivo de la última hospitalización y la calidad de la atención recibida en hospitales públicos. El periodo de referencia son los últimos 12 meses.

Se hace distinción entre hospitalizaciones en hospitales públicos o concertados y hospitales privados.

Se entiende por hospitalización todo ingreso en un hospital para recibir asistencia médica o médico quirúrgica que suponga, al menos, pasar una noche en el mismo.

Un hospital es un establecimiento sanitario con régimen de internado que, con independencia de su denominación, tiene como finalidad principal la prestación de asistencia médica o médico-quirúrgica a los/as enfermos/as ingresados/as en el mismo. No se incluyen las residencias de ancianos/as, orfelinatos, casas de beneficencia, etc.

Urgencias

En este bloque de preguntas se estudia si la persona encuestada ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad, frecuencia, tipo de centro al que acude y la satisfacción con el servicio recibido. El periodo de referencia son los últimos 12 meses.

Se entiende por urgencia médica toda situación que requiere de una acción médica inmediata.

Consumo de medicamentos

En este apartado se investiga qué medicamentos ha consumido la persona entrevistada en las últimas 2 semanas y cuáles le fueron recetados.

Se entiende por medicamento toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias, o para afectar a funciones corporales o al estado mental.

Visitas a consulta dental.

Con estas preguntas se trata de conocer los hábitos higiénicos bucales de los/as encuestados/as, el tiempo que hace que acudió a una consulta dental y el motivo de la última consulta.

Se entiende por consulta dental cualquier visita a un/a profesional titulado/a (dentista, estomatólogo/a o higienista dental) para examen, consejo, tratamiento o revisión de problemas de la dentadura o boca.

Revisión o chequeo: es aquella consulta que tiene por objeto fundamental asegurarse de que la persona tiene los dientes o muelas sanos. Por lo tanto, se puede realizar sin tener ningún síntoma de enfermedad. Los chequeos médicos o revisiones preventivas pueden ser realizados tanto a personas con dientes y muelas sanas que quieren seguir teniéndolas sanas, como a personas que padecen algún problema dental y quieren saber si podrían estar apareciendo otros.

Limpieza de boca: actuación con un aparato de ultrasonidos para eliminar el sarro y la suciedad de los dientes.

Empaste: tratamiento que consiste en rellenar con pasta un diente o muela afectado de caries.

Endodoncia: técnicas terapéuticas de las afecciones de los nervios dentarios.

Extracción de algún diente o muela: extracción quirúrgica de uno o más dientes mediante el uso de fórceps y elevadores para remoción individual de los fragmentos.

Colocación de fundas: si un diente está extremadamente dañado, se puede utilizar un capuchón dental, o corona, para restaurar su apariencia y resistencia. Las coronas cubren todo el diente y sellan las áreas astilladas o fracturadas.

Colocación de puentes: prótesis fija que se utiliza para reemplazar piezas dentales ausentes y que consta de un sistema de fijación en las piezas continuas.

Tratamiento de las encías: tratamiento del sangrado de encías, dientes que se mueven o la exudación de pus (conocido coloquialmente con el término de “piorrea”) o cualquier otra enfermedad de las encías.

Ortodoncia: colocación de aparatos en la boca para corregir posiciones inadecuadas de los dientes o muelas.

Aplicación de flúor: se entiende por aplicación de flúor solamente el aplicado por el/la odontólogo/a o higienista (no se refiere al flúor que contiene la pasta dental).

Colocación de implantes para sustituir uno o varios dientes: generalmente es una estructura artificial colocada en el hueso que prevé el reemplazo prostético de una pieza que falta.

Actividad física

En este apartado se pregunta tanto por el tipo de actividad física realizada de forma habitual en el trabajo como por la realizada en el tiempo libre. Además se pregunta por la autovaloración de la forma física y por las horas de sueño.

Se entiende por actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia.

La intensidad debe ser, al menos moderada, entendiendo por tal, la que hace respirar más fuerte de lo normal e incluye, por ejemplo, levantar cargas ligeras, montar en bicicleta a un ritmo regular, etc.

En la pregunta de horas de sueño se considera el total de horas que duerme al día habitualmente, independientemente de si se hace en un periodo o en varios a lo largo del día. Se incluyen las horas de siesta.

Alimentación

Para conocer lo hábitos alimenticios se pregunta por separado qué alimentos se suelen tomar en el desayuno y por la frecuencia de consumo de determinados alimentos.

Se considera desayuno los alimentos que se ingieren por la mañana después de levantarse y antes de empezar la actividad principal. Las personas que realizan trabajos nocturnos deben considerar como desayuno los alimentos que toman antes de la comida principal.

Para menores se pregunta el tipo de lactancia (natural, mixta o artificial) que tuvieron en diferentes periodos de la edad del/de la menor hasta la edad de 1 año.

Limitación de la actividad

Se pretende conocer si la persona entrevistada tiene algún tipo de limitación o dificultad para el desarrollo normal de su vida cotidiana, es decir, para realizar actividades como mirar, oír, comunicarse, moverse, asearse, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas, etc.

Se analiza cualquier dificultad que sufra la persona encuestada, bien sea provocada por una deficiencia o discapacidad, bien por una enfermedad o accidente. Una actividad está limitada cuando así lo estima la propia persona encuestada.

Se considera que una persona tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria aunque las tenga superadas con el uso de alguna ayuda técnica o personal. Se establece una excepción en el caso de las discapacidades de la visión, por considerarse que el uso de gafas o lentillas está muy generalizado. Por tanto, en este caso, sólo se recogen las limitaciones que subsistan con el uso de gafas o lentillas.

Además se investiga la duración de la limitación, el origen de la misma, si las personas necesitan ayuda personal para superarlas y si reciben estas ayudas.