ESTADÍSTICAS SOCIALES

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS

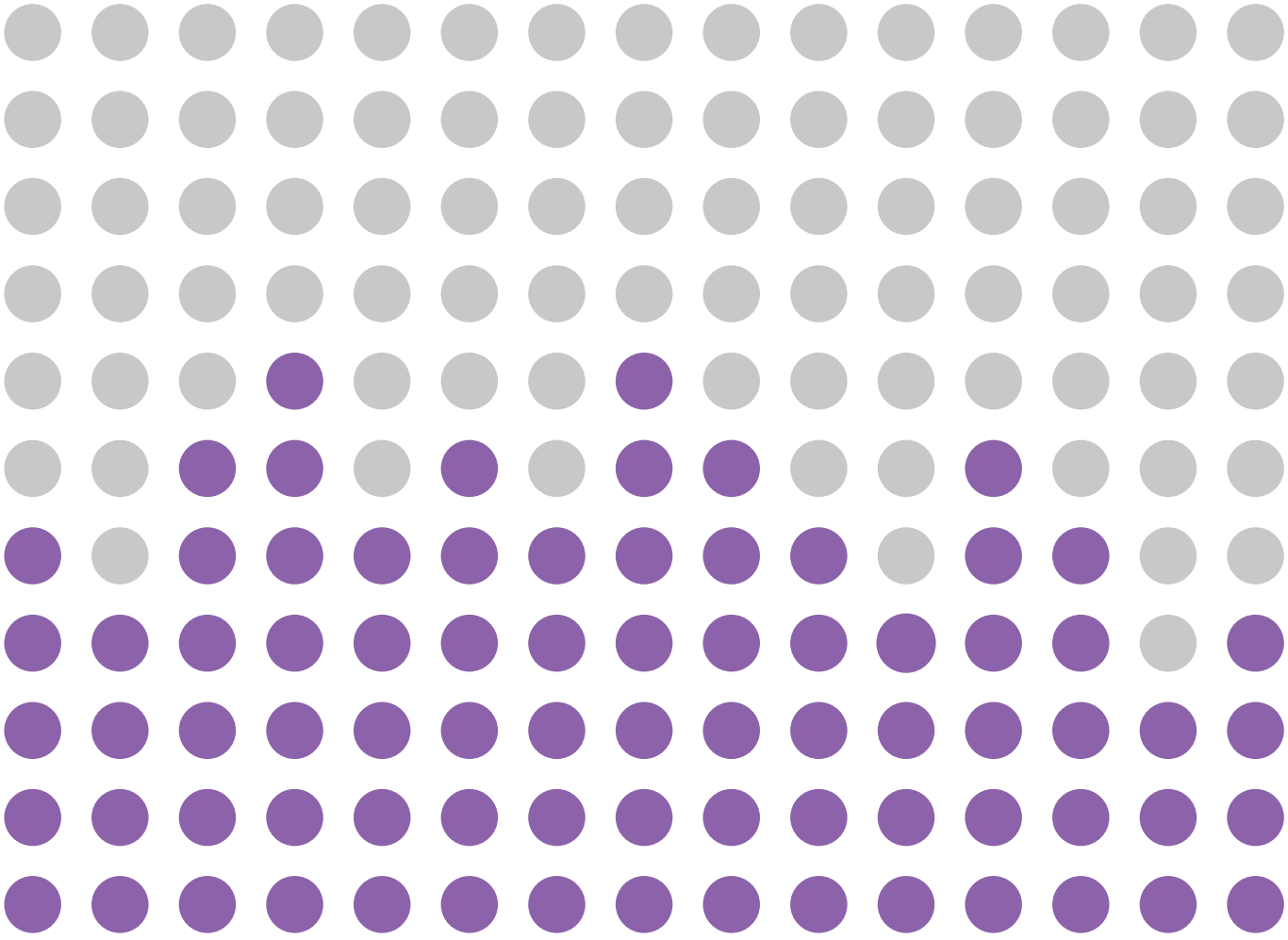
2015

METODOLOGÍA

istac | INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias



ESTADÍSTICAS SOCIALES

Encuesta de Salud de Canarias. 2015. Metodología

Diseño, elaboración y edición:

Instituto Canario de Estadística

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

Rambla de Santa Cruz, 149, Edif. Mónaco. Planta baja.
38001 Santa Cruz de Tenerife.
Tlf.: 922 922 801 – Fax: 922 922 840.

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

Servicio Canario de la Salud

CS San Isidro – El Chorrillo.
Camino de Candelaria 44
38109 El Rosario.
Tlf: 922 684 019 – Fax: 922 684 095.

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

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

ESTADÍSTICAS SOCIALES

ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS

2015

METODOLOGÍA

istac | INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias

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, 2009 y 2015 de la Encuesta de Salud.

La Encuesta de Salud 2015 se caracteriza por incluir novedades, como el uso del EuroQol-5D-5L para medir el estado de salud en adultos, el cuestionario Duke-UNC que permite una evaluación cuantitativa del apoyo social percibido, y el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ).

Además, se ha considerado una nueva variable de clasificación poblacional, la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar, como indicador de posición socioeconómica.

Juan Jesús Ayala Hernández

Director del Instituto Canario de Estadística

Sumario

Descripción de la encuesta /6
- Introducción /6
  - Objetivos de la encuesta /6
- Ámbitos de la encuesta /7
  - Ámbito poblacional /7
  - Ámbito geográfico /7
  - Ámbito temporal /7
- Diseño de la muestra /7
  - Tipo de muestreo /8
  - Tamaño de la muestra y afijación /8
  - Selección de la muestra /9
  - Distribución en el tiempo de la muestra /10
  - Imputación /10
  - Elevación y reponderación /10
- Recogida de la información /10
  - Método de recogida /10
- Unidades básicas /11
  - Vivienda familiar /11
  - Hogar /11
  - Miembros del hogar /12
  - Características que se investigan en esta encuesta /12
  - Cuestionario de adultos /13
  - Cuestionario de menores /13
  - Cuestionario de persona de referencia /13

Conceptos y definiciones /14
- Información personal /14
- Trabajo reproductivo /14
- Características físicas /15
- Prácticas preventivas /15
- Estado de salud /15
- Salud mental /16
- Restricción de la actividad /16
- Accidentes /17
- Riesgos /17
- Morbilidad /17
- Limitación de la actividad /18
- Consumo de medicamentos /18
- Utilización de servicios sanitarios /18
- Hospitalizaciones /19
- Urgencias /19
- Otros recursos /19
- Seguro sanitario /19
- Medicina alternativa /19
- Necesidad de asistencia médica no satisfecha /19
- Visitas a consulta dental /20
- Alimentación /20
- Descanso y actividad física /20
- Consumo de tabaco /21
- Consumo de alcohol /21
- Apoyo afectivo y personal /21

Descripción de la encuesta

Introducción

La Encuesta de Salud de Canarias 2015 (ESC 2015) 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 las ediciones de la Encuesta de Salud de Canarias realizadas en 2004 y 2009. 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 4.600 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 2015 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 2015 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.

Además, se obtiene información referente a la actividad y ocupación de la persona de referencia del hogar (la que más aporta al presupuesto común del hogar), que en ocasiones coincidirá con el adulto seleccionado. Esta información permite construir la variable clase social basada en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO 2011), siguiendo la clasificación proporcionada por la Sociedad Española de Epidemiología.

En el caso de que la persona de referencia no haya trabajado nunca y perciba pensión contributiva, se investigan las variables de ocupación y actividad de la persona que generó dicha pensión.

Ámbito geográfico

Esta encuesta se realiza en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias, distribuido en islas y grandes comarcas.

Ámbito temporal

El periodo de recogida de los datos es de octubre a marzo de 2015. Distinguimos varios períodos de referencia dependiendo del tipo de preguntas: el momento actual, la semana pasada, los últimos 15 días, últimos 30 días, los últimos 12 meses, alguna vez en la vida.

Diseño de la muestra

La ESC 2015 se ha diseñado para poder aportar información por islas y por grandes comarcas en las islas de mayor población. La división territorial utilizada es la siguiente:

- Lanzarote.
- Fuerteventura.
- GC-Área Metropolitana: Arucas, Las Palmas de Gran Canaria, Santa Brígida, Telde.
- GC-Norte: Firgas, Teror, Valleseco, Vega de San Mateo, Valsequillo, Agaete, Gáldar, Moya, Santa María de Guía, Artenara, La Aldea de San Nicolás, Tejeda.
- GC-Sur: 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 se investiga 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. Adicionalmente, la persona que más aporta al presupuesto común del hogar cumplimenta el Cuestionario de la Persona de Referencia.

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 2015. 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 o 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:

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

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 Operación, un/a Jefe/a de Campo, cuatro Jefes/as de Zona, cuatro inspectores/as, veintisiete encuestadores/as presenciales y dos grabadores/as.

- Los costes salariales de cada una 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 2015 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 secciones censales y viviendas que componen la muestra por comarcas se presenta en la siguiente tabla.

	Secciones	Viviendas
CANARIAS	**230**	**4.600**
Lanzarote	17	340
Fuerteventura	17	340
Gran Canaria	78	1560
GC-Área Metropolitana	40	800
GC-Norte	16	320
GC-Sur	22	440
Tenerife	81	1620
TF-Área Metropolitana	32	640
TF-Norte	23	460
TF-Sur	26	520
La Gomera	11	220
La Palma	15	300
El Hierro	11	220

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 la 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 de enero de 2015, 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 y la relación con la actividad, considerando la población ocupada, parada, inactiva y menor de 16 años.

Recogida de la información

Método de recogida

El tiempo de trabajo de campo fue aproximadamente de 6 meses, siendo necesario un equipo de 27 encuestadores/as.

El método de recogida de información es el de entrevista personal mediante el sistema CAPI (entrevista personal asistida por ordenador). En aquellos casos donde no se podía hacer uso del método anterior, se utilizaba el formato PAPI (entrevista personal en formato papel). 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 los cuestionarios. 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.

El CAPI tiene integrado un sistema de comunicaciones que le permite recibir y transmitir datos desde cualquier lugar con cobertura de móvil.

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 2015 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, seguro sanitario, necesidad de asistencia médica no satisfecha, apoyo afectivo y personal, 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.

Cuestionario de persona de referencia

Este cuestionario recaba datos sobre la actividad y la ocupación del adulto que que más aporta al presupuesto común del hogar (persona de referencia). Dicha persona puede o no coincidir con el adulto seleccionado.

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 (al menos una hora la semana anterior), desempleado/a, jubilado/a o prejubilado/a, estudiando, incapacitado/a para trabajar, dedicado/a principalmente a las tareas del hogar u otra situación (rentista, realizando sin remuneración trabajos sociales, etc.).

Trabajando (al menos una hora la semana anterior): 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).

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.

Jubilado/a o prejubilado/a: se refiere a los jubilados/as o retirados/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. También se incluyen las personas que reciben una pensión no contributiva de vejez/jubilación. Se consideran también los que reciben una pensión derivada de la cotización de otra persona (viudedad, orfandad, etc.). Las personas que por regulación de plantilla se jubilan anticipadamente sin cumplir los requisitos generales marcador por la ley para recibir una pensión de jubilación, se clasificarán también en esta rúbrica.

Estudiando: 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.

Otra situación: en esta categoría se incluirán todas aquellas personas que no se puedan clasificar en ninguno de los grupos anteriores, como por ejemplo, los/as rentistas, realizando sin remuneración trabajos sociales, 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.

Se considera dentro del trabajo reproductivo el cuidado de otras personas del hogar (menores de 15 años o personas con discapacidades o limitaciones), que no pueden cuidarse por sí mismas y el tiempo dedicado a las tareas del hogar.

Características físicas

Se obtienen datos sobre el peso y la estatura autodeclarados, con los que se calcula el índice de masa corporal, que se define como la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la estatura (expresada en metros).

En la población de 18 y más años, se considera peso insuficiente si IMC es menor que 18,5, normopeso si está entre 18,5 y 25, sobrepeso si está entre 25 y 30, y obesidad si supera 30.

En la población de 2 a 17 años, el sobrepeso y la obesidad se definen utilizando los puntos de corte establecidos por Cole et al (2000).

Prácticas preventivas

Este apartado explora la realización, por parte de la persona entrevistada, de actividades para evitar (prevenir) o diagnosticar precozmente algunos problemas de salud o enfermedades.

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-5L, 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 cinco opciones de respuesta, ordenadas de mayor a menor nivel de calidad de vida.

En la publicación se ofrecen resultados diferenciados para las 5 dimensiones y la media y desviación estándar de la tarifa EVA. La tarifa EVA es una tarifa social que representa el estado de salud de la población en una escala de 0 a 1, en la que el 1 representa una salud óptima y el 0 la muerte, aunque pueden obtenerse puntuaciones negativas que se considera que representan a estados peores que la muerte. Las puntuaciones han sido obtenidas utilizando la nueva tarifa española para el EQ-5D-5L publicada por Ramos Goñi et al (2016).

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.

Para evaluar el estado de salud en menores (de 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 2015 se ha utilizado el Índice KIDSCREEN-10 como puntuación global unidimensional de CVRS. El cuestionario consta de 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 me-

dia 50 y desviación típica (DT) 10; así, si un grupo puntúa 55, se encuentra a 0,5 DT por encima (mejor 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) 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 validado con población infanto-juvenil de Canarias en su versión para padres, madres y profesores/as.

En la ESC 2015 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 la categoría problemas de garganta, tos, catarro o gripe.

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 trabajo, de estudios, en casa o en tiempo de ocio.

En el caso de que haya tenido algún accidente se pregunta si ingresó en un hospital, 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.

Riesgos

Se recaba información acerca del grado de exposición a determinados factores de riesgo en trabajadores y personas cuya actividad principal sean las tareas domésticas.

Por otro lado, se evalúa en qué medida la persona entrevistada considera satisfactorio su trabajo y el nivel de estrés en el mismo.

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.

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.

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.

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.

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 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, número de visitas, 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.

Otros recursos

En este epígrafe se recoge información sobre el uso de otro tipo de recursos como visitas a otros profesionales sanitarios (fisioterapeutas, psicólogos o psicoterapeutas), y pruebas médicas (análisis de sangre, radiografías, TAC o escáner, ecografías, resonancias magnéticas). El periodo de referencia es los últimos doce meses.

Seguro sanitario

Se investigan las modalidades de seguro sanitario de las que la persona es titular o beneficiaria. Se consideran Seguridad Social, mutualidades del estado (MUFACE, ISFAS, MUJEJU), acogidas a la Seguridad Social o a seguros privados, seguros médicos privados, concertados individualmente o por empresas, etc.

Medicina alternativa

En esta pregunta se trata de identificar si la persona entrevistada ha consultado alguna vez a alguno de los profesionales de medicina alternativa, tales como, homeópata, osteópata, acupuntor u otros.

Se entiende por otros profesionales de medicina alternativa aquellos que utilizan otras formas de cuidados médicos y productos que no son considerados parte de la medicina convencional, excluyendo a los citados anteriormente. Por ejemplo: profesionales especializados en aromaterapia, musicoterapia, medicina oriental, etc.

Necesidad de asistencia médica no satisfecha

El objetivo de esta pregunta es identificar si la persona entrevistada ha necesitado en los últimos doce meses una consulta médica por un problema de salud suyo, pero al final no hizo tal consulta o no pudo hacerla.

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, el motivo de la última consulta y el estado de sus dientes y muelas.

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, como a personas que padecen algún problema dental y quieren saber si podrían estar apareciendo otros.

Limpieza de dientes: 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 contiguas.

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

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.

Alimentación

En relación con los hábitos alimentarios se pregunta por la frecuencia de consumo de determinados alimentos haciendo hincapié de forma separada en aquellos consumidos en el desayuno.

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.

Por otra parte, se recoge información del lugar habitual de desayuno y de almuerzo de los menores. Además, se pregunta acerca de la calidad de alimentación de los menores y sobre los motivos en el caso de que se considere que su alimentación no es adecuada.

Descanso y 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. Se recoge información sobre frecuencia y

tiempo dedicado a actividades físicas intensas, moderadas y el tiempo que se dedica a caminar. Además se pregunta por el tiempo diario que permanece sentado 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.

Como periodo de referencia se considera los últimos 7 días, incluyendo tanto las actividades físicas desarrolladas en el trabajo como las del tiempo de ocio, si éstas se realizan durante al menos 10 minutos seguidos.

Actividad física intensa: son actividades que requieren mucho esfuerzo físico y que hacen que la persona respire más fuerte de lo normal. Por ejemplo, cargar pesos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos, pedalear rápido en bicicleta, etc.

Actividad moderada: actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y hacen que la persona respire de forma más agitada de lo normal. Por ejemplo, cargar con pesos ligeros, andar en bicicleta a velocidad regular normal, fregar la casa o limpiar el jardín.

Para evaluar el nivel de actividad física de la población de 16 a 69 años se utiliza el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

A través de de los valores MET obtenidos para cada encuestado se clasifican según niveles de actividad bajo, moderado y alto.

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.

Consumo de tabaco

Se trata de investigar la prevalencia del consumo de tabaco de las personas de 16 o más años, tipo de fumador/a (diario/a, no diario/a o ex-fumador/a), tipo de tabaco, frecuencia de consumo, edad de inicio, evolución del consumo, intención de dejarlo en los fumadores, motivos para haberlo dejado en los exfumadores, tratamiento y ayuda profesional recibida para dejarlo. También se investiga la exposición al humo del tabaco.

Consumo de alcohol

Se recoge información sobre los hábitos de consumo de alcohol de las personas encuestadas. Se obtiene además información para una semana normal de las cantidades consumidas en cada uno de los días para diferentes bebidas alcohólicas. La semana normal es aquella que no está condicionada por vacaciones, festividades u otras situaciones extraordinarias.

Apoyo afectivo y personal

En este bloque tratamos de medir la percepción del entrevistado ante las diversas situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen producirse en la vida cotidiana.

El apoyo social se considera un buen predictor de salud y bienestar. Para medirlo se utiliza el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC. Mide los aspectos cualitativos y funcionales del apoyo social, más que la red de apoyo. En especial mide dos dimensiones del apoyo emocional: el apoyo confidencial y el afectivo.

El cuestionario utiliza una escala de 11 ítems. Cada ítem admite 5 posibles respuestas en una escala Likert. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde con una puntuación de 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Además, se estudia la ideación suicida de la población, recogiendo tanto si la ha tenido en algún momento de su vida como si la ha tenido en los últimos 12 meses. El suicidio está entre las principales causas de muerte en el mundo y en España es la primera causa de muerte no natural, superando a los accidentes de tráfico. La ideación suicida se ha establecido firmemente como un factor de riesgo de tentativas suicidas y de suicidio consumado y el riesgo suicida no sólo está relacionado con posibles trastornos mentales subyacentes, sino también con la deficiente salud física, discapacidad y deficiente apoyo social.

istac | INSTITUTO CANARIO DE ESTADÍSTICA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias