



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



Encuesta Europea de Salud en España EES-2009

Metodología

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Índice

1	Introducción	2
2	Antecedentes y origen de la EES	3
2.1	La Encuesta Europea de Salud y el Sistema Estadístico Europeo	3
2.2	La Encuesta Europea de Salud y la Encuesta Nacional de Salud de España	5
3	Traducción del Cuestionario. Pretest	6
4	Objetivos	7
5	Fases de la encuesta	8
6	Ámbito de la investigación	8
7	Diseño muestral	9
8	Recogida de la información	15
9	Conceptos y definiciones. Características fundamentales objeto de estudio	22
	Características del hogar	22
	Características Sociodemográficas	24
	Módulo de Estado de Salud	31
	Módulo de Asistencia Sanitaria	41
	Módulo de Determinantes de Salud	48
10	Difusión de los resultados	54

1 Introducción

El marco de las estrategias de salud que se desarrollan en los principales países de nuestro entorno, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa, entre otros indicadores, de la información subjetiva de los individuos sobre su estado de salud, además de los distintos factores sociales, ambientales y estilos de vida que incluso van más allá del sistema sanitario.

Estos indicadores constituyen uno de los elementos primordiales para la planificación y adopción de medidas de Salud Pública y asimismo constituye un instrumento fundamental en la evaluación de las políticas sanitarias.

Para recabar esta información existe la posibilidad de recurrir a distintas fuentes estadísticas, algunas de ellas basadas en registros administrativos como los de morbilidad y enfermedades, o bien a las estadísticas de causas de muerte; pero todos ellos, si bien tienen un carácter de exhaustividad, no cubren todos los aspectos de salud y no pueden relacionarse en muchos casos ni con variables sociodemográficas ni con otros determinantes del estado de salud. Por esta razón, es preciso recurrir a otros instrumentos basados en Encuestas. Como consecuencia, la gran mayoría de países de la Unión Europea (UE) y de la OCDE emplean actualmente una Encuesta de Salud para recabar esta información según sus características y prácticas estadísticas. El hecho de que no exista uniformidad en la forma de realizar las encuestas conlleva dificultades de comparabilidad entre los datos de los distintos países de nuestro entorno, y crea dificultades para proveer indicadores conjuntos para la planificación de las políticas comunes de la UE.

Con el objetivo de armonizar la información y disponer de indicadores comunes, los Directores de Estadísticas Sociales de los Estados Miembros de la UE acordaron implementar, dentro del Sistema Estadístico Europeo, un Sistema Europeo de Encuestas de Salud (EHSS), entre las cuales se encontraría una encuesta de Salud a través de entrevista personal (EHIS). El objetivo de la esta encuesta sería medir de forma armonizada el estado de salud de los ciudadanos de la UE, así como sus estilos de vida, que es un determinante de la salud, y el uso que hacen de los servicios sanitarios, y garantizar con ello un alto grado de comparabilidad entre los miembros de la UE,.

La primera edición de la Encuesta se ha realizado en los Estados Miembros de la UE entre 2006 y 2009, permitiendo a cada uno de los 27 países miembros su implementación en el periodo que considerase más conveniente y admitiendo la posibilidad de adaptación del cuestionario. A partir de 2014 comenzará una segunda edición, esta vez bajo Reglamento del Consejo y Parlamento europeos.

En España, los dos organismos implicados en el proyecto, MSPSI e INE, han llevado a cabo la operación estadística bajo el nombre de Encuesta Europea de Salud 2009 (EES-2009), incluida en el Plan Estadístico Nacional. En las distintas fases del desarrollo del cuestionario, el INE ha seguido los protocolos marcados por Eurostat para la traducción con el fin de garantizar el sentido de las

preguntas del cuestionario original. Tanto el MSPSI como el INE han realizado conjuntamente una comparación con la ya existente Encuesta Nacional de Salud (ENSE) con el fin de elaborar una adaptación del cuestionario que procurase mantener en lo posible las principales series ya existentes, sin menoscabo de garantizar la comparabilidad de la información, objetivo básico de la EES-2009.

2 Antecedentes y origen de la EES.

2.1 LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD DENTRO DEL SISTEMA ESTADÍSTICO EUROPEO

La Encuesta Europea de Salud (EES)–en su versión inglesa *European Health Interview Survey (EHIS)* – se enmarca en la propuesta de la Comisión Europea de crear un sistema europeo de información sanitaria a través de encuestas - *European Health Survey System (EHSS)*-. Con el fin de atender las demandas de información, los estados miembros decidieron implementar un sistema europeo de encuestas de salud, flexible y coordinado que facilitase información armonizada para los 27 países y construido alrededor de una encuesta central y de carácter modular. Este sistema estaría conformado por los siguientes tres pilares:

- *European Core Health Interview Survey (ECHIS)*, que debe responder a las necesidades y demandas de información básicas de la Comisión y ser desarrollada dentro del Sistema Estadístico Europeo. Esta encuesta está formada por el módulo de salud de la Encuesta de Condiciones de Vida (de carácter anual) y por la Encuesta Europea de Salud (EHIS) de carácter quinquenal.
- Un conjunto de encuestas diseñadas como complemento, según necesidades específicas y desarrollado principalmente por los Institutos de Salud Pública y grupos de investigación de los estados miembros. Dentro de este grupo se trabaja actualmente en el desarrollo de una encuesta de salud a través de examen médico.
- Una base de datos de instrumentos estandarizados y recomendados que ya están implementados en diversas encuestas de salud. Actualmente se encargan de la actualización Bélgica y Finlandia.

Los Directores de Estadísticas Sociales decidieron en septiembre del 2002 implantar este sistema de información, y como eje central del mismo se estableció la EHIS. Cabe mencionar los pasos previos que condujeron a la Encuesta: En primer lugar se realizó una selección “post-armonizada” de 12 indicadores provenientes de Encuestas Nacionales de Salud que se revisaron y ampliaron a 18 ítems en 2002 y en 2004 (incluían autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas, tabaquismo, actividad física, atención médica). Sin embargo, la calidad y la comparabilidad de los datos resultaron insuficientes, debido a los diferentes ámbitos temporales considerados en cada país, así como a las particularidades metodológicas. Un segundo paso constituyó el Módulo Mínimo Europeo de Salud (MHEM) que incluía 3

cuestiones relacionadas con la percepción del estado de salud y las enfermedades crónicas, y que se incluyó en la Encuesta de Condiciones de Vida europea (SILC). La sencillez de éste módulo permitió que se introdujese en diversas encuestas sociales, y facilitó la comparabilidad y el análisis transversal entre países. Actualmente se recomienda que se tenga en cuenta en las Encuestas Sociales (el módulo de salud de la SILC lo mantiene ampliándolo con otras 4 cuestiones).

Finalmente, y teniendo en cuenta la ventaja de un módulo común, se decidió llevar a cabo una Encuesta armonizada a nivel europeo, European Health Interview Survey (EHIS), que superase los problemas de armonización y comparabilidad entre los países miembros. Se impulsó un grupo de trabajo que llevase a cabo un cuestionario con un alto grado de estandarización, cuidando especialmente la traducción posterior realizada por los países miembros para mantener el concepto general de cada pregunta. En el cuestionario se incluirían cuestiones relacionadas tanto con las necesidades de información para las políticas sanitarias como elementos de interés de investigadores, aunque siempre limitándose a las necesidades a nivel de la UE, de manera que no se tuvieron en cuenta aquellas cuestiones que ya eran respondidas por otras encuestas europeas o que eran objeto de interés exclusivamente nacional. La encuesta trata de responder a los indicadores de salud de la UE: Indicadores ECHI (European Community Health Indicators), Indicadores de la OMC (Open Method of Coordination on Social Inclusion and Social Protection) de asistencia sanitaria e Indicadores Estructurales (SI) y de Desarrollo Sostenible (SDI).

El cuestionario se estructuró en 4 módulos:

- EHSM: Módulo Europeo de Estado de Salud (*European Health Status Module*)
- EHDM: Módulo Europeo de Determinantes de Salud (*European Health Determinants Module*)
- EHCM: Módulo Europeo de Asistencia Sanitaria (*European Health Care Module*)
- EBM: Módulo Europeo de Variables Sociales (*European Background Module*)

El desarrollo de los módulos se realizó en dos etapas, la primera centrándose en el primer módulo y la segunda en los tres restantes. Una vez consensuados los módulos de cada etapa, los países miembros realizaron una traducción y un pretest cognitivo para asegurar una mejor adaptación de las preguntas sin perder la armonización.

La versión definitiva del cuestionario se aprobó en el Grupo de Trabajo de Estadísticas de Salud Pública en Noviembre de 2006.

Los Estados Miembros podían llevar a cabo la encuesta de manera independiente o adaptándola a alguna encuesta de población existente, especialmente las encuestas nacionales de salud. Incluso se aceptaba la posibilidad de implementar cada módulo en encuestas diferentes siempre que se

mantuviese el Módulo Mínimo Europeo de Salud y el de las Variables Sociales Básicas. En todo caso era imprescindible que se hiciesen todas las preguntas y en el orden establecido en el cuestionario original.

2.2 LA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD Y LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

Al igual que en los países de su entorno, en España se lleva a cabo la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), que tiene como objetivo general proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. La ENSE se llevó a cabo por primera vez por el MSPSI en el año 1987, y desde entonces se han realizado 7 ediciones, las dos últimas en colaboración con el INE. Ambas encuestas tienen elementos en común pero, como se ha mencionado anteriormente, la metodología empleada no estaba armonizada, con lo que no permite la comparabilidad directa. La última edición de la ENSE, de 2006, coincide con la primera parte de elaboración del cuestionario europeo, y por esa razón se introdujeron algunas preguntas y se reformularon otras con el fin de iniciar la aproximación entre ambas encuestas con vistas a mejorar la comparabilidad de los apartados comunes..

El cuestionario final de la EHIS difiere en algunos puntos clave de la ENSE-2006. Aparte de las diferencias en los aspectos de la salud que aborda cada una, y del uso de distintos instrumentos de medida (salud mental, por ejemplo), incluso en los conceptos comunes hay diferencias en la formulación o cambian los periodos de referencia de muchas preguntas (por ejemplo, la percepción del estado de salud en el momento actual que mide la EHIS frente a la percepción del estado de salud en los últimos doce meses que mide la ENSE). En segundo lugar, las preguntas no se adaptan a la realidad del sistema sanitario propio (atención de especialistas en urgencias) y finalmente la metodología de administración del cuestionario es diferente (uso de tablet-PC, existencia de una parte autoadministrada en la Encuesta Europea).

Para que sea posible la comparación entre países, la EHIS requiere un grado de homogeneidad que limita su amplitud. Son numerosos los conceptos difíciles de medir de forma comparable entre los distintos países europeos. Será necesario acotar un núcleo común y tratar de dar solución a las diferencias que este núcleo tenga con la ENSE y, al mismo, tiempo garantizar en lo posible la continuidad de la series de datos. Se ha optado por mantener de momento ambas encuestas, cada una con su metodología y modificar la periodicidad de la encuesta nacional (se pasa de dos años y medio a cinco años), alternando su implementación con la siguiente edición de la Encuesta Europea. Además, se introducen preguntas de la Nacional que completen la Europea y permitir con ello un posible enlace en las series de cara a una convergencia parcial de ambas encuestas en un futuro

e

3 Traducción del Cuestionario y Pretest

La existencia de un único cuestionario redactado en lengua inglesa no era condición suficiente para garantizar la armonización metodológica requerida. Era preciso traducirlo sin perder el significado del concepto que se quería medir en cada pregunta y adaptarlo a las características propias de cada país. Para ello, Eurostat propuso la realización de las traducciones bajo un protocolo detallado y la posterior evaluación del cuestionario traducido mediante pruebas cognitivas.

3.1 TRADUCCIÓN

Para cada una de las dos fases de elaboración del cuestionario (fase de elaboración del módulo de Estado de Salud y fase de elaboración de los tres módulos restantes), se siguieron las directrices indicadas en el protocolo de la traducción. Participó un traductor con experiencia en el campo de la salud y conocimiento contrastado de inglés. Aportó una primera traducción con observaciones pertinentes en cada pregunta; en una segunda etapa un revisor de la traducción, con experiencia en encuestas de salud, debía comprobar minuciosamente si el traductor había seguido las directrices recibidas, comprendido el significado intrínseco de las preguntas y sus categorías de respuesta y proporcionado una traducción conceptual al español y no una traducción literal. Finalmente se analizó pregunta por pregunta en un grupo de trabajo formado por el traductor, el revisor, el coordinador de los pretest y personal del MSPSI y del INE y se consensuó la versión que llegaría a las pruebas cognitivas.

3.2.- PRUEBAS COGNITIVAS

A partir de la versión traducida se realizaron pruebas cognitivas para valorar la correcta comprensión de las preguntas y su relación con los objetivos que perseguían las preguntas. La validez de las comparaciones entre los resultados obtenidos con versiones de los cuestionarios en diferentes idiomas es función del grado de “equivalencia funcional” logrado en el proceso de adaptación de los cuestionarios a cada uno de los idiomas objetivo; y las preguntas de los cuestionarios son “funcionalmente equivalentes” si miden la misma variable y tienen en cuenta diferencias lingüísticas y culturales entre las diferentes poblaciones. Por tanto los procedimientos empleados en el pretest cognitivo examinaron como los encuestados interpretaban las preguntas y si estas interpretaciones eran consistentes con las previstas para la versión fuente del cuestionario.

El objetivo principal del pretest fue analizar la equivalencia funcional entre la versión fuente en inglés de las preguntas de los cuatro módulos y las versiones objetivo en español. Además, se pretendía obtener evidencias sobre fuentes potenciales de error en las versiones fuentes de los módulos.

La etiqueta “pretest cognitivo” agrupa todo un conjunto de procedimientos específicos. Los procedimientos utilizados durante el pretest aportan evidencias sobre distintas fases y elementos del modelo. A continuación, se enumeran de forma muy simplificada los tipos principales de pruebas que se llevaron a cabo y las evidencias que pretendían aportar cada uno de ellos:

- I. *Codificación del comportamiento*: Los indicadores conductuales registrados durante la interacción entre el entrevistador y el entrevistado permitían identificar preguntas “problemáticas”. También permitieron registrar errores en el formato de la tarea, las instrucciones de registro de las respuestas, tiempo de ejecución, etc.
- II. *Entrevistas cognitivas*: Aportaron evidencias directas sobre el desarrollo de las fases del proceso “pregunta-y-respuesta” implementado por los encuestados: errores de comprensión, recuperación en memoria de la información requerida, fallos en la elaboración e incongruencias en la comunicación de la respuesta.
- III. *Grupos de discusión con “encuestables”*: Perspectiva y contenidos del “rol” de participantes de encuestado; conocimiento y comprensión de los conceptos más generales; atribuciones sobre el objetivo y finalidad de la misma; actitudes y grado de implicación, etc.

Con los resultados de las pruebas cognitivas se identificaron posibles fuentes de error de medida relacionadas con dificultades en la comprensión de las preguntas o en la elección de las alternativas de respuesta, estrategias de recuerdo utilizadas, reacciones a preguntas sensibles etc; y a partir de la información aportada se realizaron propuestas y recomendaciones para optimizar tanto el funcionamiento de la versión fuente como de la versión objetivo.

4 Objetivos de la EES2009

4.1 OBJETIVO GENERAL

La EES- 09 tiene como objetivo general proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera armonizada y comparable a nivel europeo, y con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.



4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general e identificar los principales problemas que sienten los ciudadanos (enfermedades crónicas, dolencias, accidentes, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria).

2. Conocer el grado de acceso y utilización de los servicios de salud y sus características.

3. Conocer los factores determinantes de la salud, como las características del medio ambiente (físico y social) y los hábitos de vida sobre los que se pueden realizar intervenciones de promoción de la salud, con el fin de valorar los efectos de las políticas y estrategias sanitarias.

5 Fases de la Encuesta

Dentro de cada entrevista en un hogar, la realización del estudio se ha llevado a cabo en dos fases: la primera referida a variables relativas a los miembros del hogar y la segunda a variables objeto de la Encuesta para la persona adulta seleccionada (de 16 o más años).

Primera fase

En la primera fase se captó a todas las personas residentes en el hogar, solicitando información de todos sus miembros sobre variables sociodemográficas fundamentales. Posteriormente se solicitó información sobre la composición del hogar y sobre el nivel mensual de ingresos regulares.

Se seleccionó entre los miembros encuestables del hogar a la persona que debía contestar a las preguntas de los módulos que componen la Encuesta: Estado de salud, determinantes de salud y asistencia sanitaria, solicitándole inicialmente información sobre variables sociodemográficas adicionales, tales como país de nacimiento, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, situación profesional, etc. (en adelante parte individual del cuestionario).

Segunda fase

En la segunda fase se recogió información de una única persona de 16 o más años, seleccionada aleatoriamente dentro del hogar. La parte individual del cuestionario fue proporcionada por la persona seleccionada, salvo que ésta estuviera ausente debido a un ingreso en un centro hospitalario o que no se encontrara capacitada para responder a la entrevista por edad avanzada, discapacidad, enfermedad, desconocimiento del idioma o cualquier circunstancia, en cuyos casos se admitió que respondiese por ella otra persona del hogar que suficientemente informada y capacitada para ello (información proxy). En ninguno de los casos mencionados el informante proxy podía proporcionar la información correspondiente a la parte autoadministrada.

6 Ámbitos de la investigación

Ámbito poblacional

La investigación se dirigió al conjunto de personas residentes en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda estaba constituida por dos o

más hogares, el estudio se incluía a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar.

Ámbito geográfico

La Encuesta fue realizada en todo el territorio nacional.

Ámbito temporal

El período de recogida de la información se extendió a lo largo de un año, desde abril de 2009 hasta marzo de 2010.

7 Diseño muestral

Tipo de muestreo. Estratificación

Se ha utilizado un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa.

Las unidades de primera etapa han sido las secciones censales. Las unidades de segunda etapa las viviendas familiares principales, investigándose a todos los hogares que tenían su residencia habitual en las mismas. Finalmente, dentro de cada hogar se ha seleccionado una persona adulta (16 ó más años).

Para la selección de la muestra se ha utilizado el marco de áreas formado por la relación de secciones censales existentes con referencia a enero de 2008. En la selección de unidades de segunda etapa se ha utilizado la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra obtenidas de la explotación del Padrón Continuo de habitantes.

El criterio de estratificación utilizado ha sido el tamaño del municipio al que pertenece la sección. Se consideran los siguientes estratos:

Estrato 0: Municipios de más de 500.000 habitantes.

Estrato 1: Municipios capitales de provincia de menos de 500.000 habitantes.

Estrato 2: Municipios con más de 100.000 habitantes que no son capitales de provincia.

Estrato 3: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes que no son capitales de provincia.

Estrato 4: Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes que no son capitales de provincia.

Estrato 5: Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes.

Estrato 6: Municipios de menos de 10.000 habitantes.

Tamaño de la muestra. Afijación

Para cubrir los objetivos de la encuesta de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y de Comunidad Autónoma, se

ha seleccionado una muestra de 1.927 secciones censales, siendo 12 el número de viviendas seleccionadas en cada sección censal.

La distribución de la muestra de secciones por Comunidad Autónoma ha sido la siguiente:

Distribución de la muestra de secciones por CCAA

Comunidades Autónomas	Secciones
01 Andalucía	219
02 Aragón	87
03 Asturias (Princ. de)	84
04 Baleares (Islas) (*)	87
05 Canarias	92
06 Cantabria	66
07 Castilla y León	118
08 Castilla-La Mancha	98
09 Cataluña	204
10 Comunidad Valenciana	148
11 Extremadura	87
12 Galicia	120
13 Madrid (Comunidad de)	174
14 Murcia (Región de)	87
15 Navarra (Com. Foral)	64
16 País Vasco	92
17 La Rioja	56
18 Ceuta	22
19 Melilla	22
Total	1.927

(*) Por problemas ajenos al muestreo no se ha podido obtener la información de la muestra inicialmente diseñada de 1.044 viviendas.



Selección de la muestra

La selección de las unidades de primera etapa en cada estrato se ha realizado con probabilidad proporcional al tamaño de la sección. En segunda etapa las viviendas se han seleccionado mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio y probabilidades iguales de selección para cada vivienda de la sección, procedimiento que conduce a obtener muestras autoponderadas de viviendas en cada estrato.

En una tercera etapa se ha elegido con probabilidad igual una persona adulta que debía cumplimentar el Cuestionario Individual.

Distribución en el tiempo

La muestra se ha distribuido uniformemente entre los cuatro trimestres que componen el ámbito temporal de la encuesta. Dentro de cada trimestre se ha procurado asimismo que la distribución de la muestra por semana de referencia fuese lo más homogénea posible.

Estimadores

Para estimar las características de la población se han utilizado estimadores de razón, calibrados según la información procedente de fuentes externas.

Los pasos para construir los estimadores han sido:

A. Estimaciones de hogares (y personas residentes)

1.- Estimador basado en el diseño de la muestra.

$$\hat{Y}_d = \sum_h \sum_{i,j \in h} \frac{1}{K_h \cdot \frac{12}{V_h^{(08)}}} \cdot y_{hij} = \sum_h \sum_{i,j \in h} \frac{V_h^{(08)}}{v_h^t} \cdot y_{hij}$$

siendo:

h: Estrato

i: Sección

j: Hogar

y_{hij} : Valor de la variable objetivo Y en el hogar j, de la sección i, estrato h

K_h : Número de secciones de la muestra en el estrato h

$V_h^{(08)}$: Número de viviendas del estrato h según el marco de 2008

v_h^t : número teórico de viviendas seleccionadas en el estrato h. Se verifica que:

$$v_h^t = K_h \cdot 12.$$

El factor $K_h \cdot \frac{12}{V_h^{(08)}}$ es la probabilidad de selección de una vivienda del estrato h.

2.- **Corrección de la falta de respuesta.** Se corrige a nivel de estrato multiplicando el factor de elevación anterior $\frac{V_h^{(08)}}{v_h^t}$ por la inversa de la probabilidad de respuesta dentro del mismo, es decir:

$$\hat{Y}_2 = \sum_h \sum_{i,j \in h} \frac{V_h^{(08)}}{v_h^t} \cdot \frac{v_h^t}{v_h^e} y_{hij} = \sum_h \sum_{i,j \in h} \frac{V_h^{(08)}}{v_h^e} \cdot y_{hij}$$

donde v_h^e es la muestra efectiva de viviendas en el estrato h.

3.- **Estimador de razón,** utilizando como variable auxiliar las proyecciones demográficas de población en el momento de la encuesta. Tiene por objetivo fundamental mejorar el estimador obtenido en los pasos anteriores, actualizando la población empleada en el momento de la selección de la muestra al momento de realización de la encuesta. Su expresión es:

$$\hat{Y}_3 = \sum_h \frac{\sum_{i,j \in h} \frac{V_h^{(08)}}{v_h^e} \cdot y_{hij}}{\sum_{i,j \in h} \frac{V_h^{(08)}}{v_h^e} \cdot p_{hij}} \cdot P_h = \sum_h \sum_{i,j \in h} \frac{P_h}{p_h^e} \cdot y_{hij}$$

donde:

P_h es la proyección de población de 16 y más años a mitad del periodo de realización de la encuesta para el estrato h.

p_h^e es la población de la muestra efectiva de viviendas (v_h^e)

Si se denota el factor anterior por $F_j^{(1)} = \frac{P_h}{p_h^e}$,

entonces:

$$\hat{Y}_3 = \sum_h \sum_{i,j \in h} F_j^{(1)} \cdot y_{hij}$$

4. **Técnicas de calibrado.** El factor anterior se repondera para ajustar la distribución estimada a fuentes externas. Este calibrado se ha realizado mediante la macro CALMAR del Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos francés (INSEE). Las variables utilizadas en el proceso de ajuste han sido:

e

- Grupos de edad y sexo. Hombres y mujeres distribuidos en los siguientes grupos de edad 16-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65 y más.
- Totales poblacionales por provincia.
- Población total de 16 y más años por nacionalidad, española o extranjera.
- Hogares por tamaño: 1, 2, 3 y 4 ó más miembros.

Después de aplicar los pasos anteriores, se obtiene un factor de elevación final $F_j^{(2)}$ para cada uno de los hogares de la muestra efectiva.

Así el estimador del total \hat{Y} de una característica Y se puede expresar por:

$$\hat{Y} = \sum_{j \in S} F_j^{(2)} y_j$$

donde la suma se extiende a todos los hogares de la muestra S , y_j es el valor de la característica Y observada en el hogar j .

Los estimadores de las proporciones $P = \frac{X}{Y}$ son de la forma $\hat{P} = \frac{\hat{X}}{\hat{Y}}$ donde las estimaciones \hat{X} e \hat{Y} se obtienen mediante la fórmula anterior.

El factor anterior de hogar se asigna también a todos sus miembros para estimaciones de características de todas las personas.

B. Factor de personas seleccionadas.

Además de las estimaciones obtenidas a partir de las características del hogar y de todos sus miembros, hay que considerar las características que se obtienen de la información facilitada por la persona seleccionada que ha cumplimentado el Cuestionario Individual. Análogamente al apartado A, el factor se obtiene en varios pasos.

1.- **Factor de diseño:** Partiendo del factor de hogar $F_j^{(1)}$ anterior (Paso 3), obtenemos:

2.- **Factor de persona seleccionada en el hogar j :** $F_{jk}^{(3)} = F_j^{(1)} A_j$, donde el subíndice jk representa la persona (de 16 y más años) k del hogar j que debe cumplimentar cuestionario individual y donde A_j es el número de personas de 16 y más años del hogar j .

3.- **Técnicas de calibrado.** Finalmente a los factores individuales anteriores se les ha aplicado técnicas de calibrado utilizando el software CALMAR.

Las fuentes externas (proyecciones demográficas) utilizadas han sido, dentro de cada Comunidad Autónoma:

- Población total de 16 y más años por nacionalidad, española o extranjera
- La población por grupos de edad y sexo: Hombres y mujeres de 16 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años, de 65 o más años.

Estos factores son los utilizados en las estimaciones de características del Cuestionario Individual.

Errores de muestreo

Para la estimación de los errores de muestreo se ha utilizado el **método Jackknife**, que permite obtener una estimación de la varianza del estimador de una característica Y mediante la expresión:

$$\hat{V}(\hat{Y}) = \sum_h \frac{A_h - 1}{A_h} \sum_{l \in h} (\hat{Y}_{(lh)} - \hat{Y})^2$$

siendo $\hat{Y}_{(lh)}$ la estimación de la característica Y que se obtiene quitando el grupo de secciones l del estrato h, y A_h son los grupos aleatorios de secciones formados en el estrato h.

Para obtener el estimador, y por simplicidad, en vez de recalculer los factores de elevación se multiplican los factores del estrato donde se han quitado las secciones por $\frac{n_h}{n_h - \#(lh)}$.

De acuerdo con lo anterior:

$$\hat{Y}_{(lh)} = \sum_{j \in h} F_j y_j + \sum_{\substack{j \in h \\ j \notin lh}} F_j \frac{n_h}{n_h - \#(lh)} y_j$$

donde:

lh es un grupo de secciones del estrato h

n_h es el total de secciones del estrato h

A_h son los grupos de secciones del estrato h

$\#(l)$ es el número de secciones del grupo l

En las tablas se publica el coeficiente de variación en porcentaje, cuya expresión es:

$$C\hat{V}(\hat{Y}) = \frac{\sqrt{\hat{V}(\hat{Y})}}{\hat{Y}} \cdot 100$$

El error de muestreo permite obtener un intervalo de confianza, dentro del cual se encuentra el valor verdadero de la característica estimada.

La teoría del muestreo determina que en el intervalo

$$\left(\hat{Y} - 1,96\sqrt{\hat{V}(\hat{Y})} \quad , \quad \hat{Y} + 1,96\sqrt{\hat{V}(\hat{Y})} \right)$$

existe una confianza del 95 por ciento de que se encuentre el valor verdadero del parámetro Y.

8 Recogida de la información

El período de tiempo en el que se realizará la recogida de la información fue de 12 meses (desde abril de 2009 a marzo de 2010).

El método de recogida de información ha sido el de entrevista personal asistida por ordenador (CAPI). El entrevistador disponía de un ordenador portátil para la lectura de las preguntas y la introducción de las respuestas.

Los entrevistadores visitaron las viviendas para realizar las entrevistas y cumplimentar los cuestionarios de acuerdo con el cupo de trabajo que les fue asignado previamente, realizándose las visitas necesarias para obtener la información requerida.

En las Delegaciones Provinciales del INE se llevaron a cabo los trabajos de recogida, inspección, seguimiento y control de la información. Estos trabajos estuvieron a cargo de los inspectores de encuesta, inspectores de entrevistadores y entrevistadores.

Previamente se impartieron los cursos de formación del personal en Servicios Centrales del INE y en sus Delegaciones Provinciales. En Servicios Centrales se realizaron los cursos de formación dirigidos a los inspectores de Encuesta y en ellos se explicaron los conceptos metodológicos, las normas de cumplimentación del cuestionario, el procedimiento de administración del cuestionario, las normas de realización de los trabajos de campo (recogida e inspección), las incidencias en la recogida y su tratamiento y otros aspectos de orden práctico. Una vez recibido el curso, cada Inspector de Encuesta lo impartió en su correspondiente Delegación Provincial a los inspectores de entrevistadores y a los entrevistadores de la Encuesta.

Con objeto de comprobar sobre el terreno la buena marcha de la recogida de la información, se llevaron a cabo periódicamente inspecciones de las visitas realizadas por los entrevistadores. Además de estas inspecciones periódicas, se efectuaron otras de carácter ocasional en aquellos lugares donde habían surgido problemas o dudas en la recogida.

PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO

La entrevista se ha realizado de forma conjunta entre entrevistador y entrevistado, excepto las preguntas sobre “gasto de su propio bolsillo”,

“consumo de tabaco”, “consumo de alcohol” y “consumo de drogas”, que son autoadministradas, con el fin de preservar aún más la anonimización y facilitar la veracidad en las respuestas.

Durante la primera parte de la entrevista, en la que interviene el entrevistador, se aprovechaba para que el entrevistado se familiarice con el funcionamiento del ordenador y no tuviera dificultades para responder la parte autoadministrada.

Una vez que se terminaba la primera parte de la entrevista, el entrevistador entregaba el ordenador portátil a la persona entrevistada para que continuase contestando ella sola la parte autoadministrada. Al finalizar estos módulos, el cuestionario se cerraba y el entrevistador no podía acceder a las respuestas. No obstante, el entrevistador si que podía intervenir si la persona así lo requería durante el proceso de la autocumplimentación.

UNIDADES BÁSICAS

A efectos de la Encuesta, se definen los siguientes conceptos:

- Vivienda familiar

Se considera vivienda familiar toda habitación o conjunto de habitaciones y sus dependencias, que ocupan 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 uno o varios hogares, y en la fecha de la entrevista no se utilizan totalmente para otros fines. Se incluyen en esta definición:

Los alojamientos fijos: recintos que no responden totalmente a la definición de vivienda familiar por ser semipermanentes (barracas o cabañas), estar improvisados con materiales de desecho como latas y cajas (chabolas, chozas), o no haber sido concebidos en un principio con fines residenciales ni reformados para ser utilizados con estos fines (cuadras, pajares, molinos, garajes, almacenes, cuevas, refugios naturales), pero que sin embargo constituyen la residencia principal y habitual de uno o varios hogares.

Las viviendas de carácter familiar existentes dentro de viviendas colectivas, siempre que estén destinadas al personal directivo, administrativo o de servicio del establecimiento colectivo.

- Hogar.

Se considera que forma un hogar la persona o grupo de personas que residen habitualmente en una vivienda familiar y comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. También se consideran miembros del hogar las personas empleadas residentes en el mismo y los huéspedes fijos residentes en el hogar. Si en la vivienda residen dos o más grupos humanos con presupuestos diferenciados, cada uno de ellos forma un hogar.

Se incluyen en esta definición los hogares privados ubicados en viviendas colectivas, siempre que tengan autonomía de gastos respecto al hogar colectivo.

- Miembros del hogar.

Las condiciones que se establecen para determinar si una persona es o no miembro del hogar, tratan de evitar la posibilidad de que una misma persona pueda clasificarse en más de un hogar o, por el contrario, no pueda clasificarse en ninguno. Se consideran miembros del hogar a todas las personas que han residido en el hogar la mayor parte del tiempo de los últimos 12 meses de forma habitual, o bien piensan residir la mayor parte del tiempo en los próximos 12 meses. Las personas que van a formar un nuevo hogar o que se unirán a uno ya existente se considerarán como miembros del hogar en su nueva localización. En concreto se consideran miembros del hogar:

- 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..., 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 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

e

Encuesta (por ejemplo, ancianos que alternen su residencia viviendo con distintos hijos u otros parientes a lo largo del año).

INCIDENCIAS EN LA MUESTRA Y TRATAMIENTO

Se denominan incidencias las distintas situaciones con que un entrevistador puede encontrarse durante su trabajo en una sección.

En la encuesta se distinguen tres tipos:

- I. Incidencias en viviendas
- II. Incidencias en hogares
- IV. Incidencias en personas

I. Incidencias en viviendas

Toda vivienda, de acuerdo con la situación en que se encontraba en el momento de ir a realizarse la entrevista, se clasificaba en alguno de los siguientes tipos:

I.1 Vivienda encuestable (E)

Es aquella utilizada toda o la mayor parte del año como residencia habitual. La consideración de una vivienda como encuestable era el paso previo para realizar la entrevista.

I.2 Vivienda no encuestable

- Vivienda vacía (V):

La vivienda seleccionada se encuentra deshabitada por haber fallecido o haber cambiado de residencia las personas que vivían en la misma, estar ruinoso o ser una vivienda de temporada.

- Vivienda ilocalizable (IL):

La vivienda no puede ser localizada en la dirección que figura en la relación de viviendas seleccionadas, bien porque la dirección no es correcta, no existe ya la vivienda o por otras causas.

- Vivienda destinada a otros fines (OF):

La vivienda seleccionada se dedica en su totalidad a fines diferentes a residencia familiar, debido a un error en la selección o haber cambiado su finalidad y, por tanto, no forma parte de la población objeto de estudio.

I.3 Vivienda inaccesible (IN):

Es aquella a la que no se puede acceder a realizar la entrevista por causas climatológicas (nevadas, riadas, etc.) o geográficas, cuando no existen vías transitables para llegar a la misma.

I.4 Vivienda seleccionada anteriormente (SA):

Es la vivienda que, habiendo sido seleccionada anteriormente (hace menos de cinco años) en la muestra de cualquier otra encuesta de población y habiendo colaborado en la misma, resulta nuevamente seleccionada.

II Incidencias en hogares

Una vez que el entrevistador localizaba la vivienda seleccionada y comprobaba que era una vivienda familiar principal, es decir, una vivienda encuestable, como resultado de la toma de contacto con el hogar podían presentarse los siguientes casos:

II.1 Hogar encuestado (E)

Se considera así al hogar que se muestra dispuesto a la colaboración y cuya persona seleccionada accede a facilitar la información, lo que posibilita la consecución del cuestionario cumplimentado.

El cuestionario era cumplimentado, en su mayor parte, por el entrevistador con las respuestas que le facilitaba la persona seleccionada. La única excepción a esta regla era el caso en que la misma no podía contestar por enfermedad, discapacidad, o porque fuera a estar ausente durante el periodo de trabajo en la sección por encontrarse hospitalizada; en este único caso podía facilitar los datos referidos a la misma otra persona del hogar capaz de informar sobre su situación (proxy). Habida cuenta de que únicamente podía suministrar la información relativa a la parte del cuestionario que rellenaba el entrevistador, no se pasaba la parte autoadministrada.

II.2 Hogar no encuestado

Esta situación se da cuando el hogar que habita en la vivienda seleccionada no colabora en la encuesta por alguna de las circunstancias que se citan a continuación.

- Negativa (NH)

El hogar en su conjunto o la/s persona/s con que contacta el entrevistador en primera instancia se niega/n a colaborar en la encuesta. Esta incidencia puede presentarse en el momento del primer contacto con el hogar o posteriormente al primer contacto, cuando por alguna razón el hogar en conjunto o alguno de sus miembros se niega a facilitar la información solicitada.

- Ausencia (AH)

Todos los miembros del hogar están ausentes y van a continuar estándolo durante el periodo de tiempo que dura el trabajo de campo en la sección.

- Incapacidad para contestar (IH)

Se presenta esta incidencia cuando todos los miembros del hogar están incapacitados para responder a la entrevista o cumplimentar el

cuestionario, bien por edad avanzada, enfermedad, desconocimiento del idioma o cualquier otra circunstancia y no hubiese otra persona que pudiera informar sobre el hogar y las personas que lo habitan.

III. Incidencias en la persona seleccionada

Tras haber establecido un contacto satisfactorio con el hogar, y una vez cumplimentada la primera parte del cuestionario (incluyendo las personas residentes en la vivienda) y realizada la selección de la persona, podía ocurrir que ésta no suministrase la información solicitada en el cuestionario por alguna de las siguientes causas:

- Negativa (NP)

La persona seleccionada se niega a facilitar la información requerida. Puede tratarse de una negativa inicial rotunda o bien producirse posteriormente, después de haber empezado a colaborar.

- Ausencia (AP)

Se produce esta incidencia cuando la persona seleccionada para responder al cuestionario se encuentra ausente y va a continuar estándolo durante todo el periodo de tiempo que dura el trabajo de campo en la sección.

- Incapacidad para contestar (IP)

La persona seleccionada está incapacitada para responder a la entrevista, ya sea por edad avanzada, discapacidad, enfermedad, desconocimiento del idioma o cualquier otra circunstancia.

Tratamiento de las incidencias

I. Incidencias en viviendas

- Las viviendas vacías, ilocalizables y las destinadas a otros fines se sustituyeron por otras viviendas de la misma sección.

Para ello el entrevistador disponía de una relación de viviendas reservas para utilizarla cuando hubiese que sustituir alguna de las viviendas originalmente seleccionadas (titulares).

- Las viviendas inaccesibles sólo eran objeto de sustitución si no desaparecía la causa de la inaccesibilidad durante el tiempo que durase el trabajo de campo en la sección.
- En el caso de las viviendas seleccionadas anteriormente en otra encuesta de población, cuando esta situación se detectaba antes de la salida a campo, la vivienda era sustituida por la primera reserva válida disponible sin necesidad de que fuese visitada, asignándole la incidencia SA (seleccionada anteriormente).

e

En caso de que la anterior colaboración no se detectara previamente a la salida a campo, sino ya en la propia visita a la vivienda, existían dos posibles tratamientos:

a) Si el grupo humano que habitaba la vivienda aceptaba colaborar en la encuesta se le entrevistaba normalmente, considerándose en este caso la vivienda como encuestable y el hogar como encuestado.

b) Si el grupo humano no aceptaba colaborar debido a una anterior colaboración, se sustituía la vivienda por la primera reserva válida disponible, asignándole la incidencia SA.

II Incidencias en hogares

- Los hogares que se negaban a colaborar son objeto de sustitución. Para las sustituciones se seguirán las mismas normas que en el caso de incidencias en viviendas.
- En el caso de ausencia, el entrevistador se debía asegurar que se trata realmente de una ausencia y no de la circunstancia de que en el momento de la visita todos los miembros del hogar se encuentran fuera de la vivienda.

Una vez comprobada esta situación de ausencia, debía sustituirse la vivienda siguiendo las normas dadas en el apartado de incidencias en viviendas.

- El hogar con incapacidad para contestar también era objeto de sustitución, de acuerdo con las mismas normas.

III Incidencias en personas

- Cuando la persona seleccionada se negaba a colaborar se procedía a la sustitución de la vivienda por una de la lista de reservas, no admitiéndose que la información relativa a aquella fuese facilitada por ninguna otra persona.
- Si la persona seleccionada se encuentra ausente y va a continuar estándolo durante todo el tiempo de trabajo en la sección, se procedía a la sustitución de la vivienda por una reserva.

Únicamente cuando la ausencia de la persona seleccionada se deba a su ingreso en un centro hospitalario, se admitía que respondiese por ella otra persona del hogar que estuviese capacitada para ello (información proxy). En este caso solo se recogía la información relativa a la parte del cuestionario que debe rellenar el entrevistador, pero no la que debe ser autocumplimentada por la propia persona seleccionada.

- Cuando la persona seleccionada no se encuentra capacitada para responder a la entrevista por edad avanzada, discapacidad, enfermedad, desconocimiento del idioma o cualquier otra circunstancia, se permitía que

e

contestase por ella otra persona del hogar que esté capacitada para ello (información proxy), pero con la misma salvedad del apartado anterior.

Si no existe posibilidad de que informe un proxy se sustituía la vivienda por una reserva.

IV Relación de viviendas reservas

Para cada sección censal se disponía de una relación de viviendas que se utilizaban como reservas para sustituir las incidencias en las viviendas titulares. La lista de reservas no era objeto de ampliación, salvo casos excepcionales.

9 Variables y Definiciones. Características fundamentales objeto de estudio.

ESTRUCTURA GENERAL DEL CUESTIONARIO

El cuestionario consta de cinco secciones:

- Características del hogar
- Características sociodemográficas de la persona seleccionada
- Módulo de estado de salud (persona seleccionada)
- Módulo de asistencia sanitaria (persona seleccionada)
- Módulo determinantes de salud (persona seleccionada)

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

La finalidad de esta sección es identificar a las personas que reúnen las condiciones establecidas para ser consideradas miembros del hogar y obtener información básica del hogar y de las personas que lo componen: edad, sexo, relación con la persona de referencia, relación con la actividad económica de cada uno de ellos, tipo de hogar e ingresos del hogar (fuentes y percentil).

Definiciones

Persona de Referencia

Aquella persona del hogar sobre la que “pivotan” las relaciones de parentesco en el hogar y en caso de duda, la que más aporta al presupuesto familiar

Miembros del hogar.

Las condiciones que se establecen para determinar si una persona es o no miembro del hogar, tratan de evitar la posibilidad de que una misma persona

pueda clasificarse en más de un hogar o, por el contrario, no pueda clasificarse en ninguno. Se consideran miembros del hogar:

- 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..., 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 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, ancianos que alternen su residencia viviendo con distintos hijos u otros 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. Las personas que van a formar un nuevo hogar o que se unirán a uno ya existente se considerarán como miembros del hogar en su nueva localización.

Relación de Parentesco:

Cónyuge o pareja. Se deberá considerar tanto el cónyuge legal, por matrimonio religioso o civil, con el adulto seleccionado, como la pareja, legalizada o no, siempre que el adulto seleccionado mantenga con la misma una convivencia continuada (no ocasional o esporádica) en hogar común.

Hijo/a. Se refiere a los hijos del adulto seleccionado y a los de su cónyuge o pareja. Se deberán considerar tanto los hijos consanguíneos como los

adoptados legalmente, no siendo preciso que el entrevistador indague más detalles relativos a la filiación.

Padre/madre. Se deberán considerar tanto los padres biológicos como los adoptivos.

Ingresos del Hogar

En este módulo se recogen exclusivamente los ingresos monetarios regulares percibidos por los miembros del hogar que no son empleadas en el hogar ni huéspedes. Por tanto no se consideran los ingresos de estos últimos. Deben tenerse en cuenta los ingresos de todas las personas que son actualmente miembros del hogar, así como los ingresos percibidos por el hogar en su conjunto.

Por razones prácticas, las siguientes fuentes de ingresos no se consideran: la renta del capital y las inversiones (bienes, activos, ahorros, acciones, participaciones, etc); alquiler imputado, el valor de los bienes producidos para consumo propio; las transferencias de ingresos de otros hogares (por ejemplo, pensión alimenticia); primas que no se pagan en cada período de pago (por ejemplo, acciones de beneficio anual); de fin de año de ajuste (s) para la deducción de impuestos y contribuciones a la seguridad social y las pensiones.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA SELECCIONADA

Las preguntas incluidas son variables independientes que permiten analizar los resultados de la encuesta según características demográficas y socioeconómicas de las personas encuestadas. Corresponden con las variables sociales establecidas por Eurostat.

Una vez seleccionada la persona del hogar que realizará la encuesta se recogen las siguientes características individuales: País de nacimiento, nacionalidad, estado civil (legal y situación de convivencia de hecho con su pareja), mayor nivel de estudios alcanzado, situación profesional actual o última, ocupación, profesión u oficio actual o último y tipo de contrato.

Asimismo, para el caso en que la información proviniese a través de un proxy, se recogía el motivo, y la edad del informante y su relación con la persona seleccionada.

Definiciones

Estudios reglados.

En general se consideran estudios reglados los que pertenecen al sistema oficial de enseñanza o tienen algún reconocimiento oficial (por parte del Ministerio de Educación o de las Universidades), estando regulados oficialmente los requisitos académicos para acceder a ellos, su duración y sus programas, de forma que el

título se obtiene con unas enseñanzas definidas, estables y comunes en lo fundamental, para todo tipo de centros que impartan esos estudios.

A continuación se detallan los estudios (con los sistemas antiguos y el actual) que se incluyen dentro de cada rúbrica. Esta clasificación se corresponde con la Clasificación Nacional de Educación 2000.

Descripción de los niveles de estudios

1. No sabe leer ni escribir

Personas de 10 o más años que no son capaces de leer ni escribir, son capaces de leer pero no de escribir, o son capaces de leer y escribir sólo una o varias frases que recuerdan de memoria, números o su propio nombre.

2. Estudios primarios incompletos

Las personas que saben leer y escribir y han asistido menos de 5 años a la escuela, sin tener en cuenta los posibles años pasados en preescolar o en la educación infantil. Estas personas no suelen poseer ninguna acreditación.

3. Estudios primarios o equivalentes

Personas que saben leer y escribir y han asistido 5 ó más años a la escuela. Recoge los estudios que generalmente se inician a los seis años y finalizan a los once o doce años de edad. En este nivel se incluyen: Educación Primaria (LOE/LOGSE), E.G.B. primera etapa (cinco cursos aprobados), asistencia durante al menos cinco años a la escuela, Educación básica en Centros de Educación Especial (están incluidas todas las personas que han recibido educación en un Centro Especial o en un Aula de Educación Especial en centros docentes en régimen ordinario).

4. Enseñanza secundaria de 1ª etapa (con y sin título de Graduado Escolar o Graduado en Secundaria)

Es la enseñanza que amplía la instrucción de nivel primario. Proporciona una formación de carácter general a las personas cuya edad normalmente está comprendida entre los 11 ó 12 años y los 14 años, en los sistemas antiguos, y los 16 años en el sistema actual, impartándose a lo largo de tres o cuatro cursos escolares. En este nivel se incluyen: Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) / Graduado en Educación Secundaria, E.G.B. (ciclo superior o segunda etapa) / Graduado escolar, Certificado de escolaridad o cualquier otro certificado que acredite la asistencia a la escuela durante el período de escolaridad obligatoria (de los seis a los catorce años, edad en la que ya se puede abandonar) y habiendo superado un mínimo de cursos, Bachillerato elemental (general, laboral o técnico) o cuatro cursos completos de bachillerato de planes anteriores a la Ley General de Educación, Certificado de estudios primarios, expedido con anterioridad a la Ley General de Educación de 1970, Programas de Garantía social, Programas de Garantía social en Educación Especial (están incluidas todas las personas que las han recibido en un centro especial o en una aula de educación especial en centros docentes en régimen ordinario), de los seis a los dieciséis años (edad en la que ya se puede abandonar, aprendizaje de tareas en

e

Educación Especial, asistencia a la escuela durante el período de escolaridad obligatoria.

5. Enseñanza bachillerato

En este nivel se incluyen: Bachillerato (LOE/LOGSE), B.U.P. (con o sin C.O.U.), Bachillerato superior (con o sin preuniversitario)

6. Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes

En este nivel se incluyen: Ciclos de Grado Medio de Formación Profesional o de Artes Plásticas y Diseño y Grado Medio Enseñanzas Deportivas, Título Profesional de Grado Medio de Música y Danza, Escala Básica de la Guardia Civil, Formación profesional de primer grado o equivalente: FP1 y Módulos Profesionales nivel 2, Formación profesional especial o adaptada de primer grado, Otras enseñanzas técnico-profesionales de primer grado: Oficial industrial, Técnico auxiliar, Capataz agrícola, Primer nivel de mandos intermedios, Certificado de aptitud en escuelas oficiales de idiomas, Títulos de antiguas Escuelas de Comercio, Título Profesional de Grado Medio de Música y Danza, Otros estudios reglados equivalentes a todos los efectos a la FP1 o enseñanzas de grado medio de formación profesional específica

7. Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes.

En este nivel se incluyen: Ciclos de Grado Superior de Formación Profesional o de Artes Plásticas y Diseño y Grado Superior Enseñanzas Deportivas, Formación profesional de segundo grado: FP II y Módulos Profesionales nivel 3, otras enseñanzas técnico-profesionales de segundo grado: Delineante, Perito mercantil, Maestro industrial, Técnico especialista, Graduado en cerámica, Segundo nivel de mandos intermedios, Graduado en Artes aplicadas y oficios artísticos, Profesores de enseñanzas del hogar, Título de la Escala de Suboficiales de las Fuerzas Armadas y Guardia Civil, otros estudios reglados equivalentes a todos los efectos a la FP2 (que dan acceso a este título).

8.- Estudios universitarios de 1 y 2º ciclo o equivalentes

En este nivel se incluyen: Estudios universitarios de 1 y 2 ciclo (Diplomado, Licenciado, Ingeniero técnico, Ingeniero Superior, Arquitecto Técnico, Arquitecto), Primer ciclo completo aprobado de 3 años o 180 créditos de un estudio universitario de dos ciclos, Título de Grado Superior de Música y Danza, Arte dramático, Escalas Oficiales de las Fuerzas Armadas y de la Guardia Civil, Estudios Superiores de Diseño, de Cerámica, de Conservación y Restauración de Bienes Culturales, Estudios de Turismo

9. Doctorado o equivalente

Estudios universitarios de postgrado (Doctor Universitario)

Relación con la Actividad Económica

1. Trabajando: Se consideran en esta situación las personas que en el momento de la entrevista tienen una relación contractual por la que reciben una retribución en metálico o en especie.

e

Los empresarios, los trabajadores independientes y los miembros de cooperativas de producción que trabajan en las mismas, se consideran trabajando por cuenta propia.

Se incluyen en esta categoría las personas que estuvieran ausentes de su trabajo por estar de baja. Asimismo, se consideran en esta rúbrica a las personas que no estuvieran trabajando por estar de vacaciones, días de permiso, estar realizando actividades de representación sindical y por desorganización temporal del trabajo por razones tales como mal tiempo, averías mecánicas u otras razones análogas, siempre que estén formalmente vinculadas a su empleo.

Las personas que no estuvieran trabajando por conflicto de trabajo, suspensión disciplinaria de empleo y sueldo, licencia de estudios, licencia de maternidad u otra clase de licencia, se consideran trabajando.

Los suspendidos o separados de su empleo a consecuencia de una regulación de empleo se considerarán ocupados asalariados solamente en caso de que esperen poder reincorporarse a su empresa.

No se considerarán trabajando a las siguientes personas:

- Las personas ausentes de su trabajo o suspendidas y débilmente vinculadas a su empleo.
- Los trabajadores estacionales, ocasionales o discontinuos por cuenta ajena en la época de menor actividad, que no hayan trabajado en la semana de referencia.
- Las personas que se ocupan de su hogar sin remuneración, las que prestan servicios sociales no remunerados o de carácter benéfico y otras personas no remuneradas que ejerzan actividades fuera del ámbito de las actividades económicas.
- Los trabajadores estacionales por cuenta propia y los trabajadores estacionales u ocasionales familiares no remunerados en la temporada de menor actividad, que no hayan trabajado en la semana de referencia.

2. En desempleo: Se consideran paradas, o en desempleo, todas las personas que estén sin trabajo, estén disponibles para trabajar y busquen empleo. Asimismo, son paradas las personas ausentes del trabajo a consecuencia de una suspensión por regulación de empleo, que no crean poder incorporarse a la empresa y que hayan buscado trabajo y estén disponibles para desempeñarlo.

3. Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas Se consideran en esta situación las personas que reciben una instrucción en cualquier grado de formación. Se incluyen las personas que se encuentran preparando oposiciones.

4. Jubilado o retirado del negocio: Se consideran en esta situación las personas que han tenido una actividad económica anterior y que por edad, invalidez u otras causas la han abandonado, siendo su medio de vida las pensiones obtenidas con motivo de su actividad anterior. Se incluyen las personas que reciben una pensión no contributiva de ancianidad/jubilación, es decir, una

prestación periódica que se concede por causa de la edad y que no se deriva de una actividad económica anterior y las pensiones no contributivas de invalidez.

Las personas que reciben una pensión derivada de la cotización de otra persona (viudedad, orfandad, etc.) también se consideran en esta rúbrica.

Las personas que por regulación de plantilla se jubilan anticipadamente (con reducción de la cuantía de la pensión normal) sin cumplir los requisitos generales marcados por la ley para percibir una pensión de jubilación, se clasificarán también en esta rúbrica.

5. Incapacitado para trabajar (incluye pensión de invalidez o incapacidad permanente): Se consideran en esta situación las personas que se encuentran indefinidamente incapacitadas tanto si han trabajado o no anteriormente, como si están cobrando o no una pensión por incapacidad.

Se consideran tanto las incapacidades de nacimiento como las adquiridas de carácter indefinido, pero no las incapacidades de carácter transitorio, es decir, incapacidades temporales debidas a enfermedad común o profesional o a accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria o sea necesaria la baja médica.

6. Dedicado principalmente a las labores del hogar (actividad no económica): Se consideran en esta situación las personas que se dedican principalmente a cuidar sin remuneración su propio hogar (cuidado de la casa, de los niños, etc.). Principalmente no significa exclusivamente, ya que una persona puede dedicarse principalmente a las labores del hogar y cursar algún estudio o trabajar algunas horas al día (siempre que a esta otra actividad le dedique menos tiempo que al hogar). Sin embargo, es importante que la persona estime que se dedica principalmente a las labores del hogar, pues de lo contrario una gran parte de los entrevistados se incluirían dentro de esta opción, ya que casi todas las personas adultas realizan alguna labor en el hogar (hacer la cama, preparar el desayuno, dar el biberón al niño, etc.), y éste no es el objetivo de esta rúbrica.

De lo anteriormente expuesto se desprende que puede haber infinidad de hogares en los que ningún miembro se pueda incluir en la opción de dedicado a las labores del hogar, ya que como se ha señalado, no se incluye en esta opción a quien más tiempo le dedique a estas labores de todos los miembros del hogar, sino a aquélla persona que, entre todas las actividades que realizan, dedicarse al hogar sea la principal.

7. Otras situaciones: Se incluyen en esta categoría aquellas personas que reciben alguna ayuda pública o privada sin ejercer actividad económica alguna y todas aquéllas que no estén incluidas en ninguna de las categorías anteriores: rentistas, personas privadas temporalmente de libertad, etc. Se consideran en esta situación a las personas que con carácter altruista y solidario desarrollan libremente y con gratuidad una actividad asistencial de carácter cívico y social a través de una organización pública o privada de servicios sociales.

Situación profesional:

e

1. Asalariado. Se considera asalariado a aquella persona que trabaja para una empresa u organismo público (asalariado del sector público) o privado (asalariado del sector privado) y que recibe por ello un sueldo, comisión, gratificación, pagos según resultado o cualquier otra forma de remuneración reglamentada en dinero o en especie.

Las personas que cumplen los requisitos para ser asalariadas, no pierden dicha condición aún en el caso de que paguen directamente los impuestos por rendimiento del trabajo personal y/o las cotizaciones a la Seguridad Social

Se incluyen también como asalariados:

- Los socios trabajadores de las sociedades anónimas laborales que tengan una situación laboral de asalariados.
- Los gestores, directores u otros empleados asalariados que no son dueños de la empresa en la que trabajan, aun cuando ejerzan las mismas funciones que los empresarios, como por ejemplo, la contratación o el despido en nombre de la empresa, de otros trabajadores.
- Los trabajadores a domicilio cuando tienen un contrato explícito o implícito o un acuerdo laboral, y su remuneración depende básicamente del tiempo trabajado o de la cantidad producida.

2. Empresario o trabajador autónomo con asalariados. Se considera a aquella persona que lleva su propia empresa, industria o comercio (exceptuando cooperativas), o ejerce por su cuenta una profesión liberal u oficio y que con motivo de ello contrata a uno o más empleados o trabajadores a los que remunera mediante un sueldo, jornal, comisión, etc. Por tanto se incluyen en este apartado los patrones, empresarios y profesionales que incluyen personal asalariado.

No se incluyen en este apartado los miembros de cooperativas de producción, aunque empleen personal asalariado.

3. Empresario o trabajador autónomo sin asalariados. Se considera a aquella persona que lleva su propia empresa, industria, comercio, explotación agrícola o que ejerce por su cuenta una profesión liberal u oficio y no emplea personal asalariado. Se incluyen los que trabajan en su propia empresa con la ayuda exclusivamente de familiares sin remuneración reglamentada; los socios de cooperativas de producción que trabajan en la misma, ya sean las cooperativas de trabajo asociado o de explotación comunitaria de la tierra y los trabajadores a domicilio (cuando no tienen contrato ni acuerdo laboral y las decisiones sobre mercados, financiación, etc. están en manos del propio trabajador que también posee o alquila los bienes de equipo utilizados en el proceso de producción o cuando la remuneración de la persona está en función de los ingresos o beneficios procedentes de la venta de sus bienes o servicios).

4. Miembro de una cooperativa. Son todos aquellos socios de cooperativas de producción que trabajan en las mismas. Los socios trabajadores de las sociedades anónimas laborales no se incluirán en este apartado ya que se consideran asalariados. Tampoco se incluyen en este código los asalariados que

trabajan en las cooperativas. Sí se incluyen los socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado, cooperativas de explotación comunitaria de la tierra, etc.

5. Trabajador en el negocio familiar. Se considera a aquella persona que trabaja sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar con el que convive. A las personas que ayudan a un familiar con el que no conviven y del que no reciben ningún tipo de remuneración, se las considerará no ocupadas. Si reciben alguna remuneración (en dinero o en especie) serán ocupadas y su situación profesional será la de asalariado.

6. Otra situación. Se consideran aquellas personas que no se pueden incluir en ninguno de los apartados anteriores, debiendo reservarse esta opción sólo para casos muy concretos:

- Los asalariados contratados por embajadas extranjeras (son asalariados del sector público de otro país).
- Personas que cooperan en el trabajo de un asalariado y que por eso no pueden ser codificadas como ayudas familiares (ya que para ello ha de haber un empresario o trabajador independiente en la unidad familiar del que serían ayuda familiar). Por ejemplo los trabajadores del sector textil en sus propios domicilios, que perciben un salario por ello y son ayudados por otros miembros de la unidad familiar. Estos últimos no pueden ser considerados ayudas familiares.

Tipo de Contrato

Contrato (o relación laboral) indefinido

Si no existen criterios objetivos para la finalización de un contrato o relación laboral, éste debe ser considerado como indefinido. El trabajo se puede desarrollar de forma permanente a lo largo del año o sólo durante determinados períodos del mismo.

Contrato (o relación laboral) temporal

Con carácter general, se puede definir un empleo como temporal cuando el fin de la relación laboral o del contrato queda determinado por condiciones objetivas, tales como la expiración de cierto plazo, la realización de una tarea determinada, la reincorporación de un empleado al que se había reemplazado temporalmente, la realización de un período de prácticas o formación o la sustitución de la parte de trabajo no desarrollada por los parcialmente jubilados. En el caso de un contrato de trabajo de duración limitada, las condiciones correspondientes para su terminación se mencionan generalmente en el contrato.

e

MÓDULO EUROPEO DE ESTADO DE SALUD

Las características fundamentales objeto de estudio del Módulo Europeo de Estado de Salud, abarcan desde las tres medidas básicas del estado de salud hasta algunas variables seleccionadas del instrumento SF-36 sobre el estado de salud mental, pasando por enfermedades crónicas, condiciones físicas, accidentes, limitaciones funcionales, etc..., tal y como se detalla a continuación.

1. *Mini-módulo europeo de estado de salud*

Se trata de analizar únicamente el estado de salud general, por tanto se excluyen problemas temporales de salud. Se incluye:

1.1 Percepción propia del estado de salud (HS1a, HS1b)

Se distingue la valoración del estado de salud en general y en los últimos doce meses. Se tiene en cuenta tanto el estado de salud físico como mental.

1.2 Enfermedades crónicas o de larga duración (HS2)

Se pretende conocer si el informante tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración. Las principales características de una enfermedad o problema de salud crónico son que es permanente y que puede necesitar un largo periodo de supervisión, observación o cuidado.

Crónico o de larga duración: se refiere a enfermedades o problemas de salud con una duración aproximada de al menos 6 meses; por lo tanto no deben considerarse problemas de salud temporales.

El término enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración no hace referencia a enfermedades o afecciones aisladas, por ejemplo un dolor.

Si el informante padece alguna enfermedad congénita, lesiones debidas a accidentes, defectos de nacimiento... se debe marcar la opción "SI".

Si el informante padece una enfermedad, que aunque no le suponga ninguna molestia, esté supervisada y controlada con medicación, se debe marcar la respuesta SI.. Por ejemplo, una persona con hipertensión.

Deben considerarse los problemas estacionales o intermitentes. Por ejemplo las alergias.

1.3 Limitaciones en actividades debidas a problemas de salud (HS3)

La pregunta hace referencia a actividades que la gente hace habitualmente, no se refiere a las actividades propias del entrevistado ya que, en muchos casos, personas con limitaciones duraderas han pasado por un proceso de adaptación que puede haber producido una reducción en sus actividades. La indicación temporal de al menos seis meses, persigue medir limitaciones duraderas. Nuevas limitaciones que aún no hayan superado el periodo de los seis meses, aunque se piense que vayan a durar seis meses o más, no deben ser consideradas.

Deben tenerse en cuenta lesiones, accidentes y malformaciones congénitas.

Definiciones

Actividades habituales

Se consideran actividades habituales tanto aquéllas relacionadas con la actividad principal (trabajo, estudios, tareas domésticas, actividades de voluntariado, etc.) como aquéllas que se desarrollan en el tiempo libre (relaciones con amigos, práctica de deportes, asistencia a espectáculos, etc.).

2. Enfermedades crónicas o de larga duración. (HS4, HS5, HS6)

Estas preguntas miden los problemas de salud comunes de larga duración, los cuales constituyen una de las principales preocupaciones de la salud pública. El aumento de la importancia de este tipo de enfermedades, no sólo reside en el envejecimiento de la población si no también en el desarrollo de tratamientos terapéuticos, que permite superar este tipo de enfermedades o al menos convivir con ellas, aumentando la esperanza de vida.

El análisis de estas características se distribuye de la siguiente manera:

2.1 Enfermedades padecidas

2.2 Enfermedades diagnosticadas por un médico

2.3 Enfermedades padecidas en los últimos 12 meses

3. Accidentes (HS7, HS8)

El objetivo de las preguntas HS7 y HS8 es investigar la incidencia que tienen los distintos tipos de accidentes en las personas según dónde tienen lugar y la atención sanitaria que precisan.

3.1 Accidentes por tipo en los últimos doce meses:

- Accidentes de tráfico
- Accidentes en el trabajo
- Accidente en el colegio o centro de estudios
- Accidente en casa o en tiempo de ocio:

3.2 Atención sanitaria como consecuencia de un accidente o lesión

Definiciones

Accidente: Acontecimiento fortuito e imprevisto que sobreviene al individuo y le produce un daño corporal identificable. Se incluyen las caídas, quemaduras, golpes, accidentes de tráfico como conductor, pasajero o peatón, etc. Las intoxicaciones también se consideran accidentes. Se incluyen los actos intencionados por parte de otra persona, casos de envenenamiento y las heridas provocadas por animales o insectos. Se excluye la auto-lesión.

Intoxicación y envenenamiento: Alteración del estado de salud de una persona. Se produce por:

- Ingestión de drogas y/o medicamentos (incluye la intoxicación producida por alcohol)

- Ingestión de productos corrosivos, cáusticos, pinturas, barnices y otras sustancias tóxicas bien sean sólidas, líquidas o gaseosas.

- Ingestión de otros productos tóxicos: setas y/o plantas venenosas, etc.

Los accidentes se clasifican en cuatro categorías diferentes:

Accidente de tráfico: todos los accidentes ocurridos en la vía pública, aparcamientos públicos o privados siempre que el accidente no ocurra en el curso del trabajo. El accidente puede ser como conductor, pasajero o peatón.

Accidente en el trabajo: Todos los accidentes ocurridos en el periodo de jornada laboral, incluso si estos no han ocurrido realizando el trabajo habitual o en el lugar donde normalmente realiza su actividad.

Los siguientes casos se considerarán como accidentes en el trabajo:

1. Accidentes durante el periodo de comida o cualquier otro descanso, siempre que sea en el establecimiento de la empresa. Si el accidente se produce cuando una persona abandona el establecimiento de su lugar de trabajo para ir a comer a casa o a otro lugar, se considerará un accidente de tráfico.

2. Accidentes de tráfico en el transcurso del trabajo; resbalones, caídas, agresiones...en lugares públicos (aceras, escaleras...) o en puntos de llegada o partida (estaciones, puertos, aeropuertos...)

3. Accidentes en medios de transporte usados en el curso del trabajo (metro, bus, avión, barco, tren...)

4. Accidentes producidos durante una tarea realizada para el trabajo y accidentes ocurridos en el transcurso del trabajo dentro de las instalaciones de otra empresa.

5. Si la persona va a realizar el trabajo directamente desde casa, sin ir primero a su lugar de trabajo y ocurre un accidente entonces será considerado como accidente en el trabajo

6. Accidentes con máquinas usadas fuera de las carreteras públicas, por ejemplo, carretillas, elevadores, excavadoras, tractores agrícolas...



7. Accidentes que se producen desde casa o desde el lugar habitual de comida al trabajo son considerados accidentes de tráfico.

Accidente en el colegio o centro de estudios: todos los accidentes ocurridos en las instalaciones del centro, incluidos aquellos accidentes que pudieran suceder durante la clase de educación física.

Accidente en casa o en tiempo de ocio: Todos los accidentes que no entran en los grupos anteriores. Los accidentes en casa son accidentes ocurridos en el hogar o en las dependencias externas propiedad del inmueble (escaleras, portal, jardín, garaje...). Puede referirse a su propia casa o a la de otra persona. Los accidentes en tiempo de ocio ocurren en un lugar público o privado mientras realizas una actividad de ocio (gimnasio, pista de fútbol, piscina, rocódromo...)

Ejemplos de actividades de ocio: caminar, correr, juegos con balón, bailar, escalar una montaña, cortar madera....

4. *Problemas de salud y situación laboral (HS9a, HS9b)*

El objetivo es medir los problemas de salud que son consecuencia de las condiciones de trabajo. El análisis se lleva a cabo tanto en personas que trabajan actualmente como en personas que trabajaron en otro periodo, incluyendo personas jubiladas, ya que los problemas de salud se podrían manifestar después de un largo periodo expuesto a la causa que lo provocó. Por tanto se miden:

4.1 Enfermedades o problemas de salud como consecuencia del trabajo actual

4.2 Enfermedades o problemas de salud como consecuencia de un trabajo anterior

5. *Absentismo debido a problemas de salud. (HS10, HS11)*

Las cuestiones relacionadas con el absentismo laboral miden el impacto que cualquier problema de salud tiene en la actividad económica; esto se consigue recogiendo información sobre:

5.1 Ausencia al trabajo por problemas de salud en los últimos 12 meses

5.2 Número concreto de días que se faltó al trabajo por problemas de salud en los últimos 12 meses

Se consideraran toda clase de problemas de salud, tanto físicos como mentales, ya sean estos temporales o crónicos, además de las lesiones.

Solamente se considera la ausencia al trabajo durante jornadas completas. El periodo se refiere a la ausencia y no al tiempo de cuando el entrevistado empezó con su problema de salud. Las ausencias al trabajo por chequeo rutinario que no se refieran a un problema de salud concreto no deben ser consideradas.

Tampoco se consideran las ausencias para cuidar a una persona enferma (por ejemplo, a un niño)

Cuando se hace el cómputo de días se consideraran tanto los días laborables como los que no lo son, incluyendo sábados, domingos y festivos. Por ejemplo, una persona que trabaja de lunes a viernes y que faltó al trabajo por problemas de salud dos semanas deberá reflejar que se ausentó durante 14 días.

La ausencia al trabajo no tiene por qué haber sido certificada por un médico. Por ejemplo, la falta al trabajo durante dos días por motivos de salud no implica que sea necesario un parte de baja médico.

Si la persona no trabajó durante un periodo de tiempo y después se incorporó de forma gradual, por ejemplo trabajando a tiempo parcial, solamente los días que se ausentó por completo deberán ser contabilizados.

6. *Limitaciones físicas y sensoriales.* (PL1, PL2, PL3, PL4, PL5, PL6, PL7, PL8, PL9, PL10, PL11)

Se trata de medir las principales limitaciones funcionales físicas y sensoriales, siguiendo la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Medir la existencia de estas limitaciones constituye una evaluación básica del estado de salud de la población, en términos de capacidad de funcionamiento, independientemente de cual sea el motivo que causó la limitación.

Las características objeto de estudio son:

- 6.1 Visión
- 6.2 Audición
- 6.3 Desplazamientos a pie
- 6.4 Problemas al subir y bajar tramos de escalera
- 6.5 Problemas al arrodillarse o doblarse
- 6.6 Levantar y llevar objetos
- 6.7 Uso fino de la mano
- 6.8 Morder y masticar

El grado de limitación para realizar la actividad se evalúa sin utilizar ayudas (por ejemplo bastón o muletas), excepto para las de visión y audición que si se considera la limitación cuando usan ayudas (gafas y audífono respectivamente) cuando disponen de ellas.

Definiciones

Limitación Funcional: Una persona tiene una limitación en el funcionamiento, si manifiesta algún problema o grado de limitación para realizar alguna de las siguientes actividades: desplazarse a pie, subir y bajar tramos de escalera,

arrodillarse o doblarse, levantar y llevar objetos, hacer uso fino de la mano y dedos, morder y masticar.

El grado de limitación funcional considerado es el máximo grado de limitación que la persona encuentra para realizar alguna de las actividades consideradas.

7. *Actividades de la vida diaria: Actividades de autocuidado (PC1, PC2, PC3, PC4)*

Se trata de medir la dificultad al realizar las actividades de la vida diaria; y en caso de tener problemas en el momento de hacerlas, se quiere evaluar si se dispone de ayuda suficiente y, si la respuesta fuese negativa si sería necesaria una ayuda.

Las actividades de cuidado personal consideradas son:

- 7.1 Alimentarse: Comer y beber
- 7.2 Levantarse y acostarse de la cama
- 7.2 Levantarse y sentarse en una silla
- 7.3 Vestirse y desvestirse
- 7.4 Ir al servicio
- 7.5 Ducharse o lavarse todo el cuerpo.

La medida de la dificultad encontrada al realizar las actividades de la vida diaria constituye una primera evaluación básica del grado de discapacidad en la población. Se trata de recoger lo que el entrevistado hace, no lo que se cree que puede hacer, por lo tanto no se trata de evaluar la capacidad, sino lo que realmente se lleva a cabo. Para valorar el grado de dificultad se excluye la ayuda por parte de otras personas, así como la ayuda técnica y las adaptaciones en la vivienda. El objetivo es asegurarse que las restricciones no son debidas a razones económicas u otras razones (por ejemplo, la no disponibilidad de ayuda personal). En el caso en que una persona tenga distintos grados de dificultad en realizar dos actividades dentro de una característica (por ejemplo levantarse y sentarse), se obtiene la respuesta correspondiente a la actividad con mayor grado de dificultad.

A continuación se pregunta por la disponibilidad de ayudas, el grado de satisfacción de las ayudas recibidas y en caso de no disponer de ellas, la necesidad de contar con el tipo de ayuda. Se consideran los siguientes tres tipos de ayudas:

- Asistencia personal,
- Ayudas técnicas
- Adaptaciones en el hogar

Definiciones

Alimentarse: El entrevistado es capaz de coger la comida del plato y llevarla a su boca, es capaz de llevar un vaso a su boca, cortar la comida, usar el tenedor, la

cuchara, untar mermelada o mantequilla en una rebanada de pan, echar sal a las comidas... Esta actividad excluye hacer la compra o cocinar.

Sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse: El entrevistado debe considerar su dificultad al realizar estas actividades sin considerar ningún tipo de ayuda; el hecho de conseguir estar de pie está incluido. En el caso de que la persona tenga distinto grado de dificultad al realizar las dos actividades, el entrevistador tiene que recoger aquella que ofrezca mayor grado de dificultad para el respondiente.

Vestirse y desvestirse: incluye coger ropa del armario o de los cajones, ponérsela, abrocharse la ropa, atarse los zapatos. En el caso de que la persona tenga distinto grado de dificultad al realizar las dos actividades, el entrevistador tiene que recoger aquella que ofrezca mayor grado de dificultad para el respondiente.

Ir al servicio: hace referencia a las siguientes actividades: usar el papel del baño, limpiarse, quitarse y ponerse la ropa antes y después de hacer su necesidades.

Ducharse o lavarse todo el cuerpo: hace referencia a las siguientes actividades: lavarse y secarse todo el cuerpo, entrar y salir de la ducha o bañera. En el caso de que el respondiente tenga distinto grado de dificultad en estas dos actividades, el entrevistador debe recoger aquella que resulte más sencilla para el entrevistado.

Asistencia personal: significa ayuda recibida de otra persona. Por ejemplo, la ayuda que recibe una persona con alguna discapacidad para lavarse. Puede referirse tanto a la ayuda recibida por otro miembro del hogar o por otra persona que no viva en el hogar.

Ayudas técnicas: pueden ser por ejemplo una silla de ruedas o un bastón

Adaptaciones en el hogar: adaptación del lugar donde la persona con alguna discapacidad vive y sin la cuál no podría desarrollar las actividades diarias. Por ejemplo: baños adaptados, cocinas adaptadas, pasillos anchos (para la gente que necesita silla de ruedas).

8. Actividades de la vida doméstica.(HA1, HA2, HA3, HA4, HA5)

Se trata de obtener información sobre los problemas encontrados al realizar las tareas domésticas por motivos de salud, y si se dispone o no de ayuda y la necesidad de tenerla. Los conceptos y definiciones considerados se basan nuevamente en CIF, y son:

8.1 Preparación de comidas

8.2 Utilización del teléfono

8.3 Realizar compras

8.4 Suministro de medicamentos: ser capaz de tomar su propio medicamento

8.5 Realizar tareas domésticas ligeras

8.6 Realizar tareas domésticas pesadas

8.7 Encargarse de las tareas económicas diarias del hogar

La medida de la dificultad encontrada al realizar las actividades de la vida doméstica constituye una segunda evaluación básica del grado de discapacidad en la población, por un motivo de salud independientemente del origen (problema de nacimiento, edad, accidente, enfermedad...). Se excluyen problemas temporales. El entrevistado debe valorar el grado de dificultad cuando no recibe ayudas, técnicas o personales.

Se trata de evaluar si la persona tiene dificultad cuando realmente realiza estas actividades, no evaluar si tiene capacidad o no para realizarlas. Si el entrevistado no puede valorar la dificultad porque no realiza la actividad debido a que opta porque otra persona realice la actividad, marca la opción "No sabe". En una pregunta posterior se indaga si el motivo de la dificultad es por problemas de salud o por otros motivos.

A continuación se pregunta por la disponibilidad de ayudas, el grado de satisfacción de las ayudas recibidas y en caso de no disponer de ellas, la necesidad de contar con el tipo de ayuda. Se consideran los siguientes tres tipos de ayudas:

- Asistencia personal,
- Ayudas técnicas
- Adaptaciones en el hogar

Se han tabulado los resultados del grado de limitación para realizar las actividades domésticas según el máximo grado para alguna de las actividades consideradas.

Definiciones

Preparar su propia comida: la persona es capaz de preparar comidas para el mismo

Utilizar el teléfono: la persona puede hacer llamadas y responder el teléfono

Realizar compras: la persona puede hacer la compra sin necesidad de la ayuda de otra persona.

Tomar sus medicamentos: la persona no necesita ayuda para tomar su propia medicación. Esta actividad solo se refiere al hecho de que la persona sea capaz de tomar su propia medicación y recordar la dosis, no al hecho de comprar la medicación en la farmacia.

Tareas domésticas ligeras: la persona es capaz de realizar actividades del siguiente tipo: cocinar, fregar la loza, planchar, cuidar a los niños...

e

Tareas domésticas pesadas: la persona es capaz de realizar actividades del siguiente tipo: cargar con compra pesada durante más de 5 minutos, mover muebles pesados, limpieza general de casa, fregar pisos con un cepillo, limpiar las ventanas....

Administrar su propio dinero: por ejemplo, pagar sus propios recibos.

9. Estado físico y mental

Se introducen variables que tratan de medir algunos aspectos del estado de salud tanto a nivel físico como mental con el fin de conseguir una visión general del estado de salud de la población.

Las preguntas que permiten analizar estas características han sido extraídas del instrumento SF36, establecido como una medida de la calidad de vida.

El objeto de estudio de este tópico aparece dividido en dos bloques diferenciados:

9.1 Padecimiento de molestias físicas

9.2 Estado de salud mental. EES se centra fundamentalmente en cuatro aspectos

9.2.1 El impacto emocional

9.2.2. El cansancio psicológico

9.2.3 La vitalidad

9.2.4 El estado de ánimo

El malestar físico se mide a través de una pregunta directa que considera cualquier dolor o molestia física que haya tenido. Para medir la salud mental se obtienen dos indicadores: estado de salud mental positivo y disfunción psicológica. Ambos indicadores se obtienen a través de 9 ítems.

La programación de ambos indicadores se ha realizado de la siguiente manera:

Disfunción Psicológica

Valores de la variable: 0 – 100 (100 representa óptima salud mental)

Variables del cuestionario que intervienen: SF03, SF04, SF05, SF07, SF09

Método de cálculo (según el manual de SF36 pg 18 y 19):

Se renombra las variables: SF03=MH1
SF04=MH2
SF05=MH3
SF07=MH4
SF09=MH5

Se asignan los valores missing:

DO I = 1 TO 5;

IF MHI(I) < 1 OR MHI(I) > 5 THEN MHI(I)=. ; /* las preguntas SFXX tienen valores válidos de 1 a 5, con lo que cualquier valor diferente, incluido NS/NC se considera missing*/
END;

Se definen nuevas variables para SF05 y SF09:

RMH3 = 6-MH3;

RMH5 = 6-MH5;

Se imputa el valor medio a los valores missing:

MHNUM=N(MH1,MH2,MH3,MH4,MH5); /*número de variables MH(i) no missing*/

MHMEAN=MEAN(MH1,MH2,RMH3,MH4,RMH5);

IF MH1 =. THEN MH1 = MHMEAN;

IF MH2 =. THEN MH2 = MHMEAN;

IF RMH3 =. THEN RMH3 = MHMEAN;

IF MH4 =. THEN MH4 = MHMEAN;

IF RMH5 =. THEN RMH5 = MHMEAN;

Se obtiene el valor de la variable siempre que el número de variables no missing sea mayor o igual que tres:

IF MHNUM GE 3 THEN RAWMH = SUM(MH1,MH2,RMH3,MH4,RMH5);

MH = ((RAWMH-5)/(25-5)) * 10 /*Valor de disfunción psicológica*/

Salud Mental Positiva

Valores de la variable: 0 – 100 (100 representa óptima salud mental)

Variables del cuestionario que intervienen: SF02, SF06, SF08, SF10

Método de cálculo (según el manual de SF36 pg 18 y 19):

Se renombra las variables: SF02=VT1

SF06=VT2

SF08=VT3

SF10=VT4

Se asignan los valores missing:

DO I = 1 TO 5;

IF VTI(I) < 1 OR VTI(I) > 5 THEN MHI(I)=. ; /* las preguntas SFXX tienen valores válidos de 1 a 5, con lo que cualquier valor diferente, incluido NS/NC se considera missing*/
END;

Se definen nuevas variables para SF02 y SF06:

RVT1 = 6-VT1;

RVT2 = 6-VT2;

Se imputa el valor medio a los valores missing:

VITNUM = N(VT1,VT2,VT3,VT4);

VITMEAN = MEAN(RVT1,RVT2,VT3,VT4);

IF RVT1 =. THEN RVT1 = VITMEAN;

IF RVT2 =. THEN RVT2 = VITMEAN;

IF VT3 =. THEN VT3 = VITMEAN;

IF VT4 =. THEN VT4 = VITMEAN;

Se obtiene el valor de la variable siempre que el número de variables no missing sea mayor o igual que dos

IF VITNUM GE 2 THEN RAWVT= SUM(RVT1,RVT2,VT3,VT4);

VT = ((RAWVT-4)/(20-4)) * 100; /*Valor de salud mental positiva*/

e

MÓDULO EUROPEO DE ASISTENCIA SANITARIA

Las preguntas del Módulo Europeo de Asistencia Sanitaria pretenden medir la utilización de los principales tipos de servicios médicos: hospitalizaciones, consultas y visitas al médico, al especialista, al odontólogo y a otros profesionales sanitarios. Asimismo se evalúa el consumo de medicamentos por parte del entrevistado, ya sea o no por prescripción médica. Se presta especial atención a la evaluación del uso que hace la población de los servicios de prevención sanitarios y a su satisfacción con los servicios de salud, independientemente de que en un periodo cercano hayan necesitado o no recurrir a ellos personalmente.

Utilizando un formulario autoadministrado, se obtiene información sobre el coste para el ciudadano de los servicios sanitarios utilizados y de los medicamentos consumidos.

Las características anteriormente señaladas se distribuyen en bloques de la siguiente manera:

10. Hospitalizaciones, visitas y consultas a profesionales sanitarios

- 10.1 Hospitalizaciones, especificando si fueron hospitalizaciones para dar a luz
- 10.2 Atenciones en hospital de día
- 10.3 Hospitalizaciones necesarias que no tuvieron lugar
- 10.4 Visitas al dentista u ortodoncista
- 10.5 Consultas y vistas al médico general
- 10.6 Consultas y visitas al especialista
- 10.7 Consultas y visitas necesarias al especialista que no tuvieron lugar.
- 10.8 Consultas y visitas a especialistas de medicina alternativa
- 10.9 Utilización de servicios asistenciales.

Debido al envejecimiento de la población, la demanda de este tipo de servicios va en aumento. Esta variable pretende evaluar si el sistema está preparado para atender la demanda.

Definiciones

Hospitalización. Es todo ingreso en un hospital para recibir asistencia médica o médico-quirúrgica que suponga, al menos, pasar una noche en el mismo o tener una cama asignada. No se considera hospitalización permanecer menos de 24 horas en un servicio de urgencias o en otro servicio para realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas. Tampoco se considera hospitalización la permanencia de las personas que acompañan al enfermo aunque ocupen una cama y estén más de un día.

No hospitalización por “Lista de espera u otras razones debidas al hospital” incluye a personas que en el momento de la entrevista estaban en lista de espera y por tanto no fueron atendidas, personas que habiendo sido ya llamadas están esperando a ser hospitalizadas, así como personas que se desaniman por la propia percepción que tienen sobre las largas listas de espera. Y si el motivo fue que la hospitalización no la cubría el seguro se incluye en la categoría “No me lo podía permitir”

Hospital. 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 enfermos ingresados en el mismo. No se incluyen las residencias de ancianos, orfanatos, guarderías infantiles, casas de beneficencia, etc.

Paciente ingresado: es un paciente que ha sido formalmente admitido u hospitalizado en una institución para un tratamiento o atención y permanece por un mínimo de una noche o más de 24 horas en el hospital u otra institución.

Estancias: número de ocasiones en que una persona fue hospitalizado.

Días ingresado: total de noches que el informante pasó en total hospitalizado en los últimos 12 meses. Si la persona seleccionada está ingresada en el momento de la entrevista, no se consideran esos días.

Ingreso para dar a luz: Se considera que ingresó para dar a luz si la mujer seleccionada fue hospitalizada y se produjo el parto, bien por método natural, bien por cesárea.

Admisión/Ingreso en hospital de día: es la admisión a una cama hospitalaria para diagnóstico y/o tratamiento programado y que recibe el alta antes de medianoche del mismo día. Incluye los ingresos en cama o sillón cama. No incluye estancias en urgencias ni en observación.

Consulta al dentista: Cualquier visita a un profesional titulado (dentista, estomatólogo o higienista dental) para examen, consejo, tratamiento o revisión de problemas de la dentadura o boca.

Consulta al médico general o médico de familia. Cualquier visita a un profesional médico titulado (personal o telefónicamente o a domicilio) para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite. También se consideran como consultas médicas las revisiones y las peticiones de recetas. **No se consideran consultas médicas** los exámenes médicos colectivos (laborales, escolares, etc.), la simple petición de hora o cita, las consultas al estomatólogo, dentista o higienista dental, la realización de cualquier prueba diagnóstica (radiografías, análisis, etc.) o procedimiento terapéutico indicado por un médico, ni los contactos con farmacéuticos u ópticos para la adquisición de prescripciones médicas.

Consultas a especialistas. Hace referencia a las consultas a médicos especialistas en consultas externas o de urgencias, incluyendo al cirujano máxilofacial y otros cirujanos, pero no a dentistas generales. También se consideran las consultas médicas en el lugar de trabajo o centro de estudios, o a un especialista en el

extranjero. No se incluyen las visitas realizadas en el hospital como paciente ingresado o atendido en el hospital de día.

Consulta externa de un hospital o ambulatorio: Consultas realizadas en el propio hospital o en un centro ambulatorio para aquellos pacientes que necesitan diagnósticos, tratamiento y/o rehabilitación que no se pueden proporcionar en el nivel de Atención Primaria, incluyendo la realización de procedimientos quirúrgicos menores. No requieren ingreso en el hospital, sino que se llevan a cabo de forma ambulatoria.

Consulta en un Centro de Salud/ Consultorio: Centros en los que se presta asistencia de atención primaria a beneficiarios de la Seguridad Social. La asistencia es prestada por médicos de familia, pediatras y personal de enfermería.

Servicio de urgencias de un hospital Servicio constituido en el hospital, entendiéndose como tal aquel servicio que cuenta con una plantilla de profesionales organizada que presta asistencia urgente durante las 24 horas del día.

Consulta a Especialistas en centro de trabajo o de estudios Consultas realizadas a especialistas que en ocasiones hay en el centro de trabajo o centro de estudios. En el caso particular de que el centro de trabajo sea un hospital y uno de los trabajadores (enfermeras, recepcionistas....) pida consulta para ser atendido, no se considera como consulta en su lugar de trabajo, sino que se marca la opción "Consulta externa de un hospital o ambulatorio"

Enfermero/a: personal dedicado a la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Fisioterapeuta: especialista que utiliza tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de la misma. El fisioterapeuta aplica una o más de las siguientes terapias para recuperar o mejorar las funciones motoras: terapia de movimiento, masaje terapéutico y terapia física en sentido estricto, es decir, la aplicación de estímulos físicos, electroterapia, hidroterapia, balneoterapia... Las terapias pueden llevarse a cabo en hospitales públicos, consultas privadas, hospitales de día, colegios, gimnasios... Los fisioterapeutas tratan problemas de huesos, músculos, problemas circulatorios o del sistema nervioso.

Dietistas, nutricionistas: especialista que desarrolla actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública. Recomendando dietas específicas o cambio en los hábitos alimenticios previenen y tratan ciertos tipos de enfermedad

Logopeda: especialista que desarrolla actividades de prevención, evaluación y

e

recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. El logopeda evalúa, diagnostica y trata problemas de lenguaje, comunicación, voz, fluidez verbal y otros problemas similares. Trabaja con personas que no pueden producir sonidos o no pueden producirlos claramente, con personas con problemas de fluidez, por ejemplo, tartamudos, además de con gente con desórdenes de voz, por ejemplo graves y agudos inapropiados. También trabaja con personas que desean mejorar sus habilidades de comunicación modificando su acento y con personas con problemas de comunicación tales como atención, memoria....Entre sus pacientes también se encuentran personas que tienen dificultades para tragar.

Quiropráctico: profesional que trata anomalías del cuerpo que son causadas por interferencias con el sistema nervioso. El tratamiento generalmente incluye la manipulación de la columna vertebral. La Quiropráctica se basa en la premisa de que la buena salud depende de un sistema nervioso que funcione correctamente. Así, la manipulación vertebral no se usa tan sólo para combatir la enfermedad sino para tratar sus causas, manteniendo el bienestar del paciente.

Terapeuta manual: fisioterapeuta especialista en intervenciones de terapia manual y técnicas para tratar problemas de movimientos que generan dolor. Generalmente trata problemas de espalda, cuello, tensión muscular, problemas de cadera y rodilla y dolores de hombro. La terapia manual se define como la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

Terapeuta ocupacional: especialista que aplica técnicas y realiza actividades de carácter ocupacional que tienden a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones. El terapeuta ocupacional ayuda a sus pacientes a mejorar su habilidad para realizar sus tareas en la vida diaria incluidas las laborales. Trabajan con individuos que tienen algún tipo de discapacidad mental, física, de desarrollo o emocional. Ayudan a desarrollar, recuperar o mantener las actividades diarias y habilidades en el trabajo, por ejemplo, utilizar el ordenador, vestirse, cocinar, comer...

Otros paramédicos: audiólogos, podólogos, protésicos...

Homeópata por motivos curativos proporciona pequeñas dosis de sustancias, las cuales dadas en proporciones mayores proporcionarían los mismos síntomas de la enfermedad a personas completamente sanas. El homeópata selecciona las dosis de las sustancias según la persona, no teniendo solamente en cuenta su enfermedad, sino también su estilo de vida, su estado emocional y mental y otros factores.

Acupuntor: trata las dolencias insertando agujas en distintas partes del cuerpo del paciente en función de los órganos afectados por la enfermedad

Herborista/fitoterapeuta: utiliza plantas o extractos de plantas para tratar una enfermedad o mejorar la salud del paciente.

e

Otro profesional de medicina alternativa: utilizan otras formas de cuidados médicos y productos que no son considerados parte de la medicina tradicional, excluyendo a los citados anteriormente. Por ejemplo: profesionales especializados en aromaterapia, musicoterapia, medicina oriental...

Atención domiciliaria: hace referencia a la atención tanto médica como no médica a personas con algún tipo de enfermedad física o mental, con algún tipo de discapacidad o a personas que por su avanzada edad no pueden realizar actividades de cuidado personal o tareas del hogar.. Incluye servicios a domicilio proporcionados por un enfermero o matrona de un hospital, por agencias, asociaciones o por voluntarios.

Atención domiciliaria prestada por un enfermero o matrona: hace referencia a la atención tanto médica como no médica realizada por un enfermero o matrona a personas con algún tipo de enfermedad física o mental, con algún tipo de discapacidad o a personas que por su avanzada edad no pueden realizar actividades de cuidado personal o tareas del hogar.

Ejemplos de servicios médicos prestados: asistencia extra después de una estancia en el hospital, asistencia a personas con problemas de salud crónicos que necesiten una atención por un largo periodo de tiempo, diálisis, instrucciones de cuidado a padres antes y después del nacimiento de sus hijos.

Ejemplos de servicios no médicos prestados: asistencia para higiene personal, comida, vestir, baño...

Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas o para las personas mayores: estos servicios incluyen tareas tales como limpiar la casa, preparar la comida, hacer la colada, planchar, dar o recordar la medicación, ayudar con tareas económicas o financieras del hogar, hacer compras... Estos servicios son ofrecidos por los ayuntamientos, asociaciones privadas, ONGs.... con el fin de permitir a aquellas personas con necesidades seguir viviendo en sus propios domicilios.

Comidas a domicilio para personas mayores: servicio que tiene como finalidad proporcionar la comida a personas que no pueden salir de casa para hacer su compra o que tienen dificultad en preparar su propia comida debido a que padecen algún tipo de enfermedad física o mental, tienen algún tipo de discapacidad o porque su avanzada edad se lo impide.

Servicios especiales de transporte a domicilio: servicios que permiten desplazarse a las personas que están confinados en sus casas debido a algún tipo de discapacidad o debido a su avanzada edad. Los desplazamientos puede ser por distintos motivos, por ejemplo, visitas al médico, ir a la compra o actividades de ocio...

Otros servicios de asistencia domiciliaria: incluye el apoyo al desarrollo personal dirigido a personas con enfermedades físicas o mentales o con algún tipo de discapacidad que se encuentran aisladas por su situación. La finalidad es ayudarles a superar barreras en el acceso al empleo, a la educación y ofrecerles la oportunidad de participar en actividades recreativas. También se incluye

apoyo moral, general y familiar. Así como ayuda a la interpretación para sordomudos y ayuda a la lectura para ciegos.

11. Consumo de medicamentos.

Estas preguntas miden el consumo de medicamentos por parte de la población, hayan sido o no recomendados por un profesional sanitario. Los medicamentos considerados son tanto los que tienen fines curativos como preventivos. Su consumo ha aumentado en las últimas décadas, posiblemente por el incremento de la población de avanzada edad y puede ser un indicador de la accesibilidad, de la calidad y del coste.

11.1 Consumo de medicamentos recetados o recomendados por un médico

11.2 Consumo de medicamentos no recetados por un médico

Definiciones

Medicamento. Toda **sustancia medicinal** y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas, que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias, o para afectar a funciones corporales o al estado mental.

Medicamentos recetados: se consideran aquellos que un médico ha prescrito o recomendado a la persona seleccionada y que ésta ha consumido en el periodo de referencia. Si los ha recomendado un farmacéutico, no se consideran recetados. Sólo son medicamentos las especialidades farmacéuticas, las fórmulas magistrales, los preparados o fórmulas oficinales y los medicamentos prefabricados. Se excluyen los productos de higiene personal, vendas y otros apósitos, productos de alimentación, cosmética, caramelos, chicles, etc.

Los productos homeopáticos son medicamentos regulados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Tratamiento homeopático es el método terapéutico que se basa en la administración de pequeñas dosis de sustancias medicamentosas para activar las propias defensas de nuestro organismo y llegar suavemente a la mejoría o curación de las enfermedades)

12. Prácticas preventivas

Bajo este título se incluyen las cuestiones cuya finalidad es medir el uso de los servicios de cuidados preventivos por parte de los ciudadanos. Con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población y disminuir la mortalidad, son necesarias acciones preventivas, que constituyen un elemento estratégico para conseguir un sistema de cuidados de salud sostenible y de calidad enfocado, entre otras cosas, al incremento de la esperanza de vida.

Las características recogidas a través de estas preguntas son:

12.1 Vacunación contra la gripe

12.2 Toma de la tensión arterial

- 12.3 Medición del nivel de colesterol
- 12.4 Medición del nivel de azúcar en sangre
- 12.5 Pruebas preventivas para la mujer: mamografía
- 12.6 Pruebas preventivas para la mujer: citología vaginal
- 12.7 Pruebas de sangre oculta en heces

Definiciones

Vacuna contra la gripe: Se considera la vacuna antigripal estacional. No se considera la vacuna contra la variante H1N1.

Toma de la tensión arterial: Es la medición de la tensión arterial sistólica y diastólica realizada por un profesional sanitario. Se considera también la toma de la tensión por farmacéuticos en la propia farmacia.

Medición de niveles de colesterol Es la determinación de las cifras de colesterol total sérico.

Medición de nivel de azúcar en sangre: Es la determinación de la cifra de glucosa en sangre en ayunas.

Mamografía: radiografía o imagen de rayos X de las mamas que es usada para el diagnóstico de diversas lesiones en las mamas.

Citología vaginal: consiste en la toma de una muestra de células que son analizadas en laboratorio. Es un medio de diagnóstico de cáncer de cuello de útero y vaginal y de determinadas infecciones. Permite también conocer la actividad hormonal de la mujer.

13. Satisfacción con los servicios sanitarios.

Para medir la satisfacción de la población con los servicios sanitarios se incluyen cinco cuestiones, considerando que la valoración de los distintos servicios podrá ser completamente diferente.

- 13.1 Satisfacción con servicio de hospitales, incluyendo urgencias
- 13.1 Satisfacción con servicios de dentistas, ortodoncistas y otros especialistas de asistencia dental
- 13.3 Satisfacción con servicio prestado por especialistas
- 13.4 Satisfacción con servicio prestado por médicos de familia
- 13.5 Satisfacción con servicios de asistencia domiciliaria

14. Gastos en servicios médicos y medicamentos.

Se trata de medir el coste de cualquier tipo de asistencia sanitaria (médica, dental o farmacéutica) no gratuita y no reembolsado por el Estado, compañía de

seguros o empresa privada. Sólo se consideran gastos de su propio bolsillo los costes que haya que tenido que pagar directamente la persona. Se incluyen:

- 14.1 Gastos en su propia atención dental
- 14.2 Gastos en visitas al médico de familia, médico general o a especialistas
- 14.3 Gastos en medicamentos recetados por un médico

Solo se considera el gasto realizado por alguna consulta realizada a dentistas o médicos generales o especialistas en las cuatro últimas semanas y por algún medicamento consumido o usado en las últimas dos semanas. Aunque el pago se haya realizado fuera de los periodos considerados, se debe tener en cuenta si el servicio ha sido prestado o el medicamento consumido en su periodo respectivo.

Definiciones

Gastos de su propio bolsillo: el coste de cualquier asistencia sanitaria que se haya recibido (médica, dental o farmacéutica) de manera gratuita y no haya sido reembolsado por alguna mutualidad pública, compañía de seguros o empresa privada. Sólo se consideran gastos de su propio bolsillo los costes que se hayan tenido que pagar directamente por la persona seleccionada o que otro miembro del hogar lo haya hecho en su lugar. Si después de realizar el pago, se ha reembolsado total o parcialmente los gastos (ya sea una mutualidad del Estado - MUFACE, ISFAS o MUGEJU-, una compañía de seguros privada o como ayudas sociales de su empresa), se debe considerar únicamente la parte no reembolsada. En el caso de que todavía no se haya recibido el reembolso, los gastos de su propio bolsillo se estimarán restando la cantidad que se espera que sea reembolsada de la cantidad total pagada por dicha asistencia sanitaria. No se considera como gastos de su propio bolsillo los pagos realizados a las compañías en concepto de primas de seguros.

Si no ha abonado nada pero ha utilizado el servicio, se anota 0 en el espacio destinado a responder.

MÓDULO EUROPEO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

Las preguntas de este módulo pretenden evaluar las características físicas (peso y altura) y los hábitos aconsejables para la salud, como por ejemplo el ejercicio físico y el consumo de frutas y verduras. Se pretenden analizar los distintos estilos de vida y condiciones medioambientales y sociales que inciden en la calidad del estado de salud, tales como la exposición al ruido, a la contaminación, al acoso o intimidación. Se incluye una parte autoadministrada en la que la persona entrevistada manifiesta sus hábitos hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

De forma detallada las características recogidas son las siguientes:

15. Características físicas

Se recoge la altura y el peso de la persona seleccionada con el fin de averiguar el Índice de Masa Corporal. En caso de que el informante desconozca con exactitud ambas variables, dará una estimación. Las mujeres embarazadas deben proporcionar su peso antes del embarazo.

Definiciones

Índice de Masa Corporal El índice de masa corporal (ICM) se define como la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros). $ICM = \text{kg} / \text{m}^2$

La clasificación de categorías según el IMC para los menores de 18 años se ha realizado para el peso insuficiente, según la propuesta: *Cole TJ, Flegal, KM, Nicholls D, Jackson AA "Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey". BMJ 2007;335:194-197*, y para obesidad y sobrepeso, según: *Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6.*

16. Actividades físicas

El interés por medir las actividades físicas que realizan los individuos de la población está ligado a la preocupación por las consecuencias de la obesidad, desde el punto de vista del estado de salud, y al efecto que su práctica tiene en la disminución de la mortalidad. Reduce la posibilidad de contraer cáncer, diabetes, depresión y es un factor importante en la prevención de la osteoporosis.

Se recoge información sobre:

16.1 Realización de actividades físicas intensas

16.2 Realización de actividades físicas moderadas

16.3 Tiempo dedicado a caminar

Definiciones

Actividad física intensa: son actividades que requieren mucho esfuerzo físico y que hacen que la persona respire más fuerte de lo normal. Por ejemplo:

Actividades intensas en el trabajo: cargar pesos pesados, cavar...

Actividades intensas en el hogar: excavar en el jardín, cargar con pesos pesados, cortar madera...

Actividades intensas en tiempo de ocio: hacer aeróbic, correr, nadar rápido, montar en bicicleta a gran velocidad, jugar al fútbol...

Actividad moderada: actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y hacen que la persona respire de forma más agitada de lo normal.

Ejemplos de actividades moderadas: cargar con pesos ligeros, ir en bicicleta a velocidad normal, fregar la casa o limpiar el jardín.

e

Actividad física ligera: caminar al menos durante 10 minutos seguidos

17. Consumo de frutas y verduras.

Tanto Eurostat como los Estados Miembros consideran que al igual que el ejercicio físico, el consumo de frutas y verduras constituye un determinante fundamental para un buen estado de salud, de ahí el interés por incluir preguntas que midan el consumo de estos alimentos. Las características estudiadas son:

17.1 Frecuencia del consumo de frutas

17.2 Frecuencia del consumo de verduras o ensaladas

17.3 Frecuencia del consumo de zumos naturales de frutas o verduras

18.El entorno ambiental y social

Muchos estudios indican la estrecha relación entre el entorno y el estado de salud, de ahí que tanto Eurostat como los países miembros hayan decidido incluir estas características en el módulo de determinantes de salud. No hay que olvidar que además constituye una información imprescindible para el desarrollo de importantes políticas.

Las características fundamentales analizadas son:

18.1 Grado de exposición a la contaminación, al ruido y a los malos olores

18.2 Grado de exposición a la delincuencia, violencia o vandalismo en la zona donde reside

18.3 Grado de exposición al acoso, discriminación o violencia en su lugar de trabajo

18.4 Grado de sobrecarga en el trabajo

18.5 Riesgo de accidente en el trabajo

18.6 Exposición a posturas forzadas, movimientos o manejo de cargas pesadas en el trabajo.

Con objeto de preservar la intimidad del informante, en caso de que hubiese alguna persona ajena al entrevistador y entrevistado presente, se suministraba una tarjeta con las respuestas.

Se entiende por estar expuesto como la existencia de las condiciones mencionadas. En el caso de exposición en el trabajo a unas condiciones, éstas pueden ser provocadas por las circunstancias del entorno del lugar de trabajo, como por personas que trabajan en el mismo establecimiento o por clientes.

Solamente se considera el ruido en los hogares debido a factores externos del hogar, es decir, se excluye el ruido producido dentro del hogar o por un miembro del hogar. El ruido en el centro de trabajo puede ser el causado por el



propio tipo de trabajo, el realizado por otros compañeros o el que proviene del exterior, como por ejemplo el causado por un tráfico excesivo.

Definiciones

Zona donde reside se refiere al área donde se encuentra la vivienda donde reside.

Lugar de trabajo: se refiere al entorno geográfico del trabajo, generalmente hace alusión al local o establecimiento donde se realiza la actividad laboral. Para aquellos trabajadores que no desempeñan su actividad en un establecimiento, por ejemplo, bomberos, guardas forestales..., se debe considerar el entorno general donde ellos desarrollan su trabajo.

Violencia o trato violento: hace referencia al uso de fuerza física hacia otra persona o grupo de personas que tenga como consecuencia daño físico, sexual o psicológico. Se consideran tanto las situaciones reales como la sensación de miedo ante estas acciones.

En el caso de violencia en el entorno del hogar, se considera la que puede ser causada por personas tanto fuera como dentro del hogar.

La violencia en el trabajo no solamente puede provenir de un compañero, superior o subordinado, sino de otra persona con la que se relacione el informante en su lugar de trabajo, por ejemplo, un cliente o proveedor.

Acoso o intimidación: se refiere a un comportamiento intencionado en contra de una persona o grupo de personas que tenga como consecuencia un daño físico, mental, moral o consecuencias negativas en el comportamiento social de la persona. La violencia psicológica debe ser considerada en esta categoría.

El **acoso psicológico** cubre todas las formas de comportamiento abusivo, conductas sistemáticas o repetitivas contra una persona, palabras, actos, gestos o escritos que pudieran afectar negativamente en la personalidad, la dignidad o bienestar de la persona.

Acoso sexual se refiere a una conducta no deseada de carácter sexual, o a otra conducta en relación al sexo, afectando a la dignidad del hombre o de la mujer en el trabajo. Incluye la ofensa verbal.

Discriminación: se refiere a un tratamiento despectivo hacia una persona debido a sus características personales o a la categoría de personas a la que pertenece (raza, condición social...)

Presión o sobrecarga de trabajo: se refiere al volumen de trabajo que debe ser realizado durante la jornada laboral, cuando esa demanda supera las habilidades y recursos de la persona que debe desempeñarlas.

Productos químicos, polvo, humos o gases: La exposición a este tipo de productos se refiere a tener que manejarlos, tocarlos o inhalarlos.

No se consideran factores como la radiación, presencia de campos magnéticos, temperaturas no adecuadas y condiciones de luz no apropiada.

Una persona con más de un trabajo debe considerar todos en el momento de responder.

19. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es uno de los principales determinantes del estado de salud. En todos los países de la Unión Europea se están desarrollando notables políticas enfocadas a la limitación del consumo de tabaco, con la finalidad de evitar enfermedades derivadas del hábito de fumar.

Las características fundamentales objeto de estudio son:

19.1 Conocer si se trata de un fumador habitual

19.2 Tipo de tabaco consumido por un fumador habitual

19.3 Número de unidades consumidas a diario por el fumador habitual

19.4 Años que ha fumado y número de unidades consumidas a diario por los ex-fumadores.

19.5 Frecuencia del tiempo expuesto a ambientes de humo.

Se cuantifica el número de fumadores pasivos y la intensidad a la que están sometidos a ambientes de humo.

Definiciones

Consumo de tabaco **al día**: Por día se entiende el día completo que termina cuando la persona se va a la cama, sin tener en cuenta la hora, aunque sea después de media noche

20. Consumo de alcohol.

Al igual que el consumo de tabaco, el consumo de alcohol es considerado uno de los principales determinantes del estado de salud, siendo el factor causante de numerosas enfermedades de larga duración

El grupo de preguntas está diseñado para detectar a las personas que tienen el hábito de consumir alcohol con frecuencia, qué tipo de bebidas y qué cantidad consumen según el día de la semana y si el consumo del alcohol de la persona entrevistada se considera excesivo.

Se pueden resumir las características analizadas como:

20.1 Detectar si se consume alcohol con frecuencia

20.2 Tipo de bebida consumida cada día de la semana

20.3 Cantidad de alcohol consumido cada día de la semana

20.4 Frecuencia con la que se consume alcohol de forma excesiva.

Definiciones

Frecuencia de consumo de alcohol: Se entiende por vez cada uno de los diferentes momentos del día en los que se consume bebidas con alcohol (por la

mañana, a la hora del aperitivo, con la comida, por la tarde, por la noche, etc.). Por ejemplo, si una persona bebe vino en la comida y en la cena, se considera dos veces. Sin embargo, si una persona bebe por la tarde una bebida con alcohol, a continuación toma refrescos y luego sigue tomando otras bebidas que contienen alcohol, se considera una única vez.

Consumo intensivo de alcohol: Consumo en una misma ocasión de 6 o más bebidas. Se entiende en una misma ocasión el consumo en una misma situación, por ejemplo, un tiempo continuado de ocio, una comida, una fiesta... No se considera en un día completo, salvo que el consumo fuese continuado en todo el día.

21. Consumo de drogas

Aunque recabar información sobre el consumo de drogas es una labor complicada, existe un especial interés debido al impacto que ello supone en el estado de salud de los consumidores. Con el fin de que las personas entrevistadas proporcionen respuestas más sinceras y les resulte más difícil abandonar las preguntas que pueden considerar comprometedoras, en la formulación de estas preguntas se utiliza la estrategia de aproximaciones sucesivas, que consiste en introducir otras preguntas sobre consumo de drogas por personas del entorno, poco o nada inculpadoras, que permitan aproximar progresivamente al encuestado a la pregunta objetivo.

Este tipo de preguntas permitirá a su vez evaluar de forma indirecta el propio consumo.

Concretando, las características objeto de estudio se centran en:

- 21.1 Personas del entorno que consumen cannabis
- 21.2 Propio consumo de cannabis
- 21.3 Personas del entorno que consumen otro tipo de drogas
- 21.4 Propio consumo de otro tipo de drogas

Definiciones

Cannabis: Cáñamo índico, usado como estupefaciente.

Hachis: Compuesto de ápices florales y otras partes del cáñamo índico, mezcladas con diversas sustancias azucaradas o aromáticas, que produce una embriaguez especial.

Marihuana: Cáñamo índico, cuyas hojas, fumadas como tabaco, producen trastornos físicos y mentales.

María: (jerga) Marihuana.

Costo: Hierba vivaz, propia de la zona tropical, y correspondiente a la familia de las Compuestas. El tallo es ramoso, las hojas alternas y divididas en gajos festoneados, las flores amarillas, y la raíz casi cilíndrica, de dos centímetros de

diámetro aproximadamente, porosa, cenicienta, con corteza parda y sabor amargo. Pasa por tónica, diurética y carminativa.

Porros: Cigarrillo liado, de marihuana, o de hachís mezclado con tabaco.

10 Difusión de los resultados

Se dispone de los siguientes tipos de publicaciones:

RESULTADOS DETALLADOS.

Se proporcionan tablas estadísticas que cubren las variables investigadas clasificadas por características sociodemográficas a nivel nacional y autonómico.

Se obtienen tablas de errores de muestreo y se analiza la falta de respuesta. Su difusión se realiza en formato de publicación electrónica a través de las webs del INE y del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

FICHEROS DE MICRODATOS

Los ficheros finales de microdatos son la base para atender peticiones de información que exijan explotaciones concretas y detalladas. El contenido de estos ficheros se ajustará a lo establecido en la Ley de la Función Estadística Pública respecto a la confidencialidad de los datos individuales y su difusión corresponde tanto al Instituto Nacional de Estadística como al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.