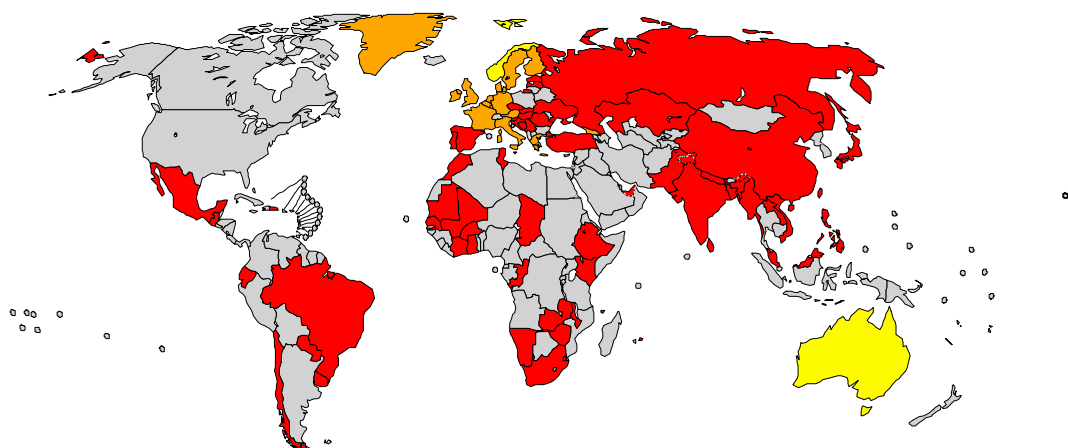


## ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD

La Encuesta Mundial de Salud (EMS) surge para dar respuesta de una forma fiable y económicamente accesible a la necesidad de información sobre la salud y los sistemas de salud de los países de la OMS, sobre todo aquellos que no tienen sistemas de información establecidos. Al mismo tiempo intenta resolver el problema de la comparabilidad entre países y regiones y establecerse a largo plazo como parte de la recogida rutinaria de información sobre la salud de en los países miembros de la OMS.

En términos generales, se trata de una encuesta estructurada en módulos que introduce nuevas formas metodológicas del enfoque de la medida de la salud y enfatiza la comparabilidad de la información.

La aplicación de la EMS consta de varias fases. En esta primera fase, considerada como pilotaje, han participado 71 países con un total de 185.369 entrevistas.



### 71 Encuestas in 71 países

<span style="color: red;">■</span>	Cuestionario largo:	53
<span style="color: orange;">■</span>	Cuestionario corto:	14
<span style="color: yellow;">■</span>	Encuesta telefónica:	4

**PAISES PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD 2002**

AFRO	AMRO/PAHO	EUROPA		EMRO	SEARO	WPRO
		Eurobarómetro	Otros países			
Burkina Faso	Brasil			Emiratos Arabes	Bangladesh	Australia
Chad	Chile	Alemania	Bosnia-Herzegovina	Marruecos	India	China
Congo	Ecuador	Austria	Croacia	Paquistán	Myanmar (Birmania)	Filipinas
Costa de Marfil	Guatemala	Belgica	Eslovaquia	Túnez	Nepal	Laos
Etiopía	México	Dinamarca	Eslovenia		Sri Lanka	Malasia
Ghana	Paraguay	España	Estonia			Vietnam
Islas Comores	República Dominicana	Finlandia	Georgia			
Kenya	Uruguay	Francia	Hungría			
Malawi		Gran Bretaña	Israel			
Mali		Grecia	Kazakhstan			
Mauricio		Holanda	Lituania			
Mauritania		Irlanda	Noruega			
Namibia		Italia	República Checa			
Republica Surafricana		Luxemburgo	Rumania			
Senegal		Portugal	Rusia			
Swacilandia		Suecia	Turquía			
Zambia			Ucrania			
Zimbabwe			Servia y Montenegro			

Total: 74

Cada uno de los países implicados ha contribuido con una muestra formada por, al menos, 5.000 individuos mayores de 18 años, seleccionados entre todos los hogares de cada país para que los resultados obtenidos sean representativos y permitir el análisis interno de cada país.

Los resultados de esta primera etapa serán publicados a lo largo de 2004.

**Cuestionario:**

La EMS consta en realidad de dos cuestionarios diferentes, uno para recoger información sobre hogares y otro que recoge información del individuo seleccionado. Ambos cuestionarios están estructurados en módulos:

1. Cuestionario de hogares:
  - Información demográfica sobre los componentes del hogar
  - Información sobre personas que necesitan cuidados
  - Aseguramiento
  - Indicadores de ingresos
  - Gastos en salud
  - Miembros del hogar que trabajan en el campo de la salud
  
2. Cuestionario individual:

- Características sociodemográficas de los entrevistados
- Descripción del estado salud
- Autoevaluación del estado de salud
- Factores de riesgo
- Mortalidad
- Cobertura (referida a como el sistema de salud atiende las necesidades de la población)
- Respuesta del Sistema sanitario ante las demandas de las personas
- Capital social y objetivos de salud

Por otro lado, se han utilizado tres tipos de encuesta: en unos países se ha utilizado el cuestionario completo, en otros un cuestionario reducido y en un tercer grupo, un cuestionario diseñado para la encuesta telefónica.

En todos los países la encuesta se ha desarrollado en los diversos idiomas oficiales. En total el cuestionario se ha traducido a 43 idiomas.

A continuación se recogen resultados preliminares de dos de los módulos más novedosos: el módulo de gasto sanitario y el de salud auto-percibida.

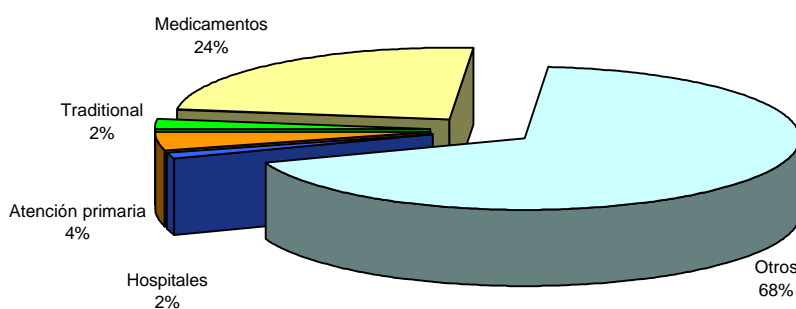
## ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD

La EMS recoge información para contestar a preguntas tales como quién paga dentro del hogar, cuanto y por que clase de servicios sanitarios; cómo estos gastos sanitarios influyen en la economía doméstica y qué hogares tienen un mayor riesgo de sufrir problemas económicos en el caso de que tuvieran que enfrentarse a gastos sanitarios cuantiosos e inesperados.

La forma de cálculo empleada se basa en el concepto de ‘out-of-pocket’ (Oop), término anglosajón que se puede traducir como ‘gastos de bolsillo’, definido como el gasto ‘per capita’ en el hogar como pago por servicios relacionados con la salud tales como consultas médicas, ingresos hospitalarios, medicamentos, medicinas alternativas, etc, excluidos aquellos que son reembolsados por aseguradoras. En esencia cuantifica los gastos en salud que deben ser satisfechos directamente por los hogares sin que exista una forma alternativa de pago.

El aspecto más importante del hecho de que un hogar deba hacer frente a desembolsos en materia de salud es su repercusión en la economía doméstica. Este aspecto económico se estudia a partir de la ‘capacidad de pagar’ de los hogares, definida como la parte de los ingresos del hogar no invertida en pagar la manutención familiar. En definitiva, mide el grado de afectación de la economía del hogar tras hacer frente a un gasto en salud inesperado.

Estructura del out-of-pocket



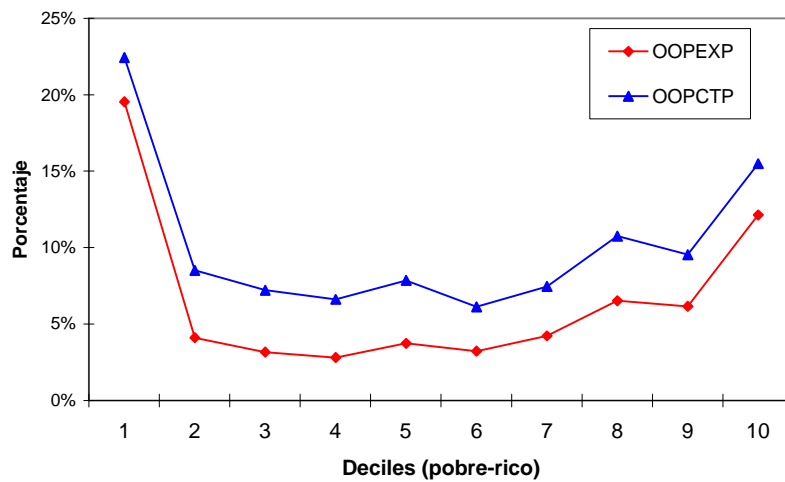
La estructura del Oop en España está condicionada por el concepto de universalidad en la atención sanitaria, de tal manera que los gastos en salud de la práctica totalidad de los ciudadanos están cubiertos por el aseguramiento público o privado. Los componentes básicos de la atención sanitaria (Medicamentos y productos sanitarios y atención

sanitaria) constituyen solo el 32 % del Oop de los hogares. Los pagos por consultas médicas o estancias en hospitales suponen solo el 6 % del total.

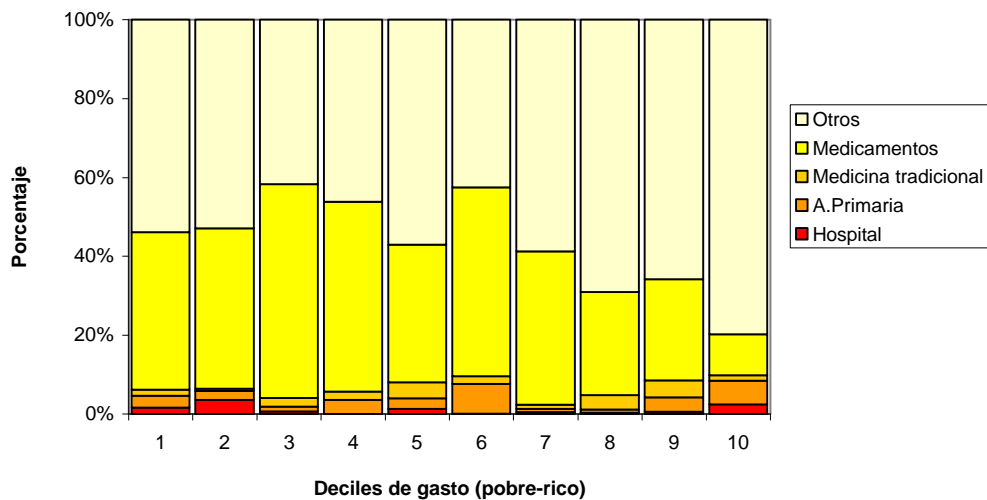
El apartado de ‘Otros’, en el que se incluyen gastos debidos a consultas con el dentista, gafas, aparatos de audioprótesis, etc. es la base del Oop español.

Un aspecto importante derivado también de la universalidad de la asistencia en el hecho de que el bajo Oop en atención sanitaria directa es similar en los hogares de mayor nivel económico y en los de menor, aunque el gasto en ‘otros’ se incrementa con el nivel de ingresos del hogar.

**Out of pocket en relación con el nivel de ingresos**



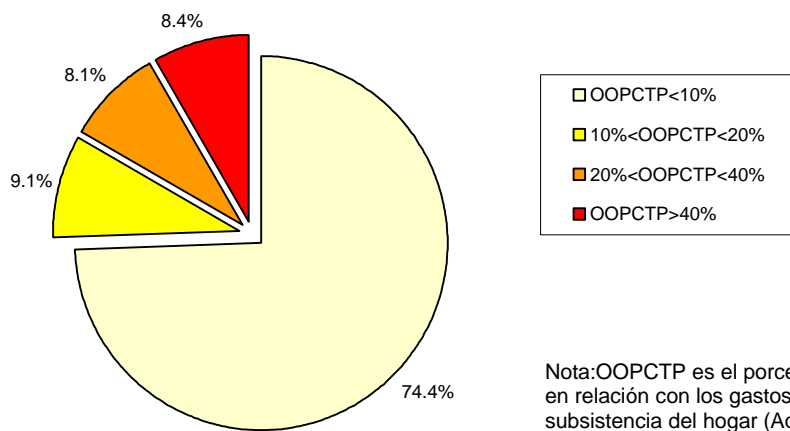
**Estructura de los pagos por deciles de ingresos**



## Repercusión económica en los hogares

El aspecto más importante en relación con el gasto en salud en los hogares españoles es que prácticamente no repercute en la economía doméstica. El 75 % de los encuestados refiere gastos que no superan el 10 % de su capacidad de pagar y solo el 8,5 % gastan más del 40 %. La estructura también se mantiene en función del nivel de ingresos manteniéndose por debajo del 5 % hasta los hogares con mayor poder adquisitivo.

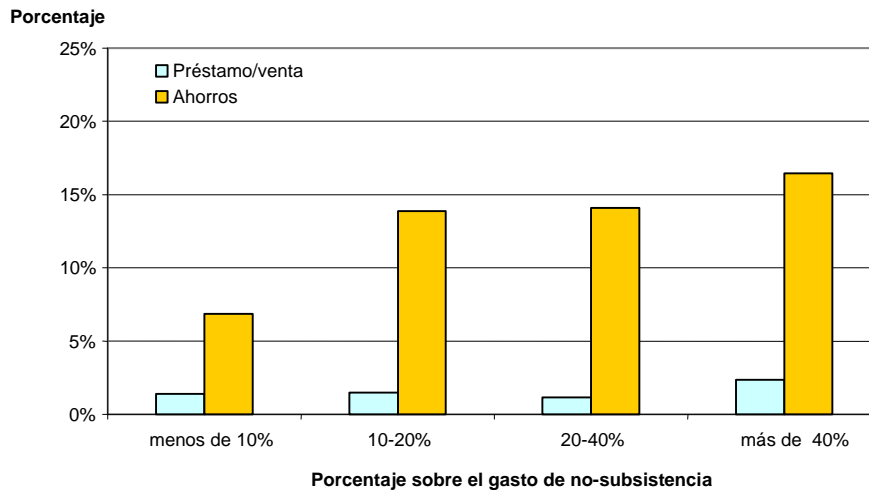
Porcentaje de hogares con diferentes niveles de gasto en salud



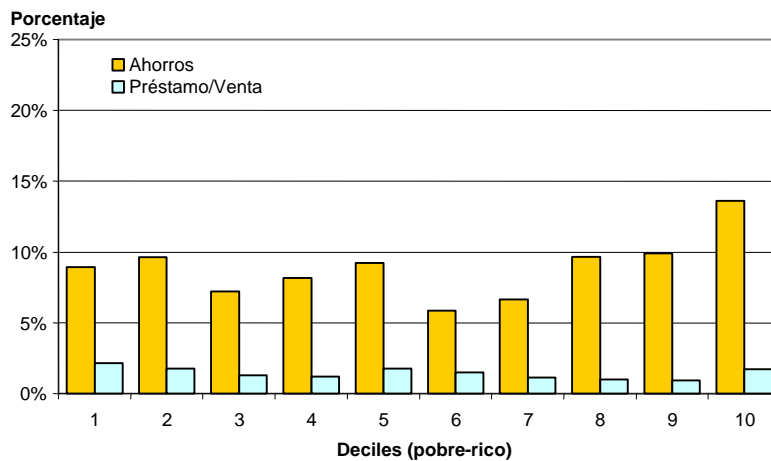
## Fuentes de financiación

Los pagos relacionados con la salud se hacen básicamente a partir de los ahorros y los ingresos de los miembros del hogar; solo en raros casos se mencionan los préstamos como fuente de financiación. Igual que en los casos anteriores esta estructura se mantiene en función de nivel de ingresos.

Fuentes de financiación en función del porcentaje de gasto



Fuentes de financiación por nivel de ingresos



## ESTADO DE SALUD

A pesar de los numerosos debates que sobre el concepto de estado de salud se siguen desarrollando, durante las últimas décadas existe cierta convergencia en considerar el estado de salud como una característica multidimensional (o multi-dominio) del individuo. Un individuo considera su estado de salud en función de una serie de atributos considerados conjuntamente: dolor y disconfort, estado emocional, fatiga, capacidad visual, ansiedad, movilidad, capacidad de relacionarse socialmente, etc.

A partir de este concepto de salud del individuo, la medida del estado de salud de una población se referirá a la determinación de los niveles de funcionalidad de los individuos que la forman en los múltiples dominios (o dimensiones) de salud.

Desde el punto de vista de la necesidad de medición del estado de salud de la población, una vez establecido el marco conceptual para la cuantificación de la salud de individuos y poblaciones, queda el desarrollo de instrumentos de medida válidos y fiables, que aseguren la comparabilidad en el tiempo y el espacio. Es decir, se trata de obtener una medición ‘aislada’ de la salud, en la que no influyan los aspectos externos al individuo (el medio ambiente geográfico y social en el que vive) ni las expectativas que sobre su estado de salud se haya creado (lo que el individuo espera recibir del Sistema Sanitario a que tienen acceso influye de manera notable en su apreciación del estado de salud que, en teoría, podría alcanzar).

Una medida que cumpla los requisitos anteriores permitirá la comparabilidad del nivel de salud de poblaciones situadas en diferentes medios socioeconómicos y geográficos, y con diferente acceso a la atención sanitaria (países de la Zona Mediterránea con países de Asia Central).

También en lo que se refiere al método de medida durante las últimas décadas han existido numerosas aproximaciones metodológicas al problema desde diversos ángulos. La OMS decidió utilizar para el módulo de salud autopercibida de la EMS metodología basada en el concepto de multidimensionalidad del estado de salud, en concreto las ‘anchoring vignettes’ (viñetas de anclaje).

Los dominios seleccionados para la EMS, tras evaluación comparativa de la literatura e identificación de aquellos en los que hay coincidencia internacional, han sido:

- Movilidad
- Capacidad de autocuidado
- Dolor y disconfort
- Capacidad de conocimiento y aprendizaje
- Actividades interpersonales
- Visión
- Sueño y energía
- Afectividad

Cada uno de ellos se ha medido de forma independiente para con posterioridad construir una medida única correspondiente al estado de salud de la población.



El módulo de estado de salud autopercebida de la EMS está compuesto por dos preguntas referidas a cada uno de los ocho dominios seleccionados más quince preguntas correspondientes a las viñetas. Una viñeta de anclaje es la descripción de un nivel concreto dentro de cada dominio que los encuestados responden de manera simultánea y con las mismas escalas de medida que las respuestas sobre su salud. Las viñetas han sido seleccionadas de tal manera que sus respuestas equivalen a uno de los puntos de corte de la escala (es decir, en una escala de 1 a 5, la viñeta A debería ser contestada como 1 por todos los encuestados; la B como 2, y así sucesivamente).

El objetivo es calcular la variación interna de estos puntos de corte de la escala dentro de la población encuestada. De esta manera se pretende diferenciar entre la autoevaluación real de salud del individuo, debida a las diferencias reales en los estados de salud, y las debidas a las expectativas de salud que tienen los encuestados (cuanto mayores sean las expectativas para un determinado dominio, más exigentes serán los encuestados con los las viñetas de anclaje).

Con los resultados correspondientes a los ocho dominios es posible construir un modelo matemático que proporcione un expresión más nítida del nivel de salud autopercebido de la población española que la que nos ofrecen los métodos clásicos. Su explotación a nivel internacional permitirá así mismo, una mayor comparabilidad entre los países participantes.

A continuación se presentan la metodología y resultados brutos para España correspondientes al dominio de ‘movilidad’.

## DOMINIO 'MOVILIDAD' DE LA EMS

### CUESTIONARIO

#### Preguntas de autoevaluación:

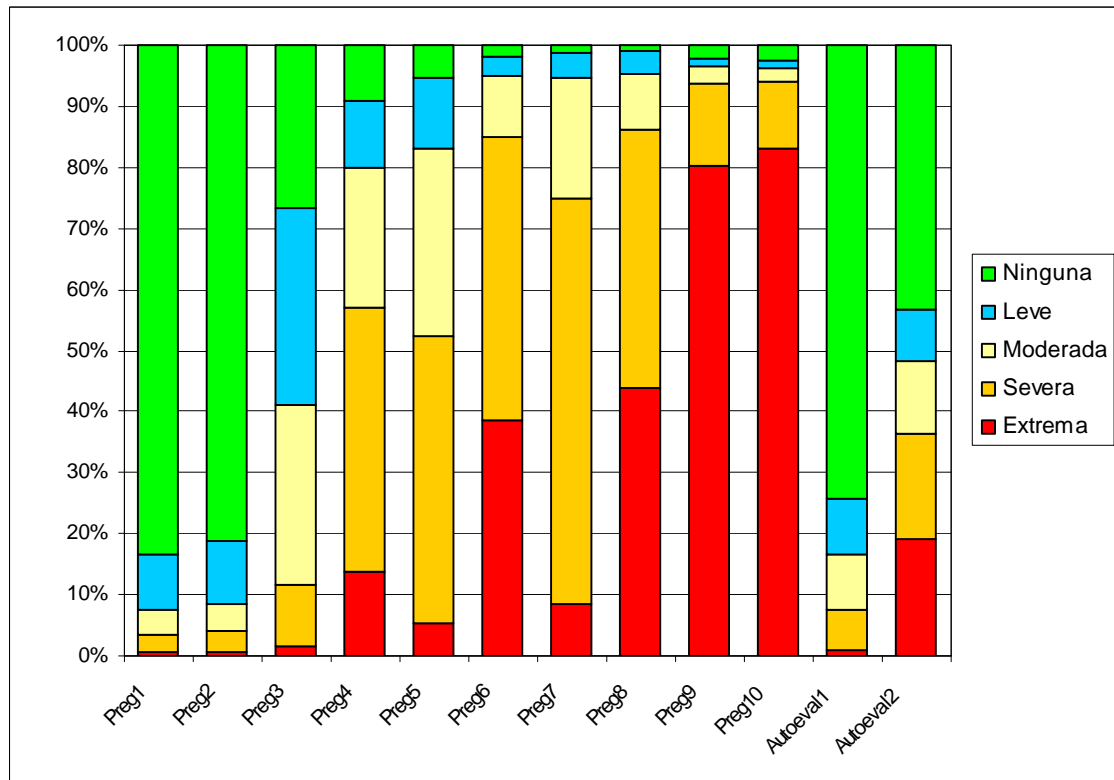
<p><i>Quiero que piense en el grado de dificultad que ha tenido, en promedio, durante los últimos 30 días, al realizar <b>actividades habituales</b> teniendo en cuenta tanto los <b>días buenos como los malos</b>. Por dificultad me refiero a la necesidad de aumentar el esfuerzo al realizar la actividad, a la aparición de malestar, dolor que pudiera sentir o a los cambios en la manera de realizar las actividades que se vea obligado a hacer. Por favor, responda a esta pregunta teniendo en cuenta la asistencia de la que disponga.</i></p>	
<p>En general durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para <u>desplazarse</u>?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<p>Durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para realizar <u>actividades intensas</u>, como correr durante 3 km (o su equivalente) o montar en bicicleta?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>

#### Viñetas de anclaje:

<p><i>Mario no tiene dificultades para caminar, correr o usar manos, brazos y piernas. Sale a correr 4 kilómetros dos veces a la semana.</i></p>	
<p>En general en los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido Mario para desplazarse?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<p>En los últimos 30 días, ¿qué dificultad ha tenido Mario para realizar actividades intensas, como correr durante 3 km (o su equivalente) o montar en bicicleta?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<p><i>Roberto es capaz de recorrer a pie hasta 200 metros sin ningún esfuerzo, pero se cansa al recorrer un kilómetro o al subir más de un tramo de escaleras. No tiene dificultad con las actividades físicas diarias, como cargar con las bolsas de la compra.</i></p>	
<p>En general en los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido Roberto para desplazarse?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<p>En los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido Roberto para</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> </ol>

realizar actividades intensas, como correr durante 3 km (o su equivalente) o montar en bicicleta?	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<i>Antonio no hace ejercicio. No es capaz de subir escaleras o de realizar otras actividades físicas porque es obeso. Es capaz de llevar las bolsas de la compra y de realizar algunas tareas domésticas sencilla.</i>	
En general en los últimos 30 días, ¿qué dificultad ha tenido Antonio para desplazarse?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
En los últimos 30 días, ¿qué dificultad ha tenido Antonio para realizar actividades intensas, como correr durante 3 km (o su equivalente) o montar en bicicleta?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<i>A Vicente se le han hinchado mucho las piernas debido a sus problemas de salud. Tiene que hacer mucho esfuerzo para caminar por la casa ya que siente las piernas pesadas.</i>	
En general en los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido Vicente para desplazarse?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
En los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido Vicente para realizar actividades intensas, como correr durante 3 km (o su equivalente) o montar en bicicleta?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
<i>David está parálítico del cuello para abajo. No puede mover los brazos, ni las piernas, ni cambiarse de posición. Está inmovilizado en una cama.</i>	
En general en los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido David para desplazarse?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>
En los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido David para realizar actividades intensas, como correr durante 3 km (o su equivalente) o montar en bicicleta?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Leve</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Alto</li> <li>5. Extremo</li> </ol>

## RESPUESTAS



Las diez primeras columnas recogen la distribución de las respuestas que los encuestados han dado a las viñetas de anclaje, y que posteriormente se utilizarán para determinar los intervalos de la escala de medida. Las dos últimas columnas recogen las respuestas a las preguntas sobre movilidad autopercibida. Es remarkable la disparidad de respuestas de los encuestados ante una misma situación.