

Calidad de vida relacionada con la salud



Calidad de vida relacionada con la salud

La OMS define la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hemos elegido para esta Encuesta de Salud, la escala del EQ-5D-5L. Se trata de un instrumento genérico usado para caracterizar el estado de salud de un grupo o población. Consiste en una escala visual análoga (VAS) donde se registra la autopercepción de la salud del entrevistado y en la que los puntos finales están etiquetados "mejor estado de salud imaginable" correspondiéndose con el 100 y "peor estado de salud imaginable" situándose en el 0.

Además, tiene una sección autoadministrada sobre 5 apartados: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y en donde cada apartado tiene cinco opciones a cada pregunta.

Escala visual análoga de calidad de vida (VAS)

En relación a la autovaloración analógica del estado de salud, el autoposicionamiento de la población adulta asturiana se centra en 77,3 puntos de media sobre 100. Estos niveles son superiores a los detectados en la Encuesta de Salud del 2008 (73).

Los **hombres** declaran niveles superiores del estado de salud 79,6 (IC95%: 78,5-80,6) por 75,2 (IC95%: 74-76,3) en mujeres.

Los mayores niveles de autoposicionamiento analógico del estado de salud son en el grupo de **personas jóvenes** (15-29 años) 88,1 y los menores los del grupo de personas mayores (65 y más años) 66,7. A mayor edad va decreciendo el valor manifestado en la escala de estado de salud. La evolución de las cohortes es similar en ambos sexos, no obstante siempre los niveles de autovaloración de CVRS independientemente del estrato etario es inferior en mujeres que en hombres: 86,5 vs. 89,6 en el grupo de edad más joven o 64,5% en ellas frente a 70% de los hombres en el grupo de mayor edad.



El análisis de la valoración en relación al nivel máximo de **estudios** alcanzados es también contundente: las personas con niveles primarios tienen una peor valoración del estado de salud: 72,8 respecto 82,8 en el caso de personas universitarias.

Cuando analizamos el **hábitat de residencia**, las personas residentes en zonas rurales y urbanas tienen una mejor valoración analógica de estado de salud que los residentes en las cuencas mineras (78 en ambos respecto a 74 en las cuencas).

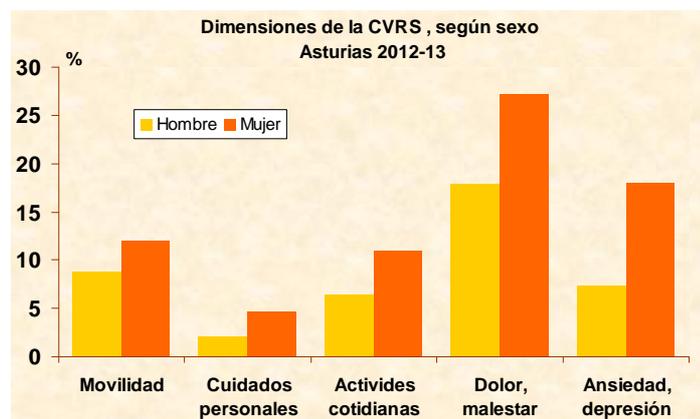
Las personas de **clase social I** (la más elevada) tienen una mejor valoración analógica de su estado de salud cifrada en niveles de 82,4 respecto a un 72,2 de las personas asignadas a la clase social V (la más baja).

Dimensiones de CVRS (EQ-5D-5L)

Las dimensiones con mayor frecuencia de presentación de problemas son el dolor/malestar y la ansiedad/depresión.

En el apartado de **movilidad**, casi nueve de cada diez personas mencionan no tener problemas para caminar. Un 10,5% manifiesta algunos problemas para caminar. Hay más frecuencia de problemas de movilidad en mujeres en casi todas las categorías (leves, moderados, graves y extremos). A mayor edad mayor frecuencia de problemas para caminar tanto en hombres como en mujeres. En los problemas leves+moderados 0,9% para el grupo más joven (15-29 años) por 22,6% en el grupo de mayor edad.

Según **nivel de estudios**, hasta un 16,3% de las personas con estudios primarios y de ESO tienen algún tipo de problema para caminar por solo un 3,5% de las personas universitarias. En cuanto al tipo de **hábitat**, no se observan diferencias relevantes. Por **clase social**, las personas con clases sociales IV y V son las que tienen mayor prevalencia de problemas para caminar (16,6% y 15,2, respectivamente) respecto a los encuadrados en la clase social I (9%).



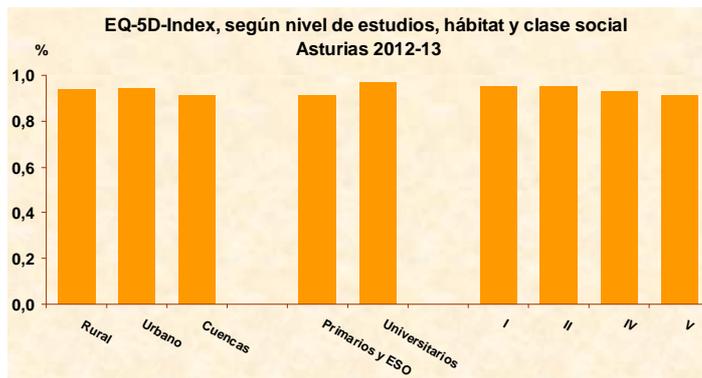
En la dimensión de **cuidados personales**, un 96% de la población no declara tener ningún tipo de problema. Como en la dimensión anterior los problemas son más frecuentes en **mujeres** que en hombres (2,1% vs. 4,8%). A mayor **edad** mayor frecuencia de problemas para los cuidados personales tanto en hombres como en mujeres.

Analizando esta variable según **nivel de estudios**, hasta un 5,4% de las personas con estudios primarios y de ESO tiene problemas para lavarse o vestirse por solo un 1,5% de las personas universitarias. En cuanto al tipo de **hábitat**, se observa que las personas residentes en hábitat rural tienen una mayor frecuencia de problemas para los cuidados personales (5,4%) respecto a las residentes en las zonas urbanas (2,8%). Por **clase social**, son las personas con clases sociales más bajas IV y V las que tienen mayor prevalencia de personas con estos problemas (5,7% en clase V por 1,8% en la clase social I).

En cuanto a la dimensión de **actividades cotidianas**, un 91% de la población no tiene problemas, un 0,4% es incapaz de realizarlas. Es más frecuente que tengan problemas las **mujeres**. De nuevo, a mayor **edad** mayor frecuencia de problemas para realizar estas actividades existiendo un cambio brusco a partir de los 65 años de edad.

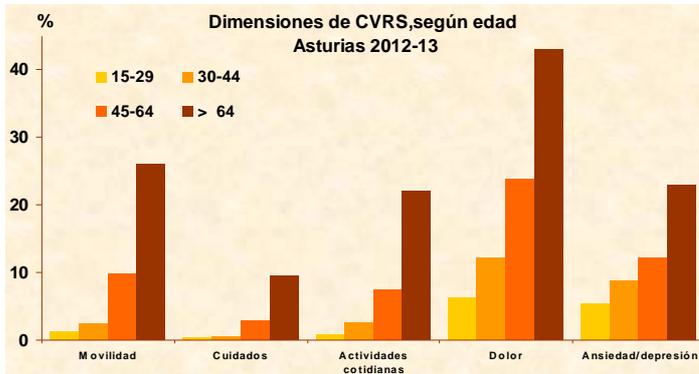
Por nivel de **estudios**, un 14% de las personas con estudios primarios y de ESO (recordemos la asociación nivel de estudios con edad) tiene problemas para realizar actividades cotidianas por un 2,6% de las personas con estudios universitarios. El tipo

de **hábitat** donde se reside influye a la hora de tener problemas para realizar actividades cotidianas, un 14% de los que viven en las cuencas mineras declaran tenerlos por un 7,6% de los que residen en hábitat rural. Por **clase social**, son las personas que pertenecen a la clase social V las que tienen mayor prevalencia de problemas para realizar las actividades cotidianas 14,1% por solo un 3% en la clase social I.



El análisis de la dimensión de **dolor y malestar**, nos muestra que un 23% de la población tiene problemas en este apartado. Vuelven a ser las mujeres las que presentan más frecuencia de problemas de dolor y malestar (27% frente a un 18% en hombres). De nuevo, a mayor edad mayor frecuencia de dolor y malestar (solo un 48,5% de los mayores de 65 años NO tiene ese problema).

Por nivel de **estudios**, hasta un 30% de las personas con estudios primarios o de ESO manifiestan padecer dolor o molestias (un 6% mucho dolor o muchas molestias), por solo un 14,6% de personas universitarias. Por **hábitat** de residencia las personas residentes en las cuencas tienen una mayor proporción 36,8%, respecto a los de la zona urbana 19,7%, que son los menos lo refieren. Según la **clase social**, el 28,9% de las personas en clase social V (la menos favorecida) tiene estos problemas por un 20% en clase social I (la más elevada).



En lo que hace a la dimensión de **ansiedad y depresión**, un 13% de la población tiene problemas de este tipo. El fenómeno es más frecuente en mujeres (18% frente a un 7% en hombres). A mayor edad mayor frecuencia de problemas de ansiedad y depresión. Un 23% de las personas de 65 y más años tiene alguno de estos problemas, pero es de un 30% en mujeres de esas edades.

Un 17,5% de las personas con **estudios** primarios y de ESO tienen estos problemas por un 6,7% de las personas universitarias. Las personas **residentes** en zona urbana y rural son las que declaran menos episodios con un 12% de prevalencia por un 19% en personas residentes en las cuencas mineras. Un 21,5% de las personas categorizadas como de **clase social** V manifiesta tener problemas de ansiedad o depresión. Por su parte, esta situación sucede en el 6,6% de las personas en clase social I.

Índice sintético de calidad de vida: EQ-5D index

Con las respuestas a las cinco preguntas relacionadas con las distintas dimensiones de calidad de vida se ha calculado un valor para el estado de salud tal y como la persona la percibe. A ese valor lo llamamos EQ-5D-5L index y se obtiene para cada

persona pudiendo analizarse para el conjunto de la población o para cualquiera de sus subconjuntos (p.e. edad, sexo, hábitat, clase social, etcétera.).

Nos hemos basado en los pesos preferenciales de la población de España atendiendo a los criterios de ponderación establecido por EQ-5D-5L. Para la población general, el EQ-5D index oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (el peor estado de salud imaginable), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte. Los resultados obtenidos usando este EQ-5D-5L index, con el análisis de 2100 personas, indican que el nivel de autovaloración del status de salud es muy bueno: 0,94 (recordemos 1 es excelente salud y 0 es el peor imaginable). En el año 2008 con el instrumento EQ-5D-3L y los index de trade-off de USA era de 0,92.

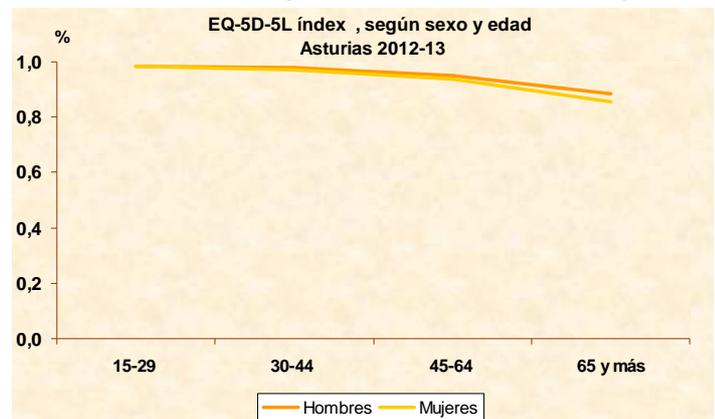
Por **sexos**, es mejor el estado de salud de los hombres (índice de 0,955) que el de las mujeres (índice de 0,929) (las diferencias son estadísticamente significativas).

Por grupo **etario**, como es evidente, el estado de salud de las personas mayores es inferior al del resto de grupos. Es más, a mayor edad menor nivel del índice, con el rango entre 0,985 en personas jóvenes y 0,88 en las personas mayores.

Sin embargo, si hacemos un análisis estratificado por **sexo y edad**, los resultados nos sorprenden, dado que si bien en todos los tramos etarios los niveles de estado de salud de los hombres son mejores que los de las mujeres, en el grupo de personas mayores la diferencia es importante (hombres, 0,883; mujeres, 0,853). Es más, como indicamos más arriba el efecto edad en el estado de salud es mucho más pequeño en los hombres que en las mujeres. En los hombres pasan de niveles de 0,984 en jóvenes a 0,883 en mayores, y en las mujeres pasan de niveles de 0,985 en jóvenes a 0,853 en mayores, lo que hace pensar que las mujeres tienen otros factores más importantes que la edad para su pérdida de calidad de vida.

Comparando con los datos de la II Encuesta de Salud se observa una gran reducción del diferencial de CVRS valorada con el index entre ambas Encuestas. No obstante, convirtiendo estos valores a la escala EQ-5D-3L (escala de 3 dimensiones utilizada en la anterior encuesta, 2008) mediante una asignación establecida por EQ-5D-5L, tenemos que los valores obtenidos son prácticamente idénticos (0,921 en el 2012 por 0,923 encontrado en el 2008).

Analizando este índice según otras variables sociodemográficas,



tenemos que la valoración de la calidad de vida según el nivel de estudios es mayor en los **estudiantes universitarios** que en los que cursaron solo estudios primarios y de ESO (0,971 vs. 0,916). Las personas que viven en un **hábitat** urbano manifiestan mayor calidad de vida (0,946) que los que viven en zonas rurales (0,939) y que los que lo hacen en las cuencas mineras (0,917). Respecto a la **clase social**, a medida que ésta disminuye también lo hace la percepción de la calidad de vida de las personas. En las clases más elevadas I y II, 0,955 y 0,950, respectivamente, mientras que en la IV y V, las menos favorecidas, estas cifras disminuyen a 0,928 y 0,915, respectivamente.

Informe realizado por: Mario Margolles e Ignacio Donate. Junio de 2014.