

PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENSA2006) INFORME TÉCNICO Y PRIMEROS RESULTADOS*

Karla Hernández Villafuerte - Inés Saenz Vega[†]

Resumen: Nuestro país ha iniciado un despliegue de esfuerzos con el fin de mejorar la información en salud generada por los registros estadísticos y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Con este espíritu fue elaborada y aplicada en el 2006 la primera Encuesta Nacional de Salud en Costa Rica (ENSA-2006). La necesidad de potencializar el uso del instrumento, ha incentivado al equipo organizador a dedicar las IV las Jornadas de Economía de la Salud “Dra Anna Gabriela Ross”, a la presentación de proyectos de investigación que utilicen la información suministrada por la encuesta dentro del análisis.

Con el fin de brindar una guía de posibilidades para los investigadores interesados se marcaron diferentes ejes temáticos: medicamentos, salud reproductiva, servicios de salud acceso y calidad, percepción de salud, nutrición, crónicas, felicidad, estilos de vida y seguridad alimentaria. La encuesta permite enfocar cada tema con perspectiva de género y tomando en cuenta los diferentes grupos etarios (niñez, adolescencia, adulto mayor, entre otros).

El objetivo de este documento es describir las características técnicas de la encuesta, y además sugerir tópicos para los cuales los datos recolectados serían de gran utilidad.

Generalidades de la Encuesta: *La muestra:* se seleccionó del Marco Muestral de Viviendas 2000 (MMV-00) del INEC y fue construido a partir de los Censos Nacionales del 2000. *La población:* que investiga la ENSA está definida como el conjunto de todas las viviendas individuales y sus ocupantes, residentes habituales en esas viviendas, dentro del territorio nacional desde enero del 2006. *Unidad de Análisis:* El hogar particular. *Período de referencia:* 1 de julio al 9 de agosto del 2006. *Periodicidad:* Se hizo por primera vez. *Tamaño de la muestra:* 2004. *Nivel de confianza:* 95%. *Error:* Para $q = p = 50\%$ (0,50) el error estimado para el conjunto de la muestra es de $\pm 2,19\%$.

** Este proyecto contó con el apoyo de una beca parcial sin condiciones del programa académico del PPPI de la Merck Company Foundation, brazo filantrópico de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, EE UU.

[†] Investigadoras del Proyecto de Investigación de Economía en Centroamérica, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Introducción

Entre los bienes públicos globales de la salud, la información es sin duda uno de los más importantes por su valor intrínseco, al contribuir a la generación de nuevos conocimientos, y por su valor instrumental, al ser una de las herramientas más transparentes y sólidas para el diseño y la evaluación de las políticas públicas del sector. En este sentido, nuestro país ha iniciado un despliegue de esfuerzos con el fin de mejorar la información en salud generada por los registros estadísticos y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

Con este espíritu fue elaborada y aplicada en el 2006 la primera Encuesta Nacional de Salud en Costa Rica (ENSA-2006)[‡] como complemento indispensable para subsanar las limitaciones intrínsecas de la información rutinaria generada en los propios servicios de salud.

En diferentes países donde la encuesta ha sido aplicada (Chile 2003, México 2000 y 1986, El Salvador 1988, Brasil 1997, Colombia 2007, entre otros), esta ha servido para el diseño de políticas públicas y programas, cuyo éxito ha transformado el perfil de salud de la población. Además, han puesto de relieve distintos problemas cuya magnitud era desconocida y, en consecuencia, no recibían la debida atención dentro de los programas implantados por el sistema de salud, como el caso de la altísima prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población adulta chilena, el consumo de drogas de diseño o el excesivo pago de bolsillo que hacen la familias mexicanas para financiar los servicios de salud, por mencionar algunos ejemplos.

La información por si misma no genera mejoras, es necesario el trabajo conjunto de investigadores y miembros activos del sector salud que analicen los problemas que enfrenta el país a la luz de la nueva herramienta suministrada. Esta necesidad de potencializar el uso del instrumento va de la mano con el objetivo que han buscado desde su creación las Jornadas de Economía de la Salud "Dra Anna Gabriela Ross". Las Jornadas se caracterizan por ser una actividad de alta calidad, cuyo impacto incluye todos los actores involucrados con la Salud en Costa Rica, el fin primordial es generar un espacio de discusión donde investigadores y miembros del sector salud planteen y discutan temas que anteriormente no les había sido posible abarcar, de tal manera que retroalimenten las investigaciones y genere nuevas inquietudes. Durante el año 2006 el tema central fue el análisis del cáncer en todas sus dimensiones, para el año 2007 los temas rondarán alrededor de las investigaciones generadas a partir de la ENSA 2006.

Este año la actividad es organizada por el Proyecto de Farmacoeconomía de la Universidad de Costa Rica, el Estado de la Nación, el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Unos de los objetivos del comité organizador es contar con una amplia diversidad de especialistas en el sector salud, que aporten distintos puntos de vista.

El objetivo de este documento es describir las características técnicas de la encuesta, y además sugerir tópicos para los cuales los datos recolectados serían de gran utilidad. Lo anterior con el objetivo de contar con material enriquecedor y útil para el sector salud, que pueda ser compartido durante las Jornadas de Economía de la Salud.

[‡] La encuesta fue elaborada como parte del Proyecto de Investigación en Farmacoeconomía en Centroamérica adscrito al Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica. Este proyecto contó con el apoyo de una beca parcial sin condiciones del programa académico del PPPI de la Merck Company Foundation, brazo filantrópico de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, EE UU.

Temas y Cuestionario

Los temas de la encuesta fueron seleccionados del cuestionario base que se utilizó en la Encuesta Nacional de Salud de España en el año 2003, además de los aportes de los investigadores de salud, investigadores del programa en farmaeconomía entre otros. La tabla 2 presenta los temas incluidos según el orden en el cuestionario utilizado.

Tabla 1. Temas incluidos dentro de la ENSA 2006

Temas	Número de preguntas
Identificación de la vivienda	13
Características de la vivienda y servicios	27
Tipo y tenencia de la vivienda	
Estado del entorno de la vivienda	
Utilización agua potable,	
Eliminación de excretas,	
Lugares de esparcimiento	
Seguridad ciudadana y acciones	
Colectivas y solidaridad de la familia	
Entre otras	
Características sociodemográficas	12
Sexo, edad, relación de parentesco	
Nacionalidad, estado civil,	
Aseguramiento	
Ultimo año aprobado y asistencia	
A la educación	
Características de la actividad económica	15
Condición de actividad	
Horas laboradas, jornada,	
Ocupación, rama de actividad, tamaño del establecimiento	
Categoría ocupacional e Ingresos	
Percepción y satisfacción con los servicios de salud	22
Percepción de los servicios de la CCSS y los servicios	
Privados.	
Percepción de los servicios de los EBAIS	
Percepción de los servicios de los Hospitales de la CCSS	
Reclamos a la CCSS	
Conocimiento de los programas de salud	15
Programas del Ministerio de Salud	
Programas de la CCSS	
Programas del IAFA	

Estado de Salud y enfermedades	36
Estado de salud en los últimos 12 meses	
Dolencias como diarreas, hepatitis, diabetes, presión alta	
Entre otras.	
Accidentes	5
Accidentes, agresión, intoxicación o quemaduras ultimo año	
Lugar del accidente, consulta, internamiento y tipo de daño	
Restricción de la actividad	4
Algún problema de salud ultimas dos semanas, dolores o	
Síntomas, quedarse en cama, dias	
Consumo de medicamentos	24
Ultimas 2 semanas consumió medicamentos y cuales	
Costo,	
Uso de los servicios de la farmacia de la CCSS	5
Utilización, tiempo de espera, grado de satisfacción, receto	
Medicamentos genéricos	4
Conoce, compra, valor, lugar de compra, quien receto	
Medicamentos naturales y homeopáticos	19
Tipo de medicamento, compra, lugar, valor, quien receto	
Medicina alternativa	12
Uso, tipo, lugar de compra, valor, quien receto	
Consultas	12
Tiempo última consulta, veces ultimo mes, lugar, motivo	
Diagnóstico, especialidad medico, tiempo de espera,	
Grado de satisfacción	
Necesidad de consulta externa	2
Necesidad últimos 12 meses, causa	
Hospitalización	19
Estuvo hospitalizado últimos 12 meses, donde, cuántos días,	
Motivo de internamiento, tiempo de espera, grado de	
Satisfacción	
Urgencias	12
Utilización últimos 12 meses, quien lo atendió, donde, grado	
Satisfacción	
Odontología	8
Utilización últimos 3 meses, quien lo atendió, donde, grado	
Satisfacción, tipo de tratamiento	
Hábitos de vida	40
Siesta, niños ven televisión, juega, donde, vacunación, peso,	

Altura, alimentación materna, descanso físico y ejercicio	
Consumo de tabaco	12
Uso del tabaco, edad consumo, frecuencia	
Consumo de bebidas alcohólicas	24
Bebe, cuánto, cuando, problemas por el uso del alcohol	
Apoyo efectivo y personal	8
Recibe invitaciones, cariño, habla con otras personas	
Conocimiento sobre el SIDA	9
Salud reproductiva	12
Visita al ginecólogo, frecuencia, mamografía, citologías	
Inseguridad alimentaria	14
Mayores de 60 años	30
Uso del tiempo, obligaciones, problemas	
Discapacidad	10
Tipo de discapacidad, tiempo de tenerla y persona que lo cuida.	
Felicidad	10

Las definiciones principales se encuentran descritas en el anexo 1

Fuente: Elaboración Propia

Temas Centrales, Jornadas de Economía de la Salud

Como se menciono, las cuartas Jornadas de Economía de la Salud se enfocarán a las investigaciones que surjan con base en la ENSA 2006. Con el fin de brindar una guía de posibilidades para los investigadores interesados se marcaron diferentes ejes temáticos. El objetivo no es acortar las posibilidades de los interesados, por el contrario se busca abrir un marco de opciones. En caso de que la investigación propuesta no se encuentre circunscrita dentro de alguno de los tópicos, será considerada por el comité de selección de la misma manera que si lo estuviera, con igual posibilidad de ser elegida para ser expuesta dentro de la actividad.

Con base en los módulos incluidos dentro de la encuesta, se mencionan siete temas centrales: medicamentos, salud reproductiva, servicios de salud acceso y calidad, percepción de salud, nutrición y seguridad alimentaria, estilos de vida y enfermedades crónicas, y felicidad y satisfacción de vida. La encuesta permite enfocar cada tema con perspectiva de género y tomando en cuenta los diferentes grupos etarios (niñez, adolescencia, adulto mayor, entre otros).

Medicamentos

Para abordar este tema la encuesta cuenta con varios módulos cuyos ítems incluyen preguntas sobre: consumo y gasto en medicamentos, uso de los servicios de la farmacia de la CCSS, uso y conocimiento de medicamentos genéricos y de medicina alternativa.

Entre los primeros resultados se puede mencionar que, del total de la muestra entrevistada 878 habían consumido algún tipo de medicamento no natural, de los cuales 851 dijeron haber realizado un pago por estos medicamentos.

Por otro lado, se muestra que no existe diferencia importante entre el porcentaje de hombres y el porcentaje de mujeres que conoce los medicamentos genéricos. Del total de la muestra es mayor el número de personas que no conoce el significado de medicamentos genéricos (tabla 2).

	Hombre %	Mujer %	Total %
Sí	33,46	33,36	33,41
No	66,54	66,64	66,59
	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración Propia

En lo que respecta a los medicamentos naturales, entre las mujeres es mayor el porcentaje que contestó que había consumido algún tipo, lo contrario se observa en el caso de los hombres (tabla 3).

	Hombre %	Mujer %	Total %
No consumió	66,98	57,16	61,86
Consumió algún medicamento	33,02	42,84	38,14
	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración Propia

Al hacer el análisis utilizando una tabla de contingencia (tabla 4), se observa que en para las personas mayores de cuarenta años el número de encuestados que consume medicamentos (valor observado) es superior al valor que se esperaría encontrar, lo mismo ocurre en el grupo de personas que se encuentran en los veinte. Mientras que para los encuestados menores de veinte años los valores observados son inferiores de lo que se esperaría. Se observa un sobre consumo de medicamentos naturales entre los grupos de mayor edad.

Tabla 4. Consumo de medicamentos naturales según grupo de edad decenal

grupo de edad	No consume		Consume algún medicamento		Total
	Observado	Esperado [§]	Observado	Esperado	
Menor de 9	597	543	281	335	878
10 – 19	925	799	367	493	1292
20 – 29	784	803	514	495	1298
30 – 39	534	534	329	329	863
40 – 49	563	587	387	363	950
50 – 59	506	549	382	339	888
60 – 69	351	411	314	254	665
70 – 79	253	273	189	169	442
80 – 89	104	117	85	72	189
90 y más	25	26	17	16	42
Total	4642		2865		7507

Fuente: Elaboración Propia

Nutrición y seguridad alimentaria

Dentro de este tópico la encuesta cuenta con varios módulos, en primer lugar el de seguridad alimentaria, donde se abarcan temas como: si ha dejado de comer debido a no tener alimento y/o si ha dejado a sus hijos sin comer, entre otros. Las preguntas de esta parte del cuestionario presentaron los mayores porcentajes en la respuesta "Nunca". Pero, como se observa en la tabla 5, existe alrededor de un 10% que han dejado a sus hijos sin comer por no tener con que alimentarlos. La información analizada no muestra diferencias por sexo (tabla 5); mientras que por nivel de ingreso dentro de los grupos salariales más altos la proporción de respuestas afirmativas es superior (gráfico 1).

Tabla 5. Respuesta a la pregunta "¿Ha tenido que dejar de darle a los niños los alimentos que deben comer por no poder tenerlos?" según género del encuestado

	Hombre %	Mujer%	Total%
Muchas veces	0,54	0,46	0,51
Algunas veces	12,42	10,97	11,94
Nunca	87,04	88,56	87,54
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración Propia

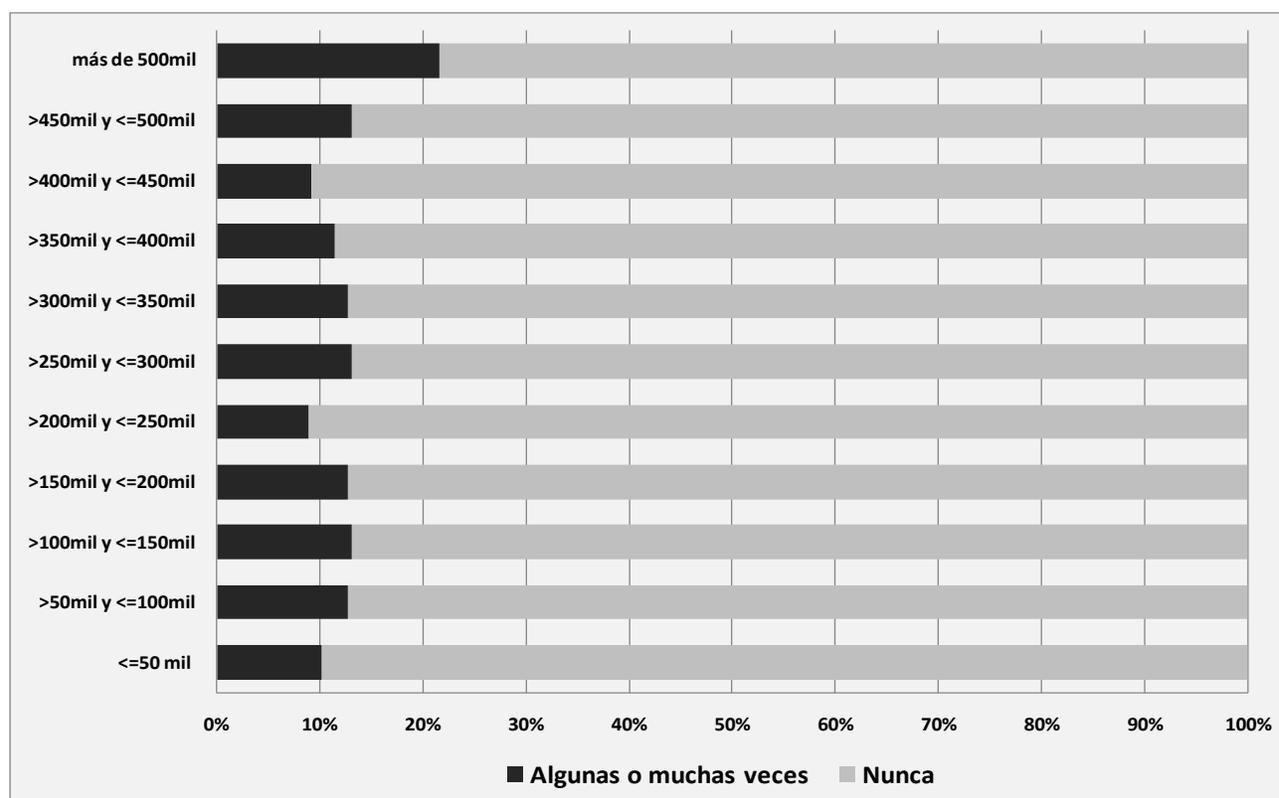
[§] Valor esperado tomando en cuenta la cantidad de encuestados que dijeron que no consumían medicamentos naturales y los que correspondía al primer grupo de edad el valor esperado para ese grupo se calcula:

$$(Cantidad\ total\ que\ no\ consumía * Cantidad\ total\ del\ primer\ grupo) / total\ de\ encuestados = (4642 * 878) / 7507 = 543$$

Si no existiera relación entre la variable edad y el uso de medicamentos naturales los valores observados serían iguales a los esperados.

Gráfico 1

Respuesta a la pregunta "¿Ha tenido que dejar de darle a los niños los alimentos que deben comer por no poder tenerlos?" según nivel de ingreso



Fuente: Elaboración Propia

Estilos de vida y enfermedades crónicas

Dentro de este apartado se incluyen los temas sobre consumo de alcohol, tabaco, hábitos de vida (descanso, ejercicio, horas dedicadas a ver televisión). Entre los resultados generales, se tiene que los niños y adolescentes (menores de 16 años), sin importar el género ven en su mayoría más de 3 horas diarias de televisión (tabla 6). Por otro lado (tabla7), al dividir a los niños y adolescentes entre aquellos que ven televisión todos los días y los que no lo hacen, se tiene que en el primer grupo la cantidad de jóvenes que hacen ejercicios por semana es mayor a la cantidad que se esperaba,. Entre los que no ven televisión habitualmente hay una menor cantidad que hacen ejercicios al menos una vez por semana en comparación a lo esperado.

Tabla 6. Horas al día en que los niños y adolescentes ven televisión al día según sexo

	Hombre	Mujer
Menos de 1 hora	3,07	2,45
De 1 a 2 horas	6,26	8,86
De 2 a 3 horas	7,39	7,46
Más de 3 horas	83,28	81,24
	100,00	100,00

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7. Tabla de contingencia, relación para los niños y adolescentes entre si realizan actividad física o deporte y si ven televisión todos los días.

Actividad deportiva	Ve TV habitualmente todos los días				Total
	Sí		No		
	Observados	Esperados	Observado	Esperados	
No	404	417,6	22	8,4	426
Menos de una vez al mes	77	78,4	3	1,6	80
Una o varias veces al mes	195	191,1	0	3,9	195
Una o varias veces a la semana	1061	1049,8	10	21,2	1071
Total		1737		35	1772

Fuente: Elaboración Propia

Dentro de este eje temático se encuentra el tema de enfermedades diagnosticadas por el médico, como por ejemplo la hipertensión, diabetes, artritis, úlceras y enfermedades del corazón, entre otros. Al analizar la comparación entre hipertensión arterial y diabetes, se observa que del 3,75% de mujeres que padecen diabetes la mayoría padecen hipertensión; lo mismo se observa en el caso de los hombres (tabla 8). Cabe destacar que sin importar sexo, la proporción de encuestados que padecen de hipertensión es superior a la que se observa en el caso de diabetes (tabla 8).

Tabla 8. Relación entre la hipertensión arterial y la diabetes según sexo

Diabetes (azúcar elevado)	Hipertensión arterial					
	SI %	Hombre		Mujer		total
		No %	total	SI %	No %	
No	7,09	89,16	96,25	10,93	84,12	95,06
Tipo 1 y 2	1,95	1,81	3,75	3,01	1,94	4,94
total	9,03	90,97	100,00	13,94	86,06	100,00

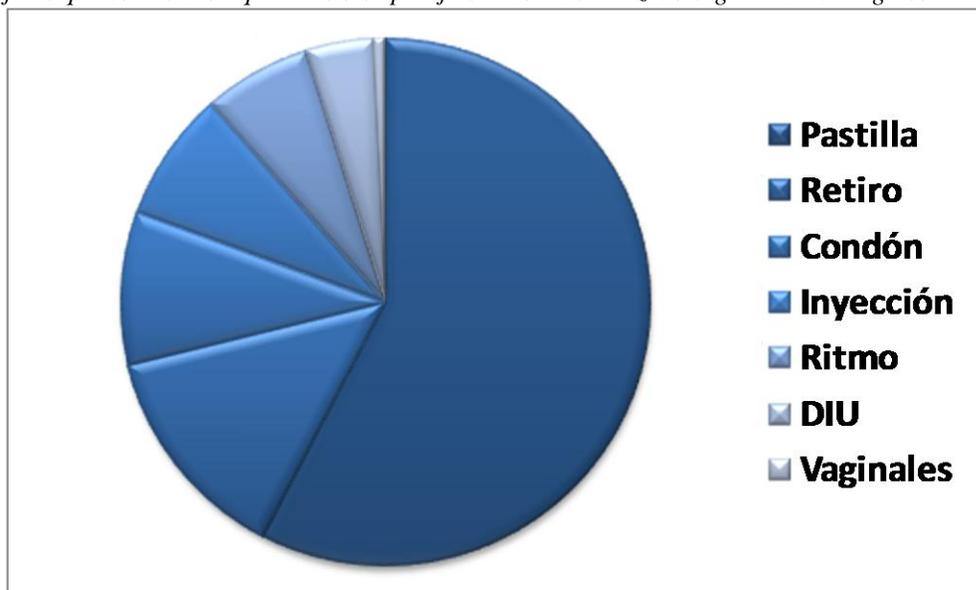
Fuente: Elaboración Propia

Salud Reproductiva

Este modulo de la encuesta fue aplicado solamente a las mujeres mayores a 18 años. Del total de mujeres encuestadas un 43% no utilizaba ningún método anticonceptivo y un 23% no sabía o no respondió a la pregunta. El restante 34% utilizó principalmente la pastilla anticonceptiva, mientras que el menos utilizado fue el que correspondía a vaginales (gráfico 2).

Gráfico 2

Porcentaje de mujeres que contestaron que ellas o su pareja se había esterilizado según nivel de ingreso



Fuente: Elaboración Propia

En esta sección se pueden resaltar diversas cosas. En primer lugar la mayoría de las mujeres han acudido alguna vez al ginecólogo (50%), donde el porcentaje más alto se ubican en edades entre los 35 y 54 años (tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje de mujeres que han acudido al ginecólogo según edad

Edad	Sí %	No%	Ignorado
15-24	12,18	27,43	16,67
25-34	16,11	15,78	14,42
35-44	18,51	12,49	14,42
45-54	20,24	13,76	16,67
55-64	16,31	12,32	19,23
65-74	8,85	8,10	9,94
75 o más	7,79	10,13	8,65
	100	100	100
% del total	50,08	39,51	10,40

Fuente: Elaboración Propia

Por otro lado, un 40,7% del total de mujeres no se han realizado nunca una mamografía, la mayoría con edades entre los 25 y 44 años de edad. Entre los 45 y 64 años se encuentran la mayor proporción de mujeres que respondieron que *si* se han realizado una mamografía (tabla 10).

Tabla 10. Porcentaje de mujeres que se han realizado una mamografía (radiografía de mama) según edad

Grupos de Edad	Sí	No	No sabe/No responde
15-24	6,72	17,49	16,96
25-34	6,59	25,90	14,62
35-44	16,67	20,25	15,20
45-54	25,13	15,01	17,25
55-64	23,12	9,78	18,13
65-74	12,23	5,51	9,36
75 o más	9,54	6,06	8,48
	100,00	100,00	100,00
% del total	41,06	40,07	18,87

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a las citologías vaginales la proporción de mujeres que se han sometido a esta prueba (75,66%), supera en mucho a lo observado en los dos casos anteriores (tabla 11). De las que contestaron que no, un 31,87% corresponde al primer grupo de edad (tabla 11).

Tabla 11. Porcentaje de mujeres que se han realizado una citología vaginal (papanicolau) por prescripción de algún especialista según edad

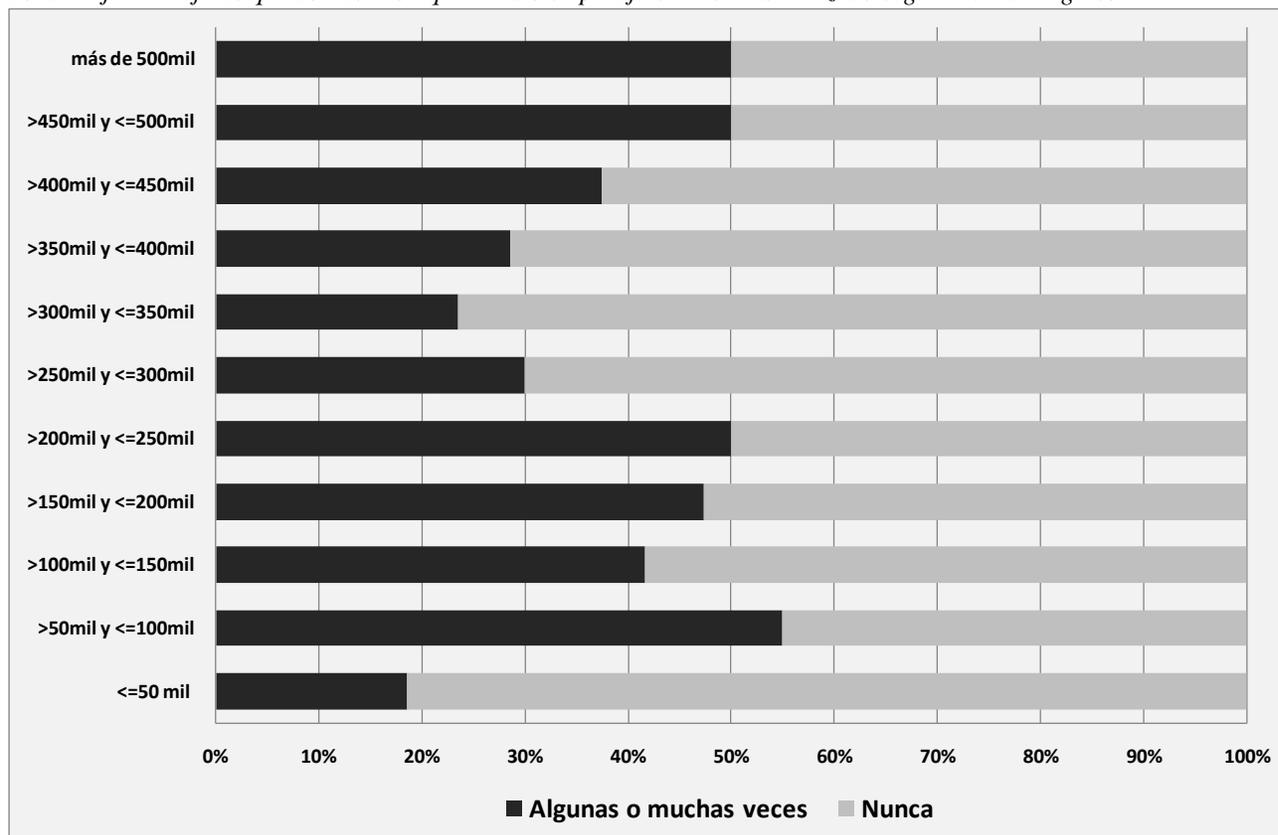
Grupos de Edad	Sí	No	No sabe/No responde
15-24	10,58	31,87	17,43
25-34	15,61	23,08	14,86
35-44	18,53	16,48	15,43
45-54	21,23	4,40	17,14
55-64	16,78	13,19	18,00
65-74	9,48	2,20	8,86
75 o más	7,80	8,79	8,29
	100,00	100,00	100,00
% del total	75,66	5,02	19,32

Fuente: Elaboración Propia

Otro tópico dentro del tema es la planificación familiar, el gráfico 3 muestra por ingreso el porcentaje de mujeres que respondieron que ellas o sus cónyuges se habían realizado un procedimiento de esterilización. Se observa el mayor porcentaje de respuestas positivas en las personas con ingresos entre los 50mil y 100mil colones. Los porcentajes más bajos se encuentran en el primer y séptimo grupo de edad.

Gráfico 3

Porcentaje de mujeres que contestaron que ellas o su pareja se había esterilizado según nivel de ingreso



Fuente: Elaboración Propia

Servicios de Salud acceso y calidad

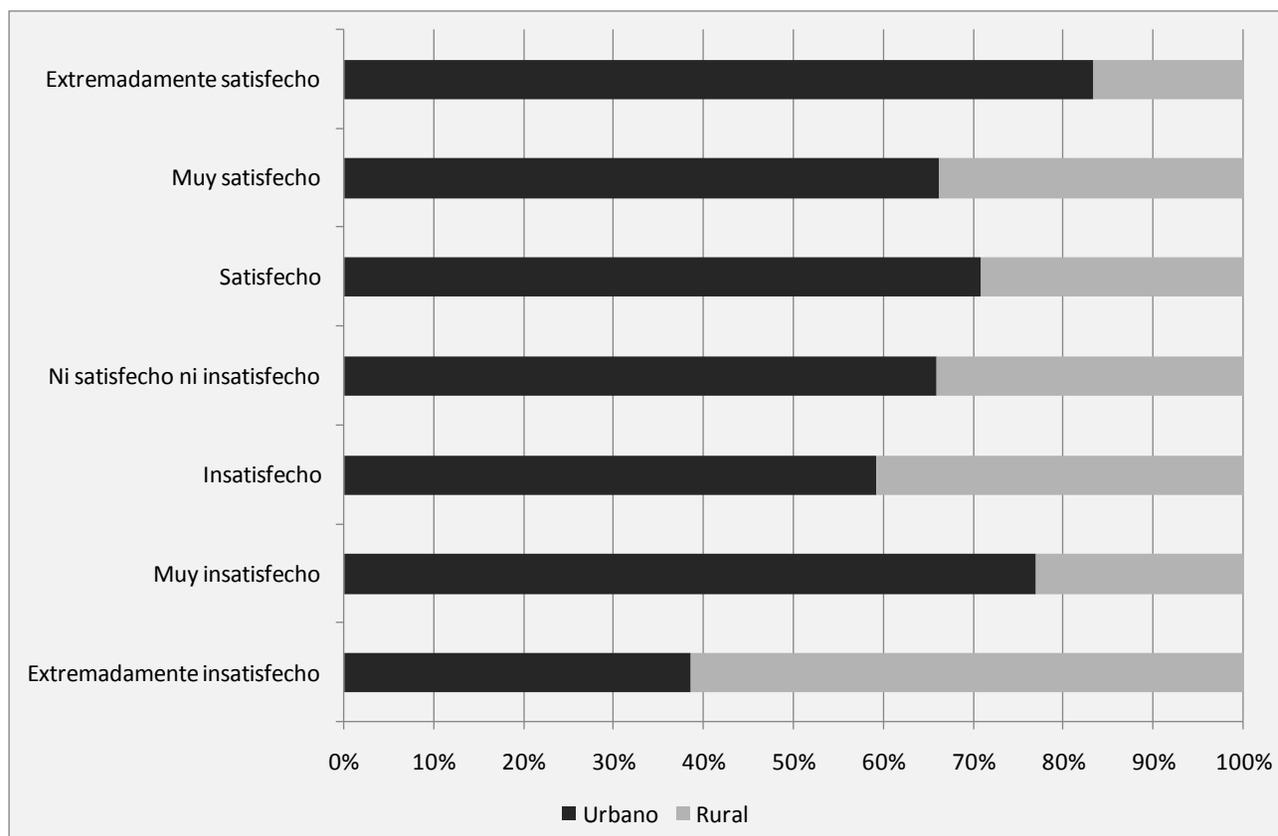
Dentro del instrumento aplicado se incluyeron diversos módulos con el objetivo de medir la percepción que poseen los costarricenses sobre los servicios brindados por el sistema de salud público, además de permitir comparación con la satisfacción que reportan los usuarios respecto a los servicios de salud privados.

Se pueden mencionar tres grupos de ítems: satisfacción con los servicios de salud, conocimiento de los programas de salud y uso de los servicios de la farmacia de la CCSS.

El gráfico 4 muestra que, las personas que se sienten extremadamente insatisfechas con sus posibilidades de acceder a servicios de salud, se encuentran en su mayoría en la zona rural; mientras que los encuestados extremadamente satisfechos provienen de zonas urbanas.

Gráfico 4

Satisfacción con las posibilidades de contar con servicios médicos en caso de ser necesario según zona de residencia

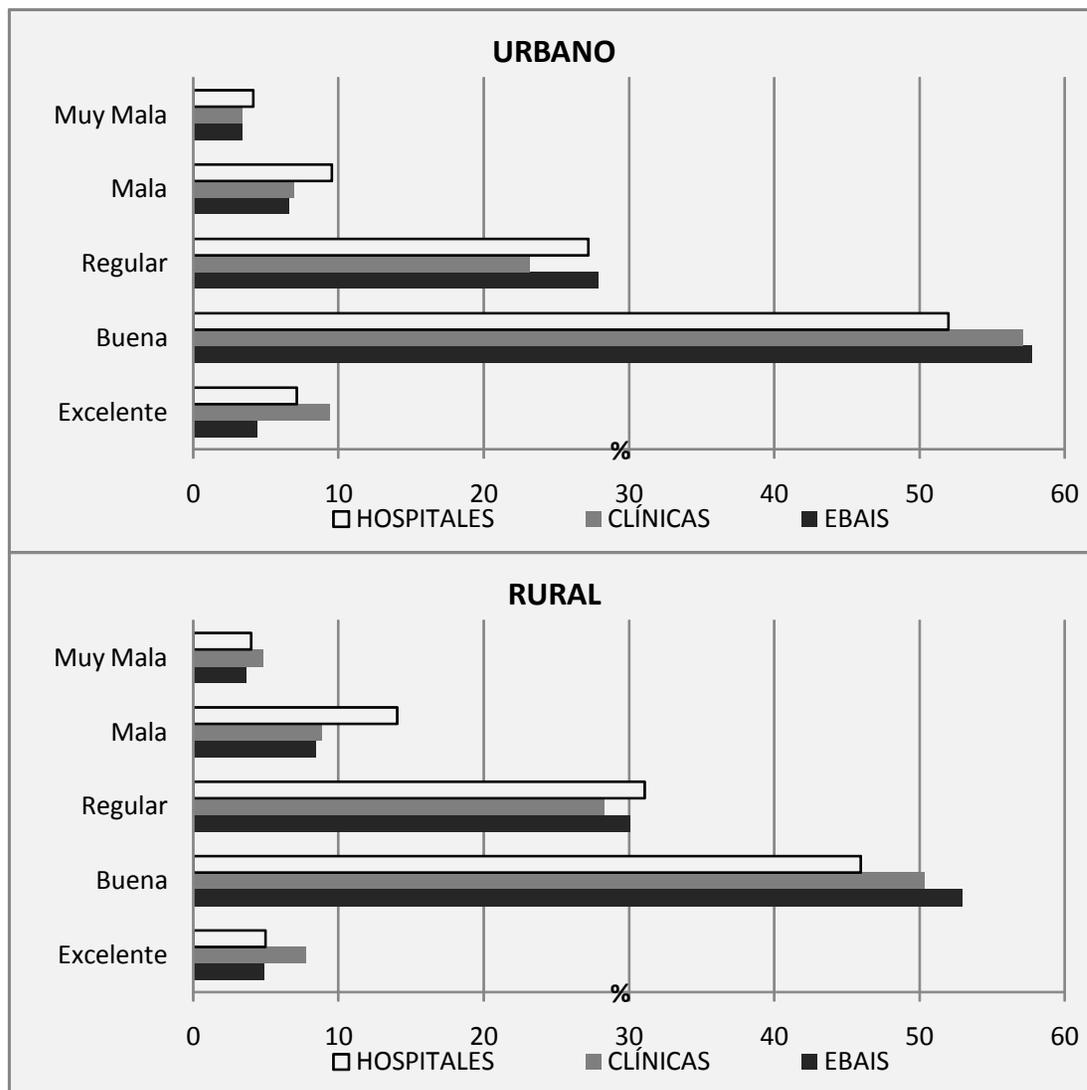


Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la percepción de calidad de los servicios de salud brindados por la CCSS, se presentan similitudes entre las opiniones de los habitantes de la zona rural y los de la zona urbana (gráfico 4). Sin importar la zona, las clínicas obtuvieron una mayor proporción en excelente que los EBAIS y Hospitales. Por su parte, los Hospitales presentaron mayor proporción de respuesta en la categoría mala que los EBAIS y Clínicas.

Gráfico 4

Auto percepción de la calidad de EBAIS, Clínicas y Hospitales de CCSS según zona de residencia.



Fuente: Elaboración Propia

La tabla 12 compara la percepción que tienen los usuarios sobre los servicios que ofrece el sistema de salud público y los servicios de salud privados. Las clínicas, hospitales y farmacias privadas presentan una mayor proporción de respuestas positivas (excelente y buena) que sus similares en el sector público (tabla 12).

Tabla 12. Auto percepción de la calidad de EBAIS, Clínicas y Hospitales según si pertenece al sector privado o a la CCSS.

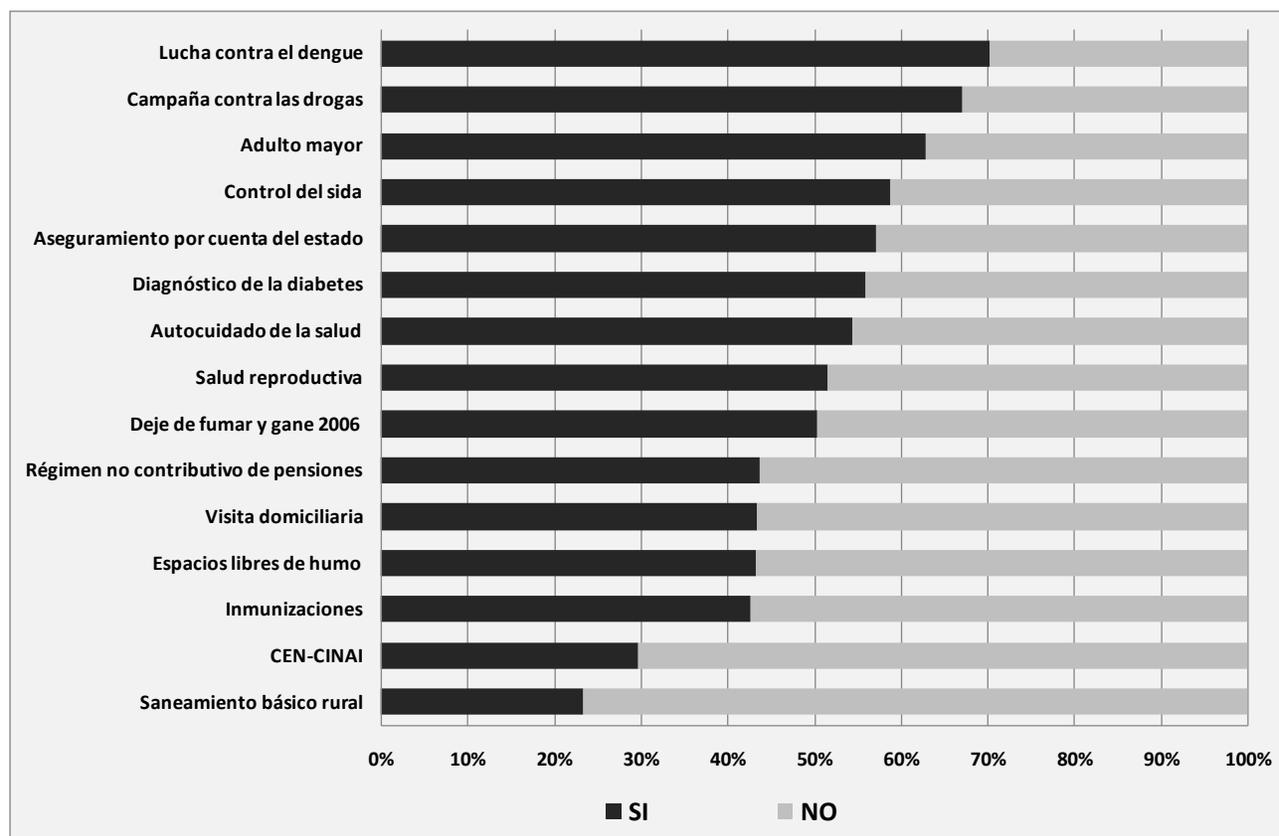
Percepción	Clínicas %		Hospitales %		Farmacias %	
	CCSS	Privadas	CCSS	Privados	CCSS	Privadas
Excelente	6,4	16,5	8,8	25,5	7,2	20,7
Buena	50,1	58,8	54,8	62,1	55,1	67,7
Regular	28,4	17,9	24,9	10,4	27,2	9,7
Mala	11,0	4,7	7,6	1,3	8,2	1,4
Muy Mala	4,1	2,0	3,9	0,7	2,3	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Respecto al conocimiento de los encuestados sobre los programas de salud, un 70% manifestó conocer el programa de lucha contra el dengue lo que corresponde a la proporción más alta, mientras que el menos conocido fue el de saneamiento básico rural con un porcentaje igual a 23,43% (gráfico 5)

Gráfico 5

Conocimiento de los encuestados respecto a los programas de salud vigentes durante el año 2006.



Fuente: Elaboración Propia

Percepción de salud

Uno de los objetivos de la Encuesta Nacional de Salud es conocer la percepción que sobre su estado de salud tienen los costarricenses. Utilizando la tabla de contingencia para analizar y eligiendo como ejemplo una de las preguntas que buscan alcanzar este objetivo, se observa que hasta la edad de 44 años el número de personas que reportan un estado de salud muy bueno o bueno es superior al que se esperaría observar. Sin importar el rango de edad las respuestas positivas son las más comunes.

Tabla 13. Tabla de contingencia:
Respuesta a la Pregunta “ En los últimos 12 meses, como era el estado de su salud? según grupo de edad.

Grupo de edad	Muy bueno y bueno		Regular		Malo y muy malo		NS/NR		TOTAL
	Observado	Esperado	Observado	Esperado	Observado	Esperado	Observado	Esperado	
1-4	364	320	56	88	4	15	0	1	424
5-14	828	753	159	207	5	35	6	3	998
15-24	1277	1134	194	311	30	53	2	5	1503
25-34	782	737	181	202	14	35	0	3	977
35-44	698	687	178	189	29	32	6	3	911
45-54	638	668	190	183	50	31	8	3	886
55-64	566	644	236	177	50	30	2	3	854
65-74	287	375	177	103	33	18	0	2	497
75 o más	233	356	186	98	51	17	2	2	472
Total	5673		1557		266		26		7522

Fuente: Elaboración Propia

SF-36

Aprovechando el esfuerzo realizado en la aplicación de la ENSA 2006, se aplicó de forma conjunta la encuesta de percepción de salud SF-36, la cual evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas. Se utilizó el mismo equipo de encuestadores, pero la muestra a la cual se aplicó la SF-36 fue seleccionada de manera separada a la ENSA 2006. Para SF-36 se utilizó una muestra aleatoria de la población no institucionalizada de 1.000 personas mayores de 18 años, residentes en todo el territorio nacional. Las investigaciones que utilicen la información que brinda este instrumento, serán consideradas para ser presentadas dentro de las IV Jornadas.

El instrumento ha sido aplicado en gran número de países y diversidad de diagnósticos, dando lugar a una extensa lista de estudios. Con más de 1000 publicaciones fuera de Estados Unidos y cerca de 60 adaptaciones se ha convertido en el más usado en la bibliografía internacional para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (IQOLA). La encuesta aplicada en el 2006, es la primera de este género que se ha realizado en Costa Rica.

El cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992 (Ware y Sherbourne, 1992). El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalle por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994 (Departamento de Estudios y Desarrollo, 2006). De manera simple y útil el cuestionario SF-36, evalúa un espectro del estado de salud en un rango de estados

desde aquellos que se encuentran "más sanos" hasta aquellos "menos sanos" (Departamento de Estudios y Desarrollo, 2006).

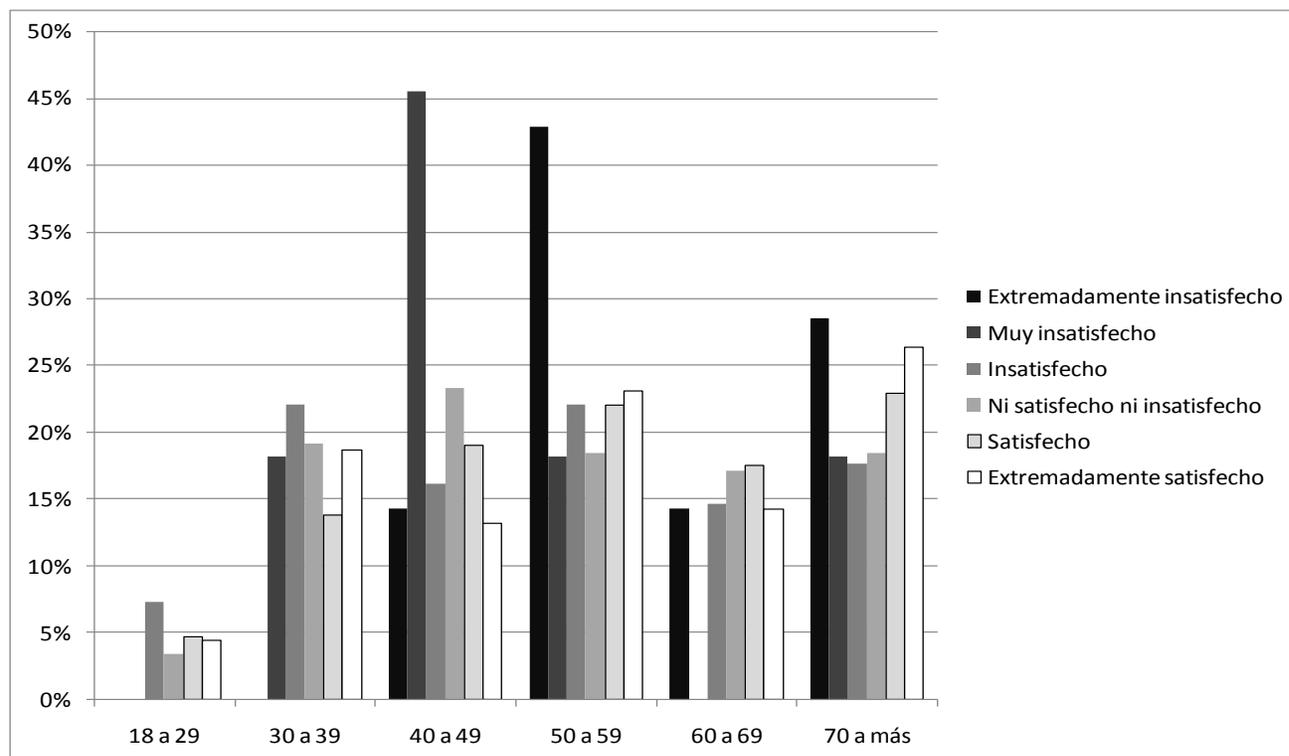
La recolección de información se hace a partir de 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 dimensiones de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud en general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (sitio oficial SF-36). Finalmente, estas 8 escalas, a su vez y mediante un análisis de componentes principales, son agregadas en dos medidas resúmenes de salud, a saber, un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

En la escala de 0 –100, donde 0 es "la peor salud" y 100 "la mejor salud", las puntuaciones medias de las dimensiones que definen la calidad de vida relacionada con al salud, varían del 71 en la dimensión salud general al 86 en la función física. En todas las dimensiones el resultado de los hombres fue superior al de las mujeres, donde la mayor diferencia promedio se encuentra en la dimensión dolor corporal (7,82 puntos). Con pocas excepciones esto se confirma dentro de los grupos de edad.. En cuanto a los componentes resumen, en la población total la media de la función física (49,9) es ligeramente inferior a la Escala Mental (50,04). En ambos componentes los hombres muestran una diferencia estadísticamente significativa de alrededor de un punto por encima de las mujeres.

Felicidad y Satisfacción de Vida

Para la ENSA de Costa Rica se incluyó un modulo que no había sido aplicado en otros países, felicidad y satisfacción de vida. Uno de los propósitos que llevó a la inclusión de esta etapa como parte del estudio, es establecer relaciones entre el estado de salud y la satisfacción que cada encuestado reporta con respecto a su vida.

Gráfico 6
Opinión de los encuestados respecto a su vida en general según edad

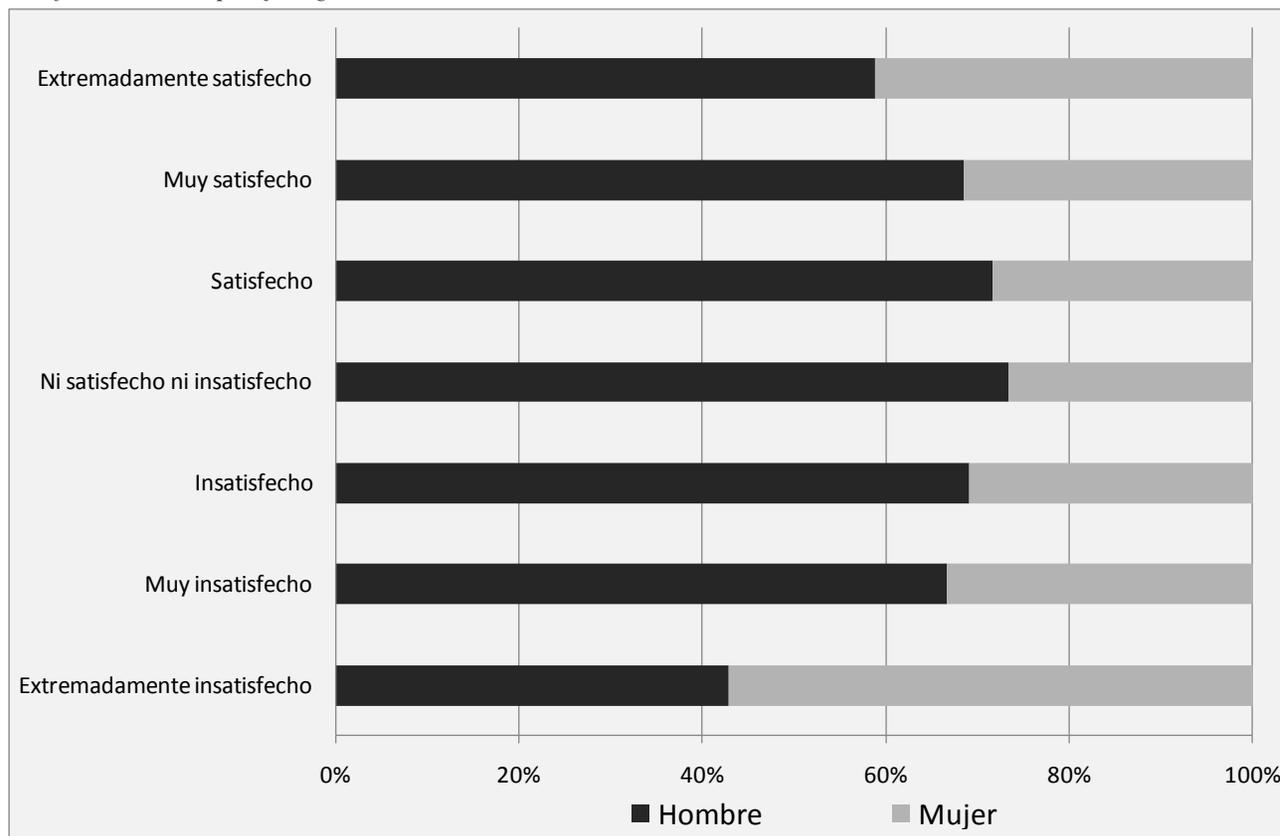


Fuente: Elaboración Propia

Entre los primeros resultados se observa que del 100% de personas que se sentían extremadamente insatisfechas la mayoría se encontraba en edades entre los 50 y 59 años (gráfico 6). En el otro extremo las personas extremadamente satisfechas se encontraban en edades superiores a 70 años (gráfico 6).

En cuanto a la satisfacción con la pareja, en general los encuestados contestaron que se encontraban satisfechos (64,5%), de estos el porcentaje más alto corresponde a hombres. Al observar las opiniones extremas, se tiene que la mayoría de las personas extremadamente insatisfechas son mujeres, y que la mayor proporción de encuestados extremadamente satisfechos son hombres (gráfico 7).

Gráfico 7
Satisfacción con su pareja según sexo



Fuente: Elaboración Propia

En lo que respecta la satisfacción con el empleo, la mayor proporción de encuestados se sienten satisfechos, solamente un 6,3% manifestó algún tipo de insatisfacción. Además, se observa altos porcentajes de respuestas negativas que en el rango de ingreso de 250mil a 300mil (tabla14).

Tabla 14. Satisfacción con el empleo que tiene o la actividad doméstica que realiza según nivel de ingreso

	Porcentajes					
	Extremadamen te insatisfecho y muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho y extremadamen te satisfecho	
<=50 mil	0,0	3,7	18,5	70,4	7,4	100,0
>50mil y <=100mil	4,4	1,8	13,3	69,0	11,5	100,0
>100mil y <=150mil	0,8	5,3	11,3	75,9	6,8	100,0
>150mil y <=200mil	0,0	7,6	5,6	74,3	12,5	100,0
>200mil y <=250mil	0,0	8,0	6,9	73,6	11,5	100,0
>250mil y <=300mil	0,0	23,1	23,1	0,0	53,8	100,0
>300mil y <=350mil	0,0	0,0	13,5	54,1	32,4	100,0
>350mil y <=400mil	0,0	4,5	0,0	68,2	27,3	100,0
>400mil y <=450mil	0,0	0,0	6,7	60,0	33,3	100,0
>450mil y <=500mil	0,0	0,0	0,0	61,1	38,9	100,0
más de 500mil	0,0	5,1	5,1	56,4	33,3	100,0
TOTAL	1,0	5,3	8,9	68,8	16,1	100,0

Fuente: Elaboración Propia

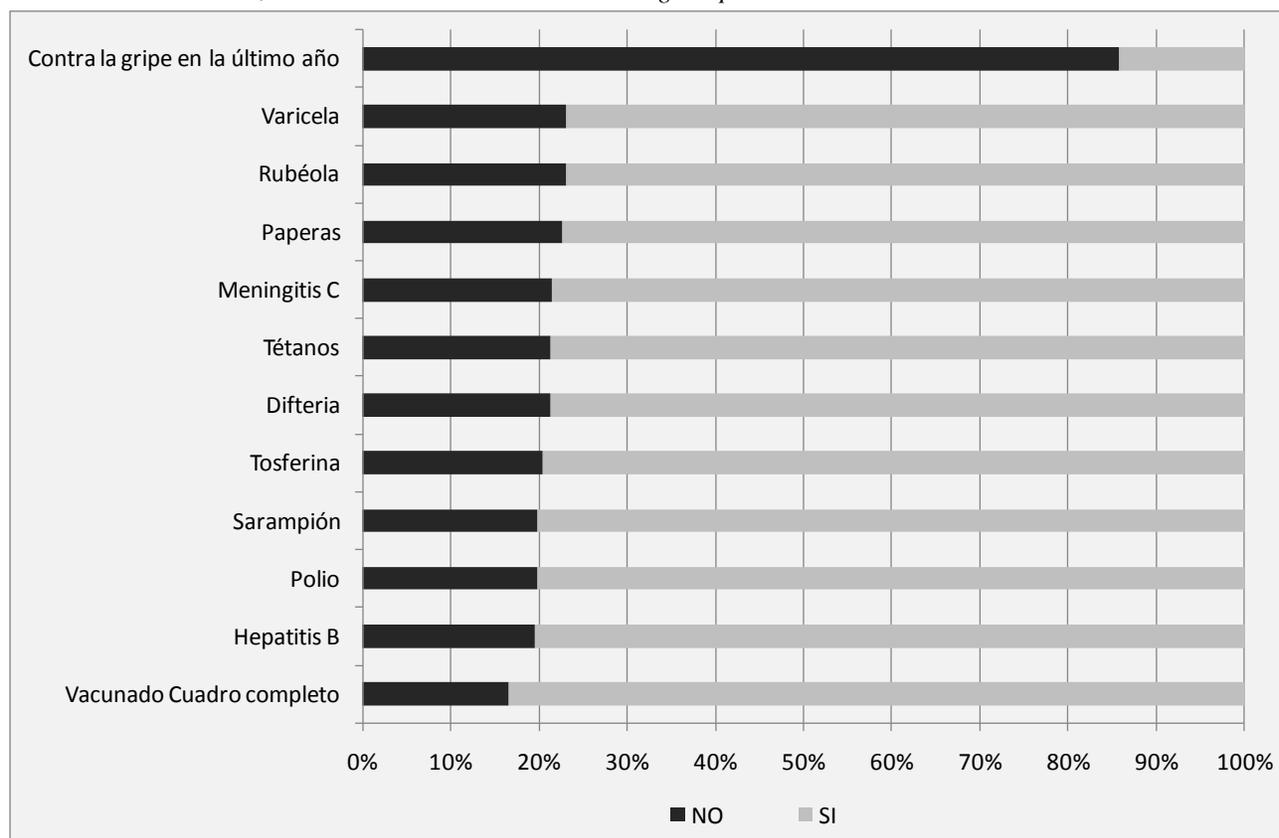
Grupos etarios

Los tópicos mencionados pueden ser abordados desde la perspectiva de cada uno de los grupos etarios. Es necesario añadir a lo expuesto que la encuesta cuenta con un grupo de preguntas enfocadas a temas de niñez y adolescencia, y un conjunto de ítems relacionados a adultos mayores.

Entre el grupo de preguntas relacionadas a los niños y adolescentes se encuentran las prácticas preventivas en salud. En el gráfico 8 observamos que un 85% de los menores no había sido vacunado contra la gripe en el último año. Para el resto de las vacunas los porcentajes de no aplicación se encuentran entre el 24% y el 16%, siendo el más alto el observado en varicela (gráfico 8).

Gráfico 8

Políticas de Prevención, vacunación del niño o adolescente según tipo de vacuna.



Fuente: Elaboración Propia

Entre el conjunto de preguntas referentes a adulto mayor se puede citar la que corresponde a soledad, un 9,8% se sienten solos (tabla 15).

Tabla 15. Adultos mayores que se siente solos según sexo

	SI	NO	
Hombre	9,4	90,6	100,0
Mujer	10,1	89,9	100,0
Total	9,8	90,2	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Apoyo a investigadores

De manera gratuita se facilitarán los diccionarios y las bases de datos de la ENSA 2006 y la SF-36. Ambas en formato SPSS y STATA.

El comité organizador pondrá a disposición de los interesados, asistentes expertos en econometría, economía y estadística; que apoyarán a los investigadores que desee utilizar este tipo de instrumentos.

Además, se están llevando a cabo cursos breves acerca de la aplicación de herramientas econométricas al análisis de la ENSA 2006.

Se evacuarán dudas sobre los temas que incluye la encuesta, y se abrirán espacios de consulta para los investigadores que deseen recibir orientación de cómo utilizar la información que brinda la ENSA 2006, para abordar el tema en el que están interesados.

Para mayor información:

Email: infoensa@fce.ucr.ac.cr

Teléfonos: 2075241 / 2075186

Página web: www.ccp.ucr.ac.cr/feconomia/ensa.html

Característica de la propuesta

Las propuestas se recibirán hasta el día 29 de Junio del presente año. Las mismas deben tener una extensión de máximo 2500 palabras, incluir el título del proyecto y un resumen de los antecedentes, los objetivos y la metodología. El documento definitivo de las investigaciones elegidas será recibido hasta el día 28 de setiembre. Las Jornadas se llevarán a cabo los días martes 30 y miércoles 31 octubre, en el Hotel Real Intercontinental.

Ficha Técnica de la Encuesta

Objetivos de la Encuesta

1. Proporcionar información sobre la autovaloración del estado de salud e identificar los principales problemas que reportan los ciudadanos (enfermedades crónicas, dolencias, limitaciones de la actividad, ayudas de salud, accidentes, participación en programas del Estado)
2. Determinar el grado de utilización de los servicios de salud y sus características.
3. Determinar el conocimiento y uso de prácticas preventivas seleccionadas.
4. Determinar la frecuencia y distribución de hábitos de vida que modifican el riesgo para la salud.
5. Analizar la información anterior según las características sociodemográficas de la población.
6. Conocer el estado de salud de la población, así como su percepción sobre que tienen sobre ésta y su experiencia con los servicios de salud.

Población Objetivo

Todas las personas que residan permanentemente en viviendas particulares ubicadas dentro del territorio nacional, se excluye del estudio la población residente en las viviendas colectivas (hoteles, hospitales, asilos, cárceles, conventos, etc).

Se aplico la encuesta a un miembro de cada hogar que contesto las preguntas por él y por el resto de la personas del hogar. En primera instancia se preguntaba por el jefe de familia, en caso de que no se encontrara, la encuesta se aplicaba a la persona adulta a cargo del hogar.

Unidad de Análisis

Es el hogar particular, entendiéndose por hogar a la persona sola o grupo de personas, con o sin vínculos familiares, que residen habitualmente en una vivienda individual y atienden sus necesidades vitales sujetas a un presupuesto común

Cobertura Geográfica

La cobertura de la encuesta es a nivel nacional.

Período de referencia

Dependiendo del módulo el período de referencia varía.

Dominios de estudio

Las zonas urbana y rural y se utilizó la regionalización de Mideplan, según decreto N° 160068-PLAN del 15 de febrero de 1985. La Gaceta N° 59 del 26 de marzo de 1985. Regiones Central, Chorotega, Pacífico Central, Brunca, Huetar Atlántica y Huetar Norte.

Diseño Muestral

El diseño muestral de la ENSA corresponde a un diseño probabilístico de áreas, bietápico con reemplazo, donde la unidad última de selección fue la vivienda y la unidad de observación fueron todas las personas residentes habituales o permanentes de la vivienda seleccionada al momento de la entrevista.

Marco Muestral

La muestra se seleccionó del Marco Muestral de Viviendas 2000 (MMV-00) del INEC y fue construido a partir de los Censos Nacionales del 2000. Este marco se denomina Marco de Áreas ya que sus unidades de muestreo (segmentos) son áreas geográficas que en promedio tienen 60 viviendas en el área urbana y 40 viviendas en el área rural.

Tamaño de la Muestra

Para determinar el tamaño muestral de un estudio, debemos considerar diferentes situaciones (Dawson-Saunders; 1996.).

Estudios para determinar parámetros. Se pretende hacer inferencias a valores poblacionales (proporciones, medias) a partir de una muestra

Estudios para contraste de hipótesis. Trata de comparar si las medias o las proporciones de las muestras son diferentes.

Estimar una proporción. Para estimar una proporción, se deben conocer los siguientes valores:

- El nivel de confianza ($1-\alpha$). El nivel de confianza prefijado da lugar a un coeficiente (Z_{α}). Para un nivel de confianza del 95% = 1.96.
- La precisión es del 2 %.
- Una idea del valor aproximado del parámetro que se quiere medir (en este caso una proporción). Esta idea se puede obtener revisando la literatura, por estudio pilotos previos, pero como en el caso de ENSA es no existen parámetros de comparación se decidió en este caso al no tener dicha información utilizar el valor $p = 0.5$ (50%).

Como la población es finita, se conoce el total de la población y se deseaba saber cuántos hogares del total se debían estudiar se utilizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \quad (1)$$

Donde:

N = Total de la población (como un cálculo de 1.200.000 hogares)

$Z_{\alpha/2} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

d = precisión (en este caso deseamos un 2%).

De esta forma se obtuvo un tamaño de 2004 viviendas y 167 segmentos. La tabla 16 refleja la manera en que la muestra se distribuyó de la según región de planificación.

Región de Planificación	Segmentos	Viviendas
Costa Rica	167	2004
Central	109	1308
Chorotega	13	156
Pacífico Central	10	120
Brunca	14	168
Huetar Atlántica	17	204

Estrategia operativa

El levantamiento de una encuesta de la magnitud de la ENSA y debido a que no se tenía ningún tipo de experiencia ya que fue la primera encuesta de su estilo que se realizó en el país fue necesario tener una clara definición de cada una de las estructuras operativas, por medio de la definición de figuras operativas responsables de tareas específicas en campo. En el trabajo participaron 1 coordinador nacional, 4 supervisores, 24 encuestadores y seis críticos.

Función del coordinador nacional. La planeación del levantamiento en cada segmento fue responsabilidad del coordinador general. De igual manera, tenía que coordinar, asesorar, apoyar y controlar los equipos de trabajo, supervisar las actividades del crítico de la encuesta, y asegurarse de la correcta elaboración de los listados de viviendas y del levantamiento de la información y su calidad.

Funciones del supervisor. Las funciones primarias del supervisor fueron: repartir las cargas de trabajo entre los encuestadores, observación directa del desarrollo de la Encuesta, proporcionar material a los encuestadores, vigilar los avances del levantamiento, asegurarse de que los encuestadores realizaron adecuadamente su trabajo, verificar en campo las viviendas sin respuesta.

Funciones del encuestador. El encuestador fue el responsable de aplicar el cuestionario, aclarar las dudas del entrevistado (y debía hacerlo apegándose siempre a los criterios establecidos en la capacitación sobre técnicas de la entrevista) y registrar las respuestas en el instrumento de captación correspondiente. Además, debía conocer el cuestionario, los conceptos y las técnicas de la entrevista.

Funciones del crítico. El crítico fue la persona responsable de verificar la congruencia y la calidad de la información de los cuestionarios y reportar los hallazgos de esta tarea al supervisor con el fin de que se tomaran las medidas necesarias para asegurar la calidad del levantamiento. Los cuestionarios que no se encontraban correctamente llenados los entregaba al supervisor para su corrección en campo o se llamaba por teléfono.

Capacitación y estandarización

La capacitación se inició con el curso de elaboración de listados de viviendas que se impartió a los supervisores. En este curso se les explicó cómo manejar la cartografía censal, ubicar las áreas de trabajo, iniciar el recorrido del área de trabajo, así como el correcto uso de los formatos de listado y cómo elaborar un croquis de ubicación de viviendas. Posteriormente, todos los encuestadores que participaron en el operativo de campo fueron capacitados y estandarizados en los conceptos y manejo del cuestionario, en su trato con el entrevistado y en las técnicas de entrevista. Los principales aspectos abordados en la capacitación fueron la correcta aplicación del instrumento, lectura y entonación y apoyo al entrevistado en caso de dificultad para entender las preguntas. Adicionalmente, como parte de la estandarización, cada uno de los encuestadores para realizar su trabajo debía vestir una camiseta azul con el gafete de identificación que lo acreditara como

personal de la institución. Finalmente, entre los encuestadores capacitados se seleccionó un grupo para realizar las tareas de validación. A este grupo se le impartieron sesiones adicionales sobre este proceso.

Prueba piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto para detectar posibles problemas en los instrumentos de captación, errores en los procedimientos de campo y cuantificar tiempos de entrevista. La prueba piloto se llevó cabo en mayo del 2006. Se realizaron 24 entrevistas, distribuidas en localidades del cantón de la Unión y de Montes de Oca. Las localidades fueron seleccionadas a juicio, con la idea de contar con localidades de diferentes niveles socioeconómicos y que no representaran grandes costos y tiempos de traslado desde la oficina central. Como resultado de la prueba piloto se hicieron adecuaciones a los cuestionarios, se llevó a cabo una capacitación insistiendo en los problemas de levantamiento observados y se afinó el cronograma de actividades de campo.

Recolección de la información

La recolección de la información tuvo lugar entre el 1 de julio al 9 de agosto del 2006.

Tratamiento de la información

El tratamiento de la información incluyó la codificación de los cuestionarios, la captura de la información y la depuración de las bases de datos derivadas del proceso de captura. Para llevar a cabo esta tarea participó un coordinador de captura, 5 codificadores, 6 digitadores

Codificación El proceso de codificación inició una vez que los primeros cuestionarios levantados llegaron a las oficinas centrales. Este proceso comprendió la revisión de los cuestionarios, con el fin de que la información estuviera completa, fuera consistente y resaltar con color rojo las respuestas registradas por los encuestadores en campo y, de esta manera, agilizar el proceso de captura, así como de levantar los listados con las respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario.

Depuración de la base de datos Una vez que se daba por concluida la captura de los cuestionarios la base de datos resultante se sometía a un proceso de revisión exhaustiva de lo capturado, verificando nuevamente que todos los códigos que aparecían fueran válidos y construyendo tablas de contingencia que permitían observar la congruencia de los datos. Todos los errores encontrados fueron corregidos consultando el cuestionario correspondiente y capturando el valor correcto. Cuando el equipo responsable de la depuración de la base de datos consideraba concluido este proceso, la entregaba a otro grupo interno que realizaba la revisión de las bases de datos y que reportaba sus hallazgos al equipo de depuración para que éste procediera a la corrección o liberación de la base de datos a los investigadores interesados en analizar la Encuesta.

El 10% de los cuestionarios fueron revisados manualmente y comparados con la base de datos, reportándose un de error de lectura óptica inferior al 1% en la totalidad de los campos. La Unidad de Encuestas realizó repetición de preguntas por teléfono a un 10% de los entrevistados. Los formularios con alguna pregunta incompleta fueron completados por teléfono.

Bases de datos

Para la construcción de las bases de datos se utilizó software conocido como SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Y se construyeron las siguientes bases de datos

1. Total incluye personas, vivienda, felicidad y nutrición
2. Personas
3. Vivienda
4. Discapacitados
5. Felicidad
6. Mayores de 60 años
7. Nutrición

BIBLIOGRAFÍA

- Dawson-Saunders B, Trapp RG (1996). "Bioestadística Médica". 2ª ed. México: Editorial el Manual Moderno.
- Departamento de Estudios y Desarrollo, Gobierno de Chile; (2006). "Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004 -2005". Chile
- Sitio oficial <http://www.sf-36.org/>
- Ware J; (2000). "SF-36 Health Survey Update". *SPINE* Volume 25, Number 24, pp 3130–3139

Anexo 1

Definiciones principales

Familia: Se define como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar o parte de ella y consumen alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. Se entiende que "viven en este domicilio" todas las personas que duermen habitualmente en el mismo. Se considera "un mismo presupuesto" el fondo común que permite al ama de casa o persona encargada de la administración de la familia, sufragar los gastos comunes de ésta.

Ingreso de la familia: Se considera como ingreso de la familia la suma de todos los ingresos, monetarios, percibidos por cada uno de los miembros de la familiar, con independencia de que sean o no destinados a la constitución de un fondo común para atender a los gastos de la unidad familiar.

Nivel de estudios: Hace referencia a los estudios terminados de más alto nivel.

Actividades (prácticas) preventivas: La prevención primaria de salud es la encaminada a fomentar los hábitos saludables y a prevenir la aparición de comportamientos de riesgo con la finalidad de evitar determinadas enfermedades. Como ejemplos tenemos: buenos hábitos alimentarios, higiénicos, vacunaciones.

Problema de salud: Problema de salud es cualquier anomalía en el estado de salud del individuo que haya sido declarado a lo largo de la encuesta. Este problema puede aparecer por tener consecuencias en las actividades del individuo como: incapacidad, utilización de servicios y consumo de medicamentos.

Incapacidad: Es el término general que describe cualquier restricción temporal o permanente de la actividad principal o habitual como consecuencia de un problema de salud agudo o crónico; independientemente de que conduzca o no a una situación determinada de incapacidad laboral transitoria.

Problema de salud con restricción de actividad: Es aquél que aparece en las dos semanas anteriores a la entrevista y que causa al menos un día de restricción de actividad.

Días de restricción de actividad habitual y de actividad principal: Es el día en que la persona no realiza sus actividades habituales o principales por causa de alguna enfermedad o lesión durante todo o la mayor parte del día. El llamar actividad "principal" a trabajar, realizar labores de hogar o asistir a escuela, guardería, etc., es únicamente, metodológico a efectos de medición. Al resto de las actividades realizadas por las personas con actividad principal las llamamos "habituales" (ver la televisión, pasear, jugar al fútbol, ir a la playa, etc.). Para los niños en edad escolar, las actividades habituales dependen de las realizadas por un niño en un día, y se verán afectadas por la edad del niño. Para los pensionados o las personas mayores, las actividades normales consisten prácticamente en ninguna actividad, pero el interrumpir o suspender por un día una pequeña cantidad constituye restricción de la actividad. En los domingos las actividades habituales son las cosas que la persona hace habitualmente en estos días: ir a misa, visitar amigos, quedarse en casa leyendo u oyendo la radio, viendo la televisión, etc. Las personas que reducen permanentemente sus actividades habituales por causa de una condición crónica no declararán ningún día de restricción durante el período de dos semanas.

Restricción con día cama: Es aquella en la que la persona se queda en la cama todo o la mayor parte del día, por causa de un determinado problema de salud o lesión (más de la mitad de las horas de luz diarias).

Audición, visión, salud dental: Problemas de audición son aquellos que sufre una persona que tiene dificultades para oír una conversación normal utilice o no audífono. Problemas de visión, son aquellos que sufre una persona que tiene dificultades para leer el periódico o reconocer a un amigo al otro lado de la calle, utilice o no anteojos.

Hospitalización: Es el periodo de una o más estancias en un hospital como paciente excepto los periodos de permanencia de los recién nacidos sanos.

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. Se excluyen los productos de higiene personal, vendas y otros apósitos, productos de alimentación, cosméticos, caramelos, chicles, etc.

Tratamiento homeopático: Es un método terapéutico que se basa en administrar pequeñas dosis de sustancias medicamentosas para activar las propias defensas de nuestro organismo y llegar suavemente a la mejoría o curación de las enfermedades. Los productos homeopáticos son medicamentos regulados por el Ministerio de Salud. Los medicamentos homeopáticos, como cualquier otro medicamento, pueden ser prescritos por médicos y por farmacéuticos.

Tratamiento naturista: Se basa en administrar medicamentos con base de plantas, es decir, cuya sustancia medicinal es vegetal.