

TESIS DOCTORAL



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS

“La alfabetización en salud de la población española: Variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud.”

D. Aurelio Luna Ruiz-Cabello

2015



FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

TESIS DOCTORAL

**LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA:
VARIABLES RELACIONADAS SEGÚN LOS RESULTADOS DEL
PROYECTO EUROPEO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD.**

AUTOR:

Aurelio Luna Ruiz-Cabello-48480474Q

REALIZADO BAJO LA TUTELA DE LOS DIRECTORES:

Dra. María Falcón Romero

Dr. Juan José López García

Murcia, 2015

Índice

1. RESUMEN	4
1. ABSTRACT	5
10. ANEXO: HLS-EU-Q86.....	118
2. ALFABETIZACIÓN EN SALUD	6
2.1. Salud y alfabetización	6
2.2. ¿Qué es la alfabetización en salud?.....	9
2.3 ¿Por qué es importante medir la alfabetización en salud?	16
2.4 Instrumentos de medición de la alfabetización en salud	19
2.5 La alfabetización en salud en España	23
3. EL PROYECTO DE LA ENCUESTA EUROPEA DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD (HLS-EU)	27
3.1. Cuestionario europeo de alfabetización en salud (HLS-EU-Q)	29
3.1.1 Cuestiones o ítems de la HLS-Q	31
4. OBJETIVOS	34
5. MÉTODO.....	34
5.1. Muestra.....	34
5.2 Instrumento	34
5.3 Análisis de datos	35
6. RESULTADOS.....	38
6.1. Resultados del cuestionario HLS-EU-Q47 de la población española	38
6.1.1. Tablas y gráficas dicotómicas	38
6.1.2 Histograma del índice general de alfabetización en salud de la población española	50
6.1.3 Índices medios del nivel de alfabetización en salud de la población española por dimensiones y capacidades	52
6.2. Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y relacionadas con la salud.	54
6.3. Variables que guardan una relación significativa con el índice de alfabetización en salud de la población española.....	60
6.4. Factores de riesgo de una alfabetización deficiente	73
6.5. Perfil de la población con una alfabetización en salud deficiente o inadecuada.....	77
7. DISCUSIÓN	78
8. CONCLUSIONES	103
9. BIBLIOGRAFÍA	105
10. ANEXO: HLS-EU-Q86.....	117

1. RESUMEN

La alfabetización en salud, traducción del inglés “Health Literacy” (HL), es un concepto relativamente reciente que está cobrando mayor relevancia dentro del campo de la salud. La Organización Mundial de la Salud la definió en 1998 en su Glosario de promoción de la salud como *“las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para poder llegar a comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud”*.

Aunque en sus inicios la alfabetización en salud fue estudiada fundamentalmente en el entorno del paciente, limitándose al ámbito de la atención sanitaria, hoy día resulta un concepto crucial en salud pública, abarcando el ámbito de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud, refiriéndose, en consecuencia, a los ciudadanos en general tengan o no una determinada enfermedad.

El Consorcio Europeo de alfabetización en salud ha desarrollado una herramienta (HLS-EU-Q) para medir y analizar la alfabetización en salud de la población europea, habiendo sido utilizada en ocho países europeos.

El objetivo de esta tesis es describir los resultados de la encuesta europea sobre alfabetización en salud de la población española y comprobar, a través de un análisis estadístico avanzado, qué variables sociodemográficas presentan una relación significativa con el grado de alfabetización en salud, identificando aquellas que nos describen el perfil de la población con riesgo de tener una alfabetización inadecuada o deficiente.

1. ABSTRACT

Health literacy is a relatively new concept that is gaining importance within the field of health. The World Health Organization defined it in 1998 in his Glossary of health promotion as "*the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to be able to understand and use information in ways that promote and maintain good health*".

Although in its beginnings health literacy was studied primarily in the patient environment, limiting the field of healthcare, today is a crucial concept in public health covering the field of disease prevention and health promotion, referring therefore to the general public and not only a population with a particular disease.

The European Consortium of Health Literacy has developed a tool (HLS -EU-Q) to measure and analyze health literacy of the european populatio , being tested in eight european countries.

The aim of this work is to describe the results of the European survey of Health Literacy (HLS-EU) of the Spanish population, and check by statistical analysis, which sociodemographic variables are significantly related to the degree of health literacy, identifying those that describe the profile of the population at risk for inadequate or poor literacy.

2. ALFABETIZACIÓN EN SALUD

2.1. Salud y alfabetización

Desde que la salud de los ciudadanos pasó a ser una cuestión de estado, el cuidado de la salud de sus miembros se ha convertido en uno de los objetivos fundamentales de la intervención estatal en todo régimen democrático que proclame el estado de bienestar. El estado de salud de la población es una cuestión de peso en los discursos políticos y sociales que se fundamenta en el reconocimiento de la salud como un objetivo primordial en la vida de las personas y como un derecho de la ciudadanía. La Constitución Española vigente lo recoge en su artículo 43 y la Carta los derechos fundamentales en la Unión Europea en su artículo 35.

La salud es definida por la OMS en su Constitución de 1948 como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Dicha definición pone de manifiesto el cambio de paradigma que supuso una concepción de la salud que no se limita a su sentido negativo como ausencia de enfermedad, sino que es más bien un concepto positivo que hace hincapié en los distintos recursos sociales y personales así como en las capacidades físicas que posibilitan una vida mejor. Así entendida, el tratamiento de la enfermedad deja de ser la función específica de los servicios sanitarios, que empiezan a abarcar nuevas funciones como la prevención de riesgos para la salud y la promoción de la salud.

En la carta de Ottawa para la promoción de la salud de 1986 se mantiene la consideración de la salud como un derecho fundamental de los seres humanos que requiere ciertos prerequisites como la paz, unos adecuados recursos económicos, una buena alimentación y una vivienda digna, así como un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Estos vínculos ponen de manifiesto la relación existente entre la salud y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida de las personas, evidenciando la necesidad de una comprensión holística de la salud.

En este sentido la promoción de la salud es un proceso que posibilita que las personas aumenten su control sobre los determinantes de salud, entendiendo por tales “*la gama de factores personales, sociales, económicos y*

ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (Nutbeam, 1998) y, de este modo, mejoren su salud.

Uno de estos determinantes es la alfabetización. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y Cultura (UNESCO) la defiende como un derecho humano fundamental, que está implícito en el derecho a la educación reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y recogido en otras convenciones y declaraciones internacionales posteriores con carácter vinculante. La alfabetización se debe abordar desde una perspectiva basada en los derechos y ha de concebirse como uno de los principios de integración que propicia el desarrollo humano, como un instrumento que confiere autonomía con miras a mejorar la salud, el ingreso y la relación con el mundo (Unesco, 2006).

Tradicionalmente, la alfabetización hace referencia al proceso por el que una persona aprende a saber leer y escribir correctamente. Sin embargo, en las últimas décadas, se ha señalado el carácter reduccionista de esa definición, que se limita a entenderlo en oposición al concepto de analfabetismo, además de constatarse que saber leer y escribir no siempre implica que la persona pueda comprender lo que está leyendo o entienda lo que está escribiendo. Según la Unesco (2006), una persona es analfabeta cuando no puede leer ni escribir una breve frase sobre su vida cotidiana. Se habla también de analfabetismo funcional, que alude a aquellas personas que, pese a tener habilidades elementales de lectura y escritura, no son capaces de desenvolverse en el medio letrado. A la hora de aportar una definición de alfabetización, la Unesco constata la diversidad de perspectivas existentes. En interés de nuestro estudio nos limitaremos a entenderla como un conjunto autónomo de competencias (lectura, escritura, competencias verbales, en operaciones de cálculo elementales, competencias que permiten acceder al conocimiento y la información). Hay que precisar que aunque el concepto más corriente de la alfabetización es que ésta constituye un conjunto de competencias palpables –en particular, de competencias cognitivas en lectura y escritura– que son independientes del contexto en que se han adquirido y del medio al que pertenece la persona que las ha adquirido, este concepto ha ido evolucionando a medida que los especialistas han aducido que las formas en

que se practica la alfabetización varían en función del contexto social y cultural. En vez de concebir la alfabetización como una competencia técnica independiente del contexto, el enfoque de “Nuevos Estudios sobre Alfabetización” sostiene que se trata de una práctica social integrada en contextos de sociedad específicos y que incluso competencias presuntamente “objetivas” –por ejemplo, las relativas al cálculo– se pueden situar socialmente.

En este sentido, el concepto de alfabetización clásico se ha extendido abarcando aquellas capacidades y destrezas que permiten desenvolverse eficazmente y actuar competentemente en distintas situaciones y contextos.

La relación entre una alfabetización y el estado de salud es cada vez más estudiada y reconocida. La alfabetización es una base necesaria para la salud que tiene un impacto directo y significativo sobre la salud individual y pública. Del interés por esta relación surge el concepto de alfabetización en salud. La alfabetización en salud, traducción del inglés *health literacy*, es un complejo concepto de reciente aparición y de creciente interés que, en líneas generales, hace referencia al grado de necesario para que los individuos interactúen adecuadamente dentro de un sistema de salud.

Hay que precisar que algunos autores (Tones, 2002 y Wills, 2009) se muestran críticos con este nuevo concepto en tanto que, según ellos, se ha sobrecargado inútilmente la noción de “alfabetización” y simplemente se pone “vino viejo en nuevas botellas” reciclando conceptos clásicos de la promoción de la salud como son “el empoderamiento” y “la implicación del paciente”, que a su vez siguen estando abiertos a distintas controversias y múltiples interpretaciones.

2.2. ¿Qué es la alfabetización en salud?

El término alfabetización en salud viene siendo usado durante las últimas décadas para referirse a la intersección entre el campo de la salud y el de la alfabetización (Green, 2007).

Desde su primera utilización en 1974, en un debate en Estados Unidos sobre educación para la salud como una cuestión política que afecta al sistema de salud (Simonds, 1974, citado en Ratzan, 2001), se ha convertido en una cuestión fundamental en el ámbito de la salud pública dando lugar a un provechoso campo de investigación dónde, sobre todo a partir del tercer milenio, el número de publicaciones científicas ha aumentado exponencialmente (Bankson, 2009).

A pesar de este hecho, es cada vez más reconocido que no hay una definición unánimemente aceptada de la alfabetización en salud; sus dimensiones constitutivas siguen siendo objeto de controversia, así como tampoco hay un consenso sobre qué instrumento es el más adecuado para medirla. En consecuencia, los intentos por medirla y evaluarla varían en alcance, método y calidad (Sørensen et al., 2012; Baker, 2006).

Sørensen et al. (2012) realizaron una revisión de las publicaciones científicas que presentan modelos conceptuales de alfabetización en salud encontrando 18 definiciones distintas de la misma.

1. OMS (1998) “Las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para poder llegar a comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud”.
2. American Medical Association’s (1999) “La constelación de habilidades, incluyendo la capacidad de realizar tareas básicas de lectura y cálculo numérico necesario para funcionar en el ámbito sanitario”.
3. Nutbeam (2000) “Las habilidades personales, cognitivas y sociales que determinan la capacidad de los individuos para

acceder, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud”.

4. Ratzan y Parker (2000) La capacidad para obtener, entender y procesar información básica (oral y escrita) de salud y los servicios necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas.
5. Kickbusch, Wait y Maag (2005) “La capacidad de tomar decisiones acertadas sobre salud en el día a día- en casa, en la comunidad, en el lugar de trabajo, en el sistema sanitario, en el mercado y en la arena política. Se trata de un estrategia muy importante que otorga más poder para aumentar el control de la gente sobre su salud, su habilidad para encontrar información y su capacidad para asumir responsabilidad”.
6. Zarcadoolas, Pleasant y Greer (2003, 2005, 2006) “La amplia gama de habilidades y competencias que desarrollan las personas para buscar, comprender, evaluar y utilizar información de salud y los conceptos para tomar decisiones informadas, reducir los riesgos de salud ad aumentar la calidad de vida”.
7. Paasche-Orlow y Wolf (2007) “Posesión de un individuo de las competencias necesarias para la toma de decisiones relacionadas con la salud, lo que significa que la alfabetización de la salud siempre debe ser examinada en el contexto de las tareas específicas que deben llevarse a cabo. La importancia de una apreciación del contexto de la educación para la salud debe ser subrayado”.
8. Baker (2006) "El conjunto de las capacidades individuales de alfabetización que actúan como un factor mediador en la salud y en la toma de decisiones clínicas".
9. EU (2007) “La capacidad de leer, filtrar y comprender la información de salud con el fin de formarse una opinión competente”.
10. Pavlekovic (2008) “La capacidad para obtener, interpretar y entender la información básica sobre salud y sus servicios y la competencia para usar dicha información para mejorar la salud”.

11. Rootman y Gordon-Elbihbety (2008) “La habilidad de acceder, comprender, evaluar y comunicar la información como una vía de promover, mantener y mejorar la salud en una variedad de opciones a lo largo del curso de la vida”.
12. Ishikawa y Yano (2008) “Los conocimientos, destrezas y habilidades que conciernen a las interacciones con el sistema de salud”.
13. Mancuso (2008) “Un proceso que se desarrolla durante toda la vida y abarca atributos de capacidad, de comprensión y de comunicación. Los atributos de la alfabetización en salud se constituyen y vienen precedidos de las capacidades, estrategias y habilidades integradas en las competencias necesarias para alcanzar una alfabetización en salud”.
14. Australian Bureau of Statistics (2008) “El conocimiento y las habilidades necesarias para comprender y utilizar la información relativa a los problemas de salud tales como drogas y alcohol, prevención y tratamiento de enfermedades, seguridad y prevención de accidentes, primeros auxilios, emergencias y mantenerse saludable”.
15. Yost et al. (2009) “El grado en que los individuos tienen la capacidad de leer y comprender material impreso relacionado con salud, identificar e interpretar información presentada en formato gráfico (tablas, gráficos y tablas), y realizar operaciones aritméticas con el fin de tomar decisiones apropiadas en temas de salud y cuidado”.
16. Stocks et al. (2009) “La capacidad de comprender e interpretar el significado de la información médica en forma escrita, oral o digital, y cómo esto motiva a la gente a aceptar o ignorar las acciones relacionadas con la salud”.
17. Adkins y Corus (2009) “La capacidad de entender el significado de diferentes formas de comunicación mediante el uso de una variedad de habilidades para lograr objetivos relacionados con la salud”.

18. Freedman et al. (2009) “El grado que los individuos y los grupos pueden alcanzar del proceso de comprender, evaluar y actuar sobre la información necesaria para tomar decisiones de salud pública que beneficien a la comunidad”.

Como podemos observar la mayoría de definiciones hacen referencia a una serie de capacidades o habilidades individuales para obtener, procesar y entender la información sobre la salud y las competencias necesarias para tomar decisiones apropiadas en temas de salud. Sin embargo, las recientes discusiones sobre el papel de la alfabetización en salud destacan la importancia de ir más allá de un enfoque individual, y de considerarla como una interacción entre las demandas de los sistemas de salud y las habilidades de los individuos. De ahí que el contexto en el que nos situemos sea un condicionante para determinar qué habilidades o capacidades son necesarias para tener una buena alfabetización en salud.

En el informe de 2004 del instituto de Medicina titulado *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* ya se alude al hecho de que “*la alfabetización en salud es una función compartida de los factores sociales e individuales, que surge de la interacción de las habilidades de los individuos y las demandas de los sistemas sociales*”. Más recientemente, Kwan, Frankish y Rootman (2006) y Pleasant y Kuruvilla (2008) han puesto de relieve la importancia de las destrezas y habilidades por parte de todas las partes involucradas en la comunicación y las decisiones sobre salud, incluidos los pacientes, médicos, educadores de salud,... Esta visión más amplia también está presente en la definición propuesta por Zarcadoolas, Pleasant y Greer (2003), quienes afirman que una persona alfabetizada en salud es capaz de aplicar los conceptos de salud e información a situaciones nuevas, y participar en los diálogos públicos y privados sobre la salud, la medicina, el conocimiento científico y las creencias culturales. Freedman et al. (2009) sostienen que el punto de vista médico sobre los factores que influyen en la salud debe desplazarse hacia un nivel colectivo, y que hay que distinguir entre la alfabetización de la salud pública e individual.

Así, mientras que hay un consenso en que la alfabetización en salud se refiere a la capacidad de las personas para satisfacer las complejas demandas

de la salud en la sociedad moderna (Protheroe, Wallace y Rowlands, 2009), la naturaleza exacta de estas capacidades se sigue debatiendo todavía.

Se puede distinguir dos perspectivas desde las que entender la alfabetización en salud: como una serie de capacidades y habilidades cognitivas individuales aplicadas en un contexto médico o sanitario, o como un rango más amplio de competencias aplicadas en el ámbito social. Es decir, la alfabetización en salud desde la perspectiva del paciente o desde la perspectiva del ciudadano. La primera se conoce como "alfabetización en salud médica" (Kickbusch y Maag, 2008), "alfabetización en salud del paciente" (Peerson et al., 2009), o "alfabetización en salud clínica" (Pleasant y Kuruvilla, 2008), y el segundo como "alfabetización en salud pública" (Freedman et al., 2009). Nutbeam (2000) se refiere a estos dos puntos de vista de la salud médica y pública sobre la alfabetización en salud como, respectivamente, un "riesgo clínico", y un "bien personal". De esta forma, la alfabetización en salud no debe limitarse al ámbito clínico o asistencial sino que debe ir más allá de éste, intentado abarcar todas aquellas habilidades sociales que posibilitan una mejora de la salud en las personas y un mayor control sobre sus determinantes de salud. En este sentido, cualquier definición de alfabetización en salud requiere la integración de ambos puntos de vista.

A la hora de señalar cuales son los elementos clave de la alfabetización en salud, los investigadores los abordan desde distintas perspectivas. Una de las más citadas es la de Nutbeam (2000). Este autor distingue tres niveles de alfabetización en salud: funcional, interactiva y crítica. La **funcional** se centra en la comunicación de información. Consiste en la transmisión de la información sobre los posibles riesgos de la salud y el uso de los servicios sanitarios. **Alfabetización interactiva** (desarrollo de habilidades personales): Incluye lo anterior y las oportunidades de desarrollar habilidades en un entorno de apoyo. **Alfabetización crítica** (empoderamiento personal y de la comunidad): Incluye las dos anteriores y el suministro de información sobre los determinantes sociales y económicos de salud y las oportunidades para lograr cambios a nivel político y organizacional. Kickbusch y Maag (2008) y Manganello (2008) coinciden con las dimensiones señaladas por Nutbeam.

En el libro editado por Kindig, Panzer y Nielsen-Bohlman (2004). la alfabetización en salud de una persona se estructura sobre sus conocimientos culturales y conceptuales, su capacidad auditiva, su fluidez oral, su habilidades aritméticas y sus habilidades de escritura y lectura.

Zarcadoolas, Pleasant, y Greer (2005) distinguen entre **alfabetización fundamental** que hace referencia a las habilidades y competencias involucradas en leer, hablar, escribir y cálculo, **alfabetización científica** que hace referencia al grado de competencia relacionado con la ciencia y la tecnología, **alfabetización cívica** que hace referencia a las habilidades que permiten a los ciudadanos tomar conciencia de los asuntos públicos e involucrarse en los procesos de toma de decisiones y **alfabetización cultural** que hace referencia a las habilidad de reconocer y saber aplicar creencias colectivas, costumbres, perspectivas globales y rasgos de identidad social con el fin de actuar e interpretar información sobre salud.

Otros autores, centrados más en la alfabetización del paciente delimitan unas capacidades que permitan desenvolverse a una persona dentro un sistema sanitario. Así, Speros (2005) se centra en la capacidad lectora y de cálculo aritmético, en la comprensión, y en la capacidad para usar información sobre salud en la toma de decisiones. Baker (2006) distingue entre alfabetización impresa relacionada con la salud y alfabetización oral. Paashe-Orlow y Wolf (2007) destacan la capacidad de escuchar, la fluidez verbal, la memoria de fijación, y la orientación. Mancuso (2008) la estructura sobre la capacidad, la comprensión y la comunicación.

En síntesis, podemos afirmar que la alfabetización en salud está relacionada con habilidades de comprensión y comunicación, con el cálculo aritmético, con habilidades de orientación, con la búsqueda de información relacionada con la salud, con la toma de decisiones adecuada y un pensamiento crítico, con la autoeficacia y la motivación personal. Como podemos observar la alfabetización en salud va encaminada a conseguir una mayor integración en la sociedad y a facilitar la consecución de metas y objetivos personales a través de la adquisición de una serie de competencias funcionales en distintos ámbitos. En este sentido, podemos decir que una

persona con una buena alfabetización en salud es una persona empoderada. El empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud (Nutbeam, 1998). Nutbeam establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

2.3 ¿Por qué es importante medir la alfabetización en salud?

Son numerosos los estudios que reclaman la necesidad de analizar y cuantificar la alfabetización en salud de la población señalando tanto los beneficios de una alfabetización adecuada como los perjuicios de una alfabetización inadecuada (Dewalt y Hink, 2004).

Nutbeam y Kickbusch (2000) afirman que una buena alfabetización en salud conlleva beneficios no solo para la persona sino también a la comunidad y a la sociedad. Con respecto a los beneficios individuales, la alfabetización en salud mejora los conocimientos de riesgos, el cumplimiento de las prescripciones, la motivación y confianza en sí mismo y la resistencia individual a la adversidad; también hace alusión a los beneficios sociales y comunitarios, ya que aumenta la participación en los programas de salud poblacionales, la capacidad para influir en las normas sociales y actuar recíprocamente con los grupos sociales, la capacidad de actuar en los determinantes sociales y económicos de la salud y el “empoderamiento” de la comunidad. En promoción de la salud, “el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud”(Nutbeam y Kickbusch, 2000).

Para Lee, Arozulla y Choc (2004) la alfabetización en salud mejora el estado de salud autopercebido, disminuye las hospitalizaciones, así como las visitas a servicios de emergencias médicas. Por su parte, otros consideran que favorece los resultados de salud en general y reduce los costos (Ratzan y Parker, 2000; Speros, 2005). Al respecto, Zarcadoolas et al. (2005) estiman que facilita las habilidades para aplicar información de salud a nuevas situaciones y para participar en diálogos públicos y privados sobre la salud, la medicina, el conocimiento científico y las creencias culturales.

De igual manera, para Baker (2006) favorece la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, mayor autoeficacia, conductas sanitarias positivas y mejores resultados de salud.

Según Mancuso (2008) también reduce los costos de salud, aumenta el conocimiento de enfermedades y tratamientos, las habilidades de automanejo y

cuidado de las condiciones crónicas, el cumplimiento, disminuye los errores médicos y reduce el uso de servicios costosos como los de emergencia e intensivos.

Freedman et al. (2009), en una perspectiva más social y salubrista aplicada al contexto estadounidense, estiman que resuelve algunos de los asuntos de salud más urgentes de esa sociedad y alivia las injusticias sociales.

Las ventajas ya señaladas no solo son inherentes a países desarrollados, sino también a todos los demás. Muestra de ello es el llamamiento que se hizo en la Conferencia Mundial de Promoción de Salud, sobre todo a los gobiernos, a trabajar en varios temas claves, entre los que se encuentra la alfabetización en salud. Algunos países ya han implementado planes de acción y estrategias nacionales para desarrollar la alfabetización en salud (Nutbeam y Kickbusch, 2000), como parte de la política de desarrollo de la promoción de salud y teniendo en cuenta lo planteado en la citada conferencia (World Health Organization, 2009; Li, Tao y Fu, 2011). Uno de estos países es Estados Unidos, donde el informe del Instituto de Medicina del 2004 anteriormente citado, indica que casi la mitad de la población adulta puede tener dificultades para entender información sobre la salud. Este hallazgo ha sido denominado como la "epidemia de alfabetización en salud" (Davis y Wolf, 2004). Algunas de las consecuencias más relevantes de esta epidemia, señaladas hasta la fecha por numerosas investigaciones, son:

Un uso limitado de los recursos preventivos (Bennet, Ferreira y Davis, 1998; Scott, Gazmararian, Williams y Baker, 2002; Wolf et al., 2006); detección tardía de la enfermedad, peor comunicación médico-paciente y mayor desconocimiento de la enfermedad y de sus síntomas (Williams et al., 1998); mayor tasa de hospitalización y uso abusivo de los servicios de urgencia (Kalichman et al., 2000; Baker et al., 1998; 2002; Gordon et al., 2002; Paasche-Orlow et al., 2005); consumo inadecuado de los medicamentos, errores de dosificación y baja adherencia terapéutica (Kalichman, Ramachandran y Catz, 1999); mayor desconfianza hacia los profesionales de la salud, percepción pesimista del tratamiento, baja satisfacción y una peor valoración de la calidad de la asistencia (Kalichman y Rompa, 2000; Mancuso y Rincon, 2006).

Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr y Pignone (2004) y Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern y Crotty (2011) realizan una revisión sistemática de la bibliografía que demuestra que una alfabetización en salud limitada o pobre está asociada a más hospitalizaciones, a un mayor uso de los servicios de emergencias médicas, a una menor adherencia a medidas preventivas y a pocas habilidades para cumplir adecuadamente el plan terapéutico indicado, así como para interpretar mensajes de salud.

Todas estas consecuencias conllevan un coste social y económico significativo (Marwick, 1997; Friedland, 1998; Howard, Gazmararian y Parker, 2005). Para hacernos una idea, en una hoja informativa de la National Academy on an Aging Society de Estados Unidos se estima que una baja o limitada alfabetización en salud supone un coste adicional de 73 billones de dólares al año en los fondos que este país destina a su sistema de salud.

En este sentido es más que patente que la alfabetización en salud, además de ser una capacidad esencial en la vida de las personas, es un imperativo de salud pública que constituye una cuestión económica crítica y una parte esencial del capital social de un país.

Todo esto evidencia la conveniencia de que los distintos países desarrollen instrumentos para medir de forma periódica la alfabetización en salud de su población y pongan en marcha políticas efectivas para aumentar los niveles de la misma en sus respectivas poblaciones. Como se alude en un informe independiente de expertos comisionados por la Presidencia Española de la UE en 2010 titulado *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*, la falta de indicadores del impacto de las diferentes políticas sobre los determinantes sociales de la salud y sus efectos, así como de datos oportunos y comparables dentro de cada país y entre los países de la UE, constituye un obstáculo para la ganancia en salud y equidad. Dicho informe señala que el control de los determinantes sociales es importante no sólo como un indicador predictivo de la salud, sino también como un objetivo en sí mismo de las políticas para alcanzar la eficiencia económica, garantizando un desarrollo sostenible basado en la justicia social.

2.4 Instrumentos de medición de la alfabetización en salud

En las últimas décadas, un gran número de instrumentos de medición o evaluación han sido desarrollados para medir distintos aspectos de la alfabetización en salud (Haun, Valerio, McCormack, Sørensen y Paasche-Orlow, 2014). Siguiendo la revisión bibliográfica realizada por Sørensen et al. (2012) nos vamos a centrar en los siguientes:

- **REALM:** The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Davis et al., 1991) que se podría traducir como test de estimación rápida de la alfabetización de adultos en medicina, es un test de reconocimiento y pronunciación de palabras que mide el dominio del vocabulario. Este test fue desarrollado en Luisiana State University en el Health Sciences Center por la doctora Terry Davis y su equipo. Se desarrolló como una herramienta de detección rápida para ayudar a los médicos en la identificación de pacientes con dificultades de lectura y en la estimación de los niveles de lectura de los pacientes, con el fin de adaptar los materiales educativos y las instrucciones a las habilidades de los pacientes. Consiste en una hoja con distintos términos médicos que se entrega al paciente para que pronuncie esos términos. En su primera versión constaba de 125 palabras. Posteriormente se elaboró una versión reducida (S-REALM) con 66 términos (Davis, Long y Jackson, 1993) y otra (REALM-R) con 8 (Bass, Wilson y Griffith, 2003). En su versión reducida, el REALM tarda de tres a cinco minutos para su realización y calificación. Las palabras que son pronunciadas correctamente suman un punto cada una, no así las que se pronuncian mal. Finalmente se suman los puntos obtenidos y se clasifica a la persona según su capacidad de reconocimiento de los términos de salud. De 0 a 18 puntos el paciente presenta un bajo alfabetismo de salud y probablemente no es capaz de leer ni entender ningún tipo de indicación médica. De 19 a 44 puntos el paciente sigue teniendo un nivel de alfabetismo de salud bajo y seguramente necesitará de una ayuda verbal para entender indicaciones médicas. De 45 a 60 puntos el paciente será capaz de leer muchas indicaciones pero tendrá problemas para entenderlas y aplicarlas. Por último de 61 a 66 puntos la persona tiene un buen nivel de alfabetismo de salud y entenderá la mayoría de las instrucciones médicas, (validez de criterio del REALM $r = 0.95 - 0.98$, S-REALM $r = 0.88 - 0.97$; REALM-R $r = 0.64$).

- **MART** y **WRAT**: Medical Achievement Reading Test (Hanson-Divers, 1997) y Wide Range Achievement Test (Wilkinson y Robertson, 2006) son pruebas de reconocimiento de palabras que se pueden utilizar para evaluar la capacidad de lectura sobre temas de salud. El MART tiene una consistencia interna de 0,98, pero la validez de criterio no ha sido establecida. El WRAT mide el reconocimiento de lectura, ortografía y cálculo aritmético. La prueba de lectura se compone de 15 letras y 42 palabras para nombrar o pronunciar. La prueba de ortografía consiste en deletrear el nombre propio y hasta 40 palabras dictadas. Los elementos de ortografía aumentan con dificultad. Finalmente, la prueba aritmética consta de dos operaciones matemáticas. El WRAT se correlaciona con el REALM y con otras pruebas de evaluación de la lectura. La prueba está actualmente en su cuarta revisión.

- **TOFHFLA**: The Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker, Baker y Williams, 1995) fue creado en la Universidad de Michigan por el doctor Parker y su equipo. La prueba de la alfabetización funcional de salud en los adultos mide las habilidades del paciente para realizar tareas relacionadas con la salud que requieren de lectura y las habilidades numéricas. Se compone de una sección de lectura de 50 ítems de comprensión que contiene materiales que los pacientes puedan encontrar en un centro de salud; y una prueba aritmética de 17 ítems para evaluar la capacidad del paciente para comprender y actuar sobre las instrucciones numéricas de la clase que podría ser administradas por un médico o farmacéutico. El TOHFLA tiene una consistencia interna (Cronbach) de 0,98, y una validez de criterio de 0,84 con el REALM y de 0,74 con la WRAT-R. Precisa de 22 minutos en realizar la prueba. Dos versiones cortas de TOHFLA se han desarrollado: una versión de 36 preguntas para medir la comprensión de lectura y las habilidades numéricas en 12 minutos (S-TOHFLA), y una versión de 36 preguntas que mide sólo la comprensión lectora (Baker, Williams, Parker, Gazmararian y Nurss, 1999). Ambas formas cortas alcanzan una consistencia interna (Cronbach) de 0,97 y la validez de criterio de 0,81 (para leer) y 0,61 (numérico) con el REALM.

- **NVS**: The Newest Vital Sign (Weiss et al., 2005) es un test que fue creado en base a los 2 tests mencionados anteriormente, el REALM y el TOFHFLA por el doctor Barry Weiss en la Universidad de Arizona, Estados

Unidos. Es una herramienta para identificar una baja alfabetización en salud. Consiste en una etiqueta de información nutricional que se acompaña de seis preguntas que indagan sobre la habilidad del participante para leer y aplicar la información de la etiqueta. En comparación con el TOFHLA, la NVS tiene una muy alta sensibilidad para la detección de la alfabetización en salud limitada. El NVS tiene la ventaja de ser muy rápido de realizar (3 minutos), y es aceptable para los pacientes, en el sentido de que más del 98% de los pacientes aceptan someterse a una evaluación durante una visita de rutina. La consistencia interna es sin embargo relativamente baja (Cronbach 0,76).

- **NALS:** The National Adult Literacy Studies en los Estados Unidos mide la alfabetización en salud organizada alrededor de tres ámbitos de información relacionada con la salud: clínica, prevención y orientación dentro del sistema de sanitario. Consta de 28 tareas diseñadas para obtener las habilidades de los encuestados para localizar y comprender la información relacionada con la salud y los servicios sanitarios, y que representan los tres tipos de alfabetización incorporados en la evaluación nacional 2003 de alfabetización de adultos (Kurtner, Jin y Paulsen, 2006).

Todas las herramientas anteriores se centran en la lectura de temas relacionados con la salud y en las habilidades numéricas en un contexto médico, y como tal funcionan más como marcadores de la alfabetización de los pacientes, en lugar de medir las capacidades de las personas a acceder, entender y utilizar la información de una manera que promueva la salud. Sólo un número limitado de las herramientas de medida de la alfabetización en salud se extienden más allá del ámbito de la atención de la salud:

- **CHC:** The Critical Health Competency Test: (Steckelberg, Hülftenhaus, Kasper, Rost y Mülhauser, 2007). La prueba de competencia crítica en Salud es una herramienta de 72 preguntas para medir las competencias en salud. La prueba consta de cuatro sub-áreas de competencia que representa la alfabetización en salud fundamental: la comprensión de conceptos médicos, la búsqueda bibliográfica, estadística básica, y, por último, el diseño de experimentos y toma de muestras. Es el primero en poner en práctica la

construcción de conocimientos críticos sobre salud, y tiene una buena fiabilidad test-retest (0,90).

- **HALS:** The Health Activity Literacy Scale (Rudd, Kirsch y Yamamoto, 2004) mide las competencias relacionadas con la salud dentro de cinco áreas (promoción de la salud, protección de la salud, la prevención de enfermedades, asistencia sanitaria y sistemas de orientación), diferenciando entre las distintas tareas y habilidades de alfabetización en salud.

Si bien todos los instrumentos anteriores son en inglés, algunos de ellos también están disponibles en otros idiomas. Versiones en español se han desarrollado de la TOFHLA y del NVS. El TOFHLA español tiene el mismo nivel de consistencia interna como la versión en inglés, para el NVS la consistencia interna es menor que en la prueba de Inglés (Cronbach 0,69).

A pesar del número de instrumentos de evaluación que está disponible, hay un consenso de que el campo carece aún de una medida integral de alfabetización en salud (Nutbeam, 2008; Protheroe, Wallace y Rowlandset, 2009; Baker, 2006). Como en la actualidad las herramientas disponibles no reflejan adecuadamente todos los aspectos de las definiciones de la alfabetización en salud, éstas deberían ser rediseñadas o bien se deberían desarrollar otras nuevas, para reflejar los cambios en las definiciones de alfabetización en salud acompañadas de sus modelos conceptuales (Protheroe et al., 2009).

2. La alfabetización en salud en España

Hasta hace poco existía escaso conocimiento sobre los niveles de alfabetización en salud de la población europea, y por ende, de la población española. En España el término alfabetización en salud no goza de una amplia difusión, como lo evidencia el hecho de que existan muy pocas publicaciones en español dedicadas a este concepto y de que no se haya medido la alfabetización en salud de la población española hasta la segunda década del s. XXI.

Sin embargo, esto no implica que a nivel nacional o regional no existan iniciativas o proyectos encaminados a mejorar la alfabetización en salud de sus ciudadanos, sino que se insertan dentro del campo de la Promoción de la Salud, y más concretamente dentro de la Educación para la Salud. Campos que son mucho más populares desde los años 80, si bien en España no contemplaban explícitamente el concepto de alfabetización en salud.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Nutbeam, Health promotion glossary).

Educación para la salud y alfabetización en salud son dos cuestiones estrechamente vinculadas y de enorme relevancia dentro del campo, más amplio, de la promoción de la salud. Hay que precisar que aunque comparten objetivos y son complementarias, la noción de alfabetización en salud no puede identificarse con la de Educación para salud. Esta última hace referencia a un proceso de enseñanza-aprendizaje encaminado a aumentar la alfabetización en salud de una población determinada, mediante la adquisición de conocimiento y el desarrollo de habilidades conducentes a una mejora de la salud individual y comunitaria (Nutbeam, Health promotion glossary). Para Perez Jarauta y Echauri Ozcoidi (2013), la educación para la salud pretende capacitar a las personas, trabajando los factores relacionados, tanto para lograr

comportamientos específicos conscientes, autónomos y estables, como para diversas situaciones personales de salud y bienestar, y para aumentar la conciencia sobre los determinantes sociales de la salud. Los procesos de educación para la salud, muchas veces comunitarios, son complejos, requieren una adaptación continua a las situaciones cambiantes de las personas o grupos con que se trabaja, y suelen ofrecer resultados a largo plazo, lo cual los aleja de la evaluación experimental. Por otro lado, las dificultades metodológicas que se asocian a la evaluación de intervenciones complejas hacen que en muchos casos éstas no sean evaluadas, o se evalúen de manera incorrecta.

Así entendida la Educación para la Salud, debe tener como objetivo aumentar la alfabetización en salud de una población determinada, hasta alcanzar el grado de competencias necesario para procesar información relacionada con la salud y saber tomar decisiones saludables. En este sentido, la Educación para la Salud trata de concienciar a las personas de que la salud es una responsabilidad compartida, y que hay que contextualizarla en las situaciones sociales y condiciones de vida.

Las políticas sanitarias y educativas de nuestro país han de dar cumplimiento al mandato constitucional que establece el derecho de los ciudadanos a alcanzar las habilidades que les permitan comunicarse e integrarse en la sociedad y las que les ayuden a conservar y mejorar su propia salud y la de la comunidad en la que viven. La Constitución Española, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria. La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recogen en un conjunto de normas con rango de Ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012). Los principios que permiten el ejercicio del derecho de protección de la salud son: financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso; derechos y deberes definidos

para los ciudadanos y para los poderes públicos; descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas; prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados; integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

Desde que el estado central delegara las competencias de salud a partir de finales del año 2002 a los distintos gobiernos autonómicos, esta descentralización se tradujo en 17 consejerías de salud regionales, con jurisdicción primaria sobre la organización y prestación de servicios de salud dentro de su territorio. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad tiene autoridad sobre ciertas áreas estratégicas, como la legislación farmacéutica y como garante del funcionamiento equitativo de los servicios de salud en todo el país. Por su parte, cada Consejería de Sanidad es responsable de la organización territorial de los servicios de salud en su jurisdicción: el diseño de las áreas de la salud y las zonas básicas de salud y el grado de descentralización de las estructuras de gestión a cargo de cada una.

De acuerdo a esta legislación se han desarrollado muchas políticas nacionales y autonómicas destinadas a realizar proyectos de Educación para la salud y promocionar la salud desde distintos ámbitos. En la Región de Murcia, por ejemplo, las Consejerías de Sanidad y de Educación y Cultura realizaron un Plan de Educación para la Salud en la Escuela. La finalidad de este plan era potenciar una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de su vida personal, familiar, social y profesional, para contribuir a su desarrollo integral y promover la adquisición de estilos de vida saludables.

Junto a este tipo de políticas existen numerosas iniciativas encaminadas a la educación de la salud y la promoción de la salud que se llevan a cabo por las universidades, las estructuras educativas del sistema de salud, colegios profesionales, sindicatos, y asociaciones de diferentes tipos. Algunos ejemplos son el Programa Paciente Experto que se ha adaptado en la Fundación Educación Salud y Sociedad, en el programa de paciente experto del Instituto Catalán de la Salud y en la Universidad de Pacientes en Cataluña. Otros

exponentes de programas que incluyen educación sanitaria para pacientes son impulsados por diferentes servicios autonómicos de salud, como la Escuela de Pacientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (<http://www.escueladepacientes.es/>), la Escuela de Salud y Cuidados del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (<http://www.escueladesaludycuidados.com/>), la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos del Servicio Gallego de Salud (<http://www.sergas.es/EscolaSaude/>) o la plataforma digital PyDsalud.com creada desde el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud. Entre los objetivos de estos programas se encuentran que los pacientes y los familiares tengan un mayor conocimiento sobre sus enfermedades concretas (fibromialgia, diabetes, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de colon y de mama, tratamiento anticoagulante oral, etc.), facilitando así la autogestión del paciente respecto a su enfermedad. Uno de los primeros estudios para medir la alfabetización en salud de la población española fue realizado por la Universidad de los Pacientes de Barcelona. La encuesta, elaborada por la Universidad de los Pacientes con la colaboración de MSD España, se ha realizado a una muestra de 3.000 personas estratificada por comunidades autónomas. Todas ellas respondieron a preguntas relacionadas con su percepción acerca del autocuidado o cuáles son las fuentes más fiables a la hora de buscar información sanitaria, entre otros indicadores indirectos de medida de las competencias sanitarias, asociadas con el término anglosajón de “health literacy”. Sus resultados se presentaron en un Seminario Internacional sobre Alfabetización en Salud de la población española celebrado en Toledo en enero del 2012 y están disponibles en Internet (<http://www.universidadpacientes.org/sias/>).

Medir periódicamente la alfabetización en salud de la población española nos permitiría comprobar el grado de eficacia de las distintas iniciativas de la promoción de la salud desarrolladas en España e identificar en que ámbitos y en qué capacidades encuentra mayores dificultades tratando de focalizar los objetivos en aquellas deficiencias que presente la población española. Al mismo tiempo, posibilitaría una comparación objetiva entre comunidades autónomas que podría evidenciar las posibles desigualdades en salud entre las mismas.

3. EL PROYECTO DE LA ENCUESTA EUROPEA DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD (HLS-EU)

Este proyecto surge ante la necesidad de implementar la cuestión de la alfabetización en salud en Europa, subrayando su importancia política y social. Es llevado a cabo por el Consorcio HLS-EU formado por la Universidad de Maastricht como miembro coordinador y ocho universidades e institutos de Austria, Bulgaria, Alemania, Grecia, Irlanda, Holanda, Polonia y España como miembros asociados. El proyecto fue financiado por la Comisión Europea y se desarrolló entre los años 2009 y 2012. (www.health-literacy.eu.)

Objetivos

La finalidad de este proyecto es establecer una Red Europea de alfabetización en salud, a través de la consecución de cuatro objetivos principales:

1. Contar con un instrumento adecuado que permita medir la alfabetización en salud en Europa;
2. Cuantificar por primera vez los datos de alfabetización en salud en los países europeos y ofrecer indicadores para una vigilancia tanto a nivel nacional como de toda la UE;
3. Realizar una evaluación comparativa de la alfabetización en salud en los distintos países europeos;
4. Crear Órganos Consultivos Nacionales en los países que participan en el estudio y documentar las diferentes estrategias de valoración de acuerdo con las prioridades y estructuras nacionales.

Definición

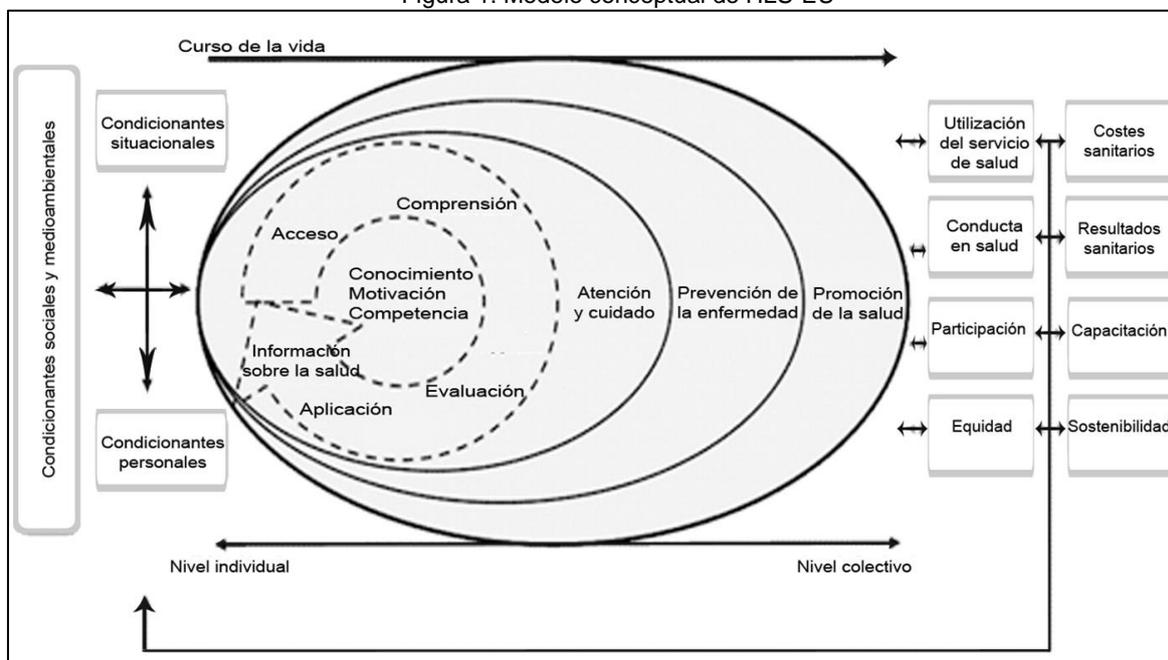
En un intento por dar una visión integrada de la alfabetización en salud que cumpla con la exigencia de la OMS (2008) según la cual la alfabetización en salud debe incluir la capacidad de acceder, comprender, evaluar y comunicar información sobre los determinantes sociales de la salud, el Consorcio HLS-EU propone la siguiente definición: *“La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender,*

evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta”(Sørensen et al., 2012).

Modelo conceptual

De la definición del proyecto se deriva un modelo conceptual de alfabetización en salud. Este modelo describe la alfabetización en salud en base a conocimientos, motivaciones y competencias implicadas en el procesamiento de información relacionada con la salud.

Figura 1. Modelo conceptual de HLS-EU



Como podemos observar en la figura 1 el procesamiento de la información relacionada con la salud se estructura en cuatro fases o estados que se corresponden con cuatro capacidades o competencias: la búsqueda y acceso a la información, la comprensión de la misma, saber evaluar y juzgar dicha información y por último, saber aplicarla a nuestro día a día. Estas cuatro capacidades (acceder, entender, juzgar y aplicar) se desarrollan en tres ámbitos diferentes: el cuidado y asistencia sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Este modelo desarrolla también un marco de determinantes y consecuencias de la alfabetización en salud.

La combinación de las cuatro capacidades, referidas al procesamiento de la información sobre la salud con sus tres dimensiones distintas, produce una matriz con 12 subdimensiones de la alfabetización en salud.

Tabla 1. Matriz de la alfabetización en salud (traducido de Sørensen et al, 2012)

	Acceder	Entender	Evaluar	Aplicar
Tratamiento y cuidado de la enfermedad	Capacidad para acceder a información sobre temas médicos o clínicos	Capacidad de comprender la información médica y entender el significado	Capacidad para interpretar y evaluar la información médica	Capacidad para tomar decisiones informadas sobre problemas médicos
Prevención de la enfermedad	Capacidad para acceder a información sobre factores de riesgo	Capacidad de comprender la información sobre factores de riesgo y entender el significado	Capacidad para interpretar y evaluar información sobre los factores de riesgo	Capacidad de juzgar la importancia de la información sobre factores de riesgo
Promoción de la salud	Capacidad para ponerse al día en temas de salud	Capacidad para entender información relacionada con la salud y comprender su significado	Capacidad para interpretar y evaluar la información relacionada con temas de salud	Capacidad de formarse una opinión meditada sobre temas de salud

3.1. Cuestionario europeo de alfabetización en salud (HLS-EU-Q)

Cómo hemos indicado antes, uno de los objetivos del proyecto europeo era el diseño de una herramienta que midiera la alfabetización en salud de la población europea, que ofreciera indicadores que posibiliten un seguimiento y una vigilancia tanto a nivel nacional como de toda la UE.

El cuestionario de la HLS-EU-Q (véase modelo en el anexo) es una herramienta creada a través de un procedimiento Delphi por el Consorcio de HLS-EU en colaboración con expertos internacionales a partir de una revisión sistemática de la bibliografía relacionada y de la matriz generada (Sørensen et al., 2013). En la primera ronda del proceso se pidió a los equipos de investigación de cada país que propusieran cuestiones y tareas relacionadas con cada una de las subdimensiones de la matriz de alfabetización en salud. Todo este proceso se realizó a través de correo electrónico. Tras sucesivas rondas se depuraron y sintetizaron las cuestiones recogidas dando lugar a la primera versión de la HLS-EU-Q. Para probar la validez aparente del cuestionario se organizaron unos grupos de discusión formados por los socios

del proyecto HLS-UE en Irlanda, Grecia y los Países Bajos. Los participantes fueron invitados a dar su opinión sobre el diseño, la claridad y el contenido del cuestionario. La versión revisada resultante de esos grupos de discusión se utilizó en una prueba de campo con una muestra de 50 participantes en Irlanda y Países Bajos.

Además de la prueba de campo, se organizaron consultas con expertos en el campo de la alfabetización de la salud para evaluar la validez del cuestionario y algunos aspectos técnicos como la baremación o el orden de las preguntas.

La versión en inglés del cuestionario final se tradujo en las otras seis lenguas que se utilizaron en la HLS-EU (búlgaro, holandés, alemán, griego, polaco y español). Para cada idioma se recurrieron a dos traductores independientes. Un panel compuesto por los socios investigadores de cada país, el grupo coordinador de HLS-EU, los traductores y otros profesionales de la salud pertinentes evaluaron las dos traducciones con el objetivo de acordar una versión nacional formal de la HLS-EU-Q. Para cada paso, se establecieron protocolos para asegurar la estandarización de los procedimientos en los países involucrados.

La HLS-EU-Q está disponible en tres versiones. La central o nuclear se llama HLS-EU-Q47. Este consta de 47 preguntas que intentan indagar sobre cada una de las subdimensiones que se establecen en la matriz de alfabetización de la salud europea, preguntando el grado de dificultad que encuentran en la realización de una tarea concreta. Por cada subdimensión de la matriz se identificaron de 3 a 5 cuestiones o tareas a partir de las sugeridas por los investigadores del Consorcio y por expertos internacionales en alfabetización en salud.

Las respuestas clasifican el grado de dificultad percibida por el encuestado en cada tarea o situación, baremando las mismas en una escala de Likert con 4 categorías (1. Muy difícil, 2. Difícil, 3. Fácil, 4. Muy fácil). Hay que tener en cuenta que la HLS-EU-Q recoge una medida auto percibida de alfabetización en salud, en función de la interacción entre las competencias y

capacidades de una persona y las demandas o complejidades de una posible situación relacionada con la salud.

3.1.1 Cuestiones o ítems de la HLS-Q

En una escala de "muy fácil" a "muy difícil", indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades:

- Q.1.1.** Encontrar información sobre los síntomas asociados a las enfermedades que son de su interés
- Q.1.2.** Encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés
- Q.1.3.** Averiguar qué hacer en caso de emergencia médica
- Q.1.4.** Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (Instrucciones: por ejemplo un médico, farmacéutico o psicólogo)
- Q.1.5.** Entender lo que me dice el médico
- Q.1.6.** Entender los prospectos que vienen con sus medicamentos
- Q.1.7.** Entender qué hacer en caso de emergencia médica
- Q.1.8.** Entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas
- Q.1.9.** Juzgar en qué medida la información proporcionada por el médico es aplicable a su situación
- Q.1.10.** Juzgar las ventajas y desventajas de los distintos tratamientos posibles
- Q.1.11.** Valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico
- Q.1.12.** Juzgar si la información que aparece en los medios de comunicación sobre una enfermedad es fiable (Instrucciones: TV, Internet u otros medios de información)
- Q.1.13.** Utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad
- Q.1.14.** Seguir las instrucciones recibidas con respecto a su medicación
- Q.1.15.** Llamar a una ambulancia en caso de emergencia
- Q.1.16.** Seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico
- Q.1.17.** Encontrar información para saber qué hacer con respecto a hábitos no saludables como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso
- Q.1.18.** Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión
- Q.1.19.** Encontrar información sobre las vacunas, pruebas de detección precoz de enfermedades y revisiones médicas que debería hacerse (Instrucciones: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)
- Q.1.20.** Encontrar información sobre cómo prevenir y abordar problemas de salud como el sobrepeso, hipertensión arterial o niveles de colesterol altos
- Q.1.21.** Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como

fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso

- Q.1.22.** Entender por qué necesita vacunarse
- Q.1.23.** Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (Instrucciones: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)
- Q.1.24.** Valorar la fiabilidad de las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso
- Q.1.25.** Valorar cuándo necesita acudir al médico a hacerse una revisión médica
- Q.1.26.** Valorar cuáles son las vacunas que puede necesitar
- Q.1.27.** Valorar cuáles son las pruebas de detección precoz de enfermedades y las revisiones médicas que debería realizarse (Instrucciones: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)
- Q.1.28.** Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (Instrucciones: TV, Internet u otros medios de información)
- Q.1.29.** Decidir si debe ponerse la vacuna contra la gripe
- Q.1.30.** Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a los consejos que le dan la familia y los amigos
- Q.1.31.** Decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (Instrucciones: periódicos, folletos, Internet u otros medios de información)
- Q.1.32.** Encontrar información sobre actividades saludables como el ejercicio físico y la alimentación saludable
- Q.1.33.** Encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (Instrucciones: meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.)
- Q.1.34.** Encontrar información sobre cómo se podría promover y fomentar la salud de su barrio (Instrucciones: reducción de los niveles de contaminación y ruido, creación de espacios verdes, instalaciones recreativas)
- Q.1.35.** Averiguar qué cambios a nivel político podrían afectar a su salud (Instrucciones: normativa, nuevos programas de chequeos médicos, cambios en el gobierno, reestructuración de los servicios sanitarios, etc.)
- Q.1.36.** Averiguar qué medidas podrían mejorar su salud en el trabajo
- Q.1.37.** Comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos
- Q.1.38.** Comprender la información incluida en los envases de alimentos
- Q.1.39.** Comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (Instrucciones: Internet, periódicos, revistas)
- Q.1.40.** Comprender la información sobre cómo mantenerse mentalmente sano
- Q.1.41.** Valorar de qué manera el lugar en el que vive condiciona su salud y bienestar (Instrucciones: Su comunidad, su barrio)
- Q.1.42.** Valorar de qué manera las condiciones de su vivienda pueden ayudarle a mantenerse sano
- Q.1.43.** Valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (Instrucciones: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios,

ejercicio, etc)

Q.1.44. Tomar decisiones para mejorar su salud

Q.1.45. Apuntarse a un club deportivo o gimnasio

Q.1.46. Modificar su forma de vida en aquellos aspectos que afectan a su salud y bienestar (Instrucciones: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc)

En la tabla 2 se muestra la distribución de ítems o cuestiones de la HLS-EU-Q en función de las dimensiones y capacidades de la alfabetización en salud.

Tabla 2. Distribución de cuestiones según dimensiones y capacidades

	Acceder/obtener	Entender/comprender	Procesar/juzgar	Aplicar/usar
Atención y cuidado sanitario	Q1.1	Q1.5	Q1.9	Q1.13
	Q1.2	Q1.6	Q1.10	Q1.14
	Q1.3	Q1.7	Q1.11	Q1.15
	Q1.4	Q1.8	Q1.12	Q1.16
Prevención de enfermedades	Q1.17		Q1.24	
	Q1.18	Q1.21	Q1.25	Q1.29
	Q1.19	Q1.22	Q1.26	Q1.30
	Q1.20	Q1.23	Q1.27	Q1.31
			Q1.28	
Promoción de la salud	Q1.32			Q1.44
	Q1.33	Q1.37	Q1.41	Q1.45
	Q1.34	Q1.38	Q1.42	Q1.46
	Q1.35	Q1.39	Q1.43	Q1.47
	Q1.36	Q1.40		

Para más información y encontrar las versiones disponibles de la HLS-EU-Q visitar www.health-literacy.eu.

4. OBJETIVOS

- Analizar el grado de alfabetización en salud de la población española en el marco del proyecto europeo de alfabetización en salud.
- Estudiar la relación entre alfabetización en salud y distintos factores sociodemográficos y de salud.
- Identificar los factores que describen al perfil de población caracterizado por una baja alfabetización en salud.

5. MÉTODO

5.1. Muestra

La recopilación de los datos de la encuesta europea sobre alfabetización en salud la realizó TNS Opinion en representación del consorcio HLS-EU y aplicando los estándares del eurobarómetro en sus procedimientos de muestreo y metodología.

La muestra española fue recopilada por la empresa Intercampo, Investigación y Técnicas de campo S.A, entre el cinco y el veintiuno de Julio del 2011. Para recabar información se empleó la técnica de las encuestas personales asistidas por ordenador o CAPI por sus siglas en inglés. Se seleccionaron 1000 entrevistas guardando la proporción con los estándares demográficos nacionales de las siguientes características sociodemográficas: edad, sexo, área de urbanización y distribución por Comunidades Autónomas.

5.2 Instrumento

El instrumento utilizado es el cuestionario descrito en el apartado 3.2 (HLS-EU-Q47). Junto a este cuestionario se recogieron una serie de variables sociodemográficas y algunas cuestiones relacionadas con los determinantes y resultados de salud, con el objetivo de valorar su posible vinculación con el grado de alfabetización en salud. Para facilitar su análisis, algunas variables sociodemográficas fueron recodificadas agrupando sus resultados o adaptando su codificación a los estándares utilizados en España.

Las variables recogidas son las siguientes. :

Sociodemográficas

- Sexo
- Edad
- Área de residencia
- Estado civil
- Distribución por Comunidades Autónomas
- Procedencia de los padres
- Inmigración
- Hijos
- Nivel de estudios
- Estatus social autopercebido
- Participación en actividades sociales de su comunidad

Socioeconómicas

- Ingresos netos mensuales medios por hogar
- Grado de dificultad para pagar todas sus facturas a fin de mes
- Situación laboral
- Tipo de cobertura sanitaria
- Dificultad para costearse las medicinas necesarias para cuidar de su propia salud

Relacionadas con la salud

- Valoración de la propia salud
- Enfermedad crónica o de larga duración
- Grado de autonomía por enfermedad o problema de salud
- Visitas al médico en los últimos 12 meses
- Uso de los servicios de urgencias en los últimos 2 años
- Fumar
- Consumo de alcohol
- Frecuencia de consumo de alcohol en atracones (binge-drinking)
- Frecuencia ejercicio físico

5.3 Análisis datos

Para el tratamiento estadístico de los datos, en primer lugar, se realizó un análisis descriptivo tanto de las variables cuantitativas (media y desviación típica) como cualitativas (análisis de frecuencias). Para analizar la relación de variables de naturaleza categórica (especialmente con lo relacionado con los aspectos sociodemográficos) se han utilizado tablas de contingencia con la prueba estadística chi cuadrado. Para comprobar qué variables presentan una relación significativa con la alfabetización en salud se elaboró un índice general de alfabetización en salud (IGHL) a partir de los resultados de la encuesta.

Para calcular el IGHL se atribuyeron los siguientes valores a las respuestas: 1 a “muy difícil”, 2 a “difícil”, 3 a “fácil” y 4 a “muy fácil”, de tal forma que un valor más alto implicara una mejor alfabetización en salud. Para facilitar el cálculo y simplificar comparaciones, la escala métrica se ha estandarizado entre 0 y 50, usando la siguiente fórmula:

$$\text{Índice} = (\text{media} - 1) * \left(\frac{50}{3}\right).$$

Los distintos subíndices correspondientes a las dimensiones y/o capacidades se han calculado adaptando la fórmula al número de cuestiones que abarca cada capacidad y cada dimensión según la distribución recogida en el cuestionario. En este sentido si observamos la tabla 2 (pág. 32) para calcular el subíndice de alfabetización en salud de la dimensión de atención y cuidado sanitario, la media se toma solo de los valores de las preguntas de Q1 a Q16, en el caso de la prevención de enfermedades de los valores de las preguntas de Q17 a Q31, y en la promoción de la salud de Q32 a Q47. De igual forma, los subíndices relativos a las capacidades se obtuvieron siguiendo la distribución establecida.

Se comprobó que la correlación de Pearson del índice general con cada uno de los subíndices estratificados por capacidades y dimensiones era significativa con valores cercanos al 1.

Para determinar qué variables tenían influencia sobre la alfabetización en salud se ha utilizado el análisis de varianza además de las correspondientes comparaciones múltiples para determinar las diferencias entre los distintos grupos. Se realizó un análisis de varianza del índice con las distintas variables, considerando significativas las que obtenían una significación de $p < 0.05$.

Para identificar los factores de riesgo de una alfabetización deficiente o inadecuada se han definido dos grupos extremos: (0: alfabetización adecuada, 1: alfabetización deficiente). Los dos grupos extremos se formaron según:

- Grupo extremo de alfabetización en salud deficiente: sujetos situados en un percentil 10 o inferior (índice global menor o igual a 25,88). 80 sujetos (de 1000)
- Grupo extremo de alfabetización excelente: sujetos situados en un percentil 90 o superior (índice global mayor o igual a 41,45). 86 sujetos (de 1000)

Siguiendo un modelo de regresión logística hemos analizado la predicción de estos dos grupos a partir de los factores que guardan una relación significativa con la alfabetización en salud.

Por ultimo hemos comparado las frecuencias y porcentajes de las distintas variables recogidas de cada grupo extremo para identificar aquellas diferencias más significativas.

Todos los análisis estadísticos se han realizado con SPSS (v.19).

6. RESULTADOS

6.1. Resultados del cuestionario HLS-EU-Q47 de la población española

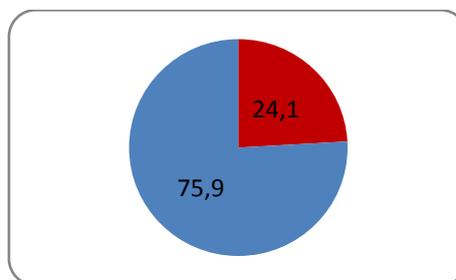
A continuación se recogen los resultados del cuestionario a través de tablas donde se muestran el número de casos y porcentaje de cada respuesta y una gráfica donde se agrupan de forma dicotómica los porcentajes válidos de las cuatro posibles respuestas.

6.1.1. Tablas de frecuencias y gráficas dicotómicas en porcentajes

(■ Fácil y Muy Fácil ■ Difícil y Muy Difícil)

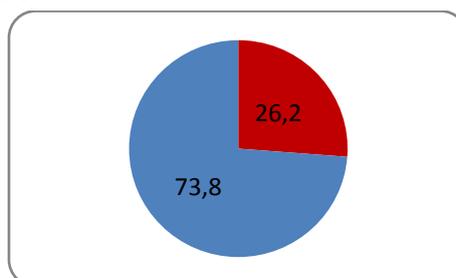
Q.1.1. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre los síntomas asociados a las enfermedades que son de su interés?

	n	%
Muy difícil	30	3,0
Difícil	203	20,3
Fácil	583	58,3
Muy fácil	152	15,2
NS/NC	32	3,2
Total	1000	100,0



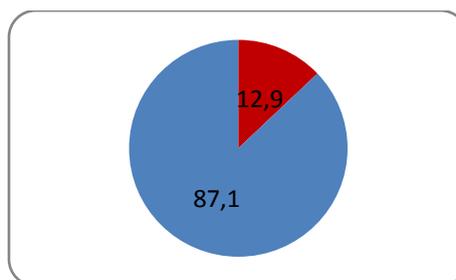
Q.1.2. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés?

	n	%
Muy difícil	34	3,4
Difícil	217	21,7
Fácil	581	58,1
Muy fácil	127	12,7
NS/NC	41	4,1
Total	1000	100,0



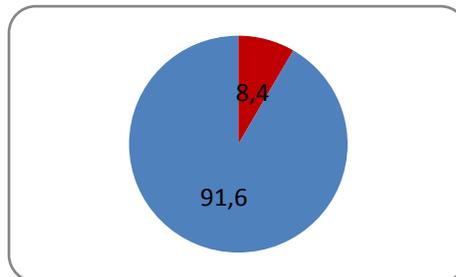
Q.1.3. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: averiguar qué hacer en caso de emergencia médica?

	n	%
Muy difícil	12	1,2
Difícil	116	11,6
Fácil	619	61,9
Muy fácil	243	24,3
NS/NC	10	1,0
Total	1000	100,0



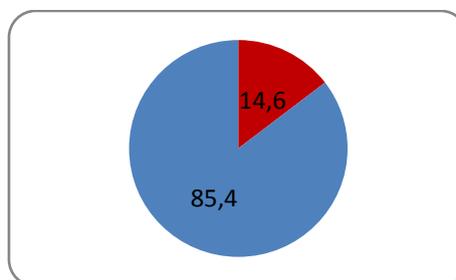
Q.1.4. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo?

	n	%
Muy difícil	6	,6
Difícil	77	7,7
Fácil	647	64,7
Muy fácil	261	26,1
NS/NC	9	,9
Total	1000	100,0



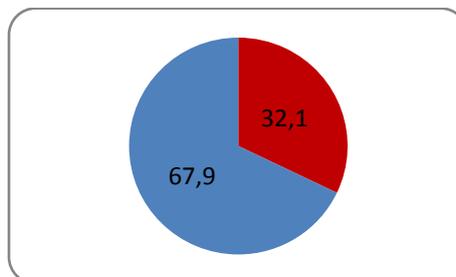
Q.1.5. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: entender lo que me dice el médico?

	n	%
Muy difícil	8	,8
Difícil	137	13,7
Fácil	633	63,3
Muy fácil	213	21,3
NS/NC	9	,9
Total	1000	100,0



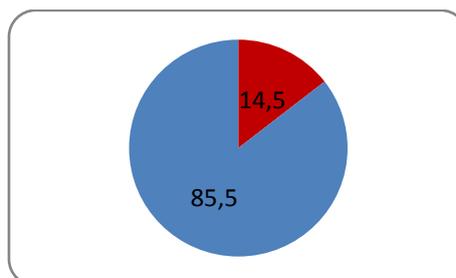
Q.1.6. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: entender los prospectos que vienen con sus medicamentos?

	n	%
Muy difícil	52	5,2
Difícil	266	26,6
Fácil	519	51,9
Muy fácil	155	15,5
NS/NC	32	3,2
Total	1000	100,0



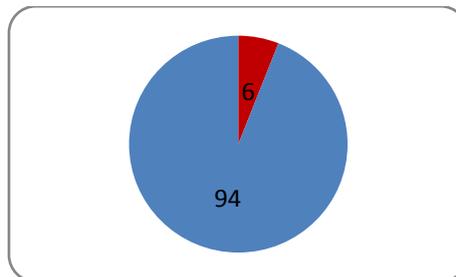
Q.1.7. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: entender qué hacer en caso de emergencia médica?

	n	%
Muy difícil	9	,9
Difícil	134	13,4
Fácil	641	64,1
Muy fácil	204	20,4
NS/NC	12	1,2
Total	1000	100,0



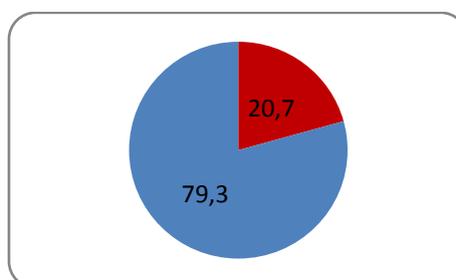
Q.1.8. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas?

	n	%
Muy difícil	2	,2
Difícil	58	5,8
Fácil	681	68,1
Muy fácil	257	25,7
NS/NC	2	,2
Total	1000	100,0



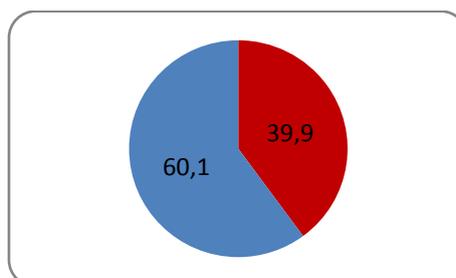
Q.1.9. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: juzgar en qué medida la información proporcionada por el médico es aplicable a su situación?

	n	%
Muy difícil	11	1,1
Difícil	190	19,0
Fácil	647	64,7
Muy fácil	125	12,5
NS/NC	27	2,7
Total	1000	100,0



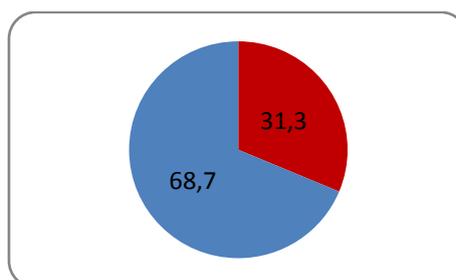
Q.1.10. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: juzgar las ventajas y desventajas de los distintos tratamientos posibles

	n	%
Muy difícil	34	3,4
Difícil	34,6	34,6
Fácil	469	46,9
Muy fácil	104	10,4
NS/NC	47	4,7
Total	1000	100,0



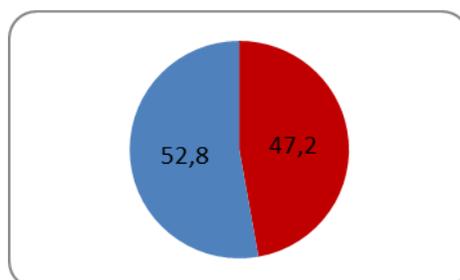
Q.1.11. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico?

	n	%
Muy difícil	25	2,5
Difícil	274	27,4
Fácil	517	51,7
Muy fácil	140	14,0
NS/NC	44	4,4
Total	1000	100,0



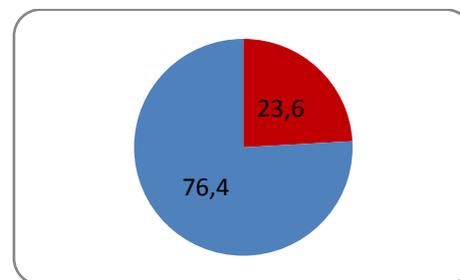
Q.1.12. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: juzgar si la información que aparece en los medios de comunicación sobre una enfermedad es fiable?

	n	%
Muy difícil	65	6,5
Difícil	377	37,7
Fácil	379	37,9
Muy fácil	116	11,6
NS/NC	63	6,3
Total	1000	100,0



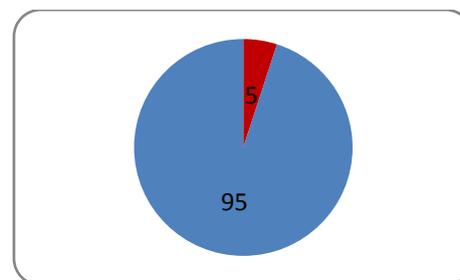
Q.1.13. En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad?

	n	%
Muy difícil	13	1,3
Difícil	217	21,7
Fácil	601	60,1
Muy fácil	143	14,3
NS/NC	26	2,6
Total	1000	100,0



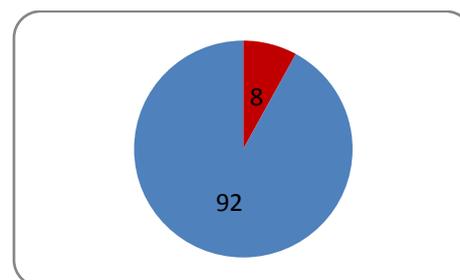
Q.1.14. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: seguir las instrucciones recibidas con respecto a su medicación?

	n	%
Muy difícil	2	,2
Difícil	48	4,8
Fácil	678	67,8
Muy fácil	268	26,8
NS/NC	4	,4
Total	1000	100,0



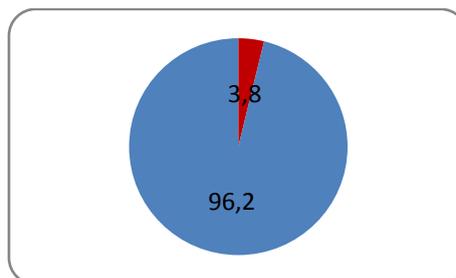
Q.1.15. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: llamar a una ambulancia en caso de emergencia?

	n	%
Muy difícil	12	1,2
Difícil	67	6,7
Fácil	519	51,9
Muy fácil	390	39,0
NS/NC	12	1,2
Total	1000	100,0



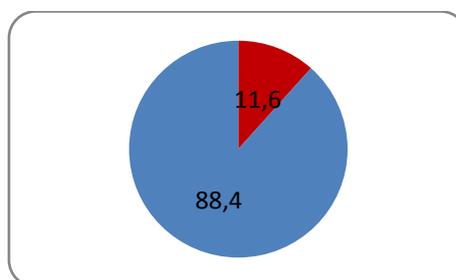
Q.1.16. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico?

	n	%
Muy difícil	3	,3
Difícil	35	3,5
Fácil	634	63,4
Muy fácil	328	32,8
Total	1000	100,0



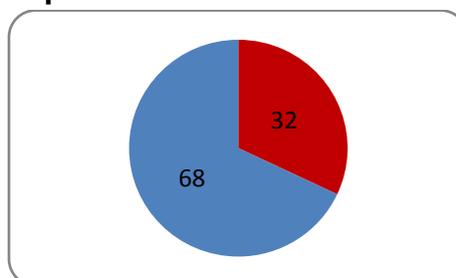
Q.1.17. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información para saber qué hacer con respecto a hábitos no saludables como fumar, hacer poco ejercicio o beber alcohol en exceso?

	n	%
Muy difícil	11	1,1
Difícil	102	10,2
Fácil	628	62,8
Muy fácil	233	23,3
NS/NC	26	2,6
Total	1000	100,0



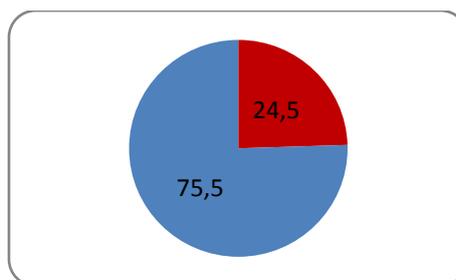
Q.1.18. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión?

	n	%
Muy difícil	38	3,8
Difícil	271	27,1
Fácil	522	52,2
Muy fácil	134	13,4
NS/NC	35	3,5
Total	1000	100,0



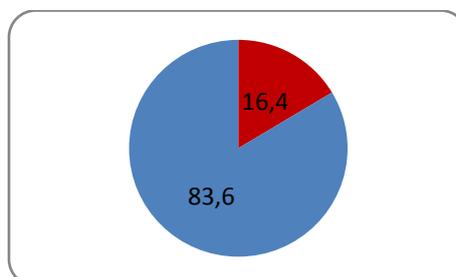
Q.1.19. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre las vacunas, pruebas de detección precoz de enfermedades y revisiones médicas que debería hacerse?

	n	%
Muy difícil	20	2,0
Difícil	220	22,0
Fácil	574	57,4
Muy fácil	165	16,5
NS/NC	21	2,1
Total	1000	100,0



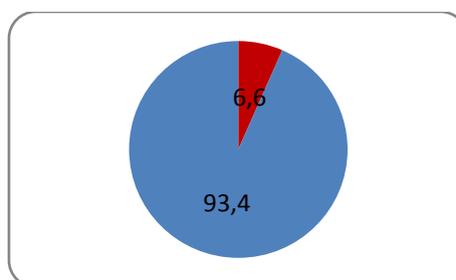
Q.1.20. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre cómo prevenir y abordar problemas de salud como el sobrepeso, hipertensión arterial o niveles de colesterol altos?

	n	%
Muy difícil	12	1,2
Difícil	150	15,0
Fácil	670	67,0
Muy fácil	154	15,4
NS/NC	14	1,4
Total	1000	100,0



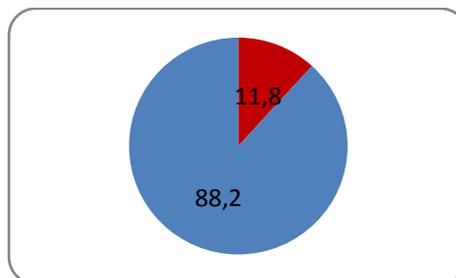
Q.1.21. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso?

	n	%
Muy difícil	9	,9
Difícil	57	5,7
Fácil	692	69,2
Muy fácil	235	23,5
NS/NC	7	,7
Total	1000	100,0



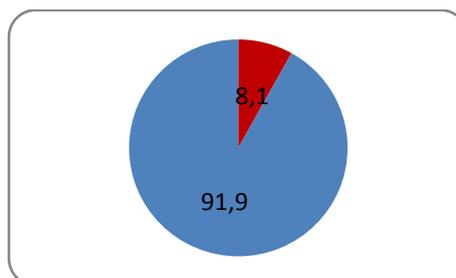
Q.1.22. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: entender por qué necesita vacunarse?

	n	%
Muy difícil	11	1,1
Difícil	107	10,7
Fácil	641	64,1
Muy fácil	239	23,9
NS/NC	2	,2
Total	1000	100,0



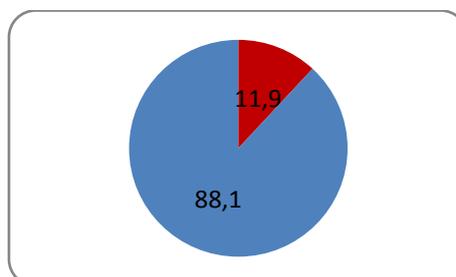
Q.1.23. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos?

	n	%
Muy difícil	6	,6
Difícil	75	7,5
Fácil	621	62,1
Muy fácil	295	29,5
NS/NC	3	,3
Total	1000	100,0



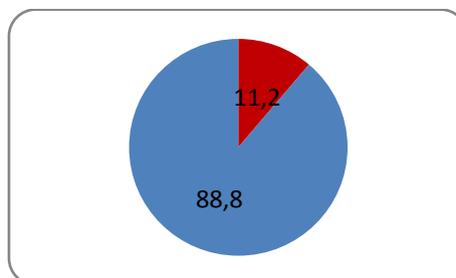
Q.1.24. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar la fiabilidad de las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso?

	n	%
Muy difícil	11	1,1
Difícil	107	10,7
Fácil	662	66,2
Muy fácil	208	20,8
NS/NC	12	1,2
Total	1000	100,0



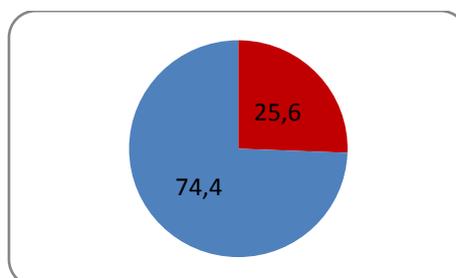
Q.1.25. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar cuándo necesita acudir al médico a hacerse una revisión médica?

	n	%
Muy difícil	,6	,6
Difícil	105	10,5
Fácil	662	66,2
Muy fácil	219	21,9
NS/NC	8	,8
Total	1000	100,0



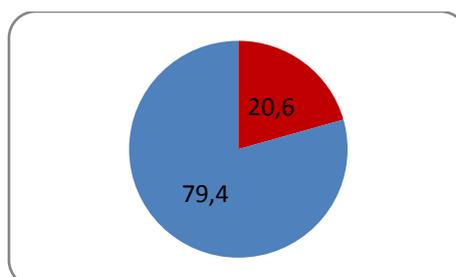
Q.1.26. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar cuáles son las vacunas que puede necesitar?

	n	%
Muy difícil	24	2,4
Difícil	226	22,6
Fácil	561	56,1
Muy fácil	165	16,5
NS/NC	24	2,4
Total	1000	100,0



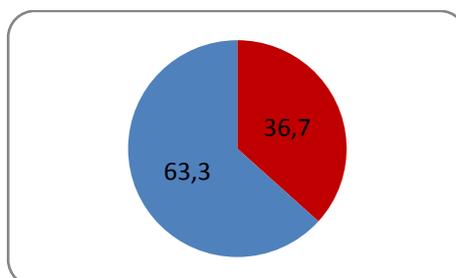
Q.1.27. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar cuáles son las pruebas de detección precoz de enfermedades y las revisiones médicas que debería realizarse?

	n	%
Muy difícil	11	1,1
Difícil	192	19,2
Fácil	617	61,7
Muy fácil	167	16,7
NS/NC	13	1,3
Total	1000	100,0



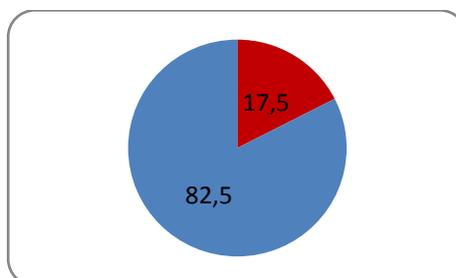
Q.1.28. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación?

	n	%
Muy difícil	39	3,9
Difícil	309	30,9
Fácil	477	47,7
Muy fácil	12,2	12,2
NS/NC	53	5,3
Total	1000	100,0



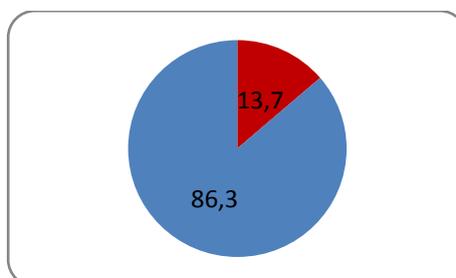
Q.1.29. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: decidir si debe ponerse la vacuna contra la gripe?

	n	%
Muy difícil	18	1,8
Difícil	154	15,4
Fácil	587	58,7
Muy fácil	224	22,4
NS/NC	17	1,7
Total	1000	100,0



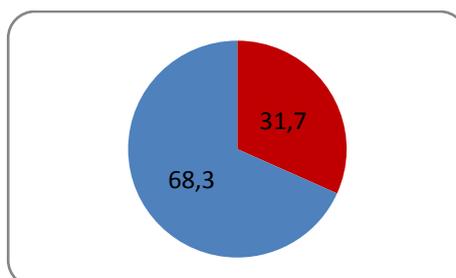
Q.1.30. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a los consejos que le dan la familia y los amigos?

	n	%
Muy difícil	9	,9
Difícil	126	12,6
Fácil	702	70,2
Muy fácil	150	15,0
NS/NC	13	1,3
Total	1000	100,0



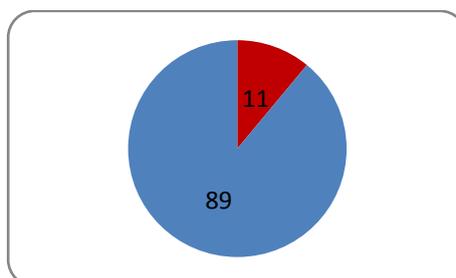
Q.1.31. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación?

	n	%
Muy difícil	25	2,5
Difícil	280	28,0
Fácil	498	49,8
Muy fácil	159	15,9
NS/NC	38	3,8
Total	1000	100,0



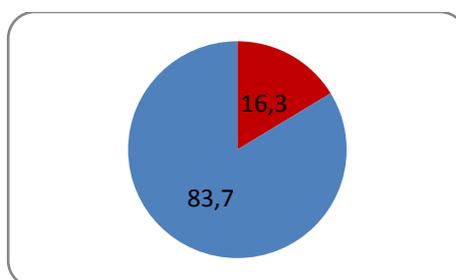
Q.1.32. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre actividades saludables como el ejercicio físico y la alimentación saludable?

	n	%
Muy difícil	9	,9
Difícil	99	9,9
Fácil	658	65,8
Muy fácil	218	21,8
NS/NC	16	1,6
Total	1000	100,0



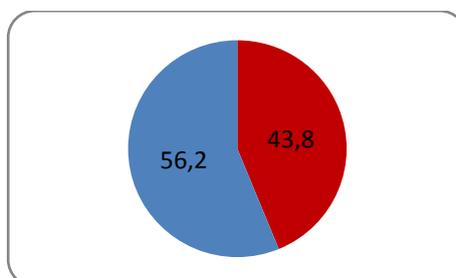
Q.1.33. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental?

	n	%
Muy difícil	22	2,2
Difícil	136	13,6
Fácil	611	61,1
Muy fácil	203	20,3
NS/NC	28	2,8
Total	1000	100,0



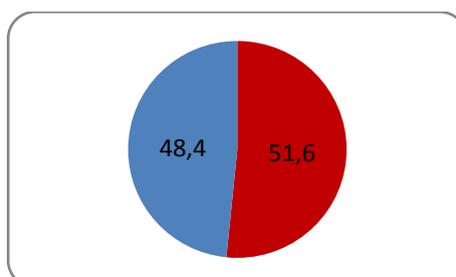
Q.1.34. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: encontrar información sobre cómo se podría promover y fomentar la salud de su barrio?

	n	%
Muy difícil	86	8,6
Difícil	317	31,7
Fácil	399	39,9
Muy fácil	118	11,8
NS/NC	80	,8
Total	1000	100,0



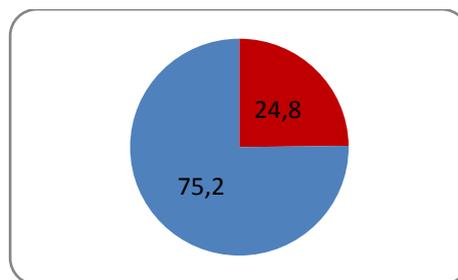
Q.1.35. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: averiguar qué cambios a nivel político podrían afectar a su salud?

	n	%
Muy difícil	115	11,5
Difícil	337	33,7
Fácil	329	32,9
Muy fácil	95	9,5
NS/NC	124	12,4
Total	1000	100,0



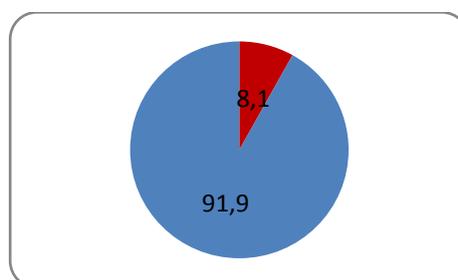
Q.1.36. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: averiguar qué medidas podrían mejorar su salud en el trabajo?

	n	%
Muy difícil	17	1,7
Difícil	188	18,8
Fácil	500	50,0
Muy fácil	120	12,0
NS/NC	175	17,5
Total	1000	100,0



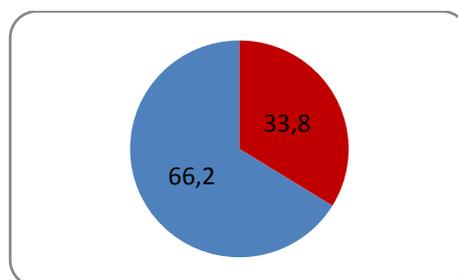
Q.1.37. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos?

	n	%
Muy difícil	4	,4
Difícil	76	7,6
Fácil	722	72,2
Muy fácil	186	18,6
NS/NC	12	1,2
Total	1000	100,0



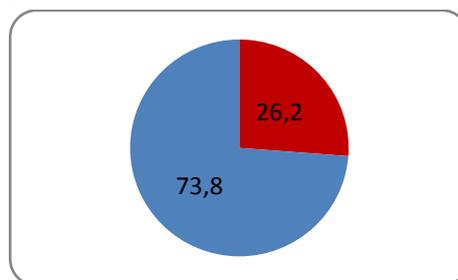
Q.1.38. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: comprender la información incluida en los envases de alimentos?

	n	%
Muy difícil	51	5,1
Difícil	281	28,1
Fácil	531	53,1
Muy fácil	120	12,0
NS/NC	17	1,7
Total	1000	100,0



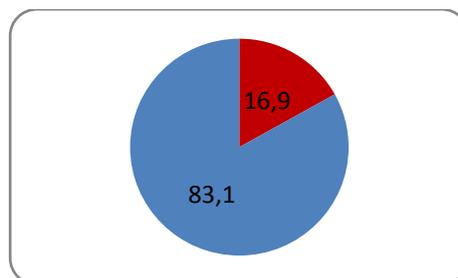
Q.1.39. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud?

	n	%
Muy difícil	29	2,9
Difícil	224	22,4
Fácil	572	57,2
Muy fácil	140	14,0
NS/NC	35	3,5
Total	1000	100,0



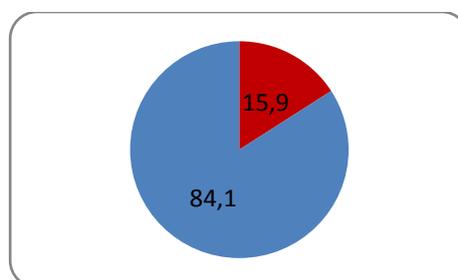
Q.1.40. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: comprender la información sobre cómo mantenerse mentalmente sano?

	n	%
Muy difícil	18	1,8
Difícil	147	14,7
Fácil	671	67,1
Muy fácil	141	14,1
NS/NC	23	2,3
Total	1000	100,0



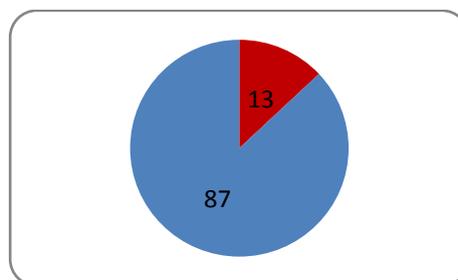
Q.1.41. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar de qué manera el lugar en el que vive condiciona su salud y bienestar?

	n	%
Muy difícil	14	1,4
Difícil	141	14,1
Fácil	667	66,7
Muy fácil	154	15,4
NS/NC	24	2,4
Total	1000	100,0



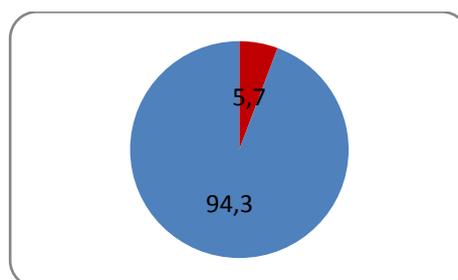
Q.1.42. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar de qué manera las condiciones de su vivienda pueden ayudarle a mantenerse sano?

	n	%
Muy difícil	9	,9
Difícil	118	11,8
Fácil	691	69,1
Muy fácil	161	16,1
NS/NC	21	2,1
Total	1000	100,0



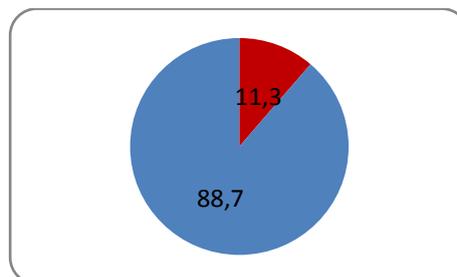
Q.1.43. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud?

	n	%
Muy difícil	4	,4
Difícil	52	5,2
Fácil	655	65,5
Muy fácil	275	27,5
NS/NC	14	1,4
Total	1000	100,0



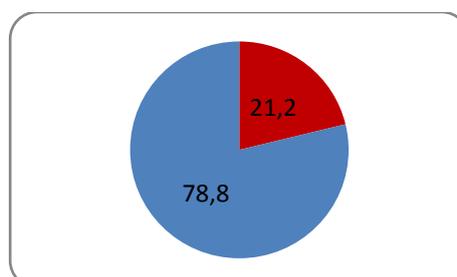
Q.1.44. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: tomar decisiones para mejorar su salud?

	n	%
Muy difícil	13	1,3
Difícil	100	10,0
Fácil	657	65,7
Muy fácil	226	22,6
NS/NC	4	,4
Total	1000	100,0



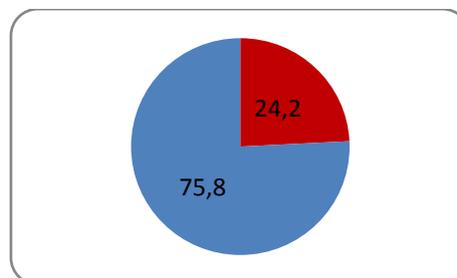
Q.1.45. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: apuntarse a un club deportivo o gimnasio?

	n	%
Muy difícil	77	7,7
Difícil	131	13,1
Fácil	526	52,6
Muy fácil	246	24,6
NS/NC	20	2,0
Total	1000	100,0



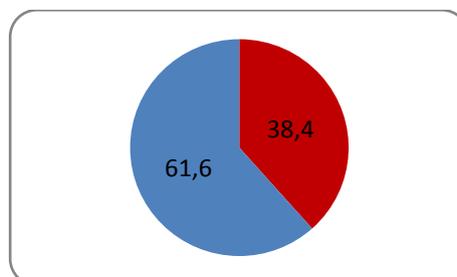
Q.1.46. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: modificar su forma de vida en aquellos aspectos que afectan a su salud y bienestar?

	n	%
Muy difícil	29	2,9
Difícil	209	20,9
Fácil	549	54,9
Muy fácil	195	19,5
NS/NC	18	1,8
Total	1000	100,0



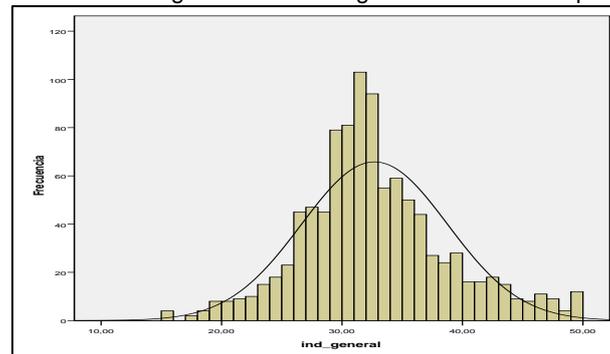
Q.1.47. ¿En una escala que va desde muy fácil a muy difícil, cómo le resultaría: involucrarse en actividades que mejoren la salud y el bienestar de su comunidad?

	n	%
Muy difícil	65	6,5
Difícil	297	29,7
Fácil	474	47,4
Muy fácil	106	10,6
NS/NC	58	5,8
Total	1000	100,0

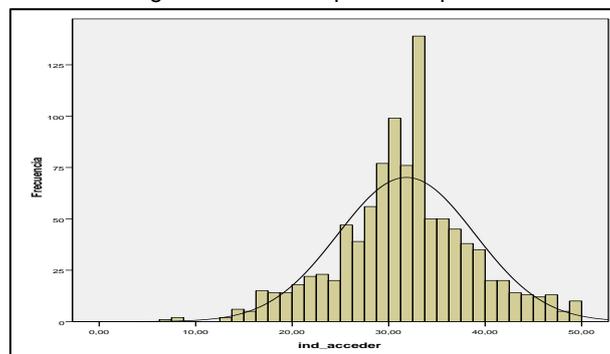


6.1.2 Histogramas del índice general de alfabetización en salud y de los subíndices de las capacidades y dimensiones de la población española

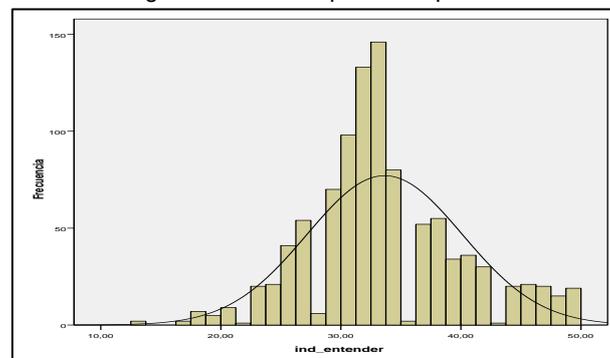
Gráfica 1. Histograma del índice general de HL en España



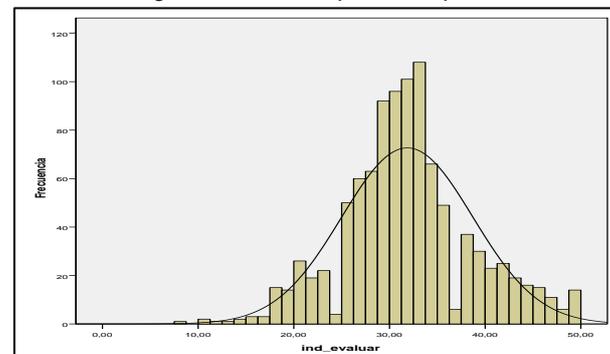
Gráfica 2. Histograma del índice para la capacidad de acceder



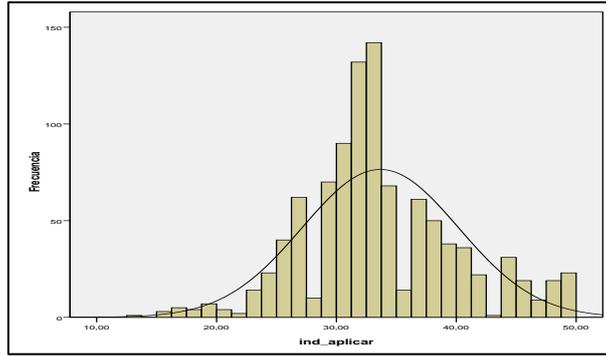
Gráfica 3. Histograma del índice para la capacidad de entender



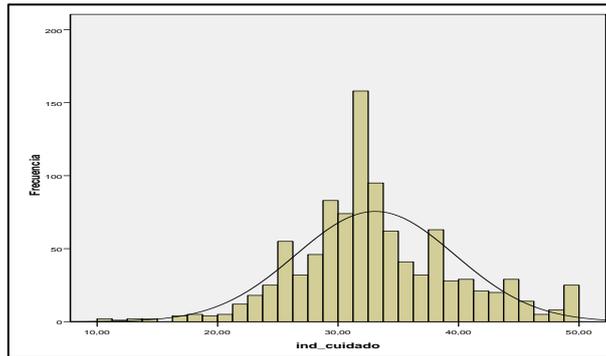
Gráfica 4. Histograma del índice para la capacidad de evaluar



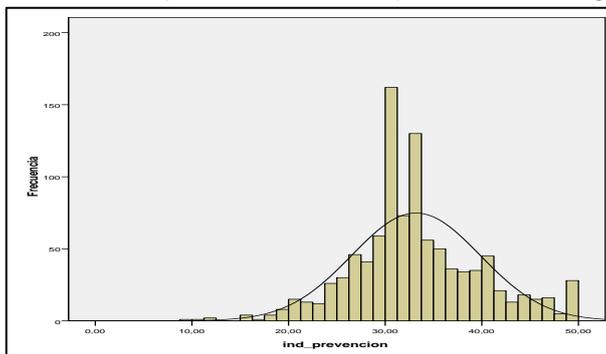
Gráfica 5. Histograma del índice para la capacidad de aplicar



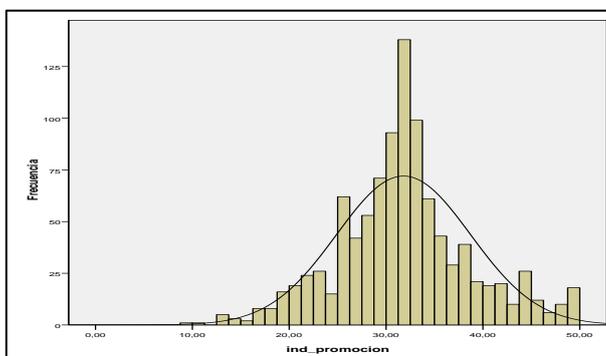
Gráfica 6. Histograma del índice para la dimensión de atención y cuidado sanitario



Gráfica 7. Histograma del índice para la dimensión de prevención de riesgos y enfermedades



Gráfica 8. Histograma del índice para la dimensión de promoción de la salud



6.1.3 Índices del nivel de alfabetización en salud de la población española por dimensiones y capacidades

Tabla 3. Distribución de índices por dimensiones y capacidades de la matriz de HL-EU de la población española

	Acceder	Entender	Evaluar	Aplicar	General
Atención y cuidado sanitario	33,38	33,68	28,89	36,27	33,08
Prevención de enfermedades	32,35	35,98	32,5	32,57	33,18
Promoción de la salud	30,10	31,78	34,59	31,88	31,80
General	31,84	33,64	31,86	33,66	32,69

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de los distintos índices de alfabetización en salud de la población española

	N	Rango	Mín.	Máx.	Media	E.T	D. T	Varianza
ind_acceder	1000	43,59	6,41	50	31,84	0,22	7,11	50,49
ind_entender	1000	37,04	12,96	50	33,65	0,20	6,47	41,89
ind_evaluar	1000	41,67	8,33	50	31,86	0,22	6,86	47,10
ind_aplicar	1000	36,67	13,33	50	33,66	0,21	6,52	42,52
ind_AyCS	1000	40	10	50	33,09	0,21	6,60	43,62
ind_PdE	1000	40,48	9,52	50	33,19	0,21	6,66	44,39
ind_PdS	1000	41,11	8,89	50	31,80	0,22	6,92	47,93
Indice General	1000	34,4	15,6	50	32,70	0,19	6,06	36,76

En la tabla 3 podemos observar como el índice más alto se encuentra en la capacidad de aplicar la información dentro de la dimensión de la atención y cuidado sanitario, mientras que el índice más bajo se encuentra en la capacidad de evaluar o juzgar la información dentro de la misma dimensión. Si nos atenemos solo a las dimensiones, la promoción de la salud tiene un índice un punto y medio por debajo de las otras dos que apenas difieren entre sí. En tanto a las capacidades, acceder y evaluar tienen índices muy similares entre sí, casi dos puntos por debajo de los índices de comprender y aplicar, también muy similares entre sí. En la tabla 5 se muestra las correlaciones de Pearson entre el índice general y los distintos índices según dimensiones y capacidades. Como podemos observar en la tabla siguiente existe una correlación significativa entre el índice general y los distintos subíndices, así como los subíndices entre sí. El mayor coeficiente de correlación se da entre el índice general y el índice de prevención de enfermedades. El menor se encuentra entre el índice de acceder y el índice de aplicar.

Tabla 5. Correlaciones Pearson del índice general y los subíndices de alfabetización en salud

		General	acceder	entender	evaluar	aplicar	AyCS	PdE	PdS
General	R	1	,889(**)	,914(**)	,917(**)	,870(**)	,890(**)	,919(**)	,899(**)
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
acceder	R	,889(**)	1	,747(**)	,747(**)	,669(**)	,782(**)	,816(**)	,807(**)
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
entender	R	,914(**)	,747(**)	1	,806(**)	,751(**)	,853(**)	,833(**)	,791(**)
	p	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
evaluar	R	,917(**)	,747(**)	,806(**)	1	,736(**)	,807(**)	,872(**)	,805(**)
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
aplicar	R	,870(**)	,669(**)	,751(**)	,736(**)	1	,759(**)	,771(**)	,823(**)
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
AyCS	R	,890(**)	,782(**)	,853(**)	,807(**)	,759(**)	1	,737(**)	,671(**)
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
PdE	R	,919(**)	,816(**)	,833(**)	,872(**)	,771(**)	,737(**)	1	,760(**)
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
ind_PdS	R	,899(**)	,807(**)	,791(**)	,805(**)	,823(**)	,671(**)	,760(**)	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Como se refleja en la tabla 6 la consistencia interna de este cuestionario es bastante alta, tanto en su índice general como estratificada por ámbitos y capacidades.

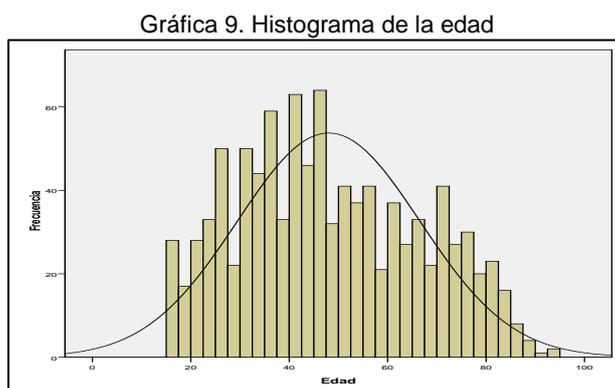
Tabla 6. Alphas de Cronbach de los índices de la matriz (HLS-EU Consortium , 2012)

α de Cronbach	
General	0,96
AyCS	0,90
PdE	0,89
PdS	0,90
Acceder	0,87
Entender	0,84
Evaluar	0,87
Aplicar	0,82

6.2. Resultados de las variables sociodemográficas, socioeconómicas y relacionadas con la salud.

A continuación se recogen los resultados de las variables sociodemográficas, socioeconómicas y relacionadas con la salud en tablas que muestran las frecuencias y porcentajes de las posibles respuestas.

6.2.1. Edad



Rango de Edad: 79. Mínimo: 15, Máximo: 94, Media: 48,01, Desv. Típ: 18,557

- Agrupados en intervalos de 10 años:

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje por grupos cada diez años

	Frecuencia	Porcentaje
de 15 a 25 años	121	12,1
de 26 a 35 años	173	17,3
de 36 a 45 años	210	21,0
de 46 a 55 años	154	15,4
de 56 a 65 años	127	12,7
mayores de 65 años	215	21,5
Total	1000	100,0

- Agrupados en intervalos de 20 años:

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de edad por grupos cada veinte años

	Frecuencia	Porcentaje
Entre 15 y 35 años	294	29,4
Entre 35 y 50 años	289	28,9
Entre 50 y 65 años	202	20,2
Mayores de 65 años	215	21,5
Total	1000	100,0

6.2.2. Sexo

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	462	46,2
Mujer	538	53,8
Total	1000	100,0

6.2.3. Áreas de residencia

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje por áreas de residencia.

	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	364	36,4
Rural	187	18,7
Metropolitana	449	44,9
Total	1000	100,0

6.2.4 Comunidades Autónomas.

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje por Comunidades Autónomas

	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	175	17,5
Aragón	28	2,8
Asturias	24	2,4
Baleares	24	2,4
Canarias	43	4,3
Cantabria	13	1,3
Castilla la Mancha	54	5,4
Castilla León	37	3,7
Cataluña	164	16,4
Extremadura	24	2,4
Galicia	63	6,3
Madrid	137	13,7
Murcia	37	3,7
Navarra	13	1,3
Valencia	110	11,0
País Vasco	47	4,7
La Rioja	7	,7
Total	1000	100,0

6.2.5.1. Procedencia de los padres

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje según procedencia de los padres

	Frecuencia	Porcentaje
Su madre y su padre nacieron en España.	934	93,4
Uno de sus padres nació en España y el otro nació en otro Estado miembro de la Unión Europea.	9	,9
Su madre y su padre nacieron en otro Estado miembro de la Unión Europea.	27	2,7
Uno de sus padres nació en España y el otro nació fuera de la Unión Europea.	5	,5
Su madre y su padre nacieron fuera de la Unión Europea.	23	2,3
Uno de sus padres nació en otro Estado Miembro de la Unión Europea y el otro nació fuera de la Unión Europea.	2	,2
Total	1000	100,0

6.2.5.2 Inmigración.

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje según padres inmigrantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Los 2 nacionales	934	93,4
Sólo 1 nacional	14	1,4
Ninguno nacional	52	5,2
Total	1000	100,0

6.2.6. Estado civil

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje según estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	311	31,1
Casado	499	49,9
Separado\Divorciado	82	8,2
Viudo	103	10,3
NS/NC	5	,5
Total	1000	100,0

6.2.7. ¿Tiene hijos?

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje según tienen hijos o no.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	643	64,3
No	354	35,4
NS/NC	3	,3
Total	1000	100,0

6.2.8. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado con éxito?

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje según nivel de estudios alcanzados

	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolarización	64	6,4
Educación primaria	243	24,3
Educación secundaria	300	30,0
Bachillerato/F.P	168	16,8
Universidad	225	22,5
Total	1000	100,0

6.2.9. ¿Podría decirme en que clase o estatus social se sitúa usted?

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje según estatus social percibido.

	Frecuencia	Porcentaje
Medio-bajo	243	24,3
Medio	639	63,9
Medio-alto	101	10,1
NS/NC	17	1,7
Total	1000	100,0

6.2.10. ¿Cuáles son los ingresos netos mensuales medios de su hogar?

Tabla 18. Frecuencia y porcentajes según nivel de ingresos mensuales por hogar.

	Frecuencia	Porcentaje
Hasta 800€	133	13,3
Entre 800€ y 1350€	244	24,4
Entre 1350€ y 1800€	145	14,5
Entre 1800€ y 2400€	111	11,1
Superiores a 2400€	68	6,8
NS/NC	299	29,9
Total	1000	100,0

6.2.11. En estos últimos 12 meses, ¿diría que ha tenido dificultades para pagar todas sus facturas a fin de mes?

Tabla 19. Frecuencia y porcentajes según dificultad para llegar a fin de mes

	Frecuencia	Porcentaje
La mayor parte del tiempo	86	8,6
Ocasionalmente	228	23,3
Casi nunca/ nunca	665	67,9
NS/NC	21	2,1
Total	1000	100

6.2.12. En la actualidad, ¿en qué situación laboral se encuentra?

Tabla 20. Frecuencia y porcentajes según situación laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo o prácticas no remuneradas	77	7,7
Trabajo remunerado	450	45,0
En paro o inactivo	159	15,9
Jubilado o con incapacidad permanente	225	22,5
Cuidador, padre/madre o ama de casa a jornada completa	85	8,5
Otra respuesta	4	,4
Total	1000	100,0

6.2.13. ¿De qué tipo de cobertura sanitaria dispone?

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje según tipo de cobertura sanitaria

	Frecuencia	Porcentaje
Pública	851	85,1
Pública y privada	124	12,4
Privada	18	1,8
Ninguna	4	,4
NS/ NC	3	,3
Total	1000	100,0

6.2.14. En general, ¿cómo es su salud?

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje según valoración de la propia salud

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	105	10,5
Normal	275	27,5
Buena	620	62,0
Total	1000	100,0

6.2.15.1. ¿Padece alguna enfermedad de larga duración?

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje según tengan enfermedad de larga duración.

	Frecuencia	Porcentaje
No	664	66,4
Sí	332	33,2
NS/NC	4	,4
Total	1000	100,0

6.2.15.2. ¿Su enfermedad limita sus actividades cotidianas?

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje según vean limitadas sus actividades cotidianas por enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, de forma significativa	109	32,9
Sí, aunque no de forma significativa	109	32,9
No, en absoluto.	113	34,1
NS/ NC	1	0,1
Total	332	100,0

6.2.16. ¿Cuántas veces ha visitado la consulta del médico en los últimos 12 meses?

Tabla 25. Frecuencia y porcentaje según visitas al médico en el último año

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	129	12,9
1 o 2	380	38,0
3 o más	489	48,9
NS/NC	2	,2
Total	1000	100,0

6.2.17. ¿Cuántas veces ha recurrido a los servicios de urgencias en los últimos 2 años? (Instrucciones: 061, Ambulancia, servicio de urgencias)

Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de uso de los servicios de urgencias en los dos últimos años

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	631	63,1
Una o dos veces	277	27,7
3 veces o más	92	9,2
Total	1000	100,0

6.2.18. ¿Tiene algún amigo o familiar que le acompañe a su cita con el médico?

Tabla 27. Frecuencia y porcentaje según le acompañen al médico

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	698	69,8
No	300	30,0
NS/NC	2	0,2
Total	1000	100,0

6.2.19. Fumar

Tabla 28. Frecuencia y porcentaje según sean fumadores, exfumadores o no fumadores

	Frecuencia	Porcentaje
Fumador	285	28,5
Exfumador	192	19,2
No fumador	522	52,2
NS/NC	1	,1
Total	1000	100,0

6.2.20.1. ¿Ha consumido alcohol en el último año?

Tabla 29. Frecuencia y porcentaje de la población que ha consumido alcohol en el último año

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	599	59,9
No	396	39,6
NS/NC	5	,5
Total	1000	100,0

6.2.20.2 ¿Con qué frecuencia se ha dado atracones de alcohol? (Más de 4 copas en una misma ocasión)

Tabla 30. Frecuencia y porcentaje de atracones de alcohol (binge drinking)

	Frecuencia	Porcentaje
Varias veces a la semana	66	11,0
una vez a la semana	68	11,3
Una vez al mes	66	11,0
Menos de una vez al mes	108	18,1
Nunca	289	48,3
NS/NC	2	,3
Total	599	100,0

6.2.21. ¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico?

Tabla 31. Frecuencia y porcentaje según frecuencia de ejercicio físico

	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	585	58,5
Ocasionalmente	119	11,9
Nunca	257	25,7
NS/NC	39	3,9
Total	1000	100,0

6.2.22. ¿Puede costearse las medicinas necesarias para cuidar de su propia salud?

Tabla 32. Frecuencia y porcentaje según grado de dificultad para costearse las medicinas necesarias para cuidar de su propia salud.

	Frecuencia	Porcentaje
Con bastante facilidad	558	55,8
Con relativa facilidad	317	31,7
Con relativa dificultad	83	8,3
Con bastante dificultad	31	3,1
NS/NC	11	1,1
Total	1000	100,0

6.2.23. ¿Participa de forma activa en actividades sociales de su comunidad?

Tabla 33. Frecuencia y porcentaje según participen o no de forma activa en actividades sociales de su comunidad.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	189	18,9
No	805	80,5
NS/NC	6	,6
Total	1000	100

6.3. Variables que guardan una relación significativa con el índice de alfabetización en salud de la población española

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) del índice de alfabetización en salud con todas las variables recogidas en las encuestas, para delimitar aquellas que presentan una relación significativa con el grado de alfabetización en salud.

Con las variables obtenidas se realizaron comparaciones múltiples para determinar qué valores de las variables presentan diferencias significativas entre sí.

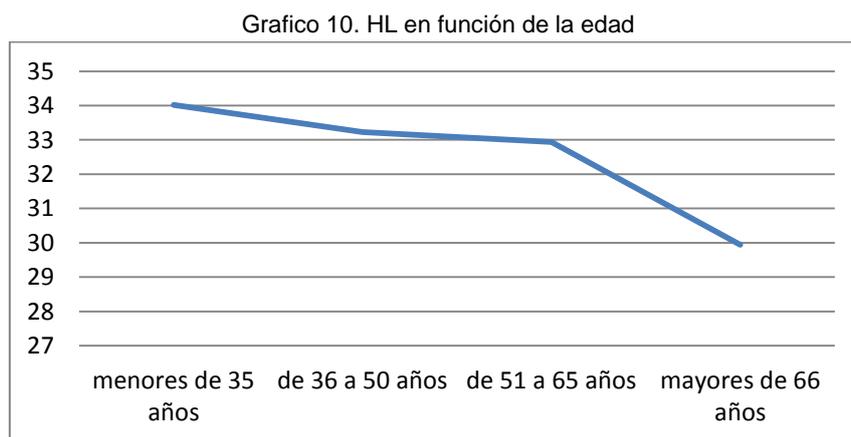
Los resultados obtenidos son los siguientes:

- **El nivel de alfabetización en salud difiere significativamente en función de la edad ($F_{3,996}=17.366$; $p=.000$; $R^2=0.049$).**

• Tabla 34. Anova HL x grupos de edad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	28,536	3	9,512	17,366	,000
Intra-grupos	545,543	996	,548		
Total	574,079	999			

Como podemos observar en el gráfico 10 el nivel de HL va descendiendo con la edad, produciéndose un descenso significativo a partir de los 65 años.



En la siguiente tabla se muestran las comparaciones entre los distintos grupos de edad con respecto al nivel de alfabetización. Como se observa el grupo de “mayores de 66 años” difiere significativamente con todos los demás grupos, mientras que éstos no presentan diferencias significativas entre sí.

Tabla 35. Comparaciones múltiples según grupos de edad

		d	E.T	Sig
35 o menos	36-50	,784	,487	,647
	51-65	1,072	,537	,278
	66 o más	4,069	,528	,000
36-50	35 o menos	-,784	,487	,647
	51-65	,287	,539	1,000
	66 o más	3,285	,530	,000
51-65	35 o menos	-1,072	,537	,278
	36-50	-,287	,539	1,000
	66 o más	2,997	,576	,000
66 o más	35 o menos	-4,069	,528	,000
	36-50	-3,285	,530	,000
	51-65	-2,997	,576	,000

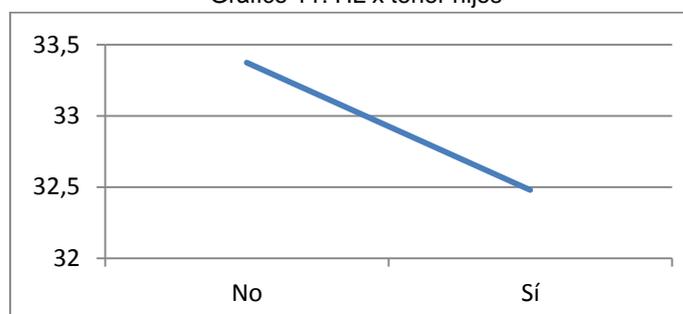
- El nivel de HL guarda una relación significativa con el hecho de tener hijos o no ($F_{1,970}=4.842$; $p=.028$; $R^2=0.004$).

• Tabla 36. Anova de HL x tener hijos

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	178,555	1	178,555	4,842	,028
Intra-grupos	35768,824	970	36,875		
Total	35947,379	971			

Como podemos ver en el gráfico 11 las personas que no tienen hijos presentan un mayor nivel de alfabetización en salud que los que sí los tienen.

Gráfico 11. HL x tener hijos

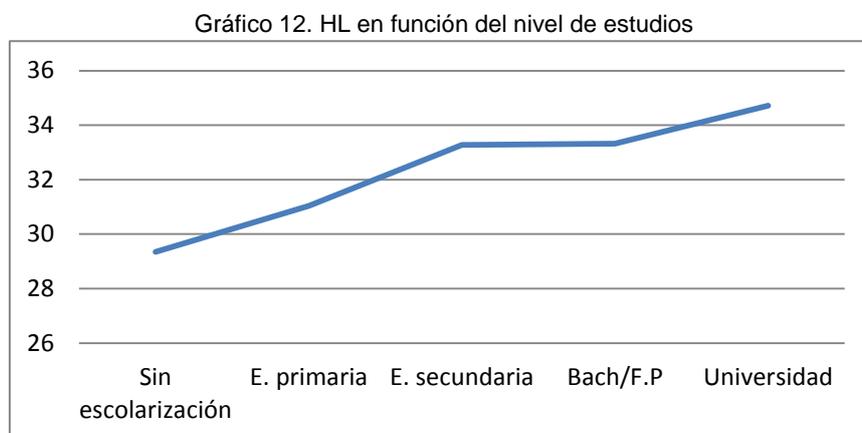


- El nivel de alfabetización difiere significativamente en función del nivel de estudios $F_{4,969}=16.267$; $p=.000$; $R^2=0.062$)

Tabla 37. Anova HL x nivel de estudios

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2262,271	4	565,568	16,267	,000
Intra-grupos	33690,694	969	34,769		
Total	35952,965	973			

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente el menor nivel de HL se corresponde con el menor grado de educación, observándose una progresión conforme vamos avanzando de nivel de estudios.



La tabla 38 muestra las comparaciones entre los niveles de educación con respecto a la alfabetización. Se puede comprobar que los grupos “sin escolarizar” y “Educación primaria” no difieren significativamente entre sí pero sí con el resto de grupos. Los grupos de “educación secundaria”, “bachillerato/F.P” y “universidad” no difieren significativamente entre sí.

Tabla 38. Comparaciones múltiples según nivel de estudios

		d	E.T	Sig.
Sin escolarización	Educación primaria	-1,686	,864	,514
	Educación secundaria	-3,922	,837	,000
	Bachillerato/F.P	-3,972	,919	,000
	Universidad	-5,365	,880	,000
Educación primaria	Sin escolarización	1,686	,864	,514
	Educación secundaria	-2,235	,499	,000
	Bachillerato/F.P	-2,285	,628	,003
	Universidad	-3,678	,568	,000
Educación secundaria	Sin escolarización	3,922	,837	,000
	Educación primaria	2,235	,499	,000
	Bachillerato/F.P	-,049	,590	1,000
	Universidad	-1,442	,526	,063
bachillerato/f.p	Sin escolarización	3,972	,919	,000
	Educación primaria	2,285	,628	,003
	Educación secundaria	,0499	,590	1,000
	Universidad	-1,392	,649	,323
universidad	Sin escolarización	5,365	,880	,000
	Educación primaria	3,678	,568	,000
	Educación secundaria	1,442	,526	,063
	Bachillerato/F.P	1,392	,649	,323

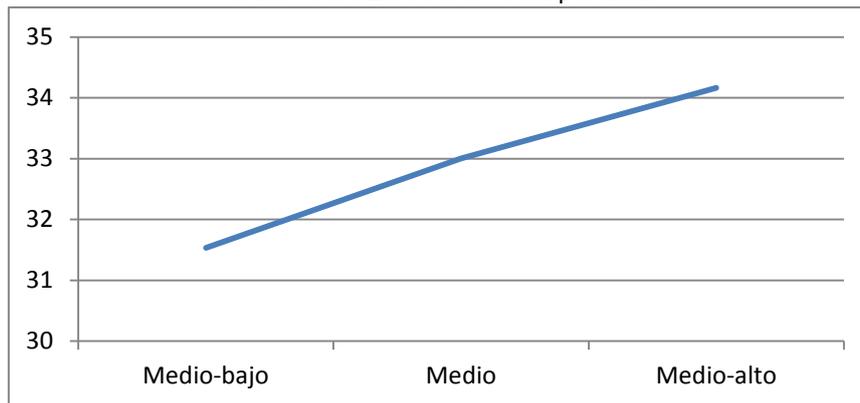
- El nivel de HL guarda una relación significativa con el estatus social percibido (($F_{2,957}=8.160$; $p=.000$; $R^2=0.016$).

Tabla 39. Anova de HL x estatus social percibido

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	583,479	2	291,739	8,160	,000
Intra-grupos	34216,286	957	35,754		
Total	34799,765	959			

Como podemos ver en el siguiente gráfico a mayor estatus social percibido mayor nivel de alfabetización en salud.

Gráfico 13. HL x estatus social percibido



La tabla siguiente muestra las comparaciones entre los distintos estatus sociales con respecto al grado de alfabetización en salud. El grupo “medio-bajo” difiere significativamente de los otros dos, mientras que estos no difieren entre sí.

Tabla 40. Comparaciones múltiples según estatus social percibido

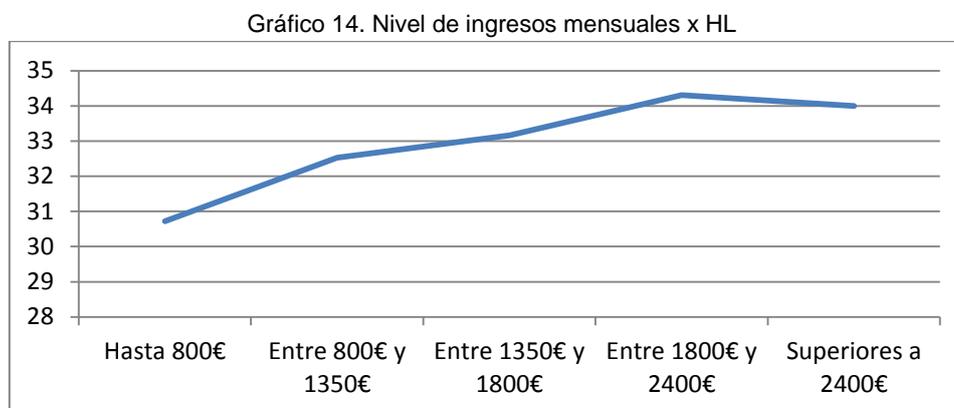
		d	E.T	Sig
Medio-bajo	Medio	-1,469	,458	,004
	Medio-alto	-2,633	,717	,001
Medio	Medio-bajo	1,469	,458	,004
	Medio-alto	-1,164	,646	,216
Medio-alto	Medio-bajo	2,633	,717	,001
	Medio	1,164	,646	,216

- **El nivel de ingresos mensuales por hogar también presenta una relación significativa con el nivel de HL ($F_{4,696}=6.405$; $p=.000$; $R^2=0.035$).**

Tabla 41. Anova nivel de ingresos mensuales x HL

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	958,790	4	239,698	6,405	,000
Intra-grupos	26046,909	696	37,424		
Total	27005,699	700			

Como podemos observar en el gráfico 14 el nivel de HL aumenta de forma significativa conforme sube el nivel de ingresos, estabilizándose a partir de los 2400€.



A continuación mostramos la tabla de comparaciones múltiples entre los distintos grupos. Como se puede apreciar el nivel de ingresos más bajo es el único que se diferencia significativamente de todos los demás, salvo del grupo “entre 800€ y 1350€”.

Tabla 42. Comparaciones múltiples según nivel de ingresos

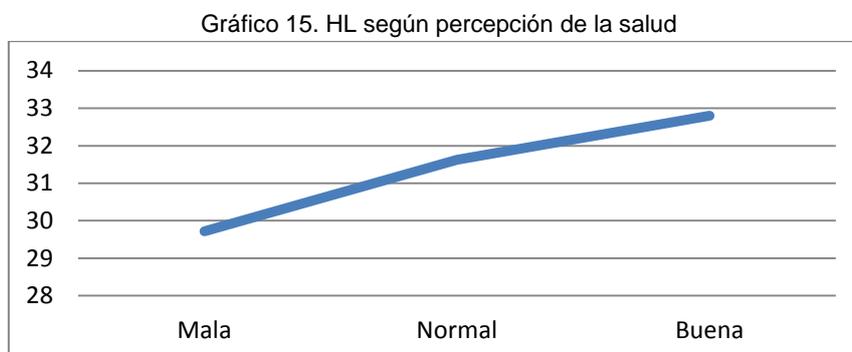
		d	E.T	Sig.
Hasta 800€	Entre 800€ y 1350€	-1,810	,659	,062
	Entre 1350€ y 1800€	-2,444	,734	,009
	Entre 1800€ y 2400€	-3,585	,786	,000
	Superiores a 2400€	-3,276	,911	,004
Entre 800€ y 1350€	Hasta 800€	1,810	,659	,062
	Entre 1350€ y 1800€	-,633	,641	1,000
	Entre 1800€ y 2400€	-1,774	,700	,115
	Superiores a 2400€	-1,465	,838	,811
Entre 1350€ y 1800€	Hasta 800€	2,444	,734	,009
	Entre 800€ y 1350€	,633	,641	1,000
	Entre 1800€ y 2400€	-1,140	,771	1,000
	Superiores a 2400€	-,831	,899	1,000
Entre 1800€ y 2400€	Hasta 800€	3,585	,786	,000
	Entre 800€ y 1350€	1,774	,700	,115
	Entre 1350€ y 1800€	1,140	,771	1,000
	Superiores a 2400€	,308	,942	1,000
Superiores a 2400€	Hasta 800€	3,276	,911	,004
	Entre 800€ y 1350€	1,465	,838	,811
	Entre 1350€ y 1800€	,831	,899	1,000
	Entre 1800€ y 2400€	-,308	,942	1,000

- **El nivel de alfabetización en salud difiere significativamente en función de la valoración personal de la salud ($F_{2,971}=27.793$; $p=.000$; $R^2=.054$).**

Tabla 43. ANOVA HL x valoración salud

	S.C	gl	M.C	F	Sig.
Inter-grupos	1946,693	2	973,347	27,793	,000
Intra-grupos	34006,272	971	35,022		
Total	35952,965	973			

Como se aprecia en el gráfico 15, los sujetos que perciben como 'buena' su salud, tienden a presentar una mayor alfabetización, que va decreciendo en función de su percepción de salud.



La tabla 44 muestra las comparaciones entre los tres niveles de autovaloración de salud con respecto a la alfabetización. Se puede comprobar que todos los grupos difieren significativamente entre sí.

Tabla 44. Comparaciones múltiples según percepción de la salud

		d	E.T	Sig.
Mala	Normal	-1,899	,694	,019
	Buena	-4,096	,638	,000
Normal	Mala	1,899	,694	,019
	Buena	-2,196	,435	,000
Buena	Mala	4,096	,638	,000
	Normal	2,196	,435	,000

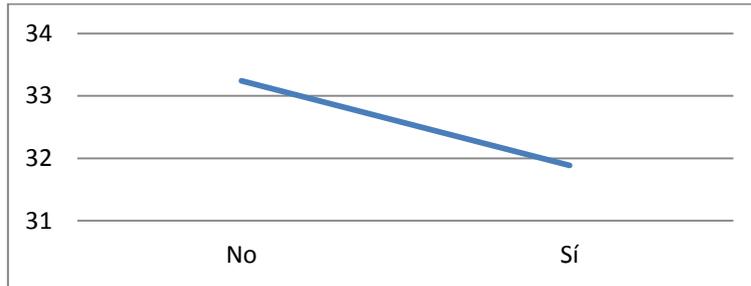
- **El nivel de HL presenta diferencias significativas en función de padecer una enfermedad de larga duración o crónica ($F_{1,968}=10.770$; $p=.001$; $R^2=0.011$).**

Tabla 45. Anova HL x enfermedad de larga duración

	S.C	gl	M.C	F	Sig.
Inter-grupos	394,861	1	394,861	10,770	,001
Intra-grupos	35488,323	968	36,661		
Total	35883,184	969			

Como podemos observar en el siguiente gráfico los que tienen una enfermedad de larga duración o crónica presentan un nivel de alfabetización más bajo que los que no la tienen.

Gráfico 16. HL en función de padecer enfermedad de larga duración



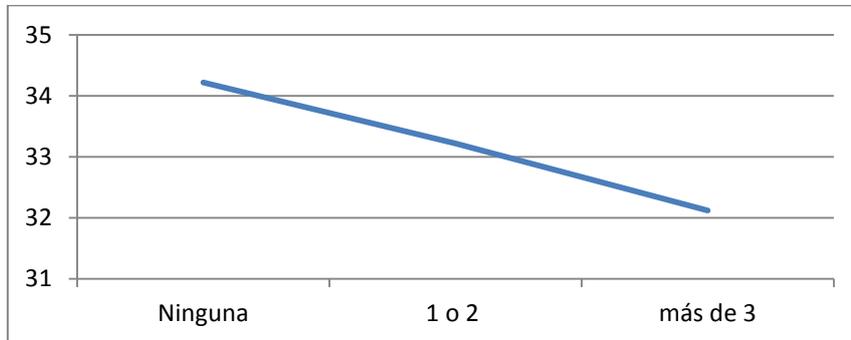
- El nivel de HL presenta diferencias significativas en función del número de visitas al médico en el último año ($F_{2,969}=7.370$; $p=.001$; $R^2=0.014$).

Tabla 46. Anova de HL x nº de visitas al médico en el último año

	S.C	gl	M.C	F	Sig.
Inter-grupos	537,257	2	268,628	7,370	,001
Intra-grupos	35320,241	969	36,450		
Total	35857,498	971			

En el gráfico 17 podemos observar cómo los que visitan al médico con mayor frecuencia presentan un nivel de HL menor que los que no han visitado en el último año.

Gráfico 17. HL x nº de visitas al médico en el último año



A continuación se muestran las comparaciones entre los distintos grupos. Como podemos observar el grupo de “más de 3” difiere significativamente de los otros dos, mientras que éstos no presentan diferencias significativas entre sí.

Tabla 47. Comparaciones múltiples según nº de visitas al médico

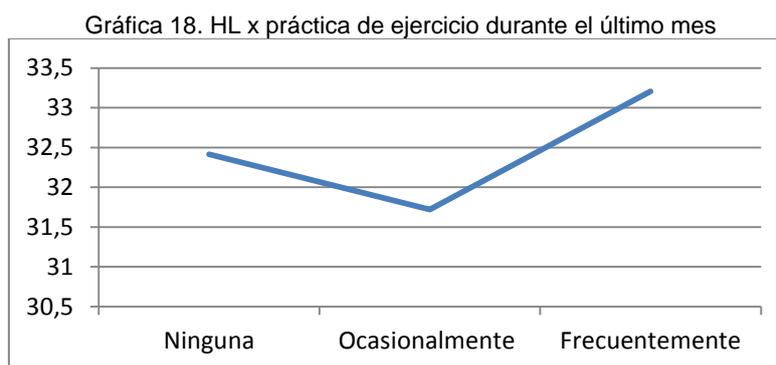
		d	E.T	Sig.
Ninguna	1 ó 2	1,001	,624	,326
	Más de 3	2,101	,606	,002
1 ó 2	Ninguna	-1,001	,624	,326
	Más de 3	1,099	,418	,026
Más de 3	Ninguna	-2,101	,606	,002
	1 ó 2	-1,099	,418	,026

- La práctica de ejercicio durante el último mes también presenta una relación significativa con respecto al grado de HL ($F_{2,935}=3.594$; $p=.028$; $R^2=0.007$).

Tabla 48. Anova de HL x práctica de ejercicio

	S.C	gl	M.C	F	Sig.
Inter-grupos	263,184	2	131,592	3,594	,028
Intra-grupos	34235,968	935	36,616		
Total	34499,152	937			

La gráfica 18 muestra cómo los que suelen realizar ejercicio frecuentemente tienen mayor nivel de alfabetización en salud que los que no lo realizan o lo hacen solo ocasionalmente. Es llamativo comprobar que los que lo realizan ocasionalmente presentan peor alfabetización que los que nunca lo realizan. Esto es así en la medida en que el grupo recoge un considerable menor número de casos que los otros dos grupos.



La tabla siguiente muestra las comparaciones entre los distintos grupos. Como se puede apreciar no existen diferencias significativas entre los distintos grupos, aunque el grupo de los que realiza ejercicio frecuentemente roza la significación estadística con respecto al grupo de los que realizan ejercicio ocasionalmente.

Tabla 49. Comparaciones múltiples según la práctica de ejercicio

		d	E.T	Sig.
Ninguna	Ocasionalmente	,695	,685	,933
	Frecuentemente	-,790	,457	,254
Ocasionalmente	Ninguna	-,695	,685	,933
	Frecuentemente	-1,485	,622	,052
Frecuentemente	Ninguna	,790	,457	,254
	Ocasionalmente	1,485	,622	,052

En la tabla 50 hemos recopilado todas las variables que guardan una relación significativa con el índice general de alfabetización en salud, así como su coeficiente de determinación.

Tabla 50. Variables significativas y coeficiente de determinación

Variable	Sig.	R ²
Edad	0,000	0,049
Tener hijos	0,028	0,004
Nivel de estudios	0,000	0,062
Estatus social percibido	0,000	0,016
Nivel de ingresos	0,000	0,035
Valoración de la propia salud	0,000	0,054
Enfermedad crónica	0,000	0,011
Visitas al médico en el último año	0,001	0,014
Práctica de ejercicio	0,028	0,007

De los resultados anteriores se desprende que tanto la edad como el nivel educativo y la valoración de la propia salud son los factores que más influencia parecen mostrar sobre el nivel de alfabetización, incluso se podría pensar que podrían ser las únicas variables relevantes, siendo el resto circunstancias asociadas a estas variables. Para determinar la influencia parcial que el resto de variables tienen sobre la alfabetización en salud, además de la edad/nivel educativo/valoración de la salud, se ha procedido a realizar tres conjuntos de análisis de varianza factoriales. El primero tomando como variable base o control la edad. El segundo conjunto utiliza como variable de control el nivel educativo, y el tercero la valoración de la propia salud. El interés sería probar si en un modelo factorial, además de estas variables, cada una de las demás variables contribuye de manera significativa sobre la alfabetización en salud.

- **Edad como variable de control**

Hemos realizado un análisis de varianza factorial, utilizando la edad y la salud percibida como variables independientes o factores y el índice de alfabetización como variable dependiente.

La Tabla 51 muestra que la salud percibida tiene un efecto significativo en la alfabetización ($F_{2,962}=8.855$; $p=.000$) independientemente de la edad. Esto es, una vez quitado el efecto que la edad, la salud percibida también aporta diferencias significativas a la alfabetización.

Tabla 51. Análisis factorial de Edad y Salud percibida

Origen	SC	gl	M.C.	F	p	Eta ² parcial
Edad	734,943	3	244,981	7,162	,000	,022
Salud	605,772	2	302,886	8,855	,000	,018
Edad * Salud	190,498	6	31,750	,928	,474	,006
Error	32906,276	962	34,206			
Total	35952,965	973				

R²=.085; R² corregido=.074.

Residualizado el efecto de la edad, se han comparado los diferentes niveles de salud percibida (tabla 52). Se constata que hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres niveles, de tal forma que a mejor salud percibida se registra una mayor alfabetización.

Tabla 52. Comparaciones múltiples salud percibida

		d	E.T.	Sig.
Mala	Normal	-1,9	,686	,017
	Buena	-4,096	,631	,000
Normal	Mala	1,9	,686	,017
	Buena	-2,196	,429	,000
Buena	Mala	4,096	,631	,000
	Normal	2,196	,429	,000

Siguiendo el procedimiento anterior, otras variables que muestran un efecto diferencial significativo sobre la alfabetización al margen de la edad son el nivel de estudios ($F_{4,954}=7.552$; $p=.000$), el estatus social percibido ($F_{2,948}=5.752$; $p=.003$) y el nivel de ingresos mensuales por hogar ($F_{4,667}=2.738$; $p=.028$)

Tabla 53. Análisis factorial Edad x Nivel de estudios

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.	Eta² parcial
Edad	406,689	3	135,563	3,970	,008	,012
Estudios	1031,430	4	257,857	7,552	,000	,031
Edad*Estudios	506,656	12	42,221	1,237	,252	,015
Error	32573,373	954	34,144			
Total	1083678,191	974				
Total corregida	35952,965	973				

$R^2 = ,094$ (R^2 corregida = ,076)

Tabla 54. Análisis factorial Edad x estatus social

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.	Eta² parcial
Edad	436,540	3	145,513	4,278	,005	,013
E. social	391,344	2	195,672	5,752	,003	,012
edad*estatus	187,845	6	31,307	,920	,479	,006
Error	32248,769	948	34,018			
Total	1065385,849	960				
Total corregida	34799,765	959				

$R^2 = ,073$; R^2 corregida = ,063

Tabla 55. Análisis factorial Edad x nivel de ingresos

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.	Eta² parcial
Edad	205,683	3	68,561	1,852	,136	,008
ingresos	405,453	4	101,363	2,738	,028	,016
edad * ingresos	524,689	11	47,699	1,288	,227	,021
Error	24693,909	667	37,022			
Total	765328,188	686				
Total corregida	26666,096	685				

$R^2 = ,074$; R^2 corregida = ,049

Tabla 56. Comparaciones múltiples nivel de estudios

		d	E.T.	Sig.
Sin escolarización	Educación primaria	-1,686	,856	,493
	Educación secundaria	-3,922	,829	,000
	bachillerato/f.p	-3,972	,911	,000
	universidad	-5,365	,872	,000
Educación primaria	Sin escolarización	1,686	,856	,493
	Educación secundaria	-2,235	,495	,000
	bachillerato/f.p	-2,285	,622	,003
	universidad	-3,678	,563	,000
Educación secundaria	Sin escolarización	3,922	,829	,000
	Educación primaria	2,235	,495	,000
	bachillerato/f.p	-,050	,584	1,000
	universidad	-1,442	,521	,058
Bachillerato/F.P	Sin escolarización	3,972	,911	,000
	Educación primaria	2,285	,622	,003
	Educación secundaria	,050	,584	1,000
	universidad	-1,392	,643	,308
Universidad	Sin escolarización	5,365	,872	,000
	Educación primaria	3,678	,563	,000
	Educación secundaria	1,442	,521	,058
	bachillerato/f.p	1,392	,643	,308

Respecto al nivel de estudios los grupos “sin escolarización” y “educación primaria”, se diferencian significativamente del resto, mientras que a partir de la educación secundaria no se presentan diferencias significativas con respecto al nivel de alfabetización en salud.

Tabla 57. Comparaciones múltiples estatus social

		d	E.T.	Sig.
Medio-bajo	Medio	-1,469	,447	,003
	Medio-alto	-2,633	,699	,001
Medio	Medio-bajo	1,469	,447	,003
	Medio-alto	-1,164	,630	,195
Medio-alto	Medio-bajo	2,633	,699	,001
	Medio	1,164	,630	,195

En cuanto al estatus social percibido, el “medio-bajo” se diferencia significativamente de los otros dos, que no presentan diferencias significativas entre sí.

Tabla 58. Comparaciones múltiples nivel de ingresos

		d	E.T.	Sig.
Hasta 800€	Entre 800€ y 1350€	-1,728	,671	,102
	Entre 1350€ y 1800€	-2,371	,743	,015
	Entre 1800€ y 2400€	-3,508	,795	,000
	Superiores a 2400€	-3,325	,921	,003
Entre 800€ y 1350€	Hasta 800€	1,728	,671	,102
	Entre 1350€ y 1800€	-,642	,641	1,000
	Entre 1800€ y 2400€	-1,779	,700	,113
	Superiores a 2400€	-1,596	,840	,579
Entre 1350€ y 1800€	Hasta 800€	2,371	,743	,015
	Entre 800€ y 1350€	,642	,641	1,000
	Entre 1800€ y 2400€	-1,136	,770	1,000
	Superiores a 2400€	-,954	,899	1,000
Entre 1800€ y 2400€	Hasta 800€	3,508	,795	,000
	Entre 800€ y 1350€	1,779	,700	,113
	Entre 1350€ y 1800€	1,136	,770	1,000
	Superiores a 2400€	,182	,942	1,000

	Hasta 800€	3,325	,921	,003
Superiores a 2400€	Entre 800€ y 1350€	1,596	,840	,579
	Entre 1350€ y 1800€	,954	,899	1,000
	Entre 1800€ y 2400€	-,182	,942	1,000

Respecto al nivel de ingresos mensuales por hogar, el grupo de “menos de 800€” difiere significativamente del resto de grupos, salvo del de “entre 800 € y 1350€”. Mientras que éste no difiere de los demás.

- **Nivel de estudios como variable de control**

Siguiendo el procedimiento anterior, las variables que muestran un efecto diferencial significativo sobre la alfabetización al margen del nivel de estudios son la edad y la salud percibida.

La Tabla 59 muestra que la salud percibida tiene un efecto significativo en la alfabetización ($F_{2,959}=12.056$; $p=.000$) independientemente del nivel de estudios.

Tabla 59. Análisis factorial de Nivel de estudios y salud percibida

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.	Eta ² parcial
estudios	1034,408	4	258,602	7,715	,000	,031
Salud percibida	808,214	2	404,107	12,056	,000	,025
educ * salud	503,720	8	62,965	1,879	,060	,015
Error	32144,387	959	33,519			
Total	1083678,191	974				
Total corregida	35952,965	973				

$R^2 = ,106$; R^2 corregida = ,093

Como podemos observar en la siguiente tabla los tres grupos difieren significativamente entre sí.

Tabla 60. Comparaciones múltiples

		D	E.T.	Sig.
Mala	Normal	-1,900	,679	,016
	Buena	-4,096	,624	,000
Normal	Mala	1,900	,679	,016
	Buena	-2,196	,425	,000
Buena	Mala	4,096	,624	,000
	Normal	2,196	,425	,000

La Tabla 61 muestra que la edad tiene un efecto significativo en la alfabetización ($F_{3,954}=3.970$; $p=.008$) independientemente del nivel de estudios.

Tabla 61. Análisis factorial nivel de estudios y edad

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.	Eta ² parcial
Estudios	1031,430	4	257,857	7,552	,000	,031
Edad	406,689	3	135,563	3,970	,008	,012
educ*edad	506,656	12	42,221	1,237	,252	,015
Error	32573,373	954	34,144			
Total corregida	35952,965	973				

$R^2 = ,094$; R^2 corregida = ,076

Como podemos observar en la tabla a continuación el único grupo que se diferencia significativamente del resto es el de mayores de 65 años.

Tabla 62. Comparaciones múltiples entre los grupos de edad

		d	E.T.	Sig.
35 o menos	36-50	,720	,487	,841
	51-65	1,022	,537	,345
	66 o más	3,978	,536	,000
36-50	35 o menos	-,720	,487	,841
	51-65	,302	,540	1,000
	66 o más	3,258	,538	,000
51-65	35 o menos	-1,022	,537	,345
	36-50	-,302	,540	1,000
	66 o más	2,955	,584	,000
66 o más	35 o menos	-3,978	,536	,000
	36-50	-3,258	,538	,000
	51-65	-2,955	,584	,000

De los análisis anteriores se desprende que la edad, el nivel educativo y la valoración de la propia salud parecen tener influencia conjunta sobre la alfabetización. Para probar esta idea hemos procedido a realizar un análisis de varianza factorial incluyendo estos tres factores. En la Tabla 63 se muestran los resultados de este análisis, donde se aprecia que ninguna de las interacciones del modelo es significativa, por lo que se ha realizado un modelo factorial sólo con los efectos principales, omitiendo todas las interacciones. La Tabla 64 muestra los resultados de este modelo reducido, que prueba el efecto significativo que estos tres factores tienen, conjuntamente, sobre la alfabetización. En concreto, estas tres variables explican el 10% de la variación registrada en el nivel de alfabetización.

Tabla 63. Análisis de varianza factorial de la edad, nivel de estudios y valoración de la propia salud

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.
Edad	278,513	3	92,838	2,770	,041
Estudios	522,974	4	130,743	3,900	,004
Salud	165,109	2	82,554	2,463	,086
edad * estudios	433,870	12	36,156	1,079	,375
edad * salud	126,053	6	21,009	,627	,709
estudios * salud	377,987	8	47,248	1,410	,188
edad * estudios * salud	362,403	19	19,074	,569	,929
Error	30804,743	919	33,520		
Total corregida	35952,965	973			

$R^2 = ,143$; R^2 corregida = **,093**

Tabla 64. Índice de alfabetización*edad, nivel de estudios y salud percibida

Origen	S.C	gl	M.C	F	Sig.
Edad	283,703	3	94,568	2,817	,038
Estudios	732,370	4	183,092	5,454	,000
Valoración salud	715,626	2	357,813	10,658	,000
Error	32364,404	964	33,573		
Total corregida	35952,965	973			

$R^2 = ,100$ (R^2 corregida = **,091**)

6.4. Factores de riesgo de una alfabetización deficiente

Para identificar los factores de riesgo de una alfabetización deficiente o inadecuada hemos creado dos grupos extremos. Los dos grupos extremos se forman según:

-Grupo extremo de alfabetización inadecuada: sujetos situados en un percentil 10 o inferior (índice global menor o igual a 25,88). 80 sujetos (de 1000)

-Grupo extremo de alfabetización adecuada: sujetos situados en un percentil 90 o superior (índice global mayor o igual a 41,45). 86 sujetos (de 1000)

Siguiendo un modelo de regresión logística hemos analizado la predicción de esta variable a partir de los factores que guardan una relación significativa con la alfabetización en salud reduciendo la muestra a estos 166 casos. Los resultados de este análisis nos muestran que el estatus social percibido ($p=.115$), nivel de ingresos ($p=.054$), visitas al médico ($p=.127$) y consumo de tabaco ($p=.701$) no guardan una relación significativa con tener una alfabetización deficiente o adecuada. Mientras que las variables que sí resultan significativas son: la valoración de la salud, la edad, el nivel de estudios, enfermedad de larga duración, práctica de ejercicio, situación laboral y si tienen a alguien que los acompañe al médico, como podemos observar en la tabla de la página siguiente.

Tabla 65. Variables que guardan una relación significativa con una HL deficiente y adecuada

Variable	Categorías	N	% Inad	P	OR	I.C. OR 95%
Valoración salud	3	166		.000		
	Mala	27	88,9	.000	16,533	4.611-59,282
	Normal	47	55,3	.011	2,559	1.243-5,265
	Buena	92	32,6	--	Referencia	--
Grupos de Edad	4	166		0,000		
	35 o menos	50	30,0	0,000	0,102	0,041-0,255
	36-50	39	30,8	0,000	0,106	0,040-0,279
	51-65	25	44,0	0,002	0,187	0,066-0,534
	66 o más	52	80,8	--	Referencia	--
Nivel de estudios	5	166		0,000		
	Sin esc	16	87,5	0,000	25,375	4,750-135,559
	E.Primaria	48	75	0,000	10,875	3,923-30,145
	E.Secundaria	42	31	0,351	1,625	0,586-4,507
	F.P/Bachillerato	23	39,1	0,148	2,33	0,741-7,332
	Universidad	37	21,6	--	Referencia	--
Enfermedad de larga duración	2	166		0,049		
	No	106	42,5	0,050	0,527	0,277-1,001
	Sí	60	58,3	--	Referencia	--
Práctica de ejercicio	3	158		0,005		
	Frecuentemente	96	37,5	0,025	0,438	0,213-0,902
	Ocasionalmente	17	76,5	0,181	2,375	0,0669-8,433
	Nunca	55	57,8	--	Referencia	--
Empleo	5	164		0,000		
	Tiempo completo	52	34,6	--	Referencia	--
	Tiempo parcial	13	23,1	0,430	0,567	0,138-2,323
	En paro	18	27,8	0,595	0,726	0,223-2,362
	Retirado	44	72,7	0,000	5,037	2,099-12,090
	otros	37	56,8	0,040	2,479	1,043-5,892
Tiene quién le acompañe al médico	2	166		0,004		
	Sí	135	43,0	0,006	0,308	0,132-0,719
	No	31	71,0	--	Referencia	--

Con estas variables realizamos un análisis de regresión logística conjunto que se muestra en la tabla 66.

Tabla 66. Resultados de análisis de regresión logística conjunto de las variables significativas

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Salud			3,323	2	,190	
salud(1)	2,347	1,289	3,313	1	,069	10,454
salud(2)	,546	,757	,520	1	,471	1,726
Edad			5,457	3	,141	
edad(1)	-2,353	1,489	2,499	1	,114	,095
edad(2)	-3,303	1,603	4,246	1	,039	,037
edad(3)	-3,217	1,481	4,715	1	,030	,040
Estudios			6,272	4	,180	
estudios(1)	3,370	1,933	3,040	1	,081	29,067
estudios(2)	2,885	1,521	3,598	1	,058	17,907
estudios(3)	1,602	1,427	1,260	1	,262	4,964
estudios(4)	3,501	1,624	4,648	1	,031	33,133
Enfermedad(1)	,101	,763	,017	1	,895	1,106
Paso 1 ^a Ejercicio			6,571	2	,037	
ejercicio(1)	-,522	,648	,650	1	,420	,593
ejercicio(2)	3,501	1,711	4,186	1	,041	33,161
ingresos			4,286	4	,369	
ingresos(1)	-1,482	1,800	,679	1	,410	,227
ingresos(2)	-2,388	1,540	2,404	1	,121	,092
ingresos(3)	-2,687	1,613	2,776	1	,096	,068
ingresos(4)	-24,890	11046,774	,000	1	,998	,000
empleo			4,937	4	,294	
empleo(1)	1,238	,980	1,597	1	,206	3,449
empleo(2)	,744	1,602	,216	1	,642	2,105
empleo(3)	-,385	1,208	,101	1	,750	,681
empleo(4)	-2,240	1,442	2,414	1	,120	,106
compañía(1)	-1,345	,862	2,435	1	,119	,261
Constante	2,679	2,016	1,767	1	,184	14,576

Este conjunto de variables consigue una predicción adecuada de algo más del 82%, con una identificación correcta del 83% de los casos de alfabetización adecuada y un 81% de los de inadecuada.

Tabla 67. Tabla de clasificación

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Deficiencia de alfabetización		
		Adecuada	Inadecuada	
Deficiencia alfabetización	Adecuada	51	10	83,6
	Inadecuada	10	44	81,5
Porcentaje global				82,6

Pero llama la atención que entre las variables sólo la práctica de ejercicio resulta significativa. Pero esto tiene su explicación: muchas de estas variables están midiendo algo parecido y se contaminan unas a otras. Por tal motivo probamos con un análisis de regresión logística por pasos (o step-wise) que va introduciendo variables cuando son significativas y extrayéndolas

cuando dejan de serlo, con la finalidad de encontrar un conjunto de variables significativo. El resultado, en 4 fases sucesivas, es el siguiente:

Tabla 68. Resultado step-wise variables significativas

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	
Paso 1 ^a	Estudios		29,356	4	,000		
	estudios(1)	3,088	,860	12,906	1	,000	21,937
	estudios(2)	2,197	,526	17,453	1	,000	9,000
	estudios(3)	,405	,531	,582	1	,445	1,500
	estudios(4)	,775	,587	1,741	1	,187	2,170
	Constante	-1,216	,403	9,131	1	,003	,296
Paso 2 ^b	Estudios		26,580	4	,000		
	estudios(1)	3,240	,875	13,706	1	,000	25,525
	estudios(2)	2,113	,545	15,051	1	,000	8,273
	estudios(3)	,461	,551	,699	1	,403	1,585
	estudios(4)	,850	,608	1,952	1	,162	2,340
	compañía(1)	-1,471	,516	8,114	1	,004	,230
Constante	-,018	,581	,001	1	,975	,982	
Paso 3 ^c	Estudios		14,182	4	,007		
	estudios(1)	2,176	,961	5,122	1	,024	8,811
	estudios(2)	1,751	,562	9,723	1	,002	5,762
	estudios(3)	,311	,568	,299	1	,584	1,364
	estudios(4)	,642	,623	1,062	1	,303	1,900
	Salud			7,095	2	,029	
	salud(1)	2,177	,840	6,725	1	,010	8,822
	salud(2)	,488	,427	1,302	1	,254	1,629
	compañía(1)	-1,392	,524	7,051	1	,008	,248
Constante	-,208	,601	,119	1	,730	,812	
Paso 4 ^d	Estudios		15,792	4	,003		
	estudios(1)	2,207	,998	4,891	1	,027	9,090
	estudios(2)	1,937	,586	10,933	1	,001	6,939
	estudios(3)	,404	,594	,461	1	,497	1,498
	estudios(4)	,454	,669	,462	1	,497	1,575
	Salud			8,393	2	,015	
	salud(1)	2,403	,878	7,488	1	,006	11,060
	salud(2)	,695	,450	2,381	1	,123	2,003
	Ejercicio			8,655	2	,013	
	ejercicio(1)	-,032	,470	,005	1	,945	,968
	ejercicio(2)	2,025	,778	6,770	1	,009	7,573
compañía(1)	-1,167	,550	4,497	1	,034	,311	
Constante	-,736	,726	1,029	1	,310	,479	

Las cuatro variables seleccionadas (todas significativas) aportan una predicción correcta (véase tabla 69) de algo más del 77% de los casos, pronosticando correctamente al 76% de los sujetos con alfabetización adecuada y al 78% de los de inadecuada.

Tabla 69. Tabla de clasificación

	Observado		Pronosticado		
			Deficiencia de alfabetización		Porcentaje correcto
			Adecuada	Inadecuada	
Paso 1	Deficiencia de alfabetización	Adecuada	68	14	82,9
		Inadecuada	29	45	60,8
	Porcentaje global				72,4
Paso 2	Deficiencia de alfabetización	Adecuada	66	16	80,5
		Inadecuada	23	51	68,9
	Porcentaje global				75,0
Paso 3	Deficiencia de alfabetización	Adecuada	65	17	79,3
		Inadecuada	19	55	74,3
	Porcentaje global				76,9
Paso 4	Deficiencia de alfabetización	Adecuada	63	19	76,8
		Inadecuada	16	58	78,4
	Porcentaje global				77,6

6.5. Perfil de la población con una alfabetización en salud deficiente o inadecuada versus excelente

Tabla 70. Perfiles de la población con una alfabetización en salud inadecuada y excelente

	% Deficiente N:80	% Excelente N:86
No participa de forma activa en las actividades sociales de su comunidad	88,9	74,7
Declara pertenecer a una clase social baja	32,5	18,4
Ha visitado al médico más de 3 veces en el último año	64,6	49,4
Tiene un nivel de estudios inferior al obligatorio	62,50%	16,1%
Mayores de 65 años	55,20%	11,5%
Padece una enfermedad crónica o de larga duración	43,8	29,9
Ve limitada sus actividades cotidianas	77,1	53,8
Valora su salud como mala	30	3,4
No práctica deporte	34,7	22,6
Más de 3 visitas a los servicios de urgencia en los últimos 2 años	12,5	10,3
Ingresos mensuales por hogar inferiores a 1350€	75,4	50,8
Tiene dificultad para pagar sus facturas	30	12,6
Tiene trabajo	26,6	52,3
No tiene quien le acompañe al médico	27,5	10,3
Ha consumido alcohol en el último año	38,8	46
Se ha emborrachado al menos una vez a la semana en el último año	19,4	26
Fuma actualmente	18,8	25,3
Tiene dificultades para pagar los medicamentos	11,4	12,6

7. DISCUSIÓN

Muestra

La media de edad de la población de estudio es de 48 años, con un rango que va desde los 15 hasta los 94 años. La distribución por sexo observada en la muestra de estudio no se diferencia estadísticamente de la registrada a nivel nacional según datos del Instituto nacional de estadística del año 2011 ($\chi^2_1=0,180$; $p=0,671$). La selección muestral, como ya se indicó, se ha realizado proporcionalmente al número de habitantes de cada comunidad autónoma según el padrón nacional del año 2011, no observándose diferencias en la distribución por comunidades de la muestra con respecto a la distribución nacional. ($\chi^2_{16}=4,800$; $p=0,997$).

Un 93.4% de los encuestados se caracteriza por tener padres españoles frente a solo un 6.3% en los que al menos uno de los padres es de otra nacionalidad. No se recogió población inmigrante en el estudio europeo (HLS-EU Consortium, 2012) como condición de la investigación para poder estudiar la población europea. El 6,4% de los encuestados no llegó a superar ningún grado de enseñanza, mientras que un 39,3% tiene algún nivel de enseñanza superior a la obligatoria. La muestra se diferencia, en este sentido, de la población nacional que presenta un mayor porcentaje de ciudadanos sin escolarizar (10.6%) y un menor porcentaje de población con estudios superiores a los obligatorios (24,28%) según los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE/Indicadores Sociales/Educación) del 2011.

Casi un cuarto (24,3%) de los encuestados declara pertenecer a un estatus social medio-bajo, uno de cada diez declara pertenecer a un estatus medio-alto, y más de la mitad (63,9%) a un estatus medio. Respecto al nivel de ingresos destaca que casi un 30% de los encuestados han decidido no contestar a esta pregunta, haciendo evidente el recelo que existe en gran parte de nuestra población a hacer pública esa información. El barómetro sanitario 2011 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) recoge unos valores muy similares (un 27,9% no contesta a esa pregunta y un 39,2% tienen unos ingresos mensuales netos por hogar inferiores a 1200€). Casi uno de cada tres encuestados ha tenido o tiene dificultades para pagar las facturas a fin de mes, aunque solo un 8,6% las tiene la mayor parte del tiempo. Es un porcentaje

inferior a los datos recogidos por el INE de 2011 (Evolución (2004-2013) de las dificultades para llegar a fin de mes por CCAA), dónde más de la mitad (58%) declara algún grado de dificultad para llegar a fin de mes.

El 45,2% de los encuestados tiene un trabajo estable en el momento de la realización de la encuesta y un 38,4% se encuentra sin trabajar, ya sea por paro, jubilación o incapacidad. Estos datos son similares a los recogidos por el Barómetro 2011 del CIS.

Más de la mitad de la muestra (62%) valora su salud como buena, mientras que solo uno de cada diez la valora como mala. En total casi 9 de cada diez personas valora su salud como normal o buena. Este dato destaca en la medida en que un tercio de la población de la muestra declara padecer algún tipo de enfermedad crónica o de larga duración, y máxime cuando de ese tercio, más de la mitad ven limitadas sus actividades cotidianas por causa de su enfermedad. Estos datos son similares a los de la Encuesta Nacional de Salud de 2011 (ENSE2011/12) donde el 75,3% de la población nacional valora su salud como buena o muy buena, el 18% regular y solo un 6,7% la considera mala o muy mala.

Un 86,9% ha visitado al médico en el último año al menos una vez y casi la mitad lo ha hecho 3 o más veces. Estos porcentajes son ligeramente superiores a los recogidos por el barómetro sanitario 2011 del CIS, dónde un 71,9% ha visitado al médico en el último año, y de ese porcentaje un 45% lo ha hecho 3 o más veces.

El 28,5% de los participantes en el estudio fuma actualmente, frente al 52,2% que declara no haberlo hecho nunca. Estos datos no difieren significativamente con los publicados por el plan nacional sobre drogas La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas (EDADES 2011) donde el 30.4% declara fumar diariamente.

En las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol nuestros datos se aproximan más a los datos de ENSE2011/12 que a los publicados por la encuesta de EDADES 2011. El 40% de nuestra muestra declara no haber consumido nada de alcohol en los últimos doce meses. Del 60% que declara haber consumido alcohol, un 22,3% afirma haberse dado un atracón de alcohol (binge drinking) al menos una vez a la semana, mientras que el 48,3% afirma no haberlo hecho en los últimos 12 meses. Según EDADES 2011, el 76,6% ha

consumido alcohol en los últimos 12 meses, y un 15 % declara haberse dado un atracón de alcohol. Según ENSE2011/12, el 65,6% si ha consumido frente al 34,4% que dice no haberlo hecho.

Un cuarto de la población de la muestra declara no realizar ningún tipo de ejercicio y la gran mayoría (80,5%) no participa de forma activa en las actividades sociales que se desarrollan en su comunidad.

El grado de alfabetización en salud.

A pesar de que como hemos indicado anteriormente existen numerosos trabajos dedicados a medir la alfabetización de la salud de una determinada población y diversas herramientas utilizadas para tal fin, como indica Baker (2006), éstas puede que no estén hablando del mismo constructo subyacente y en tal medida que no estén midiendo lo mismo. En este sentido la alfabetización en salud no ha sido medida anteriormente con esta herramienta (HLS-EU-Q47) por lo que no existen estudios similares previos con los que comparar los resultados de este estudio, salvo con los resultados de los países integrantes del proyecto europeo de alfabetización en salud que han utilizado la misma herramienta de forma simultánea.

Esta herramienta ha sido diseñada para permitir una monitorización de la relación entre los determinantes sociales de salud y los resultados de salud, aportando una medida integral de la alfabetización en salud de una población con una consistencia interna muy alta (α :0.96) para el índice general y ligeramente inferior en los subíndices de las dimensiones y capacidades, lo que nos muestra su fiabilidad.

Los resultados aportan información sobre la alfabetización en salud estructurada por las competencias de acceder, entender, evaluar y aplicar información en los ámbitos o dimensiones de atención sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Hay que tener en cuenta que esta herramienta recoge la dificultad percibida en la realización de determinadas tareas, por lo que no mide objetivamente si la persona sabe o no realizar una tarea determinada. En este sentido una baja alfabetización en salud puede deberse a una carencia o deficiencia de la población o a una falsa percepción del individuo sobre sus competencias y habilidades, o también a un sistema sanitario con unas demandas demasiado complejas.

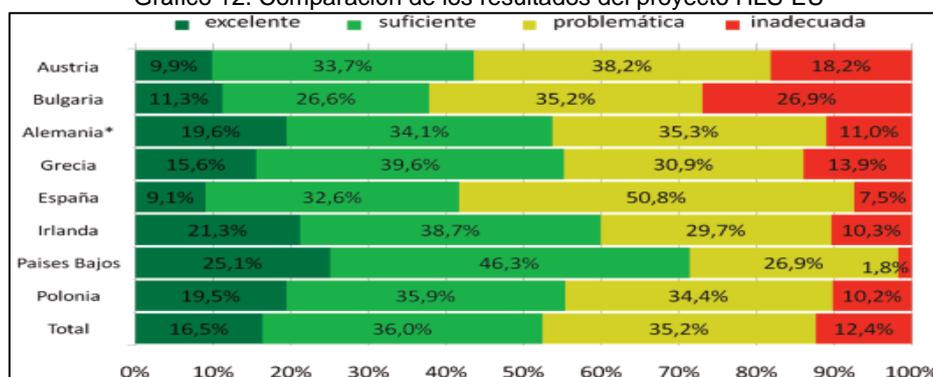
A continuación se comparan el índice general y los subíndices de alfabetización en salud de la población española con los índices europeos. Hay que recordar que los índices se han calculado a partir de las distintas medias mediante una fórmula (véase 5.3. Análisis de datos) que estandariza la escala métrica entre 0 y 50.

Tabla 71. Comparación índices HL de la población española con la europea

	acceder/ obtener	entender/ comprender	evaluar/ juzgar	Aplicar /usar	Índice español	Índices europeos
Atención y cuidado sanitario	33,38	33,68	28,89	36,27	33,08	34,7
Prevención de enfermedades	32,35	35,98	32,5	32,57	33,18	34,2
Promoción de la salud	30,10	31,78	34,59	31,88	31,80	32,5
Índice español	31,84	33,64	31,86	33,66	32,69	33,87
Índice europeo	33.1	35.3	32.3	37.7		

El índice general de alfabetización en salud de la población española es de 32.69 y el índice general europeo es de 33.87. El proyecto europeo de alfabetización en salud establece 4 niveles para clasificar la alfabetización en salud de una población: por debajo de 26 inadecuada, entre 26 y 33 problemática, entre 33 y 43 suficiente y a partir de 43 excelente. Los resultados de la HLS-EU no son muy alentadores. La alfabetización en salud del 12,4% de los europeos resultó inadecuada, mientras que un 35,2% tenía una alfabetización en salud problemática. En otras palabras, una de cada dos personas en Europa tiene una alfabetización en salud insuficiente (Consortium HLS-EU, 2012, Sorensen 2015). Las diferencias porcentuales relacionadas con las limitaciones en alfabetización en salud son considerables entre los países europeos participantes:

Gráfico 12. Comparación de los resultados del proyecto HLS-EU



España junto a Austria, Alemania y Bulgaria se encuentra a la cola de los países participantes. Como veremos posteriormente la alfabetización en

salud está fuertemente relacionada con la alfabetización general y con el nivel de educación formal. Un dato que coincide con los aportados por el informe PISA del 2012, el nombre PISA corresponde con las siglas del programa según se enuncia en inglés: Programme for International Student Assessment, es decir, Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos. Se trata de un proyecto de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), cuyo objetivo es evaluar la formación de los alumnos cuando llegan al final de la etapa de enseñanza obligatoria. La evaluación cubre las áreas de lectura, matemáticas y competencia científica. Como podemos observar en tabla 72 (no figura Bulgaria porque no aparece en el informe PISA) los países con mejores promedios tienen unos menores porcentajes de población con alfabetización en salud limitada. El caso de Grecia que con unos promedios inferiores a España, obtenga un menor porcentaje de población con una alfabetización en salud inadecuada, se entiende si tenemos en cuenta la distinta tasa de abandono escolar de cada país, siendo la española la más alta de la Unión Europea (23,5% según datos del Eurostat) y más del doble de la del país heleno.

Tabla 72. Comparación resultados informe PISA 2012 con los porcentajes de población con HL limitada de los países participantes del proyecto HLS-EU

	Matemáticas	Lecturas	Ciencias	Media	%HL
Países Bajos	523	511	522	518,67	28,7
Irlanda	501	523	522	515,33	40
Alemania	514	508	524	515,33	46,3
Polonia	518	518	526	520,67	44,6
Austria	506	490	506	500,67	56,4
Promedio OCDE	494	496	501	497,00	
Promedio UE	489	489	497	491,67	
España	484	488	496	489,33	58,3
Grecia	453	477	467	465,67	44,8

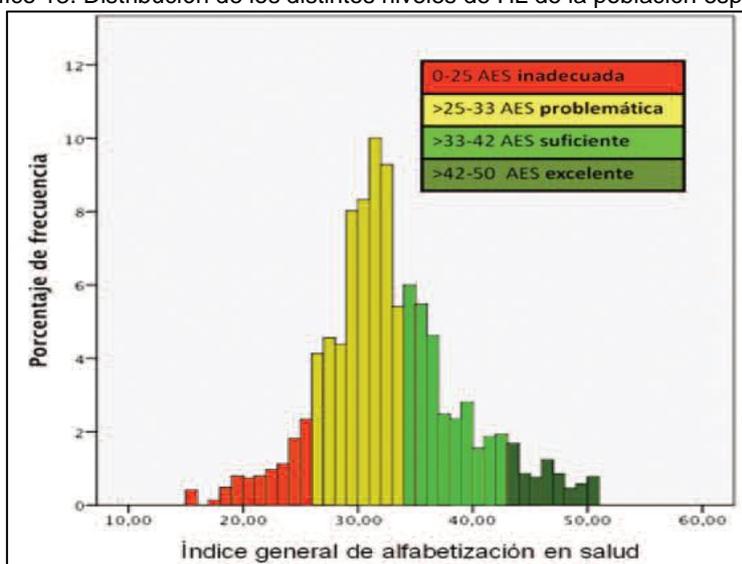
Entre los ocho países participantes en el estudio HLS-EU se han detectado diferencias significativas en el nivel y variación de la alfabetización en salud, los gradientes sociales que inciden sobre la alfabetización en salud, así como en el tamaño de los grupos vulnerables cuya alfabetización en salud es limitada (HLS-EU Consortium, 2012; Sorensen, 2015). Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por la heterogeneidad de la composición socioeconómica y sociodemográfica de las muestras nacionales y por la

complejidad de los diversos sistemas de salud de cada país y sus correspondientes prestaciones.

Para un análisis más detallado de las diferencias entre los países participantes puede consultarse el informe comparativo que se encuentra disponible en la web del proyecto.

Centrándonos ahora en la población española, el gráfico siguiente muestra la distribución en función de los distintos niveles de alfabetización en salud establecidos en el proyecto HLS-EU.

Gráfico 13. Distribución de los distintos niveles de HL de la población española



Tal y como se muestra en el gráfico 13, la muestra española se caracteriza por un porcentaje bastante reducido de casos con alfabetización inadecuada, que contrasta con un muy elevado porcentaje de casos con alfabetización problemática (50,8%). Según estos datos publicados en el proyecto europeo de alfabetización en salud (Consortio HLS-EU, 2012), más de la mitad de la población española tiene una alfabetización en salud insuficiente (inadecuada y problemática). Es de destacar que nuestro índice medio es ligeramente inferior al límite establecido entre una alfabetización en salud problemática y suficiente, y que tenemos un porcentaje considerable de población (algo más de un tercio) que se encuentra 4 puntos por debajo de ese límite. Al comparar los porcentajes de casos con alfabetización en salud limitada entre los distintos países queda patente que las necesidades de

alfabetización en salud en España deberían priorizar su atención en el bloque etiquetado como problemático.

Dimensiones de la salud

Si comparamos los distintos subíndices de alfabetización en salud por sus dimensiones, los mejores resultados se encuentran en la dimensión de la prevención de la enfermedad (33,18), seguido de la atención y cuidado sanitario (33,08), ambas por encima del índice medio del nivel de alfabetización en salud de la población española (32,69). Sin embargo, la dimensión de la promoción de la salud es la que presenta peores resultados (31,80), situándose casi un punto por debajo del índice general de la población española. Si se analizan estas diferencias se comprueba que no difieren significativamente entre sí. Como podemos observar en la tabla 71, los subíndices españoles se encuentran por debajo de los europeos en todas las dimensiones, encontrándose una mayor diferencia en la dimensión de atención y cuidado sanitario, con más de un punto y medio por debajo del índice europeo correspondiente.

Entre los subíndices por capacidades, destacan que los valores de entender/comprender y aplicar/usar se sitúan casi un punto por encima del índice general español, mientras que los de acceder u obtener y evaluar o juzgar se encuentran por debajo. Este patrón nos permite identificar cuáles son las fortalezas y debilidades de nuestra población, que como se aprecia en la tabla anterior son similares a las europeas. Los subíndices de alfabetización en salud por capacidades de la población española son ligeramente inferiores a sus correspondientes europeos. La diferencia más llamativa es la que existe dentro de la capacidad aplicar o usar, donde encontramos más de 4 puntos de diferencia por debajo con respecto a la población europea, seguida de la capacidad de entender o comprender con casi dos puntos por debajo.

Las fortalezas de la población española en relación a las dimensiones y capacidades se encuentran en aplicar/usar la información relacionada con la atención o cuidado sanitario (36.27) y en entender la información relacionada con la prevención de enfermedades (35.98). Las debilidades se encuentran en evaluar o juzgar la información relacionada con la atención o cuidado sanitario

(28.89) y en acceder a información de promoción de la salud (30.10). La puntuación más baja se obtiene a la hora de valorar la información dentro del ámbito de atención sanitaria. Esto podría estar relacionado con que en España ha predominado cierto paternalismo en la atención sanitaria. Algunos estudios que comparan resultados entre distintos países europeos muestran como la población española se caracteriza por preferir un talante más paternalista en la toma de decisiones sanitarias (Coulter y Jenkinson, 2005; O'Donnell, Viktrup y Hunskaar, 2007). En otro estudio se afirma que la mayoría de los médicos y enfermeras mantienen un estilo vertical y paternalista de comunicación e interacción con sus pacientes. Se podría esperar que la educación, la mejora de la accesibilidad y la utilización de servicios de salud pública, el aumento del uso de fuentes de información de salud en Internet, un mejor conocimiento de los derechos del paciente y el creciente papel de las asociaciones de pacientes podrían contribuir a un cambio progresivo en la actitud de los pacientes españoles, para tener un papel más activo y promocionar la interacción con los profesionales biosanitarios (Perestelo, Pérez, González, Rivero y Serrano, 2009). Por otro lado, la universalidad y gratuidad del sistema sanitario español en cierto modo ha podido reforzar este paternalismo, facilitando que el ciudadano no se haya preocupado por valorar la información que recibe del profesional sanitario en relación a su enfermedad sino que cumple sin un sentido crítico las indicaciones que le daba su médico. De ahí que la mayor fortaleza de nuestra población sea precisamente saber aplicar o seguir la información relacionada con su enfermedad.

Los resultados de población española en relación a la alfabetización en salud varían tanto en función de la competencia o capacidad como del ámbito o dimensión. Este dato es coincidente con los resultados de los otros países participantes del proyecto HLS-EU (HLS-EU Consortium, 2012, Van der Heide et al., 2013).

Dada la amplitud de las preguntas existentes en el cuestionario nos vamos a centrar en la discusión de aquellos apartados más relevantes, agrupando las cuestiones en función del ámbito o dimensión de la salud.

Atención y cuidado sanitario

En sus inicios, la mayoría de estudios sobre la alfabetización en salud se limitaban a este ámbito, centrándose en la alfabetización en salud de los pacientes, especialmente en determinados enfermos crónicos, dónde una baja alfabetización en salud conlleva mayores riesgos clínicos como lo prueba la numerosa bibliografía citada en el apartado 2.2.

En relación a las preguntas sobre el grado de facilidad o dificultad para **encontrar/acceder** información relacionada sobre la atención y el cuidado sanitario nos encontramos con que 1 de cada 4 personas declara tener dificultades, un 24.1% en encontrar información sobre los síntomas asociados a su enfermedad y un 26,2% en encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés. Mediante un análisis de varianza se ha comprobado que los mayores de 56 años tienen una alfabetización en salud significativamente inferior al resto. La aparición de internet ha propiciado que el encontrar información sobre la salud sea bastante más fácil que antes. Internet se ha considerado como la segunda fuente de información más influyente en la toma de decisiones de los pacientes, por detrás de las recomendaciones aportadas por el personal sanitario (Couper, Singer, Levin, Fowlwe, Fagerlin y Zikmund-Fisher, 2010). De ahí que sean a las personas mayores quienes al no estar familiarizados con esta herramienta perciben mayor dificultad en hacerlo. Entre las principales ventajas de Internet cabe destacar su gran accesibilidad, actualización, libertad de expresión de los pacientes, etc., mientras que entre las diferentes desventajas, lo más destacable es que la información que contiene Internet puede no ser fiable (de Tomás, Bollero e Izquierdo, 2001; Ramos Sánchez, 2004; Conesa, Aguinaga y Hernández, 2010). Desde hace años ya ha sido evidenciada en diversas revisiones, como la realizada por Cline y Hynes (2001), en la que describieron cómo hasta el 90,2% de las páginas web con información sobre el tratamiento de determinadas enfermedades no se adherían a las correspondientes recomendaciones terapéuticas de las principales guías clínicas. Lo que consecuentemente afectará a la capacidad de juzgar y valorar esa información como veremos más adelante.

En las preguntas que tratan de evaluar la dificultad de averiguar qué hacer en caso de emergencia médica y cómo conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo, el porcentaje que presenta dificultades es considerablemente menor, un 12.9% y un 8,4% respectivamente. El hecho de vivir en un estado con la sanidad pública y gratuita, donde la mayoría de municipios tienen un centro de salud cercano, así como las distintas campañas sobre concienciación del buen uso del 112 (teléfono de emergencias en España) pueden explicar los porcentajes anteriores.

En lo relativo a la facilidad o dificultad para **entender información** relacionada con la salud dentro del ámbito de la atención y cuidado sanitario, vemos que entender los prospectos que vienen con los medicamentos es la tarea que presenta mayor dificultad con un 32.1%. Este no es un dato sorprendente pues estudios anteriores (George, Waters y Nicolas, 1983; Bernardini, Ambrogi, Perioli, Tiralti y Fardella, 2000; Badia Llach, Magaz Marquès, Gutiérrez Nicuesa y Guilera Sardà, 2005; Davis et al., 2006; Clavel Rojo, 2013) y posteriores a la realización de la encuesta (Ballesteros-Peña y Fernández-Aedo, 2013), ponen en relieve la dificultad existente para entender la información contenida en los prospectos de los medicamentos y la necesidad de mejorar su legibilidad y comprensión. Los prospectos de los medicamentos están regulados por normativas europeas en cuanto a su estructura y contenidos y no tienen como única finalidad informar al consumidor. Además en la medida en que no permiten una comunicación sino simplemente la transmisión de información los prospectos no pueden resolver las dudas que generan. En el estudio de Ballesteros-Peña y Fernández-Aedo la gran mayoría de los prospectos analizados no consiguieron un índice de legibilidad aceptable, ya que tienden a emplear construcciones sintácticas complejas, con palabras y frases excesivamente largas que exigen habilidades lectoras superiores a las de un ciudadano medio. No obstante, sí se aprecia una mejora de la legibilidad en los prospectos revisados a partir del año 2010, tal vez como respuesta a las demandas reiterativas por parte de las organizaciones sanitarias y de pacientes. Es un dato preocupante que casi un tercio de la población puede no usar la medicación de forma correcta (Gazmararian et al., 2006). Sin embargo, los porcentajes relacionados con no entender la

información proporcionada por médico y el farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas son sensiblemente inferiores, solo un 6% declara tener dificultades. En España un estudio sobre la información demandada en los centros de atención primaria (González-González et al., 2007) señala que la mayoría de preguntas se centran en saber la causa de un síntoma y en posibles tratamientos. Por lo tanto si la fuente de información comprensible para nuestra población son los médicos, hay que tener en cuenta que la disminución del tiempo de consulta que está materializándose en nuestro sistema de salud puede afectar a los colectivos más vulnerables y que tienen una alfabetización en salud más baja. Sin embargo el sistema nacional de salud cuenta con una red de oficinas de farmacia que garantiza una amplia cobertura de la población y posibilita otro escenario donde los ciudadanos pueden resolver sus dudas de salud de una forma efectiva.

Para analizar los resultados obtenidos en la competencia de **juzgar/evaluar** la información hemos de tener en cuenta que en esta competencia es necesario como requisito previo haber entendido la información y que resulta en si misma más compleja que las anteriores. Dentro del ámbito de atención y cuidado sanitario, observamos cómo presenta mayores dificultades que buscar o entender información, pues requiere de unas habilidades y una experiencia previa más difícil de poseer. Lo menos difícil de juzgar por nuestra población es en qué medida la información proporcionada por el médico es aplicable a la situación del encuestado, con un 20.7% que presenta dificultades y que también es uno de los ítems más consultados a los médicos de atención primaria (González-González et al., 2007), mientras que casi 1 de cada 2 personas (47.2%) encuentra difícil o muy difícil juzgar la información que aparece en los medios de comunicación sobre una enfermedad, haciendo patente la poca credibilidad que despiertan los medios de comunicación para comunicar información acerca de la salud. Aunque hay que precisar que también puede deberse a un déficit educativo cultural de ese porcentaje de población. También es destacable que el 39.9% tiene dificultades para juzgar las ventajas y desventajas de los tratamientos. Esto puede deberse tanto a que el paciente no tiene la información necesaria para valorar los posibles beneficios e inconvenientes de un posible tratamiento, como a que

el médico no le haya proporcionado esa información de una forma adecuada al paciente. En España a partir de la ley 41/2002 reguladora de la autonomía de los pacientes, el consentimiento informado obliga en determinados casos a informar al paciente de las distintas opciones de tratamientos posibles, sin embargo hay numerosa bibliografía que refiere que en muchos los casos no ocurre así pese a ser una exigencia jurídica (Guix Oliver et al., 1999; Gost et al., 2003; Luna, 2008).

Como ya hemos indicado la capacidad de **usar** o **aplicar** la información relacionada con la salud dentro del ámbito de la atención y cuidado sanitario es donde la población española presenta mejores resultados, con porcentajes de dificultad inferiores al 10% en todas las tareas salvo en una: tomar una decisión sobre el tratamiento de su enfermedad a partir de la información que le proporciona el médico, que le resulta difícil al 23,6% de la población estudiada. Es decir que cerca de uno de cada cuatro casos puede no estar tomando una decisión informada o puede estar delegando esa responsabilidad al médico por comodidad o por no verse competente para darla. En un estudio sobre la toma de decisiones compartidas en España (Perestelo, Rivero, Perez, Gonzalez, Gracia y Serrano, 2011) se concluye que aunque se ha producido un avance significativo en los recursos tecnológicos para facilitar el acceso de los pacientes a información de salud de calidad, el desarrollo y el uso de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida se limita a algunos grupos de investigación en determinadas regiones españolas, ya que el Sistema Nacional de Salud todavía no ha realizado las reformas necesarias para incluir la toma de decisiones compartidas como un elemento clave dentro de los servicios de salud. En un estudio anterior, Perestelo, Pérez, Rivero y González (2010) advirtieron que los profesionales sanitarios muestran reticencias hacia una implementación generalizada de la toma de decisiones compartida que no tenga en cuenta las características del paciente, además de señalar la falta de tiempo como principal barrera para su implementación.

Prevención de enfermedades

En esta dimensión se abarcan las capacidades implicadas en el procesamiento de información relacionada con los factores de riesgo para la

salud. En España se han realizado numerosas campañas sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardiovasculares, adicciones, ..., así como de concienciación del uso de instrumentos de detección precoz de enfermedades. Una alfabetización inadecuada podría implicar no poder acceder a esa información, o no entenderla y consecuentemente no poder evaluarla y poder aplicarla a su situación.

En lo referente a **buscar o acceder** a la información de salud dentro del ámbito de la prevención, la población encuentra más dificultad en encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental (32%), y sobre las vacunas, pruebas de detección precoz de enfermedades y revisiones médicas que debería hacerse (24,5%), que en encontrar información sobre cómo prevenir y abordar problemas de salud como el sobrepeso, hipertensión arterial o niveles de colesterol altos (16.4%) y respecto a hábitos no saludables como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso (11,6%). Estos resultados podrían deberse a que históricamente el Ministerio de Sanidad y las distintas Consejerías de Sanidad y Educación han desarrollado más programas y campañas de prevención en problemas de salud relacionados con hábitos saludables, que de la prevención de problemas mentales o de la necesidad de recurrir a vacunas o pruebas de detección precoz de enfermedades. En cierto modo, esto se puede explicar por la existencia en nuestro país de un sistema sanitario paternalista donde se establece un calendario vacunal muy concreto y donde existe mucha estigmatización de las enfermedades mentales que son muy poco conocidas por la población (Andrade et al., 2014).

No hay un porcentaje destacado de población que encuentre dificultad en las preguntas referidas a **entender/comprender** la información sobre la prevención de salud. Aunque sí es significativo que la tarea que presenta un mayor porcentaje de dificultad dentro de esta competencia y ámbito de la salud sea la de entender la necesidad de vacunarse con un 11.8% de la población frente al 6,6% que presenta dificultad para comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso y un 8.1% para comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos. En

España han sido numerosas las campañas de concienciación en estos temas por lo que se justifica los porcentajes tan bajos. Sin embargo, es alarmante que a pesar de estas campañas uno de cada diez aún siga percibiendo dificultad en entender por qué son necesarias las vacunas.

En relación a **valorar** o **juzgar** la información relacionada con la prevención de enfermedades, destaca que más de un cuarto de la población española (25,7%) afirma tener dificultades para valorar cuáles son las vacunas que puede necesitar. Las vacunas recogen un grupo donde las indicaciones están divididas por edades, y donde la información se realiza fundamentalmente a partir de campañas de concienciación, aquellos grupos de edad que se encuentran fuera de los circuitos de divulgación habituales, van a permanecer en una zona de silencio, que requiere una estrategia diferente, donde la información debería realizarse de forma directa por los profesionales sanitarios. Tuells, Caballero, Nolasco y Montagud (2012) señalan que la actitud positiva hacia la vacunación, tanto frente a gripe estacional como a gripe A/H1N1, está fuertemente condicionada por la edad de la persona y su nivel educacional, siendo creciente con la edad y decreciente con el nivel educacional, y que la fuente de información más concluyente para ayudar a tomar decisiones respecto a la vacunación antigripal es el médico de familia.

Un 20,6% de la población encuestada encuentra difícil valorar cuáles son las pruebas de detección precoz de enfermedades y las revisiones médicas que debería realizarse. Este porcentaje resulta relativamente bajo, dado el dinamismo de este campo, donde la incorporación de nuevos marcadores y nuevas técnicas define un escenario versátil y dinámico. Un porcentaje mayor, el 36,7%, tiene dificultad para valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (instrucciones: TV, internet u otros medios de información). La alarma social generada por los medios alrededor de distintos problemas de salud, como fue el caso de la gripe aviar, que respondía más a intereses económicos que propiamente informativos y el uso recurrente de la salud en las diversas campañas de marketing y publicidad de alimentos y fármacos, puede haber generado una desconfianza en la población acerca de la fiabilidad de la información de la salud publicada en los medios. En este sentido, Tuells et al.

(2012) afirman que la intensidad mediática obtenida por la gripe A/H1N1 no ha influido en la respuesta a la inmunización, aunque ha generado ciertas incertidumbres en determinados grupos de población cuyos efectos en términos de desafección hacia las vacunas están por evaluar. La estrategia para incrementar la cobertura vacunal en la población general, basada en la confianza de que la alarma mediática va resultar efectiva, es completamente errónea. En un estudio posterior, Caballero, Tuells, Duro-Torrijos, y Nolasco (2013) señalan que estas campañas estaban encaminadas a promocionar el miedo a la enfermedad, para crear el interés por vacunarse en vez de estar encaminadas a resolver dudas y preocupaciones sobre la seguridad y eficacia de la vacuna.

En cuanto a **usar/aplicar** la información sobre prevención de enfermedades, a la población española le resulta mucho más fácil decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a los consejos que le dan la familia y los amigos (sólo un 13.7% de dificultad) que gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (un 31.7%).

También es relevante que pese a las campañas de concienciación sobre la vacuna de la gripe, para un 17.5% sea difícil decidir si debe ponerse la vacuna. Como vemos hay un 6% de la población que a pesar de no encontrar dificultad en entender la necesidad de vacunarse, sí la encuentra a la hora de decidir si ponérsela. Otros estudios (Hernández-García y González Celador, 2014) señalan que nivel de adhesión detectado fue mejorable. Se debe urgir y promocionar en los usuarios la utilización de las páginas web de organismos oficiales de salud pública cuando busquen información sobre la vacuna antigripal en internet, puesto que existen muchas páginas web dónde la información que recogen es sesgada o incorrecta (Mayer, Leis, y Sanz, 2010), especialmente los enlaces de los movimientos antivacunas destacaron por la cantidad de información incorrecta que suministraron, basándose para ello en los típicos argumentos que estos grupos suelen utilizar en cuanto a falta de efectividad de las vacunas y la posibilidad de que causen la enfermedad (Kata, 2010).

Promoción de la salud

Como hemos indicado antes, el ámbito de la promoción de la salud es el que presenta un mayor índice de dificultad, lo que en cierto modo es fácilmente explicable, en la medida en que la preocupación por la promoción de la salud es relativamente reciente. Sin embargo el número de iniciativas crece rápidamente.

Dentro de la capacidad para **encontrar/acceder** a la información relacionada con la promoción de la salud nos encontramos resultados muy dispares según sea el tipo de información a buscar. Así encontrar información sobre actividades saludables es difícil para solo un 11% de la población y para un 16,3% lo es sobre actividades que sean buenas para su bienestar mental. Sin embargo los porcentajes aumentan considerablemente cuando preguntamos sobre averiguar qué medidas podrían mejorar su salud en el trabajo, con un 24.8%. Por último, encontrar información sobre cómo podría promover y fomentar la salud de su barrio subimos a un 43.8%, y sobre averiguar qué cambios a nivel político podrían afectar a su salud, resulta difícil a un 51.6% de la población.

Existen numerosas iniciativas encaminadas a fomentar la salud y hábitos saludables. En este sentido, la información disponible es amplia y variada. Resulta sorprendente que sólo un 16,3% de la población tenga dificultades para encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental, en la medida en que las iniciativas a tal fin son mucho más reducidas y el bienestar mental es más complicado de entender que el concepto de salud física. No sorprende, sin embargo, que el porcentaje aumente considerablemente cuando nos referimos a la información sobre cómo se podría promover y fomentar la salud de su barrio, pues la gente no suele percibir la relación de su entorno con su propia salud, a pesar de ser estudiada desde hace años como lo muestran las distintas revisiones bibliográficas que se han hecho sobre el tema (Evans, Wells y Moch, 2003; Clarke y Nieuwenhuijsen, 2009; Renalds, Smith y Hale, 2010). En actualidad, sí que se está concienciando a la población de la importancia de un entorno saludable y promotor de la salud. De igual modo cada vez son más los estudios dedicados a investigar las desigualdades de

salud según el medio urbano. Un ejemplo es el proyecto de Ineq-Cities de investigación en desigualdades urbanas en salud (Camprubí, Díez, Morrison y Borrell, 2014). Este proyecto de investigación analizó las desigualdades en mortalidad entre áreas pequeñas en 16 ciudades europeas, y describió políticas e intervenciones para disminuir las desigualdades en salud en el medio urbano, destacando que el desconocimiento de los actores es importante y que muy pocos gobiernos municipales las incluyen en su agenda política.

Averiguar qué cambios a nivel político podrían afectar a su salud le resulta difícil a una de cada dos personas de la población encuestada. Es la tarea que un mayor porcentaje de población encuentra más difícil. La prohibición de fumar en los lugares de trabajo, y posteriormente en los sitios de ocio cerrados, los progresivos recortes en materia de sanidad y servicios sociales constituyen medidas políticas que afectan a la salud de la población, por lo que resulta sorprendente un porcentaje tan alto. Este dato pone de manifiesto el desconocimiento de la población de la relación directa de la salud con sus determinantes sociales, a pesar de las campañas de concienciación de este tema desde distintos ámbitos. Un ejemplo es el documento que presentó la OMS en 2003 titulado “Social Determinants of Health. The solid facts”. Este folleto es parte de una campaña de la Oficina Regional Europea de la OMS para presentar las pruebas científicas de manera clara y comprensible de cómo la salud está condicionada por ciertas características sociales, como el gradiente social, es decir, el vínculo existente entre el nivel de ingresos y la salud, las condiciones de vida en la infancia, la situación laboral y la alimentación, entre otros. En el mismo documento se indican distintas políticas para resolver las inequidades en salud producidas por estos determinantes sociales.

En relación a **comprender/entender** la información relacionada con la promoción de la salud, comprendemos mucho mejor la información que nos proporciona el círculo más cercano formado por familia y amigos, que la información incluida en los envases de los alimentos (33.8%), o que la información proporcionada por los medios de comunicación (26.2%).

El porcentaje de población al que le resulta difícil comprender la información sobre cómo mantenerse mentalmente sano (16.9%) es prácticamente el mismo que al que le resulta difícil encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (16.3%), y esto es especialmente importante en las personas mayores, que suelen tener una alfabetización en salud peor y donde es más frecuente la aparición de trastornos mentales. Un reciente estudio encontró una prevalencia de enfermedad mental del 20% en la población estudiada mayor de 65 años (Ritchie et al., 2014).

En lo que respecta a la capacidad de **juzgar/valorar** dentro de la promoción de la salud, no hay mucha población que perciba dificultad en las tres cuestiones recogidas: valorar de qué manera el lugar en el que vive condiciona su salud y bienestar (solo un 15,9%); valorar de qué manera las condiciones de su vivienda pueden ayudarle a mantenerse sano (13%) y valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (5,7%). En general las personas somos más conscientes de la relación de nuestra salud con nuestros hábitos diarios, que con las características de nuestra vivienda y/o el lugar dónde vivimos. Para paliar este hecho, el objetivo del Informe SESPAS 2010 es contribuir al avance de la incorporación del principio «Salud en todas las políticas» en la salud pública en España. Para Artazcoz, Oliva, Escribà-Agüir y Zurriaga, (2010) el principio fundamental tras el lema es muy simple: la salud está fuertemente influenciada por el entorno, por cómo viven, trabajan, comen, se mueven o disfrutan su tiempo de ocio las personas. Además, estas condiciones de vida no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles (Marmot y Wilkinson, 1999). Salud en todas las políticas supone identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios, tales como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros, en los cuales se generan o transmiten desigualdades sociales.

En cuanto a **usar/aplicar** la información relacionada con la promoción de la salud destaca que solo un 11,3% de la población perciba dificultad en tomar decisiones para mejorar su salud, mientras que un 24,2% sí las encuentra para modificar su forma de vida en aquellos aspectos que afectan a su salud y bienestar, siendo mayor (un 38,4%) para involucrarse en actividades que mejoren la salud y el bienestar de su comunidad. Este último dato es llamativo en la medida en que, como hemos visto en las características de la muestra, existe un amplio margen de población (80%) que no participa de forma activa en actividades sociales de su comunidad, por lo que más de un 40% a pesar de no encontrar dificultad sigue sin participar en actividades sociales que puedan mejorar su salud y la de los demás. Lo que evidencia una necesidad educativa clara: hay que hacer consciente a la ciudadanía de la importancia de su **participación**. ¿Qué entendemos por participación? La noción misma es relativamente reciente y engloba cualquier “intervención de los particulares en actividades públicas mediante el ejercicio de sus derechos civiles” (Gadea Montesinos, 2007). Una definición poco específica que limita la utilidad del término, aunque no se dude de la conveniencia de que los ciudadanos participen activamente en las decisiones que les afectan (Pratchet, 1999). La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias (Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez, 2012). En este sentido, la participación ciudadana no se debe limitar al ámbito estricto de los sistemas sanitarios sino que abarca el conjunto de factores que influyen de forma relevante en la salud de las personas y las poblaciones. Una perspectiva colectiva que, en la sanidad, es más natural para la salud pública que se desarrolla dentro y fuera del sistema sanitario y que podría actuar a modo de bisagra entre la sociedad y la sanidad (Segura, 2010).

Determinantes de la alfabetización en salud de la población española

Resulta crucial delimitar que factores guardan relación con la alfabetización en salud para poder desarrollar estrategias eficaces que permitan aumentar los niveles de alfabetización en salud de la población

española que más lo necesita. Una alfabetización inadecuada o limitada constituye un factor de desigualdad en salud. Las desigualdades en salud se pueden definir como las diferencias en el estado de salud o en la distribución de los determinantes de la salud entre distintos grupos de población. El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su edad, clase social, género, territorio o etnia... Es importante distinguir entre la desigualdad en la salud y la inequidad. Algunas desigualdades en salud son atribuibles a variaciones biológicas o la libre elección y otros son atribuibles al medio ambiente y las condiciones externas, principalmente fuera del control de las personas afectadas (OMS, HIA). La alfabetización en salud de una persona se debe tanto a los recursos de la persona como a las prestaciones y recursos sociales que posibilitan la alfabetización. En cierto modo, la alfabetización en salud se trata de una exigencia cívica, en la medida en que en la actualidad la mayoría de los países desarrollados tiene unos sistemas de salud que exigen de sus ciudadanos unas competencias mínimas y unas pautas de comportamiento para funcionar correctamente dentro del sistema; y es, a su vez, una exigencia ética en la medida en que el cuidado de sí, y por consiguiente, el velar por la salud propia es una obligación moral fundamental en una sociedad cada vez más medicalizada. Pero al mismo tiempo que demanda un compromiso e implicación por parte de la persona, exige de los poderes políticos que garanticen los medios para asegurar la alfabetización necesaria para funcionar adecuadamente dentro del sistema y se constituye en un imperativo de salud pública para mejorar la alfabetización en salud de la población que más lo necesite.

En la población estudiada no aparece una relación significativa entre el sexo y la alfabetización en salud, al igual que en otros estudios (Rudd, 2007; Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman y Rudd, 2005; Baker et al. 1998, Schillinger et al., 2002; Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic y Marinkovic, 2009). Este dato sorprende en la medida en que otros estudios de alfabetización en salud sí la encuentran (Kamberi et al, 2013; von Wagner, 2007; Toçi et al., 2013; Manganello 2008), además de que distintas investigaciones internacionales dedicadas a las desigualdades sociales en

materia de salud (Amick,1995; Berkman y Kawachi, 2000; Kunkel y Atchley 1996) han puesto de manifiesto que las mujeres presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación. En España, el informe calidad de vida relacionada con la salud en adultos (eq-5d-5l) de la Encuesta Nacional de Salud España 2011/12, pone de relieve que las mujeres declaran tener más problemas de salud que los hombres en todas las dimensiones en todos los grupos de edad. Aunque también puntualiza que la edad, el nivel educativo y la clase social, son determinantes muchos más importantes que el sexo. Se observa claramente una tendencia, aumentando la probabilidad de declarar problemas de salud conforme aumenta la edad de los encuestados y se reduce conforme aumenta el nivel educativo o la clase social. Estas tendencias también se observan en relación al nivel de alfabetización en salud de nuestra población como podemos observar en los gráficos 10, 12 y 13.

En la población española los factores que presentan una relación significativa con las variaciones en el índice de alfabetización en salud son la edad, tener hijos, nivel de estudios alcanzado, estatus social percibido, nivel de ingresos netos por hogar, valoración de la propia salud, padecer una enfermedad crónica, el número de visitas al médico en el último año, y la frecuencia con la que realiza ejercicio físico.

De todas las variables, la edad, el nivel de educación y la valoración de la propia salud, son las que presentan un coeficiente de determinación mayor sobre el índice de alfabetización en salud según podemos observar en la tabla 50.

A mayor edad peor niveles de alfabetización en salud en concordancia con los estudios publicados (Rudd, 2007; Paasche-Orlow et al., 2005; Gazmararian et al., 1999; Ishikawa et al., 2008; Rothman et al., 2006; Jovic-Vranes et al., 2009; HLS-Consortium, 2012). Algunos autores (Baker et al. 2000; Kaphingst, Goodman, MacMillan, Carpenter y Griffey, 2014) sugieren que esto es atribuible a la pérdida de habilidades cognitivas que conlleva todo envejecimiento y que resultan necesarias para el procesamiento de la información. Aunque en nuestra muestra la edad se correlaciona inversamente con el nivel de estudios, el nivel de ingresos y la percepción de la salud. De tal forma que a mayor edad menor nivel de estudios, menor nivel de

ingresos y una peor valoración de su salud. Esto podría explicar la bajada en el índice general de alfabetización en salud al ir aumentando la edad sin necesidad de recurrir al hecho del deterioro cognitivo. Este tipo de análisis transversal permite no sólo medir las posibles consecuencias de envejecer, sino que además posibilita comparar las diferencias entre generaciones (Sorensen et al., 2015).

La correlación positiva entre educación formal y salud es un hecho bien conocido (Marmot y Wilkinson, 1999; Glouberman y Millar, 2003; Higgins et al., 2008; Kickbusch, 2001; Zarcadoolas et al., 2005; Peerson y Saunders, 2009; Jovic-Vranes et al., 2009). El estado de salud y el aprendizaje permanecen estrechamente vinculados en todas las edades y etapas de la vida (Rootman y Gordon-El-Bihbety, 2008). Es consistente que la alfabetización en salud presente una relación significativa con el nivel educativo, pues la formación y la alfabetización están estrechamente vinculadas. El Consorcio de HLS-EU constata en su definición propuesta de alfabetización en salud que ésta se basa en la alfabetización en general. Siendo consistente que a mayor formación, mayor nivel de alfabetización en salud, como podemos observar en el gráfico 12.

La salud percibida ha demostrado ser un factor a tener en cuenta en las distintas encuestas de salud. No solo se ha probado su correlación con el riesgo de discapacidad y de mortalidad, sino que funciona como un predictor de la pérdida de las habilidades funcionales cotidianas (Idler y Kasl, 1995 Etner, 1996, Frankenberg y Jones, 2004). De igual modo, el hecho de que la relación entre alfabetización en salud y la percepción de la propia salud sea significativa es consistente con estudios previos (Van der Heide et al., 2013; Howard et al., 2006), tanto en el ámbito clínico (Kalichman et al., 2000; Wolf et al., 2005), como en el comunitario (von Wagner et al., 2007).

El nivel educativo y la valoración de propia salud coinciden con los resultados presentados por el Estudio sobre Alfabetización en Salud de la población española de la Universidad de los pacientes de Barcelona, que también señala como indicadores predominantes del grado de alfabetización en

salud el nivel de ingresos y el haber padecido alguna discapacidad en los últimos 12 meses.

El análisis estadístico para delimitar qué variables guardan una relación significativa con tener una alfabetización en salud deficiente o excelente, nos da como resultado la valoración de la salud, la edad, el nivel de estudios, padecer una enfermedad de larga duración, la práctica de ejercicio, situación laboral y si tienen a alguien que le acompañe al médico. Este conjunto de variables consigue una predicción adecuada de algo más del 82%, con una identificación correcta del 83% de los casos de alfabetización adecuada y un 81% de los de inadecuada.

Perfil de la población con una alfabetización en salud más baja

Al realizar un análisis de regresión logística por pasos (o step-wise) que va introduciendo variables cuando son significativas y extrayéndolas cuando dejan de serlo, con la finalidad de precisar un conjunto de variables significativo, se excluyen la edad, la enfermedad de larga duración y la situación laboral, resultando significativas solo la valoración de la salud, el nivel de estudios, la práctica de ejercicio y si le acompañan al médico. Estas variables aportan una predicción correcta de algo más del 77% de los casos, pronosticando correctamente al 76% de los sujetos con alfabetización adecuada y al 78% de los de inadecuada. Según estos datos, la población con mayor riesgo de tener una baja alfabetización en salud son personas con un nivel educativo bajo, con una valoración negativa de su propia salud, que no practican ejercicio y con una débil red de apoyo social.

Si observamos la tabla 70 el grupo formado por las personas con peor índice de alfabetización en salud (inferior a una puntuación de 25, n: 80) presenta las siguientes características:

El 62,5% tiene un nivel de estudios inferior al obligatorio. A pesar de que un 75,4% tiene unos ingresos netos mensuales medios por hogar inferiores a 1350€, no llega a un tercio los que se sitúan en una clase social baja. El 55,2% es mayor de 65 años. De este grupo de población el 42,85% valora su salud como mala y el 88,09% no ha recibido una educación básica. Un 85,7% ha visitado al médico 3 o más veces en el último año, el 64% tiene una

enfermedad crónica o de larga duración, de los cuales un 77,1% ve limitada sus actividades cotidianas por su enfermedad o problema de salud.

Es consistente que las diferencias más significativas entre los dos grupos extremos estudiados se encuentren en la edad, el nivel de estudios y la valoración de la propia salud. Así, en el grupo de alfabetización en salud deficiente más de la mitad de la población es mayor de 65 años, mientras que en el grupo de población con el índice más alto, el 88% aún no ha llegado a esa edad. En el grupo extremo deficiente un 30% valora su salud como mala, mientras que en el excelente solo lo hace un 3,5%. En cuanto al nivel de estudios, un 62,50% de la población con peor índice de alfabetización tiene un nivel educativo inferior al obligatorio, siendo solo un 16,1% en el otro grupo.

Estas variables también nos definen el perfil de los grupos más vulnerables que aparecen en el informe del Consorcio HLS-EU (2012), y en el artículo de Sorensen et al., (2015), que también señalan un bajo estatus social y la privación económica como factores asociados a la baja alfabetización en salud, haciendo patente la importancia del gradiente social en el nivel de alfabetización en salud.

A la vista de nuestro estudio debiera ser una prioridad en la política educativa sanitaria la mejora de aquellos factores ligados a una alfabetización en salud deficiente en la población española y priorizar los esfuerzos en la población con mayor riesgo de tener una baja alfabetización en salud, lo que implica el diseño e introducción de objetivos y metodologías específicas, en todo el proceso educativo y en los distintos proyectos de promoción de la salud y educación para la salud.

Se deben fomentar e implementar políticas que mejoren la alfabetización en salud de los ciudadanos ya que repercute beneficiosamente tanto para el propio individuo como para su entorno y la sociedad, al dotarle de una mayor autonomía, además de suponer un ahorro de gasto público y privado en servicios y costes sanitarios.

Una medición periódica de nuestra población propiciaría un seguimiento cuantificable de la evolución de sus resultados, indicándonos qué políticas

educativas sanitarias destinadas a la educación para la salud y a la promoción de la salud son más efectivas y equitativas.

En nuestra opinión, la alfabetización en salud debería aparecer como una competencia a adquirir en los distintos currículos de enseñanza. Aunque la mayoría de escuelas dan cierta formación en alfabetización en salud, a un nivel básico, se debe aspirar a que con la enseñanza mínima obligatoria el ciudadano alcance una alfabetización en salud suficiente para que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y sobre los determinantes sociales que la condicionan. Para St Leger (2001) el concepto de alfabetización en salud es compatible con las nuevas escuelas promotoras de salud, siendo un logro cuantificable que permitiría juzgar el éxito de las mismas, si los estudiantes alcanzan un nivel adecuado, que se correspondería con una alfabetización en salud crítica siguiendo el modelo de Nutbeam, se lograría una ciudadanía empoderada e implicada en los problemas sociales que afectan a su comunidad.

Es imprescindible tomar una muestra mayor para poder contrastar los resultados y posibilitar un análisis más exhaustivo de la relación de la alfabetización en salud con los factores sociodemográficos y los resultados de salud en la población española. Así mismo, permitiría una comparación más representativa de las distintas Comunidades Autónomas, identificando las debilidades y fortalezas de cada población en materia de alfabetización en salud y elaborando un perfil más preciso de la población en riesgo de tener una alfabetización en salud deficiente o inadecuada.

8. CONCLUSIONES

Primera

El cuestionario HLS-EU-Q47 es una herramienta fiable que permite una medida integral de la alfabetización en salud de la población española, posibilitando una diferenciación entre distintas dimensiones y capacidades de alfabetización en salud.

Segunda

La dimensión de la promoción de la salud y la capacidad de evaluar o juzgar la información relacionada con la salud son las que presentan más dificultades para la población española. La mayor debilidad se encuentra en la capacidad de juzgar la información de salud dentro del ámbito del cuidado y atención sanitaria.

Tercera

La dimensión de prevención de enfermedades y la capacidad de aplicar o usar la información relacionada con la salud son las que presentan menos dificultades para la población española. La mayor fortaleza se encuentra en las competencias relacionadas con saber usar o aplicar la información de la salud dentro del ámbito del cuidado y la atención sanitaria.

Cuarta

Alrededor de la mitad de la población española tiene una alfabetización en salud limitada.

Quinta

La población española tiene un nivel de alfabetización en salud ligeramente por debajo de la media europea.

Sexta

Existe una relación significativa entre la alfabetización en salud con la edad, el nivel de estudios, la valoración de su propia salud, tener hijos, estatus social percibido, nivel de ingresos, padecer una enfermedad crónica o de larga

duración, el número de visitas al médico en el último año y la frecuencia en la que realiza ejercicio físico.

Séptimo

El nivel de estudios, la valoración de la propia salud y la edad son los tres factores más determinantes sobre el índice general de alfabetización en salud.

Octava

La población con mayor riesgo de tener una alfabetización en salud inadecuada son personas con un nivel educativo bajo, con una valoración negativa de su propia salud, que no practican ejercicio y con una débil red de apoyo social.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- Adkins, R. y Corus, C. (2009). Health literacy for improved health outcomes: effective capital in the marketplace. *Journal of Consumer Affairs*, 43(2), 199-222.
- Albert, C., y Davia, M. A. (2011). Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health promotion international*, 26(2), 163-170.
- Amick, B. C. (Ed.). (1995). *Society and health*. Oxford University Press.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... y Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine*, 44(06), 1303-1317.
- Artazcoz, L., Oliva, J., Escribà-Agüir, V., & Zurriaga, Ó. (2010). La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 1-6.
- Australian Bureau of Statistics, (2008) *Adult Literacy and Life Skills Survey. Summary Results. Australia*. Australian Bureau of Statistics: Canberra. p. 88.
- Badia Llach, X., Magaz Marquès, S., Gutiérrez Nicuesa, L., y Guilera Sardà, M. (2005). Información de medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española. *Atención primaria*, 36(2), 93-99.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., y Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*, 13(12), 791-798.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., y Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), S368-S374.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... y Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-1283.

- Baker, D.W. (2006) The meaning and the measure of health literacy. *Journal of Internal Medicine*, 21, 878-83.
- Ballesteros-Peña, S. y Fernández-Aedo, I. (2013). Análisis de la legibilidad lingüística de los prospectos de los medicamentos mediante el índice de Flesch-Szigriszt y la escala Inflesz. *In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 36, No. 3, pp. 397-406)*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Bankson, H.L. (2009) Health literacy: an exploratory bibliometric analysis, 1997-2007. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 97(2), 148e150.
- Bass, P.F.I., Wilson, J.F. y Griffith, C.H. (2003) A Shortened Instrument for Literacy Screening. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1036-1038.
- Bennett, C.L., Ferreira, M.R. y Davis, T.C. (1998) Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(9), 3101- 3104.
- Berkman L. y Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. y Crotty, K. (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine: Journal*, 155(2), 97-107.
- Bernardini, C., Ambrogi, V., Perioli, L., Tiralti, M.C. y Fardella, G. (2000) Comprehensibility of the package leaflets of all medicinal products for human use: a questionnaire survey about the use of symbols and pictogram. *Pharmacological Research*, 41, 679-688.
- Braslavsky, B. (2003) ¿ Qué se entiende por alfabetización?. *Lectura y vida*, 24(2), 2-17. Recuperado de: http://oei.es/fomentolectura/que_se_entiende_por_alfabetizacion_braslavsky.pdf
- Caballero, P., Tuells, J., Duro-Torrijos, J. L., y Nolasco, A. (2013). Acceptability of pandemic A (H1N1) influenza vaccination by Essential Community Workers in 2010 Alicante (Spain), perceived seriousness and sources of information. *Preventive medicine*, 57(5), 725-728.
- Camprubí, L., Díez, È., Morrison, J., & Borrell, C. (2014). El proyecto Ineq-Cities de investigación en desigualdades urbanas en salud: diseminación y transferencia de conocimiento en España. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 166-169.

Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro 2011. Ministerio de la Presidencia. Recuperado de:

Clavel Rojo A. (2013) *Conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita: influencia de las fuentes de información y legibilidad de los prospectos*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia.

Clarke, P. y Nieuwenhuijsen, E. R. (2009). Environments for healthy ageing: a critical review. *Maturitas*, 64(1), 14-19.

Cline, R. J., y Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health education research*, 16(6), 671-692.

Coulter, A. y Jenkinson, C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The European Journal of Public Health*, 15(4), 355-360.

Couper MP, Singer E, Levin CA, Fowler FJ Jr, Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ. (2010) Use of the Internet and ratings of information sources for medical decisions: results from the DECISIONS survey. *Med Decis Making*; 30 (5 Suppl): 106S-114S.

Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B. y Bairnsfather, L.E. (1991) Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-5.

Davis, T. C., Long, S. W., y Jackson, R. H. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 39-5.

Davis, T. y Wolf, MS. (2004) Health Literacy: Implications for Family Medicine. *Family Medicine*, 36(8), 595-598.

Davis, T. C., Wolf, M. S., Bass, P. F., Middlebrooks, M., Kennen, E., Baker, D. W., ... y Parker, R. M. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 847-851.

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., y Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*, 19(12), 1228-1239.

DeWalt, D. A. y Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(3), 265-274.

European Commission (2007): *Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Com(2007) 630 final

- Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of social issues*, 59(3), 475-500.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. y Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451.
- Friedland R. (1998) New estimates of the high costs of inadequate health literacy. In: Proceedings of Pfizer Conference “*Promoting Health Literacy: A Call to Action.*” Washington, DC: Pfizer, Inc., 6-10.
- Fuentes, M. D. C. C., Ontoso, E. A., & Morante, J. J. H. (2011). Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Atención primaria*, 43(1), 33-40.
- Gadea Montesinos E. (2007). *Las políticas de participación ciudadana*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M. B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., y Bernal Delgado, E. (2011). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12 (4): 1–295.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., y Koplan, J. P. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medical Association*, 281(6), 545-551.
- Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., y Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(12), 1215-1221.
- George, C.F., Waters, W.E. y Nicolas, J.A. (1983) Prescription information leaflets: A pilot study in general practice. *British Medical Journal*; 287, 1193-1196.
- Glouberman S. y Millar J. (2003) Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. *American Journal of Public Health*, 93(3), 388–392.
- González-González, A. I., Dawes, M., Sanchez-Mateos, J., Riesgo-Fuertes, R., Escortell-Mayor, E., Sanz-Cuesta, T., y Hernandez-Fernandez, T. (2007). Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *The Annals of Family Medicine*, 5(4), 345-352.
- Gordon, M.M., Hampson, R., Capell, H.A. y Madhok, R. (2002) Illiteracy in rheumatoid arthritis patients as determined by the Rapid Estimate of

Adult Literacy in Medicine (REALM) score. *Rheumatology (Oxford)*, 41(7), 750-754

- Gost, J., Silvestre, C., Ezpeleta, P., Astier, P., Díaz de Rada, O., y Artázcoz, M. T. (2003). Evaluación de la práctica clínica del Consentimiento Informado en los ensayos clínicos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*(Vol. 26, No. 1, pp. 35-42). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Green, J. (2007) Health literacy: Terminology and trends in making and communicating health-related information. *Health Issues*, 92, 11-14.
- Guix Oliver, J., Balañà Fort, L., Carbonell Riera, J. M., Simón Pérez, R., Surroca Macià, R. M., & Nualart Berbel, L. (1999). Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 73(6), 0-0.
- Hanson-Divers, E.C.(1997) Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*; 8, 56-59
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., y Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of health communication*, 19(2), 302-333.
- Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., & Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 6-13.
- Hernández-García, I., & Celador, R. G. (2014, November). Evaluación de la información sanitaria disponible en Internet sobre la vacuna antigripal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 3).
- Higgins, C., Lavin, T. y Metcalfe, O. (2008) Health Impacts of Education: a review. *Institute of Public Health in Ireland*. Recuperado de: <http://www.publichealth.ie/files/file/Health%20Impacts%20of%20Education.pdf>
- HLS-EU Consortium. (2012) Comparative report of health literacy in eight EU member states. *The European Health Literacy Survey HLS-EU*. Recuperado de: <http://www.health-literacy.eu>
- Howard, D.H., Gazmararian, J. y Parker, R.M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118, 371-377.

- Howard, D.H., Sentell, T. y Gazmararian, J. (2006) Impact of Health Literacy on Socioeconomic and Racial Differences in Health in an Elderly Population. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 857–861.
- Idler, E. y Kasl, S.V. (1995) Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*; 50(6), 344-353.
- Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Indicadores sociales. Edición 2011. Recuperado de: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales11/sociales.htm>
- Ishikawa, H. y Yano E (2008) Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2): 113-122.
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M. y Yano, E: (2008) Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269–274.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, fdp049.
- Kalichman, S.C., Ramachandran, B. y Catz, S. (1999) Adherence to Combination Antiretroviral Therapies in HIV Patients of Low Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 14(5), 267-273
- Kalichman, S.C., Rompa, D. (2000) Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(4), 337-344.
- Kaphingst, K.A., Goodman, M.S., MacMillan, W.D., Carpenter, C.R. y Griffey, R.T. (2014) Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 218-225.
- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709-1716.
- Kickbusch, I.S. (2001) Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16 (3), 289-297.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
- Kickbusch, I. y Maag, D. (2008) Health Literacy, in International Encyclopedia of Public Health. H. Kris and Q. Stella, Editors , Academic Press. 204-211.

- Kindig, D. A., Panzer, A. M., y Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press.
- Kutner, M., Jin, E. y Paulsen, C. (2006) *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington DC: National Center for Education.
- Kwan, B., Frankish, J. y Rootman, I. (2006) *The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations*. UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research. Recuperado de:
<http://blogs.ubc.ca/frankish/files/2010/12/HLit-final-report-2006-11-24.pdf>
- Lee, S.D., Arozullah, A.M. y Choc, Y.I. (2004) Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*; 58, 1309-21.
- Li, Y., Tao, M. y Fu, H. (2011) What should we do in China to close the implementation gap in health promotion? A response to the WHO's Nairobi Call to Action. *Global Health Promotion*;18(2), 49-53.
- Luna Maldonado, C.B. (2008) El consentimiento informado en Psiquiatría. Estudio en los pacientes ambulatorios no psicóticos. (Tesis doctoral) Universidad de Cádiz.
- Mancuso, C.A. y Rincon, M. (2006) Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: the role of health literacy. *Journal of Asthma*, 43(1):41-44.
- Mancuso, J.M. (2008) Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Marmot, M. y Wilkinson, R.G. (editors) (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marwick, C. (1997) Patients' lack of literacy may contribute to billions of dollars in higher hospital costs. *Journal of the American Medical Association*, 278, 971-972.
- Mayer, M. Á., Leis, Á., & Sanz, F. (2009). Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. *Atención primaria*, 41(10), 534-542.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. PISA 2012 INFORME INTERNACIONAL. Instituto Nacional de Evaluación Educativa.

Recuperado de: http://www.mecd.gob.es/inee/Ultimos_informes/PISA-2012.html

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud* Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la Unión Europea. Recuperado en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L*. Serie Informes monográficos nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Recuperado en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf

Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349–364. Versión traducida al español recuperado en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-67.

Nutbeam, D. y Kickbusch, I. (2000) Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century [Editorial]. *Health Promotion International*, 15, 183–184.

Nutbeam, D. (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072 - 2078.

O'Donnell, M., Viktrup, L., y Hunskaar, S. (2007). The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. *European Journal of General Practice*, 13(1), 20-26.

Oficina Europea de Estadística (Eurostat). Recuperado en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/education-and-training/data/main-tables>

Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948. Recuperado en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

- Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE). El programa PISA de la OCDE. Qué es y para qué sirve. Recuperado de: <http://www.oecd.org/pisa/39730818.pdf>
- Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L.T. y Rudd, R.R. (2005) The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175–184.
- Paasche-Orlow, M.K., Riekert, K.A. y Bilderback, A. (2005) Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172(8), 980-986
- Paasche-Orlow, M. K. y Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26.
- Parker, R.M., Baker, D.W. y Williams M.V. (1995) The test of functional health literacy in adults. A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541
- Pavlekovic, G., editor. (2008) *Health Literacy. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe. Health Promotion and Disease Prevention: A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers*. ed. D. Donev, G. Pavlekovic, and L.Z. Kragelj. Vol. 4.
- Peerson, A. y Saunders, M. (2009) Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285-296.
- Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., Rivero-Santana, A. y González-Lorenzo, M. (2010). Toma de decisiones compartidas en oncología. *Psicooncología*, 7(2), 233-241.
- Perestelo-Perez, L., Perez-Ramos, J., Gonzalez-Lorenzo, M., Rivero-Santana, A., y Serrano-Aguilar, P. (2010). Decision aids for patients facing health treatment decisions in Spain: preliminary results. *Patient education and counseling*, 80(3), 364-371.
- Perestelo-Perez, L., Rivero-Santana, A., Perez-Ramos, J., Gonzalez-Lorenzo, M., Gracia-San Roman, J. y Serrano-Aguilar, P. (2011). Shared decision making in Spain: current state and future perspectives. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(4), 289-295.

- Pérez Jarauta, M. J. y Echaury Ozcoidi, M. (2013). Educación versus coerción: Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 72-74.
- Pleasant, A. y Kuruvilla, S.S. (2008) A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2),. 152-159.
- Pratchett, L. (1999). New fashions in public participation: towards greater democracy?. *Parliamentary affairs*, 52(4), 616-633.
- Protheroe, J., Wallace, L.S. y Rowlandset, G. (2009) Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC Family Practice*, 10(1), 51.
- Ramos Sánchez, E. (2004). Criterios más utilizados para la evaluación de la calidad de los recursos de información en salud disponibles en Internet. *Acimed*, 12(2), 1-1.
- Ratzan, S. C. y Parker, R. M., editors. (2000) *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services;. NLM Pub. No. CBM 2000-1.
- Ratzan, S. C. (2001) Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16, 207–214.
- Renalds, A., Smith, T. H., & Hale, P. J. (2010). A systematic review of built environment and health. *Family & community health*, 33(1), 68-78.
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M. L., Mann, A., Dupuy, A. M., ... y Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM—IV psychiatric disorder in the French elderly population. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 147-152.
- Rootman I. y Gordon-EI-Bihbety, D. (2008) A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy. *Canadian Public Health Association*, 2008, 11. Recuperado de <http://www.cpha.ca>
- Rothman, R.L., Housam, R., Weiss, H., Davis, D., Gregory, R., Gebretsadik, T., Shintani, A., Elasy, T.A. (2006) Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(5), 391–398.
- Rudd, R., Kirsch, I., y Yamamoto, K. (2004) *Literacy and Health in America. Policy Information Report*. Educational Testing Service.

- Rudd R.E. (2007) Health literacy skills of U.S. adults. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 8–18.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Diaz Sullivan G, Bindman AB. (2002) Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288(4), 475–482
- Scott, T.L, Gazmararian, J.A., Williams, M.V. y Baker, D.W. (2002) Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- Simonds, S.K. (1974) Health education as a social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., y Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... y Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 948.
- Sørensen, K. y Brand, H. (2014). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health promotion international*, 29 (4), 634-644.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... y Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, ckv043.
- Speros, C. (2005) Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*; 50, 633-640.
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health promotion international*, 16(2), 197-205.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., Rost, J. y Mühlhauser, I. (2007) How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Journal Advances in Health Sciences Education* 14(1), 11-22.

- Stocks, N. P., Hill, C. L., Gravier, S., Kickbusch, L., Beilby, J. J., Wilson, D. H., y Adams, R. J. (2009). Health literacy-A new concept for general practice? *Australian family physician*, 38(3), 144.
- de Tomás, J. Á., Boyero, B. P., & Izquierdo, J. P. (2001). Calidad en la información biomédica existente en Internet. *Atención primaria*, 28(10), 674-679.
- Tones, K. (2002) Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 17(3), 287e-290.
- Unesco (2006) *Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo: La alfabetización, un factor vital*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001470/147000s.pdf>
- Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. y Uiters, E. (2013) The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*;18 (1),172-184.
- Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K. y Uiters, E. (2013) Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 13, 179.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... y Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., y Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1086-1090.
- Wilkinson, G.S. y Robertson, G.J. (eds). (2006) *WRAT4: Wide Range Achievement Test professional manual*. Psychological Assessment Resources, ed. F. Lutz.
- Williams, M., Baker, D., Parker, R. y Nurss, J. (1998) Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Archives of Internal Medicine*, 158,166-172
- Wills, J. (2009). Health literacy: new packaging for health education or radical movement? *International Journal of Public Health*, 54(1), 3e-4.
- Wolf, M. S., Knight, S. J., Lyons, E. A., Durazo-Arvizu, R., Pickard, S. A., Arseven, A., ... y Bennett, C. L. (2006). Literacy, race, and PSA level among low-income men newly diagnosed with prostate cancer. *Urology*, 68(1), 89-93.

- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
- World Health Organization. (2009). *Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion*. Recuperado de <http://en.thaihealth.or.th/system/files/Nairobi%20Call%20to%20Action%20Nov09.pdf>
- World Health Organization. *Glossary of terms used in Health Impact Assessment (HIA)*. Recuperado de: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. (2009). Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and pilot testing. *Patient education and counseling*, 75(3), 295-301.
- National action plan to improve health literacy*. (2010) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington, DC. Recuperado de: <http://www.health.gov/communication/HLActionPlan>.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., y Greer, D. (2003) Elaborating a Definition of Health Literacy: A Commentary. *Journal of Health Communication*, 8(3), 119-120.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. y Greer, D. (2005) Understanding health literacy an expanded model. *Health Promotion International*; 20(2), 195-203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2009). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action* (Vol. 45). John Wiley & Sons.

10. ANEXO: HLS-EU-Q86.

SN Número de estudio

5	8	9	1
---	---	---	---

B Código del país

--	--

C Número de entrevista

--	--	--	--	--	--

D ¿De qué nacionalidad es usted? ¿Puede indicar de qué país o países es usted?

(MÚLTIPLES RESPUESTAS POSIBLES)

Bélgica	1,
Dinamarca	2,
Alemania	3,
Grecia	4,
España	5,
Francia	6,
Irlanda	7,
Italia	8,
Luxemburgo	9,
Países Bajos	10,
Portugal	11,
Reino Unido (Gran Bretaña, Irlanda del Norte)	12,
Austria	13,
Suecia	14,
Finlandia	15,
República de Chipre	16,
República Checa	17,
Estonia	18,
Hungría	19,
Letonia	20,
Lituania	21,
Malta	22,
Polonia	23,
Eslovaquia	24,
Eslovenia	25,
Bulgaria	26,
Rumania	27,
Otros países	28,
NS	29,

Q1	En una escala de "muy fácil" a "muy difícil", indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades:
----	--

(MOSTRAR TARJETA CON ESCALA - UNA RESPUESTA POR LÍNEA)

		Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	NS
1	...encontrar información sobre los síntomas asociados a las enfermedades que son de su interés	1	2	3	4	5
2	...encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés	1	2	3	4	5
3	...averiguar qué hacer en caso de emergencia médica	1	2	3	4	5
4	...averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (Instrucciones: por ejemplo un médico, farmacéutico o psicólogo)	1	2	3	4	5
5	...entender lo que me dice el médico	1	2	3	4	5
6	...entender los prospectos que vienen con sus medicamentos	1	2	3	4	5
7	...entender qué hacer en caso de emergencia médica	1	2	3	4	5
8	...entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas	1	2	3	4	5
9	...juzgar en qué medida la información proporcionada por el médico es aplicable a su situación	1	2	3	4	5
10	...juzgar las ventajas y desventajas de los distintos tratamientos posibles	1	2	3	4	5
11	...valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico	1	2	3	4	5
12	...juzgar si la información que aparece en los medios de comunicación sobre una enfermedad es fiable (Instrucciones: TV, Internet u otros medios de información)	1	2	3	4	5
13	...utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad	1	2	3	4	5
14	...seguir las instrucciones recibidas con respecto a su medicación	1	2	3	4	5
15	...llamar a una ambulancia en caso de emergencia	1	2	3	4	5
16	...seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico	1	2	3	4	5

17	...encontrar información para saber qué hacer con respecto a hábitos no saludables como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso	1	2	3	4	5
18	...encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión	1	2	3	4	5
19	...encontrar información sobre las vacunas, pruebas de detección precoz de enfermedades y revisiones médicas que debería hacerse (Instrucciones: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)	1	2	3	4	5
20	...encontrar información sobre cómo prevenir y abordar problemas de salud como el sobrepeso, hipertensión arterial o niveles de colesterol altos	1	2	3	4	5
21	...comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso	1	2	3	4	5
22	...entender por qué necesita vacunarse	1	2	3	4	5
23	...comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (Instrucciones: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)	1	2	3	4	5
24	...valorar la fiabilidad de las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso	1	2	3	4	5
25	...valorar cuándo necesita acudir al médico a hacerse una revisión médica	1	2	3	4	5
26	...valorar cuáles son las vacunas que puede necesitar	1	2	3	4	5
27	...valorar cuáles son las pruebas de detección precoz de enfermedades y las revisiones médicas que debería realizarse (Instrucciones: mamografía, prueba de nivel de azúcar en sangre y tensión arterial)	1	2	3	4	5
28	...valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (Instrucciones: TV, Internet u otros medios de información)	1	2	3	4	5
29	...decidir si debe ponerse la vacuna contra la gripe	1	2	3	4	5
30	...decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a los consejos que le dan la familia y los amigos	1	2	3	4	5
31	...decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (Instrucciones: periódicos, folletos, Internet u otros medios de información)	1	2	3	4	5

32	...encontrar información sobre actividades saludables como el ejercicio físico y la alimentación saludable	1	2	3	4	5
33	...encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (Instrucciones: meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.)	1	2	3	4	5
34	...encontrar información sobre cómo se podría promover y fomentar la salud de su barrio (Instrucciones: reducción de los niveles de contaminación y ruido, creación de espacios verdes, instalaciones recreativas)	1	2	3	4	5
35	...averiguar qué cambios a nivel político podrían afectar a su salud (Instrucciones: normativa, nuevos programas de chequeos médicos, cambios en el gobierno, reestructuración de los servicios sanitarios, etc.)	1	2	3	4	5
36	...averiguar qué medidas podrían mejorar su salud en el trabajo	1	2	3	4	5
37	...comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos	1	2	3	4	5
38	...comprender la información incluida en los envases de alimentos	1	2	3	4	5
39	...comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (Instrucciones: Internet, periódicos, revistas)	1	2	3	4	5
40	...comprender la información sobre cómo mantenerse mentalmente sano	1	2	3	4	5
41	...valorar de qué manera el lugar en el que vive condiciona su salud y bienestar (Instrucciones: Su comunidad, su barrio)	1	2	3	4	5
42	...valorar de qué manera las condiciones de su vivienda pueden ayudarle a mantenerse sano	1	2	3	4	5
43	...valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (Instrucciones: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc)	1	2	3	4	5
44	...tomar decisiones para mejorar su salud	1	2	3	4	5
45	... apuntarse a un club deportivo o gimnasio	1	2	3	4	5
46	...modificar su forma de vida en aquellos aspectos que afectan a su salud y bienestar (Instrucciones: costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc)	1	2	3	4	5
47	...involucrarse en actividades que mejoren la salud y el bienestar de su comunidad	1	2	3	4	5

Q2 En general, ¿cómo es su salud? Diría usted que es...

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Muy buena	1
Buena	2
Normal	3
Mala	4
Muy mala	5
NS/ Rehúsa contestar	6

Q3 ¿Padece usted algún problema de salud o enfermedad de larga duración? Al hablar de "larga duración" nos referimos a problemas que hayan durado, o esperamos que vayan a durar, como mínimo 6 meses

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Sí, más de una	1
Sí, una	2
No	3
NS/ Rehúsa contestar	4

Q4 Durante los últimos 6 meses, sus problemas de salud ¿han limitado sus actividades cotidianas?

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Sí, de forma significativa	1
Sí, aunque no de forma significativa	2
No, para nada	3
NS/ Rehúsa contestar	4

Q5 ¿De qué tipo de cobertura sanitaria dispone?

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Pública	1
Pública y privada	2
Privada	3
Ninguna	4
NS/ Rehúsa contestar	5

Q6 ¿Cuántas veces ha...?

(MOSTRAR TARJETA CON ESCALA - UNA RESPUESTA POR LÍNEA)

		Ninguna vez	1 ó 2 veces	De 3 a 5 veces	6 veces o más	NS / Rehúsa contestar
1	... recurrido a los servicios de urgencias en los últimos 2 años? (Instrucciones: 061, Ambulancia, servicio de urgencias)	1	2	3	4	5
2	... visitado la consulta del médico en los últimos 12 meses?	1	2	3	4	5
3	... utilizado un servicio hospitalario en los últimos 12 meses?	1	2	3	4	5
4	requerido el servicio de otros profesionales de la salud, como por ejemplo el dentista, fisioterapeuta, psicólogo, dietista u óptico en los últimos 12 meses?	1	2	3	4	5

Q7 Con respecto a fumar cigarrillos, puros o pipa, ¿cuál de las siguientes situaciones se le aplica a usted?

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Usted fuma ahora mismo	1
Usted solía fumar pero ya lo ha dejado	2
Usted nunca ha fumado	3
NS	4

PREGUNTAR Q8 SI "FUMA AHORA MISMO", CÓDIGO 1 EN Q7 - OTROS PASE A Q9

Q8 ¿Usa usted los siguientes productos de tabaco todos los días, de vez en cuando o nunca?

(MOSTRAR TARJETA CON ESCALA - UNA RESPUESTA POR LÍNEA)

		Sí, todos los días	Sí, de vez en cuando	No, en absoluto
1	Cigarrillos normales	1	2	3
2	Cigarrillos liados a mano	1	2	3

PREGUNTAR A TODOS

Q9 En los 12 últimos meses ¿ha consumido usted alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, sidra, licor u otras bebidas alcohólicas)?

(UNA SOLA RESPUESTA)

Sí	1
No	2
NS/ Rehúsa contestar	3

PREGUNTAR Q10 HASTA Q13 SI "SÍ", CÓDIGO 1 en Q9 - OTROS PASAR A Q14

Q10 ¿Con qué frecuencia, en los últimos 12 meses, ha tomado 5 ó más vasos o copas con bebidas alcohólicas en una misma ocasión?

(MOSTRAR TARJETA - LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

Varias veces a la semana	1
Una vez a la semana	2
Una vez al mes	3
Menos de una vez al mes	4
Nunca	5
NS/ Rehúsa contestar	6

Q11 ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores de alta graduación, sidra, u otras bebidas alcohólicas) en los últimos 30 días?

(UNA SOLA RESPUESTA)

Sí	1
No	2
NS/ Rehúsa contestar	3

PREGUNTAR Q12 Y Q13 SI "SÍ", CÓDIGO 1 EN Q11 - OTROS PASAR A Q14

Q12 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha consumido alguna bebida alcohólica?

(MOSTRAR TARJETA - LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

A diario	1
4-5 veces a la semana	2
2-3 veces a la semana	3
Una vez a la semana	4
2-3 veces al mes	5
Una sola vez	6
No recuerda\ Rehúsa contestar (ESPONTANEO)	7

Un vaso = 1 vaso de vino (15cl.) o 1 lata\botellín de cerveza o sidra (33cl) or 4 cl de algún licor

Q13 En un día en el que Ud bebe alcohol, ¿cuántos vasos bebe en total?

(MOSTRAR TARJETA - LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

Menos de un vaso	1
1-2 vasos	2
3-4 vasos	3
5-6 vasos	4
7-9 vasos	5
10 vasos o más	6
Depende (ESPONTÁNEO)	7
NS\ Rehusa contestar (ESPONTÁNEO)	8

PREGUNTAR A TODOS

Q14 En el último mes, ¿Cuántas veces ha hecho ejercicio (como por ejemplo correr, caminar o ir en bicicleta) durante 30 minutos o más?

(LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

Casi todos los días	1
Varias veces por semana	2
Varias veces este mes	3
Ninguna vez	4
No he podido hacer ejercicio (ESPONTÁNEO)	5
NS (ESPONTÁNEO)	5

Q15 ¿Tiene algún amigo o familiar que le acompañe a su cita con el médico?

(LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

Sí	1
No	2
NS (ESPONTÁNEO)	3

Q16 ¿participa de forma activa en las actividades sociales de su comunidad?, por ejemplo, ¿participa en actividades o labores de voluntariado?

(LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

Casi todos los días	1
Varias veces por semana	2
Varias veces al mes	3
Varias veces al año	4
Ninguna vez	5
NS (ESPONTÁNEO)	6

D1 ENTREVISTADOR:ANOTAR, NO PREGUNTAR el sexo del entrevistado

Hombre	1
Mujer	2

D2 Dígame, por favor ¿qué edad tiene Vd.?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

D3 ¿Cuánto mide? (Aproximadamente)

(LEER EN VOZ ALTA - UNA SOLA RESPUESTA) pies/pulgadas o cm

Si NS, código 998, si rehúsa, código 999

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

D4 ¿Cuánto pesa? (Aproximadamente)

(LEER EN VOZ ALTA - UNA SOLA RESPUESTA) libras o KG

Si NS, código 998, Si rehúsa, código 999

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

D5 ¿Y cuál de estas propuestas corresponde a su situación?

(MOSTRAR TARJETA - LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Su madre y su padre nacieron en España	1
Uno de sus padres nació en España y el otro nació en otro Estado miembro de la Unión Europea	2
Su madre y su padre nacieron en otro Estado miembro de la Unión Europea	3
Uno de sus padres nació en España y el otro nació fuera de la Unión Europea	4
Su madre y su padre nacieron fuera de la Unión Europea	5
Uno de sus padres nació en otro Estado Miembro de la Unión Europea y el otro nació fuera de la Unión Europea	6
NS/NC (ESPONTANEO)	7

D6 ¿Cuál es su estado civil?

(UNA SOLA RESPUESTA - LEER)

Soltero	1
Casado	2
Separado / divorciado	3
Viudo	4
NS (ESPONTÁNEO)	5
No contesta (ESPONTÁNEO)	6

D7 ¿Cuál es su actual situación sentimental?

(UNA SOLA RESPUESTA - LEER)

Soltero / vivo solo	1
Convivo / comparto casa	2
Estoy en una relación estable pero no vivimos juntos	3
NS (ESPONTÁNEO)	4
No contesta (ESPONTÁNEO)	5

D8 ¿Tiene hijos?

(LEER EN VOZ ALTA - RESPUESTAS MÚLTIPLES POSIBLES)

Sí, menores de 15 años	1
Sí, de 15 años o mayores de 15	2
No tengo hijos	3
NS (ESPONTÁNEO)	4
No contesta (ESPONTÁNEO)	5

D9 ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado con éxito (normalmente, con la obtención de un certificado o un diploma)?

(USAR CÓDIGOS ISCED 97)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

D9bis RECODE ISCED

DO NOT READ OUT - INTERVIEWER RECODE ON FIELD

Level 0	1
Level 1	2
Level 2	3
Level 3	4
Level 4	5
Level 5	6
Level 6	7
DK (SPONTANEOUS) (SPONTANEOUS)	8
Refusal (SPONTANEOUS)	9

D10	En la actualidad, ¿en qué situación laboral se encuentra?
(MOSTRAR TARJETA - LEER – UNA SOLA RESPUESTA)	

Desarrollo un trabajo o profesión no remunerado (incluyendo los realizados para un grupo o empresa familiar), incluidos los programas de aprendizaje remunerado	1
Trabajo a jornada completa	2
Trabajo a media jornada	3
Estoy en paro	4
Soy alumno ,estudiante, recibo formación adicional, realizo prácticas no remuneradas	5
Soy jubilado, prejubilado o estoy retirado del mundo laboral	6
Me encuentro en situación de incapacidad permanente	7
Estoy prestando servicio militar o comunitario	8
Soy cuidador, padre o ama de casa a jornada completa	9
Estoy Inactivo	10
Otra respuesta (ESPONTÁNEO)	11
NS (ESPONTÁNEO)	12
No contesta (ESPONTÁNEO)	13

D11	¿Ha recibido formación o ha trabajado como profesional de la salud (por ejemplo enfermero, médico o farmacéutico)?
-----	--

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Sí	1
No	2
NS (ESPONTÁNEO)	3
No contesta (ESPONTÁNEO)	4

D12	¿Puede costearse las medicinas necesarias para cuidar de su propia salud?
-----	---

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Muy facilmente	1
Con relativa facilidad	2
Con bastante dificultad	3
Con mucha dificultad	4
NS (ESPONTÁNEO)	5
No contesta (ESPONTÁNEO)	6

D13 ¿Puede ir al médico sin problemas? **(Instrucciones: por motivos de tiempo, seguro sanitario, coste, transporte)**

(LEER – UNA SOLA RESPUESTA)

Muy facilmente	1
Con relativa facilidad	2
Con bastante dificultad	3
Con mucha dificultad	4
NS (ESPONTÁNEO)	5
No contesta (ESPONTÁNEO)	6

D14 En estos últimos 12 meses, ¿diría que ha tenido dificultades para pagar todas sus facturas a fin de mes)?

(MOSTRAR TARJETA - LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

La mayor parte del tiempo	1
Ocasionalmente	2
Casi nunca / Nunca	3
Rechaza responder (ESPONTÁNEO)	4

D15 En la siguiente escala, el nivel 1 equivale al lugar menos elevado en la sociedad y el 10 al más elevado de la sociedad. ¿Podría decirme en qué nivel se sitúa usted?

(MOSTRAR TARJETA - UNA SOLA RESPUESTA)

1. El lugar menos elevado de la sociedad	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10. El lugar más elevado de la sociedad	10
Rechaza responder (ESPONTÁNEO)	11

D16 ¿Cuáles son los ingresos netos mensuales medios de su hogar?

(MOSTRAR TARJETA - LEER - UNA SOLA RESPUESTA)

Menos de 800€	1
Entre 800€ y 1350€	2
Entre 1350€ y 1850€	3
Entre 1850€ y 2400€	4
Entre 2400€ y 2950€	5
Entre 2950€ y 3600€	6
Entre 3600€ y 4400€	7
Entre 4400€ y 5250€	8
Entre 5250€ y 6450€	9
6450€ o más	10
Rechaza responder (ESPONTÁNEO)	11

PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA

P1 Fecha de la entrevista

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes
----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------	-----

P2 Hora de comienzo de la entrevista

(ENTREVISTADOR: USAR RELOJ DE 24 HORAS)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	HORAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MINUTOS
----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	---------

P3 Duración en minutos de la entrevista

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos
----------------------	----------------------	----------------------	---------

P6 Tamaño de la población

(Códigos locales)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

EB 73.5 P6

P7 Comunidad Autónoma

(Códigos locales)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

EB 73.5 P7

P8 Código postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--

EB 73.5 P8

P9 Número de ruta

--	--	--	--	--	--	--	--	--

EB 73.5 P9

P10 Número de Entrevistador

--	--	--	--	--	--	--	--	--

EB 73.5 P10