

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida relativa a salud en la población urbana de Cuba

Quality of life related to health in the urban population from Cuba

MsC. Rodolfo Jova Morel, MsC. René García Roche y Lic. Karen Alfonso Sagué

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el 2010, de 5 936 personas de 15 años y más como muestra representativa del país, con muestreo por conglomerado en varias etapas, con vistas a determinar la calidad de vida relativa a salud en la población urbana de Cuba. Las variables sociodemográficas utilizadas resultaron ser: edad, sexo y color de la piel; las del cuestionario genérico EuroQol: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. La mayoría de las personas presentaron movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas conservadas. Se concluye que los mestizos del sexo masculino menores de 45 años, mostraron mayor calidad de vida relativa a salud y que dicho cuestionario puede ser válido para describir este indicador en la citada población.

Palabras clave: calidad de vida relativa a salud, cuestionario genérico, EuroQol, población urbana, encuesta nacional de factores de riesgo.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was conducted during 2010, in 5 936 people aged 15 years and over as a representative sample of the country, with several stage cluster sampling, in order to determine the quality of life related to health in the urban population from Cuba. The sociodemographic variables used were age, sex and skin color, and those of the generic questionnaire EuroQol: mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression. Most of people had mobility, self-care and usual activities preserved. It is concluded that male mestizos younger than 45 years showed a higher quality of life related to health and the questionnaire can be valid to describe this indicator in that population.

Key words: quality of life on health, generic questionnaire, EuroQol, urban population, national survey of risk factors.

INTRODUCCIÓN

En América Latina, la mayoría de los países en desarrollo se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, caracterizada por el cambio de las enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles como fuentes principales de morbilidad y mortalidad.¹⁻³

Dichos cambios están llevándose a cabo de forma acelerada en estos países, de modo que se observa con mayor frecuencia la coexistencia de obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.⁴

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen más de 75 % de las muertes en Cuba,⁵ país que ha atravesado la transición epidemiológica a mediados del siglo XX, donde ha disminuido progresivamente la mortalidad por enfermedades transmisibles y han dado paso a una mayor proporción de muertes de causas no transmisibles. Las ENT no solo constituyen las principales causas de mortalidad, sino también la de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y de la disminución del nivel de calidad de vida de estos pacientes.

En el análisis del impacto en salud de las enfermedades crónicas, la calidad de vida relativa a salud (CVRS) ha sido comúnmente utilizada como un indicador de resultado,⁶ de manera que esta es una característica individual cuya evaluación tiene importancia tanto para la asistencia individual, como para la planificación de servicios, pues es un resultado del contacto con el sistema sanitario; también tiene una clara relación con la utilización de la consulta por el médico de familia.⁷

Existen múltiples instrumentos para medir la CVRS, los cuales se clasifican según distintos ejes. Uno de estos es la cantidad de aspectos que el instrumento evalúa y en este caso se dividen en: instrumentos específicos y genéricos; estos últimos incluyen indicadores sencillos, perfiles de salud y medidas de utilidad.^{8,9}

Entre los genéricos se encuentra el EuroQol-5D (EQ-5D), que es de fácil comprensión por parte de los pacientes, debido a que fue diseñado basado en preferencias y con poca carga cognitiva para el individuo, con el objetivo de describir y valorar la CVRS. Mediante este se obtiene, por una parte, un perfil descriptivo y por otra, un índice general;¹⁰ asimismo, permite comparar el nivel de CVRS entre diferentes estados de salud.¹¹

Si bien es cierto que en Cuba se han aplicado encuestas para evaluar calidad de vida y salud, estas se han focalizado en diferentes enfermedades con el objetivo de obtener información para elaborar planes y políticas de promoción de salud y formular objetivos sanitarios;^{9,12} sin embargo, a nivel de país no se han mostrado los resultados sobre la CVRS en la población general urbana cubana.

En el 2010 se realizó la III encuesta nacional de factores de riesgo y enfermedades no trasmisibles para las personas de 15 años y más, en el área urbana del país, con resultados representativos en la provincia y en el país. En este estudio se investigó la calidad de vida relativa a salud, con el objetivo de describirla en una muestra de la población cubana y ver cómo se manifestaban sus dimensiones según diferentes características sociodemográficas y de salud.

Toda esta problemática motivó a realizar esta investigación teniendo en cuenta que solamente se utilizaría la parte descriptiva del cuestionario EQ-5D.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a partir de los datos del cuestionario EQ-5D con un diseño muestral complejo, según el diseño general elaborado por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).

Por otra parte, se llevó a cabo un muestreo estratificado y por conglomerados en varias etapas. Los estratos estuvieron conformados por las 14 provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud; los conglomerados, por las áreas geográficas muestrales (AGEM), manzanas y secciones.

El universo estuvo constituido por 7 022 223 personas de 15 años y más, de los cuales se tomó una muestra representativa del país de 5 936 personas.

La CVRS se evaluó mediante el EQ-5D que es un instrumento que consta de varias partes y en este caso fue utilizada la primera de ellas, la cual describe el estado de salud en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), con 3 niveles de respuestas según la gravedad de la afectación para cada dimensión (cuadro).

Cuadro. Descripción del EuroQol con las 5 dimensiones

A. Movilidad		D. Dolor/malestar	
No tengo problemas para caminar	() 1	No tengo dolor ni malestar	() 1
Tengo algunos problemas para caminar	() 2	Tengo dolor moderado o malestar	() 2
Tengo que estar en la cama	() 3	Tengo mucho dolor o malestar	() 3
B. Cuidado personal		E. Ansiedad/depresión	
No con el cuidado personal	() 1	No estoy ansioso ni deprimido	() 1
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	() 2	Estoy moderadamente ansioso o deprimido	() 2
Soy incapaz de lavarme o vestirme	() 3	Estoy muy ansioso o deprimido	() 3
C. Actividades cotidianas (por ejemplo: estudiar, trabajar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)		Comparando mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:	
		Marque con una X	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	() 1	Mejor	() 1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	() 2	Igual	() 2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	() 3	Peor	() 3

Se utilizaron los números absolutos y el porcentaje como medidas de resumen para los datos cualitativos. Las inferencias a la población se hicieron mediante los intervalos de confianza y las variables explicativas analizadas fueron: sexo, edad en años cumplidos y color de la piel (blanco, mestizo y negro).

Las estimaciones se hicieron con una confiabilidad del 95 % y los resultados se presentaron en tablas y gráficos. Para el cálculo del error estándar y la varianza de las estimaciones, se tuvo en cuenta el diseño muestral complejo del cual proviene la muestra, por lo que se utilizó el paquete estadístico SAS, versión 9.1.

RESULTADOS

De manera general, en las 5 dimensiones la mayoría de las personas de ambos sexos no presentaron problemas, pues se obtuvieron valores por encima de 88 %, excepto en las dimensiones dolor /malestar y ansiedad/depresión, donde estuvieron entre 71 y 79 % (tabla 1).

Tabla 1. Población urbana que no refirió problemas según dimensiones (por sexo)

Sexo	Movilidad (%)	Cuidado personal (%)	Actividades cotidianas (%)	Dolor/malestar (%)	Ansiedad/depresión (%)
Masculino	91 (89,7-92,1)	96 (95,0-96,9)	92 (90,9-93,3)	78 (76,0-79,7)	87 (85,0-88,1)
Femenino	85 (83,1-86,3)	95 (94,2-95,8)	88 (86,3-88,9)	65 (62,3-66,7)	75 (70,4-74,7)
Total	88	96	90	71	79

Al analizar los problemas declarados en las 5 dimensiones según grupos de edades (tabla 2), se observó que de forma general estos fueron menores en los más jóvenes. La presencia de dificultades en la movilidad, las actividades cotidianas, el dolor/malestar y la ansiedad o depresión aumentaron de manera significativa después de los 45 años; mientras que el cuidado personal a partir de la tercera edad.

Tabla 2. Población urbana que no refirió problemas según dimensiones (por edades)

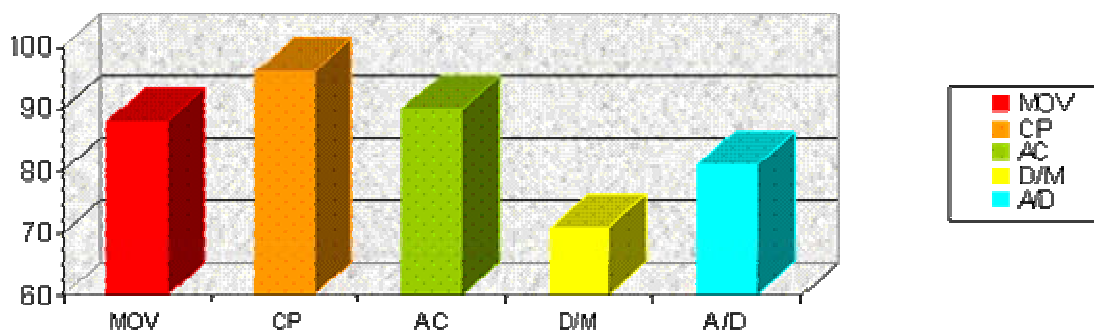
Grupos de edades (en años)	Movilidad (%)	Cuidado personal (%)	Actividades cotidianas (%)	Dolor/malestar (%)	Ansiedad/depresión (%)
15 - 29	98 (97,1-98,8)	100 (99,3-100,0)	99 (98,0-99,3)	90 (88,2-91,7)	90 (88,7-92,3)
30 - 44	94 (92,6-95,3)	98 (97,3-99,0)	94 (92,9-95,7)	78 (75,5-80,7)	86 (80,9-85,5)
45 - 59	87 (84,8-88,7)	97 (95,7-97,7)	91 (89,3-92,5)	59 (62,7-68,3)	76 (73,2-78,2)
60 y más	68 (65,0-71,0)	86 (83,2-87,6)	72 (68,8-74,7)	46 (41,9-48,6)	65 (61,6-68,4)
Total	88	96	90	71	79

En la serie (tabla 3), entre las personas que no refirieron problemas predominaron los mestizos, seguidos de los blancos, aunque las diferencias no fueron considerables para ser clínicamente importantes.

Tabla 3. Población urbana que no refirió problemas según dimensiones, (por color de la piel)

Color de la piel	Movilidad (%)	Cuidado personal (%)	Actividades cotidianas (%)	Dolor/ malestar (%)	Ansiedad/ depresión (%)
Blanca	88 (86,4-89,0)	96 (94,8-96,4)	90 (86,3-90,7)	70 (67,8-71,6)	78 (76,0-79,7)
Mestiza	89 (87,6-91,3)	96 (94,6-93,8)	91 (89,8-92,7)	73 (70,1-76,7)	83 (80,0-85,3)
Negra	84 (81,0-87,5)	94 (91,8-96,2)	88 (85,1-91,0)	73 (68,9-76,8)	81 (76,1-85,1)
Total	88	96	90	71	79

Como se aprecia en la figura, la movilidad, el cuidado personal y las actividades cotidianas, fueron las dimensiones de mejores resultados en cuanto a proporción de personas que no refirieron problemas; si embargo, no ocurrió así con dolor/malestar y ansiedad/depresión, en las cuales la proporción de problemas fue más elevada.

**Fig.** Población urbana que no refirió problemas por dimensiones

DISCUSIÓN

En relación con la variable sexo, en ambas investigaciones todas las dimensiones estaban menos afectadas en los hombres; mientras que las diferencias más notables en las mujeres fueron para las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión, lo cual se corresponde con lo referido en la bibliografía consultada.^{6,13}

Al respecto, la mayoría de los autores plantean que las féminas presentan peor calidad de vida, resultado que se corrobora en esta investigación.^{6,13} Es válido señalar que hallazgos similares se obtuvieron en un estudio llevado a cabo en 9 municipios de Cuba durante el 2010.¹⁴

Con referencia a los resultados por grupos de edades, Badía *et al*¹⁵ encontraron que la presencia de problemas es mayor en las personas de edad más avanzada, lo cual concuerda con lo hallado en la presente investigación; sin embargo, algunos autores

sugieren que la asociación entre la edad y la CVRS puede ser menos estrecha si se evaluara la morbilidad o si se tomara en cuenta la severidad de una afección.^{13, 16-18}

Para la variable color de la piel, lo obtenido en el caso de Cuba, está dado porque no existe discriminación por ninguna causa, lo cual facilita el acceso a la salud, a la educación y al trabajo para cualquier ciudadano; no obstante en otros estudios se encontraron resultados diferentes. Así, Shaw *et al*¹⁹ consideran que la población negra en Estados Unidos presenta mayor CVRS, ya que tienen gran preocupación por esta, debido presumiblemente a que presentan una expectativa de vida más corta que otros grupos étnicos. Por su parte, Luo *et al*²⁰ plantean que los negros refieren un mayor índice de su estado de salud que los blancos aunque estas diferencias no son significativas.

Los resultados obtenidos en esta casuística se corresponden con lo registrado tanto en el orden nacional como internacional.^{6,13,14} Si bien en 2001 los resultados fueron superiores, excepto en la dimensión ansiedad/depresión, no se aprecia una diferencia significativa en relación con el 2010, de manera que se puede afirmar que en el período estudiado no hubo modificación de la CVRS de la mencionada población.

Finalmente se concluye que el nivel de CVRS fue más elevado para personas jóvenes, del sexo masculino y mestizas; asimismo, la menor proporción de personas sin problemas fue en la dimensión dolor/malestar.

Los resultados obtenidos sugieren que el EuroQol puede ser un método válido y aceptable para evaluar la CVRS de la población urbana de Cuba, teniendo en cuenta que este cuestionario es un sistema simple de clasificación de estados de salud, que se emplea para detectar variaciones de estos en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mullings J, Paul TJ. Health sector challenges and responses beyond the Alma – Ata Declaration: the Caribbean perspective. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2-3): 155–63.
2. Reed G. Chronic vascular diseases in Cuba: Strategies for 2015. *MEDICC Review*, 2008; 10(2):5-7.
3. Seuc A, Domínguez E, Torres RM, Varona P. Algunas precisiones acerca de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*. 2011 [citado 9 abril 2012]; 37(1).
4. Herrera R, Almaguer M, Chipi J, Toirac X, Martínez O, Castellanos O, et al. Prevalence of obesity and its association with chronic kidney disease, hypertension and diabetes mellitus. *Isle of young study (ISYS), Cuba*. *MEDICC Review*. 2008; 10(2): 14–20.
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2009. La Habana: MINSAP; 2010.
6. Woo L, Kee-Ho S, Jung N, Yon C, Min-Woo J. Health-Related Quality of Life Using the EuroQol 5D Questionnaire in Korean Patients with Type 2 Diabetes. *J Korean Med Sci*. 2012; 27(3): 255–60.

7. Martín J, Gómez T, del Cura MI, Tomás N, Vargas C, Rodríguez G. La calidad de vida relacionada con la salud como factor explicativo de la utilización de la consulta de medicina de familia: un estudio bajo el modelo conductual. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 309-19.
8. Weitzenfeld H. Manual básico sobre evaluación del impacto en el ambiente y la salud de acciones proyectadas. 2 ed. Ciudad de México: Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud; 1996.
9. Álvarez Toste M, Alfonso Sagué K, Bonet Gorbea M, Romero Placeres M. Calidad de vida relativa a salud e Hipertensión arterial en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2009 [citado 23 mayo 2012]; 47(3).
10. Patrick DL, Erickson P. Theoretical foundations for health-related quality of life, 58. En: Patrick DL, editor *Health status and healthpolicy. Allocating resources to health care*. New York. Oxford University Press; 1993.p. 58-75.
11. Dyer M, Goldsmith K, Sharples L, Buxton M. A review of health utilities using the EQ-5D in studies of cardiovascular disease. *Health and Qual Life Outcomes*. 2010, 8: 13.
12. García Pérez R, García Roche R, Pérez Jiménez D, Bonet Gorbea M. Sedentarismo y su calidad de vida relativa a salud. Cuba 2001. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2007 [citado 23 mayo 2012];45 (1).
13. Hunger M, Thorand B, Schunk M, Döring A, Menn P, Peters A, Holle R. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-Age study. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:53.
14. Jova R. Health related quality of life in nine municipalities of Cuba, 2010. *Tropical Med Internat Health*. 2011;16(1):341.
15. Badía X, Shiaffino A, Alonso J, Herdman M. Utilidad del EuroQol 5-D en la población general de Cataluña: aplicabilidad y validez del constructo. *Med Clin (Barc)*. 1998; 118:273-9.
16. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Harkanen T, Lonnqvist J. The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60(12):1288-97.
17. Hodek JM, Ruhe AK, Greiner W. Relationship between health-related quality of life and multimorbidity. *Gesundheitswesen*. 2010; 72(8-9):455-65.
18. Hodek JM, Ruhe A, Greiner W. Multimorbidity and health-related quality of life among elderly persons. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2009; 52(12):1188-1201.
19. Shaw JW, Johnson JA, Chen S, *et al*. Racial/ethnic differences in preferences for the EQ 5-D health states: results from the US valuation study. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60(5):479-90.

20. Luo N, Johnson JA, Shaw JW, Feeny D, Coons SJ. Self-Reported Health Status of the General Adult U.S. Population as Assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Medical Care*. 2006; 45(11):1078-1086.

Recibido: 2 de febrero de 2013.

Aprobado: 9 de febrero de 2013.

Rodolfo Jova Morel. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
Infanta 1158, entre Clavel y Llinás, Centro Habana, La Habana, Cuba. Correo
electrónico: rjova@inhem.sld.cu