



Enquesta de salut de Barcelona 2006

Resultats principals





Enquesta de salut de Barcelona 2006

Resultats principals

Coordinació del projecte

Agència de Salut Pública de Barcelona
Plaça Lesseps, 1
08023 Barcelona
Tel. 93 238 45 45
Fax 93 217 31 97
direccio@aspb.cat
www.aspb.cat

Redacció del document

Maica Rodríguez-Sanz
Eva Morales
Maria Isabel Pasarín
Carme Borrell

Treball de camp

Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona
IPSOS, Investigación de Mercados

L'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2006
ha estat possible gràcies al Departament de Salut
de la Generalitat de Catalunya.

Per citar aquest informe cal fer-ho de la següent manera:

Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C.
Enquesta de Salut de Barcelona 2006.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

Realització

Hores extraordinàries

Disseny gràfic

Albert Roca

Impressió

Primer Segona serveis de comunicació

Dipòsit legal

B-27.614-2008

Març de 2008



Imprès sobre paper reciclat.

Índex

Presentació	4
Resum executiu	5
Introducció	9
Objectius de l'ESB 2006	11
Objectiu general	11
Objectius específics	11
Metodologia	13
Àmbit de l'enquesta, disseny de la mostra i treball de camp	13
Característiques del qüestionari	14
Variables compostes	14
Anàlisi de dades	17
Resultats	19
Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs	19
Estat de salut	24
Estils de vida relacionats amb la salut	36
Utilització dels serveis sanitaris	44
Pràctiques preventives	55
Conclusions	61
Bibliografia	63

Presentació

L'Enquesta de Salut de Barcelona, que l'any 2006 ja assoleix la cinquena edició, ha estat impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Enguany s'ha dissenyat conjuntament amb l'Enquesta de Salut de Catalunya i s'ha fet en col·laboració amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Així, l'Enquesta de Salut de Catalunya 2005 i l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006 formen part del Pla Estadístic de Catalunya 2006-2009 i són, per tant, estudis amb caràcter d'estadística oficial.

L'Agència de Salut Pública de Barcelona és una de les primeres organitzacions que es va preocupar d'obtenir informació poblacional i subjectiva sobre aspectes relacionats amb la salut de la població barcelonina i sobre els serveis sanitaris existents a la ciutat. Així, l'any 1983 ja va fer la primera Enquesta de Salut de Barcelona –la primera de l'Estat espanyol– i posteriorment va continuar aquesta tasca amb les dels anys 1983, 1986, 1992 i 2001. L'Enquesta de Salut de Barcelona forma part dels objectius estratègics de salut pública del Pla d'actuació municipal de la ciutat pel que fa a l'obtenció d'informació sanitària sobre la població barcelonina, informació que ha permès adequar les polítiques de salut, la planificació sanitària i la gestió dels serveis a les necessitats de la ciutadania i que, així mateix, ha servit per a la recerca.

L'objectiu de l'Enquesta de Salut de Barcelona és proporcionar informació actualitzada sobre la salut de la població, els estils de vida, la utilització dels serveis sanitaris i les pràctiques preventives, com també sobre els determinants de salut. A més, permet estudiar la incidència i l'evolució de les desigualtats socioeconòmiques (segons gènere, edat, districte de residència, classe social i país d'origen) en l'estat de salut. La darrera edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona incorpora novetats i millores, amb especial atenció a temes prioritaris com ara la immigració, la salut de la població infantil o la valoració de la població respecte a l'atenció primària.

Aquest informe presenta els principals resultats obtinguts a l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006 i permet constatar que els indicadors de salut estudiats es mantenen estables, malgrat que hi ha un lleuger augment de la morbiditat crònica, que el consum de tabac disminueix i que la majoria de la població fa un consum moderat d'alcohol, tot i que hi ha un consum de risc que es dona sobretot en la població més jove. D'altra banda, augmenta, en general, la utilització dels serveis sanitaris, principalment dels serveis d'atenció primària i les urgències, com també hi ha un augment progressiu de les pràctiques preventives.

Tanmateix, s'observen desigualtats per raó de gènere, de classe o d'origen: les dones perceben un estat de salut pitjor i les persones de classes socials desfavorides presenten uns indicadors de salut més dolents i una proporció més alta d'estils de vida no saludables, alhora que fan menys activitats preventives; segons el país de naixement, les dones estrangeres de països en desenvolupament mostren un estat de salut pitjor que els homes, i la utilització dels serveis del sistema sanitari per part d'aquest sector de població és similar a la de la població autòctona.

Isabel Ribas

Delegada de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona
Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Resum executiu

L'Enquesta de Salut de Barcelona 2006 (ESB 2006) és la cinquena enquesta de salut impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i en aquest cas va ser concebuda i realitzada conjuntament amb l'Enquesta de Salut de Catalunya. L'ESB 2006 va ser possible gràcies a la col·laboració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la contribució del qual s'agraeix explícitament.

L'objectiu d'aquest informe és presentar els principals resultats obtinguts de l'ESB 2006 respecte a l'estat de salut, els estils de vida, la utilització dels serveis sanitaris i la realització de pràctiques preventives de la població de Barcelona. També s'hi analitzen les característiques demogràfiques i socioeconòmiques d'aquesta població i el seu impacte sobre la salut. D'altra banda, s'hi presenta l'evolució dels aspectes comparables amb les dades de l'anterior Enquesta de Salut de Barcelona 2001.

L'objectiu de l'ESB 2006 és conèixer l'estat de salut, els estils de vida, la utilització dels serveis sanitaris i la realització de pràctiques preventives de la població de Barcelona.

L'univers estadístic de l'ESB 2006 és la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona. L'Enquesta es va realitzar en tot el territori de la ciutat i el període de recollida d'informació correspon a l'any 2006. La unitat mostral està integrada per individus i el nombre d'entrevistes realitzades va ser de 6.050 per al conjunt de la ciutat. La distribució territorial dels efectius de la mostra és de tipus estratificat i aproporcional, considerant cadascun dels districtes de la ciutat com a estrats independents. L'ESB 2006 es va realitzar mitjançant entrevistes personals en el mateix domicili de la persona seleccionada, a càrrec d'enquestadors/res professionals degudament preparats.

Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs

L'any 2006, a Barcelona, la majoria de les llars estaven formades per una parella amb infants o només per una parella. Un 17% de les dones i un 10% dels homes vivien en llars monoparentals, i gairebé el 12% dels homes i el 32% de les dones de 65 anys o més vivien sols/es.

Poc més del 6% de la població no tenien possibilitat de parlar amb ningú dels seus problemes personals i familiars tant com desitjaria. El suport social que rebia la població era alt, però tendia a disminuir amb l'edat i era menor en les persones estrangeres, sobretot en les persones de països en desenvolupament.

Gairebé el 16% de la població entrevistada era estrangera, de la qual un 84% havia nascut en països en desenvolupament. Els països d'origen més freqüents eren d'Amèrica Llatina i el Carib, de l'Europa comunitària i d'Àfrica del Nord. Malgrat

que no s'observen grans desigualtats en el nivell d'estudis segons el país de naixement, sí que s'observen en la classe social, de manera que les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats eren de classes socials més benestants, mentre que la població nascuda en països en desenvolupament era principalment de classe manual.

Aproximadament un 66% dels homes i un 51% de les dones de 16 anys o més tenien un treball remunerat, i el 4,9% de la població estava a l'atur. La majoria de la població que treballava tenia un contracte indefinit o era funcionària (aproximadament el 64% dels homes i el 70% de les dones), però cal assenyalar que hi havia un alt percentatge de temporalitat en els joves (41% dels menors de 30 anys). En general, la població declarava estar satisfeta o molt satisfeta amb les seves condicions de treball.

La majoria de la població que treballava tenia un contracte indefinit o era funcionària, però hi havia un alt percentatge de temporalitat en els joves.

Gairebé la meitat de les dones eren les principals responsables de les tasques domèstiques; en canvi, en els homes això passava en 1 de cada 10. Aquestes diferències queden reflectides, d'igual manera, amb les hores dedicades a la setmana a les feines de la llar. Els homes declaraven dedicar una mitjana de 9 hores a la setmana i les dones just el doble, 18 hores. D'altra banda, a les llars on hi havia infants la responsabilitat de la seva cura era compartida per la parella en un 44% dels casos, però hi havia un 37% de dones que n'eren les principals responsables.

Les dones dedicaven a les feines de la llar el doble de temps que els homes.

Estat de salut

En general, la població barcelonina considerava que tenia un bon estat de salut. Tanmateix, part de la població va declarar alguns problemes:

- Aproximadament un 11% d'homes i un 19% de dones tenien risc de patiment psicològic.
- 2 de cada 10 persones havien patit algun accident el darrer any.
- Gairebé un 12% d'homes i un 17% de dones havien patit restricció aguda de l'activitat els darrers 15 dies.
- Un 15% d'homes i un 20% de dones havien patit restricció crònica de l'activitat en el darrer any.
- Gran part de la població patia algun trastorn crònic, 7 de cada 10 homes i 8 de cada 10 dones.
- Un 28% dels homes i un 50% de les dones de 65 anys o més tenien força limitació per realitzar alguna activitat de la vida diària, xifres que arribaven a un 41,3% en els homes i un 62,7% en les dones de 75 anys o més.
- Gairebé l'11% de la població patia obesitat, i un 18% d'homes i un 25% de dones tenia sobrepès.
- Un 9% del conjunt de la població tenia baix pes.

L'estat de salut, segons la majoria dels indicadors, empitjorava amb l'edat i era en gairebé tots els casos molt pitjor en dones: declaraven més mala salut, més risc de patiment psicològic, més restricció de l'activitat i més discapacitats en les activitats de la vida diària. Quant al pes, presentaven sobrepès més freqüentment que els homes, i el mateix passava amb el baix pes en joves.

D'acord amb la majoria d'indicadors de l'estat de salut, les persones de classes socials desafavorides tenien més mala salut i, independentment de la classe social, aquesta era pitjor en les dones. Segons el país de naixement, les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats tenien una salut millor, patien menys restricció de l'activitat i les dones gaudien de més bona salut mental. Al contrari d'això, les

persones nascudes en països en desenvolupament declaraven tenir més mala salut, així com més risc de patiment psicològic i obesitat en dones.

En general, l'estat de salut es mantenia bastant estable respecte a l'any 2001, tot i que havia empitjorat lleugerament en algun cas, com en el de la salut percebuda i la salut mental en dones. Així mateix, s'observava un augment de l'obesitat; en canvi, respecte al 2001, havia disminuït el baix pes en dones joves.

Independentment de la classe social, la salut sempre era pitjor en les dones.

Estils de vida relacionats amb la salut

La meitat de la població de Barcelona caminava tots els dies almenys 30 minuts. Aproximadament 1 de cada 4 homes i 1 de cada 5 dones realitzava una activitat física moderada o intensa en el temps de lleure. D'altra banda, gairebé un 28% d'homes i un 20% de dones de 15 anys o més fumaven diàriament. Tot i que la majoria consumien alcohol de manera moderada, aproximadament el 10% d'homes i el 3% de dones declaraven un consum de risc. El consum d'alcohol de risc era el doble en la població més jove, igual que el consum de cànnabis, substància que el darrer any havia estat consumida per 1 de cada 3 homes i 1 de cada 5 dones d'entre 15 i 24 anys. Pel que fa al consum de tranquil·litzants, era encara més alt, ja que un 18% d'homes i un 29% de dones n'havien consumit el darrer any.

L'activitat física de lleure disminuïa amb l'edat i sempre era més habitual en homes. D'altra banda, el consum de tabac, alcohol i altres substàncies psicoactives com el cànnabis era més elevat en els joves. Al contrari d'això, el consum de tranquil·litzants era molt superior en dones i augmentava amb l'edat.

Les persones de classes benestants realitzaven més activitat física en el temps de lleure, igual que els estrangers de països desenvolupats; en canvi, les persones de països en desenvolupament feien menys exercici. El consum de tabac era més freqüent en homes de classes desafavorides i menys en homes de països desenvolupats i en dones de països en desenvolupament. Contràriament, el consum de risc d'alcohol era lleugerament superior en persones de classes socials afavorides i dones estrangeres de països desenvolupats. El consum de cànnabis no mostrava diferències de classe social i el consum de tranquil·litzants era superior en dones de classes socials desafavorides.

Les persones de classes benestants realitzaven més activitat física en el temps de lleure, igual que els estrangers de països desenvolupats.

Respecte a l'any 2001, el consum de tabac havia disminuït en homes i augmentat lleugerament en dones. El consum de substàncies il·legals com el cànnabis i l'alt consum de tranquil·litzants es mantenien estables.

Aproximadament 7 de cada 10 menors, de 6 a 14 anys, miraven cada dia la televisió o realitzaven altres activitats sedentàries com jugar amb l'ordinador (un 28% de nois i un 21% de noies). D'altra banda, la majoria de nens i nenes, més del 90%, esmorzaven cada dia abans de sortir de casa, i ho feien a mig matí en menor proporció. Tanmateix, hi havia una part de la població infantil, un 10%, que consumia freqüentment aliments no saludables com el menjar ràpid, productes amb sucre, etc.

Utilització dels serveis sanitaris

A Barcelona, igual que a Catalunya, els darrers anys s'observa un augment progressiu de la població que es beneficia d'una assegurança sanitària privada (l'any 2006 un 34,8% tenia doble cobertura sanitària –pública i privada–, nombre lleugerament superior al 33,1% de l'any 2001).

Nou de cada deu persones tenien un metge/essa de capçalera o un centre de referència, que en el 80% dels casos era de titularitat pública, i 3 de 4 persones feia 3 anys o més que tenia el mateix metge/essa de capçalera.

Nou de cada deu persones tenien un metge o metgessa de capçalera o un centre de referència on acostumaven a anar.

En el 80% dels casos el professional era del Servei Català de la Salut i 3 de cada 4 persones feia 3 anys o més que tenia el mateix metge/essa de capçalera. Aproximadament 9 de cada 10 persones quan tenien un problema de salut anaven al seu metge/essa o centre de referència abans d'anar a un altre lloc. Quant a l'accés i la utilització, la població que tenia com a centre de referència la privada declarava com a positiu el fet de poder realitzar la visita el mateix dia i poder contactar-hi per telèfon. Al contrari d'això, es valorava millor el fet de ser visitat sempre pel mateix professional sanitari dels serveis de caràcter públic. Cal destacar el relatiu desconeixement de la població sobre la possibilitat d'assessorament per a problemes de salut mental.

El 66% dels homes i el 76% de les dones havien visitat un metge/essa general el darrer any, el 33% d'homes i el 41% de dones havien visitat el dentista, i el 39% d'homes i el 70% de dones havien visitat un professional especialista (no inclou el dentista o l'oculista). Aconseguir visita amb el metge/essa de capçalera el mateix dia o l'endemà de demanar-la es donava en un 41% si el professional era del Servei Català de la Salut, i augmentava fins a un 60% si el profes-

sional era de la sanitat privada. Al contrari d'això, només un 2,6% de la població tardava més d'un mes a aconseguir la visita al metge/essa general del sistema públic i en el cas del sistema privat el temps màxim d'espera era de 15 dies. El 45% de les persones visitades per l'especialista havia d'esperar més d'una setmana si el professional era de la sanitat pública, i aquest percentatge disminuïa al 28% en el cas de les visites realitzades a un professional de la sanitat privada. Prop d'un 18% de la població tardava més d'un mes a aconseguir la visita a l'especialista del sistema públic i en el cas del sistema privat el percentatge era inferior (8%).

Aproximadament 1 de cada 3 persones havia consultat un servei d'urgències el darrer any, proporció que havia augmentat respecte a l'any 2001 i havia estat superior en les persones de classes socials desfavorides i en les dones nascudes en països en desenvolupament. Les consultes a urgències havien estat majoritàriament a un hospital, tot i que els homes nascuts a l'estranger i les dones nascudes en països en desenvolupament havien anat més al centre d'atenció primària que els autòctons.

Un 9% de la població barcelonina havia estat hospitalitzada –sense tenir en compte els ingressos per part–, i la majoria havia estat ingressada en un hospital de la xarxa pública. D'altra banda, un 4,2% de les dones de 15 a 49 anys havien estat ingressades per part, cosa que representa el 31% dels ingressos hospitalaris d'aquest grup –proporció superior al 2001–, i en un 43% ho havia estat en un hospital privat.

Quant al consum de medicaments, un 54% d'homes i un 74% de dones havia consumit algun medicament en els darrers dos dies. Per a la majoria dels medicaments el consum era amb recepta mèdica gairebé sempre. El consum de medicaments era superior en dones, i cal destacar l'alt consum de tranquil·litzants, antidepressius i pastilles per dormir, que era més del doble del consum dels homes.

L'any 2006 aproximadament 1 de cada 3 persones opinava que el sistema sanitari funciona bastant bé i només calien petits canvis perquè funcionés millor; el 52% creia que hi havia algunes coses bones però calien canvis fonamentals, i gairebé el 7% opinava que caldria refer-lo completament.

Pràctiques preventives

La vacuna de la grip està indicada a partir dels 60 anys. El 2006 a Barcelona un 57% d'aquesta població s'havia vacunat contra la grip el darrer any.

Aproximadament un 47% de la població barcelonina es feia controls periòdics de la tensió arterial i un 52% es controlava el nivell de colesterol.

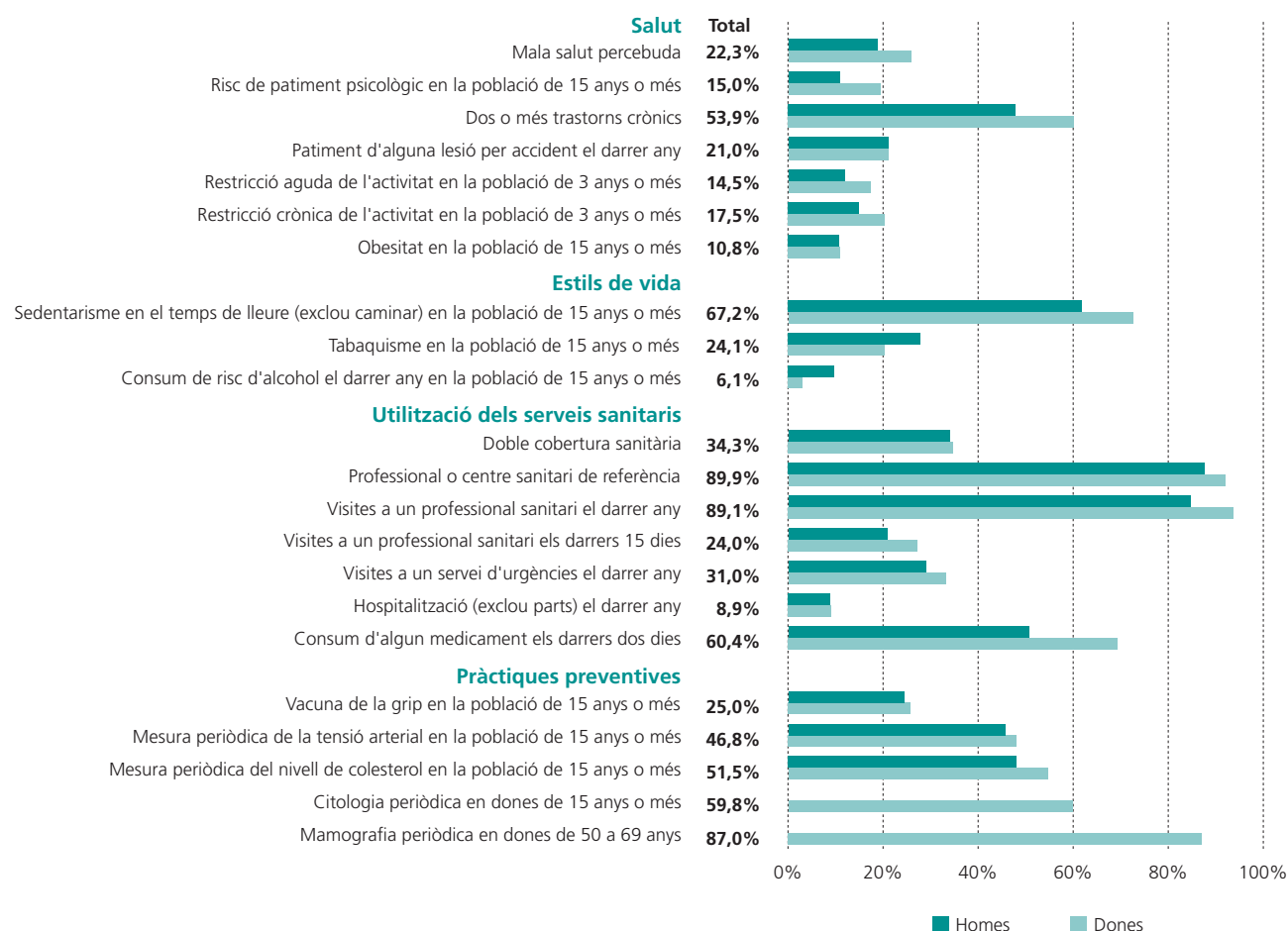
S'observa una millora en les pràctiques preventives, com ara la realització de mamografies periòdiques en la població diana del Programa de detecció precoç del càncer de mama.

Respecte a les pràctiques preventives ginecològiques, gairebé el 60% de les dones de 15 anys o més realitzaven citologies periòdicament, i en dones de 35 a 49 anys el percentatge augmentava fins a un 78%. Les dones de 50 a 69 anys són la població diana del Programa de detecció precoç de càncer de mama de la ciutat de Barcelona. Aquesta població realitzava mamografies periòdiques en un 87% (un 40% se les feia a través del programa i el 38% pel Servei Català de la Salut). Les dones del grup diana del programa que no es realitzaven mamografies periòdicament no ho feien per falta de temps o perquè ningú els ho havia dit.

Pel que fa a la seguretat viària, la majoria de la població quan viatjava en moto o en cotxe als seients davanters utilitzava el casc i el cinturó de seguretat, respectivament, així com les mesures de subjecció quan viatjava amb menors. Tanmateix, hi havia una part de la població que no utilitzava el cinturó de seguretat quan viatjava en cotxe en els seients del darrere (un 22% per ciutat i un 14% per carretera).

Respecte a l'any 2001, havia augmentat tant la població vacunada de la grip com les dones que realitzaven pràctiques preventives ginecològiques com la citologia i la mamografia, tot i que encara eren més freqüents en dones de classes socials afavorides. D'altra banda, hi havia hagut una millora en la utilització de mesures de seguretat viària.

Principals indicadors de salut, estils de vida, utilització dels serveis sanitaris i pràctiques preventives segons sexe



Introducció

L'enquesta de salut per entrevista és un instrument útil per obtenir informació de la població respecte a fenòmens subjektius relacionats amb la salut (1)*. L'Enquesta de Salut de Barcelona proporciona informació sobre la salut i la morbiditat percebuda, la qualitat de vida i la salut mental, les lesions per accidents i la restricció de l'activitat, així com les discapacitats. També s'hi recull informació sobre els estils de vida relacionats amb la salut, com són el consum de tabac, alcohol i drogues, la realització d'activitat física i l'alimentació dels menors. D'altra banda, inclou dades sobre la utilització de serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada i hospitalària) o la realització de pràctiques preventives (2). Al mateix temps és útil per conèixer aspectes i opinions relacionats amb la satisfacció, la xarxa social i l'entorn ambiental i laboral que són determinants importants de la salut i qualitat de vida de les persones (3).

Un dels principals avantatges de les enquestes de salut és que proporcionen informació de tota la població, incloent-hi aquelles persones que habitualment no utilitzen els serveis sanitaris. Així doncs, proporcionen informació diferent i complementària sobre aspectes relacionats amb la salut de la població

Aquesta enquesta és la cinquena d'una sèrie que va començar el 1983 i va continuar amb les dels anys 1986, 1992 i 2001. En aquesta ocasió s'ha comptat amb la col·laboració de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) i el Departament de Salut.

L'estat de salut, els estils de vida, la utilització dels serveis sanitaris, la realització de pràctiques preventives de la població de Barcelona, les característiques demogràfiques i socioeconòmiques i el seu impacte sobre la salut són alguns dels aspectes avaluats a l'ESB 2006. En aquest informe se'n presenten els principals resultats obtinguts com també l'evolució en comparació a les dades de 2001 o anteriors en algun cas.

La informació obtinguda a través d'una enquesta de salut dona elements de suport per a la presa de decisions sanitàries en diferents àmbits com són la planificació sanitària, la gestió dels serveis sanitaris i l'establiment de programes de salut.

que no són abordables mitjançant els sistemes rutinaris d'informació sanitària, com per exemple les estadístiques de mortalitat, de malalties de declaració obligatòria, els registres dels centres sanitaris, etc.

Així, la informació obtinguda a través d'una enquesta de salut dona elements de suport per a la presa de decisions sanitàries en diferents àmbits com són la planificació sanitària, la gestió dels serveis sanitaris i l'establiment de programes de salut.

* Els números entre parèntesis al llarg de l'informe fan referència a la bibliografia de les pàgines 63 i 64.

Objectius de l'ESB 2006

Objectiu general

Proporcionar informació respecte a la salut, els estils de vida i la utilització dels serveis sanitaris de la població barcelonina i els seus determinants per tal d'adequar les polítiques de salut i la gestió dels serveis a les necessitats de la ciutadania, així com servir per a la recerca.

Objectius específics

- Conèixer les característiques sociodemogràfiques i socioeconòmiques determinants de la salut.
- Descriure les característiques dels treballs, tant remunerats com no remunerats, i les condicions laborals.
- Conèixer l'estat de salut percebut, la presència de trastorns crònics, les lesions per accidents, la restricció de l'activitat i la presència de discapacitats, així com aproximar-se a aspectes relacionats amb la qualitat de vida, la salut mental i el benestar, o altres aspectes com l'excés de pes i l'obesitat.
- Descriure els estils de vida relacionats amb la salut, com ara la realització d'activitat física, tant de manera habitual com en el temps lliure. I d'altra banda, estimar les prevalences de consum de tabac, alcohol i altres substàncies psicoactives.
- Descriure la utilització dels serveis sanitaris (atenció primària i especialitzada), l'ús de medicaments i la realització de pràctiques preventives segons el tipus de cobertura (pública o privada) i tenint en compte les necessitats en salut.
- Relacionar la salut, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris i pràctiques preventives amb les característiques sociodemogràfiques i socioeconòmiques.

Metodologia

En aquest apartat es descriuen les característiques metodològiques més importants de l'ESB 2006 i la informació tècnica necessària per a la comprensió dels resultats presentats a l'informe. Es pot trobar més informació sobre la metodologia emprada al Manual de l'enquesta (4).

Àmbit de l'enquesta, disseny de la mostra i treball de camp

Àmbit de l'enquesta: poblacional, territorial i temporal

L'univers estadístic de l'ESB 2006 és la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona. És a dir, abasta un total aproximat d'1.605.602 habitants, segons dades del registre oficial de població de Catalunya de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) corresponents a l'1 de gener de 2006.

L'Enquesta es va realitzar en tot el territori de la ciutat de Barcelona i el període de recollida d'informació va correspondre a l'any 2006. La meitat de la mostra va provenir de l'ESCA de 2005/2006 i l'altra meitat va ser una ampliació que va fer l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Disseny de la mostra: unitat mostral, grandària, distribució i selecció de la mostra

La unitat mostral està integrada per individus i el nombre d'entrevistes realitzades va ser de 6.050 per al conjunt de la ciutat. Aquesta grandària mostral implica un marge d'error proper al $\pm 1,3\%$ per al conjunt de la mostra amb un nivell de confiança del 95,5%, així com la possibilitat d'establir diversos tipus d'estratificació territorial i social amb uns nivells de fiabilitat considerables.

La distribució territorial dels efectius de la mostra és de tipus estratificat i aproporcional, considerant cadascun dels districtes de la ciutat com a estrats independents, que tenen una grandària mostral pròpia que els permet assolir un nivell d'error del $\pm 4,1\%$ (en cada districte). La grandària de la mostra de cada districte se situa en 605 efectius.

La selecció de les persones entrevistades es va fer mitjançant un procés d'extracció aleatòria simple a partir del registre oficial de població de Catalunya de l'IDESCAT. Així mateix, per tal de garantir un bon ajust de la mostra, es va aplicar un sistema de control de l'aleatorietat pura mitjançant l'establiment de quotes per sexe i edat sobre la base de la piràmide de població de Barcelona. Es va preveure una estratègia de substitucions per afrontar les negatives a contestar o situacions que impossibilitessin la resposta (canvi de domicili, il·localització, errors a les adreces, etc.). Un cop documentats aquests casos, van ser substituïts per persones de característiques similars pel que fa a les variables de control: districte, sexe i grup d'edat.

Treball de camp

El treball de camp va ser realitzat per l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona i l'empresa IPSOS. Va comprendre diferents fases. En una primera fase es van preparar els materials necessaris per a la realització del treball de camp (la carta informativa a les persones seleccionades; els qüestionaris; el manual de l'enquestador; el full de seguiment, control i anotacions de la mostra, i el manual de codificació). La segona fase es va centrar en la realització de les entrevistes. Paral·lelament al procés de realització d'enquestes, es va procedir a la revisió dels qüestionaris emplenats, el control dels enquestadors, i la codificació i gravació de les dades obtingudes. I finalment, en la tercera fase es van depurar les bases de dades i es va elaborar l'informe de treball de camp.

Característiques del qüestionari

L'ESB 2006 es va realitzar mitjançant entrevistes personals en el mateix domicili de la persona seleccionada, a càrrec d'enquestadors/res professionals degudament preparats. Les entrevistes es van fer en català o en castellà. Prèviament a la visita del personal enquestador, les persones seleccionades van rebre una carta informativa sobre els objectius de l'enquesta, l'anunci de la propera visita d'un enquestador al seu domicili, i la necessitat de la seva col·laboració, signada per la presidenta i el gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

El qüestionari és de tipus precodificat amb una durada mitjana d'entrevista d'aproximadament 45 minuts. Es van dissenyar diversos models de qüestionari, l'estructura i el contingut dels quals s'adapta a cada un dels col·lectius als quals s'adreçaven:

Qüestionari general. És el model de qüestionari que conté la totalitat de les preguntes de l'entrevista (174 preguntes) i que es va passar a tota la població de 15 anys o més que no estava impossibilitada per contestar l'enquesta. A més, hi ha una sèrie de preguntes que només es van passar a la meitat de la mostra:

- El qüestionari general A es va passar a totes les enquestes que formaven part de la submostra exclusiva de l'ESB 2006 (3.000 persones) i inclou algunes preguntes específiques de caràcter social, com ara les condicions de l'habitatge o de vida, les característiques del treball remunerat, la xarxa social i la violència de gènere (en total 11 preguntes).
- El qüestionari general B es va passar a totes les enquestes de la submostra que forma part de l'ESCA 2005/2006 (3.050 persones) i inclou preguntes específiques sobre els serveis de salut, com ara la satisfacció amb els serveis sanitaris, les visites a professionals farmacèutics i ingressos hospitalaris (en total 6 preguntes).

Qüestionari per a informadors indirectes per incapacitats. Es tracta del qüestionari general reduït, dissenyat per ser contestat per un informador indirecte que té cura principalment de la persona seleccionada. No inclou, doncs, les preguntes d'opinió i aquelles que, per la seva naturalesa, no podien ser contestades per delegació com, per exemple, els estils de vida.

Qüestionari per a infants (menors de 15 anys). És un model de qüestionari dissenyat específicament per a nens i nenes. Està adaptat a la situació sanitària específica de la població infantil i preadolescent i està concebut per ser contestat per un informador indirecte que s'ocupa habitualment del menor, normalment la mare. Les preguntes que conté són, d'una banda, un subconjunt del qüestionari general per tal d'obtenir informació de tota la població (salut i ús de serveis per part de l'infant) i, d'altra banda, preguntes específiques adaptades per mesurar aspectes relacionats amb la salut dels menors (qualitat de vida, salut mental, activitat física, alimentació, etc.).

Variables compostes

Classe social

Una de les mesures de la posició socioeconòmica de les persones és la classe social, que és un important determinant de la salut, ja que les persones de classes socials desafavorides presenten indicadors de salut pitjors (5). Es va mesurar la classe social basada en l'escala del British Registre General, segons la proposta de la Sociedad Española de Epidemiología i codificada segons la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (6). Per a la població de 15 anys o més, la classe social s'obté a partir de l'ocupació de l'individu o de la persona sustentadora principal de la llar en els casos d'aquelles persones que no treballen ni han treballat mai. Per a la població de 14 anys o menys, s'obté a partir de la classe social més alta del pare o la mare. Així, la classe social es categoritza en els següents grups:

- Classe social I. Grans empresaris/àries, directius/ives i professionals de segon cicle.
- Classe social II. Petits/es empresaris/àries i professionals de primer cicle.
- Classe social III. Treballadors/es administratius/ives, supervisors/es, treballadors/es de la seguretat.
- Classe social IV. Treballadors/es manuals qualificats/ades i semiqualficats/ades.
- Classe social V. Treballadors/es manuals no qualificats/ades.

País de naixement

A partir del país de naixement de les persones entrevistades es va generar el país d'origen i es va categoritzar en quatre grups:

- Nascuts a Catalunya.
- Nascuts a la resta de l'Estat espanyol.
- Nascuts a la resta de països desenvolupats: Europa comunitària (França, Itàlia, Alemanya, Bèlgica, Països Baixos, Regne Unit, Portugal, Luxemburg, Grècia, Irlanda, Dinamarca, Suècia, Finlàndia, Àustria, Xipre, Eslovènia, Eslovàquia, Polònia, Hongria, Lituània, Letònia, Estònia, República Txeca, Liechtenstein, Malta, Mònaco, San Marino i Andorra) i altres països de renda alta (Noruega, Islàndia, Suïssa, EUA, Canadà, Japó, Nova Zelanda, Austràlia i Israel).
- Nascuts en països en vies de desenvolupament (resta de països).

Suport social

L'extensió i la qualitat de les relacions personals estan associades a la salut, de manera que la salut és pitjor en aquelles persones que pateixen diversos graus d'aïllament social. Cal diferenciar dos conceptes importants: el suport social i la xarxa social. La xarxa social és el conjunt de contactes personals mitjançant els quals l'individu manté la seva identitat social i rep suport emocional, ajuda material, serveis, informació i nous contactes socials. El suport social és el procés interactiu pel qual s'obté ajuda emocional, instrumental o financera procedent de la xarxa social. Per mesurar el suport social es va fer servir el Perfil de Duke (7, 8), que és un qüestionari que ha estat validat en el nostre mitjà. Conté vuit ítems amb cinc categories de resposta amb puntuacions d'escala Likert que van des de l'1 (*molt menys del que desitjo*), fins al 5 (*tant com desitjo*). Aquest instrument permet obtenir una valoració global mitjançant la suma de tots els ítems i transformant-la a puntuació de base 100. Així, una puntuació superior indica una millor valoració del suport social.

Estat de salut percebut

L'estat de salut percebut és una mesura subjectiva que valora la percepció que té una persona sobre el seu estat de salut. És un bon predictor de l'esperança de vida, la morbi-mortalitat i la utilització dels serveis sanitaris (9, 2). Hi havia cinc opcions de resposta a la pregunta sobre com és la salut en general, i es va categoritzar en bona salut (*excel·lent, molt bona o bona*) i mala salut (*regular o dolenta*) per a l'anàlisi de l'informe.

Qualitat de vida de la població infantil

El qüestionari per als menors de 15 anys incloïa instruments per mesurar la qualitat de vida de la població infantil de 6 a 14 anys. D'una banda, es va incloure el KIDSCREEN, instrument que captura la multidimensionalitat de la salut i que és validat a l'Estat espanyol i a Catalunya (10, 11). L'instrument consta de deu ítems amb resposta del tipus Likert de cinc opcions des de *gens o mai* fins a *moltíssim o sempre*, a partir dels quals s'obté una puntuació global útil per a la investigació i el cribratge. Aquesta puntuació és estandarditzada a partir de la mitjana de les dades europees –la mitjana és estandarditzada a 50 amb desviació estàndard 10–; així, un valor superior a 50 mostra una millor qualitat de vida respecte a la mitjana europea.

D'altra banda, l'ESB 2006 també va incloure, per a la població infantil de 6 a 14 anys, la subdimensió de comportaments de risc per a la salut de l'instrument genèric de qualitat de vida CHIP-CE (*Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent*), validat a l'Estat espanyol i a Catalunya (12, 13). El model teòric del CHIP es basa en un concepte ampli de salut i conté sis dimensions: satisfacció, benestar, resistència, consecució de funcions, malalties i comportaments de risc. La subdimensió de comportaments de risc inclou les conductes que poden interferir en la salut individual. A partir de vuit preguntes amb resposta del tipus Likert de cinc opcions des de *mai* fins a *sempre*, s'obté una puntuació estandarditzada a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10, de manera que una puntuació superior a 50 indica una millor puntuació respecte al total de la població infantil, que en aquest cas vol dir menys comportaments de risc per a la salut.

Estat de salut mental

Per obtenir una mesura de la salut mental de la població adulta de 15 anys o més, es va utilitzar l'escala d'ansietat i depressió de Goldberg, el GHQ (*General Health Questionnaire*) de dotze preguntes (14). Aquest instrument detecta dos tipus de trastorn: d'una banda, la incapacitat de continuar desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu sa, i d'una altra, els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena. Així, aquest instrument és útil per examinar la simptomatologia neuròtica en la població general i també per estimar la prevalença de persones amb risc de patir trastorns mentals (en concret: depressió, ansietat, desajust social i hipocondria). Consta de dotze ítems en forma d'escala Likert amb quatre categories de resposta que puntuen 0 (respostes 1 i 2) o 1 (respostes 3 i 4), amb les quals s'obté una puntuació global a partir de la suma dels ítems. Es considera com a punt de tall per definir el risc de patiment psicològic la puntuació ≥ 3 (15).

Per a la població infantil, de 4 a 14 anys, es va realitzar una valoració dels problemes de salut mental dels nens i les nenes, mesurats amb l'SDQ (*Strengths & Difficulties Questionnaire*) (16). L'escala de qualitats i dificultats consta de 25 ítems que se subdivideixen en cinc subescales de cinc ítems cadascuna i que fan referència a símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes amb els companys i conducta positiva de socialització (prosocial). Cada ítem és de tipus Likert amb tres categories de resposta que puntuen de 0 (*no és cert*) a 2 (*absolutament cert*). Cadascuna de les cinc escales té puntuacions entre 0 i 10. Es pot obtenir una puntuació total amb valors de 0 a 50, de manera que un valor superior en les puntuacions equival a més problemes de salut mental (17).

Pes segons l'índex de massa corporal

Per tal de valorar el pes corporal i determinar l'excés de pes i l'obesitat es va utilitzar l'índex de massa corporal (IMC), que es calcula a partir del pes en kg i l'alçada en metres autodeclarats.

$$IMC = kg/m^2$$

Així, es va considerar:

- Baix pes: $IMC < 20 \text{ kg/m}^2$
- Pes normal: IMC entre 20 i 27 kg/m^2 en homes
 IMC entre 20 i 25 kg/m^2 en dones
- Sobrepès: IMC entre 27 i 30 kg/m^2 en homes
 IMC entre 25 i 30 kg/m^2 en dones
- Obesitat: $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$

Activitat física en el temps de lleure

Per tal de mesurar l'activitat física de la població adulta de 15 anys o més es va utilitzar una adaptació de l'IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) (18). És un instrument per a la vigilància i el monitoratge de l'activitat física consensuat i proposat pel grup d'EUROHIS (19), que té en compte tres tipus d'activitat física: caminar, fer activitats moderades i fer activitats vigoroses, i que recull per a cadascuna la freqüència en dies i la durada en minuts. A partir del tipus d'activitat s'assigna l'energia requerida mesurada en MET, segons la proposta d'Ainsworth i col·laboradors, caminar: 3,3 MET; activitat moderada: 4 MET; activitat vigorosa: 8 MET (20).

Finalment, segons la intensitat mesurada en MET i la durada i freqüència de l'activitat, es calcula l'índex energètic.

$$\text{Índex energètic} = \text{intensitat (MET)} \times \text{durada (minuts)} \\ \times \text{freqüència (dies)}$$

Així, es va considerar l'activitat física com:

- Lleugera: ≤ 499 total MET-minuts/setmana
- Moderada: 500-999 total MET-minuts/setmana
- Intensa: ≥ 1.000 total MET-minuts/setmana

Per tal de mesurar l'exercici físic esportiu, es va calcular un altre índex energètic que exclou el caminar.

Per a la població infantil, de 6 a 14 anys, l'activitat física es va avaluar mitjançant la subdimensió d'activitat física del CHIP-CE (*Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent*) (12). La subdimensió d'activitat física inclou sis preguntes amb resposta del tipus Likert de cinc opcions des de *cap dia* fins a *tots els dies* i s'obté una puntuació estandarditzada a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10, de manera que una puntuació superior a 50 indica una millor puntuació respecte al total de la població infantil, que en aquest cas vol dir un tipus d'activitat física més saludable (13).

Consum d'alcohol

El qüestionari permet conèixer el consum d'alcohol, en un dia feiner i durant el cap de setmana, respecte al consum del darrer any. Per classificar els individus es va seguir la proposta del Plan Nacional de Drogas (21). Es té en compte la quantitat d'alcohol consumit segons el tipus de beguda (cervesa: 10 g; vi, cava o similars: 10 g; cigalons, vermut, *chupitos* i licors afruitats: 10 g; whisky, conyac, rom, aiguardents, combinats i similars: 20 g), el nombre de consumicions habitual cada vegada i les vegades que s'ha consumit (freqüència), que es converteix en un pes preestablert. A més, es considera consum de risc el fet de beure cinc o més consumicions alcohòliques en una sola ocasió.

$$\text{Unitat de consum} = \Sigma \text{unitats de beguda (10 g)} \times \text{nombre consumicions} \times \text{pes de freqüència}$$

Els individus es classifiquen en:

- No bevedor/a: no ha consumit alcohol en els darrers 12 mesos.
- Bevedor/a moderat: beu menys de 17 unitats de consum setmanals en cas de ser dona i menys de 28 setmanals si és home. Tot i que es consideren aquests límits com a límits de risc, és una xifra arbitrària, ja que el risc augmenta amb l'augment del consum.
- Bevedor/a de risc: beu 17 o més unitats de consum setmanals en el cas de les dones i 28 o més en el cas dels homes, o 5 consumicions seguides almenys 1 cop al mes.

Cobertura sanitària i tipus de serveis sanitaris utilitzats

Per tal de fer una aproximació al tipus de cobertura sanitària es va demanar a la població pel tipus d'entitat o entitats mitjançant les quals tenien accés a l'assistència sanitària, així com l'adscripció del professional o centre sanitari consultat. Posteriorment es van agrupar segons el caràcter públic (Servei Català de la Salut, mútua obligatòria o beneficència) o privat (assegurança privada o similar). Aquelles persones que es beneficiaven tant de la pública com de la privada eren beneficiàries d'una doble cobertura o cobertura mixta.

Anàlisi de dades

Per tenir en compte el disseny mostral i la representativitat de la població entrevistada respecte a la població de Barcelona, les dades es van analitzar amb un pes o ponderació per cada persona segons el sexe, l'edat i el districte.

Es presenten les dades en freqüències i percentatges per a la majoria de variables, atesa la seva naturalesa categòrica. Per a les variables quantitatives es presenten mitjanes amb desviació estàndard i/o medianes amb el rang interquartílic. La majoria de les dades es presenten per sexe i grups d'edat, que poden canviar segons la variable analitzada. També es mostren resultats per la classe social, el país de naixement, i en algun cas es mostren per districtes, sempre estandarditzats per edat segons el mètode directe i agafant com a població de referència el total de la mostra.

Per a l'estudi de tendències es fan comparacions amb les anteriors enquestes de salut de Barcelona, principalment amb l'ESB 2001, i es presenten els indicadors (percentatges, mitjanes i medianes) específics per edats, o estandarditzats per edat, amb el total de la mostra de l'ESB 2006 com a població de referència.

Resultats

Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs

Les característiques demogràfiques, socials i econòmiques són determinants de la salut, els estils de vida relacionats amb la salut i la utilització dels serveis de salut de la població (5). Les característiques del nucli familiar i la seva composició són determinants del grau de benestar dels individus (22). L'extensió i la qualitat de les relacions personals, és a dir, el suport social i la xarxa social, estan associades amb la salut i la longevitat (23). La posició socioeconòmica, associada a l'ocupació, el nivell educatiu o el nivell d'ingressos, es relaciona amb les diferències en els estils de vida, les condicions de treball i de l'habitatge, etc., que determinen la salut de la població (24). Les condicions del treball productiu tenen una relació directa amb la salut per l'impacte físic, psíquic i social, i indirecta perquè tenen un paper central en la distribució de recursos i la posició social. El treball no remunerat, és a dir, la mantenció del benestar i la cura de la família i de la llar, difícilment és reconegut com a treball, però el coneixement de l'impacte del treball domèstic i de les condicions en què aquest es realitza és fonamental per entendre les condicions de salut de la població, principalment la salut de les dones (25, 26).

Població i nivell socioeconòmic

Condicions familiars

L'any 2006, a Barcelona, la majoria de les llars estaven formades per una parella amb infants i/o altres persones (44,4%) o només per una parella (17,6%). En el cas de les dones, un 17% vivia en llars monoparentals, percentatge que en homes era només del 9,9%, amb la qual cosa s'observa un augment respecte al 2001 (11,5% i 7,5% respectivament). Les llars unipersonals representaven el 8,4% (el 2001, aquest percentatge era del 7,5%), i augmentaven amb l'edat, de manera que l'11,6% dels homes i el 31,9% de les dones de 65 anys o més vivien sols/soles. En canvi, un

13,1% de la població convivía amb quatre persones o més, proporció que augmentava fins a un 31,2% en el cas de persones nascudes en països en desenvolupament.

Suport social i xarxa social

El 6,5% de la població adulta, de 15 anys o més, va declarar no tenir possibilitat de parlar amb ningú dels seus problemes personals i familiars tant com desitjaria, i arribava a ser del 9,3% en els homes i el 10,5% en les dones de 65 anys o més. El suport social mesurat amb el Perfil de Duke indica el suport en una escala de 0 a 100, de manera que com més puntuació més suport social. En general la població va mostrar valors alts de suport social, però tendia a disminuir amb l'edat (figura 1) i era menor en les persones estrangeres, sobretot en les persones de països en desenvolupament (figura 2).

Figura 1. Suport social segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Puntuació mediana i quartils

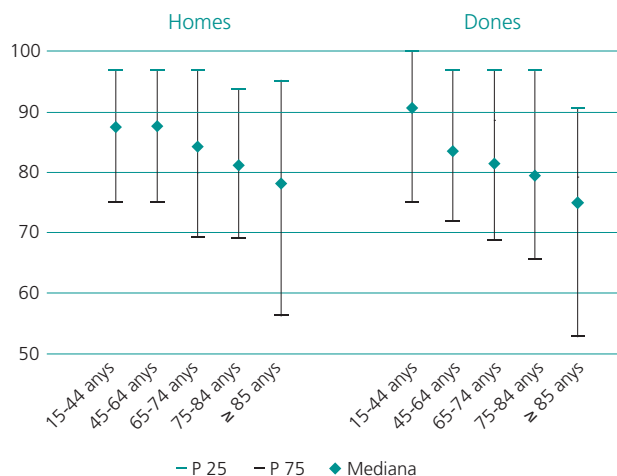
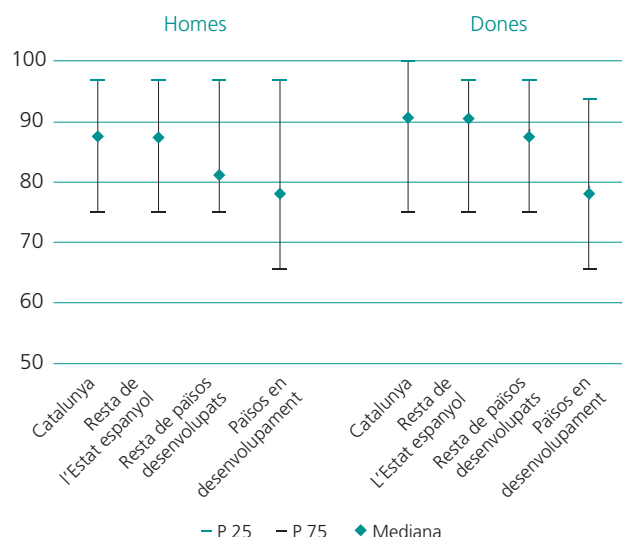


Figura 2. Suport social segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Puntuació mediana i quartils



Nivell d'ingressos

Tot i que en demanar pel nivell familiar d'ingressos bruts un 26,3% de les persones enquestades no va contestar, el 25,8% va declarar uns ingressos anuals inferiors a 6.000 euros per persona, percentatge que augmentava fins a un 42,9% en la població nascuda en països en desenvolupament, i també afectava el 40% de la població del districte de Ciutat Vella. D'altra banda, un 8,6% de la població major de 15 anys va afirmar estar preocupada per no poder menjar prou per manca de diners, xifra que arribava a un 10,6% en les dones de 44 a 65 anys. També es va observar un percentatge superior en la població estrangera nascuda en països en desenvolupament (21,3%), sobretot en les dones (gairebé el 30%). Els districtes amb més proporció d'incertesa alimentària eren Sant Andreu (18,4%), Ciutat Vella (14%) i Sants-Montjuïc (13,2%).

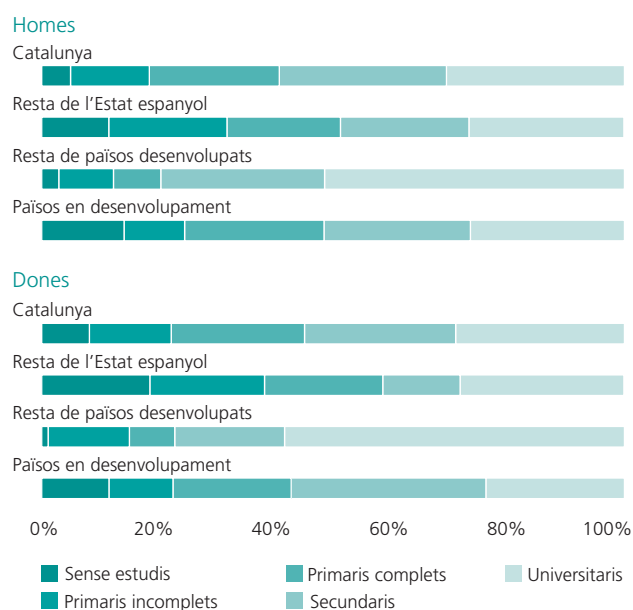
Condicions de l'habitatge

La majoria de les llars de les persones entrevistades, aproximadament el 99%, tenien dutxa o banyera, aigua calenta i rentadora. Un 62,5% tenia calefacció, percentatge que havia augmentat respecte al 57,4% de l'any 2001, i el 42,1% tenia aire condicionat. D'altra banda, un 5,4% va declarar patir humitats persistents i/o mala ventilació al seu habitatge, i un 32% va declarar que patia sorolls procedents de l'exterior.

Nivell d'estudis

Un 11,2% de la població barcelonina de 21 anys o més no tenia estudis (un 1,4% era analfabeta) i aquests percentatges eren molt més alts en els majors de 65 anys (23% d'homes i 40,8% de dones). D'altra banda, un 28,1% tenia estudis universitaris, sobretot els més joves (un 32,9% dels homes i un 41,9% de les dones de 21 a 44 anys). No es van observar grans desigualtats en el nivell d'estudis segons el país de naixement, tot i que entre la població estrangera nascuda en països en desenvolupament la proporció de persones sense estudis era superior. Tanmateix, les persones nascudes en països desenvolupats tenien estudis universitaris en una proporció més elevada que les persones autòctones (figura 3).

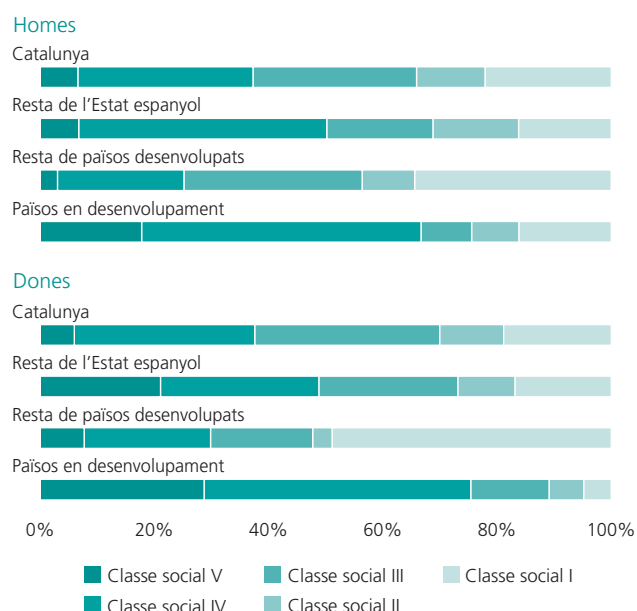
Figura 3. Nivell d'estudis segons país de naixement i sexe. Població de 21 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Classe social

Respecte a la classe social ocupacional, la població de classes manuals (IV i V) representava el 44,9% de la població. En canvi, les classes socials més benestants, que equivalen a directius i professionals (I i II), representaven el 28,3% de la població i eren més freqüents en els homes que en les dones (31,5% i 25,4% respectivament). Segons el país de naixement, s'observaven desigualtats en la classe social (figura 4), de manera que les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats eren de classes socials més benestants, mentre que la població nascuda en països en desenvolupament era principalment de classe manual (65,2% d'homes i 74,2% de dones).

Figura 4. Classe social segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Lloc de naixement i any d'arribada

El 15,5% de la població entrevistada era estrangera, xifra que havia augmentat respecte al 3,1% de l'any 2001. De la població estrangera entrevistada (948 persones), el 84% havia nascut en països en desenvolupament. Els països d'origen més freqüents eren d'Amèrica Llatina i el Carib (63,4%), de l'Europa comunitària (13,8%) i d'Àfrica del Nord (7,3%). Quant al temps de residència, un 39,9% d'homes i un 31,2% de dones havien arribat a l'Estat espanyol a partir de l'any 2001.

Discriminació als estrangers

Es va demanar a les persones nascudes a l'estranger, de 15 anys o més, si havien experimentat algun tipus de discriminació a causa de la seva ètnia o país d'origen. Un 7,5% de les persones estrangeres va declarar que algunes vegades havia experimentat discriminació en rebre assistència sanitària (un 4,7% d'homes i un 10,5% de dones) i un 2,4%, moltes vegades o constantment. El 5,5% havien patit discriminació a l'hora de buscar feina moltes vegades o constantment i el 13,3%, algunes vegades. A la feina havien patit discriminació algunes vegades el 10% i un 3,8%, moltes vegades o constantment. Un 4,8% havia patit discriminació en un lloc públic o al carrer moltes vegades o constantment, i el 14,6%, moltes vegades. Finalment, un 2,4% havia patit alguna discriminació a casa.

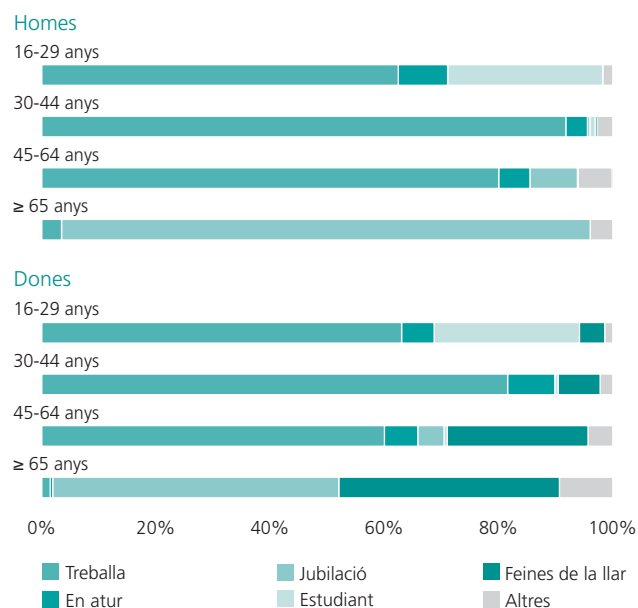
D'altra banda, es va demanar a les persones estrangeres si havien experimentat algun tipus de discriminació a causa del sexe. Cap no n'havia patit en rebre assistència sanitària. Un 5,4% de les dones estrangeres va declarar haver-ne patit alguna vegada buscant feina i un 4,1%, moltes vegades o constantment. El 7,8% de les dones estrangeres n'havia patit algunes vegades a la feina i un 3,3% n'havia patit moltes vegades o constantment. Un 4,9% va declarar que n'havia patit al carrer o en un lloc públic. Quant als homes, menys de l'1% va declarar haver patit discriminació per sexe.

El treball remunerat

Situació laboral

Un 65,6% dels homes i un 51,2% de les dones de 16 anys o més tenien un treball remunerat, percentatges que eren més elevats en els homes fins als 65 anys (al voltant del 80%) i en les dones fins als 44 anys (74%) (figura 5). Un 4,9% de la població estava a l'atur. Els majors de 65 anys eren principalment jubilats, en el cas dels homes (92,6%), i jubilades (49,2%) o mestresses de casa (38,7%) en el de les dones. En comparació amb l'any 2001, s'observa una disminució de les dones que només treballen a casa, que el 2001 era del 26,8% i el 2006 del 18,8%, percentatge que és inferior en les dones més joves.

Figura 5. Situació laboral segons grups d'edat i sexe. Població de 16 anys o més



Taula 1. Grans grups d'ocupacions segons la Classificació Nacional d'Ocupacions de 1994 segons país de naixement i sexe. Població de 16 a 64 anys amb treball remunerat. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes					Dones				
	Catalunya	Reste de l'Estat espanyol	Reste de països desenvolupats	Països en desenvolupament	Total	Catalunya	Reste de l'Estat espanyol	Reste de països desenvolupats	Països en desenvolupament	Total
Directius/ves	11,4%	6,5%	6,8%	9,9%	8,6%	6,0%	7,0%	6,6%	1,6%	5,1%
Professionals científics i intel·lectuals	21,4%	22,6%	22,6%	10,1%	19,1%	29,1%	34,7%	40,2%	8,3%	26,9%
Professionals de suport	17,4%	9,1%	9,9%	5,4%	10,3%	15,8%	11,8%	9,9%	8,6%	11,5%
Personal administratiu	10,2%	7,7%	23,6%	3,4%	11,3%	22,9%	13,2%	15,9%	8,7%	15,0%
Personal de serveis i comerç	9,4%	17,6%	15,3%	24,9%	17,0%	18,0%	17,6%	9,1%	37,6%	21,5%
Artesans/anes i personal de la indústria, la construcció i la mineria	14,0%	22,4%	8,2%	20,2%	16,2%	0,8%	3,3%	0%	1,9%	1,5%
Operaris/àries d'instal·lacions i maquinària	8,1%	8,1%	7,2%	7,2%	7,6%	1,0%	0,8%	0%	1,2%	0,8%
Personal no qualificat	6,7%	5,7%	6,4%	17,8%	9,3%	5,6%	11,6%	18,3%	31,6%	17,2%
Personal d'activitat agrària i pesquera	0,9%	0,3%	0%	0,3%	0,4%	0,1%	0%	0%	0%	0%
Forces armades	0%	0%	0%	0,5%	0,1%	0%	0%	0%	0,6%	0%
No consta	0,4%	0%	0%	0,3%	0,2%	0,7%	0%	0%	0%	0,4%

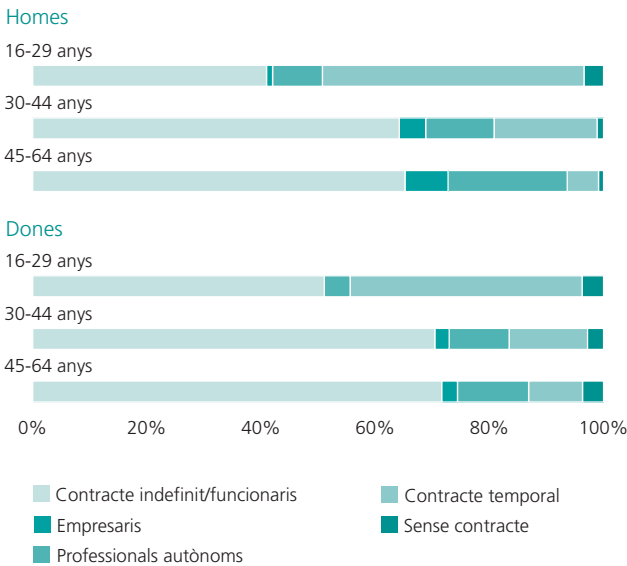
Situació professional

A la taula 1 es mostren les categories ocupacionals dels treballadors i les treballadores d'entre 16 i 64 anys segons el país de naixement, tenint en compte els grans grups de la classificació nacional d'ocupacions de 1994. El 8,6% dels homes eren directius, xifra superior al 5,1% de les dones; en canvi, elles eren professionals científiques i intel·lectuals en una proporció superior (el 26,9% de les dones i el 19,1% dels homes). El 23,8% dels homes ocupaven professions de la indústria i la construcció o eren operaris de maquinària. El 17,2% de les dones era personal no qualificat, xifra superior al 9,3% dels homes. Segons el país de naixement, les persones de països desenvolupats eren principalment professionals científics i intel·lectuals (22,6% dels homes i 40,2% de les dones) i personal administratiu els homes (23,6%). Els homes nascuts en països en desenvolupament eren principalment personal de serveis (24,9%), la indústria i la construcció (20,2%), i les dones eren majoritàriament personal de serveis (37,6%) i personal no qualificat (31,6%).

Situació contractual

La majoria de la població que treballava tenia un contracte indefinit (aproximadament el 64% dels homes i el 70% de les dones), però cal assenyalar que hi havia un alt percentatge de temporalitat en els joves (40,7% dels menors de 30 anys) que es mantenia estable respecte a l'any 2001. Tal com s'observa a la figura 6, els homes eren empresaris o professionals autònoms en major proporció que les dones.

Figura 6. Situació contractual segons grups d'edat i sexe. Població de 16 a 64 anys amb treball remunerat



Hores de treball remunerat

La majoria de la població ocupada treballava entre 21 i 40 hores setmanals (53,6% dels homes i 68,7% de les dones), tot i que un percentatge important de la població en treballava més, sobretot els homes (41,1% dels homes i 19,8% de les dones). La mitjana d'hores treballades a la setmana era de 42,2 hores en els homes i de 36,7 hores en les dones. D'altra banda, un 4,5% d'homes i un 10% de dones treballaven 20 hores o menys a la setmana, sobretot persones de menys de 30 anys (10,3% d'homes i 13,7% de dones de 16 a 29 anys).

Condicions laborals

En general, la població estava satisfeta o molt satisfeta amb les seves condicions de treball (83,4%). Respecte a algunes situacions de risc en el treball (taula 2), cal destacar que un alt percentatge de la població va declarar que sovint o sempre havia de realitzar moviments repetitius amb els braços o les mans (43,7% dels homes i 47,2% de les dones) o fer una feina poc variada (33,5% dels homes i 34,6% de les dones). Aproximadament 1 de cada 3 entrevistats va declarar que sovint o sempre havia de treballar massa, i un 45,8% va dir que mai o només algunes vegades tenien la possibilitat de fer la feina "al seu aire".

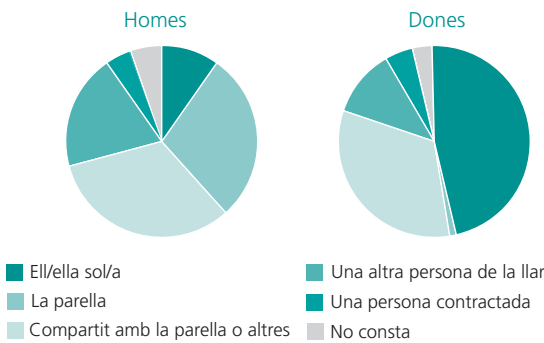
Treball no remunerat

Treball domèstic

Gairebé la meitat de les dones (47%) de 15 anys o més van dir que elles soles eren les principals responsables de les tasques domèstiques (figura 7), i aquesta proporció augmentava en les dones de més edat (58,6% de 45 a 64 anys i 63,4% en majors de 65 anys). En canvi, la proporció d'homes que es responsabilitzaven de les tasques domèstiques era d'1 de cada 10 i un 29% va declarar que ho feia la seva

parella. 1 de cada 3 persones, però, compartia les tasques amb la seva parella, dada que havia augmentat respecte al 17% de l'any 2001. Aquestes diferències es reflectien d'igual manera en les hores dedicades a la setmana a les feines de la llar. Els homes dedicaven una mitjana de 9 hores a la setmana (dada que es mantenia estable respecte al 2001), mentre que en les dones aquesta dedicació era just del doble, 18 hores, dada que havia disminuït respecte a les 20,6 hores de l'any 2001. D'altra banda, hi havia un 23% de la població que tenia una persona contractada per realitzar les tasques domèstiques, un percentatge que era més alt en les persones de classe social afavorida (un 50% de les de classe I i un 32% de les de classe II) i, en canvi, era inferior en les persones nascudes en països en desenvolupament (un 8,4%).

Figura 7. Principal responsable del treball domèstic segons sexe. Població de 15 anys o més



Responsabilitat de la cura de les persones dependents de la llar

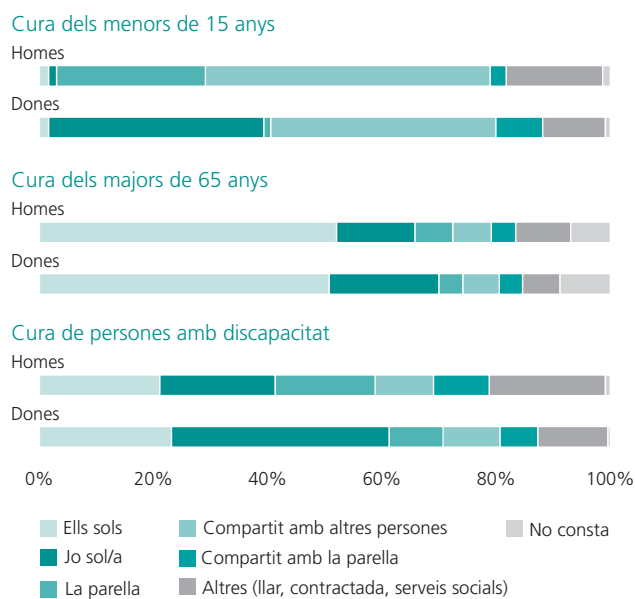
Un 76% de les persones entrevistades conviu amb persones dependents (menors de 15 anys, majors de 65 anys o persones amb discapacitat). La proporció de dones que cuidaven elles soles de les persones dependents de la llar era sempre

Taula 2. Situacions de risc en el treball segons sexe. Població de 16 a 64 anys amb treball remunerat

	Homes		Dones	
	Mai/algunes vegades	Sovint/sempre	Mai/algunes vegades	Sovint/sempre
Hi ha un volum de soroll que l'obliga a aixecar la veu per parlar amb altres persones	82,2%	17,8%	84,6%	15,4%
Hi ha pols visible a la llum, vapors de líquids o alguna altra mena de pol·lució de l'aire	81,9%	18,1%	86,8%	13,2%
Ha d'aixecar o moure coses de més de 15 kg fins a l'alçada de les espatlles o per sobre	81,2%	18,8%	90,7%	9,37%
Ha de realitzar moviments repetitius amb els braços o les mans	56,3%	43,7%	52,8%	47,2%
Fa una feina poc variada (treball repetitiu, monòton)	66,6%	33,5%	65,4%	34,6%
Té la possibilitat de fer la feina "al seu aire"	45,4%	54,6%	47,0%	53,0%
Ha de treballar massa	64,2%	35,8%	66,7%	33,3%
Té males relacions amb els companys/es	96,9%	3,1%	96,5%	3,5%
Té males relacions amb els superiors	96,4%	3,6%	96,1%	3,9%
Ha de treballar sol/a	69,0%	31,0%	69,9%	30,1%

superior a la d'homes (figura 8). En un 26,2% de les llars hi havia menors de 15 anys i la responsabilitat de tenir-ne cura era compartida per la parella en un 44,4% dels casos, però hi havia un 37,4% de dones que declaraven ser-ne les principals responsables, mentre que només un 1,2% d'homes en tenien cura ells sols. Un 61,6% de les persones de 15 anys o més convivia amb persones de 65 anys o més, el 50,6% de les quals es cuidaven elles soles. D'altra banda, un 11,7% de persones vivien amb alguna persona amb discapacitat que es cuidava ella sola en un 21,6%, però un 39,5% de dones declaraven que se'n responsabilitzaven elles soles. Un 32% dels homes, en canvi, van declarar que se'n cuidava la seva parella o una altra persona de la llar.

Figura 8. Responsable principal de la cura de les persones dependents a la llar segons sexe. Població de 15 anys o més que no viu sola i conviu amb criatures, gent gran o discapacitats



Violència de gènere

A les dones entrevistades se'ls van fer dues preguntes sobre la violència de gènere si la seva parella no estava present. Un 3,5% va contestar que coneixia algú del seu entorn immediat que estava patint algun abús o maltractament físic per part de la seva parella, i un 1% (20 dones) va declarar que havia patit un abús o maltractament físic per part de la seva parella l'any anterior a l'entrevista.

Estat de salut

Percepció de la salut

L'Enquesta de Salut proporciona indicadors de l'estat de salut i la qualitat de vida de la població subjectius i basats en la percepció de les persones. En aquest sentit, la percepció de la pròpia salut és un bon indicador de la qualitat de vida i un bon predictor de mortalitat (9, 2).

L'any 2006 un 81,3% dels homes i un 74,2% de les dones va declarar que la seva salut era excel·lent, molt bona o bona, xifres lleugerament inferiors a l'any 2001 (82,8% i 77,3% respectivament). Els percentatges són més baixos en augmentar l'edat. Així, en el grup de 65 anys o més només un 55,4% d'homes i un 41,9% de dones van declarar bona salut. A partir dels 15 anys, els homes declaraven més bona salut que les dones (figura 9). Segons la classe social hi ha un gradient, de manera que les classes socials benestants van declarar que tenien més bona salut i aquest percentatge disminuïa en les classes més desfavorides. Independentment de la classe social, els homes van declarar més bona salut que les dones (figura 10). També es van observar diferències segons el país de naixement; així, les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats van declarar més bona salut, i en canvi, les nascudes en països en desenvolupament van declarar més mala salut (figura 11). Finalment es van observar desigualtats als districtes de la ciutat. Així, les persones residents a Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Nou Barris van ser les que van declarar pitjor salut (figura 12).

Figura 9. Salut percebuda segons grup d'edat i sexe

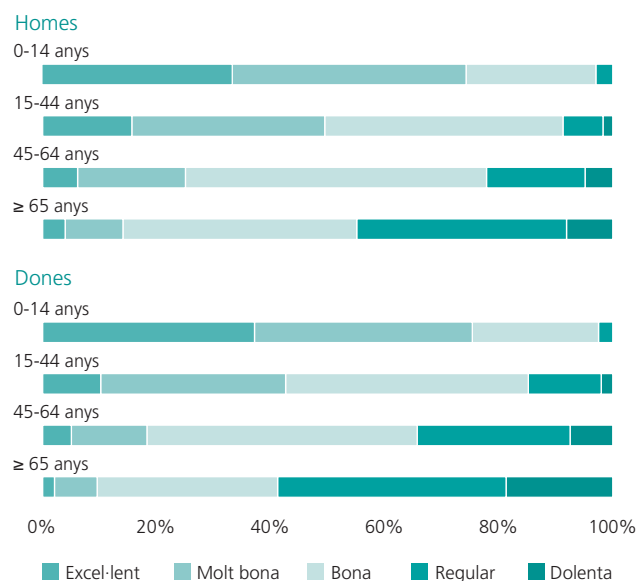


Figura 10. Salut percebuda segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat

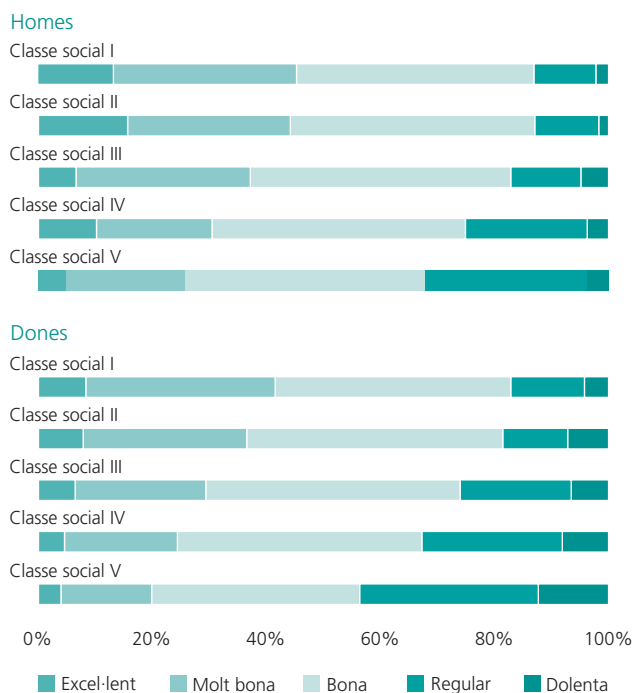


Figura 11. Salut percebuda segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat

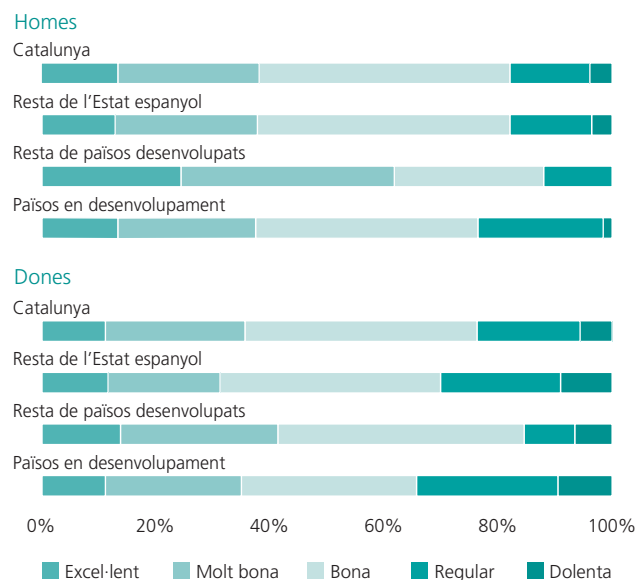
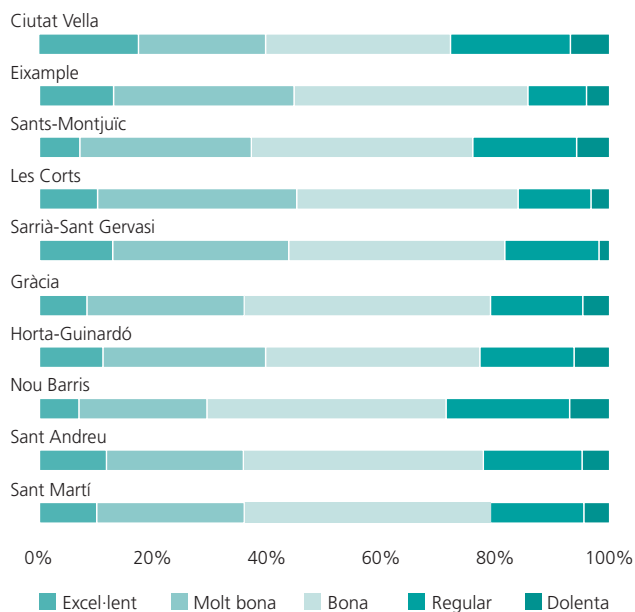


Figura 12. Salut percebuda segons districte. Percentatges estandarditzats per edat

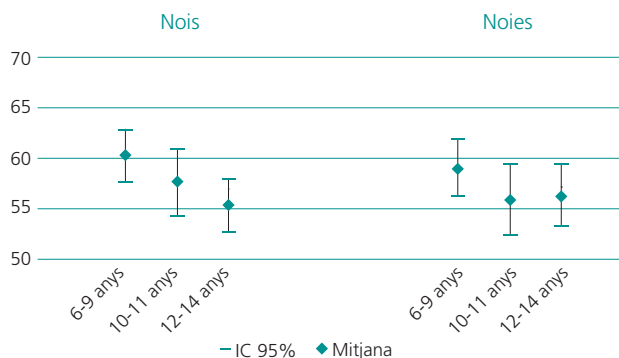


Qualitat de vida de la població infantil

En el cas de la població infantil de 6 a 14 anys, es va fer una valoració de la qualitat de vida mitjançant el KIDSCREEN, un instrument de qualitat de vida relacionada amb la salut per a població infantil i adolescent (10). Consta de deu ítems i es basa en una puntuació que pren valors a partir de la mitjana de les dades europees –la mitjana és estandarditzada a 50 amb desviació estàndard 10–. Així, un valor superior a 50 mostra una millor qualitat de vida respecte a la mitjana europea.

La població infantil de Barcelona va mostrar una millor qualitat de vida que la mitjana europea i era similar en ambdós sexes (57,8 en nois i 57,5 en noies), però les puntuacions disminueixen en augmentar l'edat (figura 13).

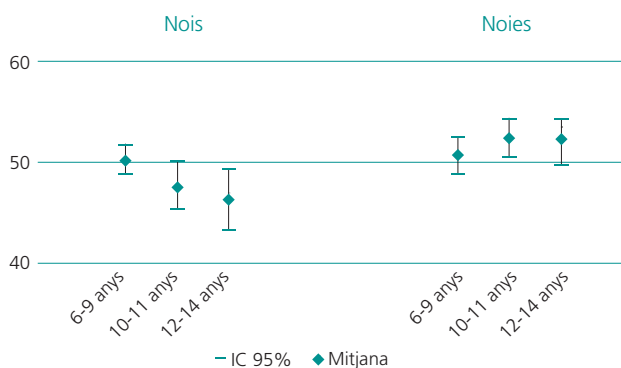
Figura 13. Qualitat de vida segons grup d'edat i sexe. Població de 6 a 14 anys. Puntuació mitjana i IC 95%



D'altra banda, també es va mesurar la qualitat de vida dels nens i les nenes mitjançant la subdimensió de comportaments de risc per a la salut del CHIP-CE (*Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent*) (12), que valora els comportaments de risc per a la salut dels nens i les nenes. També és una puntuació estandarditzada a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10. Així, una puntuació superior a 50 indica una millor puntuació respecte al total de la població infantil, que en aquest cas vol dir menys comportaments de risc per a la salut.

Les noies presentaven millors puntuacions que els nois (52,1 en noies i 47,2 en nois) i segons l'edat l'evolució era diferencial: els nois empitjoraven els comportaments de risc per a la salut, en canvi les noies milloraven en augmentar l'edat (figura 14).

Figura 14. Comportaments de risc per a la salut segons grup d'edat i sexe. Població de 6 a 14 anys. Puntuació mitjana i IC 95%

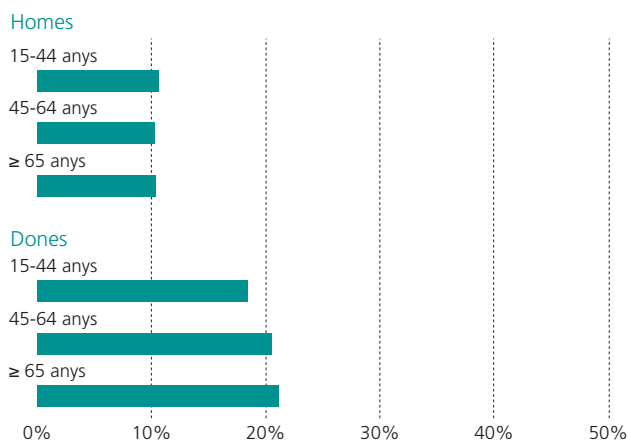


Salut mental

L'ESB 2006 va incloure el qüestionari GHQ (*General Health Questionnaire*) de dotze preguntes, que fa una valoració de la salut mental de la població i es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic de la població (14).

La valoració de la salut mental segons l'escala de Goldberg de la població adulta, de 15 anys o més, mostra que un 10,8% dels homes i un 19,3% de les dones presentaven risc de patir trastorns mentals. Aquest percentatge havia augmentat en les dones respecte al 2001 (17,5%) i era similar en els homes (10,5%). En les dones es va observar un major risc de patiment psicològic en augmentar l'edat, que no s'observava en els homes (figura 15).

Figura 15. Risc de patiment psicològic segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més



Segons la classe social s'observa un augment del risc de patir trastorns mentals en forma de gradient, essent les persones de classes socials més desafavorides les que presentaven més risc (20,3% dels homes i 27,4% de les dones de classe social V). En tots els grups socials hi havia un major percentatge de dones amb risc de patiment psicològic que d'homes (figura 16). També es mostren desigualtats en les dones segons el país de naixement (figura 17), de manera que les estrangeres nascudes en països desenvolupats presentaven menys risc de patiment psicològic (7,1%). Al contrari d'això, les nascudes en països en desenvolupament presentaven un risc major (25%).

Figura 16. Risc de patiment psicològic segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat

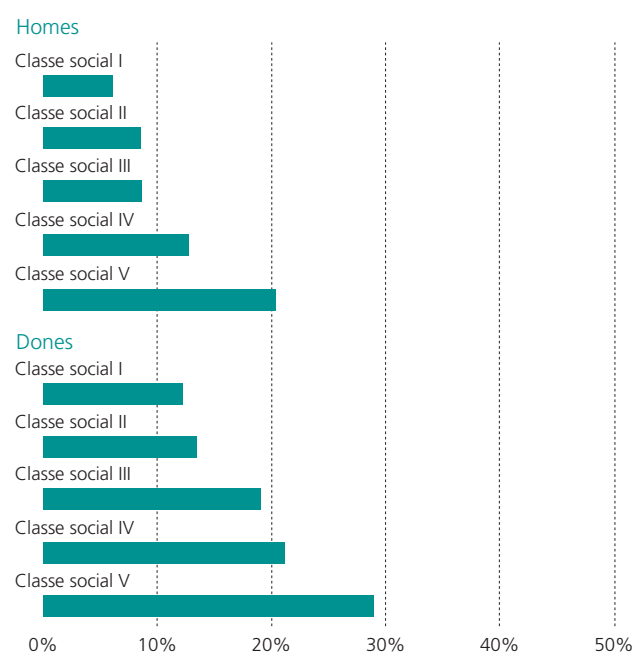
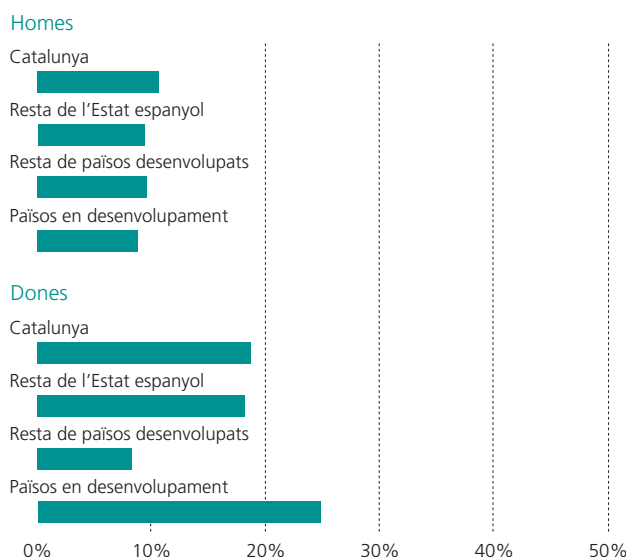


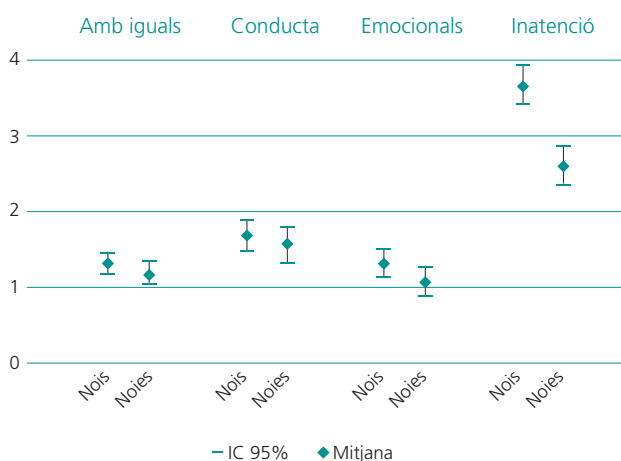
Figura 17. Risc de patiment psicològic segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat



La valoració dels problemes de salut mental de la població de 4 a 14 anys es va obtenir a partir del qüestionari de capacitats i dificultats SDQ-10 (*Strengths and Difficulties Questionnaire-10*), que es basa en les puntuacions de quatre tipus de problemes (emocionals, de conducta, inatenció i hiperactivitat, problemes amb els iguals i de socialització) (16). Així, un valor superior en les puntuacions equival a més problemes de salut mental.

A Barcelona el 2006 es donaven més problemes emocionals i d'inatenció en nois que en noies d'entre 4 i 14 anys (figura 18).

Figura 18. Problemes de salut mental segons sexe. Població de 4 a 14 anys. Puntuació mitjana i IC 95%



Trastorns crònics

L'ESB 2006 permet estimar la presència de trastorns crònics, que són malalties de llarga durada i de caràcter permanent i es consideren un indicador objectiu de la salut. En aquesta Enquesta de Salut es va ampliar la llista de trastorns crònics inclosos en el qüestionari. En el cas dels adults de 15 anys o més hi van constar 28 trastorns (taula 3). Entre els trastorns crònics més freqüents en ambdós sexes hi havia els problemes de mal d'esquena lumbar (20,2% en homes i 31,8% en dones) i/o cervical i l'artrosi, tot i que eren més freqüents en dones. També hi va haver un alt percentatge de persones que tenien la pressió alta (al voltant del 19%) i cataractes (aproximadament 14%), sense diferències entre sexes. Aquestes dades mostren un augment respecte al 2001 probablement relacionat amb un augment en el diagnòstic d'aquestes malalties, entre d'altres. Altres problemes de salut es donaven més freqüentment en les dones que en els homes, com ara la mala circulació, la migranya i la depressió o ansietat (més d'un 20% de les dones i al voltant d'un 10% en homes).

Per als menors de 15 anys, la llista conté 18 trastorns crònics (taula 4). Els més freqüents eren, a més de la deficiència visual (14,2% de nois i 12,5% de noies), les al·lèrgies cròniques (11,8% de nois i 7,9% de noies) i l'otitis de repetició (al voltant d'un 10%).

Un 69,3% dels homes i un 81,8% de les dones de 15 anys o més patien algun trastorn crònic. En els menors de 15 anys aquests percentatges arribaven al 50,3% dels nois i el 37% de les noies. La presència i el nombre de trastorns crònics augmentava amb l'edat, de manera que a partir dels 65 anys un 69,7% dels homes i un 83,4% de les dones tenien tres o més trastorns (figura 19). També hi havia desigualtats segons la classe social. Així, les persones de classes socials desafavorides eren les que presentaven un major percentatge de trastorns crònics (figura 20).

Taula 3. Prevalences dels trastorns crònics segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandaritzats per edat

	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Mal d'esquena lumbar	20,2%	16,1%	31,8%	29,1%
Mal d'esquena cervical	15,0%	14,6%	30,9%	31,2%
Artrosi	14,8%	13,4%	27,3%	26,4%
Mala circulació	9,9%	10,6%	28,3%	27,2%
Pressió alta	18,4%	12,1%	18,9%	12,8%
Varices	8,6%	5,9%	25,0%	21,9%
Depressió i/o ansietat	11,3%	9,3%	21,8%	17,3%
Migranya	9,8%	5,1%	22,7%	14,3%
Al·lèrgies cròniques	12,7%	12,7%	19,4%	16,5%
Cataractes	13,9%	6,7%	14,5%	7,4%
Hemorroides	8,5%	5,8%	12,6%	8,6%
Restrenyiment crònic	4,8%	3,7%	12,1%	11,6%
Malalties del cor diferents de l'infart	7,3%	6,4%	6,9%	5,9%
Asma	6,0%	4,4%	6,6%	4,5%
Diabetis	6,4%	4,5%	4,9%	4,2%
Bronquitis crònica	6,1%	7,4%	4,8%	5,1%
Úlcera	5,3%	4,5%	5,0%	3,4%
Infart de miocardi	3,1%	3,1%	1,6%	1,6%
Embòlia	2,1%	2,1%	2,2%	1,6%
Problemes de pròstata	10,6%	9,5%	–	–
Colesterol elevat	8,2%	–	11,1%	–
Problemes de pell	6,6%	–	7,8%	–
Anèmia	2,5%	–	10,9%	–
Incontinència urinària	4,2%	–	8,4%	–
Osteoporosi	1,8%	–	10,0%	–
Problemes de tiroide	1,4%	–	7,3%	–
Tumors malignes	2,8%	–	4,2%	–
Trastorns mentals diferents de la depressió	2,7%	–	3,2%	–

Figura 19. Nombre de trastorns crònics segons grup d'edat i sexe

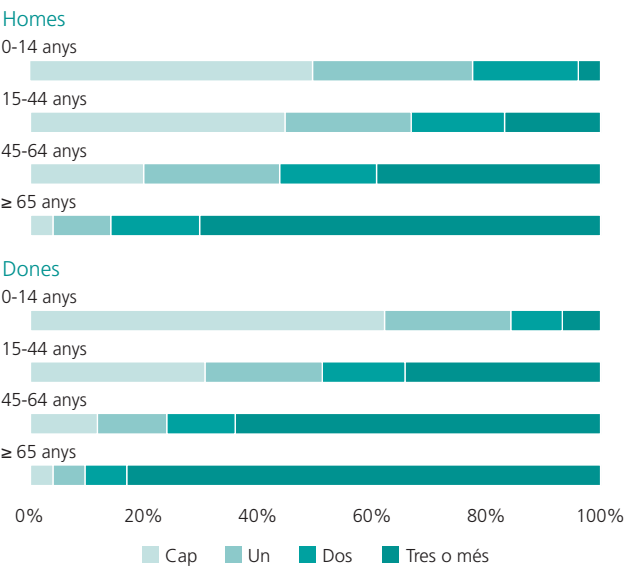
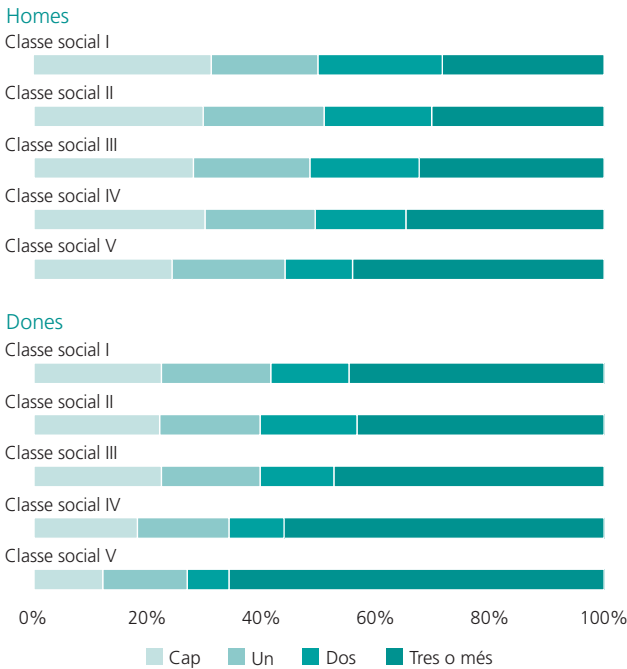


Figura 20. Nombre de trastorns crònics segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat



Taula 4. Prevalences dels trastorns crònics segons sexe. Població de 14 anys o menys. ESB 2006 i ESB 2001

	Nois		Noies	
	2006	2001	2006	2001
Al·lèrgies cròniques	11,8%	13,6%	7,9%	12,4%
Otitis de repetició	10,8%	6,5%	9,8%	6,7%
Asma	4,5%	6,4%	4,8%	4,5%
Bronquitis de repetició	5,4%	7,2%	5,2%	4,7%
Retard de creixement	1,0%	1,4%	1,9%	0,1%
Malformacions congènites	2,5%	0,9%	0,9%	0,7%
Restrenyiment crònic	2,0%	2,3%	2,5%	2,3%
Infeccions urinàries de repetició	2,0%	0,5%	0,8%	0,5%
Convulsions febrils	0,7%	1,2%	0,3%	0,5%
Epilèpsia	0%	0,1%	0,3%	0,3%
Diabetis	0%	0,4%	0,5%	0,1%
Deficiència visual en infants de 3 anys o més	14,2%	–	12,5%	–
Trastorn de conducta	4,2%	–	2,6%	–
Enuresi en infants de 3 anys o més	4,7%	–	3,6%	–
Defecte de parla en infants de 3 anys o més	4,4%	–	2,4%	–
Algun trastorn o retard mental	0%	–	1,9%	–
Deficiència auditiva en infants de 3 anys o més	1,4%	–	1,2%	–
Tumors malignes	0,5%	–	0,1%	–

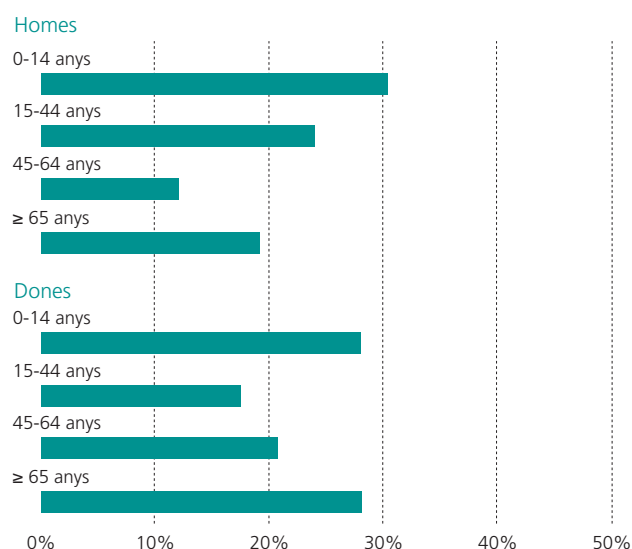
Lesions per accident

Un altre problema de salut pública són les lesions per accident, que són importants tant per la seva magnitud i gravetat com per l'atenció sanitària que requereixen.

Un 21% de persones (percentatge lleugerament superior al 17,7% de l'any 2001) havien patit en el darrer any almenys una lesió per accident que els havia provocat alguna restricció en les seves activitats habituals i/o que va requerir assistència sanitària. Les lesions més habituals eren els cops, els talls i les caigudes, que eren més freqüents en les dones si eren des del mateix nivell (arran de terra), i en canvi eren més freqüents en homes les produïdes des d'un nivell més alt (escala, cadira, etc.). Les lesions per accidents de trànsit eren més habituals en homes i, en canvi, les cremades es donaven més en dones (taula 5).

El percentatge de persones que havien patit alguna lesió per accident el darrer any era molt més alt en els menors de 15 anys (30,5% en nois i 27,1% en noies), essent principalment caigudes del mateix nivell i cops. A partir dels 15 anys augmentava amb l'edat en les dones, i en canvi era major en els homes de 15 a 44 anys (figura 21). Segons la classe social no hi havia grans diferències, tot i que les persones de classes socials desfavorides havien patit lesions amb més freqüència (figura 22). Segons el país de naixement, les persones nascudes en països desenvolupats s'havien lesionat menys (figura 23).

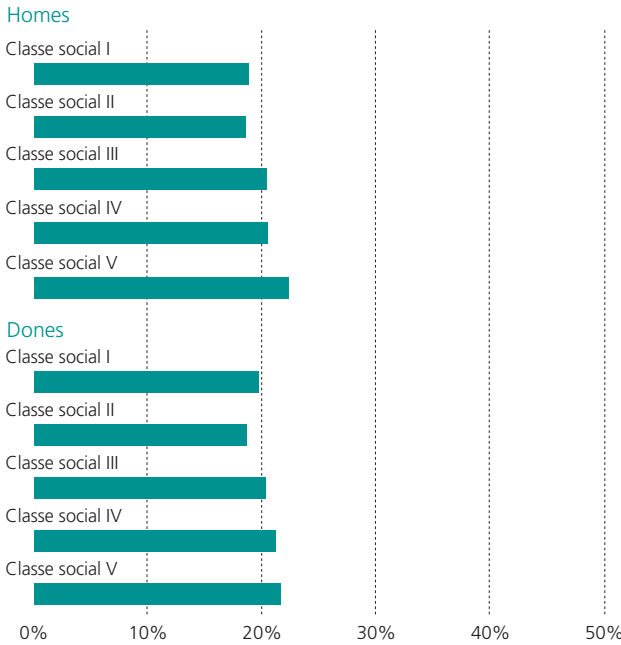
Figura 21. Lesions per accident el darrer any segons grup d'edat i sexe



Taula 5. Prevalences de lesions per accident el darrer any segons sexe. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandarditzats per edat

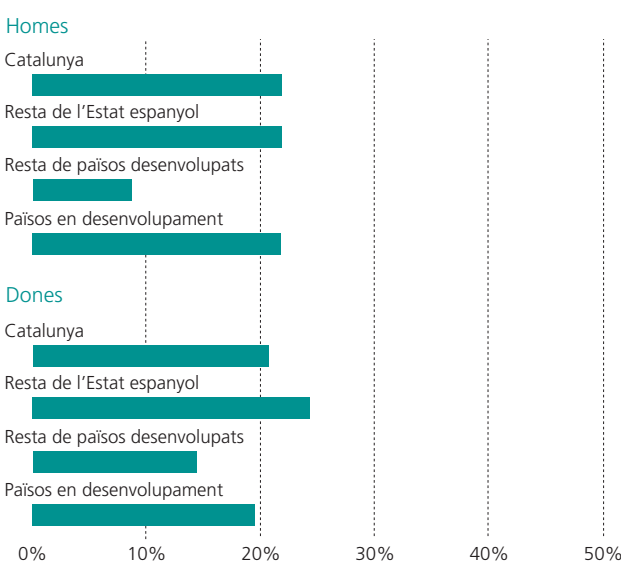
	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Caigudes del mateix nivell, arran de terra	5,3%	4,9%	9,0%	8,0%
Caigudes d'un nivell més alt (escala, cadira, etc.)	3,4%	2,3%	4%	3,4%
Cops	6,0%	3,9%	5,4%	3,1%
Talls	4,6%	4,1%	–	–
Cremades	1,7%	1,1%	3,0%	1,9%
Accidents de trànsit com a conductor/a o passatger/a	3,0%	3,5%	1,5%	1,6%
Accidents de trànsit com a vianant	0,4%	0,3%	0,5%	0,5%
Intoxicacions (exclou l'alimentària)	0,6%	0,3%	0,3%	0,4%
Agressions d'animals	0,5%	0,3%	–	–

Figura 22. Lesions per accident el darrer any segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Quant al lloc en què va ocórrer l'últim accident, hi havia diferències segons el sexe, de manera que un 28,2% dels homes lesionats havia tingut l'accident a la feina o l'escola, un 27,9% a la via pública o en un desplaçament, un 24% dins de casa i un 16,5% en un centre esportiu o lloc d'esbarjo. Les dones, en canvi, havien patit l'accident principalment dins de casa (40,4%), un 29,3% a la via pública o en un desplaçament, i només un 17,4% a la feina o l'escola i un 7,8% en un centre esportiu o d'esbarjo.

Figura 23. Lesions per accident el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Segons l'edat, els més joves s'havien lesionat a l'escola i en un centre esportiu o lloc d'esbarjo en un percentatge més elevat que els més grans, ja que aquests s'havien lesionat principalment dins de casa o a la via pública (figura 24).

Segons la classe social també hi havia diferències. Les persones de classes socials més desafavorides s'havien lesionat amb més freqüència a la feina o a l'escola, en canvi, les persones de classes més benestants s'havien lesionat més en un centre esportiu o lloc d'esbarjo, sobretot en el cas dels homes (figura 25).

Figura 24. Lloc de l'últim accident segons grup d'edat i sexe

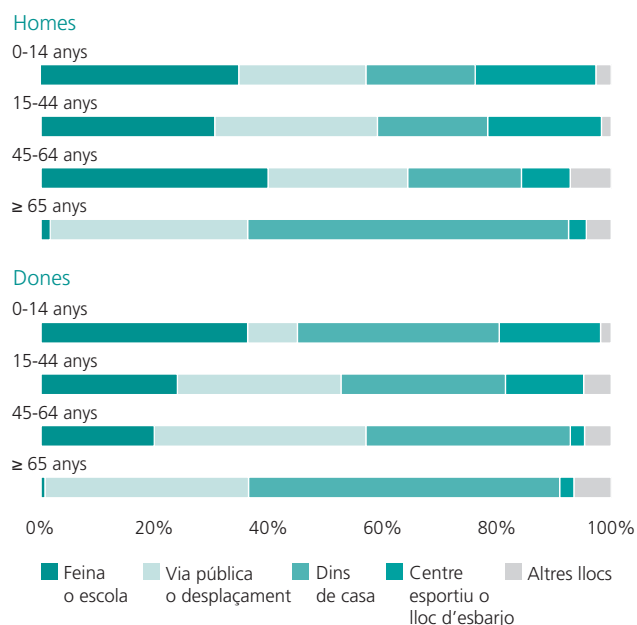
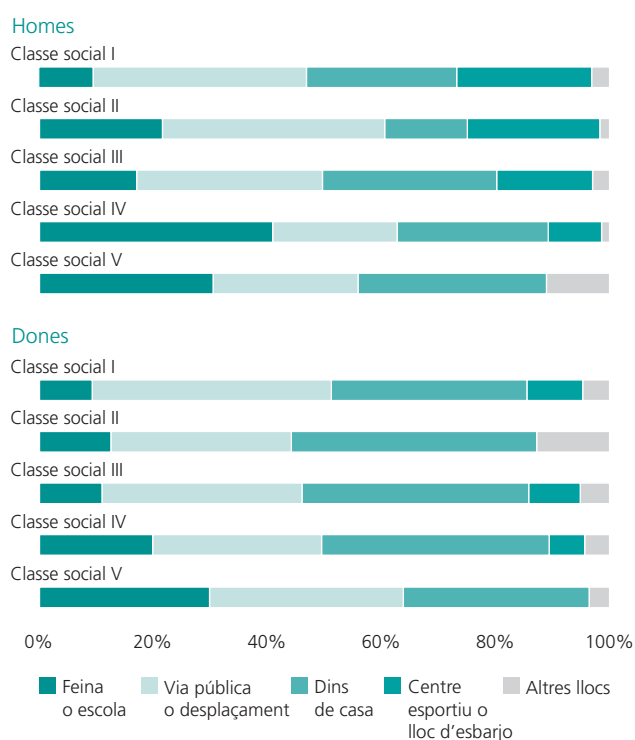


Figura 25. Lloc de l'últim accident segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Restricció de l'activitat

Un altre indicador de l'estat de salut de la població és la restricció de l'activitat a causa d'un problema de salut que mesura la limitació i la gravetat (restricció de les activitats habituals i/o de les activitats del temps de lleure) i s'avalua tant per la restricció aguda –darrers 15 dies–, com per la restricció crònica –darrer any–.

Restricció aguda de l'activitat en els darrers 15 dies

Un 11,8% dels homes i un 17,3% de les dones de 3 anys o més van declarar que havien hagut de restringir o disminuir les seves activitats (activitat principal –anar a treballar, anar a l'escola, etc.– o activitat habitual –fer encàrrecs, anar a passejar, jugar, etc.–) o s'havien hagut de quedar al llit per raons de la seva salut els darrers 15 dies. Aquests percentatges es mantenen estables respecte a l'11,4% d'homes i el 15,2% de dones que presentaven limitació de l'activitat l'any 2001. La restricció aguda de l'activitat augmentava amb l'edat en el cas de les dones (un 23,6% de dones de 65 anys o més la patien), i en els homes augmentava lleugerament en els majors de 65 anys fins a un 16,7%, essent sempre superior en les dones a partir dels 15 anys (figura 26). Segons la classe social, hi havia desigualtats en la restricció de l'activitat, de manera que les persones de classes socials més benestants presentaven percentatges menors que augmentaven en les

persones de classes desafavorides. Independentment de la classe social, sempre eren superiors en dones (figura 27). Segons el país de naixement (figura 28), els homes estrangers nascuts en països desenvolupats van declarar en menor proporció haver patit restricció de l'activitat que els autòctons (4,3%). En les dones estrangeres hi havia, igual que en els homes, menors percentatges de limitació de l'activitat en les nascudes en països desenvolupats (13,7%) i, en canvi, un major percentatge en les nascudes en països en desenvolupament (23,3%).

Figura 26. Restricció aguda de l'activitat segons grup d'edat i sexe. Població de 3 anys o més

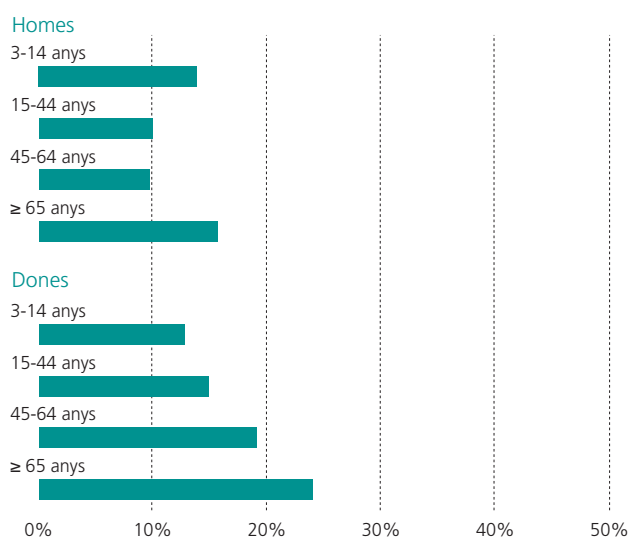


Figura 27. Restricció aguda de l'activitat segons classe social i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat

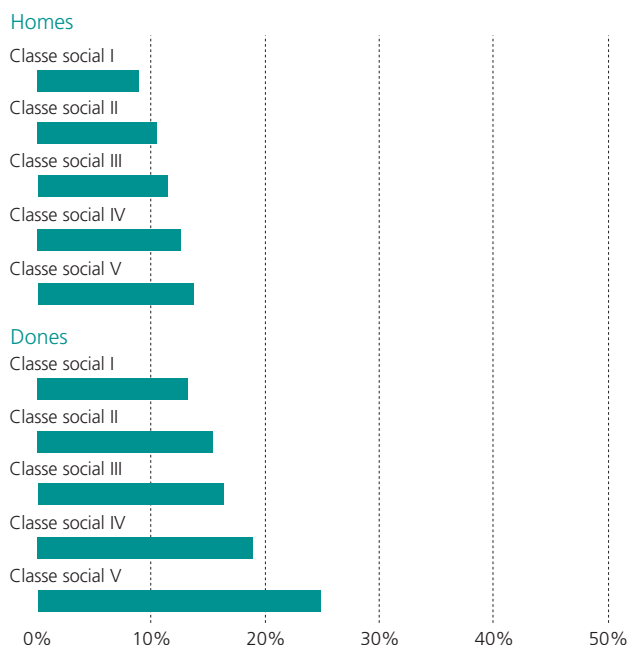
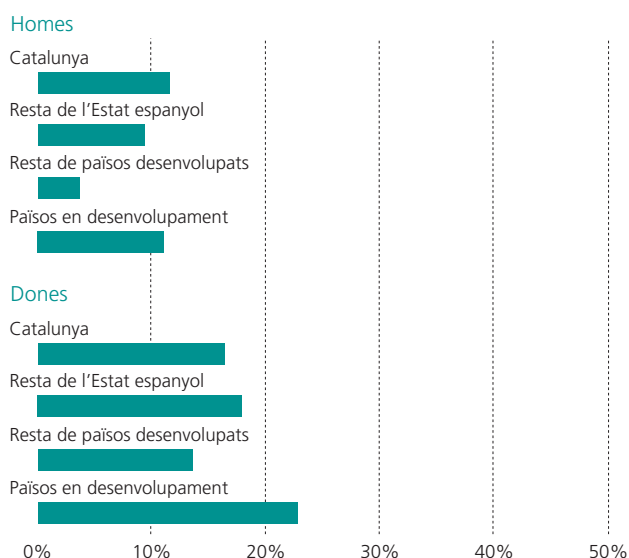


Figura 28. Restricció aguda de l'activitat segons país de naixement i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat



Restricció crònica de l'activitat en el darrer any

Un 14,8% dels homes i un 20,3% de les dones de 3 anys o més van declarar que havien hagut de restringir o disminuir les seves activitats (activitat principal i activitat habitual) el darrer any per algun problema de salut crònic. Aquests percentatges es mantenen estables respecte al 14% d'homes i al 17,8% de dones que presentaven limitació de l'activitat per problemes crònics l'any 2001. La restricció crònica de l'activitat augmentava progressivament amb l'edat en ambdós sexes (un 21,8% d'homes i un 33,7% de dones de 65 anys o més la patien) i, de la mateixa manera que la restricció aguda, a partir dels 15 anys sempre era superior en les dones (figura 29). Segons la classe social, també hi havia desigualtats, de manera que les persones de classes socials més benestants presentaven percentatges menors que augmentaven en les persones de classes desfavorides, essent sempre superiors en dones en tots els grups socials (figura 30). Segons el país de naixement (figura 31), els homes estrangers nascuts en països desenvolupats patien restricció de l'activitat en menor proporció que els autòctons (3,7%). Quant a dones estrangeres, es van observar també percentatges de restricció crònica inferiors en les nascudes en països desenvolupats (9,2%) i, en canvi, un major percentatge tant en les nascudes a la resta de l'Estat espanyol (27,7%) com en les nascudes en països en desenvolupament (23,1%).

Figura 29. Restricció crònica de l'activitat segons grup d'edat i sexe. Població de 3 anys o més

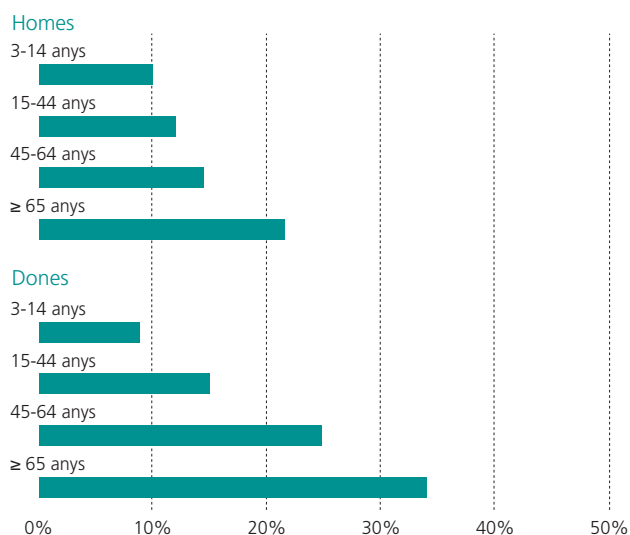


Figura 30. Restricció crònica de l'activitat segons classe social i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat

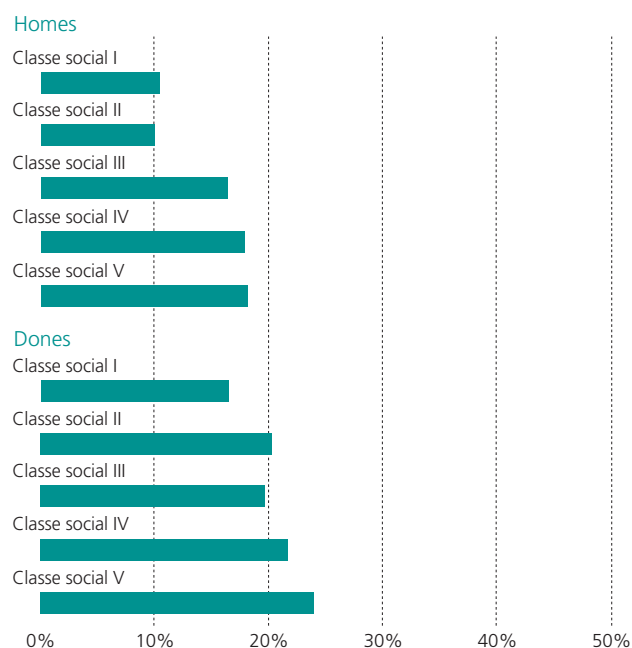
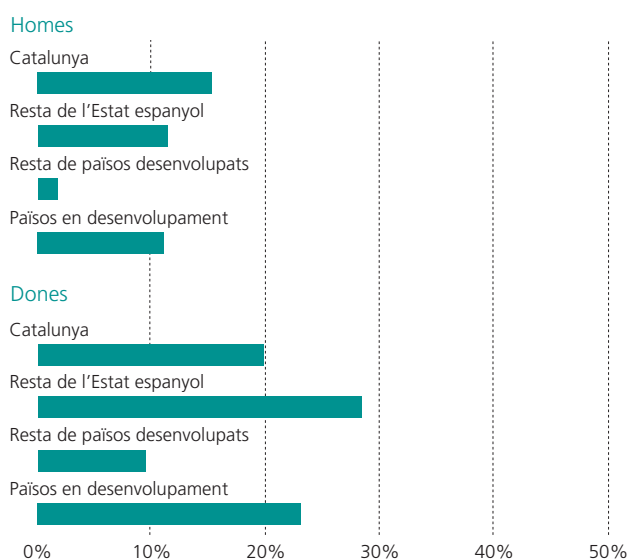


Figura 31. Restricció crònica de l'activitat segons país de naixement i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Limitació de les activitats de la vida diària en la gent gran

Una altra mesura de la qualitat de vida de la població és el grau de dependència, és a dir, l'estat en què es troben les persones que, per falta o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per realitzar les activitats quotidianes de la vida diària (AVD) i, de manera particular, les referents a la cura personal. A les persones de 65 anys o més se'ls va preguntar pel grau de dificultat que tenien per realitzar una sèrie d'activitats de la vida diària, per exemple, caminar, entrar i sortir del llit, vestir-se o desvestir-se, administrar diners o reconèixer persones, entre d'altres (taula 6).

Les activitats que més persones van declarar tenir molta dificultat a fer, o que no podien fer, van ser pujar i baixar escales (20,3% d'homes i 34,8% de dones), observant-se un augment respecte a l'any 2001, tallar-se les ungles dels peus (18% en homes i 32,4% en dones) i fer la compra (15,7% en homes i 24,4% en dones) (taula 6).

Un 28% d'homes de 65 anys o més tenien molta dificultat o no podien realitzar almenys una activitat de la vida diària; d'aquestes, un 67,5% opinava que no li calia ajuda o que rebia ajuda per realitzar-les, i el 32,9% va declarar que no rebia ajuda. Gairebé la meitat de les dones grans van declarar patir força limitació per realitzar les activitats de la vida diària, de manera que al 60,9% no li calia ajut o tenia ajuda per realitzar-les i un 39,9% va declarar que ningú no l'ajudava. La limitació per realitzar les activitats augmentava amb l'edat i sempre era major en les dones (figura 32), arribant a un 41,3% en els homes i a un 62,7% en les dones de 75 anys o més. També es va observar un major percentatge de persones amb força dificultat per realitzar les activitats en les classes socials més desfavorides i sempre era major en les dones. Es repetia el patró per a aquelles persones que tenien dificultats i no rebien ajuda (figura 33). Les persones amb discapacitat, així com les que tenien discapacitat i no tenien ajuda, es van presentar en major percentatge als districtes de Nou Barris, Sant Andreu i Sant Martí, que van registrar més d'un 40% de persones grans que tenien molta dificultat o que no podien realitzar alguna activitat de la vida diària (figura 34). La majoria de les persones que rebien ajuda la rebien principalment de la parella i d'altres familiars, i normalment era una dona.

Taula 6. Força limitació funcional segons el tipus d'activitats de la vida diària (ADV) i segons sexe. Població de 65 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Limitació de les AVD físiques i cognitives				
Pujar i baixar escales	20,3%	15,7%	34,8%	27,9%
Caminar	14,5%	13,2%	21,6%	22,7%
Sortir al carrer	11,8%	9,1%	19,4%	19,0%
Asseure's i aixecar-se de la cadira	8,5%	8,6%	14,5%	15,9%
Aprendre i retenir informació	9,2%	–	13,2%	–
Reconèixer persones i objectes, orientar-se	5,4%	–	9,5%	–
Limitació de les AVD de la cura personal				
Tallar-se les ungles dels peus	18,0%	17,6%	32,4%	34,6%
Banyar-se o dutxar-se	8,7%	8,1%	15,1%	15,3%
Vestir-se o desvestir-se	7,6%	5,4%	12,5%	9,8%
Entrar i sortir del llit	7,2%	–	10,2%	–
Anar al lavabo	5,5%	5,6%	8,0%	9,5%
Pentinar-se	4,5%	–	8,4%	7,8%
Afaitar-se	5,5%	4,7%	–	–
Menjar	3,2%	4,3%	5,0%	5,2%
Limitació de les AVD de la cura de la llar				
Anar al mercat o fer la compra	15,7%	10,8%	24,4%	22,3%
Fer les feines de casa rutinàries	16,2%	–	22,0%	–
Cuinar el seu menjar	13,2%	–	14,8%	–
Administrar els diners	8,4%	6,7%	13,7%	12,1%
Utilitzar el telèfon	6,1%	6,3%	9,4%	7,6%

AVD (activitats de la vida diària)

Figura 32. Grau de limitació per realitzar les activitats de la vida diària segons grup d'edat i sexe. Població de 65 anys o més

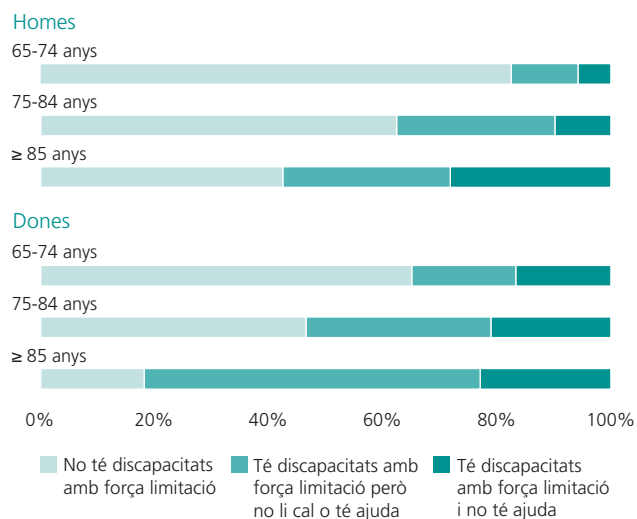


Figura 33. Grau de discapacitat per realitzar les activitats de la vida diària segons classe social i sexe. Població de 65 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat

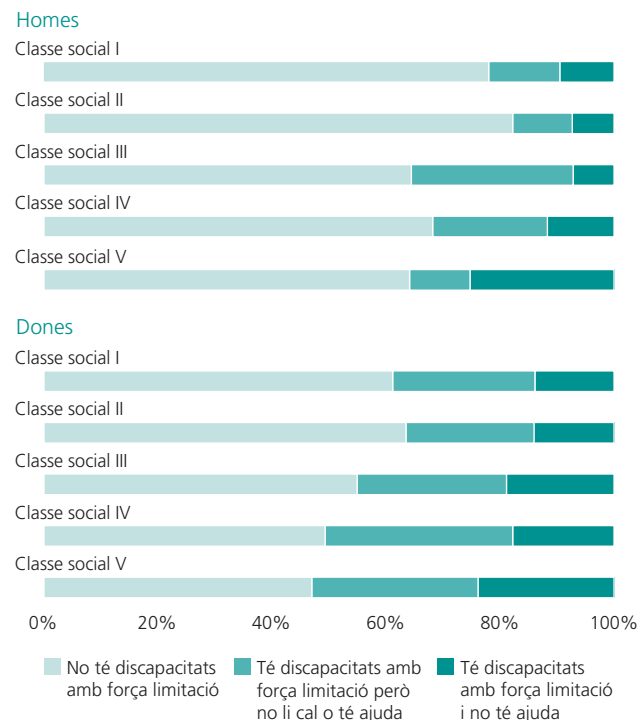
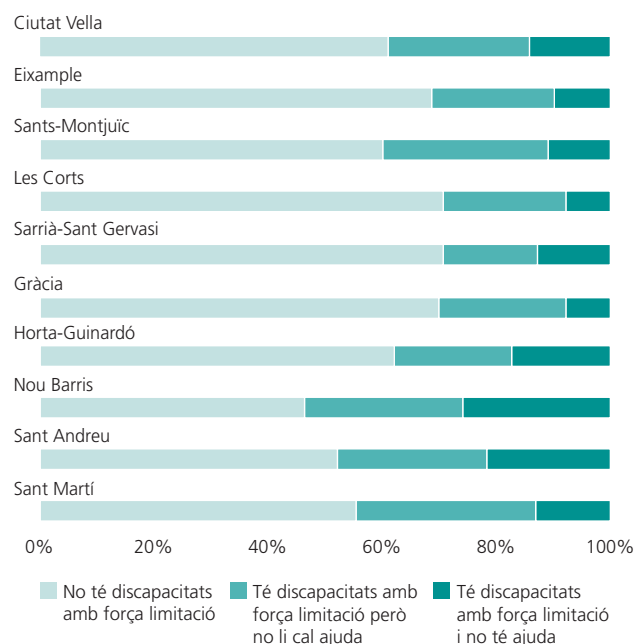


Figura 34. Grau de discapacitat per realitzar les activitats de la vida diària segons districte de residència. Població de 65 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Un 22,7% de les persones de 65 anys o més havien estat visitades al seu domicili per un professional sanitari o treballador/a social. Aquest percentatge augmentava fins a un 39% en el cas de les persones que tenien força limitació per realitzar alguna activitat de la vida diària. El percentatge de persones amb discapacitat visitades al seu domicili augmentava amb l'edat, de manera que més del 50% de les persones de 85 anys o més amb força limitació per realitzar alguna activitat havien estat visitades al seu domicili per algun professional.

Problemes de pes

Un altre aspecte de rellevància per a la salut pública és l'excés de pes, per la seva associació amb diversos trastorns crònics com la hipertensió, la diabetis *mellitus* i les malalties cardiovasculars, així com per la seva relació amb limitacions funcionals en les activitats de la vida quotidiana. Es valora segons l'índex de massa corporal a partir del pes i l'alçada declarats.

La valoració del pes en els majors de 15 anys es va fer mitjançant la classificació de l'índex de massa de corporal. Un 65,8% d'homes i un 48,9% de dones presentaven un pes normal, percentatges lleugerament superiors a l'any 2001 (63,1% i 45,7% en homes i dones, respectivament). D'altra banda, hi havia un 10,8% de la població amb obesitat (l'any 2001 era un 9,8%), i un 21,9% amb sobrepès (18,5% en

homes i 25,4% en dones), percentatge similar a l'any 2001. Al contrari d'això, hi havia un 9,2% de persones amb baix pes (4,6% en homes i 13,8% en dones), percentatge que havia disminuït respecte a l'11,6% de l'any 2001. El pes variava segons l'edat (figura 35). Així, l'obesitat i el sobrepès augmentaven amb l'edat i el baix pes es donava sobretot en les persones més joves (18,6% en homes i 28% en dones menors de 25 anys), que cal destacar que havia disminuït considerablement en les dones joves respecte a l'any 2001 (18,4% en homes i 45,8% en dones). També es van observar desigualtats segons la classe social. L'obesitat era més freqüent en les persones de classes socials desfavorides, igual que el sobrepès en les dones. Contràriament, el baix pes era més freqüent en les dones de classes benestants (figura 36). Segons el país de naixement es va observar que les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats presentaven menys obesitat i més baix pes que la resta; en canvi, les dones estrangeres nascudes en països en desenvolupament presentaven més obesitat (figura 37).

Figura 35. Pes segons índex de massa corporal segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més

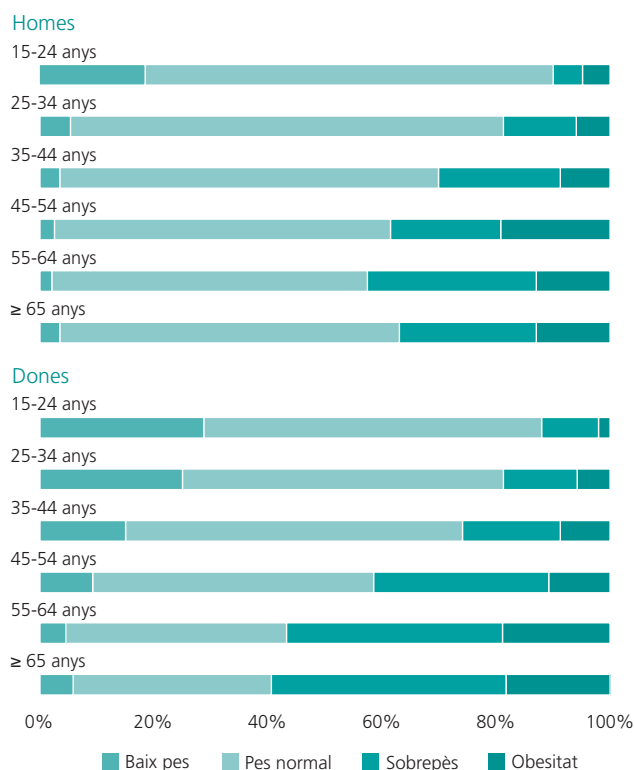


Figura 36. Pes segons index de massa corporal segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat

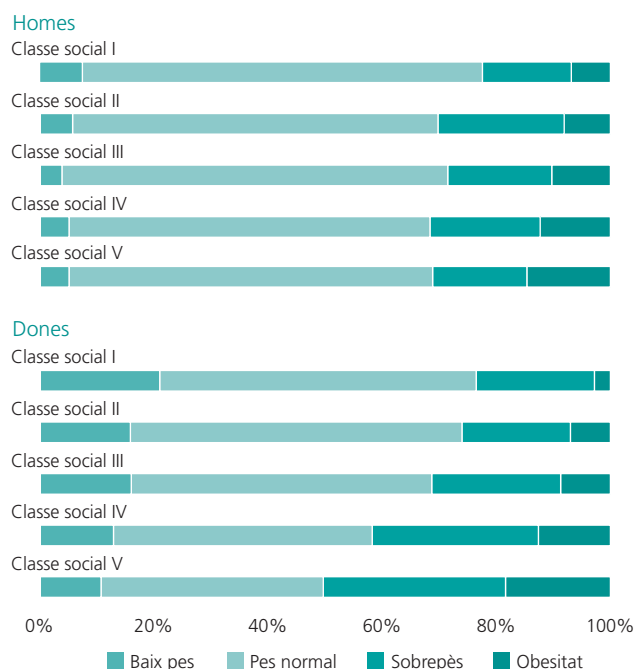
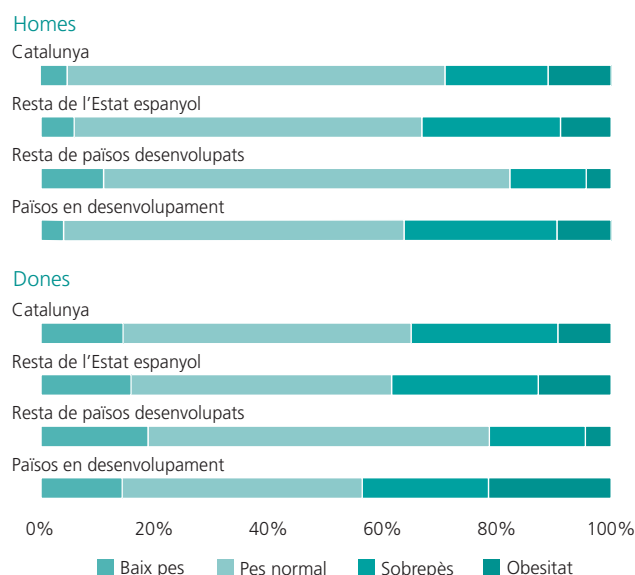


Figura 37. Pes segons index de massa corporal segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat



Estils de vida relacionats amb la salut

Les conductes o els estils de vida poden tenir conseqüències beneficioses o dolentes per a la salut. És important tenir en compte el context dels individus per explicar l'adopció de les conductes relacionades amb la salut, ja que són diverses les raons i motivacions que condueixen les persones a adoptar estils de vida i unes determinades conductes en relació amb la salut, com són el gènere, la posició socioeconòmica o el suport social i familiar.

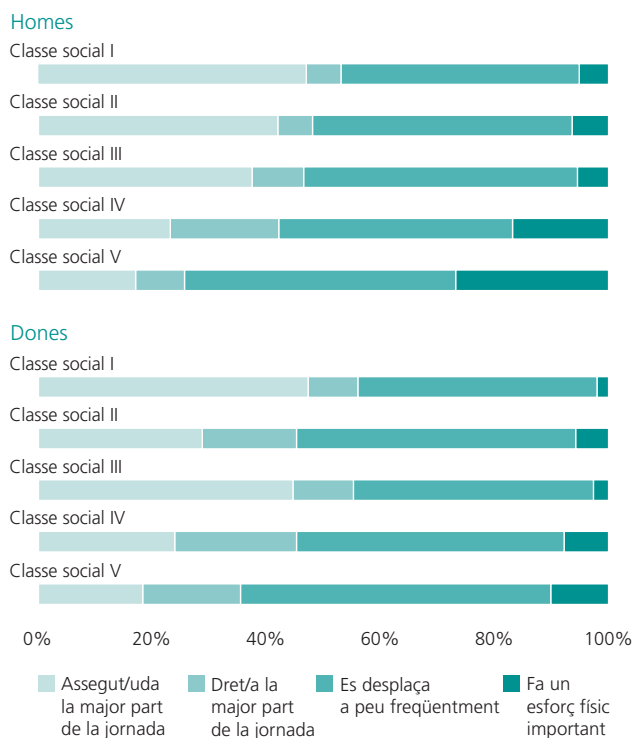
Activitat física

La realització d'activitat física és un dels components importants per assolir un estil de vida saludable, ja que és un factor protector de determinades malalties i aporta no sols un benefici físic sinó també psicològic (27). Cal diferenciar, però, entre l'activitat física que es realitza durant l'activitat principal (a la feina o l'escola) i l'activitat o exercici que es realitza en el temps de lleure, com ara caminar o fer esport.

Activitat física habitual

L'any 2006 un 10,8% dels homes i un 5,3% de les dones de 15 anys o més feia una activitat habitual que requeria un esforç físic important, amb percentatges similars a l'any 2001 (10,1% i 4,6% en homes i dones, respectivament); la majoria, però, un 43,4%, va declarar que tot i que la seva activitat no requeria un esforç físic important, es desplaçava freqüentment a peu. D'altra banda, la major part de la jornada un 11,5% d'homes i un 15% de dones estaven drets sense desplaçar-se, i una tercera part, un 32,9%, declaraven, en canvi, que estaven asseguts. Aquest tipus d'activitat estava molt lligada a la situació laboral o el tipus d'ocupació. Així, l'activitat intensa era més freqüent en els homes i augmentava en les classes socials desfavorides; en canvi, l'activitat més sedentària com és estar assegut la major part de la jornada era més freqüent en les persones de classes socials benestants (figura 38).

Figura 38. Tipus d'activitat física en l'activat habitual segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat



Activitat física de lleure

Per tal de mesurar l'activitat física de lleure, en els majors de 15 anys es va utilitzar una adaptació de l'IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), que és un instrument per a la vigilància i la monitorització de l'activitat física (18).

Un 73,2% de la població barcelonina de 15 anys o més va declarar que caminava tots els dies almenys 10 minuts seguits, i els que caminaven 30 minuts o més representaven gairebé la meitat de la població, el 49,9%. La realització d'activitat física en el temps de lleure (exclou caminar) era més habitual en els homes que en les dones, de manera que un 26,8% dels homes realitzaven una activitat intensa o moderada, mentre que en el cas de les dones, només la realitzava un 18,9%. L'activitat física en el temps d'oci disminuïa amb l'edat, de manera que el 83,6% dels homes i el 89% de les dones de 65 anys o més eren inactius en el seu temps de lleure (figura 39). La realització d'activitat en el temps d'oci era més freqüent en les persones de classes socials afavorides (figura 40) i en les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats (figura 41).

Figura 39. Tipus d'activitat física en el temps de lleure segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més

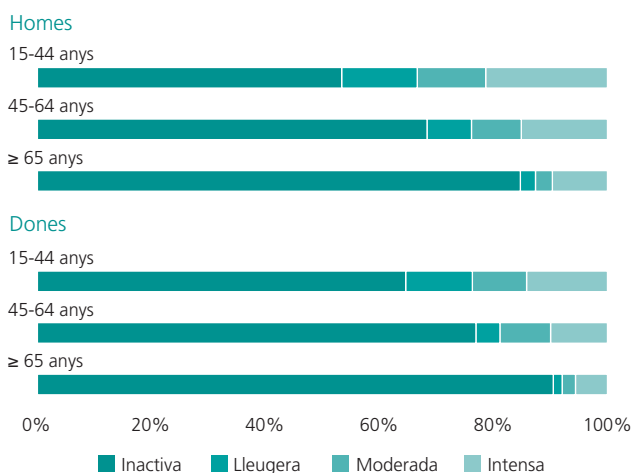


Figura 40. Tipus d'activitat física en el temps de lleure segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat

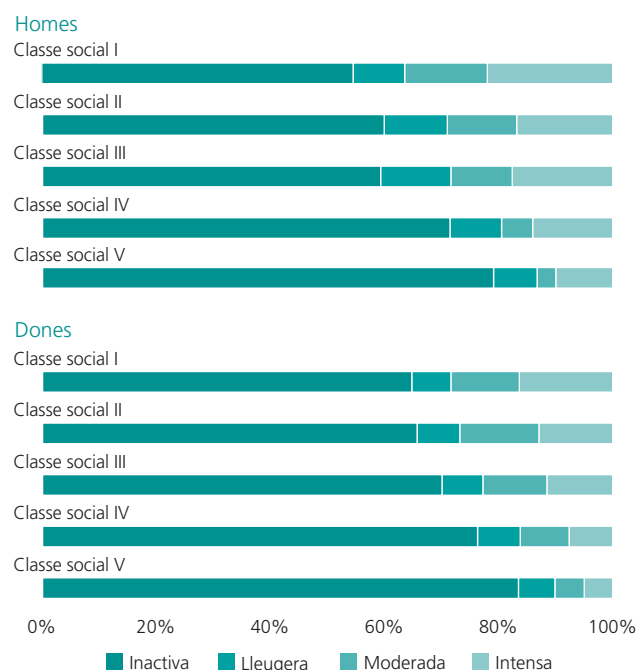
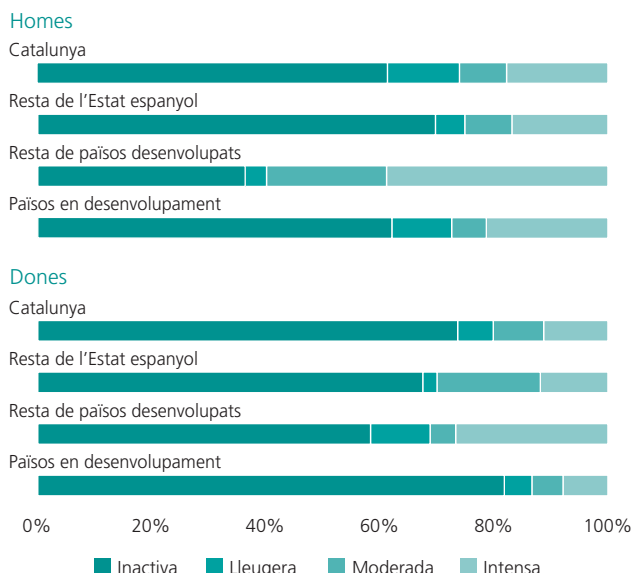


Figura 41. Tipus d'activitat física en el temps de lleure segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat

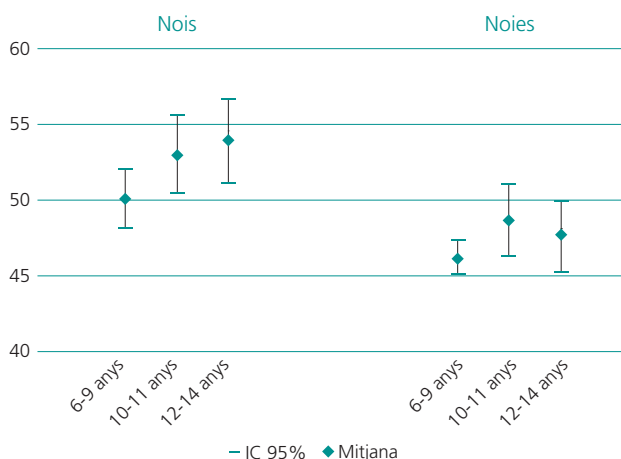


Activitat física i altres activitats de lleure de la població infantil

El tipus d'activitat física que realitzava la població infantil, de 6 a 14 anys, es va mesurar amb la dimensió d'activitat física del CHIP-CE (12), que és una puntuació estandarditzada a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10. Així, una puntuació superior a 50 indica una millor puntuació respecte al total de la població infantil, que en aquest cas vol dir una activitat física més intensa.

Els nois presentaven millors puntuacions que les noies (52,3 en nois i 47,5 en noies), és a dir, realitzaven més activitat física, i amb l'edat augmentava, sobretot en els nois (figura 42).

Figura 42. Activitat física segons grup d'edat i sexe. Població de 6 a 14 anys. Puntuació mitjana i IC 95%



En el cas de la població infantil, no sols és important el tipus d'activitat física que fa, sinó la realització d'altres activitats de caràcter sedentari i més freqüents en els menors com són veure la televisió o jugar amb l'ordinador. Per valorar aquestes activitats sedentàries, es va recollir el nombre de dies i les hores diàries en què les havien realitzat.

A la figura 43 es mostren els dies a la setmana que la població infantil de 6 a 14 anys realitzava diferents activitats de lleure, i a la figura 44 es mostren les hores al dia que hi dedicaven. La majoria, un 69%, mirava la televisió diàriament. El 10,4%, el dia que mirava la televisió ho feia més de dues hores, percentatge que era més gran en el cas de les noies. El 86,6% jugava amb l'ordinador almenys un dia a la setmana, i el 27,6% dels nois i el 20,6% de les noies hi jugaven cada dia. Quan hi jugaven, un 8,1% dels nois i un 3,5% de les noies ho feien durant més de dues hores. Un 80,1% dels menors jugava al parc o al carrer almenys un dia a la setmana i el 26,3% hi jugava cada dia. D'altra banda, hi havia un 79,6% de nois i un 66,1% de noies que realitzaven activitats extraescolars esportives, majoritàriament entre un i tres dies a la setmana. El 42,5% dels nois i el 62,3% de les noies realitzaven alguna activitat extraescolar no esportiva com és la música, la dansa o els idiomes.

Figura 43. Dies a la setmana de realització d'activitats de lleure segons tipus d'activitat i sexe. Població de 6 a 14 anys

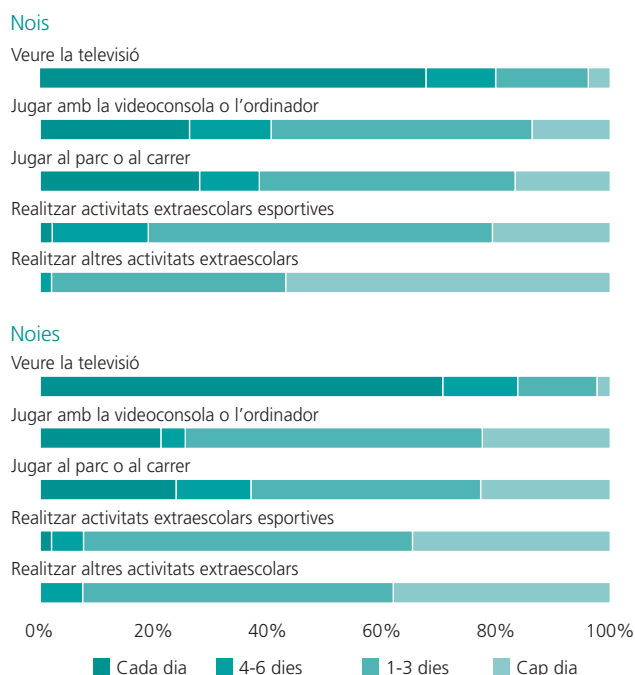
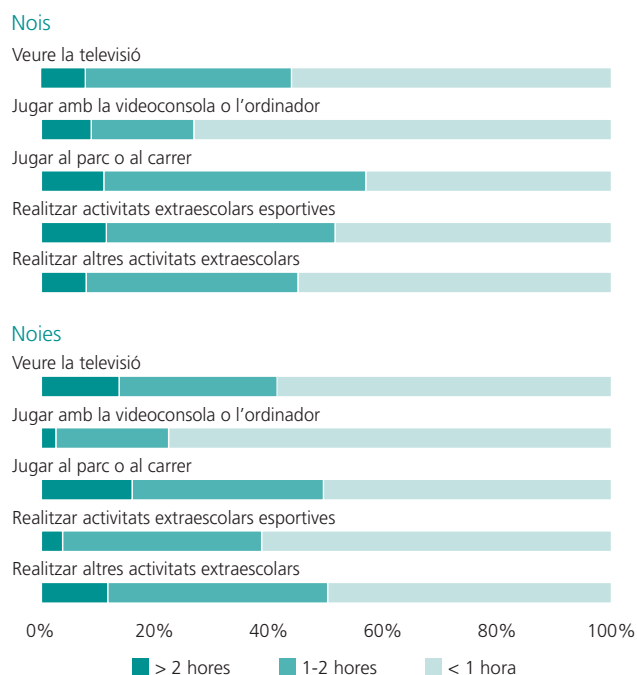


Figura 44. Hores al dia de realització d'activitats de lleure segons tipus d'activitat i sexe. Població de 6 a 14 anys



Alimentació de la població infantil

Un altre aspecte determinant de la salut dels menors que es va mesurar amb l'enquesta és el tipus d'alimentació, en aquest cas el tipus d'esmorzar i la freqüència amb què prenen menjar no saludable.

Esmorzar

La majoria dels menors de 3 a 14 anys esmorzaven cada dia abans de sortir de casa (91,2%), mentre que un 3,6% de nois i un 6,3% de noies no ho feien cap dia. El percentatge de menors que no esmorzaven abans de sortir de casa augmentava amb l'edat, de manera que un 7,3% dels nois i un 10,7% de les noies de 12 a 14 anys no esmorzaven cap dia a casa (figura 45). Un 69,7% dels menors esmorzava cada dia a mig matí, mentre que un 16,2% no esmorzava mai a mig matí (figura 46).

Figura 45. Dies a la setmana que esmorzaven abans de sortir de casa segons grup d'edat i sexe. Població de 3 a 14 anys

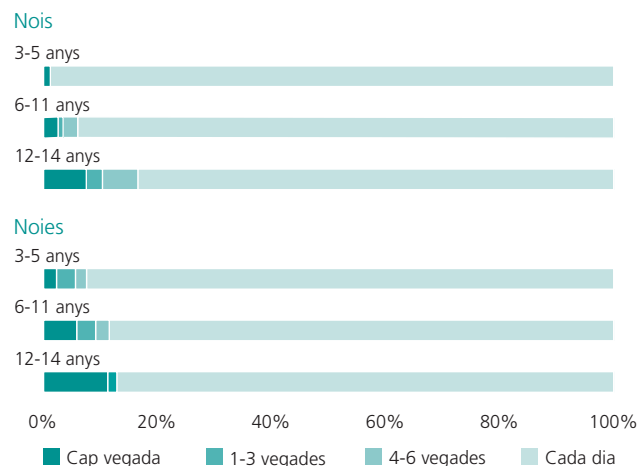
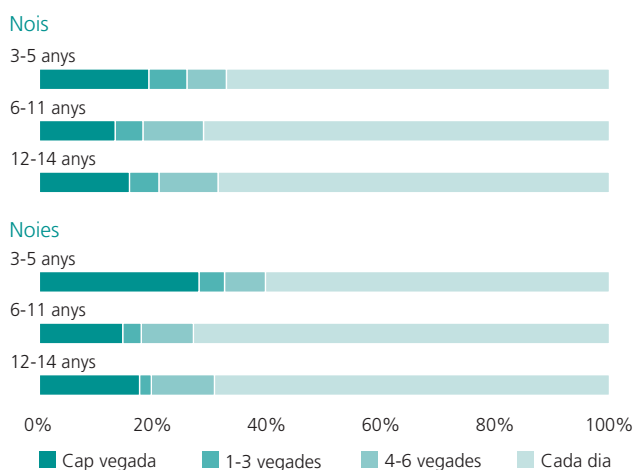


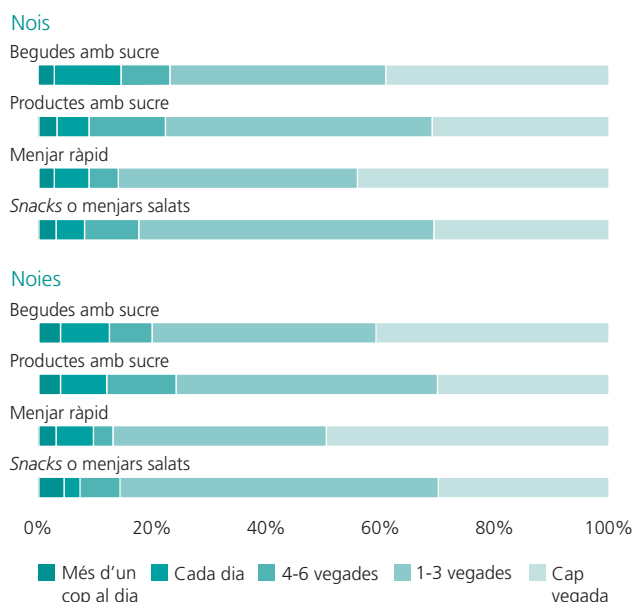
Figura 46. Dies a la setmana que esmorzaven a mig matí segons grup d'edat i sexe. Població de 3 a 14 anys



Menjar no saludable

El consum de menjar no saludable, com les begudes o productes amb sucre (pastes, brioixeria, caramels), el menjar ràpid (hamburgueses, pizzes, entrepans) i els snacks salats (patates, ganxets), és usual en els menors de 3 a 14 anys. Aproximadament un 10% en consumien cada dia. Per exemple, tots els dies o gairebé tots els dies, el 23,9% havia pres begudes amb sucre i un 22,2% havia pres altres productes amb sucre, un 13,1% havia pres menjar ràpid i un 16,2% havia menjat snacks salats (figura 47).

Figura 47. Dies a la setmana que prenen menjar no saludable segons tipus de menjar i sexe. Població de 3 a 14 anys



Consum de tabac

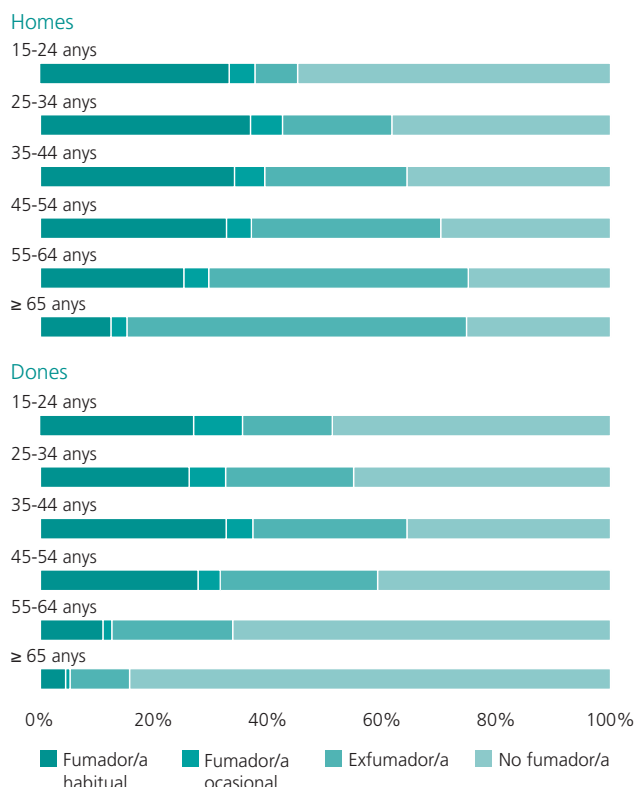
En els adults, un aspecte rellevant és el consum de risc de substàncies nocives per a la salut com el tabac, l'alcohol de risc o altres substàncies psicoactives.

Hàbit tabàquic

Un 27,8% dels homes i un 20,3% de les dones de 15 anys o més es van declarar fumadors habituals (consum diari), percentatges que havien disminuït respecte al 35% d'homes i el 24,8% de dones fumadores diàries de l'any 2001. Un 4,4% es van declarar fumadors ocasionals, xifra que havia augmentat respecte al 2,3% de l'any 2001. Finalment, un 33% d'homes i un 20,2% de dones es van declarar exfumadors, dades que havien augmentat respecte a l'any 2001 (30,5% i 7,6% en homes i dones, respectivament). Un 54,6% dels fumadors i un 44,8% de les fumadores fumaven més de 10 cigarretes, cigars o pipes, i la mitjana de cigarrets era de 14,7 en homes i 12 en dones. El consum habitual de tabac era més freqüent en els joves (aproximadament 1 de cada 3 homes i 1 de cada 4 dones de 15 a 24 anys eren fumadors diaris) i anava disminuint en augmentar l'edat (figura 48). Cal tenir en compte, però, que la mitjana de consum era lleugerament inferior en els joves (11,4 cigarrets en homes i 9,5 en dones). En general, el consum de tabac era superior en els homes, a excepció del grup més jove de 15 a 24 anys, on les dones arribaven al mateix nivell de consum, tot i que aquestes ho feien en major percentatge de manera ocasional (el 4,6% d'homes i el 9,4% de dones eren

fumadors ocasionals). Cal destacar que un 32,4% dels fumadors i fumadores deien que havien intentat deixar de fumar durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista.

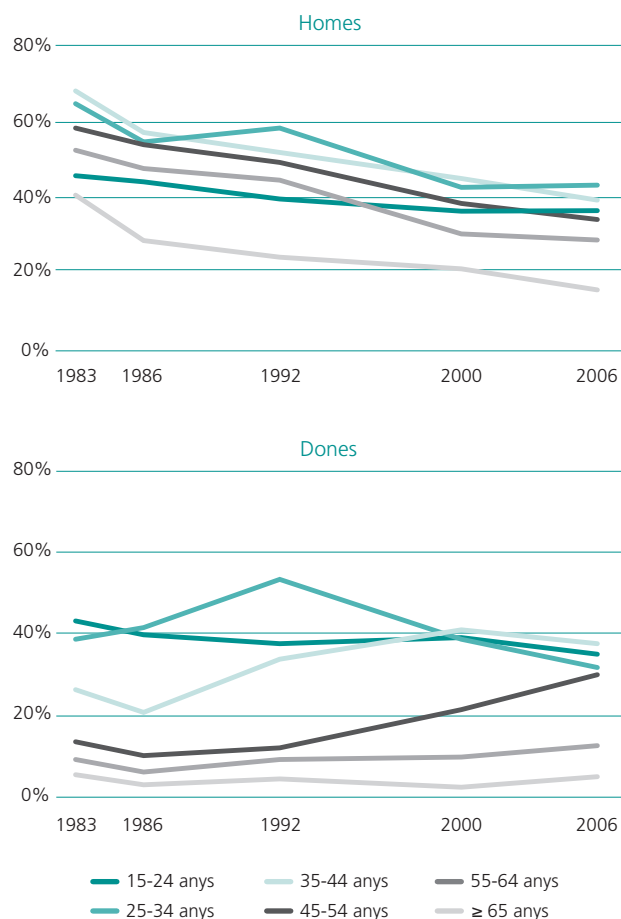
Figura 48. Hàbit tabàquic segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més



A la figura 49 es mostra l'evolució del tabaquisme a les diferents enquestes de salut de Barcelona. Es pot observar com el 2006 el tabaquisme en els homes havia disminuït en tots els grups d'edat, tot i que es mantenia estable respecte als últims anys. En les dones es va observar que el tabaquisme es mantenia estable en les més joves i les més grans, i va ser en les dones de 35 a 54 anys on es va trobar un augment del consum de tabac durant el darrer període, en fer-se grans les primeres generacions de dones que havien començat a fumar de manera habitual.

Segons la classe social es va observar un gradient diferencial en funció del sexe, de manera que els homes de classes socials afavorides eren fumadors habituals en menor percentatge i aquest percentatge augmentava en les classes més desafavorides. En les dones, en canvi, el patró era més complex, a causa dels canvis esdevinguts en el tabaquisme (les dones joves fumadores seguien el mateix patró de desigualtat que els homes, de manera que fumaven més les de classes desafavorides; d'altra banda, les dones que no havien fumat mai eren principalment dones grans de classes desafavorides). Independentment de la classe social, el tabaquisme

Figura 49. Evolució del consum habitual de tabac segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més



era superior en els homes, excepte en les classes socials més benestants, on els percentatges s'igualaven (figura 50). També es van observar diferències segons el país de naixement i segons el sexe. Així, el tabaquisme era inferior en els homes estrangers nascuts en països desenvolupats, tot i que els que fumaven ho feien en més quantitat (18,6 cigarrets de mitjana); en canvi, les dones nascudes en països en desenvolupament van ser les que van declarar un consum de tabac inferior (figura 51) i les que consumien una menor quantitat (8,8 cigarrets).

Fum de tabac ambiental

Respecte a l'entorn i els ambients carregats de fum, un 17% de persones tenia algun company de feina que fumava a prop seu en el seu lloc de treball, un 26,5% va declarar que algun membre de la família fumava a casa habitualment, i un 12% va declarar que durant un dia feiner passava més d'una hora en ambients carregats de fum fora de casa o del lloc de treball, i augmentava a un 28,6% durant el cap de setmana.

Figura 50. Hàbit tabàquic segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat

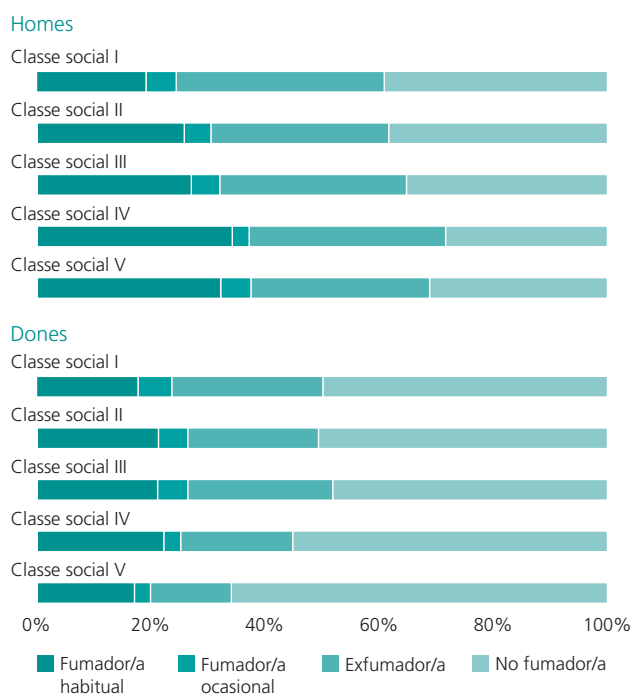
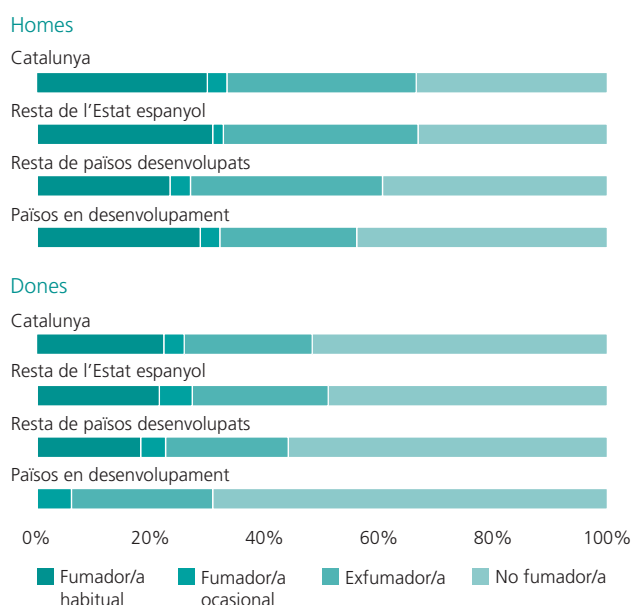


Figura 51. Hàbit tabàquic segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Consum d'alcohol

La majoria de la població de 15 anys o més havia consumit alcohol el darrer any de manera moderada (72,2% dels homes i 62,2% de les dones). El consum d'alcohol de risc es donava en un 9,6% dels homes i un 3% de les dones, percentatge que era superior en els més joves, ja que arribava al 18,1% en homes i 9,5% en dones de 15 a 24 anys (figura

Figura 52. Consum d'alcohol el darrer any segons grups d'edat i sexe. Població de 15 anys o més

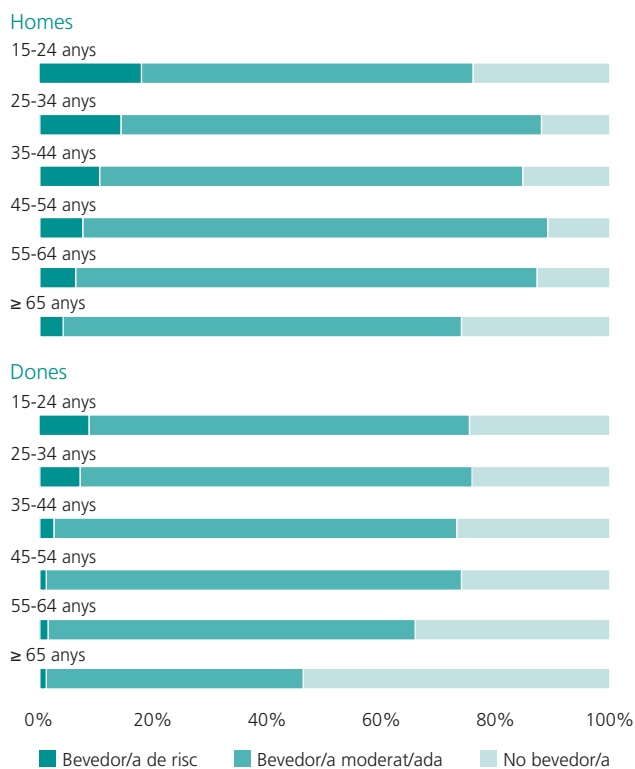
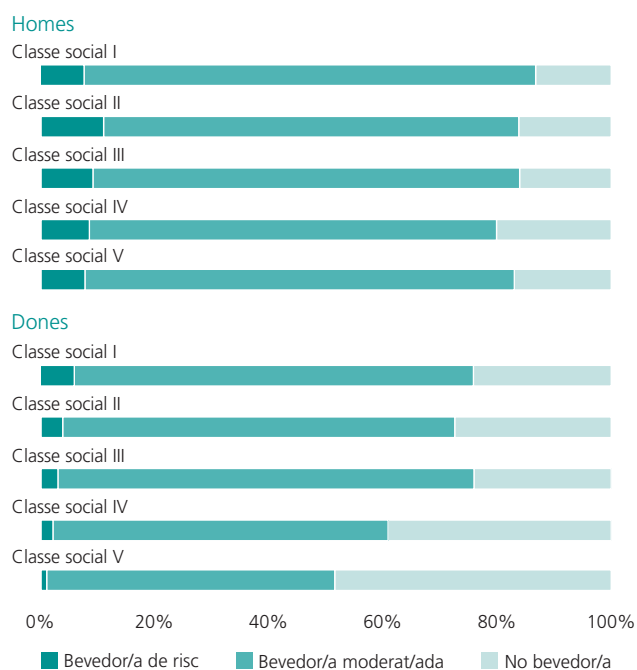
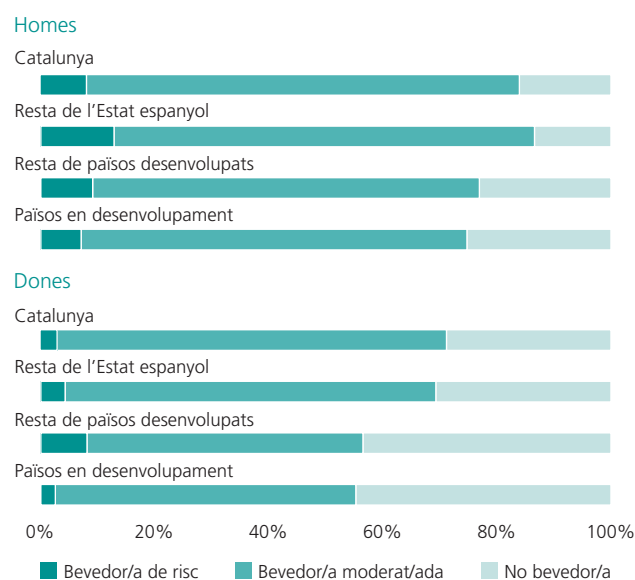


Figura 53. Consum d'alcohol el darrer any segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



52). Cal destacar que un 5,2% de la població havia pres més de 5 consumicions seguides en una sola ocasió almenys una vegada al mes, arribant al 17,7% en homes i 9,2% en dones de 15 a 24 anys. Segons la classe social, el consum d'alcohol de risc declarat era superior en les classes més afavorides, sobretot en les dones (figura 53). Segons el país de naixement, les persones estrangeres van declarar en major percentatge no haver begut alcohol el darrer any; al contrari d'això, els homes nascuts a la resta de l'Estat espanyol i les dones nascudes en països desenvolupats eren els que tenien un major consum de risc (figura 54).

Figura 54. Consum d'alcohol el darrer any segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Consum d'altres drogues/substàncies

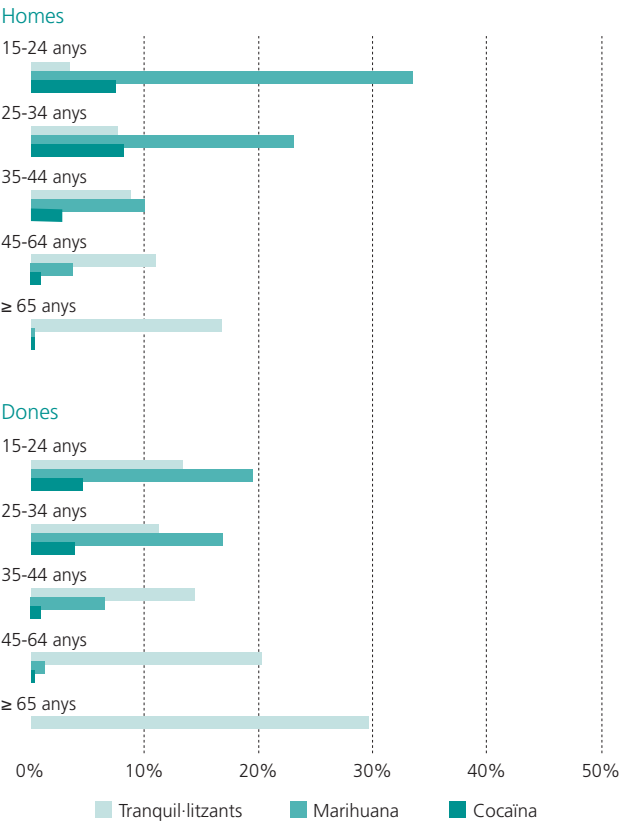
L'enquesta va incloure preguntes sobre el consum de substàncies psicoactives no prescrites mèdicament (consum per curiositat o bé per sentir-se millor, relaxar-se, estimular-se o activar-se) (taula 7). Un 18,2% d'homes i un 29,2% de dones de 15 anys o més van declarar que havien consumit tranquil·lizants alguna vegada, i un 7,4% i un 13,3% van declarar que n'havien pres el mes anterior a l'entrevista. Quant a les drogues il·legals, l'any 2006 un 27,3% d'homes i un 19,8% de dones va declarar haver consumit cànnabis alguna vegada, i els que n'havien consumit el darrer mes representaven el 8,1% i el 3,8% d'homes i dones, respectivament, prevalença que havia augmentat respecte a l'any 2001. Pel que fa al consum de cocaïna, un 9,3% d'homes i un 4,5% de dones van declarar haver-ne pres alguna vegada, i el 1,5% i el 0,6%, respectivament, n'havien consumit el darrer mes.

Taula 7. Consum de substàncies psicoactives en diferents moments (alguna ocasió, el darrer any i el darrer mes) segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Consum de tranquil·lizants				
En alguna ocasió	18,2%	16,7%	29,2%	26,9%
El darrer any	10,1%	–	18,4%	–
El darrer mes	7,4%	7,9%	13,3%	15,1%
Consum de cànnabis				
En alguna ocasió	27,3%	15,9%	19,8%	9,1%
El darrer any	11,6%	–	7,2%	–
El darrer mes	8,1%	4,4%	3,8%	2,1%
Consum de cocaïna				
En alguna ocasió	9,3%	4,0%	4,5%	1,5%
El darrer any	3,3%	–	1,6%	–
El darrer mes	1,5%	0,7%	0,6%	0,2%

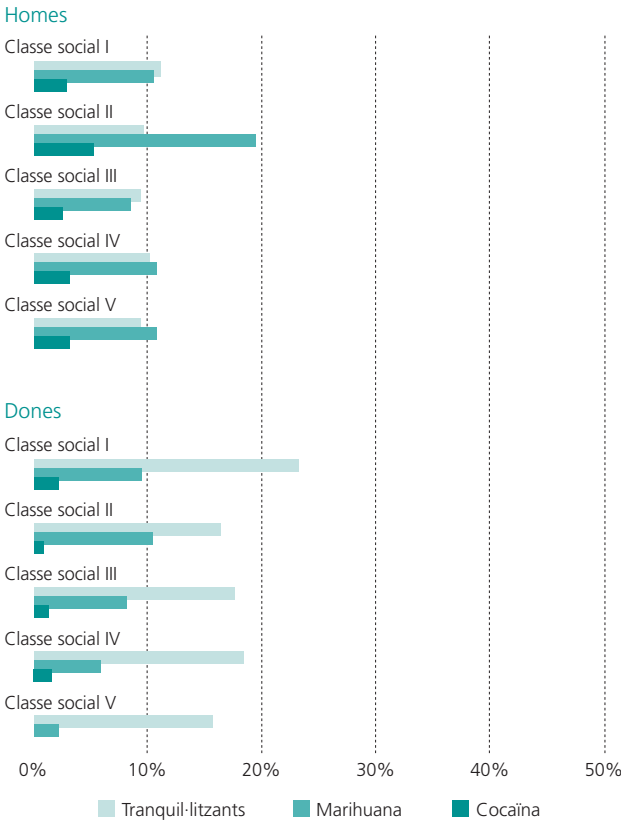
A la figura 55 es mostra el consum declarat segons l'edat. S'hi observa que el consum de tranquil·lizants era més habitual en les persones de més edat i en les dones; a partir dels 65 anys el 16,5% d'homes i el 29,1% de dones n'havien pres el darrer any. Al contrari d'això, cal destacar l'alt consum de cànnabis en els nois més joves, de 15 a 24 anys: 1 de cada 3 homes i 1 de cada 5 dones van declarar haver-ne consumit el darrer any. Igual que el consum de cànnabis, el consum de cocaïna era més habitual en els més joves.

Figura 55. Consum de substàncies psicoactives el darrer any segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més



Respecte a la classe social, no es van observar grans diferències en el consum de substàncies en els homes. En canvi, les dones que consumien més tranquil·lizants eren les de classes afavorides (classe I). El consum de cànnabis també era més freqüent en aquestes dones, i disminuïa en les dones de classes socials desafavorides (figura 56).

Figura 56. Consum de substàncies psicoactives el darrer any segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Hores de son

A l'ESB 2006 es van estudiar les hores de son, ja que es considera que una persona adulta necessita entre 7 i 9 hores diàries de son per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment.

La majoria de la població de 15 anys o més dormia entre 7 i 9 hores diàries, un percentatge que era inferior en les dones (65%) que en els homes (69,3%). D'altra banda, hi havia un 27,6% d'homes i un 31,9% de dones que dormia 6 hores o menys. Les diferències en les hores de son entre homes i dones s'accentuaven a partir dels 35 anys, franja d'edat en què les dones dormien menys hores (figura 57). Segons la classe social es van observar desigualtats, sobretot en les dones, ja que les de classes socials menys afavorides eren les que dormien menys. D'altra banda, la diferència entre homes i dones es concentrava en les persones de classes socials desafavorides (figura 58).

Figura 57. Hores diàries de son segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més

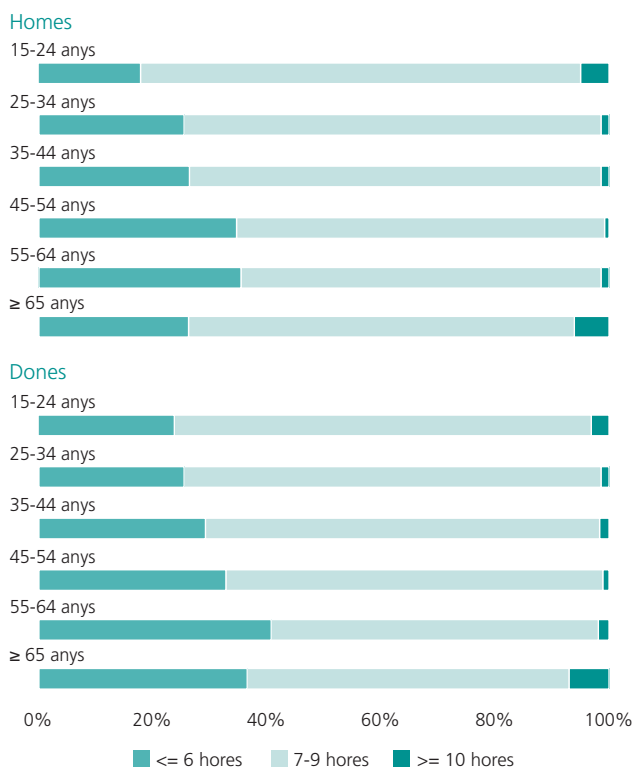
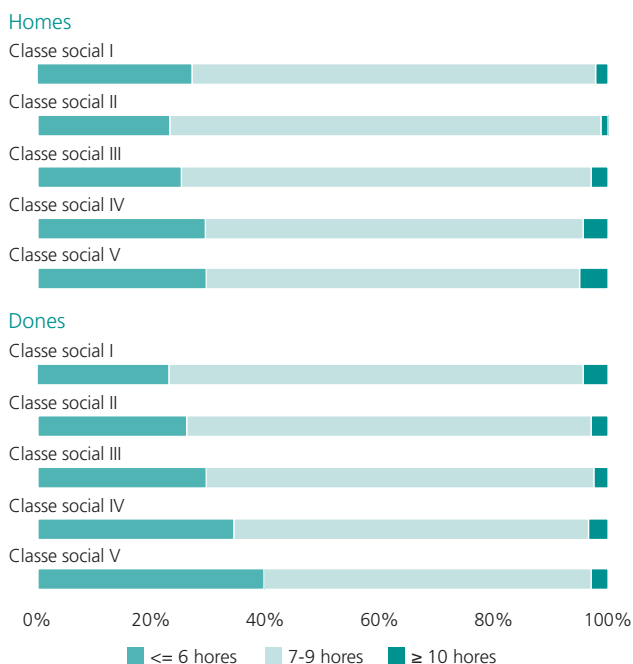


Figura 58. Hores diàries de son segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat



Utilització dels serveis sanitaris

La importància de l'obtenció i l'anàlisi de dades respecte a la utilització dels serveis sanitaris per part de la població és àmpliament reconeguda i entre les seves implicacions destaca la planificació sanitària i l'avaluació dels recursos disponibles. L'ESB 2006 va recollir informació de diferents serveis sanitaris tant referents a l'atenció primària com a l'especialitzada i als serveis d'urgència.

Cobertura sanitària

Primerament, es va demanar pel tipus de cobertura sanitària. A Catalunya hi ha una gran implantació de les assegurances privades i hi ha un volum important de població que es beneficia de la doble cobertura sanitària (pública i privada), que, segons estudis previs, pot determinar diferències en la utilització dels serveis sanitaris (5).

A Barcelona, igual que a Catalunya, els darrers anys hi ha hagut un augment progressiu de la població que es beneficia d'una assegurança sanitària privada. L'any 2006 un 34,8% de la població barcelonina tenia doble cobertura sanitària (pública i privada), percentatge lleugerament supe-

rior al 33,1% de l'any 2001. La doble cobertura es donava en tots els grups d'edat, tot i que era inferior en els majors de 65 anys (28,9%). Hi havia grans desigualtats segons la classe social; així, les persones de classes benestants tenien en major proporció doble cobertura (un 53,5% i un 57,8% d'homes i dones de classe I, respectivament), i disminuïa en forma de gradient en les classes socials més desfavorides (figura 59). Respecte al país de naixement (figura 60), les persones nascudes en països en desenvolupament tenien doble cobertura en un percentatge inferior (16,8% d'homes i 17,9% de dones). Quant al districte, les persones residents a Sarrià-Sant Gervasi (67,2%) i les Corts (49,1%) eren les que tenien en major proporció doble cobertura; en canvi, Ciutat Vella era el que tenia menys població amb doble cobertura (13,3%) (figura 61).

Figura 59. Tipus de cobertura sanitària segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat

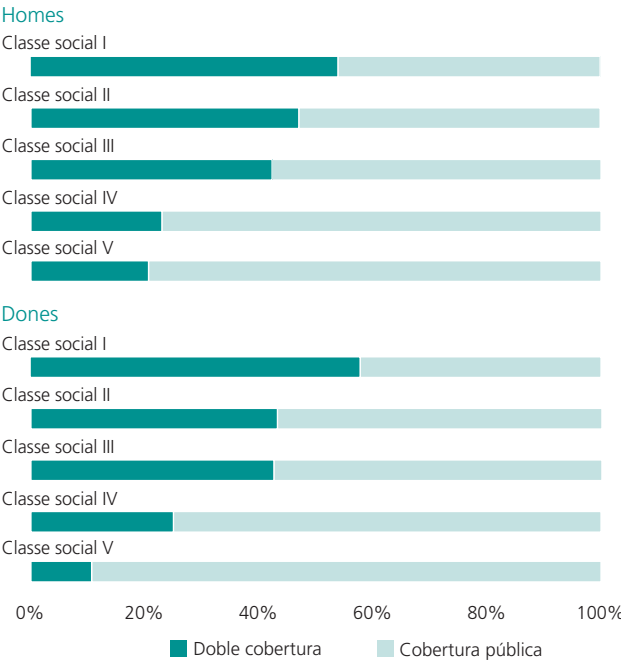


Figura 60. Tipus de cobertura sanitària segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat

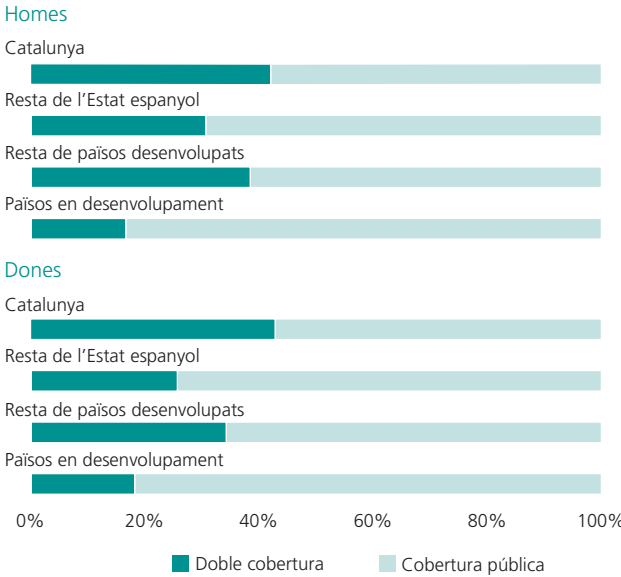
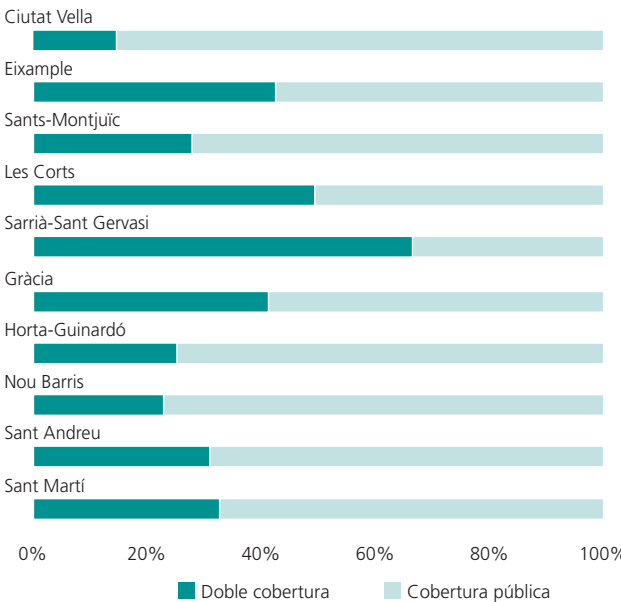


Figura 61. Tipus de cobertura sanitària segons districte. Percentatges estandarditzats per edat



Opinió del sistema sanitari

A les persones de 15 anys o més se'ls va demanar l'opinió respecte al sistema sanitari a Catalunya, i per tant a Barcelona. L'any 2006 un 34,3% de la població barcelonina opinava que el sistema sanitari funcionava bastant bé i només calien petits canvis perquè funcionés millor, el 52,1% creia que hi havia algunes coses bones però calien canvis fonamentals, el 6,6% opinava que caldria refer-lo completament i un 4,3% no va contestar. En general l'opinió era estable respecte a l'any 2001, en què un 8,5% opinava que s'havia de refer completament.

Atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés de la ciutadania a l'assistència sanitària i ha d'oferir una atenció continuada, global i en coordinació amb la resta del sistema sanitari. Per mesurar i avaluar els dominis específics de l'atenció primària, l'enquesta va incloure per primera vegada una adaptació del qüestionari de Barbara Starfield, el PCAT (*Primary Care Assessment Tools*) (28, 29).

Professional sanitari o centre de referència

Igual que l'any 2001, 9 de cada 10 persones tenien un metge o metgessa de capçalera o un centre de referència on acostumaven a anar quan estaven malalts o necessitaven consell sobre la salut. D'aquests, el 85% havia anat a aquest metge/essa o centre de referència l'any anterior a l'entrevista, el qual era en un 82,2% dels casos del Servei Català de la Salut, en un 3,4% d'una mútua obligatòria, en un 12,6% d'una assegurança privada i en un 1,7% particular. La majoria

de la població de 15 anys o més, 3 de cada 4 persones, feia 3 anys o més que tenia el mateix metge/essa de capçalera.

Característiques de l'atenció primària

El qüestionari PCAT (*Primary Care Assessment Tools*) recull informació que permet avaluar diferents dimensions de l'atenció primària. La taula 8 mostra fins a quin grau l'atenció primària complia una sèrie de característiques segons la modalitat del metge/essa o centre de referència. Aproximadament 9 de cada 10 persones van declarar que quan tenien un problema de salut anaven al seu metge/essa o centre de referència abans d'anar a un altre lloc. Quant a l'accés i la utilització (4 primers ítems), la població que tenia com a centre de referència la privada declarava positivament poder realitzar la visita el mateix dia i poder contactar per telèfon amb el centre. En canvi, un alt percentatge dels que utilitzaven freqüentment l'atenció pública declaraven no saber si els podien aconsellar ràpidament per telèfon. Al contrari d'això, el fet de ser visitat sempre pel mateix professional sanitari es donava en major freqüència en la població amb atenció pública. Tanmateix, altres aspectes de la continuïtat de l'atenció (ítems 5,6,7) van ser més ben valorats per la població amb atenció privada. Aspectes de coordinació (ítem 8), globalitat (ítem 9) i competència cultural (ítem 10) van mostrar millors resultats entre els usuaris de l'atenció primària privada. Cal destacar el desconeixement de la població sobre si el centre disposava d'assessorament per a problemes de salut mental.

D'altra banda, es van incloure preguntes sobre les visites realitzades a professionals sanitaris, la freqüentació als serveis d'urgència i les hospitalitzacions, per tal d'avaluar la demanda d'atenció sanitària. Finalment, es volia conèixer la utilitza-

Taula 8. Valoració de les característiques de l'atenció primària segons el tipus de modalitat del professional o centre de referència. Població de 15 anys o més

	Modalitat pública			Modalitat privada		
	<i>Si, sens dubte/ + probable que si</i>	<i>No, en absolut/ + probable que no</i>	<i>No ho sap</i>	<i>Si, sens dubte/ + probable que si</i>	<i>No, en absolut/ + probable que no</i>	<i>No ho sap</i>
1. Va al metge/essa de capçalera abans d'anar a un altre lloc	93,6%	5,9%	0,5%	89,3%	9,3%	1,4%
2. Si el centre és obert la visita és el mateix dia	71,9%	21,1%	7,0%	76,9%	12,4%	10,7%
3. Si el centre és obert es pot rebre consell per telèfon	56,2%	17,1%	26,7%	76,8%	8,6%	14,6%
4. Si el centre és tancat hi ha un telèfon disponible	70,6%	10,8%	18,6%	83,0%	5,5%	11,5%
5. L'atén sempre el mateix professional	83,3%	13,1%	3,6%	78,6%	16,5%	4,9%
6. Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència	40,4%	29,3%	30,3%	69,9%	16,0%	14,1%
7. Coneixen els seus problemes més importants	72,9%	21,6%	5,5%	80,0%	14,6%	5,4%
8. El metge/essa parla sobre la visita a l'especialista	67,1%	23,4%	9,5%	73,2%	19,9%	6,9%
9. El centre disposa d'assessorament en salut mental	30,6%	12,8%	56,6%	45,0%	20,0%	35,0%
10. Recomanaria el centre a un amic o familiar	78,5%	14,5%	7,0%	88,6%	6,6%	4,8%

ció de medicaments identificant si havien estat receptats pel metge/essa, per consell farmacèutic, o si s'havien consumit per iniciativa pròpia.

Visites a professionals sanitaris el darrer any

L'any 2006 aproximadament 9 de cada 10 persones havien realitzat una visita a algun professional sanitari l'any anterior a l'entrevista. Aquest percentatge era superior en els menors de 15 anys i en els majors de 65 anys (95%), en canvi disminuïa en els adults de 15 a 44 anys (85%), i a partir dels 15 anys era superior en dones que en homes. D'altra banda, els homes nascuts en països en desenvolupament havien visitat un professional sanitari en menor proporció (75%); en canvi, en les dones les diferències segons el país de naixement eren menors.

Professionals sanitaris visitats el darrer any

Quant als professionals sanitaris visitats per la població adulta, de 15 anys o més (taula 9), l'any 2006 es va observar un augment de les visites al metge/essa general respecte a l'any 2001, xifra que era sempre superior en les dones. En canvi, les visites a algun metge/essa especialista eren lleugerament inferiors en homes i augmentaven en dones. En aquest cas, el nombre de visites era sempre superior en les dones, patró que es repetia en la freqüentació al dentista, l'oculista i el psiquiatre/a.

El professional més visitat per la població infantil, menors de 15 anys (taula 10), era el pediatre/a i havia augmentat lleugerament respecte a l'any 2001, igual que havien augmentat notablement les visites al metge/essa de capçalera. D'altra banda, cal destacar l'augment de la freqüentació al dentista i al psiquiatre/a o psicòleg/òloga per part dels menors.

Taula 9. Professionals sanitaris visitats el darrer any segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Algun professional sanitari	83,2%	83,3%	93,4%	92,9%
Metge/essa de medicina general	66,1%	58,2%	76,1%	67,3%
Metge/essa especialista	62,8%	69,2%	84,4%	82,7%
Dentista	32,9%	34,9%	40,9%	40,3%
Oculista	26,0%	29,8%	33,1%	35,3%
Psiquiatre/a	4,9%	3,3%	7,6%	5,4%
Ginecòleg/òloga	–	–	49,8%	–
Metge/essa especialista (no inclou dentista ni oculista)	39,4%	43,4%	70,5%	65,3%
Altres professionals sanitaris				
Infermer/a	13,9%	14,1%	16,9%	16,4%
Fisioterapeuta	7,4%	7,1%	10,4%	7,8%
Psicòleg/òloga	3,9%	2,0%	5,8%	3,9%

Taula 10. Professionals sanitaris visitats el darrer any segons sexe. Població de 14 anys i/o menys. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandarditzats per edat

	Nens		Nenes	
	2006	2001	2006	2001
Algun professional sanitari	95,1%	94,7%	95,2%	96,0%
Pediatre/a	84,2%	82,3%	84,8%	80,2%
Metge/essa de medicina general	34,8%	15,2%	34,1%	17,6%
Metge/essa especialista	63,9%	61,2%	60,9%	61,9%
Dentista	45,4%	34,4%	40,6%	37,3%
Oculista	26,1%	24,4%	26,8%	31,6%
Psiquiatre/a	4,0%	0,6%	0,7%	0,6%
Ginecòleg/òloga	–	–	1,7%	–
Metge/essa especialista (no inclou dentista ni oculista)	27,6%	33,9%	22,5%	27,8%
Altres professionals sanitaris				
Infermer/a	11,9%	8,5%	10,9%	9,3%
Psicòleg/òloga	7,7%	5,5%	5,7%	4,7%

Visites de la població infantil al dentista el darrer any

L'any 2006 hi va haver un augment de la població infantil que havia anat al dentista l'any anterior a l'entrevista. Així, el 45,4% dels nens i el 40,6% de les nenes menors de 15 havien anat al dentista, respecte al 34,4% i el 37,3% de nens i nenes, respectivament, de l'any 2001. El principal motiu de la visita al dentista en la població infantil va ser la revisió general (59,9%), l'ortodòncia –col·locació i/o seguiment d'aparell o sistema corrector– (25,1%) i empastaments per càries (19,9%).

Característiques de les visites a professionals sanitaris els darrers 15 dies

Visites a professionals sanitaris els darrers 15 dies

Un 20,8% dels homes i un 27,2% de les dones havien estat visitats per motius de salut per un professional sanitari o sociosanitari els 15 dies anteriors a l'entrevista, percentatges bastant estables respecte a l'any 2001 (19,1% i 24,1% en homes i dones, respectivament). Aquests percentatges eren més alts en les persones grans, de manera que 1 de cada 3 persones majors de 65 anys havien visitat un professional sanitari els darrers 15 dies.

Adscripció del professional visitat els darrers 15 dies

Un 72,5% de les visites realitzades van tenir un finançament públic i la resta, un 27,5%, privat. El percentatge de persones visitades per un professional d'una assegurança privada era superior en els menors de 15 anys, i disminuïa amb l'edat (figura 62). També era superior en les persones de classes socials privilegiades (figura 63) i en els homes i les dones nascuts a Catalunya (figura 64).

Figura 62. Adscripció del professional sanitari visitat els darrers 15 dies segons grup d'edat i sexe

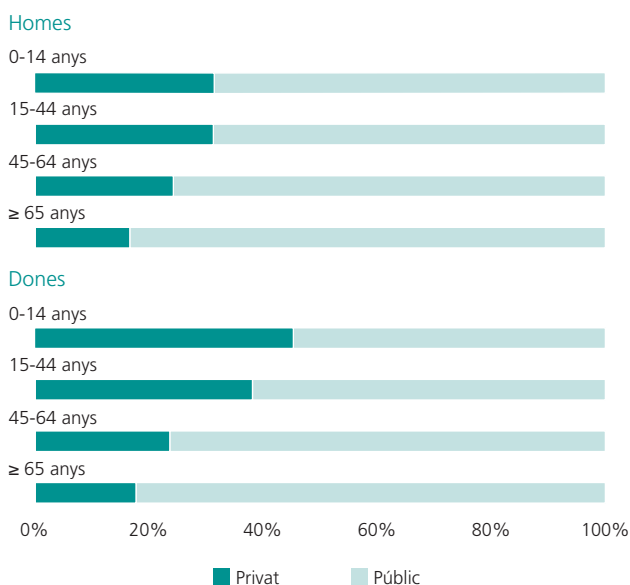


Figura 63. Adscripció del professional sanitari visitat els darrers 15 dies segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat

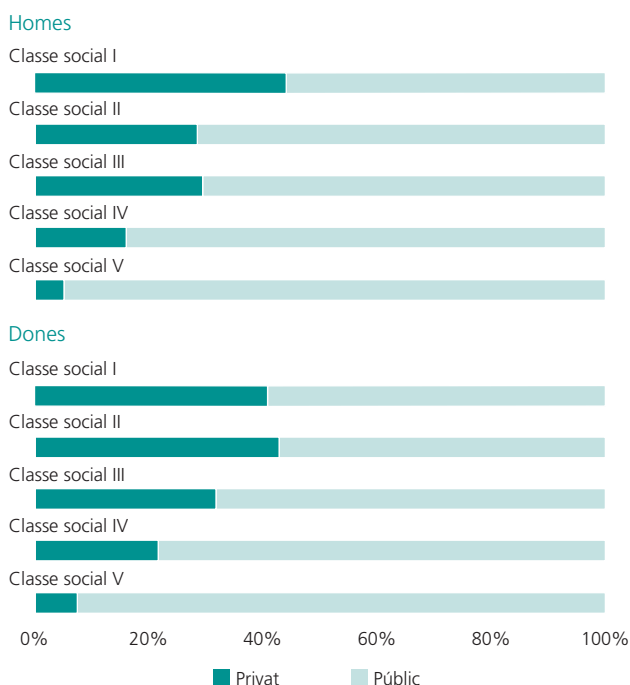
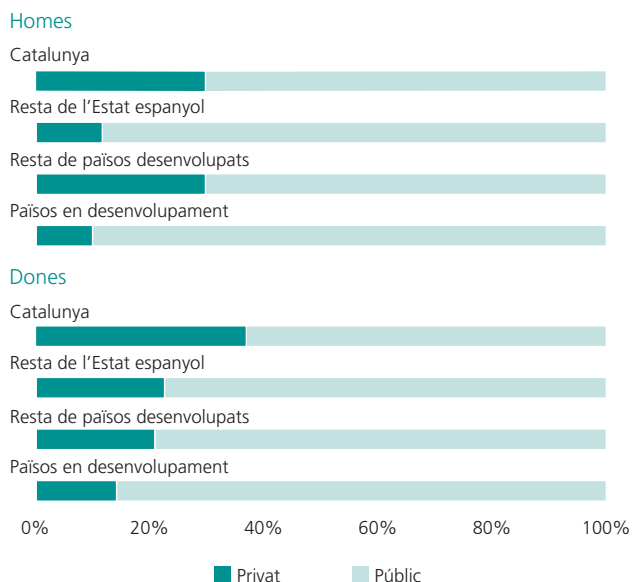


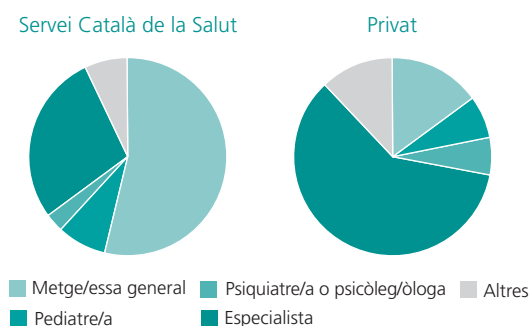
Figura 64. Adscripció del professional sanitari visitat els darrers 15 dies segons país de naixement i sexe. Percentatges estandaritzats per edat



Tipus de professional sanitari visitat els darrers 15 dies

Quant al professional consultat els darrers 15 dies, hi havia diferències segons el tipus de finançament de la visita (figura 65). Així, quan s'havia consultat un professional del sistema sanitari públic, aquest era principalment un metge/essa general; en canvi les visites realitzades a un professional del sistema sanitari privat eren principalment a un especialista (un 28% de visites a l'especialista pel sistema públic i un 60% pel privat).

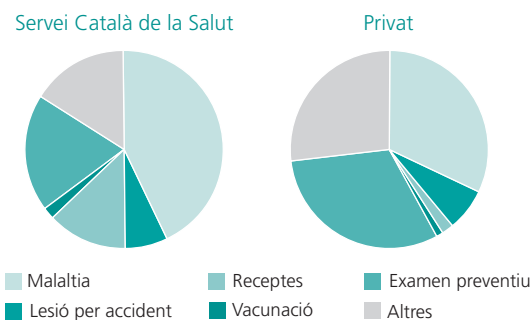
Figura 65. Professional sanitari visitat els darrers 15 dies segons el tipus de finançament de la visita



Motiu de la visita dels darrers 15 dies

També es van observar diferències en el motiu de la visita (figura 66), de manera que les visites realitzades en el sistema públic havien estat principalment per malaltia o receptes, i en menor mesura per pràctiques preventives; al contrari d'això, les visites de finançament privat havien estat tant per malaltia com per examen preventiu.

Figura 66. Motiu de la visita els darrers 15 dies segons el tipus de finançament de la visita

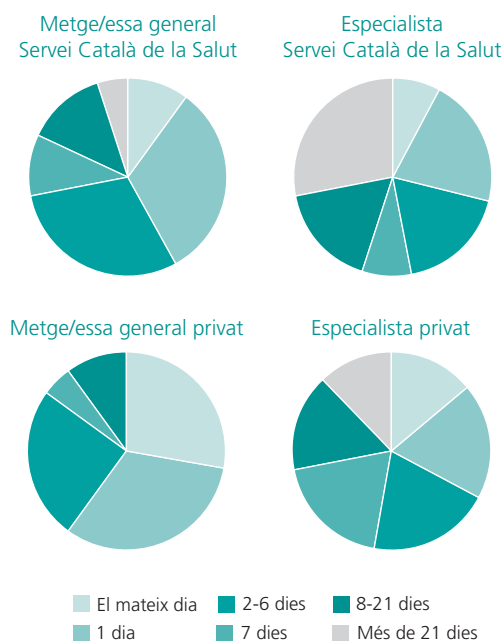


Temps d'espera des que es demana la visita fins que es realitza

Un altre aspecte important és el temps que passa des que es demana la visita fins que aquesta es realitza. Les persones que havien realitzat una visita a algun professional sanitari en els 15 dies anteriors a l'entrevista van esperar una mitjana de 14,4 dies des que la van demanar fins que la van rebre, tot i que la meitat d'aquestes persones va haver d'esperar 3 dies o menys. El temps d'espera per realitzar la visita havia estat diferent segons el tipus de professional i segons el tipus de finançament de la visita (figura 67). Aconseguir visita amb el metge/essa de capçalera o pediatre el mateix dia o l'endemà de demanar-la es va donar en un 41,3% si el professional era del Servei Català de la Salut, i augmentava fins a un 60,3% si el professional era de la privada. Al contrari d'això, un 18,6% de la població realitzava la visita una setmana després de demanar-la a un metge/essa de capçalera del sistema públic, i aquest percentatge era d'un 10% quan el professional era de la privada. Només un 2,6% de la població tardava més d'un mes a aconseguir la visita amb el metge/essa general del sistema públic, i al sistema privat el temps d'espera màxim era de 15 dies.

Independentment del tipus de finançament, les visites a l'especialista tenien un temps d'espera superior al del metge/essa de capçalera. Un 28,5% de la població podia fer la visita a l'especialista el mateix dia o l'endemà de demanar-la si el professional especialista era de la sanitat pública, i aquest percentatge arribava al 33,8% si el professional era de la privada. En canvi, el 45,3% de les persones visitades per l'especialista van haver d'esperar més d'una setmana des que van demanar la visita si el professional era de la pública, percentatge que es reduïa fins al 27,8% en les visites realitzades a un professional de la privada. Aproximadament un 18% de la població havia tardat més d'un mes a aconseguir la visita amb l'especialista del sistema públic i en el cas del sistema privat aquest percentatge havia estat inferior (7,7%).

Figura 67. Temps d'espera des que es demana la visita i aquesta es realitza segons el tipus de finançament de la visita



Atenció sanitària no atesa

Al marge de les visites realitzades els darrers 15 dies, es va demanar a la població entrevistada si durant els darrers 15 dies havien tingut algun problema de salut que requerís atenció mèdica i no l'havien demanat. Amb les dades obtingudes es va tenir un indicador de la necessitat d'assistència de la població no coberta o no atesa.

Un 5,4% d'homes i un 8,1% de dones van tenir algun problema de salut que necessitava atenció mèdica però no van demanar-la. Aquesta necessitat no atesa era superior en dones i en les persones de 15 a 64 anys (figura 68).

D'altra banda, els homes de classe social més desafavorida, classe V, van ser els que presentaven un major percentatge de necessitat d'assistència no coberta. En les dones es va observar un gradient (figura 69), de manera que les de classes socials més afavorides eren les que presentaven un percentatge inferior de necessitat no coberta, que augmentava progressivament en les de classes menys afavorides (5,5% de dones de classe I i 11,9% de dones de classe V). Segons el país de naixement, tant els homes com les dones nascuts en països en desenvolupament van ser els que van manifestar necessitat d'assistència no atesa en major proporció (figura 70).

Figura 68. Necessitat d'assistència mèdica no coberta segons grup d'edat i sexe

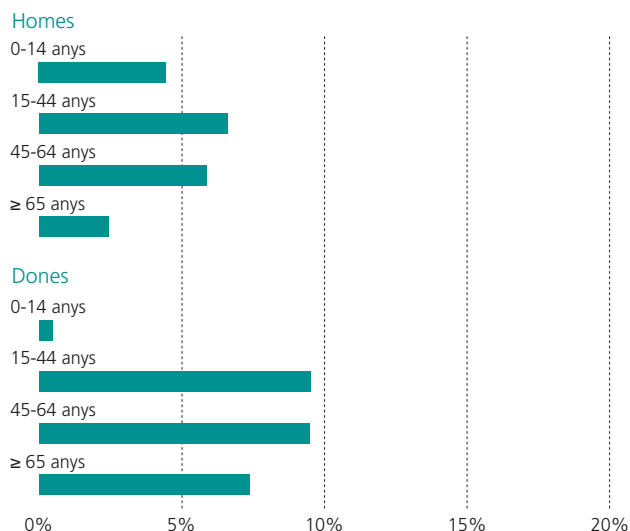
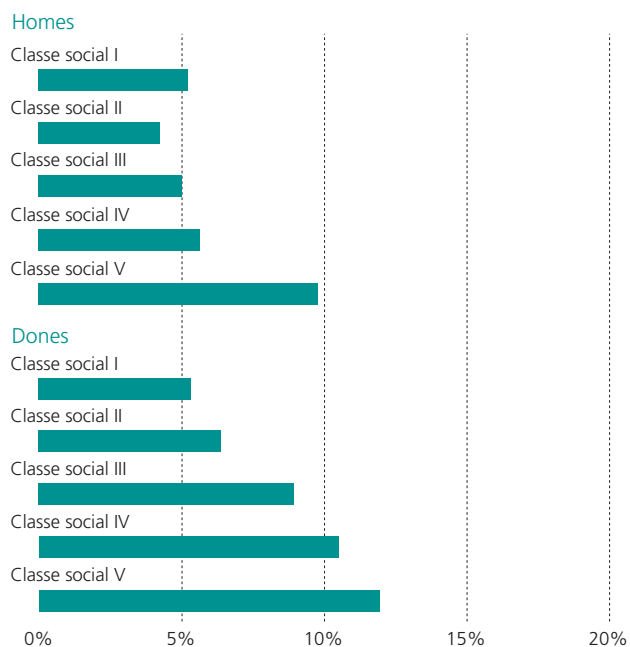


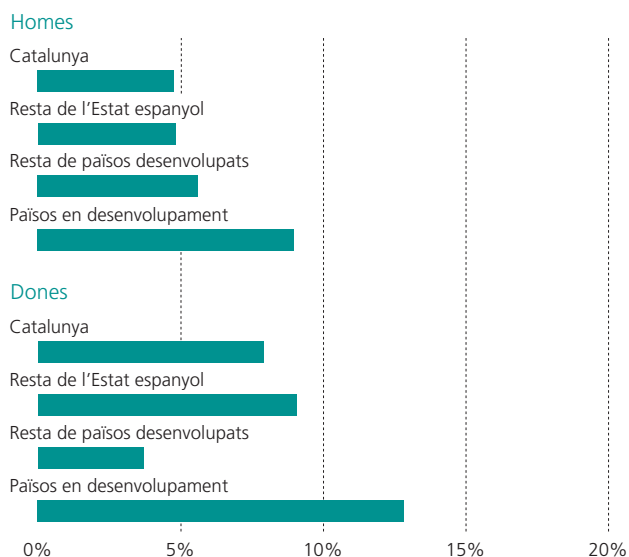
Figura 69. Necessitat d'assistència mèdica no coberta segons classe social i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat



Motius per no demanar assistència sanitària

Els principals motius per no haver demanat atenció sanitària van ser, en primer lloc, perquè el problema de salut no era prou greu (52,2% dels homes i 31,5% de les dones), per no haver de perdre hores de treball (19,9% dels homes i 17,1% de les dones) i en algun cas perquè creien que des de l'atenció sanitària no els resoldrien el seu problema de salut (6% dels homes i 14,4% de les dones).

Figura 70. Necessitat d'assistència mèdica no coberta segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Visites a urgències

Visites a urgències el darrer any

L'any 2006 un 28,9% d'homes i un 33,1% de dones havien consultat un servei d'urgències, xifres superiors a les de l'any 2001 (24,7% i 25,7% en homes i dones, respectivament). Cal mencionar que la freqüentació als serveis d'urgències era superior en la població infantil; així, un 39,3% de nois i un 40% de noies menors de 15 anys havien consultat urgències l'any anterior a l'entrevista (figura 71). Segons la classe social, en ambdós sexes es va observar un gradient en la realització de visites a urgències, de manera que les persones de classes socials més privilegiades havien visitat urgències en menor proporció, i el percentatge augmentava en les persones de classes menys privilegiades (figura 72). Respecte al país de naixement, d'una banda, les persones nascudes en països desenvolupats havien realitzat menys visites a urgències; d'altra banda, les dones nascudes en països en desenvolupament eren les que havien realitzat una major freqüentació als serveis d'urgències (figura 73). La majoria de les persones que havien realitzat alguna visita a un servei d'urgències ho havien fet per iniciativa pròpia (74,9%) i un 18,1% ho havien fet per decisió d'un familiar o un acompanyant.

Figura 71. Visites a un servei d'urgències el darrer any segons grup d'edat i sexe

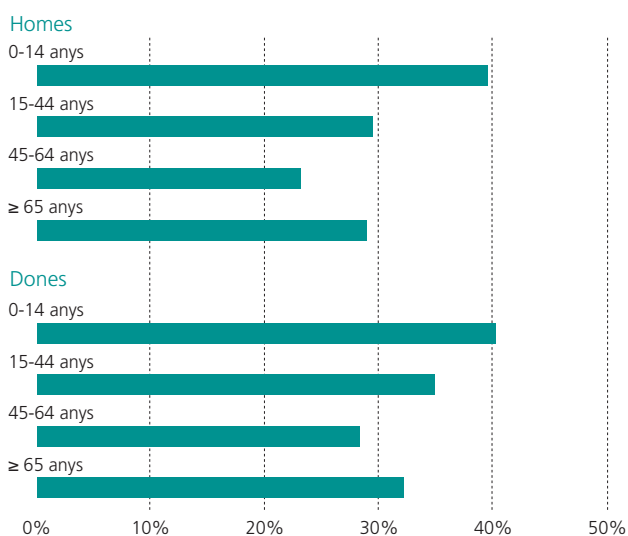
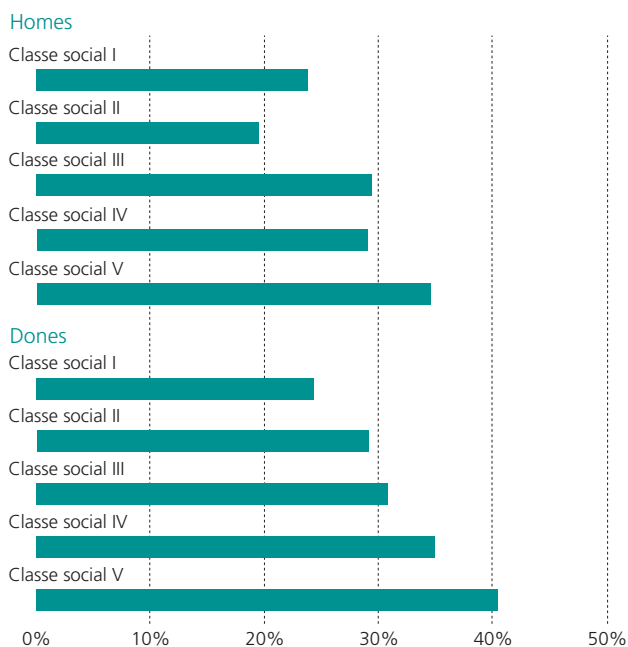


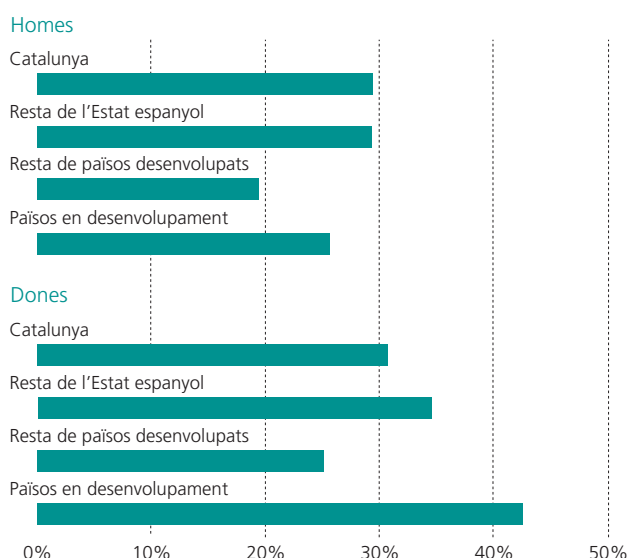
Figura 72. Visites a un servei d'urgències el darrer any segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Nombre de visites a urgències el darrer any

La majoria de la població que havia visitat un servei d'urgències el darrer any només ho havia fet una vegada (64,5% d'homes i 60,6% de dones) o dues (19,2% d'homes i 21,8% de dones), i el 15,6% d'homes i el 17,7% de dones ho havien fet tres vegades o més.

Figura 73. Visites a un servei d'urgències el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Lloc de la visita a urgències el darrer any

Les persones que havien consultat urgències el darrer any ho havien fet majoritàriament en un hospital (54,1% en un hospital públic i 19,2% en un hospital privat); un 17% havien anat al servei d'urgències del centre d'atenció primària (CAP) públic; un 3,8% havien anat d'urgències a la consulta d'un metge/essa o centre privat, i el 3,5% va trucar a un servei d'emergències mèdiques (061, 112, etc.).

Segons l'edat hi havia diferències (figura 74). La visita d'urgències a un hospital privat va ser més freqüent en els menors de 15 anys (37,3%), en canvi, les visites d'urgència al CAP van ser més freqüents en la població de 15 a 44 anys (22%).

Finalment, els més grans de 65 anys van ser els que s'havien visitat d'urgència a un hospital públic en major proporció, així com els que van consultar més per telèfon un servei d'emergències (6,7%).

Segons la classe social també hi havia desigualtats (figura 75), essent les persones de classes més benestants les que van realitzar més visites d'urgències a un hospital o un centre privat (el 43,7% de persones de classe I i el 6,9% de classe V), i en canvi les persones de classes socials desfavorides havien anat en major freqüència a l'hospital públic (el 45,1% de persones de classe I i el 72,9% de classe V).

Quant al país de naixement (figura 76), els homes nascuts a l'estranger havien anat en major proporció al CAP que els autòctons, de la mateixa manera que les dones nascudes en països en desenvolupament. En general, les persones nascudes en països en desenvolupament s'havien visitat d'urgència en un hospital privat en menor proporció.

Figura 74. Lloc de la visita a un servei d'urgències el darrer any segons grup d'edat i sexe

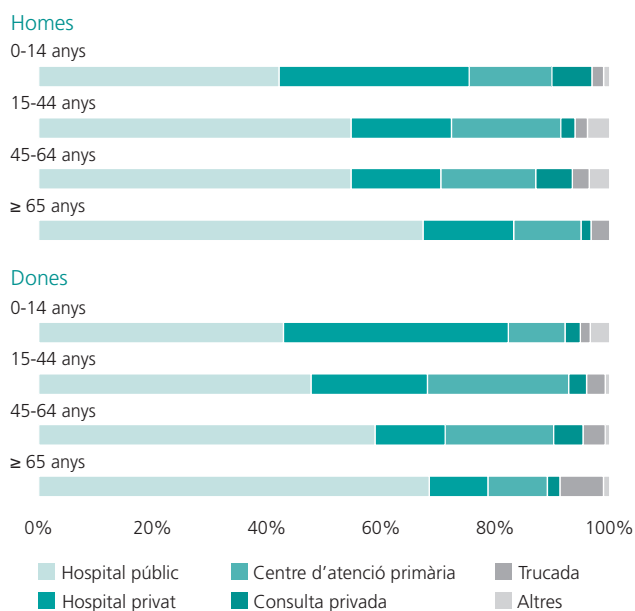


Figura 75. Lloc de la visita a un servei d'urgències el darrer any segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat

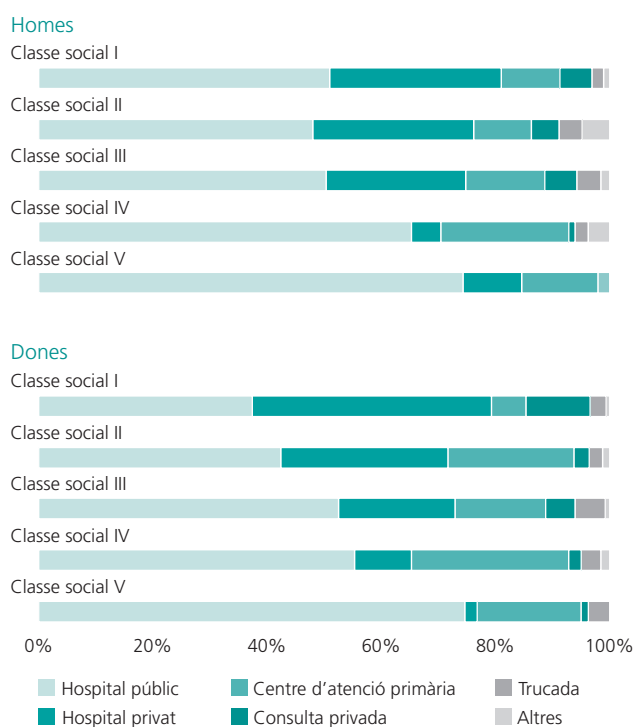
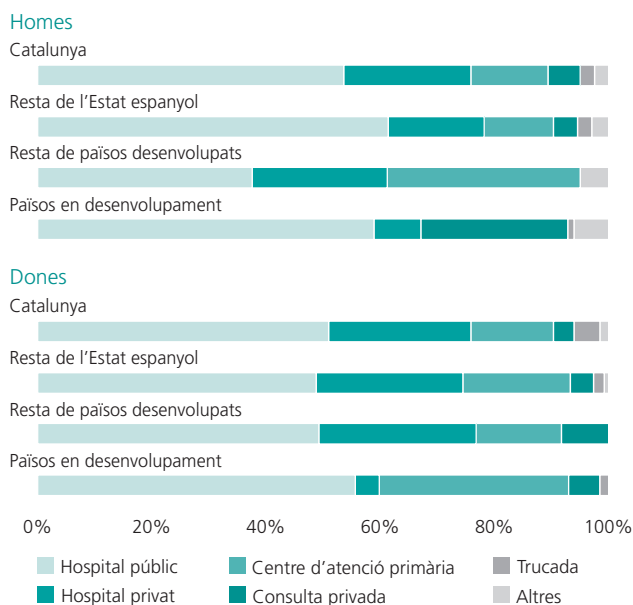


Figura 76. Lloc de la visita a un servei d'urgències el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandaritzats per edat



Ingressos hospitalaris

Hospitalització el darrer any excloent els parts

Un 8,8% dels homes i un 9% de les dones havien estat hospitalitzats com a mínim una nit durant l'any anterior a l'entrevista, excloent-ne els ingressos hospitalaris per part; xifra bastant estable respecte a l'any 2001 (8,8% d'homes i 7,7% de dones). La majoria de la persones hospitalitzades, el 74,4% dels homes i el 78,6% de les dones, van ingressar en un hospital de la xarxa pública.

El percentatge de població hospitalitzada augmentava amb l'edat (un 19,0% d'homes i un 17,7% de dones de 65 anys o més) (figura 77), i van ser els menors de 15 anys els que van ingressar en un hospital privat en major proporció (el 43,1% dels nens i el 36,3% de les nenes hospitalitzades).

La figura 78 mostra que l'hospitalització va ser menor en la població de classes socials més afavorides i augmentava en la població de classes socials desfavorides. D'altra banda, gairebé el 40% de les persones ingressades de classes socials benestants (classes I i II) ho havien fet en un hospital privat.

Quant al país de naixement, els homes nascuts a l'estranger havien estat hospitalitzats en menor proporció, en canvi les dones nascudes a l'Estat espanyol van ser les que van registrar un major percentatge d'hospitalització (figura 79). Cal mencionar que les persones nascudes en països en desenvolupament havien estat hospitalitzades amb major freqüència en un hospital públic (81% dels homes i 86,7% de les dones).

Figura 77. Hospitalització (exclou parts) el darrer any segons grup d'edat i sexe

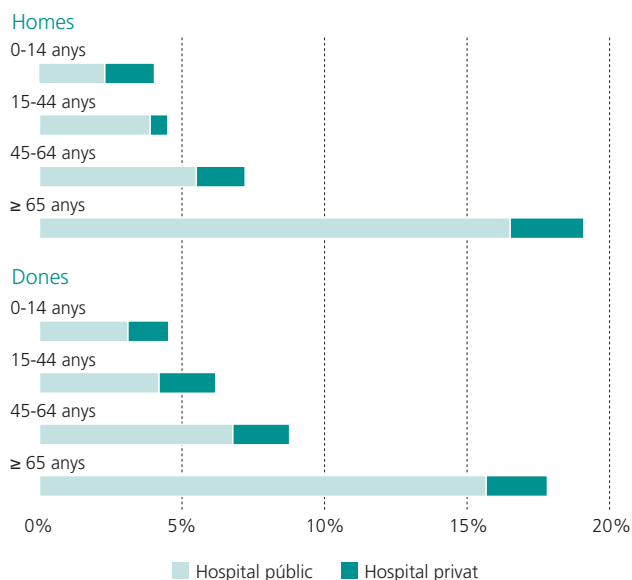
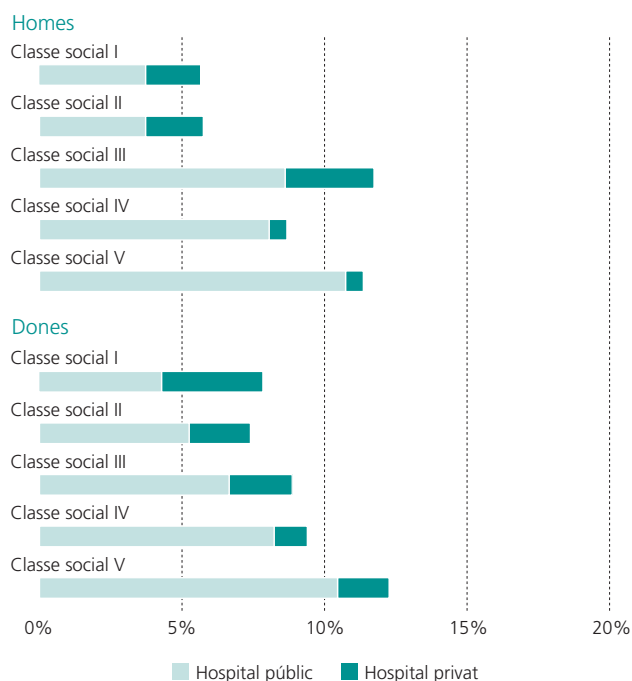


Figura 78. Hospitalització (exclou parts) el darrer any segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat



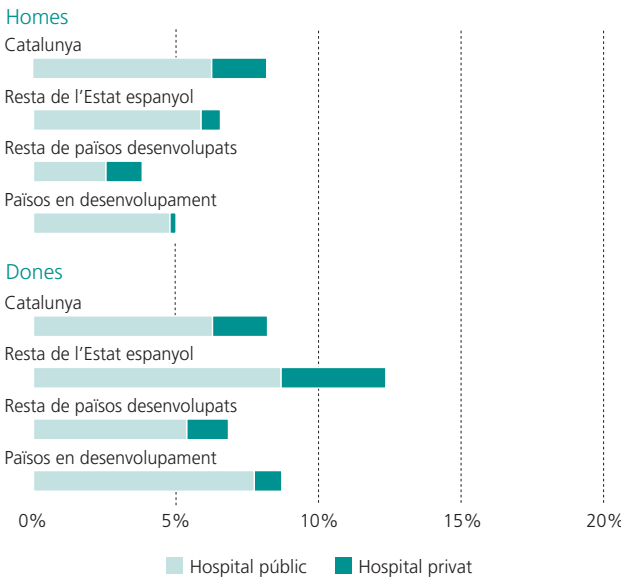
Hospitalització per part el darrer any

Un 4,2% de les dones de 15 a 49 anys havien estat ingressades per part (l'1,6% de dones de 15 a 24 anys, el 7,2% de dones de 25 a 34 anys i el 3,1% de les dones de 35 a 49 anys), cosa que representava el 30,6% dels ingressos hospitalaris de les dones d'aquesta edat. L'ingrés de dones de 15 a 49 anys havia augmentat respecte al 2,6% de l'any 2001. Un 43,3% dels ingressos hospitalaris per part havien estat en un hospital privat.

Consum de medicaments

Un 53,8% d'homes i un 74,4% de dones de 15 anys o més havia consumit algun medicament en els dos dies anteriors a l'entrevista, percentatge que era sempre molt superior en les dones, excepte en el grup d'edat de 65 anys o més, on tendien a igualar-se. El consum de medicaments augmentava amb l'edat, de manera que un 87,4% d'homes i un 91,1% de dones de 65 anys o més havien pres medicació. La taula 11 mostra el consum de medicaments específics per part de la població de 15 anys o més. Per a la majoria dels medicaments, el consum era amb recepta mèdica gairebé sempre, excepte l'aspirina, les vitamines o minerals i els medicaments, per a la tos i el refredat, que es consumien tant amb recepta com per iniciativa pròpia. Per a la majoria de medicaments, el consum era superior en dones i cal destacar l'alt consum en dones de tranquil·litzants, antidepressius i pastilles per dormir, que era més del doble del consum dels homes.

Figura 79. Hospitalització (exclou parts) el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat



Taula 11. Consum de medicaments els darrers dos dies segons sexe i prescripció. Població de 15 anys o més

	Homes			Dones		
	Amb recepta mèdica	Per iniciativa pròpia	Per consell de farmàcia	Amb recepta mèdica	Per iniciativa pròpia	Per consell de farmàcia
Per a la tensió arterial	13,5%	0,1%	0%	17,9%	0%	0,1%
Per al colesterol	7,5%	0,1%	0,1%	9,5%	0%	0%
Per a l'estómac	6,2%	0,9%	0,1%	10,4%	0,5%	0,1%
Per al cor	6,1%	0,1%	0%	6,4%	0%	0%
Tranquil·litzants	5,4%	0,4%	0,1%	12,6%	0,4%	0%
Antidepressius	4,5%	0,1%	0%	11,2%	0%	0,1%
Pastilles per dormir	4,3%	0,4%	0,1%	10,6%	0,4%	0,1%
Per a la diabetis	4,6%	0,1%	0%	3,8%	0%	0%
Antibiòtics	2,8%	0,2%	0,2%	3,3%	0,4%	0,2%
Per a l'al·lèrgia	1,9%	0,2%	0,1%	3,6%	0,2%	0,1%
Per a problemes de pell	2,0%	0,1%	0,1%	3,6%	0,1%	0,1%
Per a l'asma	2,2%	0,2%	0,1%	3,2%	0,3%	0%
Laxants	1,4%	0,3%	0%	3,7%	0,6%	0,2%
Aspirina	10,6%	12,2%	0,7%	22,2%	15,7%	1,2%
Vitamines o minerals	3,1%	2,2%	0,5%	9,2%	2,6%	0,8%
Per a la tos o el refredat	2,4%	2,2%	0,7%	2,9%	1,3%	0,4%

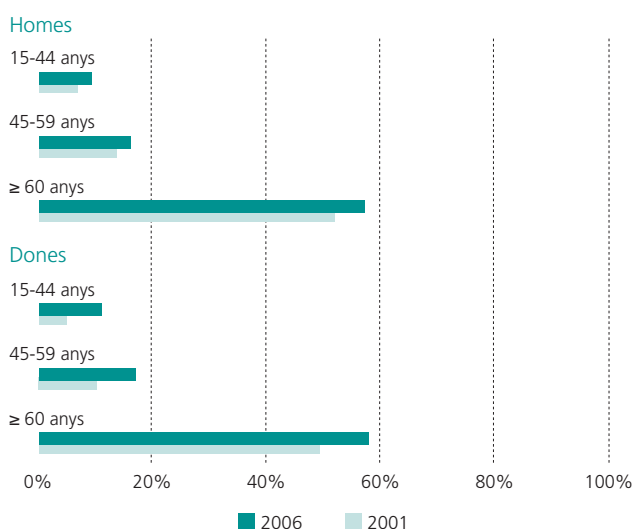
Pràctiques preventives

Per tal d'identificar malalties en estadis inicials i prevenir-ne l'avenç és important portar a terme un seguit de pràctiques preventives com poden ser el control de la tensió arterial i el colesterol en sang, la vacunació i els cribratges de càncer de mama i de cèrvix mitjançant la mamografia i la citologia preventiva respectivament, que són les pràctiques preventives que va recollir l'ESB 2006. La realització de pràctiques preventives depèn tant de factors sociodemogràfics com de factors relacionats amb la mateixa persona i amb el professional sanitari. Els programes de cribratge poblacional contribueixen a disminuir les desigualtats socials en la realització d'aquestes pràctiques preventives (30).

Vacunació de la grip

Un 24,3% d'homes i un 25,7% de dones de 15 anys o més van declarar que es vacunaven contra la grip de manera regular en començar la tardor, percentatge que havia augmentat respecte a l'any 2001 (20,5% d'homes i 18,3% de dones). Entre les persones que es trobaven en un grup de risc i que calia que es vacunessin de la grip, hi ha les persones de 60 anys o més. Un 57% d'aquestes es vacunava contra la grip, sense diferències entre homes i dones, percentatge que havia augmentat respecte al 46,3% de l'any 2001 (figura 80).

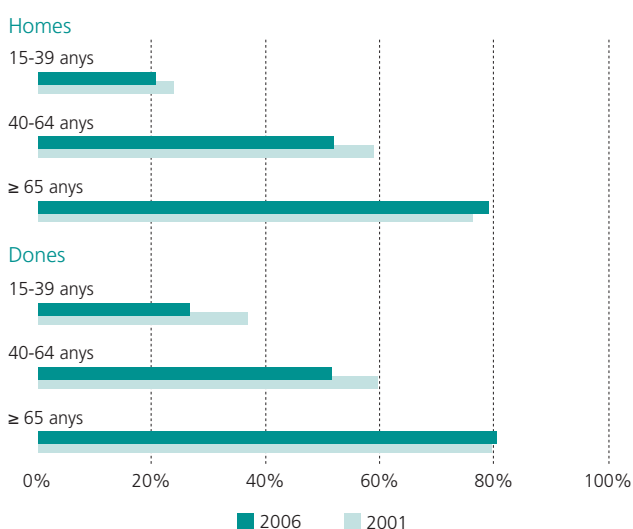
Figura 80. Vacunació de la grip segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001



Control de la tensió arterial

La presa de la tensió arterial es recomana que es faci cada 4 anys en menors de 40 anys i cada 2 anys a partir dels 40 anys, essent més habitual en la gent gran. A Barcelona, el 45,6% d'homes i el 48% de dones de 15 anys o més es prenen la tensió arterial periòdicament, percentatge inferior al de l'any 2001 (49,3% en homes i 54,7% en dones). La presa de la tensió arterial augmentava amb l'edat (figura 81) i arribava al 79,1% d'homes i al 80,4% de dones de 65 anys o més. Aquests percentatges eren bastant estables respecte a l'any 2001, sobretot en homes (76% i 79,8% en homes i dones respectivament).

Figura 81. Mesura periòdica de la tensió arterial segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001



Control del colesterol

Una altra mesura per a la qual es realitza control periòdic és el nivell de colesterol en sang, que és més habitual en la gent gran. Un 48% dels homes i un 54,6% de les dones de Barcelona es revisava el nivell de colesterol de manera regular. La mesura periòdica del nivell de colesterol augmentava en els majors de 65 anys, rang d'edat en què el 74% d'homes i el 70,1% de dones es controlaven aquest nivell.

Citologies del coll de l'úter periòdiques

Respecte a les pràctiques preventives en ginecologia, l'any 2006 un 59,7% de les dones barcelonines de 15 anys o més es feien citologies periòdiques amb caràcter preventiu, percentatge superior en els grups d'edat de 35 a 64 anys. Respecte a l'any 2001 hi havia hagut un augment de la realització de citologies en tots els grups d'edat, excepte en dones de 35 a 49 anys, edats en què havia disminuït lleugerament (figura 82). Quant a la classe social, les dones de classes manuals, classe IV i V, realitzaven citologies periòdiques en menor proporció que les dones de classes afavorides (figura 83). Segons el país de naixement, les dones nascudes en països en desenvolupament eren les que es feien menys citologies de manera periòdica (figura 84).

Quant al districte, les dones residents a Ciutat Vella eren les que realitzaven menys citologies amb caràcter preventiu (menys del 50% de dones). Al contrari d'això, les dones de les Corts eren les que se'n feien més (més del 60%) (figura 85).

Figura 82. Realització de citologia periòdica segons grup d'edat. Dones de 15 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001

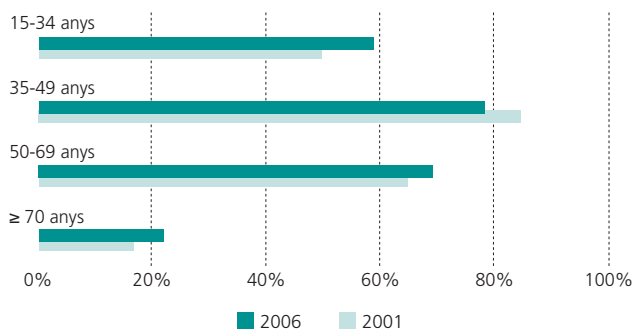


Figura 83. Realització de citologia periòdica segons classe social. Dones de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat

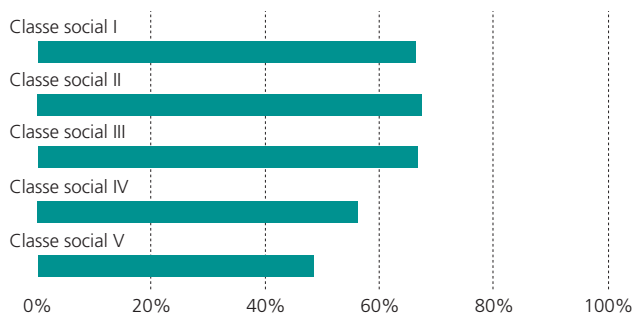


Figura 84. Realització de citologia periòdica segons país de naixement. Dones de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat

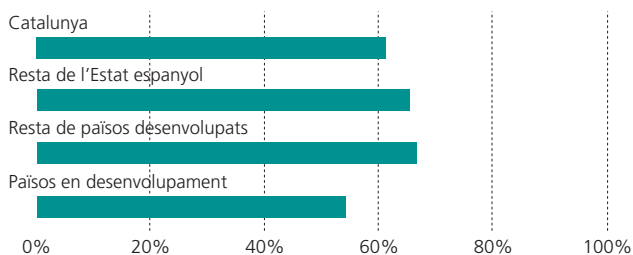
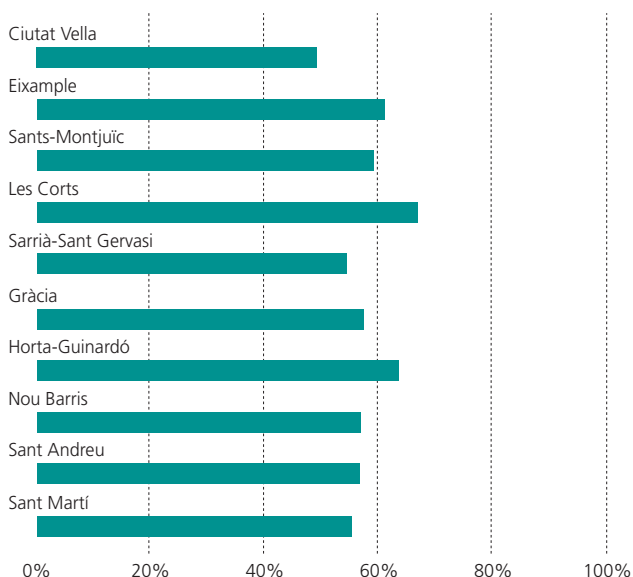


Figura 85. Realització de citologia periòdica segons districte. Dones de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat

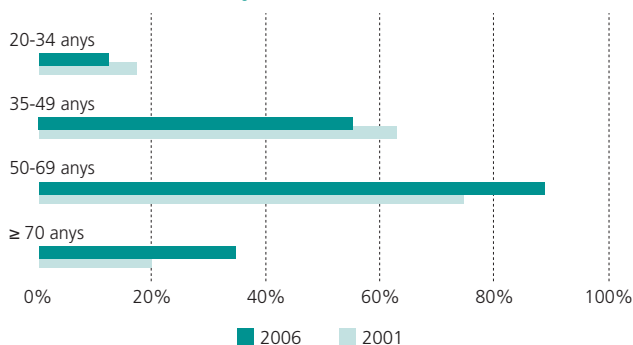


Mamografies periòdiques

Realització de mamografia periòdicament

A Barcelona, l'any 2006, un 48,7% de dones de 20 anys o més es realitzaven mamografies periòdicament, mentre que l'any 2001 ho feien el 46,1%. S'observa un augment en la realització de mamografies, principalment en la població diana en què està recomanada la mamografia amb caràcter preventiu, de manera que l'any 2006 el 87% de les dones de 50 a 69 anys se n'havien fet, en comparació al 73,6% de l'any 2001; en canvi, en les menors de 50 anys havia disminuït el percentatge de dones que es feien mamografies periòdicament (figura 86).

Figura 86. Realització de mamografia periòdica segons grup d'edat. Dones de 20 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001



La realització de mamografies periòdiques en el grup d'edat de 50 a 69 segons la classe social mostrava que les dones de classe V, la més desfavorida, se'n feien en un percentatge inferior a la resta, menys del 80% (figura 87). Segons el país de naixement, no es van observar grans diferències (figura 88), ja que tot i que els percentatges de realització de mamografia eren lleugerament superiors en les dones estrangeres, cal tenir en compte que aquestes representaven només un 10,4% de les dones de 50 a 69 anys (11 dones de països desenvolupats i 66 dones de països en desenvolupament). Els percentatges de dones que realitzaven mamografies de manera periòdica en els districtes fluctuava entre el 82,3% de Sant Martí i el 92,7% de l'Eixample (figura 89).

Figura 87. Realització de mamografia periòdica segons classe social. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat

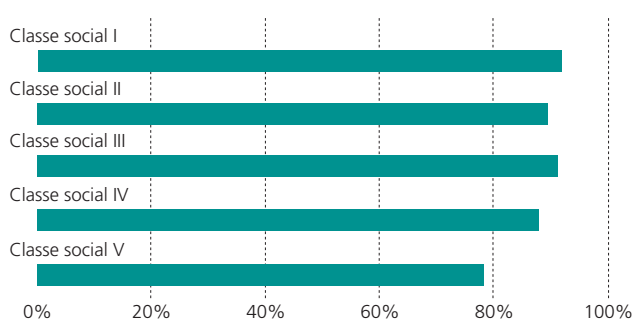


Figura 88. Realització de mamografia periòdica segons país de naixement. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat

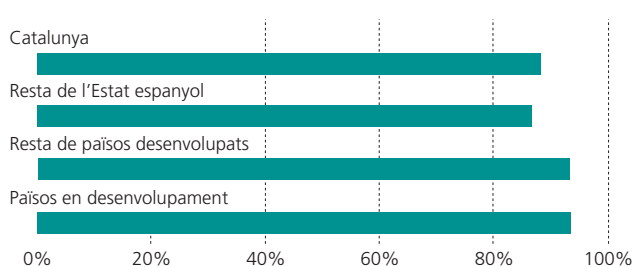
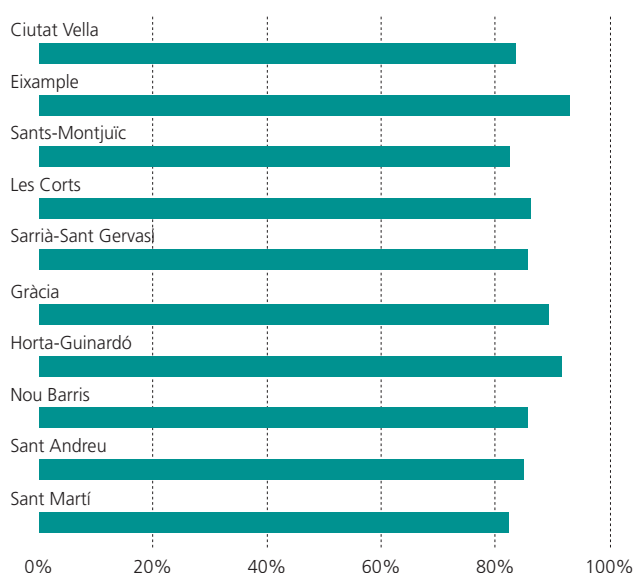


Figura 89. Realització de mamografia periòdica segons districte. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat



Motiu de la no-realització d'una mamografia periòdicament

Un 47,6% de les dones de 20 anys o més no es realitzaven mamografies periòdicament, percentatge que només era del 12,1% (89 dones) en el grup d'edat de 50 a 69 anys, on està recomanada amb caràcter preventiu. Els motius per no realitzar-se mamografies de manera periòdica eren diferents segons el grup d'edat. En les dones menors de 50 anys el motiu principal que van declarar era que no tenien l'edat en què la mamografia està recomanada (76,5% de dones de 15 a 64 anys i 44,2% de dones de 35 a 49 anys). En el grup de 50 a 69 anys, en què està recomanada la mamografia periòdica, els motius eren que no tenien temps (26,8%) i el fet que ningú no els hagués dit que se l'havien de fer (18,4%). Quant a les dones majors de 70 anys, van contestar que o bé no tenien l'edat recomanada o bé ningú no els havia dit que se l'havien de fer.

Lloc de la realització de la darrera mamografia

Aproximadament 7 de cada 10 dones de 20 anys o més s'havien realitzat la darrera mamografia a través d'un ginecòleg/òloga del Servei Català de la Salut o del Programa de detecció precoç del càncer de mama, i un 26,3% se l'havia fet per la privada. En el grup diana del programa, dones de 50 a 69 anys, hi havia un 40,3% de dones que s'havien realitzat la mamografia pel Programa de detecció precoç, un 38,4% se l'havien fet pel Servei Català de la Salut i el 20,6% per la privada (figura 90).

En les dones de 50 a 69 anys hi havia desigualtats respecte al lloc on s'havien realitzat la darrera mamografia segons la classe social; així, les dones de classes més afavorides eren les que s'havien fet la mamografia a través d'un professional o un centre privat en major percentatge. En canvi, el percentatge de dones que s'havien fet la mamografia a través del Programa de detecció precoç era similar en totes les classes socials (figura 91).

Quant als districtes, existien desigualtats (figura 92). Les dones de Sarrià-Sant Gervasi, les Corts i Gràcia s'havien fet en major percentatge la mamografia per la privada (més del 30%). Al contrari d'això, les dones de Sant Martí, Ciutat Vella i Nou Barris, els primers districtes on es va instaurar el Programa, presentaven els percentatges més alts de participació en el Programa de detecció precoç i, per tant, havien realitzat menys mamografies per la privada.

Figura 90. Lloc de realització de la darrera mamografia segons grup d'edat. Dones de 20 anys o més. ESB 2006 i ESB 2001

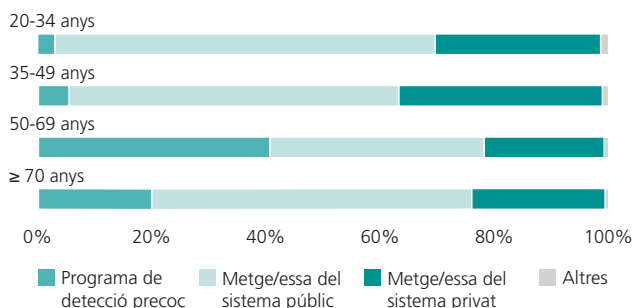


Figura 91. Lloc de realització de la darrera mamografia segons classe social. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat

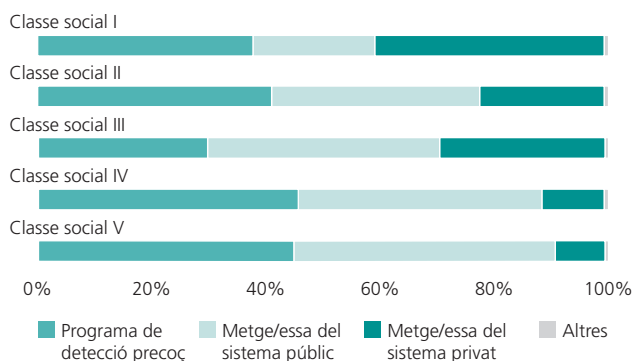
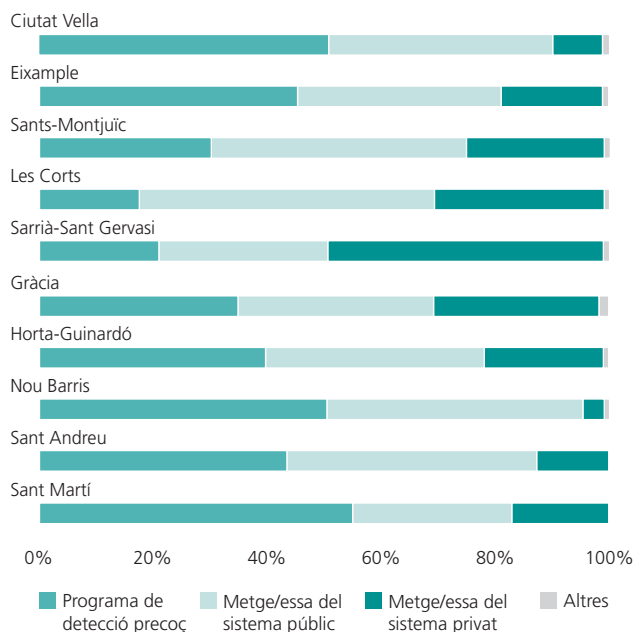


Figura 92. Lloc de realització de la darrera mamografia segons districte. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat



Seguretat viària

Un altre aspecte important de la prevenció sobre el qual es va preguntar a l'ESB 2006 va ser la utilització de mesures de seguretat viària. La taula 12 mostra el percentatge de població que no utilitzava sempre les mesures de seguretat viària, com el casc per anar amb moto i el cinturó de seguretat o altres mesures de subjecció en el cas dels menors quan anaven amb cotxe. Es mostren les següents variables: circulació per ciutat o carretera, homes i dones i anys 2006 i 2001.

Utilització del casc

L'any 2006 un 18,3% de la població barcelonina de 15 anys o més anava amb moto per ciutat, percentatge que havia augmentat respecte al 14,1% de l'any 2001, i un 7,3% anava amb moto per carretera, percentatge que havia disminuït respecte al de l'any 2001, que havia estat del 10,5%. El percentatge d'homes que anaven amb moto era sempre superior al de dones tant per ciutat (20,7% d'homes i 16% de dones), com per carretera (10,2% d'homes i 4,5% de dones). La majoria de persones que anaven amb moto utilitzaven el casc, tant per ciutat com per carretera, i només un 1% no l'utilitzaven sempre, xifra notablement inferior a la de l'any 2001.

Taula 12. No-utilització (de manera habitual) de les mesures de seguretat viària segons el tipus de mesura i segons sexe. ESB 2006 i ESB 2001. Percentatges estandarditzats per edat

No-utilització de mesures de seguretat viària	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Casc en moto				
Per ciutat	1,2%	7,0%	1,3%	7,8%
Per carretera	0,8%	6,5%	1,8%	10,6%
Cinturó al seient del davant				
Per ciutat	2,4%	13,9%	1,1%	10,5%
Per carretera	1,8%	3,6%	1,3%	3,1%
Cinturó al seient del darrere				
Per ciutat	26,1%	–	19,0%	–
Per carretera	18,2%	–	11,7%	–
Mesures de subjecció en menors de 15 anys				
Per ciutat	3,5%	–	3,0%	–
Per carretera	0,0%	–	0,0%	–

Utilització del cinturó de seguretat

La majoria de persones que anaven al seient davanter del cotxe, tant per ciutat com per carretera, utilitzaven sempre el cinturó de seguretat. Respecte a l'any 2001 disminuïa molt la població que no es cordava sempre el cinturó quan anava per ciutat (en homes l'any 2001 era un 13,9% i disminuïa al 2,4% l'any 2006; en dones era el 10,5% el 2001 i va passar a només l'1,1% el 2006). D'altra banda, part de la població que viatjava en cotxe als seients del darrere no utilitzava sempre el cinturó de seguretat, percentatge superior en els homes i quan es viatjava per ciutat (un 26,1% d'homes i un 19% de dones no l'utilitzaven sempre quan anaven per ciutat, i un 18,2% d'homes i un 11,7% de dones no l'utilitzaven sempre quan anaven per carretera).

Utilització de mesures de subjecció per a la població infantil

És especialment important conèixer la utilització de mesures i dispositius adequats de subjecció i seguretat a l'automòbil per part dels menors de 15 anys, ja que, a causa de les seves característiques físiques, les conseqüències dels accidents poden ser molt més greus que per als adults. La població infantil barcelonina utilitzava sempre mesures de subjecció quan viatjava en cotxe per carretera. Tanmateix, per ciutat hi havia un 3,4% de menors de 15 anys que no portaven sempre mesures de subjecció.

Conclusions

**El 2006
la població
barcelonina
declarava bona salut
i uns estils de vida
saludables.**

Les enquestes de salut són una eina molt útil per monitoritzar la salut, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris de la població (1, 2). D'altra banda, són útils per determinar les desigualtats en salut, ja que permeten estudiar la salut i els aspectes relacionats amb la salut segons les característiques sociodemogràfiques i socioeconòmiques de la població (5). L'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2006

ha permès estimar diferents indicadors de la salut, d'estils de vida i d'utilització des serveis sanitaris de la població de Barcelona, així com les desigualtats socioeconòmiques en aquests indicadors i la seva evolució respecte a l'any 2001.

En general, el 2006 la població barcelonina declarava tenir un bon estat de salut. Tanmateix, part de la població declara-

va patir alguns problemes de salut que requerien una atenció especial, com el risc de patiment psicològic, l'accidentalitat, l'obesitat, la restricció de l'activitat o la discapacitat en gent gran. Cal dir, però, que algun aspecte havia millorat respecte a anys anteriors, com és el baix pes en les dones joves, que havia disminuït.

Gran part de la població tenia uns estils de vida saludables, com ara caminar tots els dies i un consum moderat d'alcohol. A més, els darrers anys ha augmentat la realització d'activitat física en el temps de lleure i l'abandó del consum de tabac, malgrat que el consum de tabac, alcohol i altres substàncies il·legals havien augmentat en la població més jove. Part de la població infantil no feia una alimentació saludable (no esmorzaven, consumien menjar ràpid o poc saludable) i realitzava activitats sedentàries com veure la televisió o jugar amb l'ordinador.

L'atenció primària es valorava positivament i per a la majoria de la població era el primer lloc on acudir quan tenien un problema de salut. Així, es va observar un augment de la freqüentació a l'atenció primària que no es donava a l'atenció

**L'atenció
primària es valorava
positivament i havia
millorat la realització
de pràctiques
preventives.**

especialitzada. Tanmateix l'atenció era diferencial segons si la titularitat era pública o privada. La valoració de l'accés telefònic era millor a l'atenció primària pri-

vada. També a la privada el temps d'espera per aconseguir visita amb un professional especialista era menor. En canvi, la continuïtat de l'atenció es va valorar millor en l'atenció primària pública. Quant a

les visites als serveis d'urgències, havien augmentat lleugerament, així com les hospitalitzacions per parts. La població barcelonina feia un ús racional dels medicaments ja que la majoria se'ls prenia amb recepta.

Un aspecte que havia millorat progressivament era la realització de pràctiques preventives. Es va observar un augment tant de la població gran que es vacunava contra la grip, com de la realització de pràctiques preventives ginecològiques per part de les dones o el compliment de mesures de la seguretat viària.

Finalment, cal tenir en compte les desigualtats socioeconòmiques: les desigualtats de gènere existents i persistents en molts dels problemes de salut, els estils de vida poc saludables o la utilització del sistema sanitari –sobretot en el cas de les pràctiques preventives– per part de la població de classes socials desfavorides o la població immigrada.

Cal destacar que l'Enquesta de Salut del 2006 va disposar, per primera vegada, de mostra suficient de població estrangera per poder descriure la salut de la població immigrada de la ciutat. En general, es va observar que la població immigrada era una població jove; que, malgrat que tenien un cert nivell d'estudis, tenien ocupacions poc qualificades; que era una població sana, excepte en algun cas en què la població nascuda en països en desenvolupament va declarar algun problema de salut, sobretot les dones, i que feia un ús del sistema sanitari similar a la població autòctona.

La nova realitat sociodemogràfica de la ciutat de Barcelona –caracteritzada per l'envelliment de la població, l'arribada de la immigració i la incorporació de la dona al mercat de treball– requereix una anàlisi en profunditat per tal de conèixer l'impacte poblacional sobre la salut i plantejar una planificació sociosanitària racional i equitativa (3).

**Aquest informe
ha posat de manifest
l'existència de desigualtats,
essent les dones, les classes
socials desfavorides i la població
immigrada les que presenten més
freqüentment alguns problemes
de salut, estils de vida no
saludables i la no-realització
de pràctiques
preventives.**

Bibliografia

1. De Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A (ed). *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. WHO Regional Publications, European Series, núm. 58, 1996.
2. The European Union Health Monitoring Programme. *Eur J Public Health* 2003; 13(3) (supl.).
3. Borrell C, García-Calvente M, Martí-Bosca JV (ed.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (Supl. 1): 2-6.
4. Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Enquesta de Salut de Barcelona 2006. *Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006*. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.
5. Borrell C, Benach J (coordinadors), CAPS i Fundació J. Bofill. *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
6. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000; 25: 350-63.
7. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.
8. Bellon Saameno JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996; 18(4): 153-6, 158-63.
9. Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Beha* 1997; 38: 21-37.
10. Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. Alemania: The KIDSCREEN Group, 2001. (En línia. Data de consulta: setembre de 2007. Disponible a: www.kidscreen.org).
11. Aymerich M, Berra S, Guillaumon I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit* 2005; 19(2): 91-2.
12. Riley AW, Forrest C, Starfield B, Rebok G, Green B, Robertson J. The parent report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Med Care* 2004; 42: 210-20.
13. Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C, Riley A, Starfield B. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). *Gac Sanit* 2004; 18(4): 305-11.
14. Goldberg D. *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing, 1978.
15. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de *General Health Questionnaire* (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979; 42: 139-58.
16. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 534-39.
17. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. YouthInMind. (En línia. Data de consulta: setembre de 2007. Disponible a: www.sdqinfo.com).
18. Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8): 1381-95.
19. Pekka O. Development of a common instrument for physical activity. A: Nossikov A, Gudex G (ed.). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, 2003.

20. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath S et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32 (supl.): S498-S516.
21. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A: *Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Disponible a: www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf Data de consulta: setembre de 2007).
22. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health. The decade in review. *Journal of Marriage and the Family* 1990; 52: 059-1078.
23. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997; 27: 323-32.
24. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 341-78.
25. Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortés I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *Eur J Public Health* 2004; 14(1): 43-8.
26. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med* 2004; 58(10): 1869-87.
27. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006; 174: 801-9.
28. Starfield B, Shi L. *Manual for the primary care assessment tools*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002.
29. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007; 39(8): 395-403.
30. Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Singh GK, Cardinez C, Ghafoor A, Thun M. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin* 2004; 54(2): 72-7.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



**Agència
de Salut Pública**