



Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006





Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006

Redacció del document

Maica Rodríguez Sanz. Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona
Jorge Càtedra. Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona
Amb la col·laboració del Comitè Assessor i el Comitè Tècnic

Treball de camp

El treball de camp es va realitzar per dues empreses: l'empresa "IPSOS, Investigación de Mercados" encarregada del treball de camp de l'ESCA-2006; i "l'IERMB: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona" pel que fa a l'ampliació de la mostra per part de l'ASPB.

Agraïments

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

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

Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Càtedra J.
Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006.
Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

Realització i impressió

Primer Segona serveis de comunicació

Juny de 2008



Imprès sobre paper reciclat

Índex

Introducció	5
Objectius de l'enquesta	7
Metodologia	9
Característiques tècniques de l'enquesta	9
Àmbit de l'enquesta: poblacional, territorial i temporal	9
Disseny mostral	9
Característiques tècniques de les successives enquestes de salut a Barcelona	12
Característiques del qüestionari	12
Tipus d'enquesta i estructura del qüestionari	12
Base conceptual, definició de variables i descripció de variables compostes	13
El treball de camp	30
Equip de treball i calendari	30
Prova pilot de l'ESCA-2006	30
Organització del treball de camp	31
Motius de substitució de les persones seleccionades	32
Valoració del treball de camp de la submostra ampliada de l'ESB-2006	32
Presentació dels resultats	35
Document de resultats principals	35
Document de taules detallades	35
Instruccions per a l'ús del fitxer de l'ESB-2006	36
Nomenclatura de les variables	36
Ponderació de la mostra	36
Bibliografia	37
Annexs	
Annex 1. Fitxa tècnica	
Annex 2. Carta de presentació	
Annex 3. Questionaris	
Annex 4. Carta explicativa de l'examen de COP	
Annex 5. Manual del personal entrevistador	
Annex 6. Manual de codificació	

Introducció

L'enquesta de salut per entrevista és un instrument útil per a obtenir informació de la població respecte a fenòmens subjectius relacionats amb la salut. L'Enquesta de Salut de Barcelona proporciona informació sobre la salut i la morbiditat percebuda, la qualitat de vida i la salut mental, sobre lesions per accidents i la restricció de l'activitat, així com les discapacitats.¹ També es recull informació sobre els estils de vida relacionats amb la salut, com són el consum de tabac, d'alcohol i drogues, la realització d'activitat física i l'alimentació dels menors. D'altra banda, l'enquesta de salut inclou informació 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, l'entorn ambiental i laboral i altres aspectes socioeconòmics que són importants determinants 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, incloses 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 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.

A més, la informació obtinguda a través d'una enquesta de salut dóna 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.

L'Enquesta de Salut de Barcelona 2006 és la cinquena enquesta de salut impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, essent les altres les de 1983, 1986, 1992 i 2001. Els anys 1994 i 2002 també es va obtenir informació de Barcelona a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya.

L'objectiu d'aquest Manual és donar a conèixer tant els objectius de l'Enquesta de Salut de Barcelona com la metodologia emprada. En aquest document es pretén presentar tota la informació necessària per a poder entendre i reproduir tot el procés, així com per a poder utilitzar la base de dades de l'enquesta.

Objectius de l'Enquesta

Objectiu general de l'Enquesta de Salut de Barcelona

Proporcionar informació respecte a la salut, els estils de vida i la utilització de 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 de l'Enquesta de Salut de Barcelona

- 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 en la població de Barcelona. Aproximar-se a aspectes relacionats amb la qualitat de vida, la salut mental i el benestar de la població barcelonina.
- Conèixer la qualitat de vida i la salut de la població infantil de Barcelona.
- Estimar la prevalença de consum de tabac, alcohol i altres substàncies psicoactives en la població barcelonina.
- Estimar la prevalença d'obesitat i de realització d'activitat física, així com la relació entre l'obesitat i el tipus d'activitat realitzada en la població de Barcelona.
- Conèixer els hàbits alimentaris de la població infantil barcelonina.
- Estudiar el tipus d'activitat que realitzen els infants, activitats relacionades amb l'exercici físic i altres activitats freqüents en els menors.
- Descriure la utilització i la satisfacció amb els serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada i hospitalària), l'ús de medicaments i la realització de pràctiques preventives segon el tipus de cobertura (pública o privada) de la població barcelonina.
- Aproximar-se a la valoració que fa la població de Barcelona respecte els serveis d'atenció primària.
- Establir les relacions entre el context familiar i d'habitatge dels barcelonins i la seva salut.
- Conèixer la xarxa social i suport social de la població i la seva relació amb la salut.
- Determinar les relacions entre les condicions laborals de la població de Barcelona i la seva salut.
- Conèixer els determinants demogràfics i socioeconòmics de la salut, els estils de vida i el ús de serveis sanitaris en la població barcelonina.

Metodologia

Característiques tècniques de l'enquesta

El projecte de l'actual edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2006 (ESB-06) es va realitzar conjuntament amb el projecte de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA-2006) amb la col·laboració del Departament de Salut de Catalunya. L'ESCA-2006, i l'Enquesta de Salut de Barcelona que hi formava part, va ser un projecte inclòs al Pla estadístic de la Generalitat de Catalunya i com a tal estava sancionat pel Parlament de Catalunya, de manera que li eren d'aplicació tots els requisits de les estadístiques oficials, el que comportava una garantia de confidencialitat de les dades que estaven emparades pel secret estadístic.

Primerament, l'ESCA-2006 va proporcionar una submostra representativa de la ciutat de Barcelona (N=2983),⁴ d'altra banda, Barcelona a l'igual que altres ciutats i municipis va fer una ampliació amb la realització d'una altra submostra ESB-2006 (N=3125) per tal d'aconseguir una mostra total per Barcelona suficient i amb una major potència per estudiar la població (N=6108).

A continuació es descriuen les principals característiques de la metodologia de l'ESB-2006 de manera detallada, un resum del qual es pot trobar a l'Annex 1.

Àmbit de l'enquesta: poblacional, territorial i temporal

L'univers estadístic de l'Enquesta de Salut de Barcelona va ser la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona, sense cap tipus de restricció en funció de l'edat. És a dir, abastava un total aproximat de 1.605.602 habitants, segons dades del Registre Oficial de Població de Catalunya de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) corresponents a 1 de gener de 2006. No es van incloure en aquesta mostra les persones que viuen de manera habitual a residències o establiments col·lectius com ara residències socio-sanitàries, convents, casernes, o que no viuen en domicilis familiars. Tampoc es van incloure les persones que no constaven al Registre Oficial de Població de Catalunya.

L'Enquesta es va realitzar a tot el territori de la ciutat de Barcelona i el període de recollida d'informació es va organitzar en dues fases equivalents a les dues submostres: de desembre de 2005 a juny de 2006 es va obtenir la submostra corresponent a l'ESCA-2006 (N=2.983), i de maig a novembre de 2006 l'ASPB es va realitzar l'ampliació de la mostra de l'ESB-2006 (3.125).

Disseny mostral

Unitat mostral i grandària de la mostra

La unitat mostral d'aquesta enquesta estava integrada per subjectes individuals i no pas per llars i el nombre total d'entrevistes realitzades va ser de 6.108 per al conjunt de la ciutat, resultat de la unió de la submostra que provenia de l'ESCA-2006 (N=2983) i de la submostra ampliada per l'ASPB (N=3125). Aquesta grandària mostral ha permès 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.

Distribució mostral

La distribució territorial dels efectius d'aquesta mostra va ser de tipus estratificat i aproporcional, considerant cadascun dels districtes de la ciutat com a estrats independents, els quals comptaven amb una grandària mostral pròpia que els permetia assolir un nivell d'error del $\pm 4\%$ (a cada districte). La grandària de la mostra de cada districte es va situar al voltant de 600 efectius. Lògicament, una mostra de tipus estratificat com ara la que es va preveure en aquesta enquesta ha permès analitzar els resultats de cada districte amb un nivell de fiabilitat important, fins i tot en territoris de baixa densitat poblacional. Aquest fet és especialment important en una enquesta de salut, ja que un dels aspectes fonamentals és el coneixement el més aprofundit possible de la problemàtica de determinats sectors socials o de grups de risc.

Per posar un exemple, en el cas de Barcelona, al districte de Les Corts, que era el menys poblat de la ciutat, li corresponia proporcionalment una mostra de 319 efectius amb un nivell

d'error proper al 5%, en canvi, al districte de l'Eixample que era el més poblat li correspondrien 1007 entrevistes amb un nivell d'error del 3%. En la mesura que els districtes presentaven unes grandàries poblacionals força diversificades i que l'objectiu últim de l'estratificació era aconseguir nivells de fiabilitat homogenis per a cada districte de la ciutat, independentment de la seva grandària, es va adoptar la proposta que es presenta a la taula 1.

Per tal d'arribar a aquesta distribució d'efectius s'han realitzat diversos càlculs de distribució mostral en base a 2 objectius: d'una banda, aconseguir uns nivells d'error el més baixos possibles, per tal de rentabilitzar la fiabilitat de les estimacions i dels resultats; i de l'altra homogeneïtzar els errors assolits a cada territori. La mostra estratificada va permetre, a més de la possibilitat d'estudiar tots els districtes en igualtat de condicions pel que fa a la fiabilitat de les dades resultants, analitzar grups socials específics amb uns nivells d'error relativament baixos –tot i que lògicament s'incrementen a mesura que es realitzin més, o més heterogènies, particions.

Cal tenir en compte, que per a l'anàlisi de les dades cal aplicar un coeficient de ponderació, per tal de restituir les proporcions de cada territori en el conjunt i obtenir, d'aquesta manera, una mostra representativa del conjunt de la ciutat.

Taula 1. Distribució territorial dels efectius de la mostra en el supòsit d'una distribució proporcional o d'una estratificada

Districtes	Habitants	Mostra proporcional		Mostra estratificada	
		Efectius	Error	Efectius	Error
1. Ciutat Vella	107.605	416	±4,8	641	±3,9
2. Eixample	260.237	1.007	±3,1	613	±4,0
3. Sants	176.027	681	±3,7	605	±4,0
4. Les Corts	82.546	319	±5,5	602	±4,0
5. Sarrià	138.656	537	±4,2	606	±4,0
6. Gràcia	119.210	461	±4,6	602	±4,0
7. Horta	169.739	657	±3,8	604	±4,0
8. Nou Barris	165.368	640	±3,9	617	±3,9
9. Sant Andreu	141.154	546	±4,2	610	±4,0
10. Sant Martí	218.004	844	±3,4	608	±4,0
Total BCN	1.578.546	6.108	±1,3	6.108	±1,3

En aquest cas concret s'ha calculat la distribució dels efectius per sexe i l'error mostral assolit per a cadascun d'ells, tal i com es pot observar a la taula 2.

Taula 2. Distribució per sexes i nivell d'error corresponent de la distribució d'efectius de la mostra estratificada

Districtes		Habitants	Efectius	Marge d'error
1. Ciutat Vella	Homes	56.950	334	±5,3
	Dones	50.655	307	±5,6
2. Eixample	Homes	118.226	278	±5,9
	Dones	142.011	335	±5,3
3. Sants	Homes	83.895	285	±5,8
	Dones	92.132	320	±5,5
4. Les Corts	Homes	38.628	286	±5,8
	Dones	43.918	316	±5,5
5. Sarrià	Homes	63.047	274	±5,9
	Dones	75.609	332	±5,4
6. Gràcia	Homes	54.170	273	±5,9
	Dones	65.040	329	±5,4
7. Horta	Homes	80.148	288	±5,8
	Dones	89.591	316	±5,5
8. Nou Barris	Homes	79.290	297	±5,7
	Dones	86.078	320	±5,5
9. Sant Andreu	Homes	67.217	291	±5,7
	Dones	73.937	319	±5,5
10. Sant Martí	Homes	104.474	287	±5,8
	Dones	113.530	321	±5,5
Total BCN	Homes	746.045	2.893	±1,8
	Dones	832.501	3.215	±1,8

Selecció de les persones a entrevistar

La selecció de les persones a entrevistar en el marc d'aquesta enquesta s'ha fet mitjançant un procés d'extracció aleatòria simple a partir del Registre Oficial de Població de Catalunya de l'IDESCAT a data desembre 2004. Per tal de garantir un bon ajust entre la mostra resultant i la realitat poblacional, es va aplicar un sistema de control de l'aleatorietat pura mitjançant l'establiment de quotes per sexe i edat en base a la piràmide de Barcelona.

En la realització del treball de camp i malgrat que l'Enquesta de Salut de Barcelona formava part del Pla Estadístic de Catalunya i, com a tal, la participació dels ciutadans era obligatòria, es va preveure una estratègia de substitucions per afrontar les negatives a contestar, o situacions que impossibilitin la resposta (canvi de domicili, il·localització, errors a les adreces, etc.). Un cop documentats aquests casos, eren substituïts per persones de característiques similars pel que fa a les variables control: districte, sexe i grup d'edat. D'altra banda, en la última fase del procés es van actualitzar els llistats de població disponibles amb el Padró d'Habitants de Barcelona, i es van incorporar noves persones pertanyents prioritàriament als intervals d'edat més joves, de manera que es van poder fer entrevistes referides a criatures que fins i tot no havien nascut quan es va realitzar la selecció de la mostra, i també pertanyents al col·lectiu immigrant on es trobaven més situacions de no resposta.

Taula 3. Característiques tècniques de les Enquestes de Salut de Barcelona, 1983-2006

	1983	1986	1992-93	2000-01	2006
Univers de la mostra	Població no institucionalitzada resident i censada a Barcelona	Població no institucionalitzada resident i empadronada a Barcelona	Població no institucionalitzada resident i empadronada a Barcelona	Població no institucionalitzada resident i empadronada a Barcelona	Població no institucionalitzada resident i empadronada a Barcelona
Tipus de mostreig	Aleatori estratificat en dues etapes	Aleatori estratificat i per conglomerats	Aleatori estratificat	Aleatori estratificat	Aleatori estratificat
Criteris d'estratificació	1ª etapa: Districtes per la selecció de llars o famílies 2ª etapa: Edat i sexe per la selecció d'individus	Districtes i grandària familiar per la selecció de llars o famílies. Conglomerats formats per tots els individus de la llar	a) Construcció de 5 estrats homogenis quant a nivell socioeconòmic a nivell de secció censal tretes del Padró de 1986 b) Assignació proporcional segons la població de la secció censal	Districtes amb l'assignació d'efectius a proporcional (1.000 enquestes per districte)	Districtes amb l'assignació d'efectius a proporcional (600 enquestes per districte)
Selecció de la primera unitat de mostreig	Llars, seleccionades aleatòriament a partir dels llistats del Cens de 1981	Llars, seleccionades aleatòriament a partir dels llistats del Padró de 1981, actualitzats a 1985	Totes les seccions censals, seleccionades com a resultat de diverses anàlisis multivariables i de correspondències	Individus, seleccionats aleatòriament a partir dels llistats del Padró de 1996 actualitzats a 1999 imitant control de quotes (districte, sexe i edat)	Individus, seleccionats aleatòriament a partir dels llistats del Registre oficial de població de Catalunya de l'IDESCAT de 2004 i mitjançant control de quotes (districte, sexe i edat)
Selecció de la segona unitat de mostreig	Membres de la llar, seleccionats aleatòriament	Tots els membres de la llar	Individus, seleccionats aleatòriament mitjançant sistema de rutes amb control de quotes (districte, sexe i edat)		
Grandària mostral teòrica	2.024 llars, 3.134 individus	2.670 llars, 7.907 individus	5.000 individus	10.000 individus	6.050 individus
Grandària mostral real	1.623 llars, 2.420 individus	2.205 llars, 6.894 individus	5.003 individus	10.030 individus	6.108 individus
Percentatge de no-resposta	Familiar: 16,2% Individual: 18,7%	Familiar: 12,8% Individual: 17,5%	Substitució de no respostes	Substitució de no respostes	Substitució de no respostes
Substitucions	No admeses	16%	9% (facilitada pe l'equip de treball de camp)	14% (negatives respecte el total de contactes)	20% (negatives respecte el total de contactes en la meitat ampliada de l'ESB)
Informació per 'pròxim'	Menors de 0 a 14 anys	Menors de 0 a 15 anys, 13,7% dels >64 anys	Menors de 0 a 15 anys, Adults malalts o incapacitats	Menors de 0 a 14 anys, Adults malalts o incapacitats	Menors de 0 a 14 anys, Adults malalts o incapacitats
Seccions auto-contestades	Cap	Secció d'estils de vida; Nottingham Health Profile en una submostra	Cap	Cap	Cap
Període de l'enquesta	1983 (6 mesos) 23 Gener-6 Juny	1986-87 (12 mesos) Gener 86-Gener 87	1992-93 (12 mesos) Febrer 92-Gener 93	2000-01 (12 mesos) Març 00-Febrer 01	2005 (12 mesos) Maig 05-Desembre 06
Seccions noves al qüestionari		Qualitat de vida (Nottingham Health Profile)	– Pràctiques preventives – Suport social – Accidents	– Vitalitat i Salut Mental – Utilització i opinió dels serveis d'assistència primària – Visites a urgències – Ampliació indicadors de salut laboral i de classe social – Càrregues domèstiques – Entorn ambiental	Qüestionari d'adults: – Qualitat de vida – Discapacitats – Activitat física – Consum d'alcohol – Valoració de l'AP – Ampliació de característiques socioeconòmiques – Discriminació – Violència Qüestionari infantil: – Salut mental – Qualitat de vida – Activitat física – Activitats temps de lleure – Alimentació – Seguretat viària

Característiques tècniques de les successives enquestes de salut a Barcelona

L'Enquesta de Salut de Barcelona es realitza de manera periòdica des de l'any 1983 i la que es presenta en aquest document constitueix la cinquena edició. Al llarg dels anys s'ha procurat mantenir la continuïtat dels elements metodològics i temàtics per tal de preservar la comparabilitat dels resultats d'una edició a una altra. Tanmateix, la necessitat de millorar els instruments metodològics i d'actualitzar determinats indicadors, així com la mateixa experiència i evolució del projecte han aconsellat la introducció de modificacions que, si bé no han afectat les sèries de dades més importants, han incrementat les possibilitats d'explotació de l'enquesta i l'han dotada d'una major riquesa informativa i inferencial.

Per tal de poder observar l'evolució de la metodologia emprada a les diverses edicions de l'enquesta s'ha construït la taula 3 en la que es presenta un resum de les característiques tècniques de cada una de les enquestes de salut realitzades a la ciutat de Barcelona.

Característiques del qüestionari

Tipus d'enquesta i estructura del qüestionari

L'Enquesta de Salut de Barcelona s'ha realitzat mitjançant entrevistes personals en el mateix domicili de la persona seleccionada, a càrrec d'enquestadors/res professionals degudament formats. Les entrevistes van ser en català o en castellà (en funció del que decideixi la persona entrevistada), per la qual cosa tots els qüestionaris tenien versió en ambdós idiomes.

Prèviament a la visita del personal entrevistador, les persones seleccionades havien rebut una carta informativa sobre l'enquesta, els seus objectius i l'anunci de la propera visita d'un enquestador/a al seu domicili, així com de la necessitat de la seva col·laboració. Aquesta carta, va ser molt important des d'un punt de vista metodològic i d'imatge institucional: en el cas de la submostra de l'ESCA-2006 estava signada per la Consellera del Departament de Salut, i per la submostra de l'ESB-2006 anava signada per la Presidenta i pel Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. No cal dir que aquesta carta, a més de la seva importància per difondre la imatge institucional, va facilitar molt el contacte

amb els ciutadans que havien estat seleccionats per contestar l'entrevista (veure Annex 2).

Per les característiques de la mostra, es van dissenyar diversos models de qüestionari, l'estructura i el contingut dels quals es van adaptar a cada un dels col·lectius als que s'adrecen (veure Annex 3):

1) *Qüestionari general*: És el qüestionari que es va passar a tota la població de 15 anys o més que no estava impossibilitada per contestar l'enquesta, i contenia les preguntes comunes a les dues submostres de l'ESCA-2006 i l'ESB-2006 (176 preguntes). A més, cada una de les enquestes incloïa algunes preguntes específiques que només constaven en cada una de les submostres i que són:

- 11 preguntes de caràcter social, com condicions de l'habitatge o de vida, característiques del treball remunerat, xarxa social i violència de gènere, que es passaren a la submostra ampliada per l'ASPB (N=3.125).
- 6 preguntes específiques sobre els serveis de salut, com la satisfacció amb els serveis sanitaris, visites a professionals farmacèutics i ingressos hospitalaris, que es passaren a la submostra que provenia de l'ESCA-2006 (N=2.983).

L'administració d'aquest qüestionari implicava una durada d'entrevista situada al voltant dels 45 minuts.

2) *Qüestionari per a informador indirecte per incapacitats*: Aquest qüestionari només es va emprar en els casos en què la persona seleccionada es trobava malalta o incapacitada per respondre a mitjà o llarg termini. Es tracta del qüestionari general reduït, dissenyat per ser contestat per un informador indirecte, el qui té cura principalment de la persona seleccionada. Es van treure, 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. Tanmateix, es van incloure algunes preguntes sobre l'informador indirecte (4 preguntes). En total contenia 111 preguntes i la durada mitjana d'entrevista es va situar al voltant dels 25 minuts.

3) *Qüestionari per a infants (menors de 15 anys)*: Aquest qüestionari es va administrar en tots els casos en què la persona seleccionada tenia menys de 15 anys. És un model de qüestionari dissenyat específicament per a infants i va ser adaptat al context dels menors respecte la seva salut, estils de vida i assistència sanitària, tenint en compte l'entorn familiar i socioeconòmic de la població infantil i pre-adolescent. Va ser concebut per ser contestat per un informador indirecte: la persona que s'ocupa habitualment del menor, normalment la mare. Les preguntes

Taula 4. Apartats que es van incloure en cada tipus de qüestionari

	Qüestionari general A Ampliació ASPB (185 preguntes)	Qüestionari general B ESCA-2006 (180 preguntes)	Qüestionari per a incapacitats (111 preguntes)	Qüestionari per a menors (128 preguntes)
A. Context familiar i habitatge	1-19	1-19	1-19	1-16
B. Dades sociodemogràfiques	20-47	20-45, 181-182	20-47	17-38
C. Cobertura sanitària	48	46-48	48	39
D. Estat de salut i qualitat de vida	51-56	49-54	51-56	42-50
E. Morbiditat crònica	57-58	55-56	57-58	75-76
F. Lesions per accident	61-64	57-60	61-64	51-54
G. Ús de medicaments	65	61	65	55
H. Restricció aguda de l'activitat	66-68	62-64	66-68	56-58
I. Restricció crònica de l'activitat	69-72	65-68	69-72	59-62
J. Discapacitats	73-88	69-84	73-88	63-73
K. Salut mental	89-100	85-96	–	74
L. Suport social	101	97	–	–
M. Visites mèdiques el darrer any	102	98	102	77-79
N. Visites mèdiques els darrers 15 dies	103-109	99-107	103-109	80-86
O. Atenció primària i urgències	112-130	108-126	112-130	89-110
P. Hospitalitzacions	131-136	127-132	131-135	11,114
Q. Pràctiques preventives	137-149	133-145	–	–
R. Estils de vida: Activitat física	150-156	146-152	–	116-118
S. Estils de vida: Alcohol i drogues	157-165	168-176	–	–
T. Seguretat viària	166-169	177-180	–	128-133
U. Estils de vida: Tabac	170-184	153-167	–	–
Q. Estils de vida: Alimentació	–	–	–	119-127

que contenia eren un subconjunt del qüestionari general per tal d'obtenir informació de tota la població (salut i ús de serveis per part de la criatura), i d'altra banda es van incloure preguntes específiques adaptades per mesurar aspectes relacionats amb la salut dels infants (qualitat de vida, salut mental, activitat física, alimentació, etc.). En total contenia 128 preguntes i la durada mitjana d'entrevista es va situar al voltant dels 25 minuts.

Cada tipus de qüestionari estava dividit en diverses seccions en funció de la naturalesa de les preguntes. L'estructura resultant de forma sintètica es mostra a la taula 4.

Base conceptual, definició de variables i descripció de variables compostes

En el següent apartat es descriuen les preguntes incloses al qüestionari, així com altres variables compostes que se'n deriven. Primer s'expliquen les variables del qüestionari d'adults, i seguidament es descriuen les preguntes i variables específiques del qüestionari de menors. Cal tenir en compte que la numeració de les preguntes fa referència al qüestionari de l'ESB-2006 de la submostra ampliada per l'ASPB (Annex 3 Q general).

Qüestionari d'adults

CONTEXT FAMILIAR I DE L'HABITATGE

Les característiques del nucli familiar i la seva composició són importants determinants del grau de benestar i de salut dels individus. Cal destacar que les característiques dels membres de la llar com el sexe, l'edat, el parentesc i el seu grau de dependència estan relacionats amb els rols assumits per homes i dones dintre de la família, així com amb la responsabilitat i la distribució de les feines domèstiques.⁵ Finalment, les condicions de l'habitatge són mesures indirectes de la posició socioeconòmica, i també determinants de la salut de la població.⁶

En aquest primer apartat es va demanar informació respecte a la composició de la llar on viu la persona entrevistada, les càrregues familiars i domèstiques de que és responsable i les característiques de l'habitatge on viu.

■ Composició de la llar (preguntes 1-8)

Es va considerar *llar o domicili* el grup de persones (també pot ser una sola persona) que viuen conjuntament de forma regular i amb una economia domèstica comuna. Es va considerar membre de la llar a aquella persona que viu i pernocta al domicili regularment. El *nombre de persones* de la llar va incloure la persona entrevistada. Per tal de conèixer la composició de la llar es va demanar *l'edat i el sexe de tots*

els membres de la llar, així com la de les persones que hi conviuen amb la persona entrevistada.

Es va definir la *persona de referència de la llar o persona principal* al membre de la llar que constava com a cap de família al full d'empadronament. Si ja no es trobava a la llar, es considerava com a tal la persona assenyalada pel/la entrevistat/da, tot i aclarint en la formulació de la pregunta que havia de ser la persona que aporta la major part dels ingressos de la llar.

■ Treball domèstic i càrregues familiars (preguntes 9-15)

El treball no remunerat, caracteritzat per l'execució de feines relacionades amb la manutenció del benestar i cura de la família, realitzat principalment a la llar i majoritàriament per les dones, difícilment és reconegut com a treball i encara menys els seus efectes en la salut en són mesurats. En els últims anys el reconeixement per part de la investigació en salut pública i de les polítiques sanitàries de la necessitat d'estudiar aquests aspectes va impulsar la seva inclusió en les enquestes de salut.^{7,8,9} El coneixement de l'impacte del treball domèstic i de les condicions en que aquest es realitza és fonamental per entendre les condicions de salut de la població, principalment la salut de les dones.

Ens interessava saber *qui s'ocupa principalment de les feines de casa* com ara netejar, planxar, cuinar, etc. i *si rep suport* de persones de dins i fora de la llar. Així mateix, es volia conèixer *quantes hores diàries dedica el/la enquestat/da* en aquestes feines; es van diferenciar les hores dedicades durant la setmana a les hores dedicades durant el cap de setmana.

D'altra banda, en el conjunt de membres d'una família hi ha individus que per les seves condicions de salut o per la seva edat necessiten *atencions especials*. En el nostre cas ens vam centrar en els *menors de 15 anys, els de 65 anys o més i en els discapacitats*. Ens interessava conèixer *qui s'ocupa d'aquestes persones* de la família, i en cas de que fos el/la propi enquestat/da qui se'n ocupi, *si rep suport* d'altres membres de la família.

■ Característiques de l'habitatge (preguntes 16-19)

En aquest apartat interessava conèixer *els equipaments que conté l'habitatge* de la persona entrevistada (calefacció, aire condicionat, etc.), molt especialment aquells que poden facilitar o reduir les càrregues domèstiques de les persones (rentadora, rentaplats, etc.) i els que poden evitar un problema afegit a persones amb problemes de mobilitat, com ara les persones grans (ascensor). També es va recollir informació sobre *l'aigua de consum a llar*, ja sigui per beure, ja sigui per cuinar.

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB, a més se'ls preguntava per altres mancances estructurals o *condicions no saludables* de la llar com humitats, insectes, contaminació o soroll de l'exterior.

DADES SÒCIO-DEMOGRÀFIQUES

En aquest apartat es va obtenir la informació respecte a les característiques demogràfiques, socioeconòmiques i del treball remunerat de la persona entrevistada i del la persona de referència de la llar que poden ser rellevants com a determinants de salut. Les característiques demogràfiques de les persones com ara *l'edat, el sexe, l'estat civil, el país de naixement* i les dades relacionades amb la seva *posició social* (nivell d'estudis, ocupació i ingressos, o incertesa alimentària) tenen una importància fonamental en la salut d'homes i dones.^{10,11,12}

■ Dades demogràfiques (preguntes 20-22)

El 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: persones nascudes a Catalunya, nascudes a la resta de l'Estat espanyol, nascudes a la resta de països desenvolupats (Europa comunitària, i altres països de renda alta¹⁾) i nascuts a països en vies de desenvolupament (la resta de països).

■ Discriminació (pregunta 23)

La discriminació és el procés pel qual els membres d'un grup subordinat són tractats de forma injusta per part del grup dominant, de manera que implica dominació i opressió. En l'àmbit de la epidemiologia social, la discriminació és un determinant de la salut, de manera que aquelles persones que experimenten aquesta situació presenten un pitjor estat de salut. La relació entre la discriminació i la salut és el reflex de les diferències en salut no només segons l'ètnia o racisme, si no també segons el gènere o sexisme, i la discriminació per edat, discapacitat, condicions sexuals o classe social. Aquests factors socials opressius tenen un impacte sobre la salut. Però, les variables socials tradicionals que mesuren l'ètnia, la classe social i el gènere poden no ser suficients per explicar els mecanismes de la discriminació social en salut.^{13,14}

A les persones estrangeres, se'ls hi demanava si havien experimentat *algun tipus de discriminació per causa de la seva ètnia* o país d'origen en diferents situacions: al rebre assis-

i 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, Linchesten, Malta, Mònaco, San Marino i Andorra

ii Noruega, Islàndia, Suïssa, EEUU, Canadà, Japó, Nova Zelanda, Austràlia, Israel

tència sanitària, buscant feina, a la feina, a casa i en un lloc públic o el carrer.

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB, també es va demanar a la població estrangera si havien patit discriminació per causa del sexe (pregunta 23B).

■ Dades socioeconòmiques (preguntes 24-31)

La posició socioeconòmica, relacionada amb *el nivell educatiu, a l'ocupació*, o el nivell d'ingressos, s'associa a les diferències en els estils de vida, les condicions de treball i de l'habitatge, etc. que determinen la salut de la població.

■ Característiques del treball (preguntes 32-38)

Igualment des d'una perspectiva més amplia s'ha considerat que tant la *situació laboral, com les condicions laborals* (ocupació, tipus de contracte i de jornada laboral, etc.) o *situacions de risc en el treball* (soroll, pol·lució de l'aire, càrregues manuals i moviments repetitius i també riscos psicosocials), tenen una relació directa amb l'estat de salut per l'impacte físic, psíquic i social de les seves característiques i condicions globals, i indirecta en tant que element central en la distribució de recursos i la posició social.^{15,16,17}

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB, es van afegir algunes preguntes sobre condicions laborals com el nombre de feines remunerades que té una persona treballadora (pregunta 34B), i el nombre de contractes que ha tingut durant el darrer any (pregunta 38B).

■ Dades de la persona de referència de llar (preguntes 39-45)

També les *característiques del treball de la persona de referència de la llar* han estat considerades rellevants dins del context social de la llar, en la mesura que la posició social d'aquest/a encara és determinant de la posició social de la resta de membres de la llar, sobretot en els casos en què aquests no treballaven ni havien treballat mai (menors, joves, algunes mestresses de casa, etc.).

En aquest apartat es pretenia obtenir informació respecte les característiques socio-demogràfiques i socioeconòmiques de la persona de referència de la llar o cap de família, que també són importants com a determinants de la salut.

La classe social

Una de les mesures de la posició socioeconòmica és la classe social, essent un important determinant de la salut. És ben conegut a través de múltiples estudis que les persones de classe social menys privilegiada presenten un pitjor estat de salut i unes conductes relacionades amb la salut que comporten més risc que les persones de classes socials avantatjades.^{18,19,20,3}

La mesura de la classe social es pot obtenir a partir de diferents indicadors o variables.^{21,22,23} En l'Enquesta de Salut de Barcelona la classe social ocupacional es pot obtenir de dues maneres:

1) **Classe social proposta per la Sociedad Española de Epidemiología²⁴**: Es tracta d'una agrupació d'ocupacions, a partir de l'ocupació actual o anterior (pregunta 30) que es codifica segons la '*Clasificación Nacional de Ocupaciones*' (CNO) de 1994, i posteriorment s'agrupa segons la classificació de Domingo i Marcos,²⁵ basada en la classificació britànica de classe social. Les classes obtingudes a partir de l'ocupació són:

- **Classe I**: Directius de l'administració i d'empreses amb més de 10 assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle.
- **Classe II**: Directius d'empreses amb menys de 10 treballadors. Professions associades a titulacions de primer cicle universitari. Artistes i esportistes.
- **Classe III**: Treballadors de tipus administratiu, treballadors dels serveis de protecció i seguretat, treballadors per compte propi, supervisors de treballadors manuals.
- **Classe IVa**: Treballadors manuals qualificats.
- **Classe IVb**: Treballadors manuals semi-qualificats.
- **Classe V**: Treballadors no qualificats.

2) **Classe social proposta per E.O. Wright**: Segons Wright les *clases* es defineixen per les relacions socials de producció.²⁶ Defineix l'estructura de *clases* del capitalisme com a resultat de la combinació de la propietat dels mitjans de producció, els béns d'organització i les qualificacions, creant un esquema amb 12 classes (quadre 1). D'entrada separa els propietaris dels no propietaris o assalariats; i els segons els divideix en nou categories segons la jerarquia que tenen en l'organització (béns d'organització) i segons el nivell de qualificació (béns de qualificació) (quadre 1). Diversos estudis demostren que tant les característiques de qualificació del treball com les condicions d'autonomia i control relacionades amb la feina són importants determinants de les condicions de salut i qualitat de vida.²⁷

Les variables necessàries per a obtenir-la són:

- L'ocupació codificada segons els tres primers dígitos de la CNO (pregunta 30).
- El nivell d'estudis (pregunta 24).
- El nombre de treballadors de l'empresa (pregunta 33).
- La posició en les relacions socials de producció (pregunta 32).
- El ocupar un lloc de direcció, supervisió o de simple empleat (preguntes 30 i 33).

Quadre 1. Mapa de classes de Wright

	Propietaris		Assalariats		
Suficient capital per a contractar treballadors i no treballar	1 Burgesia	4 Directius experts	7 Directius semititulats	10 Directius no titulats	+
Suficient capital per a contractar treballadors però han de treballar	2 Petits propietaris	5 Supervisors experts	8 Supervisors semititulats	11 Supervisors no titulats	0
Suficient capital per a treballar autònomament, però no per a contractar treballadors	3 Petita burgesia	6 No directius experts	9 Obrers semititulats	12 Proletariat	-
		+	0	-	
		Béns de qualificació			

Béns d'organització

Cal destacar, que per la població de 15 anys o més, la classe social es va obtenir a partir de l'ocupació de la persona entrevistada, o de la persona sustentadora principal de la llar per aquelles persones que no treballaven ni havien treballat mai. Per la població infantil, de 14 anys o menys, es va obtenir a partir de la classe social més privilegiada entre la del pare o la mare.

■ **Nivell d'ingressos (preguntes 46-47)**

Es vas demanar a la persona entrevistada quins eren els seus ingressos mensuals, i també pels ingressos familiars anuals. Les respostes a les preguntes van ser codificades en 9 intervals d'ingressos. En el cas dels ingressos familiars anuals, es va transformar en una nova variable dividint pel nombre de persones a la llar, essent les categories:

- "Menys de 6.000€ / persona".
- "6.000-12.000€ / persona".
- "12.000-18.000€ / persona".
- "Més de 18.000€ / persona".

A més, a la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB, es va afegir una pregunta sobre l'incertesa alimentària: *si la persona entrevistada ha estat preocupada per no poder menjar suficientment degut a manca de diners el darrer any* (pregunta 47B).

COBERTURA SANITÀRIA

■ **Cobertura sanitària (pregunta 48)**

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.¹⁹ Aquesta pregunta és cabdal per tal de conèixer la cobertura sanitària de les persones: *cobertura pública (Servei Català de la Salut o Mútua Obligatòria), cobertura mixta (l'anterior i a més una cobertura privada), cobertura privada i sense cobertura*. Per un costat, té interès per l'estudi del fenomen de la doble cobertura. Per

un altre, dóna informació per tal de conèixer determinades subpoblacions sense cobertura sanitària, encara que són una minoria, en les quals calgui adreçar intervencions concretes. A més, permet conèixer les desigualtats que pot generar la doble cobertura en la utilització dels serveis sanitaris i pràctiques preventives.

A la meitat de la mostra que provenia de l'ESCA-2006, es preguntava quina era la modalitat de serveis sanitaris que havia utilitzat més freqüentment, i quin era el grau de satisfacció amb aquests serveis sanitaris.

ESTAT DE SALUT I QUALITAT DE VIDA

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. Una de les principals utilitats de la mesura de l'estat de salut és la monitorització de la població en els plans de salut, establint prioritats, identificant grups d'alt risc, analitzant els patrons d'utilització i estimant la necessitat de serveis. Les enquestes de salut són una de les fonts d'informació utilitzades per tal de recollir aquesta informació.^{28,29}

■ **Estat de salut percebut (pregunta 51)**

Com un indicador de la qualitat de vida de les persones, la salut es pot valorar a través del judici subjectiu de l'individu. L'autovaloració de l'estat de salut combina l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques, fatals i no fatals i també sensacions com sentir-se esgotat/ada. *L'estat de salut percebut* és un indicador relacionat amb la informació i la percepció del subjecte entrevistat que, alhora interfereix molt poc amb els símptomes i les interpretacions mèdiques. Diversos estudis utilitzen com a indicador global de salut l'estat de salut percebut, el qual és un bon indicador de l'estat de salut que està relacionat tant amb les percepcions subjectives de la qualitat de vida, com amb la presència de malalties clínicament diagnosticades i amb l'ús de serveis sanitaris. A més, aquest indicador és un important predictor de la mortalitat.^{30,31,32,33}

■ Hores de son (pregunta 52)

La *quantitat d'hores de son* està relacionada amb la qualitat de vida. Així mateix ha estat estudiat que en general, una persona adulta necessita entre 7 i 9 hores diàries de son per recuperar i reposar tant física com emocionalment. La falta o l'excés d'hores de son pot determinar problemes de salut tant físics com psíquics. Diversos estudis han mostrat com els individus amb una defecte o un excés d'hores de son presenten un major risc de mortalitat, malalties cardiovasculars, i de diabetis.^{34,35} Amb aquesta pregunta es pretén saber el promig d'hores que la persona entrevistada dormia cada dia incloent també migdiades.

■ Pes i alçada (preguntes 53-54)

Un altre aspecte de rellevància per la salut pública és l'excés de pes, per la seva associació a 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.^{36,37,38,39} L'obesitat és un dels principals problemes de salut pública, en el qual la prevenció és molt important ja que un cop assolits els nivells de pes definits com a obesitat és difícil tornar al pes normal.^{40,41} Cal tenir en compte, que alguns estudis portats a terme respecte la validesa d'aquest tipus de mesures autodeclarades mostren que en la majoria de casos la tendència és a sobredeclarar l'alçada i infradeclarar el pes, provocant una infra-declaració de la prevalença d'obesitat. Aquesta desviació de la mesura real es produeix més freqüentment a l'augmentar l'edat i en aquelles persones amb sobrepès.⁴²

L'Índex de Massa Corporal (IMC)

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 i l'alçada autodeclarats*: $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$. Segons l'IMC es categoritza el pes en:⁴³

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

■ Qualitat de vida: EuroQol (EQ-5D) (preguntes 55-56)

La qualitat de vida és un concepte relacionat amb el benestar social. El terme qualitat de vida relacionada amb la salut fa referència a valoracions de la percepció de la pròpia salut, tant dels aspectes objectius com subjectius. Per això, s'utilitzen instruments que consideren la salut com un concepte multidimensional. La qualitat de vida s'utilitza freqüentment per avaluar l'impacte de la malaltia i també dels tractaments

sobre la percepció subjectiva de l'individu, sobretot en relació a malalties cròniques.

El qüestionari inclou una mesura de qualitat de vida, utilitzada en les anteriors Enquestes de Salut de Catalunya; el *Euro-Qol (EQ-5D)*.^{44,45,46} Aquest instrument consta de dues parts. La primera correspon a la descripció de l'estat de salut en cinc dimensions (movilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió), cada una d'aquestes es defineix amb tres nivells de gravetat segons una escala Likert (no té problemes, alguns problemes i té molts problemes o incapacitat per l'activitat). L'estat de salut de l'individu resulta de la combinació del nivell de gravetat de cada una de les cinc dimensions. D'altra banda, a la segona part de l'instrument, l'individu havia de puntuar sobre una escala visual analògica mil·límetrada (de 0 a 100) el seu estat de salut en el moment de l'entrevista, tenint en els dos extrems de l'escala el pitjor estat de salut (0) i el millor estat de salut (100).

MORBIDITAT CRÒNICA

Els *trastorns crònics* representen un dels principals problemes de salut pública. Els darrers anys ha hagut un augment de la morbiditat crònica, degut no només a l'envelliment de la població si no també a l'avenç de les tècniques terapèutiques. Algunes de les malalties cròniques són de caràcter progressiu i debiliten la salut de la població amb el temps, sobretot en la gent gran, és per això, que són el principal motiu d'utilització dels serveis sanitaris. La valoració de la morbiditat crònica de la població és molt útil per l'avaluació de l'estat de salut, així com per l'avaluació i la planificació dels serveis sanitaris.⁴⁷

Verbrugge i Patrick van formular una definició de trastorns crònics útil per entendre la extensió d'aquest terme: "Són malalties de llarga durada, amb lesions o seqüeles definitives i anomalies estructurals, sensorials i de la comunicació de caràcter permanent. Aquests trastorns són, per la seva natura físics o mentals (cognitius i emocionals) i el seu inici varia entre un període inferior al naixement a períodes més tardans de la vida.⁴⁸ El seu aspecte definitori és la duració, un cop s'hagi sobrepassat el dintell simptomàtic i/o diagnòstic, aquests trastorns són essencialment condicions permanents per tota la vida, ja que les pautes de cures mèdiques i personals poden en alguns casos controlar els trastorns crònics, però rarament els curen.

La presència de trastorns crònics és considerada un indicador objectiu de salut, tant tractant-se de diagnòstics resultants d'avaluacions clíniques, com també en el cas del relat subjectiu d'aquestes malalties. Les preguntes obertes o els llistats específics són utilitzats freqüentment en les enquestes de salut per entrevista. Un altre avantatge de la presentació d'un

l·listat recordatori de trastorns crònics en les enquestes de salut és l'homogeneïtat de les respostes. Per tal de validar la informació respecte malalties cròniques recollida mitjançant les enquestes de salut s'ha portat a terme diferents estudis, validant-ho a partir d'exàmens mèdics o comparant-ho amb la història clínica. Aquests estudis conclouen que la concordança entre la morbiditat autodeclarada i la morbiditat registrada varia en funció del trastorn crònic, essent superior en el cas de la hipertensió i altres malalties cardiovasculars i inferior per l'artritis, el dolor músculo-esquelètic, els accidents cerebrovasculars, les malalties respiratòries o problemes de salut mental, d'altra banda, també s'observa una major infradeclaració en persones grans o amb més d'un trastorn crònic.^{49,50,51,52}

■ Els trastorns crònics (preguntes 57- 58)

Per tal de seleccionar els trastorns crònics a incloure en el qüestionari és important tenir en compte els següents criteris: 1) Prevalença: es recomana incloure les malalties més prevalents, 2) Gravetat de la malaltia: mesurada per la mortalitat, la necessitat d'hospitalització i la limitació de funcions, entre d'altres, 3) Cost econòmic, 4) Ús de serveis sanitaris, 5) Facilitat de ser auto-informada: en aquest sentit es recomana que es valorin els símptomes en lloc dels diagnòstics si la persona entrevistada no sap el diagnòstic, però li és fàcil descriure els símptomes. A més, la descripció dels símptomes ens dona més informació de la vida quotidiana. La darrera edició de l'enquesta ha inclòs una llista de 28 trastorns crònics i 3 preguntes obertes per recollir els trastorns que no consten a la llista.

ACCIDENTS

Les lesions per accidents són un dels principals problemes de salut pública, tant per la magnitud, com per la gravetat, com per la despesa econòmica que suposa l'atenció mèdica dels lesionats. A més de tots aquests condicionants cal tenir present que, les lesions són predictibles i prevenibles, per tant és important per aquesta prevenció assolir un bon coneixement dels lesionats de la nostra comunitat.^{53,54,55}

■ Lesions per accidents (preguntes 61-64)

Donada la importància d'aquest tema es va incloure a l'enquesta de salut aquest apartat on es demanava a l'enquetat/da si havia patit *algun accident en els últims dotze mesos*, i també els últims 15 dies, que hagués provocat alguna restricció de l'activitat i/o que hagués necessitat assistència a sanitària, sobre un llistat d'accidents (caigudes, cremades, cops, accidents de trànsit, etc.), i amb la possibilitat d'incloure altres accidents no llistats en una pregunta oberta. També es demanava *quantes vegades* havia tingut aquests accidents i el *lloc on havien succeït*.

ÚS DE MEDICAMENTS

L'ús de medicaments generalment té un resultat clínic positiu, però, ocasionalment es desencadenen resultats negatius, que es denominen problemes relacionats amb els medicaments o morbiditat relacionada amb medicaments. La majoria dels resultats negatius identificats són evitables, i l'origen pot estar relacionat amb conductes modificables com l'incompliment, l'automedicació i el coneixement sobre els medicaments que es consumeixen.⁵⁶

■ Consum de medicaments (pregunta 65)

A l'enquesta es pretén conèixer *el consum de medicaments en els darrers 2 dies*, identificant si es tracta d'un tractament *prescrit pel metge*, o bé instaurat pel pacient en règim *d'automedicació*, o bé *aconsellat per un professional farmacèutic*. El qüestionari va incloure 25 grups de medicaments: medicaments amb una elevada prevalença d'ús descrita en la literatura sobre automedicació com són els analgèsics o antiinflamatoris,^{57,58} i també medicaments d'utilització crònica, per tal de conèixer el grau de compliment de tractaments crònics d'acord amb les instruccions del metge/essa.⁵⁹ Els medicaments d'utilització crònica seleccionats han estat els medicaments per la tensió arterial, el colesterol, el cor, l'asma, la bronquitis i la depressió entre altres. A més, s'inclouïa una última opció de resposta oberta per "altres medicaments" que no consten a la llista.

RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT

La restricció de l'activitat correspon a la dificultat per realitzar les activitats quotidianes o habituals (a la feina o l'escola i a la vida social) per raons de salut, i que permet avaluar, de manera global, la limitació funcional de les persones de qualsevol edat. Aquesta mesura intenta valorar la capacitat de realitzar activitats normals per persones amb un bon estat de salut físic i ens permet identificar les necessitats de serveis sanitaris de la població i les repercussions de la gravetat de diferents malalties.⁶⁰

En aquest apartat, les preguntes pretenen conèixer la prevalença de la limitació, la gravetat (limitació per realitzar activitats principals o habituals), i el problema que l'ha causat. Es diferencia entre la restricció de l'activitat principal, entenent aquesta com la que es realitza de manera quotidiana i obligatòria com pot ser treballar, estudiar o fer les tasques domèstiques; i la restricció de les activitats habituals en temps de lleure, entenent aquestes com les activitats extra-laborals/escolars o la que es realitza fora de qualsevol tipus d'activitat obligada com anar a passejar, fer esport, etc.⁶¹

■ Restricció aguda de l'activitat (els darrers 15 dies) (preguntes 66-68)

En aquest apartat es pretén conèixer la *restricció de l'activitat a causa d'un problema de salut en les dues setmanes anteriors a l'entrevista*. Es diferencien tres grups de restricció no excloents:

- Haver estat algun dia al llit per motius de salut.
- Haver restringit l'activitat principal.
- Haver restringit l'activitat habitual.

■ Restricció crònica de l'activitat (el darrer any) (preguntes 69-72)

La *restricció crònica de l'activitat* es considera com aquella limitació secundària a qualsevol tipus de problema crònic que dona seqüeles o limitacions de llarga durada.

Es pretén determinar el grau de limitació crònica de l'activitat en els 12 mesos anteriors a l'entrevista. Es diferencia la limitació per portar a terme l'activitat principal i la limitació per portar a terme les activitats habituals. També es va recollir informació sobre el problema de salut que havia causat la restricció, i si havia estat conseqüència d'un accident.

DISCAPACITATS

L'augment de la morbiditat crònica i la presència de malalties invalidants com les malformacions congènites o els accidents (laborals, de trànsit, domèstics) contribueix a fer de la dependència un problema social de primera magnitud. D'altra banda el procés accelerat d'envelliment de la nostra població està donant una dimensió nova al problema, tant qualitativa com quantitativament, al coincidir amb canvis profunds en l'estructura social de la família i de la població cuidadora.^{62,63,64}

L'aparició d'un dèficit en el funcionament corporal o de discapacitat, com a conseqüència d'una malaltia o accident, comporta una limitació en l'activitat.⁶⁵ Quant aquesta limitació no pot compensar-se mitjançant l'adaptació de l'entorn, provoca una restricció en la participació que es concreta en la dependència a l'ajuda d'altres persones per a realitzar les activitats de la vida quotidiana. La dependència és l'estat en el que es troben les persones que per raons lligades a la falta o la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per realitzar els actes quotidians de la vida diària i, de manera particular, els referents a la cura personal.⁶⁶

■ Discapacitats (preguntes 73-83)

A tota la població entrevistada, es va preguntar per la *limitació funcional*: física i sensorial, així com la *dificultat per*

realitzar activitats de la vida diària (de la cura personal de la cura de la llar).

■ Discapacitats en la gent gran (preguntes 84-88)

En els majors de 65 anys, es pretén mesurar les diferents dimensions de la discapacitat o de la dependència. D'una banda es va preguntar per la limitació física i sensorial (mobilitat, vista i oïda) així com la limitació cognitiva (comunicació, orientació i memòria). D'altra banda, es va demanar pel *grau de dependència i l'ajut que rep d'altres persones per a realitzar activitats de la vida diària*. Amb un total de 19 activitats es recullen: activitats bàsiques (de la cura personal i de funcionament bàsic físic i mental) i activitats instrumentals (de la cura i administració de la llar).

A més, es preguntava si havien rebut *assistència al domicili*, i qui *era la persona que té cura principalment* de les persones amb discapacitats i el seu sexe. Habitualment les persones que tenen cura són dones i en elles solen recaure aquestes cures informals.⁶⁷

SALUT MENTAL

La salut mental figura entre els objectius prioritaris de salut pública. Aquesta prioritització ve donada per la gran contribució dels problemes de salut mental a la càrrega de malaltia de la població i a l'associació amb alts nivells de discapacitat, així com la relació amb una major càrrega familiar i major utilització dels serveis sanitaris.^{68,69}

■ Risc de mala salut mental (GHQ-12) (preguntes 89-100)

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 "*General Health Questionnaire*" (GHQ). El GHQ és un instrument que detecta dos tipus de trastorn, la incapacitat per a seguir desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu "sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena (distress). Capta les alteracions presents en el moment de l'entrevista (problemes recents). Pot utilitzar-se per examinar la distribució de la simptomatologia neuròtica en la població general i també per estimar la prevalença de persones que presenten trastorns mentals en una determinada població. Una puntuació mitjana del GHQ en una població o subgrup de població es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic d'aquesta població.⁷⁰ El GHQ dona informació sobre el 'grau' de simptomatologia neuròtica de la població en lloc de dividir-la en població 'malalta' vs. 'sana' i està considerat com un bon instrument de cribatge de salut mental en la població i es recomana que s'utilitzi en estudis de salut pública/salut mental.^{71,72,73}

Consta de 12 ítems en forma d'escala Likert amb 4 categories de resposta. Per a obtenir la puntuació es fa de la següent manera: les respostes 1 i 2 de cada pregunta valen 0 punts i les respostes 3 i 4 valen 1 punt, i a partir de la suma dels ítems s'obté la puntuació global. Les persones amb una puntuació superior a 2 (≥ 3) són considerades d'estar en risc d'una mala salut mental. No s'obté la puntuació total de les persones que tenen més de 5 preguntes no contestades i per tant seran considerats valors perduts.

Els avantatges d'aquest instrument són: és un dels instruments més utilitzats, és fàcil d'administrar, permet comparar amb els resultats de l'ESCA i altres enquestes de salut mental i salut poblacional i permet establir relacions entre simptomatologia neuròtica i conductes/hàbits relacionats amb la salut, com el consum de tabac o alcohol, hàbits dietètics o realització d'exercici físic. Els principals desavantatges són que no detecta simptomatologia crònica i que no mesura aspectes positius de la salut mental. Els estudis de validesa del GHQ-60 i del GHQ-12, i l'adaptació espanyola del qüestionari van donar resultats de sensibilitat entre el 80% i el 85%, una especificitat entre 79% i 91% i un percentatge de mala classificació entre 10% i 20%.⁷⁴

SUPORT SOCIAL

L'extensió i la qualitat de les relacions personals estan associades amb la salut i longevitat. Els estudis han evidenciat el major risc de mortalitat i morbiditat entre les persones que pateixen diversos graus de aïllament social. Tot i així, encara hi ha molts dubtes sobre els mecanismes a través dels quals poden influir en l'estat de salut. Entre aquests mecanismes destaquen: l'ajuda instrumental (per exemple per tenir cura de la casa), el suport emocional, el recolzament d'actituds i hàbits saludables i l'atenuació de l'estrès. La manca de suport, recolzament o ajuda social ha estat associada a un augment del risc de mortalitat, amb el retard en la recuperació d'una malaltia, amb el baix estat d'ànim i amb problemes de salut mental.^{75,76}

Cal diferenciar dos conceptes importants: les *xarxes* socials i el *suport* social. Es defineix com a *xarxa social* al 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 (aspectes quantitatius o estructurals). *Suport social* és el procés interactiu pel qual s'obté ajuda emocional, instrumental o financera procedent de la xarxa social a la que pertany cada persona. La relació entre aquests dos conceptes radica en que per tal que un individu rebí *suport social* és necessari que pertanyi a una xarxa social, tot i que no és suficient.⁷⁷

■ Suport Social (Escala Duke) (pregunta 101)

Per valorar el suport social de les persones entrevistades, l'enquesta va incloure el qüestionari de suport social de Duke⁷⁸, que conté els següents ítems:

1. Tinc invitacions per distreure'm i sortir amb altres persones.
2. Rebo amor i afecte.
3. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes a la feina i/o a la llar.
4. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars.
5. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics.
6. Tinc persones que es preocupen del que em passa.
7. Rebo consells útils quan em passa alguna cosa important a la vida.
8. Rebo ajuda quan estic malalt/a al llit.

Cada ítem té 5 categories de resposta amb puntuacions d'escala de Likert que van des de molt menys del que desitjo (que puntua 1) a tant com desitjo (que puntua 5).

Aquest qüestionari recull 2 dimensions de suport social: el *suport confidencial* pel qual les persones poden rebre informació, consell o disposen de persones amb les qui compartir inquietuds (ítems 1, 3, 4, 5, 7) i el *suport afectiu* que es pot concretar en expressions d'amor, carinyo, estima, simpatia, etc. (ítems 2, 6, 8). Per obtenir les puntuacions de cada escala es sumen els valors obtinguts a cada un dels ítems i després es transforma a base 100, així una puntuació superior indica una millor valoració del suport social. Queden com casos amb valors faltants els que tenen 4 o més ítems no contestats.

Cal assenyalar que aquest qüestionari (però amb 11 ítems i no 8) ha estat validat al nostre medi, concretament a Andalusia.^{79,80} Els 3 ítems no inclosos són els que no han quedat inclosos en les dues dimensions mencionades be en els estudis d'Andalusia, be en l'estudi de Durham⁷⁸.

■ Xarxa social de la gent gran (pregunta 101B)

L'envelliment de la població ens planteja necessitats immediates i accions de cara al futur, essent el suport social important en aquesta població. D'aquesta manera cal conèixer la xarxa social i les relacions de suport social que es produeixen en el marc de la família i els mecanismes protectors del suport social entre la gent gran.^{81,82} A causa de la dificultat de mesurar el suport social, per la seva subjectivitat, la majoria d'enquestes de salut intenten conèixer les xarxes socials de la comunitat, ja que, tot i no ser indicatiu del suport social, és una premissa prèvia a la seva existència.⁸³

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB es demanava a la gent de més de 64 anys per la seva xarxa social (preguntes 101B1, 101B2): s'obtenia la *grandària de la xarxa social* (nombre de persones amb les que mantenia contacte social familiars i amics) i la *frequència de contacte* (Quan sovint veia a aquestes persones).

VISITES MÈDIQUES DURANT ELS ÚLTIMS 12 MESOS

La importància de l'obtenció i anàlisi de dades respecte a la utilització de serveis sanitaris per part de la població es àmpliament reconeguda i entre les seves aplicacions destaca la planificació sanitària i l'avaluació dels recursos disponibles.⁸⁴ La utilització de serveis sanitaris es pot considerar com el resultat d'un procés conductual amb tres components: 1) factors predisponents: les característiques socio-demogràfiques com l'edat, el sexe, el nivell d'educació, etc., 2) factors facilitadors: tant individuals (nivell d'ingressos, tipus de cobertura sanitària, etc.) com comunitaris (nombre de metges per habitants, existència de serveis accessibles, etc.), i 3) factors de necessitat d'atenció: estat de salut / malaltia.^{85,86,87}

En l'apartat de serveis sanitaris de l'Enquesta de Salut de Barcelona, es demanava informació bàsicament relacionada amb els factors facilitadors, ja que els factors predisponents i els de necessitat es demanaven en altres apartats de l'Enquesta. La informació que es va recollir fa referència a la cobertura sanitària, l'utilització de serveis sanitaris tant referents a l'atenció primària, com l'especialitzada i els serveis d'urgències.

■ Visites mèdiques els últims 12 mesos (pregunta 102)

La utilització dels serveis sanitaris els últims 12 mesos pretenia conèixer si s'havia realitzat alguna visita durant els últims 12 mesos i el tipus de personal sanitari i altres professionals no sanitaris consultats.

VISITES MÈDIQUES DURANT ELS DARRERS 15 DIES

■ Visites mèdiques els darrers 15 dies (preguntes 103-109)

Les preguntes sobre visites o *consultes a professionals sanitaris en els darrers 15 dies* pretenien recollir si s'havia realitzat alguna visita o consulta durant els últims quinze dies, i en els casos en que s'havia realitzat, s'intentava conèixer les *característiques d'aquesta visita*: el temps d'espera per aconseguir visita, el motiu de la darrera consulta, el tipus de professional que va realitzar la visita i el proveïdor del servei (públic, assegurança obligatòria, privat, etc.); també es reco-

llia si tenint un problema de salut no es va demanar atenció sanitària, i en aquest cas, el motiu de no haver-la demanat.

A la meitat de la mostra que prové de l'ESCA-2006 també se'ls va demanar si havien consultat a un professional farmacèutic els darrers 15 dies per motiu de la seva salut, i si acostumava a sol·licitar consell a la farmàcia sobre: a) medicaments, b) hàbits saludables i c) nous problemes de salut.

ATENCIÓ PRIMÀRIA I URGÈNCIES

L'atenció primària de la salut (APS) 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. Els *atributs essencials que ha de complir l'APS* són^{88,89}:

- *L'accessibilitat i primer contacte*: l'APS ha de ser l'àmbit sanitari amb el que les persones estableixen el primer contacte per temes referents a la salut.
- *La continuïtat i longitudinalitat*: el professional de l'APS ha de fer una atenció continuada i realitzar una atenció longitudinal. Implica l'existència d'una relació entre la població adscrita i els professionals de referència de l'APS al llarg del temps.
- *L'extensió i la globalitat*: l'APS ha d'oferir una atenció global i extensa, no centrada només en la resolució de problemes, sinó també amb la incorporació dels serveis de prevenció i el tractament efectiu dels problemes de salut més freqüents.
- *La coordinació*: És fonamental que l'equip d'APS no solament conegui sinó que també hi estigui coordinat amb la resta de serveis sanitaris i socio-sanitaris corresponents.

Altres atributs de l'APS considerats secundaris són la perspectiva familiar, l'orientació comunitària i la *competència cultural*.

■ Atenció primària (preguntes 112-116)

Per a mesurar i avaluar els dominis específics de l'APS l'enquesta va incloure preguntes sobre la identificació d'un professional o centre sanitari de referència, a més es va recollir informació sobre el nombre de visites realitzades el darrer any. En aquelles persones que reconeixien un professional o centre de referència o que havien anat al metge/essa el darrer any es preguntava per la modalitat d'aquest (pública o privada) o el tipus de centre, així com quan temps tenia el mateix metge/essa de capçalera.

■ Adaptació del PCAT-AE (preguntes 117-126)

D'altra banda, l'enquesta inclou per primera vegada una adaptació del qüestionari de Barbara Starfield "Primary

Care Assessment Tools: PCAT” per mesurar els atributs de l’APS.^{90,91}

En la seva versió per adults (PCAT-AE; adult edition), l’adaptació del PCAT-AE consta de 10 ítems tipus Likert que punten de 1 (sens dubte) fins a 4 (No, en absolut) amb una categoria 5 que recull les no respostes (No ho sap, o no ho recorda) tal com mostra la taula 5.⁹² En aquesta adaptació del PCAT-AE els elements seleccionats permeten avaluar el grau d’acompliment de l’APS amb els atributs essencials de primer contacte amb els serveis sanitaris, continuïtat en l’atenció, i coordinació amb l’atenció sanitària. Aquesta versió també permet avaluar la competència cultural. Finalment l’atribut d’extensió i globalitat es podrà avaluar amb altres preguntes incloses en l’enquesta sobre realització de pràctiques preventives. Aquest qüestionari es va administrar a aquelles persones que reconeixien un professional o centre de referència o que havien anat al metge/essa el darrer any.

Taula 5. Adaptació del Primary Care Assessment Tools: PCAT-AE

Dimensions	Ítem
Primer contacte	1. Quan té un problema de salut nou, va al seu metge/essa o centre abans d’anar a un altre lloc?
	2. Quan el seu centre és obert i vostè es posa malalt/a, el/la visita algú d’allà el mateix dia?
	3. Quan el seu centre és obert, el/la poden aconsellar ràpidament per telèfon si cal?
	4. Quan el seu centre és tancat, hi ha cap número de telèfon on pot trucar quan està malalt/a?
Continuïtat	5. Quan va al seu centre, l’atén sempre el mateix metge/essa o infermer/a?
	6. Si té cap pregunta, pot parlar-ne per telèfon amb el metge/essa o infermer/a que el/la coneix millor?
	7. El seu metge/essa sap quins problemes són més importants per a vostè?
Extensió	8. Després d’anar a l’especialista, el seu metge/essa parla habitualment amb vostè sobre com ha anat la visita?
Coordinació	9. El seu centre disposa d’un servei d’assessorament per a problemes de salut mental?
Competència cultural	10. Recomanaria el seu metge/essa o centre a un amic o parent?

■ Atenció d’urgències (preguntes 127-130)

L’atenció d’urgències és un dels aspectes clau del sistema sanitari. Hi ha una tendència creixent en la utilització de serveis d’urgència, principalment hospitalaris, essent en algun cas consultes que es podien haver atès a altres nivells assistencials.⁹³ La utilització inadequada d’aquests serveis pot finalment repercutir en la qualitat assistencial i també en l’increment del cost sanitari.⁹⁴ Entendre la conducta de les persones respecte la utilització dels serveis d’urgència permet conèixer i detectar possibles factors que expliquen l’increment en l’ús d’aquests serveis, entre els principals factors estan la pròpia percepció dels símptomes i de la necessitat basades en l’au-

odiagnòstic que realitza el pacient, i també el coneixement de l’oferta de serveis sanitaris.⁹⁵ És necessari disposar d’informació sobre la utilització dels serveis d’urgències, no només de la població demandant que registren els hospitals, o els centres, sinó també informació poblacional.

L’objectiu de les preguntes és conèixer si s’havien *visitat a un servei d’urgències durant l’últim any* i el *nombre de vegades* que hi havien anat, a *quin lloc s’havia visitat* i *qui havia pres la decisió d’anar al servei d’urgències*.

HOSPITALITZACIONS

■ Ingressos hospitalaris (preguntes 131-135)

En aquest apartat s’intenta conèixer si havia estat *ingressat/da a l’hospital, com a mínim una nit, en els últims dotze mesos*, es recullia si l’ingrés havia estat per un part, per controlar la major hospitalització en dones per aquest motiu, i quina era la *modalitat del centre* (pública o privada). Aquestes preguntes ens permeten estimar el volum de demanda d’atenció hospitalària global.

A la meitat de la mostra que prové de l’ESCA-2006, també es va demanar pel nombre d’hospitalitzacions realitzades el darrer any, i en el cas de que la persona hagués estat hospitalitzada es recollia el nombre de dies d’ingrés durant la darrera hospitalització.

■ Opinió del sistema sanitari (pregunta 136)

Es va demanar per l’*opinió sobre el funcionament del sistema sanitari* a Barcelona. Aquesta pregunta pretén ser una avaluació global del sistema sanitari i un indicador de la satisfacció dels/les ciutadans/nes amb la sanitat.⁹⁶

PRÀCTIQUES PREVENTIVES

Per tal d’identificar malalties en estadis inicials i prevenir l’avenç de les mateixes és important portar a terme un seguit de pràctiques preventives com poden ser el control de la hipertensió i els nivells de colesterol, i els cribratges de càncer de mama i de cèrvix uterí mitjançant la mamografia i la citologia preventiva, respectivament. A l’Estat espanyol, malgrat l’existència d’un servei nacional de salut, les pràctiques preventives presenten diferències en grups socials, essent els individus de classes menys privilegiades els que en realitzen menys.⁹⁷

■ Realització de pràctiques preventives (preguntes 137-142)

En l’enquesta es defineixen com a prioritaris la detecció de la hipertensió, el control dels nivells de colesterol, i la va-

cunació de la grip. Les preguntes sobre *el control de la hipertensió i els nivells de colesterol* recullen si es realitzaven periòdicament aquestes pràctiques preventives, si era així, quin professional sanitari realitzava el control, i quan va ser la darrera mesura.

■ Pràctiques preventives en dones (preguntes 143-147)

A les dones, la detecció precoç del càncer de mama i de coll d'úter es relaciona amb el pronòstic d'aquestes malalties degut a que el seu diagnòstic en un estadi precoç, afavoreix el tractament.

Respecte les *pràctiques preventives en ginecologia* es preguntava a les dones enquestades si feien *mamografies i citologies manera regular*, i quan s'havien realitzat la darrera prova. En el cas de la mamografia també es recollia si aquesta s'havia fet a través del Programa de detecció precoç, o de l'assistència privada, etc.

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB es demanava a les dones que no realitzaven mamografies periòdicament quin era el principal motiu de no fer-se'n (pregunta 145B).

■ Violència de gènere (preguntes 148-149)

En aquest apartat sobre pràctiques preventives en dones, es continuava preguntant a la dona si estava embarassada, i a continuació, amb la condició que la parella de la dona entrevistada no fos present durant l'entrevista, es demanava per si ella havia patit algun tipus d'abús o maltractament físic per part de la parella.

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB es va afegir una pregunta indirecta sobre violència: es demanava a la dona si coneixia a algú del seu entorn immediat que estigués patint algun tipus d'abús o maltractament físic per part de la parella (pregunta 149B).

ESTILS DE VIDA: ACTIVITAT FÍSICA

Les conductes o 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 a les persones a adoptar estils de vida i unes determinades conductes en relació a la salut, com són el gènere, la posició socioeconòmica o el suport social i familiar.⁹⁸

L'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 només un benefici físic sinó també psicològic.⁹⁹ Estudis epidemiològics mostren un efecte protector de l'activitat física sobre el risc d'algunes

malalties com la hipertensió, les malalties cardiovasculars, la diabetis mellitus no insulino-dependent, l'osteoporosi, el càncer de colon, i l'ansietat i depressió.

L'evidència científica demostra que l'activitat física d'intensitat moderada és beneficiosa per a la salut i es recomana fer una activitat física d'intensitat moderada amb una durada acumulada de 30 minuts per dia. Aquesta activitat es pot portar a terme de manera intermitent (amb un mínim de 10 minuts) incloent l'activitat realitzada en el treball, fora d'ell i en les tasques domèstiques.¹⁰⁰

Cal diferenciar l'activitat física de l'exercici físic. S'entén com a *activitat física* "qualsevol moviment corporal produït pel sistema músculo-esquelètic que produeix una despesa energètica". Mentre que *l'exercici físic* és un tipus d'activitat física definit com "un moviment corporal planificat, estructurat, i repetitiu realitzat per tal d'aconseguir o mantenir una correcta forma física". A més, també cal tenir en compte el tipus d'activitat física que es realitza durant l'activitat principal (a la feina o l'escola) i l'activitat o exercici que és realitzada en el temps de lleure com ara caminar o fer esport.¹⁰¹

■ Activitat física habitual (pregunta 150)

En primer lloc, per tal de mesurar l'activitat física habitual es preguntava pel tipus *d'activitat física realitzada en les ocupacions habituals*, sense tenir en compte la realitzada en el temps de lleure.

Depenent de les respostes es categoritzà com:

- Inactiu: Està assegut/da durant la major part de la jornada.
- Activitat física lleugera: Està dret/a la major part de la jornada, sense desplaçar-se.
- Activitat física moderada: La seva activitat no requereix un esforç físic important, però es desplaça a peu freqüentment.
- Activitat física intensa: Fa una activitat que requereix un esforç físic important.

■ Activitat física de lleure (preguntes 151-156)

Per tal de mesurar l'activitat física, es va utilitzar una adaptació de "International Physical Activity Questionnaire: l'IPAQ".^{102,103} L'IPAQ és un instrument per la vigilància i la monitorització de l'activitat física consueuat i proposat pel grup d'EUROHIS.¹⁰⁴ Aquest instrument té en compte tres tipus d'activitat física: caminar, activitats moderades i activitats vigoroses. A partir del tipus d'activitat i l'energia requerida mesurada amb METS, segons la proposta de Ainsworth i col. (Caminar=3.3 METS, activitat moderada=4 METS, activitat vigorosa=8 METS), i els minuts destinats a aquestes activitats es construeix una escala en MET-minuts.¹⁰⁵ A partir de la

intensitat mesurada amb METS i de la durada i la freqüència de l'activitat es va calcular l'índex energètic. Per tal de mesurar l'exercici físic esportiu, es va calcular un altre índex energètic que exclou el caminar.

$$\text{Índex energètic} =$$

$$\Sigma \text{ intensitat (METS)} * \text{durada (minuts)} * \text{freqüència (dies)}$$

A partir d'aquests índexs es van classificar les persones com:

- Inactivitat: No realitza cap activitat en el temps de lleure.
- Activitat física lleugera: ≤ 499 total MET-minuts/setmana.
- Activitat física moderada: 500-999 total MET-minuts/setmana.
- Activitat física intensa: ≤ 1.000 total MET-minuts/setmana.

ESTILS DE VIDA: ALCOHOL I DROGUES

El consum excessiu d'alcohol està relacionat amb la mortalitat per diverses malalties, per exemple la cirrosi hepàtica i psicosis alcohòlica així com, lesions per accidents de trànsit i suïcidi, entre d'altres.^{106,107,108}

■ Consum d'alcohol (preguntes 157-162)

Per tal de mesurar el consum d'alcohol en les enquestes de salut s'utilitza l'auto-declaració de consum, a causa de la dificultat que comportaria la utilització d'altres mètodes de mesura. Dins dels mètodes existents d'auto-declaració es va optar pel mètode dels índex de quantitat/freqüència, el qual consisteix en preguntar la freqüència del consum i la quantitat d'alcohol habitualment consumit. Aquesta informació proporciona una mesura global del consum i ens permet conèixer el patró de consum de la població entrevistada.^{109,110,111} Es va recollir separatament el consum diari en dies laborables (de dilluns a dijous) i els caps de setmana (de divendres a diumenge) amb la finalitat de poder descriure el canvi de comportament en els dos períodes.

Pel què fa a la infradeclaració, la majoria d'estudis coincideixen en que el grau d'infradeclaració és més elevat en els més consumidors, tot i que alguns mostren que tant aquells individus que no beuen mai o ho fan esporàdicament com aquells consumidors excessius solen declarar el consum real.^{112,113}

El consum d'alcohol de risc

El qüestionari permet conèixer el consum d'alcohol, en un dia feiner i durant el cap de setmana, respecte el consum del darrer any. Per a classificar els individus s'ha seguit la proposta del Plan Nacional de Drogas.¹¹⁴ Es va tenir en compte la quantitat d'alcohol consumit, en grams, o unitats de begu-

da (UBE) que varia segons el tipus de beguda,¹¹⁵ el nombre de consumicions habitual cada vegada, i també, les vegades que s'havia consumit (freqüència) que es converteix en un pes pre-establert (taula 6). A més, es va considerar com a consum de risc el beure 5 o més consumicions alcohòliques en una sola ocasió.

Taula 6. Quantificació del consum d'alcohol segons el tipus de beguda i la freqüència de consum

Component	Respostes a les preguntes originals	Transformació pel càlcul
Quantitat d'alcohol segons el tipus de beguda	1 consumició de cervesa (got, gerra, ampolla o llauna)	1 UBE
	1 consumició de vi, cava o similars (got o copa)	1 UBE
	1 consumició de cigalons, vermut, xupitos, licors de fruita (gotet o copa)	1 UBE
	1 consumició de whisky, conyac, rom, combinats o similars (copa o got)	2 UBE
Pes de freqüència del consum en dies feiners	Cap dia feiner	0
	Menys d'un dia feiner per mes	0,25
	1-3 dies feiners per mes	0,5
	1 dia feiner per setmana	1
	2 dies feiners per setmana	2
	3 dies feiners per setmana	3
	Tots els dies feiners	4
Pes de freqüència del consum en cap de setmana	Mai	0
	Menys d'un cap de setmana al mes	0,125
	1 cap de setmana al mes	0,25
	2 caps de setmana al mes	0,5
	3 caps de setmana al mes	0,75
	Tots els caps de setmana	1

UBE = Unitat de beguda estàndard equivalent a 10 grams alcohol

La Unitat de Consum s'ha calculat segons la següent fórmula:

$$\text{Unitat consum} =$$

$$\Sigma \text{ UBE (10 gr.)} * \text{Nombre consumicions} * \text{Pes de freqüència}$$

Posteriorment els individus es van classificar en:

- No bevedor/a: persona que no havia consumit alcohol en els darrers 12 mesos.
- Bevedor/a moderat: dones que bevien menys de 17 unitats de consum setmanals i homes que bevien menys de 28 setmanals.
- Bevedor/a de risc: qui bevia 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.

S'han considerat aquests límits ja que són considerats com a límits de risc, tot i que són unes xifres arbitràries ja que el risc augmenta amb l'augment del consum.

■ Consum de drogues (preguntes 163-165)

Les actituds i conductes vers les drogues canvien amb una sorprenent rapidesa, en conseqüència és important obtenir informació periòdica sobre el fenomen de la drogoaddicció a fi i afecte de desenvolupar de forma racional programes i intervencions adreçades a reduir el consum d'aquestes substàncies i minimitzar els efectes que puguin produir sobre la salut.^{116,117}

Els objectius que es pretenen assolir amb la inclusió de preguntes sobre el consum de drogues són estimar la prevalença de consum de substàncies psicoactives a nivell de població general, obtenir indicadors de prevalença en població general i població juvenil que permetin la comparació interterritorial tant a nivell de l'Estat com a nivell internacional, conèixer els perfils de consum i les característiques socio-demogràfiques dels usuaris de drogues psicoactives, identificar factors associats al consum de les diferents substàncies (factores socio-econòmics, estils de vida, etc.) i en un futur, estimar les tendències del consum de les diferents substàncies.

L'enquesta recullia informació sobre el consum de diferents tipus de drogues: tranquil·lizants, cannabis i cocaïna, i sobre la freqüència de consum (alguna vegada a la vida, alguna vegada els darrers 12 mesos i alguna vegada els darrers 30 dies).

SEGURETAT VIÀRIA

Las lesions per accidents de trànsit són una de les principals causes de mortalitat i de morbiditat, especialment en la població més jove.¹¹⁸ Les lesions per accident de trànsit poden reduir-se amb l'adopció de polítiques públiques de prevenció i control. Els darrers anys s'han desenvolupat una sèrie de polítiques de prevenció a partir de l'elaboració de Plans de Seguretat Vial.¹¹⁹ L'ús de mesures de seguretat, com el cinturó, han estat una de les mesures més efectives de seguretat viària i de les que han salvat més vides. La seva efectivitat en adults i en infants està demostrada des de fa molts anys.^{120,121,122}

■ Utilització de mesures de seguretat (preguntes 166-169)

En aquest apartat es pretenia conèixer la freqüència d'ús de casc en els usuaris de vehicles de dues rodes, i de l'ús de cinturó en els de 4 rodes. L'ús de casc i cinturó s'obté tant en la conducció a la ciutat com per carretera o autopista.

ESTILS DE VIDA: TABAC

La relació entre el consum de tabac i la mortalitat ha estat un tema àmpliament estudiat i s'ha destacat que el tabaquisme és una important causa de mortalitat prematura. El consum de tabac afavoreix l'aparició de nombroses malalties, com

poden ser el càncer de pulmó, la malaltia isquèmica del cor, la bronquitis crònica i l'emfisema, entre d'altres.^{123, 124,125,126}

La validesa de l'auto-declaració del consum de tabac ha estat provada en comparació a diferents estàndards, com són diferents marcadors bioquímics o el volum de vendes de tabac. En la majoria d'estudis s'accepta l'auto-declaració com un bon estimador de la prevalença de consum de tabac, amb una sensibilitat i una especificitat per sobre del 80% (prenent com a estàndards els mencionats anteriorment). Aquestes xifres poden variar per diferents motius. D'entrada cal tenir en compte la població d'estudi, ja que depenent del grau de rebuig social de la població vers el tabac pot augmentar la tendència a la infradeclaració.^{127,128,129}

Els darrers anys, l'evidència científica estableix que el fum del tabac causa malalties, discapacitat i mortalitat als exposats, no només en la població fumadora si no també en la no fumadora. Diversos estudis han mostrat que el fum ambiental del tabac és un dels agents contaminants d'espais interiors més freqüents i nocius. Actualment es relaciona el tabaquisme passiu amb el càncer de pulmó, cardiopaties isquèmiques i altres malalties.^{130,131,132}

Malgrat que els darrers anys s'observa una disminució de la prevalença del consum de tabac i l'augment de fumadors/res que es plantegen deixar-ho, així com un augment del consell antitabàquic i el desenvolupament de polítiques públiques de prevenció del tabaquisme i altres polítiques fiscals, de control i regulació, encara és un hàbit força prevalent en la població més jove i en els grups socials més desfavorits.^{133,134,135}

■ Consum de tabac (preguntes 170-179)

En l'enquesta es pretenia classificar a l'entrevistat dins les diferents categories de fumador en funció de la seva resposta. Les categories són:

- Fumador/a habitual: aquella persona que fumava diàriament.
- Fumador/a ocasional: aquella persona que fumava ocasionalment (menys d'una vegada al dia).
- Ex-fumador/a: aquella persona que havia estat fumadora però que ara no fumava.
- No fumador/a: aquella persona que no havia fumat mai.

Dins de les categories de fumador/a habitual es demanava la següent informació: l'edat d'inici de l'hàbit, intensitat (nombre cigarretes/dia), tipus de tabac fumat (cigarretes, cigars, pipes), si havia hagut algun intent de deixar de fumar i si algú li havia demanat que no fumés davant seu i on li havia passat. Per aquelles persones ex-fumadores es recullia l'edat

d'inici de l'hàbit, el temps que feia que havia deixat de fumar, la intensitat i el tipus de tabac.

■ Exposició ambiental al tabac (preguntes 180-184)

A més, per totes les persones entrevistades, es demanava informació sobre l'exposició ambiental del tabac a la feina, a la llar i altres espais diferents d'aquests.

FITXA D'OBSERVACIÓ

Al finalitzar l'entrevista l'enquestador/a havia d'omplir *full d'observacions* que recollia algunes dades sobre l'entrevista com l'hora en que s'ha realitzat, el temps de duració i la llengua en que s'ha realitzat (català o castellà), així com, les seves observacions i incidències sorgides durant l'entrevista.

■ Característiques de l'entrevista (preguntes 185-197)

Per les persones entrevistades que no eren català o castellanoparlants, es demanava al entrevistador/a si hi havia hagut algun problema de comprensió i si hi havia la presència de terceres persones. D'altra banda, per cada una de les entrevistes realitzades es demanava pel grau de facilitat i de sinceritat de les respostes, així com la detecció d'alguna resposta poc fiable. Finalment, es demanava a l'entrevistador/a el lloc on s'havia realitzat l'entrevista, el tipus d'habitatge de la persona seleccionada i les condicions d'higiene i de salubritat d'aquest.

Qüestionari de menors

L'ESB-2006 conté per primera vegada un qüestionari que s'ha dissenyat de manera específica per població infantil, tenint en compte les necessitats de salut, els determinants de la salut i la utilització dels serveis sanitaris per part de la població menor de 15 anys. El qüestionari infantil està dissenyat per ser contestat per un informador indirecte, que en la majoria dels casos és la mare o el pare.¹³⁶

En aquest apartat es descriuen les característiques que són diferents en el qüestionari infantil respecte al qüestionari d'adults.

CONTEXT FAMILIAR I DE L'HABITATGE

En primer lloc, es va recollir informació sobre la persona informadora, identificant, si era la persona que s'ocupava principalment de la *cura del menor i si ho fa amb ajut d'altres persones* (preguntes 1 i 2), o bé, si no era el principal responsable es demanava pel seu sexe, l'edat i el parentiu amb el menor (preguntes 12-14).

A l'apartat sobre l'entorn i la composició familiar, en el cas dels menors, es demanava per si *algun membre de la llar fuma habitualment a casa*, davant del nen/a (pregunta 14).

DADES SÒCIO-DEMOGRÀFIQUES

Als menors de 15 anys, a més de preguntar pel seu lloc de naixement, també es demanava pel *lloc de naixement del pare i de la mare* (pregunta 17).

En la població infantil l'activitat principal és l'activitat escolar, és per això que es van introduir una sèrie de preguntes sobre les dades escolars dels menors com *si estava escolaritzat i quin curs feia, o bé si no anava a escola es demanava on passava el dia i amb qui* (preguntes 20-23).

Respecte les dades socioeconòmiques, es va recollir la informació del nivell d'estudis, la situació laboral, l'ocupació i les característiques del treball del pare i de la mare del menor (preguntes 24-30).

La classe social

En el cas dels menors, per tal d'adjudicar-los a una classe social, es determinava primerament la classe social del pare i de la mare (tal com s'ha descrit anteriorment), i s'adjudicava la classe social més privilegiada entre la del pare i la mare.

ESTAT DE SALUT I MORBIDITAT PERCEBUDA

L'estudi dels indicadors de salut en l'edat infantil presenta diferències respecte de l'adult. Hi ha dificultats per mesurar les minusvalideses i incapacitats del menor, les conseqüències futures per a la salut dels problemes desenvolupats durant la infantesa, així com també problemes metodològics derivats de la utilització d'un informador indirecte per recollir aquesta informació.

En els menors de 15 anys, a més de recollir l'alçada i el pes que declarava la persona informadora, també es demanava per *l'opinió que es té sobre el pes de l'infant*: si era excessiu, massa elevat, normal, una mica escàs o excessivament baix (pregunta 46).

En aquest apartat a més de l'estat de salut percebut, el pes i l'alçada i les hores de son, s'inclou el llistat de trastorns crònics. El llistat de malalties cròniques del qüestionari de menors era diferent a la del qüestionari d'adults, de manera que es va excloure aquelles malalties més freqüents en la població adulta (hipertensió, artrosi, etc.) i es van incloure els problemes de salut crònics més freqüents en la població infantil (otitis de repetició, etc.). La llista de trastorns constava de 18 trastorns crònics i 3 preguntes obertes per recollir els trastorns que no constaven a la llista. Entre els trastorns llistats, es demanava si el menor patia alguna *deficiència visual*

o *auditiva*, i en cas positiu, es preguntava si utilitzava ulleres o corrector de l'audició respectivament (preguntes 48 i 49).

DISCAPACITATS

A la població menor de 15 anys es preguntava per la limitació funcional i la dificultat per realitzar les activitats bàsiques de cura personal, igual que als adults, en el cas dels més petits, menors de 6 anys, per detectar limitacions es feia una pregunta sobre si li havien detectat *algun trastorn que li pugés originar en el futur alguna limitació funcional* (pregunta 73).

SALUT MENTAL

Per la població infantil, menors de 4 a 14 anys, es realitzava una valoració dels problemes de salut mental de les criatures, mesurada amb el qüestionari de capacitats i dificultats "*Strengths & Difficulties Questionnaire-10: SDQ*" (pregunta 74).¹³⁷ L'escala de qualitats i dificultats consta de 25 ítems que es subdivideixen en 5 subescales de 5 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 3 categories de resposta que puntuen 0 (no és cert), 1 (és més o menys cert) i 2 (absolutament cert). Cada una de les cinc escales té puntuacions entre 0 i 10. I també es pot obtenir una puntuació total a partir de la suma de tots els ítems amb valors de 0 a 40. De manera que un valor superior en les puntuacions equival a més problemes de salut mental.¹³⁸

QUALITAT DE VIDA

L'última dècada s'han desenvolupat qüestionaris de salut percebuda i qualitat de vida relacionada amb la salut per nens/es i adolescents amb una perspectiva multidimensional de la salut. El qüestionari pels menors de 15 anys, va incloure instruments per mesurar la qualitat de vida de les criatures, dels menors de 6 a 14 anys:

D'una banda, es va incloure el "*KIDSCREEN-10*" que és un instrument de qualitat de vida relacionada amb la salut per població infantil i adolescent, validat a l'Estat espanyol i Catalunya (pregunta 75).^{139,140} L'instrument consta de 10 ítems amb resposta del tipus Likert de 5 opcions des de 'Gens o Mai' a 'Moltíssim o sempre' a partir dels quals s'obté una puntuació global útil per la investigació i el cribatge. 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 la mitjana europea.

D'altra banda, s'ha introduït la subdimensió de comportaments de risc per la salut (pregunta 76) de l'instrument genèric de qualitat de vida "Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent: CHIP-CE" validat a Espanya i Catalunya.^{141,142} El model teòric del CHIP es basa en un concepte ampli de salut i conté 6 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 8 preguntes amb resposta del tipus Likert de 5 opcions des de 'Mai' a 'Sempre' s'obté una puntuació (quan almenys no hi ha més de 30% de valors perduts) 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 el total de la població infantil, que en aquest cas vol dir menys comportaments de risc per la salut.

VISITES MÈDIQUES DURANT ELS ÚLTIMS 12 MESOS

En aquest apartat es va pretendre conèixer si la criatura havia realitzat alguna visita durant els últims 12 mesos i els professionals visitats o consultats. A la mostra infantil, en aquest apartat es van afegir un parell de preguntes sobre la darrera visita al dentista, per aquells que l'havien consultat el darrer any. Es demanava per la *titularitat del dentista consultat*, i pels *principals motius de consulta* (preguntes 78 i 79).

ATENCIÓ PRIMÀRIA I URGÈNCIES

Per obtenir una valoració de l'atenció primària, es va incloure una adaptació del "Primary Care Assessment Tools: PCAT" per usuaris en la seva versió infantil (PCAT-CE; child edition).^{143,144}

L'adaptació del PCAT-CE consta de 18 ítems tipus Likert que puntuen de 1 (sens dubte) fins a 4 (No, en absolut) amb una categoria 5 que recull les no respostes (No ho sap, o no ho recorda) tal com mostra la taula 7 (preguntes 93-106).⁹² En aquesta adaptació del PCAT-CE els elements seleccionats permeten avaluar el grau d'acompliment de l'APS amb els atributs essencials de primer contacte amb els serveis sanitaris, continuïtat en l'atenció, i coordinació amb l'atenció sanitària. Aquesta versió també va permetre avaluar la competència cultural. Aquest qüestionari es administrat a aquells nens i nenes que disposaven d'un professional o centre de referència i que havien anat el darrer any.

Taula 7. Adaptació del Primary Care Assessment Tools: PCAT-CE

Dimensiones	Ítems
Primer Contacte	1. Quan el nen/a té un problema de salut nou, va al seu metge/essa o centre abans d'anar a un altre lloc?
	2. Quan el seu centre és obert i el nen/a es posa malalt/a, el/la visita algú d'allà el mateix dia?
	3. Quan el seu centre és obert, el/la poden aconsellar ràpidament per telèfon si cal?
	4. Quan el seu centre és tancat, hi ha cap número de telèfon on pot trucar quan el nen/a es posa malalt/a?
Continuïtat	5. Quan porta el nen/a al seu centre, l'atén sempre el mateix metge/essa o infermer/a?
	6. Si té cap pregunta, pot parlar-ne per telèfon amb el metge/essa o infermer/a que coneix millor el nen/a?
	7. El seu metge/essa sap quins problemes són més importants per a vostè i la seva família?
Extensió	8. Disponibilitat de vacunacions
	9. Disponibilitat de serveis de salut sexual o mètodes de control de natalitat
	10. Disponibilitat d'assessorament per a problemes de salut mental o conducta
	11. Cosir un trau que necessita punts
	12. Possibilitat de parlar sobre com mantenir el nen/a sa, com ara alimentació nutritiva o hores de son necessàries
	13. Possibilitat de parlar sobre com enfrontar-se als problemes de conducta del seu fill/a

ESTILS DE VIDA: ACTIVITAT FÍSICA

Per la població infantil, de 6 a 14 anys, l'activitat física s'avalua mitjançant la *subdimensió d'activitat física del "Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent: CHIP-CE"*.¹⁴¹ La subdimensió d'activitat física inclou 6 preguntes amb resposta del tipus Likert de 5 opcions des de 'Cap dia' 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 el total de la població infantil, que en aquest cas vol dir un tipus d'activitat física més saludable (pregunta 116).¹⁴²

En el cas de les criatures no només és important el tipus d'activitat física que realitzen, també ho és la realització d'altres activitats, algunes de caràcter sedentari i més freqüents en els menors com és veure la televisió o jugar amb l'ordinador. Per tal de conèixer les activitats de lleure més habituals en els infants es preguntava als menors de 3 anys *quants dies de la darrera setmana i quants minuts totals al dia havien realitzat una sèrie d'activitats: activitats extra-escolars esportives, i no esportives, veure la televisió, jugar amb videojocs o amb l'ordinador, jugar al parc o al carrer, o fer alguna altra activitat de lleure* (preguntes 117 i 118).

ESTILS DE VIDA: ALIMENTACIÓ

Un altre aspecte determinant de la salut dels menors que s'ha mesurat amb l'enquesta és el tipus d'alimentació. Un dels aspectes que influeixen en la salut és la conducta alimentària. Diferents treballs han posat de manifest la importància i l'elevada prevalença d'estils alimentaris inadequats. Tots els grups d'edat es veuen afectats per conductes alimentàries no saludables, però en l'edat infantil es fa més rellevant donat que és on s'adquireixen i s'instauren gran part dels hàbits,¹⁴⁵ essent una edat ideal per establir pautes de comportament alimentari saludable.¹⁴⁶

Les autoritats sanitàries i les societats científiques publiquen guies per la difusió i la promoció de l'alimentació saludable. La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria va publicar "La Guía de la Alimentación Saludable" que inclou guies de consum d'aliments, pautes per la compra, conservació i preparació dels aliments, menús per cada dia i consells sobre seguretat alimentària a la llar.¹⁴⁷ A Catalunya, el Departament d'Educació en col·laboració amb el Departament de Salut han elaborat una "Guia de l'alimentació saludable a l'etapa escolar", per facilitar als centres educatius i a les famílies, eines per revisar acuradament les planificacions alimentàries i, alhora, promoure hàbits alimentaris saludables entre la població en edat escolar.¹⁴⁸

En primer lloc, es va obtenir informació sobre la lactància materna, que és reconeguda com la millor font que subministra tots els nutrients necessaris pel desenvolupament del nadó els primers mesos de vida. Els beneficis de la lactància natural són tant aspectes nutricionals i immunitaris, com psicològics i intel·lectuals.^{149,150}

Per assegurar la comparació, el control dels índexs d'alletament s'ha de dur a terme emprant normes universalment acceptades per al mètode de recollida de dades. L'OMS va recomanar que s'emprin les següents definicions d'alletament (taula 8):¹⁵¹

- Alletament matern exclusiu: el nadó només rep llet materna, i cap altre líquid o sòlid a excepció de gotes o xarops de vitamines, suplementes minerals o medicines.
- Alletament matern predominant: la font principal de nutrició és la llet materna. Malgrat tot, el nadó pot també rebre aigua i begudes basades en aigua; sals de rehidratació oral (ORS); gotes i xarops de vitamines, suplementes minerals o medicines; i altres fluids (en quantitats limitades). Amb l'excepció de suc de fruites i aigua ensucrada, cap fluid basat en menjar es permet sota aquesta definició.

- Alimentació complementària: el bebè rep llet materna i menjar sòlid (o semisòlid).
- No alletament matern: el bebè no rep llet materna.

Adicionalment, pot ser interessant recollir la duració total de l'alletament matern i, per precisar les respostes del qüestionari, l'edat en què el nen/a rep per primera vegada llet artificial, atès l'interès que té actualment la relació del tipus d'alimentació a als primers mesos de la vida amb malalties a l'adolescència i la vida adulta.

La tècnica recomanada per a la recollida de dades és l'interval d'estudi de 24 hores prèvies (excepte les primeres 48 hores, amb un interval d'estudi des del naixement), atès que es considera més fàcil per a la mare recordar de forma precisa la dieta dels seus nens/es durant llargs períodes de temps i s'utilitza fins als 24 mesos. Malgrat això, per a la enquesta de salut es proposa una sèrie de preguntes que poden ser fetes a mares i pares de nens i nenes més grans, i que hauran d'analitzar-se per estimar els indicadors a diferents edats. Tot i així, és recomanable incloure el recordatori de 24 hores almenys per estimar la prevalença de alletament matern (sense distincions).

Les dades sobre les diferents categories d'alimentació poden ser recollides a qualsevol edat, però cal estimar les prevalències d'aquest tipus d'alletament a les 48 hores després del naixement i també sobre els 3, 6 i 12 mesos d'edat.

D'altra banda, es va preguntar pel tipus d'esmorzar que realitzava la població menor de 15 anys. Està demostrat que un esmorzar equilibrat millora el rendiment físic i intel·lectual, i un òptim consum de nutrients contribueix a equilibrar la dieta, prevenint deficiències nutricionals. Una correcta alimentació, fonamental per aconseguir un bon estat de salut comença per un esmorzar saludable.¹⁵²

Pels menors de 3 anys o més, es va recollir la freqüència que durant la darrera setmana (cada dia, de 4 a 6 vegades, d'1 a 3 vegades, cap vegada) el menor havia *esmorzat abans de sortir de casa, i també a mig matí* (pregunta 125).

En les darreres dècades han ocorregut canvis en els hàbits alimentaris dels infants i els adolescents, destaquen l'omissió d'alguna de les principals ingestes alimentàries, en particular el esmorzar, tanmateix mostren un freqüent consum d'aperitius entre hores (snacks) i de begudes refrescants. Aquestes i altres pràctiques alimentàries, habituals en els més petits, es relacionen amb una ingesta de dietes amb baix nivell d'alguns nutrients necessaris.^{153,154,155}

Pels menors de 3 anys o més, l'enquesta va incloure preguntes sobre la *freqüència setmanal de menjar no saludable* (pregunta 126): menjar ràpid (hamburgueses, pizzes, entrepans), les begudes amb sucre o productes amb sucre (pastes, bolleria, caramels), així com els snacks o menjars salats (patates, galetes salades, etc.).

En aquest apartat sobre l'alimentació dels menors es va afegir una pregunta sobre la freqüència amb la que el menor es raspallava les dents (pregunta 128).

SEGURETAT VIÀRIA

La població infantil configura un dels grups més vulnerables, en general, i específicament en les lesions per accident. Tant en adults com en menors, gran part de les morts i de les lesions es podrien haver evitat utilitzant dispositius de seguretat adequats. Els darrers anys, la llei exigeix un ús de sistemes de protecció adequats per cada edat fins els 12 anys, que és quan es pot començar a utilitzar el cinturó de seguretat. Al nostre àmbit l'ús de cadires de seguretat per part de la població infantil és un fet generalitzat, tanmateix la forma d'ús

Taula 8. Mesures de lactància materna

Definicions	Preguntes
Alletament matern Temps que l'infant va rebre llet materna	119. Des d'ahir a aquesta hora, el nen/a ha pres llet materna? 120. El nen/a ha pres llet materna els primers mesos de la seva vida? 121. Quina edat tenia el nen/a quan va rebre per última vegada llet materna?
Alletament matern exclusiu Només llet materna i cap altre líquid o sòlid a excepció de gotes o xarops de vitamines, suplementes minerals o medicines	No, s'ha introduït algun dels aliments mencionats a 122, 123, i 124
Alletament matern predominant La font principal és la llet materna. El nadó pot també rebre aigua i altres begudes basades en aigua; gotes i xarops de vitamines, suplementes minerals o medicines; i altres fluids. Amb l'excepció de suc de fruites i aigua ensucrada, cap fluid basat en menjar es permet sota aquesta definició	No, s'ha introduït algun dels aliments mencionats a 122
Alletament matern parcial El nadó rep llet materna i llet artificial per a lactants o altres llets	123. Quina edat tenia el nen/a quan va rebre per primera vegada llet artificial per a lactants o altres llets?
Alimentació complementària El nadó rep llet materna i menjar sòlid o semisòlid	124. Quina edat tenia el nen/a quan va rebre per primera vegada aliments sòlids o semisòlids diferents de llet (fruita, verdura, pa, pasta, arròs, carn)?
No alletament matern El nadó no rep llet materna	Si es respon negativament a 119 i 120

no s'adequa a les recomanacions de seguretat, moltes vegades tot i que està disponible no s'utilitza correctament.¹⁵⁶

En aquest apartat es pretenia conèixer la freqüència d'ús adequada de mesures de seguretat en els infants que havien anat en cotxe tant per ciutat, com per carretera. L'ús correcte de les mesures de subjecció ve donat per l'edat i l'alçada del menor, i va canviant al llarg del temps (preguntes 128-133).

Participació en altres estudis

Participació a l'Examen de Salut

Dins de l'ESCA-2006 es va preveure realitzar un Examen de Salut a una part de les persones entrevistades. Aquesta submostra tenia els mateixos nivells de representativitat territorial que la mostra general tot incrementant, lògicament, els marges d'error assumits. Per Barcelona, es van assignar 90 efectius a cada districte de la ciutat, el que dóna una submostra total de 900 efectius amb un error màxim de $\pm 3,3\%$.

Participació a l'Enquesta de Tabac

La darrera edició de l'ESCA ha incorporat una Enquesta de Tabac que es va administrar a una altra submostra de les persones entrevistades, amb el mateix disseny que la submostra de l'Examen de Salut però procurant que les persones no coincideixin per tal de no sobrecarregar la col·laboració d'aquestes persones. El nombre total d'entrevistes realitzades va ser de 4.498 per al conjunt de Catalunya, per la ciutat de Barcelona la mostra va ser de 2.631 que permet un error proper al $\pm 1,9\%$ amb un nivell de confiança del 95,5%.

Participació a l'estudi sobre Contaminants Orgànics Persistents

A la meitat de la mostra ampliada per l'ASPB, es va agedir una pregunta de recontacte que tenia com a únic objectiu conèixer la disponibilitat de les persones entrevistades a participar a un Examen de Salut mitjançant una anàlisi de sang. L'examen de salut es va realitzar amb la col·laboració de l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) i l'Institut d'Investigacions Químiques i Ambientals (IIQA-CSIC), per dur a terme un estudi de la distribució de diversos contaminants orgànics persistents en la població (veure Annex 4). Només es va demanar de col·laborar a les persones de 6 anys o més (o a les persones informadores corresponents), essent finalment 231 persones les participants a l'estudi.

El treball de camp

Equip de treball i calendari

La realització del treball de camp va ser realitzada per dos equips, un per cada una de les submostres: l'empresa IPSOS, d'acord amb el concurs públic efectuat amb aquesta finalitat en l'ESCA-2006, i l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (IERMB) amb conveni amb l'ASPB.

L'equip que ha portat a terme el treball de camp de submostra ampliada de l'ESB-2006 ha estat integrat per les persones de l'IERMB següents:

Coordinació general del treball de camp	Jorge Cátedra Martínez
Supervisió d'enquestadors	Roxana Lorena Bello Arias Amanda Figueras Giménez Daniel Muñoz González
Codificació CNAE, CCO i WONCA	Roxana Lorena Bello Arias
Depuració Bases de dades	Andrea Delgado Martín Jordi Gumà Lao Teresa Sancho Torné

El calendari de realització del treball de camp estava organitzat en tres fases. Una primera fase en que es van preparar els materials necessaris i es va formar el personal entrevistador. Una segona fase centrada en la realització d'entrevistes, d'una banda per la submostra que provenia de l'ESCA-2006 es va començar el desembre de 2005 i finalitzà el juny de 2006; i d'altra banda la submostra de l'ESB-2006 que ampliava l'ASPB va començar el maig de 2006 i va finalitzar el novembre del 2006. Paral·lelament al procés de realització d'enquestes es va procedir a la revisió dels qüestionaris omplerts, el control dels enquestadors/res i la codificació i gravació de les dades obtingudes. I finalment, una tercera fase de depuració de les bases de dades i l'elaboració dels informes de treball de camp.

L'obtenció i tractament de la informació es va portar a terme per: l'equip d'entrevistadors/res, l'equip de depuració, l'equip de codificació, l'equip de supervisió i control, i l'equip de gravació.

Prova pilot de l'ESCA-2006

Tot hi que s'utilitzen qüestionaris validats a les anteriors edicions, el fet d'haver dissenyat un qüestionari conjunt per l'ESCA-2006 i l'ESB-2006 requeria realitzar una prova pilot per detectar possibles millores. El disseny de l'enquesta va suposar la introducció de modificacions en els qüestionaris d'edicions anteriors que van promoure la introducció d'instruments i la revisió de preguntes a incloure en l'enquesta. La revisió i la proposta de preguntes van ser realitzades per part de grups d'experts en cada tema d'interès. Tanmateix

es va intentar mantenir al màxim la comparabilitat amb edicions anteriors.

Prèviament a la posada en marxa de l'ESCA-2006 es va realitzar una prova pilot que es portà a terme durant la setmana del 28 de novembre al 5 de desembre de 2005. El personal enquestador va rebre la formació necessària per tal de familiaritzar-se amb el qüestionari i homogeneïtzar els criteris per formular i contestar les preguntes. La selecció de les persones a entrevistar es realitzà aleatòriament entre la mostra de titulars de la província de Barcelona. La carta de presentació va ser donada a mà a la persona seleccionada.

Els resultats de la prova pilot van ser:

- Sobre una mostra de 172 es varen fer 79 entrevistes (54%). La mitjana d'entrevistes per dia i entrevistador/a va ser de 2,27.
- Es va requerir una mitjana de 2,87 contactes abans de fer entrevista o determinar la no viabilitat.
- El percentatge de negatives va ser del 12%. Els principals motius foren l'absència de l'individu (la majoria joves) i que estava de viatge (26%+5% = 31%).

Organització del treball de camp

Manual d'Instruccions per al personal entrevistador

El Manual d'Instruccions per a l'entrevistador/a pretenia unificar els criteris d'actuació dels entrevistadors/res davant situacions semblants i aclarir dubtes respecte dels problemes que podrien sorgir en el treball de camp. El manual era el material utilitzat durant les sessions d'ensinistrament dels entrevistadors/res i s'havia d'utilitzar com un instrument de consulta durant el treball de camp (veure Annex 5).

El Manual d'Instruccions per a l'enquestador/a tenia dues seccions, la primera recollia tota la informació general que calia conèixer abans de fer les entrevistes, con són el tipus de qüestionaris, l'acreditació del personal entrevistador, l'actitud davant els enquestats, el primer contacte, com s'ha de portar a terme l'entrevista, la selecció de les unitats mostrals originals i de reserva per als sistemes de selecció nominal i locatiu, la normativa de substitucions i l'enregistrament d'incidències.

La segona secció tractava específicament les preguntes del qüestionari dividit en el mateix nombre d'apartats. Incloua les instruccions respecte de com fer cada pregunta, quan era convenient aclarir-ho, i les definicions dels conceptes que ampliaven la definició operativa explicada directament en el qüestionari.

Formació del personal entrevistador

Totes les persones de l'equip d'enquestadors/res i la resta de personal de treball de camp van rebre un curs de formació per tal d'ensinistrar-los en els conceptes, criteris i estructura del qüestionari. Durant aquest curs es va lliurar el Manual d'Instruccions per al personal enquestador i models del qüestionari per tal que practiquessin amb gent coneguda i poder, així, detectar i solucionar problemes de comprensió i criteris.

En el moment de realitzar les entrevistes a les persones seleccionades l'enquestador/a portava una fitxa de control de mostra per a cada entrevista a realitzar, en la qual constava el nom, l'adreça de la persona a entrevistar, el sexe, el grup d'edat i el districte de residència. En aquesta fitxa s'havien de fer constar totes les incidències fins a l'obtenció de l'entrevista, des de les hores en què s'ha visitat el domicili de l'entrevistat, al dia de cita si s'havia concertat prèviament, o el motiu pel qual aquella persona no podia o no desitjava participar a l'estudi.

Cada enquestador/a tenia inicialment una zona assignada, que s'anava ampliant o modificant en funció del desenvolupament del procés de treball de camp i de la productivitat del conjunt dels enquestadors/res.

Contacte amb els entrevistats

Prèviament a la visita del personal entrevistador, les persones seleccionades havien rebut una carta informativa sobre l'enquesta, els seus objectius i l'anunci de la propera visita d'un enquestador/a al seu domicili, així com de la necessitat de la seva col·laboració (veure Annex 2).

Posteriorment, l'enquestador/a es posà en contacte amb l'entrevistat per tal de concretar la data de l'entrevista. El personal entrevistador disposava de les credencials corresponents per mostrar en el cas que li siguin requerides.

En el cas que el titular seleccionat es negués o fos absent, l'enquestador/a seguia les instruccions que s'especifiquen al Manual d'Instruccions per a l'entrevistador/a per tal de contactar amb una nova persona de la relació de substituïts.

Supervisió i control de qualitat

Al llarg del treball de camp s'han anat realitzant diversos controls tant pel que fa a la qualitat de la informació recollida, com a la correcta selecció d'entrevistats i realització d'enquestes, per a la qual cosa, i per tal de facilitar el treball de supervisió, es demanava el número de telèfon de la persona entrevistada en finalitzar aquesta.

Així, es van revisar els qüestionaris completats comprovant que s'havien fet totes les preguntes, que s'havien respectat els criteris establerts i que s'havien consignat correctament les respostes. Si es detectava alguna errada, es procedia a fer una consulta telefònica, per poder completar alguna dada o aclarir alguna incoherència. En altres ocasions, una explicació més detallada de l'enquestador/a era prou aclaridora.

Alhora, es va procedir a la realització d'un control sistemàtic dels enquestadors/res i de la realització de les entrevistes. Els principals aspectes que es controlaven han estat els següents:

- Identitat del subjecte entrevistat.
- Realització de totes les preguntes del qüestionari.
- Temps de durada de l'entrevista.
- Comportament de l'enquestador/a durant l'entrevista.
- Comprovació d'alguna dada concreta i objectiva de l'enquesta (any de naixement, situació laboral...).

Codificació i gravació de la informació

El Manual de Codificació és un document d'identificació de les variables de cara a l'explotació i al tractament de dades (veure Annex 6). El pla de codificació es troba implícit en el mateix qüestionari ja que la major part de les preguntes que conté són tancades i, per tant, precodificades.

Cal assenyalar, en aquest sentit, que, de la mateixa manera que es controlaven els processos de realització d'entrevistes, també es va controlar el procés de codificació a mesura que aquest s'anava realitzant. Un cop els qüestionaris han passat tots els processos de revisió i supervisió, es procedeix a la gravació de resultats per un sistema de doble entrada.

Motius de substitució de les persones seleccionades

Quan l'entrevista no es podia realitzar a la persona designada inicialment, es va establir un sistema de substitucions aleatori, on les variables a controlar eren el sexe, l'edat i la zona concreta de residència.

La decisió de donar un substitut era presa pels responsables de la coordinació del treball de camp considerant els següents motius:

- **Negativa:** quan la persona que s'havia d'entrevistar es negava a rebre l'enquestador/a o a contestar l'entrevista.
- **Canvi de domicili:** quan la persona seleccionada ja no vivia en el domicili que constava al llistat per haver-se traslladat a una altra adreça.
- **II-localitzable:** quan la persona seleccionada no es localitzava després d'insistir les vegades pertinents segons ins-

truccions rebudes per l'enquestador/a. El nombre de cops que calia anar a un domicili per tal de contactar amb l'enquestat es va fixar en cinc, considerant que cada vegada s'hi havia d'anar en dies i moments del dia diferents (matí, tarda i vespre) i un d'aquests dies havia de coincidir amb cap de setmana (dissabte). En aquest cas, a diferència de l'anterior, no existeix o no es coneix la circumstància d'absència temporal de l'enquestat i pot no haver-se contactat amb cap membre de la llar.

- **Adreça inexistent o incorrecta:** quan l'adreça de l'enquestat no existia o aquesta persona era desconeguda en l'adreça corresponent.
- **Defunció** de la persona seleccionada.
- **Absència prolongada:** l'enquestat era temporalment fora per motius de treball, estudi, etc. i no es podia contactar amb ell durant el termini del treball de camp segons informació d'algun membre de la llar.
- **Error mostral:** quan l'adreça de la persona seleccionada corresponia a una residència, una pensió o un altre tipus de llar col·lectiva.
- **Estranger sense idioma:** en aquesta categoria s'han inclòs motius com ara que la persona seleccionada no pot contestar l'enquesta per desconeixement del català o el castellà.
- **Altres motius:** en aquesta categoria s'han inclòs motius com ara que la persona seleccionada estigués incapacitada per contestar l'enquesta.

Valoració del treball de camp de la submostra ampliada de l'ESB-2006

En general, la valoració del treball de camp de l'Enquesta de Salut de Barcelona va ser molt positiva en dos sentits. Per una banda, no hi van haver incidències notables durant el seu transcurs i, d'altra banda, el nivell d'acceptació de l'enquesta per part de la població estudiada ha estat força elevat. Cal destacar que aquest darrer aspecte ha estat facilitat per la tramesa de la carta informativa en la qual s'avisava d'una propera visita d'un enquestador/a, en la qual també s'explicaven succintament l'objectiu de l'enquesta i on es demanava la col·laboració per respondre el qüestionari. Per altra banda, la mateixa temàtica de l'enquesta, la salut, també ha estat un factor decisiu per acceptar col·laborar en l'estudi, ja que la salut constitueix un dels aspectes que més preocupa a la població. I finalment, la metodologia per abordar el treball de camp, des de la mostra fins el protocol de substitucions ha facilitat la participació de la població barcelonina en l'Enquesta de Salut de Barcelona.

Cal destacar que l'increment de la població immigrada i la seva major dificultat de localitzar-la en el domicili degut en part a una gran mobilitat geogràfica i la seva relació amb l'activitat, donat que la majoria és població ocupada, ha fet que s'hagi incrementat el número de contactes realitzats per enquesta. La mobilitat geogràfica abans esmentada també afecta a la població en general però en menor mesura, i també s'han trobat dificultats per la localització de la població ocupada.

A continuació s'analitzen les diverses incidències trobades en l'obtenció de la submostra ampliada per l'ASPB, en el treball de camp realitzat per l'IERMB, les quals no creiem que hagin afectat la representativitat de la mostra, ja que en general els diversos paràmetres estudiats estan al voltant de les mitjanes de resposta en aquest tipus d'estudis. D'altra banda, la valoració de del treball de camp de l'ESCA-2006 realitzat per IPSOS està disponible i es pot consultar a través del Departament de Salut.

Mostra treballada i mostra realitzada de la submostra ampliada de l'ESB-2006

El nombre final d'enquestes realitzades en el marc de l'enquesta de salut ha estat de 3.125. La diferència amb les 3.000 enquestes previstes inicialment ha estat degut, a la necessitat d'incrementar el nombre d'enquestes realitzades a la població immigrada per tal d'assolir la proporció d'aquesta població per a cada districte. Això ha donat com a resultat una lleugera variació del nombre total d'enquestes realitzades per cada districte, ja que aquesta ampliació de la mostra de població immigrada ha estat per complementar les enquestes que faltaven per assolir aquesta proporció. El total de persones contactades (mostra treballada) per obtenir les 3.125 entrevistes en total (mostra realitzada) ha estat de 7.933, la qual cosa vol dir que per realit-

zar una entrevista es van haver de contactar 2,5 persones, proporció que es pot considerar habitual en aquest tipus d'enquestes (taula 9).

Taula 9. Mostra treballada i mostra realitzada

Total mostra realitzada	3.125 persones
Total mostra treballada (contactada)	7.933 persones
% mostra realitzada/mostra treballada	42,43%
Núm. de persones contactades per entrevista realitzada	2,5 persones

Aquests paràmetres, que són els habituals en enquestes poblacionals realitzades en zona urbana, van registrar algunes variacions en funció del sexe, l'edat o el districte de residència de les persones contactades, com es pot comprovar a les taules següents. Per sexes tal i com mostra la taula, eren les dones per les que va resultar més fàcil realitzar l'enquesta de salut de Barcelona, si bé les diferències no eren massa significatives, situant-se en 2,4 contactes de mitjana per realitzar una enquesta en el cas de les dones i en 2,7 en els homes (taula 10).

Per grups d'edat sí es van observar diferències substancials. Era la població jove, amb edats compreses entre 15 i 39 anys les que van necessitar un major nombre de contactes per poder ser enquestats. De fet, el grup d'edat de 30 a 39 anys va necessitar 3,4 contactes per enquesta. A l'extrem oposat hi havia la població infantil, menors de 15 anys, i el qüestionari dels quals era respost per una persona informadora habitualment la mare o el pare, amb la qual cosa facilitava trobar un informador. Va ser també aquesta població la que tenia uns hàbits més predictibles, situació que també va facilitar el seu contacte inicial. El grup d'edat de 0 a 14 anys tan sols va necessitar de mitjana 2,1 contactes per enquesta (taula 11).

Taula 10. Població entrevistada i contactada segons el seu sexe

	Enquestes realitzades	Persones contactades	% enquestes realitzades/contactes	Número de persones contactades per entrevista realitzada
Home	1.479	3.928	37,7	2,7
Dona	1.646	4.005	41,1	2,4
Total	3.125	7.933	39,4	2,5

Taula 11. Població entrevistada i contactada segons la seva edat

	Enquestes realitzades	Persones contactades	% enquestes realitzades/contactes	Número de persones contactades per entrevista realitzada
De 0 a 14 anys	370	763	48,5%	2,1
De 15 a 29	540	1.385	39,0%	2,6
De 30 a 39	531	1.783	29,8%	3,4
De 40 a 49	450	1.099	41,0%	2,4
De 50 a 59	396	907	43,7%	2,3
De 60 a 69	319	710	44,9%	2,2
70 anys i més	519	1.286	40,4%	2,5

Taula 12. Població entrevistada i contactada segons el districte de residència

	Enquestes realitzades	Persones contactades	% enquestes realitzades/contactes	Número de persones contactades per entrevista realitzada
Ciutat Vella	334	866	38,6%	2,6
Eixample	314	948	33,1%	3,0
Sants-Montjuïc	303	766	39,6%	2,5
Les Corts	309	775	39,9%	2,5
Sarrià-Sant Gervasi	313	819	38,2%	2,6
Gràcia	315	664	47,4%	2,1
Horta-Guinardó	303	881	34,4%	2,9
Nou Barris	318	767	41,5%	2,4
Sant Andreu	311	759	41,0%	2,4
Sant Martí	305	688	44,3%	2,3

Per districtes, el nombre de contactes de mitjana realitzats per realitzar una enquesta també marcava diferències destacades. A l'igual que l'edició anterior de l'enquesta de salut de Barcelona el districte de Sarrià-Sant Gervasi era un dels que plantejava majors dificultats per al personal enquestador, també imputable als seus hàbits i condicions de vida. Aquesta població està menys temps al seu domicili i existeixen filtres, que impediexen l'accés de l'enquestador/a a la persona a entrevistar. L'Eixample també estaria dins d'aquest grup. En el districte d'Horta Guinardó va ser especialment difícil el contacte i l'entrevista de la població mostral, en part per una major mobilitat residencial d'aquesta població. La resta de districtes continuaven amb la tendència d'edicions anteriors, registrant una major col·laboració que els altres districtes de la ciutat (taula 12).

Nombre mitjà de substitucions de la submostra ampliada de l'ESB-2006

A la taula 13 es pot observar que dos de cada cinc persones entrevistades eren els titulars, és a dir la persona seleccionada inicialment a la mostra. I dos de cada tres enquestes s'havia realitzat o bé al titular o bé al primer suplent. Aquest percentatge era lleugerament inferior a l'edició de l'enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000, si bé la realitat social era força diferent a la de fa cinc anys. De fet les altres enquestes que es van realitzar amb aquesta metodologia a la ciutat de Barcelona estaven recullint la mateixa tendència que apunta-

ven els resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2006: una major necessitat de contactes per a la realització d'una enquesta. Aquesta situació, tenint en compte el sexe de la persona a entrevistar era més acusada en el cas dels homes que en el de les dones. Les enquestes realitzades a homes titulars eren d'un 42,1%, percentatge lleugerament per sota que en el cas de les dones, que era d'un 42,8%.

Per grups d'edat també es va observar aquesta tendència i era la població amb una major mobilitat obligada i no obligada, la població d'entre 30 i 39 anys la que registrava un menor percentatge d'enquestes realitzades a titulars i primers suplents amb tant sols un 54,0% (taula 14).

Finalment, als districtes de la ciutat de Barcelona, de nou s'observaren les tendències abans apuntades, eren els districtes de l'Eixample i Sarrià-Sant Gervasi els que menys titulars i primers suplents s'havien entrevistat amb un 60,5% i un 58,7%, respectivament (taula 15).

Taula 13. Persones que van realitzar les entrevistes segons el sexe de les persones contactades. Percentatges sobre el total d'enquestes

	Homes	Dones	Total
Titular	42,1%	42,8%	42,4%
Suplent 1	23,2%	25,5%	24,4%
Titular + S1	65,2%	68,2%	66,8%
Suplent 2 i més	34,8%	31,8%	33,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 14. Persones que van realitzar les entrevistes segons l'edat de les persones contactades. Percentatges sobre el total d'enquestes

	0-14 anys	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 anys i més	Total
Titular	47,6%	43,1%	31,5%	46,0%	47,2%	46,4%	40,1%	42,4%
Suplent 1	28,9%	24,3%	22,6%	19,6%	24,2%	26,6%	26,0%	24,4%
Titular + S1	76,5%	67,4%	54,0%	65,6%	71,5%	73,0%	66,1%	66,8%
Suplent 2 i més	23,5%	32,6%	46,0%	34,4%	28,5%	27,0%	33,9%	33,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Taula 15. Persones que van realitzar les entrevistes segons el districte de residència de les persones contactades. Percentatges sobre el total d'enquestes

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Titular	40,4	35,7	45,5	43,4	39,0	50,2	36,6	41,8	47,6	44,3
Suplent 1	23,1	24,8	22,1	25,2	24,6	27,3	22,1	25,2	21,5	27,9
Titular + S1	63,5	60,5	67,7	68,6	63,6	77,5	58,7	67,0	69,1	72,1
Suplent 2 i més	36,5	39,5	32,3	31,4	36,4	22,5	41,3	33,0	30,9	27,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Caracterització dels motius de substitució de la submostra ampliada de l'ESB-2006

A la taula 16 es pot veure el nombre de persones seleccionades que no van poder o no van voler contestar l'enquesta segons els motius que manifestaven. Cal assenyalar que del total de contactes el 20,3% van ser negatives, i altres motius importants de substitució van ser els problemes de localització i els canvis de domicili.

Taula 16. Distribució de les enquestes no realitzades a titulars segons motius de substitució

	Casos	% contactes	% s/ substitucions	% s/ substitucions ESB-2000
Realitzades a Titulars	3.125	39,4	–	–
Negativa	1.610	20,3	33,5	33,1
Canvi de domicili	1.456	18,4	30,3	31,3
Il·localitzable	1.009	12,7	21,0	27,9
Absència prolongada	191	2,4	4,0	
Defunció	92	1,2	1,9	2,3
Adreça incorrecta	274	3,4	5,7	1,6
Altres motius	176	2,2	3,7	3,7
Total	7.933	100,0	100,0	100,0
		7.933	4.808	

En el cas de l'ESB-2006, la incidència dels diversos motius de substitució gairebé no variava en relació a la mateixa enquesta en l'edició passada. Una adreça incorrecta era el motiu que més destacava dels resultats d'aquesta edició en relació a l'anterior, ja que si a l'any 2000 aquest motiu representava un 1,6% dels motius de suplència, aquest any la seva incidència ha estat en un 5,7%. Les principals incidències o motius pels quals no s'ha volgut o pogut col·laborar en l'enquesta (negativa, canvi de domicili i il·localitzable + absència prolongada) eren força similars a l'edició anterior, amb valors al voltant del 33%, 30% i 26%, respectivament.

Presentació dels resultats

Per a la presentació dels resultats de l'enquesta s'han elaborat dos tipus de document: un amb els resultats principals i un amb les taules detallades de la majoria de variables de l'enquesta. També s'ha fet un document amb les mateixes taules per a cada un dels 10 districtes de la ciutatⁱⁱⁱ.

Document de resultats principals

El document de resultats principals de l'ESB-2006 pretén presentar les característiques metodològiques, i els principals resultats obtinguts respecte l'estat de salut, els estils de vida, la utilització dels serveis sanitaris i la realització de pràctiques preventives de la població de Barcelona, així com les característiques demogràfiques i socio-econòmiques i el seu impacte sobre la salut. Fonamentalment es presenten els resultats en figures i amb un text explicatiu.¹⁵⁷

Document de taules detallades

És un document que aprofundeix en les variables dependents considerades més importants en l'estudi. Les variables de context-familiar i habitatge i les dades socio-demogràfiques es presenten per grups d'edat i sexe. La resta de variables es presenten en taules separades per sexe, i segons grups d'edat, classe social, país de naixement i districte. Els indicadors mostrats per classe social, país de naixement i districte són estandarditzats per edat, pel mètode directe utilitzant com a població de referència la totalitat de la mostra de l'ESB-2006. En les taules d'utilització de serveis sanitaris, en algunes variables, també hi consten el resultats segons la salut percebuda i el tipus de finançament.

iii Es poden consultar a la pàgina web de l'ASPB www.aspb.cat

Instruccions per a l'ús del fitxer de l'ESB-2006

Nomenclatura de les variables

Les dades van ser introduïdes en un fitxer disponible en format SPSS i STATA. Cada una de les preguntes té el nom de variable corresponent a una V una lletra A, M o F que identifica les preguntes contestades només pel qüestionari d'adults (15 anys o més), les contestades únicament pels menors (14 anys o menys) i les que contesten tots els entrevistats, respectivament, més el número de la pregunta segons la numeració del qüestionari d'adults. Les preguntes del qüestionari per a menors específiques per la població infantil segueixen la numeració del qüestionari de menors. D'altra banda, tant les variables originals i les variables generades, així com els valors de les variables queden suficientment definides per l'etiquetatge utilitzat. Per exemple:

- **VF82:** Pregunta 82 del qüestionari d'adults de l'apartat sobre discapacitats, en aquest cas una pregunta que hi consta al qüestionari d'adults i al de menors (F), la variable recull la dificultat per realitzar les activitats bàsiques de la cura personal.
- **VA83:** Pregunta 83 del qüestionari d'adults de l'apartat sobre discapacitats, en aquest cas una pregunta que hi consta només al qüestionari d'adults (A), la variable recull la dificultat per realitzar les activitats de la cura de la llar.

- **VM73** Pregunta 73 del qüestionari de menors de l'apartat sobre discapacitats, en aquest cas una pregunta que hi consta només al qüestionari de menors (M), la variable recull pels menors de 6 anys la possibilitat d'alguna limitació o discapacitat futura deguda a un trastorn.

Ponderació de la mostra

Malgrat que la mostra es va calcular en base a les dades padronals a 01/01/2004, per calcular el pes mostral de la base de dades lliurada, s'han usat les dades padronals a 01/01/2005, que eren les més actualitzades. Cal recordar que per fer l'anàlisi de les dades han d'estar ponderades amb la variable PESMOS sempre, per tal de tenir en compte el disseny mostral, i obtenir indicadors representatius de la població barcelonina. A més, el fitxer de dades inclou una sèrie de pesos que permeten obtenir estimacions estandaritzades per edat (però la mida mostral queda invalidada):

- **PESMOS:** pes poblacional (no modifica la mida mostral).
- **ST_CS:** per comparar les estimacions segons classe social estandarditzant per edat.
- **ST_DTE:** per comparar les estimacions segons districtes estandarditzant per edat.
- **ST_NAIX:** per comparar les estimacions segons país de naixement estandarditzant per edat.

Bibliografia

- 1 Health Interview Surveys. de Bruin A, Picavet HSV, Nosikov A (ed.). Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series number 58, 1996.
- 2 The European Union Health Monitoring Programme. Eur J Public Health 2003; 13(3); Supplement.
- 3 Borrell, C, García-Calvente M, Martí-Bosca JV, editores. 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 18(Supplement 1): 2-6.
- 4 Mompart A, Medina A, Brugulat P, Tresserras R. Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria. Índice: Revista de estadística y sociedad. 2007; 20: 19-22.
- 5 Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health. The decade in review. Journal of Marriage and the Family. 1990; 52: 1.059-1.078.
- 6 Dunn JR, Hayes MV. Identifying social pathways for health inequalities. The role of housing. Ann N Y Acad Sci. 1999; 896: 399-402.
- 7 Rohfs I, Borrell C, Anitua C et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria 2000; 14(2); 146-155.
- 8 Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortes 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 Mar; 14(1): 43-8.
- 9 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 May; 58(10): 1.869-87.
- 10 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.
- 11 Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. J Epidemiol Community Health. 2004 Apr; 58(4): 327-32.
- 12 Borrell C, Rohlfes I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? Gac Sanit. 2004; 18 Suppl 2: 75-82.
- 13 Krieger N. The ostrich, the albatross, and public health: an ecosocial perspective – or why an explicit focus on health consequences of discrimination and deprivation is vital for good science and public health practice. Public Health Rep. 2001; 116(5): 419-23.
- 14 Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. Int J Health Serv. 1999; 29(2): 295-352.
- 15 Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. J Epidemiol Community Health. 2007; 61 Suppl 2: ii39-45.
- 16 Lahiri S, Moure-Eraso R, Flum M, Tilly C, Karasek R, Massawe E. Employment conditions as social determinants of health. Part I: the external domain. New Solut. 2006; 16(3): 267-88.
- 17 Moure-Eraso R, Flum M, Lahiri S, Tilly C, Massawe E. A review of employment conditions as social determinants of health part II: the workplace. New Solut. 2006; 16(4): 429-48.
- 18 Townsend P, Davidson N (eds.). Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1982.
- 19 Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J. Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.

- 20 Blane D. Social determinants of health – socioeconomic status, social class, and ethnicity. *Am J Public Health*. 1995 Jul; 85(7): 903-5.
- 21 Susser I. Social theory and social class. *IARC Sci Publ*. 1997; (138): 41-50.
- 22 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.
- 23 Berkman LF, Macintyre S. The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. *IARC Sci Publ*. 1997; (138): 51-64.
- 24 Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000; 25: 350-63.
- 25 Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989; 3(10): 320-6.
- 26 Wright EO. *Clases*. Madrid: Siglo XXI, de España Editores SA, 1994.
- 27 Wright EO. The class analysis of poverty. *Int J Health Serv*. 1995; 25(1): 85-100.
- 28 Kramers PG. The ECHI project: health indicators for the European Community. *Eur J Public Health*. 2003 Sep; 13(3 Suppl): 101-6.
- 29 Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health Interview Surveys. Towards International harmonization of methods and instruments (European Series n° 58). WHO, Statistics Netherlands, 1996.
- 30 Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
- 31 Sanderson D, Norlev J, Iburg K, Gispert R, Rasmussen N. Perceived health. In: Robine JM, Jagger C, Romieu I editors. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for European Union. Euro-REVES; 2002. p. 13-21.
- 32 Pietz K, Petersen LA. Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1 –and 2 to 5– year mortality. *Health Serv Res*. 2007; 42(2): 629-43.
- 33 Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J, Lahelma E. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med*. 1999 Apr; 48(8): 1.117-22.
- 34 Lenfant C. The interdependence of sleep and health – a commentary. *Metabolism*. 2006; 55(10 Suppl 2): S50-3.
- 35 Alvarez GG, Ayas NT. The impact of daily sleep duration on health: a review of the literature. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2004; 19(2): 56-9.
- 36 Van Itallie TB. Obesity: adverse effects on health and longevity. *Am J Clin Nutr*. 1979; 32(12 Suppl): 2.723-33.
- 37 Canoy D, Buchan I. Challenges in obesity epidemiology. *Obes Rev*. 2007 Mar; 8 Suppl 1: 1-11.
- 38 Bray GA. Risks of obesity. *Prim Care*. 2003; 30(2): 281-99, v-vi.
- 39 Pi-Sunyer FX. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obes Res*. 2000; 10 Suppl 2: 97S-104S.
- 40 Lester Breslow. Public health aspects of weight control. *Int J Epidemiol*. 2006; 35(1): 3-9.
- 41 Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev*. 2002; 3(4): 289-301.
- 42 Gorber SC, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*. 2007; 8(4): 307-26.
- 43 Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Ann Intern Med*. 1985 Dec; 103(6 (Pt 2)): 1.073-77.
- 44 The Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
- 45 Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001; 33(5): 337-43. Review.
- 46 Badia X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999; (Supl 1): 79: 86.
- 47 Egidi V, Crialesi R. Chronic morbidity. In: Robine JM, Jagger C, Romieu I editors. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for European Union. Euro-REVES; 2002. p. 13-21.
- 48 Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services. *Am J Public Health* 1995; 86: 173-182.
- 49 Beckett M, Weinstein M, Goldman N, Yu-Hsuan L. Do health interview surveys yield reliable data on chronic illness among older respondents? *Am J Epidemiol*. 2000; 151(3): 315-23.

- 50 Gross R, Bentur N, Elhayany A, Sherf M, Epstein L. The validity of self-reports on chronic disease: characteristics of underreporters and implications for the planning of services. *Public Health Rev.* 1996; 24(2): 167-82.
- 51 Heliövaara M, Aromaa A, Klaukka T, Knekt P, Joukamaa M, Impivaara O. Reliability and validity of interview data on chronic diseases. The Mini-Finland Health Survey. *J Clin Epidemiol.* 1993; 46(2): 181-91.
- 52 De Sanjosé S, Antó JM, Alonso J. Comparación de la información obtenida en una encuesta de salud por entrevista con los registros de atención primaria. *Gac Sanit* 1991; 27: 260-264.
- 53 Razzak JA, Sasser SM, Kellermann AL. Injury prevention and other international public health initiatives. *Emerg Med Clin North Am.* 2005; 23(1): 85-98.
- 54 Sleet DA, Liller KD, White DD, Hopkins K. Injuries, injury prevention and public health. *Am J Health Behav.* 2004; 28 Suppl 1: S6-12.
- 55 Lett R, Kobusingye O, Sethi D. A unified framework for injury control: the public health approach and Haddon's Matrix combined. *Inj Control Saf Promot.* 2002; 9(3): 199-205.
- 56 Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, Martínez-Martínez F, Moreno P, Calleja MA, Luque FM, Sierra F, Parras M, Romero JM, Vargas J, López E, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm* 2005; 46(4): 365-381.
- 57 Caamaño F, Figueiras A, Lade E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: conceptos y perfil de sus usuarios. *Gac Sanit.* 2000; 14: 294-299.
- 58 Brass EP. Changing the status of drugs from prescription to over-the-counter availability. *N Engl J Med.* 2001; 345(11): 810-6.
- 59 Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico. ¿Qué conocemos en España?. *At Prim* 2001; 27(8): 559-68.
- 60 Canbois E. Measuring activity restrictions in young adults in Europe. In: Robine JM, Jagger C, Romieu I editors. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for European Union. Euro-REVES; 2002. p. 47-63.
- 61 Prenboom R, Van Oyen H, Herten L. Limitations in usual activities, a global approach. In: Robine JM, Jagger C, Romieu I editors. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for European Union. Euro-REVES; 2002. p. 67-79.
- 62 Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health.* 1996; 17: 25-46.
- 63 Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España (Enero 2005) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.
- 64 Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit.* 2004 May; 18 Suppl 1: 69-80.
- 65 Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, 2001.
- 66 Jagger C, Robine JM. Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). In: Robine JM, Jagger C, Romieu I editors. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for European Union. Euro-REVES; 2002. p. 35-46.
- 67 García-Calvente Mdel M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004; 18 Suppl 1: 132-9.
- 68 Muijen M. Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. *World Psychiatry.* 2006 Jun; 5(2): 113-7.
- 69 Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vazquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gomez-Beneyto M, Torres F. La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el país de las maravillas? *Informe SESPAS* 2002: 301-323.
- 70 Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.
- 71 Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. Measuring need for mental health services in a general population. *Med Care.* 1985 Sep; 23(9): 1.033-43.
- 72 Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit.* 2004; 18(2): 83-91.
- 73 Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit.* 2004; 18(5): 351-9.
- 74 Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de genera health questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979; 42: 139-58.
- 75 Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman LS, Kawachi I (eds.). *Social Epidemiology.* New York: Oxford University Press, 2000.

- 76 Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997 Jan; 25(1): 95-100.
- 77 Measures of social support. In: Wilkin D, Hallam L, Doggett M. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford University Press, 1992.
- 78 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.
- 79 Bellon Saameno JA, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996 Sep 15; 18(4): 153-6, 158-63.
- 80 De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria* 1991; 8: 688-692.
- 81 Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Pract*. 1991 Mar; 8(1): 68-83.
- 82 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.
- 83 Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*. 2004 Mar-Apr; 18(2): 83-91.
- 84 Ritter PL, Stewart AL, Kaymaz H, Sobel DS, Block DA, Lorig KR. Self-reports of health care utilization compared to provider records. *J Clin Epidemiol*. 2001 Feb; 54(2): 136-41.
- 85 Anderson JG. Demographic factors affecting health services utilization: a casual model. *Med Care* 1973; 11(2): 104-120.
- 86 Andersen, RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36: 1-10.
- 87 Mendoza-Sassi R, Beria JU. Health services utilization: a systematic review of related factors. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4): 819-832.
- 88 Starfield B. Primary care concept, evaluation and policy. London. Oxford University Press. 1992.
- 89 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3): 457-502.
- 90 Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002.
- 91 Shi L, Starfield B, Xu J, et al: Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family practice* 2001; 50(2): 161.
- 92 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.
- 93 Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud*. 1999; 33: 3-12.
- 94 Gill JM. Use of hospital emergency departments for non-urgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care*. 1999; 5: 1.565-8.
- 95 Pasarín MI, Fernández MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. Un estudio cualitativo. *Gac Sanit*. 2006; 20: 91-9.
- 96 Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas-Lombardía E. Spain's citizen assess their health care system. *Health Affairs* 1991; 10(6): 216-28.
- 97 Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, Segura A. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care*. 2001; 13(2): 117-25.
- 98 Dean K. Self care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29: 137-152.
- 99 Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and Public Health. *JAMA* 1995; 273: 402-407.
- 100 NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical Activity and Cardiovascular Health. *JAMA* 1996; 276: 241-246.

- 101 Dominguez-Berjon F, Borrell C, Nebot M, Artazcoz L, Moncada S, Plasencia A. Actividad física habitual de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. *Gac Sanit* 1998; 12: 100-109.
- 102 Craig CL, Marshall AL, Sjostrom 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 Aug; 35(8): 1.381-95.
- 103 Hallal PC, Victora CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc*. 2004; 36(3): 556.
- 104 Pekka Oja. Development of a common instrument for physical activity. En: Nosikov A and Gudex G (eds.). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press, 2003.
- 105 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(suppl): S498-S516.
- 106 Anderson P, Cremona A, Paton A. The risk of alcohol. *Addiction*. 1993; 88: 1.493-1.508.
- 107 Jané M., Borrell C., Nebot M., Pasarín M. I. Impacto del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de la ciudad de Barcelona: 1983-1998. *Gac Sanit*. 2003; 17(2): 108-115.
- 108 Prada C, Del Río MC, Yañez JL, Álvarez J. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. *Gac Sanit* 1996; 10: 161-8.
- 109 Giovannucci E, Colditz G, Stampfer J et al. The assessment of alcohol consumption by a simple self-administered questionnaire. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 810-7.
- 110 Embree BG, Whitehead PC. Validity and reliability of self-reported drinking behavior: dealing with the problem of response bias. *J Stud Alcohol*. 1993; 54(3): 334-44.
- 111 Midanik LT. Perspectives on the validity of self-reported alcohol use. *Br J Addiction* 1989; 84: 1.419-1.423.
- 112 Hilton ME. A Comparison of a Prospective Diary and Two Summary Recall methods for recording alcohol consumption. *Br J Addiction* 1989; 85: 1.085-1.092.
- 113 Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*. 2003; 98 Suppl 2: 1-12.
- 114 Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. En: Informe 2004 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. [página a Internet] Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. [fecha de consulta: septiembre 2007]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
- 115 Rodríguez-Martos A, Gual a, Llopis JJ. La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 446-450.
- 116 Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. *Enf Emerg* 2000; 2: 88-102.
- 117 Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit*. 2006; 20 Suppl 1: 55-62.
- 118 World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004.
- 119 La seguretat viària a Barcelona. Barcelona: Sector de Seguretat i Mobilitat. Ajuntament de Barcelona, 2005.
- 120 Villalbí JR, Pérez C. Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gac Sanit*. 2006; 20 Suppl 1: 79-87.
- 121 Ferrando J, Plasencia A, Orós M, Borrell C, Kraus JF. Impact of a helmet law on two wheel motor vehicle crash mortality in a southern European urban area. *Injury Prevention* 2000; 6: 184-188.
- 122 Dowswell T, Towner EML, Simpson G, Jarvis SN. Preventing childhood unintentional injuries. What works? A literature review. *Injury Prevention* 1996; 2: 140-149.
- 123 Haussmann HJ. Smoking and lung cancer: future research directions. *Int J Toxicol*. 2007; 26(4): 353-64.
- 124 Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*. 2004; 45 Suppl 2: S3-9.
- 125 Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003; 46(1): 11-29.
- 126 Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*. 2002; 62 Suppl 2: 1-9.

- 127 Patrick DL, Cheadle A, Thomson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *AJPH* 1994; 84: 1.086-1.093.
- 128 Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*. 2003; 98 Suppl 2: 1-12.
- 129 Studts JL, Ghate SR, Gill JL, Studts CR, Barnes CN, Lajoie AS, Andrykowski MA, LaRocca RV. Validity of self-reported smoking status among participants in a lung cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006; 15(10): 1.825-8.
- 130 Brownson RC, Figgs LW, Caisley LE. Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. *Oncogene*. 2002; 21(48): 7.341-8.
- 131 Samet JM. Adverse effects of smoke exposure on the upper airway. *Tob Control*. 2004 Mar; 13 Suppl 1: i57-60.
- 132 Nebot M, López MJ, Tomás Z, Ariza C, Borrell C, Villalbí JR. Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey. *Tob Control*. 2004; 13(1): 95.
- 133 Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E, Borrell C, Villalbí JR. Changes in tobacco use in the general population of Barcelona, 1983-2000. *Aten Primaria*. 2004; 34(9): 457-62.
- 134 Villalbí JR, Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008; 40(2): 87-92.
- 135 Villalbí J, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit*. 2001; 15(3): 265-72.
- 136 Rajmil L, Fernandez E, Gispert R, Rue M, Glutting JP, Plasència A, Segura A. Influence of proxy-respondents in children's health interview surveys. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 38-42.
- 137 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.
- 138 Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires [página en Internet]. youthinmind. [fecha de consulta: septiembre 2007]. Disponible en: <http://www.sdqinfo.com>
- 139 Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents: a European public health perspective [página en Internet]. Alemania: The KIDSCREEN Group; 2001. [fecha de consulta: septiembre 2007]. Disponible en: <http://www.kidscreen.org/>
- 140 Aymerich M, Berra S, Guillamón 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.
- 141 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.
- 142 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 Jul-Aug; 18(4): 305-11.
- 143 Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105: 998-1.003.
- 144 Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8): 1.649-59.
- 145 Serra Majem LI, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Roman Viñas B, Aranceta Bartrina J. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Med Clin* 2003; 121; 126-131.
- 146 Polanco Allúe I. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. *An Pediatr, Monogr*. 2005; 3(1): 54-63.
- 147 Guía de la Alimentación Saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).
- 148 Guia de l'alimentació saludable a l'etapa escolar. Departament d'Educació i Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2005. Disponible en: http://www10.gencat.net/gencat/binaris/guia_alimentacio_escola_tcm32-25805.pdf
- 149 World Health Organization, Unicef. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. WHO, Geneva, 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
- 150 Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(3): 383-91.

- 151 World Health Organization, Unicef. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993.
- 152 Carbajal A, Pinto JA. El desayuno saludable. Vol 2. Colección Nutrición y Salud. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2003. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/t018.pdf>
- 153 Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem L. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *Eur J Clin Nutr*, 2003; 57 (Suppl 1): S40-S44.
- 154 Cruz JA. Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe-Southern Europe. *Eur J Clin Nutr*. 2000; 54 Suppl 1: S29-35.
- 155 Gatenby SJ. Eating frequency: methodological and dietary aspects. *Br J Nutr*. 1997; 77 Suppl 1: S7-20.
- 156 Servei Català de Trànsit. Estudi sobre l'ús dels sistemes de retenció infantil (SRI). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004.
- 157 Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C. Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Resultats principals. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



**Agència
de Salut Pública**