



Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona **2011**



Redacció del document

Xavier Bartoll. Agència de Salut Pública de Barcelona

Maica Rodríguez-Sanz. Agència de Salut Pública de Barcelona

Carme Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona

L'equip del servei d'informació de sistemes sanitaris i els tècnics de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Treball de camp

El treball de camp es va realitzar per l'empresa "Institut Opinòmetre,"

Agraïments

L'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2011 va ser possible gràcies a la col·laboració dels tècnics de l'ASPB.

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

Xavier Bartoll, Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2011. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2012.

1- INTRODUCCIÓ	5
2- OBJECTIUS DE L'ENQUESTA	6
3- METODOLOGIA	8
3.1. CARACTERÍSTIQUES TÈCNIQUES DE L'ENQUESTA	8
3.1.1. Àmbit de l'enquesta: poblacional, territorial i temporal.....	9
3.1.2. Disseny mostral.....	9
3.1.3. Característiques tècniques de les successives enquestes de salut a <i>Barcelona</i>	12
3.2. CARACTERÍSTIQUES DEL QÜESTIONARI.....	16
3.2.1. Tipus d'enquesta i estructura del qüestionari	16
3.3. CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA	21
3.3.1. Mostra treballada i mostra realitzada	21
3.3.2. Nombre mitjà de substitucions	24
3.3.3. Caracterització dels motius de substitució	25
3.3.4. Control de qualitat i supervisió d'enquestadors.....	26
3.4. DEFINICIÓ DE VARIABLES I DESCRIPCIÓ DE VARIABLES COMPOSTES	28
3.4.1. Qüestionari d'adults.....	28
3.4.2. Qüestionari de menors	57
3.5 TREBALL DE CAMP	65
3.5.1. Equip de treball i calendari.....	65
3.5.2. Desenvolupament del treball de camp.....	66
3.5.3. Organització del treball.....	67
3.5.4. Motius de substitució de les persones seleccionades.....	68
3.5.5. Control de qualitat i supervisió d'enquestadors.....	69
3.5.6. Codificació de variables.....	70
3.5.7. Valoració del treball de camp	70
3.6. PRESENTACIÓ DELS RESULTATS	72
3.6.1. Document de resultats principals.....	72
3.6.2. Document de taules detallades	72
INSTRUCCIONS PER A L'ÚS DEL FITXER DE L'ESB-2011	73
3.7.1. Nomenclatura de les variables	73
3.7.2. Ponderació de la mostra.	74

4- BIBLIOGRAFIA 75

ANNEXES (EN DOCUMENT SEPARAT)

http://www.aspb.cat/quefem/docs/Manual_ESB_2011_Annexos.pdf

1- 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 dona elements de suport per a la presa de decisions sanitàries en diferents àmbits com són la planificació sanitària, la gestió dels serveis sanitaris i l'establiment de programes de salut.

L'Enquesta de Salut de Barcelona 2011 és la sisena enquesta de salut impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, essent les altres les de 1983, 1986, 1992 i 2001, 2006. Els anys 1994 i 2002 també es va obtenir informació de Barcelona a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya, i per al mateix any 2011 s'ha obtingut a partir de la enquesta Contínua 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.

2- 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.

3- METODOLOGIA

3.1. Característiques tècniques de l'enquesta

El projecte de l'actual edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2011 (ESB-11) es va realitzar dintre 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.

L'Enquesta de Salut de Barcelona va començar el dia 17 de gener de 2011 i va finalitzar el 30 de gener de 2012, si be al llarg del mes d'agost no es varen realitzar entrevistes, la distribució d'enquestes al llarg dels mesos que ha durat el treball de camp, ha estat la que presenta la taula 1.

Taula 1. Distribució mensual de les enquestes realitzades.

Mesos de recollida d'informació	Enquestes realitzades	Distribució percentual
Gener 2011	147	3,68%
Febrer 2011	354	8,85%
Març 2011	415	10,38%
Abril 2011	333	8,33%
Maig 2011	474	11,85%
Juny 2011	413	10,33%
Juliol 2011	265	6,63%
Setembre 2011	298	7,45%
Octubre 2011	334	8,35%
Novembre 2011	333	8,33%
Desembre 2011	246	6,15%
Gener 2012	388	9,70%
Total	4.000	100%

3.1.1. Àmbit de l'enquesta: poblacional, territorial i temporal

L'univers estadístic de l'Enquesta de Salut de Barcelona és 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, abasta un total aproximat de 1.615.448 habitants, segons dades del Registre oficial de població de Barcelona, corresponents a gener 2011 . No s'inclouen 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 s'inclouen les persones que no consten al Registre Oficial de Població de Catalunya.

3.1.2. Disseny mostral

Unitat mostral i grandària de la mostra

La unitat mostral d'aquesta enquesta està integrada per subjectes individuals, i la grandària de la mostra establerta ha estat xifrada en 4.000 efectius per tal d'assolir un marge d'error relatiu del 1,55% amb un nivell de confiança del 95,5% sobre el conjunt de la mostra.

Distribució mostral

La distribució territorial de la mostra serà de tipus estratificat segons districte municipal, considerant cadascun dels districtes de la ciutat com a estrats independents, de forma que es garanteixi la representativitat estadística per a cadascun d'ells: submostra de 400 entrevistes per districte (taula 2).

Taula 2. Distribució territorial de la mostra i error mostral

	Població *	Mostra	Error mostral	Fracció mostreig
Dist. 1	104.507	400	4,89%	261
Dist. 2	265.785	400	4,90%	664
Dist. 3	182.914	400	4,89%	457
Dist. 4	82.883	400	4,89%	207
Dist. 5	144.537	400	4,89%	361
Dist. 6	122.990	400	4,89%	307
Dist. 7	170.795	400	4,89%	427
Dist. 8	167.949	400	4,89%	420
Dist. 9	146.844	400	4,89%	367
Dist. 10	230.133	400	4,90%	575
TOTAL	1.619.337	4.000	1,55%	405

* Padró continu 2010

Per tal de garantir un bon ajust entre la mostra resultant i la realitat poblacional de cada districte s'ha establert quotes per sexe i edat en base a l'estructura poblacional de Barcelona.

La selecció de les persones s'ha realitzat de forma aleatòria a partir del Padró municipal d'habitants mitjançant un sistema d'extracció simple que tingui en compte les quotes de sexe i edat fixades.

Aquesta alternativa permet, 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'incrementaran a mesura que es realitzin més, o més heterogènies, particions. 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 anterior. Cal tenir en compte, que per a l'anàlisi de les dades caldrà 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 3. Distribució per sexes i nivell d'error corresponent de la distribució d'efectius de la mostra estratificada.

Districtes	Sexe	Habitants	Efectius	Marge d'error
1. Ciutat Vella	Homes	54.727	202	±6,88
	Dones	49.780	198	±6,95
2. Eixample	Homes	122.650	184	±7,22
	Dones	143.135	216	±6,66
3. Sants	Homes	87.878	192	±7,06
	Dones	95.036	208	±6,79
4. Les Corts	Homes	39.018	187	±7,15
	Dones	43.865	213	±6,70
5. Sarrià	Homes	66.169	188	±7,14
	Dones	78.368	212	±6,72
6. Gràcia	Homes	56.728	183	±7,23
	Dones	66.262	217	±6,64
7. Horta	Homes	80.932	189	±7,12
	Dones	89.863	211	±6,74
8. Nou Barris	Homes	80.408	195	±7,01
	Dones	87.541	205	±6,84
9. Sant Andreu	Homes	70.302	193	±7,04
	Dones	76.542	207	±6,80
10. Sant Martí	Homes	111.232	201	±6,91
	Dones	118.901	199	±6,94
Total BCN	Homes	770.044	1.914	±2,24
	Dones	849.293	2.086	±2,14

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 Padró de l'Ajuntament de Barcelona. 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 per districte en base a la piràmide de Barcelona.

Es va preveure una estratègia de substitucions, de nou substituïts per un titular, 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. En el Districte de les Corts degut a la dificultat d'accés a les llars es va ampliar la mostra de substitucions a principis del segon semestre respectant la mateixa aleatorietat i quotes.

3.1.3. 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 4 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.

Taula 4. Característiques tècniques de les Enquestes de Salut de Barcelona, 1983-2011.

	1983	1986	1992-93	2000-01	2006	2011
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	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	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 aporportional (1.000 enquestes per districte)	Districtes amb l'assignació d'efectius aporportional (600 enquestes per districte)	Districtes amb l'assignació d'efectius aporportional (400 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 dels Padró de 1996 actualitzats a 1999 i mitjançant 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)	Individus, seleccionats aleatòriament a partir dels llistats del Padró Municipal 2010 (districte, sexe i edat)

	1983	1986	1992-93	2000-01	2006	2011
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)			Individus seleccionats aleatòriament
Grandària mostral teòrica	2.024 llars, 3.134 individus	2.670 llars, 7.907 individus	5.000 individus	10.000 individus	6050 individus	4000 individus
Grandària mostral real	1.623 llars, 2.420 individus	2.205 llars, 6.894 individus	5.003 individus	10.030 individus	6108 individus	4000 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	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	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	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	2011- (12 mesos) Gener 2011-Gener 2012

	1983	1986	1992-93	2000-01	2006	2011
Seccions noves al qüestionari		Qualitat de vida (Nottingham Health Profile)	<ul style="list-style-type: none"> - Pràctiques preventives - Suport social - Accidents 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Qüestionari d'adults: <ul style="list-style-type: none"> - Qualitat de vida - Discapacitats - Activitat física - Consum d'alcohol - Valoració de l'AP - Ampliació de característiques socioeconòmiques - Discriminació - Violència - Qüestionari infantil: <ul style="list-style-type: none"> - Salut mental - Qualitat de vida - Activitat física - Activitats temps de lleure - Alimentació - Seguretat viària 	<ul style="list-style-type: none"> - Qüestionari d'adults: <ul style="list-style-type: none"> - Context ambiental - Orientació sexual - Mobilitat viària - Atenció especialitzada ambulatoria - Atenció no atesa - Alimentació - Qüestionari menors: <ul style="list-style-type: none"> - Estils de vida: tabaquisme passiu - Atenció especialitzada ambulatoria

3.2. Característiques del qüestionari

3.2.1. 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. L'Institut Opinòmetre ha realitzat la recollida d'informació **mitjançant enquesta domiciliaria assistida per ordinador** (CAPI Gandia INTEGRA).

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-2011 estava 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 1).

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 2):

Qüestionari general: És el model de qüestionari que conté la totalitat de les preguntes de l'Enquesta de Salut i que s'administra a tota la població major de 14 anys que no estigui impossibilitada per contestar l'enquesta. El nombre de preguntes del qüestionari varia en funció de l'edat (més o menys de 65 anys), la situació laboral i la composició de la llar; fins a un total de 162 preguntes. L'administració d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 40 minuts.

2) *Qüestionari per a informador indirecte per incapacitats:* Es tracta del qüestionari general reduït, dissenyat per ser contestat per un informador indirecte, el cuidador o cuidadora principal d'aquesta persona. S'han tret, doncs, les preguntes d'opinió i aquelles que, per la seva naturalesa, no puguin ser contestades per delegació. Aquest qüestionari només s'emprarà en els casos en què la persona seleccionada es trobi malalta o incapacitada per respondre a mitjà o llarg termini. Si la persona té una malaltia que es preveu de molt

curta durada, cal esperar un o dos dies i passar el qüestionari general. Les preguntes d'aquest qüestionari es refereixen sempre a la persona seleccionada.

3) *Qüestionari per a infants (menors de 15 anys)*: És un model de qüestionari adaptat a aspectes de salut específics dels nens i nenes i, per tant, és lleugerament diferent dels anteriors. Està concebut per ser contestat per un informador indirecte, la persona que s'ocupa habitualment del menor, normalment la mare.

Les preguntes que conté es refereixen a l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris per part del nen, tot i que també es sol·licita informació sobre la mare o persona informadora.

Aquest qüestionari s'administrarà en tots els casos en què la persona seleccionada tingui menys de 15 anys. Si en té 15 o més s'ha d'administrar el qüestionari general o el d'informador indirecte.

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 5.

Taula 5. Apartats que es van incloure en cada tipus de qüestionari.

	2006			2011		
	Qüestionari general ASPB (ampliació) (185 preguntes)	Qüestionari per a informador indirecte (111 preguntes)	Qüestionari per a menors (128 preguntes)	Qüestionari general ASPB (162 preguntes)	Qüestionari per a informador indirecte (114 preguntes)	Qüestionari per a menors (133 preguntes)
Context familiar i habitatge	1-19	1-19	1-16	1-15	1-9	1-13
Dades sociodemogràfiques	20-47	20-47	17-38	16-40	10-34	14-47
Cobertura sanitària	48	48	39	41-42	35-36	48-49
Estat de salut i qualitat de vida	51-56	51-56	42-50 75-76	43-46 47-48	37-42	50-54
Morbiditat crònica	57-58	57-58		49-50	43-44	56-59
Lesions per accident	61-64	61-64	51-54	51-53	45-47	60-62
Ús de medicaments	65	65	55	54	48	-
Restricció aguda de l'activitat 15d	66-68	66-68	56-58	55-57	49-51	63-65
Restricció crònica de l'activitat 12m	69-72	69-72	59-62	58-61	52-55	66-69
Discapacitats	73-88	73-88	63-73	62-77	56-70	70-71
Salut mental	89-100	---	74	78	-	72
Suport social	101	---	---	79-81	-	-
Visites mèdiques el darrer any	102	102	77-79	82	71	93-95
Visites mèdiques els darrers 15 dies	103-109	103-109	80-86	--	--	--
Atenció primària i urgències *	112-130	112-130	89-110	85-100 101-102	74-89 90-91	98-117 118-119

Hospitalitzacions	131-136	131-135	11,114	103-106	92-95	120-121
Atenció no atesa				83-84	72-73	96-97
Pràctiques preventives	137-149	---	---	113-122	-	-
Estils de vida: Activitat física	150-156	---	116-118	126-132	-	73-81
Estils de vida: Alcohol i drogues	157-165	---	---	145-151	-	
Seguretat viària/ Mobilitat Viària	166-169	---	128-133	154-155	107-108	128-130
Estils de vida: Tabac	170-184	---	---	133-144	-	90-92
Estils de vida: Alimentació	---	---	119-127	123-125	102-104	82-89
Atenció especialitzada Ambulatòria				107-112	96-101	122-127
Context ambiental				152-153	105-106	131-132
Orientació sexual				156-157	-	-
Estat salut i salut mental (cuidador o informador)				-	-	133-145

* mòduls desglossats el 2011 pels adults

3.3. Característiques de la Mostra

3.3.1 Mostra treballada i mostra realitzada

El nombre final d'enquestes realitzades en el marc de l'enquesta de salut ha estat de 4.000.

El total de persones contactades (mostra treballada) per obtenir les 4.000 entrevistes (mostra realitzada) ha estat de 9.969, la qual cosa vol dir que per realitzar una entrevista s'han hagut de contactar 2,5 persones, proporció que es pot considerar habitual en aquest tipus d'enquestes.

Taula 6. Mostra treballada i mostra realitzada

Total mostra realitzada	4.000 persones
Total mostra treballada	9.969 persones
% mostra realitzada/mostra treballada	43,03 %
Núm. de persones contactades per entrevista realitzada	2,5 persones

A la taula 6 es pot observar que el 43% de les entrevistes ha estat realitzat a les persones seleccionades inicialment. Aquest paràmetre, que són els habituals en enquestes poblacionals realitzades en zona urbana, registren 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 7, no s'observen significatives, situant-se en 2,45 contactes de mitjana per realitzar una enquesta en el cas de les dones i en 2,53 en els homes.

Taula. 7 Població entrevistada i contactada segons el seu sexe

Sexe	Enquestes realitzades	Persones contactades	% enquestes realitzades / contactes	Número de persones contactades per entrevista realitzada
Home	1.906	4.826	39,5	2,53
Dona	2.094	5.143	40,7	2,45
Total	4.000	9.969	40,1	2,49

Per grups d'edat sí s'observen diferències substancials (taula 8). La població d'edat compresa entre els 30 i els 39 anys és la que ha necessitat més contactes per enquesta (3,1). A l'extrem oposat trobem a la població infant menors de 15 anys i el qüestionari dels quals era respòs per una persona informadora habitualment la mare o el pare, amb la qual cosa facilitava trobar un informador. És també aquesta població la que té uns hàbits més predictibles situació que també facilita el seu contacte inicial. El grup d'edat de 0 a 14 anys tan sols ha necessitat de mitjana 1,8 contactes per enquesta.

Taula 8. Població entrevistada i contactada segons la seva edat

Grup d'edat	Enquestes realitzades	Persones contactades	% enquestes realitzades / contactes	Número de persones contactades per entrevista realitzada
De 0 a 14 anys	472	863	54,7%	1,8
De 15 a 29	676	1.842	36,7%	2,7
De 30 a 39	700	2.194	31,9%	3,1
De 40 a 49	582	1.375	42,3%	2,4
De 50 a 59	511	1.416	36,1%	2,8
De 60 a 69	429	918	46,7%	2,1
70 anys i més	630	1.361	46,3%	2,2
Total	4.000	9.969	40,1%	2,5

Per districtes (taula 9), el nombre de contactes de mitjana realitzats per enquesta també marca diferències destacables. A l'igual que l'edició anterior de l'enquesta de salut de Barcelona el districte de Sarrià – Sant Gervasi és un dels que planteja majors dificultats per als enquestadors, també imputable als seus hàbits i condicions de vida. Aquesta població està menys temps al seu domicili i, tal com s'ha indicat anteriorment, existeixen filtres, que impedeixen l'accés de l'enquestador a la persona a entrevistar. En aquesta edició Sants-Montjuïc també ha estat especialment difícil el contacte i entrevista de la població mostral, en part per una major mobilitat residencial de la seva població.

Taula 9. Població entrevistada i contactada segons el districte de residència

Districte	Enquestes realitzades	Persones contactades	% enquestes realitzades / contactes	Número de persones contactades per entrevista realitzada
Ciutat Vella	400	998	40,1%	2,5
Eixample	400	963	41,5%	2,4
Sants - Montjuïc	400	1.204	33,2%	3,0
Les Corts	400	1.057	37,8%	2,6
Sarrià - Sant Gervasi	400	1.164	34,4%	3,0
Gràcia	400	1.045	38,3%	2,6
Horta – Guinardó	400	852	46,9%	2,1
Nou Barris	400	980	40,8%	2,5
Sant Andreu	400	847	47,2%	2,1
Sant Martí	400	859	46,6%	2,1
Total	4.000	9.969	40,1%	2,5

3.3.2 Nombre mitjà de substitucions

A la taula 10 es pot observar que el 43% de persones entrevistades ha estat el titular, es a dir la persona seleccionada inicialment a la mostra. I el 73% s'ha realitzat o bé al titular o bé al primer suplent. Aquest percentatge és lleugerament superior a l'edició de l'enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2006.

Aquesta situació, tenint en compte el sexe de la persona a entrevistar és més acusada en el cas dels homes que en el de les dones. Les enquestes realitzades a homes titulars és d'un 41,01%, percentatge inferior que en el cas de les dones, que és d'un 44,87%.

Taula 10. Persones que realitzen les entrevistes segons el sexe de les persones contactades. Percentatges sobre el total d'enquestes.

	Homes	Dones	Total
Titular	41,01%	44,87%	43,03%
Suplent 1	31,35%	28,76%	30,00%
Titular + S1	72,36%	73,63%	73,03%
Suplent 2 i més	27,64%	26,37%	26,98%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Per grups d'edat també s'observa aquesta tendència i és la població amb una major mobilitat, la població d'entre 30 i 39 anys la que registra un menor percentatge d'enquestes realitzades a titulars i primers suplents amb tant sols un 58,8% (taula 11).

Taula 11. Persones que realitzen les entrevistes segons l'edat de les persones contactades. Percentatges sobre el total d'enquestes.

	De 0 a 14 anys	De 15 a 29 anys	De 30 a 39 anys	De 40 a 49 anys	De 50 a 59 anys	De 60 a 69 anys	70 anys i més	Total
Titular	56,7%	42,0%	31,5%	44,8%	38,0%	46,9%	45,9%	43,03%
Suplent 1	31,1%	28,1%	27,3%	28,0%	31,9%	30,8%	33,9%	30,00%
Titular + S1	87,8%	70,1%	58,8%	72,8%	69,9%	77,7%	79,7%	73,03%
Suplent 2 i més	12,2%	29,9%	41,2%	27,2%	30,1%	22,3%	20,3%	26,98%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Finalment, als districtes de la ciutat de Barcelona, és en el districte de Sants Montjuïc el que menys titulars i primers suplents s'han entrevistat amb un 61,5% (taula 11).

Taula 11. Persones que realitzen 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	33,3	47,5	38,8	33,5	55,0	37,0	40,3	49,3	48,0	47,8
Suplent 1	46,3	22,5	22,8	40,3	21,8	30,5	34,3	24,5	25,0	32,3
Titular + S1	79,5	70,0	61,5	73,8	76,8	67,5	74,5	73,8	73,0	80,0
Suplent 2 i més	20,5	30,0	38,5	26,3	23,3	32,5	25,5	26,3	27,0	20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.3.3 Caracterització dels motius de substitució

A la taula 12 es pot veure el nombre de persones seleccionades que no han pogut o no han volgut contestar l'enquesta segons els motius que manifestaven. Aquests, de fet, es troben molt concentrats al voltant dels il·localitzables, els canvis de domicili i les negatives a contestar. Tots tres representen prop del 95% del total de motius i el 57,1% de les persones contactades o mostra treballada.

Taula 12. Distribució de les enquestes no realitzades a titulars segons motius de substitució

	Caso s	% s/ Contactes	% s/ substitucions	% s/ substitucions <i>ESB 2006</i>
Realitzades	4.000	40,1	-	-
Negativa	2.044	20,5	34,2	33,5
Canvi de domicili	1.264	12,7	21,2	30,3
Il·localitzable	2.381	23,9	39,9	21,0
Absència				
prolongada	94	0,9	1,6	4,0
Defunció	26	0,3	0,4	1,9
Adreça incorrecta	66	0,7	1,1	5,7
Altres motius	94	0,9	1,6	3,7
Total	9.969	100,0	100,0	100,0
		9.969	5.969	4.808

3.3.4 Control de qualitat i supervisió d'enquestadors

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.

Setmanalment els enquestadors es reunien amb el supervisor per descarregar del sistema CAPI les enquestes recollides durant la setmana i entregar els fulls de seguiment de la mostra. En aquest moment es comentava tots els dubtes de qüestionari i del sistema d'enquestació que s'haguessin pogut produir.

Un cop recollida la informació de tots els enquestadors es fusionava en una única base de dades per a procedir a la supervisió i depuració de les dades. 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 era prou aclaridora.

Ahora, s'ha procedit a la realització d'un control sistemàtic dels enquestadors 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 durant l'entrevista
- Comprovació d'alguna dada concreta i objectiva de l'enquesta (any de naixement, situació laboral...)

Aquest control s'ha realitzat sistemàticament a gairebé 2 cada 10 entrevistes (19,75%) i en tots els casos ha estat telefònic i sense incidències. Aquest control sistemàtic, per un altre costat, ha estat complementat amb un seguiment telefònic de tots els qüestionaris que presentaven algun tipus d'incoherència interna, alguna resposta poc clara o alguna pregunta insuficientment contestada. Les entrevistes controlades per aquest sistema han estat 154. En total doncs s'ha supervisat 944 entrevistes, el 23,6% de la mostra.

3.4. 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.

3.4.1 Qüestionari d'adults

A. 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.⁴ Finalment, les condicions de l'habitatge són mesures indirectes de la posició socioeconòmica, i també determinants de la salut de la població.⁵

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 1-7

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. Es va preguntar també que s'identifiqués quin membre de la llar era la persona de referència.

□ **Treball domèstic i càrregues familiars.....preguntes 8-10**

El treball no remunerat, caracteritzat per l'execució de feines relacionades amb la mantenció 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.^{6,7,8} 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 *quantas 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*, tant si fos el/la propi enquestat/da qui se'n ocupi com *si rep suport* d'altres membres de la família.

□ **Característiques de l'habitatge.....preguntes 11-15**

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). 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.

B. 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 de 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) tenen una importància fonamental en la salut.^{9,10,11}

□ **Dades demogràfiques.....preguntes 17–19**

□ **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 comunitàriaⁱ, i altres països de renda altaⁱⁱ) i nascuts a països en vies de desenvolupament (la resta de països).

□ **Dades socioeconòmiques i característiques del treball.....preguntes 20 –32**

Conté informació sobre el nivell educatiu i dades relatives al món laboral, tant situació laboral com caracterització de les condicions de treball; tipus de contracte, tipus d'ocupació, tipus de jornada laboral així com condicions específiques en el treball que puguin suposar riscos per a la salut a nivell físic i psicosocial (soroll, pol·lució de l'aire, càrregues manuals i moviments repetitius, i situació respecte a intensitat de treball, suport i control en les tasques), així com la satisfacció general amb aquestes condicions de treball.^{12,13,14}

Finalment es demanava el nivell d'ingressos nets mensuals de la unitat familiar.

□ **Dades de la persona de referència de llar.....preguntes 33–39**

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, Lincosten, Malta, Mònaco, San Marino i Andorra

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

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.....preguntes 26 i 37**

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.^{15,16,17,3}

La mesura de la classe social es pot obtenir a partir de diferents indicadors o variables.^{18,19,20} En l'Enquesta de Salut de Barcelona la classe social ocupacional es pot obtenir de dues maneres, a partir d'una reclassificació de la *Clasificación Nacional de Ocupaciones*' (CNO 2011), i del model de classes de Wright²¹ que defineix l'estructura de classes com a resultat de la combinació de la propietat dels mitjans de producció, els bens d'organització i les qualificacions amb 12 classesⁱⁱⁱ.

La classe social **proposta per la *Sociedad Española de Epidemiología*²² i actualitzada a la CNO-2011**, es tracta d'una agrupació d'ocupacions, a partir de l'ocupació actual o anterior (preguntes 26 i 37 del qüestionari d'adults) a quatre dígit, i posteriorment agrupades per obtenir les següents categories:

- **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.

ⁱⁱⁱ En l'enquesta de salut de Barcelona a partir de la combinació de l'ocupació codificada segons els tres primers dígit de la CNO (pregunta 26), el nivell d'estudis (pregunta 20), el nombre de treballadors de l'empresa (pregunta 28) i la posició en les relacions socials de producció (pregunta 38).

- **Classe III:** Treballadors de tipus administratiu, treballadors dels serveis de protecció i seguretat, treballadors per compte propi, supervisors de treballadors manuals.
- **Classe IV:** Treballadors manuals qualificats i semi-qualificats.
- **Classe V:** Treballadors no qualificats.

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. Als efectes de comparabilitat cal tenir en compte que les enquestes de 1994 a 2006 es va construir la classe social a partir de la CNO de 1994.

□ **Nivell d'ingressos**.....pregunta 40

- Es vas demanar a la persona entrevistada quins eren els seus ingressos nets mensuals de la unitat familiars. Les respostes a les preguntes van ser codificades en 11 intervals d'ingressos.

C. COBERTURA SANITÀRIA

□ **Cobertura sanitària**.....preguntes 41-42

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.¹⁶ 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. També es preguntava quina era la modalitat de serveis sanitaris que havia utilitzat més freqüentment.

D. 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.^{23,24}

□ **Autovaloració de l'estat de salut**pregunta 43

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. 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 la funció física^{25 26 27}. A més, aquest indicador és un important predictor de l'ús dels serveis sanitaris i de la mortalitat.^{28 29,30,31} tot i que possiblement subestima les desigualtats socioeconòmiques en salut^{32 33 34}.

□ **Hores de son**.....pregunta 44

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 deficiente o un excés d'hores de son presenten un major risc de mortalitat, malalties cardiovasculars, i de diabetis.^{35,36} Amb aquesta pregunta es pretén saber el promig d'hores que la persona entrevistada dormia cada dia incloent també migdiades.

□ **Pes i alçada**.....preguntes 45-46

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.^{37,38,39,40} 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.^{41,42} 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 infradeclaració 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.⁴³

© **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*: $IMC = \text{kg/m}^2$. Segons l'IMC es categoritza el pes en:⁴⁴

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

□ **Qualitat de vida: EuroQol (EQ-5D)preguntes 47-48**

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 *EuroQol (EQ-5D)*.^{45,46,47} Aquest instrument consta de dues parts. La primera correspon a la descripció de l'estat de salut en cinc dimensions (mobilitat, 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)⁴⁸.

E. 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.⁴⁹

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.⁵⁰ 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 llistat 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.^{51,52,53,54}

□ **Els trastorns crònics**.....preguntes 49-50

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 dóna més informació de la vida quotidiana. La darrera edició de l'enquesta ha inclòs una llista de 28 trastorns crònics i 1 pregunta oberta per recollir els trastorns que no consten a la llista. La informació dels trastorns crònics no són comparables a les de 2006 degut a la introducció de la pregunta inicial afegida sobre si l'entrevistat considera si té algun trastorn, que en cas negatiu pot haver afectat els resultats de respostes de la llista de trastorns respecta de l'anys 2006 on no hi havia aquesta pregunta inicial.

F. LESIONS PER 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.^{55,56,57}

□ **Lesions per accidents**.....preguntes 51-53

Donada la importància d'aquest tema es va incloure a l'enquesta de salut aquest apartat on es demanava a l'enquestat/da si havia patit *algun accident en els últims dotze mesos* 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 *quant vegades* havia tingut aquests accidents i el *lloc on havien succeït*.

G. 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.⁵⁸

□ **Consum de medicaments**.....pregunta 54

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 23 grups de medicaments: medicaments amb una elevada prevalença d'ús descrita en la literatura sobre automedicació com són els analgèsics o antiinflamatoris,^{59,60} 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.⁶¹ 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.

H - I. 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.⁶²

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.⁶³

□ **Restricció aguda de l'activitat (els darrers 15 dies)**.....preguntes 55-57

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 58-61**

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.

J. 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.^{64,65,66}

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.⁶⁷ 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.⁶⁸

□ **Discapacitats.....preguntes 62-72**

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 i de la cura de la llar).

□ **Discapacitats en la gent gran.....preguntes 73-77**

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 20 activitats es recollen: activitats bàsiques (de la cura personal i de funcionament bàsic físic i mental) i activitats instrumentals (de la cura i administració de la llar). La pregunta sobre les discapacitats (pregunta 73) no es directament comparable amb la pregunta anàloga de 2006 (pregunta 84). El 2006 es demanava pel grau de dificultat, mentre ara les demana pel tenir dificultat i necessitar o no algú.

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.⁶⁹

K. 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.^{70,71}

□ **Risc de mala salut mental (GHQ-12).....preguntes 78.1-78.12**

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.⁷² El GHQ dóna 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 cribratge de salut mental en la població i es recomana que s'utilitzi en estudis de salut pública/salut mental.^{73,74,75}

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%.⁷⁶

L. 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.^{77,78}

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 rebi *suport social* és necessari que pertanyi a una *xarxa social*, tot i que no és suficient.⁷⁹

□ ***Suport Social (Escala de Duke)*.....pregunta 79**

Per valorar el *suport social* de les persones entrevistades, l'enquesta va incloure el qüestionari de suport social de Duke⁸⁰, 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.^{81,82} 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 Durham.⁸⁰

□ ***Xarxa social de la gent gran*.....pregunta 80-81**

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.^{83,84} 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.⁷⁴ Es demanava a la gent de més de 64 anys per la seva xarxa social, nombre d'amics/gues, germans/nes i altres familiars, i s'obtenia la *grandària de la xarxa social* i la *freqüència de contacte* (quan sovint veia a aquestes persones).

M. 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.⁸⁵ 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.^{86,87,88}

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 82

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

N. ATENCIÓ MÈDICA NO ATESA

□ *Problemes de salut que requeria atenció mèdica i no es va demanar* ..preguntes 83-84

Com informació complementària a les visites mèdiques es pertinent conèixer la persona entrevistada manifesta l'existència de problemes de salut però que no han rebut atenció mèdica i el motiu pel que no pogut cobrir aqueta necessitat, com ara manca de temps, impossibilitat de desplaçament o transport i altres.

O. ATENCIÓ PRIMÀRIA

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^{89,90}:

- *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 85-90

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 i el temps d'espera entre sol·licitud i realització de la visita.

□ **Adaptació del PCAT-AE**.....preguntes 91-100

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.^{91,92}

En la seva versió per adults (PCAT-AE; adult edition), l'adaptació del PCAT-AE consta de 10 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 5.⁹³ 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 13. 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?

P. ATENCIÓ URGÈNCIES

☐ *Visites d'urgències últims 12 mesos*.....preguntes 101-102

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.⁹⁴ La utilització inadequada d'aquests serveis pot finalment repercutir en la qualitat assistencial i també en l'increment del cost sanitari.⁹⁵ 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'autodiagnòstic que realitza el pacient, i també el coneixement de l'oferta de serveis sanitaris.⁹⁶ 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*.

Q. HOSPITALITZACIONS

□ ***Ingressos hospitalaris*.....preguntes 103-106**

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 també si s'havia realitzat una intervenció major ambulatoria sense ingrés hospitalari, i 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.

R. ATENCIÓ ESPECIALITZADA AMBULATORIA

□ ***Visites especialista últims 12 mesos*.....preguntes 107-112**

Per a tots els entrevistats s'inclouen les visites mèdiques d'especialista en els darrers 12 mesos i a quina modalitat pertanyen d'assistència sanitària i centre pertany, així com qui ha derivat la visita i el temps d'espera. L'objectiu es conèixer i caracteritzar l'accés i tipologia d'atenció públic/privat de les visites mèdiques d'especialista.

S. 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, respectivament⁹⁷. 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.⁹⁸

□ **Realització de pràctiques preventives.....preguntes 113-116**

En l'enquesta es defineixen com a prioritaris la detecció de la hipertensió, el control dels nivells de colesterol, i la vacunació de la grip. Les preguntes sobre el *control de la hipertensió i els nivells de colesterol* recullen la freqüència d'aquestes pràctiques preventives.

□ **Pràctiques preventives en dones.....preguntes 117-122**

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 119).

T. ESTILS DE VIDA: ALIMENTACIÓ

□ **Alimentació.....preguntes 123-124**

Donada la importància dels hàbits alimentaris, i en concret de la ingesta de fruites i verdures en resultats en salut, com ara l'excés de pes i la obesitat i altres disminuir el risc de desenvolupar altres enfermetats (com la diabetis mellitus⁹⁹ i dèbilment amb càncer¹⁰⁰)

s'introdueix una pregunta de la freqüència de racions diàries. S'ha documentat la dificultat de mesurar la ingesta de vegetals i fruites, i fora desitjable separar els dos tipus de consums així com fer explícit el tamany de les porcions i a la freqüència setmanal per tal de poder comparar amb les recomanacions i guies nacionals¹⁰¹ 1. Existeixen questionaris específics d'hàbits alimentaris¹⁰², i també versions reduïdes¹⁰³ 3. Tant mateix per tal d'homogeneitzar el qüestionari amb la versió ESCA-C s'ha optat per mantenir la pregunta, en aquest sentit també s'inclou la pregunta sobre freqüència en l'esmorzar.

□ **Privació** **pregunta 125**

Com a mesura de privació es pregunta per la dificultat d'accés d'ingesta degut a motiu de manca de disponibilitat econòmica.

U. 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.^{104 105}

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.¹⁰⁶ 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 (al menys 5 dies a la setmana).¹⁰⁷ 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.^{108 109}

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.^{110 111 112113}

□ **Activitat física habitual.....pregunta 126**

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 127-132**

Per tal de mesurar l'activitat física, es va utilitzar una adaptació de "International Physical Activity Questionnaire: l'IPAQ".^{114,115} L'IPAQ és un instrument per la vigilància i la monitorització de l'activitat física consueuat i proposat pel grup d'EUROHIS.¹¹⁶ 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.¹¹⁷ 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: ≥1000 total MET-minuts/setmana

V. 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 la principal causa de mortalitat evitable. 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.^{118, 119,120,121}

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.^{122, 123}

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 fumadora¹²⁴. Diversos estudis han mostrat que el fum ambiental del tabac és un dels agents contaminants d'espais interiors més freqüents¹²⁵. El tabaquisme passiu causa càncer de pulmó, cardiopaties isquèmiques i altres malalties.^{126,127}

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. Malgrat tot, el consum de tabac, encara és un hàbit força prevalent en la població més jove i en els grups socials més desfavorits.^{128,129,130}

□ **Consum de tabac**.....preguntes 133-141

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 i ocasional es demanava la següent informació: l'edat d'inici de l'hàbit, si havia hagut algun intent de deixar de fumar i si algú li havia demanat que no fumés davant seu, on li havia passat, i si el metge li havia demanat de no fumar. Per aquelles persones ex-fumadores es recollia l'edat d'inici de l'hàbit, el temps que feia que havia deixat de fumar.

□ **Exposició ambiental al tabac.....preguntes 142-144**

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 tant en dies feiners com en festius.

W. ESTILS DE VIDA: ALCOHOL I DROGUES

El consum excessiu d'alcohol està relacionat amb més de 60 malalties com per exemple la cirrosi hepàtica i conseqüències a curt i llarg termini i amb altres índexs de mortalitat¹³¹, i psicosi alcohòlica així com, lesions per accidents de trànsit i suïcidi, entre d'altres.^{132,133,134}

□ **Consum d'alcohol.....preguntes 145-150**

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.^{135,136,137} 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.^{138,139}

En el cas que l'entrevistat contestava que no havia consumit en el darrer any (pregunta 145) no responia les preguntes relatives al consum del darer any ja sigui en dia feiner o cap de setmana.

□ **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.¹⁴⁰ Es va tenir en compte la quantitat d'alcohol consumit, en grams, o unitats de beguda (UBE) que varia segons el tipus de beguda,¹⁴¹ el nombre de consumicions habitual cada vegada, i també, les vegades que s'havia consumit (freqüència) que es converteix en un pes pre-establert (Taula14). A més, es va considerar com a consum de risc el beure 5 o més consumicions alcohòliques en una sola ocasió.

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

$$\text{Unitat consum} = \sum \text{UBE (10gr.)} * \text{Nombre consumicions} * \text{Pes de freqüència}$$

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

Taula 14. 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, canya quinto, mitjana, llauna)	1 UBE 1 UBE 1.5 UBE
	1 consumició de vi, cava o similars (got o copa, 100ml)	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
	2 caps de setmana al mes	0,75
	Tots els caps de setmana	1

UBE = Unitat de beguda estàndard equivalent a 10 grams alcohol

□ **Consum de drogues**.....preguntes 151

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.^{142,143}

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 inter-territorial 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 (factors socio-econòmics, estils de vida, etc.) i en un futur, estimar les tendències del consum de les diferents substàncies.

L'enquesta recollia informació sobre el consum de diferents tipus de drogues: tranquil·litzants (amb o sense prescripció mèdica), cànnabis 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).

X. CONTEXT AMBIENTAL

□ *Valoració barri*.....**pregunta 152-153**

En aquesta enquesta s'inclou per primer cop un mòdul de valoració de l'entorn del barri de residència. S'ha destacat la importància de la accés a espais verds en indicadors de salut tant mental com física, rebaixant potencialment els nivells d'estrès i millorant la salut autodeclarada, així com incrementant l'activitat esportiva, i la qualitat de l'aire i minorant els efectes del calor en les illes urbanes. Amb certa equivalència amb la literatura es concreta el que s'entén per barri com una circumval·lació equivalent a mig quilòmetre ó 10 minuts caminant¹⁴⁴, i es pregunta una valoració sobre diverses dimensions de l'entorn del barri. Aquestes dimensions es corresponen amb els factors que influeixen en la percepció d'entorn: densitat urbana i facilitat de connectivitat urbana pedestre, la violència i la seguretat personal, seguretat respecte de lesions per tràfic i l'estètica del paisatge urbà¹⁴⁵. Donat la inconveniència de la llargada de la majoria dels mòduls i de les possibles bateries de preguntes¹⁴⁶, s'han escollit amb intenció exploratòria una pregunta sobre la densitat dels trànsit, el soroll, i la violència al barri. Per un altre costat i complementant els mòduls de l'enquesta relatius als hàbits saludables individuals alimentaris i d'activitat física s'han introduït tres preguntes contextuais, mesurades en una escala Likert de 5 nivells, referides a la disponibilitat de comerços de vegetals i fruites, disponibilitat d'establiments de menjar ràpid, i d'instal·lacions esportives. Estudis anterior han mostrat la importància dels factors contextuais en els hàbits individuals saludables i en la seva desigualtat segons posició socioeconòmica^{147 148}. S'inclouen també dues preguntes relatives a saber des de quan es van traslladar o resideixen a l'actual domicili.

Y. MOBILITAT VIÀRIA

- *Temps i tipus de desplaçament en laborables*.....**preguntes 154-155**

En aquest apartat es pretenia conèixer el sistema de transport públic o privat i el temps diari empleat en els diferents mitjans de transport que pot promoure l'activitat física a fi de conèixer les pràctiques de mobilitat que promouen un millor estat de salut. Cada hora caminada ha estat associada a una reducció del risc d'obesitat i de diabetis tipus II^{149 150}. També s'ha mostrat com caminar diàriament al treball està relacionat amb la disminució del risc d'hipertensió¹⁵¹, i el risc d'infart¹⁵².

Z. OPCIÓ SEXUAL

- *Opció de les relacions sexuals i de l'atracció sexual***preguntes 156-157**

L'objectiu d'aquestes preguntes és l'estimació de les prevalences en quan identitat i atracció sexual. Aquesta informació permetria un marc quantitatiu del possible abast en el disseny de programes de promoció sobre salut sexual i reproductiva, i la prevenció de la transmissió de malalties sexuals, així com els adreçats a determinats col·lectius amb pràctiques de risc¹⁵³, i l'estat de la salut en general.^{154 155} Per facilitar la comparabilitat amb un entorn proper, ambdues preguntes són comunes amb l'Enquesta nacional de salut sexual de 2009. Orientació sexual fa referència a la tendència sexual o al desig de cada persona i pot dirigir-se vers les dones, als homes o ambdós sexes, en canvi la opció sexual pot diferir de la orientació sexual per motius de context social o altres.

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 a-k**

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.

3.4.2 Qüestionari de menors

L'ESB-2011 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.¹⁵⁶

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

A. 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 10), o bé, si no era el principal responsable es demanava pel seu sexe, l'edat i el parentiu amb el menor (preguntes 11a 13).

B. DADES SÒCIO-DEMOGRÀFIQUES

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* (preguntes 17,18).

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 19 a 21, i 30 a 32).

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 22 a 29, i 33 a 40).

En cas que no sigui el pare o la mare les persones de referència de la llar, es pregunta per les dades socio-demogràfiques d'aquesta (41 a 46).

© **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, o de la persona referent, i s'adjudicava la classe social més privilegiada d'entre aquestes.

D. ESTAT DE SALUT I QUALITAT DE VIDA

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 aquest apartat a més de l'estat de salut percebut, el pes i l'alçada.

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).^{157,158} 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 cribratge. Aquesta puntuació és estandarditzada a partir de la mitjana de les dades europees –la mitjana és estandarditzada a 50 amb desviació estàndard 10-, així un valor superior a 50 mostra una millor qualitat de vida respecte la mitjana europea.

E. MORBIDITAT PERCEBUDA

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 1 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 56 i 59).

F. DISCAPACITATS

A la població menor de 15 anys es preguntava per la limitació funcional i la dificultat per realitzar les activitat bàsiques de cura personal, igual que als adult, 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* (preguntes 70 i 71).

G. 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 72).¹⁵⁹ 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 las 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.¹⁶⁰

H. 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"*¹⁶¹. 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 73)¹⁶²

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'ordinador¹⁶³. 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 jugar al parc o al carrer*(preguntes 74 i 75), i concretament es demana també el temps dedicat a les noves tecnologies: *veure la televisió, jugar amb videojocs o jugar amb l'ordinador*, la freqüència i la supervisió d'adult i disponibilitat d'aparell a l'habitació (preguntes 76, 81).

I. 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 influencien 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,¹⁶⁴ essent una edat ideal per establir pautes de comportament alimentari saludable.¹⁶⁵

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 alimentaria a la llar.¹⁶⁶ 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.¹⁶⁷

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.^{168,169}

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):¹⁷⁰

- Alletament matern exclusiu: el nadó només rep llet materna, i cap altre líquid o sòlid a excepció de gotes o xarops de vitamines, suplement minerals o medecines.
- 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, suplement minerals o medecines; 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 prevalences d'aquest tipus d'alletament a les 48 hores després del naixement i també sobre els 3, 6 i 12 mesos d'edat.

Taula 15. Mesures de lactància materna.

Definicions	Preguntes
Alletament matern Temps que l'infant va rebre llet materna.	82. El nen/a ha pres llet materna els primers mesos de la seva vida ? 84. Quina edat tenia el nen/a quan va rebre per ultima vegada llet materna?
<i>Alletament matern exclusiu</i> Només llet materna i cap altre líquid o sòlid a excepció de gotes o xarops de vitamines, suplementes minerals o medecines.	83 Fins quina edat el nen/a va rebre només llet materna i cap altre líquid o sòlid a excepció de gotes o xarops de vitamines, suplementes minerals o medecines?
No alimentació materna El nadó no rep llet materna.	Si es respon negativament a 82

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.¹⁷¹

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 86).

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.^{172,173,174}

Pels menors de 3 anys o més, l'enquesta va incloure preguntes sobre la *freqüència setmanal de menjar no saludable* (pregunta 87): 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.).

J. ESTILS DE VIDA TABAC

Estudis recents mostren com el consum passiu de tabac en infants perjudica el seu desenvolupament cognitiu^{175 176}, per aquest motiu l'enquesta de 2011 ha inclòs un mòdul sobre la presència de tabac a la llar i fora de casa en ambients carregats de fum distingint en dies feiners com en caps de setmana (preguntes 90a 92).

L. 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 (pregunta 93). 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 94 i 95). També es va introduir la pregunta pels problemes de salut no atesos i els motius (preguntes 96 i 97).

N. ATENCIÓ PRIMÀRIA

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).^{177,178}

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 104-110).⁹³ 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 del especialista amb l'atenció sanitària (preguntes 111-113), i extensió dels serveis (preguntes 112 a 114). 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 16. 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?

Q. 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 no s'adequa a les recomanacions de seguretat, moltes vegades tot i que està disponible no s'utilitza correctament.¹⁷⁹

En aquest apartat es pretenia conèixer la freqüència *d'ús adequat 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 128-130).

3.5.2 Desenvolupament del treball de camp

El treball de camp de l'Enquesta de Salut de Barcelona ha estat realitzat entre els mesos de gener de 2011 i gener de 2012. Al llarg d'aquest període, les tasques que l'Institut Opinòmetre ha assumit en aquest treball de camp han estat les següents:

En relació a l'organització del treball de recollida d'informació:

- ◆ Disseny organitzatiu de l'equip tècnic de direcció i execució del treball de camp.
- ◆ Revisió del qüestionari i programació en sistema CAPI.
- ◆ Proves dels qüestionari en situació controlada (proves de gabinet).
- ◆ Realització de la prova pilot a un total de 16 entrevistats
 - ◆ Disseny de la mostra i selecció d'entrevistats.
 - ◆ Edició i tramesa de la carta de presentació de l'estudi als entrevistats.
 - ◆ Selecció i formació de l'equip de treball de camp sobre els objectius de l'enquesta, les instruccions per contactar a les persones seleccionades i ensinistrament pràctic sobre els criteris de les preguntes dels qüestionaris i funcionament del programa CAPI.
- ◆ Organització i distribució territorial del treball de camp.

En relació a la realització del treball de camp:

- ◆ Concertació i realització d'entrevistes en funció de les característiques tècniques de l'enquesta.
- ◆ Supervisió i seguiment del treball de camp i dels enquestadors.
- ◆ Control de qualitat de la informació recollida: revisió del 100% de les dades i control telefònic del 23,6%.
- ◆ Seguiment i control de la mostra per tal d'evitar biaixos.

En relació al tractament de la informació obtinguda:

- ◆ Creació i disseny de la base de dades.
- ◆ Codificació de les variables obertes.
- ◆ Depuració de la base de dades final.

3.5.3 Organització del treball

L'equip necessari per a la realització del treball de camp va ser seleccionat entre el personal entrevistador habitual de l'Institut Opinòmetre. Totes aquestes persones van rebre un curset de formació per tal d'ensinistrar-los en els conceptes, criteris i estructura del qüestionari. Durant aquest curset es va fer entrega del Manual d'Instruccions per als Enquestadors, que es pot trobar a l'annex 3, 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 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'ha concertat prèviament, o el motiu pel qual aquella persona no podia o no desitjava participar a l'estudi.

Cada enquestador 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.

Al següent apartat es poden veure els motius més freqüentment adduïts per les persones seleccionades que no han pogut o no han volgut ser entrevistades.

3.5.4 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 (districte).

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 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.
- ⇒ **Il·localitzable:** quan la persona seleccionada no es localitzava després d'insistir les vegades pertinents segons instruccions rebudes per l'enquestador. 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.

En un altre apartat d'aquest informe es presenten les estadístiques corresponents als motius de substitució dels titulars de la mostra.

3.5.5 Control de qualitat i supervisió d'enquestadors

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.

Setmanalment els enquestadors es reunien amb el supervisor per descarregar del sistema CAPI les enquestes recollides durant la setmana i entregar els fulls de seguiment de la mostra. En aquest moment es comentava tots els dubtes de qüestionari i del sistema d'enquestació que s'haguessin pogut produir.

Un cop recollida la informació de tots els enquestadors es fusionava en una única base de dades per a procedir a la supervisió i depuració de les dades. 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 era prou aclaridora.

Alhora, s'ha procedit a la realització d'un control sistemàtic dels enquestadors 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 durant l'entrevista
- Comprovació d'alguna dada concreta i objectiva de l'enquesta (any de naixement, situació laboral...)

Aquest control s'ha realitzat sistemàticament a gairebé 2 cada 10 entrevistes (19,75%) i en tots els casos ha estat telefònic i sense incidències. Aquest control sistemàtic, per un altre costat, ha estat complementat amb un seguiment telefònic de tots els qüestionaris que presentaven algun tipus d'incoherència interna, alguna resposta poc clara o alguna pregunta insuficientment contestada. Les entrevistes controlades per aquest sistema han estat 154. En total doncs s'ha supervisat 944 entrevistes, el 23,6% de la mostra.

3.5.6 Codificació de variables

En aquesta edició de l'enquesta el procés de codificació ha estat força més simple que en les anteriors donat que l'enquesta s'ha realitzat en sistema CAPI i les dades es recullen d'acord als codis programats. Tanmateix, el qüestionari manté algunes preguntes obertes que s'han de codificar un cop extreta la matriu de dades:

- **Ocupació de la persona:** s'ha codificat mitjançant la classificació del CNO2011
- **Activitat de l'empresa:** s'ha codificat mitjançant la classificació de CNAE 2009
- **Malalties cròniques:** Classificacions de la WONCA per a l'atenció primària

3.5.7 Valoració del treball de camp

La valoració del treball de camp de l'Enquesta de Salut de Barcelona és positiva. L'acceptació de l'enquesta per part de la població estudiada ha estat força elevat tot i que es percep un cert desgast de la població envers a les enquestes, tot i que se'ls indiqui que aquesta forma part del pla estadístic i que per tant haurien d'estar obligats a contestar. Hi ha força gent que tot i no donar una negativa directe a contestar posa moltes pegues i mai troba el temps per poder realitzar l'entrevista, fet que endarrerix la tasca de l'enquestador que després de perseguir varis dies a la persona en qüestió no acaba realitzant l'enquesta i havent de passar a un suplent.

La tramesa de la carta informativa facilita molt l'acceptació, sobretot quan a continuació es pot concertar l'enquesta per telèfon, ja que la persona ja està esperant l'enquestador un dia/hora. En el cas de no disposar de telèfon l'aconsellat era fer una primera visita per tal de concertar l'entrevista en un dia/hora determinat avisant de la seva durada per tal de no produir-se malentesos.

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.

Tanmateix, cal destacar que hi hagut alguns districtes on la dificultat d'enquestació ha estat superior a la resta, cadascun d'ells per circumstàncies diferents.

En primer lloc, Ciutat Vella i part del districte de Sants Montjuïc, donat que el volum de població immigrada és molt elevat i hi ha major dificultat de localitzar les persones seleccionades, ja que molts cops ja no viuen en el domicili especificat o són impossible de localitzar, degut en part a una gran mobilitat geogràfica. Els problemes amb l'idioma també són un element de dificultat afegit en aquest districte, si bé com que ja es coneixia el problema es va buscar especialment per aquest districte una persona amb coneixements d'idiomes (angles, francès i àrab) i amb molta experiència com a enquestadora en aquest mateix àmbit, fet que a minimitzar les dificultats en aquest sentit.

En segon lloc, Sarrià Sant Gervasi, en aquest cas la principal dificultat ha estat l'accés a la persona seleccionada i la disponibilitat de contestar. En aquesta zona de la ciutat gran part dels habitatges disposen de porters que en molts casos impedeixen l'entrada als entrevistadors impedit el contacte amb la persona seleccionada. D'altra banda, el perfil socioeconòmic de les famílies fa que siguin més reàcies a contestar, ja sigui per una manca de temps o per altres motius. En definitiva, tot això ha fet que en aquestes zones s'hagi incrementat el número de contactes realitzats per enquesta o endarrerit el procés d'enquestació.

3.6. 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 ciutat^{iv}.

3.6.1 Document de resultats principals

El document de resultats principals de l'ESB-2011 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.¹⁸⁰

3.6.2 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-2011.

^{iv} Es poden consultar a la pàgina web de l'ASPB www.aspb.cat

Instruccions per a l'ús del fitxer de l'ESB-2011

3.7.1 Nomenclatura de les variables

Les dades van ser introduïdes en un fitxer disponible en format SPSS i STATA.

Tipus de qüestionaris,

La base de dades de l'enquesta de salut de Barcelona 2011 consta dels qüestionaris:

- d'adults general,
- indirecte (pels adults que no poden contestar per ells mateixos)
- menors de 15 anys

La variable TIPUS reflexa aquesta tipologia. Els qüestionaris no son idèntics segons, l'indirecte no contempla les preguntes de valoració subjectiva d'estats de salut que sí té el d'adults general, mentre que la de menors conté mòduls específics i diferenciats respecte dels adults. Per a les preguntes comuns la informació figura en la variable fusionada. Al ser l'indirecte un subconjunt de preguntes del d'adults, el codi de les variables i el qüestionari tenen la mateixa numeració en les preguntes comuns que la dels adults. El manual de codificació de l'annex 4 figuren els codis per a cada pregunta i qüestionari.

Denominació de les variables

La majoria de variables comencen per la lletra, generalment la lletra P seguit del número de la pregunta corresponent al qüestionari (exceptuant les variables comunes fusionades amb el qüestionari d'adults) , en els casos que la variable es quantitativa comencen per Q, les que responen a codificacions estàndards com ara la ocupació comencen per C. Les variables que finalitzen amb una I corresponen específicament al qüestionari d'infants.

Tractament no resposta

Les etiquetes de no resposta de variables quantitatives son negatius, generalment -1, en les variables qualitatives els valors acostumen a ser 9 ó 19 ó 99 ó 999, segons la pregunta.

Generació de variables

S'han generat variables d'acord amb la definició que figura al manual de l'enquesta.

3.7.2 Ponderació de la mostra.

Malgrat que la mostra es va calcular en base a les dades padronals a 01/01/2011, per calcular el pes mostral de la base de dades lliurada, s'han usat les dades padronals a 01/01/2012, que eren les més actualitzades. Cal recordar que per fer l'anàlisi de les dades han d'estar ponderades amb la variable "PES_MOS" 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 estandarditzades per edat (però la mida mostral queda invalidada):

- PES_MOS: pes mostral (no es modifica la mida mostral).
- PES_POB: pes poblacional d'aixecament per obtenir l'indicador a nivell de ciutat
- 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.

4- BIBLIOGRAFIA

1. de Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A. Health Interview Surveys. 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. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004; 18(Suppl 1): 2-6.
4. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health. The decade in review. J Marriage Fam. 1990; 52: 1059-1078.
5. Dunn JR, Hayes MV. Identifying social pathways for health inequalities. The role of housing. Ann N Y Acad Sci. 1999;896:399-402.
6. Rohfs I, Borrell C, Anitua C et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit. 2000;14(2):146-155.
7. 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;14(1):43-8.
8. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? Soc Sci Med. 2004;58(10):1869-87.
9. 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.
10. Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomäki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. J Epidemiol Community Health. 2004;58(4):327-32.
11. Borrell C, Rohfs 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Townsend P, Davidson N, editors. Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books; 1982.
16. Borrell C, Benach J, coordinadores. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Informe CAPS i Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
17. Blane D. Social determinants of health--socioeconomic status, social class, and ethnicity. Am J Public Health. 1995;85(7):903-5.
18. Susser I. Social theory and social class. IARC Sci Publ. 1997;(138):41-50.
19. 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.
20. Berkman LF, Macintyre S. The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. IARC Sci Publ. 1997;(138):51-64.
21. Wright EO. Clases. Madrid: Siglo XXI Editores; 1994.

22. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-63.
23. Kramers PG. The ECHI project: health indicators for the European Community. *Eur J Public Health*. 2003;13(3 Suppl):101-6.
24. de Bruin A, Picavet H, Nossikov A. Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series number 58; 1996.
25. 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.
26. Simon JG, De Boer JB, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J Public Health*. 2005;15(2):200-8.
27. Mavaddat N, Kinmonth AL, Sanderson S, Surtees P, Bingham S, Khaw KT. What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Sep;65(9):800-6.
28. Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):21-37.
29. 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.
30. 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.
31. 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;48(8):1117-22.
32. Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *Int J Epidemiol*. 2007;36(6):1161-4.
33. d'Uva TB, O'Donnell O, van Doorslaer E. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol*. 2008;37(6):1375-83.
34. Dowd JB, Todd M. Does self-reported health bias the measurement of health inequalities in U.S. adults? Evidence using anchoring vignettes from the Health and Retirement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66(4):478-89.
35. Lenfant C. The interdependence of sleep and health--a commentary. *Metabolism*. 2006;55(10 Suppl 2):S50-3.
36. 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.
37. Van Itallie TB. Obesity: adverse effects on health and longevity. *Am J Clin Nutr*. 1979;32(12 Suppl):2723-33.
38. Canoy D, Buchan I. Challenges in obesity epidemiology. *Obes Rev*. 2007;8(Suppl 1):1-11.
39. Bray GA. Risks of obesity. *Prim Care*. 2003;30(2):281-99.
40. Pi-Sunyer FX. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obes Res*. 2000;10 (Suppl 2):97S-104S.
41. Breslow L. Public health aspects of weight control. *Int J Epidemiol*. 2006;35(1):3-9.
42. Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev*. 2002;3(4):289-301.
43. 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.
44. Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Ann Intern Med*. 1985;103(6 (Pt 2)):1073-77.
45. The EuroQol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
46. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33(5):337-43.

47. Badía, X., Roset, M., Herdman, M. y Segura, A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999, 112 (Supl 1), 79-86.
48. Rabin R, Oemar M, Oppe M, Janssen B, Herdman M. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Rotterdam: EuroQol Group; 2011.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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;27:260-4.
55. Razzak JA, Sasser SM, Kellermann AL. Injury prevention and other international public health initiatives. *Emerg Med Clin North Am.* 2005;23(1):85-98.
56. Sleet DA, Liller KD, White DD, Hopkins K. Injuries, injury prevention and public health. *Am J Health Behav.* 2004;28 (Suppl 1):S6-12.
57. 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.
58. Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, Martínez-Martínez F, Moreno P, Calleja MA et al. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm.* 2005; 46 (4): 365-81.
59. Caamaño F, Figueiras A, Lade E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: conceptos y perfil de sus usuarios. *Gac Sanit.* 2000; 14:294-9.
60. Brass EP. Changing the status of drugs from prescription to over-the-counter availability. *N Engl J Med.* 2001;345(11):810-6.
61. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico. ¿Qué conocemos en España?. *Aten Primaria.* 2001; 27 (8): 559-68.
62. 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.
63. 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.
64. Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health.* 1996;17:25-46.
65. Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
66. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit.* 2004;18 (Suppl 1):69-80.
67. 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.
68. 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.
69. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18 (Suppl 1):132-9.

70. Muijen M. Challenges for psychiatry: delivering the Mental Health Declaration for Europe. *World Psychiatry*. 2006;5(2):113-7.
71. Vázquez-Barquero JL, Salvador Carulla L, Bulbena A, Torres F, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M. La salud mental en España: Cenicienta en el país de las maravillas. En: Cabasés Hita JM, Aibar Remón C, Villalbí Hereter JR, coordinadores. *Invertir para la salud: prioridades en salud pública : informe SESPAS; 2002. Vol 1. p. 301-26.*
72. Goldberg D. *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing; 1978.
73. Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. Measuring need for mental health services in a general population. *Med Care*. 1985;23(9):1033-43.
74. 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.
75. 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.
76. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de genera health questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol*. 1979;42:139-58.
77. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman LS, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
78. Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):95-100.
79. Measures of social support. In: Wilkin D, Hallam L, Dogget M. *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford University Press; 1992.
80. 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.
81. 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;18(4):153-63.
82. 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. *Aten Primaria*. 1991;8:688-92.
83. 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;8(1):68-83.
84. 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.
85. 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;54(2):136-41.
86. Anderson JG. Demographic factors affecting health services utilization: a casual model. *Med Care*. 1973;11(2):104-20.
87. Andersen, R.M. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?". *J Health Soc Behav* .1995; 36:1-10.
88. Mendoza-Sassi R., Beria JU. Health services utilization: a systematic review of related factors. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(4): 819-32.
89. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. London: Oxford University Press; 1992.
90. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
91. Starfield B, Shi L. *Manual for the primary care assessment tools*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2002.
92. Shi L, Starfield B, Xu J, et al: Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2):161.
93. 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.

94. 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.
95. Gill JM. Use of hospital emergency departments for nonurgent care: a persistent problem with no easy solutions. *Am J Manag Care*. 1999;5:1565-8.
96. 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.
97. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFIC). Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/ADULTO%20CARDIOVASCULAR.pdf>
98. 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.
99. Carter P, Gry LJ, Troughton J, Khunti K, Davies MJ. Fruit and vegetable intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c4229.
100. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr*. 2003 Sep;78(3 Suppl):559S-569S.
101. Agudo A. Measuring intake of fruit and vegetables [electronic resource]. Background paper for the Joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. WHO Press; 2005. Disponible a: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_intake_measurement.pdf
102. National Cancer Institute. Dietary Health Questionnaire. Estats Units: US National Institutes of Health. Disponible a: <http://riskfactor.cancer.gov/DHQ/>
103. Mikkelsen TB, Olsen SF, Rasmussen SE, Osler M. Relative validity of fruit and vegetable intake estimated by food frequency questionnaire used in the Danish National Birth Cohort. *Scand J Public Health*. 2007;35 (2):172-9.
104. Dean K. Self care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29:137-152.
105. Meseguer CM, Galán I, Herruzo R, Zorrilla B, Rodriguez-Artalejo F. Leisure-Time Physical Activity in a Southern European Mediterranean Country: Adherence to Recommendations and Determining Factors. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(10):1125-33.
106. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and Public Health. *JAMA*. 1995; 273:402-7.
107. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6):801-9.
108. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland: WHO Press; 2010.
109. Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. *JAMA* 1996; 276(3):241-246.
110. Murphy M, Nevill A, Neville C et al. Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. *Med Sci Sports Exerc*. 2002;34(9):1468-74
111. O'Donovan G, Blazeovich AJ, Boreham C, Cooper AR, Crank H, Ekelund U, et al. The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sports Sci*. 2010; 28(6):573-91.
112. Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical Activity for Health: What Kind? How Much? How Intense? On Top of What? *Annu Rev Public Health*. 2011;32:349-65.
113. 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; 12:100-9.
114. 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;35(8):1381-95.

115. Hallal PC, Victora CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36(3):556.
116. Pekka Oja. Development of a common instrument for physical activity. En: Nosikov A, Gudex G, editors. EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press; 2003.
117. 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.
118. Haussmann HJ. Smoking and lung cancer: future research directions. *Int J Toxicol.* 2007; 26(4):353-64.
119. 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.
120. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis.* 2003; 46(1):11-29.
121. Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs.* 2002;62 (Suppl 2):1-9.
122. 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;84:1086-93.
123. 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):1825-8.
124. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2006.
125. Nebot M, López MJ. Contaminación por humo ambiental en espacios cerrados. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología.* 2010; 24:37-50.
126. Brownson RC, Figs LW, Caisley LE. Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure. *Oncogene.* 2002;21(48):7341-8.
127. Samet JM. Adverse effects of smoke exposure on the upper airway. *Tob Control.* 2004;13 (Suppl 1):i57-60.
128. 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.
129. 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.
130. Villalbí J, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit.* 2001;15(3):265-72.
131. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and Public Health. *Lancet.* 2005; 365:519-529.
132. Anderson P, Cremona A, Paton A. The risk of alcohol. *Addiction.* 1993;88:1493-1508.
133. 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.
134. 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.
135. 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.
136. 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.
137. Midanik LT. Perspectives on the validity of self-reported alcohol use. *Br J Addict.* 1989;84:1419-23.
138. Hilton ME. A Comparison of a Prospective Diary and Two Summary Recall methods for recording alcohol consumption. *Br J Addict.* 1989; 85:1085-92.

139. 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.
140. 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 a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
141. Rodríguez-Martos A, Gual a, Llopis JJ. La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)* 1999;112:446-50.
142. 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.
143. Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20 (Suppl 1):55-62.
144. Mitchell R and Popham F. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: An observational population study. *Lancet*. 2008;372(9650):1655-60
145. Cerion E, Brian ES, Sallis J Frank LD. Neighborhood environment walkability scale: validity and development of a short form. *Med Sci Sports Exerc*. 2006;38(9):1682-91.
146. MESA [sede Web]. Seattle: MESA Coordinating Center; 2013 [accés 16 d'abril de 2013]. Manual Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). Disponible a: <http://www.mesa-nhlbi.org/manuals.aspx>
147. Giskes K, van Lenthe FJ, Kamphuis CB, Huisman M, Brug J, Mackenbach JP. Household and food shopping environments: do they play a role in socioeconomic inequalities in fruit and vegetable consumption? A multilevel study among Dutch adults. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Feb;63(2):113-20.
148. Kamphuis CMB. Explaining Socioeconomic Inequalities in Health Behaviours [tesi doctoral]. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research, University Medical Centre Rotterdam; 2008.
149. Frank LD, Andresen MA, Schmid TL. Obesity relationship with community design, physical activity, and time spent in cars. *Am J Prev Med*. 2004;27(2):87-96.
150. Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviours in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA*;289(14):1785-91.
151. Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, Okada K, Fujii S, Endo G. Walking to work and the risk for hypertension in men: the Osaka Health Survey. *Ann Intern Med*. 1999;131(1):21-6.
152. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Silventoinen K, Barengo NC, Tuomilehto J. Leisure time, occupational, and commuting physical activity and the risk of stroke. *Stroke*. 2005;36(9):1994-9.
153. Vosburgh HW, Mansergh G, Sullivan PS, Purcell DW. A review of the literature on Event-Level Substance Use and Sexual Risk Behavior Among Men Who Have Sex with Men. A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2012;16(6):1394-410.
154. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *Am J Public Health*. 2010;100 (10):1953-60
155. Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Curr Infect Dis Rep*. 2012.
156. 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.
157. Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents: a European public health perspective [página a Internet]. Alemania: The KIDSCREEN Group; 2001. [accés setembre 2007]. Disponible a: <http://www.kidscreen.org/>

158. 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.
159. 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.
160. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires [página a Internet]. youthinmind. [acces setembre 2007]. Disponible a: <http://www.sdqinfo.com>
161. 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.
162. Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C, Riley A, Starfield B. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). *Gac Sanit.* 2004;18(4):305-11.
163. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Popkin BM. Longitudinal Physical Activity and Sedentary Behavior Trends Adolescence to Adulthood. *Am J Prev Med.* 2004;27(4):277-283
164. 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;121:126-31.
165. Polanco Allúe I. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. *An Pediatr (Barc).* 2005;Monog.3:54-63.
166. Dapach V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de la Alimentación Saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.
167. Generalitat de Catalunya. Guia de l'alimentació saludable a l'etapa escolar. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació i Departament de Salut; 2005. Disponible a: http://www10.gencat.net/gencat/binaris/guia_alimentacio_escola_tcm32-25805.pdf
168. World Health Organization. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponible a: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
169. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Sis San Navarra.* 2007;30(3):383-91.
170. World Health Organization. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1993.
171. 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 a: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/t018.pdf>
172. 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.
173. Cruz JA. Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe-Southern Europe. *Eur J Clin Nutr.* 2000;54 (Suppl 1):S29-35.
174. Gatenby SJ. Eating frequency: methodological and dietary aspects. *Br J Nutr.* 1997; 77 (Suppl 1):S7-20.
175. Julvez J, Ribas-Fitó N, Torrent M, Fornes M, Garcia-Esteban R, Sunyer J. Maternal smoking habits and cognitive development of children at age 4 years in a population-based birth cohort. *Int J Epidemiol.* 2007;36(4):825-32.
176. Brooks J, Holditch-Davis D, Weaver MA, Miles MS, Engelke SC. Effects of secondhand smoke exposure on the health and development of African American premature infants. *Int J Family Med.* 2011;2011:165687.
177. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000; 105:998-1003.

178. 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):1649-59.
179. Servei Cátala de Trànsit. Estudi sobre l'ús dels sistemes de retenció infantil (SRI). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004.
180. 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.

ANNEX

- Annex 1. Carta de presentació
 - Annex 2. Qüestionaris
 - Annex 3. Manual del personal entrevistador
 - Annex 4. Manual de codificació
-