

---

# Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17

## Resultats principals

---





---

# **Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17**

**Resultats principals**

---



### **Gerenta de l'Agència de Salut Pública**

Carme Borrell i Thió

### **Responsables de l'Informe**

Xavier Bartoll, Catherine Pérez i Maribel Pasarín

### **Autoria i redacció**

Xavier Bartoll, Catherine Pérez, Maribel Pasarín, Maica Rodríguez i Carme Borrell

### **Treball de Camp**

INSTITUTO DYM i Lucía Baranda

### **Col·laboradors/es**

Carles Ariza, Lucía Artázcoz, Teresa Brugal, Xavier Continente, Imma Cortés, Èlia Díez, Albert Espelt, Patricia Garcia, Olga Juárez, Ma. José López, Davide Malmusi, Marc Marí de l'Olmo, Marta Olabarría, Glòria Pérez, Elena Santamariña, Laia Palència, Rosa Puigpinós, María Salvador

### **Cita recomanada**

Bartoll X, Pérez K, Pasarín M, Rodríguez-Sanz M i Borrell C. Resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018.

© 2019 Agència de Salut Pública de Barcelona

Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona

Dipòsit Legal: B.6742-2019



Aquest informe està sota una llicència Creative Commons  
Reconeixement - No Comercial - Sense Obra Derivada (BY-NC-ND)  
<https://creativecommons.org/>

---

# Índex

---

Presentació.....	9
Resum executiu.....	11
Introducció .....	15
Objectius.....	17
Objectiu general.....	17
Objectius específics.....	17
Mètodes.....	19
Univers estadístic i mostra .....	19
El treball de camp.....	20
Les característiques del qüestionari.....	20
Les variables compostes .....	21
Les condicions socioedemogràfiques .....	31
Descripció demogràfica.....	31
Els grups d'edat .....	31
El país d'origen .....	31
El nivell educatiu .....	32
La classe social ocupacional .....	34
Els ingressos personals .....	35
L'estructura de la llar .....	37
El suport social.....	37

La discriminació, opció sexual i violència masclista .....	40
Patir alguna discriminació.....	40
L'atracció, conducta i identitat sexual.....	41
El maltractament de parella .....	43
La pobresa.....	44
La pobresa material.....	44
La pobresa material severa.....	47
La pobresa energètica.....	48
La inseguretats alimentària.....	51
La dificultat d'arribar a fi de mes.....	53
El treball.....	55
La situació laboral.....	55
El temps en atur.....	57
El tipus de contracte laboral.....	59
El tipus de jornada laboral .....	60
Les hores de treball remunerat.....	61
La satisfacció amb les condicions de treball.....	61
La cura de les persones .....	62
Les hores de treball domèstic.....	64
<b>Les condicions de l'habitatge i de l'entorn físic .....</b>	<b>65</b>
L'estat de l'habitatge .....	65
La situació de l'entorn de barri .....	67
<b>La salut .....</b>	<b>71</b>
La salut percebuda .....	71
La qualitat de vida.....	76

Les hores de son.....	78
La salut mental.....	80
La salut mental de la població infantil i juvenil .....	85
El pes corporal .....	86
Els trastorns crònics.....	90
La limitació de l'activitat en gent gran .....	98
La seguretat viària de la població infantil .....	101
<b>Els hàbits relacionats amb la salut .....</b>	<b>103</b>
L'activitat física habitual i de lleure en adults.....	103
L'activitat física en infants.....	107
L'hàbit tabàquic .....	110
El tabac passiu .....	113
El consum d'alcohol .....	113
El consum d'altres drogues/substàncies.....	116
La ingesta de fruites i verdures .....	117
Esmorzar abans de sortir de casa i a mig matí .....	117
Menjar no saludable en infants.....	119
La mobilitat .....	119
<b>La utilització dels serveis sanitaris.....</b>	<b>121</b>
La cobertura sanitària .....	121
Les pràctiques preventives .....	123
Posar-se la vacuna de la grip .....	123
Control de la tensió arterial .....	125
Control del colesterol.....	126
Mamografia per a la detecció precoç.....	127

Revisió de la citologia vaginal.....	129
Haver-se fet la prova del VIH .....	131
Les vacunes a infants.....	135
L'atenció primària .....	136
L'atenció d'urgències i especialitzada diferent de la primària .....	139
Nombre d'ingressos hospitalaris .....	141
Nombre de visites a especialista .....	143
Temps d'espera de les visites.....	147
L'atenció sanitària no atesa .....	149
El consum de medicaments .....	150
El consum de medicaments els dos darrers dies.....	150
El consum de tractaments no convencionals els dos darrers dies .....	153
<b>Conclusions.....</b>	<b>155</b>
<b>Annex .....</b>	<b>159</b>
<b>Referències .....</b>	<b>163</b>



---

# Presentació

---

L'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) és una de les primeres organitzacions que es va preocupar d'obtenir informació poblacional i subjectiva sobre aspectes relacionats amb la salut de la població barcelonina i sobre els serveis sanitaris existents a la ciutat.

L'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016/17 correspon ja a la setena edició impulsada per l'ASPB, com a estadística oficial del Pla Estadístic de Catalunya prorrogat 2011-2016. Així, l'any 1983 l'ASPB ja va fer la primera Enquesta de Salut de Barcelona, la primera de l'Estat espanyol, i posteriorment va continuar aquesta tasca amb les dels anys 1983, 1986, 1992, 2001, 2006 i 2011.

L'Enquesta de salut de Barcelona forma part dels objectius estratègics de salut pública del Pla d'actuació municipal de la ciutat pel que fa a l'obtenció d'informació sanitària sobre la població barcelonina, informació que ha permès adequar les polítiques de salut, la planificació sanitària i la gestió dels serveis a les necessitats de la ciutadania i que, així mateix, ha servit per a la recerca.

L'objectiu de l'Enquesta de Salut de Barcelona és proporcionar informació actualitzada sobre la salut de la població, els hàbits relacionats amb la salut, la utilització dels serveis sanitaris i les pràctiques preventives, com també sobre els determinants de salut. A més, permet estudiar l'evolució de les desigualtats socioeconòmiques (segons gènere, edat, territorials, nivell educatiu, classe social i país d'origen) en l'estat de salut. La darrera edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona incorpora novetats i millores, amb especial atenció a temes prioritaris com ara la pobresa material, la pobresa energètica, la inseguretat alimentària, la discriminació, la violència de parella, les cures, l'aïllament en les persones grans, la realització de la prova del VIH, la vacunació infantil i els tractaments complementaris, entre d'altres.

Aquest informe presenta els principals resultats obtinguts de l'Enquesta de Salut de Barcelona. Permet constatar que els indicadors de salut estudiats es mantenen estables, un lleuger increment de l'activitat física, el consum de tabac i el consum de risc d'alcohol es mantenen estables, tot i que hi ha un consum de risc que es dona sobretot en la població més jove. D'altra banda, destaca la utilització dels serveis

sanitaris, principalment dels serveis d'atenció primària i les urgències, com també hi ha un augment progressiu de les pràctiques preventives, tot i que caldria incrementar la vacunació de la grip.

Tanmateix, s'observen desigualtats per raó de gènere, de classe social o d'origen i territorials. Les dones perceben un estat de salut pitjor. Les persones de classes socials desfavorides presenten uns indicadors de salut més dolents i una proporció més alta d'hàbits no saludables, alhora que fan menys activitats preventives. S'observa un major ús dels serveis sanitaris per part de les persones amb pitjor indicadors de salut.

A la web de l'ASPB ([www.aspb.cat](http://www.aspb.cat)) està disponible un informe exhaustiu amb pràcticament tota la informació de l'enquesta analitzada segons els diferents eixos de desigualtats i també unes taules en Excel que permeten descarregar les dades.

**Gemma Tarafa**

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

---

# Resum executiu

---

L'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17 (ESB-2016/17) és la setena enquesta de salut impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona des de l'any 1983. Recull informació sobre l'estat de salut subjectiu, la morbiditat percebuda, la qualitat de vida i la salut mental, sobre lesions per accidents i la restricció de l'activitat, així com sobre les discapacitats. També es recull informació sobre els hàbits relacionats amb la salut, com són el consum de tabac, la realització d'activitat física i l'alimentació. Sobre la utilització de serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada i hospitalària) o la realització de pràctiques preventives.

En aquesta edició de l'enquesta s'inclouen per primer cop la mesura de la pobresa material, la pobresa energètica i la inseguretat alimentària; també s'amplien les preguntes relatives als problemes d'inseguretat residencial, la tipologia del consum d'aigua en els habitatges i, quant a context, s'amplien les preguntes sobre l'accés als espais verds. Les preguntes referents a la cura de persones es complementen amb la situació de la cura informal, i la situació d'aïllament de les persones grans. S'inclouen també per primer cop preguntes sobre la violència de parella, i s'amplia la pregunta de l'opció sexual amb la d'identitat sexual. Donats els canvis en el mercat laboral, també s'afegeixen noves preguntes referents als tipus de contractacions, pluriocupació i condicions de treball. Pel que fa al qüestionari d'infants es pregunta també per la no vacunació, i s'amplien les preguntes referents als hàbits d'oci. La mirada territorial s'amplia també considerant cinc categories de barri segons el nivell de renda del barri. L'objectiu d'aquest informe és presentar els principals resultats obtinguts de l'ESB-2016/17.

L'Enquesta recull en profunditat informació que permet descriure determinants socials de la salut tant del context físic com del context social. De les persones enquestades, el 4% viuen en alta inseguretat alimentària i el 8,6% amb inseguretat alimentària. La pobresa material severa afecta el 9% (el 15,9% en pobresa material), la pobresa energètica el 9,1%. El 13,8% dels homes i el 15% de les dones tenen dificultats d'arribar a fi de mes. Les situacions de pobresa es distribueixen desigualment, sobretot en dones amb llars unipersonals, i monoparentals, com també en la població de gent gran. Entre els factors laborals, l'atur de llarga durada és del 57,6% en homes i del 52,6% en les dones aturades, i l'atur de més de 4 anys representa el 21,5% dels aturats. Quant a la situació

contractual senyalar l'alta temporalitat en la població més jove. Les dones continuen sent les principals cuidadores dels menors, dels grans i de les persones amb discapacitats. L'aïllament és un problema per una part significativa de les persones grans. El 16,6% dels homes i el 30,5% de les dones de 65 anys i més declaren que els falta companyia. Les persones grans que tenen limitacions funcionals per les que els caldria ajuda i no en reben són el 12,7% dels homes i el 18,8% de les dones. El 8,5% dels homes i el 15,3% de les dones declaren patir algun tipus de discriminació. Pateixen algun maltractament de la parella actual el 4,3% de les dones.

Un altre factor que afecta la salut de les persones són les condicions de vida de l'habitatge i de l'entorn de barri. És remarcable que prop de 6 de cada 10 persones consumeixen aigua envasada de manera habitual, i aigua de l'aixeta filtrada el 17,5% en ambdós sexes. Un nivell de soroll elevat incrementa l'estrès i els problemes d'ansietat. El 47,6% de la població declara que pateix soroll al seu barri, i un 53,5% declara tenir trànsit molt intens, amb diferències entre districtes, essent l'Eixample i Ciutat Vella els de major problemàtica de soroll. Respecte els espais verds, 9 de cada 10 persones declaren disposar-ne d'un en proximitat, però 1 de cada 3 no ha passat cap dia en espais verds en una setmana normal durant el darrer any. Aquesta proporció es redueix a 1 de cada 10 en els menors de 15 anys.

El 84,4% dels homes i el 78,2% de les dones declara tenir un bon estat de salut. Percentatges similars declaren tenir un bon estat de salut mental, el 83,5% dels homes i el 80,1% de les dones, o dit d'una altra manera, en la població adulta major de 15 anys, el 16,5% dels homes i el 19,9% de les dones tenen risc de patiment psicològic. Les dones presenten pitjors estats de salut per grup d'edat. Existeixen també diferències de gènere importants en la presència de trastorns crònics, 3 de cada 10 homes i 5 de cada 10 dones pateixen 3 o més trastorns crònics, essent el mal d'esquena lumbar i cervical el més freqüent (19,7% en homes i 30,6% en dones). No es recomana dormir menys de 6 hores, però una part important de la ciutadania ho fa (el 23,6% dels homes i el 24,5% de les dones). També es constaten desigualtats per nivell socioeconòmic, sent les classes socials menys avantatjades i els districtes amb menor renda els pitjors indicadors de salut. Aquestes desigualtats en salut tendeixen a ser persistents en el temps.

Quant als hàbits relacionats amb la salut un 45,1% d'homes i un 58,1% de dones presenten un pes normal. El baix pes és l'1,1% en els homes i el 2,4% en les dones. D'altra banda hi ha un 13,5% d'homes i un 13,6% de les dones amb obesitat. Prop de 6 de cada 10 persones caminen tots els dies almenys 30 minuts i, sense comptar caminar, realitzen una activitat física moderada o intensa el 36,8% dels homes i el 24% de les dones. El nombre de fumadors habituals ha anat disminuint fins a situar-se en el 23,7% dels homes i el 16,5% de les dones, però encara hi ha marge per a la reducció,

entre els fumadors passius al domicili i a la feina. Al 24,7% dels homes i el 15,4% de les dones se'ls ha demanat de no fumar davant seu. Això ha passat 7 de cada 10 vegades a casa seva i 6 de cada 10 a la feina. Hi ha un 21,4% dels homes i un 17,5% de les dones que declaren que algun company/a fuma prop seu. El consum d'alcohol de risc es manté estable en el 9% dels homes i el 4,2% de les dones, però aquest percentatge s'incrementa a 16,1% i el 10,7% dels nois i noies. Han consumit cànnabis alguna vegada a la vida el 23,6% dels homes i el 12,4% de les dones. El consum de cànnabis el darrer mes és el 15,1% en els homes de 15 a 24 anys i el 6% en les dones d'aquest grup d'edat.

Entre les persones majors de 60 anys, es posen la vacuna de la grip 5 de cada 10 persones. Proporcions similars s'observen en prendre's la pressió arterial de manera periòdica. El 62,3% dels homes i el 72,4% de les dones es controlen el colesterol regularment. La doble cobertura sanitària representa el 35% en ambdós sexes i es manté estable des del 2006. L'activitat de control de factors de risc, com la tensió arterial i el colesterol, estan per sobre del 60%, en canvi la vacunació de la grip podria incrementar-se. El 56,7% de les dones majors de 50 i fins als 69 anys es fan un mamografia cada dos anys. Un 1,4% dels infants no estarien vacunats per motius diferents dels mèdics.

La majoria de la població té un/una metge/ssa de capçalera, i en el 86,1% pertany a la sanitat pública. L'atenció primària té una bona valoració, 8 de cada 10 usuaris la recomanaria. Tanmateix l'atenció telefònica no és molt emprada. El 35,1% dels homes i el 43,5% de les dones han utilitzat els serveis d'urgències. El 47,2% de les urgències es fan a un hospital públic i el 31,9% als Centres d'Urgències d'Atenció Primària. El 10% de la població ha realitzat un ingrés hospitalari el darrer any, que ha anat a càrrec majoritàriament del Servei Català de la Salut. El 61% de les intervencions s'han realitzat en un temps inferior al mes, i l'11,8% superiors a l'any. El nombre més freqüent de visites a l'especialista en els homes és de dues vegades al darrer any (20,5%), i en les dones, en canvi, és de cinc vegades o més (32,4%). Destaca visitar l'especialista d'optometria i d'odontologia, i a més també en les dones la visita de ginecologia. L'ús dels serveis sanitaris és més alt en les persones amb pitjors indicadors de salut que alhora es relacionen amb els eixos de desigualtat de gènere, socioeconòmic i territorial. El 16% de la població que va tenir un problema de salut no va anar als serveis de salut per atendre'l, i en la majoria de les vegades perquè no el consideraven greu, el 14,3% perquè no li resolien, i el 8,6% per no perdre hores de treball. Un 56,3% dels homes i un 69,5% de les dones han consumit algun medicament els dos darrers dies. El 6,1% dels homes i l'11,1% de les dones han consumit els dos darrers dies receptes de la medicina complementària.

Els esforços de promoció i prevenció dels serveis de salut coincideixen amb l'estabilitat dels bons indicadors agregats a nivell poblacional tot i la crisi econòmica dels darrers

anys. No obstant, persisteixen grups de població amb majors necessitats d'atenció. L'objectiu d'assolir millores en els indicadors de salut i en la reducció de les desigualtats en salut obliga a la reflexió i a una recerca més profunda de la contribució dels diferents factors contextuais i individuals sobre els hàbits en la salut.



---

# Introducció

---

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. Es tracta d'informació diferent i complementària sobre aspectes relacionats amb la salut que no són abordables mitjançant els sistemes rutinaris d'informació sanitària com per exemple les estadístiques de mortalitat, de malalties de declaració obligatòria i els registres dels centres sanitaris. També permeten l'extracció d'informació tant de subgrups de població com l'anàlisi dels determinants de la salut.

L'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17 (ESB-2016/17) és la setena enquesta de salut impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, essent les anteriors les de 1983, 1986, 1992, 2001, 2006 i 2011. Totes han estat un instrument útil per a obtenir informació sobre l'estat de salut subjectiu, 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. També es recull informació sobre els hàbits relacionats amb la salut, com són el consum de tabac, la realització d'activitat física i l'alimentació. Sobre la utilització de serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada i hospitalària) o la realització de pràctiques preventives [1, 2, 3]. La informació obtinguda a través de l'anàlisi dona elements de suport per a la presa de decisions dels serveis de salut en diferents àmbits com són la planificació sanitària, la gestió dels serveis sanitaris i l'establiment de programes de salut.

En aquesta edició de l'enquesta s'inclouen per primer cop la mesura de la pobresa material, la pobresa energètica i la inseguretat alimentària; també s'amplien les preguntes relatives als problemes d'inseguretat residencial, la tipologia del consum d'aigua en els habitatges i, quant a context, s'amplien les preguntes sobre l'accés als espais verds. Les preguntes referents a la cura de persones es complementen amb la situació de la cura informal, i la situació d'aïllament de les persones grans. S'inclouen també per primer cop preguntes sobre la violència de parella, i s'amplia la pregunta de l'opció sexual amb la d'identitat sexual. Donats els canvis en el mercat laboral, també s'afegeixen noves preguntes referents als tipus de contractacions, pluriocupació i condicions de treball. Pel que fa al qüestionari de menors es pregunta també per la no vacunació conscient, i s'amplien les preguntes referents als hàbits d'oci. La mirada territorial s'amplia també considerant cinc categories de barri segons el nivell de renda del barri.

L'objectiu d'aquest informe és presentar els principals resultats obtinguts de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016/17. S'estructura mostrant primer les característiques demogràfiques i socioeconòmiques, segueix amb l'estat de salut, els hàbits en salut, la realització de pràctiques preventives, i la utilització dels serveis sanitaris de la població de Barcelona. D'altra banda, es presenta també puntualment l'evolució d'alguns resultats comparables a nivell agregat amb les enquestes de salut de Barcelona de l'any 2006 i 2011.

---

# Objectius

---

## Objectiu general

- Conèixer la salut percebuda, els hàbits relacionats amb la salut i la utilització de serveis sanitaris, i els seus determinants en la població de Barcelona l'any 2016.

## Objectius específics

- Descriure els determinants demogràfics i socioeconòmics de la salut, dels hàbits relacionats amb la salut i de la utilització dels serveis sanitaris.
- Conèixer l'estat de salut percebuda així com la presència de trastorns crònics, la limitació funcional en base a la restricció de l'activitat, la presència de discapacitats, especialment en les persones grans, i les lesions per accidents.
- Conèixer els aspectes relacionats amb la qualitat de vida, la salut mental i el benestar.
- Estimar la prevalença d'hàbits relacionats amb la salut com són els hàbits alimentaris, el consum de tabac i també la realització d'activitat física.
- Descriure la utilització dels serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada i hospitalària), l'ús de medicaments i la realització de pràctiques preventives.



---

# Mètodes

---

En aquest apartat es descriuen les característiques metodològiques més importants de l'ESB-2016/17 i la informació tècnica necessària per a la comprensió dels resultats presentats en l'informe. Es pot trobar més detall sobre la metodologia emprada al manual de l'enquesta [4].

## Univers estadístic i mostra

L'univers estadístic de l'Enquesta de Salut de Barcelona va ser la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona. És a dir, abastava un total d'1,61 milions d'habitants, segons dades del Registre oficial de població de Barcelona, corresponent a desembre de 2015. No s'inclouïen en aquesta mostra les persones que viuen de manera habitual a residències o establiments col·lectius com ara residències sociosanitàries, convents, casernes, o que no vivien en domicilis familiars. Tampoc es consideraven les persones que no constaven al Padró de Barcelona.

La unitat mostral d'aquesta enquesta estava integrada per subjectes individuals, i la grandària de la mostra establerta es va xifrar en 4.000 efectius per tal d'assolir un marge d'error relatiu de l'1,5% amb un nivell de confiança del 95,5% sobre el conjunt de la mostra. La distribució per districte va ser de tipus estratificat a proporcional amb una submostra de 400 entrevistes que suposa un nivell d'error de 5% en cada districte. Tanmateix aquests errors mostrals s'incrementen a mesura que es realitzen anàlisis amb més subgrups de la mostra.

La selecció de les persones a entrevistar es va fer mitjançant un procés d'extracció aleatòria simple a cada districte a partir del Padró de l'Ajuntament de Barcelona, mitjançant l'establiment de quotes per sexe i edat en base a la piràmide de població de Barcelona. Per a l'anàlisi de les dades s'aplica un coeficient de ponderació, que permet restituir les proporcions de cada territori en el conjunt i obtenir, d'aquesta manera, una mostra representativa del conjunt de la ciutat.

Es va preveure una estratègia de 9 substituïts per un titular a fi d'afrontar les negatives a contestar o situacions que impossibilitin la resposta (canvi de domicili, no 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 una major proporció de negatives a participar es va ampliar la mostra de substitucions a principis del segon semestre respectant la mateixa aleatorietat i quotes.

## El treball de camp

El treball de camp va ser dut a terme per l'empresa Institut DYM i es va realitzar una prova pilot de 25 entrevistes. La primera fase va suposar preparar els materials necessaris per a la realització del treball de camp (la carta informativa a les persones seleccionades, els qüestionaris, el manual de l'enquestador, el full de seguiment, control i anotacions de la mostra, i el manual de codificació) i una segona fase centrada en la realització d'entrevistes. El treball de camp es va realitzar entre març de 2016 i es va tancar la primera quinzena de maig de 2017. Paral·lelament al procés de realització d'enquestes es va procedir a la revisió dels qüestionaris, i la codificació i gravació de les dades obtingudes. Una tercera fase va consistir en la depuració de les bases de dades i en l'elaboració de l'informe de treball de camp. Com a indicador de qualitat del treball de camp, el 56,6% de persones entrevistades van ser la titular (persona seleccionada inicialment a la mostra) o primera suplent.

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, per la qual cosa tots els qüestionaris tenien versió en ambdós idiomes. L'Institut DYM va realitzar la recollida d'informació mitjançant enquesta domiciliària assistida per ordinador (CAPI).

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 important per aconseguir augmentar la resposta, estava signada per la Presidenta i per la Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

## Les característiques del qüestionari

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:



- 1) Qüestionari general: És el model de qüestionari que conté la totalitat de les preguntes de l'Enquesta de Salut i que es realitza 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 157 preguntes. La realització d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 37 minuts.
- 2) Qüestionari dirigit a un/a informador indirecte en el cas de persones que no poden contestar per elles mateixes: 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'ha emprat en els casos en què la persona seleccionada es trobava malalta o no podia respondre. Si la persona tenia una malaltia que es preveia de molt curta durada, calia esperar un o dos dies i passar al qüestionari general. Les preguntes d'aquest qüestionari es refereixen sempre a la persona seleccionada. La realització d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 31 minuts.
- 3) Qüestionari en cas de menors de 15 anys: És un model de qüestionari adaptat a aspectes de salut específics fins a aquesta edat 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. La realització d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 36 minuts. Les preguntes que conté es refereixen a l'estat de salut, conductes relacionades amb la salut i la utilització de serveis sanitaris, socioeconòmiques i del context de barri per part de l'infant, tot i que també se sol·licita informació sobre la mare o persona informadora. Aquest qüestionari es va administrar en tots els casos en què la persona seleccionada tenia menys de 15 anys. Si en tenia 15 o més s'havia d'administrar el qüestionari general o el d'informador indirecte.

## Les variables compostes

### 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 de renda alta i nascudes a països de renda baixa, d'acord amb la classificació del Banc Mundial de desembre de 2016 [7].

## Suport social

Cal diferenciar dos conceptes: les xarxes socials i el suport social. Es defineix com a xarxa social el conjunt de contactes personals mitjançant els quals l'individu manté la seva identitat social i rep suport emocional, ajuda material, serveis, informació i nous contactes socials (aspectes quantitius 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 què per tal que un individu rebi suport social és necessari que pertanyi a una xarxa social, tot i que no és suficient.

Per valorar el suport social de les persones entrevistades, l'enquesta va incloure el qüestionari del perfil de Duke [8, 9], que ha estat validat en el nostre mitjà i conté 8 ítems (tinc invitacions per distreure'm i sortir amb altres persones, rebo amor i afecte, tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes a la feina i/o a la llar, tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars, tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics, tinc persones que es preocupen del que em passa, rebo consells útils quan em passa alguna cosa important a la vida, 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).

Per obtenir les puntuacions de cada escala se 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 a casos amb valors incomplets els que tenen 4 o més ítems no contestats.

## Estat de salut percebuda

L'estat de salut percebuda és una mesura subjectiva que valora la percepció que té una persona sobre el seu estat de salut, és un bon predictor de l'esperança de vida, la morbimortalitat i la utilització dels serveis sanitaris [10, 2]. Es pregunta sobre com és la salut en general amb 5 opcions de resposta, i per l'anàlisi de l'informe es categoritza en bona salut (excel·lent, molt bona, bona) i mala salut (regular o dolenta).

## Salut mental

Per obtenir una mesura de la salut mental de la població adulta, de 15 anys o més, es va utilitzar l'escala d'ansietat i depressió de Goldberg: el General Health Questionnaire

(GHQ-12) [13]. El GHQ-12 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 (distrès). Capta les alteracions presents en el moment de l'entrevista (problemes recents). Una puntuació mitjana del GHQ-12 en una població o subgrup de població es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic d'aquesta població. El GHQ-12 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. Consta de 12 ítems en forma escala de Likert amb 4 categories de resposta. Per 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 o més) són considerades d'estar en risc d'una mala salut mental o patiment psicològic [14]. No s'obté la puntuació total de les persones que tenen més de 5 preguntes no contestades que és considerat com a valor faltant.

Per a la població infantil, menors de 4 a 14 anys, es realitza una valoració dels problemes de salut mental de les criatures, mesurada amb el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [16, 17]. 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 de 0 (no és cert) a 2 (absolutament cert). Cada una de les cinc escales té puntuacions entre 0 i 10. I també es pot obtenir una puntuació total amb valors de 0 a 40. De manera que un valor superior en les puntuacions equival a més problemes de salut mental.

## Qualitat de vida

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 amb malalties cròniques.

El qüestionari inclou una mesura de qualitat de vida: l'EuroQol (EQ-5D-5L). 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 de Likert (no té problemes, alguns problemes i molts problemes o incapacitat per a 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 ha de puntuar sobre una escala visual analògica mil·limetrada (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).

En aquest informe de resultats s'ha utilitzat el càlcul i la sintaxi de l'EuroQol 5D-5L adaptada per a l'Estat espanyol per Ramos-Goñi *et al.* [15], la qual utilitza la primera part del test (sense combinar amb l'escala analògica) per obtenir una variable dicotòmica té/ no té problemes.

## Qualitat de vida de la població infantil

L'última dècada s'han desenvolupat qüestionaris de salut percebuda i qualitat de vida relacionada amb la salut per a nens/es i adolescents amb una perspectiva multidimensional de la salut. El qüestionari per als menors de 15 anys va incloure instruments per mesurar la qualitat de vida dels menors de 6 a 14 anys. Es va incloure el Kidscreen-10 que és un instrument de qualitat de vida relacionada amb la salut per a població infantil i adolescent, validat a l'Estat espanyol i Catalunya [11, 12]. L'instrument consta de 10 ítems amb resposta del tipus escala de Likert de 5 opcions des de "Gens o Mai" a "Moltíssim o sempre" a partir dels quals s'obté una puntuació global útil per a la investigació i el cribratge. Aquesta puntuació és estandarditzada a partir de la mitjana de les dades europees (la mitjana és estandarditzada a 50 amb desviació estàndard 10), així un valor superior a 50 mostra una millor qualitat de vida respecte la mitjana europea.

## Pes segons l'índex de massa corporal

Per tal de valorar el pes corporal i determinar l'excés de pes i l'obesitat es va utilitzar l'índex de massa corporal (IMC), que es calcula a partir del pes i l'alçada autodeclarats:  $IMC = kg/m^2$ .

Segons l'IMC es categoritza el pes en:

- Baix pes: IMC menor de 18 kg/m<sup>2</sup>
- Pes normal: IMC entre 19 i menys de 25 kg/m<sup>2</sup>,
- Sobrepès: IMC entre 25 i menys de 30 kg/m<sup>2</sup>,
- Obesitat: IMC major o igual a 30 kg/m<sup>2</sup>

## Activitat física en temps de lleure

Per tal de mesurar l'activitat física, es va utilitzar una adaptació de l'International Physical Activity Questionnaire: l'IPAQ [18]. L'IPAQ és un instrument per a la vigilància i la monitorització de l'activitat física consensuat i proposat pel grup d'EUROHIS [19]. 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 d'Ainsworth *et al.* [20] (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. A partir de la intensitat mesurada amb METS i de la durada i la freqüència de l'activitat es va calcular l'índex energètic.

Índex energètic = intensitat (METS) \* durada (minuts) \* freqüència (dies)

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

- Activitat física lleugera: menor o igual a 499 MET-minuts/setmana
- Activitat física moderada: de 500 a 999 MET-minuts/setmana
- Activitat física intensa: major o igual a 1000 MET-minuts/setmana

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

## Consum de tabac

En l'enquesta es pretenia classificar la persona entrevistada dins les diferents categories de consum de tabac 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).
- Exfumador/a: aquella persona que havia estat fumadora durant els darrers sis mesos 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 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/la metge/ssa li havia aconsellat que deixés de fumar. També es pregunta pel consum de tabac passiu a la feina i a la llar.

## Consum d'alcohol

Per tal de mesurar el consum d'alcohol en les enquestes de salut s'utilitza l'autodeclaració de consum, a causa de la dificultat que comportaria la utilització d'altres mètodes de mesura. Dins dels mètodes existents d'autodeclaració es va optar pel mètode de l'índex de quantitat/freqüència, que consisteix en preguntar la freqüència del consum i la quantitat d'alcohol consumida habitualment. Aquesta informació proporciona una mesura global del consum i ens permet conèixer el patró de consum de la població entrevistada.

Es va recollir separatament el consum diari en dies laborables (de dilluns a dijous) i els caps de setmana (de divendres a diumenge) durant els darrers 12 mesos. Per classificar els individus s'ha seguit la proposta del Plan Nacional de Drogas [21]. Es va tenir en compte la quantitat d'alcohol consumit, en grams o unitats de beguda (UBE) que varia segons el tipus de beguda, el nombre de consumicions habitual cada vegada, i també les vegades que s'havia consumit (freqüència) que es converteix en un pes preestablert. 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:

Unitat consum = suma UBE (10g) \* Nombre consumicions \* Pes de freqüència

Posteriorment els individus es classifiquen 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 unitats 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.

## Cobertura sanitària

Catalunya i a Barcelona 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 pot determinar diferències en la utilització dels serveis sanitaris. Aquesta pregunta és cabdal per tal de conèixer el tipus de 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 a l'estudi del fenomen de la doble cobertura. Per un altre, permet



conèixer quina part de la població no té cobertura sanitària, que és minoritària però que podria requerir d'intervencions concretes. A més, permet conèixer les desigualtats que pot generar la doble cobertura en la utilització dels serveis sanitaris i pràctiques preventives.

## Pobresa material

Per tal de mesurar la prevalença de les persones que tenen unes condicions de vida restringides per la manca de recursos, s'ha inclòs, com en altres enquestes de condicions de vida, la mesura de la pobresa material en base a aquesta bateria estàndard d'ítems:

- Poder pagar les factures de lloguer, hipoteca o serveis públics.
- Poder mantenir la llar adequadament calenta.
- Poder assumir despeses inesperades.
- Poder menjar carn o les proteïnes de forma regular.
- Poder anar de vacances.
- Disposar de cotxe.
- Disposar de rentadora.
- Disposar d'aparell de televisió en color.
- Disposar de telèfon.

Les persones que a la seva llar no es poden permetre com a mínim 3 dels nou ítems pateixen pobresa material, i si en pateixen 4 tenen pobresa material severa. Tot i que possiblement alguns d'aquests ítems han quedat desfasats en el nostre context occidental, i altres indicadors més selectius han estat proposats, una acceptabilitat àmplia de l'indicador té l'avantatge que ens permet comparar amb altres enquestes de condicions de vida properes a la nostra.

## Pobresa energètica

Existeixen diverses maneres de calcular la pobresa energètica en base a enquestes. La principal consisteix en si es pot o no mantenir la llar a una temperatura adequadament calenta durant els mesos freds. Aquesta pregunta es pot combinar amb altres indicadors com tenir goteres i/o humitats a la llar, i/o incorre en impagaments de factures. En aquest informe es defineix pobresa energètica tenint en compte només no poder mantenir la llar a una temperatura adequadament calenta durant els mesos freds.

## Inseguretats alimentària

S'ha utilitzat un mòdul reduït de 6 preguntes a partir de la proposta de la Food and Nutrition Service del Departament d'Agricultura dels Estats Units d'Amèrica. El qüestionari

identifica diferents graus de problemàtica de dificultat econòmica per a l'adquisició dels aliments. Les preguntes tenen en compte que primer es produeix ansietat i preocupació pel problema, a continuació es produeixen un seguit de reajustaments pressupostaris en l'economia familiar que afecten la qualitat del que es menja, i els adults comencen a limitar les quantitats del que consumeixen, arribant finalment als infants. A partir d'aquesta informació de reducció contínua de l'alimentació és possible distingir entre inseguretat alimentària i inseguretat alimentària alta.

## Classe social ocupacional

La classe social és 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 [5]. La mesura de la classe social es pot obtenir a partir de diferents indicadors o variables. En l'Enquesta de Salut de Barcelona la classe social ocupacional es pot obtenir de dues maneres:

**1) Classe social proposada per la Sociedad Española de Epidemiología.** Es tracta d'una agrupació d'ocupacions, a partir de l'ocupació actual o anterior que es codifica segons la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) de 2011, i posteriorment s'agrupa segons la classificació de Domingo *et al.* [6], basada en la classificació britànica de classe social. Les classes obtingudes a partir de l'ocupació són:

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

**2) Classe social proposta per E. O. Wright:** Segons Wright, les classes es defineixen per les relacions socials de producció. Defineix l'estructura de classes del capitalisme com a resultat de la combinació de la propietat dels mitjans de producció, els béns d'organització i les qualificacions, creant un esquema amb 12 classes. D'entrada, separa els propietaris dels no propietaris o assalariats; i els segons els divideix en nou categories segons la jerarquia que tenen en l'organització (béns d'organització) i segons

el nivell de qualificació (béns de qualificació). Diversos estudis demostren que tant les característiques de qualificació del treball com les condicions d'autonomia i control relacionades amb la feina són importants determinants de les condicions de salut i qualitat de vida. Les variables necessàries per obtenir-la són:

- L'ocupació codificada segons els tres primers dígit de la CNO.
- El nivell d'estudis.
- El nombre de treballadors de l'empresa.
- La posició en les relacions socials de producció.
- El fet d'ocupar un lloc de direcció, supervisió o de simple empleat.

D'altra banda per a les persones adultes que no han treballat mai, es pot imputar, si es coneix, la classe social de la persona de referència o la parella. En aquest informe de resultats s'ha utilitzat la classe social de la persona entrevistada imputada. Per a la població infantil, de 14 anys o menys, es va obtenir a partir de la classe social més privilegiada entre la del pare o la mare.

## Nivell educatiu

Si bé diversos indicadors estan més relacionats amb la classe social ocupacional, la variabilitat d'altres indicadors de salut es pot visualitzar millor amb el nivell educatiu de la persona entrevistada. A l'enquesta s'ha seguit la classificació d'estudis internacional normalitzada (CINE) proposada per la Unesco i a que fa referència l'article citat de Domingo *et al.* [6]. A efectes de presentació, en les figures s'han previst 4 categories: universitaris, estudis secundaris, primaris i sense estudis.

## La classificació per barris

A partir de la geocodificació de les adreces de cada registre de l'enquesta (sense identificació nominal a fi de respectar l'anonimat i d'acord amb la normativa de protecció de dades) es va assignar el barri de residència. Els 73 barris de Barcelona es van classificar en 5 grups a partir de l'índex de la renda familiar disponible de Barcelona de 2015. Tot i que, per disseny, l'enquesta no és representativa de la població de cada barri, l'agrupació en 5 categories permet tenir una distribució de població suficient (en cada categoria de més de 500 efectius representant a 200.000 persones) com per esperar una distribució aleatòria de la mostra. Per als càlculs d'indicadors es van establir pesos per equiparar l'estructura d'edats i sexe de la població real de cada categoria de barri amb la mostra.



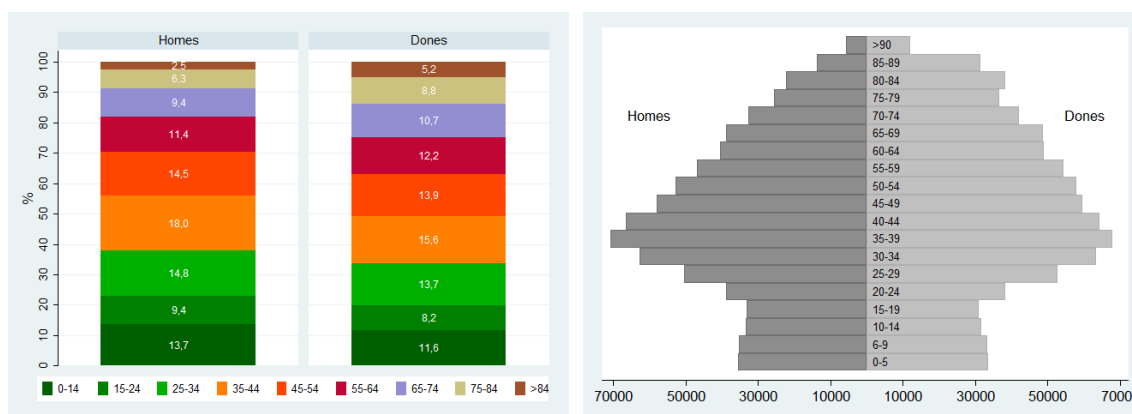
# Les condicions socioedemogràfiques

## Descripció demogràfica

### Els grups d'edat

La mostra de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17 es va obtenir a partir del mostreig per quinquennis d'edat segons les dades del Padró de Barcelona de finals de 2015. Un 18,2% d'homes i el 24,7% de les dones tenen 65 i més anys, i 75 i més anys el 8,8% i el 14% de les dones. La piràmide d'edat és més eixamplada en les edats mitjanes en part degut als canvis migratoris, es mostra una major proporció en les dones de major edat, i un lleuger increment en la base (Figura 1).

Figura 1. Grups d'edat, nivell educatiu i sexe.

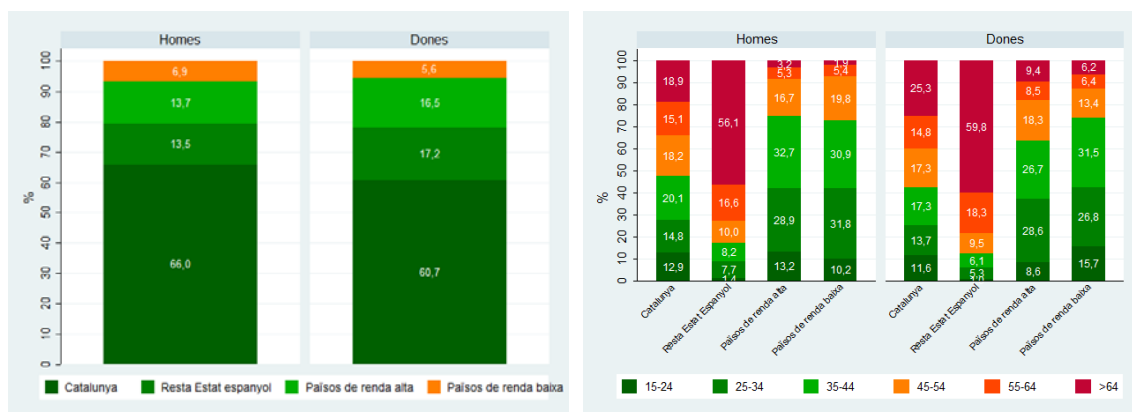


### El país d'origen

Segons el país de naixement, el 66% dels homes i el 60,7% de les dones són d'origen català, el 13,5% dels homes i 17,2% de les dones de la resta de l'Estat espanyol, mentre que el 13,7% dels homes i el 16,5% són de la resta dels països de renda alta, i el 6,9% dels homes i el 5,6% de les dones dels països de renda baixa. El percentatge de

persones de la resta de l'Estat espanyol es concentra més en el grup de 65 i més anys (Figura 2).

**Figura 2.** País d'origen, grup d'edat i sexe.



## El nivell educatiu

A Barcelona, una tercera part de la població té estudis universitaris, 33,3% dels homes i el 36,1% de les dones, mentre que sense estudis són el 3,9% dels homes i el 8,3% de les dones.

Destaca com entre les persones sense estudis la majoria són persones de més de 65 anys i més (Figura 3). Segons el districte, les persones amb estudis primaris o sense estudis són més elevades en els districtes amb menor renda, en els homes passant del 54,4% a Nou Barris al 12,4% a Sarrià-Sant Gervasi, i en les dones del 49,4% a l'11,3% (Figura 4). Segons el país de procedència, hi ha major freqüència de persones sense estudis i amb estudis primaris entre les persones procedents dels països de renda baixa (Figura 5).

Figura 3. Grups d'edat per nivell educatiu i sexe.

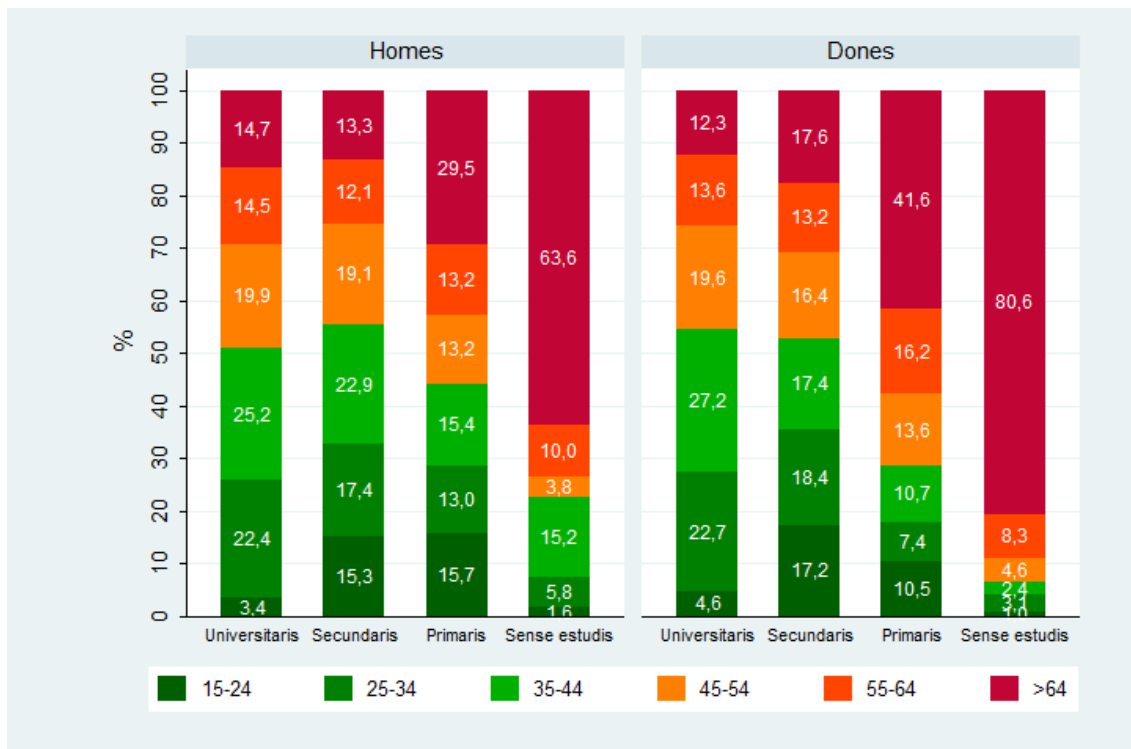
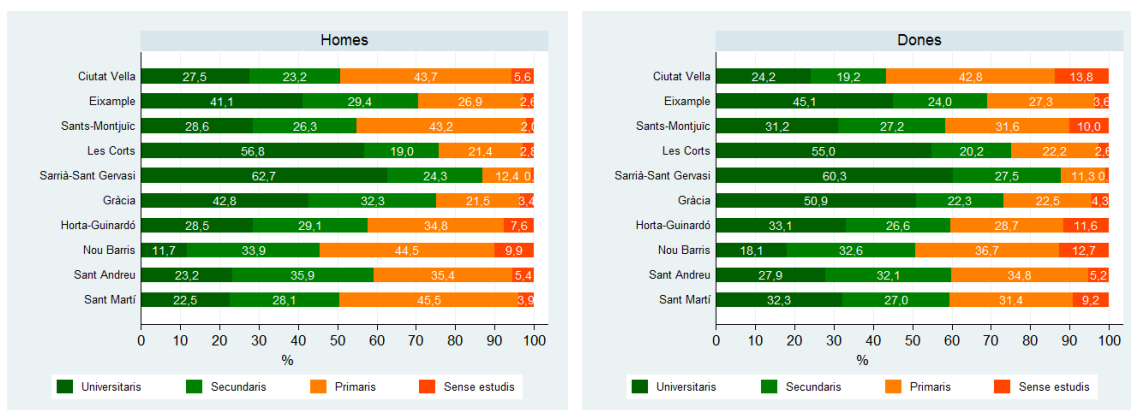
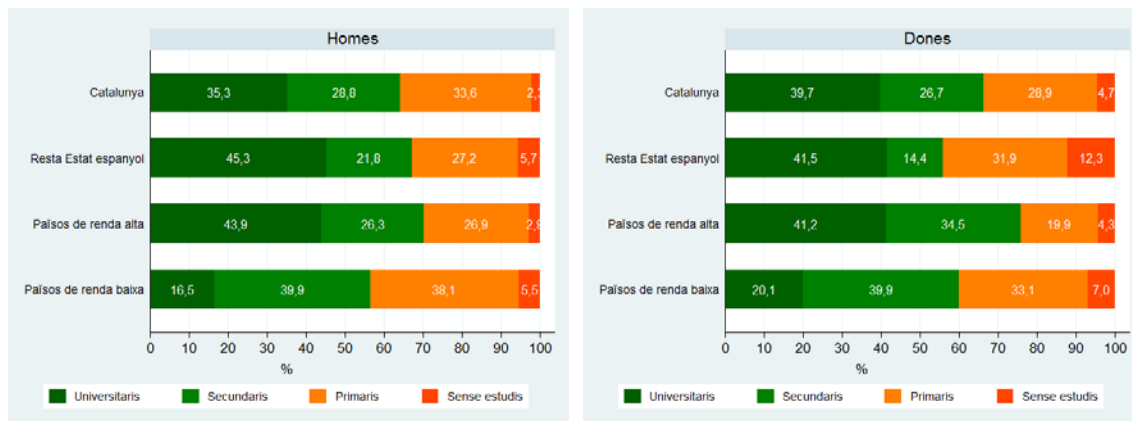


Figura 4. Nivell educatiu segons districte i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 5.** Nivell educatiu segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

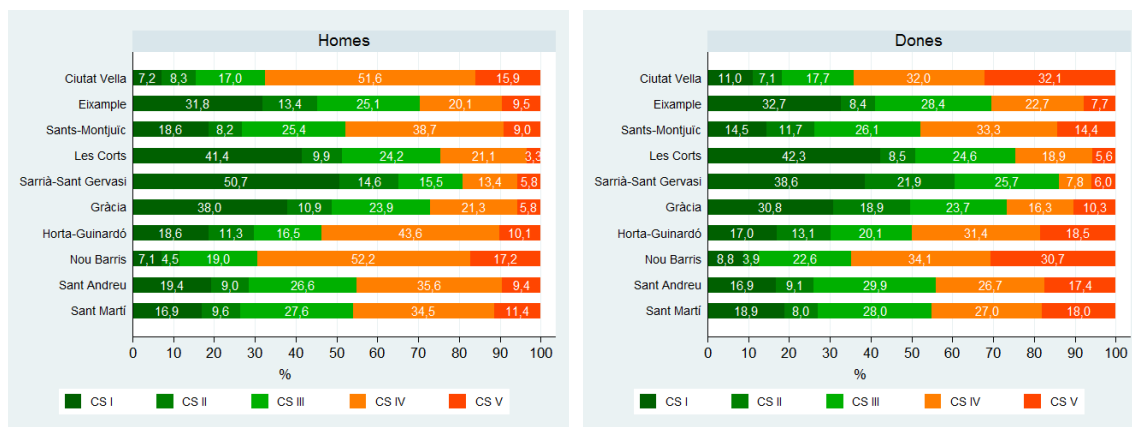


## La classe social ocupacional

La classe social més nombrosa és la classe semiqualficada amb el 32,9% dels homes i el 26% de les dones, seguida de la classe social intermèdia amb el 22,5% en els homes i el 25,2% en les dones i la classe social més avantatjada amb el 24% en els homes i el 22,1% en les dones. Per contra la classe social menys avantatjada, el 10,2% dels homes i el 16% de les dones.

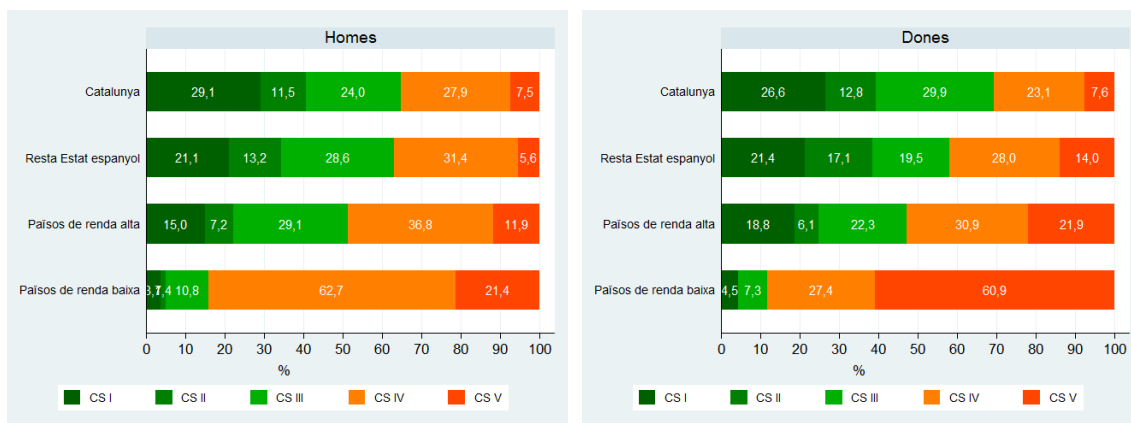
Per districtes, Ciutat Vella i Nou Barris, en ambdós sexes, més de la meitat de la població pertany a classes socials menys avantatjades (Figura 6). Per país de naixement, les persones de la resta de l'Estat espanyol i les provinents dels països de renda baixa són els grups en els quals més de la meitat de població pertany a classes menys avantatjades (Figura 7).

**Figura 6.** Classe social ocupacional segons districte i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.





**Figura 7:** Classe social ocupacional segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



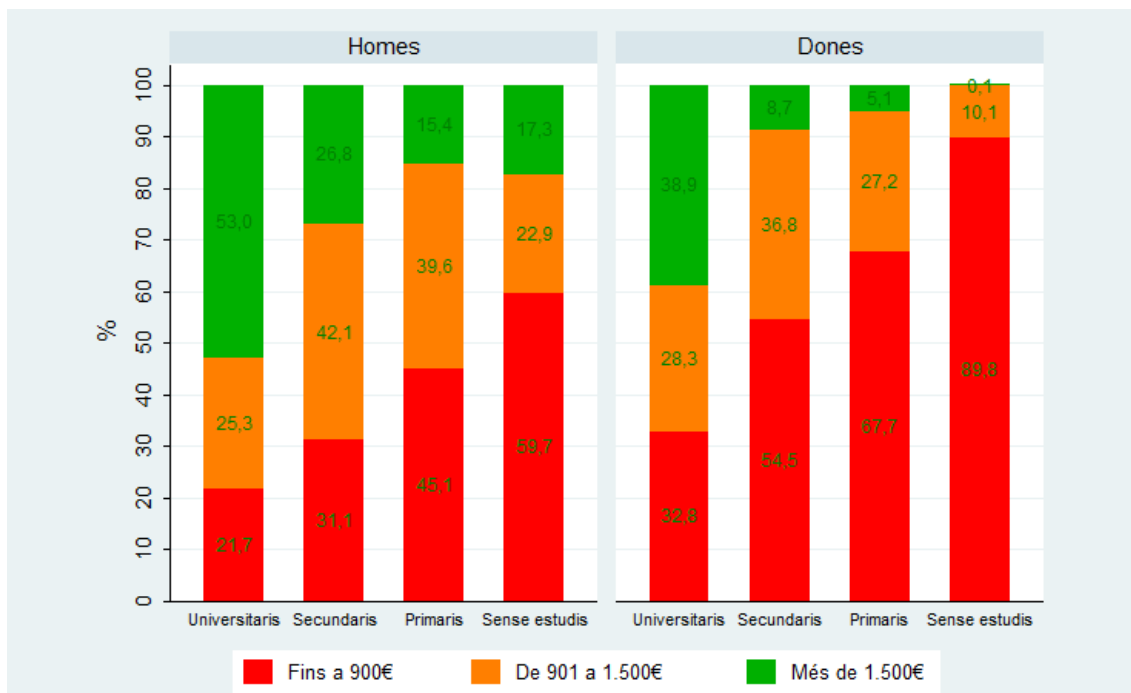
## Els ingressos personals

A l'Enquesta de Salut es pregunta pels ingressos personals i familiars. La reticència a declarar aquesta informació comporta que a un 9,4% dels valors en la declaració individual, i respecte els ingressos familiars s'arribi a un 33,1%. Aquest fet fa que no es mostrin resultats i hàbits relacionats en salut segons ingressos.

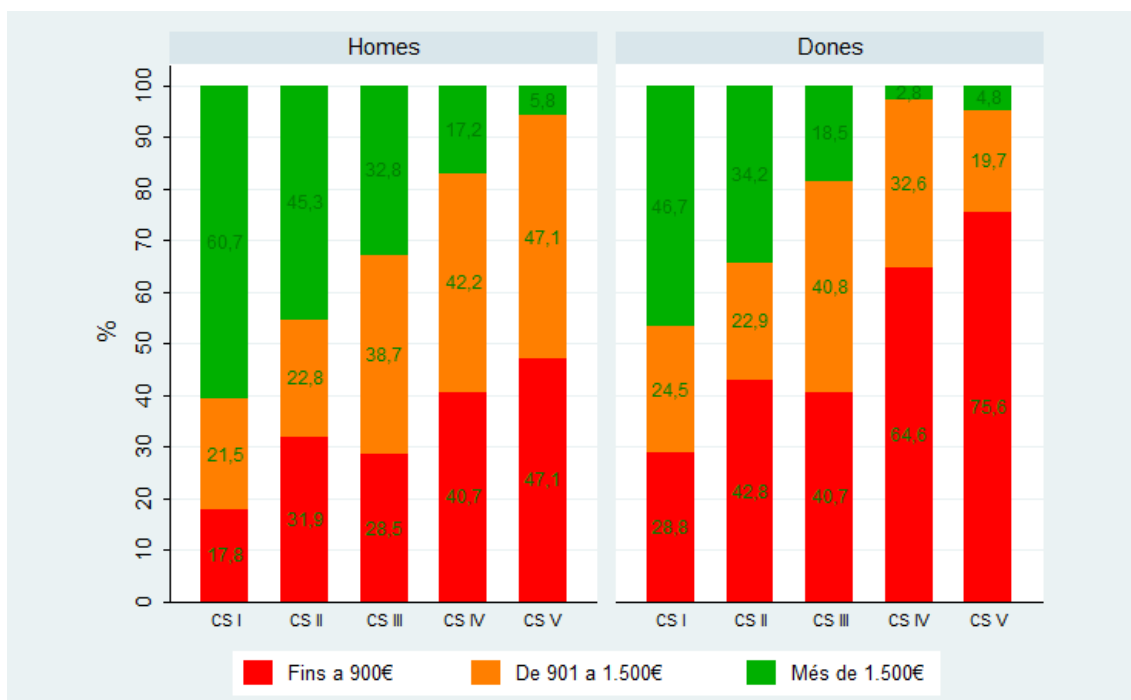
Tot i això, es informatiu que el 34,8% dels homes i el 53,4% de les dones de 15 anys i més declaren ingressos nets mensuals de 900 euros o menys. Un 34,6% dels homes i el 28,4% de les dones tenen entre 901 i 1.500 euros/mes, i per sobre d'aquest import el 30,6% dels homes i el 18,2% de les dones.

Tant en homes com en dones s'observa un gradient segons nivell d'estudis. Per exemple els ingressos personals inferiors als 900 euros són majoria en els homes sense estudis i en les dones a partir d'estudis primaris. El mateix succeeix per classe social (Figures 8 i 9).

**Figura 8.** Ingressos personals segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 9.** Ingressos personals segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.



## L'estructura de la llar

La parella amb fills és l'estructura familiar més nombrosa (41,3%), seguida de la parella sense fills (23,7%), i en tercer lloc la llar unipersonal (9,7%), molt a prop de la monoparental (7,7%). L'estructura és força estable entre les dues darreres enquestes de salut i s'incrementa lleugerament la proporció de les parelles sense fills (Taula 1).

**Taula 1:** Estructura de la llar, en percentatge 2011 i 2016.

	2011	2016
Parella amb fills	45,3	41,3
Parella sense fills	21,4	23,7
Unipersonal	10,4	9,7
Monoparental	8,8	7,7
Parella amb fills i altres	4,3	5,7
Monoparental amb altres persones	2,4	3,4
Altres	7,6	8,5

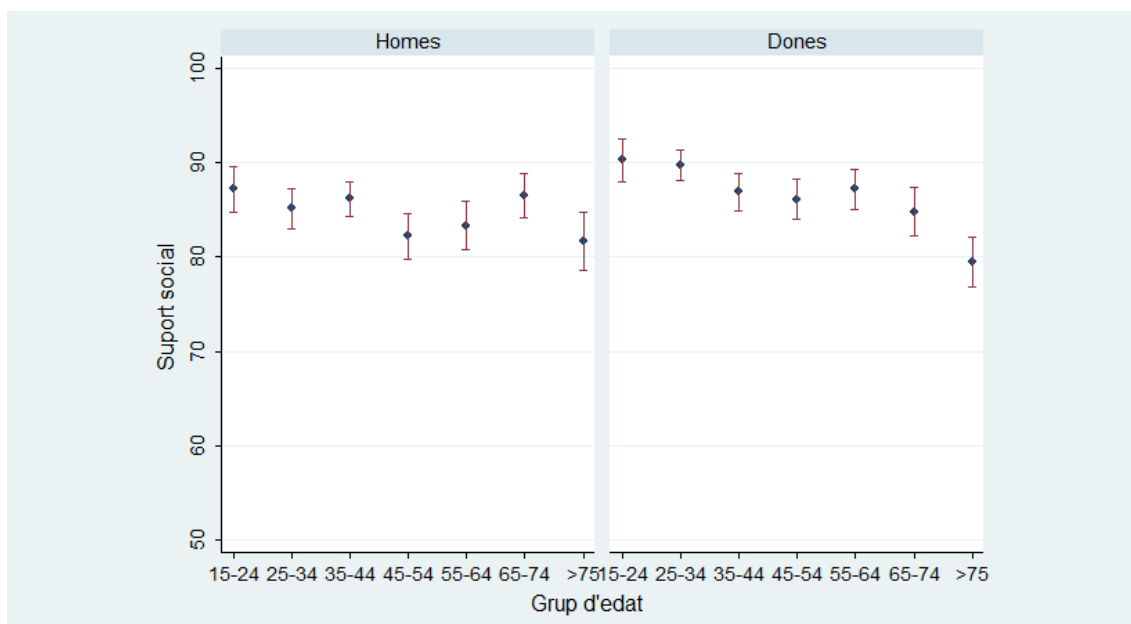
## El suport social

El suport social es mesura amb el perfil de Duke en una escala de 0 a 100, implicant una puntuació més alta un major suport social. En general, la població mostra valors alts de suport social. El suport social disminueix en ambdós sexes a partir dels 75 anys (Figura 10). En els homes de 65 a 74 anys la mitjana de suport social és de 86,5, però baixa a 81,7 en els homes de 75 i més anys. En les dones de 65 a 74 anys la mitjana és de 84,7 però en les de 75 i més anys és de 79,5. El suport social tendeix a disminuir segons el nivell educatiu (Figura 11), especialment en les persones immigrades de països de renda baixa (Figura 12). El suport social s'incrementa en ambdós sexes entre 2006 i 2016, passant del 82,9 punts en homes a 84,5, i en les dones passa del 84,5 al 86,6 (Figura 13).

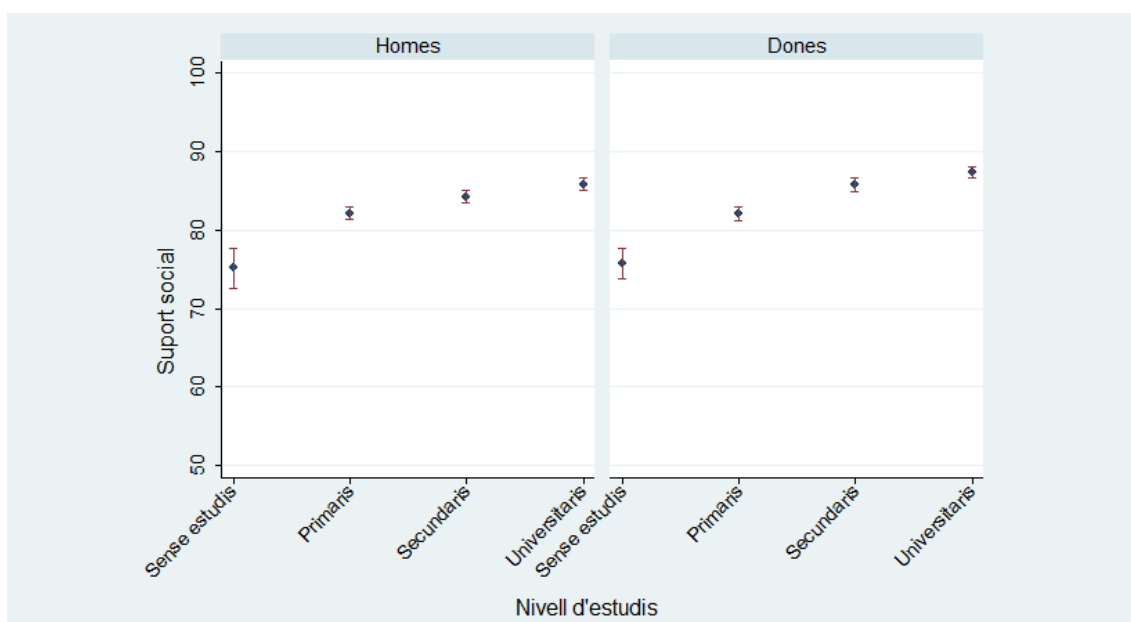
El 16,6% dels homes i el 30,5% de les dones de 65 anys i més declaren que senten que els falta companyia. Un 14,7% dels homes de 65 a 74 anys contesten sovint o alguna vegada, els de 75 a 84 anys el 12%, mentre que als de 85 anys i més els hi passa al 36,1%. En les

dones de 65 a 74 anys el 25,6% senten que sovint o algunes vegades els falta companyia, les de 75 a 84 anys el 32%, mentre que a les de 85 anys i més els passa al 41%. La sensació de sentir-se sovint exclòs del seu entorn passa als homes de l'1,9% entre 65 a 74 anys al 5,5% els 85 anys i més, i a les dones de l'1,6% a 13,5%, respectivament.

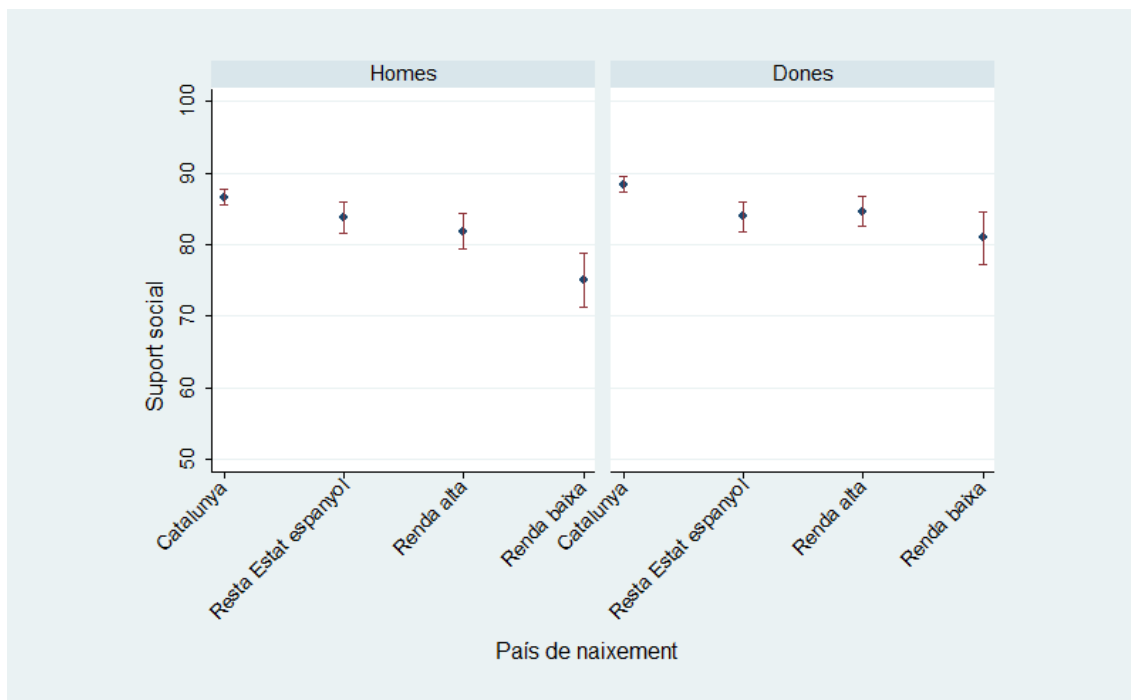
**Figura 10.** Suport social per edat i sexe.



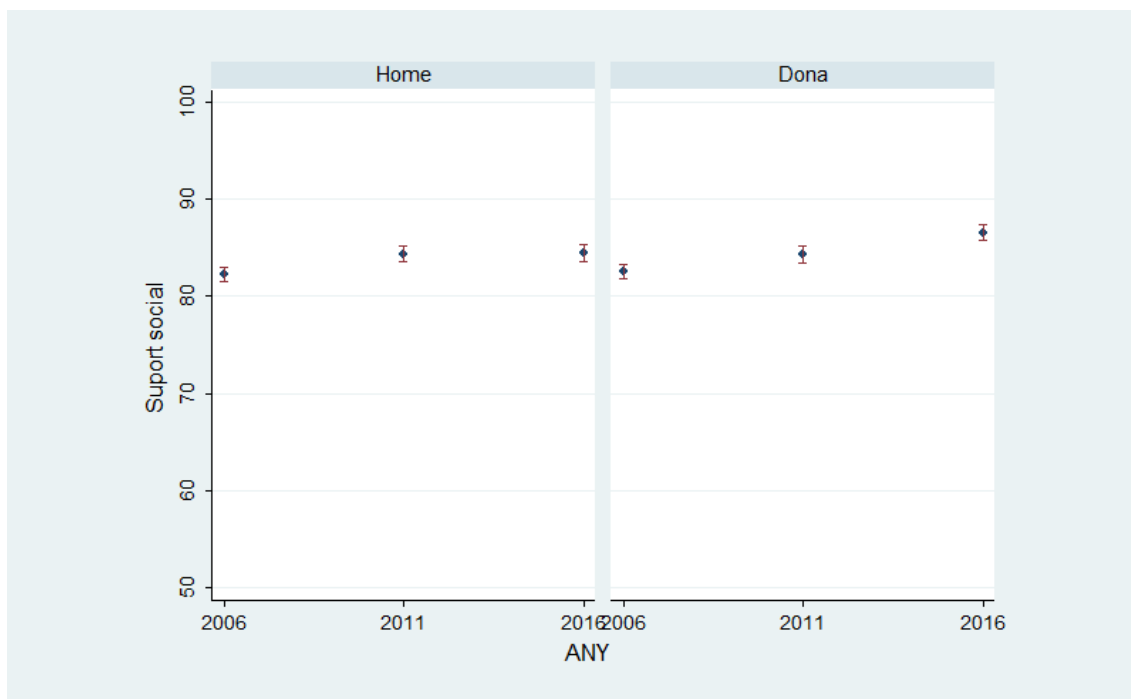
**Figura 11.** Suport social per nivell educatiu i sexe. Estandarditzat per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 12.** Suport social per país de naixement i sexe. Estandarditzat per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 13.** Evolució del suport social per sexe. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016



## La discriminació, opció sexual i violència masclista

### Patir alguna discriminació

Han declarat patir alguna discriminació, ja sigui per sexe, país de naixement, ètnia, orientació sexual o discapacitat el 8,5% dels homes i el 15,3% de les dones de 15 i més anys.

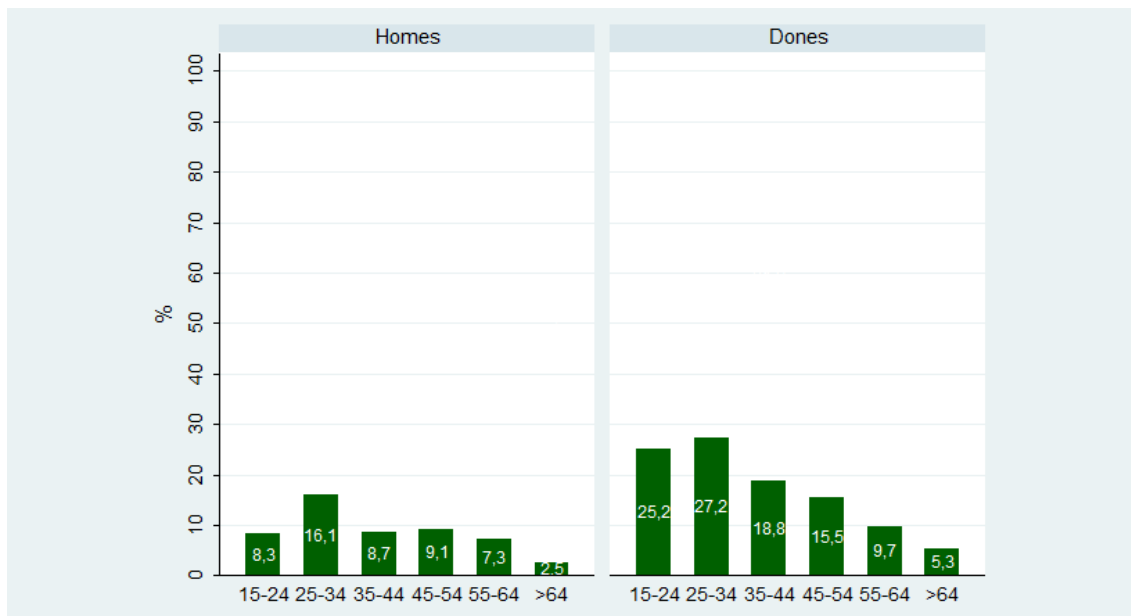
La discriminació per sexe és la més freqüent en dones amb l'11% (Taula 2), seguit del país d'origen (5,9%). En homes la més freqüent és el país d'origen amb el 4,7%.

Segons el grup d'edat són les persones d'edat més jove les que pateixen més discriminacions, sobretot en les dones (Figura 14). Tant a les dones de classe social avantatjada com a les menys avantatjades la discriminació és similar (21% i 19,9%, respectivament). En canvi sí són les persones de països de renda baixa en ambdós sexes les que declaren patir més discriminació (28,1% dels homes i 27,7% de les dones) (Figura 15).

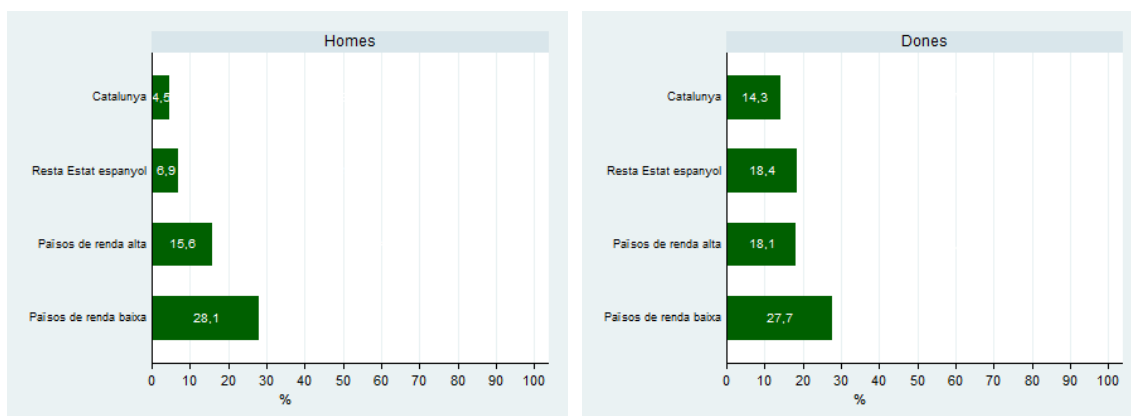
**Taula 2:** Tipus de discriminació segons sexe, en percentatge. Població de 15 anys i més.

	Homes	Dones
Per sexe	2,1	11
Per país d'origen	4,7	5,9
Per ètnia	2,6	3,1
Per discapacitat	2	1,2
Per orientació sexual	1,2	0,8
Altres	1,3	1,5

**Figura 14.** Patir alguna discriminació segons grup d'edat i sexe.



**Figura 15.** Patir alguna discriminació segons país de naixement i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.



## L'atracció, conducta i identitat sexual

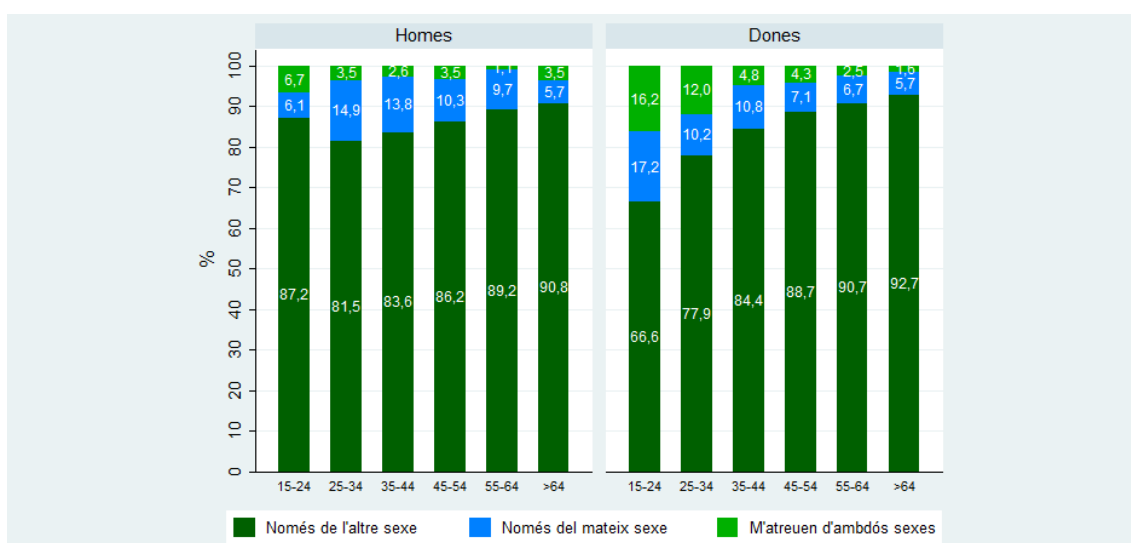
Un 10,5% dels homes i el 8,9% de les dones de 15 i més anys diuen que els atrauen només persones del mateix sexe i els atreuen d'ambdós sexes al 3,3% dels homes i al 5,9% de les dones.

Sobretot en les dones, aquests percentatges són més elevats en el grup de 15 a 24 anys, un 17,2% els atreu el mateix sexe, i el 16,2% els atreuen els dos sexes, mentre

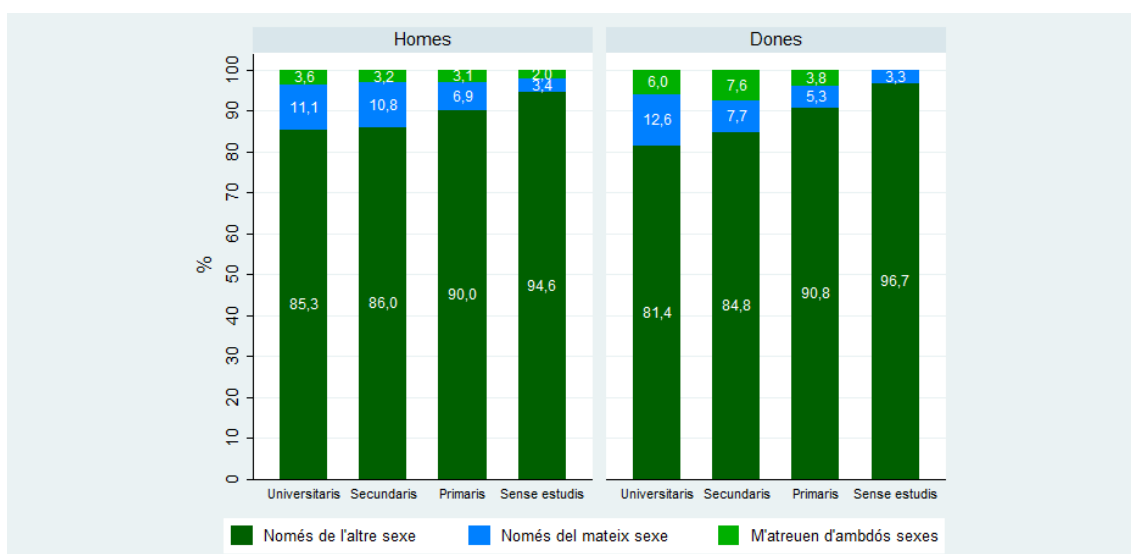
que en els homes les diferències per edat són menors (Figura 16). Les prevalències d'atracció pel mateix sexe són majors en els grups de nivell educatiu més alt (Figura 17).

Referent a la conducta sexual, el 4,3% dels homes i l'1,7% de les dones diuen que només mantenen relacions amb el mateix sexe. Mentre que declaren una identitat homosexual el 3,4% dels homes i l'1,1% de les dones, amb patrons similars als esmentats per grup d'edat i nivell educatiu.

**Figura 16.** Atracció sexual segons grup d'edat i sexe.



**Figura 17.** Atracció sexual segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.





## El maltractament de parella

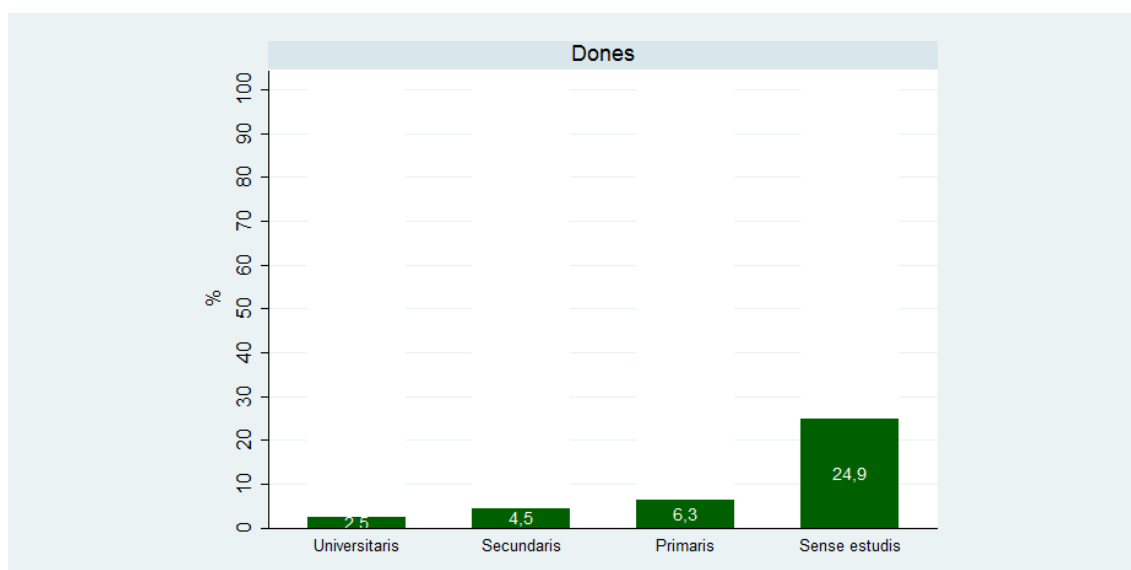
A l'Enquesta de Salut es pregunta pel maltractament de la parella actual durant el darrer any, ja sigui de tipus emocional, físic o sexual. Aquesta pregunta es realitzava si l'entorn físic de la unitat familiar permetia que la dona enquestada respongués amb seguretat i confiança, això no va passar en un 12,5% dels casos.

Declaren patir algun maltractament el 4,3% de les dones de 15 i més anys. Patir alguna violència emocional (incloent a vegades i moltes vegades) representa el 3,7% de les dones, un 1,4% la violència física, i l'1,3% la sexual (Taula 3). El percentatge no és diferent per grups d'edat, però arriba al 24,9% en les dones sense estudis (Figura 18) i és del 12% en dones dels països de renda baixa.

**Taula 3.** Violència de parella actual darrer any, en percentatge. Població de 15 anys i més.

	A vegades	Moltes vegades
Violència emocional	2,8	0,9
Violència física	1,3	0,1
Violència sexual	1,1	0,2

**Figura 18.** Algun maltractament de parella segons nivell educatiu. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.



## La pobresa

### La pobresa material

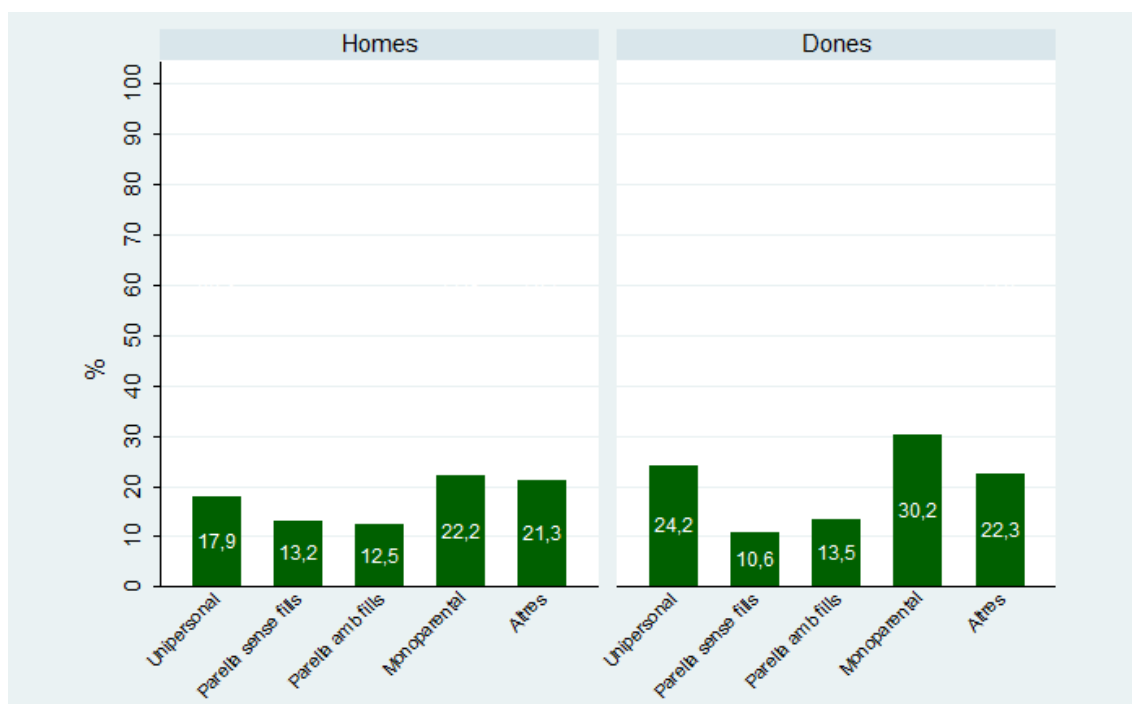
La pobresa material (complir 3 dels 9 ítems a partir de la definició de les variables compostes) afecta el 15,9% de la població.

La pobresa material tendeix a ser més alta en les dones de major edat (21,2% en el grup de 75 a 84 i de 20,5% en les de 85 anys i més). Sobretot en les dones de llars unipersonals i monoparentals la pobresa material és més alta (24,2% i 30,2%) (Figura 19). En homes també els valors més alts són en aquestes tipologies però inferiors a les dones (17,9% i 22,2%, respectivament).

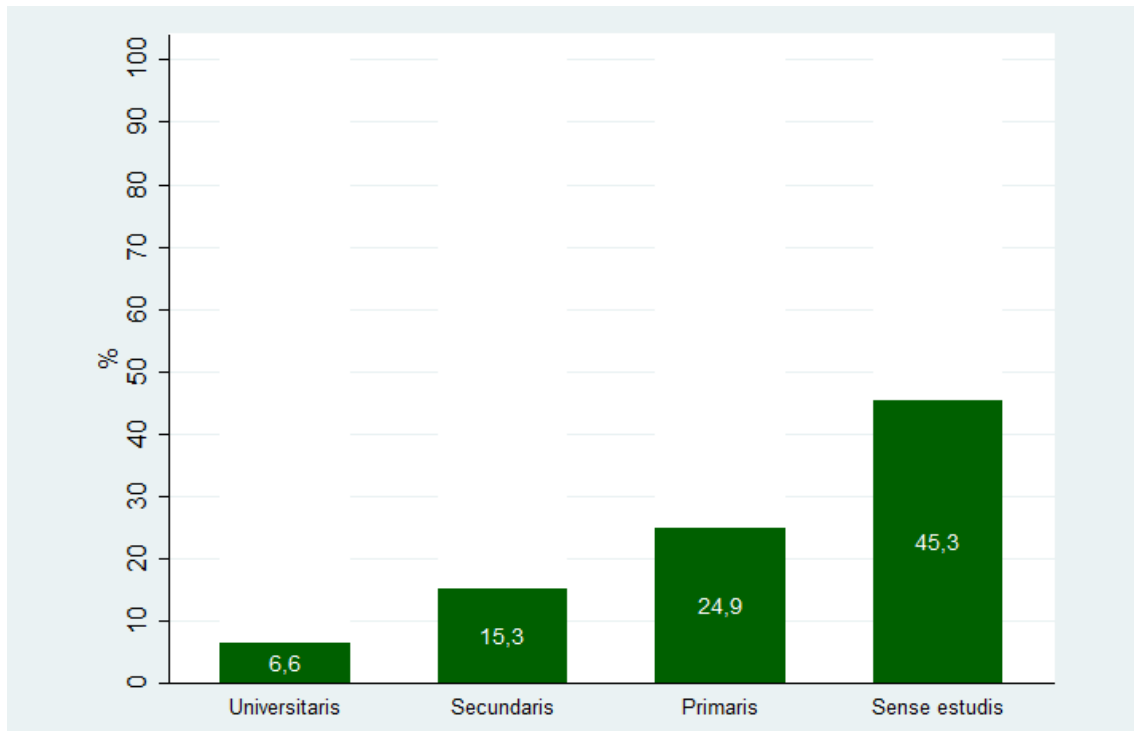
Segons posició socioeconòmica, la pobresa material és més alta entre les persones sense estudis (45,3%) (Figura 20) i de classes socials més desfavorides (39,1%) (Figura 21), mostrant un gradient de desigualtat en ambdós casos.

Ciutat Vella és el districte amb major pobresa material (35,4%) seguit de Nou Barris (26,2%) (Figura 22). Segons país de naixement són les persones vingudes de països de renda baixa les que tenen major proporció de pobresa material (46,6%) (Figura 23).

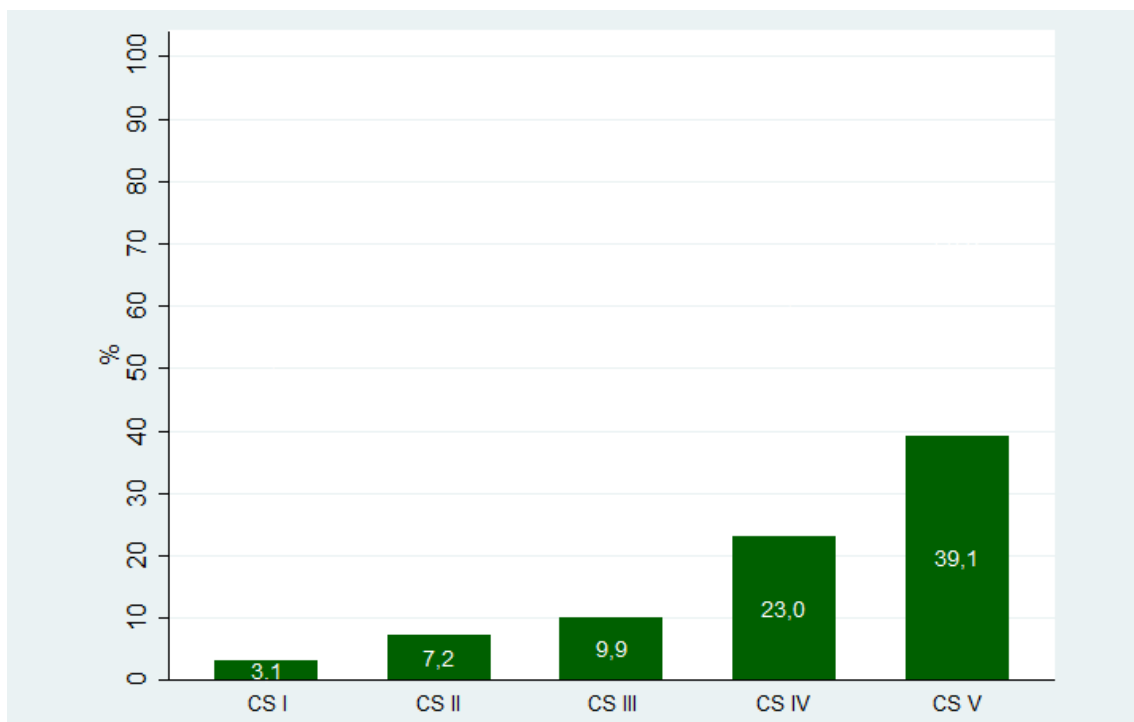
**Figura 19.** Pobresa material segons tipologia de la llar i sexe, en percentatges.



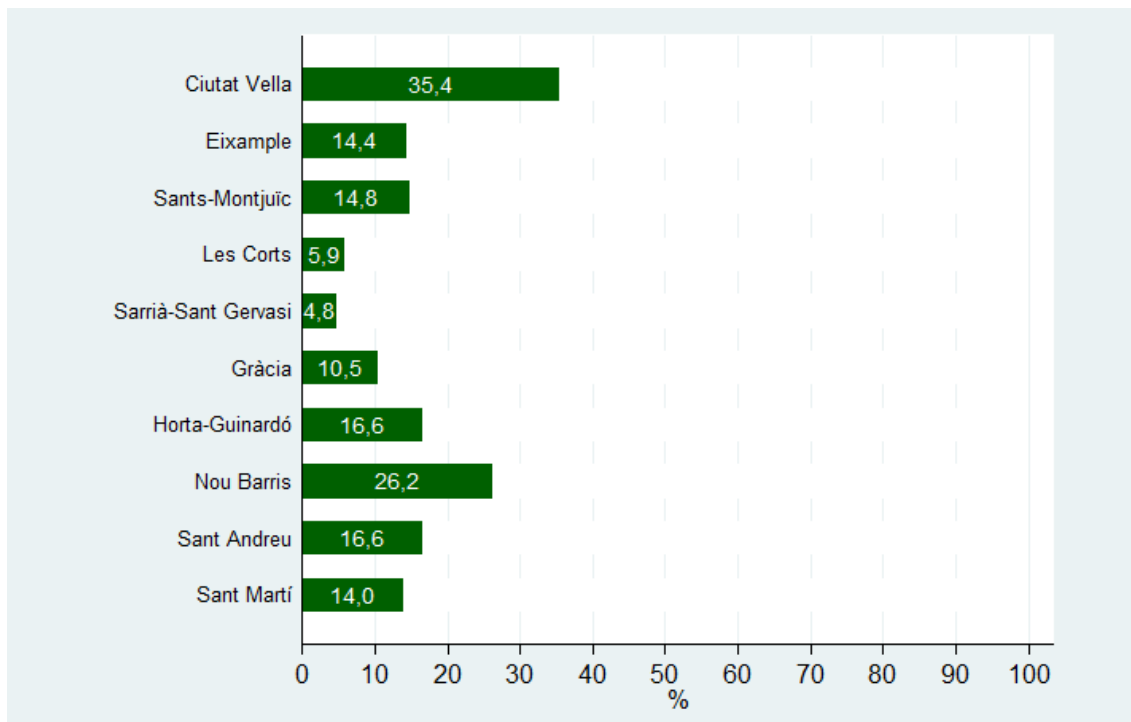
**Figura 20.** Pobresa material de la llar segons nivell educatiu. Percentatges estandarditzats per edat.



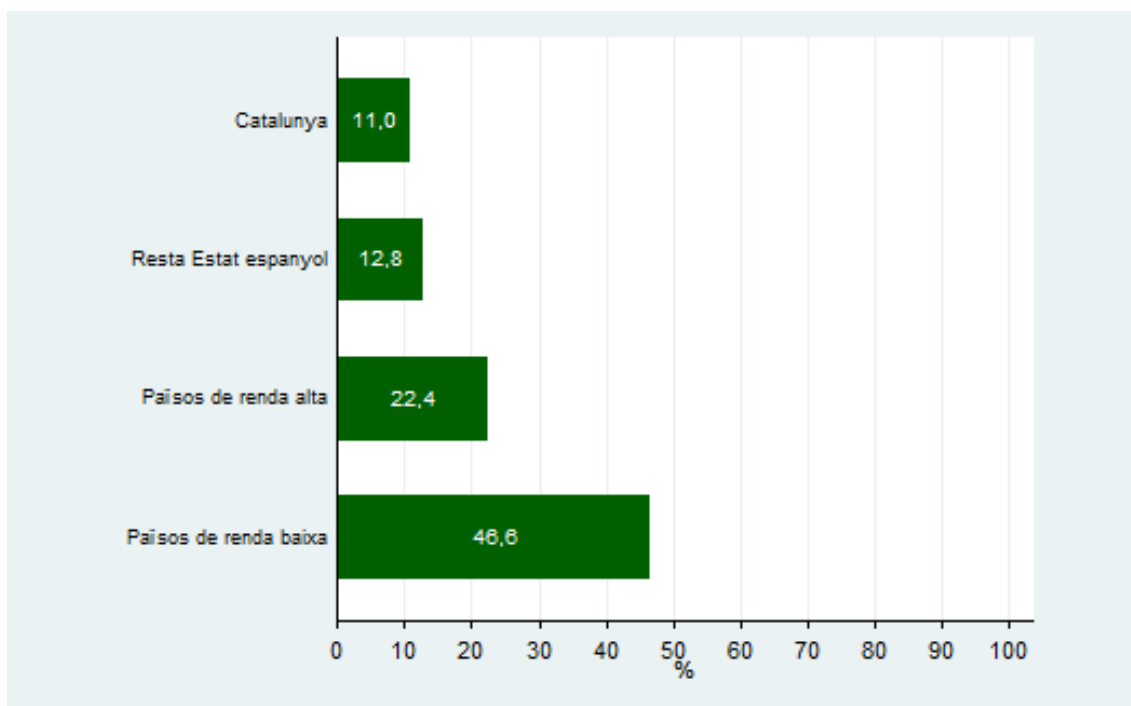
**Figura 21.** Pobresa material de la llar segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 22.** Pobresa material de la llar segons districte. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 23.** Pobresa material de la llar segons país de naixement. Percentatges estandarditzats per edat.



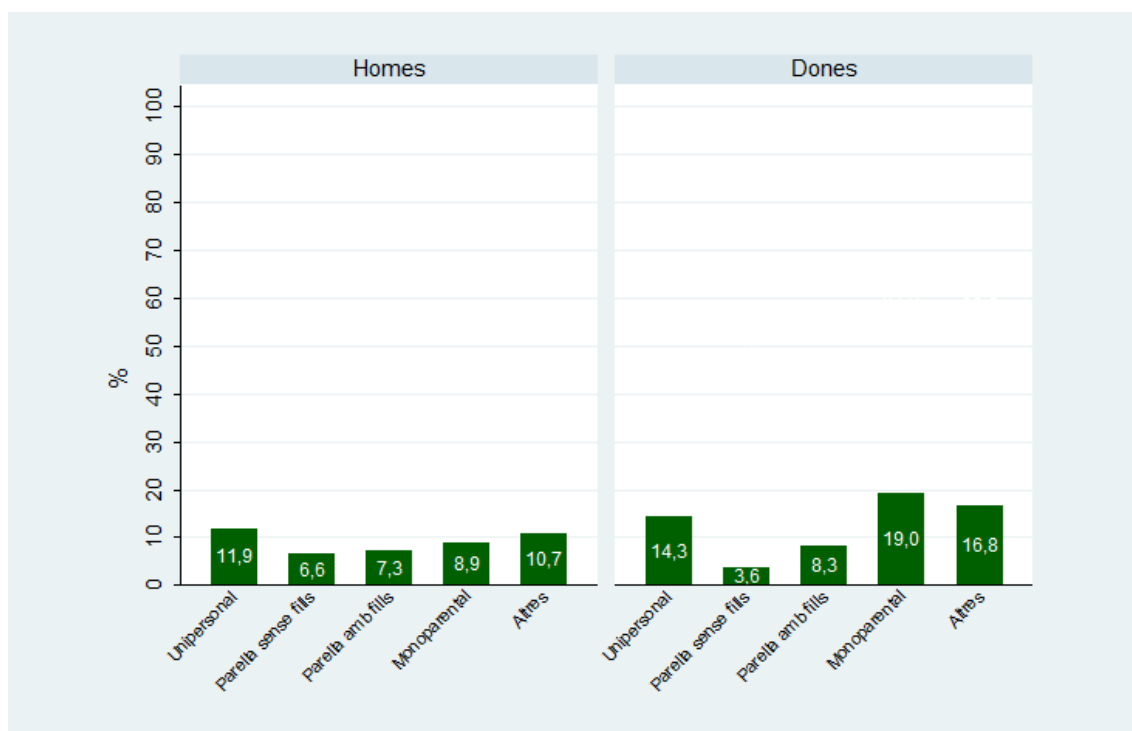
## La pobresa material severa

La pobresa material severa (complir 4 dels 9 ítems de la definició de variable composta) la pateix el 9% de la població.

Segueix el mateix patró que la pobresa material, sense variacions entre grups d'edat i afectant en major grau les persones sense estudis (35,7%) i de classe social més desfavorida (24,3%), a les de Ciutat Vella (24,1%) seguit de les de Nou Barris (15,7%), i les nascudes en països de renda baixa (30,3%).

Segons tipologia de la llar (Figura 24), les dones de les llars unipersonals i monoparentals tenen major pobresa material severa (14,3% i 19%), mentre que en els homes els percentatges són més baixos.

**Figura 24.** Pobresa material severa segons tipologia de la llar i sexe, en percentatges.



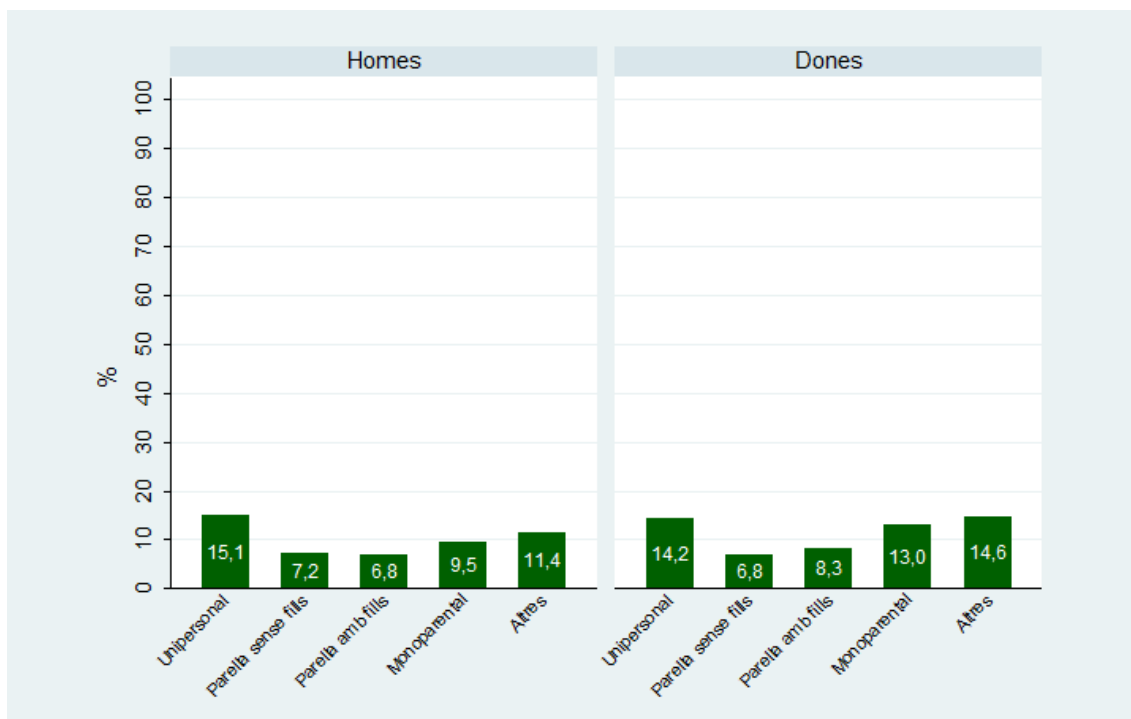
## La pobresa energètica

Existeixen diverses maneres de mesurar la pobresa energètica, per exemple, en altres publicacions s'ha utilitzat una ponderació de 3 ítems: no poder mantenir la llar a una temperatura adequada durant els mesos freds, la presència de goteres i/o humitats a la llar, i l'impagament de rebuts. Ens limitarem aquí a descriure com a pobresa energètica el fet de no poder mantenir la llar a una temperatura adequada durant els mesos freds.

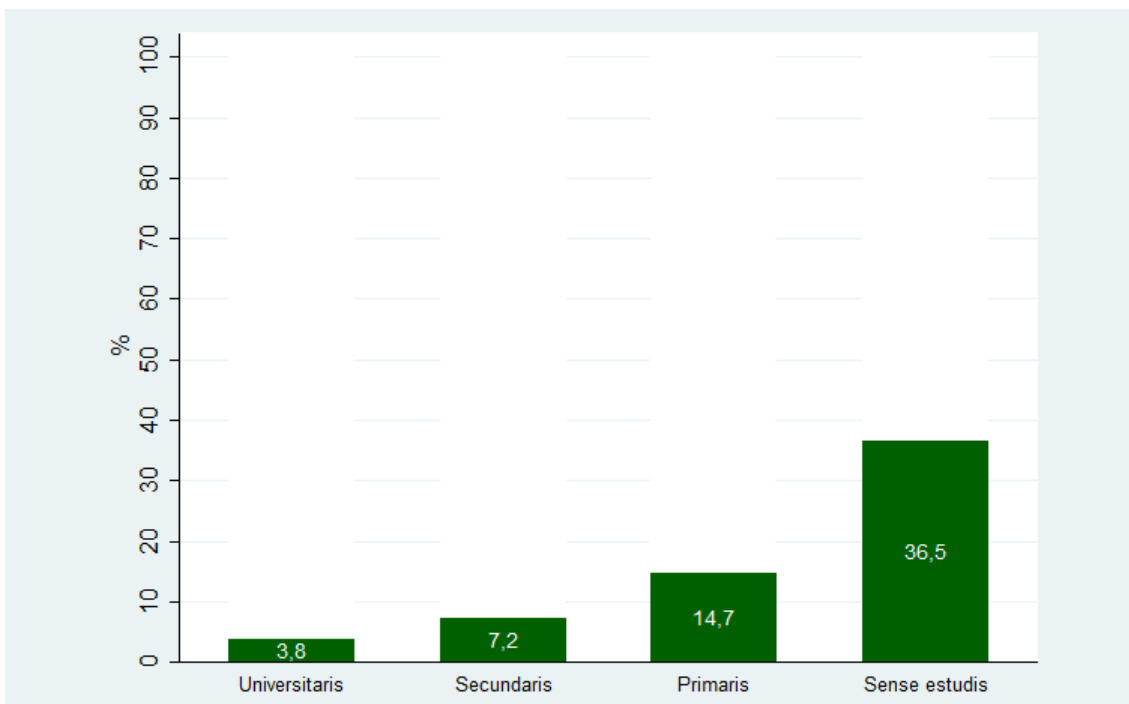
La pobresa energètica afecta el 9,1% de la població. Afecta en major grau les dones de 75 a 84 anys (17%); segueix el mateix patró que les dades de pobresa material, es a dir, afecta en major mesura les dones de llars unipersonals i monoparentals (14,3% i 13%, respectivament), mentre que en els homes la pobresa energètica és més alta en les llars unipersonals (15,1%) (Figura 25). La pobresa energètica és més alta entre les persones sense estudis (36,5%) (Figura 26) i de classe social menys afavorida (20,9%) (Figura 27).

Per districte, la major freqüència es dona a Ciutat Vella (18,2%), però també en els districtes d'Horta-Guinardó, Nou Barris i Eixample hi ha valors al voltant del 10% (Figura 28). Entre les persones de 65 i més anys, la pobresa energètica continua sent la més alta al districte de l'Eixample amb el 20,4%, seguit d'Horta-Guinardó (16,8%) i Nou Barris (11,8%) (Figura 29).

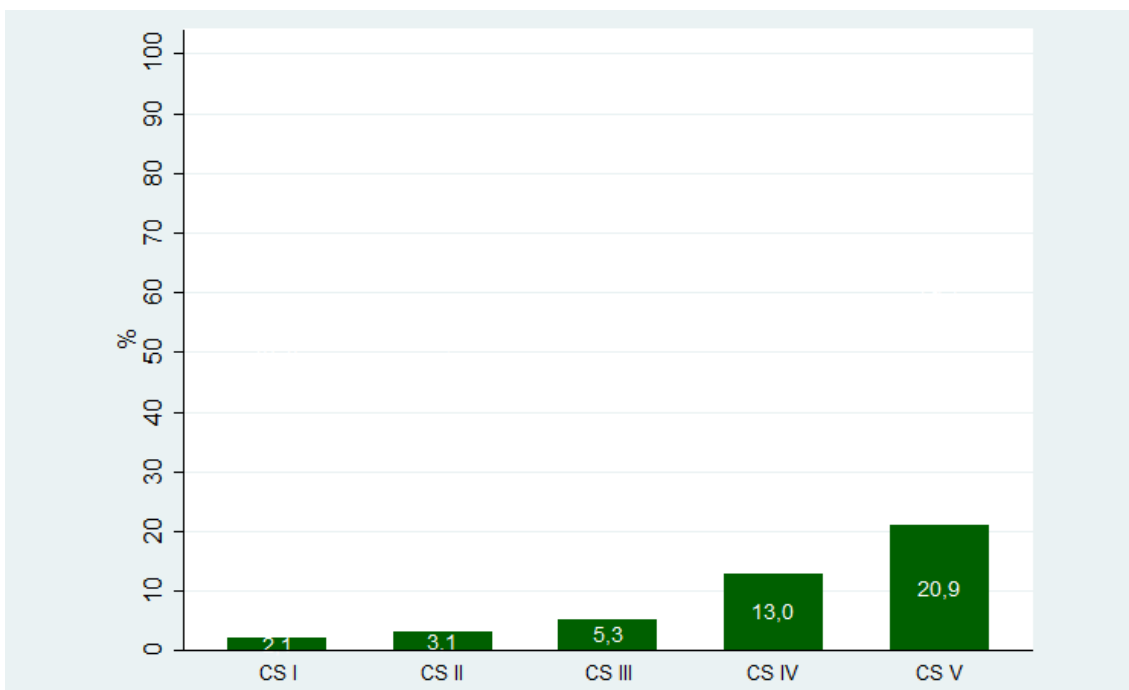
**Figura 25.** Poder mantenir la temperatura adequada segons tipologia de la llar i sexe, en percentatges.



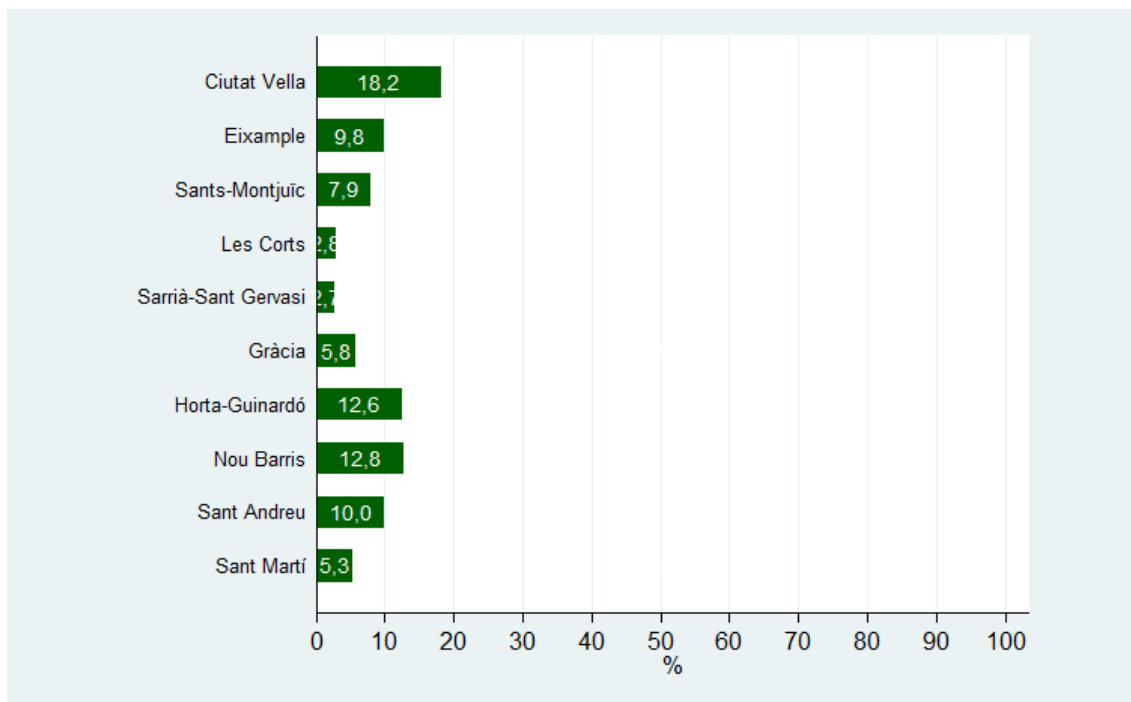
**Figura 26.** Poder mantenir la temperatura adequada de la llar segons nivell educatiu. Percentatges estandarditzats per edat.



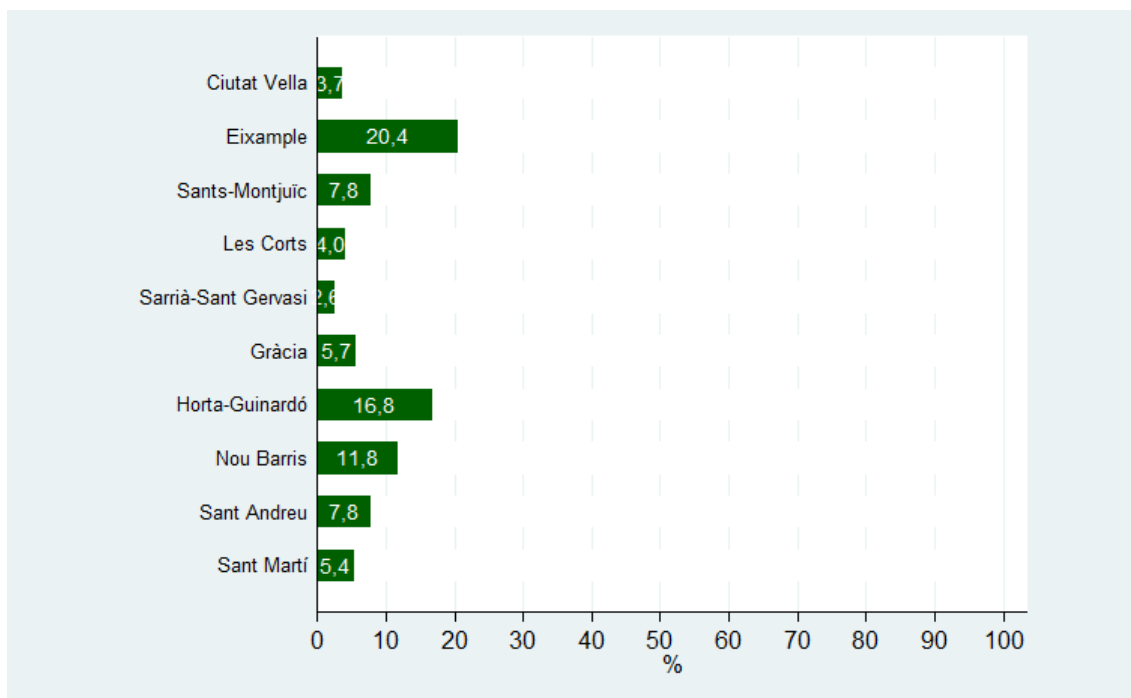
**Figura 27.** Poder mantenir la temperatura adequada de la llar segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 28.** Poder mantenir la temperatura adequada de la llar segons districte. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 29.** Poder mantenir la temperatura adequada de la llar segons districte en majors de 64 anys. Percentatges estandarditzats per edat.



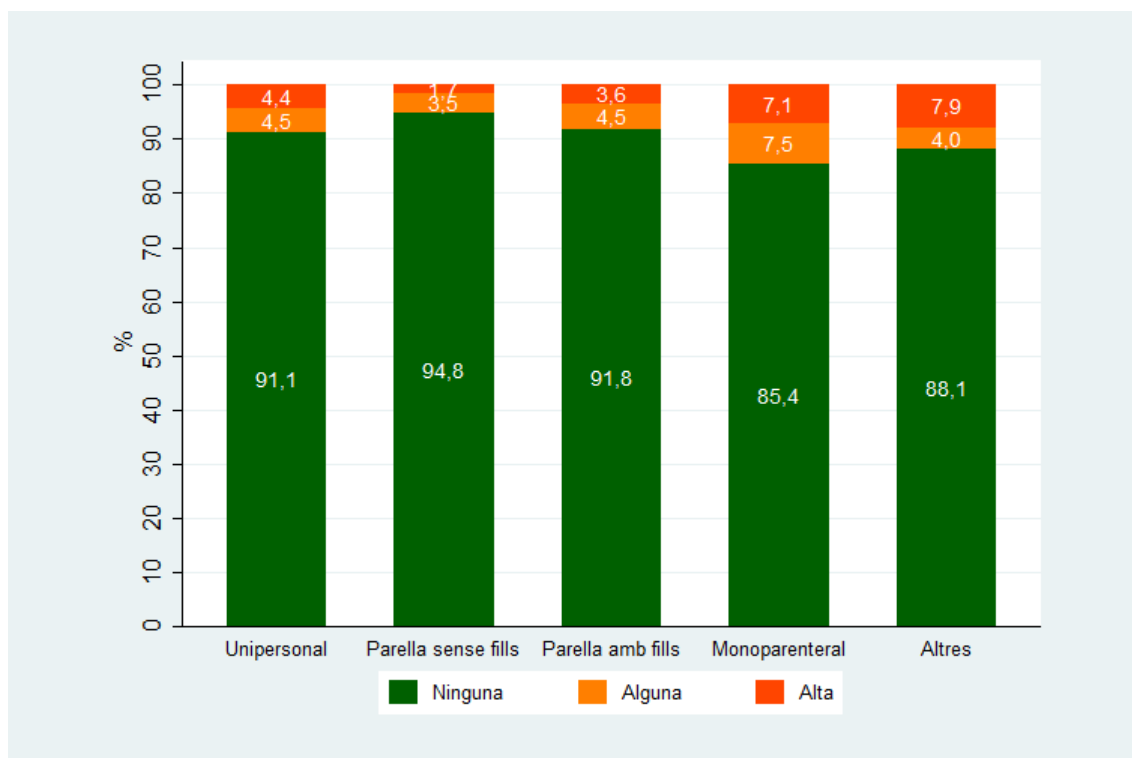


## La inseguretad alimentària

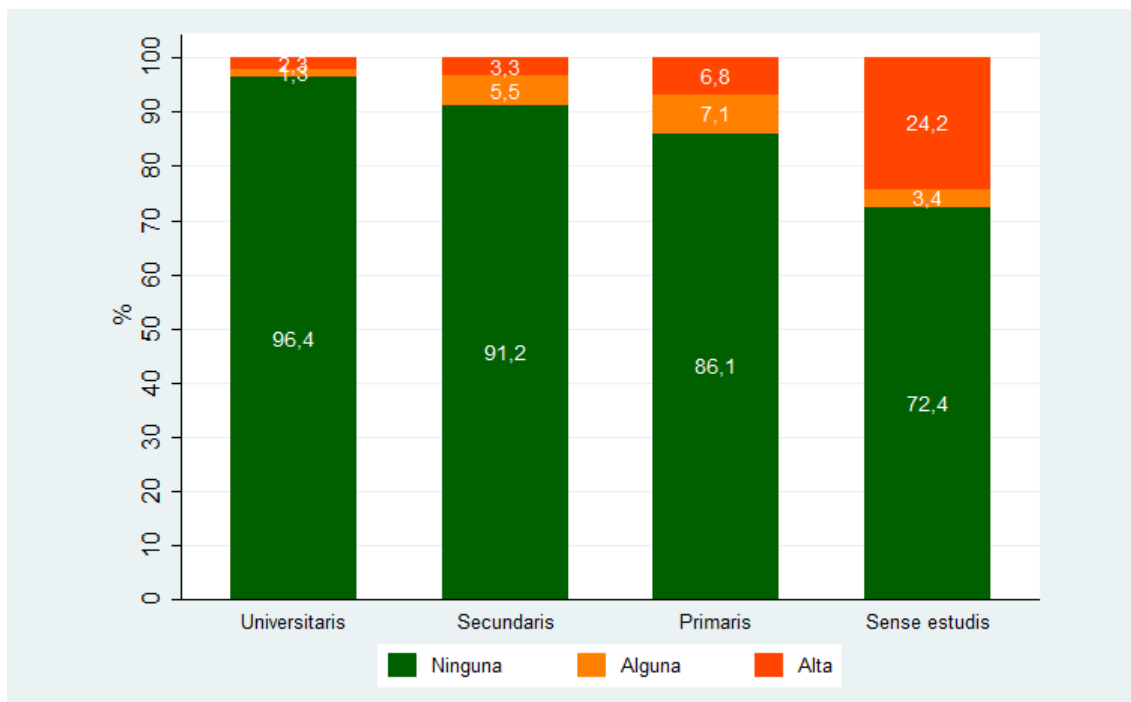
El 8,6% de les llars pateixen alguna inseguretad alimentària, i el 4% presenta alta inseguretad alimentària. Les llars monoparentals tenen una major inseguretad alimentària (14,6%), però també el grup de llars d'estructura menys convencional tipificat com "altres" (11,9%) (Figura 30).

Existeixen grans diferències segons el nivell d'estudis: mentre que entre els universitaris una alta inseguretad alimentària és inferior al 3%, entre les persones amb estudis primaris és del 6,8% i del 24,2% entre les persones sense estudis (Figura 31). Segons la classe social, tenir alguna inseguretad alimentària és de menys de l'1% a la classe social més avantatjada però del 24,8% en la classe social més desfavorida. El districte de Ciutat Vella és on hi ha una major inseguretad alimentària (23,1%), seguit de Nou Barris (17,3%) (Figura 32).

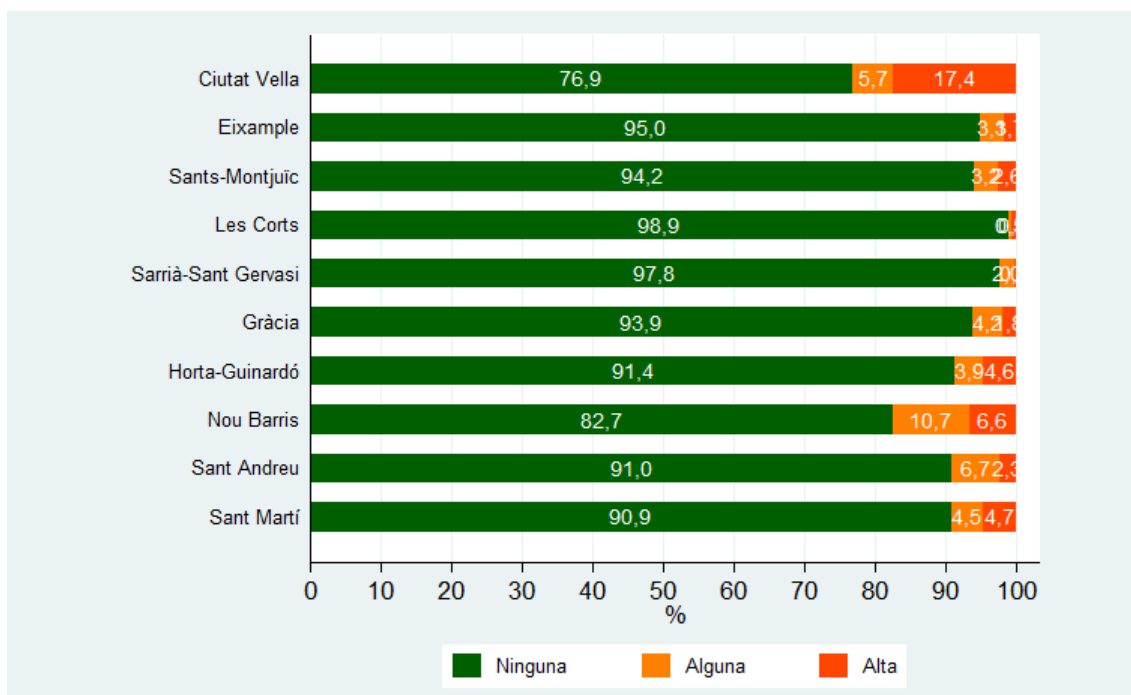
**Figura 30.** Inseguretad alimentària segons tipologia de la llar i sexe, en percentatges.



**Figura 31.** Inseguretats alimentària de la llar segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat.



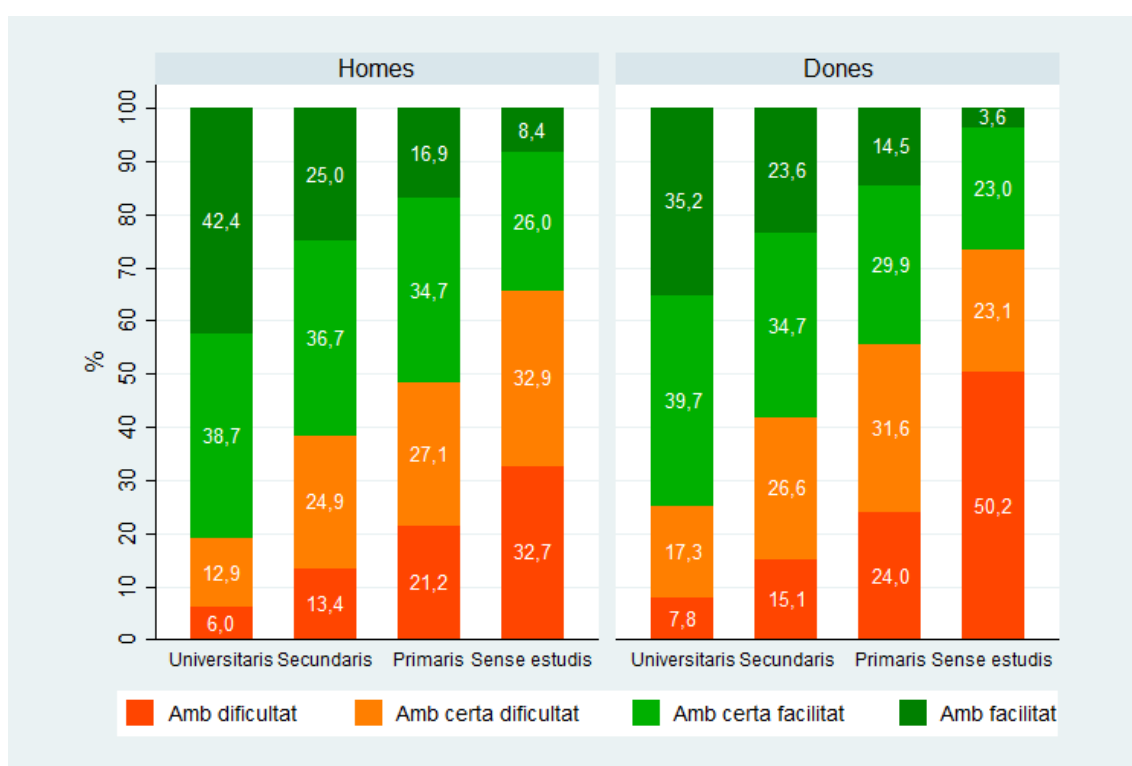
**Figura 32.** Inseguretats alimentària de la llar segons districte. Percentatges estandarditzats per edat.



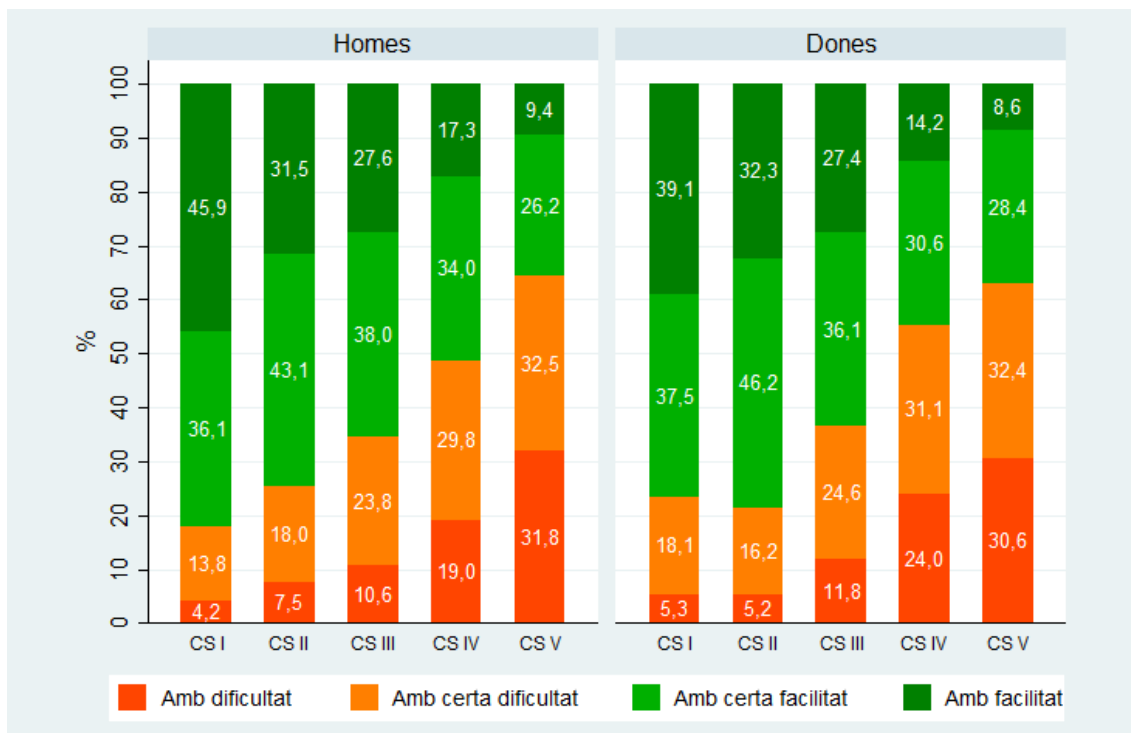
## La dificultat d'arribar a fi de mes

El 13,8% dels homes i el 15% de les dones tenen dificultats d'arribar a fi de mes, i el 23,1% dels homes i el 24,9% de les dones declaren tenir certa dificultat. Segueix un patró de gradient, incrementant-se la dificultat tant per nivell més baix d'estudis, com per la classe social menys avantatjada (Figures 33 i 34).

**Figura 33.** Dificultat d'arribar a fi de mes segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 34.** Dificultat d'arribar a fi de mes segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



## El treball

### La situació laboral

El 55,9% dels homes i el 48,6% de les dones majors de 15 anys declaren que la seva activitat principal és el treball remunerat, el segon grup més nombrós és el de les persones jubilades al voltant del 21% (Figura 35).

L'atur representa el 15,8% en els homes i del 12,2% en les dones de 25 a 34 anys, essent més alt en els grup de 55 a 64 anys amb el 18,1% dels homes i el 14% de les dones. Per altra part, estar jubilat/da s'incrementa en els de 55 a 64 anys amb el 16,4% dels homes i el 15,1% de les dones (Figura 36).

**Figura 35.** Situació laboral per sexe.

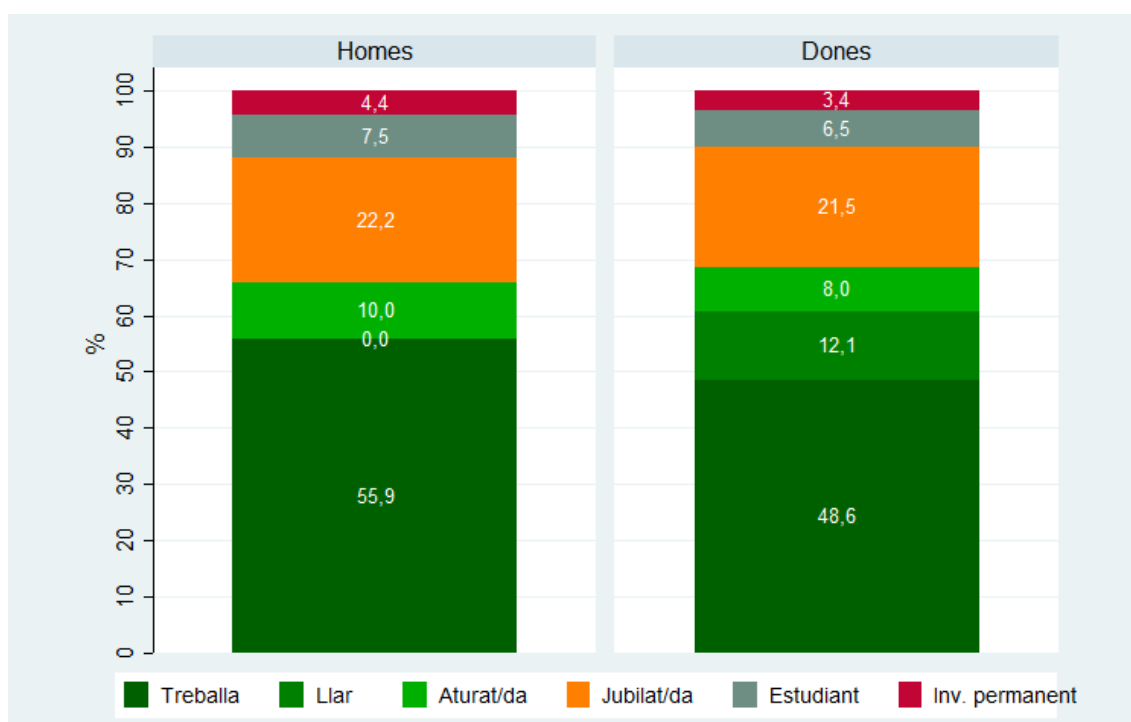
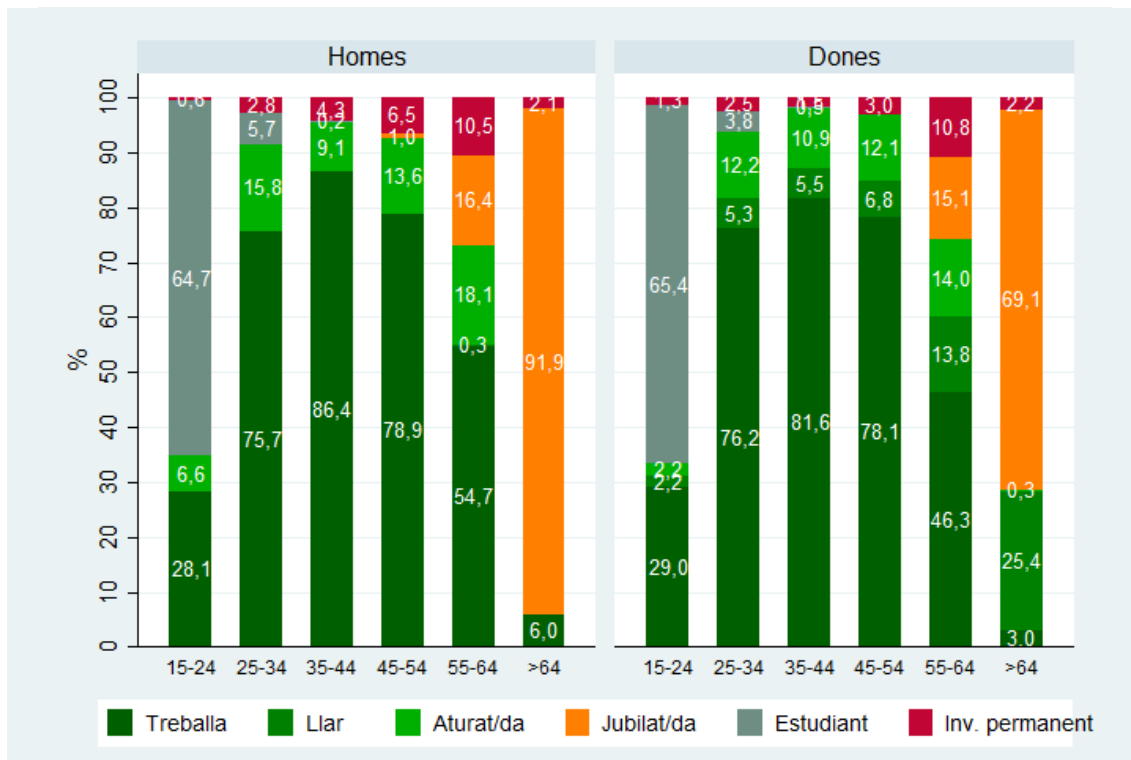


Figura 36. Situació laboral per grup d'edat i sexe.

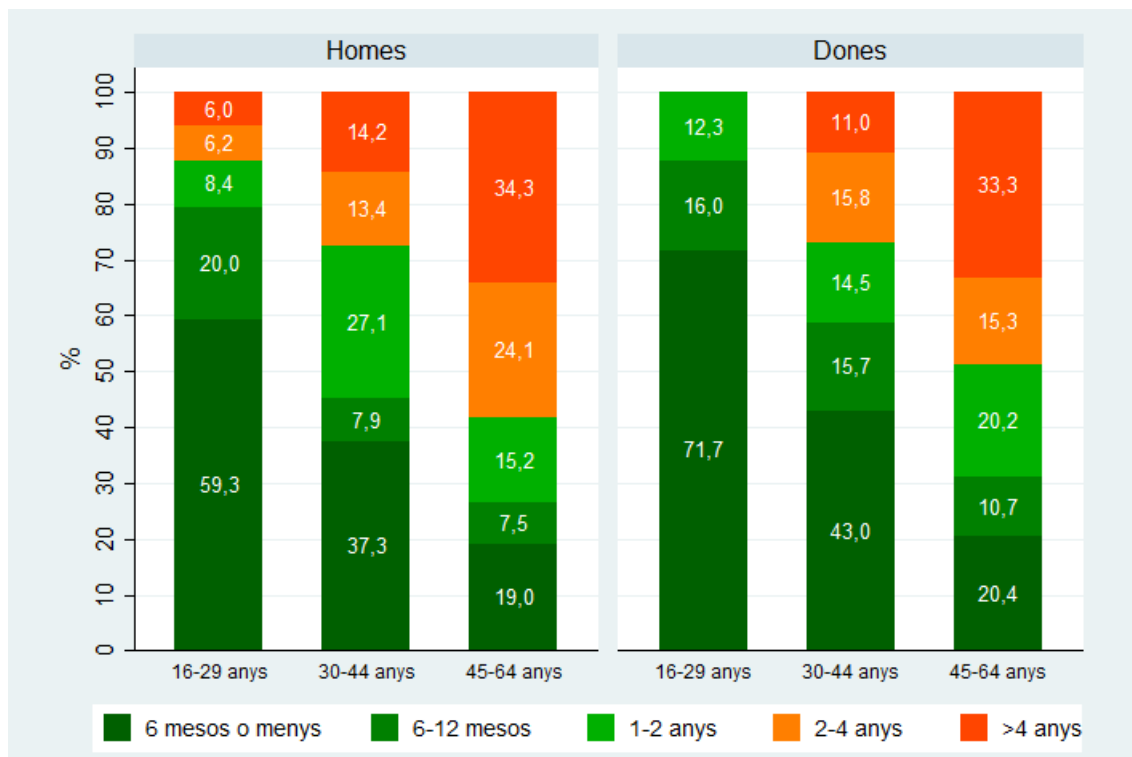


## El temps en atur

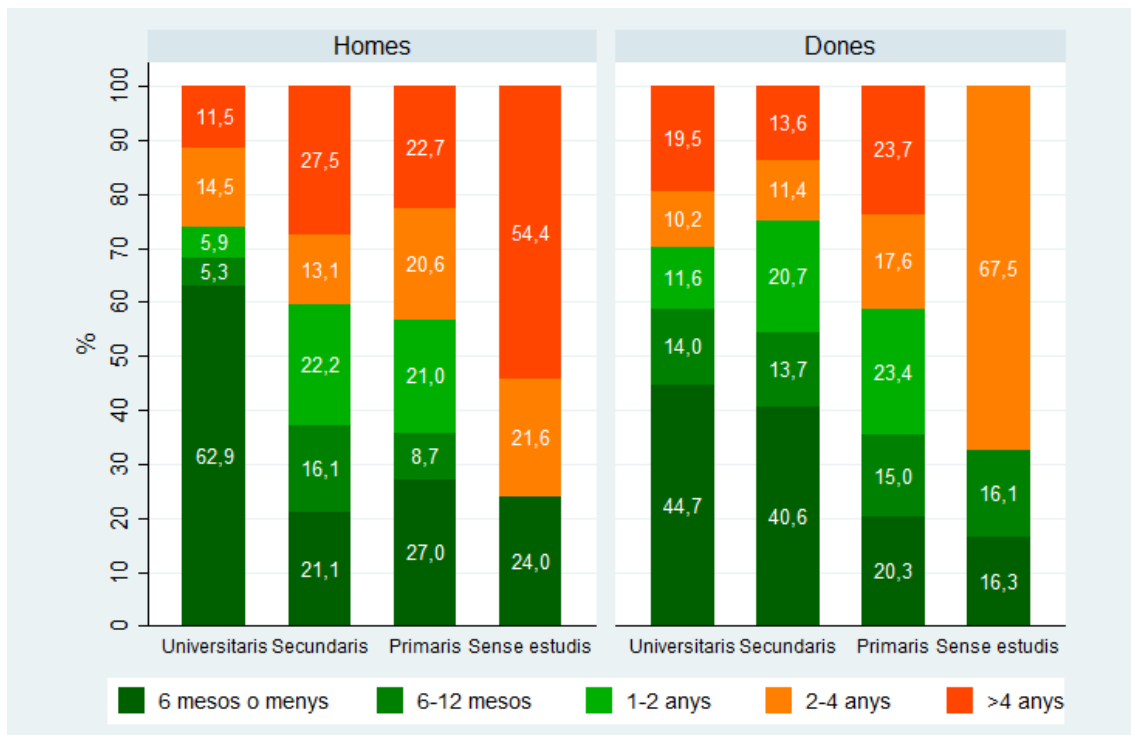
L'atur de llarga durada de més d'un any afecta el 57,6% dels homes i el 52,6% de les dones que estan en situació d'atur, i és de més de 4 anys en el 22,2% dels homes i el 21,1% de les dones.

L'atur de menys de 6 mesos afecta principalment els joves de menys de 30 anys, mentre que l'atur de llarga durada afecta els de més de 45 anys (Figura 37). Segons el nivell educatiu, el temps en atur de llarga durada afecta en major mesura les persones sense estudis (Figura 38).

**Figura 37.** Temps en atur segons grup d'edat i sexe entre les persones aturades.



**Figura 38.** Temps en atur segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.





## El tipus de contracte laboral

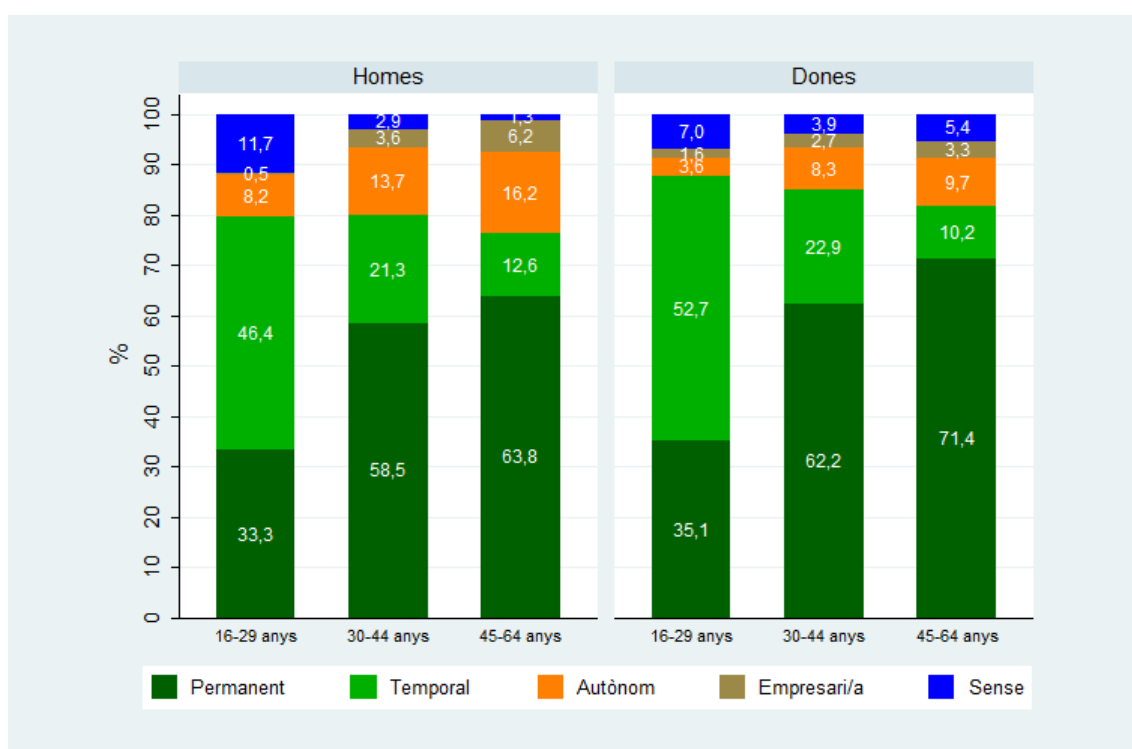
El 56,6% dels homes i el 61,8% de les dones de 16 a 64 anys tenen contracte indefinit, i el 21,7% dels homes i el 22,1% de les dones contracte temporal.

El 13,8% dels homes i el 8,1% de les dones de 16 a 64 anys declaren ser professionals autònoms, mentre que el 4,2% dels homes i el 2,8% de les dones empresaris/es.

Treballen sense cap contractació el 3,7% dels homes i el 5,1% de les dones.

Hi ha diferències importants segons grups d'edat (Figura 39). El contracte temporal és elevat en els menors de 24 anys (el 46,4% en els homes i el 52,7% en les dones) i també treballar sense contracte (11,7% dels homes i el 7% de les dones). El 2,9% dels homes i 3,1% de les dones diuen haver tingut més de dos contractes durant els darrers 12 mesos.

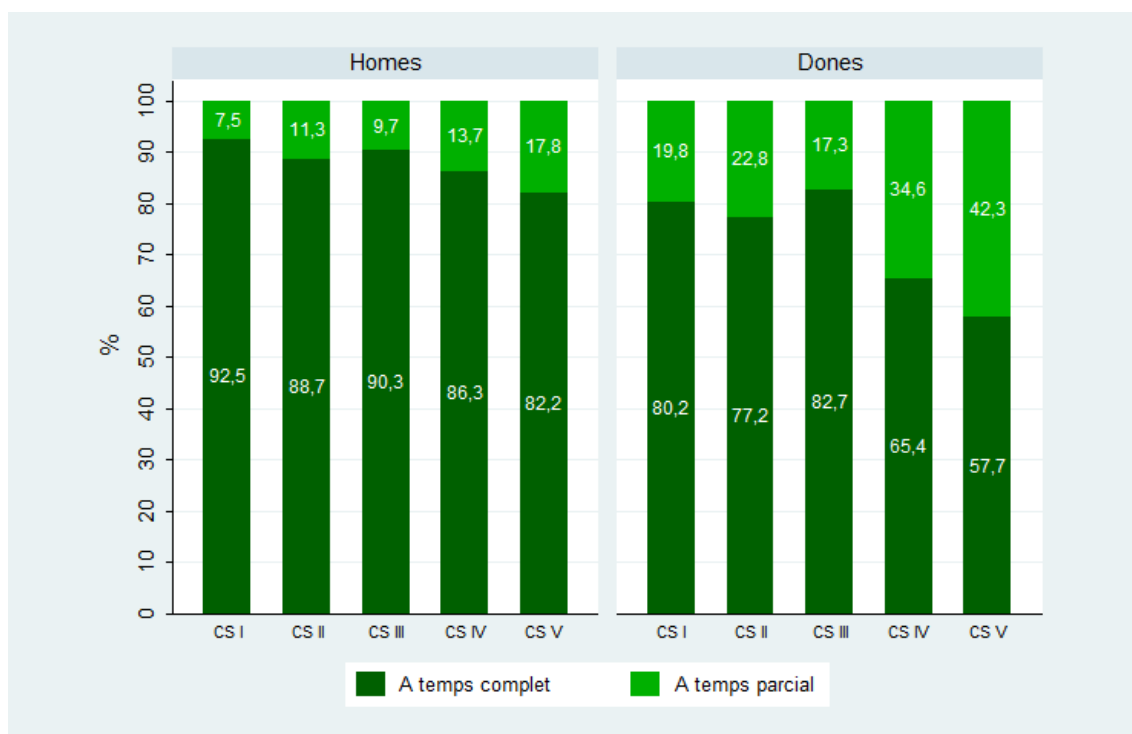
**Figura 39.** Tipus de contracte segons grup d'edat i sexe.



## El tipus de jornada laboral

De les persones que treballen actualment, fan jornada parcial l'11,7% dels homes i el 25,5% de les dones. Entre els homes, la jornada parcial és més freqüent en els joves de 16 a 29 anys (28,9%), i en les dones és del 34,7% en les de 16 a 29 anys i del 21% en les de 45 a 64 anys. El treball a temps parcial presenta forma de gradient i és més freqüent en les classes socials menys afavorides en ambdós sexes (Figura 40).

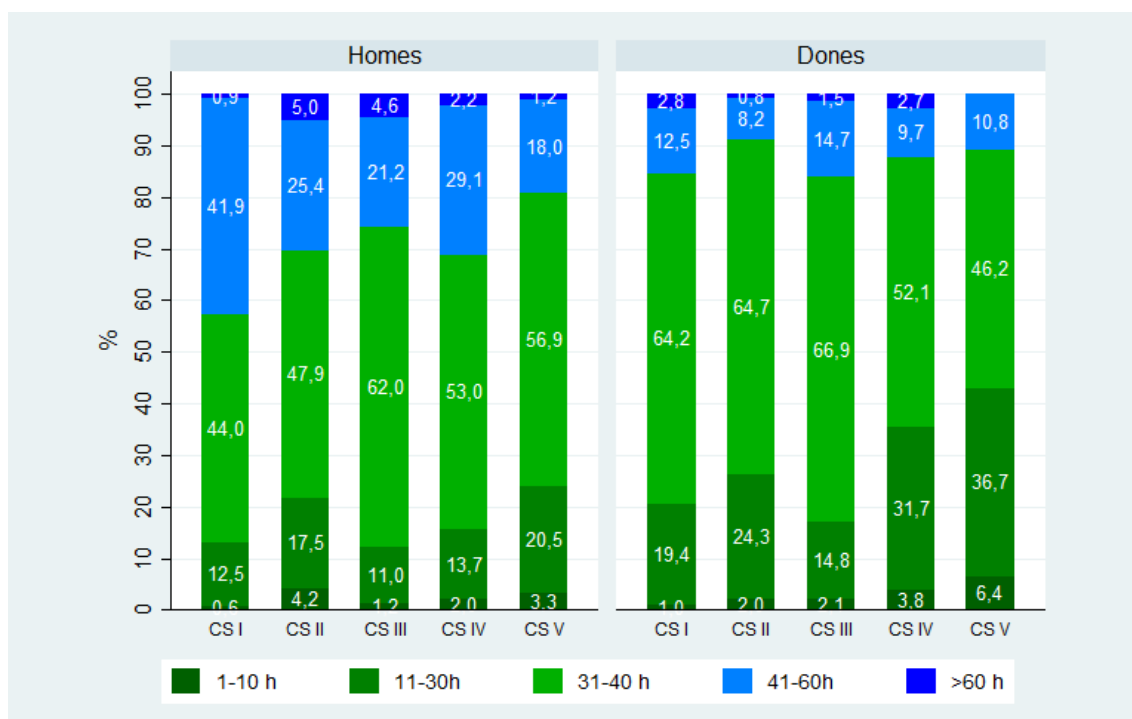
**Figura 40.** Tipus de jornada segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



## Les hores de treball remunerat

Fer una jornada laboral de 31 a 40 hores és el més freqüent en el 52,6% dels homes i el 59,9% de les dones, però un 29,1% dels homes treballen de 41 a 60 hores i en les dones és l'11,7%. Per contra les dones treballen d'11 a 30 hores en major proporció (23,7%) que els homes (14%). Sobretot en els homes, treballar més de 41 hores ho fan en les classes socials més afavorides (Figura 41).

**Figura 41:** Hores de treball segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.



## La satisfacció amb les condicions de treball

El 14,8% dels homes i el 17,9% de les dones manifesten estar insatisfetes en termes generals amb les condicions de treball. Aquests valors arriben al 22,8% en els homes i al 27% en les dones de classe social més desavantajada.

La Taula 4 mostra el percentatge de resposta "sovint o sempre" a algunes condicions de treball. Existeix una considerable possibilitat d'autonomia ("fer la feina al seu aire"), però quasi la meitat declara realitzar moviments repetitius (44,5% en els homes i el 45,5% en les dones). També destaca l'elevat nombre de persones que diuen veure's obligats a treballar massa (39,4% dels homes i el 29,2% de les dones).

Finalment declaren tenir estrès relacionat amb el treball "sovint o sempre" l'11,1% dels homes i el 14,8% de les dones, essent lleugerament més elevat en les classes socials més benestants en el 13,5% en els homes vers el 8,4% en les menys benestants, en les dones és el 15,3% i el 13,6% respectivament.

Referent a la dificultat amb freqüència "sovint o sempre" de conciliació de la vida la laboral i familiar, en tenen el 14,7% dels homes i el 13,5% de les dones.

**Taula 4.** Condicions de treball per sexe, en percentatge.

	Homes	Dones
Possibilitat de fer la feina "al seu aire"	57,7	53,8
Ha de realitzar moviments repetitius	44,5	45,5
Ha de treballar massa	39,4	33,6
Feina poc variada	26,9	30,2
Ha de treballar sol/a	25,9	29,2
Volum de soroll	15,5	13,4
Ha d'aixecar o moure coses de més de 15 kg	13,8	8,6
Pols visible a la llum	12,9	9,6
Males relacions amb els seus superiors/es	2,1	2
Males relacions amb els seus companys/es	1,6	1,7

## La cura de les persones

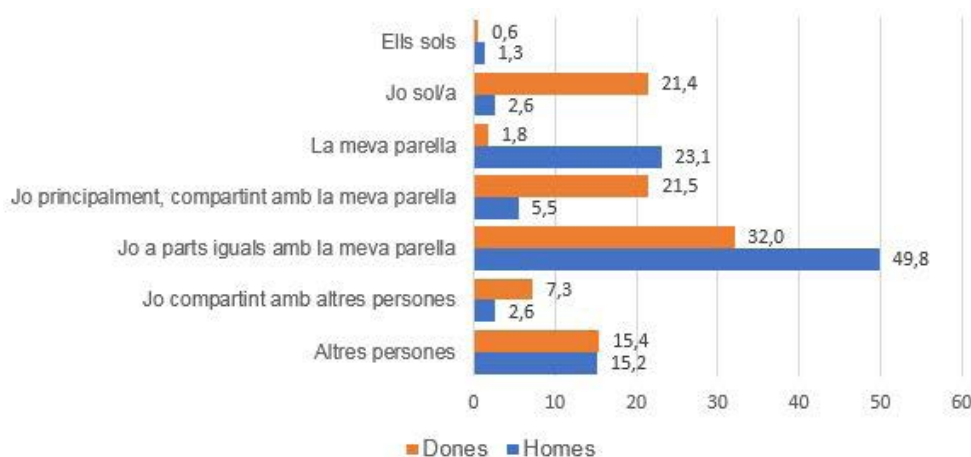
A l'Enquesta de Salut es pregunta per qui s'ocupa de la cura dels menors de 15 anys, de les persones de 65 anys o més i de les persones discapacitades a la llar.

Les dones continuen amb la major part de la càrrega de la cura dels menors de 15 anys. Les dones se n'ocupen elles soles en el 21,4% dels casos, "principalment elles" en el 21,5%, mentre que els homes ho fan el 2,6% i el 5,5%, respectivament. Els homes declaren

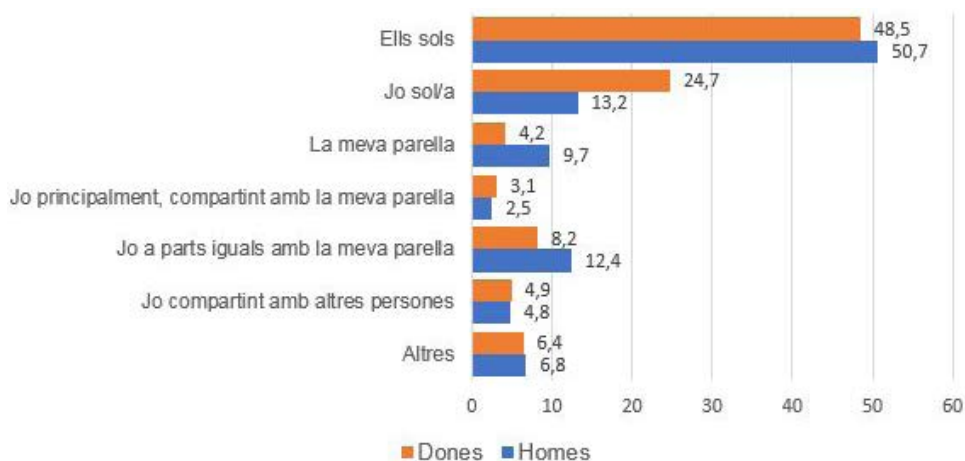
que "se n'ocupen amb igual dedicació" el 49,8% i les dones en el 32% (Figura 42). En canvi les persones de 65 anys i més es curen ells i elles soles de manera majoritària en un 49%, i en segon lloc també són les dones soles les que se n'ocupen (24,7%) (Figura 43). Les dones tenen la cura de les persones discapacitades elles soles el 35,1%, no obstant ho fan altres persones entre el 21,1% i el 25,6% dels casos (Figura 44).

L'11,7% dels homes i l'11,8% de les dones realitzen cures informals a altres persones que no són de la llar, dos tercers parts d'aquestes fan cures d'una sola persona i la resta de dos o més. El 84% dediquen menys de 20 hores a la setmana a aquesta cura informal, prop del 10% entre 20 i 49 hores i el 6% més de 50 hores.

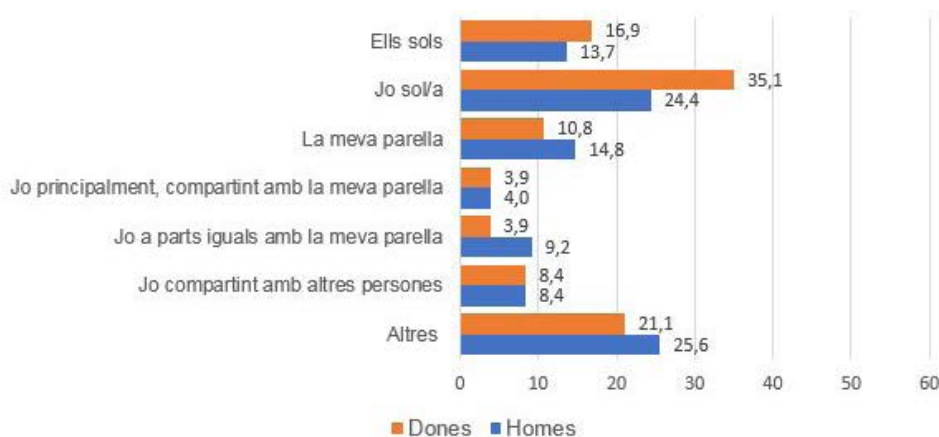
**Figura 42.** Distribució de la cura de menors de 15 anys per sexe.



**Figura 43.** Distribució de la cura de majors de 65 anys per sexe.



**Figura 44.** Distribució de la cura de persones amb limitació funcional per sexe.

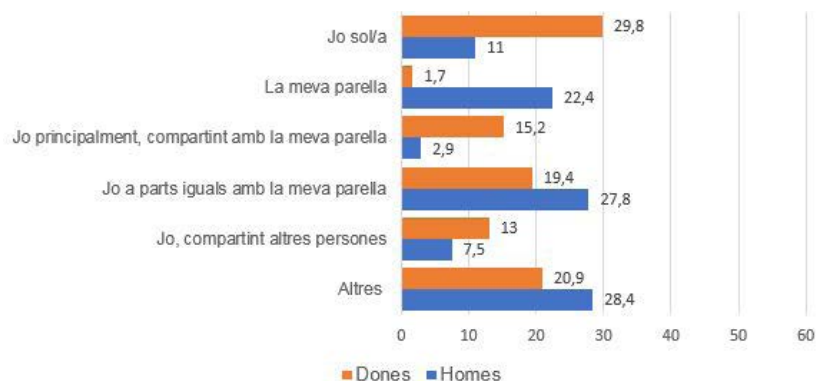


### Les hores de treball domèstic

Pel que fa al treball domèstic, se n'ocupen les dones soles el 29,8%. La segona opció més freqüent en les dones és a parts iguals amb la seva parella (19,4%) i elles mateixes compartint amb la seva parella (15,2%) (Figura 45). En canvi entre els homes la primera opció de treball domèstic és a parts iguals amb la seva parella (27,8%) i la segona la seva parella (22,4%).

Respecte les hores de treball domèstic, el 52,5% de les dones dediquen entre 2 i 4 hores a feina de llar durant els dies feiners. Entre els homes la dedicació més freqüent és menys d'una hora (38,4%) o una hora o menys (34,9%). Durant els caps de setmana les dones dediquen el 50,8% entre 2 i 4 hores a les tasques de la llar, i els homes el 47,2%, però més de 5 hores ho fan el 26,3% de les dones vers el 7,4% dels homes.

**Figura 45.** Cura de la llar per sexe.



---

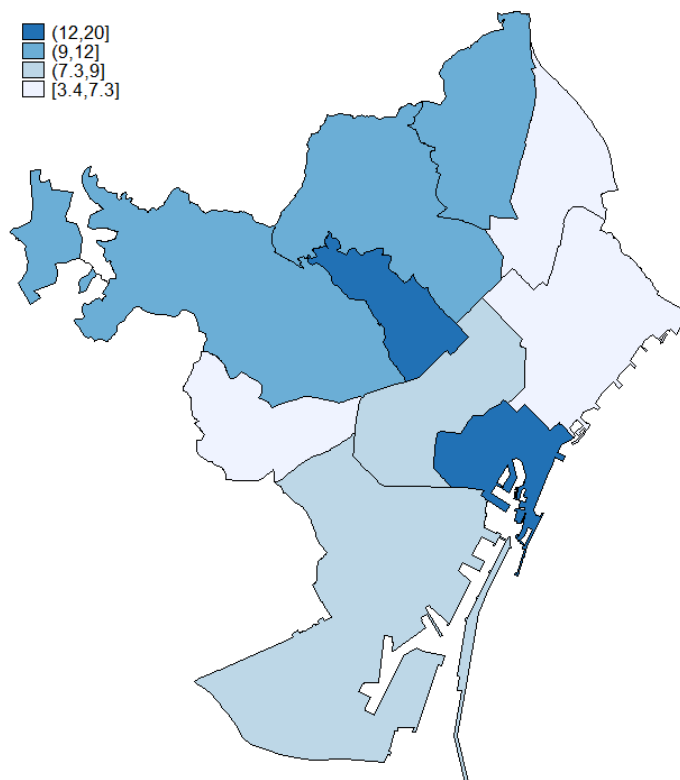
# Les condicions de l'habitatge i de l'entorn físic

---

## L'estat de l'habitatge

L'Enquesta de Salut pregunta per algunes condicions de l'habitatge. El problema més freqüent és el soroll que ve de fora amb el 25,4%. Tenen problemes de goteres i humitats el 9,3% de les persones entrevistades, sent més alt a Ciutat Vella i Gràcia (Figura 46), el 7,6% tenen problemes d'insectes, i el 6,6% tenen problemes de fums i gasos.

**Figura 46.** Tenir problemes de goteres i humitats, percentatges en quantils per districte.



Per altra part, a l'habitatge tenen disponibilitat de calefacció central o individual el 62,4% de les persones enquestades, aire condicionat el 53,6%, i ascensor el 78,3%.

## La tipologia del consum d'aigua

Es pregunta per la freqüència del consum d'aigua de beure, en funció de si és de l'aixeta, filtrada o envasada. La Taula 5 mostra que el 60,7% dels homes consumeixen aigua envasada de manera habitual, i el 20,5% de manera ocasional, entre les dones ho fan el 58,7% i el 21,6%, respectivament. Consumeixen aigua de l'aixeta filtrada de manera habitual el 17,5% dels homes i les dones. En canvi, el consum habitual de l'aigua sense filtrar el fan el 26,4% dels homes i el 27,3% de les dones.

**Taula 5.** Freqüència de consum de l'aigua domèstica, en percentatges.

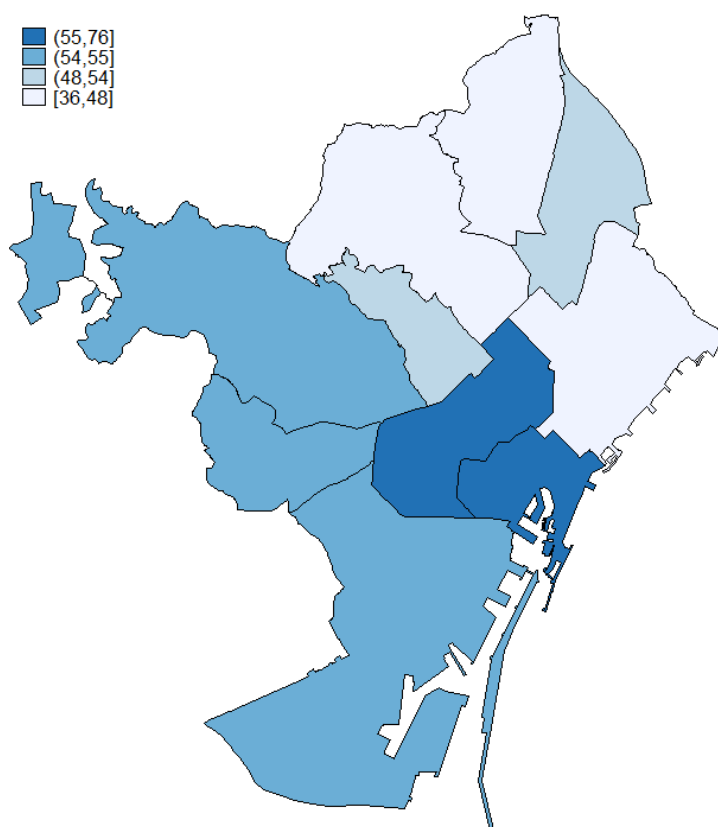
	Homes			Dones		
	Habitual- ment	Ocasio- nalment	Mai	Habitual- ment	Ocasio- nalment	Mai
Aigua envasada	60,7	20,5	18,8	58,7	21,6	19,7
Aigua de l'aixeta sense filtrar	26,4	12	61,6	27,3	12,8	59,9
Aigua de l'aixeta filtrada	17,5	4,3	78,2	17,5	3,5	79
Aigua de les fonts naturals	1,3	13,2	85,5	0,5	8,5	91



## La situació de l'entorn de barri

Més de la meitat de la població de Barcelona declara tenir un trànsit molt intens al seu barri (53,5%). La distribució per districtes mostra percentatge més alts a l'Eixample (75,6%), seguit de Ciutat Vella (60,3%) (Figura 47).

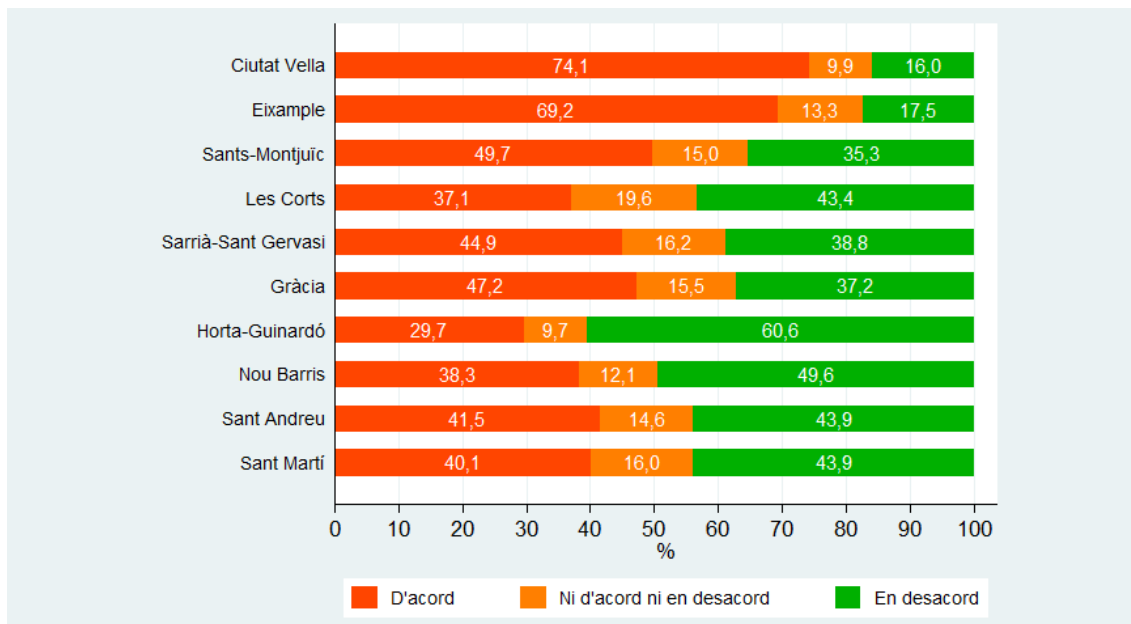
**Figura 47.** Trànsit molt intens en quantils segons districte.



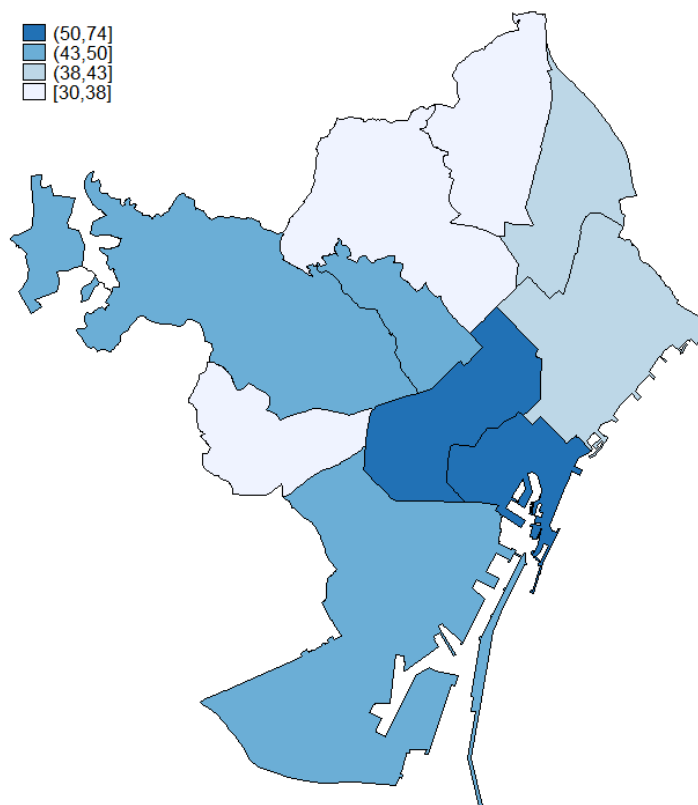
Pel que fa el soroll, el 47,6% de la ciutat declara tenir-ne molt, destacant Ciutat Vella com el primer (74,2%), seguit de l'Eixample (68,8%) (Figures 48 i 49).

Declaren tenir problemes de violència al barri l'11,4%, però amb àmplies diferències entres districtes, Ciutat Vella amb el major percentatge de persones (37,4%), seguit de Nou Barris (21,9%) i Sants-Montjuïc amb Sant Martí (prop del 9% cadascun) (Figura 50).

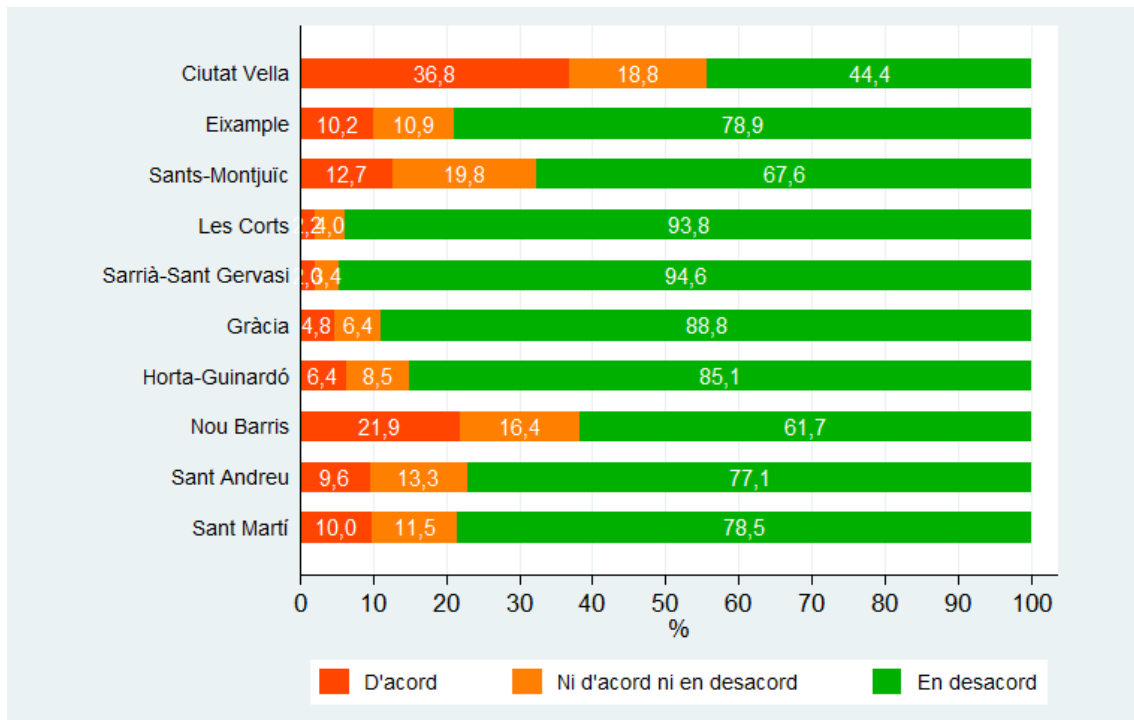
**Figura 48.** Molt soroll al barri segons districte. Percentatges estandaritzats per edat.



**Figura 49.** Molt soroll al barri en quantils segons districte.



**Figura 50.** La violència és un problema al barri segons districte. Percentatges estandarditzats per edat.



### Entorns verds

Al voltant de 9 de cada 10 persones declaren que disposen d'un espai verd prop de casa seva. Tanmateix una tercera part de la ciutadania no ha passat cap dia a jardins o al camp o altres espais verds en una setmana normal durant els darrers 12 mesos, i una altra tercera part de la població ha passat entre 1 o 2 dies. Més de les dues terceres parts no veuen o veuen pocs espais verds des de casa seva, i igualment de les persones que treballen, més de 7 de cada 10 no veuen o veuen pocs elements verds des d'on treballen.



---

# La salut

---

## La salut percebuda

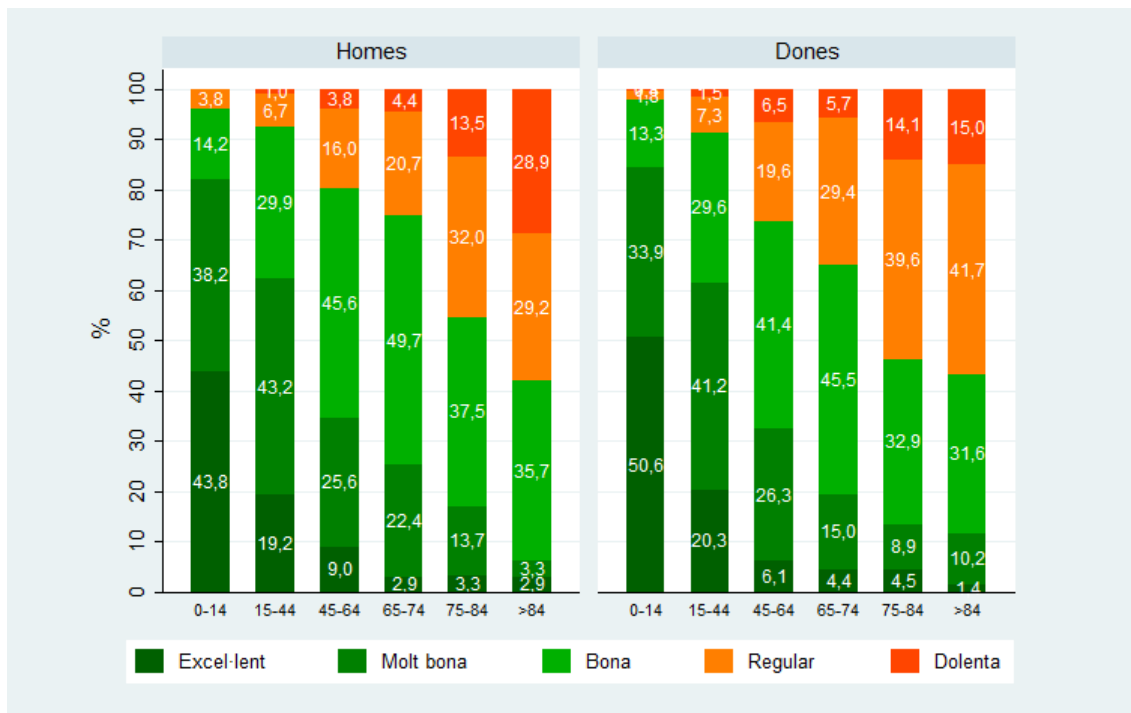
L'autovaloració de l'estat de salut combina l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques. A més, aquest indicador és un important predictor de l'ús de serveis sanitaris i de la mortalitat.

L'enquesta pregunta per la salut percebuda, en cinc opcions de resposta: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta. El 84,4% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir una salut percebuda d'entre bona a excel·lent. Els percentatges són més baixos a mesura que s'incrementa l'edat en ambdós sexes, arribant fins a 41,9% en els homes i a 43,2% en les dones de 85 anys i més (Figura 51).

La mala salut percebuda s'incrementa en gradient a mesura que disminueix el nivell educatiu i per ambdós sexes. Un estat de salut regular o dolent passa del 12,2% en els homes universitaris al 31,1% en els sense estudis, en les dones universitàries la mala salut és del 12,8% i de 39,7% entre les sense estudis (Figura 52). Aquestes desigualtats també es donen segons classe social. La mala salut percebuda passa del 10,7% en els homes de classe social més avantatjada al 23,9% en les classes menys avantatjades, en les dones passa de 10,3% a 31,8% (Figura 53). Existeix una diferència del 20,6% en els homes en declarar mala salut percebuda si es pateix pobresa material respecte no patir-ne, en les dones la diferència és del 24,3% (Figura 54).

S'observen desigualtats a nivell territorial. El districte amb major població amb mala salut percebuda en els homes és Nou Barris (25,4%) juntament amb Horta-Guinardó (21,8%), i en les dones Ciutat Vella (27,2%) i Nou Barris (27,1%) (Figura 55). L'estat de salut segons renda del barri fa evident el gradient en ambdós sexes (Figura 56).

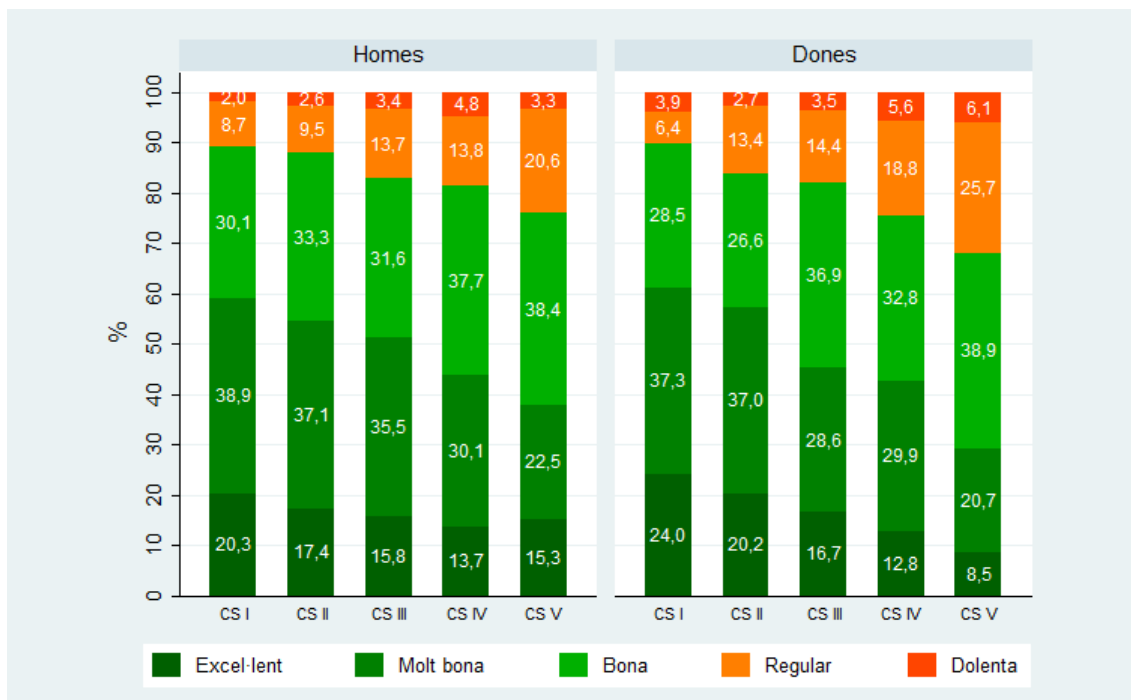
**Figura 51.** Salut percebuda segons grup d'edat i sexe.



**Figura 52.** Salut percebuda segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 i més anys.



**Figura 53.** Salut percebuda segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 i més anys.



**Figura 54.** Salut percebuda segons pobresa material de la llar i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

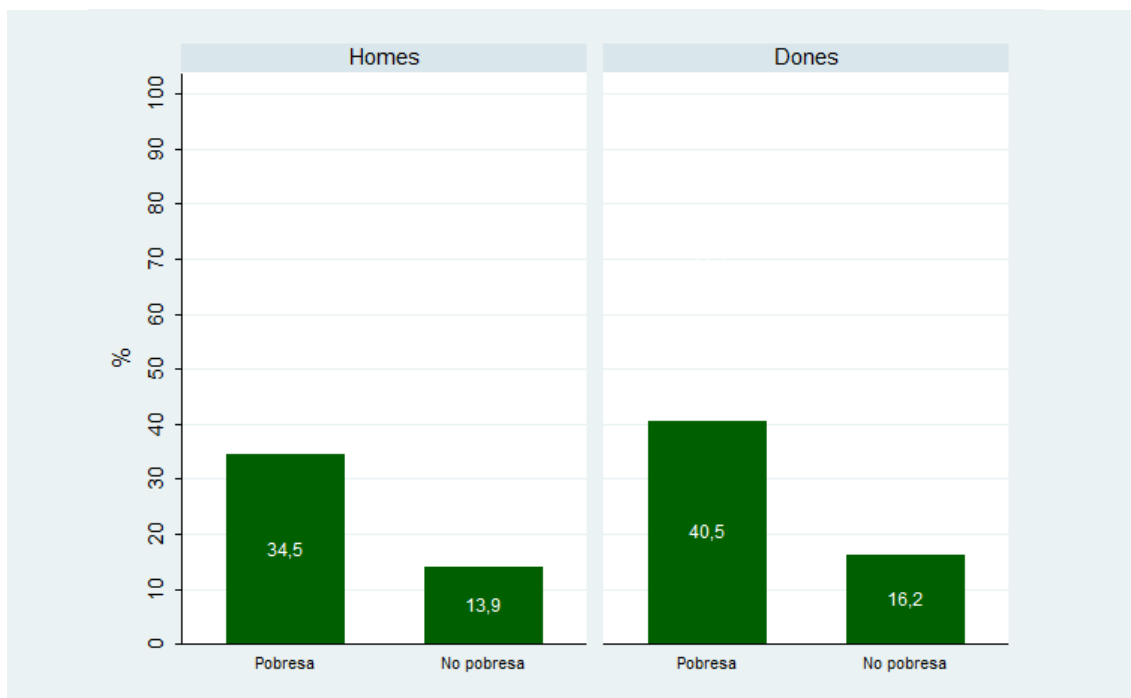


Figura 55. Salut percebuda segons districte i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

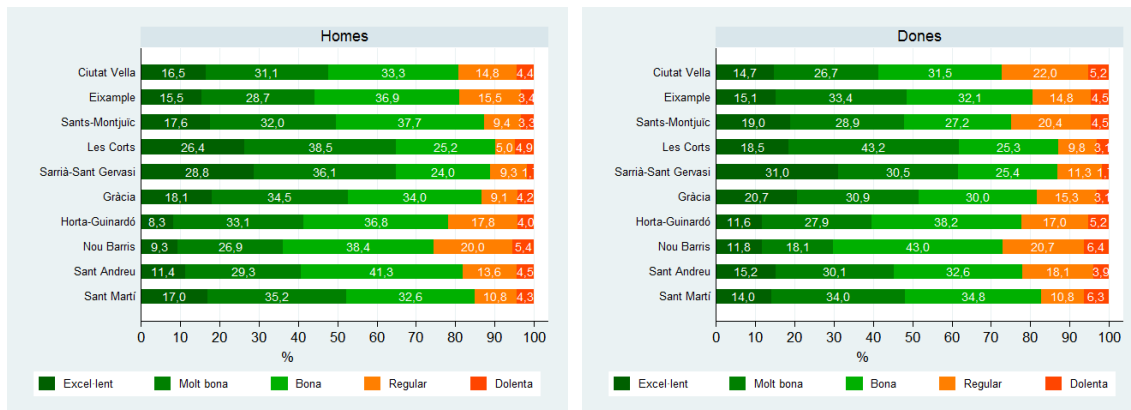


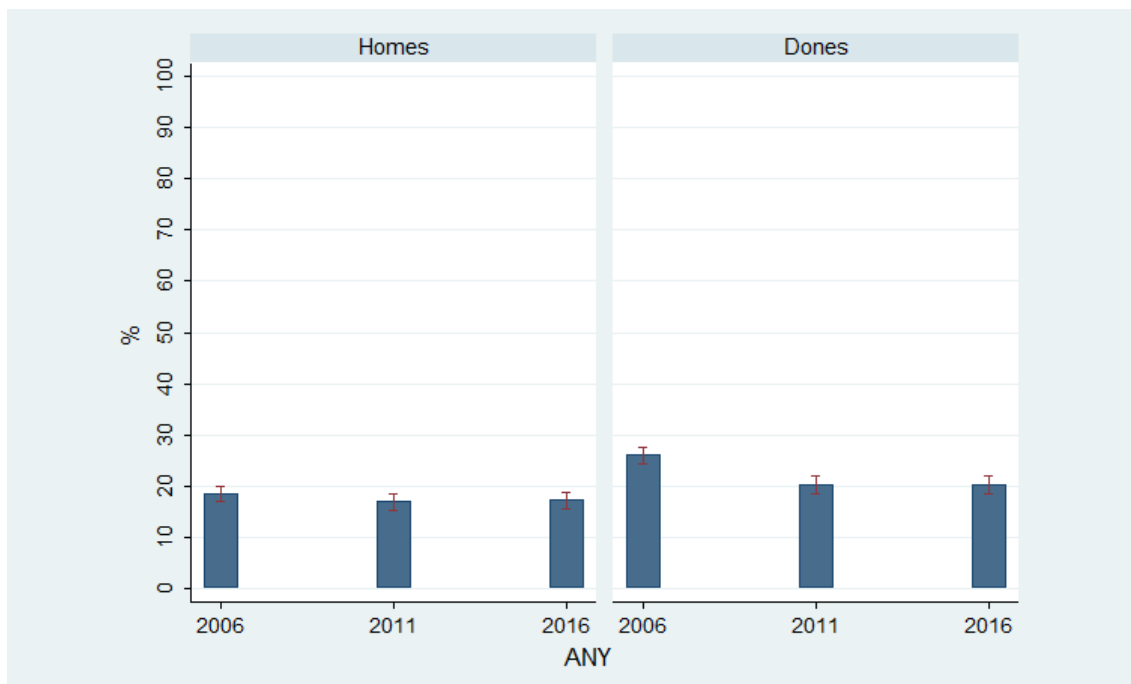
Figura 56. Salut percebuda segons renda del barri i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



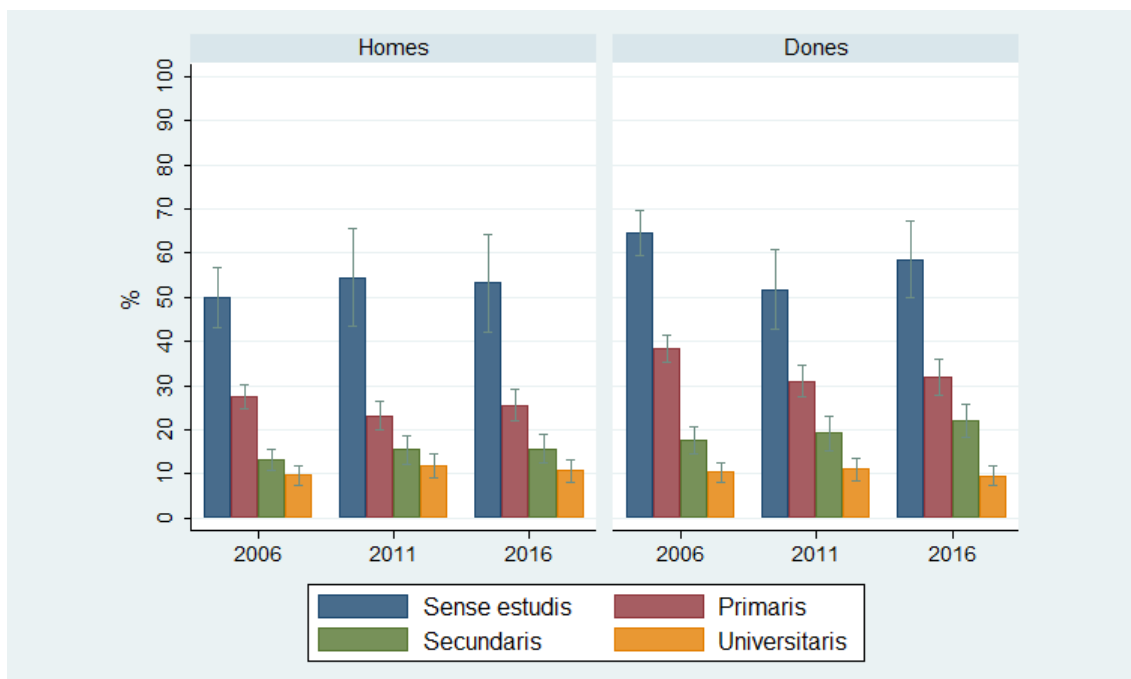
La figura 57 mostra l'evolució de la mala salut percebuda. En tots els anys el homes tenen millor salut que les dones. En els homes la mala salut percebuda es manté al voltant del 15%, i en les dones s'observa una disminució entre l'any 2006 i els posteriors, en què es manté estable. No obstant, segons nivell educatiu, les desigualtats es mantenen durant els anys, tot i una lleugera millora en les dones d'estudis primaris després de 2006 (Figura 58). Si comparem la població ocupada amb la població aturada també observem que es mantenen, si bé en homes s'incrementen les diferències (Figura 66).



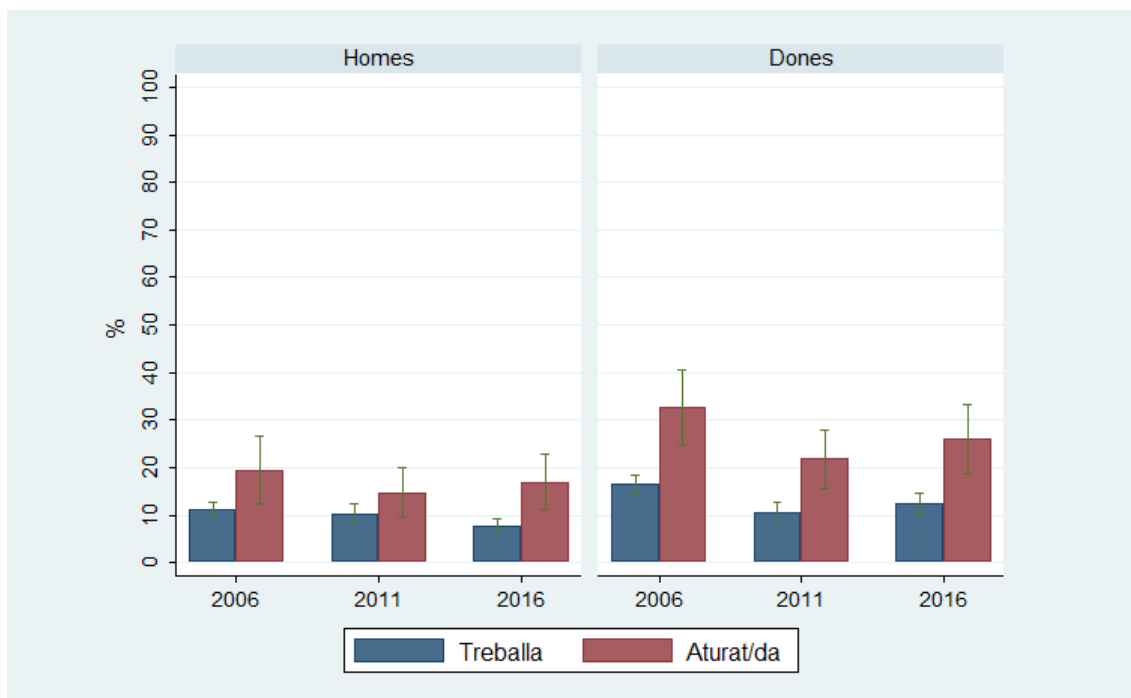
**Figura 57.** Evolució de la mala salut percebuda (regular o dolenta) per sexe, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Barcelona 2006-2016



**Figura 58.** Evolució de la mala salut percebuda (regular o dolenta) per nivell educatiu, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 i més anys. Barcelona 2006-2016.



**Figura 59.** Evolució de la mala salut percebuda (regular o dolenta) per situació laboral, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Barcelona 2006-2016.

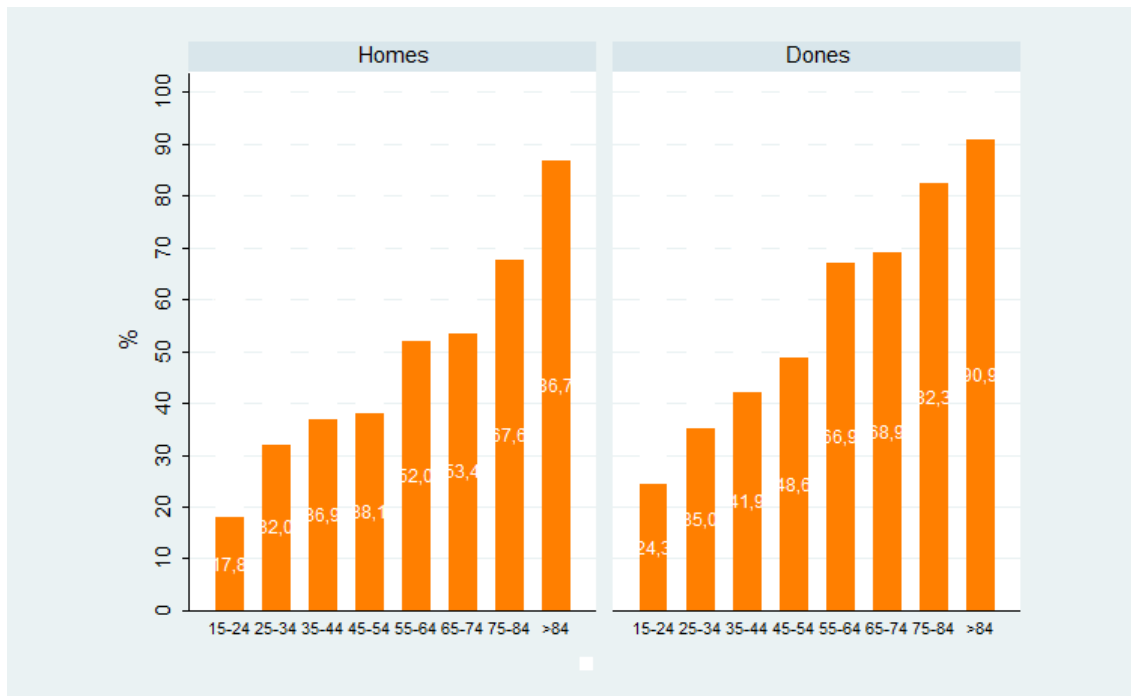


## La qualitat de vida

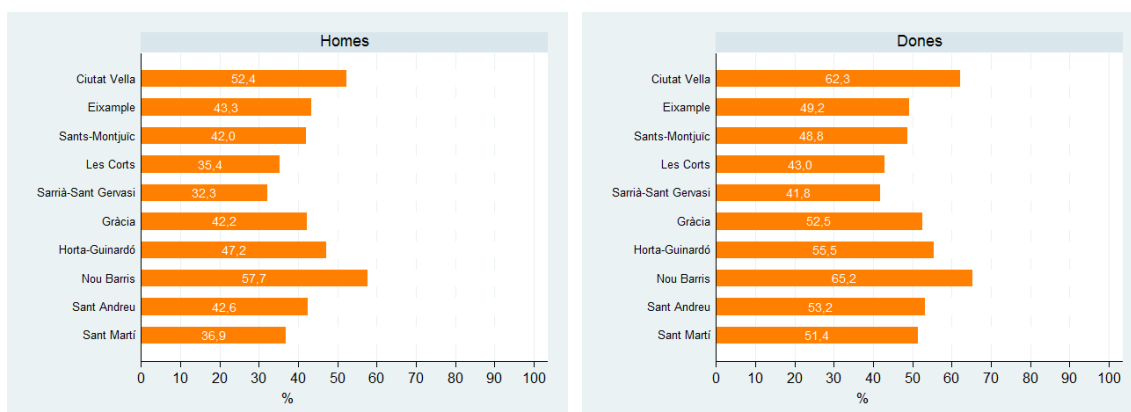
L'Enquesta de Salut inclou l'indicador de qualitat de vida EuroQol-5D-5L per a adults i el Kidscreen per a la població entre 6 i 14 anys.

L'EuroQol-5D-5L preveu 5 dimensions: dificultats en caminar, rentar-se o vestir-se, problemes en les activitats de la vida quotidiana, tenir dolor, i sentir-se ansiós. La Figura 60 mostra la freqüència de tenir algun d'aquests problemes segons grups d'edat i sexe. S'observa com la qualitat de vida disminueix amb l'edat de manera bastant lineal però fa un salt als 55 anys i de nou un altre als 75 anys tant en homes com en dones. A nivell territorial, les desigualtats per districtes es fan paleses en els extrems, entre Nou Barris i Sarrià-Sant Gervasi (Figura 61).

**Figura 60.** Tenir problemes de salut (Qualitat de vida EuroQol-5D-5L) segons grup d'edat i sexe.



**Figura 61.** Tenir problemes de salut (Qualitat de vida EuroQol-5D-5L) segons districtes i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



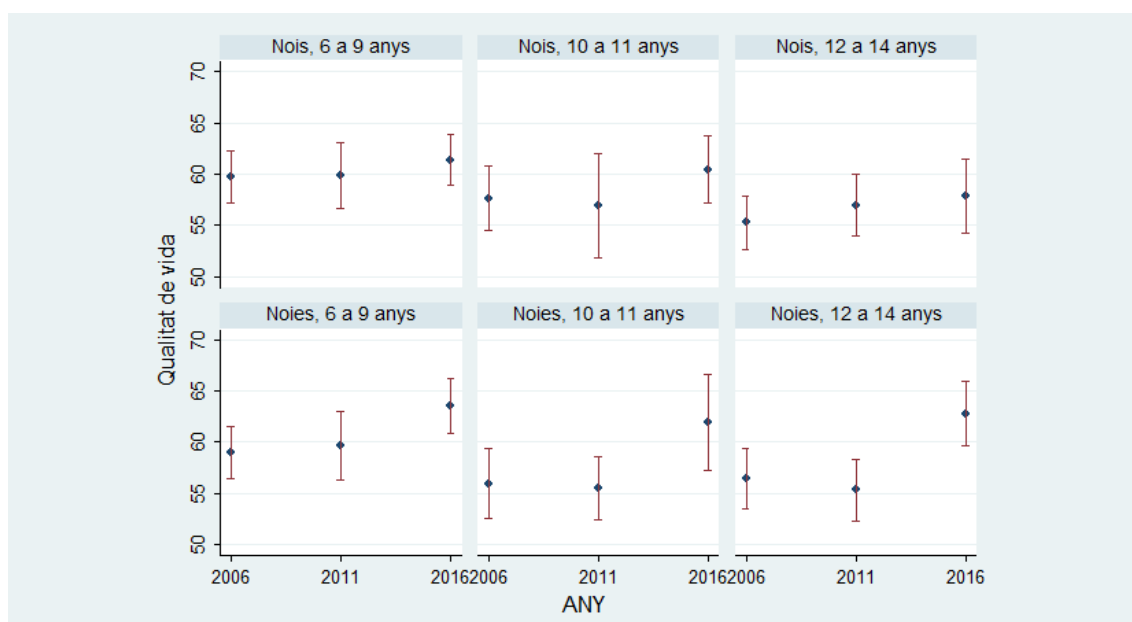
El Kidscreen es basa en una puntuació que pren valors a partir de la mitjana de les dades europees (la mitjana és estandarditzada a 50 amb desviació estàndard 10), així un valor superior a 50 mostra una millor qualitat de vida respecte la mitjana europea.

L'indicador del nivell de qualitat infantil és prou alt i amb distribució similar en ambdós sexes, un 58,2 punts en nois i un 57,2 en noies, sent el grup de 6 a 9 anys

el de major puntuació en qualitat de vida en ambdós sexes i disminuint entre els de 10 a 14 anys.

La figura 62 mostra les puntuacions per grup d'edat i sexe en les darreres tres enquestes entre 2006 i 2016. S'observa una tendència a l'alça per l'any 2016, sense diferències importants per grups d'edat.

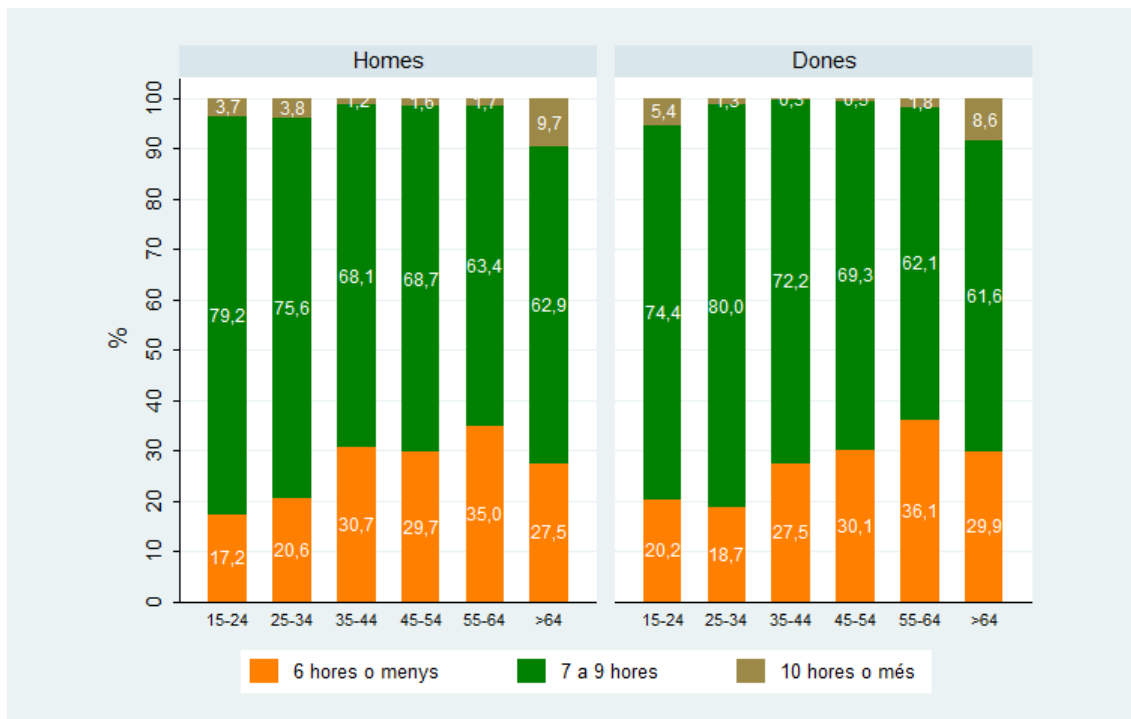
**Figura 62.** Qualitat de vida i la seva evolució en menors de 15 anys i sexe. Puntuació mitjana i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Barcelona 2006-2016.



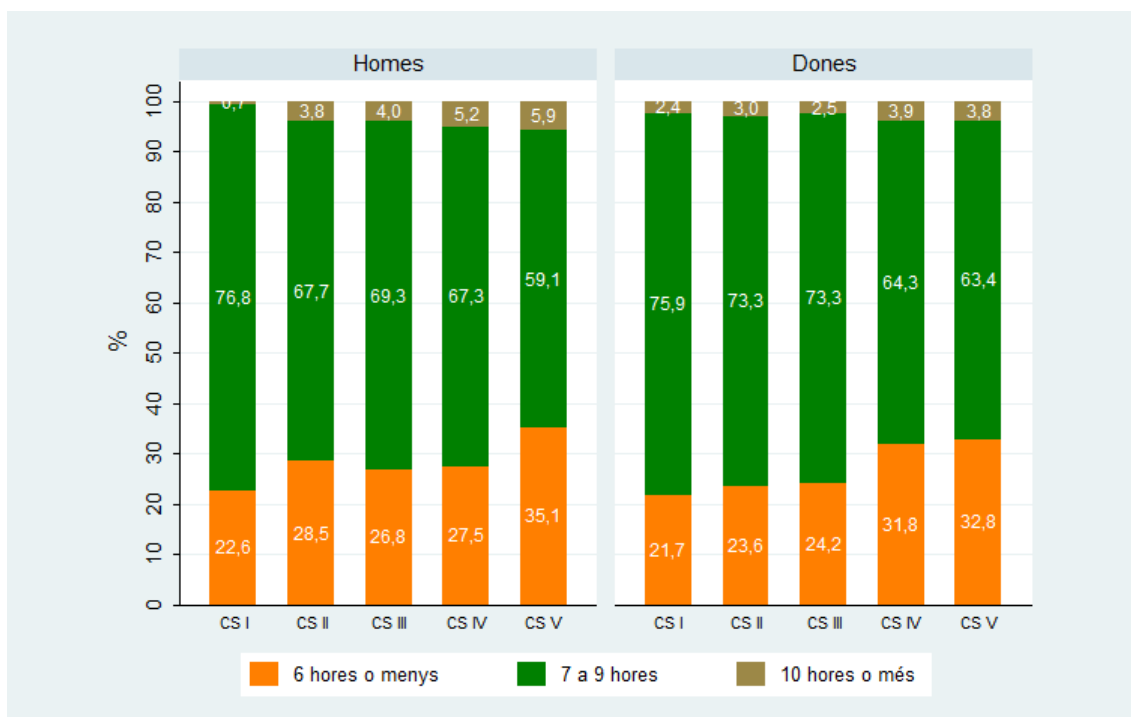
## Les hores de son

Es considera que dormir entre 7 i 9 hores diàries és necessari per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment. El 69% dels homes i el 68,8% de les dones declaren dormir entre 7 i 10 hores. El 23,6% dels homes i el 24,6% de les dones dormen 6 hores o menys. Segons grups d'edats aquest percentatge arriba al màxim del 35% en ambdós sexes en les persones de 55 a 64 anys. Existeixen desigualtats segons la classe social, els homes de classe social més avantatjada dormen menys de 6 hores el 22,6% i els de classe social menys avantatjada ho fan el 35,1%, i en les dones les diferències són del 21,7% al 32,8%, respectivament (Figura 64). Igualment s'aprecien diferències segons el nivell de renda dels barris: als barris amb menor renda, el 26,6% dels homes i el 29% de les dones dormen 6 hores o menys, mentre que als de renda més alta ho fan el 21,1% i 16,4%, respectivament (Figura 65).

**Figura 63.** Hores de son segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys i més.



**Figura 64.** Hores de son segons classe social i sexe. Població de 15 anys i més. Percentatges estandaritzats per edat.



**Figura 65.** Hores de son segons renda del barri i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



## La salut mental

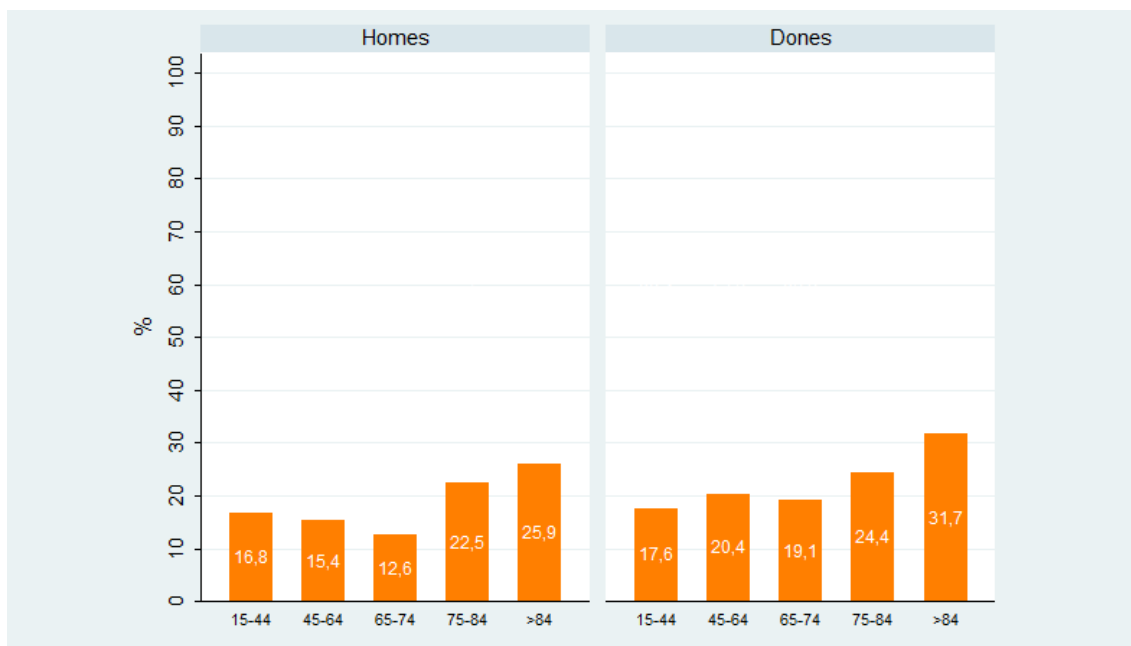
L'Enquesta de Salut de 2016/17 inclou el Qüestionari General de Salut (GHQ-12) que fa una valoració de la salut mental de la població adulta i es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic de la població.

En la població adulta de 15 anys o més, declaren tenir bona salut mental el 83,5% i el 80,1% de les dones (és a dir, el 16,5% dels homes i el 19,9% de les dones presenten risc de patiment psicològic), amb poques diferències per grups d'edat, excepte que tendeix a créixer a partir dels 75 anys (Figura 66). En canvi s'aprecia un increment en la mala salut mental en les classes menys afavorides, en els homes passa de 25,8% a 8,5% en les classes més afavorides, i en les dones de 30,3% a 14,1%, respectivament (Figura 67). Segons districte, tenen major risc de mala salut mental entre els homes a Ciutat Vella (28,2%), Nou Barris (23,1%) i Sant Martí (22,4%), entre les dones ho fan Ciutat Vella (33,2%), Sants-Montjuïc (27,2%), Nou Barris (25%) i Sant Martí (23,3%) (Figura 68). El país de naixement està associat a un major risc de salut mental en els homes immigrants de països de renda baixa amb el 29,2%. En les dones, la prevalença és més similar entre les nascudes a països de renda baixa, països de renda alta i de la resta de l'Estat espanyol, amb valors al voltant del 24% (Figura 69).

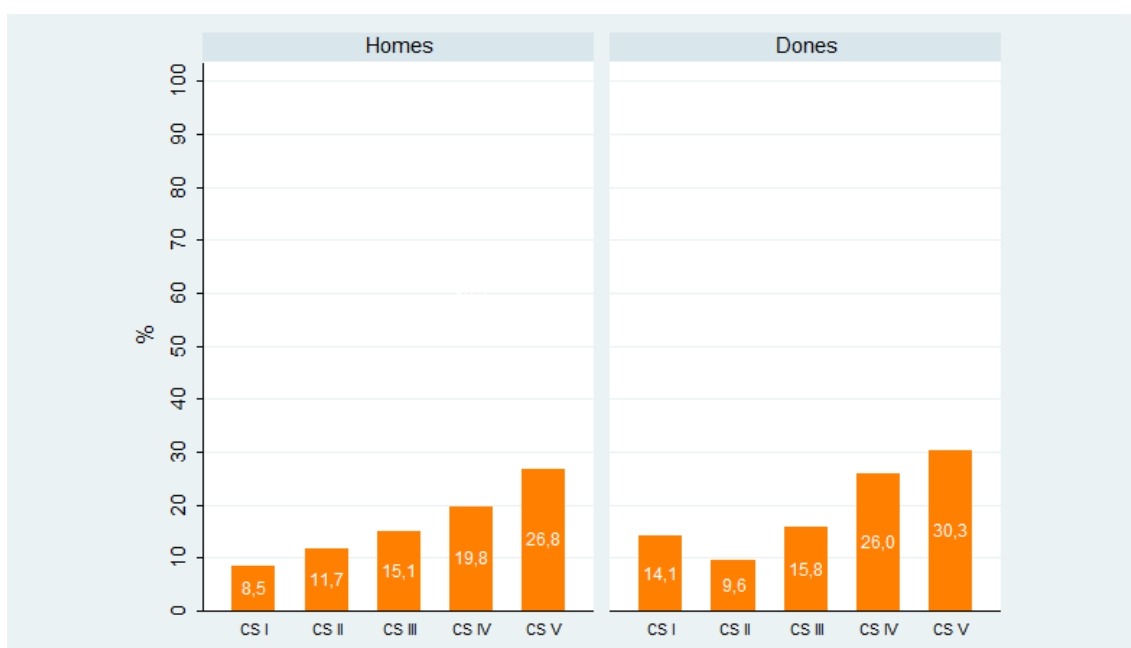
L'evolució de la mala salut mental des de 2006 a 2016 mostra una tendència a créixer en els homes i estabilitat en les dones (Figura 71). Segons nivell educatiu (Figura 72), més aviat es tendeix a la divergència, és a dir, mentre les persones de nivell educatiu universitari mantenen constants la mala salut mental, la resta de grups tendeix a incrementar-la, fent les diferències més àmplies. La diferència en mala salut mental entre patir pobresa material i no patir-ne és en els homes del 28,6%, i en les dones del 23,5% (Figura 70).

Si mirem les diferències segons la situació laboral, veiem que també més aviat s'amplien entre la població treballadora i aturada sobretot en el darrer any 2016 (Figura 73).

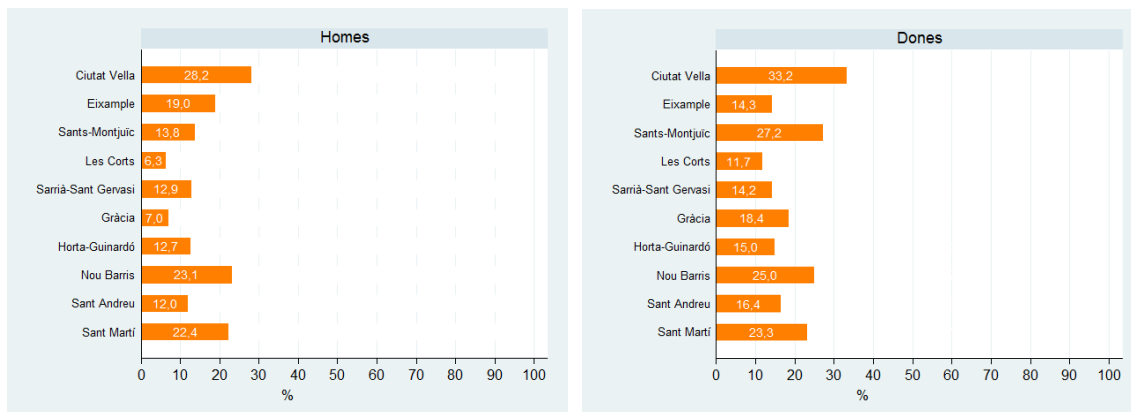
**Figura 66.** Risc de patiment psicològic segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys i més.



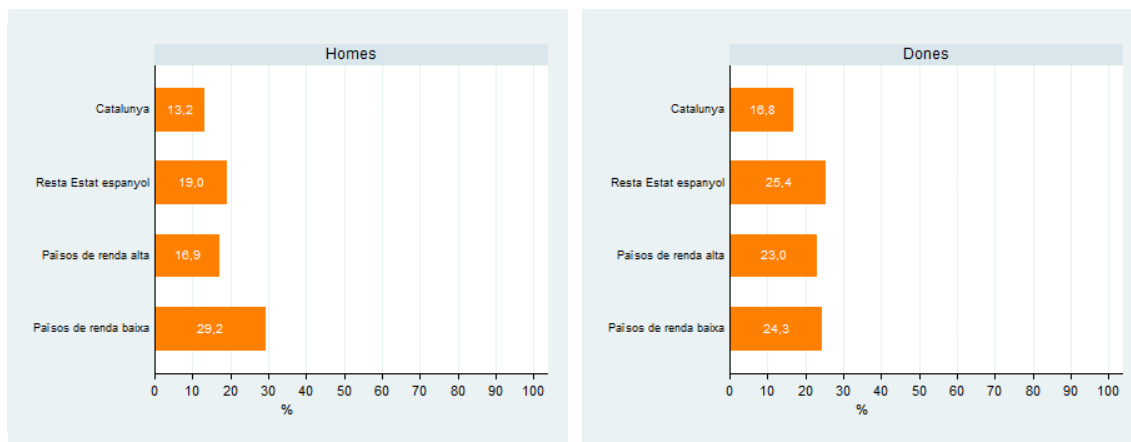
**Figura 67.** Risc de patiment psicològic segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 68.** Risc de patiment psicològic segons districte. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.

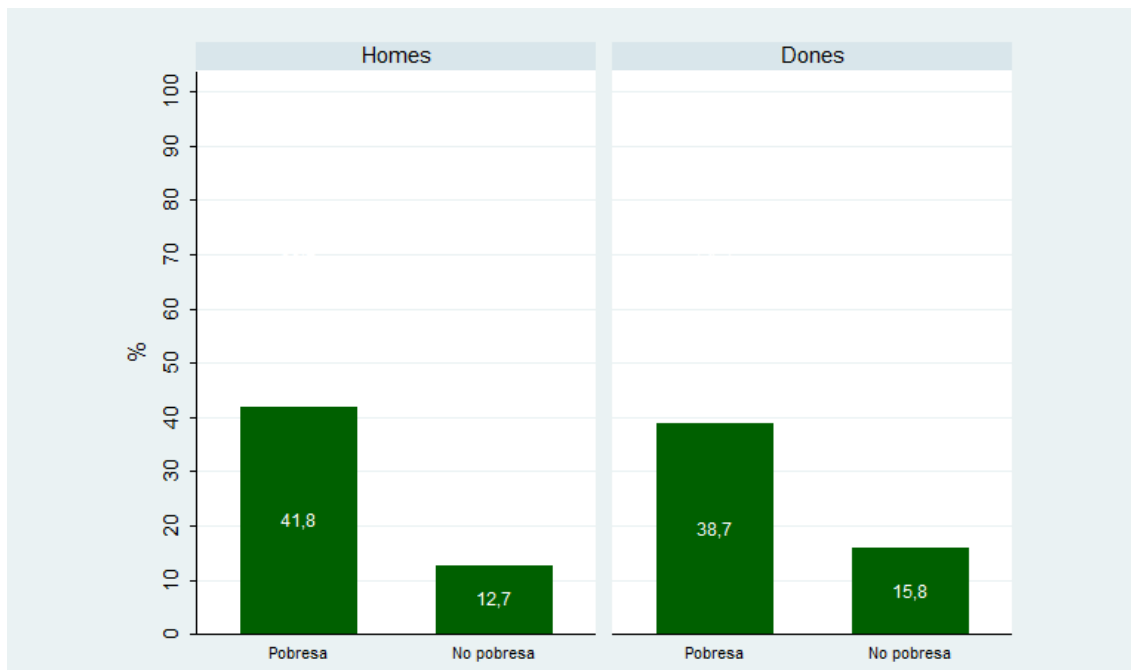


**Figura 69.** Risc de patiment psicològic segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.

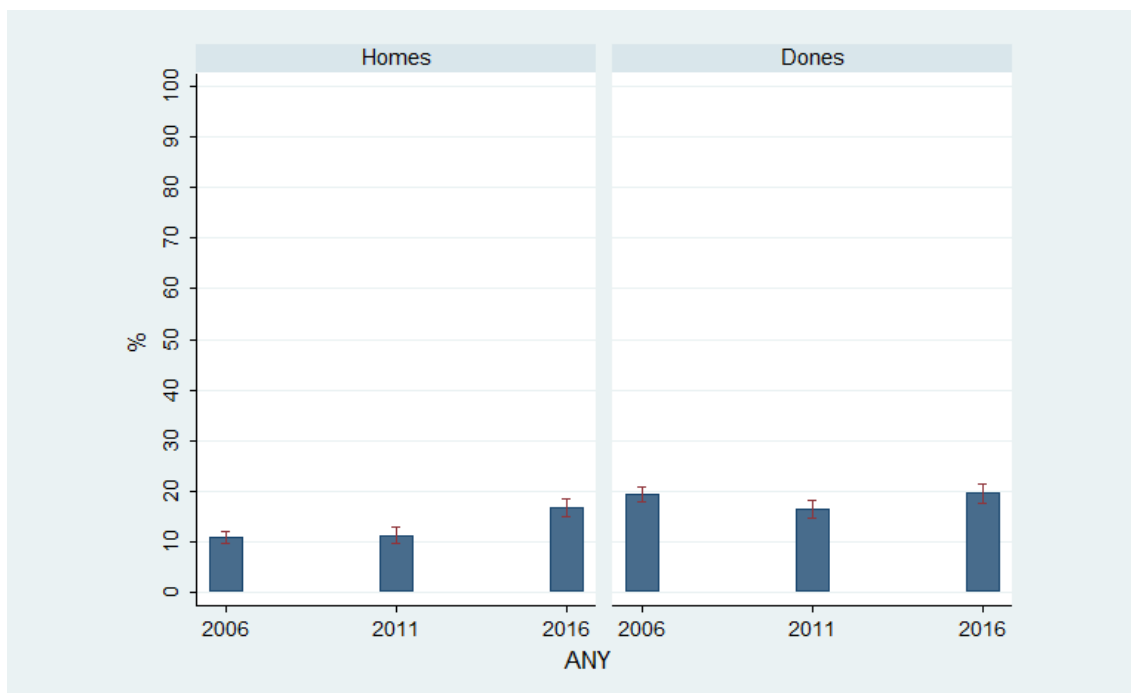




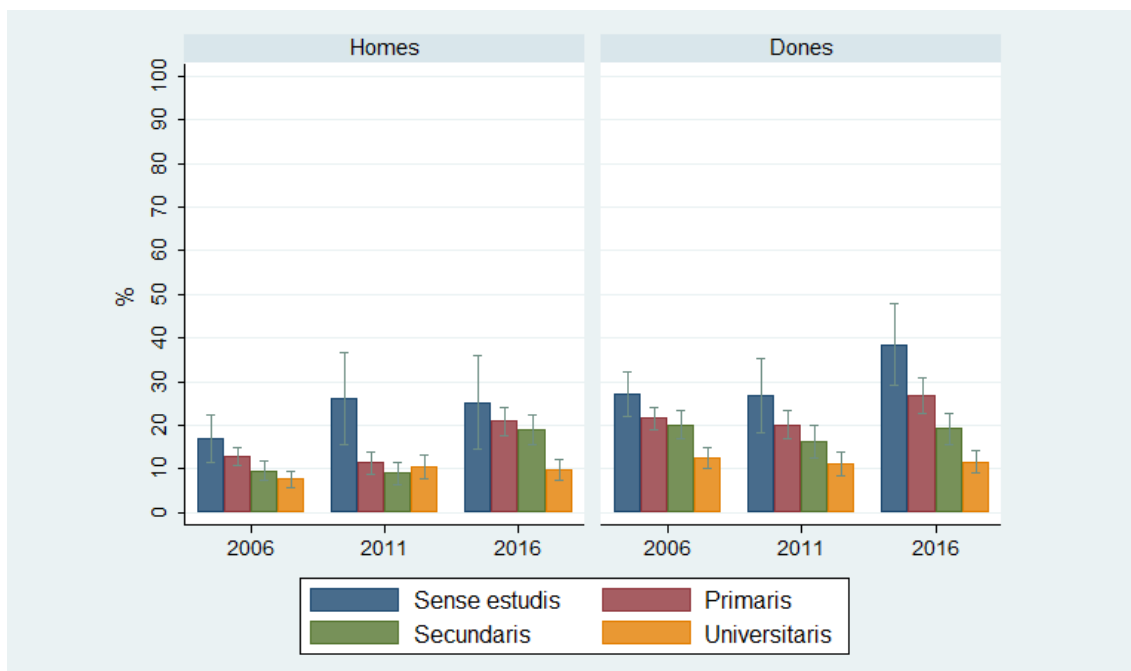
**Figura 70.** Risc de patiment psicològic segons pobresa material i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.



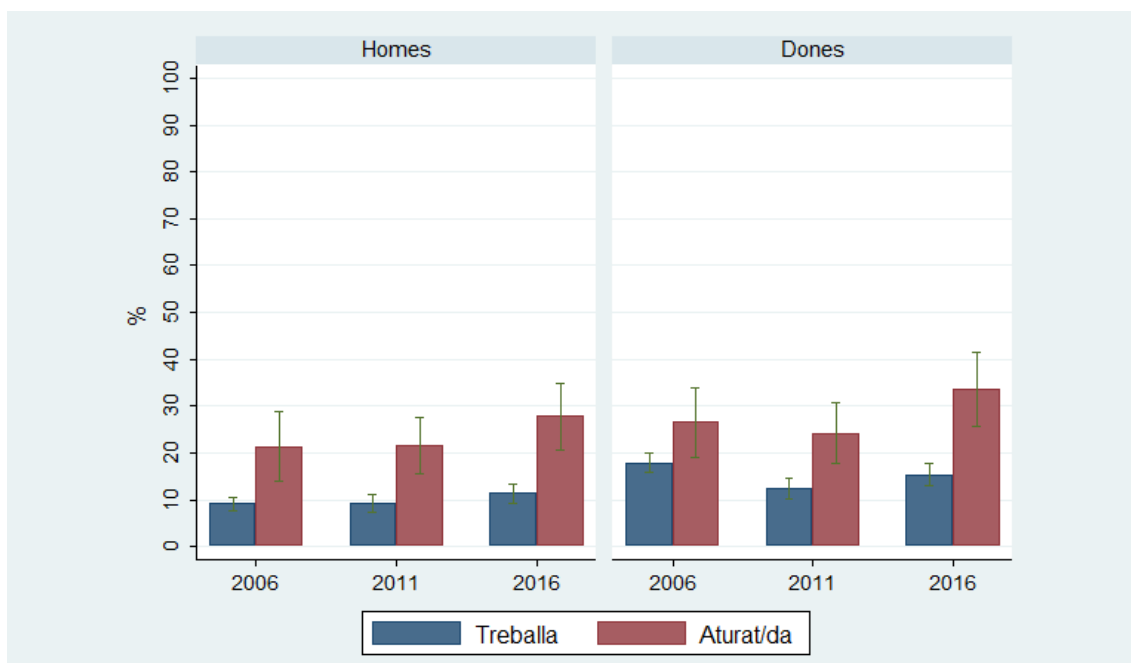
**Figura 71.** Evolució del risc de patiment psicològic per sexe, en percentatges estandaritzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



**Figura 72.** Evolució del risc de patiment psicològic per nivell educatiu i sexe, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



**Figura 73.** Evolució del risc de patiment psicològic per situació laboral, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.

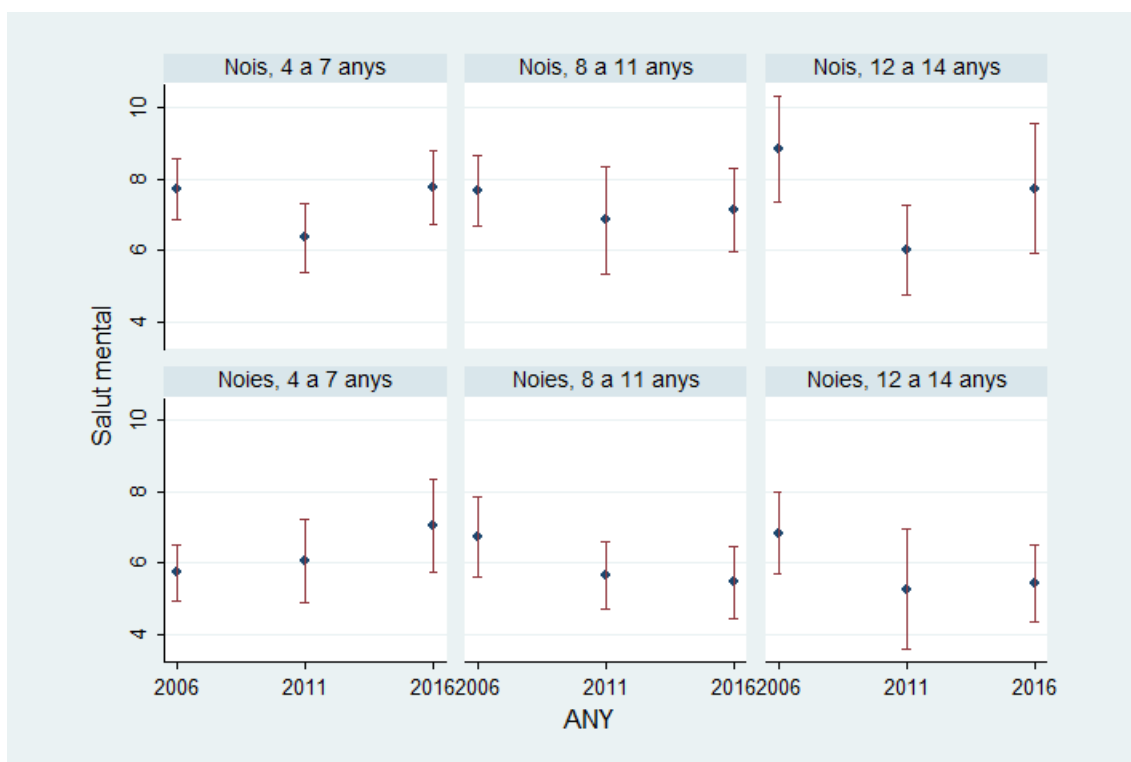


## La salut mental de la població infantil i juvenil

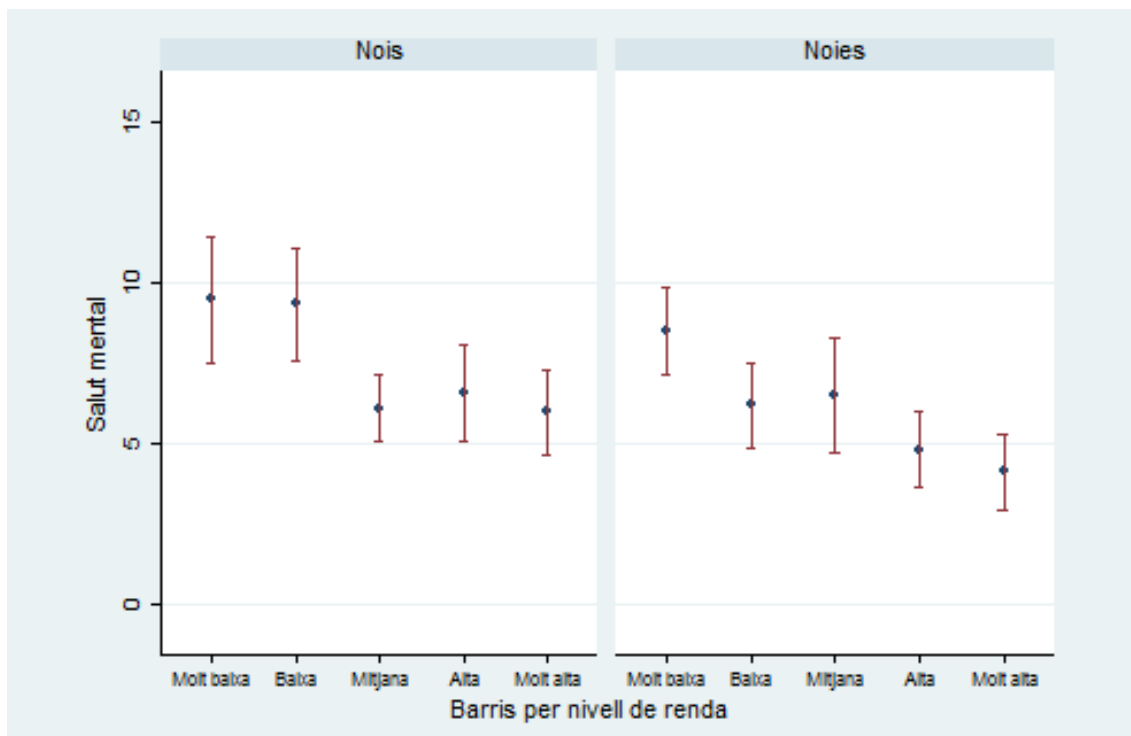
La valoració dels problemes de salut mental dels infants de 4 a 14 anys s'obté a partir del qüestionari de capacitats i dificultats Strengths and Difficulties Questionnaire-10, que es basa en les puntuacions de quatre tipus de problemes (problemes amb els iguals i de socialització, emocionals, de conducta,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

La població infantil de Barcelona mostra més problemes de manca d'atenció en nois que en noies de 4 a 14 anys. No existeixen diferències significatives en les tres darreres edicions de l'enquesta de salut, en tot cas es mostra un lleuger empitjorament. En nois s'observa més aviat una evolució en forma d'U, mentre que en les noies hi ha una tendència a la disminució en els problemes de salut mental entre els 8 i 14 anys (Figura 74). Els problemes de salut mental d'infants i adolescents són majors en els barris de renda baixa (Figura 75).

**Figura 74.** Evolució de problemes de salut mental en menors de 4 a 14 anys per sexe i intervals de confiança al 95% de l'estimació, Barcelona 2006-2016.



**Figura 75.** Problemes de salut mental en menors de 4 a 14 anys per sexe i renda de barri, intervals de confiança al 95% de l'estimació.



## El pes corporal

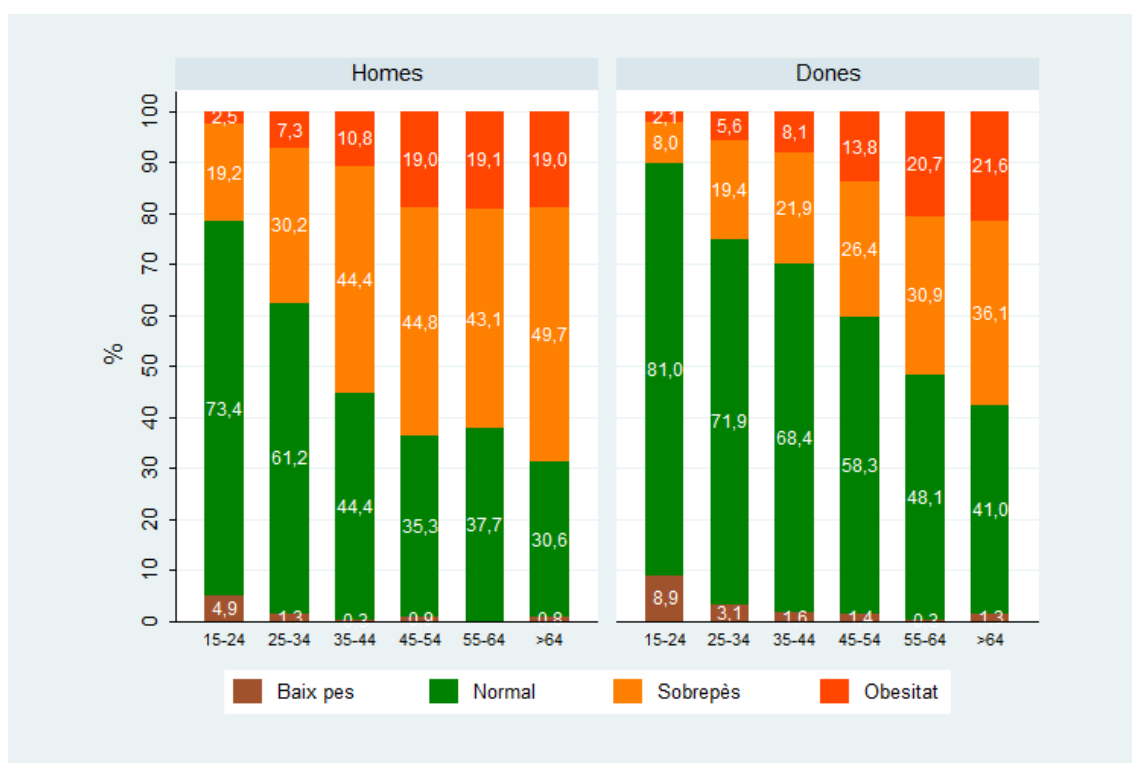
Un altre aspecte de rellevància per a la salut pública és tant l'excés de pes com el baix pes. L'excés de pes s'associa a diversos trastorns crònics com la hipertensió, la diabetis mellitus i les malalties cardiovasculars, així com amb limitacions funcionals en les activitats de la vida quotidiana. El baix pes es relaciona amb possibles trastorns mentals especialment en els joves. Els problemes de pes es valoren a partir de l'Índex de Massa Corporal (IMC) construït segons el pes i l'alçada declarats.

Un 45,1% d'homes i un 58,1% de dones presenten un pes normal. El baix pes és de l'1,1% en els homes i del 2,2% en les dones. D'altra banda hi ha un 13,5% d'homes i un 13,6% de les dones amb obesitat. Si ens fixem en valors de l'IMC inferiors a 17,5, susceptibles de desembocar en anorèxia, representen un 1% en homes i un 1,3% en les dones, no obstant la major part de casos es troben en dones de menys de 24 anys, concretament és de 4,4% en homes de 15 a 24 anys i de 5,8% en les dones, mentre que en el grup de 25 a 34 anys és d'un 1,3% en homes i un 1,5% en les dones (dades que no es mostren).

A mesura que disminueix el nivell d'estudis s'incrementa el sobrepès i l'obesitat, sobretot en les dones sense estudis (70,2%) (Figura 77). La distribució del sobrepès i l'obesitat s'incrementa a mesura que disminueix la renda del barri (Figura 78).

L'obesitat és lleugerament més alta que els anys anteriors en ambdós sexes (Figura 79). L'evolució segons el nivell educatiu s'observa un gradient més pronunciat en les dones que en els homes. En els homes s'incrementa l'obesitat el 2016 en tots els nivells d'estudis. En les dones s'aprecia un lleuger increment de les desigualtats entre nivells d'estudis (Taula 80). El sobrepès i l'obesitat augmenten amb l'edat en ambdós sexes, passant del 21,7% en els homes de 15 a 24 anys al 68,7% en les de 65 i més anys, en les dones passa del 10,1% al 57,7% respectivament en els mateixos grups (Figura 76).

**Figura 76.** Pes a partir de l'índex de massa corporal segons grup d'edat i sexe.



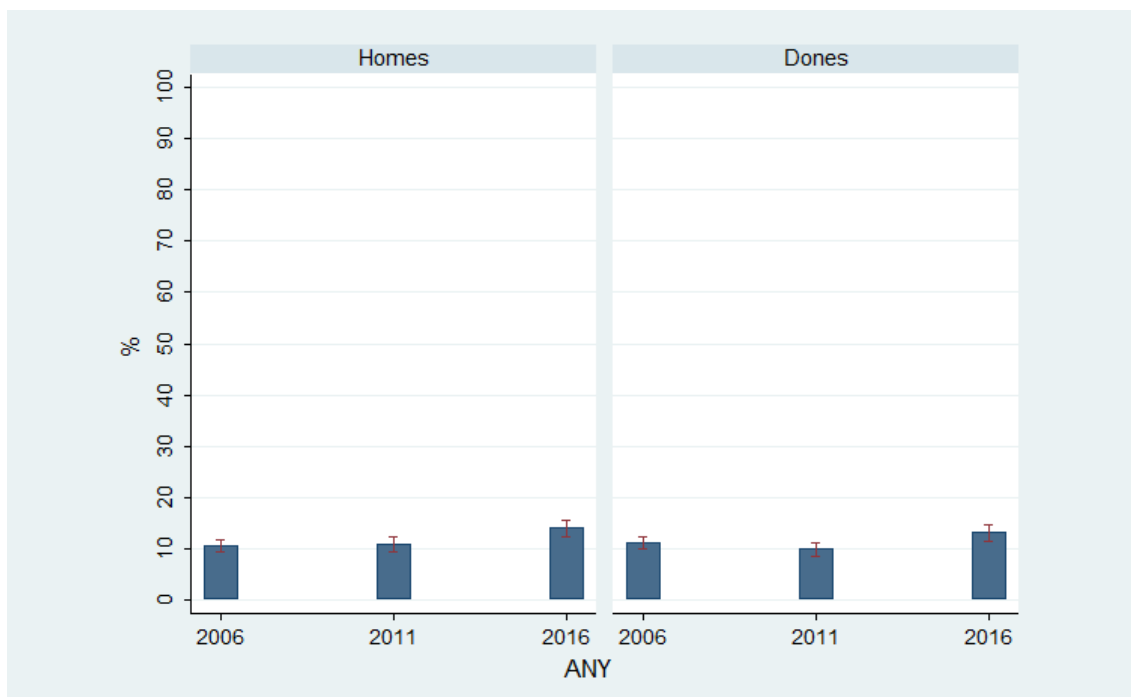
**Figura 77.** Pes a partir de l'índex de massa corporal segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



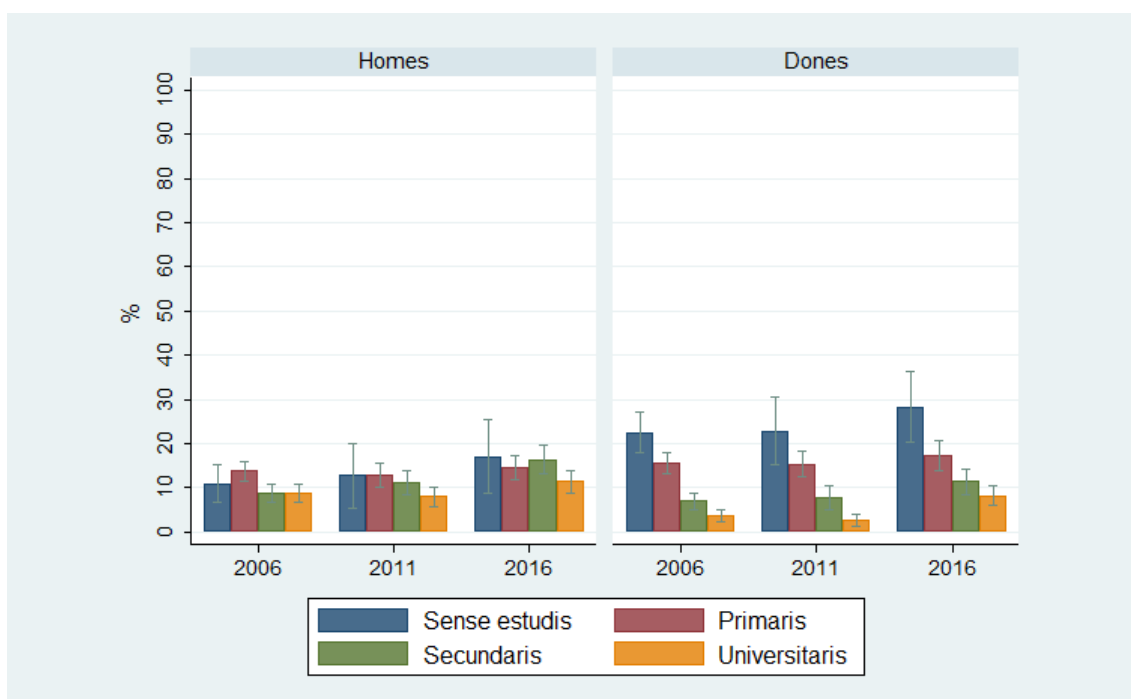
**Figura 78.** Pes a partir de l'índex de massa corporal segons renda de barri i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 79.** Evolució de l'obesitat per sexe i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



**Figura 80.** Evolució de l'obesitat per sexe i nivell educatiu, intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.

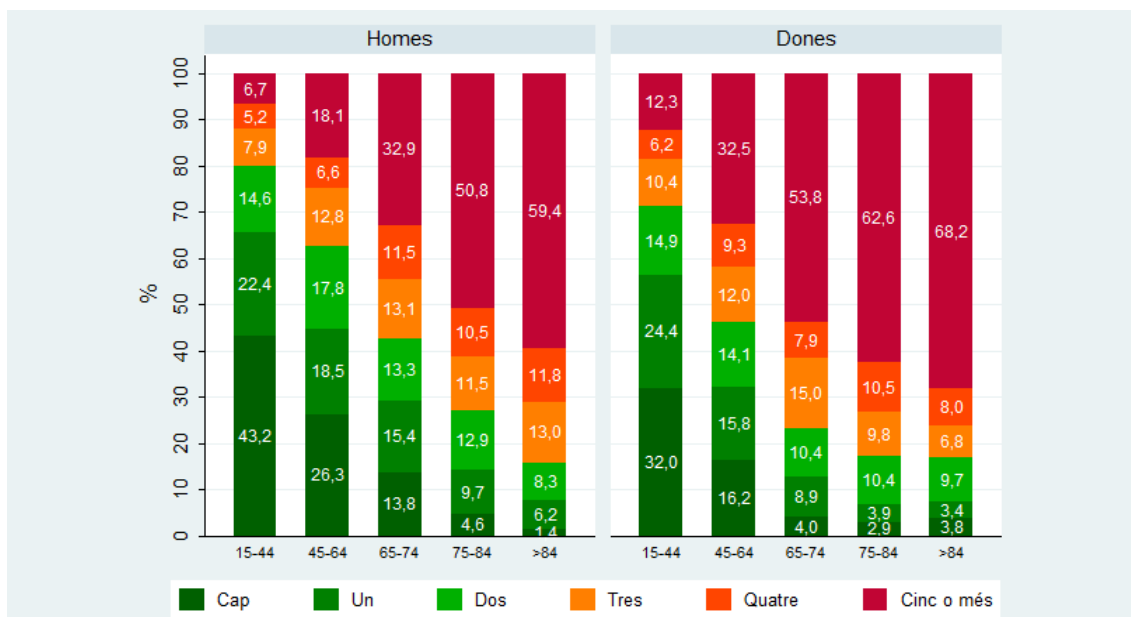


## Els trastorns crònics

L'Enquesta de Salut permet estimar la presència de trastorns crònics, que són malalties de llarga durada o símptomes de caràcter permanent i poden tenir un valor objectiu de la salut. Es pregunten per la presència de fins a 29 problemes de morbiditat amb diferent gravetat. Una manera de sintetitzar aquesta informació és el nombre de trastorns que declara la persona. Tenen algun trastorn crònic el 69,2% dels homes i el 81,4% de les dones. Presenten tres o més trastorns crònics el 35,1% dels homes i el 50,5% de les dones. Aquestes prevalències s'incrementen amb l'edat. En els homes de 65 anys i més és de 66,5% i en les dones del 80,2% (Figura 81).

S'observen diferències segons el nivell d'estudis en forma de gradient. Els homes universitaris tenen tres o més trastorns crònics el 34,7%, mentre que en els de sense estudis és de 51,5%, en les dones 44,8% i 69,1%, respectivament (Figura 82).

**Figura 81.** Trastorns crònics segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys i més.

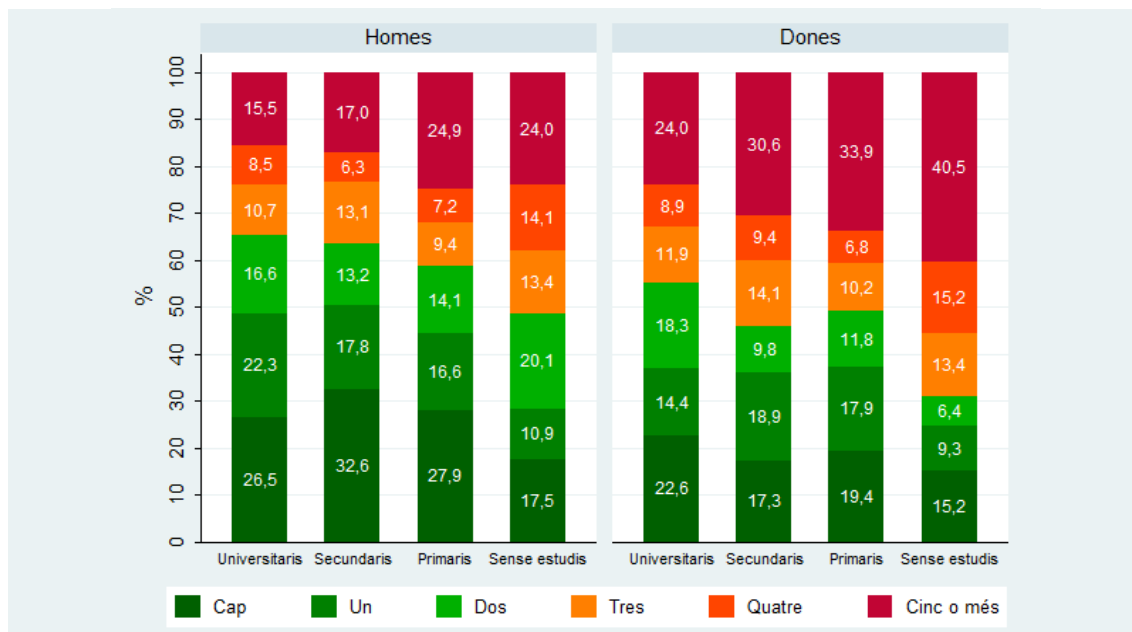


La Figura 83 mostra la prevalença de tenir tres o més trastorns crònics per als anys 2006 i 2016 dels 28 trastorns crònics en adults (no es mostra 2011 per manca de comparabilitat). S'observa un lleuger increment en aquest període en homes. La Figura 84 mostra l'evolució segons nivell educatiu, no s'observen variacions en les desigualtats. Les Taules 6 i 7 mostren les prevalències per a cada trastorn crònic i els seus intervals de confiança. En ambdós sexes, tenir mal d'esquena lumbar i cervical són els trastorns crònics més prevalents i en segon lloc el reumatisme. Les dones tenen prevalències més

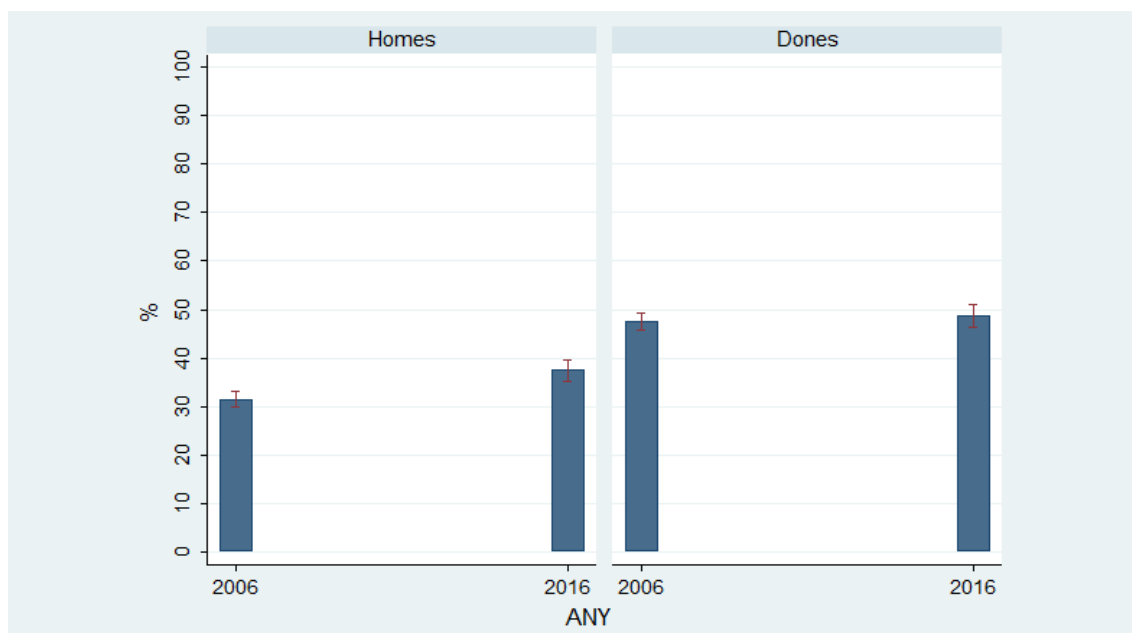


altes en la majoria de trastorns crònics. S'observa una disminució en les prevalences en les dones entre les que són més prevalents a excepció del colesterol elevat.

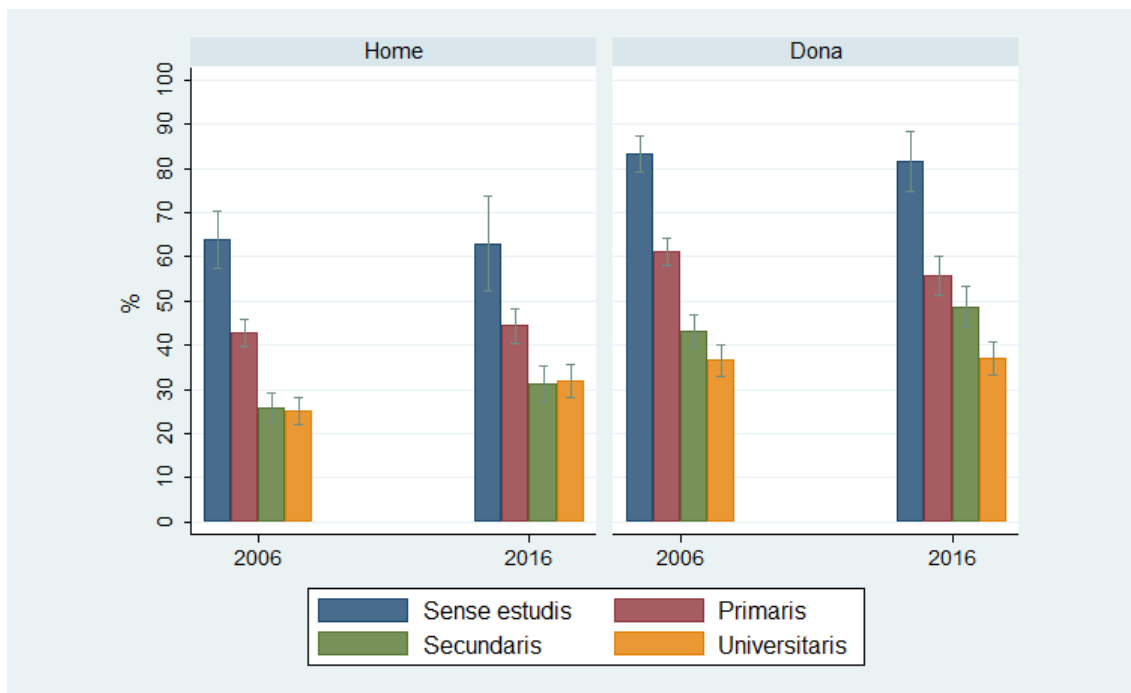
**Figura 82.** Trastorns crònics segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més



**Figura 83.** Evolució de tenir tres o més trastorns crònics per sexe, en percentatges i estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



**Figura 84.** Evolució de tenir tres o més trastorns crònics per sexe i nivell educatiu, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Barcelona 2006-2016.



**Taula 6.** Prevalença de trastorns crònics en homes en percentatges i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.

	2006		2016	
Mal d'esquena crònic lumbar	21,4	( 19,5 - 23,4 )	19,7	( 18,2 - 21,3 )
Mal d'esquena crònic cervical	13,5	( 11,8 - 15,1 )	14,4	( 13,1 - 15,8 )
Artrosi, artritis o reumatisme	11,6	( 10,1 - 13,2 )	13,0	( 11,7 - 14,3 )
Mala circulació de la sang	8,8	( 7,5 - 10,2 )	8,9	( 7,8 - 10,0 )
Varius a les cames	7,0	( 5,8 - 8,2 )	8,0	( 7,0 - 9,1 )
Migranya o mals de cap freqüents	9,9	( 8,5 - 11,4 )	9,9	( 8,8 - 11,1 )
Depressió i/o ansietat	12,2	( 10,6 - 13,8 )	10,9	( 9,7 - 12,2 )
Pressió alta	19,2	( 17,3 - 21,1 )	17,0	( 15,5 - 18,4 )

Al·lèrgies cròniques	15,0	( 13,3 - 16,8 )	13,1	( 11,8 - 14,5 )
Colesterol elevat	17,9	( 16,0 - 19,7 )	13,2	( 11,9 - 14,5 )
Morenes/hemorroides	7,6	( 6,3 - 8,9 )	8,2	( 7,1 - 9,3 )
Cataractes	8,3	( 6,9 - 9,6 )	6,6	( 5,6 - 7,5 )
Restrenyiment crònic	3,9	( 3,0 - 4,8 )	4,3	( 3,6 - 5,1 )
Anèmia	2,6	( 1,9 - 3,4 )	2,2	( 1,6 - 2,8 )
Osteoporosi	1,6	( 1,0 - 2,2 )	1,5	( 1,1 - 2,0 )
Incontinència urinària	4,9	( 3,9 - 6,0 )	3,5	( 2,8 - 4,2 )
Problemes crònics de pell	7,8	( 6,5 - 9,1 )	6,3	( 5,4 - 7,3 )
Altres malalties del cor	7,0	( 5,7 - 8,2 )	6,5	( 5,5 - 7,4 )
Problemes de tiroides	1,7	( 1,1 - 2,4 )	1,3	( 0,9 - 1,8 )
Asma	6,6	( 5,4 - 7,8 )	6,1	( 5,1 - 7,0 )
Diabetis	6,7	( 5,4 - 7,9 )	5,6	( 4,7 - 6,5 )
Úlcera d'estómac	4,0	( 3,0 - 4,9 )	4,9	( 4,0 - 5,7 )
Bronquitis crònica	4,0	( 3,0 - 4,9 )	5,6	( 4,7 - 6,5 )
Tumors malignes	3,5	( 2,6 - 4,3 )	2,5	( 1,9 - 3,1 )
Altres trastorns mentals	3,5	( 2,6 - 4,4 )	2,6	( 2,0 - 3,2 )
Embòlia/atac de feridura	2,6	( 1,9 - 3,4 )	1,8	( 1,3 - 2,4 )
Infart de miocardi	2,6	( 1,8 - 3,4 )	2,8	( 2,1 - 3,4 )
Problemes de pròstata	8,9	( 7,5 - 10,3 )	8,9	( 7,8 - 10,0 )

**Taula 7.** Prevalença de trastorns crònics en dones en percentatges i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.

	2006		2016	
Mal d'esquena crònic lumbar	33,0	( 31,3 - 34,7 )	30,6	( 28,5 - 32,7 )
Mal d'esquena crònic cervical	32,0	( 30,2 - 33,7 )	27,8	( 25,8 - 29,9 )
Artrosi, artritis o reumatisme	29,7	( 28,1 - 31,4 )	25,8	( 23,8 - 27,8 )
Mala circulació de la sang	29,6	( 27,9 - 31,2 )	23,0	( 21,1 - 24,9 )
Varius a les cames	25,9	( 24,2 - 27,5 )	21,9	( 20,0 - 23,8 )
Migranya o mals de cap freqüents	22,8	( 21,3 - 24,4 )	20,9	( 19,1 - 22,7 )
Depressió i/o ansietat	22,6	( 21,0 - 24,1 )	20,3	( 18,5 - 22,1 )
Pressió alta	20,5	( 19,1 - 22,0 )	22,0	( 20,1 - 23,9 )
Al·lèrgies cròniques	19,2	( 17,8 - 20,7 )	16,1	( 14,4 - 17,8 )
Colesterol elevat	15,4	( 14,0 - 16,7 )	19,5	( 17,7 - 21,3 )
Morenes/hemorroides	13,0	( 11,8 - 14,2 )	10,4	( 9,0 - 11,8 )
Cataractes	12,9	( 11,6 - 14,1 )	12,7	( 11,2 - 14,2 )
Restrenyiment crònic	12,8	( 11,5 - 14,0 )	10,1	( 8,8 - 11,5 )
Anèmia	11,2	( 10,0 - 12,3 )	14,4	( 12,8 - 16,0 )
Osteoporosi	11,0	( 9,8 - 12,1 )	11,6	( 10,1 - 13,0 )
Incontinència urinària	9,4	( 8,4 - 10,5 )	10,2	( 8,8 - 11,5 )
Problemes crònics de pell	8,0	( 7,0 - 9,0 )	8,3	( 7,0 - 9,5 )
Altres malalties del cor	7,6	( 6,6 - 8,6 )	7,2	( 6,0 - 8,4 )
Problemes de tiroides	7,5	( 6,5 - 8,5 )	10,8	( 9,4 - 12,2 )

Asma	6,6	( 5,7 - 7,5 )	5,6	( 4,6 - 6,7 )
Diabetis	5,4	( 4,6 - 6,2 )	6,9	( 5,8 - 8,1 )
Úlcera d'estómac	5,3	( 4,5 - 6,1 )	4,5	( 3,6 - 5,4 )
Bronquitis crònica	5,1	( 4,3 - 5,9 )	4,6	( 3,6 - 5,5 )
Tumors malignes	4,5	( 3,7 - 5,3 )	5,5	( 4,5 - 6,5 )
Altres trastorns mentals	3,5	( 2,8 - 4,1 )	3,8	( 3,0 - 4,7 )
Embòlia/atac de feridura	2,4	( 1,9 - 3,0 )	1,8	( 1,2 - 2,4 )
Infart de miocardi	1,8	( 1,3 - 2,3 )	1,8	( 1,2 - 2,4 )

La Taula 8 mostra la prevalença dels trastorns crònics en la població de menys de 15 anys. En ambdós sexes. Destaquen les al·lèrgies cròniques, les otitis de repetició i bronquitis de repetició. La deficiència visual disminueix en el període 2006 a 2016, mentre la resta tenen una evolució estable.

**Taula 8.** Prevalença de trastorns crònics en menors de 15 anys en percentatges. Barcelona 2006-2016.

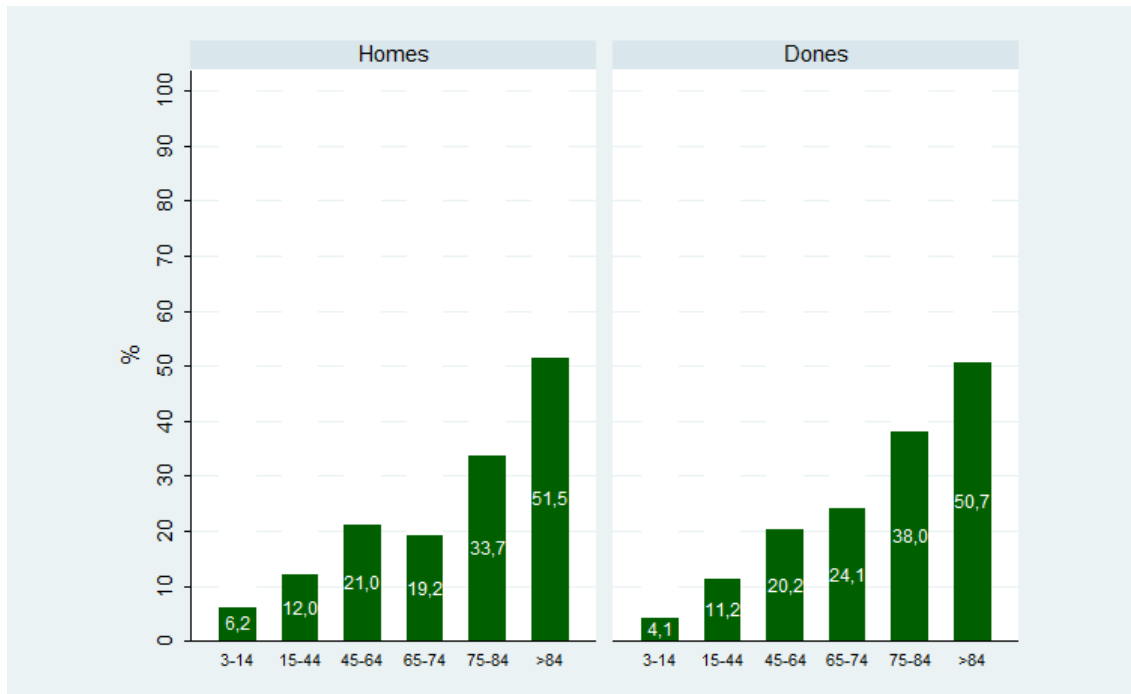
	Nois		Noies	
	2006	2016	2006	2016
Al·lèrgies cròniques	11,8	12,4	7,8	9,9
Otitis de repetició	10,8	7,9	9,8	5
Bronquitis de repetició	5,4	6,7	5,2	10,5
Trastorn de conducta	4,2	6,4	2,6	1,4
Enuresi en infants de 3 anys o més	4,7	4,5	3,6	3,3
Deficiència visual en infants de 3 anys o més	14,2	4,1	12,5	9,8

Defecte de parla en infants de 3 anys o més	4,4	3,6	2,4	1,3
Asma	4,5	3	4,8	2,4
Restrenyiment crònic	2,0	2,3	2,5	12
Algunes trastorn o retard mental	0,0	2	1,9	0,4
Retard de creixement	1,0	1,9	1,9	2,4
Malformacions congènites	2,5	1,4	0,9	0,5
Deficiència auditiva en infants de 3 anys o més	1,4	1,3	1,2	1,1
Convulsions febrils	0,7	1	0,3	0,8
Infeccions urinàries de repetició	2,0	0,5	0,8	0
Tumors malignes	0,5	0	0,1	0,4
Epilèpsia	0,0	0	0,3	0,2

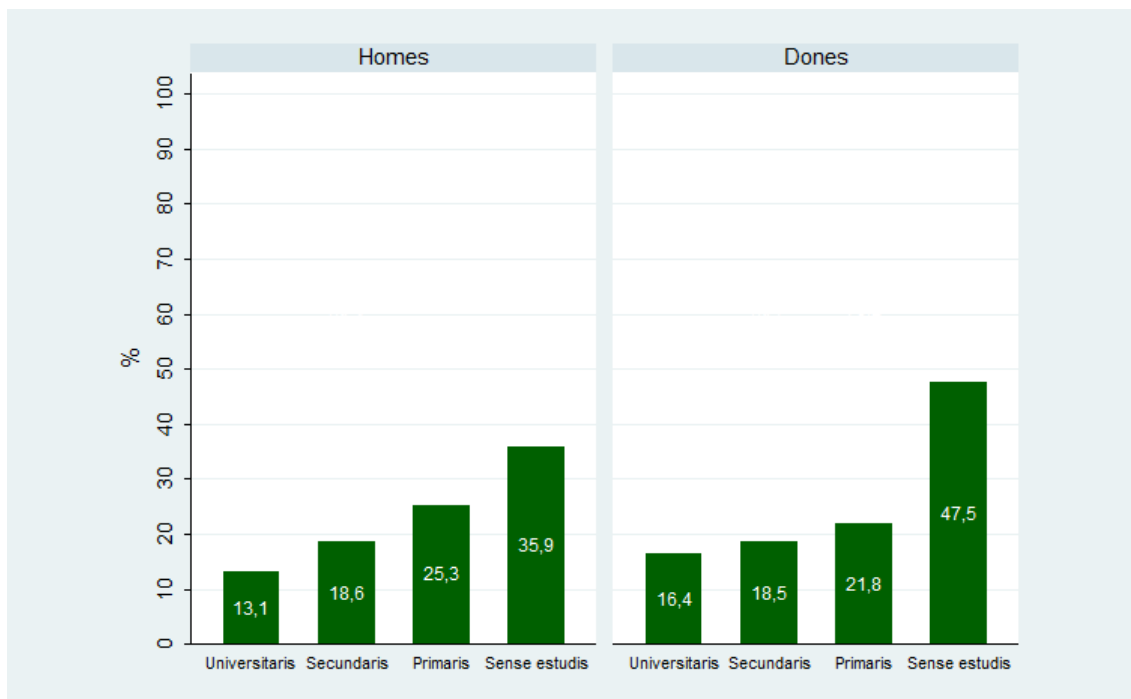
## La restricció crònica de l'activitat

Un altre indicador de l'estat de la salut de la població és la restricció de l'activitat a causa d'un problema de salut en el darrer any (ja sigui de les activitats habituals i/o de les activitats del temps de lleure). El 16,7% dels homes i el 18,7% de les dones majors de 3 i més anys pateixen restricció crònica de l'activitat. La major prevalença es dona entre les persones majors de 84 anys, en un 51,5% en els homes i del 50,7% en les dones (Figura 85). També existeixen diferències segons el nivell d'estudis en forma de gradient. En els homes passa del 13,1% en els universitaris al 34,6% en els sense estudis. En les dones és del 16,4% al 47,5%, respectivament (Figura 86).

**Figura 85.** Restricció de l'activitat crònica segons grup d'edat i sexe. Població de 3 anys i més.



**Figura 86.** Restricció crònica de l'activitat segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 3 anys i més.



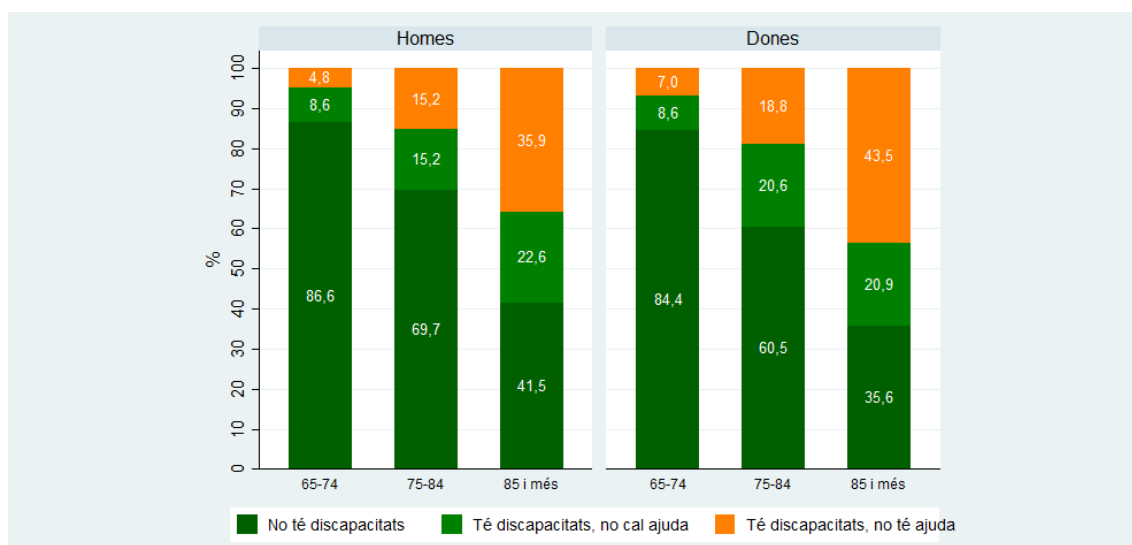
## La limitació de l'activitat en gent gran

Una altra mesura de la qualitat de vida de la població és el grau de dependència de les persones grans, és a dir, l'estat en el que es troben les persones que, per raons relacionades amb la falta o la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per realitzar les activitats quotidians de la vida diària i, de manera particular, la cura personal. A les persones de més de 65 anys se'ls va preguntar pel grau de dificultat que tenien per realitzar una sèrie d'activitats de la vida diària, per exemple, caminar, entrar i sortir del llit, vestir-se, administrar diners o reconèixer persones, entre d'altres. Entre els majors de 65 i més anys, el 24,9% dels homes i el 33,1% de les dones tenen alguna dificultat per realitzar les activitats de la vida diària.

Les persones que tenen limitacions de l'activitat i no reben ajuda són el 12,7% en homes i el 18,8% en dones, i s'incrementa amb l'edat, essent del 35,9% en els homes de 85 i més anys i de 43,5% en les dones (Figura 87).

La Taula 9 mostra les limitacions de les activitats de la vida diària (AVD) en majors de 65 anys. Pel que fa a les limitacions físiques, pujar i baixar les escales és la més freqüent en homes (16,4%) i en dones (25,1%), juntament amb agafar el transport (15,9% homes i 25,1% dones) o sortir al carrer (12,4% homes i 20% dones). Entre les de cura personal, la de major limitació és banyar-se o dutxar-se (8,8% dels homes i 12% de les dones), mentre que respecte de la cura de la llar són en general no poder fer les feines rutinàries de la casa (17,9% els homes i 21,9% les dones), seguit d'anar al mercat o fer la compra (16,3% els homes i 22,7% les dones).

**Figura 87.** Limitació de l'activitat en gent gran segons grup d'edat i sexe.





**Taula 9.** Força limitació funcional segons activitat de la vida diària i sexe en majors de 65 anys, en percentatges. Barcelona 2016

	Homes	Dones
<b>Limitació de les AVD física i cognitiva</b>		
Prendre la medicació	7,4	8,7
Pujar i baixar escales	17,4	25,1
Caminar	12,4	19,6
Sortir al carrer	12,4	20
Aprendre i retenir informació	7,7	9,6
Reconèixer persones i objectes, orientar-se	4,4	5,6
Agafar el transport	15,9	25,1
<b>Limitació de les AVD de la cura personal</b>		
Banyar-se o dutxar-se	8,8	12
Vestir-se o desvestir-se	8,8	9
Entrar i sortir del llit	6,3	7,1
Anar al lavabo	4,4	5,8
Pentinar-se		6,4
Menjar i beure	2,8	2,3
Afaitar-se	6,5	
<b>Limitació de les AVD de la cura de la llar</b>		
Fer les feines de casa rutinàries	17,9	21,9
Anar al mercat o fer la compra	16,3	22,7

Cuinar el seu menjar	16,5	14,1
Administrar els diners	8,3	8,5
Utilitzar el telèfon	6,4	9

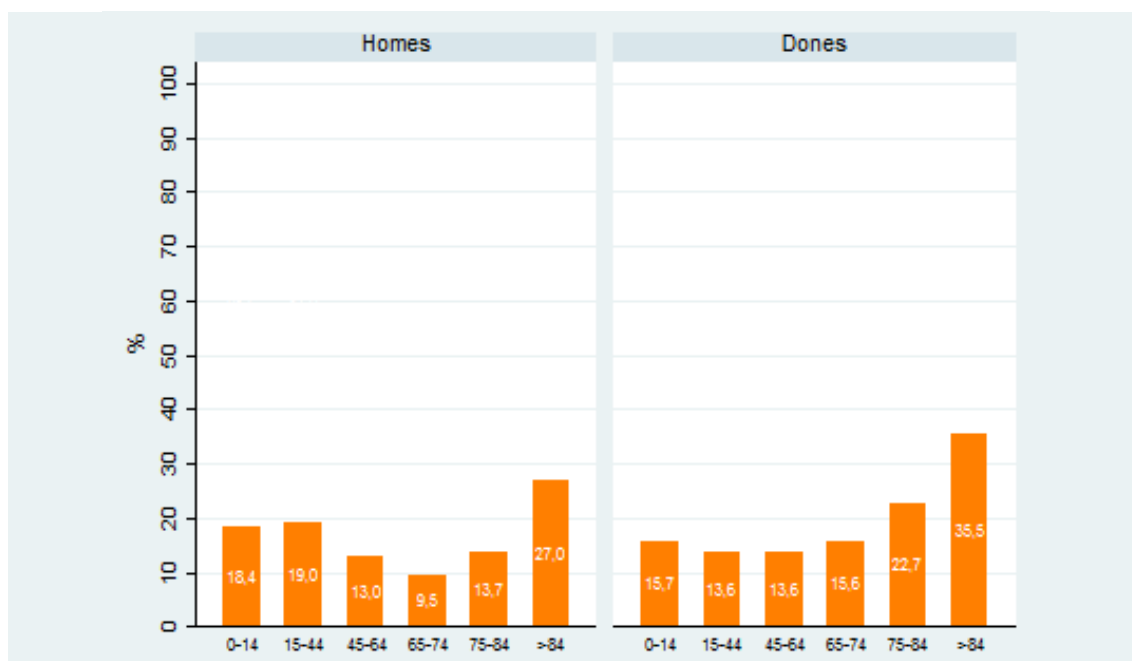
## Les lesions per accident

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

El 16,4% dels homes i el 16,3% de les dones han patit en el darrer any almenys una lesió per accident que els va requerir una assistència sanitària. Segons grup d'edat, el major percentatge el presenten les dones de 85 anys i més en un 35,5% (Figura 88).

La Taula 10 mostra el percentatge de les lesions el darrer any. La lesió més freqüent és la caiguda des del mateix nivell (6,1% en homes i 8,8% en dones) i els cops (6,8% en homes i 4,9% en dones). S'observa un increment en la freqüència dels cops entre el 2011 i el 2016.

**Figura 88.** Lesions per accident segons grup d'edat.



**Taula 10.** Prevalença de lesions per accident el darrer any, en percentatges. Barcelona 2011 i 2016.

	Homes		Dones	
	2011	2016	2011	2016
Cops	2,7	6,8	1,9	4,9
Caigudes des del mateix nivell	4,9	6,1	6,2	8,8
Talls	1,5	1,9	1,4	1,1
Caigudes d'un nivell més alt que un altre	2	1,8	3,5	3,1
Cremades	0,9	1,3	1,5	0,8
Intoxicacions	0,2	0,6	0,2	0,5
Mossegades o agressions d'origen animal	0,1	0,5	0,3	0,5
Accident de trànsit en motocicleta o ciclomotor	1,2	1,5	0,7	0,6
Accidents de trànsit en bicicleta		1,2		0,2
Accident de trànsit en cotxe o altre vehicle	0,6	0,4	0,5	0,4
Accidents de trànsit com a vianant	0,3	0,2	0,4	0,1

## La seguretat viària de la població infantil

El 86,3% dels infants menors de 14 anys han anat en cotxe el darrer mes, d'aquests, el 3,8% dels nois i el 8,4% de les noies se seuen al davant. Entre els menors de 12 anys, el 54% dels nois i el 58,9% de les noies sempre es col·loquen a la cadireta de seguretat. Més de la meitat (67%) mai utilitzen cap coixí elevador o respallier. El 16,6% dels nois i el 18,2% de les noies no utilitzen mai el cinturó de seguretat.



---

# Els hàbits relacionats amb la salut

---

Hi ha conductes amb efectes beneficiosos per a la salut, com són una correcta nutrició i la realització d'exercici físic, i altres que poden tenir conseqüències negatives com el tabaquisme, el consum de substàncies psicoactives, el consum excessiu d'alcohol i el sedentarisme. No obstant això, és necessari tenir en compte el context dels individus per explicar l'adopció de les conductes relacionades amb la salut. El gènere, la posició socioeconòmica o les condicions de vida i treball influeixen en l'adopció de conductes no saludables.

## L'activitat física habitual i de lleure en adults

La realització d'activitat física és un factor protector de determinades malalties i aporta no sols un benefici físic sinó també psicològic. Amb els canvis tecnològics, el treball tendeix a exigir menys esforç físic i per tant el gruix de l'activitat física és fruit de decisions deliberades que des dels serveis de salut pública convé potenciar. La informació recollida per l'enquesta permet conèixer el tipus d'activitat física que les persones realitzen tant en la seva activitat habitual, molt lligada a la situació laboral o el tipus d'ocupació, com en el seu temps de lleure, com ara caminar o fer esport.

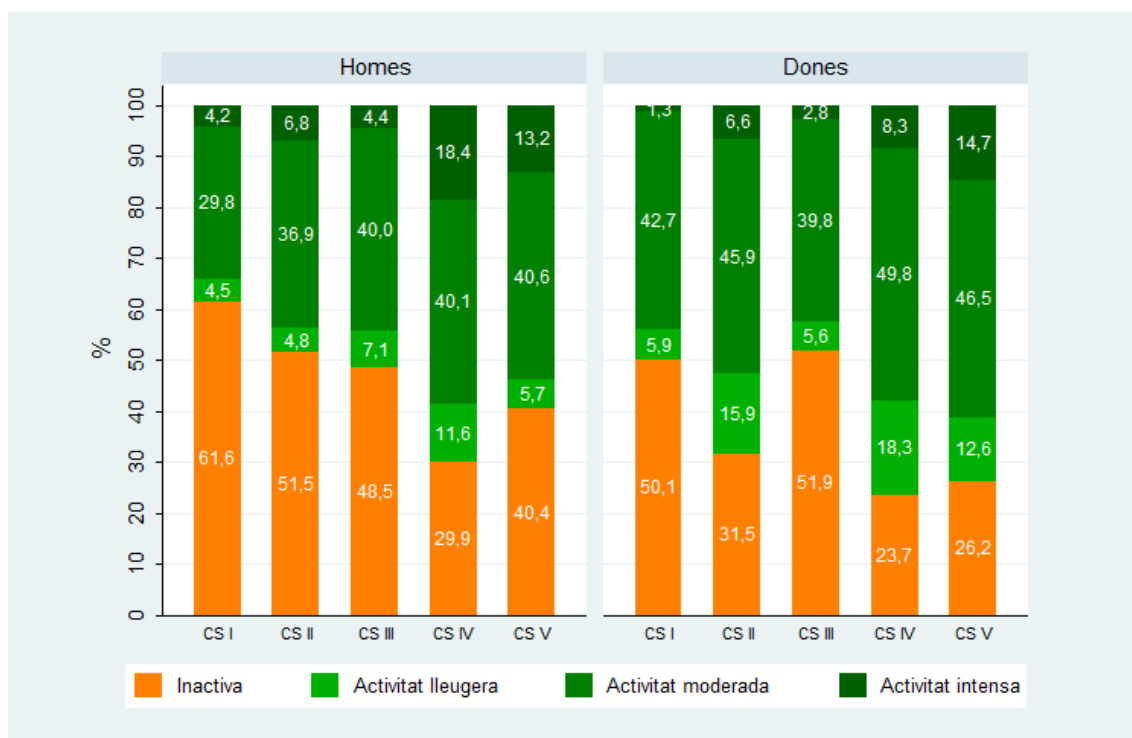
Caminen almenys 30 minuts cada dia el 56,5% dels homes i el 59,3% de les dones. Aquestes xifres són superiors a les dels darrers anys, així han passat del 49,9% el 2006 al 58% actual en els dos sexes. L'any 2016, el 10,5% dels homes i el 5,7% de les dones majors de 15 anys fan una activitat física important, el 43,6% dels homes i el 40,3% de les dones estan asseguts la major part de la jornada, i es desplacen freqüentment a peu el 37,9% i el 43,4%, respectivament. L'activitat habitual sedentària varia de 61,6% en les classes més avantatjades al 40,4% en les menys afavorides, en les dones passa del 50,1% al 26,2% (Figura 89).

La realització d'activitat física intensa en el temps de lleure (excloent caminar) és més habitual en els homes (26,6%) que en les dones (14,8%). Si comptem l'activitat física moderada i intensa és mantenen les diferències de gènere (36,8% en homes i 24% en

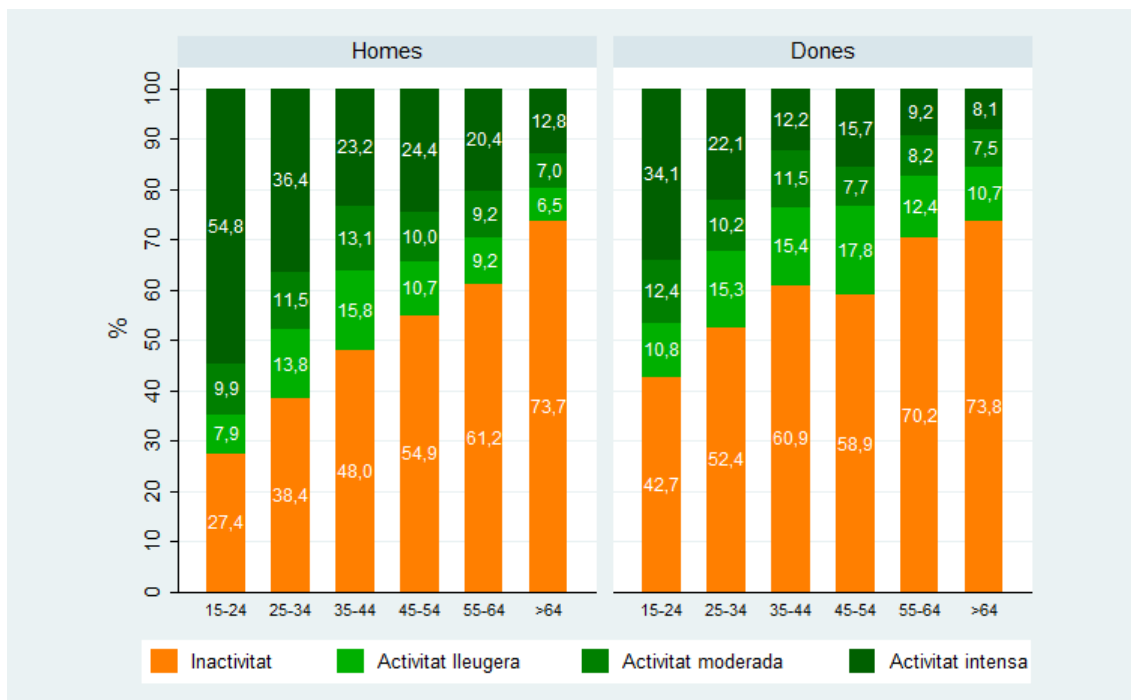
dones). L'activitat física intensa segueix un patró de gradient invers segons l'edat, en els homes de 15 a 24 anys arriba a ser del 54,8% i del 34,1% en les dones (Figura 90). A l'inrevés de l'activitat habitual, l'activitat física intensa o moderada en temps de lleure passa de 46% en les classes més avantatjades al 28,7% en les menys afavorides, i en les dones del 31,3% al 15,4% (Figura 91). En els barris de renda més baixa l'activitat física en temps de lleure també es menor (Figura 92).

L'evolució de l'activitat física i moderada en temps de lleure s'incrementa el 2011 per disminuir lleugerament el 2016, però es manté més alta que en l'any 2006, i es més elevada en els homes que en les dones (Figura 93). L'evolució segons el nivell educatiu segueix un gradient molt pronunciat (Figura 94).

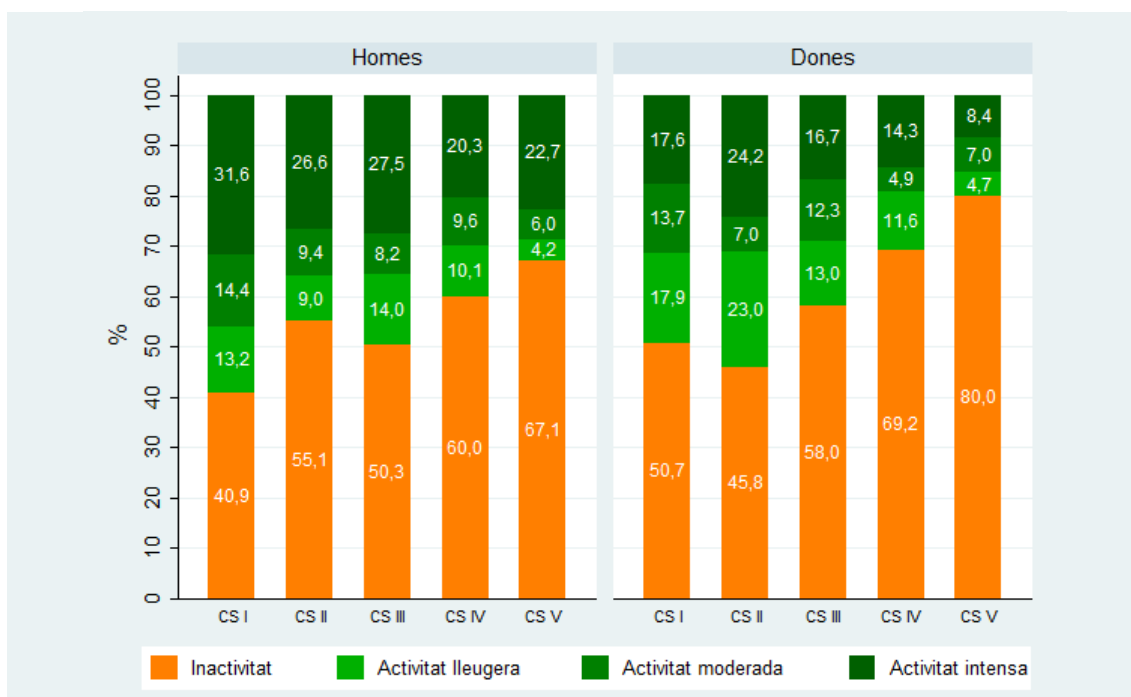
**Figura 89.** Activitat física habitual segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 i més anys.



**Figura 90.** Activitat física en temps de lleure (exclou caminar) segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys i més.



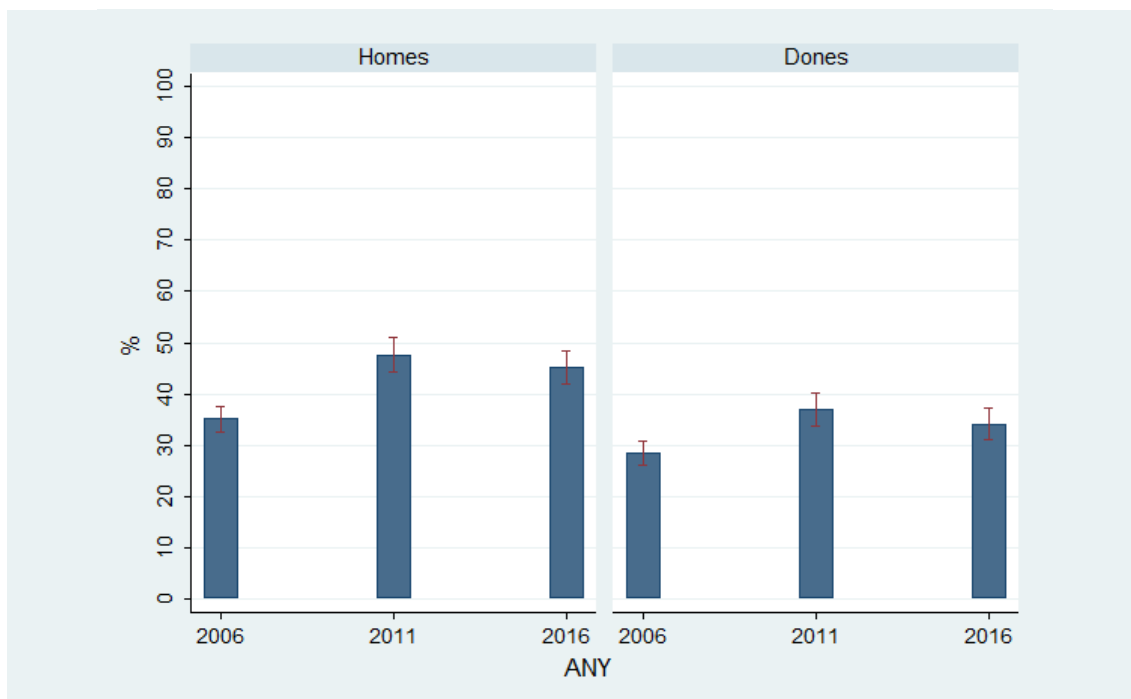
**Figura 91.** Activitat física en temps de lleure (exclou caminar) segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 92.** Activitat física en temps de lleure (exclou caminar) segons renda del barri i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.

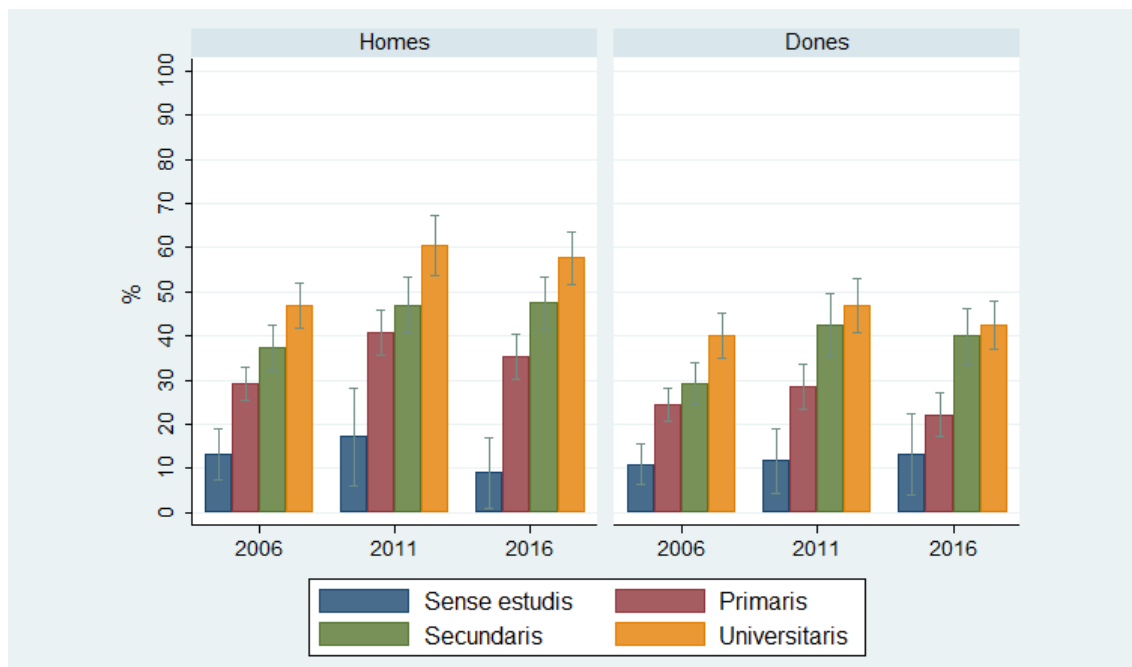


**Figura 93.** Evolució de l'activitat física moderada i intensa en temps de lleure per sexe, en percentatges estandaritzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.





**Figura 94.** Evolució de l'activitat física moderada i intensa en temps de lleure segons sexe i nivell educatiu, en percentatges i estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016



## L'activitat física en infants

Es pregunta per diversos tipus d'activitats que realitzen els infants de 3 a 14 anys, com ara activitats extraescolars esportives i no esportives, o jugar al parc o al carrer. També es pregunta per la freqüència en dies laborables i caps de setmana, així com les hores dedicades a activitat sedentària com veure la televisió, jugar amb la videoconsola i utilitzar l'ordinador.

La Taula 11 mostra que els nois fan activitats extraescolars esportives, majoritàriament (53,4%) entre 1 i 3 dies, i la major part de vegades ho fan menys d'una hora (60,8%). Les noies fan activitats extraescolars esportives en igual freqüència entre cap vegada al dia (46,7%) i d'1 a 3 dies (45,8%). En aquest darrer cas ho fan majoritàriament menys d'una hora al dia (71,2%).

Pel que fa a les activitats extraescolars no esportives, la major part de nois no en fan cap dia (63,7%), i els que en fan hi dediquen una hora (73,8%). Les noies fan en major mesura activitats no esportives que els nois, de 3 dies gairebé la meitat d'elles (49,2%), tot i que el 48,4% no en fa cap dia. Jugar al parc o al carrer ho fan d'1 a 3 dies el 43,8% dels nois i el 34,6% de les noies.

**Taula 11.** Activitats dels infants majors de 3 anys, en percentatges.

	Freqüència en dies				Freqüència en hores/dia		
	Cap dia	1-3 dies	4-6 dies	Cada dia	menys d'1 h	1-2h	més de 2 h
<b>Nois</b>							
Extraescolars esportives	36,7	53,4	9,2	0,6	60,8	35,9	3,4
Extraescolars no esportives	63,7	35,2	0,6	0,5	73,8	20,8	5,4
Jugar al parc o carrer	23,3	43,8	18,1	14,8	63,9	30,5	5,6
<b>Noies</b>							
Extraescolars esportives	46,7	45,8	6,4	1	71,2	26	2,8
Extraescolars no esportives	48,4	49,2	1,7	0,7	71,3	24,6	4,2
Jugar al parc o carrer	29,1	34,6	20,4	15,8	67,8	24,9	7,3

Pel que fa a les activitats de sobretaula (Taula 12), veure el televisor cada dia laborable és l'activitat més freqüent en un 84,6% dels nois i el 75,8% de les noies. Durant els caps de setmana també es l'activitat principal en un 85,5% els nois i el 76,9% les noies. Quan veuen el televisor els dies laborables, ho fan menys d'una hora el 76,6% els nois i el 77% les noies. En canvi durant el cap de setmana veuen el televisor menys d'una hora la majoria dels nois i noies.

La consola de joc és una activitat menys majoritària, només el 15,2% dels nois i el 6% de les noies hi juguen de 4 a 5 dies laborables, i quan ho fan hi dediquen menys d'una hora el 78,7% dels nois i el 98,4% de les noies. Durant el cap de setmana, el 37,2% dels nois i el 13,4% de les noies hi juguen els dos dies, però també majoritàriament ho fan menys d'una hora.

L'ordinador l'utilitzen diàriament cada dia un de cada tres nois i noies, i quan ho fan l'utilitzen menys d'una hora el 78% dels nois i el 82,8% de les noies. Durant el cap de setmana, més d'una tercera part dels nois i noies l'usen els dos dies, i quan ho fan l'usen menys d'un hora el 76,3% dels nois i el 69,7% de les noies.

**Taula 12.** Activitat de sobretaula en infants de 3 a 14 anys, en percentatges.

	Laborables			Cap de setmana		
	Cap dia	1-3 dies	4-5 dies	Cap dia	1 dies	2 dies
<b>Nois</b>						
Televisor	7,7	7,7	84,6	7,7	6,8	85,5
Videoconsola	68,5	16,4	15,2	52,6	10,2	37,2
Ordinador	49,5	20,4	30,1	51,2	10,3	38,5
<b>Noies</b>						
Televisor	11,9	12,3	75,8	11,5	11,6	76,9
Videoconsola	84,8	9,2	6	82,2	7,1	10,7
Ordinador	42	27,1	30,9	54,1	12,3	33,7
	Freqüència hores dies laborables			Freqüència hores caps de setmana		
	menys d'1h	1-2 h	més de 2 h	menys d'1 h	1-2 h	més de 2 h
<b>Nois</b>						
Televisor	76,6	20,2	3,2	54,8	32	28,2
Videoconsola	78,7	18,6	2,7	63,2	23,4	13,4
Ordinador	78	19,1	2,9	76,3	17,4	6,3
<b>Noies</b>						
Televisor	77	18,9	4,1	51,8	38,5	9,7
Videoconsola	98,4	1,6	0	96,5	3,5	0
Ordinador	82,8	14,1	3,2	69,7	26,0	4,3

Finalment, el 79,4% dels nois i el 81,8% de les noies fan ús de consola de joc i/o l'ordinador de manera acompanyada per un adult, i el 24,8% dels nois i el 19,1% de les noies en disposen a la seva pròpia habitació.

## L'hàbit tabàquic

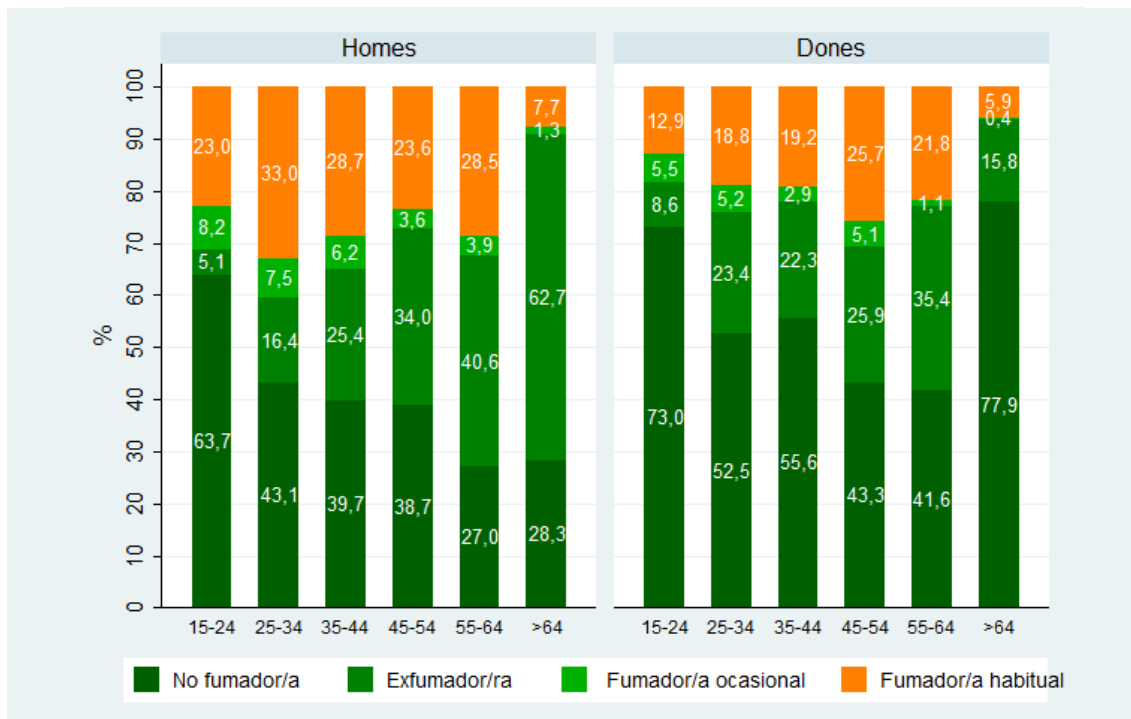
El tabac és una de les drogues més consumides i la seva relació amb diverses causes de mort i de malalties cròniques està àmpliament demostrada. La proporció de fumadors habituals el 2016 és de 23,7% en homes i 16,5% en dones. En els homes, els fumadors habituals són més freqüents en els grups d'edat de 25 a 34 anys (33%), i en les dones de 45 a 54 anys (25,7%) (Figura 95). Els homes són més fumadors habituals en les classes socials menys avantatjades (29,5%), mentre que les dones ho són en les classes socials intermèdies (23%) (Figura 96).

El consum de tabac habitual va disminuir el 2011 respecte del 2006, però el 2016 es manté estable (Figura 97). L'evolució mostra el major consum en les persones amb estudis primaris i secundaris en ambdós sexes (Figura 98). Les persones aturades són fumadores habituals més freqüents que les persones treballadores, i les diferències s'han ampliat des del 2006 (Figura 99).

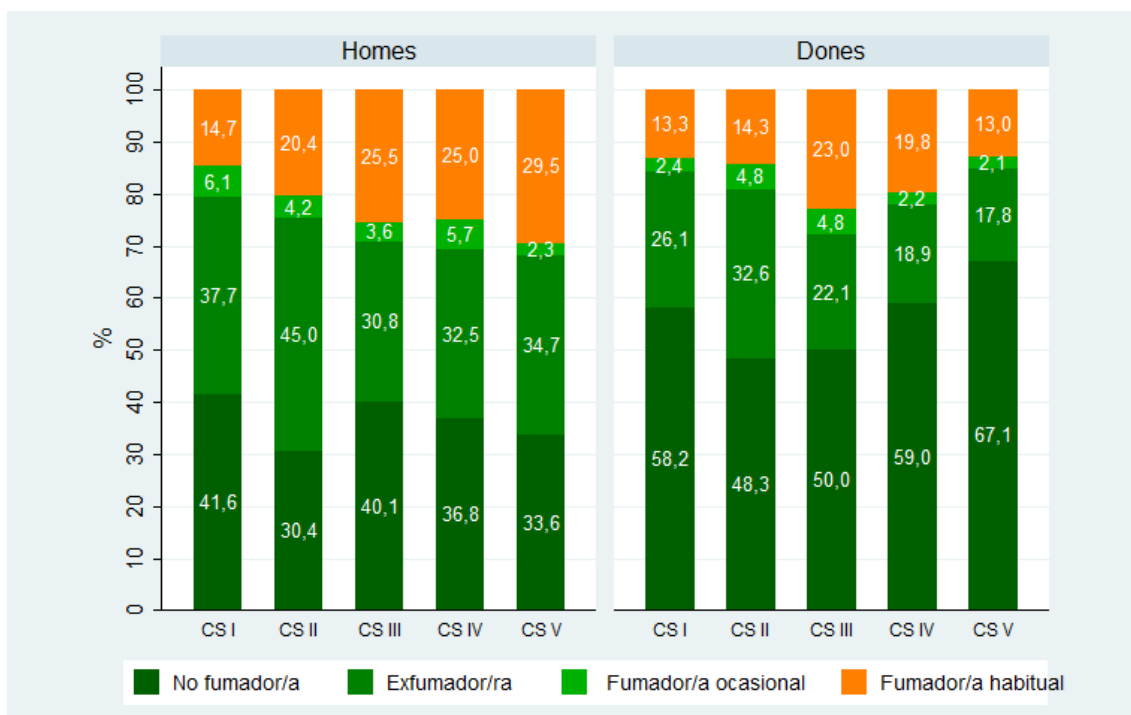
Cal destacar que a un 67,2% dels homes i el 67,4% de les dones fumadores habituals i ocasionals diàries, el seu (la seva) metge/ssa li ha aconsellat deixar de fumar, i han intentat deixar de fumar durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista el 33,7% i 30,6% dels homes i dones, respectivament. El 24,7% dels homes i al 15,4% de les dones els han demanat de no fumar davant seu, d'aquests en més de 7 de cada 10 vegades ha estat al domicili mateix, mentre que a 6 de cada 10 ha estat a la feina.

Les persones fumadores de cigarreta electrònica són el 0,5% dels homes i el 0,2% de les dones. Tot i això, ho han provat el 7% i el 4,2%, respectivament.

**Figura 95.** Hàbit tabàquic segons grup d'edat i sexe.



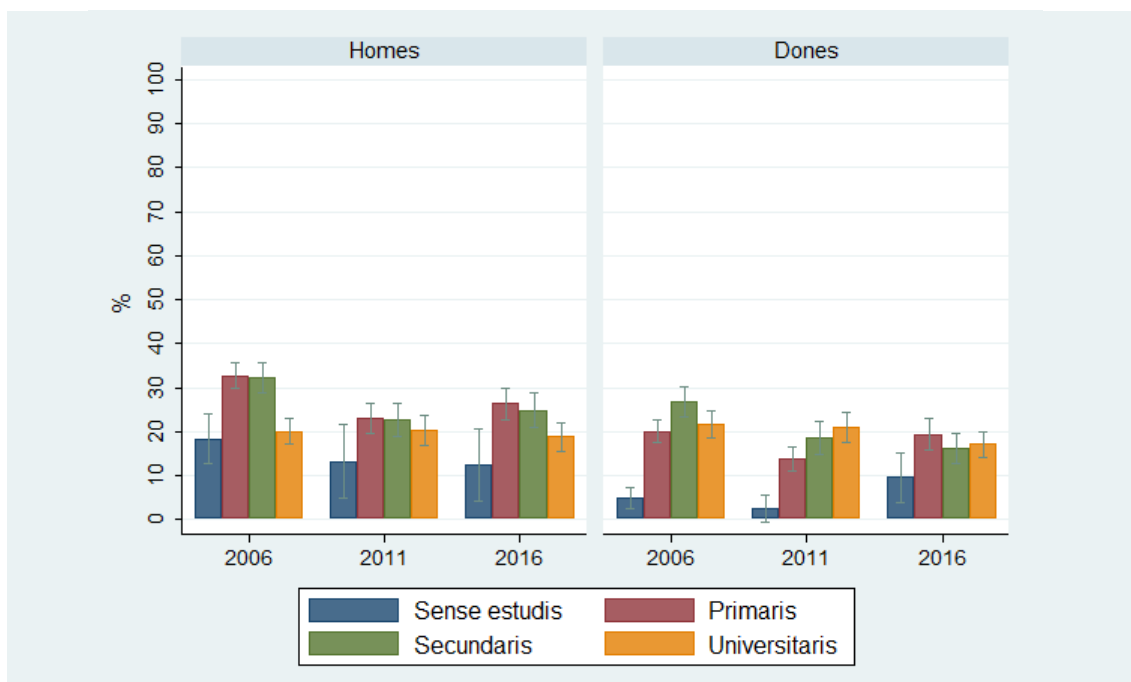
**Figura 96.** Hàbit tabàquic segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



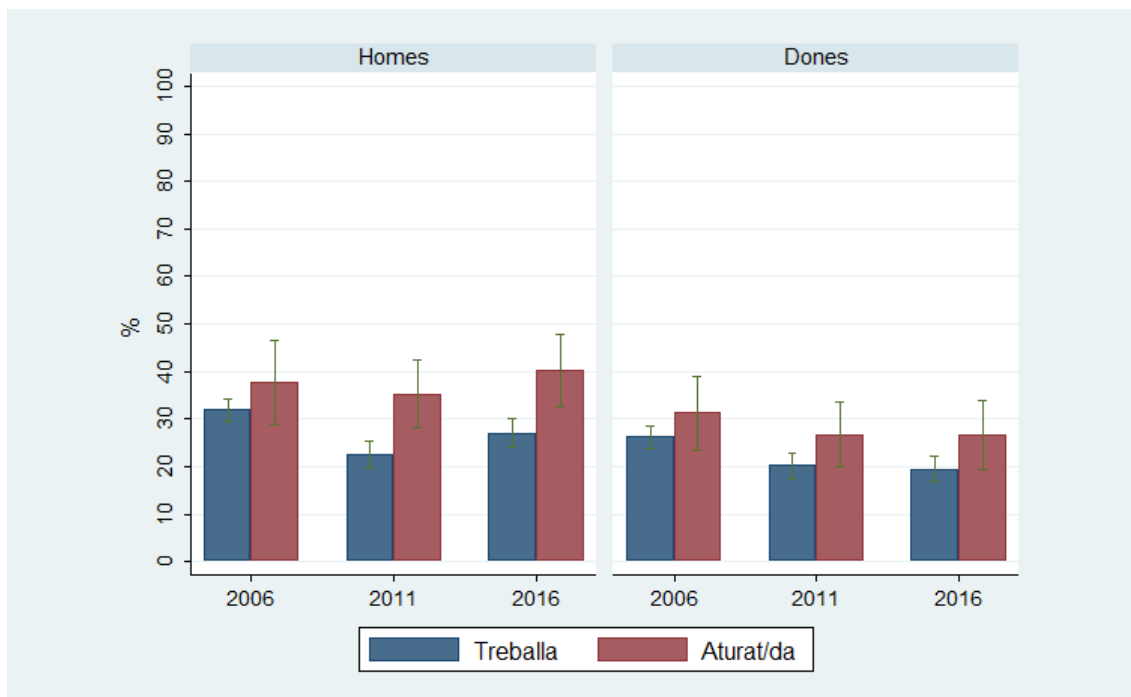
**Figura 97.** Evolució del consum habitual de tabac per sexe, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



**Figura 98.** Evolució del consum habitual de tabac per nivell d'estudis i sexe, en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



**Figura 99.** Evolució del consum habitual de tabac per situació laboral i sexe, en percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



## El tabac passiu

El 27,8% va declarar que algun membre de la família fumava a casa habitualment. El 21,4% dels homes i el 17,5% de les dones treballadores manifesten que algun company prop seu fuma en el lloc de treball. Existeixen diferències per edat i classe social; són més fumadores passives les persones de 15 a 44 anys (23,3% en homes i 20,3% en dones) i les de classes socials menys afavorides (31% en els homes i 20,8% en les dones).

En conjunt, el 10,2% dels homes i el 8,4% de les dones passen més d'una hora els dies feiners en ambients carregats de fum (el 4,8% i el 3,5% més de 4 hores, respectivament). Durant el cap de setmana aquests xifres s'incrementen a 13,2% en homes i 10% en dones.

## El consum d'alcohol

El qüestionari permet conèixer el consum d'alcohol, en un dia feiner i durant el cap de setmana en els darrers dotze mesos. Té en compte la quantitat d'alcohol consumit

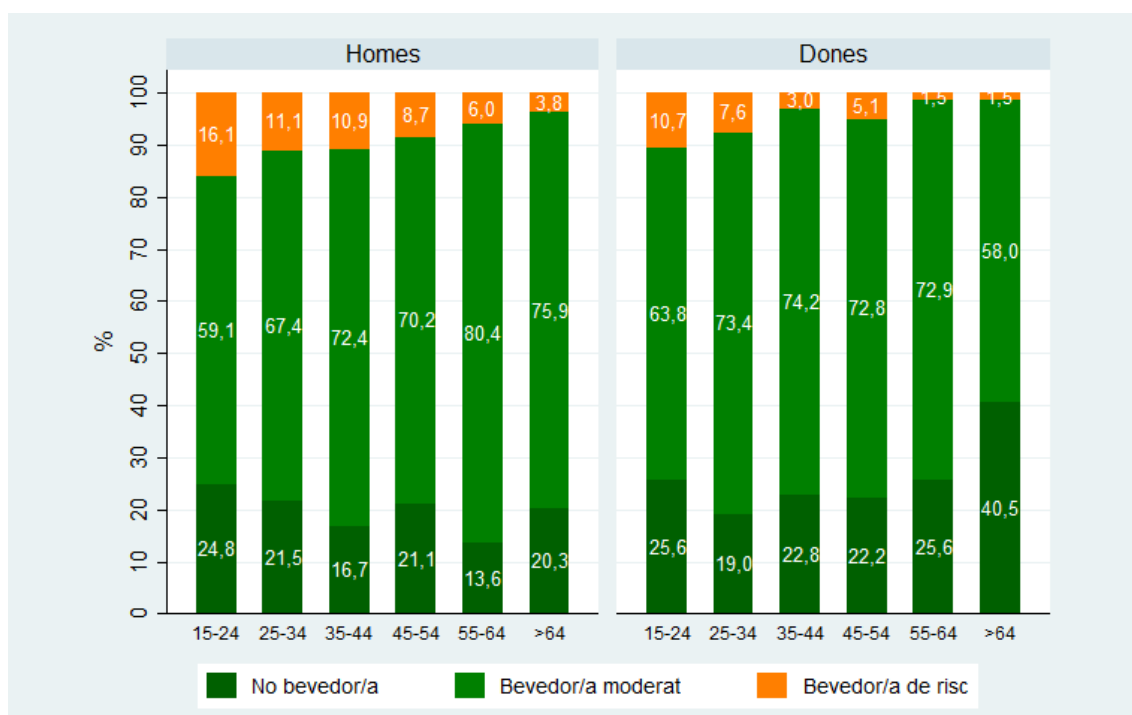
segons el tipus de beguda, que es converteix en un pes preestablert. Aquesta informació permet classificar el consum d'alcohol en no bevedors, bevedors moderats i bevedor de risc. A més, també es considera consum de risc el fet de beure cinc o més consumicions alcohòliques en una sola ocasió.

El consum d'alcohol de risc és del 9% dels homes i el 4,2% de les dones, un consum moderat el 71,5% i el 68,4%, respectivament. El consum de risc decreix segons l'edat, passant en els homes del 16,1% en els joves de 15 a 24 anys a 3,8% pels de 65 i més anys, i en les dones del 10,7% al 1,5%, respectivament (Figura 100). Segons districtes, la proporció de bevedors de risc en homes més alta està a Nou Barris (17,8%) i Ciutat Vella (12,2%), i en les dones Ciutat Vella (7,2%) i Sants-Montjuïc (8,7%) (Figura 101).

Respecte de prendre 5 o més consumicions en una mateixa ocasió com a mínim dues vegades a la setmana, ho fan el 3,4% dels homes i el 1,7% de les dones. I com a mínim d'una a tres vegades al mes el 8,3% dels homes i el 3,3% de les dones. No obstant, pels joves de 15 a 24 anys fan aquest tipus de consum el 18% dels homes i el 11% de les dones.

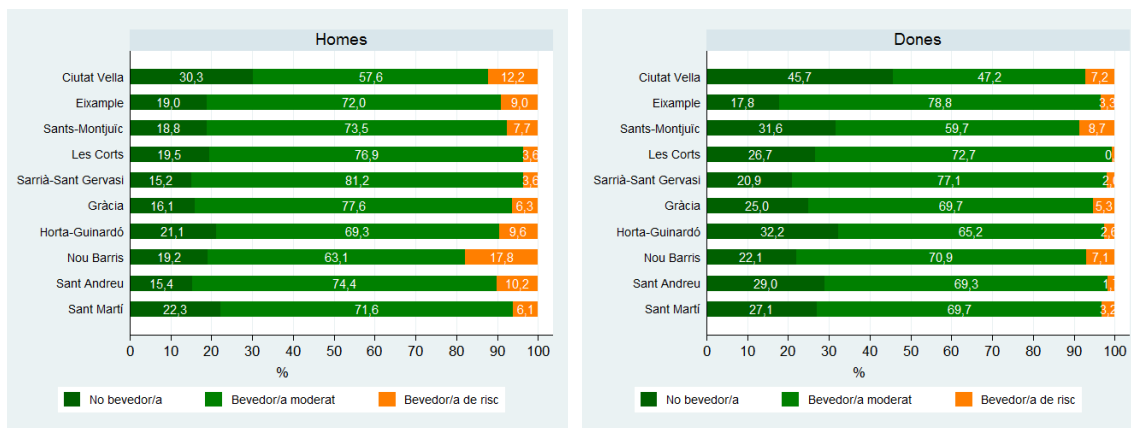
Les prevalences de consum d'alcohol de risc de 2006 a 2016 es mantenen estables, amb una lleugera tendència a créixer en les dones (Figura 102).

**Figura 100.** Consum d'alcohol per grup d'edat. Població de 15 anys i més.

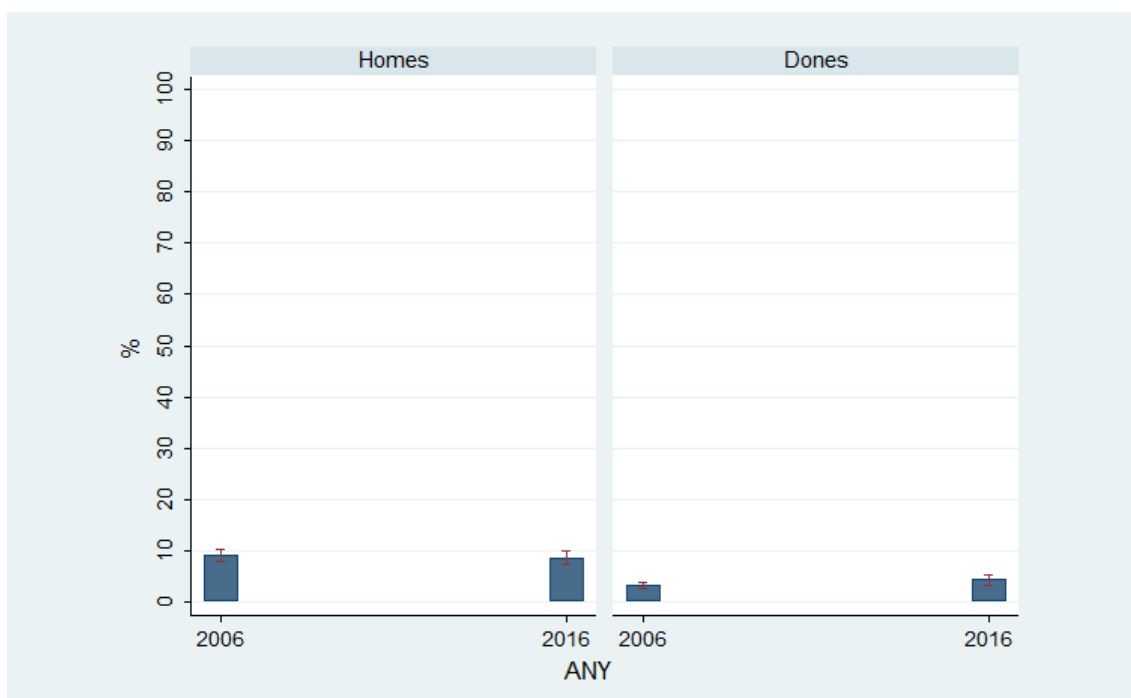




**Figura 101.** Consum d'alcohol segons districte. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 102.** Evolució del consum d'alcohol de risc (any 2011 exclòs per no comparable) en percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Població de 15 anys i més. Barcelona 2006-2016.



## El consum d'altres drogues/substàncies

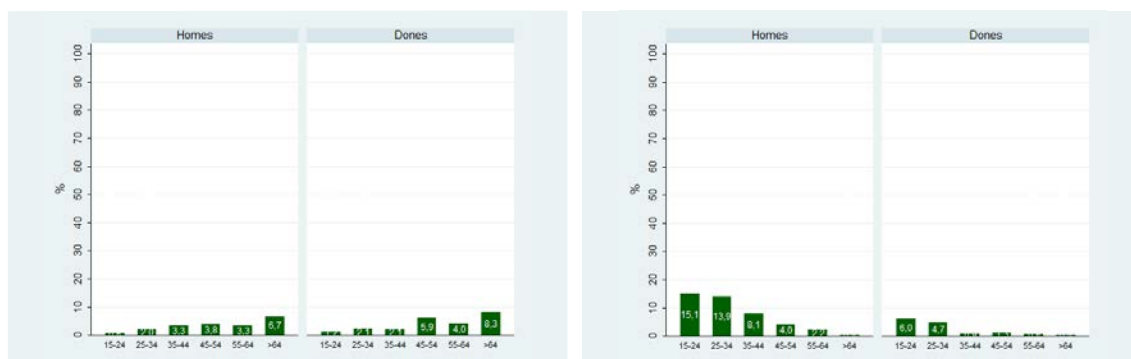
Haver provat algun cop a la vida tranquil·litzants o pastilles per a dormir és del 7,8% en els homes i el 8,9% de les dones. El consum de tranquil·litzants el darrer mes ha estat de 3,8% en homes i 4,6% en dones. Quant al consum de drogues il·legals, el consum de cànnabis i similars és la substància que més s'ha provat alguna vegada a la vida (23,6% en homes i 12,4% en dones) (Taula 13), seguit de la cocaïna (7,7% en els homes i el 2,9% en les dones). Declaren haver consumit cànnabis el darrer mes el 6% dels homes i el 2% de les dones.

El consum el darrer mes de tranquil·litzants sobre el total de la població (esquerra de la Figura 103) és més alt en el grup de 64 anys i més (6,7% en homes i 8,3% en dones), mentre que el de cànnabis és més alt entre els joves (de 15,1% en homes i de 6% en les dones) (dreta de la Figura 103).

**Taula 13.** Consum de substàncies psicoactives algun cop a la vida i en els darrers 30 dies, segons sexe i percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.

	Homes		Dones	
	Alguna vegada	Darrers 30 dies	Alguna vegada	Darrers 30 dies
Tranquil·litzants, pastilles per dormir	7,8	3,8	8,9	4,6
Cànnabis, porros, maria i similars	23,6	6	12,4	2
Cocaïna i similars	7,7	0,5	2,9	0,1
Heroïna i altres opiacis	0,8	0,1	0,3	0,1

**Figura 103.** Consum el darrer més de tranquil·litzants (esquerra) i de cànnabis (dreta) segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys i més.

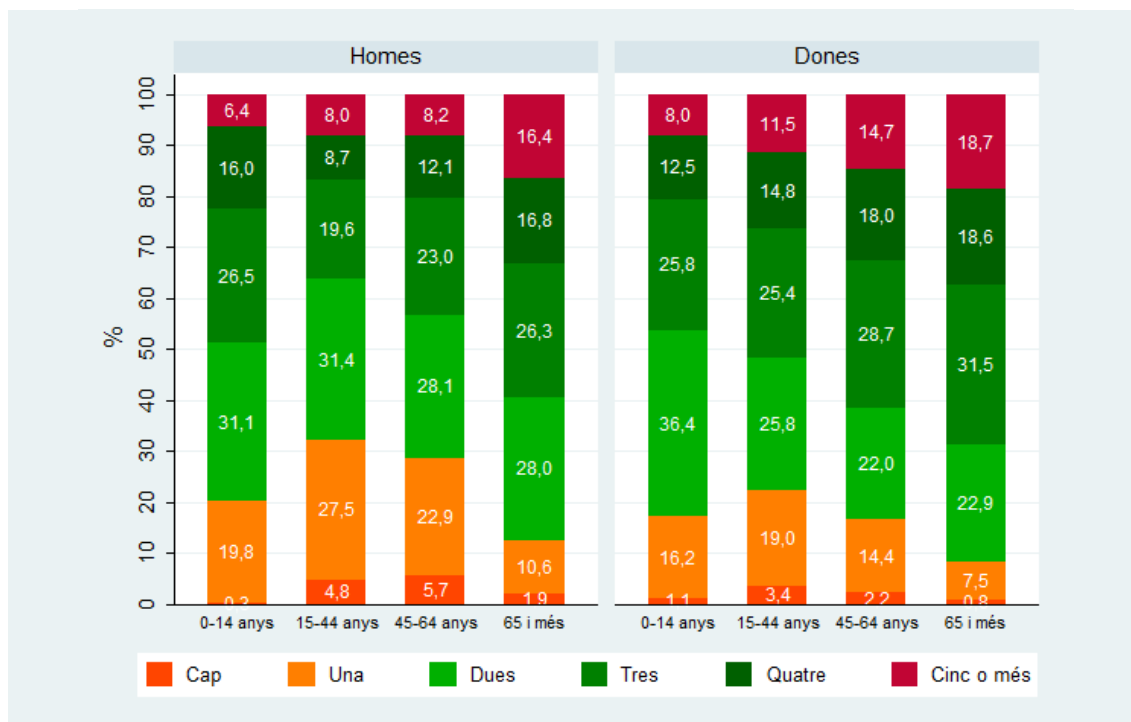


## La ingesta de fruites i verdures

Per mesurar els hàbits en alimentació s'han obtingut dades de consum de fruita i verdura, i el fet d'esmorzar abans de sortir de casa o a mig matí.

En els adults es considera un bon hàbit alimentari la ingesta de 5 o més racions de fruita i verdura al dia. Tanmateix només el 9,4% dels homes i el 13,7% de les dones segueixen aquesta recomanació. Més habitual és prendre 3 racions de fruites i verdures o més, els homes ho fan el 44,1% i les dones el 57,8%. Les dones prenen més racions de fruita i verdures al dia que els homes en totes les franges d'edat (Figura 104).

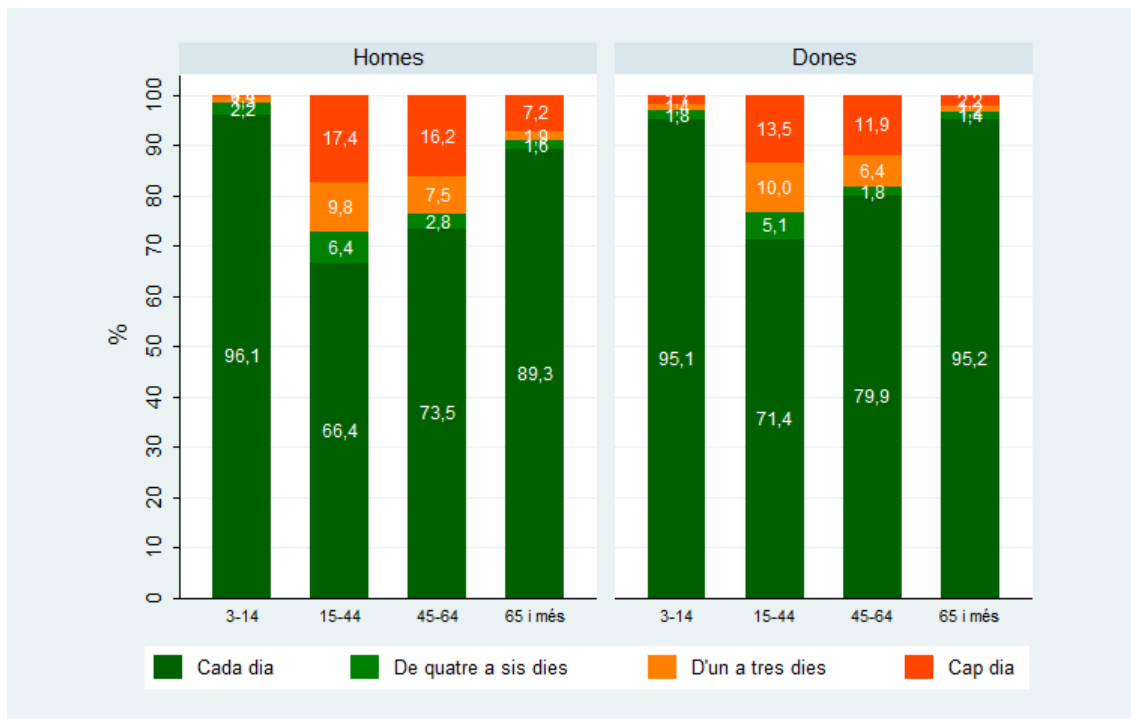
**Figura 104.** Ingesta de fruites i verdures segons grup d'edat i sexe.



## Esmorzar abans de sortir de casa i a mig matí

La majoria de la població (76,2% en homes i 82,1% de les dones) esmorzen abans de sortir de casa cada dia però un 13,1% dels homes i el 9% de les dones no ho fan cap dia. En els infants de 3 a 14 anys són el 3,9% dels nois i el 4,9% de les noies (Figura 105).

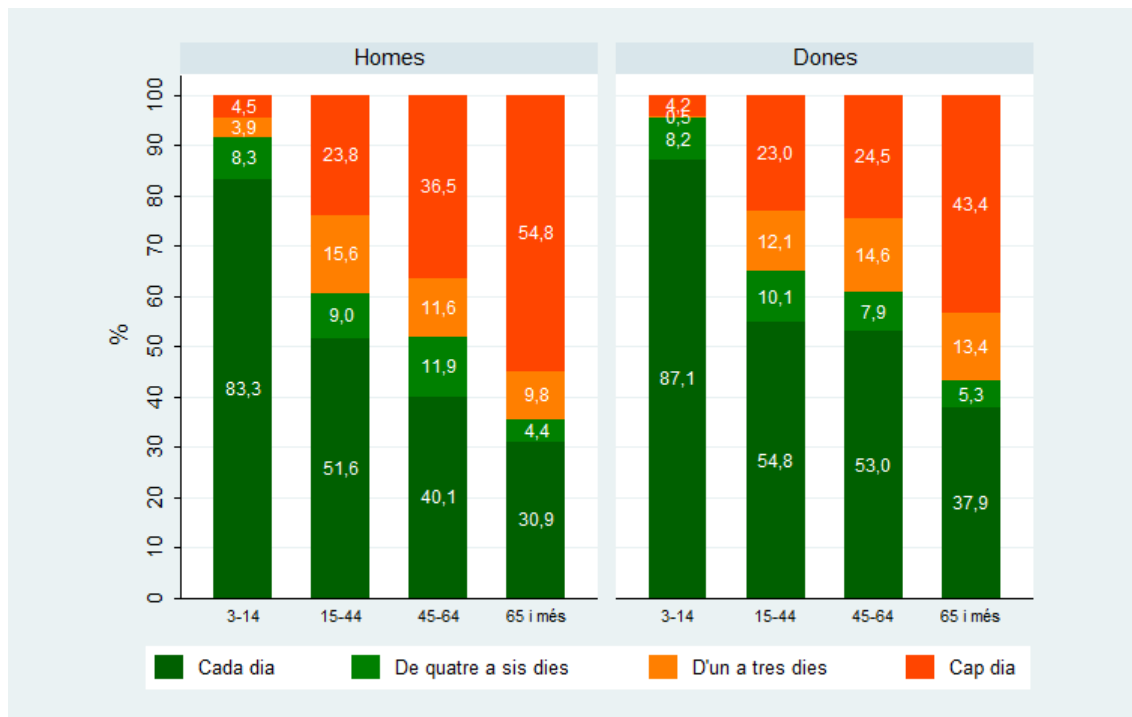
**Figura 105.** Esmorzar abans de sortir de casa segons grup d'edat i sexe.



Esmorzen a mig matí cada dia el 48,7% dels homes i el 53,5% de les dones, mentre que no ho fan cap dia a la setmana el 30,5% i el 26,4%, respectivament. Aquesta proporció es fa més elevada conforme augmenta l'edat, essent del 54,8% en els homes de 65 i més anys, i el 43,4% en les dones (Figura 106).

El 2,2% dels homes i l'1,3% de les dones no esmorzen cap vegada. Aquests casos no s'han detectat en els menors de 14 anys. No esmorzar cap vegada tendeix a incrementar-se en disminuir el nivell d'estudis, sobretot en els homes que és de l'1,6% entre els universitaris i del 3,6% en els sense estudis.

**Figura 106.** Esmorzar a mig matí segons grup d'edat i sexe.



## Menjar no saludable en infants

El 9,2% dels nois i el 7,7% de les noies de 3 a 14 anys consumeixen cada dia begudes ensucrades, i en consumeixen gairebé cada dia el 14,8% dels nois i el 12,8% de les noies. Havien pres productes ensucrats gairebé cada dia el 13,1%, i productes salats el 7,6%. Aquestes xifres són aproximadament les mateixes que les de l'any 2006.

## La mobilitat

La Taula 14 mostra el percentatge de persones que han realitzat un desplaçament el dia anterior (o divendres si era un cap de setmana el dia de l'entrevista). El tipus de transport majoritari és a peu amb el 84% en ambdós sexes. Destaca l'increment, de més del 20 punts respecte 2011 de persones que declaren haver anat a peu. El segon mode de transport és el metro (o tramvia) i es manté estable respecte del 2011. El tercer mode de transport és el cotxe i el quart l'autobús, tots ells amb xifres similars en els dos períodes. Assenyalar el lleuger increment de l'ús de la bicicleta, fins al 7,9% en homes i 3,6% en dones, que pràcticament és doble en ambdós sexes respecte el 2011.

**Taula 14.** Haver-se desplaçat el dia anterior per mitjà de transport segons sexe, en percentatges. Barcelona 2011 i 2016.

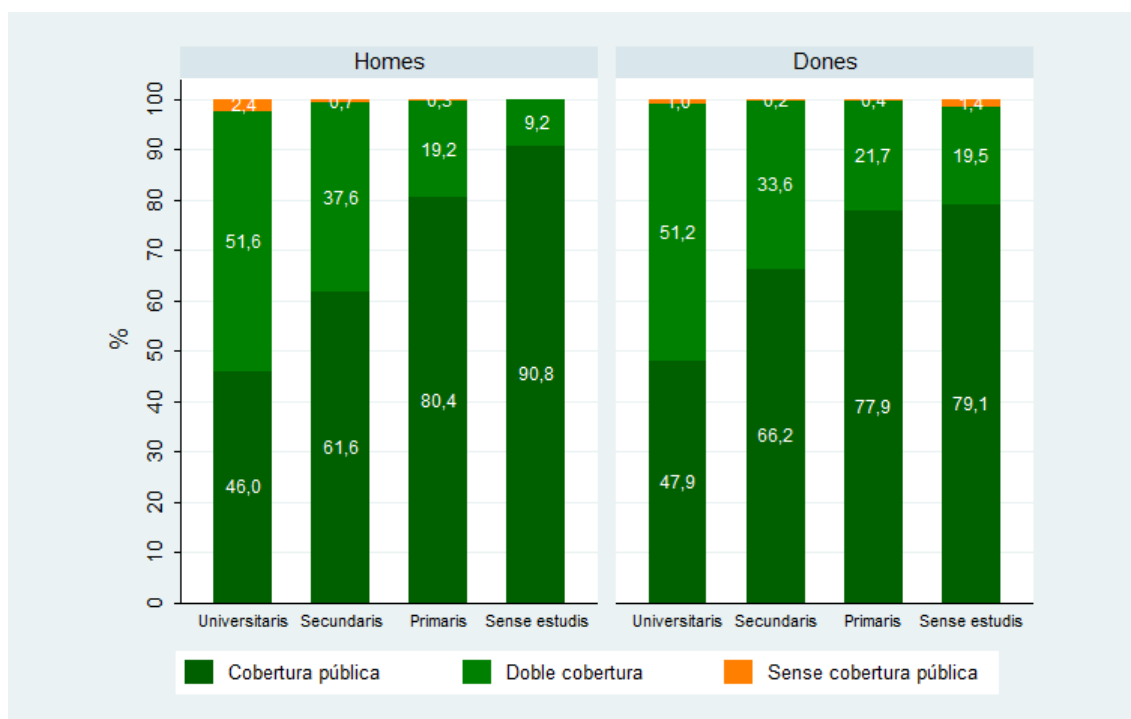
	2011		2016	
	Homes	Dones	Homes	Dones
A peu	59,4	67,2	84,4	84,1
Metro/ tramvia	26,6	29,5	25,9	26,6
Cotxe	22,3	11,8	23,7	15,9
En autobús	16,5	22,6	17,2	24,3
Motocicleta	9,6	2,8	10	4,1
Bicicleta	4,2	1,9	7,9	3,7
Tren	2,3	2,2	3,4	4
Ciclomotor	1,7	0,8	1,7	1
Altres	2,1	2,8	0,6	0,3

# La utilització dels serveis sanitaris

## La cobertura sanitària

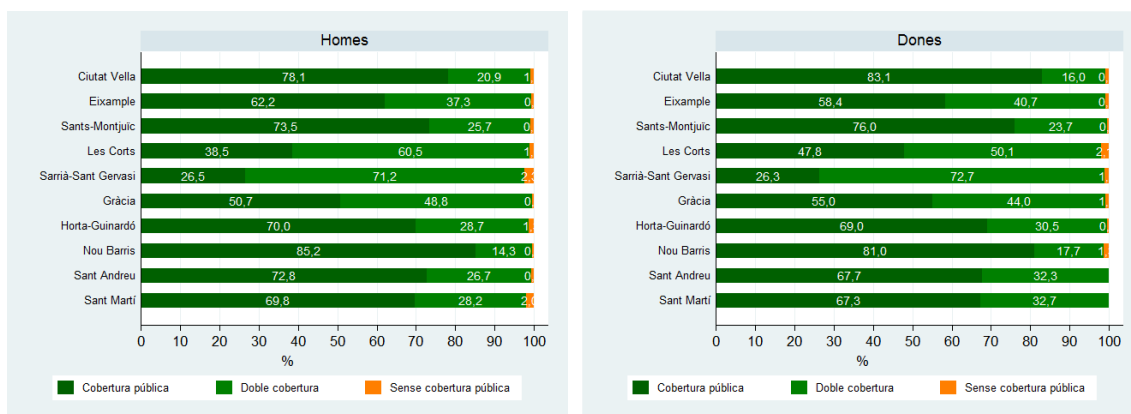
Barcelona l'any 2016, la doble cobertura sanitària representa un 34,7% en els homes i un 35,3% en les dones. Aquest percentatge es manté estable en tots els grups d'edat, excepte en les dones de 65 anys, pels qui la cobertura pública és més alta (73,4%). Les diferències en tipus de cobertura són més àmplies per nivell educatiu. La doble cobertura entre els homes i dones universitàries és de 51,6% i 51,2% respectivament, mentre que entre els que no tenen estudis és de 9,2% i 19,5% (Figura 107).

**Figura 107.** Cobertura sanitària segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

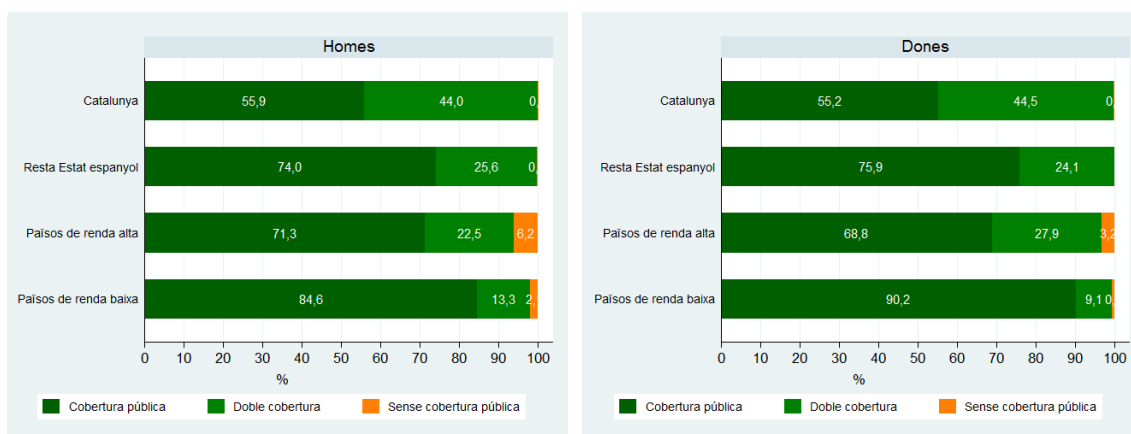


Per districtes també existeixen importants diferències, la doble cobertura és del 71,2% en els homes de Sarrià-Sant Gervasi i del 14,3% en els de Nou Barris, en les dones aquestes proporcions són del 72,7% i 17,7% respectivament, però també a Ciutat Vella el 16% (Figura 109). Les persones que declaren no tenir cap cobertura són un 0,9%. Tanmateix són les persones provinents dels països de renda alta amb menor cobertura pública, en els homes el 6,2%, mentre que entre els d'origen de països de renda baixa és el 2%, en les dones és del 3,2% i el 0,4%, respectivament. La doble cobertura segueix estable des de 2006 al voltant del 35% (Figura 110).

**Figura 108.** Cobertura sanitària segons districte i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

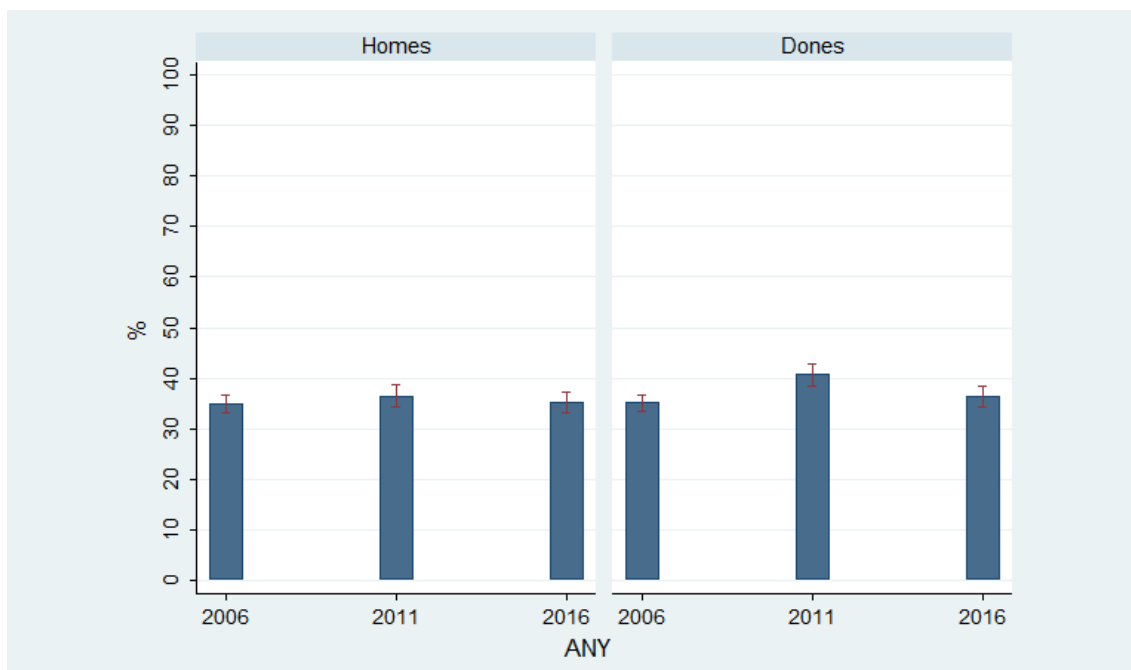


**Figura 109.** Cobertura sanitària segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.





**Figura 110.** Doble cobertura sanitària i sexe, percentatges estandarditzats per edat i intervals de confiança al 95% de l'estimació. Barcelona 2006-2016.



## Les pràctiques preventives

Les pràctiques preventives com poden ser la vacunació de la grip, el control de la tensió arterial i el colesterol en sang, i els cribratges de càncer de mama i cèrvix mitjançant la mamografia i la citologia preventiva, i la vacunació en menors permeten identificar malalties en estadis inicials i prevenir-ne l'avenç. La realització de pràctiques preventives depèn tant de factors sociodemogràfics com de factors relacionats amb la mateixa persona i amb el professional sanitari. Els programes de cribratge poblacional contribueixen a disminuir les desigualtats socials en la realització d'aquestes pràctiques preventives.

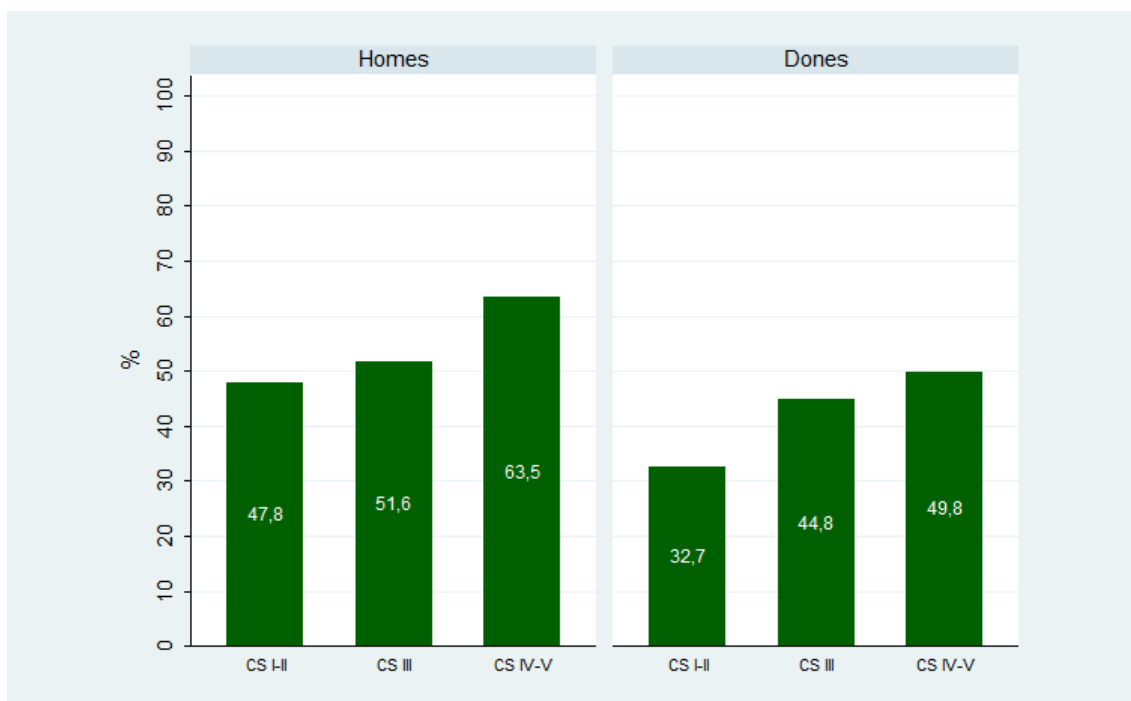
### Posar-se la vacuna de la grip

D'entre els majors de 60 anys declaren posar-se la vacuna de la grip de manera regular el 52,5% dels homes i el 48,9% de les dones. Aquest percentatge tendeix a créixer amb l'edat, en els homes fins arribar al 78,8% en els de 80 i més anys i en les dones és del 59,7% (Figura 111). Les persones de classe social menys avantatjada tendeixen a vacunar-se més, fins el 63,5% en els homes i el 49,8% en les dones (Figura 112).

**Figura 111.** Vacunació de la grip de forma regular (majors de 60 anys) segons grup d'edat i sexe.



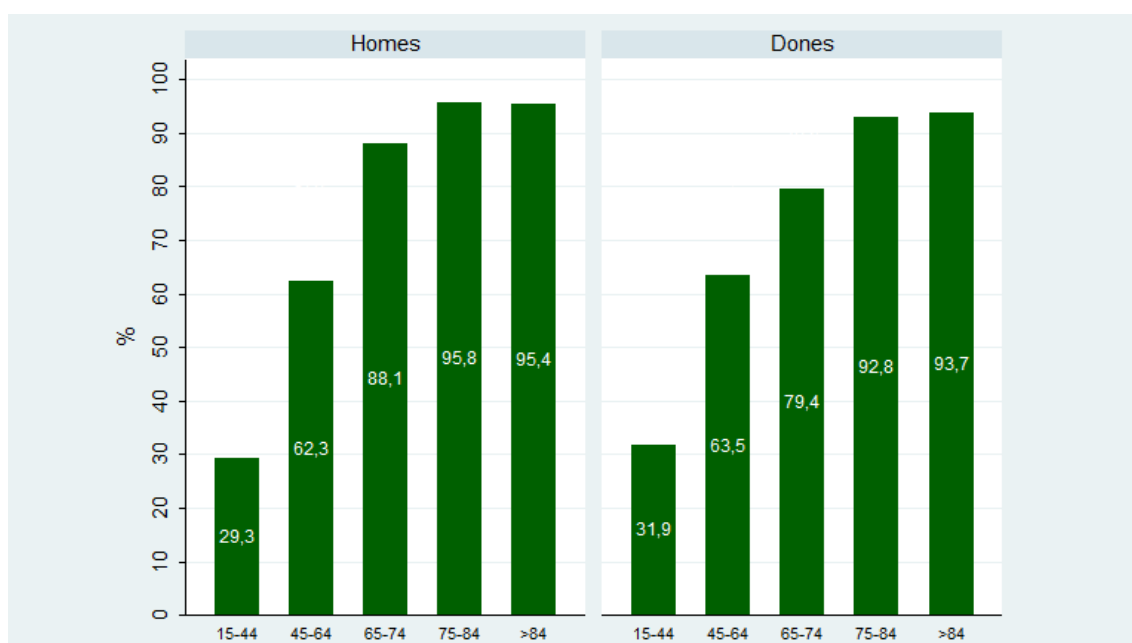
**Figura 112.** Vacunació de la grip de forma regular (majors de 60 anys) segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.



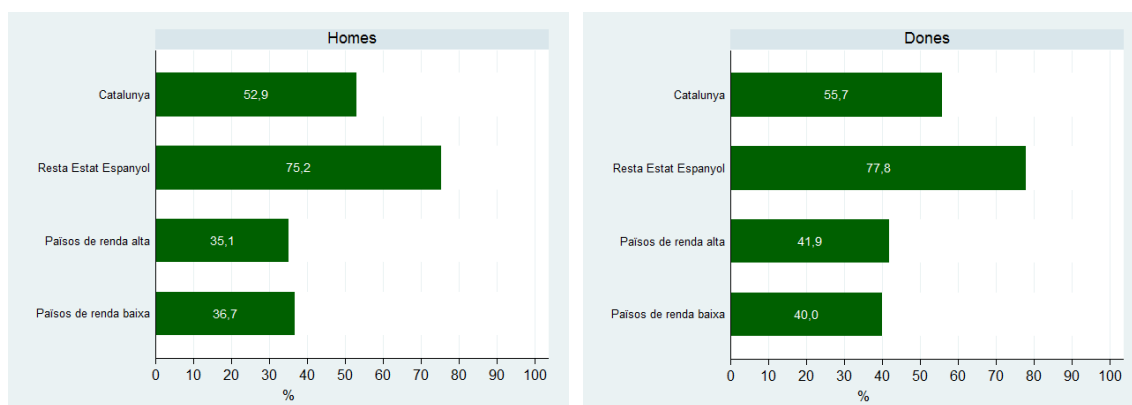
## Control de la tensió arterial

Es controlen la tensió arterial de manera periòdica el 52,1% dels homes i el 55,9% de les dones. De 65 a 74 anys ho fan més del 88,1% en homes i 79,4% en dones i més del 90% a partir d'aquesta edat (Figura 113). De les persones que es prenen periòdicament la pressió, el 96% se l'han pres el darrer any. No es donen diferències significatives per posició socioeconòmica o territorials, però sí segons lloc de naixement, essent els valors superiors al 75% en les persones que han nascut la resta d'Espanya i no a Catalunya per ambdós sexes (Figura 114).

**Figura 113.** Control de la tensió arterial periòdica segons grup d'edat.



**Figura 114.** Control de la tensió arterial periòdica segons país de naixement. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 i més.



## Control del colesterol

Es controlen el nivell de colesterol en sang el 62,3% dels homes i el 72,4% de les dones. A l'igual que la pressió arterial, el nivell de colesterol es controla de manera majoritària entre els 45 i 64 anys (72,7% dels homes i el 84,5% de les dones), i a partir d'aquesta edat es més del 90% en ambdós sexes, excepte en les dones de 85 anys i més (Figura 115). Segons classe social les persones més benestants realitzen un major control del colesterol en sang, sobretot en les dones amb una diferència de quasi 10 punts percentuals entre les classes extremes (Figura 116).

**Figura 115.** Control del colesterol en sang segons grup d'edat i sexe.



**Figura 116.** Control del colesterol en sang segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 i més.



## Mamografia per a la detecció precoç

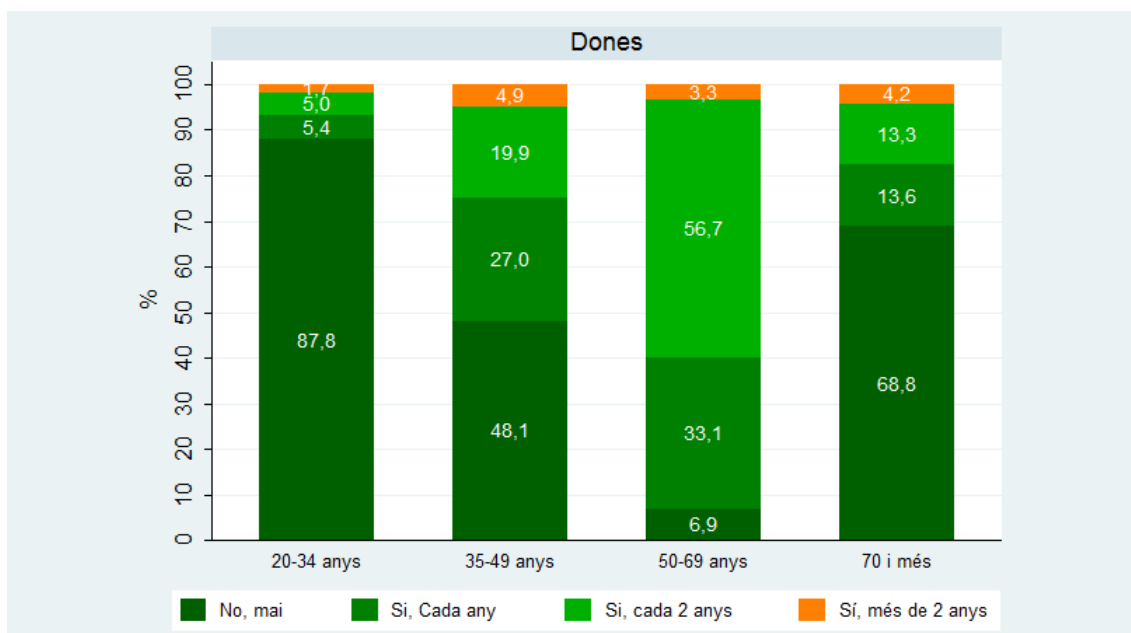
Un 48,4% de les dones majors de 20 anys no s'han fet mai una prova de mamografia. Hi ha diferències per grups d'edat, a partir de l'edat recomanada de 50 anys tan sols no es fan una mamografia periòdica el 6,9% en el grup de 50 a 69 anys, mentre que fer-se-la cada 2 anys és la pràctica més comuna amb el 56,7%. Per contra, en el grup d'edat de 70 anys i més no se l'han feta mai el 68,8% (Figura 117).

Si ens fixem en el grup d'edat de 50 a 69 anys, a mesura que el nivell educatiu és més baix, disminueix la freqüència de fer-se una mamografia cada any i s'incrementa fer-se-la cada dos anys. El 34,8% de les dones sense estudis declaren no haver-ne fet una mai (Figura 118). Segons districte de residència, entre les dones de 50 a 69 anys, fer-se cada any una mamografia és més freqüent a Sarrià-Sant Gervasi, l'Eixample i Les Corts i menys a Nou Barris i Ciutat Vella (Figura 119).

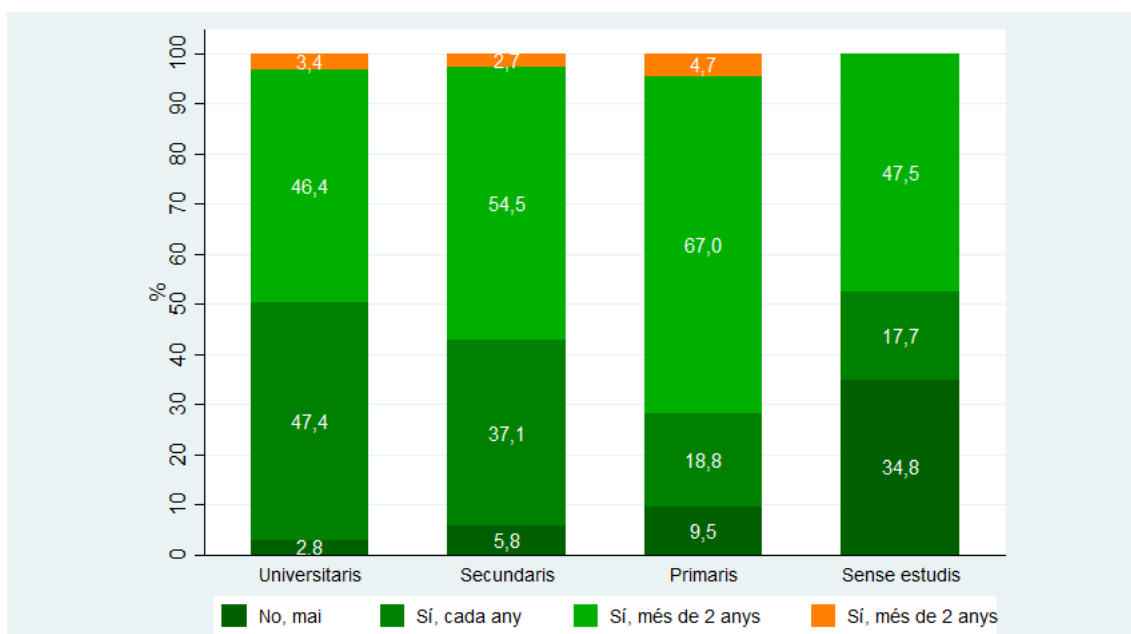
Les dones que es fan una mamografia se la van fer principalment a través del Programa de detecció precoç del càncer de mama (42,8%), en segon lloc, per una assegurança privada concertada individualment o per empresa (24,7%), i en tercer lloc, a través de l'especialista de ginecologia del Servei Català de la Salut (18,9%).

Els principals motius de no fer-se una mamografia periòdicament són: no tenir l'edat per fer-se'n una (79,3%); perquè no ha rebut mai la carta del programa (7%); o perquè ningú li ha dit que se l'hagi de fer (5,6%).

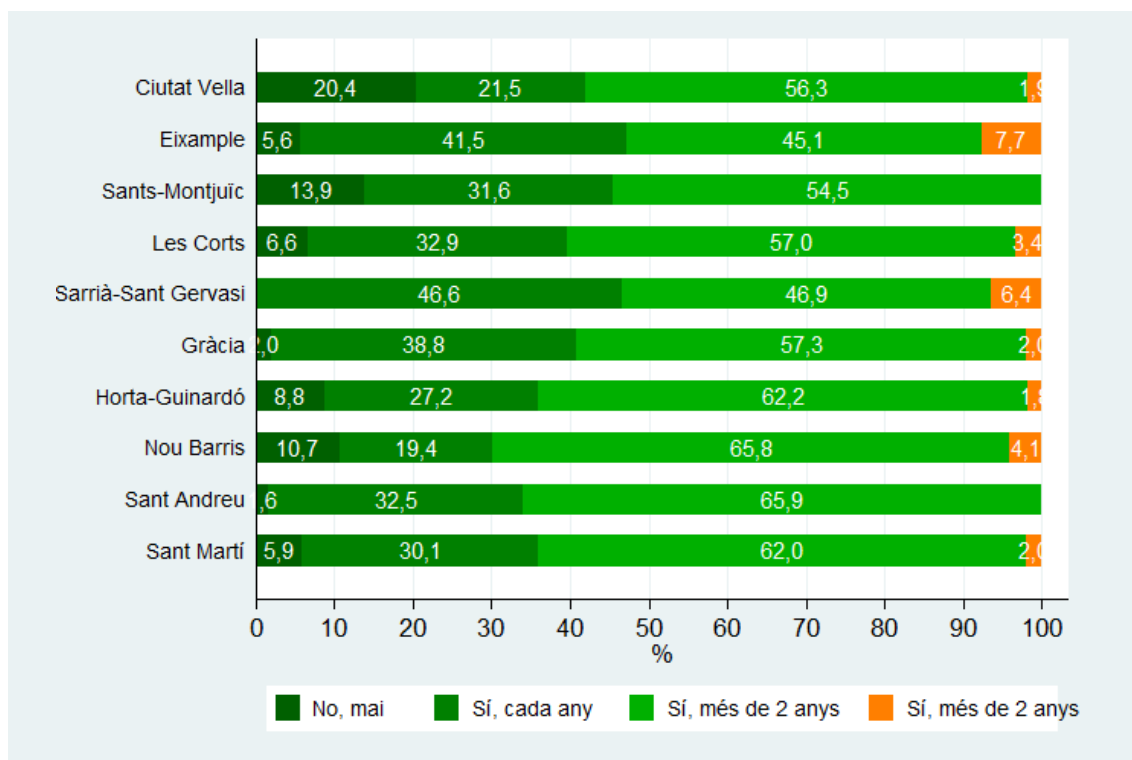
**Figura 117.** Periodicitat de fer-se una mamografia segons grup d'edat.



**Figura 118.** Periodicitat de fer-se una mamografia segons nivell educatiu en dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat.



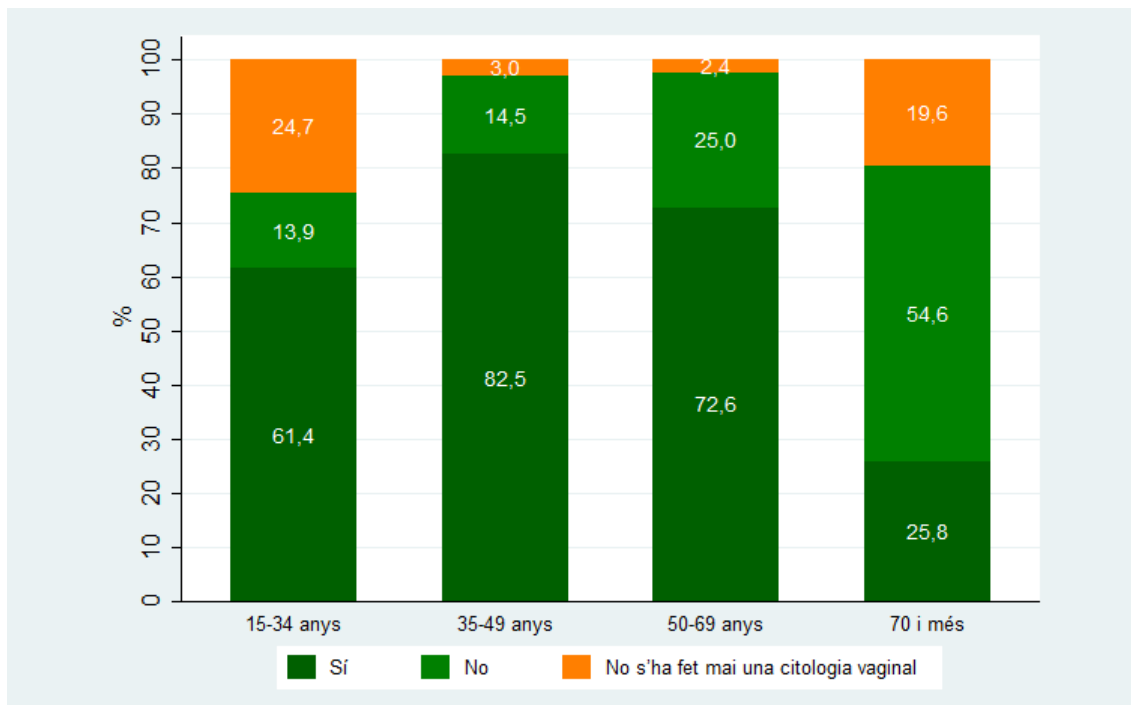
**Figura 119.** Periodicitat de fer-se una mamografia segons districte en dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandarditzats per edat.



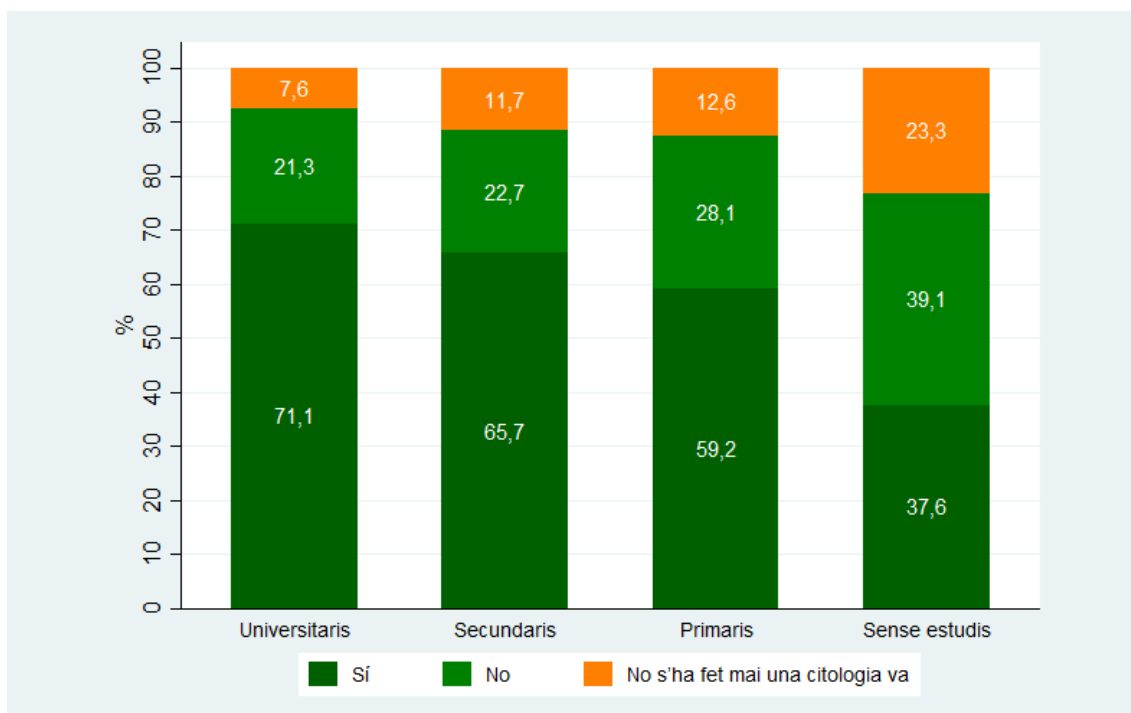
### Revisió de la citologia vaginal

Es fan una citologia vaginal periòdicament el 63,4% de les dones majors de 15 anys, i un 11,5% no se l'ha fet mai. En el grup d'edat de 35 a 49 anys se'n fan periòdicament el 82,5% (Figura 120). Segons nivell educatiu es mostra un gradient invers, passant del 70,9% de les dones universitàries al 38,4% les de sense estudis (Figura 121). Les dones dels districtes de major renda realitzen en major grau una prova periòdica que els de menor renda (Figura 122). De les dones que sí es fan una citologia, el 57,1% se la fa en menys d'un any de freqüència, entre 1 i 2 anys el 27,8% i el 14,5% fa més de 2 anys.

**Figura 120.** Fer-se una citologia vaginal periòdicament segons grup d'edat.

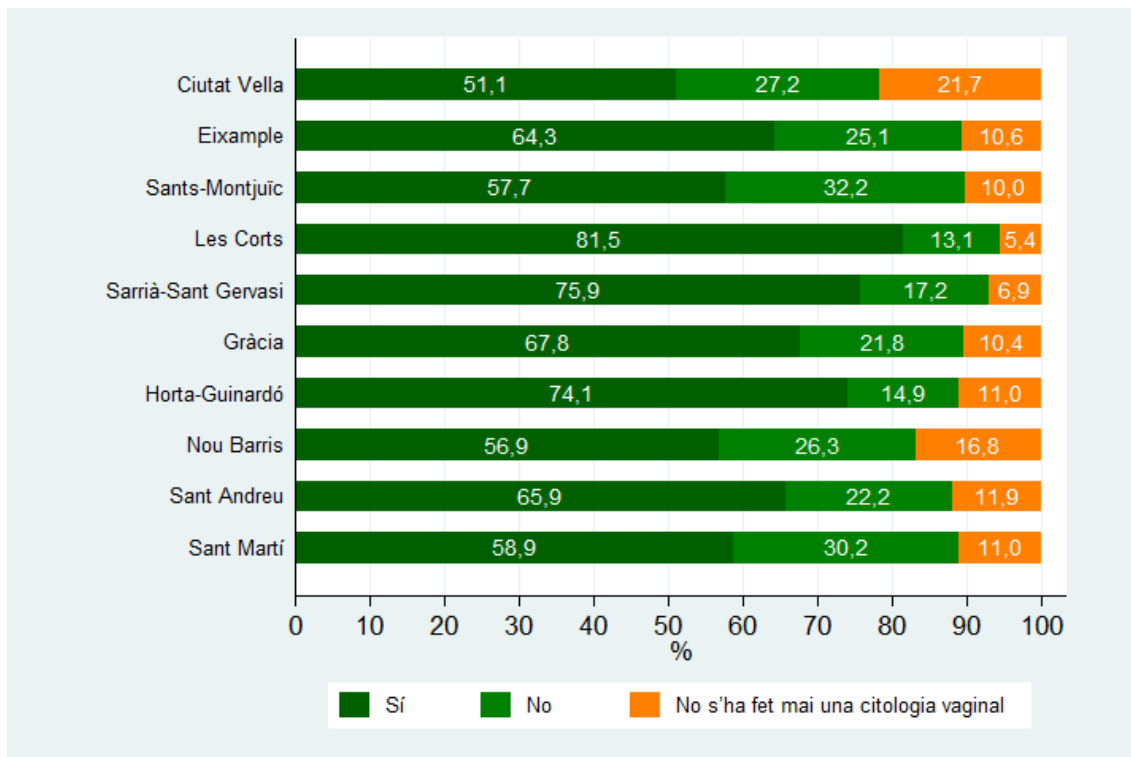


**Figura 121.** Fer-se una citologia vaginal periòdicament segons nivell educatiu. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.





**Figura 122.** Fer-se una citologia vaginal periòdicament segons districte. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.

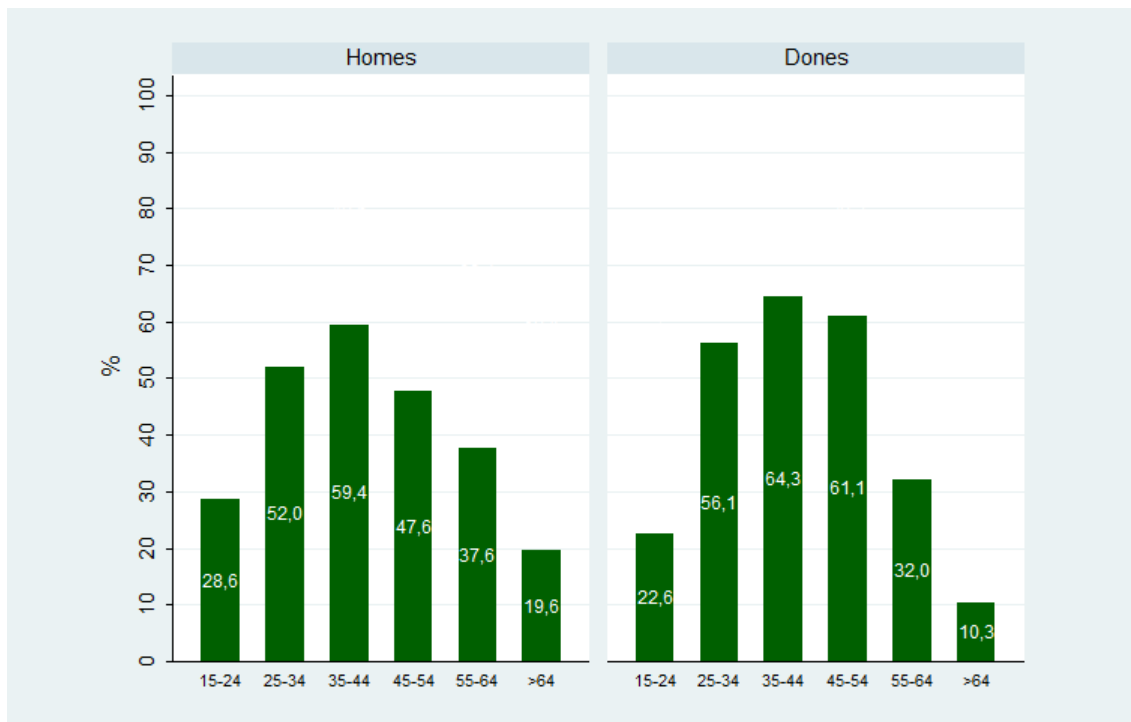


### Haver-se fet la prova del VIH

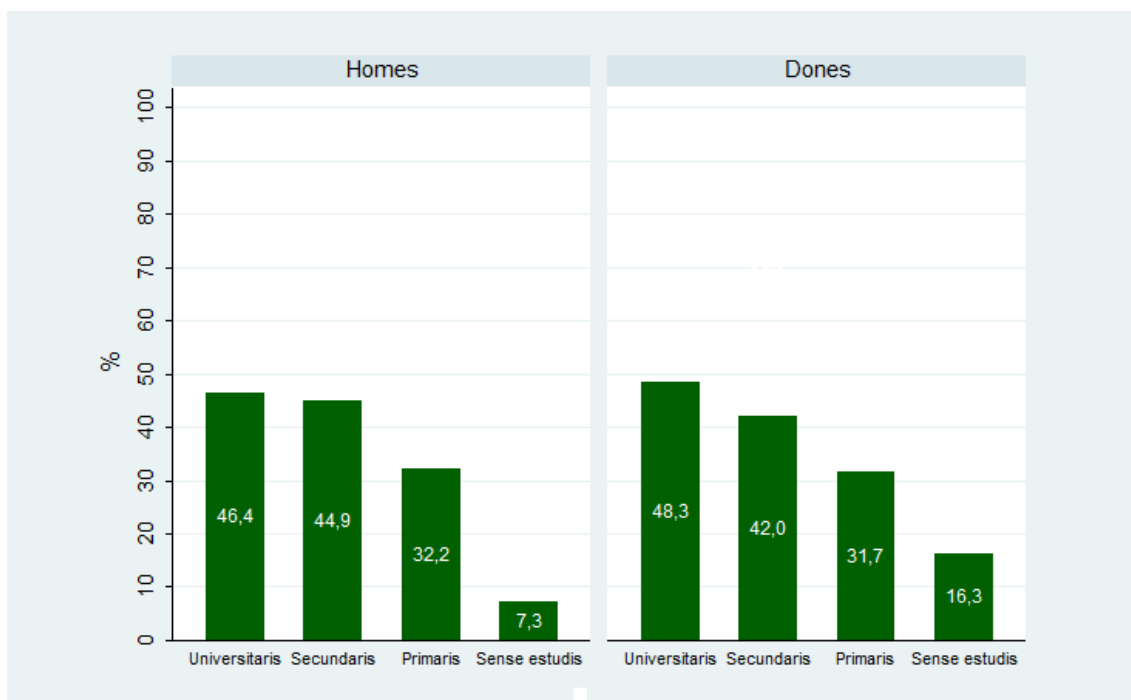
Per primer cop a l'Enquesta de Salut es pregunta si la persona s'ha fet la prova de VIH (virus de la immunodeficiència humana) o prova de la sida alguna vegada a la vida, i el darrer any. El 41,9% dels homes i el 40% de les dones declaren haver-se fet la prova del VIH (virus de la immunodeficiència humana) o prova de la sida alguna vegada a la vida. Segon l'edat, la prevalença s'incrementa en els homes de 35 a 44 anys (59,4% dels homes i 64,3% de les dones) (Figura 123). Mentre que segons nivell educatiu és més alta entre els universitaris, 46,4% en homes i 48,3% en les dones (Figura 124).

Les diferències per nivell educatiu són considerables. En les persones amb estudis primaris i sense estudis s'han fet la prova algun cop a la vida el 7,3% dels homes i el 16,3% de les dones (Figura 124). És significatiu també que segons el país de naixement són les persones nascudes als països de renda alta les que més s'han fet la prova, sobretot en homes (61,6%), però també en les dones (24,4%) (Figura 125).

**Figura 123.** Haver-se fet la prova del VIH alguna vegada segons grup d'edat.

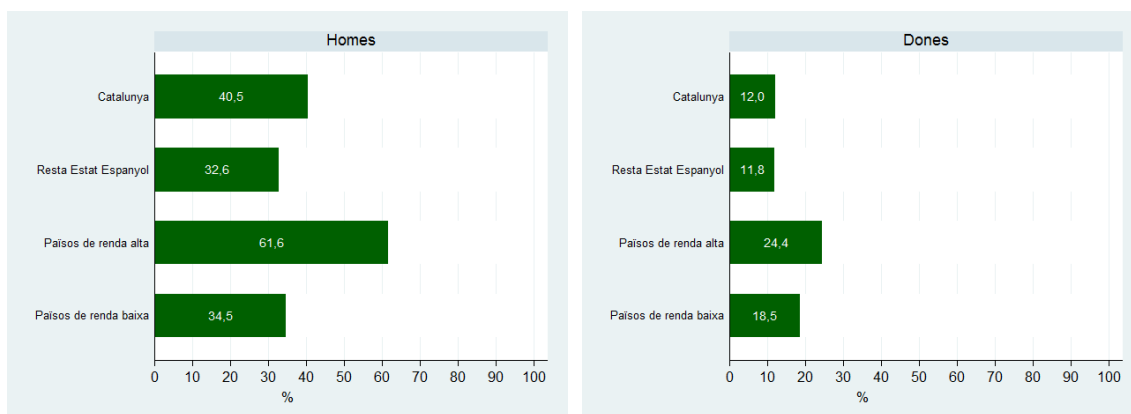


**Figura 124.** Haver-se fet la prova del VIH alguna vegada segons nivell educatiu. Percentatges estandaritzats per edat. Població de 15 anys i més.

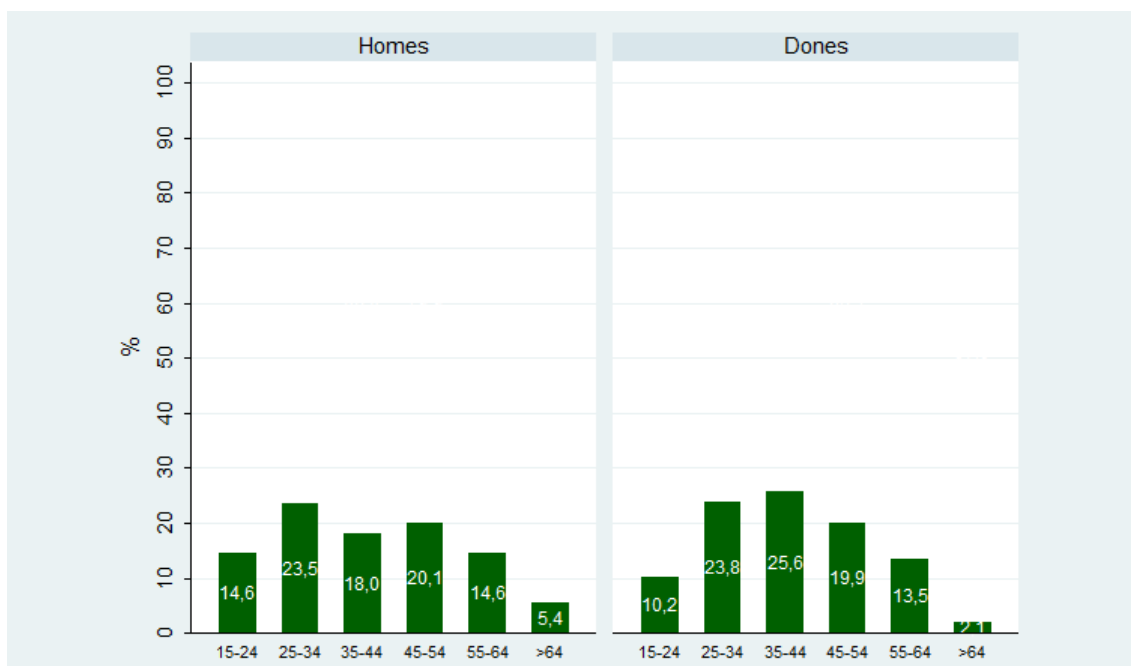


S'ha fet la prova el darrer any el 15% dels adults en ambdós sexes. La distribució per edats és més alta en els grups joves i va decreixent amb l'edat en ambdós sexes. En els de 15 a 24 anys és del 14,6% en els homes, i en les dones del 10,2%. En els grups d'edat de 25 a 64 anys és quelcom superior al 20% en ambdós sexes (Figura 126). No existeixen diferències significatives per posició socioeconòmica. Segons el país de naixement, les persones provinents de països de renda alta tenen percentatges al voltant del 25%, en ambdós sexes (Figura 127).

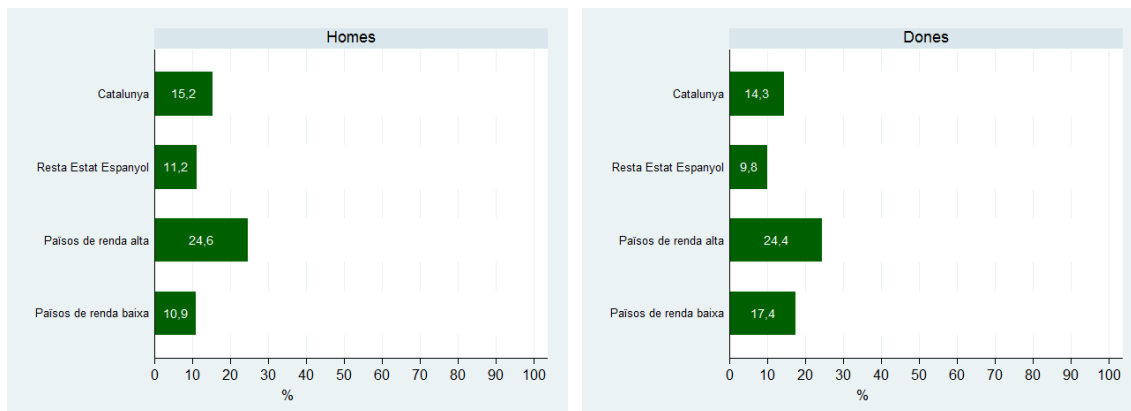
**Figura 125.** Haver-se fet la prova del VIH alguna vegada segons país de naixement. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 126.** Haver-se fet la prova del VIH el darrer any segons grup d'edat i sexe.



**Figura 127.** Haver-se fet la prova del VIH el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



## Les vacunes a infants

Per primer cop l'Enquesta de Salut demana als pares si els infants han rebut totes les vacunes del calendari oficial sistemàtic vigent (les subministrades gratuïtament pel sistema sanitari). El 3% dels nois i el 4,1% de les noies no havien rebut totes les vacunes (3,5% en total). La Taula 15 mostra el percentatge d'infants que no han rebut les vacunacions. En els casos en què no es rebia la vacunació es preguntava pel motiu. La majoria dels infants que no l'havien rebut era per contraindicació o recomanació mèdica (2%), mentre que el 0,5% dels nois i el 2,4% de les noies (1,5% en total) era degut a que no creien que la vacuna fos necessària, efectiva o els preocupava la seguretat de la vacuna.

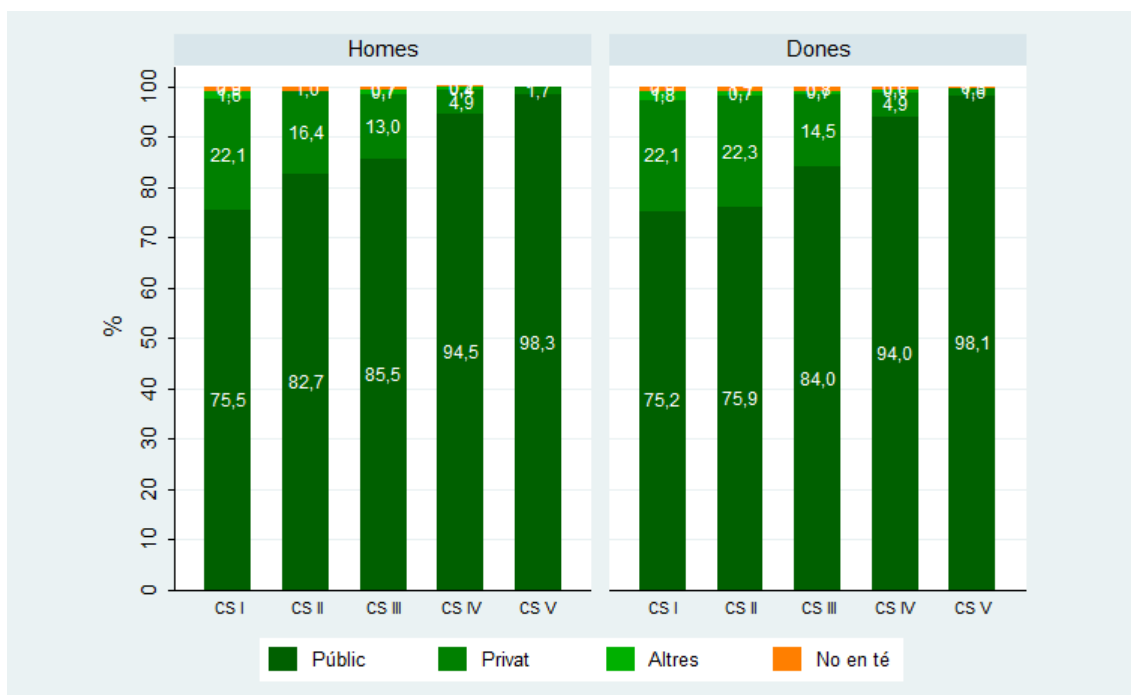
**Taula 15.** Vacunes del calendari sistemàtic no rebudes pels infants, en percentatge.

	Nois	Noies
Diftèria	0	1,1
Tètanus	0,3	0,6
Tos ferina	0	1,1
Pòlio	0	1,1
<i>Haemophilus influenzae</i> tipus B	0,3	1,1
Hepatitis B	0,5	1,1
Meningococ C	0,5	0,9
Hepatitis A	0,5	0,6
Xarampió	0,5	1,7
Rubèola	0,5	1,7
Parotiditis	0,5	1,7
Virus del papil·loma humà	0	1,2
Varicel·la	0	0,9

## L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'atenció sanitària a la ciutadania. Aquesta ha de garantir una atenció accessible, amb continuïtat de l'atenció al llarg de la vida, oferint una atenció global i coordinada amb la resta del sistema sanitari. La majoria de la població declara tenir un (una) metge/essa de capçalera al que acostuma a anar (96,7%), i en el 86,1% dels casos és públic, tot i que pels menors de 14 anys és privat en el 25,9% dels nois i el 22,6% de les noies. Els homes i les dones de classes socials més avantatjades presenten una major proporció del (de la) metge/ssa de capçalera privat (el 22% en ambdós sexes) (Figura 128).

**Figura 128.** Metge/ssa de capçalera segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Per tenir una aproximació inicial a la valoració que la població en fa a partir de la seva experiència amb aquest nivell d'atenció, l'enquesta inclou una selecció i adaptació d'alguns dels ítems del qüestionari PCAT (Primary Care Assessment Tools), dissenyat per Barbara Starfield i Leyiu Shi [22]. La selecció valora alguns dels aspectes prioritaris per el nostre entorn, i va ser validada en el nostre medi [23]. Són un conjunt de 10 ítems en el qüestionari d'adults i 19 en el de menors de 15 anys. A la Taula 16 es presenten els resultats per als diferents ítems, segons la modalitat pública o privada del (de la) metge/ssa o centre de referència. Una resposta "favorable" inclou

les respostes "Sí sens dubte" i "És probable que sí", mentre que es codifica com a "desfavorables" les respostes "És probable que no" i "No, en absolut".

Aproximadament 9 de cada 10 persones declaren que quan tenen un problema de salut van al seu (la seva) metge/ssa de capçalera abans d'anar a qualsevol lloc. Els aspectes millor valorats, superant el 80% de persones que els valoren favorablement, són el fet d'aconseguir visita en el mateix dia, ser visitats generalment per les mateixes persones i que aquestes coneguin els seus problemes més importants. En l'atenció pública hi ha menys valoració favorable dels ítems referits a l'accessibilitat telefònica així com de l'assessorament sobre problemes o malestars en l'esfera de la salut mental.

El 78,9% de les persones que tenen de referència al sistema públic i el 83,3% del que el tenen en el sector privat recomanarien el seu centre a un amic o familiar.

**Taula 16.** Valoració del professional o centre d'atenció primària de referència públic o privat en percentatges. Barcelona 2016.

	Modalitat pública		
	Favorable	Desfavorable	NS/NC
1. Va al metge/essa de capçalera abans d'anar a un altre lloc?	91,7	7,1	1,2
2. Si el centre és obert, la visita és el mateix dia?	85,3	7,2	7,5
3. Si el centre és obert, es pot rebre consell per telèfon?	57,5	9,6	32,8
4. Si el centre és tancat, hi ha un telèfon disponible?	67,7	8,1	24,1
5. L'atén sempre el mateix personal?	85,0	9,3	5,6
6. Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència?	48,6	13,1	38,3
7. Coneixen els seus problemes més importants?	82,0	11,1	6,9
8. El metge/essa parla sobre la visita a l'especialista?	70,6	17,4	12,1
9. El centre disposa d'assessorament en salut mental?	67,9	6,8	25,3
10. Recomanaria el centre a un amic o familiar?	78,9	8,6	12,5

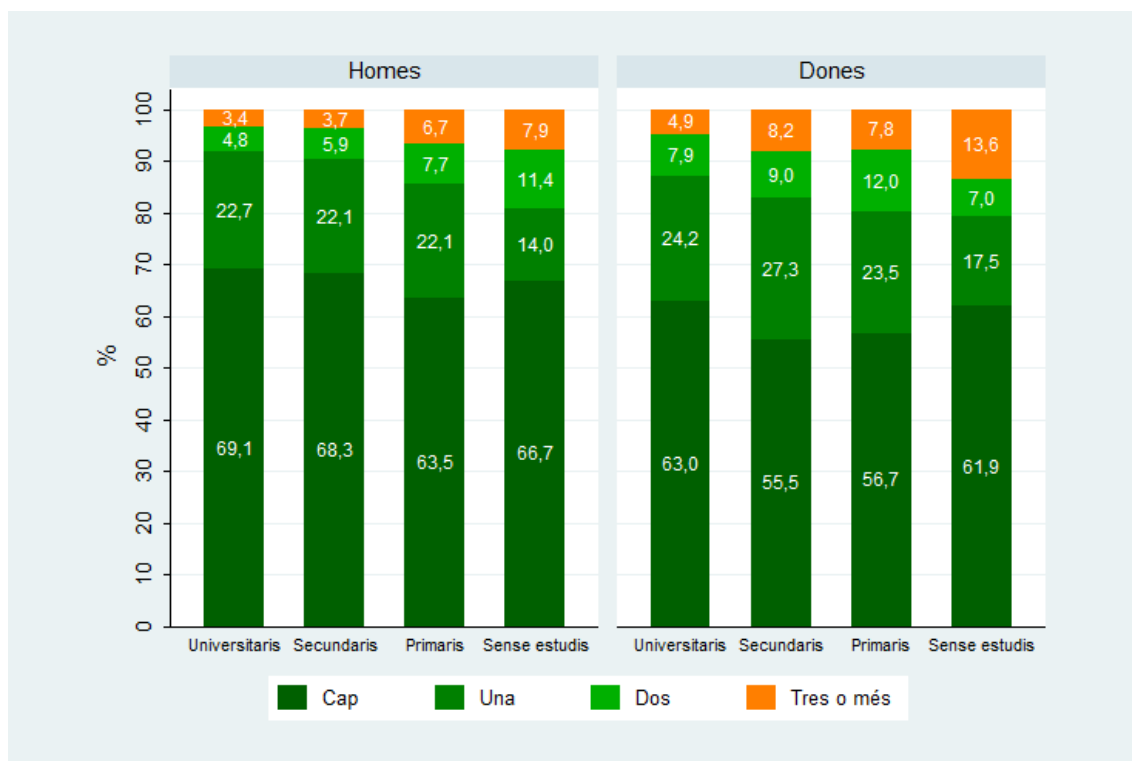
	Modalitat privada		
	Favorable	Desfavorable	NS/NC
1. Va al metge/essa de capçalera abans d'anar a un altre lloc?	90,6	7,3	2,1
2. Si el centre és obert, la visita és el mateix dia?	88,6	7,3	4,2
3. Si el centre és obert, es pot rebre consell per telèfon?	83,3	6,3	10,4
4. Si el centre és tancat, hi ha un telèfon disponible?	83,4	7,3	9,4
5. L'atén sempre el mateix personal?	87,5	7,3	5,2
6. Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència?	72,9	14,5	12,5
7. Coneixen els seus problemes més importants?	83,3	8,3	8,3
8. El metge/essa parla sobre la visita a l'especialista?	77,2	6,0	13,1
9. El centre disposa d'assessorament en salut mental?	81,0	6,0	13,1
10. Recomanaria el centre a un amic o familiar?	83,3	7,2	9,5



## L'atenció d'urgències i especialitzada diferent de la primària

El 35,1% dels homes i el 43,5% de les dones han utilitzat els serveis d'urgències durant el darrer any. Aquests percentatges són més alts entre els menors de 15 anys (48,5% en els nois i 53,8% en les noies). Segons nivell educatiu, es dona un gradient que s'incrementa quan disminueix el nivell d'estudis en anar tres o més cops a urgències en ambdós sexes, del 3,4% i el 4,9% en els homes i dones universitaris/es al 7,9% i 13,6% en els homes i les dones sense estudis (Figura 129). Aquestes desigualtats es fan paleses per barris classificats per la seva renda (Figura 130). Les visites a urgències són més freqüents en els homes que declaren una salut regular o dolenta (alguna visita el 46,2% i el 62,7%, respectivament), i en les dones el 57,3% i el 65,7% (Figura 131).

**Figura 129.** Nombre de visites a urgències segons nivell educatiu i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 130.** Nombre de visites a urgències segons barris i sexe. Percentatges estandaritzats per edat



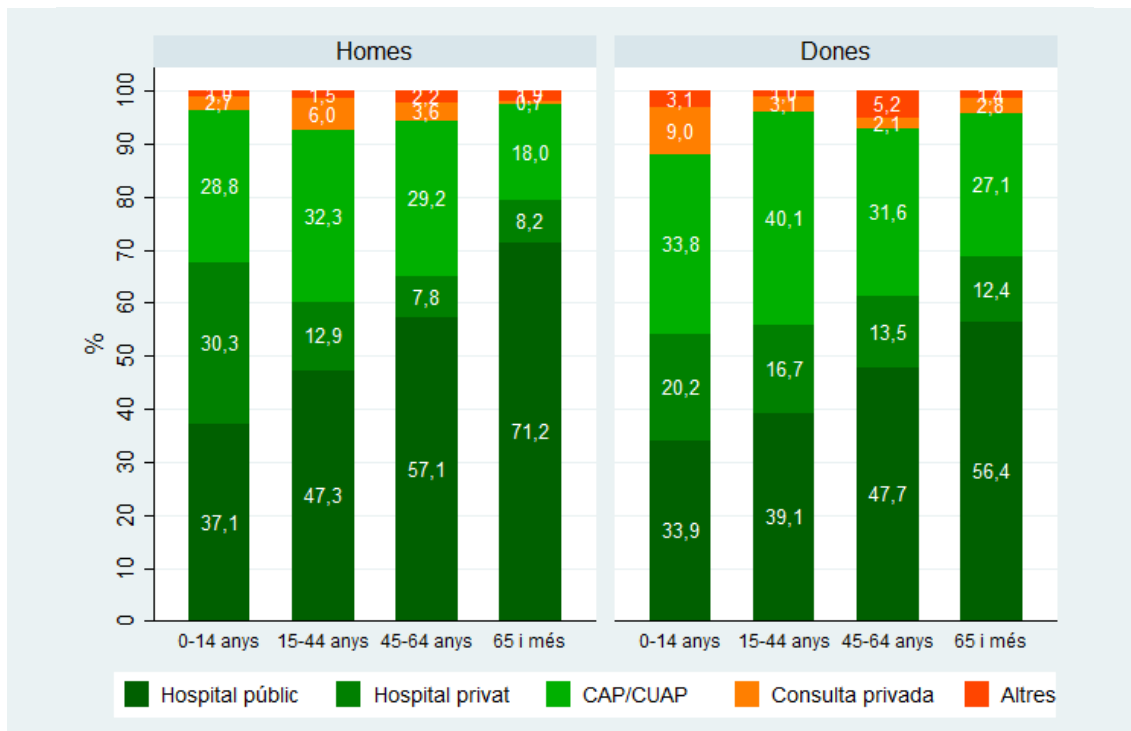
El 47,2% de les urgències s'han realitzat a un hospital públic, el 31,9% a un centre d'urgències de l'atenció primària, el 15% a un hospital privat i només un 3,8% a una consulta privada. En 9 de cada 10 vegades la decisió d'anar a aquest centre l'ha pres la pròpia persona o el seu entorn familiar.

**Figura 131.** Nombre de visites a urgències segons salut percebuda i sexe.



Per grup d'edat, les visites a urgències a hospital privat són més altes entre els infants i adolescents menors de 14 anys (Figura 132).

**Figura 132.** Modalitat d'ingrés a urgències segons grup d'edat i sexe.



### Nombre d'ingressos hospitalaris

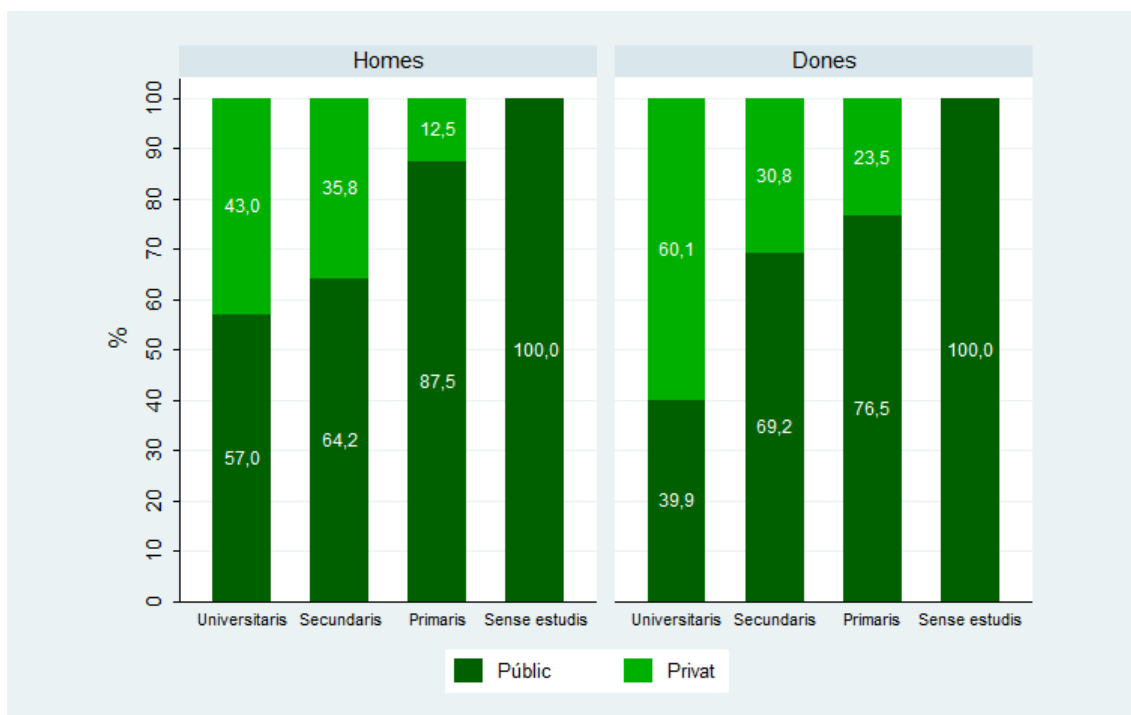
El 10% dels homes i l'11,5% de les dones han realitzat com a mínim un ingrés hospitalari d'una nit el darrer any. En les persones de 65 i més anys és del 21,3% en homes i del 19,5% en les dones. Segons classe social existeix un gradient, de 6,1% en homes i 9,8% en les dones de classe social més avantatjada a 11,9% i 13,9% de la desfavorida, respectivament.

Pel que fa al centre en què s'ha realitzat l'ingrés hospitalari, ha estat a l'hospital públic en el 77% en homes i el 67,8% en dones. De les persones que han realitzat un ingrés hospitalari, hi ha un gradient important respecte del nivell educatiu. Al voltant de la meitat dels homes i dones amb estudis universitaris han utilitzat un hospital públic, essent la totalitat de les persones sense estudis (Figura 133). Segons país de naixement, usen més l'hospital privat les persones autòctones (31,6% dels homes i el 42,4% de les dones) que la resta de procedències (Figura 134).

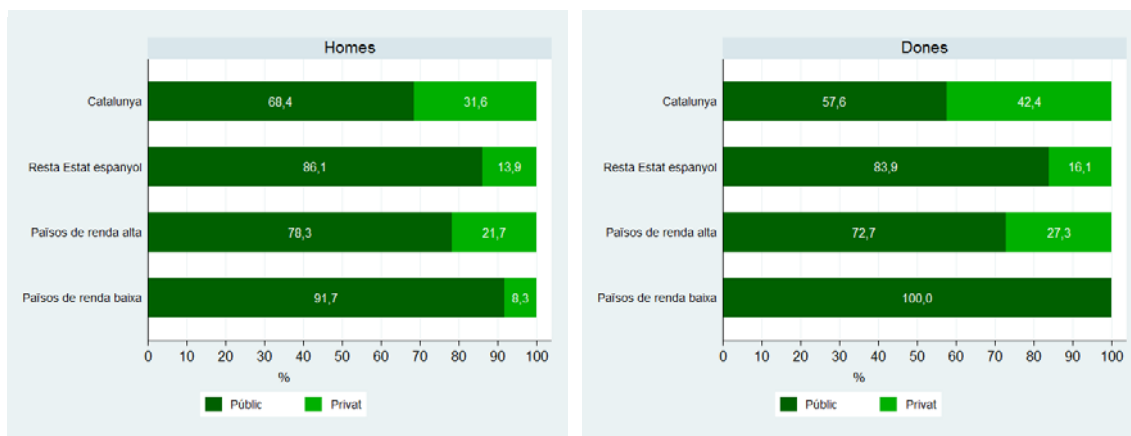
De les persones que han fet l'ingrés, la despesa va anar a càrrec en el 70,3% de les vegades al Servei Català de la Salut, i en segon lloc de les mútues de filiació obligatòries (5,1%), seguit de la pròpia persona (2,4%).

Quant al temps d'espera de les persones amb intervenció quirúrgica, el 31,2% han estat inferiors a set dies, el 30,1% entre 8 dies i un mes, el 26,8% entre 2 mesos i mig any, i l'11,8% en un termini superior al mig any.

**Figura 133.** Modalitat d'ingressos hospitalaris segons nivell educatiu. Percentatges estandarditzats per edat. Població de 15 anys i més.



**Figura 134.** Modalitat d'ingressos hospitalaris segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



## Nombre de visites a especialista

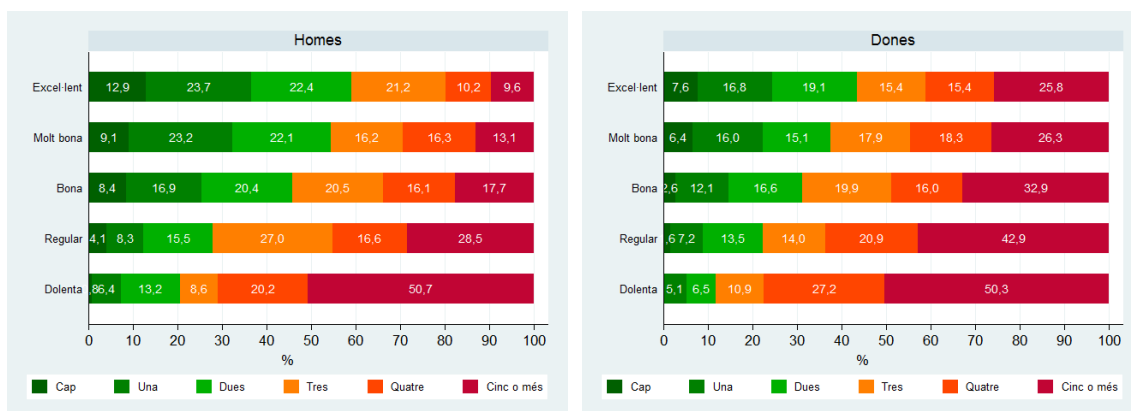
El nombre més freqüent de visites a l'especialista el darrer any (diferents de l'atenció primària), en els homes és de dues vegades (20,5%), i en les dones és de cinc vegades o més (32,4%). Els homes que declaren tenir una salut dolenta van cinc o més vegades el 50,7%, mentre que els de salut excel·lent són el 9,6%. En les dones aquestes diferències són menors: el 50,3% i el 25,8% (Figura 135).

Anar cinc o més vegades a l'especialista en un any s'incrementa en els homes a partir dels 64 anys (26,6%) i en les dones a partir dels 45 anys (38,5%) (Figura 136). Les persones nascudes a països de renda baixa fan menor ús de les visites a l'especialista (cinc vegades o més el 7,7% homes i 15,9% dones), mentre que els procedents de la resta de l'Estat espanyol en fan el major ús (20,9% els homes i 38% les dones) (Figura 137).

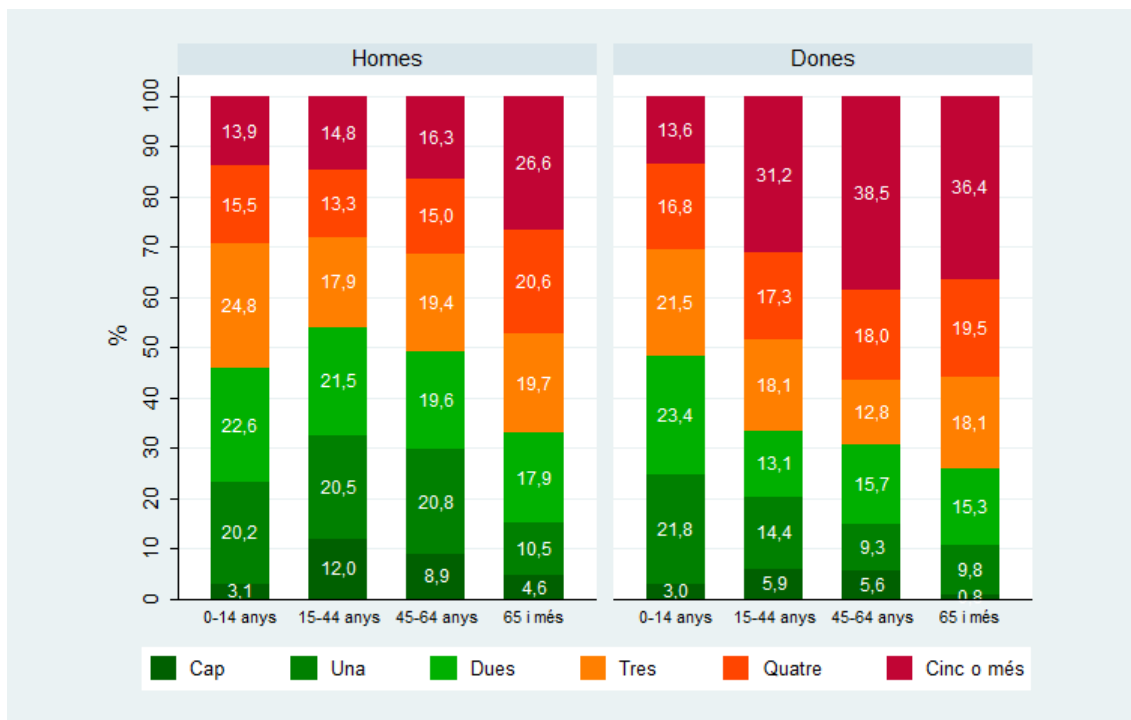
Destaquen les visites al dentista, i optometrista per sobre del 25% en ambdós sexes i de ginecologia en dones (41,7%) (Taula 17). La inclusió per primer cop a l'enquesta de les visites de teràpies no convencionals permet estimar l'ús de l'homeopatia, l'acupuntura i l'herbolari: l'1,4% en els homes i el 3,4% en les dones.

Pel que fa als menors, també quasi la totalitat de la població infantil ha visitat un professional sanitari. Destaquen les visites al dentista en més de 4 de cada 10 infants (Taula 18). La visita d'infermeria és la més freqüent en un 25% en ambdós sexes seguida de la visita farmacèutica, i el psicòleg en un 10,4% en els nois i el 5,2% en les noies.

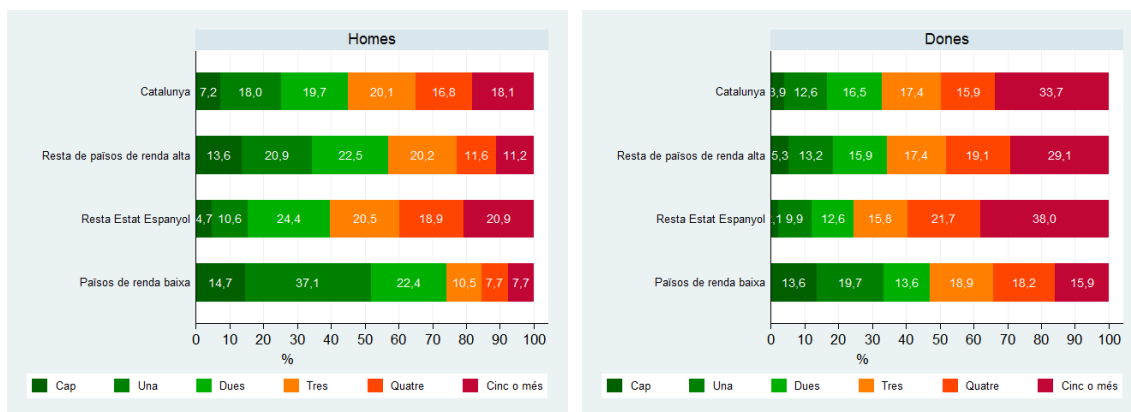
**Figura 135.** Nombre de visites a especialista el darrer any segons salut percebuda i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.



**Figura 136.** Nombre de visites a especialista el darrer any per grup d'edat i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 137.** Nombre de visites a especialista el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Taula 17.** Professionals sanitaris visitats el darrer any per sexe en adults, en percentatges. Barcelona 2011 i 2016.

	Homes		Dones	
	2011	2016	2011	2016
<b>Algun professional sanitari</b>	80,4	90,4	92,3	95,6
<b>Metge de medicina general</b>	63,1	62,5	72,8	70,3
<b>Metge especialista</b>				
Pediatría		0,3		0,5
Optometria		25,5		31,4
Odontologia	25,2	37,1	30,3	42,5
Ginecologia			45,2	41,7
Psiquiatria	3,1	5,2	4,5	5,8
Altre especialista		55,5		60,6
<b>Altre professional sanitari</b>				
Infermeria	7,3	20,8	11,3	27,2
Llevador/a				4,4
Treballador/a social		4,7		5,6
Fisioterapeuta	5	12	6,2	14,7
Psicologia	1,9	4,1	2,9	5,9
Quiropràctica		2,4		2,7
Osteopatia		3,2		5,8
Farmàcia		31,9		38,9

<b>Professionals de les teràpies no convencionals</b>		
Homeopatia	1,4	2,6
Acupuntura	1,5	3,4
Herbolari	1,5	2,1
Metge/essa naturista/naturopatia	0,9	2,2
Altres professionals de la medicina complementària	0,2	0,7

**Taula 18.** Professionals sanitaris visitats el darrer any per sexe en menors de 14 anys, en percentatges. Barcelona 2011 i 2016.

	Nois		Noies	
	2011	2016	2011	2016
<b>Algun professional sanitari</b>	95,5	97	93,6	97,1
<b>Metge/essa especialista</b>				
Optometria	17,7	27,5	22,6	30,2
Odontologia	37,5	43,8	39,8	50
Psiquiatria	0,8	4,1	2,9	0
<b>Altres especialistes</b>	17,3	40,8	16,2	43,3
<b>Altres professionals sanitaris</b>				
Infermeria		25,7		25,4
Treballador/a social		2,3		2,5
Fisioteràpia		3,3		3,1
Psicologia		10,4		5,2
Farmàcia		20		16,5

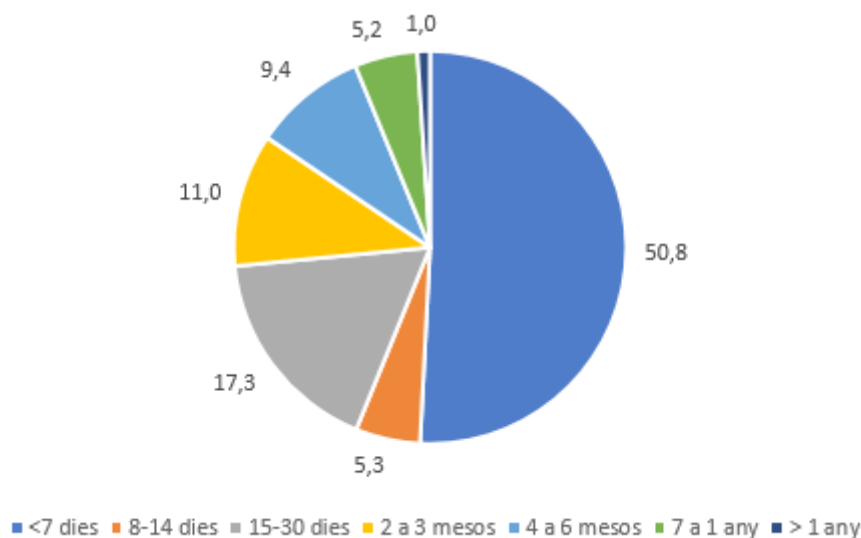


## Temps d'espera de les visites

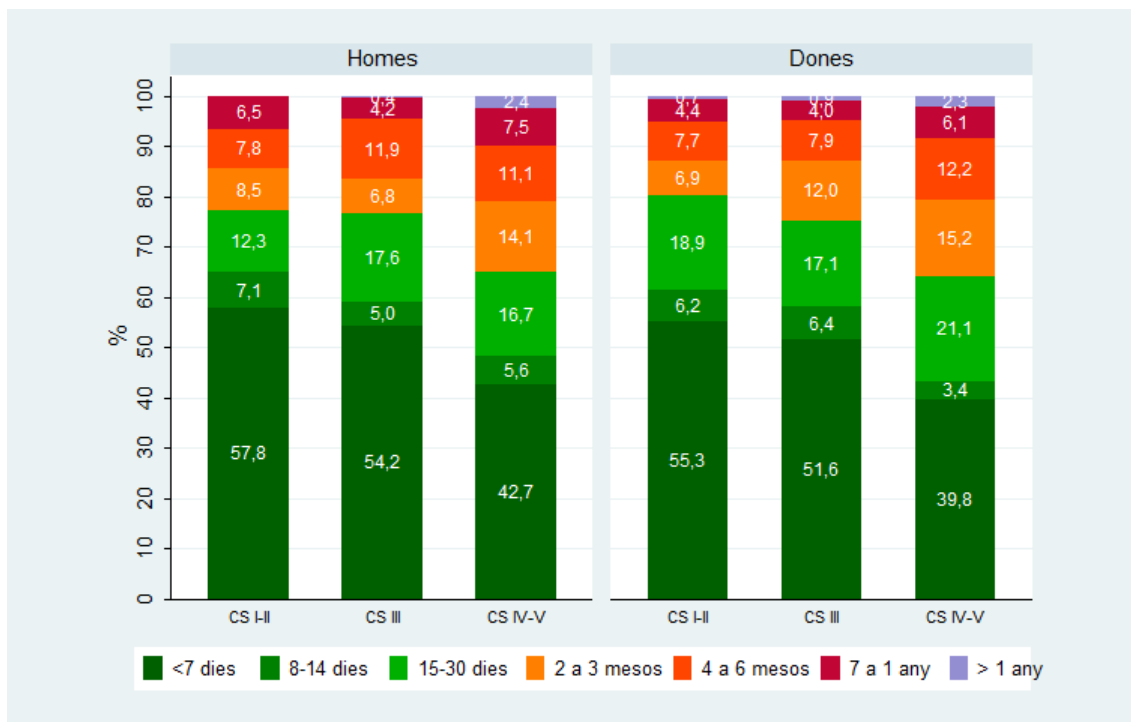
El temps d'espera al metge/ssa de capçalera inferior a 7 dies és del 80,3% als serveis públics, i del 89,6% als privats, d'entre 8 i 14 dies d'espera el 7,6% als serveis públics i del 3,7% al privat. I d'entre 15 a 29 dies el 8,2% i el 2,4%, respectivament.

Poc més de la meitat de la població que acudeix a un (una) especialista rep la visita en menys de set dies (50,8%), i el 73,4% són visitats per l'especialista dintre del primer mes (Figura 138). Les persones de classe social menys avantatjada declaren en menor mesura ser visitats per l'especialista en un termini d'un mes o inferior; en els homes passa del 77,2% en els de classe de menys avantatjada, al 65% en els de menys avantatjada, i en les dones del 80,4% al 64,3%, respectivament (Figura 139). Ser visitat els primers 7 dies ocorre el 77% en els homes de Sarrià-Sant Gervasi però a Nou Barris només és el 27,7%. En les dones ocorre el 69,9% a Sarrià-Sant Gervasi i el 31,9% a Nou Barris (Figura 140). El 62,8% dels homes que declaren tenir només cobertura pública estan atesos durant el primer mes, mentre que els que tenen el doble cobertura és el 86%. En les dones, aquestes xifres són, respectivament, del 62,3% i el 87,9% (Figura 141).

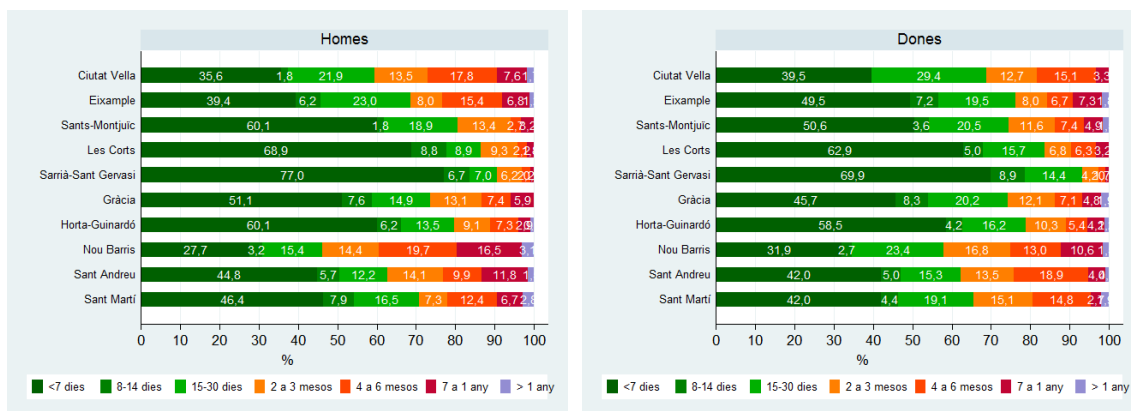
**Figura 138.** Temps d'espera a l'especialista. Percentatges estandarditzats per edat.



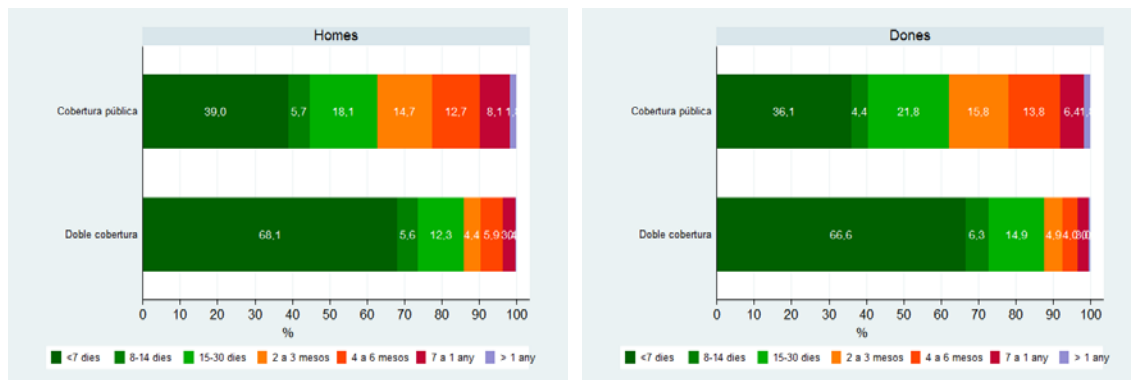
**Figura 139.** Temps d'espera a l'especialista segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Figura 140.** Temps d'espera a l'especialista segons districte i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



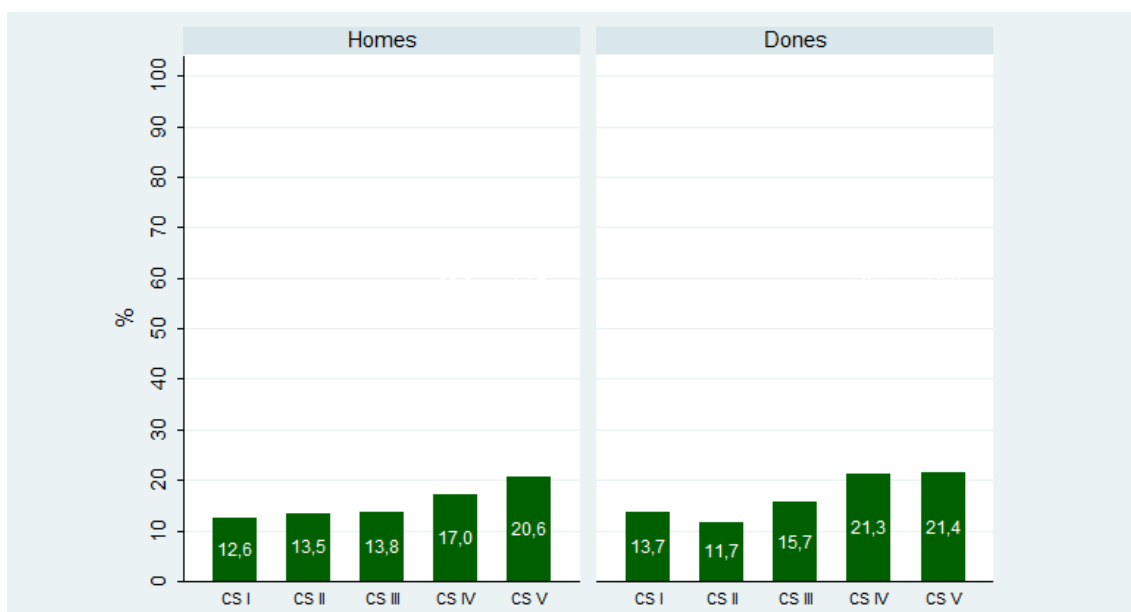
**Figura 141.** Temps d'espera a l'especialista segons tipus de cobertura i sexe.



## L'atenció sanitària no atesa

Un 16% de la població ha tingut algun problema mèdic durant els darrers 12 mesos però no el va atendre. Aquest percentatge puja al 20% en el grup d'edat de 15 a 44 anys, i decreix amb l'edat. També és més alt en les classes socials desfavorides per sobre del 20% (Figura 142). Els tres motius més freqüents per no haver demanat atenció mèdica són que no es considera el motiu prou greu (59,6%), perquè no resolen el seu problema (14,3%) i per no perdre hores de treball (8,6% en ambdós sexes: 11,6% en els homes i 5,9% en les dones).

**Figura 142.** Atenció mèdica no atesa segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



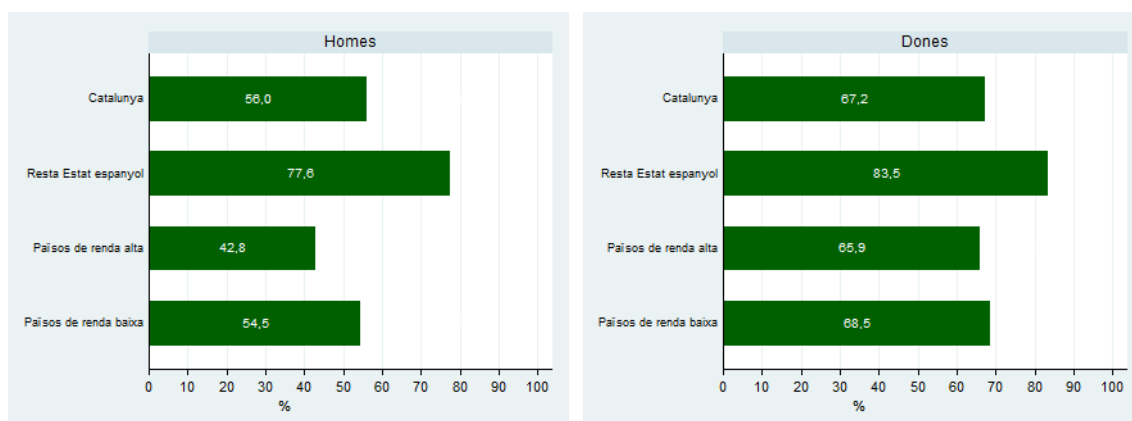
## El consum de medicaments

### El consum de medicaments els dos darrers dies

Un 56,3% dels homes i un 69,5% de les dones han consumit algun medicament els dos darrers dies. El consum s'incrementa amb l'edat, entre els homes de 15 a 44 anys és del 40% i en els de 65 i més anys és del 89,2%, en les dones és del 54,1% i del 91,6%, respectivament. El consum de medicament s'incrementa amb les classes socials manuals arribant al 60,2% en els homes i el 75,8% en les dones. Existeixen grans diferències segons el país d'origen, mentre que pels homes d'origen català representa el 56%, els d'origen de la resta de l'Estat espanyol és de 77,6%. En les dones aquests percentatges són més alts, en les catalanes és del 67,2% i en les de la resta de l'Estat espanyol el 83,5% (Figura 143).

Els medicaments consumits amb major freqüència són per la tensió arterial (18,6% en homes i 20,4% en dones), i aspirines, antiinflamatoris i similars (15,5% i 22,8% respectivament) (Taula 19). Aquests darrers són els que més es prenen per iniciativa pròpia. El segueixen els medicaments per l'estómac i el colesterol, i tranquil·litzants al voltant del 10%.

**Figura 143.** Consum d'algun medicament els dos darrers dies segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



**Taula 19.** Consum de medicaments els dos darrers dies en adults i per sexe, en percentatges. Barcelona 2016 i 2011

	Homes 2011	Homes 2016		
	Amb recepta mèdica	Amb recepta mèdica	Pel consell de farmàcia	Per iniciativa pròpia
Medicaments per a la tensió arterial	17,6	18,6	0,1	0
Aspirina, similars i/o antiinflamatoris	8,3	15,5	0,9	12,2
Medicaments per al colesterol	11,1	12,4	0	0,3
Medicaments per a l'estómac	8,6	9,2	0,1	0,6
Tranquil·litzants, sedants	5,3	7,4	0,2	0,3
Medicaments per al cor	8	6,6	0,1	0,1
Medicaments antidepressius	4	6,2	0,1	0,1
Insulina o medicaments per a la diabetis	5,1	6	0	0,1
Medicaments per dormir	4	5,7	0,1	0,3
Antibiòtics (penicil·lina o altres)	1	3,5	0,1	0,3
Medicaments per a l'al·lèrgia	1,9	3,3	0,1	0,2
Medicaments per a l'asma	1,4	2,8		0,2
Medicaments per a l'osteoporosi		1,1	0	0,1
Medicaments homeopàtics		1,1	0,1	0,5
Medicaments per aprimar-se		0,4	0	0,3
Un altre medicament		11,7	0,4	1,1

	Dones 2011		Dones 2016	
	Amb recepta mèdica	Amb recepta mèdica	Pel consell de farmàcia	Per iniciativa pròpia
Aspirina, similars i/o antiinflamatoris	14,4	22,8	1,4	14,5
Medicaments per a la tensió arterial	19	20,4	0,1	0
Medicaments per al colesterol	11,4	13	0	0,1
Medicaments per a l'estómac	10,5	12,5	0,1	0,3
Tranquil·litzants, sedants	10,8	11,9	0	0,2
Medicaments per dormir	10,3	11,1	0,3	0,1
Medicaments antidepressius	9,3	10,9	0,1	0
Medicaments per a l'osteoporosi		6,2	0,1	0
Insulina o medicaments per a la diabetis	5,3	5,9	0	0
Medicaments per al cor	5,7	5,6	0	0
Anticonceptius		5,5		0,1
Medicaments per a l'al·lèrgia	3,6	3,7	0,1	0,2
Antibiòtics (penicil·lina o altres)	2,4	3,1	0	0,1
Medicaments per a l'asma	1,7	2,9		0,1
Medicaments homeopàtics		2,8	0,1	0,7
Medicaments per aprimar-se		1	0,2	0,2
Un altre medicament		17,3	0,8	1,2

## **El consum de tractaments no convencionals els dos darrers dies**

En aquesta edició de l'Enquesta de Salut s'ha diferenciat per primer cop el consum de les medicines no convencionals com ara l'homeopatia, l'acupuntura, l'herbolari, la naturopatia i altres. A Barcelona, el 6,1% dels homes i l'11,1% de les dones consumeixen aquests tractaments alternatius. No hi ha diferències per edat en homes, però les dones de 45 i més anys fan un consum més alt (14,8%). No hi ha diferències importants segons posició socioeconòmica.





---

# Conclusions

---

Aproximadament 8 de cada 10 persones declaren tenir una bona salut tant percebuda com mental, per tant podem considerar que en general la població barcelonina declara un bon estat de salut. Tanmateix, persisteix una part de la població amb alguns problemes de salut com el risc de patiment psicològic, les lesions, l'obesitat, l'aïllament i la restricció de l'activitat en les persones grans que requereixen atenció especial. Existeixen diferències en salut segons els eixos de desigualtat. A més de les desigualtats per sexe i l'edat, són també rellevants les desigualtats per nivell socioeconòmic i territorials. L'evolució dels indicadors tendeix a ser estables, en els darrers anys i també les desigualtats socioeconòmiques. Les mesures de pobresa identifiquen al voltant del 10% de la població amb risc d'exclusió, i un 5% amb major severitat d'exclusió. No obstant alguns problemes socioeconòmics, com la pobresa energètica, són més transversals. Per exemple al districte de l'Eixample s'observa un percentatge de persones grans amb aquesta problemàtica més alts que a altres districtes de menor renda. Altres problemes d'entorn de barri són la contaminació, el trànsit molt intens, el soroll i el poc ús d'espais verds.

Gran part de la població té uns estils de vida saludables com ara caminar tots els dies i un consum moderat d'alcohol. En els darrers anys ha augmentat la realització d'activitat física en el temps de lleure, i l'abandonament del consum de tabac, malgrat que el consum de tabac, alcohol i altres substàncies il·legals és alt en la població més jove. Una elevada part de la població infantil realitza activitats sedentàries com veure la televisió o jugar amb l'ordinador.

Es confirma una major freqüència de pràctiques preventives en edats recomanades, sobretot en el control del colesterol, tot i que la vacunació de la grip és millorable. Es manté la proporció de doble cobertura els darrers anys. L'atenció primària es valora positivament. Per la majoria de la població és el primer lloc on acudir quan té un problema de salut. Tanmateix l'atenció és diferencial segons la titularitat pública o privada. Es valora millor l'accés telefònic a l'atenció primària privada i el menor temps d'espera per aconseguir visita amb un professional especialista de la privada. En canvi, la continuïtat de l'atenció és millor valorada en l'atenció primària pública. La població barcelonina consumeix els medicaments amb recepta. Es confirma que fan un major ús dels serveis sanitaris les persones amb pitjors indicadors de salut.

Els esforços de promoció i prevenció dels serveis de salut coincideixen amb l'estabilitat dels bons indicadors agregats a nivell poblacional tot i la crisi econòmica dels darrers anys. No obstant persisteixen grups de població amb majors necessitats d'atenció. L'objectiu d'assolir millores en els indicadors de salut i en la reducció de les desigualtats en salut obliga a la reflexió i a una recerca més profunda de la contribució dels diferents factors contextuais i individuals dels hàbits en la salut.

**Taula 20.** Evolutius d'alguns indicadors, en percentatges no estandarditzats per edat. Barcelona 2006-2016.

	Homes			Dones		
	2006	2011	2016	2006	2011	2016
<b>Salut</b>						
Estat de salut bo o excel·lent	81,3	84,6	84,4	74,2	78,2	78,2
Risc de patiment psicològic	10,8	11,1	16,5	19,3	16,8	19,9
Hores de son inferiors a 6	27,6	22,4	23,6	31,9	28,6	24,5
Obesitat	10,6	10,7	13,5	11,7	10,3	13,5
Sobrepès	42,4	41,7	40,3	27	26,9	26,1
Algun trastorn crònic <sup>1</sup>	69,3		69,2	81,8		81,4
Restricció crònica de l'activitat	14,8	11,1	16,7	20,3	15,4	18,7
<b>Hàbits relacionats amb la salut</b>						
Fumadors habituals	27,8	22,2	23,7	20,3	15,9	16,5
Activitat física habitual important	10,8	9,4	10,5	5,3	4,3	5,7
Activitat física intensa en temps de lleure	17,4	25,3	26,6	10,3	15,7	14,8
No esmorzar abans de sortir de casa infants <sup>2</sup>		3,6	3,9		6,3	4,9
Consum d'alcohol de risc	9,6		9	3		4,2

Consum de 5 begudes mínim 1 a 3 vegades al mes	7,5	6,1	8,3	2,3	3,3	3,3
Consum de 5 begudes mínim 1 a 3 vegades al mes <sup>3</sup>	12,8	16,2	18	6,2	9,8	11
Consum de tranquil·litzants darrer mes	7,4	5,7	3,8	13,3	12,2	4,6
Consum de cànnabis darrer mes	8,1	3	6	3,8	1,5	2
Consum de cocaïna darrer mes	1,5	0,3	0,5	0,6	0,1	0,1
<b>Utilització de serveis sanitaris</b>						
Doble cobertura sanitària	35,6	37,2	34,7	34,3	40,4	35,3
Ús de serveis d'urgències	28,9	25,7	35,1	33,1	28,4	43,5
Com a mínim un ingrés hospitalari	8,8	8,5	10	9	8,3	11,5
Consum d'algun medicament els dos darrers dies	53,8	49,4	56,3	74,4	65,6	69,5
<b>Pràctiques preventives</b>						
Vacunar-se de la grip 60 anys o més	58,7	55	52,5	62,5	53	48,9
Control de la tensió arterial	45,6	46,1	52,1	48	56,6	55,9
Control de colesterol	48	55,2	62,3	54,6	64,5	72,4
Citologies periòdiques	na	na	na	59,7	65,5	63,4
Mamografies periòdiques en dones <sup>4</sup>	na	na	na	48,7	53,1	48,4

**Notes:**

<sup>1</sup> hi ha variabilitat en el nombre de trastorns crònics entre els anys;

<sup>2</sup> de 3 a 14 anys;

<sup>3</sup> de 15 a 24 anys;

<sup>4</sup> majors de 20 anys; na: no aplica.

**Taula 21.** Evolutius d'alguns indicadors, en percentatges estandarditzats per edat. Barcelona 2006-2016.

	Homes			Dones		
	2006	2011	2016	2006	2011	2016
Mala salut percebuda	20,2	17,7	17,9	28,2	21,3	21,5
Mala salut percebuda en ocupacions manuals	26,7	19,2	23,7	39,1	26,6	30,4
Mala salut percebuda en aturats/des	19,7	14,2	16,9	32,7	19,2	25,8
Mala salut mental	10,7	11,3	16,7	19,3	16,4	19,6
Mala salut mental en ocupacions manuals	14	12,8	22,1	23,3	18,4	28
Mala salut mental en aturats/des	21,3	21,6	27,8	26,5	24,1	33,7
Activitat física moderada o intensa	26	36,2	35,3	19,5	26,5	24,7
Activitat física moderada o intensa en ocupacions manuals	19,7	32,1	28	14,7	20,4	17,7
Consum habitual de tabac	27,9	21,5	22,7	20,3	16,5	16,9
Consum habitual de tabac en aturats/des	37,7	33,7	40,2	43,9	44,3	37,5
Consum 5 begudes un sol cop més de 3 vegades més de 15 a 24 anys	15,9	15,3	12,5	6,7	12,8	13,6
Obesitat	10,7	10,7	14	11,1	9,8	13,1
Obesitat i sobrepès	53,8	53,4	54,8	37,2	36,1	38,3
Obesitat i sobrepès en aturats/des	50,4	45,8	54,2	37,9	34,3	49,2
Doble cobertura sanitària	33,9	35,9	34,6	34,7	39,8	35,8
Valoració atenció primària	88,4	83,3	82,5	81,6	82,2	83,4

# Annex

**Taula A1.** Classificació de barris per nivell de renda.

1	El Raval	Molt baixa
2	El Barri Gòtic	Alta
3	La Barceloneta	Baixa
4	Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera	Mitjana
5	El Fort Pienc	Alta
6	La Sagrada Família	Mitjana
7	La Dreta de l'Eixample	Molt alta
8	L'Antiga Esquerra de l'Eixample	Molt alta
9	la Nova Esquerra de l'Eixample	Alta
10	Sant Antoni	Mitjana
11	El Poblesec	Baixa
12	La Marina del Prat Vermell	Molt baixa
13	La Marina del Port	Baixa
14	La Font de la Guatlla	Mitjana
15	Hostafrancs	Mitjana
16	La Bordeta	Baixa
17	Sants-Badal	Baixa

18	Sants	Mitjana
19	Les Corts	Alta
20	La Maternitat i Sant Ramón	Alta
21	Pedralbes	Molt alta
22	Vallvidrera, el Tibidabo i les Planes	Molt alta
23	Sarrià	Molt alta
24	Les Tres Torres	Molt alta
25	Sant Gervasi-La Bonanova	Molt alta
26	Sant Gervasi-Galvany	Molt alta
27	El Putxet i el Farró	Molt alta
28	Vallcarca i els Penitents	Alta
29	El Coll	Mitjana
30	La Salut	Alta
31	La Vila de Gràcia	Alta
32	El Camp d'en Grassot i Gràcia Nova	Alta
33	El Baix Guinardó	Mitjana
34	Can Baró	Mitjana
35	El Guinardó	Mitjana
36	La Font d'en Fargues	Mitjana
37	El Carmel	Molt baixa
38	La Teixonera	Baixa
39	Sant Genís dels Agudells	Mitjana

40	Montbau	Baixa
41	La Vall d'Hebron	Mitjana
42	La Clota	Mitjana
43	Horta	Mitjana
44	Vilapicina i la Torre Llobeta	Baixa
45	Porta	Molt baixa
46	El Turó de la Peira	Molt baixa
47	Can Peguera	Molt baixa
48	La Guineueta	Molt baixa
49	Canyelles	Molt baixa
50	Les Roquetes	Molt baixa
51	Verdun	Molt baixa
52	La Prosperitat	Molt baixa
53	La Trinitat Nova	Molt baixa
54	Torre Baró	Molt baixa
55	Ciutat Meridiana	Molt baixa
56	Vallbona	Molt baixa
57	La Trinitat Vella	Molt baixa
58	Baró de Viver	Molt baixa
59	El Bon Pastor	Molt baixa
60	Sant Andreu	Baixa
61	La Sagrera	Baixa

62	El Congrés i els Indians	Baixa
63	Navas	Mitjana
64	El Camp de l'Arpa del Clot	Baixa
65	El Clot	Mitjana
66	El Parc i la Llacuna del Poblenou	Mitjana
67	La Vila Olímpica del Poblenou	Molt alta
68	El Poblenou	Mitjana
69	Diagonal Mar i el Front Marítim del Poblenou	Molt alta
70	El Besós i el Maresme	Molt baixa
71	Provençals del Poblenou	Alta
72	Sant Martí de Provençals	Baixa
73	La Verneda i la Pau	Molt baixa



---

# Referències

---

- [1] *Health Interview Surveys*. de Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A (ed). Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series number 58, 1996.
- [2] *The European Union Health Monitoring Programme*. Eur J Public Health 2003; 13 (3); Supplement.
- [3] Borrell, C, García-Calvente M, Martí-Bosca JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 18 (Supplement 1): 26.
- [4] Bartoll X, Baranda L, Gonzalez JM, Pérez K, Rodriguez M, Borrell C. *Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17*. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2017. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2018.
- [5] Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J. Bofill. *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
- [6] Domingo-Salvany, A, Bacigalupe, A, Carrasco, J M, Espelt, A, Ferrando, J, and Borrell, C (2013). Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*, 27 (3), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.009>
- [7] <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834howdoestheworldbankclassifycountries>.
- [8] 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.
- [9] Bellon Saameno JA, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996 Sep 15; 18 (4): 153-6, 158-63.

- [10] Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
- [11] *Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents: a European public health perspective* [pàgina a Internet]. Alemanya: The KIDSCREEN Group; 2001. [data de consulta: setembre 2007]. Disponible a: <http://www.kidscreen.org/>
- [12] 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): 9-12.
- [13] Goldberg D. *Manual del General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing, 1978.
- [14] Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de general health questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979; 42: 139-58.
- [15] Ramos-Goñi JM, Oppe M, Slaap B, Busschbach JJV, and Stolk E (2016). Quality Control Process for EQ-5D-5L Valuation Studies. *Value in Health*, 20 (3), 466-473. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.10.012>
- [16] Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 534-39.
- [17] *Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires* [pàgina a Internet]. Disponible a: <http://www.sdqinfo.com>
- [18] Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Aug; 35 (8): 1381-95.
- [19] Pekka Oja. *Development of a common instrument for physical activity*. En: Nosikov A and Gudex G (Eds.). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, 2003.
- [20] Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath S *et al*. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32 (suppl): S498-S516.
- [21] *Plan Nacional sobre Drogas*: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

- [22] Starfield B, Shi L. *Manual for the primary care assesement tools*. Barltimore, MD John Hopkins University, 2002.
- [23] 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. *Atención Primaria* 2007; 39 (8): 395-401.

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona



La Salut en xifres

Connectem  
**f** **t** **y** **in**

[www.aspb.cat](http://www.aspb.cat)