



Enquesta de salut de Barcelona 2011

Resultats principals





Enquesta de salut de Barcelona 2011

Resultats principals

Coordinació del projecte

Agència de Salut Pública de Barcelona

Plaça Lesseps, 1

08023 Barcelona

Tel. 93 238 45 45

Fax 93 217 31 97

direccio@aspb.cat

www.aspb.cat

Redacció del document

Xavier Bartoll

Maria Salvador

Natalia Allué

Carme Borrell

Treball de camp

Institut Opinòmetre

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

Bartoll X, Salvador M, Allué N, Borrell C.

Enquesta de salut de Barcelona 2011.

Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2013

Enquesta de salut de Barcelona 2011

Realització

El Tinter SAL, empresa certificada ISO 9001, ISO 14001 i EMAS

Dipòsit legal

B.12134-2013

ISBN 978-84-9850-465-1

Maig de 2013

Índex

Resum executiu	9
Objectius	13
Metodologia	15
Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs	19
La població i el nivell socioeconòmic i laboral	19
<i>Condicions familiars</i>	19
<i>Condicions de l'habitatge</i>	19
<i>Nivell d'estudis</i>	19
<i>Classe social</i>	20
<i>Lloc de naixement</i>	20
<i>El suport social i la xarxa social</i>	21
El treball remunerat	22
El treball no remunerat	24
Opció sexual	25
Context ambiental	25
Estat de salut i qualitat de vida	27
La percepció de la salut	27
<i>La salut percebuda</i>	27
<i>Qualitat de vida de la població infantil</i>	29
La salut mental	29
Els problemes de pes	30
Els trastorns crònics	31
Les lesions per accident	32
La restricció de l'activitat	33
<i>Restricció aguda de l'activitat</i>	33
<i>Restricció crònica de l'activitat</i>	34
<i>Limitació de les activitats de la vida diària en adults</i>	34
<i>Limitació de les activitats de la vida diària en la gent gran</i>	35
Estils de vida relacionats amb la salut	37
Alimentació	37
<i>Esmorzar en menors</i>	37
<i>Menjar no saludable en menors</i>	37
<i>Ingesta de fruita i verdura en menors</i>	38
<i>Ingesta de fruita i verdura en adults</i>	38
Activitat física	38

<i>Activitat física habitual</i>	39
<i>Activitat física de lleure</i>	39
<i>Activitat física i altres activitats de lleure de la població infantil</i>	40
Consum de tabac	40
<i>Hàbit tabàquic</i>	40
<i>Fum de tabac ambiental</i>	41
Mobilitat viària	41
Hores de son	42
Utilització serveis sanitaris	43
Cobertura sanitària	43
Atenció primària	44
<i>Professional sanitari o centre de referència</i>	44
<i>Característiques de l'atenció primària</i>	44
Visites a professionals sanitaris el darrer any	45
<i>Professionals sanitaris visitats el darrer any</i>	45
<i>Visites de la població infantil al dentista el darrer any</i>	45
Atenció especialitzada ambulatoria	46
<i>Temps d'espera des que es demana la visita fins que es realitza</i>	46
Visites a urgències	47
<i>Visites a urgències el darrer any</i>	47
<i>Nombre de visites a urgències el darrer any</i>	47
<i>Lloc de la visita a urgències el darrer any</i>	47
Ingressos hospitalaris	48
<i>Hospitalització el darrer any (excloent els parts)</i>	48
<i>Hospitalitzacions per part el darrer any</i>	49
Consum de medicaments	49
Atenció sanitària no atesa	50
Motius per no demanar assistència sanitària	51
Pràctiques preventives	53
Control de la tensió arterial	53
Control del colesterol	53
Vacunació de la grip	53
Mamografies periòdiques	54
<i>Realització de mamografia periòdicament</i>	54
<i>Motiu de la no-realització d'una mamografia periòdicament</i>	54
<i>Lloc de la realització de la darrera mamografia</i>	55
Citologies del coll d'úter periòdiques	55
Conclusions	57
Bibliografia	59

Resum executiu

Descripció demogràfica

Lloc de naixement: la mostra de població entrevistada és majoritàriament nascuda a Catalunya en un 70,8%, el 15,0% prové de la resta de l'Estat espanyol, i el 14,2% és estrangera, majoritàriament prové de països de renda baixa.

Posició socioeconòmica: el 4,1% dels homes i el 8,5% de les dones de 21 anys o més no tenen estudis i al voltant d'un terç de la població declara tenir estudis universitaris.

Habitatge: la major part dels habitatges disposen de calefacció (74,0%), d'ascensor (79,8%), d'ordinador (79,3%), i d'internet (77,4%). Tanmateix existeixen diferències importants per districtes.

Suport social: en general la població mostra valors alts de suport social, però l'11,1% de la població adulta de 15 anys o més declara no tenir la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes personals i familiars tant com desitjaria.

Treball: una jornada de menys de 20 hores setmanals la fan el 4,5% dels homes i el 7,2% de les dones. La jornada més freqüent correspon a la franja de 21 a 40 hores en el 70,3% en homes i el 79,2% en dones. Pel que fa a les llargues jornades, les fan el 24,3% dels homes mentre en les dones és del 12,8%. Quant a les condicions de treball el 46,6% dels homes i el 48,6% de les dones realitzen moviments repetitius; les que suposen risc psicossocial, com ara el treball excessiu, estan presents en el 46,8% dels homes i el 39,3% de les dones. Els aturats representen un 11,4% dels homes i un 9,5% de les dones.

Treball domèstic: el 34,6% de les dones de 15 anys o més declaren que elles soles són les que s'ocupen principalment del treball domèstic mentre que només ho fan l'11,4% dels homes, però més d'una tercera part de les dones i els homes declaren compartir-ho amb la seva parella o altres.

Estat de salut i qualitat de vida

Estat de salut: el 84,6% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir un estat de salut excel·lent, molt bo o bo,

però amb diferències segons posició socioeconòmica. En els que tenen estudis universitaris és d'un 86,6% en homes i un 78,7% en dones, mentre que entre les persones sense estudis disminueix a un 61,2% en homes i un 67,3% en dones.

Salut mental: el risc de patiment psicològic se situa en l'11,1% dels homes i el 16,8% de les dones, incrementant-se en aquestes amb l'edat. Segons posició socioeconòmica existeix un gradient en ambdós sexes, en pateixen el 22,9% dels homes sense estudis i el 23,8% de les dones.

Sobrepès: l'obesitat se situa en un 10,7% dels homes i un 10,3% de les dones, si hi comptem el sobrepès representa el 29,9% i el 37,1% respectivament. L'excés de pes s'incrementa amb l'edat en ambdós sexes i en les persones de menor posició socioeconòmica.

Trastorns crònics: el percentatge de persones sense trastorns crònics és el 49,7% en homes i el 40,7% en dones, percentatges que disminueixen amb l'edat. En les dones és superior la presència de tres o més trastorns en tots els grups d'edats. La presència de restricció aguda i crònica de l'activitat s'incrementa amb l'edat i no segueix un patró clar segons posició socioeconòmica. La limitació funcional que suposa tenir alguna discapacitat està present en el 14,8% de les dones i el 20,8% dels homes, incrementant-se especialment a partir dels 65 anys i en major proporció en els grups de menor posició socioeconòmica. Tenen limitacions en realitzar les funcions de la vida quotidiana i no reben ajuda 3 de cada 10 dones i 2 de cada 10 homes majors de 65 anys.

Estils de vida relacionats amb la salut

Alimentació: la majoria dels infants esmorzen cada dia abans de sortir de casa. Un 8,3% consumeix cinc o més racions de fruita i verdura al dia. Tanmateix, un 12,4%, consumeix freqüentment aliments no saludables (menjar ràpid, productes i begudes amb sucre, etc.).

Entre els adults, consumeixen cinc o més racions de fruita al dia el 9,7% i s'incrementa amb l'edat, però més de la meitat de la població consumeix més de 3 peces al dia.

Activitat física: prop de 4 de cada 10 persones majors de 15 anys camina cada dia almenys 30 minuts. El 25,4% d'homes i el 15,7% de dones realitza una activitat física intensa en el temps de lleure. És més habitual en homes i disminueix amb l'edat i la posició socioeconòmica, però en canvi, una activitat física habitual important la realitzen els de nivell socioeconòmic més baix.

Aproximadament 4 de cada 10 menors mira la televisió més de set hores a la setmana i realitza altres activitats sedentàries com jugar amb l'ordinador (un 13,9% de nois i un 12,1% de noies). El 9,6% dels nois i el 15,7% de les noies juguen més de set hores a la setmana al parc o al carrer.

Consum de tabac: la proporció de fumadors habituals es situa en el 18% (22,2% dels homes i 15,9% de les dones). El consum habitual de tabac és més freqüent en els joves i en general és superior en els homes a excepció del grup d'edat més jove, de 15 a 24 anys, on les dones superen els homes tant en consum habitual com a esporàdic.

Utilització dels serveis sanitaris

Cobertura: el 38,6% de la població manté una doble cobertura d'assegurança sanitària privada i pública.

Atenció primària: vuit de cada deu persones tenen un metge/essa de capçalera o un centre de referència on acostumen a anar quan estan malalts o necessiten consells de salut. D'aquests un 76,4% ha anat a aquest metge/essa o centre de referència els 12 mesos anteriors a l'enquesta, i el 85,8% d'aquestes consultes han estat al Servei Català de la Salut, un 4,1% a una mútua obligatòria, el 8,6% a assegurances privades i un 1,4% a un metge particular.

Visites a professionals: en la població adulta de 15 anys o més, un 63,1% dels homes i un 72,8% de les dones han visitat un metge/essa general el darrer any, el 25,2% dels homes i el 30,3% de les dones han visitat el dentista i el 40,3% dels homes i el 66,7% de les dones han visitat un professional especialista (no inclou dentista ni oculista). En els menors de 15 anys, un 85,2% dels nois i un 87,8% de les noies han visitat el pediatre/a.

Urgències: aproximadament 1 de cada 4 persones han consultat un servei d'urgències el darrer any, proporció que ha disminuït respecte l'any 2006. Les visites a urgències s'han fet majoritàriament a hospitals, més freqüent en els hospitals públics, seguit dels serveis d'urgències dels Centres d'Atenció Primària públics.

Hospitalitzacions: un 8,4% de la població barcelonina ha estat hospitalitzada –sense tenir en compte els ingressos per part-, i la majoria ha estat ingressada en un hospital de la xarxa pública. D'altra banda, un 2,9% de les dones de 15-49 anys han estat ingressades per part, representant un 40,7% dels ingressos hospitalaris d'aquest grup –proporció superior a l'any 2006-, sent el 46,6% en un hospital privat.

Consum de medicaments: un 49,4% dels homes i un 65,6% de les dones de 15 anys o més han consumit algun medicament els dos dies anteriors a la realització de l'enquesta, proporció que s'incrementa amb l'edat. El consum ha estat amb prescripció mèdica gairebé sempre, veient-se però el consum per iniciativa pròpia en proporció més elevada en el consum d'aspirina, vitamines o minerals, medicació per a la tos i els refredats i laxants. Per la majoria de medicaments el consum ha estat superior en dones, destacant l'alt consum en les dones d'aspirina, pastilles per a dormir i tranquil·litzants.

Pràctiques preventives

A Barcelona, un 46,1% d'homes i un 56,6% de dones de 15 anys o més es prenen la tensió arterial periòdicament i un 55,2% dels homes i un 64,5% de les dones es revisa el nivell de colesterol en sang.

La vacuna de la grip està indicada en els majors de 60 anys com a grup de risc. Un 55,0% dels homes i un 53,2% de les dones ha declarat que es vacuna de manera regular de la grip en començar la tardor.

Quant a les pràctiques preventives ginecològiques, un 94,3% de les dones de 50 a 69 anys, població diana del Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama, s'han fet mamografies de manera periòdica. D'aquestes un 83% es realitza les mamografies en un centre públic (un 65,4% al programa i un 26,6% al Servei Català de la Salut). Les dones del grup diana del programa que no es realitzen les mamografies periòdicament no ho fan a causa del desconeixement o la manca d'informació, o per manca de temps per fer-se la mamografia. Per una altra banda, l'any 2011 un 65,5% de les dones barcelonines de 15 anys o més es fan citologies periòdiques amb caràcter preventiu, percentatge que augmenta en les dones de 35 a 49 anys.

Respecte l'any 2006, tot i la disminució de la proporció de població vacunada de la grip, ha augmentat la població amb controls periòdics de tensió arterial i colesterol en sang i han augmentat també les pràctiques preventives en ginecologia com la realització de mamografies i citologies periòdiques.

Introducció

L'enquesta de salut per entrevista és un instrument útil per a obtenir informació sobre l'estat de salut de la població, com per exemple l'estat de salut percebut, la morbiditat, la qualitat de vida i la salut mental, les lesions per accidents i la restricció de l'activitat i les discapacitats¹. També pot recollir informació sobre els estils de vida relacionats amb la salut, com són el consum de tabac, la realització d'activitat física i l'alimentació. D'altra banda l'enquesta de salut inclou informació sobre la utilització de serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada i hospitalària) o la realització de pràctiques preventives². Al mateix temps, l'enquesta és útil per conèixer aspectes i opinions relacionats amb la satisfacció de les prestacions de l'atenció primària, el suport de la xarxa social, l'entorn ambiental i laboral i altres aspectes que són importants determinants de la salut i qualitat de vida de les persones³. En concret en aquesta edició de l'enquesta s'inclouen per primer cop, els mòduls sobre la mobilitat, la valoració del barri i l'opció sexual.

Un dels principals avantatges de les enquestes de salut és que proporcionen informació de tota la població, incloses

aquelles persones que habitualment no utilitzen els serveis sanitaris. Així doncs, proporcionen informació diferent i complementària sobre aspectes relacionats amb la salut de la població que no són abordables mitjançant els sistemes rutinaris d'informació sanitària com per exemple les estadístiques de mortalitat, de malalties de declaració obligatòria, els registres dels centres sanitaris, la qual cosa permet fer l'anàlisi dels determinants de la salut de la població.

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

L'Enquesta de Salut de Barcelona 2011 (ESB-2011) és la sisena enquesta de salut impulsada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), essent les altres les de 1983, 1986, 1992, 2001 i 2006.



Objectius

Objectiu general

Conèixer la salut percebuda, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris de la població barcelonina i els seus determinants.

Objectius específics

- Conèixer els determinants demogràfics i socioeconòmics de la salut.
- Conèixer l'estat de salut percebut així com la presència de trastorns crònics i la limitació funcional en base a la restricció de l'activitat, tant crònica com aguda i la presència de discapacitats, especialment en la gent gran, i les lesions per accidents.
- Aproximar-se a aspectes relacionats amb la qualitat de vida, la salut mental i el benestar.
- Estimar la prevalença d'estils de vida 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.
- Conèixer els hàbits alimentaris, el tipus d'activitat realitzada i l'exercici físic de la població infantil.
- Descriure l'evolució d'alguns resultats comparant amb les enquestes de salut de Barcelona de 2001 i 2006.

Metodologia

Àmbit de l'enquesta: poblacional, territorial i temporal

L'univers estadístic de l'Enquesta de Salut de Barcelona va ser la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona, sense cap tipus de restricció en funció de l'edat. És a dir, abastava un total de 1.615.448 habitants, segons dades del Registre oficial de població de Barcelona, corresponents a gener de 2011, no s'inclouen 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.

Disseny de la mostra: Unitat mostral i grandària de la mostra, selecció de les persones a entrevistar

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'1,55% amb un nivell de confiança del 95,5% sobre el conjunt de la mostra. La distribució per districte va ser de tipus estratificat aporportional amb una submostra de 400 entrevistes que suposa un nivell d'error del 4,9% en cada districte. Tanmateix aquests errors mostrals s'incrementen a mesura que es realitzen anàlisis amb més particions de la mostra.

La selecció de les persones a entrevistar es va fer mitjançant un procés d'extracció aleatòria simple per 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, per tal de restituir les proporcions de cada territori en el conjunt i obtenir, d'aquesta manera, una mostra representativa del conjunt de la ciutat.

Es va preveure una estratègia de nou 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 a causa de la dificultat d'accés a les llars es va ampliar la mostra de substitucions a principis del segon semestre respectant la mateixa aleatorietat i quotes.

El treball de camp

Realitzada una prova pilot de 25 entrevistes, el treball de camp va ser dut a terme per l'empresa Institut Opinòmetre. Hi va haver una primera fase en què es van preparar els materials necessaris per a la realització del treball de camp (la carta informativa a les persones seleccionades, els qüestionaris, el manual de l'enquestador, el full de seguiment, control i anotacions de la mostra, i el manual de codificació) i una segona fase centrada en la realització d'entrevistes. 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. La tercera fase va ser de depuració de les bases de dades i elaboració de l'informe de treball de camp. Com a indicador de qualitat del treball de camp, el 43% de persones entrevistades van ser el titular (persona seleccionada inicialment a la mostra), i el 73% es va realitzar o bé al titular o bé al primer suplent, xifres similars o superiors a l'edició anterior.

Característiques del qüestionari

L'Enquesta de Salut de Barcelona s'ha realitzat mitjançant entrevistes personals en el mateix domicili de la persona seleccionada, a càrrec d'enquestadors/res professionals degudament formats. Les entrevistes van ser en català o en castellà, per la qual cosa tots els qüestionaris tenien versió en ambdós idiomes. L'Institut Opinòmetre va realitzar la recollida d'informació mitjançant enquesta domiciliària assistida per ordinador (CAPI Gandia INTEGRA).

Prèviament a la visita del personal entrevistador, les persones seleccionades havien rebut una carta informativa sobre l'enquesta, els seus objectius i l'anunci de la propera visita d'un enquestador/a al seu domicili, així com de la necessitat de la seva col·laboració. Aquesta carta, que va ser important per aconseguir augmentar la resposta, estava signada per la Presidenta i pel Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

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'adreçaven:

1) *Qüestionari general*: És el model de qüestionari que conté la totalitat de les preguntes de l'Enquesta de Salut i que s'administra a tota la població major de 14 anys que no estigui impossibilitada per contestar l'enquesta. El nombre de preguntes del qüestionari varia en funció de l'edat (més o menys de 65 anys), la situació laboral i la composició de la llar; fins a un total de 157 preguntes. L'administració d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 30 minuts.

2) *Qüestionari per a informador indirecte per incapacitats*: Es tracta del qüestionari general reduït, dissenyat per ser contestat per un informador indirecte, el cuidador o cuidadora principal d'aquesta persona. S'han tret, doncs, les preguntes d'opinió i aquelles que, per la seva naturalesa, no puguin ser contestades per delegació. Aquest qüestionari només s'ha emprat en els casos en què la persona seleccionada es trobava malalta o incapacitada per respondre a mitjà o llarg termini. Si la persona tenia una malaltia que es preveia de molt curta durada, calia esperar un o dos dies i passar el qüestionari general. Les preguntes d'aquest qüestionari es refereixen sempre a la persona seleccionada. L'administració d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 20 minuts.

3) *Qüestionari per a infants (menors de 15 anys)*: És un model de qüestionari adaptat a aspectes de salut específics dels infants 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. L'administració d'aquest qüestionari implica una durada d'entrevista situada al voltant dels 20 minuts.

Les preguntes que conté es refereixen a l'estat de salut i

la utilització de serveis sanitaris per part de l'infant, tot i que també es 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.

Variables Compostes

País 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 (Europa comunitària, i altres països de renda alta¹) i nascudes a països de renda baixa (la resta de països).

Suport social

Cal diferenciar dos conceptes: les *xarxes socials* i el *suport social*. Es defineix com a *xarxa social* al conjunt de contactes personals mitjançant els quals l'individu manté la seva identitat social i rep suport emocional, ajuda material, serveis, informació i nous contactes socials (aspectes quantitativus o estructurals). *Suport social* és el procés interactiu pel qual s'obté ajuda emocional, instrumental o financera procedent de la xarxa social a la qual pertany cada persona⁴.

Per valorar el *suport social* de les persones entrevistades, l'enquesta va incloure el qüestionari del Perfil de Duke⁵, que ha estat validat en el nostre mitjà i conté vuit 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 es sumen els valors obtinguts a cada un dels ítems i després es transforma a base 100, així una puntuació superior indica una millor valoració del suport social. Queden com casos amb valors incomplets els que

I França, Itàlia, Alemanya, Bèlgica, Països Baixos, Regne Unit, Portugal, Luxemburg, Grècia, Irlanda, Dinamarca, Suècia, Finlàndia, Àustria, Xipre, Eslovènia, Eslovàquia, Polònia, Hongria, Lituània, Letònia, Estònia, República Txeca, Lichtenstein, Malta, Mònaco, San Marino i Andorra.

II. Noruega, Islàndia, Suïssa, EEUU, Canadà, Japó, Nova Zelanda, Austràlia, Israel.

tenen 4 o més ítems no contestats.

Estat de salut mental

Per obtenir una mesura de la salut mental de la població adulta, de 15 anys o més, es va utilitzar l'escala d'ansietat i depressió de Goldberg el "General Health Questionnaire" (GHQ). El GHQ és un instrument que detecta dos tipus de trastorn, la incapacitat per a seguir desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu "sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena (distress). Capta les alteracions presents en el moment de l'entrevista (problemes recents). Una puntuació mitjana del GHQ en una població o subgrup de població es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic d'aquesta població⁶. El GHQ està considerat com un bon instrument de cribatge de salut mental en la població i es recomana que s'utilitzi en estudis de salut pública/salut mental^{7,8,9}. Consta de 12 ítems en forma d'escala Likert amb 4 categories de resposta. Per a obtenir la puntuació es fa de la següent manera: les respostes 1 i 2 de cada pregunta valen 0 punts i les respostes 3 i 4 valen 1 punt, i a partir de la suma dels ítems s'obté la puntuació global. Les persones amb una puntuació superior a 2 (≥ 3) són considerades d'estar en *risc d'una mala salut mental* o patiment psicològic. No s'obté la puntuació total de les persones que tenen més de 5 preguntes no contestades.

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: ¹⁰

- Baix pes: $IMC < 20 kg/m^2$
- Pes normal: IMC entre 20 i menys de 27 kg/m^2 en homes,
i entre 20 i menys de 25 kg/m^2 en dones
- Sobrepès: IMC entre 27 i menys de 30 kg/m^2 en homes,
i entre 25 i menys de 30 kg/m^2 en dones
- Obesitat: $IMC >$ o igual a 30 kg/m^2

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"^{11,12}. L'IPAQ és un instrument per a la vigilància i la monitorització de l'activitat física consensuat i proposat pel grup d'EUROHIS¹³. 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 i col. (Caminar=3.3 METS, activitat mode-

rada=4 METS, activitat vigorosa=8 METS), i els minuts destinats a aquestes activitats es construeix una escala en MET-minuts¹⁴. 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 = Σ intensitat (METS)*durada (minuts)*freqüència(dies)

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

- Activitat física lleugera: ≤ 499 total MET-minuts/setmana
- Activitat física moderada: 500-999 total MET-minuts/setmana
- Activitat física intensa: ≥ 1000 total MET-minuts/setmana

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

Consum de tabac

En l'enquesta es pretenia classificar l'entrevistat 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).
- Ex-fumador/a: aquella persona que havia estat fumadora però que ara no fumava.
- No fumador/a: aquella persona que no havia fumat mai.

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

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 pels 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 (pregunta 75)^{15,16}. L'instrument consta de 10 ítems amb resposta del tipus Likert de 5 opcions des de 'Gens o mai' a 'Moltíssim o sempre' a partir dels quals s'obté una puntuació global útil per 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.

Presentació dels resultats

Aquest document presenta els resultats generals de l'enquesta. Però, a causa de problemes en el treball de camp, s'exclouen d'aquest informe alguns resultats sobre condicions de l'habitatge, problemes per poder menjar a fi de mes i el mòdul de consum d'alcohol i drogues. Una referència més àmplia a aquestes exclusions es pot trobar al document "Valoració de la metodologia i les dades de l'enquesta de salut de Barcelona 2011" (veure el web de l'ASPB).

Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs

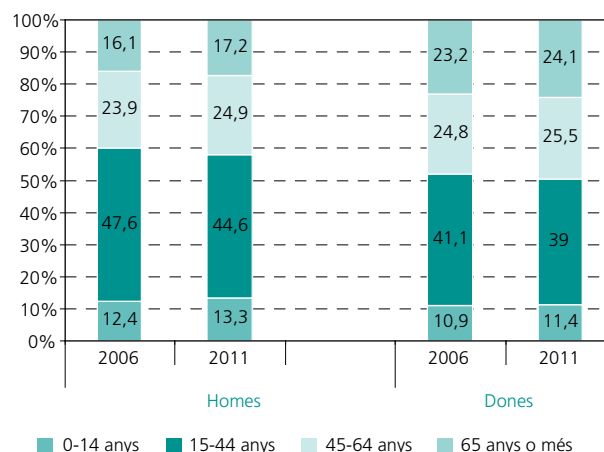
Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs

En aquest apartat es descriuran, molt sintèticament, alguns elements demogràfics que caracteritzen la mostra analitzada, com són el nivell d'estudis i el país de naixement. A continuació es farà referència als condicionants d'entorn, com són les condicions d'habitatge i de context de barri. Igualment es descriuen el suport social i de les xarxes amb què compten les persones, així com les característiques del nucli familiar i la seva composició. I finalment les condicions referides tant al món laboral, com ara jornada, tipus de contracte, com les del treball domèstic no remunerat que afecta en major mesura a la qualitat de vida de les dones^{17,18}. En conjunt aquests factors més propers o més estructurals en relació a l'individu faran possible diferents assoliments de benestar i del seu estat de salut¹⁹.

Descripció de la mostra

S'han realitzat 4.000 entrevistes que es desglossen en 3.509 adults dels quals 3.406 provenen del qüestionari general (1.607 homes i 1.799 dones), 103 del qüestionari indirecte (43 homes i 60 dones), i 491 menors (252 nois i 239 noies). La mostra s'ajusta a la distribució d'edat i sexe del Padró de Barcelona a 1 de gener de 2011. La distribució per grups d'edat es redueix lleugerament en els de 15 a 44 anys en ambdós sexes mentre s'incrementen la resta (Figura 1.1).

Figura 1.1. Evolució dels grups d'edat segons sexe. Barcelona, ESB 2006 i 2011. Percentatges.



La població i el nivell socioeconòmic i laboral

Condicions familiars

El nucli familiar constituït per parella amb fills és el grup més nombrós en el 45,3% dels casos, seguit de la parella sense fills en un 21,4% (parella amb fills i altres persones el 4,3%). Les llars unipersonals representen el 10,4%, proporció que arriba al 31,2% en les dones de 65 anys i més. Quant a la família monoparental en homes representa el 8,2%, i en les dones el 13,8%, altres estructures representen el 7,6%. El 33,5% de la població conviu amb quatre persones o més, però aquest percentatge excedeix en 10 punts pels nascuts a altres països.

Condicions de l'habitatge

La major part dels habitatges disposen de calefacció (74,0%), d'ascensor (79,8%), d'ordinador (79,3%) i d'internet (77,4%). Tanmateix existeixen diferències importants per districtes, si bé disposen de calefacció només un 21,0% de les llars de Ciutat Vella a la resta de districtes es situa al voltant del 77,7%. Les condicions més precàries de Ciutat Vella es repeteixen en la resta de condicions.

Nivell d'estudis

El 4,1% dels homes i el 8,5% de les dones de 21 anys o més no tenen estudis, valors per sota dels de 2006. Al voltant d'un terç de la població declara tenir estudis universitaris amb valors similars als de 2006 (Figura 1.2). La distribució del nivell d'estudis canvia amb l'edat, en el grup de 21 a 44 anys només l'1,1% no té estudis i en canvi el 38,0% dels homes i el 51,8% de les dones d'aquest mateix grup d'edat tenen estudis universitaris. Aquesta distribució és prou diferent segons el país de naixement, destaca la major presència d'universitaris nascuts a la resta de països de renda alta en dones (59,6%) i en homes (56,9%), i menor en els homes (31,1%) i en les dones (24,8%) dels països de renda baixa (Figura 1.3).

Figura 1.2. Evolució del nivell d'estudis segons sexe. Població de 21 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandaritzats per edat.

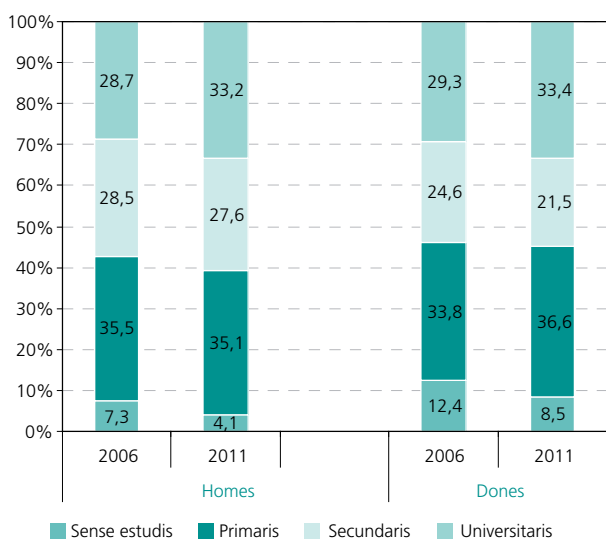
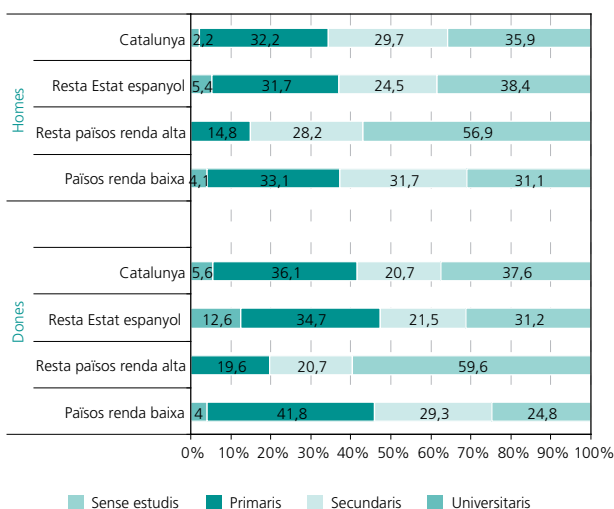


Figura 1.3. Nivell d'estudis segons país de naixement segons sexe. Població de 21 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



Classe social

Les persones de classes manuals (CS IV i V) representen el 40,8% de la població (42,7% en homes i 38,8% en dones), mentre que les de classes socials més benestants d'ocupacions directives i professionals (CS I i II) representen el 33,2% de la població (33,6% en homes i 32,7% en dones) (Figura 1.4). Segons el país de naixement s'observa una desigual distribució de la classe social, de manera que les persones nascudes a països de renda alta pertanyen a classes socials més benestants, i al contrari, la població nascuda a països de renda baixa és principalment de classe manual (72,1%). S'ha donat un nivell de valors no consta de 323 casos que representa el 8,1% de la mostra total, per aquest motiu s'analitzarà en aquest informe la posició socioeconòmica segons el nivell d'estudis.

Figura 1.4. Evolució de la classe social segons sexe. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandaritzats per edat.

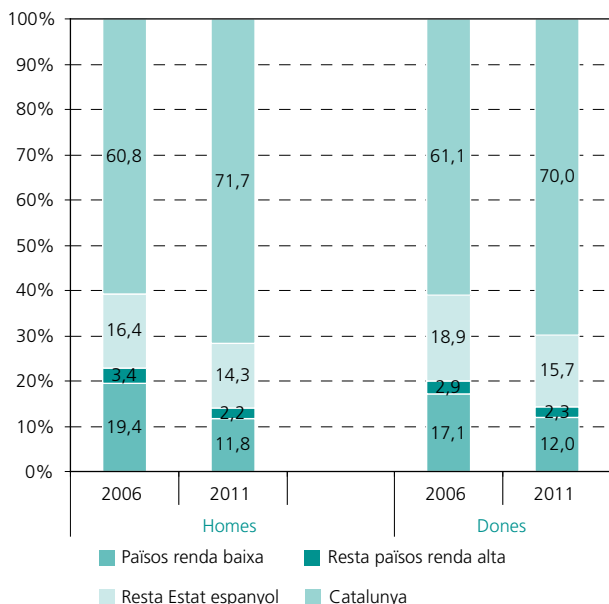


Lloc de naixement

La població és majoritàriament nascuda a Catalunya en un 70,8%, el 15,0% prové de la resta de l'Estat espanyol i el 14,2% és estrangera (565 persones), de la qual el 84,2% prové de països de renda baixa (Figura 1.5). Existeixen diferències en la distribució territorial per districtes, amb una presència de població estrangera del 41,2% a Ciutat Vella i al voltant de l'11,4% a la resta de districtes. De les persones nascudes a l'estranger els d'Amèrica Llatina i el Carib en representen més de la meitat (56,4%), i el segon grup més nombrós és el de l'Europa central i de l'Est (13,4%), seguits de l'Àfrica del Nord (5,4%). No obstant cal esmentar que el país de naixement no és un criteri de selecció mostral, i el percentatge d'immigrants a la ciutat

de Barcelona segons les dades del Padró per a 2011 és del 21,5% que no es correspon amb la proporció d'immigrants a la mostra de l'ESB 2011.

Figura 1.5. Evolució del lloc de naixement segons sexe. ESB 2006 i 2011. Percentatge estandaritzat per edat.



El suport social i la xarxa social

El suport social es mesura amb el *Duke Profile* 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, i amb un increment en ambdós sexes entre 2006 i 2011 (Figura 1.6). El suport social tendeix a disminuir amb l'edat tant en homes com en dones en ambdós sexes (Figura 1.7), però especialment en les persones de més de 85 anys. Segons el país d'origen és menor en les persones estrangeres, sobretot en les persones de països de renda baixa (Figura 1.8).

L'11,1% de la població adulta, de 15 anys o més, declara no tenir la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes personals i familiars tant com desitjaria, essent molt similar en ambdós sexes (11,4% en homes i 10,7% en dones), i incrementant-se del 8,6% en els homes de 15 a 44 anys al 15,0% en els de més de 65 anys, i del 7,0% en les dones de 15 a 44 anys al 18,4% en les de més de 65 anys.

Figura 1.6. Suport social segons sexe. Població de 15 anys o més. Puntuació mediana i quartils. ESB 2006 i 2011. Estandaritzats per edat.

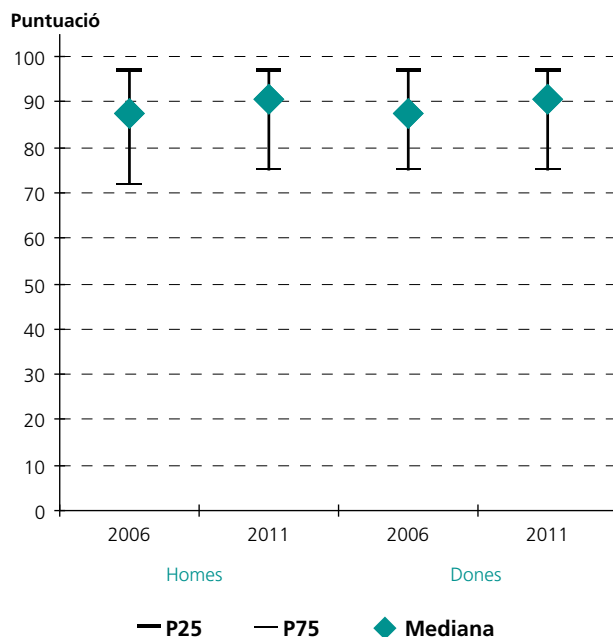


Figura 1.7. Suport social segons grups d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Puntuació mediana i quartils.

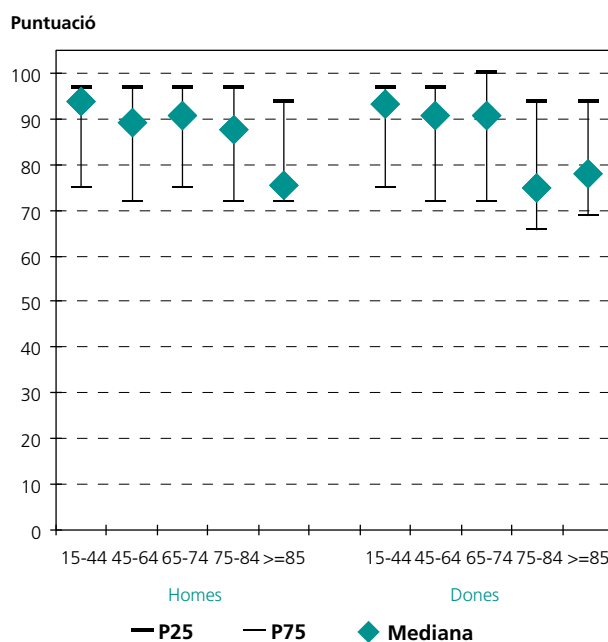
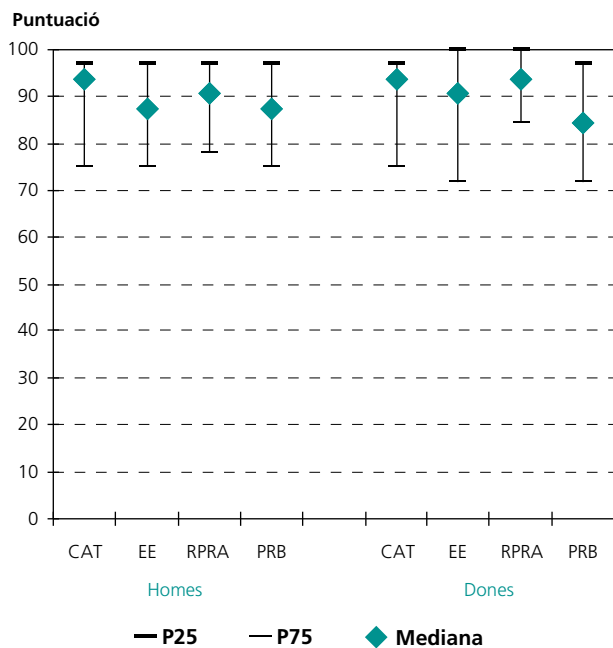


Figura 1.8. Suport social segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Puntuació mediana i quartils estandarditzats per edat.



CAT=Catalunya, EE=Restat d'Estat espanyol, RPRa=Restat de renda alta, PRB=Països de renda baixa

El treball remunerat

Situació laboral

El 54,5% dels homes i el 46,4% de les dones de 16 anys o més tenen un treball remunerat (Figura 1.9). Els aturats representen un 11,4% dels homes i un 9,5% de les dones, i tendeixen a ser més freqüents en el grup dels homes de 16 a 29 anys amb el 15,5% però amb uniformitat al voltant del 13,0% en la resta de grups d'edat i sexe (Figura 1.10). Per altra part cal esmentar que el percentatge de persones que es declaren aturades a la mostra no es correspon amb el que figura a les estadístiques oficials, al voltant del 16%, per 2011 a Barcelona.

Figura 1.9. Evolució de la situació laboral segons sexe. Població de 16 anys o més. ESB-2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

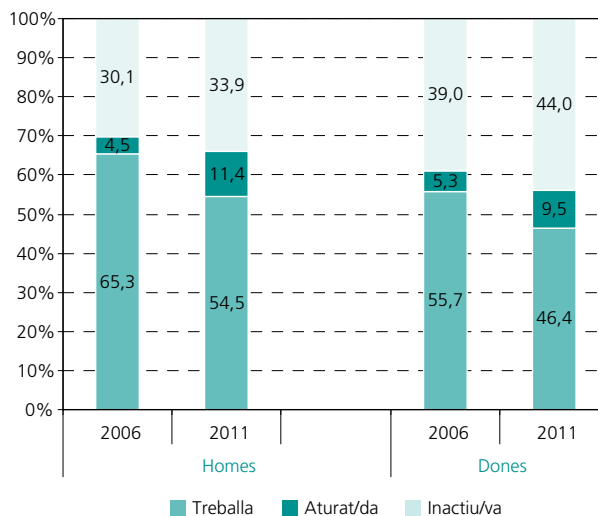
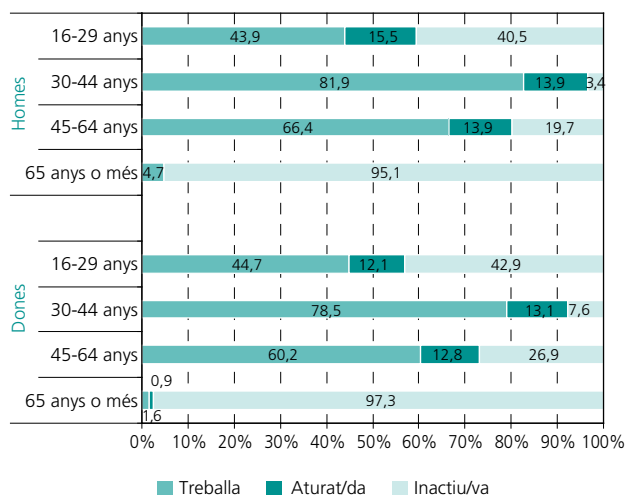


Figura 1.10. Situació laboral segons grups d'edat i sexe. Població de 16 anys o més. Percentatges.



Categories professionals

La Taula 1.1 relaciona les categories ocupacionals dels treballadors i treballadores d'entre 16 i 64 anys, segons els grans grups de la Classificació Nacional d'Ocupacions de 2011 (a 1 dígit). Figuren més homes en ocupacions directives, amb el 5,0%, que dones amb el 3,5%, en canvi, elles són professionals científiques i intel·lectuals en major proporció, 27,1% en dones i 21,7% en homes. Les dones ocupen posicions laborals administratives i de serveis i comerç en un 46,6% mentre en els homes és el 29,4%. Per contra, el 12,4% dels homes ocupen professions de la indústria i la construcció o són operaris de maquinària, mentre les dones ho són en el 2,4%. El personal no qualificat representa poc més de l'11,2% sense diferències entre sexes.

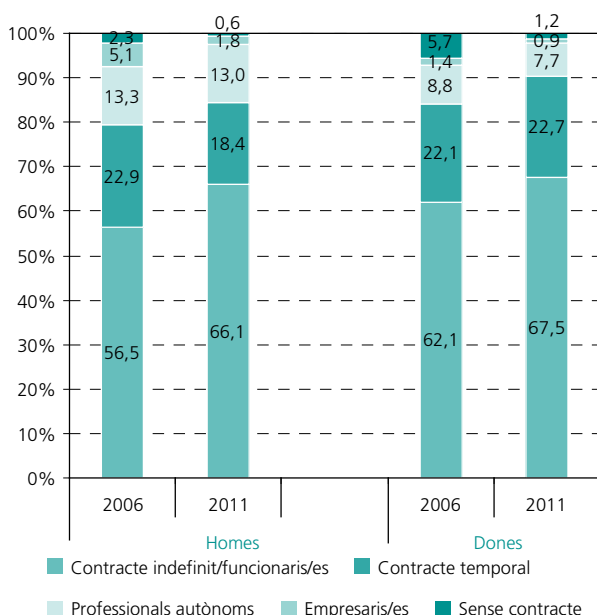
Taula 1.1. Grans grups d'ocupacions segons la Classificació Nacional d'Ocupacions de 2011 segons sexe. Població de 16 a 64 anys amb treball remunerat. Percentatges estandarditzats per edat.

Ocupacions	Homes	Dones
Directius/ves	5,0%	3,5%
Professionals científics i intel·lectuals	21,7%	27,1%
Professionals de suport	14,9%	8,4%
Personal administratiu	13,8%	24,3%
Personal de servei i comerç	15,6%	22,3%
Personal d'activitat agrària i pesquera	0,3%	0,0%
Artesans i personal de la indústria, la construcció	12,4%	2,4%
Operaris/àries d'instal·lacions i maquinària	5,0%	0,9%
Personal no qualificat	11,2%	11,3%

Situació contractual

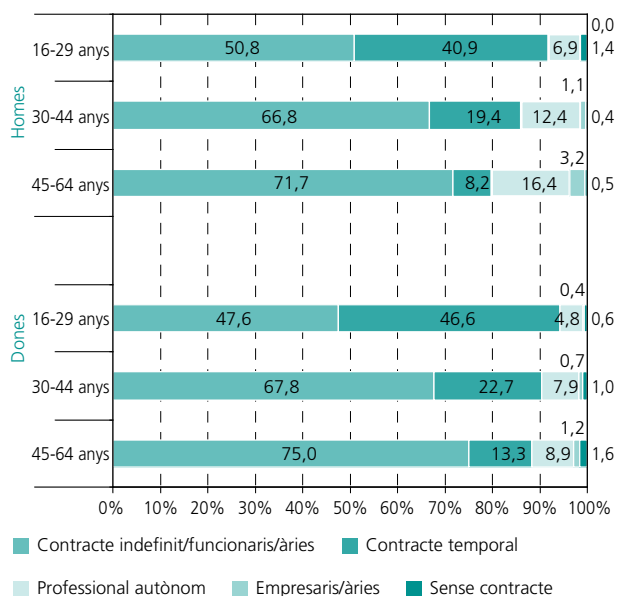
El 66,8% de la població té contracte indefinit, sense diferències significatives en ambdós sexes, i un 18,4% dels homes i el 22,7% de les dones tenen contractes temporals. Si bé sembla que s'incrementi la contractació indefinida respecte de 2006, cal situar aquesta dada en la possible disminució de contractacions temporals pels majors acomiadaments arran de l'aprofundiment de la crisi econòmica. Els professionals autònoms suposen un 13,0% dels homes i el 7,7% de les dones (Figura 1.11). Per grups d'edats, destaca la temporalitat en els grups dels joves de 16 a 29 anys en un 40,9% en els homes i un 46,6% en les dones (Figura 1.12).

Figura 1.11. Evolució de la situació contractual¹ segons sexe. Població de 16 a 64 anys. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.



¹ de les persones que treballen o han treballat anteriorment.

Figura 1.12 Situació contractual¹ segons grups d'edat i sexe. Població de 16 a 64 anys. Percentatges.



¹ de les persones que treballen o han treballat anteriorment.

Tipus de jornada laboral

La jornada partida és la majoritària de la població ocupada en un 47,8% (51,9% en homes i 43,5% en dones), seguit de la contínua en un 31,2% (26,1% en homes i 36,4% en dones). Tanmateix el treball realitzat en horaris no habituals que engloba el treball de nit, torns, i jornada irregular representa el 20,5%.

Hores de treball remunerat

Una jornada de menys de 20 hores setmanals la fan el 4,5% dels homes i el 7,2% de les dones. La jornada més freqüent correspon a la franja de 21 a 40 hores en el 70,3% en homes i el 79,2% en dones. Pel que fa a les llargues jornades, les fan el 24,3% dels homes mentre en les dones és del 12,8%.

Condicions laborals

El 90,1% de la població que treballa declara estar satisfeta o molt satisfeta, nivells superiors a 2006, tot i que la proporció de treballadors molt satisfets ha disminuït en ambdós sexes (Figura 1.13). Cal tenir en compte la probable transició dels contractes temporals a l'atur alhora d'analitzar els diversos indicadors. Respecte a les condicions de treball (Taula 1.2), destaca el 46,6% dels homes i el 48,6% de les dones que realitzen moviments repetitius. Quant a les condicions de treball que suposen risc psicosocial, el treball excessiu està present en el 46,8% dels homes i el 39,3% de les dones, i suposa un increment respecte del 30,7% en homes i el 18,0% en dones el 2006, per contra la variable que denota control de la feina "treballar al seu aire" representa quasi dos tercers parts en ambdós sexes.

Taula 1.2. Condicions de treball segons sexe. Població de 16 a 64 anys amb treball remunerat. Percentatges.

	Homes		Dones	
	Mai / Algunes vegades	Sovint / Sempre	Mai / Algunes vegades	Sovint / Sempre
Condicions en el treball	%	%	%	%
Hi ha un volum de soroll que l'obliga a aixecar la veu per parlar amb altres	85,5%	14,5%	88,8%	11,2%
Hi ha pols visible a la llum, o vapors de líquids o altra mena de pol·lució de l'aire	87,8%	12,2%	94,8%	5,2%
Ha d'aixecar o moure coses de més de 15 kg fins a l'alçada de les espatlles o per sobre	82,7%	17,3%	91,3%	8,7%
Ha de realitzar moviments repetitius amb els braços o les mans	53,4%	46,6%	51,4%	48,6%
Fa una feina poc variada (treball repetitiu, monòton)	81,5%	18,5%	75,8%	24,2%
Té la possibilitat de fer la feina "al seu aire"	40,9%	59,1%	41,5%	58,5%
Ha de treballar massa	53,2%	46,8%	60,6%	39,4%
Té males relacions amb els seus companys/es	98,1%	1,9%	98,3%	1,7%
Té males relacions amb els seus superiors	97,6%	2,4%	97,7%	2,3%
Ha de treballar sol/a	79,7%	20,3%	75,4%	24,6%

Figura 1.13. Evolució de la satisfacció en el treball segons sexe. Població de 16 a 64 anys amb treball remunerat. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

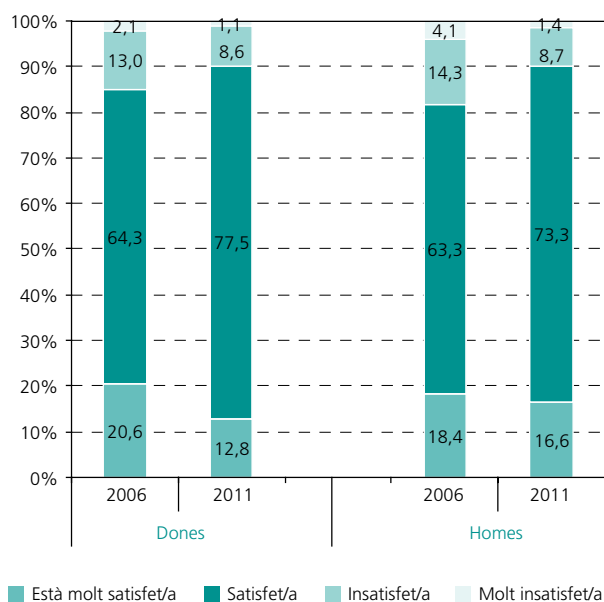
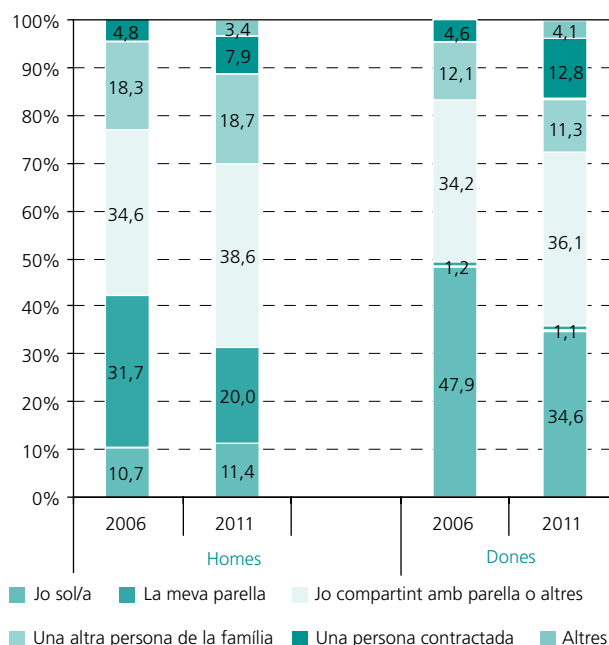


Figura 1.14. Evolució del principal responsable del treball domèstic segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges.



El treball no remunerat

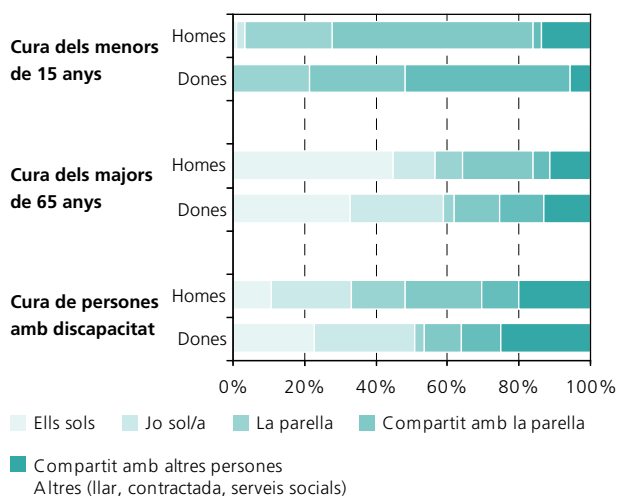
Treball domèstic

El 34,6% de les dones de 15 anys o més declaren que elles soles són les que s'ocupen principalment del treball domèstic mentre que només ho fan l'11,4% dels homes. El 36,1% de les dones i el 38,6% dels homes declaren compartir-ho amb la seva parella o altres, i ho fa una persona contractada en el 10,5% dels casos. Respecte del 2006 s'observa una disminució en el percentatge de dones que declaren ocupar-se del treball domèstic elles soles havent incrementat en dones les que disposen d'una persona contractada (Figura 1.14). La mitjana d'hores setmanals de treball domèstic és de 10,3 en els homes i de 14,0 en les dones.

Responsabilitat de la cura de les persones dependents de la llar

A un 19,9% de les llars hi ha criatures menors de 15 anys i la responsabilitat de tenir-ne cura és compartida per la parella en un 50,4%, però hi ha un 35,4% de dones que declaren fer-ho elles soles i en canvi només un 2,1% dels homes. Un 31,2% de la població de 15 anys o més conviu amb persones de 65 anys o més, i aquestes es cuiden elles soles en un 38,3%. D'altra banda, conviu amb alguna persona amb discapacitat un 10,2%, i tot i que un 5,8% declara que es cuiden elles soles, hi ha un 33,7% de dones que declara que se'n cuiden elles soles mentre ho fan el 21,8% dels homes, i en segon lloc és cuidadora una altra persona de la llar ja que ho declaren el 30,3% de les dones i el 19,6% dels homes (Figura 1.15).

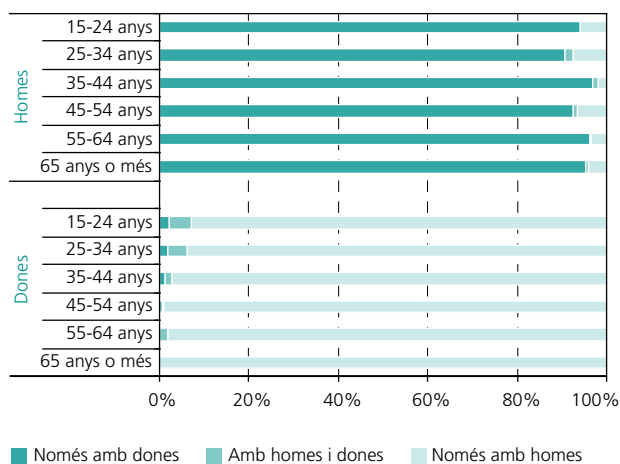
Figura 1.15. Responsable principal de la cura de les persones dependents a la llar –criatures, gent gran i discapacitats segons sexe. Població de 15 anys o més que no viu sola i conviu amb criatures, gent gran o discapacitats. ESB 2011. Percentatges.



Opció sexual

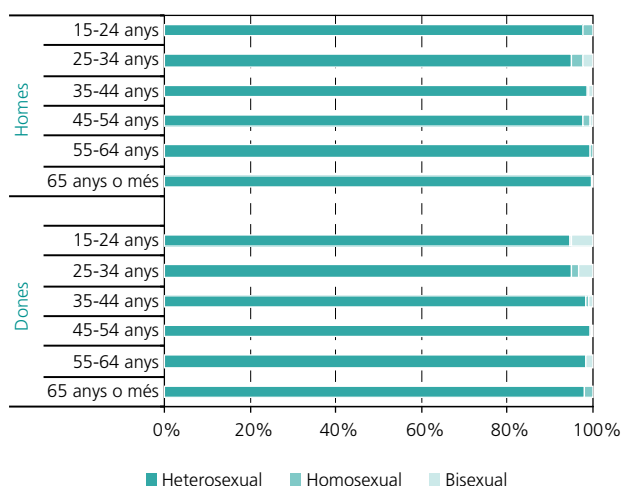
Quant a les relacions sexuals un 5,7% dels homes i un 2,6% de les dones declaren haver tingut en alguna ocasió relacions sexuals amb persones del mateix sexe. Per edats, són els joves els qui declaren en major mesura haver tingut relacions sexuals amb persones del mateix sexe en alguna ocasió, un 9,4% d'homes de 24 a 35 anys i un 7,1% de dones de 15 a 24 anys (Figura 1.16). Per classes socials no es troben diferències. Respecte al país de naixement, entre els homes nascuts fora de l'Estat espanyol es troba un major percentatge que declara haver tingut relacions sexuals amb altres homes, especialment en el cas d'aquells nascuts en la resta de països de renda alta amb un 14%.

Figura 1.16 Relacions sexuals segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.



Un 1,1% de la població major de 15 anys s'identifica com a homosexual i un 1,2% com a bisexual, amb valors molt similars tant per a homes com per a dones. Respecte a l'edat, són els joves els qui s'identifiquen com a homosexuals o com a bisexuals en major percentatge. De 25 a 34 anys el 2,5% dels homes i el 2,4% de dones es declaren homosexuals, mentre que al mateix grup d'edat el 2,4% d'homes i el 3,5% de dones s'identifiquen com a bisexuals (Figura 1.17). Per posició socioeconòmica no es troben diferències. Per origen, les persones nascudes en països de renda alta, tant homes com dones, s'identifiquen en un major percentatge com a homosexuals o com a bisexuals. Encara que la no resposta no representa un problema per a la interpretació d'aquestes dades cal tenir en compte la possible subdeclaració de l'opció sexual.

Figura 1.17. Identitat sexual segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.



Context ambiental

Respecte a la situació del context ambiental, es recull l'opinió de la població major de 15 anys de diversos indicadors del seu barri de residència, com ara la intensitat del trànsit, del soroll, la violència com a problema al barri, així com la disponibilitat i oferta de fruita i verdures, d'establiments "fast food" i d'instal·lacions esportives. A la Figura 1.18 es mostra aquesta opinió per districtes.

Un 65,5% considera que el trànsit al seu barri és molt intens sense trobar-se clares diferències per gènere. Per districtes, el 84,6% de la població que resideix a Ciutat Vella considera el trànsit molt intens front d'un 49,6% de les persones d'Horta-Guinardó i un 55,5% de Les Corts.

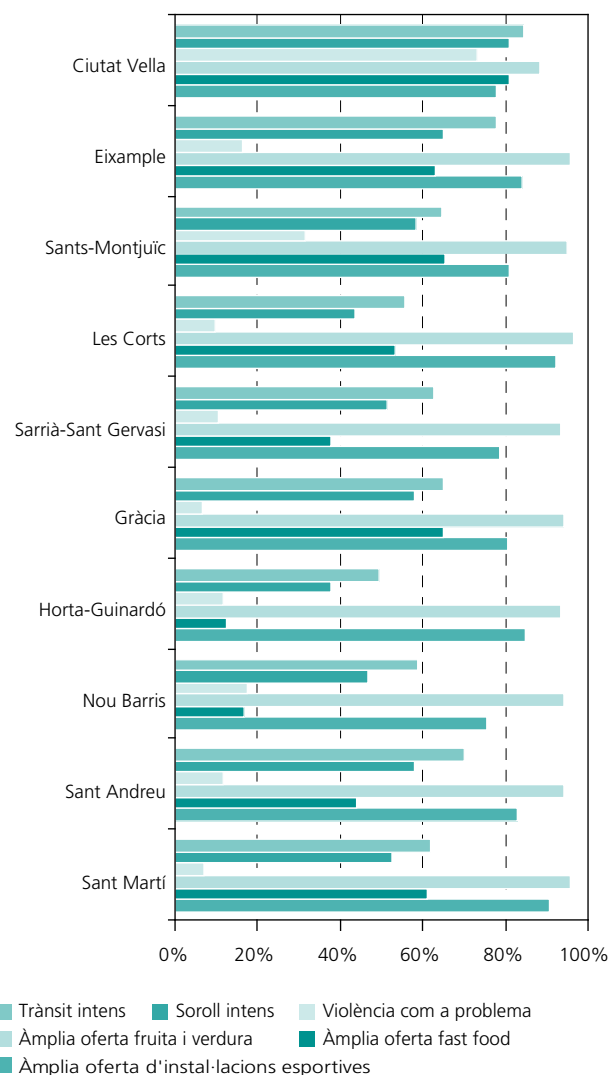
Respecte al soroll, el 55,3% pensa que aquest és intens al seu barri. De nou, a Ciutat Vella amb un 80,8%, es troba el percentatge més alt de persones que consideren que el nivell de soroll és intens, i els percentatges més baixos es troben a Horta-Guinardó (37,8%) i a Les Corts (43,4%).

Pel que fa a la violència com a problema en l'entorn, un 18,3% de la població considera que suposa un problema al seu barri. Per districtes, la població de Ciutat Vella, amb un 73,1%, és la que pensa que la violència suposa un problema en el seu entorn en major percentatge, mentre que els nivells més baixos els trobem al districte de Gràcia (6,8%) i al de Sant Martí (7,0%) .

La majoria de la població major de 15 anys, un 94,2%, considera que disposa d'una àmplia oferta de fruita i verdura al barri, percentatge molt superior al 49,7% que considera que hi ha moltes oportunitats de comprar "fast food" (McDonald's, Kentucky Fried Chicken, Burger King, pizzes per emportar...). Les majors diferències respecte a la disponibilitat de locals de "fast food", es troben entre Ciutat Vella amb un 80,8% de població per a qui l'oferta és àmplia, i el 12% a Horta o el 16,6% a Nou Barris.

El 85,5% dels homes i el 80,4% de les dones consideren que disposen al seu barri d'instal·lacions per fer exercici físic (gimnàs, piscina, etc.), percentatge que disminueix amb l'edat, arribant a un 69,2% de les dones majors de 65 anys. Pel que fa als districtes, a Les Corts en un 92,4% i a Sant Martí en un 90,5% estan més d'acord que a Nou Barris amb un 75,4%.

Figura 1.18. Valoració del context ambiental a l'entorn. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.¹



¹percentatges d'acord o molt d'acord amb els diferents ítems.

Estat de salut i qualitat de vida

La percepció de la salut

La salut percebuda

El 84,6% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir un estat de salut excel·lent, molt bo o bo (Figura 2.1). El bon estat de salut (excel·lent, molt bo, bo) disminueix amb l'edat, així passa del 99,5% en els nens de 0 a 14 anys i del 98,8% en les nenes al 63,8% en els homes de més de 65 anys i al 50,2% en les dones (Figura 2.2). Per posició socioeconòmica s'observa un gradient en adults en ambdós sexes, les de major nivell d'estudis declaren el 78,7% un estat de salut excel·lent, molt bo o bo envers les de menor nivell d'estudis en què representen el 67,3%. En els homes s'observa un

patró més pronunciat del 86,6% amb estat de salut excel·lent, molt bo o bo al 61,2% de la posició socioeconòmica menys afavorida (Figura 2.3).

Segons el lloc de naixement: les dones i els homes dels països de renda alta tenen amb més freqüència un molt bon estat de salut que els dels països de renda baixa (i els nascuts a Catalunya) (Figura 2.4). Quant a la distribució territorial, la que presenta el menor percentatge d'estat de salut excel·lent, molt bo o bo és la població de Sants-Montjuïc amb el 74,6%, seguits del Districte de Ciutat Vella amb un 77,0%, i Horta-Guinardó amb el 80,7%, tot i que amb escasses diferències en aquestes categories entre districtes (Figura 2.5).

Figura 2.1. Evolució de la salut percebuda segons sexe. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandaritzats per edat.

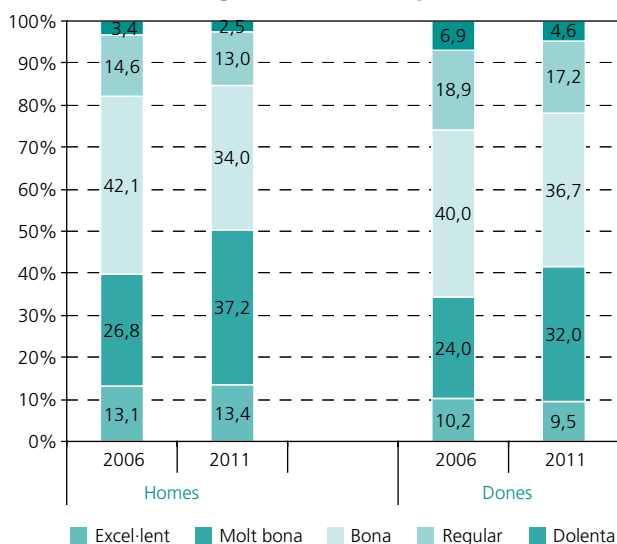


Figura 2.2. Salut percebuda segons grups d'edat i sexe. Percentatges.

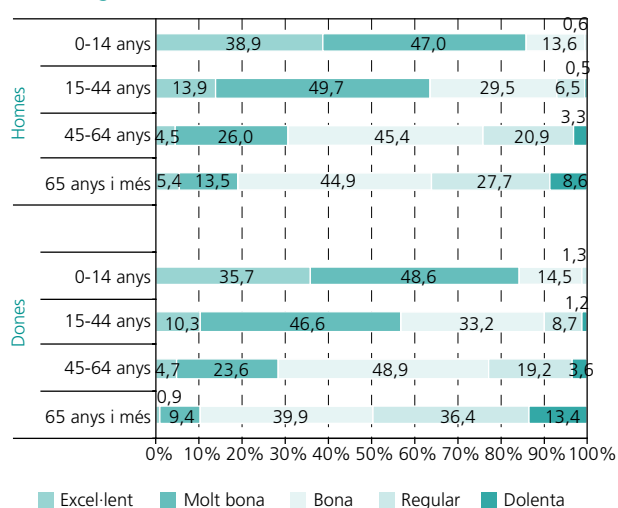


Figura 2.3. Salut percebuda segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.

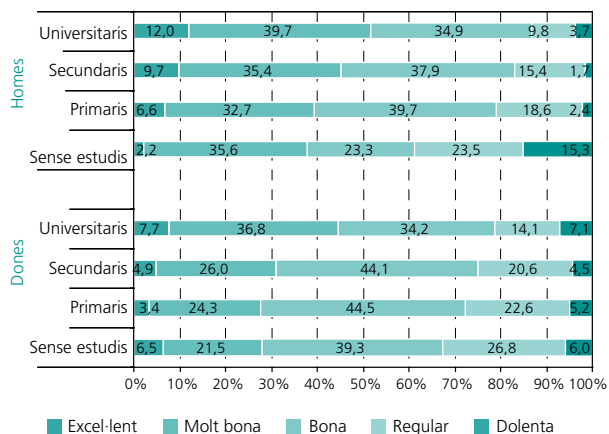


Figura 2.4. Salut percebuda segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

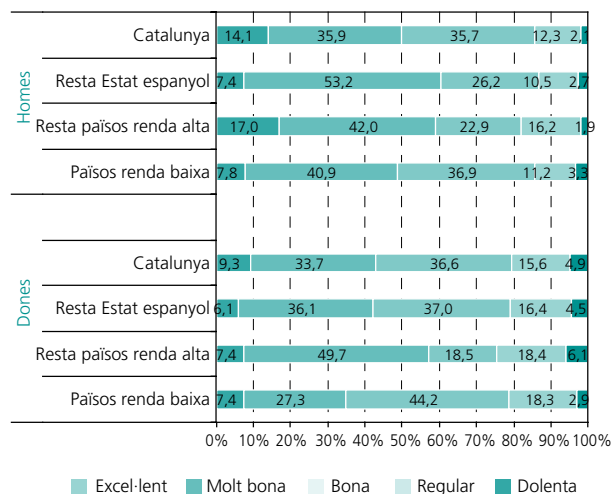
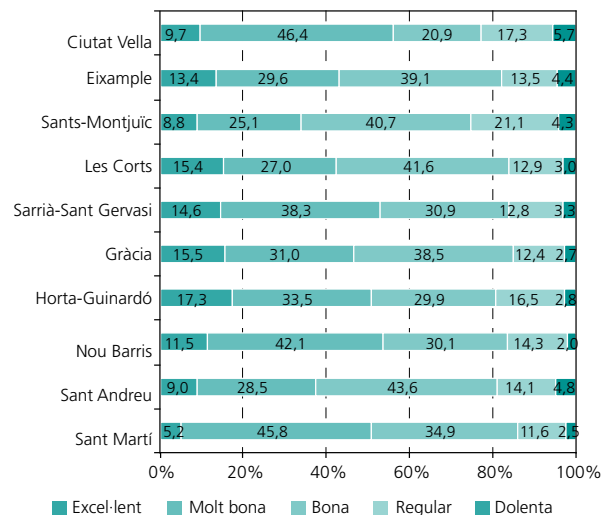


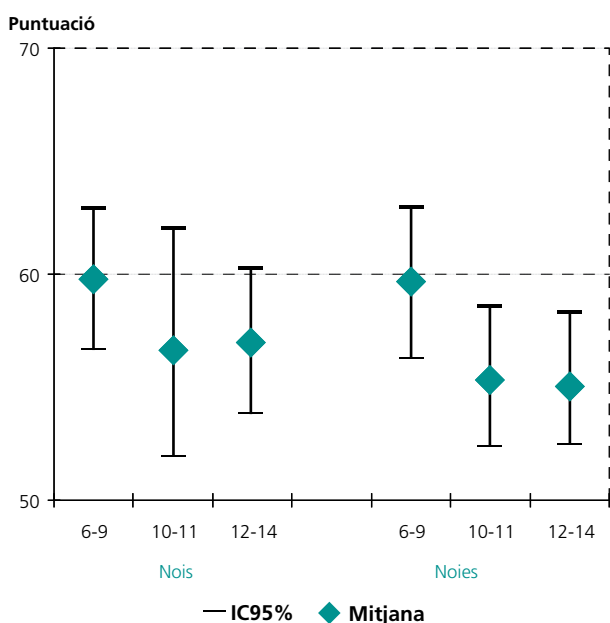
Figura 2.5. Salut percebuda segons districte i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Qualitat de vida de la població infantil

En el cas dels infants, de 6 a 14 anys, es fa una valoració de la qualitat de vida mitjançant el mòdul "KIDSCREEN", un instrument de qualitat de vida relacionada amb la salut per població infantil i adolescent. 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, uns 58,2 punts en nois i uns 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 (Figura 2.6).

Figura 2.6. Qualitat de vida segons grups d'edat i sexe. Població de 6 a 14 anys. Puntuació mitjana i IC95%.



La salut mental

L'ESB 2011 inclou el "Qüestionari General de Salut –12 - GHQ" 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, l'11,1% dels homes i el 16,8% de les dones presenten risc de patir trastorns mentals, sense variació en els homes però amb valors inferiors en les dones respecte del 20,3% de l'any 2006, tot i així s'observa una tendència prou estable en el període 2001-

2011 (Figura 2.7). Per grups d'edat en dones el major risc el tenen les dones de més de 64 anys amb un 21%, similar al 2006, el segon grup de risc són les dones de 45 a 64 anys amb el 18,4% i que representa una lleugera disminució respecte del 21,5% del 2006. En els homes destaca l'increment en el grup d'edat de 45 a 64 anys passant del 10,7% el 2006 al 15,3% el 2011 (Figura 2.8).

Figura 2.7. Evolució del risc de patiment psicològic segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2001, 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

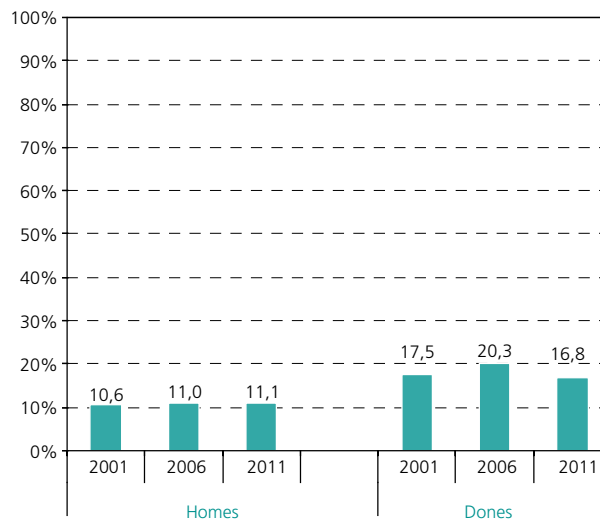
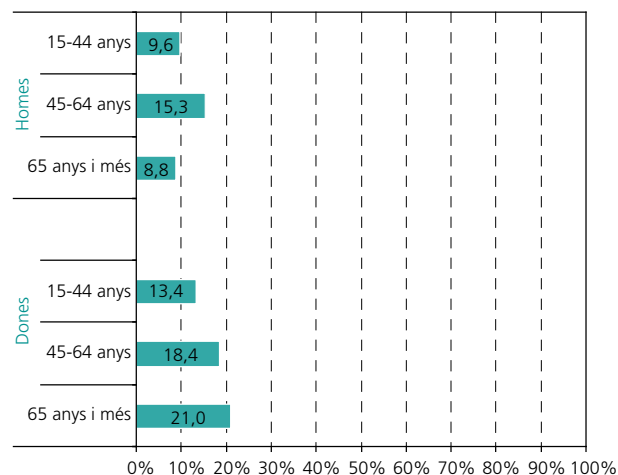
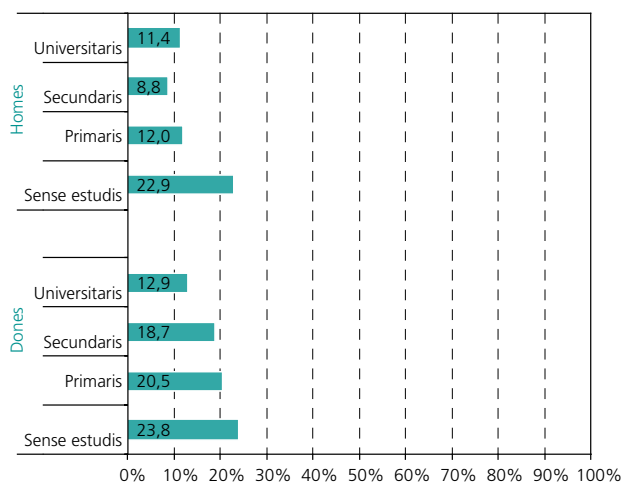


Figura 2.8. Risc de patiment psicològic segons grups d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.



Respecte la posició socioeconòmica s'observa un gradient tant en els homes com en les dones, els de menor nivell d'estudis presenten el major percentatge risc de patiment psicològic fins al 23,8% en les dones i el 22,9% en els homes (Figura 2.9).

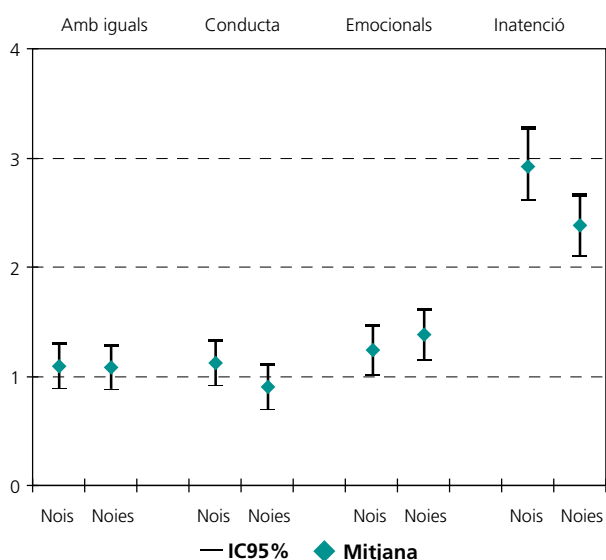
Figura 2.9. Risc de patiment psicològic segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



La valoració dels problemes de salut mental de les criatures, de 4 a 14 anys, s'obté a partir del qüestionari de capacitats i dificultats "Strengths and Difficulties Questionnaire-10: SDQ", que es basa en les puntuacions de quatre tipus de problemes (problemes amb els iguals i de socialització, emocionals, de conducta, 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 nens que en nenes de 4 a 14 anys amb una mitjana de puntuació de 2,9 i 2,4 respectivament (Figura 2.10), encara que amb una lleugera disminució en nens respecte de la mitjana de 3,5 del 2006 però similar en les nenes en 2,5 punts.

Figura 2.10. Problemes de salut mental segons sexe. Població de 4 a 14 anys. Puntuació mitjana i IC95%.



Els problemes de pes

Un altre aspecte de rellevància per a la salut pública és tant l'excés de pes com el baix pes. L'excés de pes a causa de la seva associació a diversos trastorns crònics com la hipertensió, la diabetis mellitus i les malalties cardiovasculars, així com, per la seva relació amb limitacions funcionals en les activitats de la vida quotidiana²², i el baix pes relacionat amb possibles trastorns mentals especialment en els joves. Els problemes de pes es valoren a partir de l'Índex de Massa Corporal construït segons el pes i l'alçada declarats.

Un 66,2% d'homes i un 49,9% de dones presenten un pes normal, percentatges similars al 67,7% en els homes i 50,4% en les dones de 2006. D'altra banda hi ha un 10,5% de la població amb obesitat, i un 23,2% amb sobrepès (19,2% en homes i 26,8% en dones) lleugerament superior al 21,4% de l'any 2006 (17,7% en homes i 25,2% en dones) (Figura 2.11). El baix pes és el 8,9% (3,9% en homes i 13,4% en dones), que disminueix respecte el 9,2% de l'any 2006 (4,5% en homes i 14,0% en dones).

El pes varia segons l'edat, així l'obesitat i el sobrepès augmenten amb l'edat, i el baix pes es dona sobretot en les persones més joves (14,3% en homes i 43,8% en dones menors de 25 anys) (Figura 2.12). També s'observen desigualtats segons posició socioeconòmica, l'obesitat tendeix a augmentar en ambdós sexes per a les persones de menor nivell d'estudis, i el gradient és més pronunciat en les dones, mentre que el baix pes és més freqüent en les dones de nivell d'estudis més alt i en les dones amb major mesura que en els homes (Figura 2.13).

Figura 2.11. Evolució del pes segons índex de massa corporal segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2001, 2006, 2011. Percentatges estandaritzats per edat.



Figura 2.12. Pes segons índex de massa corporal segons grups d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.

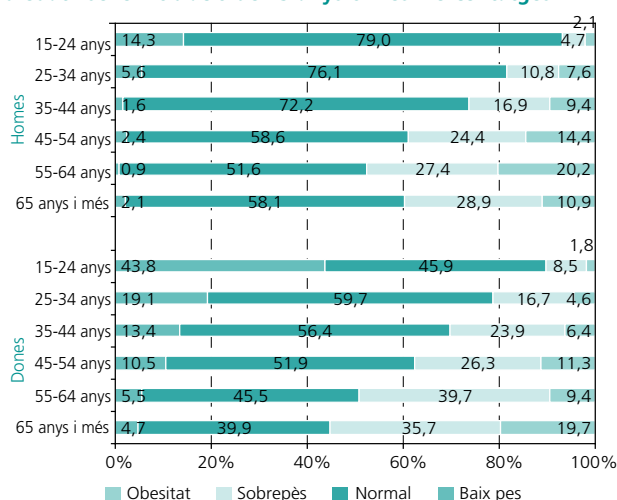
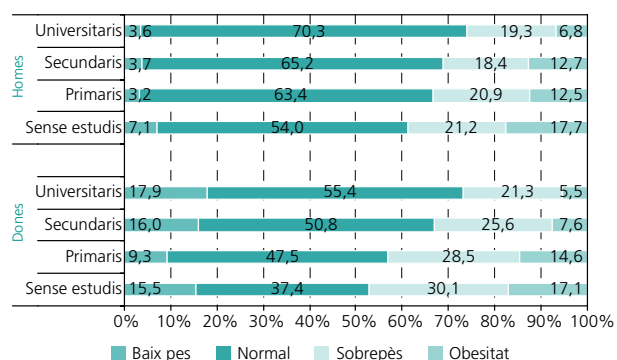


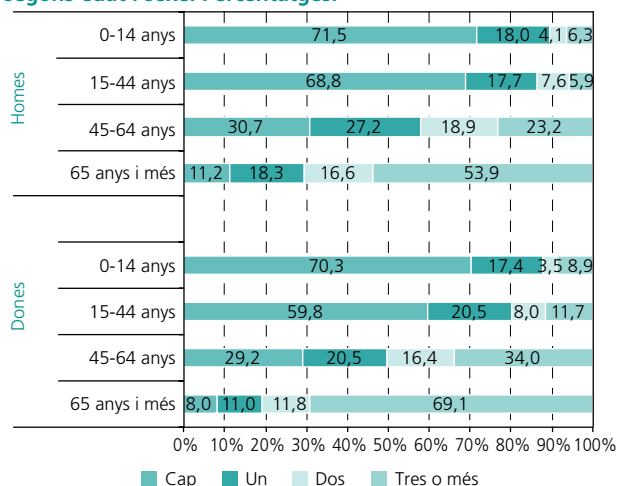
Figura 2.13. Pes segons índex de massa corporal segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



Els trastorns crònics

El percentatge de persones sense trastorns crònics és del 49,7% en homes i el 40,7% en dones amb una distribució força associada amb l'edat sent en les dones superior la presència de tres o més trastorns en tots els grups d'edats (Figura 2.14). Les dades no són comparables amb les enquestes anteriors a causa de la introducció en el qüestionari d'una pregunta prèvia que actua com a filtre i pot distorsionar els trastorns com ara el mal d'esquena lumbar i cervical.

Figura 2.14. Presència de com a mínim un trastorn crònic segons edat i sexe. Percentatges.



Els trastorns crònics més freqüents en els homes són la pressió alta (16,8%) i el colesterol en sang elevat en el 13,6% dels homes. Les dones presenten, com s'ha dit unes prevalences més altes, essent els trastorns més freqüents els muscoesquelètics, la pressió arterial alta, l'artrosi, les varius, la depressió i el colesterol elevat en sang (Taula 2.1).

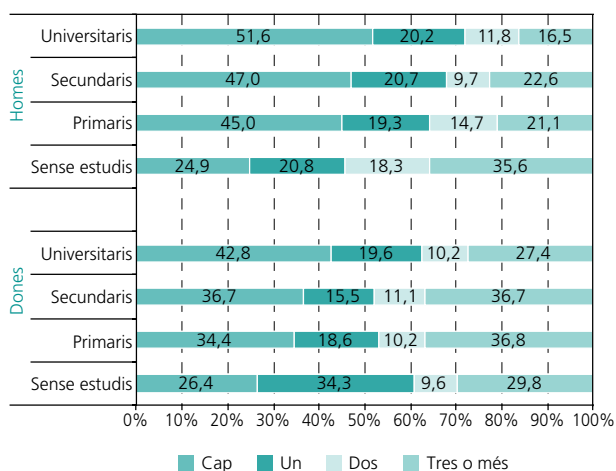
Taula 2.1. Prevalences dels trastorns crònics segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2011. Percentatges estandaritzats per edat*.

Trastorns crònics	Homes	Dones
Mal d'esquena lumbar	9,7%	19,5%
Pressió alta	16,8%	18,9%
Mal d'esquena cervical	7,7%	18,7%
Artrosi	7,7%	18,4%
Mala circulació	6,1%	13,5%
Colesterol elevat	13,6%	13,4%
Varius	3,8%	12,8%
Depressió i/o ansietat	5,8%	12,8%
Al·lèrgies cròniques	7,6%	10,3%
Migranya	3,4%	9,9%
Osteoporosi	1,8%	9,1%
Cataractes	4,4%	7,8%
Restrenyiment crònic	2,4%	7,7%
Morenes	2,9%	7,1%
Problemes de tiroide	1,4%	7,0%
Diabetis	6,7%	6,7%
Anèmia	1,4%	6,2%
Incontinència urinària	1,8%	4,7%
Malalties del cor diferents de l'infart	5,8%	4,5%
Asma	3,1%	4,2%
Problemes de pell	3,3%	4,2%
Bronquitis crònica	2,4%	3,7%
Tumors malignes	2,5%	3,5%
Úlcera	3,8%	3,3%
Trastorns mentals diferents de la depressió	2,2%	2,8%
Embòlia	1,8%	1,3%
Infart de miocardi	3,3%	1,0%
Problemes de pròstata	6,8%	-----

* (dades no comparables amb 2006 i anteriors enquestes)

La figura 2.15 mostra l'existència de desigualtats segons posició socioeconòmica, en ambdós sexes es dona un gradient respecte de l'absència de trastorns crònics en el sentit que no tenir cap trastorn és menys freqüent a mesura que disminueix el nivell d'estudis (Figura 2.15).

Figura 2.15. Nombre de trastorns crònics segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



En els menors de 15 anys els trastorns més freqüents són la deficiència visual amb un 6,8% en els nens i 8,7% en les nenes, les al·lèrgies cròniques (7,1% en nens i 4,9% en nenes), l'otitis de repetició (4,2% en nens i 1,9% en nenes), l'enuresi (4,1% en nens i 2,3% en nenes), i la bronquitis de repetició (3,3% en nens i 4,1% en nenes) (Taula 2.2). De la mateixa manera que en els adults les dades no són comparables amb l'enquesta anterior a causa del canvi de preguntes en el qüestionari.

Taula 2.2. Prevalències dels trastorns crònics segons sexe. Població de 14 anys o menys. Percentatges estandaritzats per edat*.

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

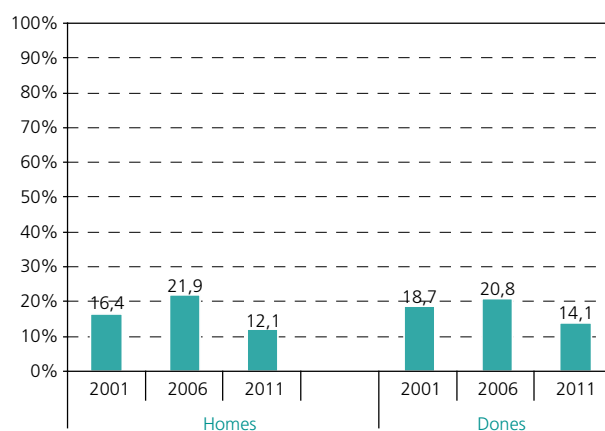
*(dades no comparables amb 2006 i anteriors enquestes).

Les lesions per accident

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

Un 13,2% de persones van declarar que havien patit el darrer any almenys una lesió per accident que els havia provocat alguna restricció en les seves activitats habituals i/o que havia requerit assistència sanitària, valor que disminueix respecte del 21,3% de l'any 2006 i del 17,6% del 2001 (Figura 3.16).

Figura 2.16. Evolució de la prevalença de tenir com a mínim un accident (amb restricció de l'activitat habitual) segons sexe. ESB 2001, 2006, 2011. Percentatge estandaritzat per edat.



Les lesions més freqüents són les caigudes al mateix nivell (4,9% en homes i 6,2% en dones) i diferent nivell (2,0% en homes i 3,5% en dones) així com cops (2,7% en homes i 1,9% en dones), amb poques diferències entre sexes (Taula 2.3).

Taula 2.3. Prevalències de lesions per accidents segons sexe. ESB 2011. Percentatges estandaritzats per edat.

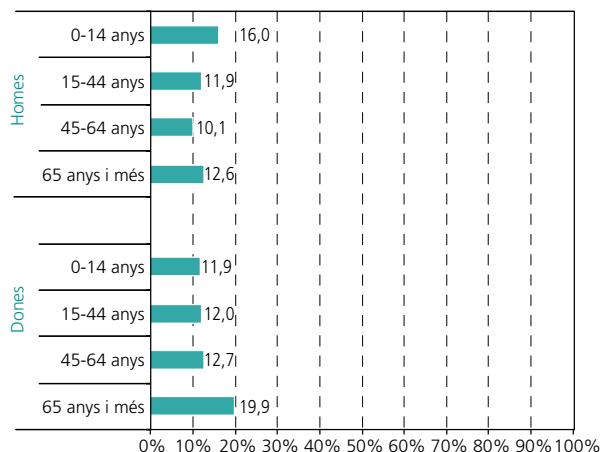
	Homes	Dones
Accidents		
Caigudes del mateix nivell, arran de terra	4,9%	6,2%
Caigudes d'un nivell més alt (escala, cadira, etc.)	2,0%	3,5%
Cops	2,7%	1,9%
Talls	1,5%	1,4%
Cremades	0,9%	1,5%
Accidents de trànsit com a conductor/a o passatger	0,6%	0,5%
Accidents de trànsit com a conductor/a o passatger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

*(dades no comparables amb 2006 i anteriors enquestes)

El percentatge de persones que han patit alguna lesió per accident el darrer any és més alt en les dones majors de 65 anys en un 19,9%, essent la principal causa les caigudes. En els homes el percentatge més alt correspon al grup

d'edat de 0 a 14 anys (16,0%), essent la principal causa d'accidentalitat els cops. A partir dels 15 anys augmenten les lesions amb l'edat en les dones, i en canvi en els homes disminueixen lleugerament fins a incrementar-se pels de més de 65 anys (Figura 2.17).

Figura 2.17. Lesions el darrer any segons grups d'edat segons sexe. Percentatges.



La restricció de l'activitat

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

Restricció aguda de l'activitat

Un 8,4% dels homes i un 12,6% de les dones de 3 anys o més declaren que han hagut de restringir o disminuir les seves activitats (activitat principal - anar a treballar, anar a l'escola, etc., activitat habitual -fer encàrrecs, anar a passejar, jugar, etc. -) o han hagut de quedar-se al llit per raons de salut els darrers 15 dies, aquests percentatges representen una disminució respecte l'11,9% d'homes i el 18,0% de dones que presentaven limitació de l'activitat l'any 2006 (Figura 2.18), també respecte a 2001. La restricció aguda de l'activitat augmenta amb l'edat en el cas de les dones (un 18,3% de dones de 65 anys o més la pateixen), i en els homes augmenta lleugerament en els majors de 65 anys a un 13,2%, essent sempre superior en les dones a partir dels 15 anys (Figura 2.19). Segons la posició socioeconòmica no s'observa un patró de desigualtats en la restricció aguda de l'activitat (Figura 2.20).

Figura 2.18. Evolució de la restricció aguda de l'activitat segons sexe. Població de 3 anys o més. ESB 2001, 2006 i 2011. Percentatges estandaritzats per edat.

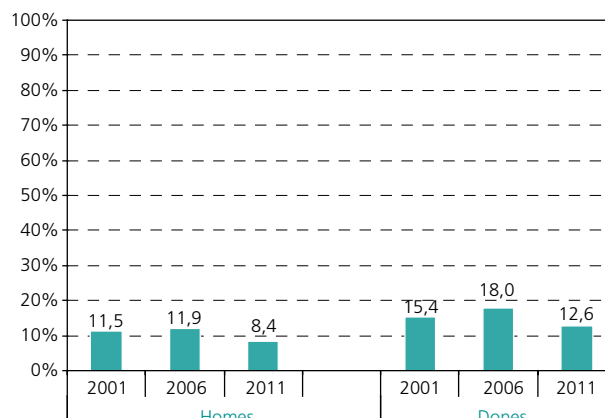


Figura 2.19. Restricció aguda de l'activitat segons grups d'edat i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges.

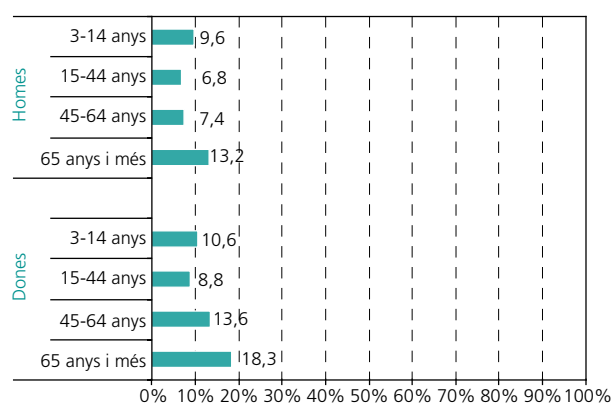
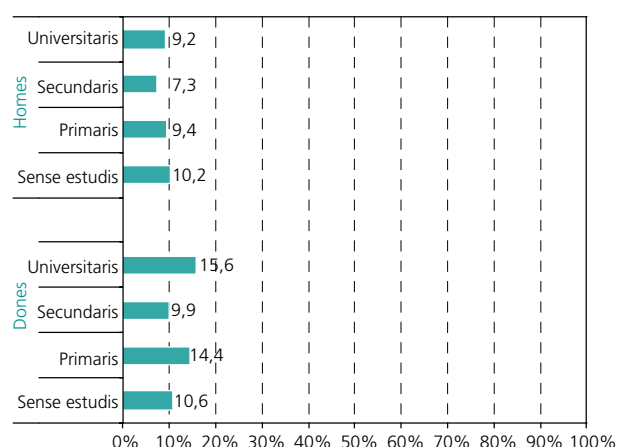


Figura 2.20. Restricció aguda de l'activitat segons nivell d'estudis i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



Restricció crònica de l'activitat

Un 11,1% dels homes i un 15,4% de les dones de 3 anys o més declaren que han hagut de restringir o disminuir les seves activitats (activitat principal i activitat habitual) el darrer any per algun problema de salut crònic, aquests percentat-

ges són inferiors respecte el 14,8% d'homes i el 20,7% de dones de l'any 2006 i també respecte del 2001 (Figura 2.21). La restricció crònica de l'activitat augmenta progressivament amb l'edat en ambdós sexes (un 17,3% d'homes i un 24,0% de dones de 65 anys o més la pateixen) i, de la mateixa manera que la restricció aguda, a partir dels 15 anys sempre és superior en les dones que en els homes (Figura 2.22). Segons la posició socioeconòmica no s'observa un patró de gradient per nivell d'estudis (Figura 2.23).

Figura 2.21. Evolució de la restricció crònica de l'activitat segons sexe. Població de 3 anys o més. ESB 2011 i 2006. Percentatges estandaritzats per edat.

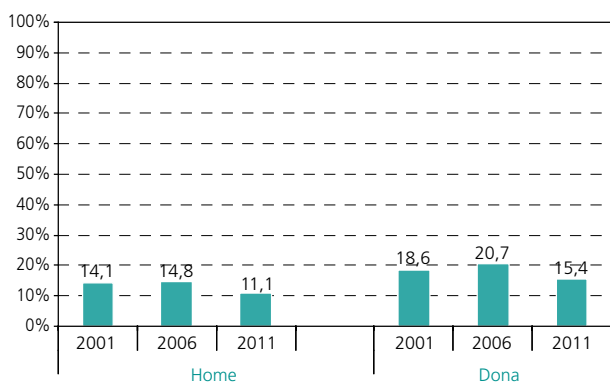


Figura 2.22. Restricció crònica de l'activitat segons grups d'edat i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges.

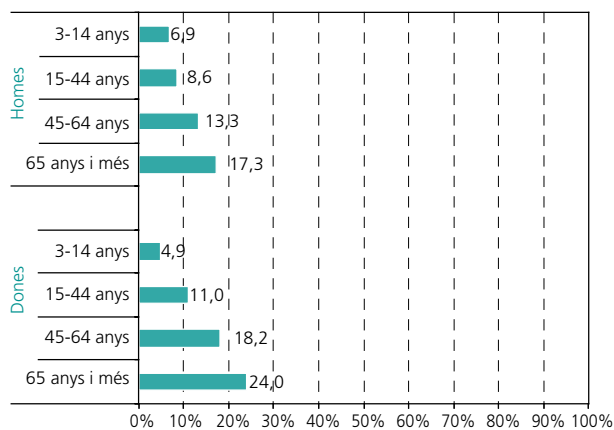
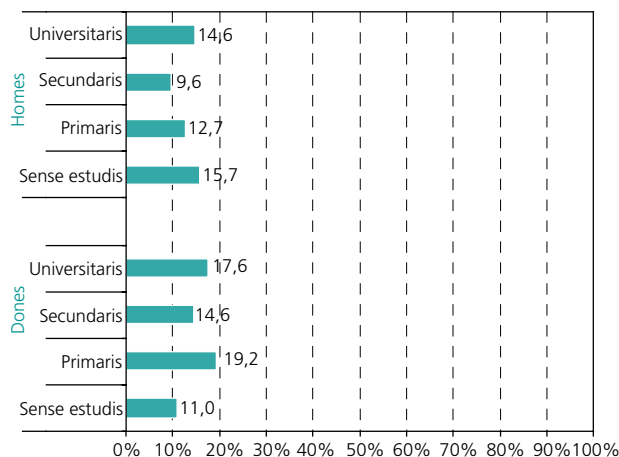


Figura 2.23. Restricció crònica de l'activitat segons nivell d'estudis i sexe. Població de 3 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



Limitació de les activitats de la vida diària en adults

Una altra mesura de la qualitat de vida de la població és el grau de dependència, és a dir, l'estat en què es troben les persones que per raons lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per realitzar les activitats quotidianes de la vida diària i, de manera particular, la cura personal.

El 14,8% dels homes i el 20,8% de les dones pateixen alguna limitació greu en les activitats diàries, una disminució respecte del 2006 on era del 17,3% i 22,5% respectivament (Figura 2.24). La limitació funcional és freqüent quan s'incrementa l'edat, en els homes passa del 5,4% en el grup de 15 a 44 anys al 51,1% en els de més de 75 anys, en les dones del 6,4% en el grup de 15 a 44 anys al 62,9% en les de més de 75 anys (Figura 2.25). Patir una limitació greu segueix un gradient per posició socioeconòmica en ambdós sexes en el sentit que les persones de nivell d'estudis més desfavorides tenen prevalències més altes (Figura 2.26).

Figura 2.24. Evolució de la limitació funcional segons sexe. Població de 3 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

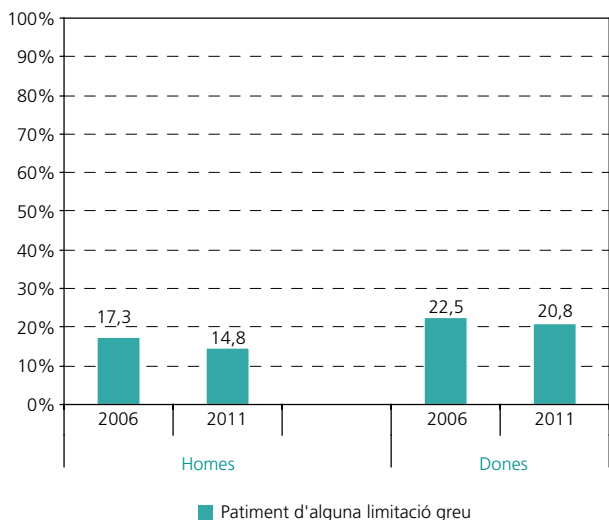


Figura 2.25. Limitació funcional segons edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.

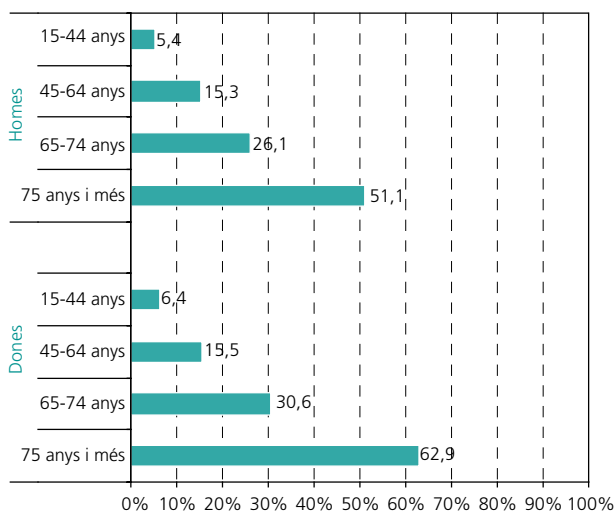
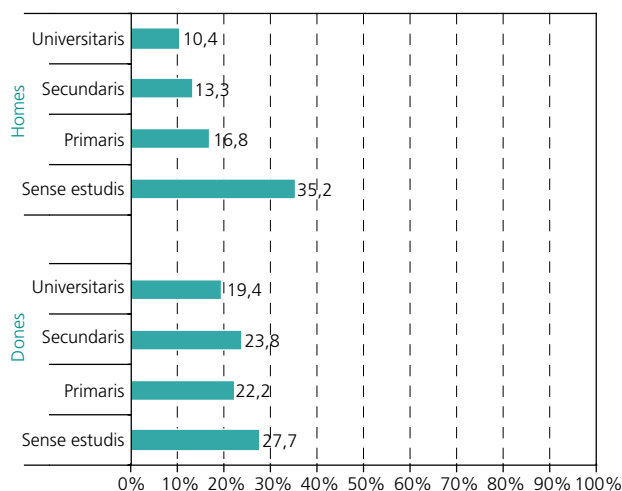


Figura 2.26. Limitació funcional nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.



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

El 34,9% dels homes i el 55,6% de les dones majors de 65 anys pateixen alguna dificultat per a la vida diària, percentatges que s'incrementen amb l'edat fins al 65,0% en els homes, i el 82,4% de les dones de més de 85 anys. Per altra banda, el 20,2% dels homes i el 27,8% de les dones de més de 65 anys pateixen força limitació però no els cal ajut, sent més alt en les dones que en els homes amb l'edat (Figura 2.27), el percentatge de persones que sí els cal ajut s'incrementa amb l'edat. La distribució de les limitacions funcionals greus segons la posició econòmica ens mostra com en ambdós sexes les persones sense estudis tenen major proporció de persones de 65 anys o més amb força limitació i no tenen ajuda (Figura 2.28).

D'entre les limitacions funcionals de la vida diària de les persones de 65 anys o més, el major percentatge correspon a les activitats de tipus físic com pujar i baixar escales (27,4% d'homes i 49,6% de dones) o caminar i també les limitacions cognitives com aprendre i retenir informació (22,5% en els homes i 40,1% en les dones). D'entre les limitacions de cura personal, banyar-se i vestir-se suposen les majors limitacions, poc més del 12,0% d'homes i 23,0% de les dones. D'entre les limitacions de cura de la llar, anar al mercat o fer la compra i fer les feines rutinàries de la llar són les més prevalents, com mostra la Taula 2.4. Totes les limitacions són més freqüents en les dones.

Les persones de més de 65 anys amb força limitació que necessiten ajuda declaren que reben la visita habitual de l'assistent social o treballador social en el 17,0% dels casos, de manera ocasional el 20,5%, i no reben cap visita d'aquests professionals el 62,5%. La persona cuidadora és principalment un familiar en el 60,1% dels casos, i

d'aquests el 58,5% són dones, un segon perfil de cuidador és una persona contractada el 27,6%, i els serveis socials el 9,4%.

Figura 2.27. Limitació per realitzar les activitats de la vida diària i ajut segons grups d'edat i sexe. Població de 65 anys o més. Percentatges.

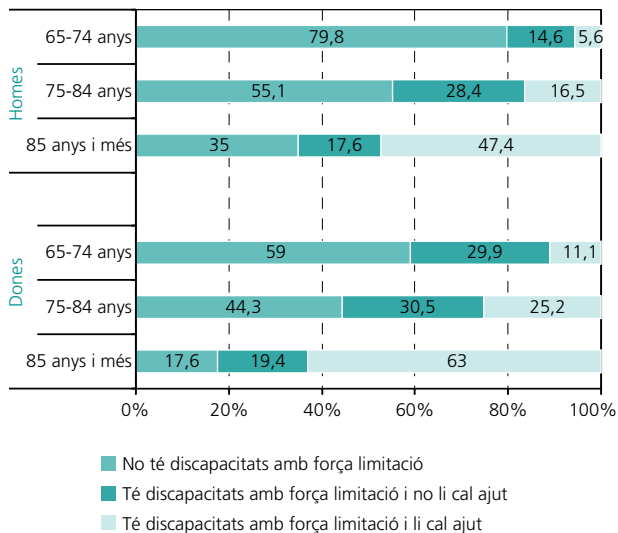
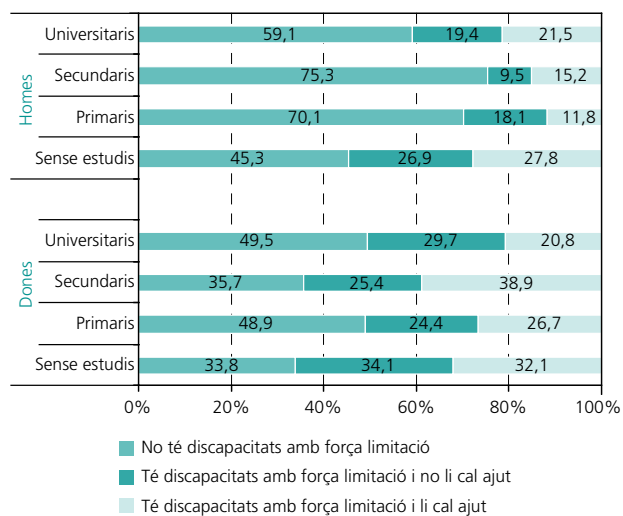


Figura 2.28. Limitació per realitzar les activitats de la vida diària i ajut segons nivell d'estudis i sexe. Població de 65 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.



Taula 2.4. Alguna limitació funcional segons el tipus d'activitat de la vida diària (ADV) segons sexe. Població de 65 anys o més. ESB 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

	Homes	Dones
Limitació de les AVD física i cognitiva		
Pujar i baixar escales	27,4%	49,6%
Caminar	23,4%	44,4%
Sortir al carrer	21,8%	33,9%
Aprendre i retenir informació	22,5%	40,1%
Reconèixer persones i objectes, orientar-se	7,7%	16,5%
Limitació de les AVD de la cura personal		
Banyar-se o dutxar-se	12,0%	24,6%
Vestir-se o desvestir-se	12,3%	23,1%
Entrar i sortir del llit	10,7%	22,7%
Anar al lavabo	8,1%	18,1%
Pentinar-se	--	17,7%
Menjar i beure	5,9%	14,6%
Afaitar-se	9,2%	--
Limitació de les AVD de la cura de la llar		
Fer les feines de casa rutinàries	17,8%	35,3%
Anar al mercat o anar a comprar	18,5%	33,4%
Cuinar el seu menjar	13,6%	26,3%
Administrar els diners	9,8%	20,1%
Utilitzar el telèfon	9,4%	15,4%

ADV=Activitats de la vida diària

Estils de vida relacionats amb la salut

Les conductes o els estils de vida poden tenir efectes beneficiosos per a la salut, com són una correcta nutrició i la realització d'exercici físic, o poden tenir conseqüències clarament negatives com el tabaquisme, el consum de substàncies psicoactives, el consum excessiu d'alcohol, el descans insuficient 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, ja que són diverses les raons i motivacions que condueixen les persones a adoptar estils de vida. El gènere, la posició socioeconòmica o les condicions de vida i treball poden fomentar l'adopció de conductes no saludables i per tant no podem considerar els estils de vida tan sols com a conductes individuals.

Alimentació

Per mesurar els hàbits en l'alimentació dels menors s'han obtingut dades del tipus d'esmorzar, la freqüència amb què prenen menjar no saludable i el consum de fruita i verdura. En el cas dels adults, s'han obtingut dades de consum de fruita i verdura.

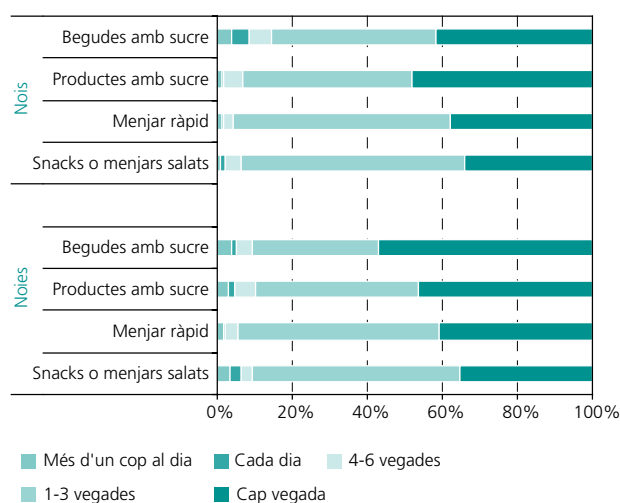
Esmorzar en menors

La majoria dels menors de 3 a 14 anys, un 93,0%, esmorzen cada dia abans de sortir de casa, mentre que un 4,2% de nens i un 6,5% de nenes no ho fan cap dia. Respecte al menjar de mig matí, un 88,3% dels menors pren alguna cosa, mentre que un 6,9% no menja res a mig matí, sense diferències per grups d'edat.

Menjar no saludable en menors

Els menors de 3 a 14 anys consumeixen de manera usual menjar molt calòric i pobre en nutrients, considerat no saludable, com les begudes ensucrades o productes amb sucre (pastes, brioixos, caramels), el menjar ràpid (hamburgueses, pizzes, entrepans) i els snacks salats (patates xips, etc.), aproximadament un 12,4% en consumeixen cada dia. Els percentatges augmenten si considerem el consum alguna vegada a la setmana, així el 50,9% pren begudes amb sucre i un 52,8% pren altres productes amb sucre, un 60,5% pren menjar ràpid i un 65,3% menja snacks salats (Figura 3.1).

Figura 3.1. Dies a la setmana que prenen menjar no saludable segons tipus de menjar i sexe. Població de 3 a 14 anys. Percentatges.



Ingesta de fruita i verdura en menors

Es considera un bon hàbit alimentari la ingesta de cinc o més racions de fruita i verdura al dia, el 3,4% dels menors de 15 anys segueixen aquest hàbit, sent el percentatge major en les noies amb un 5,5% enfront d'un 1,3% dels nois, sense diferències per edat. El 54,3% dels nois i el 46,0% de les noies en prenen una o dues racions diàries i el 37,0% del nois i el 43,1% de les noies tres o quatre al dia.

Ingesta de fruita i verdura en adults

En els majors de 15 anys, el percentatge que consumeix cinc o més racions de fruita al dia creix lleugerament respecte als menors i arriba a un 9,7% (el 6,8% dels homes i el 12,3% de dones), percentatges que augmenten amb l'edat fins al 18,3% de les dones majors de 65 anys (Figura 3.2). De tota manera, aproximadament la meitat de la població adulta consumeix tres o més racions de fruita i verdura al dia i el percentatge de la població que diàriament no sol consumir cap ració se situa en el 2,6%.

Per nivell d'estudis, els de major nivell tendeixen a un major consum de fruites i/o verdures, especialment en les dones, mentre els homes sense estudis presenten el percentatge més elevat de no consumir cap peça de fruita i/o verdura (Figura 3.3).

Figura 3.2. Consum de fruita i verdura al dia segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.

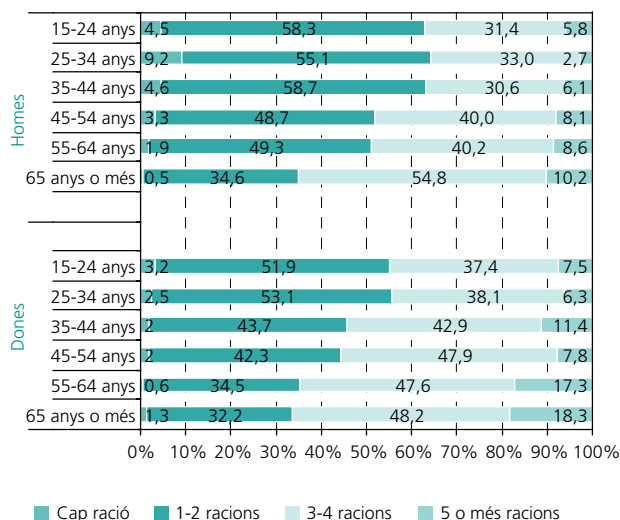
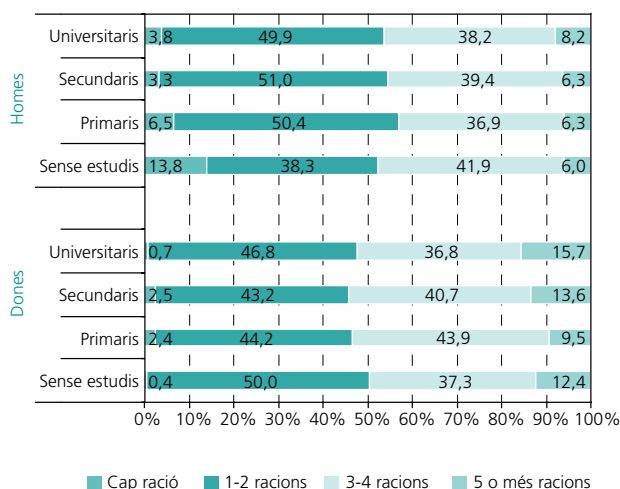


Figura 3.3. Consum de fruita i verdura al dia segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.



Activitat física

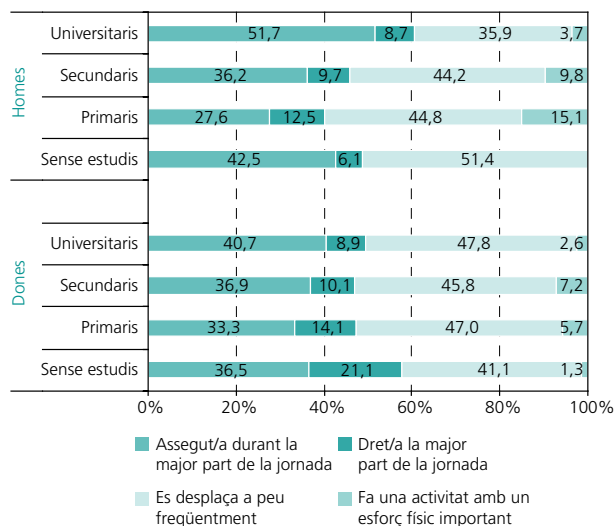
La realització d'activitat física és un factor protector de determinades malalties i aporta no sols un benefici físic sinó també psicològic²³. Amb els canvis tecnològics, el treball tendeix a exigir menys esforç físic i per tant el gruix de l'activitat física és fruit de decisions deliberades que des dels serveis de salut pública convé potenciar. La informació recollida per la ESB 2011 permet conèixer el tipus d'activitat física que les persones realitzen tant en la seva activitat principal, molt

ligada a la situació laboral o el tipus d'ocupació, com en el seu temps de lleure, com ara caminar o fer esport.

Activitat física habitual

L'any 2011 el 38,3% de la població de 15 anys o més declara que fa una activitat habitual en què està asseguda la major part de la jornada, en canvi, un 10,4% d'homes i un 11,6% de dones declaren que estan drets sense desplaçar-se. D'altra banda el 9,4% dels homes i un 4,3% de les dones fan una activitat habitual que requereix un esforç físic important, però prop de la meitat, un 43,3%, declara que tot i que la seva activitat no requereix un esforç físic important, es desplaça freqüentment a peu. L'activitat habitual sedentària s'incrementa en els homes amb el nivell d'estudis, a excepció del grup sense estudis, en les dones el patró és menys pronunciat (Figura 3.4).

Figura 3.4. Tipus d'activitat física habitual segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.



Activitat física de lleure

Una àmplia majoria de la població barcelonina de 15 anys o més, el 84,1%, camina cada dia almenys 10 minuts seguits i el 37,9% caminen 30 minuts o més. La realització d'activitat física en el temps de lleure (exclou caminar) ha augmentat respecte l'any 2006, tant en homes com en dones (Figura 3.5). De tota manera, l'activitat física segueix sent més habitual en els homes, el 25,4% dels homes realitzen una activitat física intensa, mentre que en el cas de les dones, la realitza un 15,7%. L'activitat física en el temps de lleure disminueix entre les persones de posició socioeconòmica menys afavorida, amb un gradient més pronunciat en els homes (Figura 3.6). Respecte l'edat també es mostra un gradient amb el 70,8% dels homes i el 81,6% de les dones de 65 anys o més són inactius (Figura 3.7).

Figura 3.5. Evolució del tipus d'activitat física en el temps de lleure (exclou caminar) segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandaritzats per edat.

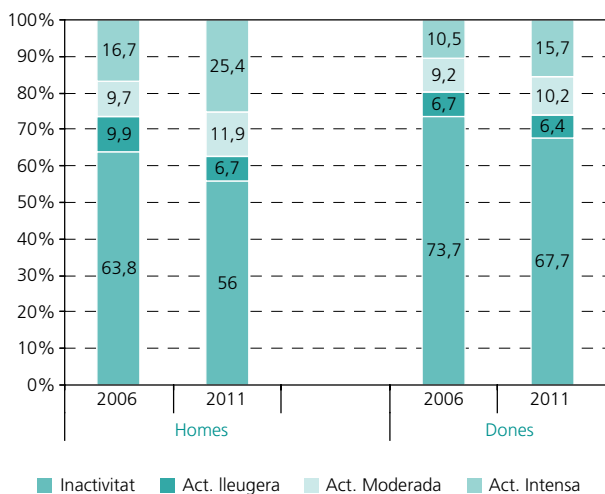


Figura 3.6. Tipus d'activitat física en el temps de lleure (exclou caminar) segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.

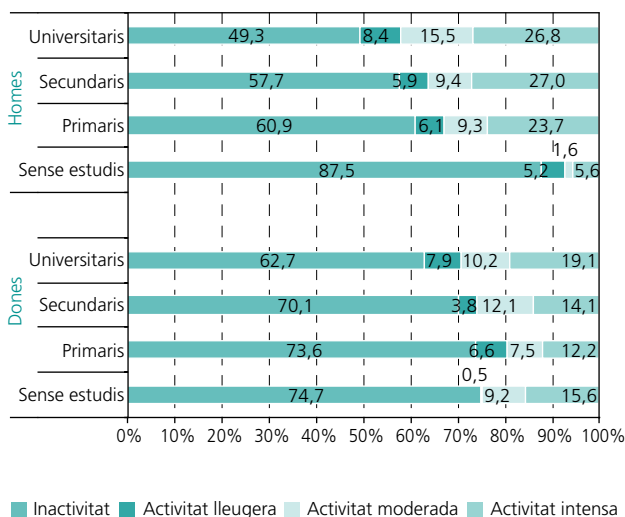
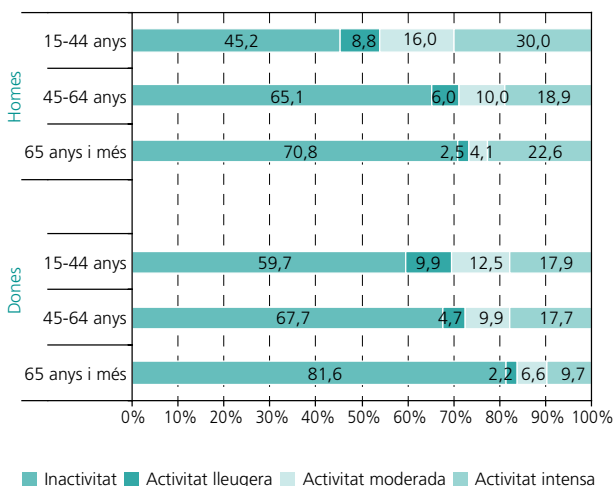


Figura 3.7. Tipus d'activitat física en el temps de lleure (exclou caminar) segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més.

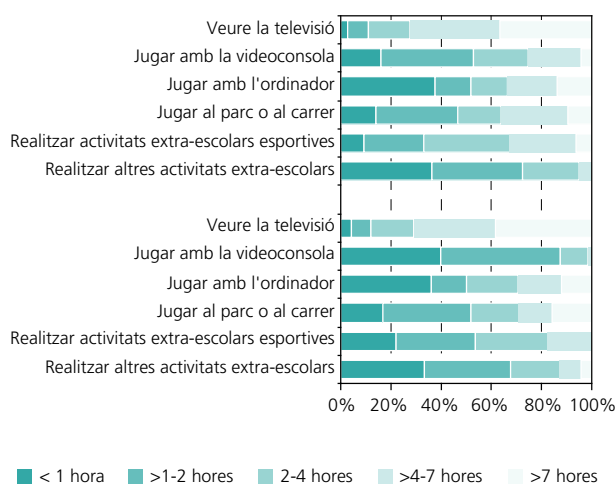


Activitat física i altres activitats de lleure de la població infantil

El tipus d'activitat física que realitza la població infantil, de 6 a 14 anys, es mesura amb la dimensió d'activitat física del CHIP-CE (12), una puntuació superior a 50 indica una millor puntuació respecte al total de la població infantil, que en aquest cas vol dir una activitat física més intensa. En la ESB 2011, els nois presenten millors puntuacions que les noies (52,4 en nois i 47,6 en noies), és a dir, realitzen més activitat física, sense trobar canvis segons l'edat.

Així mateix, en el cas de la població infantil és important valorar les activitats de caràcter sedentari com són veure la televisió o jugar amb l'ordinador o videoconsola. La Figura 3.8 mostra el nombre d'hores a la setmana en què la població infantil de 6 a 14 anys realitza diferents activitats de lleure. El 37,5%, mira la televisió més de set hores a la setmana, percentatge que és lleugerament més alt en el cas de les noies (36,7% de nois i 38% de noies). El 75,4% juga amb la videoconsola almenys una hora a la setmana, quan hi juguen més de set hores a la setmana el percentatge disminueix al 2,8%. Respecte als jocs d'ordinador, un 63,2% juga almenys una hora a la setmana, un 13,9% dels nois i un 12,1% de les noies ho fan durant més de set hores. Un 84,6% dels menors juga al parc o al carrer almenys una hora a la setmana i només el 9,6% dels nois i el 15,7% de les noies hi juguen més de set hores a la setmana. D'altra banda, hi ha un 86,0% de nois i un 83,0% de noies que realitzen activitats extraescolars esportives, majoritàriament entre una i dues hores a la setmana. El 63,7% dels nois i el 66,7% de les noies realitzen alguna activitat extraescolar no esportiva com és la música o els idiomes.

Figura 3.8. Hores a la setmana de realització d'activitats de lleure segons tipus d'activitat i sexe. Població de 6 a 14 anys. Percentatges.



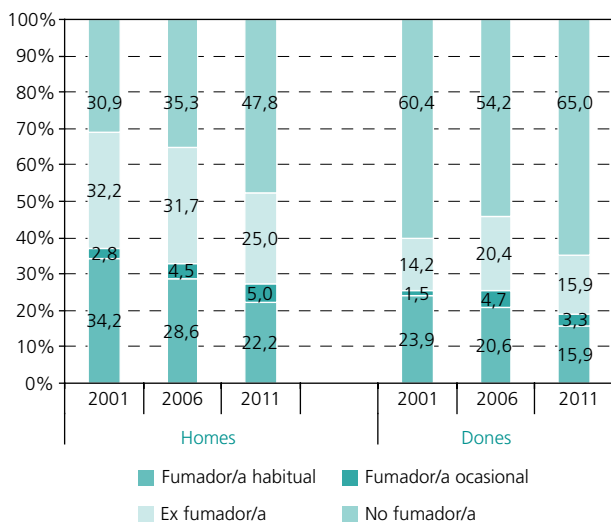
Consum de tabac

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.

Hàbit tabàquic

La proporció de fumadors habituals al 2011 és del 18,8%. La Figura 3.9 mostra l'evolució en l'hàbit tabàquic en les últimes enquestes de salut de Barcelona. Es pot observar una tendència a la disminució del tabaquisme i a l'augment del percentatge de persones no fumadores tant en homes com en dones. Un 18,7% de la població de 15 anys o més es declara fumadora habitual (consum diari), el 22,2% dels homes i el 15,9% de les dones, percentatges que han disminuït respecte als anys anteriors. Un 4,1% es declara fumador/a ocasional, percentatge que ha disminuït respecte anteriors dades. Finalment, un 25,0% d'homes i un 15,9% de dones es declararen ex-fumadors/es, dades que han disminuït respecte a prèvies enquestes. Al 2011, cal destacar que un 29,3% dels fumadors i fumadores diuen que han intentat deixar de fumar durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista (un 32,6% al 2006).

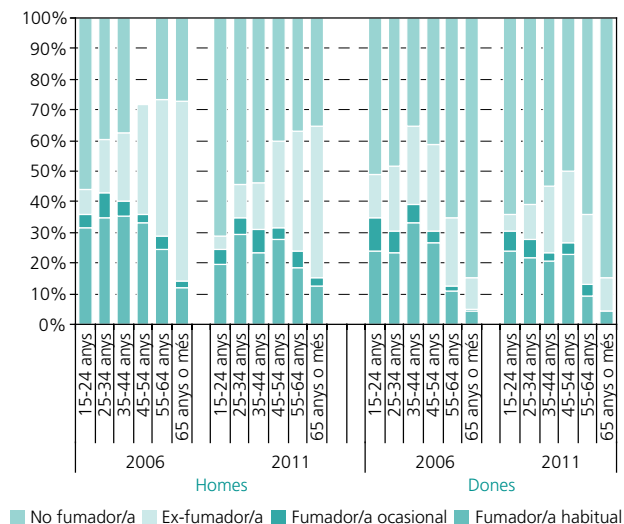
Figura 3.9. Evolució de l'hàbit tabàquic segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2001, 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.



La Figura 3.10 mostra la comparació del tabaquisme per grups d'edat entre 2011 i 2006. El tabaquisme en els homes ha disminuït en tots els grups d'edat. En les dones s'observa que el tabaquisme no disminueix en les més grans, mentre que en la resta dels grups d'edat ha disminuït, sent aquest descens especialment important entre les dones de 35 a 54 anys. El consum habitual de tabac és més freqüent en els joves (aproximadament 1 de cada 3 homes i 1 de cada 5 dones de 24 a 35 anys són fumadors/es diaris) i disminueix en augmen-

tar l'edat. En general, el consum de tabac és superior en els homes, a excepció del grup d'edat més jove, de 15 a 24 anys, on les dones superen lleugerament als homes tant en consum habitual (el 19,3% d'homes i el 23,9% de dones), com esporàdic (el 4,9% d'homes i el 6,6% de dones).

Figura 3.10. Evolució de l'hàbit tabàquic segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges.



Segons la posició socioeconòmica s'observa un gradient en les dones, de manera que les de major nivell d'estudis són més fumadores en major percentatge que les de posició socioeconòmica més baixa. Els homes tenen un consum més alt que les dones en cada grup socioeconòmic i segueix un patró invers al de les dones, amb els d'estudis universitaris sent menys fumadors que els primaris (Figura 3.11). També s'observen diferències segons el país de naixement així, el tabaquisme és inferior en les persones estrangeres nascudes en països de renda baixa, tant homes com dones (Figura 3.12).

Figura 3.11. Hàbit tabàquic segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.

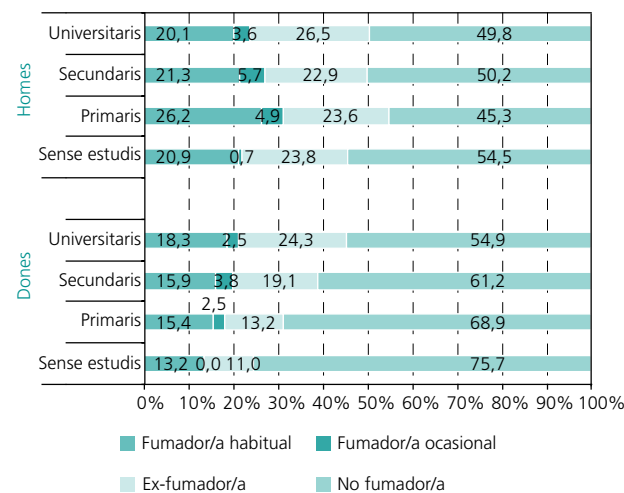
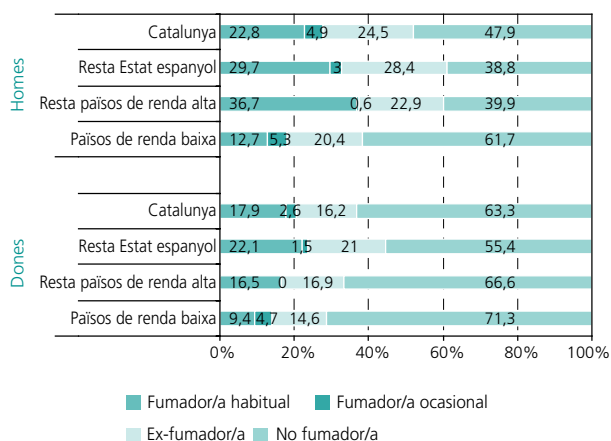


Figura 3.12. Hàbit tabàquic segons país de naixement i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



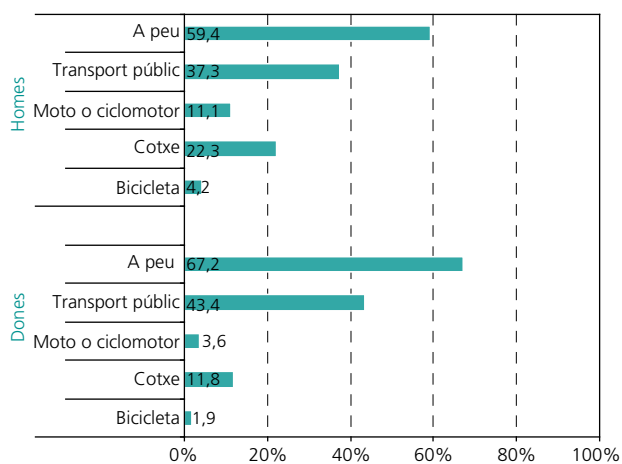
Fum de tabac ambiental

Respecte a l'entorn i els ambients carregats de fum, el 13,9% de la població diu que a la feina algun company fuma a prop seu. Un 18,9% d'homes i un 20,7% de dones fumadores han declarat que durant la última setmana els havien demanat que no fumessin davant d'algú altre, en un 74,3% de les ocasions a casa seva, en un 6% a la feina i per últim a casa d'una altra persona a un 11,8% d'homes i a un 14,7% de dones.

Mobilitat viària

Respecte a la mobilitat viària, destaca que el 95% de població major de 15 anys es desplaça en dies laborables. Com es mostra a la Figura 3.13, la majoria de la població es desplaça a peu, seguit del transport públic, tots dos mitjans utilitzats en major percentatge per part de les dones. La moto, el cotxe i la bicicleta són utilitzats en menor mesura i el seu ús és més freqüent entre els homes.

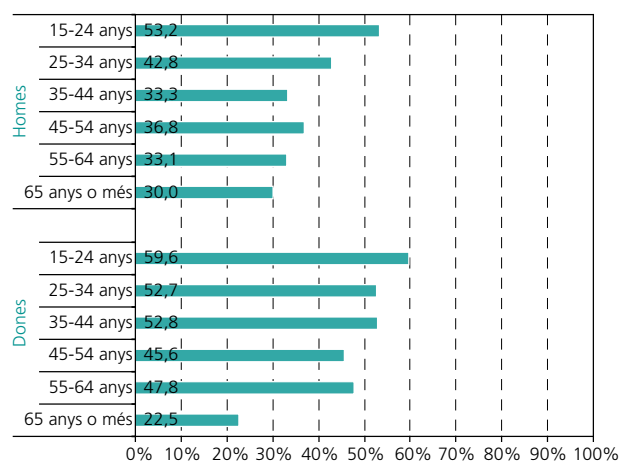
Figura 3.13. Tipus de mobilitat viària segons sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.



El 63,5% de la població es desplaça a peu, un 59,4% d'homes i un 67,2% de dones, percentatge que arriba al 75,0% en el cas de les dones nascudes en països de renda baixa. Els que menys caminen són els homes de 35 a 54 anys, el 51,7%.

Un 40,5% de la població barcelonina usa transport públic, el 19,8% es desplaça en autobús, el 28,1% en metro/tramvia i el 2,2% en tren. En general, l'ús de transport públic és superior en les dones (el 37,3% dels homes i el 43,4% de les dones) i disminueix amb l'edat (Figura 3.14). Pel que fa al país d'origen, es troba el major percentatge d'ús entre les dones nascudes en la resta de països de renda alta, amb un 59,6%.

Figura 3.14. Desplaçament en transport públic segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.



Respecte al desplaçament en moto o ciclomotor, es troba una gran diferència entre l'11,1% dels homes i el 3,6% de dones que ho fa. El grup d'homes de 25-54 anys i el de dones de 15 a 24 anys són els que més es desplacen en moto o ciclomotor. L'ús s'incrementa en les persones de classes socials més afavorides i disminueix en la població nascuda en països de renda baixa, el 5,2% d'homes i el 0,4% de dones.

El 16,7% de la població es desplaça amb cotxe, un 22,2% d'homes i un 11,8% de dones. Les persones de 35 a 65 anys són les que més l'usen, el 29% dels homes i el 15,2% de les dones. Quant a la classe social, s'aprecia un clar gradient de manera que són les persones de classes benestants les que més es desplacen en cotxe. La població d'origen català és la que més l'usa, el 24,6% d'homes i el 14,4% de dones.

La bicicleta, com a mitjà de transport, la utilitza el 3%. L'ús és superior en homes, el 4,2%, respecte a l'1,9% de dones i disminueix amb l'edat sent el 0,4% de majors de 65

anys qui ho fa. Destaca que el grup d'homes nascuts en la resta de països de renda alta es desplacen més en bicicleta arribant al 8%.

Hores de son

El descans diari és un condicionant bàsic de la salut. Es considera que una persona adulta necessita aproximadament entre 7 i 9 hores diàries de descans nocturn per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment. La majoria de la població de 15 anys o més dorm entre 7 i 9 hores diàries, un percentatge que és inferior en les dones (69,1%) que en els homes (76%), però hi ha un 22,4% d'homes i un 28,6% de dones que dorm menys de 7 hores. Les diferències en les hores de son entre homes i dones s'accentuen als 65 anys, franja d'edat en què les dones dormen menys hores (Figura 3.15). Segons la posició socioeconòmica s'observa en els homes un cert gradient amb els de menor nivell d'estudis amb menys hores de son realitzades. En les dones, no s'observen diferències (Figura 3.16).

Figura 3.15. Hores diàries de son segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges.

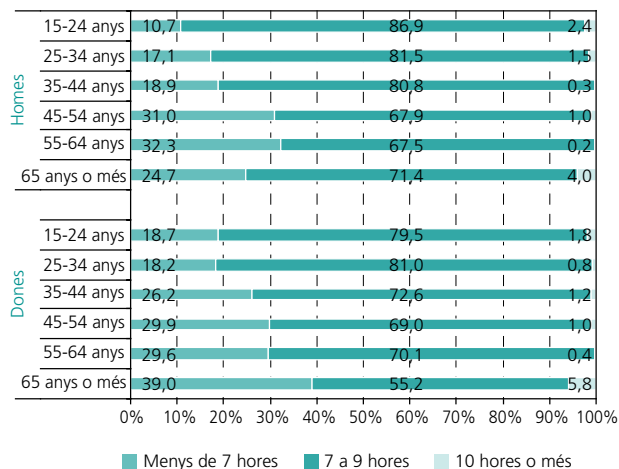
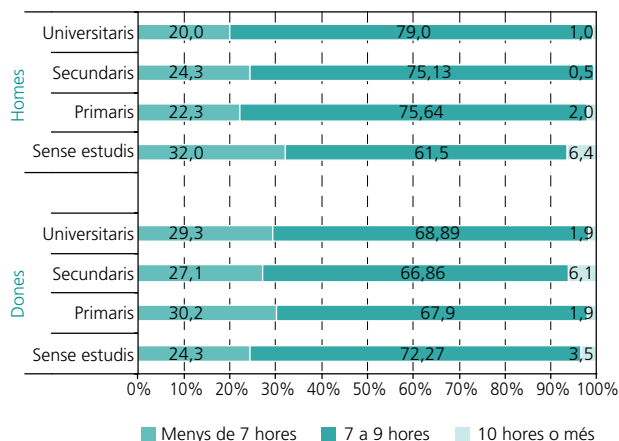


Figura 3.16. Hores diàries de son segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.



Utilització serveis sanitaris

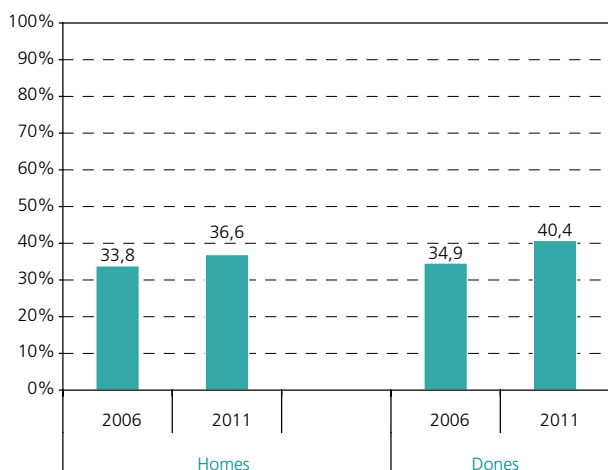
El coneixement de la utilització de serveis sanitaris per part de la població és de gran importància per la posterior aplicació de polítiques de salut i per la planificació sanitària. De la mateixa manera, és un punt bàsic per l'avaluació de recursos disponibles i alhora necessaris per cobrir les necessitats de la població. L'ESB 2011 recull informació de diferents serveis sanitaris que fan referència a l'atenció primària i l'atenció mèdica especialitzada, la visita als serveis d'urgències, l'atenció sanitària no atesa i el consum de medicaments.

Cobertura sanitària

Respecte al tipus de cobertura sanitària, a Catalunya hi ha una gran implantació de l'assegurança sanitària privada havent-hi un gran volum de la població que fa ús d'una doble cobertura sanitària (pública i privada) que segons l'evidència científica pot conduir a desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris²⁴.

A Barcelona, la doble cobertura sanitària manté una tendència creixent. L'any 2011 un 38,6% de la població de Barcelona té una doble cobertura sanitària (pública i privada), percentatge que ha augmentat respecte al 33,6% de l'any 2006 (Figura 4.1).

Figura 4.1. Evolució de la doble cobertura sanitària segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandaritzats per edat.



La doble cobertura es manté en tots els grups d'edat, sent la població de 65 anys o més la que presenta menor proporció amb doble cobertura (36,0%), però mantenint el percentatge dels darrers anys. Explorant la cobertura sanitària segons posició socioeconòmica (Figura 4.2), s'observen grans diferències segons el nivell d'estudis; així, en el grup universitari es mostra una major proporció de població amb doble cobertura (un 50,6% dels homes i un 53,0%) disminuint la proporció gradualment fins el grup sense estudis (un 5,5% dels homes i un 21,6% de les dones). Respecte al país de naixement (Figura 4.3), les persones nascudes en països de renda baixa tenen una menor proporció de doble cobertura (un 18,4% dels homes i un 13,9% de les dones). Quant al districte (Figura 4.4), la població resident a Sarrià-Sant Gervasi i a Gràcia són les que tenen major proporció de doble cobertura sanitària (amb un 68,5% i un 51,9% respectivament); per contra, el districte de Ciutat Vella és, amb diferència, el de menor proporció de tota Barcelona (9,0%).

Figura 4.2. Doble cobertura sanitària segons nivell d'estudis i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.

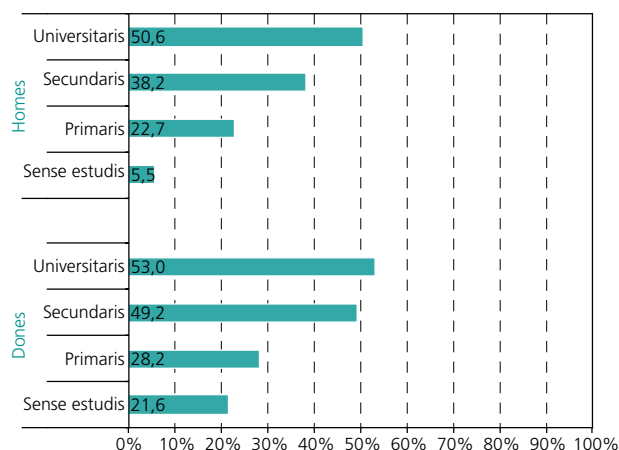


Figura 4.3. Doble cobertura sanitària segons país de naixement i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.

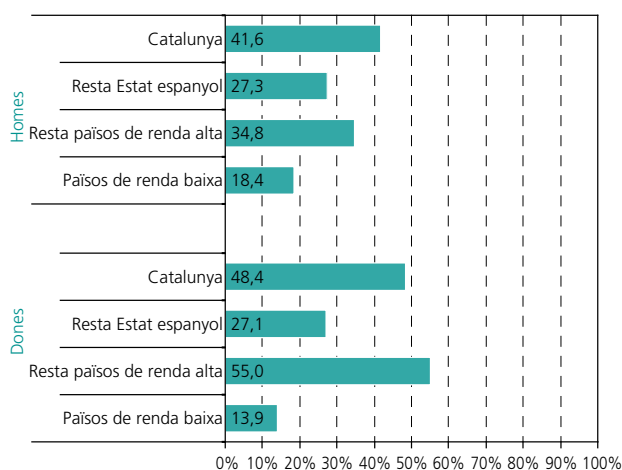
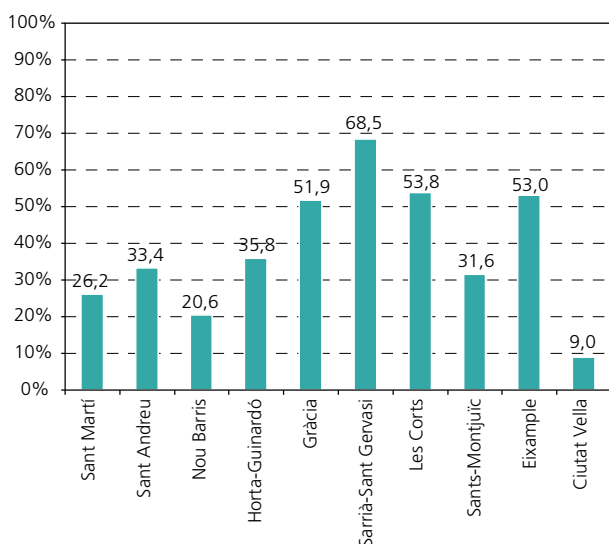


Figura 4.4. Doble cobertura sanitària segons el districte. Percentatges estandaritzats per edat.



Atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'assistència sanitària a la ciutadania. Aquesta ha de garantir una atenció amb continuïtat, essent també global i que permeti l'accés i la coordinació amb la resta del sistema sanitari. Per mesurar i avaluar els dominis específics de l'atenció primària, l'ESB inclou una adaptació del qüestionari de Barbara Starfield PCAT (Primary Care Assessment Tools) que ha estat validat en el nostre medi ^{25,26}.

Professional sanitari o centre de referència

L'any 2011, 8 de cada 10 persones (80,3%) tenen un metge/essa de capçalera o un centre de referència on acostumen a anar quan estan malalts o necessiten consells de salut, aquest valor ha disminuït respecte 2006 on eren 9 de cada 10 persones (89,7%). D'aquests un 76,4% ha anat a aquest metge/essa o centre de referència els 12 mesos anteriors a l'enquesta (proporció que també ha disminuït respecte 2006 on era del 82,6%); el 85,8% d'aquestes consultes han estat al Servei Català de la Salut, un 4,1% a una mútua obligatòria, el 8,6% a assegurances privades i un 1,5% a un metge/essa particular. En la població de 15 anys o més, un 93,1% fa més d'un any que manté el mateix metge/essa de capçalera.

Característiques de l'atenció primària

El Qüestionari PCAT (Primary Care Assessment Tools) recull informació de diferents dimensions agrupades en 10 ítems segons l'adaptació d'un mòdul més general per a l'avaluació de l'atenció primària (s'han conservat les denominacions d'aquestes dimensions originals); a la Taula 3.1 s'observa fins a quin grau l'atenció primària compleix una sèrie de característiques segons la modalitat de metge/essa o centre de referència.

Taula 3.1. Valoració de les característiques de l'atenció primària segons el tipus de modalitat del professional o centre de referència. Població de 15 anys o més. Percentatges.

	Modalitat pública			Modalitat privada		
	sí, sens dubte / probablement sí	no, en absolut / + probablement que no	No ho sap	sí, sens dubte / probablement sí	no, en absolut / + probablement que no	No ho sap
1. Va al metge/essa de capçalera abans d'anar a un altre lloc?	97,7%	1,9%	0,4%	89,1%	10,2%	0,8%
2. Si el centre és obert, la visita és el mateix dia?	90,1%	4,4%	5,5%	86,2%	4,9%	8,9%
3. Si el centre és obert, es pot rebre consell per telèfon?	70,4%	9,3%	20,3%	66,9%	9,3%	23,9%
4. Si el centre és tancat, hi ha un telèfon disponible?	92,5%	5,9%	1,6%	90,4%	6,2%	3,4%
5. L'atén sempre el mateix personal?	78,8%	6,1%	15,1%	74,3%	5,7%	20,0%
6. Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència?	66,2%	13,2%	20,6%	66,0%	12,4%	21,6%
7. Coneixen els seus problemes més importants?	91,1%	5,1%	3,8%	86,9%	8,4%	4,7%
8. El metge/essa parla sobre la visita a l'especialista?	85,7%	10,3%	4,0%	76,4%	17,8%	5,8%
9. El centre disposa d'assessorament en salut mental?	56,7%	3,6%	39,7%	51,6%	6,2%	42,2%
10. Recomanaria el centre a un amic o familiar?	92,3%	4,2%	3,5%	90,6%	5,2%	4,2%

Aproximadament 9 de cada 10 persones declaren que quan tenen un problema de salut van al seu metge/essa de capçalera abans d'anar a qualsevol lloc, sent major la proporció en l'atenció pública. Pel que respecte a l'accés i a la utilització (Taula 3.1 ítems 1-4), la població que manté com a centre de referència l'atenció pública declara positivament poder ser atès el mateix dia que es demana visita i també ser atès per telèfon pel centre. En canvi, en l'atenció privada tot i que es declara positivament el poder ser atès pel centre el mateix dia que es demana la visita, un alt percentatge de la població no sap si es pot rebre consell telefònic al centre de referència. El fet de ser atès sempre pel mateix professional és major en l'atenció pública que en la privada. Tanmateix, respecte a la continuïtat de l'atenció (ítems 5-7) és més ben valorada en l'atenció pública que en l'atenció privada. Aspectes de coordinació (ítem 8) són pitjors en la sanitat privada, fet que canvia respecte l'any 2006 on els centres privats estaven més coordinats. Disposar d'atenció a la salut mental (ítem 9) i recomanació de centre (ítem 10) mostren millors resultats a l'atenció primària pública.

Visites a professionals sanitaris el darrer any

L'any 2011 aproximadament 9 de cada 10 persones han realitzat una visita a algun professional sanitari el darrer any respecte la data de l'entrevista (Taula 3.2). Aquesta proporció és major en els menors de 15 anys (94,6%) i en els de 65 anys o més (95,5%), en canvi disminueix en els adults de 15 a 44 anys (80,8%). Per sexes, s'observa com a partir dels 15 anys les proporcions de visites a professionals sanitaris són majors en dones que en homes. Per país de naixement, veiem com les menors proporcions de visites a professionals sanitaris les trobem en les persones nascudes a l'estranger en països de renda alta, amb un 57,1% dels homes i un 78,6% de les dones; en tots els casos les dones mantenen unes proporcions majors de visites.

Professionals sanitaris visitats el darrer any

Quant als professionals sanitaris visitats per la població adulta, de 15 anys o més (Taula 3.2), l'any 2011 s'observa una disminució global del percentatge de persones que es visiten als professionals sanitaris ja fossin de medicina general, metges/esses especialistes o altres professionals sanitaris. En tots els tipus de professionals sanitaris les proporcions de visites són majors en dones que en homes, tot i així en ambdós sexes el professional més visitat és el metge/essa de medicina general (63,1% dels homes i 72,8% de les dones).

En els menors de 15 anys (Taula 3.3), la proporció de població que ha visitat algun professional sanitari respecte 2006

ha augmentat en els nois però ha disminuït en les noies (95,5% dels nois i 93,6% de les noies per l'any 2011). La proporció de visita al pediatre/a ha augmentat en els dos sexes l'any 2011 amb un 85,2% dels nois i un 87,8% de les noies disminuint les visites al metge/essa de capçalera i a la resta de metges/esses especialistes i altres professionals sanitaris.

Taula 3.2. Professionals sanitaris visitats el darrer any segons sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

	Homes		Dones	
	2011	2006	2011	2006
Algun professional sanitari	80,4%	82,3%	92,3%	93,6%
Metge/essa de medicina general	63,1%	64,4%	72,8%	76,6%
Metge/essa especialista	57,4%	61,1%	75,8%	84,4%
Dentista	25,2%	32,0%	30,3%	40,0%
Oculista	16,9%	24,8%	23,5%	32,8%
Psiquiatre/a	3,1%	4,8%	4,5%	7,7%
Ginecòleg/loga	-	-	45,2%	51,4%
Metge/essa especialista (no inclou dentista ni oculista)	40,3%	37,9%	66,7%	70,5%
Altres professionals sanitaris				
Infermer/a	7,3%	14,1%	11,3%	17,9%
Fisioterapeuta	5,0%	7,6%	6,2%	10,9%
Psicòleg/loga	1,9%	3,7%	2,9%	6,0%

Taula 3.3. Professionals sanitaris visitats el darrer any segons sexe. Població de 14 anys o menys. ESB 2006 i 2011. Percentatges estandarditzats per edat.

	Homes		Dones	
	2011	2006	2011	2006
Algun professional sanitari	95,5%	93,9%	93,6%	94,1%
Pediatre/a	85,2%	82,9%	87,8%	83,6%
Metge/essa de medicina general	21,8%	35,5%	28,3%	34,0%
Metge/essa especialista	54,8%	63,3%	54,9%	60,7%
Dentista	35,7%	45,3%	39,8%	40,6%
Oculista	17,1%	25,2%	22,6%	25,9%
Psiquiatre/a	0,8%	4,5%	2,9%	0,5%
Metge/essa especialista (no inclou dentista ni oculista)	18,1%	28,1%	18,6%	21,8%
Altres professionals sanitaris				
Infermer/a	1,1%	12,8%	0,0%	10,5%
Psicòleg/loga	2,9%	7,8%	5,2%	6,4%

Visites de la població infantil al dentista el darrer any

L'any 2011 ha disminuït la proporció de població infantil que ha visitat el dentista respecte els valors de 2006, amb un 35,7% dels nois i un 39,8% de les noies menors de 15 anys que han visitat el dentista el darrer any respecte la data de l'enquesta (l'any 2006 van visitar-se al dentista un 45,3% dels nois i un 40,6% de les noies) (Taula 3.3). Els principals motius de consulta en la població infantil són la revisió general (61,0%), l'ortodòncia –col·locació i/o seguiment d'aparell o sistema corrector– (14,7%) i l'extracció de dents o queixals (7,9%).

Atenció especialitzada ambulatoria

L'any 2011 un 58,5% dels homes i un 74,8% de les dones majors de 15 anys han estat visitats el darrer any per un metge/essa especialista o centre. En el cas dels menors de 15 anys les proporcions són menors, havent-se visitat un 50,6% dels nois i un 59,7% de les noies. Les especialitats mèdiques que reben més visites són traumatologia (16,0%), oftalmologia (10,9%), dermatologia (6,6%) i cardiologia (6,4%). Aquestes visites són indicades principalment pel metge/essa de capçalera (38,1%), pel mateix metge/essa especialista (27,6%) i per decisió pròpia (27,0%) i en més de la meitat de les visites (57,4%), el motiu d'aquesta és una revisió o control de salut.

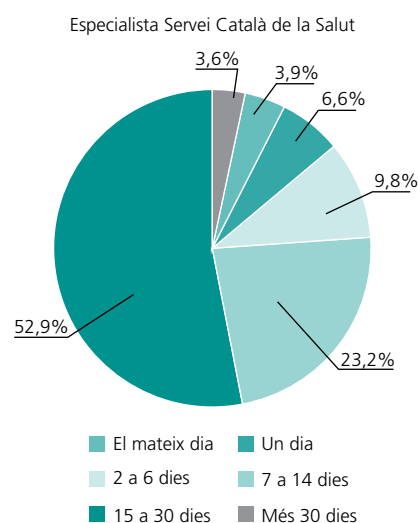
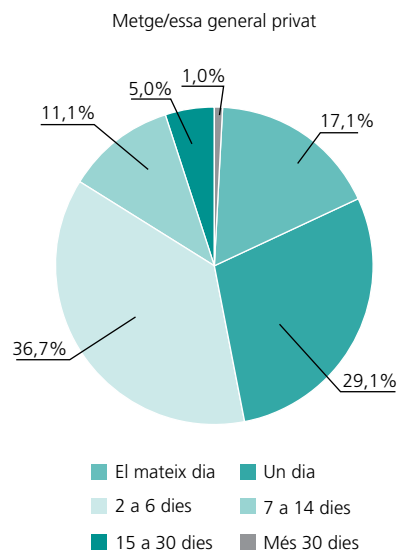
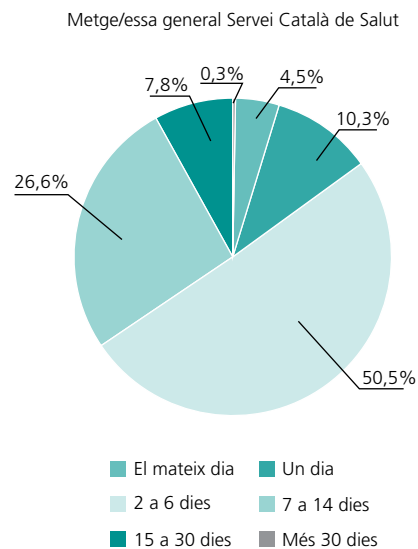
Respecte a la modalitat d'assistència sanitària, un 51,6% dels metges especialistes que han atès pertanyen al Servei Català de la Salut; en un 26,2% dels casos pertanyen a assegurances privades concertades individualment o per l'empresa i en un 13,0% a metges privats.

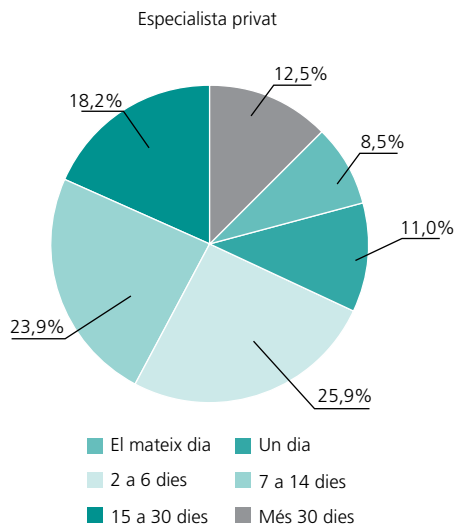
Temps d'espera des que es demana la visita fins que es realitza

Un altre aspecte important és el temps d'espera des que es sol·licita una visita al metge fins que aquesta visita es realitza. Així les persones que han visitat el metge/essa de capçalera el darrer any han esperat una mitjana de 5,7 dies en el cas que el metge fos del sistema sanitari públic i 4,0 dies en el cas que fos privat, diferències visibles a la Figura 4.5. Aconseguir visita amb el metge/essa de capçalera o pediatre el mateix dia o l'endemà de demanar-la es dona en un 14,8% si el professional és del Servei Català de la Salut, i augmenta fins a un 46,2% en el cas que el professional treballi en la sanitat privada. Per una altra banda, el temps d'espera superior a 15 dies es dona en un 8,1% dels pacients en el cas que el metge sigui del Servei Català de la Salut i d'un 6,0% en el cas de que sigui de la sanitat privada.

Independentment del tipus de finançament, les visites al metge/essa especialista tenen un major temps d'espera que pel metge/essa general, sent en la mitjana d'espera en el Servei Català de la Salut de 100 dies i en la sanitat privada de 29,2 (mediana 60 i 7 dies respectivament); augmentant la diferència en el temps d'espera segons el tipus de finançament respecte el metge/essa de capçalera. Un 7,5% dels pacients són visitats per l'especialista el mateix dia o a l'endemà en el Servei Català de la Salut i el 6,6% entre els 2 i 6 dies, essent en la sanitat privada un 19,6% el mateix dia o l'endemà, i el 25,9% entre els 2 i 6 dies. Més del 76,1% dels pacients que visiten un metge especialista del Servei Català de la Salut esperen més de 15 dies per visitar-se; sent del 30,7% en els pacients en la sanitat privada.

Figura 4.5. Temps d'espera des que es demana la visita fins que aquesta es realitza segons el tipus de visita i el tipus de finançament. Percentatges.





Visites a urgències

Visites a urgències el darrer any

L'any 2011 un 25,7% d'homes i un 28,4% de dones han consultat un servei d'urgències l'any anterior a la realització de l'enquesta, xifres lleugerament inferiors al 2006 (28,9% dels homes i 33,8% de les dones). Per edats, veiem que la freqüentació als serveis d'urgències és major en ambdós sexes en la població de 0 a 14 anys, amb un 33,1% dels nois i un 38,9% de les noies menors de 15 anys (Figura 4.6).

Segons la posició socioeconòmica es mostra un gradient en la realització de visites als serveis d'urgències en els homes, de manera que els de menor nivell d'estudis han visitat els serveis d'urgències en major proporció (Figura 4.7), però sense aquest patró en les dones. Respecte al país de naixement, les persones nascudes a la resta de l'Estat espanyol han realitzat les visites amb major freqüència (Figura 4.8).

Figura 4.6. Visites a un servei d'urgències el darrer any segons grup d'edat i sexe. Percentatges.

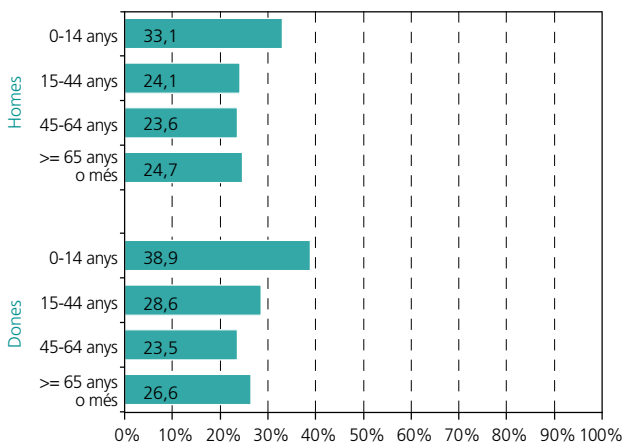


Figura 4.7. Visites a un servei d'urgències el darrer any segons nivell d'estudis i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.

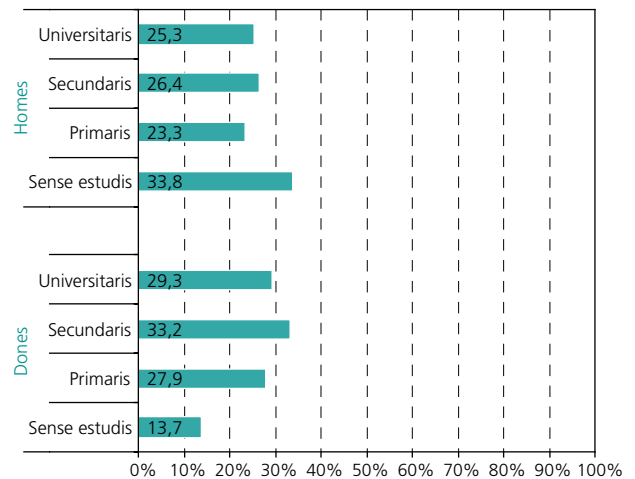
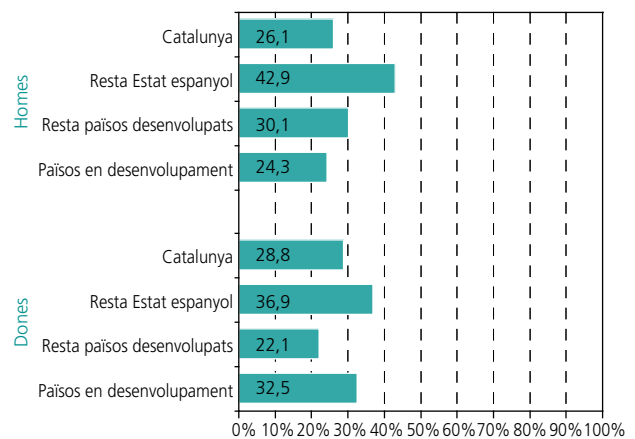


Figura 4.8. Visites a un servei d'urgències el darrer any segons el país de naixement i sexe. Percentatges estandaritzats per edat.



Nombre de visites a urgències el darrer any

La majoria de la població que s'ha visitat a un servei d'urgències els 12 mesos anteriors a la realització de l'enquesta només ho ha fet un únic cop (74,5% d'homes i 73,3% de dones) o dues vegades (15,1% d'homes i 16,0% de dones), restant un 10,4% d'homes i un 10,7% de dones que ho han fet tres o més vegades.

Lloc de la visita a urgències el darrer any

Les persones que han visitat urgències els 12 mesos anteriors a la realització de l'enquesta, ho han fet majoritàriament a hospitals (un 51,9% a hospitals públics i un 20,0% a hospitals privats), veient com la proporció de visita a serveis d'urgència en hospitals privats ha augmentat respecte 2006 on era d'un 18,3%. Seguidament els següents serveis d'urgències més visitats han estat els serveis d'urgències dels Centres d'Atenció Primària públics (20,0%), consultes de metge/essa o centres privats (4,3%) i serveis d'emergències mèdiques tipus 061 o 112 (2,8%).

Segons l'edat observem certes diferències (Figura 4.9), essent les visites en centres privats més freqüents en els nois menors de 15 anys (39,9% dels nois s'han visitat a urgències hospitalàries de centres privats), seguit d'hospitals públics. En les noies menors de 15 anys les visites són més freqüents a hospitals públics (39,3%), seguit de visites a hospitals o centres privats. La majoria de la població de 65 o més (74,7% dels homes i un 54,9% de les dones) han estat atesos a serveis d'urgències d'hospitals públics.

Segons la posició socioeconòmica (Figura 4.10), s'observen desigualtats essent les persones de nivell d'estudis més alt les que més freqüentment s'han visitat en hospitals o centres privats (19,6% en homes universitaris vers 0,5% sense estudis, i 38,5% de les dones universitàries vers 4,9% de les dones sense estudis), i en canvi les persones de menor nivell d'estudis han visitat amb major freqüència hospitals públics. Destaca també el 17,3% de les dones que han visitat el Centre d'atenció primària.

Quant al país de naixement (Figura 4.11), veiem com la població nascuda a l'estranger ha realitzat major proporció de visites a serveis d'urgència d'hospitals públics respecte la població autòctona de Catalunya (53,7% i 52,4%, respectivament), però les majors diferències s'observen en la menor proporció de visites a hospitals privats en la població estrangera (un 23,4% dels autòctons han realitzat la visita a urgències d'un centre privat i només ho ha fet un 13,5% dels nascuts a l'estranger).

Figura 4.9. Lloc de visita a un servei d'urgències el darrer any segons grup d'edat i sexe. Percentatges.

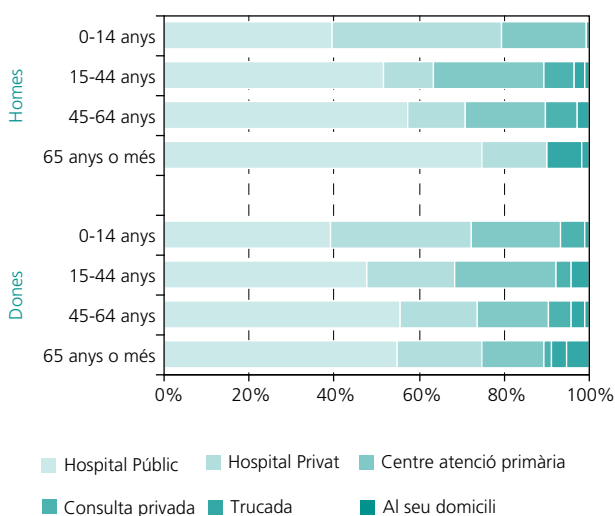


Figura 4.10. Lloc de visita a un servei d'urgències el darrer any segons nivell d'estudis i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

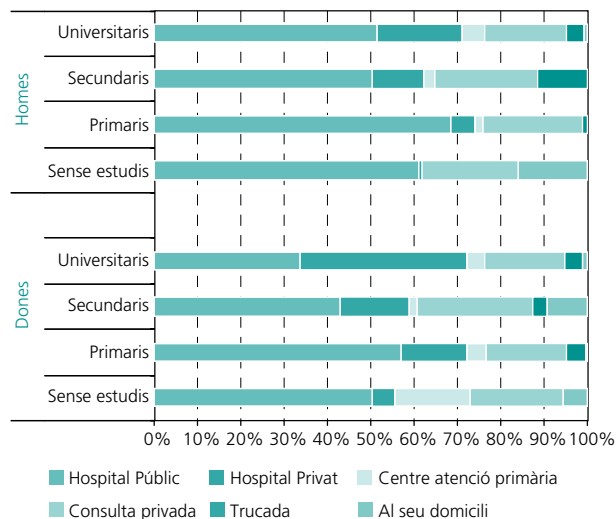
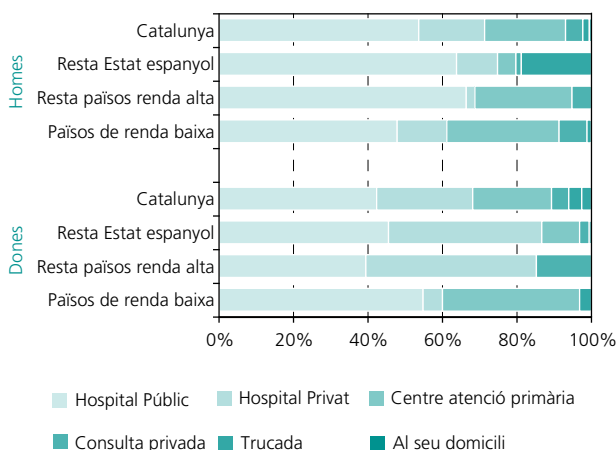


Figura 4.11. Lloc de visita a un servei d'urgències el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Ingressos hospitalaris

Hospitalització el darrer any (excloent els parts)

Un 8,5% dels homes i un 8,3% de les dones han estat hospitalitzats com a mínim durant una nit durant l'any anterior a l'entrevista, excloent-ne els ingressos hospitalaris per part; xifra lleument inferior a anys anteriors (l'any 2006, un 8,8% d'homes i un 9,1% de dones). La majoria de les persones hospitalitzades, un 69,1% dels homes i un 62,0% de les dones, han estat ingressades en un hospital de la xarxa pública.

La proporció de població hospitalitzada augmenta amb l'edat (passant d'un 4,4% de nois i un 1,7% de noies de 0 a 14 anys fins a un 17,7% d'homes i un 14,9% de dones de 65

anys i més) (Figura 4.12). Per una altra banda, han estat els menors de 15 anys els que han ingressat en un hospital privat en major proporció (58,4% dels nens i 45,0% de les nenes).

La Figura 4.13 mostra la distribució de l'hospitalització segons posició socioeconòmica, observant-se que els ingressos hospitalaris han estat majors en la població de menor nivell d'estudis, especialment en els homes. D'altra banda, la visita a l'hospital privat és més freqüent en els homes de nivell d'estudis universitaris, en les dones es mostra un gradient menys pronunciat.

Quant al país de naixement, la població nascuda a l'estranger ha estat menys ingressada que la població autòctona. Així, l'any 2011 un 5,9% d'homes i un 5,8% de dones nascuts a l'estranger han estat ingressats; front un 8,9% d'homes i un 8,7% de dones nascudes a Catalunya (Figura 4.14). Cal fer esment que la població nascuda a l'estranger en països de renda baixa ha ingressat principalment en hospitals públics amb proporcions molt superiors a la resta de nacionalitats (100% dels homes i 93,7% de les dones).

Figura 4.12. Hospitalització (exclou parts) el darrer any segons grup d'edat i sexe. Percentatges.

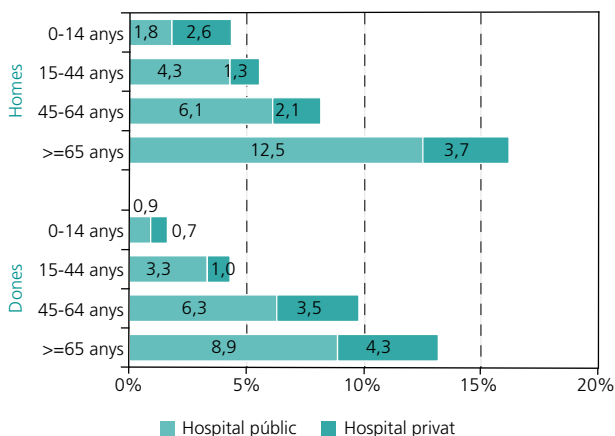


Figura 4.13. Hospitalització (exclou parts) el darrer any segons nivell d'estudis i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

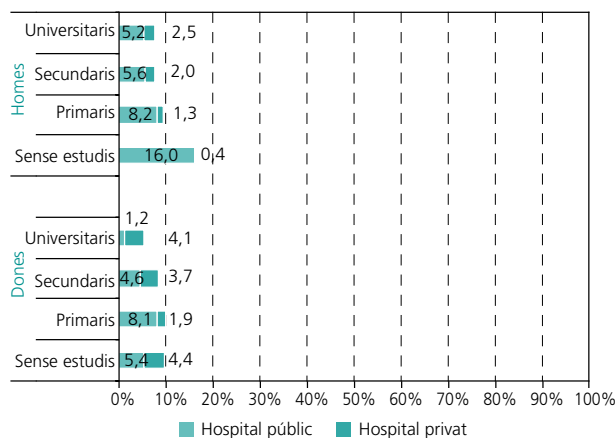
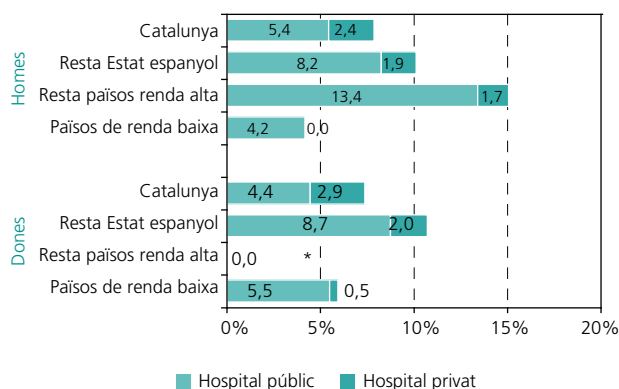


Figura 4.14. Hospitalització (exclou parts) el darrer any segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



*sense representació per manca de mostra suficient

Hospitalitzacions per part el darrer any

Un 2,9% de les dones de 15-49 anys han estat ingressades per part (el 0,8% de dones de 15 a 24 anys, el 3,5% de dones de 25 a 34 anys i el 2,8% de dones de 35 a 49 anys), fet que representa un 40,7% de les dones de 15 a 49 anys que han estat ingressades. Un 46,6% dels ingressos hospitalaris per part han estat en un hospital privat, proporció que ha augmentat respecte els darrers anys.

Consum de medicaments

Un 49,4% dels homes i un 65,6% de les dones de 15 anys o més han consumit algun medicament els dos dies anteriors a la realització de l'enquesta, proporció superior en tots els grups d'edat en les dones. En ambdós sexes el percentatge de població de 15 anys o més que han consumit algun medicament els dos dies anteriors a la realització de l'enquesta ha disminuït respecte l'any 2006 on van consumir-ne un 55,0% dels homes i un 72,9% de les dones. El consum de medicaments mostra un augment amb l'edat, amb màxims en la població de 65 anys i més on un 86,9% dels homes i un 93,2% de les dones han consumit algun medicament els dos dies anteriors. A la Taula 3.4 es mostra el consum de medicaments específics per part de la població de 15 anys o més. Per a la majoria de medicaments, el consum és amb prescripció mèdica gairebé sempre, veient-se però el consum per iniciativa pròpia en proporció més elevada en el consum d'aspirina, vitamines o minerals, medicació per a la tos i els refredats i laxants. Per a la majoria de medicaments el consum és superior en dones, destacant l'alt consum en les dones d'aspirina, pastilles per a dormir i tranquil·litzants i anti-depressius.

Taula 3.4. Consum de medicaments els darrers dos dies segons prescripció i no prescripció. Població de 15 anys o més. Percentatges.

	Homes			Dones		
	Amb recepta mèdica	Per iniciativa pròpia	Per consell de farmàcia	Amb recepta mèdica	Per iniciativa pròpia	Per consell de farmàcia
Per a la tensió arterial	17,6%	0,1%	0,2%	19,0%	0,2%	0,4%
Per al colesterol	11,1%	0,1%	0,3%	11,4%	0,0%	0,6%
Per a l'estómac	8,6%	0,4%	0,4%	10,5%	0,3%	0,4%
Per al cor	8,0%	0,0%	0,3%	5,7%	0,1%	0,5%
Tranquil·litzants	5,3%	0,1%	0,4%	10,8%	0,3%	1,0%
Antidepressius	4,0%	0,0%	0,3%	9,3%	0,2%	0,6%
Pastilles per a dormir	4,0%	0,2%	0,4%	10,3%	0,5%	0,6%
Per a la diabetis	5,1%	0,0%	0,3%	5,3%	0,1%	0,5%
Antibiòtics	1,0%	0,0%	0,4%	2,4%	0,4%	0,8%
Per a l'al·lèrgia	1,9%	0,2%	0,6%	3,6%	0,1%	1,0%
Per a problemes de pell	1,4%	0,2%	0,5%	1,7%	0,1%	0,6%
Per a l'asma	1,4%	0,1%	0,3%	2,7%	0,1%	0,7%
Laxants	0,7%	0,2%	0,3%	2,7%	1,0%	0,6%
Aspirina	8,3%	3,2%	2,0%	14,4%	5,7%	1,9%
Vitamines o minerals	2,4%	1,6%	0,5%	6,7%	1,9%	1,5%
Per a la tos o el refredat	2,4%	1,4%	1,0%	2,5%	1,2%	1,7%

Atenció sanitària no atesa

Un 2,8% d'homes i un 4,6% de les dones han tingut algun problema de salut que hauria requerit d'assistència mèdica però no l'han demanada. Aquesta necessitat d'atenció mèdica no atesa és major en les dones en tots els grups d'edat, sent major en les dones de 15 a 44 anys (5,6%) (Figura 4.15).

D'altra banda, respecte la posició econòmica (Figura 4.16), veiem com en els homes els de nivell d'estudis més alt són els que presenten major atenció sanitària no atesa, però en les dones succeeix a la inversa, essent les dones de menor nivell d'estudis les que presenten la freqüència més alta (3,4% d'estudis secundaris i 3,6% de primaris i sense estudis). Tot i això, el motiu principal que les persones declaren per no haver estat ateses és no ser un motiu de salut prou greu com per demanar atenció sanitària. Segons el país de naixement, les dones nascudes en països de renda baixa són les que han manifestat necessitat d'assistència sanitària no atesa en major proporció (Figura 4.17).

Figura 4.15. Necessitat d'assistència mèdica no coberta segons grup d'edat i sexe. Percentatges.

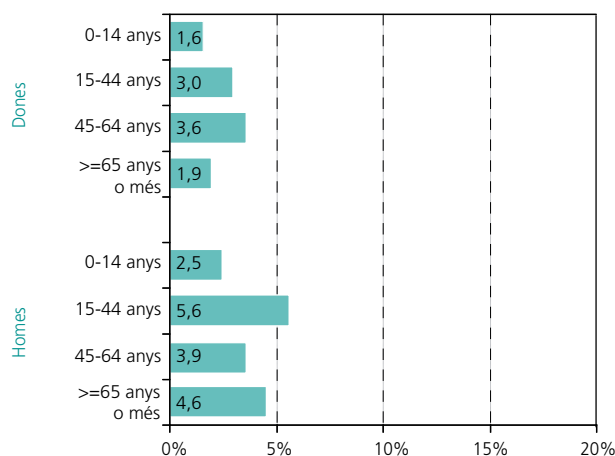
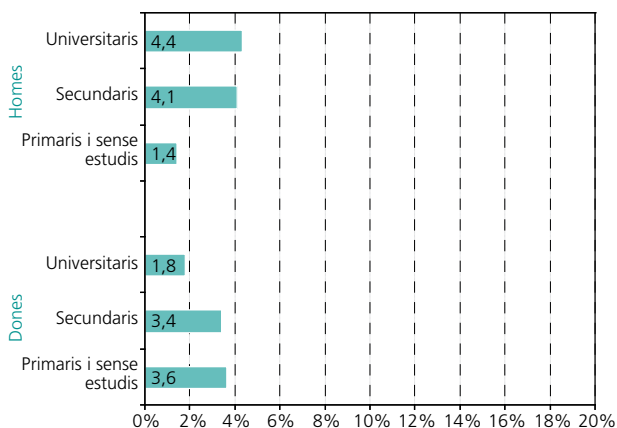
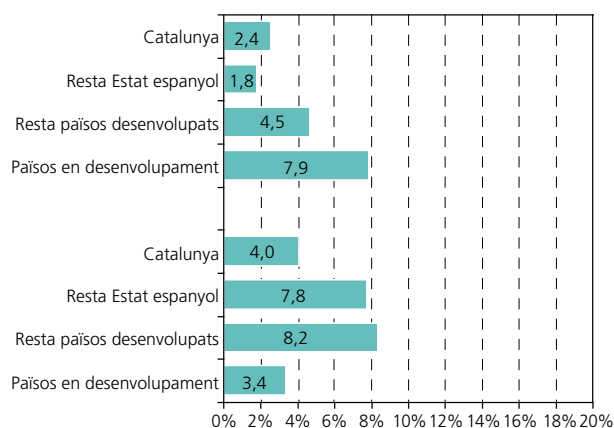


Figura 4.16. Necessitat d'assistència mèdica no coberta segons nivell d'estudis i sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat.



Nota: s'han agregat les categories de primaris i sense estudis a causa dels pocs casos dels darrers en els homes

Figura 4.17. Necessitat d'assistència mèdica no coberta segons país de naixement i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Motius per no demanar assistència sanitària

Els principals motius per no haver demanat assistència sanitària són, en primer lloc, no ser un motiu prou greu (62,9% dels homes i 48,6% de les dones); per no haver de perdre hores de feina (18,0% dels homes i 17,6% de les dones) i tenir problemes de salut que no es resolen des de l'atenció sanitària (6,8% dels homes i 9,4% de les dones).

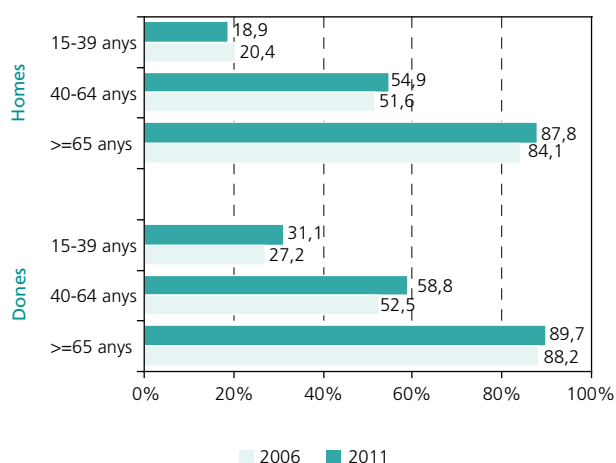
Pràctiques preventives

Per tal d'identificar malalties en estadis inicials i prevenir-ne l'avenç és important portar a terme un seguit de pràctiques preventives com poden ser el control de la tensió arterial i el colesterol en sang, la vacunació, i els cribratges de càncer de mama i cèrvix mitjançant la mamografia i la citologia preventiva respectivament, que són les pràctiques preventives recollides a l'ESB 2011. 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 preventives²⁷.

Control de la tensió arterial

La presa de tensió arterial es recomana que es faci cada 4 anys en menors de 40 anys i cada 2 anys a partir dels 40 anys, essent més habitual en la gent gran. A Barcelona, el 46,1% d'homes i el 56,6% de dones de 15 anys o més declaren que es prenen la tensió arterial periòdicament, percentatges superiors als de l'any 2006 (44,4% en homes i 48,9% en dones l'any 2006). La presa de tensió arterial augmenta amb l'edat (Figura 5.1) i arriba al 87,8% d'homes i 89,7% de dones de 65 anys o més. Aquests percentatges són superiors als de l'any 2006 (84,1% en homes i 88,2% en dones).

Figura 5.1. Mesura periòdica de la tensió arterial segons grup d'edat i sexe. Població de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges.



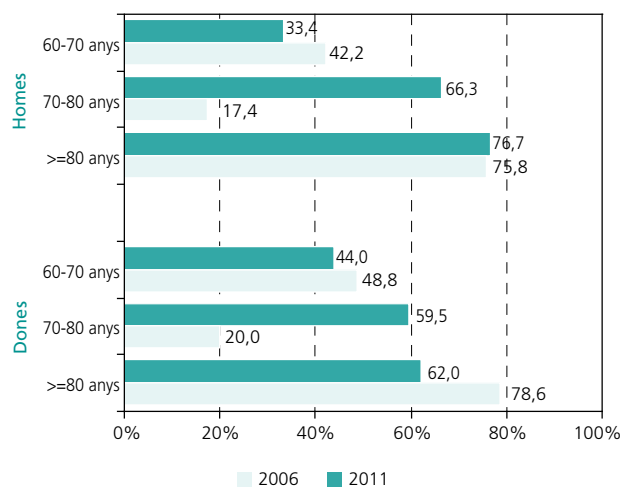
Control del colesterol en sang

Una altra mesura per la qual es realitza un control periòdic és el nivell de colesterol en sang, que és també més habitual en la gent gran. Un 55,2% dels homes i un 64,5% de les dones de Barcelona, de 15 o majors, es revisa el nivell de colesterol de manera regular. La mesura periòdica del nivell de colesterol augmenta amb l'edat arribant a màxims en la població de 65 anys o majors, rang d'edat en què el 88,9% dels homes i el 88,5% de les dones declaren que es controlen aquest nivell, superant els valors de l'any 2006.

Vacunació de la grip

La població de 60 anys i més es considera com a grup de risc i es recomana que es vacunin de la grip. L'any 2011 un 55,0% dels homes i un 53,2% de les dones s'ha vacunat de manera regular contra la grip en començar la tardor, percentatges que han disminuït respecte al 58,7% dels homes i 62,2% de les dones de l'any 2006. La proporció de la població vacunada augmenta amb l'edat, arribant a màxims en la població de 80 anys o més on s'han vacunat un 76,7% dels homes i un 62,0% de les dones (Figura 5.2).

Figura 5.2. Vacunació de la grip segons grup d'edat i sexe. Població de 60 anys o més. ESB 2006 i ESB 2011. Percentatges.

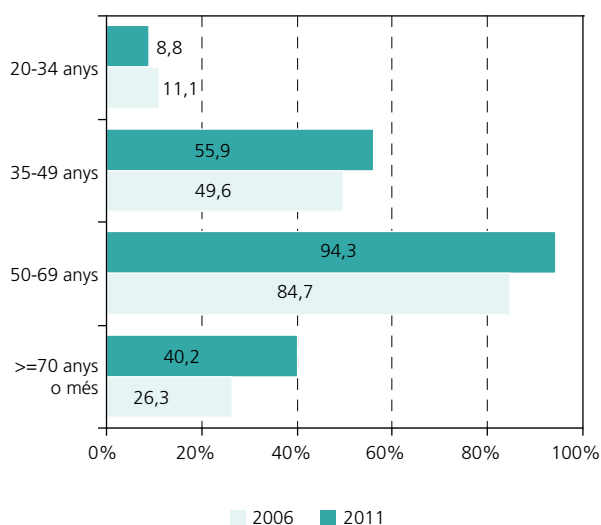


Mamografies periòdiques

Realització de mamografia periòdicament

L'any 2011, un 53,1% de les dones de 20 anys o més es realitza mamografies periòdicament, mentre que l'any 2006 ho feien el 44,1%. S'observa un augment en la realització de mamografies, principalment en la població diana en què està recomanada la mamografia amb caràcter preventiu de 50 a 69 anys, de manera que l'any 2011 el 94,3% de les dones se n'han fet, en comparació amb el 84,7% de l'any 2006, en canvi les proporcions disminueixen en les menors de 50 anys i en les majors de 70 anys (Figura 5.3).

Figura 5.3. Realització de mamografia periòdica segons grup d'edat. Dones de 20 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges.



Respecte a la realització de mamografies periòdiques en el grup d'edat de 50 a 69 anys segons la posició socioeconòmica no s'observen grans diferències tot i que les menors proporcions es troben en les dones que pertanyen al grup de sense estudis (Figura 5.4). Segons el país de naixement, no es donen tampoc grans diferències (Figura 5.5) observant-se les majors proporcions en les dones nascudes a països de renda alta. Cal tenir en compte però que les dones estrangeres en la franja d'edat de 50 a 69 anys només representen un 9,3% del total de dones de 50 a 69 anys (5 dones de països de renda alta i 40 de països de renda baixa). El percentatge de dones que es realitzen mamografies de manera periòdica en els districtes fluctua d'un 83,6% de Sarrià-Sant Gervasi a un 98,5% de Les Corts (Figura 5.6).

Figura 5.4. Realització de mamografia periòdica segons nivell d'estudis. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandaritzats per edat.

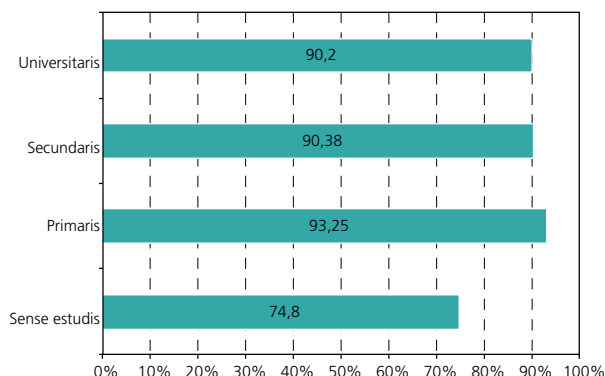


Figura 5.5. Realització de mamografia periòdica segons país de naixement. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandaritzats per edat.

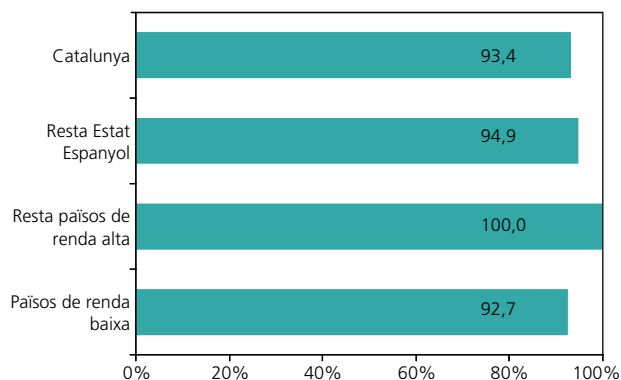
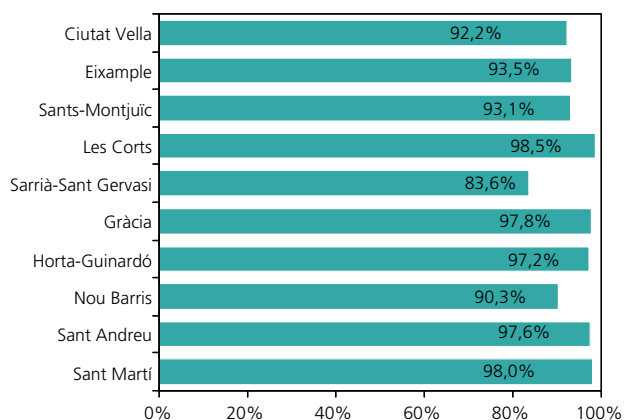


Figura 5.6. Realització de mamografia periòdica segons districte. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandaritzats per edat.



Motiu de la no-realització d'una mamografia periòdicament

El percentatge de dones en edat recomanada de 50 a 69 anys que no s'ha fet la mamografia només és del 5,5% (14 dones). Els motius de la no realització de la mamografia són diferents segons el grup d'edat. En les dones menors de 50 el motiu principal que han declarat és el no tenir l'edat en què la mamografia està recomanada

(87,3% de dones de 15 a 64 anys i 78,6% de dones de 35 a 49 anys). En el grup de 50 a 69 anys, els motius principals són el desconeixement o la manca d'informació (29,5%) i la manca de temps per fer-se la mamografia (20,5%). Quant a les dones majors de 70 anys, han contestat que o bé no tenen l'edat recomanada (70,0%) o el desconeixement o manca d'informació (15,3%).

Lloc de la realització de la darrera mamografia

El 75,2% de les dones de 20 anys o més s'han realitzat la darrera mamografia a través d'un ginecòleg/loca del Servei Català de la Salut o del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama, i un 24,8% per la privada (Figura 5.7).

En les dones de 50 a 69 anys hi ha diferències respecte al lloc de realització de la darrera mamografia segons la posició socioeconòmica, així, les dones de nivell d'estudis universitaris són les que en més percentatge s'han fet la mamografia al sistema sanitari privat. En canvi, el percentatge de dones que s'han fet la mamografia a través del Programa de Detecció Precoç és superior en les de menor nivell d'estudis (Figura 5.8).

Quant als districtes, existeixen clares desigualtats (Figura 5.9), ja que els districtes més afavorits socioeconòmicament com Sarrià-Sant Gervasi o Gràcia tenen majors proporcions de dones que s'han fet les mamografies al sistema sanitari privat (superior al 30%). Al contrari, en districtes com Ciutat Vella o Nou Barris (essent també els primers districtes on es va instaurar el Programa de Detecció Precoç) la proporció de dones ateses pel sistema sanitari públic és major.

Figura 5.7. Lloc de realització de la darrera mamografia segons grup d'edat. Dones de 20 anys o més. Percentatges.

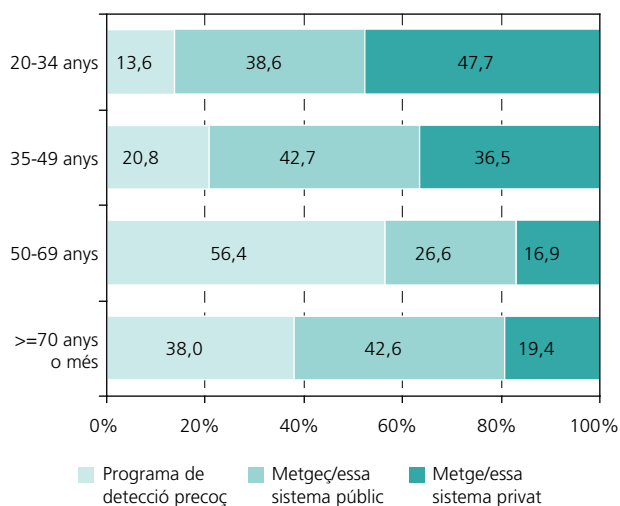


Figura 5.8. Lloc de realització de la darrera mamografia segons nivell d'estudis. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandaritzats per edat.

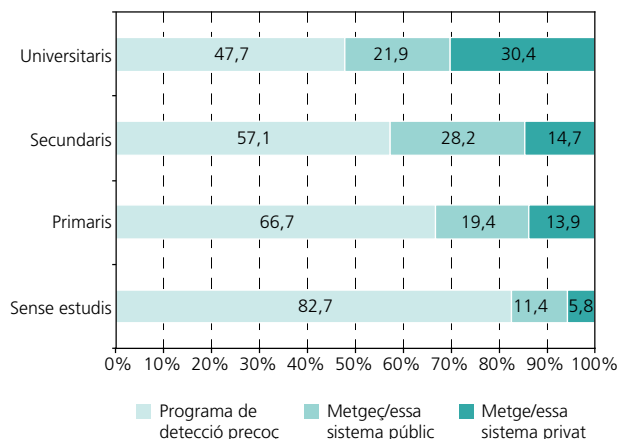
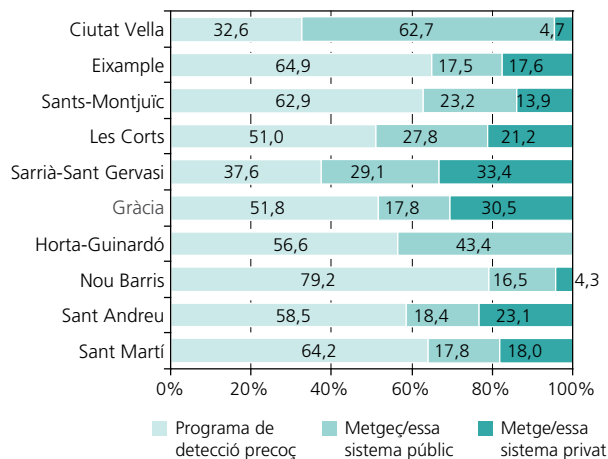


Figura 5.9. Lloc de realització de la darrera mamografia segons districte. Dones de 50 a 69 anys. Percentatges estandaritzats per edat.



Citologies del coll d'úter periòdiques

Respecte a les pràctiques preventives en ginecologia, l'any 2011 un 65,5% de les dones barcelonines de 15 anys o més s'han fet citologies periòdiques amb caràcter preventiu, percentatge superior en les dones de 35 a 49 anys. Respecte l'any 2006, hi ha hagut un increment de la realització de les citologies en tots els grups d'edat (Figura 5.10). Quant a la posició socioeconòmica es mostra un gradient, les de menor nivell d'estudis es realitzen citologies periòdiques en menor proporció (Figura 5.11). Segons el país de naixement, les dones nascudes a l'Estat espanyol (fora de Catalunya) i a l'estranger en països de renda baixa es fan menys citologies de manera periòdica (Figura 5.12).

Quant al districte, les dones residents a Ciutat Vella són les que es realitzen menys citologies amb caràcter preventiu

(menys del 50% de les dones). Al contrari, el districte de Sant Martí i Sarrià – Sant Gervasi són els districtes amb major proporció de dones que se'n fan (més del 70%) (Figura 5.13).

Figura 5.10. Realització de citologia periòdica segons grup d'edat. Dones de 15 anys o més. ESB 2006 i 2011. Percentatges.

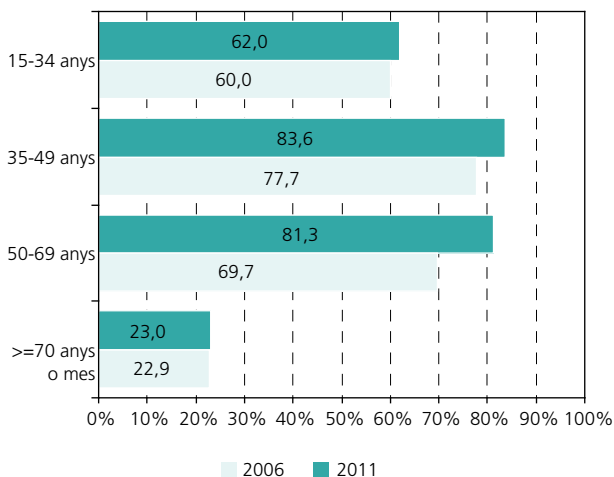


Figura 5.11. Realització de citologia periòdica segons nivell d'estudis. Dones de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.

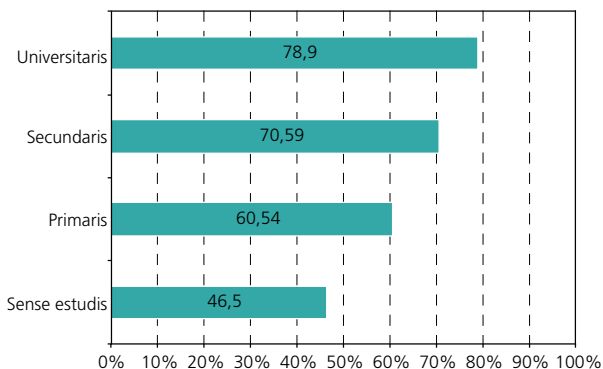


Figura 5.12. Realització de citologia periòdica segons país de naixement. Dones de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.

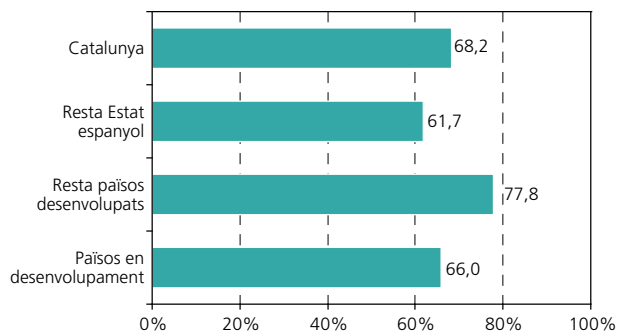
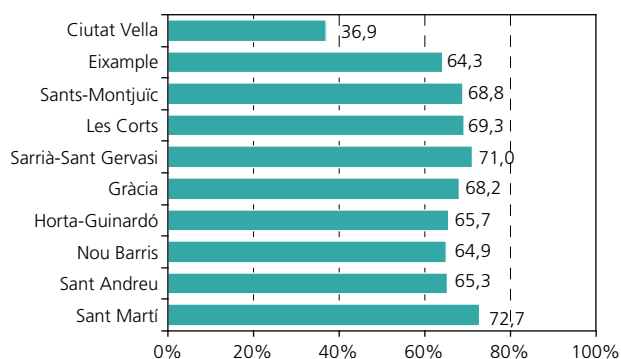


Figura 5.13. Realització de citologia periòdica segons districte. Dones de 15 anys o més. Percentatges estandaritzats per edat.





Conclusions



Tot i que la present edició de l'enquesta de salut de Barcelona ha coincidit amb la crisi econòmica més profunda de les darreres dècades, els resultats de salut per al conjunt de la població no mostren una variació significativa respecte dels de les enquestes anteriors per a la majoria d'indicadors. Amb tot l'enquesta de salut es mostra com una eina bàsica de monitorització de l'estat de salut. L'estat de salut percebut de la població de Barcelona és bo per la majoria de la població, tot i que canvia segons el gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic. Respecte al patiment psicològic no s'aprecia un increment però existeixen diferències segons posició socioeconòmica.

El consum habitual de tabac ha disminuït notablement tot i que encara és important en els joves, sobretot les noies, i existeix un considerable percentatge de persones fumadores passives en espais tancats. L'activitat física en temps d'oci es distribueix desigualment segons posició socioeconòmica, mentre que l'activitat habitual és més freqüent en els grups menys afavorits. Els més joves, tot i que tenen uns hàbits de consum de fruita i/o verdures acceptables, dediquen un temps considerable a l'oci sedentari que, junt amb el consum excessiu de menjar ràpid i el consum de begudes ensucrades, podrien predisposar a resultats nega-

tius en salut. Amb el perfil d'envelliment poblacional de la ciutat, la gent gran configura una àrea d'especial atenció ja que continuen donant-se situacions de persones que tenen necessitat de suport per a desenvolupar les activitats diàries i no el reben.

L'atenció primària pública continua sent el recurs prioritari d'atenció i la valoració que en fan les i els usuaris és en conjunt superior al de l'atenció privada. Tot i així tendeix a incrementar lleugerament la doble cobertura. Quant al consum de medicaments cal assenyalar que la major part es consumeixen sota prescripció mèdica.

Hi ha percentatges alts de població que realitza pràctiques preventives, tant prenent-se la tensió arterial, com controlant-se el colesterol en sang o vacunant-se de la grip. La majoria de les dones majors de 50 anys es fan mamografies i citologies periòdiques cada dos anys.

Respecte a les desigualtats segons gènere i posició socioeconòmica, els resultats mostren com les dones i les persones de menor nivell socioeconòmic tenen pitjors indicadors de salut que els homes i les persones d'alt nivell socioeconòmic.

Bibliografia

- 1 Health Interview Surveys. de Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A (ed). Towards international harmonization of methods and instruments City: Copenhagen. 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. Gac Sanit. 2004; 18(Suplement 1): 2-6.
- 4 Measures of social support. In: Wilkin D, Hallam L, Dogget M. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 5 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.
- 6 Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.
- 7 Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. Measuring need for mental health services in a general population. Med Care. 1985; 23:1033-43.
- 8 Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac Sanit. 2004; 18:83-91.
- 9 Cortès I, Artazcoz L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. Gac Sanit. 2004; 18:351-9.
- 10 Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ann Intern Med. 1985; 103:1073-77.
- 11 Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003; 35:1381-95.
- 12 Hallal PC, Victora CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Med Sci Sports Exerc. 2004; 36:556.
- 13 Pekka Oja. Development of a common instrument for physical activity. A: Nosikov A and Gudex G (Eds.). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. City: Amsterdam. IOS Press, 2003.
- 14 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(suplement):S498-S516.
- 15 Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents: a European public health perspective [página en Internet]. Alemania: The KIDSCREEN Group; 2001. [data de consulta abril de 2013]. Disponible en: <http://www.kidscreen.org/>
- 16 Aymerich M, Berra S, Guillaumon I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gac Sanit. 2005; 19:91-2.
- 17 Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortes I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? Eur J Public Health. 2004; 14:43-8.
- 18 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? Soc Sci Med. 2004; 58:1869-87.

- 19 Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health. The decade in review. *J Marriage Fam.* 1990; 52:1059-1078.
- 20 Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med.* 1997; 27:323-32.
- 21 Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health.* 1997; 18:341-78.
- 22 Pi-Sunyer FX. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obes Res.* 2000; 10 Suppl 2:97S-104S.
- 23 Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ.* 2006; 174:801-9.
- 24 Borrell C, Benach J (coordinadors), CAPS i Fundació J. Bofill. *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya.* Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
- 25 Pazarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primària de salud desde la perspectiva de la població. *Aten Primaria.* 2007; 39:395-403.
- 26 Starfield B, Shi L. *Manual for the primary care assessment tools.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002.
- 27 Ward E, Jemal A, Cokkinides V, Sing GK, Cardinez C, Ghafoor A, Thun M. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin.* 2004; 54: 72-7.