

La salud y los servicios sanitarios en Cataluña: la visión de los ciudadanos en el año 2002

Índice

<i>Índice</i>	2
<i>Presentación</i>	3
<i>Metodología</i>	5
<i>Rasgos sociodemográficos de los encuestados</i>	13
<i>Algunos comportamientos y determinantes de la salud</i>	18
El hábito tabáquico	18
El consumo de alcohol	21
La actividad física	23
La dieta.....	25
La seguridad vial	26
La percepción del riesgo laboral	29
Las prácticas preventivas.....	29
Los métodos anticonceptivos	34
<i>El estado de salud</i>	35
La percepción de la salud	35
La calidad de vida	37
La salud mental	39
Los problemas de salud crónicos.....	41
Los accidentes	43
Las discapacidades.....	46
La restricción de la actividad	49
<i>Utilización de los servicios sanitarios</i>	51
Visitas a un profesional sanitario en el último año	51
Consultas/visitas a un profesional sanitario durante los últimos 15 días	53
La utilización de servicios según la cobertura sanitaria	56
La hospitalización	57
El consumo de medicamentos	59
Satisfacción con la última visita a un profesional sanitario.....	61
Satisfacción con la última hospitalización	62
Satisfacción con los servicios sanitarios utilizados	64
<i>La opinión sobre los problemas de salud más importantes</i>	65
<i>Síntesis de los principales resultados</i>	66

Presentación

Uno de los rasgos que caracteriza al sistema sanitario catalán es la voluntad de situar al ciudadano como centro del sistema. Las encuestas de salud son uno de los instrumentos más valiosos para obtener información directamente de los ciudadanos y permiten conocer sus necesidades, comportamientos y opiniones, en relación a la salud y la enfermedad, y también su valoración y expectativas ante los servicios asistenciales y el sistema sanitario en general, y al mismo tiempo son un mecanismo de participación. La información procedente de las encuestas de salud complementa la que se obtiene a través de otras fuentes de información, como los registros de mortalidad, de morbilidad y de utilización de servicios sanitarios, y otros tipos de estudios.

La Encuesta de salud de Cataluña 2002 nos aproxima al conocimiento del estado de salud percibida por las personas, los hábitos y estilos de vida, las incapacidades, la restricción de la actividad por motivos de salud, la utilización de los servicios asistenciales y el grado de satisfacción con el funcionamiento de los servicios. También permite identificar desigualdades entre los diferentes grupos de población en razón de la edad, el sexo, la situación socioeconómica, el territorio y otros.

Esta es la segunda encuesta de salud que se realiza en Cataluña. Su realización periódica nos permite conocer la evolución del estado de salud de los catalanes y sus condicionantes, así como valorar los resultados de la aplicación de las propuestas priorizadas en el Plan de salud.

Esta información es fundamental como apoyo a la toma de decisión de los profesionales y de las organizaciones, y para orientar las propuestas del Plan de salud en el futuro. Seguramente que los ciudadanos se beneficiarán de disponer de más información sobre sus comportamientos para con la salud y la utilización de los servicios.

Es una satisfacción presentar la publicación ***La salud y los servicios sanitarios en Cataluña: la visión de los ciudadanos en el año 2002***, que recoge los resultados más relevantes de la encuesta, y nos complace hacerla llegar a las instituciones, los profesionales de la salud y los ciudadanos.

Xavier Pomés Abella
Consejero de Sanidad y Seguridad Social

Metodología

La Encuesta de salud de Cataluña 2002 (ESCA 2002) tiene como objeto de estudio la población no institucionalizada de todas las edades residente en Cataluña que, según el padrón de habitantes proporcionado por el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), en el año 1996, era de 6.090.040 catalanes.

Dado que la ESCA tiene la consideración de estadística oficial y, como tal, está incluida dentro del Plan bioestadístico de Cataluña 2001-2004, el marco muestral utilizado para la selección de la muestra ha sido el Registro de Población de Cataluña, actualizado en fecha 1 de enero de 2001, en los términos fijados por la Ley 23/1998, de estadística de Cataluña, de 30 de diciembre.

El plan de muestreo establecido ha permitido obtener estimadores de los parámetros poblacionales (medias, proporciones y totales poblacionales) en cada una de las ocho regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud, en que se divide territorialmente Cataluña, garantizando resultados globales para la totalidad de su territorio.

El diseño muestral de las 8 regiones sanitarias (RS) se ha realizado en dos etapas y se ha adaptado a las características de cada una de ellas. Las unidades muestrales de la primera etapa están constituidas por municipios, excepto en el caso de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, en donde se han utilizado los 10 distritos municipales. Por cada RS se han definido los estratos, según el tamaño poblacional de los municipios. Una vez conocidos la población total y el número de municipios de cada estrato, y con el fin de garantizar un equilibrio entre el número de municipios y el coste de realización del trabajo de campo, se ha establecido un mínimo de entrevistas en cada municipio, ajustado en el número de municipios y al total de entrevistas a realizar en cada estrato, proporcional a su peso demográfico.

Cuando dentro de un estrato la relación entre el número de municipios y las entrevistas a realizar ha sido la esperada, se han escogido todos los municipios del estrato y se han repartido proporcionalmente las entrevistas a realizar.

Cuando el número de municipios dentro de un estrato ha sido mucho más grande del esperado, lo que implica la realización de un número de entrevistas por municipio inferior a lo que se había fijado, se ha realizado un muestreo aleatorio por conglomerados. Así, se han considerado todos los municipios del estrato como conglomerados y las entrevistas realizadas en los municipios seleccionados han sido representativas de todo el estrato al cual pertenecen.

En la Regió Sanitària Barcelona Ciutat se ha estratificado directamente según los 10 distritos de la ciudad y se ha distribuido la muestra proporcionalmente al peso demográfico de cada distrito.

Las unidades de segunda etapa, en nuestro caso las unidades finales, han sido los individuos a entrevistar. Su selección dentro del municipio se ha llevado a cabo asignando probabilidades desiguales a los diferentes municipios, pero proporcionales al peso del municipio dentro del estrato correspondiente, a fin de que todos los individuos tuvieran la misma probabilidad de formar parte de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1. Número de municipios y de personas efectivamente encuestadas, por región sanitaria y estrato municipal

Estrato municipal (habitantes)	Región sanitaria								TOTAL
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès Nord i Maresme	Centre	Barcelona Ciutat	
Menos de 2.000	7 ¹	4	3	4	1	1	2		22
	266 ²	149	119	160	35	9	68		806
De 2.000-4.999	4	2	3	5	2	1	2		19
	155	99	133	183	53	36	89		748
De 5.000-9.999	2	2	4	3	2	3	4		20
	86	88	144	112	65	114	145		754
De 10.000-24.999	3	5	3	4	4	4	4		27
	94	172	220	239	159	172	195		1.251
De 25.000-49.999			1	3	6	1	4		15
			182	171	282	51	184		870
De 50.000-99.999		1		1	4		4		10
		197		136	264		202		799
De 100.000-500.000	1	1			1	3	2		8
	298	245			243	665	321		1.772
Más de 500.000								1	1
								1.400	1.400
TOTAL	17	15	14	20	20	13	22	1	122
	899	950	798	1.001	1.101	1.047	1.204	1.400	8.400

1. Número de municipios.
2. Número de entrevistas.

La selección de las personas a entrevistar se ha hecho mediante un proceso de extracción aleatoria estratificada, según la pirámide de población de cada municipio seleccionado, para garantizar el ajuste entre la distribución mostral y la realidad poblacional de cada región sanitaria.

El tamaño muestral para cada región sanitaria se ha establecido de manera que se alcanzara un grado de precisión mínimo determinado. El tamaño muestral finalmente utilizado permite un error por región sanitaria que en ningún caso supera el 3,5% con un nivel de confianza del 95% (Tabla 2).

Tabla 2. Número de municipios, tamaño de la muestra y error para cada una de las regiones sanitarias

Región sanitaria	Municipios	Tamaño muestral	Error (%)
Lleida	17	900	3,20
Tarragona	15	950	3,11
Tortosa	14	800	3,39
Girona	20	1.000	3,04
Costa de Ponent	20	1.100	2,89
Barcelonès Nord i Maresme	13	1.050	2,96
Centre	22	1.200	2,77
Barcelona Ciutat	1	1.400	2,57
Cataluña	122	8.400	1

La tasa de no respuesta ha sido del 12,7% para la globalidad de las entrevistas realizadas, con cierta variabilidad entre regiones sanitarias. Barcelona Ciutat ha sido la región que ha obtenido el porcentaje de negativas más elevado (20,7%) y Tortosa la que menos (7,9%). Las regiones con una tasa de no respuesta más elevada han requerido, por lo tanto, un mayor número de sustituciones.

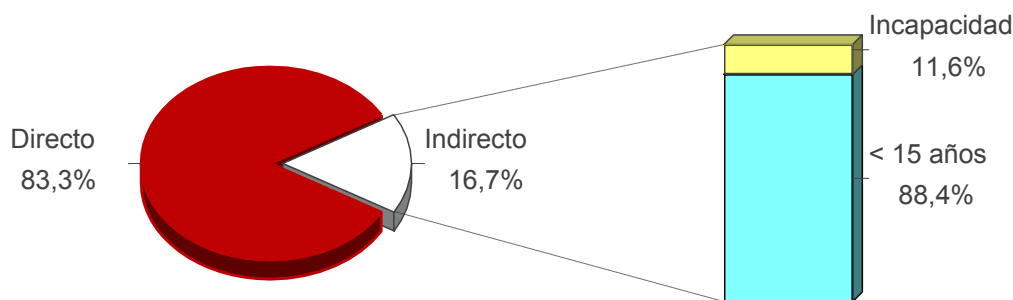
Los datos han sido ponderados de acuerdo con el diseño muestral utilizado y los valores poblacionales del padrón de habitantes de 1.996, proporcionado por el IDESCAT.

En lo que concierne al uso de la variable región sanitaria de residencia, los resultados se presentan estandarizados por edad mediante el método directo, siendo la población de referencia la de Cataluña del año 1996.

La ESCA 2002 se ha realizado a través de entrevista personal en el domicilio habitual de la persona seleccionada entre los meses de octubre de 2001 y abril de 2002. El cuestionario utilizado permite la comparación con los resultados de la primera edición de la encuesta realizada en el año 1994, aún teniendo en cuenta que algunas preguntas se verán afectadas por el diferente periodo de tiempo del trabajo de campo de ambas encuestas.

La ESCA 2002 consta de dos cuestionarios*, el directo con 165 preguntas y el indirecto formado por un subgrupo de preguntas del cuestionario directo y especialmente diseñado para los menores de 15 años o incapacitados para responder. En estos casos, la entrevista se ha hecho a través de otra persona de la unidad familiar (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de las entrevistas por tipo de informador



Las variables compuestas utilizadas de acuerdo con el plan de análisis han sido: la clase social, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el grado de actividad física, el índice de salud mental GHQ y el índice de calidad de vida EuroQol.

*<http://www.gencat.es/sanitat>. Consulte Plan de salud y Encuesta de salud de Cataluña.

Clase social según la ocupación

Para el cálculo de la clase social, se ha utilizado la propuesta del grupo de trabajo de la SEE¹, basado en la ocupación según la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 1994. Las categorías de esta variable son:

- Grupo I. Directivos de la Administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- Grupo II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Artistas y deportistas.
- Grupo III. Trabajadores de tipo administrativo, trabajadores de los servicios de protección y seguridad, trabajadores por cuenta propia, supervisores de trabajadores manuales.
- Grupo IVa. Trabajadores manuales cualificados.
- Grupo IVb. Trabajadores manuales semicualificados.
- Grupo V. Trabajadores no cualificados.

Consumo de tabaco

Para el cálculo de este consumo, se ha utilizado la situación con respecto al tabaco en el momento de la entrevista y la situación anterior a la entrevista, cuando la respuesta ha sido que en aquel momento no fumaba.

La variable sobre el consumo de tabaco está compuesta por las siguientes categorías:

- No fumador: persona que nunca ha fumado.
- Otros no fumadores: personas no fumadoras que a lo largo de su vida han fumado menos de 100 cigarrillos o que han fumado durante menos de seis meses de forma regular.

¹ Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 2000. Quiere 25:350-363. Núm. 5.

- Ex fumador: persona que no fuma actualmente pero que ha fumado a lo largo de su vida más de 100 cigarrillos o que ha fumado durante más de seis meses de forma regular.
- Fumador diario: persona que fuma actualmente de forma diaria.
- Fumador ocasional: persona que fuma actualmente, pero no de forma diaria.

La categoría de “No fumador” incluye a los no fumadores y los otros no fumadores; la categoría “Fumador” incluye a los fumadores diarios y a los ocasionales.

Consumo de alcohol

Para el cálculo de la medida de consumo de alcohol se ha utilizado el recordatorio de consumiciones según la cantidad y el tipo de bebida, con el fin de construir el indicador de ingesta en unidades de alcohol diarias. Las categorías de ingesta quedan definidas de la forma siguiente:

- No bebedor: 0 g/día de alcohol.
- Consumidor de alcohol moderado: 0-40 g/día en hombres y 0-24 g/día en mujeres.
- Consumidor de alcohol de riesgo: >40 g/día en hombres y >24 g/día en mujeres.

Grado de actividad física

La estimación del nivel de actividad física de los encuestados se ha basado en la metodología utilizada en la anterior Encuesta de salud ¹ (*Welsh Heart Health Survey, 1985. Health Promotion Authority for Wales. Heartbeat Wales Technical Report number 3, 4, 5*). Las personas se clasifican en 5 categorías: muy activas, moderadamente activas, ligeramente activas, mínimamente activas y sedentarias. Según el tipo de actividad que realizan habitualmente en el trabajo o en el hogar, la intensidad y veces por semana en que realizan actividades de ocio.

Se pretende describir también el tipo de actividad física realizada en las ocupaciones habituales (laborales o domésticas), sin tener en cuenta la realizada en tiempo de ocio. Dependiendo de las respuestas, las personas se categorizan como:

- Inactivas: está sentada la mayor parte de la jornada.
- Actividad física ligera: está de pie la mayor parte de la jornada, sin desplazarse.
- Actividad física moderada: su actividad no requiere un esfuerzo físico importante pero se desplaza a pie frecuentemente.
- Actividad física intensa: su actividad requiere un esfuerzo físico importante.

Índice de salud mental (GHQ)

En la ESCA se incluye el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ)² para la detección de trastornos mentales en la población, medida como la probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista. Incluye las áreas de la ansiedad, la depresión y el insomnio.

Se utiliza una versión reducida adaptada (GHQ-12) para su administración por entrevista directa, según la experiencia de estudios comunitarios previos (*Epidemiologic Catchment Area*, ECA, Estados Unidos).

Índice de calidad de vida EuroQol

En este cuestionario, se ha incluido el EuroQol©³, un instrumento de medida de la calidad de vida, desarrollado en el contexto europeo en los últimos cinco años. Consta de dos partes: 1) descriptiva, que mide cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) con tres niveles de gravedad cada una (con dolor, dolor moderado, mucho dolor) y 2) escala analógica visual (“termómetro”), donde la persona puntúa su estado de salud en una escala que va de 0 (peor) a 100 (mejor).

En el presente documento, sólo se muestra la parte descriptiva de las cinco dimensiones.

² Golberg DP, Cooper B, Eastwood Mr, Kedward HB, Shepherd M. *A standardized psychiatric interview for use in community surveys*. Br J Prev Tronco Med 1970;24:18-23.

³ The Euroqol Group. *EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life*. Health Policy 1990;16:199-208.

El análisis general de los resultados se presenta por grupo de edad, por sexo, por región sanitaria y por clase social.

Para la codificación de los campos abiertos sobre los problemas de salud, se ha utilizado la clasificación de la WONCA para la atención primaria (CIPSAP2).

Rasgos sociodemográficos de los encuestados

La distribución de los encuestados por grupo de edad, muestra algunas diferencias en relación con la distribución de la población de Cataluña (según el padrón de 1996), mientras que la distribución según el sexo es prácticamente la misma (gráficos 2, 3 y 4).

Gráfico 2. Distribución de la muestra, por grupo de edad y sexo

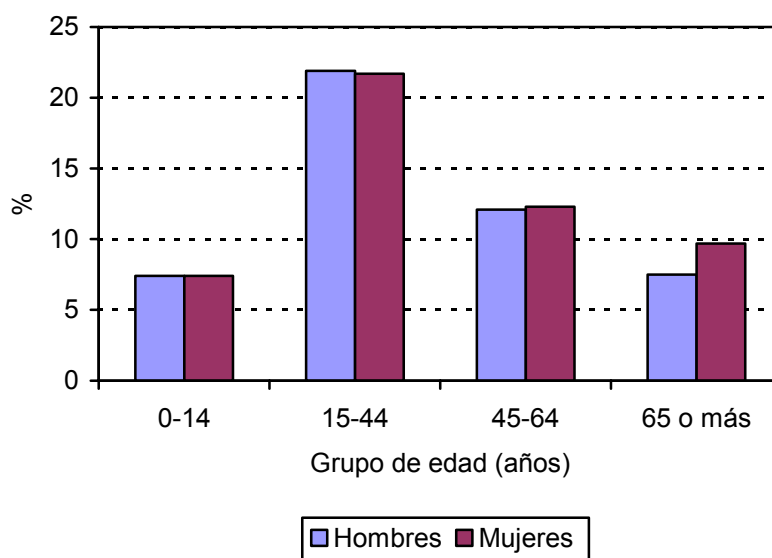


Gráfico 3. Distribución de la población y de la muestra, por grupo de edad

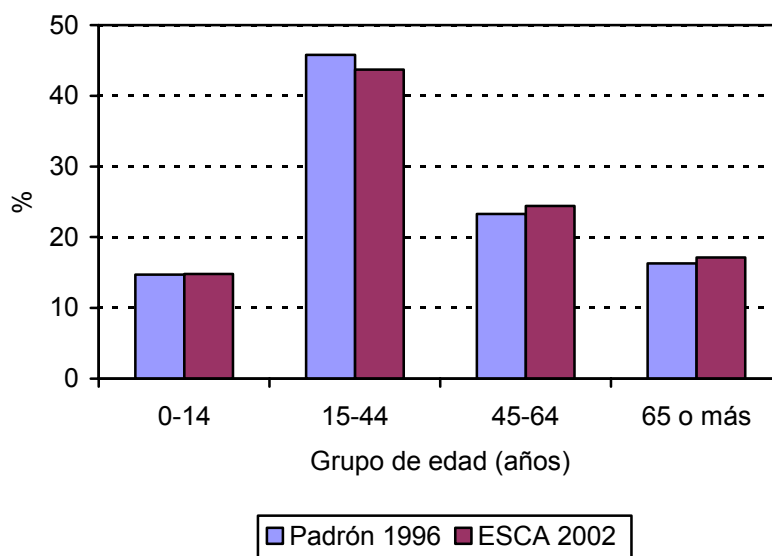
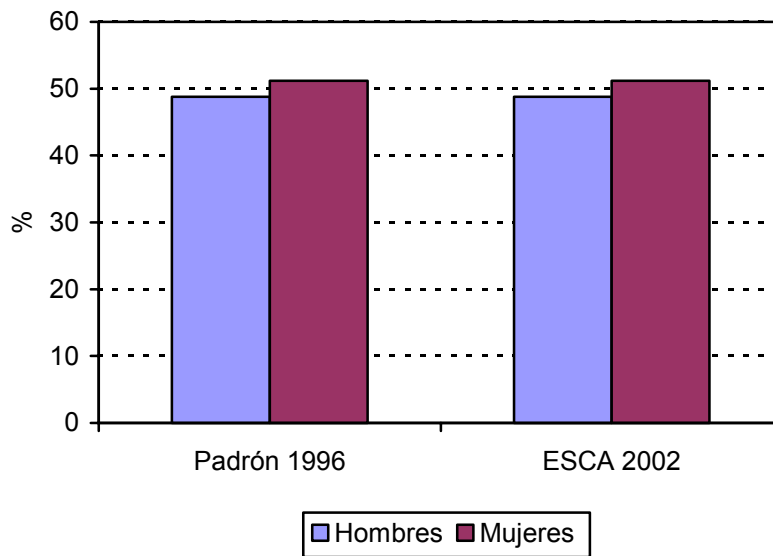


Gráfico 4. Distribución de la población y la muestra, por sexo



La distribución de las entrevistas realizadas por región sanitaria y clase social de los encuestados se presenta en los gráficos 5 y 6, respectivamente.

Gráfico 5. Distribución de las entrevistas por región sanitaria de residencia y sexo

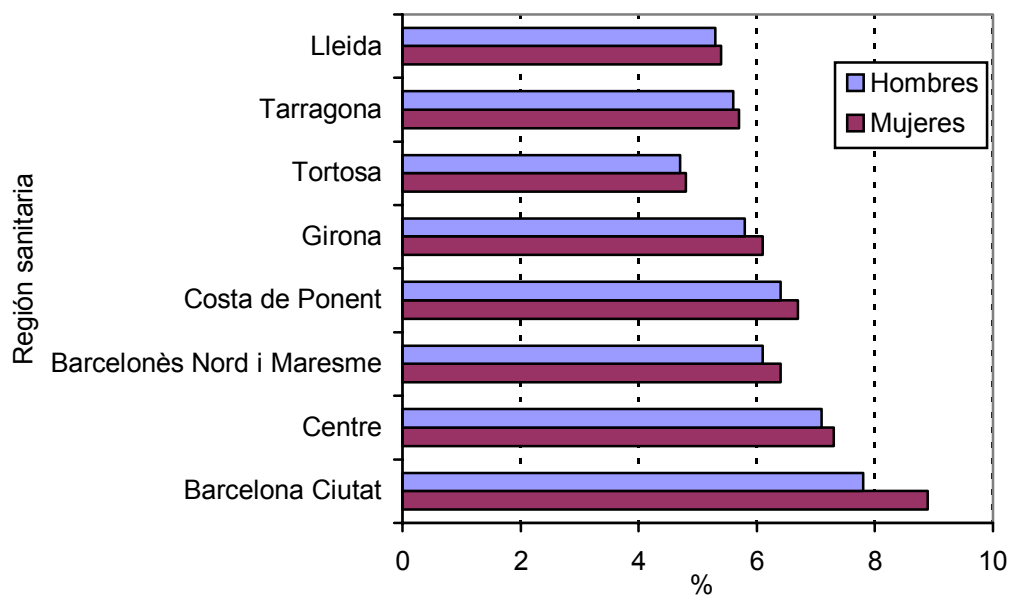
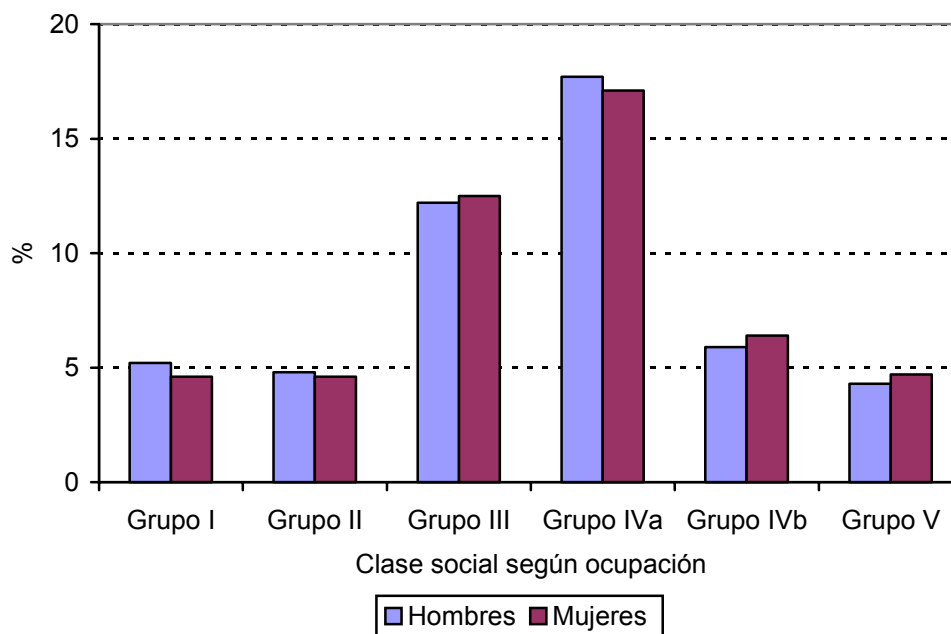


Gráfico 6. Distribución de las entrevistas por clase social y sexo



Las preguntas de los cuestionarios se agrupan en 18 apartados que recogen información sobre el contexto familiar y la vivienda, datos sociodemográficos de la unidad muestral, estado de salud, restricción de la actividad en los 15 días anteriores a la entrevista, restricción de la actividad en el último año, morbilidad crónica, accidentes, visitas médicas, hospitalizaciones, prácticas preventivas, uso de medicamentos, seguridad vial, alimentación, hábito tabáquico, consumo de alcohol, salud mental y opinión general.

Por clase social, los hombres tienen una distribución de clases más acomodadas que las mujeres.

Hay un 3,0% de las mujeres y un 1,0% de los hombres que son analfabetos o sin estudios. Estos porcentajes se incrementan en las personas de 65 años o más (12,7% en mujeres y 3,9% en hombres). Un 10,7% de los hombres y un 10,9% de las mujeres son universitarios.

Mayoritariamente, los hogares de las personas entrevistadas son de parejas casadas o aparejadas (49,2%), o de personas solteras (42,1%). Los hogares

unipersonales aumentan con la edad y un 26,2% son de mujeres de 65 o más años y un 8,9% de hombres de esta edad.

La mayoría de los hogares de los encuestados tienen ducha o bañera (99,6%), agua corriente caliente (98,9%) y lavadora (98,6%). Un 67,8% tienen calefacción, un 72,2% microondas, un 37,7% lavaplatos y sólo un 16,9% aire acondicionado. Las personas que viven en edificios de más de 2 plantas tienen ascensor en un 50,7%.

El 32,7% de las mujeres y el 51,3% de los hombres tienen un trabajo remunerado. Los porcentajes son más elevados en los hombres hasta los 65 años (71,1%) y en las mujeres hasta los 44 años (53,3%). Evidentemente, a partir de los 65 años predominan las personas jubiladas. Un 25,9% de las mujeres se declaran amas de casa (el 14,3% de las más jóvenes hasta los 44 años y en torno al 50% a partir de los 45 años).

Entre las personas que trabajan, un 62,1% de los hombres y un 58,1% de las mujeres son asalariadas fijas. Hay más mujeres con contratos temporales y sin contrato, mientras que hay más hombres que se declaran autónomos.

La mayoría de los trabajadores (59,8%) y trabajadoras (66,6%) laboran entre 21 y 40 horas semanales, aunque hay un 33,8% de los hombres y un 19,8% de las mujeres que declaran más de 40 horas semanales. La media de horas de trabajo a la semana es de 43 en los hombres y 38 en las mujeres.

Según la ESCA, el 43,5% de las mujeres manifiestan ser las únicas responsables de las labores domésticas como limpiar, cocinar o planchar, mientras que entre los hombres lo declaran el 2,8%. Esta proporción llega al 69,3% en las mujeres entre 45-64 años. Comparten estas tareas con la pareja el 11,9% de las mujeres y el 14,7% de los hombres. El 10,7% de las mujeres y el 4,1% de los hombres dicen que comparten con alguien que no es su pareja los trabajos de la casa. Manifiestan que hace principalmente los trabajos de la casa su pareja, el 37,4% de los hombres y el 1,1% de las mujeres.

Un 22,1% de los encuestados declara que el principal responsable de las tareas domésticas es una persona del hogar que no es su pareja y el 3,5% de los encuestados declara que lo es una persona contratada.

La dedicación diaria a las tareas domésticas es por término medio de 3,7 horas entre las mujeres y de 1,3 horas entre los hombres durante los días laborables. Les fines de semana la media de horas dedicadas es de 5,5 en las mujeres y de 2,1 en los hombres. Un 28,2% de las mujeres dice que dedica más de 6 horas durante el fin de semana al hogar, mientras que en los hombres lo hace el 6,0%.

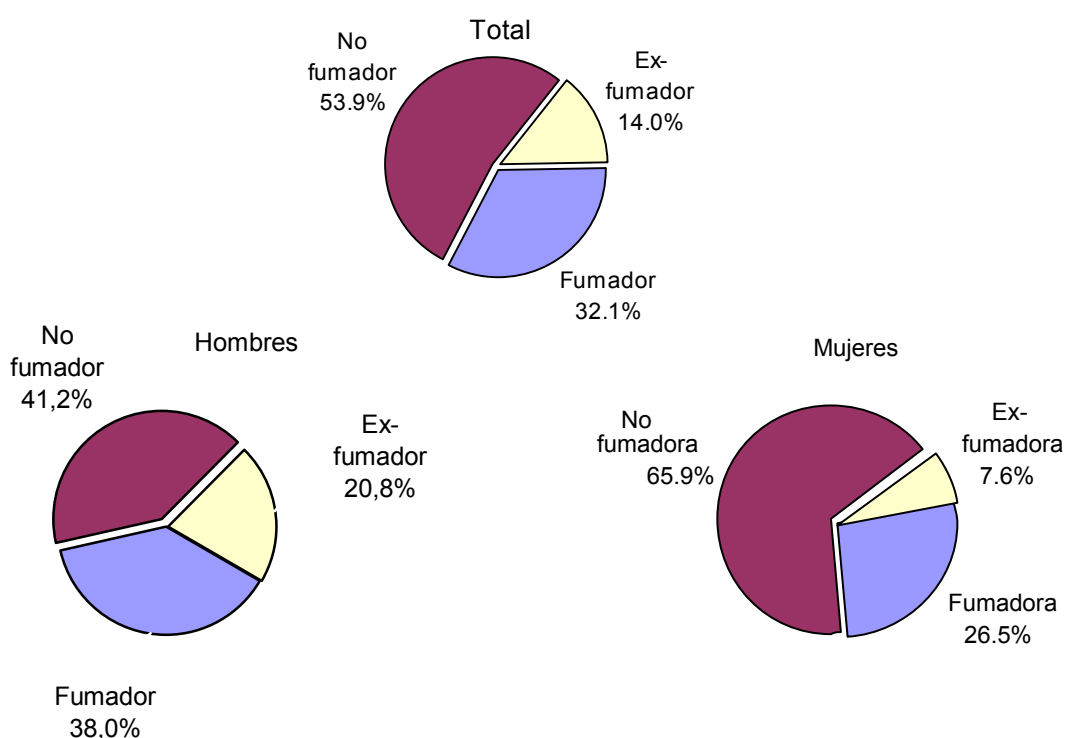
En los hogares donde hay menores de 15 años, las mujeres declaran que son ellas las que se ocupan principalmente en un 30,3%, mientras que en los hombres es el 2,0%. Con respecto a los entrevistados que viven con personas de 65 años o más, las mujeres que se ocupan de ellas son un 14,1% y los hombres un 4,2%. Sólo un 14,1% de los hombres y un 43,0% de las mujeres dicen que tienen cuidado de las personas discapacitadas que conviven en el hogar.

Algunos comportamientos y determinantes de la salud

El hábito tabáquico

La prevalencia de fumadores entre la población de 15 o más años en Cataluña es del 32,1% (Gráfico 7).

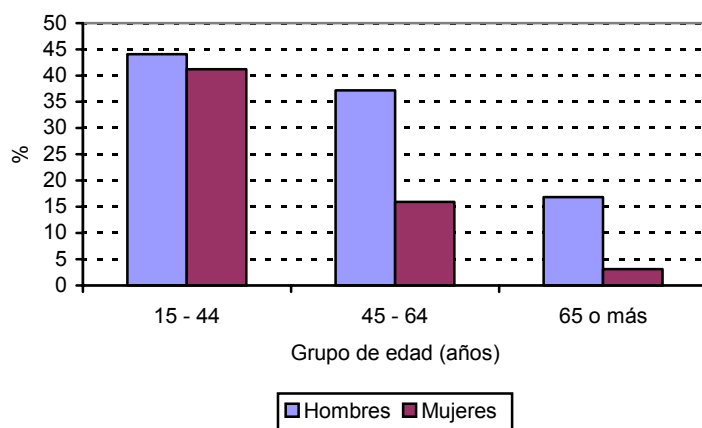
Gráfico 7. Consumo de tabaco por sexo*



*Fumador: Fumador diario más fumador ocasional

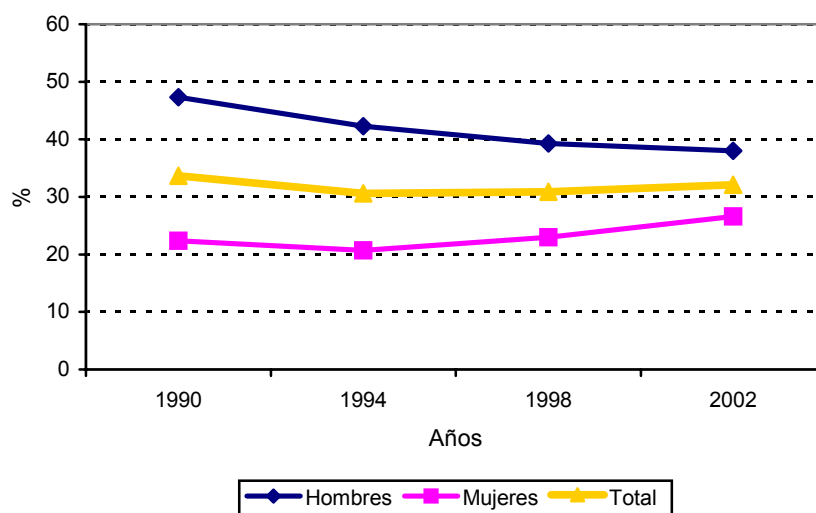
En ambos sexos, la mayor prevalencia de fumadores se observa en el grupo de 15 a 44 años, mientras que la más baja se observa en el de 65 o más años (Gráfico 8).

Gráfico 8. Población que se declara fumadora (ocasional y diaria) por grupo de edad y sexo



Desde el año 1990, se observa un ligero incremento del consumo de tabaco entre las personas de 15 o más años. La evolución de este hábito muestra una tendencia decreciente en los hombres y un incremento en las mujeres (Gráfico 9).

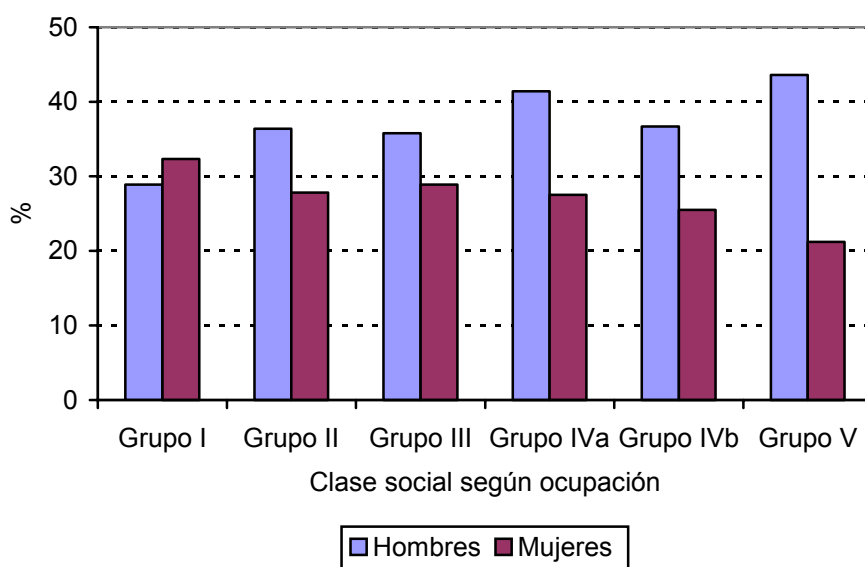
Gráfico 9. Evolución de la prevalencia de tabaquismo en la población de 15 o más años por sexo. Cataluña, 1990*, 1994**, 1998* y 2002



*Fuente: Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Encuesta de consumo de tabaco, alcohol y drogas. 1990, 1998. ** Encuesta de salud de Cataluña 1994.

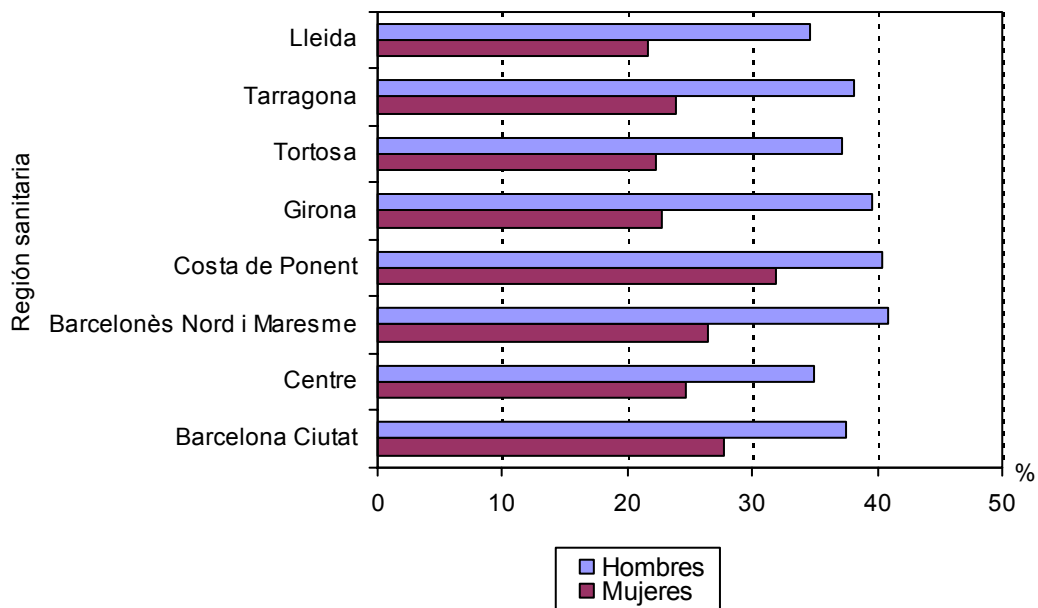
En lo que concierne a la prevalencia del hábito tabáquico por clase social, en los hombres se observa la menor prevalencia en la clase más alta (grupo I) y la mayor en la clase más desfavorecida (grupo V); mientras que entre las mujeres, la prevalencia más alta se observa en la clase más acomodada y la menor en la más desfavorecida (Gráfico 10).

Gráfico 10. Prevalencia de tabaquismo por clase social y sexo



El análisis de la prevalencia de tabaquismo por región sanitaria y sexo (Gráfico 11), muestra que la RS Lleida tiene la menor prevalencia de hábito tabáquico en ambos sexos, mientras que la RS Barcelonès Nord i Maresme presenta el mayor porcentaje en hombres y la RS Costa de Ponent en mujeres.

Gráfico 11. Prevalencia de tabaquismo por región sanitaria y sexo

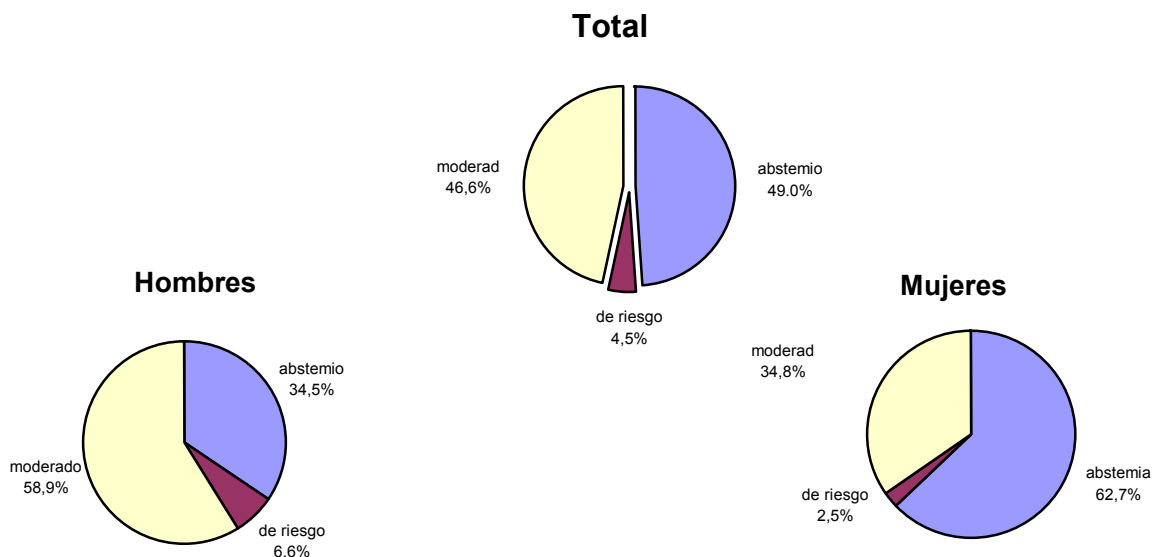


Datos estandarizados por edad.

El consumo de alcohol

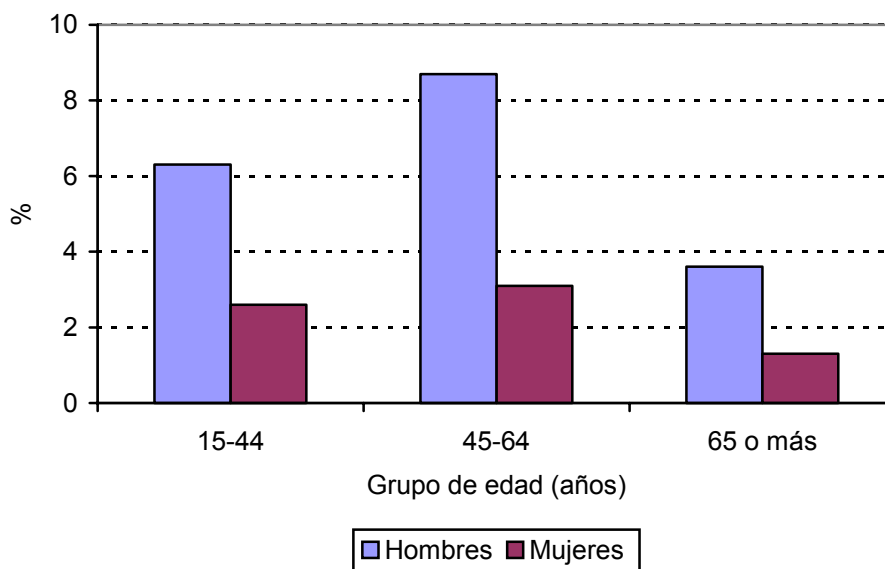
El 49,0% de los ciudadanos mayores de 14 años se declaran abstemios (34,5% hombres y 62,7% mujeres) y el 46,6% manifiestan ser bebedores moderados (58,9% hombres y 34,8% mujeres). El 4,5% de la población declara un consumo de riesgo (6,6% hombres y 2,5% mujeres) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Consumo de alcohol por sexo



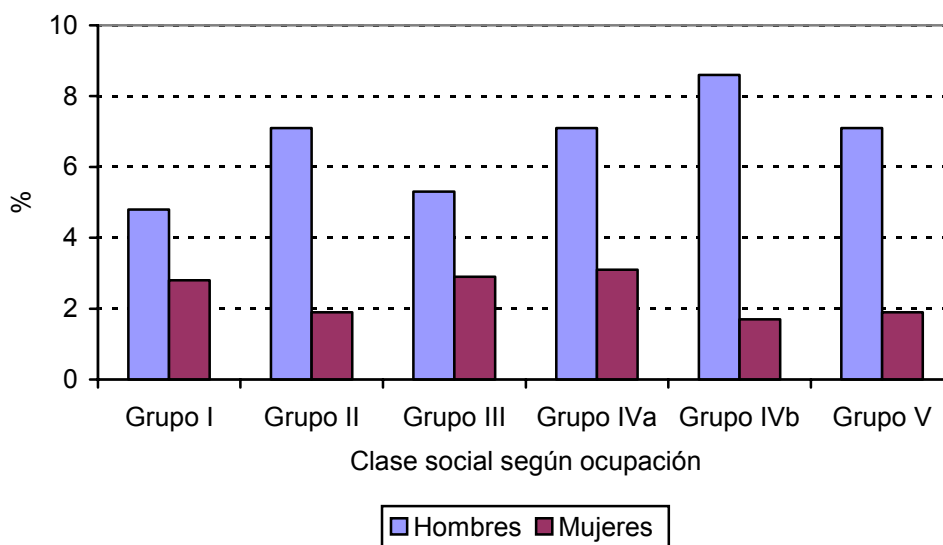
Tanto en hombres como en mujeres, la mayor prevalencia de consumo de riesgo se observa entre los 45 y 64 años, mientras que el grupo de 65 años o más es el que presenta el menor consumo de riesgo (Gráfico 13).

Gráfico 13. Consumo de riesgo de alcohol por grupo de edad y sexo



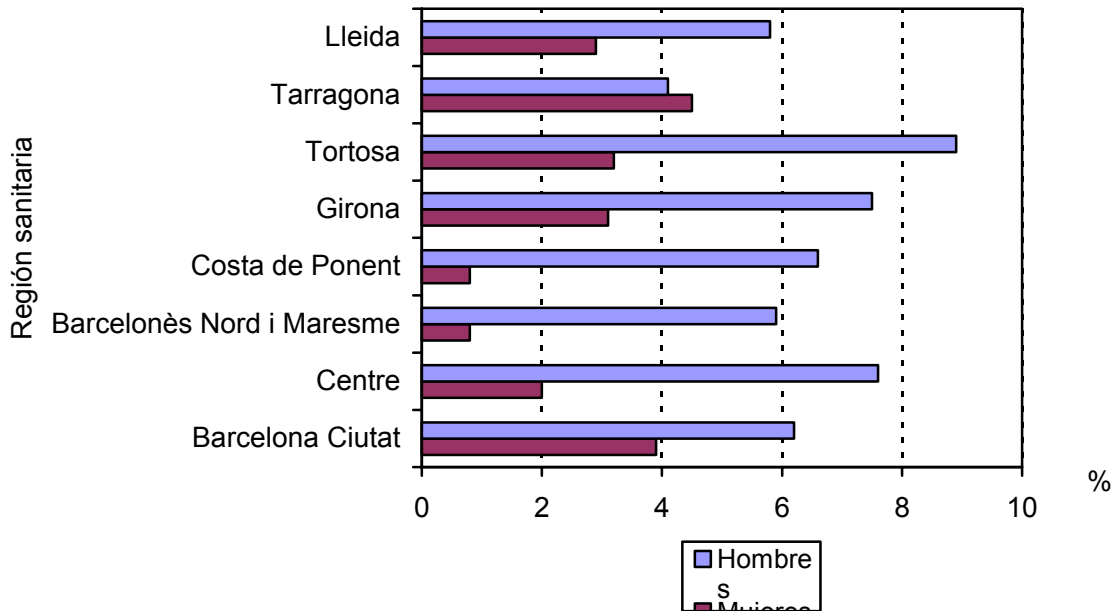
Por clase social, en los hombres se observa un mayor consumo de riesgo en las clases más desfavorecidas y entre las mujeres en las clases medias (grupos III y IVa) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Consumo de riesgo de alcohol por clase social y sexo



El consumo de riesgo de alcohol más alto se da en las regiones Tortosa y Girona, mientras que el menor es el de Barcelonès Nord i Maresme.

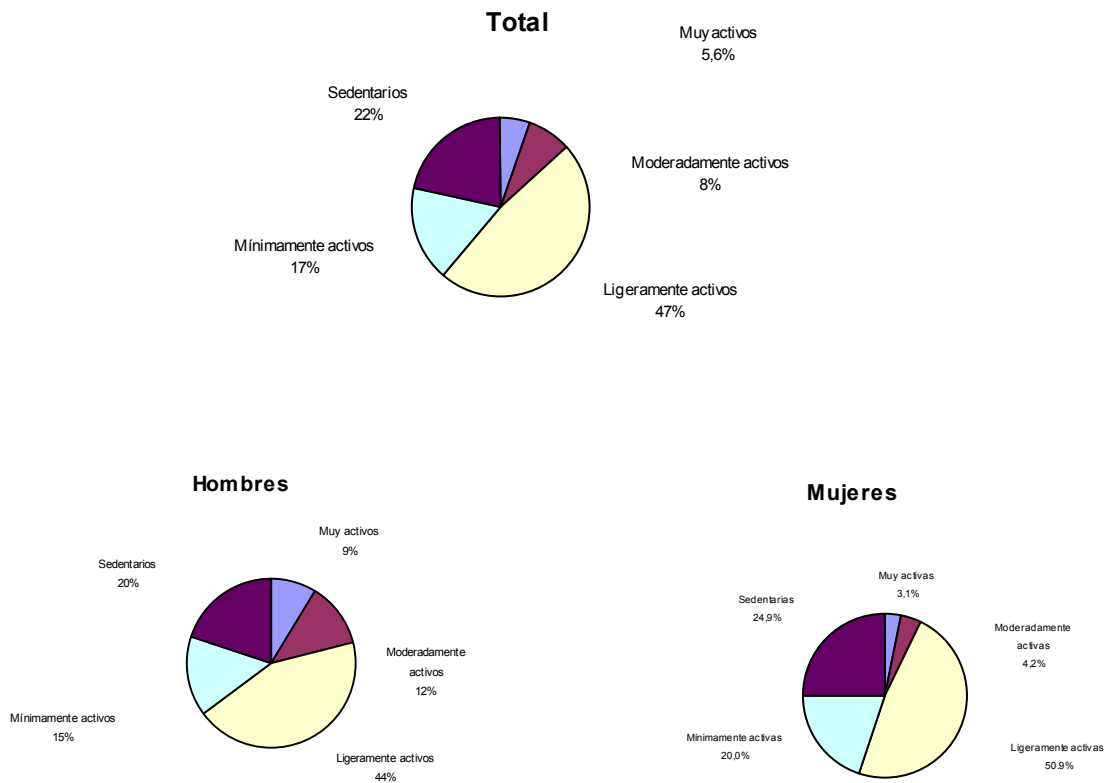
Gráfico 15. Consumo de riesgo de alcohol por región sanitaria y sexo



La actividad física

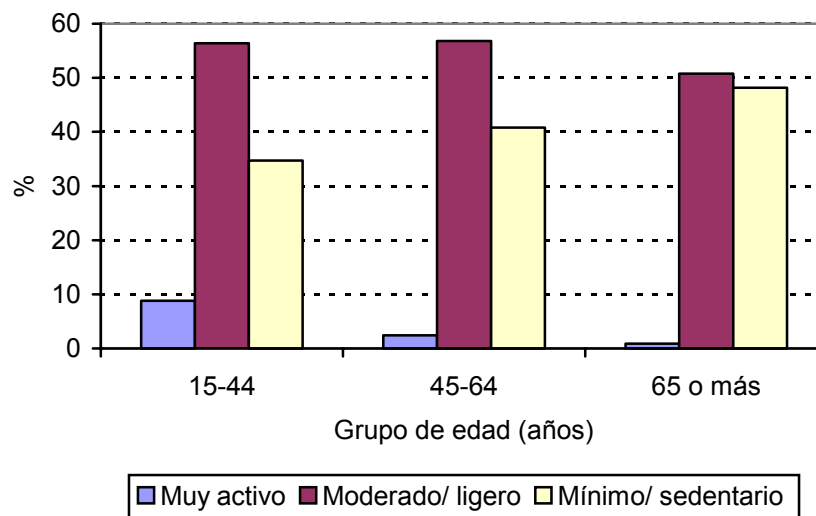
Según la actividad física que desarrolla habitualmente la población catalana, hay un 19,9% de hombres y un 23,4% de mujeres mayores de 14 años que se declaran sedentarios y el 8,5 y el 2,9%, respectivamente, como muy activos (Gráfico 16).

Gráfico 16. Actividad física por sexo



La actividad física tiende a ser menor en los grupos de más edad (Gráfico 17).

Gráfico 17. Actividad física por grupo de edad

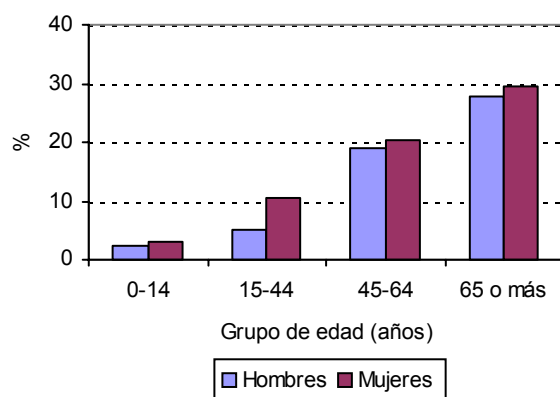


El 27,6% de las personas declara pasar la mayor parte del día sentadas y el 19,0% está la mayor parte del día de pie. El 40,6% de las personas declara desplazarse andando a menudo y sólo el 9,3% declara hacer esfuerzos físicos importantes.

La dieta

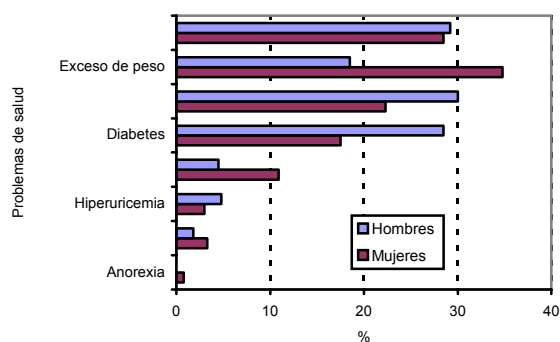
El 13,3% de las personas declara seguir algún tipo de dieta (11,1% los hombres y 15,4% las mujeres) por motivos de salud (Gráfico 18).

Gráfico 18. Población que manifiesta seguir una dieta o régimen especial de forma continuada por grupo de edad y sexo



Los principales motivos para seguir una dieta son la hipercolesterolemia (28,8%), el exceso de peso (28,1%) y la hipertensión (25,4%) (Gráfico 19).

Gráfico 19. Población que manifiesta seguir una dieta o régimen especial de forma continuada según los principales problemas de salud y por sexo



La seguridad vial

Las medidas de seguridad vial practicadas por la población usuaria de vehículos de motor se exploran mediante tres aspectos: el uso del casco por los motoristas, el uso del cinturón de seguridad en el automóvil y la utilización de los elementos de sujeción más adecuados en función del peso y/o la edad de los menores de 6 años.

El cinturón de seguridad es el dispositivo más utilizado por la población catalana. Le sigue la utilización del casco en la motocicleta y los dispositivos para los menores de 6 años (gráficos 20, 21 y 22).

Gráfico 20. Utilización del casco por los usuarios de motocicletas

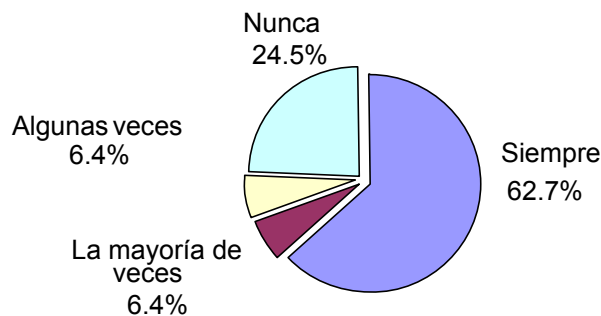


Gráfico 21. Utilización del cinturón de seguridad en usuarios de coche (sentados en los asientos delanteros)

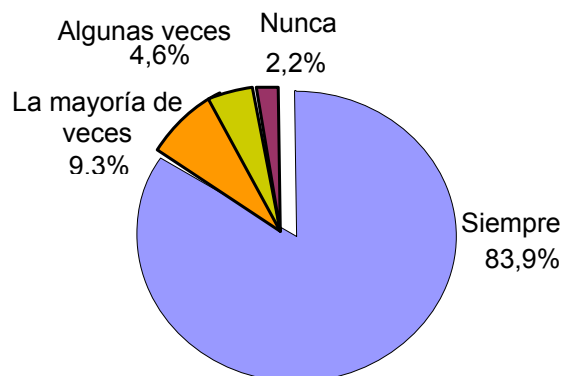
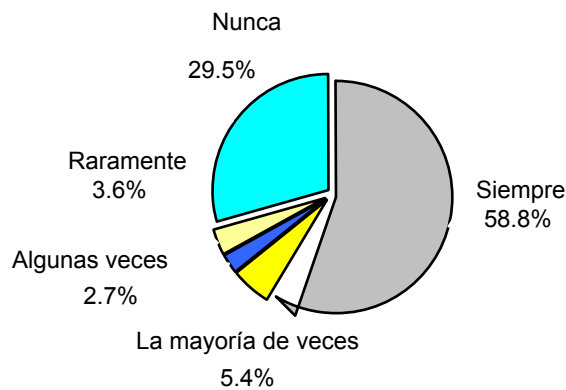


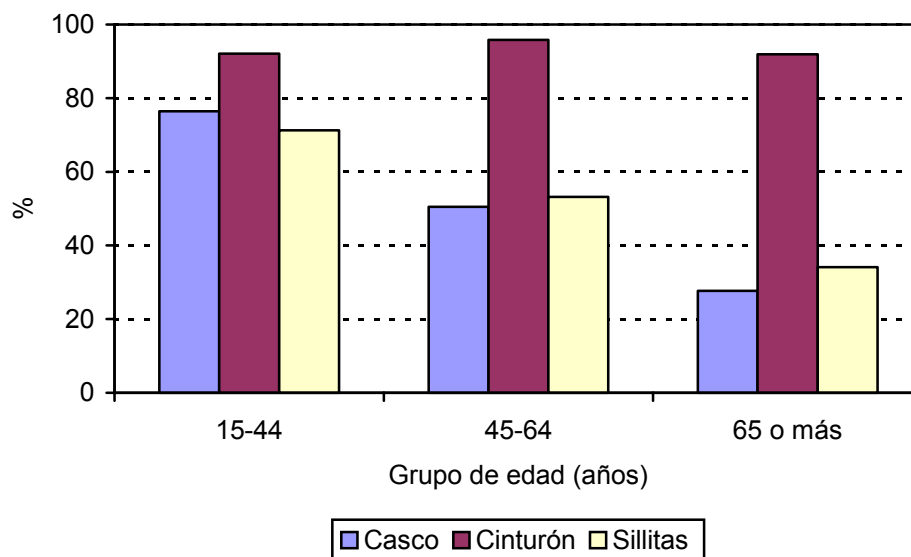
Gráfico 22. Utilización de elementos de sujeción más adecuados para menores de 6 años



Según el sexo, la frecuencia de utilización del casco y el uso de sillitas y otros elementos de protección para los menores de 6 años es superior en los hombres que en las mujeres. Por otra parte, el cinturón de seguridad lo utilizan con una frecuencia parecida los hombres y las mujeres.

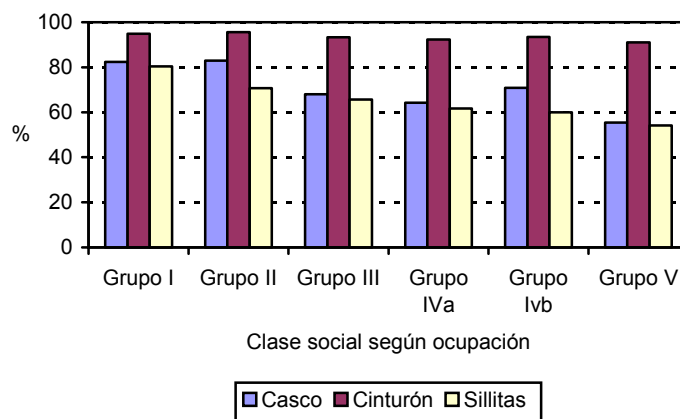
Por grupo de edad, se observa que el porcentaje de utilización del cinturón es similar para todos los grupos, mientras que los otros dos elementos de seguridad presentan una disminución de la frecuencia de utilización, a medida que la edad de las personas es más avanzada (Gráfico 23).

Gráfico 23. Utilización de los elementos de seguridad (siempre y la mayoría de veces) por grupo de edad.



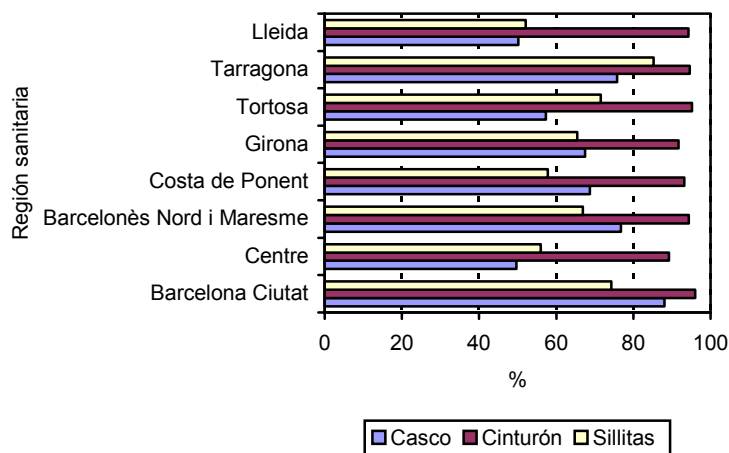
Según la clase social, la utilización del cinturón es bastante similar y se observan porcentajes más elevados de utilización del casco y las sillitas entre los grupos sociales más favorecidos (Gráfico 24).

Gráfico 24. Distribución de la utilización de medidas de seguridad (siempre y la mayoría de veces) por clase social



Territorialmente, los porcentajes globales de utilización más elevados se encuentran entre la población de la ciudad de Barcelona. Las regiones Centre y Lleida muestran unos porcentajes de utilización más bajos (Gráfico 25).

Gráfico 25. Distribución de la utilización de medidas de seguridad (siempre y la mayoría de veces) por región sanitaria



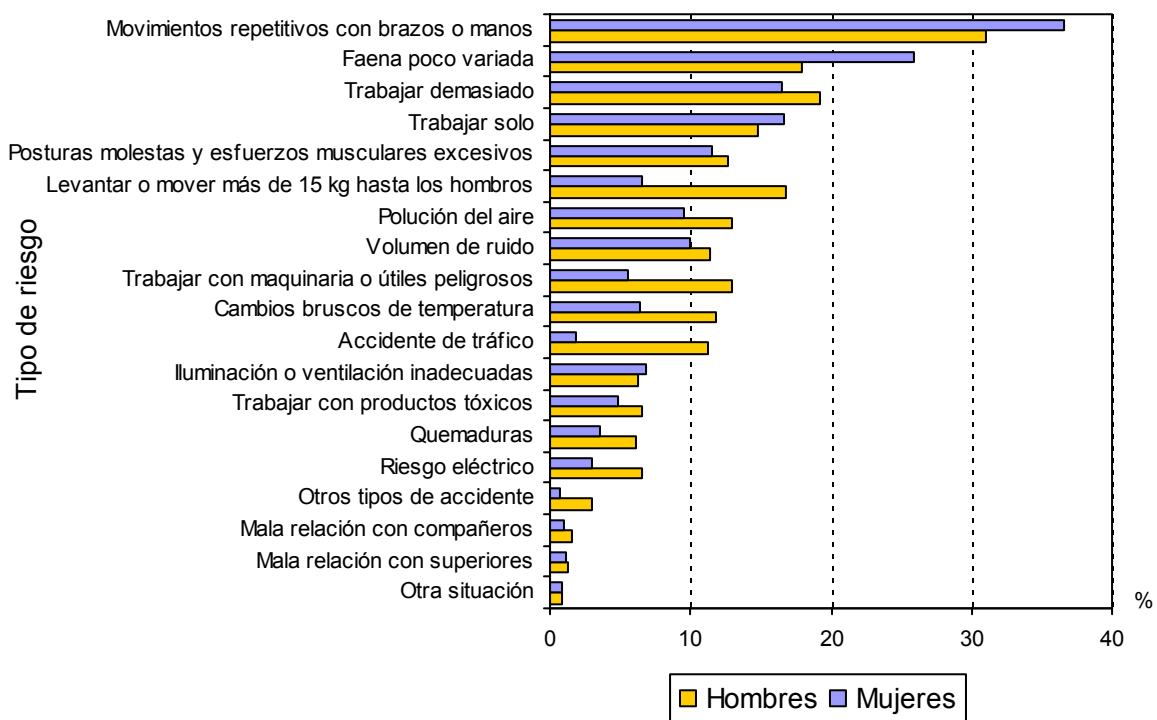
Datos estandarizados por edad.

La percepción del riesgo laboral

El 28,4% de las personas ocupadas consideran que su trabajo les supone algún riesgo para la salud (33,7% hombres y 22,1% mujeres).

Por ambos sexos, el riesgo laboral percibido se asocia sobre todo a la realización de movimientos repetitivos con los brazos o las manos (33,6%), a hacer un trabajo poco variado (21,6%) y al exceso de trabajo (17,9 %) (Gráfico 26).

Gráfico 26. Percepción de riesgo laboral captado por la población ocupada según el sexo



Las prácticas preventivas

El 43,3% de las personas de 15 o más años manifiestan someterse a un examen médico periódico con finalidad preventiva (Gráfico 27). El 49,3% se toma periódicamente la presión arterial (Gráfico 28) y el 45,3% se controla los niveles de colesterol (Gráfico 29). El grupo de edad que practica con más frecuencia los

exámenes periódicos es el de 45 a 64 años, mientras que la medida de la presión arterial y los niveles de colesterol con propósitos preventivos muestran una mayor frecuencia a medida que los grupos son de más edad.

Gráfico 27. Población que manifiesta someterse a un examen médico periódico con finalidades preventivas por grupo de edad y sexo

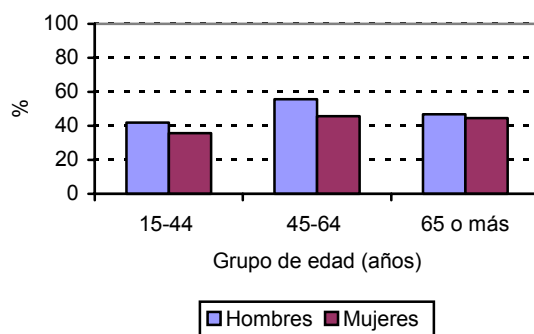


Gráfico 28. Población que declara tomarse periódicamente la presión arterial por grupo de edad y sexo

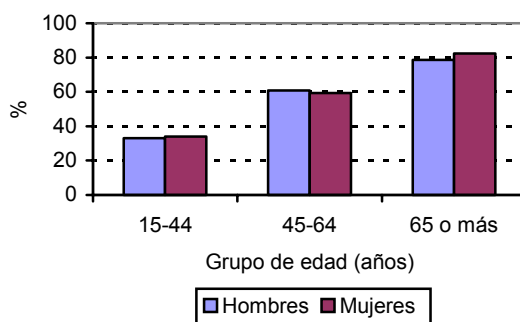
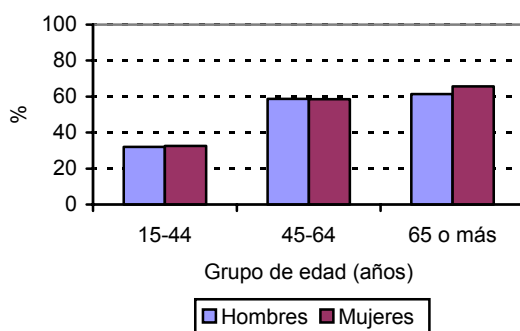
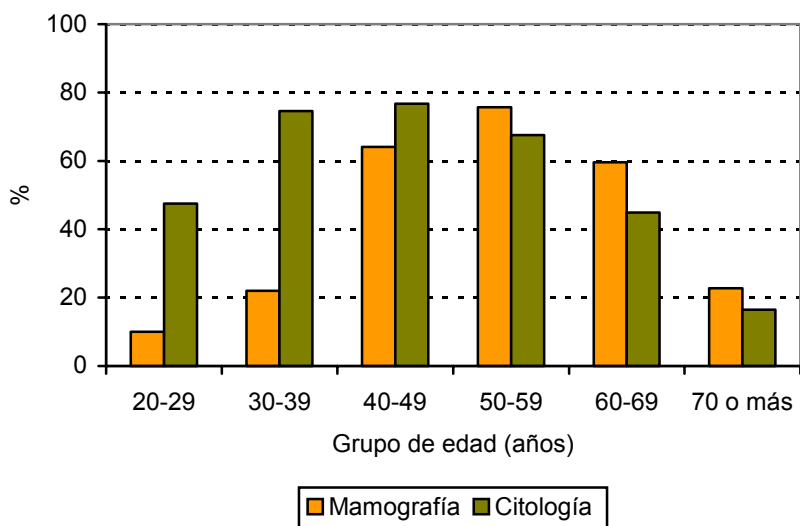


Gráfico 29. Población que declara controlarse periódicamente los niveles de colesterol por grupo de edad y sexo



El 40,6% de las mujeres de 20 o más años manifiesta hacerse una mamografía periódica con finalidades preventivas. La mayor frecuencia de práctica de una mamografía corresponde al grupo de edad de 50 a 59 años (75,7%), seguido del de 40 a 49 años (64,1%) y del de 60 a 69 años (59,6%). El 55,7% de las mujeres de 20 o más años manifiesta someterse regularmente a una citología cervical con propósitos preventivos. El grupo de edad que lo declara con mayor proporción es el de 40 a 49 años (76,7%) seguido del de 30 a 39 (74,6%) y de 50 a 59 (67,5%) (Gráfico 30).

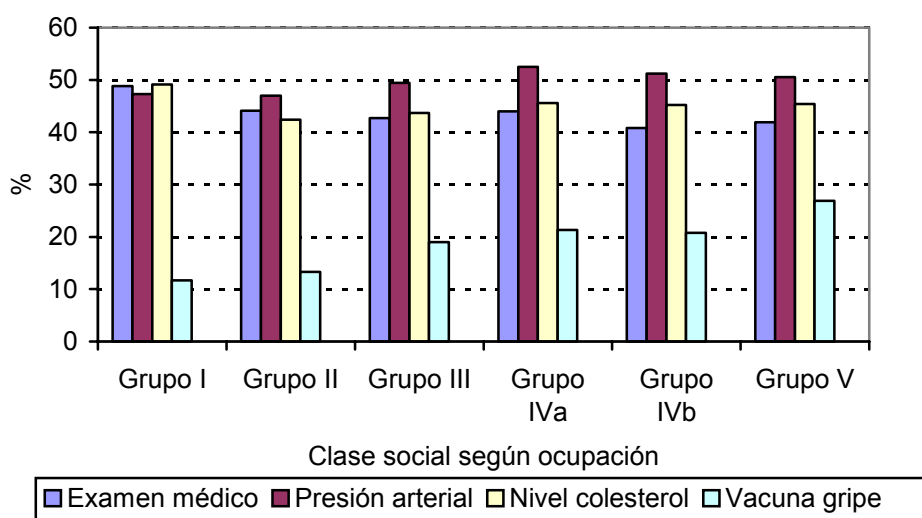
Gráfico 30. Mujeres que manifiestan hacerse una mamografía y una citología periódicas con finalidades preventivas por grupo de edad



El 19,6% de la población manifiesta haberse vacunado de la gripe (61,2% de 65 o más años). El grupo que declara una mayor frecuencia es el de los mayores de 74 años (69,5%), seguido del de 65 a 74 años (56,3%).

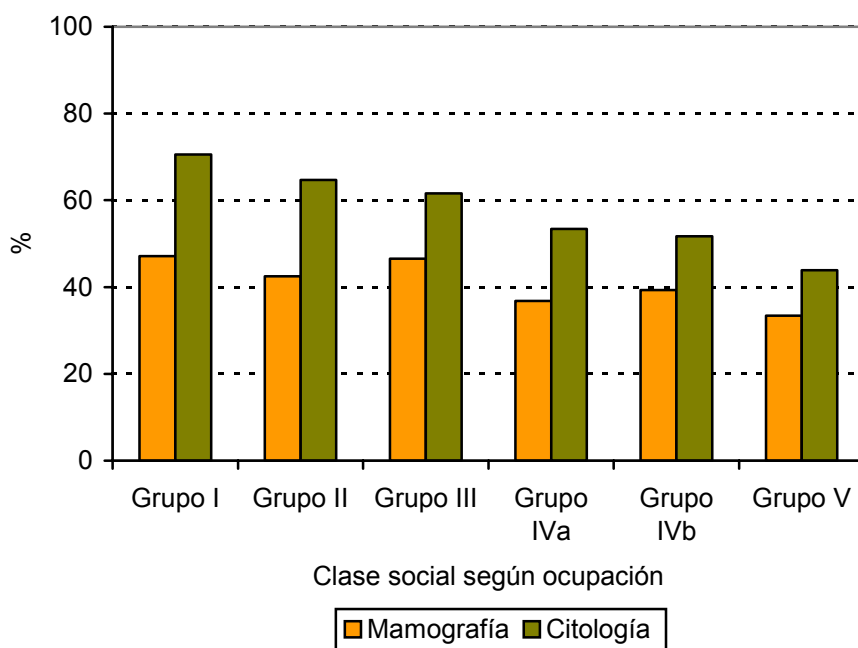
Por clase social, las prácticas preventivas presentan valores muy parecidos, aunque los grupos más acomodados (I y II) muestran porcentajes superiores en lo que concierne al examen preventivo y los grupos más desfavorecidos (IV y V) muestran un nivel superior de vacunación de la gripe (Gráfico 31).

Gráfico 31. Población que declara someterse a prácticas preventivas periódicas por tipo de práctica y clase social



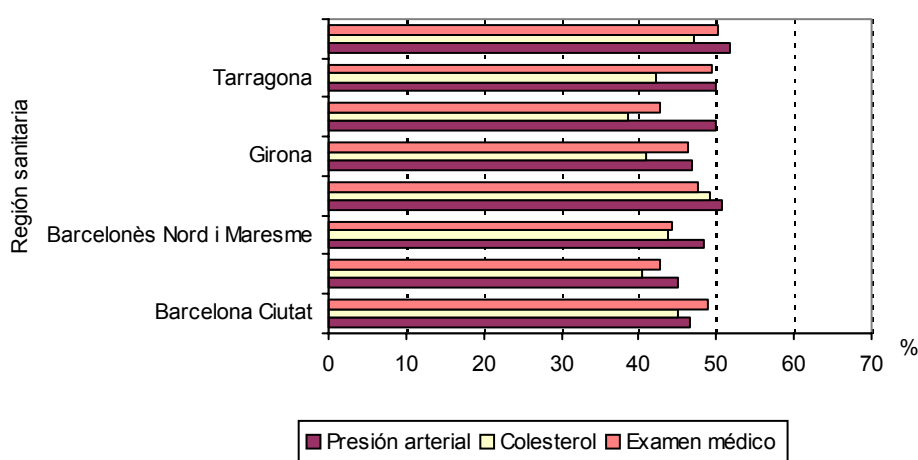
En relación a la práctica preventiva de mamografías y citologías cervicales por clase social, cabe destacar la mayor práctica entre las clases más acomodadas que entre las más desfavorecidas (Gráfico 32).

Gráfico 32. Mujeres de 20 o más años que manifiestan someterse a una mamografía o citología cervical periódicamente por clase social



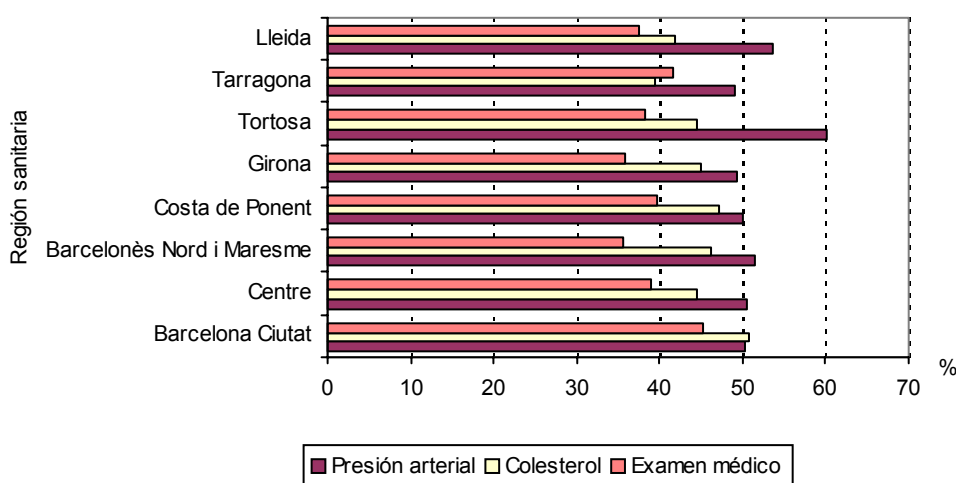
Por región sanitaria y sexo, la práctica de exámenes médicos es más frecuente en la RS Lleida y en hombres; la medida de la presión arterial es mayor en mujeres y en la RS Tortosa; mientras que la medida del nivel de colesterol registra la máxima frecuencia en hombres en la RS Costa de Ponent y en las mujeres de Barcelona Ciudad (Gráfico 33).

Gráfico 33. Prácticas preventivas periódicas (control de la presión arterial, colesterolemia y examen médico preventivo) en hombres de 15 o más años por región sanitaria



Datos estandarizados por edad.

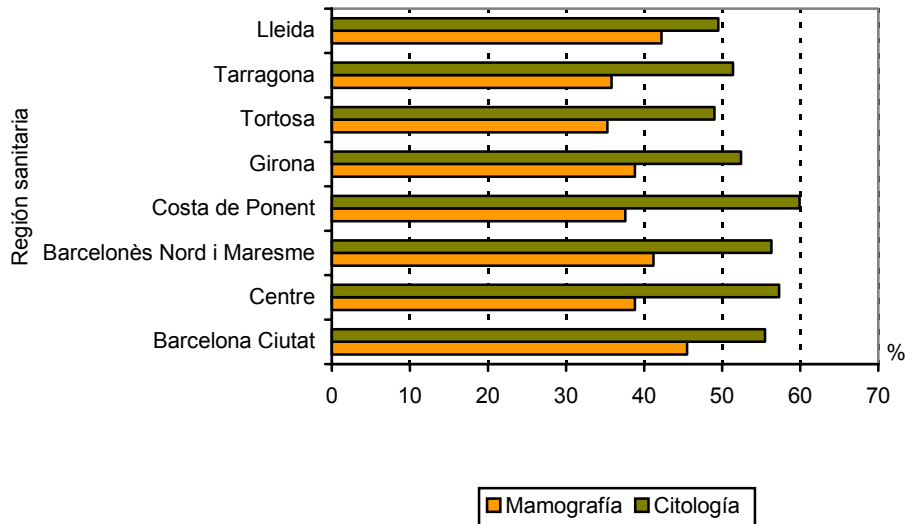
Gráfico 34. Prácticas preventivas periódicas (control de la presión arterial, colesterolemia y examen médico preventivo) en mujeres de 15 o más años por región sanitaria



Datos estandarizados por edad.

La mayor frecuencia de prácticas preventivas de mamografías se observa en la RS Barcelona Ciutat y de citologías cervicales en la RS Costa de Ponent (Gráfico 35).

Gráfico 35. Prácticas preventivas en mujeres de 15 o más años por región sanitaria

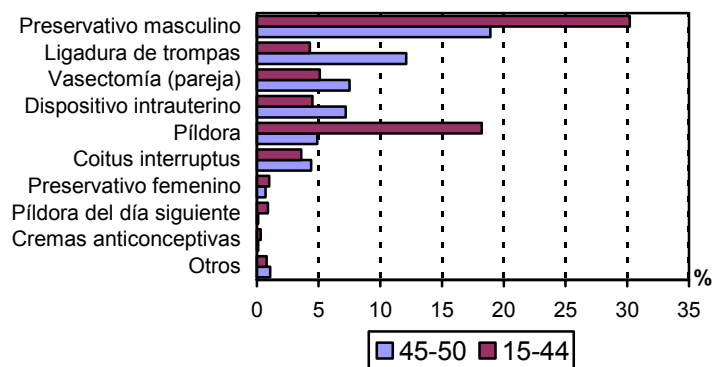


Datos estandarizados por edad.

Los métodos anticonceptivos

El 66,9% de las mujeres de 15 a 50 años manifiestan utilizar algún método anticonceptivo. Los más frecuentes son el preservativo masculino (28,5%) y la píldora (16,1%) (Gráfico 36).

Gráfico 36. Proporción y tipo de anticonceptivos utilizados por las mujeres de 15 a 50 años o sus parejas



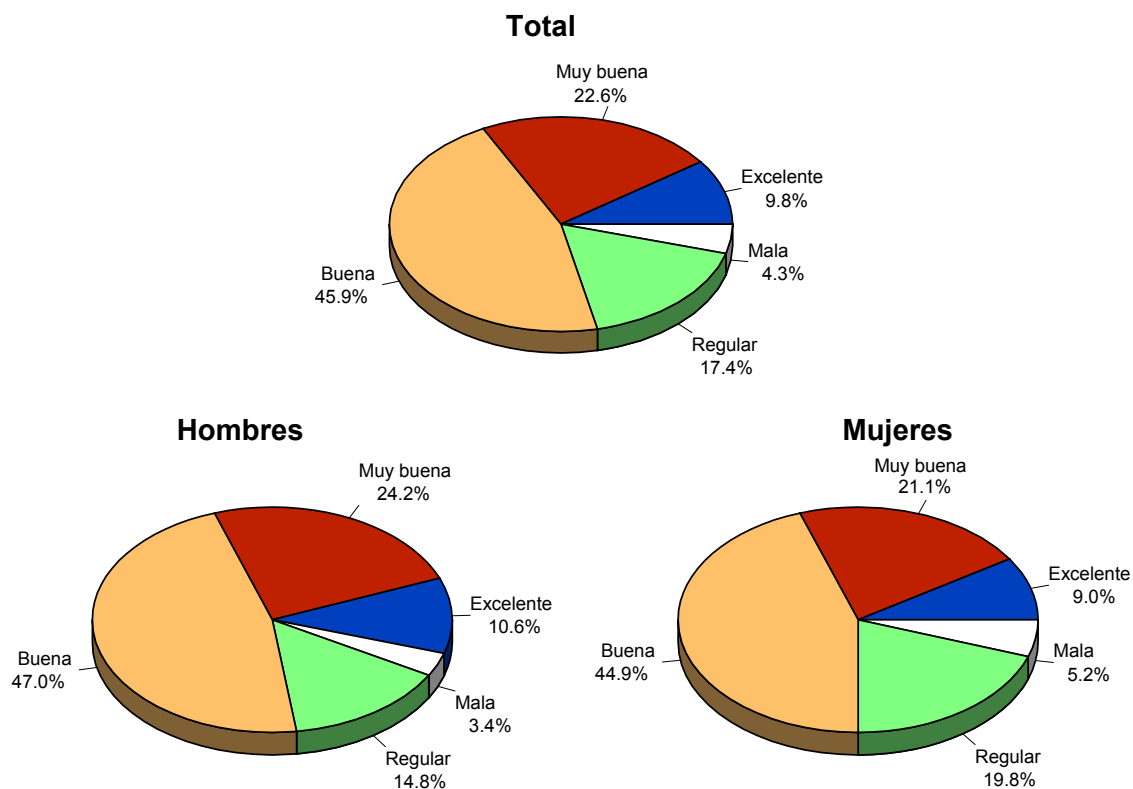
El estado de salud

La percepción de la salud

La autovaloración del estado de salud expresa la sensación de bienestar individual. Está sobradamente aceptado que es un buen indicador del estado de salud y que una mala valoración es un buen predictor de mortalidad.

A la pregunta “¿Cómo diría usted que es su salud, en general?”, el 78,3% de la población responde que es buena, muy buena o excelente (Gráfico 37).

Gráfico 37. Autovaloración de la salud en la población general, por sexo



Se observa una peor percepción del estado de salud al aumentar la edad, en ambos sexos (Gráfico 38) y entre las clases sociales más desfavorecidas (Gráfico 39).

Gráfico 38. Autopercepción de salud: mala o regular, por grupo de edad y sexo

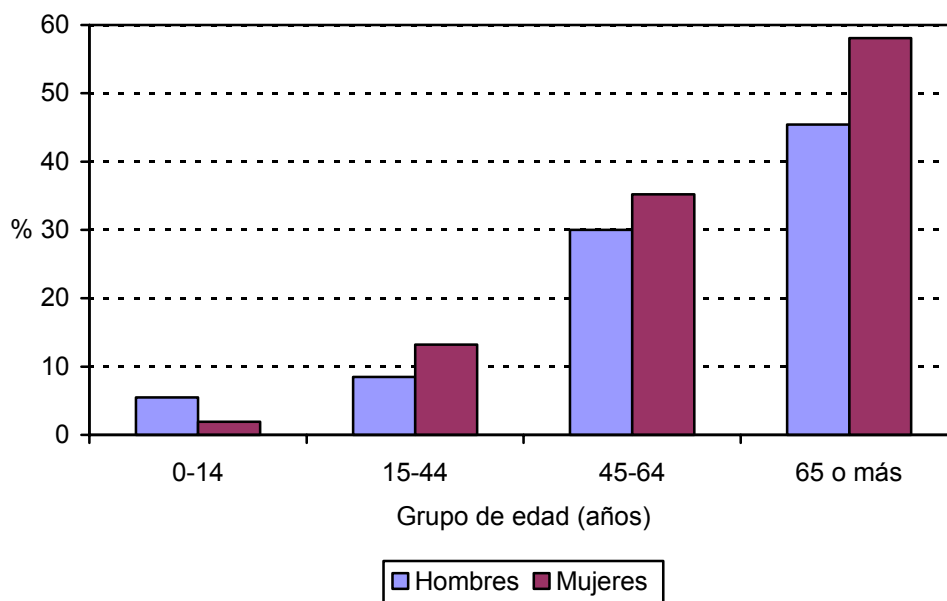
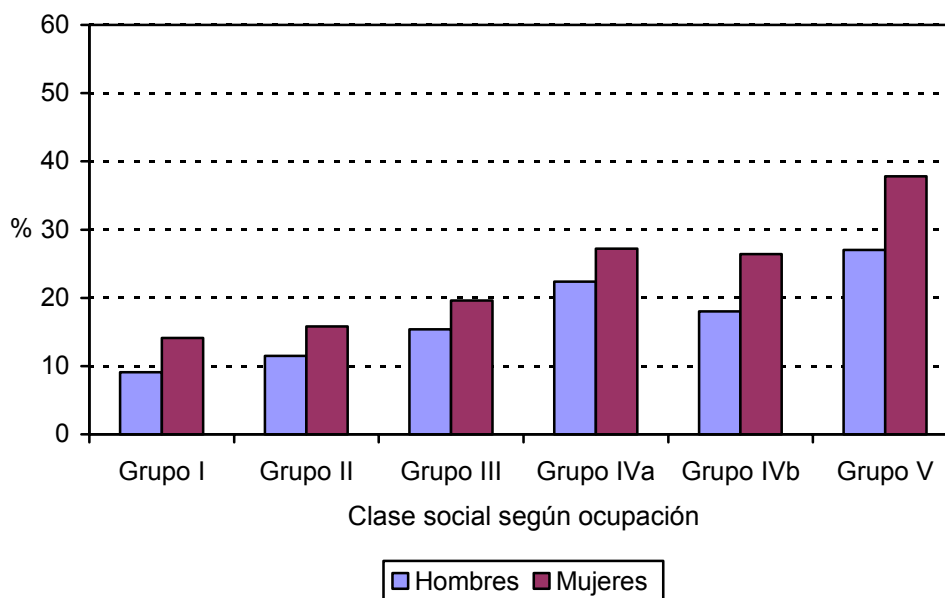


Gráfico 39. Autopercepción de salud: mala o regular, por clase social y sexo



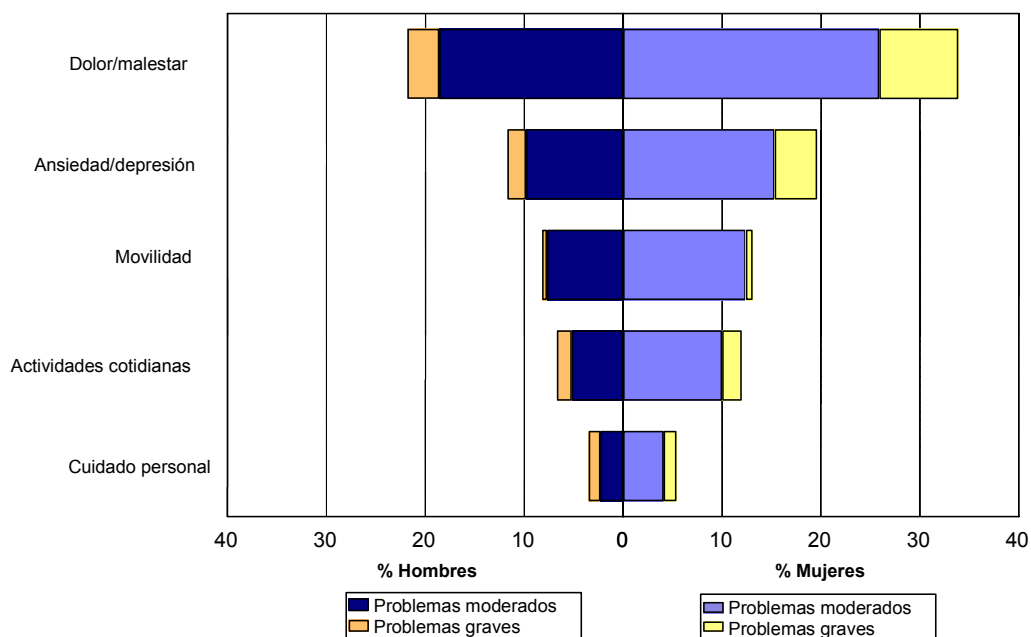
Las diferencias en el estado de salud percibida según territorio, muestra que la RS Costa de Ponent es la que tiene la peor autopercepción de la salud y que en las regiones Tarragona y Lleida se observan los porcentajes más altos de población que manifiesta que su salud es excelente, muy buena o buena.

La calidad de vida

Con el fin de medir el estado de salud autopercebida por el individuo, la ESCA ha aplicado el cuestionario el EuroQol© adaptado y validado en nuestro entorno, que explora cinco dimensiones de la calidad de vida asociadas a la salud: la movilidad, el cuidado personal, el desarrollo de las actividades cotidianas, la presencia de dolor o malestar y la sensación de ansiedad o depresión.

El 64,6% de la población expresa no tener dificultades en ninguna de las dimensiones estudiadas. El problema más frecuente es la presencia de dolor o malestar, que afecta al 28,0% de la población, seguido de la ansiedad/depresión (15,7 %) y de los problemas de movilidad (10,6%) (Gráfico 40).

Gráfico 40. Población que declara tener problemas en aspectos de la calidad de vida por sexo



Se observa un aumento de los problemas declarados a medida que los grupos poblacionales son de mayor edad (Gráfico 41).

Destaca el fuerte incremento de dificultades, tanto moderadas como graves, en relación a la movilidad, el cuidado personal y las actividades cotidianas que se observa en el grupo de población mayor de 74 años, especialmente en las mujeres (Gráfico 42).

Gráfico 41. Población que declara tener problemas en aspectos de la calidad de vida por grupo de edad

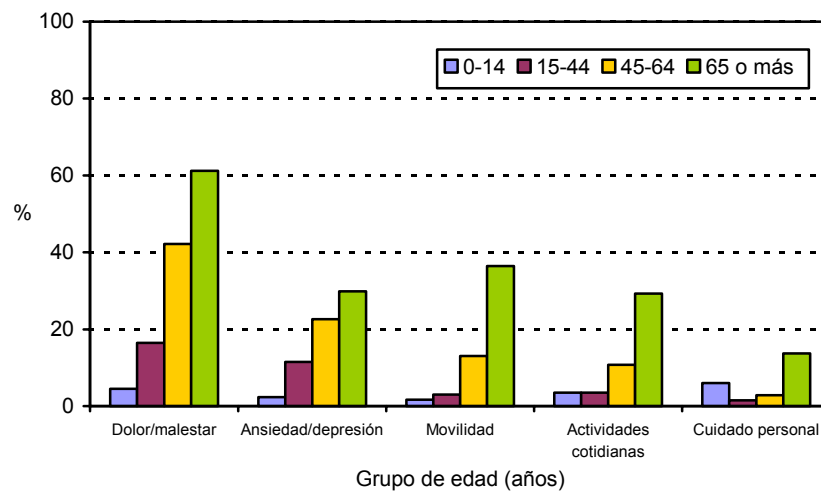
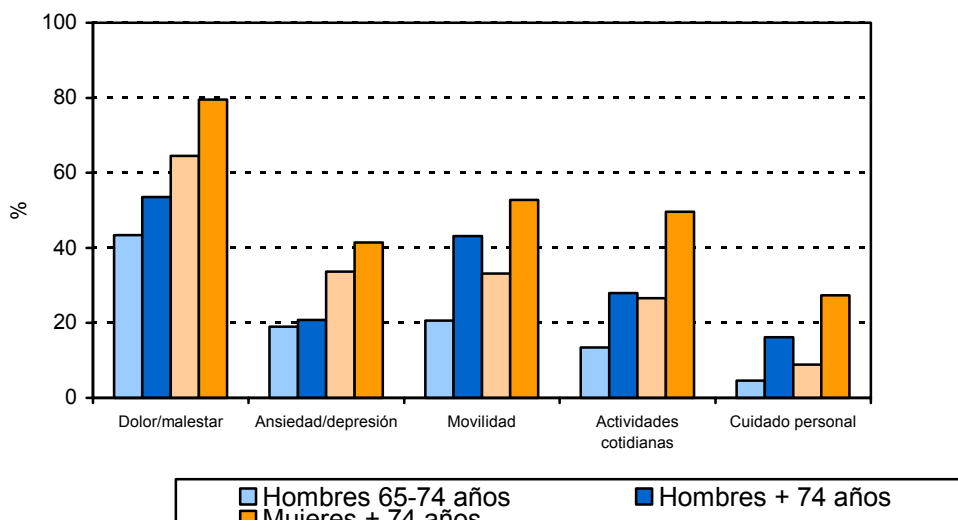
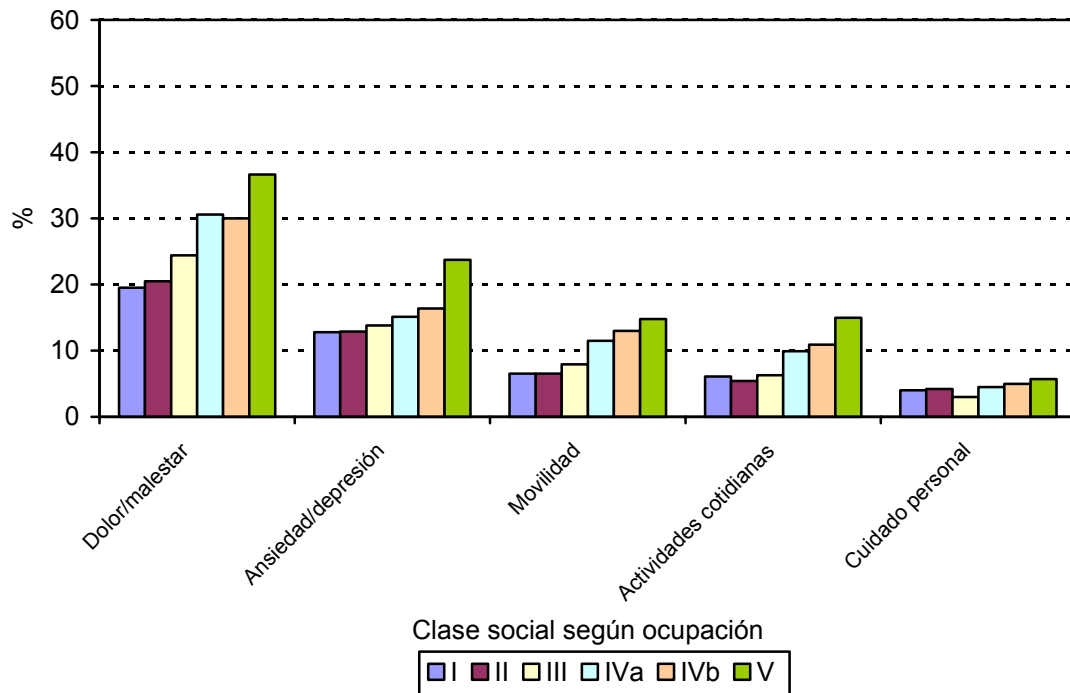


Gráfico 42. Población que declara tener problemas (moderados y graves) en aspectos de la calidad de vida por edad y sexo



En todas las dimensiones estudiadas, el porcentaje que declara tener problemas es más alto entre las mujeres y entre los individuos de clases sociales más desfavorecidas (Gráfico 43).

Gráfico 43. Población que declara tener problemas en aspectos de la calidad de vida por clase social



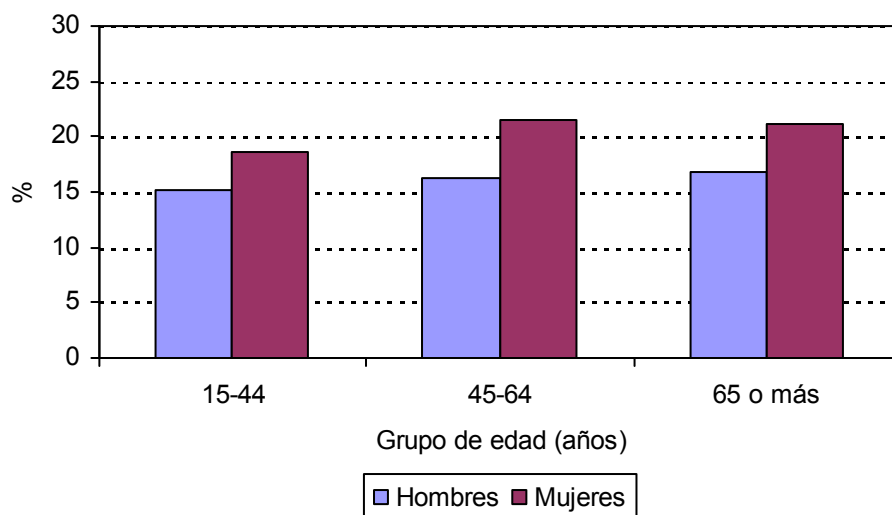
La salud mental

Con el fin de conocer la prevalencia de problemas de salud mental en la población general, la ESCA 2002 ha incluido el GHQ-12 en las entrevistas hechas a los individuos que podían responder por ellos mismos. Este cuestionario aporta información que permite calcular la prevalencia de trastornos mentales en la población, medida como la probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista.

La prevalencia de trastornos mentales es del 17,9% en la población de 15 o más años (20,0% en mujeres y 15,6% en hombres).

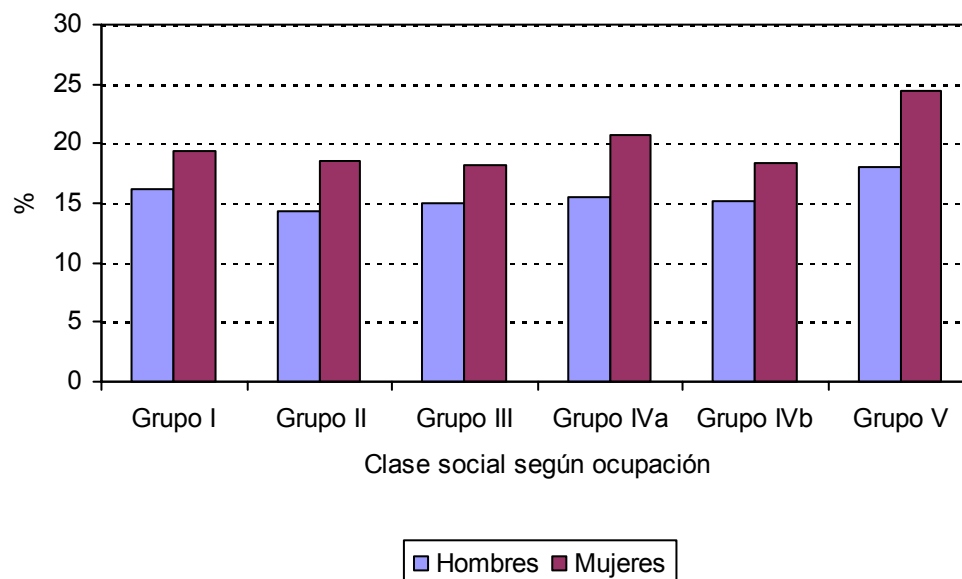
Por grupo de edad y sexo, la probabilidad de sufrir trastornos mentales es más elevada en las mujeres de todos los grupos de edad y en ambos sexos, a partir de los 45 años o más (Gráfico 44).

Gráfico 44. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo



Según la clase social, se observa una mayor prevalencia de la probabilidad de sufrir trastornos mentales en las mujeres de las clases más desfavorecidas (Gráfico 45).

Gráfico 45. Prevalencia de problemas de salud mental por clase social y sexo



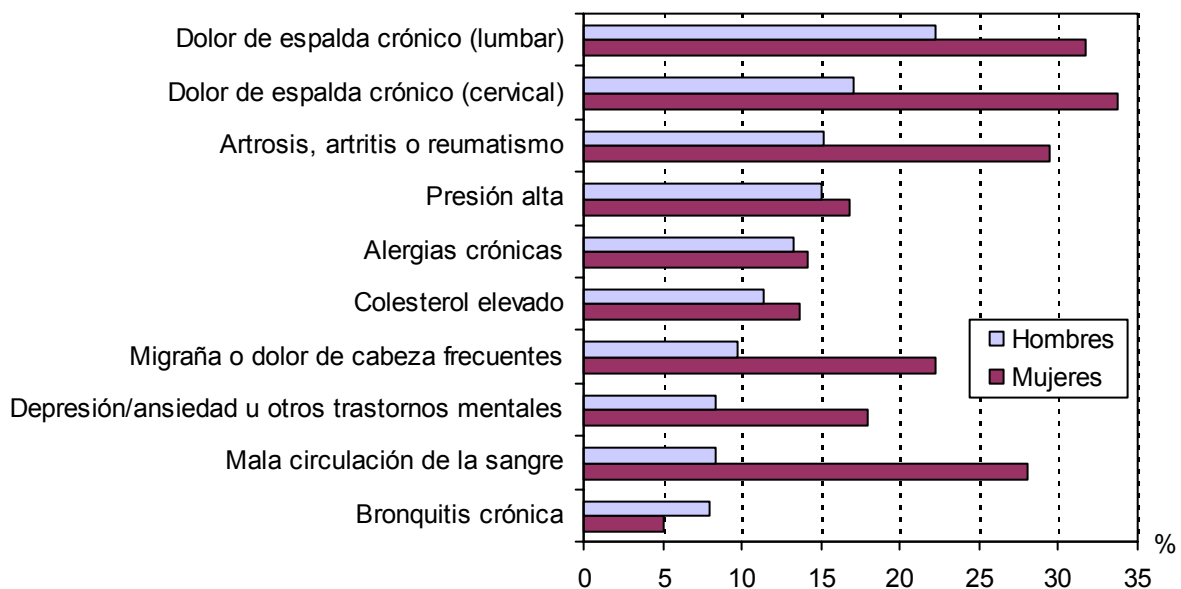
Por regiones sanitarias y sexo, las mujeres de Tortosa, Costa de Ponent, Barcelonés Norte y Maresme, Centro y Barcelona Ciudad presentan una probabilidad de sufrir trastorno mental por encima de la media de Cataluña.

Los problemas de salud crónicos

La ESCA pregunta sobre un listado de 26 trastornos crónicos escogidos porque tienen una alta prevalencia, generan más consumo de recursos sanitarios o están relacionados con los objetivos del Plan de salud de Cataluña.

Los problemas de salud crónicos que afectan a la población adulta con más frecuencia son las enfermedades de los aparatos locomotor y circulatorio. Concretamente, en ambos sexos, son el dolor de espalda crónico lumbar o cervical y artrosis, artritis o reumatismo; seguidos, por la presión alta, en hombres, y la mala circulación de la sangre, en mujeres (Gráfico 46).

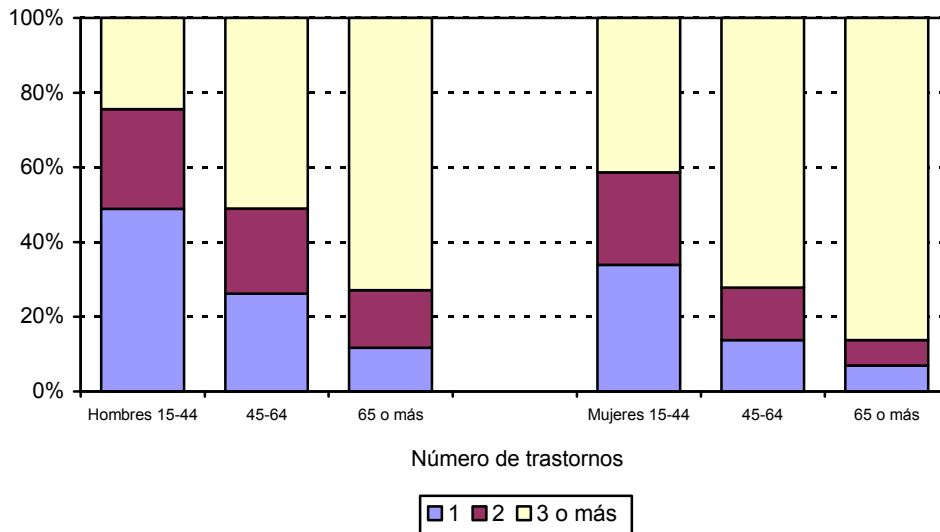
Gráfico 46. Principales trastornos crónicos declarados según tipos y sexo



El 69,4% de la población de 15 años o más manifiesta sufrir o haber sufrido uno o más trastornos crónicos de salud, lo que representa una prevalencia del 75,5% en las mujeres y del 62,9% en los hombres.

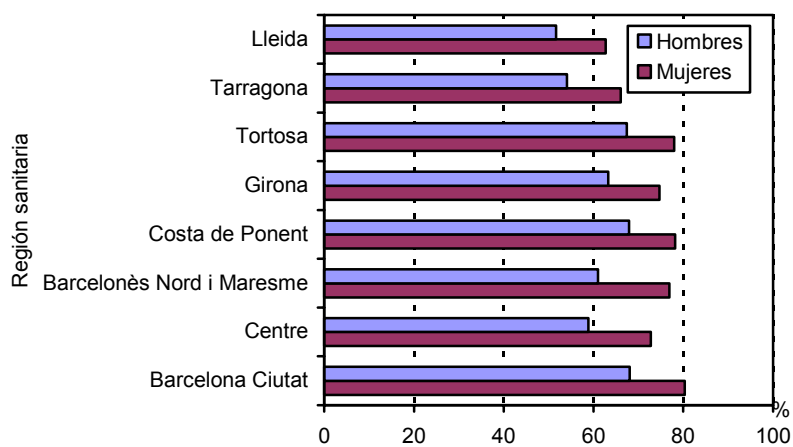
Entre la población adulta, los grupos de mayor edad dicen más frecuentemente que sufren o han sufrido trastornos crónicos y también un mayor número de trastornos, con diferencias importantes por sexo (Gráfico 47).

Gráfico 47. Distribución del número de trastornos crónicos entre los que al menos sufren uno, por grupo de edad y sexo



La población de la RS Lleida declara sufrir menos trastornos crónicos que el resto de regiones y la RS Costa de Ponent presenta unos porcentajes más altos, por ambos sexos (Gráfico 48).

Gráfico 48. Población que declara sufrir algún trastorno crónico, por región sanitaria y sexo



Datos estandarizados por edad.

Los accidentes

El 25,0% de la población (26,0% hombres y 24,0% mujeres) manifiesta haber sufrido uno o más accidentes en el transcurso del último año, que han requerido algún tipo de atención sanitaria o que han generado alguna restricción de la actividad habitual. La frecuencia de estos accidentes es más elevada en los hombres de los grupos de edad más jóvenes y también entre las personas de ambos sexos de las clases sociales más desfavorecidas (gráficos 49 y 50).

Gráfico 49. Población que declara haber sufrido algún accidente en el último año por grupo de edad y sexo

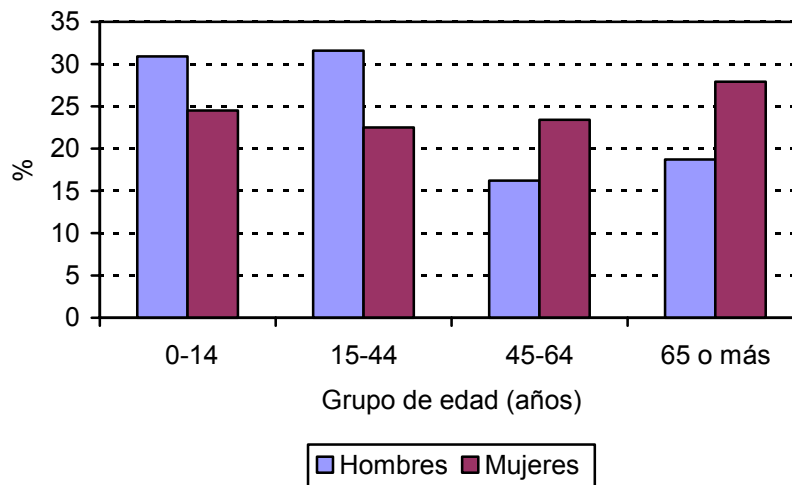
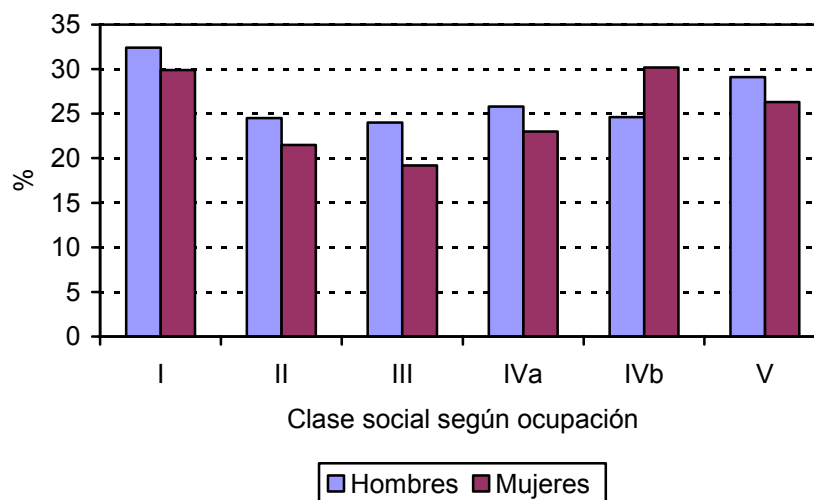


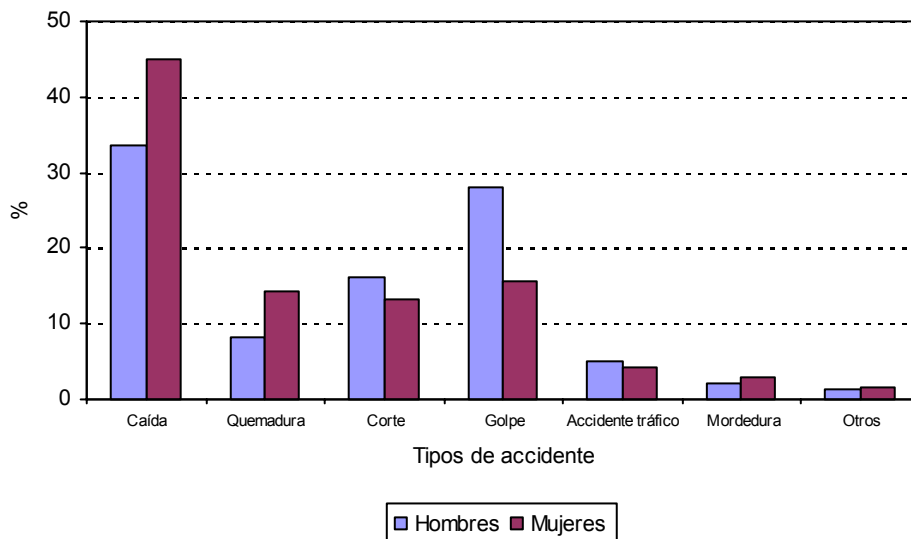
Gráfico 50. Población que declara haber sufrido algún accidente en el último año por clase social y sexo



Las regiones sanitarias Barcelona Ciutat, Costa de Ponent y Barcelonès Nord i Maresme son las que presentan un porcentaje más alto de población que declaran haber sufrido algún accidente en el transcurso del último año

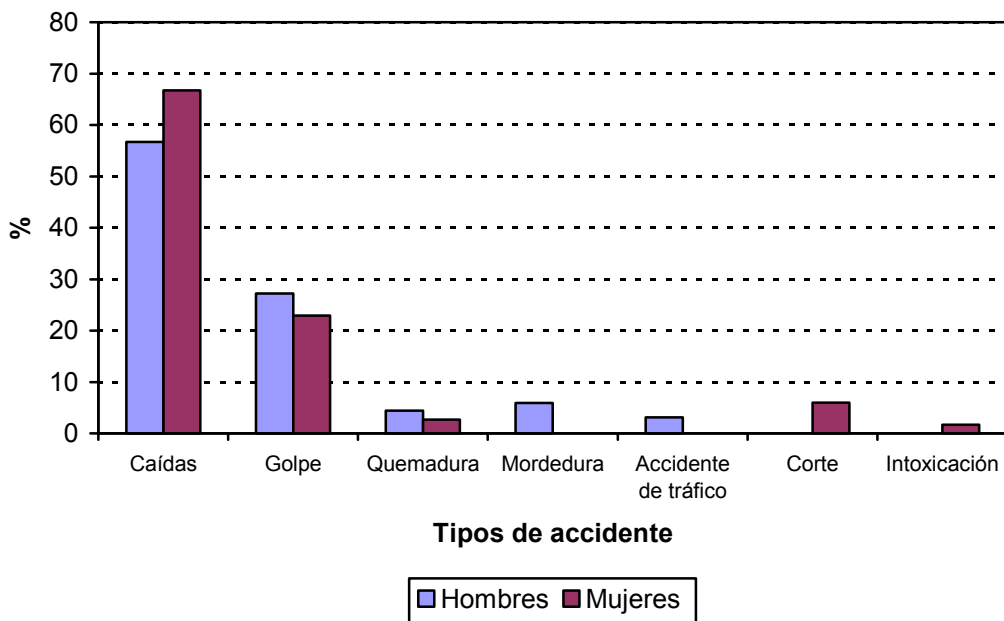
El porcentaje de quien ha sufrido algún accidente durante las dos semanas anteriores a la encuesta supone un 3,7% de la población total. Los tipos de accidentes más prevalentes son las caídas (38,9%), los golpes (22,3%) y los cortes (14,7%) (Gráfico 51). El 36,2% de la población ha recibido algún tipo de asistencia médica como consecuencia del accidente sufrido.

Gráfico 51. Población que declara haber sufrido algún accidente en los últimos 15 días según tipos de accidente y sexo



Los accidentes afectan principalmente a los niños y los viejos. En los menores de 15 años, la incidencia declarada en relación a las dos últimas semanas es del 17,7% para niños y del 16,1% para niñas (Gráfico 52). Las caídas y los golpes son los tipos de accidentes más frecuentes en este grupo de edad.

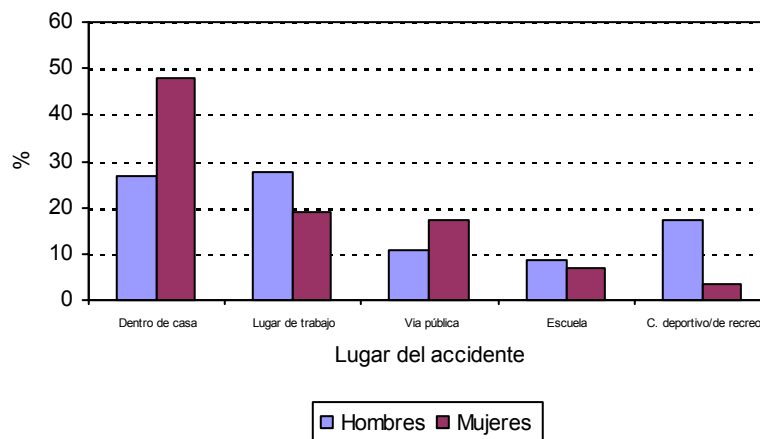
Gráfico 52. Tipo de accidente de la población menor de 15 años que declara haber sufrido algún accidente en las dos semanas anteriores a la entrevista, por sexo



En los mayores de 64 años, la proporción de mujeres que se accidentan en los últimos 15 días (4,4%) casi duplica a la de los hombres (1,8%).

El lugar donde se producen más accidentes es en el propio domicilio, seguido del trabajo y, en tercer lugar, en el centro deportivo en los hombres y en la vía pública en las mujeres (Gráfico 53).

Gráfico 53. Principal lugar sitio donde se producen los accidentes que ha sufrido la población en los últimos 15 días, por sexo



Las discapacidades

El 12,5% de la población declara sufrir algún tipo de discapacidad; su frecuencia es más alta en las mujeres (14,4%) que en los hombres (10,6%), en los grupos de más edad, especialmente a partir de 45 o más años (Gráfico 54), y en las clases sociales más desfavorecidas (Gráfico 55).

Gráfico 54. Población que declara sufrir alguna discapacidad por edad y sexo

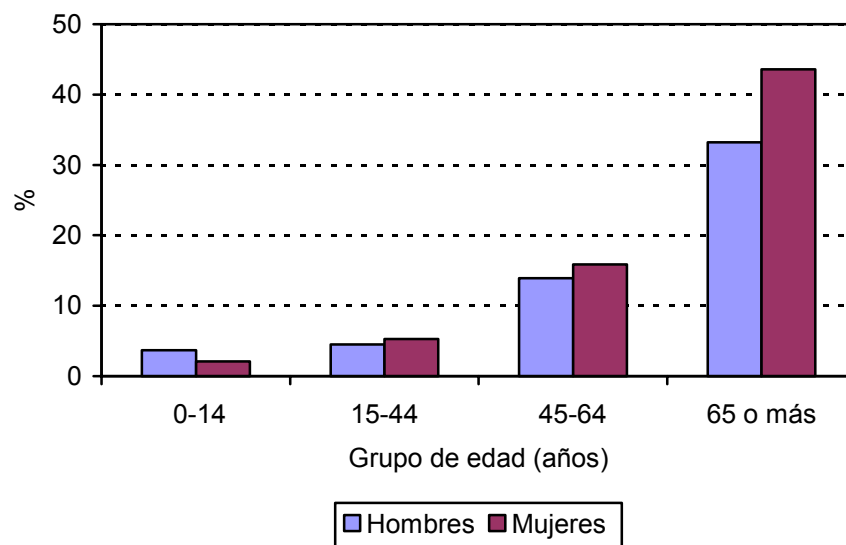
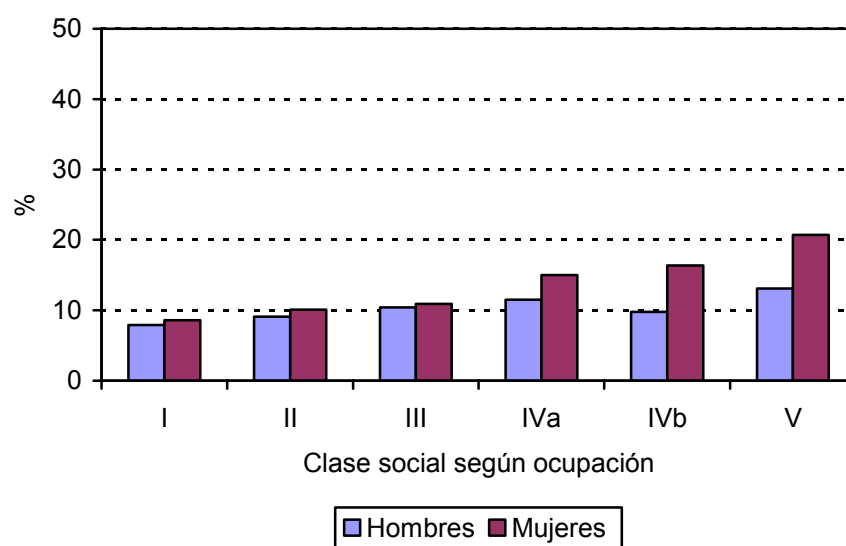


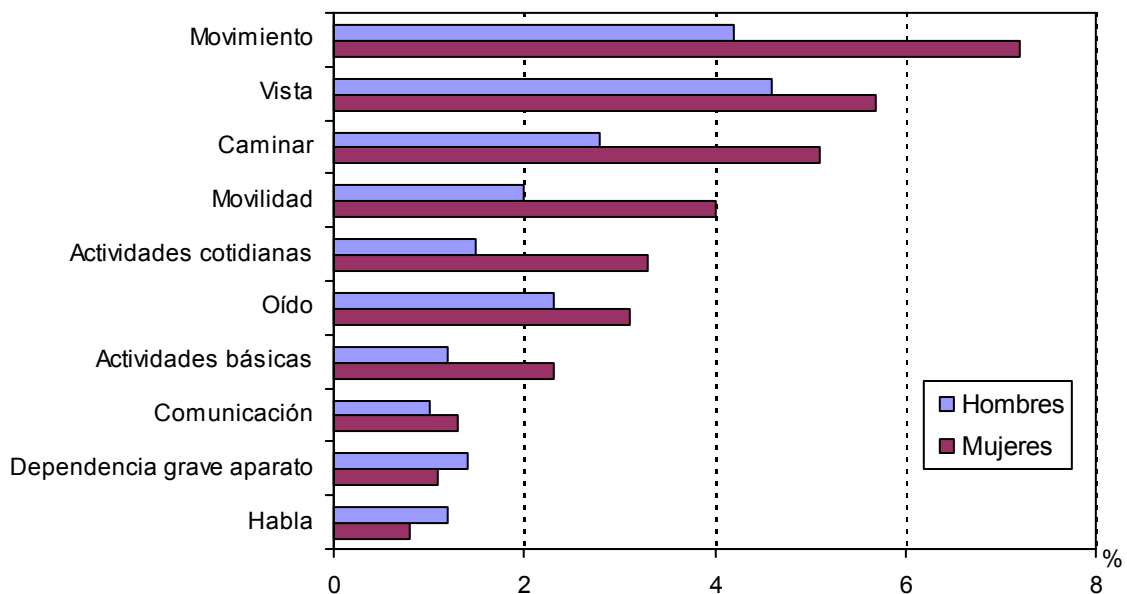
Gráfico 55. Población que declara sufrir alguna discapacidad por clase social y sexo



El análisis territorial muestra que el porcentaje más elevado de población que declara sufrir algún tipo de discapacidad es el de las regiones sanitarias de Tortosa, Costa de Ponent y Centre.

Según el tipo de discapacidad, las más frecuentes son las relacionadas con el movimiento (por ejemplo, subir escaleras sin ayuda de barandilla) que afectan al 5,8% de la población, seguidas de las limitaciones graves de la vista (5,2%) y de los problemas para andar (4,0%) (Gráfico 56).

Gráfico 56. Población que declara sufrir alguna discapacidad, por tipos y sexo



Las discapacidades afectan especialmente a los mayores de 64 años que, además, también las padecen en mayor número (gráficos 57 y 58).

Gráfico 57. Población de 65 o más años que declara sufrir alguna discapacidad, por tipos y sexo

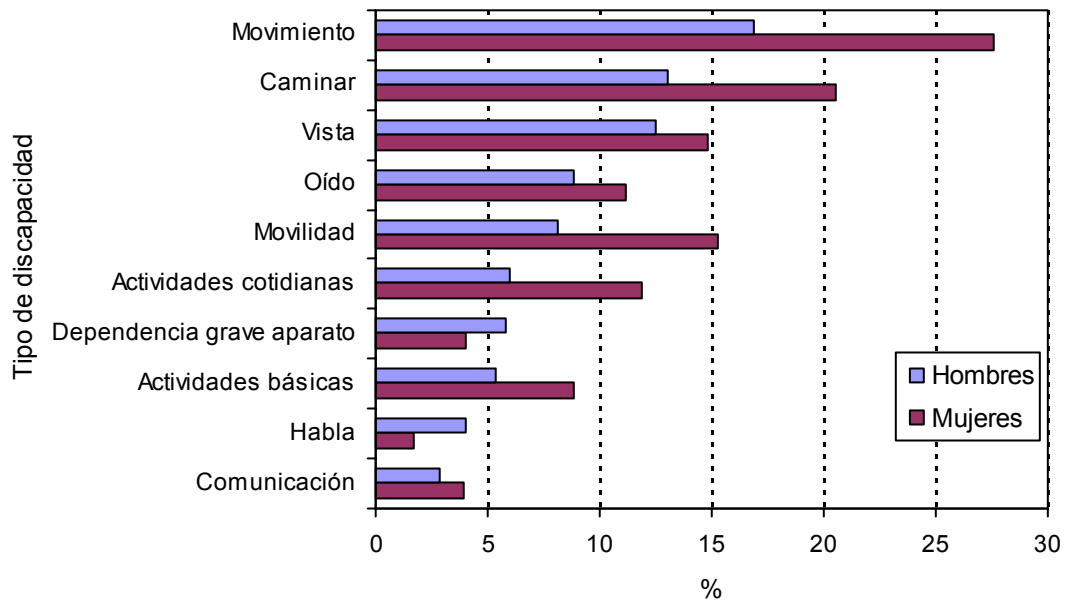
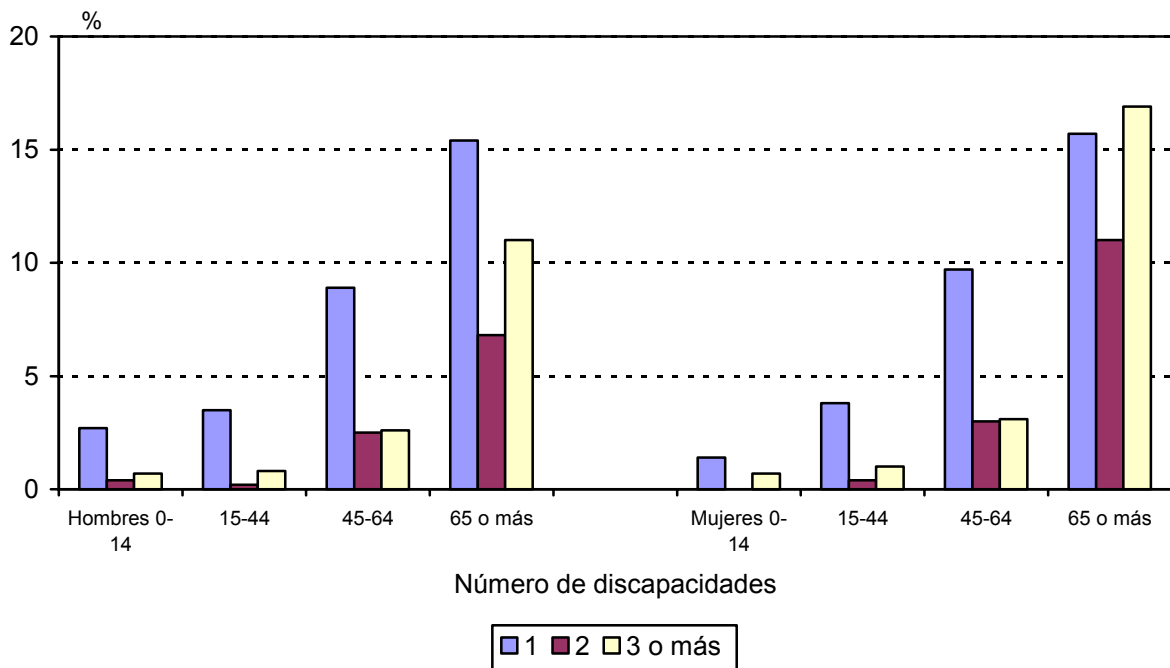


Gráfico 58. Población que declara sufrir alguna discapacidad, según su número, grupo de edad y sexo

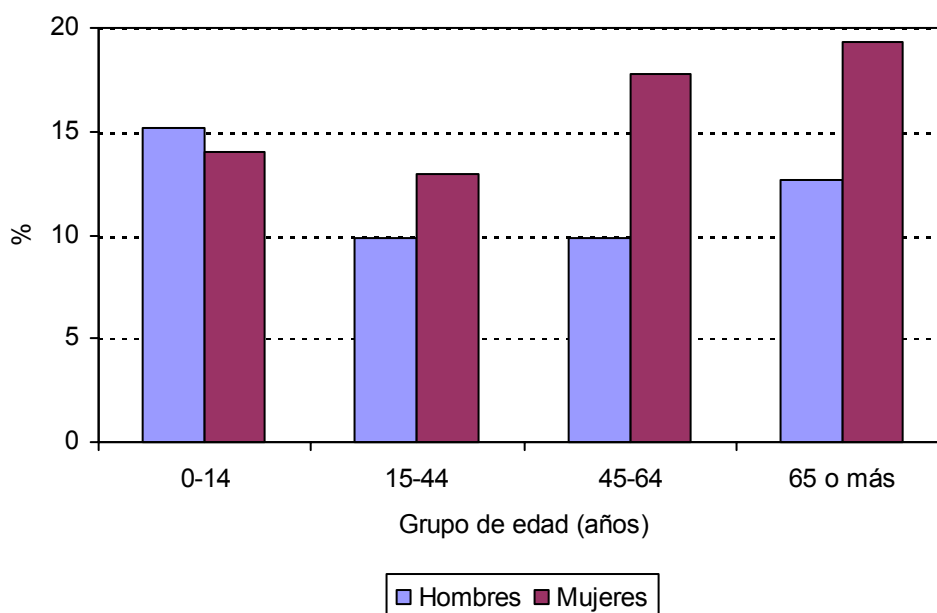


De las personas que declaran tener dificultades graves para hacer las actividades básicas de cuidado personal (comida, ir al lavabo, lavarse, vestirse, etc.), el 76,0% recibe ayuda principalmente de familiares. Entre las clases acomodadas, es más frecuente disponer de personas contratadas particularmente para atender a estos discapacitados que entre las clases desfavorecidas. Por otra parte, hay un 5,7% que no recibe ayuda de nadie, de los cuales el 2,8% son hombres y el 7,1% son mujeres. En las regiones sanitarias Barcelona Ciutat y Centre es donde se encuentra una mayor proporción de personas sin apoyo familiar o social.

La restricción de la actividad

El 13,3% de la población declara haber restringido algún día sus actividades habituales durante las dos semanas anteriores a la entrevista a causa de algún trastorno de salud. Aumenta la frecuencia de población que ha sufrido restricción de la actividad en los grupos de más edad (Gráfico 59). También es más frecuente en las mujeres (15,3%) que en los hombres (11,1%). Entre los niños, el porcentaje que ha sufrido restricción de la actividad habitual es más elevado en el sexo masculino.

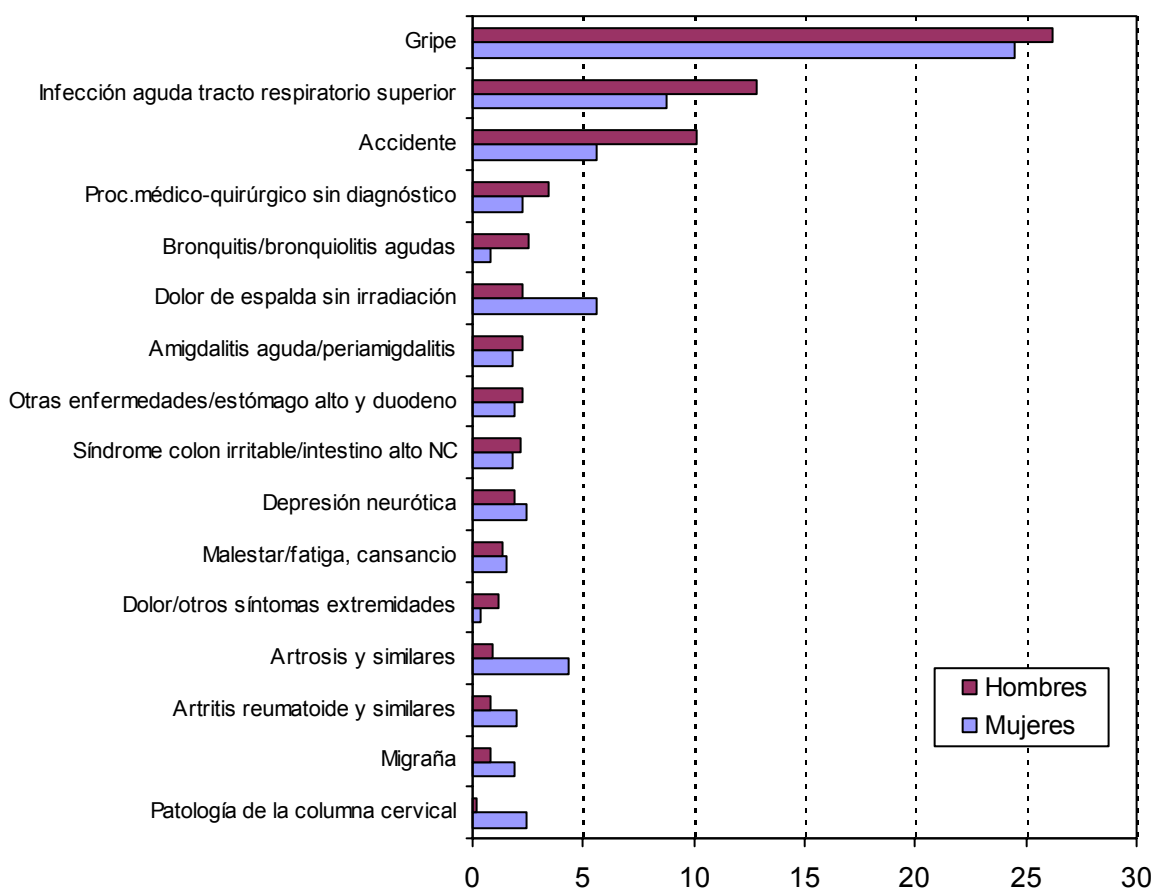
Gráfico 59. Población que declara haber restringido algún día sus actividades habituales, durante las dos semanas anteriores a la entrevista, por causa de algún trastorno de salud, por grupo de edad y sexo



Las regiones sanitarias Barcelonès Nord i Maresme, Centre y Tarragona son las que muestran una mayor proporción de personas que han sufrido restricción de las actividades habituales por motivos de salud.

Las principales causas que ocasionan la restricción de la actividad son la gripe (25,2%), las enfermedades infecciosas respiratorias agudas (10,5%) y los accidentes (7,5%). El doble de hombres que de mujeres han restringido su actividad a causa de un accidente (Gráfico 60).

Gráfico 60. Población que declara haber sufrido restricción de la actividad durante los 15 días anteriores a la entrevista, según el motivo principal y por sexo



EL 11,2% de la población ha tenido que quedarse algún día en la cama (al menos la mitad de la jornada) por razones de su salud, en los últimos 15 días. La proporción es más elevada entre las mujeres (12,8%) que entre los hombres (9,5%). No se observan diferencias relevantes entre clases sociales.

Entre las personas que han tenido que restringir la actividad durante las dos semanas previas a la entrevista, la media de días de cama por persona ha sido de 4,1 días. Por sexo, no se observan diferencias remarcables. El número de días de cama es más elevado en las edades más avanzadas: para el grupo de 0-14 años la media es de 3,5 días, mientras que en los mayores de 64 años es de 5,8 días.

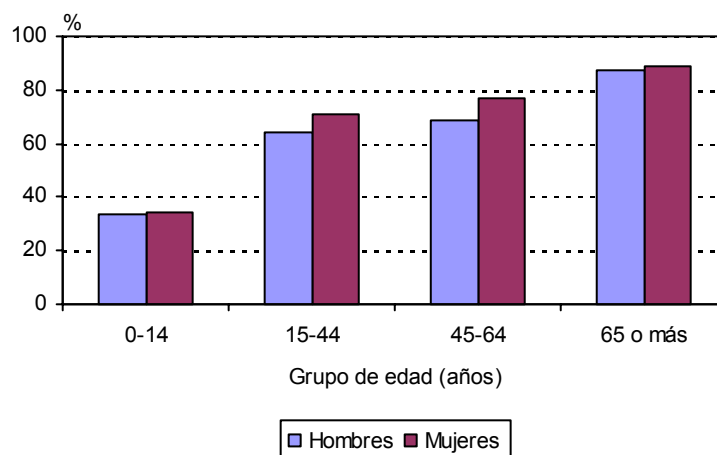
Utilización de los servicios sanitarios

Visitas a un profesional sanitario en el último año

Un 88,6% de la población dice que, al menos una vez en el último año, ha visitado a un profesional de la salud. Se observa una mayor frecuentación entre las mujeres (92,3%) que entre los hombres (84,9%).

Las visitas al médico de medicina general son las más frecuentes. En el último año, el 67,1% de la población declara haber sido visitado por un profesional de atención primaria. La frecuentación es más elevada en las mujeres (70,3%) que en los hombres (63,7%). Por ambos sexos, la frecuencia de las visitas aumenta en los grupos de mayor edad: el 90,2% entre los mayores de 74 años (Gráfico 61).

Gráfico 61. Población visitada por el médico de medicina general en el último año



El 78,7% de la población entre 0 y 14 años ha visitado al pediatra en el último año.

Declaran haber visitado al dentista un 34,3%, al oculista un 28,5% y al psiquiatra un 3,6%. Las mujeres hacen una mayor utilización del odontólogo y hay, por ambos sexos, una utilización decreciente a medida que los grupos son de mayor edad. En las otras especialidades no hay diferencias de utilización destacables entre sexos.

El 39,6% de las mujeres declara haber visitado al ginecólogo y el grupo entre 45 y 64 años presenta una frecuentación más elevada con un 58,5%.

Un 10,7% de la población declara haber visitado un profesional de enfermería.

Las visitas a profesionales de medicinas alternativas, como el homeópata, el naturista o el acupuntor han sido del 1,9%, 1,5% y 1,1%, respectivamente.

Se observan diferencias por clase social en las visitas a un profesional sanitario durante el último año. Las clases más desfavorecidas utilizan más el médico de medicina general (Gráfico 62), mientras que muestran una menor frecuentación en el pediatra, el dentista (Gráfico 63) y el ginecólogo.

Gráfico 62. Población visitada por un médico de medicina general en el último año, por clase social y sexo

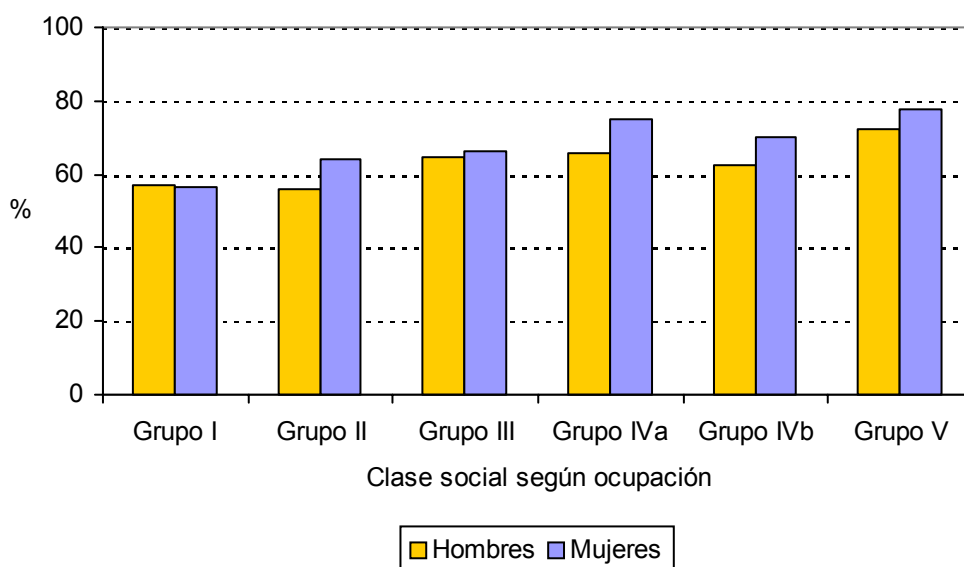
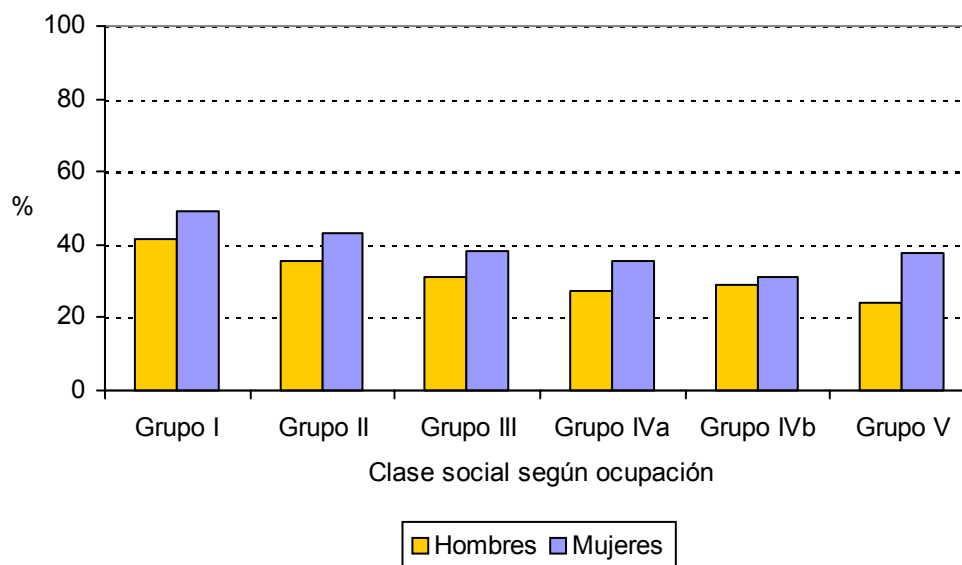


Gráfico 63. Población visitada por un dentista, último año, por clase social y sexo

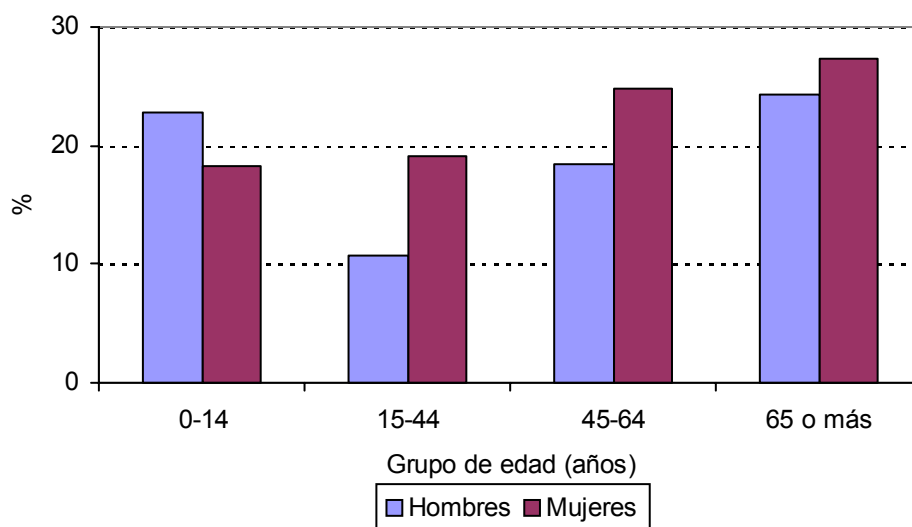


En las regiones sanitarias Barcelonès Nord i Maresme, Costa de Ponent y Tortosa se observa una mayor utilización de los servicios de medicina general y en la RS Girona es la que se observa la menor. En lo que concierne a la utilización de las especialidades médicas, la frecuencia más elevada se declara en Barcelona Ciutat y la menor en Lleida.

Consultas/visitas a un profesional sanitario en los últimos 15 días

El 19,1% de la población declara haber visitado a un profesional sanitario durante las dos semanas anteriores a la entrevista. Se observa una mayor frecuentación de mujeres (21,8%) que de hombres (16,3%) en todos los grupos de edad, excepto en la población de 0 a 14 años, en que es mayor el sexo masculino. La proporción de personas que declaran haber visitado a un profesional de la salud aumenta con la edad y es del 26,1% en el grupo de más edad (Gráfico 64).

Gráfico 64. Población que ha hecho una visita médica en los últimos 15 días, por grupo de edad y sexo



El 9,0% de la población declara haber visitado 3 o más veces a un profesional sanitario por motivos de salud, en las dos semanas anteriores a la entrevista.

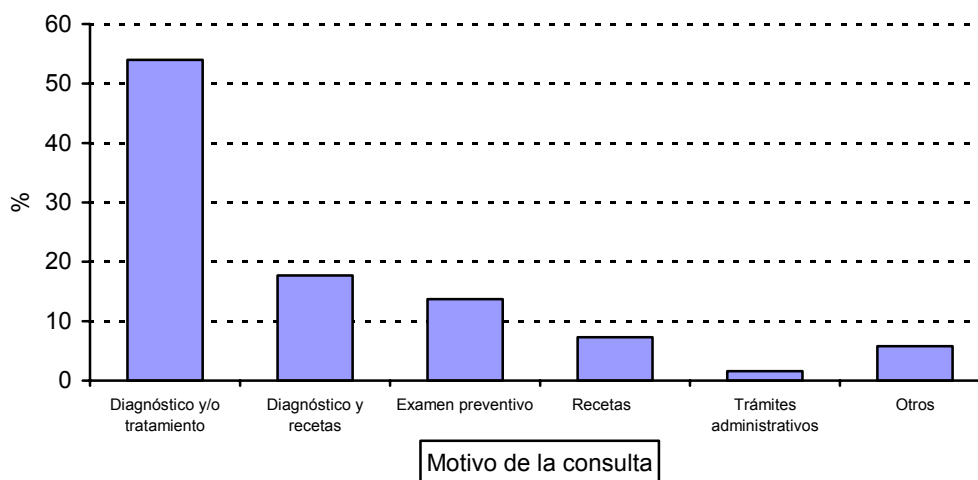
El 46,6% de los que han sido visitados en los últimos quince días, lo ha sido por el médico de medicina general. Los profesionales sanitarios consultados con más frecuencia son: el pediatra (10,1%), el ginecólogo (4,0%) y el dentista (3,5%). El 8,0% de la población manifiesta haber consultado al farmacéutico en las últimas dos semanas.

Por región sanitaria, Costa de Ponent es la que presenta un porcentaje de frecuentación más elevado en los últimos quince días y Lleida el más bajo.

El 53,2% de la población declara haber esperado menos de 15 minutos, desde que llegó a la consulta hasta que fue atendido, y el 23,4% entre 15-30 minutos.

El motivo más frecuente de la visita, en todos los grupos de edad, es obtener un diagnóstico y/o tratamiento (54,0%). Le siguen obtener recetas y un diagnóstico y/o tratamiento (17,7%), y realizar un examen preventivo (13,7%) (Gráfico 65).

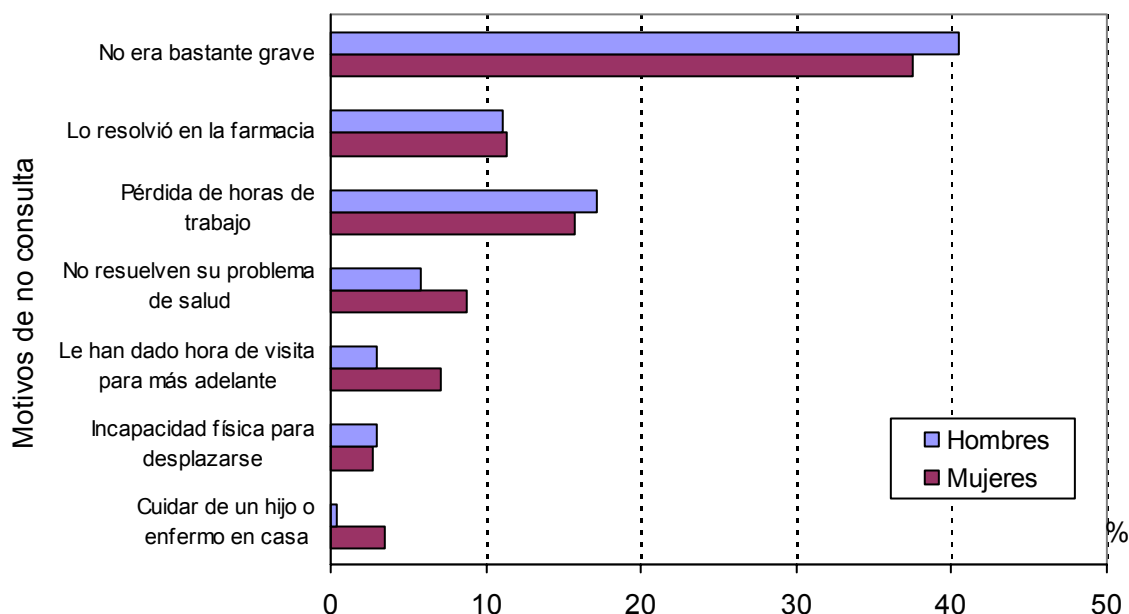
Gráfico 65. Última visita a un profesional sanitario según el motivo de consulta



El 4,2% de la población declara haber utilizado el teléfono para realizar, durante los últimos 15 días, alguna consulta a un profesional sanitario. Se observa que por clase social la consulta telefónica a un profesional sanitario por motivo de su salud es superior en las clases sociales más favorecidas (7,4%, en el grupo I) que entre las más desfavorecidas (3,8%, en el grupo V). La mayor proporción de las consultas telefónicas han sido dirigidas a servicios sanitarios públicos (57,4%), seguidas de las dirigidas a un profesional particular (21,9%) y a un profesional de una mutua voluntaria (12,9 %).

El 6,8% de la población declara que en los últimos 15 días ha sufrido algún problema de salud que requería atención médica, pero no ha consultado a los servicios sanitarios. Esta proporción es del 7,9% en mujeres y del 5,7% en hombres. Las diferencias por sexo se mantienen en todos los grupos de edad. El principal motivo que expresan, tanto los hombres como las mujeres, para no solicitar atención médica, es la falta de gravedad (Gráfico 66).

Gráfico 66. Distribución de la población que no ha pedido atención médica por un problema de salud que lo requería, por motivo y sexo



La RS Tortosa presenta una mayor proporción de personas que, aún teniendo algún problema de salud, no han consultado a los servicios sanitarios (11,2%).

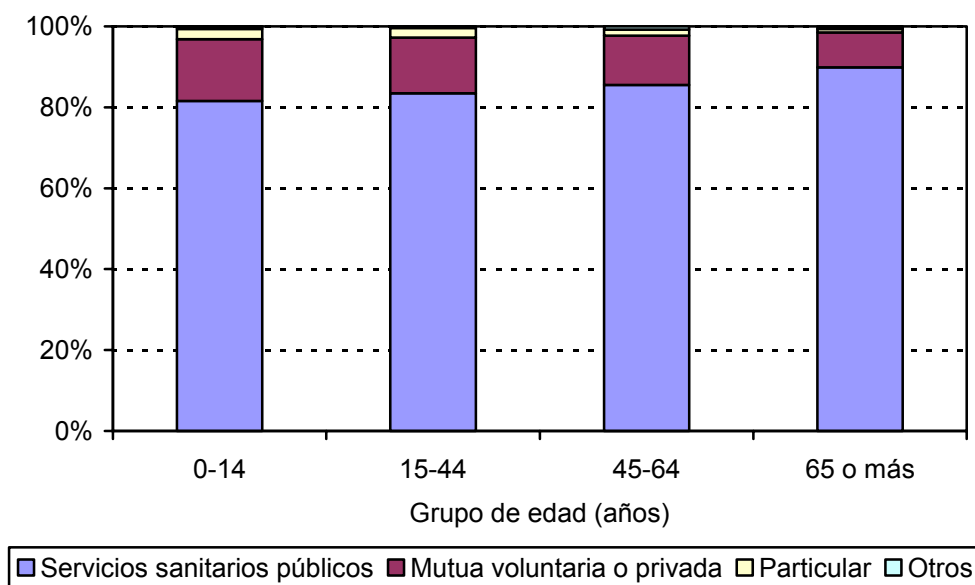
La utilización de servicios según la cobertura sanitaria

El 99,2% de la población conoce que tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante los servicios sanitarios públicos, el 24,8% a mutuas de afiliación voluntaria o privada y el 3,2% a mutuas de afiliación obligatoria o pública.

El 84,8% de la población que ha utilizado los servicios asistenciales durante el último año lo ha hecho con cobertura pública, el 12,7% en las mutuas voluntarias o privadas, el 1,9% en los servicios particulares y el 0,6% en otros.

La utilización de servicios de cobertura pública es más elevada entre las personas de más edad, mientras que la de los servicios particulares lo es entre los menores de 15 años. La utilización de mutuas voluntarias no muestra variaciones entre grupos de edad (Gráfico 67).

Gráfico 67. Población según el tipo de los servicios sanitarios que ha utilizado más frecuentemente en los últimos 12 meses, por grupo de edad



El 62,0% de la población declara haberse visitado en el CAP, en los últimos 15 días. El 12,0% utiliza una consulta particular y el 7,6% una mutua voluntaria.

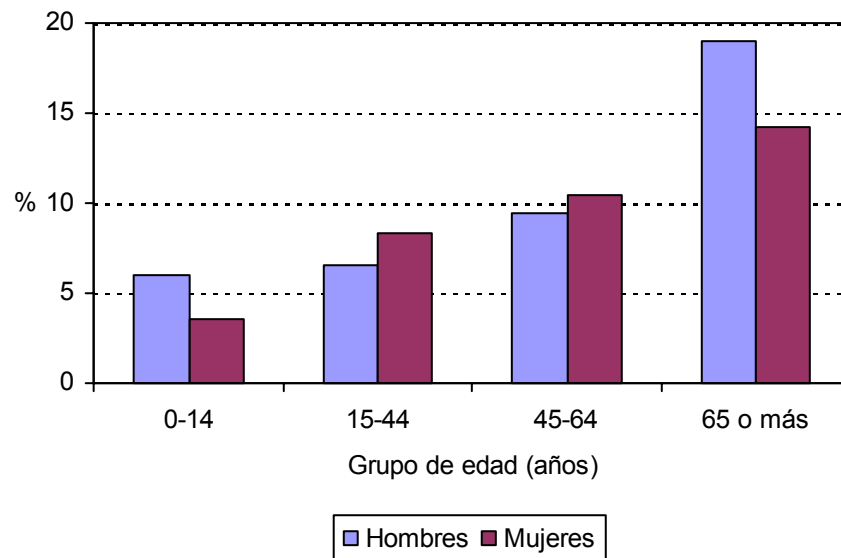
Las clases sociales más desfavorecidas utilizan más los servicios de cobertura pública y menos los servicios particulares y las mutuas voluntarias.

Por región sanitaria, destaca Barcelona Ciutat, donde el porcentaje de población que declara haberse visitado en la consulta privada o una mutua voluntaria es superior que en el resto de regiones, y hacen un menor uso de los servicios de cobertura pública.

La hospitalización

El 9,1% de la población declara haber ingresado en un hospital el último año. El ingreso hospitalario es superior en los hombres (grupos de 0 a 14 años y de 65 o más años), que en las mujeres (de 15 a 44 y de 45 a 64 años). Destaca la mayor hospitalización en el grupo de 65 o más años (19,0% hombres y 14,2% mujeres) (Gráfico 68).

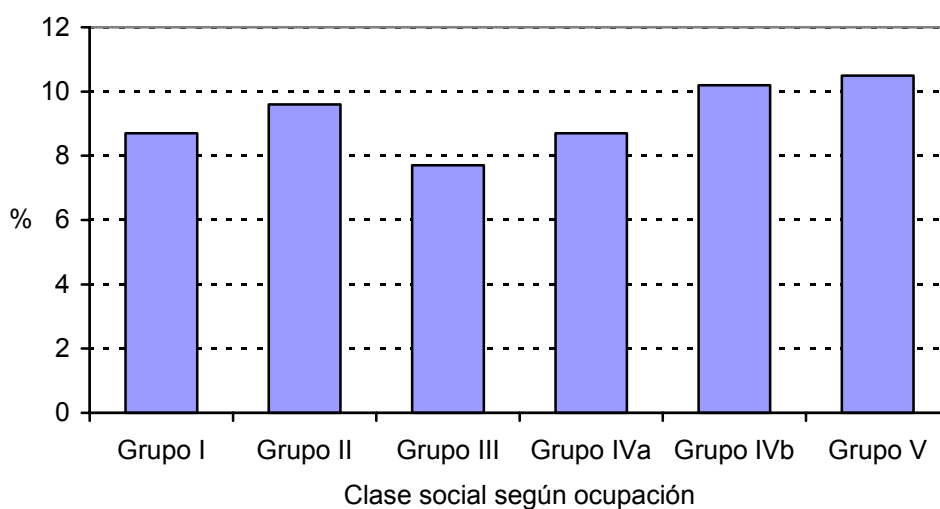
Gráfico 68. Población hospitalizada el último año, por grupo de edad y sexo



Entre la población que ha sido hospitalizada durante los últimos 12 meses, el 7,6% declara haber hecho 3 o más ingresos.

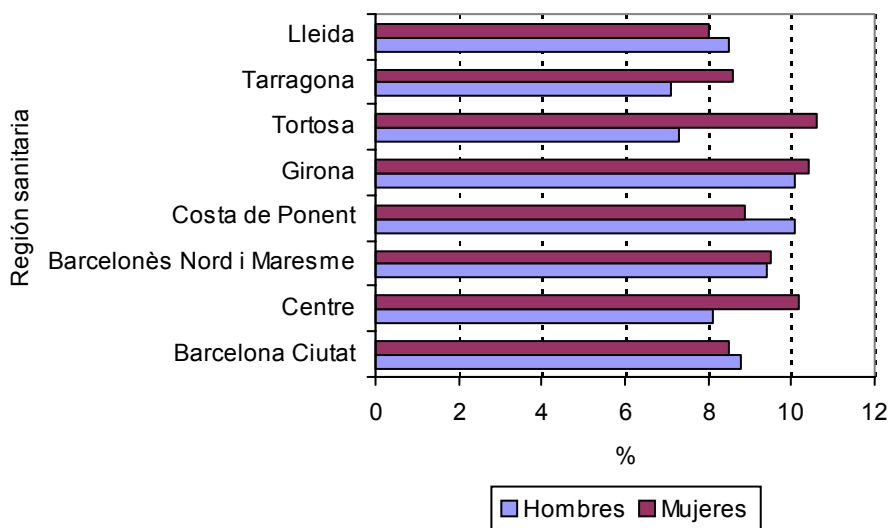
Las clases sociales más desfavorecidas presentan un porcentaje de hospitalización más elevado (Gráfico 69).

Gráfico 69. Hospitalización en el último año, por clase social



La RS Girona presenta el porcentaje de hospitalización más alto y la RS Tarragona el más bajo (Gráfico 70).

Gráfico 70. Hospitalización en el último año, por región sanitaria y sexo. Encuesta de salud de Cataluña, 2002

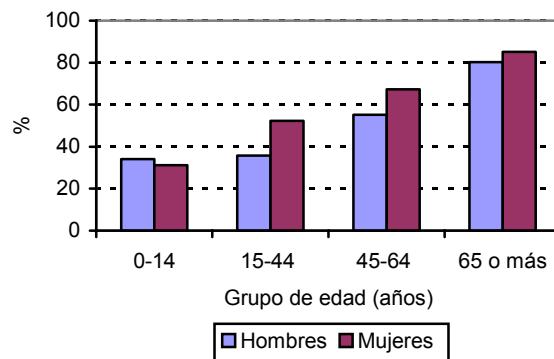


Datos estandarizados por edad.

El consumo de medicamentos

El 52,7% de la población declara haber tomado algún medicamento durante los dos días anteriores a la entrevista. La proporción de mujeres (58,9%) que ha consumido algún medicamento es superior a la de hombres (46,2%). El porcentaje de consumidores es más elevado en el grupo de más edad, tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 71).

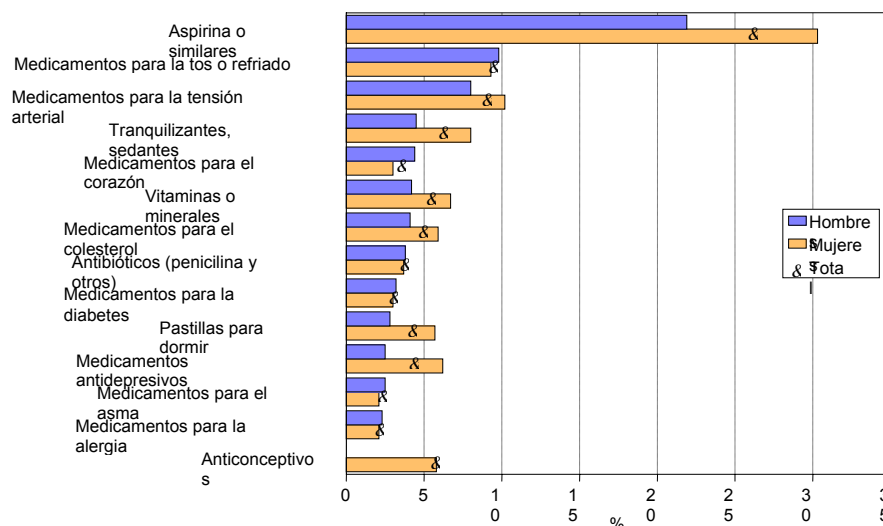
Gráfico 71. Población que declara haber consumido algún medicamento en los dos días anteriores a la entrevista, por grupo de edad y sexo



El 25% de la población ha tomado, en los dos últimos días, dos medicamentos o más (29,6% mujeres y 20,2 hombres). Este porcentaje es más elevado en los mayores de 64 años (61,2% mujeres y 50,5% hombres) y menor en la franja de edad de los menores de 15 años (9,2%). Para los de 65 o más años, el consumo de tres o más medicamentos es del 36,1%.

Los medicamentos que se toman con mayor frecuencia son la aspirina o similar (26,2%), seguido de los medicamentos para la tos o resfriado (9,5%) y los medicamentos para la presión arterial (9,1%). Siguen las vitaminas y tranquilizantes en las mujeres y los medicamentos para la tos o resfriado y vitaminas en los hombres (Gráfico 72).

Gráfico 72. Consumo de medicamentos, dos días anteriores a la entrevista, por sexo



En la población de 0 a 14 años, los medicamentos para la tos o resfriado (13,1%) y la aspirina o similar (12,8 %) son los medicamentos más utilizados.

Con respecto a los medicamentos tomados por la población sin receta, la aspirina (16,2%) y los medicamentos para la tos o resfriado (4,4%) son los más utilizados. Un 22,8% de la población declara automedicarse. La proporción de mujeres (25,7%) que ha consumido algún medicamento sin receta los dos días anteriores a la entrevista es superior a la de hombres (19,8%).

Satisfacción con la última visita a un profesional sanitario

Respecto a la última visita a un profesional sanitario, durante las dos semanas anteriores a la entrevista, se exploran seis dimensiones de la satisfacción: el trato del profesional, las explicaciones que le dio al paciente, el tiempo de espera desde que llegó a la consulta hasta que lo visitaron, el tiempo que el profesional sanitario le dedicó a la consulta, los trámites burocráticos para acceder a la consulta y la adecuación del horario de la visita.

Todas las dimensiones estudiadas muestran un grado de satisfacción elevado, superior al 80%. De estos aspectos, el tiempo de espera en la consulta y los trámites burocráticos son los aspectos valorados peor, mientras que el trato del profesional es el que muestra un grado de satisfacción más alto (Gráfico 73). En general, el grado de insatisfacción es superior en los grupos de edad más jóvenes (Gráfico 74).

Gráfico 73. Satisfacción (muy satisfecho y satisfecho) de la población con diversos aspectos de la última visita

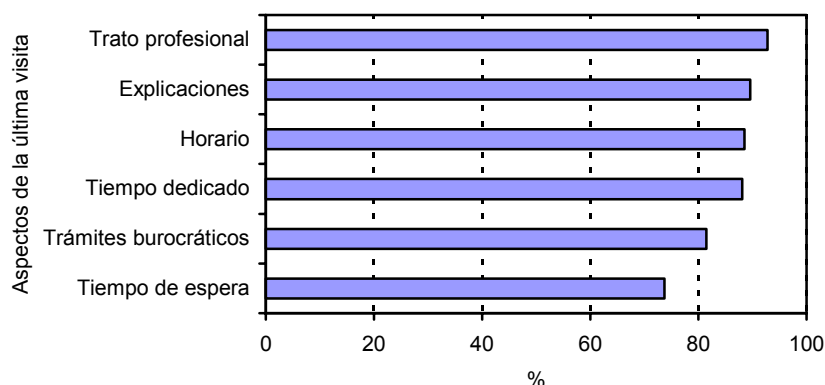
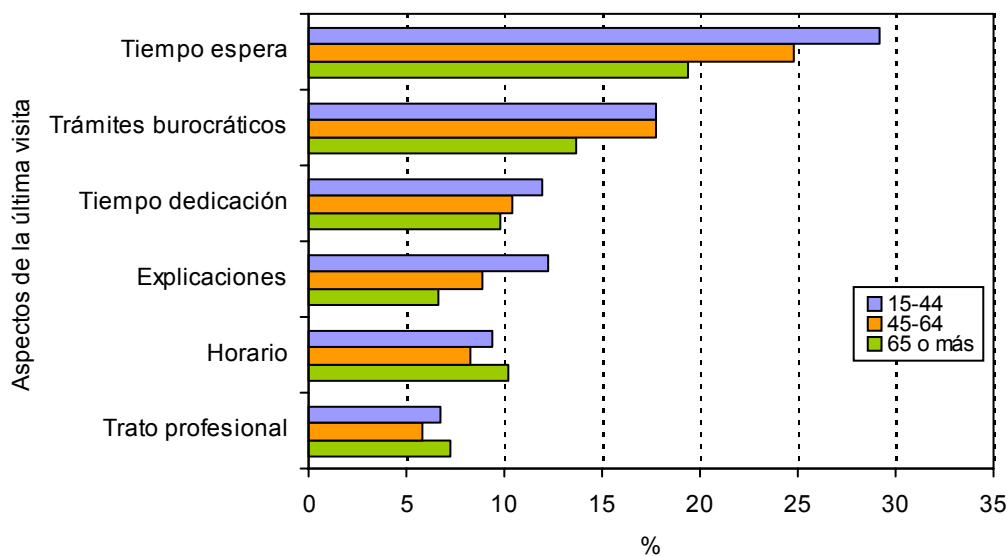


Gráfico 74. Insatisfacción (insatisfecho y muy insatisfecho) de la población con diversos aspectos de la última visita, por grupo de edad



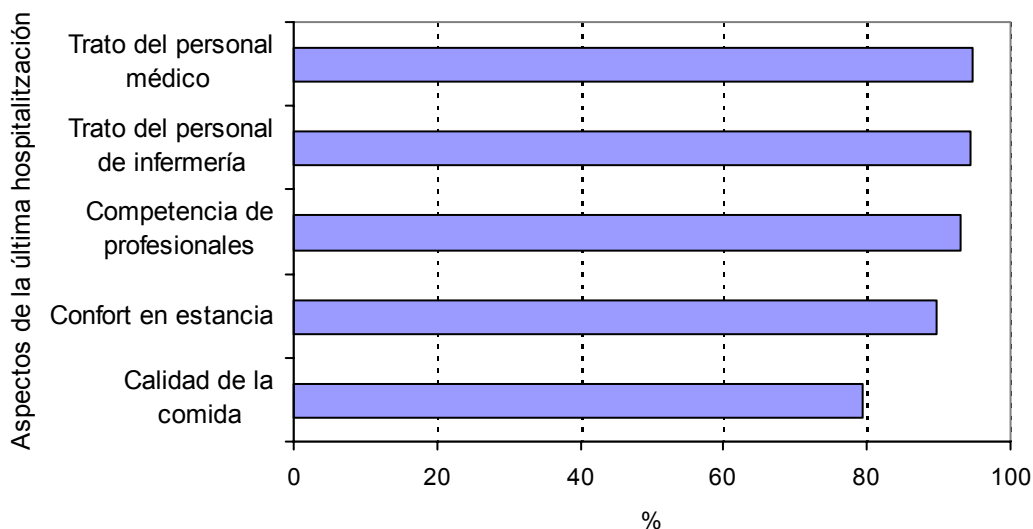
En los resultados de cada aspecto por región sanitaria, se observan unos valores bastante parecidos; aunque Barcelona Ciutat presenta los valores de insatisfacción más altos en relación al tiempo de espera, mientras que en Lleida es donde el trato profesional recoge unos valores más altos de insatisfacción. El tiempo dedicado a la consulta en Costa de Ponent y Barcelonès Nord i Maresme es donde se encuentra peor valorado.

Satisfacción con la última hospitalización

En lo que concierne al último ingreso hospitalario, los aspectos estudiados han sido: la competencia de los profesionales que lo atendieron, el trato del personal médico, el trato del personal de enfermería, la calidad de la comida y el confort durante la estancia.

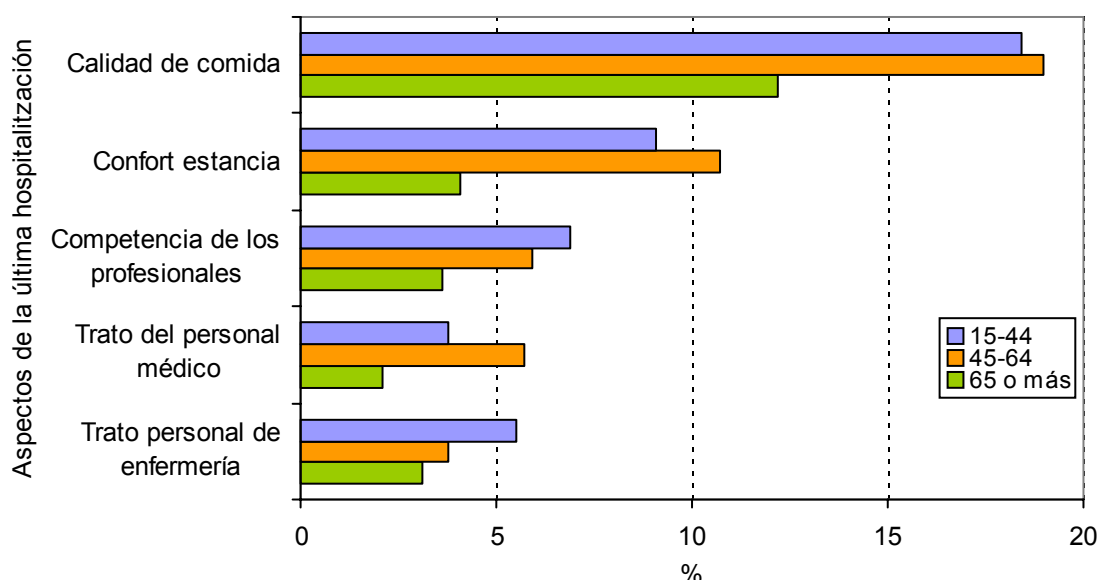
Como puede observarse en el Gráfico 75, todos los aspectos han sido valorados muy positivamente, destacando el trato de los profesionales como los mejor valorados y la calidad de la comida como el aspecto que ha generado más insatisfacción.

Gráfico 75. Satisfacción de la población con diversos aspectos de la última hospitalización



El análisis de la insatisfacción global para cada dimensión estudiada y por grupo de edad, muestra que los usuarios más insatisfechos son los de 15 a 64 años, en todos los aspectos estudiados (Gráfico 76).

Gráfico 76. Insatisfacción de la población con diversos aspectos de la última hospitalización, por grupo de edad

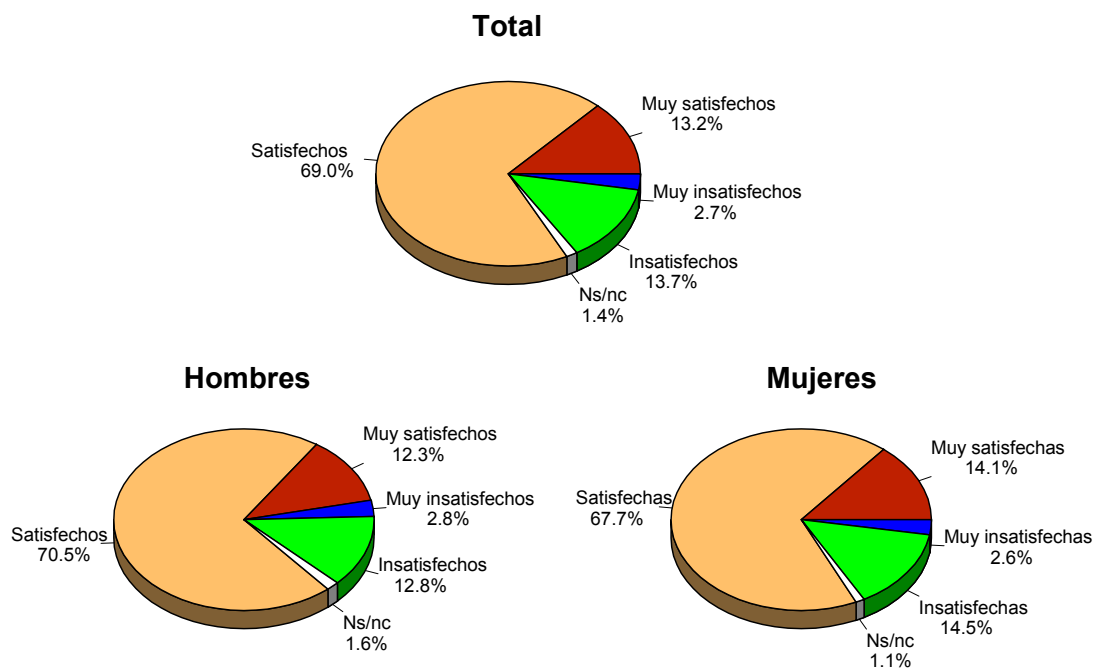


El grado de insatisfacción por cada dimensión, según la distribución por región sanitaria, presenta valores muy semejantes en todas las regiones sanitarias.

Satisfacción con los servicios sanitarios utilizados

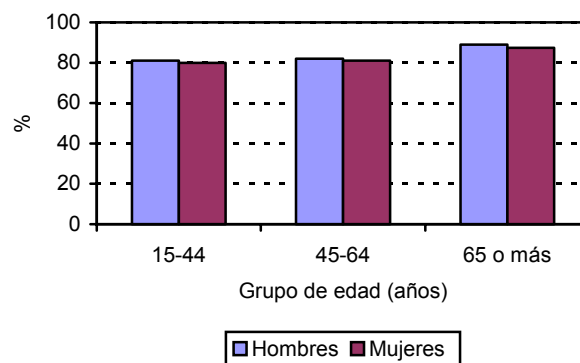
En relación a la satisfacción expresada sobre los servicios sanitarios utilizados durante el último año, la mayoría de los usuarios (82,2%) se declara satisfecha o muy satisfecha (Gráfico 77).

Gráfico 77. Satisfacción de la población con los servicios sanitarios utilizados. Encuesta de salud de Cataluña, 2002



El grado de satisfacción por los servicios sanitarios utilizados por grupo de edad, no muestra diferencias, sólo hay un ligero incremento en el grupo de edad más avanzada (Gráfico 78).

Gráfico 78. Satisfacción de la población (muy satisfecha y satisfecha) por los servicios sanitarios utilizados durante el último año, por grupo de edad y sexo



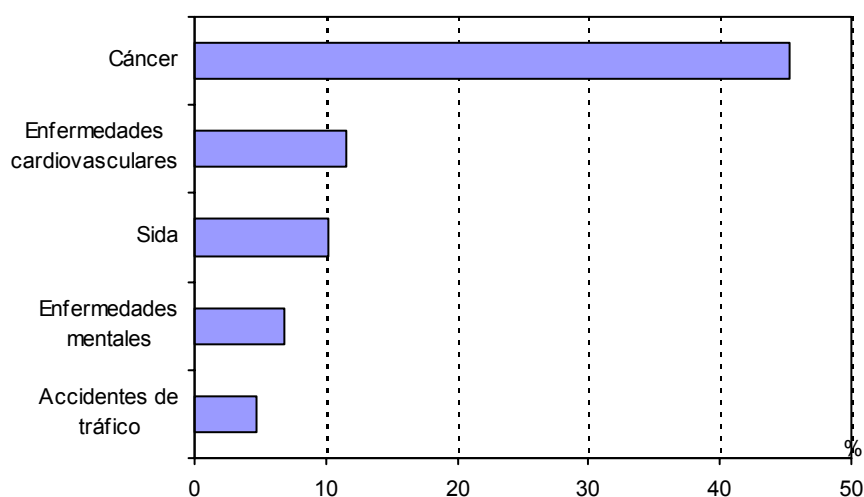
Por clase social, la satisfacción es más baja en los grupos más desfavorecidos. La población que manifiesta estar muy satisfecha o satisfecha se sitúa en unos valores siempre por encima del 80%. En lo que concierne a la insatisfacción, la proporción de población que declara estar insatisfecha o muy insatisfecha es del 17,5% en el grupo más desfavorecido.

Por regiones sanitarias, los valores observados de satisfacción por los servicios utilizados son muy similares y no hay diferencias remarcables.

La opinión sobre los problemas de salud más importantes

En relación con la opinión de los ciudadanos sobre los principales problemas de salud de Cataluña, se formuló una pregunta para que los entrevistados escogieran, de entre un grupo de 14 problemas de salud o patologías, tres de ellos en los cuales esperaba que se dedicaran mayores esfuerzos. Como principales problemas de salud, se consideran los del Gráfico 79.

Gráfico 79. Problemas de salud considerados como más importantes, según el porcentaje de respuesta de la población de Cataluña



Síntesis de los principales resultados

- Tres de cada cuatro catalanes perciben su salud como excelente, muy buena o buena.
- Dos de cada tres personas de 15 o más años manifiestan sufrir o haber sufrido uno o más trastornos crónicos de salud.
- Un tercio de la población expresa tener dificultades en alguna de las dimensiones de la calidad de vida (movilidad, cuidado personal, desarrollo de las actividades cotidianas, presencia de dolor o malestar y sensación de ansiedad o depresión).
- El 13,3% de la población ha tenido que restringir su actividad en las dos semanas anteriores a la entrevista, por causa de algún trastorno de salud.
- El 88,6% ha sido visitado por un profesional sanitario, al menos una vez en el último año, y el 19,1% lo ha hecho durante los últimos 15 días.
- Más de la mitad de la población ha tomado algún medicamento durante los dos días anteriores a la entrevista.
- El 9,1% de la población ha sido hospitalizada el último año.
- El 6,8% de la población no ha pedido atención médica por algún problema de salud que lo requería.
- El grado de satisfacción con los servicios sanitarios utilizados es superior al 80% para todas las dimensiones estudiadas. Los aspectos menos valorados son el tiempo de espera en la consulta durante la última visita a un profesional sanitario (25,3%) y la comida durante el último ingreso hospitalario (16,8%).
- El 32,1% de los catalanes de 15 o más años fuma.
- El 4,5% de la población de 15 o más años es bebedora de riesgo. El 49,0% es abstemia.
- El 21,7% de la población catalana de 15 o más años se declara sedentaria y un 5,6% muy activa.
- El 43,3% de las personas de 15 o más años se somete a un examen médico periódico con finalidad preventiva.
- El 49,3% se mide periódicamente la presión arterial.
- El 45,3% se controla los niveles de colesterol periódicamente.
- El 40,6% de las mujeres de 20 o más años se hacen una mamografía periódica con finalidades preventivas y 55,7% se somete regularmente a una citología cervical con propósitos preventivos.
- El 61,2% de las personas de 65 o más años se vacunan de la gripe.

La edad es la variable más relevante con relación a las diferencias en los hábitos y estilos de vida en el estado de salud, la utilización de servicios y la satisfacción que manifiestan los usuarios con los servicios:

- En general, los comportamientos poco saludables son menos prevalentes en las edades más avanzadas.
- Las prácticas preventivas son más frecuentes en personas mayores.
- El estado de salud y la calidad de vida son peores en la población de mayor edad.
- La utilización de servicios sanitarios es más elevada por parte de la población mayor.
- Los grupos de población de mayor edad manifiestan estar más satisfechos con los servicios sanitarios.

Según el sexo también se constatan diferencias importantes:

- Los comportamientos poco saludables son más prevalentes en los hombres que en las mujeres. La prevalencia de fumadores es mayor en los hombres. Se observa una tendencia creciente de este hábito en las mujeres y decreciente en los hombres. Los hombres hacen un consumo de alcohol global y de riesgo más alto que las mujeres.
- No se observan diferencias destacables entre sexos con relación a las prácticas preventivas.
- La autopercepción del estado de salud de los hombres es mejor que el de las mujeres. Las mujeres tienen una percepción peor de su estado de salud y de su calidad de vida, presentan una prevalencia más alta de problemas crónicos, discapacidades, probabilidad de trastornos mentales y sufren un grado más elevado de restricción de las actividades por motivos de salud. Las mujeres viven más tiempo, sin embargo buena parte de estos años adicionales los viven con mala salud física y/o con trastornos mentales.
- Los hombres tienen más accidentes, sobre todo en las edades joven y media, mientras que las mujeres los tienen más en edades más avanzadas.
- Las mujeres hacen más visitas a los profesionales sanitarios y son más consumidoras de medicamentos, mientras que los hombres tienen una frecuentación hospitalaria más alta que las mujeres en todas las edades, excepto en la edad fértil femenina.
- En general, las mujeres manifiestan en una proporción más elevada estar satisfechas con los servicios asistenciales utilizados.

Según la clase social, medida de acuerdo con la ocupación, se constatan desigualdades prácticamente en todos los ámbitos estudiados:

- Las clases más desfavorecidas presentan, en general, unas conductas menos saludables, tanto en relación a los comportamientos poco saludables como a las prácticas preventivas.
- Las clases sociales más desfavorecidas declaran una peor percepción de su salud y presentan una frecuencia más elevada de problemas relacionados con la calidad de vida, así como de trastornos crónicos.
- En general, las clases sociales más acomodadas sufren menos accidentes y menos discapacidades.
- La restricción de las actividades habituales es más alta entre las clases más desfavorecidas.
- Las visitas a los profesionales sanitarios son más frecuentes en las clases más desfavorecidas y también son las que presentan más ingresos hospitalarios.
- La satisfacción con los servicios es más baja en las clases más desfavorecidas.

Dirección de la Encuesta de salud de Cataluña 2002

Lluís Salleras
Ricard Tresserras

Redacción de la publicación

Pilar Brugulat
Salvi Juncà
Daniel Martínez
Vicenç Martínez
Antònia Medina
Elisa Séculi
Ricard Tresserras

Agradecimientos a:

Àngels Blasco (DSSS)
Núria de Lara (DSSS)
M. Antònia Pedro (DSSS)