
Document tècnic de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)

Període 2011-2016

Direcció General de Planificació en Salut

Desembre de 2016

L'Enquesta de salut de Catalunya va rebre el reconeixement de *Diario Médico* amb el premi "Les Millors Idees 2014" de Salut, en la categoria d'iniciativa legal, ètica i deontològica



Direcció o Coordinació:

Equip ESCA del Departament de Salut Oriol Garcia, Eulàlia Masachs, Antonia Medina, Anna Mompart, Esteve Saltó, Anna Schiaffino i Ricard Tresserras

Redactors del document:

Oriol Garcia, Antonia Medina, Anna Schiaffino

Suport tècnic i metodològic

Idescat
Universitat de Barcelona
IPSOS Consulting

Miquel Delgado
Manuela Alcañiz i Montserrat Guillén
Mary Aragonés, Maria Ángeles Martínez, equip de treball de camp
(responsable d'equip, supervisors, enquestadors, etc.)
Lucía Baranda, Susana López



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca>

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut

Edició:

Barcelona, desembre de 2016

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Vigència del document:

Document tècnic vàlid per al període 01/01/2010 - 31/12/2016

Sumari

1. Introducció	6
2. Objectius	8
3. Àmbits de l'enquesta	9
3.1. Àmbit poblacional	9
3.2. Àmbit geogràfic	9
3.3. Àmbit temporal	11
4. Agents i funcions	14
5. Disseny de la mostra	15
5.1. Establiment de la grandària mostral i distribucions per territoris supramunicipals	16
5.2. Estratificació i distribució de la mostra	19
5.3. Selecció dels efectius per entrevistar	21
6. El qüestionari	23
6.1. Tipus de qüestionaris	23
6.2. Mòdul bàsic	24
6.2.1. Origen de les preguntes del qüestionari bàsic	27
6.2.2. Modificacions del qüestionari bàsic en el període 2011-2016, per onades	28
6.3. Mòdul complementari	33
6.3.1. Autonomia personal i suport social	35
6.3.2. Benestar mental	37
6.3.3. Voluntats anticipades	39
6.3.4. Tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i salut	39
6.3.5. Cribratge del càncer de còlon i el càncer de pròstata	41
6.3.6. Campanya "Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112"	42
6.3.7. Motius de no demanda d'atenció sanitària	42
6.3.8. Visió, audició i salut bucodental	43
6.3.9. Consell sobre activitat física	43
6.3.10. Mesura del pes i la talla	44
6.3.11. Projecte "Obertament" (salut mental)	44
6.3.12. Alfabetització per a la salut	50
6.3.13. Privació material	52
6.3.14. Qualitat del son	53
6.3.15. Cànnabis	54
6.3.16. Donació d'òrgans i/o teixits	55
6.3.17. Psoriasi	56
6.3.18. Exposició al fum ambiental del tabac, en menors	57
6.3.19. Activitat física	57
6.4. Dades que ha d'emplenar l'entrevistador	59
6.4.1. Capçalera	59
6.4.2. Fitxa d'observació	59
7. Variables, definicions, indicadors i instruments	61
7.1. Variables sociodemogràfiques	61
7.1.1. Context sociodemogràfic	61

7.1.2.	<i>Cobertura sanitària</i>	67
7.2.	Estat de salut	69
7.2.1.	<i>Autopercepció de l'estat de salut</i>	69
7.2.2.	<i>Qualitat de vida relacionada amb la salut en la població adulta</i>	70
7.2.3.	<i>Qualitat de vida relacionada amb la salut en la població infantojuvenil</i>	72
7.2.4.	<i>Índex de massa corporal</i>	75
7.2.5.	<i>Trastorns crònics</i>	78
7.2.6.	<i>Lesions no intencionades</i>	81
7.2.7.	<i>Salut mental en la població adulta</i>	81
7.2.8.	<i>Salut mental en la població infantojuvenil</i>	83
7.2.9.	<i>Limitacions, discapacitats i autonomia personal</i>	85
7.2.10.	<i>Suport social</i>	87
7.2.11.	<i>Benestar mental</i>	89
7.3.	Hàbits i estils de vida	91
7.3.1.	<i>Pràctiques preventives</i>	91
7.3.2.	<i>Hàbits alimentaris</i>	91
7.3.3.	<i>Dieta mediterrània</i>	92
7.3.4.	<i>Elements de seguretat en la població infantil</i>	94
7.3.5.	<i>Salut bucodental</i>	95
7.3.6.	<i>Sedentarisme</i>	95
7.3.7.	<i>Activitat física saludable en la població adulta</i>	97
7.3.8.	<i>Activitat física en la població infantojuvenil</i>	98
7.3.9.	<i>Mobilitat</i>	99
7.3.10.	<i>Activitats en el temps de lleure (oci actiu / oci sedentari) en la població infantil</i> 101	
7.3.11.	<i>Consum de tabac</i>	101
7.3.12.	<i>Consum d'alcohol</i>	103
7.4.	Utilització de serveis sanitaris.....	105
7.4.1.	<i>Visites a professionals de la salut</i>	105
7.4.2.	<i>Atenció primària</i>	105
7.4.3.	<i>Atenció especialitzada i continuïtat assistencial</i>	106
7.4.4.	<i>Consum de medicaments</i>	106
7.4.5.	<i>Atenció d'urgències i hospitalitzacions</i>	108
8.	Treball de camp	109
8.1.	Contractació del treball de camp	109
8.1.1.	<i>Programa anual d'actuació estadística</i>	110
8.1.2.	<i>Cost</i>	111
8.2.	Selecció i formació dels entrevistadors	111
8.2.1.	<i>Manual d'instruccions per al personal entrevistador</i>	111
8.3.	Organització del treball de camp	112
8.3.1.	<i>Distribució de la mostra</i>	112
8.3.2.	<i>Treballs a l'inici de cada onada semestral</i>	113
8.3.3.	<i>Control de producció</i>	115
8.3.4.	<i>Control de qualitat intern</i>	117
9.	Tractament de la informació	119
9.1.	Codificació dels qüestionaris	119
9.2.	Depuració de la base de dades provisional.....	120

9.3. Base de dades definitiva.....	120
10. Anàlisi de resultats i difusió.....	122
10.1. Caracterització de la mostra: població de referència, enquestes i error màxim.....	122
10.2. Factors de ponderació i elevació i intervals de confiança	124
10.2.1. Càlcul de factors de ponderació ad hoc.....	125
10.3. Anàlisi evolutiva i tendència.....	127
10.3.1. Freqüències relatives brutes	127
10.3.2. Freqüències relatives estandarditzades.....	128
10.4. Anàlisi territorial	129
10.4.1. Per regions sanitàries.....	129
10.4.2. Per unitats supramunicipals	130
10.5. Difusió de les dades.....	130
10.5.1. L'ESCA exprés	130
10.5.2. Informes breus.....	132
10.5.3. La tabulació de l'empresa de camp.....	132
10.5.4. Documents dels resultats principals.....	133
10.5.5. Altres productes de l'ESCA	134
10.5.6. Col·laboracions sistemàtiques	135
11. Requisits per a la modificació de continguts del qüestionari	136
12. Cessió de les microdades	137
13. Espai de treball ESCA.....	145
14. Annex 1. Qüestionaris	146
15. Annex 2. Manual d'instruccions per al personal entrevistador	147
16. Annex 3. Full de control i seguiment de la mostra	148
17. Annex 4. Carta informativa.....	149
18. Annex 5. Manual de codificació	150
19. Referències bibliogràfiques	151

1. Introducció

L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) és una de les principals fonts d'informació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, essencial per a la planificació i l'avaluació sanitàries. Es tracta d'un instrument que aporta informació poblacional rellevant per establir i avaluar la política explicitada en el Pla de salut de Catalunya.

L'ESCA és una activitat estadística de caràcter oficial,¹ prevista en el Programa anual d'actuació estadística en el marc del Pla estadístic de Catalunya 2011-2014 i l'avantprojecte 2016-2019,^{2,3} (17/06/2010 - 31/12/2016), en l'apartat de Salut i serveis sanitaris i amb el codi 09.01, fet que comporta la confidencialitat de les dades emparades pel secret estadístic i l'obligació de la ciutadania de respondre. L'ESCA compleix tots el requisits de les estadístiques oficials i, en especial, garanteix la confidencialitat de les dades emparades pel secret estadístic.

L'ESCA explora, a partir de la percepció de la població, aspectes de la salut i dels estils de vida, i també la valoració i les expectatives sobre els serveis assistencials i el sistema sanitari en general, cosa que permet conèixer els problemes existents i planificar i avaluar més acuradament les polítiques de salut i de serveis.⁴

Es tracta, doncs, d'un instrument estratègic de coneixement i de suport a la gestió que aporta informació sobre l'estat de salut de la població basat en declaracions i percepcions personals difícilment disponibles en altres fonts o registres oficials.

L'ESCA permet disposar d'indicadors per analitzar l'evolució de la salut de la població, l'avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc i l'efectivitat de les intervencions sanitàries.

Els criteris que s'apliquen en el desenvolupament de l'enquesta són la pertinència i la rellevància de la informació aportada, la validesa, la fiabilitat i la representativitat dels resultats, la comparabilitat temporal i territorial amb edicions anteriors i amb altres enquestes poblacionals, la fiabilitat dels instruments i dels procediments utilitzats i l'adequació eficient dels costos.

Fins al 2010, les dades de l'ESCA s'havien recollit mitjançant enquestes realitzades de manera periòdica (edicions del 1994,⁵ el 2002⁶ i el 2006).⁷ Cadascuna d'aquestes edicions va incorporar, sense perdre la comparabilitat, millores metodològiques, l'ampliació d'àmbits temàtics i una precisió més gran en els resultats territorials, fins a arribar a obtenir informació significativa estadísticament a escala supramunicipal en l'edició de 2006.

Des de l'any 2010, l'ESCA, com a instrument per a la presa de decisions i el seguiment, es concep com una enquesta contínua. La decisió es va basar en l'experiència adquirida, en les noves necessitats d'informació i seguiment i en el coneixement d'altres iniciatives existents arreu del món (Canadà⁸ i Nova Zelanda).⁹

El disseny mostral de l'ESCA contínua es programa en cicles de quatre anys. El primer correspon al període que va del segon semestre de 2010 al primer semestre de 2014. El contracte per a quatre anys preveu una pròrroga de dos anys addicionals. A partir d'aquest moment s'inicia un altre cicle de quatre anys. El procés de treball de camp és ininterromput, i la mostra i el qüestionari s'actualitzen semestralment. Cada mostra és semiindependent, la qual cosa permet acumular-les i disposar de resultats representatius per al conjunt de Catalunya semestralment, per a cada regió sanitària biennalment i per a cada unitat supramunicipal quadriennalment. Tanmateix, per tal de millorar la precisió dels indicadors de les estimacions, els resultats per al conjunt de Catalunya s'ofereixen amb periodicitat anual.

El primer període de l'ESCA continua, amb la pròrroga de dos anys addicionals, s'ha acabat anomenant ESCA 2011-2016, ja que el disseny mostral de l'ESCA 2010-2014 tenia un desajust inicial entre el treball de camp (que va arrencar a mitjan any 2010) i l'estimació de resultats, per anys naturals. Amb la pròrroga del contracte, es va compassar el disseny mostral de vuit onades amb el treball de camp (l'onada 9 era l'onada 1 *bis*). Des d'aquest punt de vista, es considera més senzill concebre el disseny mostral per als propers períodes pensant en anys naturals (2017-2020) i no segons el contracte del treball de camp (de 2016-2 a 2020-1).

Per tant, l'onada 1 (segon semestre de 2010) queda virtualment eliminada, el primer cicle de quatre anys és el de 2011-2014, els dos anys de pròrroga són 2015-2016 i el segon cicle de quatre anys és el de 2017-2020.

En el format actual, l'ESCA permet:

- Disposar anualment d'informació per al conjunt de Catalunya.
- Disposar de manera regular d'informació territorial (regió sanitària i unitat supramunicipal vigent inferior a la regió sanitària).
- Introduir la noció de seguiment i monitoratge.
- Fer el seguiment anual dels objectius de salut establerts en el Pla de salut de Catalunya vigent i tenir capacitat de reacció davant de situacions concretes.
- Donar tanta importància a la precisió de l'indicador com a la puntualitat amb què s'obté la informació.
- Estabilitzar les càrregues de feina dels responsables i els gestors de l'ESCA.
- Evitar peticions extraordinàries de pressupost.

Així doncs, l'ESCA ha esdevingut un instrument d'informació permanent que té com a finalitat procurar dades de manera actualitzada i continuada. A més a més, disposa de la flexibilitat suficient per incorporar temàtiques emergents en el camp de la salut pública i la gestió sanitària.

El plantejament de l'ESCA està imbuït pel Codi de bones pràctiques de les estadístiques europees¹⁰ en tots els moments del procés (àmbits temàtics de l'enquesta, disseny de la mostra, qüestionaris, recollida d'informació, anàlisi dels resultats i cessió de la base de dades anònimes).

2. Objectius

L'objectiu general de l'ESCA contínua (període 2011-2016) és conèixer l'estat de salut, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris de la població no institucionalitzada resident a Catalunya, a fi d'identificar les necessitats de salut i serveis i establir perfils de població diferenciats, així com avaluar els objectius de salut i de disminució de risc i l'efectivitat de les intervencions sanitàries. Els objectius més específics són:

- Conèixer l'estat de salut i la qualitat de vida de la població i identificar-ne els principals problemes de salut.
- Conèixer la utilització de serveis sanitaris i el nivell de satisfacció de la població amb els serveis utilitzats.
- Conèixer les pràctiques preventives i l'exposició de la població a factors de risc relacionats amb la salut.
- Identificar i analitzar els determinants de salut relacionats amb les característiques sociodemogràfiques de la població (sexe, edat, lloc de residència, situació laboral, categoria professional, nivell d'estudis, classe social, etc.).
- Identificar i analitzar eventuais factors de desigualtat en les conductes relacionades amb la salut i l'accés als serveis sanitaris.
- Establir indicadors que permetin prioritzar objectius de salut i dissenyar intervencions sanitàries encaminades a promoure la salut de la població.
- Establir indicadors que permetin, a més, analitzar i avaluar l'efectivitat de les intervencions sanitàries dutes a terme.

El caràcter continu de l'enquesta permet ampliar i diferenciar els objectius. D'una banda, pren rellevància el caràcter de monitoratge i avaluació de l'enquesta i, de l'altra, l'existència de continguts estables i d'altres de puntuals, reflectits en la part bàsica i en la part complementària del qüestionari, permet establir uns objectius de monitoratge periòdic anual i uns altres de tipus puntual o pluriennal.

El qüestionari bàsic, que es manté en totes les onades i permet disposar d'informació per a tots els nivells territorials, té com a objectius específics conèixer:

- Les característiques sociodemogràfiques: sexe, edat, nacionalitat, estructura familiar, ocupació, nivell d'estudis i classe social, entre d'altres.
- L'estat de salut: autopercepció de l'estat de salut, qualitat de vida relacionada amb la salut, trastorns crònics, discapacitat i salut mental, entre d'altres.
- Els hàbits i els comportaments relacionats amb la salut: consum de tabac i alcohol, activitat física, hàbits alimentaris i activitats preventives, entre d'altres.
- La utilització de serveis sanitaris: cobertura sanitària, visites a professionals de la salut, utilització de dispositius assistencials, consum de medicaments i satisfacció amb els serveis utilitzats, entre d'altres.

3. Àmbits de l'enquesta

3.1. Àmbit poblacional

L'univers estadístic de l'ESCA contínua (període 2011-2016) és tota la població resident a Catalunya, sense límit d'edat, no institucionalitzada. Queden excloses, per tant, les persones residents en establiments col·lectius com ara hospitals psiquiàtrics, residències sociosanitàries, convents, casernes i presons, així com les persones que declaren no residir en un domicili familiar i les que no consten en el Registre de població de Catalunya.

La unitat mostral és la persona. La base per definir la població de referència és el Registre de població de Catalunya de l'Idescat actualitzat, amb caràcter general amb la població l'1 de juliol de l'any anterior per al primer semestre de l'any, i la població l'1 de gener de l'any en curs per al segon semestre de l'any.

Els territoris supramunicipals menys poblats que han servit per dissenyar la mostra d'aquest període de l'ESCA (primer els governs territorials de salut, GTS, i després les àrees de gestió assistencial, AGA) han estat sobremostrejats per poder obtenir resultats fiables i representatius. El nombre mínim d'enquestes per a aquests territoris supramunicipals és de 360 al llarg del període de quatre anys.

3.2. Àmbit geogràfic

L'àmbit geogràfic és el territori de Catalunya, que se subdivideix en set regions sanitàries,¹¹ segons la divisió territorial vigent, i 37 governs territorials de salut (GTS) primer i 43 àrees de gestió assistencial (AGA) després. El disseny mostral inicial de l'ESCA pren com a unitats mínimes de mostreig els GTS, però, un cop iniciat el treball de camp, aquesta divisió territorial deixa de tenir vigència amb la publicació al DOGC, el gener de 2013, del Decret 10/2013¹² de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. Dels 37 GTS es passa a 29 sectors sanitaris. El disseny mostral està condicionat pel fet que les 43 AGA esdevenen les unitats mínimes de representativitat (taula 1) i perquè se segueix el mateix criteri que en el primer cicle continu de l'ESCA. No obstant això, no totes les variables tenen fiabilitat en tots els nivells territorials, especialment en aquelles variables amb baixa prevalença i en els territoris amb menys població.

Cada onada semestral té representativitat per a tot Catalunya i hi són representades totes les regions sanitàries Això no implica que en cada onada semestral hi hagi cobertura territorial en tots els GTS o totes les AGA de Catalunya, com tampoc no és necessari que aquesta cobertura es completi cada any natural (mapa 1).

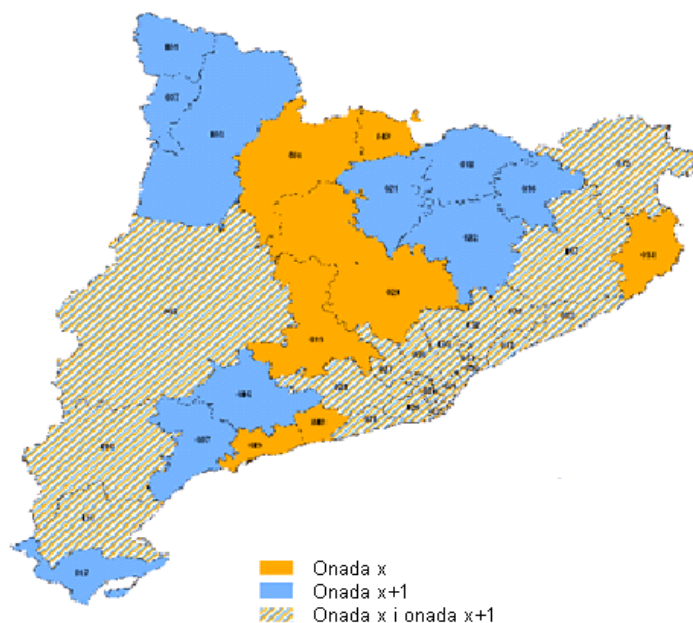
Tot i que la unitat mínima de mostreig és l'AGA, el disseny permet construir noves variables territorials supramunicipals (vegueries, comarques, sectors sanitaris, etc.) a partir de l'addició de municipis i amb les ponderacions oportunes.

Taula 1. Estructura territorial sanitària en regions sanitàries i àrees de gestió assistencial

Regió Sanitària		Àrea Gestió Assistencial (AGA)	
71	ALT PIRINEU I ARAN	01	Alt Urgell
		37	Alta Ribagorça
		04	Aran
		02	Cerdanya
		03	Pallars
78	BARCELONA	61	Alt Penedès
		24	Baix Llobregat Centre i Font Santa -L'H N
		64	Baix Llobregat Litoral i Sant Boi
		63	Baix Llobregat Litoral i Viladecans
		65	Baix Llobregat Nord
		67	Baix Montseny
		68	Baix Vallès
		70	Barcelona Dreta
		46	Barcelona Esquerra
		71	Barcelona Litoral Mar
		47	Barcelona Nord
		30	Barcelonès Nord i Baix Maresme
		62	Garraf
		25	L'Hospitalet Sud i el Prat de Llobregat
		33	Maresme Central
35	Vallès Occidental Est		
66	Vallès Occidental Oest		
69	Vallès Oriental Central		
62	CAMP DE TARRAGONA	06	Alt Camp i Conca de Barberà
		07	Baix Camp i Priorat
		08	Baix Penedès
		09	Tarragonès
67	CATALUNYA CENTRAL	19	Anoia
		59	Bages i Solsonès
		60	Berguedà
64	GIRONA	22	Osona
		51	Alt Empordà
		55	Alt Maresme
		52	Baix Empordà
		53	Garrotxa
		57	Gironès Nord i Pla de l'Estany
		58	Gironès Sud i Selva Interior
54	Ripollès		
56	Selva Marítima		
61	LLEIDA	05	Lleida
63	TERRES DE L'EBRE	48	Altebrat
		49	Baix Ebre
		50	Montsià

Font: Sistema integrat d'informació de salut (SIIS). CatSalut, desembre de 2014.

Mapa 1. Exemple de cobertura territorial del treball de camp en dues onades consecutives



3.3. Àmbit temporal

El treball de camp de l'ESCA contínua del període 2011-2016, es duu a terme de manera ininterrompuda al llarg dels anys naturals. Tot i així, a l'efecte pràctic, el procés intern del treball de camp s'estructura com un cicle de quatre anys, que consta de vuit onades de sis mesos de durada cadascuna. Cada onada implica una extracció mostral, un qüestionari específic i el tancament del procés de recollida d'informació, per tal de fer el tractament i l'explotació dels resultats corresponents al període, que s'aniran acumulant amb els d'onades posteriors.

El primer cicle de l'ESCA contínua, doncs, s'inicia el segon semestre de l'any 2010 i es tanca el primer semestre del 2014, moment en què, tal com es preveu en el conveni, s'inicia la pròrroga de dos anys, fins al primer semestre del 2016. A partir d'aquí, s'inicia un altre cicle de quatre anys, fins al 2020, per al qual també es preveu una pròrroga de dos anys.

En aquest procés de continuïtat, cal tenir en compte que:

- Les onades s'encadenen, de manera que quan se'n tanca una, s'inicia immediatament la següent, fet que garanteix la continuïtat del treball de camp i l'actualització del fitxer de dades acumulades.
- En els quatre anys de cada cicle de l'ESCA contínua es preveu la realització d'unes 19.200 enquestes, a raó d'aproximadament 2.400 enquestes per semestre.
- Les mostres de cada onada semestral són independents entre si.
- Cada onada disposa d'una submostra independent, però calculada en funció de la mostra final. Així doncs, els resultats de cada onada són representatius a escala de tot el territori de Catalunya, l'acumulació de dos anys aporta representativitat per regions

sanitàries i l'acumulació de quatre anys permet obtenir dades representatives segons la unitat supramunicipal de base (GTS o AGA) (figura 1).

Figura 1. Distribució de la mostra de l'ESCA contínua del primer cicle de quatre anys

Representativitat territorial	Catalunya	Catalunya	Catalunya	Catalunya	Catalunya	Catalunya	Catalunya	Catalunya
				Regió sanitària	Regió sanitària	Regió sanitària	Regió sanitària	Regió sanitària
								Territori supramunicipal (GTS o AGA)
Mostra acumulada								19.316
Mostra semestral	2.485	2.388	2.440	2.502	2.328	2.403	2.427	2.343
Períodes de referència	Juliol - desembre 2010	Gener - juny 2011	Juliol - desembre 2011	Gener - juny 2012	Juliol - desembre 2012	Gener - juny 2013	Juliol - desembre 2013	Gener - juny 2014
Onades	1	2	3	4	5	6	7	8

Les característiques del fenomen per estudiar, com ara la seva prevalença, i les derivades del disseny mostral, del contingut dels qüestionaris i del nivell de desagregació dels resultats són els elements que concreten la unitat temporal de referència, és a dir, quines són les onades adequades per a cada anàlisi i quantes n'hi ha. No obstant això, el criteri general és prendre com a unitat temporal de referència l'any natural sempre que sigui possible.

La unitat mostral és la persona. La base per definir la població de referència de l'extracció mostral és el Registre de població de Catalunya de l'Idescat l'1 de juliol de l'any anterior per al primer semestre de l'any i la població l'1 de gener de l'any en curs per al segon semestre de l'any.

El Padró municipal d'habitants de l'Idescat és el marc de referència poblacional per a l'ESCA 2011-2016. A la taula 2 es presenten les dates de tall establertes per a diferents moments del desenvolupament de l'ESCA 2011-2016. El disseny mostral per al conjunt del cicle quadriennal s'ha fet a partir del tall del padró l'1 de gener del 2009. Els coeficients de ponderació per a cada onada, necessaris atès que es tracta d'un disseny no proporcional, s'estimen a partir del tall més proper a l'inici del treball de camp, per fer coincidir tant com sigui possible el moment de l'entrevista amb el tall de població. Quant als factors de ponderació de les onades agregades, sempre es calculen prenent com a població de referència temporal la de l'onada més nova de totes les agregades.

Pel que fa a l'extracció mostral de cada onada, amb la localització de l'adreça de les persones per enquestar, es fa a partir del Registre de població de Catalunya, i s'empra el darrer tall disponible abans de començar el treball de camp, per evitar, d'aquesta manera, pèrdues per canvi de domicili, defunció, etc.

A partir de l'onada 10 (del gener al juny de 2015), es modifica el criteri i es passa a treballar amb el Padró municipal d'habitants; en aquest cas, s'endarrereix un any la població de

referència per a les ponderacions, ja que no es disposa del padró de l'any en curs quan es requereix. Per aquest motiu, hi ha dos anys sencers en els quals s'ha treballat amb la població l'1 de gener de 2014.

Taula 2. Dates de referència dels talls del Padró municipal i del Registre de població de l'Idescat de cada onada de l'ESCA

	Població per al disseny mostral total (2011-2016)	Població per a la concreció del disseny mostral de cada onada	Marc mostral de cada onada	Població per al càlcul del factor de ponderació d'una onada	Població per al càlcul del factor de ponderació d'agregació d'onades
Onada 1 (juliol-desembre 2010)	1 de gener de 2009	1 de gener de 2009	1 de gener de 2010	1 de gener de 2010	
Onada 2 (gener-juny 2011)		1 de gener de 2010	1 de juliol de 2010	1 de juliol de 2010	
Onada 3 (juliol-desembre 2011)		1 de gener de 2010	1 de gener de 2011	1 de gener de 2011	
Onada 4 (gener-juny 2012)		1 de gener de 2011	1 de juliol de 2011	1 de juliol de 2011	
Onada 5 (juliol-desembre 2012)		1 de gener de 2011	1 de gener de 2012	1 de gener de 2012	
Onada 6 (gener-juny 2013)		1 de gener de 2012	1 de juliol de 2012	1 de juliol de 2012	
Onada 7 (juliol-desembre 2013)		1 de gener de 2012	1 de gener de 2013	1 de gener de 2013	
Onada 8 (gener-juny 2014)		1 de gener de 2013	1 de juliol de 2013	1 de juliol de 2013	
Onada 9 (juliol-desembre 2014)	1 de gener de 2013	1 de gener de 2014	1 de gener de 2014		
Onada 10 (gener-juny 2015)	1 de gener de 2014	1 de gener de 2014	1 de juliol de 2014	1 de gener de 2014	
Onada 11 (juliol-desembre 2015)		1 de gener de 2014	1 de gener de 2015	1 de gener de 2014	
Onada 12 (gener-juny 2016)		1 de gener de 2015	1 de juliol de 2015	1 de gener de 2015	
Onada 13 (juliol-desembre 2016)		1 de gener de 2015	1 de gener de 2016	1 de gener de 2015	
Font		Padró municipal	Padró municipal	Registre de població	Registre de població (de l'1 a la 9) Padró municipal (de la 10 en endavant)

4. Agents i funcions

La figura 2 representa els diferents agents que participen en el projecte de l'ESCA i les seves funcions principals. La gestió i el desenvolupament del projecte requereixen un esforç d'organització no exempt de complexitat, en què cada agent és responsable d'una part concreta del projecte però alhora comparteix el coneixement de la globalitat. Així, el Departament de Salut (DS) promou i dirigeix el projecte i n'és el responsable. L'Idescat, com a autoritat estadística a Catalunya, atorga a l'ESCA caràcter d'estadística oficial, la inclou en el Pla estadístic de Catalunya i selecciona la mostra de les persones per entrevistar a partir del Registre de població de Catalunya. El Departament d'Econometria, Estadística i Economia Espanyola de la Universitat de Barcelona fa el disseny mostral del cycle i les mostres específiques per a cada onada, així com el càlcul dels factors de ponderació. La selecció de continguts i instruments d'anàlisi que es concreten en els qüestionaris va a càrrec del DS, amb la participació de professionals experts. L'empresa de treball de camp recull la informació i elabora la base de dades, i una altra empresa fa el control de qualitat extern. Finalment, el DS explota, analitza i difon els resultats bàsics i sintètics, i respon a les sol·licituds d'indicadors i cessió de microdades d'acord amb la normativa vigent.

Figura 2. Agents del projecte ESCA i funcions principals



5. Disseny de la mostra

El procés de construcció de la mostra de l'ESCA del període 2011-2016 segueix bàsicament els mateixos criteris d'elaboració de les edicions anteriors,¹³ és a dir, es tracta d'un mostreig estratificat que permet obtenir representativitat per sexes, grups d'edat i estrats municipals per a cadascuna de les unitats territorials de base de l'enquesta.

El disseny mostral es fa per a tot el cicle de quatre anys (taula 3), que és el període en què s'espera arribar a tenir prou efectius per donar dades representatives a escala dels territoris més petits, i posteriorment es distribueix a cada onada, de tal manera que la submostra resultant sigui representativa del conjunt de Catalunya.

Davant la necessitat d'obtenir dades fiables, estadísticament significatives i comparables amb edicions anteriors per a territoris molt desagregats, a l'hora de dissenyar la mostra s'han fixat els criteris següents:

- La mostra ha de ser representativa de la població per al conjunt de Catalunya.
- La mostra ha de ser representativa de la població de cadascuna de les set regions sanitàries.
- La mostra ha de ser representativa de la població que resideix en cadascuna de les 43 AGA o en un altre territori supramunicipal que s'acordi.
- Les dades resultants han de ser comparables territorialment amb edicions anteriors de l'ESCA.
- La mostra ha de permetre l'obtenció de resultats significatius per sexes, grups d'edat i grandària municipal per a cadascun dels territoris considerats.

A aquests requeriments metodològics que han estat a la base de totes les edicions de l'ESCA, cal afegir un altre requeriment derivat del caràcter continu de l'enquesta: els efectius mostrals han de ser distribuïts en el temps i en el territori, de tal manera que cada una de les vuit submostres en què es divideix el cicle sigui representativa de la població de Catalunya. D'aquesta manera, l'acumulació d'onades configura mostres representatives a escala de regió sanitària (quatre onades) i a escala d'AGA (vuit onades).

Taula 3. Distribució per onades de la mostra teòrica de l'ESCA del període 2011-2016

Any	Onada	Enquestes
2010	1	2.485
2011	2	2.388
	3	2.440
2012	4	2.502
	5	2.328
2013	6	2.403
	7	2.427
2014	8	2.343
	9	2.445
2015	10	2.418
	11	3.180
2016	12	2.409
	13	2.409
Total		32.177

5.1. Establiment de la grandària mostral i distribucions per territoris supramunicipals

El territori de base del període 2011-2016 va ser el GTS primer i l'AGA després. L'AGA es basa en l'estructuració dels serveis sanitaris i es forma a partir de l'agregació d'àrees bàsiques de salut que tenen un hospital de referència compartit. Amb caràcter general, cada municipi pertany a una sola AGA, però hi ha divuit municipis que es distribueixen en més d'una AGA. La taula 4 recull aquests municipis i les AGA en què estan repartits.

Taula 4. Municipis distribuïts en més d'una AGA

Municipi	Codi	Àrea de gestió assistencial
Aiguamúrcia	08	Baix Penedès
	06	Alt Camp i Conca de Barberà
Barcelona	70	Barcelona dreta
	47	Barcelona nord
	71	Barcelona litoral mar
	46	Barcelona esquerra
Cabrera d'Anoia	61	Alt Penedès
	19	Anoia
Castellbisbal	65	Baix Llobregat nord
	66	Vallès Occidental oest
Castellet i la Gornal	08	Baix Penedès
	62	Garraf
	61	Alt Penedès
El Montmell	08	Baix Penedès
	06	Alt Camp i Conca de Barberà
Foixà	52	Baix Empordà
	57	Gironès nord i Pla de l'Estany
Les Llosses	22	Osona
	54	Ripollès
L'Hospitalet de Llobregat	25	L'Hospitalet sud i el Prat de Llobregat
	24	Baix Llobregat centre i Font Santa - l'Hospitalet nord
Odèn	01	Alt Urgell
	59	Bages i Solsonès
Piera	61	Alt Penedès
	19	Anoia
Pinós	59	Bages i Solsonès
	19	Anoia
Puig-reig	59	Bages i Solsonès
	60	Berguedà
Quart	58	Gironès sud i Selva interior
	57	Gironès nord i Pla de l'Estany
Querol	06	Alt Camp i Conca de Barberà
	61	Alt Penedès
Sant Adrià de Besòs	71	Barcelona litoral mar
	30	Barcelonès nord i Baix Maresme
Sant Gregori	58	Gironès sud i Selva interior
	57	Gironès nord i Pla de l'Estany
Sitges	62	Garraf
	63	Baix Llobregat litoral i Viladecans

La grandària de la mostra es calcula a partir d'assignar a cada AGA (o districte) el nombre mínim d'enquestes que permet assolir un marge d'error suficient dins d'aquest territori, que se

situa al voltant del $\pm 5\%$, per obtenir indicadors consistents i estadísticament significatius. En el cas de les AGA amb una població inferior als 25.000 habitants, s'accepta un error mostrat més elevat.

D'aquesta manera, a cada unitat territorial de base (GTS/AGA) se li ha assignat una submostra que va de 360 a 960 efectius per assolir el marge d'error previst. Així doncs, es preveu la realització de més de 19.000 entrevistes cada quatre anys, distribuïdes en aproximadament 2.400 per semestre, de manera que la mostra de cada onada/semestre sigui representativa de la població de Catalunya amb un marge d'error del $\pm 2\%$ (taules 5 i 6).

Taula 5. Distribució territorial de la mostra teòrica de l'ESCA 2011-2016 a l'inici del cicle

Regió sanitària		GTS	
61. Lleida	960	5 Pla de Lleida	960
62. Camp de Tarragona	1.860	6. Alt Camp i Conca de Barberà	360
		7. Baix Camp	580
		8. Baix Penedès	360
		9. Tarragonès	480
		10. Altibrat	180
63. Terres de l'Ebre	900	10. Altibrat	180
		11. Baix Ebre	360
		12. Montsià	360
64. Girona	2.400	13. Alt Maresme i Selva marítima	240
		14. Baix Empordà	480
		15. Alt Empordà	480
		16. Garrotxa	360
		17. Gironès, Pla de l'Estany i Selva interior	480
		18. Ripollès	360
65. Catalunya central	1.680	19. Anoia	360
		20. Bages i Solsonès	480
		21. Berguedà	360
		22. Osona	480
71. Alt Pirineu i Aran	1.800	1. Alt Urgell	360
		2. Cerdanya	360
		3. Pallars Jussà i Pallars Sobirà	360
		4. Val d'Aran	360
		37. Alta Ribagorça	360
78. Barcelona	9.720	13. Alt Maresme i Selva marítima	240
		23. Alt Penedès	360
		24. Baix Llobregat centre i Font Santa	480
		25. Baix Llobregat l'Hospitalet i el Prat de Llobregat	480
		26. Baix Llobregat litoral	480
		27. Baix Llobregat nord	480
		28. Baix Montseny	360
		29. Barcelona	3.600
		30. Barcelonès nord i Baix Maresme	480
		31. Garraf	480
		32. Vallès Oriental central (Granollers)	480
		33. Maresme	480
		34. Baix Vallès	360
		35. Vallès Occidental est (Sabadell)	480
36. Vallès Occidental oest (Terrassa)	480		
Nombre total teòric d'enquestes			19.320

Taula 6. Distribució territorial de la mostra teòrica de l'ESCA 2011-2016 un cop iniciat el treball de camp

Regió sanitària		AGA	
61. Lleida	960	05 Lleida	960
62. Camp de Tarragona	1.680	06. Alt Camp i Conca de Barberà	360
		07. Baix Camp i Priorat	480
		08. Baix Penedès	360
		09. Tarragonès	480
63. Terres de l'Ebre	1.080	48. Altebrat	360
		49. Baix Ebre	360
		50. Montsià	360
64. Girona	2.880	51. Alt Empordà	360
		55. Alt Maresme	360
		52. Baix Empordà	360
		53. Garrotxa	360
		57. Gironès nord i Pla de l'Estany	360
		58. Gironès sud i Selva interior	360
		54. Ripollès	360
56. Selva marítima	360		
67. Catalunya central	1.440	19. Anoia	360
		59. Bages i Solsonès	360
		60. Berguedà	360
		22. Osona	360
71. Alt Pirineu i Aran	1.800	01. Alt Urgell	360
		37. Alta Ribagorça	360
		04. Aran	360
		02. Cerdanya	360
		03. Pallars	360
78. Barcelona	9.480	61. Alt Penedès	360
		24. Baix Llobregat centre i Fontsanta - l'Hospitalet nord	480
		64. Baix Llobregat litoral i Sant Boi	360
		63. Baix Llobregat litoral i Viladecans	360
		65. Baix Llobregat nord	480
		67. Baix Montseny	360
		68. Baix Vallès	360
		70. Barcelona dreta	900
		46. Barcelona esquerra	900
		71. Barcelona litoral mar	900
		47. Barcelona nord	900
		30. Barcelonès nord i Baix Maresme	480
		62. Garraf	360
		25. L'Hospitalet sud i el Prat de Llobregat	480
		33. Maresme central	360
		35. Vallès Occidental est (Sabadell)	480
66. Vallès Occidental oest (Terrassa)	480		
32. Vallès Oriental central (Granollers)	480		
Nombre total teòric d'enquestes			19.320

5.2. Estratificació i distribució de la mostra

El disseny mostral de l'ESCA està estratificat per sexes, grups d'edat, seccions censals, estrats municipals i GTS/AGA, i té en compte el poblament diferencial, per la qual cosa no és proporcional per GTS/AGA (els 37 GTS vigents segons el Decret 38/2006, de 14 de març, i les 43 AGA que consten al SIIS el mes de gener del 2015).

Quant a les variables d'estratificació:

- Sexe: homes, dones i total
- Grups d'edat: 13 (taula 7)

Taula 7. Estratificació per grups d'edat de la mostra teòrica de l'ESCA

Grups d'edat
0-4 anys
5-6 anys
7-9 anys
10-14 anys
15-24 anys
25-34 anys
35-44 anys
45-54 anys
55-59 anys
60-64 anys
65-74 anys
75-84 anys
85 anys i més

- Secció censal: aleatòria, en els municipis a partir de 20.000 habitants
- Estrats per grandària poblacional dels municipis: 7 (taula 8)

Taula 8. Estratificació per estrats de grandària poblacional de la mostra teòrica de l'ESCA

Estrats poblacionals
< 500 habitants
De 501 a 2.000 habitants
De 2.001 a 5.000 habitants
De 5.001 a 25.000 habitants
De 25.001 a 50.000 habitants
De 50.001 a 500.000 habitants
Barcelona ciutat

Quant als estrats municipals, hi ha un canvi respecte a l'edició del 2006, en què hi havia nou estrats poblacionals, i també hi ha una modificació una vegada iniciada l'ESCA 2010-2014. En les tres primeres onades de l'ESCA 2010-2014 s'estableixen cinc estrats municipals, ja que els municipis de menys de 5.000 habitants s'agrupen en una sola categoria a fi de reduir la dispersió en el treball de camp sense afectar la representativitat dels resultats. Aquesta agrupació es revisa per millorar la representativitat dels municipis de grandària més petita i s'acorda que en aquells GTS on més d'un 10% de la població resideixi en municipis de menys de 500 habitants es tindran en compte els estrats d'edicions anteriors de l'ESCA inferiors als 5.000 habitants (≤ 500 , 501-2.000 i 2.001-5.000) en la distribució dels efectius per enquestar. Aquest acord afecta el disseny mostral a partir de la quarta onada, corresponent al primer semestre de 2012. En concret, els GTS on sí que cal forçar la selecció de municipis de grandària poblacional més baixa són: Altebrat, Anoia, Ripollès, Alt Urgell, Cerdanya i Pallars Jussà-Pallars Sobirà. En les tres primeres onades tots els municipis amb menys de 5.000 habitants s'inclouen en la categoria 3 (de 2.001 a 5.000 habitants).

Els municipis es tracten de manera diferent segons la seva grandària i les entrevistes que els pertocuen: els municipis més grans estan representats a la mostra de manera proporcional al pes de la seva població sobre el total de l'AGA. La resta de municipis, més petits, són considerats clústers (conglomerats) amb probabilitat desigual (associada al nombre d'habitants de cada municipi ordenats de més gran a més petit dins de cada AGA). Es trien els municipis representatius de l'estrat en un procés sistemàtic amb arrencada aleatòria i repartint entre els municipis seleccionats la mostra corresponent al clúster que representen.

S'ha fixat una quantitat mínima de deu enquestes per municipi, amb l'objectiu de facilitar i abaratir el treball de camp i de garantir el control de la distribució per sexes i grups d'edat a l'interior de cada municipi seleccionat.

Per evitar la dispersió territorial que comporta aquest tipus de mostra i millorar l'eficiència del treball de camp, s'ha establert una etapa intermèdia que afecta els municipis de més de 20.000 habitants. De manera aleatòria, se seleccionen determinades seccions censals on es concentraran els efectius per entrevistar. En aquells municipis on hi ha persones per entrevistar en més d'una onada, cal evitar la reiteració d'unes mateixes seccions censals i es procura la variabilitat interna del municipi.

El tipus de mostreig de l'ESCA 2011-2016 és aleatori, estratificat i polietàpic en cada onada. Les unitats de primera, segona i tercera etapa són, respectivament, l'AGA, el municipi i la persona. Quant als mètodes de selecció de les unitats per a cada etapa, hi ha divergències: per a la selecció de les AGA el mètode és determinista i algunes AGA tenen una probabilitat d'inclusió igual a 1; per a la selecció dels municipis, el mètode és aleatori sense reemplaçament i estratificat segons la grandària del municipi, amb probabilitat d'inclusió proporcional a la grandària, i, per a la selecció de les persones, el mètode de selecció és aleatori sense reemplaçament i estratificat per grups d'edat i sexes.

Atès que el disseny mostral combina tècniques probabilístiques amb altres de no probabilístiques i que la grandària mostral no és proporcional per a cadascuna de les AGA, l'estimació dels indicadors requereix ponderacions per obtenir indicadors representatius per al conjunt de la població.

A partir de la segona onada del 2015 (onada 11) es fa la distribució de la mostra de Barcelona per AGA. La distribució dels efectius per districtes es fa seleccionant un nombre de seccions censals proporcional a les seccions censals de cada districte amb cinc (o quatre) efectius per secció censal. La distribució és molt desigual perquè hi ha AGA amb quatre o cinc districtes i AGA amb dos districtes (taula 9).

Taula 9. Distribució per districtes dels efectius per entrevistar

Onada	AGA	Districte de residència (Barcelona)										Total
		Ciutat Vella	L'Eixample	Sants-Montjuïc	Les Corts	Sarrià-Sant Gervasi	Gràcia	Horta Guinardó	Nou Barris	Sant Andreu	Sant Martí	
Onada 10 (gener-juny 2015)	46. Barcelona esquerra	0	25	45	45	45	0	0	0	0	0	160
	47. Barcelona nord	0	0	0	0	0	10	30	45	25	0	110
	70. Barcelona dreta	0	20	0	0	0	35	15	0	20	10	100
	71. Barcelona litoral mar	45	0	0	0	0	0	0	0	0	35	80
	Total	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	450
Onada 11 (juliol-desembre 2015)	46. Barcelona esquerra	0	30	38	20	25	0	0	0	0	0	113
	47. Barcelona nord	0	0	0	0	0	0	25	35	15	0	75
	70. Barcelona dreta	0	37	0	0	0	25	25	0	15	10	112
	71. Barcelona litoral mar	30	0	0	0	0	0	0	0	0	80	110
	Total	30	67	38	20	25	25	50	35	30	90	410
Onada 12 (gener-juny 2016)	46. Barcelona esquerra	0	25	34	19	35	0	0	0	0	0	113
	47. Barcelona nord	0	0	0	0	0	15	25	47	25	0	112
	70. Barcelona dreta	0	35	0	0	0	27	25	0	10	15	112
	71. Barcelona litoral mar	40	0	0	0	0	0	0	0	0	73	113
	Total	40	60	34	19	35	42	50	47	35	88	450

5.3. Selecció dels efectius per entrevistar

El disseny mostral el fa un equip de la Universitat de Barcelona, que estableix per a cada municipi el nombre de persones segons el sexe i el grup d'edat. En els municipis de més de 20.000 habitants, l'empresa de treball de camp selecciona aleatòriament unes determinades seccions censals per evitar la dispersió de la mostra en el territori. Els tècnics de l'ESCA adjudiquen el nombre de persones per entrevistar aleatòriament per a les seccions censals seleccionades, i envien l'arxiu a l'Idescat (figura 3).

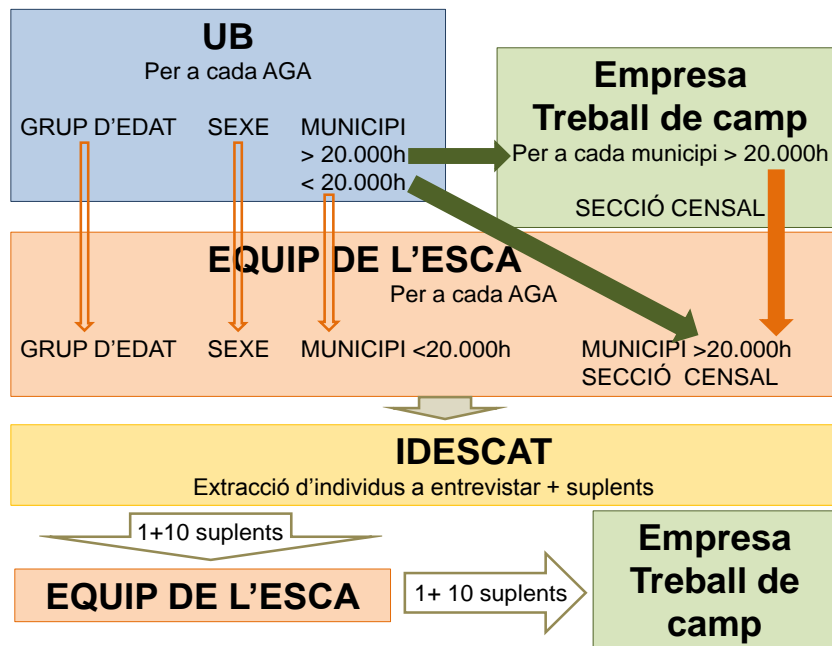
Les persones que formen part de la mostra, així com els seus substituïts, són seleccionades per l'Idescat a partir primer del registre i després del Padró de població de Catalunya dins de cadascun dels municipis i seccions censals seleccionats en les etapes anteriors. L'extracció s'efectua únicament entre les llars familiars i s'eliminen totes les llars institucionalitzades (residències, convents, seminaris, presons, casernes, etc.). Aproximadament, entre la petició del DS a l'Idescat de la selecció de les persones per entrevistar i la tramesa de l'arxiu amb la informació sol·licitada per part de l'Idescat, el temps transcorregut és d'una setmana.

Per a cada persona per entrevistar se seleccionen fins a deu substituïts, coincidents amb el titular en les seves característiques geogràfiques (mateixa secció censal o, alternativament, seccions censals limítrofes dins del mateix municipi, o bé municipi), el sexe, el grup d'edat i el lloc de naixement (estranger i Estat espanyol). Respecte a aquesta darrera variable, els substituïts de titulars nascuts a l'estranger són seleccionats entre els nascuts a l'estranger del mateix municipi, sexe i grup d'edat, i només si no hi ha cap possible substituït amb les mateixes característiques es passa a extreure un substituït del mateix municipi, sexe i grup d'edat nascut a Espanya.

A cada onada, l'extracció de la mostra és aleatòria sense substituïció i les onades són independents entre si, per la qual cosa hi ha la probabilitat que una persona sigui escollida i entrevistada en més d'una ocasió.

La base poblacional s'actualitza en cada onada, de manera que les enquestes realitzades el primer semestre de cada any tindran com a població de referència la de l'1 de juliol de l'any anterior, mentre que en les enquestes realitzades el segon semestre de cada any ho serà la de l'1 de gener del mateix any. Aquesta decisió pretén evitar pèrdues al llarg del treball de camp ja sigui per canvis de domicili, per defunció o per altres causes.

Figura 3. Circuit des del disseny de la mostra estratificat fins a la informació sobre les persones per entrevistar

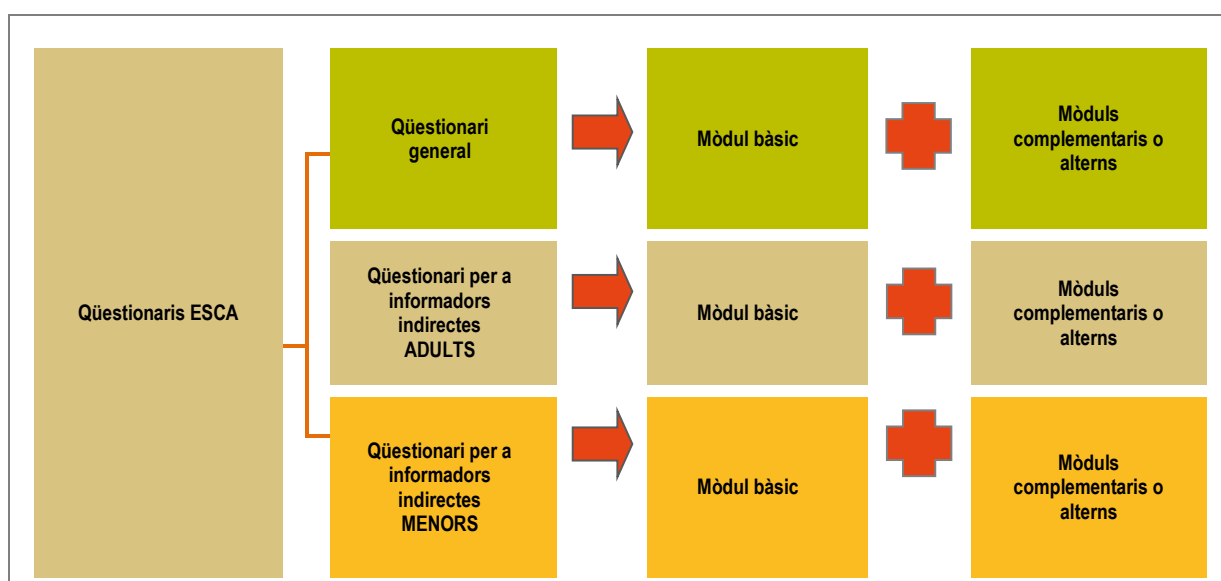


6. El qüestionari

El qüestionari de l'ESCA 2011-2016 s'ha d'adaptar a la continuïtat en la recollida d'informació, tot garantint el manteniment dels continguts més rellevants i la comparabilitat al llarg de les sèries i, a més, donant-li prou flexibilitat per incorporar temes emergents i aprofundir en altres, segons les necessitats d'informació.

El qüestionari està format per un mòdul bàsic, estable al llarg del temps, i altres de complementaris o alterns, canviants. Hi ha tres versions del qüestionari: el qüestionari general, el qüestionari per a informador indirecte d'adults i el qüestionari per a infants menors de 15 anys (figura 4).

Figura 4. Estructura general dels qüestionaris de l'ESCA 2011-2016



6.1. Tipus de qüestionaris

L'ESCA 2011-2016 es fa, com en edicions anteriors, a partir del diversos models de qüestionari en funció de la població a qui s'adrecen. Cada un s'edita en català i castellà (es poden consultar els qüestionaris de totes les onades de l'ESCA contínua i edicions anteriors a: <http://salutweb.gencat.cat/esca>):

- El **qüestionari general** és el model de qüestionari que conté la totalitat de les preguntes de l'Enquesta de salut i que s'administra a la població de 15 anys o més que no estigui impossibilitada per contestar l'enquesta. S'estima que l'administració del qüestionari implica una durada mitjana d'entrevista d'aproximadament 45 minuts.
- El **qüestionari per a informador indirecte d'adults** és similar al qüestionari general però reduït i només s'empra en els casos en què la persona seleccionada de 15 anys i més està malalta o incapacitada per respondre a mitjà o llarg termini. Està dissenyat per ser contestat per un informador indirecte, preferentment el cuidador o cuidadora principal de la persona seleccionada. S'han tret, doncs, les preguntes que, per la seva naturalesa, no poden ser contestades per delegació. S'estima que l'administració

d'aquest qüestionari implica una durada mitjana d'entrevista de 30 minuts, aproximadament.

- El **qüestionari per a informador indirecte de menors** és un model de qüestionari adaptat a aspectes de salut específics dels infants menors de 15 anys i, per tant, utilitza instruments lleugerament diferents dels anteriors per a adults. Està concebut per ser contestat per un informador indirecte, que acostuma a ser un dels progenitors, els tutors o altres persones que s'ocupin habitualment dels menors. Les preguntes que conté es refereixen a l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris de l'infant seleccionat, tot i que també se sol·licita alguna informació sobre la seva família. S'estima que l'administració d'aquest qüestionari implica una durada mitjana d'entrevista de 30 minuts, aproximadament.

Pel que fa a l'entrevista a un informador indirecte, la presència en el moment de l'entrevista de la persona escollida per ser entrevistada, ja sigui en el mateix espai on es desenvolupa l'entrevista o en un altre espai de la llar, és variable, menys freqüent en els menors i més freqüent entre les persones adultes.

La taula següent mostra el percentatge d'entrevistes que es fan en català, en castellà o en què es combinen els dos idiomes.

Taula 10. Idioma de l'entrevista, per onades

Idioma (%)	Any Onada	2010		2011			2012		2013		2014		2015		2016	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Català		38,3	42,7	48,6	46,4	45,7	44,1	35,3	45,8	47,1	46,8	44,8	44,7	51,7		
Castellà		59,9	54,0	47,3	49,8	50,8	52,5	59,8	48,8	48,9	49,1	51,6	51,9	45,5		
Combinat		1,9	3,3	4,0	3,7	3,5	3,3	4,8	5,3	4,0	3,9	3,5	3,3	2,6		

6.2. Mòdul bàsic

El mòdul bàsic del qüestionari es manté estable al llarg del cicle de quatre anys i per addició permet obtenir indicadors de salut fiables d'esdeveniments poc freqüents i desagregar resultats pel nivell territorial més petit. També garanteix l'acumulació homogènia de la informació i la comparabilitat entre onades i amb altres edicions de l'enquesta. Tot i així, es revisa a cada onada en funció dels resultats parcials i, per tant, pot experimentar ajustos o canvis conjunturals sense que canviïn els fonaments de la seva estructura actual.

El mòdul bàsic del qüestionari de l'ESCA 2011-2016 (en cadascuna de les tres versions) és una versió similar a l'extensió del qüestionari de l'edició de l'any 2006. Els criteris de manteniment dels continguts del mòdul bàsic respecte d'edicions anteriors són:

- **Pertinència.** Es mantenen les preguntes que donen informació sobre indicadors àmpliament utilitzats per les autoritats sanitàries, investigadors i tècnics de salut i que no es poden obtenir mitjançant altres fonts. Són indispensables, per exemple, les preguntes que permeten caracteritzar les desigualtats socials a partir del sexe, l'edat, l'estructura familiar, el nivell d'estudis o la categoria socioeconòmica de la població (classe social), o les preguntes que permeten la construcció i l'avaluació d'indicadors basats en els estils de vida, pràctiques preventives o percepcions sobre la pròpia salut de la població, entre d'altres.

- **Robustesa.** Es mantenen preguntes que donen lloc a indicadors que avaluen objectius del Pla de salut de Catalunya i que es presenten desagregats per GTS/AGA. Per garantir la representativitat i la fiabilitat d'aquestes dades es requereix tota la grandària mostral, que s'obté al cap dels quatre anys. En canvi, les preguntes que s'exploten amb un nivell de desagregació només per a Catalunya o per regions sanitàries poden incorporar-se als mòduls complementaris al llarg de les onades necessàries per obtenir el nivell de representativitat requerit.
- **Comparabilitat.** Les preguntes que es mantenen han de ser comparables amb altres edicions de l'ESCA i amb altres enquestes de salut de referència al nostre àmbit: l'Encuesta Nacional de Salud (ENSE) del Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials d'Espanya, la *World Health Survey* (EUA), l'EES (Unió Europea), la *Health Survey for England*, la NHANES (EUA), la NHIS (EUA), l'HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), etc.
- **Continuïtat.** Els cicles quadriennals del disseny continu de l'ESCA són contigus. Es mantenen les preguntes per tal de monitorar l'evolució dels resultats sense interrupció.

Les preguntes del qüestionari bàsic emprat a l'ESCA 2011-2016 s'estructuren a partir dels apartats temàtics que es presenten a la taula 11. Les preguntes sobre el context familiar i tot l'apartat de dades sociodemogràfiques (apartat B) se situen al final del qüestionari, just abans de la fitxa d'observacions, d'acord amb el canvi introduït a l'onada 3 del primer cicle de l'ESCA contínua (2010-2014). S'ha mantingut la numeració de les preguntes del primer cicle per facilitar el tractament conjunt dels resultats.

En el qüestionari bàsic de l'ESCA 2011-2016 s'incorporen unes preguntes a l'apartat de la fitxa d'observacions que han de ser emplenades pel personal entrevistador per recollir les observacions i les incidències sorgides al llarg de l'entrevista.

Taula 11. Estructura temàtica del qüestionari bàsic de l'ESCA 2011-2016

Àmbits temàtics	Població 15 anys i més		Per a menors	
	General	Indirecte		
A. Sexe i data de naixement	1 i 2	1 i 2 A, B i C	A. Context familiar (I)	1 i 2 M2-M3 A, B i C
C. Cobertura sanitària	34-36	34 i 35	C. Cobertura sanitària	34-36
D. Estat de salut i qualitat de vida relacionada amb la salut	37-39 108 40_a_1-40_b 37_b	37-39 108 40_a_1-40_b 37_b	D. Estat de salut i qualitat de vida relacionada amb la salut	37-39 108 37_b M28-M29
E. Morbiditat crònica i accidents	41-43 45	41-43 45	E. Morbiditat i accidents	41 M30 43 45 M53-M58
F. Consum de medicaments	46_a	46_a	F. Consum de medicaments	46_a
G. Salut mental	47	--	G. Salut mental	M31
H. Limitacions, discapacitats i autonomia personal	48-50 53	48-50 53 D	H. Limitacions i discapacitats	48-50 52_b
I. Pràctiques preventives	60-62 CC1-CC6 63-66 109	--	---	---
Q. Suport social	D16	--	---	---
Benestar mental	BP1	--		
J. Estils de vida: alimentació, activitat física, mobilitat	PRED1-14 69 IPAQ1-7 MOB1 MOB2_a, MOB3_a, MOB2_b, MOB3_b 120-122	--	J. Estils de vida: alimentació i activitat física	M32 67-68 M33-M37 120-122 MOB2_a, MOB3_a, MOB2_b, MOB3_b
K. Estils de vida: tabac i alcohol	81 i 82 Tb2 Tb4-Tb6 Tb9-Tb12 83-86 76-80	--	K. Estils de vida: exposició al fum de tabac	84-86
L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos i 15 dies Atenció sanitària no demandada	87-89 NC1 i NC2	87-89 NC1 i NC2	L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos i 15 dies	87-89 NC1 i NC2
N. Atenció especialitzada	118 i 119	118 i 119	N. Atenció especialitzada	118 i 119
O. Atenció d'urgències i hospitalitzacions	104-106	104-106	O. Atenció d'urgències i hospitalitzacions	104-106
B. Context familiar i dades sociodemogràfiques	3-13 15-22 110 i 111 23-26 112-115 27-31 31 bis 32 116	3-13 15-22 110 i 111 23-26 112-115 27-31 31 bis 32 116	B. Context familiar (II) i dades sociodemogràfiques	3-7 15-17 M4 i M5 M6 i M7 / M17 i M18 M6_b / M17_b M8-M10 / M19-M21 M40 / M46 M11 i M12 / M22 i M23 M41 / M47 M13-M16 / M24-M27 M42-M45 / M48-M51 27-31 31 bis 32 116
P. Fitxa d'observació	200-211 213-217	200-211 213-217	P. Fitxa d'observació	200-211 213-217

* Els números no són correlatius perquè es manté la numeració del primer cicle de l'ESCA 2010-2014.

6.2.1. Origen de les preguntes del qüestionari bàsic

El qüestionari bàsic dona continuïtat a les edicions anteriors, però alhora també recull algunes novetats que milloren la comparabilitat amb enquestes de l'entorn (taula 12).

Taula 12. Origen de les preguntes del qüestionari bàsic de l'ESCA 2011-2016

Àmbit	Pregunta	Origen
A. Context familiar	1-13	ESCA 2010-2014 i anteriors
C. Cobertura sanitària	34-36	ESCA 2010-2014 i anteriors
D. Estat de salut i qualitat de vida relacionada amb la salut	37-40_b	ESCA 2010-2014 i anteriors
	40_a1-40_b	EuroQoI 5D_5L. ENSE*
	108	ESCA 2010-2014 i anteriors
E. Morbiditat crònica i accidents	37b	Mòdul mínim de salut de l'enquesta europea
	41	Mòdul mínim de salut de l'enquesta europea
	42	Modificació ESCA 2006
	43-45	ESCA 2006 i 2010-2014
F. Ús de medicaments i restricció de l'activitat en els últims 12 mesos	M53-M58	Proposta SDGPS**, adaptació ESCA 2006
	46_a	ESCA 2010-2014, modificació ESCA 2006
G. Salut mental	47	ESCA 2010-2014 i anteriors
H. Discapacitats i dependència	48	Mòdul mínim de salut de l'enquesta europea
	49 i 50	ESCA 2006
	53	Elaboració pròpia Modificació ESCA 2006
I. Pràctiques preventives	60-66, 109	ESCA 2006
	CC1-CC6	Elaboració pròpia (proposta Pla director d'oncologia)
Q. Suport social	D16	ESCA 2010-2014
Benestar mental	BP1	ESCA 2010-2014
J. Estils de vida: alimentació i activitat física	PREDI1-14	Proposta SDGPS
	M32-M37	ESCA 2010-2014
	67	ESCA 2010-2014
	68-75	ESCA 2006
	120-122, MOB1-MOB3	Proposta SDGPS
K. Estils de vida: tabac i alcohol Tabac	76-86	Modificació ESCA 2006
	Tb1-Tb12	Proposta SDGPS, adaptació ESCA2006
L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos	87-89	ESCA 2010-2014, modificació ESCA 2006
	NC1-NC2	ESCA 2006
M. Atenció primària	90	ESCA 2010-2014, modificació ESCA 2006
	91-96	ESCA 2006
N. Atenció especialitzada	118-119	Proposta cartera de serveis i mapa sanitari
B. Dades sociodemogràfiques	14, 16 i 17 18 i 19 i 21-32	ESCA 2010-2014 i anteriors
	15	Recomanació Jansà i Malmusi ¹⁴
	20 i 33	Elaboració pròpia
	110-115	ESCA 2010-2014 (onada 6) proposta ASPB
	116	Enquesta de condicions de vida Idescat (onada 6)

*ENSE (Encuesta Nacional de Salud).

**Sub-direcció General de Planificació Sanitària i Professional.

La concreció del qüestionari bàsic de l'ESCA és el resultat d'una feina de col·laboració entre diferents persones expertes i institucions que, a la proposta inicial realitzada pel Servei del Pla de salut, han anat incorporant les seves aportacions.

6.2.2. Modificacions del qüestionari bàsic en el període 2011-2016, per onades

- Onada 2** Canvi d'ordre de l'alcohol i el tabac.
Eliminació de les preguntes v51 i v52 sobre el certificat de discapacitat.
Inclusió de l'EuroQol amb cinc respostes dins de cada dimensió en dues onades, com a mínim, i valoració segons anàlisis específiques de la substitució de la versió amb tres possibles respostes (pregunta 40_a_1).
- Onada 3** Incorporació de la pregunta 3_b sobre estructura familiar per facilitar l'elaboració d'aquesta pregunta i validar, en el moment de la recollida d'informació, la qualitat de les dades per sexes, edats i relacions de parentiu dels diferents membres de la llar.
Incorporació de la pregunta 37_b sobre autopercepció de l'estat de salut amb les categories molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta.
Reestructuració de la taula familiar per recollir de manera més correcta el parentiu, l'edat i el sexe de cadascun dels membres de la llar.^a
Modificació de la pregunta 208 de la fitxa d'observacions sobre l'actitud de la persona entrevistada respecte a l'interès a respondre l'enquesta.^a
- Onada 4** Modificació dels ítems 4 i 5 de la pregunta del PCAT. Aquest canvi d'ordre suposa la modificació de les bases de dades de les onades anteriors.
Inclusió d'una pregunta nova, la 218, per conèixer el percentatge de població que ha rebut la carta explicativa i identificar problemes de distribució en alguns municipis.
Introducció de la pregunta 107 sobre sospita d'infart a l'apartat L de visites mèdiques durant els últims 12 mesos en el qüestionari general.
- Onada 5** Introducció de la pregunta sobre la nacionalitat dels pares i mares dels menors, ubicada en l'àmbit de dades sociodemogràfiques i just després de la pregunta sobre el lloc de naixement dels progenitors. Aquesta pregunta és la M6_b per al progenitor 1 (mare) i la M17_b per al progenitor 2 (pare).
Introducció de l'instrument de suport social Duke-UNC-11, que ja havia estat inclòs en el qüestionari general i el qüestionari indirecte d'adults a les onades 1 i 2. Les preguntes d'aquest instrument constitueixen un nou àmbit temàtic anomenat "R. Suport social" i se situen a continuació de les pràctiques preventives. La pregunta recuperada de Duke-UNC-11 manté el número que ja tenia (D16). A més a més, i en relació amb les dues primeres onades, hi ha dos ítems que canvien d'ordre: els ítems 4 i 9 es transposen. Amb aquest instrument s'obtenen dues dimensions: el suport confidencial (1, 2, 6, 7, 8, 9 i 10) i el suport afectiu (3, 4, 5 i 11). De l'onada 5 en endavant, l'instrument Duke-UNC-11 només s'aplica al qüestionari general d'adults, no a l'indirecte.
Modificació de les preguntes M36 i M37 sobre activitats de lleure dels menors perquè quedi clar que són activitats fora de l'horari escolar, tant si són organitzades o de pagament com si són amb la família, tant de dilluns a divendres com el cap de setmana. Es posa l'exemple de la dansa en l'ítem 1, que es refereix

^aAcord pres a la reunió del dia 1 de juliol de 2011.

a activitats esportives, i s'inclouen el teatre i el cinema com a exemples d'activitats no esportives.

Inclusió en els tres tipus de qüestionari bàsic de la pregunta sobre les hores de son amb el mateix format que l'ESCA 2006. Atesa la relació amb l'excés de pes, aquesta pregunta, amb el número 108, s'inclou a continuació de l'alçada, pregunta 39, dins de l'àmbit d'estat de salut i qualitat de vida relacionada amb la salut.

Desglossament de l'ítem 3 de la pregunta 56 en les possibilitats precodificades en fill/a o nora/gendre; pare/mare o sogre/sogra; altres familiars (cosins, germans, etc.).

Modificació del títol de l'apartat "L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos i 15 dies".

En el QG i el QIA, modificació del títol de l'apartat "H. Limitacions, discapacitats i autonomia personal". En el QIM s'anomena "H. Limitacions i discapacitats".

Recuperació d'una pregunta de l'ESCA 2006 sobre la periodicitat de la pràctica de la citologia vaginal. Se situa darrere la pregunta 66 i porta el número 109.

Onada 6

Recuperació de dues preguntes sobre atenció sanitària no demandada (preguntes NC1 i NC2). A l'onada 5 formaven part del qüestionari complementari i a l'onada 6 s'incorporen al qüestionari bàsic amb les mateixes característiques. Es col·loquen en les tres versions de qüestionaris dins de l'apartat L (Visites mèdiques durant els últims 12 mesos i 15 dies). Es mantenen els números de les preguntes. Probabilitat de perdre la feina dels progenitors (preguntes M40 i M46). La pregunta, que ja forma part del qüestionari bàsic d'adults, s'incorpora al de menors.

Condicions de treball (preguntes 110-115, M41-M45 i M47-M51).^b Es recuperen preguntes de l'ESCA 2006 per al qüestionari bàsic de l'ESCA 2010-2014; en concret:

- . Per quin motiu va deixar o va perdre la feina?
- . Quin any es va jubilar?
- . Quin tipus de jornada té a la feina?
- . Dintre de la jornada habitual normal, té flexibilitat horària?
- . Quantes hores ha treballat durant la darrera setmana?
- . En general, està satisfet o satisfeta amb les seves condicions de treball?

Aquestes preguntes s'han intercalat en l'apartat B (Context familiar i dades sociodemogràfiques) dels tres qüestionaris (general, indirecte d'adults i indirecte de menors).

Com acostuma a arribar a final de mes la família (pregunta 116). Aquesta pregunta està extreta de l'enquesta de condicions de vida de l'Idescat. Valora la dificultat o facilitat de la família de la persona entrevistada per arribar a final de mes amb els ingressos nets mensuals que ha declarat percebre. S'ha inclòs en tots els qüestionaris.

S'elimina:

- EuroQol/EQ-5D-3L (pregunta 40_a). A la segona onada de l'ESCA (1r semestre de 2011) es va introduir la nova versió de l'EuroQol (EQ-5D-5L), que manté les cinc dimensions però amplia de tres a cinc les categories de resposta per a cada dimensió. S'han mantingut les dues versions en quatre onades, prou temps per tenir grandària suficient per fer l'anàlisi comparativa entre analitzar i estimar el biaix.

^b Consens amb: Rosa Fernández, de l'Agència Catalana de Salut Pública; Jaume de Montserrat i Emília Molinero, del Departament d'Empresa i Ocupació, i Imma Cortés, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

- Restricció de l'activitat (preguntes 46_b, 46_c i 46_d). Es considera que hi ha una mostra suficient d'aquestes preguntes per fer anàlisis descriptives.
- Necessitat d'ajuda per a les activitats habituals de la vida quotidiana (preguntes 54 i 55). La introducció en el qüestionari de l'ESCA de les preguntes del mòdul mínim de salut europeu (pregunta 48) en què, de manera directa, es demana a la persona entrevistada si a causa d'un problema de salut necessita l'ajuda o la companyia d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana, fa innecessari mantenir les preguntes 54 i 55 per estimar el nombre i la freqüència de les persones dependents.
- Continuitat del metge de capçalera (pregunta 95). S'ha considerat que, en el moment actual, no és del tot pertinent atesos els canvis en l'organització dels centres d'assistència primària.

Onada 7 Incorporació al qüestionari bàsic de la pregunta sobre benestar psicològic que va formar part del mòdul complementari de l'onada 3 (BP1).

Incorporació al qüestionari bàsic de les preguntes de cribatge de càncer de còlon i recte que ja van formar part del mòdul complementari de l'onada 5 (CC1-CC6).

Onada 8 Incorporació a l'apartat de tabac del qüestionari bàsic^c d'una pregunta sobre productes que es consumeixen (cigarreta electrònica, etc.) (117).

Eliminació de la pregunta 107: "Si sospitàs que té un atac de cor, què faria?", que havia estat inclosa a les onades 4, 5, 6 i 7.^d Es considera que hi ha mostra suficient per fer les corresponents anàlisis descriptives.

Onada 9 Modificació del redactat de la pregunta 41, que passa a ser "Té vostè alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada?".^e

Actualització de les opcions de resposta de les preguntes sobre el nivell d'estudis màxim assolit 18, M9 i M20.

S'elimina:

- La pregunta 3_b (estructura familiar).
- La pregunta 14 (estat civil legal).
- Les preguntes 56, 57, 58 i 59 (suport a les persones dependents).^f
- L'opció de resposta NS/NC de la pregunta 67 (nombre de racions de fruita i/o verdura consumides diàriament) i la pregunta 67_b del CAPI.
- La pregunta 218 de la fitxa de seguiment (comprovació de l'enviament de la carta al titular).

Onada 10. S'inclou:

- El qüestionari sobre compliment de la dieta mediterrània Predimed (PREDI_1-PREDI_14).
- Les preguntes 120 i 121 sobre l'activitat física en la població d'entre 5 i 17 anys.
- Una pregunta sobre el mitjà de transport habitual (MOB1, 15 anys i més).
- Dues preguntes sobre els desplaçaments a peu o en bicicleta en la població de 3 anys i més (MOB2 i MOB3).
- Una pregunta sobre el mitjà de transport a l'escola/l'institut (122, de 3 a 17 anys).
- Dotze preguntes sobre el tabac (Tb1-Tb12).
- Dues preguntes sobre la continuïtat assistencial (118 i 119) a proposta de Mapa sanitari.^g

^c Reunió de l'equip ESCA, 8 d'octubre de 2013.

^d Reunió amb Ricard Tresserras, 14 d'octubre de 2013.

^e Reunió de l'equip ESCA, 21 de gener de 2014.

^f Reunió de l'equip ESCA, 12 de febrer de 2014.

^g Reunió de l'equip ESCA i mapa sanitari.

- La pregunta 31_B/S, amb el mateix contingut que la pregunta 25, però en relació amb la persona de referència (a proposta de la Lucía Baranda).
- Sis preguntes sobre els elements de seguretat per a menors, al cotxe i a la bicicleta (M53-M58).

S'elimina:

- La pregunta sobre els ingressos mensuals familiars nets (pregunta 33).^h
- Bloc N. Atenció especialitzada (preguntes 97-100, 102 i 103).
- PCAT (pregunta 96).
- Pregunta 67 (consum de fruita i/o verdura), només del qüestionari d'adults.
- Pregunta 117 (cigarreta electrònica).

Es modifica:

- Substitució de la variable GTS per AGA.
- Una categoria de resposta de la pregunta 49 (fa 10 anys o més).
- El redactat de les preguntes 9 i 10: es passa de cuidadors de menors de 15 anys a cuidadors de menors de 18 anys i de cuidadors de persones de 65 anys i més a cuidadors de persones de 75 anys i més, respectivament.

Onada 11 Modificació de l'enunciat de la pregunta 111: "A quina edat es va jubilar" en lloc de "Quin any es va jubilar".

Onada 12 S'inclou/es modifica:

- Pregunta sobre trastorns crònics (AV42 i M30), per adaptar-la al format de l'EHIS/EESE 2014. Es distingeix haver-ne patit alguna vegada, haver-ne patit els darrers 12 mesos i que un metge o metgessa li hagi dit que en pateix.
- MOB2 i MOB3: es pregunta de manera separada si camina per desplaçar-se i si va en bicicleta per desplaçar-se. (MOB2_a, MOB2_b, MOB3_a, MOB3_b).
- Enunciat de la pregunta M33: se substitueix "dònuts i bollycaos" per "brioixeria industrial".

S'elimina:

- Pregunta 44: vegades que ha tingut l'accident.
- Pregunta 68, en adults: esmorzar a primera hora i a mig matí, només en adults.
- Tb1, Tb3, Tb7 i Tb8 sobre tabac.
- Atenció primària: PCAT, preguntes 90-93, que formaven part del qüestionari bàsic des de l'onada 1.

Adicionalment, de la portada del qüestionari en paper s'eliminen les variables de municipi, AGA, regió sanitària i districte. Tanmateix, les variables es mantenen a la base de dades.

Onada 13. Incorporació de les preguntes IPAQ1-IPAQ7 al qüestionari bàsic.

S'elimina:

- Preguntes 70-75.

^h Reunió de l'equip ESCA i Lucía Baranda, 29 de juliol de 2014.

Taula 13. Resum de les modificacions del qüestionari bàsic entre onades

Preguntes noves i modificacions de preguntes existents		
Número de pregunta	Tema	A partir de l'onada
40_a_1	EuroQol 5D_5L	2
3_b	Estructura familiar declarada	3
37_b	Autopercepció de l'estat de salut amb noves categories	
208	Modificació sobre l'actitud de la persona entrevistada	
218	Recepció de la carta de presentació	4
107	Sospita d'infart	
M6_b i M17_b	Nacionalitat dels progenitors	5
D16	Duke-UNC-11	
M36 i M37	Modificació del redactat de les categories	
108	Hores de son	
56-59	Ampliació de les categories de les variables	
109	Quan es va fer la darrera citologia vaginal	6
NC1 i NC2	Motius de no demanda d'atenció sanitària	
M40 i M46	Probabilitat de perdre la feina dels progenitors	
110-115, M41-M45 i M47-M51	Condicions laborals	7
116	Com acostuma a arribar a final de mes	
CC1-CC6	Cribatge del càncer de còlon	8
BP1	Benestar mental	
117	Apartat de tabac, productes que es consumeixen (cigarretes electròniques, etc.)	9
41	Canvi de redactat de la pregunta	
67	Eliminació de l'opció NS/NC	10
PREDI_1-PREDI_14	Predimed, compliment de la dieta mediterrània	
Tabac (Tb1-Tb12)	Tabac	
118 i 119	Continuïtat assistencial (interconsulta)	
120 i 121	Activitat física en la població d'entre 5 i 17 anys (HBSC adaptat)	
MOB1	Mitjà de transport habitual (15 i +)	
MOB2 i MOB3	Desplaçaments a peu o en bicicleta (3 i +)	
122	Transport a l'escola (3-17)	
31_bis	Situació a la feina PR	
M53-M58	Elements de seguretat per a menors	
49	Categoria de resposta "10 anys i més"	
9 i 10	Modificació de l'enunciat	
111	Edat de jubilació en lloc d'any de jubilació	
AV42 i M30	Llista de trastorns crònics. Es distingeix haver-ne patit alguna vegada, haver-ne patit els darrers 12 mesos i que un metge o metgessa li hagi dit que en pateix.	12
MOB2 i MOB3	Desplaçaments a peu i desplaçaments en bicicleta (3 i +)	
M33	Enunciat de la pregunta (brioixeria industrial)	
70 a 75 (activitat física)	Passen de bàsic a complementari	
IPAQ1-IPAQ7	Passen al bàsic	13

Taula 13. Resum de les modificacions del qüestionari bàsic entre onades (cont.)

Eliminació		
Número de pregunta	Tema	A partir del l'onada
51 i 52	Certificat i grau de discapacitat	3
40_a	EuroQol / EQ-5D-3L	6
46_b, 46_c i 46_d	Restricció de l'activitat	
54 i 55	Necessitat d'ajuda per a activitats habituals de la vida quotidiana	
95	Continuïtat del metge de capçalera	
107	Sospita d'infart	8
3_b	Estructura familiar	9
14	Estat civil	
56, 57, 58 i 59	Suport a les persones dependents	
218	Control d'enviament de la carta	
33	Ingressos mensuals familiars	10
97-100, 102 i 103	Atenció especialitzada	
96	Atenció primària (PCAT)	
67	Consum de fruita i/o verdura (només del qüestionari d'adults)	
117	Cigarettes electròniques	12
44	Accidents (vegades)	
68	Esmorzar (només adults)	
Tb1, Tb3, Tb7 i Tb8	Tabac	
90, 91, 92 i 93	Atenció primària (PCAT)	
70-75	Activitat física	13

6.3. Mòdul complementari

Els mòduls complementaris o alterns s'afegeixen al bàsic i el seu contingut varia segons les propostes de la unitat responsable de l'ESCA o d'altres unitats propositants.

Aquests mòduls complementaris o alterns són preguntes o bateries de preguntes que s'afegeixen al qüestionari bàsic segons les necessitats d'informació puntual, per avaluar intervencions concentrades en el temps, per aprofundir en determinats temes, territoris o col·lectius específics de població o per recuperar preguntes d'edicions anteriors per fer el seguiment de l'evolució.

Les preguntes s'intercalen entre les preguntes del mòdul bàsic quan tenen relació compartida amb alguns dels àmbits temàtics que ja es tractin al qüestionari bàsic, o bé se situen al final del qüestionari, si no hi tenen cap relació. En general, s'ha previst la inclusió de mòduls complementaris o alterns diferents en totes les onades, però quan es tracta de fenòmens de baixa prevalença o que afecten només una part de la població, s'ha considerat la possibilitat d'ampliar la seva inclusió en més d'una onada semestral, o fins i tot la possibilitat d'incloure les preguntes per anys naturals.

Els mòduls complementaris realitzats fins al moment són:

Taula 14. Àmbits temàtics dels mòduls complementaris de l'ESCA 2011-2016

Onada (any i semestre)	Mòdul complementari
1 (2010-2)	<ul style="list-style-type: none"> Autonomia personal i suport social
2 (2011-1)	
3 (2011-2)	<ul style="list-style-type: none"> Benestar mental Voluntats anticipades
4 (2012-1)	<ul style="list-style-type: none"> TIC i salut
5 (2012-2)	<ul style="list-style-type: none"> Pràctiques preventives (càncer de còlon i pròstata) Campanya "Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112" Motius de no demanda d'atenció sanitària Visió, audició i salut bucodental
6 (2013-1)	<ul style="list-style-type: none"> Consell sobre activitat física Mesura del pes i la talla Campanya "Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112" Campanya "Obertament"
7 (2013-2)	<ul style="list-style-type: none"> Consell sobre activitat física Mesura del pes i la talla Campanya "Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112" Projecte "Obertament" (salut mental) <ul style="list-style-type: none"> Contacte amb persones amb trastorn mental Actitud envers la malaltia mental i intenció de conducta Discriminació percebuda Utilització de mitjans de masses Campanya "Obertament"
8 (2014-1)	<ul style="list-style-type: none"> Alfabetització per a la salut (15+) (d'AS1 a AS16)
9 (2014-2)	<ul style="list-style-type: none"> Alfabetització per a la salut (15+) (d'AS1 a AS16) Campanya "Obertament" i intenció de conducta (CO1 i CO2 + CO4_27-30)
10 (2015-1)	<ul style="list-style-type: none"> Privació material (de PM1 a PM5) Qualitat del son (de SON1 a SON5) Cànnabis (de THC1 a THC6)
11 (2015-2)	<ul style="list-style-type: none"> Privació material (de PM1 a PM5) Qualitat del son (de SON1 a SON5) Cànnabis (de THC1 a THC6) Campanya "Obertament" i intenció de conducta (CO1 i CO2 + CO4_27-30)
12 (2016-1)	<ul style="list-style-type: none"> Donació d'òrgans i/o teixits (DOT1-DOT7) Psoriasi (AV42.21.1 + PSOR1) Exposició al fum del tabac en menors (EFT) Activitat física (d'IPAQ1 a IPAQ7) Activitat física (de 70 a 75 anys) que passa de Q bàsic a Q complementari Visió (de VAB1 a VAB4) Privació material (de PM1 a PM5)
13 (2016-2)	<ul style="list-style-type: none"> Psoriasi (AV42.21.1 + PSOR1) Exposició al fum del tabac en menors (EFT) Visió (de VAB1 a VAB4) Privació material (de PM1 a PM5) Campanya "Obertament" i intenció de conducta (CO1 i CO2 + CO4_27-30)

Pel que fa a la inclusió de les propostes de qüestionari complementari de l'ESCA, a continuació s'apunten alguns elements d'ordre pràctic que cal tenir en compte:

1. L'espai disponible a l'ESCA és limitat. L'ESCA dona resposta a les necessitats d'informació del Pla de salut de Catalunya i del Pla interdepartamental de salut pública, i a més disposa d'un conjunt d'indicadors que són objecte de seguiment al llarg del temps i també a escala regional i supramunicipal. Així doncs, bona part del contingut de l'ESCA té caràcter bàsic. Els qüestionaris complementaris estan concebuts com l'espai per analitzar, de manera puntual i mitjançant instruments sintètics, programes singulars, temes d'interès emergent i problemes específics.
2. Orientativament, un qüestionari complementari hauria de tenir una durada màxima de 5-10 minuts, en el benentès que la durada de la part bàsica de l'enquesta se situa a l'entorn dels 30 minuts, i que per terme general en una mateixa enquesta conflueixen més d'un qüestionari complementari.
3. La inclusió d'un qüestionari complementari cal que estigui fonamentada per la unitat que el proposa. Cal garantir que els instruments que s'inclouen a l'ESCA siguin rellevants, consistents, i hagin estat validats prèviament. A l'epígraf següent s'indiquen els elements que cal que prevegi la proposta d'inclusió d'un qüestionari complementari.
4. Amb l'objectiu de definir el temps que caldrà que el qüestionari complementari estigui inclòs a l'ESCA, a l'hora de proposar un qüestionari complementari, cal tenir en compte la prevalença del fenomen que es vol analitzar, la franja de població a la qual s'aplica i el nivell de desagregació dels resultats.
5. L'ESCA es fa mitjançant CAPI. Per tant, no es poden incloure instruments autoadministrats.
6. Els qüestionaris de l'ESCA es tanquen els mesos de maig (per al segon semestre de l'any) i octubre (per al primer semestre), per poder entrar-los al CAPI. Així doncs, caldria disposar de les propostes de qüestionari a principis dels mesos d'abril i de setembre, respectivament.
7. Els qüestionaris complementaris poden tenir caràcter periòdic. Per exemple, un cop cada tres anys, cada segon semestre durant dos anys, etc.
8. Amb caràcter general, l'anàlisi dels resultats del qüestionari complementari la fa la unitat proposant.
9. Si escau, la persona que fa l'entrevista pot facilitar a les persones enquestades informació addicional (fullets informatius) relativa al qüestionari complementari.

A l'apartat 11 d'aquest document, "Requisits per a la modificació de continguts del qüestionari", es relaciona la informació que cal que incorporin les propostes per a la inclusió de qüestionaris complementaris.

6.3.1. Autonomia personal i suport social

A les onades 1 i 2 (segon semestre de 2010 i primer semestre de 2011) el qüestionari complementari aprofundeix sobre l'autonomia personal i el suport social, pel fet que és un problema sociosanitari que afecta un nombre cada vegada més elevat de persones, amb força repercussió sobre els serveis i del qual es disposava d'escassa informació poblacional, tant de la prevalença com de les característiques.^{15,16}

Els objectius d'aquest mòdul complementari són:

- Caracteritzar les persones dependents segons les variables sociodemogràfiques, territorials, d'estat de salut i d'utilització de serveis sanitaris i sociosanitaris.

- Establir prevalències específiques segons els perfils poblacionals i els graus de dependència.
- Detectar elements o factors de risc susceptibles de propiciar futures dependències.
- Conèixer les estratègies per afrontar la dependència per part de la població: persones dependents i cuidadores.
- Caracteritzar les persones cuidadores de persones en situació de dependència segons les variables sociodemogràfiques, territorials, d'estat de salut i d'utilització de serveis sanitaris i sociosanitaris.

Els tres subàmbits temàtics i els seus continguts són:

- 1) La situació i el grau de dependència de les persones entrevistades. Inclou per a totes les persones de 15 anys i més els continguts següents: bateria de preguntes sobre les discapacitats (pregunta 50), reconeixement oficial de la discapacitat (preguntes 51 i 52), bateria de preguntes sobre les limitacions en les activitats habituals de la vida quotidiana (preguntes 54 i 55), antiguitat i origen de la situació de dependència (D12).
- 2) Les característiques de les persones cuidadores. Inclou la identificació de la persona cuidadora dins de l'estructura familiar, quan viu a la llar, i, en el cas de les persones cuidadores que no viuen a la llar (preguntes 8 i D1-D3), la dedicació a les persones discapacitades o dependents (preguntes D4-D8), els ajuts disponibles (preguntes D9 i D10), l'impacte en la salut de les responsabilitats i les tasques de la persona cuidadora (D11, D13-D15).
- 3) Les estratègies per afrontar les situacions de dependència. Inclou la bateria Duke,¹⁷ que analitza el suport social, tant a les persones dependents com a les persones cuidadores (pregunta D16), així com una pregunta sobre el finançament familiar/personal en cas de situacions de dependència que tota la població ha de respondre (pregunta D17).

La incorporació d'aquest mòdul complementari en dues onades consecutives es justifica per la baixa prevalença poblacional de les persones en situació de dependència i de les persones cuidadores. Així, prenent com a referència les freqüències de l'ESCA 2006 sobre una grandària poblacional de prop de 2.500 enquestes per onada, s'estima poder entrevistar a cada onada 96 persones cuidadores de membres de la llar discapacitats, així com 413 persones amb algun tipus de discapacitat (dependents o no) i 231 persones que requereixin l'ajuda d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana. Acumular les respostes de dues onades permet reduir l'error mostral.

El qüestionari general inclou el mòdul complet, mentre que el qüestionari per a informador indirecte no inclou les preguntes de caracterització de les persones cuidadores ni tampoc preguntes que no es poden respondre per delegació, en especial aquelles que fan referència a satisfacció, sentiments o sensacions.

En la concreció de les preguntes, s'han tingut en compte els instruments més comunament utilitzats per analitzar la dependència, com són l'índex de Katz,¹⁸ l'índex de Barthel¹⁹ i l'escala de Lawton i Brody,²⁰ l'escala de sobrecàrrega del cuidador de Zarit²¹ (*Caregiver Burden Interview*), l'*Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*,²² així com publicacions centrades en la revisió de variables i instruments de mesura.^{23,24,25,26}

La bateria Duke (pregunta D16) passa a formar part del qüestionari bàsic a l'onada 5 (segon semestre de 2012).

6.3.2. Benestar mental

A proposta de la Sub-direcció General de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública i de l'IMIM s'inclou, per primera vegada, a l'onada 3 (segon semestre de 2011), la *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS).^{27,28} Aquest és un instrument d'avaluació del benestar psicoafectiu a escala poblacional desenvolupat a Gal·les i que ha estat inclòs en altres enquestes europees de salut, com la *Mental Well-being* de l'Eurobarometer,²⁹ la *Second European Quality of Life Survey: Subjective well-being in Europe* de l'Eurofound³⁰ o diferents projectes de l'Eurostat com ara el *GDP and beyond*³¹ i el *Feasibility study for Well-Being Indicators*,³² com també l'estudi de NEF Foundation *Measuring well-being in policy: issues and Applications*.³³

A la reunióⁱ del dia 10 de maig de 2011 es concreta la manera en què l'instrument s'inclou a l'ESCA com a mòdul complementari i s'acorda el següent:

- Versió per a informadors indirectes. El qüestionari indirecte és aquell que respon un informador indirecte perquè la persona seleccionada té problemes cognitius o alguna discapacitat que impedeixen la resposta directa. El criteri de l'ESCA és que hi ha preguntes que no es poden respondre per delegació, en especial aquelles que fan referència a satisfacció, sentiments o sensacions. Les preguntes que planteja el qüestionari WEMWBS són de caire íntim i personal i s'adapten malament a la resposta per delegació. En aquest sentit, un instrument similar com el Goldberg no s'ha incorporat al qüestionari per a informadors indirectes de l'ESCA en cap edició. Si els autors de la WEMWBS no en recomanen la utilització en qüestionaris indirectes creiem que hem de respectar la recomanació. Tampoc no hi ha cap estudi en què es faci una anàlisi de les diferències i/o els biaixos entre la resposta directa i amb un informador indirecte que sigui útil per fer comparacions posteriors amb altres enquestes que fan servir el mateix instrument però limitat als qüestionaris generals. A la primera onada hi ha 78 enquestes indirectes a adults (el 4,2%) i 1.834 enquestes generals.

Acord: no incorporar la WEMWBS al qüestionari indirecte.

- Qüestionari per a menors. El qüestionari per a menors és també un qüestionari indirecte que responen els progenitors o els cuidadors principals quan la persona entrevistada té 14 anys o menys. No consta que el qüestionari WEMWBS hagi estat validat per ser contestat pels progenitors o cuidadors dels menors, a diferència d'altres instruments utilitzats a l'ESCA, com ara el Kidscreen, que sí que han estat validats. A més dels comentaris anteriors, cal afegir el problema de disseny mostral, que no assegura la representativitat dels grups d'edat petits (10-12 anys = 100 menors, i 13-14 anys = 50 menors, per onada).

Acord: no incorporar el WEMWBS al qüestionari per a menors.

- Escala heteroadministrada. L'ESCA recull la informació als CAPI. És, per tant, una enquesta amb un entrevistador qualificat. Atès que aquest instrument permet aquesta modalitat d'administració, és millor mantenir la coherència amb la resta de preguntes. Cal adaptar el redactat, fet que implica substituir la primera persona per la tercera persona en les diferents frases. Això no obstant, i com ja es fa en altres preguntes del qüestionari, els entrevistadors recorren a una targeta per recordar a la persona entrevistada les cinc respostes possibles. Les categories són: mai, molt poques vegades, algunes vegades,

ⁱ Acords de la reunió del 10 de maig de 2011. Assistents a la reunió: Jordi Alonso, Andrea Gabilondo Miquel Codony, Antonia Medina, Lucía Baranda i Anna Mompart.

sovint i sempre. En qualsevol cas, els estudis de validació entre els resultats autoadministrats i heteroadministrats que es facin en mostres específiques de població poden orientar sobre futures incursions d'aquest instrument.

Acord: s'incorpora l'escala heteroadministrada amb ajuda de targeta i s'adapta la forma personal de les preguntes (de 1a a 3a persona).

- Localització dins del qüestionari. La tercera onada de l'ESCA continua incloent les dues versions de l'EuroQol i també el Goldberg, com a instruments similars. Es considera que aquest instrument hauria d'anar després del Goldberg per tal de preservar la comparabilitat d'aquest en les sèries històriques. El lloc dins del qüestionari on sembla millor introduir aquest instrument és després de les preguntes sobre pràctiques preventives i abans d'estils de vida, cosa que es correspondria entre les preguntes 66 i 67 del qüestionari de la segona onada.

Acord: incorporar la WEMWBS després de pràctiques preventives i abans d'estils de vida.

- Escalles addicionals. L'ESCA no és una enquesta específica de qualitat de vida o salut mental. Cal anar amb compte de no molestar massa els ciutadans amb preguntes que els puguin resultar massa semblants tot i que per als professionals especialitzats siguin diferents. Per poder validar l'escala, la Sub-direcció General de Drogodependències proposa incorporar una única pregunta de satisfacció global respecte a la vida.

Acord: valorar la inclusió d'aquesta pregunta quan ens la facin arribar.

- Altres acords:
 1. La Sub-direcció General de Drogodependències es fa càrrec de sol·licitar els permisos per a la inclusió de la WEMWBS en el qüestionari de l'ESCA¹.
 2. La Sub-direcció General de Drogodependències facilita la cita oficial de la WEMWBS.
 3. La Sub-direcció General de Drogodependències facilita la sintaxi de la WEMWBS que explicita l'obtenció dels indicadors comparatius.
 4. La Sub-direcció General de Drogodependències considera que la inclusió en una única onada de l'ESCA és suficient per obtenir resultats representatius i fiables.

Existeix el compromís de validar el qüestionari en les seves traduccions al català i al castellà.²⁷

A l'onada 7 (segon semestre de 2013), s'incorpora al qüestionari bàsic la pregunta sobre **benestar mental** (WEMWBS), que havia format part del mòdul complementari de l'onada 3 (BP1).

A l'onada 14 (primer semestre de 2017), aquest instrument es redueix i es passa de catorze ítems a set:

¹ La professora Sarah Stewart-Brown de la University of Warwick dona consentiment exprés per a l'ús de les versions castellana i catalana d'aquest instrument en l'ESCA (correu electrònic del 12 de maig de 2011).

Fins a l'onada 13						A partir de l'onada 14						
Benestar mental						Benestar mental						
<i>Per a totes les persones entrevistades</i>						<i>Per a totes les persones entrevistades</i>						
BP1. A continuació li llegiré algunes afirmacions sobre sentiments i pensaments. Per cada afirmació, digui'ns la resposta que millor com s'ha sentit vostè en les darreres 2 setmanes. Mostreu la targeta amb les categories de resposta.						BP1. A continuació li llegiré algunes afirmacions sobre sentiments i pensaments. Per cada afirmació, digui'ns la resposta que millor com s'ha sentit vostè en les darreres 2 setmanes. Mostreu la targeta BP1 amb les categories de resposta 1 a 5.						
	1. Mai	2. Molt poques vegades	3. Algunes vegades	4. Sovint	5. Sempre		1. Mai	2. Molt poques vegades	3. Algunes vegades	4. Sovint	5. Sempre	8. NS
1. S'ha sentit optimista respecte al futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. S'ha sentit útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. S'ha sentit útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. S'ha sentit relaxada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. S'ha sentit relaxada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ha tingut energia de sobres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sentit interès pels altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ha afrontat bé els problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha tingut energia de sobres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ha pogut pensar amb claredat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha afrontat bé els problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. S'ha sentit bé amb vostè mateix/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha pogut pensar amb claredat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. S'ha sentit propera a altres persones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. S'ha sentit bé amb vostè mateix/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. S'ha sentit segura (amb confiança)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. S'ha sentit propera a altres persones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ha estat capaç de prendre les seves pròpies decisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. S'ha sentit segura (amb confiança)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. S'ha sentit estimada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha estat capaç de prendre les seves pròpies decisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. S'ha interessat per coses noves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. S'ha sentit estimada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. S'ha sentit alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. S'ha interessat per coses noves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
14. S'ha sentit alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

6.3.3. Voluntats anticipades

A proposta de la Unitat de Bioètica de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris i seguint les recomanacions del Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de Barcelona,³⁴ s'incorporen set preguntes a l'onada 3 (de VA1 a VA7) sobre les voluntats anticipades.³⁵

Des de principis de l'any 2001, a Catalunya es pot redactar un document de voluntats anticipades (DVA). Tot i que es disposa d'un registre centralitzat al Departament de Salut, no es coneixen estudis sobre el grau de coneixement i la utilització d'aquest instrument de planificació anticipada de la pròpia mort. A altres països, principalment als Estats Units, s'han dut a terme estudis sobre la percepció que tenen els ciutadans sobre les voluntats anticipades i la seva utilitat, que han servit per dissenyar o modificar estratègies d'implantació i utilització d'aquest instrument. L'estudi més conegut és *Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*,³⁶ de 1994, en què es va assenyalar la necessitat de redactar el DVA en el procés de planificació anticipada de l'atenció.

La inclusió de preguntes referents a les voluntats anticipades en un mòdul complementari de l'ESCA pot representar un primer pas per valorar l'impacte de la seva introducció quan ja han transcorregut 10 anys de la seva creació i aportar informació per al disseny de noves estratègies o per a la modificació de les existents amb l'objectiu de millorar-ne la implantació i la utilització.

6.3.4. Tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i salut

El qüestionari complementari sobre TIC i salut es basa en l'estudi internacional que la Comissió Europea ha encarregat a l'Institute for Prospective Technological Studies (IPTS).³⁷

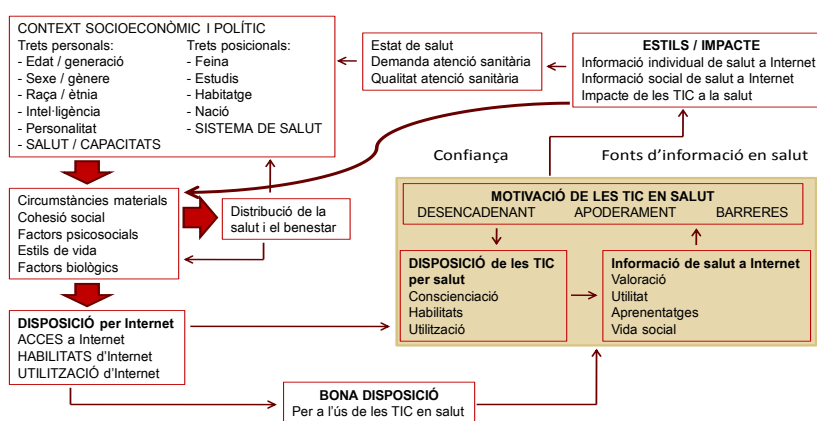
Els objectius del qüestionari sobre TIC i salut són:

- Conèixer l'ús que la població fa de les TIC en relació amb la salut.
- Valorar l'accés, les habilitats i la utilització reals de les TIC, així com la disponibilitat en un futur proper.
- Identificar els desencadenants i les barreres de l'ús de les TIC en salut.

- Caracteritzar els col·lectius amb problemes d'accessibilitat digital.
- Caracteritzar la població amb proactivitat (pacients informats).
- Valorar els canvis en la relació entre els professionals de la salut i els pacients o ciutadans que poden provocar la incorporació de l'ús d'aquestes eines.
- Preveure l'impacte de la utilització de les TIC en la salut de les persones.

El marc teòric general dels determinants socials de la salut és el fonament del qual es deriva el marc conceptual dels determinants socials de la salut i les TIC (figura 5), model que ha estat validat per l'IPTS.

Figura 5. Determinants socials de la salut i les TIC



Font: Elaboració conceptual de Francisco Lupiáñez.

Aquest mòdul complementari forma part del qüestionari general de l'onada 4 de l'ESCA (primer semestre de 2012). Els filtres entre preguntes fan que no totes les preguntes d'aquest mòdul hagin de ser contestades per totes les persones entrevistades.

Les 22 preguntes del qüestionari es distribueixen en tres blocs temàtics. El primer té l'objectiu de conèixer les característiques generals de l'ús de les TIC; el segon bloc se centra en les TIC i la salut i pretén analitzar les habilitats, els desencadenants i les barreres en l'ús de les TIC, així com l'impacte que aquest ús té en la salut de les persones, i el tercer bloc tracta de l'apoderament, les fonts d'informació i la confiança.

Els ítems o les opcions de resposta d'algunes preguntes s'administren aleatòriament per evitar un biaix de la resposta com a conseqüència de la fatiga de la persona entrevistada. Les opcions de resposta de les preguntes T3 i T4, però, estan relacionades i han de mantenir el mateix ordre en un mateix qüestionari.

Es duu a terme una prova pilot del mòdul complementari TIC i salut. El gener de 2012 s'inicia el treball de camp i, una vegada acumulades 119 enquestes, s'atura el treball de camp i es valora el resultat de la informació recollida amb el qüestionari sobre les TIC. Els resultats principals de l'anàlisi d'aquestes primeres 119 enquestes són:

- 1) El 20% de la població de 15 anys i més té dificultats per comprendre les preguntes i les categories de respostes i també per respondre.
- 2) Les persones que presenten més dificultats de comprensió i menys coneixements sobre el tema tenen 65 anys i més.
- 3) El 10% de la població ha tingut dificultats per comprendre l'enunciat de la pregunta T16 (sobre les barreres de l'ús de les TIC) i a l'hora de valorar el sentit positiu o negatiu de les seves respostes.
- 4) Gairebé la meitat dels entrevistats considera que les preguntes són molt repetitives i massa llargues.
- 5) També gairebé la meitat dels entrevistats destaca l'extensió excessiva del qüestionari, la qual cosa provoca esgotament, avorriment, etc.
- 6) La distribució de les freqüències d'algunes preguntes aconsella la reducció de les escales de valoració (les que van del 0 al 10).
- 7) La durada total de l'entrevista (qüestionari bàsic), que fins ara era d'una mitja hora, gairebé es duplica amb el mòdul complementari TIC i salut.

A partir de l'exploració quantitativa de les dades i de l'anàlisi qualitativa de la pregunta d'observacions del mòdul, el qüestionari es modifica en els termes següents:

- Els tres àmbits temàtics es mantenen i el nombre de preguntes es redueix de 22 a 19.
- Les possibilitats de resposta també se simplifiquen i, de l'escala ordinal de 0 a 10, es passa a una escala de tres categories (molt important, important i gens important) i s'afegeix l'opció "No ho sé".
- Les persones que han de contestar aquest mòdul es limiten a la població d'entre 15 i 64 anys.

A partir de l'anàlisi de la distribució relativa de les respostes, s'adapten les categories de resposta de les variables T4, T13, T14, T15, T16, T17, T18 i T19, que en les 119 entrevistes de la prova pilot tenien una escala de 0 a 10 i en el qüestionari definitiu tenen una variable dicotòmica o bé una escala ordinal de tres categories.

6.3.5. Cribratge del càncer de còlon i el càncer de pròstata

En el qüestionari general de l'onada 5 s'incorporen deu preguntes sobre el cribratge del càncer de còlon i el càncer de pròstata.

Cribratge del càncer de còlon. Per a la detecció precoç del càncer de còlon, el Departament de Salut posa en marxa un programa poblacional de cribratge. La inclusió, a l'onada 5 (segon semestre de 2012), de preguntes referides a aquest cribratge permetrà valorar la cobertura, la prevalença, el temps i el motiu de la realització de les proves de cribratge d'aquest càncer. Les preguntes es fan a homes i dones d'entre 40 i 74 anys que responguin el qüestionari general, tot i que el grup diana sigui la població d'entre 50 i 69 anys. Fruit de la revisió de diferents enquestes de salut i de la reunió amb experts,^k s'acorda incorporar preguntes sobre la prova de sang en femta i preguntes sobre la colonoscòpia, tal com fa la *Canadian Community Health Survey*, però amb la formalització de les preguntes segons l'ENSE 2011 (preguntes CC1-CC6).

Les preguntes sobre el cribratge del càncer de còlon passen a formar part del qüestionari bàsic a partir de l'onada 7.

^k Acordat a la reunió del 30 de març de 2012 amb Josep Alfons Espinàs.

Cribratge del càncer de pròstata. Per a la detecció precoç del càncer de pròstata, les diferents enquestes analitzades utilitzen, de manera individual o combinada, la realització de la prova de l'antigen prostàtic específic (PSA) i el tacte rectal. A proposta d'una recerca que es fa al Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida,¹ a l'onada 5, s'introdueixen en el qüestionari general cinc preguntes per als homes de 40 anys i més (preguntes CP1-CP5).

6.3.6. Campanya “Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112”

A les onades 5, 6 i 7 s'han incorporat dues preguntes sobre la campanya “Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112”.

L'objectiu d'aquestes dues preguntes (ESC1 i ESC2) és saber quantes persones coneixen la campanya i on l'han vist. La idea és que l'entrevistador mostri el tríptic de la campanya quan faci aquestes dues preguntes (i no abans). S'ha previst aprofitar aquesta ocasió per difondre el tríptic, per la qual cosa, en aquest moment de l'entrevista, es facilita l'exemplar a la persona entrevistada. Les dues preguntes es troben a continuació del bloc de preguntes sobre atenció d'urgències i hospitalitzacions, després de la pregunta 107 del qüestionari bàsic.



A l'onada 8 se suprimeixen del qüestionari complementari aquestes dues preguntes sobre la campanya “Els segons compten... Salva una vida. Truca al 112”.

6.3.7. Motius de no demanda d'atenció sanitària

En l'ESCA 2006 es preguntava a totes les persones entrevistades sobre la no demanda d'atenció sanitària quan hi havia un problema de salut que la requeria i sobre el motiu d'aquesta no consulta. Amb el mateix format, es recuperen les dues preguntes (NC1 i NC2) d'aquella edició i s'afegeixen al qüestionari general de l'onada 5.

Aquestes dues preguntes passen a formar part del qüestionari bàsic de l'onada 6.

¹ Preguntes proposades per la Montse Rué com a investigadora principal del projecte.

A partir de l'onada 14 (primer semestre de 2017), s'eliminen aquestes dues preguntes (NC1 i NC2).

6.3.8. Visió, audició i salut bucodental

A l'onada 5 s'han inclòs en el mòdul complementari deu preguntes sobre visió, audició i salut bucodental (VAB1-VAB10).

En el qüestionari general i indirecte d'adults s'han incorporat, concretament, les preguntes següents:

- Quatre preguntes sobre la **visió**: tres (VAB1, VAB3 i VAB4) provenen de l'Enquesta europea de salut (EHIS) i de l'Encuesta Nacional de Salud (ENSE), i l'altra (VAB2) fa referència al nombre de persones operades de cataractes.^m
- Dues preguntes sobre l'**audició**, que provenen de l'EHIS/ENSE (VAB5 i VAB6).
- Quatre preguntes sobre la **salut bucodental**, que provenen de la NHANES (VAB7-VAB10).

La prevalença de problemes de visió en la població catalana és elevada. A proposta de Laura Guisasola, durant els anys 2016 i 2017 (onades 12, 13, 14 i 15) s'inclouen quatre preguntes sobre **visió (de VAB1 a VAB4)** en el qüestionari d'adults (general i indirecte). La finalitat de les preguntes incloses en aquest àmbit és obtenir informació sobre l'ús de pròtesis correctores de la visió i l'operació de cataractes i les dificultats de visió en la població general que duu ulleres i lents de contacte.

Es recuperen, doncs, quatre preguntes que ja es trobaven en el qüestionari complementari de l'onada 5 (segon semestre de 2012). Tres (VAB1, ús d'ulleres; VAB3, dificultat per llegir, i VAB4, dificultat per reconèixer cares) provenen de l'Enquesta europea de salut (EHIS) i de l'Encuesta Nacional de Salud (ENSE), i l'altra és pròpia (VAB2) i pregunta per la intervenció quirúrgica de les cataractes. Amb relació a l'onada 5, hi ha una petita modificació en la pregunta VAB1, que ara aglutina l'opció del "sí" en un sol ítem (i no desglossada en tres opcions, com s'havia fet anteriorment).

6.3.9. Consell sobre activitat física

A les dues onades de l'any 2013 (6 i 7), s'incorpora una pregunta que prové del qüestionari del projecte ENRICA,³⁸ en concret la pregunta 31. Té com a objectiu conèixer en quina mesura es dona consell sobre la pràctica d'activitat física a la població atesa, per part dels professionals sanitaris (metge o metgessa o infermer o infermera) de qualsevol nivell assistencial o especialitat. No es valora si el consell s'adequa a les recomanacions establertes. Així, qualsevol recomanació d'activitat física, que coincideixi o no amb l'exemple de la pregunta, es considerarà vàlida. Cal tenir present aquesta ambigüitat en la interpretació dels resultats.

A les onades 14 i 15 (any 2017) es recupera aquesta pregunta (RAF1) en el mòdul complementari del qüestionari general d'adults.

^m Acord de la reunió del 14 d'abril de 2012, amb Laura Guisasola, de la UPC.

6.3.10. Mesura del pes i la talla

La mesura del pes i la talla es fa només a aquelles persones que contesten el qüestionari general d'adults perquè, d'acord amb la informació obtinguda a les quatre primeres onades de l'ESCA (onades 1, 2, 3 i 4), el 42,6% dels menors de 15 anys i el 25,4% de les persones adultes que responen el qüestionari indirecte no són presents a l'entrevista. Les preguntes es mantindran al llarg de tot l'any 2013 (onades 6 i 7).

Per prendre la mesura del pes (PT1) i la talla (PT2) de la persona entrevistada, aquesta s'ha de descalçar i vestir roba lleugera. Per anotar els resultats de la mesura del pes i la talla, cal seguir els criteris indicats en el qüestionari.

La bàscula i l'estadímetre que s'utilitzen per prendre les mesures han estat facilitats per l'empresa de treball de camp. Aquests instruments estan calibrats i els entrevistadors han estat formats en el seu ús (atès que els han utilitzat en estudis previs) (fotografia 1).

Fotografia 1. Instruments de mesura del pes i la talla

Minibàscula SECA

Seca clara 803 - Digital Scale - Extra robust



Estadímetre Harpenden

Pocket Stadiometer



6.3.11. Projecte "Obertament" (salut mental)

"Obertament"³⁹ és un projecte que té per missió lluitar contra l'estigmatització i la discriminació que pateixen les persones amb algun problema de salut mental, fent que esdevinguin protagonistes del canvi. Una de les seves estratègies són les campanyes de comunicació. A través del qüestionari de l'ESCA és possible avaluar l'impacte de les campanyes en la població general de Catalunya.

En el qüestionari general d'adults, a les onades 6, 7, 9, 11 i 13, s'incorporen dues preguntes sobre la campanya "Obertament" (CO1 i CO2). L'objectiu és saber quantes persones la coneixen i on l'han vist. La idea és que l'entrevistador mostri les imatges que s'han fet servir en la campanya quan faci aquestes dues preguntes. També s'ha previst aprofitar aquesta ocasió per difondre algun material, per la qual cosa, en aquest moment de l'entrevista, es donaran a la persona entrevistada un dossier i fulls de mà que aquesta organització ens ha facilitat.



Tanmateix, a l'onada 7 hi ha una ampliació dels continguts per permetre avaluar els coneixements, les actituds i les conductes de la població envers la malaltia mental, així com la discriminació de les persones amb algun problema de salut mental:

Contacte amb persones amb trastorn mental

Els resultats de la població exposada a la campanya en relació amb la que no ho ha estat inclouen biaixos que provenen de diferents factors com ara el lloc de residència, l'accés a mitjans de comunicació de massa, el nivell d'estudis, etc. La tècnica estadística que s'utilitza és l'estimació de la puntuació de la propensió (*propensity score*), metodologia emprada per Mai Do i Lawrence Kincaid.⁴⁰ Aquesta tècnica té en compte els factors esmentats per compensar-los, tot simulant una aleatorització. Per això, utilitza variables sociodemogràfiques i introdueix les dues preguntes, una sobre el contacte amb persones amb problemes de salut mental (CO3) i l'altra sobre la utilització de mitjans de comunicació de massa (CO6).

La pregunta sobre el contacte amb persones amb problemes de salut mental (CO3) ha de ser contestada per totes les persones entrevistades. Explora la proximitat familiar i d'amistat de la persona entrevistada amb persones conegudes amb problemes de salut mental. El més rellevant és que l'entrevistador presenti a quines malalties mentals es fa referència. Així, es consideren problemes de salut mental trastorns com la depressió, l'ansietat, l'esquizofrènia, el trastorn bipolar, les fòbies, el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, l'autisme o els trastorns de l'alimentació com l'anorèxia i la bulímia. No es consideren malalties mentals les demències, les malalties degeneratives com l'Alzheimer o les discapacitats cognitives com la síndrome de Down o el retard mental. La resposta no pot tenir en compte la persona entrevistada, és a dir, no es pot referir a si mateixa.

<u>SÍ: ES CONSIDERA UN PROBLEMA DE SALUT MENTAL</u>	<u>NO ES CONSIDERA UN PROBLEMA DE SALUT MENTAL</u>
<p data-bbox="229 629 831 658"><u>en aquest projecte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 658 831 734">• Trastorns de l'estat d'ànim: trastorn depressiu i trastorn distímic. <li data-bbox="229 734 831 904">• Trastorns d'ansietat: trastorn d'angoixa (amb agorafòbia i sense), agorafòbia, fòbies específiques, fòbia social, trastorn obsessivocompulsiu, trastorn per estrès agut o posttraumàtic, trastorn d'ansietat generalitzada i altres trastorns d'ansietat. <li data-bbox="229 904 831 1075">• Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics: esquizofrènia (de qualsevol tipus), trastorn esquizofreniforme, trastorn esquizoafectiu de tipus bipolar o depressiu, trastorn delirant crònic, trastorn psicòtic. <li data-bbox="229 1075 831 1104">• Trastorns bipolars: trastorn bipolar i trastorn ciclotímic. <li data-bbox="229 1104 831 1283">• Trastorns per dèficit d'atenció i comportament perturbador d'inici en la infància o l'adolescència: trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), trastorn dissocial, trastorn negativista desafiament, trastorn de comportament perturbador no especificat. <li data-bbox="229 1283 831 1382">• Trastorns generalitzats del desenvolupament: trastorn de l'espectre autista, trastorn de Rett, trastorn desintegratiu infantil, trastorn d'Asperger. <li data-bbox="229 1382 831 1485">• Trastorns de la conducta alimentària: anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa i altres trastorns de la conducta alimentària. 	<p data-bbox="831 629 1428 658"><u>en aquest projecte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="831 658 1428 687">• Demències: Alzheimer i altres demències. <li data-bbox="831 687 1428 752">• Discapacitats cognitives: síndrome de Down i altres discapacitats cognitives. <li data-bbox="831 752 1428 781">• Retard mental: en tots els graus de gravetat. <li data-bbox="831 781 1428 857">• Addiccions i dependències: dependència de l'alcohol, el tabac i altres drogues.

Actitud envers la malaltia mental i intenció de conducta

Els efectes o impactes de la campanya s'avaluaran a partir de les actituds, els coneixements, els comportaments i el grau de discriminació percebut. Així, al qüestionari general d'adults de l'onada 7, com a part de l'avaluació de la campanya "Obertament", s'incorpora una pregunta (CO4) amb 30 ítems sobre l'actitud envers la malaltia mental i la intenció de conducta de la persona entrevistada. Aquestes preguntes s'extreuen dels qüestionaris *Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI)*^{41,42} i *Reported and Intended Behavior Scale (RIBS)*.⁴³ El qüestionari CAMI original té 40 ítems, però aquesta versió reduïda és la que s'utilitza per avaluar les campanyes antiestigmatització d'Escòcia, la qual cosa permetrà fer comparacions amb campanyes internacionals. La definició de trastorn mental és la mateixa de l'apartat anterior. La versió en castellà correspon a una retrotraducció en què han participat

investigadors bilingües. La validació en castellà està liderada per l'equip de la Dra. Ochoa (PSSJD).

Cadascun dels ítems de la pregunta CO4 s'ha de valorar en una escala ordinal de cinc categories que va de "totalment en desacord" a "totalment d'acord". L'anàlisi pot fer-se individualment per a cada ítem o mitjançant una puntuació global. Cada ítem té un sentit positiu o negatiu. Vegeu el sentit dels ítems a la taula 15:

Taula 15. Sentit dels ítems de la pregunta CO4

Pregunta CO4: ítems	Sentit ítem: com menys
Actitud envers la malaltia mental	
1. Una de les principals causes de la malaltia mental és la manca d'autodisciplina i de força de voluntat	pitjor
2. Les persones amb malalties mentals tenen alguna cosa que permet distingir-les fàcilment	pitjor
3. En el moment en què una persona mostra signes d'alteració mental ha de ser ingressada a l'hospital	pitjor
4. Una malaltia mental és una malaltia com qualsevol altra	millor
5. S'hauria de donar menys importància a protegir la població de les persones amb malalties mentals	millor
6. Els hospitals per a malalts mentals representen un tipus de tractament obsolet	millor
7. Pràcticament qualsevol persona pot sofrir una malaltia mental	millor
8. Les persones amb malalties mentals han estat objecte de burles durant massa temps	millor
9. La nostra societat ha d'adoptar una actitud molt més tolerant envers les persones amb malalties mentals	millor
10. Tenim la responsabilitat de proporcionar la millor cura possible a les persones amb malalties mentals	millor
11. Les persones amb malalties mentals no mereixen la nostra comprensió	pitjor
12. Les persones amb malalties mentals representen una càrrega per a la societat	pitjor
13. Gastar més en serveis de salut mental és un malbaratament de diners públics	pitjor
14. Hi ha serveis suficients per a les persones amb malalties mentals	pitjor
15. No es pot donar cap responsabilitat a les persones amb malalties mentals	pitjor
16. Una persona seria ximple si es casés amb una altra persona que ha patit una malaltia mental, encara que aquesta sembli que està totalment recuperada	pitjor
17. No m'agradaria viure al costat d'una persona que ha patit una malaltia mental	pitjor
18. Qualsevol persona amb un historial de problemes mentals hauria de quedar exclosa d'ocupar un lloc de treball públic	pitjor
19. Ningú no té dret a excloure les persones amb malalties mentals del seu barri	millor
20. Les persones amb malalties mentals són menys perilloses del que la majoria de la gent suposa	millor
21. En gran part dels casos, es pot confiar en les persones que han estat pacients d'hospitals per a malalts mentals perquè facin de cangurs	millor
22. La millor teràpia per a moltes persones amb malalties mentals és formar part de la comunitat	millor
23. Sempre que sigui possible els serveis de salut mental s'haurien d'oferir mitjançant els centres de la comunitat	millor
24. Els residents no tenen res a témer de les persones que venen als seus barris per ser ateses pels serveis de salut mental	millor
25. Espanta pensar que hi hagi persones amb problemes mentals que viuen a barris residencials	pitjor
26. La ubicació de serveis de salut mental a zones residencials degrada el barri	pitjor
Intenció de conducta	
27. En el futur, estaria disposat o disposada a viure amb algú que tingués un problema de salut mental?	millor
28. En el futur, estaria disposat o disposada a treballar amb algú que tingués un problema de salut mental?	millor
29. En el futur, estaria disposat o disposada a viure a prop d'algú que tingués un problema de salut mental?	millor
30. En el futur, estaria disposat o disposada a mantenir la relació amb un amic o amiga que desenvolupés un problema de salut mental?	millor

Discriminació percebuda

Al qüestionari general d'adults, com a part de l'avaluació de la campanya "Obertament", s'incorpora una pregunta amb vuit ítems sobre la discriminació autopercebuda (CO5).^{44,45} L'ítem 4 (S'ha sentit discriminat o discriminada a causa del seu aspecte?) es refereix a l'aparença física, la manera de vestir o arreglar-se, la presència de tatuatges, pírcings, etc.

Utilització dels mitjans de comunicació de massa

La pregunta sobre la utilització dels mitjans de comunicació de massa (CO6) interroga sobre la freqüència amb què, en els darrers 6 mesos, la persona entrevistada ha tingut accés a la informació a través de la ràdio, la televisió o la premsa, ha agafat algun transport públic o ha consultat llocs web (premsa, YouTube, Facebook, etc.), com a part de l'avaluació de la campanya "Obertament".

Campanya "Obertament"

L'objectiu de les set preguntes (CO1, CO2, CO7-CO11) és conèixer el nombre de persones a qui ha arribat la campanya, quines persones hi han estat exposades o no i on l'han vist. L'exposició a la campanya i el record dels missatges estan relacionats amb la durada de la campanya, el temps transcorregut des que la persona entrevistada la va veure, l'agressivitat del missatge, etc.^{46,47}

En un primer bloc (CO7 i CO8) es pregunta de manera genèrica sobre alguna campanya de salut mental i el record del contingut del missatge ("record espontani"). Per tant, l'entrevistador ha d'evitar mostrar els tríptics i pamflets d'"Obertament".

Un segon bloc (CO1, CO2 i CO9) es concreta en la campanya "Obertament" ("reconeixement"), amb l'ajut d'un tríptic i més informació visual de suport. Per tant, aquí l'entrevistador ha de mostrar els tríptics i les imatges de la campanya "Obertament". A més del missatge, es pregunta sobre el lloc on la persona entrevistada recorda haver vist la campanya. Les dues primeres preguntes d'aquest bloc ja es van introduir en el qüestionari de l'onada 6.

Finalment, en un tercer bloc es pregunta sobre una participació més activa en les campanyes contra la discriminació (CO10 i CO11).

Les preguntes de recordatori de la campanya són obertes i és l'entrevistador qui, en funció de la resposta, ha d'escollir alguna de les respostes predefinides o especificar la resposta concreta en l'opció oberta. Per tant, a les preguntes CO7-CO9 l'entrevistador, en funció de la resposta de la persona entrevistada, ha d'escollir una de les opcions, però sense llegir-les.

A la pregunta CO11 l'entrevistador ha de llegir la llista d'activitats. Una mateixa persona entrevistada pot haver participat en diferents activitats a la vegada.

Per tant, d'aquest mòdul complementari, les preguntes CO1 i CO2 (campanya "Obertament", pròpiament dita) es troben a les onades 6, 7, 9, 11 i 13, el segon semestre de quatre anys consecutius, per tal de disposar d'una mostra suficient per analitzar els resultats, ja que està previst dur a terme la campanya el mes d'octubre d'aquests anys (2013, 2014, 2015 i 2016).

La resta de preguntes del mòdul complementari (de CO3 a CO11) forma part només de l'onada 7 de l'ESCA (segon semestre de 2013).

S'ha dut a terme una valoració (prova pilot) d'aquest mòdul amb les 51 primeres entrevistes. Els resultats principals de l'anàlisi de les 51 enquestes realitzades són:

- Les preguntes sobre el record espontani de la campanya i el record induït de la campanya (mostrant les imatges) no donen gaire informació perquè les respostes semblen poc clares, però s'acorda mantenir-les.
- Les preguntes sobre l'actitud envers la malaltia mental funcionen força bé, en general, tot i que hi ha alguns ítems en què es registren percentatges elevats en el punt central (ni d'acord ni en desacord). Cal tenir en compte que les persones entrevistades acostumen a utilitzar aquest punt com a equivalent de "NS/NC" o "depèn".
- Les preguntes sobre la participació en activitats relacionades amb les malalties mentals no obtenen gaire resposta.
- Finalment, la participació en aquest tipus d'activitats es restringeix a professionals o familiars de malalts.

A més, s'ha dut a terme una anàlisi més qualitativa a partir de la percepció dels enquestadors. Els comentaris són:

- Les preguntes del mòdul s'entenen força bé. La norma que tenen els enquestadors és que, si alguna pregunta no es comprèn gaire bé, la tornin a llegir, sense entrar en explicacions o interpretacions que puguin generar confusió en la persona entrevistada. La tornen a llegir tal com es troba al qüestionari.
- Pel que fa a la pregunta CO4, les persones entrevistades recorren a la puntuació central quan no saben posicionar-se clarament. En la major part dels casos la resposta originària és "depèn del grau de..." i, com que aquesta resposta no està prevista, els entrevistadors seleccionen "ni d'acord ni en desacord". Per a aquesta pregunta, s'acorda mostrar un cartró amb l'escala a les persones entrevistades perquè es puguin posicionar més fàcilment.
- El percentatge de persones entrevistades que no han vist la campanya és alt i una de les raons pot ser que 20 entrevistes s'han fet en un poble i és possible que la campanya no hi hagi arribat.

A partir de l'exploració quantitativa de les dades i de l'anàlisi qualitativa de les preguntes del mòdul, s'acorda mantenir la proposta inicial sense cap modificació.

Taula 16. Onades en què s'han introduït les preguntes del projecte "Obertament"

Onada (any i semestre)	Pregunta
6 (2013_1)	1. Campanya "Obertament": CO1 i CO2
7 (2013_2)	Projecte "Obertament" (sencer), CO1-CO11: 1. Campanya "Obertament": CO1 i CO2 2. Contacte amb persones amb trastorns mentals: CO3 3. Actitud envers la malaltia mental CO4 (CO4_1-CO4_26) 4. Intenció de conducta: CO4 (CO4_27-CO4_30) 5. Discriminació percebuda: CO5 6. Utilització dels mitjans de comunicació de massa: CO6 7. Campanya "Obertament": CO7-CO11
9 (2014_2)	1. Campanya "Obertament": CO1 i CO2 4. Intenció de conducta: CO4 (CO4_27-CO4_30)
11 (2015_2)	1. Campanya "Obertament": CO1 i CO2 4. Intenció de conducta: CO4 (CO4_27-CO4_30)
13 (2016_2)	1. Campanya "Obertament": CO1 i CO2 4. Intenció de conducta: CO4 (CO4_27-CO4_30)
15 (2017_2)	4. Intenció de conducta: CO4 (CO4_27-CO4_30)

Amb relació al qüestionari inclòs el segon semestre de l'any 2013 (onada 7), l'equip d'“Obertament” proposa uns canvis per a quan es torni a incloure en la versió extensa del qüestionari complementari:

- Mantenir iguals les preguntes CO3 (familiar amb problema de salut mental), CO5 (discriminació percebuda), CO7 i CO8 (record espontani de la campanya), CO1 i CO2 (reconeixement de la campanya) i CO 10 (participació en activitats contra la discriminació)
- Canviar el redactat de les opcions de resposta de les preguntes CO9 (record dels missatges de la campanya) i CO11 (activitats contra la discriminació)
- Eliminar la pregunta CO6 (utilització dels mitjans de comunicació de massa)
- Modificar la pregunta CO4:
 - o Eliminar els ítems 4 i 14 del qüestionari CAMI, que no aporten res a cap dels tres factors analitzats.
 - o Es comenta la possibilitat de modificar el redactat de l'ítem 16, amb un percentatge de “no ho sap” superior al 10% (canviar “ximple” per “tonta” i eliminar “o s'aparella”).
 - o Incorporar quatre ítems nous (de 31 a 34), corresponents al RIBS, per interrogar sobre la intenció de conducta actual, a més de les preguntes sobre la intenció de conducta en el futur.

Maria Rubio, de l'equip d'“Obertament”, ens fa arribar (05/07/2016) la proposta de les preguntes definitives (que incorporen tots els canvis proposats i acordats a la reunió).

6.3.12. Alfabetització per a la salut

L'alfabetització sanitària és un concepte multidimensional que té un interès creixent en tant que es vincula amb un ús més eficaç i eficient dels recursos sanitaris,⁴⁸ i amb millors nivells de salut.

A proposta del programa Pacient Expert Catalunya, que és el programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya i responsable de la línia estratègica d'autoreponsabilitat dels pacients i dels cuidadors i de foment de l'autocura, desenvolupat per la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut, s'inclouen setze preguntes sobre alfabetització sanitària en el mòdul complementari de les onades 8 i 9 (any 2014).

The European Health Literacy Project 2009-2012 és un estudi europeu que l'any 2011 analitzà el nivell d'alfabetització sanitària de vuit països europeus: Àustria, Bulgària, Alemanya (Rin del Nord-Westfàlia), Grècia, Irlanda, Països Baixos, Polònia i Espanya. Els resultats a l'Estat espanyol mostren uns nivells d'alfabetització sanitària baixos respecte als altres països estudiats.^{49,50}

Des de la Universitat de Múrcia (Dra. Maria Falcón), se'ns faciliten les dues versions del qüestionari emprat a l'estudi europeu: una de 47 ítems, emprada a l'estudi esmentat, i una de curta amb setze preguntes, traduïdes al castellà. Aquesta versió reduïda garanteix la comparabilitat a escala europea. També s'està duent a terme un treball d'elaboració del càlcul de l'índex de la versió curta (el Dr. Pelikan, de la Universitat de Viena, facilita la sintaxi per calcular l'índex d'alfabetització amb la versió curta del qüestionari) i l'anàlisi dels resultats obtinguts amb la versió de 47 ítems. El contingut de l'instrument ha estat validat a la versió anglesa,⁵¹ però de moment no ho ha estat a la versió espanyola. El Servei del Pla de salut

treballa la possibilitat d'iniciar un procés de validació de la versió curta de l'instrument en català.

Quant a la versió estàndard d'aquest instrument de valoració del grau d'alfabetització sanitària de la població (47 ítems), se'n poden derivar quatre índexs d'alfabetització diferenciats:

1. Índex d'alfabetització sanitària **general**, elaborat a partir dels 47 ítems del qüestionari (només es computen com a vàlids els casos amb 43 o més respostes completes).
2. Índex d'alfabetització sanitària en **cura de la salut**, elaborat a partir de les preguntes 1-16 del qüestionari (només es computen com a vàlids els casos amb quinze o setze respostes).
3. Índex d'alfabetització sanitària en **prevenció de malalties**, elaborat a partir de les preguntes 17-31 del qüestionari (només es computen com a vàlids els casos amb catorze o quinze respostes).
4. Índex d'alfabetització sanitària en **promoció de la salut**, elaborat a partir de les preguntes 32-47 del qüestionari (només es computen com a vàlids els casos amb catorze o més respostes).

Tots quatre índexs es presenten amb una escala de 0 a 50, que es calcula d'acord amb la fórmula següent:

$$\text{Índex} = (\text{mitjana} - 1) * (50/3)$$

On:

Índex és l'índex específic calculat.

Mitjana és la mitjana de les puntuacions d'una mateixa persona.

1 és el mínim valor possible de la mitjana.

3 és el rang de la mitjana.

50 és el valor màxim de l'índex.

Els resultats dels quatre índexs d'alfabetització sanitària es categoritzen en els quatre **nivells d'assoliment** següents, de menys a més puntuació global:

- Nivell **inadequat**: resultats d'entre 0 i 25 punts.
- Nivell **problemàtic**: resultats per sobre dels 25 punts i fins als 33 punts.
- Nivell **suficient**: resultats per sobre dels 33 punts i fins als 42 punts.
- Nivell **excel·lent**: resultats per sobre dels 42 punts.

A l'estudi europeu, i pel que fa al treball de camp, l'instrument va mantenir l'ordre original de les 47 preguntesⁿ de què consta, atès que les preguntes estaven graduades en funció de la seva dificultat. Per tant, s'acorda que les preguntes de la versió curta (setze preguntes) que s'inclouen a l'onada 8 de l'ESCA tampoc no puguin ser rotades, sinó que s'han d'administrar en l'ordre que apareixen.

Les opcions de resposta es mostren a la persona entrevistada mitjançant una targeta específica, amb les opcions següents:

Molt fàcil	Fàcil	Difícil	Molt difícil
------------	-------	---------	--------------

ⁿ Confirmat telefònicament (per la doctora María Falcón, UMU) el 14 de novembre de 2013.

Existeix, però, una cinquena opció de resposta (“no ho sap”), que l'enquestador ha de recollir en cas de no resposta, i que es computarà en el càlcul com a “no resposta”.

S'acorda, doncs, incloure a les onades 8 i 9^o (per disposar de mostra suficient) la versió curta (setze ítems) de l'instrument emprat en el *European Health Literacy Project* (HLS-EU-Q16)^p per mesurar l'alfabetització per a la salut de la població catalana de quinze anys i més (trobar, comprendre, jutjar i aplicar informació relativa a la salut).

6.3.13. Privació material

A partir de l'onada 10 s'inclou, a proposta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (Carme Borrell i Xavier Bartoll), la bateria de preguntes PM1-PM5 sobre privació material^q en les tres versions del qüestionari (general d'adults, indirecte d'adults i indirecte de menors). S'inclou al mòdul complementari de les onades 10, 11, 12 i 13, i passa a formar part del qüestionari bàsic a partir de l'onada 14.

El concepte de *privació material* remet a un indicador per mesurar la pobresa que no es basa estrictament en indicadors monetaris, sinó que és un índex construït a partir de la incapacitat per pagar o tenir determinats elements. Aquests elements són la manca de diners i la manca obligada de béns (telèfon, televisió, rentadora i cotxe). Es tracta d'un indicador adoptat pel Comitè de Protecció Social de la Comissió Europea i el recull l'Eurostat en les enquestes d'ingressos i condicions de vida (SILC-EU).⁵²

La població amb **privació material greu** (indicador de l'Eurostat Europa 2020) inclou aquelles persones que tenen unes condicions de vida restringides per la manca de recursos i que no es poden permetre com a mínim **quatre dels nou ítems** següents:

1. Pagar les factures de lloguer, hipoteca o serveis públics.
2. Mantenir la llar adequadament calenta.
3. Assumir despeses inesperades.
4. Menjar carn o proteïnes de manera regular.
5. Anar de vacances.
6. Disposar de cotxe.
7. Disposar de rentadora.
8. Disposar d'aparell de televisió en color.
9. Disposar de telèfon.

Adicionalment, es poden calcular els indicadors següents:⁵³

1. La proporció de població amb **privació material**.^r La població amb privació material és la que presenta una mancança forçada d'almenys tres ítems dels set següents:
 - 1.1. Pagar sense endarreriments despeses relacionades amb l'habitatge (hipoteca o lloguer, rebuts del gas, comunitat, etc.) o de compres ajornades.
 - 1.2. Poder anar de vacances almenys una setmana a l'any.

^o Reunió amb el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat el 28 d'octubre de 2013.

^p HLS-EU Consortium (2012): HLS-EU-Q16. The European Health Literacy Survey Questionnaire – short version.

^q Novembre de 2014.

^r <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7830&m=m>

- 1.3. Poder fer un àpat de carn, pollastre o peix (o l'equivalent vegetarià) almenys cada dos dies.
 - 1.4. Poder afrontar despeses imprevistes.
 - 1.5. Poder permetre's un cotxe.
 - 1.6. Poder mantenir l'habitatge a una temperatura adequada.
 - 1.7. Poder disposar d'ordinador personal.
2. La proporció de població amb **dificultats econòmiques**. Si com a mínim té dificultats en dos dels cinc ítems següents:
- 2.1. Pagar les factures de lloguer, hipoteca o serveis públics.
 - 2.2. Mantenir la llar adequadament calenta.
 - 2.3. Assumir despeses inesperades.
 - 2.4. Menjar carn o proteïnes de manera regular.
 - 2.5. Anar de vacances.

A l'hora d'analitzar la privació material greu⁵⁴ i la privació material, tenen interès:

- La distribució del tipus de privacions.
- El nombre de privacions en dos, tres i quatre conceptes.⁵⁵
- La privació material greu es dona en les persones que estan privades en quatre ítems com a mínim.
- Privació material segons el tipus d'habitatge.
- Privació material segons el sexe, l'edat, la classe social i el nivell d'estudis.

6.3.14. Qualitat del son

Per tal de mesurar la qualitat del son de la població, s'inclou, a proposta de Joan Escarrabill, director del Pla director de malalties de l'aparell respiratori de la Direcció General de Planificació en Salut (Departament de Salut), la bateria de cinc preguntes SATED⁵⁶ (SON1-SON5) a les onades 10 i 11 (any 2015). El qüestionari SATED està pensat per al patró de son unifàsic continental (i no per al model mediterrani de migdiada) i permet elaborar un índex de qualitat del son. L'instrument no ha estat validat.

S'incorpora al qüestionari la versió traduïda/retrotraduïda proposada per Ferran Barbé (Institut de Recerca Biomèdica de Lleida), feta a partir de les traduccions de cinc nadius. A més, s'inclouen les aportacions del Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

Les preguntes tenen una escala comuna de freqüència (mai, molt poques vegades, algunes vegades, sovint, sempre) i se n'extreu un índex de qualitat del son que va dels 0 als 10 punts.

Les cinc preguntes SATED fan referència a les dimensions de la qualitat del son següents:

1. **Satisfacció.**
SON 1. Està satisfet o satisfeta amb el seu son? Valora la satisfacció amb el son.
2. **Nivell d'alerta.**
SON 2. Es manté despert o desperta tot el dia sense quedar-se adormit o adormida? S'entén per "tot el dia" el període que va des del moment de llevar-se fins al moment d'anar-se'n al llit. S'entén per quedar-se adormit o adormida fer cops de cap, però també inclou fer la migdiada.

3. Temps (regularitat).

SON 3. Dorm (o intenta dormir) entre les 2 i les 4 de la matinada? Aquesta pregunta serveix per detectar la regularitat del son, és a dir, si entre les 2 i les 4 de la matinada s'està al llit dormint o intentant dormir o si, per contra, s'està despert fent altres activitats. Per això s'equipara les persones que estan dormint amb les que intenten adormir-se.

4. Eficàcia.

SON 4. Durant la nit, passa menys de trenta minuts despert o desperta? Inclou el temps que passa per quedar-se adormit o adormida i les interrupcions del son. Si la persona entrevistada normalment passa menys de trenta minuts desperta durant la nit, les opcions de resposta preferents seran "sovint" o "sempre"; si normalment passa més de trenta minuts desperta, les opcions de resposta seran "mai" o "molt poques vegades".

5. Durada.

SON 5. Dorm entre sis i vuit hores al dia? El total d'hores dormides al dia, inclosa la migdiada. Es vol conèixer les persones que se situen en aquest interval d'hores, ni més ni menys.

Les puntuacions de les respostes són les següents:

0 punts: mai - molt poques vegades

1 punt: algunes vegades

2 punts: sovint - sempre

No es fan les preguntes a la població que treballa en el torn de nit ni tampoc a la població de menys de 15 anys.

D'altra banda, la recomanació de la Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut per a la població d'entre 18 i 64 anys és dormir entre set i nou hores i per a la població de 65 anys i més, entre set i vuit hores:⁵⁷

Edat	Hores de son
Nadons	14-17
4-11 mesos	12-15
1-2 anys	11-14
3-5 anys	10-13
6-13 anys	9-11
14-17 anys	8-10
18-64 anys	7-9
65 anys i més	7-8

6.3.15. Cànnabis

A proposta de la Sub-direcció General de Drogodependències,⁵ s'inclou a les onades 10 i 11 (any 2015) un qüestionari complementari sobre el cànnabis format per sis preguntes (THC1-THC6). L'objectiu és estimar la prevalença del consum de cànnabis en la població d'entre 15 i 64 anys i captar la percepció sobre les mesures de regulació de l'accés al consum.

Les tres primeres preguntes (THC1-THC3), sobre la data del darrer consum de cànnabis (alguna vegada, el darrer any i el darrer mes), provenen del qüestionari d'adults de l'ESCA

⁵ Reunió del 29 d'octubre de 2014 amb Joan Colom, Xavier Majó, Lúdia Segura, Miquel Codony i Josep Maria Ollé.

2006 (preguntes 163-165). Les dues preguntes següents (THC4 i THC5), sobre la freqüència i la quantitat de cànnabis consumida el darrer mes, provenen de l'*Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES 2012-2013, pregunta 42).⁵⁸ L'última pregunta, sobre la regulació de l'accés al consum de cànnabis, ha estat elaborada per la unitat proponent.

A l'ESCA 2006, les preguntes sobre el consum de cànnabis es trobaven al bloc d'estils de vida: alcohol i tabac, i es van produir negatives a continuar amb l'entrevista en arribar a aquest bloc. Per tal de minimitzar aquesta incidència, el qüestionari complementari sobre el cànnabis a les onades 10 i 11 de l'ESCA contínua se situa al final de l'enquesta.

En la darrera pregunta, sobre la regulació de l'accés al consum (THC6), es defineix la regulació de l'accés com l'establiment de limitacions al consum, de manera similar a com es fa amb l'alcohol i el tabac (edat mínima d'accés, punts de venda específics, informació sobre composició i riscos derivats del consum, limitació de la publicitat als mitjans de comunicació, etc.), amb un règim més estricte. No s'equipara regular amb legalitzar.

6.3.16. Donació d'òrgans i/o teixits

Durant l'onada 12 (primer semestre de 2016) s'inclou, a proposta de l'OCATT (Organització Catalana de Trasplantaments), un qüestionari propi per tal de saber els coneixements, les actituds i les creences de la població catalana pel que fa a la donació d'òrgans i teixits de persones difuntes.[†] A partir dels resultats, l'OCATT dissenyarà campanyes de sensibilització i de promoció de la donació d'òrgans i teixits adaptades a poblacions concretes.

S'inclouen set preguntes (DOT1-DOT7) en el qüestionari complementari d'adults de l'onada 12, adreçades a la població de 18 anys i més, que han de permetre obtenir la informació esmentada següent:

- La posició de la població de 18 anys i més envers la donació d'òrgans i/o teixits només de persones mortes (s'exclou la donació d'òrgans i/o teixits de persones vives).
- La disposició a ser donant o no i els motius.
- La disposició a fer efectiva o no la donació d'òrgans i/o teixits d'un familiar (tant si es coneix l'opinió del familiar difunt com si no) i els motius.
- El nivell de coneixement de la població sobre com fer efectiva la donació d'òrgans.

La donació d'òrgans i/o teixits de persones mortes prové de situacions d'assistència (controlada o no) o bé de mort encefàlica. Tot i que el model de donació es basa en la donació presumpta, ja que existeix una reglamentació jurídica de consentiment presumpte (Llei 30/1979, de 27 d'octubre, sobre extracció i trasplantament d'òrgans, i Reial decret 2070/1999, de 30 de desembre, pel qual es regulen les activitats d'obtenció i utilització clínica d'òrgans humans i la coordinació territorial en matèria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits), en condicions reals no es fa cap extracció d'òrgans sense el consentiment exprés de la família del difunt. Actualment, hi ha aproximadament un 20% de negatives per part dels familiars. La hipotètica imposició de la llei de consentiment presumpte per augmentar el nombre de donants s'ha considerat contraproduent.

[†] Reunió del 27 d'octubre de 2015 amb Jaume Tort i Jorge Twose de l'OCATT, Esteve Saltó, Eulàlia Masachs, Antonia Medina i Oriol Garcia.

Tot i que Catalunya i Espanya se situen entre els llocs més destacats a escala internacional en matèria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits, les llistes d'espera de pacients que necessiten un trasplantament augmenten, entre altres motius perquè en els darrers anys ha disminuït la mortalitat per accidents de trànsit, hi ha un Codi infart, existeix un Codi ictus, etc., que han fet reduir el nombre de morts.

Per respondre a aquesta demanda existent i augmentar el nombre d'òrgans disponibles per als trasplantaments, s'ha d'incrementar el nombre de donants o reduir les negatives a la donació dels familiars.

Des de l'OCATT^u es vol promoure la donació d'òrgans conscienciant sobre la importància de donar els òrgans un cop s'és mort. L'objectiu que es vol assolir és minimitzar el nombre de negatives familiars a la donació i per aconseguir-ho caldria que les persones manifestessin en el seu entorn familiar que volen donar els òrgans un cop hagin mort.

Els **òrgans** que es poden obtenir d'un donant mort són:

- els ronyons
- el fetge
- el cor
- els pulmons
- el pàncrees
- l'intestí

També es poden extreure els **teixits** o cèl·lules següents:

- teixit musculoesquelètic (ossos, tendons, articulacions o meniscs)
- teixit vascular (vasos i vàlvules)
- teixit ocular (còrnies)
- pell
- cèl·lules progenitores de l'hemopoesi (cèl·lules mare de la sang).

A Catalunya, a més, s'han fet trasplantaments amb teixits compostos, com els de la cara o les extremitats.

6.3.17. Psoriasi

La psoriasi és una malaltia inflamatòria crònica que provoca envermelliment i picor a la pell. Es presenta generalment en forma de plaques vermelles cobertes d'escates blanques o platejades que augmenten el gruix de la pell dels colzes, els genolls, el tors, el cap i els palmells de les mans o dels peus. Les persones amb psoriasi tenen un risc relativament més alt de patir cardiopaties, accidents cerebrovasculars, hipertensió i diabetis. En alguns estudis s'ha documentat que entre aquestes persones les taxes de depressió i ansietat són més altes que entre la població general. A la 67a Assemblea Mundial de la Salut, celebrada del 19 al 24 de maig de 2014, es va aprovar una resolució en què es descriu la psoriasi com "una malaltia crònica, no contagiosa, dolorosa, desfigurant i incapacitant per a la qual no hi ha cura".

^u Hi ha un annex amb informació addicional que ha facilitat l'OCATT.

A proposta de la Societat Catalana de Dermatologia i Venereologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears^v (correu del 29 de juliol de 2015), s'inclou un mòdul sobre la psoriasi per poder estimar la prevalença (diagnosticada) d'aquest problema crònic a la pell i la proporció de psoriasi moderada o greu (que requereix un tractament diferent del tòpic) respecte de la psoriasi total. Es va estimar que la prevalença de la psoriasi a Espanya l'any 2014 era del 2,3%.⁵⁹

El mòdul complementari^w consta de dos ítems específics sobre la psoriasi, inclosos durant l'any 2016 (onades 12 i 13) i administrats a la població general (42.21.1 i PSOR1).

A fi d'estimar la prevalença de la psoriasi, s'inclou un ítem addicional en la pregunta 42/M30 del qüestionari de l'ESCA que es basa en la pregunta MCQ070 de l'enquesta NHANES. Les persones que declaren haver tingut problemes crònics de la pell alguna vegada tenen un ítem específic sobre la psoriasi amb tres preguntes: n'ha patit alguna vegada a la vida? N'ha patit en els darrers dotze mesos? Un metge o metgessa li ha dit que en pateix?

Per tal de conèixer la proporció de persones amb psoriasi greu, s'inclou la pregunta PSOR1 adreçada a les persones amb psoriasi diagnosticada: "Des del moment en què va ser diagnosticat o diagnosticada ha rebut alguna vegada un tractament sistèmic (amb pastilles, llum i/o injeccions)?". Es considera psoriasi greu la que requereix aquest tractament.

Ens proposen també crear un grup de treball per al tractament de les dades i la publicació dels resultats.

6.3.18. Exposició al fum ambiental del tabac, en menors

A proposta de la Sub-direcció General de Promoció de la Salut, s'inclou en el qüestionari complementari indirecte de menors durant els anys 2016 i 2017 (onades 12, 13, 14 i 15) una pregunta sobre consum de tabac dins del cotxe familiar (EFT), per valorar el programa "Infància sense fum". Aquesta pregunta complementa les ja existents d'exposició al fum del tabac en menors (de V84 a V86).

6.3.19. Activitat física



A proposta de la Sub-direcció General de Promoció de la Salut, durant l'onada 12 (primer semestre de 2016) s'inclou l'IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*)⁶⁰ curt sencer juntament amb l'IPAQ curt adaptat (preguntes 70-75), que ha estat a l'ESCA des de l'any 2010. S'acorda mantenir totes aquestes preguntes durant l'onada 12 i a l'onada següent (onada 13) eliminar una de les dues versions, en funció del resultat de l'anàlisi duta a terme.

^w Reunió del 2 de novembre de 2015. Ramon Pujol, Lluís Puig i Carlos Ferrándiz, de la Societat Catalana de Dermatologia i Venereologia; Carles Blanch i Antonia Sadurní, de Novartis, i Eulàlia Masachs, Antonia Medina i Oriol Garcia, de la Sub-direcció General de Planificació Sanitària i Professional.

Les preguntes de l'IPAQ curt sencer que s'incorporen segueixen la redacció original d'aquest instrument (tant el text original dels enunciats com l'ordre de les preguntes) i prenen com a referència la versió que consta a l'ENSE 2011-2012.

Activitat física (II)	
<i>Per a totes les persones entrevistades</i>	
Ara li farà unes preguntes molt similars a les anteriors sobre activitat física els darrers 7 dies , però en aquest cas no ens referirem només al temps de lleure sinó que ha de pensar en totes les activitats que fa com a part de la feina, a casa, per desplaçar-se d'un lloc a un altre, les que fa també en el temps de lleure, etc.	
En primer lloc, pensi en les activitats intenses que vostè ha realitzat en els darrers 7 dies . Activitats intenses són les que requereixen d'un gran esforç físic i li fan respirar molt més fort del normal, com ara aixecar objectes pesants, cavar, exercicis aeròbics o pedalejar a velocitat ràpida en bicicleta. Pensi només en aquelles activitats físiques intenses que ha fet almenys 10 minuts seguits .	
IPAQ1. Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física intensa ?	<input type="text"/> dies durant els darrers 7 dies ▶ Si no ha fet cap activitat intensa, passeu a la pregunta IPAQ3.
IPAQ2. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha realitzat una activitat intensa cada dia que ho ha fet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minuts / dia
Ara pensi en totes les activitats moderades que vostè ha realitzat en els darrers 7 dies . Activitats moderades són les que requereixen d'un esforç físic moderat que li fa respirar una mica més fort del normal, com ara portar pesos lleugers, pedalejar a velocitat regular en bicicleta, o jugar dobles de tennis. Pensi només en aquelles activitats físiques moderades que ha fet almenys 10 minuts seguits . No inclou caminar.	
IPAQ3. Durant els darrers 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física moderada ? No s'inclou el caminar.	<input type="text"/> dies durant els darrers 7 dies ▶ Si no ha fet cap activitat moderada, passeu a la pregunta IPAQ5.
IPAQ4. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha realitzat una activitat moderada cada dia que ho ha fet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minuts/dia
Ara pensi en el temps que va caminar en els darrers 7 dies . Això inclou caminar a la feina, a casa, per desplaçar-se d'un lloc a un altre, com a esport, per plaer, etc. Pensi només en aquelles ocasions que ha caminat almenys 10 minuts seguits .	
IPAQ5. Durant els darrers 7 dies, quants dies ha caminat almenys 10 minuts seguits?	<input type="text"/> dies durant els darrers 7 dies ▶ Si no ha caminat cap dia, passeu a la pregunta IPAQ7.
IPAQ6. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha caminat cada dia que ho ha fet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minuts/dia
La darrera pregunta es refereix al temps que ha estat sentat/da els darrers 7 dies . Inclou el temps assegut/da a la feina, a casa, a classe, estudiant, llegint, anant en transport, en el temps de lleure, mirant la televisió, etc.	
IPAQ7. Durant els darrers 7 dies, quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha estat assegut/da cada dia que ho ha fet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minuts/dia

A banda de la inclusió d'una pregunta addicional (IPAQ7), la redacció de les noves preguntes de l'IPAQ curt sencer difereix respecte de la versió adaptada en alguns aspectes:

Correspondència entre les activitats físiques		
<p>Activitat <u>vigorosa</u> (pregunta 72) en temps de lleure Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> • futbol • bàsquet • hoquei • esquaix • arts marçials • muntanyisme • atletisme • ciclisme de competició • natació de competició o similars 		<p>Activitat <u>intensa</u> (pregunta IPAQ1), totes les activitats (a la feina, a casa, per desplaçar-se d'un lloc a un altre, en el temps de lleure, etc.) Requereix un <u>gran esforç físic</u> i fa <u>respirar molt més fort del normal</u>, com ara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aixecar objectes pesants • cavar • exercicis aeròbics • pedalejar a velocitat ràpida en bicicleta
<p>Activitat <u>moderada</u> (pregunta 74) en temps de lleure Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciclisme • gimnàstica • aeròbic • córrer • tennis • natació • patinatge • golf • ball • ioga o similars 		<p>Activitat <u>moderada</u> (pregunta IPAQ3), totes les activitats (a la feina, a casa, per desplaçar-se d'un lloc a un altre, en el temps de lleure, etc.) Requereix un <u>esforç físic moderat</u> i fa <u>respirar una mica més fort del normal</u>, com ara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • portar pesos lleugers • pedalejar a velocitat regular en bicicleta • jugar dobles de tennis

A l'onada 14 (primer semestre de 2017), s'elimina la pregunta 69, sobre l'activitat física habitual, que s'havia utilitzat per al càlcul de l'indicador de sedentarisme.

A partir del qüestionari IPAQ es pot definir com a “conducta sedentària” aquella en què les persones estan assegudes durant més de 6 hores al dia.⁶¹

6.4. Dades que ha d'emplenar l'entrevistador

Una part del qüestionari l'emplena directament l'entrevistador.

6.4.1. Capçalera

Hi ha una sèrie de preguntes del qüestionari que són variables d'identificació i que l'entrevistador emplena directament. Són el número de l'onada i el semestre de referència, el número de qüestionari (únic per a cada persona entrevistada), les variables territorials (municipi, AGA, regió sanitària), la data de l'entrevista (que serveix per calcular l'edat exacta amb la data de naixement), l'hora d'inici de l'entrevista (per estimar la durada de l'entrevista) i el tipus de qüestionari (general d'adults, indirecte d'adults i indirecte de menors, en versió catalana i castellana).

6.4.2. Fitxa d'observació

La fitxa d'observació consta de disset preguntes que contesta l'entrevistador o entrevistadora una vegada ja ha tancat el qüestionari i ha sortit del domicili de la persona entrevistada. Les preguntes són:

Taula 17. Preguntes i utilitat de la fitxa d'observació que ha d'emplenar l'enquestador o enquestadora

Entre 2010 i 2015:

Pregunta	Utilitat
200. Hora de finalització de l'entrevista 201. Durada total de l'entrevista	Estimada automàticament pel sistema CAPI.
202. Titular o substitut	Per al control de la mostra.
203. Motiu del qüestionari indirecte 204. Persona seleccionada present en el moment de l'entrevista	Per valorar que la decisió ha estat adequada. En el cas del qüestionari indirecte, això pot influir en la qualitat de les respostes del <i>proxy</i> .
205. Llengua de l'entrevista 206. Dificultat de comprensió o expressió	Si hi ha incoherències, saber si un motiu pot ser un mal coneixement de la llengua.
207. Presència de terceres persones durant l'entrevista	En algunes preguntes d'hàbits o estils de vida, això pot influir en la resposta, per fer-la desitjable.
208. Actitud de la persona davant l'entrevista 209. Fiabilitat de preguntes concretes	Si hi ha incoherències, saber si un motiu pot ser una mala actitud o una manca de fiabilitat.

210. Lloc de l'entrevista	En principi han de ser domiciliàries, però no sempre és possible.
211. Tipus d'habitatge 212. Planta 213. Tram d'escales d'accés a la porta de l'edifici 214. Tram d'escales a l'interior de l'edifici 215. Habitabilitat i salubritat de l'habitatge	Per conèixer l'accessibilitat i les característiques de l'habitatge.
216. Observacions	Pregunta oberta.
217. Enquestador o enquestadora	Per conèixer qui és el responsable de l'entrevista.

A partir de 2016:

Pregunta	Utilitat
200. Hora de finalització de l'entrevista	Estimada automàticament pel sistema CAPI.
202. Titular o substitut	Per al control de la mostra.
205. Llengua de l'entrevista 206. Dificultat de comprensió o expressió	Si hi ha incoherències, saber si un motiu pot ser un mal coneixement de la llengua.
207. Presència de terceres persones durant l'entrevista	En algunes preguntes d'hàbits o estils de vida, això pot influir en la resposta, per fer-la desitjable.
208. Actitud de la persona davant l'entrevista 209. Fiabilitat de preguntes concretes	Si hi ha incoherències, saber si un motiu pot ser una mala actitud o una manca de fiabilitat.
210. Lloc de l'entrevista P210b. Observació de l'habitatge	En principi han de ser domiciliàries, però no sempre és possible.
211. Tipus d'habitatge 212. Planta 213. Tram d'escales d'accés a la porta de l'edifici 214. Tram d'escales a l'interior de l'edifici 215. Habitabilitat i salubritat de l'habitatge	Per conèixer l'accessibilitat i les característiques de l'habitatge.
219. Situació de la persona entrevistada	Embarassada, en cadira de rodes, utilitza crosses...
216. Observacions	Pregunta oberta.
217. Enquestador o enquestadora	Per conèixer qui és el responsable de l'entrevista.

7. Variables, definicions, indicadors i instruments

En aquest apartat es presenten les variables directes i les variables generades del **qüestionari bàsic** per a adults i per a menors. Es presenten aquelles variables sobre les quals és imprescindible una explicació, ja sigui per al tractament de les dades o per a la seva interpretació. Per obtenir informació més detallada d'algunes definicions, es pot consultar el manual específic d'instrucció de l'enquestador o enquestadora de cada onada semestral.

7.1. Variables sociodemogràfiques

7.1.1. Context sociodemogràfic

L'ESCA 2011-2016 té com a unitat mostral la persona i, per tant, les dades demogràfiques recollides es refereixen a la persona entrevistada: sexe (pregunta 1), edat (pregunta 2), lloc de naixement (pregunta 16), etc. Tot i això, es pregunta sobre la resta de membres que conviuen de manera habitual amb aquesta persona a la mateixa llar amb l'objectiu de conèixer la grandària (pregunta 3) i la composició de la llar, i les característiques dels membres pel que fa al sexe, l'edat i la presència de discapacitats, atès que les característiques del nucli familiar poden ser factors protectors de la salut i el benestar o, contràriament, elements de risc.

Les preguntes que caracteritzen socioeconòmicament la persona entrevistada no sempre segueixen de manera exacta les mateixes definicions que en els registres i les enquestes dels àmbits específics (per exemple, Enquesta de població activa, registre d'atur, etc.), atès que l'interès no és conèixer la situació, sinó particularitzar la persona entrevistada per fer associacions amb les preguntes de salut de la resta del qüestionari.

Aquestes preguntes han servit des de la primera edició de l'ESCA com a variables explicatives —vinculant el treball reproductiu, l'activitat laboral i professional de les persones, el nivell d'estudis, la classe social segons l'ocupació, etc., amb estats de salut, estils de vida o utilització de serveis sanitaris diferenciats— i per mesurar desigualtats socials en salut.

Sexe i edat. El sexe és anotat per l'entrevistador o entrevistadora. L'edat exacta s'estima com a diferència entre la data de l'enquesta i la data de naixement. A partir de l'edat exacta es fa l'agrupació en categories segons el disseny mostral (0-14, 15-44, 45-64, 65-74 i 75 i més), i segons les necessitats específiques per a cada explotació (per exemple, tabac, mamografies, citologies vaginals, sedentarisme, etc.).

Composició de la llar. La composició de la llar es fa a partir de la persona de referència, que és aquella sobre la qual s'estableixen les relacions de parentiu de totes aquelles persones que són residents habituals. Es demana a les preguntes 4-6.

Persones cuidadores a la llar. Les preguntes 8, 9 i 10 recullen si un o més dels membres de la llar presenten alguna discapacitat (resposta múltiple a la pregunta 7) i quina és la persona cuidadora principal de la llar (una única possibilitat de resposta) de les persones discapacitades (pregunta 8), dels menors de 18 anys (pregunta 9) i de les persones de 75 anys i més (pregunta 10).^x Cal tenir en compte en les explotacions que en el cas dels menors d'edat i la població gran s'exclouen les persones que són també discapacitades. Les possibilitats de resposta no permeten fer directament una anàlisi per sexes i cal utilitzar la

^x A l'onada 9 i anteriors, els grups d'edat eren menors de 15 anys (pregunta 9) i 65 anys i més (pregunta 10).

taula familiar per saber el sexe de la parella si es vol conèixer quin és el sexe de la persona cuidadora principal per fer l'anàlisi de gènere.

Treball reproductiu. El context familiar també permet conèixer el repartiment de les tasques familiars i domèstiques entre els diversos components de la llar. Es tracta de dades que permeten mesurar la càrrega de treball reproductiu i la seva distribució entre els membres de la llar, factors fonamentals per entendre les condicions de salut de la població i que, a més, estan associats amb el rol social diferencial d'homes i dones.⁶² Les preguntes 11-13 es refereixen a la distribució de les feines domèstiques (netejar, planxar, comprar, cuinar...) i la dedicació, mesurada en hores i referida tant als dies feiners com als caps de setmana.

A l'edició de 2006 es va incloure, per primera vegada, el fet de tenir una persona contractada per a les tasques domèstiques com a efecte protector de la salut de les dones que intenten conciliar la vida laboral i la familiar.

País de naixement. En cas que la persona entrevistada tingui una nacionalitat diferent de l'espanyola, ha de respondre a una pregunta oberta sobre el país de naixement (pregunta 15). Els països de naixement (pregunta 16) s'agrupen de tres maneres diferents: la primera, en deu categories, segons criteris establerts en anteriors edicions de l'ESCA; la segona, en setze categories, segons les àrees geogràfiques de l'Idescat, i la tercera, a partir d'una reducció a sis grans àrees geogràfiques, també de l'Idescat. Així mateix, es disposa de la llista dels països codificats segons la norma ISO 3166, a petició dels responsables del SIIS (CatSalut).

Taula 18. Agrupació de països per àrees geogràfiques

Categories agrupades	Categories originals
1. Àfrica del Nord	Egipte, Sudan, Somàlia, Líbia, Tunísia, Algèria i Marroc
2. Àfrica subsahariana	Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Cap Verd, República Centreafricana, Txad, Comores, Congo, Costa d'Ivori, Guinea Equatorial, Eritrea, Etiòpia, Gabon, Gàmbia, Ghana, Guinea Conakry, Guinea Bissau, Kenya, Lesotho, Libèria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritània, Maurici, Moçambic, Namíbia, Níger, Nigèria, Ruanda, Sao Tomé i Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Sud-àfrica, Swazilàndia, Tanzània, Togo, Uganda, Zàmbia i Zimbàbue
3. Amèrica Llatina i Carib	Antigua i Barbuda, Argentina, Bahames, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Xile, Colòmbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Equador, el Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Hondures, Jamaica, Mèxic, Nicaragua, Panamà, Paraguai, Perú, Puerto Rico (EUA), Saint Christopher i Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent i les Grenadines, Surinam, Trinitat i Tobago, Uruguai i Veneçuela
4. Est asiàtic i Pacífic	Brunei, Cambodja, Xina, Hong Kong, Fiji, Indonèsia, Kiribati, República Democràtica de Corea, República de Corea, República Democràtica de Laos, Malàisia, Illes Marshall, Micronèsia, Mongòlia, Birmània, Nauru, Palau, Papua Nova Guinea, Filipines, Samoa, Singapur, Illes Salomó, Tailàndia, Timor, Tonga, Tuvalu, Vanuatu i Vietnam
5. Àsia meridional	Bangladesh, Bhutan, Índia, Maldives, Nepal, Pakistan i Sri Lanka
6. Pròxim Orient i Orient Mitjà	Afganistan, Iraq, Iran, Síria, Líban, Jordània, Territoris Ocupats Palestins, Aràbia Saudita, Kuwait, Emirats Àrabs Units, Oman, Qatar, Bahrain, Djibouti i Iemen
7. Europa central i de l'est	Albània, Armènia, Azerbaidjan, Bielorrússia, Bòsnia i Hercegovina, Bulgària, Croàcia, Geòrgia, Kazakhstan, Kirguizistan, Macedònia, República de Moldàvia, Romania, Federació Russa, Sèrbia i Montenegro, Tadjikistan, Turkmenistan, Ucraïna, Uzbekistan i Turquia
8. Unió Europea i afins	Espanya, 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, Liechtenstein, Malta, Mònaco, San Marino i Andorra

9. Altres països de renda alta	Noruega, Islàndia, Suïssa, Estats Units, Canadà, Japó, Nova Zelanda, Austràlia i Israel
99. NC o no classificable	NC o no classificable

Taula 19. Agrupació de països per àrees geogràfiques segons l'Idescat

Categories agrupades	Categories originals
1. Unió Europea (27)	Espanya, 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, Bulgària, Romania i Malta
2. Europa central i oriental	Ucraïna, Rússia, Geòrgia, República de Moldàvia, Armènia, Bielorússia, Sèrbia i Montenegro, Albània, Croàcia, Bòsnia i Hercegovina i Macedònia
3. Resta d'Europa	Suïssa, Andorra, Noruega, Islàndia, Liechtenstein i San Marino
4. Àfrica del Nord i Magrib	Marroc, Algèria, Mauritània, Egipte, Tunísia, Sudan i Líbia
5. Àfrica subsahariana	Senegal, Gàmbia, Nigèria, Mali, Ghana, Guinea, Guinea Equatorial, Guinea Bissau, Costa d'Ivori, Burkina Faso, Sierra Leone, Togo, Benín, Cap Verd, Libèria, Níger i Txad
6. Àfrica central i meridional	Camerun, Congo, Angola, Sud-àfrica, Etiòpia, Kenya, República Democràtica del Congo, Moçambic, República Unida de Tanzània, Ruanda, Maurici, Gabon, República Centreafricana, Uganda, Eritrea, Madagascar, Sao Tomé i Príncipe, Zimbàbue, Somàlia, Malawi, Burundi, Botswana i Zàmbia
7. Amèrica del Nord	Estats Units d'Amèrica, Canadà i Mèxic.
8. Amèrica central	República Dominicana, Hondures, Cuba, el Salvador, Nicaragua, Guatemala, Costa Rica, Panamà, Dominica, Haití, Jamaica, Trinitat i Tobago i Antigua i Barbuda
9. Amèrica del Sud	Equador, Colòmbia, Perú, Argentina, Brasil, Xile, Uruguai, Paraguai, Veneçuela, Surinam i Guyana
10. Orient Mitjà	Israel, Turquia, Síria, Iran, Líban, Jordània, Iraq, Afganistan, Aràbia Saudita, Unió dels Emirats Àrabs, Kuwait i Iemen
11. Àsia central i oriental	Xina, Pakistan, Índia, Bangladesh, Nepal, Kazakhstan, Uzbekistan, Mongòlia, Azerbaidjan, Kirguizistan, Tadjikistan i Turkmenistan
12. Sud-est asiàtic	Filipines, República de Corea, Tailàndia, Indonèsia, Malàisia, Vietnam, Singapur, Sri Lanka, Cambodja, República Democràtica Popular de Corea, Birmània i Laos
13. Japó	Japó
14. Oceania	Austràlia, Nova Zelanda i Fiji
15. Apàtrides + NC + altres	= NC
99. NC o no classificable	NC o no classificable

Taula 20. Agrupació de països per grans àrees geogràfiques

Categories agrupades	Categories originals
1. Europa	1. Unió Europea (27), 2. Europa central i oriental, 3. Resta d'Europa
2. Àfrica	4. Àfrica del Nord i Magrib, 5. Àfrica subsahariana, 6. Àfrica central i meridional
3. Amèrica	7. Amèrica del Nord, 8. Amèrica central, 9. Amèrica del Sud
4. Àsia	10. Orient Mitjà, 11. Àsia central i oriental, 12. Sud-est asiàtic, 13. Japó
5. Oceania	14. Oceania
6. Apàtrides + NC + altres	15. Apàtrides + NC + altres

Població immigrada. La definició de persona immigrant per a la població de 15 anys i més sorgeix del treball de Malmusi i Jansà,⁶³ que determina els immigrants com aquelles persones que han nascut fora d'Espanya, que no tenen nacionalitat espanyola i el temps de residència continuada a Espanya de les quals és inferior als deu anys.

El qüestionari de l'ESCA 2011-2016, igual que en el cicle precedent, inclou la nacionalitat (pregunta 15), el país de naixement quan no és Espanya (pregunta 16) i l'any d'arribada tant de la persona entrevistada (pregunta 17) com dels progenitors, en el cas dels qüestionaris de menors (M6, M7, M17 i M18). Per a l'anàlisi de les dades, es disposa de diferents agrupacions de països de naixement, segons criteris geopolítics.

La definició d'immigrant adult no és adequada per a la població d'entre 0 i 14 anys, atès que molts d'aquests menors són nascuts a Espanya però pertanyen a famílies immigrants. No disposem d'una definició de menor immigrant que sigui semblant a la dels adults i que sigui capaç d'identificar adequadament el grup, ja que si la definició és molt restrictiva apareixen problemes de fiabilitat per la poca grandària mostral, mentre que si la definició és laxa es perden els elements identificatius diferenciats de la resta de població infantil.

Nivell d'estudis. El qüestionari demana (pregunta 18) el nivell d'estudis més alt assolit, d'acord amb la proposta de Domingo (2013), desglossat en deu categories qualitatives basades en els cicles i les titulacions d'estudis reglats existents al nostre país, que poden agrupar-se en tres: estudis primaris o sense estudis, secundaris i universitaris.

Taula 21. Categories del nivell d'estudis

Agrupades	Originals
Estudis primaris o sense estudis	<ol style="list-style-type: none"> 1. No sap llegir ni escriure. 2. Estudis primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària. 3. Estudis primaris complets: primària completa (LOGSE) o cinc cursos aprovats d'EGB o programes de garantia social o PQPI (Programa de qualificació professional inicial) o ESO incompleta.
Estudis secundaris	<ol style="list-style-type: none"> 4. Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa, haver aprovat les proves d'accés a cicles formatius de grau mitjà. 5. Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat LOGSE o LOE, PREU o COU, o prova d'accés a la universitat per a més grans de 25 anys. 6. Formació professional de grau mitjà (oficialia industrial, FPI, cicles formatius de grau mitjà). 7. Formació professional de grau superior (mestratge industrial, FPPII, cicles formatius de grau superior, estudis d'arts aplicades i oficis).
Estudis universitaris	<ol style="list-style-type: none"> 8. Ensenyaments universitaris de primer cicle: diplomatura universitària, arquitectura i enginyeria tècnica, ensenyaments universitaris de cicle curt, ensenyaments universitaris de primer cicle (tres cursos). 9. Ensenyaments universitaris de segon cicle: llicenciatura, arquitectura, enginyeria o graus. 10. Estudis universitaris de doctorat, postgrau, màster, MIR o equivalent.

Situació laboral principal de la persona entrevistada. L'entorn laboral, en especial la seguretat i l'autonomia, té un pes fonamental en la salut física i mental de la població. La situació d'incertesa de la crisi econòmica i financera pot tenir un impacte sobre la salut que és possible avaluar a partir d'aquest conjunt de preguntes. La pregunta 19 (situació laboral actual de la unitat mostral) discrimina la població activa de la no activa i, alhora, entre els realment ocupats i els aturats, d'una banda, i diferents categories de no actius, d'altra banda. Entre els aturats és possible diferenciar els que reben algun subsidi o prestació dels que no.

A les persones ocupades se'ls demana sobre l'estabilitat laboral amb dues preguntes més: la primera tracta de la probabilitat de perdre la feina (pregunta 20) i la segona, del tipus de

contractació (pregunta 25). A les persones aturades, se'ls pregunta el temps que fa que estan a l'atur ininterrompudament (pregunta 21). A les persones que estan a l'atur sense prestació, a les persones que fan feines de la llar, als estudiants i a les persones amb incapacitat o invalidesa permanent, se'ls demana si han treballat anteriorment de manera remunerada (pregunta 22).

Condicions de treball. Les preguntes sobre condicions de treball informen, per a les persones entrevistades que han perdut la feina, sobre quin ha estat el motiu (pregunta 110); per a les persones jubilades, sobre l'any de jubilació (pregunta 111), i per a les persones entrevistades que treballen, sobre el tipus de jornada (pregunta 112), la flexibilitat horària (pregunta 113), el nombre d'hores treballades durant la darrera setmana (pregunta 114) i la satisfacció amb les condicions laborals (pregunta 115). S'entén que aquestes variables poden influir en la salut física i mental i la qualitat de vida de la població.

Classe social segons l'ocupació. La posició social de les persones i la seva relació amb l'activitat laboral exerceixen un gran impacte sobre la seva salut i qualitat de vida,⁶⁴ per la qual cosa és rellevant disposar d'una variable socioprofessional com a *proxy* de la classe social segons l'ocupació. Per determinar la classe social, s'utilitza la proposta de classe social ocupacional agrupada I, en sis categories, i agrupada III, en tres categories, del grup de treball de Determinants Socials de la Societat Espanyola d'Epidemiologia (CSO-SEE 2012).⁶⁵ La classe social ocupacional es codifica a partir de la Classificació catalana d'ocupacions de l'any 2011 (CCO 2011).

Aquesta classificació actualitza la proposada per la Societat Espanyola d'Epidemiologia de l'any 1995 (CSO 1995), que es basava en la Classificació catalana d'ocupacions de 1994, segons la proposta de Domingo i Marcos (1989),⁶⁶ i que s'havia inclòs en les edicions de l'ESCA precedents.

Per incloure cada persona entrevistada en una de les categories següents, es té en compte la pregunta sobre l'ocupació actual o anterior de la persona de referència de la llar, codificada amb tres dígits segons la Classificació catalana d'ocupacions de 2011 (CCO 2011) i el nivell d'estudis. La variable "ocupació" es complementa, a l'efecte de codificació, amb la informació sobre l'activitat de l'empresa, la grandària de l'empresa i la situació laboral, tal com s'havia fet a les edicions anteriors de l'ESCA (preguntes 27-32, quan es pren la persona de referència de la llar per establir la classe social de la persona entrevistada, i preguntes 18, 19, 22, 23, 24 i 26, quan la persona entrevistada és la persona de referència de la llar).

Taula 22. Preguntes del qüestionari de l'ESCA que intervenen en la construcció de la variable "classe social ocupacional (CSO)"

Si persona entrevistada = persona de referència de la llar (PR)	Si persona entrevistada ≠ PR	Si persona entrevistada ≠ menor	Comentari
24	31	M14 o M25 o 31	Ocupació
26	32	M16 o M27 o 32	Persones a càrrec
23	30	M13 o M24 o 30	Activitat de l'empresa; serveix de control de la pregunta 24
18	27	M9 o M20 o 27	Nivell d'estudis; serveix de control de la pregunta 24

La proposta de la SEE de CSO 2012 permet diverses agrupacions, de set categories (exhaustiva), de sis (agrupada I), de cinc (agrupada II), de tres (agrupada III) i de dues (agrupada IV). Per tal de mantenir la comparabilitat amb edicions anteriors de l'ESCA, s'ha optat per l'agrupació en sis categories i en tres. Tot i això, es produeixen canvis entre les categories de la CSO 1995 i la CSO 2012, particularment en el cas de l'agrupació de tres categories.

D'altra banda, l'ESCA 2011-2016, a partir de l'experiència d'edicions anteriors, incorpora una setena categoria en què inclou població no classificable, a fi d'evitar incloure un biaix en alguna de les categories considerades. Les característiques sociodemogràfiques de la població amb dificultats per ser classificada en les categories proposades de classe social són les següents: persones que no treballen ni han treballat mai i que viuen soles (generalment són dones vídues d'edat avançada que no havien treballat).

Taula 23. Correspondència entre les categories de la CSO 1995⁶⁷ (abreujada) i les categories de la CSO 2012 (classificació agrupada I)

CSO 1995 (abreujada)		CSO 2012 (agrupada I)	
I	Directius de l'Administració pública i d'empreses de deu assalariats o més. Professions associades a titulacions de 2n i 3r cicle universitari	I	Directors i gerents d'establiments de deu assalariats o més i professionals tradicionalment associats a llicenciatures universitàries
II	Directius de l'Administració pública i d'empreses de menys de deu assalariats. Professions associades a titulacions de 1r cicle universitari. Tècnics superiors. Artistes i esportistes	II	Directors i gerents d'establiments de menys de deu assalariats, professionals tradicionalment associats a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic. Esportistes i artistes
III	Empleats de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat. Treballadors per compte propi. Supervisors de treballs manuals	III	Ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi
IV A	Treballadors manuals qualificats	IV	Supervisors i treballadors en ocupacions tècniques qualificades
IV B	Treballadors manuals semiqualicats	V	Treballadors qualificats del sector primari i altres treballadors semiqualicats
V	Treballadors no qualificats	VI	Treballadors no qualificats

Els grups socioeconòmics de la CSO 1995 i de la CSO 2012 s'agrupen en tres categories d'anàlisi: classe alta o benestant, classe mitjana i classe baixa o desfavorida. Tanmateix, la correspondència dels grups no és la mateixa en cada cas.

Taula 24. Correspondència entre les categories de la CSO 2012 (agrupades III i I) i la CSO 1995 (abreujada)

	CSO 2012 agrupada III	CSO 2012 agrupada I	CSO 1995 abreujada
Classe alta o benestant	I. Directors i gerents i professionals universitaris	Grup I Grup II	Grup I Grup II
Classe mitjana	II. Ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi	Grup III	Grup III Grup IV a
Classe baixa o desfavorida	III. Treballadors manuals	Grup IV Grup V Grup VI	Grup IV b Grup V
No classificable			

Ingressos familiars. En el qüestionari bàsic de l'ESCA 2011-2016 s'havia inclòs una pregunta (pregunta 33) sobre el nivell d'ingressos nets mensuals familiars, és a dir, sobre la quantitat de diners que entra a la llar cada mes gràcies a l'aportació de tots els seus membres i per tots els conceptes, mesurada en intervals i no en quantitats exactes. Els resultats d'aquesta pregunta es van revelar poc vàlids (un 41,6% de la població catalana va respondre que no ho sabia o no va contestar, el 21,9% i el 19,7%, respectivament), per la qual cosa es va acordar eliminar-la a partir de l'onada 10 (primer semestre de 2015).^y

Capacitat de la llar per arribar a final de mes. Des de l'onada 6 (primer semestre de 2013), s'inclou als tres qüestionaris una pregunta (pregunta 116) extreta de l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de l'Idescat sobre com acostuma a arribar a final de mes la família. La pregunta valora la dificultat o facilitat de la família de la persona entrevistada per arribar a final de mes, sense que hagi de declarar els ingressos nets mensuals. Les categories de respostes són: amb molta dificultat, amb dificultat, amb certa dificultat, amb certa facilitat, amb facilitat i amb molta facilitat.

7.1.2. Cobertura sanitària

Les persones entrevistades són interrogades sobre els diversos tipus de cobertura sanitària de què disposen (pregunta 34), amb l'objectiu principal de conèixer el volum de població que té dret a l'assistència sanitària mitjançant el sistema públic de salut i que, a més, té contractades assegurances privades, allò que s'anomena *dobla cobertura*. La disponibilitat o no de doble cobertura es relaciona amb la classe social i els recursos de les famílies, alhora que pot establir diferències en el moment d'accedir —i utilitzar— als serveis sanitaris i les pràctiques preventives.

Doble cobertura. Aquesta variable es calcula a partir de la població que declara tenir dret a l'assistència sanitària pública i al mateix temps estar afiliada a una mútua sanitària privada concertada individualment o pagada per la seva empresa. És a dir, tenen dret a les opcions 1, 2 o 3 de la pregunta 34 i, a més, disposen de les opcions 4 o 5. Les tres primeres opcions són excloents (taula 25).

^y Dades que fan referència a les onades 1-8. Reunió de l'equip ESCA i Lucía Baranda. 29 de juliol de 2014.

Taula 25. Determinació de la doble cobertura sanitària a partir de la pregunta 34

Modalitat dels serveis sanitaris	Caràcter de la modalitat	Titularitat	Proveïdor
1. Servei Català de la Salut (té la targeta sanitària individual o TSI).	Obligatori	Pública	Públic
2. Mútua d'afiliació obligatòria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) amb prestació sanitària del Servei Català de la Salut .			
3. Mútua d'afiliació obligatòria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) amb prestació sanitària d'una assegurança privada .			
4. Assegurança sanitària privada, concertada individualment . Ha de ser una assegurança sanitària global, per exemple, Adeslas, Sanitas, Asisa, Axa, etc. No es tenen en compte les assegurances parcials, com poden ser assegurances dentals, mútues obligatòries d'accidents de treball, assegurances escolars o de federacions esportives o assegurances de viatge.	Voluntari	Privada	Privat
5. Assegurança sanitària privada, pagada per l'empresa . Ha de ser una assegurança sanitària global, per exemple, Adeslas, Sanitas, Asisa, Axa, etc. No es tenen en compte les assegurances parcials, com poden ser assegurances dentals, mútues obligatòries d'accidents de treball, assegurances escolars o de federacions esportives o assegurances de viatge.			

Modalitat dels serveis sanitaris utilitzats més freqüentment durant els últims dotze mesos. Aquestes modalitats poden ser serveis sanitaris públics (del Servei Català de la Salut o d'una assegurança pagada per la mútua obligatòria) o privats (assegurances sanitàries pagades particularment o metges particulars). Disposar o no de doble cobertura sanitària condiona la modalitat dels serveis sanitaris que s'utilitzen.

En funció de la titularitat del proveïdor —i no del caràcter obligatori o optatiu de la provisió del servei— es pot distingir entre servei públic de proveïdor de titularitat pública (Servei Català de la Salut), servei públic de proveïdor de titularitat privada (assegurança pagada per la mútua obligatòria) i servei privat (assegurances sanitàries pagades particularment o metges particulars) (pregunta 35).

Satisfacció amb els serveis sanitaris. La satisfacció amb els serveis sanitaris més freqüentment utilitzats en els darrers dotze mesos pot ser analitzada globalment o segons modalitat de servei (pregunta 36).

S'entén per **satisfacció amb els serveis sanitaris públics** la satisfacció amb els serveis de titularitat pública, és a dir, amb el Servei Català de la Salut (pregunta 35, opció 2). S'entén per **satisfacció amb els serveis sanitaris privats** la resta d'opcions.

7.2. Estat de salut

7.2.1. Autopercepció de l'estat de salut

Un dels avantatges de les enquestes de salut és que permeten obtenir informació sobre l'estat de salut i la qualitat de vida del conjunt de la població a partir de les seves experiències i percepcions subjectives. La mesura de l'estat de salut de la població permet identificar grups de risc, estimar necessitats de serveis sanitaris i disposar d'indicadors per establir objectius o per avaluar les polítiques públiques de salut del Pla de salut de Catalunya.

L'autopercepció de l'estat de salut de les persones expressa la sensació de benestar individual. Està àmpliament acceptat que l'autopercepció de l'estat de salut és un bon indicador de l'estat de salut i que una mala valoració és un bon predictor de mortalitat i morbiditat.^{68,69,70,71,72}

L'ESCA 2011-2016 manté les categories de resposta de les edicions anteriors de l'ESCA, per coherència interna (pregunta 37). A més, des de l'onada 3 fins a l'onada 13 (a l'onada 14 s'elimina) incorpora la mateixa pregunta amb les categories de resposta diferent: molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta (pregunta 37_b). Aquesta segona pregunta forma part del mòdul mínim europeu de salut (MEHM), inclòs a l'EHIS i a l'ENSE.

Taula 26. Categories de les dues preguntes sobre percepció de l'estat de salut

37 (ESCA)	37_b (MEHM)
Excel·lent	Molt bona
Molt bona	Bona
Bona	Regular
Regular	Dolenta
Dolenta	Molt dolenta

L'autopercepció de l'estat de salut (pregunta 37) es transforma en dicotòmica per a algunes anàlisis (taula 27).

Taula 27. Categories agrupades de les dues preguntes sobre percepció de l'estat de salut

Agrupades	Originals
Percepció positiva de l'estat de salut o bona salut	Excel·lent Molt bona Bona
Percepció negativa de l'estat de salut o mala salut	Regular Dolenta

L'autopercepció de l'estat de salut amb les categories europees (37_b) també es pot transformar en dicotòmica (taula 28).

Taula 28. Categories agrupades de les preguntes sobre percepció de l'estat de salut (europea)

Agrupades	Originals
Percepció positiva de l'estat de salut	Molt bona Bona
Percepció negativa de l'estat de salut	Regular Dolenta Molt dolenta

La coincidència entre les dues preguntes és elevada (anàlisi dels resultats de les onades 2-11). Així, la percepció positiva global amb la pregunta catalana és del 81,7%, i amb la pregunta europea, del 81,0%.

7.2.2. Qualitat de vida relacionada amb la salut en la població adulta

EuroQol. El qüestionari de l'ESCA 2011-2016 inclou la bateria 5Q-5D d'EuroQol© Group,^{73,74} un instrument genèric i senzill de mesura de la qualitat de vida amb relació a la salut de la població.

En l'ESCA 2011-2016 s'inclouen dos elements del qüestionari proposat per EuroQol: una bateria que mesura problemes o limitacions autopercebudes de la salut i una escala visual analògica (EVA):

1. La bateria EQ-5D (pregunta 40_a), en què la persona valora el seu estat de salut el dia de l'entrevista amb cinc nivells de gravetat (1, sense problemes; 2, problemes lleus; 3, problemes moderats; 4, problemes greus, i 5, problemes extrems o impossibilitat) en cinc dimensions: mobilitat (caminar), cura personal (rentar-se o vestir-se), activitats quotidianes (treballar, estudiar, fer les feines de la llar o activitats de lleure), dolor/malestar i ansietat/depressió. L'estat de salut de la persona és una combinació de la gravetat de les cinc dimensions analitzades. Els estats de salut possibles van des d'11111, quan la persona entrevistada respon que no té problemes en cap de les dimensions analitzades, fins a 55555, quan la gravetat és màxima en totes les dimensions. Les combinacions possibles d'estat de salut són 3.125.
2. L'escala visual analògica, en la qual la persona puntua el seu estat de salut el dia de l'entrevista mitjançant un termòmetre amb valors que van des de 0, pitjor estat de salut imaginable, fins a 100, millor estat de salut imaginable (pregunta 40_b).

Aquestes dues parts són les que normalment es fan servir per valorar la qualitat de vida de les persones entrevistades. Una tercera part, que s'utilitza per obtenir les preferències dels subjectes per determinats estats de salut, dona lloc a un índex que atorga valors individuals que representen la preferència per determinats estats de salut hipotètics. L'estimació de les preferències en la població general i en grups de pacients s'ha fet mitjançant el mètode d'equivalència temporal o *time trade-off*.⁷⁵ Aquest darrer índex permet obtenir una tarifa social de valors que, juntament amb els anys de vida, permet estimar els anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) i dur a terme l'anàlisi cost-efectivitat.⁷⁶ Així doncs, l'EuroQol és una mesura multidimensional de la qualitat de vida relacionada amb la salut que pot expressar-se com un perfil d'estat de salut o com un valor índex.

La primera versió de la bateria EuroQol, de 1990, constava de sis dimensions de qualitat de vida relacionada amb la salut (mobilitat, activitats quotidianes, relacions socials, activitats principals, dolor/malestar i ansietat/depressió) amb dues o tres possibilitats de resposta. Aquesta versió va ser modificada el 1991, quan les dimensions d'anàlisi es van reduir a cinc, cadascuna amb tres possibilitats de resposta (EQ-5D-3L), i després es van ampliar a cinc dimensions amb cinc opcions de resposta cadascuna (EQ-5D-5L).

L'índex EQ-5D resumeix en una única puntuació el valor que la societat assigna a l'estat de salut definit per limitacions o problemes en les cinc dimensions que mesura,^z va d'1 (millor estat de salut possible) a valors negatius (situacions pitjors que la mort). Aquest índex ha definit la mínima diferència clínicament important (MDCI) en 0,07, de manera que tota diferència de puntuació entre dos grups de població que superi aquesta mínima es considera estadísticament significativa.^{77,78}

La versió de l'EQ-5D-3L ha estat validada a Espanya^{79,80} i a Catalunya,⁸¹ tant per a la població general com per a submostres de pacients, grups específics de població o nivells assistencials.⁸² A Catalunya, aquest instrument ha estat inclòs en totes les edicions de l'ESCA com a mesura de qualitat de vida amb relació a la salut i únicament en l'edició de 2006 es va complementar amb el qüestionari SF-12, un altre instrument d'aproximació a la qualitat de vida.⁸³

En el qüestionari de l'ESCA 2011-2016 s'han inclòs ambdues versions, EQ-5D-3L i EQ-5D-5L (vegeu la taula següent per saber a quines onades s'han inclòs aquestes versions). Els anys 2011 i 2012 van coincidir totes dues versions (3L i 5L). A l'onada 14 (primer semestre de 2017) s'elimina aquest instrument.

Taula 29. Versions de la bateria 5Q-5D incloses en l'ESCA, segons onades semestrals

Onada de l'ESCA	EuroQol 5D-3L	EuroQol 5D-5L
1 (2010_2)	✓	✗
2 (2011_1)	✓	✓
3 (2011_2)	✓	✓
4 (2012_1)	✓	✓
5 (2012_2)	✓	✓
6 (2013_1)	✗	✓
7 (2013_2)	✗	✓
8 (2014_1)	✗	✓
9 (2014_2)	✗	✓
10 (2015_1)	✗	✓
11 (2015_2)	✗	✓
12 (2016_1)	✗	✓
13 (2016_2)	✗	✓

^z La sintaxi de l'estimació de la puntuació en un únic valor no està disponible.

Taula 30. Diferents categories de resposta de les dues versions de l'EuroQol. Exemple en la categoria de mobilitat

EuroQol 5D-3L	EuroQol 5D-5L
No té problemes per caminar	No té problemes per caminar
Té alguns problemes per caminar	Té problemes lleus per caminar
Ha de fer llit	Té problemes moderats per caminar
	Té problemes greus per caminar
	No pot caminar

La Montserrat Ferrer (IMIM) lidera el subprojecte “Avaluació dels avantatges mètrics del nou EQ-5D-5L i les normes de referència”, subvencionat per l'Institut de Salut Carlos III, en el qual participen els tècnics i els responsables de l'ESCA i que forma part del projecte “Estudi coordinat sobre la nova versió de l'EuroQol (EQ-5D-5L) per al seu ús a Espanya”. S'ha treballat en les normes de referència de l'EQ-5D-5L^{aa} i en un algoritme de transició obtingut a partir de l'EQ-5D-3L que els investigadors del grup EuroQol han desenvolupat.⁸⁴

7.2.3. Qualitat de vida relacionada amb la salut en la població infantojuvenil

En la població infantil, tot i que hi ha una adaptació transcultural de la versió espanyola del qüestionari de l'EuroQol-5D-Y,⁸⁵ entre els nombrosos instruments per mesurar la qualitat de vida relacionada amb la salut en edats infantils i adolescents,⁸⁶ s'ha optat per incloure el Kidscreen i el mòdul *Child Health and Illness Profile-Child Edition* (CHIP-CE) de qualitat de vida, tal com ja es va fer a l'edició de l'ESCA 2006.

Kidscreen-10. Kidscreen ha estat desenvolupat simultàniament a tretze països d'Europa, inclòs l'Estat espanyol, en una mostra de més de 20.000 infants i joves d'entre 8 i 18 anys, dels quals 924 residien a Espanya.^{87,88} Recull les dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut que són importants per a la població infantil i adolescent, com ara el benestar físic, el benestar psicològic, l'autoestima i la relació amb els pares, els amics i el suport social i l'entorn escolar. Hi ha diferents versions, tant per als mateixos infants d'entre 6 i 18 anys com per recollir la informació dels seus pares, i segons l'extensió del qüestionari hi ha tres instruments —el Kidscreen-52, el Kidscreen-27 i el Kidscreen-10—, que van ser desenvolupats i validats simultàniament als països participants.^{89,90,91}

En el qüestionari infantil de l'ESCA 2011-2016 es va incloure la versió del Kidscreen-10 adreçada als pares i mares dels menors d'entre 8 a 14 anys d'edat (pregunta M28), per obtenir una mesura resum de la qualitat de vida referida a l'última setmana. A l'ESCA 2011-2016, com a l'edició de 2006 i en el cicle 2010-2014, incloses va incloure la població d'entre 6 i 8 anys, per augmentar la població de referència.

L'instrument consta de deu ítems que recullen part del contingut de les cinc dimensions del Kidscreen-27, amb resposta del tipus Likert de cinc nivells de l'escala de freqüència o d'intensitat, des de “gens” o “mai” a “moltíssim” o “sempre”, a partir dels quals s'obté una puntuació global útil per a la recerca i el cribratge. El període recordatori de bona part de les preguntes és d'una setmana. Les puntuacions es calculen per a cadascuna de les deu

^{aa} Projecte FIS 2014 “Estudio coordinado sobre la nueva versión del EuroQol (EQ-5D) para su uso en España” (IP Montse Ferrer).

preguntes. Aquesta puntuació s'estandarditza 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 a la mitjana europea.

Taula 31. Kidscreen: preguntes sobre qualitat de vida relacionada amb la salut en menors

Amb quina freqüència, durant l'última setmana, diria vostè que el nen o nena...
1. s'ha sentit bé i en forma?
2. s'ha sentit ple o plena d'energia?
3. s'ha sentit trist o trista?
4. s'ha sentit sol o sola?
5. ha tingut temps per a ell o ella?
6. ha pogut triar què fer en el seu temps lliure?
7. ha estat tractat o tractada de manera justa pels seus pares?
8. s'ha divertit amb els seus amics o amigues?
9. s'ha trobat a gust a l'escola?
10. ha pogut posar atenció?

L'Eurobaròmetre 2008 i l'ENSE 2011-2012 han eliminat de l'anàlisi del Kidscreen-10 l'ítem 7, atès que el qüestionari infantil és indirecte i la pregunta no discrimina. A l'hora d'estimar l'indicador sintètic, l'ENSE 2011-2012 substitueix l'ítem 7 per la pregunta 37_b, de percepció de l'estat de salut. Aquesta modificació en el càlcul ha comportat problemes de construcció de l'indicador sintètic i de comparabilitat amb el resultat de l'instrument original, i que fa servir l'ESCA.

Child Health and Illness Profile, Child and Adolescent Edition. El *Child Health and Illness Profile, Child and Adolescent Edition (CHIP)*⁹² és un instrument genèric de qualitat de vida que disposa de dues versions: una versió infantil destinada als menors d'entre 6 i 11 anys (CHIP-CE) i una d'adults per als adolescents d'entre 11 i 17 anys (CHIP-AE). El qüestionari està pensat perquè pugui ser contestat directament pel menor entrevistat (CHIP-CE/CRF —*Child Report Form*— i CHIP-AE), però també hi ha la versió per a informadors indirectes (pare i/o mare) (CHIP-CE/PRF —*Parent Report Form*—). Aquest instrument conté diferents dimensions de la salut referides a les últimes quatre setmanes, que varien segons si es tracta del qüestionari autoadministrat o de l'indirecte, i de si va destinat a infants o a adolescents.

Les dimensions comunes a la versió infantil i d'adolescents són la satisfacció (1), el benestar (2), la resistència (3), els comportaments de risc (4) i la consecució de funcions (5). En el cas de la versió d'adolescents (CHIP-AE), hi ha una sisena dimensió dedicada a les malalties. Ambdues versions han estat traduïdes i validades al català i al castellà.^{93,94,95} A més, cadascuna de les dimensions es descompon en diverses subdimensions, i les subdimensions es descomponen al seu torn en índexs.

Tres preguntes del qüestionari de menors tenen l'origen en el CHIP-CE/PRF, validat per a la població espanyola d'entre 6 i 12 anys:⁹⁶

- 1) **M29**, que es correspon amb la dimensió de comportaments de risc del CHIP-CE/PRF. S'administra a la població d'entre 6 i 14 anys (tot i que la població de referència és d'entre 6 i 12 anys). La pregunta consta de vuit ítems sobre les conductes del menor en l'àmbit familiar i escolar que poden condicionar la salut individual. Les categories de resposta són de tipus Likert amb cinc opcions, que van des de "mai" fins a "sempre" i que puntuen d'1 a 5. La puntuació global de la dimensió es genera a partir de la mitjana dels ítems i cal que les respostes a les preguntes superin el 75%. La dimensió puntua en sentit positiu; consegüentment, els valors més elevats mostren menys comportaments de risc. La mitjana dels vuit ítems s'estandarditza a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10. Com més alta és la puntuació de la pregunta, millor és el resultat en salut en la dimensió de comportaments de risc. Un resultat de 43 o menor indica mala salut en aquesta dimensió; un resultat d'entre 44 i 56 es considera normal, i si és de 57 o superior es considera excel·lent.^{bb}

Taula 32. CHIP: preguntes de la dimensió de comportaments de risc (M29)

Durant les quatre últimes setmanes el nen o la nena, quantes vegades...
1. ha fet coses perilloses?
2. ha dit a algú que li pegaria?
3. ha estat desobedient per sortir-se amb la seva?
4. ha estat amb nens o nenes que acostumen a ficar-se en embolics?
5. s'ha ficat amb altres nenes o nenes?
6. s'ha ficat en embolics a l'escoles?
7. s'ha portat bé amb el seu professor o professora?
8. s'ha distret molt a classe?

- 2) **M35**, subdimensió d'activitat física de la dimensió de resistència del CHIP-CE/PRF. S'administra a la població d'entre 6 i 14 anys (la població de referència és d'entre 6 i 12 anys). Consta de sis ítems, tres dels quals es vinculen amb activitat física intensa i tres, amb limitacions. Les categories de resposta són de tipus Likert amb cinc opcions, que van des de "cap dia" fins a "cada dia" i que puntuen d'1 a 5. La puntuació global de la dimensió es genera a partir de la mitjana dels ítems i cal que les respostes a les preguntes superin el 83%. La dimensió puntua en sentit positiu; consegüentment, els valors més elevats mostren més activitat física. La mitjana dels sis ítems s'estandarditza amb una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10. Com més alta és la puntuació de la pregunta, millor és el resultat en salut en la subdimensió d'activitat física. Un resultat de 43 o menor indica mala salut en aquesta subdimensió; un resultat d'entre 44 i 56 es considera normal, i si és de 57 o superior es considera excel·lent.

^{bb} <http://www.childhealthprofile.org>

Taula 33. CHIP: preguntes de la subdimensió d'activitat física (M35)

Durant les quatre últimes setmanes, quants dies el nen o la nena...
1. ha participat en jocs d'esforç físic o esport?
2. ha fet esport o exercici físic fins a quedar-se sense alè o suar molt?
3. ha corregut molt mentre jugava o feia esport?
4. ha tingut dificultat per caminar?
5. ha tingut dificultat per pujar escales?
6. ha tingut dificultat per córrer?

- 3) **M33**, índex de consum de productes hipercalòrics, contingut en una versió extensa del CHIP-CE. S'administra a la població d'entre 3 i 14 anys (la població de referència de l'instrument és d'entre 6 i 11 anys). Consta de quatre ítems sobre la freqüència de consum de diversos tipus de productes hipercalòrics durant la darrera setmana. Les categories de resposta són de tipus Likert amb cinc opcions, que van des de "més d'un cop al dia" fins a "cap vegada" i que puntuen d'1 a 5. L'índex puntua en sentit positiu: com més puntuació, millors hàbits alimentaris. S'estima l'indicador de consum freqüent de productes hipercalòrics, entès com aquells menors d'entre 3 i 14 anys que consumeixen quatre o més vegades a la setmana productes hipercalòrics, com ara menjar ràpid, begudes ensucrades, productes amb sucre o pisolabis i menjars salats.

Taula 34. CHIP: preguntes de l'índex de consum de productes hipercalòrics (M33)

Durant els darrers set dies, quantes vegades el nen o la nena ha pres...
1. menjar ràpid, com ara pollastre fregit, pizzas, hamburgueses...?
2. begudes amb sucre, com ara refrescs amb sucre?
3. productes amb sucre, com ara pastes, brioixeria industrial, caramels...?
4. pisolabis o menjars salats, com ara patates fregides, galetes salades...?

7.2.4. Índex de massa corporal

A partir del pes (pregunta 38) i la talla (pregunta 39) declarats per la persona entrevistada és possible estimar l'índex de massa corporal (IMC) i determinar l'excés de pes de la població. Un IMC elevat és un factor de risc important de malalties no transmissibles com ara les malalties cardiovasculars (fonamentalment, cardiopatia i accident cerebrovascular), la diabetis, els trastorns de l'aparell locomotor i alguns tipus de càncer. En els infants, l'obesitat s'associa amb mort prematura i discapacitat en l'edat adulta, però també amb un risc més elevat de patir malalties respiratòries o hipertensió, entre d'altres. L'IMC és un indicador de la relació entre el pes i la talla i es calcula dividint el pes d'una persona en quilograms pel quadrat de la seva talla en metres (kg/m^2).

En els adults d'entre 18 i 74 anys, a partir de l'IMC es categoritza la població segons la relació normal entre el seu pes i la talla (normopès), l'excés de pes (sobrepès i obesitat) o el baix pes (infrapès). La població de 75 anys i més no té un valor de referència clar, motiu pel qual és exclosa de l'anàlisi.

Taula 35. Determinació de les categories a partir de l'índex de massa corporal en la població d'entre 18 i 74 anys

Categories	IMC
Infrapès	< 18,5
Pes normal	de $\geq 18,5$ a < 25
Sobrepès	de ≥ 25 a < 30
Obesitat	≥ 30

Per definir l'excés de pes en menors, no hi ha un únic criteri ni unes edats de referència predefinides.

A l'edició de 2006 de l'ESCA, per a la població d'entre 2 i 18 anys, les categories de sobrepès i obesitat es van concretar a partir de la taula de consens nacional.^{97,98} Aquestes taules difereixen de les taules de referència internacionals de la *International Obesity Task Force* (IOTF) o taules de Cole,⁹⁹ realitzades a partir de població procedent del Brasil, el Regne Unit, Hong Kong, els Països Baixos, Singapur i els Estats Units, i utilitzades com a referència pel Ministeri de Sanitat, Polítiques Socials i Igualtat. Les diferències entre ambdues taules no són significatives, però l'ús d'unes taules emprades només en el context espanyol impedeix la comparació d'aquests indicadors amb altres països. Quant a l'infrapès, Cole¹⁰⁰ també estableix unes taules per classificar els menors amb pes insuficient.

L'any 2011, la Fundació Faustino Orbegozo Eizaguirre publica les corbes i les taules de creixement a partir d'un estudi longitudinal de seguiment d'infants nascuts entre el 1978 i el 1980 d'una mostra representativa de Biscaia.¹⁰¹

A més de les dues taules esmentades, l'OMS ha desenvolupat unes noves corbes i unes taules de referència amb nous punts de tall per definir el sobrepès i l'obesitat^{102,103} en la població de 0-19 anys (taula 36). Des del Servei del Pla de salut es va dur a terme una revisió de les taules,¹⁰⁴ tenint en compte els biaixos en la seva utilització, les possibilitats comparatives amb altres enquestes de salut i la possibilitat d'estimar els nous punts de tall en les edicions anteriors.

A l'ESCA 2011-2016 es presenten les dades de prevalença d'obesitat i sobrepès en menors d'acord amb aquestes taules de referència de l'OMS en la població de 0-19 anys. Les taules de consens nacional només es fan servir en les anàlisis de comparació dels valors actuals amb els de 2006.

A continuació es presenten els punts de tall del sobrepès i l'obesitat per a nens i nenes de la taula de l'OMS.

Taula 36. Punts de tall del sobrepès i l'obesitat infantil. Taula de l'OMS

Edat (anys)	Nois		Noies	
	Sobrepès 1 DE	Obesitat 2 DE	Sobrepès 1 DE	Obesitat 2 DE
5,5	16,7	18,4	16,9	19,0
6	16,8	18,5	17,0	19,2
6,5	16,9	18,7	17,1	19,5
7	17,0	19,0	17,3	19,8
7,5	17,2	19,3	17,5	20,1
8	17,4	19,7	17,7	20,6
8,5	17,7	20,1	18,0	21,0
9	17,9	20,5	18,3	21,5
9,5	18,2	20,9	18,7	22,0
10	18,5	21,4	19,0	22,6
10,5	18,8	21,9	19,4	23,1
11	19,2	22,5	19,9	23,7
11,5	19,5	23,0	20,3	24,3
12	19,9	23,6	20,8	25,0
12,5	20,4	24,2	21,3	25,6
13	20,8	24,8	21,8	26,2
13,5	21,3	25,3	22,3	26,8
14	21,8	25,9	22,7	27,3
14,5	22,2	26,5	23,1	27,8
15	22,7	27,0	23,5	28,2
15,5	23,1	27,4	23,8	28,6
16	23,5	27,9	24,1	28,9
16,5	23,9	28,3	24,3	29,1
17	24,3	28,6	24,5	29,3
17,5	24,6	29,0	24,6	29,4
18	24,9	29,2	24,8	29,5
18,5	25,2	29,5	24,9	29,6
19	25,4	29,7	25,0	29,7

La taula completa, mes a mes, de l'OMS pot consultar-se a:

- Per al grup d'edat de 5 a 19 anys: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html.
- Per als grups d'edat de 0 a 2 anys i de 2 a 5 anys: http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age_field/en/index.html.

7.2.5. Trastorns crònics

Els trastorns crònics són un problema de salut pública important i creixent. L'augment que s'ha observat en els darrers anys és conseqüència de l'envelliment de la població, de les millores diagnòstiques i dels avenços terapèutics que allarguen la supervivència dels malalts.

El desenvolupament d'instruments comuns per a les enquestes de salut recomana, en el cas dels trastorns crònics de salut, la inclusió de dos tipus de preguntes: una pregunta genèrica i una altra que tracti de problemes específics de salut.¹⁰⁵

Prevalença de malalties o problemes de salut crònics o de llarga durada. L'apartat de trastorns crònics inclou una pregunta que forma part del mòdul mínim europeu de salut (MEHM¹⁰⁶; pregunta 41), en què es demana a la persona entrevistada si té alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. S'entén per *problema crònic* aquell que ha tingut o s'espera que tingui una durada superior als sis mesos.

Percentatge de població que declara patir o haver patit algun trastorn crònic. La prevalença de trastorns crònics que pateix o ha patit la població (pregunta 42 en adults i M30 en menors) s'estima a partir d'una llista de problemes de salut seleccionats per l'alta prevalença i pel consum de recursos sanitaris que generen. Aquesta llista (28 problemes en adults i 18 en menors), tot i que manté inalterable un bon nombre de trastorns crònics al llarg de les diferents edicions, presenta modificacions relacionades amb els canvis en les característiques sociodemogràfiques i de salut de la població, en especial l'envelliment, i la comparació amb altres llistes de l'entorn. La llista tancada finalitza amb una pregunta oberta en què la persona entrevistada pot incloure el trastorn de salut que pateix o ha patit i que no està incorporat a la llista. La llista de l'ESCA 2011-2016 inclou i amplia els catorze trastorns crònics recomanats a l'enquesta europea (EHIS). Des de l'onada 12, a més, es pregunta de manera separada el trastorn crònic que s'ha patit alguna vegada, el que s'ha patit en els darrers dotze mesos i el que ha estat diagnosticat per un metge o metgessa, d'acord amb l'esquema d'administració d'aquesta pregunta a l'enquesta europea.

Com ja s'ha comentat abans, hi ha dues llistes de trastorns crònics, la que respon la població de 15 anys i més^{cc} i la destinada a la població infantil. Tot i que alguns trastorns crònics són coincidents en ambdues llistes, es recomana no donar resultats per al conjunt de la població, sinó mantenir les diferències entre població adulta i menors.

^{cc} La llista de trastorns es va modificar per darrer cop a l'onada 5. La forma d'administració es va modificar a l'onada 12. A partir de l'onada 16 es torna a modificar.

Taula 37. Llista de trastorns crònics de la població de 15 anys i més

Trastorn crònic	
1. Pressió alta	15. Osteoporosi
2. Colesterol elevat	16. Problemes de pròstata (<i>només homes</i>)
3. Diabetis o sucre a la sang	17. Incontinència urinària
4. Anèmia	18. Restrenyiment crònic
5. Al·lèrgies cròniques	19. Hemorroides
6. Asma	20. Úlcera d'estómac o duodè
7. Bronquitis crònica	21. Problemes crònics de pell
30. Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i emfisema	22. Problemes de tiroides
8. Varices a les cames	23. Depressió i/o ansietat
10. Migranya o mal de cap freqüents	24. Altres trastorns mentals (<i>desplegable</i>) ^{dd}
11. Cataractes	25. Embòlia / atac de feridura
12. Mal d'esquena crònic cervical	26. Infart de miocardi
13. Mal d'esquena crònic lumbar o cervical	27. Altres malalties del cor
14. Artrosi, artritis i reumatisme (<i>desplegat en</i>)	28. Tumors malignes
14.1. Artrosi	
14.2. Artritis crònica	
14.3. Tendinitis	
14.4. Fibromiàlgia	

Els trastorns crònics en les edats adultes s'agrupen de la manera següent:

Taula 38. Agrupació dels trastorns crònics de la població de 15 anys i més

Agrupades	Originals
Malalties musculoesquelètiques	12. Mal d'esquena crònic cervical 13. Mal d'esquena crònic lumbar o cervical 14. Artrosi, artritis i reumatisme 15. Osteoporosi
Malalties respiratòries	6. Asma 7. Bronquitis crònica 30. Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i emfisema
Malalties del sistema circulatori	1. Pressió alta 2. Colesterol elevat 8. Varices a les cames 9. Mala circulació de la sang ^{ee} 25. Embòlia / atac de feridura 26. Infart de miocardi 27. Altres malalties del cor
Salut mental	23. Depressió i/o ansietat 24. Altres trastorns mentals

^{dd} A les onades 12 i 13 es desplega per a les persones que hi responen afirmativament, amb les opcions següents: anorèxia, bulímia, trastorn bipolar, esquizofrènia, demència o altres pèrdues greus de memòria, addiccions, un altre trastorn mental.

^{ee} Incloses les onades 1-4.

Les malalties de l'aparell respiratori (asma, malalties pulmonars obstructives cròniques, al·lèrgies respiratòries, malalties pulmonars d'origen laboral o hipertensió pulmonar) són un dels grups de patologies que produeixen una morbimortalitat més elevada. La malaltia pulmonar obstructiva crònica (també coneguda per les seves sigles, MPOC) representa la quarta causa de mort al món. A Catalunya és una de les causes més freqüents d'atenció mèdica, especialment a urgències, per les aguditzacions que es pateixen durant la seva evolució. Hi ha dos tipus principals de malaltia pulmonar obstructiva crònica:

- bronquitis crònica, definida per una tos prolongada amb moc, i
- emfisema, caracteritzat per la destrucció dels pulmons amb el temps.

La majoria de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica pateix una combinació d'aquestes dues afeccions.

Per tant, quan parlem de malalties de l'aparell respiratori, el càlcul de la prevalença serà la suma dels ítems 6, 7 i 30 de la pregunta 42, i, quan parlem de malaltia pulmonar obstructiva crònica, la prevalença serà la resultant de sumar els ítems 7 i 30 de la pregunta 42.

Taula 39. Llista de trastorns de salut de la població d'entre 0 i 14 anys

Trastorns de salut	
1. Diabetis o sucre a la sang	10. Epilèpsia
2. Al·lèrgies cròniques	11. Algun tipus de malformació congènita
3. Asma	12. Deficiència visual
4. Restrenyiment crònic	13. Deficiència auditiva
5. Tumors malignes: leucèmia, limfoma, etc.	14. Defecte de la parla
6. Bronquitis de repetició	15. Algun trastorn o retard mental
7. Otitis de repetició	16. Trastorn de la conducta, hiperactivitat, dèficit d'atenció, etc.
8. Infeccions urinàries de repetició	17. Enuresi
9. Retard de creixement	

A l'onada 12 (primer semestre de 2016), com ja s'ha comentat abans, es modifica el format de la pregunta sobre la prevalença de trastorns crònics específics per harmonitzar-la amb les preguntes que apareixen a l'ENSE 2011-2012 i a l'EHIS 2014 i distingir les persones que "han patit un trastorn crònic en el darrer any" d'aquelles que "han patit algun trastorn crònic alguna vegada a la vida" o les que "han estat diagnosticades per algun metge o metgessa". La pregunta de prevalença de trastorns crònics que pateix o ha patit la població (42 i M30), per tant, es desplega en tres i només les persones que responen afirmativament a la primera pregunta d'algun trastorn crònic passen a respondre a la segona i la tercera:

- Ha patit alguna vegada...?
- Ha patit en els darrers dotze mesos...?
- Li ha dit un metge o metgessa que pateix...?

A l'onada 12 s'inclouen com a desplegable diverses opcions d'altres trastorns mentals (V42_24) (24.1. Anorèxia; 24.2. Bulímia; 24.3. Trastorn bipolar; 24.4. Esquizofrènia; 24.5. Demència o altres pèrdues greus de memòria; 24.6. Addiccions; 24.7 Un altre trastorn mental).

A l'onada 14 les opcions d'altres trastorns mentals (V42_24) apareixen desplegadas. S'elimina l'opció V42_24.5. Demència o altres pèrdues greus de memòria.

7.2.6. Lesions no intencionades

Les lesions no intencionades (preguntes 43-45) són aquells accidents que han provocat alguna restricció en les activitats habituals de la persona entrevistada i/o que han requerit assistència sanitària. L'àmbit, que està inclòs en tots els qüestionaris de l'ESCA, consta de tres preguntes. La primera fa referència a l'existència d'algun accident en els darrers dotze mesos a partir d'una tipologia de nou categories. La segona, al nombre de vegades que s'ha produït l'accident. I la tercera, al lloc on s'ha produït l'accident.

A partir de l'onada 12 (primer semestre de 2016) s'elimina la pregunta 44, sobre el nombre d'accidents.

Taula 40. Llista de tipus d'accidents i llocs on es poden produir

Accidents	Lloc del darrer accident
1. Caigudes d'un nivell més alt que un altre	1. A dins de casa
2. Caigudes en un mateix nivell	2. A la feina o al lloc de treball
3. Cremades	3. En un desplaçament durant la jornada laboral
4. Cops	4. A l'escola o al centre de formació
5. Intoxicacions (exclou la intoxicació alimentària)	5. A la via pública anant o tornant de la feina o del centre de formació
6. Accidents de trànsit com a conductor o conductora o passatger o passatgera	6. A la via pública (fora de l'horari laboral o escolar)
7. Accidents de trànsit com a vianant	7. En un centre esportiu
8. Mossegades o agressions d'origen animal	8. En un altre lloc d'esbarjo
9. Talls	

7.2.7. Salut mental en la població adulta

S'entén per *problemes de salut mental* aquells trastorns de pensament, emoció o conducta que produeixen patiment en la persona i n'alteren la integració física, psicològica o social.

A l'ESCA, hi ha diferents aproximacions a la salut mental en la població adulta:

- Mitjançant l'instrument EuroQol de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut (pregunta 40_a_1). Mitjançant la dimensió "ansietat i/o depressió".
- Amb la pregunta sobre trastorns crònics. Haver patit alguna vegada o en els darrers dotze mesos, o bé haver estat diagnosticat per un metge o metgessa, ansietat i/o depressió (42.23) o altres trastorns mentals (42.24).
- Amb la versió reduïda i adaptada del *General Health Questionnaire (GHQ-12)* de Goldberg (pregunta 47), del qual s'obté un indicador que informa sobre la probabilitat de patir un trastorn mental en el moment de l'entrevista.

Goldberg. L'ESCA 2011-2016 inclou la versió reduïda i adaptada del *General Health Questionnaire (GHQ-12)* de Goldberg^{107,108,109} per a la detecció de la morbiditat psicològica, no psicòtica, i de possibles casos de trastorns psiquiàtrics en la població de 15 anys i més que respon directament el qüestionari. Aquest instrument mesura la probabilitat de patir un trastorn mental en el moment de l'entrevista a partir de la detecció de l'ansietat, la depressió i l'insomni.

La referència temporal de les preguntes són els últims trenta dies. Aquest qüestionari no està dissenyat per fer diagnòstics clínics o cribratges, no té validesa per a la detecció de simptomatologia crònica ni tampoc dona informació sobre la gravetat o el tipus de trastorn mental, però ha estat validat a l'Estat espanyol en diferents estudis i forma part de moltes enquestes de salut.^{110,111,112}

Taula 41. Preguntes que formen el GHQ-12

Goldberg	
1.	S'ha pogut concentrar bé en el que feia?
2.	Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?
3.	Ha sentit que té un paper útil a la vida?
4.	S'ha sentit capaç de prendre decisions?
5.	S'ha notat constantment carregat o carregada i en tensió?
6.	Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?
7.	Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats de cada dia?
8.	Ha estat capaç de fer front als seus problemes adequadament?
9.	S'ha sentit poc feliç i deprimida o deprimida?
10.	Ha perdut confiança en vostè mateix o vostè mateixa?
11.	Ha pensat que és una persona que no serveix per a res?
12.	Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?

El GHQ-12 (pregunta 47) està format per dotze preguntes que fan referència als darrers trenta dies, sis de les quals estan redactades en positiu i sis en negatiu. Cada pregunta té quatre possibilitats de resposta, amb una escala de tipus Likert amb dues possibilitats de puntuació: 0, 1, 2 i 3 o bé 0, 0, 1 i 1. L'ESCA 2011-2016 utilitza la puntuació dicotòmica de la segona possibilitat i puntua amb 0 les opcions de resposta 1 i 2, i amb 1 les opcions de resposta 3 i 4. Aquesta opció és la recomanada per Goldberg i la més difosa. A partir de la suma de les puntuacions de les dotze preguntes s'obté la puntuació global.

Hi ha dues maneres de presentar els resultats. La primera opció —per la qual s'opta en els informes de l'ESCA— consisteix a presentar els resultats com a variable dicotòmica, amb la proporció de persones sense risc de patir un problema de salut mental en el moment de l'entrevista (puntuacions globals de 0, 1 o 2) i la proporció de persones amb mala salut mental o risc de patir un problema de salut mental en el moment de l'entrevista (puntuació global de ≥ 3 punts). La segona opció per presentar els resultats és ponderar cada puntuació amb la probabilitat individual de ser un cas psiquiàtric segons els valors de ponderació estimats en l'estudi epidemiològic dut a terme a Tres Cantos (Madrid) per Muñoz Rodríguez.¹¹³ Amb independència de la manera seleccionada per presentar els resultats, s'eliminen de les estimacions aquelles entrevistes en què hi ha més de cinc preguntes no contestades, atès que minven la fiabilitat del càlcul.¹¹⁴

Taula 42. Incidència obtinguda en l'estudi de Tres Cantos

Puntuació GHQ-12	Probabilitat de patir un trastorn mental en el moment de l'entrevista
0	0,09818995
1	0,15747986
2	0,24292676
3	0,35519065
4	0,48602864
5	0,61880992
6	0,73592596
7	0,82711255
8	0,89145596
9	0,93377021
10	0,96032308
11	0,97649829
12	0,98617425

L'ESCA opta per no ponderar els resultats amb la incidència resultant de l'estudi de Tres Cantos per poder comparar-los amb els d'altres comunitats autònomes i altres països de l'entorn.

7.2.8. Salut mental en la població infantojuvenil

A l'ESCA hi ha dues aproximacions a la salut mental en la població infantil i juvenil:

- Amb la pregunta sobre trastorns crònics (M30), la població menor de 15 anys que pateix algun trastorn o a qui el seu metge o metgessa ha dit que pateix algun trastorn o retard mental (M30.15) o trastorn de la conducta, hiperactivitat, dèficit d'atenció, etc. (M30.16).
- A través del qüestionari *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), en la població d'entre 4 i 14 anys.

I complementàriament:

- Amb la pregunta sobre visites en el darrer any al professional de psiquiatria (87.6) o psicologia (87.18).

Strengths and Difficulties Questionnaire. La salut mental infantil s'ha recollit en el qüestionari de menors de l'ESCA a partir de l'*Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (pregunta M31), desenvolupat per Goodman el 1997.^{115,116,117} L'SDQ és un instrument àmpliament utilitzat en salut mental infantil perquè ofereix força avantatges, com ara les seves propietats psicomètriques en diverses cultures amb diferents punts de tall. La referència temporal és de sis mesos. La versió de pares de l'SDQ ha mostrat coeficients de validesa i fiabilitat acceptables en la població espanyola.¹¹⁸

L'SDQ consta d'un qüestionari amb 25 ítems, que componen cinc dimensions d'anàlisi: símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat/inatenció, problemes de relació amb els companys i conducta prosocial (conducta positiva de socialització). Aquesta darrera dimensió contraresta l'efecte d'halo de la resposta.

Taula 43. Els 25 ítems del qüestionari SDQ per a les cinc dimensions d'anàlisi

Dimensions	Ítems
Síntomes emocionals	3. Es queixa amb freqüència de mal de cap, d'estómac o de nàusees. 8. Té moltes preocupacions, sovint sembla preocupat o preocupada. 13. Sovint està infeliç, està trist o trista o té ganes de plorar. 16. Es posa nerviós o nerviosa en situacions noves, perd fàcilment la confiança en si mateix o mateixa. 24. Té moltes pors, s'espanta fàcilment.
Problemes de conducta	5. Sovint té atacs de nervis o està irascible. 7. Generalment és obediènt, sol fer el que li demanen els adults. 12. Es baralla amb freqüència amb altres nens o els amenaça. 18. Sovint menteix o enganya. 22. Roba coses de casa, de l'escola o d'altres llocs.
Hiperactivitat/inatenció	2. Està inquiet o inquieta, és hiperactiu o hiperactiva, no pot estar-se quiet o quieta durant molt de temps. 10. Està movent-se contínuament, fa tombs sense parar. 15. Es distreu amb facilitat, no es concentra. 21. Pensa abans d'actuar. 25. Acaba el que comença, té bona concentració.
Problemes de relació amb els companys	6. És més aviat solitari o solitària i tendeix a jugar sol o sola. 11. Té com a mínim un bon amic o amiga. 14. En general, és estimat o estimada pels altres nens. 19. És amenaçat o amenaçada o molestat o molestada per altres nens. 23. Es comporta millor amb adults que amb altres nens.
Conducta prosocial	1. Respecta els sentiments d'altres persones. 4. Comparteix de seguida amb altres nens caramels, joguines, etc. 9. Ajuda quan algú ha pres mal o es troba malament. 17. És amable amb nens més petits. 20. Sovint s'ofereix a ajudar (els pares, els mestres, altres nens).

Cada ítem es puntua segons tres categories de respostes:

0 = no és cert

1 = més o menys cert

2 = absolutament cert

Cada dimensió puntua entre 0 i 10. Com més elevada és la puntuació de la dimensió, més probabilitats té el menor de patir problemes de salut mental, excepte per a l'escala prosocial. La suma de les quatre primeres dimensions (llevat de la prosocial) genera el *Total Difficulties Score* (TDS), que pren valors d'entre 0 i 40 punts, des de no tenir problemes fins al màxim de problemes possibles. Els autors de l'instrument han desenvolupat punts de tall a partir dels quals es pot determinar la salut mental del menor en tres categories, tant per al TDS com per a cada dimensió: "no cas", "puntuació límit o possible cas" i "probable cas" de problema de salut mental.

Tot i que els punts de tall amb el TDS siguin àmpliament utilitzats, cal tenir present la limitació del seu baix rendiment quant a la prevalença real de problemes de salut mental en menors. Quan es compara el rendiment de l'SDQ amb una entrevista estructurada, presenta una sensibilitat baixa (al voltant de 60% per a la detecció de casos si es combinen dades de la versió autoadministrada i la de pares).¹¹⁹

Taula 44. Categories de l'SDQ segons la puntuació de les dimensions

Dimensions	No cas	Puntuació límit o possible cas	Probable cas
Síntomes emocionals	0-3	4	5-10
Problemes de conducta	0-2	3	4-10
Hiperactivitat/inatenció	0-5	6	7-10
Problemes de relació amb els companys	0-2	3	4-10
Conducta prosocial	6-10	5	0-4
Totes les dificultats	0-13	14-16	17-40

L'SDQ disposa de versions per a pares, educadors i clínics, i també d'una versió autoadministrada per a menors a partir dels 11 anys d'edat. A Catalunya es va introduir per primera vegada la versió de l'instrument per a pares en el qüestionari de l'ESCA 2006, una versió per ser contestada pels progenitors i adreçada a la població d'entre 4 i 14 anys d'edat (tot i que l'instrument permet analitzar població d'entre 4 i 16 anys).

L'edició de l'ESCA 2006¹²⁰ va estimar la prevalença com la corresponent a "probables casos", problema de salut mental del menor a partir del tall en la puntuació 17, atès que la predicció de casos no és del tot bona, ja que inclou falsos positius. Així, en els probables casos de problemes de salut mental s'estima que entre el 80 i el 90% estan correctament identificats, percentatges que es redueixen significativament en la categoria de "puntuació límit o possibles casos" (puntuació 14-16).¹²¹

L'actual edició de l'ESCA estima la prevalença de problemes de salut mental en la població de 4-14 anys amb el mateix instrument que l'any 2006 i també considera els casos a partir del tall en la puntuació 17, és a dir, el percentatge de la dimensió corresponent a totes les dificultats i el tall de "probable cas".

7.2.9. Limitacions, discapacitats i autonomia personal

En aquest apartat es tracta de mesurar:

- Les **limitacions de llarga durada** causades per un problema de salut.
- Les limitacions greus o **discapacitats** físiques i sensorials que afecten permanentment la realització d'activitats quotidianes, amb independència de quin sigui el motiu que les ha causat.
- El nivell d'**autonomia personal** en la realització d'activitats quotidianes i, complementàriament, el nivell de **dependència**.

Prevalença de limitacions per fer activitats habituals a causa d'un problema de salut. El qüestionari de l'ESCA 2011-2016 inclou, en les tres versions del mòdul bàsic, dues preguntes que formen part del mòdul mínim de l'Enquesta europea de salut (MEHM). Una interroga sobre el nivell de la limitació per fer les activitats habituals (greu, no greu o no limitat) que s'ha produït com a conseqüència d'un problema de salut (pregunta 48), i que utilitza l'Eurostat en el càlcul de l'esperança de vida en bona salut. L'altra interroga sobre la durada de la limitació (pregunta 49).

A partir de l'onada 14 es modifica el nom de la pregunta 48, que passa a denominar-se 48_a, i la pregunta 49 (“Quant temps fa que té aquesta limitació?”) se substitueix per la pregunta 48_b (“Des de quan té la limitació?”).

Prevalença de discapacitat. La pregunta 50 demana específicament sobre diferents tipus de discapacitat (o limitació greu amb afectació permanent en la realització d'activitats quotidianes). Els deu primers ítems són comuns en el qüestionari d'adults i en l'infantil, han format part de totes les edicions de l'ESCA i han estat utilitzats per estimar l'esperança de vida lliure de discapacitat.^{122,123} L'ítem 11 va ser introduït per primera vegada en el qüestionari de l'ESCA 2006 com a aproximació a la discapacitat instrumental, només per a adults. El qüestionari de menors, a més, inclou una pregunta sobre si l'infant porta ulleres o lents de contacte o aparell corrector de l'audició o audiòfon (pregunta 52_b). Tot i la coincidència en les categories de la pregunta 50, s'estima, i es recomana estimar, un indicador específic per a menors i un altre per a adults.

Taula 45. Discapacitats o limitacions greus que afecten de manera permanent les activitats quotidianes (pregunta 50)

Discapacitats o limitacions greus
1. Té alguna limitació greu a la vista que li impossibiliti veure la televisió a 2 m, fins i tot amb ulleres o lents de contacte, o ceguesa d'un ull o ceguesa total?
2. Té alguna limitació greu de l'oïda, de manera que no pugui seguir una conversa de to normal entre diverses persones, fins i tot amb aparell, o sordesa d'una orel·la o sordesa total?
3. Té alguna limitació greu per parlar, per exemple com a conseqüència d'una operació de laringe, que faci que els altres tinguin dificultats per entendre el que vostè diu?
4. Té alguna limitació greu de comunicació per escriure o llegir —exceptuant els analfabets i les persones amb problemes de visió— o per fer i entendre signes gràfics com ara els senyals de trànsit i les hores del rellotge?
5. Per problemes físics de mobilitat, té una limitació greu per sortir de casa si no va acompanyat o acompanyada d'una altra persona?
6. Té problemes per caminar, de manera que necessita un bastó o un altre instrument, o li cal l'ajuda d'altres persones o una cadira de rodes per desplaçar-se?
7. Té altres limitacions importants de moviment, com ara molta dificultat per córrer una distància de 50 m o per pujar escales —deu esglaons— sense ajuda de barana o d'un altre instrument?
8. Té dificultats greus per fer activitats quotidianes com ara obrir o tancar portes, aixetes o pestells, estirar-se i ajupir-se per agafar objectes sense ajuda?
9. Té alguna dependència greu d'un aparell o instrument (marcapassos, etc.) o d'un tractament (oxigen, diàlisi, dieta estricta, etc.) que li impedeix de fer vida normal?
10. Té dificultats greus per fer les activitats bàsiques de cura personal com ara menjar, anar al lavabo, rentar-se i vestir-se sense l'ajuda d'una altra persona?
11. Té dificultats greus per fer les activitats de la cura de la llar i altres activitats quotidianes com ara comprar, cuinar, fer les feines de casa, administrar els diners i telefonar sense l'ajuda d'una altra persona?

Dependència o manca d'autonomia personal per fer les activitats habituals de la vida quotidiana. La manca d'autonomia personal o dependència és l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, o lligades a la falta o la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial necessiten l'atenció d'una altra o altres persones o ajudes importants per fer les activitats bàsiques de la

vida diària (AVD), o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres ajudes per a la seva autonomia personal (article 2.2 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència). L'acompliment que s'espera d'una activitat determinada és el que presenten les persones de la població general que no tenen un problema específic de salut. Per tant, no s'ha de tenir en compte si sap fer una activitat determinada o no, només si la pot fer o no. És la mateixa persona entrevistada que identifica la seva limitació. Pel que fa a l'ajuda, és el suport d'una altra persona per fer les AVD. No s'ha de confondre amb el suport de professionals com ara fisioterapeutes, psicòlegs, rehabilitadors, etc.

La dependència s'estima a l'ESCA mitjançant una pregunta genèrica sobre la necessitat d'ajuda o companyia per fer activitats habituals de la vida quotidiana a causa d'un problema de salut (pregunta 53).

7.2.10. Suport social

El suport social és un concepte estratègic en la salut, tant en el seu manteniment i desenvolupament com en la prevenció de la malaltia. El suport social incorpora diferents dimensions (àmbit emocional, avaluació, suport informatiu i instrumental), totes relacionades amb els lligams amb la família, els amics, els veïns o els col·legues, que representen un potencial d'ajuda de què es pot disposar. El suport social pot afectar la salut per senders diferents: senders conductuals, psicològics i fisiològics. La manca de suport social augmenta el risc de patir problemes de salut i va associada a uns nivells de mortalitat més elevats.

S'entén per *suport social* el grau en què les necessitats socials bàsiques de la persona són satisfetes per la interacció amb altres persones, entenent per *necessitats bàsiques* l'afiliació, l'afecte, la pertinença, la identitat, la seguretat i l'aprovació.¹²⁴ Aquest concepte es vincula amb el de *capital social*, en tant que l'existència de suport social requereix l'existència d'una xarxa de suport social. Ara bé, l'existència d'una xarxa de suport social no implica necessàriament un nivell de suport social elevat.

Duke. A les onades 1 i 2, dins del mòdul complementari d'autonomia personal i suport social, es va incloure el qüestionari de Duke-UNC-11, dissenyat el 1988 per Broadhead,¹²⁵ per mesurar el suport social percebut. Segons l'autor, la qualitat del suport social ha resultat ser un millor predictor de la salut i el benestar que el nombre d'amics o de visites. La presència d'un suport social adequat té un efecte esmorteïdor o moderador davant d'elements d'estrès ambiental i en disminueix l'impacte com a factors de risc de diferents malalties.

La versió amb onze ítems ha estat validada a l'Estat espanyol per a la població urbana, les persones cuidadores¹²⁶ i la població de més de 60 anys no institucionalitzada.¹²⁷ El qüestionari avalua el suport social funcional, és a dir, el que es basa en el suport social percebut i no en elements objectius. De l'instrument se'n deriva una escala i amb l'anàlisi factorial s'identifiquen dues dimensions: suport confidencial (possibilitat de comptar amb persones per comunicar-se) i suport afectiu (demostracions d'amor, estima i empatia).

En el cas de l'article de Bellón *et al.* (1996), les dues subescales de suport social es corresponen amb els ítems següents: el suport confidencial (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 i 10), que recull si la persona entrevistada té la possibilitat de comptar amb persones per comunicar-se i rebre informació i consell, i si disposa de persones amb qui pot compartir inquietuds; i el suport afectiu (ítems 3, 4, 5 i 11), que es pot concretar en el fet de rebre expressions d'amor i

empatia. Tanmateix, en cada estudi s'han identificat variacions en l'anàlisi factorial de les respostes i alguns ítems canvien de dimensió. Així, per exemple, Broadhead (1988) va identificar tres preguntes que no pertanyien a cap de les dues dimensions esmentades.

Taula 46. Preguntes i categories de resposta del qüestionari Duke

Preguntes	Molt menys del que desitja			Tant com desitja	
	1	2	3	4	5
1. Rep visites dels seus amics i familiars?					
2. Rep ajuda en temes relacionats amb casa seva?					
3. Rep elogis i reconeixements quan fa bé la seva feina?					
4. Té persones que es preocupen del que li passa?					
5. Rep amor i afecte?					
6. Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes a la feina i/o a la llar?					
7. Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes personals i familiars?					
8. Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes econòmics?					
9. Té invitacions per distreure's i sortir amb altres persones?					
10. Rep consells útils quan li passa alguna cosa important a la vida?					
11. Rep ajuda quan està malalt o malalta al llit?					

Cada pregunta té cinc opcions de resposta amb puntuacions de l'1 al 5 en una escala de Likert, que oscil·len entre "molt menys del que desitja" (que puntua 1) i "tant com desitja" (que puntua 5).

Per obtenir les puntuacions de cada dimensió, se sumen els valors obtinguts en cada un dels ítems i després es transformen en una escala de 0 a 100 (de menys a més suport). Quan quatre ítems o més no tenen resposta els casos s'exclouen per falta de valors. La puntuació obtinguda és el reflex del suport percebut, no del real. Com més baixa és la puntuació, menor és el suport social.

De manera alternativa, a la validació per a la població espanyola (Bellón *et al.*, 1996) es va calcular l'escala de suport social general a partir del sumatori dels onze ítems, de manera que pren valors d'entre 11 i 55 punts. Com s'ha comentat abans, s'exclouen del càlcul els casos amb quatre o més preguntes sense respondre. Aquesta és l'opció que s'adopta a l'ESCA. A més, en aquest estudi es va establir un punt de tall en el percentil 15, que correspon a una puntuació de ≤ 32 , per categoritzar les persones entrevistades en dos grups: suport social baix i suport social normal.

La subescala de suport confidencial (possibilitat de comptar amb persones per comunicar-se, ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 i 10) té un rang d'entre 7 i 35 punts, i la subescala de suport afectiu (demostracions d'amor, afecte i empatia, ítems 3, 4, 5 i 11) té un rang d'entre 4 i 20 punts.

L'ENSE 2011/2012¹²⁸ incorpora l'índex de suport social general a partir del sumatori d'onze ítems (d'11 a 55 punts) sense distingir entre suport social baix i suport social normal. Ofereix la mitjana i la desviació típica. La interpretació és positiva: com més puntuació, més suport social.

Aquest instrument ja va ser inclòs en l'edició de l'ESCA 2006, però amb només vuit de les onze preguntes que el componen. Els tres primers ítems no es van incloure perquè diferents estudis de validació en el nostre medi (Broadhead, 1988) exclouien aquestes preguntes de les dues dimensions d'anàlisi.¹²⁹ Així doncs, la versió de l'ESCA 2011-2016 no és comparable amb la de l'ESCA 2006.

A l'onada 5, l'instrument Duke-UNC-11 s'incorpora al qüestionari bàsic general d'adults, però no en l'indirecte (sí que hi havia estat en el qüestionari indirecte d'adults a les onades 1 i 2).

A l'onada 14, aquest instrument se substitueix per un altre, l'*Oslo Social Support Scale* (OSS-3), de tres preguntes.

7.2.11. Benestar mental

A l'onada 3 de l'ESCA 2010-2014, per primera vegada, s'inclou en el qüestionari general complementari la *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS), un instrument d'avaluació del benestar psicoafectiu a escala poblacional desenvolupat a Gal·les i que ha estat inclòs en altres enquestes europees de salut. Després, s'elimina i s'incorpora de nou al qüestionari general bàsic a l'onada 7.

Aquest instrument té catorze preguntes que mesuren en positiu l'estat mental de la població general, i cadascuna de les preguntes té cinc categories de resposta amb puntuacions de l'escala de Likert: 1, mai; 2, molt poques vegades; 3, algunes vegades; 4, sovint, i 5, sempre.

Taula 47. Preguntes i categories de resposta del qüestionari WEMWBS

Preguntes	Mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Sovint	Sempre
1. S'ha sentit optimista respecte al futur?					
2. S'ha sentit útil?					
3. S'ha sentit relaxat o relaxada?					
4. Ha sentit interès pels altres?					
5. Ha tingut energia de sobres?					
6. Ha afrontat bé els problemes?					
7. Ha pogut pensar amb claredat?					
8. S'ha sentit bé amb si mateix o mateixa?					
9. S'ha sentit proper o propera a altres persones?					
10. S'ha sentit segur o segura (amb confiança)?					
11. Ha estat capaç de prendre les seves pròpies decisions?					
12. S'ha sentit estimat o estimada?					
13. S'ha interessat per coses noves?					
14. S'ha sentit alegre?					

La validació d'aquest instrument en la versió castellana i catalana es fa amb l'IMIM. Una primera versió es presenta a la jornada BiblioPro¹³⁰ i es publica un article de validació.¹³¹

Per tant, a l'onada 7, s'incorpora al qüestionari bàsic la pregunta sobre benestar mental (abans benestar psicològic) —WEMWBS—, que havia format part del mòdul complementari de l'onada 3 (BP1). Només s'administra a les persones de 15 anys i més que contesten el qüestionari de manera directa; per tant, s'exclouen els menors de 15 anys i aquelles persones que donen les seves respostes a través d'un *proxy*.

A l'onada 14, es modifica aquest instrument, que passa de catorze preguntes a set. S'inclou aquesta versió reduïda en el qüestionari bàsic general i s'anomena **benestar mental**.

Taula 48. Preguntes i categories de resposta del qüestionari WEMWBS a partir de l'onada 14

Preguntes	Mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Sovint	Sempre
2. S'ha sentit útil?					
3. S'ha sentit relaxat o relaxada?					
5. Ha tingut energia de sobres?					
6. Ha afrontat bé els problemes?					
8. S'ha sentit bé amb si mateix o mateixa?					
10. S'ha sentit segur o segura (amb confiança)?					
14. S'ha sentit alegre?					

7.3. Hàbits i estils de vida

7.3.1. Pràctiques preventives

En el qüestionari general hi ha unes preguntes referents a les pràctiques preventives (preguntes 60-66), seleccionades perquè són les recomanades per la seva efectivitat en la detecció precoç de les malalties corresponents.

Vacuna de la grip. La vacuna de la grip estacional està recomanada per a totes les persones de 60 anys i més, així com per a altres col·lectius (embarassades, persones amb malalties cròniques i els seus cuidadors o cuidadores, persones amb obesitat mòrbida, professionals de la salut i persones institucionalitzades). A partir d'aquesta pregunta (pregunta 60) és possible estimar la cobertura de la vacuna de la grip en el grup més nombrós per al qual està recomanada, la població de 60 anys i més. No es considera la vacuna contra la variant H1N1.

Detecció i control de la hipertensió i de la hipercolesterolèmia. La tensió arterial i el colesterol elevats en tots els grups d'edat són dos dels trastorns crònics més freqüents i dos dels principals factors de risc de les malalties del sistema circulatori, per la qual cosa cal conèixer la prevalença d'hipertensió, d'una banda, i el percentatge de població hipertensa que està ben controlada, de l'altra. La seva detecció precoç i el bon seguiment una vegada diagnosticats són pràctiques preventives recomanades (preguntes 61 i 62, respectivament).

Pràctiques preventives en dones. Es pregunta a totes les dones de 15 anys i més si es fan mamografies (pregunta 63) i citologies vaginals (pregunta 66) periòdicament. Quant a les mamografies, s'inclouen dues preguntes addicionals sobre el temps o el període transcorregut des de la darrera mamografia realitzada (pregunta 64) i el lloc on se l'ha fet (pregunta 65).

Quant a la població diana de les pràctiques preventives en dones:¹³²

- La població diana del Programa de detecció precoç del càncer de mama és la d'entre 50 i 69 anys.
- La població diana del Programa de cribratge del càncer de coll uterí és la d'entre 25 i 64 anys.

Detecció del càncer de còlon i recte i el càncer de pròstata. En el mòdul complementari, qüestionari general de l'onada 5, s'inclouen deu preguntes sobre el cribratge del càncer de còlon i recte i el càncer de pròstata. A l'onada 6 s'eliminen totes les preguntes del mòdul complementari. A l'onada 7, les preguntes sobre el cribratge del càncer de còlon passen a formar part del qüestionari bàsic. La població diana són totes les persones d'entre 50 i 69 anys.

7.3.2. Hàbits alimentaris

L'ESCA inclou, en el qüestionari bàsic, preguntes sobre els hàbits alimentaris, per tal de descriure els bons hàbits alimentaris a partir de quatre indicadors:

- **Compliment de la dieta mediterrània**, en la població de 15 anys i més. S'incorpora a partir de l'onada 10.
- **La ingesta diària recomanada de cinc racions de fruita i/o verdura**, en la població general (pregunta 67). A partir de l'onada 10, la pregunta 67 s'elimina del qüestionari d'adults, i s'estima el consum de fruita i/o verdura a partir de les preguntes PREDI_3 i PREDI_4.
- **Esmorzar dues vegades**. El fet d'esmorzar dues vegades, com a mínim quatre vegades a la setmana, en la població de 3 anys i més, que consisteix a esmorzar abans de sortir de casa i fer un altre esmorzar a mig matí (pregunta 68).
- **Baix consum de productes hipercalòrics**. Es considera un baix consum el consum esporàdic de menjar ràpid (hamburgueses, pizzes, etc.), begudes ensucrades (refrescos), productes amb sucre (pastes, brioixeria, caramels, etc.) o pisolabis i menjars salats (patates fregides, galetes salades, etc.), en la població d'entre 3 i 14 anys (pregunta M33). El baix consum consisteix a consumir, com a màxim, tres vegades a la setmana aquests productes hipercalòrics.

En el qüestionari de menors, a partir dels 3 anys, la pregunta sobre els hàbits alimentaris (en la dimensió de consum de menjar ràpid) pertany al *Child Health and Illness Profile - Child Edition Parent Report Form*. Les puntuacions mitjanes estan estandarditzades a una mitjana de 50 i una desviació estàndard de 10. Com més alta és la puntuació, millor és el resultat en salut, és a dir, el consum de menjars ràpids és menor. Una altra manera d'estimar el risc de mala alimentació és calcular el percentatge de menors d'entre 3 i 14 anys a partir de la combinació de les opcions de quatre variables que contenen hàbits alimentaris poc saludables, prenent com a opció de respostes aquelles que oscil·len des de més d'un cop al dia fins a cada dia (pregunta M33).

Taula 49. Pregunta per a la determinació del risc de mala alimentació durant els darrers set dies. Població d'entre 3 i 14 anys

Tipus de menjar	Més d'un cop al dia	Cada dia	De quatre a sis vegades per setmana	D'una a tres vegades per setmana	Cap vegada
Menjar ràpid, com ara pollastre fregit, pizzes, hamburgueses...					
Begudes amb sucre, com ara refrescs amb sucre					
Productes amb sucre, com ara pastes, brioixeria industrial, caramels...					
Piscolabis o menjars salats, com ara patates fregides, galetes salades...					

En el qüestionari infantil també s'inclou una pregunta sobre alimentació per llet materna, en la qual es recull l'edat en què el menor va rebre per última vegada llet materna (pregunta M32).

7.3.3. Dieta mediterrània

A l'onada 10 s'inclou, adaptat, el qüestionari emprat en el projecte Predimed (prevenció amb dieta mediterrània),¹³³ que permet obtenir l'índex quantitatiu de compliment de la dieta mediterrània. L'estudi Predimed avalua l'efecte de la dieta mediterrània en la prevenció

primària de malalties cròniques en homes d'entre 55 i 80 anys i en dones d'entre 60 i 80 anys.^{ff} El *Mediterranean Diet Adherence Screener* (MEDAS) ha estat validat en la població de 55 anys i més.¹³⁴

L'instrument està compost per catorze preguntes, que permeten obtenir un índex que va de 0 a 14 punts. Els criteris de puntuació són els següents:

Pregunta	Puntuació
1. Utilitza l'oli d'oliva com a principal greix per cuinar?	Sí = 1 punt
2. Quant oli d'oliva consumeix en total al dia (incloent-hi el que fa servir per fregir, en els àpats fora de casa, a les amanides, etc.)? (<i>cullerades soperes d'oli</i>)	Quatre cullerades soperes o més = 1 punt
3. Quantes racions de verdura o hortalisses consumeix al dia? (<i>una ració equival a 200 g; guarnicions i acompanyaments = 1/2 ració</i>)	Dues racions o més = 1 punt
4. Quantes racions de fruita (incloent-hi el suc natural) consumeix al dia? (<i>una ració equival a una peça estàndard, és a dir, una poma, una pera, un parell de mandarines, un plàtan, un parell de talls de meló, un bol de maduixes, etc.</i>)	Tres racions o més al dia = 1 punt
5. Quantes racions de carn vermella, hamburgueses, salsitxes o embotits consumeix al dia? (<i>una ració equival a 100-150 g</i>)	Menys d'una ració al dia = 1 punt
6. Quantes racions de mantega, margarina o nata consumeix al dia? (<i>una ració equival a 12 g</i>)	Menys d'una ració al dia = 1 punt
7. Quantes begudes ensucrades (refrescs, coles, tòniques, biter) consumeix al dia? (<i>una beguda equival a 200 ml</i>)	Menys d'una beguda al dia = 1 punt
8. Si beu vi (o begudes fermentades del raïm com ara cava, lambrusco, etc.), quant en beu en una setmana? (<i>un got equival a 100-150 ml</i>)	Set gots o més a la setmana = 1 punt
9. Quantes racions de llegums consumeix a la setmana? (<i>una ració o plat equival a 150 g</i>)	Tres racions o més a la setmana = 1 punt
10. Quantes racions de peix i/o marisc consumeix a la setmana? (<i>un plat, peça o ració equival a 100-150 g de peix o 4-5 peces o 200 g de marisc</i>)	Tres racions o més a la setmana = 1 punt
11. Quantes vegades a la setmana consumeix brioixeria no feta a casa com ara galetes, flams, dolços i pastissos? (<i>nombre de vegades, sense tenir en compte la quantitat</i>)	Menys de dues vegades a la setmana = 1 punt
12. Quantes vegades a la setmana consumeix fruita seca? (<i>ració = 30 g</i>)	Tres vegades o més a la setmana = 1 punt
13. Consumeix preferentment carn de pollastre, gall dindi o conill en lloc de vedella, porc, hamburgueses o salsitxes?	Sí = 1 punt No consumeix carn = 1 punt
14. Quantes vegades a la setmana consumeix sofregit fet a casa amb vegetals cuits (tomàquet, all, ceba, porro, etc., elaborats a foc lent amb oli d'oliva) per acompanyar plats de pasta, arròs o altres? (<i>vegades, sense tenir en compte la quantitat</i>) ⁹⁹	Dues vegades o més a la setmana = 1 punt

^{ff} Protocol del projecte http://predimed-es.weebly.com/uploads/8/0/5/1/8051451/_1estr_protocol_olf.pdf [consulta el 12 de novembre de 2014].

⁹⁹ La redacció de les preguntes proposada per Elena Maestre i Gemma Salvador a la sessió de formació del dia 9 de gener de 2015 és, en algun cas, diferent de la redacció que apareix a www.predimed.org [consulta el 13 de gener de 2015].

Amb relació a la formulació i el còmput de les preguntes en el Predimed, es fan les adaptacions següents (com a resultat de l'acord amb Carmen Cabezas, arran d'una reunió el 19 de novembre de 2014):

1. A la pregunta 3, el criteri Predimed de puntuació és dues racions o més (almenys una de les racions com a amanida o crua), però no es computa si la verdura és crua o cuita.
2. A la pregunta 4, en lloc de peces de fruita, s'indiquen racions de fruita (una ració pot constar de dues peces, com, per exemple, mandarines).
3. Llevat que estiguin expressades en forma de sí/no, les preguntes es recullen de manera oberta.
4. A la pregunta 13, s'inclou una opció perquè s'hi situïn les persones que no consumeixen carn.

En un estudi que analitza la relació entre el nivell de compliment de la dieta mediterrània i l'IMC,¹³⁵ s'estableixen tres grups en funció de la puntuació obtinguda:

- Compliment baix: inferior o igual a 5 punts
- Compliment mitjà: entre 6 i 9 punts
- Compliment alt: 10 punts o més

En anàlisis posteriors, els autors amplien els grups, però en tots els casos la categoria de compliment alt (10 punts o més) es manté. D'altra banda, en l'estudi predictiu del nivell de diabetis mellitus de tipus 2¹³⁶ en la població d'edat avançada en situació de risc cardiovascular alt, el punt de tall es va establir en ≥ 6 punts.

El qüestionari de compliment de la dieta mediterrània també ha estat utilitzat en el projecte Courage in Europe (*Collaborative research on ageing in Europe*), en el qual participa l'Hospital de Sant Joan de Déu, en un estudi en la població de 18 anys i més.

En els objectius de salut 2011-2016 s'estableix com a seguiment de les recomanacions d'alimentació mediterrània les persones que tenen una puntuació de 6 o més en el qüestionari MEDAS (seguiment moderat i alt de la dieta mediterrània).

7.3.4. Elements de seguretat en la població infantil

A l'onada 10 s'inclouen, a proposta de la Sub-direcció General de Promoció de la Salut (Josep Maria Suelves):

- Quatre preguntes sobre els elements de seguretat en el cotxe (preguntes M53-M56).
- Dues preguntes sobre l'ús del casc dels menors que han anat en bicicleta (preguntes M57 i M58).

Elements de seguretat en el cotxe: ús i freqüència de l'element de seguretat per a menors utilitzat en el darrer mes (cadireta de seguretat o portabebès, coixí elevador, cinturó de seguretat). Aquestes preguntes ja s'havien inclòs a l'edició de 2006 de l'ESCA, i es refereixen als trajectes urbans —per ciutat/poble— (M53 i M54) i als trajectes interurbans —carretera— (M55 i M56). Cal indicar quin dels tres elements ha estat utilitzat en el darrer mes. En cas d'haver-ne utilitzat més d'un, la pregunta fa referència a l'últim element emprat. Es mostren imatges per identificar quin element de seguretat s'ha fet servir.

Dispositius de retenció infantil	
<p>Cadireta de seguretat o portabebès: el dispositiu va fixat al vehicle gràcies al cinturó de seguretat o a un ancoratge Isofix. L'infant queda subjectat amb les corretges que porta el dispositiu. Depenent del tipus de dispositiu, el cos de l'infant se situa transversalment, assegut en sentit contrari al de la marxa, o en el mateix sentit de la marxa del vehicle.</p>	
<p>Cabàs grup 0 (fins a 10 kg)</p> 	<p>Portabebès grup 0+ (fins a 13 kg)</p> 
<p>Cadireta grups 0+ / 1 (fins a 18 kg)</p> 	<p>Cadireta grup 1 (de 9 a 18 kg)</p> 
<p>Coixí elevador amb respallier o sense respallier: el dispositiu possibilita que l'infant sigui en una posició que li permet viatjar amb el cos subjectat pel cinturó de seguretat que porta el vehicle. L'infant viatja assegut en el sentit de la marxa.</p>	
<p>Elevador amb respallier grup 2 (de 15 a 25 kg)</p> 	<p>Elevador grup 3 (de 22 a 36 kg)</p> 
<p>Cinturó de seguretat: l'infant viatja assegut en un dels seients del vehicle i subjectat amb el cinturó de seguretat, sense cap dispositiu addicional.</p>	

Ús del casc de bicicleta. S'inclouen dues preguntes (M57 i M58) per conèixer la utilització del casc, en el darrer mes, en la població d'entre 0 i 14 anys que va en bicicleta, tant si va sola com d'acompanyant.

7.3.5. Salut bucodental

En el qüestionari de menors hi ha una pregunta sobre la freqüència en la raspallada de dents adreçada als infants de 5 anys i més (pregunta M34).

En el mòdul complementari de l'onada 5 hi ha unes preguntes de salut bucodental per a tota la població.

La recomanació de salut pública és raspallar-se les dents com a mínim dos cops al dia.

7.3.6. Sedentarisme

Malgrat la diversitat de qüestionaris i escales que mesuren l'activitat física de les persones adultes,¹³⁷ l'ESCA 2010-2014 ha optat per estimar el nivell d'activitat física de les persones enquestades amb la mateixa metodologia emprada a l'edició anterior de l'enquesta, extreta de l'experiència de Gal·les per a la promoció d'hàbits saludables i la disminució dels riscos de

malalties cardiovasculars.¹³⁸ Les preguntes 69-75 s'inclouen en el qüestionari general d'adults (15 anys i més). Tanmateix, l'indicador de sedentarisme s'estima per a la població d'entre 18 i 74 anys, preferentment.

La pregunta 69, sobre l'activitat física habitual, prové del qüestionari CINDIP (*Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme*), que s'ha validat en la població ocupada.¹³⁹

Les poblacions es classifiquen segons el tipus d'activitat que fan habitualment a la feina o a la llar, segons la intensitat i les vegades per setmana que fan activitat física en el temps de lleure, i segons els dies que han caminat en la darrera setmana i els minuts que han caminat cada dia que ho han fet. Per categoritzar les respostes sobre l'activitat física en el temps de lleure s'ha tingut en compte la versió curta adaptada de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ),^{140,141} (preguntes 70-75), si bé no s'han emprat les preguntes i definicions estàndard. El fet que es tracti d'una adaptació impedeix la construcció comparativa de les categories d'activitat física que componen l'IPAQ. Així doncs, en funció de les respostes, s'estableixen aquestes cinc categories:

Taula 50. Determinació de l'activitat física habitual

Categoria	Especificacions
Sedentari	<p>Està assegut durant la major part de la jornada.</p> <p>No ha fet cap activitat física o esportiva moderada o vigorosa en el temps de lleure cap dia en la darrera setmana.</p> <p>Ha fet una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure un dia durant la darrera setmana i ha caminat (almenys 20 minuts) menys de dos dies durant la darrera setmana.</p>
Mínimament actiu	<p>Està dret durant la major part de la jornada sense desplaçar-se.</p> <p>Ha fet una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure almenys un dia durant la darrera setmana i ha caminat (almenys 20 minuts) dos dies o més durant la darrera setmana.</p>
Lleugerament actiu	<p>La seva activitat no requereix un esforç físic important, però es desplaça a peu freqüentment.</p> <p>Ha fet una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure dos dies o més durant la darrera setmana.</p>
Moderadament actiu	<p>Fa una activitat que requereix un esforç físic important.</p> <p>Fa una activitat que requereix un esforç físic important i ha fet una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure menys de dos dies durant la darrera setmana.</p> <p>Ha fet una activitat física o esportiva vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure almenys un dia durant la darrera setmana i una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) en el temps de lleure dos dies o més durant la darrera setmana.</p>
Molt actiu	<p>Fa una activitat que requereix un esforç físic important i ha fet una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure dos dies o més durant la darrera setmana.</p> <p>Ha fet una activitat física o esportiva vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure tres dies o més durant la darrera setmana.</p> <p>Ha fet una activitat física o esportiva vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure dos o més dies durant la darrera setmana i una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) en el temps de lleure almenys un dia durant la darrera setmana.</p>

7.3.7. Activitat física saludable en la població adulta

La Sub-direcció General de Promoció de la Salut de la Secretaria de Salut Pública, a més de mantenir el càlcul de l'activitat física habitual per a la definició de la població sedentària, proposa un nou càlcul per a la valoració de l'activitat física (IPAQ curt adaptat a l'ESCA).^{hh}

L'IPAQ curt és un instrument validat i traduït al castellà per a la població d'entre 15 i 59 anys. Tot i això, es proposa analitzar-lo per a la població d'entre 15 i 69 anys i tenir en compte aquesta ampliació de l'interval d'edat en la valoració dels resultats.

Es proposen tres nivells o categories d'activitat física: baixa, moderada i alta. L'activitat física saludable és la combinació de l'activitat moderada i l'alta.

Taula 51. Determinació de l'activitat física

Categoria	Especificacions
Baixa	<ul style="list-style-type: none"> – Persones que no fan cap activitat física o – Persones que fan alguna activitat física però que no resulta suficient per satisfer els criteris de les categories 2 o 3.
Moderada	<ul style="list-style-type: none"> – Persones que fan una activitat vigorosa tres dies o més a la setmana, com a mínim 20 minuts per dia o – Persones que fan una activitat d'intensitat moderada o caminen cinc dies o més a la setmana, com a mínim 30 minuts per dia o – Persones que fan qualsevol combinació de caminar, activitat d'intensitat moderada o vigorosa cinc dies o més a la setmana fins a aconseguir un mínim de 600 MET-minuts/setmana.
Alta	<ul style="list-style-type: none"> – Persones que fan una activitat d'intensitat vigorosa almenys tres dies a la setmana i acumulen com a mínim 1.500 MET-minuts/setmana o – Persones que fan qualsevol combinació de caminar, activitat d'intensitat moderada o vigorosa set dies o més dies a la setmana fins a aconseguir un mínim de 3.000 MET-minuts/setmana.

S'ha fet una validació de l'IPAQ curt en població catalana comparant els resultats del qüestionari amb l'observació mitjançant un acceleròmetre durant set dies, en una mostra de 55 persones adultes. Els resultats conclouen que la versió curta del qüestionari IPAQ és vàlida per mesurar l'activitat física total i vigorosa en la població catalana, però que no mesura adequadament l'activitat física moderada, la més prevalent, que se sobreestima en un 44%. Així, l'estimació poblacional de l'activitat física saludable (alta i moderada) sobreestima els valors reals.¹⁴²

El mes d'octubre de 2014, es va revisar, juntament amb la Sub-direcció General de Promoció de la Salut, la redacció de les preguntes 69-75, que permeten calcular el sedentarisme i l'activitat física saludable. Es comprova que les preguntes 70-75 divergeixen de la redacció de l'IPAQ curt estàndard, però s'acorda mantenir-les sense canvis per garantir la comparabilitat de les dades al llarg de la sèrie històrica i monitorar els objectius del Pla de salut 2011-2015.

Durant el primer semestre de 2016 (onada 12), es va incloure l'IPAQ curt adaptat (preguntes 70-75) i l'IPAQ curt original (IPAQ1-IPAQ7). La Sub-direcció General de Promoció de la Salut

^{hh} S'han inclòs sis de les set preguntes de què consta la versió curta de l'IPAQ i els exemples d'activitat física vigorosa i moderada difereixen de la versió validada de l'IPAQ curt a l'espanyol d'Argentina, així com de la versió emprada a l'ENSE 2011.

es va comprometre a analitzar ambdues versions i determinar quin instrument s'utilitzaria a l'ESCA d'aleshores en endavant.

Finalment, a l'onada 13 (segon semestre de 2016) es van eliminar les preguntes 70-75 i l'IPAQ curt original (preguntes IPAQ1-IPAQ7) va passar a formar part del qüestionari general bàsic d'adults.

7.3.8. Activitat física en la població infantojuvenil

Per a la població infantil d'entre 6 i 14 anys, l'activitat física s'avalua mitjançant la subdimensió d'activitat física del *Child Health and Illness Profile - Child Edition Parent* (CHIP-CE).¹⁴³ En el CHIP-CE es defineix un estat de salut percebut com la capacitat per participar en activitats apropiades a l'edat, tant físiques com psicològiques i socials. La fiabilitat i la validesa del qüestionari, així com els valors de referència poblacionals, han estat calculades en el nostre entorn a partir de l'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000.

La subdimensió d'activitat física inclou sis preguntes sobre activitats físiques realitzades durant les darreres quatre setmanes (pregunta M35). Cada pregunta té cinc opcions de resposta en una escala de Likert: cap dia, molt pocs dies, alguns dies, gairebé cada dia i cada dia. S'obté una puntuació estandarditzada a una mitjana de 50 i una desviació estàndard de 10, de manera que una puntuació superior a 50 indica una millor puntuació respecte al total de la població infantil, que en aquest cas vol dir un tipus d'activitat física més saludable.ⁱⁱ Com més alta és la puntuació, més saludable (més activitat física).

Taula 52. Pregunta per a la determinació de l'activitat física en menors

Durant les quatre últimes setmanes el nen o la nena...
1. ha participat en jocs d'esforç físic o esport?
2. ha fet esport o exercici físic fins a quedar-se sense alè o suar molt?
3. ha corregut molt mentre jugava o feia esport?
4. ha tingut dificultats per caminar?
5. ha tingut dificultats per pujar escales?
6. ha tingut dificultats per córrer?

A l'onada 10 s'inclouen dues preguntes (120 i 121) adaptades del qüestionari *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) per tal de fer el seguiment del compliment de la recomanació d'activitat física de l'OMS en la infància i l'adolescència (5-17 anys):¹⁴⁴

Recomanació d'activitat física de l'OMS en la infància i l'adolescència
1. Els infants i els joves d'entre 5 i 17 anys haurien d'acumular un mínim de 60 minuts diaris d'activitat física moderada o vigorosa.
2. L'activitat física durant un temps superior als 60 minuts diaris reportarà un benefici encara més gran per a la salut.
3. L'activitat física diària hauria de ser principalment aeròbica. Convindria incorporar, com a mínim tres cops a la setmana, activitats vigoroses que reforcin, en particular, els músculs i els ossos.

ⁱⁱPendent de construcció de la sintaxi (original disponible, facilitat per Lluís Rajmil).

Les preguntes originals formen part de l'HBSC, un qüestionari autoadministrat a l'aula en la població d'entre 11 i 17 anys. La redacció s'ha reformulat a fi que les preguntes siguin heteroadministrades, i s'administren a la població d'entre 5 i 17 anys,^{jj} per la qual cosa s'inclou en el qüestionari d'adults (de 15 a 17 anys) i en el qüestionari de menors (de 5 a 14 anys):

120. Amb quina freqüència fa alguna activitat física que fa que arribi a suar o que li falti l'alè?

121. Quantes hores a la setmana fa alguna activitat física que fa que arribi a suar o que li falti l'alè?

Criteri (temptatiu):

Compleix la recomanació de l'OMS	V120 = 1 & V121 = 6
----------------------------------	---------------------

A l'onada 14, les preguntes 120 i 121 s'eliminen del qüestionari d'adults (per tant, de 15 a 17 anys), però es mantenen en el de menors (de 5 a 14 anys).

7.3.9. Mobilitat

A l'onada 10, a petició de la Sub-direcció General de Promoció de la Salut (Josep Maria Suelves i Eulàlia Roure), s'inclouen en el qüestionari bàsic preguntes sobre mobilitat i ús de mitjans de transport.

Mitjà de transport habitual (MOB1) en la població adulta

Pregunta inspirada en l'estudi Enalia (*Encuesta nacional de alimentación en la población infantil y adolescente* del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat). Es refereix al mitjà de transport que utilitza habitualment la persona entrevistada en els seus desplaçaments d'un lloc a un altre (per fer encàrrecs, per comprar, per anar a la feina, per anar al cinema, per anar al centre cívic, per anar al poliesportiu, etc.). Cal llegir totes les opcions i seleccionar el mitjà en què s'inverteix més temps, si n'utilitza més d'un. La pregunta permet donar resposta a l'indicador PINSAP de mobilitat activa.

La pregunta MOB1 ("Quin mitjà de transport utilitza habitualment en els desplaçaments?") s'incorpora al qüestionari general d'adults.

Caminar o anar en bicicleta en els desplaçaments (MOB2 i MOB3)

Preguntes del *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ). S'administren en la població de 3 anys i més. Fan referència només als desplaçaments que es fan caminant o en bicicleta per anar d'un lloc a un altre (per fer encàrrecs, per comprar, per anar a la feina, per anar al cinema, per anar al centre cívic, per anar al poliesportiu, etc.).

^{jj} Acordat a la reunió amb Carmen Cabezas el 19 de novembre de 2014.

A l'onada 12 (primer semestre de 2016), les preguntes de mobilitat MOB2 i MOB3 se separen en dues, per diferenciar caminar i anar en bicicleta en els desplaçaments d'un lloc a un altre. Aquest canvi afecta el qüestionari general d'adults i el qüestionari indirecte de menors:

<p>MOB2_a. En una setmana qualsevol, quants dies <u>camina almenys durant 10 minuts seguits per desplaçar-se</u> d'un lloc a un altre?</p> <p><input type="checkbox"/> Dies/setmana Si no ho fa cap dia (resposta=0) ► Passeu a la pregunta MOB2_b.</p>
<p>MOB3_a. En un dia qualsevol, quant temps camina per desplaçar-se d'un lloc a un altre? <i>En cas que el temps que la persona camina per desplaçar-se variï segons el dia, anoteu un temps mitjà.</i></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuts/dia</p>
<p>MOB2_b. En una setmana qualsevol, quants dies <u>va en bicicleta almenys durant 10 minuts seguits per desplaçar-se</u> d'un lloc a un altre?</p> <p><input type="checkbox"/> Dies/setmana Si no ho fa cap dia (resposta=0) ► Passeu a la pregunta IPAQ1 o a la pregunta 120 si té entre 15 i 17 anys.</p>
<p>MOB3_b. En un dia qualsevol, quant temps va en bicicleta per desplaçar-se d'un lloc a un altre? <i>En cas que el temps que la persona va en bicicleta per desplaçar-se variï segons el dia, anoteu un temps mitjà.</i></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuts/dia</p>

A l'onada 14, com que la redacció de la pregunta sobre caminar 10 minuts per desplaçar-se se solapa amb l'IPAQ5 i l'IPAQ6 (activitat idèntica i període de temps idèntic), s'eliminen les preguntes MOB2 (a i b) i MOB3 (a i b) per a la població de 15 anys i més, del qüestionari d'adults, però es mantenen en el qüestionari de menors.

Transport per anar al centre educatiu (escola o institut) en menors d'entre 3 i 17 anys (122)

La pregunta 122 sobre mobilitat s'incorpora a l'onada 10. És una pregunta adaptada de l'estudi Enalia (*Encuesta nacional de alimentación en la población infantil y adolescente*, Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat), i es refereix al mitjà de transport que utilitza concretament la població d'entre 3 i 17 anys per anar a l'escola o a l'institut. Cal llegir les opcions i triar-ne només una (aquella en què s'inverteix més temps):

- | |
|--|
| <p>122. Com acostuma a anar a l'escola o l'institut?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En cotxe o moto 2. Amb transport públic (autobús, metro, etc.) 3. A peu 4. En bicicleta 5. No va a l'escola/institut |
|--|

A l'onada 14, s'elimina la pregunta 122 del qüestionari d'adults (població de 15 anys i més), però es manté en el qüestionari de menors.

7.3.10. Activitats en el temps de lleure (oci actiu / oci sedentari) en la població infantil

En el cas de la població infantil, no tan sols és important el tipus d'activitat física que practica, sinó també la realització d'altres activitats, algunes de caràcter actiu i altres de caràcter sedentari (preguntes M36 i M37).

En la població d'entre 3 i 14 anys, es considera que té un estil d'**oci actiu** la població que cada dia de la setmana fa com a mínim una hora d'activitat física extraescolar esportiva o juga al parc o al carrer. Amb l'objectiu d'estimar l'**oci sedentari**, també en els menors d'entre 3 i 14 anys s'ha calculat el percentatge de població que mira la televisió o juga amb videojocs, ordinador o Internet més de dues hores al dia de mitjana a la setmana.

7.3.11. Consum de tabac

Per al càlcul del consum de tabac en la població de 15 anys i més, s'ha tingut en compte la situació de la persona entrevistada respecte al tabac en el moment de l'entrevista i, quan la resposta ha estat que en aquell moment no fumava, també s'ha interrogat sobre la condició de persona fumadora anterior al moment de l'entrevista (preguntes 81 i 82). Aquestes preguntes no estan incloses ni en el qüestionari infantil ni en el qüestionari indirecte d'adults.

Taula 53. Determinació de l'hàbit tabàquic

Categories	Definició
No fumador	Persona que actualment no fuma gens i no ha fumat mai o havia fumat durant menys de sis mesos (tant menys d'un cop al dia com diàriament).
Exfumador	Persona que actualment no fuma gens, però que havia fumat al llarg de la seva vida durant sis mesos o més (tant menys d'un cop al dia com diàriament).
Fumador diari	Persona que fuma actualment cada dia.
Fumador ocasional	Persona que fuma actualment de manera ocasional (menys d'un cop al dia).

Aquestes quatre categories de consum de tabac es poden agrupar en tres, on la categoria de "fumador" inclou les persones fumadores diàries i les fumadores ocasionals.

L'abandonament de l'hàbit tabàquic és un indicador que posa en relació les persones exfumadores amb el total de la població que fuma o ha fumat.

Exposició passiva al fum ambiental del tabac. Per a les persones no fumadores diàries, el qüestionari de l'ESCA inclou quatre preguntes sobre l'exposició al tabac a la feina, a la llar i a altres espais.

Quant a l'exposició passiva al fum ambiental del tabac al lloc de treball, l'anàlisi es fa en la població d'entre 16 i 64 anys (ambdós inclosos). No formen part de l'anàlisi les persones fumadores diàries (sí les ocasionals), les persones que no treballen, les persones que treballen soles i les persones que han contestat el qüestionari indirecte (pregunta 83).

La pregunta sobre l'exposició passiva al fum ambiental a la llar està inclosa en el qüestionari general i en el de menors, però no en el qüestionari indirecte (pregunta 84). S'exclouen de l'anàlisi les persones que són fumadores diàries i les que han respost al qüestionari indirecte.

Finalment, pel que fa a l'exposició passiva al fum ambiental del tabac en altres espais, es diferencia entre els dies feiners (de dilluns a dijous) i els caps de setmana (que també inclouen els divendres) (preguntes 85 i 86). Les preguntes estan incloses en el qüestionari general i de menors, i l'anàlisi exclou les persones fumadores diàries i les que han contestat el qüestionari indirecte.

A l'onada 10, a proposta de l'equip de tabac de la Sub-direcció General de Promoció de la Salut (Josep Maria Suelves, Araceli Valverde) s'inclou en el qüestionari bàsic un mòdul específic addicional de tabac, elaborat a partir de preguntes del qüestionari de tabac de l'ESCA 2006. Consta de dotze preguntes (sis per a fumadors, quatre per a exfumadors i dues relatives a la cigarreta electrònica per a tothom):

Taula 54. Preguntes del mòdul específic de tabac

<p>Per a persones fumadores (diàries o ocasionals):</p> <p>Tb1. A quina edat va començar a fumar?</p> <p>Tb2. Quant fuma cada dia?</p> <p>Tb3. Quant temps triga després de llevar-se a encendre la primera cigarreta, pipa o cigar?</p> <p>Tb4. Ha pensat seriosament a deixar de fumar?</p> <p>Tb5. Quantes vegades ha intentat deixar de fumar?</p> <p>Tb6. El seu metge o metgessa o infermer o infermera...? (recomanació de deixar de fumar)</p> <p>Per a persones exfumadores:</p> <p>Tb7. A quina edat va començar a fumar?</p> <p>Tb8. Quant fumava habitualment?</p> <p>Tb9. Quan temps fa que va deixar de fumar?</p> <p>Tb10. Quantes vegades havia intentat deixar el tabac? (inclòs l'últim intent)</p> <p>Per a totes les persones entrevistades:</p> <p>Tb11. Utilitza o ha utilitzat en alguna ocasió la cigarreta electrònica?</p> <p>Tb12. La utilitza o l'ha utilitzada amb nicotina?</p>

Aquestes dotze preguntes es mantenen durant les dues onades de l'any 2015 (onades 10 i 11).

A l'onada 12, s'eliminen les preguntes Tb1, Tb3, Tb7 i Tb8.

A l'onada 14, s'eliminen les preguntes Tb4, Tb5, Tb9 i Tb10, així com la part de la Tb2 que preguntava sobre la quantitat, sobre el consum mitjà diari:

Taula 55. Canvi en la pregunta Tb2 sobre consum de tabac

Pregunta anterior	Pregunta actual																																										
<p>Tb2. Quant fuma cada dia? Llegiu-les. Demanar pel consum mitjà dels dies que fumen.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Quantitat Consum mitjà, els dies que fum (Nombre total diari de)</td> </tr> <tr> <td>1. Cigaretes amb filtre</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Cigaretes carregades a mà</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Cigars / petit cigar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Pipes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Un altre tipus*: Especifiqueu-lo ▼</td> <td></td> </tr> </table> <p><small>* Tabac de mastegar, rapè, pipes d'aigua (narguil o xixa), etc.</small></p>		Quantitat Consum mitjà, els dies que fum (Nombre total diari de)	1. Cigaretes amb filtre		2. Cigaretes carregades a mà		3. Cigars / petit cigar		4. Pipes		5. Un altre tipus*: Especifiqueu-lo ▼		<p>Tb2. 17. Vostè fuma... ? CAPÍ: MOSTRAR EN FORMAT TAULA</p> <p>Llegiu les opcions de resposta</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1. Sí, a diari</th> <th>2. Sí, ocasionalment</th> <th>3. No</th> <th>9. NC (No llegit)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Cigaretes amb filtre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Cigaretes carregades a mà</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Cigars / petit cigar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Pipes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Un altre tipus*: Especifiqueu-lo ▼</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><small>* Tabac de mastegar, rapè, pipes d'aigua (narguil o xixa), etc.</small></p>		1. Sí, a diari	2. Sí, ocasionalment	3. No	9. NC (No llegit)	1. Cigaretes amb filtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Cigaretes carregades a mà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cigars / petit cigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Pipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Un altre tipus*: Especifiqueu-lo ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quantitat Consum mitjà, els dies que fum (Nombre total diari de)																																										
1. Cigaretes amb filtre																																											
2. Cigaretes carregades a mà																																											
3. Cigars / petit cigar																																											
4. Pipes																																											
5. Un altre tipus*: Especifiqueu-lo ▼																																											
	1. Sí, a diari	2. Sí, ocasionalment	3. No	9. NC (No llegit)																																							
1. Cigaretes amb filtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
2. Cigaretes carregades a mà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
3. Cigars / petit cigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
4. Pipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
5. Un altre tipus*: Especifiqueu-lo ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							

7.3.12. Consum d'alcohol

Quant al consum d'alcohol, interessa conèixer la freqüència del consum, el tipus de beguda consumida, la quantitat i la distribució del consum al llarg de la setmana, amb l'objectiu d'identificar la població que en fa un consum de risc.

El consum d'alcohol s'ha categoritzat per unitat de consum diari d'alcohol, estimada a partir de l'estandardització del tipus de beguda alcohòlica consumida (UBE)¹⁴⁵ i del patró de consum al llarg de la setmana, diferenciant si la ingesta es fa durant els dies feiners o si es concentra en els caps de setmana (preguntes 76-79).

Respecte a l'edició de l'ESCA de 2006, s'ha eliminat la primera pregunta exploratòria, en què es demanava a la persona entrevistada quant temps feia que havia pres una beguda alcohòlica per última vegada, atès que no era utilitzada com a filtre, com sí que succeeix en altres enquestes (l'ENSE 2006 filtra totes les persones que han begut en el darrer any i l'EES 2009 filtra les que han begut més d'una vegada al mes en el darrer any).

Taula 56. Quantificació del consum d'alcohol

Unitats: 1 unitat de beguda estàndard (UBE) = 10 g d'alcohol pur		
Una consumició de cervesa (got, gerra, ampolla o llauna)	1 UBE	
Una consumició de vi, cava o similars (got o copa)	1 UBE	
Una consumició de cigaló, vermut, didalet (<i>chupito</i>), licors de fruita (gotet o copa)		1UBE
Una consumició de whisky, conyac, rom, aiguardent, combinats i similars (copes o gots)	2 UBE	
Consum setmanal en dies feiners (de dilluns a dijous)		
1. Cap dia feiner	x 0,00	
2. Menys d'un dia feiner per mes	x 0,25	
3. Entre un i tres dies feiners per mes	x 0,50	
4. Un dia feiner per setmana	x 1,00	
5. Dos dies feiners per setmana	x 2,00	
6. Tres dies feiners per setmana	x 3,00	
7. Cada dia feiner	x 4,00	
Consum setmanal en cap de setmana (de divendres a diumenge)		
1. Mai	x 0,00	
2. Menys d'un cap de setmana al mes	x 0,125	
3. Un cap de setmana al mes	x 0,25	
4. Dos caps de setmana al mes	x 0,50	
5. Tres caps de setmana al mes	x 0,75	
6. Cada cap de setmana	x 1,00	

A partir d'aquestes unitats, el consum d'alcohol s'agrupa en tres categories:

Taula 57. Determinació del consum d'alcohol

Categories	Definició
No bevedor	No ha consumit alcohol en els darrers dotze mesos.
Bevedor moderat	Menys de 28 unitats/setmana els homes i de 17 unitats/setmana les dones.
Bevedor de risc	Igual o més de 28 unitats/setmana els homes i de 17 unitats/setmana les dones, o cinc consumicions seguides almenys un cop al mes.

El consum de risc equival a 351 cc/setmana (homes) i 76 cc/setmana (dones), o més de 40 g/dia (homes) i 20 g/dia (dones).

El consum intensiu d'alcohol és aquell en què la persona entrevistada declara haver pres cinc consumicions o més de begudes alcohòliques en una sola ocasió de consum durant els darrers dotze mesos (pregunta 80). S'entén per "una única ocasió de consum" un interval aproximat d'entre 4 i 6 hores. Aquest consum no coincideix amb altres enquestes de l'entorn. Així, el Pla nacional sobre drogues¹⁴⁶ estableix un llindar de cinc copes/gots o més per als homes i quatre copes/gots o més per a les dones en una mateixa ocasió, i l'Enquesta europea de salut¹⁴⁷ de 2009 augmenta el consum fins a sis begudes alcohòliques, sense fer diferències per sexes.

Taula 58. Definicions de consum intensiu d'alcohol a les enquestes de salut de l'entorn

Enquesta de salut de Barcelona 2011	Cinc consumicions seguides almenys un cop al mes (igual per a ambdós sexes).
European Health Interview Survey 2014	Sis consumicions seguides almenys un cop al mes (igual per a ambdós sexes). S'estableixen les equivalències nacionals oportunes per assegurar que siguin consums iguals o superiors als 60 g d'etanol pur.
ENSE 2011-2012	Sis consumicions almenys un cop al mes per als homes. Cinc consumicions almenys un cop al mes per a les dones.

La Sub-direcció General de Drogodependències participa en el projecte europeu RARHA (*Reducing alcohol-related harm*), que elabora una metodologia d'enquesta comparable sobre el consum d'alcohol i les percepcions de la població general a l'entorn dels danys a tercers i les polítiques. No es disposa d'una proposta alternativa (nou qüestionari) a les preguntes que es fan actualment a l'ESCA.

7.4. Utilització de serveis sanitaris

Aquest àmbit temàtic dins l'ESCA és fonamental perquè aporta informació sobre la utilització dels serveis sanitaris pel conjunt de la població, alhora que permet analitzar les variables que condicionen o determinen utilitzacions diferenciades (estat de salut, sexe, nivell d'estudis, grup d'edat, doble cobertura sanitària, etc.), així com l'oferta sanitària al territori.

En aquest apartat, es recull informació dels contactes amb els serveis sanitaris, com ara les visites a professionals de l'àmbit de la medicina (medicina de família, pediatria, especialista), farmàcia, fisioteràpia, etc., així com a urgències, hospitalització i consum de medicaments.

7.4.1. Visites a professionals de la salut

La pregunta sobre visites a professionals sanitaris o sociosanitaris per motius de salut en els darrers dotze mesos s'inclou en els tres qüestionaris (pregunta 87). La consulta pot ser motivada per un diagnòstic, examen, tractament, seguiment, consell o tràmit, així com per revisions o peticions de receptes, o consulta a farmacèutics per motius de salut (no per compra de medicaments), naturistes, acupuntors, homeòpates, etc. No són considerades visites mèdiques els exàmens mèdics col·lectius laborals o escolars o les proves diagnòstiques (anàlisis, radiografies, electrocardiogrames o similars).

Visita al metge o metgessa de medicina general o de capçalera. S'entén per metge o metgessa de capçalera el professional de medicina general en la població adulta (pregunta 87.1) i el pediatre o pediatra en la població infantil (pregunta 87.2). En el qüestionari d'adults es manté l'ítem de pediatre, perquè en les edats més joves és possible que sigui visitat per aquest especialista.

Visita a professionals especialistes. La pregunta 87 inclou diferents especialitats mèdiques, moltes de les quals corresponen, principalment, als plans directors vigents al Departament de Salut.

Existeix la variable composta que calcula el percentatge de població que ha visitat algun professional de la medicina general o especialista en els darrers dotze mesos.

També existeixen altres preguntes, amb uns temps recordatori de referència de quinze dies, com ara les visites a un professional sociosanitari (pregunta 88) o a un professional farmacèutic (pregunta 89) per motius de salut.

La pregunta 88 s'elimina a l'onada 14, i la pregunta 89 s'elimina a l'onada 16.

7.4.2. Atenció primària

L'ESCA incorpora una adaptació de l'instrument *Primary Care Assessment Tools* (PCAT), desenvolupat per B. Starfield^{148,kk} i L. Shy, per conèixer el grau en què l'atenció primària de salut a Catalunya compleix amb el model de qualitat, amb el benentès que aquest model és el que dona resposta a les dimensions de l'atenció primària definides. S'han avaluat els

^{kk} Adaptació elaborada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona i l'Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques.

atributs essencials de l'atenció primària que recullen informació sobre les dimensions següents:

1. Primer contacte: l'atenció primària ha de ser el nivell d'atenció sanitària amb què les persones estableixin el primer contacte per un problema de salut.
2. L'atenció primària se centra en la persona i no en la malaltia, tot incorporant-ne l'evolució temporal.
3. Globalitat de l'atenció.
4. Coordinació amb la resta de nivells assistencials.

Les preguntes es refereixen al metge o metgessa de capçalera i al centre de referència on la persona entrevistada acostuma a anar quan està malalta o necessita consells. En relació amb l'atenció primària, es pregunta sobre la modalitat d'assistència, la ubicació del centre i les vegades que ha visitat aquest professional sanitari en el darrer any (preguntes 90-93), el temps que fa que té el mateix metge o metgessa de capçalera (pregunta 95) i els atributs essencials de l'atenció primària (pregunta 96). La freqüentació en el darrer any (pregunta 93) permet identificar grups hiperfreqüentadors, tant per les seves característiques sociodemogràfiques com pel seu estat de salut.

Tot el bloc de preguntes sobre l'atenció primària és al qüestionari de les onades 1-5. La pregunta 96 apareix des de l'onada 1 fins a l'onada 9. Les preguntes 90-93 es troben al qüestionari fins a l'onada 11. A partir de l'onada 12 (primer semestre de 2016), no s'inclou cap pregunta d'aquest instrument de valoració de l'atenció primària de salut.

7.4.3. Atenció especialitzada i continuïtat assistencial

La continuïtat assistencial entre el personal de medicina general i altres especialistes mitjançant la interconsulta forma part d'una línia d'actuació (3_ Resolució) del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Les preguntes relacionades amb aquest àmbit (preguntes 97-103) són a l'ESCA des de l'onada 1 fins a la 9.

A partir de l'onada 10, s'eliminen les preguntes preexistents (97-103) i s'incorporen les preguntes 118 i 119, relatives a la interconsulta entre professionals de l'atenció primària i professionals de l'atenció especialitzada. La Sub-direcció General de la Cartera de Serveis i Mapa Sanitari ha elaborat les preguntes.¹¹ Les preguntes es refereixen a la relació entre el professional de medicina general (capçalera o pediatre), sigui o no el de referència, amb un altre professional especialista (és a dir, si es respon afirmativament a la pregunta 87 o a la pregunta 90). Si hi ha hagut més d'una visita amb interconsulta, el resultat de la interconsulta efectuada (pregunta 119) fa referència a la darrera visita.

A l'onada 14, també s'eliminen les preguntes 118 i 119.

7.4.4. Consum de medicaments

Les enquestes de salut tenen limitacions com a font d'informació sobre el consum de medicaments en comparació dels registres, però també atributs que en justifiquen la pervivència, atès que permeten obtenir informació poblacional no disponible, com ara el

¹¹ Reunió de l'equip ESCA amb Ignasi Arbusà i Maria Pueyo el 3 de novembre de 2014.

consum real (diferents del receptat i del venut), les relacions amb variables socioeconòmiques i de salut, l'automedicació, els medicaments homeopàtics, alternatius o suplementes, la detecció i el seguiment de desigualtats en l'accés als medicaments, etc. Les enquestes de salut recullen habitualment els medicaments consumits segons el problema de salut per al qual han estat consumits.¹⁴⁹

El consum de medicaments (pregunta 46_a) es fa a partir d'una llista tancada de 23 medicaments agrupats segons la seva utilitat. S'entén com a *medicament* tota substància medicinal i les seves associacions o combinacions amb propietats per prevenir, diagnosticar, tractar, alleugerir o curar malalties o mals que poden afectar funcions corporals o l'estat mental. S'inclou un ítem obert en què la persona entrevistada pot especificar un altre medicament que no aparegui a la llista anterior i que posteriorment es codifica. El període de referència és els darrers dos dies, el mateix que en les edicions anteriors de l'ESCA, però diferent d'altres enquestes de salut de l'entorn. La formulació de la pregunta permet saber si el consum és per iniciativa pròpia, aconsellat per personal professional farmacèutic o arran d'una recepta d'un professional de medicina general.

En la població infantil, de 0 a 14 anys, la llista és més reduïda. Tanmateix, no és recomanable l'anàlisi per al conjunt de la població del consum de medicaments, ateses les diferències entre adults i menors.

El període de referència en el consum de medicaments de l'ENSE és de dues setmanes, coincidint amb el recomanat per EUROHIS.

Taula 59. Llista de medicaments en la població adulta i la població infantil

Població de 15 anys i més	Població de 0 a 14 anys
1. Medicaments com l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o antiinflamatoris	1. Medicaments com l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o antiinflamatoris
2. Vitamines o minerals	2. Vitamines o minerals
3. Tranquil·litzants, sedants	
4. Medicaments per a l'al·lèrgia	4. Medicaments per a l'al·lèrgia
5. Medicaments per a la tos o el refredat	5. Medicaments per a la tos o el refredat
6. Antibiótics (penicil·lina o altres)	6. Antibiótics (penicil·lina o altres)
7. Medicaments per a l'asma	7. Medicaments per a l'asma
8. Medicaments antidepressius	
9. Medicaments per a la tensió arterial	
10. Medicaments per al colesterol	
11. Medicaments per al cor	
12. Insulina o medicaments per a la diabetis	12. Insulina o medicaments per a la diabetis
13. Medicaments per dormir	13. Medicaments per dormir
14. Medicaments per a problemes de la pell	14. Medicaments per a problemes de la pell
15. Medicaments per a l'estómac	
16. Laxants	16. Laxants
17. Medicaments per a l'osteoporosi	
18. Anticonceptius (<i>només dones</i>)	
19. Medicaments per a problemes dels ulls	19. Medicaments per a problemes dels ulls
20. Medicaments per a problemes d'orella	20. Medicaments per a problemes d'orella
21. Medicaments per aprimar-se	
22. Medicaments homeopàtics	22. Medicaments homeopàtics
23. Plantes medicinals comprades en farmàcies o herbolaris	23. Plantes medicinals comprades en farmàcies o herbolaris

7.4.5. Atenció d'urgències i hospitalitzacions

L'atenció d'urgències s'ha reduït a dues preguntes: el nombre de vegades que la persona ha estat visitada o ha consultat un servei d'urgències en els darrers dotze mesos i el lloc on es va fer la darrera visita o consulta (preguntes 104 i 105, respectivament). Per la seva banda, l'ingrés hospitalari consta d'una sola pregunta: el nombre de vegades que la persona ha estat ingressada en un hospital com a mínim una nit en el darrer any (pregunta 106). Aquestes preguntes aporten informació sobre l'ús poblacional d'aquests serveis assistencials, una informació que no existeix en altres fonts de dades. Tanmateix, s'ha cregut adequat no aprofundir-hi, atesa l'existència de fonts estadístiques i administratives amb informació molt completa sobre l'activitat dels centres en relació amb la població atesa. L'explotació de les preguntes 104 i 106 es fa a partir de la variable dicotòmica: percentatge de població que ha visitat un servei d'urgències en els darrers dotze mesos i percentatge de població que ha estat hospitalitzada en els darrers dotze mesos.

8. Treball de camp

Una vegada finalitzada la fase de disseny del projecte (selecció de la mostra i elaboració del qüestionari), comença la fase de recollida d'informació i tractament de les dades. Aquest període, que abasta el treball de camp, s'inicia amb la realització de les entrevistes personals en els domicilis de les persones seleccionades i finalitza amb la creació de la base de les dades recollides. A l'ESCA 2011-2016, el treball de camp és ininterromput; tanmateix, és un procés reiteratiu que s'organitza en onades semestrals.

El treball de camp requereix un sistema organitzat de tasques consecutives: formació d'enquestadors, logística del treball de camp, realització de les entrevistes, revisió dels qüestionaris, tractament de la informació i estructuració de la base de dades. Paral·lelament, cal fer la depuració i la validació de la informació, un procés de control de qualitat que pot ser intern, per part dels responsables del treball de camp, o bé extern, per part d'experts aliens.

L'ESCA 2006 va suposar un gran repte pel que fa a la recollida d'informació, atès que es van haver de fer més de 18.000 entrevistes a tot el territori (37 governs territorials de salut en set mesos). L'ESCA 2011-2016 suposa, per als responsables del treball de camp, un repte diferent: mantenir equips estables d'enquestadors al llarg del temps, atesa la continuïtat del treball de recollida ininterrompuda de la informació en el temps.

8.1. Contractació del treball de camp

La realització del treball de camp i l'explotació de les dades de l'ESCA 2011-2016 es va adjudicar mitjançant un concurs públic europeu (DOUE de 12 d'abril de 2010), amb procediment obert i tramitació ordinària, previst i regulat als articles 122, 141 i següents de la Llei de contractació del sector públic, amb el número d'expedient 131/2010. El preu de licitació era d'1.199.999,99 €, amb l'IVA inclòs (18%). S'hi van presentar quatre empreses dins del termini de presentació d'ofertes, que finalitzava el 25 de maig de 2010. Seguint els criteris de valoració de l'oferta econòmica i de la qualitat tècnica, l'empresa adjudicatària va ser IPSOS OPERACIONES, SA, que va procedir segons el Plec de clàusules tècniques que forma part de l'expedient. El preu d'adjudicació va ser d'1.091.500,00 €, amb l'IVA inclòs (18%). El termini màxim d'execució del contracte va anar des de la seva signatura fins al 30 de juny de 2014 i es va preveure i atorgar una pròrroga de dos anys.

Es va sol·licitar una despesa pluriennal per al concurs d'adjudicació del treball de camp de l'ESCA 2010-2014 justificada i basada en qüestions tècniques, especialment en el disseny mostral. El disseny mostral, que condiona els resultats per obtenir, es basa en l'execució de dues onades semestrals per any, independents entre si. Els indicadors de salut, estils de vida i utilització de serveis que s'obtenen són per al total de Catalunya (de cada onada semestral), per regions sanitàries (de la suma de quatre onades semestrals) i per governs territorials de salut o una altra divisió territorial supramunicipal com l'àrea de gestió assistencial (de la suma de vuit onades semestrals).

El caràcter continu de l'ESCA comporta que alguns dels aspectes més ben valorats tècnicament de l'empresa adjudicatària del treball de camp siguin tant els relacionats amb una experiència prèvia en projectes similars (CAPI, àmbit sanitari, etc.) com la disponibilitat de recursos humans suficients, qualificats i estables per dur a terme aquest treball de camp, tal com recull la valoració de l'oferta econòmica i de la qualitat tècnica corresponent al concurs per a un contracte de serveis per a la realització del treball de camp i l'explotació de les dades de l'ESCA 2010-2014.

Per tant, l'adjudicació d'aquest projecte per fer el treball de camp i la resta de tasques que se'n deriven a la mateixa empresa que va fer el treball de camp d'edicions anteriors de l'ESCA s'ha considerat desitjable per millorar l'eficiència, atès que la posada en marxa de l'enquesta contínua i, consegüentment, d'un treball de camp també continu té uns costos fixos que s'amortitzen al llarg del treball de camp, com ara l'ensinistrament de personal de camp, l'elaboració de les rutes, la coordinació dels equips, la confecció del qüestionari en format electrònic (CAPI), les sintaxis de creació de noves variables i de validació de resultats, l'execució de taules i la creació de les bases de dades i els fitxers de resultats. També es redueixen els costos de transacció i es millora la qualitat dels resultats, perquè la continuïtat d'un mateix equip minimitza els biaixos a l'hora d'emplenar les enquestes i en l'elaboració de la base de dades. Finalment, es facilita el seguiment del projecte des de l'equip tècnic de l'ESCA.

El mes de juny de 2014 es va formalitzar la pròrroga del contracte amb una vigència de quatre onades més (del segon semestre de 2014 al primer semestre de 2016), i amb el mateix import d'adjudicació, sense l'IVA.

8.1.1. Programa anual d'actuació estadística

L'ESCA forma part del Pla estadístic de Catalunya 2011-2014 (prorrogat), que anualment informa del Programa anual d'actuació estadística (PAAE).¹⁵⁰ La informació relativa a l'any 2016 és:

ENQUESTA DE SALUT DE LA POBLACIÓ

Codi: 09 01 01

Tipus d'actuació: consolidada

Organismes responsables: Departament de Salut

Organismes col·laboradors: Institut d'Estadística de Catalunya

Ressenya de l'actuació: realització d'una enquesta a una mostra representativa de persones residents a Catalunya no institucionalitzades per tal de conèixer l'estat de salut i la utilització dels serveis sanitaris de la població catalana. Des de l'any 2010, l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) té caràcter continu, la qual cosa suposa que el treball de camp i la recollida d'informació són ininterromputs. La publicació de resultats és anual a partir de l'agregació de la mostra enquestada durant l'any. A mitjan 2016 es disposarà dels resultats relatius a onze onades trimestrals, una onada corresponent a 2010 i dues per a cadascun dels anys següents. La grandària mostral acumulada permetrà el càlcul dels resultats per a Catalunya, per regions sanitàries i per àrees territorials inferiors a la regió sanitària.

Origen de la informació: dades d'una operació de camp pròpia (Enquesta de salut de Catalunya)

Informant inicial: persona física

Tècnica de recollida de les dades primàries: enquesta presencial

Periodicitat: contínua

Variables principals per investigar: sociodemogràfiques, estat de salut, hàbits en relació amb la salut, utilització de serveis sanitaris

Organismes difusors: Departament de Salut

Mitjà principal de difusió: Internet

Nivell de desagregació territorial: Catalunya, regions sanitàries i àrees territorials inferiors a la regió sanitària

Referència temporal dels resultats: 2015

Disponibilitat dels resultats sintètics: maig de 2016

Cost directe estimat: 399.400 euros

Pla estadístic de Catalunya 2011-2014

Activitat que duu a terme: ESTADÍSTICA de salut de la població

Objectiu de l'activitat: conèixer aspectes fonamentals de l'estat de salut i els comportaments relacionats amb la salut de la població no institucionalitzada i de la utilització dels serveis sanitaris.

8.1.2. Cost

L'estimació del cost directe de l'enquesta computa el cost del treball de camp (279.812,5 € per any), els contractes de control de qualitat de camp (21.000 €) i de disseny mostral (30.250 €) i els sous de l'equip ESCA (tècnics) i dels responsables del projecte al 100% i al 50%, respectivament (100.000 €).

8.2. Selecció i formació dels entrevistadors

El caràcter continu de l'enquesta afecta el procés de treball de camp, que esdevé ininterromput. Aquest fet permet tenir un equip tècnic i d'enquestadors estable i molt especialitzat en l'enquesta, alguns dels quals fins i tot amb experiència prèvia adquirida en edicions anteriors de l'ESCA.

Els entrevistadors han de tenir un coneixement exhaustiu tant del qüestionari bàsic i dels mòduls complementaris com del funcionament intern del treball de camp (control de la mostra, criteris de substitució, etc.). A l'inici de cada onada, i amb més profunditat al principi de la primera onada, hi ha sessions de formació amb els enquestadors. Aquesta formació inclou aspectes teòrics, fonamentats en el manual d'instruccions, i aspectes pràctics, amb simulacions de respostes a algunes preguntes. En la formació es reforcen temes ja tractats amb anterioritat però en els quals, en el control de qualitat de les dades, s'han detectat possibles errors de recollida i també s'introdueixen els nous temes que componen els qüestionaris (bàsic i complementaris). Aquestes sessions formatives reforcen la importància del paper de l'entrevistador o entrevistadora en la qualitat dels resultats de l'ESCA, atès que, si la recollida d'informació no és correcta i exhaustiva, les anàlisis de dades posteriors no tindran la mateixa validesa. L'empresa de treball de camp, per la seva banda, reforça la formació que donen els tècnics de l'ESCA amb formació interna.

S'elabora un manual d'instruccions per a cada onada semestral que incorpora les novetats dels qüestionaris de cada onada. Aquests manuals es faciliten als enquestadors en les sessions de formació.

8.2.1. Manual d'instruccions per al personal entrevistador

Tots els enquestadors reben en el període de formació un manual d'instruccions (annex 2) que conté informació sobre els objectius de l'enquesta, els qüestionaris, la selecció de les persones per entrevistar (unitats mostrals), les instruccions genèriques per a l'entrevista i les instruccions específiques dels qüestionaris. Els comentaris són prou detallats per resoldre les incidències i els dubtes que les persones enquestades o el personal que fa les entrevistes puguin tenir durant la realització de l'entrevista i el treball de camp en general. Aquest manual general, a més, té una addenda per a cada onada. Existeix, doncs, un manual d'instruccions general i un manual d'instruccions de cada onada, en què s'introdueixen els objectius específics del qüestionari de l'onada corresponent i s'expliquen les característiques de les preguntes, les instruccions per fer cada pregunta i les definicions dels conceptes que amplien la definició operativa explicada directament en el qüestionari.

El manual d'instruccions té com a objectiu unificar els criteris d'actuació dels enquestadors davant de situacions determinades i aclarir dubtes sobre problemes que poden sorgir durant el treball de camp. El manual és el material utilitzat a les sessions d'ensinistrament del personal entrevistador, però també és un instrument de consulta durant tot el període del

treball de camp, tant per a aquest personal com per a l'equip tècnic i el personal de supervisió del seu treball.

Aquest document té dues seccions. La primera recull tota la informació que cal conèixer abans de fer l'enquesta, els tipus de qüestionaris, l'acreditació del personal entrevistador, l'actitud davant de les persones entrevistades, el primer contacte, com s'ha de portar a terme l'entrevista, la selecció de les unitats mostrals originals i de reserva, el full de control i seguiment de la mostra, la normativa de substitucions i l'enregistrament d'incidències. La segona secció tracta específicament de les preguntes dels qüestionaris. Aquesta secció està dividida en diferents apartats temàtics, cadascun dels quals es correspon amb un apartat homòleg del qüestionari.

8.3. Organització del treball de camp

La metodologia emprada per a la realització de les entrevistes és similar a la d'edicions anteriors. L'organització del treball de camp té com a objecte coordinar les tasques que cal dur a terme per garantir la qualitat de la base de dades de l'ESCA.

8.3.1. Distribució de la mostra

L'extracció de la mostra és nominal. L'Idescat elabora un fitxer amb els titulars i els substituïts (deu per cada titular), segons les característiques sociodemogràfiques i territorials del disseny mostral. Així, els enquestadors disposen d'una llista amb el nom, els cognoms i l'adreça de les persones titulars amb qui han de contactar i fer l'entrevista. Aquesta llista inclou, a més, la data completa de naixement, el lloc de naixement i la nacionalitat de la persona per entrevistar com a variables que serveixen per garantir la realització de l'enquesta a la persona correcta. La llista disposa també dels suplents perquè siguin utilitzats pels entrevistadors segons els criteris de substitució establerts.

El problema principal que planteja el treball de camp és la dispersió territorial de la mostra. Totes les onades són representatives de Catalunya, la qual cosa requereix fer enquestes arreu, fet que no comporta necessàriament que en cada onada s'hagin de fer entrevistes en tots els territoris vigents més petits que la regió sanitària (GTS, AGA). Per millorar l'eficiència del treball de camp i evitar una dispersió innecessària, a partir de la segona onada s'ha inclòs la secció censal en els municipis amb una població de més de 20.000 habitants com a criteri en la selecció de la població per entrevistar.

Per distribuir les persones per entrevistar entre els enquestadors i, també, poder tenir un control del procés i de la productivitat, s'ha elaborat el full de control i seguiment de la mostra (annex 3) per a cada entrevista per fer. Aquest full, les característiques del qual estan descrites al manual d'instruccions, inclou el nom i l'adreça de la persona a qui cal fer l'enquesta, i un espai on l'enquestador ha d'anotar el dia i l'hora de la primera visita realitzada i, eventualment, de les visites successives, així com la informació recollida sobre les possibilitats de contactar amb aquesta persona. Quan l'entrevista no es pot fer s'ha d'especificar el motiu, i quan l'entrevista sí que s'ha fet, cal anotar el dia en què es va fer i el telèfon de la persona entrevistada. Aquestes anotacions s'han de fer per a totes les adreces de les persones substituïdes emprades per fer l'entrevista.

8.3.2. Treballs a l'inici de cada onada semestral

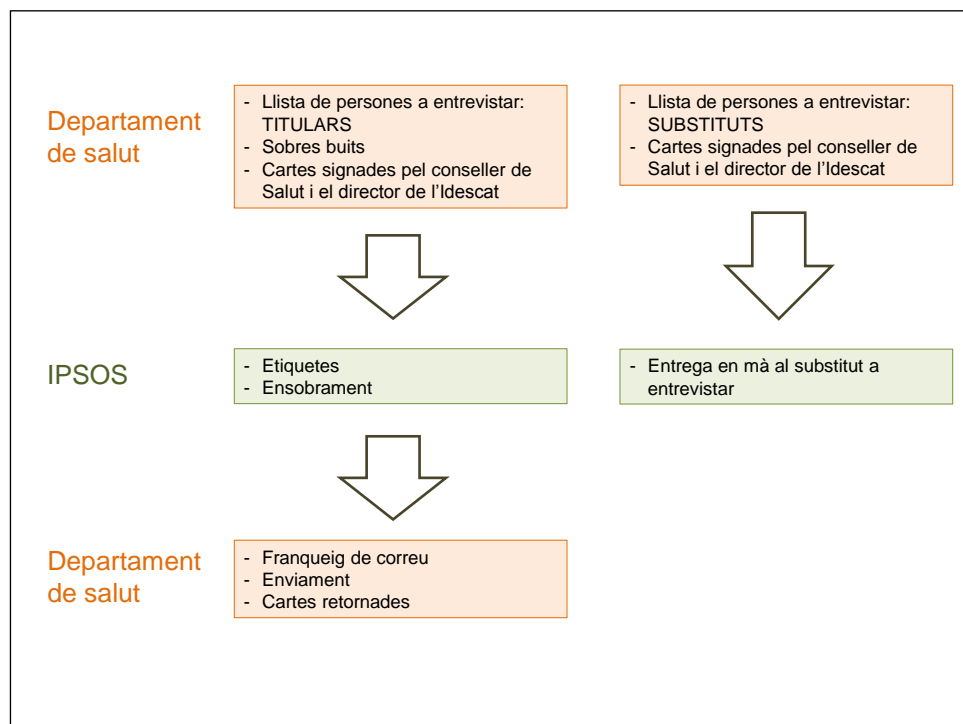
Totes les persones que han estat seleccionades com a titulars per contestar l'enquesta reben, uns quinze dies abans de ser contactades per la persona entrevistadora, una carta informativa (annex 4) sobre els objectius i les característiques de l'ESCA, que inclou també la necessitat de la seva col·laboració, així com telèfons i adreces electròniques per ampliar la informació. La carta original, signada pel conseller o consellera de Salut i el director o directora de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), és fotocopiada per l'empresa del treball de camp, que la introdueix en els sobres cedits pel Departament de Salut, als quals afegeix l'etiqueta de l'adreça de la persona destinatària. El Departament de Salut és qui envia per correu ordinari la carta uns dies abans de la visita del personal enquestador (figura 6). Els substituïts no reben aquesta carta informativa per correu, sinó que els és presentada en mà pels enquestadors.

Paral·lelament, al lloc web del Departament de Salut s'informa sobre l'inici de cada nova onada de l'ESCA (amb una nota de premsa), es fa un recordatori al 061 CatSalut Respon (s'actualitza la fitxa informativa adreçada al personal que rep trucades relatives a l'ESCA) i s'envia informació als ajuntaments i els centres de salut dels municipis que formen part de la mostra de cada onada i on es faran les entrevistes.

La carta informativa, la llista dels municipis on es fan les entrevistes i els qüestionari es posen a disposició dels ciutadans al lloc web del Departament de Salut, agrupats per onades.

L'objectiu de la carta, la nota de premsa del lloc web i la disponibilitat d'informació és que la persona seleccionada conegui que properament serà entrevistada i que això faciliti la feina de l'enquestador.

Figura 6. Circuit de les cartes informatives a l'inici de cada onada: titulars i substituïts



L'ESCA es basa en la realització d'entrevistes personals per part d'enquestadors professionals als domicilis de les persones seleccionades. L'enquesta té incorporats els qüestionaris dins de l'aplicació CAPI (qüestionari estructurat assistit per ordinador). A l'edició de l'ESCA de 2006 la totalitat de la informació ja es va recollir amb l'aplicació CAPI i es va apreciar una millora de la qualitat, ja que aportava elements de fiabilitat i operativitat afegits al procés de recollida d'informació. Això implica l'adaptació del qüestionari i la seva traducció al programa informàtic del sistema CAPI sense perdre cap matís de l'original en paper. Aquest sistema ha permès afinar algunes preguntes i obtenir informació més detallada de la prevista inicialment, alhora que disminueix la durada de l'entrevista, millora la qualitat en tenir incorporats elements de validació interna, permet més rapidesa en la validació externa i agilita la creació de la base de dades i la disponibilitat dels resultats.

El 15 de juliol de 2014 es va matisar lleument el procediment o circuit de contacte anterior en els termes següents: cal preservar en tot moment el caràcter oficial del procediment de contacte amb les persones seleccionades, amb independència que siguin titulars o substituïdes. El criteri a l'hora de contactar els substituïts ha de ser homologable al seguit amb els titulars. La carta s'ha de lliurar en mà al substituït seleccionat i, igual que en el cas dels titulars, el requisit per fer l'entrevista (o concertar-la) és trobar-los al domicili.

Així doncs:

1. Contacte amb titulars

Per a persones que tenen l'habitatge seleccionat a la mostra com a segona residència: si no es pot contactar la persona seleccionada com a titular, es pot deixar un sobre amb la notificació impresa (figura 7), en què s'anuncia la data i l'hora de la visita següent, i s'ofereix la possibilitat de posar-se en contacte amb l'enquestador o enquestadora (telèfon) per tal de concertar la visita en un altre moment.

Figura 7. Model de notificació

		Generalitat de Catalunya Departament de Salut		Notificació de l'ESCA			
En data.....(data de la visita al domicili), un entrevistador/a de l'empresa IPSOS, en nom del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, ha visitat el seu domicili per poder dur a terme l' Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) . Tornarem en la data indicada més avall. Si no li va bé aquesta data, si us plau, contacti amb el telèfon XXXXXXX o XXXXXXX per tal d'acordar una altra visita.							
Nom de la persona que es vol contactar/entrevistar							
Propera visita		Data:		Hora:			
Nom de la persona entrevistadora							

2. Contacte amb suplents

Les persones seleccionades com a suplents NO reben per correu postal la carta informativa que envia el Departament de Salut. Aquesta carta l'ha de lliurar en mà l'entrevistador o entrevistadora en el moment del contacte presencial amb la persona seleccionada. Aquesta carta ha de ser formalment idèntica a la que rebria un titular. La persona "suplent o substituïda" d'una persona "titular" és una persona amb les mateixes característiques que la persona titular, i que serà entrevistada en cas que la persona titular

de la qual és suplent no hagi pogut fer l'entrevista per qualsevol motiu establert en les condicions de l'enquesta (com ara un canvi d'adreça, defunció, etc.).

Si no es pot contactar la persona suplent seleccionada, se li pot deixar la carta a la bústia dins un sobre tancat i amb la notificació impresa a l'anvers del sobre.

8.3.3. Control de producció

El control de la producció és continu. Setmanalment, es disposa del nombre d'enquestes realitzades i el progrés setmanal (figura 8), mensual (figura 9), per territoris (taula 60), per enquestador, per tipus de qüestionari (taula 61) i per quotes de la mostra teòrica (sexe, edat, estrat municipal i unitat supramunicipal vigent), mitjançant un espai segur habilitat per a l'intercanvi d'informació entre l'empresa de camp, el Departament de Salut i la persona que fa el control de qualitat extern, i al qual s'ha d'accedir amb un nom d'usuari i una contrasenya.

Aquesta informació sobre el progrés de la producció serveix per controlar el compliment del calendari establert pel que fa a la distribució adequada de les entrevistes arreu del territori català al llarg del període de l'onada semestral i evitar concertacions d'enquestes tant en l'espai com en el temps.

Figura 8. Exemple de seguiment de la producció de l'onada 15 de l'ESCA (segon semestre de 2017). Mostra teòrica i mostra realitzada per setmanes

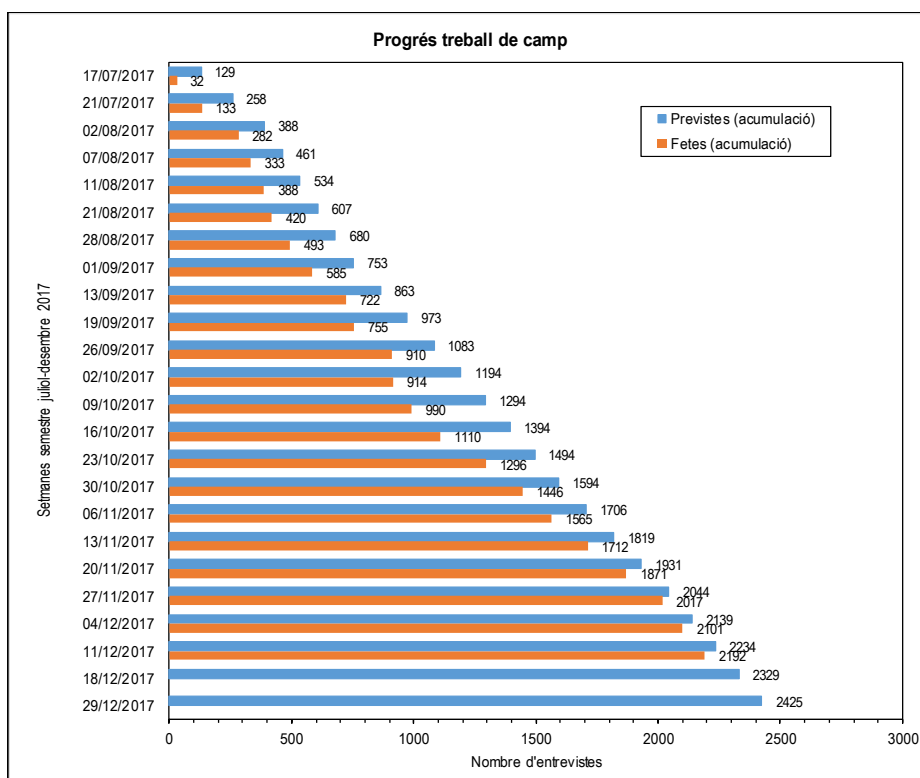
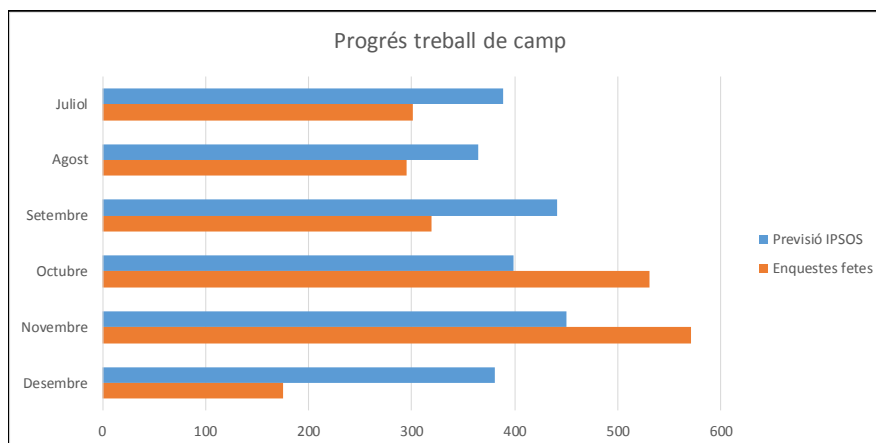


Figura 9. Exemple de seguiment de la producció de l'onada 15 de l'ESCA (segon semestre de 2017). Mostra teòrica i mostra realitzada per mesos



Taula 60. Exemple de seguiment de la producció de l'onada 15 de l'ESCA (segon semestre de 2017). Mostra teòrica i mostra realitzada per territoris (AGA)

CodiRegio	Regió	AGA	nomAGA	Mostra	FETES	%	FALTEN
61	Lleida			140	111	79,3	29
		5	Lleida	140	111	79,3	29
62	Camp de Tarragona			210	198	94,3	12
		6	Alt Camp - Conca de Barberà	90	85	94,4	5
		9	Tarragonès	120	113	94,2	7
63	R.S. Terres de l'Ebre			105	78	74,3	27
		49	Baix Ebre	105	78	74,3	27
64	Girona			390	381	97,7	9
		51	Alt Empordà	90	86	95,6	4
		55	Alt Maresme	90	87	96,7	3
		56	Selva Marítima	90	88	97,8	2
		57	Gironès Nord i Pla de l'Estany	120	120	100,0	0
67	Catalunya Central			195	177	90,8	18
		59	Bages - Solsonès	120	108	90,0	12
		60	Berguedà	75	69	92,0	6
71	R.S. Alt Pirineu i Aran			144	133	92,4	11
		1	Alt Urgell	48	49	102,1	-1
		2	Cerdanya	48	49	102,1	-1
		37	Alta Ribagorça	48	35	72,9	13
78	R.S. Barcelona			1241	1114	89,8	127
		24	Baix Llobregat Centre i Font Santa - L'H N	120	119	99,2	1
		33	Maresme Central	120	110	91,7	10
		62	Garraf	120	100	83,3	20
		63	B. Llobregat Litoral i Viladecans	120	119	99,2	1
		64	B. Llobregat Litoral i Sant Boi	100	100	100,0	0
		68	Baix Vallès	100	94	94,0	6
		69	Vallès Oriental Central	120	119	99,2	1
		46	Barcelona Esquerra	112	89	79,5	23
		47	Barcelona Nord	105	88	83,8	17
		70	Barcelona Dreta	112	90	80,4	22
		71	Barcelona Litoral Mar	112	86	76,8	26
TOTAL				2425	2192	90,4	233

Taula 61. Exemple de seguiment de la producció de l'onada 15 de l'ESCA (segon semestre de 2017). Mostra teòrica i mostra realitzada per tipus de qüestionari

CodiRegio	AGA	nomAGA	Mostra	Nombre d'enquestes a 13 de novembre				% per tipus d'enquesta			
				Adults General	Adults Indirecte	Menors	Total	Adults General	Adults Indirecte	Menors	Total
61	Lleida		140	86	3	22	111	77,5	2,7	19,8	100,0
		5 Lleida	140	86	3	22	111	77,5	2,7	19,8	100,0
62	Camp de Tarragona		210	146	10	42	198	73,7	5,1	21,2	100,0
		6 Alt Camp - Conca de Barberà	90	60	5	20	85	70,6	5,9	23,5	100,0
		9 Tarragonès	120	86	5	22	113	76,1	4,4	19,5	100,0
63	R.S. Terres de l'Ebre		105	54	5	19	78	69,2	6,4	24,4	100,0
		49 Baix Ebre	105	54	5	19	78	69,2	6,4	24,4	100,0
64	Girona		390	285	9	87	381	74,8	2,4	22,8	100,0
		51 Alt Empordà	90	60	3	23	86	69,8	3,5	26,7	100,0
		55 Alt Maresme	90	66	3	18	87	75,9	3,4	20,7	100,0
		56 Selva Marítima	90	69	1	18	88	78,4	1,1	20,5	100,0
		57 Gironès Nord i Pla de l'Estany	120	90	2	28	120	75,0	1,7	23,3	100,0
67	Catalunya Central		195	132	9	36	177	74,6	5,1	20,3	100,0
		59 Bages - Solsonès	120	80	6	22	108	74,1	5,6	20,4	100,0
		60 Berguedà	75	52	3	14	69	75,4	4,3	20,3	100,0
71	R.S. Alt Pirineu i Aran		144	92	5	36	133	69,2	3,8	27,1	100,0
		1 Alt Urgell	48	35	2	12	49	71,4	4,1	24,5	100,0
		2 Cerdanya	48	33	1	15	49	67,3	2,0	30,6	100,0
		37 Alta Ribagorça	48	24	2	9	35	68,6	5,7	25,7	100,0
78	R.S. Barcelona		1241	858	43	213	1114	77,0	3,9	19,1	100,0
		24 Baix Llobregat Centre i Font Santa	120	91	4	24	119	76,5	3,4	20,2	100,0
		33 Maresme Central	120	85	3	22	110	77,3	2,7	20,0	100,0
		62 Garraf	120	73	3	24	100	73,0	3,0	24,0	100,0
		63 B. Llobregat Litoral i Viladecans	120	90	7	22	119	75,6	5,9	18,5	100,0
		64 B. Llobregat Litoral i Sant Boi	100	78	2	20	100	78,0	2,0	20,0	100,0
		68 Baix Vallès	100	68	2	24	94	72,3	2,1	25,5	100,0
		69 Vallès Oriental Central	120	91	2	26	119	76,5	1,7	21,8	100,0
		46 Barcelona Esquerra	112	76	2	11	89	85,4	2,2	12,4	100,0
		47 Barcelona Nord	105	69	7	12	88	78,4	8,0	13,6	100,0
		70 Barcelona Dreta	112	68	7	15	90	75,6	7,8	16,7	100,0
		71 Barcelona Litoral Mar	112	69	4	13	86	80,2	4,7	15,1	100,0
TOTAL			2425	1653	84	455	2192	75,4	3,8	20,8	100,0

8.3.4. Control de qualitat intern

El control de qualitat intern, realitzat per la mateixa empresa que fa el treball de camp, pretén validar la informació recollida amb les enquestes, comprovar la selecció correcta dels entrevistats (titulars o substituïts), verificar la bona realització de les enquestes i garantir que la distribució de la mostra real s'adeqüi a la teòrica. Aquest control de qualitat abasta totes les tasques des de la formació fins al tancament de la base de dades amb la depuració de la informació obtinguda.

La supervisió dels qüestionaris es fa telefònicament i, tal com estableixen les normes ISO, es fa un mínim de trucades telefòniques aleatòries corresponents al 10% de les entrevistes de cada enquestador. Una altra part de les trucades suposa un control no sistemàtic estratègic a partir d'inconsistències detectades en anàlisis parcials de la mateixa onada o d'onades precedents.

L'equip tècnic de l'ESCA també fa un control de qualitat que abasta dues dimensions. La primera és la comprovació que la mostra real i la teòrica són coherents i que s'han respectat els criteris establerts en el manual d'instruccions respecte a les substitucions, les persones informadores en les enquestes indirectes i de menors, etc. (taula 62). Aquest control es duu a

terme a partir de la informació següent, que li és enviada per l'empresa que fa el treball de camp:

- Canvis produïts en les dades originals procedents de l'Idescat (sexe, edat, adreça) a causa d'errades o altres motius.
- Data de l'entrevista.
- Nombre de visites realitzades abans de l'entrevista o de la substitució.
- Els motius de les substitucions quan ha estat necessari.
- Identificació de la situació de titular o suplent de cada persona entrevistada.
- Nom de la persona informadora i relació amb la persona seleccionada, si s'han utilitzat qüestionaris d'informador indirecte o menors.
- Número de telèfon (facilitat per la persona en el moment de l'entrevista).
- Observacions anotades pels enquestadors que puguin afectar determinades respostes o resultats.

Taula 60. Motius de substitució per onades

Nombre d'enquestes	Onada												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Enquesta realitzada al titular	1571	1351	1409	1438	1448	1385	1230	1226	1273	1300	1678	1309	1313
Enquesta realitzada al suplent:													
Negativa	211	231	248	241	182	238	351	274	262	307	337	253	319
Canvi de domicili	288	348	366	357	352	370	429	438	420	389	615	455	398
Il·localitzable	154	193	202	211	134	209	144	135	170	166	268	232	161
Malaltia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Defunció	45	15	15	18	16	19	27	26	13	23	23	17	21
Habitatge inaccessible	4	6	5	3	5	7	8	9	2	13	16	7	14
Adreça inexistent	36	18	14	17	15	11	14	11	23	5	25	13	21
Adreça incorrecta	33	35	27	28	26	24	21	30	11	14	29	7	14
Habitatge no familiar	16	8	2	3	11	14	8	5	2	6	7	7	16
Absència prolongada	90	151	121	149	122	101	178	168	252	176	145	93	95
Estranger sense idioma	10	7	10	9	4	10	3	9	2	3	5	1	2
Altres	27	27	21	28	13	15	14	12	15	16	32	15	35
Total	2.485	2.390	2.440	2.502	2.328	2.403	2.427	2.343	2.445	2.418	3.180	2.409	2.409

La realització de totes les enquestes als titulars i/o substituïts no hauria de modificar el nombre ni les característiques de la mostra. Tanmateix, en alguns casos excepcionals no ha estat possible, dins del termini de realització del treball de camp, fer totes les entrevistes previstes, cosa que comporta variacions mínimes entre la mostra teòrica i la real.

Una segona dimensió del control de qualitat és la de la informació, que té per objecte identificar inconsistències, manca de respostes, etc. Aquest control es fa amb bases de dades parcials, d'aproximadament 500 enquestes, que l'empresa de treball de camp envia perquè siguin analitzades per l'equip tècnic de l'ESCA. Els resultats d'aquests controls són d'aplicació immediata: modificacions del qüestionari o del CAPI i millora de la formació, fonamentalment.

9. Tractament de la informació

Per a l'obtenció d'indicadors fiables, tant important és el control de la recollida d'informació com el tractament que es fa d'aquesta informació.

9.1. Codificació dels qüestionaris

L'ESCA disposa d'un manual de codificació (annex 5) que estableix l'estructura de la base de dades i els criteris de codificació i que fa possible la identificació de totes les variables per explotar-les i analitzar-les. Bona part de les preguntes del qüestionari són tancades i totes estan precodificades. Les preguntes obertes són poques: dues referents a l'activitat econòmica (activitat de l'empresa i ocupació de la persona entrevistada o de la persona de referència) i unes altres referents a trastorns crònics, medicaments i professionals sanitaris no especificats a la llista prèvia.

El manual de codificació té un doble objectiu. D'una banda, incorpora les classificacions de les preguntes obertes i de les respostes no previstes incloses a "altres", així com els criteris segons els quals s'han de codificar determinades variables (tipus d'arrodoniment en variables quantitatives o conceptes incorporats a una determinada categoria en variables qualitatives). I, d'altra banda, marca l'estructura inicial de la base de dades de l'enquesta amb la posició de totes les variables directes i les etiquetes de les categories de resposta que s'incorporen posteriorment a la base de dades en format SPSS.

En el cas de l'ESCA, des de 2010, a més, s'ha dissenyat una base de dades integrada que inclou les variables dels tres tipus de qüestionari (general d'adults, indirecte d'adults i indirecte de menors). Així doncs, el manual de codificació ha esdevingut un document fonamental, ja que ha permès compaginar el disseny de la base de dades amb el disseny dels tres qüestionaris i la seva programació en CAPI. Posteriorment, facilita les primeres explotacions de resultats, alhora que garanteix la comparabilitat dels resultats amb els d'edicions anteriors.

El manual de l'ESCA consta d'un nucli central en què hi ha la codificació de totes les variables que formen part del qüestionari bàsic, a excepció d'aquelles que, per l'elevat nombre d'etiquetes, s'han desplaçat als annexos. Inclou els codis dels municipis de Catalunya, dels països i les agrupacions de països, de les províncies d'Espanya, de l'activitat principal de l'empresa on treballa o ha treballat la persona entrevistada o la persona de referència de la llar, la feina concreta que fa o feia la persona, el trastorn crònic que pateix o ha patit, els medicaments consumits i els professionals de la salut visitats. També incorpora les variables i els codis dels mòduls complementaris a mesura que es duen a terme.

Una vegada codificada la informació, es grava una base de dades provisional. En aquesta base de dades han d'estar correctament emplenades les diferents columnes que descriuen cadascuna de les variables:

- Nom de la variable.
- Tipus: numèrica, cadena, data, etc.
- Amplada.
- Decimals.
- Etiqueta, que descriu adequadament el contingut de la variable.
- Nom de les diferents categories i valors que aquestes prenen.

- Valors perduts per estimar adequadament les freqüències relatives amb l'eliminació dels "no escau" (NE).
- Columna.
- Alineació, mesura i escala.

9.2. Depuració de la base de dades provisional

La depuració de la base de dades provisional incorpora uns controls sistemàtics (codis erronis i inconsistències), a més d'una anàlisi específica. Una primera depuració consisteix a identificar tots els codis erronis, o bé perquè són inexistents o bé perquè queden fora de les possibilitats de resposta. Mitjançant un manual d'inconsistències s'identifiquen aquelles enquestes en què les respostes a les variables no són coherents entre si. L'origen de l'error pot ser divers: error de gravació, error de codificació o error de recollida. Aquests dos procediments permeten detectar els problemes que han de solucionar-se de manera individualitzada.

La recollida d'informació de la taula familiar requereix en molts casos l'establiment de les relacions de parentiu de manera manual.

Les depuracions de la base de dades provisional es fan tant des de l'empresa de treball de camp com des de l'equip tècnic de l'ESCA. Tanmateix, tots els canvis de la base de dades es duen a terme des de l'empresa de treball de camp, per evitar divergències en les bases de dades que s'estan analitzant.

9.3. Base de dades definitiva

Una vegada que es dona per bona la base de dades de cada onada semestral, se'n grava la versió definitiva en format SPSS. Aquesta base de dades s'envia a la Universitat de Barcelona, perquè estimi el següent:

1. El factor de ponderació i elevació (PES), que restitueix la proporcionalitat territorial de la mostra alhora que l'aixeca a la grandària poblacional, per a cada onada i per a l'acumulació d'onades.
2. El factor de ponderació (PES_NA), que restitueix la proporcionalitat de la mostra en el territori, però manté la grandària mostral. Aquest factor és útil per fer anàlisis multivariants, contrastos d'hipòtesis o qualsevol procediment d'inferència estadística. Com que manté la mida mostral, no dona lloc a falses significacions dels estadístics.
3. Els errors mostrals finals.

La incorporació dels dos factors de ponderació (PES i PES_NA) a la base de dades permet la tabulació dels resultats amb el nivell de desagregació següent:

- El pes d'un semestre (una onada) permet estimar resultats representatius a escala de Catalunya.
- El pes d'un any (dues onades) permet estimar resultats representatius a escala de Catalunya.
- El pes d'un bienni (quatre onades) permet estimar, a més dels resultats representatius a escala de Catalunya, resultats representatius a escala de totes les regions sanitàries i de poblacions petites (per exemple, per a la població d'entre 0 i 14 anys).

- El pes d'un quadrienni (vuit onades) permet estimar resultats representatius a escala del territori supramunicipal vigent inferior a les regions sanitàries (GTS, AGA) i, si escau, a escala de regió sanitària i de Catalunya.

4. Addicionalment, per tal de comparar els resultats per regions sanitàries i per AGA, es calculen els factors ESTAND_RS i ESTAND_AGA, que estandarditzen per edats la població de cada regió sanitària o AGA amb una població tipus de Catalunya (mètode directe) a una data concreta. Aquest factor cal aplicar-lo per comparar entre regions sanitàries tot controlant pels grups d'edat que fa servir l'ESCA (0-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-59, 60-64, 65-74, 75-84, 85 anys i més).

A mesura que es van obtenint bases de dades semestrals, s'acumulen amb les anteriors per disposar d'una única base de dades.

Taula 61. Dates de referència de les poblacions tipus per al càlcul de les variables de ponderació. Onades 1-13

Variable de ponderació	Descripció	Població tipus	Font
PES_1_2010	Pes aixecat de l'Onada 1 i Any 2010	1 de gener de 2010	Paeiro municipal d'habitants. Idescat
PES_NA_1_2010	Pes no aixecat de l'Onada 1 i Any 2010	1 de gener de 2010	
PES_2	Pes aixecat de l'Onada 2	1 de juliol de 2010	
PES_NA_2	Pes no aixecat de l'Onada 2	1 de juliol de 2010	
PES_3	Pes aixecat de l'Onada 3	1 de gener de 2011	
PES_NA_3	Pes no aixecat de l'Onada 3	1 de gener de 2011	
PES_4	Pes aixecat de l'Onada 4	1 de juliol de 2011	
PES_NA_4	Pes no aixecat de l'Onada 4	1 de juliol de 2011	
PES_5	Pes aixecat de l'Onada 5	1 de gener de 2012	
PES_NA_5	Pes no aixecat de l'Onada 5	1 de gener de 2012	
PES_6	Pes aixecat de l'Onada 6	1 de juliol de 2012	
PES_NA_6	Pes no aixecat de l'Onada 6	1 de juliol de 2012	
PES_7	Pes aixecat de l'Onada 7	1 de gener de 2013	
PES_NA_7	Pes no aixecat de l'Onada 7	1 de gener de 2013	
PES_8	Pes aixecat de l'Onada 8	1 de juliol de 2013	
PES_NA_8	Pes no aixecat de l'Onada 8	1 de juliol de 2013	
PES_9	Pes aixecat de l'Onada 9	1 de gener de 2014	
PES_NA_9	Pes no aixecat de l'Onada 9	1 de gener de 2014	
PES_10	Pes aixecat de l'Onada 10	1 de gener de 2014	
PES_NA_10	Pes no aixecat de l'Onada 10	1 de gener de 2014	
PES_11	Pes aixecat de l'Onada 11	1 de gener de 2014	
PES_NA_11	Pes no aixecat de l'Onada 11	1 de gener de 2014	
PES_12	Pes aixecat de l'Onada 12	1 de gener de 2015	
PES_NA_12	Pes no aixecat de l'Onada 12	1 de gener de 2015	
PES_13	Pes aixecat de l'Onada 13	1 de gener de 2015	
PES_NA_13	Pes no aixecat de l'Onada 13	1 de gener de 2015	
PES_2011	Pes aixecat de l'any 2011	1 de gener de 2011	
PES_NA_2011	Pes no aixecat de l'any 2011	1 de gener de 2011	
PES_2012	Pes aixecat de l'any 2012	1 de gener de 2012	
PES_NA_2012	Pes no aixecat de l'any 2012	1 de gener de 2012	
PES_2013	Pes aixecat de l'any 2013	1 de gener de 2013	
PES_NA_2013	Pes no aixecat de l'any 2013	1 de gener de 2013	
PES_2014	Pes aixecat de l'any 2014	1 de gener de 2014	
PES_NA_2014	Pes no aixecat de l'any 2014	1 de gener de 2014	
PES_2015	Pes aixecat de l'any 2015	1 de gener de 2014	
PES_NA_2015	Pes no aixecat de l'any 2015	1 de gener de 2014	
PES_2016	Pes aixecat de l'any 2016	1 de gener de 2015	
PES_NA_2016	Pes no aixecat de l'any 2016	1 de gener de 2015	
PES_2010_2011	Pes aixecat del bienni 2010_2011	1 de gener de 2011	
PES_NA_2010_2011	Pes no aixecat del bienni 2010-2011	1 de gener de 2011	
PES_2011_2012	Pes aixecat del bienni 2011_2012	1 de gener de 2012	
PES_NA_2011_2012	Pes no aixecat del bienni 2011-2012	1 de gener de 2012	
PES_2012_2013	Pes aixecat del bienni 2012_2013	1 de gener de 2013	
PES_NA_2012_2013	Pes no aixecat del bienni 2012-2013	1 de gener de 2013	
PES_2011_2014	Pes aixecat del quadrienni 2011_2014	1 de gener de 2014	
PES_NA_2011_2014	Pes no aixecat del quadrienni 2011-2014	1 de gener de 2014	
PES_2011_2015	Pes aixecat del quinquenni 2011_2015	1 de gener de 2014	
PES_NA_2011_2015	Pes no aixecat del quinquenni 2011-2015	1 de gener de 2014	
PES_2013_2014	Pes aixecat del bienni 2013_2014	1 de gener de 2014	
PES_NA_2013_2014	Pes no aixecat del bienni 2013-2014	1 de gener de 2014	
PES_2014_2015	Pes aixecat del bienni 2014_2015	1 de gener de 2014	
PES_NA_2014_2015	Pes no aixecat del bienni 2014-2015	1 de gener de 2014	
PES_2012_2016	Pes aixecat del quinquenni 2012_2016	1 de gener de 2015	
PES_NA_2012_2016	Pes no aixecat del quinquenni 2012-2016	1 de gener de 2015	
PES_2013_2016	Pes aixecat del quadrienni 2013_2016	1 de gener de 2015	
PES_NA_2013_2016	Pes no aixecat del quadrienni 2013-2016	1 de gener de 2015	
PES_2015_2016	Pes aixecat del bienni 2015_2016	1 de gener de 2015	
PES_NA_2015_2016	Pes no aixecat del bienni 2015-2016	1 de gener de 2015	
ESTAND_RS_2011_2012	Pes d'estandardització per RS 2011-2012	1 de gener de 2012	
ESTAND_RS_2012_2013	Pes d'estandardització per RS 2012-2013	1 de gener de 2013	
ESTAND_RS_2013_2014	Pes d'estandardització per RS 2013-2014	1 de gener de 2014	
ESTAND_RS_2014_2015	Pes d'estandardització per RS 2014-2015	1 de gener de 2014	
ESTAND_RS_2015_2016	Pes d'estandardització per RS 2015_2016	1 de gener de 2015	
ESTAND_AGA_2011_2015	Pes d'estandardització per AGA 2011-2015	1 de gener de 2014	

10. Anàlisi de resultats i difusió

10.1. Caracterització de la mostra: població de referència, enquestes i error màxim

En una onada de prop de 2.500 enquestes, la fiabilitat dels resultats per al conjunt de la població, per sexes i per a la població de 15 anys i més està garantida. Tanmateix, altres anàlisis més detallades no són recomanables per la pèrdua de fiabilitat.

L'error màxim es calcula en màxima indeterminació ($p = q = 0,5$), en un mostreig aleatori simple i poblacions infinites, per una confiança del 95,45%.

$$1,96 * \sqrt{(0,5 * 0,5)/n}$$

On n representa el nombre d'enquestes realitzades.

La grandària mostral condiona l'error màxim de les freqüències relatives. Com més estratificat estigui l'indicador, més elevat és l'error. Les taules següents aporten una informació de referència general. En les anàlisis específiques, s'estima l'interval de confiança de cada valor tenint en compte la prevalença de la variable i la seva grandària mostral.

Taula 62. Població de referència, mostra (nombre d'enquestes) i error màxim per sexes i edats de cada onada de l'ESCA 2011-2016

	EDAT	Població (1/1/2010)			Mostra			Error mostral		
		Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Onada 1 (2n semestre 2010)	0-14	591.085	554.097	1.145.182	292	281	573	5,9%	6,0%	4,2%
	15-44	1.698.788	1.583.303	3.282.091	372	357	729	5,2%	5,3%	3,7%
	45-64	912.024	933.921	1.845.945	356	359	715	5,3%	5,3%	3,7%
	65-74	278.519	319.404	597.923	91	94	185	10,5%	10,3%	7,4%
	75 i més	244.099	397.141	641.240	141	142	283	8,4%	8,4%	5,9%
	15 i més	3.133.430	3.233.769	6.367.199	960	952	1.912	3,2%	3,2%	2,3%
	65 i més	522.618	716.545	1.239.163	232	236	468	6,6%	6,5%	4,6%
	Total	3.724.515	3.787.866	7.512.381	1.252	1.233	2.485	2,8%	2,8%	2,0%
Onada 2 (1r semestre 2011)	0-14	595.290	557.449	1.152.739	231	227	458	6,6%	6,6%	4,7%
	15-44	1.706.126	1.584.504	3.290.630	480	451	931	4,6%	4,7%	3,3%
	45-64	924.811	943.659	1.868.470	274	280	554	6,0%	6,0%	4,2%
	65-74	282.430	321.841	604.271	91	100	191	10,5%	10,0%	7,2%
	75 i més	250.697	404.511	655.208	113	141	254	9,4%	8,4%	6,3%
	15 i més	3.164.064	3.254.515	6.418.579	958	972	1.930	3,2%	3,2%	2,3%
	65 i més	533.127	726.352	1.259.479	204	241	445	7,0%	6,4%	4,7%
	Total	3.759.354	3.811.964	7.571.318	1.189	1.199	2.388	2,9%	2,9%	2,0%
Onada 3 (2n semestre 2011)	0-14	599.047	559.857	1.158.904	238	231	469	6,5%	6,6%	4,6%
	15-44	1.686.749	1.572.113	3.258.862	513	476	989	4,4%	4,6%	3,2%
	45-64	930.696	949.742	1.880.438	279	262	541	6,0%	6,2%	4,3%
	65-74	285.653	325.178	610.831	92	95	187	10,4%	10,3%	7,3%
	75 i més	255.056	410.131	665.187	114	140	254	9,4%	8,5%	6,3%
	15 i més	3.158.154	3.257.164	6.415.318	998	973	1.971	3,2%	3,2%	2,3%
	65 i més	540.709	735.309	1.276.018	206	235	441	7,0%	6,5%	4,8%
	Total	3.757.201	3.817.021	7.574.222	1.236	1.204	2.440	2,8%	2,9%	2,0%
Onada 4 (1r semestre 2012)	0-14	602.805	563.744	1.166.549	236	231	467	6,5%	6,6%	4,6%
	15-44	1.675.574	1.565.859	3.241.433	500	474	974	4,5%	4,6%	3,2%
	45-64	940.353	957.879	1.898.232	304	298	602	5,7%	5,8%	4,1%
	65-74	287.057	326.171	613.228	97	98	195	10,2%	10,1%	7,2%
	75 i més	258.252	414.523	672.775	119	145	264	9,2%	8,3%	6,2%
	15 i més	3.161.236	3.264.432	6.425.668	1.020	1.015	2.035	3,1%	3,1%	2,2%
	65 i més	545.309	740.694	1.286.003	216	243	459	6,8%	6,4%	4,7%
	Total	3.764.041	3.828.176	7.592.217	1.256	1.246	2.502	2,8%	2,8%	2,0%

	EDAT	Població (1/1/2012)			Mostra			Error mostral		
		Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Onada 5 (2n semestre 2012)	0-14	603.532	564.753	1.168.285	221	214	435	6,7%	6,8%	4,8%
	15-44	1.657.713	1.555.519	3.213.232	470	438	908	4,6%	4,8%	3,3%
	45-64	949.267	967.152	1.916.419	287	275	562	5,9%	6,0%	4,2%
	65-74	289.237	327.761	616.998	88	92	180	10,7%	10,4%	7,5%
	75 i més	263.055	421.264	684.319	106	137	243	9,7%	8,5%	6,4%
	15 i més	3.159.272	3.271.696	6.430.968	951	942	1.893	3,2%	3,3%	2,3%
	65 i més	552.292	749.025	1.301.317	194	229	423	7,2%	6,6%	4,9%
	Total	3.762.804	3.836.449	7.599.253	1.172	1.156	2.328	2,9%	2,9%	2,1%
Onada 6 (1r semestre 2013)	0-14	608.509	569.409	1.177.918	233	226	459	6,6%	6,7%	4,7%
	15-44	1.639.998	1.544.086	3.184.084	473	438	911	4,6%	4,8%	3,3%
	45-64	957.380	975.169	1.932.549	288	294	582	5,9%	5,8%	4,1%
	65-74	290.442	329.161	619.603	92	93	185	10,4%	10,4%	7,4%
	75 i més	262.484	419.445	681.929	120	146	266	9,1%	8,3%	6,1%
	15 i més	3.150.304	3.267.861	6.418.165	973	971	1.944	3,2%	3,2%	2,3%
	65 i més	552.926	748.606	1.301.532	212	239	451	6,9%	6,5%	4,7%
	Total	3.758.813	3.837.270	7.596.083	1.206	1.197	2.403	2,9%	2,9%	2,0%
Onada 7 (2n semestre 2013)	0-14	607.199	568.420	1.175.619	233	233	466	6,6%	6,6%	4,6%
	15-44	1.616.774	1.528.585	3.145.359	487	445	932	4,5%	4,7%	3,3%
	45-64	963.413	980.990	1.944.403	287	294	581	5,9%	5,8%	4,1%
	65-74	295.180	334.414	629.594	91	94	185	10,5%	10,3%	7,4%
	75 i més	267.111	424.805	691.916	123	140	263	9,0%	8,5%	6,2%
	15 i més	3.142.478	3.268.794	6.411.272	988	973	1.961	3,2%	3,2%	2,3%
	65 i més	562.291	759.219	1.321.510	214	234	448	6,8%	6,5%	4,7%
	Total	3.749.677	3.837.214	7.586.891	1.221	1.206	2.427	2,9%	2,9%	2,0%
Onada 8 (1r semestre 2014)	0-14	608.786	570.349	1.179.135	236	232	468	6,5%	6,6%	4,6%
	15-44	1.596.714	1.513.554	3.110.268	446	424	870	4,7%	4,9%	3,4%
	45-64	968.133	984.679	1.952.812	281	282	563	6,0%	6,0%	4,2%
	65-74	301.452	341.839	643.291	80	95	175	11,2%	10,3%	7,6%
	75 i més	267.231	424.296	691.527	127	140	267	8,9%	8,5%	6,1%
	15 i més	3.133.530	3.264.368	6.397.898	934	941	1.875	3,3%	3,3%	2,3%
	65 i més	568.683	766.135	1.334.818	207	235	442	7,0%	6,5%	4,8%
	Total	3.742.316	3.834.717	7.577.033	1.170	1.173	2.343	2,9%	2,9%	2,1%
Onada 9 (2n semestre 2014)	0-14	607.373	569.824	1.177.197	231	229	460	6,6%	6,6%	4,7%
	15-44	1.576.360	1.500.079	3.076.439	490	460	950	4,5%	4,7%	3,2%
	45-64	973.551	989.548	1.963.099	303	287	590	5,7%	5,9%	4,1%
	65-74	308.272	350.461	658.733	91	101	192	10,5%	10,0%	7,2%
	75 i més	266.792	424.204	690.996	112	141	253	9,4%	8,4%	6,3%
	15 i més	3.124.975	3.264.292	6.389.267	996	989	1.985	3,2%	3,2%	2,2%
	65 i més	575.064	774.665	1.349.729	203	242	445	7,0%	6,4%	4,7%
	Total	3.732.348	3.834.116	7.566.464	1.227	1.218	2.445	2,9%	2,9%	2,0%
Onada 10 (1r semestre 2015)	0-14	609.792	575.594	1.185.386	242	232	474	6,4%	6,6%	4,6%
	15-44	1.557.136	1.488.076	3.045.212	448	442	890	4,7%	4,8%	3,4%
	45-64	966.031	984.991	1.951.022	300	292	592	5,8%	5,9%	4,1%
	65-74	306.178	348.918	655.096	87	100	187	10,7%	10,0%	7,3%
	75 i més	262.603	419.584	682.187	128	147	275	8,8%	8,2%	6,0%
	15 i més	3.091.948	3.241.569	6.333.517	963	981	1.944	3,2%	3,2%	2,3%
	65 i més	568.781	768.502	1.337.283	215	247	462	6,8%	6,4%	4,7%
	Total	3.701.740	3.817.163	7.518.903	1.205	1.213	2.418	2,9%	2,9%	2,0%
Onada 11 (2n semestre 2015)	0-14	609.792	575.594	1.185.386	243	228	471	6,4%	6,6%	4,6%
	15-44	1.557.136	1.488.076	3.045.212	608	584	1.192	4,1%	4,1%	2,9%
	45-64	966.031	984.991	1.951.022	438	429	867	4,8%	4,8%	3,4%
	65-74	306.178	348.918	655.096	135	136	271	8,6%	8,6%	6,1%
	75 i més	262.603	419.584	682.187	174	205	379	7,6%	7,0%	5,1%
	15 i més	3.091.948	3.241.569	6.333.517	1.355	1.354	2.709	2,7%	2,7%	1,9%
	65 i més	568.781	768.502	1.337.283	309	341	650	5,7%	5,4%	3,9%
	Total	3.701.740	3.817.163	7.518.903	1.598	1.582	3.180	2,5%	2,5%	1,8%

Onada 12 (1r semestre 2016)	EDAT	Població (1/1/2015) - Padró			Mostra			Error mostral		
		Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
		0-14	608.721	573.995	1.182.716	242	237	479	6,4%	6,5%
15-44	1.524.347	1.464.327	2.988.674	435	422	857	4,8%	4,9%	3,4%	
45-64	978.306	996.793	1.975.099	299	304	603	5,8%	5,7%	4,1%	
65-74	321.305	367.059	688.364	95	103	198	10,3%	9,9%	7,1%	
75 i més	259.066	414.187	673.253	123	149	272	9,0%	8,2%	6,1%	
15 i més	3.083.024	3.242.366	6.325.390	952	978	1.930	3,2%	3,2%	2,3%	
65 i més	580.371	781.246	1.361.617	218	252	470	6,8%	6,3%	4,6%	
Total	3.691.745	3.816.361	7.508.106	1.194	1.215	2.409	2,9%	2,9%	2,0%	

Onada 13 (2n semestre 2016)	EDAT	Població (1/1/2015) - Padró			Mostra			Error mostral		
		Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
		0-14	608.721	573.995	1.182.716	237	225	462	6,5%	6,7%
15-44	1.524.347	1.464.327	2.988.674	445	437	882	4,7%	4,8%	3,4%	
45-64	978.306	996.793	1.975.099	303	305	608	5,7%	5,7%	4,1%	
65-74	321.305	367.059	688.364	95	101	196	10,3%	10,0%	7,1%	
75 i més	259.066	414.187	673.253	115	146	261	9,3%	8,3%	6,2%	
15 i més	3.083.024	3.242.366	6.325.390	958	989	1.947	3,2%	3,2%	2,3%	
65 i més	580.371	781.246	1.361.617	210	247	457	6,9%	6,4%	4,7%	
Total	3.691.745	3.816.361	7.508.106	1.195	1.214	2.409	2,9%	2,9%	2,0%	

10.2. Factors de ponderació i elevació i intervals de confiança

El disseny mostral estratificat de l'ESCA suposa l'afixació no proporcional de les quotes de la mostra de cada AGA, divisió territorial vigent. Segons la grandària poblacional de l'AGA i la variabilitat de les característiques per sexes i grups d'edat, la probabilitat de les persones de ser elegides no és la mateixa.¹⁵¹

L'afixació que s'ha aplicat té un objectiu instrumental, perquè assegura la representativitat de la mostra per AGA una vegada acumulades les vuit onades de l'ESCA, però, alhora, sobremostreja aquelles AGA amb menys població i, consegüentment, la seva població està sobredimensionada. Així doncs, cal restituir el valor real de les freqüències ponderant pel pes total, per garantir una mostra aleatòria proporcional a l'estructura de població i poder estimar els paràmetres poblacionals representatius per a regions sanitàries i de Catalunya.

El factor de ponderació (PES_NA) reverteix la distribució no proporcional de les enquestes per AGA, sexes, grups d'edat i estrats poblacionals. S'estima l'invers de la probabilitat de selecció de cada persona entrevistada i s'associa a cada una d'elles el mateix percentatge de representació de la població catalana, amb independència de les seves característiques demogràfiques i territorials. El factor de ponderació incorpora informació sobre la grandària real de cadascun dels vuit estrats municipals i sobre la distribució per cinc grups d'edat i per sexes. Aquest procediment garanteix la reproducció de les freqüències dels tretze grups de població (edat i sexe) per a cada estrat, així com per a aquells municipis que constitueixen un únic estrat. Amb el factor de ponderació (PES_NA) s'estimen les freqüències relatives dels fenòmens amb el pes proporcional de cada enquesta. Al factor de ponderació (PES_NA) s'hi pot afegir també el factor d'elevació (PES), que té en compte quantes persones de la població representa cada una de les persones entrevistades segons el sexe, el grup d'edat, l'estrat i l'AGA, a partir de la confrontació de les dades mostrals amb les dades oficials de la població catalana. El factor d'elevació (PES) permet estimar els paràmetres absoluts de la població per AGA, regions sanitàries i total de Catalunya.

L'amplitud i la varietat de les preguntes han comportat una àmplia possibilitat de tipus de variables i estimadors.

Els diferents estimadors han d'anar acompanyats dels intervals de confiança (IC) que requereixen estimar la variància mostral,¹⁵² els quals han de ser estimats amb el nombre **real** d'enquestes dutes a terme. En el cas de les proporcions:

$$p_o = \frac{a_p}{a_p + b_p} = \frac{a_p}{n_p}$$

On p representa les dades ponderades.

$$p_o \pm \frac{z_{\alpha}}{2} * EE \rightarrow p_o \pm \frac{z_{\alpha}}{2} \sqrt{[p_o * (1 - p_o)]/n}$$

Per fer inferència estadística (contrasts d'hipòtesis, etc.) cal utilitzar el factor de ponderació no aixecat (PES_NA), ja que corregeix el disseny mostral no proporcional però conserva la grandària mostral i, consegüentment, evita biaixos de representació i alhora no subestima l'error estàndard (cosa que sí que ocorre en no tenir en compte el disseny mostral). No cal aplicar cap factor de ponderació per al càlcul dels IC.

Taula 63. Quadre resum de la metodologia que cal utilitzar per al càlcul d'estimadors i associació de variables. Exemples

Estimador	Variable del pes que cal utilitzar en el càlcul
Estimador puntual (%). Per exemple: percentatge de fumadors.	Ponderar la base de dades per la variable PES .
Interval de confiança del 95% (IC 95%) d'un estimador puntual.	Per al càlcul de l'interval de confiança d'un estimador, s'ha de treballar amb la base de dades sense ponderar per cap variable o factor de ponderació. Així, s'obté el nombre d'enquestes reals realitzades (mostra) necessari per a aquest càlcul.
Associació entre dues variables (distribució khi quadrat). Per exemple: percentatge de fumadors segons el sexe, l'edat, el nivell d'estudis, etc.	Ponderar la base de dades per la variable PES_NA .
Model multivariant per analitzar l'associació entre diferents variables. Per exemple: associació de diferents variables amb el consum de tabac.	Les regressions logístiques per obtenir les OR s'han de fer ponderant la base de dades per la variable PES_NA . Els IC corresponents, en aquests casos, també s'obtenen ponderant la base de dades per la variable PES_NA .

10.2.1. Càlcul de factors de ponderació *ad hoc*

En cas de fer servir un grup d'edat i sexe diferent del previst en el disseny mostral, es calculen els factors de ponderació oportuns:

$$\text{PES} - \text{ANY} - \text{Grupedat} = \text{PES}_{\text{ANY}} \times \frac{\text{Població del grup d'edat i sexe a 1 de gener de l'any corresponent}}{\text{Població aixecada del grup d'edat i sexe de l'any corresponent}}$$

$$\text{PES} - \text{NA} - \text{ANY} - \text{Grupedat} = \text{PES} - \text{NA} - \text{ANY} \times \frac{n \text{ no ponderada del grup d'edat i sexe de l'any corresponent}}{n \text{ ponderada no aixecada del grup d'edat i sexe de l'any corresponent}}$$

A continuació es reproduïx la sintaxi del càlcul de mostra:

```

*** Càlcul per a l'obtenció del pes o factor de ponderació del grup d'edat d'entre 6 i 12 anys.
*** Nombre d'enquestes no ponderades de l'ESCA 2014-2015 en la població d'entre 6 i 12 anys: 476 nens / 471 nenes.
*** Nombre d'enquestes ponderades i no elevades de l'ESCA 2014-2015 en la població d'entre 6 i 12 anys: 390 nens / 375 nenes.
*** Població l'1 de gener de 2015, d'entre 6 i 12 anys, per sexes: 292.946 nens / 276.630 nenes.
*** Població d'entre 6 i 12 anys de l'ESCA 2014-2015 ponderada i elevada (n ponderada i elevada): 281.013 nens / 270.182 nenes.
*** PES_2014_2015_6a12 (factor de ponderació amb elevació poblacional).
COMPUTE PES_2014_2015_6a12 = PES_2014_2015 * (292946/281013).
VARIABLE LABELS PES_2014_2015_6a12 'PES_2014_2015_6a12. Pes de ponderació específica de 6 a 12'.
EXECUTE.
IF (V1 = 2 & (V2_R ≥ 6 & V2_R ≤ 12)) PES_2014_2015_6a12 = PES_2014_2015 * (276630/270182).
VARIABLE LABELS PES_2014_2015_6a12 'PES_2014_2015_6a12. Pes de ponderació específica de 6 a 12'.
EXECUTE.
IF (NUM_ONA < 8) PES_2014_2015_6a12 = 0.
EXECUTE.
IF (V2_R < 6) PES_2014_2015_6a12 = 0.
EXECUTE.
IF (V2_R > 12) PES_2014_2015_6a12 = 0.
EXECUTE.
RECODE PES_2014_2015_6a12 (0 = SYSMIS).
EXECUTE.

*** PES_NA_2014_2015_6a12 (factor de ponderació sense elevació poblacional).
COMPUTE PES_NA_2014_2015_6a12 = PES_NA_2014_2015 * (476/390).
VARIABLE LABELS PES_NA_2014_2015_6a12 'PES_NA_2014_2015_6a12. Pes de ponderació específica de 6 a 12'.
EXECUTE.
IF (V1 = 2 & (V2_R ≥ 6 & V2_R ≤ 12)) PES_NA_2014_2015_6a12 = PES_NA_2014_2015 * (471/375).
VARIABLE LABELS PES_NA_2014_2015_6a12 'PES_NA_2014_2015_6a12. Pes de ponderació específica de 6 a 12'.
EXECUTE.
IF (NUM_ONA < 8) PES_NA_2014_2015_6a12 = 0.
EXECUTE.
IF (V2_R < 6) PES_NA_2014_2015_6a12 = 0.
EXECUTE.
IF (V2_R > 12) PES_NA_2014_2015_6a12 = 0.
EXECUTE.
RECODE PES_NA_2014_2015_6a12 (0 = SYSMIS).
EXECUTE.

```

10.3. Anàlisi evolutiva i tendència

10.3.1. Freqüències relatives brutes

A partir d'aquelles variables que tenen continuïtat en les diferents edicions de l'ESCA i dels indicadors prioritzats en el Pla de salut de Catalunya, s'han estimat els percentatges bruts per homes, per dones i pel total de diferents indicadors.

En l'anàlisi evolutiva de les freqüències relatives brutes, cal tenir present que es tracta de la comparació de diferents mostres amb grandàries mostrals heterogènies (a l'ESCA contínua, prop de 2.500 enquestes per onada; a l'ESCA 2006, 18.126 enquestes; a l'ESCA 2002, 8.400 enquestes, i a l'ESCA 1994, 15.000 enquestes). Amb la finalitat de millorar la interpretació en les taules es presenten en un format diferenciat aquells valors que mostren diferències estadísticament significatives (amb un nivell de confiança del 95%) respecte dels valors de la darrera edició.

Taula 64. Exemple de presentació de l'evolució d'una selecció d'indicadors (percentatge brut i IC 95%), per sexes. Catalunya, 1994-2015

Indicador		ESCA							
		1994		2002		2006		2010	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
1 Percepció positiva de l'estat salut (població general)	H	80,9	(80,0-81,8)	81,9	(80,7-83,0)	83,4	(82,6-84,2)	83,3	(81,2-85,4)
	D	71,4	(70,4-72,4)	74,9	(73,6-76,2)	73,8	(72,9-74,7)	75,5	(73,1-77,9)
	T	75,8	(75,1-76,5)	78,3	(77,4-79,2)	78,6	(78,0-79,2)	79,3	(77,7-80,9)
2 Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	H	ND		ND		36,9	(55,7-58,1)	55,6	(52,1-59,1)
	D	ND		ND		40,4	(39,2-41,6)	37,3	(33,9-40,7)
	T	ND		ND		48,7	(47,9-49,5)	46,5	(44,0-49,0)
3 Sobrepès (de 18 a 74 anys)	H	ND		ND		43,9	(42,7-45,1)	42,8	(39,3-46,2)
	D	ND		ND		28,0	(26,9-29,1)	26,5	(23,5-29,6)
	T	ND		ND		36,0	(35,2-36,8)	34,7	(32,3-37,0)
4 Obesitat (de 18 a 74 anys)	H	ND		ND		13,0	(12,2-13,8)	12,8	(10,5-15,2)
	D	ND		ND		12,3	(11,5-13,1)	10,7	(8,6-12,9)
	T	ND		ND		12,7	(12,1-13,3)	11,8	(10,2-13,4)
5 Dolor o malarà (15 anys i més)	H	18,7	(17,7-19,7)	25,4	(24,0-26,8)	24,9	(23,9-25,9)	22,7	(20,1-25,4)
	D	33,4	(32,3-34,5)	39,9	(38,2-41,4)	41,4	(40,3-42,5)	39,2	(36,1-42,3)
	T	26,6	(25,8-27,4)	32,9	(31,8-34,0)	33,3	(32,6-34,0)	31,1	(29,0-33,2)
6 Anxietat o depressió* (15 anys i més)	H	9,9	(9,1-10,7)	13,2	(12,0-14,3)	14,1	(13,3-14,8)	13,1	(11,0-15,2)
	D	18,2	(17,3-19,1)	22,5	(21,1-23,8)	28,3	(27,3-29,2)	24,8	(22,0-27,5)
	T	14,4	(13,8-15,0)	18,0	(17,1-18,9)	21,3	(20,6-21,9)	19,0	(17,3-20,8)
7 Malaltia o problema de salut crònic (població general)	H	ND		ND		ND		28,2	(25,7-30,7)
	D	ND		ND		ND		34,2	(31,6-36,8)
	T	ND		ND		ND		31,2	(29,4-33,0)
8 Discapacitat (15 anys i més)	H	11,0	(10,2-11,8)	11,9	(10,8-13,0)	14,0	(13,2-14,8)	15,5	(13,2-17,8)
	D	16,2	(15,3-17,1)	16,4	(15,2-17,6)	21,7	(20,8-22,6)	19,9	(17,4-22,4)
	T	13,8	(13,2-14,4)	14,2	(13,4-15,0)	17,9	(17,3-18,5)	17,8	(16,1-19,5)
9 Consum de tabac (15 anys i més)	H	42,6	(41,3-43,9)	38,0	(36,4-39,6)	34,5	(33,5-35,5)	34,1	(31,1-37,1)
	D	20,7	(19,7-21,7)	26,5	(25,1-27,9)	24,3	(23,4-25,2)	24,8	(22,1-27,5)
	T	30,8	(30,0-31,6)	32,1	(31,0-33,2)	29,4	(28,7-30,1)	29,5	(27,5-31,5)
10 Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	H	6,4	(5,8-7,0)	6,6	(5,8-7,4)	7,4	(6,8-8,0)	8,7	(6,9-10,5)
	D	2,2	(1,8-2,6)	2,5	(2,0-3,0)	1,8	(1,5-2,1)	3,7	(2,5-4,9)
	T	4,1	(3,5-4,4)	4,5	(4,0-5,0)	4,5	(4,2-4,9)	6,2	(5,1-7,3)
11 Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	H	18,4	(17,3-19,5)	18,8	(17,4-20,2)	19,2	(18,3-20,1)	15,5	(13,0-18,0)
	D	21,9	(20,8-23,0)	20,7	(19,3-22,1)	18,7	(17,8-19,6)	18,7	(16,0-21,5)
	T	20,3	(19,5-21,1)	19,7	(18,7-20,7)	17,1	(16,5-17,7)	17,1	(15,2-19,0)
12 Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	H	ND		ND		ND		73,7	(70,6-76,8)
	D	ND		ND		ND		70,6	(67,4-73,9)
	T	ND		ND		ND		72,2	(69,9-74,4)
13 Mesura de la pressió arterial (15 anys i més)	H	24,0	(22,9-25,1)	47,9	(46,2-49,6)	43,4	(42,3-44,5)	48,7	(45,5-51,9)
	D	24,7	(23,7-25,7)	50,7	(49,1-52,3)	49,8	(48,7-50,9)	51,6	(48,4-54,8)
	T	24,4	(23,5-25,2)	49,3	(48,1-50,5)	46,6	(45,8-47,4)	50,2	(48,0-52,4)
14 Mesura del nivell de colesterol (15 anys i més)	H	18,6	(17,8-19,6)	44,1	(42,5-45,7)	49,4	(48,3-50,5)	59,4	(56,3-62,5)
	D	17,2	(16,3-18,1)	46,4	(44,8-48,0)	54,6	(53,5-55,7)	57,6	(54,5-60,7)
	T	17,9	(17,2-18,6)	45,2	(44,0-46,4)	52,0	(51,2-52,8)	58,5	(56,3-60,7)
15 Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	D	26,8	(24,8-28,8)	67,9	(65,0-70,8)	85,5	(84,0-87,0)	91,9	(89,0-94,8)
16 Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 64 anys)	D	54,9	(53,3-56,5)	69,0	(67,1-70,9)	70,2	(68,9-71,5)	76,3	(72,9-79,7)
17 Doble cobertura sanitària (població general)	H	20,5	(19,5-21,4)	25,6	(24,3-26,9)	27,2	(26,3-28,1)	27,7	(25,2-30,2)
	D	20,6	(19,7-21,5)	23,7	(22,4-25,0)	25,2	(24,3-26,1)	26,5	(24,9-29,0)
	T	20,6	(20,0-21,2)	24,7	(23,8-25,6)	26,2	(25,6-26,8)	27,1	(25,3-28,8)
18 Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	H	38,4	(37,2-39,6)	48,4	(46,7-50,1)	51,2	(50,1-52,3)	55,5	(52,4-58,6)
	D	55,8	(54,6-57,0)	63,4	(61,8-65,0)	71,1	(70,1-72,1)	76,3	(73,6-79,0)
	T	47,8	(46,9-48,7)	56,2	(55,1-57,3)	61,3	(60,5-62,1)	66,0	(63,9-68,1)
19 Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	H	83,8	(82,9-84,7)	85,3	(84,2-86,4)	84,8	(84,1-85,5)	89,8	(88,1-91,5)
	D	91,4	(90,8-92,0)	92,5	(91,7-93,3)	92,3	(91,8-92,8)	95,3	(94,1-96,5)
	T	87,8	(87,3-88,3)	89,0	(88,3-89,7)	88,6	(88,1-89,1)	92,6	(91,5-93,6)
20 Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	H	8,0	(7,4-8,6)	8,9	(8,0-9,8)	8,7	(8,2-9,2)	7,1	(5,7-8,5)
	D	8,1	(7,5-8,7)	9,2	(8,3-10,1)	9,9	(9,3-10,5)	8,4	(7,8-11,0)
	T	8,0	(7,6-8,4)	9,1	(8,5-9,7)	8,3	(7,9-8,7)	8,3	(7,2-9,4)
21 Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	H	ND		ND		30,6	(29,6-31,6)	30,7	(28,1-33,3)
	D	ND		ND		34,7	(33,7-35,7)	35,3	(32,6-38,0)
	T	ND		ND		32,7	(32,0-33,4)	32,9	(31,1-34,7)
22 Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)	H	86,6	(85,5-87,7)	81,1	(79,5-82,7)	80,2	(79,1-81,3)	84,6	(81,9-87,3)
	D	85,1	(84,1-86,1)	79,5	(78,0-81,0)	79,3	(78,3-80,3)	84,8	(82,2-87,4)
	T	85,7	(85,0-86,4)	80,3	(79,2-81,4)	79,7	(79,0-80,4)	84,7	(82,9-86,5)

Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006 i 2010. Departament de Salut.
 * Any 1994, 2002, 2006 i 2010 amb EQ-5D-3L. Any 2011 a 2015 amb EQ-5D-5L. ND: no disponible.

		ESCA									
		2011		2012		2013		2014		2015	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
1	Percepció positiva de l'estat salut (població general)	H 84,2	(82,7-85,7)	87,2	(85,9-88,5)	83,8	(82,3-85,3)	85,2	(83,8-86,7)	85,6	(84,3-86,9)
	D 76,0	(74,3-77,7)	78,4	(76,8-80,0)	78,5	(76,9-80,1)	81,2	(79,6-82,7)	81,0	(79,5-82,5)	
2	Buena de pes (sobrepès i obesitat) (de 16 a 74 anys)	H 57,4	(55,0-59,8)	57,7	(55,4-60,1)	56,2	(53,9-58,6)	55,5	(53,1-57,9)	55,4	(53,0-57,8)
	D 41,5	(39,0-43,9)	40,1	(37,7-42,5)	40,7	(38,3-43,1)	40,7	(38,3-43,1)	43,3	(41,1-45,5)	
3	Sobrepès (de 16 a 74 anys)	H 43,1	(40,7-45,5)	42,5	(40,2-44,9)	41,8	(39,4-44,2)	40,4	(38,0-42,8)	41,3	(39,1-43,5)
	D 26,3	(26,0-30,6)	27,7	(25,5-29,9)	26,8	(24,6-28,9)	25,7	(23,6-27,9)	27,9	(25,9-29,9)	
4	Obesitat (de 16 a 74 anys)	H 14,3	(12,9-15,6)	15,2	(13,8-16,6)	14,4	(12,9-15,9)	15,1	(13,7-16,6)	14,1	(12,6-15,7)
	D 13,2	(11,5-14,9)	12,4	(10,8-14,0)	14,0	(12,2-15,7)	15,0	(13,2-16,8)	15,3	(13,7-16,9)	
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	H 22,2	(20,3-24,0)	19,0	(17,2-20,7)	23,0	(21,1-24,9)	23,3	(22,0-25,8)	21,0	(19,3-22,7)
	D 41,0	(38,8-43,1)	36,4	(34,3-38,6)	36,8	(34,7-39,0)	37,8	(35,6-40,0)	34,6	(32,7-36,5)	
6	Anxietat o depressió* (15 anys i més)	H 14,1	(12,5-15,6)	11,1	(9,7-12,5)	13,2	(11,7-14,7)	15,5	(12,0-15,1)	12,2	(10,9-13,5)
	D 23,8	(21,9-25,7)	22,7	(20,9-24,5)	25,3	(23,4-27,3)	22,6	(20,9-24,5)	20,9	(19,2-22,4)	
7	Malaltia o problema de salut oronol (població general)	H 31,1	(29,3-32,9)	34,3	(32,4-36,2)	35,4	(33,5-37,4)	34,3	(33,0-36,8)	31,7	(30,0-33,4)
	D 38,4	(36,5-40,3)	40,1	(38,1-42,1)	41,7	(39,7-43,6)	41,1	(39,1-43,1)	36,8	(35,0-38,6)	
8	Discapacitat (15 anys i més)	H 14,5	(12,9-16,1)	11,4	(10,0-12,8)	12,6	(11,1-14,1)	13,2	(11,7-14,7)	13,6	(11,7-14,7)
	D 16,5	(15,3-17,7)	14,8	(13,7-15,9)	16,8	(14,6-16,9)	14,6	(13,5-15,7)	17,7	(14,2-17,4)	
9	Consum de tabac (15 anys i més)	H 35,8	(33,7-37,9)	34,2	(32,1-36,3)	32,2	(30,1-34,3)	31,8	(29,7-33,9)	31,0	(29,1-33,9)
	D 23,4	(21,5-25,3)	22,9	(21,0-24,8)	20,9	(19,1-22,7)	20,3	(18,5-22,1)	20,6	(19,0-22,0)	
10	Consum de rics d'alcohol (15 anys i més)	H 7,2	(6,0-8,4)	6,0	(4,9-7,1)	6,0	(4,9-7,1)	7,3	(6,2-8,5)	5,2	(4,3-6,1)
	D 4,7	(4,0-5,4)	3,9	(3,3-4,5)	3,9	(3,3-4,5)	4,5	(3,8-5,1)	3,8	(3,3-4,3)	
11	Sedentarisme (de 16 a 74 anys)	H 15,4	(13,6-17,1)	16,4	(14,6-18,2)	19,2	(17,3-21,2)	19,9	(18,0-21,9)	19,5	(17,7-21,3)
	D 16,3	(15,4-20,2)	19,2	(17,3-21,1)	21,4	(19,4-23,4)	24,4	(22,3-26,6)	22,3	(20,4-24,2)	
12	Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	H 74,2	(72,1-76,3)	72,1	(69,9-74,2)	72,8	(70,6-74,9)	70,5	(68,3-72,8)	76,6	(74,7-78,5)
	D 65,0	(62,7-67,3)	66,3	(64,0-68,6)	64,4	(62,0-66,8)	65,1	(62,7-67,4)	71,7	(69,3-73,7)	
13	Mesura de la pressió arterial (15 anys i més)	H 48,3	(46,1-50,5)	51,2	(49,0-53,4)	46,1	(43,9-48,3)	48,3	(46,1-50,5)	53,4	(51,4-55,4)
	D 52,3	(50,1-54,5)	54,0	(51,8-56,2)	50,7	(48,5-52,9)	53,1	(50,9-55,4)	55,6	(53,6-56,6)	
14	Mesura del nivell de colesterol (15 anys i més)	H 54,3	(52,1-56,5)	58,8	(56,6-61,0)	54,0	(51,8-56,2)	56,3	(54,1-58,6)	58,9	(56,9-60,9)
	D 60,5	(58,3-62,7)	61,1	(58,9-63,3)	58,5	(56,3-60,7)	63,5	(61,3-65,6)	62,0	(60,0-64,0)	
15	Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	D 91,2	(88,8-93,6)	94,1	(92,1-96,1)	91,9	(89,6-94,2)	92,9	(90,7-95,1)	89,7	(87,4-92,0)
16	Otologia vaginal periòdica (dones de 25 a 64 anys)	D 75,6	(73,2-78,0)	81,1	(78,8-83,3)	76,5	(74,2-78,9)	79,7	(77,5-81,9)	75,1	(72,9-77,3)
17	Doble obertura sanitària (població general)	H 26,8	(25,1-28,6)	26,2	(24,5-27,9)	23,1	(21,4-24,7)	24,2	(22,5-25,9)	23,9	(22,3-25,5)
	D 25,6	(23,9-27,4)	25,1	(23,4-26,9)	25,2	(23,5-26,9)	25,4	(23,7-27,2)	26,1	(24,6-27,7)	
18	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	H 54,0	(51,8-56,2)	51,5	(49,4-53,8)	55,6	(53,4-57,9)	52,3	(50,1-54,5)	54,3	(52,3-56,3)
	D 65,2	(63,7-66,7)	60,9	(59,3-62,4)	63,0	(61,5-64,6)	60,7	(59,2-62,3)	60,3	(58,9-61,7)	
19	Vicites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	H 85,1	(83,9-90,3)	87,7	(86,4-89,0)	87,0	(85,6-88,3)	87,2	(85,9-88,6)	90,1	(89,0-91,2)
	D 96,3	(95,5-97,1)	96,8	(95,0-96,6)	94,0	(92,1-94,9)	94,2	(93,3-95,2)	94,9	(94,1-95,7)	
20	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	H 6,9	(5,9-7,9)	6,8	(5,8-7,8)	7,3	(6,2-8,3)	7,4	(6,3-8,4)	9,2	(8,1-9,3)
	D 8,6	(7,5-9,7)	7,9	(6,8-9,0)	9,3	(8,1-10,4)	7,5	(6,4-8,5)	8,2	(7,2-9,2)	
21	Vicites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	H 33,2	(31,3-35,1)	30,0	(28,2-31,8)	29,9	(28,0-31,7)	29,1	(27,2-30,9)	29,2	(27,5-30,9)
	D 36,0	(34,1-39,9)	33,4	(31,5-36,3)	33,8	(31,9-36,7)	30,5	(28,6-32,3)	32,7	(31,0-34,4)	
22	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)	H 87,5	(85,8-89,2)	89,0	(87,3-90,7)	87,8	(86,0-89,5)	89,5	(87,9-91,2)	90,3	(89,7-92,1)
	D 86,5	(84,8-88,2)	88,8	(88,2-91,3)	86,1	(84,3-87,9)	89,5	(87,9-91,0)	88,5	(87,2-89,8)	
	T 87,0	(85,8-88,2)	89,4	(88,3-90,6)	86,9	(85,6-88,1)	89,5	(88,4-90,6)	89,7	(88,6-90,6)	

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.
 * Any 1994, 2002, 2006 i 2010 amb EQ-5D-3L. Any 2011 a 2015 amb EQ-5D-5L.

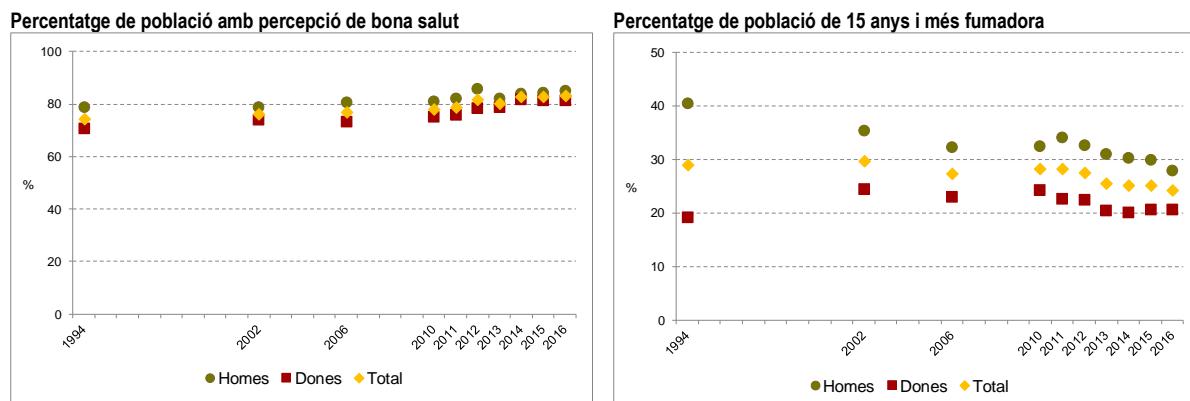
10.3.2. Freqüències relatives estandarditzades

En la comparació de les freqüències relatives brutes, cal tenir present que els valors dels indicadors estan influïts per l'envelliment en l'estructura per edats de la població. Aquest element confusor es pot eliminar amb l'anàlisi de les freqüències relatives estandarditzades. Les proporcions estandarditzades són un indicador complementari de les proporcions brutes. S'estimen per al total, per a homes i per a dones a partir de la població tipus total corresponent a la darrera onada, per fer coincidir en cada informe de resultats les dades reals amb les estandarditzades. L'acord suposa que cal tornar a estimar totes les proporcions estandarditzades de les edicions i/o onades anteriors en cada nova actualització de la publicació de resultats. A partir del 2016, s'acorda aplicar com a població tipus la població estàndard europea de 2013.¹⁵³

Les variables estandarditzades són les mateixes per a les quals es fa l'anàlisi de freqüències relatives brutes.

A continuació es mostren alguns exemples del tipus de gràfic d'evolució dels percentatges estandarditzats.

Figura 10. Evolució dels percentatges estandarditzats de dos indicadors. Catalunya, 1994-2016



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població estàndard europea 2013.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 i 2016. Departament de Salut.

10.4. Anàlisi territorial

10.4.1. Per regions sanitàries

A partir de l'acumulació de les quatre primeres onades de l'ESCA, es va redactar el primer document d'anàlisi territorial. Està disponible a:

- <http://salutweb.gencat.cat/esca>
- http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/document/ents/arxiu/plasalut_regions_sanitaries_esca_2010-2012.pdf

En la comparació de les freqüències relatives brutes per RS (amb el pes biennal corresponent), cal tenir en compte que els valors estan influïts per la diferent estructura d'edats i sexes de cada regió sanitària. Per tal d'eliminar aquest efecte confusor, en lloc del pes biennal, s'utilitza el pes ESTAND_RS, que aplica l'estructura de població de Catalunya a tots dos sexes. D'aquesta manera, es poden comparar els resultats per sexes i entre regions sanitàries. Per comparar els resultats estandarditzats a Catalunya amb la mitjana de Catalunya, cal estimar el resultat per a Catalunya amb el pes biennal, i a continuació estandarditzar amb la població tipus de Catalunya corresponent.



10.4.2. Per unitats supramunicipals

El disseny mostral inicial de l'ESCA pren com a unitats mínimes de mostreig el GTS. Un cop iniciat el treball de camp, aquesta divisió territorial deixa de tenir vigència amb la publicació al DOGC, el gener de 2013, del Decret 10/2013^{mm} de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. Dels 37 GTS es passa a 29 sectors sanitaris. Atès que l'estratificació del disseny mostral és sexe, grup d'edat i estrat de municipi (entre altres), no hi ha cap inconvenient metodològic per refer les agrupacions territorials tot modificant la variable de ponderació per fer les estructures representatives del territori i proporcionals per al conjunt de Catalunya.

En el disseny mostral, la grandària necessària per desagregar l'anàlisi per al territori supramunicipal vigent (AGA) s'assoleix amb l'agrupació de vuit onades.

La bondat de l'acumulació d'onades per a l'obtenció d'un indicador desagregat territorialment s'ha de valorar individualment. Així, només s'haurien d'analitzar acumulant tantes onades aquells indicadors que presenten una estabilitat al llarg del període, mentre que aquells amb una tendència clara al llarg del període no haurien d'acumular-se, atès que el valor mitjà no aporta una dada real. Seria convenient concretar un percentatge de canvi mínim entre el percentatge inicial i el final que marqués el llindar entre els indicadors que es poden acumular i, consegüentment, analitzar desagregats territorialment i, d'altra banda, aquells que no es poden acumular ni analitzar per unitats supramunicipals.

10.5. Difusió de les dades

L'equip responsable de l'enquesta, seguint les recomanacions de la Llei d'estadística de Catalunya,¹⁵⁴ publica uns **resultats sintètics** que resumeixen els resultats globals obtinguts per conceptes temàtics i agregats territorialment (Catalunya). Seguint els criteris d'acumulació d'onades per a l'obtenció de grandàries mostrals més elevades, també publica **resultats bàsics**, amb l'objectiu d'obtenir un conjunt de taules encreuades amb les desagregacions conceptuals, territorials i temporals previstes en els programes anuals d'actuació estadística. Finalment, segons les necessitats i la disponibilitat de recursos, es publiquen **resultats específics**, amb explotacions no estandarditzades o accessos específics a la informació estadística, tot observant el secret estadístic. I si aquesta informació publicada no és suficient, l'equip de l'ESCA facilita les microdades de l'ESCA.

10.5.1. L'ESCA exprés

El Departament d'Economia de la Universitat de Barcelona va elaborar alguns informes exprés. Aquests informes,ⁿⁿ amb les dades més recents de les darreres onades semestrals o d'onades acumulades, tenen una estructura fixa, pel que fa tant a les variables per analitzar com a les capçaleres de les taules. Per a cadascuna de les variables, la primera fila recull el nombre d'enquestes realitzades; la segona fila, el nombre d'enquestes ponderades i

^{mm}Decret 10/2013, de 3 de gener, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut (DOGC 6287 7/01/2013) <http://portaldogc.gencat.cat/utisEADOP/PDF/6287/1277597.pdf>

ⁿⁿ El contingut de les taules i les característiques principals d'aquest document es van acordar en una reunió el 22 de juliol de 2011.

aixecades, i, a partir de la tercera fila, inclou els percentatges per a cadascuna de les categories de la variable o el nombre absolut de casos, en funció de si es tracta de les taules percentuals o de les taules en nombres absoluts.

Quant a les capçaleres de les taules, n'hi ha de tres tipus: sexe i edat, nivell d'estudis i edat, i classe social i edat.

Taula 64. Variables que l'informe exprés de l'ESCA analitza

Variable	Categories de la variable		
Regió sanitària	1. Lleida 4. Girona 7. Barcelona	2. Camp de Tarragona 5. Catalunya Central	3. Terres de l'Ebre 6. Alt Pirineu i Aran
Regió sanitària	1. Lleida 4. Girona 7. Barcelona nord-est (Alt Maresme, Selva Marítima, Baix Montseny, Vallès Occidental, Vallès Oriental, ...) 8. Barcelona oest (Alt Penedès, Baix Llobregat, ...)		
GTS	1. Alt Urgell 4. Val d'Aran 7. Baix Camp 10. Altebrat 13. Alt Maresme-Selva marítima 15. Figueres i Alt Empordà 17. Gironès, Pla de l'Estany i Selva interior 19. Anoia 22. Osona 24. Baix Llobregat centre-Fontsanta 25. Baix Llobregat, l'Hospitalet i el Prat de Llobregat 26. Baix Llobregat litoral 29. Barcelona ciutat 31. Garraf 34. Baix Vallès (Mollet del Vallès) 36. Vallès Occidental (Terrassa)		
Onada	1 2 3 4 5 6 7 8		
Immigrant (estranger amb menys de deu anys de residència)	Sí/No		
Situació laboral (16-64 anys)	Treballa Estudiant Jubilat o jubilada	Aturat o aturada Incapacitat permanent Una altra situació	Feines de la llar
Doble cobertura	Sí/no		
Modalitat dels serveis utilitzats	Públics/privats		
Satisfacció amb els serveis públics	Molt satisfet o satisfeta Insatisfet o insatisfeta		Satisfet o satisfeta Molt insatisfet o insatisfeta
Satisfacció amb els serveis privats	Molt satisfet o satisfeta Insatisfet o insatisfeta		Satisfet o satisfeta Molt insatisfet o insatisfeta
Autopercepció de l'estat de salut 1	Excel·lent Regular	Molt bona Dolenta	Bona
Autopercepció de l'estat de salut 2 A partir de l'onada 3	Molt bona Dolenta	Bona Molt dolenta	Regular
IMC adults	Infrapès Sobrepès	Normopès Obesitat	
IMC menors	Infrapès Sobrepès	Normopès Obesitat	
Problema crònic de salut	Sí/no		
Consum de medicaments en els darrers dos dies	Sí/no		
Goldberg	Sí/no		
Limitació per a les activitats habituals	Sí/no		
Ajuda per fer les activitats habituals	Sí/no		

Sedentarisme	Sí/no
Consum de tabac	Fumador o fumadora Exfumador o exfumadora No fumador o no fumadora
Consum d'alcohol	Bevedor o bevedora de risc Bevedor moderat o bevedora moderada No bevedor o no bevedora
Visita al metge o metgessa de capçalera	Sí/no
Visita a una especialitat mèdica	Sí/no
Visita a urgències	Sí/no
Hospitalització	Sí/no

10.5.2. Informes breus

L'equip de l'ESCA ha elaborat alguns informes monogràfics, disponibles al web del Departament de Salut: <http://salutweb.gencat.cat/esca>

- Comparació d'indicadors de salut per grups socioeconòmics. ESCA, 2006 i 2011
- Població ocupada i aturada: comparació d'indicadors de salut. ESCA, 2006 i 2011-2012
- Les regions sanitàries a l'ESCA 2010-2012



10.5.3. La tabulació de l'empresa de camp

L'empresa de camp, una vegada validada la base de dades i amb la utilització de les ponderacions corresponents, elabora unes taules en format .xlsx amb la totalitat de les variables de la base de dades i altres variables compostes amb els resultats de les enquestes del darrer any. Aquestes taules contenen les freqüències relatives (percentatges verticals i horitzontals) i la mostra realitzada. Les capçaleres disponibles són els totals segons el sexe i el grup d'edat, els totals segons el sexe i el nivell d'estudis i els totals segons el sexe i la classe social. Els resultats anuals d'aquestes taules estan disponibles al lloc web del Departament de Salut, <http://salutweb.gencat.cat/esca>, a les taules segons el grup d'edat i el sexe, segons la classe social i el sexe i segons el nivell d'estudis i el sexe.

10.5.4. Documents dels resultats principals

Fins al 2016, l'equip de l'ESCA ha publicat al web del Departament de Salut uns documents dels resultats més rellevants de l'ESCA, combinant el text explicatiu amb figures i taules. Els resultats s'organitzen per característiques sociodemogràfiques, estat de salut, comportaments relacionats amb la salut, i utilització de serveis sanitaris i satisfacció. Els indicadors s'estructuren segons el sexe, el grup d'edat, el nivell d'estudis i la classe social. També s'inclou un apartat de l'evolució temporal d'una selecció dels indicadors principals. Aquests documents s'han publicat per al conjunt de la població en les tres edicions anteriors de l'ESCA, i per al 2006 també existeix una publicació centrada en la població infantil.¹⁵⁵



A partir de 2016, el document en format Word (text explicatiu amb figures i taules) que s'elaborava se substitueix per uns fitxers en format Excel i el text del resum executiu dels principals resultats. Els fitxers en Excel que es publiquen són:

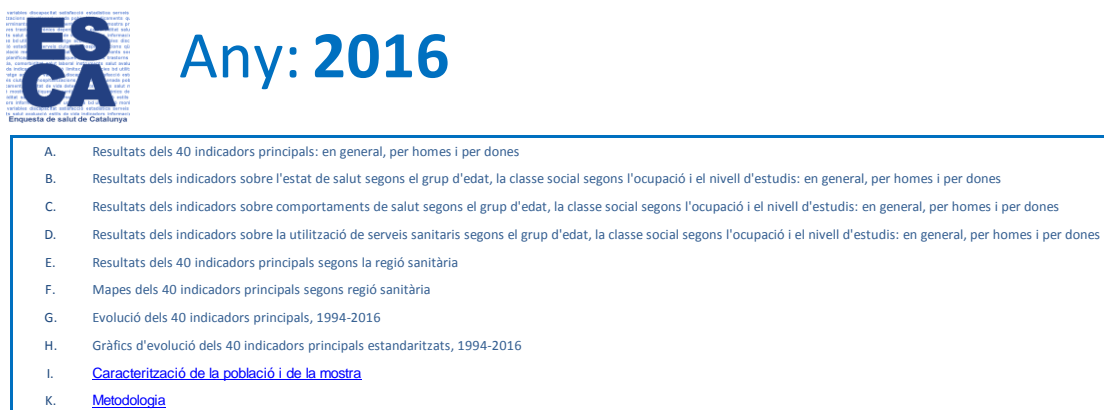
- Resultats de la selecció de 40 indicadors dels àmbits esmentats anteriorment (comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris i la satisfacció), pel total i per sexes.
- Resultats dels indicadors de l'àmbit de l'estat de salut segons el grup d'edat, la classe social i el nivell d'estudis, pel total i per sexes.
- Resultats dels indicadors de l'àmbit dels comportaments relacionats amb la salut segons el grup d'edat, la classe social i el nivell d'estudis, pel total i per sexes.
- Resultats dels indicadors de l'àmbit de la utilització de serveis sanitaris i la satisfacció segons el grup d'edat, la classe social i el nivell d'estudis, pel total i per sexes.
- Resultats dels 40 indicadors seleccionats, per regions sanitàries.
- Mapes de Catalunya, per regions sanitàries, dels 40 indicadors seleccionats.

- Evolució temporal dels percentatges bruts dels 40 indicadors seleccionats. Catalunya, 1994-2016.
- Gràfics d'evolució dels percentatges estandaritzats dels 40 indicadors seleccionats. Catalunya, 1994-2016.

També es publica un document amb la caracterització de la població, de la mostra i de la metodologia de l'ESCA.

Tota aquesta informació està disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/esca>.

Figura 11. Pantalla actual de la pàgina web d'accés als resultats de l'ESCA 2016

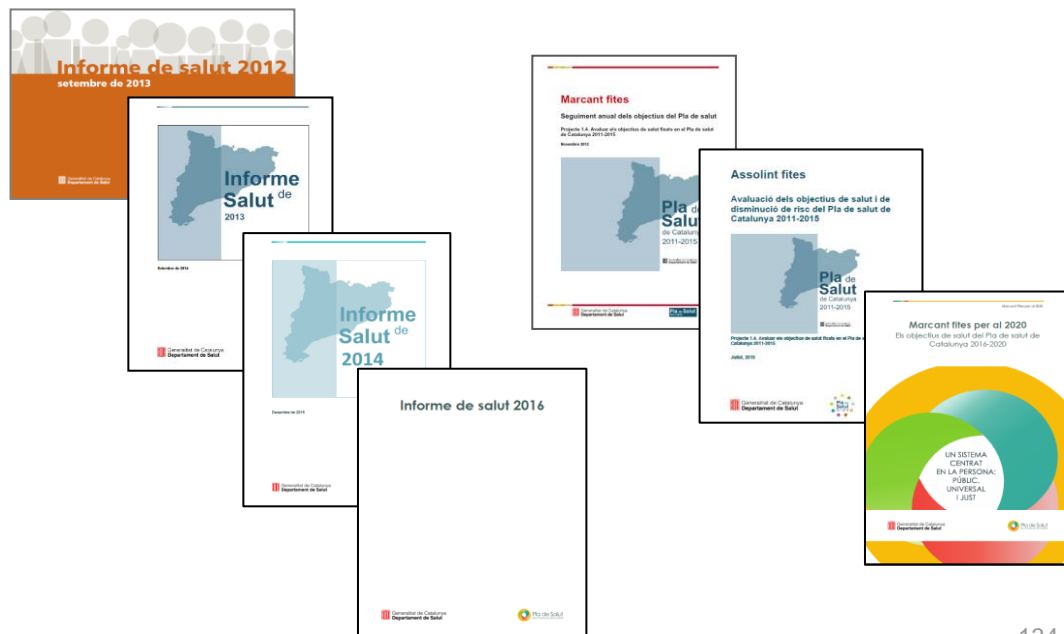


Per a qualsevol dubte, aclariment o informació adicional podeu contactar amb l'Antònia Medina (antonia.medina@gencat.cat) o amb l'Anna Schiaffino (anna.schiaffino@gencat.cat)

10.5.5. Altres productes de l'ESCA

Amb els resultats de l'ESCA també s'elaboren altres tipus d'informes i publicacions, com ara articles, informes monogràfics i l'informe de salut (que inclou indicadors de l'ESCA que avaluen alguns dels objectius del Pla de salut de Catalunya, etc.).

Per exemple, quant a l'explotació i l'anàlisi de la informació de l'ESCA, s'han fet els treballs següents, alguns accessibles al web del Departament: "Metodologia de l'ESCA" (article a *La Gaceta* i al *BEC*), els informes de salut de 2012 a 2016, el document *Marcant fites*, indicadors per al sistema integrat d'informació de salut (SIIS), indicadors per avaluar el PINSAP, etc.



10.5.6. Col·laboracions sistemàtiques

- Monitoratge dels indicadors de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya (*Marcant fites*)
- Sistema integrat d'informació de salut (SIIS)
- Central de resultats
- Informe de salut de Catalunya
- Agència de Salut Pública de Catalunya
- Grup de treball ESCA i crisi

11. Requisits per a la modificació de continguts del qüestionari

Les propostes d'inclusió, eliminació o modificació d'àmbits o preguntes de l'ESCA cal que vagin acompanyades de la documentació següent:

1. Justificació de la proposta (objectiu, finalitat).
2. Referències bibliogràfiques (estudis de validació, etc.).
3. Literals de la pregunta o les preguntes objecte de la proposta d'inclusió o modificació.
4. Estimació de la durada del contingut proposat.
5. Altres (com ara la franja de població a la qual s'ha d'administrar, grandària mostral necessària, etc.).
6. Sintaxi de l'instrument que es proposi per a l'anàlisi dels resultats (en cas que les variables requereixin un tractament específic o no es puguin analitzar de manera independent).

12. Cessió de les microdades

L'article 2 del Decret 143/2010,¹⁵⁶ de 19 d'octubre, del Registre de fitxers estadístics i de les cessions de dades sotmeses a secret estadístic, defineix la *cessió de fitxer estadístic* com "qualsevol revelació de dades, parcial o total, efectuada per l'organisme responsable del fitxer estadístic o per l'organisme col·laborador a una altra administració pública, així com també a un institut d'investigació científica o a un investigador".

La cessió de les microdades implica posar a disposició de la persona sol·licitant un fitxer en format .sav (SPSS) que inclogui les variables del qüestionari, les variables compostes o els instruments calculats, així com les variables de ponderació. S'eliminen de la base de dades les variables territorials, mitjançant les quals seria possible la identificació indirecta de les persones, d'acord amb els criteris de la Llei d'estadística de Catalunya i la Llei de protecció de dades personals.^{157,158}

De manera general, i segons la legislació vigent, en especial el capítol 4 del Decret 143/2010, de 19 d'octubre, del Registre de fitxers estadístics i de les cessions de dades sotmeses a secret estadístic, el procediment de cessió de microdades de l'ESCA ha de tenir en compte:⁰⁰

1. La cessió de les microdades ha de ser en una base de dades **anònima i dissociada** en la qual no consti cap informació (nom o cognoms, denominació, adreça, números personals, etc.) que permeti la identificació directa de les persones.
2. La cessió de les microdades es fa mitjançant un **protocol**, amb independència de les característiques de la persona o institució sol·licitant de la base de dades. Es preveuen dos tipus d'usuaris: les institucions i els òrgans del Sistema Estadístic de Catalunya i els investigadors o instituts d'investigació.
3. La cessió de dades ha d'estar sempre **justificada**. Els organismes del Sistema Estadístic de Catalunya, per dur a terme una estadística d'interès de la Generalitat de Catalunya, i els centres d'investigació o investigadors, per ampliar els resultats de les estadístiques oficials o per aprofundir-hi.
4. La cessió de les microdades **no és generalista** i ha de seguir els principis de proporcionalitat, pertinència i adequació. És a dir, es crearà una base de dades específica en què les persones i les variables s'adeqüin al propòsit de la recerca, alhora que també es poden prendre eventuais precaucions sobre la validesa o la fiabilitat de les variables mesurades, tot seguint les recomanacions del Codi de bones pràctiques europees. Perquè els sol·licitants puguin concretar la comanda, tenen a la seva disposició totes les versions dels qüestionaris al lloc web del Departament de Salut, així com accés a altres documents del Servei del Pla de salut (manual de codificació, manual tècnic, etc.).
5. La cessió de les microdades és per a un ús determinat. En tota cessió de microdades hi ha l'**obligació de destruir-les** una vegada ha finalitzat l'ús.

Pel que fa als **usuaris interns** de la base de dades de l'ESCA en el marc del seu lloc de treball (Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut i regions sanitàries del CatSalut), el requeriment per a la cessió és la **signatura del full de compromís personal de confidencialitat de les dades**.

⁰⁰ Acords de la reunió amb l'assessoria jurídica el gener de 2015.

Els documents que formen part del procediment de cessió de les microdades de l'ESCA són:

1. Sol·licitud: carta o correu adreçat a la persona titular de la Direcció General de Planificació en Salut en què es demana l'accés d'externs a fitxers amb dades personals, amb la concreció de les persones i les variables necessàries per a l'assoliment de l'objectiu de la recerca.
2. Signatura del full de compromís personal amb la confidencialitat de les dades, en què el sol·licitant es compromet a guardar el secret estadístic i a garantir la seguretat de les dades.
3. Redacció d'un protocol de cessió de la base de dades, en què figuren, com a mínim, les parts, la finalitat per a la qual se sol·liciten les microdades de l'ESCA i els pactes que regeixen la cessió de la base de dades.
4. Elaboració d'una base de dades específica per a la cessió.
5. Enviament de les microdades amb informació metodològica per a l'explotació de la base de dades i altres recomanacions del Departament de Salut.

El procediment de cessió de la base de dades de l'ESCA preveu els passos següents:

1. Sol·licitud d'informació per a la cessió de dades, normalment per correu electrònic.
2. Resposta amb informació per a la millora de la sol·licitud i sobre el procediment de cessió de la base de dades.
3. Sol·licitud formal de cessió de la base de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya, adreçada al titular de la Direcció General de Planificació en Salut (Departament de Salut, travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave Maria. 08028 Barcelona). Cal que en la sol·licitud hi consti la informació següent:
 - a. Any de referència de les microdades (1994, 2002, 2006, 2011, 2012, etc.).
 - b. Persona (o persones) que farà ús de les dades.
 - c. Institució a la qual pertany; en cas que formi part del Sistema Estadístic de Catalunya, cal que ho faci constar.
 - d. Objectius de l'estudi.
 - e. Relació de variables necessàries, seleccionades a partir dels qüestionaris. L'accés als qüestionaris de totes les edicions de l'ESCA es troba a l'enllaç: <http://salutweb.gencat.cat/esca>.
4. Anàlisi de la sol·licitud i, si escau, requeriment d'ampliació i millora dels continguts.
5. Signatura d'un protocol entre el titular de la Direcció General, en nom del Departament de Salut, i la persona responsable de la sol·licitud. Cal enviar un exemplar signat a l'equip responsable de l'ESCA (Departament de Salut, travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave Maria. 08028 Barcelona).
6. Signatura del compromís de manteniment de la confidencialitat de les dades cedides per part de totes les persones que tinguin accés a la base de dades. Cal enviar l'original del compromís a l'equip de l'ESCA (Departament de Salut, travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave Maria. 08028 Barcelona).
7. Enviament de la base de dades anònima dissociada, amb les indicacions metodològiques necessàries.

S'estableixen els criteris següents pel que fa a l'actualització de la base de dades que se cedeix:

- 1- La base de dades de la darrera edició disponible es posarà a disposició dels investigadors després de la publicació i la difusió interna dels principals resultats corresponents.
- 2- La base de dades se cedeix, en principi, per anys naturals. Excepcionalment, se cediran bases de dades d'onades semestrals quan corresponguin a àmbits temàtics de mòduls

complementaris que només han format part del qüestionari de l'ESCA durant un semestre.

- 3- Amb caràcter general, i llevat que els objectius de la sol·licitud així ho requereixin, es posen a disposició dels sol·licitants les preguntes corresponents al qüestionari bàsic.

Figura 12. Compromís personal de manteniment de la confidencialitat



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

DECLARACIÓ INDIVIDUAL DE COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT PER A LA UTILITZACIÓ D'UN FITXER DE MICRODADES ANÒNIMES DE L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA

El senyor/la senyora. #Nom i cognoms#
 amb DNI núm. #DNI# , que treballa a
 #Institució# , i amb correu
 electrònic #Correu electrònic#

MANIFESTA:

Que es compromet a guardar una rigorosa confidencialitat sobre les microdades que coneix o a què pot accedir dels fitxers de l'Enquesta de salut de Catalunya de titularitat del Departament de Salut.

Que es compromet a emprar la informació confidencial únicament en la forma, amb la finalitat i en les condicions administrativament autoritzades, per la qual cosa no pot utilitzar-les per a cap altra activitat o finalitat diferent, ni tampoc cedir-les a cap altra persona o institució.

Que es compromet a informar al personal participant en l'estudi objecte de la cessió de les microdades de les restriccions d'ús de les dades cedides.

Que es compromet a vetllar perquè les dades cedides estiguin emmagatzemades en un lloc adient i perquè s'adoptin totes les mesures de seguretat necessàries que impedeixin, especialment, l'accés de cap persona aliena a la recerca objecte de la cessió de les microdades.

Que es compromet a destruir la base de dades un cop hagi acabat la recerca.

Que es compromet a que en la difusió de les dades farà constar que la informació és d'elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya del Departament de Salut.

Que es compromet a comunicar a l'adreça esca.salut@gencat.cat les referències de les publicacions i articles que es deriven del fitxer cedit tan bon punt es publiquin, i que autoritza al responsable del fitxer de l'Enquesta de salut de Catalunya a fer-ne redifusió a la seva pàgina web.

(Localitat), (data)

(signatura)

Figura 13. Exemple de protocol per a la cessió de les microdades

<p>Generalitat de Catalunya Departament de Salut Servei d'Anàlisi de Resultats en Salut</p> <p>PROTOCOL ENTRE EL DEPARTAMENT DE SALUT I [INSTITUCIÓ] PER A LA CESSIÓ DE MICRODADDES ANÒNIMES DE L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA</p> <p>RESUMS</p> <p>En data de..., a 20 de desembre de 2017</p> <p>Dura part: el senyor [Nom i Cognoms] i fill, director general de l'entitat en salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, amb domicili a Travessera de les Corts, 131-135 (paral·lel) Ave Maria de Barcelona, com a responsable del lloc establert: Centre de Salut de Catalunya (ESCA), d'acord amb el que estableix a l'article 77 i següent del Decret 119/2014, de 5 d'agost, de reestructuració del Departament de Salut.</p> <p>I de fàctes, ella senyora [Nom i Cognoms] en nom i representació de [INSTITUCIÓ], amb DNI [NÚMERO], i domicili a [CARRER], en la seva qualitat de co-licitador.</p> <p>Ambdues parts es reconeixen mútuament la capacitat necessària per atorgar aquest Protocol i a l'altre.</p> <p>MANIFESTEN</p> <p>I, que [INSTITUCIÓ] ha emprat un projecte de recerca per [TÍTOL DEL PROJECTE] amb l'objectiu de [DESCRIPCIÓ].</p> <p>II, que els efectes de l'execució d'aquest Protocol, [INSTITUCIÓ] ha sol·licitat l'acord a diferents microdades anònimes de l'ESCA, en els termes i amb les condicions que consten en la seva sol·licitud.</p> <p>III, que amb la finalitat d'establir les condicions d'aquesta cessió, les parts subscriuen el present Protocol, que es signa pels següents:</p>	<p>FACTES</p> <p>Primer.- El Departament de Salut es compromet a cedir les microdades de l'ESCA corresponents a les variables sol·licitades, d'acord amb la normativa aplicable, (Llei 23/1990, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya i Decret 14/2010, de 19 d'octubre, del Registre de Dades Estadístiques) de les cessions de dades expressa i escrita, específic, per la qual cosa s'ha creat una base de dades específica amb els individus i les variables necessàries per poder complir amb els objectius de la sol·licitud.</p> <p>Les microdades cedides de caràcter anònim i exclusivament microdades anònimes, en els termes de l'article 15.1 del Decret 14/2010, de 19 d'octubre, i en cas que incorporen dades de caràcter personal o pertanyen a una identificació directa de les persones físiques o jurídiques a que fan referència, s'hi com a mínim reduït al màxim, d'acord amb les mesures tècniques actuals, els riscos d'identificació indirecta de les dades a les quals s'hi fan referència.</p> <p>Segon.- Per la seva banda, [INSTITUCIÓ] es compromet a:</p> <p>a) Guardar la màxima confidencialitat sobre les microdades a què accedeix i vetllar perquè les persones al seu càrrec i els seus col·laboradors que en feien ús preminin aquesta confidencialitat per la qual cosa hauran de subscriure una fida de confidencialitat que constarà a l'Annex I.</p> <p>b) Utilitzar les microdades que se li cediran exclusivament per a la finalitat del projecte de recerca resumit en el Manifesten i d'aquest Protocol i seguir les recomanacions metodològiques i les mesures tècniques i organitzatives necessàries per evitar qualsevol risc de divulgació d'ells.</p> <p>c) Especificar l'origen de les dades en totes les publicacions, citant com a font al Departament de Salut, l'Entitat de Salut de Catalunya i any de les dades del micro. [INSTITUCIÓ] comunicarà al responsable del lloc establert ESCA les referències de les seves publicacions i altres que se deriven del lloc establert per no pòssin esquivar cap publicació i autoritat al Departament de Salut a les seves pàgines web.</p> <p>d) No cedir les dades a tercers personals i procedir a la seva destrucció una vegada acomplert el termini de vigència d'aquest Protocol, una vegada finalitzat el projecte de recerca per al qual fan referència les microdades o, si n'hi ha, en cas de rescissió anticipada. I, tant de les dades originals com que qualsevol altre representació parca o total d'aquestes, sigui quin sigui el seu suport material.</p> <p>Tercer.- Aquest Protocol té una vigència d'un any a partir de la data de la signatura i pot ser prorrogat per acord exprés entre les parts, instrumentat per escrit.</p>	<p>Quart.- Són causes de rescissió anticipada del Protocol les següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'incumpliment per qualsevol de les parts dels compromisos assumits. • L'incumpliment de les parts, instrumentat per escrit. • La impossibilitat econòmica, legal o material, de donar compliment als pactes. • La denúncia d'alguna de les parts notificada a l'altre amb o sense previ acord. <p>Quinquè.- Aquest Protocol té naturalesa administrativa. En tal cas que se pugui plantejar sobre la seva interpretació o sobre el seu compliment o sobre el seu compliment, en cas de petició del decessat, correspon a la jurisdicció contenciosa administrativa resoldre les qüestions litigioses que pugui sorgir de la seva interpretació i compliment.</p> <p>I, en prova de conformitat amb el contingut d'aquest Protocol, el signen per duplicat:</p> <p>X X</p> <p>Direcció general de l'Entitat en Salut Tercera autoritat de la salut</p>
---	--	---

Taula 66. Convenis i encàrrecs d'explotació del període 2011-2016

Objectiu	Responsable	Organisme	Data cessió microdades	Observacions
EuroQol 5D-3L i 5D-5L	Juan Manuel Cabasés	Universitat de Navarra	18/04/2012	OK
Document de voluntats anticipades	Josep M. Busquets	DG de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris	26/04/2012	OK
EuroQol 5D-3L i 5D-5L	Montserrat Ferrer	IMIM	27/04/2012	OK
Benestar psicològic (WEMWBS)	Jordi Alonso, Miquel Codony, Pere Castellví	IMIM	27/04/2012	OK
Trastorns crònics: hemorroides	David Parés	Hospital de Sant Joan de Déu	06/06/2012	OK
ESCA 2011	Carmen Cabezas, Conxa Castell, Esteve Saltó	ASPC	09/07/2012	OK
Economia i salut	Helena Hernández, Catia Nicodemo	CRES	26/07/2012	OK
Joves, immigrants i determinants socials de salut	Meritxell Sabidó	Fundació Sida i Societat	04/09/2012	OK
Dades de les onades de 2011 per acumular amb l'ESB	Carme Borrell, Xavier Bartoll	Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)	12/09/2012	OK
Indicadors de salut i crisi econòmica	Roger Robert	Tesina de la diplomatura de Salut Pública	12/09/2012	OK
Salut infantil i crisi	Lluís Rajmil	AQuAS	16/10/2012	No hi ha full de confidencialitat signat
Compressió de la morbiditat	Aïda Solé-Auró	University of Southern California	20/11/2012	OK

Objectiu	Responsable	Organisme	Data cessió microdades	Observacions
Sobrepès i obesitat en la població infantil: corbes i taules de creixement	Margarita Posso	Hospital de Sant Pau	15/01/2013	No hi ha full de confidencialitat signat
ESPI/ESCA 2006	Pilar Zueras	UAB	08/02/2013	OK
L'ús i el potencial de les TIC en salut	Francisco Lupiáñez	UOC	26/02/2013	OK
Càrrega econòmica per impediment visual en la població de 15 anys i més de Catalunya	Laura Guisasaola	Tesi doctoral	12/03/2013	OK
Piràmide poblacional de trastorns crònics	Dimelza Osorio	Hospital de Sant Pau	11/04/2013	OK
Conseqüències de la crisi en l'estat de salut	Natàlia Pascual, Idaira Rodríguez	CRES	19/04/2013	No hi ha full de confidencialitat signat
Pràctiques preventives en oncologia	Josep Alfons Espinàs	PD d'Oncologia	23/04/2013	OK
Efecte de la crisi sobre les desigualtats en salut	Pilar García-Gómez	Erasmus School of Economics (Rotterdam)	25/04/2013	No hi ha full de confidencialitat signat
Tabaquisme: 2010, 2011 i 2012	Araceli Valverde	Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC)	30/04/2013	No hi ha full de confidencialitat signat
Informe de salut mental positiva a Catalunya a partir de la WEMWBS	Joan Colom, Jordina Capella	ASPC	30/04/2013	OK
Informe de salut de Catalunya 2012	Cristina Colls	Observatori de Salut	15/05/2013	OK
Efecte de la crisi econòmica actual en les variables de salut	Elena Arroyo	GRES. Universitat de Girona	16/05/2013	OK
Accidents	Josep Maria Suelves	ASPC	05/07/2013	OK
Medi ambient (geocodificació)	Margarita Triguero, Marta Cirach	CREAL	31/07/2013	OK
Repositori SIIS / ESCA 2010-2011-2012	Xus Labordena, Montse Camí, Everis	CatSalut	09/08/2013	Falten fulls de confidencialitat de les persones d'EVERIS
Indicadors per regions sanitàries	Enric Rovira	Agència de Salut Pública - Servei regional del Camp de Tarragona	09/08/2013	OK
Projecte de lluita contra l'estigmatització i la discriminació en salut mental	Miquel Juncosa, Maria Rubio, Antoni Serrano	Obertament	08/11/2013	OK
Estudi exploratori sobre els determinants socials de salut a Catalunya i relació amb l'estructura social	Pedro López-Roldán	UAB	07/01/2014	OK
Determinants socioeconòmics de la salut a Catalunya	Olena Tigova, Laura Pellicé	CRES	04/03/2014	OK
Efectes del disseny de l'ESCA (vuit onades)	Zaida Vicente, Montse Guillén	UB-UPC		OK

Objectiu	Responsable	Organisme	Data cessió microdades	Observacions
Factors biopsicosocials associats al risc de trastorns alimentaris i als problemes de pes (SCOFF)	Marisol Mora	UAB		Se li va enviar informació sobre el procediment de sol·licitud de dades el 05/03/2013.
Investigació?	Juli Carrere	Fundació Jaume Bofill		Se li va enviar informació sobre el procediment de sol·licitud de dades el 19/09/2013.
Creació d'un programa informàtic intel·ligent de recomanació de la dieta	Maryam Pashmi	UPC		Se li va enviar informació sobre el procediment de sol·licitud de dades l'11/11/2013.
Projecte europeu d'investigació en contaminació i salut	Xavier Basagaña Flores	CREAL		Se li va enviar informació sobre el procediment de sol·licitud de dades el 27/01/2014.
ESCA 2010-2011-2012	Carmen Cabezas, Josep Maria Suelves, Eva Borràs, Angelina González, Araceli Valverde, Eulàlia Roure	ASPC	08/04/2014	OK (espai de treball ESCA)
Salut infantil a la RS de la Catalunya central	Marta Aldea Novo	ASPC (resident)	30/04/2014	OK
ESCA 2012-2013	Carme Borrell, Xavier Bartoll	ASPB	20/06/2014	OK
Perfils socials dels consumidors d'antidepressius	Àngel Martínez Hernáez, Santiago Ariste Castaño	URV Antropologia, Filosofia i Treball Social	02/08/2014	OK
ESCA 2013	Carmen Cabezas, Eulàlia Roure	ASPC	13/08/2014	OK
Desenvolupament del treball de camp	Maria Àngeles Martínez	IPSOS Operaciones	05/09/2014	OK
Salut i crisi	Cristina Colls Guerra	AQuAS	06/10/2014	
ESCA RS 2012-2013		Regions sanitàries del CatSalut	15/10/2014	Espai de treball ESCA
Estada de pràctiques	Núria Martínez Agustín	UAB Sociologia	16/10/2014	
Pla d'infància i adolescència 2014-2017	Jordi Muner Armengol, Joan Llosada, Manel Lolo, Santiago Bellido	DGAIA, Departament de Benestar Social i Família	17/11/2014	OK, documents escanejats
Salut dels professionals sanitaris	Antoni Arteman, Lucía Baranda, Anna Mitjans	Fundació Galatea	17/11/2014	OK
Salut mental infantil	Xavier Angerri	FEDAIA	12/2014	
Projecte Informe ESCA automatitzat	Francisco Díaz Mairal, Maria Teresa Martínez Carles	BISMART, ITTERIA	3/02/2015	OK
Salut de la població adulta (2012-2013) i la població amb problemes d'habitatge (Sophie)	Carme Borrell, Laia Palència, Maica Rodríguez-Sanz, Hugo Vázquez	ASPB	23/02/2015	OK
Dades Obertament 2014	Maria Rubio	Obertament	06/03/2015	OK
EQ5D5L i EQ5D3L	Montse Ferrer, Marc Martí, Àngels Pont	IMIM	01/04/2015	OK

Objectiu	Responsable	Organisme	Data cessió microdades	Observacions
Gènere i situació laboral	Antonia Domingo-Salvany, Esther Colell Ortega, Albert Sánchez Niubò.	IMIM	16/04/2015	OK
WEMWBS	Miquel Codony	ASPCat	09/04/2015	OK
Salut de les dones de Catalunya (2006-2013)	Dolors Juvinyà, Carme Bertran, Melissa Casado	Universitat de Girona	04/05/2015	OK
Activitat física i estat de salut	Clara Riba, Manel Jubany	Treball de fi de màster, UPF	29/06/2015	OK
Genomes for Life	Rafael de Cid, Victor Moreno (ICO)	GCAT Can Ruti, ICO	15/07/2015	OK
Estat de salut de les persones amb discapacitat	Pau Vidal, Montse Fernández, Blanca Cegarra	Observatori de la Discapacitat Física	16/07/2015	OK
Malnutrició a Catalunya (ESCA 2013 i 2014)	Sergi Bermejo	UPC	17/07/2015	OK
Desigualtat en salut a Catalunya	Guillem López Casasnovas	CRES UPF	20/07/2015	OK
Salut a Barcelona	Carme Borrell, Xavier Bartoll	ASPB	24/07/2015	OK
Observatori Català de la Joventut	Roger Soler, Pau Serracant	Observatori Català de la Joventut	04/09/2015	OK
Patrons d'utilització dels serveis sanitaris a Catalunya (1994, 2010, 2011-2014)	Xavier Salvador, Carmen Medina, M. Teresa Faixedas, Pedro Gallo, Catalina Balance	CatSalut, Facultat d'Economia i Empresa, Universitat de Barcelona	31/07/2015	OK
Salut dels residents a Catalunya	Anna Mitjans	Fundació Galatea	28/10/2015	OK
Salut de les persones cuidadores	Montse Ferrer, Maria Salvador	IMIM	30/11/2015	OK
Activitat física	Angelina González Viana	Salut Pública	07/01/2016	OK
Treball de fi de grau: consum de fruita i/o verdura	Alejandro Fernández Amor	UAB (pràctiques)	04/02/2016	Sense protocol de cessió
WEMWBS, escala de benestar mental	Jordina Capella, Xavier Roca, Joan Colom	Salut Pública (Drogodependències)	10/02/2016	Sense protocol de cessió
Activitat física i estat de salut (2)	Clara Riba, Manel Jubany	Treball de fi de màster, UPF	15/02/2016	Ampliació de la cessió
Qualitat del son (SATED)	Joan Escarrabill, Ferran Barbé, Jordi de Batlle	Pla docent de l'assignatura Malalties de l'Àpares Respiratori	21/03/2016	Sense protocol de cessió
Salut de les dones de Catalunya (2006-2014)	Dolors Juvinyà, Carme Bertran, Melissa Casado	Universitat de Girona	21/03/2016	Ampliació de la cessió 2013-2014
Habitatge i salut	Joana Aina Ortiz	Institut de Recerca en Energia de Catalunya	30/06/2016	OK
Observatori Català de la Joventut	Roger Soler, Pau Serracant	Observatori Català de la Joventut	30/06/2016	Renovació de la cessió
	Xavier Bartoll	Agència de Salut Pública de Barcelona	30/06/2016	Renovació de la cessió
Salut i situació socioeconòmica	Teresa Menacho, Jeroen Spijker	Centre d'Estudis Demogràfics	06/09/2016	
Treball de fi de grau: desigualtats socials en salut	Carlos Zarraquino del Hoyo	UAB (pràctiques)	20/09/2016	Sense protocol
Consum de medicaments	Imma Pastor	URV	20/10/2016	
Funció visual	Núria Vila Vidal	UPC	24/11/2016	
Anàlisi de la Equidad y la Eficiencia en el sistema nacional de salud en España: un estudio empírico	Jaime Pinilla	Universitat de Las Palmas de Gran Canaria	8/11/2016 informat	
AGA Alt Penedès	Ignacio Aznar	PSSJD (DiBA)	14/11/2016	

Objectiu	Responsable	Organisme	Data cessió microdades	Observacions
	Judit Vall	CRES UPF	24/11/2016 informada	
Ús i consum d'antibiòtics a Catalunya	Cristina Moreno Lozano	URV. Antropologia	24/11/2016 informada	
Obesitat infantil	Arnau Juanmartí	CRES UPF	Petició d'informació, 15/04/2015 Pendent d'ell	Pendent de rebre resposta seva, no hi ha protocol signat
Mobilitat menors	Oriol Marquet	UAB		Informat del procediment
	Jessica Cantos Egea	Doctorat		

S'està treballant en l'automatització de la cessió de les microdades de l'ESCA a través del web del Departament de Salut.

13. Espai de treball ESCA

El mes d'octubre de 2014 es va posar en marxa l'espai de treball ESCA, un espai de treball virtual per als membres del Departament de Salut, l'Agència de Salut Pública de Catalunya i CatSalut que, per la seva feina, fan ús de les dades de l'ESCA de manera usual.

Es pot accedir a l'espai de treball ESCA mitjançant dos enllaços:

- <http://cs1moss11/llocs/GrupsDeTreball/EspaiDeTreballESCA> (accés per als usuaris des de Citrix).
- Des de fora del Departament de Salut, cal escriure l'adreça <https://extranet.ticsalut.cat/llocs/GrupsDeTreball/EspaiDeTreballESCA> al navegador. Es demanen l'usuari i la contrasenya, que corresponen a l'usuari i la contrasenya que s'utilitzen per iniciar sessió a l'ordinador des del lloc de feina.

Actualment, la llista d'usuaris de l'espai de treball ESCA és la següent:

	Nom	Unitat	Correu electrònic	Perfil	Full de confidencialitat
1	Esteve Saltó Cerezuela	Servei Pla de salut	esteve.salto@gencat.cat	Administrador	OK
2	Antonia Medina Bustos	Servei Pla de salut	antonia.medina@gencat.cat	Administradora	OK
3	Oriol Garcia Codina	Servei Pla de salut	oriol.garcia@gencat.cat	Administrador	OK
4	Eulàlia Masachs Fatjó	Servei Pla de salut	emasachs@gencat.cat	Administradora	OK
5	Josep Benet Travé	RS Barcelona (CatSalut)	jbenet@catsalut.cat	Usuari	15/10/2014
6	Elvira Torné Vilagrasa	RS Barcelona (CatSalut)	etorne@catsalut.cat	Usuària	15/10/2014
7	Moisés Sualdea Pérez	RS Barcelona (CatSalut)	msualdea@catsalut.cat	Usuari	15/10/2014
8	Felip Benavent Viladegut	RS Alt Pirineu i Aran (CatSalut)	fbenavent@catsalut.cat	Usuari	21/10/2014
9	Fèlix Castells Farré	RS Alt Pirineu i Aran (CatSalut)	fcastells@catsalut.cat	Usuari	21/10/2014
10	Rosa Figuera Venturós	RS Alt Pirineu i Aran (CatSalut)	rfiguera@catsalut.cat	Usuària	21/10/2014
11	Jordi Llorens Arasa	RS Terres de l'Ebre (CatSalut)	jlllorens@catsalut.cat	Usuari	15/10/2014
12	Josep Lluís Piñol Moreso	RS Terres de l'Ebre (CatSalut)	jpinyol@catsalut.cat	Usuari	16/10/2014
13	Maite Pedregal Navarro	RS Terres de l'Ebre (CatSalut)	mpedregal@catsalut.cat	Usuària	15/10/2014
14	Oti Alberca Guevara	RS Catalunya central (CatSalut)	oalberca@catsalut.cat	Usuària	
15	M Teresa Campanera Raduà	RS Catalunya central (CatSalut)	mtcampanera@catsalut.cat	Usuària	
16	Remei Juncadella Planell	RS Catalunya central (CatSalut)	rjuncadella@catsalut.cat	Usuària	
17	Roser Martínez Méndez	RS Catalunya central (CatSalut)	romartinez@catsalut.cat	Usuària	
18	Ramon Piñol Llovera	RS Lleida (CatSalut)	rpinol@catsalut.cat	Usuari	15/10/2014
19	Xavier Eritja Ciuró	RS Lleida (CatSalut)	xeritja@catsalut.cat	Usuari	21/10/2014
20	Casildo Estruga Nicolau	RS Tarragona (CatSalut)	cestruga@catsalut.cat	Usuari	
21	Maite Lousa Gayoso	RS Tarragona (CatSalut)	mlousa@catsalut.cat	Usuària	
22	Alfons Sancho Vendrell	RS Tarragona (CatSalut)	asancho@catsalut.cat	Usuari	
23	Paulina Viñas Folch	RS Tarragona (CatSalut)	pvinas@catsalut.cat	Usuària	15/10/2014
24	Maria Teresa Faixedas Brunsoms	RS Girona (CatSalut)	mfaixedas@catsalut.cat	Usuària	
25	Izabella Rohlfs Barbosa	RS Girona (CatSalut)	irohlf@catsalut.cat	Usuària	

14. Annex 1. Qüestionaris

Les sis versions del qüestionari de totes les edicions de l'ESCA són:

- Qüestionari general d'adults. Població de 15 anys i més (català i castellà)
- Qüestionari indirecte d'adults. Població de 15 anys i més (català i castellà)
- Qüestionari indirecte de menors. Població d'entre 0 i 14 anys (català i castellà)

I estan disponibles al web del Departament de Salut: <http://salutweb.gencat.cat/esca>

15. Annex 2. Manual d'instruccions per al personal entrevistador

Vegeu Manual a: [link](#)

16. Annex 3. Full de control i seguiment de la mostra

Enquesta de salut de Catalunya	Número de referència							
	Municipi							
	Enquestador/a							
Full de control de la mostra								
TITULAR								
Nom i adreça de la unitat mostral		Dia	Hora	Situació				
Data de l'entrevista								Motiu pel qual no s'ha fet l'entrevista
Telèfon/s								
SUBSTITUT 1								
Nom i adreça de la unitat mostral		Dia	Hora	Situació				
Data de l'entrevista								Motiu pel qual no s'ha fet l'entrevista
Telèfon/s								
SUBSTITUT 2								
Nom i adreça de la unitat mostral		Dia	Hora	Situació				
Data de l'entrevista								Motiu pel qual no s'ha fet l'entrevista
Telèfon/s								

17. Annex 4. Carta informativa



Benvolgut senyor, benvolguda senyora

El Govern de Catalunya, a través del **Departament de Salut** i en col·laboració amb l'**Institut d'Estadística de Catalunya**, realitza de manera continuada una enquesta de salut a la població de Catalunya de totes les edats (**Enquesta de salut de Catalunya**), amb la finalitat de conèixer la percepció que tenen els ciutadans i ciutadanes sobre els seus problemes de salut, els estils de vida i la utilització dels serveis sanitaris.

En aquest sentit, ens plau comunicar-vos que heu estat una de les persones escollides de manera aleatòria perquè contesteu aquesta enquesta, que tindrà lloc entre els mesos de juliol i desembre de 2016.

L'Enquesta de salut de Catalunya és una **activitat estadística de caràcter oficial** prevista en el Pla estadístic de Catalunya vigent. Els resultats d'aquesta enquesta tenen una utilitat especial per al Govern de la Generalitat, amb vista a fer efectiu el seu compromís de millora permanent de la salut de les persones i dels serveis sanitaris adreçats a tota la població.

En les properes setmanes, un **entrevistador o entrevistadora de l'empresa IPSOS**, que s'identificarà amb una credencial del **Departament de Salut**, es desplaçarà al vostre domicili per fer l'entrevista. És per això que us demanem la vostra col·laboració per tal que rebu aquesta persona i respongueu les preguntes que us faran.

Tingueu en compte que, si la carta que heu rebut va adreçada a un nen o nena de menys de 15 anys, qui haurà de contestar serà la mare, el pare o la persona responsable del menor.

Així mateix, us informem que, atès el seu caràcter d'estadística oficial, la informació individual que ens heu de subministrar ha de ser completa i verídica. D'altra banda, us garantim que les vostres respostes estaran protegides pel secret estadístic i només seran objecte de tractament estadístic agregat, d'acord amb el que regula la Llei 23/1998, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya.



Si teniu qualsevol dubte o voleu algun aclariment, el **Departament de Salut** posa a la vostra disposició el telèfon **061 CatSalut Respon**. Igualment, podeu accedir a tota la informació sobre aquesta enquesta a través de l'adreça <http://canalsalut.gencat.cat/esca> i a través del codi QR adjunt.

Us agraïm per endavant la vostra col·laboració i us saludem ben cordialment

Antoni Comin i Oliveres
Conseller de Salut

Frederic Udina i Abelló
Director de l'Institut d'Estadística de Catalunya

Barcelona, 12 de setembre de 2016

Departament de Salut
Travessera de les Corts, 131-150
08028 Barcelona
salutweb.gencat.cat

Institut d'Estadística de Catalunya
Via Laietana, 58
08003 Barcelona
www.idescat.cat

18. Annex 5. Manual de codificació

Vegeu Manual a: [link](#)

19. Referències bibliogràfiques

1. Llei 23/1998, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2801; de 8.1.1999.
2. Llei 5/2016, de 23 de desembre, del Pla estadístic de Catalunya 2017-2020 i de modificació de la Llei 23/1998 d'estadística de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 7320, de 02.03.2017.
3. Llei 13/2010, de 21 de maig, del Pla estadístic de Catalunya 2011-2014. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5638, de 28.5.2010.
4. Mompert A, Medina A, Brugulat P, Tresserras A. Encuesta de salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación. Índice. Revista de Estadística y Sociedad. Gener 2007;19-22.
5. Servei Català de la Salut. Els catalans parlen de la seva salut. Enquesta de salut de Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1998, p. 52 [consulta l'11 de febrer de 2011]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/05_enquesta_salut_1994/annex2/catalana_parlessevasalut_1994.pdf
6. Direcció General de Salut Pública. La salut i els serveis sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans l'any 2002 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003, p. 64 [consulta l'11 de febrer de 2011]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/04_enquesta_salut_2002/documents/salutserveis_cat2002.pdf
7. Departament de Salut. Els catalans parlen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya 2006 [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009, p. 249 [consulta l'11 de febrer de 2011] Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/03_enquesta_salut_2006/documents/catalans_salutiserveis.pdf
8. Canadian Community Health Survey [Internet]. Statistics Canada; 2015 [consulta el 26 de gener de 2015]. Disponible a: <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>
9. Ministry of Health. 2012. New Zealand Health Survey Methodology Report [Internet]. Wellington: Ministry of Health. [Consulta el 26 de gener de 2015]. Disponible a: <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-health-survey-methodology-report>
10. Eurostat. Codi de bones pràctiques de les estadístiques europees [Internet]. 2011 [consulta el 26 de juliol de 2011]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/cataleg/pdfdocs/cbpee2011.pdf>
11. Decret 122/2009, de 28 de juliol, pel qual es modifica parcialment la delimitació territorial de determinats sectors sanitaris i regions sanitàries establerta en el Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5433, de 31.7.2009.
12. Decret 10/2013, de 3 de gener, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 6287, de 7.01.2013.
13. Mompert Penina A, Medina Bustos A, Guillén Estany M, Alcañiz Zanón M, Brugulat Guiteras P. Características metodológicas de la Encuesta de salud de Catalunya. 2006. Med Clin (Barc). 2011;137(Supl 2):3-8.
14. Malmusi D, Jansà JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:399-409.

15. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Butlletí Oficial de l'Estat núm. 299; de 15.12.2006.
16. Departament de Benestar Social. Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social; 2002. 169 p.
17. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria. 1996;18:153-62.
18. Servei Andalus de Salut. Junta d'Andalusia. Valoración de las actividades de la vida diària: índice de Katz [Internet]. [Consulta el 15 de maig de 2010]. Disponible a: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_katz.pdf
19. Servei Andalus de Salut. Junta d'Andalusia. Autonomía para las actividades de la vida diària: índice de Barthel [Internet]. [Consulta el 15 de maig de 2010]. Disponible a: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>
20. Servei Andalus de Salut. Junta d'Andalusia. Actividades instrumentales de la vida diària: escala Lawton y Brody [Internet]. [Consulta el 15 de maig de 2010]. Disponible a: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_lawton_y_brody.pdf
21. Servei Andalus de Salut. Junta d'Andalusia. Cuestionario Zarit [Internet]. [Consulta el 15 de maig de 2010]. Disponible a: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_zarit.pdf
22. Institut Nacional d'Estadística. Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008 [Internet]. [Consulta el 15 de maig de 2010]. Disponible a: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=res_ultados&idp=1254735573175.
23. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(5):271-83.
24. Alegre-Escolano A, Ayuso-Gutiérrez M, Guillén-Estany M, Monteverde-Verdenelli M, Pociello García E. Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. Rev Esp Salud Pública. 2005;79(3):351-63.
25. Zunzunegui MV, Núñez O, Durban M, García de Yébenes MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-years follow-up study in Spain. Aging Clin Exp Res. 2006;18:352-8.
26. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F et al. Documento de consenso. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Clin Esp. 2008;208(7):361.e1-e39.
27. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Medina A et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. Qual Life Res. 2014;23(3):857-68.
28. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, Parkinson J, Secker J, Stewart-Brown S. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. Health and Quality of Life Outcomes. 2007;5:63-76.
29. Eurobarometer. Mental Well-being. Special Eurobarometer 248 / Wave 64.4 – TNS Opinion & Social [Internet]. Comissió Europea. [Consulta el 3 de febrer de 2011]. Disponible a: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf
30. Watson DP, Florian Wallace C. Second European Quality of Life Survey: Subjective well-being in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2010.

31. Eurostat. GDP and beyond [Internet]. [Consulta el 3 de febrer de 2011]. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond>
32. Eurostat. Feasibility study for Well-Being Indicators. Task 4: Critical review [Internet]. [Consulta el 3 de febrer de 2011]. Disponible a: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118135/Feasibility_study_Well-Being_Indicators.pdf/2475816b-9e4f-44e4-9ebf-2cd05762df77
33. NEF. Measuring well-being in policy: issues and applications [Internet]. [Consulta el 3 de febrer de 2011]. Disponible a: http://b3cdn.net/nefoundation/575659b4f333001669_ohm6iiogp.pdf
34. Royes A, coordinador. Document sobre les voluntats anticipades. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, 2011.
35. Canal Salut. Voluntats anticipades [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 2011. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades/voluntats-anticipades/>
36. Teno JM, Murphy D, Lynn J, Tosteson A, Desbiens N. Prognosis-based futility guidelines: does anyone win? SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42(11):1202-7.
37. Codagnone C, Lupiañez-Villanueva F. A composite index for the benchmarking of eHealth Deployment in European acute Hospitals Distilling reality in manageable form for evidence based policy [Internet]. 2011. Disponible a: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu/publications/pub.cfm?id=4179>
38. Rodríguez Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Guallar Castellón P, León Muñoz LM, Zuluaga-Zuluaga MC, López-García E et al. ENRICA: Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España. *Rev Esp de Cardiología.* 2011;64(10):876-82.
39. Obertament. Per la salut mental, dona la cara. Disponible a: <https://obertament.org/ca>
40. Do MP, Kincaid DL. Impact of an Entertainment-Education Television Drama on Health Knowledge and Behavior in Bangladesh: An Application of propensity score matching. *J Health Commun.* 2006;11(3):301-25.
41. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin.* 1981;7:225-40.
42. Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *The British Journal of Psychiatry.* 2009;194(3):278-84.
43. Evans-Lacko S, Rose D, Little K, Flach C, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2011;20(3):263-71.
44. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. Discrimination and delusional ideation. *J Br J Psychiatry.* 2003;182:71-6.
45. Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, Gilde Gómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M et al. Predicting the onset and maintenance of episodes of depression in primary health care. The PREDICT-Spain study. *Methodology. BMC Public Health.* 2008;8:256.
46. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(8):907-22.
47. Evans-Lacko S, London J, Little K, Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short term campaigns work?. *BMC Public Health;* 10:339.
48. Koh HK, Berwick DM, Clancy CM, Baur C, Brach C, Harris LM, Zerhusen EG. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly 'crisis care'. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(2):434-43.

49. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU [Internet]. 2012. Disponible a: <http://www.health-literacy.eu>
50. Health Literacy Europe. The European Health Literacy Project 2009-2012 [Internet]. Disponible a: <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>
51. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948.
52. Statistics explained. Material deprivation statistics [Internet]. Eurostat; 2014. Disponible a: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Material_deprivation_statistics_-_early_results
53. Central Statistical Bureau of Latvia. Material deprivation (EU-SILC survey) [Internet]. [consulta el 3 de febrer de 2016]. Disponible a: <http://www.csb.gov.lv/en/statistikas-temas/metodologija/material-deprivation-37113.html>
54. EU SILC. Material deprivation [Internet]. Eurostat; 2011. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/1012329/6070906/Household+data+-+material+deprivation.pdf/6f0726a5-4135-48a3-bacd-d2a3b47cbbec>
55. Statistics explained. EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) methodology - material deprivation by dimension [Internet]. Eurostat; 2014. Disponible a: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_statistics_on_income_and_living_conditions_%28EU-SILC%29_methodology_-_material_deprivation_by_dimension
56. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? Sleep. 2014;37(1):9-17.
57. Canal Salut. Son [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/s/son/son/consells-i-recomanacions/>
58. Plan Nacional de Drogas. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012 [consulta el 15 de diciembre de 2014]. Disponible a: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/10_ESTUDES_2012_CuestionarioAlumnos.pdf
59. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. Actas Dermosifiliogr. 2014;105:504-9.
60. International Physical Activity Questionnaire. IPAQ [Internet]. IPAQ Group, 2014. Disponible a: <https://sites.google.com/site/theipaq/>
61. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesca S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. Aten Primaria. 2015;47(3):175-8.
62. Rohlfs I, Borrell C, Artaco L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit. 2000;14(2):146-55.
63. Malmusi D, Jansa JM. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. Rev Esp Salud Pública. 2007;81(4):399-409.
64. Borrell C, Benach J, coordinadors. CAPS i Fundació J. Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
65. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263-272.

66. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit.* 1989(3):320-6.
67. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
68. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med.* 1989;29(6):761-8.
69. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982;72:800-8.
70. Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J. Comparison of performance-based and self-rated functional capacity in Spanish elderly. *Am J Epidemiol.* 1999;149:228-35.
71. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà J, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit.* 2001;15(3):217-23.
72. Pietz K, Petersen LA. Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1 —and 2 to 5— year mortality. *Health Serv Res.* 2007;42(2):629-43.
73. EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of healthy-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.
74. Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33(5):337-43.
75. Froberg D, Kane R. Methodology for measuring health-state preferences II: scaling methods. *J Clin Epidemiol.* 1989;42:459-71.
76. Badia X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Tecnología y ediciones del Conocimiento; 2007. 508 p.
77. EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16:199-208.
78. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *MedCare.* 1997;35:1095-108.
79. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc).* 1999;112(Supl 1):79-85.
80. Badia X, Fernández E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *Eur J Public Health.* 1995;5:87-93.
81. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQol 5-D in th Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res.* 1998;7(4):311-22.
82. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Prim.* 2001;28(6):425-9.
83. Cunillera O, Tresserras R, Rajmil L, Vilagut G, Brugulat P, Herdman M et al. Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures in health status in population health survey. *Qual Life Res.* 2010;19:853-64.
84. Pickard AS, Kohlmann T, Janssen MF, Bonsel F, Rosenbloom S, Cella D. Evaluating equivalency between response systems. Application of the Rasch Model to a 3-Level and 5-Level EQ-5D. *Med Care.* 2007;45:812-9.
85. Gusi N, Badia X, Herdman M, Olivares PR. Traducción y adaptación cultural de la versión española del cuestionario EQ-5D-Y en niños y adolescentes. *Aten Primaria.* 2009;41(1):19-23.
86. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión bibliográfica y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit.* 2001;15(Supl 4):34-43.

87. Kidscreen. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Cuestionario [Internet]. Child Public Health; 2011 [consulta el 8 d'agost de 2011]. Disponible a: <https://www.kidscreen.org/español/cuestionario-kidscreen/>
88. Kidscreen. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de 8 a 18 años. El proyecto [Internet]. Child Public Health; 2011 [consulta el 8 d'agost de 2011]. Disponible a: <https://www.kidscreen.org/español/el-proyecto-kidscreen/>
89. Tebé C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. Fiabilidad y validez de la versión española del Kidscreen-52 para población infantil y adolescente. Med Clin. 2008;130(17):650-4.
90. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gac Sanit. 2005;19(2):91-2.
91. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. Qual Life Res. 2010;19:1487-1500.
92. Riley AW, Forrest C, Starfield B, Rebok G, Green B, Robertson J. The parent report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. Med Care. 2004;42:210-20.
93. Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C, Riley A, Starfield B. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). Gac Sanit. 2004;18(4):305-11.
94. Rajmil L, Serra-Sutton V, Estrada MD, Fernández de Sanmamed MJ, Guillamón O, Riley A, Alonso J. Adaptación de la versión española del perfil de salud infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). An Pediatr (Barc). 2004;60(6):522-9.
95. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Herdman M, Riley A, Starfield B. Validity of the Spanish version of the child health and illness profile-adolescent edition (CHIP-AE). MedCare. 2003;41:1153-63.
96. Estrada MD, Rajmil L, Serra-Sutton V, Tebé C, Alonso J, Herdman M et al. Reliability and validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). Health Qual Life Outcomes. 2010;8:78.
97. Serra Majem L. Dossier de Consenso. Curvas de referencia para la tipificación ponderal. Población infantil y juvenil. Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. IM. 2002:71-80.
98. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación F. Orbegozo. Madrid: Editorial Garsi; 1988.
99. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320:1-6.
100. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ. 2007;335:194-7
101. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A et al. Curvas y tablas de crecimiento (Estudios longitudinales y transversales) [Internet]. Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo; 2011 [Consulta el 5 d'abril de 2013]. Disponible a: https://www.aepap.org/sites/default/files/curvas_orbegozo.pdf
102. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. Organizació Mundial de la Salut. Ginebra; 2013. Disponible a: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
103. Growth reference 5-19 years. Growth reference data for 5-19 years [Internet]. Organizació Mundial de la Salut. Ginebra; 2013. Disponible a: <http://www.who.int/growthref/en/>

104. Posso M, Brugulat P, Puig T, Mompert-Penina A, Medina-Bustos A, Alcañiz-Zanón M et al. Prevalencia y condicionantes de la obesidad en la población infantojuvenil de Cataluña, 2006-2012. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(11):475-83.
105. Buratta V, Forva L, Gargiulo L, Gianicolo E, Prati S, Quattrocioni L. Development of a common instrument for chronic physical conditions. A EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press; 2003. Cap 3:21-34.
106. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 2) Methodological manual. 2013 edition. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c>
107. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwart HB, Shepherd MA. Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med*. 1970;24:18-23.
108. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detail study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;1:439-43.
109. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health questionnaire. Windsor, Regne Unit: NFER-Nelson; 1988.
110. Lobo A, Muñoz PE. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones en lengua española validadas. Barcelona: Masson; 1996.
111. Sánchez-López MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008;20:839-43.
112. Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en la población general española. *Int J Health Psychol*. 2011;11(1):125-39.
113. Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria; 1993:221.
114. Tresserras R, Medina A, Mompert A, Molina C, Jordà E. Riesgo individual y poblacional en salud mental en Catalunya. *Med Clin (Barc)*. 2011;137(Supl 2):16-21.
115. Youth in Mind. SDQ information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires [Internet]. DAWBA; 2001 [consulta l'11 de febrer de 2011]. Disponible a: <http://www.sdqinfo.org>
116. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychology Psychiatry*. 1997;38:581-6.
117. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaires. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11):1337-45.
118. Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, De las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol*. 2012;12(2):265-79.
119. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000;177:534-9.
120. Rajmil L, López-Aguilà S, Mompert-Penina A, Medina-Bustos A, Rodríguez Sanz M, Brugulat-Guiteras P. Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73(5):233-40.
121. Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;9:129-34.

122. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. *Med Clin (Barc)*. 1991;96:453-5.
123. Gispert R, Ruiz-Ramos M, Barés MA, Viciano F, Clot-Razquin G. Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidades autónomas en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:155-65.
124. Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*. 1996;18:153-63.
125. 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(7):709-23.
126. Cuéllar-Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 en personas cuidadoras. *RIDEP*. 34(1):89-101.
127. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Frades-Payo B, Forjaz MJ, Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G et al. Propiedades psicométricas del cuestionario de apoyo social funcional y de la escala de soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gac Sanit*. 2012;26(4):317-324.
128. Institut Nacional d'Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12 [Internet]. Madrid; Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat; 2013 [consulta el 20 de març de 2014]. Disponible a: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/ENSE11_D_estrucpcion_variables_compuestas.1.pdf
129. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 1991;8:688-92.
130. Castellví P, García-Forero C, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Mompert A et al. Validación en población general de una medida de bienestar mental. Versión española del Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). A: I Jornada Científica BiblioPRO; 21 de febrer de 2013, Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona.
131. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulatm P, Medina A et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Qual Life Res*. 2014;23(3):857-68.
132. Pla director d'oncologia. Pla contra el càncer a Catalunya 2015-2020. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2015.
133. Estudi Predimed. Qüestionari de compliment la dieta mediterrània del projecte Predimed [Internet]. [Consulta l'11 de novembre de 2014]. Disponible a: <http://www.unav.es/departamento/preventiva/files/file/documentos/predimed/14puntos.pdf>
134. Schröder H, Fito M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean Diet adherence among older spanish men and women. *J Nutr* 2011;141:1140-5.
135. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P et al. A 14-Item Mediterranean Diet Assessment Tool and Obesity Indexes among High-Risk Subjects: The PREDIMED Trial. *PLoS ONE* 7(8):e43134.
136. Guasch-Ferré M, Bullo M, Costa B, Martínez-González MA, Ibarrola-Jurado N et al. A Risk Score to Predict Type 2 Diabetes Mellitus in an Elderly Spanish Mediterranean Population at High Cardiovascular Risk. *PLoS ONE* 7(3):e33437.
137. Guirao-Goris JA, Cabrero-García J, Moreno Pina JP, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos y ancianos. *Gac Sanit*. 2009;23(4):334.e51-334.e67.

138. Health Promotion Authority for Wales. Welsh Heart Health Survey 1985: Protocol and Questionnaire. Informes tècnics de la 2a edició del programa Heartbeat Wales. Gal·les; 1985.
139. Zabina EY, Muravov OI. Experience in validation and use of CINDI physical activity questionnaire. Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa. Copenhagen; 1995.
140. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003;35(8):1381-95.
141. Hallal PC, Victoria CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Med Sci Sports Exerc. 2004;36(3):556.
142. Román Viñas B, Ribas Barba L, NgoJoy, Serra Majem L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. Gac Sanit. 2013;27(3):254-7.
143. Riley AW, Forrest C, Starfield B, Rebok G, Green B, Robertson J. The parent report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. Med Care. 2004;42:210-20.
144. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical activity and young people [Internet]. Organització Mundial de la Salut. Ginebra; 2014 [consulta el 17 de novembre de 2014]. Disponible a: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/
145. Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La unidad de bebida estándar: un registro simplificado de bebidas alcohólicas. Med Clin (Barc).1999;112:446-50.
146. Plan Nacional de Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) en población adulta 2009 [Internet]. Ministeri de Sanitat i Consum; 2010 [consulta el 22 de novembre de 2011]. Disponible a: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2009.pdf
147. Institut Nacional d'Estadística. Encuesta europea de salud 2009. Metodología [Internet]. [Consulta el 22 de noviembre de 2011]. Disponible a: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=res ultados&secc=1254736195297&idp=1254735573175
148. Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore MD: Johns Hopkins University; 2002.
149. Suárez Cardona M. La información sobre el uso de medicamentos recogida mediante encuesta: la Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Revista Índice; juliol 2012.
150. Decret 255/2015, de 22 de desembre, pel qual s'aprova el Programa anual d'actuació estadística per a l'any 2016, i d'inclusió de noves activitats estadístiques d'interès de la Generalitat en el Pla estadístic de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 7028, de 30.12.2015.
151. Guillén M, Juncà S, Rue M, Aragay JM. Efecto del diseño muestral en el análisis de encuestas de diseño complejo. Aplicación a la Encuesta de salud de Cataluña. Gac Sanit. 2000;14(5):399-402.
152. Murillo C, Guillén M, Aragay JM. Estimació de variàncies de les variables de l'Enquesta de salut de Barcelona. Gac Sanit. 1989;12(3):409-20.
153. Eurostat's task force: Revision of the European Standard Population [Internet]. Population and social conditions. Collection: Methodologies & Working papers. Luxemburg: Oficina de Publicacions de la Unió Europea; 2013. [actualitzat 2013; citat el 19 de desembre]. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>
154. Llei 23/1998, de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2801, de 8.1.1999.

155. Departament de Salut. La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2006. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009. p. 147.

156. Decret 143/2010, de 19 d'octubre, del Registre de fitxers estadístics i de les cessions de dades sotmeses a secret estadístic, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5739, de 21.10.2010.

157. Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. Butlletí Oficial de l'Estat núm. 298, de 14.12.1999.

158. Reial decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desplegament de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. Butlletí Oficial de l'Estat núm. 17, de 19.1.2008.