



# Enquesta nacional de salut d'Andorra 2011

RESULTATS PRINCIPALS

# ENQUESTA NACIONAL DE SALUT D'ANDORRA 2011

## **COORDINACIÓ DEL PROJECTE:**

ÀREA DE PREVENCIÓ, PROMOCIÓ I VIGILÀNCIA DE LA SALUT  
MINISTERI DE SALUT I BENESTAR

Margarida Coll  
Rosa Vidal

## **MANUAL DE L'ENQUESTA:**

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

Esther Colell  
Maica Rodríguez-Sanz

## **ANÀLISI:**

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

Xavier Bartoll-Roca  
Mariona Pons Vigués  
Ma. José Tuneu

## **REDACCIÓ DEL DOCUMENT:**

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

Xavier Bartoll-Roca  
Mariona Pons Vigués  
Ma. José Tuneu  
Carme Borrell i Thió

## **TREBALL DE CAMP:**

CENTRE DE RECERCA SOCIOLÒGICA DE L'INSTITUT D'ESTUDIS ANDORRANS

Joan Micó  
Mercè Casals

### **Coordinació dels enquestadors:**

Javier Rodríguez  
Mercè Casals

### **Supervisió i codificació:**

Javier Rodríguez  
Mercè Casals  
Pepita Batalla  
Andrea Varela

### **Gravació de dades:**

Alex Micó

**Enquestadors:**

Teresa Blanco	Assumpció Ferrer
Latifa Raguig	Ana Maria Prieto
Olímpia Torres	Núria Berdun
Pablo Morcillo	Francesc Cadena
Isabel Roca	Carol Martínez
Jenifer Dos Santos	Ona Alay
Elisabeth Erola	Rosa Panavera
Maria Fernández	Marisa Jesús Velasco
Míriam Conde	Ma. Carmen Jiménez
Isabel Conde	Gladys Castillo
Pilar Sanz	Toni Granados
Josep Lluís Pérez	Catherine Puertas
Maria Isabel Verdejo	Jordi Díaz
Patrícia Verdejo	Alba Llacuna
Brigitte da Foz	Mariannik Martin
Alejandra Sanz	Marta Roquet
Cintia Lacube	Tomas Lamuniere
Francesc Temprado	Gertrudis Calderon

**AGRAÏMENTS:**

Agraïm la col·laboració de totes les persones entrevistades.

<b>RESUM</b> .....	5
<b>DESCRIPCIÓ SOCIODEMOGRÀFICA I SITUACIÓ LABORAL</b> .....	5
<b>ESTAT DE SALUT</b> .....	6
<b>ESTILS DE VIDA RELACIONATS AMB LA SALUT</b> .....	6
<b>UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS</b> .....	7
<b>PRÀCTIQUES PREVENTIVES</b> .....	8
<b>OPINIONS GENERALS</b> .....	9
<b>INTRODUCCIÓ</b> .....	11
<b>OBJECTIUS DE L'ENQUESTA</b> .....	13
<b>OBJECTIU GENERAL</b> .....	13
<b>OBJECTIUS ESPECÍFICS</b> .....	13
<b>METODOLOGIA</b> .....	15
<b>CARACTERÍSTIQUES TÈCNiques DE L'ENQUESTA</b> .....	15
Univers estadístic i grandària de la mostra .....	15
<b>CARACTERÍSTIQUES DEL QÜESTIONARI</b> .....	16
<b>VARIABLES COMPOSTES</b> .....	16
La classe social .....	16
Suport social .....	17
Índex de massa corporal .....	17
Activitat física .....	17
Consum de tabac .....	18
Consum d'alcohol .....	19
Atenció primària .....	20
<b>ANÀLISI DE LES DADES</b> .....	20
<b>RESULTATS</b> .....	21
<b>DESCRIPCIÓ DEMOGRÀFICA, SOCIOECONÒMICA I LABORAL</b> .....	21
Edat i sexe .....	21
Lloc de naixement .....	21
Nivell d'estudis .....	22
Classe social .....	23
Nivell d'ingressos .....	24
Condicions de l'habitatge .....	25
Suport social i xarxa social .....	25
Entorn ambiental .....	27
<b>El treball remunerat</b> .....	27
Situació laboral .....	27
Situació contractual .....	27
Hores de treball remunerat .....	29
Condicions laborals .....	29
<b>El treball no remunerat</b> .....	30
Treball domèstic .....	30
Responsabilitat de la cura de les persones dependents de la llar .....	32

<b>ESTAT DE SALUT</b> .....	34
Percepció de la salut .....	34
Trastorns crònics .....	37
Lesions per accident .....	41
Restricció de l'activitat .....	44
Restricció aguda de l'activitat en els darrers 15 dies .....	44
Restricció crònica de l'activitat en el darrer any .....	45
Limitació de les activitats de la vida diària .....	46
Discapacitats .....	48
Problemes de pes .....	49
Hores de son .....	51
<b>ESTILS DE VIDA RELACIONATS AMB LA SALUT</b> .....	53
Activitat física .....	53
Activitat física habitual .....	53
Activitat física de lleure .....	54
Temps de lleure en persones de 65 anys o més .....	55
Consum de tabac .....	55
Hàbit tabàquic .....	55
Fum de tabac ambiental .....	58
Consum d'alcohol .....	58
<b>UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS</b> .....	61
Cobertura sanitària .....	61
Atenció primària .....	61
Professional sanitari de referència .....	62
Característiques de l'atenció primària .....	62
Atenció d'urgències .....	64
Atenció especialitzada .....	66
Hospitalitzacions .....	68
<b>PRÀCTIQUES PREVENTIVES</b> .....	70
Vacunació de la grip .....	70
Control de la tensió arterial .....	70
Control del colesterol .....	71
Pràctiques preventives en ginecologia .....	72
Citologies del coll de l'úter periòdiques .....	73
Mamografies periòdiques .....	73
<b>OPINIONS GENERALS</b> .....	75
Serveis sanitaris .....	75
Serveis socials .....	75
Responsabilitat principal de la cura o atenció a la gent gran .....	76
Legislació antitabac .....	76
Orientació sexual .....	78
<b>CONCLUSIONS</b> .....	79
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	81

## RESUM

### DESCRIPCIÓ SOCIO- DEMOGRÀFICA I SITUACIÓ LABORAL

L'Enquesta nacional de salut d'Andorra 2011 (ENSA 2011) és la quarta enquesta de salut realitzada a Andorra. L'objectiu d'aquest informe és presentar els principals resultats obtinguts de l'ENSA 2011 respecte a les característiques demogràfiques i socioeconòmiques d'aquesta població, l'estat de salut, els estils de vida, la utilització dels serveis sanitaris i la realització de pràctiques preventives de la població. Tots aquests indicadors són subjectius i es basen en la percepció de les persones entrevistades.

L'univers estadístic de l'ENSA 2011 és la totalitat de la població resident i censada a Andorra. L'enquesta s'ha fet a tot el territori de març a agost del 2011 a 920 persones.

El Principat d'Andorra continua tenint una estructura de població jove, gairebé una tercera part dels entrevistats té entre 15 i 34 anys i els de 75 anys o més representen el 7,5% de la població. S'observa un lleuger increment en les franges d'edat de 35 a 54 anys respecte al 2002.

El 39% de la població és d'origen espanyol, que disminueix respecte del 2002, s'incrementa la població d'origen portuguès fins al 20% i es manté l'andorrana prop del 25%. Hi ha una distribució desigual de la posició socioeconòmica segons el lloc d'origen: amb els andorrans i francesos ocupant una posició més privilegiada respecte dels portuguesos i altres, també dels espanyols.

Continua l'increment de població amb estudis secundaris i superiors. El 51,4% dels homes i el 46,5% de les dones tenen estudis secundaris, mentre que el percentatge es redueix a la meitat en els estudis superiors. Tant en homes com en dones augmenta el percentatge de persones que declaren tenir estudis secundaris o superiors respecte al 2002, en detriment de les persones que declaren tenir estudis primaris; en els homes passa del 51% al 72% i en les dones del 51% al 68%.

Hi ha una millora de les condicions d'habitatge, especialment les lligades a les noves tecnologies. Del que més es queixen els entrevistats (10,5%) és dels sorolls procedents de l'exterior. El segon problema en relació amb aquest àmbit són les humitats i la mala ventilació en un 8% dels habitatges.

En el context de crisi econòmica, la taxa d'atur es manté força baixa, amb percentatges elevats de contracte indefinit (81,6% dels homes i 86,7% de les dones) i de jornada completa. Prop d'una quarta part declara que treballa entre 6 i 7 dies a la setmana. Al voltant de la tercera part de la població treballa més

de 40 hores. S'observa una millora en les condicions de treball, especialment per la presència més baixa del tabac als centres de treball.

Tot i que s'ha incrementat la participació dels homes en les tasques domèstiques continuen sent les dones les principals encarregades. El 43,8% de les dones assumeixen soles les tasques de la llar. Els homes les assumeixen només 1 de cada 10 i declaren que ho fa únicament la parella el 27%. Entre setmana la majoria dels homes (32,8%) dedica entre 30 minuts i una hora al dia a les tasques de la llar, mentre que la majoria de les dones (60%) hi dediquen més de 2 hores.

## ESTAT DE SALUT

El 2011 a Andorra es manté un bon estat de salut en el 80,3% dels homes i el 74,5% de les dones, amb gradient segons la posició socioeconòmica. Independentment de la classe social, l'estat de salut sempre és pitjor en les dones.

Disminueix la prevalença dels trastorns crònics a excepció dels cardíacs i la diabetis sobretot en els de major edat. El 45% dels homes no tenen cap trastorn crònic, les dones sense cap trastorn crònic només són el 23,3%; per contra en tenen dos o més el 30,1% dels homes i el 66,7% de les dones.

Les caigudes a un mateix nivell i els cops figuren entre les lesions més prevalents (prop del 10% de la població), per davant de les lesions de trànsit (al voltant del 3% de la població).

Un 11% dels homes presenta algun tipus de restricció crònica en l'activitat i prop del 14% de les dones. Entre les persones de més de 65 anys un 21,1% dels homes i un 43,9% de les dones declaren dificultats d'autonomia.

L'obesitat afecta el 10,1% dels homes i el 8,9% de les dones, amb una tendència a incrementar-se respecte del 2002.

El 82,6% dels entrevistats dorm entre 6 i 8 hores; la mitjana d'hores de son és de 7,3 (desviació estàndard, 1,22). En les dones, en augmentar l'edat s'incrementa la proporció de les que dormen menys de 6 hores diàries.

## ESTILS DE VIDA RELACIONATS AMB LA SALUT

L'any 2011 un 16,7% dels homes i un 8,5% de les dones fan una activitat habitual que requereix un esforç físic important, percentatge que disminueix lleugerament respecte al 2002 en els homes (passa del 20% el 2002 al 16,7% el 2011). L'activitat habitual intensa és més freqüent en els homes i augmenta en les persones de classes socials desfavorides; en canvi, l'activitat més sedentària, com és estar

assegut la major part de la jornada, és més freqüent en les persones de classes socials benestants.

Un 59,6% de la població declara que camina tots els dies almenys 10 minuts seguits, i un 41,6% camina 30 minuts o més. Els homes fan més activitat física en temps de lleure que les dones (36,6% i 30,9% respectivament). La realització d'activitat en el temps d'oci és més freqüent en les persones de classes socials afavorides i en les persones nascudes a Andorra, Espanya i França.

Les persones de 65 anys o més dediquen el temps de lleure a mirar la televisió (86%), a llegir (60%), a passejar (65,7%) i a reunir-se amb els amics (36,5%), cada dia. Els homes fan més activitats físiques que les dones, però les dones realitzen més activitats culturals que els homes.

Un 35,3% dels homes i un 25,5% de les dones es declaren fumadors habituals, percentatges que han disminuït respecte al 2002 (40% d'homes i el 29% de dones fumadores diàries). El consum habitual de tabac és més freqüent en el grup d'edat de 15 a 54 anys i va disminuint en augmentar l'edat.

Al 61,7% dels homes i al 62,3% de les dones els agradaria deixar de fumar, i han intentat deixar-ho el 34,1% i el 41,2% respectivament.

Tant en homes com en dones s'observa un lleuger augment dels bevedors de risc i una disminució dels abstemis en comparació amb el 2002, però per sota dels de 1997. Cal tenir en consideració que va canviar el període en què es van dur a terme les entrevistes.

El 46% dels homes i el 50,6% de les dones estan coberts exclusivament per la CASS, mentre que el 47,8% dels homes i el 44,7% de les dones utilitzen al mateix temps una cobertura sanitària privada. El percentatge de persones cobertes exclusivament per la CASS augmenta en les classes socials més desfavorides.

El 85,8% dels homes i el 93,3% de les dones té un metge de capçalera de referència al qual acostumen a anar quan estan malalts o necessiten consell sobre la salut. El 41% dels entrevistats fa 10 anys o més que va al seu metge de capçalera (44,3% en homes i 37,2% en dones). El 75,3% dels homes i el 75,2% de les dones no té un centre d'atenció primària d'infermeria o centre de salut de referència.

La visita a l'especialista es fa per decisió pròpia (47% dels homes i 52% de les dones), però també una part important dels entrevistats visiten un especialista perquè així els ho ha indicat el metge de capçalera (al voltant del 40% en ambdós

## UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS

sexes). El 94% de les visites a especialistes corresponen a especialistes coberts per la CASS.

Les dones d'entre 15 i 54 anys superen amb força diferència el percentatge d'haver fet visites a urgències, mentre que a partir dels 74 anys ho són els homes. Els que visiten més les urgències hospitalàries són les persones d'origen portuguès (31% d'homes i 32,3% de dones). El telèfon d'urgències 116 l'ha utilitzat el 4,8% de la població.

El 14,1% dels homes entrevistats i el 16,3% de les dones afirmen haver estat hospitalitzats durant els darrers 12 mesos; Andorra és el lloc d'hospitalització en el 71,6% dels homes i el 83,6% de les dones. El motiu principal d'ingrés a l'hospital ha estat, tant en homes com en dones, per una operació quirúrgica (47,8% dels homes i 39,7% de les dones).

## PRÀCTIQUES PREVENTIVES

Un 23,3% d'homes i un 21,9% de dones han declarat que es vacunen de la grip de manera regular en començar la tardor, sobretot les persones majors de 65 anys (el 74,6% dels homes i el 68,2% de les dones s'han vacunat).

El 40% d'homes i el 33% de dones es prenen la tensió arterial periòdicament, percentatge que varia respecte a l'any 2002 (32% dels homes i el 42% de les dones). En totes les edats el més freqüent és haver-se fet la revisió en els 2 anys anteriors a l'enquesta.

La mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang és del 49% en els homes i del 46% en les dones, i augmenta en els majors de 65 anys al 79% i al 85%, respectivament. El control és més elevat en les persones que perceben la seva salut com a dolenta.

Un 4,5% de les entrevistades no ha anat mai al ginecòleg; dins d'aquest grup, el 17,7% té menys de 30 anys i el 4,5% té més de 65 anys. De les que han anat alguna vegada al ginecòleg, el 71,4% hi va de forma regular.

El 70,4% de les dones acostumen a fer-se una citologia preventiva regular. Hi ha grans diferències segons la posició socioeconòmica; al voltant del 86% de les dones de classe I-II es fan citologies preventives mentre que en les de classe IV-V, poc més del 60%.

El 83,3% de les dones de 50 a 69 anys es realitzen mamografies de forma periòdica. Aproximadament el 42,5% d'aquestes dones s'han fet la darrera mamografia a través del Programa de detecció precoç del càncer de mama, i un 45,1% per un ginecòleg.

La meitat dels entrevistats opinen que els servies sanitaris funcionen bastant bé (el 55,6% dels homes i el 48,3% de les dones), tot i que una proporció significativa, el 32,6% en els homes i el 40,7% en les dones, creuen que calen canvis fonamentals per millorar el sistema sanitari. Aquesta opinió ha millorat respecte al 2002, que era del 43,6% en homes i del 43,7% en dones.

Pel que fa als serveis socials, dels que tenen una opinió formada, opinen que funcionen bastant bé i sols calen petits canvis al voltant del 40% en els menors de 35 anys i el 60% en els de més de 55 anys. Tanmateix, prop del 40% no en tenen una opinió formada.

El 66,6% dels homes i el 64,9% de les dones creuen que la responsabilitat principal de la cura o l'atenció a la gent gran ha de recaure en la família i el Govern de la mateixa manera.

El 55,8% dels homes i el 64,2% de les dones estan a favor de la llei antitabac. En totes les edats són les dones les que estan més a favor de la legislació antitabac.



L'enquesta de salut per entrevista és un instrument útil per obtenir informació de la població respecte a fenòmens subjectius relacionats amb la salut (1)\*. L'Enquesta nacional de salut d'Andorra proporciona informació sobre la salut i la morbiditat percebuda, sobre la restricció de l'activitat i les discapacitats, com també sobre les lesions per accident. També s'hi recull informació sobre els estils de vida relacionats amb la salut, com són el consum de tabac i d'alcohol i la realització d'activitat física. D'altra banda, l'enquesta de salut inclou informació sobre la utilització de serveis sanitaris (atenció primària, especialitzada, hospitalària i d'urgències) i la realització de pràctiques preventives (2). Al mateix temps, és útil per conèixer aspectes relacionats amb la satisfacció i la xarxa social, l'entorn ambiental i laboral, i altres aspectes socioeconòmics que són importants determinants socials de la salut i qualitat de vida de les persones (3).

Un dels principals avantatges de les enquestes de salut és que proporcionen informació de tota la població, incloses les persones que habitualment no utilitzen els serveis sanitaris. Així doncs, proporcionen informació diferent i complementària sobre aspectes relacionats amb la salut de la població que no són abordables mitjançant els sistemes rutinaris d'informació sanitària.

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

L'Enquesta nacional de salut d'Andorra 2011 (ENSA-2011) és la quarta enquesta de salut realitzada al Principat. Les anteriors són dels anys 1991, 1997 i 2002. La present enquesta pretén actualitzar la informació recollida en les edicions anteriors i conèixer l'evolució del patró de la salut de la població andorrana detectat en anys anteriors.

L'objectiu d'aquest informe és presentar els resultats principals de l'enquesta segons els eixos de gènere, posició socioeconòmica i lloc de naixement, i també descriure l'evolució respecte als anys anteriors dels aspectes comparables al llarg dels anys.

\* Els números entre parèntesis al llarg de l'informe fan referència a la bibliografia que figura al final de la publicació.



Proporcionar informació respecte a la salut, els estils de vida i la utilització dels serveis sanitaris i socials de la població resident a Andorra i els seus determinants per tal d'adequar les polítiques de salut i la gestió dels serveis a les necessitats de la població, així com pel seu ús en la recerca.

- Descriure el context familiar i d'habitatge de la població resident a Andorra.
- Descriure la situació socioeconòmica i laboral de la població andorrana.
- Conèixer l'estat de salut percebut, la restricció de l'activitat, la presència de trastorns crònics i la presència de lesions per accident.
- Descriure les limitacions d'activitats de la vida diària i l'autonomia de la gent gran.
- Conèixer el suport social de la població i la seva relació amb la salut.
- Estimar la prevalença de realització d'activitat física tant habitual com de lleure.
- Estimar la prevalença de consum de tabac i alcohol.
- Descriure la utilització de serveis sanitaris i socials, i la realització de pràctiques preventives.
- Relacionar l'estat de salut percebut, la utilització de serveis sanitaris i socials, la realització de pràctiques preventives i les conductes relacionades amb la salut amb les característiques demogràfiques i socioeconòmiques de la població.

## OBJECTIUS DE L'ENQUESTA

### OBJECTIU GENERAL

### OBJECTIUS ESPECÍFICS



En aquest apartat es descriu els aspectes més rellevants de la metodologia de l'Enquesta nacional de salut d'Andorra 2011 (ENSA-2011). S'han introduït, respecte de l'edició del 2002, alguns mòduls nous com són les discapacitats, l'orientació sexual, l'atenció primària, especialitzada i d'urgències, la pregunta d'opinió sobre la necessitat d'una legislació del tabac, o bé s'han actualitzat altres apartats com el de les condicions laborals, del consum del tabac i alcohol i de l'activitat física. Es va desestimar incloure a la present edició l'apartat de salut mental en disposar d'un estudi específic que s'ha realitzat pràcticament en paral·lel.

L'univers estadístic de l'Enquesta nacional de salut d'Andorra 2011 està format pel conjunt de la població no institucionalitzada resident i censada a Andorra de 15 anys o més, que, segons les dades del cens oficial, abastava 85.015 persones el 31 de desembre del 2010. El treball de camp de l'enquesta va començar el dia 23 de març del 2011 i va finalitzar el 10 d'agost del 2011.

La unitat mostral d'aquesta enquesta està integrada per persones individuals i no pas per llars, i el nombre total d'entrevistes reals realitzades va ser de 920 (473 homes i 447 dones) per al total del Principat de les 900 prèviament establertes. Aquesta grandària mostral ha permès un marge d'error proper al 3,3% per al conjunt de la mostra amb un nivell de confiança del 95,5%. La distribució dels efectius de la mostra va ser estratificada territorialment considerant cadascuna de les parròquies com a estrats independents.

La selecció de les persones a entrevistar per a cada estrat s'ha realitzat de manera proporcional a partir del llistat del cens proporcionat pels Comuns. S'ha tingut control de les variables bàsiques com ara el sexe, l'edat (amb els intervals en anys de: 15-24; 25-39; 40-54; 55-69; 70 i més) i el territori en el primer moment de la selecció i s'ha deixat operar el principi de l'aleatorietat pura. Donada la igualtat entre la mostra teòrica per estrats i l'efectivament assolida no s'apliquen ponderacions. Les persones que no es van localitzar o es van negar a contestar van ser substituïdes per altres de la mateixa parròquia, grup d'edat (aproximant-se al màxim a l'any de naixement de l'entrevistat) i sexe. El control de la mostra i els treballs d'organització del treball de camp així com el mecanisme de substitucions el va realitzar l'equip del Centre de Recerca Sociològica (CRES).

### CARACTERÍSTIQUES TÈCNIQUES DE L'ENQUESTA

Univers estadístic  
i grandària de  
la mostra

## CARACTERÍSTIQUES DEL QÜESTIONARI

El tipus d'entrevista en l'ENSA-2011 és personal i realitzada al domicili de l'entrevistat per una persona enquestadora a partir d'un qüestionari precodificat. Prèviament a la visita de l'enquestador, les persones seleccionades van rebre una carta informativa emesa pel Ministeri de Salut i Benestar que va facilitar el contacte i la col·laboració de la població. Es va utilitzar un tipus de qüestionari, el general, tot i que se'n va dissenyar un per a persones que no estaven capacitades per contestar que finalment no va ser necessari d'aplicar. El qüestionari general és el model que conté totes les preguntes (200) i s'ha passat a totes les persones de 15 anys o més no impossibilitades per respondre l'enquesta.

## VARIABLES COMPOSTES

En aquest apartat es descriuen les variables que es construeixen a partir de diverses variables.

### La classe social

Una de les mesures de la posició socioeconòmica és la classe social, que és un important determinant de la salut. És ben conegut a través de múltiples estudis que les persones de classe social menys privilegiada presenten un pitjor estat de salut i unes conductes relacionades amb la salut que comporten més risc que les persones de classes socials avantatjades (3, 4, 5, 6).

La mesura de la classe social es pot obtenir a partir de diferents indicadors o variables (7, 8, 9). A l'Enquesta nacional de salut d'Andorra la classe social s'obté a partir de la proposada per la Societat Espanyola d'Epidemiologia (*SEE*) (10) basada en la classificació britànica de classe social. Es tracta d'una agrupació d'ocupacions laborals a partir de la feina declarada actual o anterior (preguntes 25 i 45) que es codifica segons la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* (CNO) del 1994 (11), i posteriorment s'agrupa segons la classificació de la SEE. Les classes obtingudes a partir de l'ocupació són:

- Classe I: Directius de l'Administració i d'empreses amb més de 10 assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle.
- Classe II: Directius d'empreses amb menys de 10 treballadors. Professions associades a titulacions de primer cicle universitari. Artistes i esportistes.
- Classe III: Treballadors de tipus administratiu, treballadors dels serveis de protecció i seguretat, treballadors per compte propi, supervisors de treballadors manuals.
- Classe IVa: Treballadors manuals qualificats.

- Classe IVb: Treballadors manuals semiqualficats.
- Classe V: Treballadors no qualificats.

Cal destacar que la classe social s'obté a partir de l'ocupació de la persona entrevistada, o de la persona sustentadora principal de la llar per a les persones que no treballaven ni havien treballat mai. A afectes d'una millor visualització gràfica, alguns resultats es presenten en aquest document agrupant les classes en tres categories (classes I-II, III, IV-V).

L'extensió i la qualitat de les relacions personals estan associades a la salut, de manera que la salut és pitjor en les persones que pateixen diversos graus d'aïllament social. Cal diferenciar el suport social de la xarxa social. La xarxa social és el conjunt de contactes personals mitjançant els quals l'individu manté la seva identitat social i rep suport emocional, ajuda material, serveis, informació i nous contactes socials. El suport social és el procés interactiu pel qual s'obté ajuda emocional, instrumental o financera procedent de la xarxa social, no específicament de la xarxa d'atenció pública social. Per mesurar el suport social es va fer servir el Perfil de Duke (12, 13), que és un qüestionari que ha estat validat en el nostre mitjà. Conté vuit ítems amb cinc categories de resposta amb puntuacions d'escala Likert que van des de l'1 (*molt menys del que desitjo*), fins al 5 (*tant com desitjo*). Aquest instrument permet obtenir una valoració global mitjançant la suma de tots els ítems i transformar-la a puntuació de base 100. Així, una puntuació superior indica una millor valoració del suport social.

## Suport social

Per tal d'estimar el pes corporal i determinar l'excés de pes i l'obesitat s'utilitza l'índex de massa corporal (IMC), que es calcula partir del pes i l'alçada autodeclarats:  $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ . A partir de l'IMC es categoritza el pes en (14):

## Índex de massa corporal

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

Per tal de mesurar l'activitat física habitual es va preguntar pel tipus d'activitat física realitzada en les ocupacions habituals, sense tenir en compte la realitzada en el temps de lleure.

## Activitat física

Depenent de la resposta, es categoritza com a:

- *Inactiu*: està assegut/uda durant la major part de la jornada.
- *Activitat física lleugera*: està dret/a la major part de la jornada, sense desplaçar-se.
- *Activitat física moderada*: la seva activitat no requereix un esforç físic important, però es desplaça a peu freqüentment.
- *Activitat física intensa*: Fa una activitat que requereix un esforç físic important.

Per tal de mesurar l'activitat física en el temps de lleure es va utilitzar una adaptació de l'*International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (15, 16). L'IPAQ és un instrument per a la vigilància i la monitorització de l'activitat física consensuat i proposat pel grup EUROHIS (17). Aquest instrument té en compte tres tipus d'activitat física: caminar, activitats moderades i activitats vigoroses. A partir del tipus d'activitat i l'energia requerida mesurada en MET, segons la proposta d'Ainsworth i col. (caminar = 3,3 MET, activitat moderada = 4 MET, activitat vigorosa = 8 MET), i els minuts destinats a aquestes activitats es construeix una escala en MET-minuts (18). A partir de la intensitat mesurada en MET i la durada i la freqüència de l'activitat es calcula l'índex energètic:

$$\text{Índex energètic} = \text{intensitat (MET)} \times \text{durada (minuts)} \times \text{freqüència (dies)}$$

A partir d'aquest índex es classifica l'activitat en:

- Inactivitat: no realitza cap activitat en el temps de lleure.
- Activitat física lleugera: 499 total MET-minuts/setmana.
- Activitat física moderada: 500-999 total MET-minuts/setmana.
- Activitat física intensa: 1.000 total MET-minuts/setmana.

Per tal de mesurar l'exercici físic esportiu es calcula l'índex, excloent-ne el fet de caminar.

## Consum de tabac

A l'enquesta es pretén classificar l'entrevistat dins les categories de consum de tabac en funció de la seva resposta. Les categories són:

- Fumador/a habitual: la persona que fuma diàriament.
- Fumador/a ocasional: la persona que fuma ocasionalment (menys d'una vegada al dia).

- Exfumador/a habitual: la persona que ha estat fumadora habitual però que ara no fuma.
- Exfumador/a ocasional: la persona que ha fumat de manera ocasional, però que ara no fuma.
- No fumador: la persona que no ha fumat mai.

Dins de la categoria de fumador/a habitual es demana la informació següent: l'edat d'inici de l'hàbit, intensitat (nombre de cigarretes/dia), tipus de tabac fumat (cigarretes, cigars, pipes), si el metge li ha aconsellat que deixi de fumar, si ha intentat deixar de fumar el darrer any, si li agradaria deixar de fumar i si durant l'última setmana algú li ha demanat que no fumi davant seu i on li ha passat. Per a les persones exfumadores es recull l'edat d'inici de l'hàbit i el temps que fa que ha deixat de fumar.

El qüestionari permet conèixer el consum d'alcohol en un dia feiner i durant el cap de setmana, respecte al consum del darrer any. Per classificar els individus se segueix la proposta del Pla nacional de Drogues de l'Estat espanyol (19). Es va tenir en compte la quantitat d'alcohol consumit, en grams, o unitats de beguda (UBE), que varia segons el tipus de beguda (20), el nombre de consumicions habitual cada vegada, i també les vegades que s'havia consumit (freqüència), que es converteix en un pes preestablert. A més, es considera consum de risc beure 5 o més consumicions alcohòliques en una sola ocasió.

Posteriorment els individus es classifiquen en:

- No bevedor/a: persona que no ha consumit alcohol en els darrers 12 mesos.
- Bevedor/a moderat/ada: dones que han consumit menys de 17 unitats de consum setmanals i homes que han consumit menys de 28 unitats de consum setmanals.
- Bevedor/a de risc: dones que han consumit 17 unitats o més de consum setmanal i homes que han consumit 28 unitats o més de consum setmanal, o 5 consumicions seguides almenys un cop al mes.

Aquests límits s'han considerat límits de risc, tot i que són unes xifres arbitràries ja que el risc s'incrementa amb un consum més elevat.

## Consum d'alcohol

## Atenció primària

L'atenció primària de la salut (APS) és el primer nivell d'accés de la ciutadania a l'assistència sanitària i ha d'oferir una atenció continuada, global i en coordinació amb la resta del sistema sanitari. Per mesurar i avaluar els dominis específics de l'atenció primària, l'enquesta va incloure per primera vegada una adaptació del qüestionari de Barbara Starfield *Primary Care Assessment Tools* (PCAT) (27-29) per mesurar els atributs de l'APS.

## ANÀLISI DE LES DADES

Es presenten les dades en freqüències i percentatges per a la majoria de variables, atesa la seva naturalesa categòrica. Es presenten per sexe i grups d'edat (grups que canvien segons la variable que s'ha analitzat). En alguns casos també es mostren per classe social, país de naixement; en aquestes ocasions els percentatges s'han estandarditzat per edat segons el mètode directe i utilitzant com a població de referència el total de la mostra.

A causa de l'existència de decimals en les dades originals, algunes figures i gràfics poden diferir en un dígit de la freqüència total.

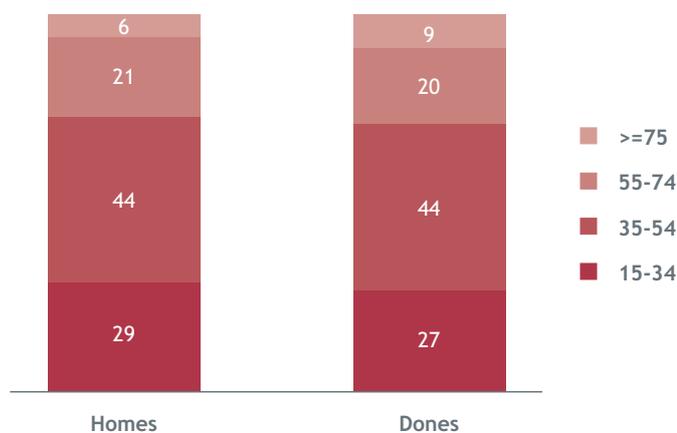
## RESULTATS

### DESCRIPCIÓ DEMOGRÀFICA, SOCIOECONÒMICA I LABORAL

Les característiques demogràfiques, socials i econòmiques són determinants de la salut, els estils de vida relacionats amb la salut i la utilització dels serveis de salut de la població (5). Per aquest motiu s'inclouen resultats descriptius com ara: les característiques del nucli familiar com a determinants del grau de benestar dels individus (21); l'extensió i la qualitat de les relacions personals que incideixen en el suport i la xarxa social i s'associen amb la salut i la longevitat (22); la posició socioeconòmica segons l'ocupació, i el nivell educatiu o el nivell d'ingressos, que es relacionen amb les diferències en els estils de vida i determinen la salut de la població (23); les condicions del treball productiu que tenen una relació directa amb la salut per l'impacte físic, psíquic i social, i indirecta perquè tenen un paper central en la distribució de recursos i la posició social; el treball no remunerat, és a dir, la manteniment del benestar i la cura de la família i de la llar, que difícilment són reconeguts com a treball, però el seu coneixement és fonamental per entendre les condicions de salut de la població, principalment la salut de les dones (24, 25).

El Principat d'Andorra continua tenint una estructura de població jove, gairebé una tercera part dels entrevistats té entre 15 i 34 anys, mentre que els més grans (majors de 75 anys) representen el 7,5%. La distribució per grups d'edat i sexe es mostra en la figura 1.1.

*Distribució de la població segons l'edat i el sexe. Percentatges.*



### Edat i sexe

*Figura 1.1*

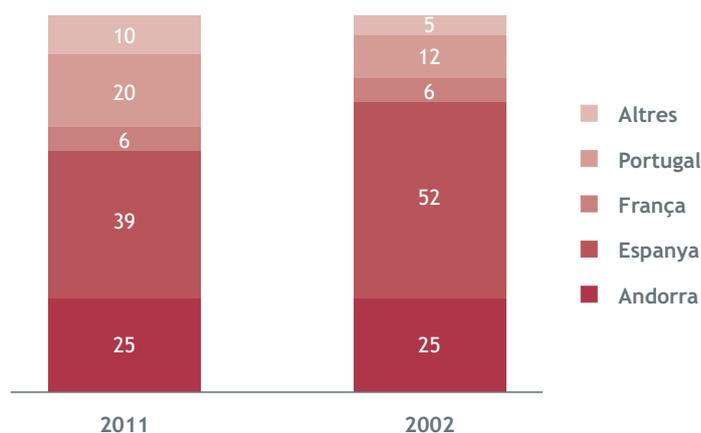
El 75,3% de la població entrevistada és nascuda fora d'Andorra, percentatge que es manté respecte a l'any 2002 (figura 1.2). El percentatge d'entrevistats nascuts a Espanya disminueix, en passar del 52% el 2002 al 38,7% el 2011, mentre que augmenta el nombre de població nascuda a Portugal (del 12% al 20,6%

### Lloc de naixement

respectivament). La figura 1.3 mostra el lloc de naixement dels entrevistats segons el sexe i s'observa que en ambdós sexes també hi ha una majoria de nascuts a Espanya, seguits pels nascuts a Andorra, Portugal, altres països i França.

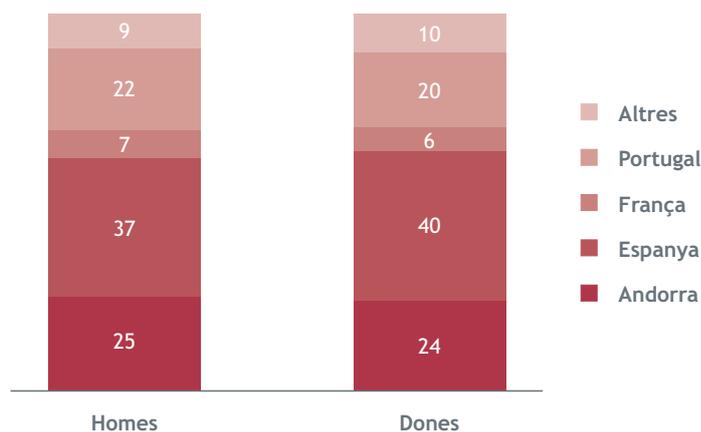
*Lloc de naixement dels entrevistats. ENSA 2011 i 2002. Percentatges.*

*Figura 1.2*



*Lloc de naixement dels entrevistats segons el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.*

*Figura 1.3*



## Nivell d'estudis

Tal com mostra la figura 1.4, el percentatge d'homes que declaren ser analfabets o que només saben llegir i escriure disminueix respecte al 2002 (del 5% el 2002 al 2,3% el 2011). En les dones també disminueix (7,6% i 4% respectivament). Tant en homes com en dones augmenta el percentatge de persones que declaren tenir estudis secundaris o superiors, en detriment de les persones que declaren tenir estudis primaris. La figura 1.5 mostra la disminució del nivell d'estudis amb l'edat.

Nivell d'estudis màxim assolit segons el sexe i l'any de l'enquesta.  
Percentatges.

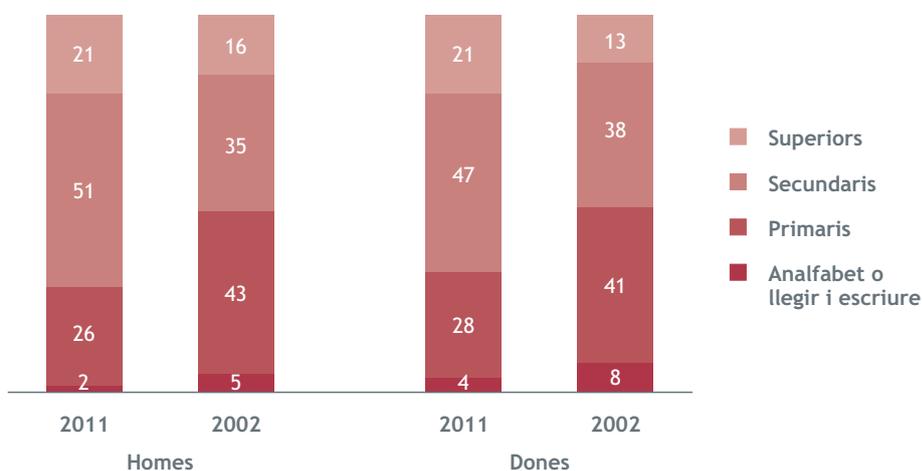


Figura 1.4

Nivell d'estudis màxim assolit segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.

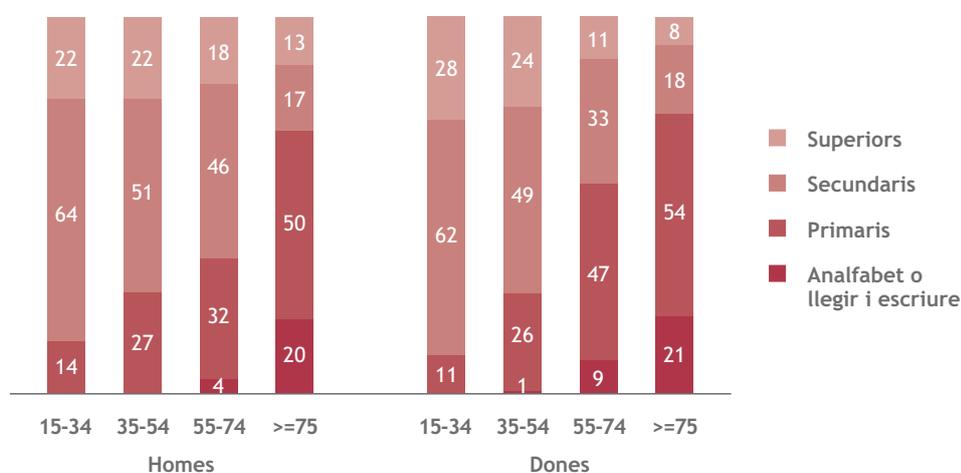


Figura 1.5

Respecte a la classe social ocupacional, la població de classes manuals (IV i V) representa el 56,2% de la població. En canvi, les classes socials més benestants, que equivalen a directius i professionals, científics, intel·lectuals i de suport (I i II), representen el 21,4% de la població i són més freqüents en els homes que en les dones (22,2% i 20,6% respectivament). Segons el país de naixement, s'observen desigualtats significatives en la classe social (figura 1.6), de manera que les persones procedents de Portugal i altres països són majoritàriament de classe IV i V (84,6% i 64,7% respectivament), i la meitat dels nascuts a Espanya (53,4%). Per contra la població francesa i andorrana pertanyen en major grau a la classe social I-II (44,5% i 37,6% respectivament). La resta no han respost o no ho saben.

## Classe social

Classe social segons el país de naixement. Percentatges estandarditzats per edat.

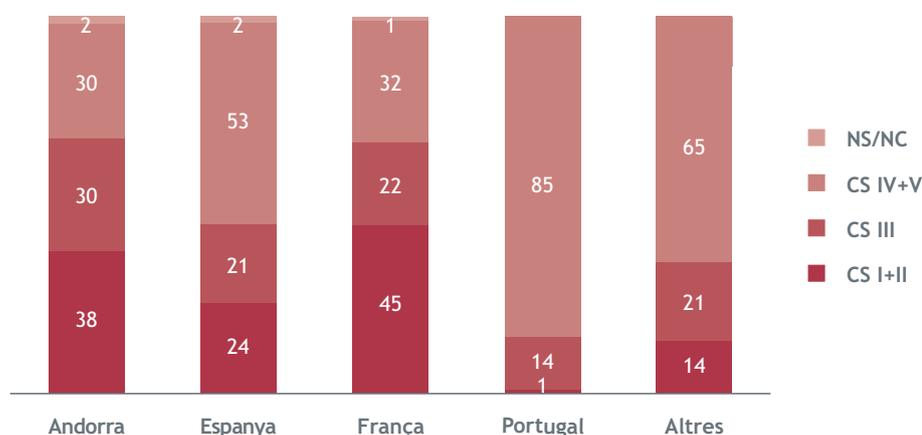


Figura 1.6

### Nivell d'ingressos

Un 23,9% dels homes i un 18,8% de les dones no han contestat la pregunta sobre l'ingrés mensual net de la seva llar. Aquesta taxa de no-resposta és similar a les reportades per altres enquestes de salut.<sup>1</sup> La distribució dels ingressos presenta una forma acampanada, on el nivell de renda més freqüent en ambdós sexes se situa en l'interval de dos mil i tres mil euros. El 16% (sense tenir en compte la no-resposta) de la població se situa per sota dels 1.300 euros/mes per llar i hi figuren més dones que homes. La taula 1.1 mostra els ingressos mensuals nets per llar.

Ingressos mensuals nets per llar.

INTERVAL	N	%	% sense no consta	% acumulat
900 € o menys	46	5,0	6,4	6,4
901 a 1.300 €	69	7,5	9,5	15,9
1.301 a 1.500 €	67	7,3	9,3	25,2
1.501 a 2.000 €	138	15,0	19,1	44,3
2.001 a 3.000 €	212	23,0	29,3	73,6
3.001 a 4.000 €	108	11,7	14,9	88,5
4.001 a 6.000 €	64	7,0	8,9	97,4
6.001 € o més	19	2,1	2,6	100,0
No consta	197	21,4		

Taula 1.1

<sup>1</sup> Schenker N., Raghunathan Te., Chiu P., Makuc Dm., Zhang G., Cohen Aj.: *Multiple Imputation Of Missing Income Data In The National Health Interview Survey*. Journal Of The American Statistical Association, September 2006; 101:475.

La taula 1.2 mostra el percentatge de llars que disposen dels serveis i equipaments que s'indiquen a l'ENSA-2011 i 2002. El percentatge de llars amb banyera, aigua corrent calenta, calefacció i rentadora i microones es manté alt i supera els nivells del 2002. El 80,7% de les llars disposen d'Internet, fet que s'incrementa en 27 punts. Més de la meitat de les llars tenen rentavaixelles, amb un increment de prop de 14 punts respecte al 2002.

*Llars amb els equipaments indicats. ENSA 2011 i 2002. Percentatges.*

EQUIPAMENT	2011	2002
Dutxa	80,4	48,6
Banyera	95,7	95,6
Aigua corrent calenta	99,2	97,2
Calefacció	95,8	90,3
Diferencial	96,5	85,8
Rentadora	98,6	98,3
Rentavaixelles	64,8	51,0
Forn microones	89,9	73,4
Ordinador	84,6	57,6
Internet	80,7	-

Taula 1.2

Respecte a problemes en relació amb l'habitatge, del que més es queixen els entrevistats (10,5%) és dels sorolls procedents de l'exterior. Aquesta molèstia disminueix en augmentar l'edat i és més accentuada en homes de 15 a 34 anys que en dones. El segon problema són les humitats i/o la mala ventilació en un 8% dels habitatges. L'afectació de fum, gas o altres contaminants suposa el 3,5% dels declarants, i pel que fa a la presència d'insectes, rates o similars, representa el 2,5%.

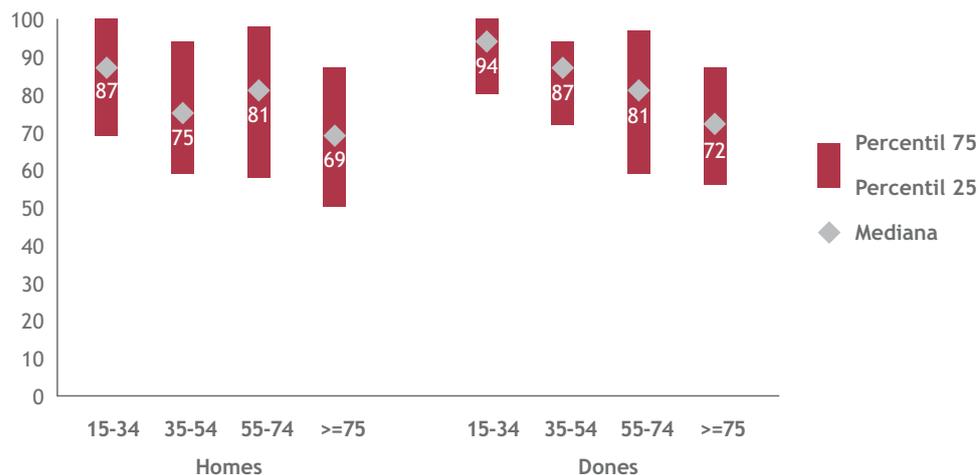
Un 8% dels homes i un 6,5% de les dones declaren no tenir cap persona amb qui poder parlar de problemes personals. Aquests percentatges disminueixen respecte del 2002 (10,1% en homes i un 8% en dones). En el grup de majors de 75 anys es concentra la manca de suport per aquest motiu: el 13,3% dels homes i el 17,9% de les dones.

La pertinença a una associació o club cultural és superior en els homes (18,8%) que en les dones (14,8%), amb uns percentatges inferiors als del 2002 (27,3% i 19,7% respectivament). El percentatge en homes és superior en totes les franges d'edat i especialment en la de 15 a 34 anys.

El suport social mesurat amb el Perfil de Duke indica el suport en una escala del 0 a 100, de manera que com més puntuació, més suport social. En general el suport social tendeix a disminuir amb l'edat en ambdós sexes (figura 1.7).

*Suport social segons el grup d'edat i el sexe. Puntuació mediana i quartils.*

Figura 1.7

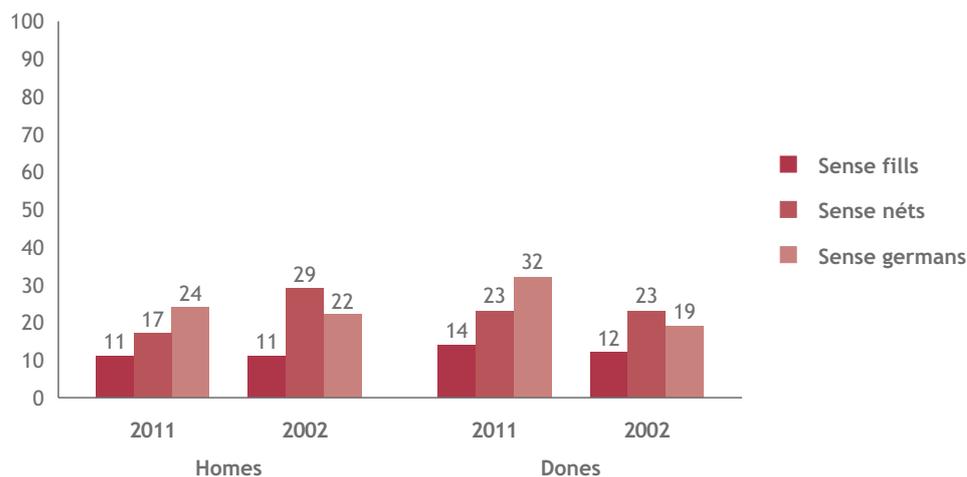


El suport social per classe social es distribueix de manera diferent. En els homes de classe I-II la mediana és de 87,5, igual que en la classe III, mentre que en els de classe IV-V és de 75. En les dones la mediana de l'escala és de 90,6 en les classes I-II, igual que en la classe III, i de 84,3 en les classes IV-V.

Pel que fa a la xarxa social de les persones de més de 65 anys, un 11,3% dels homes i un 13,6% de les dones declara no tenir cap fill o filla. La figura 1.8 mostra el percentatge d'homes i dones que no tenen fills, néts i germans,

*Persones sense fills, néts o germans segons el sexe. Majors de 59 anys. ENSA 2011 i 2002. Percentatges.*

Figura 1.8



comparant el resultat amb l'ENSA-2002. Els percentatges tant en homes com en dones varia molt, excepte el percentatge de les persones sense fills. En el cas dels homes els percentatges són inferiors als de l'any 2002 i en el cas de les dones passa el contrari. El percentatge de persones sense germans augmenta en incrementar-se l'edat.

El 35,3% dels homes i el 37% de les dones declaren conviure amb animals de companyia. Dels que tenen animals, el 54% dels homes i el 49,7% de les dones tenen gossos. Els que tenen gats són el 32,9% dels homes i el 34,5% de les dones, els que tenen ocells són el 15% dels homes i el 19,4% de les dones. Finalment, dels que tenen gossos el 97,8% dels homes i el 100% de les dones declaren tenir-los vacunats de la ràbia.

Un 74,7% dels homes i un 69,2% de les dones de la mostra tenen un treball remunerat, percentatges que són més elevats en els homes en totes les edats (figura 1.9). Un 3,4% de la població està a l'atur. Els majors de 65 anys són principalment jubilats, tant en homes com en dones (85%). En comparació amb l'any 2002 i el 1997, s'observa una disminució de les dones que només treballen a casa en totes les edats (figura 1.10).

La majoria de la població que treballa té un contracte indefinit (el 81,6% dels homes i el 86,7% de les dones). Cal assenyalar que aquest percentatge és alt en tots els grups d'edat. En el grup d'edat de 15 a 34 anys s'observa el percentatge més elevat de contractes temporals (15,7% en homes i 12,7% en dones (figura 1.11)).

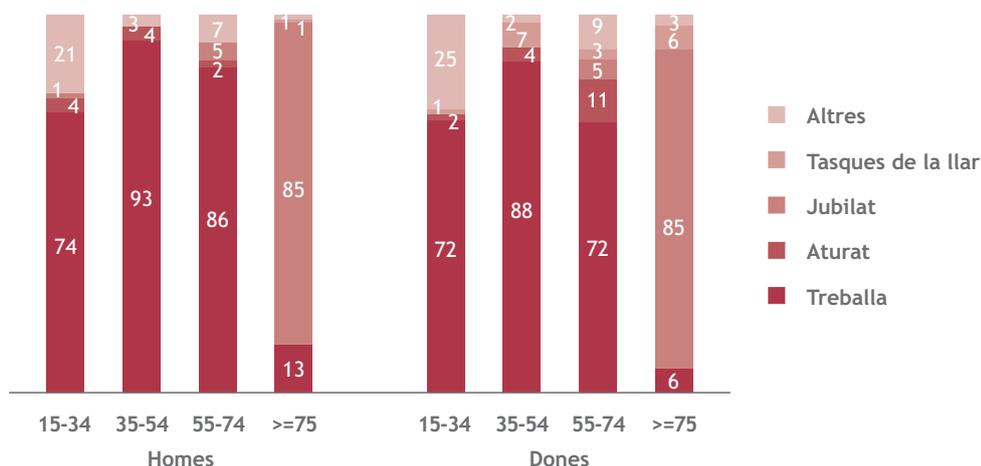
## Entorn ambiental

## El treball remunerat

Situació laboral

Situació contractual

*Situació laboral segons els grups d'edat i el sexe. Percentatges.*



**Figura 1.9**

*Situació laboral segons els grups d'edat i l'any de l'enquesta en les dones. Percentatges.*

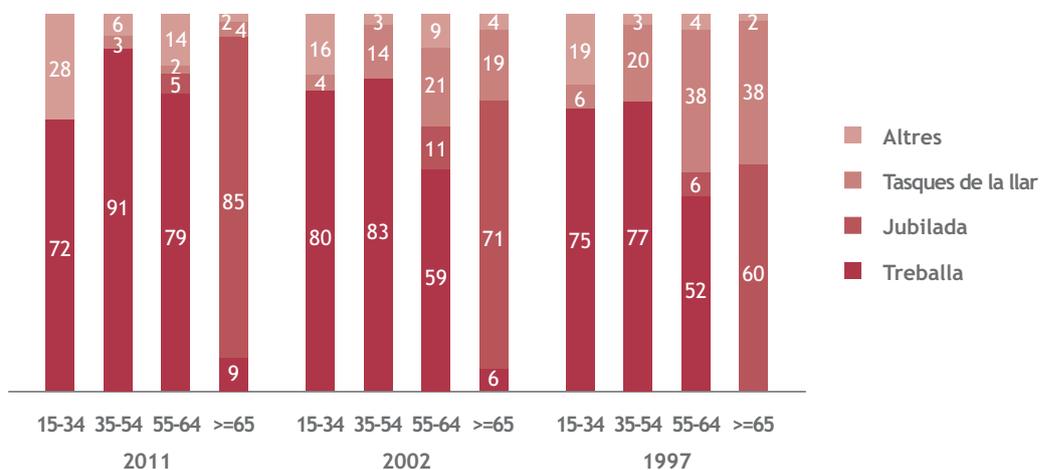


Figura 1.10

*Situació contractual segons els grups d'edat i el sexe. Població amb feina remunerada. Percentatges.*

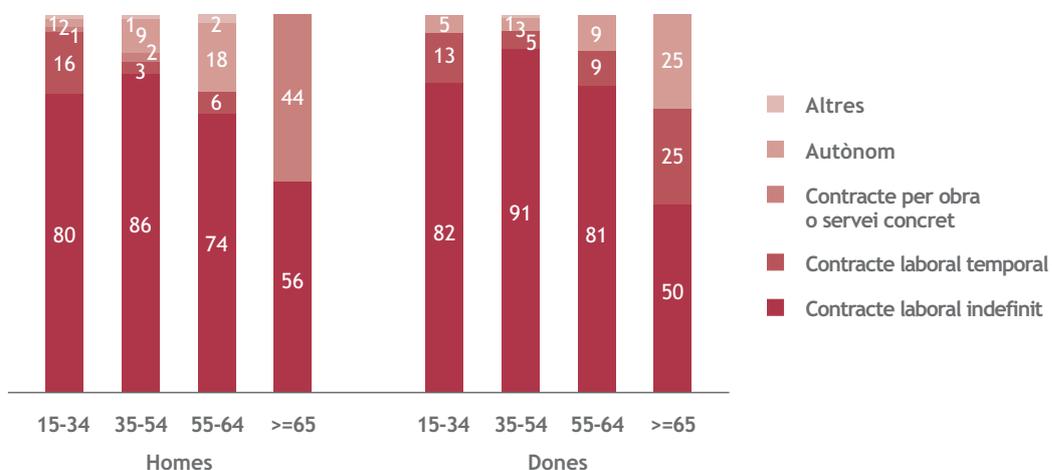


Figura 1.11

Pel que fa al tipus de contracte verbal o escrit de les persones que treballen en el moment de fer l'enquesta, la forma més comuna és l'escrit, amb un 78,5% en els homes i un 72,2% en les dones, però existeix un volum considerable de contractes verbals, el 20,9% en els homes i el 27,4% en les dones (la resta no ho saben o no contesten).

El tipus de jornada més comuna és la jornada completa en ambdós sexes, un 69,7% en els homes i un 57,5% en les dones, però en les dones es dona més la jornada completa contínua (27,6%) que en els homes (21%). Destaca la diferència entre la jornada parcial en les dones (10,2%) respecte dels homes (2,6%). La

feina per torns es manté en un 6,6% en els homes i un 4,1% en les dones. Dels que declaren fer una jornada completa contínua, més del 90% la realitza en una jornada que no es correspon exclusivament amb el matí, la tarda o la nit en ambdós sexes. I dels que declaren realitzar una jornada parcial, especialment en les dones, el 85% la fa també en jornades que no són exclusivament de matí, tarda o nit.

Pel que fa al nombre de dies de treball a la setmana, destaca que un 22,5% dels homes i un 26,9% de les dones treballen entre 6 o 7 dies a la setmana, mentre que la jornada d'1 a 4 dies la fan el 2,3% dels homes i el 4,8% de les dones. El 71,8% dels homes i el 64,6% de les dones treballen 5 dies a la setmana (la resta no ho saben o no contesten).

La majoria de la població ocupada treballa entre 21 i 40 hores setmanals (59,9% dels homes i 65,6% de les dones), tot i que un percentatge important de la població treballa de 41 a 60 hores (34% dels homes i 24,8% de les dones). D'altra banda, un 1,7% d'homes i un 7,1% de dones treballen 20 hores o menys a la setmana, sobretot persones d'entre 35 i 54 anys (2,7% d'homes i 8,3% de dones de 35 a 54 anys).

La mitjana d'hores de treball la darrera setmana ha disminuït en els homes de 46,2 hores el 2002 a 43,4 hores el 2011, i s'ha mantingut en les dones en les 39 hores. El temps invertit en desplaçament per motiu de treball en ambdós sexes és de mitja hora.

Tant els homes com les dones, més de la meitat han treballat algun dissabte en els darrers dos mesos i més d'una tercera part ho ha fet algun diumenge. El 24,5% dels homes i el 25,5% de les dones ha treballat tots els dissabtes dels últims dos mesos i el 15,3% i el 17,3%, respectivament, ho ha fet tots els diumenges.

La taula 1.3 mostra la freqüència de diferents condicions de treball. Entre les males condicions de treball de tipus ergonòmic i d'ambient, la més freqüent ha estat la manca de llum natural en ambdós sexes, al voltant del 19%. La manca de ventilació constitueix el segon problema més esmentat, més en els homes (19,3%) que en les dones (16,3%). El segueix treballar a una temperatura desagradable, mantenir postures de treball incòmodes o forçades i la pol·lució de l'aire i pols visible a la llum. En general s'observa una reducció en la prevalença de males condicions de treball respecte del 2002, i destaca la important reducció de la presència de fum de tabac en els centres de treball, que en els homes ha passat del 20% al 8,4% i en les dones del 14,1% al 6,8%.

Hores de treball remunerat

Condicions laborals

Quant a les condicions de treball relacionades amb riscos psicosocials, destaca la realització de feines monòtones la majoria de les hores, amb un 45,8% en els homes i un 41,8% en les dones; en segon lloc, la manca d'autonomia en un 41,2% en els homes i el 43,2% en les dones. En aquest sentit les prevalences de males condicions de tipus psicosocial són superiors a les de tipus ambiental o ergonòmic, fet que possiblement pot variar en relació amb els sectors econòmics i la terciarització de l'economia en general.

*Condicions laborals segons el sexe. Percentatges.*

	HOMES		DONES	
	Mai/algunes hores al dia	Sempre/la majoria d'hores	Mai/algunes hores al dia	Sempre/la majoria d'hores
Soroll de forma que ha d'aixecar la veu per parlar amb altres	89,9	10,1	95,9	4,1
Temperatura desagradable	81,3	18,7	88,8	11,2
Manca de llum natural	80,4	19,6	80,3	19,7
Manca de ventilació natural	80,7	19,3	83,7	16,3
Pols visible a la llum	88,8	11,1	93,5	6,5
Fum de tabac	91,6	8,4	93,2	6,8
Pol·lució a l'aire	89,3	10,7	96,3	3,7
Postura incòmoda o forçada	86,2	13,8	84,7	15,3
Risc de caigudes	86,5	13,5	92,5	7,5
Risc de cremades	91,4	8,6	95,2	4,8
Risc d'enrampar-se	96,3	3,5	98,0	2,0
Utilització de maquinària o eines perilloses	84,1	15,9	97,3	2,7
Fa una feina variada	54,2	45,8	58,2	41,8
Té la possibilitat de fer la feina "al seu aire"	41,2	58,8	43,2	56,7
Té més feina de la que pot fer	83,6	16,4	85,0	15,0
Ha de treballar sol/a	67,7	32,3	60,5	39,5

Taula 1.3

**El treball no remunerat**

Treball domèstic

Gairebé la meitat de les dones (43,8%) han dit que elles soles són les principals responsables de les tasques domèstiques (figura 1.12) i aquesta proporció augmenta en les dones de més edat (48% de 35 a 54 anys i 64,4% de 55 a 74 anys). En canvi, la proporció d'homes que es responsabilitzen de les tasques domèstiques és d'1 de cada 10 i un 27% ha declarat que ho fa la seva parella. El 29% de persones, però, comparteix les tasques amb la seva parella, dada que ha augmentat respecte el 19% de l'any 2002.

Principal responsable del treball domèstic segons el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

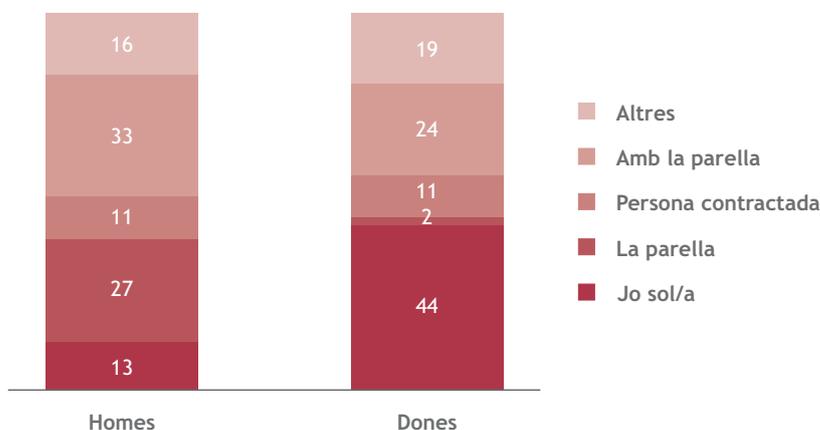


Figura 1.12

El 22,4% dels homes i el 5,8% de les dones no dediquen cap hora dels dies feiners a les tasques de la llar (figura 1.13). Entre setmana la majoria dels homes (32,8%) dedica entre 30 minuts i una hora al dia en dies feiners a les tasques de la llar, mentre que la majoria de les dones (60%) hi dediquen més de 2 hores. Aquestes diferències entre homes i dones augmenten amb l'edat i mentre que els homes a partir dels 54 anys cada cop destinen menys temps a les tasques de la llar, les dones més grans hi dediquen més hores.

Temps dedicat a les tasques de la llar en dies feiners segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.

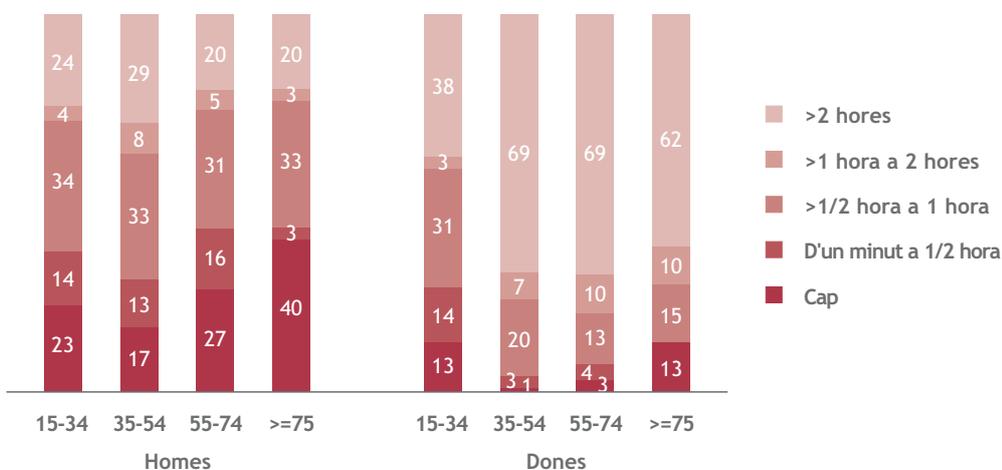


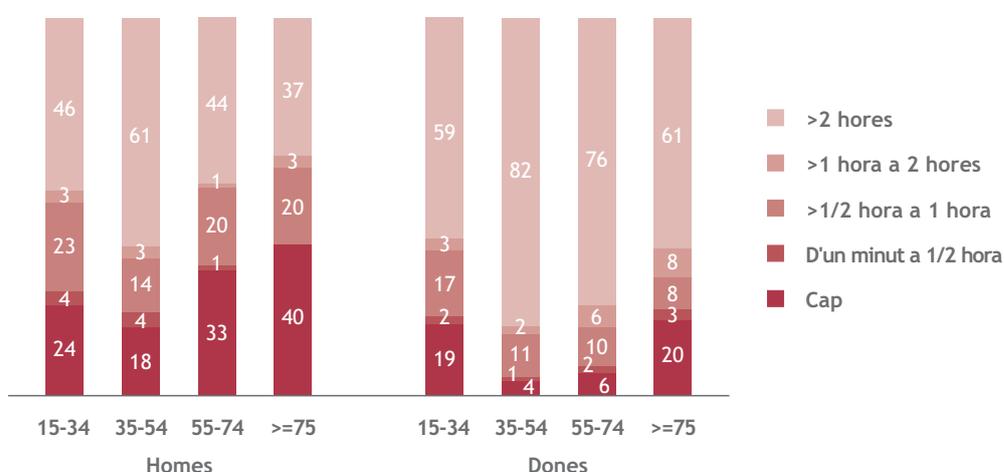
Figura 1.13

Els dies festius augmenta el percentatge de les persones que no dediquen cap hora a realitzar les tasques de la llar (24,3% dels homes i 10,3% de les dones). Però també augmenta el percentatge de persones que hi destinen més de dos hores

(51,6% dels homes i 72,7% de les dones). El grup d'edat que hi dedica més hores els dies festius és el de 35 a 54 anys, tant en homes com en dones, i les persones que menys hores hi destinen són les de 75 anys o més (figura 1.14).

*Temps dedicat a les tasques de la llar en dies festius segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

Figura 1.14



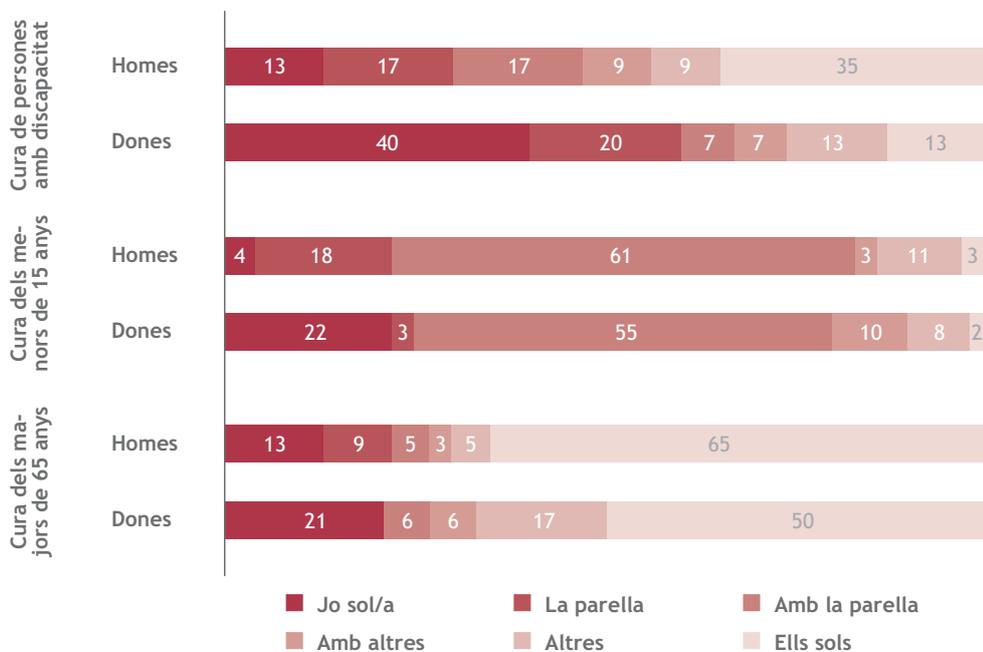
Responsabilitat de la cura de les persones dependents de la llar

En un 32,5% de les llars hi ha menors de 15 anys i la responsabilitat de tenir-ne cura és compartida per la parella en un 57,5% dels casos, però hi ha un 22,3% de dones que declaren ser-ne les principals responsables, mentre que només un 4% d'homes en tenen cura ells sols. Un 12,5% dels participants conviuen amb persones de 65 anys o més, el 58,3% de les quals es cuiden elles soles.

Un 4,5% de les persones entrevistades conviuen amb persones dependents (minusvalidesa o discapacitat), es cuiden ells sols en un 26,3%, però un 40% de dones declaren que se'n responsabilitzen elles soles. Un 26% dels homes, en canvi, declaren que se'n cuida la seva parella o una persona contractada.

La proporció de dones que cuiden elles soles de les persones dependents de la llar és sempre superior a la d'homes (figura 1.15).

*Responsable principal de la cura de les persones dependents a la llar segons el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.*



*Figura 1.15*

## ESTAT DE SALUT

### Percepció de la salut

L'Enquesta de salut proporciona indicadors de l'estat de salut i la qualitat de vida de la població subjectius i basats en la percepció de les persones. En aquest sentit la percepció de la pròpia salut és un bon indicador del benestar i un bon predictor de mortalitat (2,9).

L'any 2011 un 80,3% dels homes i un 74,5% de les dones declaren que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona, xifres similars a les de l'any 2002 (79,5% i 74,3% respectivament). La figura 2.1 mostra els resultats obtinguts en aquesta enquesta i en les tres anteriors i fa evident que no s'observen canvis rellevants al llarg dels anys.

Percepció de l'estat de salut segons el sexe. ENSA 1991, 1997, 2002 i 2011. Percentatges.

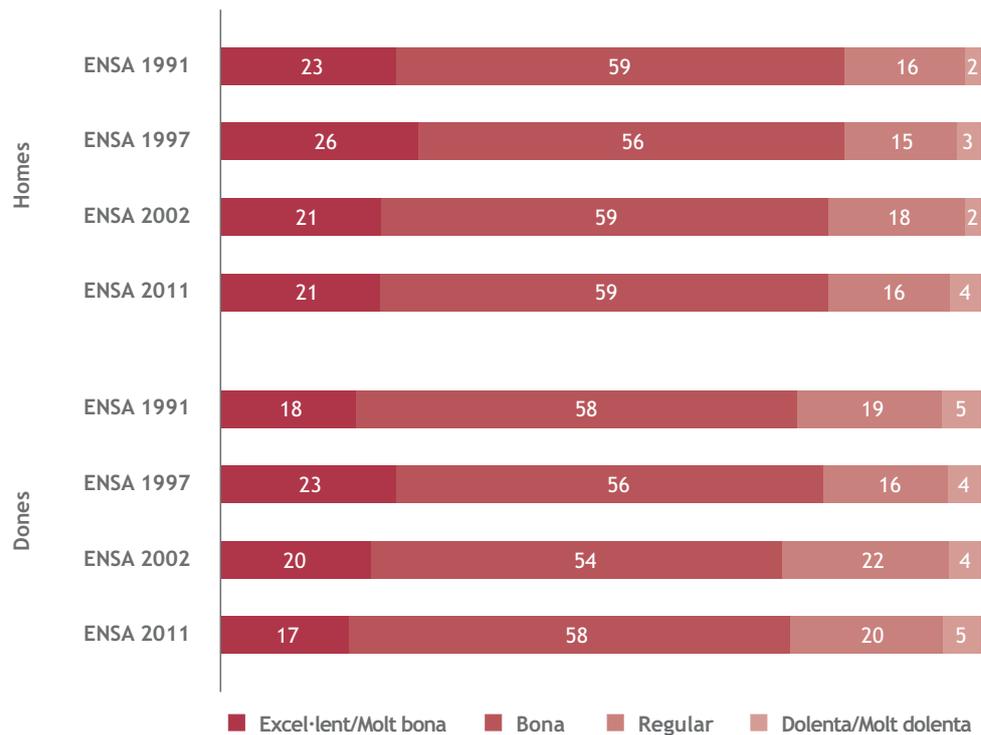


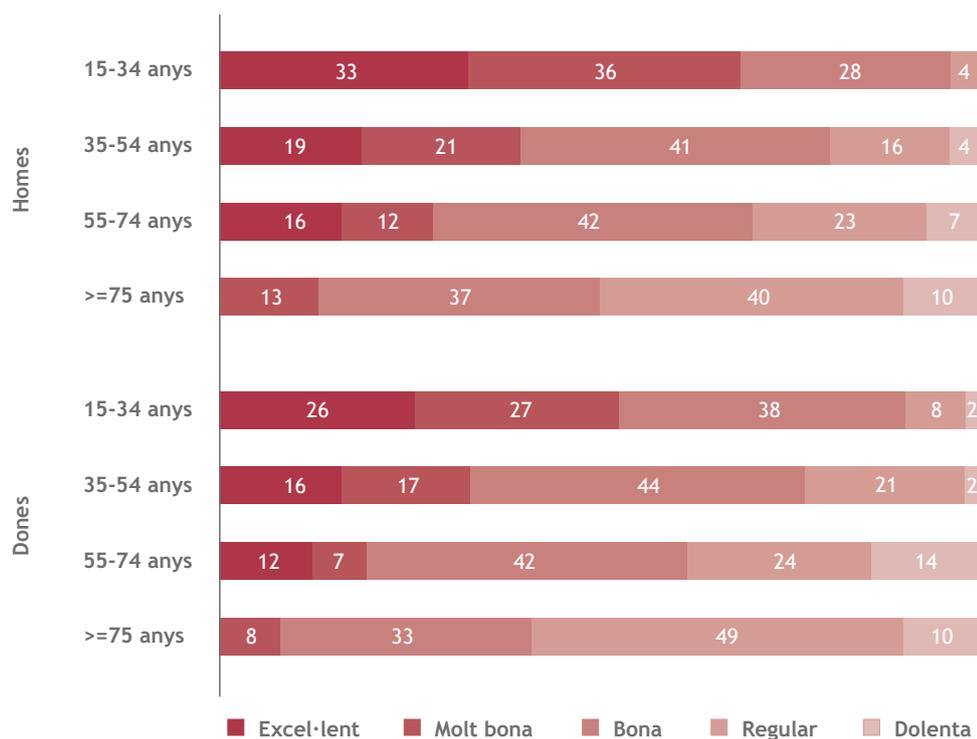
Figura 2.1

El 2011 les opcions de resposta eren *Excel·lent, Molt bona, Bona, Regular* i *Dolenta*, mentre que als anys anteriors era *Molt bona, Bona, Regular, Dolenta* i *Molt dolenta*. Per això s'ha hagut d'adaptar per tal de fer comparables els resultats del 2011 amb els anteriors anys.

Els percentatges de persones que declaren tenir bona salut són més baixos en augmentar l'edat (figura 2.2). El percentatge de dones que consideren la seva salut excel·lent, molt bona o bona ha passat del 90,8% en les més joves al 41%

en les més grans. Així, en el grup de 75 anys o més només un 50% d'homes i un 41% de dones han declarat tenir bona salut. En tots els grups d'edat els homes declaren més bona salut que les dones.

*Salut percebuda segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.*



*Figura 2.2*

Segons la classe social hi ha un gradient, de manera que les persones de classes socials benestants han declarat que tenen una salut excel·lent, molt bona o bona, i aquest percentatge disminueix en les de classes més desfavorides (figura 2.3). El 89,6% dels homes de les classes I-II declaren tenir una salut excel·lent, molt bona o bona, el percentatge es redueix al 74,4% en les classes IV-V. En les dones, diuen que tenen una salut excel·lent, molt bona o bona el 89,1% de les classes I-II i el 71% les de les classes IV i V.

La figura 2.4 mostra la percepció de l'estat de salut segons el lloc de naixement. Tant en els homes com en les dones s'observa una pitjor percepció en els nascuts a Portugal, cosa que destaca respecte de l'ENSA-2002, ja que en els homes no es donaven diferències importants.

En el cas de les dones es valora la percepció de l'estat de salut en les treballadores i en les mestresses de casa. El 82,3% de les treballadores el consideren excel·lent, molt bo o bo, el 15,3% regular i el 2,4% dolent. En les mestresses de casa els

Figura 2.3

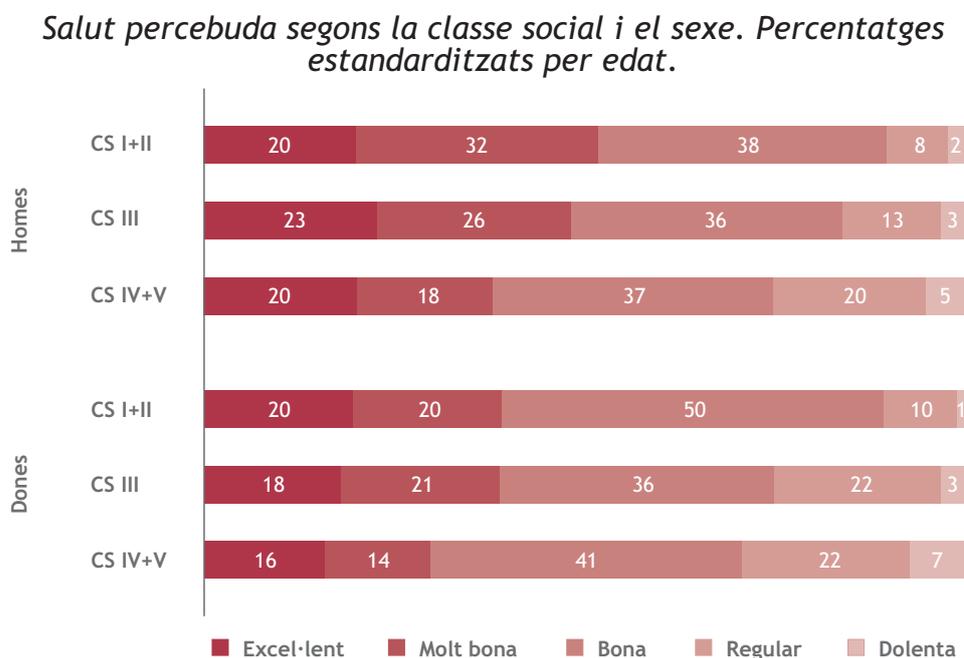
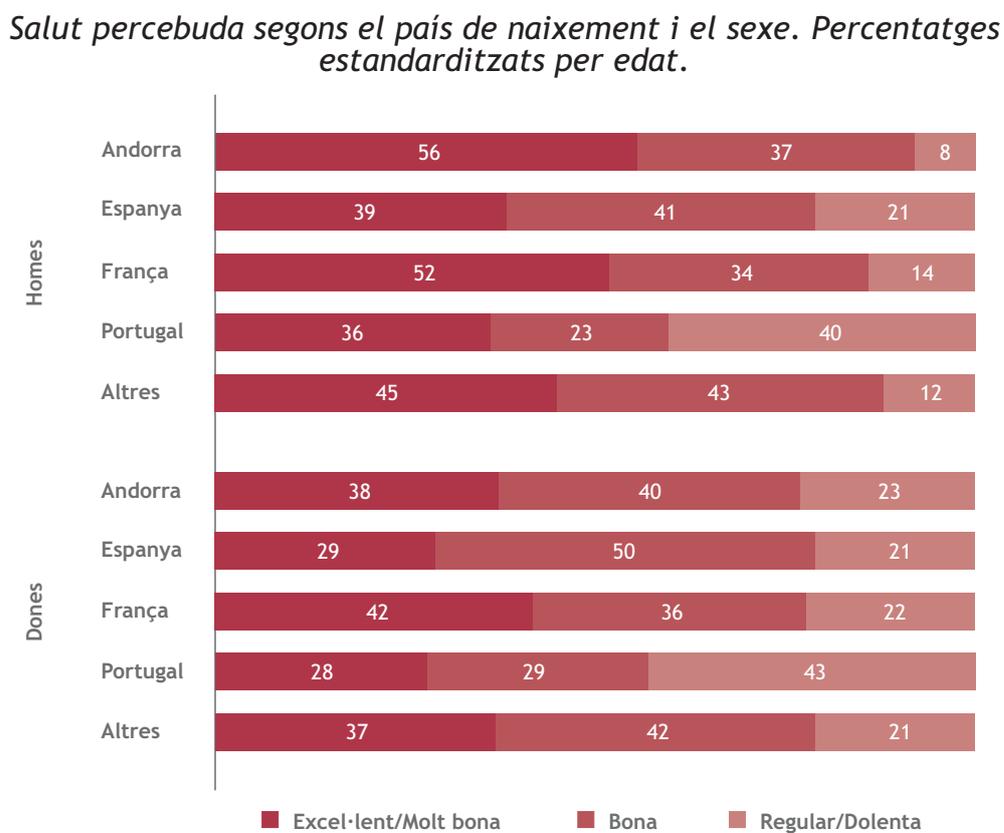


Figura 2.4



percentatges són del 55%, el 40% i el 5%; o sigui, mostren una pitjor percepció de la seva salut (percentatges estandarditzats per edat). A més, si ho comparem amb l'ENSA-2002, veiem que la percepció de les mestresses de casa sobre la seva salut empitjora, en augmentar les que perceben el seu estat de salut com a regular.

L'ENSA-2011 permet estimar la presència de trastorns crònics, que són malalties de llarga durada i de caràcter permanent. En l'Enquesta de salut es pregunta si es pateix o si s'havia patit anteriorment algun dels 36 trastorns crònics que es proposen. La llista de trastorns crònics ha estat ampliada respecte a l'ENSA-2002, que en recollia 22, fet que limita la comparabilitat dels resultats. Les taules 2.1.1 i 2.1.2 mostren la

*Prevalença actual per grup d'edat (homes). Percentatges.*

	15-34	35-54	55-74	>=75	Total
Dolor cervical	6,5	18,0	15,0	23,3	14,2
Mal d'esquena crònic	5,1	18,0	16,0	20,0	14,0
Colesterol elevat	3,6	14,0	19,0	23,3	12,5
Al·lèrgies cròniques	13,0	8,3	6,0	3,3	8,9
Artrosi o reumatisme	0,0	4,9	16,0	43,3	8,2
Mala circulació	1,4	6,8	15,0	26,7	8,2
Varius a les cames	1,4	6,3	17,0	23,3	8,2
Pressió alta	0,7	9,8	13,0	13,3	8,0
Diabetis	1,4	2,4	11,0	30,0	5,7
Trastorns de pròstata	0,0	1,0	8,0	43,0	4,9
Trastorns cardíacs	0,0	3,9	8,0	7,0	4,9
Ansietat	5,8	5,4	3,0	3,3	4,9
Asma	2,9	3,9	5,0	16,7	4,7
Problemes nerviosos/Depressions	5,1	3,9	3,0	3,3	4,0
Migranya	3,6	4,4	3,0	0,0	3,6
Morenes	1,4	3,4	5,0	6,7	3,4
Úlcera d'estòmac o de duodè	0,0	5,9	3,0	3,3	3,4
Bronquitis crònica	0,7	2,0	5,0	16,7	3,2
Problemes d'audició	0,0	2,9	1,0	26,7	3,2
Tendinitis	2,9	3,4	3,0	3,3	3,2
Problemes crònics de pell	2,2	2,9	3,0	3,3	2,7
Incontinència urinària	0,0	1,0	1,0	26,7	2,3
Visió (que les ulleres no solucionen)	0,7	1,0	2,0	10,0	1,7
Restrenyiment crònic	0,0	1,5	1,0	10,0	1,5
Tumors malignes	0,7	1,0	2,0	3,3	1,3
Angina de pit/Infart	0,0	0,5	3,0	3,3	1,1
Cataracta	0,0	0,0	2,0	6,7	0,8
Osteoporosis	0,7	1,0	0,0	3,3	0,8
Problemes de tiroides	0,7	0,5	1,0	3,3	0,8
Altres trastorns mentals	1,4	1,0	0,0	0,0	0,8
Espondilitis	0,0	1,0	0,0	0,0	0,4
Anèmia	0,0	0,5	1,0	0,0	0,4
Embòlia/Atac de feridura	0,0	0,0	0,0	3,3	0,2
Fibromialgia	0,0	0,5	0,0	0,0	0,2
Altres	0,7	1,0	2,0	3,3	1,3

Taula 2.1.1

prevalença de cada un dels trastorns per sexe i grup d'edat ordenats de més a menys prevalent segons els percentatges totals. Així, en homes, els trastorns més prevalents són: el dolor cervical (14,2%), el mal d'esquena crònic (14%) i el colesterol elevat en sang (12,5%). En les dones són: el dolor cervical (27,5%), la mala circulació (24,2%) i el mal d'esquena crònic (24,8%). La majoria de trastorns són més prevalents en les dones excepte l'angina de pit o infart.

*Prevalença actual per grup d'edat (dones). Percentatges.*

	15-34	35-54	55-74	>=75	Total
Dolor cervical	14,2	25,0	38,9	53,8	27,5
Mal d'esquena crònic	10,8	23,0	38,9	46,2	24,8
Mala circulació	11,7	23,0	33,3	48,7	24,2
Varius a les cames	5,0	23,0	33,3	41,0	21,9
Artrosi o reumatisme	1,7	13,0	33,3	74,4	19,2
Dolor menstrual	31,7	20,0	2,2	2,6	17,9
Ansietat	13,3	13,0	15,6	17,9	13,9
Al·lèrgies cròniques	14,2	13,0	14,4	5,1	12,8
Problemes nerviosos/Depressions	10,8	9,6	16,7	15,4	11,9
Colesterol elevat	3,3	7,1	25,6	28,2	11,6
Pressió alta	0,0	7,6	21,1	33,3	10,5
Osteoporosis	0,8	4,5	17,8	28,2	8,3
Problemes de tiroides	4,2	6,6	16,7	7,7	8,1
Migranya	10,0	8,1	5,6	0,0	7,4
Tendinitis	2,5	7,1	11,1	12,8	7,2
Diabetis	0,0	2,5	13,3	33,3	6,7
Asma	6,7	3,0	11,1	10,3	6,3
Restrenyiment crònic	1,7	6,1	10,0	10,3	6,0
Trastorns cardíacs	0,0	2,0	7,8	33,3	5,4
Morenes	1,7	6,1	5,6	12,8	5,4
Visió que les ulleres no solucionen)	0,0	1,5	6,7	25,6	4,3
Problemes d'audició	0,0	2,0	4,4	23,1	3,8
Incontinència urinària	0,8	1,0	5,6	20,5	3,6
Bronquitis crònica	1,7	1,5	5,6	10,3	3,1
Problemes crònics de pell	2,5	4,5	1,1	2,6	3,1
Úlcera d'estòmac o de duodè	0,8	2,0	4,4	10,3	2,9
Anèmia	1,7	3,5	3,3	2,6	2,9
Cataracta	0,0	0,0	2,2	25,6	2,7
Espondilitis	0,0	1,0	3,3	2,6	1,3
Fibromialgia	0,0	0,5	4,4	0,0	1,1
Tumors malignes	1,7	1,0	0,0	0,0	0,9
Embòlia/Atac de feridura	0,0	0,5	1,1	0,0	0,4
Altres trastorns mentals	0,8	0,0	1,1	0,0	0,4
Altres	0,8	1,5	3,3	2,6	1,8

Taula 2.1.2

La taula 2.2 mostra les prevalències dels trastorns crònics segons el sexe, comparant els resultats de l'ENSA-2002 amb els de l'ENSA-2011. En general s'observa una disminució de les prevalències dels trastorns crònics a excepció dels trastorns cardíacs i de la diabetis en ambdós sexes, sobretot en els de major edat.

*Prevalències dels trastorns actuals crònics segons el sexe.  
ENSA 2011 i 2002. Percentatges.*

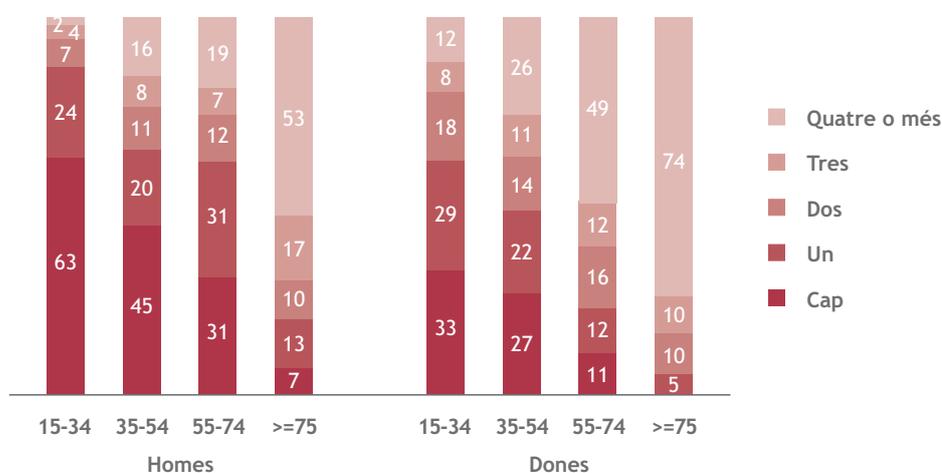
	HOMES		DONES	
	2011	2002	2011	2002
Dolor cervical	14,2	12,3	27,5	30,4
Mal d'esquena crònic	14,0	15,2	24,8	27,5
Mala circulació	8,2	10,9	24,2	35,8
Variïus a les cames	8,2	6,8	21,9	29,1
Artrosi o reumatisme	8,2	10,7	19,2	21,6
Dolor menstrual	-	-	17,9	22,6
Trastorns de pròstata	4,9	4,1	-	-
Ansietat	4,9	-	13,9	-
Al·lèrgies cròniques	8,9	13,1	12,8	17,9
Problemes nerviosos/Depressions	4,0	6,4	11,9	13,0
Colesterol elevat	12,5	-	11,6	-
Pressió alta	8,0	9,3	10,5	9,5
Osteoporosis	0,8	-	8,3	-
Problemes de tiroides	0,8	-	8,1	-
Migranya	3,6	5,1	7,4	16,1
Tendinitis	3,2	-	7,2	-
Diabetis	5,7	3,8	6,7	2,7
Asma	4,7	3,4	6,3	3,9
Restrenyiment crònic	1,5	2,0	6,0	11,4
Trastorns cardíacs	4,9	4,7	5,4	4,7
Morenes	3,4	4,1	5,4	8,3
Visió que les ulleres no solucionen)	1,7	3,1	4,3	5,6
Problemes d'audició	3,2	4,7	3,8	4,8
Incontinència urinària	2,3	-	3,6	-
Bronquitis crònica	3,2	6,7	3,1	3,6
Problemes crònics de la pell	2,7	-	3,1	-
Úlcera d'estómac o de duodè	3,4	3,4	2,9	4,0
Anèmia	0,4	-	2,9	-
Cataracta	0,8	2,0	2,7	3,7
Espondilitis	0,4	-	1,3	-
Fibromialgia	0,2	-	1,1	-
Tumors malignes	1,3	-	0,9	-
Altres trastorns mentals	0,8	-	0,4	-
Embòlia/Atac de feridura	0,2	0,2	0,4	0,1
Angina de pit/Infart	1,1	0,4	0,0	0,3
Altres	1,3	-	1,8	-

Taula 2.2

La figura 2.5 mostra el nombre de trastorns crònics que pateixen els entrevistats en el moment de l'enquesta segons el sexe i el grup d'edat. Com es pot veure el percentatge de persones amb més trastorns declarats augmenta en incrementar-se l'edat. Els de les dones més joves (de 15 a 34 anys) tenen un patró semblant als declarats pels homes de 55 a 74 anys, mentre que les dones de 55 a 74 tenen un patró similar al dels homes de més de 74 anys. Cal assenyalar que hi ha molta diferència entre homes i dones; no tenen cap trastorn crònic el 45% dels homes i només el 23,3% de les dones; en canvi els homes que pateixen dos o més trastorns crònics són el 30,1%, mentre que les dones són el 66,7% (per tant, més del doble).

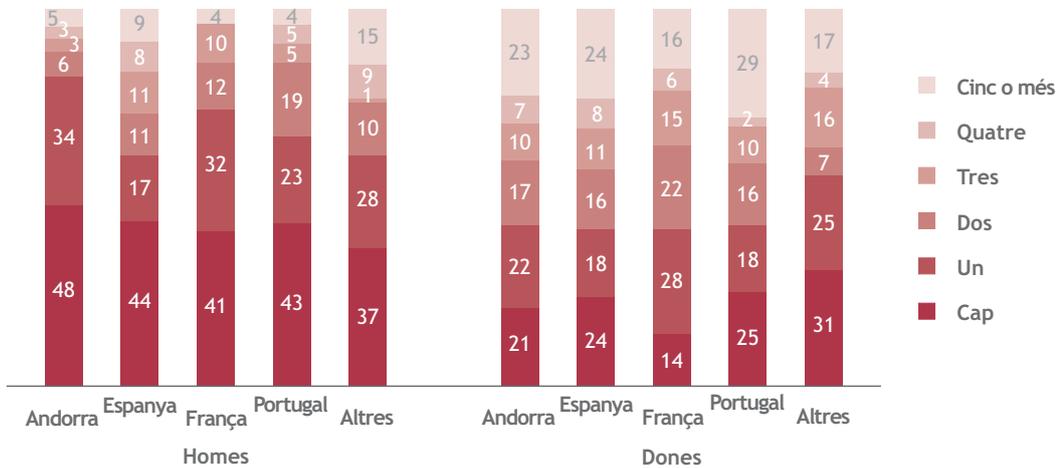
*Nombre de trastorns crònics actuals segons el sexe i el grup d'edat.  
Percentatges.*

Figura 2.5



La figura 2.6 mostra el nombre de trastorns crònics segons el lloc de naixement. S'observa la gran diferència entre homes i dones independentment del lloc d'origen, ja que les dones són les que pateixen més trastorns crònics. En el cas dels homes, el percentatge més elevat dels que no han patit mai cap trastorn crònic es troba entre els nascuts a Andorra, com també són els homes els que pateixen un percentatge més baix amb més nombre de trastorns crònics. En el cas de les dones no hi ha grans diferències entre les nascudes a Andorra, Espanya o Portugal, mentre que destaca el fet que només el 14% de les dones nascudes a França declaren no patir trastorns crònics.

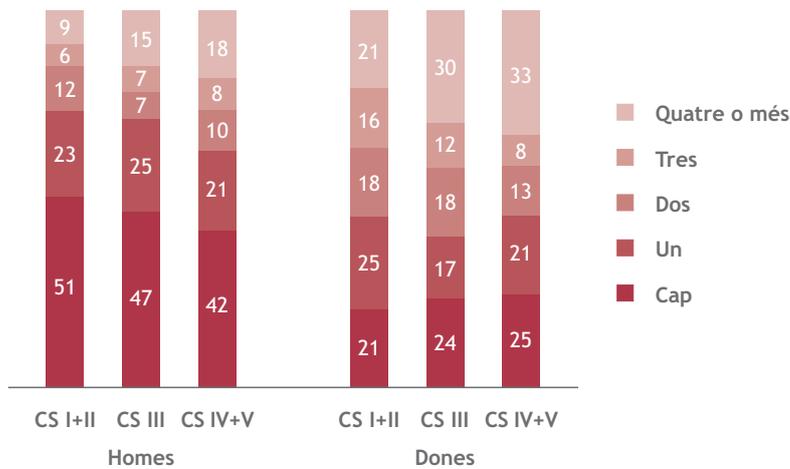
*Nombre de trastorns crònics actuals segons el lloc de naixement.  
Percentatges estandarditzats per edat.*



*Figura 2.6*

Segons la classe social, la majoria de trastorns crònics són més prevalents en les classes IV i V, com es pot observar a la figura 2.7. Un 8,6% dels homes de les classes I-II té quatre o més trastorns crònics, per un 18,2% de les classes IV-V. En les dones aquesta relació és del 20,6% en el primer grup i del 33,3% en el segon. Les dones també són les que pateixen més trastorns crònics respecte dels homes en totes les classes socials.

*Prevalença de trastorns crònics actuals segons el sexe i la classe social.  
Percentatges estandarditzats per edat.*



*Figura 2.7*

Un altre problema de salut pública són les lesions per accident, que són importants tant per la seva magnitud i gravetat com per l'atenció sanitària que requereixen. Un 22,8% de les persones (el 21,1% dels homes i el 24,6% de les dones) han

patit alguna lesió per accident que ha provocat alguna restricció en les seves activitats habituals i/o ha requerit assistència sanitària durant l'últim any. Les lesions més habituals són els cops i les caigudes, que són més freqüents en les dones si són des del mateix nivell (arran de terra). Les lesions per accidents de trànsit com a conductor o passatger són més habituals en homes i, en canvi, les cremades es donen més en dones (taula 2.3).

*Prevalences de lesions per accident el darrer any segons el sexe.  
ENSA 2011 i 2002. Percentatges.*

	HOMES		DONES	
	2011	2002	2011	2002
Caigudes d'un nivell més alt que un altre	4,0	3,4	4,0	3,5
Caigudes en un mateix nivell, arran de terra	8,0	4,4	10,7	6,8
Cremades	4,4	1,0	4,9	1,8
Cops	8,5	4,0	11,6	3,9
Intoxicacions (exclou l'alimentària)	0,6	0,8	0,7	0,8
Accidents de trànsit (conductor/a o passatger/a)	3,8	4,6	2,5	2,3
Accidents de trànsit (vianant)	0,4	0,3	0,9	0,5
Altres accidents	0,6	2,5	0,9	1,4

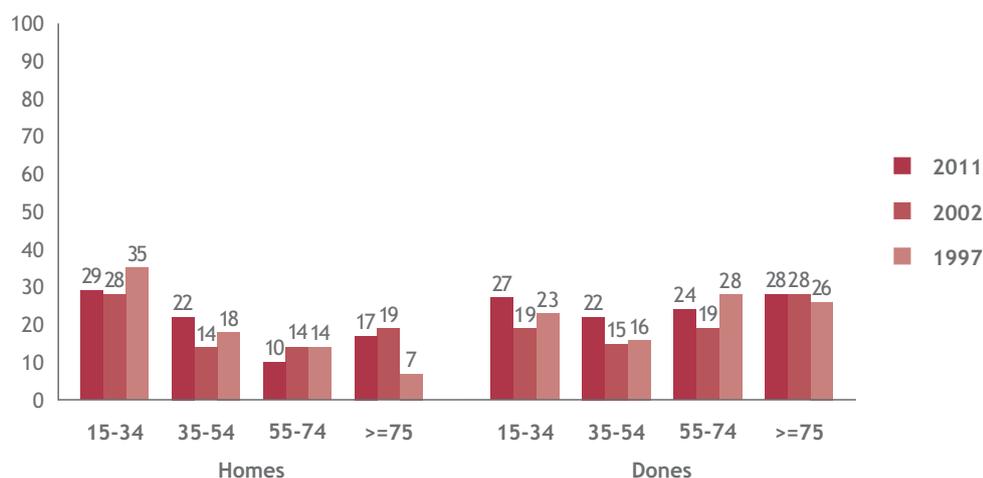
Taula 2.3

En els homes el lloc més freqüent on han caigut des d'un nivell més alt que un altre és al lloc de treball (57,9%), com també passa amb les caigudes del mateix nivell (40%), les cremades (66,7%), els cops (42,5%) i la resta d'accidents (66,7%). Les lesions de trànsit com a conductor o passatger s'han produït tant treballant com a la via pública fora de l'horari de treball.

En les dones les lesions que passen més sovint dins de casa són les caigudes d'un nivell més alt que un altre (44,4%), les caigudes en un mateix nivell (31,3%), les cremades (63,6%) i els cops (42,3%). Les lesions de trànsit com a conductora o passatgera es produeixen més sovint a la via pública fora de l'horari de treball (75%).

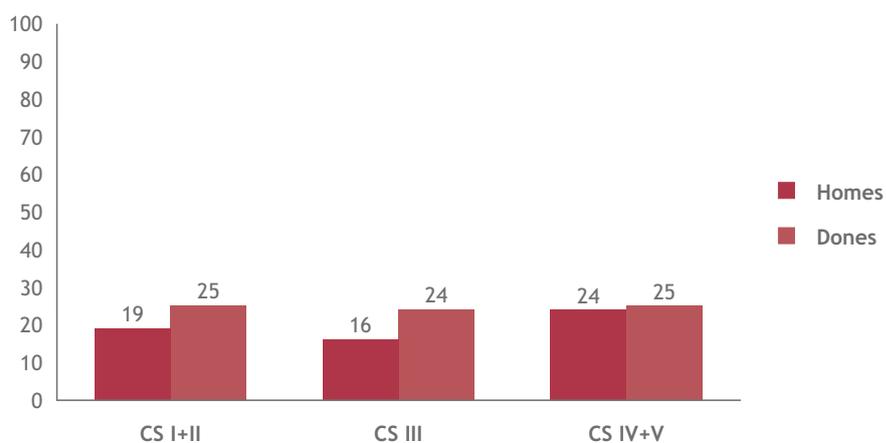
El percentatge de persones que han patit alguna lesió per accident el darrer any a partir dels 35 anys augmenta amb l'edat. A més les lesions per accidents són més freqüents en les dones, però per sota dels 35 anys són superiors en els homes (figura 2.8). Segons la classe social, les dones i els homes de classes socials desfavorides han patit un percentatge de lesions més alt (figura 2.9). Segons el país de naixement, els homes nascuts a Andorra s'han lesionat menys, mentre que les dones nascudes a Andorra s'han lesionat més (figura 2.10).

*Lesions per accident el darrer any segons el grup d'edat i el sexe.  
Percentatges.*



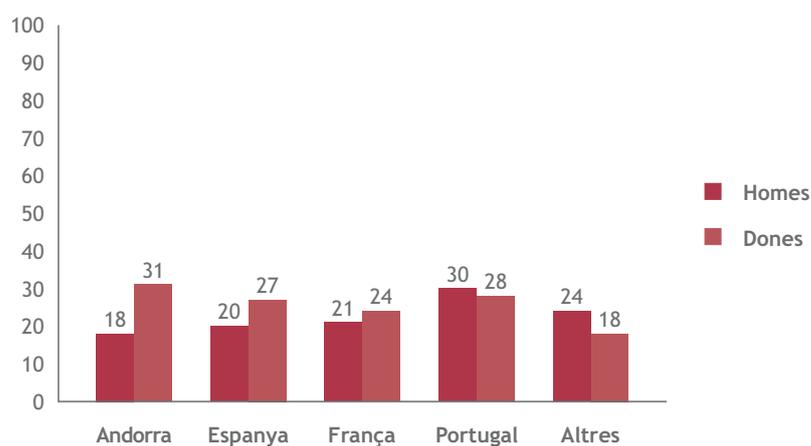
*Figura 2.8*

*Lesions per accident el darrer any segons la classe social i el sexe.  
Percentatges estandarditzats per edat.*



*Figura 2.9*

*Lesions per accident el darrer any segons el país de naixement i el sexe.  
Percentatges estandarditzats per edat.*



*Figura 2.10*

La figura 2.11 mostra la distribució del nombre lesions per accidents en les tres enquestes segons el sexe de l'entrevistat. S'aprecia, en relació amb les enquestes anteriors, un lleuger increment en la freqüència de patir alguna lesió en les dones i escassa variació en els homes; tanmateix, s'incrementen en ambdós sexes els que en pateixen tres o més.

*Nombre de lesions per accident segons el sexe. ENSA 2011, 2002 i 1997. Percentatges.*

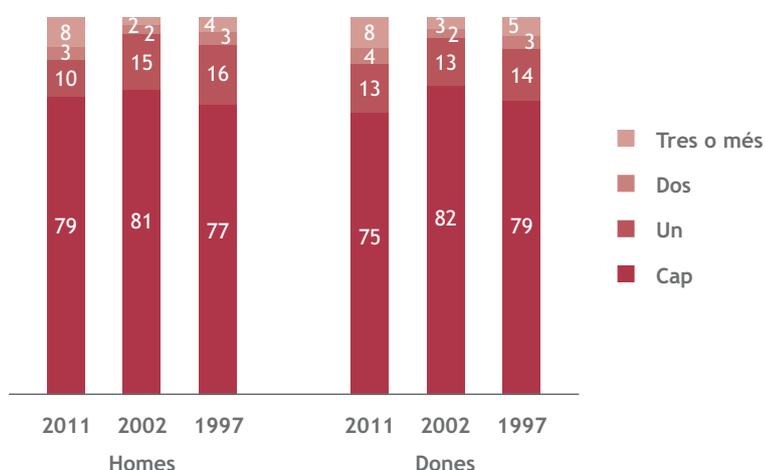


Figura 2.11

## Restricció de l'activitat

Un altre indicador de l'estat de salut de la població és la restricció de l'activitat a causa d'un problema de salut i s'avalua tant per la restricció aguda (darrers 15 dies), com per la restricció crònica (darrer any).

### Restricció aguda de l'activitat en els darrers 15 dies

El 15,6% dels homes i el 19,4% de les dones han hagut de restringir la seva activitat en els últims quinze dies per motius de salut. La taula 2.4 mostra, per sexe i grups d'edat, els percentatges de persones que han hagut de passar algun dia al llit per motius de salut, els que han hagut de restringir l'activitat principal (treballar, estudiar, fer les feines de casa...) i els que han hagut de restringir les activitats habituals (passejar, fer encàrrecs, fer esport...).

La mitjana de dies al llit és de 4,08 (desviació estàndard 3,68), la de dies sense fer l'activitat principal de 8,17 (desviació estàndard 5,87) i la de dies sense portar a terme les activitats habituals de 8,83 (desviació estàndard 5,77), sense que s'observin diferències entre homes i dones.

S'observen diferències en haver patit alguna restricció aguda per classes, amb una diferència entre les persones de la classe I (4,7%) i les de la classe V (13,6%) per als dos sexes.

*Restricció de l'activitat per motius de salut en els últims 15 dies segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

		15-34	35-54	55-74	>=75
Homes	Almenys un dia al llit	2,9	4,4	8,0	13,0
	Almenys un dia sense fer la seva activitat principal	4,3	8,8	10,0	13,0
	Almenys un dia sense fer les seves activitats habituals	4,3	7,3	9,0	20,0
Dones	Almenys un dia al llit	9,2	6,1	12,2	7,7
	Almenys un dia sense fer la seva activitat principal	9,2	6,6	16,7	10,0
	Almenys un dia sense fer les seves activitats habituals	10,0	6,1	17,8	10,0

Taula 2.4

Entre els que declaren haver tingut algun tipus de restricció aguda, el problema de salut més prevalent en els homes i en les dones és el dolor amb un 19,6% i un 32,2%, respectivament, seguit en els homes per haver sofert una operació en un 17,4% dels casos i traumatismes en un 10,9%, malalties del sistema respiratori i circulatori i processos gripals, cadascun al voltant del 8%. En les dones el segon problema de salut són els trastorns mentals i nerviosos en un 11,9%.

En l'últim any, l'11,4% dels homes i el 14,3% de les dones han tingut impediments per realitzar la seva activitat principal, l'11,6% i el 13,4%, respectivament, per realitzar les activitats habituals.

Restricció crònica de l'activitat en el darrer any

La figura 2.12 mostra els percentatges de persones, per sexe i grup d'edat, que han tingut impediments per realitzar la seva activitat principal i habitual en l'últim any. S'observa que ambdós percentatges han augmentat en incrementar-se l'edat. Les dones en tots els grups d'edat pateixen més restricció crònica que els homes.

*Restricció de l'activitat principal i de les habituals durant l'últim any segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

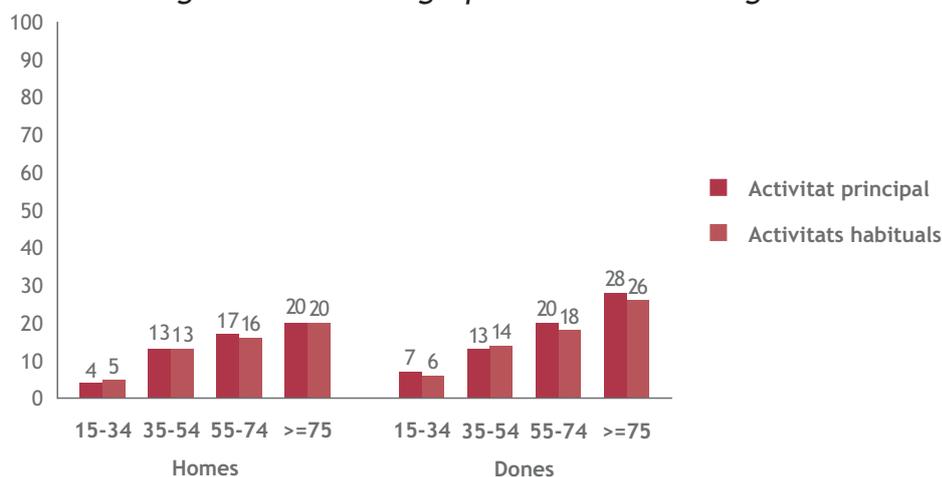


Figura 2.12

S'observen també diferències en els percentatges d'haver patit limitació crònica de l'activitat principal i habitual per classe. En l'activitat principal la diferència va del 4,3% en la classe I, al 19,3% en la classe V, i en l'activitat habitual en un gradient menys pronunciat del 6,0% en la classe I, al 16,4% en la classe V. El dolor és el problema més prevalent de limitació crònica en un 24,2% en els homes i el 31,9% en les dones.

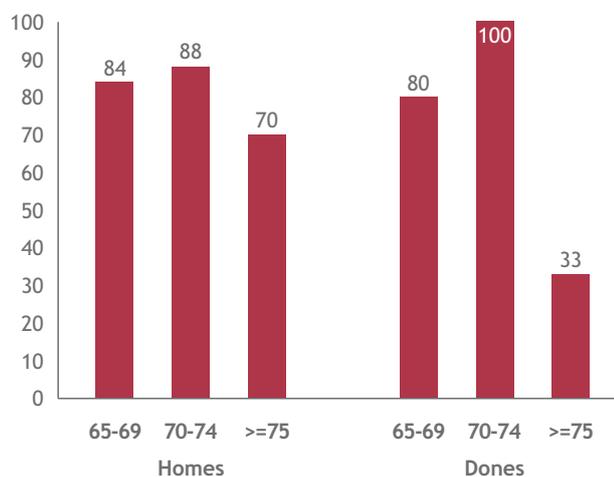
El grau de dependència és l'estat en què es troben les persones que, per falta o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència o d'ajudes importants per realitzar les activitats quotidianes de la vida diària (AVD) i, de manera particular, les referents a la cura personal.

De les 783 persones entrevistades (402 homes i 381 dones) menors de 65 anys, tan sols 9 persones (4 homes i 5 dones) declaren necessitar ajuda per a les activitats de cura personal i altres activitats quotidianes.

Als majors de 65 anys se'ls han proposat setze activitats de la vida diària i se'ls demana si les fan. En cas de fer-les, es valora el grau de dificultat (*Cap, Alguna, Força i No pot fer-ho*), la necessitat d'ajuda per fer-les i la possibilitat d'obtenir aquesta ajuda en cas de necessitar-la (*No li cal ajut, L'ajuda algú i Ningú l'ajuda*). En les 137 persones (71 homes i 66 dones) majors de 65 anys sí que es donen prevalences significatives de necessitat d'ajuda per fer activitats quotidianes, un 21,1% en els homes i un 43,9% en les dones. D'aquests, 25 persones (18,2%) diuen que reben ajuda i només el 16% (4 persones) ho fa en un centre sociosanitari. Totes elles reben ajut per desplaçar-se, la meitat reben ajut en concepte d'higiene, menjar i acompanyament a casa, i acompanyament de nit, i tres quartes parts acompanyament de dia. Les cuidadores més freqüents són persones contractades particularment en gairebé la meitat dels casos, seguides dels familiars. Tanmateix, ates a l'escàs volum de mostra en majors de 65 anys que reben ajut, cal ser prudent a l'hora d'interpretar els resultats.

La figura 2.13 mostra el percentatge de persones de més de 65 anys que no tenen dificultats per fer les activitats proposades. Com es pot apreciar, els percentatges van disminuint en augmentar l'edat en el cas dels homes i en les dones és més variable, tot i que disminueix considerablement en el grup de 75 anys o més.

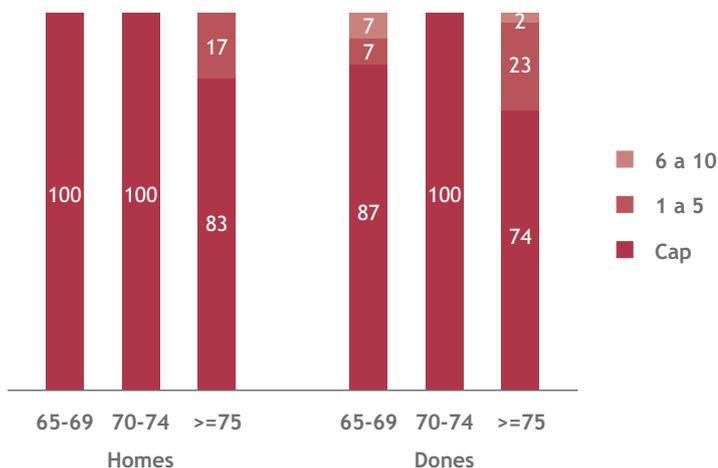
*Persones que no tenen dificultats per fer cap de les activitats proposades. Percentatges.*



*Figura 2.13*

En la figura 2.14 es mostra la distribució del nombre d'activitats amb dificultat important segons el sexe i el grup d'edat. La freqüència de persones que tenen una limitació important en realitzar alguna de les activitats proposades ha augmentat en les que tenen 75 anys o més: és del 0% en els homes i del 14% en les dones de 65 a 69 anys i arriba al 17% en els homes i al 25% en les dones de 75 o més. Hi ha menys dones amb limitacions que comporten dificultats importants que homes, però quan tenen limitacions que comporten dificultats, aquestes impedeixen més les dones per fer activitats.

*Nombre d'activitats que implicaven una limitació important segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*



*Figura 2.14*

## Discapacitats

L'augment de la morbiditat crònica i la presència de malalties invalidants com els defectes congènits o les lesions per accidents (laborals, de trànsit, domèstics) contribueixen a fer de la dependència un problema social de primera magnitud. A tota la població entrevistada es pregunta per la limitació funcional: física i sensorial, així com la dificultat per realitzar activitats de la vida diària (de la cura personal i de la cura de la llar).

El 2,5% dels homes i el 4,3% de les dones pateixen limitacions greus a la vista, cosa que augmenta amb l'edat. A més, el 2,7% dels homes i el 6% de les dones pateixen limitacions importants de mobilitat, cosa que també s'agreuja amb l'edat (taula 2.5). En general, les dones pateixen més limitacions o discapacitats que els homes. Les limitacions empitjoren en augmentar l'edat (figura 2.15).

*Limitacions greus o discapacitats que afecten permanentment les activitats quotidianes segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

		15-34	35-54	55-74	>=75
Homes	Limitació greu de la vista	2,9	1,5	3,0	6,7
	Limitació greu de l'oïda	0,7	1,5	0,0	3,3
	Limitació greu de la parla	0,0	0,5	1,0	6,7
	Limitació greu de comunicació per escriure o llegir	1,4	1,0	1,0	13,3
	Problemes físics de mobilitat	0,7	0,5	2,0	13,3
	Problemes per caminar	0,7	1,0	1,0	16,7
	Limitacions importants de moviment	0,7	1,5	4,0	16,7
	Dificultats per obrir i tancar portes	0,0	1,0	1,0	6,7
	Dependència greu d'un aparell o instrument	0,0	1,0	1,0	6,7
	Dificultats greus cura personal	0,0	1,5	1,0	10,0
Dificultats greus cura de la llar o altres activitats	0,7	1,5	1,0	10,0	
Dones	Limitació greu de la vista	3,3	1,0	7,8	15,4
	Limitació greu de l'oïda	0,0	2,5	3,3	15,4
	Limitació greu de la parla	0,0	0,5	2,2	0,0
	Limitació greu de comunicació per escriure o llegir	0,0	1,0	1,1	10,3
	Problemes físics de mobilitat	0,0	0,0	4,4	12,8
	Problemes per caminar	0,0	0,0	6,7	28,2
	Limitacions importants de moviment	0,8	1,0	8,9	41,0
	Dificultats per obrir i tancar portes	0,0	0,0	2,2	12,8
	Dependència greu d'un aparell o instrument	0,0	0,0	3,3	15,4
	Dificultats greus cura personal	0,0	0,0	3,3	10,3
Dificultats greus cura de la llar o altres activitats	1,0	0,5	4,4	17,9	

Taula 2.5

*Nombre de limitacions greus o discapacitats que afecten permanentment les activitats quotidianes segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

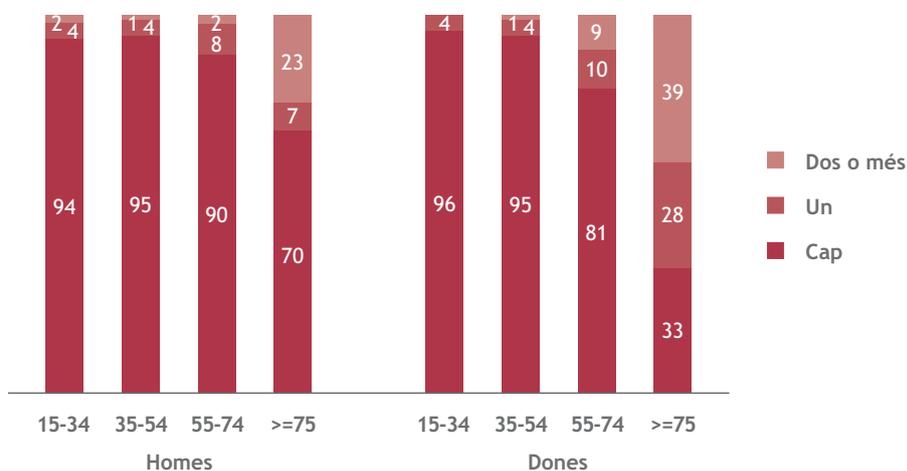


Figura 2.15

L'ús de les ulleres o lents de contacte, dels aparells correctors de l'audició, de la dentadura i de les pròtesis augmenta amb l'edat, tal com es pot observar a la figura 2.16. Les dones utilitzen més aquests correctors de limitació que els homes.

*Ús d'ulleres, audiòfons, dentadura i pròtesi segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

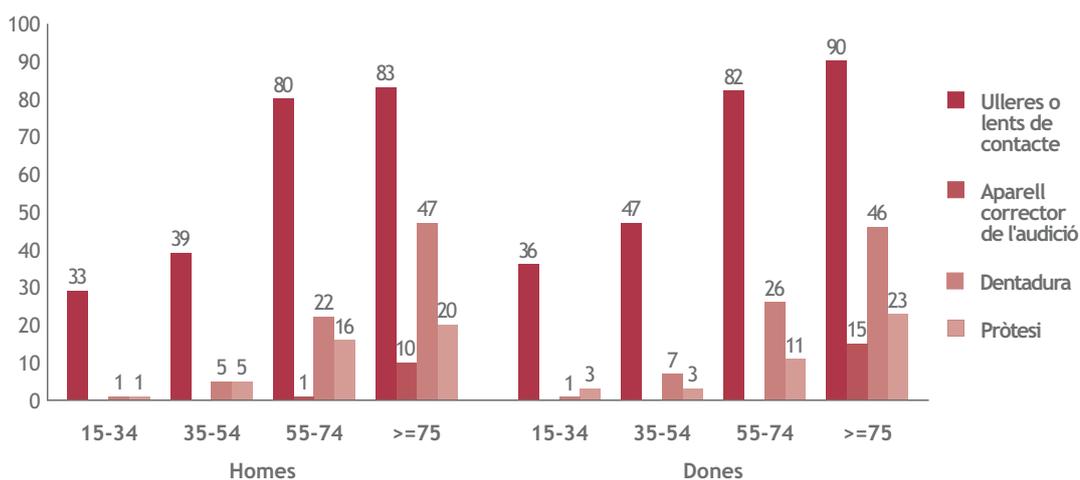


Figura 2.16

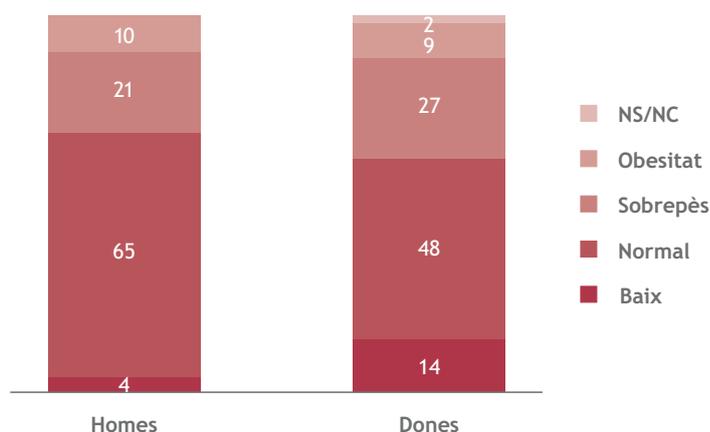
Un altre aspecte de rellevància per a la salut pública és l'excés de pes, per la seva associació amb diversos trastorns crònics com la hipertensió, la diabetis *mellitus* i les malalties cardiovasculars, així com per la seva relació amb limitacions funcionals en les activitats de la vida quotidiana. Es valora segons l'índex de massa corporal a partir del pes i l'alçada declarats.

Problemes de pes

La figura 2.17 mostra la distribució del pes per sexes. El 4,4% dels homes i el 13,9% de les dones estan per sota del pes normal i el 10,1% i el 8,9%, respectivament, són obesos.

*Distribució del pes segons el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.*

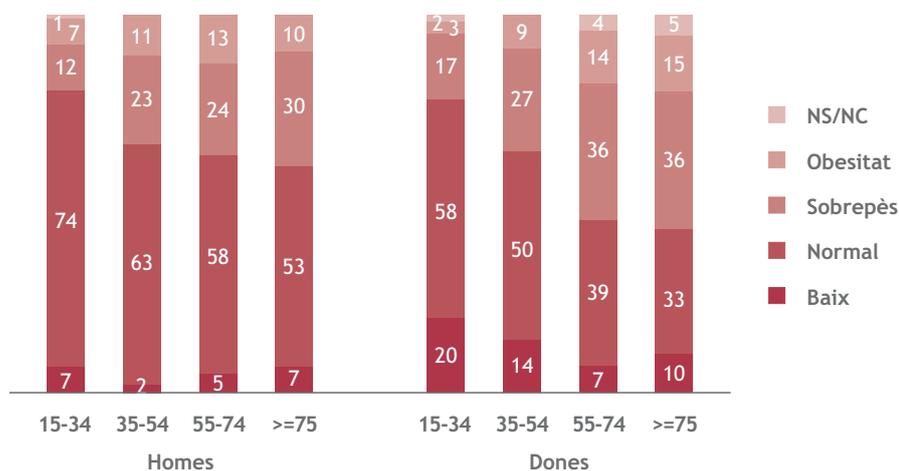
Figura 2.17



El baix pes és més usual en els més joves (arriba al 20% de les dones entre 15 i 34 anys), mentre que l'obesitat ho és més entre les dones de més de 55 anys. Dels 15 als 54 hi ha més homes obesos que dones, mentre que a partir dels 55 anys passa el contrari (figura 2.18). L'obesitat es manté constant en els homes a partir de 35 anys, mentre que en les dones s'incrementa amb l'edat.

*Distribució del pes segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

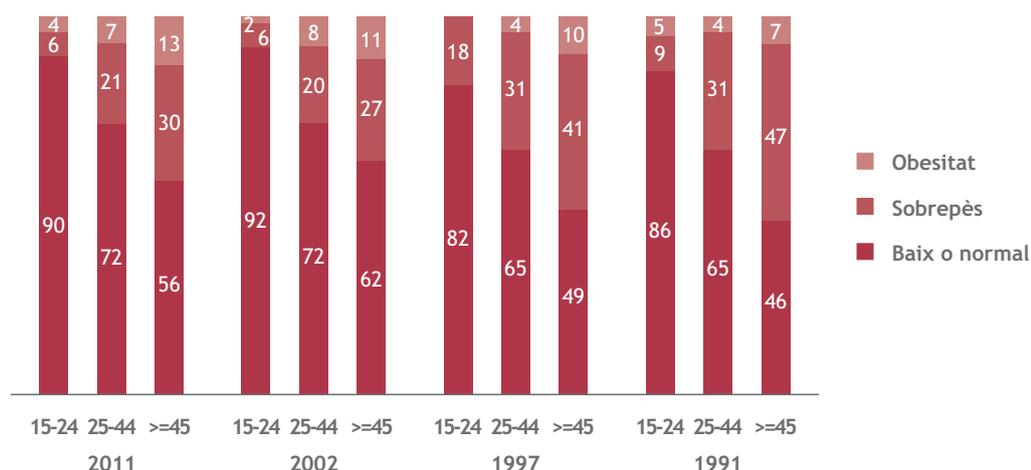
Figura 2.18



No s'observa un patró en baix pes per classes en els homes però en les dones, en canvi, el baix pes és més freqüent en les de la classe I amb un 19% i menor en les de la classe V amb un 7,2%. En l'obesitat es dona un gradient en ambdós sexes, en els homes del 3% en la classe I al 20,2% en la classe V, i en les dones del 5,2% al 13,9% respectivament.

La figura 2.19 mostra la distribució del pes segons les quatre enquestes. Com es pot apreciar, va augmentant el percentatge de persones amb un pes baix o normal, i es va estabilitzant el percentatge d'obesos, tot i que en els majors de 45 anys passa del 7% al 13%.

*Distribució del pes segons el grup d'edat. ENSA 2011, 2002, 1997 i 1991. Percentatges.*



*Figura 2.19*

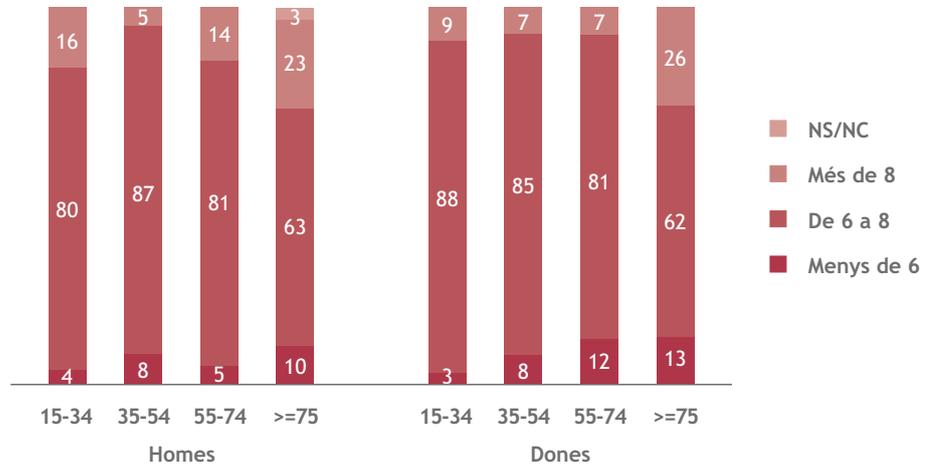
Es considera que una persona adulta necessita entre 7 i 9 hores diàries de son per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment.

El 82,6% dels entrevistats dorm entre 6 i 8 hores. La mitjana d'hores de son és de 7,3 (desviació estàndard 1,22). La figura 2.20 mostra la distribució de les hores de son per sexe i grups d'edat. En la població de 75 anys o més trobem el percentatge més gran de persones que dormen menys de 6 hores, així com la freqüència més alta de persones que en dormen més de 8. El grup d'edat de 35 a 54 anys representa el percentatge més elevat de persones que dormen de 6 a 8 hores. En el cas de les dones s'observa com, a mesura que augmenta l'edat, creix la proporció de les que dormen menys de 6 hores diàries.

## Hores de son

Hores de son segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.

Figura 2.20



**Activitat física**

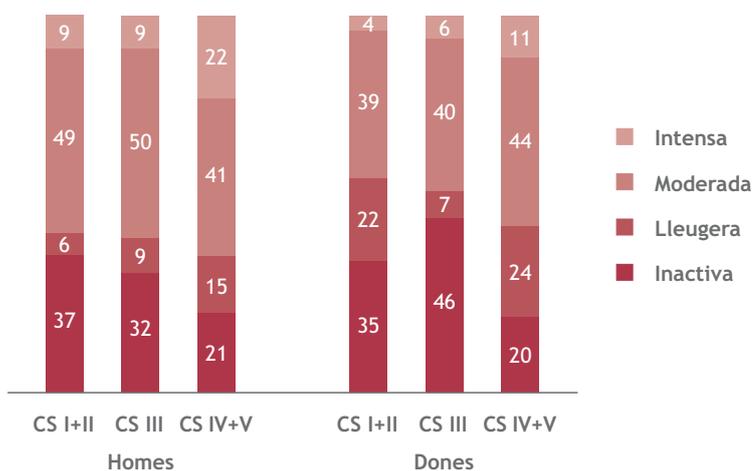
Activitat física habitual

Les conductes o els estils de vida poden tenir conseqüències beneficioses o perjudicials per a la salut. És important tenir en compte el context dels individus per explicar l'adopció de les conductes relacionades amb la salut, ja que els eixos de desigualtat, com són el gènere i la posició socioeconòmica, són determinants en l'adopció d'estils de vida.

La realització d'activitat física és un dels components importants per assolir un estil de vida saludable, ja que és un factor protector de determinades malalties i aporta no sols un benefici físic sinó també psicològic (26). Cal diferenciar, però, entre l'activitat física que es realitza durant l'activitat principal (a la feina o l'escola) i l'activitat o exercici que es fa en el temps de lleure, com ara caminar o fer esport. El qüestionari de l'activitat física de lleure ha canviat respecte del 2002 i per tant no ha estat possible una comparació directa dels resultats.

L'any 2011 un 16,7% dels homes i un 8,5% de les dones fa una activitat habitual que requereix un esforç físic important (2002: 20% i 8% en homes i dones, respectivament); però un 42,9% declara que tot i que la seva activitat no requereix un esforç físic important, es desplaça freqüentment a peu. D'altra banda, la major part de la jornada un 11,6% d'homes i un 19,5% de dones estan drets sense desplaçar-se, i una tercera part, un 28,4%, declaren, en canvi, que estan asseguts. Aquest tipus d'activitat està molt lligada a la classe social i al gènere. Així, l'activitat intensa és més freqüent en els homes i augmenta en les persones de classes socials desfavorides; en canvi, l'activitat més sedentària com és estar assegut la major part de la jornada és més freqüent en les persones de classes socials benestants (figura 3.1).

*Tipus d'activitat física en l'activitat habitual segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.*



**Figura 3.1**

Tal com s'ha comentat, per mesurar l'activitat física de lleure s'ha utilitzat una adaptació de l'IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), que és un instrument per a la vigilància i la monitorització de l'activitat física (15).

Un 59,6% de la població declara que camina tots els dies almenys 10 minuts seguits, i els que caminen 30 minuts o més tots els dies representen una mica menys de la meitat de la població, el 41,6%. La realització d'activitat física en el temps de lleure (exclou el fet de caminar) difereix segons el gènere, de manera que un 36,6% dels homes realitzen una activitat intensa o moderada, i en el cas de les dones és d'un 30,9%. L'activitat física en el temps d'oci disminueix amb l'edat, de manera que el 73,3% dels homes i el 84,6% de les dones de 75 anys o més són inactius en el seu temps de lleure (figura 3.2). La realització d'activitat en el temps d'oci és més freqüent en les persones de classes socials afavorides (figura 3.3) i en les persones nascudes a Andorra, Espanya i França (figura 3.4).

*Tipus d'activitat física en el temps de lleure segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.*

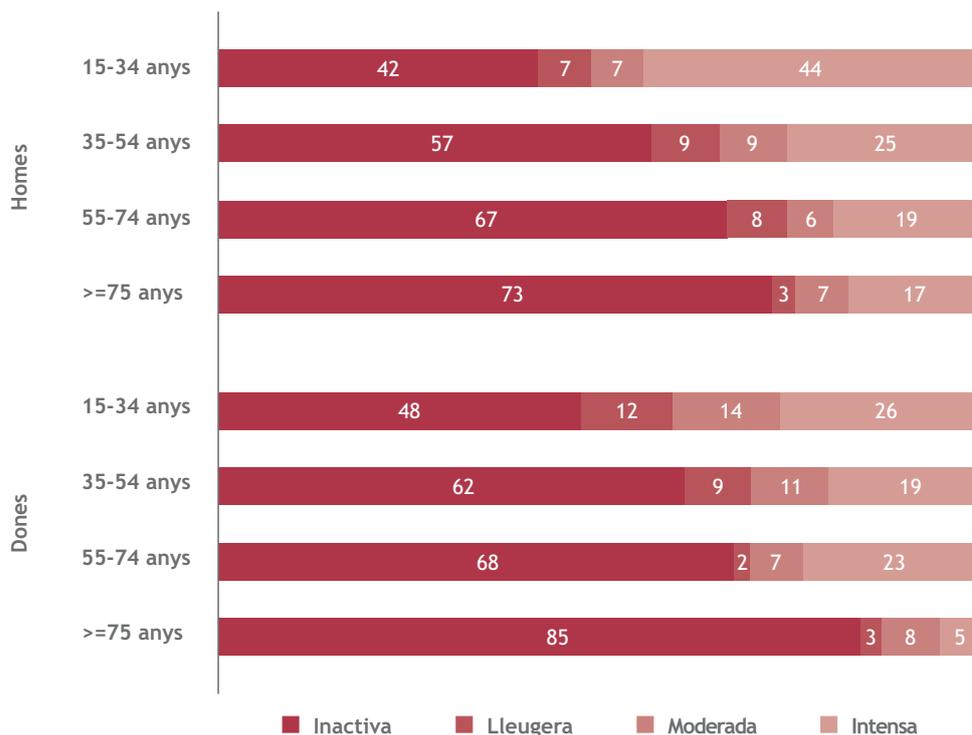
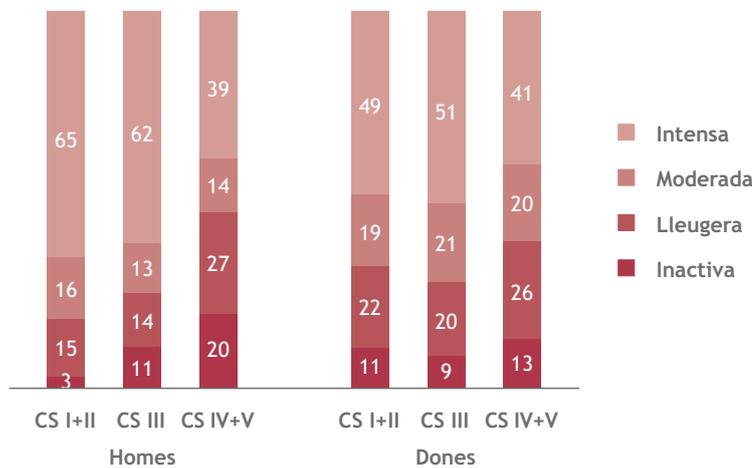


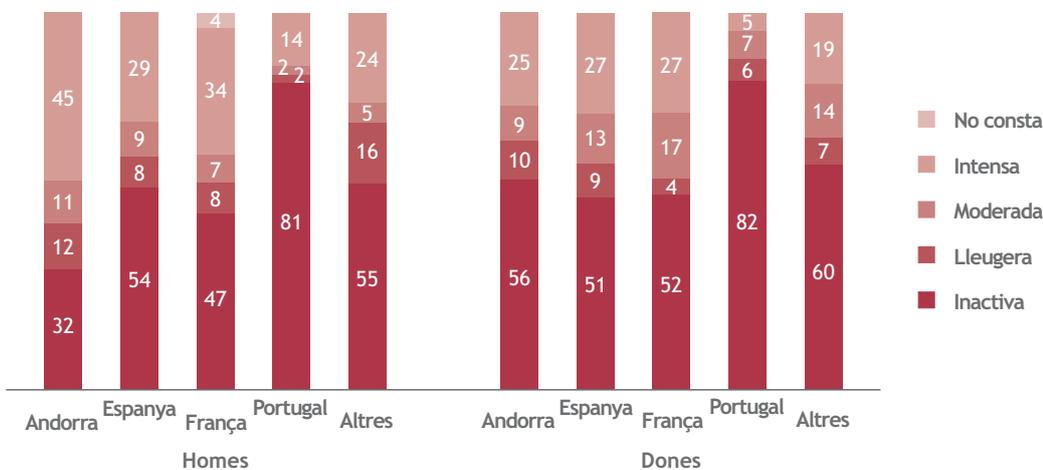
Figura 3.2

*Tipus d'activitat física en el temps de lleure segons la classe social i el sexe. Percentatges estandaritzats per edat.*



*Figura 3.3*

*Tipus d'activitat física en el temps de lleure segons el país de naixement i el sexe. Percentatges estandaritzats per edat.*



*Figura 3.4*

Les persones de 65 anys o més dediquen el temps de lleure a mirar la televisió (86%), a llegir (60%), a passejar (65,7%) i a reunir-se amb els amics (36,5%), cada dia. Els homes fan més activitats físiques que les dones, el 33,3% dels homes fan esport i el 25,9% cultiven l'hort, davant d'un 26,7% i un 20% respectivament. Les dones fan més activitats culturals (46,7% de dones i 18,5% d'homes).

Temps de lleure en persones de 65 anys o més

Un 35,3% dels homes i un 25,5% de les dones es declaren fumadors habituals (consum diari), percentatges que han disminuït respecte al 2002 (el 40% d'homes i el 29% de dones fumadores diàries). Un 2,2% s'han declarat fumadors ocasionals

Consum de tabac  
Hàbit tabàquic

en ambdós sexes. Un 23,5% d'homes i un 14,8% de dones s'han declarat exfumadors. La figura 3.5 mostra la distribució del consum de tabac segons el sexe en l'ENSA-2011 i les anteriors (la categoria fumador i exfumador inclou tant els habituals com els ocasionals —menys d'un cigarret al dia—). En els homes s'observa una disminució dels fumadors i un augment dels no-fumadors. En les dones hi ha un augment d'exfumadores i el de no-fumadores es redueix lleugerament.

*Consum de tabac segons el sexe. ENSA 2011, 2002, 1997 i 1991. Percentatges.*

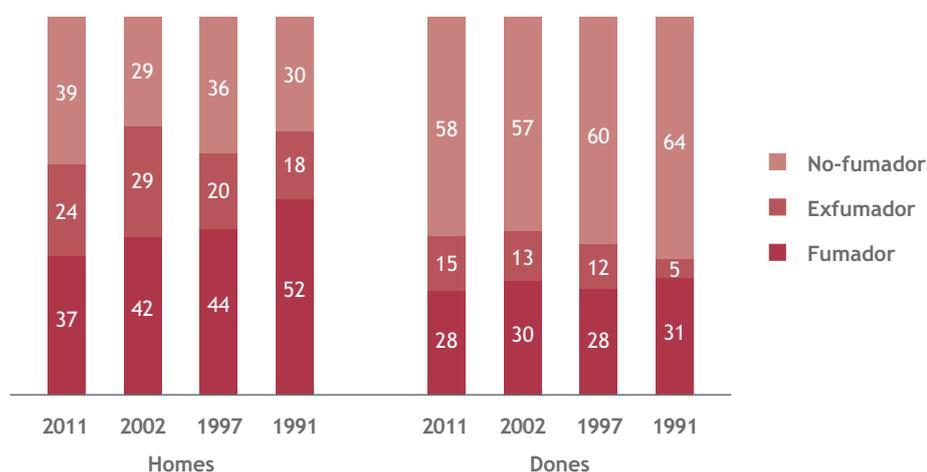


Figura 3.5

Entre els fumadors habituals, el 41,3% dels homes fuma d'onze a vint cigarretes, quan el 2002 era el 56%; també disminueix el consum de més de vint cigarretes, del 19,6% el 2002 al 11,4% actual. En les dones també disminueix, el consum d'onze a vint cigarretes és el 2011 del 43,9% i el 2002 del 49,3%. Fumar més de vint cigarretes passa del 8,1% el 2002 al 3,5% el 2011. La mitjana d'edat d'inici de consum de tabac és en els homes de 16,8 anys (desviació estàndard 4,1) i en les dones de 18,7 (desviació estàndard 5,4); per tant disminueix prop d'un any en els homes però es demora prop d'un any en les dones respecte del 2002. Cal tenir en compte, però, que la mitjana de consum és lleugerament inferior en els joves (11,4 cigarrets en homes i 9,5 en dones).

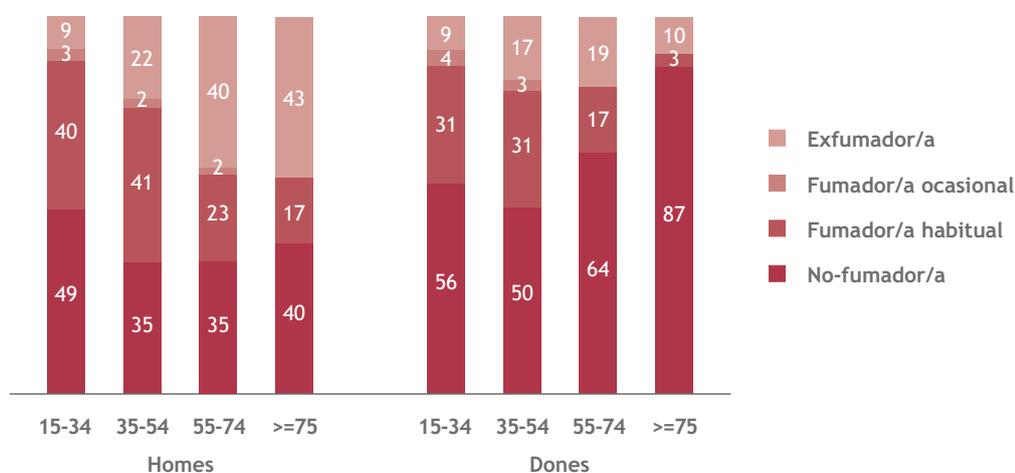
Dels fumadors habituals, al 61,7% dels homes i al 62,3% de les dones els agradaria deixar de fumar, mentre que hi ha un 17,9% dels homes i un 9,6% de les dones que no ho han pensat de fer; la resta desitgen continuar fumant (14,9% homes i 21,9% dones). Han intentat deixar de fumar el 34,1% i el 41,2%, respectivament.

Al 53,9% dels homes i al 66,6% de les dones el metge els ha aconsellat de deixar de fumar. Finalment, s'ha demanat que deixessin de fumar davant d'alguna persona al 24,2% d'aquests fumadors habituals.

Quant al grup d'exfumadors, es constata que la gran majoria, el 91,8%, ja fa més de 6 mesos que no fuma. L'edat d'inici dels exfumadors és a 17,9 anys (desviació estàndard 3,9) en els homes i a 18,7 anys (desviació estàndard 3,7) en les dones.

En general, el consum de tabac és superior en els homes en tots els grups d'edat, tot i que les dones d'entre 15 i 54 anys presenten un percentatge més gran de consum ocasional. El consum habitual de tabac és més freqüent en els joves i va disminuint en augmentar l'edat (figura 3.6).

*Consum de tabac segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.*

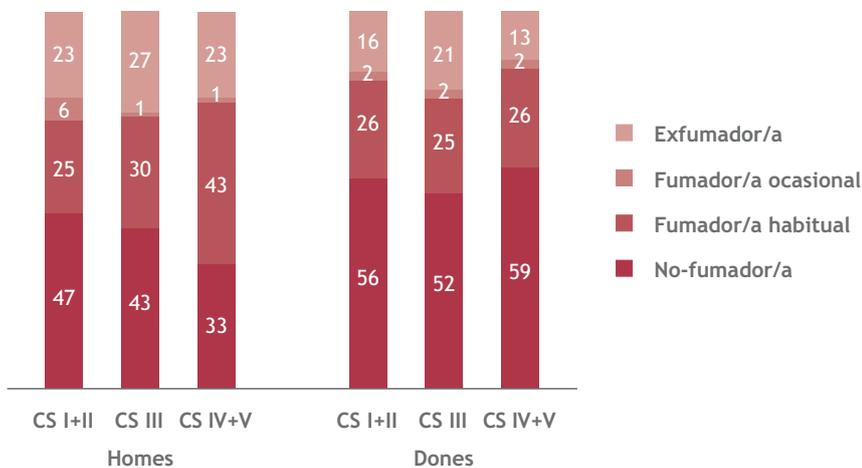


*Figura 3.6*

Segons la classe social s'observa un gradient diferencial en funció del sexe, de manera que els homes de classes socials afavorides són fumadors habituals en un percentatge més baix i aquest percentatge augmenta en les classes més desfavorides. En les dones, en canvi, no hi ha diferències significatives entre les classes socials, però s'observa que hi ha més dones no fumadores a les classes IV-V (figura 3.7). També s'observen diferències segons el país de naixement (figura 3.8). El nombre de fumadors habituals més nombrosos és el dels nascuts a França (37%) i en el cas de les dones, les nascudes a Espanya (29,8%) o a un altre país (31,6%).

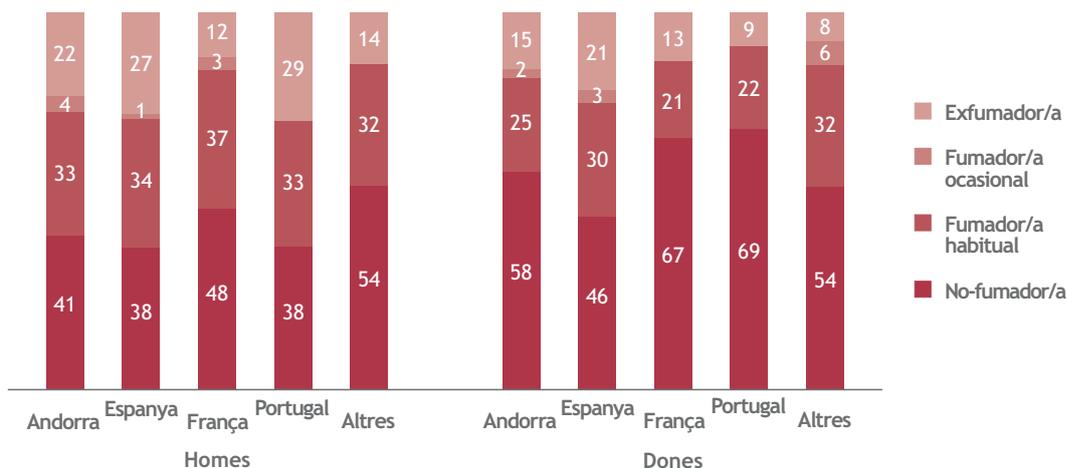
Consum de tabac segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

Figura 3.7



Consum de tabac segons el país de naixement i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

Figura 3.8



### Fum de tabac ambiental

Respecte a l'entorn i els ambients carregats de fum, un 24,3% dels homes i un 13,9% de les dones tenen algun company de feina que fuma a prop seu en el seu lloc de treball, un 39,5% declara que algun membre de la família fuma a casa habitualment, i un 13,4% declara que durant un dia feiner passa més d'una hora en ambients carregats de fum fora de casa o del lloc de treball, i augmenta a un 22,5% durant el cap de setmana.

### Consum d'alcohol

El 30,2% dels homes i el 52,1% de les dones es declaren no-bevedors d'alcohol. L'11,6% dels homes i el 4% de les dones superen el llindar de risc (40 grams/dia els homes i 20 grams/dia les dones). La figura 3.9 mostra el consum d'alcohol per sexes segons l'enquesta actual, la de l'any 2002 i la del 1997. Tant en homes com en dones s'observa un augment dels bevedors de risc i una disminució dels abstemis respecte al 2002 (cal tenir en consideració que també canvia l'època en què es van dur a terme les enquestes).

Consum d'alcohol segons el sexe. ENSA 2011, 2002 i 1997. Percentatges.

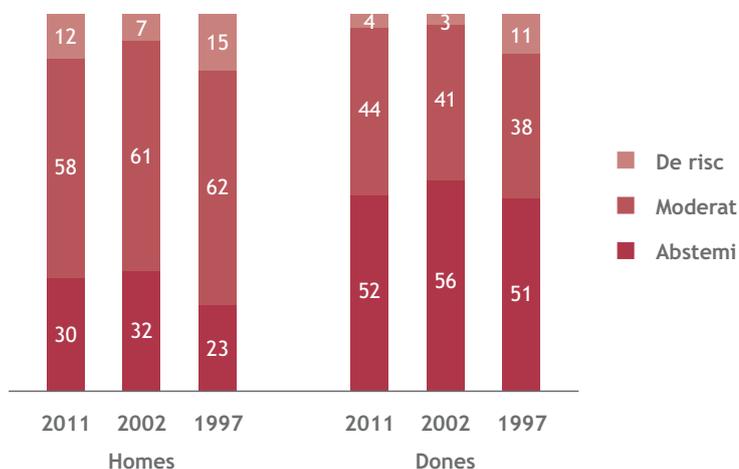


Figura 3.9

El percentatge de consum d'alcohol de risc és superior en els més joves, ja que arriba al 17,4% en homes i al 9,2% en dones de 15 a 34 anys (figura 3.10). Cal destacar que un 3,7% de la població ha pres més de 5 consumicions seguides en una sola ocasió almenys una vegada al mes, el 6,2% en homes i el 3,1% en dones. Segons la classe social, el consum d'alcohol de risc i moderat declarat és superior en les persones de classes més afavorides (figura 3.11). Segons el país de naixement, la població d'Andorra, Espanya i França té patrons davant l'alcohol molt similars. Els homes de Portugal i altres països són en gran majoria bevedors moderats i en el cas de les dones d'aquests països, el percentatge de bevedores de risc és mínim: la majoria no són bevedores (figura 3.12).

Consum d'alcohol el darrer any segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.

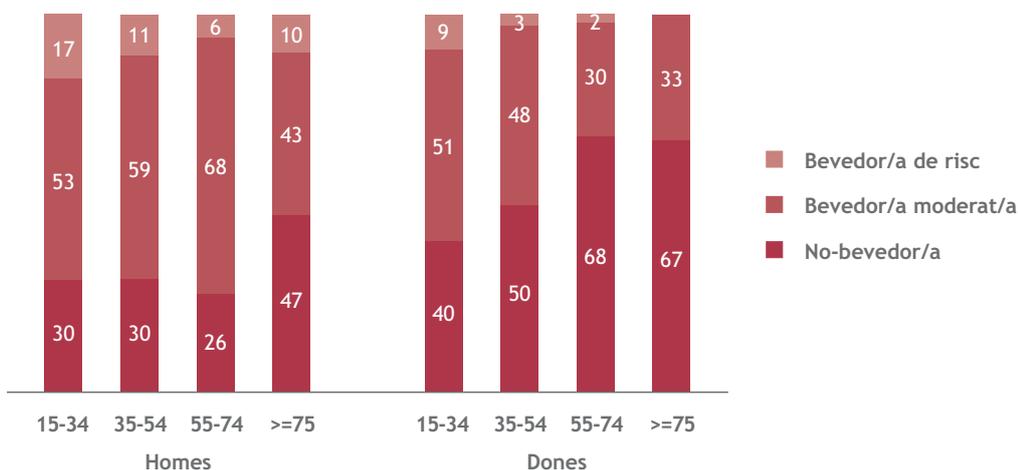
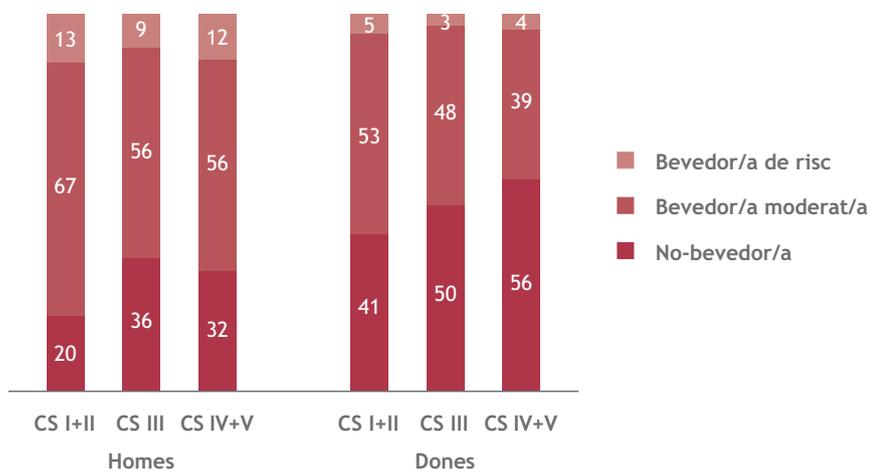


Figura 3.10

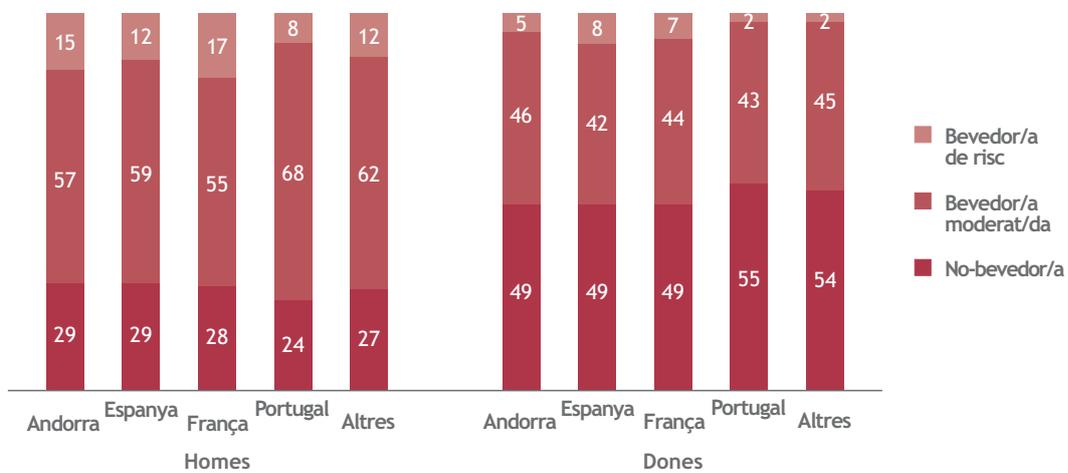
Consum d'alcohol el darrer any segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

Figura 3.11



Consum d'alcohol el darrer any segons el país de naixement i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

Figura 3.12



La importància de l'obtenció i l'anàlisi de dades respecte a la utilització dels serveis sanitaris per part de la població és àmpliament reconeguda i entre les seves implicacions destaca la planificació sanitària i l'avaluació dels recursos disponibles. L'ENSA-2011 recull informació de diversos serveis sanitaris tant referents a l'atenció primària com a l'especialitzada i als serveis d'urgència.

El 98,9% dels entrevistats té algun tipus de cobertura sanitària. El 46% dels homes i el 50,6% de les dones estan coberts exclusivament per la CASS, mentre que el 47,8% dels homes i el 44,7% de les dones utilitzen també una cobertura sanitària privada. A la figura 4.1 s'observa com a mesura que augmenta l'edat, augmenta la cobertura única de la CASS i disminueix la cobertura combinada, tant en homes com en dones. També és més freqüent en les persones més grans disposar d'una cobertura només privada o d'un altre tipus de cobertura.

Cobertura sanitària segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.

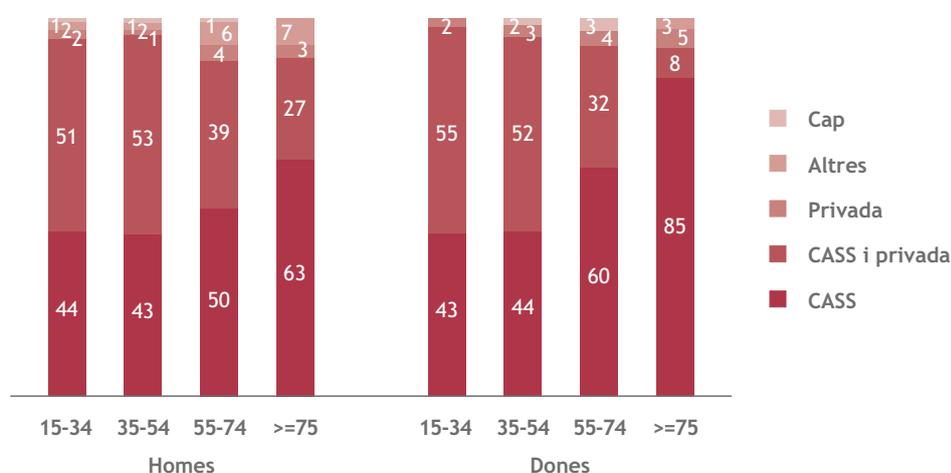
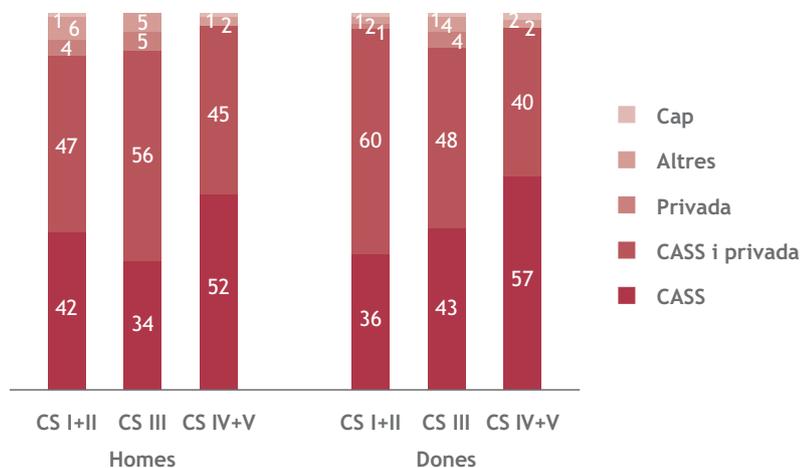


Figura 4.1

El percentatge de persones cobertes exclusivament per la CASS augmenta en les classes socials més desfavorides, tant en homes com en dones, ja que com mostra la figura 4.2, el 44,5% dels homes i el 71,6% de les dones de classe social I tenen cobertura privada i de la CASS, enfront del 39,9% dels homes i el 45,6% de les dones de la classe V.

Tal com ja s'ha comentat, per mesurar i avaluar els dominis específics de l'atenció primària l'enquesta inclou per primera vegada una adaptació del qüestionari de Barbara Starfield *Primary Care Assessment Tools* (PCAT) (27-29) per mesurar els atributs de l'APS.

**Cobertura sanitària segons el sexe i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.**



**Figura 4.2**

Professional sanitari de referència

El 85,8% dels homes i el 93,3% de les dones té un metge de capçalera o de referència al qual acostumen a anar quan estan malalts o necessiten consell sobre la salut. Tan sols un 1,3% fa menys d'un any que en té un, i el 27,5% entre 1 i 4 anys (24,1% en homes i 30,7% en dones), mentre que en tenen entre 5 i 10 anys el 27%, sense diferències per sexes. Finalment el 41% dels entrevistats fa 10 anys o més que té el seu metge de capçalera (44,3% en homes i 37,2% en dones). En tots els grups d'edat els homes visiten el metge de capçalera fa 10 anys o més en major proporció que les dones, i la distribució per edats en els homes es més homogènia, del 41,5% en el grup de 15 a 34 anys al 66% en els de més de 75 anys, mentre que en les dones va del 23,5% al 54%. No s'aprecia un patró segons la classe social. Segons el lloc de naixement, destaquen les dones portugueses amb la menor proporció (23,9%) d'atenció de metge de capçalera de 10 anys o més, però en canvi són el grup en major proporció en la franja d'1 a 4 anys (43,8%), mentre que els homes d'origen portuguès segueixen el patró similar al conjunt de la població.

El 75,3% dels homes i el 75,2% de les dones no tenen un centre d'infermeria d'atenció primària de referència, tot i que en augmentar l'edat puja el percentatge de persones que té un centre d'aquest tipus de referència on acostumen a anar en cas de necessitat. Dels que tenen centre de referència d'atenció primària d'infermeria, el 42,7% dels homes i el 31,5% de les dones afirma haver estat en el mateix centre de referència entre 1 i 5 anys. Hi ha un percentatge de dones (31,5%) més gran que el d'homes (23,1%) que tenen el mateix centre de referència des de fa més de 10 anys.

Característiques de l'atenció primària

Aproximadament 9 de cada 10 persones declaren que quan tenen un problema de salut van al seu metge de capçalera abans d'anar a un altre lloc. El 50% dels entrevistats fa 10 anys que disposa d'aquest metge. El qüestionari PCAT recull informació que permet avaluar diferents dimensions de l'atenció primària. La taula 4.1 mostra el grau

de compliment d'una sèrie de característiques del metge de capçalera que acostuma a visitar. Es valora ser atès pel mateix professional, el coneixement dels problemes i ser atès el mateix dia. El 24% visita un centre de primària d'infermeria quan té algun problema de salut o necessita consell. El 50% de la població fa 7 anys que té el mateix centre, i la principal valoració és ser atès el mateix dia (taula 4.2).

*Valoració de les característiques del metge de referència. Percentatges.*

	Si, sens dubte/més probable que si	No, en absolut/més probable que no	No ho sap	
Homes	Va al metge/essa de capçalera abans d'anar a un altre lloc	95,0	3,4	1,5
	Si el centre és obert la visita és el mateix dia	80,5	11,9	7,6
	Si el centre és obert es pot rebre consell per telèfon	69,2	12,3	18,5
	Si el centre és tancat hi ha un telèfon disponible	47,5	30,3	22,2
	L'atén sempre el mateix professional	97,1	0,9	2,0
	Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència	79,6	8,4	12,1
	Coneixen els seus problemes més importants	91,9	4,2	3,9
	El metge/essa parla sobre la visita a l'especialista	85,2	7,3	7,6
	Recomanaria el centre a un amic o familiar	97,0	1,4	1,5
	Dones	Va al metge/essa de capçalera abans d'anar a un altre lloc	97,3	2,1
Si el centre és obert la visita és el mateix dia		79,6	14,1	6,2
Si el centre és obert es pot rebre consell per telèfon		70,5	14,0	15,6
Si el centre és tancat hi ha un telèfon disponible		41,5	31,7	26,9
L'atén sempre el mateix professional		95,9	2,2	1,9
Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència		78,9	11,3	9,8
Coneixen els seus problemes més importants		92,4	4,8	2,9
El metge/essa parla sobre la visita a l'especialista		82,5	11,1	6,5
Recomanaria el centre a un amic o familiar		94,7	3,1	2,2

*Taula 4.1*

Valoració de les característiques de l'atenció primària d'infermeria de referència. Percentatges.

		Si, sens dubte/més probable que si	No, en absolut/més probable que no	No ho sap
Homes	Va al seu centre abans d'anar a un altre lloc	52,2	45,3	2,6
	Si el centre és obert l'atenen el mateix dia	90,6	6,0	3,4
	Si el centre és obert el poden aconsellar per telèfon	68,4	11,9	19,7
	Si el centre és tancat hi ha un telèfon disponible	48,7	28,2	23,1
	L'atén sempre el mateix infermer/a	43,5	53,0	3,4
	Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència	59,0	26,5	14,5
	L'infermer/a coneix els seus problemes més importants	58,1	38,4	3,4
	L'infermer/a parla amb vosté després de la visita mèdica	52,1	40,2	7,7
Dones	Va al seu centre abans d'anar a un altre lloc	49,5	50,4	-
	Si el centre és obert l'atenen el mateix dia	80,2	9,0	10,8
	Si el centre és obert el poden aconsellar per telèfon	61,2	13,5	25,2
	Si el centre és tancat hi ha un telèfon disponible	31,5	39,6	28,8
	L'atén sempre el mateix infermer/a	39,6	54,0	6,3
	Es pot parlar per telèfon amb el professional de referència	60,3	18,0	21,6
	L'infermer/a coneix els seus problemes més importants	37,8	52,2	9,9
	L'infermer/a parla amb vosté després de la visita mèdica	38,7	51,3	9,9

Taula 4.2

Atenció d'urgències

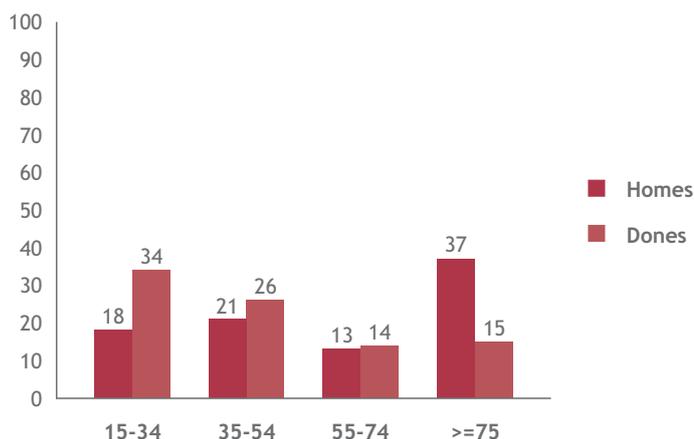
Només el 4,8% dels entrevistats han utilitzat el telèfon d'urgències 116 durant els 12 mesos previs a l'enquesta. D'aquests, només al 5,6% dels homes i al 15,4% de les dones els han enviat un metge a casa, la resta han estat atesos a Urgències de l'Hospital.

Quant a les visites a un servei d'urgències, el 19,5% dels homes i el 24,8% de les dones han fet ús d'aquest servei, i d'aquests només el 14,1% dels homes i el 9,9% de les dones han trucat al 116 abans d'anar a Urgències directament.

Les dones d'entre 15 i 54 anys superen amb força diferència el percentatge d'haver fet visites a Urgències, mentre que a partir dels 74 anys han estat els homes amb un 36,7% els que s'han visitat a Urgències, superant àmpliament el 15,4% de les dones de la mateixa edat (figura 4.3). Els que visiten més les Urgències Hospitalàries són les persones d'origen portuguès (31% d'homes i 32,3% de dones).

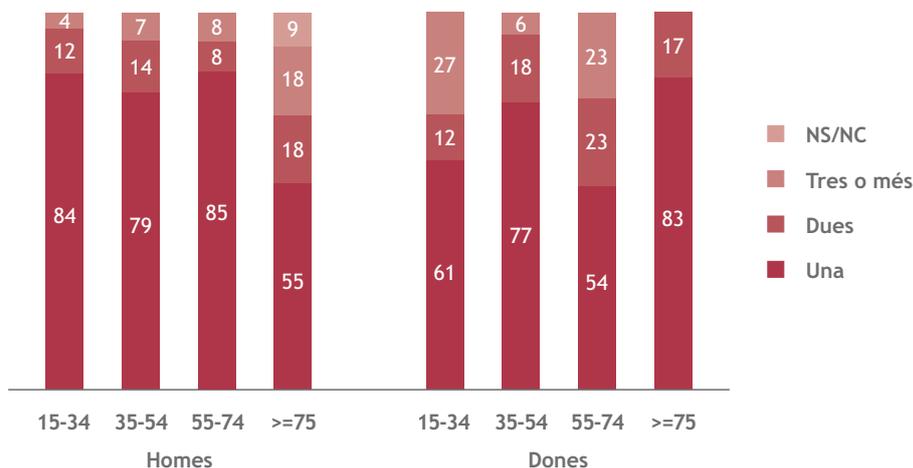
La figura 4.4 mostra el nombre de visites a Urgències Hospitalàries durant els darrers 12 mesos i s'observa com en els homes, en augmentar l'edat, s'incrementa el percentatge dels que fan més d'una visita, i en les dones els percentatges són més grans entre els 15 i els 34 anys i els 55 i els 74 anys.

*Visita al Servei d'Urgències Hospitalàries durant els darrers 12 mesos segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*



*Figura 4.3*

*Nombre de visites al Servei d'Urgències Hospitalàries durant els darrers 12 mesos segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*



*Figura 4.4*

## Atenció especialitzada

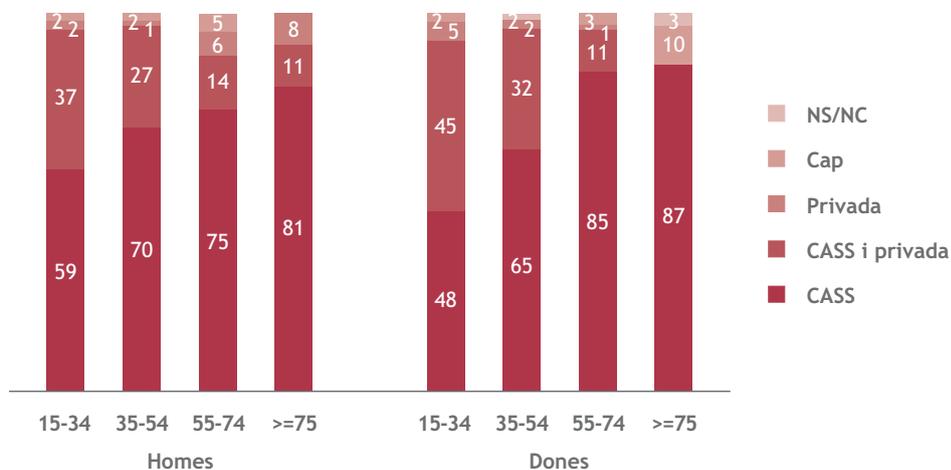
El 42,8% dels homes que han fet ús de l'atenció especialitzada pertanyen al grup d'edat de 35 a 54 anys, el 25,2% al de 55 a 74 anys, i el 22,4% al grup de 15 a 34 anys. No s'aprecien diferències segons el país d'origen ni la classe social. També en les dones el grup d'edat de 35 a 54 anys és el que freqüenta més l'atenció a l'especialista amb el 43,6%, el 25,2% el grup de 55 a 74 anys, i el 20,7% el de 15 a 34 anys. Segons la classe social i el país d'origen en fan més ús les d'Andorra amb el 23,8%, i les d'origen portuguès en menor mesura amb el 17,6%. Igualment, les dones de classe social més benestant (CS I, CS II, CS III) representen al voltant del 21% cadascuna, mentre que les de classe social menys benestant (CS IV, CS V) representen el 17%.

Del conjunt de la mostra, 247 homes i 269 dones han visitat un especialista; d'aquests, el 70% i el 68% respectivament han visitat un especialista cobert per la CASS, percentatge que augmenta amb l'edat (figura 4.5). La segona opció més freqüent és la modalitat CASS i assegurança privada, en un 24,3% dels homes i en un 26% de les dones enquestades. A mesura que augmenta l'edat, també s'incrementa el percentatge de persones que visiten un especialista a través de l'assegurança privada. No té cap cobertura al voltant del 2% dels que han visitat un especialista.

La visita al metge especialista a través de la cobertura exclusiva de la CASS en homes és més elevada entre les classes manuals (CS IV-V), amb el 75,4%, que en les benestants (CS I-II), amb el 63,7%, mentre que la visita a l'especialista amb cobertura de la CASS i assegurança privada és inferior en les primeres, amb el 21,9%, que en les segones, amb el 26,2%. Visitar el metge especialista tenint cobertura mitjançant només una assegurança privada es dona quasi només en la classe benestant. En les dones es dona un patró similar, cobertura exclusiva més alta a través de la CASS en les classes manuals, amb el 77%, que en les benestants, amb el 49,1%, però més baixa a través de la CASS i assegurança en les primeres, amb el 19,7%, que en les segones, amb el 44,7%. L'assegurança sanitària exclusivament privada es dona en les de classe social intermèdia.

Alhora, els nascuts a Portugal utilitzen majoritàriament l'atenció especialitzada a través de la CASS en el 81,3% en els homes i el 80,6% en les dones, mentre que la doble cobertura és més freqüent en els andorrans (28,8%) i espanyols (26,1%), sense diferències entre sexes.

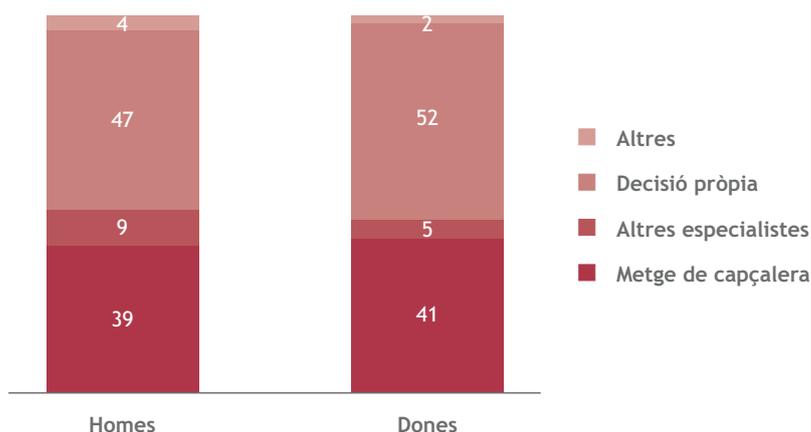
*Modalitat de cobertura sanitària que correspon a l'especialista visitat en els darrers 12 mesos segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*



*Figura 4.5*

En la majoria dels casos, entre les persones que diuen haver anat a l'especialista un cop (figura 4.6), la visita es realitza per decisió pròpia majoritàriament (47% dels homes i 52% de les dones), però també una part important dels entrevistats visita un especialista perquè així els ho ha indicat el metge de capçalera (el 39% en els homes i el 41% en les dones).

*Persona que ha indicat la visita a l'especialista segons el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.*

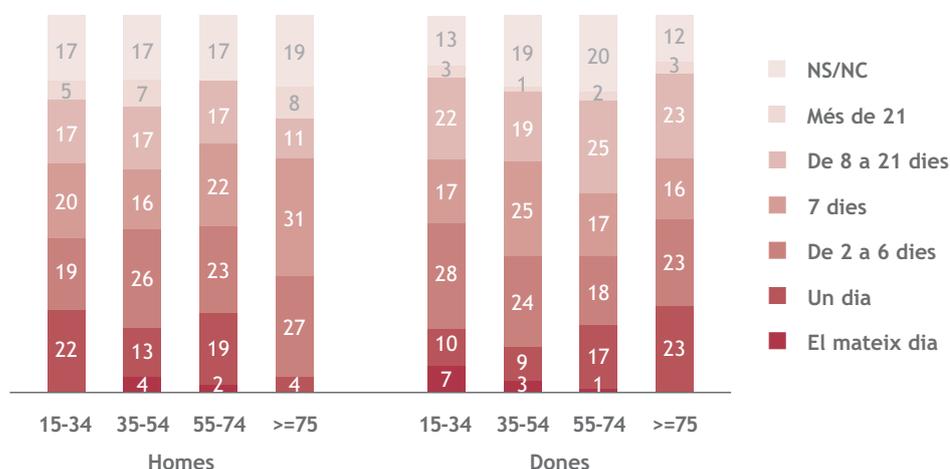


*Figura 4.6*

Un cop demandada la visita a l'especialista, la majoria dels entrevistats (24% dels homes i 23% de les dones) han d'esperar a ser visitats per l'especialista entre 2 i 6 dies (figura 4.7). Només el 2% dels homes i el 3% de les dones han estat visitats el mateix dia. El 4,9% d'homes i l'1,9% de dones han hagut d'esperar més de 21 dies a ser visitats.

*Temps d'espera a la visita de l'especialista segons el sexe i el grup d'edat.  
Percentatges.*

Figura 4.7

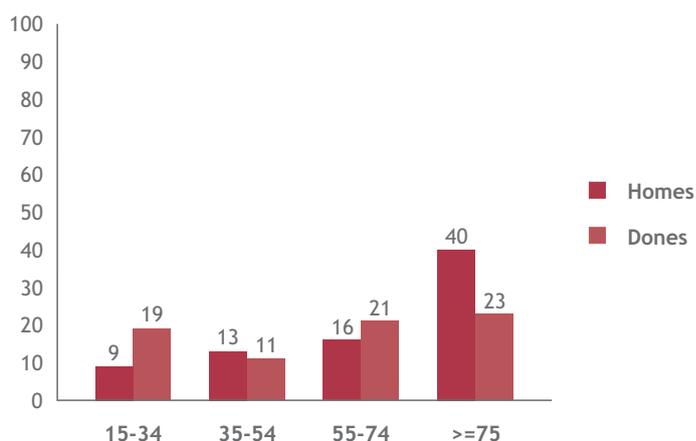


## Hospitalitzacions

El 14,1% dels homes entrevistats i el 16,3% de les dones afirmen haver estat hospitalitzats durant els darrers 12 mesos. Tal com mostra la figura 4.8, el percentatge d'hospitalitzacions augmenta en incrementar-se l'edat, sobretot en homes majors o igual a 75 anys. Abans dels 75 anys les hospitalitzacions són més freqüents en les dones que en els homes (excepte en el grup de 35 a 54 anys).

*Hospitalitzacions en els darrers 12 mesos segons el sexe i el grup d'edat.  
Percentatges.*

Figura 4.8



Les hospitalitzacions són més freqüents en els homes de les classes més desfavorides que en els de les classes més benestants, el 16,9% dels homes de les classes manuals (CS IV-V) i el 9% de les classes no manuals (CS I-II). En les dones no s'aprecia aquest gradient.

En dones els percentatges d'hospitalització en l'últim any han estat més alts en les procedents de Portugal (22,7%), mentre que en el cas dels homes (21,6%) han estat en els que procedeixen d'un altre país que no és Andorra, Espanya, França o Portugal.

El motiu principal d'ingrés a l'Hospital és, tant en homes com en dones, per una operació quirúrgica (47,8% dels homes i 39,7% de les dones) i en segon lloc per una malaltia (31,3% dels homes i 30,1% de les dones). El 21,9% de les dones són ingressades perquè estan de part.

La majoria de les persones entrevistades han estat hospitalitzades a Andorra (71,6% dels homes i 83,6% de les dones) i en segon lloc a Espanya (26,9% dels homes i 12,3% de les dones). Per altra banda, hi ha hagut persones entrevistades que han estat intervingudes quirúrgicament durant els 12 mesos previs a l'enquesta, però no han requerit ingrés hospitalari (14,9% dels homes i 17,8% de les dones).

## PRÀCTIQUES PREVENTIVES

És important dur a terme un seguit de pràctiques preventives com poden ser el control de la hipertensió i els cribratges de càncer de mama i de cèrvix mitjançant la mamografia i la citologia preventiva, respectivament, per tal d'identificar malalties en estadis inicials i prevenir-ne l'avenç. La realització de pràctiques preventives depèn tant de factors sociodemogràfics com de factors relacionats amb la mateixa persona i amb el professional sanitari. És per això que les pràctiques preventives solen presentar diferències entre els grups socials; els individus de classes menys privilegiades són els que en fan menys (30). Els programes de cribratge poblacional contribueixen a disminuir les desigualtats socials en la realització d'aquestes pràctiques preventives (31).

### Vacunació de la grip

Un 23,3% d'homes i un 21,9% de dones declaren que es vacunen de la grip de manera regular en començar la tardor. Com s'observa a la figura 5.1, la vacunació de la grip augmenta en incrementar-se l'edat, sobretot en les persones de 65 anys o més, ja que el 74,6% dels homes i el 68,2% de les dones s'han vacunat.

*Vacunació de la grip segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.*

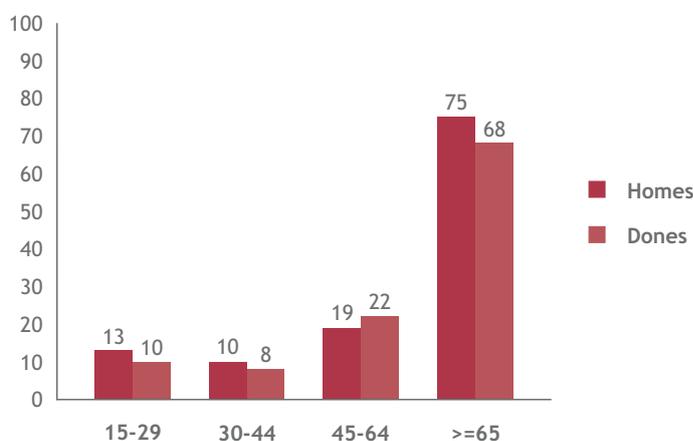


Figura 5.1

### Control de la tensió arterial

La presa de la tensió arterial es recomana que es faci cada 4 anys en menors de 40 anys i cada 2 anys a partir dels 40 anys, i de manera més habitual en la gent gran. A Andorra, el 40% d'homes i el 33% de dones es prenen la tensió arterial periòdicament, percentatge que varia respecte a l'any 2002, quan el 32% dels homes i el 42% de les dones es prenen la tensió de manera regular. Aquest percentatge augmenta amb l'edat (figura 5.2) i en tots els grups, excepte en el de més grans, és més usual entre els homes.

Dels entrevistats, el 70% dels homes i el 66% de les dones fa menys de 2 anys que s'han revisat la pressió arterial. En totes les edats el més freqüent és haver-se fet la revisió en els 2 anys anteriors a l'enquesta, però hi ha un 2,7% dels homes i un 2,5%

### Control de la tensió arterial segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.

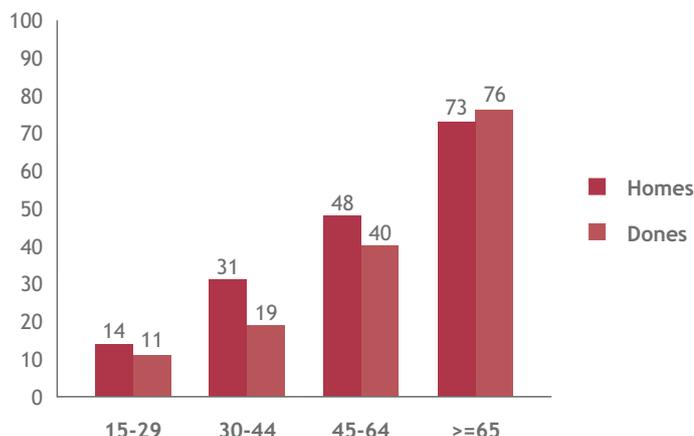


Figura 5.2

de les dones que no se l'ha revisat mai, fet que es concentra en els més joves. El control és més elevat en les persones que perceben la seva salut com a dolenta (52% d'homes i 48% de dones).

Una altra mesura per a la qual es fa un control periòdic és el nivell de colesterol a la sang, que és més habitual en la gent gran. Un 49% dels homes i un 46% de les dones es revisa el nivell de colesterol de manera regular. La mesura periòdica del nivell de colesterol augmenta en els majors de 65 anys, rang d'edat en què el 79% d'homes i el 85% de dones es controlen aquest factor. Tal com mostra la figura 5.3, el control és més freqüent en els homes que en les dones, en totes les edats, excepte a partir dels 65 anys. El control és més elevat en les persones que perceben la seva salut com a dolenta (56% d'homes i 55% de dones). La població d'homes i dones d'origen francès presenta els nivells de control regular de colesterol més elevat, 64,8% en homes i 58,9% en dones.

### Control del colesterol

### Control del nivell de colesterol segons el grup d'edat i el sexe. Percentatges.

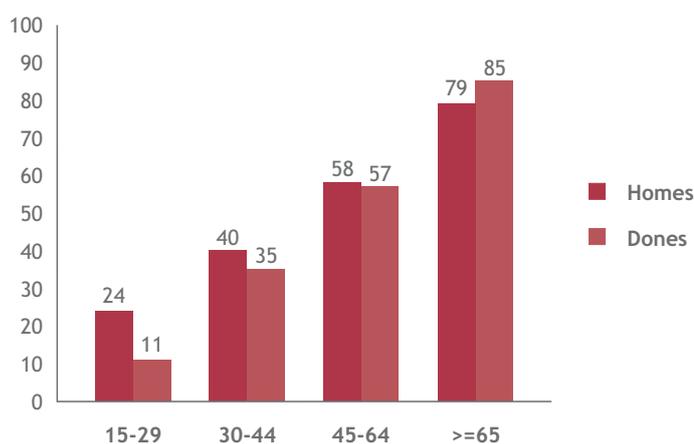


Figura 5.3

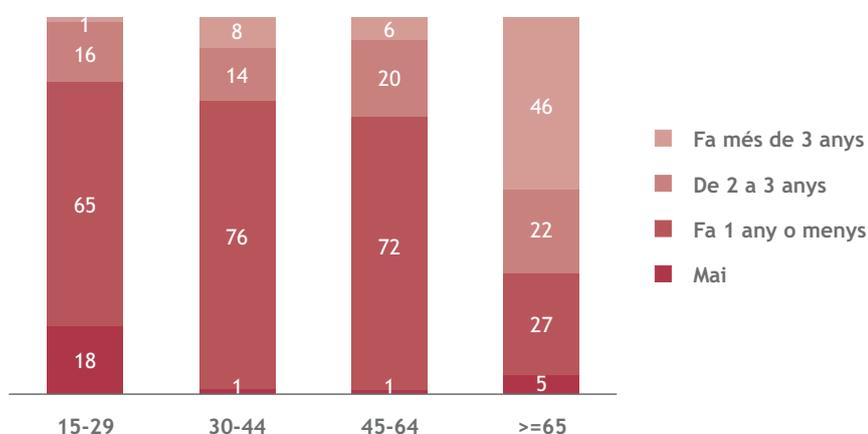
## Pràctiques preventives en ginecologia

Un 4,5% de les entrevistades no ha anat mai al ginecòleg. Dins aquest grup, el 17,7% té menys de 30 anys i el 4,5% té més de 65 anys.

De les que es fan un control ginecològic regular, en les menors de 65 anys prop de tres quartes parts hi ha anat fa com a molt un any o menys, mentre que el 46% de les de més de 64 anys fa més de tres anys des de la darrera vegada (figura 5.4).

*Última vegada que va anar al ginecòleg segons el grup d'edat. Percentatges.*

Figura 5.4

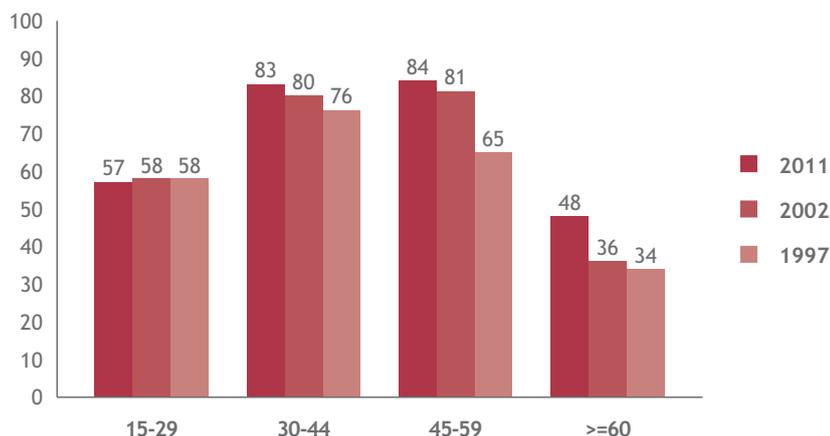


De les que hi han anat alguna vegada, el 71,4% hi va de forma regular. Per grups d'edat, ho fan el 57% de les menors de 30 anys, el 82,6% de les de 30 a 44 anys, el 82,9% de les de 45 a 64 anys i el 36,4% de les de 65 anys o més.

La figura 5.5 mostra el percentatge de dones que van al ginecòleg de manera regular (sense excloure les que no hi han anat mai) segons l'enquesta actual, la del 2002 i la de l'any 1997. S'observa un augment en les més grans de 30 anys.

*Visites al ginecòleg de manera regular segons el grup d'edat. ENSA 2011, 2002 i 1997. Percentatges.*

Figura 5.5



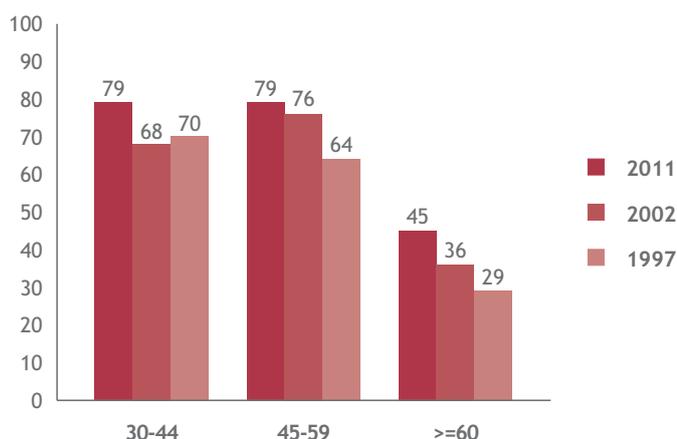
Hi ha notables diferències per classe; prop del 85% de les dones de classe I-II fan un control ginecològic regular i poc més del 70% de les de classes IV-V.

El 70,4% de les dones acostumen a fer-se una citologia preventiva regular. La figura 5.6 mostra els percentatges segons els grups d'edat de l'enquesta actual i la dels anys 2002 i 1997. Els percentatges són similars i mostren un augment en totes les edats. L'any 2011, el 61,4% de les dones majors de 30 anys s'han fet una citologia fa menys d'un any.

Hi ha grans desigualtats segons la posició socioeconòmica; al voltant del 86% de les dones de la classe I-II es fan citologies preventives mentre que en les de classe IV-V és poc més del 60%.

Citologies del coll de l'úter periòdiques

*Citologia cervical periòdica segons el grup d'edat. ENSA 2011, 2002 i 1997. Percentatges.*



*Figura 5.6*

A Andorra, el programa de detecció precoç del càncer de mama ofereix una mamografia gratuïta cada dos anys a les dones de 50 a 69 anys sense exclusió de les dones quan fan 70 anys si ja s'han fet mamografies a través del programa.

El 83,3% de les dones de 50 a 69 anys es fan mamografies de forma periòdica. Aproximadament el 42,5% d'aquestes dones s'han realitzat la darrera mamografia a través del programa de detecció precoç del càncer de mama, i un 45,1% per un ginecòleg.

En les dones d'entre 50 i 69 anys (grup en què es recomana portar a terme la mamografia cada 2 anys), el 83,5% se'n fa de manera regular (el 26,7% cada any, el 55,8% cada dos anys i l'1% més de cada dos anys), el 9,2% de manera irregular i el 5,8% no n'ha fet mai. El 86,3% de les mamografies s'han fet per una revisió preventiva.

Mamografies periòdiques

El 34% de les dones del grup d'edat de 30 a 49 anys es fan mamografies periòdicament (d'aquestes, el 41,8% ho fan cada any, i el 44,8% cada dos anys), no se'n fan periòdicament el 9,6%, i el 54,3% mai s'ha fet una mamografia.

El 90,9% de les dones s'han fet una mamografia a Andorra, i en segon lloc el 4,1% a Espanya, amb percentatges més baixos pel que fa a la resta de països.

## OPINIONS GENERALS

### Serveis sanitaris

La meitat dels entrevistats opina que els serveis sanitaris funcionen bastant bé (55,6% dels homes i 48,3% de les dones), opinió que augmenta en els més grans i entre els homes (figura 6.1). De tota manera, una proporció significativa (32,6% en els homes i 40,7% en les dones) creu que calen canvis fonamentals per millorar el sistema sanitari, especialment entre els grups de joves i adults. Aquesta opinió ha millorat respecte al 2002 (43,6% dels homes i 43,7% de les dones).

*Opinió dels serveis sanitaris segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

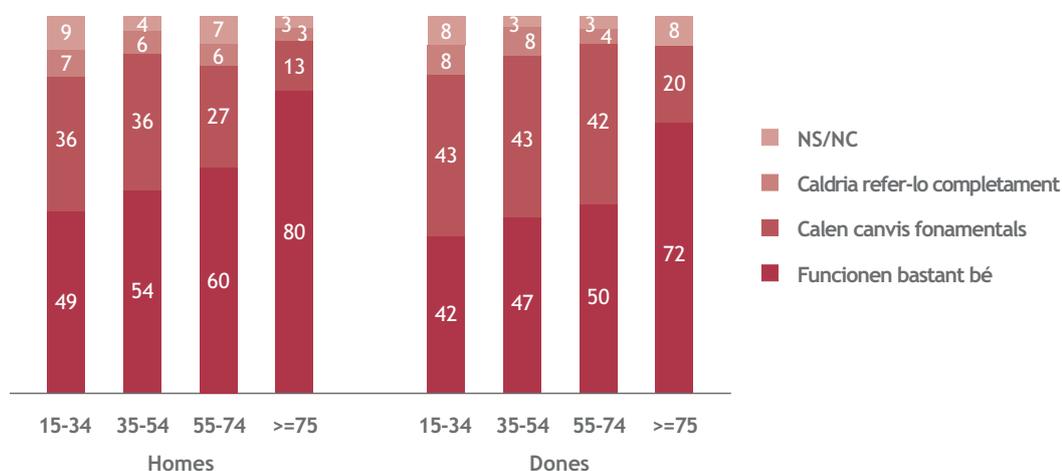


Figura 6.1

El 36% dels homes i el 41% de les dones no tenen una opinió formada del funcionament dels serveis socials a Andorra. Aquests percentatges són superiors en les persones d'entre 15 i 34 anys (43% homes i 49% dones). La figura 6.2 mostra aquesta opinió segons els grups d'edat un cop exclusos els que no

### Serveis socials

*Opinió dels serveis socials segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

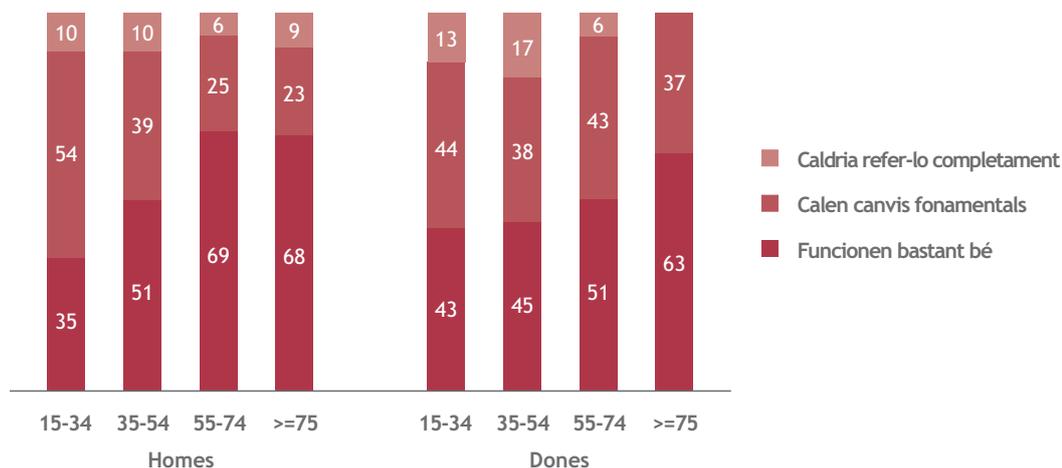


Figura 6.2

tenen una opinió formada. En tots els grups és millor l'opinió dels homes, excepte en els més joves, i millora en augmentar l'edat. Els que opinen que funcionen bastant bé i només calen petits canvis passen de percentatges al voltant del 40% en els menors de 35 anys, a superar el 60% en els de més de 55. Els que troben que caldria refer-los completament estan en proporcions semblants en tots els grups d'edat d'homes, però hi ha disparitat entre les dones: les que tenen entre 35 i 54 anys són les que més ho creuen (17%) i les de 75 anys o més, les que no ho creuen en absolut.

### Responsabilitat principal de la cura o l'atenció a la gent gran

El 66,6% dels homes i el 64,9% de les dones creuen que la responsabilitat principal de la cura o l'atenció a la gent gran ha de recaure en la família i el Govern de la mateixa manera. Com es pot observar a la figura 6.3, aquesta responsabilitat compartida es manté en totes les edats, excepte en els homes de 75 anys o més, ja que un 46,7% creu que la cura o l'atenció a la gent gran ha de ser responsabilitat de la família.

*Opinió de la responsabilitat principal de la cura o l'atenció a la gent gran segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*

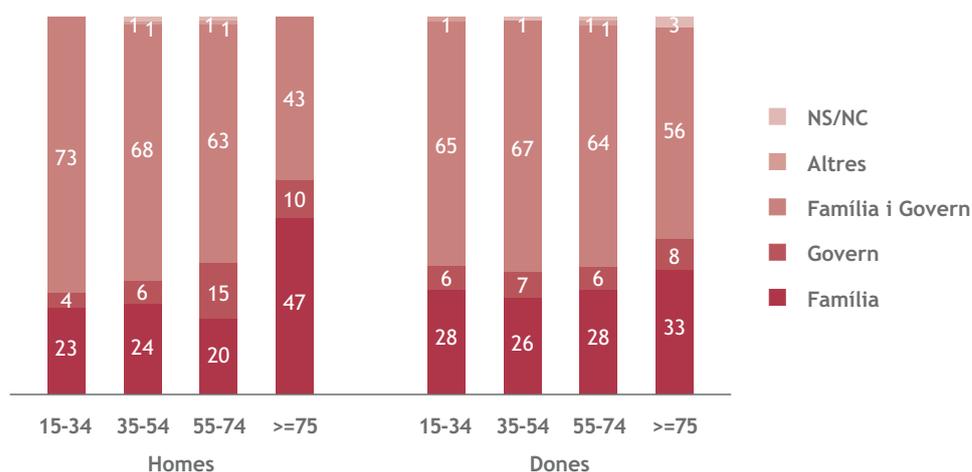


Figura 6.3

### Legislació antitabac

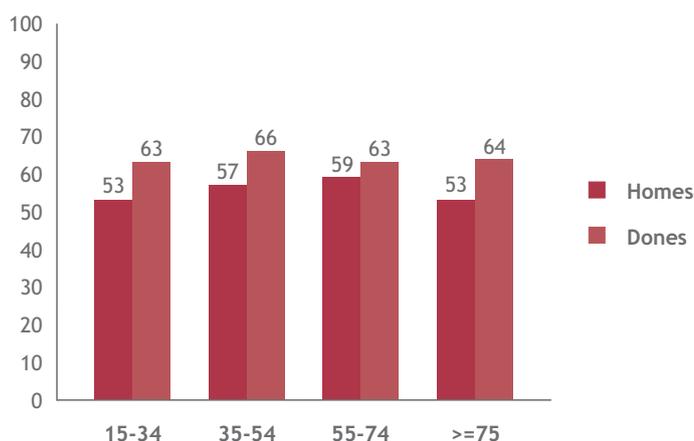
El 55,8% dels homes i el 64,2% de les dones estan a favor de la llei antitabac a Andorra. En totes les edats són les dones les que estan més a favor de la legislació antitabac que els homes, tal com es pot observar a la figura 6.4.

Els percentatges dels que estan a favor de la llei disminueix segons la classe social (figura 6.5) i en les classes IV i V el percentatge d'homes que hi estan

a favor està per sota de la meitat dels entrevistats. A totes les classes el percentatge de dones que hi estan a favor és més elevat que el d'homes, excepte a la classe social I, on el 70,2% dels homes hi estan a favor, enfront del 67,4% de dones.

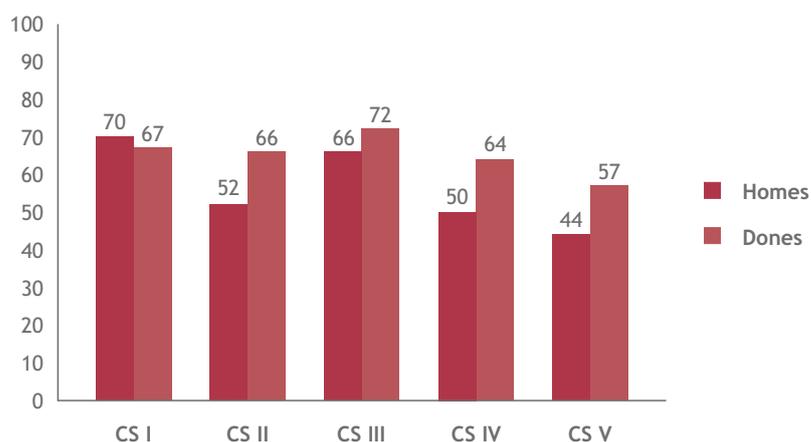
Pel que fa al país d'origen, la majoria dels entrevistats estan a favor de la legislació, excepte els homes originaris de Portugal (46,5%). Els que més donen suport a la legislació antitabac són els d'origen francès (72,8% d'homes i 77,3% de dones). Les dones de totes les procedències hi estan més a favor que els homes, a excepció de les procedents d'altres països que no són Espanya, França o Portugal (figura 6.6).

*Opinió a favor de la legislació antitabac segons el sexe i el grup d'edat. Percentatges.*



*Figura 6.4*

*Opinió a favor de la legislació antitabac segons el sexe i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.*



*Figura 6.5*

*Opinió a favor de la legislació antitabac segons el sexe i el país d'origen.  
Percentatges estandarditzats per edat.*

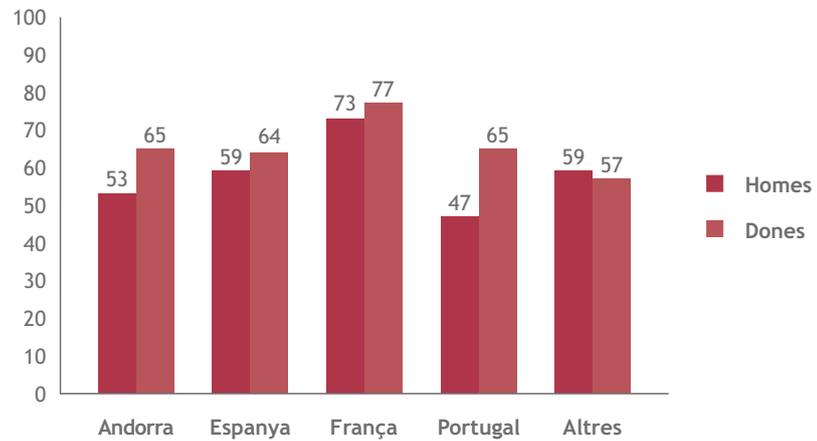


Figura 6.6

**Orientació sexual** Pel que fa a l'orientació sexual, el 93,9% dels homes només mantenia relacions sexuals amb dones i el 93,7% de les dones només mantenia relacions sexuals amb homes. Només un 1,7% dels homes i un 0,2% de les dones tenien relacions sexuals amb persones del mateix sexe.

L'Enquesta nacional de salut d'Andorra de l'any 2011 ha permès estimar diversos indicadors de salut, d'estils de vida i d'utilització de serveis sanitaris de la població, així com les desigualtats socioeconòmiques en aquests indicadors i la seva evolució respecte a l'any 2002.

El Principat d'Andorra compta amb una estructura de població jove, ja que gairebé una tercera part dels entrevistats té entre 15 i 34 anys. En general, la població declara que té un bon estat de salut. Tot i així, n'hi ha una part que afirma que pateix alguns problemes de salut que requereixen una atenció especial, com la restricció de l'activitat o la discapacitat en la gent gran. L'estat de salut millora respecte al 2002.

Gran part de la població té uns estils de vida saludables, com ara caminar cada dia. A més, els darrers anys ha augmentat la realització d'activitat física en el temps de lleure i ha disminuït el consum de tabac. Tant en homes com en dones s'observa un augment dels bevedors de risc i una disminució dels abstemis en comparació amb el 2002, però cal tenir en consideració que el període en què s'han dut a terme les entrevistes no ha estat el mateix.

Per a la majoria de la població el metge de capçalera és el primer lloc on acudir quan té un problema de salut i l'atenció rebuda és valorada positivament. Només un 1,08% de la població no té cap tipus de cobertura sanitària i gairebé el 95% està coberta per la CASS, i d'aquesta la meitat disposa d'assegurança complementària privada.

Respecte a les pràctiques preventives, la majoria de la població en segueix de manera regular, sobretot pel que fa a la vacunació de la grip, la presa de la tensió arterial, la revisió dels nivells de colesterol a la sang i les pràctiques preventives de la ginecologia.

Tot i això segueix havent-hi desigualtats socioeconòmiques, com en l'autopercepció de la salut, en què el país d'origen també esdevé una dimensió de desigualtat tant en aquest concepte com en els estils de vida per la major inactivitat, i les menors pràctiques preventives en les dones.



1. De Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A (ed). Health interview surveys: towards International harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series, núm. 58, 1996.
2. The European Union Health Monitoring Programme. Eur J Public Health 2003; 13(3) (supl.).
3. Borrell C, García-Calvente M, Martí Bosca JV (ed.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (supl. 1): 2-6.
4. Townsend P, Davidson N (eds.). Inequalities in health. The Black Report. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1982.
5. Borrell C, Benach J, (coord.) CAPS i Fundació J. Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrànea, 2005.
6. Blane D. Social determinants of health -socioeconomic status, social class, and ethnicity. Am J Public Health. 1995 Jul; 85(7): 903-5.
7. Susser I. Social theory and social class. IARC Sci Publ. 1997; (138): 41-50.
8. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. Annu Rev Public Health. 1997; 18:341-78.
9. Berkman LF, McIntyre S. The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. IARC Sci Publ. 1997; (138): 51-64.
10. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. Aten. Primaria 2000; 25:350-63.
11. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación de Ocupaciones 1994 (CNO-94). Madrid: INE; 1994.
12. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.
13. Bellon Saameno JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten. Primaria 1996; 18(4): 153-6, 158-63.
14. Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ann Intern Med. 1985 Dec; 103(6 (Pt 2)): 1.073-77.

15. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003 Aug; 35(8): 1.381-95.
16. Hallal PC, Victora CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36(3): 556.
17. Pekka Oja. Development of a common instrument for physical activity. En: Nosikov A and Gudex G (eds.). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* IOS Press, 2003.
18. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath S et al. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32 (supl.): S498-S516.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Febrero 2007. [Disponible a: [www.pnsd.mspsi.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf](http://www.pnsd.mspsi.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf)] [Data de consulta: desembre 2011].
20. Rodríguez-Martos A, Gual a, Llopis JJ. La unidad de bebida estandar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 446- 50.
21. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health. The decade in review. *Journal of Marriage and the Family* 1990; 52: 059-1078.
22. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997; 27: 323-32.
23. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 341-78.
24. Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortés I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *Eur J Public Health* 2004; 14(1): 43-8.
25. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med* 2004; 58(10): 1896-87.

26. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006; 174: 801-9.
27. Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002.
28. Shi L, Starfield B, Xu J, et al: Validating the adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family practice* 2001; 50(2): 161.
29. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria*. 2007; 39(8): 395-403.
30. Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, Segura A. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care*. 2001; 13(2): 117-25.
31. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín M et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J of Epidemiol*. 2010 39 (3): 757-765.



Govern d'Andorra