



La percepció subjectiva de l'estat de salut a la província de Barcelona

Enquesta de condicions de vida i
hàbits de la població de Catalunya
2006

Col·lecció_ **Documents de Treball**

La percepció subjectiva de l'estat de salut a la província de Barcelona

Enquesta de condicions de vida i
hàbits de la població de Catalunya
2006

La percepció subjectiva de l'estat de salut a la província de Barcelona

Enquesta de condicions de vida i
hàbits de la població de Catalunya
2006

Col·lecció_ **Documents de Treball**

Sèrie_Salut Pública, 4



**Diputació
Barcelona**

Aquest estudi forma part de la sèrie d'estudis monogràfics derivats de l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya (ECVHPC), impulsats per la Diputació de Barcelona.

Direcció d'aquest número: Àrea de Salut Pública i Consum
Coordinació de les publicacions derivades de l'ECVHPC: Direcció d'Estudis i Prospectiva. Observatori Territorial

L'informe ha estat realitzat per un equip d'investigadors de l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona:

Elena Domene i Lara Navarro Investigació

Jordi Gumà Estadística

Jaume Clapés Col·laboració tècnica

© del text: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona
de l'edició: Diputació de Barcelona

Novembre, 2009

Producció: Direcció de Comunicació de la Diputació de Barcelona

Composició: Fotoletra, S.A.

Impressió: AG Elkar, Sociedad Cooperativa

ISBN: 978-84-9803-538-4

Dipòsit legal: Bi. 3045-2009

Índex

Presentació	9
Introducció	11
Aproximació a la variable salut percebuda	13
La mesura de la percepció subjectiva de l'estat de salut	13
<i>Conceptes generals</i>	13
<i>La mesura de la salut percebuda a l'ECVHPC 2006. Aspectes metodològics.</i> ...	16
Factors explicatius de la salut percebuda	17
Anàlisi descriptiva de la salut percebuda	21
Anàlisi territorial	22
Característiques sociodemogràfiques	22
Situació i condicions laborals	25
Condicions econòmiques	27
Relacions socials i suport	29
Existència de limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i pràctica esportiva	29
Els condicionants de la percepció negativa de la salut	33
Població jove	35
Població adulta	36
Gent gran	38
Conclusions	41
Annex metodològic	47
Consideracions metodològiques de l'estudi	47
Consideracions metodològiques de l'Enquesta	58
Referències bibliogràfiques	73
Nota final	77

Presentació

La Diputació de Barcelona, a través de l'Àrea de Salut Pública i Consum, treballa conjuntament amb els municipis per contribuir al ple desenvolupament de les competències de l'Administració local en matèria de salut pública.

La identificació de necessitats i desigualtats pel que fa a la salut en el territori i la millora del coneixement en relació a l'estat de salut de la població són elements clau per orientar la presa de decisions.

Els estudis sobre les condicions de vida i els hàbits de la població, que ja fa alguns anys que es porten a terme a la província de Barcelona, recullen, en l'edició de 2006, dades sobre la percepció subjectiva de la pròpia salut.

La monografia que teniu a les mans, LA PERCEPCIÓ SUBJECTIVA DE L'ESTAT DE SALUT A LA PROVÍNCIA DE BARCELONA, realitzada per l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona, és el resultat d'una explotació sectorial de l'enquesta encaminada a obtenir alguns indicadors relacionats amb la salut.

Tot i les seves limitacions, esperem que pugui ser una eina que permeti l'aproximació al coneixement de la percepció de la salut de les persones que viuen a les comarques barcelonines i que sigui útil per desenvolupar polítiques de salut locals.

Dolores Gómez Fernández

Presidenta delegada de l'Àrea de Salut Pública i Consum

Introducció

La percepció subjectiva de salut és un dels indicadors més utilitzats per conèixer l'estat de salut general de la població i preveure'n les conseqüències. Tot i tractar-se d'una mesura subjectiva, està àmpliament acceptat que aquesta variable resumeix la informació rellevant que la població té sobre la seva salut, i que hi ha una relació estreta entre la valoració subjectiva de la salut i altres conseqüències de la mateixa, com per exemple la mortalitat, l'ús de medicaments o l'ús de recursos sanitaris. A més, per l'àmplia varietat de dimensions que reuneix, la percepció subjectiva de l'estat de salut s'ha considerat a nivell internacional com un bon indicador del benestar i de la qualitat de vida en general. Per aquests motius ha esdevingut un indicador primordial per a la planificació i l'adopció de mesures de salut pública.

En aquest sentit, la Diputació de Barcelona té l'interès de conèixer la percepció de l'estat de salut de la població resident a la província de Barcelona, i els factors que l'expliquen. L'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (IERMB) disposa de l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006 (ECVHPC 2006),¹ la qual incorpora, per primera vegada en el conjunt d'edicions realitzades fins al moment, una sèrie de preguntes sobre la salut dels ciutadans/anes, i concretament, una mesura de la percepció subjectiva de la salut.

La recerca present es basarà principalment en l'anàlisi d'aquest indicador de salut, per a la població resident als municipis de la província de Barcelona. L'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006 permet explorar amb profunditat la relació dels factors sociodemogràfics i de condicions de vida amb la percepció subjectiva de l'estat de salut.

Els objectius de la recerca són els següents:

1. Oferir les dades de la percepció subjectiva de l'estat de salut de la població de la província de Barcelona.
2. Analitzar la percepció de salut a la província de Barcelona posant especial èmfasi en la seva relació amb les variables demogràfiques, socioeconòmiques i de condicions de vida.
3. Identificar quins són els grups socials amb més risc de percebre la salut de forma negativa.

El document s'organitza de la manera següent:

1. <http://www.enquestadecondicionsdevida.cat/>

En primer lloc es presenta una aproximació a la variable percepció de salut, tot incloent-hi aspectes metodològics relacionats amb el seu mesurament així com una introducció als factors que n'expliquen la variabilitat.

A continuació es presenta l'anàlisi descriptiva de la percepció de l'estat de salut en funció d'una sèrie de variables explicatives. En aquesta anàlisi s'han inclòs factors territorials, sociodemogràfics, de situació i condicions laborals, de condicions econòmiques, de relacions socials i d'existència de limitacions funcionals i d'estils de vida relacionats amb la pràctica esportiva. Les dades es presenten per al conjunt de la població de 16 i més anys de la població de Barcelona.

Més endavant es presenten els resultats de l'anàlisi multivariable mitjançant la tècnica estadística de la regressió logística, dissenyada en base als resultats que se'n desprenen a partir de l'anàlisi descriptiva. A causa de la importància de la variable edat per explicar la percepció de l'estat de salut, s'ha realitzat un model independent per als tres grans grups d'edats següents: joves (de 16 a 34 anys), adults (de 35 a 64 anys), gent gran (de 65 anys i més).

Finalment, es presenten les conclusions més rellevants de l'estudi i es mostren quins són els grups de risc de percebre la salut de forma negativa per a cada grup d'edat.

Aproximació a la variable salut percebuda

La mesura de la percepció subjectiva de l'estat de salut

Conceptes generals

Una de les formes usades més sovint per mesurar la percepció de l'estat de salut de la població en les enquestes de salut o de condicions de vida ha estat una única pregunta que demana als entrevistats que avaluin el seu estat general de salut, en una escala de millor a pitjor. Ara bé, tant la formulació de la pregunta com les categories de resposta i la seva posició en el qüestionari varien entre les enquestes realitzades per diferents institucions i organitzacions estadístiques oficials. En la taula 1 se'n mostren alguns exemples.

Quant als enunciats, en la majoria d'enquestes es pregunta sobre l'estat de salut en general, sense especificar un període de temps concret o un grup de referència amb el qual comparar-s'hi. Les que inclouen la referència a un període de temps o a un grup de referència, el període sol ser el moment actual o l'últim any, i el grup de referència, el de les persones del mateix grup d'edat o el d'un mateix en un període anterior.

Pel que fa a les categories de resposta, s'han utilitzat escales diferents a l'hora de mesurar l'estat de salut. Les enquestes europees solen utilitzar la mesura «molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta», que és la recomanada per l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS, com un instrument per obtenir dades comparables a nivell d'Estat de la Unió Europea (Sturgis *et al.*, 2001). Les enquestes nord-americanes utilitzen normalment l'escala «excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta».

En les enquestes de tradició europea, en una escala de l'1 al 5, el terme «regular» està situat en el punt mitjà, mentre que en les de tradició nord-americana el terme «regular» està situat més a prop del concepte «dolenta». En cap dels dos casos el punt mitjà és neutre, ja que «regular» (europea) denota una certa manca de salut, i «bona» (nord-americana) indica bon estat de salut. A més, l'escala de tradició nord-americana no és simètrica, ja que «excel·lent» no és l'oposat de «dolenta».

Quant al significat del terme «regular», aquest terme és segurament el que resulta més difícil de definir (a més de les diferències trobades en els diversos idiomes). Conceptualment, el terme «regular» pot tenir diferents significats: «medianamente, no demasiado bien»² o

2. Consultat el 08/10/2008 a <http://www.rae.es>

Taula 1. Enunciat i mesura de la percepció de la salut en diferents enquestes

<i>Font</i>	<i>Enunciat i mesura</i>
European Health Interview Survey (EHIS 2007/2008) Eurostat	How is your health in general? Is it...? 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Bad 5 Or very bad?
Health Survey for England	How is your health in general? Would you say it was 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Bad 5 Or very bad?
National Health Interview Survey USA	Would you say’s health is? 1 Excellent 2 Very good 3 Good 4 Fair 5 Poor
Encuesta de condiciones de vida (ECV 2006)	¿Cuál es, en general, su estado de salud? Las posibles respuestas son: 1 Muy bueno 2 Bueno 3 Aceptable 4 Malo 5 Muy malo
Encuesta Nacional de Salud de España 2006 (ENS 2006) Ministerio de Sanidad y Consumo e INE	En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido...? 1 Muy bueno 2 Bueno 3 Regular 4 Malo 5 Muy malo
ECVHPC 2006 IERMB i Idescat	Com diria que és la seva salut en general? 1 Molt bona 2 Bona 3 Regular 4 Dolenta 5 Molt dolenta
ESCA 2006 Departament de Salut i Idescat	Com diria vostè que és la seva salut en general? 1 Excel·lent 2 Molt bona 3 Bona 4 Regular 5 Dolenta

Font: Elaboració pròpia.

«que no se separa gaire del mitjà».³ El terme «fair», per la seva banda, pot rebre el significat de «ni molt bé, ni molt malament».⁴

En relació amb la posició de la pregunta en el qüestionari, algunes enquestes formulen aquesta pregunta abans d'altres de relacionades amb l'estat de salut (existència de malalties, hospitalitzacions, etc.), per tal que els entrevistats no estiguin influenciats per les respostes anteriors. En canvi, en altres qüestionaris es col·loca la pregunta deliberadament a continuació de la resta de preguntes de salut, per tal que les preguntes de salut serveixin com a marc de referència.

Tot i aquestes diferències, alguns autors defensen que el concepte de salut percebuda és relativament insensible a les variacions semàntiques dels enunciats i de les possibilitats de resposta. A nivell internacional, l'efecte de la mesura és secundari en comparació amb les diferents llengües en què les enquestes són elaborades (Idler and Benyamini, 1997). Les diferències en l'autopercepció de l'estat de salut derivades d'utilitzar una escala diferent són marginals i les mesures diferents representen avaluacions paral·leles de la salut subjectiva (Eriksson *et al.*, 2001). Alguns autors han mostrat que quan s'utilitzen altres grups de referència amb els quals els entrevistats/ades s'han de comparar, les diferents mesures no són equivalents (Sargent-Cox *et al.*, 2008).

A banda de les diferències en la formulació de la pregunta, en les categories de resposta i en l'ordre de la pregunta, hi ha tota una sèrie de qüestions subjectives de l'entrevistat/ada que també poden conduir a diferències en la resposta. Quan es tracta d'autoavaluar l'estat de salut, la salut esdevé un concepte complex i cada entrevistat utilitza un marc de referència diferent a l'hora de respondre (Krause i Jay, 1994). La percepció subjectiva de l'estat de salut es construeix a partir de dimensions diverses com ara la física, l'emocional, la cultural i d'altres associades amb les condicions de vida i les experiències personals. Alguns dels aspectes que vénen al cap de les persones entrevistades en avaluar el seu estat de salut són l'existència de malalties o limitacions (físiques i/o mentals) actuals i passades, però també qüestions de trajectòria familiar, i d'altres de relacionades amb les condicions econòmiques, laborals, culturals, de relacions socials, de suport, etc.

Tot i la subjectivitat de la pregunta, la salut percebuda es considera l'indicador més adequat en estudis sociològics i multidimensionals sobre salut. Està acceptat que la salut percebuda és un bon predictor de la mortalitat i d'altres conseqüències de les malalties, com ara l'ús de medicaments o de recursos sanitaris. A més, no existeix cap altre instrument «objectiu» vàlid, consensuat i genèric per mesurar la salut (Rajmil *et al.*, 2001). Per l'extensa varietat de dimensions que reuneix el concepte de salut, la percepció subjectiva de l'estat de salut s'ha considerat a nivell internacional com un bon indicador del benestar i de la qualitat de vida en general.⁵

3. Consultat el 08/10/2008 a <http://dlc.iec.cat>

4. Consultat el 08/10/2008 a <http://dictionary.cambridge.org/>

5. Els dos conceptes estan fortament correlacionats tot i que sembla que l'«estat de salut» estigui més relacionat amb problemes físics de salut i que la «qualitat de vida» englobi en gran part aspectes de salut mental (Fayer, P. i M. Sprangers. *The Lancet*, Vol. 359, 19 de gener, 2002).

La mesura de la salut percebuda a l'ECVHPC 2006. Aspectes metodològics

L'anàlisi de la percepció subjectiva de l'estat de salut de la població de la província de Barcelona es basa en l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006 (ECVHPC 2006). L'ECVHPC 2006 s'ha desenvolupat de forma quinquennal des de l'any 1985 i té com a objectiu principal fornir dades i elements d'anàlisi sobre les dinàmiques socials i territorials que es generen en el territori català.⁶ Des de la darrera edició forma part del Pla Estadístic de Catalunya 2006-2009, actualment en vigor.

L'univers estadístic és la població de 16 i més anys, resident a Catalunya. La unitat de recollida de la informació és l'individu, les entrevistes són presencials i han estat realitzades en els domicilis; per tant, no s'hi inclou la població institucionalitzada en centres hospitalaris, residències per a la gent gran, etc.

La grandària de la mostra és de 10.398 entrevistes per a tot el territori de Catalunya, i 7.772 per a la província de Barcelona. Amb aquestes mides mostrals, si es considera un nivell de confiança del 95,5%, l'error mostral és de 0,7% per a dades globals, és a dir, el conjunt de Catalunya, i d'1,13% per a la província de Barcelona.

La mostra ha estat dissenyada amb la tècnica de mostreig aleatori estratificat, a partir de les dades del Cens de Població de 2001. L'elecció del procediment de mostreig estratificat es justifica bàsicament per criteris de precisió enfront d'altres mètodes i per l'heterogeneïtat social que caracteritza la població objecte d'estudi. L'extracció de la mostra s'ha realitzat a partir del padró continu de població de l'any 2005.⁷

L'ECVHPC 2006 recull en el seu qüestionari, per primer cop en aquesta edició, una pregunta sobre la percepció subjectiva de l'estat de salut. En aquest cas, l'enunciat és el següent (literal):

Com diria que és la seva salut en general?

1. *Molt bona*
2. *Bona*
3. *Regular*
4. *Dolenta*
5. *Molt dolenta*

L'enunciat, per tant, interroga sobre l'estat general de salut en general, sense especificar un període de temps o un grup de referència. Les possibilitats de resposta segueixen la tradició europea.

El bloc de les preguntes de salut està situat darrere dels blocs temàtics d'estructura familiar, procedència geogràfica, llengua, nivell d'estudis, situació laboral. Dins del bloc de salut, la pregunta es troba davant de les qüestions sobre l'existència de limitacions per realitzar activitats habituals de la vida quotidiana i sobre la necessitat d'ajuda per realitzar-les.

6. L'edició de 2006 de l'ECVHPC 2006 és la primera en què s'aporta representativitat per a tot el territori català.

7. Per a més informació sobre l'organització general, la construcció de la mostra, l'organització del treball de camp de l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya es pot consultar a: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (2008). El trabajo de campo en la Encuesta de condiciones de vida i hábitos de la población de Catalunya, 2006. Metodologies i recerques 1.

Factors explicatius de la salut percebuda

La salut percebuda és un indicador molt utilitzat per mesurar l'estat de salut general de la població. A través d'una única pregunta es pot conèixer l'apreciació global que l'individu fa del seu propi estat de salut tot integrant aspectes físics, però també socials i econòmics, així com els seus coneixements i la seva experiència de salut o de malaltia. A més de ser un indicador senzill d'obtenir (normalment a través d'una única pregunta), aquest es manté estable en el temps i s'ha considerat un bon predictor de la mortalitat i de la demanda d'altres necessitats assistencials, com per exemple l'ús de medicaments.

D'altra banda, atès que reflecteix l'apreciació global de l'estat de salut, resulta molt adequat com a aproximació al concepte de salut proposat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 1946. Segons l'OMS, «la salut és un estat de benestar físic, mental i social complet, i no únicament d'absència d'afeccions o malaltia» i, per tant, la salut contempla indicadors psicosocials relatius al benestar, tot superant les concepcions anteriors de salut com a sinònim d'absència de malaltia. A partir d'aquesta nova definició, el nivell d'anàlisi de les qüestions de salut ha passat del purament biològic al de la comunitat, atès que és el context en el qual la salut és simultàniament objecte d'influència i motor de canvi (Kisnerman, 1981). Per tant, s'ha reconegut la importància d'incloure, en la recerca sobre salut, l'efecte de les variables socials, econòmiques i culturals que caracteritzen l'individu o la comunitat en què l'individu se socialitza. Així mateix, aquest context social i cultural és important a l'hora d'entendre la salut percebuda per part de la població.

La recerca realitzada entorn de la salut percebuda ha tractat principalment d'analitzar la força d'aquesta variable com a predictor de malalties futures, i especialment de la mortalitat en una determinada població. Un segon grup de treballs s'han centrat a estudiar què pensa la població a partir de les respostes a la pregunta sobre el propi estat de salut (Idler and Benyamini, 1997). Altres treballs també han abordat l'anàlisi de la variable percepció subjectiva de l'estat de salut des de la perspectiva dels factors que expliquen les diferències d'aquest indicador entre diferents individus o poblacions, que són, precisament, els que més ens interessen per als objectius del present estudi. La major part dels estudis han pres com a col·lectiu d'estudi les persones d'edats avançades, i són menys els estudis que s'han centrat en adolescents o en altres grups d'edat. A continuació s'aporta un recull dels factors més rellevants a l'hora d'explicar les diferències en la valoració de l'estat de salut, sense que la finalitat sigui fer un repàs exhaustiu de la literatura relacionada.

Entre els factors que més expliquen la percepció subjectiva de l'estat de salut hi ha les condicions de salut dels entrevistats per si mateixes. L'existència de malalties passades o actuals, especialment les cròniques o més greus, té molta influència en la valoració de l'estat de salut. La percepció de l'estat de salut també s'ha associat a limitacions funcionals, com discapacitats físiques o limitacions per realitzar activitats habituals de la vida diària. Altres factors relacionats amb el comportament i els estils de vida també s'han relacionat amb la percepció de l'estat de salut, com ara fumar, beure alcohol, practicar esport habitualment, etc. Altres factors anomenats psicosocials recullen aspectes com el fet d'haver patit experiències traumàtiques en la vida, estrès (econòmic, laboral, personal), manca d'autoestima, etc.

Hi ha altres factors estructurals que també ajuden a entendre la variabilitat de resposta en la percepció de l'estat de salut. S'hi inclouen aspectes com les característiques sociodemogràfiques, les condicions econòmiques i laborals, el suport social, etc. Una de les variables que més s'ha analitzat és l'edat, i s'ha vist que, a mesura que augmenta l'edat, empitjora la percepció de l'estat de salut, ja que a edats avançades la prevalença de malalties cròniques o de limitacions funcionals és més elevada. Una vegada controlades les condicions de salut i de limitacions funcionals, alguns autors han trobat que la gent gran valora més positivament la seva salut que la gent jove o adulta (Helweg-Larsen *et al.*, 2003). Altres autors han mostrat que la relació entre l'edat i la percepció de l'estat de salut no és lineal i que, entre individus amb el mateix nivell de salut, els d'edats compreses entre 24 a 54 anys, d'una banda, i els de 75 a 86 anys, de l'altra, tenen percepcions més positives que els del grup intermedi (55-64 anys) (Idler, 1993). Hi ha altres autors, però, que comparant gent amb el mateix nivell de salut no han trobat cap associació entre salut i edat (Henchoz *et al.*, 2008). Per tant, la relació entre la percepció de l'estat de salut i l'edat no està clara i pot dependre de quines siguin les variables que es controlin durant l'anàlisi.

El sexe també ha estat considerat com un factor que explica les variacions en la percepció de l'estat de salut. En general s'ha trobat que les dones valoren el seu estat de salut lleugerament per sota que els homes. Està acceptat que les dones pateixen més complicacions de salut en tots els rangs d'edat, cultures i grups socioeconòmics (OMS, 1996), però a banda d'aquestes diferències, hi ha autors que defensen que les dones no pensen en els mateixos ítems que els homes quan valoren el seu estat de salut i que, com a conseqüència d'això, la perceben pitjor (Bynner, 2006, i Denton *et al.*, 2004). Segons aquests autors, els homes pensen més en termes de salut física i les dones inclouen més sovint en la seva valoració sentiments i actituds en relació amb la salut. A més, la diferència de rols que juguen homes i dones en la societat comporta que els uns i les altres tinguin diferents experiències en relació amb la salut i, conseqüentment, diferents percepcions.

La relació entre la valoració de l'estat de salut i altres factors estructurals, com l'origen geogràfic, les condicions socioeconòmiques, les relacions socials i el context de residència de la població, també han estat ben documentades. Entre les condicions socioeconòmiques, les més estudiades han estat el nivell d'estudis, la categoria professional i el nivell d'ingressos, i s'han trobat correlacions positives entre la percepció de l'estat de salut i aquestes variables (Kunst *et al.*, 1995, Wilkinson i Pickett, 2006, i Eikemo *et al.*, 2008). L'estudi de la influència de la doble càrrega laboral, és a dir, el «treball remunerat productiu» i el «treball no remunerat domèstic», també ha estat d'interès en l'estudi de la percepció de l'estat de salut. Aquest aspecte s'ha tractat sobretot des de la perspectiva de gènere, en el sentit que la doble jornada laboral que les dones desenvolupen fora i dins de la llar pot agreujar la percepció sobre l'estat de salut. Alguns autors sostenen que la combinació dels dos tipus de treball és perjudicial per a la salut (Weatherall *et al.*, 1994), mentre que d'altres mantenen que la combinació és beneficiosa (Ayers *et al.*, 1993). També s'ha vist que relacions personals més freqüents i de més bona qualitat fan que la població percebi el seu estat de salut de forma més positiva (Pinquart i Sorensen, 2000).

Finalment la relació entre l'àmbit de residència i la percepció de l'estat de salut també ha estat objecte d'anàlisi de diversos estudis i mostra resultats diferents. Alguns autors han

trobat diferències explicades pel context geogràfic en la percepció de l'estat de salut, una vegada controlades les variables sociodemogràfiques, mentre que en altres casos aquestes diferències no s'han trobat. Allò que està acceptat és que la variabilitat de resposta de la percepció de l'estat de salut està més explicada per les característiques individuals que pel context de residència de la població (Duncan *et al.*, 1993, i Pampalon *et al.*, 1999).

Anàlisi descriptiva de la salut percebuda

El 17,6% de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona declara que la seva salut és molt bona, un 54,8% pensa que és bona, un 20,7% valora que és regular i un 6,9% que és «dolenta o molt dolenta»⁸ (taula 2). Això mostra que a la província de Barcelona la majoria de la població (72,4%) està satisfeta amb la seva salut.

Per interpretar aquests resultats cal tenir present que l'ECVHPC 2006 és una enquesta domiciliària i que, per tant, en queda exclosa la població institucionalitzada en centres hospitalaris, residències per a la gent gran, etc., que són precisament els que tenen una prevalença més elevada de malalties i de limitacions funcionals. La inclusió d'aquest grup de població a l'anàlisi segurament faria modificar el percentatge de població amb percepció negativa de l'estat de salut.

Els valors per a la província de Barcelona no presenten diferències estadísticament significatives amb els del conjunt de Catalunya (taula 2). A Catalunya també tres de cada quatre persones valoren el seu estat de salut de forma positiva.

Dades de l'Encuesta Nacional 2006 de Salud de l'Instituto Nacional de Estadística també ofereixen valors per al conjunt de la població espanyola no institucionalitzada semblants als de Catalunya (taula 3).

A través de l'ECVHPC no és possible, de moment, obtenir l'evolució d'aquesta variable, però les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) indiquen que la valoració positiva ha augmentat lleugerament en el període 1994-2006. Segons l'ESCA (Departament de Salut.

Taula 2. Percepció subjectiva de l'estat de salut. Població 16 i més anys. Província de Barcelona i Catalunya. 2006

<i>Percepció estat de salut</i>	<i>Província de Barcelona</i>	<i>Catalunya</i>
Molt bona	17,6	18,6
Bona	54,8	53,3
Regular	20,7	21,0
Dolenta o molt dolenta	6,9	7,2
Total	100,0	100,0
<i>n</i> mostral	(7.772)	(10.398)

Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

8. Per a l'anàlisi, a causa de la baixa proporció de resposta de la categoria «molt dolenta», s'ha optat per recategoritzar la variable en 4 categories, tot agrupant les categories «dolenta» i «molt dolenta».

Taula 3. Percepció subjectiva de l'estat de salut. Total població. Catalunya i Espanya. 2006

<i>Percepció Estat de Salut</i>	<i>Catalunya</i>	<i>Espanya</i>
Molt bona	23,5	21,4
Bona	46,0	48,6
Regular	23,6	22,5
Dolenta o molt dolenta	6,8	7,6
Total	100,0	100,0

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo i INE, *Encuesta Nacional de Salud 2006*.

Generalitat de Catalunya), la valoració positiva de la salut del conjunt de la població catalana (excel·lent, molt bona, bona) ha passat del 76,1% al 78,6% (període 1994-2006).

A continuació es mostra la variació de la percepció de l'estat de salut de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona en funció d'una sèrie de característiques sociodemogràfiques i de condicions de vida. En l'annex metodològic (pàgines 47 i 48) es presenten el conjunt de variables incloses en l'anàlisi i la seva significació estadística.

Anàlisi territorial

En la figura 1 es mostra la distribució de resposta de la percepció de l'estat de salut de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona desagregada en diversos àmbits territorials (vegeu els mapes dels diferents àmbits en l'annex metodològic, pàgines 49 i 50). En cap dels casos s'han trobat diferències estadísticament significatives entre els diversos àmbits territorials. És a dir, el conjunt de la població de 16 i més anys residents al municipi de Barcelona no valora el seu estat de salut de forma significativament diferent que, per exemple, la població resident en un dels municipis de la resta de la província. Tampoc es donen diferències significatives pel fet de viure en una corona o en un municipi d'una grandària determinada.

Atès que no hi ha diferències per àmbits territorials, a partir d'ara l'anàlisi per la resta de variables es presentarà només per al conjunt de la província de Barcelona.

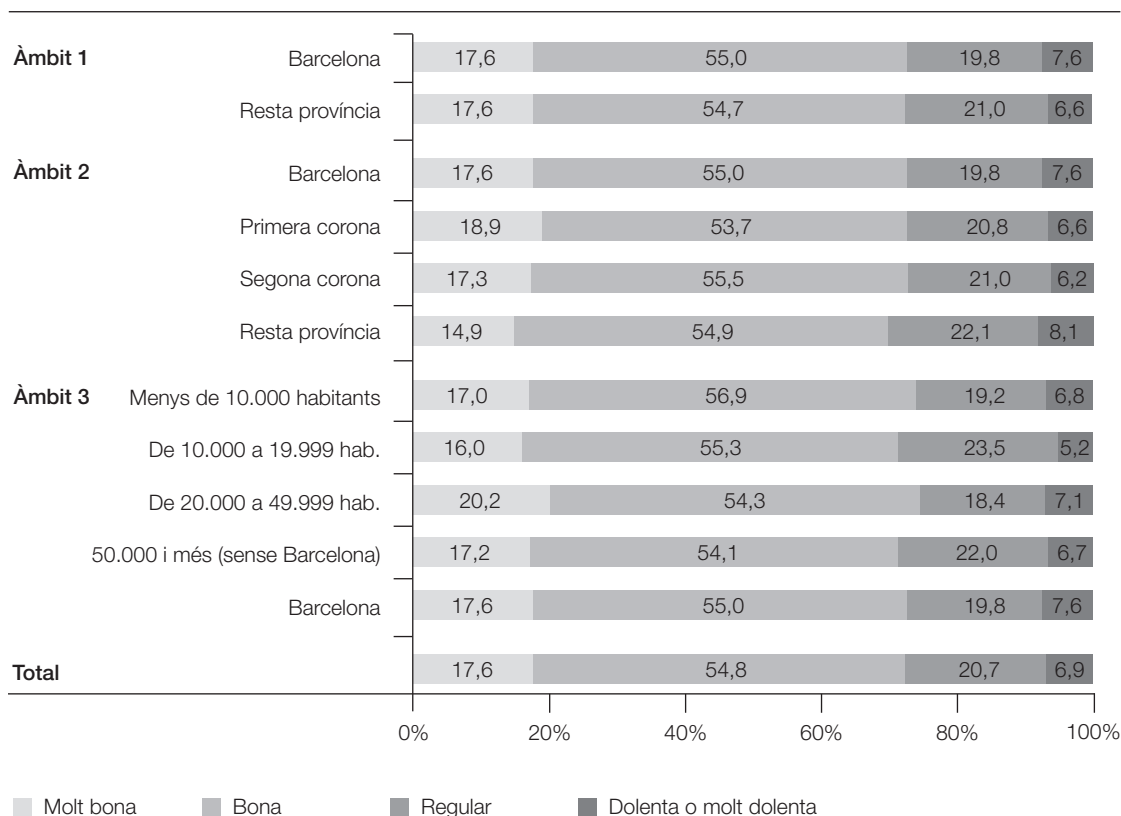
Característiques sociodemogràfiques

En la figura 2 es mostra la percepció de salut de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona desagregada per característiques sociodemogràfiques com l'edat i el sexe, el nivell d'estudis, l'estat civil, l'estructura de la llar i l'origen geogràfic.

Edat i sexe

Els resultats demostren la incidència diferencial de la valoració de l'estat de salut per sexe i edat. La salut percebuda és pitjor en dones que en homes, sobretot a partir dels 50 anys, mentre que en edats inferiors els resultats en funció del sexe són similars (amb una percepció lleugerament més dolenta per part de les dones). A partir dels 50 anys les distàn-

Figura 1. Percepció subjectiva de l'estat de salut per àmbit territorial. Freqüències. Població de 16 i més anys. Província de Barcelona. 2006



Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

cies entre homes i dones es van accentuant, en especial pel que fa a la categoria «dolenta i molt dolenta». Per exemple, un 14% dels homes de 75 anys i més pensen que la seva salut és dolenta o molt dolenta, mentre que aquesta proporció, per a les dones, ja es dona en el grup de 50 a 64 anys. En el grup de dones de 75 anys i més, tres de cada deu pensen que el seu estat de salut és dolent o molt dolent.

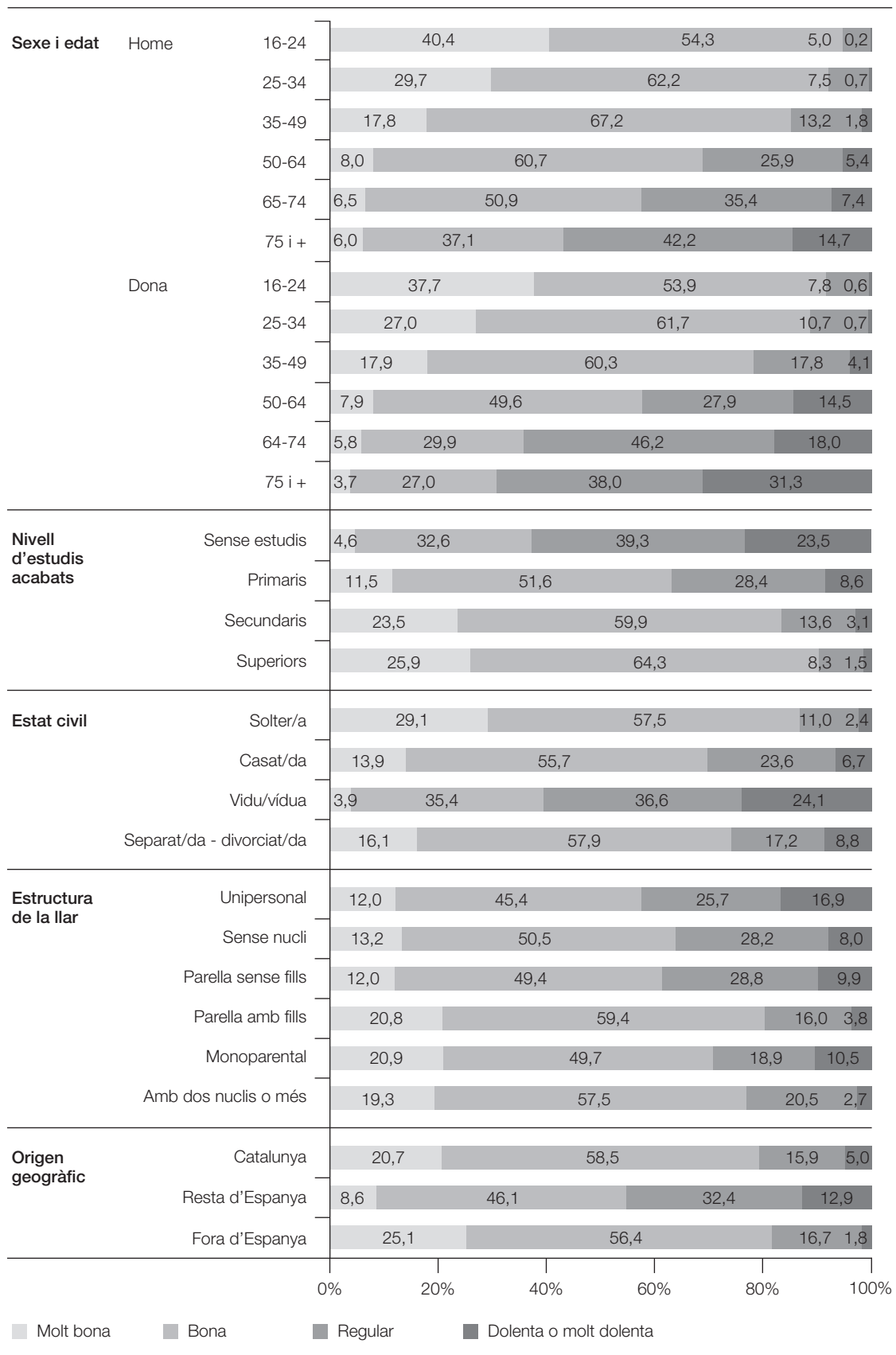
Nivell d'estudis acabats

Les dades per a la província de Barcelona reforcen els resultats trobats en la majoria d'estudis internacionals: nivells d'estudis baixos estan associats a una valoració més precària de l'estat de salut. En concret, sis de cada deu persones de 16 i més anys de la província de Barcelona sense estudis declara que la seva salut no és bona, mentre que només ho fa una de cada deu persones amb estudis superiors. Les diferències es donen tant pel que fa a la categoria de regular, com a la de dolenta o molt dolenta.

Estat civil

Les persones vídues de la província de Barcelona són, amb diferència, les que pitjor valoren el seu estat de salut. En concret, prop de cinc de cada deu persones d'aquest grup pensen que la seva salut és regular, dolenta o molt dolenta, mentre que només tres de cada deu de les que estan casades i una de cada deu de les solteres la valoren negativament.

Figura 2. Percepció subjectiva de l'estat de salut per característiques sociodemogràfiques. Freqüències. Població de 16 i més anys. Província de Barcelona. 2006



Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

Estructura de la llar

A la província de Barcelona, les persones que viuen soles són, efectivament, les que perceben el seu estat de salut de forma més negativa. En concret, un 16,9% de la població que viu sola pensa que el seu estat de salut és dolent o molt dolent, i un 25,7% pensa que és regular. Els que millor perceben el seu estat de salut són els que viuen en llars formades per parella amb fill(s) i els que viuen en llars amb dos o més nuclis.

Procedència geogràfica

Actualment, el 13,6% de la població resident a la província de Barcelona ha nascut fora de l'Estat espanyol (Idescat, 2006. Padró continu). La població nascuda fora de l'Estat espanyol és la que millor valora el seu estat de salut, i la nascuda a Espanya, però fora de Catalunya, és la que pitjor la valora.

Certament, s'ha de tenir en compte que, en la majoria de casos, el que està incidint en els canvis de percepció en funció de les variables anteriors són les diferències de composició per sexe i edat dels diversos grups, que podrien ser la causa dels resultats diferencials de la salut percebuda. L'anàlisi multivariable permetrà veure la influència de totes aquestes característiques de forma conjunta i eliminarà l'efecte de variables ocultes com l'edat.

Situació i condicions laborals

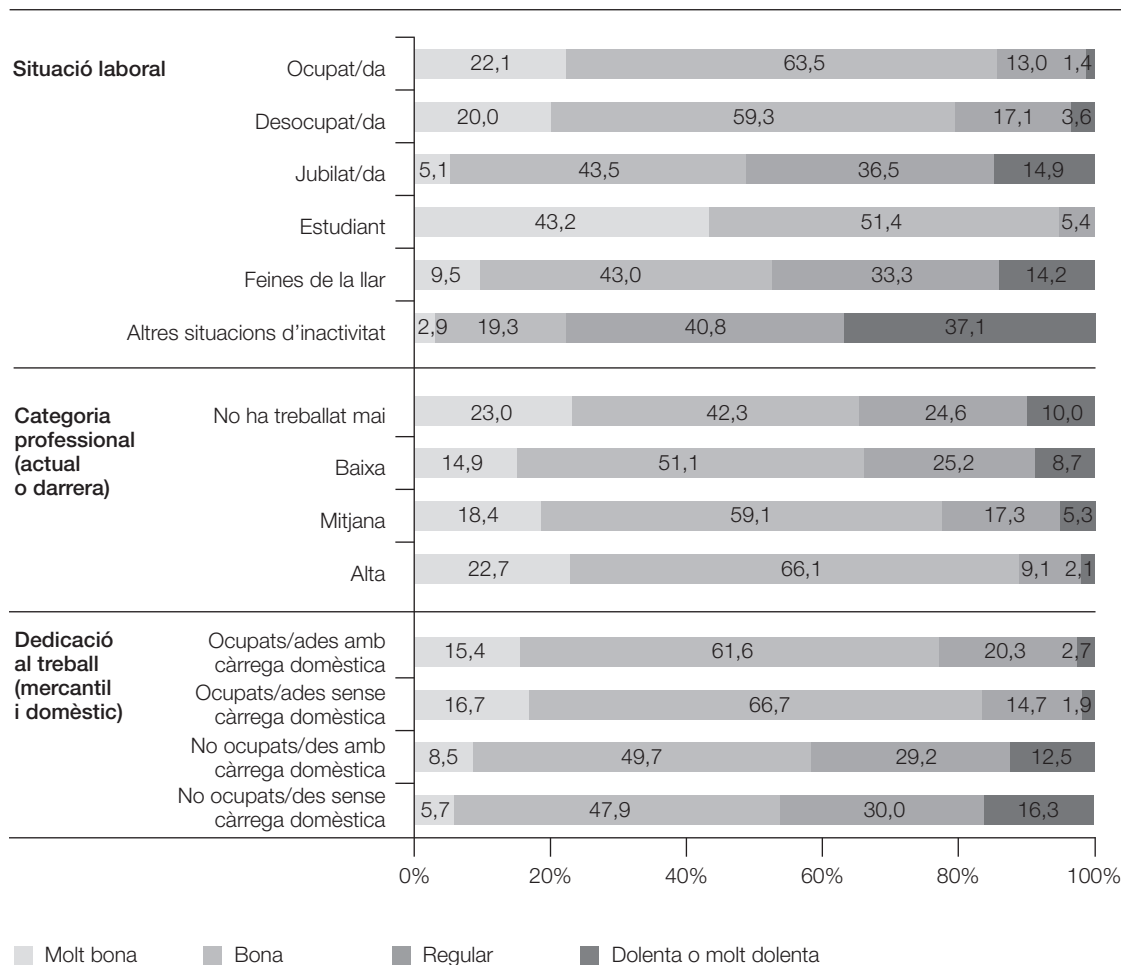
En la figura 3 es mostra la percepció de salut de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona desagregada per una selecció de variables que recullen informació sobre la situació i les condicions laborals, com ara la situació laboral, la categoria professional i la dedicació al treball domèstic i mercantil.

Estudis i situació laboral

Per al cas de la província de Barcelona, la percepció de l'estat de salut mostra un patró diferenciat per situació laboral. Els estudiants són el grup amb una millor percepció de l'estat de salut: un 94,6% dels estudiants valoren la seva salut de forma positiva. Destaca que el 43,2% pensen que la seva salut és molt bona i que cap estudiant declara que la seva salut és dolenta o molt dolenta. La població ocupada i desocupada són el següent grup a valorar la seva salut més positivament: un 85,6% i un 79,3%, respectivament, valoren el seu estat de salut de forma positiva. Les persones jubilades i les persones dedicades a les feines de la llar tenen percepcions de l'estat de salut semblants, amb unes percepcions negatives (incloent-hi regular) de prop del 50% en els dos casos. Per últim, el col·lectiu que pitjor valora el seu estat de salut és el que es troba en altres situacions d'inactivitat, on s'inclourien els desocupats que han deixat de buscar feina⁹ i els incapacitats/des.

9. A les persones que formen aquest grup també se les coneix com a «treballadors desanimats» i es defineixen com aquelles persones que es troben a l'atur, deixen de buscar feina i, per tant, deixen de considerar-se població activa.

Figura 3. Percepció subjectiva de l'estat de salut per condicions laborals i de treball domèstic. Freqüències. Població de 16 i més anys. Província de Barcelona. 2006



Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

* Càrrega domèstica entesa com a 20 hores setmanals o més de dedicació al treball domèstic.

Categoria professional¹⁰

Les dades mostren que les persones amb categories professionals més elevades estan associades a millors percepcions de l'estat de salut. En concret, prop de nou de cada deu persones amb categoria professional alta valoren positivament el seu estat de salut, mentre que ho fan 6,6 persones amb categoria professional baixa. Les persones que no han treballat mai són les que presenten un percentatge més elevat de valoració negativa de l'estat de salut, però també una proporció més elevada de resposta «molt bona».

10. La categoria professional s'ha construït a partir de la categorització següent: a) Alta: empresaris amb assalariats, professionals liberals, directors o gerents, tècnics superiors; b) Mitjana: empresaris sense assalariats, autònoms amb assalariats i sense assalariats, tècnics mitjans, personal administratiu o comercial i contramestres o capatassos; c) Baixa: obrers qualificats, obrers no qualificats, treballadors no tècnics dels serveis i treballadors agraris. Els que no han treballat mai estan exclosos d'aquesta classificació.

Dedicació al treball (mercantil i domèstic)

Per veure l'efecte de la dedicació al treball sobre la salut percebuda, s'ha construït una variable que combina la dedicació al treball mercantil (ocupat i no ocupat) i la dedicació al treball domèstic (més de 20 hores setmanals i menys de 20 hores setmanals).¹¹ Aquesta s'utilitza com una variable que dóna compte de les dobles jornades laborals (de treball remunerat i domèstic) de la població ocupada. L'anàlisi descriptiva mostra que la població amb dobles jornades laborals té una percepció subjectiva de l'estat de salut lleugerament pitjor que la població ocupada que no dedica tant de temps a les tasques domèstiques. La categoria «regular» és la principal responsable d'aquestes diferències. Al seu torn, els no ocupats tenen pitjors percepcions de l'estat de salut que els ocupats, i d'aquests, els que no destinen gaire temps a les tasques domèstiques són els que valoren la seva salut de forma més desfavorable.

Igual que amb les variables sociodemogràfiques, les condicions laborals i de treball domèstic estan correlacionades amb altres variables, entre les quals hi ha l'edat i el sexe, que poden ser les que expliquen la percepció de la salut. Més endavant, en l'anàlisi multivariable es veurà com es comporten aquestes variables conjuntament a l'hora d'explicar la salut percebuda.

Condicions econòmiques

En la figura 4 es mostra la valoració de la salut de la població en funció de variables com els ingressos individuals, els ingressos del conjunt de membres de la llar, la valoració del nivell de vida familiar respecte del de fa un any, haver tingut dificultats econòmiques en els darrers cinc anys, i la valoració del nivell d'ingressos en relació amb les expectatives que tenia fa uns anys.

Ingressos individuals nets mensuals

Les persones que pitjor perceben la seva salut són les que tenen uns nivells d'ingressos més baixos. En concret, cinc de cada deu persones amb nivells d'ingressos inferiors als 450 €/mes valoren la seva salut com a regular, dolenta o molt dolenta, i aquest percentatge va disminuint a mesura que augmenta el nivell d'ingressos. A l'extrem més alt d'ingressos, només una de cada deu persones valora el seu estat de salut de forma negativa.

Ingressos nets anuals a la llar

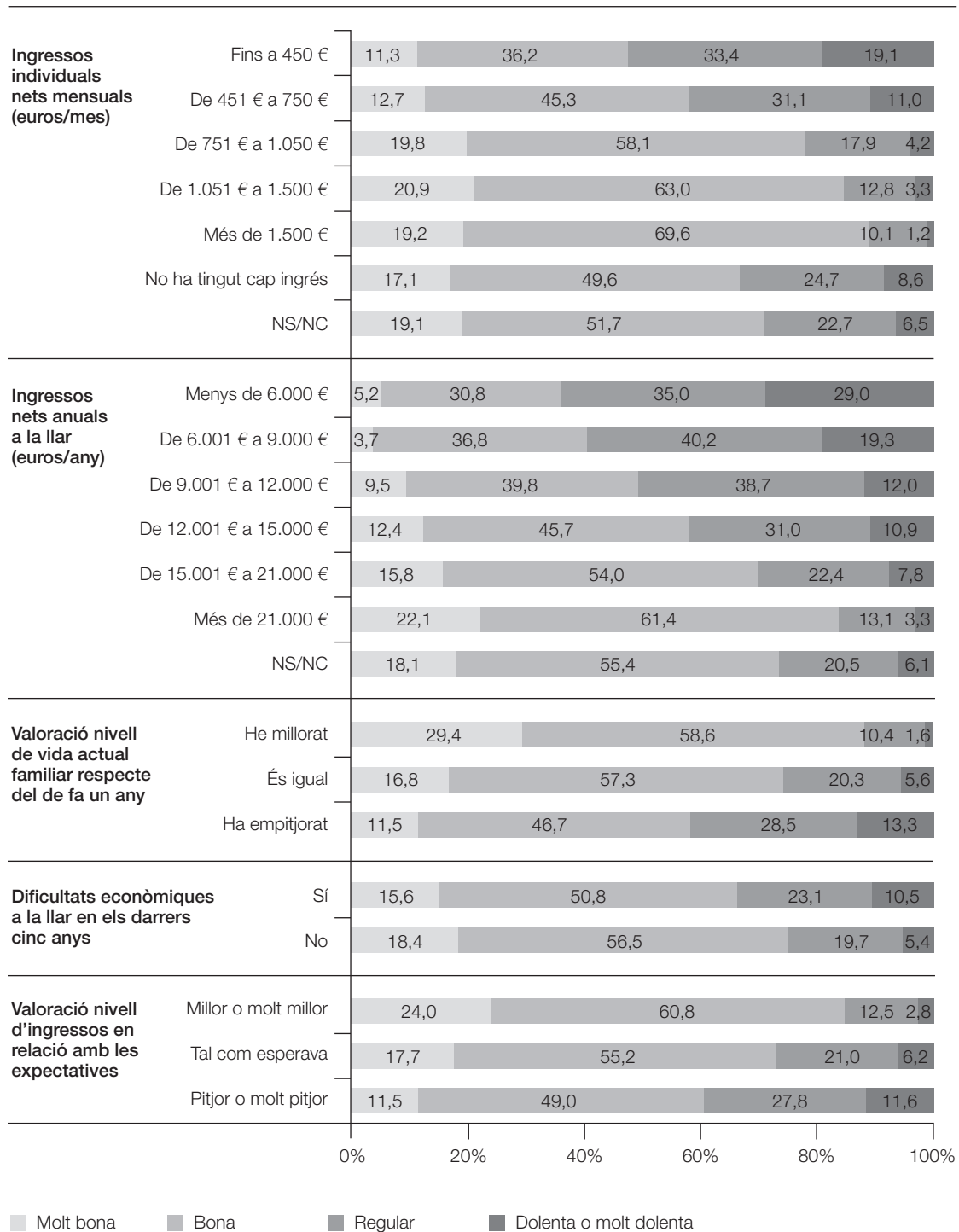
Pel que fa als ingressos del conjunt de membres de la llar, es torna a donar el mateix gradient que amb els ingressos individuals, fins i tot més accentuat. En concret, tres de cada deu persones que viuen en llars amb ingressos inferiors als 6.000 € anuals pensen que la seva salut és dolenta o molt dolenta, mentre que la percepció negativa de les persones amb ingressos superiors als 21.000 € anuals es dóna en molt pocs casos.

Valoració del nivell de vida actual familiar respecte del de fa un any

La població que creu que el seu nivell de vida és pitjor que el de l'any passat també és la que pitjor percep la seva salut. Quatre de cada deu persones que creuen que el seu nivell

11. S'ha agafat el criteri de 20 hores setmanals dedicades al treball domèstic perquè és la mitjana d'hores dedicades a les tasques domèstiques de la població femenina de la província de Barcelona.

Figura 4. Percepció subjectiva de l'estat de salut per condicions econòmiques.
Freqüències (%). Població de 16 i més anys. Província de Barcelona. 2006



Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

de vida ha empitjorat tenen una percepció desfavorable de la seva salut, mentre que aquesta percepció només la tenen 1,2 de cada deu persones de les que creuen que el seu nivell de vida ha millorat.

Dificultats econòmiques a la llar en els darrers cinc anys

Els que declaren haver tingut dificultats econòmiques a la llar són els que pitjor perceben el seu estat de salut, en proporcions que són el doble dels que no n'han tingut.

Valoració del nivell d'ingressos en relació amb les expectatives

Aquest indicador va en el mateix sentit que els dos anteriors: la població amb unes condicions econòmiques més desfavorables és la que pitjor valora el seu estat de salut. Així doncs, quatre de cada deu persones de les que declaren que el seu nivell d'ingressos és pitjor o molt pitjor del que esperaven tenir fa uns anys perceben la seva salut de forma negativa, mentre que només ho fan 1,5 persones de cada deu de les que pensen que és millor o molt millor.

Relacions socials i suport

En la figura 5 es mostra la percepció de salut de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona desagregada per variables relacionades amb les relacions socials, com ara la persona a qui acut en cas de tenir problemes de salut, problemes personals i afectius, problemes econòmics o la valoració que fa la població de les seves relacions socials si les compara amb les expectatives que tenia fa uns anys.

Persona a la qual demana ajut en cas de problemes (malaltia, personals i/o afectius i econòmics)

Per als tres tipus de dificultats, la població que millor valora el seu estat de salut és la que, en patir-la, ha acudit a la família o als amics. La població que pitjor valora el seu estat de salut és la que ha acudit a professionals i serveis públics. Tanmateix, aquestes dades s'han de prendre amb cautela perquè representen una proporció molt baixa de casos.

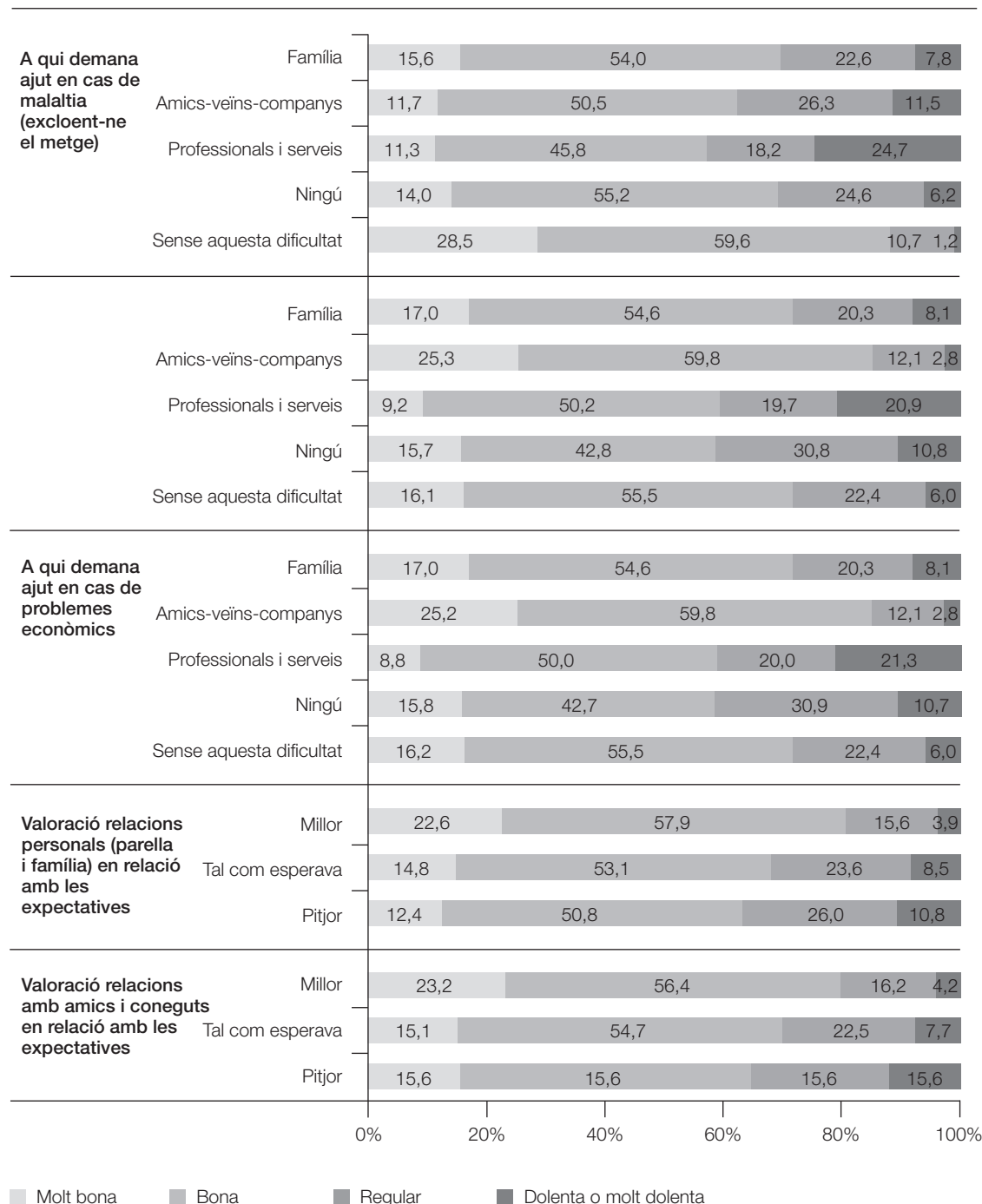
Valoració de les relacions socials (amb parella i família, i amb amics i coneguts) en relació amb les expectatives que tenia fa uns anys

Un 36,8% de les persones que pensen que les relacions amb la seva parella o la seva família han empitjorat en els darrers anys tenen una percepció desfavorable de la seva salut, al mateix temps que només la tenen un 19,5% dels que pensen que les seves relacions socials han millorat. Els resultats per a les relacions amb amics i coneguts són semblants, i també mostren que la població que pensa que les seves relacions amb amics i coneguts han empitjorat en els últims anys és la que té percepcions de la salut més negatives.

Existència de limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i pràctica esportiva

En la figura 6 es mostra la percepció de salut de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona en funció de les limitacions per realitzar activitats bàsiques de la vida

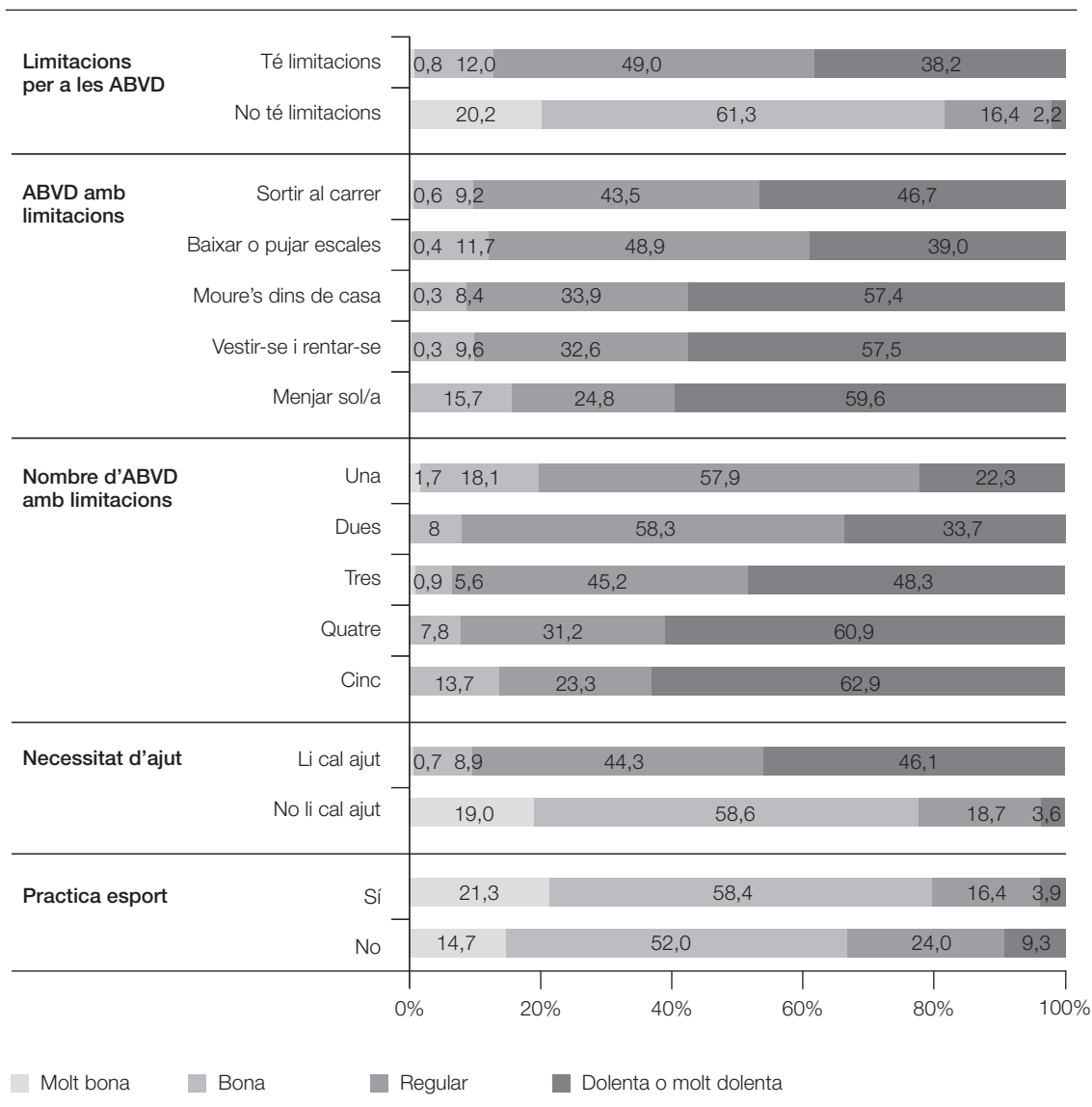
Figura 5. Percepció subjectiva de l'estat de salut per relacions socials i de suport.
Freqüències (%). Població de 16 i més anys. Província de Barcelona. 2006



Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

diària (tipus d'activitat, nombre d'activitats amb limitació) i de la necessitat d'ajuda per realitzar-les. En aquest apartat també s'inclou l'anàlisi en relació amb la realització d'activitat física. De fet, un 65% de la població amb limitacions pertany al grup d'edat de 65 anys i més.

Figura 6. Percepció subjectiva de l'estat de salut per existència de limitacions funcionals i pràctica esportiva. Freqüències (%). Població de 16 i més anys. Província de Barcelona. 2006



Font: Idescat i IERMB, *Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*.

Limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)

A través de l'ECVHPC 2006 es poden identificar les persones que tenen alguna dificultat per realitzar alguna de les següents ABVD incloses en el qüestionari: sortir al carrer, baixar o pujar escales, moure's dins de casa, vestir-se i rentar-se (preguntades conjuntament) i menjar sol/a. Un 13,2% de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona presenta algun tipus de dificultat per realitzar, almenys, una d'aquestes activitats de la vida quotidiana. Un 65% de la població amb limitacions pertany al grup d'edat de 65 anys i més.

La població de la província de Barcelona amb dificultats per realitzar alguna de les activitats bàsiques de la vida diària fa unes valoracions molt negatives del seu estat de salut. En conjunt, entre els que tenen limitacions, menys d'un 2% pensa que el seu estat de salut és bo i nou de cada deu persones valoren el seu estat de salut de forma negativa, amb

una participació molt important de la resposta «dolent o molt dolent». Entre les persones sense limitacions els resultats van en sentit contrari: vuit de cada deu persones pensen que la seva salut és molt bona o bona.

Tipus d'ABVD amb limitacions

Una anàlisi per activitats mostra que els que pitjor valoren el seu estat de salut, amb més d'un 55,0% de resposta «dolenta o molt dolenta», són els que no poden moure's dins de casa, vestir-se i rentar-se o menjar sols o soles.

Nombre d'ABVD amb limitacions

La incidència de la percepció negativa de l'estat de salut augmenta a mesura que s'incrementa el nombre d'activitats per a les quals es tenen limitacions. En concret, dues de cada deu persones de les que tenen limitació només per a una de les activitats de la vida diària pensen que el seu estat de salut és dolent o molt dolent, mentre que ho fan sis de cada deu persones de les que tenen limitacions per a les cinc activitats de la vida quotidiana.

Necessitat d'ajut per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)

Quan les persones, a més de tenir limitacions per realitzar les ABVD, necessiten ajut d'algué altre per realitzar-les, les valoracions de la salut són encara més negatives. Mentre que un 46,1% dels que necessiten ajut creuen que el seu estat de salut és dolent o molt dolent, només ho fan un 3,6% dels que no necessiten ajut.

Pràctica esportiva habitual

A l'ECVHPC es pregunta a la població si practiquen algun esport de manera habitual. Per esport s'entén, en sentit ampli, qualsevol activitat física que es practica de manera habitual amb la intenció de fer exercici físic, incloent-hi caminar, així com altres activitats com tai-txi, ioga o petanca. Un 44,3% de la població de la província de Barcelona declara que practica alguna activitat física. Un 27,5% dels que practiquen algun esport caminen, un 16,8% fan gimnàstica/aeròbic i un 13,8% fan natació. La població que realitza activitat física de manera habitual és la que millor valora la seva salut. En concret, dues de cada deu persones que practiquen algun esport i tres de cada deu que no en practiquen pensen que el seu estat de salut és regular, dolent o molt dolent. Les diferències entre els que practiquen l'esport i els que no, no són tan accentuades com es podria esperar, segurament pel fet que els esports més practicats són de baix impacte i relacionats amb pràctiques terapèutiques.

Els condicionants de la percepció negativa de la salut

L'anàlisi descriptiva ha mostrat que hi ha tota una sèrie de característiques socioeconòmiques i de condicions de vida relacionades amb la salut percebuda de la població, i també s'ha pogut evidenciar que l'existència de limitacions per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària és una de les que està més relacionada amb una pitjor percepció de la salut. Però, com ja s'ha explicat, la relació existent entre algunes de les variables analitzades no permet veure quina és la veritable causant de la percepció negativa de l'estat de salut.

Per mitjà d'una anàlisi multivariable es pot aprofundir en la capacitat individual de cada una de les variables independents per explicar les diferències en la percepció subjectiva de l'estat de salut, però també de totes conjuntament. L'anàlisi multivariable desenvolupada ha estat la regressió logística, ja que és la que millor s'adequa a les dades disponibles i als objectius de l'estudi. Per mitjà de la regressió logística es poden identificar les característiques que augmenten la probabilitat d'una persona de tenir una percepció de salut negativa i quines són les característiques que disminueixen la probabilitat de tenir una percepció de salut negativa. En l'annex metodològic (pàgines 51 i 52) es descriuen els fonaments bàsics per entendre i interpretar els resultats de l'anàlisi de regressió logística.

Al llarg de l'anàlisi descriptiva s'ha observat que la percepció de l'estat de salut varia molt en funció de l'edat de les persones entrevistades. Per tenir en compte l'efecte de l'edat, s'ha decidit elaborar tres models diferents, un per a cada un dels següents trams d'edat (taula 4). Les variables que s'han inclòs en el model per veure si expliquen la percepció negativa de l'estat de salut es poden veure en la taula 5.

Taula 4. Grups d'edat utilitzats en els models

	<i>% de percepció negativa de la salut</i>
Població jove: 16 a 34 anys	8,8
Població adulta: 35 a 64 anys	26,5
Gent gran: 65 i més anys	59,2
Total població: 16 i més anys	27,6

Taula 5. Variables incloses en el model de regressió logística

<i>Variable</i>	<i>Categories</i>
Anàlisi territorial	
Territori	Àmbit 1: Barcelona i resta província
	Àmbit 2: corones metropolitanes
	Àmbit 3: grandària municipal

(continua a la pàgina següent)

(continuació)

<i>Variable</i>	<i>Categories</i>
Variables sociodemogràfiques	
Edat	16-34 anys, 35-49 anys, 50-64 anys, 65-74 anys, 75 i més anys
Sexe	Home, dona
Estat civil	Solter, casat, vidu, separat/divorciat
Estructura de la llar	Unipersonal, sense nucli, parella sense fills, parella amb fills, monoparental, amb dos o més nuclis
Nivell d'estudis	Sense estudis, primaris, secundaris, superiors
Origen geogràfic	Catalunya, resta d'Espanya, fora d'Espanya
Situació laboral	
Categoria professional	No ha treballat mai, baixa, mitjana, alta
Situació laboral	Ocupat, desocupat, jubilat, estudiant, mestressa de casa, altres situacions d'inactivitat
Dedicació al treball (mercantil i domèstic)	Ocupat amb més de 20 h/set. de treball domèstic, ocupat amb menys de 20 h/set. de treball domèstic, no ocupat amb més de 20 h/set. de treball domèstic, no ocupat amb menys de 20 h/set. de treball domèstic
Condicions econòmiques	
Ingressos individuals (€/mes)	1 a 450, 451-750, 751-1.050, 1.050-1.500, 1.501 i més, sense ingressos
Ingressos de la llar (€/any)	Fins a 6.000, 6.000-9.000, 9.001-12.000, 12.001-15.000, 15.001-21.000, 21.000 i més
Nivell de vida actual	Ha millorat, és igual, ha empitjorat
Dificultats econòmiques	Sí, no
Valoració dels ingressos actuals en rel. expectatives	Molt millor o millor, tal com esperava, pitjor o molt pitjor
Relacions socials i suport	
A qui acut: malaltia / problemes econòmics / problemes personals	Ningú, professionals i serveis públics, amics-veïns-companys de feina, família, no ha tingut aquesta dificultat
Valoració de les relacions socials en rel. expectatives: parella i família / amics i coneguts	Molt millor o millor, tal com esperava, pitjor o molt pitjor
Salut i hàbits de vida	
Practica esport de forma habitual*	Practica algun esport, no practica cap esport
Limitació per realitzar activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)	Té limitacions, no té limitacions

* Per esport s'entén qualsevol activitat que es realitza amb finalitat de treball físic, inclòs caminar.

A continuació es presenten els principals resultats extrets de l'anàlisi de regressió logística múltiple per a cada un dels grups d'edat. És a dir, s'expliquen quins són els factors que afavoreixen la percepció de salut negativa dels joves, dels adults i de la gent gran de la província de Barcelona. En l'annex metodològic (pàgines 53-55) s'ofereixen les estimacions del model.

Població jove

Del total de variables incloses en el model (taula 5), les que finalment ajuden a explicar la percepció negativa de l'estat de salut entre la població de 16 a 34 anys de la província de Barcelona són:

- tenir limitacions per realitzar alguna de les activitats bàsiques de la vida diària
- no haver cursat estudis secundaris o superiors
- tenir un nivell d'ingressos baix (entre 600 i 900 euros mensuals)
- haver tingut dificultats econòmiques
- no practicar esport habitualment (inclòs caminar)

Patir limitacions funcionals per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària constitueix un dels principals factors que fa augmentar la percepció negativa de la salut. Si romanen constants la resta de variables, la població jove amb limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària té una percepció negativa de la salut 49,3 vegades més elevada que la població jove sense limitacions ($OR = 49,324$). És a dir, la freqüència de resposta negativa dels que tenen limitacions és molt més elevada en joves amb limitacions que amb joves sense limitacions.

Els resultats del model mostren que els joves que només han acabat els estudis primaris tenen una percepció negativa de la salut 2,7 vegades més elevada que els que tenen estudis superiors. Si es comparen els que tenen estudis secundaris amb els que tenen estudis superiors, els primers també tenen una pitjor percepció de la salut, en aquest cas 1,8 vegades més elevada. Pel fet que en aquest grup d'edat hi ha una freqüència molt baixa de població sense estudis, les dades no permeten dir com és la percepció negativa de la salut d'aquest grup respecte dels que tenen estudis superiors.

El nivell d'ingressos també és una variable explicativa de la percepció negativa de l'estat de salut de la població jove de la província de Barcelona. Per a aquest grup, tenir uns ingressos individuals mensuals d'entre 601 i 900 euros és un factor que afavoreix la percepció negativa de la salut: la mala percepció de salut dels que tenen ingressos mensuals d'entre 601 i 900 euros és aproximadament dues vegades més gran que entre els que no tenen ingressos ($OR = 2,038$). Cal tenir en compte que la majoria dels que no han tingut cap ingrés són joves que encara viuen a la llar familiar (68%) i que, per tant, tenen el suport econòmic dels seus pares, mentre que la resta són majoritàriament població emancipada. Els resultats del model per a la resta de categories no són estadísticament significatius.

Pel que fa als recursos econòmics, els resultats mostren que el fet d'haver tingut dificultats econòmiques a la llar en els darrers cinc anys respecte de no haver-ne tingut, mantenint constants tota la resta de variables, també augmenta la percepció negativa de la

salut. En concret, la percepció negativa de la salut dels joves que han tingut dificultats econòmiques a la llar en els darrers anys és 2,0 vegades més gran que la dels que no n'han tingut (OR = 2,011).

Per últim, els joves que no practiquen esport, sense alterar les altres variables explicatives, tenen una percepció negativa de la salut 1,4 vegades més elevada que els que sí que en practiquen (OR = 1,409). Per tant, no practicar esport és un factor que afavoreix la mala percepció de salut entre els joves.

Població adulta

Del conjunt de variables incloses en el model (taula 5), les que ajuden a explicar la percepció negativa de l'estat de salut de la població de 35 a 64 anys de la població de la província de Barcelona són les següents:

- tenir limitacions per realitzar alguna de les activitats bàsiques de la vida quotidiana
- no tenir estudis secundaris o superiors acabats
- tenir una categoria professional baixa
- ser dona i tenir doble jornada laboral (de treball remunerat i domèstic)
- ser dona i tenir una dedicació plena (de més de 20 hores setmanals) a les tasques domèstiques i familiars
- percebre un empitjorament del nivell de vida actual respecte del de fa un any
- no practicar esport (inclòs caminar) habitualment

Igual que en els joves, el fet de tenir limitacions per realitzar alguna activitat bàsica de la vida diària té un efecte negatiu sobre la percepció de l'estat de salut. Ara bé, en aquest grup, el rang d'edat és prou ampli perquè l'edat, i no tan sols les limitacions, tingui un efecte negatiu sobre la percepció de la salut. Per analitzar conjuntament l'efecte de l'edat i de les limitacions funcionals s'ha dividit la població adulta en dos subgrups d'edat: de 35 a 49 anys i de 50 a 64 anys. Per a cada un d'aquests subgrups s'han separat els que tenen limitacions funcionals dels que no en tenen. Finalment, s'ha comparat la percepció negativa de la salut de cada un dels quatre grups i s'ha utilitzat com a població de referència, amb la qual es compara la resta de grups, la població de 35 a 49 anys sense limitacions. Segons els resultats, i mantenint constants tota la resta de variables, en la població de 35 a 49 anys, les persones amb limitacions tenen una percepció negativa de la salut 48,9 més elevada que les que no en tenen (OR = 48,851). Si es compara la població de 50 a 64 anys que sí que té limitacions amb la població de 35 a 49 anys que no en té, els primers tenen una percepció negativa de la salut 30,4 vegades més elevada que els segons (OR = 30,441).¹² Cal destacar que l'efecte de les limitacions funcionals sobre la percepció negativa de la salut és més elevat en el grup de 35 a 49 anys que en el grup de 50 a 64 (48,8 vegades més enfront de 30,4 vegades més). Així doncs, els resultats fan suposar que a mesura que

12. Per poder comprovar l'efecte de les limitacions en el grup d'edat de 50 a 64 anys, s'han tornat a calcular les OR del mateix model de regressió logística, aquest cop agafant com a categoria de referència la de «No dificultats i 50-64» en comptes de la de «No dificultats i 35-49». Les noves OR són 0,585 per al grup de «No dificultats i 35-64», 29,066 per al grup de «Sí dificultats 35-49» i 16,201 per al grup de «Sí dificultats 50-64».

augmenta l'edat, la repercussió de les limitacions en la valoració de l'estat de salut és menor, i que a mesura que augmenta l'edat hi ha altres variables que guanyen pes a l'hora d'explicar la salut percebuda.

El nivell d'estudis també explica les diferències en les percepcions de l'estat de salut dels adults. La població adulta sense estudis acabats té una percepció negativa de la salut 2,7 vegades més elevada que els que tenen estudis superiors ($OR = 2,684$). Els que només tenen estudis primaris, comparats amb la els que tenen estudis superiors, també presenten una percepció negativa de la salut més elevada, en aquest cas 1,7 vegades més elevada ($OR = 1,677$). Les diferències entre els que tenen estudis secundaris i els que no tenen estudis no són estadísticament significatives.

La categoria professional de la població és una altra de les variables explicatives de la percepció negativa de l'estat de salut de la població adulta de la província de Barcelona. Les estimacions del model mostren que les persones de 35 a 64 anys classificades dins la categoria professional baixa tenen una percepció negativa de la salut 1,9 vegades més elevada que les que tenen una categoria professional alta ($OR = 1,884$). Les que tenen una categoria mitjana tenen una mala percepció de salut 1,7 vegades més elevada que la que tenen les de categoria alta ($OR = 1,675$). Les estimacions per al grup de persones que no han treballat mai no són estadísticament significatives.

La quantitat de temps que la població destina al treball remunerat i domèstic és un altre factor explicatiu de la salut percebuda de la població adulta de la província de Barcelona. Per analitzar aquest aspecte s'ha classificat la població en quatre grups: població ocupada sense càrrega domèstica,¹³ població ocupada amb càrrega domèstica (o amb doble jornada laboral), població no ocupada amb càrrega domèstica i població no ocupada sense càrrega domèstica. En aquest cas, mantenint constants la resta de variables, la població amb doble jornada laboral té una percepció negativa de l'estat de salut 1,4 vegades més elevada que la població ocupada sense càrrega domèstica, és a dir, que només es dedica al treball mercantil ($OR = 1,432$). D'altra banda, la població amb dedicació plena al treball domèstic té una percepció negativa 1,9 vegades més elevada que els que només es dediquen al treball mercantil ($OR = 1,911$). Per últim, la població no ocupada que dedica menys de 20 hores setmanals al treball domèstic té una percepció negativa de la salut 1,7 vegades més elevada que els que només es dediquen al treball mercantil ($OR = 1,683$). S'ha de tenir en compte que la dedicació al treball és una variable molt associada al sexe: la població ocupada sense càrrega domèstica és majoritàriament masculina, la majoria de la població ocupada amb doble jornada laboral són dones, la majoria de població amb plena dedicació al treball domèstic són dones (mestresses de casa) i dos terços de la població no ocupada que destina menys de 20 hores setmanals al treball domèstic són homes. Per tant, a causa de l'elevada associació entre el sexe i la dedicació al treball, aquesta variable serveix també per indicar les diferències de salut percebuda entre homes i dones.

Pel que fa a les condicions econòmiques de la població adulta, la percepció de l'estat de salut també està relacionada amb la valoració del nivell de vida de la llar en el moment

13. Es considera que tenen càrrega domèstica els que destinen més de 20 hores setmanals al treball domèstic.

de l'enquesta en relació amb el que tenia fa un any. El fet de valorar negativament el nivell de vida actual respecte de l'any anterior comporta un factor que empitjora la percepció de l'estat de salut. En concret, els que pensen que el seu nivell de vida ha empitjorat tenen una percepció negativa de la salut 2,1 vegades més elevada que els que pensen que ha millorat (OR = 2,109). També en comparació amb els que pensen que ha millorat, els que pensen que s'ha mantingut tenen una percepció negativa de la salut 1,5 vegades més elevada (OR = 1,533).

La percepció de l'estat de salut de la població adulta de la província de Barcelona també s'explica pel context social en el qual es troba la persona. Els adults que pensen que les seves relacions amb la parella i la família són pitjors que les que esperaven tenir fa uns anys tenen una salut percebuda negativa 1,7 vegades més elevada que els que pensen que són millors de les que esperaven (OR = 1,792). No hi ha diferències significatives entre els que pensen que les seves relacions socials s'han mantingut tal i com esperaven i els que creuen que han millorat.

Per últim, els que no practiquen esport habitualment, mantenint constants tota la resta de variable, tenen una percepció negativa de la salut 1,27 vegades més elevada que els que sí que en practiquen (OR = 1,270). Per tant, no practicar esport és un factor que afavoreix la mala percepció de l'estat de salut.

Gent gran

Del total de variables incloses en el model (taula 5), les que expliquen la percepció negativa de l'estat de salut entre la població de 65 i més anys de la província de Barcelona són les següents:

- tenir limitacions per realitzar alguna de les activitats bàsiques de la vida
- haver tingut una categoria professional baixa (en la darrera feina) o no haver treballat mai
- no tenir estudis o tenir un nivell d'estudis baix
- percebre un empitjorament del nivell de vida actual respecte del de fa un any
- manca de suport familiar en cas de problemes personals i afectius
- no practicar esport habitualment (inclòs caminar)
- no portar una vida independent (viure amb altres persones)

Les persones que tenen limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, si la resta de variables romanen constants, tenen una percepció negativa de la salut 7,8 vegades més elevada que les que no en tenen (OR = 7,767). Per tant, entre la població gran de la província de Barcelona el fet de tenir limitacions funcionals també és un factor molt important que empitjora la percepció negativa de l'estat de salut.

En la gent gran, a mesura que la categoria professional és més baixa augmenta la pitjor percepció de la salut: en comparació amb la població amb una categoria professional alta, les persones que no han treballat mai tenen una percepció negativa de la salut 5,9 vegades més elevada. Els que tenen categories professionals baixes tenen una percepció negativa de la salut 3,5 vegades més elevada que els que tenen una categoria professional

alta, i els que tenen categories professionals mitjanes tenen percepcions negatives que són 2,8 vegades més elevades que els que estan en els nivells socioprofessionals més alts. Cal destacar que la categoria professional és una variable molt associada al sexe, ja que un 76,1% de la població amb categoria professional alta d'aquest grup d'edat són homes, mentre que el 98,0% d'aquest grup d'edat que no ha treballat mai són dones.

El nivell d'estudis també és una variable explicativa de la percepció negativa de l'estat de salut de la gent gran. Per tenir en compte l'efecte de l'edat sobre el nivell d'estudis s'ha construït una variable que combina aquestes dues variables, i per fer-ho s'ha dividit la població en dos grups d'edat (de 65 a 74 anys i de 75 anys i més). Per analitzar la percepció negativa de l'estat de salut es pren com a categoria de referència, amb la qual es comparen la resta, la població sense estudis de 65 a 74 anys. Segons les estimacions del model, en el grup d'edat de 65 a 74 anys, a mesura que augmenta el nivell formatiu, millora la percepció de la salut. El salt qualitatiu es dona entre els que tenen estudis primaris i els que tenen estudis secundaris; a partir d'aquest nivell d'estudis els resultats són semblants [OR (estudis secundaris) = 0,259 i OR (estudis superiors) = 0,281]. En el grup d'edat de 75 anys i més, les persones amb estudis primaris també tenen una percepció més positiva de la salut respecte de les que tenen de 65 a 74 anys i no tenen estudis. Els resultats per als que tenen 75 anys i més amb estudis secundaris i superiors no són estadísticament significatius.¹⁴

En relació amb les percepcions sobre el nivell de vida actual de la llar en comparació amb el que esperaven tenir un any abans, la gent gran de la província de Barcelona que pensa que el seu nivell de vida ha empitjorat durant el darrer any té una percepció negativa de la salut 2,4 vegades més elevada que els que pensen que ha millorat (OR = 2,366). Les diferències entre la població que considera que el seu nivell de vida s'ha mantingut i la que opina que ha millorat no són estadísticament significatives.

En aquest grup d'edat, el fet de no tenir una xarxa social a la qual poder acudir en cas de dificultats personals i afectives és un altre factor que augmenta la percepció negativa de la salut. Si es mantenen constants tota la resta de variables, les persones que no han recorregut a ningú quan han tingut problemes personals o afectius tenen una mala percepció de la salut 2,3 vegades més elevada que les que han acudit a la família (OR = 2,333). Les estimacions per a la resta de categories no són estadísticament significatives.

Els resultats del model mostren que la gent gran de la província de Barcelona que no practica activitat física habitualment, i si totes les altres variables resten constants, té una

14. Per poder comprovar l'efecte del nivell formatiu en el grup d'edat de 75 i més anys, s'han tornat a calcular les OR del mateix model de regressió logística. Aquesta vegada s'ha pres com a categoria de referència la de «Sense estudis i 75 i +» en comptes de la de «Sense estudis i 65-74». Els nous OR són 1,125 per als que tenen estudis primaris, 1,067 per als que tenen estudis secundaris i 0,754 per als que tenen estudis superiors. Aquestes dades, però, s'han de prendre amb cautela perquè les OR no són estadísticament significatives. A partir d'aquestes noves estimacions es veu que la OR de la categoria de referència i la de «Sí dificultats i 50-64 anys» no surten significativament diferents (Sign. = 0,210), i que, per tant, en edats molt avançades, el nivell d'estudis perd pes a l'hora d'explicar les percepcions de l'estat de salut. Una interpretació d'això es que la gent gran amb nivells d'estudis inferiors té expectatives més baixes de salut, ja que els grups de referència amb els quals es comparen tenen més problemes de salut que altres grups, i per tant, ajusten les seves expectatives en concordança amb la seva situació (Bago *et al.*, 2008).

mala percepció de la salut 1,6 vegades més elevada que la que practica algun tipus d'esport ($OR = 1,601$). Aquests valors són lleugerament superiors als trobats en el grup de joves i adults. Per tant, es pot suposar que estils de vida sedentaris tenen més impacte en la percepció negativa de l'estat de salut de la gent gran que en els altres grups d'edat.

Mentre que en l'anàlisi descriptiva els que pitjor valoraven el seu estat de salut eren les persones que vivien soles, quan es tenen en compte la resta de variables explicatives, el fet de viure sol/a en la població de 65 anys i més ja no és un factor que faci augmentar la mala percepció de l'estat de salut, sinó tot el contrari. Així doncs, entre la gent gran, les persones que viuen soles tenen una percepció de la salut més positiva que les que viuen amb altres persones ($OR = 0,523$).

Conclusions

L'estat de salut percebuda és un dels indicadors més importants i potents per a l'anàlisi de l'estat de salut de la població, ja que informa del benestar global d'una persona, incloent-hi aspectes físics, mentals, psicològics, socials, culturals i d'altres. Aquest indicador concorda, per tant, amb les concepcions integrals de salut, superant la definició de salut com a absència de malaltia. A més, està àmpliament acceptat que hi ha una relació estreta entre la valoració subjectiva de la salut i altres conseqüències de la mateixa, com la mortalitat, l'ús de medicaments o l'ús de recursos sanitaris. Això explica que, tot i tractar-se d'una mesura subjectiva, sigui un dels indicadors més utilitzats en les enquestes de salut.

Tenir bona salut es considera un requisit decisiu per al benestar i adquireix un valor molt important com a mitjà per poder accedir a altres recursos. Els resultats de l'anàlisi de l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006 mostren que tres quartes parts de la població de 16 i més anys de la província de Barcelona valoren el seu estat de salut de forma positiva (bona o molt bona). En canvi, tenir mala salut es relaciona amb el dolor, amb la pèrdua d'energies i amb les limitacions per complir les expectatives de vida. Així doncs, un quart de la població de la província de Barcelona no està satisfeta amb el seu estat de salut. Els aspectes sobre els quals s'ha d'incidir si es vol millorar la percepció de la salut de la població cobreixen un ampli ventall de dimensions i són diferents entre diversos grups socials.

L'anàlisi realitzada evidencia clarament que la salut percebuda de la població de la província de Barcelona té forts components socials, i conseqüentment és molt sensible a les desigualtats socials. Si bé una de les variables que més expliquen les diferències en la salut percebuda és l'existència de limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, hi ha tota una sèrie de factors sociodemogràfics, de condicions laborals i econòmiques, d'estils de vida i de vincles socials que també serveixen per explicar la percepció precària de la salut a nivell individual. A més, tant la percepció de l'estat de salut com els motius que la condicionen i el pes de cadascun d'ells varien en funció dels diferents grups d'edat.

Entre la **població de 16 a 34 anys** de la província de Barcelona hi ha un 8% de la població que valora la seva salut de forma negativa (regular, dolenta o molt dolenta). La incapacitat funcional és l'aspecte que més contribueix a una valoració desfavorable de la salut. Una posició econòmica precària i la manca de pràctica esportiva, tot i que amb menor pes, també explica la percepció negativa de la salut dels joves.

En un grup en què la prevalença de les discapacitats i de les limitacions funcionals és molt baixa (menys de l'1%), el fet de patir-les empitjora molt la percepció de l'estat de salut enfront

dels qui no les tenen (Vingilis *et al.*, 2002). L'existència de limitacions funcionals entre els joves els proporciona una situació poc avantatjosa per afrontar el futur i que pot truncar les seves expectatives de vida en molts sentits.

Un segon aspecte que ajuda a predir el deteriorament de la percepció de l'estat de salut dels joves de la província és la posició econòmica, que sol estar relacionat amb el nivell d'estudis, el nivell d'ingressos i les dificultats econòmiques. Nivells d'estudis inferiors es tradueixen en entrades més primerenques al mercat laboral i en l'obtenció de feines menys qualificades, i ambdós aspectes desemboquen en pitjors percepcions de l'estat de salut entre la població jove-adulta (Karmakar i Breslin, 2008). A més, és destacable que haver tingut uns ingressos baixos i haver patit dificultats econòmiques apareixen com a factors que fan augmentar la mala percepció de l'estat de salut en els joves (i no en la resta de grups d'edat). Per tant, la percepció de la salut de la població d'aquest grup d'edat està molt relacionada amb les condicions econòmiques, sobretot en els casos en què hi ha una certa precarietat econòmica.

Quant a la pràctica esportiva, es constata que els joves que practiquen exercici físic tenen una percepció més positiva del seu estat de salut que els que no en practiquen. El fet que l'esport hagi esdevingut una activitat prou generalitzada, especialment entre la població jove (a causa de l'obligatorietat de l'educació física en l'ensenyament secundari i la promoció pública de l'esport), podria fer que practicar esport es consideri «normal» o «òptim», de manera que els que no en practiquen tinguin una percepció desfavorable de la seva salut. A més, podria ser que alguns dels que no practiquen esport ho facin precisament per problemes de salut.

Cal destacar que entre els joves de la província de Barcelona no hi ha diferències pel que fa al sexe. Tot i que en l'anàlisi descriptiva les dones valoraven la seva salut com a lleugerament més deteriorada que la dels homes, les diferències per sexes no són estadísticament significatives en el model multivariable. Aquest fet concorda amb altres estudis internacionals realitzats en joves (Breidablik *et al.*, 2008a i 2008b).

En el grup de **població de 35 a 64 anys**, amb un 26,5 % de població que valora la seva salut negativament, la salut percebuda s'explica per alguns factors comuns als dels joves i per d'altres de diferents. A banda de les limitacions funcionals, del context socioeconòmic i de la pràctica esportiva, hi entren en joc altres aspectes molt importants en aquesta etapa del cicle de vida, com les condicions laborals i la valoració de les xarxes socials properes.

La valoració precària de la salut en la població adulta de la província de Barcelona està, com en els joves, molt condicionada pel fet de tenir limitacions per a la realització de les activitats quotidianes de la vida diària. El fet de patir limitacions funcionals pot donar lloc a unes restriccions en l'activitat laboral que poden traduir-se en menors recursos econòmics i en la dependència de l'ajut d'altres persones, aspectes que poden agreujar la percepció de la salut.

Un altre atribut que explica la mala salut percebuda de la població adulta de la província de Barcelona és tenir una posició socioeconòmica desfavorable, caracteritzada per nivells d'estudis baixos però també, a diferència dels joves, per categories professionals baixes, així com per valoracions poc avantatjoses del nivell de vida de la família en comparació

amb el que tenia fa un any. El fet de gaudir d'una posició social més òptima va associat a unes condicions econòmiques i recursos culturals més favorables, que milloren la capacitat d'afrontar els problemes de salut (Laaksonen *et al.*, 2005), cosa que pot afavorir la percepció de la salut.

Les desigualtats entre homes i dones respecte de les condicions de treball i de la quantitat de treball es tradueixen en desigualtats en la percepció de salut. Segons els resultats de l'anàlisi multivariable, la població amb dobles jornades laborals (majoritàriament dones) i la població no ocupada amb plena dedicació a les tasques de la llar, és a dir, les mestresses de casa amb plena dedicació a la cura de la llar i de la família (incloent-hi infants, malalts i persones dependents), tenen una percepció més negativa de l'estat de salut que la població que només es dedica al treball remunerat (el 71,7% són homes). Així doncs, aquesta variable és un factor explicatiu de la percepció de l'estat de salut molt associat al sexe i mostra que els diversos rols que juguen els homes i les dones en la societat donen lloc a percepcions diferents de l'estat de salut (Rohlfes *et al.*, 2000). D'altra banda, dobles jornades laborals poden desembocar en episodis més freqüents de depressions i ansietats, les quals tenen una associació molt forta amb la salut percebuda (Azpiazu-Garrido, 2002). Aquests resultats estan d'acord amb altres estudis que indiquen que els homes pensen més en termes de salut física, mentre que les dones inclouen un ventall més ampli d'aspectes, entre els quals factors contextuals i psicosocials (Denton *et al.*, 2004).

Els resultats de l'anàlisi també revelen que l'empitjorament de les relacions personals amb la parella i la família juguen un paper important a l'hora d'explicar la percepció de l'estat de salut en aquesta etapa de la vida. El fet de perdre el cònjuge o els pares suposa canvis dràstics en la vida quotidiana, com ara sentiments de soledat, de manca de suport i, fins i tot en alguns casos, de manca de recursos econòmics, que poden influir sobre la valoració de la salut.

En la població adulta, la realització d'activitat física de manera habitual també contribueix a una millor percepció de l'estat de salut. Tot i això, sembla que en aquest grup d'edat la diferència entre els que practiquen esport i els que no en practiquen és menor que en el grup de joves.

Per últim, en la **població de 65 anys i més**, un 59,2% de la gent gran valora el seu estat de salut de forma negativa. Un dels principals motius que explica aquest elevat percentatge de percepció negativa és l'elevada prevalença de les limitacions per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària en aquest grup d'edat (41,6%). Al fet de tenir limitacions, s'hi afegeix la posició socioeconòmica i la manca de realització d'activitat física de forma habitual, aspectes que també apareixien en els altres grups d'edat. A més, hi ha altres característiques específiques per explicar la percepció negativa de la salut de la gent gran, com són el fet de viure sol/a i el fet de no tenir una xarxa social propera (parella i família) a la qual acudir en cas de problemes personals i afectius.

En relació amb les limitacions funcionals, tot i que la seva prevalença en aquest grup d'edat és més elevada, el seu efecte sobre la percepció dolenta de la salut és menor que en els joves i els adults. Aquest fet concorda amb altres estudis en els quals es demostra que l'impacte de condicions de salut desfavorables entre la gent gran perd pes a mesura que els grups tenen edats més avançades (Séculi *et al.*, 2001; Azpiazu-Garrido *et al.*, 2002).

La valoració relativament millor de l'estat de salut de la gent gran amb els mateixos problemes de salut s'ha atribuït a aspectes de comparació social, ja que és probable que la població es compari amb membres de la seva xarxa social com ara familiars, veïns, amics i coneguts. En fer-ho, la gent gran coneix i accepta les seves limitacions des de la perspectiva de l'edat i valora la seva salut més positivament que la gent jove i adulta, que té unes expectatives de salut molt més bones (Manderbacka i Lundberg, 1996).

El nivell d'estudis continua sent un factor explicatiu de la salut percebuda en la gent gran, i el salt qualitatiu del canvi en la percepció negativa de la salut es dona en el pas de la primària a nivells d'instrucció superiors. Això es podria explicar perquè els nivells d'estudis superiors són els que proporcionen el tipus de recursos que afavoreixen el sentiment de control i seguretat en la vellesa, al mateix temps que faciliten una major disponibilitat d'informació, de relacions socials, etc. A més, nivells d'estudis més elevats estan associats a situacions professionals i econòmiques més avantatjoses.

Les persones que pensen que el nivell de vida actual de la seva família ha empitjorat en relació amb el que tenia fa un any tenen percepcions de la salut més precàries que els que pensen que s'ha mantingut o ha millorat. També en relació amb la posició socioeconòmica s'ha demostrat que en la gent gran, tot i el temps transcorregut després d'abandonar el mercat laboral, el fet d'haver format part d'una categoria professional alta es continua associant amb una valoració més positiva de la salut (Arber i Ginn, 1993).

En aquest grup d'edat, un dels principals factors de risc de la percepció desfavorable de la salut és ser dona i no haver treballat mai. Tot i que en el model de regressió logística la variable sexe no apareix per si sola com a explicativa de l'estat de salut, l'efecte del sexe està implícit en la variable categoria professional, ja que un 98% de la població inclosa en la categoria «no ha treballat mai» són dones. Les dones de 65 anys i més que no han treballat mai tenen una probabilitat molt més elevada de percebre el seu estat de salut de forma negativa que la resta de població del mateix grup d'edat. Les dones grans que no han treballat mai es poden trobar en una situació especialment desfavorable en quedar-se vídues si no tenen rendes pròpies, ja que passen a dependre exclusivament del sistema de protecció social de l'Estat, mitjançant pensions de viduitat, les quanties de les quals, malgrat que actualment s'ha tractat de corregir, han estat durant molt temps allunyades de la renda mitjana de la població. Això pot empitjorar encara més la percepció subjectiva de la salut.

Una altra diferència amb el grup de joves i adults és que, entre la gent gran, viure sol/a apareix com a variable explicativa de la salut percebuda, i fa augmentar la percepció positiva de la salut. És a dir, poder tenir una vida independent en el propi domicili (propiciada per unes bones condicions de salut) fa disminuir la mala salut percebuda, fet que indica que viure sol/a és un aspecte molt valorat en aquest grup d'edat. Altres estudis realitzats entre gent gran institucionalitzada han mostrat que es dona un empitjorament de la percepció de l'estat de salut en relació amb el que tenien en arribar a la institució, pel fet de romandre ingressats i com a afegit a la pèrdua de capacitats funcionals (Rojas Ocaña *et al.*, 2006). Els nostres resultats van, per tant, en aquesta línia, i no en la d'altres treballs que han associat el fet de viure sol amb el de no tenir relacions socials (sentir-se sol/a, passar tot el dia sol/a), i conseqüentment, amb valorar la salut de forma més negativa. En el nostre treball s'ha pogut analitzar l'efecte que té disposar d'una xarxa social a la qual recór-

rer en cas de problemes personals i afectius en la salut percebuda, i s'ha vist que els que no han acudit a ningú tenen una percepció de salut negativa dues vegades més elevada que els que han acudit a la família. Així doncs, sembla que viure sol no és el factor de risc, sinó el fet de no tenir suport en cas de problemes personals i afectius.

Quant a la realització d'activitat física de manera habitual, els resultats mostren, igual que en els altres grups d'edat, que la gent gran que la practica percep el seu estat de salut de forma més positiva que els que no la practiquen, al mateix temps que aquesta condició té més pes entre gent gran que entre joves i adults. Això pot estar relacionat amb els motius pels quals la gent gran realitza esport. Per exemple, altres estudis (Moscoso i Moyano, 2009) indiquen que els principals motius per practicar esport entre la gent gran són mantenir o millorar la salut (28,8%), per problemes de salut (22,4%) o per consell mèdic (9,6%), mentre que la majoria dels joves practiquen esport «perquè els agrada» (56,3%) i mantenir i/o millorar la salut representa una causa menys comuna (15,0%). S'ha de tenir en compte, també, que els que no en practiquen pot ser que no ho facin precisament per problemes de salut, i per això la valoren més negativament.

L'anàlisi multivariable ha permès veure que el sexe guanya importància a l'hora d'explicar la salut percebuda de la població adulta i de la gent gran, mentre que no és tan important entre els joves. Això pot ser pel fet que els rols que desenvolupen homes i dones en la societat van variant al llarg del seu cicle de vida, i que les desigualtats socials entre homes i dones són més importants entre les generacions més avançades que entre la població jove. L'anàlisi també ha permès comprovar que la valoració de l'estat de salut no varia en funció dels diferents territoris de la província de Barcelona. Per tant, les conclusions extremes de l'anàlisi es poden aplicar, en línies generals, a tots els territoris de la província de Barcelona.

Els resultats d'aquest estudi confirmen que la percepció subjectiva de l'estat de salut és un constructe multidimensional en el qual intervenen molts aspectes i que, dins de l'ampli ventall de factors que modifiquen la manera en què cadascú està afectat per les experiències de salut, els factors socioeconòmics i estils de vida hi juguen un paper important. En un context de progressiu envelliment de la població, l'anàlisi de l'evolució d'aquests factors estructurals pot ajudar a predir com variarà la percepció de la salut en un futur i pot servir per preveure les demandes futures de serveis socials i sanitaris. A més, a través d'aquest estudi s'han pogut identificar quins són alguns dels aspectes que causen un empitjorament en la percepció de la salut en els diferents grups d'edat, i sobre els quals cal incidir, mitjançant polítiques públiques, si es vol millorar la salut de la població.

Annex metodològic

Consideracions metodològiques de l'estudi

1. Variables incloses en l'anàlisi descriptiva

<i>Variable</i>	<i>Categories</i>	<i>V de Cramer</i>
Anàlisi territorial		
Territori	Barcelona, resta, total província	...
	Corones (Barcelona, primera corona, segona corona, resta província)	...
	Grandària municipal	...
Variables sociodemogràfiques		
Edat*	16-29, 30-44, 45-64, 65-74, 75 i més	0,278
Sexe*	Home, dona	0,139
Estat civil*	Solter, casat, vidu, separat/divorciat	0,208
Estructura de la llar*	Unipersonal, sense nucli, parella sense fills, parella amb fills, monoparental, amb dos o més nuclis	0,135
Nivell d'estudis*	Sense estudis, primaris, secundaris, superiors	0,228
Origen geogràfic*	Catalunya, resta d'Espanya, fora d'Espanya	0,191
Situació i condicions laborals		
Categoria professional	No ha treballat mai, baixa, mitjana, alta	0,128
Situació laboral*	Ocupat, desocupat, jubilat, estudiant, mestressa de casa, altres situacions d'inactivitat	0,284
Dedicació al treball (mercantil i domèstic)*	Ocupats/ades amb càrrega domèstica ^a , ocupats sense càrrega domèstica, no ocupats	0,177
Condicions econòmiques		
Ingressos individuals mensuals*	1 a 450 €, 451-750, 751-1.050, 1.050-1.500, 1.501 i més, sense ingressos	0,179
Ingressos de la llar anuals*	Fins a 6.000 €, 6.000-9.000, 9.001-12.000, 12.001-15.000, 15.001-21.000, 21.000 i més	0,176
Nivell de vida actual*	Ha millorat, és igual, ha empitjorat	0,177
Dificultats econòmiques*	Sí, no	0,104
Valoració dels ingressos actuals*	Molt millor o millor, tal com esperava, pitjor o molt pitjor	0,160

(continua a la pàgina següent)

(continuació)

<i>Variable</i>	<i>Categories</i>	<i>V de Cramer</i>
Relacions socials i suport		
A qui demana ajut en cas de malaltia*	Ningú, professionals i serveis públics, amics-veïns-companys de feina, família, sense aquest problema	0,116
A qui demana ajut en cas de probl. econòmics*	Ningú, professionals i serveis públics, amics-veïns-companys de feina, família, sense aquest problema	0,125
A qui demana ajut en cas de problemes personals*	Ningú, professionals i serveis públics, amics-veïns-companys de feina, família, sense aquest problema	0,112
Valoració relacions parella i família vs expectatives*	Millor, tal com esperava, pitjor	0,115
Valoració relacions amb amics i coneguts vs expectatives*	Millor, tal com esperava, pitjor	0,098
Existència de limitacions per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i pràctica esportiva		
Limitació per realitzar activitats de la vida diària*	Té limitacions, no té limitacions	0,591
Nombre d'activitats per a les quals té limitacions*	Una, dues, tres, quatre, cinc	0,369
Ajuda per realitzar activitats de la vida diària *	Li cal ajuda, no li cal	0,504
Practica esport*	Practica algun esport, no practica cap esport	0,160

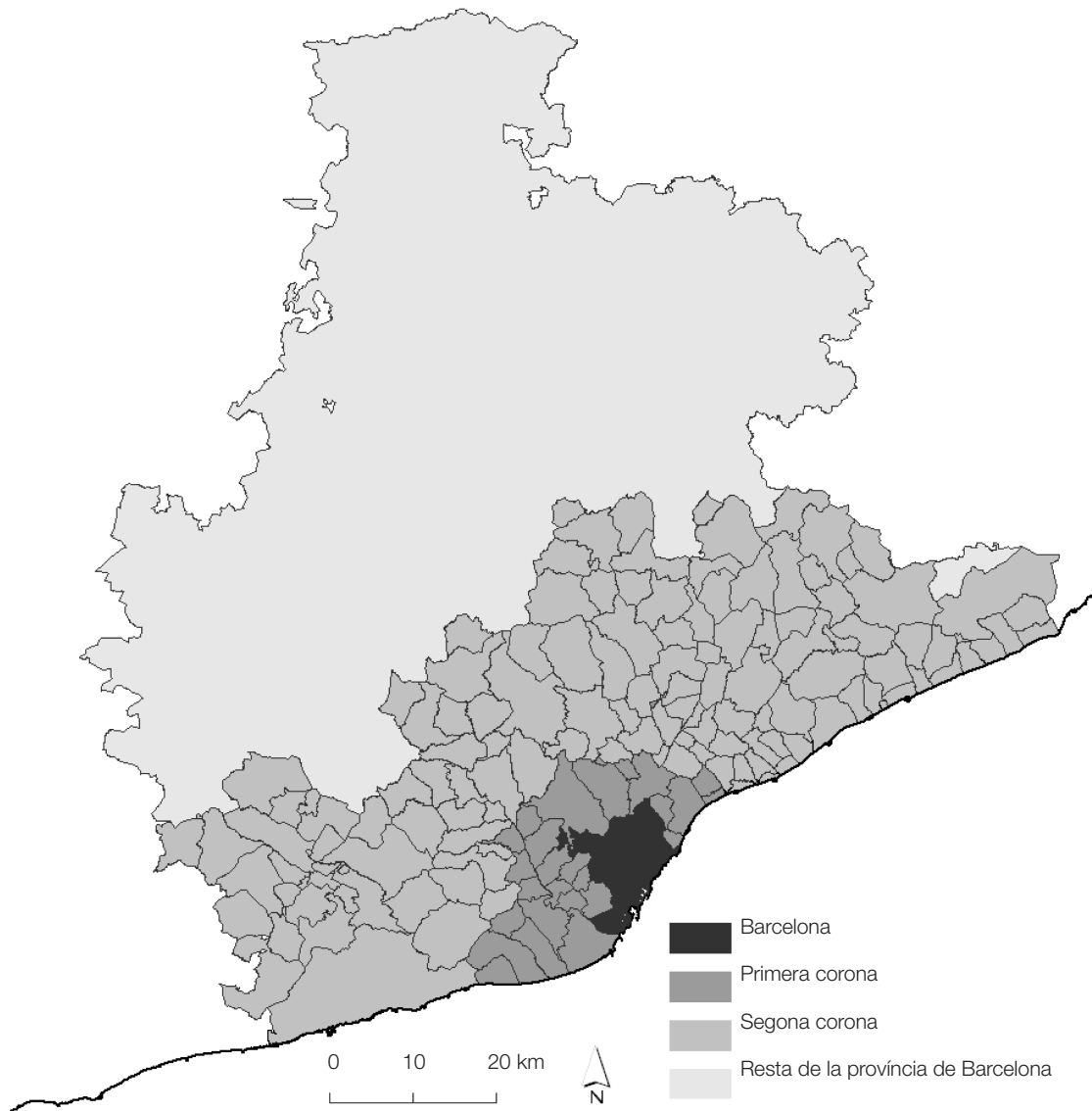
* El valor «p» de la prova Chi-quadrat és menor de 0,010, la qual cosa indica que les variables estan relacionades amb la percepció de l'estat de salut.

^a Càrrega domèstica entesa com a 20 hores setmanals o més de dedicació al treball domèstic.

^b Per esport s'entén, en sentit ampli, qualsevol activitat física que es practica de manera habitual amb la intenció de fer exercici físic, incloent-hi caminar, així com altres activitats com tai-txi, ioga, petanca, etc.

2. Àmbits territorials d'anàlisi

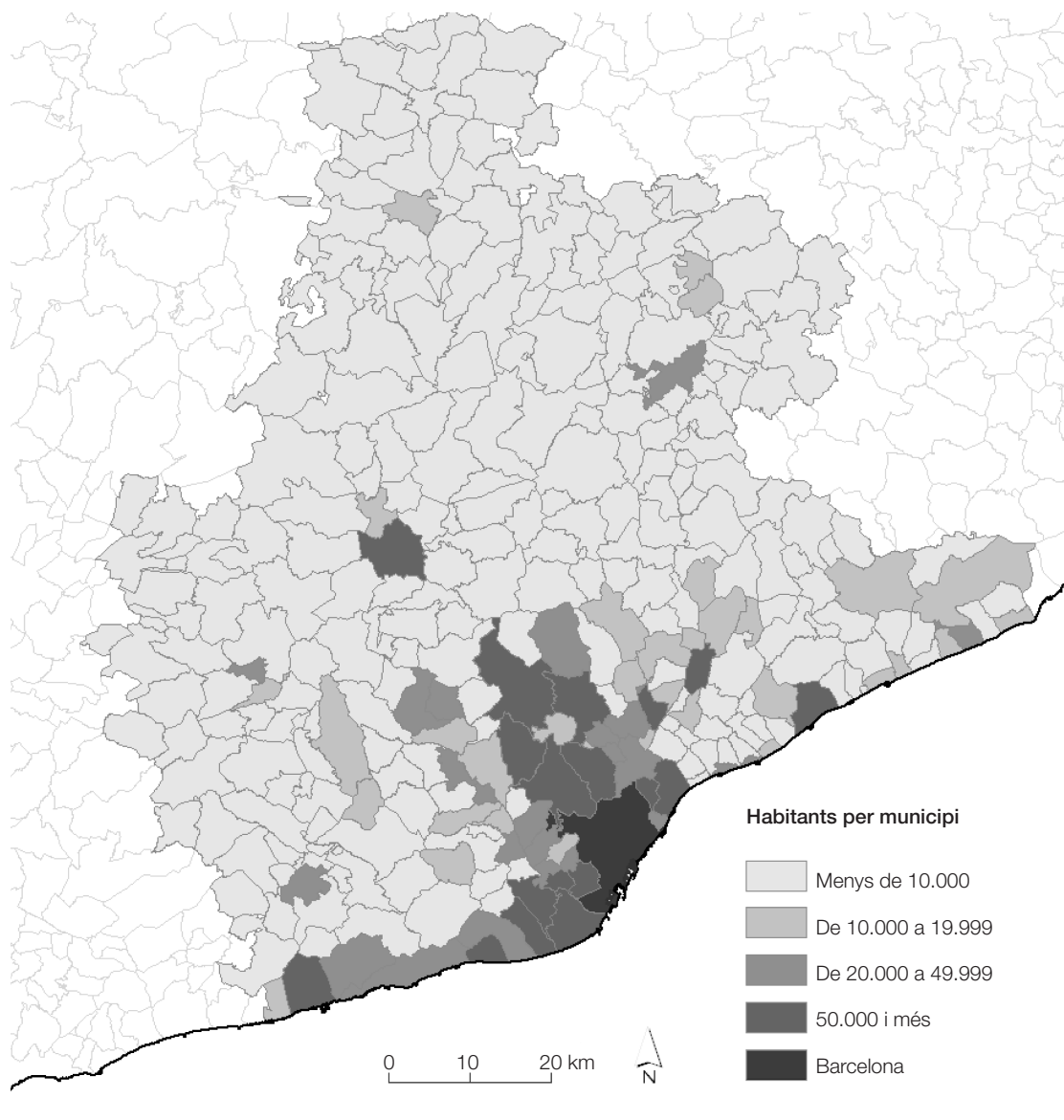
Àmbits 1 i 2. Barcelona, primera corona, segona corona i resta de la província de Barcelona



Primera corona: inclou els 27 municipis que formaven l'antiga Corporació Metropolitana de Barcelona, menys Barcelona.

Segona corona: inclou els municipis que formen l'àmbit metropolità del Pla Territorial de Catalunya menys els de la primera corona i Barcelona.

Àmbit 3. Municipis segons la grandària municipal



3. Aspectes metodològics: la regressió logística

La regressió logística és una tècnica d'anàlisi multivariable que permet avaluar la relació entre una variable d'interès (dependent) respecte d'altres variables conjuntament (independents), quan la variable d'interès és categòrica i té únicament dues categories de resposta (per exemple: home/dona, sí/no, etc.).

La regressió logística té una funció explicativa, ja que permet avaluar com afecta el canvi en unes característiques determinades (variables independents) sobre una característica en concret (variable dependent). També té una funció predictiva, ja que pot estimar o aproximar el valor d'una característica (variable dependent), en funció dels valors que poden prendre en conjunt una sèrie de característiques (variables independents). Dit d'una altra manera, permet conèixer com són les característiques socials i de salut d'aquesta població i quins condicionants porten a una determinada resposta sobre la percepció subjectiva de la salut.

El fenomen que es vol analitzar és la valoració negativa de l'estat de salut, és a dir, que una persona defineixi la seva salut en general com a regular, dolenta i molt dolenta. Es defineix la variable dependent (Y) com a «percepció de l'estat de salut», que pren dos valors: $Y = 0$ = «molt bona i bona» i $Y = 1$ = «regular, dolenta i molt dolenta».

L'equació del model de regressió logística és el següent:

$$\ln[P/1-P] = a + b X_1 X_{11}$$

Per poder interpretar el resultat del model de regressió logística s'ha de definir el concepte *odds*, que és el quocient de la probabilitat de presentar una determinada característica i la probabilitat de no presentar-la ($\text{Odds} = p / (1-p)$). El quocient de dues *odds*, anomenat *odds ratio* (OR), és una mesura que quantifica el risc de presentar una certa característica respecte de no presentar-la en base a una variable independent, quan es mantenen constants la resta de variables.

L'OR pot prendre valors que van del 0 a infinit, i el valor 1 és el referent per a la interpretació:

- Un valor d'OR igual a 1 indica que no hi ha associació entre la variable independent i la presència d'una característica determinada.
- Un valor d'OR més gran que 1 indica una associació positiva, és a dir, la presència del factor o variable independent s'associa a una ocurrència més gran d'una característica determinada.
- Un valor d'OR més petit que 1 implica una associació negativa, és a dir, la presència d'un factor s'associa a una ocurrència menor d'una característica determinada.

En el nostre cas, la característica que es vol avaluar és la percepció negativa de l'estat de salut. Les variables que donen lloc a $OR > 1$ són considerades factors de risc de la percepció negativa de l'estat de salut, i les que donen lloc a $OR < 1$ són considerades factors de protecció. En el context relacionat amb la salut, s'entén per **factor de risc** tota circumstància o situació que augmenta les probabilitats d'una persona de patir una malaltia, en aquest cas de tenir una percepció de salut negativa. Per **factors de protecció** es con-

sidera tota aquella circumstància o situació que disminueix la probabilitat d'una persona de tenir una percepció negativa de la salut.

Per seleccionar les variables explicatives a incloure en els diversos models, s'ha partit de les variables que en l'anàlisi descriptiva han resultat estadísticament significatives i s'ha utilitzat, en primer lloc, el mètode de selecció per passos cap endavant, i en segon lloc, el mètode de selecció per passos cap enrere. Les variables que finalment s'han inclòs en el model són aquelles que individualment són estadísticament significatives ($p > 0,05$) i que ajuden a millorar la capacitat predictiva del model global (mitjançant el test de versemblança). A més, per a cada un dels trams d'edat s'ha volgut explorar la interacció de l'edat amb la resta de variables. En els models s'han inclòs les interaccions significatives.

Per a cada un dels models es presenten les estimacions de la *odds ratio* (OR) i la taula de classificació correcta. Aquesta taula és un indicador de validesa del model que mostra la seva capacitat predictiva (la seva capacitat per classificar correctament els casos). També s'hi inclouen els límits inferior i superior i d'interval de confiança del 95% i la significació estadística.

4. Models de regressió logística

Model 1. Població jove (de 16 a 34 anys)

Taula A1. Variables incloses en el model. Estimacions i significació de les OR

			<i>I.C. 95,0% per a OR</i>		
		<i>Freq.</i>	<i>OR</i>	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Nivell d'estudis acabats de l'entrevistat (cicles formatius superiors = secundària)	(Estudis superiors)	452			
	Estudis secundaris	1.104	1,826*	1,100	3,033
	Estudis primaris	438	2,712**	1,579	4,656
	Sense estudis	29	0,329	0,037	2,893
Ingressos individuals nets mensuals (sense comptar ingressos extra) l'any anterior a l'enquesta (2005)	(No ha tingut cap ingrés)	288			
	Fins a 600 €	285	1,457	0,813	2,612
	601-900 €	458	2,038**	1,229	3,379
	901-1.200 €	537	1,113	0,646	1,916
	Més de 1.200 €	379	0,754	0,389	1,458
	Té ingressos irregulars	76	1,159	0,441	3,045
Dificultats econòmiques a la llar en els darrers 5 anys	(No)	1.357			
	Sí	666	2,011**	1,477	2,740
Dificultat per realitzar activitats bàsiques?	(No)	1.996			
	Sí	27	49,324**	18,507	131,455
Practica esport habitualment	(Sí)	1.008			
	No	1.015	1,409*	1,025	1,937
Constant			0,023		

En el cas de les variables amb més d'una categoria, la primera categoria, entre parèntesis, correspon a la categoria que es pren com a referència per comparar amb la resta.

* Els coeficients són significatius al nivell $p < 0,05$; ** els coeficients són significatius al nivell $p < 0,01$.

Taula A2. Taula de classificació correcta. Model 1: població de 16 a 34 anys de la província de Barcelona

		<i>Pronosticat</i>		
		<i>Valoració de la salut en general pel LOG</i>		<i>Percentatge correcte</i>
<i>Observat</i>		<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	
Valoració salut en general pel LOG	Positiva	1.535	580	72,6
	Negativa	73	130	64,0
Percentatge global				71,8

a. El valor de tall és 0,090.

Model 2. Població adulta (de 35 a 64 anys)**Taula A3. Variables incloses en el model. Estimacions i significació de les OR**

			I.C. 95,0% per a OR		
		Freq.	OR	Inferior	Superior
Nivell d'estudis acabats de l'entrevistat (cicles formatius superiors = secundària)	(Estudis superiors)	616			
	Estudis secundaris	1.121	1,255	0,920	1,711
	Estudis primaris	1.348	1,677**	1,219	2,308
	Sense estudis	220	2,684**	1,749	4,118
Categoria professional entrevistat	(Alta)	473			
	Mitjana	1.214	1,675**	1,180	2,379
	Baixa	1.480	1,884**	1,302	2,726
	No ha treballat mai	138	0,862	0,492	1,510
Dedicació treball (mercantil i domèstic)	(Ocupats sense càrrega domèstica ^a)	1.585			
	Ocupats amb càrrega domèstica	607	1,432**	1,125	1,823
	No ocupats amb càrrega domèstica	642	1,911**	1,510	2,419
	No ocupats sense càrrega domèstica	361	1,683**	1,270	2,231
Valoració del nivell de vida actual de la seva família en relació amb el de fa un any	(Ha millorat)	509			
	És igual	1.926	1,533**	1,143	2,057
	Ha empitjorat	867	2,109**	1,542	2,885
Valoració de les seves relacions personals (parella i família) en relació amb les expectatives que tenia fa uns anys	Millor/Molt millor	1.198			
	Tal com esperava	1.906	1,047	0,866	1,265
	Pitjor, molt pitjor	201	1,792**	1,266	2,536
Combinació edat-Dificultats per realitzar activitats bàsiques de la vida diària	(No dificultats i 35-49)	1.817			
	No dificultats i 50-64	1.209	1,685**	1,392	2,039
	Sí dificultats i 35-49	79	48,851**	22,819	104,581
	Sí dificultats i 50-64	200	30,441**	19,056	48,628
Practica esport habitualment	(Sí)	1.499			
	No	1806	1,270**	1,065	1,514
Constant			0,034**		

En el cas de les variables amb més d'una categoria, la primera categoria, entre parèntesis, correspon a la categoria que es pren com a referència per a comparar amb la resta.

a. Càrrega domèstica entesa com a 20 hores setmanals o més de dedicació al treball domèstic.

* Els coeficients són significatius al nivell $p < 0,05$; ** els coeficients són significatius al nivell $p < 0,01$.

Taula A4. Taula de classificació correcta. Model 2: població de 35 a 64 anys de la província de Barcelona

		<i>Pronosticat</i>		
		<i>Valoració de la salut en general pel LOG</i>		<i>Percentatge correcte</i>
		<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	
<i>Observat</i>				
Valoració salut en general pel LOG	Positiva	2.138	594	78,3
	Negativa	362	628	63,5
Percentatge global				74,3

a. El valor de tall és 0,265.

Model 3. Gent gran (65 anys i més)**Taula A5. Variables incloses en el model. Estimacions i significació de les OR**

			I.C. 95,0% per a OR		
		Freq.	OR	Inferior	Superior
Combinació nivell d'estudis acabats i edat	(Sense estudis i 65-74)	215			
	Sense estudis i 75 i +	269	0,608*	0,395	0,935
	Estudis primaris 65-74	333	0,673*	0,457	0,990
	Estudis primaris 75 i +	308	0,618*	0,410	0,933
	Estudis secundaris 65-74	99	0,259**	0,149	0,447
	Estudis secundaris 75 i +	85	0,627	0,355	1,109
	Estudis superiors 65-74	47	0,281**	0,120	0,660
	Estudis superiors 75 i +	21	0,438	0,126	1,528
Categoria professional entrevistat	(Alta)	120			
	Mitjana	381	2,837**	1,657	4,859
	Baixa	701	3,539**	2,060	6,079
	No ha treballat mai	175	5,965**	3,182	11,182
Valoració del nivell de vida actual de la seva família en relació amb el de fa un any	(Ha millorat)	61			
	És igual	796	1,557	0,873	2,777
	Ha empitjorat	512	2,366**	1,303	4,296
Suport en cas de problemes personals i afectius	Ha acudit a família	539			
	Ha acudit a amics i coneguts	21	2,370	0,911	6,170
	Ha acudit a professionals	10	1,113	0,200	6,190
	No ha acudit a ningú	66	2,333**	1,217	4,473
	No ha tingut aquesta dificultat	731	0,791	0,610	1,024
Viu sol?	(No)	1.081			
	Sí	280	0,523**	0,384	0,714
Dificultats per a la realització d'activitats bàsiques de la vida diària	(No)	787			
	Sí	574	7,767**	5,847	10,317
Practica esport habitualment	(Sí)	466			
	No	895	1,601**	1,238	2,070
	Constant		0,187**		

En el cas de les variables amb més d'una categoria, la primera categoria, entre parèntesis, correspon a la categoria que es pren com a referència per comparar amb la resta.

* Els coeficients són significatius en el nivell $p < 0,05$; ** els coeficients són significatius en el nivell $p < 0,01$.

Taula A6. Taula de classificació correcta. Model 3: població de 65 anys i més de la província de Barcelona

<i>Observat</i>		<i>Pronosticat</i>		
		<i>Valoració de la salut en general pel LOG</i>		<i>Percentatge correcte</i>
		<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>	
Valoració salut en general pel LOG	Positiva	523	121	81,2
	Negativa	295	640	68,4
Percentatge global				73,6

a. El valor de tall és 0,265.

Consideracions metodològiques de l'Enquesta

Introducció

L'*Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006* constitueix la darrera edició d'un projecte d'anàlisi de la realitat social que es realitza quinquennalment des del 1985. Es tracta d'una enquesta concebuda com a instrument de recollida d'informació periòdica sobre diversos àmbits de la vida quotidiana de la població. En aquest sentit, la seva finalitat és aportar dades i elements d'anàlisi sobre les dinàmiques socials i territorials i, gràcies a la sèrie de dades disponible avui dia, també sobre les transformacions que tenen lloc en aquests àmbits. En els seus vint anys d'història l'*Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població* (ECVHP) s'ha consolidat com una de les principals fonts de dades de la regió de Barcelona i ara, amb la cinquena edició, es disposa per primera vegada d'informació precisa i homogènia sobre el conjunt de la societat catalana.

De manera sintètica, els objectius de l'*Enquesta* es poden resumir en tres enunciats:

1. Conèixer i analitzar les condicions de vida i els hàbits de la població, les tendències evolutives en les formes de vida i els fenòmens socials i identificar els factors que intervenen en els canvis socials.
2. Determinar les diferències en les condicions de vida i els hàbits de la població en funció del territori de residència i extreure'n els trets territorials distintius.
3. Identificar els grups socials, les seves característiques i els factors que en condicionen la formació i analitzar els tipus de desigualtats existents entre ells i les tendències de convergència o divergència que s'observen en les seves formes de vida.

Un dels aspectes més rellevants de l'evolució de l'*Enquesta* ha estat el manteniment dels objectius i dels criteris de recerca, la qual cosa ha afavorit la comparabilitat dels resultats. Tot i així, al llarg de les cinc edicions s'han incorporat alguns canvis tècnics i metodològics, els quals s'han acompanyat dels treballs necessaris per tal de conservar la sèrie de dades.

Tanmateix, el canvi més important de l'*Enquesta* ha estat l'ampliació progressiva del seu àmbit territorial d'estudi. El territori de la primera edició del 1985 fou la ciutat de Barcelona i els 26 municipis que integraven l'antiga Corporació Metropolitana de Barcelona. L'any 1990 es va passar a analitzar el conjunt de comarques que formen la Regió I (Baix Llobregat, Barcelonès, Maresme, Vallès Occidental i Vallès Oriental). En l'edició del 1995 el territori s'amplià de nou amb la incorporació de les comarques de l'Alt Penedès i el Garraf, tot comprènent sencera la regió metropolitana de Barcelona. L'any 2000 l'*Enquesta* ja es va realitzar a tota la província de Barcelona. I finalment, amb la present edició, passa a incloure per primera vegada tot el conjunt del territori català, en la que es pot considerar l'ampliació territorial més ambiciosa del projecte.

Totes aquestes modificacions territorials mantenen una estreta relació amb l'àmbit territorial competencial de les institucions que al llarg d'aquests anys han ofert el seu suport a l'*Enquesta*. El projecte va ser impulsat i finançat primerament per la Corporació Metropolitana de Barcelona (edició del 1985) i, posteriorment, per la Mancomunitat de Municipis

pis de l'Àrea Metropolitana de Barcelona i per la Diputació de Barcelona (edicions de 1990, 1995 i 2000). L'última ampliació territorial obeeix a la incorporació en la present edició del 2006 de la Generalitat de Catalunya, a través de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Les successives ampliacions territorials s'han produït sempre per agregació de territoris a la mostra, la qual cosa ha suposat un increment considerable de les persones entrevistades entre les diferents edicions. Així, de les 4.912 entrevistes que es van realitzar en la primera edició de l'any 1985 s'ha passat a una mostra de 10.398 individus per a l'actual edició del projecte.

L'evolució històrica de l'*Enquesta* també es reflecteix en les diferents denominacions que el projecte ha anat adoptant al llarg de la seva existència. L'any 1985 es dissenya sota el nom *Enquesta Metropolitana sobre condicions de vida i hàbits de la població*, que posteriorment és substituït per *Enquesta de la regió metropolitana de Barcelona* (1990 i 1995) i *Enquesta de la Regió de Barcelona* (2000), tot en funció del territori estudiat.

L'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (IERMB) ha estat la institució que, des de la primera edició, ha assumit la direcció metodològica de l'*Enquesta*, així com el treball de camp, el tractament i l'anàlisi de les dades, la qual cosa ha contribuït al manteniment dels criteris que garanteixen, en gran part, la comparabilitat entre les diferents edicions.

Pel que fa al contingut temàtic de l'enquesta, aquest comprèn gairebé tots els elements que constitueixen les formes de vida de la població: *estructura social, formes de convivència, nivells educatius, situació en el mercat de treball i condicions laborals i professionals, adscripció i transmissió lingüística, hàbits culturals i activitats de lleure, ús i percepció del territori, nivell de renda i de recursos, condicions de l'habitatge i de l'equipament domèstic, ús i percepció del territori i mobilitat, hàbits de consum, relacions socials i nivell d'associacionisme*.

Les dades resultants són majoritàriament de tipus objectiu i tenen un marcat caràcter estructural. D'altra banda, es tracta d'una informació que té un valor essencial, ja que complementa les fonts d'informació existents per a aquest territori i, en molts casos, constitueix l'única informació disponible.

La present edició de l'*Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006* és una operació estadística que s'inclou en el Programa anual d'actuacions estadístiques del 2005, a la vegada que s'insereix en el Pla estadístic de Catalunya 2005-2008.

Aspectes metodològics

Les característiques tècniques i metodològiques de l'*Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006* mantenen els mateixos objectius i criteris de recerca que les edicions anteriors. Les modificacions incorporades en aquesta cinquena edició no alteren la comparabilitat de les dades i donen continuïtat a la sèrie temporal iniciada l'any 1985. Els canvis metodològics més rellevants fan referència a l'ampliació de l'àmbit territorial a tota la població de Catalunya, a la construcció de la mostra i a la inclusió de nous elements

en el contingut temàtic. Les característiques tècniques de les diferents edicions es recullen a la fitxa tècnica que es pot trobar més endavant. Els trets metodològics de l'*Enquesta 2006* són, de manera resumida, els que es presenten a continuació.

Unitats d'anàlisi

L'univers estadístic és la població de 16 anys i més resident a Catalunya, que correspon a 6.049.414 persones. La unitat de recollida de la informació és l'individu, tot i que la informació que recull el qüestionari permet conèixer també algunes característiques elementals de caràcter socioeconòmic de cadascun dels membres que resideixen a la llar i també algunes característiques de les llars.

Àmbit territorial

El disseny mostral aporta representativitat estadística per a un nivell d'error acceptable per a diferents nivells territorials que poden ser tractats com a submostres independents. Aquests territoris són Catalunya, àmbits territorials del Pla estadístic, comarques de la província de Barcelona, corones metropolitanes, Barcelona ciutat i districtes de Barcelona.

Efectius de la mostra i marge d'error

S'han realitzat un total de 10.398 entrevistes a tot el territori de Catalunya. Amb aquesta dimensió de la mostra, si es considera un nivell de confiança del 95,5%, l'error mostral és de $\pm 0,7\%$ per a dades globals.

Àmbits temàtics de l'enquesta

L'enquesta recull una gran varietat d'àmbits temàtics en relació amb els hàbits i les condicions de vida de la població de Catalunya. Els grans temes de l'enquesta són:

- A. Estructura de la llar
- B. Procedència geogràfica
- C. Llengua
- D. Nivell d'estudis
- E. Situació laboral
- F. Salut
- G. Ingressos, propietats i inversions
- H. Consum
- I. Habitatge
- J. Percepció del barri i de l'entorn
- K. Ús i imatge del territori
- L. Cultura i lleure
- M. Relacions socials, associacionisme i ideologia
- N. Fitxa d'observació

La revisió del qüestionari, amb la intenció d'incorporar nous aspectes socials no presents en edicions anteriors, ha portat a la introducció de preguntes relatives a la immigració, l'ús de noves tecnologies i l'estat de salut dels entrevistats.

La recollida de dades s'ha realitzat mitjançant un qüestionari en format de paper i editat en castellà o català, que els enquestadors han administrat a través d'entrevistes presen-

cials a la població seleccionada com a mostra. La majoria de les preguntes que formen el qüestionari són de tipus precodificat; tanmateix, s'hi inclou alguna pregunta oberta. La durada mitjana de l'entrevista ha estat de 50 minuts.

Treball de camp

El treball de camp ha estat realitzat per un equip de l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona entre els mesos de setembre del 2005 i octubre del 2006. En tot moment el disseny de l'organització i la formació d'enquestadors, així com el grau de control assolit (supervisió del 100% dels qüestionaris, control a domicili del 25% de les entrevistes realitzades, codificació prèvia sobre paper i depuració de la base de dades), ha permès minimitzar els errors en els processos de recollida d'informació, codificació i gravació de les dades. Tot plegat ha garantit, per tant, una gran fiabilitat de les dades obtingudes.

Processament de les dades

El tractament de la informació obtinguda es realitza mitjançant el programari Statistical Product and Service Solutions (SPSS).

Construcció de la mostra

En el disseny de la mostra s'estableix com a objectiu l'extracció d'una mostra aleatòria estratificada representativa de la població de Catalunya de 16 anys i més. L'elecció del procediment de mostreig estratificat es justifica bàsicament per criteris de precisió enfront d'altres mètodes i per l'heterogeneïtat social que caracteritza la població objecte d'estudi. En aquest sentit, els continguts de l'estudi de l'*Enquesta* recullen una gran diversitat de temàtiques socials. L'objectiu consisteix precisament a poder expressar millor la varietat de la realitat social de Catalunya en relació amb les condicions de vida i hàbits de la població. Aquests continguts i objectius obliguen, en la construcció de la mostra estratificada, a prendre en consideració com a variables criteri d'estratificació les que millor expressin aquesta multiplicitat social de la població.

La informació poblacional primària i diversa prové del cens de població, a través dels seus indicadors. Una vegada escollides les variables més pertinents del cens, que expressen la màxima diversitat social, es procedeix a la seva reducció i estructuració a fi i efecte d'identificar i escollir les variables criteri amb les quals construir els estrats de la mostra. Així es garanteix la presència a la mostra d'estrats que expressen les diferències poblacionals i amb uns continguts que presenten una gran correlació amb els de l'*Enquesta*.

Al llarg de les cinc edicions de l'*Enquesta* s'ha mantingut bàsicament la mateixa metodologia de construcció de la mostra, de manera que les variacions més importants s'han produït sobretot com a conseqüència d'adaptar la mostra als canvis de domini territorial, tot ampliant en cada moment el marc territorial fins a considerar tot Catalunya.

Així doncs, la mostra estratificada es construeix seguint tres etapes principals:

1. Construcció dels estrats. A partir de les dades poblacionals, aquests s'obtenen mitjançant l'aplicació de dues tècniques d'anàlisi multivariable: anàlisi factorial de components principals i anàlisi de classificació automàtica.

2. Afixació de la mostra i determinació de les quotes mostrals.
3. Ponderació *a posteriori* de la mostra i elevació.

La present edició és la que més novetats incorpora en el procediment de disseny mostral, sobretot per les implicacions derivades de l'ampliació territorial al conjunt de Catalunya. Les modificacions que més destaquen són:

- L'àmbit territorial s'estén al conjunt de Catalunya i, per primera vegada, forma part de la mostra la població de 16 anys i més.
- En el procés de construcció i d'anàlisi dels estrats s'han utilitzat les dades del cens de població del 2001,¹⁵ tot augmentant considerablement el conjunt de variables poblacionals utilitzades.
- Atesa la gran extensió del territori objecte d'estudi, s'ha optat per concentrar la mostra territorialment, per optimitzar recursos, mitjançant un procés que garanteix l'aleatorietat i la representació de la mostra.
- La dimensió de la mostra s'amplia per facilitar anàlisis específiques de determinats àmbits territorials i/o col·lectius socials.
- Per primera vegada s'aplica un factor d'elevació per expressar les dades mostrals en termes de valors absoluts poblacionals.

A continuació, s'aborda en més detall el procés seguit de construcció de la mostra estratificada.

Construcció dels estrats

En aquesta fase es tracta de classificar la totalitat de la població catalana en diferents estrats, a partir de dades disponibles al cens del 2001. Però no es consideren com a unitats els individus censats, sinó la seva agrupació en seccions censals de residència (un total de 5.222), atenent característiques socials, econòmiques, culturals, demogràfiques i territorials. Les seccions censals constitueixen una unitat de divisió territorial suficientment petita per garantir l'homogeneïtat de les característiques socials de la població que hi viu, característiques que es recullen en un conjunt de 82 variables triades,¹⁶ que representen la màxima varietat i heterogeneïtat de la població.

Aquesta classificació es porta a terme mitjançant dues tècniques d'anàlisi multivariable independents i complementàries: l'anàlisi factorial de components principals (ACP), que sintetitza la informació d'un conjunt de variables en els principals factors que diferencien la població, i l'anàlisi de classificació automàtica (*cluster analysis*, ACL), a través de la qual s'obtenen grups homogenis de població o tipus socials que constitueixen els estrats de la mostra.

Mitjançant l'ACP, les 82 variables originals es redueixen a 7 variables factorials que acumulen gairebé el 70% de la variabilitat inicial i que s'identifiquen, sintèticament, de la forma següent:

15. Fins aquesta edició, la mostra sempre s'havia construït a partir de dades del cens electoral.

16. Les variables considerades del cens de població expressen en general la proporció de persones que posseeixen una determinada característica sobre el total de la població de la secció censal i són el resultat d'una selecció de les 234 inicialment considerades.

Primer factor	La categoria socioprofessional
Segon factor	L'origen geogràfic: autòctons vs. antiga immigració
Tercer factor	El cicle vital
Quart factor	El factor rural-urbà
Cinquè factor	La nova immigració
Sisè factor	El factor d'activitat laboral
Setè factor	La mobilitat territorial

Amb aquestes 7 variables factorials es procedeix a la classificació de les 5.222 seccions censals de Catalunya en estrats, en dues etapes:

a) En la primera etapa es procedeix a realitzar una classificació jeràrquica ascendent mitjançant el procediment de Ward (de mínima pèrdua d'inèrcia), que classifica inicialment les seccions en una jerarquia de particions, i es fixa en 10 el nombre de grups o estrats.

b) En la segona etapa es fa una classificació no jeràrquica pel mètode de centres mòbils, a partir del nombre d'estrats determinat i els centres inicials definits, amb l'objectiu d'optimitzar l'assignació de les seccions als estrats.

Els 10 estrats que s'obtenen s'identifiquen amb els perfils següents:

Estrat 1	Població catalana envellida i de classes treballadores en ciutats no metropolitanes (11%)
Estrat 2	Mobilitat de famílies joves de classe mitjana (8%)
Estrat 3	Població jove de classe treballadora de municipis urbans (14%)
Estrat 4	Els petits municipis rurals (10%)
Estrat 5	Població urbana més jove de classe treballadora precària (8%)
Estrat 6	Classes socials mitjana i alta de les grans ciutats (8%)
Estrat 7	Antiga immigració a l'àrea metropolitana (15%)
Estrat 8	Població envellida urbana de l'antiga immigració (8%)
Estrat 9	Població de capital de classe mitjana-alta amb cert envelliment (15%)
Estrat 10	La nova immigració (4%)

Afixació de la mostra i determinació de les quotes mostrals

Amb els estrats construïts es procedeix a l'afixació d'una dimensió de la mostra donada segons el criteri òptim de Neyman. Després de la distribució per estrats es realitza l'assignació de quotes de mostra a les seccions censals de cada estrat segons la seva població, amb una subestratificació *a posteriori* segons el territori i l'hàbitat per tal d'aconseguir una concentració territorial que faciliti el treball de camp de l'enquesta.

La **dimensió de la mostra** que es considera per al conjunt de Catalunya és de 8.348 individus, amb un error associat del 0,78% per a un nivell de confiança del 95,5%, calculada a partir de l'expressió:

$$n = \frac{z^2 \cdot \sigma^2}{e^2 \cdot \bar{Y}^2}$$

on:

z és el nombre de sigmes de nivell de significació (2s),

σ^2 és la variància de la distància quadràtica euclidiana de les seccions censals al centre de la totalitat del núvol (valor obtingut de 0,783),

e és l'error mostral (valor considerat de 0,78%),

$\bar{Y}$ és la mitjana de les distàncies quadràtiques euclidianes (valor obtingut de 2,493),

n és la dimensió mostral.

L'afixació d'aquesta dimensió de mostra entre els estrats segons el criteri d'afixació òptima de Neyman comporta que com més gran i variable sigui un estrat, és més gran la proporció de mostra assignada per a aquest estrat, mitjançant la fórmula següent:

$$n_h = \frac{N_h \cdot \sigma_h}{\sum_{h=1}^K N_h \cdot \sigma_h} \cdot n$$

on:

n_h dimensió mostral de l'estrat h ($h = 1 \dots 10$),

N_h població de 16 anys i més de l'estrat h ,

σ_h desviació de la distància quadràtica euclidiana de les seccions censals de l'estrat h al centre del seu estrat.

Taula 1. Afixació mostral òptima de Neyman per a cada estrat

Estrat	N_h	σ_h	$N_h \sigma_h$	Coeficient d'afixació	n_h
1	640.561	0,47324	303.138,8	0,10173	849,27
2	556.508	0,83655	465.545,6	0,15624	1.304,27
3	977.070	0,40956	400.172,8	0,13430	1.121,12
4	248.814	0,78853	196.197,4	0,06584	549,66
5	467.962	0,67811	317.328,4	0,10650	889,02
6	435.320	0,60354	262.731,6	0,08817	736,07
7	845.423	0,47077	397.996,4	0,13357	1.115,02
8	354.574	0,56753	201.231,2	0,06753	563,77
9	686.607	0,42044	288.678,8	0,09688	808,76
10	195.425	0,75077	146.719,3	0,04924	411,05
Total	5.408.264	0,62386	2.979.740,3	1,00000	8.348,00

Amb el repartiment de la mostra entre els estrats es procedeix a l'assignació proporcional dels individus que corresponen a cada secció censal de l'estrat. Amb aquest repartiment es garanteix l'acompliment de l'aleatorietat de la mostra en l'elecció d'un individu que pertany a una secció censal determinada.

La determinació de les **quotes mostrals** finals per secció segueix un procés de distribució en cinc etapes:

- Primera etapa. Inicialment s'assigna a cada secció censal d'un estrat la quota de mostra que li correspon segons una distribució proporcional d'acord amb la seva població de 16 anys o més, amb la fórmula:

$$n_{sh} = \frac{N_{sh}}{N_h} \cdot n_h$$

on:

n_{sh} quota de mostra de la secció s de l'estrat h ,
 N_{sh} població de 16 anys i més de la secció s de l'estrat h ,
 N_h població de 16 anys i més de l'estrat h ,
 n_h dimensió mostral de l'estrat h .

- Segona etapa. Amb l'objectiu d'aconseguir una concentració territorial que faciliti el treball de camp, l'assignació inicial de quotes per a cada secció censal es distribueix tot considerant, a cada estrat, una subestratificació a partir d'un doble criteri de divisió territorial: els set grans àmbits del pla territorial i les cinc categories de grandària dels municipis. S'obtenen així 187 subestrats no buits entre els quals es distribueix la dimensió mostral.

Aquesta distribució implica analitzar totes i cadascuna de les seccions censals de Catalunya, la qual cosa significa, des del punt de vista del treball de camp, uns costos elevats derivats dels obligats desplaçaments per tot el territori català per a la realització de les entrevistes personals. En aquest sentit, i per tal d'afavorir la concentració territorial, s'ha aplicat un criteri de redistribució de les quotes de mostra a partir de diferenciar les seccions que pertanyen als municipis més petits (fins a 20.000 habitants) de les dels més grans.

En el cas dels subestrats amb més de 20.000 habitants, es consideren totes les seccions censals amb la quota de mostra assignada inicialment. Però si la secció censal és d'un subestrat de municipis amb una població inferior o igual a 20.000 habitants (un total de 137 subestrats), s'efectua la concentració territorial mitjançant l'atribució de la quota total de mostra del subestrat a una selecció aleatòria de seccions d'aquest, de la forma següent:

- En primer lloc es realitza l'extracció aleatòria de seccions. A tal efecte es divideix la quota de mostra del subestrat per 3, per tal de fixar el nombre de seccions del subestrat que seran seleccionades de forma aleatòria, és a dir:

$$ns_{hj} = \frac{n_{sj}}{3}$$

on:

ns_{hj} és el nombre de seccions a seleccionar del subestrat h_j (amb $j = 1 \dots 137$)
 n_{shj} és la quota de mostra de la secció s del subestrat h_j .

- A continuació es procedeix a la concentració de la quota de mostra del subestrat en les seccions censals seleccionades (), de forma proporcional al pes poblacional

de la secció sobre el total de les seccions seleccionades del subestrat. L'assignació de quotes s'expressa en la fórmula:

$$n_{shj} = \frac{N_{shj}}{N_{hj}} \cdot n_{hj}$$

on:

n_{shj} és la quota de mostra de la secció s seleccionada () del subestrat h_j (amb $j = 1 \dots 137$) de municipis fins a 20.000 habitants,

N_{shj} és la població de 16 anys i més de la secció s seleccionada () del subestrat h_j ,

N_{hj} és la població total de 16 anys i més del subestrat h_j amb les seccions seleccionades,

n_{hj} és la quota mostral del subestrat h_j .

- Tercera etapa. La necessitat de garantir un nivell de representativitat suficient per a determinades unitats territorials d'interès en l'estudi va portar a afegir una dimensió mostral addicional de 2.094 enquestes que es van repartir de forma desigual entre alguns àmbits territorials i comarques, segons s'indica a la taula següent:

Taula 2. Territoris i dimensió de mostra addicional

<i>Territori</i>	<i>Mostra addicional</i>
Camp de Tarragona	164
Terres de l'Ebre	361
Àmbit de Ponent	348
Alt Pirineu i Aran	504
Alt Penedès	173
Anoia	166
Bages	111
Berguedà	15
Garraf	124
Osona	109
Solsonès	19
Total	2.094

Per a cadascun d'aquests onze territoris, la dimensió mostral addicional es va repartir de forma proporcional al pes de les quotes de mostra de cada territori. El repartiment es fa mitjançant:

$$na_{st} = \frac{n_{st}}{n_t} \cdot na_t$$

on:

na_{st} és la quota de mostra addicional de la secció s seleccionada () del territori t ($t = 1 \dots 11$),

n_{st} és la quota de mostra de la secció s seleccionada () del territori t ,

n_t és la quota de mostra del territori t ,

na_t és la dimensió mostral addicional del territori t .

La quota final de les seccions censals d'aquests territoris és el resultat de l'arrodoniment de la suma de la quota inicial i l'addicional.

- Quarta etapa. Finalment, en el cas particular del subestrat dels municipis més petits (fins a 500 habitants) del territori de l'Alt Pirineu i Aran, que pertanyen a l'estrat 4, es va realitzar una segona extracció aleatòria de seccions amb l'objectiu de reforçar la concentració territorial de les entrevistes, ateses les característiques particulars d'escassa població. Del total de 46 seccions censals d'aquest subestrat, se'n van seleccionar aleatòriament 13, i es va assignar la quota de mostra de totes elles (132 enquestes) de forma proporcional al seu pes mostral.
- Cinquena etapa. Distribució final de la mostra. Tenint en compte les redistribucions de quotes i la mostra addicional, s'obté la distribució final d'enquestes a realitzar a cadascuna de les seccions censals seleccionades.

Taula 3. Distribució de les quotes de mostra en el procés de construcció seguit segons l'estrat

<i>Estrat</i>	<i>Quotes inicials</i>		<i>Redistribució de quotes</i>		<i>Mostra addicional</i>	<i>Mostra final</i>	
Estrat 1	849	10,2%	850	10,2%	446	1.296	12,4%
Estrat 2	1.304	15,6%	1.300	15,6%	196	1.496	14,3%
Estrat 3	1.121	13,4%	1.113	13,3%	352	1.465	14,0%
Estrat 4	550	6,6%	549	6,6%	691	1.240	11,9%
Estrat 5	889	10,6%	884	10,6%	182	1.066	10,2%
Estrat 6	736	8,8%	735	8,8%	67	802	7,7%
Estrat 7	1.115	13,4%	1.112	13,3%	5	1.117	10,7%
Estrat 8	564	6,8%	547	6,5%	71	618	5,9%
Estrat 9	809	9,7%	861	10,3%	35	896	8,6%
Estrat 10	411	4,9%	401	4,8%	49	450	4,3%
Total	8.348	100,0%	8.352	100,0%	2.094	10.446	100,0%

Finalment, els individus s'extreuen de forma aleatòria de cada secció censal a partir del conjunt de persones registrades al padró d'habitants actualitzat de gener del 2005. Un cop acabat el treball de camp, el nombre total d'individus entrevistats va ser de 10.398.

Ponderació *a posteriori* de la mostra i elevació

L'afixació òptima aplicada en el disseny de la mostra ens assegura la presència a la mostra d'aquelles característiques menys freqüents a la població, però, a la vegada, sobredimensiona la dels individus dels estrats més heterogenis que les posseeixen. A més, amb l'objectiu d'afavorir la concentració territorial del treball de camp, no s'han realitzat enquestes en totes les seccions censals. Així, per tal de garantir una mostra aleatòria proporcionalment dimensionada a la seva població, una vegada obtinguda la mostra és necessari restituir el valor real de les freqüències, tot ponderant el seu pes en el conjunt de la població de Catalunya de 16 anys i més.

La ponderació W_s que s'aplica és una magnitud que transforma la probabilitat real que un individu d'una determinada secció censal sigui escollit en la probabilitat teòrica sota la hipòtesi d'estricta aleatorietat. És a dir, mitjançant la ponderació, s'atorga un pes menor a aquells individus que tenen més probabilitats d'ésser escollits i un pes major a aquells altres amb menys probabilitats.

La ponderació de la mostra, que actua en relació amb les seccions censals escollides i el seu pes poblacional, restitueix la representació del conjunt de la població de Catalunya de 16 anys i més. A efectes de ponderació, i amb l'objectiu d'incloure la magnitud total de la població, s'ha procedit a la redistribució de la població exclosa entre les seccions amb quota mostral del mateix subestrat. Aquesta redistribució s'efectua de forma proporcional al pes poblacional de les seccions del subestrat escollides per a la mostra. D'aquesta manera, la ponderació W_s s'expressa en la fórmula següent:

$$w_s = \frac{N_{shj} + \frac{N_{shj}}{\sum N_{shj}} (N_{hj} - \sum N_{shj}) / N}{n_{shj} / n} = \frac{N_{shj} + \bar{N}_{shj} / N}{n_{shj} / n}$$

on:

- W_s és la ponderació de cada individu de la mostra de la secció s ,
- N_{shj} és la població de 16 anys i més de la secció s escollida en la mostra del subestrat h_j ,
- $\sum N_{shj}$ és la població de 16 anys i més de totes les seccions s escollides en la mostra el subestrat h_j ,
- $\bar{N}_{shj}$ és la població de 16 anys i més de totes les seccions s no escollides en la mostra del subestrat h_j ,
- N és la població total de 16 anys i més,
- n_{shj} és el nombre de casos de la mostra pertanyents a la secció s del subestrat h_j ,
- n és el nombre de casos de la mostra.

Una vegada realitzada la ponderació de les dades mostrals, aquestes s'expressen en magnituds poblacionals a partir de l'elevació de la mostra, que es fa introduint un factor de ponderació f per a cada individu de la mostra. El factor de ponderació s'obté relacionant la dimensió de la població (N), a partir de les dades poblacionals actualitzades de gener del 2006, amb la dimensió de la mostra (n):

$$\text{factor d'elevació} = f = \frac{N}{n}$$

La distribució final de la mostra ponderada i elevada en els diferents territoris és la següent:

<i>Àmbits territorials</i>		<i>Mostra</i>	<i>Elevació</i>	<i>%</i>
Àmbit metropolità		7.109	4.135.677	68,4
Comarques	Alt Penedès	146	84.947	2,1
	Baix Llobregat	1.114	648.359	15,7
	Barcelonès	3.368	1.959.241	47,4
	Garraf	192	111.801	2,7
	Maresme	576	335.280	8,1
	Vallès Occidental	1.200	697.945	16,9
	Vallès Oriental	512	298.104	7,2
Regió Metropolitana de Barcelona		7.108	4.135.677	100,0
	Barcelona	2.425	1.410.651	34,1
	Primera corona	2.120	1.233.270	29,8
	Segona corona	2.564	1.491.756	36,1
Barcelona ciutat		2.425	1.410.651	100,0
	Districte 1	175	101.806	7,2
	Districte 2	398	231.404	16,4
	Districte 3	273	159.083	11,3
	Districte 4	122	70.945	5,0
	Districte 5	202	117.634	8,3
	Districte 6	187	108.826	7,7
	Districte 7	258	149.817	10,6
	Districte 8	252	146.545	10,4
	Districte 9	220	127.991	9,1
	Districte 10	338	196.602	13,9
Comarques centrals		699	406.410	6,7
Comarques	Anoia	155	89.910	22,1
	Bages	227	131.852	32,4
	Berguedà	64	37.299	9,2
	Osona	224	130.354	32,1
	Solsonès	29	16.994	4,2
Comarques gironines		955	555.615	9,2
Camp de Tarragona		776	451.460	7,5
Terres de l'Ebre		263	152.783	2,5
Àmbit de Ponent		491	285.914	4,7
Alt Pirineu i Aran		106	61.556	1,0
Estrats de la mostra	Estrat 1	1.232	716.532	11,8
	Estrat 2	1.165	677.503	11,2
	Estrat 3	1.900	1.105.267	18,3
	Estrat 4	469	272.591	4,5
	Estrat 5	939	546.451	9,0
	Estrat 6	810	471.282	7,8
	Estrat 7	1.530	890.134	14,7
	Estrat 8	657	382.120	6,3
	Estrat 9	1.274	740.933	12,2
	Estrat 10	424	246.601	4,1
Total		10.398	6.049.414	100%

Una vegada ponderades les dades, a la dimensió de mostra de 10.398 individus se li associa un nivell d'error global del 0,72%, per a un nivell de confiança del 95,5%.

Fitxa tècnica

	<i>Enquesta de l'Àrea Metropolitana de Barcelona 1985</i>	<i>Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1990</i>	<i>Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1995</i>	<i>Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 2000</i>	<i>Enquesta de Catalunya 2006</i>
Àmbit territorial	Àrea Metropolitana de Barcelona (Municipis integrats en l'antiga Corporació Metropolitana de Barcelona) <i>Municipis: 27</i> <i>Superfície: 476 km²</i> <i>Total d'habitants: 3.096.748 (segons el cens de 1981)</i> <i>Percentatge / població de Catalunya: 49,2%</i>	Regió I de Catalunya <i>Municipis: 129</i> <i>Comarques: 5 (el Baix Llobregat, el Barcelonès, el Maresme, el Vallès Occidental i el Vallès Oriental)</i> <i>Superfície: 2.459 km²</i> <i>Total d'habitants: 4.090.706 (segons el padró de 1986)</i> <i>Percentatge / població de Catalunya: 67,9%</i>	Regió Metropolitana de Barcelona <i>Municipis: 162</i> <i>Comarques: 7 (l'Alt Penedès, el Baix Llobregat, el Barcelonès, el Garraf, el Maresme, el Vallès Occidental i el Vallès Oriental)</i> <i>Superfície: 3.235 km²</i> <i>Total d'habitants: 4.264.422 (segons el cens de 1991)</i> <i>Percentatge / població de Catalunya: 70,4%</i>	Província de Barcelona <i>Municipis: 311</i> <i>Comarques: 11 (7 comarques de la Regió Metropolitana més l'Anoia, el Bages, el Berguedà i Osona)</i> <i>Superfície: 7.718,5 km²</i> <i>Total d'habitants: 4.628.277 (segons el padró de 1996)</i> <i>Percentatge / població de Catalunya: 76,0%</i>	Catalunya <i>Municipis: 946</i> <i>Comarques: 41 comarques de Catalunya</i> <i>Superfície: 32.105,5 km²</i> <i>Total d'habitants: 7.134.697 (segons el padró de 2006)</i> <i>Percentatge / població de Catalunya: 100,0%</i>
Unitat d'anàlisi	A efectes de representativitat estadística, la unitat de recollida d'informació de l'Enquesta en totes les seves edicions ha estat l'individu, tot i que l'estructura del global d'informació que recull el qüestionari permet esbrinar tant el conjunt de característiques dels individus entrevistats com les del grup familiar i les de cadascun dels membres que resideixen a la llar.				
Univers estadístic	El conjunt d'individus majors de 18 anys residents a l'antiga àrea metropolitana de Barcelona: 2.174.363 persones	El conjunt d'individus majors de 18 anys residents a la Regió I de Catalunya: 2.991.131 persones	El conjunt d'individus majors de 18 anys residents a la Regió Metropolitana de Barcelona: 3.275.458 persones	El conjunt d'individus majors de 18 anys residents a la província de Barcelona: 3.762.462 persones	El conjunt d'individus de 16 anys i més residents a Catalunya: 6.049.414 persones
Efectius de la mostra i marge d'error	4.912 individus seleccionats aleatòriament a partir del cens electoral de 1984. <i>Marge d'error per al conjunt de la mostra: ±1,9, per a un nivell de confiança de 2 sigmes.</i>	5.061 individus seleccionats aleatòriament a partir del cens electoral de 1989. <i>Marge d'error per al conjunt de la mostra: ±1,9, per a un nivell de confiança de 2 sigmes.</i>	5.263 individus seleccionats aleatòriament a partir del cens electoral de 1994. <i>Marge d'error per al conjunt de la mostra: ±1,8, per a un nivell de confiança de 2 sigmes.</i>	6.250 individus seleccionats aleatòriament a partir del cens electoral de 1999. <i>Marge d'error per al conjunt de la mostra: ±1,5, per a un nivell de confiança de 2 sigmes.</i>	10.398 individus seleccionats a partir d'una mostra aleatòria estratificada a partir del cens de població de 2001. <i>Marge d'error per al conjunt de la mostra: ±0,7, per a un nivell de confiança de 2 sigmes.</i>

	<i>Enquesta de l'Àrea Metropolitana de Barcelona 1985</i>	<i>Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1990</i>	<i>Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1995</i>	<i>Enquesta de la Regió de Barcelona 2000</i>	<i>Enquesta de Catalunya 2006</i>
Càlcul de la mostra	Aplicació de la tècnica del mostreig aleatori estratificat, seguint aquest procés: a) Construcció d'estrats de població homogenis a partir d'una sèrie de variables socioeconòmiques identificatives de les seccions censals del territori objecte d'estudi, contingudes en el padró d'habitants o cens de població corresponent a cada any. b) Càlcul de la dimensió mostral segons el volum de població total i l'estimació de la seva variabilitat. c) Distribució dels efectius resultants en els estrats prefigurats amb el criteri d'afixació òptima de Neyman, segons el qual com més gran i variable és un estrat, major proporció de mostra se li assigna. Amb el nombre mostral de cada estrat es procedeix a l'assignació proporcional de quotes de mostra en termes d'individus corresponents a cada secció. d) Restitució del valor real de les freqüències, ponderant el seu pes en el conjunt, per garantir una mostra estrictament aleatòria.				
Tipus d'entrevista	Entrevista personal realitzada per entrevistadors qualificats en el domicili de les persones seleccionades.				
Qüestionari	<i>Tipus: precodificat</i> <i>Nombre de preguntes: 159</i> <i>Nombre de variables directes: 330</i> <i>Nombre de posicions d'enregistrament: 625</i> <i>Durada mitjana de l'entrevista: 40 minuts</i>	<i>Tipus: precodificat</i> <i>Nombre de preguntes: 182</i> <i>Nombre de variables directes: 541</i> <i>Nombre de posicions d'enregistrament: 879</i> <i>Durada mitjana de l'entrevista: 50 minuts</i>	<i>Tipus: precodificat</i> <i>Nombre de preguntes: 193</i> <i>Nombre de variables directes: 548</i> <i>Nombre de posicions d'enregistrament: 921</i> <i>Durada mitjana de l'entrevista: 50 minuts</i>	<i>Tipus: precodificat</i> <i>Nombre de preguntes: 190</i> <i>Nombre de variables directes: 605</i> <i>Nombre de posicions d'enregistrament: 1.027</i> <i>Durada mitjana de l'entrevista: 55 minuts</i>	<i>Tipus: precodificat</i> <i>Nombre de preguntes: 196</i> <i>Nombre de variables directes: 554</i> <i>Nombre de posicions d'enregistrament: 977</i> <i>Durada mitjana de l'entrevista: 50 minuts</i>
	Estructura interna del qüestionari: a) Preguntes referides al context familiar, les quals recullen informació de cadascuna de les persones que integren la llar de l'entrevistat. b) Preguntes referides a l'individu seleccionat i a les condicions de la seva llar basades en diferents àmbits temàtics: estructura familiar, treball i ingressos, consum, habitatge i entorn, ús i imatge del territori i cultura, lleure i relacions socials.				
Treball de camp	Realitzat per CDES (Centre per al Desenvolupament de l'Economia Social) d'octubre del 1985 a març del 1986.	Realitzat per INITS, SA, de març a juliol del 1990 (Barcelona ciutat) i de setembre a novembre del 1990 (resta del territori).	Realitzat per l'equip de treball de camp de l'Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona entre març i setembre del 1995.	Realitzat per l'equip de treball de camp de l'Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona de gener a novembre del 2000.	Realitzat per l'equip de treball de camp de l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona de setembre del 2005 a octubre del 2006.
	En tots els casos, l'acurat disseny de l'organització i la formació d'enquestadors, així com el grau de control assolit (supervisió del 100% dels qüestionaris, control a domicili del 25% de les enquestes realitzades, codificació prèvia sobre paper i doble enregistrament de dades), ha permès minimitzar els errors en els processos de recollida d'informació, codificació i transcripció de resultats i ha garantit, per tant, una gran fiabilitat de les dades obtingudes.				
Processament de dades	El tractament de la informació obtinguda es realitza mitjançant l'anomenat Statistical Package for Social Sciences (SPSS).				

Referències bibliogràfiques

ARBER, S.; J. GINN. «Gender and inequalities in health in later life». *Social Science and Medicine*, 36, (1993), p. 33-36.

AYERS, L.; M. CUSACK; F. CROSBY. «Combining work and home». *Occupational Medicine*, 8, (1993), p. 821-831.

AZPIAZU-GARRIDO, *et al.* «Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años». *Revista Española de Salud Pública*, 76, (2002), p. 683-699.

BAGO, T.; O. O'DONNELL.; E. VAN DOORSLAER. «Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans». *International Journal of Epidemiology*, 37(6), (2008), p. 1375-1383.

BREIDABLIK, H.; E. MELAND; S. LYDERSEN. «Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway)». *European Journal of Public Health*, 19(1), (2008), p. 73-78.

BREIDABLIK, H.; E. MELAND; S. LYDERSEN. «Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite». *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, (2008), p. 12-20.

BYNNER, R. L. «Understanding gender factors affecting self-rated health». *Gender Medicine*, 3, (2006), p. 292-294.

DENTON, M.; S. PRUS; V. WALTERS. «Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health». *Social Science and Medicine*, 58, (2004), p. 2585-2600.

DUNCAN, C.; K. JONES; G. MOON. «Do places matter? A multi-level analysis of regional variations in health-related behaviour in Britain». *Social Science and Medicine* 37(6), (1993), p. 725-733.

EIKEMO, T. A.; C. BAMBRA; K. JUDGE; K. RINGDAL. «Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis». *Social Science and Medicine*, 66, (2008), p. 2208-2295.

ERIKSSON, I.; A. UNDEN; S. ELOFSSON. «Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study». *International Journal of Epidemiology*, 30, (2001), p. 326-333.

HELWEG-LARSEN, M.; M. KJOLLER; H. THONING. «Do age and social relations moderate the relationship between self-rated health and mortality among adult Danes?». *Social Science and Medicine*, 57, (2003), p. 1237-1247.

- HENCHOZ, K.; S. CAVALLI; M. GIRARDIN. «Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association». *Journal of Aging Studies*, 22, (2008), p. 282-290
- IDLER, E. L. «Age differences in self-assessment of health: Age changes, cohorts differences, or survivorship?». *Journal of Geontology: Social Science*, 48, (1993), p. 289-300.
- IDLER, E. L.; Y. BENYAMINI. «Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community Studies». *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, (1997), p. 21-37.
- KARMAKAR, S. D.; F. C. BRESLIN. «The role of educational level and job characteristics on the health of young adults». *Social Science and Medicine*, 66, (2008), p. 2011-2022.
- KISNERMAN, N. *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas. (1981).
- KRAUSE, N. M.; G. M. JAY. «What do global self-rated health items measure?». *Medical care*, 32(9), (1994), p. 930-942.
- KUNST, A.; J. GEURTS. J. VAN DEN BERG. «International variation in socioeconomic inequalities in self-reported health». *J Epidemiology Community Health*, 49, (1995), p. 117-123.
- LAAKSONEN, M.; O. RAHKONEN; P. MARTIKAINEN; E. LAHELMA. «Socioeconomic Position and Self-Rated Health: The Contribution of Childhood Socioeconomic Circumstances, Adult Socioeconomic Status, and Material Resources». *American Journal of Public Health*, 95 (8), (2005), p.1403-1409.
- MANDERBACKA, K.; O. LUNDBERG. «Examining points of reference of self-related health among Swedish oldest old». *Archives of Geontology and Geriatrics*, 23, (1996), p. 47-60.
- MOSCOSO, D.; E. MOYANO. (coord.) *Esport, salut i qualitat de vida*. Col·lecció Estudis socials 26. Obra Social. Fundació La Caixa, (2009), Barcelona.
- OMS *The Women's health and development program. Family and reproductive health*. Ginebra: OMS (1996).
- PAMPALON, R.; C. DUNCAN; S. V. SUBRAMANIAN; K. JONES. «Geographies of health perception in Quebec: a multilevel perspective». *Social Science and Medicine*, 48(10), (1999), p. 1483-1490.
- PINQUART, M.; S. SORENSEN. «Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis». *Psychology and Ageing*, 15(2), (2000), p. 187-224.
- RAJMIL, L.; M. D. ESTRADA; M. HERMAND; V. SERRA-SUTTON; J. ALONSO. «Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España». *Gaceta Sanitaria*, 15(4), (2001), p. 34-33.
- ROHLFS, *et al.* «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud». *Gaceta Sanitaria*, 14(2), (2000), p. 146-155.
- ROJAS OCAÑA, M. J.; A. TORONJO GÓMEZ; C. RODRÍGUEZ PONCE; J. B. RODRÍGUEZ. «Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados». *Gerokomos*, 17 (1), (2006), p.12-29.

SARGENT-COX, K. A.; K.J. ANSTEY; M. A. LUSZCZ. «Determinants of self-rated health items with different points of reference: Implications for health measurement of older adults». *Journal of aging and health*, 20(6), (2008), p. 739-761.

SÉCULI, E.; J. FUSTÉ; P. BRUGULAT; S. JUNCÀ; M. RUÉ; M. GUILLÉN. «Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida». *Gaceta Sanitaria*, 15(3), (2001), p. 217-223.

STURGIS, *et al.* «Comparative review and assessment of key health state measures of the general population. Health survey methods. Consultat a: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublishedSurvey/HealthSurveyForEngland/Healthsurveymethods/index.htm> (21/07/2008)» (2001).

VINGILIS, E. R.; T. J. WADE; J. S. SEELEY. «Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey». *Canadian Journal of Public Health*, 93(3), (2002), p.193-7.

WILKINSON, R. G.; K. E. PICKETT. «Income inequity and population health: A review and explanation of evidence». *Social Science and Medicine*, 62(7), (2006), p. 1768-1784.

WEATHERALL, R.; J. HEATHER; S. MACRAN. «Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales». *Social Science and Medicine*, 38, (1994), p.285-97.

Nota final

Aquest treball forma part de la sèrie d'explotacions monogràfiques encarregades per la Diputació de Barcelona a l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona a partir de les dades de l'Enquesta de Condicions de Vida i Hàbits de la Població de Catalunya (ECVHPC) 2006.

Amb les explotacions monogràfiques de l'ECVHPC 2006, la Diputació de Barcelona dona continuïtat als treballs d'anàlisi de caràcter sectorial realitzats en edicions anteriors.

Aquests estudis, impulsats per diferents àrees i serveis de la Corporació, han estat coordinats en aquesta edició del 2006 per l'Observatori Territorial de la Direcció d'Estudis i Prospectiva.

Podeu consultar aquest treball a l'adreça:
www.diba.cat/salutpublica

Podeu consultar els diferents estudis publicats de l'ECVHPC 2006 a l'adreça:
www.diba.cat/territori

Els determinants socials de l'ocupació i l'activitat (Servei de Mercat de Treball)

Condicions de vida i hàbits de la població jove de la província de Barcelona
(Àrea d'Igualtat i Ciutadania)

Condicions de vida i hàbits de la gent gran de la província de Barcelona
(Àrea de Benestar Social)

Hàbits d'esport a la província de Barcelona (Àrea d'Esports)

Autonomia personal de la població a la província de Barcelona
(Àrea de Benestar Social)

La Diputació de Barcelona és una institució de govern local que treballa conjuntament amb els ajuntaments per impulsar el progrés i el benestar de la ciutadania.

La col·lecció **Documents de Treball** facilita als agents del món local documentació actualitzada per contribuir a millorar la gestió de les polítiques públiques locals.

L'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya, en la seva edició de 2006, ha permès explorar per primera vegada la percepció de l'estat individual de la salut, i posar èmfasi en la relació d'aquest important indicador amb les variables demogràfiques, socioeconòmiques i de condicions de vida com a factors explicatius. Es fa, primer, una anàlisi descriptiva general per al conjunt de la població i, finalment, tenint en compte la importància de la variable edat, s'elabora un model independent per als joves, els adults i la gent gran.

L'estudi s'emmarca en la sèrie d'explotacions monogràfiques que l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona realitza de l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya, amb la coordinació de l'Observatori Territorial de la Direcció d'Estudis i Prospectiva. Aquesta monografia ha estat impulsada per l'Àrea de Salut Pública i Consum.



**Diputació
Barcelona**

**Àrea de Salut Pública i Consum
Servei de Salut Pública**

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
Llars Mundet. Edifici Serradell Trabal, 2n. pis
08035 Barcelona
Tel. 934 022 468 · Fax 934 022 491
s.salutp@diba.cat · www.diba.cat/salutpublica

**Àrea de Presidència
Direcció d'Estudis i Prospectiva
Observatori Territorial**

Rambla de Catalunya, 126, 7è.
08008 Barcelona
Tel. 934 022 256 · Fax 934 049 146
www.diba.cat/territori

