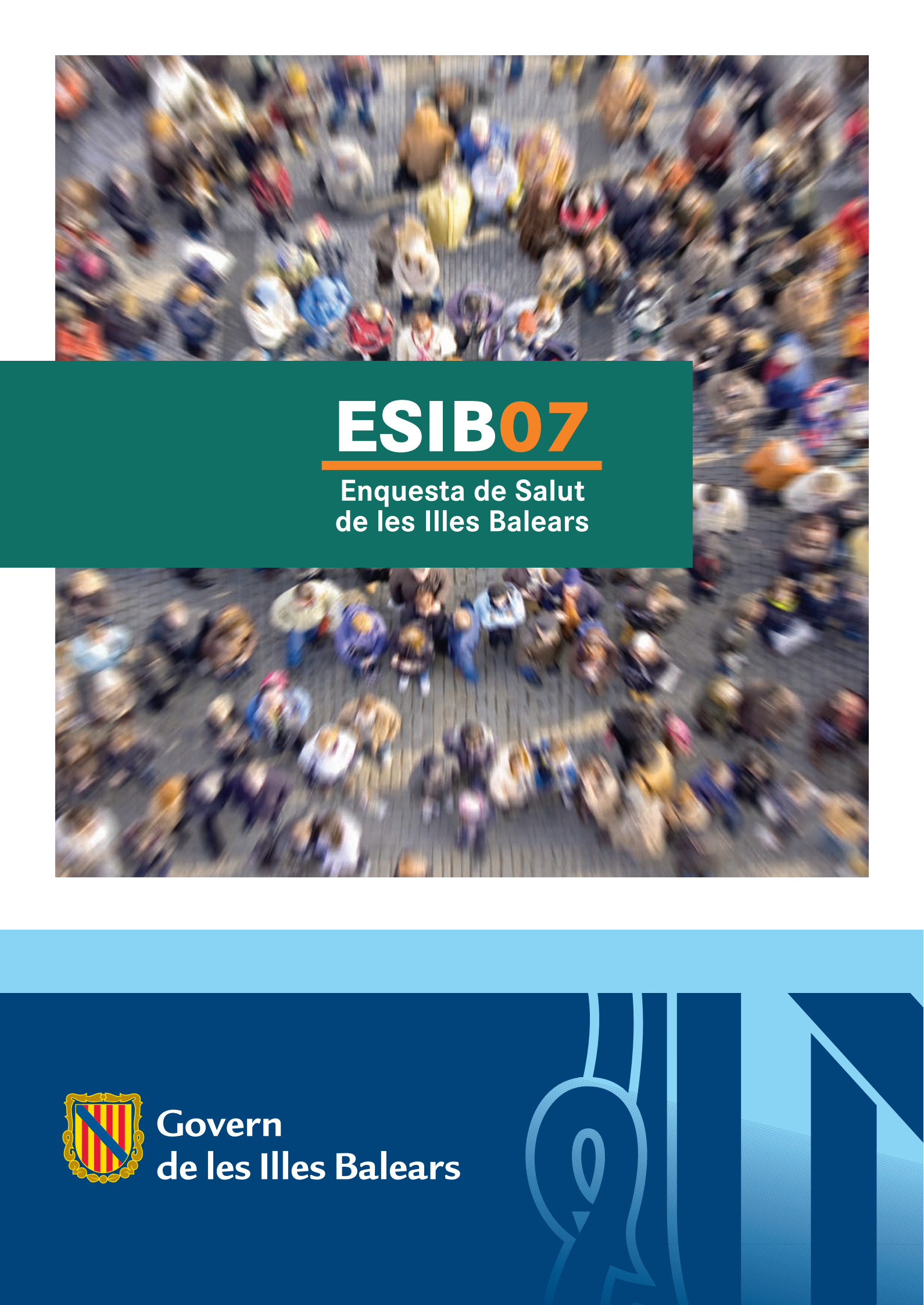




ESIB07

Enquesta de Salut
de les Illes Balears



Govern
de les Illes Balears





**Govern
de les Illes Balears**

L'editen:

Conselleria de Salut i Consum

Direcció General de Salut Pública i Participació

Autors de l'informe:

Elena Cabeza. DGSP. Conselleria de Salut i Consum

Guillem Artigues. DGSP. Conselleria de Salut i Consum

Àngels Pujol. Gabinet Tècnic. Direcció Assistencial. Servei de Salut de les Illes Balears

Gabriel Tortella. DGSP. Conselleria de Salut i Consum

Aina Yañez. Fundació Caubet. Cimera

Suport administratiu:

Natividad Benito. DGSP. Conselleria de Salut i Consum

Revisió lingüística:

Paula Riutort. Conselleria de Salut i Consum

Disseny gràfic:

Verbigrafia

Impremta:

Planogràfica Balear

ISBN:

978-84-692-4596-5

Dipòsit legal:

PM-2754-2009



Presentació	5
Pròleg	7
Executive summary	9
Introducció	13
Metodologia	15
Àmbit poblacional, geogràfic i temporal	16
Disseny i grandària de la mostra	16
Recollida de la informació	16
Característiques del qüestionari	17
Anàlisi de les dades	17
Variables compostes	18
Entorn econòmic social i físic	23
Entorn econòmic i social	24
Entorn físic	36
Estat de salut	39
La percepció de la salut	40
La qualitat de vida de la població infantil	41
Els problemes de salut crònics	42
La salut mental	43
La restricció de la activitat les darreres dues setmanes	45
Limitacions per realitzar activitats de la vida diària	46
Lesions per accidents	48
Estils de vida	53
Hàbit tabàquic	54
Consum d'alcohol	57
Activitat física	59
Hàbits alimentaris	63
Pes corporal	67
Realització de dietes	68
Hores de son	70
Pràctiques preventives	73
Vacunació de la grip	74
Control de la tensió arterial	75
Control del colesterol	75
Mamografies	76
Citologies	78
Seguretat Vial	79
Utilització de serveis sanitaris	83
Cobertura sanitària	84
Visites a professionals sanitaris en les darreres quatre setmanes	85
Visites a professionals sanitaris el darrer any	92
Visita al dentista	92
Atenció sanitària no rebuda	93
Ingressos hospitalaris	94
Visites a l'hospital de dia	97
Visites a urgències	97
Consum de medicaments	99
Conclusions	104
Bibliografia	106
Annexos	107
Perspectiva de gènere	107
Desigualtats socials	111
ESIB 2001-2007	125
Llistat de patologies	127
Índex figures	128
Índex taules	134

Presentació

El coneixement dels problemes de salut i els factors que la determinen és la base per a la planificació de les polítiques que han de donar resposta equitativa a les necessitats de salut de la població.

L'any 2001 es va publicar la primera Enquesta de salut de les Illes Balears, que aportà a la nostra comunitat una informació que no s'havia recollida mai, i que no es pot obtenir d'altres fonts que no sigui directament dels ciutadans: la referida als hàbits i estils de vida. Aquesta, juntament amb l'aportada sobre l'ús dels serveis sanitaris, constituïa una informació necessària per definir objectius i prioritats de salut.

Amb aquesta nova edició es dona continuïtat a la decisió de disposar de noves fonts d'informació que aportin coneixement sobre problemes de salut que afecten la nostra societat. Així, sabem que gaudim de bona salut i que fruit de l'increment de l'esperança de vida augmenta el nombre de persones amb limitacions funcionals. És un repte d'avui millorar els hàbits alimentaris i l'activitat física, i els resultats de l'Enquesta de salut ens permeten començar a ser optimistes amb l'hàbit del tabac i no tant amb l'alcohol.

Però aquesta edició aporta un element nou, un element que persegueix endinsar-se en el coneixement de les causes dels problemes de salut. Perquè l'estat de salut de les persones també depèn del medi físic i social en què es desenvolupa. L'existència de desigualtats en salut és ben coneguda. Les persones més desfavorides pateixen més problemes de salut i major discapacitat i viuen menys que les persones que pertanyen a les classes socials més afavorides.

Les desigualtats socials en salut s'han evidenciat en estudiar les dimensions de gènere i la classe social a la qual hom pertany. La present edició inclou una anàlisi específica d'aquestes dues qüestions, i els resultats ens demostren que les dones i les classes socials més desfavorides presenten un estat de salut i una qualitat de vida pitjors, fan un major ús dels serveis assistencials i un consum més elevat de medicaments. Habitualment, les dones i les classes benestants tenen comportaments més saludables.

Avui l'anàlisi dels problemes de salut no es pot dissociar de les causes que els determinen. El coneixement dels aspectes socials i econòmics, dels factors ambientals i de les condicions de vida i medi laboral que envolten la vida de les persones adquireixen tanta importància com les actuacions preventives i assistencials. Les futures edicions de l'Enquesta de salut han d'anar aprofundint en aquesta direcció, així com en la repercussió que la conjuntura social i les polítiques no sanitàries tenen en la salut.

Així, en l'objectiu d'aconseguir millors resultats en salut, el vertader repte està en no només planificar en base a la malaltia i a l'ús del sistema sanitari, sinó en afavorir un medi en el qual les persones es desenvolupin en condicions de benestar i igualtat.

Estic convençut que el contingut d'aquest document serà de gran interès per a professionals, institucions, gestors, polítics, i qualsevol altra persona interessada o amb responsabilitat a l'àmbit de la salut, i d'enorme utilitat per a l'orientació no només de la planificació de les polítiques de salut, sinó també d'aquelles que cerquen crear les millors condicions socials, econòmiques i territorials de vida.

Finalment, vull agrair a les persones de la Conselleria i altres col·laboradors l'esforç i la feina feta.

Vicenç Thomàs Mulet
Conseller de Salut i Consum

Pròleg

Em complau fer la presentació de la darrera Enquesta de Salut, la segona en la curta història de la nostra comunitat autònoma.

Com diem a les conclusions finals, les enquestes tenen un nexa de causalitat amb els diagnòstics i els plans estratègics de salut, ja que comparteixen un objectiu comú: l'acció. Ens diran a on hem d'actuar per millorar els sectors que fluixegen i ens ajudaran a mantenir els que ja hem assolit. Són un mirall que ens reflecteix el que tenim, el que fem i el qui som.

L'enquesta parteix dels criteris internacionals en avaluació de la salut i de la percepció que d'aquesta té la ciutadania. Ens adonam que ja hem aconseguit coses pel grau de satisfacció o de percepció de bona salut que manifesta la majoria de la població. I que ningú, ni propis ni nouvinguts a la nostra terra, no s'ha sentit mai discriminat a l'hora de rebre assistència sanitària. Però queda molta tasca per davant.

En el primer món, al qual pertanyem està totalment assumit que la salut és un dret individual, però vull remarcar que la salut és un deure col·lectiu. De poc serviria tota la feina d'aquesta Direcció General, de la Conselleria de Salut i Consum, de tots els professionals de la sanitat per aconseguir el nivell de salut que tots somniem, si totes les altres institucions i tota la ciutadania no pren consciència d'aquest deure col·lectiu. La família i el seu entorn, el lloc de treball, les diferències socials, l'espai ciutadà, l'entorn físic i ambiental... tot, absolutament tot, incideix en la nostra salut com ho evidencia l'enquesta.

Per tant, per acabar, voldria que les pàgines que segueixen aportin el nostre gra d'arena en aquesta gran tasca que és aconseguir un millor estat de salut com una de les primeres passes cap al camí de la felicitat a la qual no renunciem.

Margalida Buades Feliu
Directora General de Salut Pública i Participació

Executive summary

The Balearic Islands Health Survey (ESIB 2007) is the second survey to be done in our Autonomous Region (CAIB). The first one took place in 2001. The ESIB 2007 was completed in collaboration with, and by means of, an agreement with the National Institute of Statistics (INE) and the Balearic Institute of Statistics (IBESTAT).

The aim of this report is to present the main results obtained with respect to the state of health, lifestyles, preventative practices, use of the regional health service and the physical and social environment of the islands' population.

The statistic base of the ESIB 2007 was the resident population not institutionalised with the CAIB. The survey was carried out on the four islands and the information collection took place during the period between June 2006 and June 2007. The type of sampling used was a layered multistage sampling. The census sections were units in the first stage layered by population size and the main housing of each of the chosen census sections with unit in the second stage. An adult (16 years of age or over) was chosen from each home and if there were younger members (0 – 15 years of age), a minor was chosen as well.

A total of 2,233 surveys were carried out (1,696 adults and 536 minors), by means of personal interviews in the home taken from two structures questionnaires: one for the younger population under 16 years of age and the other for the adult population.

The social and physical environment

- 71% of men and 52.2% of women over 15 years of age were in paid employment and 5.7% were on the dole.
- Half the population had an indefinite work contract. The percentage of those with temporary or verbal contracts was higher amongst women. There was a high percentage of temporary work amongst young people from 16 to 24 years of age (52.2%).
- The level of job satisfaction was high and increased with age. The stress levels were higher amongst people from the higher social classes.
- 5 out of every 10 women were the main person responsible for domestic tasks; with reference to men this number fell to 1 out of every 10.
- In homes with under-age residents, 42.2% of women were mainly responsible for them and only 4% of

men. This situation was also the same in homes with disabled people (46.6% of women compared with 11% of men). In the case of homes with elderly residents, this difference was not so noticeable (38.8% of women and 22% of men). These differences were also reflected in the average amount of time dedicated to these tasks. Women dedicated almost double the amount of time as men.

- The perception of social aid was high, but dropped within the population with severe family dynamics, with a risk of poor mental health or with a poor perception of their health.
- 7.9% of the adult population and 8.2% of the under-age population stated that they had suffered from discrimination during the last year. Belonging to a different ethnic origin or country were the most frequent causes of discrimination. In the under-age population this situation mainly took place at school (88.3%) and in the adult population in the workplace (41.4%), in public (38.9%) and when looking for work (32.6%).
- 3.3% of the adult population affirmed that they had suffered some form of aggression or mistreatment, especially young men (9.3%). 36.9% of these attacks took place in the street (46.6% in the case of men). In the case of women the attacks were more frequent in the home (46.9%). In the under-age population, 4.2% had suffered an attack, mainly at school.

State of health

Most of the population saw their state of health as good or very good.

Nevertheless, part of the population declared the following health problems:

- 68.5% of the adult population and 24.7% of the under-age population declared that they had suffered at least one chronic health disorder within the last year. The most frequent chronic health problems stated amongst adults were movement-related problems with bones and joints (backache, both cervical and lumbar, arthritis and rheumatism) and circulatory problems (high blood pressure). There was also an elevated frequency of problems with depression and anxiety. Within the under-age population the dominant problems were allergies and asthma.

- 25.1% of the adult population were at risk from suffering a mental disorder (31.5% of women and 18.8% of men).
- The under-age population of the Balearic Islands had a better quality of life than the European average.
- 61% of the population over the age of 65 stated that they had the functional capacity to carry out activities related to personal care without help, 57% were able to carry out domestic tasks and 63% movement.
- 9.2% of the adult population had suffered an accident during the last year, a more frequent problem amongst men (10.2%).

The state of health worsened amongst people of advanced age, women and people of the lower social classes, who stated more bad health, more tendency towards chronic problems, a higher risk of mental problems, more restriction and inability to carry out daily activities.

Life styles

- 33.7% of men and 20.3% of women smoked daily. Young women smoked more than men of the same age. In other respects, men from the under-privileged social class smoked more than those from higher social classes.
- Men smoked a higher quantity of tobacco than women (more than 20 cigarettes per day) (21.2% of men and 8.8% of women).
- Women smoked more than they did two years ago.
- 74.1% of the population over the age of 15 stated that they had consumed alcohol during the year prior to the survey. 6.1% were high-risk consumers (7% of men and 5.2% of women). The high-risk consumption was more frequent amongst men from the age of 45 upwards.
- 41.7% of the adult population spent most of the working day standing without much movement. People from the under-privileged social class carried out tasks requiring more physical effort.
- 58.8% of men and 55.6% of women expressed that they did some type of physical activity in their free time, this percentage falling with age. Free time physical activity amongst young men was more frequent than amongst women of the same age. People of a higher social class tended to spend more free time on physical activities than the lower social classes.
- 54.4% of the adult population didn't do as much physical exercise as they would like (57.3% of women and 51.5% of men). The main motive for this was lack of time.
- 11.3% of children between 5 and 15 years of age didn't do any type of physical activity in their free time. Boys did more physical activities than girls. Children from a higher social class did more physical activity than those from the under-privileged social class.
- Those who watched television did so for an average of 2 hours per day from Monday to Friday and 3 hours per day at the weekend.
- Most of the under-age population (98.2%) and the adult population (94.2%) had breakfast in the mornings. 66.7% of the adult population and 58.8% of the under-age population ate fruit on a daily basis and 51.7% and 36.6% respectively ate vegetables. This consumption increased with age and was more frequent amongst women.
- People of the under-privileged social class ate more sweet products, drinks with added sugar, fast food and snacks.
- Almost half the population (47%) had an excess of weight (12.2% obese and 35.7% overweight) and this increased with age. From 65 years of age this rose to 64% (42.7% overweight and 21.4% obese). Both weight problems and obesity were more frequent amongst the under-privileged social class.
- 11.8% of the population had had difficulties sleeping, a more frequent problem amongst women and people of advanced age.

Preventative practices

- 75.2% of the population over the age of 64 stated that they had been vaccinated against the flu during the last campaign. The percentage was higher amongst women of the higher social classes. On the contrary, men of the higher social classes were vaccinated less than the rest. 73.6% of the population (70.6% of men and 76.6% of women) had had their blood pressure taken and 70% their cholesterol level tested during the last year before the interview.
- 90% of women between the ages of 50 and 64 (target population age group in which a preventative mammography is recommended) had done said mammography. 53% of women between the ages of 50 and 64 carried out the recommendation of having a mammography every two years.

- Almost 90% of women of the recommended ages for the advanced detection of cervical cancer had done a cervical smear test. 51.2% of the women who stated that they did cervical smear tests, did so annually.
- The use of a seatbelt was an habitual practice for more than 90% of the adult population both around town and on main roads, although it was more frequent on main roads.
- Amongst motorbike riders, most used a crash helmet both around town and on the main roads. Young people used a helmet less, above all when riding around town (83.5%). 75.5% of those riding bikes around town never used a safety helmet (86.3% of women and 68.4% of men) and 66.3% of those riding on main roads (78.6% of women and 59.6% of men).
- Amongst the under-age population, most took protective precautions when travelling by car both around town (95.3%) and on the main roads (96.5%).
- 15.7% of the population stated that they had done non-urgent tests (x-ray, ultrasound scan, analysis...) during the last four weeks. The frequency was higher amongst elderly people (24.7%). Amongst those people who had done some sort of test, the most frequent were analyses (69%) followed by x-rays (27.9%).
- 4.8% of the population had attended a nursing clinic, this frequency rising considerably amongst elderly people (13%).
- 10% of the population had been hospitalised. Three out of every four cases (75.3%) were in a state hospital, above all people of the lower social classes (84.6%). More than half of the admissions were via the emergency services (60%), above all amongst young people. People of the lower social classes were admitted more frequently via the emergency department than those of the higher social classes.

Use of the national health service

- 29.1% had private health plans; this being more frequent amongst men and people from higher social classes.
- 37.1% of the population had visited a healthcare professional during the last four weeks prior to the interview. Of these, 63.2% had visited a Primary Care doctor / General Practitioner (GP) and 68.5% a paediatrician.
- During the last four weeks before the interview, 65.8% of the adult population and 59.8% of the under-age population had attended a health centre or practice; 17.6% of adults and 26.1% of the under-age population had consulted a private service, the percentages being higher amongst the higher social classes (28.1% and 44.1% respectively).
- 18.6% attended in order to receive prescriptions, above all elderly people.
- Most of the population (88.2%) were attended to within a month. Half the population got an appointment the same day or the following day.
- Three out of every four people used the National Health Service (NHS), above all women (79.6%) and people of the lower social classes (83.6% as opposed to 62.5% of people from higher social classes). Men turned to private clinics (26.4%) more than women (19.2%).
- 34.8% of the population had used the emergency services during the last year, above all the under-age population and young people. Half of the people had consulted the emergency services in the state hospital.
- With reference to medication consumption, 73.7% of women and 61.3% of men had taken medication during the two weeks prior to being interviewed.
- Pain medication was the most consumed (32.8%) followed by high blood pressure medication (12.9%), tranquilisers (12.2%) and decongestants (9.7%).
- Medication for the heart, high blood pressure, anti-depressants, diabetes, allergies, rheumatism and tranquilisers had been prescribed by a doctor in almost 100% of cases. This was not the case with antibiotics, medication for colds, pain, fever and vitamins.
- 5.4% of the adult population had taken alternative medicine products, more frequently amongst women (7.7%). Natural products were the most clearly highlighted amongst those products consumed (91.8%) as opposed to homeopathic products.

Introducció

El coneixement de l'estat de salut d'una població i els factors que la determinen és una informació imprescindible per al disseny i la posada en marxa de polítiques relacionades amb aquesta. L'enquesta de salut és una font d'informació molt útil per aconseguir aquest objectiu.

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears proporciona informació sobre l'estat de salut, la discapacitat i la morbiditat dels ciutadans, el medi ambient físic i social en el qual viuen, els estils de vida que hi estan relacionats, les mesures preventives que adopten i la utilització que fa la població dels serveis sanitaris, tant públics com privats. El valor afegit d'aquest tipus d'enquesta és la perspectiva transversal de recollida de dades, ja que la informació s'obté simultàniament de les mateixes persones. El fet de recollir informació relativa al conjunt de la població que utilitzi o no els serveis sanitaris, permet una visió bastant global de la salut de la població i de les seves necessitats i dona informació complementària a altres sistemes d'informació sanitària.

La informació obtinguda és una eina essencial per a la presa de decisions en diferents àmbits: per al disseny i la posada en marxa de polítiques dirigides a garantir el dret de la ciutadania a la protecció i la millora de la seva salut, per a la gestió dels serveis sanitaris i també per a l'avaluació d'aquestes polítiques.

Si bé en el passat els que decideixen en aquest camp que estam tractant centraven el seu interès quasi exclusivament en estadístiques sobre l'ús dels serveis sanitaris, es veu un interès progressivament creixent per a una perspectiva integral dels problemes de salut. En aquest sentit, l'enquesta no es limita a recollir un llistat de malalties o limitacions que pateix l'individu o al consum que fa la població dels recursos sanitaris. També recull, entre altres, els estils de vida i els comportaments, les condicions de treball, el nivell educatiu, el nivell d'ingressos o el treball no remunerat com a factors importants que poden influir en l'estat de salut de l'individu. D'altra banda, l'enquesta també és important per poder detectar problemes emergents relacionats, analitzar la relació entre els determinants i la presència de malaltia o les variacions de l'estat de salut entre diferents grups de la població, per la qual cosa és una font molt valuosa per a la recerca.

L'enquesta aporta arguments per poder augmentar el presupost en promoció i prevenció de la salut i la racionalització i la despesa de les cures. També té un interès particular per respondre les exigències de la OMS i de les diferents estratègies nacionals en el que pertoca als indicadors de salut.

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears 2007 és la segona enquesta que es fa a la nostra comunitat. La primera va

tenir lloc l'any 2001. Aquesta segona enquesta s'ha dut a terme en col·laboració i mitjançant un conveni amb l'Institut Nacional d'Estadística i l'Institut Balear d'Estadística (IBESTAT). En aquesta enquesta s'incorporen com a novetats la salut mental i la qualitat de vida relacionada amb la salut de la població infantil o els determinants relacionats amb l'entorn físic i social de les persones enquestades.

La repetició a intervals regulars de temps d'aquest tipus d'enquesta permet fer un seguiment de l'evolució de la salut al llarg del temps i les necessitats de la població i d'assegurar una sèrie d'intervencions en el terreny de la salut pública.

En aquest informe es presenten els principals resultats obtinguts i una comparació amb les dades obtingudes de l'enquesta realitzada en el 2001. Per últim, també es presenten els resultats obtinguts amb perspectiva de gènere i desigualtats socials.

Objectius

L'objectiu principal de l'enquesta és descriure l'estat de salut de la població de les Illes Balears, els comportaments i els estils de vida que les persones adopten i que poden constituir factors de risc i la utilització que fa la població dels serveis sanitaris, tant curatius com preventius per tal d'adequar les polítiques i els serveis sanitaris a les necessitats del ciutadà.

Els objectius específics de l'enquesta relacionats amb la salut es poden resumir de la manera següent:

- Descriure els factors sociodemogràfics, laborals i socioeconòmics que són els seus determinants.
- Descripció de les necessitats i de l'estat de salut de la comunitat.
- Identificació dels problemes de salut.
- Descriure els estils de vida relacionats.
- Descripció de l'ús de serveis sanitaris, el consum de medicaments i la realització de pràctiques preventives.

Aquesta informació també permet:

- L'estimació dels indicadors de salut i l'estudi de la seva distribució en el si de la població.
- L'anàlisi de les (des)igualtats socials i de gènere en qüestions de salut i accés als serveis sanitaris.
- Evolució al llarg del temps de l'estat de salut de la població, dels seus estils de vida i del consum d'assistència sanitària.



Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

- Àmbit poblacional, geogràfic i temporal
- Disseny i grandària de la mostra
- Recollida de la informació
- Característiques del qüestionari
 - Qüestionari de la llar
 - Qüestionari d'adults
 - Qüestionari de menors
- Anàlisi de les dades
- Variables compostes
 - La classe social
 - Suport social
 - Funció familiar
 - Autonomia funcional
 - Estat de salut percebut
 - Estat de salut mental
 - Qualitat de vida de la població infantil relacionada amb la salut
 - Índex de massa corporal
 - Consum d'alcohol

Metodologia

En aquest apartat es descriuen les característiques metodològiques més importants de l'ESIB 2007 i la informació tècnica necessària per a la comprensió dels resultats presentats a l'informe.

Àmbit poblacional, geogràfic i temporal

L'univers estadístic de l'ESIB 2007 va ser la població no institucionalitzada resident a les Illes Balears. Segons les dades del padró municipal d'habitants de l'Institut Balear d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) a 1 de gener d'aquest any es comptà amb una població de 1.001.062 habitants¹.

L'enquesta es realitzà a les quatre Illes. La recollida d'informació de l'enquesta va tenir lloc durant el període entre juny de 2006 i juny 2007.

Disseny i grandària de la mostra

El tipus de mostreig utilitzat era un mostreig polietàpic estratificat. Les unitats de primera etapa eren les seccions censals utilitzades al padró municipal d'habitants de 2006, estratificades per grandària de població. Per les unitats de segona etapa s'utilitzaren els habitatges familiars principals de cada una de les seccions censals seleccionades. Dins cada habitatge se seleccionà un adult (16 o més anys) i en el cas que hi hagués menors (0 a 15 anys) se seleccionava també un menor.

La grandària de la mostra es va calcular per poder donar estimacions per illes. Per aconseguir aquest objectiu se seleccionaren un total de 132 seccions censals. Les seccions se seleccionaren dins cada estrat amb probabilitat proporcional a la seva mida. El nombre d'habitatges escollits en cada secció censal ha estat de 14, seleccionats amb igual probabilitat mitjançant mostreig sistemàtic amb inici aleatori, cosa que feia un total de 1.848 habitatges. La mostra efectiva és de 2233 persones ($1.696 \geq 16$ anys d'edat i 537 persones ≤ 15 anys).

Per a la selecció de la persona a entrevistar s'utilitzà un procediment aleatori que assignà la mateixa probabilitat a tots els adults i a tots els menors de cada habitatge.

Recollida de la informació

El mètode de recollida d'informació es realitzà mitjançant entrevistes personals en el domicili de la persona seleccionada. A cada habitatge es feren les visites necessàries per obtenir la informació requerida. Respecte a l'informant del qüestionari d'adults no es va permetre informació *proxy*, excepte per als casos en els quals la persona seleccionada no pogués contestar per problemes de salut, discapacitat o estigui ingressada en un centre sanitari durant el període de treball de la secció.

El treball de camp va ser organitzat per la delegació provincial de l'Institut Nacional d'Estadística (INE).

Característiques del qüestionari

Qüestionari de la llar

Recull informació sobre característiques sociodemogràfiques dels seus membres i determinats aspectes relatius a la llar de l'enquestat. Se sol·licita informació de tots els membres de la llar sobre variables sociodemogràfiques fonamentals: edat, sexe, relació de parentesc amb la persona adulta de la qual s'obtingueren les dades de salut, persona de referència de la llar i nivell de formació.

Se seleccionà la persona adulta per contestar el qüestionari de salut d'adults. Si a la llar hi ha menors de 16 anys, se seleccionà una persona menor per contestar el qüestionari de menors.

També es va recollir informació sobre el país de naixement, nacionalitat i estat civil referida a la persona adulta seleccionada i de la persona menor seleccionada. D'altra banda també se sol·licitaren dades sobre l'activitat, tipus i durada del contracte, prestació d'atur i treball anterior, si n'era el cas, treballadors a càrrec, activitat de l'empresa, ocupació i situació professional de la persona adulta seleccionada, la seva parella (si convivia amb ella) i la persona de referència de la llar.

Qüestionari d'adults

Recull informació relativa a persones de 16 i més anys d'edat sobre treball reproductiu, l'estat de salut i malalties cròniques, accidents, restricció de l'activitat, consum de medicaments, salut mental, estrès i satisfacció laboral, accés i utilització dels serveis sanitaris, hàbits de vida, pràctiques preventives, agressions, discriminació, característiques físiques i sensorials, limitacions per realitzar les activitats de la vida diària, suport afectiu i personal i funció familiar.

Qüestionari de menors

Recull informació relativa a persones de 0 a 15 anys sobre estat de salut i malalties cròniques, accidents, agressions, restricció de l'activitat, consum de medicaments, salut mental, accés i utilització dels serveis sanitaris, hàbits de vida, pràctiques preventives, discriminació, qualitat de vida, característiques físiques i limitacions per realitzar les activitats de la vida diària.

L'informant d'aquest qüestionari és la persona que coneix millor els aspectes referits a l'estat de salut i atenció sanitària del nin.

Una relació detallada de les variables recollides i les definicions corresponents es poden trobar a la següent pàgina web del Ministerio de Salud y Consumo²:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/metodENS2006.pdf>

Anàlisi de les dades

Per tenir en compte el disseny mostral, les dades s'analitzen mitjançant l'ús de ponderacions, tenint en compte la població per grups d'edat i sexe i el total de població de nacionalitat espanyola i estrangera.

Es presenten les dades en freqüències i percentatges per a la majoria de variables per la seva naturalesa categòrica. Per a les variables quantitatives es presenten les mitjanes i la seva desviació estàndard o mitjanes amb rang interquartílic.

La majoria de resultats es presenten per sexe i grups d'edat, classe social i per Illes. Els resultats per classe social es presenten estandarditzats per edat segons el mètode directe i agafant com a població de referència la distribució poblacional de persones de les Illes Balears i grups d'edat i sexe proporcionada per la *Unidad de Proyecciones Demográficas* (INE)³. Els grups d'edat canvien per determinades variables (per exemple per la realització de mamografies).

Variables compostes

La classe social

L'estudi de les classes socials s'ha realitzat en funció de la classificació de la Societat Espanyola d'Epidemiologia. Es tracta d'una codificació segons la Classificació Nacional d'Ocupacions (CNO) del 1994⁴.

Així les classes es diferencien en:

- I: Directius de l'Administració pública i d'empreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle universitari.
- II: Directius d'empreses amb menys de 10 treballadors. Professions associades a titulacions de primer cicle universitari. Tècnics superiors. Artistes i esportistes.
- III: Empleats de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat. Treballadors per compte propi. Supervisors de treballadors manuals.
- IVa: Treballadors manuals qualificats.
- IVb: Treballadors manuals semiqualficats.
- V: Treballadors no qualificats.

Per la present anàlisi, s'han agrupat les classes socials I i II en un grup, i les IVa, IVb i la V en un altre, i han quedat 3 grups socials: el grup I i II, el III i el IV i V.

Suport social

El suport social percebut pels entrevistats és valorat a través del qüestionari de suport social funcional de Duke-UNC⁵. Aquest qüestionari consta d'11 ítems amb 5 possibilitats de resposta (escala likert) on cadascun d'aquests es puntua de l'1 (molt menys suport del que es desitja) al 5 (tant suport com es desitja). Per tant, la puntuació varia entre 11 i 55 punts, de menor a major suport social.

La puntuació obtinguda és un reflex del suport percebut, no del real. A menor puntuació, menor suport. En la validació espanyola una puntuació inferior o igual a 32, significava un suport social baix.

Funció familiar

Definir la funció familiar és útil per detectar una possible disfunció en el si de la família. S'utilitza el Qüestionari APGAR⁶ familiar que respon als cinc components de la funció familiar A: adaptabilitat (*adaptability*), P: cooperació (*partnertship*), G: desenvolupament (*growth*), A: afectivitat (*affection*) i R: capacitat resolutiva (*resolve*).

Cada ítem del qüestionari es puntua de 0 a 2 (0: quasi mai, 1: a vegades, 2: quasi sempre). Per tant, la puntuació total varia entre 0 i 10 punts. Es considera una funció familiar bona de 7 a 10 punts; disfunció familiar moderada de 4 a 6 punts i disfunció familiar greu de 0 a 3 punts.

Autonomia funcional

Valora la capacitat de les persones majors de 64 anys de realitzar sense ajuda cadascuna de les activitats principals de la vida diària:

- cures personals: prendre's els medicaments, menjar, vestir-se i desvestir-se i escollir la roba que s'ha de posar, pentinar-se o afaitar-se, tallar-se les ungles dels peus, rentar-se la cara i el cos de cintura per avall, dutxar-se o banyar-se i quedar-se tot sol durant tota la nit.
- tasques domèstiques: utilitzar el telèfon, comprar menjar, preparar el seu propi esmorzar, preparar el seu propi menjar, tallar una llesca de pa, rentar els plats, fer el llit, canviar els llençols del llit, rentar la roba a mà, rentar la roba a màquina, netejar la casa, netejar la brutor del terra i cosir un botó.
- mobilitat: utilitzar l'autobús, metro, taxi, etc., administrar els seus doblers, caminar, llevar-se i colgar-se al llit, pujar escales i caminar durant una hora seguida.

Estat de salut percebut

Aquesta variable tracta de mesurar la percepció que té la persona sobre el seu estat de salut general als darrers 12 mesos. Hi ha 5 opcions de resposta que es categoritzen en tres: bona salut (molt bona, bona) regular i dolenta (dolenta o molt dolenta).

Estat de salut mental

Per valorar el risc de mala salut mental de les persones adultes s'usa el Qüestionari de Salut General *General Health Questionnaire* (GHQ) de Goldberg⁷ en la seva versió de dotze preguntes. El qüestionari es concentra en dos tipus de problemes: la dificultat autopercebuda per poder desenvolupar un funcionament sa i l'aparició de fenòmens de naturalesa angoixosa per a la persona. És un instrument que permet fer un cribratge poblacional detectant la prevalença de casos probables de morbiditat psiquiàtrica o de patiment psicològic en la població, explorant el seu estat habitual durant l'últim mes respecte a l'estat habitual de la persona. No és adequat per fer diagnòstics clínics ni per valorar trastorns crònics.

El qüestionari consta de 12 ítems en forma d'escala likert. La puntuació s'obté assignant 0 punts a les respostes 0 i 1 de cada pregunta i 1 punt a les respostes 2 i 3. A continuació es sumen els punts dels 12 ítems i s'obté una puntuació global. Per tant, la puntuació total oscil·la entre 0 i 12, de millor salut a pitjor salut. Les persones amb una puntuació superior o igual a 3 es consideren estar en risc d'una mala salut mental.

La valoració de la salut mental de la població infantil s'obté a partir del Qüestionari de Capacitats i Dificultats (SDQ)⁸ dirigit a nins i nines majors de 3 anys. Aquest qüestionari consta de 25 preguntes agrupades en 5 apartats: símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes amb els companys i socialització. Els valors de cada apartat oscil·len de 0 a 10 punts, de millor a pitjor salut mental per als 4 primers apartats i de pitjor a millor per a l'escala de conducta prosocial. El qüestionari va dirigit a nins i nines majors de 3 anys.

Qualitat de vida de la població infantil relacionada amb la salut

Per mesurar la qualitat de vida de la població infantil de 8 a 15 anys s'ha utilitzat el qüestionari Kidscreen⁹, la versió de 10 ítems amb 5 possibilitats de resposta (escala likert) des de gens o mai fins a moltíssim o sempre. La puntuació té com a referència la mitjana de les dades europees; la mitjana pren el valor de 50 amb una desviació estàndard de 10. Així un valor inferior a 50 mostra una qualitat de vida pitjor que la mitjana europea.

Índex de massa corporal

L'índex de massa corporal (IMC) es defineix com la relació entre el pes de l'individu (kg) i el quadrat de la talla (m). Per tant l'IMC es formula com: kg/m^2 .

Per a la població adulta (major de 17 anys), a partir d'aquest índex es defineix:

- Baix pes: $\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg/m}^2$.
- Pes adequat: $\text{IMC} \geq 18,5$ i $\text{IMC} < 25 \text{ Kg/m}^2$.
- Sobrepès: $\text{IMC} \geq 25$ i $\text{IMC} < 30 \text{ Kg/m}^2$.
- Obesitat: $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Per a la població menor de 18 anys, l'índex de massa corporal es calcula utilitzant la metodologia de Cole TJ¹⁰.

Consum d'alcohol

El consum d'alcohol s'ha calculat en funció de la freqüència i la quantitat de begudes amb alcohol. Les persones es classifiquen en:

- No bevedor: persona que no ha consumit begudes alcohòliques en el darrer any. Entre aquests s'inclouen els abstemis o els que no han begut mai (persones que no han consumit begudes alcohòliques al llarg de la seva vida), o els ex-bevedors (persones que han consumit begudes alcohòliques al llarg de la seva vida, però no en el darrer any).
- Bevedor ocasional: persona que consumeix begudes alcohòliques amb una freqüència inferior a un dia a la setmana.
- Bevedor habitual: persona que consumeix alguna beguda alcohòlica al menys un dia a la setmana. Es distingeixen:
 - Bevedor moderat: Fins a 40g/dia (home) o fins a 20g/dia (dona)
 - Bevedor de risc: Més de 40g/dia (home) i més de 20g/dia (dona)



Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

- **Entorn econòmic i social**

Nacionalitat i lloc de naixement

Nivell d'estudis

Classe social

Nivell d'ingressos

Treball remunerat:

Situació laboral

Situació contractual

Satisfacció i nivell d'estrés al treball

Treball no remunerat:

Tasques de la llar

Cura d'altres persones

Suport social percebut

Discriminació

Agressió o maltractament

- **Entorn físic**

Problemes de l'habitatge

Entorn econòmic, social i físic

Entorn econòmic i social

Nacionalitat i lloc de naixement

El 12,5% (14,6% homes i 11,2% dones) de la població entrevistada era de nacionalitat estrangera, i l'1,6% tenia la nacionalitat espanyola i compartida amb un altre país. El 50% provenien d'Amèrica del Sud (principalment, el 13,4% d'Argentina, el 10,8% de Colòmbia i el 9,2% d'Equador); el 29% de l'Europa comunitària i un 5% d'altres països europeus, el 10,6% d'Àfrica (7% de Marroc); el 3,6% d'Àsia i l'1,4% d'altres països.

Nivell d'estudis

El 8,1% de la població major de 20 anys no tenien estudis i un 1,5% era analfabet. El 15,8% tenien estudis universitaris. El percentatge de dones sense estudis i analfabetes era superior al dels homes (figura 1).

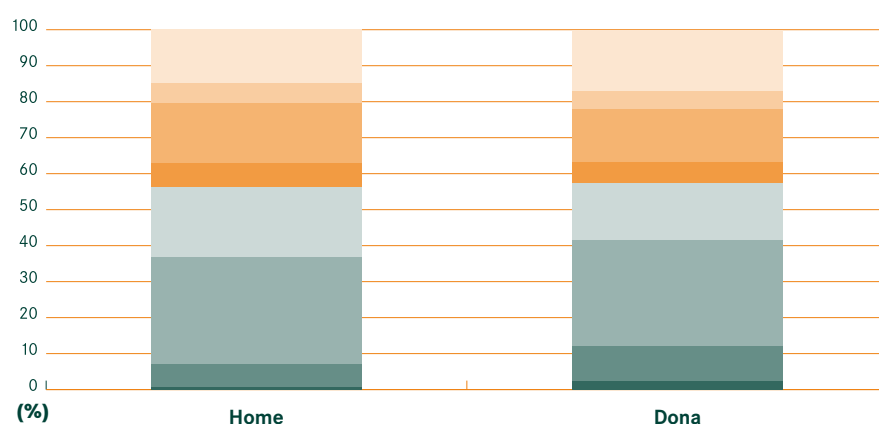


Figura 1. Nivell d'estudis segons el sexe.

El percentatge de persones amb estudis era superior entre els joves. En persones grans, augmentaven les que tenien un nivell d'estudis més baix (figura 2).

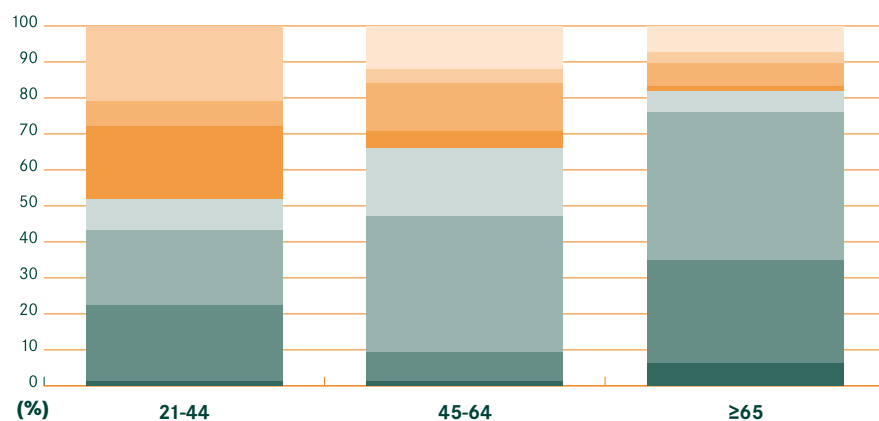
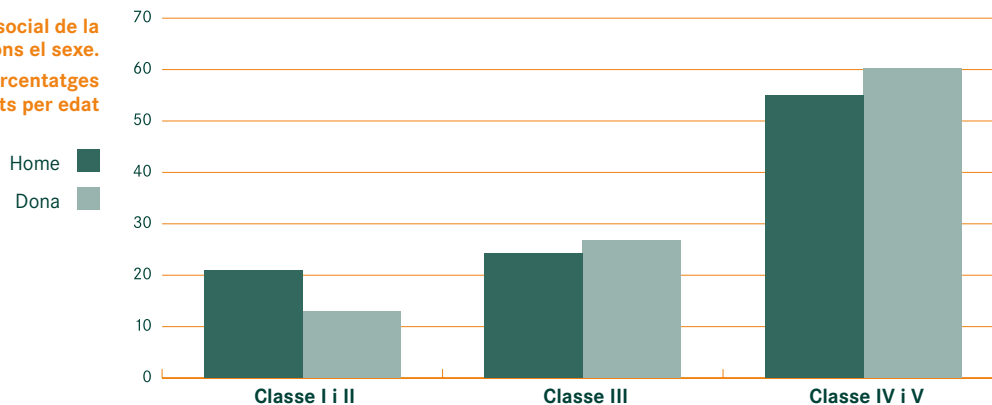


Figura 2. Nivell d'estudis segons l'edat.

Classe social

El 17% de la població pertany a les classes socials I i II i un 25,5% a la III. Les classes socials desfavorides (IV i V) representaven el 57,5% de la població. La proporció d'homes era lleugerament superior entre les classes I i II (figura 3)

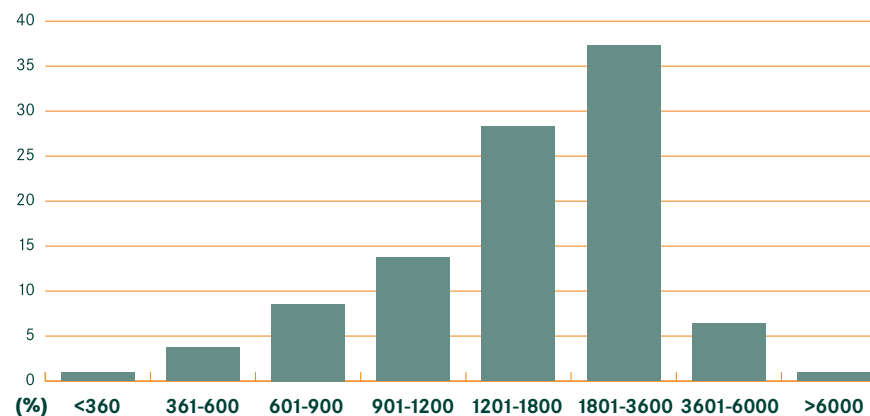
Figura 3. Classe social de la població segons el sexe.
Percentatges estandarditzats per edat



Nivell d'ingressos

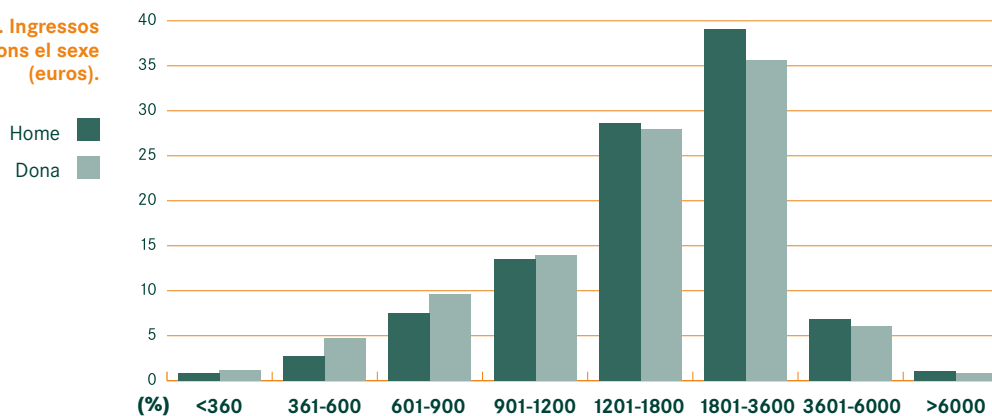
El nivell d'ingressos familiars mensuals es veuen reflectits en la figura 4. El 4,7% ingressava 600 euros o menys. Un 4,8% de la població no va contestar.

Figura 4. Ingressos mensuals (euros).

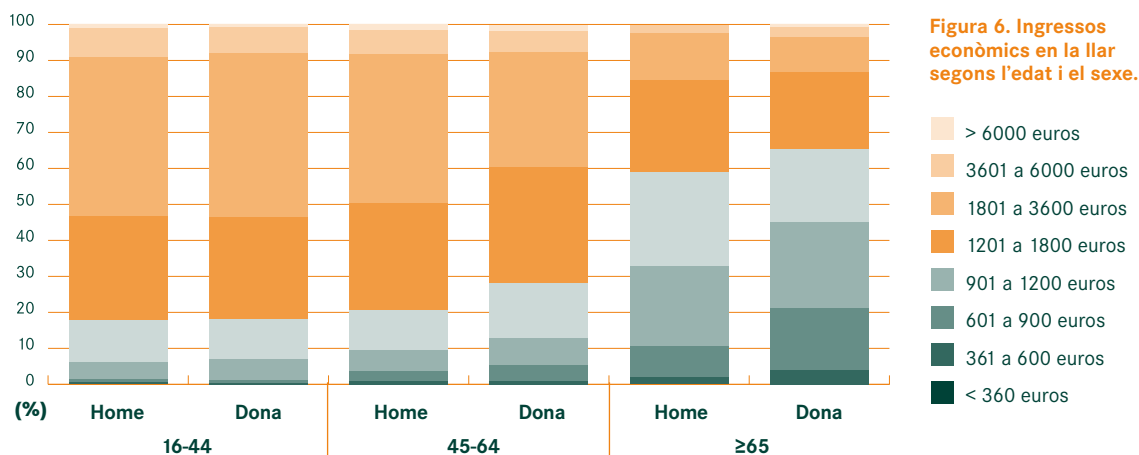


La freqüència de dones era superior en franges d'ingressos baixos. Els homes declaraven ingressos mensuals més elevats (figura 5).

Figura 5. Ingressos mensuals segons el sexe (euros).



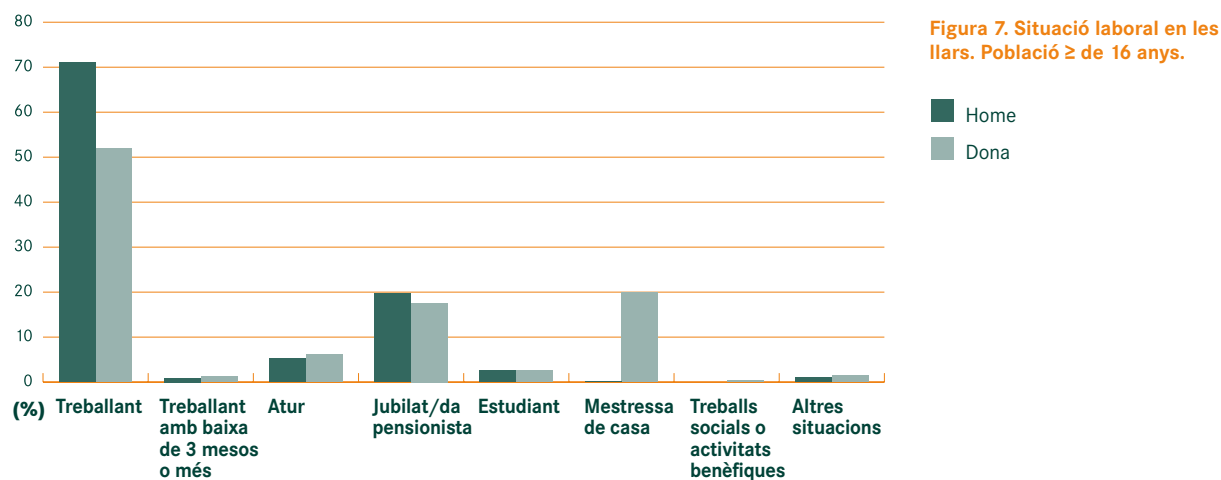
Les dones a partir dels 45 anys i la gent gran de 65 i més anys declaraven uns ingressos més baixos (figura 6).



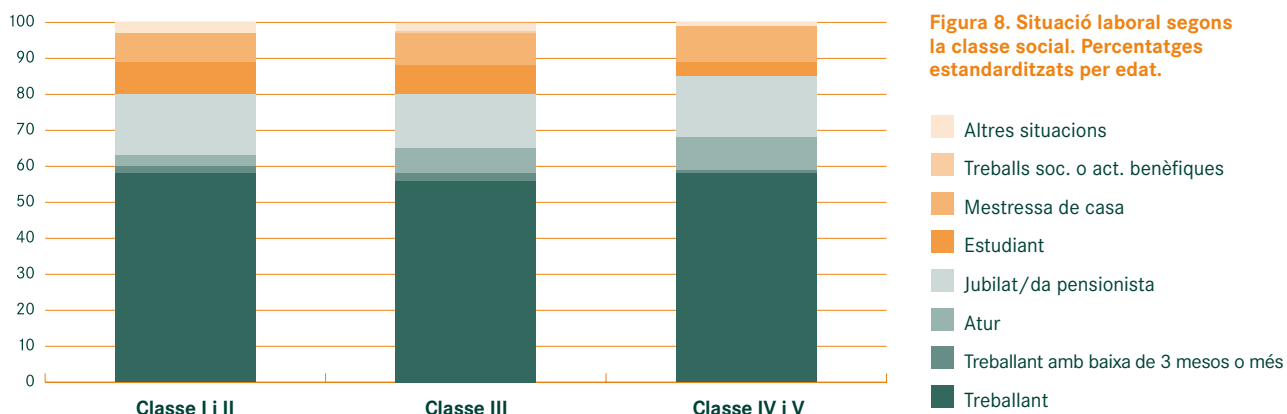
Treball remunerat

Situació laboral

En la setmana anterior a la realització de l'enquesta, el 71% dels homes i el 52,2% de les dones majors de 15 anys tenien un treball remunerat, percentatge superior en la franja d'edat de 25 a 64 anys (figura 7)

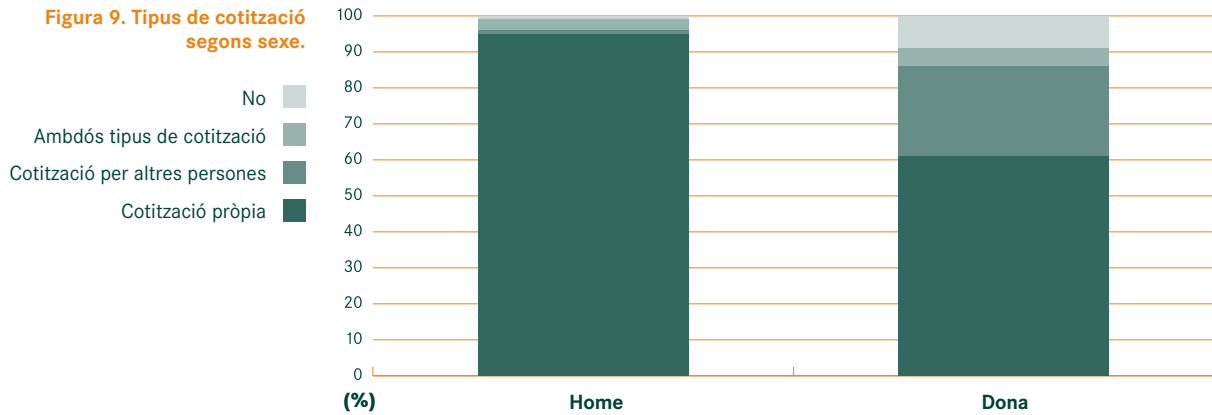


Entre les persones de classes socials més benestants hi havia una menor proporció de persones en l'atur i una major proporció d'estudiants (figura 8).

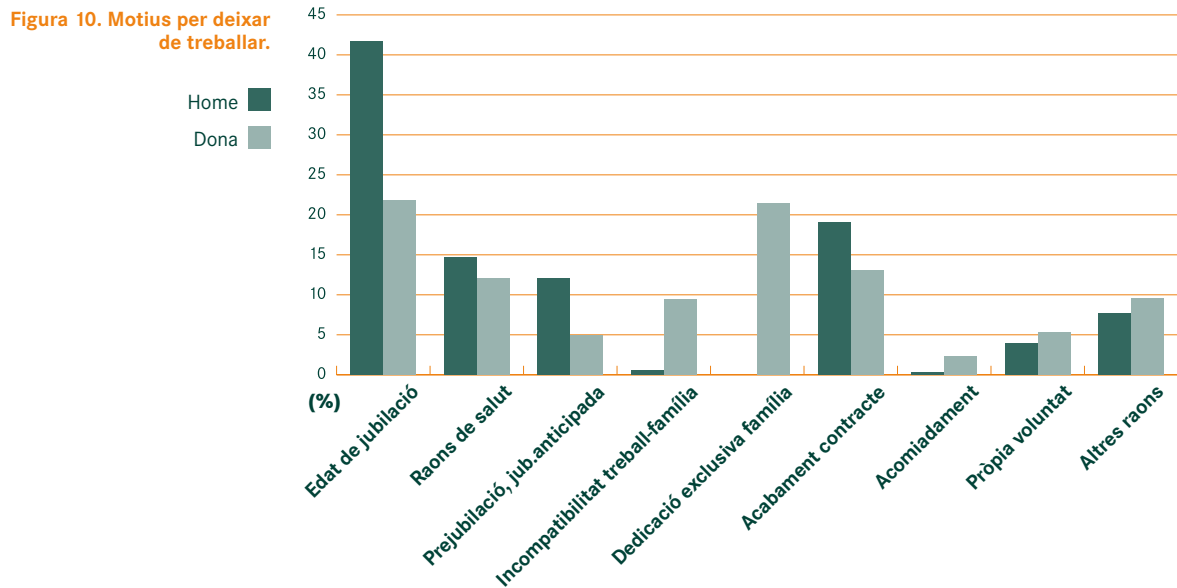


El 5,7% estava a l'atur. D'aquest percentatge, el 64,9% no havia fet mai feina, el 8,6% duia sense treballar entre 6 mesos i un any, i el 26,6% 1 any o més sense treballar.

Entre les persones jubilades, el percentatge de dones que no rebien cap pensió contributiva era superior al d'homes (9,2% enfront del 3,6%). La cotització per compte propi és superior entre els homes (figura 9).



Entre els principals motius per deixar de treballar, a part de l'edat de la jubilació, destacaven, entre les dones l'haver-se de dedicar exclusivament a la família (21,5%) i la incompatibilitat amb la família i el treball (9,5%) (figura 10).



Situació contractual

La meitat de la població tenia un contracte de durada indefinida. El percentatge de contractats temporals (28,8% homes i 18,1% dones) o amb contracte verbal (0,7% homes i 4,3% dones) era superior entre les dones. Els homes treballaven pel seu compte amb més freqüència que les dones (figura 11).

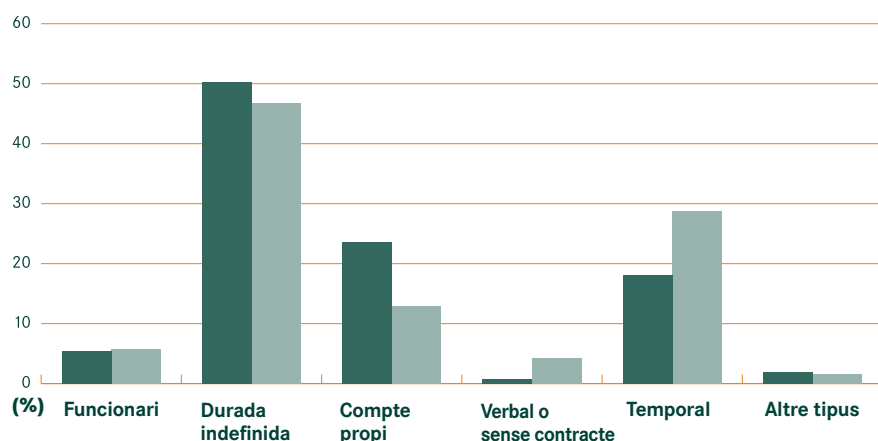


Figura 11. Tipus de contracte segons el sexe. Població ≥ 16 anys.

En població jove predominava el contracte temporal, tipus de contracte que disminuïa amb l'edat. En canvi, el treball per compte propi s'incrementava amb l'edat (figura 12).

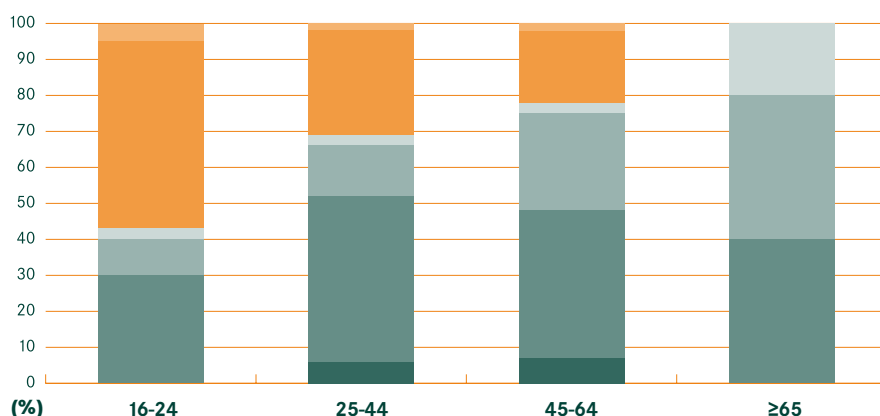


Figura 12. Tipus de contracte segons l'edat.

Satisfacció i nivell d'estrès al treball

La satisfacció amb el treball que es desenvolupa i el nivell d'estrès es varen mesurar amb una escala de l'1 (gens estressant-gens satisfactori) al 7 (molt estressant-molt satisfactori).

El nivell mitjà de satisfacció laboral fou de 5,3 (DE=1,4), sense haver-hi diferències entre els sexes.

El 3,2% dels residents a Eivissa i Formentera, el 2,1% a Mallorca i l'1,6% a Menorca no trobaven gens satisfactori el seu treball.

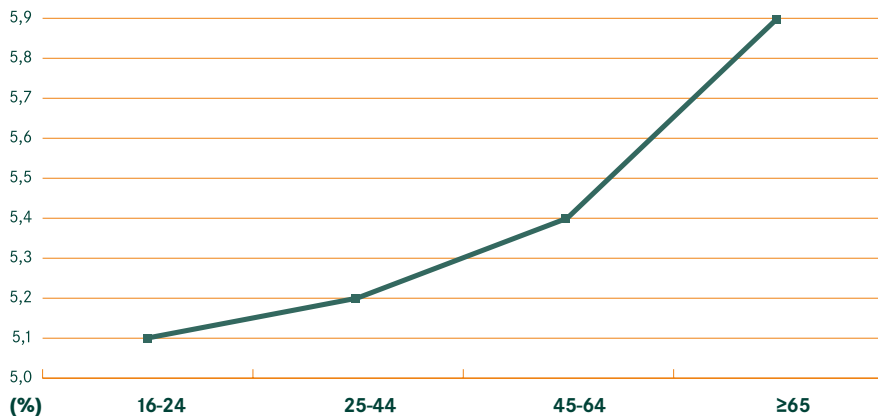
Per classe social, el percentatge de persones no satisfetes amb el seu treball era pràcticament inexistent en les classes I i II però augmentava entre les classes socials més desfavorides (figura 13).

Figura 13. Satisfacció en el treball per classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.



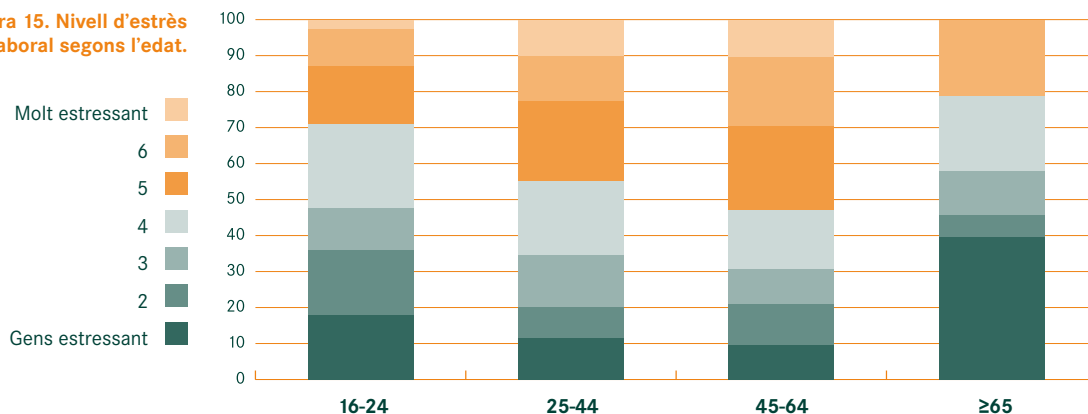
La satisfacció laboral s'incrementava amb l'edat. Els joves eren els que manifestaven tenir pitjor satisfacció laboral (figura 14).

Figura 14. Satisfacció laboral segons l'edat (mitjana).



Quant a l'estrès laboral, el nivell mitjà fou de 4,1 (DE=1,8). Aquest augmentava amb l'edat fins als 64 anys (figura 15).

Figura 15. Nivell d'estrès laboral segons l'edat.



Entre les classes socials, les més afavorides manifestaven patir un nivell d'estrès superior al de les classes menys afavorides (figura 16).

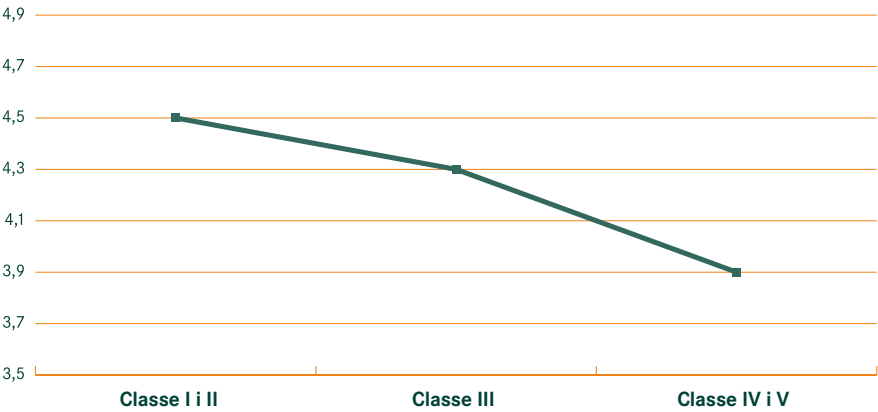


Figura 16. Estrès laboral segons la classe socioeconòmica (mitjana). Percentatges estandarditzats per edat.

Treball no remunerat

Tasques de la llar

El 30,3% de les persones entrevistades es consideraven el principal i l'únic responsable de realitzar les tasques de la llar com fregar, cuinar i planxar, percentatge molt superior si eren dones (5 de cada 10). La proporció d'homes responsables d'aquestes feines era un de cada 10 (figura 17).

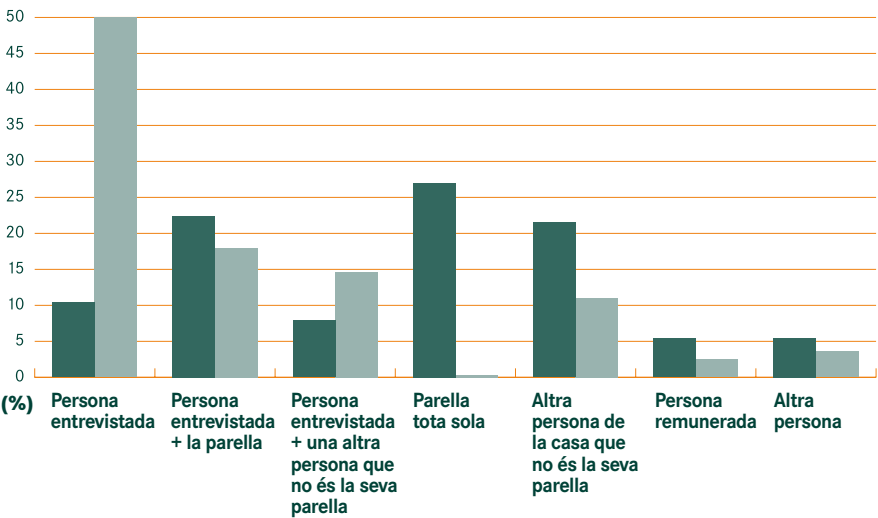


Figura 17. Realització de les tasques de la llar segons el sexe.

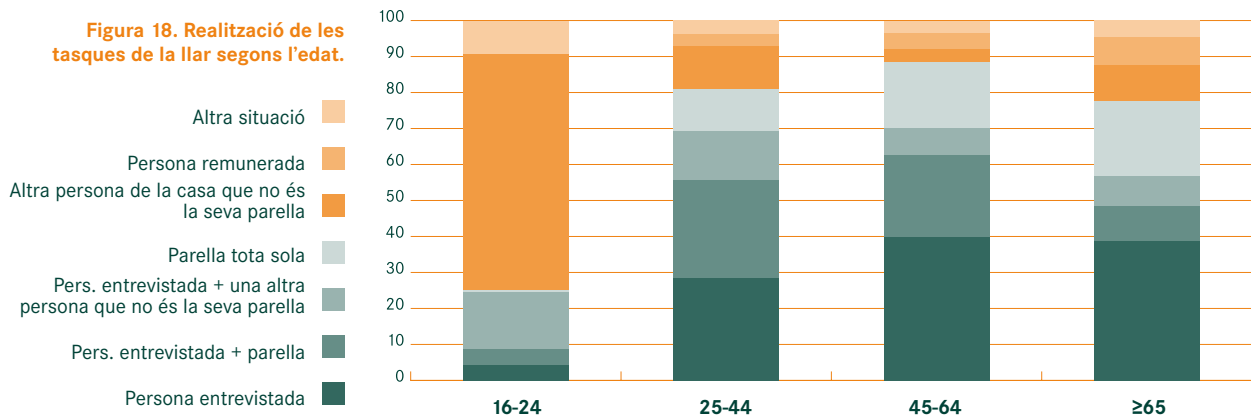
Home
Dona

Entre setmana, es dedicava una mitjana de 3 hores a realitzar les tasques de la llar i, els caps de setmana, augmentava fins a 5. Les diferències entre homes i dones es veuen a la taula 1.

Taula 1. Mitjana d'hores dedicades a les tasques de la llar segons el sexe.

	Mitjana diària entre setmana		Mitjana diària durant el cap de setmana	
	Home	Dona	Home	Dona
Hores dedicades a tasques de la llar	2,1	3,6	3,6	5,6

Una gran part dels joves declaraven que les tasques de la llar les realitzava una altra persona de la casa. A partir dels 25 anys s'incrementava el percentatge de persones que realitzaven elles mateixes aquestes tasques (figura 18).

Figura 18. Realització de les tasques de la llar segons l'edat.

En un 19,0% de les llars es disposava d'un servei extern remunerat per realitzar les diferents tasques domèstiques. Aquest percentatge era superior entre els residents a l'illa de Menorca (32,3%), en les persones majors de 64 anys (30,6%) i en les de classe social I i II (37,3%) (figura 19).

Figura 19. Llars que disposen d'una persona remunerada per realitzar les tasques de la llar segon la classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.

Cura d'altres persones

Un 35,8% de la població va manifestar que en la seva llar hi havia menors de 15 anys, majors de 74 anys o discapacitats que requerissin cures.

Al 26,8% de les llars hi havia un menor de 15 anys. La dona se'n declarava principal responsable en el 42,2% dels casos, circumstància no habitual en els homes (4,2%). En un 38,3% dels casos la responsabilitat de les cures es compartia amb la parella. Les dones hi dedicaven de mitjana més temps que els homes tant entre setmana com els caps de setmana (taula 2).

Taula 2. Mitjana diària, entre setmana i durant els caps de setmana, dedicada a tenir cura de persones ≤ de 15 anys segons sexe

	Mitjana diària entre setmana		Mitjana diària durant el cap de setmana	
	Home	Dona	Home	Dona
Tenir cura de persones menors de 15 anys	4,7	7,7	7,9	11,3

Al 5,6% de les persones entrevistades es cuidaven de persones majors de 74 anys. En un 34% d'aquests casos era la persona entrevistada tota sola la responsable (38,8% dones i 22,0% homes); en un 31,7% era una altra persona de la casa que no era la seva parella i en un 6,6%, una persona remunerada.

En el 4,5% de les llars vivien persones que convivien amb alguna persona amb discapacitat o limitacions, cuidada en un 32,4% dels casos per la persona entrevistada tota sola (46,6% dones i 11,0% homes). La cura de les persones amb discapacitats era superior en les llars habitades per persones de més edat (figura 20).

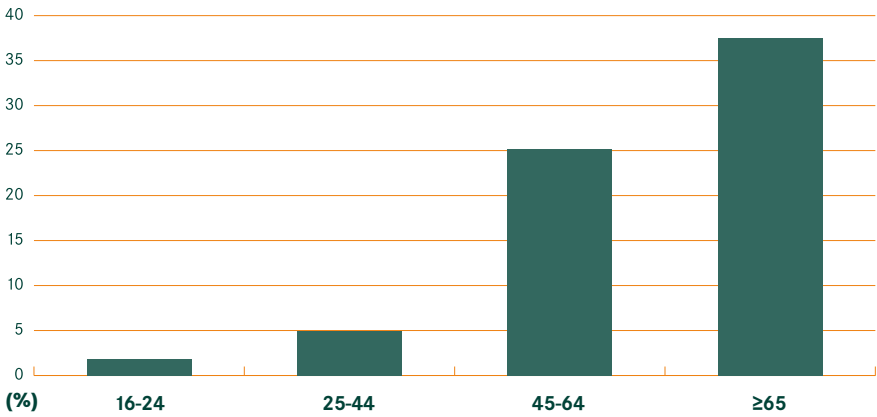


Figura 20. Tenir cura de persones amb discapacitat segons l'edat.

En les classes socials més desfavorides el percentatge de persones que tenien cura de persones amb discapacitat o limitacions era superior que en la resta de classes socials (figura 21).

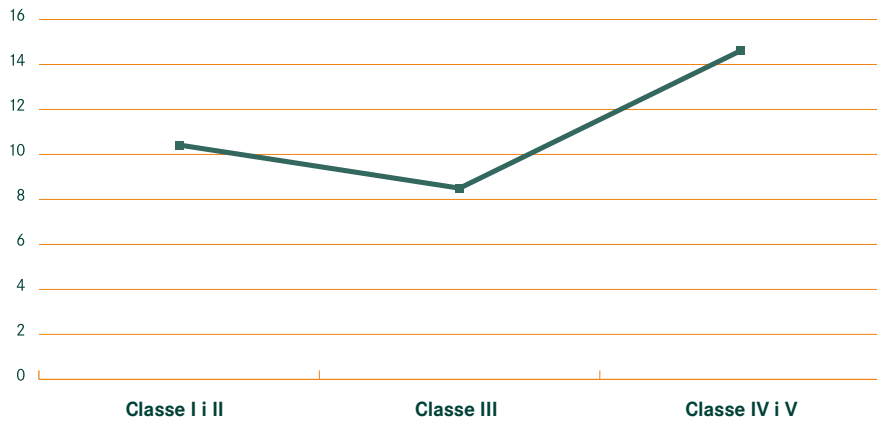


Figura 21. Cura de persones amb discapacitat segons la classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.

Els homes dedicaven de mitjana menys temps a la cura de persones amb discapacitat, tant entre setmana com el cap de setmana (taula 3).

Taula 3. Mitjana diària, entre setmana i durant els caps de setmana, a tenir cura de persones amb discapacitat segons sexe

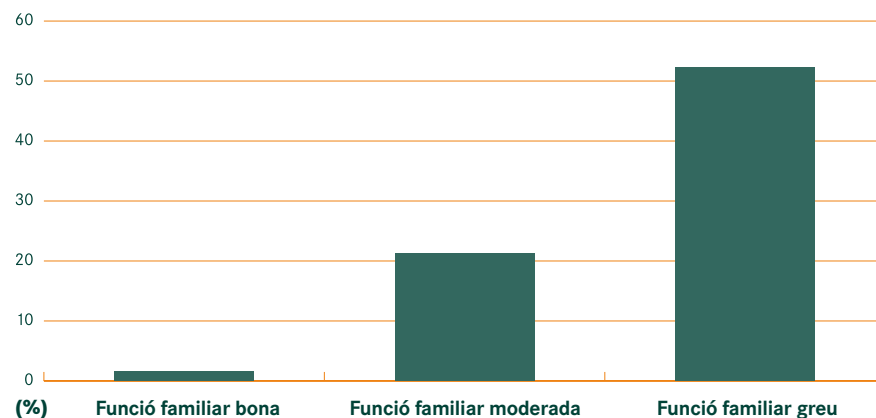
	Mitjana diària entre setmana		Mitjana diària durant el cap de setmana	
	Home	Dona	Home	Dona
Tenir cura de persones amb discapacitat	4,6	8,4	5,4	7,9

Suport social percebut

Descrueix les relacions entre l'individu i la societat que l'envolta. El 3,4% de la població adulta percebia un baix suport social.

Aquesta percepció variava en funció de determinats factors. Les persones que declaraven tenir una dinàmica familiar greu percebien un suport social baix en major proporció que aquelles amb una bona dinàmica familiar (figura 22).

Figura 22. Suport social baix percebut segons la dinàmica de la funció familiar. Població ≥ 16 anys.



Així mateix, aquesta baixa percepció de suport social s'observava també entre la població amb risc de mala salut mental (figura 23) o amb una mala percepció de la seva salut (figura 24).

Figura 23. Percepció de suport social baix segons el risc de mala salut mental.

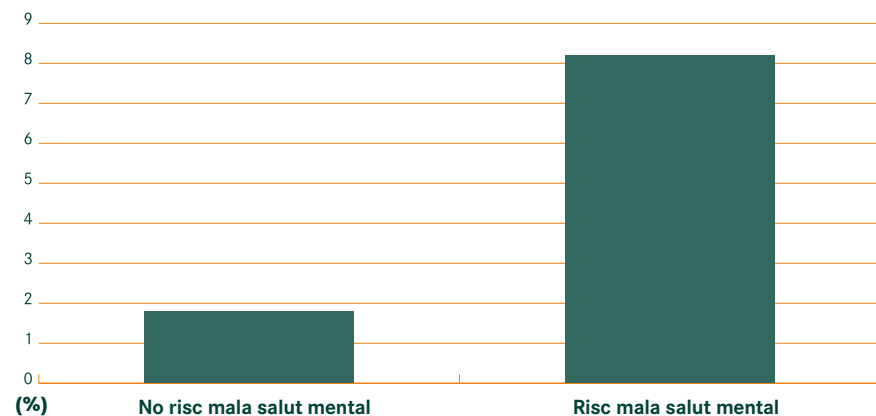
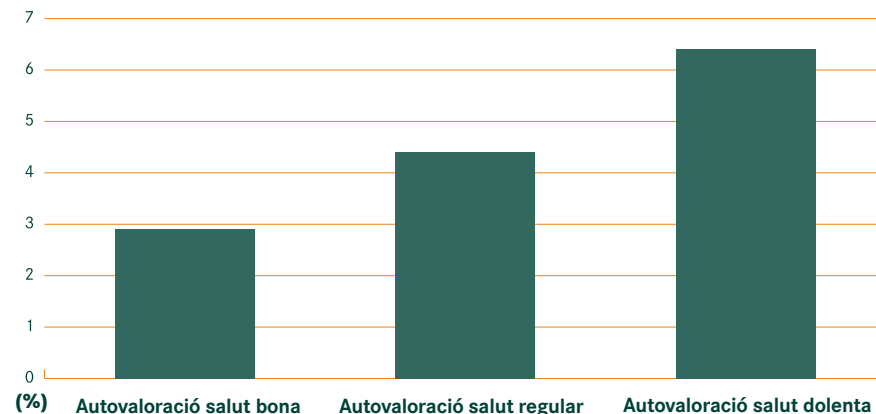


Figura 24. Percepció de suport social baix segons l'autovaloració de la seva salut.



Discriminació

El 7,9% de la població manifestava haver experimentat discriminació en els darrers 12 mesos, sentiment més freqüent entre les dones (9,4%) que entre els homes (6,4%).

Entre las causes adduïdes, pertànyer a una altra ètnia o país va ser la causa més freqüent; la religió o les preferències sexuals, les menys citades. Els homes no percebién discriminació per sexe i les dones se sentien discriminades per raons d'ètnia o país, seguit de la condició de ser dona (figura 25).

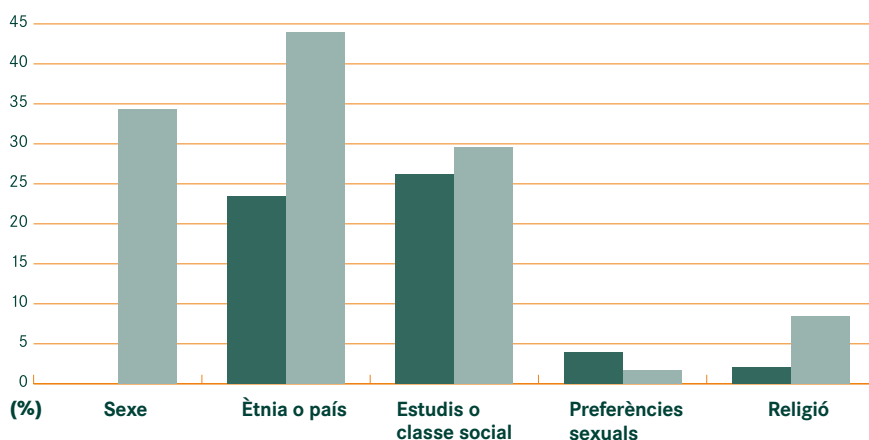


Figura 25. Causes de discriminació segons el sexe.

Un elevat percentatge de discriminació es produïa en el lloc de treball (41,4%), en un lloc públic (38,9%) i cercant treball (32,6%) (figura 26).

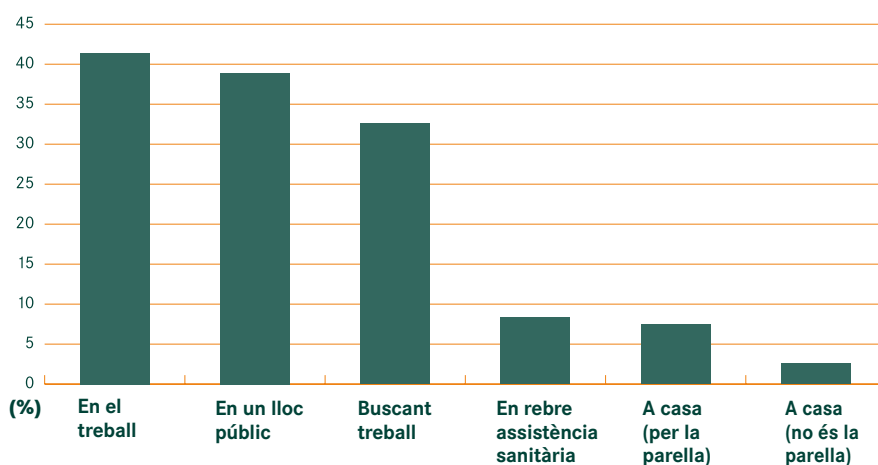


Figura 26. Situació on es va patir discriminació.

El 8,2% de la població infantil de les Illes Balears afirmava haver patit aquesta situació. La majoria d'ells al col·legi (88,3%) i en menor proporció a un lloc públic (23,7%). La discriminació per sexe era inusual. L'ètnia o el país d'origen era un motiu més freqüent de discriminació que la classe social o la religió (figura 27).

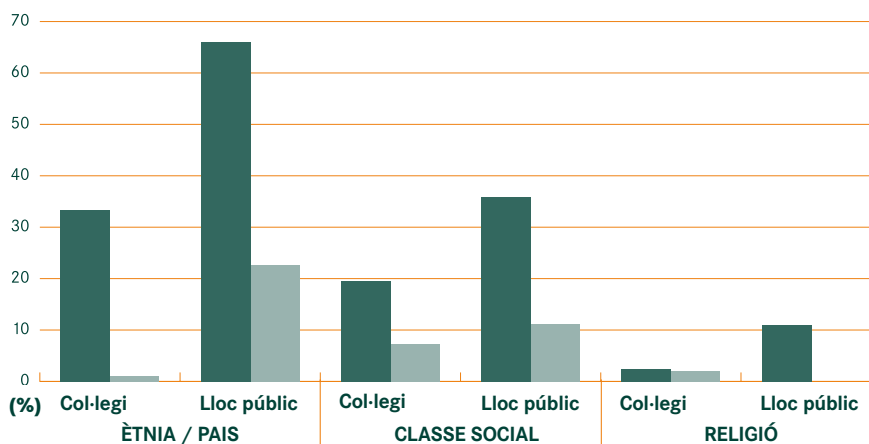


Figura 27. Motius de discriminació. Població ≤ 15 anys.

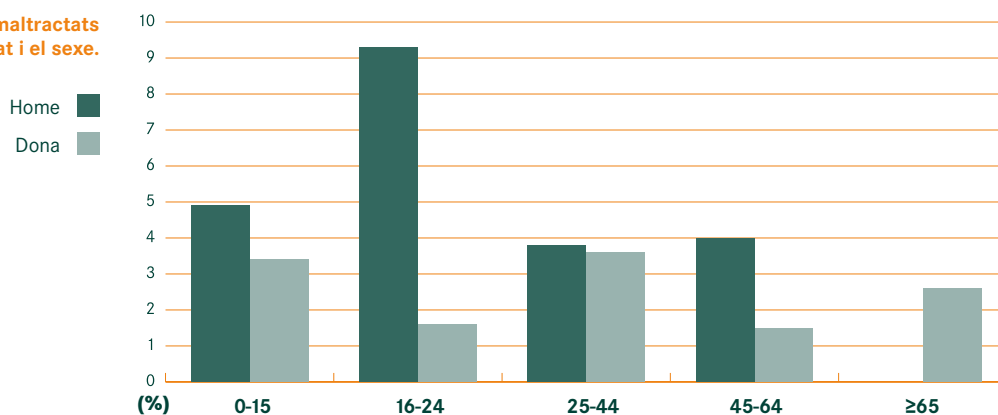
Ningú no declarava haver patit discriminació a l'hora de rebre assistència sanitària.

Agressió o maltractament

El 3,3% de la població adulta afirmava haver patit alguna agressió o maltractament, percentatge lleugerament superior en homes (4,1% enfront del 2,6% de les dones). A la població infantil, el 4,2%.

Els joves d'entre 16 i 24 anys patien més agressions que els de la resta d'edat. Especialment els homes (9,3% enfront de l'1,6% en dones). En gent major de 65 anys predominaven les agressions a les dones (figura 28).

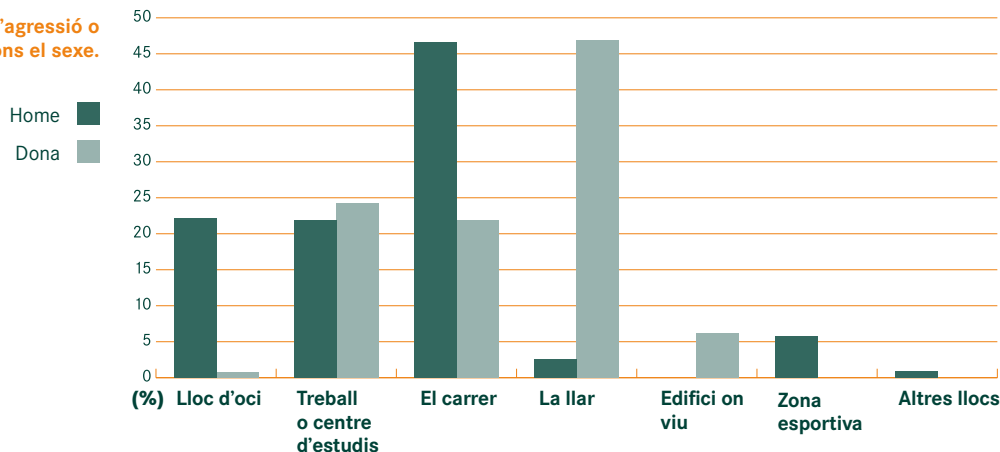
Figura 28. Agredits o maltractats segons l'edat i el sexe.



Els percentatges de població agredida o maltractada per territori són similars: Menorca (4,2%), Eivissa i Formentera (3,4%) i Mallorca (3,2%).

Un 36,9% de les agressions va ocórrer al carrer i un 22,8% en el treball o centre d'estudis. En el cas dels homes (46,6%) van tenir lloc al carrer i en el cas de les dones a la llar (46,9%) (figura 29).

Figura 29. Lloc de l'agressió o maltractament segons el sexe.



La majoria de les agressions o maltractaments a la població infantil es produïen fonamentalment al centre escolar (85%). El 2,2% es produïa a la llar.

En un 48,6% dels casos la persona agressora o maltractadora era un home desconegut i, en un 6,3% una dona desconeguda. En un 13,3% la persona maltractadora era la parella, i era la dona l'objecte de l'agressió en un percentatge superior (28,8%) que el de l'home (2,7%).

Entorn físic

Problemes de l'habitatge

Els problemes més freqüents manifestats per la població varen ser la mala qualitat de l'aigua per al consum humà i l'escassetat de zones verdes. La contaminació de l'aire era el problema menys freqüent (figura 30).

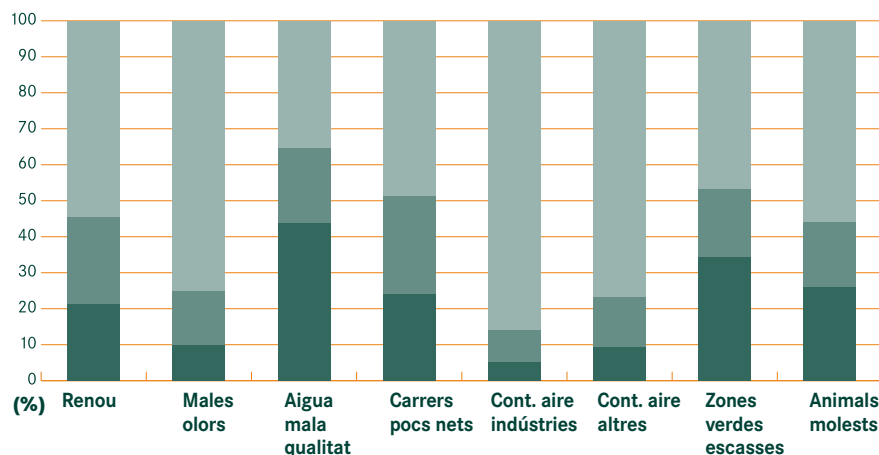


Figura 30. Problemes de l'habitatge.

■ Gens
■ Quelcom
■ Molt

En general, els residents a Eivissa/Formentera eren els que manifestaven tenir majors problemes en l'habitatge, sobretot la mala qualitat de l'aigua, l'escassetat de zones verdes i el renou i, els de Menorca els que menys (figura 31).

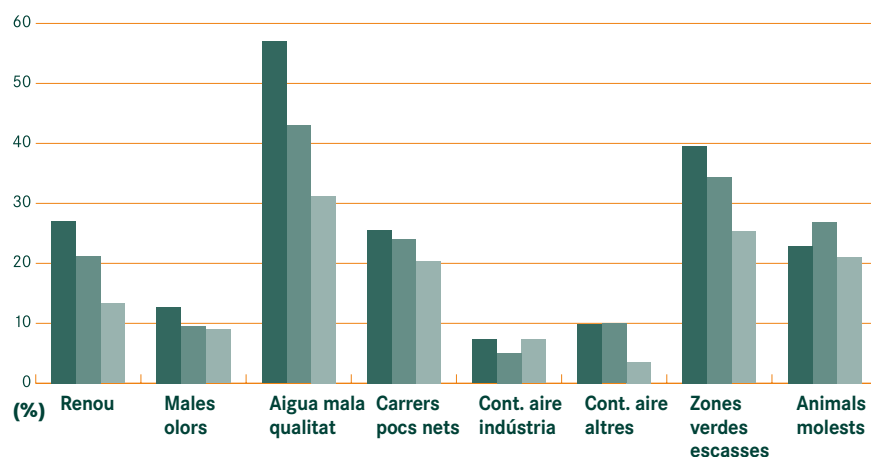


Figura 31. Tenir molts problemes de l'habitatge segons l'illa.

■ Illes Pitiüses
■ Mallorca
■ Menorca



Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

- La percepció de la salut
- La qualitat de vida de la població infantil
- Els problemes de salut crònics
- La salut mental
- La restricció de l'activitat les darreres dues setmanes
- Limitacions per realitzar activitats de la vida quotidiana
- Lesions per accidents

Estat de salut

La percepció de la salut

La salut subjectiva és una mesura global que inclou diferents dimensions del concepte de salut (física, social i emocional) i aporta una informació molt útil que no es podria obtenir d'una altra manera. Malgrat els biaixos propis de les dades recollides, com per exemple la subjectivitat de la resposta, es considera un bon indicador per descriure l'estat de salut d'una població. Nombrosos autors han demostrat una relació estreta amb la morbiditat, la capacitat funcional i el consum de recursos sanitaris. Per una altra banda, està àmpliament acceptat que una mala valoració de la salut és un bon predictiu de la mortalitat.

A les Illes Balears, l'any 2007 el 74,4% de la població considerava que la seva salut era bona o molt bona. Els homes tenien una millor percepció de l'estat de salut (77,4%) que les dones (71,2%) (figura 32).

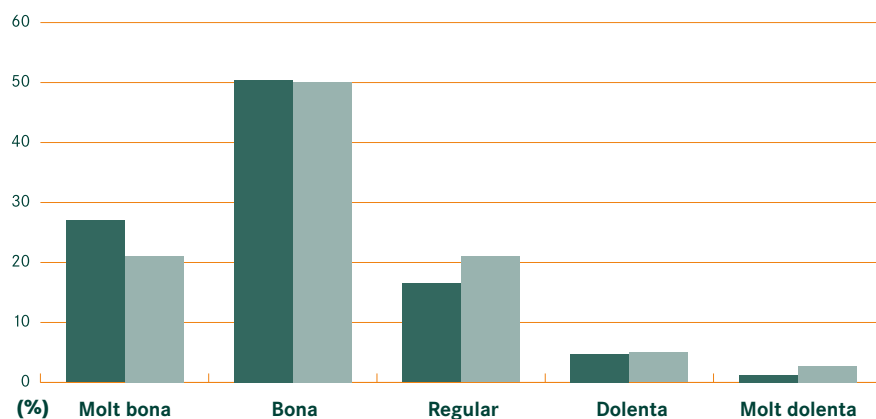


Figura 32. Percepció de l'estat de salut per sexe.

A mesura que augmentava l'edat de les persones entrevistades, la percepció d'una salut regular o dolenta era més freqüent de tal manera que més de la meitat dels homes i dones majors de 65 anys percebien la seva salut com a regular o dolenta (figura 33).

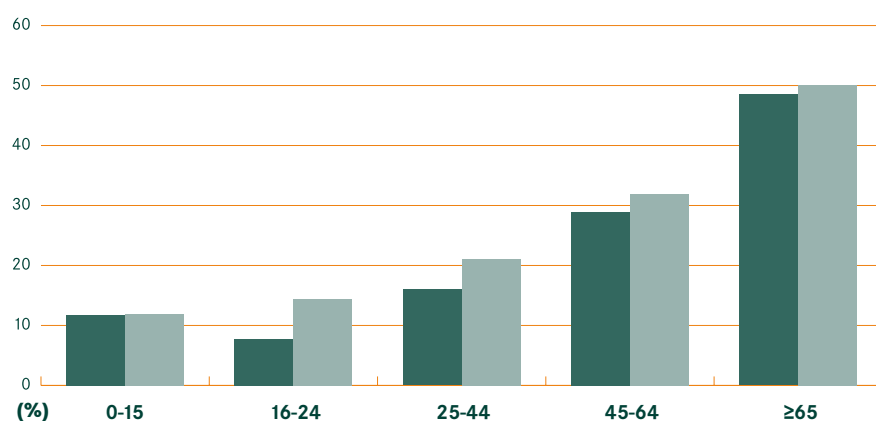


Figura 33. Percepció de l'estat de salut com regular o dolenta segons grup d'edat i sexe.

Les persones de classes socials més desfavorides perceben un estat de salut pitjor, sobretot, les dones (figura 34).

Figura 34. Percepció de l'estat de salut com a regular i dolenta segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



La valoració de l'estat de salut no variava segons l'illa a on residien. El 23,6% dels mallorquins, el 23,3% dels residents a les illes Pitiüses i el 24,6% dels menorquins consideraven que la seva salut era regular o dolenta.

La qualitat de vida de la població infantil

La qualitat de vida dels nins i de les nines majors de 7 anys, es va mesurar amb el qüestionari KIDSCREEN. La població infantil de les illes Balears tenia una qualitat de vida millor que la mitjana europea i disminuïa conforme augmentava l'edat, sobretot en les nines (figures 35 i 36).

Figura 35. Qualitat de vida en nins segons grups d'edat. Població 7-15 anys. Puntuació mitjana i IC 95%.

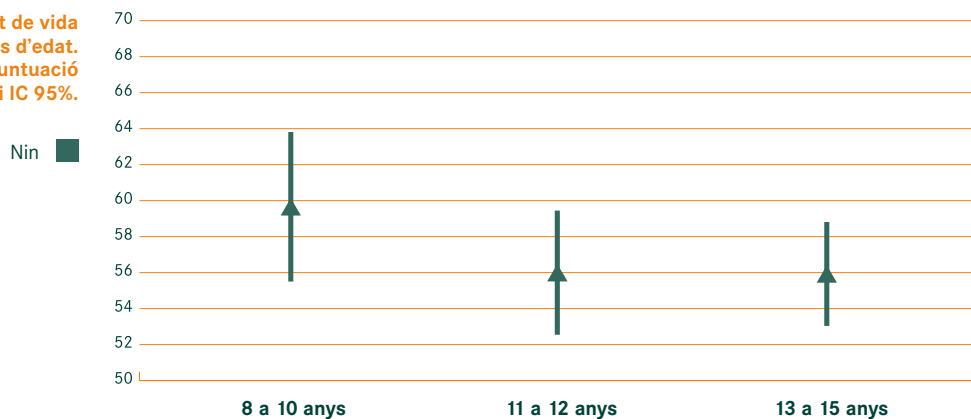
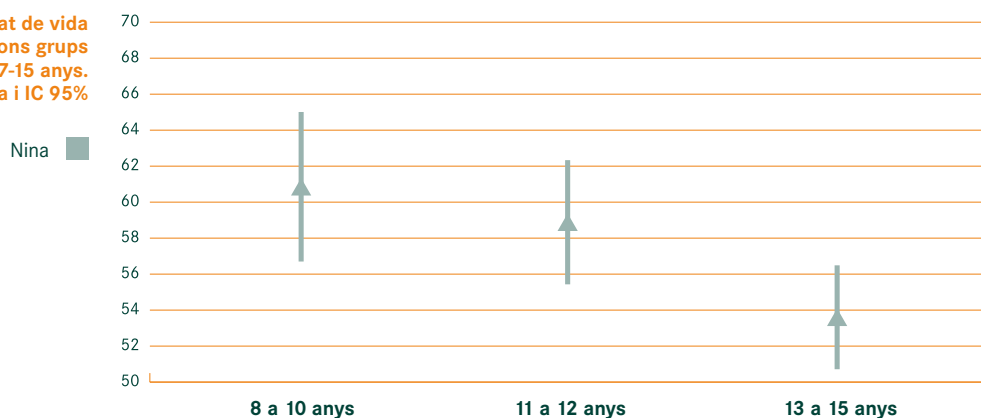


Figura 36. Qualitat de vida en nines segons grups d'edat. Població de 7-15 anys. Puntuació mitjana i IC 95%



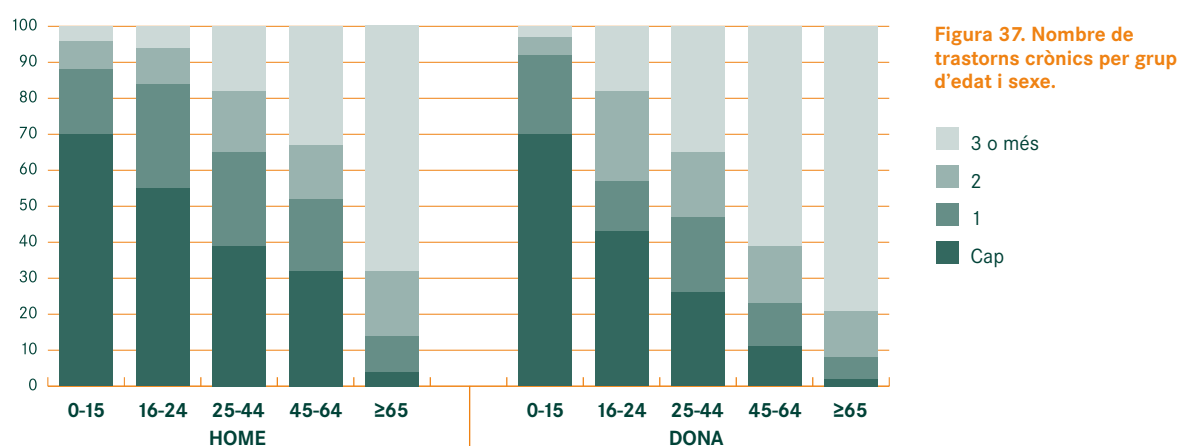
Problemes de salut crònics

En aquest apartat valoram:

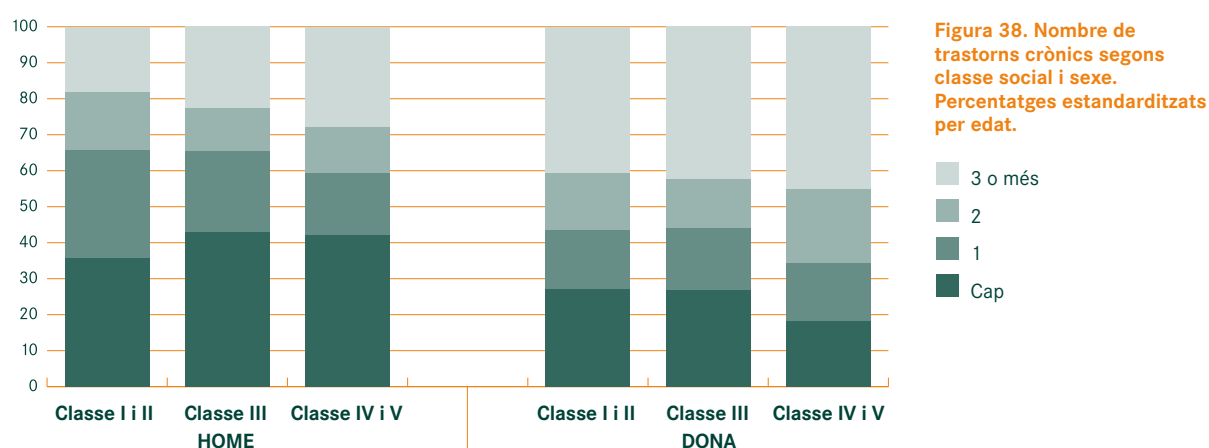
- La prevalença de malalties cròniques en general.
- En el cas dels adults, la prevalença de 26 problemes de salut crònics que produeixen una major freqüentació o un major consum de recursos sanitaris. Per als menors de 16 anys, la llista conté un total 7 problemes de salut (annex Llistat de patologies).

Un 68,5% de la població adulta i el 24,7% de la població infantil declarava haver patit al menys un trastorn crònic en el darrer any.

El nombre de trastorns crònics augmentava amb l'edat i era més elevat entre les dones a qualsevol franja d'edat (figura 37).



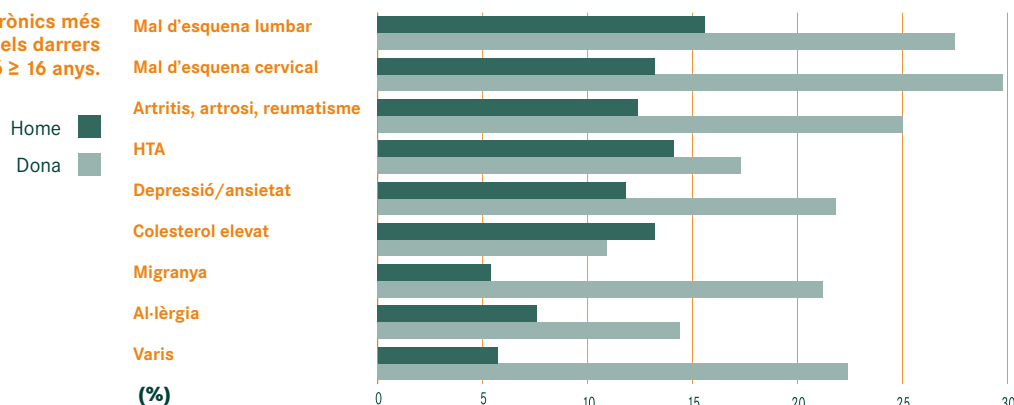
Les persones de classes socials més desfavorides patien més trastorns crònics que les classes benestants (figura 38).



Un 64,3% de la població adulta resident a Eivissa i Formentera van declarar tenir com a mínim un problema de salut. Aquest percentatge era més elevat a Mallorca i Menorca (68,5% i 74,9% respectivament).

Els problemes de salut crònics citats amb més freqüència entre els adults eren les malalties de l'aparell locomotor i de l'aparell circulatori. Destacaven en ambdós sexes el mal d'esquena, tant cervical com lumbar, l'artrosi, l'artritis i el reumatisme i la hipertensió arterial. També era elevada la freqüència de problemes de depressió/ansietat. La prevalença de molts d'aquests problemes era clarament més elevada en les dones que en els homes (figura 39).

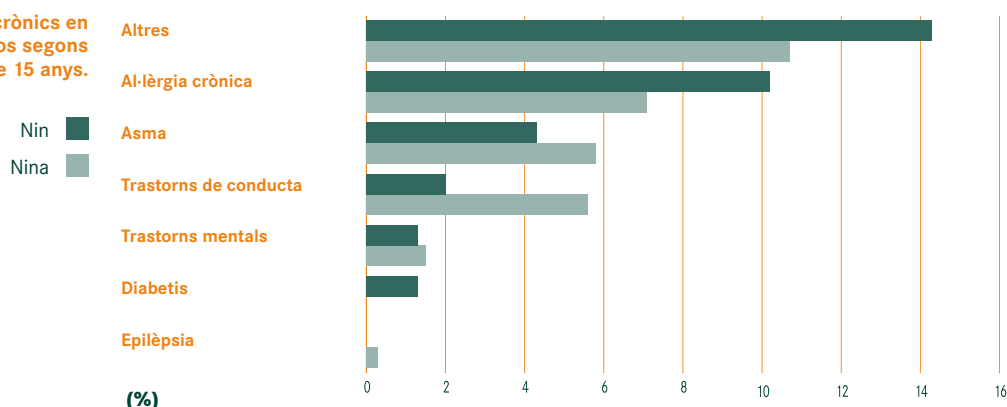
Figura 39. Trastorns crònics més prevalents patits en els darrers 12 mesos. Població ≥ 16 anys.



Els problemes de salut variaven amb l'edat. Entre els majors de 65 anys destacaven l'artrosi, l'artritis i el reumatisme, els problemes patits per més del 50% dels entrevistats, seguit de la hipertensió arterial (42,9%), el mal d'esquena tant cervical (29,7%) com lumbar (28,6%), el colesterol elevat (26,8%) i els problemes de depressió/ansietat (26%). Un 27,4% dels homes d'aquest grup d'edat havia patit problemes de pròstata. En canvi entre el jovent, destacava com a problemes més freqüents l'al·lèrgia crònica (14,0%), el mal d'esquena cervical (13,8%) i lumbar (12,8%), la depressió/ansietat (8,5%) i l'asma (7,1%).

Els problemes de salut més freqüents declarats per la població infantil eren les al·lèrgies cròniques (7,1% de nins i 10,2% de nines) i l'asma (5,8% de nins i 4,3% de nines) (figura 40).

Figura 40. Trastorns crònics en els darrers 12 mesos segons sexe. Població ≤ de 15 anys.



Salut mental

L'ESIB 2007, per tal de tenir una valoració de la salut mental de la població adulta va incloure el Qüestionari de Goldberg GHQ-12 (General Health Questionnaire). Aquest instrument és útil per estimar la prevalença de persones amb risc de patir trastorns mentals al moment de l'entrevista no pas per un problema crònic o antic i, en cap cas, com a diagnòstic.

Un 25,1% de la població adulta estava a risc de patir un trastorn mental, risc més elevat en les dones (31,5%) que en els homes (18,8%).

El benestar psicològic variava notablement en funció de l'edat i el sexe. Les diferències més notables per sexe s'observaven en edats intermèdies. Per contra, en els majors de 65 anys s'observava una prevalença entre els homes que tendia a igualar les dones (figura 41).

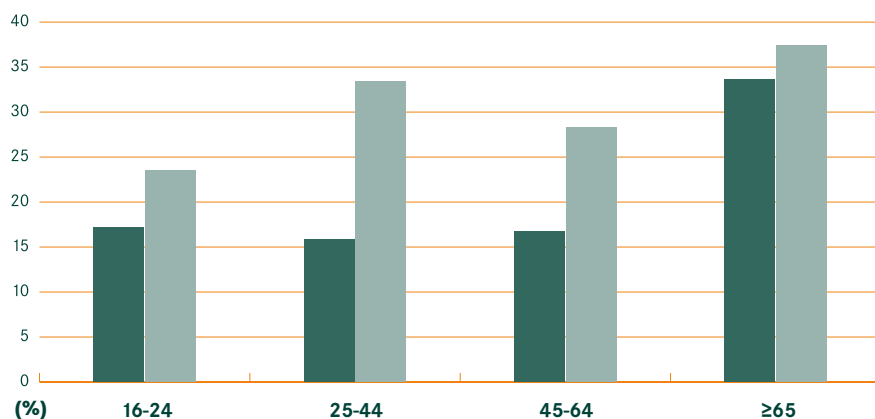


Figura 41. Probabilitat de patir un trastorn mental (GHQ ≥ 3) segons grup d'edat i sexe.

La probabilitat de patir un trastorn mental era més freqüent entre les classes socials desfavorides, sobretot entre les dones (figura 42).

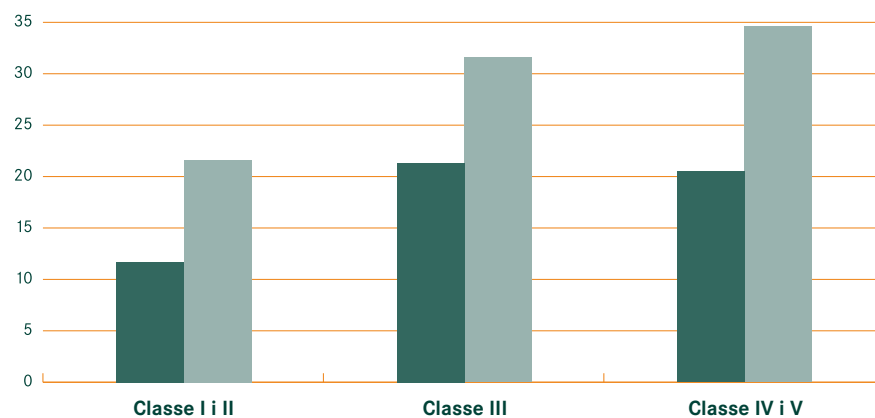


Figura 42. Risc de patiment psicològic segons la classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

El risc de patiment psicològic també tenia una relació directa amb la percepció de la salut. A mesura que la percepció de la salut empitjorava, el risc de patiment psicològic era més alt (figura 43).

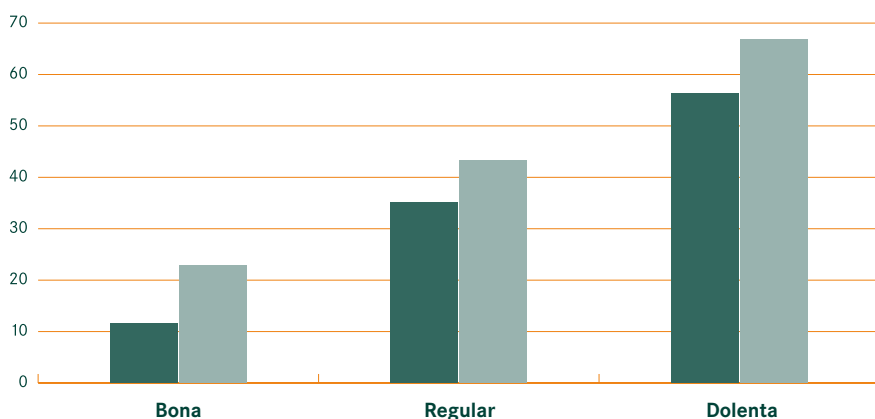


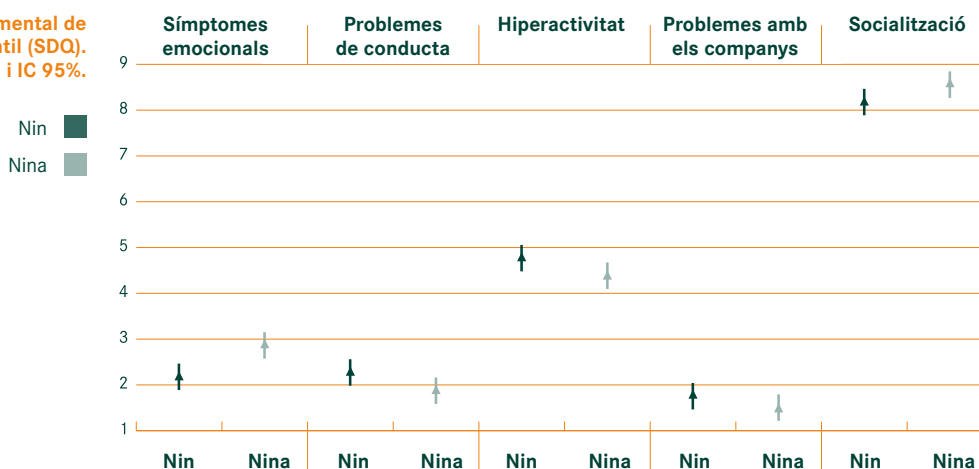
Figura 43. Risc de patiment psicològic segons la percepció de la seva salut i sexe.

Aquest risc era lleugerament més elevat a Menorca (28,3%) i a Eivissa i Formentera (27,7%) que a Mallorca (24,4%).

La valoració de la salut mental de la població infantil es va obtenir a partir del Qüestionari de capacitats i dificultats (SDQ). Aquest qüestionari dirigit a nins i nines majors de 3 anys recollia símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes amb els companys i socialització.

A la figura 44 s'observa la mitjana per a cada un dels apartats. Els nins obtenien pitjor puntuació a l'apartat dels problemes de conducta, hiperactivitat i problemes amb els companys. Les nines, a l'escala de símptomes emocionals i socialització.

Figura 44. Salut mental de la població infantil (SDQ). Mitjana i IC 95%.



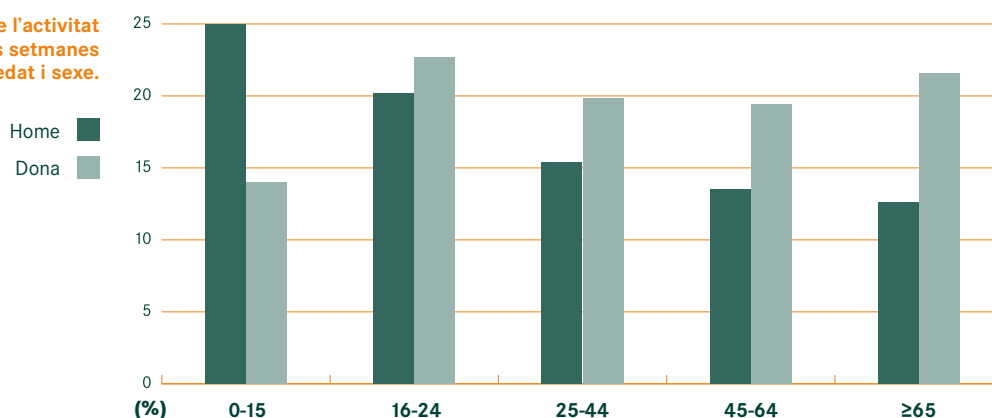
Restricció de l'activitat en les darreres dues setmanes

Aquest apartat ens dona informació sobre la pèrdua de capacitat eventual per realitzar activitats habituals a causa d'un problema de salut. Reflexa sobretot les conseqüències de la morbiditat aguda.

El 18,1% de tota la població declarava haver reduït les seves activitats habituals durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista a causa d'algun problema de salut (el 16,8% d'homes i el 19,4% de dones) i el 8,2% havia hagut d'estar al llit (el 7,1% dels homes i el 9,4% de les dones).

En població infantil, la reducció de l'activitat era més freqüent en nins que en nines. En canvi, en població adulta era més freqüent en les dones en qualsevol franja d'edat i arribava a ser quasi el doble en majors de 65 anys (figura 45).

Figura 45. Restricció de l'activitat en les darreres dues setmanes per grup d'edat i sexe.



Entre les classes socials més benestants (16,4%) la restricció de l'activitat era lleugerament menys freqüent que entre les classes socials desfavorides (18,7%).

L'anàlisi territorial mostrava una freqüència lleugerament més elevada de restricció de l'activitat entre els residents d'Eivissa i Formentera (21,1%) que a Mallorca (17,6%) o a Menorca (17,7%).

Cada persona que va restringir la seva activitat per un problema de salut ho feia amb una mitjana de 6,3 dies (DE = 4,9), mitjana que augmentava amb l'edat (4,3 dies entre els més joves, 10,3 dies entre els majors de 65 anys).

L'estada mitjana de permanència al llit per un problema de salut era de 3,8 dies i també augmentava amb l'edat (1,7 dies entre els joves de 16-24 anys i 7,5 dies entre els majors de 65 anys). En població infantil era de 3,3 dies.

Els principals problemes de salut que ocasionaven aquesta restricció de l'activitat eren el dolor d'ossos, d'esquena i de les articulacions (33%), processos catarrals i gripals (30,9%), mals de cap (12,6%), problemes de nervis, depressió o dificultats per dormir (8%) i contusions, lesions i ferides (7,1%). Els tres primers eren també les causes més freqüents de la permanència al llit.

La freqüència variava en funció del sexe i de l'edat. Els mals de cap causaven una restricció de l'activitat amb més freqüència en les dones i els processos catarrals, les contusions i ferides en els homes (figura 46).

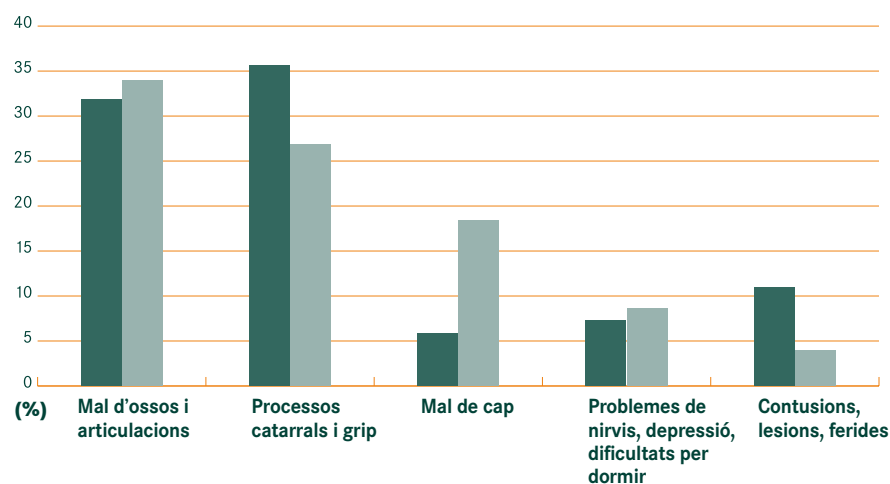


Figura 46. Problemes de salut que causen restricció temporal de l'activitat per sexe. Població total.

Els processos catarrals i gripals, així com el mal de cap, afectaren principalment als joves, i el dolor d'ossos, d'esquena i d'articulacions als més grans.

Entre les classes socials desfavorides era més freqüent la limitació de l'activitat temporal a causa de contusions, lesions i ferides, el mal d'ossos, d'esquena i d'articulacions.

Limitacions per realitzar activitats de la vida quotidiana

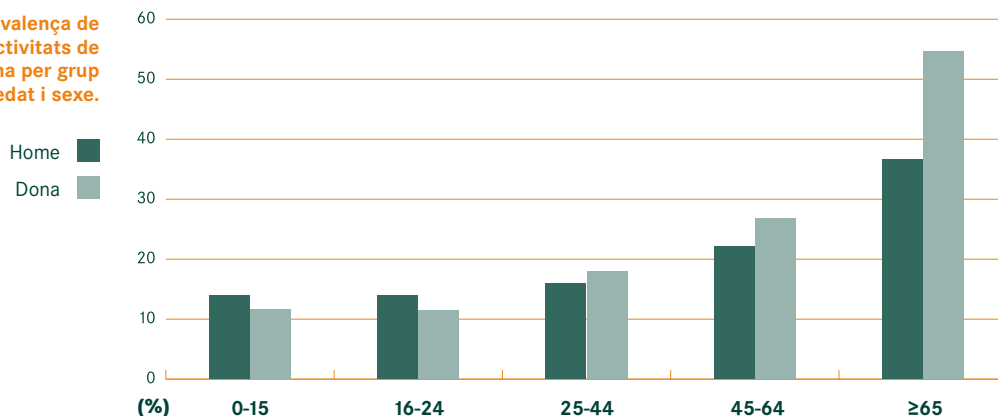
L'esperança de vida a les nostres Illes és molt elevada i en constant augment des de fa dècades. Això no vol dir, però, que totes aquestes persones tinguin una bona salut. Tot al contrari, aquest augment de l'esperança de vida ve acompanyada d'un augment del nombre de persones amb limitacions funcionals.

Les limitacions són moltes vegades conseqüència de malalties cròniques que augmenten amb l'edat amb un impacte no només sobre l'individu, sinó també sobre la societat. L'estatus funcional de les persones grans juga un paper molt important en les seves possibilitats d'autonomia. La seva pèrdua associada a l'existència de malalties cròniques comporta la necessitat d'assistència a les tasques de la vida quotidiana i d'un augment de places en residències geriàtriques.

El 23,3% de la població adulta declarava haver tengut, al menys els 6 mesos abans de l'entrevista i a causa d'un problema de salut, qualche tipus de limitació per realitzar les activitats de la vida quotidiana (18,6% amb una limitació moderada i el 4,8% amb una limitació greu). La prevalença era més elevada en les dones que en els homes (26,3% enfront del 20,3%).

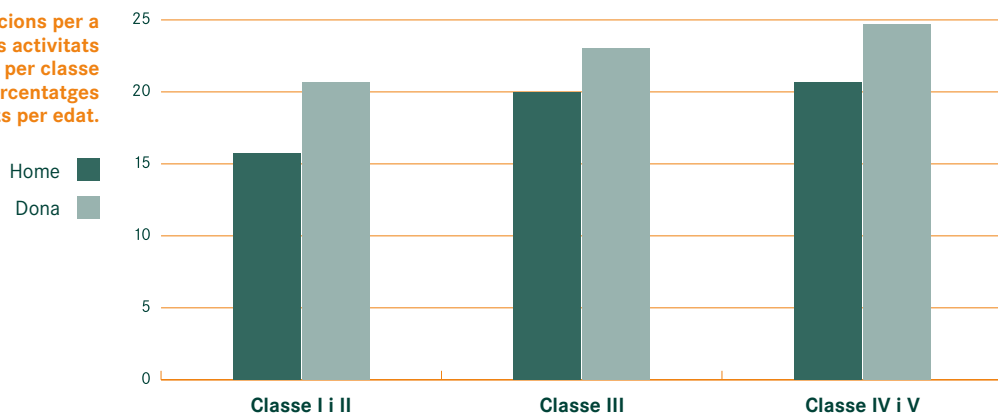
La prevalença de limitacions augmentava amb l'edat i les diferències per sexe eren més patents entre les persones grans (figura 47).

Figura 47. Prevalença de limitacions per activitats de la vida quotidiana per grup d'edat i sexe.



El percentatge de persones amb limitacions era més elevat entre les persones de classes socials desfavorides i en les dones de totes les classes socials (figura 48).

Figura 48. Limitacions per a la realització de les activitats de la vida diària per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



L'anàlisi territorial mostrava una prevalença similar per illes (21,8% a Mallorca, 21,7% a les illes Pitiüses i 20% a Menorca).

El 74,1% de les limitacions eren a causa d'un problema físic, el 8,1% a un problema mental i la resta a ambdós problemes, físics i mentals. Els problemes físics eren més freqüents entre els homes (78,9% enfront del 71,4%) i els problemes mentals entre les dones (9,2% enfront del 6,7%).

El 12,4% de la població adulta (14,3% d'homes i 10,5% de dones) tenien alguna dificultat auditiva i el 3,6% (2,5% d'homes i 4,6% dones) visual.

La dificultat auditiva i visual s'incrementava amb l'edat. A partir dels 45 anys, al voltant d'un 20% de la població presentava alguna dificultat auditiva. Quant a les dificultats per veure, es feien més patents a partir dels 65 anys (figura 49).

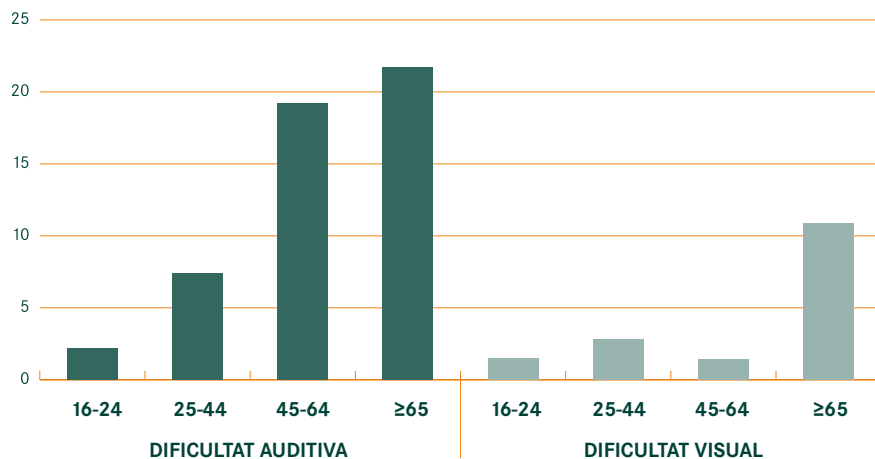


Figura 49. Dificultat auditiva i visual segons l'edat.

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

A les persones de 65 anys o més se'ls va demanar si tenien dificultat per realitzar les activitats quotidianes de la vida diària. Una llista de 27 activitats recollia les activitats relacionades amb les cures personals: vestir-se, menjar, dutxar-se, caminar, entre d'altres; les feines domèstiques (fer-se el llit, rentar la vaixela, etc.) i la mobilitat (caminar una hora seguida, pujar escalons...). Per cada una d'aquestes se'ls demanava el grau de dificultat per realitzar-les (sense ajuda, amb ajuda d'una altra persona i si no eren capaces de fer-ho per elles mateixes).

El 61% declaraven tenir autonomia funcional o capacitat per realitzar les 8 activitats relacionades amb les cures personals sense necessitat d'ajuda, el 57% per dur a terme feines domèstiques i el 63% per al moviment. Per als tres grups d'activitats, les limitacions augmentaven en persones majors de 75 anys. D'altra banda, els homes tenien més autonomia funcional que les dones (figura 50).

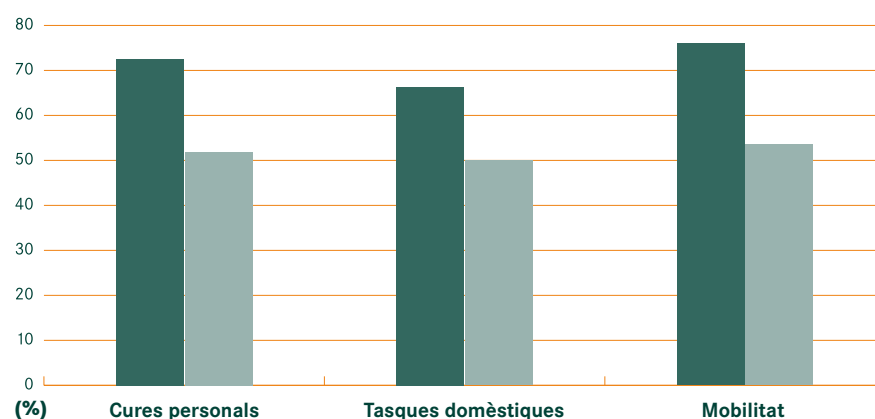


Figura 50. Autonomia funcional per sexe. Persones ≥ de 65 anys.

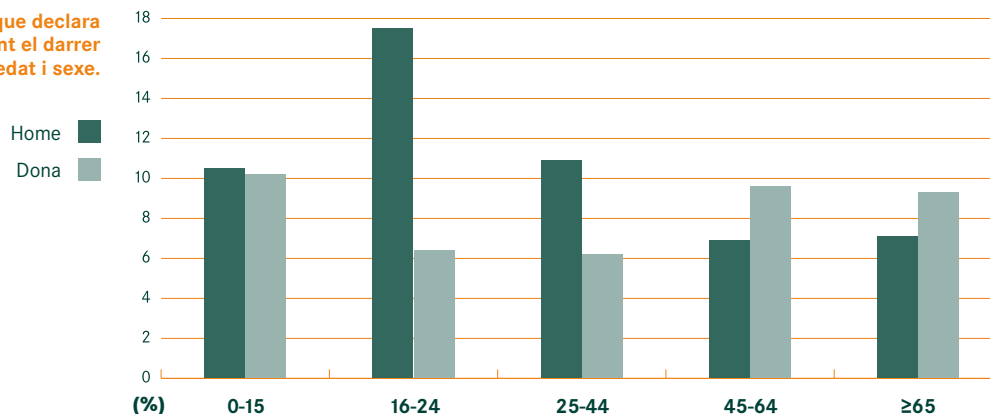
Les persones de classes socials desfavorides tenien més dependència funcional que les de classes socials benestants per a activitats relacionades amb cures personals i mobilitat.

Les lesions per accidents

L'enquesta es centrava en els accidents ocorreguts en el transcurs del darrer any abans de l'entrevista. A les Illes Balears el 9,2% de la població declarava haver patit un accident en el transcurs del darrer any (10,2% dels homes i 8,1% de les dones). La distribució per grups d'edat i sexe mostrava que els homes majors de 15 anys sofrien un accident amb

més freqüència que les dones, fins als 44 anys. A partir d'aquesta edat els accidents eren més freqüents entre les dones (figura 51).

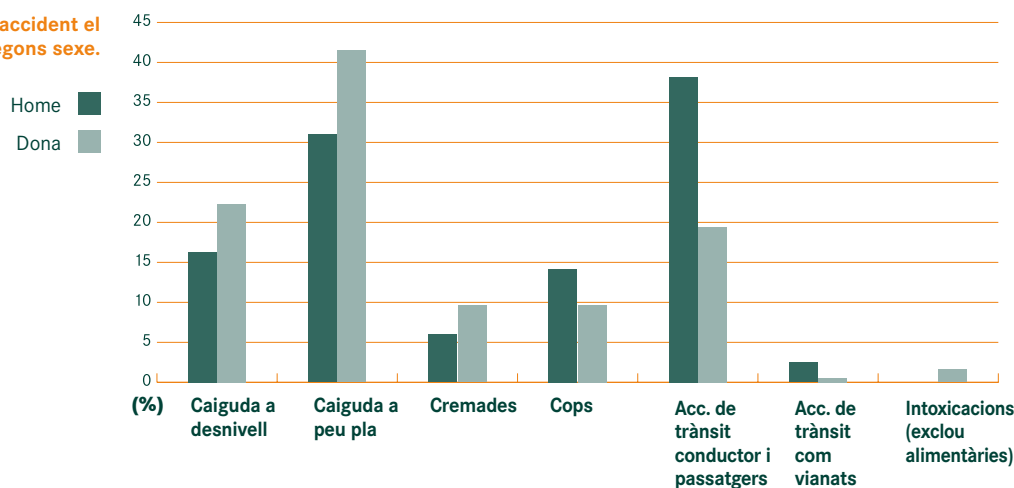
Figura 51. Població que declara haver patit un accident el darrer any per grup d'edat i sexe.



A Menorca, el percentatge de gent que declarava haver patit un accident era més elevat (12,1%) que a Mallorca (9,2%) i a les illes Pitiüses (6,9%).

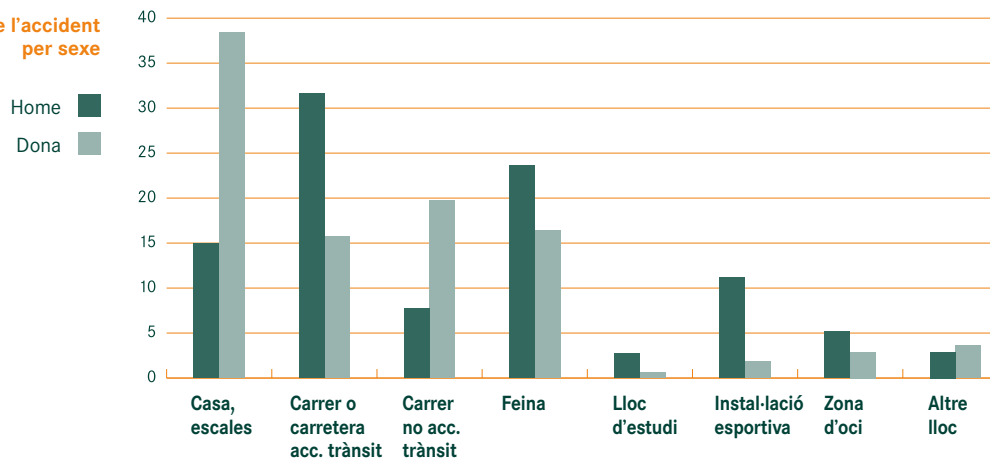
Les caigudes eren els accidents més freqüents, sobretot entre les dones, seguit dels accidents de trànsit que eren més freqüents entre els homes (figura 52).

Figura 52. Tipus d'accident el darrer any segons sexe.



El lloc on es produïen més accidents era al domicili, seguit del carrer o carretera a causa d'un accident de trànsit. Las caigudes a casa o al carrer eren més freqüents entre les dones. Els homes tenien més accidents al carrer per un accident de trànsit i a la feina (figura 53).

Figura 53. Lloc de l'accident per sexe



El 59,6% de les persones que havien patit un accident varen ser atesos a un servei d'urgències, sobretot els homes. El 25,8% de les dones accidentades no va necessitar rebre assistència sanitària. El 4% dels casos varen haver de ser ingressats a un hospital (figura 54).

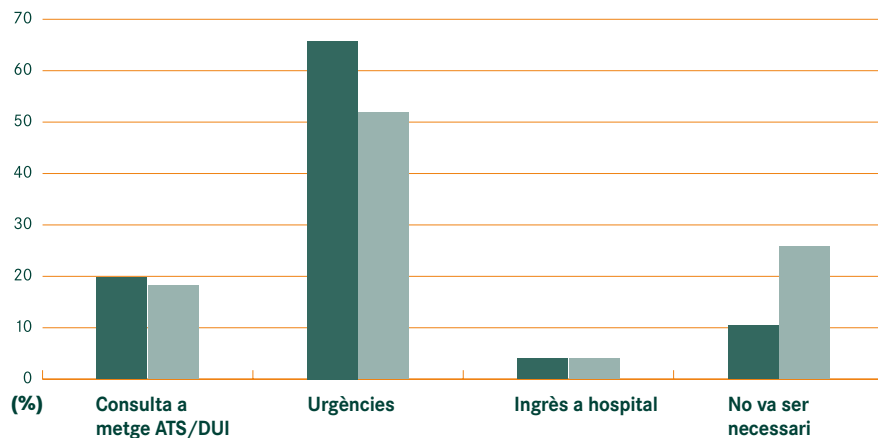


Figura 54. Tipus d'assistència rebuda per l'accident per sexe.

Les lesions més freqüents eren contusions, hematomes, luxacions (65,4%), seguit de fractures i ferides (24,7%).



Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

- Hàbit tabàquic
- Consum d'alcohol
- Activitat física
- Hàbits alimentaris
- Pes corporal
- Realització de dietes
- Hores de son

Estils de vida

L'hàbit tabàquic

Entre els factors de risc per a la salut, el consum de tabac és, sens dubte, un factor crític en termes de morbiditat i mortalitat.

Prevalença de consum

A les Illes Balears, el 30,3% de les persones majors de 15 anys fumaven (27% diàriament i un 3,3% de manera ocasional) i el 69,7% es declaraven no fumadors (el 51,7% no havia fumat mai i el 18% havia deixat l'hàbit tabàquic). Els homes fumaven més (33,7%) que les dones (20,3%) (figures 55 i 56).

Fig. 55.

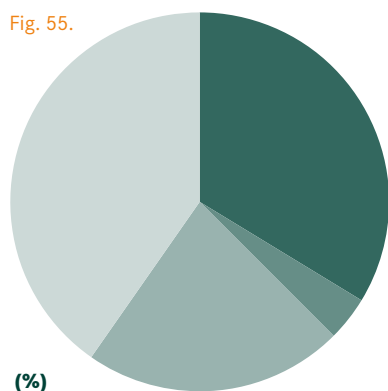


Fig. 56.

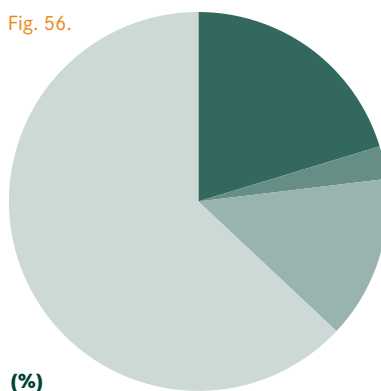


Figura 55. Prevalença de l'hàbit tabàquic en homes.

Figura 56. Prevalença de l'hàbit tabàquic en dones.

No fumador
 Exfumador
 Ocasional
 Fumador

Entre els més joves (16-24 anys), la prevalença de fumadors era més elevada entre les dones, mentre que a la resta ho era entre els homes. Entre els homes, el grup d'edat que més fumava era el de 25-44 anys (figura 57).

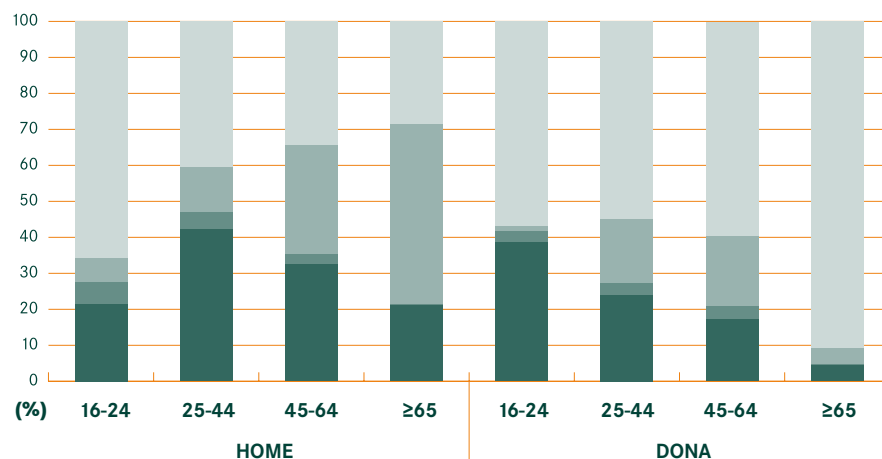


Figura 57. Distribució del consum de tabac per grups d'edat i sexe.

No fumador
 Exfumador
 Ocasional
 Fumador

Els homes de classes socials desfavorides fumaven més. La prevalença d'exfumadors era més elevada entre la classe social alta (grup I i II) sobretot els homes (figura 58).

A les Pitiüses, s'observava una freqüència de fumadors més elevada i d'exfumadors més baixa en ambdós sexes. En canvi, a la resta de les Illes les diferències entre fumadors i exfumadors s'acurçaven, especialment entre les dones menorquines (figura 59).

Figura 58. Distribució del consum de tabac per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

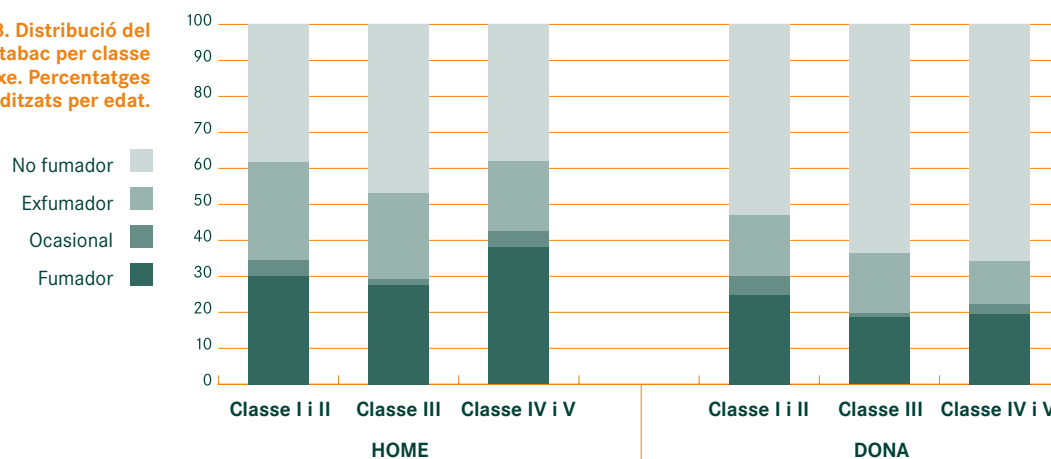
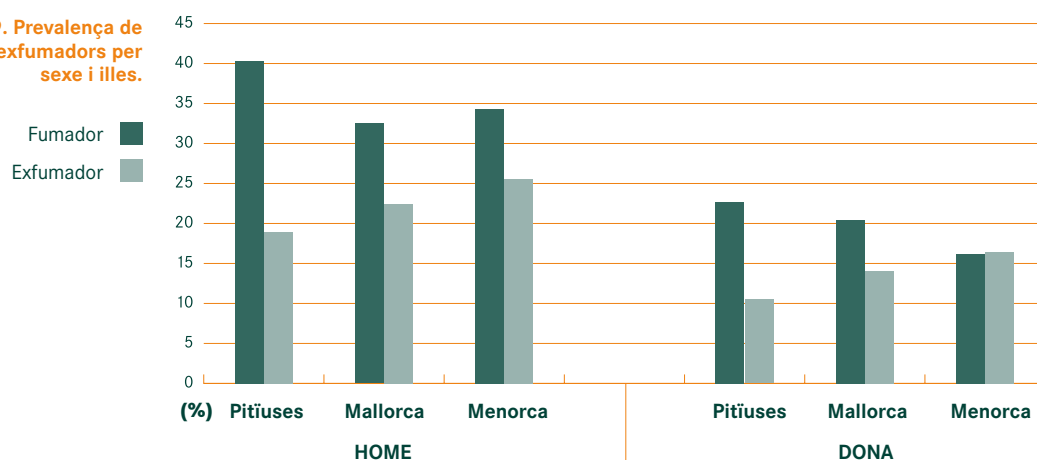


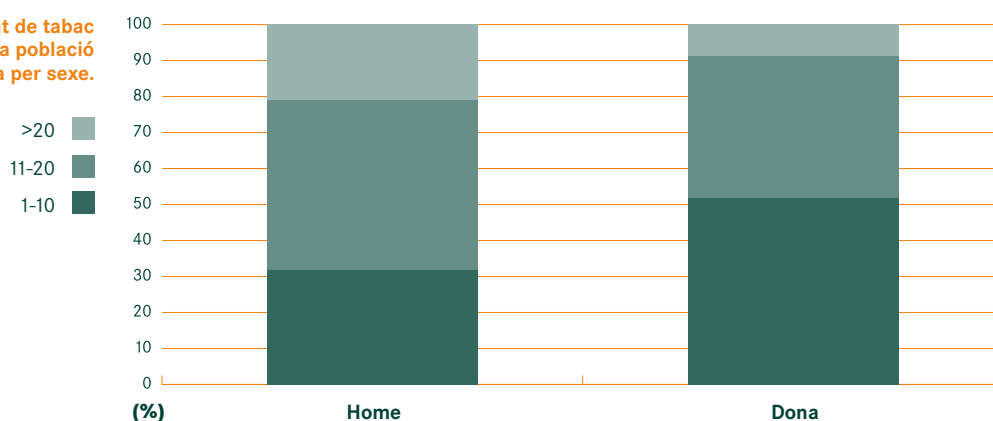
Figura 59. Prevalença de fumadors i exfumadors per sexe i illes.



Quantitat consumida i edat d'inici

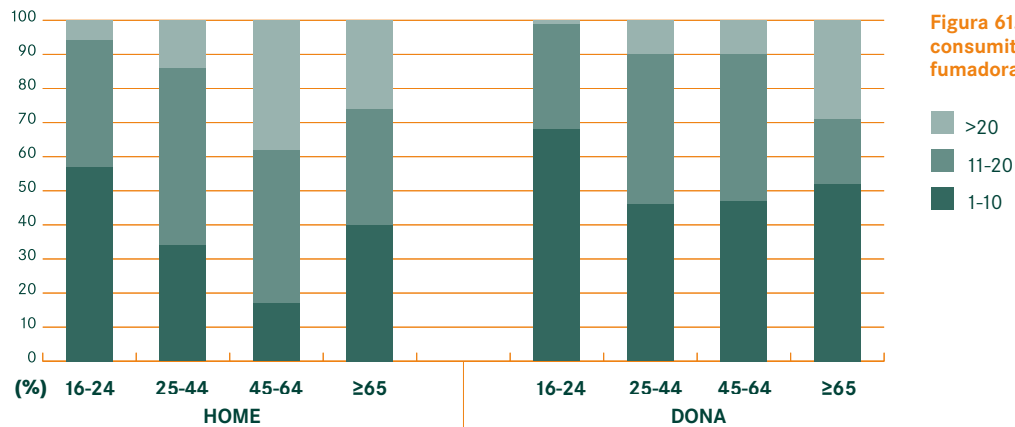
La mitjana diària de cigarrets entre la població fumadora era de 16. El 16,5% declarava un elevat consum de tabac (més de 20 cigarrets/dia) sobretot els homes (21,2% dels homes i un 8,8% de les dones) (figura 60).

Figura 60. Quantitat de tabac consumit per la població fumadora per sexe.

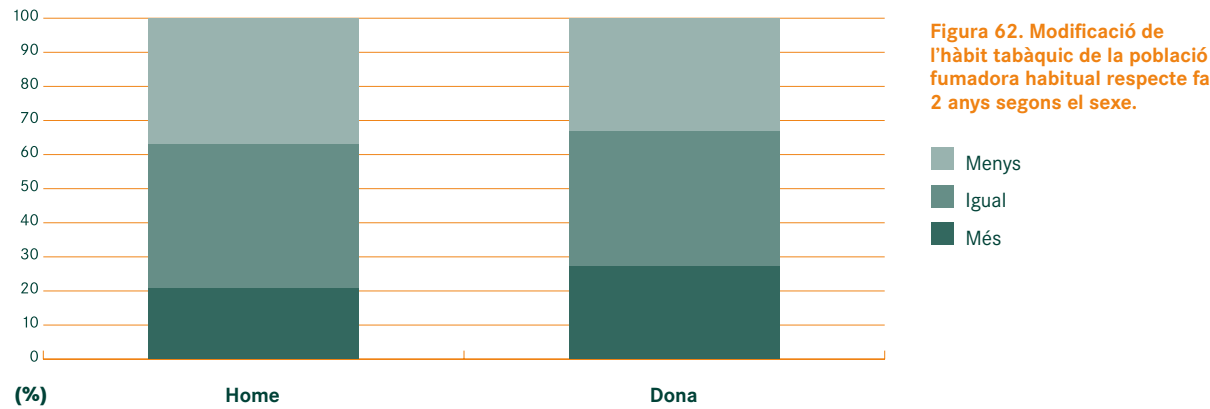


Els homes fumaven més quantitat de tabac que les dones a qualsevol franja d'edat. Els més joves fumaven menys quantitat, sobretot les dones (figura 61).

L'edat mitjana d'inici de consum era de 17,5 anys, edat similar en ambdós sexes, que es mantenia entre els més joves. Les dones majors de 45 anys començaren a fumar, en mitjana, més tard que els homes i les dones més joves.



Pel que fa a si havien modificat els seus hàbits, el 27% de les dones fumaven més que dos anys abans (figura 62).

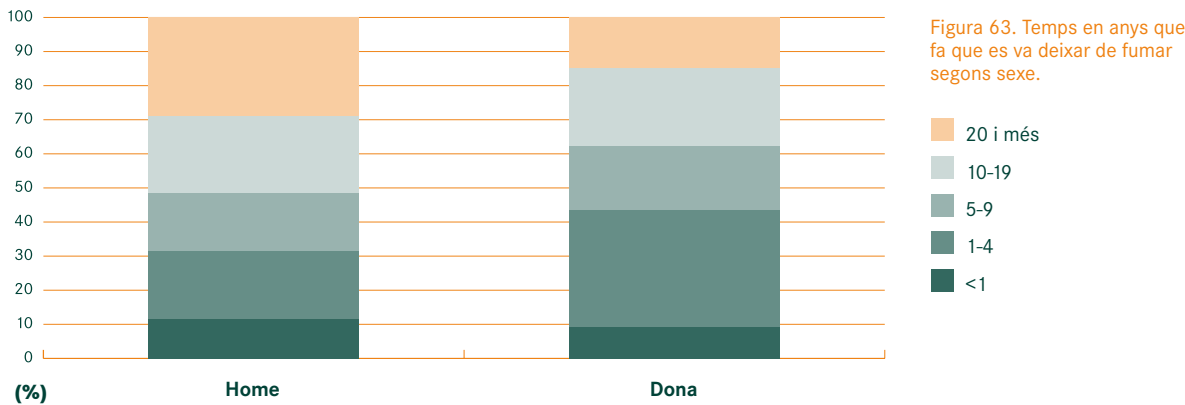


Per grups d'edat, eren els més joves (16-24) els que fumaven més en el moment de l'entrevista que ho feien dos anys enrere (taula 4).

Taula 4. Hàbit de fumar més, igual o menys que fa dos anys en fumadors diaris per grup d'edat

Freqüència	Grup d'edat				Total
	16-24	25- 44	45-64	≥65	
Més	49,2	20,6	15,8	18,0	23,2
Igual	19,2	46,2	41,3	49,1	41,3
Menys	31,6	33,2	42,9	32,9	35,5
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

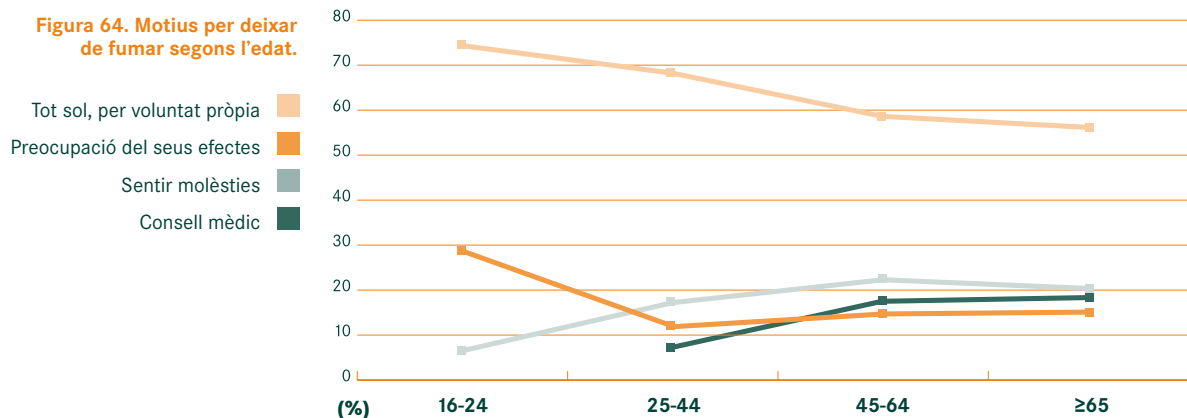
Del 18% d'exfumadors, les dones feia menys temps que havien deixat l'hàbit (figura 63).



Les raons que dugueren a deixar de fumar van ser principalment: la decisió per voluntat pròpia (61,8%) i sentir molèsties (19,2%).

El consell mèdic i el sentir molèsties eren motius declarats amb més freqüència a mesura que augmentava l'edat. Entre els joves, els motius que impulsaven a deixar de fumar eren la preocupació dels seus efectes i per voluntat pròpia (figura 64).

Figura 64. Motius per deixar de fumar segons l'edat.



Fum de tabac ambiental

A l'enquesta infantil es va preguntar per les persones que fumaven en presència dels nins i de les nines. Un 62,9% afirmava que no fumava ningú a la seva llar davant els nins, un 4,6% quasi mai, un 9,2% qualche vegada, un 3,6% quasi sempre i el 19,7% sempre.

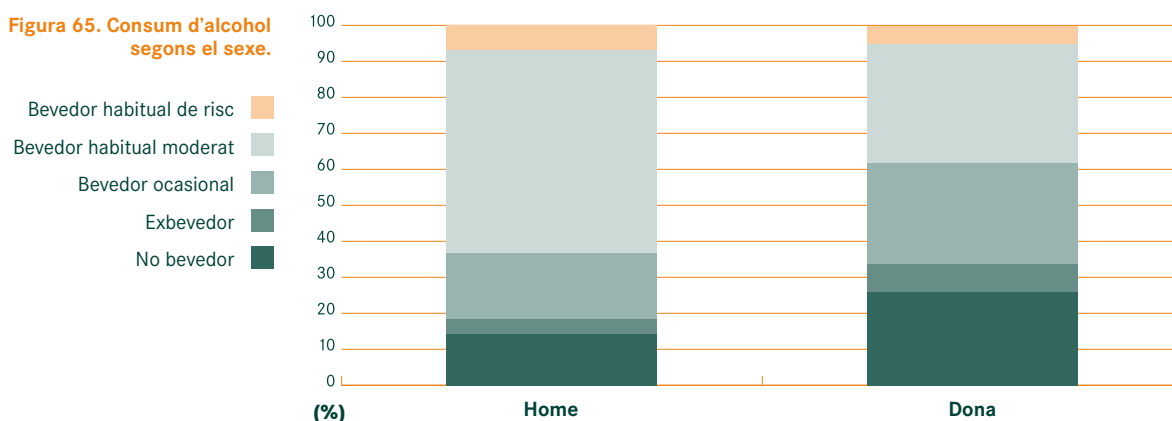
Per illes, a Mallorca en el 64,2% de les llars no es fumava mai davant els nins, a les Pitiüses en el 60,5% i a Menorca en el 54,4%.

Consum d'alcohol

El 74,1% de la població major de 15 anys declarava haver consumit alcohol a l'any previ a l'entrevista (81,7% dels homes i 66,5% de les dones).

La meitat de la població consumidora ho feia de manera habitual, el 44,6% de manera moderada, i el 6,1% eren consumidors de risc. La prevalença de consum era més elevada en els homes (56,3% de bevedors moderats i un 7% de risc), que en les dones (32,9% de consum moderat i el 5,2% de risc). El consum ocasional era més freqüent entre les dones (figura 65).

Figura 65. Consum d'alcohol segons el sexe.



El consum moderat d'alcohol augmentava amb l'edat, en ambdós sexes, fins als 65 anys, edat a partir de la qual disminuïa. El consum de risc era més freqüent en els homes a partir dels 45 anys. En les dones hi havia una major freqüència de consumidores ocasionals sobretot entre les més joves (figura 66).

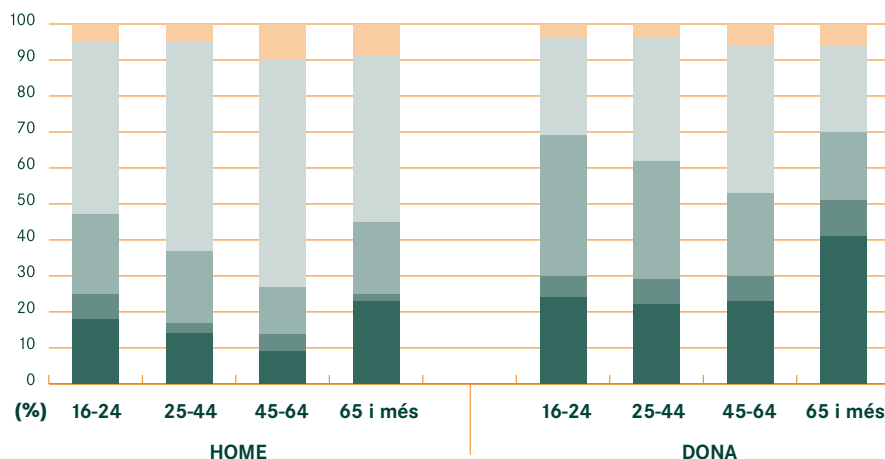


Figura 66. Consum d'alcohol segons grup d'edat i sexe. Població ≥ 16 anys.

Bevedor habitual de risc
Bevedor habitual moderat
Bevedor ocasional
Exbevedor
No bevedor

El consum de risc era més elevat entre els homes i les dones de classe social alta (figura 67).

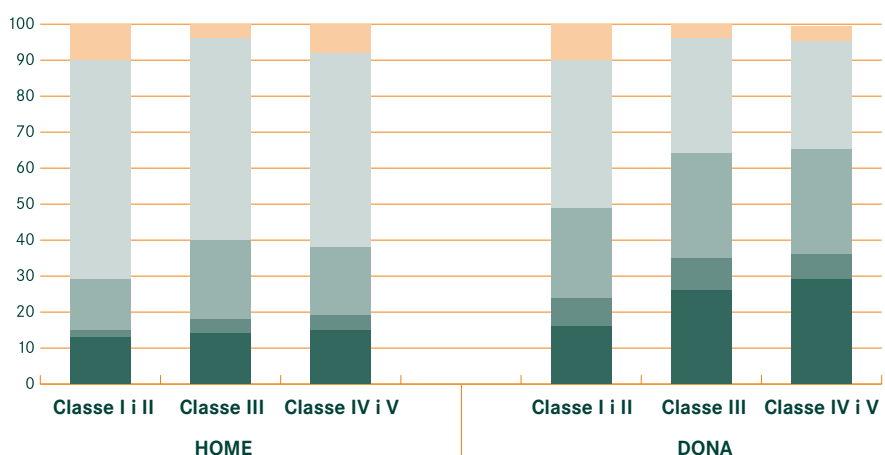


Figura 67. Patró de consum d'alcohol segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

Bevedor habitual de risc
Bevedor habitual moderat
Bevedor ocasional
Exbevedor
No bevedor

A Eivissa-Formentera, un 8,6% era consumidor habitual de risc, percentatge superior que a les illes de Mallorca (5,9%) i de Menorca (4,2%) (figura 68).

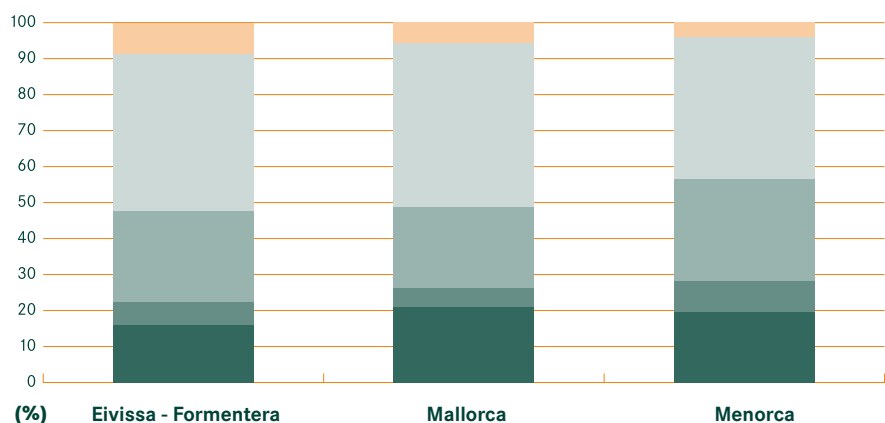


Figura 68. Patró de consum d'alcohol segons l'illa.

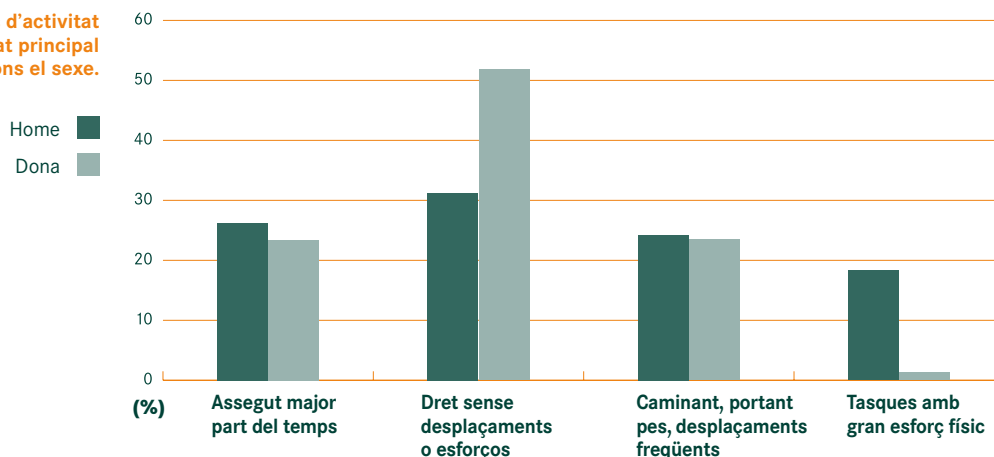
Bevedor habitual de risc
Bevedor habitual moderat
Bevedor ocasional
Exbevedor
No bevedor

L'activitat física

Activitat física habitual

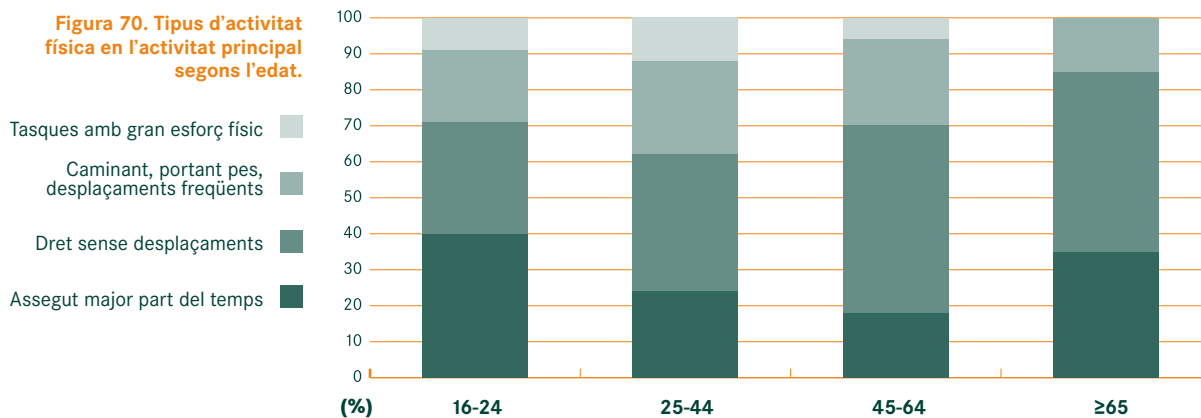
El 24,8% de la població major de 15 anys declaraven estar asseguts durant la seva activitat principal i el 41,7% passaven la major part de la jornada drets sense realitzar grans desplaçaments. Les dones realitzaven amb més freqüència activitats que no comportaven desplaçaments o esforços. Les tasques amb major esforç físic les realitzaven fonamentalment els homes (figura 69).

Figura 69. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons el sexe.



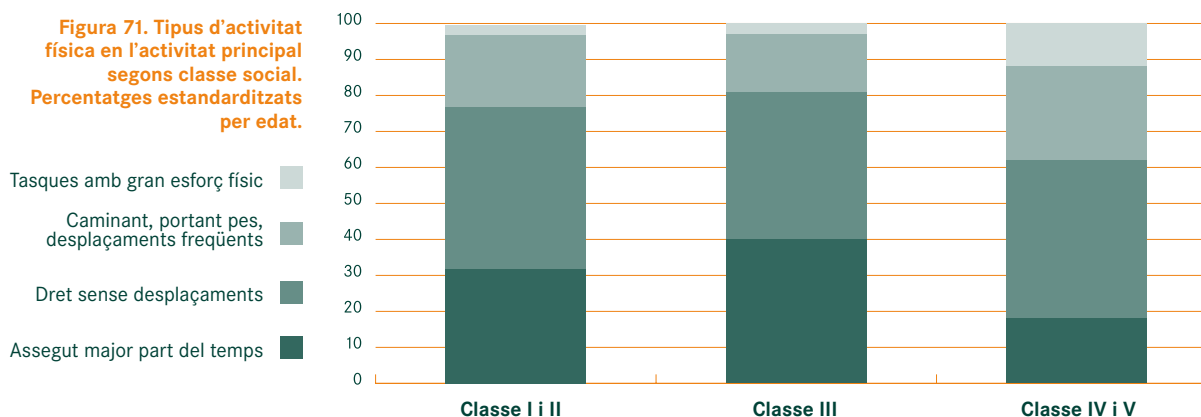
Els més joves i els majors de 65 anys eren els que passaven asseguts la major part de la jornada laboral amb major freqüència. Les persones amb edats entre 25 a 44 anys, les que realitzaven més activitat física (figura 70).

Figura 70. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons l'edat.



Les persones de classe social més desfavorida passaven menys temps asseguts, i realitzaven tasques de major esforç físic (figura 71).

Figura 71. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



El tipus d'activitat física a la jornada laboral era similar entre els residents de les diferents illes.

Activitat física de lleure

El 57,2% de la població (58,8% dels homes i 55,6% de les dones) manifestava realitzar qualche tipus d'activitat física en el seu temps lliure, percentatge que disminuïa amb l'edat. L'activitat física en el temps lliure era més freqüent entre els homes més joves que entre les dones de la seva mateixa edat (taula 5).

Taula 5. Realització d'activitat física en el temps de lleure segons l'edat i sexe (%)

	Edat			
	16-24	25-44	45-64	≥ 65
Home	76,9	57,1	55,2	54,6
Dona	54,3	54,9	61,9	48,6
Total	65,8	56,0	58,5	51,2

Les persones de classe social alta dedicaven més temps lliure a l'activitat física (figura 72).

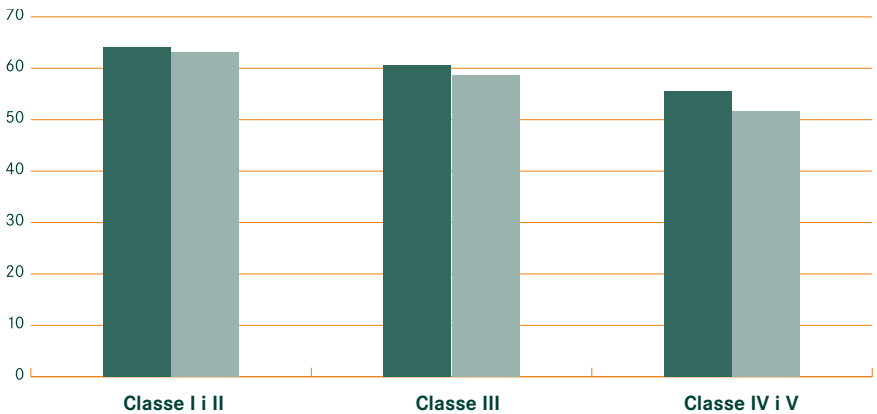


Figura 72. Dedicació al temps de lleure a l'activitat física segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

■ Home
■ Dona

El 54,4% de la població adulta no feia tot l'exercici físic desitjat (57,3% de dones i 51,5% d'homes), fonamentalment les dones menors de 45 anys i els homes entre 25 i 44 anys (taula 6).

Taula 6. Població adulta que no fa tot l'exercici físic que desitjaria (%)

	Edat				Total
	16-24	25-44	45-64	≥ 65	
Home	40,3	59,4	45,3	49,4	51,5
Dona	59,2	68,8	48,3	44,1	57,3

El motiu més freqüentment declarat era la manca de temps (49%), superior entre les dones (51,1%) que entre els homes (46,8%) seguit de la manca de força de voluntat (figura 73).

Els motius adduïts variaven en funció de l'edat. Les persones majors de 65 anys declaraven problemes de salut. Un 36,5% dels joves de 16-24 anys manifestaven no tenir força de voluntat per realitzar exercici. La manca de temps era el motiu més freqüent entre les persones entre 25 i 44 anys (figura 74).

Figura 73. Motius per no realitzar tot l'exercici que desitgen per sexe.

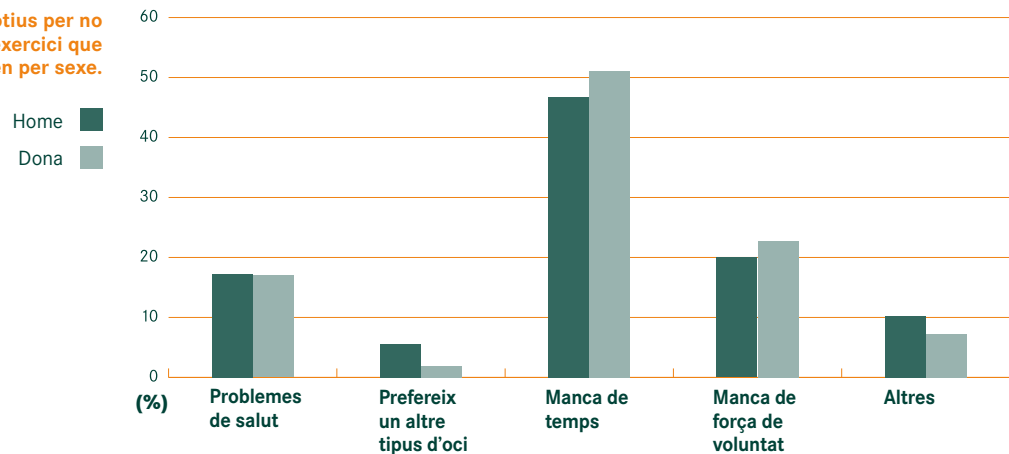
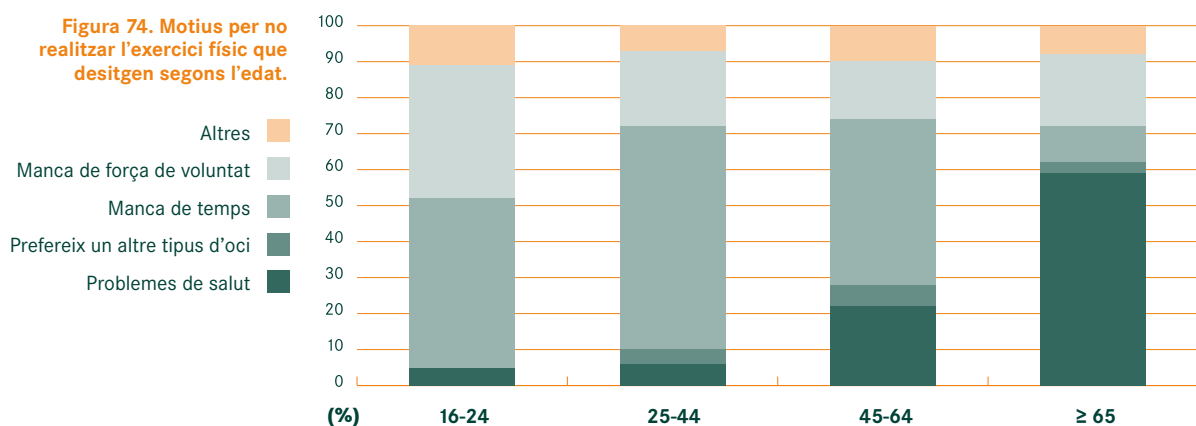
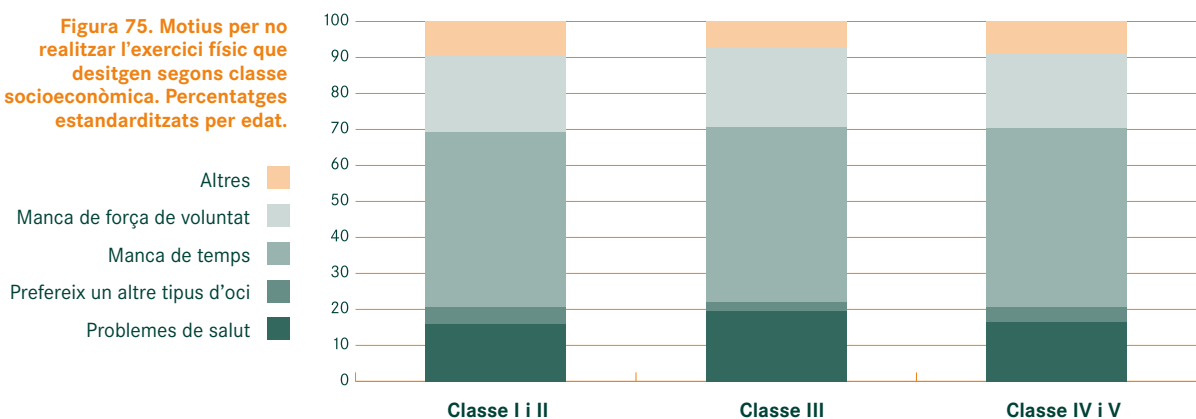


Figura 74. Motius per no realitzar l'exercici físic que desitgen segons l'edat.



En totes les classes socials el motiu principal de no realitzar l'activitat física desitjada era la manca de temps (figura 75).

Figura 75. Motius per no realitzar l'exercici físic que desitgen segons classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.



Activitat física i altres activitats de lleure de la població infantil

L'11,3% dels nins i de les nines amb edats compreses entre els 5 i 15 anys no realitzava cap tipus d'activitat física en el seu temps lliure; el 33,7% en feia de manera ocasional; el 29,6% regularment i el 25,4% feia algun esport o activitat física varies vegades a la setmana.

Els nins practicaven més activitat física que les nines. El percentatge de nines que no practicaven habitualment cap activitat era més del doble que el dels nins (figura 76).

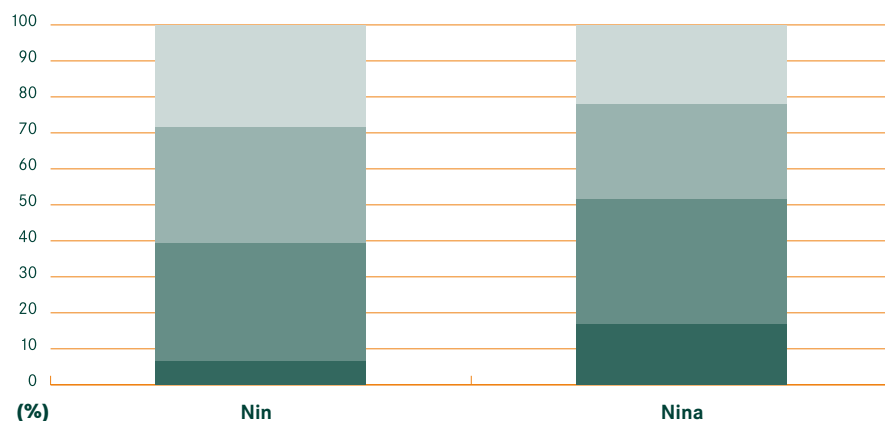


Figura 76. Activitat física en el temps lliure segons sexe (5-15 anys)

Entrenament esportiu o físic diverses vegades setmana
 Activitat física regular
 Alguna activitat esportiva ocasional
 No fa cap activitat física

Els nins i nines més petits feien més activitat física que els majors (figura 77).

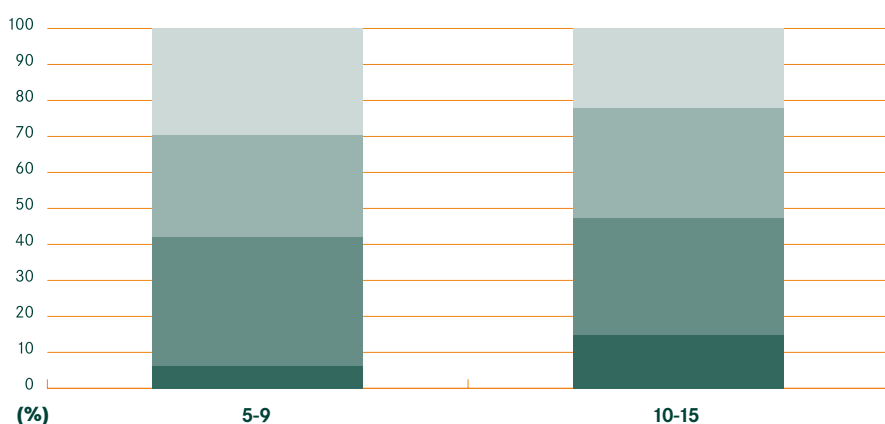


Figura 77. Activitat física en el temps lliure segons l'edat (5-15 anys)

Entrenament esportiu o físic diverses vegades setmana
 Activitat física regular
 Alguna activitat esportiva ocasional
 No fa cap activitat física

Els nins de classe social benestant realitzaven més activitat física que els nins de classe social desfavorida (figura 78).

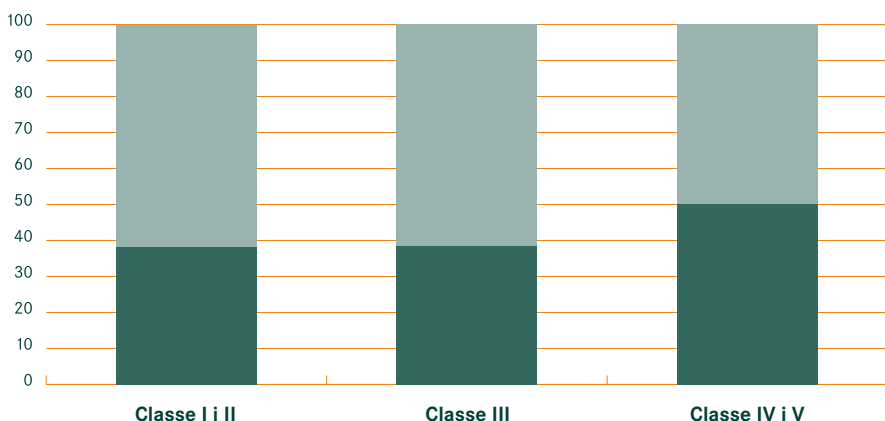


Figura 78. Activitat física en el temps lliure segons la classe social (5-15 anys). Percentatges estandarditzats per edat.

Activitat física regular i entrenaments diverses vegades a la setmana
 No fa cap activitat o alguna de manera ocasional

El 89,7% de la població d'1 a 15 anys veia la televisió diàriament, percentatge superior entre els nins de 5 a 9 (95,7%). Dels que veuen la televisió diàriament, tres quartes parts ho fan una hora o més.

Quant al consum mitjà de televisió entre setmana, era de 2 hores diàries i, els caps de setmana ascendia a 3. En general, els nins de les Pitiüses miraven la televisió més temps que els nins de Mallorca i de Menorca (taula 7).

Taula 7. Temps que dediquen els infants i el jovent a mirar la televisió

	Pitiüses		Mallorca		Menorca		Total	
	DII-Dv	Cap de setmana	DII-Dv	Cap de setmana	DII-Dv	Cap de setmana	DII-Dv	Cap de setmana
Mitjana	2,3	3,4	2,1	3,0	1,9	2,9	2,1	3,0
DE	1,2	2,6	1,1	1,8	0,9	1,3	1,1	1,8

El 44,6% jugava amb els videojocs tots o quasi tots els dies (el 52,1% dels nins i el 36,5% de les nines), sobretot, el grup amb edats compreses entre 10 i 15 anys (67,3%), els residents a les Pitiüses (51,0%) i els nins de classe socioeconòmica IV i V (47,3%). Entre setmana el 50% de la població que jugava amb videojocs hi dedicava més d'una hora. Als caps de setmana aquest percentatge arribava al 67,9% (72,5% de nins i al 60,8% de nines).

Hàbits alimentaris

La majoria de la població infantil (98,2%) i adulta (94,2%) esmorzaven el dematí, encara que el percentatge variava en funció de l'edat.

Un 66,7% de la població adulta consumia diàriament fruita, i el 51,7% verdures i hortalisses. El consum diari de fruites i verdures augmentava amb l'edat i era més freqüent entre les dones (figures 79 i 80).

Figura 79. Consum diari de fruita i verdures i hortalisses segons el sexe. Persones de ≥ 16 anys.

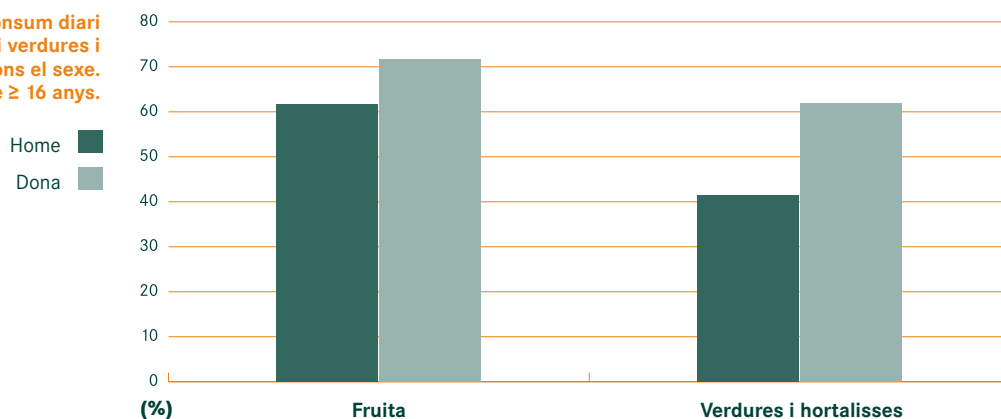
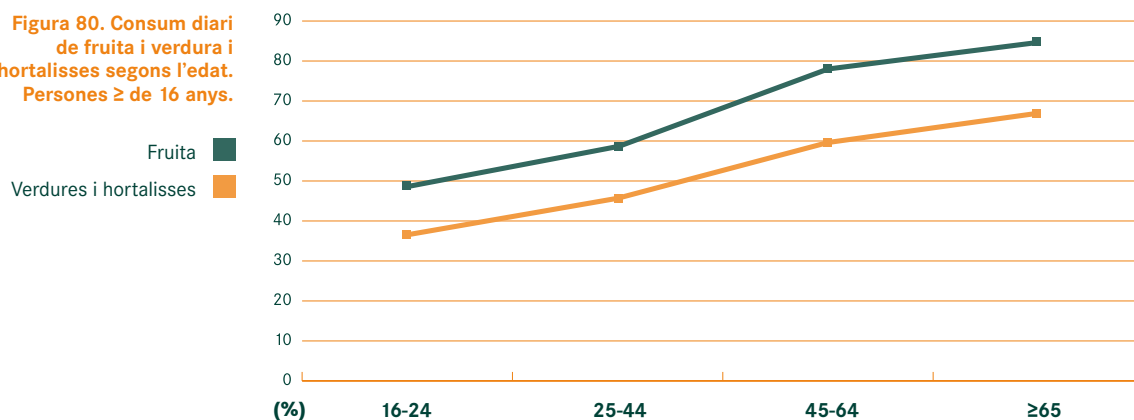
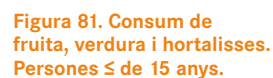


Figura 80. Consum diari de fruita i verdura i hortalisses segons l'edat. Persones ≥ de 16 anys.



En la població infantil, el 58,8% menjava a diari fruita, i el 36,6% verdures i hortalisses. El consum disminuïa amb l'edat (figura 81).



El consum diari de lactis era molt elevat entre la població infantil, disminuïa en joves i a partir dels 25 anys augmentava progressivament amb l'edat (figura 82).



En les taules següents es presenten la freqüència de consum per grups d'aliments per a la població adulta i infantil (taules 8 i 9).

Taula 8. Consum de carn, peix, ous, llegums i embotits (%)

[illegible]

Taula 9. Consum de pasta, arròs, patates, pa i cereals (%)

	Població infantil		Població adulta	
	Pasta, arròs, patates	Pa, cereals	Pasta, arròs, patates	Pa, cereals
A diari	36,2	89,4	30,6	82,9
3 o més vegades/setmana	48,1	6,7	44,4	6,6
1 o 2 vegades/setmana	13,8	1,6	19,6	4,4
Menys d'una vegada/setmana	1,0	0,6	4,1	3,8
Mai o quasi mai	0,9	1,7	1,2	2,3
Total	100	100	100	100

El consum diari de refrescs ensucrats o de 3 o més vegades/setmana era semblant en població adulta i infantil. En canvi, el consum de dolços era més freqüent en població infantil (taula 10).

Taula 10. Consum de refrescs ensucrats i dolços (%)

	Població infantil		Població adulta	
	Refrescs ensucrats	Dolços	Refrescs ensucrats	Dolços
A diari	18,5	38,1	20,3	26,1
3 o més vegades/setmana	13,1	22,8	12,3	12,6
1 o 2 vegades/setmana	14,7	17,3	9,3	22,3
Menys d'una vegada/setmana	17,4	12,0	17,0	19,4
Mai o quasi mai	36,3	9,7	41,1	19,5
Total	100	100	100	100

En la població general, el consum de refrescs i dolços augmentava entre les classes socials baixes (figura 83)

Figura 83. Consum diari de dolços i refrescs ensucrats segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població total.

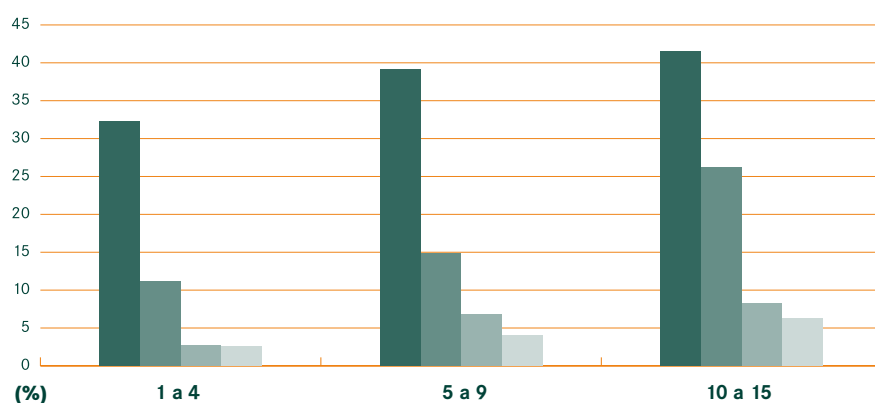


El 14,9% de la població infantil menjava aperitius o menjars salats molt freqüentment. El 12,9%, menjars ràpids (taula 11).

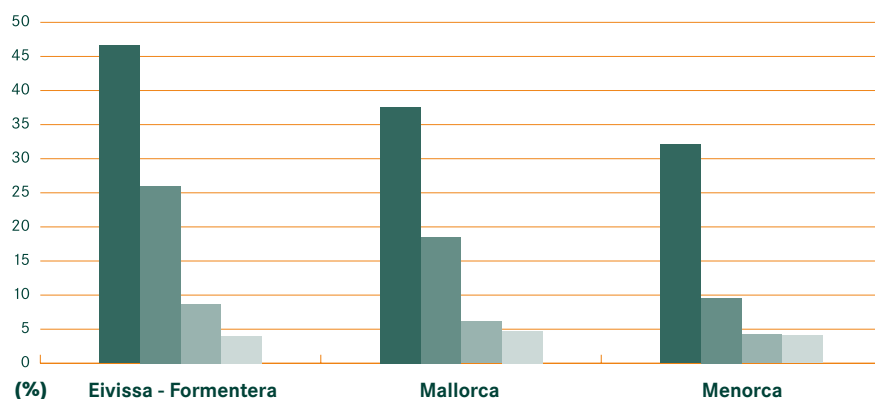
Taula 11. Consum de menjars ràpids i menjars salats en la població infantil (%)

	Menjars ràpids	Menjars salats
A diari	6,2	4,6
3 o més vegades/setmana	6,7	10,3
1 o 2 vegades/setmana	28,2	32,1
Menys d'una vegada/setmana	30,5	28,9
Mai o quasi mai	28,5	24,1
Total	100	100

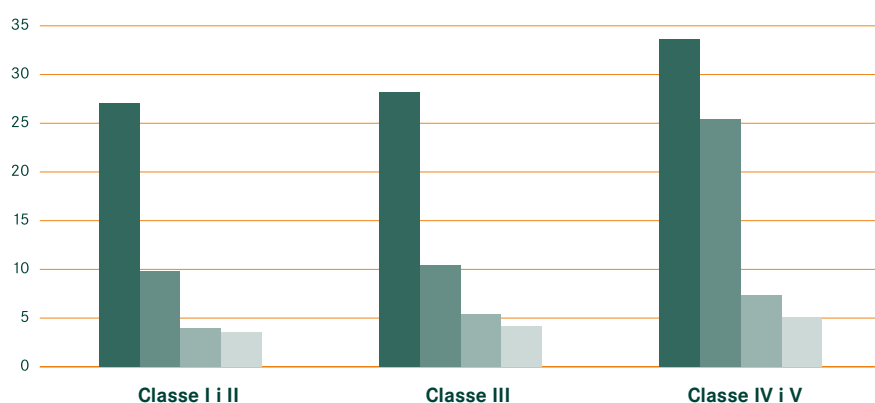
El consum de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat, s'incrementava amb l'edat (figura 84).



Tant el consum diari de dolços, refrescs ensucrats i menjar ràpid era més elevat a les illes Pitiüses. El consum de menjars salats era semblant a totes les illes (figura 85).



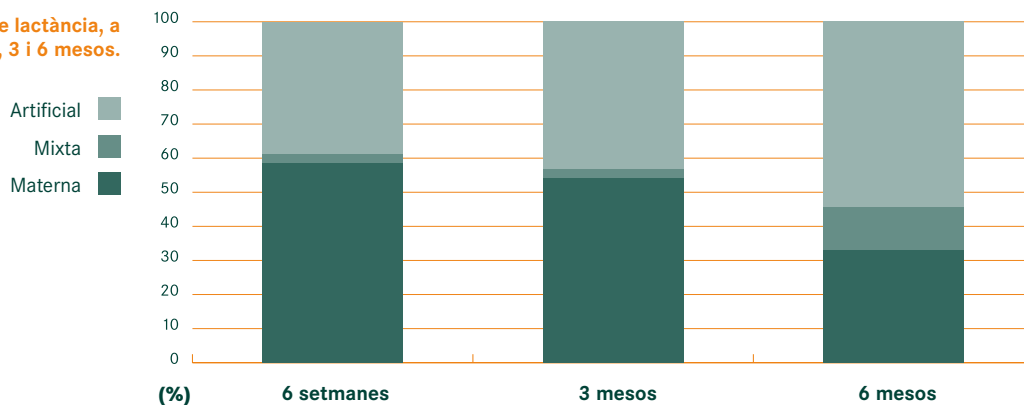
En població infantil, les persones de classe social més desfavorida feien un major consum de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat (figura 86).



Lactància materna

Aquesta informació es va obtenir pels infants entre 6 mesos i els 4 anys. En les primeres 6 setmanes, més de la meitat (58,6%) dels nins i de les nines varen ser alletats per les seves mares, percentatge que descendeix amb l'edat de l'infant. Als 6 mesos, un 54,3% de la població infantil consumia llet artificial i el 12,8% mixta (figura 87).

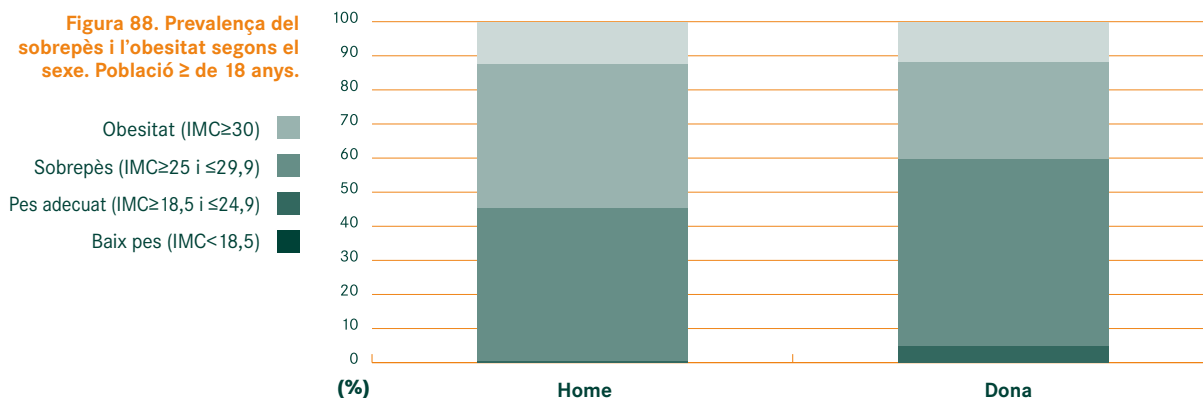
Figura 87. Tipus de lactància, a les 6 setmanes, 3 i 6 mesos.



Pes corporal

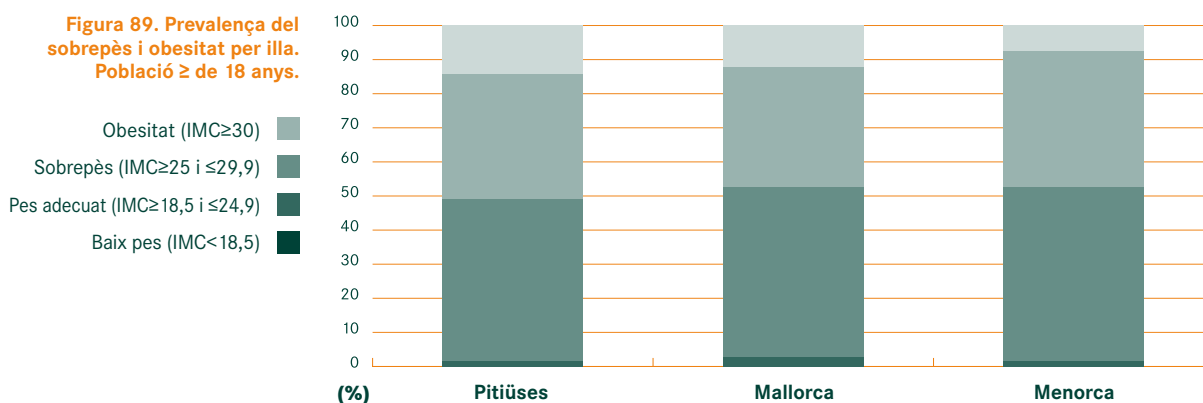
La mitjana de l'Índex de Massa Corporal (IMC) de la població major de 17 anys era de 26 en homes i de 24,7 en dones. El 47,9% de la població presentava un excés de pes (el 12,2% de la població era obesa i el 35,7% presentava sobrepès ($IMC \geq 25$ i ≤ 29)). La freqüència de sobrepès era superior en homes (42,5%) que en dones (28,6%). La prevalença de baix pes era inapreciable en homes (0,4%) i un poc més alta en dones (4,9%) (figura 88).

Figura 88. Prevalença del sobrepès i l'obesitat segons el sexe. Població $\geq$ de 18 anys.

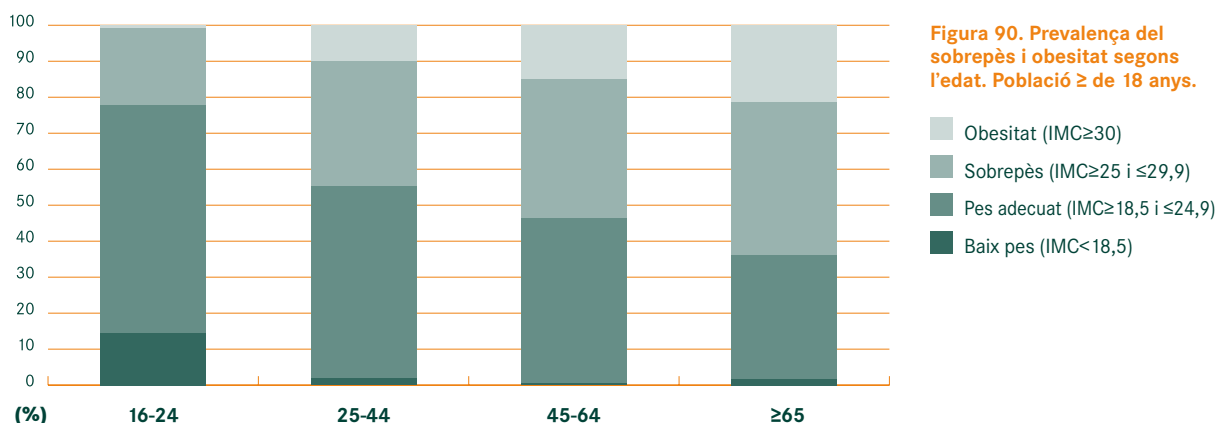


La prevalença de població amb excés de pes (sobrepès i obesitat) era més elevada a Eivissa i Formentera (51% de la població) (figura 89).

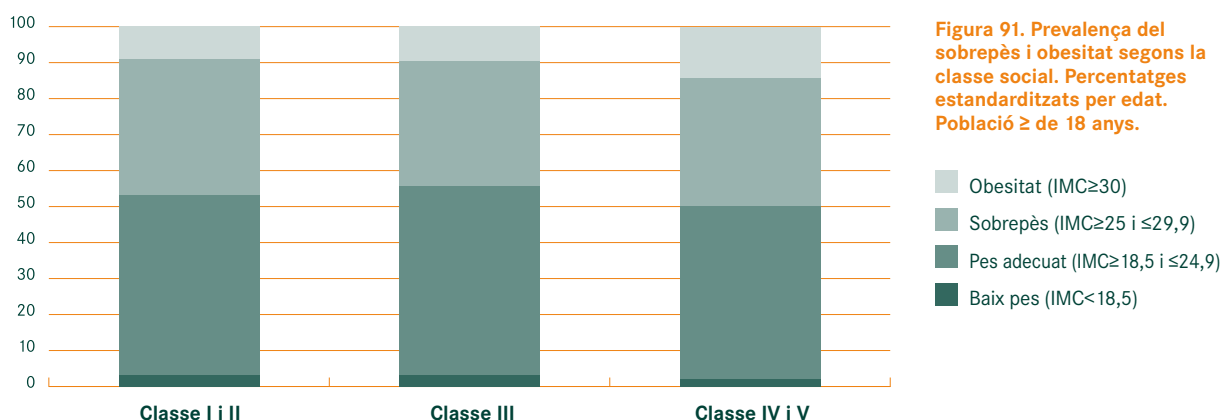
Figura 89. Prevalença del sobrepès i obesitat per illa. Població $\geq$ de 18 anys.



L'excés de pes s'incrementava amb l'edat. A partir dels 65 anys arribava a ser del 64% (42,7% sobrepès i 21,4% obesitat) (figura 90).

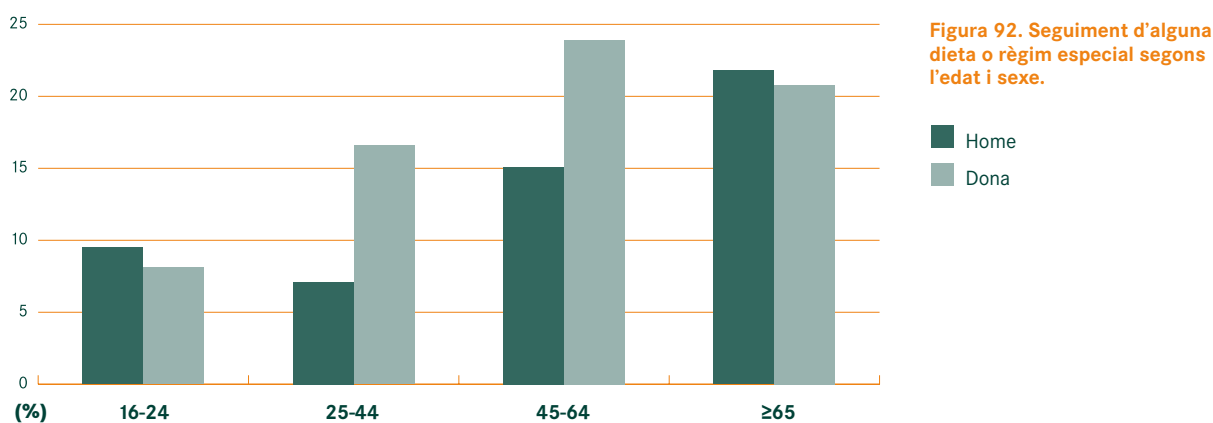


Entre la població de classe social baixa, la prevalença d'obesitat era més elevada (figura 91).



Realització de dietes

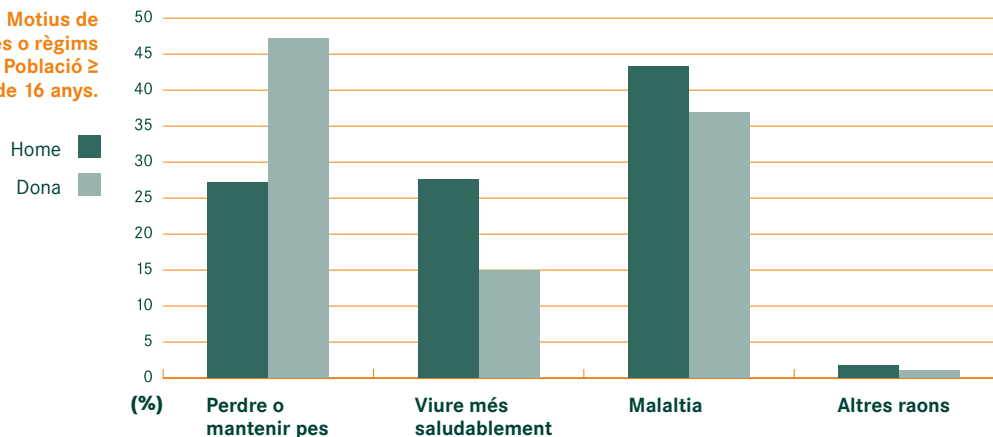
En població infantil, la realització de dietes era baixa (3,1%). En la població adulta, el 15,1% seguia alguna dieta o règim especial, hàbit més freqüent entre les dones (18,3%) que en homes (11,8%) sobretot en edats entre 25 i 64 anys (figura 92).



El percentatge de població adulta que feia dietes era similar entre les Illes (Menorca, 16,3%, Mallorca 15,0%, i Eivissa i Formentera 14,5%).

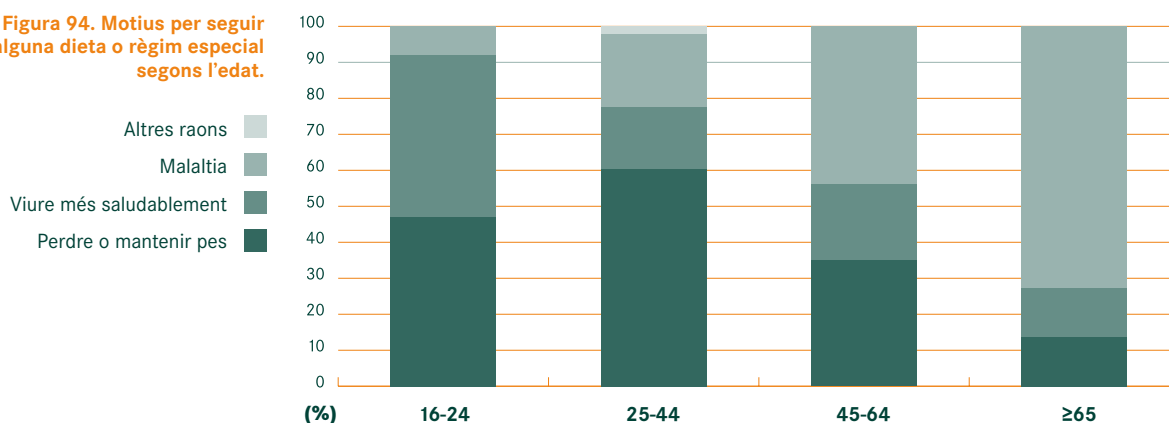
La malaltia era el motiu principal al·legat per fer dieta a la població adulta. Entre les dones, perdre o mantenir el pes (figura 93).

Figura 93. Motius de seguiment de dietes o règims especials per sexe. Població ≥ de 16 anys.



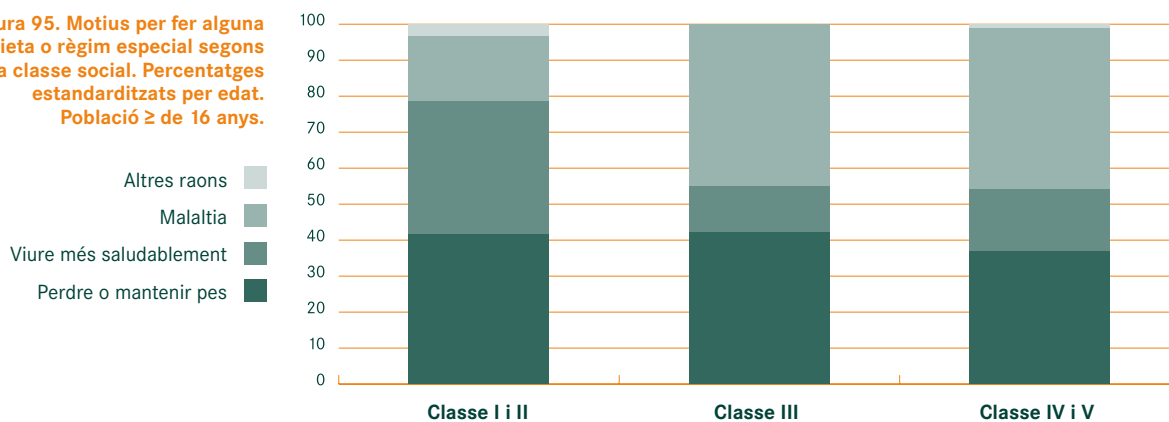
Els motius variaven en funció de l'edat. Entre la població jove, el motiu principal era perdre o mantenir el pes i viure més saludablement. En canvi, a partir dels 45 anys i a mesura que la població es fa major la malaltia era el motiu principal (figura 94).

Figura 94. Motius per seguir alguna dieta o règim especial segons l'edat.



Entre les persones de la classe social alta, viure més saludablement era un dels motius principals per fer dieta. Les classes més desfavorides feien dieta amb més freqüència per raons de malaltia i per perdre o mantenir el pes (figura 95).

Figura 95. Motius per fer alguna dieta o règim especial segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població ≥ de 16 anys.



Hores de son

La població infantil dormia de mitjana 9,8 hores (DE=2,1). El nombre d'hores de son disminuïa amb l'edat (figura 96).

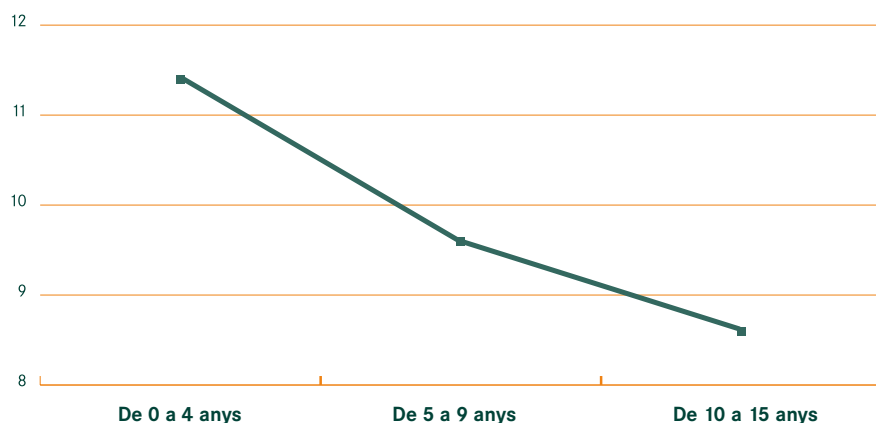


Figura 96. Hores de son segons el grup d'edat (mitjana). Població ≤ 15 anys.

La mitjana d'hores de son de la població adulta era de 7,5 (DE=1,6). Un 22,3%, manifestava que les hores que dormia no els permetien descansar suficientment. Aquest percentatge era més elevat entre les dones (26,9%) que entre els homes (17,6%).

L'11,8% de la població havia tingut dificultats per quedar-se adormit la majoria o tots els dies durant les darreres quatre setmanes abans de l'entrevista. La població femenina tenia més problemes que la masculina (figura 97).

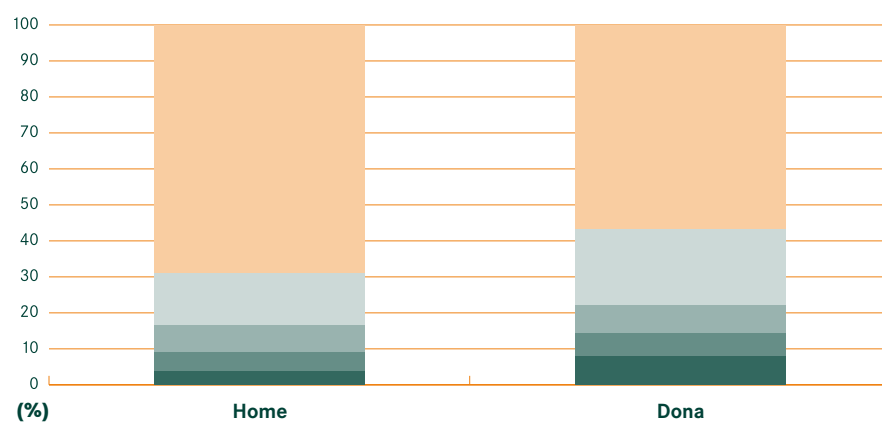


Figura 97. Dificultat per adormir-se segons el sexe. Població ≥ de 16 anys.

La dificultat per quedar-se adormit es feia més patent a mesura que augmentava l'edat de la població (figura 98).

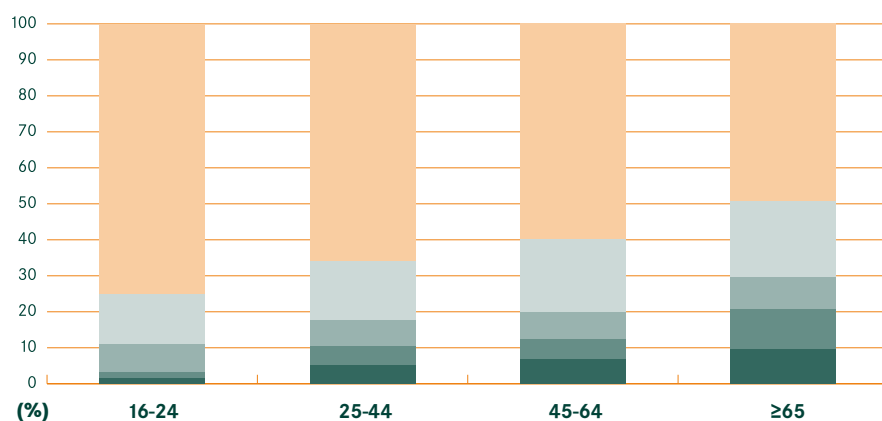
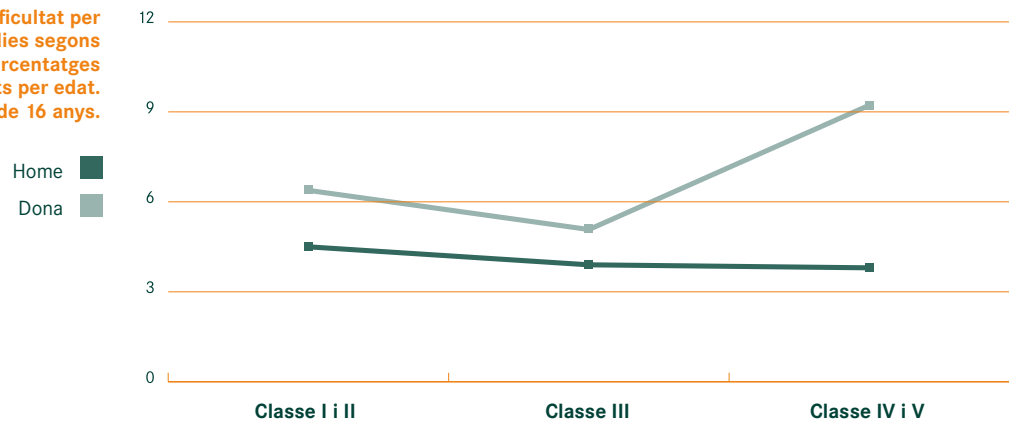


Figura 98. Dificultat adormir-se segons l'edat. Població ≥ de 16 anys.

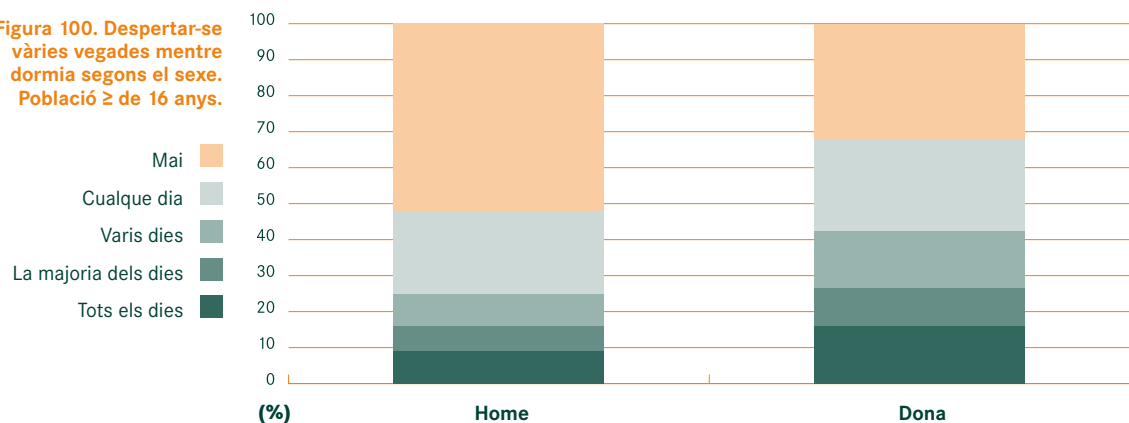
Les dones de classes menys afavorides tenien més dificultat per quedar-se adormides que els homes (figura 99).

Figura 99. Dificultat per adormir-se tots els dies segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població ≥ de 16 anys.



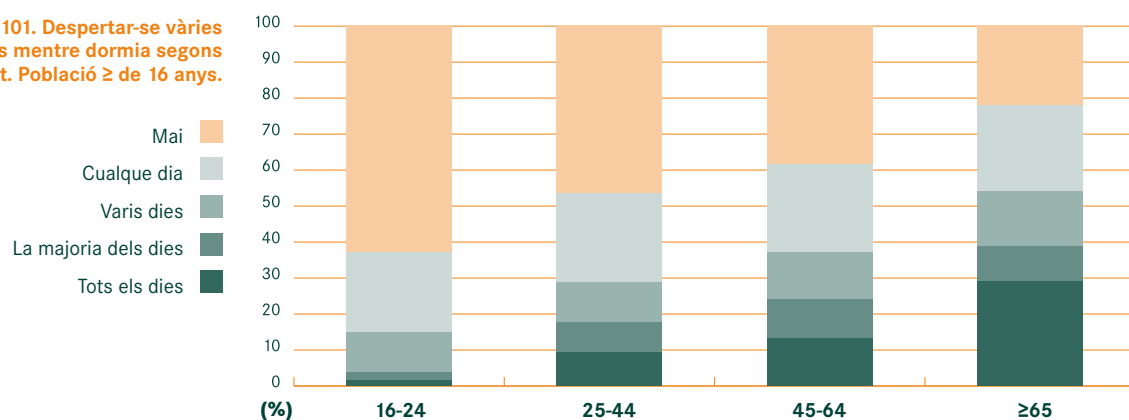
Un 21,2% de la població major de 15 anys s'havien despertat, durant les darreres quatre setmanes abans de l'entrevista, varies vegades mentre es dormia tots o quasi tots els dies. Les dones es despertaven amb més freqüència que els homes (figura 100).

Figura 100. Despertar-se varies vegades mentre dormia segons el sexe. Població ≥ de 16 anys.



Aquest problema augmentava amb l'edat (figura 101).

Figura 101. Despertar-se varies vegades mentre dormia segons edat. Població ≥ de 16 anys.





Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

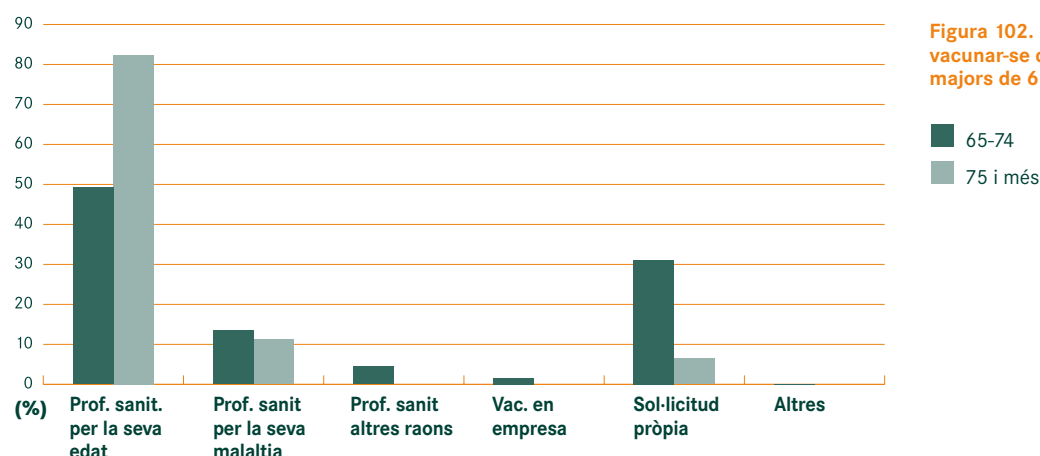
- Vacunació de la grip
- Control de la tensió arterial
- Control del colesterol
- Mamografies
- Citologies
- Seguretat Vial

Pràctiques preventives

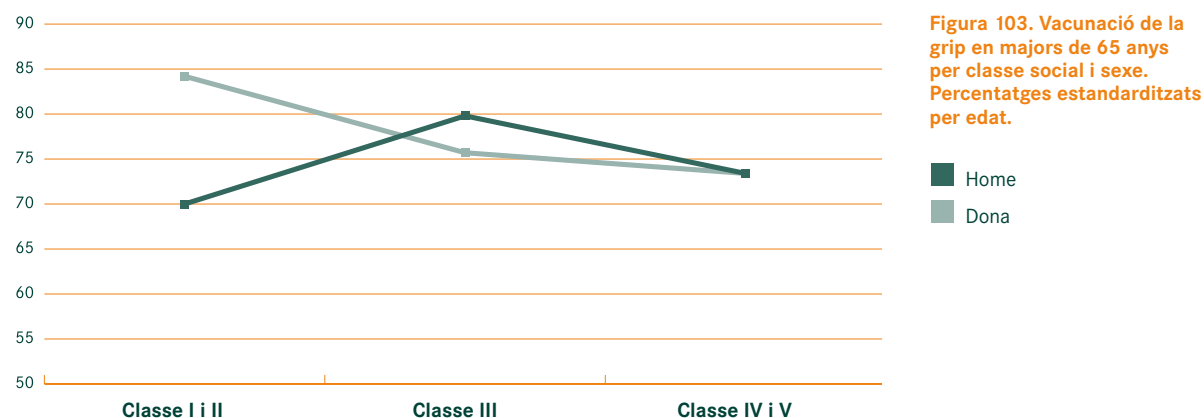
Vacunació de la grip

Un 22,3% de la població adulta declarava haver-se vacunat de la grip a la darrera campanya. En majors de 65 anys aquest percentatge augmentava fins al 75,2%.

En les persones majors de 65 anys els motius per vacunar-se eren diversos. Les persones de 65 a 74 anys ho feien per diferents raons: perquè ho sol·licitaven, perquè les malalties cròniques que patien així ho aconsellaven, o per indicació del metge. Ara bé, més del 80% dels majors de 75 anys ho feien per indicació directe d'un professional sanitari donada la seva edat com a motiu principal (figura 102).

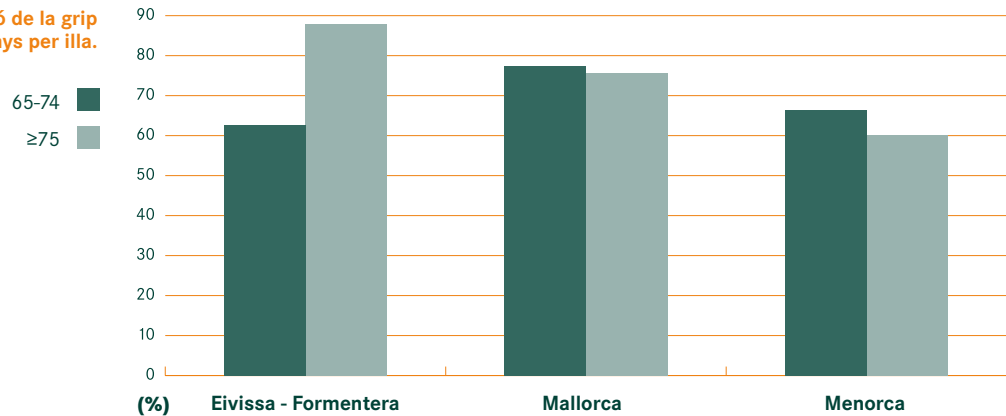


L'anàlisi per classe social mostrava una major prevalença de dones vacunades entre les classes socials més afavorides. Per contra, els homes de classe social alta es vacunaven menys que la resta (figura 103).



A Eivissa/Formentera, el percentatge de població major de 75 anys vacunada arribava a ser quasi del 90%, percentatge molt més baix entre les persones entre 65 i 74 anys. A Menorca, la prevalença de població major de 65 anys vacunada era la més baixa (figura 104).

Figura 104. Vacunació de la grip en majors de 65 anys per illa.

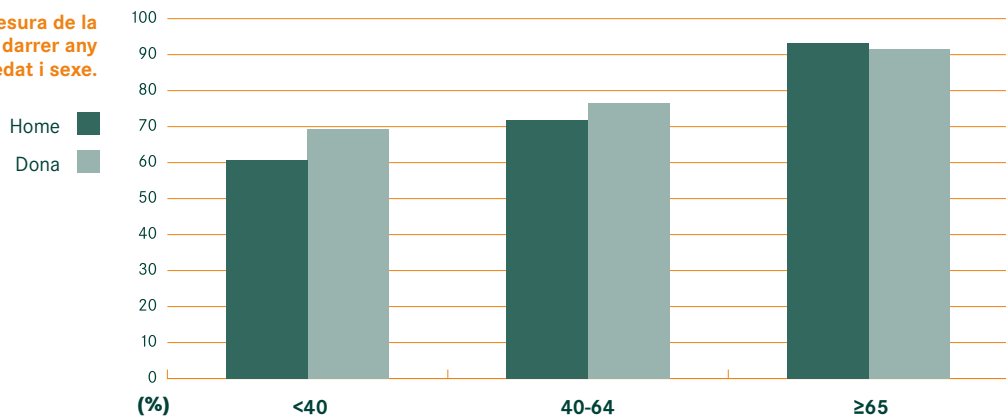


Control de la tensió arterial

El 92% de la població major de 15 anys s'havia mesurat la tensió arterial alguna vegada a la seva vida per part d'un professional sanitari. No hi havia diferències per sexe ni per illa.

El 73,6% de la població (70,6% dels homes i 76,6% de les dones) s'havia mesurat la tensió arterial durant el darrer any abans de l'entrevista. Aquesta pràctica augmentava amb l'edat. Entre els majors de 65 anys, aquest percentatge era molt més elevat (figura 105).

Figura 105. Mesura de la tensió arterial al darrer any segons grup d'edat i sexe.



Per classe social, el 49% de les persones de classe social baixa (grup IV i V) s'havia mesurat la tensió als darrers tres mesos enfront del 38,2% de les persones de classe social alta (grup I i II).

Control del colesterol

Al 80,6% de la població adulta li havien analitzat els nivells de colesterol alguna vegada a la seva vida, un 3,3% els desconeixia. Aquesta pràctica era més freqüent entre la gent gran (99,3% dels majors de 65 anys) i la seva freqüència era similar en totes les classes socials.

En el darrer any abans de l'entrevista, el 70% de la població adulta s'havia controlat el nivell de colesterol, percentatge que augmentava amb l'edat (60% en menors de 40 anys i 82,3% en les persones majors de 65 anys).

Per als menors de 40 anys aquesta pràctica era més freqüent entre les dones, i a partir d'aquesta edat ho era entre els homes (figura 106).

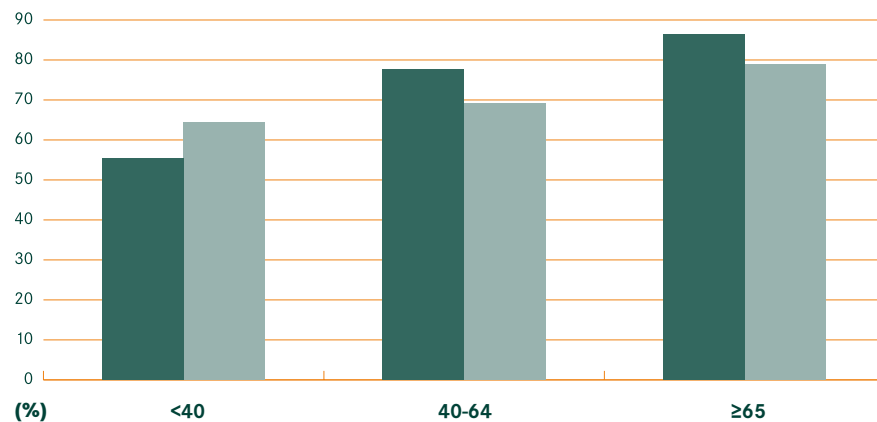


Figura 106. Mesura del colesterol al darrer any segons grup d'edat i sexe.

■ Home
■ Dona

Mamografies

L'enquesta inclou qüestions sobre la freqüència, la utilització i el motiu per realitzar una mamografia. La nostra comunitat autònoma compta des de 1997 amb un Programa Poblacional de Detecció Precoç de Càncer de Mama (PDPCM), dirigit a les dones amb edats entre 50 i 64 anys a les quals se'ls ofereix la realització d'una mamografia cada dos anys. Des de 2007 s'ofereix també a les dones entre 65 i 69 anys.

Les dades de l'enquesta revelaven que al 43% de les dones li havien fet una mamografia. En la població diana en què està recomanada la mamografia amb caràcter preventiu (entre 50 i 64 anys) la prevalença arribava a ser del 90% (figura 107).

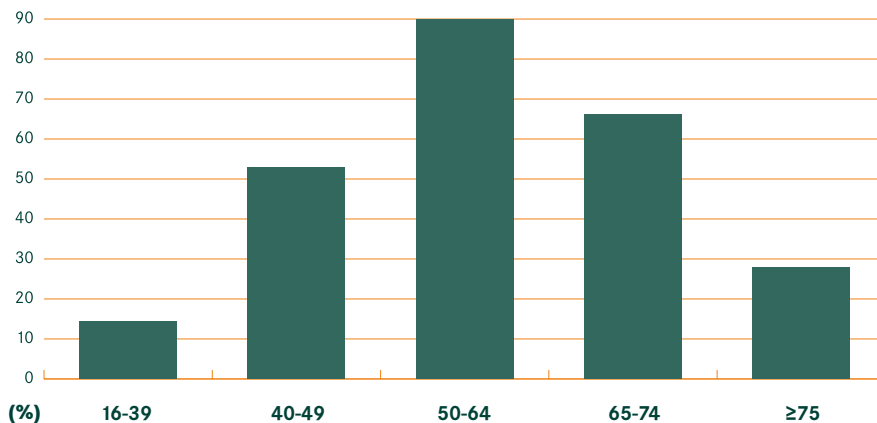


Figura 107. Realització de mamografies per grups d'edat.

A Menorca, la freqüència en dones d'aquesta franja d'edat era més elevada (93,3%) que a Mallorca (89,7%) i a Eivissa/Formentera (87,1%).

No hi ha un patró clar de relació entre la realització de mamografies i la classe social en la població de dones en general, però en el grup d'edat diana del programa de prevenció, la freqüència és més baixa entre les dones de classe social desfavorida (taula 12).

Taula 12. Realització de mamografies per grup d'edat i classe social. Percentatges estandarditzats per edat

Grup d'edat	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V	Total
16-39	7,9	10,1	14,3	14,4
40-49	58,4	59,9	47,4	53,1
50-64	95,4	92,7	87,5	90,0
65-74	88,8	62,4	58,8	67,3
≥75	48,9	16,4	30,6	27,7

Un 53% de les dones entre 50 i 64 anys complia amb la recomanació de fer-se una mamografia cada dos anys (taula 13).

Taula 13. Freqüència de la realització de mamografies posteriors a la primera (%)

	Edat					Total
	16-39	40-49	50-64	65-74	≥75	
Al menys 1 cop a l'any	18,2	24,4	25,2	23,0	8,0	22,7
Cada 2 anys	16,8	29,3	53,0	40,3	31,4	39,0
Cada 3 anys	2,2	7,2	4,4	10,4	7,2	5,8
1 vegada cada 5 anys	0,5	2,6	3,5	8,4	14,8	4,2
Més de 5 anys	9,3	0,3	6,4	4,4	9,4	5,2
Mai	53,1	36,1	7,6	13,6	29,3	23,1
Total	100	100	100	100	100	100

El 47% de les dones declaraven com a motiu per fer-se una mamografia el consell del ginecòleg, fonamentalment les dones entre 40 i 49 anys (taula 14).

Taula 14. Motiu de la darrera mamografia per grup d'edat (%)

	Edat					Total
	16-39	40-49	50-64	65-74	≥75	
Ella mateixa es va notar un bony	43,8	19,2	7,5	5,9	12,3	15,4
El metge de família va notar un bony	0,0	1,4	0,0	1,8	2,4	0,7
El metge de família ho va aconsellar	5,8	1,8	4,7	4,5	19,6	4,9
El seu ginecòleg ho va aconsellar	29,8	63,1	47,2	43,1	33,5	47,2
El seu ginecòleg va notar un bony	5,2	3,5	4,8	1,1	4,6	4
Història familiar de càncer de mama	0,0	3,9	1,5	0,0	0,0	1,5
PDPCM*	0,0	4,3	31,1	35,6	20,8	20,4
Altra raó	15,4	3,1	4,1	8,1	6,8	6,2

* Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama

Citologies

L'enquesta inclou qüestions sobre la freqüència, la utilització i el motiu per realitzar una citologia. A la CAIB existeix un programa oportunista de detecció precoç de càncer de coll d'úter des de 2004, dirigit a les dones amb edats entre 25 i 64 anys a les quals se'ls ofereix la realització d'una citologia anual els dos primers anys i posteriorment cada tres anys.

Les dades de l'enquesta revelaven que un 73,5% de les dones s'havien fet al menys una citologia vaginal en la seva vida. La freqüència en dones amb edats recomanades pel Programa de Detecció Precoç de Càncer de Coll d'Úter arribava quasi al 90% (figura 108).

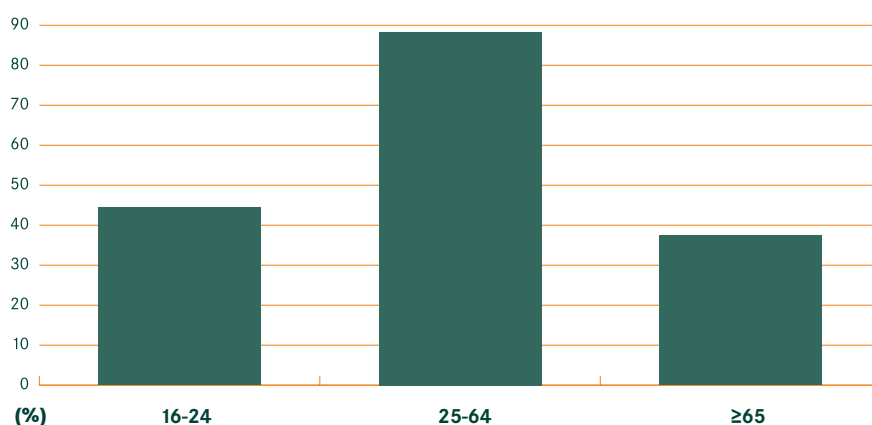


Figura 108. Freqüència de citologies per grups d'edat.

La freqüència d'aquesta pràctica era més baixa en dones de classe desfavorida en tots els grups d'edat inclosos en el grup d'edat diana del programa de detecció precoç (25-64 anys) (figura 109).

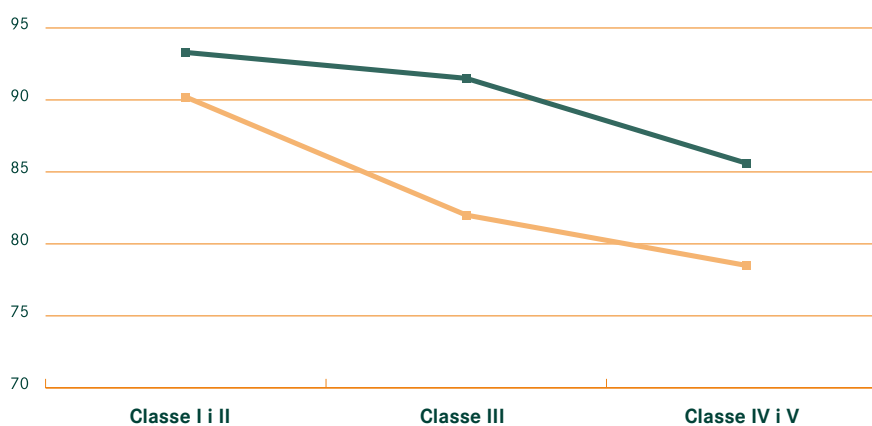


Figura 109. Dones que declaren haver-se fet una citologia segons classe social i grup d'edat recomanat. Percentatges estandarditzats per edat.

La freqüència de citologies era més elevada entre les dones de les illes Pitiüses (76,1%), seguit de les de Mallorca (73,3%) i la més baixa entre les de Menorca (71,7%).

Un 6% de les dones amb edat recomanada pel programa que s'havien fet al menys una citologia a la seva vida, no havien continuat aquesta pràctica. El 51,2% de les dones que declaraven fer-se citologies, ho feien anualment (taula 15).

Taula 15. Freqüència de la realització de citologies posteriors a la primera (%)

	Edat			Total
	16-24	25-64	≥65	
Al menys 1 cop a l'any	56,5	54,0	21,0	51,2
Cada 2 anys	15,2	27,2	20,8	25,7
Cada 3 anys	3,7	7,1	15,2	7,6
1 vegada cada 5 anys	0,0	2,0	11,2	2,7
Més de 5 anys	0,0	3,7	9,8	3,9
Mai	24,6	6,1	22,1	9,0

La consulta a ginecologia va ser el motiu principal per fer-se una citologia (85,7% de les dones). Tenir molèsties va ser la causa en el 14,3% de les persones majors (taula 16).

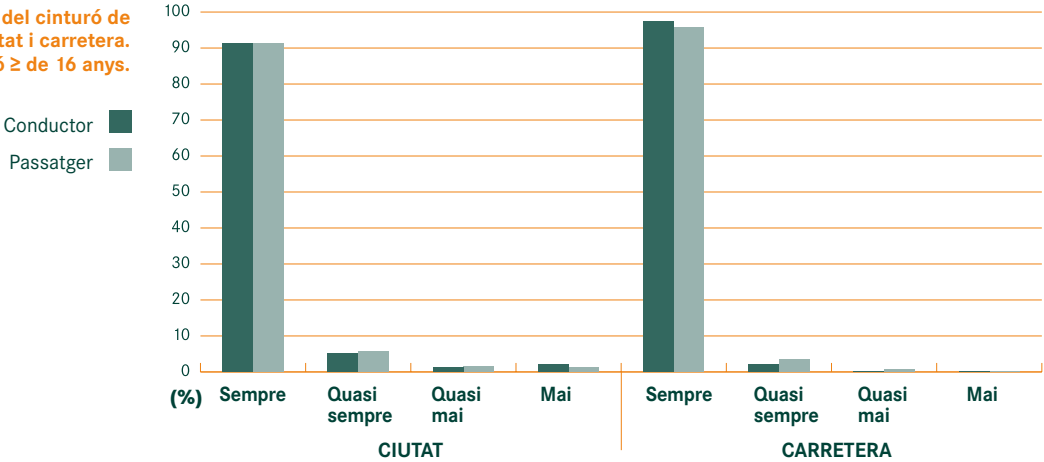
Taula 16. Motiu de la darrera citologia per grup d'edat (%)

	Edat			Total
	16-24	25-64	≥65	
Tenia molèsties	3,5	6,6	14,3	7,0
Recomanació metge família	3,7	1,2	3,0	1,5
Va visitar-se per ginecologia	81,1	87,1	75,5	87,5
Programa de Detecció Precoç de Càncer	4,7	1,2	0,6	1,4
Una altra raó de tipus mèdic	6,9	3,9	6,6	4,3

Seguretat vial

L'ús del cinturó de seguretat era una pràctica habitual per a més del 90% de la població adulta, tant per ciutat com per carretera, encara que era més freqüent quan es conduïa per carretera (figura 110).

Figura 110. Ús del cinturó de seguretat per ciutat i carretera. Població ≥ de 16 anys.



L'hàbit de no utilitzar el cinturó de seguretat (mai o quasi mai) per la ciutat era més freqüent a l'illa de Menorca, tant si n'era el conductor (7,9%) com si n'era el passatger (6,9%) (figura 111).

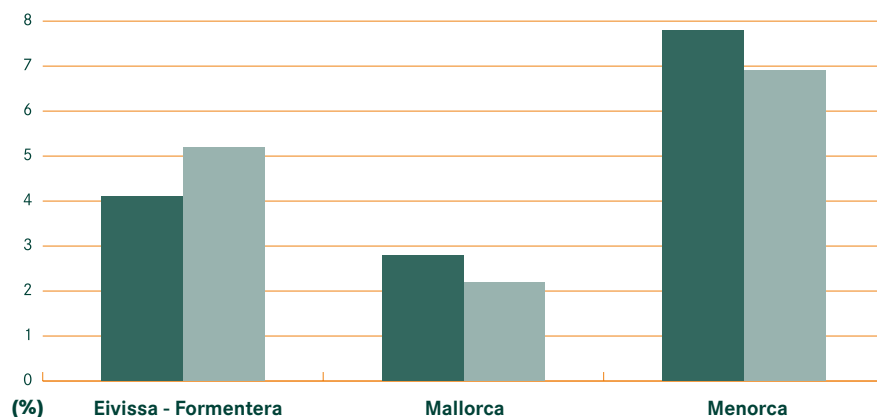


Figura 111. Freqüència de l'ús mai o quasi mai del cinturó de seguretat per conduir o ser passatger per la ciutat segons l'illa. Població ≥ de 16 anys.

Entre els conductors de motocicleta, l'ús de casc era habitual, tant si es conduïa per ciutat com per carretera. Per contra, l'ús de casc entre els usuaris de bicicleta era molt menys freqüent, sobretot entre les dones. El 75,5% dels que anaven en bicicleta per ciutat (86,3% de les dones i el 68,4% dels homes) i el 66,3% dels que hi anaven per carretera (78,6% de les dones i el 59,2% dels homes), no usaven mai el casc (figura 112).

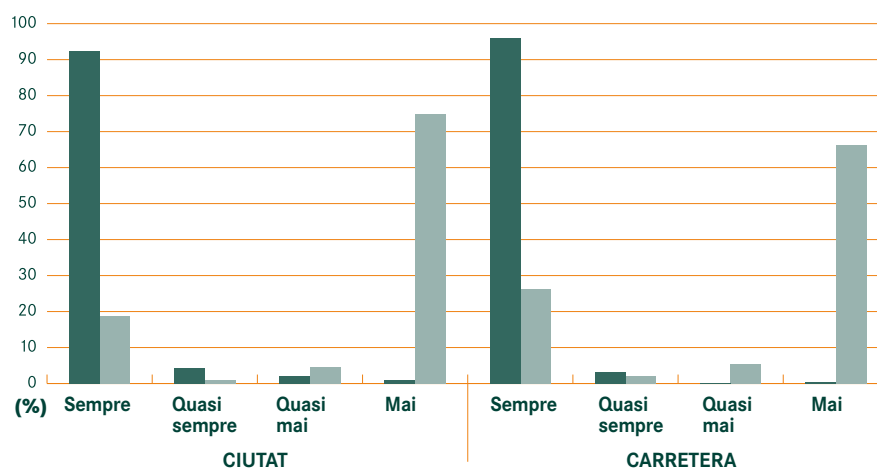


Figura 112. Ús del casc per ciutat i carretera. Població ≥ de 16 anys.

La proporció de persones que utilitzaven sempre el casc per carretera i ciutat, tant en motocicleta com en bici, era inferior en l'illa de Menorca. L'ús del casc quan anaven amb motocicleta era superior a Eivissa/Formentera (97,9%) (figura 113).

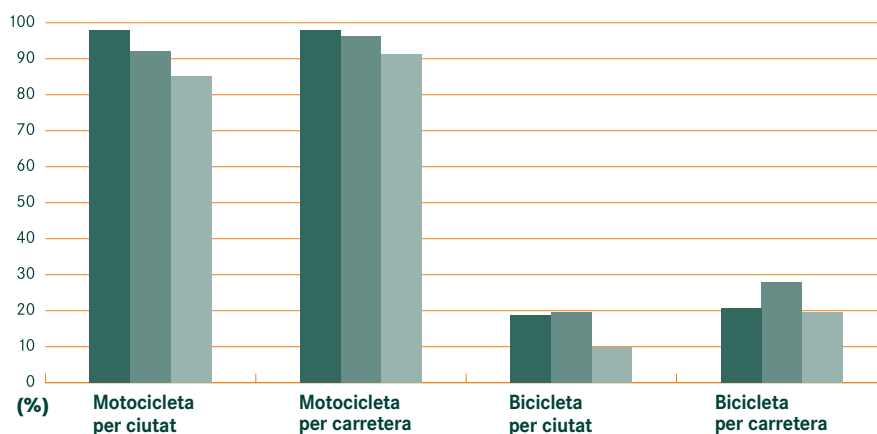
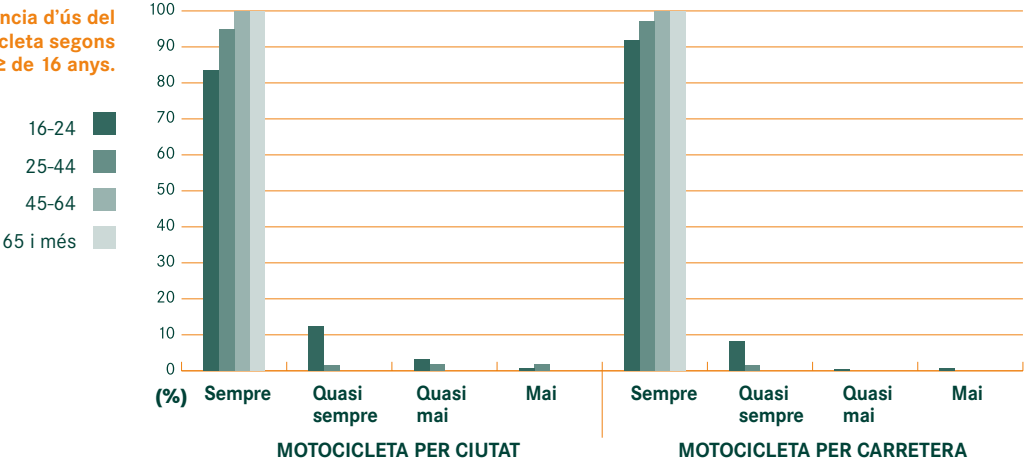


Figura 113. Ús del casc segons les illes. Població ≥ de 16 anys.

Els joves utilitzaven el casc en menor freqüència, sobretot si era per ciutat (83,5%) que per carretera (91,7%) (figura 114).

Figura 114. Freqüència d'ús del casc en motocicleta segons l'edat. Població ≥ de 16 anys.



Utilització de sistemes de seguretat per a la població infantil

Entre la població infantil, la majoria portava sistemes de seguretat, tant si viatjaven en cotxe per ciutat (95,3%) com si viatjaven per carretera (96,5%). Aquest percentatge era més baix entre la població infantil entre 5 i 9 anys (taula 17).

Taula 17. Utilització dels sistemes de seguretat per ciutat i carretera per grups d'edat (%).

	Ciutat			Carretera		
	0-4	5-9	10-15	0-4	5-9	10-15
Sempre	98,1	93,4	97,5	97,9	92,7	95,2
Quasi sempre	0,5	3,3	1,3	0,7	2,8	3,0
Quasi mai	0,0	1,1	0,6	0,0	2,3	0,6
Mai	1,4	2,2	0,5	1,4	2,2	1,2



Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

- **Cobertura sanitària**
- **Visites a professionals sanitaris les darreres quatre setmanes**
 - Freqüentació
 - Tipus de professional sanitari visitat
 - Lloc de la darrera visita
 - Motiu de la darrera visita
 - Temps d'espera de la darrera consulta
 - Adscripció del professional visitat la darrera consulta
 - Realització de proves no urgents
 - Consulta d'infermeria , fisioteràpia i matrona
- **Visites a professionals sanitaris el darrer any**
- **Visites al dentista**
- **Atenció sanitària no rebuda**
- **Ingressos hospitalaris**
 - Hospitalització al darrer any
 - Estada mitjana
 - Motiu d'ingrés
 - Llista d'espera
 - Via d'ingrés
- **Visites a l'hospital de dia**
- **Visites a urgències**
 - Freqüentació
 - Nombre de visites a urgències el darrer any
 - Lloc de la visita a urgències el darrer any
 - Motiu de la visita a un servei d'urgències
- **Consum de medicaments**

Utilització de serveis sanitaris

L'enquesta de salut ofereix una informació complementària a la subministrada per les fonts d'informació habituals. Aquesta informació permet, per una banda, conèixer la demanda que suporten els serveis sanitaris als diferents nivells assistencials i, per l'altra, relacionar aquesta demanda amb l'estat de salut de la població, les malalties que pateixen, els seus hàbits, estils de vida, etc.

Cobertura sanitària

El 97,2 % de la població tenia dret a assistència sanitària pública. Un petit percentatge, a través d'una mutualitat de l'Estat. Un 29,1% de la població tenia una assegurança privada, fet més freqüent entre els homes (figura 115). El 27,6% tenen cobertura pública i privada simultàniament, percentatge superior en homes (29,6% enfront del 25,6%).

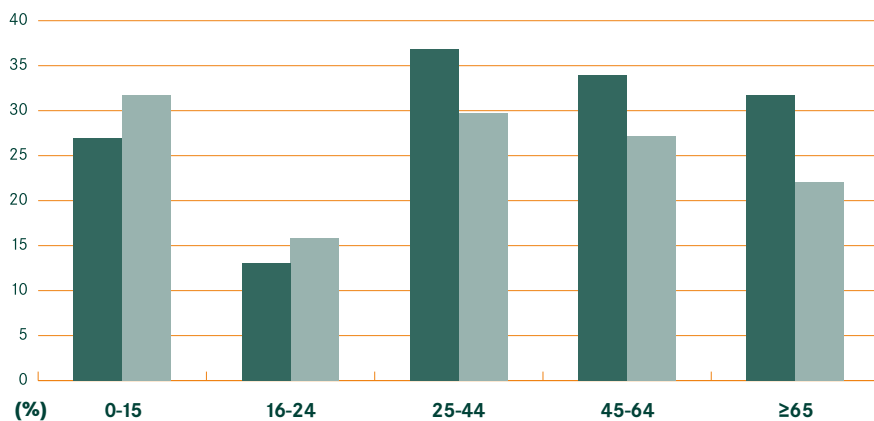


Figura 115. Cobertura privada segons l'edat i sexe.

Les persones amb assegurança privada predominaven entre les classes altes. El percentatge minvava entre la classe social desfavorida (figura 116).

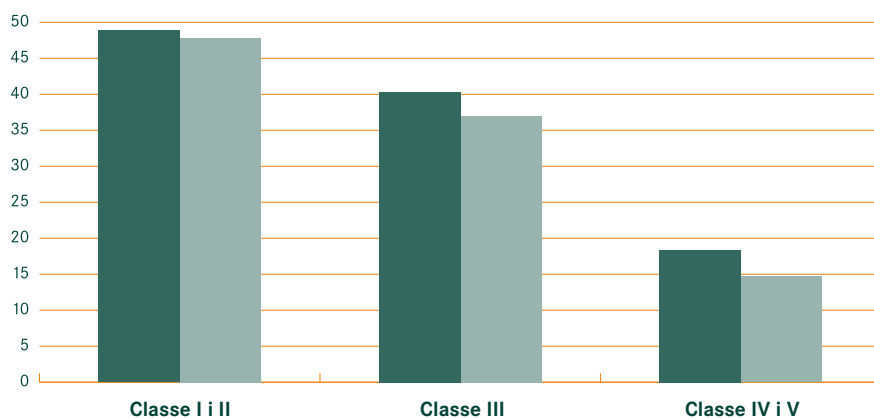


Figura 116. Cobertura sanitària privada per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

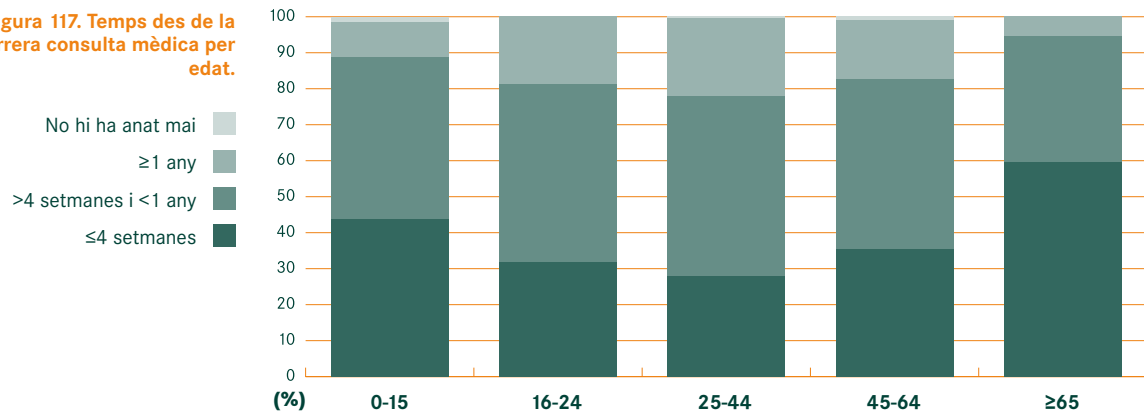
D'altra banda, la cobertura privada era més freqüent entre els residents a Mallorca (31,7%) i Menorca (27,7%) i en menor proporció a les illes Pitiüses (13,2%).

Visites a professionals sanitaris les darreres quatre setmanes

Freqüentació

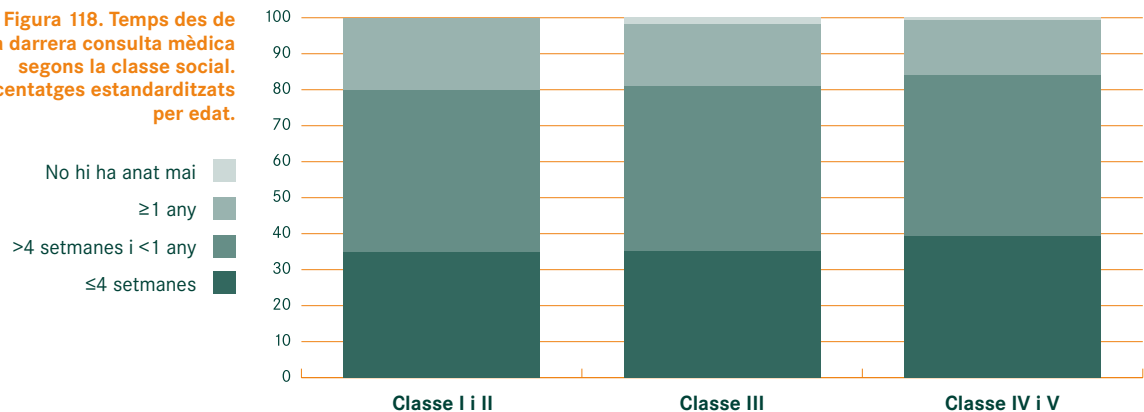
En aquest període de temps, el 37,1% de la població havia visitat un professional sanitari, les dones amb major freqüència que els homes (42,9% enfront del 31,2%). Per grups d'edat, la freqüentació era més elevada entre la població infantil i els majors de 65 anys i més (figura 117).

Figura 117. Temps des de la darrera consulta mèdica per edat.



Per classe social, la freqüentació era més alta entre la població desfavorida (figura 118).

Figura 118. Temps des de la darrera consulta mèdica segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



La freqüentació era més alta entre els residents a Mallorca (38,2%) que els residents a les illes Pitiüses (32,6%) i a Menorca (32,7%).

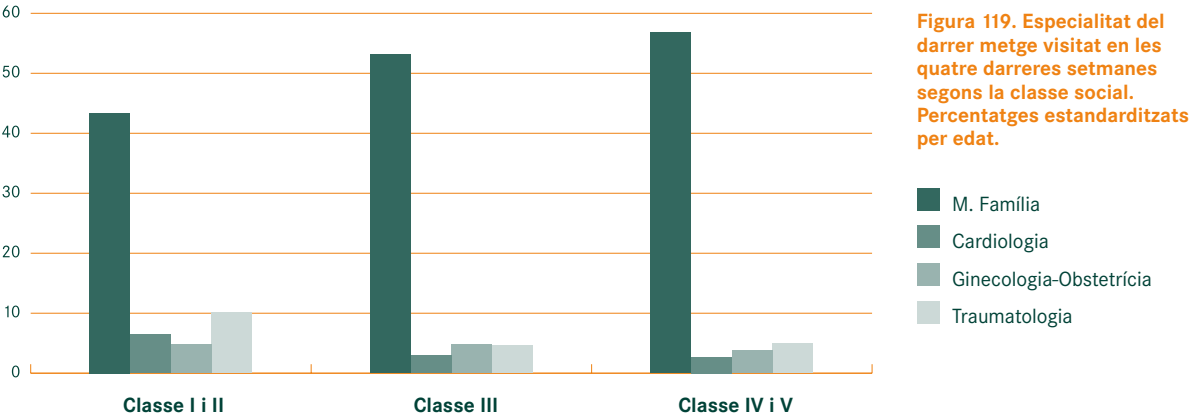
Tipus de professional sanitari visitat

Un 63,2% de la població adulta havia visitat el metge de família i el 68,5% de la població infantil, el pediatre (taula 18).

Taula 18. Especialitat del darrer metge visitat per la població adulta i infantil en les darreres quatre setmanes per sexe (%)

Població adulta			Població infantil		
	Home	Dona		Home	Dona
M. Família	63,8	62,9	Pediatría	66,5	71,0
Traumatologia	6,6	7,1	M. Família	13,6	12,0
Ginecologia- Obstetrícia	—	8,4	Al·lergologia	1,9	1,9
Cardiologia	6,8	3,4	Oftalmologia	2,4	3,2
Oftalmologia	1,9	4,0	ORL	2,7	3,0
Otorinolaringologia	2,9	1,9	Psiquiatria	3,0	0,9
Altres	18,0	12,3	Traumatologia	2,5	0,5
Total	100	100	Altres	7,4	7,5
			Total	100	100

Les persones de classes socials més desfavorides acudien amb més freqüència al metge de família i les persones de classe I i II a l'especialista (figura 119).



Lloc de la darrera visita

Dos terços de les consultes fetes durant aquest període varen tenir lloc a un centre de salut o ambulatori, sobretot en el cas de les dones. Entre la població adulta, els homes visitaven amb més freqüència que les dones una consulta d'una societat mèdica. La població infantil visitava amb més freqüència que l'adulta un metge privat (sobretot les nines) (taula 19).

Taula 19. Lloc de la darrera consulta realitzada en les darreres quatre setmanes per sexe (%)

	Població adulta			Població infantil		
	Home	Dona	Total	Nin	Nina	Total
Centre de salut /ambulatori	62,3	68,1	65,8	61,5	57,8	59,9
Consultes externes hospital	9,2	12,1	11,0	6,2	8,1	7,0
Urgències no hospitalàries	0,9	0,6	0,7	4,8	4,4	4,6
Urgències hospital	4,3	2,6	3,3	4,3	0,0	2,4
Consulta metge particular	5,3	6,6	6,1	9,8	15,6	12,4
Consulta metge societat mèdica	16,9	8,1	11,5	13,4	14,1	13,7
Empresa o treball	1,1	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0
Domicili entrevistat	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0
Altre lloc	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100

Les persones de classe social més desfavorida acudien amb més freqüència al centre de salut. En canvi, les persones de classe social I i II acudien més a una consulta d'una societat mèdica o a un metge particular (taula 20).

Taula 20. Lloc de la darrera consulta realitzada en les darreres quatre setmanes per classe social. Percentatges estandarditzats per edat

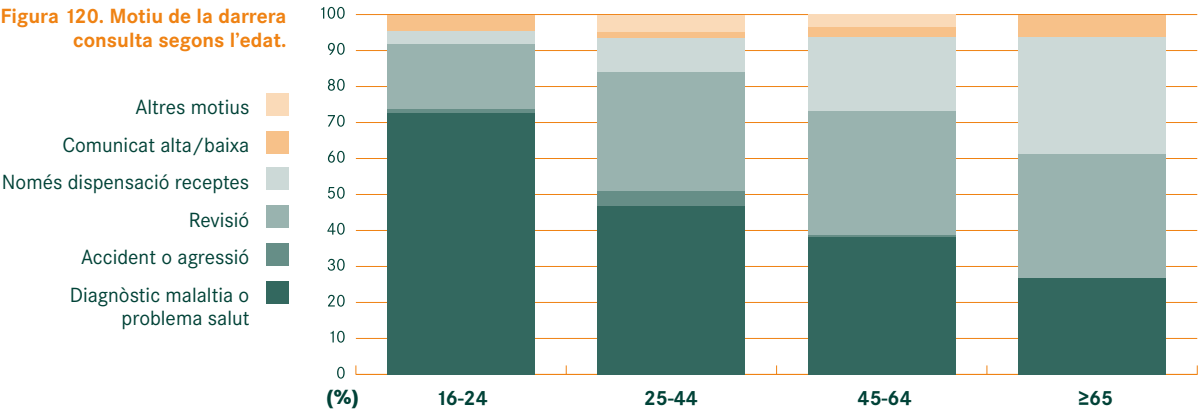
	Població adulta			Població infantil		
	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V
Centre de salut /ambulatori	69,1	65,3	81,8	41,2	66,2	78,5
Consultes externes hospital	9,4	10,4	11,8	9,9	6,1	6,3
Urgències no hospitalàries	0,6	0,6	0,8	3,2	3,4	5,6
Urgències hospital	0,7	4,0	3,8	3,6	2,1	2,0
Consulta metge particular	11,1	4,2	4,9	19,8	13,1	10,3
Consulta metge societat mèdica	17,6	20,1	6,2	24,3	20,1	7,8
Altres	1,1	0,2	2,5	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100

Motiu de la darrera visita

En població adulta, el motiu principal de la darrera consulta era la recerca d'un diagnòstic i tractament d'una malaltia (41,4%). El segon motiu més freqüent eren les revisions (32,3%) i el tercer era la dispensació de receptes (18,6%).

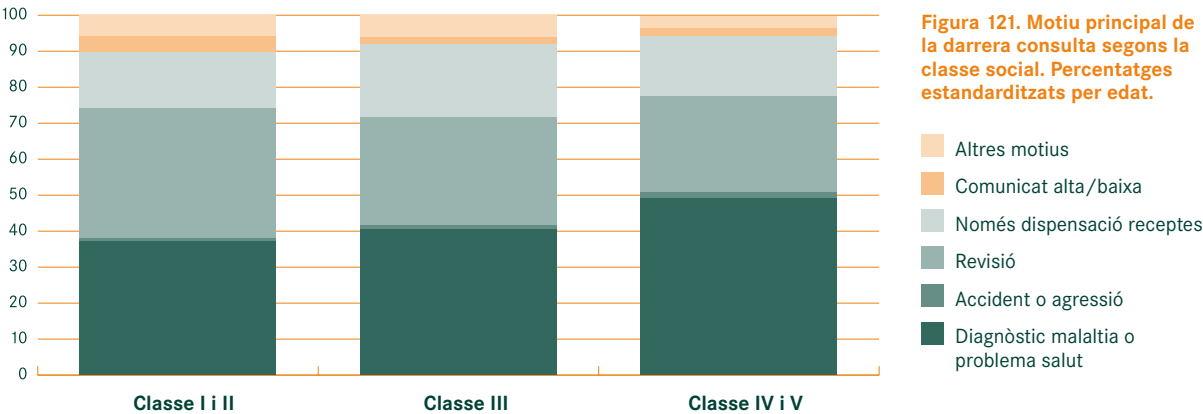
El motiu variava en funció de l'edat. Els més joves acudien en major proporció cercant un diagnòstic o per un problema de salut ja establert (72,7%). En canvi, els més grans acudien més freqüentment per revisions (34,3%) i per dispensació de receptes (32,6%) (figura 120).

Figura 120. Motiu de la darrera consulta segons l'edat.



A la població infantil, els motius de consulta més freqüents eren per sentir-se malalt i per la recerca d'un diagnòstic (59,6%), per revisió (17,7%), per estar inclòs en el programa del nin sa (10,6%) i un 7% per vacunació. La visita per dispensació de receptes era pràcticament inexistent (0,3 %).

Per classe social, les persones de classes desfavorides consultaven amb major freqüència a la recerca d'un diagnòstic o per un problema salut (49,1%). En canvi, en les classes més afavorides era més freqüent acudir a una consulta mèdica per revisions (figura 121).



El motiu de la visita variava en funció de la dependència funcional del professional. En un 22,7% dels casos el motiu principal de la consulta a la sanitat pública per part dels adults era per la dispensació de receptes (taula 21).

Taula 21. Motiu principal de la darrera consulta segons la dependència funcional del metge. Població ≥ de 16 anys (%).

Població adulta				
	Sanitat pública	Societat mèdica	Consulta privada	Total
Diagnòstic d'una malaltia	43,2	33,0	42,2	41,4
Revisió	26,6	52,9	54,7	32,3
Dispensació de receptes	22,7	7,3	0,0	18,6
Comunicat de baixa	1,7	0,0	0,0	1,4
Accident o agressió	0,8	0,5	0,0	1,5
Altres motius	5,0	6,3	3,1	4,8
Total	100	100	100	100

En la població infantil, el motiu més freqüent de la visita a la sanitat pública era el diagnòstic d'una malaltia (taula 22).

Taula 22. Motiu principal de la darrera consulta segons la dependència funcional del metge. Població ≤ de 15 anys (%).

Població Infantil				
	Sanitat pública	Societat mèdica	Consulta privada	Total
Diagnòstic d'una malaltia	69,0	46,8	33,8	59,6
Revisió	11,0	24,9	37,6	17,7
Control de salut	8,6	22,2	10,5	10,6
Vacunació	8,6	6,0	1,9	7,0
Accident o agressió	1,1	0,0	4,7	1,7
Dispensació de receptes	0,3	0,0	0,0	0,2
Altres motius	1,4	0,0	11,6	3,2
Total	100	100	100	100

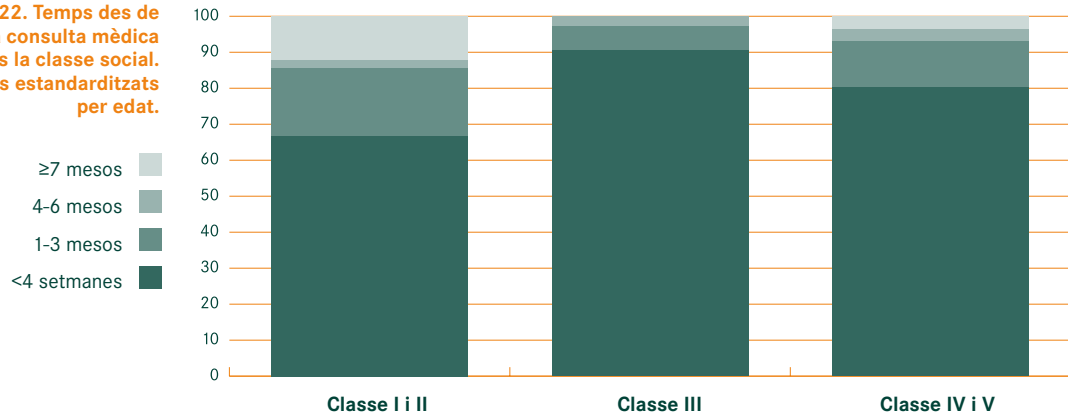
Temps d'espera de la darrera consulta

El 75,2% dels usuaris adults i el 95,1% de la població infantil varen esperar menys de quatre setmanes en demanar cita des que es va sentir malalt o va necessitar un servei sanitari. El 16,4% va estar entre 1 i 3 mesos i el 8,4% més de 3 mesos, sense haver-hi diferències entre homes i dones.

Per illes, els residents a les illes Pitiüses eren els que menys temps tardaven (el 87,6% menys d'un mes), els residents a Mallorca el 79,3%, i a Menorca, el 80,6%.

Les persones de classe social III i la IV i V eren les que tenien major urgència en demanar cita (figura 122).

Figura 122. Temps des de la darrera consulta mèdica segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



En relació al temps transcorregut en ser atès des de demanar cita, el 88,2% de la població va ser atesa en menys d'un mes, el 9,9% entre 1 i 3 mesos, l'1,5% entre 4 i 6 i el 0,4% més de 6.

El 97,2% de la població aconseguia una cita en menys d'un mes quan es tractava de ser atesos per un metge de família i baixava al 77,5% quan la demanda era per a un especialista.

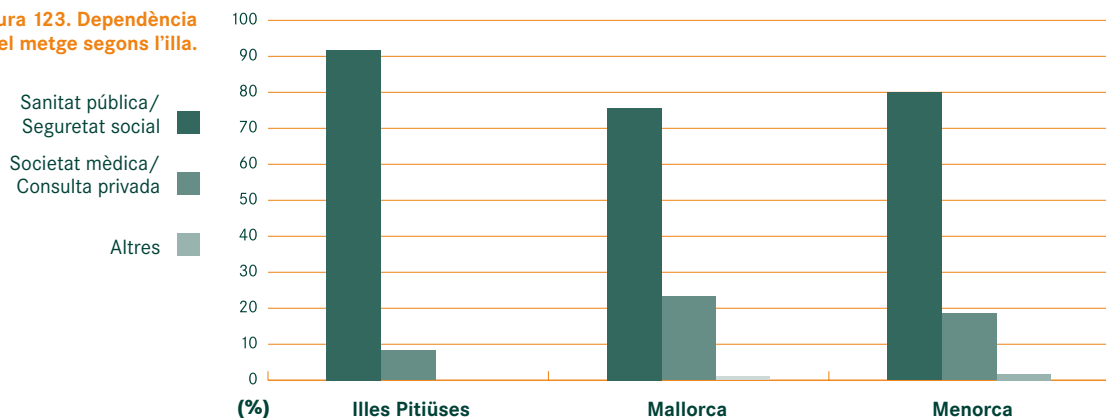
D'aquestes persones ateses dins el primer mes de fer la demanda, val la pena destacar que el 73,1% va ser atesa dins els tres primers dies o menys després d'haver-la feta, percentatge que millorava fins al 83,7% quan es tractava de la població infantil. El 51,9% de les persones van aconseguir cita el mateix dia o l'endemà, i són els percentatges molts similars si la consulta realitzada era a la sanitat pública o a una societat mèdica (52,7 i 52,1% respectivament), percentatge més baix si era a una consulta privada (45,5%).

Adscripció del professional visitat la darrera consulta

Un 76,4% de la població va acudir a la sanitat pública (79,7% de dones i 71,8% d'homes). Un 22,3% a una consulta privada (26,4% d'homes i 19,2% de les dones). La resta (1,4%) varen acudir a altres serveis (igualat mèdica, metge d'empresa etc.).

Els residents a les illes Pitiüses eren els que freqüentaven més la sanitat pública (92,4%), i els de Menorca la que menys (70,6%). El patró de freqüentació dels residents a Mallorca era semblant al de Menorca (figura 123).

Figura 123. Dependència funcional del metge segons l'illa.



El percentatge de persones visitades per un metge d'una societat mèdica o un professional privat era superior en la població infantil i tendia a disminuir a mesura que augmentava l'edat, a excepció de la franja d'edat de 25 a 44 anys (figura 124).

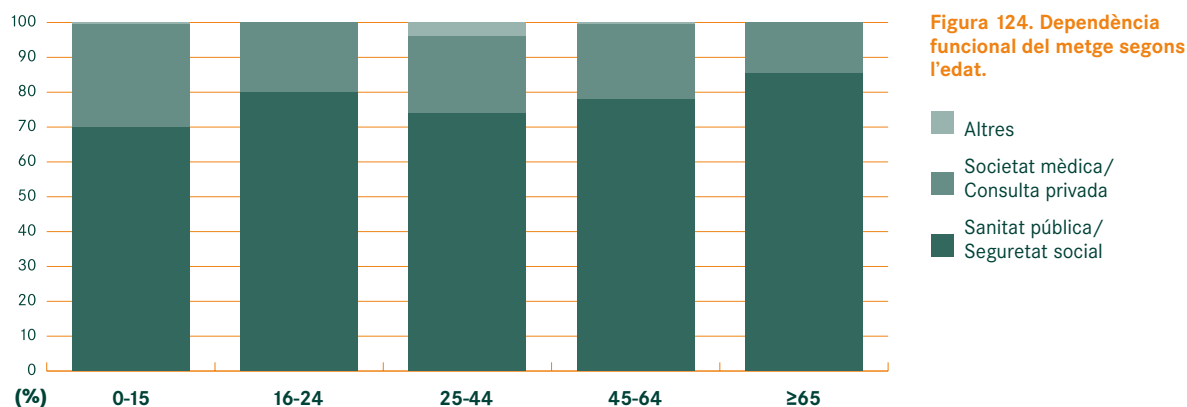


Figura 124. Dependència funcional del metge segons l'edat.

Les persones de classe social més desfavorida utilitzaven més la sanitat pública (83,6%) que les de classe social alta (62,5%). Aquesta tendència s'observava en ambdós sexes (figura 125).

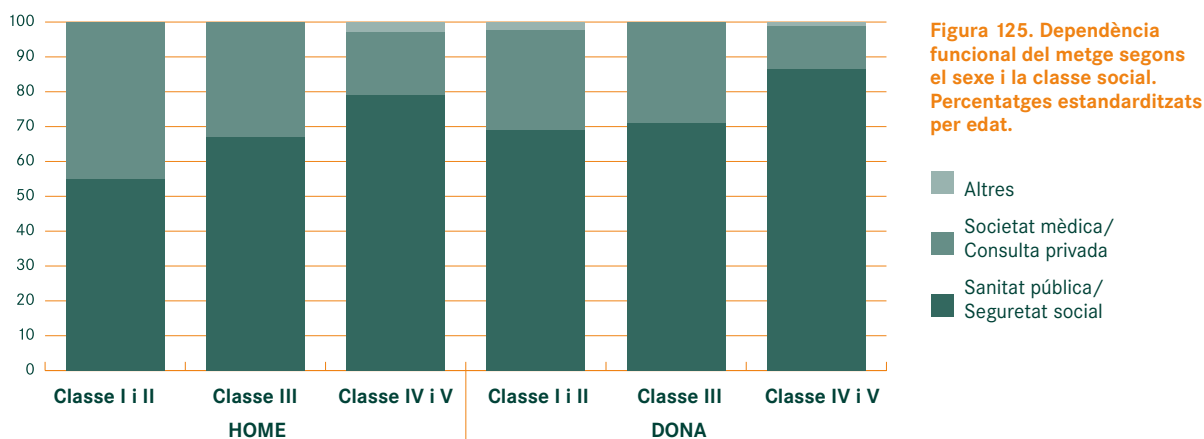


Figura 125. Dependència funcional del metge segons el sexe i la classe social. Percentatges estandaritzats per edat.

Realització de proves no urgents

El 15,7% s'havia fet una prova no urgent en el darrer mes, en major freqüència les dones (18,9%) que els homes (12,5%). A més, la freqüència de proves augmentava amb l'edat; un 5,7% en població infantil i un 24,7% entre els majors de 64 anys.

Les anàlitzes i les radiografies eren les proves més freqüents (figura 126).

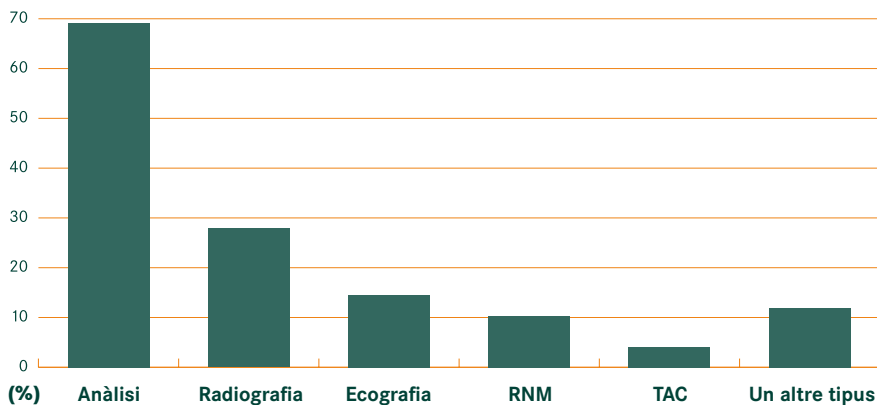


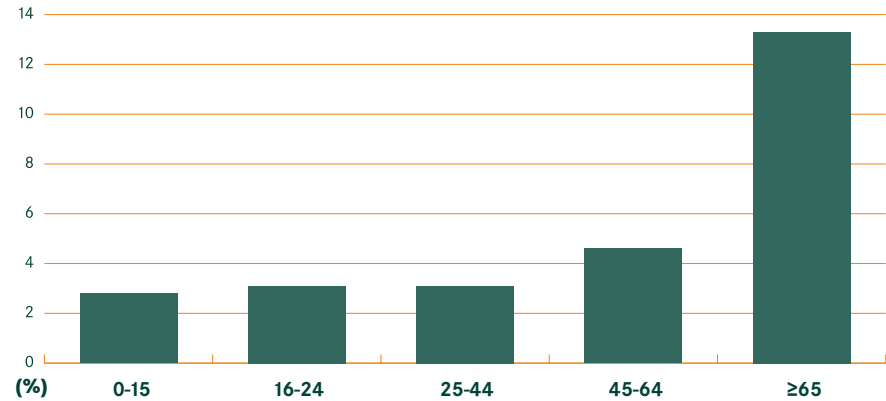
Figura 126. Tipus de prova no urgent realitzada en les quatre darreres setmanes. Població total.

El 87,6% de les anàlitzes i el 85,2% de les radiografies es van realitzar en menys d'1 mes des del moment de la cita. El TAC era la prova per la qual s'havia d'esperar més temps; un 24,5% dels casos entre 1 i 3 mesos després de confirmar la cita.

Consulta d'infermeria, fisioteràpia i matrona

Un 4,8% de la població havia fet una consulta d'infermeria en el darrer mes, percentatge similar entre homes i dones. La freqüentació de la consulta d'infermeria s'incrementava amb l'edat notablement a partir dels 65 anys (figura 127).

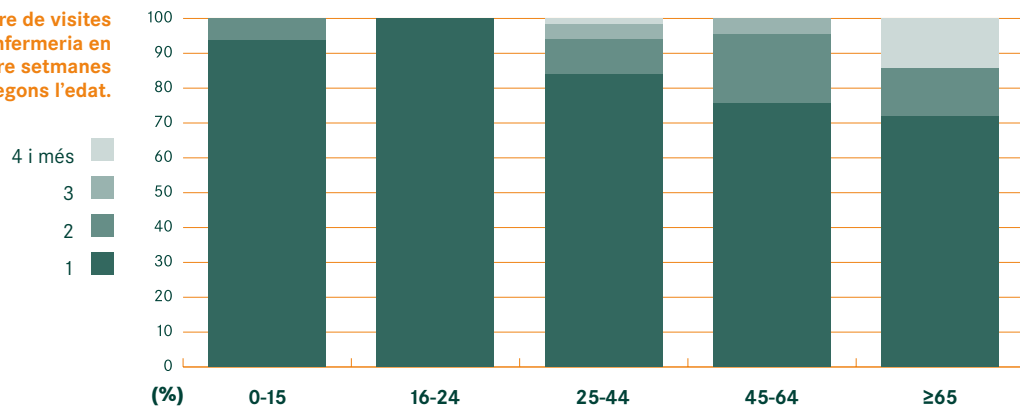
Figura 127. Freqüentació a la consulta d'infermeria en les darreres quatre setmanes segona l'edat.



La població més afavorida socioeconòmicament freqüentava en menor mesura la consulta d'infermeria; 2,4% de la classe I i II, 6,6% de classe III i el 5,2% classe IV i V.

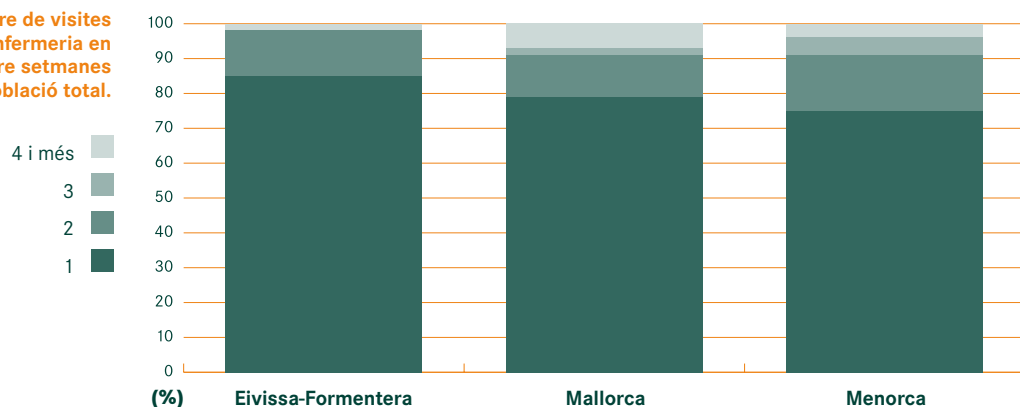
Dels que acudiren a la consulta d'infermeria, el 79,6% la consultaren una vegada durant les darreres quatre setmanes, el 14% entre 2 i 3 cops i el 6,4% quatre i més. El nombre de visites a les consultes d'infermeria s'incrementava amb l'edat (figura 128).

Figura 128. Nombre de visites a la consulta d'infermeria en les darreres quatre setmanes segons l'edat.



Els residents a les illes Pitiüses eren els que menys freqüentaven la consulta d'infermeria i els de Menorca els que més (figura 129).

Figura 129. Nombre de visites a la consulta d'infermeria en les darreres quatre setmanes per illa. Població total.



El 2,7% va acudir a una consulta de fisioteràpia i un 1,7% de les dones adultes van consultar a una matrona.

Visites a professionals sanitaris el darrer any

El 83,5% de la població havia realitzat una visita a un professional sanitari l'any anterior a l'entrevista. Aquest percentatge era més elevat entre les dones, excepte entre la població infantil i les persones grans (figura 130).

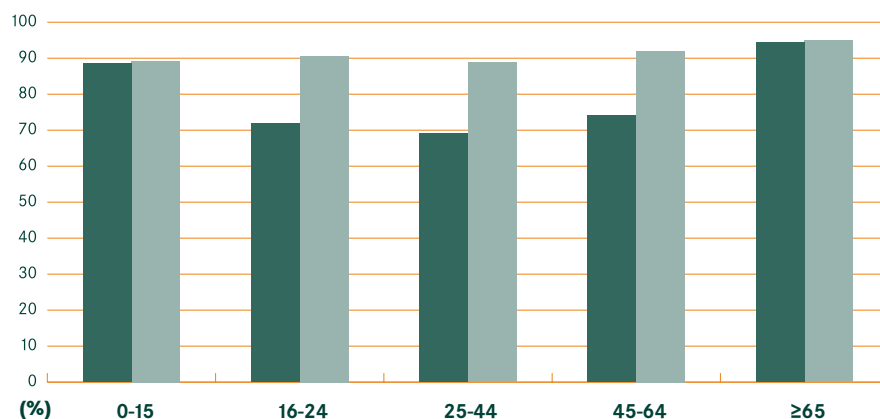


Figura 130. Visita al metge durant el darrer any segons el sexe i l'edat.

Visita al dentista

El 46,2% de la població adulta i jove manifestava haver acudit a la consulta del dentista l'any anterior a l'entrevista (49,8% de les dones i 42,5% dels homes). El 3,5% de la població adulta no hi havia anat mai (figura 131).

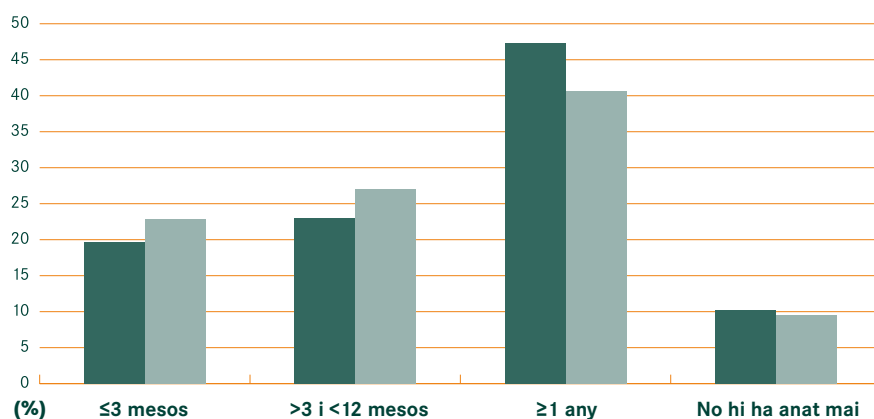


Figura 131. Temps des de la darrera visita al dentista segons el sexe. Població total.

Les persones de 65 i més anys eren les que feien més temps que no hi havien acudit (figura 132).

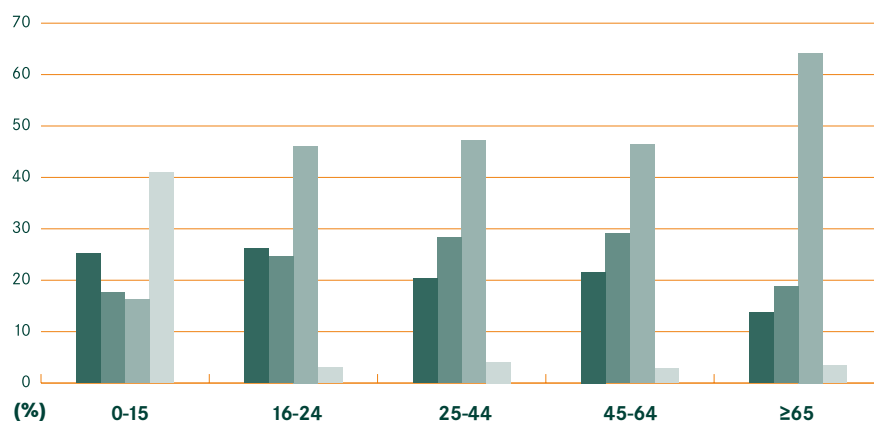
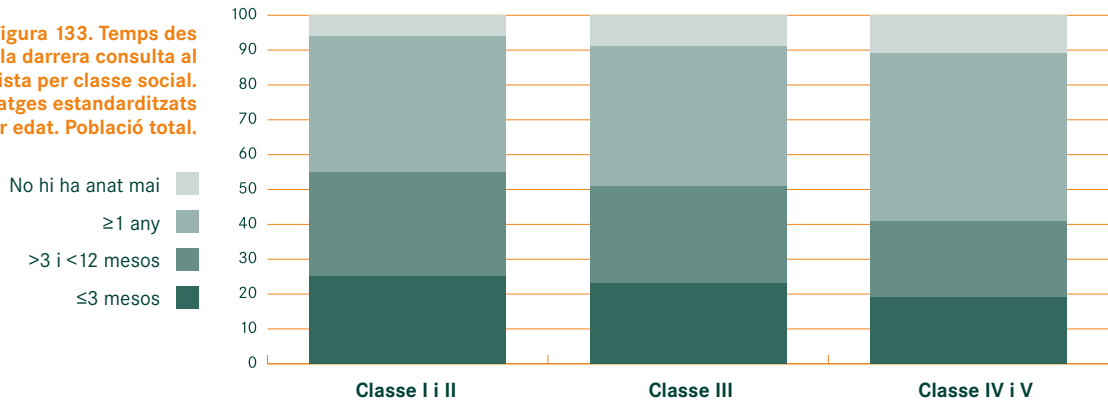


Figura 132. Temps des de la darrera consulta al dentista segons edat.

Tant a Mallorca com a les illes Pitiüses, la meitat de la població feia un any o més que no acudia al dentista. Els residents de Menorca no tardaven tant de temps.

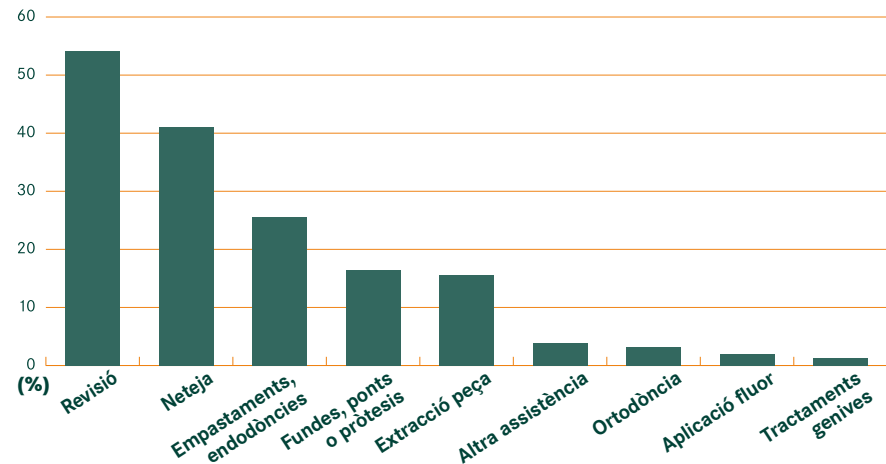
Les classes més desfavorides deixaven passar més temps en consultar aquest tipus de professional (figura 133).

Figura 133. Temps des de la darrera consulta al dentista per classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població total.



Entre la població adulta, els motius declarats amb major freqüència per acudir a la consulta destacaven les revisions i les neteges (figura 134).

Figura 134. Tipus d'assistència rebuda en la darrera consulta al dentista. Població ≥ de 16 anys.



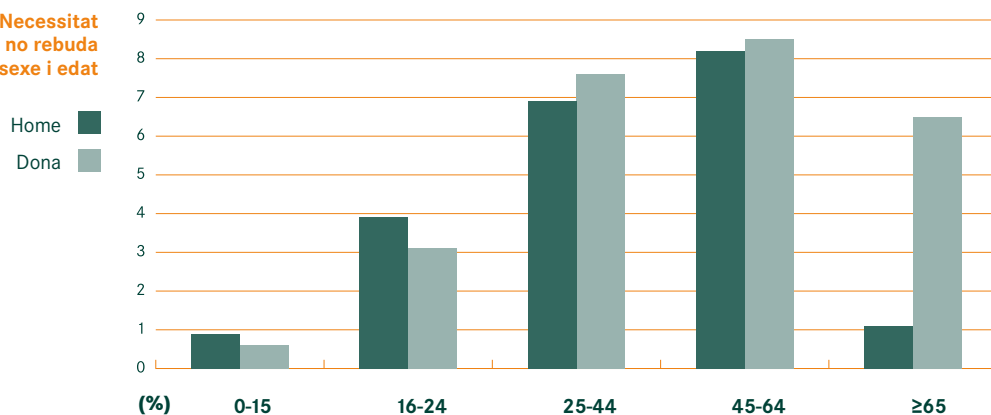
Entre la població infantil els motius eren, les revisions (72,5%), empastaments (20,6%) i ortodòncia (17,7%).

Només el 7% va ser atès per un professional de la sanitat pública, percentatge que augmentava al 15,6% en la població infantil. El 90,9% havia estat atès per una societat mèdica o consulta privada i el 2,1 per altres institucions.

Atenció sanitària no rebuda

El 5,2% dels homes i el 6,0% de les dones varen necessitar assistència mèdica i no la varen rebre. Aquest percentatge era més elevat entre les persones d'edats intermèdies, les dones sobretot majors (figura 135) i de classe social IV i V (figura 136).

Figura 135. Necessitat d'assistència no rebuda segons sexe i edat



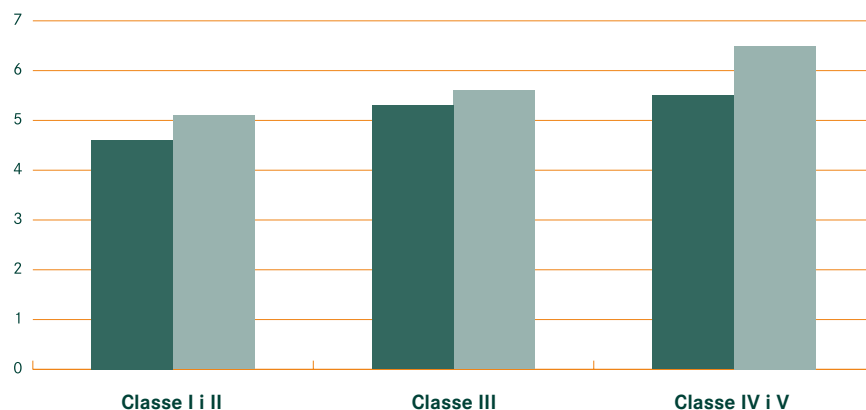


Figura 136. Necessitat d'assistència no rebuda segons el sexe i classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

Entre els motius principals pels quals no havien rebut aquesta assistència destacaven haver d'esperar massa temps (en ambdós sexes), no poder deixar el treball (sobretot els homes), les obligacions familiars (les dones) i altres causes (figura 137).

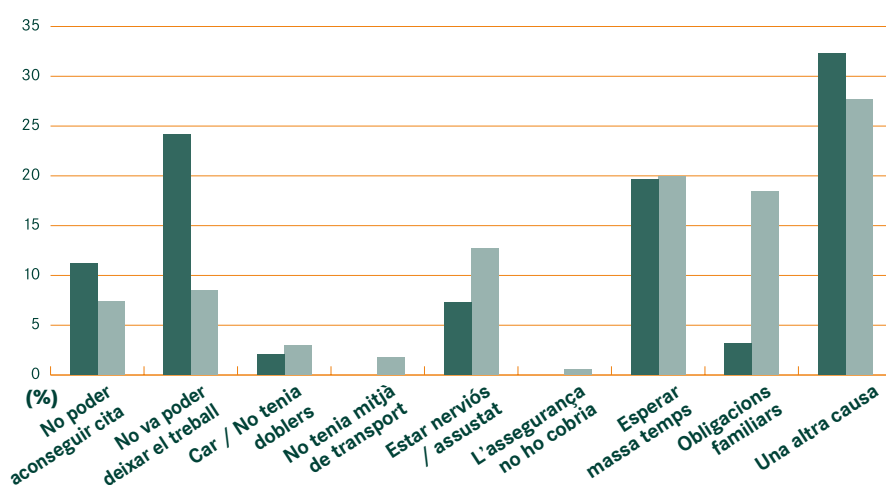


Figura 137. Causa principal de no assistència. Població total.

Ingressos hospitalaris

Hospitalització el darrer any

Durant l'any anterior a l'entrevista el 8,1% dels homes i l'11,7% de les dones havia estat ingressada en un hospital, com a mínim una nit. El percentatge de la població hospitalitzada era més elevat en gent major, sobretot, les dones (figura 138). En la majoria dels casos (75,3%) els ingressos varen ser a un hospital de la xarxa sanitària pública.

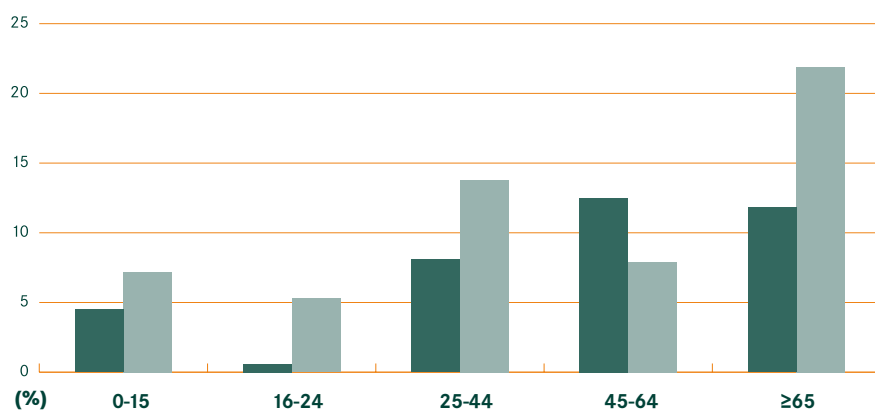


Figura 138. Ingrés hospitalari en el darrer any per sexe i edat (respostes afirmatives)

Les persones de classe social IV i V ingressaven fonamentalment a hospitals de la Seguretat Social. Les de classes més afavorides a institucions de mútues o societats mèdiques privades (taula 23).

Taula 23. Hospitalització segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població total

	Classe social		
	Classe I i II	Classe III	Classe IV i V
Seguretat social	57,5	68,7	84,6
Mutua obligatòria	14,0	2,1	0,8
Societat mèdica privada	28,5	29,1	14,6
Total	100	100	100

Per illes, un 83,3% dels residents a les illes Pitiüses, varen utilitzar la Seguretat Social, els mallorquins ho feien en un 75,5% i un 60,5% els menorquins.

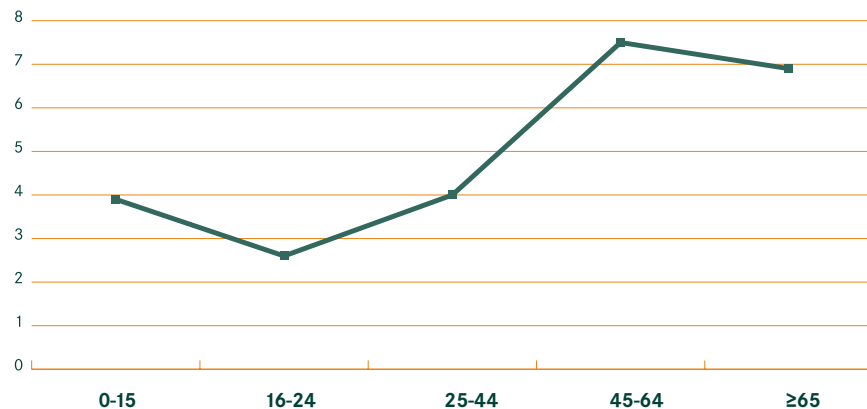
Entre els ingressats, el 78,1% van ingressar només una vegada i el 14,6% dues ; Els homes varen ingressar amb més freqüència que les dones (27,3% enfront del 18%).

Estada mitjana

L'estada mitjana hospitalària era de 5,5 dies (6,4 dies si eren homes i 4,9 dies si eren dones). A l'illa de Mallorca l'estada mitjana era més baixa (5 dies) que a Menorca (6,2 dies) i a les illes Pitiüses (8,4 dies).

L'estada mitjana augmentava amb l'edat, sobretot a partir dels 25 anys. El grup d'edat que presentava una estada mitjana més elevada fou el de 45 a 64 anys (figura 139).

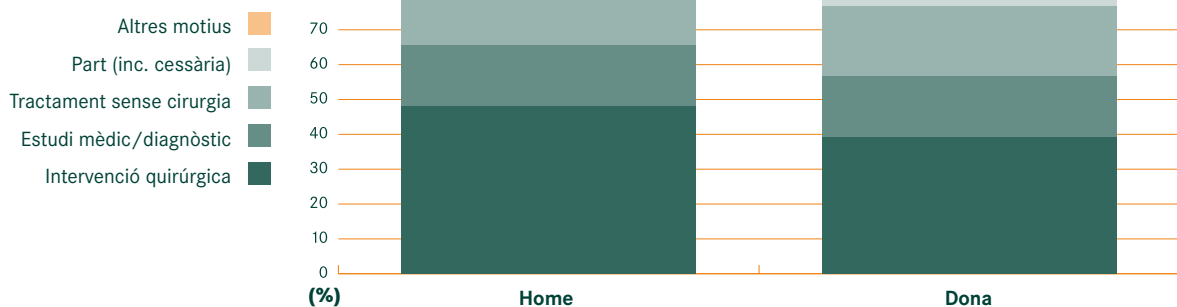
Figura 139. Mitjana de dies d'ingrés a l'hospital durant el darrer ingrés



Motiu d'ingrés

El 42,9% dels ingressos hospitalaris varen ser motivats per una intervenció quirúrgica (48,2% dels homes i 39,2% de les dones) i en menor proporció (25,7%) per tractament mèdic (33,4% dels homes i 20,3% de les dones) (figura 140).

Figura 140. Motiu del darrer ingrés a l'hospital en els darrers 12 mesos per sexe.



Les intervencions quirúrgiques s'incrementaven a partir dels 25 anys. L'estudi mèdic per a diagnòstic era més freqüent en joves i gent gran (figura 141).

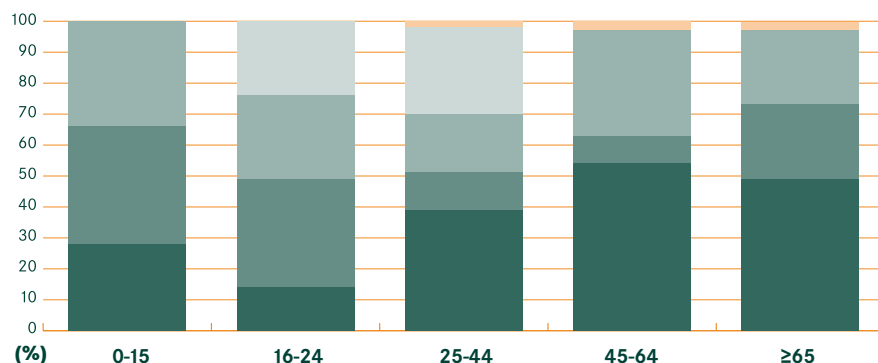


Figura 141. Motiu del darrer ingrés a l'hospital del darrer any segons l'edat.

Altres motius
Part (inc. cessària)
Tractament mèdic sense cirurgia
Estudi mèdic/diagnòstic
Intervenció quirúrgica

Llista d'espera

Un 20,2% dels ingressats varen estar en llista d'espera (23,4% d'homes i 17,3% de dones). El percentatge de pacients ingressats que varen estar en llista d'espera era menor entre els residents a Mallorca (19,1%) que a Menorca (22,4%) i a les illes Pitiüses (26,2%).

Via d'ingrés

Més de la meitat de població ingressada va ser a través d'urgències (60%). La resta (40%) ho va fer per ingrés ordinari. Els ingressos a través d'urgències eren més freqüents entre la població més jove (figura 142).

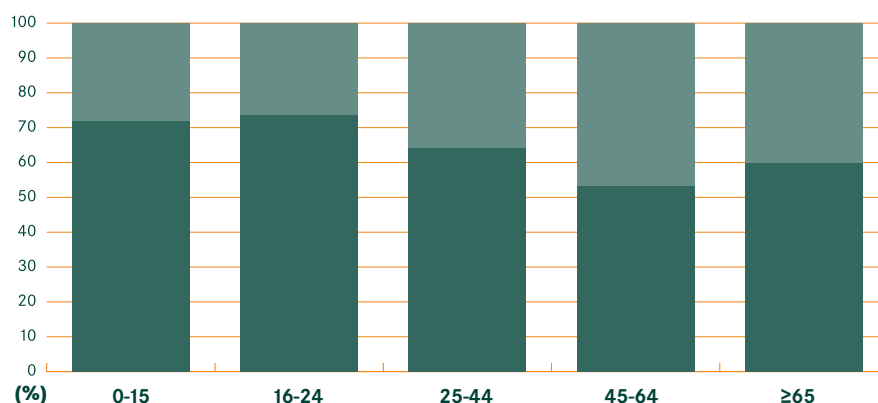


Figura 142. Forma d'ingrés a l'hospital la darrera vegada en el darrer any segons l'edat.

Ingrés ordinari
A través d'urgències

Les persones de classes socials menys afavorides utilitzaven amb més freqüència la via urgent per ingressar a l'hospital, al contrari de les de classes benestants que ingressaven més per via ordinària (figura 143).

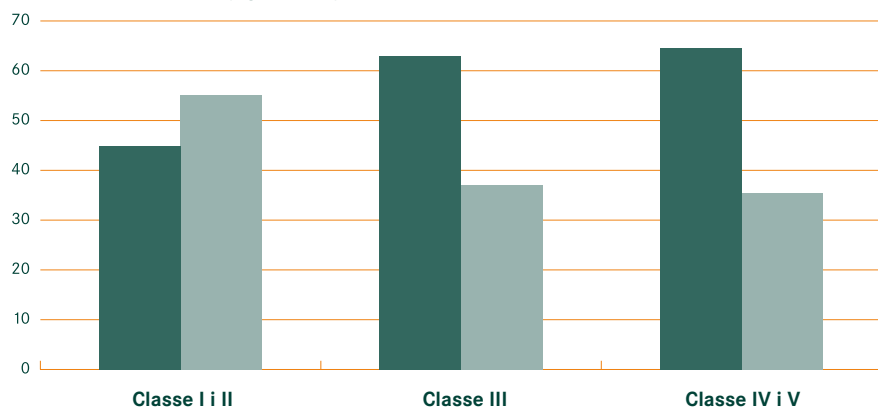


Figura 143. Forma d'ingrés hospitalari la darrera vegada en el darrer any segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

Urgent
Ordinari

L'ingrés a l'hospital a través del servei d'urgències era més freqüent a les illes Pitiüses (65,7%) i a Mallorca (59,9%) que a Menorca (50,8%).

Visites a l'hospital de dia

En el darrer any, un 4,5% de la població va ingressar a un hospital de dia. Entre els motius, un 45,3% eren per una intervenció quirúrgica, el 21,7% per un tractament i el 32,9% per altres motius.

Visites a urgències

Freqüentació

En el darrer any, un 34,8% de la població havia consultat un servei d'urgències (36,1% de les dones i 33,5% dels homes). La població infantil i les dones joves (16-24) utilitzaven més els serveis d'urgències que la resta de població (taula 24).

Taula 24. Utilització del servei d'urgències els darrers dotze mesos segons grup d'edat i sexe. Respostes afirmatives (%)

	Edat					Total
	0-15	16-24	25-44	45-64	65 i més	
Home	43,8	36,2	31,1	27,1	35,7	33,5
Dona	43,9	51,2	34,4	30,1	30,4	36,1

Els residents a les illes Pitiüses i a Mallorca utilitzaven un servei d'urgències amb més freqüència (34,8% i 35,3% respectivament) que els residents a Menorca (30,2%).

Nombre de visites a urgències el darrer any

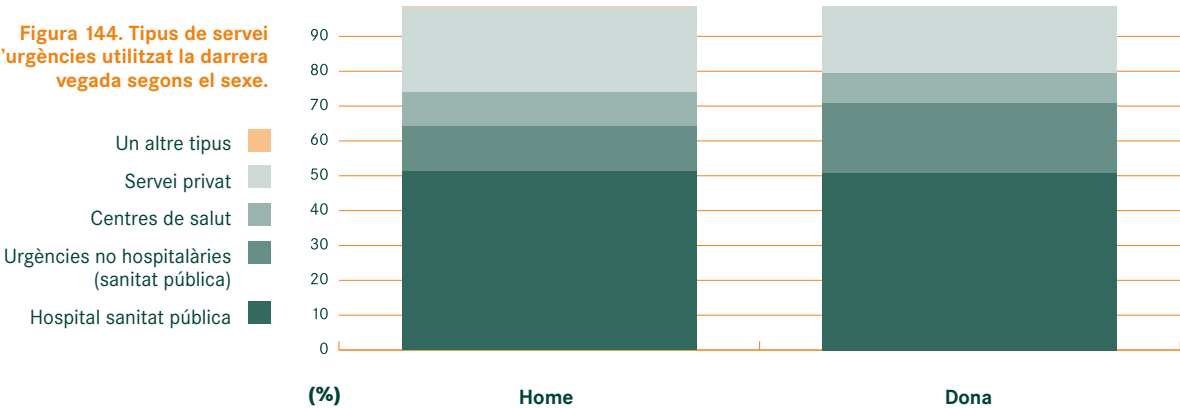
La majoria de la població que va utilitzar el servei d'urgències ho havia fet una vegada (63,5% d'homes i 57,7% de dones) o dues (12,9% d'homes i 20,6% de dones). Un 22,6% ho havien fet tres vegades o més.

Lloc de la visita a urgències el darrer any

La majoria de població que havia visitat urgències el darrer any ho havia fet a un centre o a un servei d'urgències (96,9%) i l'1,8% a una unitat mòbil. El 2,6% va ser atès en el lloc on es trobava (domicili, lloc de treball, etc.), percentatge que arribava al 6,8% en persones majors de 64 anys.

Un 51,0% va acudir al servei d'urgències d'un hospital públic. Els homes utilitzaven més els serveis d'urgències privats que les dones i en canvi les dones els serveis d'urgència no hospitalaris de la sanitat pública (figura 144).

Figura 144. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons el sexe.



La utilització del servei d'urgències de l'hospital públic era més freqüent a partir dels 45 anys. En canvi, en edats més joves era més freqüent acudir a un servei d'urgències no hospitalari de la sanitat pública i a centres de salut (figura 145).

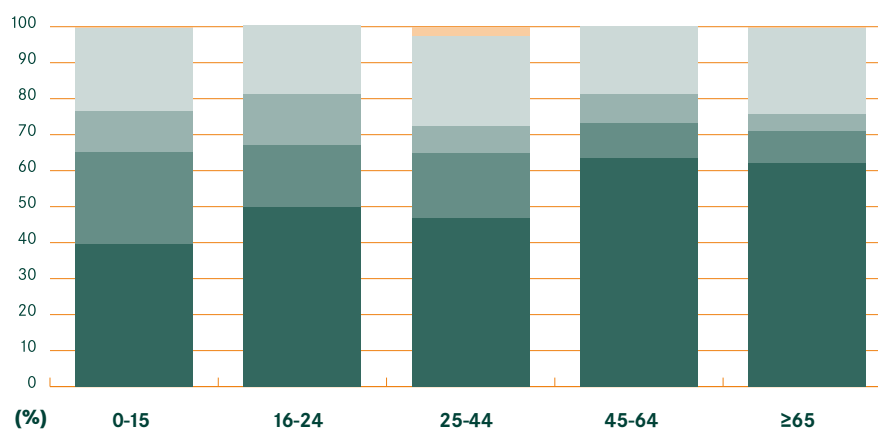


Figura 145. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons l'edat.

Un altre tipus
Servei privat
Centres de salut
Urgències no hospitalàries (sanitat pública)
Hospital sanitat pública

Els residents a les illes Pitiüses acudien amb més freqüència a un servei d'urgències d'un hospital públic i a serveis d'urgències no hospitalàries de la sanitat pública. En canvi, el percentatge de residents de Mallorca i Menorca que acudia a un servei d'urgències privat era més elevat (figura 146).

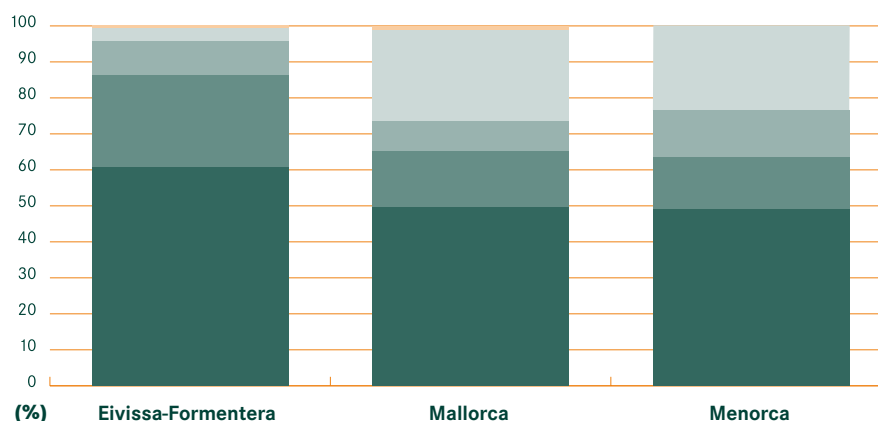


Figura 146. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons l'illa. Població total.

Un altre tipus
Servei privat
Centres de salut
Urgències no hospitalàries (sanitat pública)
Hospital sanitat pública

En les classes més afavorides hi ha un elevat percentatge de persones que utilitzen el servei privat (39,1%) percentatge que disminueix a mesura que les classes esdevenen menys afavorides (figura 147).

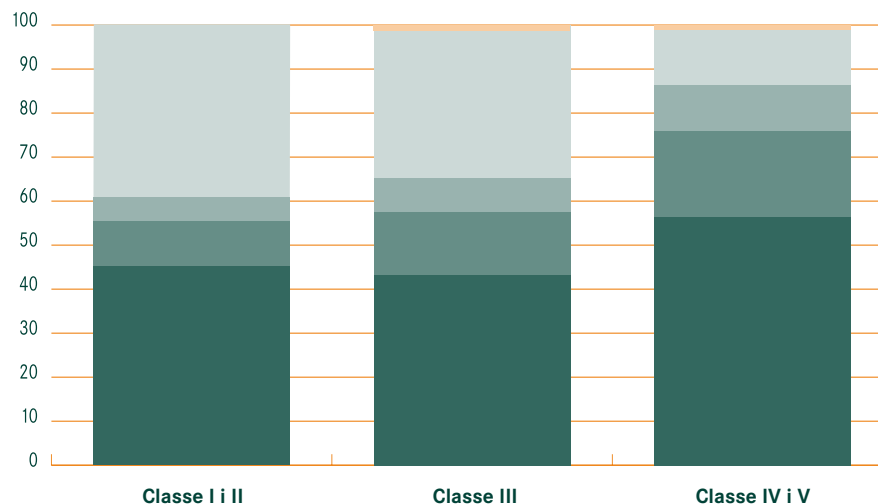


Figura 147. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons la classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.

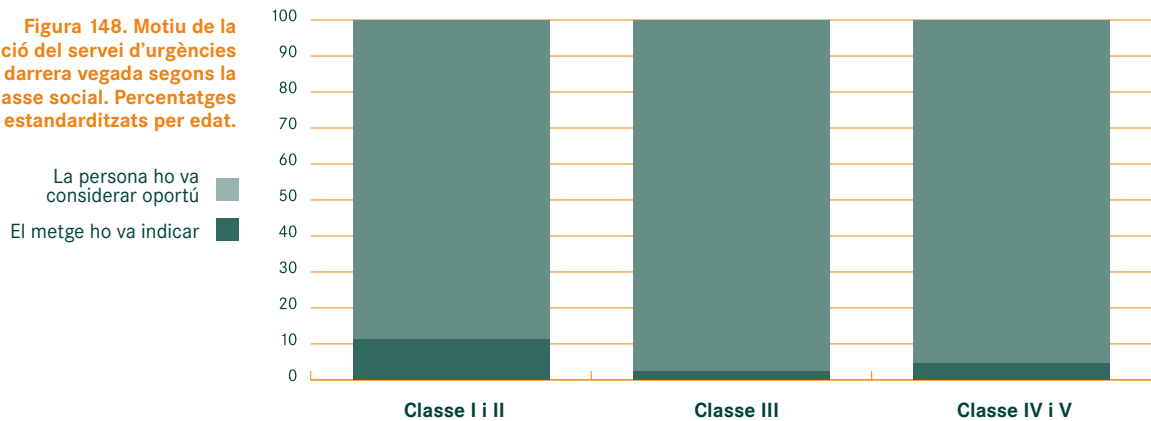
Un altre tipus
Servei privat
Centres de salut
Urgències no hospitalàries (sanitat pública)
Hospital sanitat pública

Motiu de la visita a un servei d'urgències

La majoria de les persones que varen acudir a un servei d'urgències la darrera vegada va ser perquè elles mateixes ho varen considerar oportú (94,8%) i un 5,2% per indicació del metge. El consell del metge era un motiu al·legat amb més freqüència entre persones grans.

També hi havia diferències per classe social. El percentatge de gent que acudia a un servei d'urgències per indicació del metge era més elevat entre les persones de classe social alta (figura 148).

Figura 148. Motiu de la utilització del servei d'urgències la darrera vegada segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

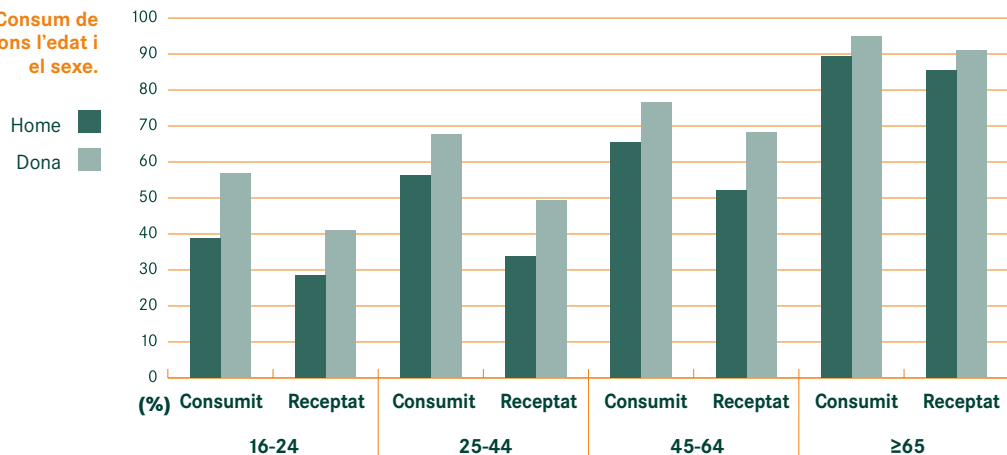


Consum de medicaments

El 67,5% de la població adulta havia consumit algun medicament en les darreres dues setmanes abans de l'entrevista. El consum era més elevat entre les dones (73,7%) que entre els homes (61,3%). D'altra banda, un 53,4% de la població havia consumit medicaments receptats per un metge, consum també més elevat entre les dones (61,2%) que entre els homes (45,6%).

El consum de medicaments augmentava progressivament amb l'edat i era superior en les dones de qualsevol edat, encara que en les persones grans tendia a igualar-se (figura 149).

Figura 149. Consum de medicaments segons l'edat i el sexe.



Els medicaments més consumits eren per al dolor (32,8%). A la següent taula es resumeixen en ordre de freqüència els medicaments consumits i els receptats per un metge. Les majors diferències es troben en els analgèsics i medicaments per refredats (taula 25).

Taula 25. Freqüència de medicaments consumits i receptats. Població ≥ de 16 anys (%)

MEDICAMENTS CONSUMITS	(%)	MEDICAMENTS RECEPTATS	(%)
Dolor	32,8	Dolor	21,7
Tensió Arterial	12,9	Tensió Arterial	12,7
Tranquil·litzants	12,2	Tranquil·litzants	11,6
Refredats, grip...	9,7	Refredats, grip...	5,2
Vitamines, minerals...	9,1	Vitamines, minerals...	6,1
Digestiu	8,2	Digestiu	7,5
Antidepressius	6,4	Antidepressius	6,6
Hipolipemians	6,2	Hipolipemians	6,2
Cor	5,3	Cor	5,3
Reuma	4,5	Reuma	4,4
Antidiabètics	4,0	Antidiabètics	4,0
Al·lèrgia	3,7	Al·lèrgia	3,6
Antibiòtics	3,1	Antibiòtics	2,8
Antitèrmics	2,8	Antitèrmics	1,7
Anticonceptius	2,7	Anticonceptius	2,7
Laxants	2,6	Laxants	2,2
Hormones menopausa	0,9	Hormones menopausa	0,9
Diarrea	0,3	Diarrea	0,3
Aprimadors	0,3	Aprimadors	0,2
Altres	16,7	Altres	15,3

Un 5,4% de la població adulta havia consumit productes naturistes i l'1,6% productes homeopàtics, consum més elevat entre les dones en ambdós tipus de productes (7,7% productes naturistes i 2,3% de productes homeopàtics). Per a la majoria dels medicaments consumits amb més freqüència, en general les dones en fan un ús superior (taula 26).

Taula 26. Freqüència dels medicaments més consumits segons el sexe. Població ≥ de 16 anys (%)

	Home	Dona
Dolor	26,8	38,7
Tensió arterial	11,8	14,0
Tranquil·litzants	9,6	14,8
Refredats, grip...	10,1	9,3
Vitamines, minerals ...	5,9	12,2

S'aprecia una major diferència de consum de medicaments segons la classe social entre aquells que tracten el dolor, els antidepressius, els antihipertensius i els anticonceptius orals. A diferència dels tres primers, on el seu consum és inferior en les classes afavorides, els anticonceptius orals són menys consumits en les classes desfavorides (figura 150).

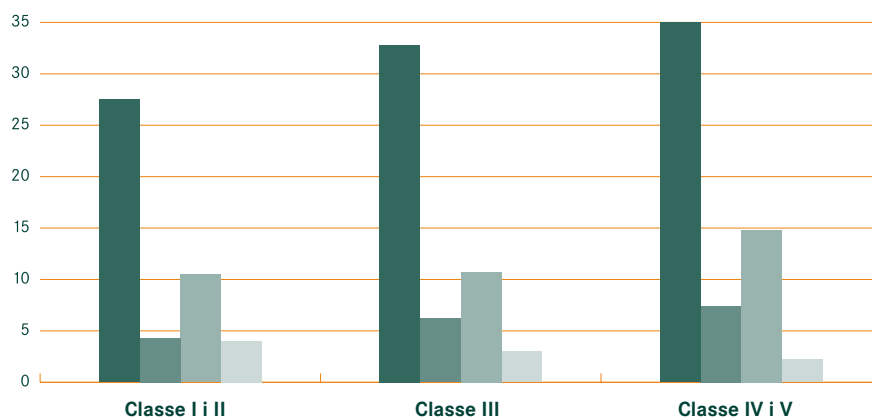
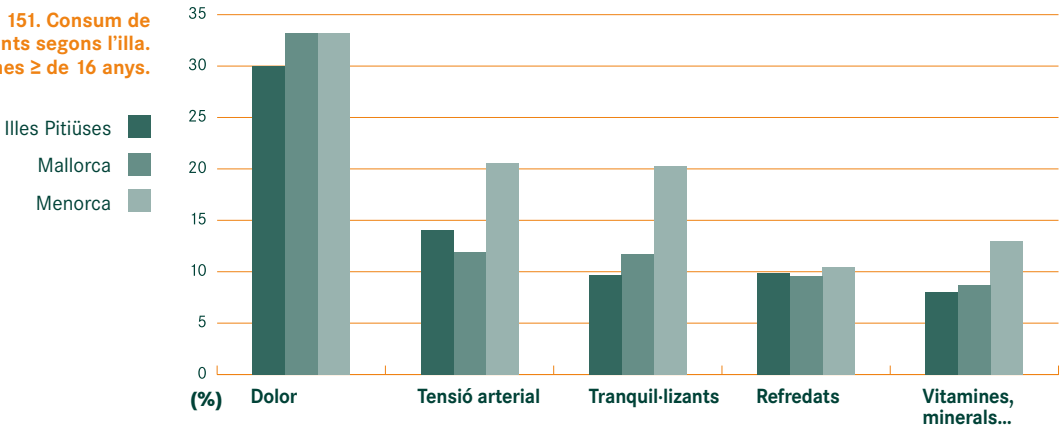


Figura 150. Freqüència de consum de medicaments segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

■ Dolor
■ Antidepressius
■ Antihipertensius
■ Anticonceptius orals

Els residents a Menorca consumien amb més freqüència medicaments antihipertensius, tranquil·litzants i vitamines i minerals (figura 151).

Figura 151. Consum de medicaments segons l'illa. Persones ≥ de 16 anys.



Entre la població infantil, el 40,7% havia consumit qualche tipus de medicament en les darreres dues setmanes abans de l'entrevista i, al contrari del que succeïa en població adulta, el consum era més elevat en nins (43,3%) que en nines (38%). La prevalença de consum de medicaments receptats pel metge era inferior (31,6%).

Els medicaments per refredats eren els més consumits (16,9%). A la taula següent es resumeix per ordre de freqüència el consum dels medicaments i els medicaments receptats pel metge. Les diferències entre medicaments consumits i receptats són molt petites (taula 27).

Taula 27. Freqüència de medicaments consumits i receptats. Població ≤ de 15 anys (%)

MEDICAMENTS CONSUMITS	(%)	MEDICAMENTS RECEPTATS	(%)
Refredats, grip...	16,9	Refredats, grip...	13,8
Dolor	11,9	Antitèrmics	8,3
Antitèrmics	11,5	Dolor	8,0
Al·lèrgia	4,7	Al·lèrgia	4,7
Antibiòtics	4,6	Antibiòtics	4,4
Vitamines, minerals...	4,2	Asma	3,5
Asma	3,5	Vitamines, minerals...	2,4
Vòmits	0,9	Vòmits	0,7
Tranquil·litzants	0,7	Tranquil·litzants	0,7
Laxants	0,7	Laxants	0,7
Antidiabètics	0,6	Antidiabètics	0,6
Diarrea	0,4	Diarrea	0,4
Altres	5,4	Altres	5,3



Introducció

Metodologia

Entorn econòmic, social i físic

Estat de salut

Estils de vida

Pràctiques preventives

Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Bibliografia

Annexos

Índex figures

Índex taules

En aquest capítol:

- **Conclusions**
- **Bibliografia**
- **Annexos**
 - Perspectiva de gènere
 - Desigualtats socials
 - ESIB 2001-2007
 - Llistat de patologies
- **Índex figures**
 - Entorn econòmic, social i físic
 - Estat de salut
 - Estils de vida
 - Pràctiques preventives
 - Utilització de serveis sanitaris
- **Índex taules**
 - Entorn econòmic, social i físic
 - Estils de vida
 - Pràctiques preventives
 - Utilització de serveis sanitaris

Conclusions

Les enquestes, els diagnòstics, els plans estratègics de salut tenen un nexa de causalitat amb un objectiu comú: l'acció. Ens diran a on hem d'actuar per millorar les àrees amb mancances i ens ajudaran a saber i a mantenir el que ja hem assolit. Són un mirall que reflecteix el que tenim. I què tenim?

Bona salut. L'Enquesta de Salut del 2007 ens diu que la majoria de la població sent que tenia bona o molt bona salut, sobretot els homes. Ara bé, els que es queixaven ho feien sobretot de problemes de tipus crònics relacionats amb l'aparell locomotor i circulatori. Malgrat aquesta bona primera impressió, volem destacar l'alt percentatge de gent amb risc de patir un trastorn mental en la població adulta, risc més elevat en dones i classes socials desfavorides. Al contrari, en relació a la població infantil, la seva qualitat de vida era millor que la mitjana europea.

La molt elevada esperança de vida a les nostres illes, en constant augment, ha fet que hi hagi un augment de persones amb limitacions funcionals sobretot de tipus físic, malgrat tot, la majoria tenia autonomia funcional per a les seves cures personals, feines domèstiques i el moviment.

Quant als estils de vida cal destacar que hi ha molt a millorar. Ens trobam davant una població sedentària durant la seva jornada laboral. L'activitat física era reduïda pràcticament al temps de lleure i, a més a més, la meitat declarava que no hi dedicava el temps desitjat per falta de temps. Aquest percentatge baixa en la població infantil on sols una quarta part feia algun esport o activitat física varies vegades a la setmana. El que contrastava de manera cridanera amb el temps que dedicaven a veure la televisió i als videojocs de forma quotidiana.

Pel que fa els hàbits alimentaris, la gran majoria de la població infantil i adulta esmorzaven el matí. Més de la meitat de la població adulta consumia fruites i verdures diàriament, hàbit que augmentava amb l'edat però disminuïa de manera preocupant en la població infantil, la qual cosa justifica que s'hauria de millorar aquest hàbit, sobretot en població infantil. A més a més, hem d'adjuntar un gran consum de menjars dolços, refrescos i aperitius, tant en infants com en persones adultes. Aquests hàbits alimentaris paradoxals es reflecteixen en la meitat de la població que presenta un excés de pes amb totes les conseqüències que això comporta. Aquests percentatges s'incrementaven entre les classes socials desfavorides i amb l'edat. Per últim, també s'hauria d'aconseguir augmentar el percentatge d'infants alletats per les seves mares durant els sis primers mesos de la seva vida.

Els resultats de l'enquesta ens permeten començar a ser optimistes amb l'hàbit del tabac i no tant amb l'alcohol. El 70% de la població es declarava no fumadora i tan important com això és que la meitat d'aquest gran grup declarava no haver fumat mai. Un altre elevat percentatge declarava haver deixat l'hàbit. A més, la meitat dels fumadors declarava no fumar mai a la llar davant els fills. No obstant, hem de continuar fent esforços en aconseguir resultats en dones joves i població desfavorida. Al contrari que el tabac, l'alcohol és un hàbit molt arrelat a les Illes: el 74% de la població major de 15 anys declarava haver consumit alcohol l'any anterior a l'entrevista. I d'aquest percentatge més de la meitat ho fa de manera habitual.

En les dades relacionades amb les activitats preventives els resultats són optimistes. És de destacar l'alt percentatge de població vacunada de la grip l'any en què es van fer esforços de sensibilització de la població i dels professionals a causa de l'alarma que existia de la grip viària. Els resultats també ens indiquen que els programes preventius s'estan realitzant sobre la majoria de població de risc, però malauradament, encara s'han de fer esforços en aconseguir que les dones de classe social desfavorida es facin mamografies i citologies preventives. Quant a la seguretat vial també podem assegurar que la majoria de la població feia ús del cinturó de seguretat, tant en ciutat com en carretera, així com l'ús del casc en motoristes, encara que s'haurien de fer esforços en promoure l'ús del casc en motoristes joves i en ciclistes, sobretot perquè l'accidentabilitat a les Illes Balears ocorre principalment entre els homes joves i a causa dels accidents de trànsit.

Si parlem de la utilització dels serveis sanitaris cal destacar que la tercera part de la població de les Illes Balears tenia un contracte amb una assegurança privada, fet predominant a les classes altes. La major demanda era pel metge de família, cosa que ens dóna indicis de la valoració positiva que la població té de l'Atenció Primària. Al contrari, la major demanda en la medicina privada era per a l'especialista i per al pediatra. De tota manera, cal destacar que la major demanda estava relacionada amb les edats avançades i amb la classe social; a mesura que baixam en l'escala social la demanda també augmenta. El temps d'espera per al metge de família també es movia dins uns marges molt acceptables, no així per als especialistes.

Els ingressos hospitalaris eren majoritàriament en els hospitals públics, sobretot les classes desfavorides, mentre que més de la meitat de les classes acomodades ho feien als hospitals privats. La utilització dels serveis d'urgències hospitalàries continuava distorsionada i distorsionant les institucions públiques, la majoria acudia direc-

tament als serveis d'urgències per iniciativa pròpia, sense consultar cap metge.

El consum de medicaments reflectia el que afirmàvem al començament, la majoria dels medicaments consumits responia a les necessitats d'una població bàsicament sana: antiàlgics, antigripals... al mateix temps que confirmaven l'anunciat al principi, l'alt percentatge de persones en risc de patir un trastorn mental es traduïa en el gran consum que es feia de tranquil·litzants i antidepressius.

En relació a l'entorn social es pot observar que encara existeix una part important de la població que només arriba a assolir uns nivells d'estudis primaris i, quant als salaris, els més baixos repercuteixen en les dones i en la població de més edat.

En el moment de l'enquesta, l'índex d'atur era molt baix i la meitat dels que treballaven ho feien en contracte indefinit. Els contractes temporals recauen fonamentalment entre els joves i les dones. Tant la satisfacció amb el treball com el nivell d'estrès augmenta amb l'edat i en les classes socials afavorides.

Cal assenyalar que si el motiu de deixar de treballar majoritàriament és per la jubilació, entre les dones té un pes important el fet d'haver de dedicar-se exclusivament a la família o simplement perquè els resulta incompatible harmonitzar família i treball.

En el treball no remunerat, com les tasques de la llar o tenir cura d'altres persones, el pes fonamental estava a càrrec de les dones. El tenir una persona remunerada per ajudar és un fet molt més comú entre les classes afavorides que en les desfavorides.

La gran majoria de la població percebia un gran suport social. La percepció de poc suport estava íntimament relacionat en tenir una dinàmica familiar greu, una mala percepció de la salut o un risc de mala salut mental.

Un percentatge molt baix de la població es sentia discriminada. Creim important destacar que ningú no s'ha sentit discriminat a l'hora de rebre assistència sanitària. El mateix es pot dir del maltractament o de l'agressió. Senyalar que en la població infantil juvenil el lloc d'agressió o maltractament era l'escola, i que dins la parella l'objecte de la agressió més freqüentment és la dona.

En relació a l'entorn físic, els ciutadans es queixaven bàsicament de la mala qualitat de l'aigua potable i la manca de zones verdes.

I per acabar, constatar dos fets i una paradoxa. Els fets: a pràcticament tots els indicadors de risc el percentatge de població en perill correspon a les dones i a les classes socials més desfavorides. La paradoxa: en totes les classes socials considerades, les dones viuen més que els homes encara que amb una pitjor qualitat de vida

Bibliografia

1. Institut d'Estadística de les Illes Balears. Demografia. Revisió del padró a l'any 2006. [web en línia] Palma-Mallorca: Institut d'Estadística de les Illes Balears, Govern de les Illes Balears; 2009. Disponible en: <http://www.caib.es/ibae/demo/pob/2006/menu.htm> [accés 30 abril 2009].
2. Ministerio de Salud y Consumo (MSC). Estadísticas Sanitarias. Encuesta Nacional de Salud España 2006. Metodología. [web en línea]. Madrid : MSC; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/metodENS2006.pdf> [accés 30 abril 2009].
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población. Estimaciones y proyecciones. [web en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009. Disponible en http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm [accés 30 abril 2009].
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Clasificaciones nacionales. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). [web en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2009. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcono94%2F&file=inebase&L=0> [accés 30 abril 2009].
5. Bellon Saameno JA, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria. 1996 Sep 15; 18(4): 153-6, 158-63.
6. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria 1996; 18(6): 289-96.
7. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. Arch Neurobiol 1979; 42: 139-58.
8. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry 2000; 177: 534-39.
9. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberger U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gac Sanit. 2005; 19(2): 91-2.
10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal 2000; 320: 1-6.
11. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 [web en línea] Naciones Unidas. Nueva York, 1996. Disponible en <http://www.uneca.org/daweca/Documents/Beijing%20Declaration%20&%20Platform%20for%20Action%20SPANISH.pdf> [accés 06 juliol 2009].
12. Declaración de Madrid. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar [web en línea] OMS-MSC-Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Madrid, España, 14 de septiembre de 2001. Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf> [accés 06 juliol 2009].
13. World Health Organization. Social determinants of health. The solid facts. Second edition [web en línea] World Health Organization (WHO). Richard Wilkinson and Michel Marmot. Copenhagen, 2003. Disponible en <http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF> [accés 06 juliol 2009].
14. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [web en línea] Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2008. Disponible en http://whqlibdoc.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf. [accés 06 juliol 2009].

Perspectiva de Gènere

La OMS, a partir de la IV Conferència Mundial de la Dona, que va tenir lloc a Pequín l'any 1995¹¹, va considerar marcar com a prioritat reduir les desigualtats de gènere en tots els àmbits i en particular les desigualtats de gènere dins l'àmbit de la salut. Espanya com a estat membre va signar els acords i va incloure el gènere com a un determinant de salut.

Entre aquests acords hi ha la Declaració de Madrid, firmada per 28 països europeus el 14 de setembre del 2001¹². En aquesta Declaració es manifesta la necessitat de tirar endavant amb els compromisos internacionals i posar-los en marxa a partir de les premisses següents:

- A.- Dones i homes tenen al mateix dret a la salut. Per aconseguir-ho és imprescindible que les polítiques sanitàries reconguin les diferències biològiques i de paper social que determina el gènere per constatar que aquesta diferència implica diferents necessitats, diferents obstacles a superar i diferents oportunitats.
- B.- El gènere és un dels determinants de l'estat de salut equitatiu. Les diferències biològiques i socials que representen en diferents contextos les dones i els homes fa que la valoració entre uns i els altres també sigui divergent. Generalment, el paper social dels homes ha estat valorat més positivament. Això ha comportat el predomini dels homes dins les àrees de poder i de decisió social i polític, i per tant en el repartiment dels recursos econòmics destinats a la salut. Les conseqüències han estat la creació de situacions no equitatives en els patrons de risc per a la salut, en la utilització dels serveis sanitaris i en els fruits en la pròpia salut que comporta aquesta perspectiva distorsionada.

La interiorització d'aquests nous valors fa que no sols no sigui raonable sinó que ni tan sols és científicament honest fer qualsevol estudi sobre salut, sigui estratègic o d'anàlisi de situació de la població com és aquesta enquesta sense referir-nos a la perspectiva de gènere.

Aquest resum que presentam és un exemple perfecte de les paraules que precedeixen. Si miram la morbiditat o els problemes de salut específics, les diferències són ostentoses, la dona és subjecte de molts més patiments que l'home. En canvi, els estils de vida, pel que fa als hàbits, els de la dona són més saludables. Cal destacar que aquesta tendència al comportament prudent que manifesta la dona, en general, canvia en els grups de dones més joves. També crida l'atenció el millor compliment de les pràctiques preventives per part de la dona.

SOCIODEMOGRAFIA I PROFESSIÓ	INDICADOR		
Nacionalitat	Població amb nacionalitat estrangera (%)	11,2	14,6
Nivell d'estudis	Població sense estudis i analfabeta (%)	12,1	7,0
Nivell d'ingressos	Percentatge de població amb ingressos baixos (fins a 900 €) (%)	15,5	11,0
Classe social	Població de classe social alta (%)	13,0	20,9
Situació laboral	Població amb un treball remunerat (%)	52,2	71,0
	Població jubilada que no rep cap pensió contributiva (%)	9,2	3,6
	Població que va cessar la seva activitat laboral per haver-se de dedicar exclusivament a la família (%)	21,5	0,0
	Població que va cessar la seva activitat laboral per la incompatibilitat amb la família i el treball (%)	9,5	0,6
Situació contractual	Població amb contracte temporal/sense contracte o amb contracte verbal (%)	28,8	18,1
	Població amb contracte verbal	0,7	4,3
Treball no remunerat Tasques de la llar	Població responsable principal de les tasques de la llar (%)	50,0	10,0
	Mitjana en hores dedicades en aquesta tasca entre setmana	3,6	2,1
	Mitjana en hores dedicades en aquesta tasca durant el cap de setmana	5,6	3,6
Cura d'altres persones	Població responsable principal dels menors (%)	42,2	4,2
	Mitjana en hores dedicades en aquesta tasca entre setmana i durant el cap de setmana	7,7 / 11,3	4,7 / 7,9
	Població responsable principal de les persones grans (%)	38,8	22,0
	Població responsable principal de les persones amb discapacitats o limitacions (%)	46,6	11,0
	Mitjana en hores dedicades a la cura de persones amb discapacitat entre setmana i durant el cap de setmana	8,4 / 7,9	4,6 / 5,4
Suport social percebut	Població amb percepció de baix suport social (%)	4,0	2,9
Discriminació	Població amb sentiment de discriminació (%)	9,4	6,4
	Població amb sentiment de discriminació per raó de sexe (%)	34,3	0,0
Agressió o maltractament	Població adulta que ha patit una agressió (%)	2,6	4,1
	Població jove (16-24 anys) que ha patit una agressió (%)	1,6	9,3
	Població maltractada per la parella (%)	28,8	2,7

ESTAT DE SALUT	INDICADOR		
Percepció de salut	Població amb una bona percepció del seu estat de salut. (%)	71,2	77,4
Morbiditat	Població que ha patit un o més problemes de salut crònics en el darrer any (%)	78,2	58,7
Problemes de salut específics	Prevalença de: (%)		
	Mal d'esquena lumbar	27,5	15,6
	Mal d'esquena cervical	29,8	13,2
	Artritis, artrosi i reumatisme	25,0	12,4
	HTA	17,3	14,1
	Problemes de depressió/ansietat	21,8	11,8
	Migranyes	21,2	5,4
	Al·lèrgia crònica	14,4	7,6
	Varius	22,4	5,7
	Osteoporosi	7,3	0,8
	Anèmia	8,4	0,4
Risc de patiment psicològic	Població amb probabilitat de patir un trastorn mental (%)	31,5	18,8
Limitacions de les activitats de la vida diària en gent gran	Població gran amb limitacions per realitzar les activitats de la vida diària (%)	54,6	36,6
	Població gran amb autonomia funcional (%):		
	Cures personals	52,0	72,6
	Tasques domèstiques	50,0	66,3
Lesions per accident	Mobilitat	53,5	76,0
	Població jove (16-24) que pateixen lesions per accident (%)	6,4	17,5

ESTILS DE VIDA	INDICADOR		
Hàbit tabàquic	Població fumadora (%)	20,3	33,7
	Població jove (16-24) fumadora (%)	38,6	21,5
	Població que fuma més de 20 cigarrets/dia (%)	8,8	21,2
	Població que fuma més que fa dos anys (%)	27,2	20,8
Consum d'alcohol	Població consumidora d'alcohol (%)	66,5	81,7
	Població amb consum moderat d'alcohol (%)	32,9	56,3
	Població amb consum de risc d'alcohol (%)	5,2	7,0
Activitat física a la feina	Població que realitza activitats amb esforç físic durant la seva jornada laboral (%)	1,3	18,3
Activitat física de lleure	Població jove (16-24 anys) que realitza activitat física en temps lliure (%)	54,3	76,9
	Població que no fa tot l'exercici físic desitjat (%)	57,3	51,3
Activitat de lleure població infantil	Població infantil que no practica cap activitat física de lleure (%)	16,7	6,6
	Població que mira la televisió diàriament una hora o més temps de dilluns a divendres, i els caps de setmana (%)	71,1/74,5	76,1/79,7
	Població infantil que juguen amb videojocs (%)	36,5	52,1
Hàbits alimentaris	Prevalença de consum diari de fruites entre població adulta (%)	71,8	61,6
	Prevalença de consum de verdures i hortalisses entre població adulta (%)	62,0	41,4
Pes corporal	Prevalença de sobrepès en població adulta (%)	28,6	42,5
Realització de dietes	Població adulta que fa alguna dieta o règim especial (%)	18,3	11,8
Hores de son	Població adulta que manifesta no dormir el nombre d'hores necessàries per descansar suficientment. (%)	26,9	17,6
	Població adulta amb dificultats per adormir-se (%)	43,2	31,2
	Població adulta que es desperta varies vegades a la nit (%)	67,4	47,7

PRÀCTIQUES PREVENTIVES	INDICADOR		
Vacunació de la grip	Població major de 65 anys que s'havia vacunat a la darrera campanya (%)	76,0	74,2
Control de la TA	Població que s'havia mesurat la tensió arterial durant el darrer any (%)	76,6	70,6
Control del colesterol	Població que s'havia mesurat el colesterol (%)	84,5	82,6
Mamografies	Realització de mamografies en dones d'edat ≥ 16 anys (%)	43,0	-
	Realització de mamografies en dones d'edat entre 50 i 64 anys (%)	90,0	-
Citologies	Realització de citologies en dones d'edat ≥ 16 anys (%)	73,5	-
	Realització de citologies en dones d'edat entre 25 i 64 anys (%)	90,0	-
Seguretat vial	Població que no utilitzava el casc per anar en bicicleta en: (%)		
	Ciutat	86,3	68,4
	Carretera	78,6	59,2
	Població que utilitzava sempre o quasi sempre el cinturó de seguretat en: (%)		
	Ciutat	97,1	96,6
	Carretera	99,2	97,1

UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS	INDICADOR		
Cobertura sanitària	Població amb una assegurança sanitària privada (%)	26,8	31,3
	Població amb assegurança sanitària privada i pública simultàniament	25,6	29,6
Visites a professionals sanitaris les darreres 4 setmanes	Freqüentació a professionals sanitaris les darreres 4 setmanes (%)	42,9	31,2
Adscripció del professional visitat en les darreres 4 setmanes	Població que havia visitat un professional de la sanitat pública (%)	79,7	71,8
	Població que havia visitat un professional de la sanitat privada (%)	19,2	26,4
Realització de proves no urgents	Població que s'ha realitzat una prova no urgent (%)	18,9	12,5
Visites a professionals sanitaris el darrer any	Freqüentació a professionals sanitaris el darrer any (%)	90,3	76,7
Visites al dentista	Freqüentació a dentista el darrer any (%)	49,8	42,5
Demora en l'atenció	Menys d'un mes des d'estar malalt fins que es va demanar cita (%)	79,2	82,5
	Menys d'un mes des que va demanar cita fins que fou atès (%)	88,7	87,5
	Menys d'un dia des que va demanar cita fins que fou atès (%)	31,6	39,6
Necessitat d'assistència mèdica no rebuda	Població major de 65 anys que van necessitar assistència mèdica i no la varen rebre (%)	6,5	1,1
	Població major que van necessitar assistència mèdica i no la varen rebre per no poder deixar el treball (%)	8,5	24,2
	Població que van necessitar assistència mèdica i no la varen rebre per obligacions familiars (%)	18,4	3,2
Hospitalització durant el darrer any	Població hospitalitzada com a mínim una nit (%)	11,7	8,1
	Població major de 65 anys hospitalitzada (%)	21,9	11,8
	Dies d'estada mitjana hospitalària	4,9	6,4
Llista d'espera hospitalària	Població en llista d'espera per un ingrés hospitalari (%)	17,3	23,4
	Mitjana de mesos d'espera per ingrés	4,8	6,3
Servei d'urgències	Població que havia utilitzat servei d'urgències privats la darrera vegada en els darrers 12 mesos (%)	20,6	24,2
	Població que havia utilitzat serveis d'urgència no hospitalaris de la sanitat pública la darrera vegada en els darrers 12 mesos (%)	20,0	13,1
Consum de medicaments	Prevalença de consum de medicaments (%)	73,7	61,3
	Prevalença de consum de medicaments receptats pel metge (%)	61,2	45,6

Desigualtats socials

El considerat pare fundador de la salut pública com a ciència social, Edwin Chadwick, va publicar ja fa més d'un segle i mig, el 1842, el "General Report of the Labouring Population of Great Britain" on constata la importància de la classe social com a determinant de salut. Ens diu que en el Liverpool d'aquells moments la mitjana de vida de l'aristocràcia i dels professionals lliberals era de 35 anys, mentre que la dels treballadors manuals i els criats era de 15 anys. Els motius que donava per canviar les condicions de vida no eren de tipus ideològic ni doctrinal, sinó, com a bon anglosaxó, de tipus pragmàtic: ajudaria a estalviar doblers públics.

Si en Chadwick parlava com a científic social, en Virchow, al Berlín de la Unificació Alemanya a finals del segle XIX parlava com a metge. Per Virchow, considerat un dels pares fundadors de la medicina moderna i el pare fundador de l'anatomia patològica, per millorar l'estat de salut de la població era tan important la feina de laboratori com canviar les condicions ambientals, com de vida.

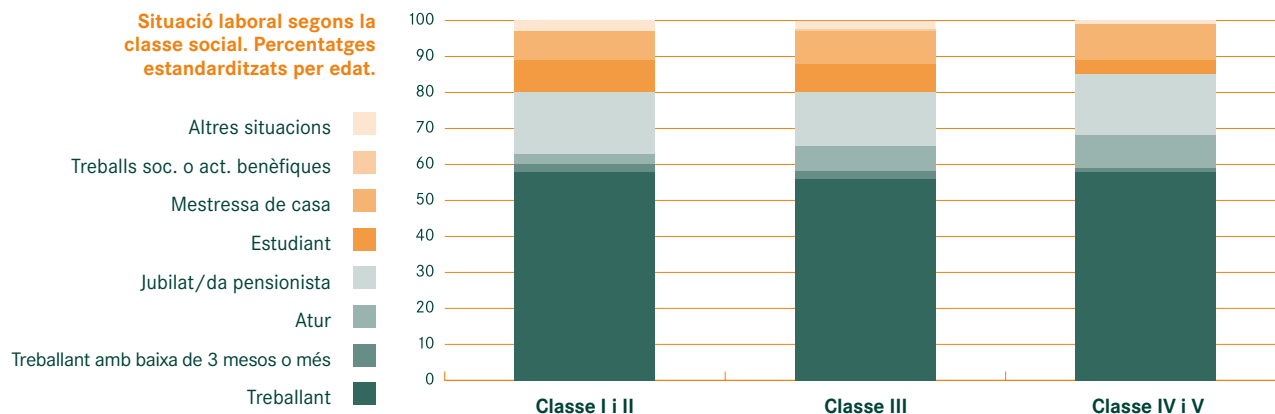
Amb aquesta petita introducció volem senyalar que per a una gran part de la comunitat científica ha estat sempre clar que la classe social és un important determinant de l'estat de salut. Serà el 2003 quan definitivament la OMS publica "Els fets provats"¹³ on amb un aclaparador suport científic estableix els 10 fets irrefutables que determinen l'estat de salut i on la classe social apareix com a fet determinant en tots aquests. El 2008 la mateixa OMS publica ja un programa d'acció, "Esmenar les desigualtats en una generació o com arribar a l'equitat actuant sobre els determinants socials de la salut"¹⁴, on torna insistir en el fet de la classe social com a un determinant clau de l'estat de salut.

El capítol de la nostra enquesta no fa res més que confirmar el que s'ha dit fins ara. Tant en percepció de la salut, trastorns crònics, trastorns mentals, restricció de l'activitat física..., és a dir, dins tots els paràmetres de l'estat de salut, les classes socials desfavorides duen la pitjor part. Si consideram els estils de vida: hàbit tabàquic, activitat física de lleure, hàbits alimentaris..., constatarem el mateix, la balança del risc elevat cau del costat de les mateixes classes, les desfavorides. El mateix esdevé en la utilització dels serveis sanitaris.

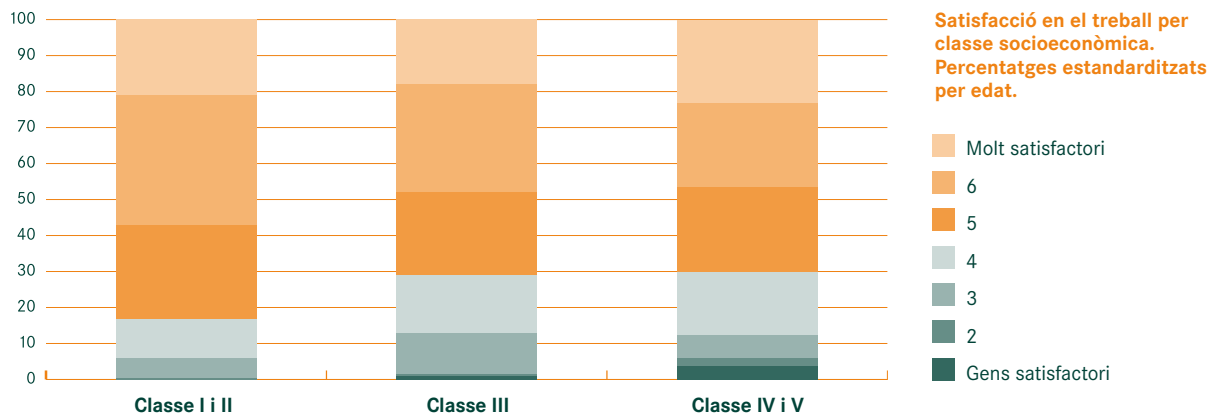
Entorn social

Situació laboral

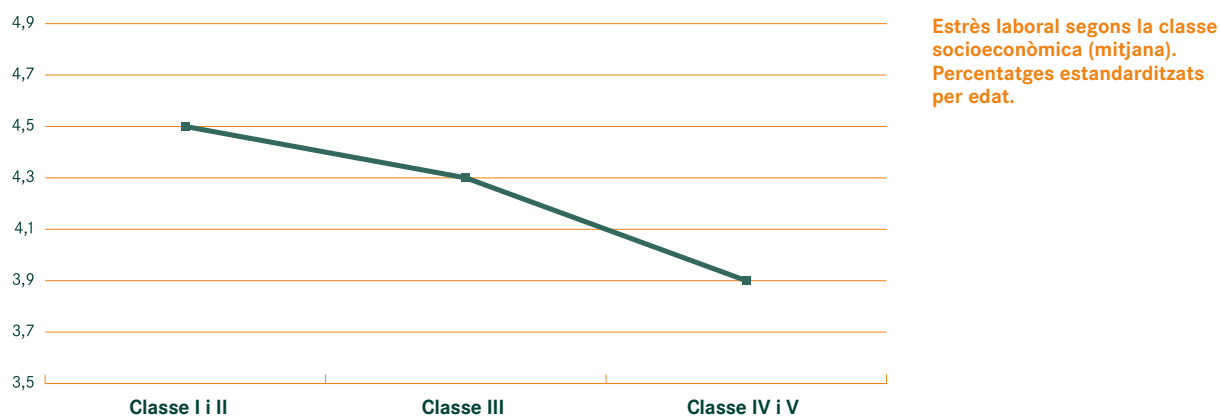
Entre les persones de classes socials més benestants hi havia una menor proporció de persones en l'atur i una major proporció d'estudiants.



El percentatge de persones no satisfetes amb el seu treball era pràcticament inexistent en les classes I i II, percentatge que augmentava entre les classes socials més desfavorides.

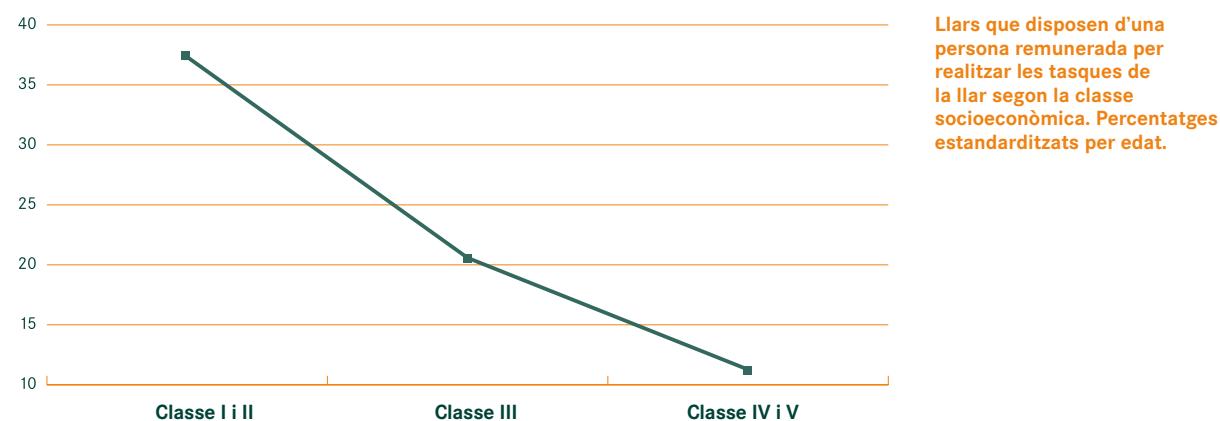


El nivell d'estrès era més elevat entre les classes socials afavorides.



Treball no remunerat

El servei extern remunerat per realitzar les diferents tasques domèstiques era superior entre els residents de classe I i II.



En les classes socials més desfavorides, el percentatge de persones que tenien cura de persones amb discapacitat o limitacions era superior que en les altres classes.

Cura de persones amb discapacitat segons la classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.



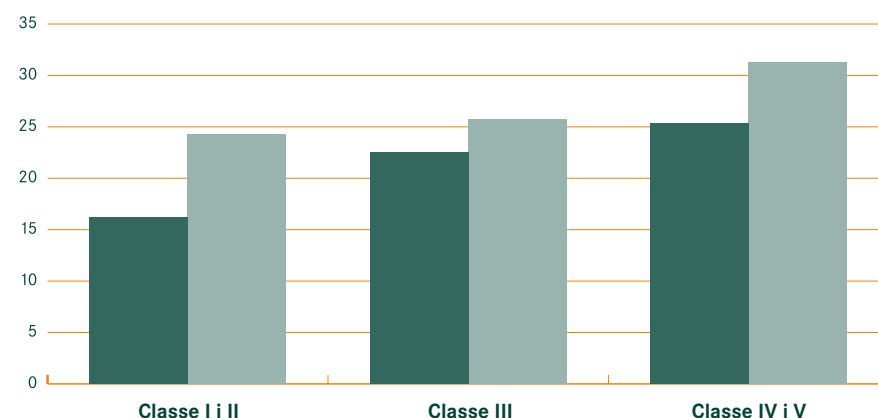
Estat de salut

Autopercepció de la salut

Les persones de classes socials més desfavorides perceben un estat de salut pitjor, sobretot, les dones.

Percepció de l'estat de salut com a regular i dolenta segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

Home
Dona

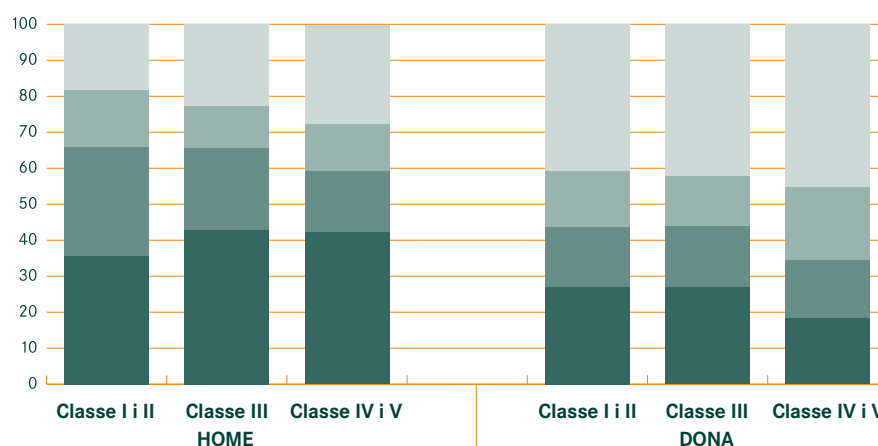


Trastorns crònics

Les persones de classes socials més desfavorides patien més trastorns crònics que les classes benestants.

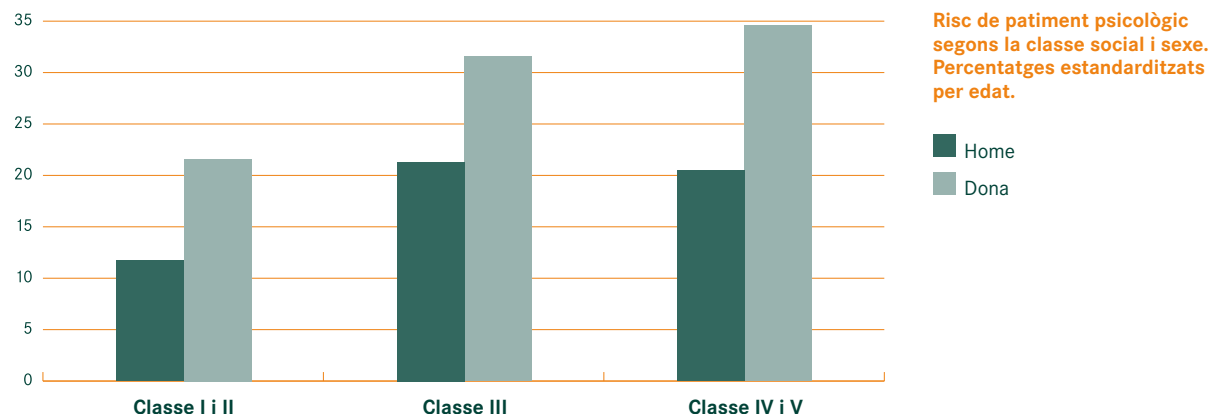
Nombre de trastorns crònics segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

3 o més
2
1
Cap



Salut mental

La probabilitat de patir un trastorn mental era més freqüent entre les classes socials desfavorides, sobretot entre les dones.



Limitacions de les activitats de la vida diària

El percentatge de persones amb limitacions per realitzar les activitats de la vida diària era més elevat entre les persones de classes socials desfavorides i en les dones de totes les classes socials.



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

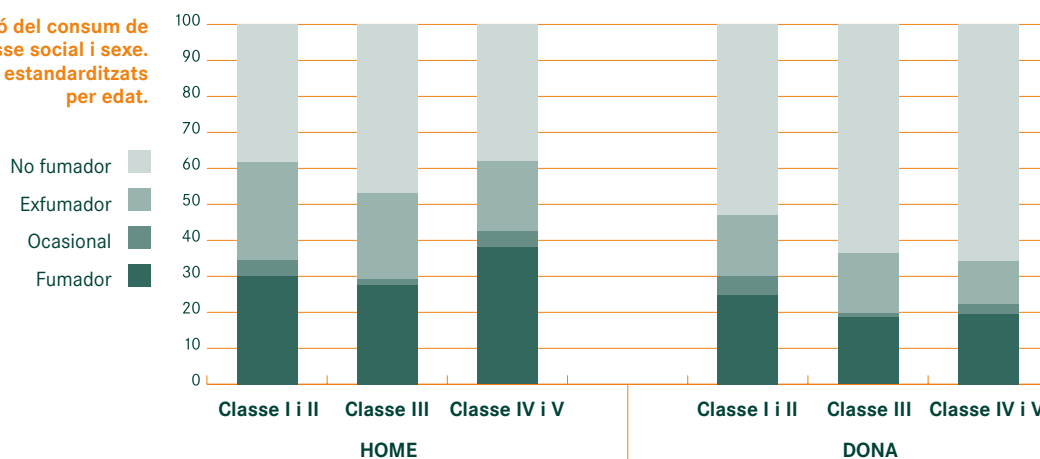
Les persones grans de classes socials desfavorides tenien més dependència funcional que les de classes socials benestants per activitats relacionades amb cures personals i mobilitat.

Estils de vida

Hàbit tabàquic

Els homes de classes socials desfavorides fumaven més. La prevalença d'excusadors era més elevada entre la classe social alta (grup I i II) sobretot els homes.

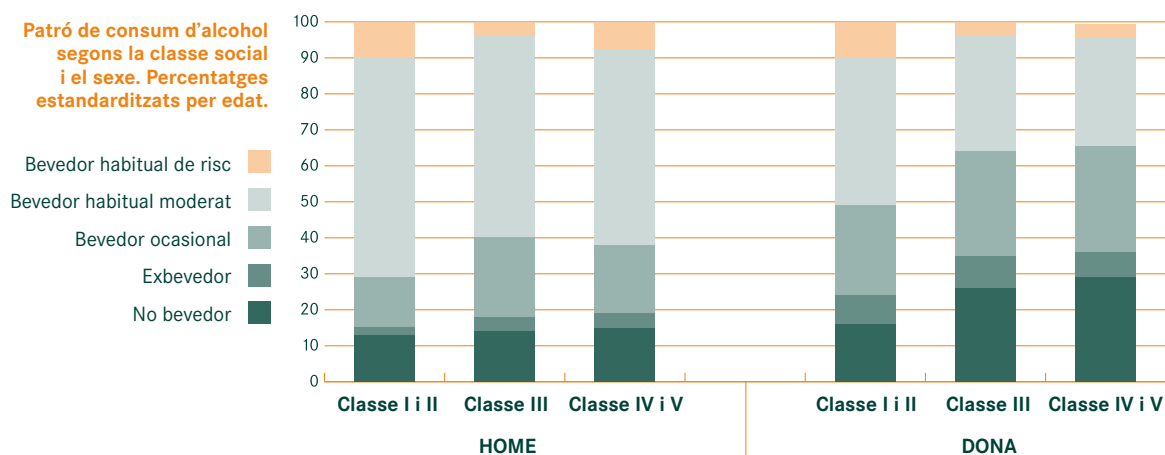
Distribució del consum de tabac per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Consum d'alcohol

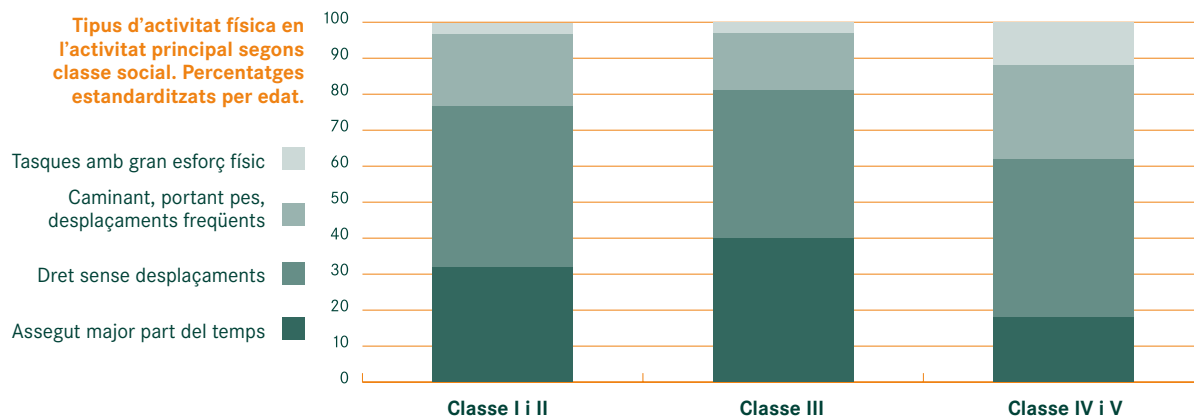
El consum de risc era més elevat entre la classe social alta.

Patró de consum d'alcohol segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Activitat física habitual

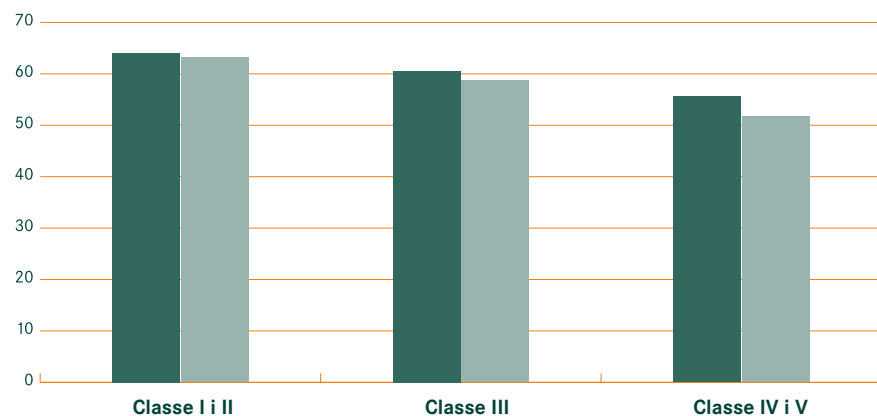
Les persones de classe social més desfavorida passaven menys temps asseguts, i realitzaven tasques de major esforç físic.



Activitat física de lleure

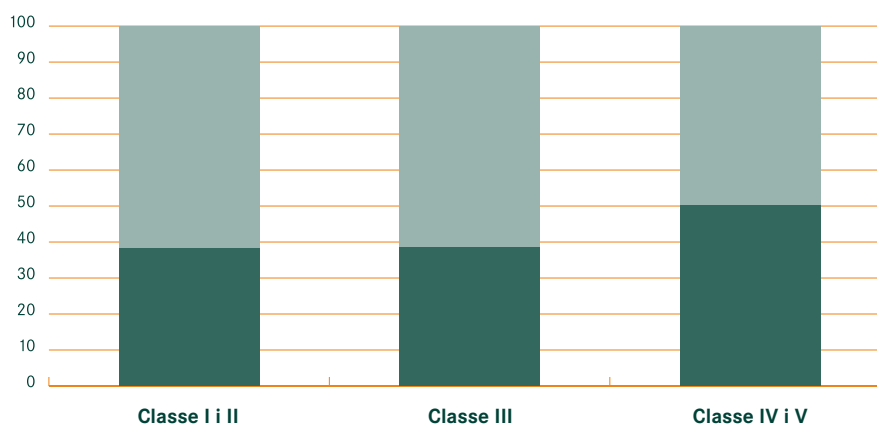
Les persones de classe social alta dedicaven més temps lliure a l'activitat física.

Els nins de classe social benestant realitzaven més activitat física en temps de lleure que els nins de classe social desfavorida.



Dedicació al temps de lleure a l'activitat física segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

■ Home
■ Dona

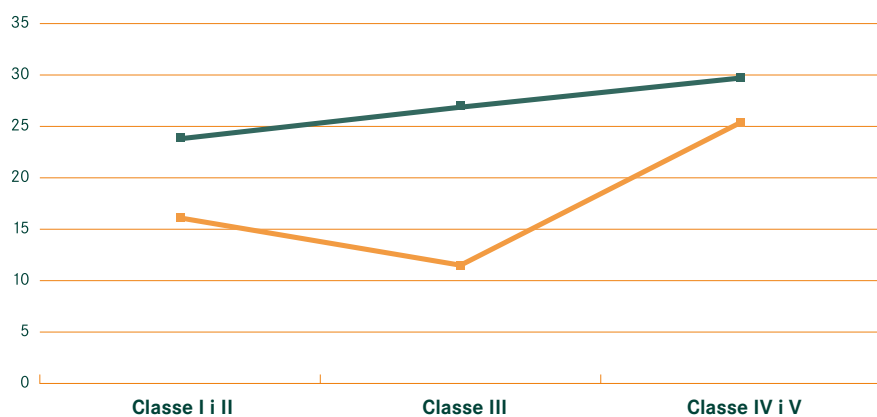


Activitat física en el temps lliure segons la classe social (5-15 anys). Percentatges estandarditzats per edat.

■ Activitat física regular i entrenaments diverses vegades a la setmana
■ No fa cap activitat o alguna de manera ocasional

Hàbits alimentaris

El consum de refrescs i dolços augmentava entre les classes socials baixes.

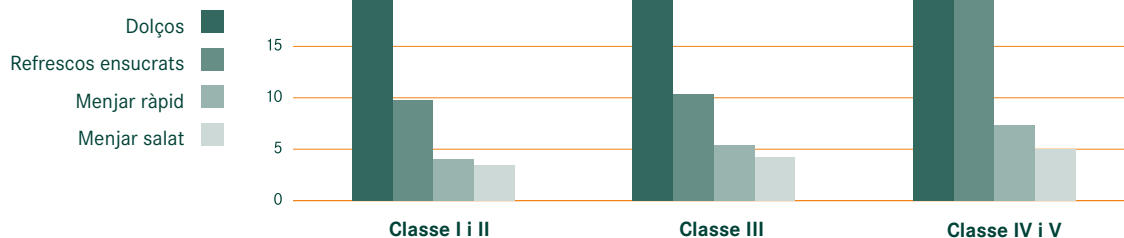


Consum diari de dolços i refrescs ensucrats segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població total.

■ Dolços
■ Refrescs ensucrats

En població infantil, les persones de classe social més desfavorida feien un major consum de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat.

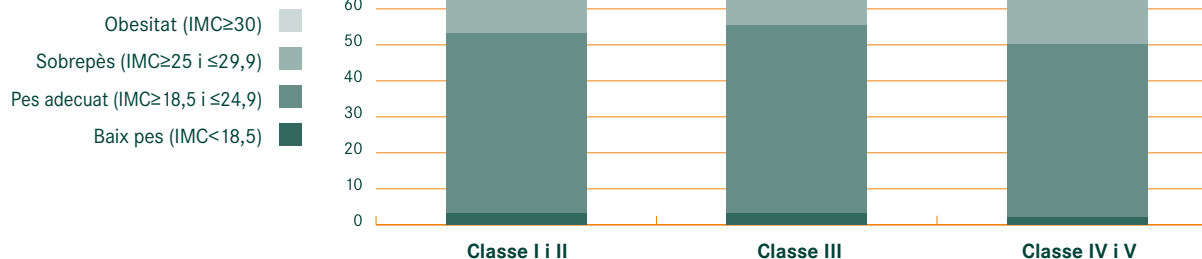
Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població $\leq$ de 15 anys.



Pes corporal

L'excés de pes era més freqüent entre classes socials desfavorides, sobretot per un major percentatge de persones amb obesitat.

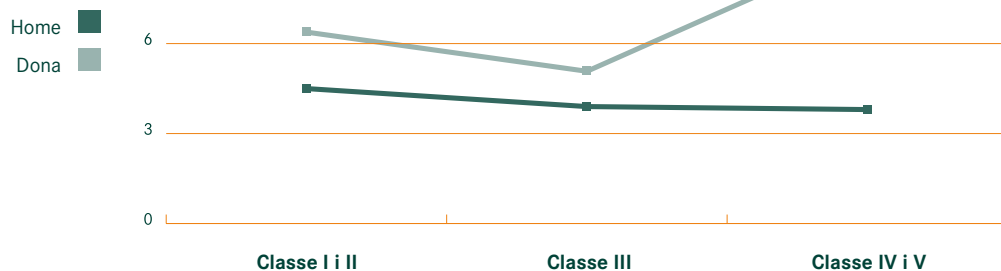
Prevalença del sobrepès i obesitat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població $\geq$ de 18 anys.



Problemes de son

Les dones de classes menys afavorides tenien més dificultat per quedar-se adormides que no els homes.

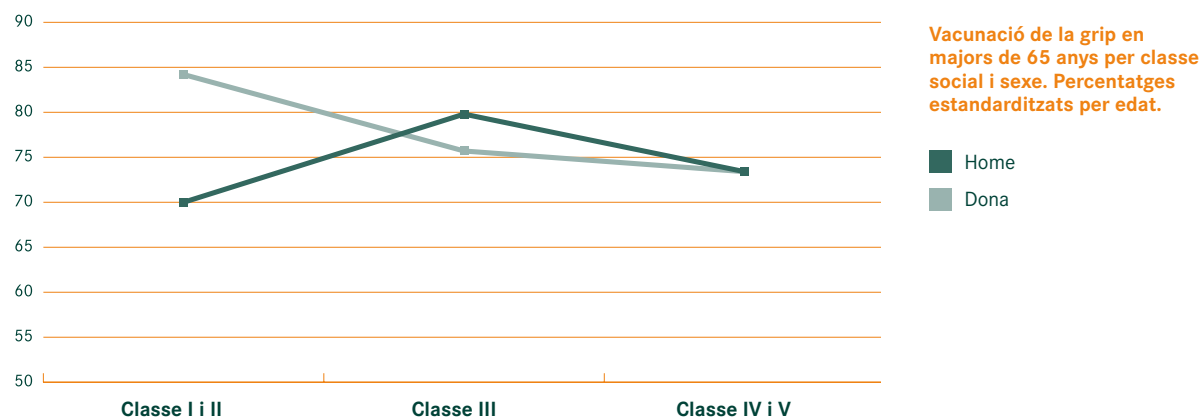
Dificultat per adormir-se tots els dies segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població $\geq$ de 16 anys.



Pràctiques preventives

Vacunació de la grip

L'anàlisi per classe social mostrava una major prevalença de dones vacunades entre les classes socials més afavorides. Per contra, els homes de classe social alta es vacunaven menys que la resta.



Control de la tensió arterial

El 49% de les persones de classe social baixa (grup IV i V) s'havia mesurat la tensió arterial als darrers tres mesos enfront del 38,2% de les persones de classe social alta (grup I i II).

Control del colesterol

La freqüència del control del colesterol era similar en totes les classes socials.

Mamografia

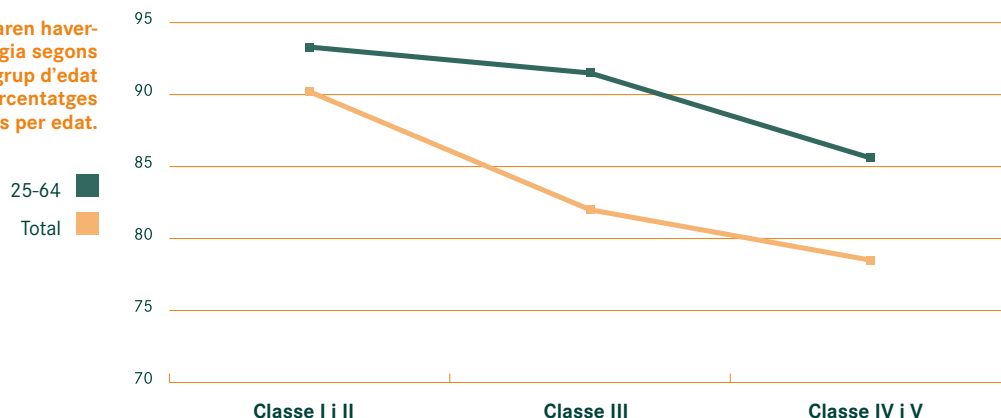
No hi ha un patró clar de relació entre la realització de mamografies i la classe social en la població de dones en general, però en el grup d'edat diana del programa de prevenció, la freqüència és més baixa entre les dones de classe social desfavorida.

Grup d'edat	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V	Total
16-39	7,9	10,1	14,3	14,4
40-49	58,4	59,9	47,4	53,1
50-64	95,4	92,7	87,5	90,0
65-74	88,8	62,4	58,8	67,3
≥75	48,9	16,4	30,6	27,7

Citologies

La freqüència d'aquesta pràctica era més baixa en dones de classe desfavorida en tots els grups d'edat inclosos en el grup d'edat diana del Programa de Detecció Precoç (25-64 anys).

Dones que declaren haver-se fet una citologia segons classe social i grup d'edat recomanat. Percentatges estandarditzats per edat.

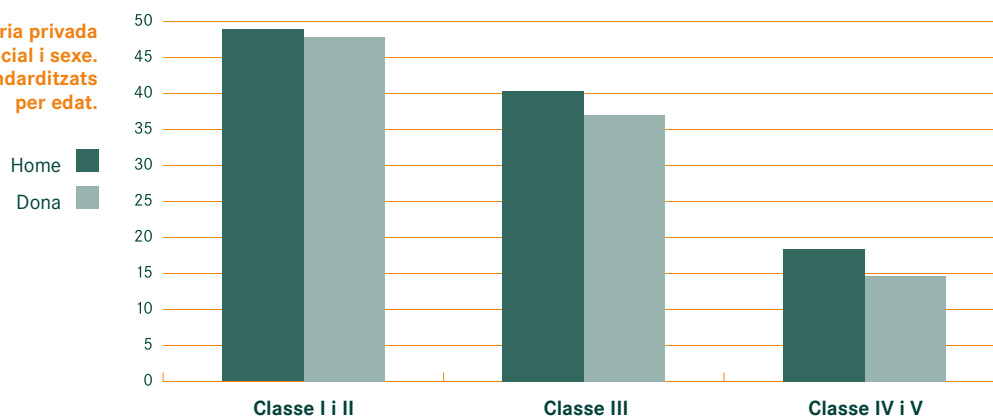


Utilització dels serveis sanitaris

Cobertura sanitària

El percentatge de persones amb assegurança privada era més elevat en les classes socials altes i minvava de forma de gradient a mesura que es descendien en l'escala social.

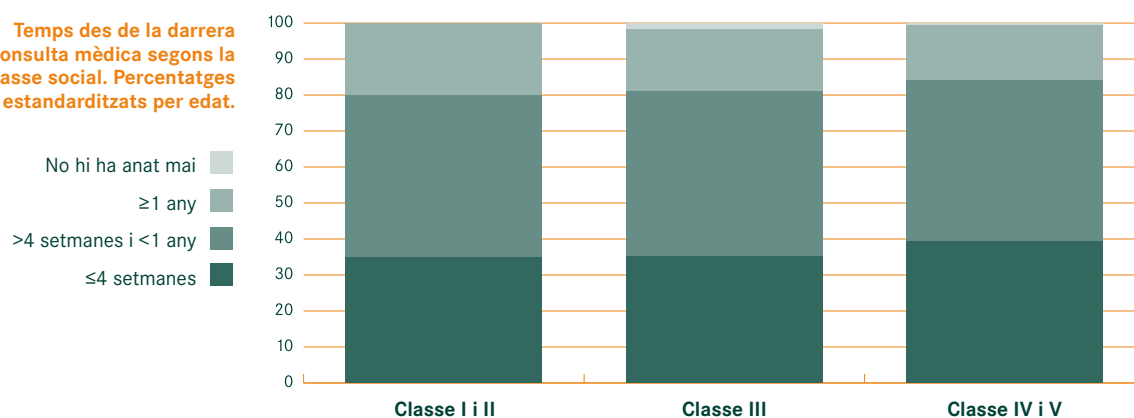
Cobertura sanitària privada per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



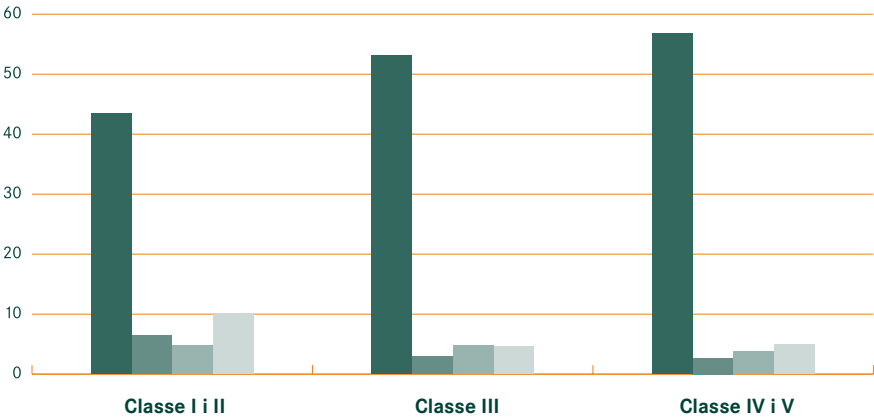
Visites a professionals sanitaris les darreres quatre setmanes

La freqüentació era més elevada entre les persones de classe social desfavorida.

Temps des de la darrera consulta mèdica segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



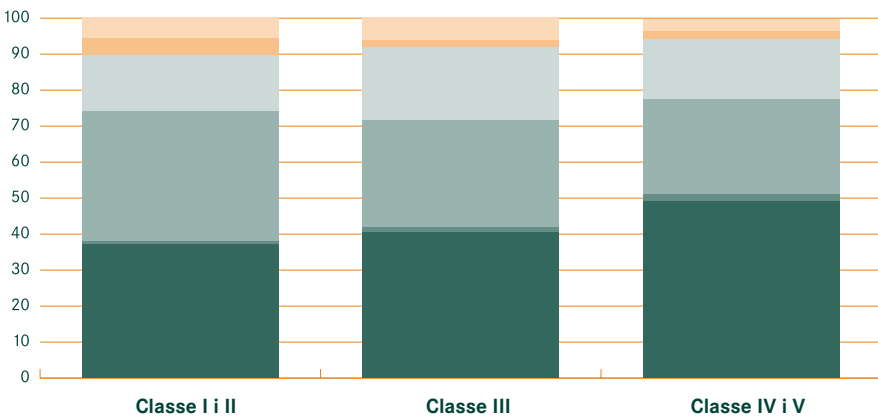
Les persones de classes més desfavorides acudien amb més freqüència al metge de família i les persones de classe social alta a l'especialista.



Les persones de classe social més desfavorida acudien amb més freqüència al centre de salut o ambulatori. En canvi, les persones de classe social alta a una consulta d'una societat mèdica o a un metge particular.

	Població adulta			Població infantil		
	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V
Centre de salut /ambulatori	69,1	65,3	81,8	41,2	66,2	78,5
Consultes externes hospital	9,4	10,4	11,8	9,9	6,1	6,3
Urgències no hospitalàries	0,6	0,6	0,8	3,2	3,4	5,6
Urgències hospital	0,7	4,0	3,8	3,6	2,1	2,0
Consulta metge particular	11,1	4,2	4,9	19,8	13,1	10,3
Consulta metge societat mèdica	17,6	20,1	6,2	24,3	20,1	7,8
Altres	1,1	0,2	2,5	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100

Les persones de classes desfavorides consultaven amb major freqüència a la recerca d'un diagnòstic o per un problema de salut. En canvi, en les classes més afavorides era més freqüent acudir a una consulta mèdica per revisions.

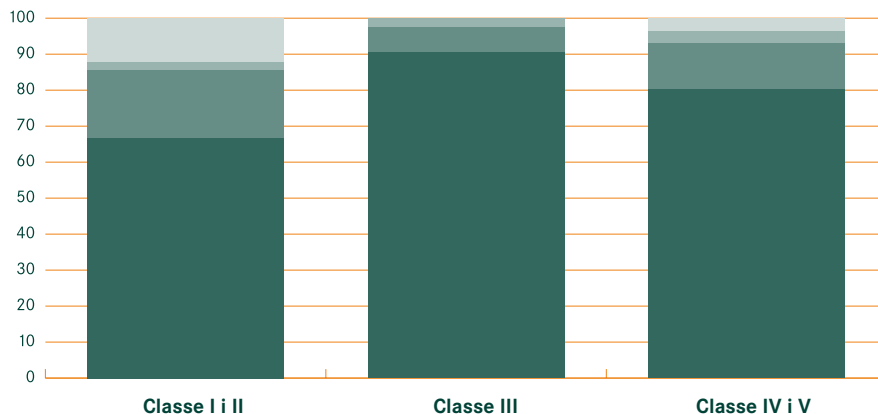


Temps d'espera

Les persones de classe social III i la IV i V eren les que tenien major urgència en demanar cita.

Temps des de la darrera consulta mèdica segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

≥7 mesos
4-6 mesos
1-3 mesos
<4 setmanes

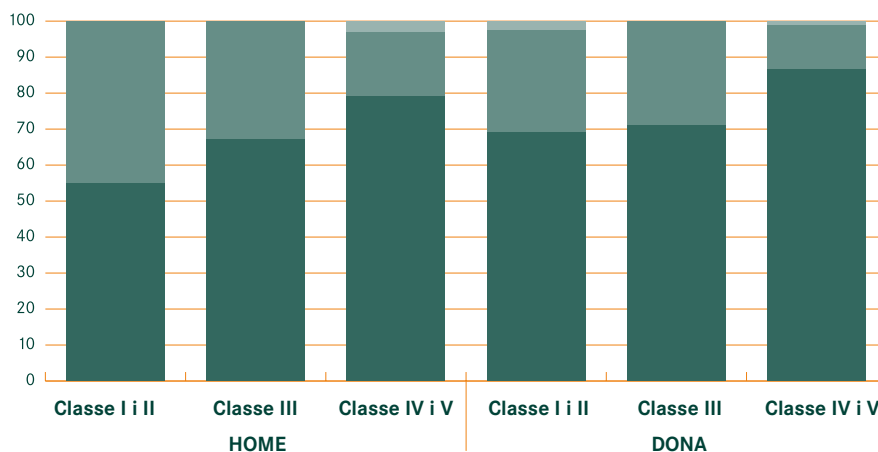


Adscripció del professional visitat el darrer mes

Les persones de classe social més desfavorida utilitzaven més la sanitat pública que les de classe social alta.

Dependència funcional del metge segons el sexe i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

Altres
Societat mèdica/
Consulta privada
Sanitat pública/
Seguretat social

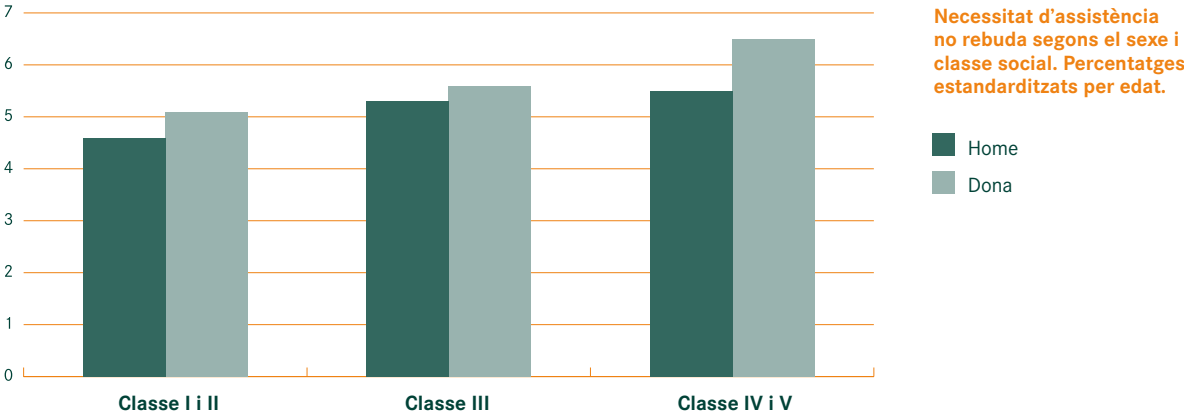


Consulta d'infermeria

La població més afavorida socioeconòmicament freqüentava en menor mesura la consulta d'infermeria.

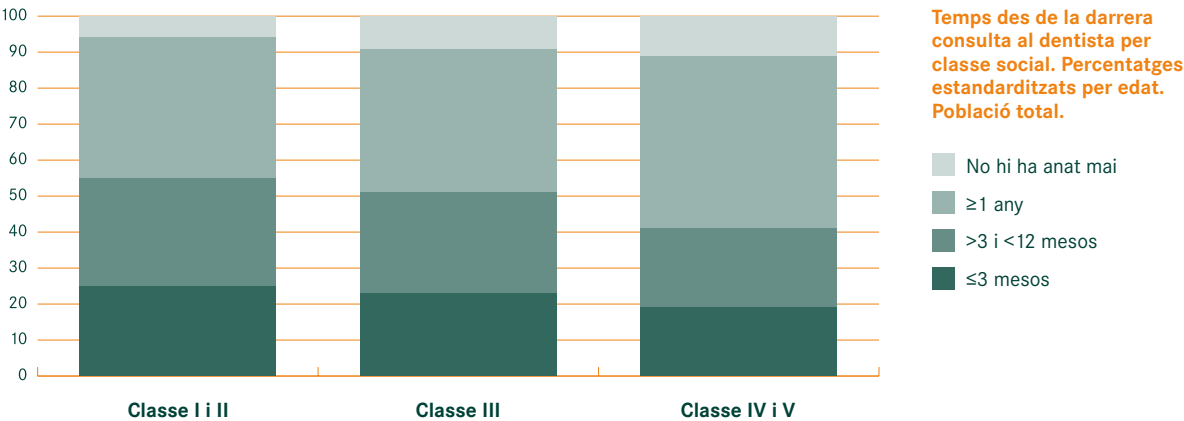
Necessitat d'assistència mèdica no rebuda

El percentatge de persones que van necessitar assistència mèdica i no la van rebre és més elevat entre les persones de classe social IV i V.



Consulta a dentista

Les classes més desfavorides deixaven passar més temps en consultar aquest tipus de professional.



Hospitalització al darrer any i serveis d'urgències

Les persones de classe social IV i V ingressaven fonamentalment a hospitals de la Seguretat Social; les de classes més afavorides a institucions de mútues o societats mèdiques privades.

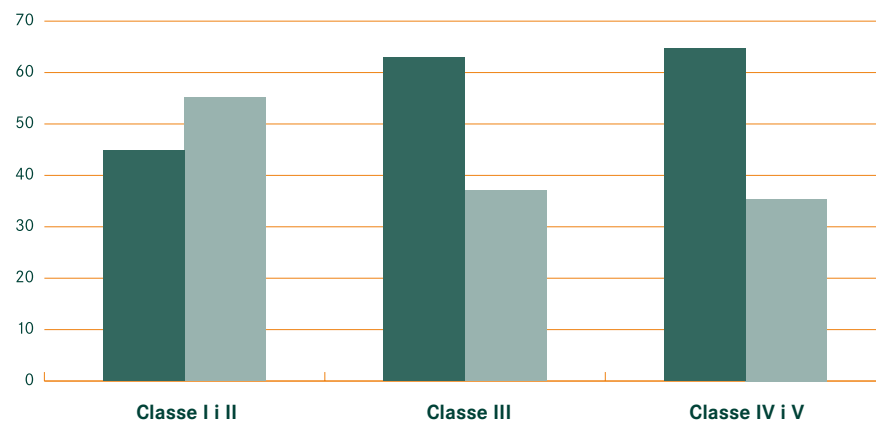
Hospitalització segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població total

	Classe social		
	Classe I i II	Classe III	Classe IV i V
Seguretat Social	57,5	68,7	84,6
Mútua obligatòria	14,0	2,1	0,8
Societat mèdica privada	28,5	29,1	14,6
Total	100,0	100,0	100,0

Les persones de classes socials menys afavorides utilitzaven amb més freqüència la via urgent per ingressar a l'hospital, al contrari de les de classes benestants que utilitzaven la via ordinària.

Forma d'ingrés hospitalari la darrera vegada el darrer any segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

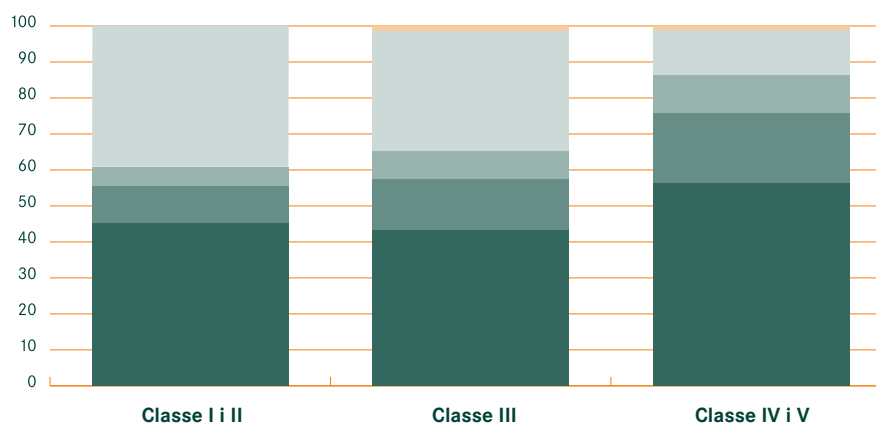
Urgent
Ordinari



En les classes més afavorides hi ha un elevat percentatge de persones que utilitzaven el servei privat per acudir a urgències, percentatge que disminuï a mesura que les classes esdevenen menys afavorides.

Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons la classe socioeconòmica. Percentatges estandarditzats per edat.

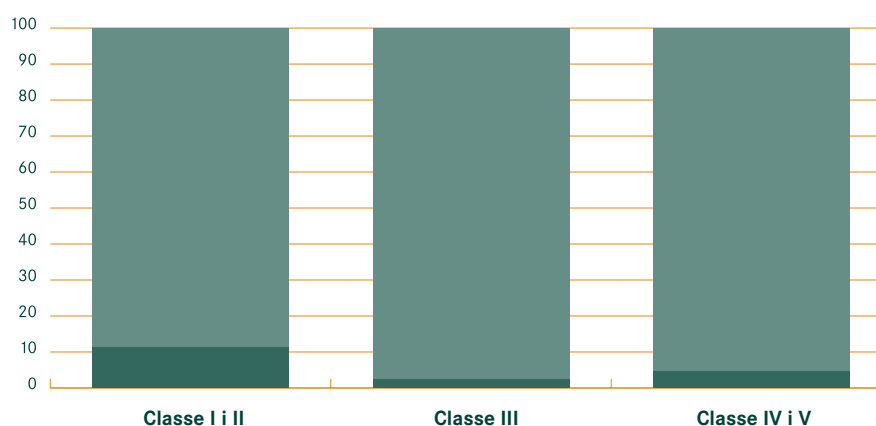
Un altre tipus
Servei privat
Centres de salut
Urgències no hospitalàries (sanitat pública)
Hospital sanitat pública



El percentatge de gent que acudia a un servei d'urgències per indicació del metge era més elevat entre les persones de classe social alta.

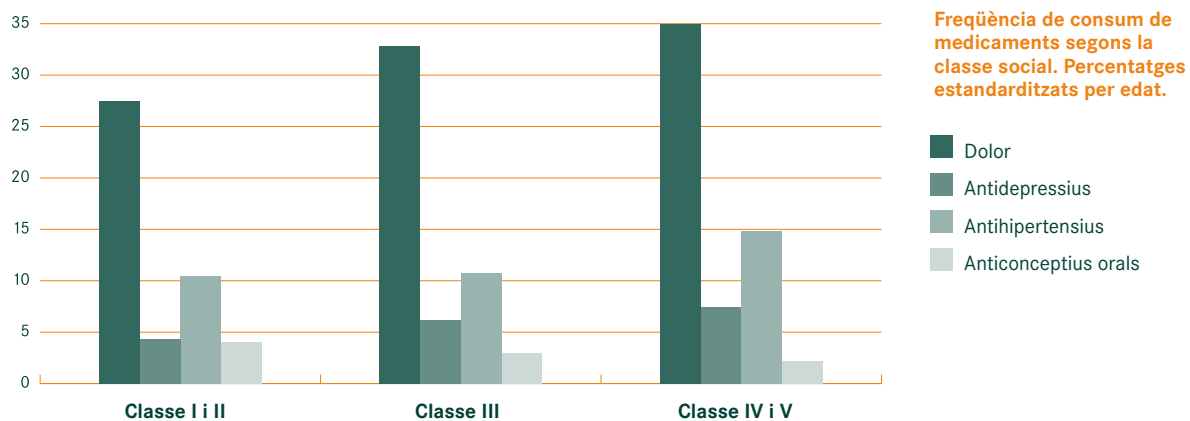
Motiu de la utilització del servei d'urgències la darrera vegada segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat.

La persona ho va considerar oportú
El metge ho va indicar



Consum de medicaments

Les persones de classe social desfavorida consumeixen més medicaments pel dolor, els antidepressius i els antihipertensius, en canvi consumeixen amb menys freqüència els anticonceptius orals.



Comparació ESIB

2001-2007

	Illes Balears 2001	Illes Balears 2007	Espanya 2006
ESTILS DE VIDA			
Tabac			
Prevalença fumadors	32,9%	30,3%	29,5%
Edat inici	17 anys	17,5 anys	17,3 anys
N. de cigarretes (mitjana)	17 cigarretes	16 cigarretes	
Alcohol			
Consum de risc	4,7%	6,1%	4,7%
Activitat física diària			
Assegut quasi tot el dia	31,2%	24,8%	32,7%
Dret sense desplaçar-se	16,6%	41,7%	46,7%
Esforç físic important	10,6%	9,8%	5,4%
Dieta			
Per a la salut	22,0%	15,1%	
Hores de son			
	7,8 hores	7,8 hores	7,7 hores
PRÀCTIQUES PREVENTIVES			
Vacunació antigripal	16,6%	22,3%	20,2%
ESTAT DE SALUT			
Percepció de salut			
Excel·lent, molt bona, bona	75,0%	74,4%	70,0%
Regular, dolenta, molt dolenta	25,0%	25,6%	30,0%
Salut mental			
Probable trastorn mental	11,2%	25,1%	
Problemes crònics			
Mal d'esquena	40,9%	43,2%	50,7%
Artrosi	21,4%	18,7%	21,7%
Variats	16,7%	14,1%	16,8%
UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS			
Cobertura			
Privada	28,8%	29,0%	12,4%
Utilització més freqüent			
Pública	70,9%	76,4%	
Visites			
Darrer any			
Algun professional	91%	83,5%	

Problemes dentals			
Motiu última visita: revisió	39,7%	56%	44,0%
Atenció urgent			
Freqüentació el darrer any	30%	34,8%	30,8%
Hospitalització			
Tipus hospital: públic	66,9%	75,3%	
Motiu d'ingrés: intervenció quirúrgica	48,5%	42,9%	42,5%
Consum de medicaments les darreres dues setmanes			
Tranquil·litzants	10,1%	16,5%	14,3%
Tensió arterial	8,4%	19,4%	24,4%
Antibiòtics	7,0%	5,4%	7,0%
Problemes de salut no atesos	10,0%	5,6%	3,6%
DISCAPACITAT			
Restricció d'activitat darreres dues setmanes	15,8%	18,1%	14,8%
Discapacitats			
Vista	5,0%	3,6%	5,1%
Oïda	3,7%	12,4%	11,2%
NINS			
Lactància materna			
Fins a les 6 setmanes	52,7%	58,6%	68,4%
Fins als 6 mesos	27,1%	32,9%	24,7%
Hàbits alimentaris			
Fruita diària	48,1%	58,8%	
Verdura diària	13,9%	36,6%	

Llistat de patologies

Problemes de salut crònics (adults)

1. Tensió alta.
2. Infart de miocardi.
3. Altres malalties del cor.
4. Varius a les cames.
5. Artrosi, artritis o reumatisme.
6. Dolor d'espatlla crònic (cervical).
7. Dolor d'espatlla crònic (lumbar).
8. Al·lèrgia crònica.
9. Asma.
10. Bronquitis crònica.
11. Diabetis.
12. Úlcera d'estómac o duodè.
13. Incontinència urinària.
14. Colesterol alt.
15. Cataractes.
16. Problemes crònics de la pell.
17. Restrenyiment crònic.
18. Depressió, ansietat o altres trastorns mentals.
19. Embòlia.
20. Migranya o mal de cap freqüent .
21. Hemorroides.
22. Tumors malignes.
23. Osteoporosi.
24. Anèmia.
25. Problemes de tiroides.
26. Problemes de pròstata (només homes).
27. Problemes del període menopàusic (només dones).

Problemes de salut crònics (infància i adolescència)

1. Al·lèrgia crònica.
2. Asma.
3. Diabetis.
4. Tumors malignes (inclou leucèmia i limfoma).
5. Epilèpsia.
6. Trastorns de la conducta (inclou hiperactivitat).
7. Trastorns mentals (depressió, ansietat...).

Índex figures

Entorn econòmic, social i físic

Figura 1. Nivell d'estudis segons el sexe	24
Figura 2. Nivell d'estudis segons l'edat	24
Figura 3. Classe social de la població segons el sexe	25
Figura 4. Ingressos mensuals (euros)	25
Figura 5. Ingressos mensuals segons el sexe (euros)	25
Figura 6. Ingressos econòmics en la llar segons l'edat i el sexe	26
Figura 7. Situació laboral en les llars. Població de $\geq$ de 16 anys	26
Figura 8. Situació laboral segons la classe social	26
Figura 9. Tipus de cotització segons sexe	27
Figura 10. Motius per deixar de treballar	27
Figura 11. Tipus de contracte segons el sexe. Població $\geq$ de 16 anys	28
Figura 12. Tipus de contracte segons l'edat	28
Figura 13. Satisfacció en el treball per classe socioeconòmica	29
Figura 14. Satisfacció laboral segons edat i sexe (mitjana)	29
Figura 15. Nivell d'estrès laboral segons l'edat	29
Figura 16. Estrès laboral segons la classe socioeconòmica (mitjana)	30
Figura 17. Realització de les tasques de la llar segons el sexe	30
Figura 18. Realització de les tasques de la llar segons l'edat	31
Figura 19. Llars que disposen d'una persona remunerada per realitzar les tasques de la llar segons la classe socioeconòmica	31
Figura 20. Tenir cura de persones amb discapacitat segons edat	32
Figura 21. Cura de persones amb discapacitat segons la classe socioeconòmica	32
Figura 22. Suport social baix percebut segons la dinàmica de la funció familiar. Població $\geq$ de 16 anys	33
Figura 23. Percepció de suport social baix segons el risc de mala salut mental	33
Figura 24. Percepció de suport social baix segons l'autovaloració de la seva salut	33
Figura 25. Causes de discriminació segons el sexe	34

Figura 26. Situació on es va patir discriminació.....	34
Figura 27. Motius de discriminació. Població $\leq$ de 15 anys	34
Figura 28. Agredits o maltractats segons l'edat i el sexe.....	35
Figura 29. Lloc de l'agressió o maltractament segons el sexe	28
Figura 30. Problemes de l'habitatge.....	36
Figura 31. Tenir molts problemes de l'habitatge segons l'illa.....	36

L'estat de salut

Figura 32. Percepció de l'estat de salut per sexe.....	40
Figura 33. Percepció de l'estat de salut com a regular o dolenta segons grup d'edat i sexe.....	41
Figura 34. Percepció de l'estat de salut com a regular i dolenta segons classe social i sexe.....	41
Figura 35. Qualitat de vida en nins segons grups d'edat. Població 7-15 anys. Puntuació mitjana i IC 95%	41
Figura 36. Qualitat de vida en nines segons grups d'edat. Població 7-15 anys. Puntuació mitjana i IC 95%	41
Figura 37. Nombre de trastorns crònics per grup d'edat i sexe.....	42
Figura 38. Nombre de trastorns crònics segons classe social i sexe	42
Figura 39. Trastorns crònics més prevalents patits en els darrers 12 mesos. Població $\geq$ de 16 anys.....	43
Figura 40. Trastorns crònics en els darrers 12 mesos segons sexe. Població $\leq$ de 15 anys	43
Figura 41. Probabilitat de patir un trastorn mental (GHQ $\geq$ 3) segons grup d'edat i sexe	44
Figura 42. Risc de patiment psicològic segons la classe social i sexe	44
Figura 43. Risc de patiment psicològic segons la percepció de la seva salut i sexe.....	44
Figura 44. Salut mental de la població infantil (SDQ). Mitjana i IC 95%	45
Figura 45. Restricció de l'activitat en les darreres dues setmanes per grup d'edat i sexe	45
Figura 46. Problemes de salut que causen restricció temporal de l'activitat per sexe. Població total.....	46
Figura 47. Prevalença de limitacions per activitats de la vida quotidiana per grup d'edat i sexe	47
Figura 48. Limitacions per a la realització de les activitats de la vida diària per classe social i sexe	47
Figura 49. Dificultat auditiva i visual segons l'edat	48
Figura 50. Autonomia funcional per sexe. Persones $\geq$ de 65 anys	48
Figura 51. Població que declara haver patit un accident el darrer any per grup d'edat i sexe	49
Figura 52. Tipus d'accident el darrer any segons sexe.....	49

Figura 53. Lloc de l'accident per sexe.....49

Figura 54. Tipus d'assistència rebuda per l'accident per sexe50

Estils de vida

Figura 55. Prevalença de l'hàbit tabàquic en homes54

Figura 56. Prevalença de l'hàbit tabàquic en dones54

Figura 57. Distribució del consum de tabac per grups d'edat i sexe.....54

Figura 58. Distribució del consum de tabac per classe social i sexe.....55

Figura 59. Prevalença de fumadors i exfumadors per sexe i illes55

Figura 60. Quantitat de tabac consumit per la població fumadora per sexe55

Figura 61. Quantitat de tabac consumit per la població fumador per grup d'edat i sexe56

Figura 62. Modificació de l'hàbit tabàquic de la població fumadora habitual respecte fa 2 anys segons el sexe56

Figura 63. Temps en anys que fa que es va deixar de fumar segons sexe.....56

Figura 64. Motius per deixar de fumar segons l'edat57

Figura 65. Consum d'alcohol segons el sexe57

Figura 66. Consum d'alcohol segons grup d'edat i sexe. Població $\geq$ de 16 anys58

Figura 67. Patró de consum d'alcohol segons la classe social i el sexe.....58

Figura 68. Patró de consum d'alcohol segons l'illa58

Figura 69. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons el sexe.....59

Figura 70. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons l'edat.....59

Figura 71. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons classe social59

Figura 72. Dedicació al temps de lleure a l'activitat física segons la classe social i el sexe60

Figura 73. Motius per no realitzar tot l'exercici que desitgen per sexe61

Figura 74. Motius per no realitzar l'exercici físic que desitgen segons l'edat61

Figura 75. Motius per no realitzar l'exercici físic que desitgen segons classe socioeconòmica61

Figura 76. Activitat física en el temps lliure segon sexe (5-15 anys).....62

Figura 77. Activitat física en el temps lliure segons l'edat (5-15 anys).....62

Figura 78. Activitat física en el temps lliure segons la classe social (5-15 anys)62

Figura 79. Consum diari de fruita i verdures i hortalisses segons el sexe. Persones $\geq$ de 16 anys.....63

Figura 80. Consum diari de fruita i verdura i hortalisses segons l'edat. Persones $\geq$ de 16 anys.....	63
Figura 81. Consum de fruita, verdura i hortalisses. Persones $\leq$ de 15 anys.....	64
Figura 82. Consum de lactis diaris segons l'edat.....	64
Figura 83. Consum diari de dolços i refrescs ensucrats segons la classe social. Població total	65
Figura 84. Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat segons l'edat. Persones $\leq$ de 15 anys	66
Figura 85. Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpids i salats per illes. Persones $\leq$ de 15 anys.....	66
Figura 86. Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat segons la classe social. Persones $\leq$ de 15 anys	66
Figura 87. Tipus de lactància, a les 6 setmanes, 3 i 6 mesos.....	67
Figura 88. Prevalença del sobrepès i l'obesitat segons el sexe. Població $\geq$ de 18 anys	67
Figura 89. Prevalença del sobrepès i obesitat per illa. Població $\geq$ de 18 anys.....	67
Figura 90. Prevalença del sobrepès i obesitat segons l'edat. Població $\geq$ de 18 anys	68
Figura 91. Prevalença del sobrepès i l'obesitat segons la classe social. Població $\geq$ de 18 anys	68
Figura 92. Seguiment d'alguna dieta o règim especial segons l'edat i sexe.....	68
Figura 93. Motius de seguiment de dietes o règims especials per sexe. Població $\geq$ 16 anys	69
Figura 94. Motius per seguir alguna dieta o règim especial segons l'edat	69
Figura 95. Motius per fer alguna dieta o règim especial segons la classe social. Població $\geq$ de 16 anys	69
Figura 96. Hores de son segons el grup d'edat (mitjana). Població $\leq$ de 15 anys.....	70
Figura 97. Dificultat per adormir-se segons el sexe. Població $\geq$ de 16 anys	70
Figura 98. Dificultat per adormir-se segons l'edat. Població $\geq$ de 16 anys	70
Figura 99. Dificultat per adormir-se tots els dies segons classe social. Població $\geq$ de 16 anys.....	71
Figura 100. Despertar-se diverses vegades mentre dormia segons el sexe. Població $\geq$ de 16 anys	71
Figura 101. Despertar-se diverses vegades mentre dormia segons edat. Població $\geq$ de 16 anys.....	71

Pràctiques preventives

Figura 102. Motius per vacunar-se de la grip en majors de 65 anys	74
Figura 103. Vacunació de la grip en majors de 65 anys per classe social i sexe.....	74
Figura 104. Vacunació de la grip en majors de 65 anys per illa	75
Figura 105. Mesura de la tensió arterial al darrer any segons grup d'edat i sexe.....	75

Figura 106. Mesura del colesterol al darrer any segons grup d'edat i sexe.....	76
Figura 107. Realització de mamografies per grups d'edat	76
Figura 108. Freqüència de citologies per grups d'edat.....	78
Figura 109. Dones que declaren haver-se fet una citologia segons classe social i grup d'edat recomanat.....	78
Figura 110. Ús del cinturó de seguretat per ciutat i carretera. Població $\geq$ de 16 anys.....	79
Figura 111. Freqüència de l'ús mai o quasi mai del cinturó de seguretat per conduir o ser passatger per la ciutat segons l'illa. Població $\geq$ de 16 anys.....	80
Figura 112. Ús del casc per ciutat i carretera . Població $\geq$ de 16 anys.....	80
Figura 113. Ús del casc segons les illes. Població $\geq$ de 16 anys	80
Figura 114. Freqüència d'ús del casc en motocicleta segons l'edat. Població $\geq$ de 16 anys	81

Utilització dels serveis sanitaris

Figura 115. Cobertura privada segons l'edat i sexe	84
Figura 116. Cobertura sanitària privada per classe social i sexe	84
Figura 117. Temps des de la darrera consulta mèdica per edat	85
Figura 118. Temps des de la darrera consulta mèdica segons la classe social	85
Figura 119. Especialitat del darrer metge visitat en les quatre darreres setmanes segons la classe social.....	86
Figura 120. Motiu de la darrera consulta segons l'edat	87
Figura 121. Motiu principal de la darrera consulta segons la classe social.....	88
Figura 122. Temps des de la darrera consulta mèdica segons la classe social	89
Figura 123. Dependència funcional del metge segons l'illa.....	89
Figura 124. Dependència funcional del metge segons l'edat	90
Figura 125. Dependència funcional del metge segons el sexe i la classe social	90
Figura 126. Tipus de prova no urgent realitzada en les quatre darreres setmanes. Població total	90
Figura 127. Freqüentació a la consulta d'infermeria en les darreres quatre setmanes segons l'edat	91
Figura 128. Nombre de visites a la consulta d'infermeria en les darreres quatre setmanes segons l'edat.....	91
Figura 129. Nombre de visites a la consulta d'infermeria en les darreres quatre setmanes per illa. Població total ..	91
Figura 130. Visita al metge durant el darrer any segons els sexe i l'edat	92
Figura 131. Temps des de la darrera visita al dentista segons el sexe. Població total	92
Figura 132. Temps des de la darrera consulta al dentista segons edat.....	92

Figura 133. Temps des de la darrera consulta al dentista per classe social	93
Figura 134. Tipus d'assistència rebuda en la darrera consulta al dentista. Població $\geq$ de 16 anys	93
Figura 135. Necessitat d'assistència no rebuda segons sexe i edat.....	93
Figura 136. Necessitat d'assistència no rebuda segons el sexe i classe social.....	94
Figura 137. Causa principal de no assistència. Població total	94
Figura 138. Ingress hospitalari en el darrer any per sexe i edat (respostes afirmatives).....	94
Figura 139. Mitjana de dies d'ingrés a l'hospital durant el darrer ingrés.....	95
Figura 140. Motiu del darrer ingrés a l'hospital en els darrers 12 mesos per sexe	95
Figura 141. Motiu del darrer ingrés a l'hospital del darrer any segons l'edat.....	96
Figura 142. Forma d'ingrés a l'hospital la darrera vegada en el darrer any segons l'edat	96
Figura 143. Forma d'ingrés hospitalari la darrera vegada el darrer any segons la classe social.....	96
Figura 144. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons el sexe	97
Figura 145. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons l'edat	98
Figura 146. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons l'illa. Població total	98
Figura 147. Tipus de servei d'urgències utilitzat la darrera vegada segons la classe socioeconòmica	98
Figura 148. Motiu de la utilització del servei d'urgències la darrera vegada segons la classe social.....	99
Figura 149. Consum de medicaments segons l'edat i el sexe	99
Figura 150. Freqüència de consum de medicaments segons la classe social.....	100
Figura 151. Consum de medicaments segons l'illa. Persones $\geq$ de 16 anys.....	101

Índex taules

Entorn econòmic, social i físic

Taula 1. Mitjana d'hores dedicades a les tasques de la llar segons el sexe.....	30
---	----

Taula 2. Mitjana diària, entre setmana i durant els caps de setmana, dedicada a tenir cura de persones ≤ de 15 anys segons sexe.....	31
--	----

Taula 3. Mitjana diària, entre setmana i durant els caps de setmana, a tenir cura de persones amb discapacitat segons sexe.....	32
---	----

Estils de vida

Taula 4. Hàbit de fumar més, igual o menys que fa dos anys en fumadors diaris per grup d'edat.....	56
--	----

Taula 5. Realització d'activitat física en el temps de lleure segons l'edat i sexe.....	60
---	----

Taula 6. Població adulta que no fa tot l'exercici físic que desitjaria.....	60
---	----

Taula 7. Temps que dediquen els infants i jovent a mirar la televisió	63
---	----

Taula 8. Consum de carn, peix, ous, llegums i embotits.....	64
---	----

Taula 9. Consum de pasta, arròs, patates, pa i cereals	65
--	----

Taula 10. Consum de refrescs ensucrats i dolços	65
---	----

Taula 11. Consum de menjars ràpids i menjars salats en la població infantil	66
---	----

Pràctiques preventives

Taula 12. Realització de mamografies per grup d'edat i classe social	77
--	----

Taula 13. Freqüència de la realització de mamografies posteriors a la primera	77
---	----

Taula 14. Motiu de la darrera mamografia per grup d'edat.....	77
---	----

Taula 15. Freqüència de la realització de citologies posteriors a la primera.....	79
---	----

Taula 16. Motiu de la darrera citologia per grup d'edat	79
---	----

Taula 17. Utilització dels sistemes de seguretat per ciutat i carretera per grups d'edat	81
--	----

Utilització dels serveis sanitaris

Taula 18. Especialitat del darrer metge visitat per la població adulta i infantil en les darreres quatre setmanes per sexe	86
--	----

Taula 19. Lloc de la darrera consulta realitzada en les darreres quatre setmanes per sexe	86
---	----

Taula 20. Lloc de la darrera consulta realitzada en les darreres quatre setmanes per classe social.....	87
Taula 21. Motiu principal de la darrera consulta segons la dependència funcional del metge. Població $\geq$ de 16 anys	88
Taula 22. Motiu principal de la darrera consulta segons la dependència funcional del metge. Població $\leq$ de 15 anys	88
Taula 23. Hospitalització segons la classe social. Població total.....	95
Taula 24. Utilització del servei d'urgències els darrers dotze mesos segons grup d'edat i sexe. Respostes afirmatives	97
Taula 25. Freqüència de medicaments consumits i receptats. Població $\geq$ de 16 anys	100
Taula 26. Freqüència dels medicaments més consumits segons el sexe. Població $\geq$ de 16 anys	100
Taula 27. Freqüència de medicaments consumits i receptats. Població $\leq$ de 15 anys	101



Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum